



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

## Bakalářská práce

Předsudky některých geriatrických pacientů a jejich  
blízkých proti hospitalizaci na Oddělení následné péče v  
Nemocnici Tábor, a.s.

Vypracoval: Alena Bidmonová  
Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2014

## **Abstrakt**

### **Název bakalářské práce**

Předsudky některých geriatrických pacientů a jejich blízkých proti hospitalizaci na Oddělení následné péče v Nemocnici Tábor, a.s.

### **Základní teoretická východiska**

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena do několika částí. Úvodní část se věnuje otázkám stáří, charakterizuje obecně stárnutí a stáří. Vystihuje změny a potřeby ve stáří, role ve stáří, jeho přijetí a líčí seniora jako pacienta. Další část popisuje obecně komunikaci a její specifika se seniory a jeho blízkými. Dále je teorie zaměřena na nejčastější choroby ve stáří, jejich specifické rysy a na ošetrovatelskou péči obvykle poskytovanou na oddělení následné péče. Zvláštní pozornost je věnována pohledu na ošetrovatelskou rehabilitaci, paliativní péči a ošetřování pacienta s bolestí. Důležitý je také pohled na přístup sestry při poskytování ošetrovatelské péče seniorům. V další části je poukázáno na zdravotně sociální služby, které jsou poskytovány pacientům na oddělení následné péče. Teorii uzavírají kapitoly o osobnosti sestry ošetřující geriatrické pacienty, o ošetrovatelské etice a základní body charty práv pacientů seniorů.

### **Cíle práce**

Prvním cílem bakalářské práce je zjistit z jakých důvodů někteří geriatrickí pacienti odmítají hospitalizaci na oddělení následné péče. Výzkumné otázky zaměřené na seniory při zahájení hospitalizace zjišťovaly, proč má senior z hospitalizace na ONP obavy, zda má osobní zkušenosti s hospitalizací na ONP, co si myslí, že může od pobytu očekávat. Druhým cílem je stanovit, proč mají obavy z hospitalizace na oddělení následné péče příbuzní pacientů. Otázky určené na stanovení tohoto cíle zkoumaly, zda a proč hospitalizaci na ONP pro své blízké odmítali, zda mají osobní zkušenosti s ONP, zda jsou či nejsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí a chováním zdravotnického personálu.

Třetí cíl má za úkol určit, zda se jedná o důvody odmítání hospitalizace oprávněné nebo jde jen o nepodložené předsudky. Tyto výzkumné otázky byly položeny až po určité době hospitalizace a byly zaměřeny na to, jak se senior na ONP zpočátku cítil, zda byl k němu zdravotnický personál vstřícný, zda byla dostatečná ošetrovatelské péče, co mu vyhovovalo a co ne.

### **Použité metody**

Pro výzkum byla použita forma kvalitativního výzkumného šetření metodou rozhovorů. Sběr dat byl proveden technikou polostrukturovaného rozhovoru s geriatrickými pacienty a jejich rodinnými příslušníky. Byly použity předem připravené otázky, pomocí kterých byla hledána odpověď na výzkumné otázky. Pro výzkum byly realizovány tři oblasti rozhovorů. Nejprve byli pacienti dotazováni na počátku hospitalizace na ONP. Druhý rozhovor probíhal u stejných pacientů, ale až po určité uplynulé době hospitalizace, kdy již mohli posoudit kvalitu poskytované péče. Třetí oblast výzkumných otázek byla zaměřena na rodinné příslušníky seniora již v průběhu hospitalizace na ONP. Rozhovory byly analyzovány a uspořádány do významových kategorií. Výběr respondentů byl záměrný, orientovaný na pacienty a jejich rodiny, kteří hospitalizaci na oddělení následné péče z nějakého důvodu zpočátku odmítali, ale nakonec hospitalizováni byli. Výzkumný soubor byl tvořen 6 pacienty a 6 členy jejich rodiny. Pacienti byli ve věkovém rozpětí 66 až 93 let v poměru dva muži a čtyři ženy. S výběrem těchto pacientů pomáhaly sociální pracovnice Nemocnice Tábor, které v rámci sociálního šetření na akutních odděleních upozornily na ty seniory nebo rodiny, kteří měli z počátku k hospitalizaci na oddělení následné péče negativní postoj.

### **Výsledky**

Z výsledků výzkumného šetření se ukázalo, že geriatrickí pacienti převážně odmítají hospitalizaci na oddělení následné péče z neznalosti podstaty tohoto oddělení. Hospitalizaci odmítají více sami pacienti než jejich rodinní příslušníci. Pacienti mají o oddělení mylné představy, které jsou dány nevědomostí nebo jsou také podpořeny negativními zkušenostmi lidí z jejich okolí. Teprve když si respondenti přivykli na nové

prostředí ONP a dobře ho poznali, tak mohli nezávisle posoudit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Respondenti i jejich rodiny kladně ohodnotili individuální přístup zdravotnického personálu, komplexní ošetrovatelskou péči, rehabilitační péči, služby sociální pracovníce i dobrovolnickou činnost, která je na ONP realizována. Již v průběhu hospitalizace pacienti uznali, že se v jejich případě jednalo o negativní předsudky vůči oddělení následné péče, které nebyly podloženy osobní nepříznivou zkušeností. Rodiny respondentů hospitalizaci neodmítaly, ale většinou ji uvítaly z důvodů zajištění péče, odborné rehabilitace, zvýšení soběstačnosti a kompenzace zdravotního stavu jejich seniora.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že respondenti i jejich rodinní příslušníci byli s hospitalizací na ONP spokojeni, ale také v rozhovorech neměli problém konstatovat jaké jsou podle nich negativní stránky provozu ONP.

Všichni oslovení jednotně připouští nezbytnost tohoto typu oddělení, které svojí ošetrovatelskou péčí plynule navazuje na lůžka akutní péče.

## **Závěr**

Tato bakalářská práce pohlíží na problematiku a specifika péče o geriatrické pacienty, se kterými se sestra na oddělení následné péče denně setkává. Dále zachycuje široké spektrum péče, která je na ONP pacientům poskytována.

Konkrétní výstupy z práce budou zapracovány do přednášky pro personál ONP, která bude prezentována na provozní schůzi. Výsledky práce mohou posloužit zdravotnickému personálu oddělení následné péče jako zpětná vazba pro neustálé zlepšování kvality ošetrovatelské péče. Cílem zdravotníků ONP jsou spokojení pacienti a jejich prostřednictvím propagovat pozitivní pohled na oddělení následné péče v táborské nemocnici a vylepšit tak jeho obraz v očích laické veřejnosti.

## **Klíčová slova**

stáří, senior, geriatrický pacient, ošetrovatelská péče, oddělení následné péče

## **Abstract**

### **Bachelor thesis title**

Prejudice of some geriatric patients and their relatives against hospitalization at the long-term care unit of the Táborský hospital.

### **Basic theoretical background**

The theoretical part of the thesis is divided into several parts. The opening part deals with the issues of old age and characterizes aging and old age in general. It specifies changes and needs of the old age, acceptance of the old age and describes a senior as a patient. The next part describes communication in general and specifics of communication with seniors and their relatives. The theory is then focused on the most frequent old age diseases, their specifics and on nursing care typically provided at a long-term care unit. Special attention is paid to nursing rehabilitation, palliative care and treatment of patients with pains. An insight into approach of a nurse to provision of nursing care to seniors is also important. The other part deals with health-social services provided to patients at the long-term care unit (LTC). Chapters on personality of a nurse caring about geriatric patients, on nursing ethics and the basic points of Seniors' Rights Charter close the theoretical part.

### **The aim of the thesis**

The first aim of the thesis is to find out the reasons why geriatric patients refuse hospitalization at aftercare wards. Research questions aimed at seniors at the beginning of hospitalization tried to find why a senior is afraid of hospitalization at LTC, whether he/she has experience with hospitalization at LTC, what he/she expects from the stay. The second aim is to determine why patients' relatives are afraid of hospitalization at LTC. The questions designed for fulfilment of this aim asked whether and why they refused hospitalization at LTC for their relatives, whether they have personal experience with LTC, whether they are satisfied with the care and with healthcare staff behaviour.

The third aim is to determine whether the reasons for refusing hospitalization are substantiated or whether they are just baseless prejudice. These research questions were asked after some period of hospitalization and were aimed at how the senior felt at LTC at the beginning, whether the healthcare staff were helpful, whether the nursing care was sufficient and what suited him/her and what did not.

### **Applied methods**

Qualitative research form, the method of interview was applied to the research. Data collection was performed by means of semi-structured interviews with geriatric patients and their family members. Questions prepared in advance were used to find the answer to the research questions. Three areas of interviews were applied to the research. The patients were first asked at the beginning of hospitalization. The second interview was performed with the same patients after some time of hospitalization, when they were already able to assess quality of the care provided. The third area of research questions was aimed at senior's family members during hospitalization at LTC. The interviews were analysed and categorized. The selection of respondents was intentional, oriented at patients and their families that first refused hospitalization at LTC for some reasons, but finally they were hospitalized. The research sample consisted of 6 patients and 6 members of their families. Patients were between 66 and 93 years of age, two men and four women. Social workers of the Tábor Hospital helped with selection of respondents. They notified us of the patients or families that expressed their negative approach to hospitalization at the long-term care unit at the beginning within social examination at the basic departments.

### **Results**

The results of the research have shown that geriatric patients mostly refuse hospitalization at long-term care units as they do not know the nature of the department. Patients themselves refuse hospitalization more often than their family members. Patients have incorrect ideas of the department caused by ignorance or maybe based on negative experience of people around them. Only when the respondents had used

to the new environment of the LTC and had got familiarized with it they were able to assess the nursing care quality independently. The respondents and their families appreciated individual approach of the healthcare staff, complex nursing care, rehabilitation care, services of social workers as well as voluntary activity performed at the LTC. Already during hospitalization the patients admitted that they had had negative prejudice against long-term care unit not backed by negative personal experience. Respondents' families did not refuse hospitalization; they mostly welcomed it because of provision of care, professional rehabilitation, self-sufficiency improvement and compensation of health condition of their senior.

The results of the research have shown that the respondents and their family members were satisfied with hospitalization at LTC, but they also did not have problems to criticize the aspects of LTC operation they considered negative.

All the respondents unequivocally admit necessity of such a type of facility, which fluently continues in the care provided at the acute department.

### **Conclusion**

This bachelor thesis focuses on the problems and specifics of the care of geriatric patients that a nurse of a long-term care unit faces every day. It also deals with the wide spectre of care provided to patients at an LTC.

Particular outputs from the thesis will be integrated into a lecture for LTC staff that will be presented at an operation meeting. The results may help the healthcare staff of the long-term care unit as feedback for continuous improvement of healthcare quality. The LTC healthcare staff members are dedicated to patient satisfaction and to promotion of positive view of the LTC department of the Táborský Hospital and consequent improvement of its image in the eyes of the public.

**Key words:** old age, senior, geriatric patient, nursing care, long-term care unit

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – 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 dne 5. 5. 2014

Alena Bidmonová



## **Poděkování**

Děkuji především paní Mgr. Aleně Polanové za její vstřícný přístup, trpělivost, poskytování cenných rad a za čas, který mi při zpracování bakalářské práce s ochotou věnovala.

Rovněž bych chtěla poděkovat všem, kteří mi studium umožnili, a zvláště pak děkuji své rodině za laskavou podporu.

# Obsah

ÚVOD.....	12
<b>1 SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>13</b>
1.1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	13
1.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	14
1.3 POTŘEBY VE STÁŘÍ.....	16
1.4 ROLE VE STÁŘÍ, PŘIJETÍ VLASTNÍHO STÁŘÍ.....	17
1.5 GERIATRICKÝ PACIENT A STAŘECKÁ KŘEHKOST.....	17
1.6 KOMUNIKACE S GERIATRICKÝMI PACIENTY A JEJICH BLÍZKÝMI.....	19
1.6.1 Verbální a neverbální komunikace.....	19
1.6.2 Zásady v komunikaci se seniory.....	20
1.7 NEJČASTĚJŠÍ CHOROBY A SPECIFICKÉ RYSY NEMOCNOSTI VE STÁŘÍ.....	21
1.8 PÉČE POSKYTOVÁNA NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE.....	22
1.8.1 Rehabilitační ošetřovatelství.....	27
1.8.2 Paliativní péče.....	28
1.8.3 Bolest, péče o pacienta s bolestí.....	29
1.8.4 Přístup sestry k seniorům při poskytování ošetřovatelské péče.....	31
1.8.5 Zdravotně sociální služby – navazující péče, následná sociální zařízení.....	32
1.9 OSOBNOST SESTRY A OŠETŘOVATELSKÁ ETIKA.....	33
1.10 CHARTA PRÁV PACIENTŮ SENIORŮ.....	35
<b>2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</b>	<b>36</b>
2.1 CÍLE PRÁCE.....	36
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	36
<b>3 METODIKA.....</b>	<b>37</b>
3.1 POUŽITÁ METODA.....	37
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	37
<b>4 VÝSLEDKY.....</b>	<b>41</b>
4.1 KATEGORIZACE VÝSLEDKŮ Z ROZHOVORŮ SE SESTRAMI, SENIORY A JEJICH RODINAMI.....	41
4.1.1 Kategorie důvodů odmítání hospitalizace na ONP z pohledu pacientů.....	41
4.1.2 Kategorie posouzení průběhu hospitalizace na ONP z pohledu pacientů.....	42
4.1.3 Kategorie posouzení průběhu hospitalizace z pohledu rodinných příslušníků.....	45

<b>5</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>48</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>56</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>58</b>
<b>8</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>63</b>

## Úvod

Bakalářská práce se zabývá komplexní péčí poskytovanou na Oddělení následné péče (ONP) a otázkou odmítání hospitalizace některých pacientů či jejich blízkých na tomto oddělení. Téma bakalářské práce jsem si vybrala záměrně, jelikož na oddělení následné péče v Nemocnici Tábor pracuji a tato problematika je mi velmi blízká.

V povědomí široké veřejnosti nemají obecně Oddělení následné péče nebo i Léčebny dlouhodobě nemocných dobré jméno. Nejčastějším důvodem této skutečnosti je spojení hospitalizace a následné úmrtí příbuzného či známého. Ovšem negativní roli ve vztahu k hospitalizaci na ONP může hrát i osobní špatná zkušenost. Je důležité, aby si pacienti i veřejnost uvědomili, co se skrývá pod názvem Oddělení následné péče, co mohou od hospitalizace na tomto oddělení očekávat. Oddělení následné péče, jak už název napovídá, navazuje na akutní oddělení nemocnice a poskytuje zdravotnickou a ošetrovatelskou péči k doléčení akutních stavů onemocnění. Dalším cílem péče ONP je dosažení úplného fyzického nebo duševního zdraví u chronicky nebo dlouhodoběji nemocných osob, zmírnění následků onemocnění či úrazů a co nejrychlejší návrat zpět do běžného života. Pacientům na ONP je samozřejmě poskytována také paliativní péče - důstojné a bezbolestné dožití u nevléčitelně nemocných osob.

Umístění na ONP není řešení dlouhodobé nebo dokonce trvalé, proto zdravotnický personál úzce spolupracuje se sociálními pracovníky, kteří pomáhají pacientům a jejich rodinám najít cestu, jak nastalou situaci trvale dořešit.

