



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Komplexní péče o seniory v nemocničním zařízení

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Lenka Hrádková

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Komplexní péče o seniory v nemocničním zařízení jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 08. 2017

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Věře Staskové Ph.D. za odborné rady, vstřícnou spolupráci, podporu a trpělivost při zpracování práce. Dále bych chtěla poděkovat vedení nemocnice, ve které bylo provedeno výzkumné šetření.

Zvláště bych poděkovala sestřám a pacientům, kteří se na výzkumném šetření podíleli.

V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu a trpělivost při studiu.

Komplexní péče o seniory v nemocničním zařízení

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou Komplexní péče o seniory v nemocničním zařízení. Koncepce bakalářské práce je teoreticko-empirická.

Teoretická část je zaměřena na charakteristiku stáří a změn, které ho provází, pojetí komplexní péče, pracovníky, kteří se podílejí na komplexní péči a komplexní péči při příjmu a hospitalizaci. Nadále je orientována na zvláštnosti komunikace se seniory, úlohu sestry v uspokojování potřeb seniorů, rodinu jako součást péče o seniory a zdravotní péči o seniory v nemocničním zařízení.

Empirická část zahrnuje výzkumné šetření, které bylo provedeno pomocí kvalitativního přístupu, metodou dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami a seniory na oddělení následné péče. Získané informace byly zaznamenány písemným zápisem a následně přepsány a uspořádány metodou tužka-papír do kategorizačních skupin. Ve spojitosti s výzkumným šetřením byly zvoleny tři cíle. Prvním cílem práce bylo zjistit, jak sestry pojmají komplexní péči o seniory. Druhým cílem jsme chtěli zjistit, jak sestry naplňují komplexní péči o seniory. Třetím cílem bylo zjistit, jaké aspekty péče poskytované sestrami seniori postrádají. K těmto cílům bylo stanoveno šest výzkumných otázek, na které bylo během výzkumného šetření odpovězeno.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry prokázaly srozumitelnost a znalost pojmu komplexní péče a multidisciplinární tým. Komplexní péči sestry realizují již při příjmu- seznámením pacienta s oddělením s ohledem na jeho zdravotní stav. Nadále odebírají ošetrovatelskou anamnézu a vyhodnocují zdravotní stav pomocí hodnotících nástrojů, které v průběhu hospitalizace aktualizují a nadále vyhodnocují. Bylo zjištěno, že sestry kladou důraz na zjišťování a zajišťování biologických, psychických a sociálních potřeb. Jaké aspekty komplexní péče o seniory jsou sestrami opomíjeny, vyplynulo z rozhovorů sester a seniorů. Sestry nedostatečně naplňují potřebu autonomie a u sociálních potřeb by bylo vhodné, kdyby si sestry vytyčily více času na komunikaci s pacienty. Z výzkumného šetření nadále vyplynulo, že spirituální potřeby nejsou uspokojovány. Odpovědi seniorů se lišily od odpovědí sester a z výsledků je zřejmé, že sestry tyto potřeby nenaplňují. Jaké aspekty při poskytování péče seniori postrádají, uvedli, že jsou na oddělení spokojeni. S výsledky sester se ovšem shodli, že by uvítali

větší důraz na dodržování soukromí a doplnili by vybavení pokojů. Stejně tak se společně doplnili v nedostatku personálu.

Klíčová slova

Komplexní péče; senior; multidisciplinární tým; změny stáří; potřeby.

Comprehensive care for seniors in hospital

Abstract

This bachelor thesis deals with the issue of Comprehensive care for seniors in hospital. The conception of this thesis is theoretically-empirical.

The theoretical part is focused on the characteristics of old-age and changes that accompany it, on the concept of comprehensive care, workers who participate in complex care and comprehensive care in hospital reception and hospitalization. Subsequently, it is oriented towards peculiarities concerning communication with seniors, the nurse's role in satisfying seniors' needs, the family as a part of care for seniors, and senior health-care in hospital facilities.

The empirical part includes a research which was done via a qualitative approach, a questioning method, a semi-structured observation technique with nurses and seniors in the Aftercare Ward. The information obtained was noted in written form, and subsequently rewritten and organized, via a pen-paper method into categorizing groups. In relation to the research, three aims were chosen. The first aim was to find out how nurses conceive comprehensive senior care. The second aim was to find out how comprehensive senior care is being fulfilled by the nurses. The third aim was to find out what aspects of care offered by nurses are missed by the seniors. Six research questions which were being answered during the research were added to these aims.

The research has shown that nurses have proven comprehension and knowledge of the terms 'comprehensive care' and 'multidisciplinary team'. Comprehensive care is implemented by nurses already when receiving – introducing the patient with the ward in regard to their health condition. Further on, they take the patients' anamnesis from them, and they evaluate their health condition via evaluating tools which are being updated and further evaluated during the hospitalization. It was found out that nurses emphasize ensuring biological, psychological and social needs. Aspects of comprehensive senior care which are being missed by nurses have emerged from the nurses' and patients' interviews. Nurses do not sufficiently fulfill the autonomy need, and in social needs it would be suitable for nurses to lay out more time for communication with patients. The research has further proven that spiritual needs are not being fulfilled. The seniors' answers were different from those of the nurses, and the results prove clearly that these needs are not being fulfilled by the nurses. Having been asked about what aspects in care the seniors are missing, they answered that they were

happy in the ward. They agreed to the nurses' results, saying that they would welcome a greater emphasis on keeping privacy, and complete room equipment. They equally agreed on the insufficient staff numbers.

Keywords

Comprehensive care; senior; multidisciplinary team; changes in old age; needs.

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1 Pojetí stáří a jeho klasifikace	11
1.2 Změny provázející stáří	12
1.2.1 Biologické změny.....	13
1.2.2 Psychické změny.....	14
1.2.3 Sociální změny.....	14
1.3 Komplexní péče.....	15
1.3.1 Pojetí komplexní péče	15
1.3.2 Pracovníci podílející se na komplexní péči.....	17
1.3.3 Komplexní péče o seniora při přijetí do nemocničního zařízení	18
1.3.3.1 Hodnotící nástroje k posuzování stavu zdraví.....	19
1.3.4 Komplexní péče při hospitalizaci seniora	20
1.3.5 Zvláštnosti komunikace se seniory.....	21
1.3.6 Úloha sestry v uspokojování potřeb seniorů	23
1.3.6.1 Péče o biologické potřeby seniorů.....	24
1.3.6.2 Péče o psychické potřeby seniorů.....	27
1.3.6.3 Péče o sociální potřeby seniorů	28
1.3.6.4 Péče o spirituální potřeby seniorů	29
1.3.7 Rodina jako součást péče o seniory	30
1.4 Zdravotní péče o seniory v nemocničním zařízení.....	31
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	33
2.1 Cíle práce.....	33
2.2 Výzkumné otázky	33
3 METODIKA	34
3.1 Použitá metoda výzkumného šetření.....	34
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	34
4 VÝSLEDKY	36
4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami	36
4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů se seniory	47
5 DISKUZE	54
6 ZÁVĚR.....	64

7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	66
8	PŘÍLOHY	70
8.1	Seznam příloh.....	70

ÚVOD

Téma bakalářské práce „Komplexní péče o seniory v nemocničním zařízení“, jsem si zvolila z důvodu, že péče o seniory je odlišná díky specifickým, která se u starší generace vyskytují. U starších pacientů, vzhledem ke změnám provázející stáří, patří přítomnost nemoci či nemocí, proto je tedy samozřejmé, že jsou častěji hospitalizováni. Každé onemocnění seniora jistým způsobem omezuje v naplňování jeho biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb. Uspokojování těchto potřeb při hospitalizaci přebírá zpravidla všeobecná sestra, která by měla mít základní vědomosti o změnách, které provázejí stáří. Nedílnou součástí komplexní péče je spolupráce členů týmu, kteří o pacienta pečují, kdy cílem je udržet či zlepšit jeho zdravotní stav, umět najít a uspokojit aktuálně zjištěné potřeby.

V bakalářské práci budeme rozebírat změny, které stáří provází a jaký vliv mají na kvalitu života člověka. U seniorů je potřeba brát v potaz, že vlivem těchto změn v organismu je možný vznik onemocnění s odlišným průběhem. Úkolem zdravotnického personálu je důkladně posoudit zdravotní stav pomocí odebrané anamnézy, provedeným fyzikálním vyšetřením, vypracováním funkčních testů, rozhovorem s pacientem a pozorováním. Výsledek nám pomůže zjistit jeho aktuální potřeby a problémy. Proto je důležité, umět rozlišit fyziologické stárnutí od zdravotních obtíží. Nadále charakterizujeme komplexní péči a tým, který se na ní podílí s ohledem na jejich kompetence. Zpravidla bývá tvořen lékařem, všeobecnou sestrou, sociálním pracovníkem, psychologem, rehabilitačním pracovníkem a rodinou. Dále se budeme zabývat, jakým způsobem je potřeba se seniory komunikovat, protože u nich často bývá přítomna smyslová porucha. Také je třeba připomenout, jaké jsou možnosti vyhledávání a zabezpečení biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb všeobecnými sestrami orientované na hospitalizované seniory.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Pojetí stáří a jeho klasifikace

Každá vývojová etapa v životě člověka má svá specifika, není tomu jinak i ve stáří. Stáří je důsledek stárnutí a nejčastěji je označováno, jako konečná vývojová etapa života, která končí smrtí. Jedná se o nevratný proces, který je u každého jedince individuální a jeho projevy se u každého jedince liší. Stárnutí jakožto fyziologický proces, kterým prochází v průběhu celého života každý jedinec, způsobuje změnu ve stavbě a funkci organismu. Z toho vyplývá, že stárnutí má za následek menší odolnost organismu a snížení jeho výkonnosti. Ve stáří jsou tyto změny často provázány onemocněním v důsledku involučních změn v lidském organismu. Jsou třeba zdůraznit i genetické predispozice jedince, které mají vliv na kvalitu našeho života a nemůžeme je ovlivnit (Čevela et al., 2014).

Stáří je často hodnoceno dle data narození, tedy chronologicky. Periodizace stáří dle Světové Zdravotnické organizace (World Health Organisation) je věk stárnutí, nebo také rané stáří od 60 do 74, 75 až 89 let je bráno jako vlastní stáří či kmetství, 90 let a více je považováno za dlouhověkost (Mlýnková, 2011). Stáří je možné podle Příbyla (2015) rozdělit na kalendářní stáří, biologické stáří a sociální stáří. Kalendářní stáří určuje datum narození, biologické stáří se odvíjí od míry involučních změn v organismu a sociální stáří je spojováno se změnou potřeb, životního stylu a změnou role, kterou jedinec vykonává ve společnosti (Příbyl, 2015).

