

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Helena Falušiová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Rizika při ošetřování seniorů na oddělení následné péče
Nemocnice České Budějovice a.s.**

Bakalářská práce

**Vedoucí práce
Mgr. Alena Polanová**

**Autor práce
Helena Falušiová**

2011

Abstract

In the thesis the course of nursing care for seniors with the focus on malnutrition, falls, immobilization syndrome and the decubitus ulcers development is studied. For the quantitative part of the research two aims were stated: Aim 1: To find out whether nurses know the precautionary mechanisms to prevent risks in taking care for seniors and Aim 2: To find out whether nurses comply with precautionary mechanisms to prevent risks in taking care of seniors. The following hypotheses were stated: Hypothesis 1: Nurses know the precautionary measures to prevent risks in taking care of seniors and Hypothesis 2: Nurses comply with the precautionary measures to prevent risks in taking care of seniors. To confirm the hypotheses, the method of an anonymous questionnaire for nurses, which was supplemented by the method of participant observation of nurses in providing nursing care, was used. After evaluating the results of the quantitative part of the research we have come to the conclusion that nurses, although aware of preventive measures, do not always follow the standard procedures. We believe that aim 1 and aim 2 were met. Hypothesis 1 was confirmed. Hypothesis 2 was confirmed.

Another part of the thesis was a qualitative survey that was conducted by interviews with seniors. For the qualitative part of the survey aim 3 was stated: To identify the views of seniors on the ways how to avert certain risks in their hospital. The following research questions were stated: Question 1: According to the senior's view, how do nurses in the after-care department use possibilities to prevent malnutrition? Question 2: What are the seniors' opinions on nursing care aimed at preventing falls during their hospitalization in the after-care department? Question 3: What are the seniors' opinions on nursing care aimed at preventing immobilization syndrome and the decubitus ulcers development? Question 4: How do nurses manage the care of the seniors' psychological well-being that is important to their recovery? The objective 3 was met. The survey has shown the areas in which changes would be appreciated by seniors, where and how nurses should improve their approach to patients. The purpose of the thesis was to help identify bottlenecks in nursing care for seniors, to find out

whether nurses are active at their work, if they have a human approach and provide quality care.

We believe that the results of the thesis can serve as an educational material for nurses working not only at the after-care beds, but also in the acute beds wards because seniors are present in all clinical wards. To be able to prevent the risks in taking care of seniors effectively, it is necessary for nurses to be aware of the risks and to pay adequate attention to them.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Rizika při ošetřování seniorů na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s.“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 3. 5. 2011

.....

podpis studenta

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Aleně Polanové za cenné rady, připomínky a vedení práce.

Také bych ráda poděkovala všem svým blízkým za trpělivost a podporu, kterou mi poskytovali po celou dobu mého studia.

Obsah

Úvod.....	3
1 Teoretická část.....	4
1.1 Vymezení pojmů gerontologie a geriatrie.....	4
1.1.1 Gerontologie – věda o stárnutí.....	4
1.1.2 Geriatrie – medicínský obor	4
1.2 Úloha sestry v geriatrickém ošetrovatelství.....	5
1.3 Zvláštnosti péče o seniory při jejich hospitalizaci.....	7
1.3.1 Potřeby seniora při jeho onemocnění.....	7
1.3.2 Komunikace sestry se seniorem.....	8
1.3.3 Rizikový senior.....	9
1.3.4 Posuzování funkčního stavu seniora sestrou.....	10
1.3.5 Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi.....	11
1.4 Riziko malnutrice.....	12
1.4.1 Příčiny malnutrice.....	12
1.4.2 Diagnostika malnutrice.....	12
1.4.3 Klinické důsledky malnutrice.....	13
1.4.4 Sestra a stupňovitá nutriční péče.....	14
1.4.5 Role sestry při zajišťování správné výživy seniora.....	15
1.5 Riziko pádu.....	16
1.5.1 Příčiny pádů u seniorů.....	16
1.5.2 Klasifikace pádů.....	17
1.5.3 Důsledky pádů.....	18
1.5.4 Úloha sestry při prevenci pádů.....	19
1.6 Riziko imobilizačního syndromu.....	20
1.6.1 Změny jednotlivých systémů organismu.....	20
1.6.2 Dekubity jako indikátor kvality ošetrovatelské péče.....	21
1.7 Kvalita ošetrovatelské péče o seniory.....	23
1.7.1 Akreditační standardy pro dlouhodobou péči o seniory.....	23
1.7.2 Sestra a kultura bezpečí.....	24

<i>1.7.3 Spokojenost seniorů s ošetrovatelskou péčí.....</i>	25
2 Cíle práce a hypotézy	27
<i>2.1 Cíle práce.....</i>	27
<i>2.2 Hypotézy.....</i>	27
<i>2.3 Výzkumné otázky.....</i>	27
3 Metodika práce.....	28
<i>3.1 Metodika.....</i>	28
<i>3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....</i>	28
<i>3.3 Harmonogram výzkumu.....</i>	28
4 Výsledky	29
<i>4.1 Přepis rozhovorů se seniory.....</i>	29
<i>4.2 Grafy k otázkám z dotazníku pro sestry.....</i>	42
<i>4.3 Tabulky z pozorování sester.....</i>	63
<i>4.4 Tabulky z rozhovorů se seniory.....</i>	66
5 Diskuse	70
6 Závěr	81
7 Seznam použité literatury	83
8 Klíčová slova	88
9 Přílohy	89

Úvod

Pracuji na oddělení následné péče, kde jsou senioři nejvíce zastoupenou skupinou pacientů, déle než dvacet jedna let. Problematika dlouhodobě nemocných seniorů mi je proto velice blízká. Ošetrovatelská zátěž na geriatrických pracovištích je vysoká jak časově, tak fyzicky i psychicky. V očích ostatních profesionálů toto oddělení není zrovna lukrativní, často se setkáváme s nedostatkem personálu, což zdravotníky ovšem neopravňuje k podávání menších výkonů a poskytování nekvalitní péče. Metody práce sester jsou vzhledem ke zvláštnostem chorob, potřebám a problémům seniorů specificky odlišné od odborných aktivit na jiných klinických pracovištích. V průběhu mé praxe se každodenně setkávám s tím, jak je geriatrický pacient zvláštní, křehký, náchylný ke komplikacím a podléhající různým rizikům vyskytujících se při ošetrovatelské péči. Někdy se mi zdá, že neděláme pro své pacienty vše, co je v našich silách, a proto jsem si zvolila toto téma zpracovat ve své bakalářské práci.

Sestry hrají v procesu poskytování péče klíčovou roli, jejich úkolem je rizika dobře rozpoznat, změřit pomocí jednotlivých škál a dále svou péči a intervence zaměřit na jejich účelné předcházení. Vždyť rizikům můžeme předcházet pouze tehdy, když o nich víme. Zajišťování bezpečí pacientů je kolektivní odpovědností, ale rovněž i osobní odpovědností každé jednotlivé sestry. Musíme si uvědomit, že i sám senior, hraje v oblasti prevence rizik důležitou roli.

Tato práce by měla zmapovat, zda sestry na oddělení následné péče znají a dodržují preventivní mechanismy k předcházení rizikům při poskytování ošetrovatelské péče. Také by měla porovnat, jestli se senioři dívají na prevenci rizik při jejich hospitalizaci, stejně jako sestry. Výsledky práce by potom mohly sloužit pro ošetřující personál na lůžkách následné péče, jako návod pro zavedení změn a zlepšování kvality poskytované péče. Všechny sestry by měly vnímat důležitost správné a bezpečné péče a potřebu prevence chyb a nežádoucích událostí jako prioritu při výkonu svého povolání.

1 Teoretická část

1.1 Vymezení pojmů gerontologie a geriatrie

1.1.1 Gerontologie – věda o stárnutí

Gerontologie je nauka, zabývající se stárnutím a stářím, problematikou starých lidí a životem ve stáří, ve 20. století zájem o studium této nauky stoupá. Lidská společnost celosvětově stárne, a proto se tento fakt řeší na mezinárodní úrovni. Obor je zaměřen na specifické problémy a potřeby stárnoucích lidí a na zkvalitňování života seniorů. Bývá členěna na tři velmi důležité součásti:

Gerontologie experimentální se zabývá otázkami, proč a jak živé organismy stárnou. Je zde zkoumán mechanismus biologického stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů a samozřejmě také studuje procesy biologického a psychologického stárnutí člověka (9,18, 34).

Gerontologie sociální se zabývá vzájemným vztahem seniora a společnosti a tím, jak populační stárnutí ovlivňuje společnost a její rozvoj. Studuje sociální dopady stárnutí a stáří člověka, všímá si společenských a sociálních faktorů, které proces stárnutí ovlivňují. Zahrnuje demografii, sociologii, psychologii, antropologii, pedagogiku, politologii, právo, ekonomii a jiné oblasti. V poslední době se také zabývá prevencí a vytváří programy jak stárnout zdravě a udržet praktickou soběstačnost seniorů (9, 18, 34).

Gerontologie klinická se zabývá zdravotním a funkčním stavem seniorů, zvláštnostmi chorob ve stáří i specifickými aspekty léčby starých lidí. Nazývá se též geriatrií (9, 18).

1.1.2 Geriatrie – medicínský obor

Geriatrie je mladou, samostatnou oblastí medicíny, která má dvě součásti. Geriatrie obecná - v širším slova smyslu shrnuje a zobecňuje seniorskou problematiku zdravotního a funkčního stavu, specifické potřeby geriatrických pacientů, zvláštnosti ve

výskytu, klinickém obraze a průběhu chorob ve stáří, prevenci, diagnostiku, léčení, specifickou rehabilitaci a biopsychosociální souvislosti (9, 18).

Geriatric oborová- v užším slova smyslu je specializovaný obor vycházející z vnitřního lékařství, protože senioři se objevují v převládající skupině skoro v každém klinickém oboru. Každý obor má v zastoupení své seniory a svými terapeutickými a diagnostickými postupy se o ně stará (9, 18).

Geriatric je problémově orientovanou oblastí medicíny se svými specifiky, které obecně nazýváme geriatrické syndromy. Někdy je pro praxi důležitější projev nemoci než příčina, často je léčba zaměřena na symptomy chronických nemocí. Při péči o seniory musíme zohlednit především to, že subjektivní hodnocení pacientem je často odlišné od objektivního hodnocení, projevují se zde syndromy chýtrání, náhlého zhoršení stavu, neurčeného strádání, opuštěnost, chudoba, pesimistická prognóza. Geriatric má mezioborový charakter, protože u seniorů vznikají kaskádovité komplikace somatické, psychické i sociální a je zde zdůrazněna potřeba komplexních intervenčních opatření, kdy cílem je především spokojený senior. S problémy celosvětového stárnutí populace a prodlužováním lidského života se současně začíná zvyšovat potřeba kvalifikované péče o seniory a zvyšují se nároky na ošetrující personál i lékaře, na jejich vzdělání a kvalifikaci, a proto by měli mít základní znalosti z gerontologie a geriatric všichni zdravotníci (9, 18, 34, 37, 53).

1.2 Úloha a role sestry v geriatrickém ošetratelství

Cílem veškerých zdravotnických i sociálních služeb pro seniory je co nejdelší zachování jejich zdraví a soběstačnosti, integrace ve společnosti a při zhoršení zdravotního stavu přiměřeně intenzivní a šetrné léčení a rehabilitace (56, 59).

Ošetratelská péče o seniory má svá specifika a měla by být poskytována sestrou se specializací v oboru geriatric. Do roku 1990 geriatrické sestry pracovaly spíše v ambulantních složkách, ale v současné době získávají základní teoretické znalosti a praktické dovednosti v ošetratelské péči o seniory během bakalářského a navazujícího magisterského studia ve studijních programech ošetratelství (53, 59).

Je známo, že zdravotní stav se s přibývajícím věkem zhoršuje, jsou častější zdravotní problémy, snižuje se soběstačnost seniora a vzrůstá jeho závislost na druhých. Sestra je pro hospitalizovaného seniora velmi blízkým pracovníkem, poskytuje mu základní i specializovanou ošetrovatelskou péči, stará se o jeho potřeby, včetně těch nejdůležitějších a řeší jejich uspokojení, pomáhá seniorovi v průběhu ošetrovatelského procesu v péči o jeho fyzické i psychické blaho a podporuje efektivní komunikaci. Cílem ošetrovatelské péče je komplexní uspokojování potřeb a vyřešení problémů seniora, které se objevily v průběhu jeho onemocnění. Úkolem sestry je vždy zajistit všestrannou, odborně prováděnou a lidsky orientovanou péči o seniory. Sestra je přitom součástí multidisciplinárního geriatrického týmu, jehož metody práce a odborné aktivity jsou specificky odlišné od práce v jiných klinických oborech (6, 13, 16, 34, 37, 53).

Při poskytované ošetrovatelské péči seniorům sestra vystupuje a pracuje v mnoha rolích, které vycházejí z jeho potřeb a respektují jeho práva: sestra ošetrovatelka, konzultantka, edukátorka, koordinátor, asistent, manažerka, výzkumnice, obhájkyňe práv, provozovatelka služeb. V rámci ošetrovatelského procesu sestra uplatňuje všechny uvedené role ve spolupráci s nemocným i zdravým seniorem a jeho blízkými, pomáhá zajišťovat návaznost nemocniční a postnemocniční péče o seniora. Role sestry jsou jedinečné a nezastupitelné a ošetrovatelská péče o seniory musí být prováděna na vysoké profesionální úrovni. Dnes dochází ke změnám v systému poskytování zdravotní péče, k posunu postavení sestry do role odborného pracovníka, plně odpovědného za svá rozhodnutí a jednání. Sestra by měla brát v úvahu nejen následky svých rozhodnutí, ale především morální hodnoty, mezi nejdůležitější patří úcta k člověku. Sestra je pro seniora často člověk, který má pochopení pro jejich problémy v nemoci a který je pomáhá s velikou tolerancí a laskavostí řešit. Tráví s nemocnými hodně času, a kromě profesionální schopnosti poskytuje nemocnému seniorovi porozumění a oporu, pečuje o jeho emocionální stav (9, 11, 13, 16, 34, 37).

1.3 Zvláštnosti péče o seniory při jejich hospitalizaci

1.3.1 Potřeby seniora při jeho onemocnění

Mnozí geriatrickí pacienti, zvláště senioři mladšího věku nevyžadují při akutním onemocnění žádná zvláštní opatření při poskytování ošetrovatelské péče, protože jsou soběstační a schopni sebezpěče. Podstatná část seniorů, především vyššího věku, by měla být vnímána jako křehcí a ohrožení senioři, kteří při akutním onemocnění vyžadují, kromě lékařské péče a výkonů, také vytvoření chráněného prostředí a specifického režimu snížení rizika komplikací. Jde především o rizika pádů, vznik imobilizačního syndromu a rozvoj dekubitů, amentně delirantní stavy z přemístění, dehydrataci a malnutrici. Zvláštní výzvou je vytvoření vhodného prostředí a umožnění adekvátní lékařské i ošetrovatelské péče o seniory se syndromem demence (10, 13, 53, 55, 58).

Nemoc je pro každého člověka svízelná situace, tím spíš pro seniora. Adaptovat se na nemoc bývá velmi náročné a senioři často trpí maladaptacním syndromem. Pod vlivem změn, které nemoc způsobí, se mění hierarchie potřeb a hodnot nemocného člověka. Narůstá strach a nejistota při odloučení od rodiny, potřeba jistoty a bezpečí se zvyšuje. Často dochází na fixaci na blízké osoby a touto blízkou osobou se může pro seniora stát i oblíbená sestra nebo jiný člen ošetrovatelského týmu. Psychická stránka má na organismus seniora velký vliv a tak vždy ovlivňuje ať už pozitivně nebo negativně celý léčebný i ošetrovatelský proces. Sestry by to měly mít stále na paměti (10, 11, 13, 16, 56).

Při vzdělávání sester pečujících o seniory je třeba akceptovat celosvětově přijímané principy geriatrické péče jako je zabezpečení základních životních podmínek, autonomie a zachování rozhodovacích kompetencí, kontroly nad dnem, respektování důstojnosti osobnosti, soukromí a studu, vyloučení takových forem péče, kterou senior pociťuje jako ponižující. Sestra pomáhá seniorům při hledání životní náplně a smyslu života, zapojovat se do života komunity, sdílet problémy rodiny a efektivně komunikovat (16, 32, 37, 52, 53, 58).

1.3.2 Komunikace sestry se seniorem

U seniorů je důležité posilování mezilidských vztahů, pocitů sounáležitosti, pozitivního vztahu k sobě a udržování komunikace s ostatními. Vhodná výměna informací mezi zdravotnickým personálem a seniorem, mezi seniory navzájem a mezi seniorem a jeho blízkými slouží k obnovení duševní rovnováhy seniora. Komunikace se seniorem má svá specifika, protože nemocný může trpět různými poruchami, které způsobují problémy v komunikaci. Mezi tyto poruchy patří poruchy smyslového vnímání, kognitivní poruchy - zejména demence a deprese, neurologická onemocnění např. stav po cévní mozkové příhodě s rozvojem afázie. Je nezbytné, aby sestra mohla a chtěla, ale také aby uměla správně komunikovat se seniorem. Při komunikaci si sestra musí najít na rozhovor čas a nedávat najevo spěch. U pacienta s afázií nabízí alternativní způsoby komunikace, tj. používání nonverbální komunikace, použití obrázků a komunikačních karet, psaní na tabulky apod. (2, 10, 11, 13, 27, 32, 33, 36).

V komunikaci se seniorem zachováváme vždy jeho důstojnost a individuální asertivní a lidský přístup. Sestra musí mluvit pomalu, srozumitelně a používá zpětnou vazbu, aby si ověřila, že jí pacient dobře rozuměl, nechává mu prostor k vyjádření jeho pocitů, potřeb a názorů, i mlčení má svůj význam. V komunikaci sestra využívá nedirektivního rozhovor a akceptuje, co pacient říká a projevuje svůj zájem. Důležité jsou i prostředky neverbální komunikace (oční kontakt povzbuzuje ke komunikaci, úsměvem můžeme pochválit a povzbudit, uklidnit nebo pozitivně naladit, haptikou zase posílujeme seniorovu důvěru (2, 9, 10, 11, 13, 36).

Terapeutická komunikace je proces, který pomáhá překonávat přechodný stres, přizpůsobit se změněným skutečnostem, zdolávat psychické překážky, které stojí v cestě seberealizace. Dobré komunikační schopnosti a s nimi spojená schopnost účinné sociální interakce vedoucí k posilování sebevědomí a motivování seniorů k podpoře a péči o zdraví by měly být klíčovou kompetencí profesionálních i laických pečovatелů v multidisciplinárním kontextu ošetrovatelské péče. Efektivní komunikace je základním prvkem účinně poskytované péče vzhledem k nutnosti identifikace potřeb seniorů. U poskytovatelů zdravotní péče se bohužel často setkáváme s nedostatečnou připraveností a neznalostí základních principů efektivní komunikace. V literatuře je zdůrazňována

nutnost podpory vzdělávání zdravotníků v komunikačních dovednostech a jejich využívání v praxi (2,16, 27, 30, 32, 33, 34, 53).

1.3.3 Rizikový senior

Rizikový senior je takový, který vykazuje známky geriatrické křehkosti a toto téma je klíčovým nástrojem k pochopení problematiky a specifčnosti zdravotnické péče o seniory a povahy geriatrických intervencí. Za křehkého je považován senior, který má postižení alespoň ve dvou ze čtyř oblastí: somatické, kognitivní, senzorické a nutriční. S přibývajícimi multisystémovými funkčními deficity, celkovým zhoršováním zdravotního stavu seniorů a s narůstající disabilitou a riziky dekompenzace fyzického i duševního stavu s přihlédnutím k typickým geriatrickým syndromům je za takového pokládán každý čtvrtý senior při své hospitalizaci. Při rozvoji geriatrické křehkosti se uplatňují různé a mnohačetné faktory jako jsou genetické dispozice, involuční změny morfologické i funkční, chorobné procesy a multimorbidita seniorů, nežádoucí účinky léků, nízká úroveň pohybové aktivity, dekondice, atrofie jednotlivých orgánů, psychosomatická dekompenzace a maladaptace, deprese a kognitivní deficity, vnější vlivy fyzikální i sociální apod. V ošetrovatelské péči se sestry i lékaři musí soustředit především na komplexní klinické projevy a potřeby seniora, vyžadující speciální přístup při poskytování léčebné i ošetrovatelské péče. Musíme sledovat efekt poskytovaných služeb, zaměřit se na větší spokojenost seniorů a větší jistotu seniorů a jejich blízkých. Předpokladem je lepší pochopení konkrétního seniora, jeho schopností a individuality, limitací, rizik a potřeb a tím pro sestru i možnosti zlepšování ošetrovatelské péče (9, 10, 11, 13, 16, 18, 22, 34, 53).

V klinickém obraze geriatrické křehkosti se objevují příznaky, jako jsou únava při běžných denních činnostech, omezování pohybové aktivity, zpomalení psychomotorického tempa, dekondice, úbytek svalové hmoty a síly, klesající tolerance tělesné i psychické zátěže, instabilita s pády, změny postoje, nechutenství, hubnutí s malnutricí, senzorické a kognitivní deficity, poruchy paměti, apatie, imunodeficity s recidivujícími infekty, chronická bolest apod. (12, 34, 53, 58).

Prevence geriatrické křehkosti spočívá v cílevědomých preventivních opatřeních, aktivním přístupu sestry, úpravě nutričního stavu seniora, optimalizaci léčebného režimu, motivační a psychoterapeutické podpoře. Správně vedená fyzioterapie a ergoterapie s využitím kompenzačních pomůcek, dostatečná pohybová aktivita seniora k udržení svalové síly, minimalizace pohybového omezení a rekondiční programy mají velký vliv na posilování stability chůze, prevenci pádů a strachu z nich. Nezbytnou součástí intervenování geriatrické křehkosti je zpětnovazebné ověřování léčebného efektu a opakované hodnocení funkčního stavu seniora, především dle subjektivního hodnocení seniora a objektivního hodnocení změn ve smyslu soběstačnosti a aktivity (12, 18, 34, 53).

1.3.4 Posuzování funkčního stavu seniora sestrou

Sestra musí při své ošetrovatelské péči hodnotit člověka komplexně, v jeho biopsychosociální jednotě, protože vzájemná podmíněnost zdravotní a sociální situace je zvláště u seniorů zvýrazněna. Při práci se seniory a při jejich vyšetřování je třeba posuzovat stránku medicínskou, ale i sociální a zjistit jejich dopad na funkční výkonnost seniora. Stárnutí je provázáno poklesem adaptability a úbytkem výkonnosti celého organismu a zvláště při onemocnění seniora nebo zhoršení zdravotního stavu dochází zároveň ke zhoršení fyzických, psychických i sociálních funkcí seniora. Základem funkčního vyšetření je sběr anamnestických dat, kdy sestra zjišťuje problémy seniora, které mohou ovlivnit ošetrovatelskou péči (závratě, riziko pádů, sensorické poruchy, inkontinenci moči nebo stolice). Důležitou součástí vyšetření je posuzování funkčního stavu seniora, jeho funkční zdatnosti a soběstačnosti ve vztahu k prostředí, ve kterém se nachází (16, 17, 22, 34, 37, 53, 54).

Pro sestru jsou důležité při komplexním hodnocení oblasti, jako je osobnost pacienta (životní situace, priority a rozhodnutí seniora, subjektivní kvalita a smysluplnost života), tělesné zdraví (lékařské diagnózy, funkční důsledky chorob a jejich závažnost, výskyt geriatrických syndromů), funkční zdatnost (stabilita chůze, výkonnost a soběstačnost), tělesná kondice, výživa, duševní zdraví (kognitivní a fatické

poruchy, demence, deprese, maladaptace, vliv psychosociálních faktorů) a sociální souvislosti (16, 17, 22, 34, 37).

1.3.5 Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi

V ošetrovatelské péči o seniora je pro sestru důležité používat hodnotící a měřící techniky zaměřené na objektivní posouzení a zajištění správného plánování intervencí v ošetrovatelském procesu při péči o seniora. Je zpracováno mnoho metodik a standardů, které sestře pomáhají odhalit rizika a plánovat ošetrovatelskou péči dle individuálních potřeb jedince (22, 34, 40, 43).

K posouzení soběstačnosti seniora sestra používá funkčního testování pomocí testu pro aktivity denního života ADL (activities of daily living), k němuž patří např. Bartlův test všedních činností. Ten hodnotí základní aktivity seniora – schopnost najedení a napití, vykonávat osobní hygienu, použít WC, posadit se, zjišťuje kontingenci moče a stolice, schopnost chůze po rovině a po schodech. Test provádí sestra spolu s přímým pozorováním seniora, aby lépe zhodnotila skutečný stav funkční zdatnosti, sebeobsluhy a soběstačnosti nebo naopak zjistí stupeň závislosti ve všedních denních aktivitách. (16, 17, 22, 37, 40, 48, 53).

Dále sestra zjišťuje soběstačnost v instrumentálních všedních činnostech pomocí testu IADL (instrumental activities of daily living). Test se týká posuzování složitějších činností seniora, kdy se hodnotí soběstačnost a nezávislost při: nakupování, vaření, praní, vedení domácnosti, používání dopravních prostředků, nakládání s penězi a schopnosti užívání léků. Tento test nás informuje, zda je senior schopný žít a bydlet sám ve své vlastní domácnosti. V případě zjištění závislosti sestra musí plánovat intervence v sociální oblasti seniora. (16, 20, 37, 48, 53).

Jako screeningový test k vyšetření kognitivní funkcí je k dispozici MMSE (mini mental state exam), který hodnotí orientaci, paměť, všípivost, výbavnost, počítání, řeč a apraxii. Pomůže sestře odhalit některé kognitivní poruchy, demenci nebo depresi a plánovat intervence v oblasti psychické podpory pacienta (16, 37, 48, 53).

1.4 Riziko malnutrice

1.4.1 Příčiny malnutrice

Výživa je příjem energie a biologicky nezbytných látek prostřednictvím stravování a v literatuře se uvádí, že u seniorů je komplikovanějším problémem, než by se na první pohled zdálo. Může být ovlivněna např. špatnými stravovacími návyky, polymorbiditou nebo sociálním postavením seniora. Péče o výživu zdravých i nemocných seniorů je stále problémem. I v dnešní době existuje mnoho pacientů, kteří trpí podvýživou, někdy se tak děje pod dohledem zdravotnického personálu či přímo lékařským dohledem (8, 19, 21, 23, 24, 29, 38).

Malnutrice je stav zhoršené výživy a nedostatek energetických zásob organismu. Energetické nároky jsou ve stáří za normálních okolností nižší než u lidí mladších věkových kategorií. V případě onemocnění však energetické nároky na organismus seniora stoupají a často je toto podceňováno. V literatuře se uvádí, že až polovina pacientů na geriatrickém oddělení potřebuje nějakou formu nutriční podpory. Příčiny malnutrice u seniorů jsou pestré a někdy unikají potřebné pozornosti a mohou mít velmi závažné důsledky. Nejčastějšími příčinami jsou psychické poruchy, především deprese a demence, somatická onemocnění zažívacího traktu, ledvinné selhávání, srdeční selhávání, zhoubné nádory, imobilizační syndrom se vznikem nechutenství, vliv léků apod. Znalost důvodu omezení příjmu stravy je důležitý údaj, který nám usnadní další rozhodování, jak zajistit správnou nutriční podporu seniora (16, 18, 19, 23, 24, 35, 38).

1.4.2 Diagnostika malnutrice

Malnutrici musíme diagnostikovat a sledovat úspěšnost nutričních intervencí. Jde o komplexní problém, který posuzujeme ze strany medicínské, organizační a ekonomické (8, 29, 60).

Nejdůležitějším krokem při zjišťování stavu nutriční podpory jsou kvalitně odebrané anamnestické údaje, kdy sestra zjišťuje nechtěný úbytek na váze za určitý časový úsek, stravovací zvyklosti, dietní omezení, vynucené změny diety, nesnášenlivost určitých druhů jídel, počet a změny charakteru stolice, zvracení, množství snědeného jídla atd.

Sestra musí též zohlednit souvislost hubnutí se zdravotními problémy a ztrátou pocitu zdraví, průjmy, ztrátu chuti k jídlu, dysfagii, zánětlivá onemocnění, horečnaté stavy, únavu, ztrátu dentice u seniorů a též psychosociální stresové situace (ovdovění, rodinné konflikty, chudobu) apod. K základům fyzikálního vyšetření seniora patří záznam hmotnosti a výšky, zhodnocení body mass indexu (BMI) – kdy hodnoty pod 18,5 svědčí pro kachexii, 20-25 jsou normální hodnoty výživy, 25-30 značí nadváhu a vyšší než 40 morbidní obezitu. Dále si sestra všímá varovných signálů malnutrice, např. otoků dolních končetin, ascitu, vypadávání vlasů, lámání nehtů, suché kůže a dále příznaků hypovitaminózy jako je krvácení z dásní, bolavých ústních koutků, vznik hematomů. Při základním vyšetření sestra měří alespoň orientačně obvod svalstva nedominantní paže v její polovině, kdy na úbytek svalové hmoty svědčí obvod mužské paže menší než 19,5 cm a ženské paže 15,5cm. Screeningovým dotazníkem k přesnějšímu hodnocení rizika malnutrice nebo průkaz její nepřítomnosti je mezinárodně uznávaný Mini nutritional assessment (MNA), který je doplněn objektivními ukazateli nutrice seniora. K doplnění stavu výživy u seniora potom ordinuje lékař biochemická a laboratorní vyšetření (8, 23, 24, 29, 45, 48, 54, 61).