Díky stárnutí populace starých lidí neustále přibývá. Péče o staré občany se stává zájmem a aktivitou každé civilizované společnosti. Pozornost této problematice věnují gerontologové a geriatři, sociologové, psychologové, ale i politici a ekonomové. Stárnutí populace je celosvětový problém, který je potřeba nejen akceptovat, ale také mu přizpůsobit další vývoj civilizované moderní společnosti, v níž má každý jedinec právo na kvalitní život (Pokorná, 2010).

# 1 Současný stav

## 1.1 Stárnutí a stáří

Každý člověk stárne, stárnout začínáme již od samého zrození. Stárnutí a stáří je zcela přirozený a předvídatelný proces změn, ale u každého jedince změny nastupují nestejně rychle a s rozdílnými důsledky. Tento jev je označován jako fenotyp stáří. Je zcela individuální a určován několika aspekty, jako jsou genetické dispozice, vlivy prostředí, zdravotní stav, životní styl, vlivy sociálně ekonomické i psychické. Stárnutí je souhrn zánikových změn organismu v průběhu života, stáří je poslední vývojová etapa, která završuje lidský život (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Otázkou stárnutí a stáří se zabývá věda nazývaná se gerontologie. Název je odvozen z řeckých slov gerón = stařec a logos = nauka. Gerontologie je členěna na tři rozdílné, ale stejně důležité oblasti. První oblastí je gerontologie experimentální, která studuje procesy biologického a psychologického stárnutí člověka, mechanismus biologického procesu stárnutí buněk, tkání a orgánů. Druhou oblastí je gerontologie sociální, která rozebírá sociální dopady stárnutí a stáří na člověka, jeho pozici ve společnosti, zajišťuje sociální potřeby starých lidí. Třetí významnou oblastí je gerontologie klinická, která se nazývá geriatric a zabývá se neobvyklostmi chorob ve stáří a jejími specifickými pojetími léčby starých lidí. Geriatric je poměrně mladý klinický obor, v České republice uznáván teprve od roku 1982. Tento obor se zaměřuje na poskytování specializované zdravotní péče nemocným nad 65 let věku, obvykle však spíše nad 70-75 let (Haškovcová, 2006).

Na lidský věk můžeme pohlížet z několika aspektů, hovoříme o věku kalendářním, biologickém, psychologickém a o věku sociálním. Nejčastější dělení je podle kalendářního věku na období počínajícího stáří 60 až 74 let, na vlastní stáří 75 – 89 let a při stáří více jak 90 let se hovoří o dlouhověkosti (Holmerová a kol., 2007).

U biologického stáří se jedná o celkové nevratné biologické změny ukazující jakým způsobem fungují jednotlivé orgány a systémy v našem organismu, jak jsme se o naše

tělo v životě starali. Psychologický věk nám vypovídá o tom, jak staří se sami cítíme a velmi úzce souvisí s rodinným zázemím a sociálními vazbami. Každý je starý tak, jak se cítí, známe „mladé starce“, ale i „staré mladé“. Dle všeobecného mínění s sebou stáří nese větší životní moudrost a rozvahu.

Sociální stáří je předurčeno množstvím a mírou sociálních změn, adaptabilitou seniora, poklesem životní úrovně, ovdověním, generačními a rodinnými styky i ztrátou perspektivy (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

## **1.2 Změny ve stáří**

Stáří je naprosto předvídatelný a přirozený proces změn značné rozmanitosti a rychlosti nástupu. Změny se týkají fyzického vzhledu, energetického stavu, duševní způsobilosti a společenského života. Mezi největší hrozby ve stáří patří pro seniory ztráta samostatnosti. Nezávislost je často spojována s pojmy jako jsou bezmoc, ponížení, strach ze samoty, ztráta autonomie, přehlížení okolí. Změny vedoucí k závislosti na druhé osobě mohou být fyzické, psychické nebo sociální. Změny ve stáří jsou většinou seniory vnímány jako ztráty, protože se musí vzdát řady aktivit a přijmout nové role (Jiráček, 2013).

*Fyzické změny.* Fyzické změny ve stáří jsou podmíněné vznikem atrofie všech orgánů a tkání v těle a v důsledku toho dochází k následným změnám. Nastává změna vzhledu v oblasti obličeje i postavy. Objevují se změny na kůži, mizí podkožní tuk, snižuje se obsah vody. Kůže je suchá, tenká, má snížený turgor, vznikají stařecké skvrny, hluboké vrásky, vlasy šedivější, lámou se a padají. Postava se zmenšuje z důvodu snížení elasticity všech tkání a orgánů, klesání meziobratlového prostoru a atrofie svalů. Omezuje se výkonnost kosterního svalstva. Zpomaluje se bazální metabolismus, objevuje se porucha glukózové tolerance. Změny v minerálovém hospodářství vedou k nižší hladině vápníku v kostech, vzniká osteoporóza a v důsledku toho je vyšší riziko zlomenin. Mění se kvalita zubů, někdy dentice úplně chybí. Snižuje se funkce endokrinních žláz, dochází k nerovnováze hormonů v organismu. Ve stáří nastává úbytek sexuální aktivity, dochází k poruše termoregulace i k poruchám spánku. Redukuje se činnost nervového systému, zvláště senzitivních nervů, počíná porucha motoriky, zhoršení pohybových schopností, senioři mají problém s udržením

rovnováhy. Nedostatečné jsou i funkce smyslových orgánů – zhoršuje se zrak, sluch, chuť i čich. Podstatné změny a zpomalení činnosti se objevují u starého člověka i ve všech dalších systémech organismu – kardiovaskulárním, respiračním, trávicím a vylučovacím (Jarošová, 2006).

*Psychické změny.* Ve vyšším věku nastávají také změny v psychické oblasti, při fyziologickém stárnutí však nastupují pozvolna. Někteří staří lidé dokáží úspěšně prožívat své stáří a přistupovat k němu rozumně, dokáží si zachovat duševní svěžest a rovnováhu do vysokého věku. Ve stáří dochází zejména ke snížení poznávacích funkcí. To se postupně projevuje zapomínáním, sníženou schopností paměti, koncentrace i výbavnosti a zapamatováním si nového. U seniorů se často objevuje zvýšená emoční labilita, výkyvy nálad, nestálost rozhodnutí a postojů, někdy naopak i ztráta citových prožitků. Dochází ke zvýraznění povahových rysů a osobnostních projevů a to většinou těch negativních. Projevuje se snížená schopnost adaptace na změny, nové životní podmínky a náročné situace, nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, změny vnímání a zhoršení úsudku (Jarošová, 2006; Klevetová, Dlabalová, 2008). Výraznou psychickou změnou ve stáří je snížená výkonnost intelektu a mnohdy nastupující demence na základě ischemicko vaskulárních změn nebo demence z různých příčin chorobných stavů (Jirák, 2013).

*Sociální změny.* Stárnutí a stáří přináší také značné změny ve společenském životě. Mezi nejvýznamnější sociální změny patří odchod do důchodu. Senioři prožívají odchod do důchodu jako velkou ztrátu sociální prestiže, ztrátu vlastní hodnoty a pevné pozice ve společnosti. Je výhodou, mají-li senioři již předem připravenou náhradní pravidelnou aktivitu na důchodové období. Odchod do důchodu může seniora postavit před finanční potíže, dochází ke zhoršení jeho ekonomické situace, která podmiňuje nevyhovující změnu životního stylu, omezení společenských a kulturních aktivit. Další velkou sociální zátěží je pro seniora smrt životního partnera či blízkých vrstevníků, která představuje ztrátu intimnosti, citové a sociální podpory. Starý člověk se cítí osamocený a společensky izolovaný. Další nepříznivou sociální změnou je nutnost stěhování, které může být vynuceno finanční tísni seniora nebo je podmíněno fyzickou

závislostí na druhé osobě z důvodu nemoci, pohybového nebo smyslového omezení. (Malíková, 2011; Jiráček, 2013).

### **1.3 Potřeby ve stáří**

Potřeba je projev, který vyjadřuje nějaký nedostatek, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Každý člověk je jedinečná osobnost a také jeho vyjadřování a uspokojování potřeb je specifické a individuální. Potřeby, způsob jejich vyjádření a uspokojování závisí na sociálním prostředí, na rodině, způsobu výchovy a na hodnotové orientaci každého jedince. Správné rozpoznání potřeb seniora nám umožňuje podpořit ho v jeho seberealizaci, napomoci udržovat jeho identitu a sebeúctu (Trachtová a kol., 2006).

Jak člověk postupem času stárne a mění se, tak se modifikují i jeho potřeby a priority. Potřeby ve stáří nabývají různé podoby, mění se z hlediska kvality i kvantity. Za rozhodující projev zdraví ve stáří považujeme schopnost vést samostatný a co nejkvalitnější život a tudíž se zaměřujeme zvláště na potřebu soběstačnosti (Holmerová a kol., 2007).

Kvalitu života seniora zásadně ovlivňuje potřeba být nezávislý a to zvláště na svém okolí. Tuto nezávislost tvoří potřeby spojené se sebeobsluhou v denních činnostech jako je potřeba pohybu, hygieny, schopnost se přiměřeně obléknout, být ve vhodném prostředí, obstarat si vlastní domácnost a nákupy, najíst se a vyprázdnit se. Velmi důležitá je pro starého člověka potřeba autonomie, kdy jedná dle vlastního přesvědčení, chce mít svůj názor, chce sám rozhodovat o svém osudu a způsobu života a nenechat se ovlivňovat druhými. Povinností jeho okolí je tuto potřebu autonomie plně respektovat (Sýkorová, 2007).

Každý člověk chce vypadat dobře a důstojně, být čistý, upravený a to zobrazuje potřeba sebepojetí. Velmi důležitá je potřeba tělesného komfortu, v popředí je pocit zdraví, pohodlí, bezpečí a odpočinku. Podstatná je pro seniora potřeba být bez bolesti. Jednou z vyšších potřeb je potřeba seberealizace, smysl života, životní program a všestranná aktivita vedoucí k pocitu psychické pohody. Zásadní je pro starého člověka potřeba lásky, mít někoho rád, potřeba cítit ve svém okolí náklonnost a podporu a také se začleňovat do společenského prostředí. Dojde-li k poruše schopnosti potřeby



uspokojit, vzniká výrazný pocit frustrace a deprivace, dochází k biopsychosociální nerovnováze organismu (Kalvach, Onderková, 2006).

#### ***1.4 Role ve stáří, přijetí vlastního stáří***

Přijmout stáří je pro některé jedince velice těžké. Záleží na jeho osobnosti, dosavadním životě, rodinném zázemí, vzdělání, schopnosti adaptace a zdravotní kondici. V roce 1962 provedla S. Reichardová studii o zvládání a přijetí vlastního stáří. Ze studie vyplynulo pět vyrovnávacích strategií, které se mohou taktéž vzájemně prolínat. Při konstruktivním přístupu ke stáří člověk akceptuje svá omezení daná věkem, je optimistický, má program na stáří, je aktivní, udržuje společenské kontakty, má přiměřené plány a cíle. Někteří senioři si vytvoří strategii závislosti na okolí, jsou pasivní, nechtějí nic sami rozhodovat, spoléhají na pomoc druhých a přesouvají na ně svou zodpovědnost, mají rádi své soukromí a pohodlí. O strategii obranné hovoříme tehdy, když starý člověk odmítá přijmout změny, které přináší stáří, je přehnaně aktivní, dokazuje si svou soběstačnost, odmítá pomoc druhých lidí, chce mít kontrolu nad sebou i okolím. Při strategii hostility si starý člověk vytváří nepřátelský postoj vůči lidem i okolí, chce být litován, je obětí svého života, vyhledává konflikty, nemá rád mladé lidi. Nejvíce devastující je pro seniora strategie sebenenávisti, kdy tento starý člověk hodnotí život negativně a pohrdavě, je kritický vůči sobě, obrací proti sobě nenávist a zlobu, trpí pocitem osamění, jeho častým tématem je smrt, která mu přinese osvobození (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Kvalitu a průběh života a tím i následné stáří ovlivňují úspěchy v osobním životě a v zaměstnání, životní styl a zdravotní problémy. V reálném životě příprava na stáří znamená brát stáří jako součást života, akceptovat změny, které s příchodem stáří souvisejí a náležitou schopnost se na tyto změny adaptovat (Dvořáčková, 2012).

#### ***1.5 Geriatrický pacient a stařecká křehkost***

Za hlavní projev zdraví ve stáří se považuje schopnost vést samostatně co nejkvalitnější život. Pacient vyššího věku vyžaduje v mnoha aspektech odlišný a rozvážnější přístup než mladší pacient. Nejpodstatnějším měřítkem přístupu ke starým

pacientům je snaha co nejvíce zlepšit jejich soběstačnost a tím i kvalitu života (Holmerová a kol., 2007).

Nejtypičtějším rysem onemocnění ve stáří je polymorbidita s vysokým výskytem především chronických a degenerativních onemocnění, častější akutní dekompenzace a opakované hospitalizace. Nejčastější příčiny omezení ve stáří jsou poruchy pohybového ústrojí, kardiovaskulární a neurologická onemocnění, časté jsou i úrazy, stavy po operacích, akutní infekce a psychiatrická onemocnění (Topinková, 2005).

Je nutné myslet na to, že starý člověk bývá velmi často postižen senilní demencí nebo jiným typem demence. Senior trpící demencí je velmi citlivý na změnu prostředí a režimu. Tato změna často vede ke zhoršení příznaků demence projevující se zvýšenou zmateností, neklidem až agresí. Změna prostředí, jako například hospitalizace, může být příčinou mnoha problémových situací v ošetrovatelské péči o starého člověka (Mlýnková, 2011). Mezi nejnámější a nejčastěji používaný test odhalující kognitivní deficit seniorů patří MMSE – Mini Mental State Examination (příloha č. 1).

S termínem geriatrický pacient úzce souvisí poměrně nový pojem geriatrická křehkost. Je to těžko uchopitelný termín, každý si pod ním představuje něco trochu jiného. Křehký nemusí znamenat nemocný. Jedná se o přirozené a postupné chátrání zdraví ve stáří, pokles výkonnosti organismu a snížení funkčních rezerv bez jasné spojitosti s určitou nemocí (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Stařecká křehkost je způsobena fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů, úbytkem svalové a kostní hmoty, zhoršením mobility a koordinace, poruchou kognitivních funkcí a kardiovaskulární kapacity. Stařecká křehkost se také projevuje nechutenstvím s hubnutím a zhoršeným stavem výživy. Je prokázáno, že mnoho obézních seniorů trpí stavem podvýživy organismu, často z ekonomické tísně či z nechtě si sám pro sebe připravit něco k jídlu. Dále se stařecká křehkost projevuje zvýšenou únavností a slabostí s větší potřebou odpočinku. Typická je pro seniory pomalá a nejistá chůze, špatná orientace v prostoru, zpomalené reakce, vše často spojené s instabilitou a častými pády a tím i následnými úrazy. Z výše uvedeného vyplývá, že geriatrický pacient je rizikový pacient, který vyžaduje odbornou a důslednou mezioborovou lékařskou i ošetrovatelskou péči (Topinková, 2005).