Seniorskou populaci lze pomyslně rozdělit i dle zdatnosti seniorů pomocí funkční klasifikace. Zmíněná kategorizace seniorů pomůže určit potřebu podpory a rozsahu péče. Zahrnuje elitní, zdatné, nezávislé, křehké, závislé a zcela závislé seniory. Elitní senioři i ve vysokém věku zvládají extrémní výkony. Zdatní senioři mají velmi dobrou tělesnou a duševní kondici. Zvládají některé činnosti lépe než o několik let mladší neaktivní jedinci. Nezávislí senioři nemají problém se soběstačností, ale často žijí sedavým způsobem života. Většinou mají senioři omezený rozsah kloubních pohybů, nižší svalovou sílu a špatně se přizpůsobují mimořádným zátěžím včetně operačních zákroků a rekonvalescenci po nich (Kalvach, Onderková, 2006). Kategorie křehkých seniorů již nezvládá aktivity denního života a mají problém se soběstačností. Již vyžadují v některých činnostech pravidelnou pomoc od druhé osoby. Závislí senioři

jsou již se závažným funkčním omezením. Jsou schopni zvládnout pomalé vycházky s pomocí kompenzačních pomůcek a často jsou přidružené mentální poruchy. Zcela závislí senioři jsou imobilní a zcela upoutáni na lůžko. Přidružený bývá i těžký mentální úbytek intelektových schopností a dovedností (Šnejdrová, Kalvach, 2008).

V období stáří je nutno zmínit i specifické zdravotní problémy a duševní krize, které je nutné překonat. V životě člověk zažívá mnoho krizí a je překvapivé, že čím více krizí překonáme, zdá se být život hezčí. To samé platí i pro zdraví, čím více chorob porazíme, vážíme si svého zdraví. S tím souvisí i příprava na stáří. Měli bychom si uvědomit, že snaha o zachování nejzákladnějších činností, které se jedinec naučil do třetího roku života, nám pomůže udržet se v dobré formě. Patří mezi ně vzpřímené držení těla, chůze, řeč a touha poznávat. Častou překážkou ve stáří je však ubývání sil a choroby, které ho provázejí (Holmerová et al., 2014). Mnohdy jedna choroba má za následek začátek choroby druhé. Postup nemoci bývá náchylný k vleklému průběhu tedy chronicitě. Z toho vyplývá, že ošetřování seniorů bývá velice náročné a je potřeba při něm vynaložit značné množství empatie, trpělivosti a porozumění nemocným (Vondráček et al., 2009).

1.2 Změny provázející stáří

Stáří je vždy provázeno přirozenými změnami v organismu, které jsou projevem stárnutí. Tento proces je ovlivněn řadou faktorů, které po celý život působí na organismus. Faktory mohou být vnější a vnitřní. Mezi vnitřní patří genetická výbava, tělesná onemocnění a psychická výbava jedince. Mezi vnější faktory řadíme životní prostředí, klima, finanční zabezpečení, vzdělání a rodinné zázemí (Čevela et al., 2015). U starého jedince musíme brát v potaz, že vlivem změn v organismu je možný vznik onemocnění s ne úplně typickým průběhem. Změny v organismu se projevují v oblasti biologické, psychické a sociální. Tyto oblasti jsou vzájemně propojeny a ovlivňují se (Mastiliaková, 2014). Úkolem zdravotnického personálu je důkladně posoudit zdravotní stav pomocí odebrané anamnézy, provedeným fyzikálním vyšetřením, vypracováním funkčních testů, rozhovorem s pacientem a pozorováním. Výsledek pomůže zjistit jeho aktuální potřeby a problémy. Proto je důležité umět rozlišit fyziologické stárnutí od zdravotních obtíží (Klevetová, 2017).

1.2.1 Biologické změny

Ve stáří probíhají v organismu člověka biologické změny, které bývají zjevné na první pohled. Změna kvality kolagenu ovlivňuje řadu změn ve stárnoucím organismu, zasažena je každá orgánová soustava v lidském těle, a především je snížena pružnost, elasticita a pevnost tělesných tkání a orgánů (Holmerová et al., 2014).

U každého jedince neprobíhají změny stejně. Jsou ovlivněny genetikou a zdravotním stavem jedince (Holmerová et al., 2014). Vlasy šedivějí a mužům řídnou. Na obličejí jsou patrné vrásky vzhledem k tomu, že kůže ztrácí svoji pružnost a pevnost. Postava se zmenšuje, protože vysychají a oplošťují se meziobratlové ploténky. Svaly ochabují a ztrácejí svoji pružnost. Často můžeme u seniorů pozorovat tzv. stařecké skvrny, které vznikají seskupováním melanocytů. Mezi změny na organismu, které nejsou na první pohled zjevné, patří například zhoršená funkce smyslových orgánů, která spadá i do změn v psychické oblasti. Časté je poškození sluchu a zraku oproti hmatu, který má vyšší práh citlivosti. Smyslové poruchy zapříčiňují zhoršenou orientaci seniorů. Čich bývá zachován, ale chuť bývá zeslabená, proto staří lidé mívají rádi kořeněná jídla (Haškovcová, 2010). Ve stáří je involučními změnami zasažen také endokrinní systém. Vytváří se snížené množství melatoninu, a to zapříčiňuje poruchy spánku, jimiž senior často trpí. Mezi příznaky úbytku růstového hormonu patří únava, snížení svalové tkáně, zvyšuje se tuková tkáň a jedinec je ohrožen zvýšeným výskytem zlomenin. Seniori jsou díky těmto přeměnám často ohroženi pádem. Změny v nervovém systému jsou zapříčiňeny sníženým počtem nervových buněk, buněčných spojení a zhoršeným cévním zásobením mozku. To může způsobit demenci či mozkovou mrtvici, kdy se jedinci zhoršuje schopnost rozhodování, porucha krátkodobé paměti a porucha vybavování. Změny ve vylučovacím systému postihují ledviny i močový měchýř. Močový měchýř ztrácí svou elasticitu a klesá síla svalových svěračů okolo uretry, jenž způsobuje močovou inkontinenci, která je ve stáří velmi častá. Gastrointestinální systém je ovlivněn již opotřebeným chrupem či jeho úplnou ztrátou. Vzniká tím neschopnost nedostatečně rozmělnit potravu a následně problémy s dostatečným příjmem potravy. Nadále dochází ke sníženému množství slin, poklesu tvorby trávicích enzymů a zpomalené peristaltice (Rokyta et al., 2015).

1.2.2 Psychické změny

Ve stáří se mění i psychika člověka, která velice často souvisí s tělesnými změnami, které senior negativně přijímá a prožívá. Malíková (2011, s. 21) uvádí, že „*změny v psychické oblasti při fyziologickém stárnutí nastupují pozvolna*“. Obecně platí, že se jedná o postupnou proměnu kognitivních funkcí člověka (Malíková, 2011). Ve stáří se postupně mění poznávací procesy, a to především v okruhu zaznamenávání, ukládání a užití informací. Reakce seniora se stávají pomalejší, zpracování a vyhodnocení přijatých informací trvá déle. Zhoršuje se schopnost vybavování si a zapamatování si, také je zpomalená pozornost. Méně často bývá poškozená dlouhodobá paměť na rozdíl od krátkodobé. Je tedy problém v učení se něčemu novému. Vzestupnou tendenci má v psychice člověka vytrvalost a trpělivost. Jak již bylo zmíněno v kapitole 1.2.1 Biologické změny- často bývají narušené smyslové orgány, které zajišťují poznávací procesy. Jedná se o poruchy zraku a sluchu. Tato postižení seniorům ztěžují pozornost. Často jsou tyto poruchy bariérou v komunikaci a senior se proto může začít raději vyhýbat společnosti. Po emoční stránce bývá jedinec plačtivý, nestabilní, často se vyskytuje úzkost, strach nebo deprese. Co ve stáří zůstává neměnné, jsou jazykové znalosti a slovní zásoba. Starý člověk přehodnocuje a mění své životní priority. Ve stáří se často zvýrazňují osobnostní rysy a vlastnosti. Snižuje se potřeba stimulace, mnoho podnětů seniora unavuje. Senioři si velice špatně zvykají na životní změny. Je pro ně důležitý denní režim, který vyžadují nenarušovat. Častým projevem stáří je demence. Prvním příznakem bývá zhoršování paměti, kdy postupem času jedinec není schopný poznávat své okolí a své blízké. Bývá dezorientovaný a již si nevybaví ani dlouhodobé informace (Mahrová et al., 2008).

1.2.3 Sociální změny

Nejrazantnější sociální událostí ve stáří je odchod do starobního důchodu. Tím se u seniora mění potřeby a sociální role ve společnosti. Jedinec se musí přizpůsobit změnám provázejícím odchod do důchodu, ať už je to změna negativní či pozitivní. Mezi negativní můžeme zařadit ztrátu společenské prestiže, snížený ekonomický příjem, který souvisí s poklesem životní úrovně. Tím se dostáváme k potřebě ekonomického bezpečí, protože nejen pro seniory je důležitá finanční autonomie. Chtějí se o sebe materiálně postarat a být nezávislí, čemuž může zabraňovat zhoršený

zdravotní stav či snížení soběstačnosti, které vede ke ztrátě ekonomických jistot. Důsledkem biologických změn v organismu seniora je možná snížená schopnost sebezpečí, čímž je jedinec ohrožen sociální izolací, na kterou navazuje snížená schopnost komunikace s okolím a vzniká ztráta sociální jistoty (Malíková, 2011). Působením těchto překážek vzniká obava z osamělosti a nepotřebnosti. Je nutné se snažit seniora neustále utvrzovat v tom, že je důležitý. V případě ohrožení bezpečí nemocí či změnou prostředí senior vyhledává podporu u svých blízkých, nebo v domovech s pečovatelskou službou či domovech pro seniory. V případě hospitalizace seniora se v nemocničním zařízení často senioři upínají na pracovníky, u kterých cítí pocit bezpečí a pomoc, protože jsou to právě oni, kteří mají v rukou jejich životy. Nejtěžší ztrátou v důchodovém věku bývá ztráta životního partnera, která prohlubuje pocit osamělosti. V této situaci je rodina nepostradatelná, protože by měla zastávat funkci citové podpory.

Další sociální změnou bývá nadbytek volného času, který může být brán i jako pozitivní změna. Senior zvyklý na celodenní pracovní vytížení neví, jak s volným časem naložit a začne se nudit, což může vzbuzovat další negativní emoce. Jiní naopak využívají volný čas na záliby, na které při zaměstnání nebyl čas. Rádi předávají své zkušenosti a vyprávějí životní příběhy, což přináší pocit sounáležitosti. Je důležité myslet také na to, že senior bývá ohrožen ageismem, tedy jak uvádí Příbyl (2015, s. 27) „*věkově podmíněnou diskriminací*“. Staří lidé jsou vnímáni díky masmédiím jako přítěž a tato situace je vyhocena odmítáním až odporem ke starým lidem. U seniora tento fakt může způsobit ztrátu sebedůvěry a ztotožňováním se s ageistickým názorem. Je tedy důležité ve společnosti ctít starší občany a vyzdvihovat jejich moudrost (Příbyl, 2015).