1.4.3 Klinické důsledky malnutrice

Malnutrice má pro organizmus seniora vážné následky ve smyslu prodloužené hospitalizace, slabosti a únavy, zvýšeného počtu komplikací i vyšší mortality a morbidity seniorů. Snížení svalové síly způsobuje zhoršenou pohyblivost pacienta, zhoršuje se průběh rehabilitace, zvyšuje se riziko tromboembolických příhod. Zhoršené vykašlávání podporuje vznik pneumonií, upoutání na lůžko spolu s podkožním edémem umožní snadný vznik dekubitů. Malnutrice též vede ke zhoršení imunitních reakcí, infekcím urogenitálního traktu a jiných infekcí s rizikem katérové sepse či septického stavu jiné etiologie. Hypoalbuminémie vede k tvorbě otoků, prosáknutí střevní sliznice způsobí zhoršenou absorpci živin a bludný kruh je uzavřen. Dochází ke zhoršenému hojení ran, vzniku dehyscencí a sekundárnímu hojení operačních ran, tvorbě abscesů a pooperačních píštělí. Zhoršená motilita a bariérová funkce střev vede k translokaci bakterií do krevního oběhu, klesá syntéza proteinů ve tkáních s následným zhoršením

hojení po operacích a traumatech, dochází k poruchám funkcí jater, srdce a střev. Všechny tyto důsledky mají negativní vliv na prognózu onemocnění seniora a celý léčebný proces, který se tímto značně prodlužuje a podstatně prodražuje. U seniorů se bílkovinné i energetické zdroje vyčerpají daleko dříve než u mladších jedinců a to je důvodem větší morbidity i mortality seniorů. Literatura uvádí, že v nemocnici se stupeň malnutrice u seniorů ještě zhorší, u 3-4 % hospitalizovaných seniorů je malnutrice natolik závažná, že pokud není léčena umělou výživou, vede ke smrti nemocného. Přibližně u 45 % hospitalizovaných seniorů je malnutrice v takovém stádiu, že způsobuje již vyjmenované komplikace v organismu seniora s rozvojem důsledků (8, 12, 24, 29, 35, 38, 60).

1.4.4 Sestra a stupňovitá nutriční péče

Na nutrici seniora se při hospitalizaci podílí mnoho pracovníků, ale práce sestry a její přístup je základem. Hodnocení nutričního stavu seniora sestrou zahrnuje vstupní screening, pravidelné a poctivé vážení nemocných, hodnocení stavu kůže, sledování a dokumentaci příjmu potravy a tekutin a nutriční intervence při prevenci malnutrice ve spolupráci s týmem nutričních specialistů a ošetřujícím lékařem a dále laboratorní sledování a posuzování stavu výživy na sebeobsahu a rekonvalescenci. Sestra i lékař by měli hodnotit nutriční stav u každého nemocného při příjmu a potom pravidelně v průběhu jeho hospitalizace. Vzdělávání a aktivní přístup zdravotníků by měl být v oblasti správné nutrice pacientů samozřejmostí (8, 23, 29, 50, 60, 61).

Pokud senior při přijetí není dle provedeného screeningu malnutriční ani nemá zvýšené riziko malnutrice, není nutná speciální intervence nutričního terapeuta. Pacient dostává vhodnou dietu z dietního systému dle ordinace lékaře a sestra na něj dohlíží při přijímání stravy (23, 29, 60, 61).

Je-li pacient při přijetí do nemocnice podvyživený, musí sestra zajistit nutričního terapeuta do 48 hodin od přijetí. Po konzultaci s ošetřujícím lékařem je vhodné domluvit nutriční konsilium, kdy se radí celý nutriční tým. Terapeut nemocného seniora podrobně vyšetří, vybere optimální způsob aplikace výživy dle potřeb a přání seniora. Doporučí standardní dietu, individuální, variabilní, speciální nebo výběrovou dietu,

přidávky, modulová dietetika a sipping. Pokud nemocný senior má nutriční ve fázi kachektizace organismu, realizuje enterální i parenterální výživu ošetřující lékař ve spolupráci s lékařem specialistou, který je členem nutričního týmu (8, 23, 50, 60).

Nutriční tým je skupina zdravotníků, skládající se z lékařů specialistů, nutričních terapeutů a sester, která je v nemocnici ustanovena za účelem správné nutriční péče o pacienty. Jedním z cílů nutričního sledování a nutriční péče je odhalení seniorů s malnutricí a rizikem jejího vzniku při přijetí do nemocnice, výběr vhodného způsobu stravy či umělé výživy v průběhu nutričních intervencí, specializovaná nutriční péče u kriticky nemocných. Nutriční tým koordinuje aktivity zabývající se diagnostikou nutričního stavu a aplikací nutriční péče v nemocnici i ambulantních složkách, řeší problémy z celkového pohledu zdravotnického zařízení i individuálních potřeb nemocných (8, 23, 24, 54, 60).

V náplni práce sestry je potom edukace seniorů a jejich příbuzných stran dietních opatření a omezení nebo o aplikaci přípravků k doplnění výživy u pacientů, kteří budou propuštěni do domácího ošetřování (12, 16, 17).

1.4.5 Role sestry při zajišťování správné výživy seniora

Ve většině zdravotnických zařízení se v současné době musíme věnovat i problematice výživy u pacientů a diagnostice nutričně komplikovaných seniorů. Nedostatečná výživa seniorů je kolektivním problémem. Nutriční screening a včasné nutriční intervence pomáhají zlepšit stav seniorů a podporují kladné a žádoucí výsledky léčby. Sestra je povinna posoudit stav výživy u pacienta, identifikovat nedostatečnou výživu jako ošetřovatelský problém a komplexně řešit problémy s výživou ve spolupráci s celým léčebným týmem. Obeznámí se skutečností ošetřujícího lékaře, naplánuje intervence k řešení potíží s příjmem stravy, sleduje množství jídla snědeného seniorem, dělá záznamy do dokumentace a předává informace ostatním členům ošetřovatelského týmu (8, 12, 24, 50, 60).

Po zhodnocení nutriční výživy pacienta musí sestra určit skóre nutričního rizika, stanovit spolu s pacientem vhodný nutriční plán a konzultovat s odborníky doporučení ohledně výživy seniora. Důležité je, aby pacient dostal takové množství energie, jaké

odpovídá jeho energetickým potřebám. Nutriční terapeut musí být k péči o seniora s malnutricí nebo jejím rizikem přizván, aby se mohl aktivně zapojit do celého léčebného procesu a navrhnout nejvhodnější způsob nutriční péče. Nutriční terapeut má v oblasti výživy dostatečné vzdělání, pomáhá sestřám dobře zhodnotit nutriční stav seniora, sestavit pro pacienta nutriční plán nebo individuální dietu a ukáže správnou cestu zajištění nemocného v rámci multidisciplinárního týmu. Předpokladem úspěchu ve správné nutrici seniorů je integrace nutričních specialistů do léčebného procesu. Optimalizace nutričního stavu seniorů, zkvalitnění ošetrovatelské péče, urychlení celkové rekonvalescence a rehabilitace vede k větší spokojenosti seniorů, ale také ke snížení nákladů na pobyt ve zdravotnickém zařízení a na léčbu seniorů (18, 23, 24, 60).

Po celou dobu hospitalizace sestra sleduje u seniora příjem stravy a tekutin, zajišťuje správnou dietu ordinovanou lékařem. Sestra může pozitivně ovlivnit stav nutrice každého pacienta, musí mít zájem o stravovací zvyklosti svých nemocných, o potíže při stravování a neodsouvat problematiku výživy do pozadí. Nutriční doplňky by neměly stát pacientovi na nočním stolku, ale měl by je skutečně vypít. Sestra musí zajistit i správnou hydrataci pacienta, protože zvláště senioři mají snížený pocit žízně a někdy se příjmu tekutin brání, mají pocity studu při močení na mísu nebo do močové lahve, obavy z obtěžování personálu, strach z přemístění na toaletu anebo strach z pádu. Sestra v roli edukátorky musí vysvětlit seniorovi, proč je dostatečný příjem stravy a tekutin tolik důležitý. Edukuje také rodinné příslušníky o vhodných potravinách, které budou seniorovi přínosem a také nevhodných, které by mu mohly uškodit (8, 12, 23, 50, 53, 60).

1.5 Riziko pádů

1.5.1 Příčiny pádů u seniorů

Nejistota při chůzi s následnými pády je častým příznakem u seniorů, vyskytující se až u 1/3 lidí nad 65 let a až u 2/3 lidí nad 80 let (18). Instabilita je jedním z geriatrických syndromů – syndrom „pěti I“ – instabilita, imobilita, inkontinence, intelektové poruchy a iatrogenie. Většina seniorů si stěžuje na pocity závratí, nejistoty

při chůzi, slabost svalů a zhoršení pohyblivosti a samostatnosti. Objektivně lze pozorovat nejistou a pomalou chůzi, poruchy rovnováhy a neschopnost seniora vyrovnat její vychýlení, tím se zvyšuje riziko pádu (17, 18, 20, 57).

Zvláště vysoký výskyt pádů u seniorů souvisí s celou řadou změn ve stáří: poruchami zraku, kognitivních a vestibulárních funkcí, oslabením svalů a snížením koordinace pohybů, ortostatickou hypotenzí, poruchami pohybového aparátu, dehydratací a celkovým snížením funkčních rezerv organismu seniora. Velkou část pádů způsobuje i celkový zdravotní stav seniorů, kteří mají řadu chronických chorob s následnou polypragmazií a nežádoucími účinky léků (9, 16, 17, 18, 20, 34, 53, 56, 57).

Dalším častým symptomem u seniorů jsou též závratě. Závrať je subjektivní pocit pohybu v prostoru a porucha pohybové koordinace. Mohou být ve formě periferní nebo centrální, z klinického hlediska potom krátkodobé a dlouhodobé. Pravé závratě mají vždy původ v postižení vestibulárního aparátu nebo sluchového labyrintu. Nepravé-extravestibulární závratě se vyskytují v případech, kdy nervová soustava není schopna z různých příčin správně koordinovat informace přicházející ze smyslových orgánů. Závratě značně zvyšují riziko pádů, strach z padů, prohlubují úzkost a depresi seniora, omezují jeho samostatnost a zvyšují jeho závislost na druhých (4, 9, 17, 34).

1.5.2 Klasifikace pádů

Při klasifikaci pádů rozdělujeme:

- pády zhroucením, kdy senior ztrácí ve stoji náhle svalový tonus a klesá k zemi
- pády skácením, kdy má senior těžkou poruchu rovnováhy a padá obvykle bez reflexních obranných pohybů, a proto často dochází ke zranění
- pády zakopnutím, kdy při pádu tělo směřuje dopředu a senior není schopen vyrovnat rovnováhu při zakopnutí o sebemenší nerovnost povrchu nebo o špičku své vlastní nohy
- pády zamrznutím, kdy tělo seniora směřuje opět dopředu, důvodem je záraz dolní končetiny v průběhu chůze a neprovedení kompenzačního vykročení

- nediferencované pády, pády atypické a nekonstantní, jejichž důvodem je nepozornost, nepřizpůsobení chůze podmínkám terénu, u osob s demencí nebo s jinými psychickými poruchami

Pokud dojde k pádu seniora, první starostí sestry je zajištění ošetření a následnou péči a bezpečí. Následně sestra vyhodnotí situaci, zajímá se o popis události, jak ji vidí senior, provede záznam do ošetrovatelské dokumentace, kde zaznamená, zda došlo ke zranění a k jakému, jaká byla poskytnuta péče a ošetření. Potom sestra musí přehodnotit plán ošetrovatelské péče dle aktuální situace, naplánovat intervence k zabránění opakovanému pádu a seznámit celý ošetrovatelský tým s těmito změnami. Potom sepíše hlášení mimořádné události a obeznámí vedení zařízení o vzniku mimořádné události pádu (4, 9, 17, 18, 20, 57).

1.5.3 Důsledky pádů

Pády představují ve věkové kategorii seniorů a chronicky nemocných nejčastější a současně nejrizikovější mimořádnou událost komplikující hospitalizaci a celý léčebný proces seniora se všemi svými důsledky. Jsou typickým geriatrickým komplexním problémem, který zahrnuje problémy instability, závratí, osteoporózy, úrazů a zlomenin (9, 17, 18, 57).

Dle literatury se roční incidence pádů odhaduje na 30-35 % u seniorů starších 75 let a až 1/3 z těchto lidí padá opakovaně. Asi ¼ těchto pádů potom končí závažným poraněním hlavně hlavy (komoce, kontuze), zhmožděním měkkých částí a častými zlomeninami. Pro seniora je potom ze zlomenin často velmi riziková zlomenina krčku stehenní kosti, kdy v důsledku špatného hojení a časté osteoporózy dojde až k trvalému upoutání na lůžku. Pády jsou u seniorů významným sekundárním zdrojem morbidit a mortality plynoucí ze zlomenin a jiných vážných zranění, častá imobilizace seniora po úraze při pádu má trvalé následky na celý organismus seniora ve všech oblastech: fyzické, psychické i sociální. Problémem zůstává vstávání seniorů po pádu, kdy člověk nevstane, je ohrožen podchlazením, vznikem dekubitů, dehydratací apod. (9, 17, 18, 57).

Pády a jejich důsledky mnohdy způsobí nesoběstačnost a závislost seniora na ostatních. Úzkost a deprese bývá u seniorů velmi častá, zvláště při opakovaných pádech trpí senior strachem z pádu a v důsledku toho omezuje svoji fyzickou aktivitu a to negativně ovlivní celý jeho organismus a kvalitu jeho života (9, 18, 20, 57).

Pády ve zdravotnickém zařízení jsou řazeny mezi mimořádné události a mohou mít nejen pro geriatrické pacienty tragické následky. Často jsou zaviněny pochybením zdravotníků, nedostatečnou supervizí pacientů a nesprávným vyhodnocením rizika pádu. Důkladné zhodnocení seniora a vlastní intervenční techniky mohou pádům u rizikových seniorů mnohdy zabránit (9, 14, 18, 57).

1.5.4 Úloha sestry při prevenci pádů

Při primární prevenci a korekci pádů seniorů musíme pozornost zaměřit na léčbu chorob a patologických stavů, které mohou být v příčinné souvislosti s pádem. Řada zdravotnických zařízení vytváří Bezpečnostní programy pro snížení rizika pádů. Formulář pro vyhodnocení rizika pádu by měl být pro sestru screeningovým nástrojem k vyhodnocení seniora a integrovanou součástí ošetrovatelské dokumentace (4, 18, 56).

Obsahem programů jsou způsoby evidence a analýza pádů, vypracování principů a standardů bezpečnosti v daném zařízení, vzdělávání zdravotníků v této oblasti a multidisciplinární přístup - pády se netýkají jenom ošetrovatelské péče, ale i úklidu, údržby, vybavení prostorů, managementu zařízení apod. (4, 14, 30, 52, 57).

Pro zvýšení bezpečnosti seniora a k prevenci pádů je vhodné zavést praktický způsob komunikace, protože ne všichni senioři jsou schopni používat signalizačních zařízení. Opakovaná častá kontrola seniora s rizikem pádu ošetrovatelským personálem nám často pomáhá pádům včas zabránit. Důležité je i svícení nočního světla v geriatrických zařízeních (14, 52, 57).

Doporučená bezpečnostní opatření pro sestru při poskytování ošetrovatelské péče jsou: zajištění volných cest pro pohyb po pokoji, stabilní nábytek, snadný přístup seniora k pravidelně užívaným věcem, vhodné osvětlení, údržba podlah, protiskluzové povrchy, udržování vybavení, edukace pacienta o vhodné obuvi, madla na WC, v koupelně a kolem zdí (chodba, schody). Sestra je povinna se seniorem nacvičit

používání kompenzačních a opěrných pomůcek a signalizačního zařízení, zajistit bezpečné prostředí a podporovat pacienta v činnostech a samostatnosti (30, 41, 52, 57).

Zavedení screeningu pádů a systematické vyhodnocování individuálního stavu a potřeb seniora jsou prvním krokem sestry v předcházení rizika pádu. Analýza dat získaných ze screeningu rizika pádu umožní sestře přemýšlet při plánování možných intervencí v ošetrovatelském procesu. Zavedení systému prevence pádů pomáhá naplňovat akreditační požadavky a našim seniorům pak perspektivu vyššího bezpečí při pobytu ve zdravotnickém zařízení a poskytování ošetrovatelské péče. Důležitá je cílená edukace personálu v této oblasti (4, 14, 17, 52, 53, 57).

1.6 Riziko imobilizačního syndromu u seniora

1.6.1 Změny jednotlivých systémů organismu seniora

Patofyziologické změny vznikající při dlouhodobém omezení pohybu a upoutání seniora na lůžku se týkají komplexně celého organismu a dochází k nim u seniora velmi rychle v souvislosti s jeho omezenou adaptační kapacitou a křehkostí. Imobilizace pacienta by měla být proto omezena na minimum a s rehabilitací a vertikalizací by se mělo začít co nejdříve je to možné (16, 18, 34).

V kardiovaskulárním systému jde nejčastěji o ortostatickou hypotenzi, závratě nebo tromboembolické komplikace. Prevencí je cvičení na lůžku, nácvik pomalého vstávání, kterému předchází posazování seniora s nohama dolů z lůžka. Sestra by nemocného měla poučit, aby nevstával sám, poněvadž hrozí velké riziko pádu.

Změny v dýchacím systému souvisí s hypoventilací, při níž vznikají atelaktázy a hyperémie plic, hromadí se hlen a sputum v dýchacích cestách, snadno dochází k rozvoji bronchopneumonie a pneumonie. Základem prevence je polohování a důsledná dechová rehabilitace u ležících seniorů s podporou vykašlávání.

V zažívacím systému dochází k poruchám vyprazdňování stolice související se sníženou motilitou střev - zácpa a paradoxní průjem, časté jsou poruchy výživy. K nejzávažnějším ohrožením imobilních seniorů patří dehydratace. Při ošetrovatelské péči sestra seniorům opakovaně vysvětluje, proč je dostatečný příjem tekutin tolik

důležitý a pobízí je k dodržování pitného režimu, edukuje seniory a jejich příbuzné o vhodných potravinách apod. (9, 18).

V pohybovém aparátu dochází při imobilizaci především ke svalové atrofii, svalové únavě, rozvoji osteoporózy, flekčním kontrakturám, poruchám koordinace pohybu a neschopnosti chůze. Prevencí je aktivní i pasivní cvičení na lůžku, prevence kontraktur protahováním svalů a šlach, zajištění správné výživy a nácvik stabilního sedu a vertikalizace seniora (9, 18).

V močovém systému dochází vlivem imobilizace k neúplnému vyprazdňování močového měchýře, poruchám mikce s retencí moče v močovém ústrojí, častým močovým infekcím s rizikem urosepsy, vzniká urolitiáza, inkontinence apod. Sestra se zabývá opět prevencí – dostatečnou hydratací seniora, sledování příjmu a výdeje tekutin, dodržuje intimitu při vyprazdňování a dostatečnou hygienu po vyprázdnění (9, 18).

V kožním systému dochází k atrofii kůže a podkožní tukové tkáně, hrozí riziko rozvoje dekubitů. Velká rizika jsou u seniorů po prodělané CMP s rozvojem plegií, paréz a kontraktur. Prevencí je správné polohování, dostatečná hydratace a hygiena, používání polohovacích a antidekubitárních pomůcek.

U seniorů též často dochází ke změnám v nervovém systému a změnám psychiky, kdy nemocný často trpí různým stupněm demence nebo deprese. Mnoho seniorů je potom plačtivých, uzavřených a nespolupracujících. V takovém případě je na sestře, aby posoudila správně situaci a ve spolupráci s lékařem povolala odborníky na lidskou psychiku, jako jsou psycholog a psychiatr (9, 16, 18, 34, 53, 58).

1.6.2 Dekubity jako indikátory kvality péče

Výskyt dekubitů je vnímán pacienty i managementem zdravotnického zařízení jako indikátor kvality ošetrovatelské péče poskytované seniorům při jejich hospitalizaci. Pacienti i jejich příbuzní často považují vznik a vývoj dekubitů za selhání zdravotnického systému, ohrožení pacientů a mohou mít i právní dohru (7).

Podstatou dekubitů jsou kožní změny, které vznikají velmi rychle a jsou podmíněny především ischemií a dále se uplatňuje malnutrice, inkontinence, imobilita

nebo snížená aktivita, poruchy smyslového vnímání, parézy a plegie po cévních mozkových příhodách apod. U rizikových, křehkých seniorů je incidence po přijetí do ústavní péče či zařízení dlouhodobé péče velmi vysoká. Závažný je i prognostický význam dekubitů, kdy jejich vznik u seniora až čtyřnásobně zvyšuje pravděpodobnost mortality (7, 17, 18, 26, 31).

Kumulace hlavních i přídatných faktorů vzniku dekubitů vede k jejich nebezpečné potenciaci, a proto sestra při ošetrovatelské péči používá škály ohroženosti seniora a plánuje péči s přihlédnutím k výsledkům zjištěného skóre. Posouzení rizika vzniku a progresu dekubitů patří k základním výstupům komplexního geriatrického hodnocení zaměřeného na posouzení rizik křehkých seniorů s cílem vypracovat celkový optimální léčebný a ošetrovatelský plán, dlouhodobé sledování, stanovení potřeb a priorit každého jednotlivého seniora a realizace intervencí se zvláštním zřetelem na předcházení komplikací a iatrogenního poškození při ošetrovatelské péči. Hodnotící škály pro riziko vzniku dekubitů jsou různé, nejčastěji používanou je škála Nortonové, která hodnotí věk, duševní stav, aktivitu, mobilitu, kontingenci a přidružené choroby. Čím nižší skóre, tím větší je riziko vzniku dekubitů. Hodnotící škála by měla být nedílnou součástí ošetrovatelské dokumentace, aby bylo zdůrazněno riziko a užíváno preventivních opatření v průběhu celé hospitalizace. V dokumentaci, kterou lze použít k obhajobě při soudním sporu by neměly chybět řádné záznamy prevence dekubitů: použitý nástroj k hodnocení rizika, denní hodnocení stavu kůže nebo hodnocení a charakteristika vzniklého dekubitu a jeho lokální ošetrování (Záznam o ošetrování dekubitů a jiných ran), používání antidekubitárních pomůcek, časový plán polohování (Polohovací záznam), hodnocení nutričního stavu a hydratace seniora, edukace seniora i jeho rodiny v oblasti prevence dekubitů (7, 17, 18, 26, 44).

Při již vzniklých dekubitech u seniora je důležitá též pečlivá dokumentace vzniku a rozvoje dekubitů, zvláště stavu, v jakém je senior přijímán na oddělení. Kromě písemného záznamu je vhodné zakreslení dekubitů do schématu a fotodokumentace s písemným souhlasem pacienta. Vznik dekubitů zpochybňuje správnou ošetrovatelskou péči, ale dle některých expertů zabývajících se touto problematikou je v některých případech neodvratitelný (3, 7, 26, 44).

Sledování incidence a prevalence dekubitů jako indikátorů kvality ošetrovatelské péče je ve zdravotnických zařízeních věnována velká pozornost. Sestry musí mít o problematice dekubitů dobré znalosti a pozitivní přístup k řešení současné situace a snažit se o účelné zlepšování preventivních opatření a minimalizaci rizik jejich vzniku (3, 7, 17, 44).

1.7 Kvalita ošetrovatelské péče o seniory

1.7.1 Akreditační standardy pro dlouhodobou péči o seniory

Hlavní náplní zařízení náhledné péče je poskytování péče a služeb převážně seniorům a to takovým způsobem, který odpovídá jedinečným potřebám každého z nich, vyžaduje vysokou úroveň profesionálů při plánování péče a její koordinaci. Na prvním místě je zajištění optimálního výstupu péče a to je především spokojený senior jako uživatel péče (30, 51).

Pod záštitou Ministerstva zdravotnictví vznikla Spojená akreditační komise - SAK ČR, která předala zdravotnické veřejnosti v roce 1998 padesát národních akreditačních standardů, uspořádaných do deseti oblastí a týkající se aspektů provozu zdravotnických zařízení a péče o pacienty v České republice. Vycházejí z mezinárodních akreditačních standardů Joint Commission International (JCI) pro dlouhodobou péči o seniory nebo Citlivých indikátorů v ošetrovatelství (CIO) stanovených Americkou asociací sester v roce 1997. Standardy jsou vypracovány tak, aby zajišťovaly kontinuitu a koordinaci péče a služeb, pomáhají standardizovat poskytovanou péči a služby, vytvořit kulturu bezpečí a kvality, ovlivňují rozhodování při plánování zdravotní péče a vytváření vnitřních předpisů. Standardizované postupy lze do praxe převzít nebo si je mohou zdravotnická zařízení vytvářet sami podle potřeb zařízení a hlavně samotných nemocných seniorů, ale vždy jsou v souladu s celostátně i mezinárodně uznávanými normami (30, 51).

Cílem standardizace postupů je integrace a koordinace péče a služeb seniorům, zvýšení efektivity, zlepšení výstupů péče o seniory a též snaha minimalizovat rizika v průběhu poskytování péče a služeb seniorům. Edukace seniorů a jejich blízkých je

nástrojem zajištění jejich bezpečí a lepší účasti v léčebném procesu. Pokud se standardizované postupy péče dodržují a svědomitě provádějí, představují pro zdravotnická zařízení a jejich vedení rámec k poskytování vysoce kvalitní péče v bezpečném a správně řízeném prostředí. Kvalita zdravotní péče je měřitelná a je založena na profesionálních standardech, směrnicích, zákonech a vyhláškách. Standardy závazné pro příslušné zdravotnické zařízení zajišťují kvalitu ošetrovatelské péče a umožňují její objektivní hodnocení a měření. Zdroje, které nám umožňují měřit a vyhodnocovat kvalitu zdravotní péče – pacienti a jiní interní a externí klienti, externí odborníci, výsledky auditů a indikátory kvality (15, 25, 30, 51).

1.7.2 Sestra a kultura bezpečí

Zdravotnická zařízení v současné době věnují zvýšenou pozornost prostředí, ve kterém poskytují zdravotní péči. Důležitá je organizace, řízení a kontrola ošetrovatelské péče a sledování indikátorů její kvality. Poskytování profesionální péče o geriatrické pacienty vyžaduje vědomosti, speciální dovednosti a postoje profesionální sestry. Termín „kultura bezpečí“ se stává módním pojmem v organizacích, které si uvědomují pozitivní vliv zdravé a otevřené organizační kultury na zlepšování zdravotní a ošetrovatelské péče. Atmosféra vzájemné důvěry, ve které může personál hovořit o otázkách bezpečí a jejich řešení beze strachu z následků je brána jako základ ke zlepšení bezpečnosti v organizaci. Zvýšený zájem a metody hodnocení kultury bezpečí nabízejí organizacím příležitosti k analýze a k pochopení současného stavu, a tím podněcují k vytvoření plánů ke změnám a k iniciativě ke zvýšení bezpečnosti. Hodnocení kultury bezpečí znamená sběr dat ke sledování výkonu včetně názorů a potřeb personálu, jeho ochotu hlásit chyby při poskytování ošetrovatelské péče, znalost rizik pro pacienty a návrhy na zlepšení bezpečí (15, 30, 52)

Sestry hrají v procesu poskytování péče klíčovou roli a většinou vnímají důležitost bezpečné péče a potřebu prevence chyb a nežádoucích událostí. Jsou to především sestry, kdo se musí snažit o zajištění bezpečné ošetrovatelské péče o seniory. Zajišťování bezpečí pacientů je kolektivní odpovědností, ale zároveň osobní odpovědností každé sestry. Budování bezpečnějšího systému lékařské i ošetrovatelské

péče o seniory, je úkolem každého zdravotníka, pracujícího na oddělení následných lůžek. To se neobejde bez podpory středního a vrcholového managementu. Problém pochybení není způsoben nedostatkem znalostí, ale neefektivní komunikací a nevyužívání již existujících preventivních nápadů a opatření. I sestry se musí naučit vyhledávat a odstraňovat problémy, které vedou ke zbrzdění bezpečnosti péče o seniory na lůžkách následné péče. Naši senioři si přeci zaslouží, aby jejich potřeby v holistickém pojetí dovedli řešit vzdělaní profesionálové s dostatkem empatie a porozumění stáří, jako nelehkému a složitému období života (15, 30, 52).

1.7.3 Spokojenost seniorů s ošetrovatelskou péčí

Spokojenost pacientů při hospitalizaci je důležitým ukazatelem pro hodnocení kvality poskytované péče. Zájem o názory pacientů je vyjádřením toho, že dnešní zdravotnictví je zaměřeno opravdu na pacienta a jeho potřeby. Jde o snahu profesionálů vyhovět potřebám a přáním pacientů a tím docílit jejich větší spokojenosti. Znat názor seniorů na úroveň kvality poskytované péče je důležité pro ošetrovatelský personál, lékaře i management zdravotnického zařízení. Všichni zdravotníci se musí snažit o zlepšování kvality péče, chápat pojem a důležitost kvality. Chybování jednotlivých členů týmu ovlivňuje výsledky péče celého kolektivu. Nedostatky v ošetrovatelské péči ohrožují celý léčebný proces pacienta. Opakované zjišťování spokojenosti pacientů poskytuje podklady pro změny v poskytování péče z pohledu pacientů, holistický přístup a plánování individualizované péče. Vede sestry k tomu, aby více přemýšlely, co udělat pro zlepšení spokojenosti seniorů při hospitalizaci. Důležitá je osobní angažovanost každého zdravotníka a týmová spolupráce na zvyšování kvality péče. Spokojenost pacientů a jejich blaho závisí do značné míry na etickém, morálním a právním vědomí zdravotníků jako poskytovatelů lékařské i ošetrovatelské péče. Kvalitní ošetrovatelská péče je cílem a vizitkou všech zdravotníků (1, 15, 25, 28).