## ***1.6 Komunikace s geriatrickými pacienty a jejich blízkými***

### *1.6.1 Verbální a neverbální komunikace*

Komunikace je stará jako lidstvo samo, jde o výměnu informací, vytváří a udržuje mezilidské vztahy. Komunikace probíhá sdělovacím procesem, v němž si lidé vzájemně projevují své emoce, vůli, myšlenky a informace. Správná komunikace je základem pro korektní vztah mezi sestrou, seniorem a jeho rodinou. Komunikace je prostředkem pro uspokojování potřeb člověka. Verbální komunikace je slovní výměna a sdělování informací při ústním projevu. Neverbální je bezeslovná komunikace, používáme ji bezděčně, je vyjádřena tělesnými projevy a projevy chování a je nedílnou součástí vzájemného dorozumívání. Neverbální komunikace je vývojově daleko starší a existovala dávno před tím, než se vyvinula řeč. Neverbální komunikace je často pro příjemce významnější než obsah a náplň slovního sdělení. Sebelépe míněné verbální sdělení, které je v nesouladu s neverbálním projevem může mít za důsledek komunikační problém mezi komunikujícími až osudnou ztrátu důvěry. Mezi základní složky neverbální komunikace řadíme viziku či kontakt očí a vzájemné pohledy. Některé pohledy jsou vnímány kladně, jiné záporně. Upřímný pohled do očí mnohdy řekne víc než slova. Mimika popisuje pohyby tváře, úst, očí a nosu, jde tedy o výraz obličeje. Z výrazu obličeje můžeme vyčíst základní lidské emoce, jako je štěstí, překvapení, strach, úzkost, nejistota, smutek, klid, rozčilení, nezájem a další. Kinetika vystihuje celkový pohyb těla a jeho částí, zabývá se rychlostí, prostorovostí a souladem pohybu. Gestika se zaměřuje na gesta rukou, hlavy i nohou, doplňuje verbální projev a zesiluje ho. Haptika se zabývá tím, jak se lidé navzájem dotýkají. K prvnímu kontaktu patří podání a stisk ruky. Sestra by se měla pacientovi vždy představit a podat mu ruku, pokud je to možné. Proxemika určuje vzájemnou vzdálenost, kterou mezi sebou lidé udržují. Každý člověk má svou osobní zónu, kterou je potřeba respektovat. Posturologie se zabývá polohou a postojem celého těla a končetin, vzniká automaticky po zvažení nastalé situace a zaujetí vlastního postoje (Pokorná, 2010; Venglářová, Mahrová, 2006).

### 1.6.2 Zásady v komunikaci se seniory

Úspěšnou komunikaci s geriatrickým pacientem a jeho rodinnými příslušníky stejné generace nejvíce komplikují možné komunikační bariéry, které je potřeba mít na mysli ještě před zahájením vlastní komunikace. V základní rovině lze bariéry při komunikaci rozdělit na interní a externí. Interní bariéry jsou dány schopnostmi a dovednostmi seniora, jeho zdravotním stavem, negativními emocemi, nepřipraveností na komunikaci, nepohodlím nebo nemocí. Externí bariéry jsou dány zevním prostředím, vyrušením, hlukem, šumem, vizuálním rozptylováním, komunikačním zahlcením nebo neschopností naslouchat. Další možné rozdělení komunikačních bariér je dáno komplexním pohledem na osobnost seniora. Vychází z fyzických, psychických, kognitivních a psychosociálních změn. Podstatnou bariérou v komunikaci jsou zejména poruchy zraku, sluchu a řeči. Dále psychické změny, demence a nestálost nálad, které bývají mnohdy vyjádřené až záporným postojem či hostilitou pacienta ke komunikaci (Pokorná, 2010).

Ke komunikaci přistupuje sestra vždy s rozvahou, jde-li to, zvolí vhodné prostředí a vytvoří klidnou atmosféru. Eliminuje rušivé zvuky, umožní seniorovi použití kompenzačních pomůcek – brýlí a naslouchátka, mluví pomalu, zřetelně a v krátkých větách, dle potřeby vyřčené zopakuje. Vyhýbá se odborným výrazům a nechá seniorovi čas na reakci (Schuler, Oster, 2010).

U seniorů, kteří z důvodu prodělaného neurologického onemocnění ztratili schopnost mluvit nebo rozumět řeči, je úspěšně používán alternativní či augmentativní komunikační systém jako náhrada mluveného slova. K dorozumívání používá sestra všem srozumitelná gesta, obrázky, symboly, fotografie, tabulky s písmeny a slovy, piktogramy. Velmi úspěšné použití této metody je u pacientů po mozkové příhodě, s pokročilou demencí či s Alzheimerovou a Parkinsonovou chorobou (Haškovcová, 2012).

Za velmi podstatný prvek komunikace je považována dovednost aktivního naslouchání. Jde o aktivní postoj, kterým dáváme seniorovi najevo náš zájem o něj, že chápeme a rozumíme tomu, co nám sděluje. Upřímné naslouchání vytváří ideální

podmínky pro další rozhovor, pro navození důvěrného vztahu mezi seniorem a sestrou a otevírá mu možnost svěřit se (Venglářová, Mahrová, 2006).

Dobrá komunikace s geriatrickým pacientem je základem fungujícího vztahu mezi ním a zdravotníkem. Je známkou profesionality ošetřovatele používat slova a termíny, které senior zná a rozumí jim. Sestra pečující o geriatrické pacienty by si měla osvojit desatero základních principů komunikace se seniory (příloha č.2) (Kalvach a kol. 2008).

### ***1.7 Nejčastější choroby a specifické rysy nemocnosti ve stáří***

Mezi nejčastější choroby vyššího věku patří v první řadě kardiovaskulární nemoci zahrnující ischemické choroby srdeční, cévní mozkové onemocnění a hypertenzi. Jako druhé jsou nemoci pohybového aparátu, osteoporóza a artróza. Třetí v pořadí jsou metabolická onemocnění, hlavně diabetes mellitus a jeho komplikace. Čtvrté jsou choroby gastrointestinálního a respiračního systému. Zde se jedná převážně o pneumonie, infekce dolních cest močových, maligní onemocnění zvláště bronchogenní a kolorektální karcinom. Hlavní příčiny úmrtnosti ve vyšším věku se odvíjejí od spektra nejčastějších nemocí seniorů. Nemalou roli v úmrtnosti mají úrazy a demence a jejich následné komplikace. Také prudká zhoršení stavu způsobená malou funkční rezervou organismu vedou ke zvýšenému riziku úmrtí. Pacienta také ohrožují atypické lékové reakce, buď je jejich účinek zvýšený či nedostatečný nebo je senior ohrožen nepředvídatelnými či nežádoucími reakcemi (Topinková, 2005).

Charakteristickým znakem stáří je atypický průběh chorob. Je nevýrazná symptomatologie, některé příznaky chorob chybějí nebo jsou jen minimálně vyjádřené. Nenápadnost nebo úplné chybění bolesti, zvláště viscerální má za následek nepoznané ischemie myokardu, nebolestivé srdeční infarkty, nebolestivé žaludeční vředy nebo málo bolestivé peritoneální a pleurální dráždění. Bývá afebrilní či subfebrilní průběh zánětlivých onemocnění. Není přítomna tachykardie u zánětů, anémie, plicní embolie nebo srdečního selhávání. U zánětů dolních cest močových chybí dysurie. To vše má za následek pozdní diagnostiku onemocnění. Typickou pro stáří je polymorbidita, současný výskyt několika chorob, jejichž projevy se překrývají nebo potencují. Za závažnou součást geriatrické polymorbidity je považována polypragmazie. Senior užívá mnoho léků současně a tím zastírá příznaky chorob. Také nežádoucí vedlejší účinky

léků zkresluje klinický obraz a imituje některé choroby. Nové akutní onemocnění obvykle dekompenzuje současné chronické onemocnění, dochází k řetězení příznaků, vzniká nepřehledný klinický obraz, který může mít za následek prodloužení v diagnostice a včasném léčení. U seniorů často dominují nespecifické příznaky onemocnění jako je únava, apatie, slabost, anorexie či celkový tělesný dyskomfort. Zátěžové chorobné a stresové situace dekompenzují obvykle nejzranitelnější systém, nejčastěji se jedná o mozek. Mozek seniora s degenerativními a vaskulárními změnami je snadno dekompenzován hypoperfuzí, hypoxemií, hypoglykemií, iontovou dysbalancí, poruchami mikrocirkulace, systémovou zánětlivou reakcí, vlivem léků či jejich vysazením. Dekompensace mozku se projevuje apatií, poruchami paměti, zmateností, delirantními stavy nebo rychlým rozvojem imobilizačního syndromu. Imobilizační syndrom je příznačný geriatrický syndrom, soubor negativních následků a projevů omezení pohybové aktivity, především dlouhodobého upoutání na lůžko. Rozvoj negativních následků imobility bývá vzhledem k polymorbiditě a nízké funkční rezervě organismu velmi rychlý. Během několika hodin mohou vzniknout proleženiny, ortostatická hypotenze, flebotrombózy, pneumonie. Za několik dnů až týdnů může dojít k dalším změnám, jakými jsou špatná koordinace pohybu, svalová atrofie, flekční kontraktury, odvápnění skeletu, psychické poruchy, retence či inkontinence moče a stolice. Při zanedbání ošetrovatelské péče může vzniknout dehydratace či malnutrice (Kalvach a kolektiv, 2008).

### ***1.8 Péče poskytovaná na oddělení následné péče***

Na oddělení následné péče jsou hospitalizováni pacienti s nutností zdravotní a ošetrovatelské péče s nestabilním zdravotním stavem, který se v průběhu hospitalizace mění. Překládají se sem pacienti z akutních oddělení nemocnice. Dochází zde k ustálení zdravotního stavu, k rehabilitaci, doléčení a následnému propuštění do domácího prostředí či do zařízení se sociální péčí. Důvod hospitalizace na oddělení následné péče je zdravotní, nikoliv sociální. Délka hospitalizace je individuální a určuje ji vždy ošetřující lékař dle posouzení aktuálního zdravotního stavu pacienta. Úkolem oddělení následné péče je dosažení celkového fyzického nebo duševního zdraví u chronicky nebo dlouhodobě nemocných osob. Péče je zaměřována na co největší zmírnění důsledků

onemocnění, úrazů, pooperačních stavů, případně zpomalení průběhu onemocnění (<http://www.nemta.cz/>).

Převážnou většinu pacientů následné péče tvoří starší lidé, kteří jsou plně závislí na ošetrovatelské péči zdravotnického personálu. Ošetrovatelská péče je významnou složkou komplexní zdravotní péče. Kvalifikovaný ošetrovatelský personál poskytuje aktivně profesionální ošetrovatelskou péči v souladu s moderním pojetím péče o pacienty. Podle potřeb a stupně soběstačnosti seniora zajišťuje sestra péči o hygienu, výživu, vyprazdňování a spánek. Dále sestra sleduje fyziologické funkce, zajišťuje podávání a aplikaci všech forem léků.

*Ošetrovatelská péče při zajištění hygieny seniora.* Péče o čistotu těla je základní lidskou potřebou a její uspokojování je zcela individuální. U hospitalizovaného seniora zdravotnický personál dopomáhá při úkonech hygienické péče nebo ji plně přebírá. Součástí hygienické péče je celková koupel na lůžku nebo ve sprše, péče o vlasy, uši, nos, oči, péče o pokožku, pravidelné stříhání nehtů, úprava lůžka a zajištění čistého prádla. Péče o pokožku je důležitá, protože senior má kůži suchou a tenkou se sklonem k porušení celistvosti a ke vzniku kožních defektů. Sestra pokožku dostatečně promazává či ošetřuje defekty, ale také dbá na dostatečný příjem tekutin. Zvýšenou péči věnuje sestra také pokožce nohou, zvláště u nemocných s diabetem mellitem nebo ischemickou chorobou v oblasti dolních končetin. Nohy pravidelně kontroluje, promazává a ošetřuje případné otlaky, ragády a defekty (Vytečková a kol., 2011).

Zvláštní péči sestra věnuje dutině ústní. Při zanedbání péče může dojít k otlakům od zubních protéz, vředům, kandidóze a bolestivosti, což má za následek zhoršení řeči, zápach z úst, zhoršení žvýkání a polykání až nechutenství. Zubní protézu sestra pravidelně a pečlivě čistí, výběr prostředků pro hygienu dutiny ústní záleží na zvyklosti pacienta nebo na zdravotním stavu dutiny ústní. U terminálně nemocných je péče o dutinu ústní jedním z hlavních ošetrovatelských cílů. Sestra musí zvolit vhodný ošetrovatelský postup při odstranění zaschlých ploch a ragád, při zmírnění bolestivosti či xerostomie nebo při léčbě sooru. V současné době jsou již k dispozici komerčně vyráběné ústní štětičky napuštěné olejem s příchutí citrónové šťávy (Schuler, Oster, 2010).

*Ošetrovatelská péče při zajištění výživy.* Vliv stravy na zdravotní stav člověka je zřejmý. Nesprávná nebo nedostatečná výživa vede k celkovému oslabení organismu, prodloužení doby rekonvalescence a pobytu v nemocnici, zhoršuje imunitu, má vliv na hojení ran a také celkově zhoršuje kvalitu života. V posledních letech je správné výživě ve zdravotnických zařízeních věnována zvýšená pozornost. Podávání stravy se ve zdravotnictví řídí podle doporučeného Dietního systému, který je po úpravách platný od roku 1991. Sestra se orientuje v dietním systému a zajistí pacientovi příslušnou dietu naordinovanou lékařem. Zdravotnický personál dbá na hygienu stravování a dle míry soběstačnosti pacienta mu stravu podá nebo ležícího pacienta nakrmí. U pacientů s nedostatečným příjmem potravy jsou indikovány bílkovinné přídatky nebo popíjení nutričně hodnotných přípravků, tzv. sipping. Jedná se o přípravky tekuté výživy, které mají přesně definované složení (bílkoviny, cukry, tuky, minerální látky, vitamíny, stopové prvky) a účinně podpoří výživu. U pacientů, kteří nemohou přijímat stravu ústy je indikováno zavedení nazogastrické sondy do žaludku nebo tenkého střeva. Podávají se komerčně připravené nutričně plnohodnotné směsi. Výživa je podávána kontinuálně enterální pumpou nebo v pravidelných intervalech bolusově Janetovou stříkačkou. U každého pacienta sestra sleduje a zapisuje množství snědené stravy a pravidelně provádí nutriční screening, který je dle potřeby konzultován s lékařem a nutričním terapeutem. Zvýšenou pozornost věnuje potížím při zažívání a stavu hydratace pacienta. Podrobný nutriční screening hodnotí stav výživy na základě BMI, změny celkové hmotnosti v posledních 3 měsících, změny příjmu potravy či zhoršení celkového stavu a závažnosti onemocnění (Mikšová a kolektiv, 2006).

*Ošetrovatelská péče při zajištění vyprazdňování.* Defekace a mikce je ovlivněna věkem, stravou, hydratací, aktivitou, životním stylem a psychologickými faktory. Porucha vyprazdňování stolice ve smyslu zácpy může být zapříčiněna změnou prostředí, ztrátou soukromí, imobilitou, nevhodnou stravou, nedostatečným příjmem tekutin, samotnou nemocí nebo léky ovlivňující defekaci. Zácpu může sestra ovlivnit úpravou stravy, dostatečnou hydratací, podněcováním peristaltiky, mobilitou, zachováním intimity a soukromí při defekaci. Až v posledním případě lékař ordinuje klyzma, projímadla či manuální vybavení tuhé stolice. Závažným symptomem poruchy



vyprazdňování stolice je průjem, často provázen křečemi, bolestmi břicha, nauzeou a zvracením. Zvláště u seniorů je při průjmu zvýšené riziko dehydratace. Častou příčinou průjmu a inkontinence v geriatrici je paradoxní průjem. Jedná se o chronickou zácpu, nahromadění tuhé stolice v záhybech konečníku, kterou obtéká tekutá stolice. Pozorováním sestry sleduje frekvenci, barvu, konzistenci, zápach a příměsi ve stolici, ale také množství, barvu, zápach a patologické příměsi moče. Zvláštní péči věnuje pacientům s inkontinencí. Pravidelně kontroluje stav plenkových kalhotek, dbá na zvýšenou hygienu a ošetřuje pokožku v okolí genitálií. V nejnnutnějších případech je indikováno zavedení permanentního močového katétru. Ženy cévkuje sestra, u katetrizace mužů asistuje lékař. Vzhledem k nebezpečí zanesení infekce do močových cest je nezbytně nutné dodržovat přísně aseptický postup při provádění výkonu. Sestra pravidelně kontroluje průchodnost močového katétru, množství vyloučené moče a možné známky infekce močových cest (Vytejková a kol., 2011).