1.3 Komplexní péče

1.3.1 Pojetí komplexní péče

Do pojetí komplexní péče můžeme zahrnout, jako řešení různých jednotlivých onemocnění pacienta na jednom pracovišti, který je v péči multidisciplinárního týmu. Jeho úkolem je zajistit všestrannou, vysoce odbornou a lidskou péči (Jarošová, 2007).

Komplexní péči je možno charakterizovat i jako péči, která při aktivitě všech členů multidisciplinárního týmu umožňuje naplňovat pacientovy potřeby a nejenom léčit samotné onemocnění. Zahrnuje všestrannou, plánovanou péči jeho individuálních potřeb s ohledem na současný zdravotní stav pacienta. Pojem komplexnosti vyjadřuje všestrannou zdravotní péči, její soustavnost, návaznost a organizování kolektivní spolupráce celého týmu (Kalvach, Onderková, 2006). Při naplňování komplexní péče je třeba vycházet z biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb nemocného a z toho, že je narušená rovnováha mezi jedincem a jeho sociálním prostředím. Hospitalizace seniora v nemocnici znamená zásadní změnu v jeho životě. Je tedy na zdravotnickém personálu, aby byl schopen zajistit léčbu onemocnění, předcházet vzniku nesoběstačnosti a uměl zjistit a vyhodnotit individuální potřeby hospitalizovaného seniora (Jarošová, 2007).

Komplexní péči o seniory lze pojmut i z pohledu vycházejících ze změn stáří, které byly popsány v kapitole 1.2 Změny provázející stáří. Abychom byli schopni zajistit komplexní péči o seniory, je třeba posoudit biologický, psychický, sociální a spirituální stav seniora, bereme v potaz změny, které probíhají v organismu seniora spolu s onemocněním a zdravotními obtížemi, které v současné době seniora zasáhli. K získání těchto údajů používáme nejčastěji schopnosti, jako jsou pozorování, rozhovor, fyzikální vyšetření a funkční testy. K doplnění informací o zdravotním stavu seniora patří také laboratorní výsledky a další potřebná vyšetření. Pomocí těchto ukazatelů můžeme zhodnotit potřebu ošetrovatelské péče a následně vyvodit aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy (Holmerová et al., 2014).

U seniorů se ke zjištění jejich zdravotního stavu a schopností používají funkční testy. Tyto testy slouží ke komplexnímu posouzení celkového stavu a soběstačnosti jedince (Mastiliaková, 2014). Vzhledem k omezení soběstačnosti vlivem chronických onemocnění, které se postupně zhoršují, je potřeba funkční stav v pravidelných intervalech sledovat. Reálné zhodnocení schopností napomáhá individuálně nastavit rozsah péče, stanovit ošetrovatelský plán a stanovit přiměřený rozsah pomoci a podpory. K posouzení seniora se používá komplexní geriatrické hodnocení (Comprehensive Geriatric Assessment – dále CGA), které je orientováno na určení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností. Kalvach (2004, s. 165) uvádí, že *„CGA vychází ze standardního klinického vyšetřování a diagnostikování. To však překračuje vyšší kvalitu komplexnosti a interdisciplinarity, aniž by tím byla dotčena*

odbornost a významnost lékařské diagnostiky a terapie.“. V tomto hodnocení posuzujeme osobnost seniora, tělesné zdraví, funkční výkonnost, duševní zdraví a sociální souvislosti (Kalvach et al., 2004). Hodnocení se provádí ve třech rovinách, a to v empirické, orientační a podrobné úrovni. V empirickém hodnocení vytváříme odborný odhad daného parametru pomocí fyzikálního vyšetření a odebráním anamnézy. Orientační anamnéza využívá funkční testy. Podrobné vyšetření využívá speciálních vyšetřovacích metod (Holmerová et al., 2014). Pomocí funkčních testů můžeme orientačně zhodnotit celkový stav seniora a vyhodnotit oblast s případnou poruchou, na kterou je nutné se z ošetřovatelského hlediska zaměřit. Tyto funkční testy provádí zpravidla všeobecná sestra. Dle výčtu nejčastějších problémů ve stáří hodnotíme nejčastěji oblasti poruchy spánku, problémy s příjmem potravy, inkontinenci, poruchu kognice, poruchu rovnováhy, bolest a porušení celistvosti kůže. Konkrétní funkční testy budou blíže popsány v kapitole Hodnotící nástroje k posuzování stavu zdraví. Podrobná úroveň vyšetření zahrnuje laboratorní výsledky a zobrazovací či speciální vyšetřovací metody. Ze speciálních vyšetření to mohou být například CT vyšetření, magnetická rezonance, spirometrie, audiometrie a jiné (Pokorná, 2013).

Fyzikální vyšetření umožňuje předvídat pacientovy potřeby a provádí je lékař. Mezi fyzikální vyšetření patří takzvaný 5P – pohled, pohmat, poklep, poslech a vyšetření per rectum. Při vyšetření pohledem se vždy zaměřujeme od celkového vzhledu pacienta k vyšetření hlavy, krku, hrudníku, břicha po končetiny a kůži. Vyšetření pohmatem využíváme hmatu a vyšetřujeme pomocí prstů, nebo rukou. U poklepu používáme nepřímý poklep, který informuje o náplni pod povrchem těla. Je možné jeho pomocí rozeznat zvuky zdravé a patologické tkáně. Fonendoskop využíváme při vyšetření poslechem. Získáme informace o dýchacích šelestech či srdeční akci. Vyšetřením per rectum hodnotíme nález v oblasti svěrače pomocí hmatu a pomocí zraku stolici, která zůstane na rukavici po vyšetření (Nejedlá, 2015).

1.3.2 Pracovníci podílející se na komplexní péči

Při péči o seniora je vždy potřeba tým odborníků, kteří zajistí profesionální péči o jeho osobu. Tým charakterizuje společný cíl a odpovědnost za jeho plnění. Je to skupina odborníků, kteří se navzájem doplňují a umožní pohled na pacienta z více úhlů. Multidisciplinární tým se skládá z jedinců různých odborností, ať už jsou to pracovníci

lékařské či ošetrovatelské péče, každý má svůj konkrétní úkol. Zpravidla bývá tvořen z lékaře, všeobecné sestry, sociálního pracovníka, psychologa a fyzioterapeuta. Potřebná je i spolupráce zdravotníků s rodinnými příslušníky, kteří jsou bráni jako součást týmu (Vévoda et al., 2013). Vždy záleží na požadavcích řešeného úkolu a konkrétních potřebách pacienta. Tito pracovníci mezi sebou komunikují, společně pracují a dosahují určených cílů (Mahrová et al., 2008).

V kompetenci lékaře je diagnostikovat a léčit. Úkolem lékaře je být vedoucím týmu z pohledu organizace zdravotní péče (Bártlová, 2005). Musíme vzít v potaz, že senior, který je hospitalizovaný, může být ve výborné kondici, ale také může již trpět ztrátou soběstačnosti. Úkolem multidisciplinárního týmu je naplňování fyzického bezpečí, které zahrnuje hlavně potřebu žít, žít bez bolesti a být soběstačný. Ošetřující tým zajišťuje prvotní biologické potřeby, které mohou být narušeny a vedou k poruše zdraví. Prvotně by se tým měl soustředit na základní biologické potřeby, bez kterých není organismus schopen dlouho přežít. Zahrneme do nich dýchání s kardiovaskulárními funkcemi, hydrataci, výživu, vyprazdňování moče a stolice, tělesnou a duševní aktivitu, spánek a odpočinek, teplo, pohodlí, bolest, hygienu, sexuální a mateřskou potřebu (Chloubová, 2005). Nadále se tým soustřeďuje na zajištění psychických, sociálních a spirituálních potřeb, mezi které řadíme potřebu bezpečí a jistoty, potřebu důvěry a lidské důstojnosti. Velmi důležitá je potřeba komunikace a kontakt s druhými lidmi. Nelze nezdůraznit i potřebu víry a odpuštění (Příbyl, 2015).

Součástí poskytované nelékařské péče jsou nejenom nelékařští zdravotničtí pracovníci, tedy všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, ošetrovatelky, ale pojímá také sociální pracovníky, duchovní a psychology. Avšak všeobecná sestra je spolu s lékařem v první linii týmu (Mahrová et al., 2008). V multidisciplinárním týmu zaujímá všeobecná sestra významnou pozici. Ona je ta, na kterou se pacient obrací s jeho otázkami. Současně musí umět efektivně předávat informace ostatním členům týmu (Marková, 2010).

1.3.3 Komplexní péče o seniora při přijetí do nemocničního zařízení

Hospitalizace seniora je pro něj vždy stresovou situací. Všeobecná sestra spolu s lékařem bývají prvními pracovníky, se kterými se senior v nemocnici setkává. Jejich

úkolem je vypracovat komplexní geriatrické hodnocení (Comprehensive Geriatric Assessment), které je orientováno na určení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností seniora. Zhodnocení stavu seniora je základním nástrojem pro sledování změn stavu v čase a zaznamenává postup léčby a rehabilitace (Pokorná, 2013). Úlohou lékaře při vstupním vyšetření je odebrání anamnézy rodinné, osobní, alergické, transfúzní, gynekologické, pracovní a sociální. Nedílnou součástí anamnézy jsou potíže, které seniora do nemocničního zařízení přivedly, tedy stanovení diagnózy a prognózy onemocnění či geriatrických syndromů. Lékař provede fyzikální vyšetření a zaznamená spolu s chronickou medikací pacienta do příjmového listu (Holmerová et al., 2014). Úkolem všeobecné sestry při příjmu seniora je kromě plnění ordinace lékaře odebrat od pacienta ošetřovatelskou anamnézu a stanovit ošetřovatelský plán. Následně pak sestavit aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy. Mimo jiné sestra testuje seniora pomocí škál, kterými zhodnotí zdravotní stav pacienta, zjistí konkrétní potřeby a naplánuje si ošetřovatelský plán, který následně sestaví a na jeho podkladě ho začíná plnit. V této oblasti je role sestry jedinečná a nezastupitelná, kdy ošetřovatelská péče musí být vykonávána s velkou profesionalitou. Jejím cílem je uspokojit zjištěné potřeby a vyřešit problémy seniora, které se objevily v průběhu jeho onemocnění (Jarošová, 2007). Dalším kvalifikovaným pracovníkem týmu je fyzioterapeut, který je seznámen s potřebnou rehabilitací seniora a je schopen předpokládat další postup a výsledek v další rehabilitační činnosti. Odborníci, podílející se na péči o seniora komplexně zhodnotí stav společně s dalším provedeným vyšetřením a na podkladu tohoto komplexního geriatrického hodnocení přibírají do týmu další odborníky. Na základě tohoto vyšetření jsou schopni pacientovi navrhnout další postup léčby a péče (Holmerová et al., 2014).