Indikátory kvality péče jsou specifická, spolehlivá a měřitelná kritéria, která ve srovnání s daným standardem, směrnicí a nařízením ukazují, v jaké míře bylo daného standardu dosaženo. Pomocí daných standardů a kritérií sledujeme úroveň poskytované péče. Mezi indikátory kvality ošetrovatelské péče řadíme i hlášení pádů a jiných

mimořádných událostí, prevalenci dekubitů, sledování spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí. Pro získání akreditace nemocnice nebo ISO certifikace je základním předpokladem měření kvality jako nástroje při prevenci pochybení. Jde o výstražný systém o tom, že v oblasti bezpečí lékařské nebo ošetrovatelské péče není něco v pořádku. Indikátory kvality nám pomáhají identifikovat selhání v rizikových procesech (1, 15, 25, 28, 30, 52).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce:

Cíl 1 : Zjistit, zda sestry znají preventivní mechanizmy předcházení rizikům při ošetřování seniorů.

Cíl 2: Zjistit, zda sestry dodržují preventivní opatření k předcházení rizikům při ošetřování seniorů.

Cíl 3: Zjistit názor seniorů na možnosti, jak odvrátit některá rizika při jejich hospitalizaci.

2.2 Hypotézy:

H 1 : Sestry znají preventivní opatření k předcházení rizikům při ošetřování seniorů.

H 2 : Sestry dodržují preventivní opatření k předcházení rizikům při ošetřování seniorů.

2.3 Výzkumné otázky:

Otázka 1: Jak se dívají senioři na práci sester na oddělení následné péče při využívání možností, jak předejít malnutrici?

Otázka 2: Jaký mají senioři názor na ošetrovatelskou péči zaměřenou na prevenci pádů při jejich hospitalizaci na oddělení následné péče?

Otázka 3: Jaké mají senioři názory na ošetrovatelskou péči zaměřenou na prevenci imobilizačního syndromu a rozvoje dekubitů?

Otázka 4: Jak sestry zvládají dle seniorů péči o jejich psychickou pohodu, důležitou pro jejich rekonvalescenci?

3 Metodika práce

3.1 Metodika

Výzkumné šetření a získávání dat k tématu: **Rizika při ošetřování seniorů hospitalizovaných na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s.** je kvantitativně kvalitativní. Pro kvantitativní část byla použita metoda dotazníkového šetření pro sestry pracující na tomto oddělení. Dotazník obsahuje 35 uzavřených, polootevřených i otevřených otázek. Dotazníky byly osobně rozdány, následně vyhodnoceny a zpracovány do grafů. V průběhu výzkumného šetření se ukázalo potřebné doplnit práci ještě metodou skrytého zúčastněného pozorování. Výsledky byly vyhodnoceny a zpracovány do tabulek.

Získávání dat pro kvalitativní část výzkumného šetření proběhlo pomocí polostrukturalizovaného rozhovoru s pěti seniory, se záznamem na diktafon, aby nebyly opomenuty klíčové názory a připomínky seniorů. Byla použita zpětná vazba, abych zjistila, zda senioři dobře rozumí otázkám, v případě potřeby jim vše bylo vysvětleno. Rozhovory byly přepsány, zpracovány a výsledky zaznamenány do tabulek.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaným souborem pro kvantitativní část výzkumného šetření byly sestry pracující na I a II oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s. Pozorovány byly celkem čtyři sestry při poskytování ošetrovatelské péče na odděleních.

Druhými respondenty pro kvalitativní část výzkumného šetření bylo pět pacientů hospitalizovaných na oddělení následné péče, kteří byli ochotni poskytnout rozhovor při sběru dat.

3.3 Harmonogram výzkumu

Výzkumné šetření bylo realizováno na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s. v období od 1. 1. do 31. 3. 2011. Výzkumné šetření bylo provedeno s laskavým svolením vrcholového managementu nemocnice i jednotlivých oddělení.

4 Výsledky

4.1 Přepisy rozhovorů se seniory-kvalitativní šetření

Rozhovor 1

věk seniora: 74 let

délka hospitalizace: 31 dní

lékařská diagnóza: Stav po vysoké amputaci pravé dolní končetiny. Diabetes mellitus II. typu

Panu N je 74 let. Má manželku a dvě děti, syna a dceru. Všichni za ním do nemocnice docházejí na návštěvu, manželka 2x týdně a děti o víkendu. Žije na vesnici v rodinném domku. Syn mu doma už připravuje zázemí na dobu, kdy bude propuštěn z nemocnice. Dobré rodinné vztahy jsou pro něho prioritou, poskytují mu oporu a pocit jistoty. Deset let má diabetes a nyní mu byla před dvěma měsíci amputována pravá dolní končetina ve stehně pro rozsáhlou diabetickou gangrénu. K dohojení pahýlu za ním domů docházela sestra z agentury domácí péče. Do nemocnice byl přijat, aby si nacvičil pohyb na invalidním vozíku a chůzi o berlích. Co se týče vzhledu seniora, tak má trochu nadváhu, ale celkově působí dobrým dojmem. Ochotně poskytl rozhovor, rád komunikuje, je plný elánu, dobře spolupracuje při léčebném procesu. Těší se, až bude moct chodit a bude propuštěn z nemocnice domů. Do budoucnosti se dívá optimisticky.

Dále rozhovor směřoval do oblasti výživy seniora. Sám se nazval „tlustým“ a přiznává občasné hřešení proti diabetické dietě. Jeho výživa je uspokojivá, ale potřeboval by edukaci o režimu diabetika. Sestra prý s ním u příjmu sepsala nějaký papír, kdy se vyptávala na potíže s výživou nebo na úbytek na váze za poslední tři měsíce, i na výšku se zeptala. Dle pacienta se manželka doma vždycky snaží vařit jídla, která jsou pro něho vhodná, ale on závidí lidem, kteří jsou zdraví, mají to jednodušší a mohou si jíst to, co chtějí. Na jídle si vždy zakládal, ale co má potíže s tou nohou, tak je to horší. Dostává inzulin, tak ví, že se musí najíst, aby mu nebylo špatně. V nemocnici se na něho sestřičky občas zlobí, když ho přistihnou s jídlem, které by jíst neměl. V jídle není příliš vybíravý, ale k jídlu v nemocnici má výhrady, některá jídla mu nechutnají. Také si stěžuje, že je v nemocnici už delší dobu a jídla se moc často opakují. Když

dostane k obědu játra nebo sojové maso, tak to nesní. Někdy si místo oběda vezme jen polévku s chlebem. Jinak je spokojen, stravování v nemocnici čekal horší. Výjimkou je to sojové maso a také hovězí maso, které je příliš tvrdé, má problémy ho pokousat. Mletou dietu odmítá. U pacienta, co s ním leží na pokoji, slyšel, že mu sestry dávají na výběr tři možnosti jídel, aby si vybral tu, která mu vyhovuje. Může rozhodnout o tom, co bude mít příští den k obědu. Uvítal by, kdyby si mohl také vybírat, i když je diabetik. Problémy se stravou probírá jen s manželkou, s ošetřovatelským personálem nikoliv. Má obě zubní protézy a stará se o ně sám. Rozpustí ve sklenici tablety na čištění, nechá je odmočit, jsou potom, jak nové. Protézy používá při každém jídle, nasadí si je hned ráno a na noc je uloží na stoleček do kelímku. Jestli se sestry starají o to, kolik jídla sní, tak to neví. Přinesou ták s jídlem, nechají mu ho u lůžka a po určité době ho zase odnesou. Jídlo může v klidu sníst. Nevšiml si, jestli se sestry dívají pod poklop, aby zkontrolovaly, co snědl. Dle jeho názoru to asi moc nesledují, protože by byl jistě pokárán, když jídlo ošidí a oběd někdy nechá. Také pitný režim moc nedodrжуje, vypije jen asi jeden litr denně, v noci nic. Ani doma moc nepil. Sestřičky se na něho zlobí, že málo pije a musí všechny tekutiny zapisovat na papír, který si ráno vezmou a dají mu nový.

V dalších části rozhovoru jsem se zaměřila na oblast prevence pádu u seniora. Signalizační zařízení k lůžku mu sestry daly hned po přijetí do nemocnice a vysvětlily, jak ho má používat. Vždy, když potřebuje pomoc, tak může zazvonit. Pacient uznává, že když přišel o nohu, možnost úrazu se zvýšila. Pohyb je pro něj složitý, ještě si nezvykl na nestabilitu těla po amputaci pravé nohy. Nejhorší jsou pro něho přesuny na invalidní vozík, kdy potřebuje pomoc sester. Uznává problémy také při chůzi o berlích s protézou a udává: „Chůze mi ještě moc nejde, často se mi točí hlava“. S chůzí čeká jen na rehabilitační sestru, nasazování protézy trvá moc dlouho, chůze je nejistá, často se mu zatočí hlava. Musí před chůzí chvíli stát na místě a potom je schopen ujít krátkou vzdálenost s oporou sestry. Není spokojen s průběhem rehabilitace, kdy říká: „Uvítal bych častější rehabilitaci chůze a nejenom chvílku dopoledne a potom už nic“. Zdá se mu, že nedostatečná rehabilitace jen prodlužuje délku jeho pobytu v nemocnici. Podle pacienta s ním ostatní sestry chodit nemohou, nemají na to čas. Cvičení jen

s rehabilitační sestrou mu připadá trochu málo. Také si stěžuje na problémy s vyprazdňováním na lůžku, sestry ho na WC odvezou na invalidním vozíku jenom občas. Chválí si čistotu na pokoji, ale některé věci mu překážejí při pohybu, kolikrát se na vozíku nemůže s vozíkem vytočit a vyjet třeba na chodbu. Na WC je také málo místa sotva pro chodícího člověka, natož pro pacienta s vozíkem. Dle jeho slov: „Dveřmi se tam nedá projet a dostat se pak z vozíku na klozet je zbytečně problematické, klozet by měl být vyšší, těžko se mi vstává a sestry se, se mnou moc nadřou“. Jinak mu denní režim na oddělení vyhovuje. Byl by rád, kdyby mu sestry věnovaly více času, aby se mohl dostat i mezi ostatní pacienty, trochu se podíval po oddělení a tak. Když mu někdo pomůže na invalidní vozík, můžou se potom s manželkou dostat také ven, sestry to dovolily a jsou ochotné spolupracovat.

V lůžku se mu leží pohodlně, ale večer ho bolí noha, kterou vlastně nemá. Větší bolesti si vysvětluje také tím, že mu sestry pahýl moc utahují elastickým obinadlem, které ho moc škrtí. Je rád, když ho může na noc sundat. Během dne mu stačí tablety proti bolesti, sestry mu je nosí pravidelně. Také obvaz povolí nebo převážou, když si stěžuje na bolest. Ještě dlouhodobě užívá další léky, ty co mu předepsal jeho lékař, dle slov pacienta jsou: „Na cukrovku, vysoký krevní tlak a také něco na srdíčko“. Na lůžku je celkem soběstačný, horší je další pohyb. S koupáním jedenkrát týdně moc spokojený není, více se potí a tak by uvítal častější koupání. Umývá se denně v umyvadle na nočním stolku. K umyvadlu, které je v předpokoji, ho musí sestry dovézt na vozíku. Hygienickou péči shledává nedostačující, nemůže se umýt, kdy chce. Lůžko sestry převlékají jedenkrát týdně kompletně, další dny jen podle potřeby. Pahýl mu promazávají každý den, také sledují otlaky, které způsobuje protéza. Na noc mu pahýl podkládají, aby neměl takové bolesti.

S ošetrovatelským personálem problémy nemá. Je rád, že se o něho někdo stará. Říká: „Nechci moc obtěžovat, aby si sestry nemyslely, že jsem náročný a navymýšlím si“. Celkově se v nemocnici nudí, chybí mu pohyb a také nějaká činnost během dne. Sestry mu poradily, aby požádal syna, zda by mu nedonesl do nemocnice rádio nebo televizi. Rád si poslechne alespoň večerní zprávy. Ví, že je v jídelně televize, ale: „Nechci obtěžovat sestry, aby mě tam dovezly vždy, když si vzpomenu. Je jich málo a

neustále nemají čas“. Je rád, že si v jídelně také může popovídat s ostatními pacienty, přijde na jiné myšlenky. Na závěr rozhovoru si posteskl: „Když je člověk uvázaný k posteli, přemýšlí jen o své nemoci a problémech. Už mě to nebaví, ale co jiného mám dělat?“.

Rozhovor 2

věk seniora: 72 let

délka hospitalizace: 38 dní

lékařská diagnóza: Zhoršení celkového stavu, dehydratace, stav podvýživy

Paní M je 72 let a byla přijata k rekonvalescenci a zlepšení zdravotního stavu. Celkově působí unaveným dojmem, je podvyživená, dehydrovaná. Starala se o ní dcera, ale už péči nezvládá a tak spolu požádaly o umístění do domova důchodců. Je jí z toho smutno, nechce být nikomu na obtíž. Když se cítí dobře, je schopna sedu na lůžku i chůze na krátkou vzdálenost. Rozhovor poskytla, ale nejdříve pociťovala nedůvěru, musela jsem si jí získat.

V oblasti své výživy udává, že se jí sestry po přijetí k hospitalizaci ptaly na stav výživy, na to co jí chutná a co zase ne. Potom pacientku zvážily, ale neví proč. Později jí už nikdo nevážil, dle jejích slov: „Sestrám to stačilo jen první den“. Dietu nemá, ale také nemá žádnou chuť k jídlu, je jí jedno co jí nebo jestli vůbec něco jí. Co je v nemocnici, tak ještě dle svého posouzení ještě více zhubla, neví o kolik, ale pozoruje to na sobě už delší dobu. Cítí se tak slabá a unavená. Nic jí nebaví. Zubní protézy jsou jí velké, špatně se jí s nimi jí a dřou jí do dásní, má bolavou celou pusu. K péči sester udává: „Sestřičky mi dásně ošetřují takovou hojivou vodičkou, tak to je lepší“. Požádala sestry o mleté maso a jí raději bez zubů. Dle pacientky už týden neměla v puse zubní protézy, má je ve skleničce na nočním stolku. Udává, že se nikdo nemusí starat o to, kolik jídla sní, je to prý její věc. Vyjadřuje se takto: „Dostanu táč, něco si vezmu, a když mi to nechutná, tak to vrátím. Nejrady bych nejedla nic“. Chybí jí ovoce, nejčastěji prý v nemocnici dostává pomeranče, ale ty jíst nemůže, protože jí dráždí bolavé dásně. Uznává, že i s pitím má problémy. Tekutin vypije málo, nemá žízeň a po tom čaji, co dostává, jí pálí žába. Sestřičky jí prý dávají čaj, ale když požádá, tak jí natočí vodu

z vodovodu, kterou má stejně nejraději, nic jiného k pití nemá. Vodu jí nosí i spolupacientka, která může chodit. Je ráda, že jí má na pokoji jako spolubydlící.

Dále jsme si povídaly o pohybu pacientky a prevenci pádu. Pacientka udává, že už několikrát upadla a také si způsobila občas nějaká zranění. Při chůzi se cítí nejistá, má strach. Zvoneček na sestry má a umí ho používat, ale udává: „Raději nezvoním, jen v nejnnutnějších případech, aby se sestry nezlobily“. Když se posadí, nebo chce vstát, hrozně se jí točí hlava. Sama chodit nesmí, jenom s doprovodem sester, bolí ji záda. Sestry se jí snaží někdy dovést na WC v chodítku, ale často je tak slabá, že tam ani nedojde. Paní doktorka jí předepsala prášky na spaní, protože velmi málo spí, ale dle pacientky stejně nezabírají, jenom je po nich ještě víc unavená. Užívá i léky na bolest, záda ji vsedě i při chůzi tolik bolí, že ujde jen malý kousek a potom se musí položit. Ještě chůzi moc nezvládá, je negativisticky naložená, často je apatická a nespolupracuje. Chodit se jí nechce, po krátkém sezení u jídla si opět lehne a vyžaduje obsluhu na lůžku. Spolupráce pacientky vážne i s rehabilitační sestrou, kdy jí někdy rehabilitaci úplně odmítá.

S hygienickou péčí je celkem spokojena, koupání jedenkrát týdně jí vyhovuje. Neví, jestli tu mají sprchu, jezdí do koupelny na pojízdné vaně, kterou sestry dovezou až na pokoj. Jinak se umývá na pokoji u umyvadla, sestry jí tam dovezou na pojízdné židli, ale to je jen ráno. Dle slov pacientky: „Večer se jen tak otru žínkou, spolupacientka mi jí namočí a potom vypere. Chtěla bych, aby řádná hygienická péče ze strany sester probíhala také večer“. Doma byla zvyklá se před spaním pěkně umýt, tady to není možné. Kůži jí sestry pravidelně kontrolují, promazávají a nutí jí více sedět.

Na pokoji udává čisto a pořádek. Neví, čím paní uklízečka vytírá, že se ta podlaha se tak leskne, někdy má pocit, že je mokrá. Potom má větší strach z chůze, bojí se, že upadne, i když jde někdo vedle ní. Dle slov pacientky by mohlo být na pokoji víc místa, když se mají dvě pacientky při chůzi o berlích nebo v chodítku navzájem vyhnout, musí jedna na stranu do uličky mezi postele. Uličky jsou moc úzké a chodítko se tam skoro nevejde. Pacientka říká, že: „Některá sestra mě dovede na WC, jiná mi dá pojízdné WC k lůžku“. Každý den s ní chůzi má nacvičovat rehabilitační sestra, ale někdy pacientka odmítá spolupracovat, protože se cítí slabá a chůzi by nezvládla.

Během dne chodí podle toho, jaká směna sester je zrovna ve službě a také podle toho, jak se cítí. Nikdo ze sester s ní necvičí, dechová cvičení neprovádí ani s rehabilitační sestrou. Jinak tráví čas v posteli. Vadí jí, že si nemůže po toaletě umýt ruce, tak jí snacha přinesla alespoň hygienické ubrousky. Snacha má moc práce, přijde se na paní podívat jednou za týden a to se potom můžou procházet v chodítku po chodbě i odpoledne. Pacientka udává, že na ní snacha má více času, má k ní důvěru a v její přítomnosti lépe spolupracuje. Z toho věčného ležení už jí bolí celé tělo, nejhorší jsou ty záda.

K prevenci imobilizačního syndromu směřovala další část rozhovoru. Na lůžku se pacientka otočí sama, občas se posadí, sedět se jí moc nechce, raději leží. Polohovat nepotřebuje, jídlo jí sestry donesou, nají se sama. Postel se jí zdá moc tvrdá. Proti bolesti jí sestry dávají tablety nebo jí některá namaže záda mentholovým mazáním. To se jí potom uleví a také lépe spí. Doufá, že se brzy zlepší v chůzi natolik, že bude moct chodit sama, alespoň v tom chodítku. Přála by si chodítko i domů, cítí se při chůzi jistější. Někdy jí ho sestry odvezou pro jiného pacienta a potom musí být jen v posteli. Musí počkat, než na ní v půjčování chodítka zase dojde řada. Uznává, že i jiní pacienti ho potřebují, ale chtěla by ho mít pro sebe. Sestřičky jí vysvětlily, že mají na oddělení jenom dvě a pacienti se musí vystřídat. Závislost na druhých pacientku trápí, dle jejích slov: „Závislost, je sestřičko hrozná věc, člověk je tak bezmocný“. Sestry se k ní prý chovají dobře, ale stěžuje si na čas, který jí věnují. Některá sestra si s ní občas popovídá, ale většinou jen chvilku. Má ráda, když se na ní sestry usmívají, to je jí potom „lépe u srdíčka“. Také se jí líbí, že jí sestry dokážou povzbudit, když jí něco nejde.

Líbí se jí, že je na oddělení knihovna. Sestřičky jí přinesou knížky, které přečte a potom jí je zase vymění za jiné. I doma četla hodně. Snacha jí zase nakupuje časopisy, má tu rádio a hodnou spolupacientku, která se o ni velmi mile stará. Neví, co by si bez ní počala.

Rozhovor 3

věk seniora: 71 let

délka hospitalizace: 44 dní

lékařská diagnóza: Stav po cévní mozkové příhodě, přijata k rekonvalescenci

Paní H je 71, po cévní mozkové příhodě zůstala ležící s ochrnutím levostranných končetin, zcela závislá na komplexní ošetrovatelské péči. Má manžela a tři děti. Manžel ji v nemocnici navštěvuje a psychicky podporuje, ale děti na ní nemají čas. Vyjadřuje obavy z budoucnosti a dalšího vývoje svého zdravotního stavu. Rozhovor poskytla ochotně, i když si na některá slova nemůže vzpomenout a komunikace je pro ni náročnější.

V oblasti výživy udává nechutenství, ale to už říkala sestřám hned na začátku hospitalizace, když se jí vyptávaly na problémy s výživou. Vážít se nemůže, protože musí jen ležet. Dodržuje dietu, často jí „zlobí“ žlučník, má bolesti v břiše a je jí špatně. Zubní protézy má, ale potřebovaly by vyčistit. Namáčí je po jídle do vody a opláchne je, občas požádá sestry o vyčištění kartáčkem a pastou na zuby. Když přijde manžel, vyčistí je sám, ale už tu tři dny nebyl.

Teď musí ležet a udává: „Sestřičko, dokážete si jistě představit, jak se vleže špatně jí, sestry mě musí krmit. Nejsem zvyklá jíst podle tempa někoho jiného, sestřičky s krmením chvátají. Často mě nutí jíst, i když mi to nechutná. Je mi potom zbytečně špatně, vždy se potom sestry zlobí“. Dále mi sděluje, že když jí je špatně, tak nejí a paní doktorka jí musí dávat infúze. Chtěla by, aby bylo k jídlu více zeleniny, maso se jí špatně tráví. Dle jejích slov se vyjadřuje: „Musím být spokojena s tím, co dostaneme, nestěžuji si, ale nechci, aby mě sestry nutily do jídla, když mi to nechutná“. Potom si také chválí, že dostává taková mlíčka, která má popíjet během dne. Sestřičky jí říkaly, že jsou v nich vitamíny a živiny. Mají různé příchutě a každý den dostane jednu krabičku. Moc mi chutnají a není jí z nich špatně. Pije dle jejího názoru dost, tak litr až dva denně. Syn jí nosí limonády bez bublinek, aby jí to nenadýmalo. Nemocniční čaj pít nemůže, zkusila i ten hořký, ale ani ten prý není dobrý.

Dále jsme se dostaly v rozhovoru k tématu prevence pádu. Se signalizačním zařízením je spokojena, užívá ho, když něco potřebuje. Musí zvonit převážně, když se jí

chce na WC, jinak sestry nechce nijak prohánět, protože toho mají hodně. S koupáním nemá problémy, sestry jí dovezou do koupelny na pojízdné vaně a jedenkrát týdně jí pořádně umyjí, to se potom, „Cítí jako znovuzrozená“. Sestry jí po každé koupeli promažou kůži, má jí hrozně suchou a po koupeli ještě víc. Nemůže vstávat, musí jen ležet a tak jí už bolí všechno, nejen ochrnuté končetiny. Jinak jí sestry celou omývají denně ráno na lůžku, i obličej a ruce, protože není schopná sedět, ani vstát. Přála by si se sestrami také spolupracovat při hygienické péči a stěžuje si, že vše dělají za ni. Přesto uznává: „No pravda je, když to dělají samy, tak to mají brzy hotové. Mě by to trvalo delší dobu a ony mají ještě jiné pacienty. Ranní hygiena je i tak nejdelší čas, který mi sestry během dne musí věnovat“. Nejvíce jí vadí, že si nemůže umýt ruce během dne a to ani před jídlem nebo po vyprázdnění na lůžku. Uvítala by, kdyby umytí rukou bylo po použití podložní mísy samozřejmostí a ne až na její žádost. Pohyb jí schází, nemůže se sama ani otočit. Sestry jí daly do lůžka takovou nafukovací matraci, ale ta „vrčí“ a budí pacientku ze spánku. Protože je matrace gumová, pacientka si stěžuje na větší pocení. Bolesti má jak kdy, někdy jsou snesitelné, ale někdy jí bolí všechny klouby a sestry jí donesou tabletky proti bolesti nebo jí otočí jinak a podloží bolavá místa. Dopoledne za ní chodí rehabilitační sestřička a: „Cvičí spolu rukama a nohama“. Také jí ukazuje, jak má správně dýchat, ale to pacientce moc nejde. Jinak si stěžuje, že tady jen tak leží, je jí dlouhá chvíle. Ostatní sestry s ní necvičí, jen jí přijdou pravidelně otočit. Také jí do lůžka dávají různé pomůcky, aby se jí lépe leželo. Pomůcek mají dostatek. Na pokoji je dle jejího názoru nedostatek místa. Když sestřičky potřebovaly například přestěhovat lůžko blíže k oknu, aby měla čerstvý vzduch, musely vystěhovat půlku pokoje nejdřív na chodbu a potom se to teprve povedlo. Stěhovat pokoj se musí podle pacientky také v případě, když jí posílají na vyšetření na nosítkách.

Pacientka je spokojena s rozhovory s personálem, sestry s ní mluví při péči o její osobu. Je ráda, když si může popovídat. Rozhovory jsou vedeny spíše na téma, co se týká jejího zdravotního stavu, soukromí moc nerozebírají. Pacientka si posteskla: „Sestry by to stejně asi moc nezajímalo“. Někdy se cítí smutná a sama. Jestli jsou dodržována práva pacientů, tak to neví. Stěžuje si, že sestry někdy slíbí to, co potom nesplní. Nerada je někomu na obtíž. Neví, jestli ještě někdy bude moci chodit, ležení jí

už nebaví, má strach, co s ní dál bude. Manžel je také hodně nemocný, čeká ho operace, chybí jí informace. Chtěla by alespoň na pokoj někoho, s kým by si mohla popovídat, ale bojí se o to požádat.

Rozhovor 4

věk seniora: 73 let

délka hospitalizace: 41 dní

lékařská diagnóza: Chronické selhávání ledvin

Pacient částečně mobilní, chůze omezena bolestivostí oteklých nohou, schopen chůze dle aktuálního zdravotního stavu jen na velmi krátkou vzdálenost s doprovodem sester.

V rozhovoru udává, že na stav jeho výživy se sestry ptaly už při přijetí na oddělení. Změřily ho a zvážily, všechno si zapisovaly. Nyní ho sestry váží obden, paní doktorka chce vědět jeho váhu kvůli otokům, otékají mu nohy, a proto nemůže chodit. Říká, že má dietu s omezením soli, strava mu moc nechutná. Někdy musí sedět u jídla dlouho, aby se přemohl a něco vůbec snědl. Často sestry odnášejí nedojedené jídlo. Potom se s ním sestry i paní doktorka „zlobí“. Stěžuje si, že v nemocnici dostává málo ovoce a zeleniny. „Dětské přesnídávky mi už lezou krkem, už se na ně nemůžu ani podívat, měli by někdy změnit alespoň jejich příchut“ . S chutí by si dal nějaké jablko nebo jiné ovoce, ale to stejně nepokouše. Zubní protéza ho dře, musí si všechno krájet na malé kousky. Zapomněl si doma ostřejší nůž, příborovým nožem toho moc nakrájet nejde. Také závidí sousedovi vedle: „Ten si může jídlo vybírat, já mám bohužel dietu, tak takové štěstí nemám“. Vadí mu i to, že si nemůže umýt ruce před jídlem, ani po jídle. K umyvadlu sám nedojde a říká, že: „Sestry mě tam také nemůžou neustále vodit, zdržoval bych je od jiné práce. Stačí, když mi musí věnovat čas při ranní hygieně“. Těší se, až bude moct chodit sám, to potom bude něco jiného. Problémy se stravováním neprobírá s nikým, sestry se na to neptají a paní doktorka mu říkala, že takovou dietu prostě mít musí. Nechce s tím nikoho zatěžovat. Tekutin dle svého názoru vypije dost, má skoro pořád žízeň, ale kvůli těm otokům by tolik pít neměl. Sestřičky u něho denně

zapisují množství tekutin na papír a také měří moč, kterou vymočí, je to důležité pro jeho léčbu. Paní doktorka i sestřičky mu to stále zdůrazňují.

U lůžka má zvoneček, sestřičky mu říkaly, že může zazvonit, až bude něco potřebovat, ale někdy se mu zdá, že se vymluví na neodkladnou práci a málo času. Potom již nepřijdou. Jinak se sestrami nemá žádný problém, jsou ochotné a stále usměvavé. Dle slov pacienta je s nimi občas i zábava, to když mají dobrou náladu.

Pacient udává problémy se spaním, dostává večer tabletky na spaní, aby se vyspal. Cítí se unavený. Také dostává léky na vysoký krevní tlak. Natékají mu nohy, nejhorší je to večer, potom nemůže ani vstát z postele. Někdy ho nohy bolí tak, že nemůže chodit celý den. Sestry mu bandážují nohy pod kolena. Také užívá tablety při bolesti a sestry mu je na požádání přinesou. Paní doktorka mu říkala, že musí chodit jen s doprovodem sester. Ví, že by se měl víc procházet, ale sám to nezvládne, sotva udělá několik kroků kolem lůžka. Pohyb mu chybí. Když se mu chce na velkou stranu, tak zazvoní na sestry a ty ho vždy doprovodí na WC. Na malou stranu nezvoní tak často, sestry ho dovedou nebo močí do močové lahve. Stejně musí moč měřit, tak jí sbírají do nádoby na moč a potom se množství zapíše.