*Ošetrovatelská péče při zajištění spánku a odpočinku.* Spánek a odpočinek jsou základními předpoklady zdraví. Potřeba spánku je individuální. Spánek je ovlivněn denní aktivitou, věkem, nemocí, stravováním, životním stylem, úzkostí, bolestí, vztahy, prostředím, hlukem a mnoha dalšími faktory. Sestra zajistí pacientovi vhodné podmínky pro spánek, minimalizuje rušivé vlivy z okolí, zabezpečí psychickou pohodu a uvolnění, pomůže pacientovi s uložením do vhodné a pohodlné polohy, popřípadě podá léky na spaní dle ordinace lékaře a také se přesvědčí, že má pacient na dosah signalizační zařízení. Během nočního klidu sestra pacienta pravidelně kontroluje (Mikšová a kolektiv, 2006).

*Ošetrovatelská péče při sledování fyziologických funkcí.* Sestra u pacienta sleduje tělesnou teplotu, pulz, krevní tlak a dechovou frekvenci. Zdravý organizmus zachovává rovnováhu mezi produkcí a ztrátou tepla. Vnitřní tělní teplota je vždy o 1 – 2 °C vyšší než teplota periferie. Tělesnou teplotu ovlivňuje věk, denní doba, tělesná aktivita, hormony a teplota okolí. Vlivem patologických procesů v těle může dojít ke změnám tělesné teploty. Pro měření teploty se používá nejčastěji podpaží, dále konečník, třísla, pochva a ústa. Sestra měří pacientovi teplotu dvakrát denně a dle zjištěné hodnoty dále postupuje. Při měření pulzu sestra sleduje jeho frekvenci, kvalitu a rytmus. Pulz se měří

na palpačně snadno přístupných tepnách, nejčastěji však na palcové straně zápěstí na předloktí na arteria radialis a na boční straně krku na arteria carotis. Při měření krevního tlaku rozeznáváme dvě hodnoty, systolický a diastolický tlak. Mezi faktory ovlivňující tlak patří věk, pohlaví, tělesná aktivita, denní doba, stres, horečka, obezita, léky, krvácení a mnohé další. Sestra měří tlak neinvazivní nepřímou metodou pomocí tonometru a fonendoskopu nejčastěji na paži nad jamkou loketní. Dýchání zajišťuje v organismu příjem kyslíku a výdej kysličníku uhličitého. Faktory ovlivňující dech jsou věk, pohyb, stres, prostředí, nadmořská výška, léky a životní styl. Při měření dechu sestra sleduje frekvenci, hloubku, rytmus a charakter. Frekvenci dechu může pacient svojí vůlí ovlivnit, proto se dech měří bez jeho vědomí. Sestra jakoby měří radiální pulz a při tom počítá pohyby hrudníku. Všechny naměřené hodnoty fyziologických funkcí sestra zapisuje do zdravotnické dokumentace a o patologických hodnotách neprodleně informuje lékaře (Mikšová a kolektiv, 2006).

*Ošetrovatelská péče při podávání a aplikaci léků.* Léky podává sestra na základě ordinace lékaře, sleduje jejich účinky a následně lékaře informuje. Sestra se orientuje ve znalostech farmakologie, aby mohla pacienta informovat o názvu a důvodu podání léku, o jeho účinku nebo případných vedlejších účincích. Lékař určuje způsob a čas aplikace léku. Sestra dbá o bezpečné podávání léků, vždy identifikuje pacienta dotazem na jméno, kontroluje název léku a porovná ho s ordinací lékaře, pomáhá pacientovi s užitím léku a vždy si zkontroluje, že lék polkl, provede záznam o užití či aplikaci do zdravotnické dokumentace. Sestra dodržuje pět zásad přesného podání léků: správný lék, správný pacient, správný čas, správný způsob a správná dávka (Mikšová a kolektiv, 2006).

U geriatrických pacientů se péče soustřeďuje především na rehabilitační ošetrovatelství, na dosažení co největší míry soběstačnosti a navrácení seniorů zpět do běžného života. Nedílnou součástí je komplexní paliativní péče o osoby s nevléčitelnou nemocí a zajištění důstojného dožití. V popředí je zejména léčba bolesti podle moderních metod medicíny (<http://www.nemta.cz/>).

### *1.8.1 Rehabilitační ošetrovatelství*

Ošetrovatelství je vědní obor, který se především zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb nemocných. Rehabilitační ošetrovatelství je jednou ze základních forem ošetrovatelské péče. Jde o metodu ošetrování, kdy sestra svým aktivním přístupem a jednoduchými, ale účinnými úkony zamezuje vzniku a rozvoji komplikací u pacienta. Rehabilitační ošetrovatelství se vyznačuje úzkou spoluprací fyzioterapeuta, ergoterapeuta, sestry a nižšího zdravotnického personálu. Podporuje zvládnání původních pohybových dovedností a napomáhá při nácviku sebeobslužných úkonů. Rehabilitační ošetrovatelství je úspěšně používáno především na těch odděleních, kde se léčba soustřeďuje na pacienty s poruchou hybnosti, na geriatrické pacienty, pacienty s chronickým či terminálním onemocněním. Základní úkony rehabilitačního ošetrovatelství lze rozdělit na aktivní a pasivní úkony. Mezi aktivní úkony patří aktivní cvičení na lůžku i mimo lůžko, vertikalizace, péče o dýchací cesty a nácvik úkonů soběstačnosti. Mezi pasivní úkony rehabilitačního ošetrovatelství se řadí polohování a pasivní cvičení. U pacienta upoutaného na lůžko nacvičuje sestra schopnost pohybovat se v rámci lůžka. Nácvik zvednutí pánve od podložky, posunutí na kraj lůžka a otáčení na boky výrazně pomáhá zdravotnickému personálu v ošetrovatelských výkonech jako je péče o vyprazdňování, provádění hygieny, stlaní a převlékání. Nácvik vertikalizace začíná nácvikem sedu, pak stoje a nakonec chůze. Při stoje a chůzi může sestra použít opěrné pomůcky, které zlepšují pacientovu stabilitu. Změny polohy se provádí pomalu, aby rychlá změna nevyvolala u pacienta závratě či ortostatický kolaps. Prevencí kolapsu je postupná vertikalizace a procvičování dolních končetin, kdy pacient napíná a přitahuje špičky chodidel (Klusoňová, Pitnerová, 2005).

Cílem dechové rehabilitace je podpořit uvolnění a odchod sekretů, usnadnit odkašlávání, zlepšit prokrvení plic a posílit dechové svalstvo. Dechová cvičení lze podpořit použitím speciálních respiračních pomůcek (příloha č. 3). U geriatrických pacientů je dechová gymnastika vítaným způsobem, jak mnohé zlepšit bez použití léků (Schuler, Oster, 2010).

Součástí ošetrovatelského procesu je pomoc pacientovi zůstat soběstačným. Nácvik sebeobslužných úkonů zahrnuje okruh stravování, udržení osobní hygieny, oblékání,

vyprazdňování, schopnost mobility, komunikace a lokomoce. Cílem nácviku soběstačnosti je zlepšení stupně soběstačnosti. K objektivnímu posouzení stupně soběstačnosti seniora bylo vytvořeno mnoho hodnotících nástrojů. Nejvíce využívaný je Barthelové test základních všedních činností, test ADL – Activity of Daily Living (příloha č. 4).

Pravidelným a správným polohováním pacienta sestra předchází možným komplikacím vzniklých z imobility, zabrání svalové atrofii, kontrakturám, kloubním deformitám a proleženinám. Poloha se mění podle pravidelného časového intervalu každé 2 až 3 hodiny. Pro zhodnocení rizika u každého pacienta se používá nejčastěji stupnice dle Nortonové (příloha č. 5).

Sestra kontroluje stav pokožky na predilekčních místech (příloha č. 6). Ošetřovatelský personál manipuluje s pacientem šetrně za pomoci polohovacích podložek, aby se zabránilo přímého tření pokožky o podložku a narušení kožní integrity. Ke správnému uložení pacienta do požadované polohy se používají polohovací pomůcky. Polohovací pomůcky jsou různých tvarů a musí jich být k dispozici dostatečné množství. Poloha musí být pohodlná, nebolestivá, pacient by měl mít pocit bezpečí.

Pasivní pohyby nevykonává pacient sám, ale za pomoci druhé osoby nebo rehabilitační pomůcky, například motodlahy. Provádění pasivních cviků u imobilního pacienta zachovává fyziologickou délku svalů, udržuje hybnost kloubů, zlepšuje krevní a lymfatický oběh a podporuje pacientovu schopnost koordinovat tělo v prostoru. Sestra tyto pasivní pohyby vykonává u imobilního pacienta několikrát denně v rámci polohování a hygienické péče (Klusoňová, Pitnerová, 2005).

### *1.8.2 Paliativní péče*

Paliativní péče je nedílnou součástí geriatric. Definice Světové zdravotnické organizace (WHO) o paliativní péči z roku 2002 zní takto: „*Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocného. Cílem je dosažení co nejlepší kvality*

*života nemocných a jejich rodin“*. Mezi základní principy paliativní péče patří celostní přístup k pacientovi zahrnující oblast biologickou, psychologickou, sociální a spirituální. Nikdo by neměl umírat osamocen a v bolestech. Základem paliativní péče je multidisciplinární týmové ošetřování zahrnující jak lékaře, sestry, fyzioterapeuty, nutriční terapeuty, sanitáře, sociální pracovníky, psychology, nemocniční kaplany, tak zejména pacienta a jeho rodinu. Podstatná je komunikace, naslouchání, empatie a doprovázení poskytované jednotně všemi členy ošetřovatelského týmu. Všichni musí sledovat dobro pacienta, vše podřídit jeho vůli, vytvořit kolem něj atmosféru lásky, klidu, pohody a důvěry. Paliativní péče je moderní a celosvětově se velmi rychle rozvíjející typ péče, který přináší účinnou pomoc nevléčitelně nemocným, umírajícím a jejich rodinám (Topinková, 2005; Svatošová, 2008).

Ošetřovatelská paliativní péče je téměř totožná s péčí o umírajícího pacienta. Sestra se aktivně stará o celkovou hygienickou péči těla a lůžka, dbá o co největší pohodlí pacienta, provádí pravidelné polohování a prevenci dekubitů. Sestra důsledně pečuje o vyprazdňování moče a stolice, používá pomůcky při inkontinenci, zvýšeně pečuje o pokožku, zachovává intimitu a důstojnost pacienta. Velkou péči věnuje sestra kvalitní výživě, hydrataci a dle stavu pacienta řeší jeho individuální problémy s příjmem stravy. Hlavní pozornost celého ošetřovatelského týmu se soustřeďuje na monitoraci a léčbu bolesti a psychické potíže pacienta, jako jsou například strach, úzkost, smutek, deprese, obavy. Současně celková ošetřovatelská péče zahrnuje ošetřování ran, péči o dýchací cesty a odsávání, péči o invazivní vstupy a další ošetřovatelské intervence, které si vyžaduje aktuální a individuální stav pacienta (Marková, 2010).

Rození i umírání bylo v minulosti běžnou součástí života. K závěru životní cesty neoddělitelně patří myšlenky na konečné stadium bytí, umírání a smrt. Stárí nás přibližuje smrti. Převážně je toto téma přijímáno negativně, mnoho lidí se hovoru o umírání a smrti vyhýbá. Většina starých lidí si však je vědoma svého terminálního stavu, je smířena se smrtí a přejí si otevřený a pravdivý dialog (Langmeier, 2007).

### *1.8.3 Bolest, péče o pacienta s bolestí*

Strach z bolesti je jedním z nejpodstatnějších problémů pacienta, proto je také monitorace a její zvládnutí hlavním medicínským a ošetřovatelským cílem. Bolest je

velmi nepříjemný senzorický a emoční vjem patřící k počátečním a významným příznakům onemocnění. Jejím smyslem je upozornit na vznikající onemocnění či poškození tkáně. Jedná se vždy o subjektivní prožitek a její vnímání se liší podle věku, pohlaví, rasy a etnika. Bolest může mít různý charakter, může mít odlišnou intenzitu a může různě kolísat. Může být vyvolána, zhoršována či tlumena různými polohami těla a procesy v organismu (Vokurka, Hugo, 2008).

Dle místa vzniku se může jednat o bolest somatickou povrchovou nebo hlubokou, viscerální, neurogenní nebo psychickou. Podle postižení orgánů a charakteru rozeznáváme bolest kolikovitou, ischemickou, zánětlivou, úrazovou či fantómovou. Z pohledu délky trvání je dělena na akutní a chronickou (Kelnarová a kol., 2009).

Akutní bolest je většinou krátkodobá, má náhlý začátek a upozorňuje na nenadále vzniklou patologii v organismu, jedná se také o bolest pooperační a úrazovou.

U geriatrických pacientů se častěji setkáváme s bolestí chronickou. Ta trvá déle jak šest měsíců, je tupá, difuzní, může pacienta velmi trýznit, může vést k dlouhodobému zhoršení kvality života, může omezovat pohybovou funkci, může dojít až k cílené změně projevů a chování pacienta. Chronická bolest je nemocí sama o sobě, je předmětem diagnostiky a léčby samostatného lékařského oboru algeziologie. Nejčastější chronickou bolestí ve stáří je bolest muskuloskeletální, bolest kloubů při artróze a bolesti zad. Chronická bolest způsobená nádorovým onemocněním může mít také rysy bolesti akutní, tzv. průlomová bolest (Rokyta a kolektiv, 2009).

Bolest je pro pacienty velkým utrpením, proto je kladen důraz na její včasné rozpoznání a účinnou léčbu. Základní léčba akutní i chronické bolesti spočívá v podávání farmakologické medikace. Analgetika podává sestra vždy jen dle ordinace lékaře, přesně ordinované dávky, v přesný čas a v určené lékové formě. Při podání opiátových analgetik se sestra řídí předpisy o manipulaci s opiáty. Používají se také fyzikální metody léčby bolesti, jako jsou aplikace tepla a chladu, masáže, úlevové polohy. Při léčbě zvláště chronické bolesti se s úspěchem uplatňují alternativní metody, jako jsou akupunktura, psychoterapie, relaxace, hypnóza, arteterapie a další. Při ošetřování nemocných s bolestí dodržuje sestra vždy určité zásady. Musí být k pacientům všímavá, projevuje empatii, respektuje pacientovu individuální senzitivitu

na bolest. Snaží se vytvořit klidné a vstřícné prostředí. Když pacient sestře sděluje, že ho něco bolí, tak ho trpělivě vyslechne, sleduje jeho neverbální projevy a nikdy neříká: „, To Vás nemůže bolet.“ Vhodnou komunikací si sestra získá důvěru pacienta a snaží se odstranit jeho strach a obavy. Pacientovi s bolestí vždy poskytuje profesionální a ohleduplnou ošetrovatelskou péči (Kelnarová a kol., 2009).