1.3.3.1 Hodnotící nástroje k posuzování stavu zdraví

K objektivnímu posouzení zdraví a zjištění individuálních problémů pacienta se používají různé hodnotící nástroje a pomůcky. Tato hodnocení vypracovávají všeobecné sestry a k jejich odebrání je důležitá efektivní komunikace. K posouzení schopnosti sebepečení se nejčastěji užívá Barthelové test základních denních aktivit (ADL – Activities of Daily Living), který posoudí míru soběstačnosti a mobilitu jedince (Příloha 1). Společně s Barthelové testem se využívá i test instrumentálních všedních

činností (IADL – Instrumental activities of daily living, Příloha 2), pomocí něhož všeobecná sestra zhodnotí funkční stav a schopnost provozovat určité činnosti v místě, kde pacient žije (Mastiliaková, 2014). Při hodnocení kognitivních funkcí se nejčastěji užívá krátká škála mentálního stavu (MMSE – Mini-Mental State Examination, Příloha 3). Wenger (2001) považuje hodnocení kognice za základ pro včasné odhalení případných změn. Tento test hodnotí u pacienta orientaci, paměť a výbavnost, pozornost, řeč, čtení, psaní a počítání. Vypracování testu je vhodné použít u pacientů s podezřením na demenci i pro sledování postupu demence (Wenger, Shekelle, 2001). K vyšetření depresivní poruchy se užívá Geriatrická škála deprese dle Yessavage (Příloha 4). Nedílnou součástí určení kondice seniorů patří i hodnocení nutričního stavu pomocí Nottinghamského screeningového systému (Příloha 5), který umožní stanovit míru rizika malnutrice (Kalvach et al., 2008). U seniorů v souvislosti se změnami popsanými v kapitole 1.2.1 Biologické změny, bývá senior ohrožen pádem. Proto se využívá nástroj hodnocení rizika pádu (Příloha 6), který určí zdravotníkům míru nebezpečí vzniku pádu u konkrétního jedince (Marx, 2007). Vzhledem k často snížené mobilitě hospitalizovaných seniorů se často využívá škála rizika pro vznik dekubitů dle Nortonové (Příloha 7). Pro zhodnocení bolesti a její intenzity se využívá analogová škála bolesti (Příloha 8, Kalvach, Onderková, 2006).

1.3.4 Komplexní péče při hospitalizaci seniora

Cílem komplexní péče při hospitalizaci seniora je udržení co nejvyšší kvality života za předpokladu jeho zabezpečení, funkční soběstačnosti, smysluplnosti a důstojnosti. Vždy se pracuje s výsledky testů a zhodnocení, které byly vypracovány při přijetí (Kalvach, Onderková, 2006).

Během hospitalizace všeobecná sestra hodnotí vývoj stavu pacienta. Společně s lékařem a ostatními členy zdravotnického týmu zjišťuje potřeby a naplňuje je. K jejich nalezení nejčastěji používá rozhovor pro zjištění subjektivních údajů od pacienta. Pro posouzení objektivního stavu využívá pozorování a různá vyšetření. Vše zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace a vyhodnocuje. Zajišťuje naplňování zjištěných či nově nalezených potřeb pacienta. Spolupracuje s lékařem a ostatními členy týmu (Mastiliaková, 2014). Základem při poskytování péče by mělo být zachování důstojnosti člověka. Nedílnou součástí při poskytování komplexní péče je spolupráce

s rodinami. Kalvach (2006) uvádí, že při dlouhodobé hospitalizaci má vliv na kvalitu péče vybavenost zařízení, která je přizpůsobena geriatrickým pacientům. Do vybavenosti zahrnuje například antidekubitární matrace, lůžkoviny pro inkontinentní, nebo například speciálně upravené sanitární vybavení přizpůsobené seniorům (Kalvach, Onderková, 2006).

1.3.5 Zvláštnosti komunikace se seniory

Základem jakékoli komplexní péče je komunikace. Každý člověk prožívá nemoc zcela jinak a průběh nemoci ovlivňuje jeho osobnostní charakteristiky. Jeho nálady, informovanost o průběhu onemocnění, chápání možných následků a s tím spojené obavy či naděje (Pokorná, 2010). Základní dovedností ošetrovatelského týmu je umět naslouchat a umožnit nemocnému říci své potíže a problémy. Je tedy důležité umět navazovat kontakt s pacientem a komunikovat s ním. Navázání dobrého kontaktu se odráží v jeho důvěře k ošetřujícímu týmu a průběhu léčebného postupu. Napomáhá k tomu, aby se nemocný vyrovnal s nastalou situací, kterou nemoc přináší a aktivně se zapojil do léčebného procesu. Dostatečnou informovaností pacienta a možností rozhodovat a spolupracovat na léčbě si vytváříme důvěru, která dává pacientovi pocit ochrany a autonomie. S ohledem na seniorskou populaci musí zdravotnický personál zohlednit psychické změny ve stáří, protože rozpoložení psychické stránky člověka ovlivňuje vnímání bolesti, a naopak bolestivé stavy zhoršují duševní stav nemocného (Šamánková et al., 2011). Komunikaci lze obecně charakterizovat jako předávání informací mezi dvěma či více lidmi. Je to významná stránka pro zjištění důležitých informací a tvoří základ veškeré ošetrovatelské péče. Skrze komunikaci jsme schopni informovat protějščí stranu o našem postoji k němu, o svých pocitech, očekáváních a přáních. To je možné sdělit formou mluveného slova, nebo řečí těla. Každý nemocný člověk, který je hospitalizován, bývá velice vnímavý na každý výraz a posunek, seniory nevyjímaje. Seniory bychom mohli nazvat ve vztahu ke komunikaci specifickou skupinou. Při hospitalizaci seniora je všeobecná sestra článkem týmu, se kterým se senior setkává nejčastěji, je tedy důležitý první dojem a přiměřená komunikace, která pomůže rozpoznat potřeby nemocného a následnému zajištění kvalitní péče. Důležité je i pozorování pacienta sestrou a všímání si změn ve zdravotním stavu pacienta. U komunikace musí být brán zřetel nejen na smyslové poruchy, ale i na zdravotní stav

a prostředí, ve kterém se senior nachází a přizpůsobit tomu naše sdělení. Základem by mělo být představení ošetřující osoby. Při komunikaci užívat běžná slova ve větách, kterým dotyčný rozumí. Vyjadřovat se konkrétně k dané informaci, kterou chceme sdělit. Hovořit pomalu, srozumitelně a jasně. Správně načasovat sdělení zprávy a přesvědčivě podávat informace. Dbát bychom měli i na způsob vyjadřování, intonaci hlasu, rychlost řeči a její hlasitost. Může se stát, že pokud bude probíhat negativní interakce mezi ošetřujícím personálem a nemocným bude pacient podrážděný a neklidný. V opačném případě, pokud bude personál vlídný a vstřícný, nemocný bude klidný a vděčný. Správně komunikovat nám umožní navázání a rozvíjení kontaktu s nemocným. Důležité je zdůraznit, že kvalita péče se odráží v kvalitě komunikace mezi osobami ošetřujícími a pacientem (Venglářová, Mahrová, 2006).

Při plánování prvního rozhovoru všeobecné sestry se seniory je třeba dbát, aby při komunikaci nastal řádný přenos informace. Ten může ovlivňovat několik faktorů, na které musíme klást důraz. Mayerscough a Ford (1996) uvedli, jako nejčastější bariery v komunikaci se seniory demenci, poruchy sluchu a dysfázii (Mayerscough, Ford, 1996). Dále mezi ně patří věk, vzdělání, zdravotní stav seniora, smyslové poruchy, změněné kognitivní funkce a časová rezerva, kterou pro rozhovor se seniorem máme. Dalším faktorem je zvolit si k rozhovoru vhodné prostředí, kde nalezneme klid a soukromí. Důležitým prvkem komunikace je aktivní naslouchání. Nejde pouze o vyslechnutí nemocného, ale dáváme tím protějšku najevo, že chápeme a rozumíme. Pacient tím získává větší důvěru. Naslouchání je mimo jiné také projevem ochoty pomoci. Bariérou se kterou se můžeme setkat, je neochota komunikace seniora. Může být způsobená únavou, strachem, stresem, úzkostí, ale také nedůvěrou k pracovníkovi (Mlýnková, 2011).

V souvislosti se změnami, které jsou popsány v kapitole 1.2 Změny provázející stáří, je ovlivněna i komunikace se seniory. Je důležité zachovat identitu pacienta. Při oslovení nepoužíváme familiární oslovení a podané informace nezdětinšťujeme, vždy hovoříme k nemocnému a udržujeme oční kontakt. Vhodné je odstranit z rozhovoru odborné výrazy, nebo pokud se použijí vždy je vysvětlit. Hlavním faktorem, který ovlivňuje komunikaci seniorů, patří smyslové změny. Jak je známo u seniorů se postupně zhoršuje ostrost sluchu. Je vhodné abychom zjistili, zda senior nedoslýchá a eventuálně tomu přizpůsobit komunikaci. Musíme dbát na to, aby dotyčný při komunikaci správně slyšel, a tudíž pochopil obsah rozhovoru a zpětně si to ověřovat.

Zrakové vady při komunikaci nebývají tak velkou bariérou, jako vady sluchové. V první řadě musíme upozornit pacienta, že mluvíme s ním a vždy ho informovat o všech činnostech, které provádíme. Je důležité popsat, jak neznámé prostředí vypadá a kde se nachází signalizační zařízení spolu s jeho osobními věcmi. Velkou komunikační bariérou bývá afázie, kdy je porušena tvorba a porozumění řeči. Je vhodné, mluvit na seniora trpící afázií v krátkých a jasně strukturovaných větách, volit uzavřené otázky, na které lze odpovědět ano – ne. Používat tabulky, nebo obrázky pro snadnější komunikaci. A samozřejmě je důležitá spolupráce s logopedem. Další bariérou při komunikaci se seniory bývá demence. Dbáme na to, aby nebyly v blízkosti podněty, které by mohly pozornost seniora rozptylovat, snažíme se vyvarovat prudkých pohybů a zůstáváme v zorném poli seniora. Mluvíme pomalu a srozumitelně, vždy si ověřujeme, zda senior porozuměl sdělené informaci (Pokorná, 2010).