Sprchuje se dvakrát týdně, to když přijde vnučka na návštěvu, tak ho vykoupe. Vnučka může přijít kdykoliv, pracuje do večera a často nestihne návštěvní hodiny. Pacient udává, že sestry jsou hodné a pustí jí sem i večer po návštěvních hodinách. Pacient chválí i to, že je ve sprše taková sedačka, na kterou se může posadit a pořádně se umýt. Zdůrazňuje, že: „Horší je, že ze sprchového koutu vytéká při sprchování voda až do předsíně, sestry tam musejí dávat podložky, aby se voda vsákla. Bojím se, že uklouznou, až polezu ze sprchy ven. Nejdřív se to musí vytřít a to musí udělat sestry“. Uznává i čistotu a pořádek na pokoji, nestěžuje si. Na dotaz ohledně místa na pokoji si posteskl: „Je tu dostatek místa jen tak pro samostatně chodící pacienty, já si rád posedím v křesle, tak mi ho sem sestry daly, ale připadá mi, že tu ostatním překážím“.

Co se týká prevence imobilizačního syndromu, tak polohovat nepotřebuje, na lůžku se obslouží. Jen ta chůze, ta mu moc nejde. Lůžko mu vyhovuje, i když je na něho moc vysoké. Uvítal by, kdyby byla nastavitelná výška, lépe by se mi potom vstávalo. Když ležel na ortopedii, tak tam taková lůžka měli a to bylo fajn. Také je nespokojen s

průběhem rehabilitace, protože se mu rehabilitační sestra věnuje jen chvíli dopoledne, potom už během dne necvičí. Nacvičuje pouze chůzi, dechová cvičení nikdo neprovádí. Byl upozorněn na to, že pantofle k chůzi moc vhodné nejsou. Požádá vnučku, aby mu přinesla vhodnější obuv.

Každý den se mu zdá dlouhý a stejný, neví, jak by se zaměstnal. Občas si přečte nějaký časopis, co mu vnučka přinese nebo noviny, co dostane od souseda. Chtěl by v jídelně navštívit knihovnu pro pacienty, ale: „Ještě jsem se tam nedostal, abych si mohl nějakou knihu půjčit“. Udává, že by sestry na pacienty měly mít více času a mělo by jich tu být víc. Komunikaci se sestrami pokládá za dobrou, jen toho času prý tolik nemají. „Mají hodně práce, někdy tady jen tak proběhnou, něco udělají a hned spěchají jinam. Někdy je vidím, jen když mi přinesou jídlo, léky nebo infuzi. Je jich tu málo a pořád jsou v jednom kole. Já bych teda jejich práci dělat nechtěl“.

Práva pacientů pacient četl, ale říká: „Copak je člověk může uplatňovat, když mu nikdo nic zásadního neřekne. Trápí mě několik věcí ohledně mého zdravotního stavu, na které bych se paní doktorky chtěl zeptat, ale bojím se jí obtěžovat. Hlavní je, aby nás vyléčili“. Chválí si návštěvy své vnučky.

Rozhovor 5

věk seniora: 78 let

délka hospitalizace: 46 dní

lékařská diagnóza: Stav po fraktuře bederního obratle, rekonvalescence

Paní P je 78 let. Doma upadla a způsobila si zlomeninu bederního obratle, nesmí sedět ani chodit. Není schopna se obsloužit ani na lůžku, závislá na ošetřovatelské péči. Nemá příbuzné, na návštěvy nikdo nechodí. Jen málokdy přijde její sousedka, která byla ochotna jí vypomáhat i doma.

O stavu její výživy se sestry informovaly již při příjmu na oddělení, nejdříve ji vyšetřila paní doktorka a potom se jí věnovaly sestry. Měly spoustu otázek, už si ani nepamatuje, co všechno je zajímalo. Výšku a váhu jim řekla od oka, tu co věděla, než se jí stal úraz. Pacientka udává, že se spadla ještě více tady v nemocnici. Nechutná jí jíst. Ani s pitím není spokojena, čaj se jí zdá moc sladký. Doma si vařila ovocné čaje, které

nesladila, nemá sladký čaj ráda, ale tady nic jiného k pití není. Voda z vodovodu jí vyhovuje, ale musí být čerstvá a studená, sestřičky jí vždycky vymění. Dietu nemá, může jíst všechno. Zubní protézy má obě, horní i dolní. Každý den je umyje v lavoru, který jí sestry přinesou. Akorát nemá kartáček ani pastu na zuby, tak je jenom opláchne rukama. Odvezli jí totiž do nemocnice sanitou tak, jak byla, nemohla si nic sbalit sebou. Nikdo za ní nechodí, děti nemají čas a manžela už nemá. Je již šest let vdovou. Má doma sousedku, která jí pomáhá, ale byla tu na návštěvě jenom jednou a pacientka jí zapoměla říct, co by potřebovala. Obědy domů má objednané přes pečovatelskou službu. V nemocnici jí teď ale nechutná vůbec nic. Musí jen ležet, a tak si myslí, že tolik jíst ani nepotřebuje. Sestry jí objednaly mletou dietu, aby ji mohly lépe nakrmit, ale někdy jí jen pohled do talíře zvedá žaludek. Strava dle pacientky nevypadá moc dobře. Raději sestřím říká: „To mi už stačí, raději to odnese“. Jíst vleže je pro ni velice náročné, sestry podle ní při krmení moc chvátají a ona nestačí dobře polykat. Přeje si, aby už mohla jíst sama. Paní doktorka jí ještě naordinovala injekce před jídlem, tak to je lepší. Dostává hodně léků, ani pořádně neví, na co jsou.

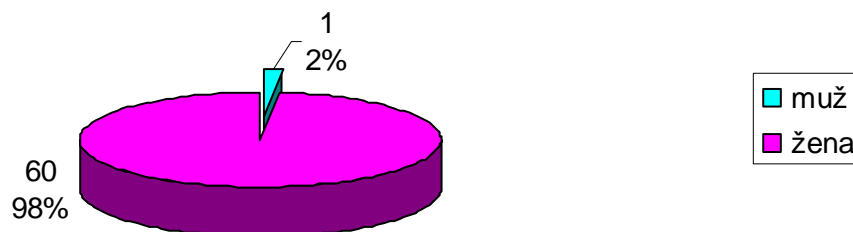
Dále jsme si povídaly o pohybu pacientky a prevenci pádu. Pacientka udává, že v minulosti už několikrát upadla a také si způsobila občas nějaká zranění. Zvoneček na sestry má na hrazdičce, aby na něj dosáhla. Umí ho používat, ale udává: „Raději nezvoním, jen v nejnnutnějších případech, aby se sestry nezlobily. Sestry pak přiběhnou, splní moje přání a hned jsou zase pryč. Nemůžu se hýbat, bolí mě od toho ležení už celé tělo“. Paní doktorka jí dává také nějaké prášky proti bolesti, ale ty podle pacientky moc nezabírají, bolí to pořád. Potom musí zvonit na sestry, aby jí přinesly injekci proti bolesti, může si o ní říct dvakrát denně, tak toho využívá. Po injekci už to tolik nebolí. Paní doktorka jí předepsala také prášky na spaní, protože velmi málo spí, ale cítí se po nich unavená a stejně nespí. Příští týden jí čeká rentgen a kontrola jiného pana doktora. Prý dostane korzet, aby mohla vstávat. Bude se s ním muset naučit chodit. Vyjadřuje obavy z vyšetření a přeje si, aby vše dobře dopadlo. K čistotě a pořádku na pokoji nemá připomínky.

S koupáním jedenkrát týdně je spokojena, na to je zvyklá i z domova. Sestry jí do koupelny dovezou na pojízdné vaně. Doma se každý den před spaním pořádně umyla u

umyvadla, ale tady se myje jenom ráno, večerní hygiena probíhá jen, když je potřeba. Stěžuje si, že jí sestry hodně málo myjí ruce. Má suchou pokožku, už jí celá svědí. Po koupání jí sestry vždy promažou kůži, často i mimo koupání. Dokonce jí jedna sestra věnovala svoje pleťové mléko, aby se měla lépe. Denně kontrolují stav pokožky, při polohování používají různé pomůcky. Sestřičky jí pravidelně otáčí, sama to nedokáže. Někdy se jí leží nepohodlně a záda ještě víc bolí. Paní doktorka řekla sestrám, aby jí mazaly záda mastí proti bolesti, ale málokterá to udělá sama, musí si o to říkat. Dle slov pacientky: „Už mám nějakou bolest na kostrči, sestřičky jí každý den ráno převazují a kontrolují, jak se hojí“. Dostatek pohybu nepocítuje, jen neustále leží a kouká do stropu anebo spí. Ani televizi tu nemá. Zapomněla si i brýle na čtení, bez nich nic nepřečte. Spolupacientky s ní prý také nemluví, jsou moc nemocné. Stěžuje si, že sestry také na ní nemají čas, jen některá se občas zastaví a trochu si popovídá. Jinak je s péčí spokojena, je tu všude čisto a pořádek. Každý den jí ale připadá stejný, hrozně se nudí. Uvítala by, kdyby na nás sestry měly více času a mohly se nám více věnovat. Je jí smutno, cítí se neužitečná, kdy se vyjadřuje: „Možná by bylo lepší, kdyby si mě už pán Bůh vzal. Moje závislost na druhých je hrozná, jsem jen každému na obtíž“. Propadá beznaději a říká: „Nevím, zda budu schopná ještě někdy chůze a postavím se na vlastní nohy. Cítím se hrozně slabá. Co se mnou dál bude?“.

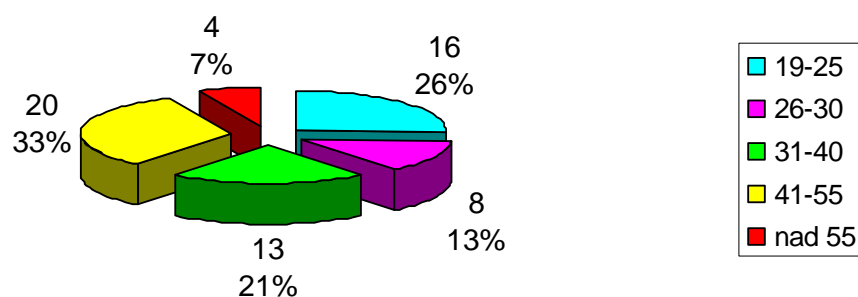
4.2 Grafy k otázkám z dotazníku pro sestry

Graf 1 Zastoupení respondentů dle pohlaví



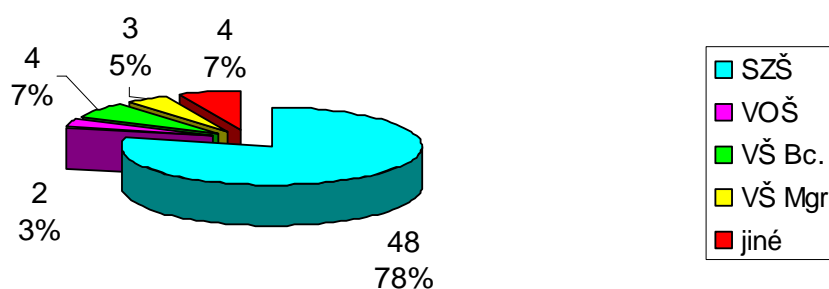
Graf ukazuje, že z celkového počtu 61 dotazovaných sester (100 %) z oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s. (dále jen ONP) se výzkumného šetření zúčastnilo 60 žen (98 %) a jenom 1 muž (2 %).

Graf 2 Věkové zastoupení respondentů



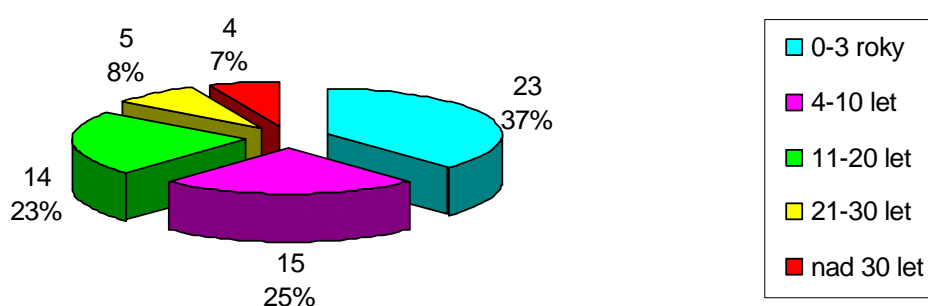
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 61 sester (100 %) se výzkumného šetření zúčastnilo 16 sester (26 %) ve věku 19-25 let, 8 sester (13 %) ve věku 26-30 let, 13 sester (21 %) ve věku 31-40 let, 20 sester (33 %) spadá do věkové kategorie 41-55let a 4 sestry (7 %) jsou věkově nad 55 let.

Graf 3 Rozdělení respondentů podle nejvyššího kvalifikačního vzdělání



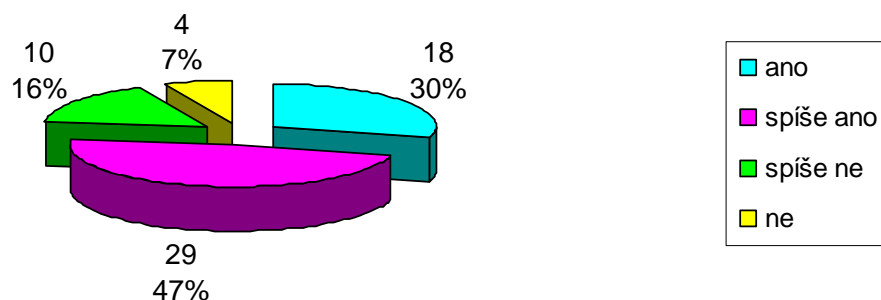
Z celkového počtu 61 dotazovaných sester (100 %) nejvíce vystudovalo střední zdravotnickou školu, kdy toto označilo 48 sester (78 %), vyšší odborné vzdělání uvedly jen 2 sestry (3 %), vysokoškolské bakalářské vzdělání 4 sestry (7 %), vysokoškolské magisterské vzdělání 3 sestry (5 %) a možnosti odpovědět „jiné“ uvedly 4 sestry (7 %).

Graf 4 Délka praxe respondentů na lůžkách následné péče



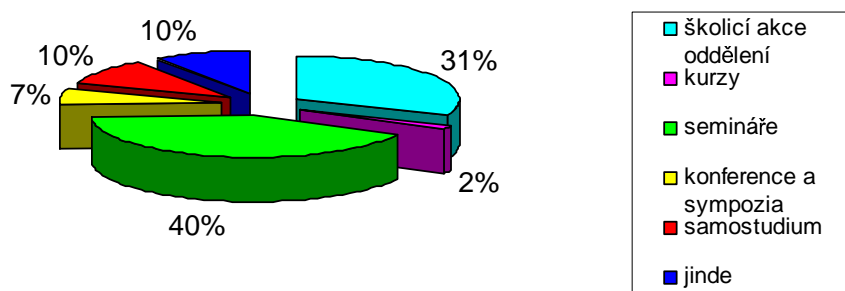
Z celkového počtu 61 sester (100 %) uvedlo délku praxe na oddělení následné péče do tří let 23 sester (37 %), praxi 4-10 let 15 sester (25 %), praxi 11- 20 let 14 sester (23 %), 5 sester (8 %) uvedlo praxi v rozmezí 21-30 let a 4 sestry (7 %) pracují na následných lůžkách déle než 30 let.

Graf 5 Účast sester z ONP na vzdělávacích akcích zaměřených na péči o seniory



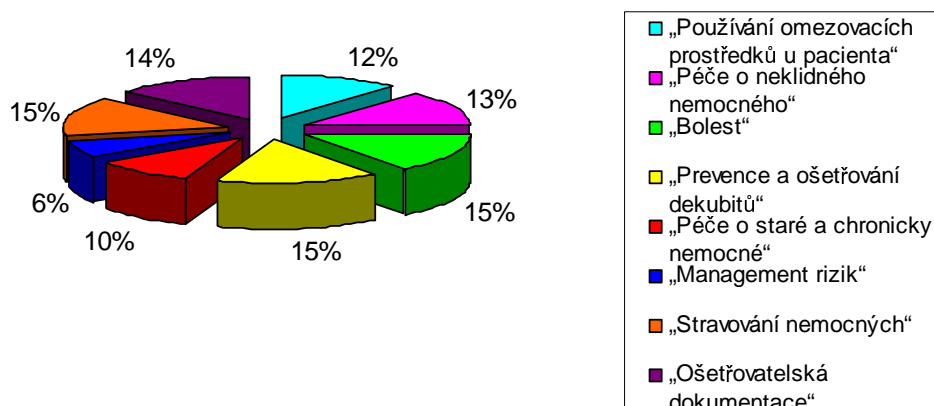
Graf znázorňuje odpovědi sester z ONP na dotaz k jejich účasti na vzdělávacích akcích zaměřených na péči o seniory. Z celkového počtu 61 sester (100 %) jich 18 (30 %) uvedlo, že si vybírá vzdělávací akce zaměřené na péči o seniory, 29 sester (47 %) si vybírá vzdělávací akce zaměřené na péči o seniory jen někdy, 10 sester (16 %) si akce nevybírá, jen sbírá kredity a 4 sestry (7 %) se vzdělávacích akcí zaměřených na péči o seniory neúčastní.

Graf 6 Získávání informací sester pro další vzdělávání



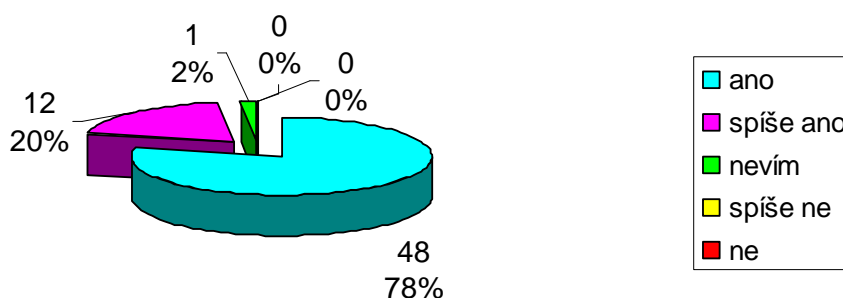
Graf ukazuje, kde sestry z ONP získávají informace pro další vzdělávání ve svém oboru nejčastěji. Z celkového počtu 61 sester zvolilo možnost školicích akcí v rámci oddělení 19 sester (31 %), v kurzech pouze 1 sestra (2 %), na seminářích 25 sester (40 %), na konferencích a sympoziích 4 sestry (7 %), samostudium odborných publikací a časopisů preferuje 6 sester (10 %), jinde získává informace 6 sester (10 %) a z toho 4 sestry uvedly internet a 2 sestry vlastní praxi u lůžka.

Graf 7 Znalosti sester ONP o existenci jednotlivých standardů



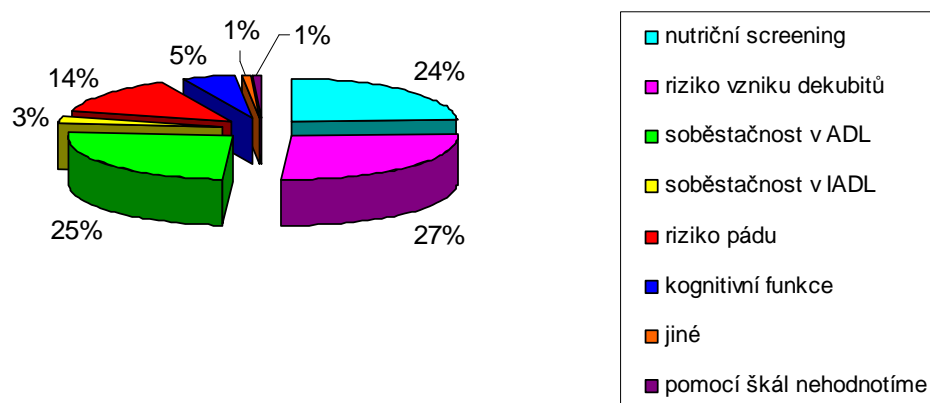
Graf nám znázorňuje, kolik sester zná jednotlivé standardy. Sestry měly možnost označit více odpovědí a celkem jich bylo označeno 397 (100 %). Standard „Používání omezovacích prostředků u pacientů“ označily sestry 46x (12 %), standard „Péče o neklidného nemocného“ 53x (13 %), standard „Bolest“ 59x (15 %), standard „Prevence a ošetřování dekubitů“ 63x (15 %), standard „Péče o staré a chronicky nemocné“ 39x (10 %), standard „Management rizik“ 25x (6 %), standard „Stravování nemocných“ 58x (15 %) a standard „Ošetřovatelská dokumentace“ 54x (14 %).

Graf 8 Snaha sester o minimalizaci rizik na ONP



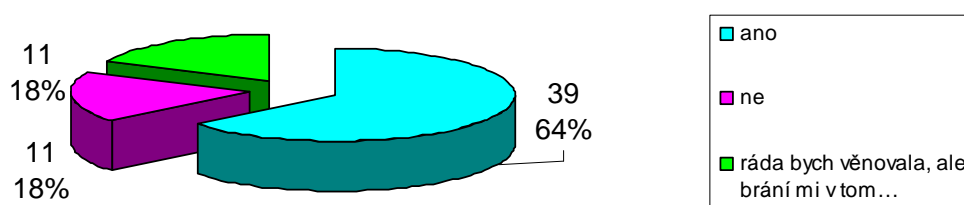
V tomto grafu jsou znázorněny odpovědi sester z ONP na otázku, zda jim při práci záleží na tom, aby byla rizika u seniorů minimalizována na co nejnižší možnou míru. Z celkového počtu 61 sester odpověď ano zvolilo 48 sester (78 %), odpověď spíše ano 12 sester (20 %), nevím 1 sestra (2 %), záporné odpovědi spíše ne žádná (0 %) a ne také žádná sestra (0 %).

Graf 9 Hodnocení oblastí stavu seniora pomocí hodnotících škál na ONP



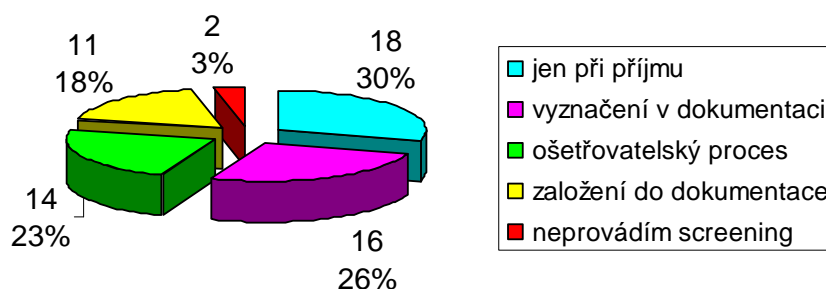
Graf znázorňuje odpovědi na otázku, jaké oblasti stavu seniora se hodnotí na ONP pomocí hodnotících škál. Bylo možno označit více odpovědí, celkem jich bylo označeno 229 (100 %). Nutriční screening byl označen 56x (24 %), riziko vzniku dekubitů 61x (27 %), soběstačnost seniora ve všedních denních činnostech (ADL) 58x (25 %), soběstačnost v instrumentálních všedních činnostech (IADL) 6x (3 %), riziko pádu 32x (14 %), kognitivní funkce 12x (5 %), „jiné“ hodnotící škály byly označeny 2x (1 %) a také 2x (1 %) sestry označily, že pomocí škál seniora nehodnotí.

Graf 10 Větší pozornost sester z ONP při zjištění některého rizika u seniora



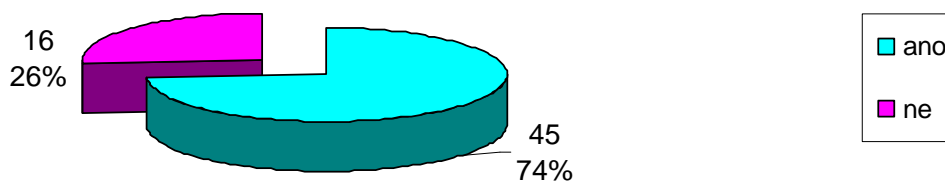
V tomto grafu jsou znázorněny odpovědi sester z ONP na otázku, zda sestry věnují větší pozornost při poskytování ošetrovatelské péče seniorům, u nichž bylo zjištěno některé z rizik. U možnosti, že by se sestry rády věnovaly více seniorům v riziku, bylo možno doplnit, proč tomu tak není. Z celkového počtu 61 sester (100 %) 39 sester (64 %) zvolilo možnost ano, 11 sester (18 %) větší pozornost nevěnuje a 11 sester (18 %) by rádo věnovalo větší pozornost, ale doplnily, že jim v tom brání málo času (10x), nedostatek personálu (9x) a 1x sestra doplnila, že se věnuje všem pacientům stejně.

Graf 11 Postup sester při zjištění některého z rizik



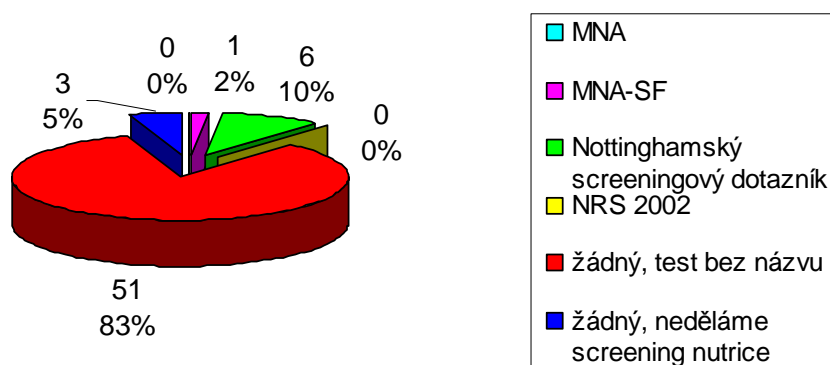
Bylo možno označit některou z nabízených možností odpovědí, co sestry dělají, když zjistí u seniora některé z rizik. Z celkového počtu 61 (100 %) dotazovaných sester 18 (30 %) zvolilo možnost, že používá škály ke zhodnocení stavu seniora jen při příjmu, 16 sester (26 %) vyznačí riziko v ošetřovatelské dokumentaci a spolupracuje s celým ošetřovatelským týmem na prevenci, 14 sester (23 %) dle zjištěného score pracuje v rámci ošetřovatelského procesu, 11 sester (18 %) jen založí použítá screeningová vyšetření do ošetřovatelské dokumentace a dále s nimi nepracuje, 2 sestry (3 %) neprovádějí u seniora screeningová vyšetření.

Graf 12 Sledování laboratorních výsledků při hodnocení nutrice seniora



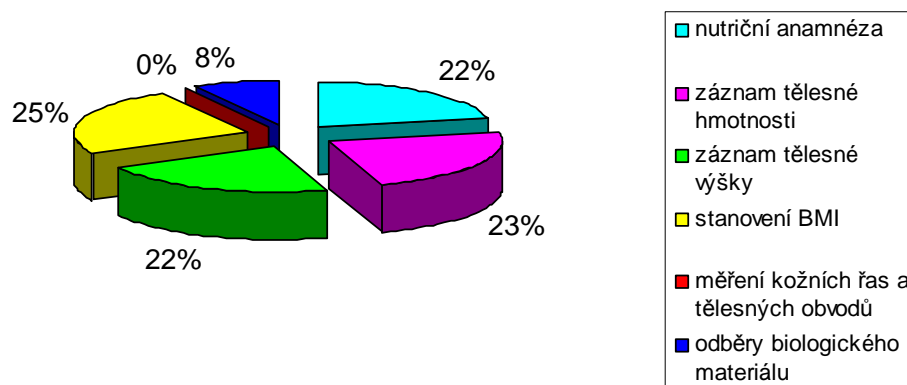
Graf nám znázorňuje odpovědi na otázku, zda sestry ví, jaké laboratorní výsledky se sledují při hodnocení nutrice seniora. Z celkového počtu 61 sester (100 %) jich 45 (74 %) odpovědělo ano, že ví a 16 sester (26 %) neví, jaké se sledují laboratorní výsledky při hodnocení nutrice seniora.

Graf 13 Screeningový nástroj k hodnocení nutrice seniora na ONP



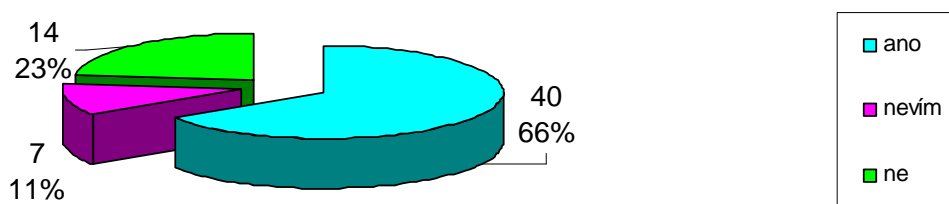
Graf ukazuje, že u otázky, jaký sestry na ONP používají screeningový nástroj při hodnocení nutrice. Z celkového počtu 61 dotazovaných sester žádná (0 %) neoznačila možnost MNA (Mini Nutritional Assessment), 1 sestra (2 %) označila MNA-SF (Mini Nutritional Assessment-Shrot Form), 6 sester (10 %) Nottinghamský screeningový dotazník, žádná sestra (0 %) nevybrala možnost NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002), 51 sester (83 %) používá nutriční screening bez názvu, 3 sestry (5 %) nepoužívají žádný screeningový nástroj, poněvadž u seniorů nehodnotí nutrici seniora podle škál.