Zvláště pečlivě a pozorně postupuje sestra při monitoraci bolesti, kde hlavní informace vycházejí od pacienta. Zde sestra uplatňuje své pozorovací a komunikační dovednosti. Vždy se ptá na místo, typ a intenzitu bolesti, jak dlouho trvá a jaká je její frekvence. Dále zjišťuje, co způsobuje zhoršení a co možnou úlevu od bolesti, zda jsou přítomny přidružené faktory, jako je například nauzea, zvracení, nechut k jídlu, poruchy spánku či omezená pohyblivost. Pro efektivní hodnocení stupně bolesti existuje mnoho dostupných prostředků (Kolektiv autorů, 2008).

#### *1.8.4 Přístup sestry k seniorům při poskytování ošetrovatelské péče*

Účinné a opravdu efektivní ošetrovatelství je takové, které staví na správném vztahu sestry a pacienta, založeném na důvěře, respektu a oboustranné spolupráci. Pacient i sestra (nebo jiný zdravotnický pracovník) si musí uvědomit, že jsou si vzájemnými partnery, kteří mají společný cíl a tím je zlepšení celkového stavu a situace pacienta. Úspěšné dosažení tohoto cíle klade zvláště na sestru vysoké nároky. Vyžaduje její profesionální znalosti, schopnosti a komunikační dovednosti. Sestra musí vždy k pacientovi přistupovat holisticky. Sestra pečující o seniory by měla mít vyšší úroveň emoční inteligence projevující se schopností empatie do jejich nelehké situace. Emoční inteligence určuje míru schopnosti člověka nakládat se svými emocemi, jak je schopen zvládat různé sociální, konfliktní a zátěžové situace a orientovat se v mezilidských vztazích. Sestra by měla mít dobrou informovanost o psychologii zaměřenou zejména na vývojovou etapu stáří. Důležitá je znalost správné verbální i neverbální komunikace, která navozuje důvěru mezi sestrou a seniorem. Velmi podstatné je znát problematiku ošetrování geriatrického pacienta, vědět o rizikových oblastech v ošetrovatelství a uplatňovat moderní ošetrovatelské postupy. Sestra by měla být trpělivá, ochotná a vždy aktivně přistupovat k problémům seniora. Negativní postoj pacienta by si sestra neměla brát osobně a neměla by se nechat odradit případným neúspěchem při nabízené péči.

Významná je také dobrá orientace sestry v celkové problematice gerontologie a geriatrie, měla by znát a uznávat platné právní předpisy a důsledně se řídit etickými normami. Sestra by se měla stále zdokonalovat, vzdělávat se, měla by mít důvěru ve své schopnosti a dovednosti (Malíková, 2011).

Péče o nemocné seniory není soustředována pouze na geriatrická oddělení, ale setkáváme se s nimi téměř ve všech zdravotnických zařízeních. Proto je potřeba věnovat dostatečně velkou pozornost problematice péče o seniory již v přípravě všeobecných sester a jiných nelékařských pracovníků na výkon budoucího povolání. Je nutnost důsledně se věnovat problematice ošetřování seniorů i v následném celoživotním vzdělávání sester (Pokorná, 2010).

#### *1.8.5 Zdravotně sociální služby – navazující péče, následná sociální zařízení*

Sociální služby ve zdravotnických zařízeních jsou poskytovány prostřednictvím sociálních pracovníků. Jsou to pracovníci s vyšší odbornou kvalifikací v oblasti sociálních služeb. Jsou na ně kladeny vysoké nároky, které se týkají dokonalé znalosti problematiky oboru, komunikačních dovedností, schopnosti týmové spolupráce, vysoké emoční inteligence, profesionálního vystupování a soustavného sebevzdělávání. Sociální pracovník musí být empatický, svědomitý, důsledný, zodpovědný, ochotný, trpělivý a flexibilní při řešení nastalých situací (Malíková, 2011).

Sociální pracovník pomáhá hospitalizovaným pacientům řešit sociální problematiku, která souvisí se změnou zdravotního či duševního stavu pacienta, dále poskytuje sociální poradenství pacientům a jejich rodinným příslušníkům ve vztahu k onemocnění nebo jeho následkům a pomoc při řešení nepříznivé sociální situace dle individuálních potřeb pacientů (<http://www.nemta.cz/>).

V současné době se péče o staré lidi realizuje v rodinném prostředí nebo v oblastech zdravotních a sociálních zařízeních. Jednoznačně se preferuje péče rodiny. Jsou-li členové rodiny ochotni a schopni se o seniora postarat mají možnost podpory. Je možné zajistit doplňkové služby prostřednictvím pečovatelské služby, osobní asistence, denních a týdenních stacionářů, respitní (odlehčovací) služby nebo agentury domácí péče. Agentury pečovatelských služeb poskytují širokou nabídku pomoci, například nákupy, dovoz obědů, úklid, pomoc s osobní hygienou, doprovod k lékaři, kadeřnické



služby, pedikúru, manikúru a další. Osobám závislým na pomoci druhé osoby je možné poskytnout příspěvek na péči, který by měl pokrýt zajištění potřebných sociálních služeb. Výše příspěvku se určuje podle stupně závislosti, kdy se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Z akutního lůžka nemocnice je možná hospitalizace na oddělení následné péče, kde je poskytována zdravotní péče o pacienty s nestabilním zdravotním stavem a s další možností doléčení, uzdravení a propuštění. Nelze-li ani poté realizovat péči o seniora v domácím prostředí, je možné seniora umístit do léčebny pro dlouhodobě nemocné, kde je poskytován komplex služeb pro pacienty se zdravotními komplikacemi. Optimálním řešením pro seniora je dům s pečovatelskou službou, kde má senior svůj byt, své domácí prostředí, je respektováno jeho soukromí, může vést svůj relativně samostatný život a současně jsou mu poskytovány potřebné služby. Mezi další zařízení sociální péče patří domovy pro seniory, které nabízejí komplexní pobytové služby seniorům se sníženou soběstačností nebo plnou závislostí na péči druhé osoby. Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby pacientům s chronickým duševním onemocněním nebo různými typy demence. Systém těchto zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám takto nemocných seniorů (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

U pacientů s onkologickým onemocněním v terminálním stadiu onemocnění je nabízena hospicová péče. Hospice jsou zařízení, která poskytují péči většinou onkologicky nemocným, jejichž zdravotní stav již nedává žádnou naději na plné uzdravení. Hospice jsou nestátní zdravotnická zařízení lůžkového nebo domácího typu. Ošetrovatelská péče je plně podřízena stavu a přání pacienta, základním úkolem hospicové (paliativní) péče je zmírňovat bolest a utrpení pacientů (Svatošová, 2008).

### ***1.9 Osobnost sestry a ošetrovatelská etika***

Povolání všeobecné sestry je jedno z nejnáročnějších. V povědomí veřejnosti se dostává na poměrně vysoké místo v hodnocení společenské vážnosti. Osobnost moderní sestry by se měla vyznačovat laskavostí, pochopením, přívětivostí. Sestra je nejbližší člověk pacienta, proto musí být důvěryhodná, lidská, odborně erudovaná a výrazně

empatická. Sestra vytváří příjemné a přátelské prostředí v okolí pacienta, aktivně s ním komunikuje, zprostředkuje kontakt s lékařem nebo lékaři tlumočí problém pacienta, o kterém se zdráhá hovořit. Dále zajišťuje kontakt s rodinou a blízkými pacienta a tím tak uspokojuje jeho vyšší potřeby. Sestra také pacienty uklidňuje a edukuje před vyšetřeními a dodává jim pocit jistoty (Kutnohorská, 2010).

Profese sestry prošla v minulosti složitým vývojem, jen málo povolání prodělalo v tak krátkém období tak radikální změny. Role sestry je svojí podstatou značně konfliktní. Největší vznik rozporů plyne z toho, že výkony ve zdravotnictví musejí být prováděny podle přesně daných standardů a směrnic, ale zdravotničtí pracovníci je uplatňují v jedinečných a individuálních situacích. Profese sestry je náročná nejen mnohostranností a různorodostí dílčích rolí, ale také intenzivní zátěží pracovního prostředí a podmínek. Práce sestry je také značně ovlivněna sociálními faktory, mezilidskými vztahy, metodou organizace a řízení práce. Zvláště náročná na výkon povolání všeobecné sestry jsou oddělení s převahou imobilních, inkontinentních a dementních pacientů, ale také pacientů v konečném stadiu života (Bártlová, Matulay, 2009).

Ošetřovatelská etika, chování a vystupování sester je sepsáno v Etickém kodexu, který byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. České sestry se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester, který byl u nás přijat v roce 2003. V Etickém kodexu sester se mimo jiné říká: *„Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti. Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetřovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení. Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů“* ( <http://www.eticky-kodex.cz/eticky-kodex-sester/>). Etický kodex všeobecných sester je pro všechny sestry závazný a jeho nedodržení by mohlo být posuzováno jako nedodržení pracovní kázně a povinností se všemi možnými důsledky.

### ***1.10 Charta práv pacientů seniorů***

Stáří je obdobím života, ve kterém by měl pokračovat rozvoj lidské osobnosti. Většinou jsou lidé vyššího věku samostatní a zachovávají si dobrou psychickou kondici až do posledních dnů svého života. Závislost na péči druhé osoby přichází z důvodů onemocnění, které může být jak psychické, tak tělesné. Ale i v situaci závislosti na péči jiné osoby je zapotřebí, aby starším občanům nejen náležela všechna práva a svobody, ale aby měli možnost je také využívat tak, jako jiní občané. Měli by zůstat v původním prostředí, v kontaktu s ostatními generacemi. Účelem charty práv pacientů seniorů je připomenutí a uznání důstojnosti, kterou mají prožívat starší občané se sníženou soběstačností, připomenutí a uznání jejich práv ([www.helpnet.cz/seniori](http://www.helpnet.cz/seniori)).

Mezi základní cíle charty práv pacientů seniorů patří posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat. Dalším úkolem je léčit pacienta v případě onemocnění, pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství. Podstatné je zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s účelem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými. Významným cílem charty je také garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije ([www.umirani.cz](http://www.umirani.cz)).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit z jakých důvodů někteří geriatřiční pacienti hospitalizaci na ONP odmítají.

Cíl 2: Zjistit proč příbuzní geriatrických pacientů mají z jejich hospitalizace na ONP obavy.

Cíl 3: Zjistit zda se jedná o důvody oprávněné nebo jde o nepodložené předsudky.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaké jsou důvody odmítání hospitalizace na ONP ze strany geriatrického pacienta?
2. Jaké jsou nejčastější obavy příbuzných geriatrických pacientů z jejich hospitalizace na ONP?
3. Jak geriatřiční pacienti hodnotí ošetrovatelskou péči během své hospitalizace?

## **3 Metodika**

### ***3.1 Použitá metoda***

Pro zjištění informací byla použita metoda kvalitativního šetření formou polostrukturovaného rozhovoru. Technikou sběru dat byly rozhovory s pacienty a jejich rodinami, kteří zpočátku odmítali hospitalizaci na oddělení následné péče nebo k ní měli negativní postoj. Rozhory probíhaly v průběhu března a dubna v Nemocnici Tábor a.s. se souhlasem pacientů a jejich rodin a se svolením hlavní sestry nemocnice (příloha č. 7).

Byly použity otevřené otázky zaměřené na tři oblasti. První oblastí byly otázky směřující k pacientům, kteří odmítali hospitalizaci na oddělení následné péče. Druhá oblast otázek se orientovala na tytéž pacienty po uplynutí určité doby hospitalizace na ONP. Třetí část otázek byla určena příbuzným pacientů již v průběhu hospitalizace jejich blízkých (příloha č. 8).

Rozhovory s pacienty probíhaly na Oddělení následné péče Nemocnice Tábor a.s. na počátku a v průběhu hospitalizace. Rozhovory byly zaznamenány písemným zápisem do předem připraveného formuláře a následně přepsány (příloha č. 9). Kvalitativní data byla analyzována a uspořádána dle významu do jednotlivých kategorií.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výběr výzkumného souboru byl záměrný, orientovaný na pacienty a jejich rodiny, kteří hospitalizaci na oddělení následné péče z nějakého důvodu z počátku odmítali, ale přesto byli na tomto oddělení následně hospitalizováni. Výzkumný soubor byl tvořen 6 pacienty a 6 členy jejich rodiny. Pacienti byli ve věkovém rozpětí 66 až 93 let v poměru dva muži a čtyři ženy. S výběrem těchto pacientů pomáhaly sociální pracovnice Nemocnice Tábor, které v rámci sociálního šetření na akutních odděleních upozornily na ty seniory nebo rodiny, kteří měli z počátku k hospitalizaci na oddělení následné péče negativní postoj.

Respondentem 1 je pan V. R., 66-ti letý pacient, rozvedený, má jednoho syna a žije s matkou ve společné domácnosti. Léčí se na diabetes mellitus na inzulinu, prodělal spondilodiscitidu, má infekci MRSA v nose, frakturu levého krčku femuru. Pacient je ležící, plně závislý na ošetrovatelské péči. Byla mu odložena operace fraktury pro nález infekce MRSA v nose. Na ONP mu byla doporučena hospitalizace k doléčení infekce MRSA a k nastavení léčby bolesti. Hospitalizaci striktně odmítl, jeho postoj byl negativistický ke všemu a ke všem. Pacient si nepřipouští svojí situaci – syn je ekonomicky závislý na zaměstnání, není schopen se o otce 24 hodin denně starat. Matka se sice zvládne postarat sama o sebe, ale na ležícího syna už síly nemá. Je to 87 letá paní, kardiačka, která se plně podřizuje přáním syna. S rozhovorem ochotně souhlasila. Pacient je dominantní osobnost, zvyklý, že se vše řídí podle jeho vůle. S rozhovorem souhlasil nerad, první rozhovor byl z jeho strany velmi nepřátelský a negativistický. Při druhém rozhovoru už panovala přijatelná atmosféra.

Respondentem 2 je paní J. K., 72 let, je vdaná, má 3 děti, dvě žijí s rodinami v Praze, jedno v cizině. Pacientka je po ischemické CMP s lehkou levostrannou hemiparézou, léčí se s hypertenzí a s revmatoidní artritidou. Pacientka je částečně závislá na ošetrovatelské péči, je nestabilní při chůzi. Manželovi je 76 let, je mobilní pouze o francouzských holích a nezvládl by se o ženu a současně o domácnost dostatečně postarat. Z tohoto důvodu jí byla doporučena hospitalizace na oddělení následné péče k rehabilitaci chůze a náviku soběstačnosti. Pacientka si uvědomuje, že ještě potřebuje čas na doléčení, ale není si jistá, zda ONP je to pravé. Negativní pocity jsou umocněny tím, že zde zemřela její sestra. S rozhovorem pacientka souhlasila váhavě, při prvním rozhovoru odpovídala s rozpaky. Při druhém rozhovoru již panovala uvolněná a přátelská atmosféra. Manžel souhlasil, i když na otázky odpovídal jednoduše a krátce.