1.3.6 Úloha sestry v uspokojování potřeb seniorů

Potřebu můžeme jednoduše definovat, jako pocit nedostatku či nadbytku něčeho důležitého pro život jedince v oblasti biologické, psychické, sociální nebo spirituální (Kolář et al., 2012). Potřeby jsou důležité a ovlivňují zachování a kvalitu našeho života. Potřeby seniorů se nijak neliší od potřeb ostatní populace. Co se u seniorů mění je stanovená priorita potřeb a způsob naplňování potřeb. Potřeba stimulace je u seniora snížena a to znamená, že mnoho podnětů seniora provokuje a unavuje. Senior se může cítit svázaný při potřebě seberealizace. V případě zhoršené soběstačnosti ji mohou odmítat. Rádi si ale tuto potřebu vynahrazují vyprávěním o dřívějších aktivitách a zájmech. Naopak zvýšená je potřeba jistoty a bezpečí, která bývá ohrožena nemocemi, sníženou sebeobsluhou nebo změnou prostředí (Příbyl, 2015). Lidské potřeby můžeme rozdělit podle podstaty člověka na biologické potřeby, které zahrnují veškerou péči o tělo. Při hospitalizaci zajištění biologických potřeb přebírá zpravidla všeobecná sestra. Zahrnují potřebu vylučování, dýchání, pohybu, tekutin, potravy, ošacení a spánku. Další jsou psychické potřeby, které nám umožňují prožívat psychické stavy a jevy. Sem patří potřeba bezpečí a jistoty, uznání lidské důstojnosti a důvěra. Sociální potřeby zahrnují komunikaci, kontakt s druhými lidmi a potřebu milovat a být milován. Spirituální potřeby jsou spjaté s duchovním přesvědčením, ale i potřeba smyslu života a odpuštění (Šamánková et al., 2011).

U hospitalizovaných seniorů z pohledu zdravotnického personálu bývá nejdůležitější uspokojování biologických potřeb. Podle Maslowovy pyramidy potřeb (Příloha 9) je pro seniora při hospitalizaci nejdůležitější naplnění právě těchto biologických potřeb. Tyto potřeby razantně ovlivňují náš život a bez jejich naplnění nejsme schopni dlouho přežít. Po naplnění biologických potřeb přichází v úvahu plnění potřeb psychosociálních. Do psychosociálních potřeb řadíme pocit jistoty a bezpečí. Protože starý člověk, který je vytržen ze známého prostředí a ocitá se mezi cizími lidmi, musí s pomocí ošetřujícího personálu znovu tento pocit nalézt. Potřeba sounáležitosti, lásky a důvěry je velice důležitá. Často vyvstává napovrch v době osamocení a opuštění. Ovšem při hospitalizaci v nemocnici může být tato potřeba opomíjena a senior začne být frustrován, protože byl vytržen od svých přátel a rodiny. Je třeba budovat důvěru seniora v ošetřovatelský personál a dát pacientovi najevo naší sympatii. Další pilíř na Maslowově pyramidě potřeb je potřeba uznání a sebeúcty. S ohledem na seniorskou populaci lze zdůraznit, že je často zapomínáno na informovanost o jejich zdravotním stavu. Tím je popírána jejich autonomie a nemožnost rozhodovat o sobě samém. Vrcholem pyramidy je potřeba seberealizace, která lze pojmenovat tak, že člověk chce být tím, čím podle sebe může být. Při hospitalizaci seniora s ohledem na seberealizaci může ošetřující personál pacientovi pomoci pochopit co se s ním děje a pomoci mu přijmout nastalou situaci (Haškovcová, 2010).

Základem ošetřovatelské a léčebné péče je zjištění a naplnění všech biologických a psychosociálních potřeb. Kdy jejím hlavním cílem je dosažení pocitu jistoty a bezpečí spolu s nezávislostí seniora. Při poruše zdraví a narušení biologické, psychické, sociální a spirituální rovnováhy vznikají odpovědi organismu, které zdravotníci charakterizují jako zdravotní, nebo ošetřovatelský problém. Naplňování potřeb jedince je cílem ošetřovatelské péče, prostřednictvím které se všeobecná sestra samostatně rozhoduje o nejvhodnějším způsobu jeho plnění, snaží se o dosažení stanovených cílů v plánu péče a sleduje změny, které u pacienta nastaly (Šamánková et al., 2011).

1.3.6.1 Péče o biologické potřeby seniorů

Jak jsme již zmínili, biologické potřeby zahrnují veškerou péči o tělo. Bez naplnění těchto potřeb jedinec nemůže dlouho žít. Ve zdraví je každý jedinec schopen,

zajišťovat své biologické potřeby bez pomoci druhých osob. U seniorů tomu tak vždy není. Při příjmu je na všeobecných sestřích, aby vyhodnotily míru potřebné péče a zajistily naplnění potřeb (Šamánková et al., 2011).

Mezi nejzákladnější biologickou potřebu patří potřeba kyslíku. Nejčastějším příznakem spojený s potřebou dýchání je dušnost. Nejen senioři trpící dušností tento symptom velmi špatně snášejí, protože silně obtěžuje pro svou tělesnou, ale i psychickou zátěž. Úkolem všeobecných sester u pacientů s dušností je umístění pacienta do polohy se zvýšenou horní polovinou těla. Při vykonávání denních aktivit musí brát v potaz, že senior bude činnost vykonávat déle a musí respektovat pravidelný oddech. Lékař při dušnosti obvykle ordinuje oxygenoterapii, která pacientovi pomáhá lépe dýchat. Sestra zajišťuje péči o dýchací cesty, která zahrnuje dostatečnou hydrataci nemocného, promazávání rtů, v případě poruchy polykání pacientovi ústa často vytírat a pravidelně hodnotí stav dýchání. Pacienty s dušností je potřeba podporovat a snažit se odvádět pozornost od dušnosti (Vytejková et al., 2013).

Potřeba pohybu, tedy soběstačnost a schopnost sebepéče patří k základním biologickým potřebám. Ve stáří jsou často přítomny poruchy soběstačnosti, které méně či více ovlivňují kvalitu života seniora. Soběstačný člověk je ten, který je schopen samostatně uspokojovat své základní potřeby. U seniorů bývá vlivem snížené soběstačnosti přítomen strach z pádu, který vede k pocitu bezmoci a následně k závislosti na kompenzačních pomůckách či druhých osobách (Kalvach, Onderková, 2006). U seniorů je třeba, abychom kladli důraz na riziko vzniku imobility, která se mnohdy vyvine až při hospitalizaci vlivem nedostatečné stimulace jedince. Vlivem dlouhodobého, nebo trvalého upoutání na lůžko hrozí u seniorů vznik imobilizačního syndromu a důsledkem toho hrozí vytvoření kontraktur, dekubitů, tromboembolické nemoci či pneumonie. Důležitá je spolupráce všeobecné sestry a fyzioterapeuta, aby seniora podporoval v jeho aktivitě. Všeobecná sestra při příjmu zhodnotí pozorováním a rozhovorem stav seniora a dle zvyklosti pracoviště vypracuje funkční testy například Barthelové test základních denních aktivit, škálu dle Nortonové a riziko pádu. Po vyhodnocení je schopna určit míru soběstačnosti a určit míru péče o seniora. Rozsah soběstačnosti nám určí stupeň závislosti na druhých osobách a obsah potřebné péče ať už v potřebě vylučování, stravování, oblékání či pohybu. U zdatných seniorů rozsah péče v oblasti pohybu nebývá nijak omezen, zatímco nezávislé seniory je třeba povzbuzovat k častějšímu pohybu. Křehcí senioři již vyžadují pomoc v aktivitách

denního života od druhé osoby, ať už se jedná o pomoc při hygieně či oblékání. Závislí senioři bývají již funkčně omezeni, k pohybu potřebují kompenzační pomůcky a pomoc při změně polohy na lůžku. Na rozdíl od zcela závislých seniorů, kteří jsou imobilní a zcela upoutáni na lůžko. Vyžadují pomoc ve všech základních činnostech denních aktivit, které zajišťuje všeobecná sestra a ostatní ošetřující personál. Z pravidla zakládá polohovací záznam a pravidelně seniora polohuje na lůžku jako prevence vzniku dekubitů (Šnejdrová, Kalvach, 2008).

Potřeba přijímání potravy a tekutin je další ze základních biologických potřeb. U seniorů vzniká vlivem poruchy polykání, chrupu, vstřebávání a příjmu potravy, malnutrice, tedy podvýživa. Všeobecná sestra vyhodnotí pomocí nutričního screeningu riziko malnutrice a dle výsledku společně s lékařem, popřípadě nutričním terapeutem upraví stravování (Holmerová et al., 2014). U seniorů se často projevuje snížená chuť k jídlu a pocit hladu a žízně. Proto je nutné seniory v pravidelných intervalech nabádat k dostatečnému příjmu tekutin. Dle rozsahu soběstačnosti přebírá úlohu hydratace a dostatečné výživy všeobecná sestra, která sleduje příjem potravy, popřípadě zajistí nutriční podporu v podobě sippingu. V případě potřeby lékař ordinuje výživu pomocí nazogastrické sondy či perkutánní endoskopické gastrostomie (Kalvach, Onderková, 2006).

U seniorů při potřebě vylučování je častý nekontrolovaný odchod moči případně stolice, tedy inkontinence. Měli bychom brát v úvahu, že pacient při vyprazdňování na lůžku cítí stud a mělo by být zajištěné soukromí. V případě imobility pacienta, je možno využít pomůcek k vyprazdňování, jako je podložní mísa, močová láhev, nebo toaletní křeslo. Při výskytu inkontinence lze využít permanentní močový katetr zavedený do močového měchýře, nebo inkontinentní pomůcky. Všeobecné sestry zhodnotí míru soběstačnosti vylučování a poté zajistí opatření. U inkontinentních seniorů dbáme o zvýšenou hygienu genitálií, pravidelnou výměnu inkontinentních pomůcek, v případě zavedení permanentního močového katetru mít na mysli možnost vzniku infekce. Při inkontinenci je vhodné při příjmu vypracovat škálu dle Nortonové (Šamánková et al., 2011). U seniorů často diagnostikujeme zácpu, která se samozřejmě nevztahuje na všechny jedince vyššího věku. Záleží na všeobecných sestřích, aby zjistily původ zácpy, který může pramenit z nedostatečného příjmu tekutin, nebo přijímání potravy s nízkým obsahem vlákniny či jednotvárná strava. Důvodem může být

i nedostatek pohybu. Lékař může naordinovat laxativa, která podpoří pohyby střev a následně jejich vyprázdnění (Vytejková et al., 2013).