Graf 14 Možnosti hodnocení nutričního stavu seniorů využívané na ONP



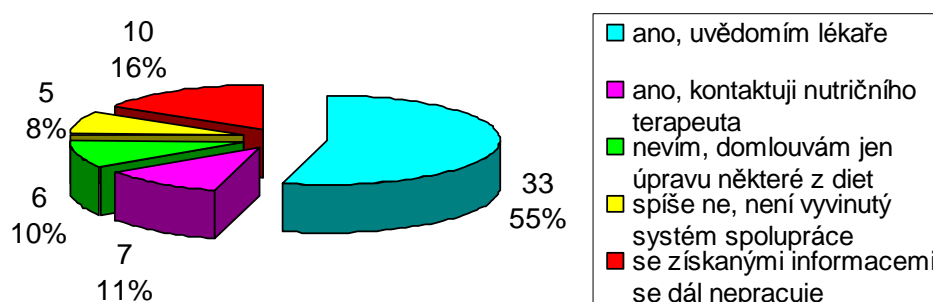
Graf znázorňuje odpovědi na otázku, co provádějí sestry na oddělení v rámci nutričního screeningu a hodnocení nutričního stavu seniorů s možností označit více odpovědí. Celkem bylo označeno 238 odpovědí (100 %). Nutriční anamnéza byla označena 51x (22 %), sledování a záznam tělesné hmotnosti seniora 55x (23 %), záznam tělesné výšky 53x (22%), stanovení BMI 58x (25 %), měření kožních řas a tělesných obvodů 0x (0 %) a odběry biologického materiálu ke zhodnocení nutriční seniora 19x (8 %).

Graf 15 Povědomí sester z ONP o existenci nutričního týmu v Nemocnici České Budějovice a.s.



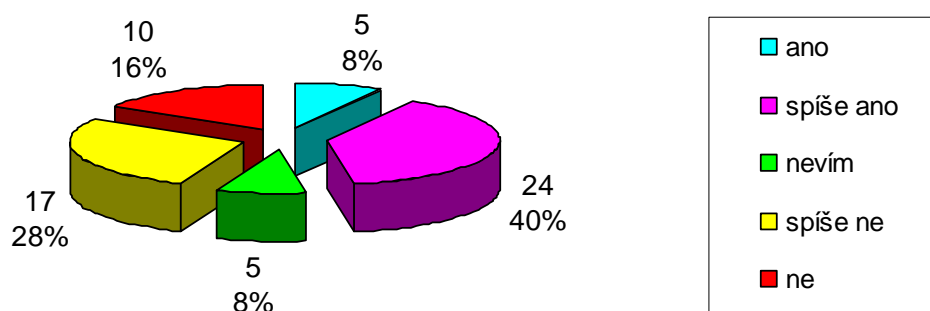
Graf nám znázorňuje, zda sestry na ONP ví o existenci nutričního týmu v Nemocnici České Budějovice a.s. Z celkového počtu 61 dotazovaných sester jich 40 (66 %) označilo kladnou odpověď, 7 sester (11 %) nevědělo, zda je v nemocnici nutriční tým a 14 sester (23%) existenci nutričního týmu popírá.

Graf 16 Spolupráce sester z ONP s nutričním terapeutem



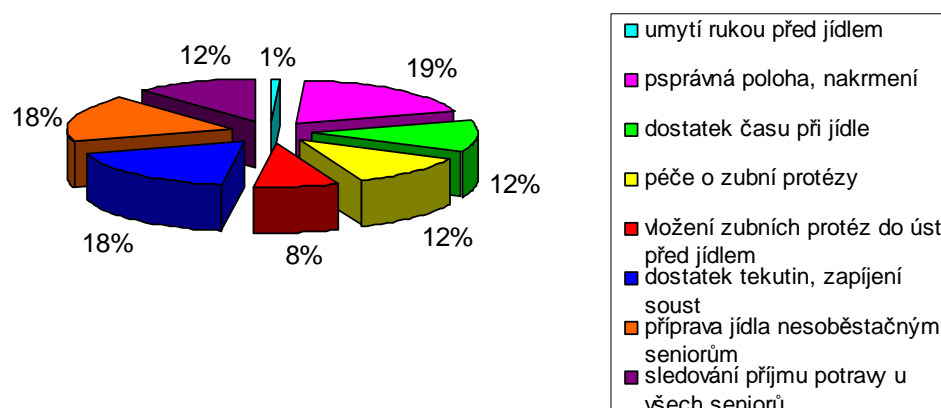
V tomto grafu jsou zobrazeny možnosti spolupráce sester s nutričním terapeutem nebo nutričním lékařem specialistou při zjištění rizikové nutriční u seniора. Z celkového počtu 61 (100 %) dotazovaných sester 33 sester (55 %) označilo, že uvědomí ošetřujícího lékaře a na něm záleží, zda specialisty pozve, 7 sester (11 %) kontaktuje v případě rizikové nutriční vždy nutričního terapeuta, 6 sester (10 %) s nutričním terapeutem jen domlouvá úpravu některé z diet. 5 sester (8 %) označilo možnost spíše ne, protože není vyvinutý systém spolupráce nutričních terapeutů s ošetrovatelským personálem ani při rizikovém hodnocení nutriční seniора. 10 sester (16 %) zvolilo možnost, že nutriční screening je pro sestru jen další součástí ošetrovatelské dokumentace a se získanými informacemi dále nepracuje.

Graf 17 Čas sester k individuálnímu plnění potřeb v oblasti výživy



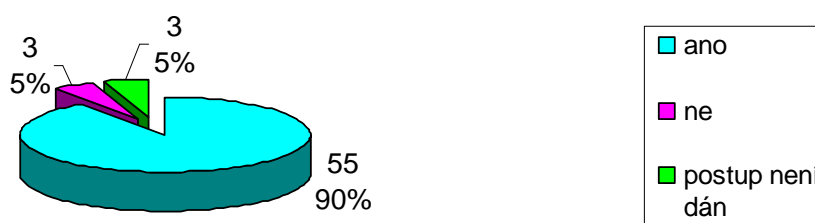
Tento graf znázorňuje odpovědi sester na otázku, zda si myslí, že mají dostatek času, aby se mohly dostatečně věnovat individuálnímu plnění potřeb v oblasti výživy u nesoběstačného seniora. U záporných odpovědí spíše ne a ne mohly sestry doplnit, proč zvolily tyto možnosti. Z celkového počtu 61 sester 5 (8 %) zvolilo možnost dostatku času, 24 sestry (40 %) spíše má dostatek času, 5 sestry (8 %) to neví, 17 sester (28 %) spíše nemá a 10 sester (16 %) nemá čas. Sestry, které odpověděly spíše ne a ne doplnily 8x, že jim to neumožňuje značný počet seniorů v nutričním riziku, 4x sestry uvedly nedostatek času na jednotlivé pacienty v časovém úseku podávání stravy, 5x sestry uvádí nedostatek personálu na oddělení v jednotlivých směnách.

Graf 18 Zajištění potřeb seniorů sestrami z ONP při příjmu potravy



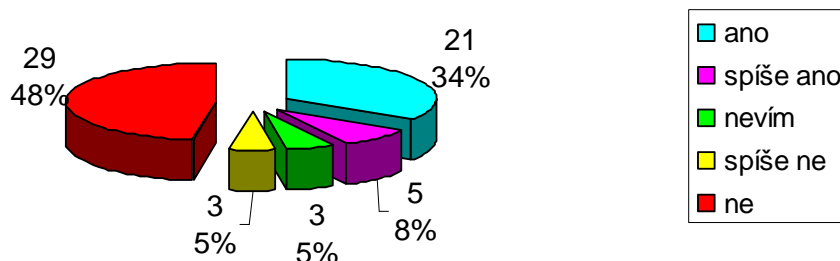
Graf vypovídá o tom, jak sestry z ONP dbají na zajištění potřeb seniorů při příjmu potravy. Sestry měly možnost označit více odpovědí. Celkem bylo označeno 312 odpovědí (100 %). Jen 3x sestry (1 %) označily možnost umytí rukou před jídlem, 60x (19 %) uložení pacienta do správné polohy, eventuelně nakrmení, 37x (12 %) poskytnutí dostatku času při jídle, 37x (12 %) správnou péči o zubní protézy u pacientů, 26x (8 %) vložení zubní protézy nesoběstačným pacientům do úst před každým jídlem, 56x (18 %) podání tekutin k ruce seniora a dostatečné zapíjení soust, 56x (18 %) přípravu jídla nesoběstačným seniorům a 37x (12 %) sledování příjmu potravy u všech nemocných a informování lékaře při zjištění problémů seniora se stravou.

Graf 19 Znalost sester ONP správného postupu při podávání sippingu



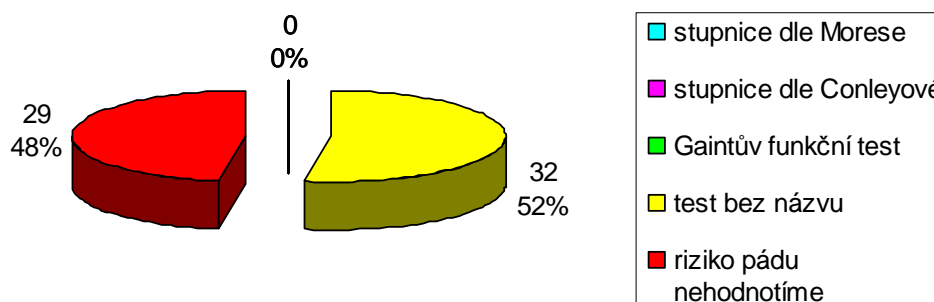
V tomto grafu jsou zobrazeny odpovědi sester z ONP na otázku, zda znají správný postup při podávání doplňkové stravy (Nutridrink, Diaslip, Fresubin aj.) seniorům. Z celkového počtu 61 dotazovaných sester 55 (90 %) správný postup zná, 3 sestry (5 %) přiznalo, že ne. 3 sestry (5 %) zvolily možnost, že správný postup není dán, ale sipping podávají vždy celý najednou.

Graf 20 Screeningové metody k posouzení rizika pádu na ONP



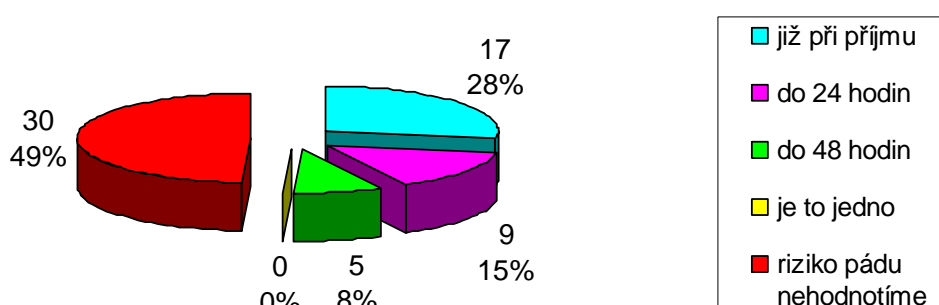
Graf demonstruje, jak sestry odpovídaly na otázku, zda jsou screeningové metody k posouzení rizika pádu na ONP součástí ošetrovatelské dokumentace. Z celkového počtu 61 (100 %) sester jich 21 (34 %) vybralo odpověď ano, 5 sester (8 %) spíše ano, 3 sestry (5 %) nevěděly, zda jsou metody součástí ošetrovatelské dokumentace, 3 sestry (5 %) označilo možnost spíše ne a 29 sester (48 %) zvolilo možnost ne.

Graf 21 Hodnotící škála riziko pádů na ONP



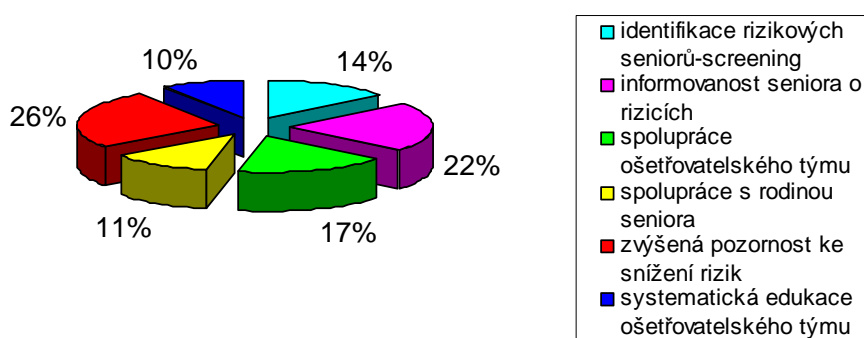
Graf zobrazuje odpovědi na otázku, jakou škálu používají sestry z ONP při hodnocení rizika pádů. Z celkového počtu 61 (100 %) sester žádná (0 %) nepoužívá stupnici dle Morese, žádná sestra (0 %) stupnici dle Conleyové, ani žádná sestra (0 %) nepoužívá Gaintův funkční test. 32 sestry (52 %) označilo, že test bez názvu a 20 sester (48 %) vedlo, že riziko pádů s použitím hodnotících škál nehodnotí vůbec.

Graf 22 Časové hodnocení rizika pádu sestrami



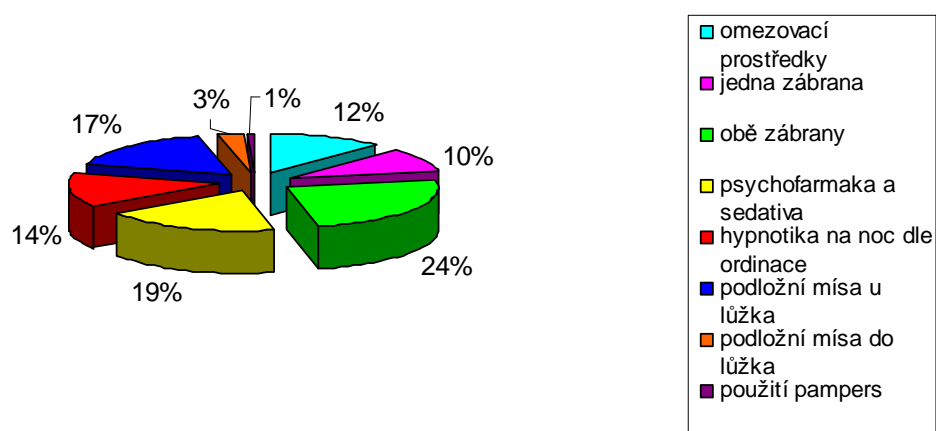
Graf znázorňuje odpovědi na otázku, kdy sestry z ONP hodnotí riziko pádu u seniora. Z celkového počtu 61 (100 %) sester jich 17 (28 %) hodnotí riziko při příjmu seniora na oddělení, 9 sester (15 %) do 24 hodin, 5 sestry (8 %) do 48 hodin, žádná sestra (0 %) nevybrala možnost, že je to jedno, kdy škálu vyplní a 30 sester (49 %) označilo, že nehodnotí riziko pádu.

Graf 23 Možnosti k předcházení rizik pádů na ONP



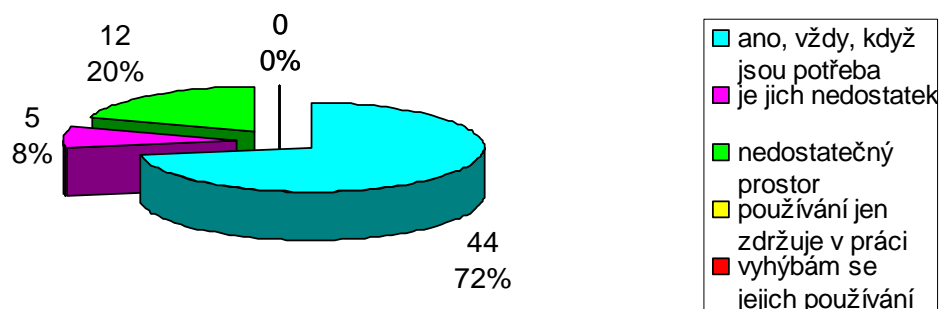
Z grafu vyplývají odpovědi sester z I ONP na otázku, jaké využívají možnosti k předcházení rizik pádů u seniorů. Bylo možno označit více z nabízených možností. Celkem bylo 105 odpovědí (100 %). 15x (14 %) byla označena identifikace rizikových seniorů pomocí screeningových hodnocení, 23x (22 %) zajištění dostatečné informovanosti seniora a jeho blízkých, jak omezit faktory vedoucí k pádu, 18x (17 %) byla zvolena možnost spolupráce celého ošetřovatelského týmu, 12x (11 %) spolupráce s rodinou při péči o seniora, 27x (26 %) věnování maximální pozornosti opatřením, snižujícím riziko pádu u rizikových seniorů a 10x (10 %) odpověď, že je důležitá systematická edukace a komunikace ošetřovatelského týmu v oblasti účelné prevence pádů.

Graf 24 Praktiky sester ONP k zajištění bezpečnosti seniora při omezeném pohybu



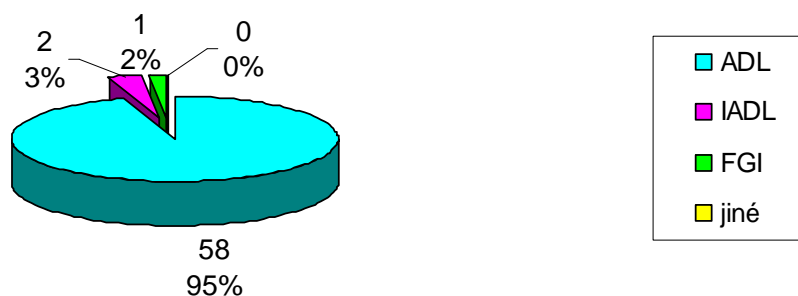
V grafu jsou znázorněny odpovědi na otázku, jaké používají sestry z ONP praktiky k zajištění bezpečnosti seniora při omezeném pohybu s rizikem pádu. Bylo možno označit více odpovědí, celkem jich bylo označeno 247 (100 %). 30x (12 %) bylo označeno používání omezovacích prostředků včetně kurtů, 25x (10 %) používání zábrany z jedné strany lůžka a 60x (24 %) používání zábran z obou stran, 47x (19 %) sestry zvolily možnost podávání psychofarmak a sedativ dle ordinace lékaře, 35x (14 %) možnost častého používání hypnotik na noc dle ordinace lékaře. 41x (17 %) byla označena odpověď, že sestry při nejisté chůzi seniora dají podložní mísu k lůžku, aby pacient při chůzi nespádl, 7x (3 %) sestry označily možnost poskytnutí mísy do lůžka a 2x sestry (1 %) přiznaly, že pacienty nevodí, raději používají pampers.

Graf 25 Použití pomůcek usnadňující pohyb seniorů



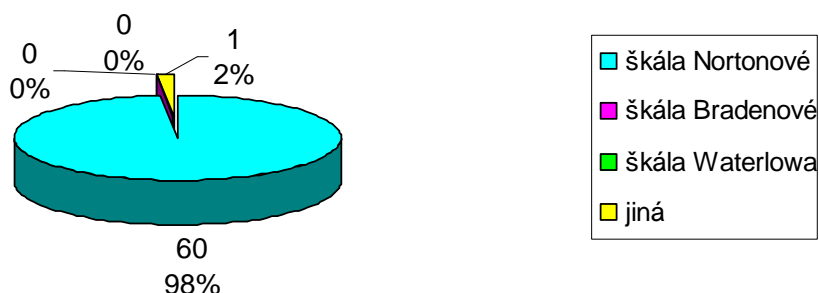
Graf nám znázorňuje odpovědi sester na otázku, jestli používají při práci pomůcky usnadňující pohyb seniorů. Z celkového počtu 61 (100 %) dotazovaných sester jich 44 (72 %) uvedlo, že pomůcky používá vždy, když jsou potřeba, 5 sester (8 %) poukazuje na jejich nedostatek, 12 sester (20 %) označilo odpověď, že prostorové upřádání pokojů často neumožňuje jejich používání, žádná sestra (0 %) ne zvolila odpověď, že používání pomůcek jen zdržuje v práci, ani se žádná sestra (0 %) nevyhýbá jejich používání.

Graf 26 Hodnotící škála soběstačnosti seniora



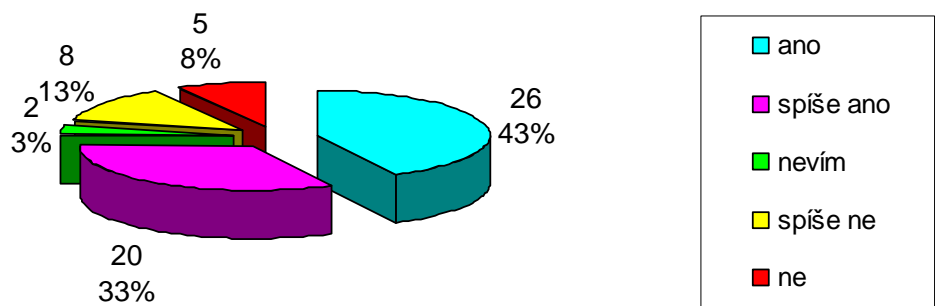
Graf zobrazuje odpovědi sester z ONP na otázku, jakou používají škálu ke zhodnocení soběstačnosti seniora. Z celkového počtu 61 (100 %) dotazovaných sester jich 58 (95 %) používá ADL –activities of daily living, Barthelův test, 2 sestry (3 %) hodnotí u seniora soběstačnost v IADL-instrumentall activities of daily living, jedna sestra (2 %) používá funkční geriatrický test FGI. Možnost jiných hodnotících škál ne zvolila žádná sestra (0%).

Graf 27 Hodnotící škála pro riziko vzniku dekubitů na ONP



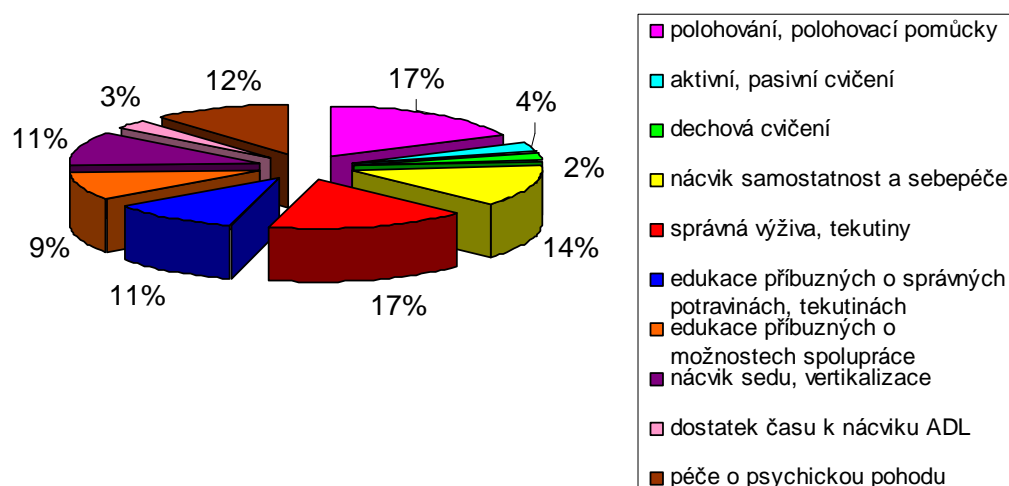
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 61 (100 %) dotazovaných sester naprostá většina v počtu 42 (98 %) používá ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů u seniora škálu Nortonové, žádná sestra (0 %) nepoužívá škálu Bradenové, ani žádná sestra (0 %) nepoužívá škálu Waterlowa. Jenom jedna sestra (2 %) používá škálu jinou, bez udání názvu.

Graf 28 Vnímání dekubitů jako indikátoru kvality péče sestrami na ONP



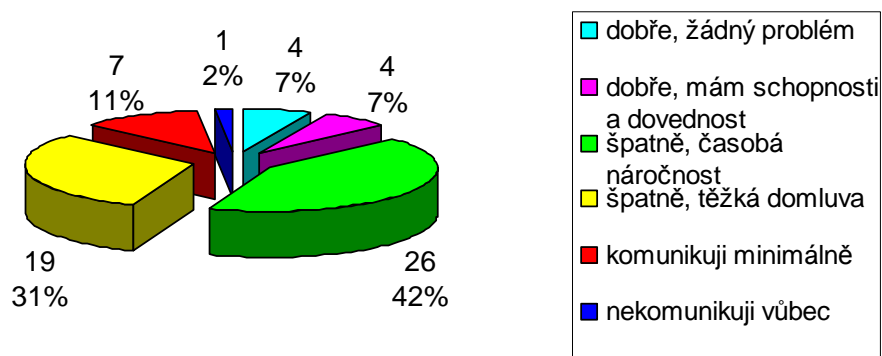
Odpovědi na otázku jestli sestry z ONP vnímají výskyt dekubitů na oddělení, jako indikátor kvality ošetrovatelské péče jsou znázorněny v tomto grafu. Z celkového počtu 61 (100 %) sester zvolilo odpověď ano 26 sester (43 %), spíše ano 20 sester (33 %), nevím 2 sestry (3 %), spíše ne 8 sester (13 %) a ne 5 sester (8 %).

Graf 29 Využití možností předcházení riziku imobilizačního syndromu



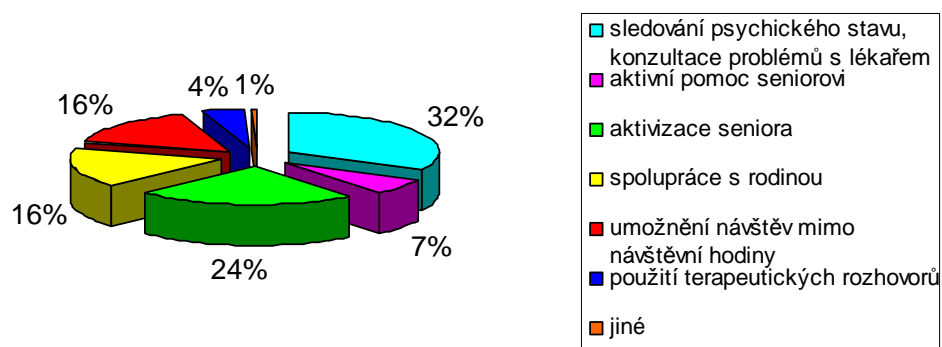
Graf vypovídá o tom, jak sestry předcházejí vzniku imobilizačního syndromu u seniorů. Sestry měly možnost označení více odpovědí. Celkem jich označily 216 (100 %). 61x (17 %) bylo označeno důsledné polohování ležícího seniora s použitím polohovacích a antidekubitárních pomůcek, 12x (4 %) aktivní a pasivní cvičení na lůžku i v nepřítomnosti rehabilitačního pracovníka, 7x (2 %) provádění dechového cvičení u seniora, 46x (14 %) vedení seniora k nácviku samostatnosti a sebepěče, 58x (19 %) zajištění správné výživy a pitného režimu u seniora. 37x (11 %) byla označena edukace seniora a jeho příbuzných o vhodných potravinách a dostatečném pitném režimu, 32x (9 %) edukace příbuzných seniora o možnostech spolupráce při péči o jeho osobu, 38x (11 %) možnost nácviku stabilního sedu a včasná vertikalizace seniora. Jen 9x (3 %) byla zvolena odpověď, že sestra věnuje seniorovi tolik času, kolik potřebuje k nácviku běžných denních aktivit a 40x (12 %) sestry označily možnost péče o psychickou pohodu seniora.

Graf 30 Způsoby komunikace sester z ONP se seniory



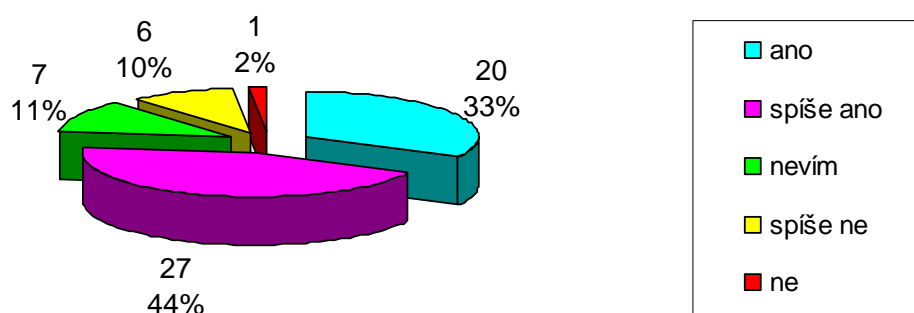
Graf znázorňuje, jakým způsobem komunikují sestry z ONP se seniory při poskytování ošetrovatelské péče. Z celkového počtu 61 dotazovaných sester jen 4 (7 %) zvolily odpověď žádných problémů při komunikaci, také 4 sestry (7 %) posoudily své dobré schopnosti a dovednosti při komunikaci, 26 sester (42 %) odpovědělo, že je komunikace obtížná pro časovou náročnost, 19 sester (31 %) označilo potíže při komunikaci, protože s některými seniory je těžké se domluvit, 7 sester (11 %) přiznalo, že komunikuje se seniory minimálně a 1 sestra (2 %) nekomunikuje vůbec.