Respondentem 3 je pan P. B., 68 let, po zlomenině humeru na obou končetinách po pádu z výšky a po současně prodělaném infarktu myokardu, který se dlouhodobě léčí pro hypertenzi. Pacient je bezdětný, žije s manželkou v rodinném domku asi 30 km od Tábora. Byla mu doporučena hospitalizace na ONP pro doléčení po IM a pro pravidelné kontroly kolísavého krevního tlaku. Pacient je částečně závislý na ošetrovatelské péči

v oblasti oblékání, vyprazdňování a hygieny. Hospitalizaci zpočátku odmítal, protože se necítil jako ten pravý pacient pro ONP. Pacient je optimisticky laděný i navzdory svému zranění, s rozhovory ochotně souhlasil a odpovídal vstřícně. Jeho manželce je 65 let a i rozhovor s ní byl veden v přátelské atmosféře.

Respondentem 4 je paní P. Z., 84 let, po osteosyntéze zlomeniny krčku kosti stehenní po pádu, dále se léčí na osteoporózu, hypertenzi a ischemickou chorobu srdeční. Pacientka žije ve společné domácnosti s dcerou, která se o ni stará. Je plně závislá na ošetrovatelské péči, vzhledem k vysokému věku hrozí riziko vzniku imobilizačního syndromu. Hospitalizaci odmítala, chtěla zpět domů. Nakonec se nechala přesvědčit, že do první kontroly po operaci by byla hospitalizace a rehabilitace na ONP vhodná. První den na ONP byla pacientka psychicky velmi labilní, plakala, nešlo s ní navázat odpovídající kontakt, proto byla oslovena až druhý den. S prvním rozhovorem souhlasila neochotně, byla z hospitalizace rozmrzelá, druhý rozhovor už poskytla s ochotou a se zájmem. Z rodinných příslušníků pacientky byla oslovena vnučka, která pracuje jako sestra v nemocnici Tábor a se kterou byla velmi dobrá spolupráce.

Respondentem 5 je 93 letá paní M. R., která se léčí na hypertenzi, v anamnéze má pouze opakované záněty dolních cest močových. Byla hospitalizována na jednotce intenzivní péče a na interním oddělení pro akutní selhání ledvin s následným vznikem imobilizačního syndromu. Vzhled pacientky neodpovídá jejímu kalendářnímu věku, paní je velmi vitální a psychicky svěží. Od svých 55 ti let je vdova, má tři děti, dcery 73 a 49 let a 65 letého syna. Dosud byla pacientka plně soběstačná, žila sama v jednopokojovém bytě a nevyužívala žádné sociální služby. Nyní je pro imobilizační syndrom plně závislá na ošetrovatelské péči. Hospitalizaci odmítala proto, že je velmi fixována na svoje prostředí, nemá reálný náhled na svoji současnou ztrátu soběstačnosti a chtěla by za každou cenu domů. Paní je velmi rázná a energická, s rozhovory souhlasila bez váhání. Z rodiny byla oslovena mladší dcera pacientky, která také poskytla rozhovor ochotně.

Respondentem 6 je 69 ti letá paní J. V., svobodná, bezdětná, původním povoláním učitelka. Nejprve hospitalizována na ortopedickém oddělení po plánované operaci

totální endoprotézy kyčelního kloubu pro pokročilou artrózu, jinak se s ničím neléčí. Pacientka bydlí sama, je sportovně založená a má mnoho přátel, kteří jí podle potřeby pomáhají. Deset dní po operaci byla přeložena na rehabilitační oddělení a odtud chtěla jít původně rovnou domů. Pacientka je částečně závislá na ošetrovatelské péči v oblasti hygieny, oblékání, vyprazdňování a mobility. Na doporučení lékařů nakonec souhlasila s hospitalizací na ONP pro zlepšení soběstačnosti a pokračování v rehabilitaci. Pacientka je velmi příjemná a komunikativní paní, s rozhovory ochotně souhlasila. Z nejbližší rodiny má pouze sestru a neteř, rozhovor byl uskutečněn s neteří, která na rozhovor také ochotně přistoupila.



## 4 Výsledky

### 4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů se sestrami, seniory a jejich rodinami

#### 4.1.1 Kategorie důvodů odmítání hospitalizace na ONP z pohledu pacientů

##### A. Důvody odmítání hospitalizace

Na otázku, jaký byl důvod odmítnutí hospitalizace, odpovídají respondenti 1, 3 a 4 ve shodě a to tak, že se o ně postará rodina, domnívají se, že oddělení tohoto typu nepotřebují. Respondentka 2 má na toto oddělení spíše špatné vzpomínky, před dvěma roky jí zde zemřela sestra. Respondentka 5 uvádí: „Já jsem zvyklá sama, nevím, s kým bych byla na pokoji, mně by to vadilo, kdyby vedle třeba nějaká babka v noci chrápala.“ Respondentka 6 má obavy ze ztráty soukromí a s hospitalizací souhlasí jen proto, že žije sama a momentálně není soběstačná.

Na dotaz, kdo hospitalizaci odmítal, zda pacient či jeho rodina bylo zjištěno, že ve všech případech odmítali hospitalizaci sami pacienti. Pouze u respondenta 3 s hospitalizací nesouhlasila také jeho manželka, ale okolnosti zdravotního stavu pacienta a jejich sociální situace si hospitalizaci na ONP vyžádaly.

##### B. Předchozí zkušenosti či důvodné obavy z hospitalizace na ONP

Na dotaz, zda mají respondenti nějaké dřívější zkušenosti s ONP, odpověděli respondenti 1, 3, 5 a 6, že žádné zkušenosti nemají. Respondentka 4 slyšela špatné zpráva o nějaké LDN, kde zemřel její soused. Pouze respondentka 2 měla osobní zkušenost s ONP Tábor a uvádí: „ Sestra tady ležela přes dva měsíce, nestěžovala si. Měla rakovinu ženských orgánů, měla zpočátku velké bolesti, tady jí dávali injekce na bolest, pak ale přestala močit a vyváděli jí hadičky z ledvin. Doma bysme se o ní nezvládli postarat a do hospice jsme nechtěli – bylo to pro nás moc daleko. Takhle jsme za ní mohli chodit každý den. Na konci už jen spala, moc nás nevnímala a pak zemřela. Ale myslím, že tu byla sestra celkem v pořádku.“

Jako důvody obavy z hospitalizace uvedli respondenti 1, 4 a 5, že je to oddělení pro staré lidi a že se tu hlavně umírá. Respondentka 2 udává, že oddělení tohoto typu nepotřebuje, že potřebuje spíše rehabilitační oddělení. Respondent 3 říká: „Nemám ani obavy z hospitalizace, spíš si myslím, že je to pro opravdu staré lidi, kteří nikoho nemají, nemůžou už chodit, ani se sami nenajedí, musíte se o ně někdo celkově postarat.“ Respondentka 6 obavy z hospitalizace nesdílí, ale udává: „Tak snad se tomu ani nedá říkat obavy, ale myslím si, že tu budu zabírat místo potřebnějším, vždyť mě skoro nic není.“

### *C. Pacienty očekávaný průběh hospitalizace na ONP*

Názor respondenta 1 na to, co by mohl od hospitalizace na ONP očekávat:

„Nic – nechaj mě ležet a čekat až chcípnu! Říkám, že tady ležet nebudu, starej nejsem a na odpis taky ne. Pochybuju, že by mi tam nějak pomohli, když potřebuju operaci a pak domů!“ Všichni ostatní respondenti nevědí a nemají jasnou představu, co od pobytu na ONP mohou očekávat, ale předpokládají, že budou rehabilitovat a že bude kontrolován jejich zdravotní stav.

#### *4.1.2 Kategorie posouzení průběhu hospitalizace na ONP z pohledu pacientů*

### *D. Pocity pacientů na začátku hospitalizace na ONP*

Dojmy respondentů na počátku hospitalizace na ONP byly rozdílné. Respondent 1 byl rozpačitý a bral příjem na ONP jako osobní prohru. Respondentka 2 se necítila moc dobře a udává: „Vrátily se mi vzpomínky na sestru, jak tady zemřela. Představte si, že si mě někteří lidé, co tady pracují, pamatovali! Byla jsem nsvá a nevěděla jsem, co a jak bude.“

Také respondent 3 měl zpočátku z ONP negativní dojem „Cítil jsem se nepatřičně, na pokoji se mnou byli dva ležící dědoušci, museli je každé ráno umývat a krmit. Sice mi vysvětlili, že nemají jiné místo, ale bylo to pro mě ze začátku těžké. Třetí pán byl jen o něco starší než já, docela jsme si rozuměli, chodili jsme spolu na jídelnu na televizi.“

Respondentka 4 se cítila vysloveně špatně, ale to bylo dáno spíše jejím psychickým rozpoložením. Byla nutná intervence lékaře a pacientka dostala léky na uklidnění.

Respondentka 5 pociťovala z neznámého prostředí ONP nejistotu a úzkost. Respondentka 6 litovala, že s hospitalizací souhlasila, protože první dny byla na pokoji s velmi zmatenou až delirantní pacientkou.

#### *E. Ošetrovatelská péče a osobní přístup zdravotnického personálu k pacientům*

Respondent 1 je s přístupem personálu spokojen a s kým není, tak toho si nevšímá a dále uvádí: „No jak říkám, staraj se docela dobře, nohu mi podkládaj, mažou mi zadek a záda a můžu si říct o injekci na bolest, kdyby noha hodně bolela. Noha mě v klidu nebolí, jen při otáčení, ale to se už dá vydržet, mám na bolest nějaký prášky. Doktorka se mi taky docela líbí, chodí za mnou každý den a pořád se vyptává. Rehabilitačka taky chodí každý den, dala mi činky a musím pořád něco dělat, ta je docela ostrá, nic neodpustí.“

Respondentky 2 a 4 byly mile překvapeny jak z chování personálu, tak i ze stran ošetrovatelské péče, byly spokojeny se zdravotními kontrolami, s přístupem lékařky i s rehabilitační péčí.

Respondent 3 udává, že když porovná přístup personálu s předešlými svými hospitalizacemi, je tato nejlepší, s jakou se dosud setkal. Na adresu ošetrovatelské péče udává: „Jako profesionální, po všech stránkách, paní doktorka se stará, tlak se mi srovnal, ruce mě nebolí, chodí za mnou rehabilitační sestra a dokonce mám výběr z několika jídel. Ale já toho tolik nepotřebuju, to spíš ti dědové vedle.“

Respondentka 5 se k přístupu personálu vyjádřila takto: „Tak to hodnotím moc dobře, všichni jsou takoví milí, hlavně ti kluci se mi líběji, že jsou takoví ochotný, takoví mladí a dělaj tady s náma starýma, z těch kluků jsem nadšená.“ S ošetrovatelskou péčí je také spokojena.

Podle respondentky 6 je dobře, že personál bere také ohledy na pocity lidí a dále sdělila: „Ošetřují nás všechny moc pěkně, jsou pozorní a hlavně trpěliví. Já moc ošetřování nepotřebuju, ale jak je tu tak pozoruji, tak je vše v naprostém pořádku.“

#### *F. Pozitivní stránky hospitalizace na ONP*

Respondent 1 ocenil, že mohl i jako ležící na koupacím lůžku celý do sprchy a dále byl spokojený se službami sociální pracovnice. Respondentka 2 uvedla jako pozitivní stránku ONP toto: „No snad, že může kdykoliv přijít manžel. Jo a taky se mi líběji ty dobrovolnice. Jsou to takové milé holky, vezmou nás na jídelnu a malujeme nebo tuhle jsme hrály člověče nezlob se.“

Respondent 3 uznal, že má pocit jistoty, kdyby náhle došlo ke zhoršení jeho zdravotního stavu. Také je spokojen s výběrem jídla ze dvou různých nabídek. Respondentka 4 poukázala na přátelské prostředí oddělení a na trpělivost personálu. Respondentce 5 nejvíce vyhovovalo: „Že mě dali na tenhle malý pokoj, jsme tu jenom dvě, máme tu větší klid. Paní vedle si ani nechce moc povídat a to mně vyhovuje. Já jsem zvyklá už dlouho sama a mám ráda klid.“ Respondentka 6 zase ocenila kvalitní rehabilitační péči a televizi na pokoji, protože ráda sleduje zprávy, dění ve světě a dokumenty.

#### *G. Negativní stránky hospitalizace na ONP*

Respondenti 1 a 5 si stěžují na noční hluk, respondent 1 a 6 ještě na velmi brzké buzení, kolem páté hodiny ranní. Respondenti 1 a 2 by ocenili menší pokoje, respondentky 2 a 4 by si přály toaletu u pokoje. Respondent 3 neviděl žádné negativní stránky hospitalizace na ONP, ale uvítal by stejně jako respondenti 1 a 6 televizi na pokoji. Respondentka 6 jako negativa ONP uvádí: „Je zde jiný režim, než na jaký jsem zvyklá. Brzy nás budí, pak je až za dlouho snídaně, nejsou zde svačiny a večere je zase moc brzy. Sestra mi musela donést nějaké ovoce a jogurty, abych mohla svačit.“

#### *H. Současné posouzení hospitalizace na ONP*

Respondent 1 byl i přes počáteční velkou negaci s hospitalizací nakonec spokojen. Na dotaz, zda se potvrdily jeho počáteční obavy, odpověděl: „No tak ani ne, jsou tady sice hodně starý lidi, ale jsou tady i chlapi mého věku, někteří i mladší, to jsem nečekal. Dovolili mi tu na pokoj televizi, návštěvy jsou tady skoro pořád.“ Respondentka 2 byla také spokojena, její obavy z hospitalizace se nepotvrdily, personál se stará o všechny

dobře, i o umírající. Optimisticky laděný respondent 3 byl s hospitalizací spokojen. Přes počáteční nespokojenost respondentka 4 nakonec uvádí: „To víte, doma je doma, ale asi jsem se bála zbytečně. Když člověk neví, co ho čeká, já do teď v nemocnici skoro nebyla, tedy jen krátce, a teď na stará kolena tohle. Ale je to tady pěkný, asi nejlepší co jsem kdy byla. Hlavně jsou tu se mnou na pokoji dobrý ženský, to jsem měla štěstí.“ Podobně kladně hodnotily hospitalizaci respondentky 5 a 6.

#### *4.1.3 Kategorie posouzení průběhu hospitalizace z pohledu rodinných příslušníků*

##### *I. Důvod odmítání hospitalizace*

Matka respondenta 1 hospitalizaci neodmítala, je stará, nemá mnoho sil a neví, jak by péči o syna doma sama zvládla, uvádí: „Já jsem proti nebyla, to syn a docela nadával, ale on už takovej je, taky proto od něj žena odešla, on je takovej prudkej.“ Manžel respondentky 2 také proti hospitalizaci nebyl, pohybuje se pomocí berlí a měl důvodné obavy, jak by to doma s manželkou zastal. Manželka respondenta 3 zpočátku odmítala hospitalizaci společně s manželem, ale nakonec je okolnosti přiměly s pobytem na ONP souhlasit. Rodinní příslušníci respondentek 4, 5 a 6 s hospitalizací souhlasili, odmítaly pouze respondentky z důvodů nereálného náhledu na svůj současný zdravotní stav.