K tomu, aby si odpočinulo tělo, i mozek je zapotřebí kvalitního spánku. Ve stáří dochází k degenerativním změnám na centrálním nervovém systému, které se podílejí na řízení cyklu spánku a bdění, to má vliv na kvalitu a délku spánku. Samozřejmě jsou i jiné faktory, jako jsou onemocnění, které narušují spánek, nebo medikace. Důležité je, abychom si uvědomili, že nespavost u seniorů ovlivňuje nejen stránku tělesnou, ale i psychickou. Senioři většinou na dotázání při rozhovoru sami uvádí, zda mají či nemají problémy se spánkem. Lékaři mohou předepsat hypnotika, ale všeobecné sestry by měly seniora pozorovat a zjistit, zda příčina nespavosti netkví v nedostatečné denní aktivitě, nebo senior netrpí spánkovou inverzí (Borzová et al., 2009).

Být bez bolesti je bezesporu další důležitou biologickou potřebou. Bolest je definována dle Světové zdravotnické organizace, jako nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání. Nutno zdůraznit, že bolest je vždy subjektivní a vnímání bolesti se liší podle věku, pohlaví, rasy a etnika. U seniorů vzhledem k výskytu většího počtu onemocnění a zdravotních komplikací bývá problematické odhalit zdroj bolesti. Je tedy důležité odebrat anamnézu pacienta a provést fyzikální vyšetření. Každému pacientovi se uleví při zjištění původu bolesti. Pro dostatečnou léčbu bolesti je významné pravidelné hodnocení bolesti, které lze provést pomocí škály bolesti, které všeobecné sestry pravidelně monitorují. Při bolestivých výkonech vždy pomáhá dostatečná informovanost pacientů. Pacienti by měli vědět, že nás jeho bolest zajímá a jsme schopni ji v případě potřeby řešit (Rokyta et al., 2009).

1.3.6.2 Péče o psychické potřeby seniorů

Prožívání psychických stavů a jevů se odráží v uspokojení psychických potřeb. Každý jedinec jinak reaguje na dění kolem sebe a vyrovnává se s ním. Vše je dáno i charakterovými rysy člověka. Mezi základní psychické potřeby řadíme potřebu jistoty a bezpečí, autonomie a důvěry (Kalvach et al., 2011).

Psychická stránka nemocného ovlivňuje i stránku fyzickou a naopak. Je proto důležité, aby lékařský i ošetrovatelský personál zajistil psychickou pohodu nemocného pomocí komunikace. V komunikaci se seniory se vyskytují specifika, která byla

rozebrána v kapitole 1.3.5 Zvláštnosti komunikace se seniory. Psychické potřeby zaujímají důležité postavení v životě člověka a jejich naplnění přináší pohodu. U každého nemocného se předpokládá ztráta jistoty a bezpečí, kterou přináší samo onemocnění. Při hospitalizaci můžeme ztracenou potřebu jistoty a bezpečí začít budovat již při příjmu seznámením s personálem a oddělením. Prostřednictvím budování kvalitních mezilidských vztahů si lékařský a ošetrovatelský personál buduje důvěru s pacientem. V nemocničním pokoji má pacient své lůžko a stolek, které mu dává pocit svého bezpečného místa (Šamánková et al., 2011). Jen pocit, že je pacient v místě, kde se mu někdo snaží pomoci, navozuje pocit důvěry. Lékaři pacienta seznamují s plánem léčby a všeobecné sestry pacienta seznamují s oddělením, se signalizačním zařízením a odebírají formou rozhovoru ošetrovatelskou anamnézu. Po celou dobu hospitalizace informujeme pacienta o aktuálním průběhu léčby, zapojujeme ho do procesu léčení a upevňujeme jeho autonomii. V případě, že bude senior vědět, co se s ním bude dít, má to velký vliv na jeho psychickou stránku a průběh onemocnění. Vycházíme ze skutečnosti, že senioři chtějí být fyzicky soběstační, odmítají být někomu na obtíž. Vlivem snížené soběstačnosti mnohdy mají strach z pádů. V této souvislosti je vhodné, abychom zhodnotili možnosti a zajistili kompenzační pomůcky, které vyvolají při chůzi pocit jistoty (Příbyl, 2015).

1.3.6.3 Péče o sociální potřeby seniorů

Každý člověk potřebuje společnost, komunikovat s okolím a být milován, seniory nevyjímaje. V prostředí, ze kterého je pacient kvůli nemoci vytržen, má svoji rodinu, přátele, známé a nyní se ocitá mezi neznámými lidmi. Hospitalizace každému mění jeho sociální pozici a sociální prostředí. V nemocnici, i když je pacient mezi lidmi, se může cítit osamělý a mít potřebu někam patřit, milovat a být milován. Uspokojení sociální potřeby je tedy podpora komunikace a sociálních vztahů. Při hospitalizaci pacient od ošetřujícího personálu nemůže očekávat lásku, ale má právo na holistický přístup k němu. Holistický přístup si Ayers s Visserem (2015) vysvětlují jako biopsychosociální přístup k člověku, kdy nepohlížíme pouze na nemoc jako takovou, ale zkoumáme více faktorů, které mohou vést ke zdraví nebo nemoci, a tudíž je tento přístup zaměřen na léčbu člověka jako celku (Ayers, Visser, 2015). Lásku by měla zajistit rodina a přátelé. Svým chováním při jeho začlenění mezi ostatní pacienty jeho

představením plníme jeho potřebu sounáležitosti a pocitu bezpečí (Šamánková et al., 2011). Při plnění sociálních potřeb musíme vycházet z celkového stavu nemocného a závažnosti jeho nemoci. Ochrana osobních údajů a podávání informací jen osobě tomu určené by měla být samozřejmostí. Zřetel bychom měli brát i na ekonomické zabezpečení seniora, kdy je vhodná komunikace se sociální pracovníci. Ta informuje seniora o jeho dalších možnostech a právech v oblasti další péče. Ošetrovatelský personál musí mít respekt a úctu k člověku při jeho ošetrování, naslouchat a komunikovat s ním a zajistit dostatečné informace. Úkolem ošetrujícího personálu v uspokojování sociálních potřeb je naplnění pocitu bezpečí pacienta, že na nemoc není sám, že je vždy někdo, kdo ho vyslechne, popovídá si s ním (Příbyl, 2015). Při neschopnosti seniora zajistit si některé své základní potřeby nebo se vrátit do svého domácího prostředí, musí ošetrující personál ve spolupráci s rodinou a sociálním pracovníkem zhodnotit jeho další možnosti. Po zvážení pacientova stavu a jeho možností můžeme využít služeb, které pečují o seniora v jeho domácím prostředí. Patří mezi ně například pečovatelská služba nebo domácí péče. Tyto služby v péči o seniory využíváme za spolupráce s rodinou a je možnost takzvané respitní, nebo také ulehčující péče, kdy je senior na čas umístěn do zařízení sociální péče a rodina si může odpočinout. V případě, že již stav seniora vyžaduje celodenní péči a rodina ji nemůže zajistit, je vhodné uvažovat o umístění jedince do sociálního zařízení (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

1.3.6.4 Péče o spirituální potřeby seniorů

Může se nám zdát, že spirituální potřeby mají pouze lidé s duchovním přesvědčením. Není tomu tak, do těchto potřeb se nadále řadí potřeba smyslu života, potřeba odpuštění a potřeba vyprávět svůj příběh (Příbyl, 2015). K potřebě smyslu života můžeme zahrnout Franklovu psychoterapeutickou metodu logoterapie, která se zabývá touhou po smyslu. Hlavním cílem logoterapie je, že pokud není touha po smyslu splněna, dochází k frustraci a jedinec začíná mít pochybnosti o smyslu života. Frustrace může směřovat k depresi, neuróze nebo dokonce sebevraždě. Úkolem logoterapie je pomoci pacientovi najít řešení z jeho existenciální frustrace (Smith et al., 2012). Koenig ale popsal 14. spirituálních potřeb, mezi které začleňuje potřebu čisté lásky, potřebu milovat a pomáhat druhým, potřebu odpouštět, najít smysl, účel a naději, potřebu

vděčnosti, potřebu připravit se na umírání a smrt, potřebu náboženského chování a potřebu osobní důstojnosti (Mowat, O'Neill, 2013). Nemocný člověk se od denních starostí dostává ke smyslu toho, co prožil, uvědomuje si vazby a spojení, kterých si dříve všímal málo, nebo vůbec. Pohledem do minulosti může nastat u seniora úzkost, nebo pocit selhání. Často si pokládá otázky: „Proč právě já?“, „Jaký smysl má moje nemoc?“, „Komu se mohu svěřit?“, „Co bude dál?“, „Já si myslím, že umřu!“, „Co je po smrti?“. Proto by všeobecné sestry měly šetrně zjistit, při odebrání ošetřovatelské anamnézy, zda má pacient duchovní přesvědčení či ne a následně nabídnout možnost přivolání duchovního pracovníka, popřípadě pacienta sama vyslechnut, nechat vyplakat. Možnost vypovídat se může dát pacientovi pocit smíření a odpuštění (Šamánková et al., 2011). Je důležité, aby při poskytování komplexní péče byla zohledněna pacientova víra a s ní spojené zvyky. To, že se člověk snaží seberealizovat, naplňuje vlastně smysl svého života.

1.3.7 Rodina jako součást péče o seniory

Nejdůležitější zásadou spokojenosti seniora bývá domácí prostředí. Působením chorob je senior mnohdy odkázán na pomoc druhých. Z pravidla to bývá rodina, vezmeme-li v úvahu dobré rodinné vztahy. Občasná péče o starého člověka nepůsobí rodině většinou žádné potíže. Oproti dlouhodobé, nebo trvalé péči, která bývá vyčerpávající a často díky mnoha faktorům nemožná, kdy překážkou mohou být malé byty, vysoká zaměstnanost střední generace či ekonomické důvody. Možnosti zařízení, kterých je možno využít v péči o seniory jsou blíže popsány v kapitole 1.3.6.3 Péče o sociální potřeby seniorů. Při akutním zhoršení zdravotního stavu seniora nastupuje zdravotní péče v nemocničním zařízení (Haškovcová, 2004). Při hospitalizaci a následné péči o seniory nám rodina může poskytnout, nebo doplnit důležité informace o jeho zdravotním stavu, chronické medikaci, nynějších obtížích, jeho zvycích a návycích. Z psychosociálního hlediska senior mnohem lépe prožívá příjem do nemocničního zařízení v přítomnosti někoho blízkého. Má pocit, že není na všechno sám (Venglářová, 2007). Při komunikaci s rodinnými příslušníky všeobecné sestry již od počátku hospitalizace usilují o jejich spolupráci a důvěru. Jejich úkolem je informovat příbuzné o organizačním zajištění péče o nemocného, řešení sociálních problémů a edukační činnost, která se týká charakteru onemocnění a aktuálního stavu

seniora. Cílem je zapojení rodiny do péče o seniora ať už nácvikem rehabilitace, nebo zaučení v péči při uspokojování biologických potřeb jako je hygiena, vyprazdňování a jiné (Vévoda et al., 2013). Musíme si uvědomit, že zájem a přítomnost rodiny zabrání u seniora vzniku osamělosti a sociální izolace. Tyto nenaplněné potřeby mohou zajistit až vznik deprese. Fungující rodina je tedy schopna u seniora zajistit potřebu bezpečí, jistoty, podpory a péče, kterou senior potřebuje (Klevetová, 2017).