Graf 31 Využití možností péče o psychickou pohodu seniorů sestrami z ONP



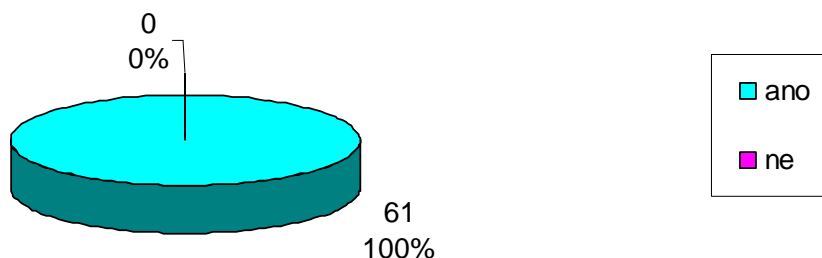
Tento graf znázorňuje odpovědi na otázku, jak se sestry zapojují do péče o psychickou pohodu nemocných seniorů. Bylo možno označit více odpovědí, celkem jich bylo označeno 163 (100 %). 53x (32 %) sestry vybraly sledování psychického stavu seniorů a konzultaci problémů s lékařem, 11x (7 %) byla označena odpověď, že se sestra aktivně zajímá o psychické problémy a potřeby seniora, 39x (24 %) sestry označily aktivizaci seniora během dne, 26x (16 %) zapojení rodiny do péče o seniora a zdůraznění důležitosti jejich návštěv, 26x (16 %) umožnění návštěv i mimo návštěvní hodiny, 7x (4 %) možnost využívání terapeutických rozhovorů se seniorem při každé příležitosti, 1x (1 %) byla označena možnost „jiné“ s doplněním, že sestra s pacienty během dne zpívá písničky.

Graf 32 Spokojenost seniorů motivací sester ke zvyšování kvality péče



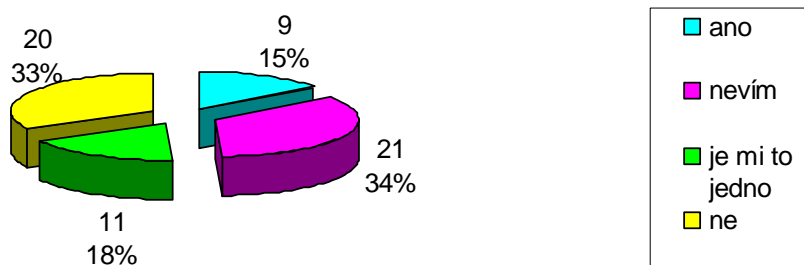
Z grafu vyplývá, zda sestram na I ONP záleží na spokojenosti seniorů s ošetrovatelskou péčí a jestli je pro ně motivací k neustálému zvyšování kvality péče. Z celkového počtu 61 (100 %) sester označilo možnost ano 20 sester (33 %), spíše ano 27 sester (44 %), nevím 7 sestry (11 %), spíše ne 6 sester (10 %). Možnost ne označila pouze 1 sestra (2 %).

Graf 33 Zkušenosti sester z ONP s ošetřováním pacientů i mladších věkových kategorií



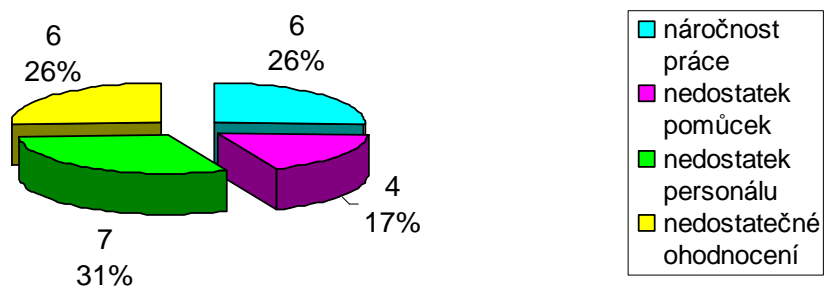
Graf nám ukazuje odpovědi na otázku, zda sestry mají zkušenosti s ošetřováním pacientů i mladších věkových kategorií. Všechny, 61 dotazovaných sester (100 %) z ONP zvolily možnost ano, že tyto zkušenosti mají a žádná sestra (0 %) možnost ne.

Graf 34 Přání sester změny oddělení následné péče za akutní lůžka



Graf zobrazuje odpovědi sester z I i II ONP, kdy otázka zněla, když by sestry měly možnost změny práce, na oddělení následné péče za práci na akutních lůžkách jiného oddělení, jestli by to udělaly. Z celkového počtu 61 sester by 9 sester (15 %) práci změnilo okamžitě, 21 sester (34 %) to neví, musely by si to rozmyslet, 11 sestrám (18 %) je jedno, kde pracují a 20 sester (33 %) by oddělení nezměnilo, jejich práce jim vyhovuje.

Graf 35 Vyjádření sester k problematice péče o seniory



Graf znázorňuje odpovědi sester z ONP na poslední otázku z dotazníku, kdy se sestry mohly vyjádřit k problematice předcházení rizik u seniorů a doplnit svůj názor. Celkem se vyjádřilo 23 sester (100 %). Z toho 6 sester (26 %) uvedlo, že práce se seniory je velmi náročná, časově, psychicky i fyzicky, 4 sestry (17 %) zdůrazňují nedostatek pomůcek na oddělení, 7 sester (31 %) uvádí nedostatek personálu a 6 sester (26 %) si stěžuje na nedostatečné ohodnocení své práce.

4.3 Tabulky z pozorování sester

Tabulka 1 Pozorování – činnosti sester při zajišťování výživy seniorů

	sledování laboratorních výsledků		zájem o problémy seniora s výživou		spolupráce s nutričním terapeutem	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne
1. sestra	X		X		X	
2. sestra		X	X			X
3. sestra	X		X			X
4. sestra		X		X		X
Suma	2	2	3	1	1	3

2 sestry sledovaly při hodnocení nutriční seniora laboratorní výsledky, dvě sestry nikoliv. 3 sestry projevily zájem o problémy seniora s výživou, jedné sestře to bylo jedno. Pouze jedna sestra ze čtyř kontaktovala nutričního terapeuta při rizikové nutriční seniora, tři sestry ne.

Tabulka 2 Pozorování – činnosti sester při zajišťování nutriční seniora

	správná poloha seniora při jídle		mytí rukou před jídlem		nasazení zubních protéz při jídle		správný postup při podávání sippingu		dostatek času při krmení seniorů	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
1. sestra	X			X	X		X		X	
2. sestra	X			X	X			X	X	
3. sestra	X			X		X	X		X	
4. sestra	X			X		X		X		X
Suma	4	0	0	4	2	2	2	2	3	1

Všechny čtyři pozorované sestry uložily seniora při krmení do správné polohy. Žádná ze čtyř pozorovaných sester neumožnila seniorovi, aby si před jídlem umyl ruce. Dvě sestry vložily nesoběstačným seniorům před jídlem do úst zubní protézy, dvě ne a krmily seniory bez zubů. Dvě sestry dodržovaly správný postup při podávání sippingu, dvě nedodržovaly. Tři sestry ze čtyř pozorovaných věnovaly při krmení seniorům dostatek času, jedna ne.

Tabulka 3 Pozorování – činnosti sester u rizikového seniora

	hodnocení rizika pádu		hodnocení rizika dekubitů		práce sestry v rámci ošetrovatelského procesu	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne
1. sestra	X		X		X	
2. sestra		X	X		X	
3. sestra		X	X			X
4. sestra		X	X			X
Suma	1	3	4	0	2	2

Jedna sestra ze čtyř pozorovaných zhodnotila u seniora riziko pádu, tři sestry ne. Všechny čtyři pozorované sestry hodnotily riziko vzniku dekubitů při příjmu seniora na oddělení. 2 sestry ze čtyř při zjištění některého z rizik pracovaly v rámci celého ošetrovatelského procesu, dvě sestry ne.

Tabulka 4 Pozorování – činnosti sester při prevenci rizik imobilizačního syndromu

	dodržování pitného režimu u seniorů		pravidelné polohování		používání pomůcek k usnadnění pohybu		umožnění chůze částečně mobilním seniorům	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
1. sestra	X		X		X		X	
2. sestra	X		X		X		X	
3. sestra	X		X			X	X	
4. sestra	X		X			X		X
Suma	4	0	4	0	2	2	3	1

Všechny čtyři sestry dodržovaly u seniorů pitný režim. Rovněž všechny čtyři sestry pravidelně seniory polohovaly. Dvě sestry používaly dostupné pomůcky k usnadnění pohybu seniorů, dvě sestry dávaly podložní mísu do lůžka. Tři sestry byly ochotné doprovázet seniora při chůzi, jedna sestra to odmítla s výmluvou na nedostatek času.

Tabulka 5 Pozorování – aktivity sester k prevenci rizik u seniorů

	aktivní cvičení se seniory		pasivní cvičení se seniory		dechová rehabilitace		edukace seniorů o rizicích	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
1. sestra	X			X		X	X	
2. sestra		X		X		X	X	
3. sestra		X		X		X	X	
4. sestra		X		X		X		X
Suma	1	3	0	4	0	4	3	1

Jedna sestra ze čtyř pozorovaných prováděla se seniory aktivní cvičení na lůžku, tři sestry ne, pasivní cvičení na lůžku žádná sestra. Ani jedna sestra ze čtyř neprováděla se seniory dechovou rehabilitaci. Tři sestry ze čtyř edukovaly seniory v oblasti některého z rizik, jedna sestra po dobu pozorování ne.

Tabulka 6 Pozorování – aktivity sester k zajištění psychické pohody seniorů

	edukace příbuzných o možnostech spolupráce		umožnění návštěv mimo návštěvní hodiny		vhodná komunikace se seniory		aktivizace seniorů během dne	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
1. sestra	X		X		X		X	
2. sestra	X			X	X			X
3. sestra	X		X		X			X
4. sestra		X	X			X		X
Suma	3	1	3	1	3	1	1	3

Tři sestry ze čtyř pozorovaných edukovaly příbuzné seniorů o možnostech spolupráce při péči o seniora, jedna sestra ne. Tři sestry umožnily příbuzným seniorů návštěvy mimo návštěvní hodiny, jedna sestra to odmítla. Tři sestry ze čtyř pozorovaných vhodně komunikovaly se seniory, jedna sestra s nimi skoro vůbec nemluvila. Jen jedna sestra ze čtyř pozorovaných se snažila aktivizovat seniory během dne, tři sestry ne.

4.4 Tabulky k rozhovorům se seniory

Tabulka 7 Rozhovory – zhodnocení stavu výživy sestrou

	posouzení stavu výživy sestrou		pravidelné sledování váhy		dodržování diety pacientem		chuť k jídlu	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
1. senior	X			X		X	X	
2. senior	X			X		X		X
3. senior	X			X	X			X
4. senior	X		X			X	X	
5. senior	X			X	X			X
Suma	5	0	1	4	2	3	2	3

Všech 5 seniorů uvedlo, že sestra posuzovala stav výživy při přijetí k hospitalizaci. Pouze jeden senior uvedl, že sestry sledují pravidelně jeho váhu a 4 senioři to popřeli. Dva senioři dodržují dietu, 3 senioři ne. Dva senioři pociťují chuť k jídlu, tři ne.

Tabulka 8 Rozhovory – aktivity sester při péči o nutriční

	zájem sester o množství jídla		dostatek času při jídle		péče sestry o zubní protézu		dodržování pitného režimu	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
1. senior		X	X		X		X	
2. senior		X	X		X			X
3. senior	X			X		X	X	
4. senior	X		X			X	X	
5. senior	X			X		X	X	
Suma	3	2	3	2	2	3	4	1

3 senioři uvedli, že sestry sledují množství snědeného jídla a 2 uvedli nezájem sester. 3 senioři z pěti usuzují, že mají dostatek času při jídle, 2 senioři nemají. 2 senioři z pěti jsou spokojeni s péčí sester o jejich zubní protézy, 3 senioři ne. 4 senioři dodržují pitný režim, 1 senior ne.

Tabulka 9 Rozhovory – zajišťování prevence pádu

	signalizace u lůžka		doprovod pacienta		čas věnovaný seniorům	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne
1. senior	X			X		X
2. senior	X		X			X
3. senior	X			X		X
4. senior	X		X			X
5. senior	X			X		X
Suma	5	0	2	3	0	5

Všech pět seniorů uvedlo, že má signalizační zařízení k dispozici u lůžka. Jen dva senioři byli spojeni s doprovodem sester, tři senioři uvedli, že jim sestry doprovod poskytnou jen občas. neposkytnou vždy dle jejich potřeb. Všech pět seniorů uvádí, že jim dle jejich názoru, sestry nevěnují dostatek času.

Tabulka 10 Rozhovory – další metody prevence pádu

	dostatek prostoru na pokoji		kladný přístup sester k mobilizaci seniora		dostatek pomůcek	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne
1. senior		X		X	X	
2. senior		X		X		X
3. senior		X		X	X	
4. senior	X		X		X	
5. senior	X		X			X
Suma	2	3	2	3	3	2

2 senioři z pěti si myslí, že je na pokoji dostatek místa k pohybu, tři senioři si to nemyslí. 2 senioři uvedli kladný přístup sester k jejich mobilizaci, 3 senioři by přístup sester chtěli zlepšit. 3 senioři mají názor, že ošetřující personál má k dispozici dostatek pomůcek k ošetřování, 2 senioři pocítují nedostatek pomůcek.

Tabulka 11 Rozhovory – aktivity k prevenci imobilizačního syndromu

	Akceptování bolesti seniora			správná rehabilitace			dostatek pohybu během dne		
	ano	někdy	ne	ano	někdy	ne	ano	někdy	ne
1. senior	X				X				X
2. senior	X				X				X
3. senior	X					X			X
4. senior	X			X				X	
5. senior		X				X			X
Suma	4	1	0	1	2	2	0	1	4

4 senioři si myslí, že sestry akceptují jejich bolest, jeden senior si to nemyslí. Pouze jeden senior má pocit správné a dostačující rehabilitace, 4 senioři s průběhem rehabilitace nejsou spokojeni. Jeden senior má někdy pocit dostatku pohybu během dne, 4 senioři zhodnotili pohyb během dne jako nedostačující.

Tabulka 12 Rozhovory – názory seniorů na hygienickou péči

	spokojenost s koupáním		mytí rukou před jídlem		vhodná péče o pokožku		návčik sebezpečí a samostatnosti při hygieně	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
1. senior		X		X	X		X	
2. senior	X			X	X		X	
3. senior	X			X		X		X
4. senior	X			X	X		X	
5. senior	X			X		X		X
Suma	4	1	0	5	3	2	3	2

Jeden senior má názor, že koupání jedenkrát týdně je nevyhovující, ostatním čtyřem seniorům to vyhovuje. Všechny pět seniorů uvedlo, že jim vadí, když si nemohou umýt ruce před jídlem. 3 senioři si myslí, že sestry pečují o jejich pokožku dostatečně, dva si to nemyslí. 3 senioři se domnívají, že sestry dbají o návčik sebezpečí a samostatnosti při hygieně a dva senioři to popřeli.

Tabulka 13 Rozhovory – názory seniorů na péči o psychickou pohodu

	zájem sester o psychickou pohodu		věnování času při komunikaci		aktivizace seniora během dne		pocit bezpečí a důvěry	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
1. senior		X		X		X	X	
2. senior	X			X		X		X
3. senior		X	X			X		X
4. senior		X		X		X	X	
5. senior	X			X		X	X	
Suma	2	3	1	4	0	5	3	2

Dva senioři se domnívají, že sestry mají zájem o jejich psychickou pohodu, tři senioři ne. Jen jeden senior má názor, že mu sestry věnují dostatečný čas při komunikaci. Ostatní čtyři senioři si myslí, že sestry dostatečný čas komunikaci nevěnují. Všech pět seniorů vyjádřilo názor, že jsou nespokojeni s využíváním volného času a aktivitací během dne. 3 senioři mají pocit důvěry a bezpečí při poskytování péče v nemocnici, dva senioři takový pocit nemají.

5 Diskuze

Výzkumného šetření na téma „Rizika při ošetřování seniorů na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s.“ bylo uskutečněno na I a II ONP. Zaměřily jsme se na kvalitu poskytované péče při prevenci rizik u seniorů tak, jak jí vnímají a poskytují sestry, ale i tak, jak jí vnímají samotní senioři.

Šetření pro kvantitativní část se zúčastnilo celkem 61 sester, kdy 60 bylo žen (98 %) a jeden (2 %) muž (graf 1). Zajímala nás i otázka o věku respondentů, kdy nejpočetnější skupinou byly sestry ve věku 19-25 let (26 %) a následovalo 33 % sester ve věkové kategorii 41-55 let (graf 2). Podle mně jsou mladší sestry většinou přístupné nutným změnám v poskytování ošetrovatelské péče a starší sestry již mají zase bohaté zkušenosti s ošetřováním seniorů a mohou je předávat těm mladším. Nejvíce respondentů z obou oddělení mělo pouze středoškolské vzdělání a to 48 sester (78 %). Je politováníhodné, že sestry s vyšším kvalifikačním vzděláním jsou na těchto odděleních zastoupeny jen v minimálním počtu (graf 3). Dále nás zajímala i délka praxe respondentů na lůžkách následné péče (graf 4). Ze své dlouholeté praxe na oddělení následné péče vím, že sestry, které pracují na oddělení dlouho, můžou snadněji podlehnout tzv. syndromu vyhoření nebo jen rutinně a pasivně poskytovat ošetrovatelskou péči bez zájmu a motivace ke zlepšení.

U dotazu na vzdělávací akce zaměřených na péči o seniory šetření ukázalo, že více jak tři čtvrtiny sester z obou oddělení mají zájem se dále vzdělávat ve svém oboru (graf 5). Topinková (53), Staňková (47) a mnozí další autoři zdůrazňují, že se od sester očekává a je také jejich povinností, kontinuální celoživotní vzdělávání, které sestrám umožňuje získávat aktuální informace, nejnovější poznatky a vědomosti. Toto soustavné vzdělávání zdravotníků má pozitivní dopad na kvalitu poskytované péče i na spokojenost pacientů. S tím souvisí i další otázka, kdy jsme se ptaly, kde sestry získávají informace pro další vzdělávání ve svém oboru nejčastěji. Většinou sestry preferovaly vzdělávání na seminářích, což označilo 25 sester (40%). Podle mne je důležité, aby se každá sestra soustavně vzdělávala ve svém oboru (graf 6). Také jsme prověřovaly znalosti sester jednotlivých standardů ošetrovatelské péče, které by měly být na oddělení používány a každá sestra je povinna se s nimi seznámit, a to stvrzuje

svým podpisem. Je s podivem, že sestry některé standardy neznají. Do dotazníku byly vybrány standardy, které se týkají poskytování ošetrovatelské péče se zaměřením na prevenci rizik. Z výzkumného šetření bohužel vyplynulo, že sestry málo znají právě standard ošetrovatelské péče č. 49 „Management rizik“ (41), který označilo jen 25 sester z 61. Další skluz ve znalostech mají sestry u standardu č. 014 „péče o staré a chronicky nemocné“ (43), který označilo jen 39 sester z 61 (graf 7). Jelikož se při výzkumném šetření zabýváme prevencí rizik u hospitalizovaných seniorů, myslíme si, že by právě tyto i všechny ostatní standardy měly znát všechny sestry, aby byly schopné poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Většina sester nám v dotazníku uvedla, že jim záleží na minimalizaci rizik a to je podle mne velice dobře (graf 8). Dále jsme zkoumaly jaké oblasti stavu seniora se na ONP hodnotí pomocí hodnotících škál. Nejčastěji, 61x bylo označeno riziko vzniku dekubitů, hodnocení soběstačnosti seniora v ADL, nutriční screening, ale je s podivem, že hodnocení rizika pádu označily sestry jen 32x. Dokonce 2 ze sester označily, že seniora u seniora pomocí škál nehodnotí nic (graf 9). Podle mne by měly sestry vědět, jaká screeningová vyšetření jsou u seniorů hospitalizovaných na ONP skutečně součástí ošetrovatelské dokumentace. V následující otázce jsme se ptaly, zda sestry věnují seniorovi, u kterého bylo zjištěno některé z rizik, větší pozornost. 39 (64 %) zvolilo možnost ano, 11 sester (18 %) ne. U poslední možnosti, že by se sestry rády věnovaly, bylo možno doplnit, proč tomu tak není. Tuto možnost doplnilo 11 sester, kdy 10x doplnily, že jim v tom brání málo času, 9x nedostatek personálu a jedna sestra odpověděla, že se všem pacientům věnuje stejně (graf 10). S tím souvisí i názory seniorů, kdy si senioři nejsou spokojeni s časem, který mu sestry věnují při podávání jídla (tabulka 7), nejisté chůzi a nutném doprovodu (tabulka 9), ani při komunikaci (tabulka 13). Také jsme chtěly vědět, jaký je postup sester při zjištění některého rizika, kdy sestry vybíraly některou z nabízených možností. Zajímavé bylo, že bohužel nejvíce sester 18x (30 %) označilo použití škál jen při příjmu, 11x (18 %) sestry přiznaly založení screeningových vyšetření do dokumentace a dále se s nimi nepracují, 2x (3 %) byla opět zvolena možnost, že sestra neprovádí screening. Podle mne, kdyby sestry chtěly rizikům u seniorů aktivně předcházet, musely by označit jediné správné odpovědi, a to vyznačení rizika v ošetrovatelské dokumentaci a spolupráci s celým

ošetřovatelským týmem na prevenci, kdy tato možnost byla označena jen 16x (26 %) nebo odpověď, že sestry dle zjištěného score pracují v rámci ošetřovatelského procesu, což sestry označily pouze 14x (23 %). (graf 11) Pro praxi je důležité, aby sestry poskytovaly individualizovanou péči seniorům v riziku a zajistily vhodnou ošetřovatelskou péči dle aktuálních potřeb seniora. K tomu musí sestry využívat spolupráce celého ošetřovatelského týmu. Jen tak bude poskytovaná ošetřovatelská péče prováděna kvalitně a bude efektivní. Pozorováním bylo zjištěno, že jen 2 sestry ze 4 pracovaly při zjištění některého z rizik v rámci ošetřovatelského procesu a druhé dvě pouze založily screeningová vyšetření do dokumentace (tabulka 3). Staňková (49) ve svých publikacích uvádí, že každá sestra je manažerkou svého času a tak i na ní záleží, kolik toho času bude věnovat svým nemocným. Aktivní přístup sester je velmi důležitý, a když sestra bude chtít, může udělat pro pacienty mnohem víc.

V dalších otázkách 12 až 19 v dotazníku (příloha 1) se zabýváme rizikem malnutrice u seniorů a intervencemi sester při její prevenci. Šetření ukázalo, že $\frac{3}{4}$ sester ví, jaké se hodnotí laboratorní výsledky při hodnocení nutričního stavu seniora (graf 12), ale pozorováním bylo zjištěno, že jen 2 sestry ze 4 sledovaly laboratorní výsledky a 2 je zalepily do dokumentace bez povšimnutí (tabulka 1). Dle mého názoru by každá sestra měla mít přehled alespoň o základních výsledcích a sledovat je u svých pacientů, aby byla schopna lépe posuzovat jejich celkový stav i stav výživy. Nutriční screening v Nemocnici České Budějovice a.s. je součástí ošetřovatelské dokumentace u každého pacienta a sestry používají nástroj Nutriční skríníng, který byl vytvořen s použitím Nottinghamského screeningového dotazníku, jak je uvedeno ve standardu ošetřovatelské péče č. 006 (45, příloha 4). To označila naprostá většina sester (graf 13) správně. K doplnění informací jsme zvolily další otázku, kdy jsme se ptaly, jaké možnosti hodnocení nutričního stavu seniora využívají sestry na oddělení v rámci nutričního screeningu a hodnocení nutričního stavu seniorů. Bylo možno označit i více odpovědí. Většinou sestry označily nutriční anamnézu, sledování a záznam tělesné hmotnosti a výšky seniora nebo stanovení BMI, ale žádná sestra na ONP neprovádí měření kožních řas a tělesných obvodů (graf 14). Literatura Grofové (8), Kohouta (23), Malíkové (29) a jiných autorů odborné literatury zdůrazňuje důležitost všech těchto

antropologických a laboratorních vyšetření ke správnému zhodnocení nutriční u pacientů. Na správné hodnocení a správnou výživu se u mnohých pacientů trochu zapomíná a nejsou středem zájmu zdravotníků. Všechny sestry by měly provádět alespoň základní screeningová vyšetření u všech seniorů přijímaných na oddělení do 24 hodin a v průběhu hospitalizace je doplňovat, přehodnocovat a dle výsledků plánovat svoje intervence. Při pozorování sester bylo zjištěno, že 3 ze 4 sester se zajímaly o problémy seniora s výživou, 1 sestře to bylo jedno (tabulka 1). Také seniori uvádějí, že sestry posuzují stav výživy a problémy se stravováním jen u příjmu, ale v průběhu hospitalizace už ne (tabulka 7). Dle mého názoru také v nemocnici chybí informovanost sester o existenci nutričního týmu, kdy ¼ sester popírá jeho existenci (graf 15) a to je problém managementu. Nutriční tým v nemocnici opravdu je a měl by zastávat svoji funkci už rok. Je s podivem, že některé sestry to ještě neví. V další části výzkumného šetření nás zajímalo, jak sestry spolupracují s nutričním terapeutem nebo nutričním lékařem specialistou. Odpovědi na tuto otázku nás zklamaly, protože jen 7 (11 %) kontaktuje při rizikovém hodnocení nutriční seniora vždy nutričního terapeuta. Je zarážející odpověď 10 sester (16 %), že nutriční screening je jen další bezvýznamnou součástí ošetrovatelské dokumentace a se získanými informacemi dál nepracuje vůbec (graf 16). Při pozorování sester jsme zjistily, že pouze 1 sestra ze 4 kontaktovala nutričního terapeuta, když senior odmítal cokoli sníst a neměl žádnou chuť k jídlu, 3 sestry problémy oznámily lékaři (tabulka 1). Starnovská (50), Kohout (24) a mnozí další autoři uvádějí, že sestry by měly hodnotit stav nutriční u každého seniora a při problémech s výživou vždy spolupracovat se specialisty, aby včas zabránily zbytečným komplikacím pacientova zdravotního stavu. Dále ti stejní autoři uvádí, že pokud v nemocnici neexistuje standardizovaná nutriční péče, systém vyhledávání pacientů ohrožených malnutricí, propojení systému stravování a předávání informací mezi subjekty léčebné a nutriční péče, není tato nemocnice schopna o výživu pacientů dobře pečovat a počet pacientů v malnutrici zůstane vysoký. Sestry upozorňují na nedostatek času, aby se mohly dostatečně věnovat individuálnímu plnění potřeb v oblasti výživy u nesoběstačného seniora v nutričním riziku (graf 17). Pozorováním sester při krmení nám též prozradilo, že sestry nevěnují seniorům dostatek času při krmení a často velmi

chvátají (tabulka 2). Na to upozorňovali i senioři v rozhovorech (tabulka 8). Podle mě je důležité, aby si sestry na rizikové seniory čas našly, protože jak je známo, nedostatečná výživa vede velmi rychle k narušení obranyschopnosti organismu, hojení, ale i k omezení hybnosti, rozvoji dalších komplikací řetězovou reakcí a tím i prodlužování doby rekonvalescence. Je třeba u seniora zhodnotit aktuální stav, jeho možnosti a provést taková opatření, aby byla správná nutrice zajištěna. Následující otázka se týkala těchto intervencí, kdy například mytí rukou před jídlem bylo označeno pouze 3x, vložení zubní protézy do úst před každým jídlem 26x, dostatek času při jídle 37x (graf 18). Je dosti překvapivé, kolik sester zapomíná na zubní protézy u pacientů nebo na umytí rukou před jídlem a také to, že sestry nesledují příjem potravy u všech nemocných, aby včas zasáhly při problémech. Při pozorování sester například bylo zjištěno, že sice uloží seniora do správné polohy všechny sestry, ale už jim žádná ze 4 neumyla ruce před jídlem, jen 2 sestry ze 4 nasadily zubní protézy seniorům do úst při jídle (tabulka 2) a také senioři nejsou spokojeni s péčí o zubní protézy (tabulka 8). Z výsledků výzkumného šetření usuzuji, že sestry stravování nemocných nevěnují dostatečně a měly by se zamyslet nad tím, zda by nebylo vhodné svůj přístup zlepšit. S péčí o nutrici seniorů souvisí i otázka, zda sestry znají správný postup při podávání sippingu u seniorů. Téměř všechny sestry v počtu 55 (90%) správný postup znají, ale 3 sestry ne (5 %) a také 3 sestry uvedly, že postup není dán a podávají sipping vždy celý najednou (graf 19). Pozorování sester nám prozradilo, že jen 2 ze 4 pozorovaných sester dodržovaly daný postup při podávání sippingu seniorům a 2 ne, jedna ze sester dokonce dávala Nutridrinkem zapít léky seniorovi po obědě (tabulka 2). Jak se uvádí v literatuře Starcovské, Kohouta (24, 50), popíjením komplexní tekuté výživy formou sippingu během dne, můžeme významně zlepšit výživový stav staršího člověka a tím jeho celkový stav i průběh hospitalizace. Sestry by měly dodržovat správný postup při podávání této doplňkové stravy a dodržovat pravidla.