##### *J. Poskytovaná ošetrovatelská péče a přístup personálu k pacientům*

Všichni rodinní příslušníci byli s poskytovanou péčí i s přístupem personálu k pacientům i k nim samým spokojeni. Jednotlivě uvádějí:

Matka respondenta 1: „Všichni jsou slušní, když jsem na návštěvě a jdou přebalovat, tak mě slušně poprošej ať počkám na chodbě. A doktorka mně vždycky řekne co a jak je nového.“

Manžel respondentky 2: „Jsem spokojený, vidím, jak se manželka pomalu zlepšuje. Už i náladu má lepší, myslím, že by mi jí mohli za chvíli pustit domů.“

Manželka respondenta 3: „Manžel říkal, že mu každý den měří tlak, měl také kontrolu na kardiologii, tak jsem spokojená, proto tady zůstal.“

Vnučka respondentky 4: „Myslím, že jsou v pohodě, babička tu má své oblíbence, ale také se najde někdo, kdo jí úplně nesedí. Obdivuji jejich trpělivost, já dělám na ambulanci, tam lidi za chvíli odejdou. Tady jsou fakt dlouho a není to lehké se starýma nemocnýma, který si pořád něco vymýšlejí.“

Dcera respondentky 5: „Je tu ochotný personál, moc se nám líbí paní doktorka, maminka na ní dá, umí s ní promluvit a to máma je dost paličatá, ta si nedá jen tak od někoho poradit.“

Neteř respondentky 6: „Tetička je moc spokojená, ze začátku byla taková psychicky špatná, ale pak byla přestěhována na jiný pokoj a už je úplně v pohodě.“

### *K. Současný pohled na hospitalizaci na ONP*

Rodinní příslušníci respondentů ohodnotili oddělení následné péče shodně jako potřebné oddělení, kde je poskytována dostatečná zdravotnická péče a je vstřícný a individuální přístup personálu k pacientům. Matka respondenta 1 vyzdvihuje, že je o syna dobře postaráno, což by ona doma nedokázala. Manžel respondentky 2 je rád, že se zdravotní stav manželky výrazně zlepšuje. Manželka respondenta 3 vyslovila nedostatky ONP, které jsou podle ní tyto: „Jestli by nešlo, aby byly na jednom pokoji lidi dobrý, jako je manžel, a ti hodně nemocný někde jinde. Manželovi to teda prý nevádí, ale mně jo.“

Vnučka respondentky 4 poukázala na toto: „Určitě nejvíc jsme byli spokojeni s rehabilitací, babička denně dostává motodlahy, denně chodí se sestrou i s námi a prý i cvičí jak za mlada v sokole, ale to babička určitě přehání. Taky jsem ráda, že jí přestěhovali na lepší pokoj, kde má babky k sobě a můžou povídat.“ Stejně kladně ohodnotila přínos rehabilitace i dcera respondentky 5. Také poukázala na velkou pomoc sociální pracovnice, která dokázala přesvědčit respondentku 5 o nutnosti podat si žádosti do pečovatelského domu jako pojistku pro budoucnost. Neteř respondentky 6 nejvíce ocenila rehabilitační péči na ONP.

### Názorné schéma celkového zhodnocení ONP očima respondentů

respondent	přístup personálu + oše. péče	pozitiva ONP	negativa ONP	celkové posouzení hospitalizace
<b>1</b>	pečlivá péče, přísná RHB	sociální služby, sprcha u ležícího pacienta, kamarádské prostředí	noční provoz, brzké buzení, chybí televize na pokoji	zájem o pacienty, dobrá péče, celková pochvala
<b>2</b>	pozorný personál, dobrá RHB	dobrovolnický program, pravidelné kontroly	4 pacienti na pokoji, u pokoje není WC	dobrá péče o všechny pacienty
<b>3</b>	profesionální péče, dobrá RHB	výběr z jídel, pravidelné kontroly	chybí televize na pokoji	zájem o člověka, profesionální péče
<b>4</b>	personál ve všem pomůže, dobrá RHB	trpělivost, přátelské prostředí	horší jídlo, u pokoje není WC	pěkné prostředí, moc spokojená
<b>5</b>	ochota personálu, dobrá péče	dobrovolnický program, menší pokoj	noční provoz a hluk	hodnotí moc dobře
<b>6</b>	ohledy na jednotlivého pacienta, dobrá péče	televize na pokoji, dobrá RHB	nemocniční režim, brzké buzení, chybí svačiny	pozornost a trpělivost personálu, dobrá péče

## 5 Diskuze

Tématem této bakalářské práce bylo zjistit, z jakých důvodů někteří geriatričtí pacienti nebo jejich rodinní příslušníci odmítají hospitalizaci na oddělení následné péče v táborské nemocnici a zda jsou jejich důvody oprávněné nebo se jedná o nepodložené předsudky. V diskuzi jsou hodnoceny výsledky kvalitativního šetření bakalářské práce, pro kterou byla použita metoda rozhovorů s jednotlivými pacienty a jejich rodinnými příslušníky. Výběr výzkumného souboru byl záměrný, orientovaný na pacienty a jejich rodiny, kteří hospitalizaci na oddělení následné péče z nějakého důvodu z počátku odmítali, ale přesto byli na tomto oddělení následně hospitalizováni. Výzkumný soubor byl tvořen 6 pacienty a 6 členy jejich rodiny. Pacienti byli ve věkovém rozpětí 66 až 93 let v poměru dva muži a čtyři ženy.

Téma spatřuji jako aktuální, protože jak udává Haškovcová (2006), populace seniorů neustále narůstá a je potřeba věnovat jejich opatrování zvýšenou pozornost. Zvláště je kladen důraz na jejich kvalitní doléčení po akutní nemoci, úrazu nebo dekompenzaci jejich chronického onemocnění a navrácení zpět do běžného života.

Prvním cílem bakalářské práce je zjistit z jakých důvodů někteří geriatričtí pacienti odmítají hospitalizaci na oddělení následné péče. Druhým cílem je stanovit, proč mají obavy z hospitalizace na oddělení následné péče příbuzní pacientů. Třetí cíl má za úkol určit, zda se jedná o důvody odmítání hospitalizace oprávněné nebo jde jen o nepodložené předsudky.

Nejprve byli pacienti dotazováni na počátku hospitalizace na ONP. Otázky z rozhovorů zaměřené na seniory při zahájení hospitalizace zjišťovaly, proč má senior z hospitalizace na ONP obavy, zda má osobní zkušenosti s hospitalizací na ONP, co si myslí, že může od pobytu očekávat.

Na otázku, jaký byl důvod odmítnutí hospitalizace, odpovídají respondenti 1, 3 a 4 ve shodě a to, že se o ně postará rodina, domnívají se, že oddělení tohoto typu nepotřebují. Respondentka 2 má na toto oddělení spíše špatné osobní vzpomínky, před dvěma roky jí zde zemřela sestra. Respondentka 5, která je plně imobilní, nemá reálný náhled na svůj současný stav a chce jít domů, kde však bydlí sama. Respondentka 6 má



obavy ze ztráty soukromí a nechce si připustit momentální nesoběstačnost. Dle mého názoru také jedním z důvodů odmítání hospitalizace u některých seniorů je obrazem toho, jak své stáří senior přijal, jaký k němu má postoj. Klevetová a Dlabalová (2008) poukazují na jednotlivé strategie přijetí stáří. Z rozhovorů s respondenty jsem si udělala představu, do kterých kategorií přístupu ke stáří se můžou řadit. Tomuto zařazení rámcově odpovídají i jejich postoje. Respondent 1 je příkladem strategie hostility, kdy si vytváří nepřátelský postoj vůči lidem i okolí, chce být litován, je obětí svého života, vyhledává konflikty, nemá rád mladé lidi. Jeho negativní postoj k životu je dán také jeho osobnostními rysy. Se strategií závislosti se shoduje postoj respondentky 4, která plně spoléhá na pomoc druhých a přesouvá na ně pocit zodpovědnosti za sebe. Respondentka 5 přesto, že jí je 93 let, odpovídá teorii o obranné strategii, kdy starý člověk odmítá přijmout změny, které přináší stáří, je přehnaně aktivní, dokazuje si svou soběstačnost, odmítá pomoc druhých lidí, chce mít kontrolu nad sebou i okolím. Respondenti 2, 3 a 6 jsou dobrým příkladem konstruktivního přístupu ke stáří, kdy člověk akceptuje svá omezení daná věkem, je optimistický, má program na stáří, je aktivní, udržuje společenské kontakty, má přiměřené plány a cíle.

Na otázku, kdo odmítal hospitalizaci, zda pacient nebo jeho rodina, vyšla shodná odpověď u respondentů 1, 2, 4, 5 a 6. Hospitalizaci bez ohledu na pozitivní názor rodiny odmítali sami pacienti. Většinou z mylné představy, že na ONP se umírá a že oni toto oddělení nepotřebují, že můžou být v péči rodiny nebo i sami doma. Pouze respondent 3 odmítal společně s manželkou: „*Nechtěl jsem sem jít já a ani moje žena. Ale jak jsem po tom infarktu a není mi dobře, tak mě doktor na interně přesvědčil, že by to bylo tady na chvíli dobré, kvůli srovnání tlaku a taky rehabilitaci.*“ Okolnosti jeho onemocnění je k hospitalizaci nakonec přiměly. Haškovcová (2010) tvrdí, že většina laiků nezná rozdíl poskytované formy péče na LDN a na ONP, který je značný. Podle mého názoru také tento fakt může mít vliv na odmítání hospitalizace na ONP. Laická veřejnost má v paměti špatnou pověst „eldéenek“ před rokem 1989. Od té doby prošly dramatickými změnami, většinou k lepšímu. Z rozhovorů bylo dále zjištěno, že se na negativním postoji k ONP také podílí špatné zkušenosti lidí z okolí dotazovaných.

Na otázku, co by od pobytu na ONP mohli pacienti očekávat, odpověděl respondent 1 velmi negativně: „ Nic – nechaj mě ležet a čekat až chcípnu! Říkám, že tady ležet nebudu, starej nejsem a na odpis taky ne. Pochybuju, že by mi tam nějak pomohli, když potřebuju operaci a pak domů!“ Všichni ostatní respondenti nevědí a nemají jasnou představu, ale předpokládají, že budou rehabilitovat a že bude kontrolován jejich zdravotní stav. Z první empirické části rámcově vyplývá, že respondenti většinou nemají jasnou představu o principu péče poskytované na ONP a z neznalosti podstaty této péče ji odmítají.

Druhý blok rozhovorů probíhal u stejných pacientů až po určité uplynulé době hospitalizace. Tyto výzkumné otázky byly zaměřeny na to, jak se senior na ONP zpočátku cítil, zda byl k němu zdravotnický personál vstřícný, zda byla dostatečná ošetrovatelské péče, co mu vyhovovalo a co ne.

Dojmy respondentů na počátku hospitalizace na ONP byly rozdílné. Respondent 1 byl rozpačitý a bral příjem na ONP jako osobní prohru. Respondentka 2 se necítila moc dobře, vrátily se jí vzpomínky na umírající sestru. Respondent 3 se cítil nepatřičně, protože na pokoji s ním byli dva ležící, na péči plně závislí, senioři. Respondentka 4 se cítila vysloveně špatně, ale bylo to dáno spíše jejím psychickým rozpoložením. Respondentka 5 pociťovala z neznámého prostředí ONP nejistotu a úzkost. Respondentka 6 litovala, že s hospitalizací souhlasila. Dle mého názoru je to opakovanou změnou prostředí a nejistotou, kterou si senioři v poslední době prošli. Tento názor potvrzuje i Jarošová (2006), která popisuje, že se ve stáří snižuje schopnost adaptace na změny, nové životní podmínky a náročné situace, je zvýšená nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, nastupují změny vnímání a zhoršení úsudku.

Při výzkumu, jak jsou respondenti spokojeni s ošetrovatelskou péčí a s přístupem zdravotnického personálu, byly zaznamenány pozitivní ohlasy. Respondent 1 je s personálem spokojen a s kým není, tak toho si nevšímá. Stejně je spokojen s rehabilitací a přístupem lékařky. Respondentky 2 a 4 byly mile překvapeny jak z chování personálu, tak i ze stran ošetrovatelské péče, byly spokojeny se zdravotními kontrolami, s přístupem lékařky i s rehabilitační péčí. Respondent 3 udává, že když porovná přístup personálu s předešlými svými hospitalizacemi, je tato nejlepší, se kterou se setkal.

Respondentka 5 ocenila přístup sanitářů, že se takoví mladí kluci se zájmem starají o staré lidi. Podle respondentky 6 je dobře, že personál bere také ohledy na pocity lidí a jeho přístup je trpělivý: „*Jsou výborní, jak to šlo, tak mě přestěhovali na dvoulůžkový pokoj. Berou ohledy na pocity pacientů. Ne že bych to jinak tady nevydržela, ale přece jenom je pak pobyt příjemnější. Chápu, že se tady musíte postarat o všechny nemocné, že tu nemáte hotel, ale jsem velmi vděčná za to přestěhování.*“ Jak říká Pokorná (2010), dobrá komunikace vytváří a udržuje dobré mezilidské vztahy. Také z vlastní zkušenosti vím, že panuje-li na pracovišti přátelská atmosféra, dostatečně a upřímně se s pacienty komunikuje a naslouchá se jim, má to pozitivní dopad na jejich pohled na toto pracoviště. Také Venglářová a Mahrová (2006) tvrdí, že upřímné naslouchání vytváří ideální podmínky pro další rozhovor, pro navození důvěrného vztahu mezi seniorem a sestrou a otevírá mu další možnost svěřit se.

Při dotazování, jaké vidí respondenti pozitivní stránky ONP, bylo shledáno, že nejvíce oceňují rehabilitaci. Haškovcová (2006) říká, že tam, kde je praktická soběstačnost výrazně redukována, je třeba usilovat všemi prostředky o její navrácení. Ztrátu plné mobility a s tím i soběstačnosti pociťuje senior jako trýzeň. Už J. A. Komenský pravil: „*Bez vzduchu oheň jen slabě plápolá a nehoří, bez pohybu člověk nežije, ale živoří.*“ Z vlastní zkušenosti můžu potvrdit, že jak se vylepšuje pacientova mobilita, tak se i pomalu obnovuje jeho soběstačnost a pacient je pozitivně motivován k další intenzivnější rehabilitaci. Jako další pozitivum shledávají respondenti 1, 3, 4 a 6 vstřícný přístup lékařky, která si na ně udělá denně dostatek času a popovídá s nimi. To vyvrací názor Bártlové (2009), podle které je nejčastějším problémem ve vztahu lékař a pacient právě nedostatečná komunikace. Podle Kalvacha (2008) má při ústavním ošetřování komunikace cílevědomě směřovat k podpoře a udržení důstojnosti a autonomie seniora. Pro seniory je dojem, že je tu lékař jen pro ně, velmi důležitý a navozuje jim pocit bezpečí a důvěry. Respondent 1 ocenil služby sociální pracovnice. Malíková (2011) konstatuje, že sociální pracovník musí být empatický, svědomitý, důsledný, zodpovědný, ochotný a trpělivý. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že sociální pracovnice v tábořské nemocnici takový přístup k pacientům mají a každému se věnují individuálně podle jejich potřeb. Respondentkám 2 a 5 se líbil dobrovolnický

program, který na ONP v Táboře funguje již přes rok. Podle Bártlové (2009) jsou dobrovolníci pomocníky v naplňování potřeb pacienta, spojují ho s vnějším světem a podporují ho v jeho nelehké situaci. Pacienti na ONP v tábořské nemocnici se na dobrovolnickou aktivitu vždy těší, je to příjemné zpestření dlouhých dnů hospitalizace. Dobrovolníci hrají s pacienty společenské hry, za teplého počasí je vyvezou ven, povídají si s nimi, předčítají jim nebo se s nimi jen projdou po chodbě. Jednou měsíčně uspořádá koordinátorka dobrovolníků větší akci, jedná se o zpívání lidových písní, dětské taneční vystoupení nebo přednášení veršů. Jako další pozitivní skutečnost ohodnotila respondentka 5 pobyt na menším, hezky zařízeném pokoji. ONP disponuje sedmi čtyřlůžkovými pokoji, ale také čtyřmi pokoji dvoulůžkovými, které mají vlastní sociální zařízení, televizi a lednici. Za sedm let, co pracuji na ONP, jsme se spolupracovníky opakovaně pozorovali, že jsou-li pacienti hospitalizováni na těchto malých pokojích, má na ně toto prostředí pozitivní vliv. Jejich psychická stránka se výrazně zlepšila a i návrat zpět do běžného života se zdá být snadnější a rychlejší.