1.4 Zdravotní péče o seniory v nemocničním zařízení

Hospitalizace seniora znamená v různé míře narušení jeho biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb. Změna prostředí pro něj znamená velikou zátěž na jeho psychiku. Jak je známo, senioři mají rádi svůj zaběhnutý denní režim. V situaci, kdy se nelze hospitalizaci vyhnout, je pro seniory velice obtížné se s tímto faktem vyrovnat. Onemocnění samotné může být příčinou neschopnosti o sebe pečovat, a tak úlohu péče přebírá někdo jiný, zejména sestry (Holmerová et al., 2014). Kelnarová (2015) uvádí, že adaptace na hospitalizaci je individuální a ovlivňuje ji délka hospitalizace, věk, sociální situace a psychické vlastnosti pacienta. Senioři často mívají více onemocnění najednou, což může jejich hospitalizaci komplikovat a prodloužit. Kelnarová (2015) popsala čtyři fáze adaptace na hospitalizaci. První je období náhlé změny životního stylu, která může být doprovázena pláčem, depresí či úzkostí. Pacient se snaží u zdravotnického personálu nalézt pocit jistoty a bezpečí. Druhou fází Kelnarova (2015) nazývá obdobím aktivní adaptace nemocného, kdy se pacient aktivně zapojuje do léčby. Třetí fáze je obdobím psychického selhání nemocného, kdy pacient přestává věřit v uzdravení a následkem toho vyvolává konflikty, nebo je přecitlivělý. Poslední čtvrtá fáze je obdobím rezignace, kdy pacient přestává bojovat o své zdraví a nespolupracuje. Často se třetí a čtvrtá fáze objevuje u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů (Kelnarová et al., 2015). U seniorů zpravidla bývá, že čím je vyšší věk současně s přítomností nemoci, tím více tělesných potřeb není uspokojováno a je vážněji ohrožen zdravotní stav jedince. Senioři jsou hospitalizováni na oddělení vztahující se k jejich aktuálnímu onemocnění. Po zlepšení zdravotního stavu jsou pacienti většinou překládáni do léčebny dlouhodobě nemocných, kde cílem je zlepšení zdravotního stavu seniora, udržení jeho nejvyšší možné mobility a soběstačnosti (Holmerová et al., 2014).

V České Republice se dělí péče o seniory na ambulantní a ústavní složky. Mezi ambulantní složky patří praktický lékař, který je považován za geriatra první linie. Na praktickém lékaři je rozhodnutí, zda je ambulantní péče o seniora dostačující, nebo už je nutná péče ústavní. Nutnost ústavní péče nastává v okamžiku, kdy stav a situace seniora nelze zvládnout ambulantní formou. Z hlediska zdravotnické péče se do této složky řadí odborná oddělení nemocnic, geriatrická oddělení, léčebny dlouhodobě nemocných, oddělení následné péče a gerontopsychiatrická oddělení psychiatrických léčeben. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). A jaká měla zdravotnická zařízení pro seniory počátek? Před obdobím sedmdesátých a osmdesátých let 20. století bývali senioři hospitalizováni na takzvaných interních oddělení druhého typu. Poté začali vznikat buď transformací interních oddělení druhého typu, nebo výstavbou nových budov součástí nemocnic léčebny dlouhodobě nemocných, které měli být brány jako základna geriatric. Jejich úkolem bylo a je poskytovat odbornou, geriatricky zaměřenou péči, která povede ke zlepšení funkčního stavu. Léčebny dlouhodobě nemocných fungují dodnes. Ovšem v roce 1998 se některé přetransformovaly na oddělení následné péče (Holmerová et al., 2004).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem této práce je zjistit, jak všeobecné sestry pojmají a naplňují komplexní péči o seniory. Z pohledu seniorů bych chtěla zjistit, jaké aspekty péče poskytované sestrami postrádají.

2.1 Cíle práce

Cíl 1. Zjistit, jak sestry pojmají komplexní péči o seniory.

Cíl 2. Zjistit, jak sestry naplňují komplexní péči o seniory.

Cíl 3. Zjistit, jaké aspekty péče poskytované sestrami senioři postrádají.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Co si sestry představují pod pojmem komplexní péče o seniory?

Výzkumná otázka 2: Jak sestry realizují komplexní péči o seniory?

Výzkumná otázka 3: Na jaké aspekty péče o seniory je kladen důraz sestrami?

Výzkumná otázka 4: Jaké aspekty komplexní péče o seniory jsou sestrami opomíjeny?

Výzkumná otázka 5: Jaké potřeby mají senioři sestrami prioritně uspokojovány?

Výzkumná otázka 6: Jaké aspekty při poskytování péče senioři postrádají?

3 METODIKA

3.1 Použitá metoda výzkumného šetření

Ke zpracování bakalářské práce jsem využila kvalitativní výzkumné šetření, metodu dotazování a techniku polostrukturovaného rozhovoru. Při rozhovoru jsem položila sestřám 12 otázek a seniorům 4 otázky (Příloha 10), které byly v průběhu rozhovoru doplňovány o další podotázky. Rozhovory byly zaznamenány písemným zápisem (Příloha 11 – CD) a následně přepsány a uspořádány metodou tužka-papír do kategorizačních skupin (Švaříček, Šedová, 2007). Výzkumné šetření probíhalo na oddělení následné péče se souhlasem hlavní sestry, vrchní sestry a dotazovaných. Výzkumné šetření bylo anonymní a probíhalo v časovém období od 5.10.2016 do 10.12.2016. Vzhledem k zachování anonymity nejsou souhlasy součástí bakalářské práce, ale jsou k nahlédnutí u autorky bakalářské práce.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor tvořilo 6 všeobecných sester pracujících na oddělení následné péče a 6 seniorů starších 75 let hospitalizovaných na tomtéž oddělení.

Tabulka č. 1 Identifikační údaje sester

RESPONDENT	VĚK	VZDĚLÁNÍ	DĚLKA PRAXE
SESTRA 1	45	Středoškolské	5 LET
SESTRA 2	35	Středoškolské	8 LET
SESTRA 3	29	Středoškolské	½ ROKU
SESTRA 4	40	Středoškolské	7 LET
SESTRA 5	59	Středoškolské	11 LET
SESTRA 6	30	Vysokoškolské	2 ROKY

Zdroj: Vlastní

V tabulce č. 1 jsem zaznamenala identifikační údaje sester, které byly součástí výzkumného šetření. Seznamuje nás s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním a délkou

praxe na oddělení následné péče. Sestry byly ve věku od 29 let do 59 let. Na oddělení následné péče pracuje nejdéle sestra č. 5, naopak nejkratší dobu sestra č. 3.

Tabulka č. 2 Identifikační údaje seniorů

RESPONDENT	ROK NAROZENÍ	DÉLKA HOSPITALIZACE
SENIOR 1	1931	93. DNÍ
SENIOR 2	1928	9. DNÍ
SENIOR 3	1940	11. DNÍ
SENIOR 4	1942	7. DNÍ
SENIOR 5	1941	5. DNÍ
SENIOR 6	1940	9. DNÍ

Zdroj: Vlastní

V tabulce č. 2 jsou znázorněny identifikační údaje seniorů, kteří po dobu výzkumu byli hospitalizováni na oddělení následné péče. Pro seniory jsme si stanovili kritéria výběru a to, že věk hospitalizovaných bude 75 let a výše. Tabulka nás informuje o věku pacienta a délce hospitalizace na oddělení následné péče. Nejstarší senior výzkumného šetření byl narozen v roce 1928 a nejmladší v roce 1942. Na oddělení následné péče byl v době šetření nejdéle hospitalizován senior 1, nejkratší dobu senior 5.

4 VÝSLEDKY

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

Kategorizační skupiny

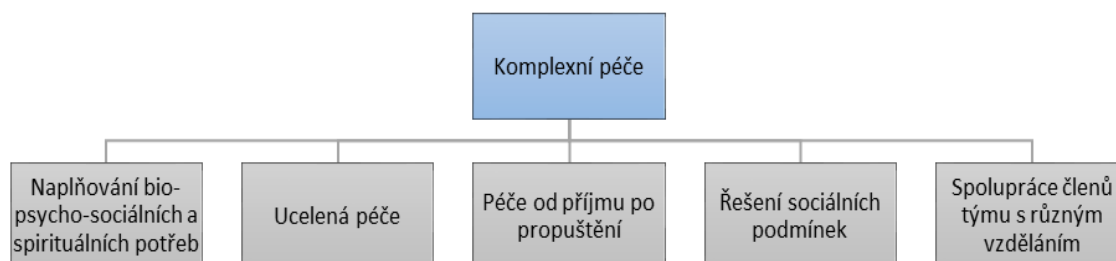
1. Pojem komplexní péče o seniora z pohledu sestry
2. Multidisciplinární tým podílející se na komplexní péči
3. Realizace komplexní péče o seniory při příjmu
4. Realizace komplexní péče o seniory v průběhu hospitalizace
5. Potřeby seniora z pohledu sestry
6. Způsoby zjišťování potřeb seniorů
7. Způsoby naplňování potřeb seniorů
8. Opomíjené aspekty péče o seniory z pohledu sestry

Kategorie 1: Pojem komplexní péče o seniora z pohledu sestry

Pod pojmem komplexní péče si sestry 1, 2 a 5 představují naplňování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb. Naopak sestry 3, 4, a 6 si představují pod tímto pojmem péči ucelenou. Sestra 1 se domnívá, že je to péče o seniory, která vychází z naplňování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb, která se spíše zaměřuje na rozvoj psychických potřeb seniora a jeho rehabilitaci. Rehabilitací u seniorů v rámci komplexní péče sestra 1 rozumí, aktivizaci, která předchází úpadku jejich osobnosti. Naplňování potřeb, které si senior samostatně nemůže uspokojit považuje za komplexní péči sestra 2. Sestra 3 se domnívá, že je to péče od příjmu po propuštění či úmrtí pacienta. Zároveň si myslí, že specifikem komplexní péče o seniora je návštěva sociálního pracovníka u lůžka pacienta. Jak již bylo zmíněno výše, sestra 4 se domnívá, že komplexní péče je péče celková. Pokud tuto péči zaměří na seniora charakterizovala ji takto: „*V péči o seniora je specifická ošetrovatelská péče, rehabilitace, podpora rodiny, spolupráce s lékařem. To vše je u seniorské populace jiné.*“. Sestra 5 zmínila, že každý člověk je individuální a má jiné potřeby. Co se seniorů týče, společně se sestrou 3 upřednostňuje především řešení sociálních podmínek. Rozvedla to takto: „*Řešíme především sociální podmínky. Zda se o sebe dokáže sám postarat nebo zda je někdo v rodině, kdo se o něj bude starat.*

Případně jaký typ sociálního zařízení je pro něj vhodný.“ Sestra 6 uvádí, že komplexní péči rozumí jako spolupráci členů týmu s různým vzděláním, kteří spolu spolupracují. V péči o seniory klade větší důraz na zjišťování a naplňování jeho potřeb.