Další otázky 20 až 25 z dotazníku se týkaly hodnocení rizika pádu u seniorů a jejich prevence. Udivující jsou odpovědi sester na otázku, zda jsou screeningové metody k posouzení rizika pádu na oddělení následné péče součástí ošetrovatelské dokumentace, kdy 3 sestry (5 %) zvolily možnost spíše ne a 29 sester (48 %), které

tvrdí, že se riziko pádu na oddělení nehodnotí (graf 20). Pozorováním bylo zjištěno, že jen 1 sestra provedla hodnocení rizika pádu u nově hospitalizovaného seniora, ale 3 sestry nikoliv (tabulka 3). Tyto odpovědi souvisí i s další otázkou, kdy jsme se ptaly na hodnotící škálu, kterou sestry používají na oddělení k hodnocení rizika pádu u seniorů, kdy 32 sester (52 %) používá test bez názvu, ale 29 sester (48 %) nepoužívá žádný test, protože riziko pádu nehodnotí (graf 21). Je alarmující, že negativně odpověděla polovina dotazovaných sester. Tady bych opět upozornila sestry, aby se seznámily se standardem ošetrovatelské péče č. 049 „Management rizik“ (41), kde je hodnocení rizika pádu také jeho součástí a je tu dán správný postup při jeho hodnocení i při poskytování ošetrovatelské péče a následných intervencí k prevenci rizika. Důležitá je při tom spolupráce celého ošetrovatelského týmu, seniora i jeho rodiny dle aktuálního vývoje zdravotního stavu seniora a jeho potřeb. K tomu nabádají i autoři Kalvach, Klán, Topinková, Németh, Škrlovi a jiní. Dále byly položeny otázky k získání informací o tom, jaké možnosti sestry využívají u seniorů s omezeným pohybem k prevenci rizika pádu. Udivilo nás, že jen 15x byla zvolena identifikace rizikových seniorů – screening, 23x informovanost seniora jak předcházet rizikům, 18x spolupráce celého ošetrovatelského týmu na prevenci, 12x spolupráce ošetrovatelského týmu s rodinou seniora, 27x zvýšená pozornost ke snížení rizik pádu a 10x systematická edukace ošetrovatelského týmu (graf 23). Odpovědi pro mě byly zarážející, poněvadž podle mě sestry mohou lépe omezit riziko pádu s využitím všech nabízených možností. Také ostatní praktiky sester, označované v odpovědích k další otázce nám napovídají, že sestry mají zkušenosti s častým podáváním psychofarmak, sedativ a hypnotik u seniorů, kdy tyto možnosti označila více jak polovina sester, psychofarmaka a sedativa byly označeny 47x a hypnotika na noc 35x. Všechny tyto skupiny léků zvyšují riziko pádu a tak by lékaři měli být podle mě v jejich podávání obezřetnější. Také je špatně dle mého názoru odpověď některých sester, že pacienty s rizikem pádu nevodí a dají jim raději podložní mísu k lůžku nebo do lůžka a dvě sestry dokonce přiznaly, že dají seniorovi raději pampers (graf 24). Toto jsme doplnily i pozorováním, kdy jen 3 sestry dovedly částečně mobilního seniora na WC a jedna mu dala do lůžka podložní mísu, aby se nezdržovala (tabulka 4). Sestry by se měly snažit seniory doprovázet co nejčastěji, což

by zlepšovalo průběh jejich rehabilitace a i celkový léčebný efekt. Senioři by měli více pohybu a to má vliv i na jejich psychickou pohodu. Ze své zkušenosti vím, že mnoho pacientů by bylo schopno dojít alespoň občas na WC s doprovodem sestry, ale mnohdy tomu tak není, protože je tam sestry prostě nedovedou. A tak s nimi nacvičuje chůzi jen rehabilitační sestra. To je opět podnět sestřám k zamyšlení.

Tuto oblast doplňuje i další otázka, kdy se ptám na škálu ke zhodnocení soběstačnosti seniora. Naprostá většina sester správně uvedla, že hodnotí seniora v ADL (activities of daily living) pomocí Barthelova testu. Takto odpovědělo 58 sester (95 %) (graf 26). V odborné literatuře Topinkové (53), Trachtové (55), Kalvacha (17, 18), Kocinové (22) a jiných autorů se uvádí, že od hodnocení seniora v ADL se odvíjí celý další ošetrovatelský proces a poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Hodnocení v IADL (instrumentál aktivit of daily living) je také důležité, hlavně pro naplánování péče o seniora v domácím prostředí ve spolupráci s rodinou a sociální sestrou.

Další tři otázky 27 až 29 se týkají imobilizačního syndromu a rozvoje dekubitů. U otázky na hodnotící škálu rizika vzniku dekubitů označilo správně 60 sester (98 %) škálu Nortonové, která je v celé nemocnici v Českých Budějovicích skutečně používána (graf 27). Také při pozorování sester bylo zjištěno, že všechny 4 sestry riziko dekubitů skutečně hodnotilo dle uvedené škály (tabulka 3). V otázce, jestli sestry vnímají výskyt dekubitů jako indikátor kvality ošetrovatelské péče 26 sester (43 %) zvolilo možnost ano, 20 sester (33 %) spíše ano (graf 28). Udivilo mě, že to ostatní sestry nevnímají také tak, protože tento indikátor je v nemocnici významným ukazatelem efektivity a kvality péče. I když literatura často uvádí, že ne vždy je v silách sester, rozvoji dekubitů zabránit, měly by se sestry snažit, aby k výskytu docházelo co nejméně, naplánovat intervence a vyvinout úsilí k jejich prevenci. Těchto intervencí se týkají odpovědi na další otázku, kdy sestry uváděly, které možnosti využívají k předcházení imobilizačního syndromu. Sestry většinou odpovídaly správně, protože nejčastěji, 61x označily pravidelné polohování s použitím polohovacích pomůcek, správnou výživu a pitný režim u seniorů 58x nebo nácvik sedu a vertikalizace 38x apod., ale v některých aktivitách jako jsou provádění jakýchkoliv prvků rehabilitace nebo edukace příbuzných o možnostech spolupráce některé sestry zaostávají za standardem. Je zarážející, že jen

9x byla zvolena možnost, kdy sestry věnují seniorovi tolik času, kolik potřebuje k nácvičku běžných denních aktivit (graf 29). Tyto činnosti byly sledovány i při pozorování sester, kdy všechny 4 sestry dodržovaly pitný režim u seniorů, také všechny 4 sestry seniory pravidelně polohovaly s použitím polohovacích pomůcek. 2 sestry ze 4 používaly při chůzi chodítka nebo berle, ale dvě sestry daly podložní mísu na židli k lůžku a seniory nevedly. 3 sestry ze 4, ale umožnily chůzi seniorům ve spolupráci s rodinou, kdy je příbuzní mohli provádět po chodbě, 1 sestra to odmítla, že by pacient mohl upadnout (tabulka 4). Pouze 1 sestra ze 4 prováděla při pozorování se seniory aktivní cvičení na lůžku a 3 ne, pasivní cvičení neprováděla žádná z pozorovaných sester, dechovou rehabilitaci také ne. 3 sestry ze 4 se snažily při pozorování edukovat seniory o rizicích vyskytujících se při jejich hospitalizaci, 1 sestra o tom se seniory nemluvila (tabulka 5). Na způsoby komunikace sester s pacienty jsme se ptaly v další otázce, kdy se sestry nejvíce vyjadřovaly k větší časové náročnosti komunikace a těžké domluvě s některými seniory. Také některé sestry přiznaly, že se seniory komunikují minimálně nebo vůbec (graf 30). Také senioři si stěžují, že jim sestry nevěnují při komunikaci dostatek času a často je odbývají (tabulka 6). Vhodná komunikace mezi pacientem a ošetřovatelským personálem je nedílnou součástí léčebného procesu. Bláha (2), Kristová (27), Motlová (33) zdůrazňují význam komunikace na průběh hospitalizace a celkovou psychickou pohodu seniora. Profesionální komunikace znamená dobrý přístup k seniorovi. Prostřednictvím komunikace můžeme seniora informovat, ale i motivovat, ovlivňovat, povzbuzovat, přesvědčovat, vysvětlovat, doporučovat a hodnotit. Komunikace sestrám pomáhá navázat se seniorem otevřený vztah, a tak lépe vnímat jeho potřeby a hlavně ho chápat v jeho biopsychosociální jednotě. Využití dalších možností péče sester o psychickou pohodu seniorů zobrazuje graf 31. Převažují odpovědi sester, kdy sledují psychický stav seniora a problémy konzultují s lékařem, označeno 53x, nebo aktivizace seniora během dne, označeno 39x, ale jen málokterá sestra označila využívání terapeutických rozhovorů se seniory, kdy tato možnost byla označena jen 7x. Význam komunikace jsme uvedly v předchozím textu. Pozorováním bylo doplněno, že 3 sestry ze 4 pozorovaných edukují příbuzné o možnostech spolupráce, 3 ze 4 sester umožňují návštěvy mimo návštěvní hodiny a

zdůrazňují jim důležitost jejich návštěv, ale pouze 1 sestra ze 4 se po dobu pozorování snažila seniory během dne aktivizovat, aby přišli na jiné myšlenky a neleželi jen tak pasivně v lůžku (tabulka 6). Senioři si také stěžují na nedostatečný zájem sester o jejich psychickou pohodu, nedostatečnou aktivizaci během dne a ztrácejí pocit důvěry a bezpečí při hospitalizaci (tabulka 13).

V další otázce v dotazníku jsme se ptaly sester, jestli mají zkušenosti také s ošetřováním pacientů i mladších věkových kategorií. 61 sester (100 %) takové zkušenosti má (graf 33). Na oddělení následné péče jsou hospitalizováni i pacienti mladších věkových kategorií a tak sestry mohou posuzovat rozdíly v péči o pacienty různého věku. Byla jsem překvapena, jak odpovídaly sestry na předposlední otázku, jestli by vyměnily práci na oddělení následné péče za práci na akutních lůžkách. Jen 9 sester (15 %) by práci změnilo okamžitě, 21 sester (34 %) to neví, musely by si to rozmyslet. Dále 11 sester (18 %) uvedlo, že je jim jedno, kde pracují. Nejvíce mě udivilo, že 20 z dotazovaných sester by oddělení nezměnilo, protože jim jejich práce vyhovuje (graf 34). Úplně poslední otázka v dotazníku byla otevřená a sestry se mohly vyjádřit k problematice předcházení rizik u seniorů. Celkem využilo možnost se vyjádřit 23 sester. Z toho 6 sester (26 %) uvedlo časovou, psychickou i fyzickou náročnost péče o seniory, 4 sestry (17 %) zdůraznilo nedostatek pomůcek na oddělení, 7 sester (31 %) nedostatek personálu a 6 sester (26 %) si stěžuje na nedostatečné ohodnocení své práce (graf 35).

Věříme, že cíl 1: Zjistit, zda sestry znají, preventivní opatření mechanismy předcházení rizikům při ošetřování seniorů byl splněn. Hypotéza 1: Sestry znají, preventivní opatření k předcházení rizikům při ošetřování seniorů byla potvrzena. Znalosti by si ale sestry měly stále doplňovat, v některých oblastech jsou nedostačující. Cíl 2: Zjistit, zda sestry dodržují, preventivní opatření k předcházení rizikům při ošetřování seniorů byl také splněn. Hypotéza 2: Sestry dodržují, preventivní opatření k předcházení rizikům při ošetřování seniorů potvrzena nebyla. Ne vždy sestry dostatečně využívají své znalosti, zkušenosti a dovednosti. Některým oblastem prevence rizik je ze strany sester věnována jen malá pozornost.

Ke splnění cíle 3 jsme zvolily 4 výzkumné otázky. Z výsledků kvalitativního šetření vyplývá, že senioři často nejsou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

Otázka 1: Jak se dívají senioři na práci sester na oddělení následné péče při využívání možností, jak předejít malnutrici? V rozhovorech senioři uvádějí, že stav jejich nutriční posuzují sestry pouze při příjmu na oddělení a potom se o jejich problémy s výživou už moc nestarají. Senioři také nejsou spokojeni s dostatkem času při jídle, kdy uvádějí, že sestry často chvátají při podávání stravy a neberou ohledy na seniorovy možnosti při jídle. Sami senioři dávají sestřím podněty ke zlepšení ošetrovatelské péče zaměřené na prevenci malnutrice.

Otázka 2: Jaký mají senioři názor na ošetrovatelskou péči zaměřenou na prevenci pádů při jejich hospitalizaci na oddělení následné péče? Senioři si často stěžují, že ne vždy je sestry odvedou např. na WC, když potřebují. Také upozorňují na nedostatek prostoru na pokoji a uvítali by více místa pro částečně mobilní pacienty. Jsou nespokojeni i s nedostatkem pomůcek (tabulky 9 a 10).

Otázka 3: Jaké mají senioři názory na ošetrovatelskou péči zaměřenou na prevenci imobilizačního syndromu a rozvoje dekubitů? Senioři celkově negativně hodnotí svoji aktivitu a nedostatek pohybu během dne, žádají aktivnější přístup sester k své mobilizaci. Také by se sestry dle seniorů měly více věnovat jejich rehabilitaci i v nepřítomnosti rehabilitačního pracovníka na oddělení (tabulka 11). Co se týká hygieny, všech 5 seniorů si při rozhovorech stěžuje na nedodržování základních hygienických pravidel. Vadí jim neumytí rukou před jídlem, nedodržování hygieny po použití WC nebo nedostatečná večerní hygienická péče. Také si stěžují, že ze strany sester vážně i nácik samostatnosti a sebepéče (tabulka 12).

Otázka 4: Jak sestry zvládají dle seniorů péči o jejich psychickou pohodu důležitou pro jejich rekonvalescenci? Podle seniorů se sestry moc nezabývají psychickou pohodou svých nemocných, kdy jen 2 z 5 seniorů uvádějí zájem sester, poukazují na nedostatečnou komunikaci mezi personálem a seniory a ztrácejí tak pocit bezpečí a důvěry. Všichni by chtěli, aby jim sestry při komunikaci věnovaly více času. Jak bylo uvedeno již výše, ani 1 senior z 5 nepociťuje dostatek aktivizace během dne a všichni se nudí. Uvítali by, kdyby se sestry zajímaly o jejich aktivizaci a neposkytovaly jen pasivní

ošetřovatelskou péčí (tabulka 13). Myslíme si, že i cíl 3: Zjistit názor seniorů na možnosti, jak odvrátit některá rizika při jejich hospitalizaci byl také splněn. Problematika rizik u seniorů je tak složitá, že podrobné zkoumání by o hodně přesáhlo rámec této bakalářské práce, proto jsme se jí už nemohly dále podrobněji zabývat.

Domníváme se, že výsledky bakalářské práce mohou sloužit jako edukační materiál pro sestry, pracující nejen na lůžkách následné péče, ale také na odděleních akutních lůžek, poněvadž senioři se vyskytují ve všech klinických oborech. Aby sestry mohly rizikům při ošetřování seniorů účelně předcházet, musí hlavně o nich vědět a věnovat jim dostatečnou pozornost. Myslím si, že nám sestry většinou odpovídaly na dotazy v dotazníku to, co jsem chtěla slyšet, ale názory seniorů při rozhovorech a moje praxe na tomto oddělení mi umožňuje srovnat odpovědi sester s realitou. Vím, že je práce na tomto oddělení pro sestry velmi náročná, jak časově, tak fyzicky i psychicky, ale aktivnějším přístupem, větším zájmem sester a kvalitněji prováděnou ošetřovatelskou péčí by se dalo leccos změnit i na spokojenosti seniorů s poskytovanou péčí a celkovém průběhu jejich rekonvalescence. O výsledky výzkumného šetření projevila zájem i vrchní sestra oddělení následné péče a semináře na téma prevence rizik u seniorů budou zařazeny do programu seminářů v rámci oddělení na rok 2011. První z nich na téma: „Výživa seniora při hospitalizaci“ bude uskutečněn na jaře 2011 (příloha 5).

6 Závěr

Zkoumali jsme, jak je předcházeno rizikům při ošetřování seniorů na oddělení následné péče se zaměřením na malnutrici, pády, imobilizační syndrom a rozvoj dekubitů. Cíli práce bylo zjistit, zda sestry znají a dodržují preventivní opatření k předcházení rizikům při ošetřování seniorů. Chtěli jsme najít slabá místa při ošetřování hospitalizovaných seniorů a zmapovat, jak jsou sestry při své práci aktivní a zda poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči. Po vyhodnocení výsledků jsme dospěli k závěru, že sestry sice znají preventivní opatření, ale ne vždy jsou dodržovány standardizované postupy. Je důležité, aby si sestry tyto standardizované postupy osvojily, prohloubily si vědomosti a dovednosti a systematicky pracovaly na prevenci rizik v rámci ošetrovatelského procesu a tím zajistily bezpečnou péči a minimalizaci rizik. To vyžaduje aktivitu a asertivitu sester. Je nutné spolupracovat také s managementem nemocnice. Musí se zvýšit úroveň komunikace mezi ošetrovatelským personálem a managementem nemocnice v procesu řízení rizik, kontrolních mechanismů a edukace personálu. Domníváme se, že cíl 1 i cíl 2 byl splněn. Hypotéza 1 byla potvrzena. Hypotéza 2 nebyla potvrzena.

Poslední cíl 3 byl stanoven pro kvalitativní část výzkumného šetření a orientován na seniory a jejich názory na možnosti, jak předcházet rizikům při jejich hospitalizaci. Domníváme se, že i cíl 3 byl splněn. Výzkumné šetření ukázalo, v jakých oblastech ošetrovatelské péče by senioři uvítali změny, kde a jak by sestry měly zlepšit svůj přístup. Spokojenost seniorů jako pacientů, je důležitým ukazatelem kvality poskytované péče a je standardně používaným měřítkem jejího hodnocení. Znat názory seniorů na úroveň kvality poskytované péče je důležitý pro ošetrovatelský personál, ale také pro management nemocnice, a proto by měly být soustavně sledovány a vyhodnocovány. Spokojenost poskytuje podklady pro změny v přístupu k poskytované ošetrovatelské péči, zajištění její bezpečnosti a standardizace. Otázka 1: Jak se dívají senioři na práci sester na oddělení následné péče při využívání možností, jak předejít malnutrici? Výzkumné šetření svědčí o tom, že senioři nám dávají podněty ke zlepšení ošetrovatelské péče zaměřené na prevenci malnutrice, jako je sledování jejich stravování, větší zájem sester o problémy při stravování, věnování více času

nesoběstačným seniorů při krmení apod. Otázka 2: Jaký mají senioři názor na ošetrovatelskou péči zaměřenou na prevenci pádů při jejich hospitalizaci na oddělení následné péče? Senioři by uvítali, kdyby na pokoji bylo více místa pro částečně mobilní pacienty, nebyly nízké záchody apod. Dále si senioři myslí, že by sestry měly změnit svůj přístup k jejich mobilizaci a aktivněji se jim věnovat při jejich nejistém pohybu. Otázka 3: Jaké mají senioři názory na ošetrovatelskou péči zaměřenou na prevenci imobilizačního syndromu a rozvoje dekubitů? Všichni senioři myslí, že by jejich rehabilitace měla probíhat častěji během dne a měly by se jí věnovat i ostatní sestry i v nepřítomnosti rehabilitačního pracovníka na oddělení. Všichni si stěžují na nedostatek pohybu, malou aktivitu během dne a to sebou přináší další problémy. Také byly připomínky k průběhu hygienické péče, nebo že vážne ze strany sester také nácvik samostatnosti a sebepéče. Otázka 4: Jak sestry zvládají dle seniorů péči o jejich psychickou pohodu důležitou pro jejich rekonvalescenci? Podle seniorů se sestry moc nezabývají psychickou pohodou svých nemocných, uvádějí nezáměr sester. Také množství času, který sestry věnují komunikaci, je dle seniorů velmi neuspokojivé a nedostatečné, a proto senioři na oddělení ztrácejí pocit bezpečí a důvěry. Sestry si musí uvědomit, že nekvalitně a pasivně poskytnutá péče nepřináší správný výsledek a pacienti ztrácejí motivaci k samostatným výkonům, jsou pasivní a tudíž závislí na ošetrovatelské péči více, než by byli, kdyby dostali prostor k rozvoji sebepéče a samostatnosti.

Domníváme se, že výsledky bakalářské práce mohou sloužit jako edukační materiál pro sestry, pracující nejen na lůžkách následné péče, ale také na odděleních akutních lůžek, poněvadž senioři se vyskytují ve všech klinických oborech. Aby sestry mohly rizikům při ošetrování seniorů účelně předcházet, musí hlavně o nich vědět a věnovat jim dostatečnou pozornost. Na závěr bych zdůraznila, že výsledky výzkumného šetření byly i pro mne zkušeností, při které jsem načerpala poznatky, informace a podněty pro svou další práci. V úvodu jsem již uvedla, že jsem staniční sestrou jedné ze stanic oddělení následné péče a tak mohu výsledky použít rovnou při mé praxi. O výsledky projevila zájem vrchní sestra oddělení následné péče, téma zařadíme do programu seminářů v rámci oddělení. Seminář se uskuteční na jaře příštího roku.

7 Seznam použité literatury

- 1) BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu: Zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2
- 2) BLÁHA, K., STAŇKOVÁ, M. *Sestra a pacient: Komunikace v praxi*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2004. 67 s. ISBN 80-7013-388-0
- 3) BOŠKOVÁ, H. *Senior a ošetrovatelská péče při riziku porušení kožní integrity*. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2008, roč. XVIII, č. 4, s. 48. ISSN 1210-0404
- 4) DOSTÁLOVÁ, B., NAHODILOVÁ, H. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2011, roč. XXI, č. 1., s. 31-32. ISSN 1210-0404
- 5) DVOŘÁKOVÁ, V. *Vertigo jako diagnostický a ošetrovatelský problém u seniora*. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2010, roč. XX, č. 12, s. 43-45. ISSN 1210-0404
- 6) FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatel'stvo-teória*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2001. 135 s. ISBN 80-8063-086-0
- 7) GROFOVÁ, Z. *Dekubity z pohledu Evropského poradního panelu*. Česká geriatrická revue. Brno: Medica, 2009. č. 7 (2) s. 97-100. ISSN 1214-0732
- 8) GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora*. Praktický rádce pro sestry. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1868-2
- 9) GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 1. vydání. České Budějovice: JU ZSF, 1998. 98 s. ISBN 80-7040-285-5
- 10) HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 10: Manuálek sociální gerontologie*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5
- 11) HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gema, 2002. 110 s. ISBN neuvedeno
- 12) HOLMEROVÁ, I. et al. *Křehkost vyššího věku a sarkopenie jako její důležitá komponenta*. Česká geriatrická revue. Brno: Medica, 2007, č. 5 (1) s. 24-29. ISSN 1214-0732
- 13) JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita-ZSF, 2006. 96 s. ISBN 80-73-110-2

- 14) JURÁSKOVÁ, D. *Ekonomické dopady úrazů a pádů u hospitalizovaných seniorů v ČR*. Česká geriatrická revue. Brno: Medica, 2007, č. 1 (5) s. 33-40. ISSN 1214-0732
- 15) JURÁSKOVÁ, D. *Kvalita ošetrovatelské péče a management rizik*. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2004, roč. XIV, č. 3. s. 18-20. ISSN 1210-0404
- 16) KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2006. 283 s. ISBN 80-7262-455-5
- 17) KALVACH, Z., ZADÁK, Z., et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
- 18) KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6
- 19) KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9
- 20) KLÁN, J., TOPINKOVÁ, E. *Pády a jejich rizikové faktory ve stáří*. Česká geriatrická revue. Brno: Medica, 2003, č. 1 (2). s. 38-43. ISSN 1214-0732
- 21) KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství I*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2000. 103 s. ISBN 80-86073-53-X
- 22) KOCINOVÁ, K., PEREGRINOVÁ, Z. *Fyzioterapie v geriatricii*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2003. 63 s. ISBN 80-8063-132-8
- 23) KOHOUT, P., KOTLÍKOVÁ, E. *Základy klinické výživy*. 1. vydání. Praha: Krigl, 2005. 113 s. ISBN 80-86912-08-6
- 24) KOHOUT, P., STARNOVSKÁ, T. *Výživa v nemocnicích*. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2005, roč. XV, č. 9, s. 22. ISSN 1210-0404
- 25) KOLEKTIV AUTORŮ, *České ošetrovatelství 2: Zjišťování kvality ošetrovatelské péče, Etický kodex sester, Charty práv pacientů*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2001. 47 s. ISBN 80-7013-270-1
- 26) KOVAČOVIČOVÁ, R. et al. *Moderní přístupy v léčbě dekubitů u geriatrických pacientů v následné péči*. Česká geriatrická revue. Brno: Medica, 2008, č. 6 (1), s. 52-58. ISSN 1214-0732

- 27) KRISTOVA, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vydání Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3
- 28) KŘEMENOVÁ, E. *Nejčastější stížnosti při poskytování zdravotní péče a jejich řešení*. Sestra. Praha: Mladá fronta , 2006, roč. XIV, č. 4, s. 15-16. ISSN 1210-0404
- 29) MALÍKOVÁ, K. *Posúdenie stavu výživy seniora*. Sestra a lekár v praxi. Bratislava: Saníma, 2008, roč. VII, č. 3-4, s. 30-32.
- 30) MARX, D., et al. *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči (komentovaný oficiální překlad)*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1001-3
- 31) MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N. *Prevence dekubitů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2
- 32) Minibergerová, L., Dušek, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4
- 33) MOTLOVÁ, L., KUBALÁKOVÁ, J. *Efektivní komunikace s pacienty se zvláštními potřebami jako nedílná součást ošetrovatelské péče*. 1. vydání. JU v Českých Budějovicích-ZSF, 2005. Nové trendy v ošetrovatelství IV. s. 242 – 253. ISBN 80-7040-791-3
- 34) NÉMETH, F. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. 1.vydání. Martin: Osveta, 2009. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1
- 35) PLAČKOVÁ, R. *Vliv výživy na celkový stav pacienta*. Sestra. Praha: Mladá Fronta, 2006, roč. XVI, č. 5. s. 46. ISSN 1210-0404
- 36) POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8
- 37) POLEDNÍKOVÁ, L., NÁDASKÁ, I. *Ošetrovatelská péče o starého pacienta metodou ošetrovatelského procesu*. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2004, roč. XIV, č. 7-8, s. 50-53. ISSN 1210-0404
- 38) SOBOTKA, L. *Vliv malnutrice na průběh akutního onemocnění*

u gerontologického pacienta. Česká geriatrická revue. Brno: Medica, 2003, roč. I, č. 1. s. 32-35. ISSN 1214-0732

39) STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. č. 041 „Bolest“, 2008

40) STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. č. 034 „Hodnocení soběstačnosti a kategorizace nemocného“, 2008

41) STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. č. 049 „Management rizik“, 2010

42) STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. č. 004 „Péče o neklidného nemocného“, 2010

43) STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. č. 014 „Péče o staré a chronicky nemocné“, 2010

44) STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. č. 005 „Prevence a ošetřování dekubitů“, 2010

45) STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. č. 006 „Stravování nemocných + příloha Nutriční skrínig“, 2010

46) STANDARDY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE [online]. 2010 [citováno 2010-02-21]. Dostupné z www: < http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standardy-osevovatelске-pecе_1854_15.html>

47) STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 1: Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie.* 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2003. 50 s. ISBN 80-7013-263-9

48) STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 6: Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi.* 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2006. 55 s. ISBN 80-7013-323-6

49) STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 11: Sestra-reprezentant profese.* 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6

50) STARNOVSKÁ, T. *Specifika výživy seniorů.* Sestra. Praha: Mladá fronta, 2005, roč. IV, č. 7-8, s. 19. ISSN 1210-0404

51) ŠKRLA, P. *Především neublížit. Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetřovatelské péči.* 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4

52) ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.*

1. vydání. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8
- 53)** TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6
- 54)** TOPINKOVÁ, E. *Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných*. České geriatrické revue, 2003, č. 7 (1). s. 6-11. ISSN 1214-0732
- 55)** TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2004. 185 s. ISBN 80-7013-324-4
- 56)** VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5
- 57)** VYHNÁNEK, R., MARX, D. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9
- 58)** WEBER, P., et al. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vydání. Brno: IDVPVZ, 2001. 151 s. ISBN 80-70-13-314-7
- 59)** ZACHAROVÁ, E. *Sestra a seniory v ošetrovatelském procesu*. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2010, roč. XX, č. 12. s. 40-43. ISSN 1210-0404
- 60)** ZAZULA, R. WOHL, P., WOHL, P. *Nutriční stav pacienta a možnosti jeho hodnocení*. *Interní medicína pro praxi*. 2009. roč. 11, č. 1, s. 45 - 47. ISSN 1212-7299
- 61)** ZIMMELOVÁ, P. *Malnutrice a hodnocení výživy u seniorů*. In: *Sborník příspěvků z II. ročníku mezinárodní konference. Výživa – nedílná součást léčby závažných chorob*. 1. vydání. České Budějovice: 2006, s. 24-28. ISBN 80-7040-906-1

8 Klíčová slova

dekubity

imobilizační syndrom

malnutrice

ošetřovatelská péče

pády

rizika

senior

standardy

9 Přílohy

Příloha 1 *Dotazník pro sestry*

Příloha 2 *Polostrukturalizovaný rozhovor*

Příloha 3 *Pozorovací arch*

Příloha 4 *Nutriční screening*

Příloha 5 *Seminář na téma: Výživa seniora při hospitalizaci*

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Dobrý den vážené kolegyně,

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rámci své bakalářské práce zpracovávám téma: **Rizika při ošetřování seniorů na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s.**

Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazníky jsou anonymní a získaná data budou použita výhradně pro mou bakalářskou práci. Zaškrtněte, prosím, Vámi vybranou odpověď, popřípadě doplňte. Otázky s možností více odpovědí jsou označeny.