Mezi negativní stránky ONP respondenti 1 a 2 udávají naopak pobyt na čtyřlůžkovém pokoji, který se jim zdá velký a v noci rušný. Respondentky 2 a 4 postrádají toaletu u pokoje. Optimistický respondent 3 neshledal při svém pobytu na ONP žádné negativní stránky, jen by snad uvítal televizi na pokoji a s tím souhlasili i respondenti 1 a 6. Respondentka 5 za negativní jev považuje přílišný dohled nad sebou, že si nemůže dojít sama ani na toaletu: „*No, třeba že mě nechtějí pouštět samotnou na záchod, mám ho tady u pokoje, jednou jsem tam spadla a už prý sama nesmím, mám si zazvonit, ale vždyť je to pár metrů tak co je budu otravovat. Taky mi vadí ten noční ruch tady, ten provoz. Doma mám svůj klid a tady se pořád budím.*“ Za rozhodující projev zdraví ve stáří považuje Holmerová (2007) schopnost vést samostatný a co nejkvalitnější život a tudíž je nezbytnost zaměřit se zvláště na potřebu soběstačnosti. Přesto, že je respondentce 93 let a ještě nedávno byla po selhání ledvin plně imobilní, nedokáže se vyrovnat se ztrátou soběstačnosti. Soběstačnost a nezávislost na okolí je pro ni v životě to nejpodstatnější, jak v rozhovoru potvrdila i její dcera. Respondenti 1 a 6 se shodli, že jako negativní vnímají brzké buzení a noční hluk, které jsou dány režimem oddělení. Podle Mikšové (2006) patří mezi povinnosti sestry během nočního

klidu pacienty pravidelně kontrolovat. Podle mého názoru by však měla sestra tuto kontrolní nebo i jinou noční činnost na oddělení vykonávat ohleduplně a ve větší tichosti. Respondentka 4 si stěžuje na stravu, respondentce 6 zase nevyhovuje časový rozvrh podávání stravy a že nejsou v nemocnici podávány svačiny, které jí musela zajistit rodina. Nesprávná nebo nedostatečná výživa, jak tvrdí Mikšová (2006), vede k celkovému oslabení organismu, prodloužení doby rekonvalescence a pobytu v nemocnici, zhoršuje imunitu, má vliv na hojení ran a také celkově zhoršuje kvalitu života. Problém respondentky 6 se dá vyřešit, po domluvě s lékařem a nutriční terapeutkou, podáváním mléčných přídatků v podobě jogurtů nebo tvarohů.

Z druhé empirické části vyplývá, že když si respondenti přivykli na nové prostředí a dobře ho poznali, tak byli převážně spokojeni s přístupem personálu i komplexní ošetrovatelskou péčí. Respondenti neměli problém svěřit se s tím, co považují za negativní stránky provozu ONP, což pokládám za projev důvěry a možnost zaměřit se na tyto jevy a společně s personálem ONP se snažit o jejich nápravu.

Třetí oblast výzkumných otázek byla zaměřena na rodinné příslušníky seniora již v průběhu hospitalizace na ONP. Otázky zkoumaly proč hospitalizaci na ONP pro své blízké odmítali, zda mají osobní zkušenosti s ONP, zda jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí a chováním zdravotnického personálu. Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že hospitalizaci ze všech rodinných příslušníků odmítala pouze manželka respondenta 3, která měla obavy, jak pobyt na ONP bude manžel snášet. 87 letá matka respondenta 1 nebyla proti hospitalizaci, ale chtěla, aby bylo o ležícího syna postaráno. Manžel respondentky 2 také osobně nebyl proti, chodí o berlích a měl obavy, jak by to doma s manželkou po mozkové mrtvici zvládli. Vnučka respondentky 4 konstatovala, že hospitalizaci odmítala pouze babička, maminka, která se o ní doma stará je už z dlouhodobé celodenní péče vyčerpaná a potřebuje odpočinek. Dcera respondentky 5 hospitalizaci na ONP uvítala, neboť byla na počátku plně imobilní a bydlí doma sama. Rodina respondentky 6 také hospitalizaci uvítala, jelikož bylo o jejích blízkou, která je doma sama, postaráno. Jak uvádí Bártlová (2009), bylo v dřívější době dobrým zvykem pečovat v rodině o ty jedince, kteří ztratili schopnost se o sebe sami postarat. Zodpovědnost v péči o nemocné se z větší míry přenesla na zdravotnická zařízení.

V současné době se začíná navracet trend, že by většina nemocných měla být ošetřována doma. Z vlastní praxe vím a potvrdily mi to i sociální pracovnice táborské nemocnice, že když hospitalizaci zásadně odmítá rodina pacienta a má kapacitu a schopnosti se o seniora v domácím prostředí postarat, tak k příjmu na ONP skutečně nedojde.

Dále z rozhovorů vyplynulo, že osobní zkušenosti s ONP má pouze rodina respondentky 2, které tu zemřela sestra. Nemají špatné zkušenosti, spíše smutné vzpomínky. Rodiny respondentů 1, 3 a 5 měly spíše negativní informace, které byly zprostředkované od sousedů, známých či z televize. Oproti tomu rodiny respondentů 4 a 6 měly od příbuzných a kamarádů zprostředkované pozitivní informace o zařízeních typu ONP nebo LDN: „..... *ležela tu sestra od tchyně po úrazu páteře po autonehodě, docela dlouho, asi tři měsíce a ta nic špatného neříkala.*“ Tato skutečnost potvrzuje fakt, že na utváření názoru na ONP mají také vliv zkušenosti a mínění lidí z okolí dotazovaných respondentů.

Z odpovědí na výzkumné otázky dále vyplývá, že rodiny respondentů byly spokojeny s ošetrovatelskou péčí o své blízké. Zvláště pozitivně ohodnotily rodiny respondentů 4, 5 a 6 rehabilitační péči. Podle Klusoňové a Pitnerové (2005) je rehabilitační ošetrovatelství jednou ze základních forem ošetrovatelské péče a je úspěšně používáno především na těch odděleních, kde se léčba soustřeďuje na pacienty s poruchou hybnosti, na geriatrické pacienty, pacienty s chronickým či terminálním onemocněním. Dle mého úsudku se v táborské nemocnici úspěšně propojuje rehabilitační ošetrovatelství a spolupráce odborného fyzioterapeuta. Tento fakt potvrzuje právě spokojenost respondentů a jejich rodin s rehabilitací na ONP. Nespokojenost projevila pouze manželka respondenta 3, které vadilo, že je manžel společně na pokoji s ležícími pacienty. Podle ní by měli být oddělení lepší a horší pacienti. Respondentovi 3 však tato skutečnost nevadila. Dále rodinní příslušníci respondentů jednotně kladně ocenili ochotný a vstřícný přístup personálu jak k pacientům, tak i k nim samotným. Jarošová (2007) uvádí, že jedním z cílů péče o seniora je také podpora jeho rodiny a účelné propojení rodinné a profesionální péče.

Rodina svou podporou jednoznačně pozitivně působí na seniora. Žádné zdravotnické zařízení nemůže nahradit láskyplnou péčí fungující rodiny.

## 6 Závěr

Tato bakalářská práce posuzuje problematiku a specifika péče o geriatrické pacienty, se kterými se sestra na oddělení následné péče denně setkává.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, z jakých důvodů někteří geriatrickí pacienti odmítají hospitalizaci na oddělení následné péče. Druhým cílem bylo stanovit, proč mají obavy z hospitalizace na oddělení následné péče příbuzní pacientů. Třetí cíl měl za úkol určit, zda se jedná o důvody odmítání hospitalizace oprávněné nebo jde jen o nepodložené předsudky.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že respondenti většinou nemají jasnou představu o principu péče poskytované na ONP a z neznalosti podstaty této péče ji odmítají. Na utváření názoru na ONP mají také vliv zkušenosti a mínění lidí z okolí dotazovaných respondentů.

Z další empirické části bylo zjištěno, že rodiny respondentů většinou nemají obavy z hospitalizace svých blízkých na ONP, obavy mají více nemocní senioři. Dále z rozhovorů vyplynulo, že rodiny následnou hospitalizaci na ONP neodmítají, ale spíše ji vítají z důvodů odborné rehabilitace, zvýšení soběstačnosti a kompenzace zdravotního stavu seniora.

Z výzkumného šetření ke stanovení třetího cíle bylo zjištěno, že již v průběhu hospitalizace pacienti shledali, že se v jejich případě jednalo o negativní předsudky vůči ONP. Když si respondenti přivykli na nové prostředí a dobře ho poznali, byli spokojeni s přístupem zdravotnického personálu i komplexní ošetrovatelskou péčí. Také v rozhovorech neměli problém svěřit se s tím, co považují za negativní stránky provozu ONP, což je možné považovat za projev důvěry s možností zaměřit se na tyto negativní jevy a realizovat jejich nápravu. Respondenti akceptují potřebnost tohoto typu oddělení, které svoji ošetrovatelskou péčí plynule navazuje na lůžka akutní péče.

Všechny tři výzkumné otázky byly šetřením zodpovězeny a pozitivní je především fakt, že jak oslovení respondenti, tak jejich rodinní příslušníci hodnotili komplexní péči poskytovanou na ONP kladně.



Konkrétní výstupy z práce budou zapracovány do přednášky pro personál ONP, která bude prezentována na provozní schůzi. Bylo by přínosné, kdyby výsledky této práce zaujaly veškerý personál oddělení následné péče natolik, že bude pozitivně motivován a bude i nadále zlepšovat kvalitu ošetrovatelské péče na tomto oddělení.

Cílem zdravotníků ONP jsou spokojení pacienti a jejich prostřednictvím propagovat pozitivní pohled na oddělení následné péče v tábořské nemocnici a vylepšit tak jeho obraz v očích laické veřejnosti. Bylo by dobré, kdyby se do povědomí veřejnosti dostaly pozitivní informace o ošetrovatelské péči poskytované na ONP také například formou informativního článku v nemocničních novinách TANELI.

Geriatričtí pacienti si zaslouží naši zvýšenou pozornost a projev úcty. Zvláště pak se klade důraz na jejich kvalitní doléčení po akutní nemoci, úrazu nebo dekompenzaci jejich chronického onemocnění a navrácení zpět do běžného života.

## 7 Seznam použitých zdrojů

Bártlová, S., S. Matulay. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vydání, Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-306-6

Čevela, R., Z. Kalvach, a L. Čeledová. *Sociální gerontologie*. 1. vydání, Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4

Dvořáčková, D. *Kvalita života seniorů*. 1. vydání, Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3

Haškovcová, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vydání, Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-363-5

Haškovcová, H. *Sociální gerontologie aneb seniori mezi námi*. 1. vydání, Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8

Holmerová, I., B., Jurašková, K., Zikmundová a kol. 3. vydání, *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8

Jarošová, D. *Péče o seniory*. 1. vydání, Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2

Jiráček, R. *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání, Praha: Galén, 2013, s. 24. ISBN 978-80-7262-873-5

Kalvach, Z. a A., Onderková. 1. vydání, *Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5

Kalvach, Z. a kolektiv. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání, Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4

Kelnarová, J. a kolektiv. 1. vydání, *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 2. ročník, 1. díl*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3105-6

Klevetová, D. a I., Dlabalová. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání, Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9

Klusoňová, E. a J., Pitnerová. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-423-2

KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1. české vydání. Překlad Libuše Čížková. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4725-482

Kutnohorská, J. *Historie ošetrovatelství*. 1. vydání Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4

Langmeier, J. *Vývojová psychologie*. 2. vydání, Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-1284-9

Malíková, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání, Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3

Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání, Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1

Mikšová, Z., M., Froňková, R., Hernová a M., Zajíčková. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vydání, Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6

Mlýnková, J. *Péče o staré občany*. 1. vydání, Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7

Pokorná, A. *Komunikace se seniory*. 1. vydání, Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8

Rokyta, R. a kolektiv. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vydání, Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7

Schuler, M. a P., Oster. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. vydání, Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4

Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. vydání, Karmelitánské nakladatelství, 2008.  
ISBN 978-80-7195-307-4

Sýkorová, D. *Autonomie ve stáří, kapitoly z gerontosociologie*. 1. vydání, Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5

Topinková, E. *Geriatricie pro praxi*. 1. vydání, Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6

Trachtová, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání, Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-324-4.

Venglářová, M. a G., Mahrová. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání, Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8

Vokurka, M. a J., Hugo. *Praktický slovník medicíny*. 9. vydání, Praha: Maxdorf s.r.o., nakladatelství odborné literatury, 2008. ISBN 978-80-7345-159-2

Vytejčková, R., P., Sedlářová, V., Wirthová, a J., Holubová. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I.* 1. vydání, Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4

## Internetové zdroje

Helpnet.cz – *informační portál pro osoby se specifickými potřebami*. [on line] [cit. 2014-2-13].

Dostupné na: <http://www.helpnet.cz/seniori/dokumenty-tykajici-se-senioru/364-3>

Cesta domů – *umírání*. [on line ] [cit. 2014-2-22].

Dostupné na: <http://www.umirani.cz/evropska-charta-pacientu-senioru.html>.

Nemocnice Tábor a.s., *webové stránky*. [on line] [cit. 2014-2-25].

Dostupné na: <http://www.nemta.cz/>

Etický kodex. [on line] [cit. 2014-3-10].

Dostupné na: <http://www.eticky-kodex.cz/eticky-kodex-sester/>

Test kognitivních funkcí – *MMSE*. [on line] [cit. 2014-3-9].

Dostupné na: <http://ddalbrechtice.cz/data/ext-21.pdf>

ASKER s.r.o. © Copyright 2014. *Dechová rehabilitace*. [on line] [cit. 2014-3-9].

Dostupné na:

<http://www.asker.cz/sortiment/rehabilitace/dechova-ehabilitace/acapella.html>

Sloupová, Copyright © 2002-2014. *Problematika dekubitů e-AMOS – výukový systém*.

[on line] [cit. 2014-3-9]. Dostupné na:

[http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz\\_text.php?id\\_kap=4&kod\\_kurzu=kos\\_392](http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=4&kod_kurzu=kos_392)

## **8 Seznam příloh**

Příloha č. 1 - Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Příloha č. 2 - Desatero komunikace se seniory

Příloha č. 3 - Příklad respirační pomůcky

Příloha č. 4 - Příklad testu hodnotícího soběstačnost

Příloha č. 5 - Stupnice hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Příloha č. 6 – Přehled predilekčních míst

Příloha č. 7 – Povolení hlavní sestry NT a.s. k výzkumu na ONP

Příloha č. 8 – Seznam otázek k rozhovorům

Příloha č. 9a – Rozhovor s respondentem 1

Příloha č. 9b – Rozhovor s respondentem 2

Příloha č. 9c – Rozhovor s respondentem 3

Příloha č. 9d – Rozhovor s respondentem 4

Příloha č. 9e – Rozhovor s respondentem 5

Příloha č. 9f – Rozhovor s respondentem 6