Za Vaši ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníku předem děkuji.

Helena Falušiová

3 VS-KS

1. Jsem:

- žena
- muž

2. Můj věk je:

- 19-25
- 26-30
- 31-40
- 41-55
- nad 55

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání?

- SZŠ
- VOŠ
- VŠ Bc.
- VŠ Mgr.
- jiné

4. Má praxe na oddělení následné péče je?

- 0-3 roky
- 4-10 let
- 11-20 let
- 21-30 let
- nad 30 let

5. Účastníte se vzdělávacích akcí zaměřených na péči o seniory?

- ano, ráda si vybírám akce ve svém oboru
- spíše ano, ale jen někdy
- spíše ne, nevybírám si akce dle zaměření, jen sbírám kredity
- ne

6. Kde získáváte informace pro další vzdělání ve svém oboru nejčastěji?

- na školicích akcích v rámci oddělení
- v kurzech
- na seminářích
- na konferencích a sympoziích
- samostudiem odborných publikací a časopisů
- jinde

7. Jaké standardy máte na Vašem oddělení k dispozici při poskytování ošetrovatelské péče seniorům se zaměřením na prevenci rizik? (Možnost označit více odpovědí)

- standard „Používání omezovacích prostředků u pacientů“
- standard „Péče o neklidného nemocného“
- standard „Bolest“
- standard „Prevence a ošetřování dekubitů“
- standard „Péče o staré a chronicky nemocné“
- standard „Riziko pádů“
- standard „Stravování nemocných“
- standard „Ošetrovatelská dokumentace“

8. Záleží Vám při Vaší práci na tom, aby byla rizika (malnutrice, pády, dekubity) minimalizována na co nejnižší možnou míru?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

9. Jaké oblasti stavu seniora hodnotíte na Vašem oddělení pomocí hodnotících škál? (Možnost označit více odpovědí)

- nutriční screening
- riziko vzniku dekubitů
- soběstačnost v denních činnostech
- soběstačnost v instrumentálních všedních činnostech
- riziko pádu
- kognitivní funkce
- jiné (doplňte).....
- pomocí škál seniora nehodnotíme

10. Věnujete seniorovi větší pozornost při poskytování ošetrovatelské péče, když zjistíte některé z rizik? (Označte, prosím, jednu odpověď, eventuelně doplňte)

- ano
 - ne
 - ráda bych věnovala, ale brání mi v tom
-

11. Co děláte, zjistíte-li ze screeningových vyšetření u seniora některé z rizik?

- škály hodnocení stavu seniora používám jen při příjmu pacienta na oddělení
- vyznačím riziko v ošetřovatelské dokumentaci a spolupracuji s celým ošetřovatelským týmem na prevenci
- dle zjištěného score stanovím ošetřovatelské diagnózy a dále s nimi pracuji v rámci ošetřovatelského procesu
- založím použitá screeningová vyšetření do ošetřovatelské dokumentace a dále s nimi nepracuji
- neprovádím u seniora screeningová vyšetření

12. Víte, jaké laboratorní výsledky se sledují při hodnocení nutrice seniora?

- ano
- ne

13. Jaký screeningový nástroj k hodnocení nutrice seniora používáte na Vašem oddělení?

- MNA (Mini Nutritional Assessment)
- MNA-SF (Mini Nutritional Assessment-Shrot Form)
- Nottinghamský screeningový dotazník
- Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002)
- žádný z uvedených, používáme Nutriční screening bez názvu
- žádný, neděláme screening nutrice seniora

14. V rámci nutričního screeningu a hodnocení nutričního stavu seniorů na Vašem oddělení provádíte? (Možnost označit více odpovědí)

- nutriční anamnézu
- sledování a záznam tělesné hmotnosti seniora
- záznam tělesné výšky
- stanovení BMI (Body Mass indexu)
- měření kožních řas a tělesných obvodů
- odběry biologického materiálu ke zjištění nutrice seniora

15. Je ve Vašem zdravotnickém zařízení nutriční tým?

- ano
- nevím
- ne

16. Má sestra na Vašem oddělení možnost spolupracovat s nutričním terapeutem nebo nutričním lékařem specialistou při zjištění rizikové nutrice u seniora?

- ano, sestra uvědomí ošetřujícího lékaře a na něm záleží, zda specialisty pozve
- ano, při rizikovém vyhodnocení nutrice seniora sestra vždy kontaktuje nutričního terapeuta
- nevím, s nutričním terapeutem se domlouvá sestra jen telefonicky na úpravě některé z diet a tím je spolupráce vyřešena

- spíše ne, není vyvinutý systém spolupráce nutričních terapeutů s ošetrovatelským personálem ani při rizikovém hodnocení nutričního seniora
- nutriční screening je pro sestru jen další součástí ošetrovatelské dokumentace a dále se získanými informacemi nepracuje

17. Myslíte si, že sestry mají dostatek času, aby se mohly dostatečně věnovat individuálnímu plnění potřeb v oblasti výživy u nesoběstačného seniora v nutričním riziku? (Pokud označíte možnost „spíše ne“ nebo „ne“, mohl/a byste, prosím, napsat alespoň dva důvody proč?)

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne.....
- ne.....

18. Jak dbáte na zajištění potřeb seniorů při příjmu potravy? (Možnost označit více odpovědí)

- umožním pacientovi, aby si mohl před jídlem umýt ruce
- uložím pacienta do správné polohy, aby se mohl lépe najíst
- poskytnu pacientovi dostatek času při jídle
- dbám na správnou péči o zubní protézy u pacientů
- vložím zubní protézy nesoběstačným pacientům do úst před každým jídlem
- podám pacientovi tekutiny k ruce, aby mohl dobře zapíjet sousta
- připravím jídlo seniorům, kteří potřebují pomoc při přípravě jídla a nakrmím nemocné, kteří se sami nenají
- sleduji příjem potravy u všech nemocných, v případě zjištění problémů uvědomím lékaře

19. Znáte správný postup při podávání doplňkové stravy (Nutridrink, Diaslip, Fresubin aj.) seniorům?

- ano
- ne
- postup není dán, ale podám ho vždy celý najednou

20. Jsou screeningové metody k posouzení rizika pádu na Vašem součástí ošetrovatelské dokumentace?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

21. Jaké hodnotící škály používáte na Vašem oddělení k hodnocení rizika pádů?

- stupnice pádů dle Morese
- riziko pádů dle Conleyové

- Gaintův funkční test
- test, který používáme, je bez názvu
- riziko pádů nehodnotíme

22. Kdy hodnotíte riziko pádu u pacienta na Vašem oddělení?

- již při příjmu pacienta na oddělení
- do 24 hodin od příjetí na oddělení
- již při příjmu pacienta na oddělení získáme základní informace, ale další informace se doplňují až v průběhu hospitalizace do 48 hodin
- v průběhu hospitalizace a je jedno kdy škálu vyplním
- riziko pádu u seniora nehodnotíme

23. Jaké využíváte možnosti k předcházení rizik pádů u seniorů? (Možnost označit více odpovědí)

- identifikujeme rizikové seniory pomocí screeningových hodnocení
- zajistíme dostatečnou informovanost seniora a jeho blízkých jak omezit faktory vedoucí k pádu
- při péči o rizikového seniora spolupracuje celý ošetřovatelský tým
- při péči o seniora spolupracuje ošetřovatelský tým s rodinou seniora
- věnujeme maximální pozornost opatřením snižujícím riziko pádů u rizikových seniorů
- důležitá je systematická edukace a komunikace ošetřovatelského týmu v oblasti účelné prevence pádů

24. Jaké další praktiky používáte k zajištění bezpečnosti pacienta při omezeném pohybu s rizikem pádu? (Možnost označit více odpovědí)

- omezovací prostředky včetně kurtů
- použití zábrany z jedné strany lůžka
- použití zábran u lůžka z obou stran
- podávání psychofarmak a sedativ dle ordinace lékaře
- častým používáním hypnotik na noc dle ordinace lékaře
- při nejisté chůzi dám podložní mísu k lůžku, aby pacient nespádl při chůzi na WC
- nevodím pacienta na WC, raději mu poskytnu podložní mísu do lůžka
- nevodím pacienta na WC, dám mu pampers ve dne i v noci

25. Používáte pomůcky usnadňující pohyb seniorů (různé typy chodítek a manipulační pomůcky):

- ano, vždy když jsou potřeba
- jsou omezeny na předpis lékaře specialisty (traumatologa, internisty, rehabilitačního lékaře) a proto jich máme nedostatek
- prostorové uspořádání pokojů často neumožňuje jejich používání
- používání manipulačních pomůcek jen zdržuje v práci
- v rámci časové úspory se snažím vyhýbat jejich použití

26. Jaké používáte škály ke zhodnocení soběstačnosti seniora?

- ADL (activities of daily living), Barthelův test
- IADL (instrumental activities of daily living), Lawton-Brodyho test
- funkční geriatrický index (FGI)
- jiné, doplňte.....

27. Jakou používáte na Vašem oddělení škálu ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů?

- dle škály Nortonové
- dle škály Bradenové
- dle Waterlowa
- jinou, doplňte.....

28. Vnímáte výskyt dekubitů na Vašem oddělení jako indikátor kvality ošetrovatelské péče?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

29. Jak předcházíte riziku vzniku imobilizačního syndromu u seniora? (Možnost označit více odpovědí)

- důsledným polohováním ležícího seniora s použitím polohovacích a antidekubitárních pomůcek
- aktivním i pasivním cvičením seniora na lůžku i v nepřítomnosti rehabilitačního pracovníka
- prováděním dechového cvičení u seniorů
- vedením seniora k nácviu samostatnosti a sebeděče
- zajištěním správné výživy a pitného režimu u seniora
- edukací seniora a jeho příbuzných o vhodných potravinách a dostatečném pitném režimu
- edukací příbuzných seniora o možnostech spolupráce při péči o jeho osobu
- nácvikem stabilního sedu a včasnou vertikalizací seniora
- věnuji seniorovi tolik času, kolik potřebuje k nácviu běžných denních aktivit
- péčí o psychickou pohodu seniora

30. Jak komunikujete se seniory při ošetrovatelské péči?

- dobře, komunikace se seniory mi nedělá žádný problém
- většinou se dobře domluvím, mám komunikační schopnosti a dovednosti
- většinou špatně, často se musím opakovat a rozhovory se seniory vyžadují větší časovou náročnost
- špatně, s některými seniory je těžké se domluvit
- komunikuji jen minimálně
- nekomunikuji vůbec

31. Jak se zapojujete do péče o psychickou pohodu Vašich nemocných seniorů?
(možnost označit více odpovědí)

- sleduji psychický stav seniora a případné problémy konzultuji s lékařem
- aktivně se zajímám o psychické problémy a potřeby seniora a využívám možností, jak mu pomoci
- aktivizací pacienta během dne
- zapojuji do péče o seniora jeho rodinu a zdůrazňuji důležitost jejich návštěv
- umožňuji návštěvy blízkých u seniora i mimo návštěvní hodiny
- používám metody terapeutických rozhovorů se seniorem při každé příležitosti
- jiné (doplňte).....
.....

32. Je pro Vás spokojenost seniorů s ošetrovatelskou péčí na Vašem oddělení motivací k neustálému zvyšování kvality péče?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

33. Máte zkušenosti s ošetrováním pacientů i mladších věkových kategorií?

- ano
- ne

34. Pokud byste měla možnost změny oddělení, na kterém pracujete a přestoupit na některé oddělení akutních lůžek, udělal/a byste to?

- ano, okamžitě
- nevím, musela bych se rozmýšlet
- je mi jedno, kde pracuji
- ne, moje práce mi vyhovuje

35. Jestli se chcete vyjádřit k problematice předcházení rizik u seniorů, prosím, doplňte svůj názor.

.....
.....
.....
.....
.....

Ještě jednou Vám děkuji za čas strávený nad tímto dotazníkem a Vaše odpovědi.

Helena Falušiová

Zdroj: *Vlastní výzkumné šetření*

Příloha 2 Polostrukturalizovaný rozhovor se seniory
(okruhy otázek)

Riziko malnutrice:

- Zhodnotily sestry Váš současný stav výživy při přijetí k hospitalizaci?
- Sleduje ošetřovatelský personál pravidelně Vaší váhu?
- Máte nějakou dietu?
- Máte nějaké problémy se zažíváním?
- Jaká je Vaše chuť k jídlu?
- Máte zubní protézu, nějaké problémy s ní?
- Jak jste spokojen s péčí o Váš chrup a dutinu ústní během hospitalizace?
- Můžete mi prosím popsat, jak jste spokojen se stravováním na zdejším oddělení?
- Pomáhají Vám sestry s přípravou jídla dle Vašich potřeb?
- Poskytují Vám sestry dostatek času, abyste mohl/a v klidu sníst celou porci?
- Zajímají se sestry o množství jídla, které sníte?
- Co si myslíte o dodržování Vašeho pitného režimu během dne?
- Máte možnost s někým probrat Vaše problémy se stravováním?
- Máte výhrady ke stravování v naší nemocnici?
- Co se dá dle Vašeho názoru změnit na stravování k Vaší spokojenosti?

Riziko pádu:

- Máte k dispozici signalizační zařízení, když potřebujete pomoc a dokážete jej využívat?
- Uvědomujete si faktory, které zvyšují možnost Vašeho úrazu?
- Užíváte nějaké léky, které ovlivňují vaši fyzickou výkonnost?
- Vysvětlily Vám sestry, že máte při chůzi nosit vhodnou obuv a jaká to je?

- Vysvětlily Vám sestry možnosti, jak omezit faktory vedoucí k pádu?
- Doprovázejí Vás sestry vždy dle potřeby na WC a do sprchy?
- Nabízejí sestry Vaším příbuzným možnosti, jak se mohou zapojit do péče o Vaši osobu?
- Umožňují sestry Vaším příbuzným, aby se s Vámi mohli projít během návštěv?
- Účastní se sestry se zájmem o Vaši aktivizaci během dne?
- Máte možnost využívat rehabilitační a kompenzační pomůcky při Vašem nejistém pohybu po pokoji v dostatečné míře?
- Jak jste spokojen/a s čistotou a pořádkem na pokoji?
- Jste spokojen s množstvím času, který Vám sestry věnují?
- Jaké změny v přístupu sester k Vaší mobilizaci byste uvítal/a?

Riziko imobilizačního syndromu a rozvoje dekubitů:

- Máte dostatek informací o dalším plánu průběhu Vaší rekonvalescence s ohledem na Váš současný zdravotní stav?
- Polohují Vás sestry pravidelně?
- Leží se Vám po napolohování v lůžku vždy pohodlně?
- Kontrolují sestry stav Vaší kůže při polohování?
- Akceptují sestry, když si stěžujete na pocity bolesti?
- Provádějí s Vámi sestry nácvik stabilního sedu?
- Cvičí s Vámi někdo jiný než rehabilitační pracovník?
- Provádí s Vámi někdo dechová cvičení?
- Podporují Vás sestry v nácviku samostatnosti a sebepěči?
- Máte pocit, že Váš pohyb a aktivity během dne jsou dostačující?
- Jak jste spokojen s Vaší hygienickou péčí během dne?


- Jak často probíhá Vaše koupel na zdejší oddělení?
- Umožní Vám sestry umytí rukou před jídlem nebo po použití toalety?
- Máte pocit bezpečí při Vaší koupeli ve sprchovém koutě?
- Máte možnost používat při koupání kompenzační pomůcky?
- Jaké máte zkušenosti s péčí sester o Vaši pokožku?
- Co byste změnil/a na přístupu sester ohledně Vaší hygienické péče?
- Navrhnete mi, prosím, nějaké změny na chování personálu, které jsou pro Vás momentálně důležité?
- Zajímají se sestry o Vaší psychickou pohodu během hospitalizace?
- Jak hodnotíte komunikaci mezi Vámi a ošetřovatelským personálem?
- Jsou dodržována práva pacientů při poskytování ošetřovatelské péče o Vaši osobu?
- Jak trávíte volný v nemocnici svůj volný čas?
- Je pro Vás ošetřovatelský personál oporou při plnění Vašich aktuálních potřeb spojených s omezením v souvislosti se současným onemocněním?
- Jaký jste získal/a celkový pocit bezpečí a důvěry v naší nemocnici?

Zdroj: *Vlastní výzkumné šetření*

umožnění chůze na WC částečně mobilním pacientům									
provádění aktivního cvičení na lůžku									
provádění pasivního cvičení na lůžku									
provádění dechové rehabilitace u seniorů									
edukace seniorů o rizicích imobilizačního syndromu									
edukace příbuzných o možnostech spolupráce									
umožnění návštěv i mimo návštěvní hodiny									
vhodná komunikace se seniory									
aktivizace seniorů během dne									

Zdroj: *Vlastní výzkumné šetření*

Příloha 4 Nutriční screening

Nutriční skrínig			
(zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)			
IDENTIFIKAČNÍ ŠTÍTEK		DATUM PŘÍJMU	ODDĚLENÍ
HMOTNOST	VÝŠKA	BMI (kg/m ²)	
			body
1	Pacienta nelze změřit a zvážit - nevyplňovat 4, 5, 6,		2
2	Nelze od pacienta získat informace - nevyplňovat 4, 5, 6,		3
3	Věk	do 65 let	0
		nad 65 let	1
		nad 70 let	2
4	BMI*	20 - 35	0
		18 - 20, nad 35	1
		pod 18	2
5	Ztráta hmotnosti	žádná	0
	nechtěná	více než 3 kg za 3 měsíce (volné šaty)	1
		více než 6 kg za 3 měsíce	2
6	Množství jídla	beze změn	0
	za poslední měsíc	poloviční porce	1
		občas nejl	2
7	Projevy nemoci	žádné	0
		bolesti břicha, nechutenství	1
		zvracení, průjem nad 6x/den	2
8	Faktor stresu**	žádný	0
		střední	1
		vyšoký	2
Součet bodů (INDEX)			
Podpis a razítko sestry:			
INDEX	opatření	nutriční terapeut	
0 až 3		bez nutnosti zvláštní intervence	
4 až 7	ohlásit ošetř. lékařl, nutrič. terapeutovi	nutné vyšetření, speciální dieta	
8 až 12	ohlásit ošetř. lékařl, nutrič. terapeutovi	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, nutná speciální nutriční léčba !!!	
* BMI více než 30 - pacient obdrží pokyny k redukční dietě			
**Faktor stresu:			
Střední faktor stresu: chronické onemocnění, DM, menší plánovaný oper. výkon, vyšetření			
Vyšoký faktor stresu: akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý nebo akutní operační výkon pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP nebo ARO			
Záznam nutričního terapeuta:			

Zdroj: Standard ošetravatelské péče Nemocnice České Budějovice a.s. č. 006 „Stravování nemocných + příloha Nutriční skrínig“, 2010

Příloha 5 Výstup bakalářské práce

Seminář na téma: Výživa seniora při hospitalizaci

Místo konání: Zasedací místnost I ONP Nemocnice České Budějovice a.s.

Datum akce: 21. 3. 2011

Čas konání: 13 – 14, 30 hod

Určení: Pro sestry a zdravotnické asistenty

Autor: Helena Falušiová

Výživa seniora při hospitalizaci

Výživa je příjem energie a biologicky nezbytných látek prostřednictvím stravování a v literatuře se uvádí, že u seniorů je komplikovanějším problémem, než by se na první pohled zdálo. Může být ovlivněna např. špatnými stravovacími návyky, polymorbiditou nebo sociálním postavením seniora. Péče o výživu zdravých i nemocných seniorů je stále problémem. I v dnešní době existuje mnoho pacientů, kteří trpí podvýživou, někdy se tak děje pod dohledem zdravotnického personálu či přímo lékařským dohledem. Nedostatečná výživa v této nelehké životní etapě vede velmi rychle k porušení obranyschopnosti, procesu hojení, ale i k závažnému omezení hybnosti a celkové rekonvalescence a tím i prodloužení délky hospitalizace a tudíž i zvýšení nákladů na pobyt seniora ve zdravotnickém zařízení. Potřeba energie může být u seniora i snížena, ale kvalita podávané stravy musí být vyšší. Podstatné je, že s přibývajícím věkem má organismus člověka změněné výživové nároky. K vyššímu věku bohužel patří i oslabení chuti k jídlu a potřeby jíst. Také mnoho seniorů ztrácí i pocit žízně. Některý ze seniorů někdy z různých psychických poruch dokonce zapomíná jíst úplně. Úkolem sester zůstává, zajistit pro seniory dostatečné množství živin i energie ve stravě a dodržovat pitný režim u všech seniorů. Mnohdy nelze nutit takové seniory ke stravování a pití přes jejich odpor, ale sestry se musí snažit najít možnosti, jak mohou v této situaci seniorům pomoci. Sestry si musí uvědomit, že riziko malnutrice seniori podlehnou daleko častěji než pacienti mladších věkových kategorií.

Riziko malnutrice

Malnutrice je stav zhoršené výživy a nedostatek energetických zásob organismu. V případě onemocnění energetické nároky na organismus seniora stoupají a to je často v praxi podceňováno. V literatuře se uvádí, že až polovina pacientů na geriatrickém oddělení potřebuje nějakou formu nutriční podpory. Příčiny malnutrice u seniorů jsou pestré a někdy unikají potřebné pozornosti a mohou mít velmi závažné důsledky ve smyslu prodloužené hospitalizace, slabosti a únavy, omezení schopnosti pohybu, ale i zvýšeného počtu komplikací a vyšší mortality a morbidit. Snížení svalové síly způsobuje zhoršenou pohyblivost pacienta, zhoršuje se průběh rehabilitace, zvyšuje se riziko tromboembolických příhod. Zhoršené vykašlávání podporuje vznik pneumonií, upoutání na lůžko spolu s podkožním edémem umožní snadný vznik dekubitů. Malnutrice též vede ke zhoršení imunitních reakcí, infekcím urogenitálního traktu a jiných infekcí s rizikem katérové sepse či septického stavu jiné etiologie. Hypoalbuminémie vede k tvorbě otoků, prosáknutí střevní sliznice způsobí zhoršenou absorpci živin a bludný kruh je uzavřen. Dochází ke zhoršenému hojení ran, vzniku dehescencí a sekundárnímu hojení operačních ran, tvorbě abscesů a pooperačních píštělí. Zhoršená motilita a bariérová funkce střev vede k translokaci bakterií do krevního oběhu, klesá syntéza proteinů ve tkáních s následným zhoršením hojení po operacích a traumatech, dochází k poruchám funkcí jater, srdce a střev. Všechny tyto důsledky mají negativní vliv na prognózu onemocnění seniora a celý léčebný proces, který se tímto značně prodlužuje a podstatně prodražuje. U seniorů se bílkovinné i energetické zdroje vyčerpají daleko dříve než u mladších jedinců a to je důvodem větší morbidit i mortality seniorů. Literatura uvádí, že v nemocnici se stupeň malnutrice u seniorů ještě zhorší, u 3-4 % hospitalizovaných seniorů je malnutrice natolik závažná, že pokud není léčena umělou výživou, vede ke smrti nemocného. Přibližně u 45 % hospitalizovaných seniorů je malnutrice v takovém stádiu, že způsobuje již vyjmenované komplikace v organismu seniora s rozvojem důsledků.

Diagnostika malnutrice

Malnutrici musíme diagnostikovat a sledovat úspěšnost nutričních intervencí. Jde o komplexní problém, který posuzujeme ze strany medicínské, organizační a ekonomické. V ošetrovatelské péči o seniora je pro sestru důležité používat hodnotící a měřicí techniky zaměřené na objektivní posouzení a zajištění správného plánování intervencí v ošetrovatelském procesu při péči o seniora. Je zpracováno mnoho metodik a standardů, které sestře pomáhají odhalit rizika a plánovat ošetrovatelskou péči dle individuálních potřeb jedince. Nejdůležitějším krokem při zjišťování stavu nutrice jsou kvalitně odebrané anamnestické údaje, kdy sestra zjišťuje nechtěný úbytek na váze za určitý časový úsek, stravovací zvyklosti, dietní omezení, vynucené změny diety, nesnášenlivost určitých druhů jídel, počet a změny charakteru stolice, zvracení, množství snědeného jídla atd. Sestra musí též zohlednit souvislost hubnutí se zdravotními problémy a ztrátou pocitu zdraví, průjmy, ztrátu chuti k jídlu, dysfagii, zánětlivá onemocnění, horečnaté stavy, únavu, ztrátu dentice u seniorů a též psychosociální stresové situace (ovdovění, rodinné konflikty, chudobu) apod. K základům fyzikálního vyšetření seniora patří záznam hmotnosti a výšky, zhodnocení body mass indexu (BMI) – kdy hodnoty pod 18,5 svědčí pro kachexii, 20-25 jsou normální hodnoty výživy, 25-30 značí nadváhu a vyšší než 40 morbidní obezitu. Dále si sestra všímá varovných signálů malnutrice, např. otoků dolních končetin, ascitu, vypadávání vlasů, lámání nehtů, suché kůže a dále příznaků hypovitaminózy jako je krvácení z dásní, bolavých ústních koutků, vznik hematomů. Při základním vyšetření sestra měří alespoň orientačně obvod svalstva nedominantní paže v její polovině, kdy na úbytek svalové hmoty svědčí obvod mužské paže menší než 19,5cm a ženské paže 15,5cm. Screeningovým dotazníkem k přesnějšímu hodnocení rizika malnutrice nebo průkaz její nepřítomnosti je mezinárodně uznávaný Mini nutritional assessment (MNA), který je doplněn objektivními ukazateli nutrice seniora. V naší nemocnici se používá MNA-SF. K doplnění stavu výživy u seniora potom ordinuje lékař biochemická a laboratorní vyšetření.

Postup sester při zjištění rizika malnutrice u seniora

Na nutrici seniora se při hospitalizaci podílí mnoho pracovníků, ale práce sestry a její přístup je základem. Ve většině zdravotnických zařízení se v současné době musíme věnovat i problematice výživy u pacientů a diagnostice nutričně komplikovaných seniorů. Hodnocení nutričního stavu seniora sestrou zahrnuje vstupní screening, pravidelné a poctivé vážení nemocných, hodnocení stavu kůže, sledování a dokumentaci příjmu potravy a tekutin a nutriční intervence při prevenci malnutrice ve spolupráci s celým ošetrovatelským týmem a ošetřujícím lékařem. Sestra i lékař by měli hodnotit nutriční stav u každého nemocného při příjmu a potom ho pravidelně přehodnocovat o další informace v průběhu jeho hospitalizace s ohledem na vývoj celkového zdravotního stavu seniora. Vzdělávání a aktivní přístup zdravotníků by měl být v oblasti správné nutriční péče pacientů samozřejmostí.

Pokud senior při přijetí není dle provedeného screeningu malnutriční ani nemá zvýšené riziko malnutrice, není nutná speciální intervence nutričního terapeuta. Senior dostává vhodnou dietu z dietního systému dle ordinace lékaře a sestra mu ji objedná a potom na něj dohlíží při přijímání stravy. Je-li pacient při přijetí do nemocnice podvyživený, sestra je povinna posoudit stav výživy u pacienta, identifikovat nedostatečnou výživu jako ošetrovatelský problém a komplexně řešit problémy s výživou ve spolupráci s celým léčebným týmem. Obeznámí se skutečností ošetřujícího lékaře, naplánuje intervence k řešení potíží s příjmem stravy, sleduje množství jídla snědeného seniorem, dělá záznamy do dokumentace a předává informace ostatním členům ošetrovatelského týmu. Podle možností zajistí i přizvání nutričního terapeuta k vhodné péči o rizikového seniora. Lékař může potom domluvit nutriční konsilium, kdy se radí celý nutriční tým. Tento nutriční tým je i ve zdejší nemocnici k dispozici a sestry mohou aktivně s nutričními terapeuty spolupracovat. Terapeut nemocného seniora podrobně vyšetří a spolu s ním vybere optimální způsob aplikace výživy dle potřeb a přání seniora. Doporučí standardní dietu, individuální, variabilní, speciální nebo výběrovou dietu, přídatky, modulová dietetika a sipping. Předpokladem úspěchu ve správné nutriční péči seniorů je integrace nutričních specialistů do léčebného procesu.

Po celou dobu hospitalizace sestra sleduje u seniora příjem stravy a tekutin, zajišťuje správnou dietu ordinovanou lékařem. Sestra může pozitivně ovlivnit stav nutriční každého pacienta, musí mít zájem o stravovací zvyklosti svých nemocných, o potíže při stravování a neodsouvat problematiku výživy do pozadí. Nutriční doplňky by neměly stát pacientovi na nočním stolku, ale měl by je skutečně vypít. Sestra musí zajistit i správnou hydrataci pacienta, protože zvláště seniori mají snížený pocit žízně a někdy se příjmu tekutin brání, mají pocity studu při močení na mísu nebo do močové lahve, obavy z obtěžování personálu, strach z přemístění na toaletu anebo strach z pádu. Sestra v roli edukátorky musí vysvětlit seniorovi, proč je dostatečný příjem stravy a tekutin tolik důležitý. Senior by měl vždy dostat takové množství energie a tekutin, jaké odpovídá potřebám organismu. Sestra také edukuje rodinné příslušníky o vhodných potravinách, které budou seniorovi přínosem a také nevhodných, které by mu mohly uškodit. Edukace seniorů a jejich blízkých je nástrojem zajištění lepší péče a lepší účasti seniorů v léčebném procesu. Poskytování profesionální péče o geriatrické pacienty vyžaduje vědomosti, speciální dovednosti a aktivní přístup sester. To se týká také péče o správnou nutriční všech pacientů.

Zdroj: Vlastní návrh