Schéma 1: Pojem komplexní péče o seniora z pohledu sestry



Zdroj: Vlastní

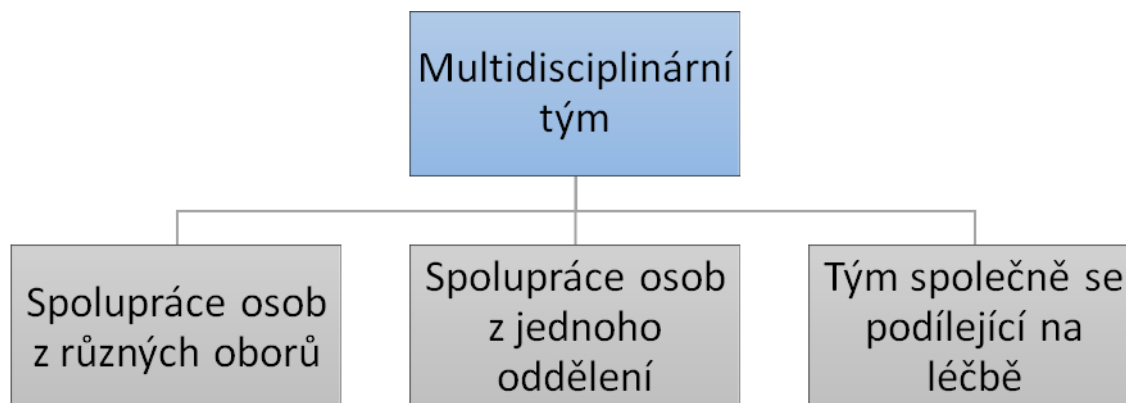
Kategorie 2: Multidisciplinární tým podílející se na komplexní péči

Pod pojmem multidisciplinární tým si sestry 1, 2, 4, 5 a 6 představují spolupráci osob z různých oborů. Sestra 4 se domnívá, že jde pouze o spolupráci osob z téhož oddělení, na kterém pracuje. To, že se členové multidisciplinárního týmu společně podílejí na léčbě jednoho pacienta uvedla sestra 6. Naopak sestra 3 neví, co si pod pojmem multidisciplinární tým představit.

Všechny sestry se shodují na tom, že do multidisciplinárního týmu patří všeobecná sestra. Kromě sestry 1 všechny ostatní zahrnují do týmu i lékaře. Sestra 4 a 6 uvedla ještě zdravotnického asistenta. Do týmu podle sester 3, 4 a 6 patří i sanitárka. Fyzioterapeuta zařadily do týmu sestry 1, 2, 3 a 6. Důležitým členem týmu je podle sester 1, 2, 3, 5 a 6 sociální pracovník. Nutričního terapeuta uvedly sestry 2, 3 a 6. Sestra 5 zahrnuje do týmu rodinu a uklízečku. Sestra 1 uvádí, že do týmu patří také sestry, které se starají o rány a stomické sestry. Nejvíce členů v týmu uvedla sestra 6, naopak nejméně sestra 1. Za nejdůležitější článek týmu považují sestry 2, 4 a 6 všechny členy multidisciplinárního týmu. Sestra 2 odůvodnila svou odpověď takto: „*Každý má své místo a svou úlohu.*“ Sestra 1 a 5 se domnívají, že nejdůležitějším článkem multidisciplinárního týmu je všeobecná sestra. Sestra 1 toto tvrzení odůvodnila faktem, že všeobecná sestra tráví nejvíce času s pacientem a k důležitému článku uvedla ještě rodinu. Za nejdůležitější článek týmu považuje lékaře sestra 3, odpověď rozvedla

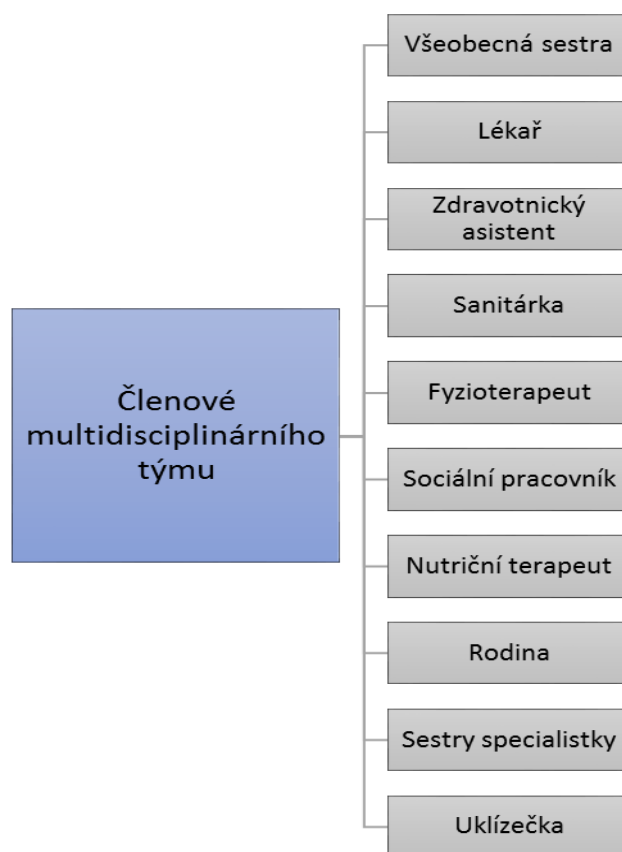
takto: „ Myslím si, že lékař. Protože na základě toho sestra provádí další činnosti a úkoluje další členy týmu. Popřípadě zařizuje konziliární vyšetření, nebo změnu diety.“ Spolupráce multidisciplinárního týmu hodnotí sestry 1, 2, 4 a 5 na oddělení jako dobrou. Sestra 1 a 2 uvádějí, že si v rámci spolupráce předávají informace. Sestra 1 doplňuje, že si informace předávají písemnou, nebo ústní formou, na rozdíl od sestry 3, která udává, že co si nevyčte z dokumentace to neví. Sestra 4 se ke spolupráci vyjadřuje takto: „ Na zdravotní sestře to stojí. Ale řekla bych, že spolupráce je dobrá. Zdravotní sestra je stále v kontaktu s ostatním ošetrovatelským personálem, lékařem, rehabilitačním pracovníkem, i v úzkém kontaktu s rodinou nemocného. Ale zdravotní sestra je klíčový článek týmu.“ Naopak sestra 6, jako jediná uvedla, že spolupráce funguje jen mezi některými články v týmu. Vyjádřila se k tomu následovně: „ Sestra a sanitárka to celkem funguje. Sestra a lékař taky. Ale co se týče ostatního podle mě si každý jede podle svého. Ano, lékař třeba sice napíše rehabilitaci, ale nikdo už ho neinformuje, jak ta rehabilitace probíhá.“

Schéma 2: Pojem multidisciplinární tým z pohledu sester



Zdroj: Vlastní

Schéma 3: Členové multidisciplinárního týmu z pohledu sester



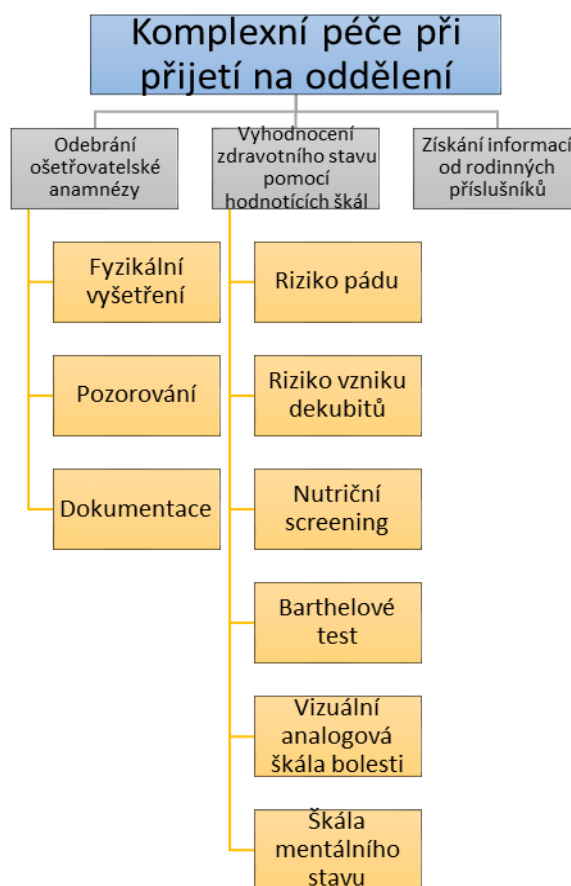
Zdroj: Vlastní

Kategorie 3: Realizace komplexní péče o seniory při přijetí na oddělení

Všechny dotazované sestry uvedly, že při příjmu pacienta sepisují ošetřovatelskou anamnézu a vyhodnocují zdravotní stav pacienta pomocí škál. V případě přijetí pacienta, který nekomunikuje, všechny sestry uvedly, že odeberou ošetřovatelskou anamnézu z dokumentace. Pokud je to možné, obrací se sestry 1, 2, 4, 5 a 6 pro zjištění informací na rodinné příslušníky. Sestra 3, 4 a 6 využívají k sestavení ošetřovatelské anamnézy pozorování a sestra 1 provádí fyzikální vyšetření sestrou. Všechny sestry pomocí škál hodnotí riziko pádu a škálu rizika pro vznik dekubitů. Kromě sestry 3 hodnotí všechny nutriční screening. Barthelové test základních denních aktivit provádějí sestry 1, 2, 4 a 5. Vizuální analogovou škálu bolesti zakládají sestry 1, 3, 5 a 6 a škálu mentálního stavu vyhodnocuje sestra 1 a 6. Při příjmu pacienta všechny sestry uvádějí, že ho seznamují s oddělením. Sestra 3, 4 a 6 dodávají, že co ukáží pacientovi, se rozhodují podle pacientova zdravotního stavu. Sestra 3 se k této otázce vyjadřuje následovně: „Podle jeho zdravotního stavu. To, co bude potřebovat. U ležáků,

kde mají signalizační zařízení. U chodících pacientů i oddělení.“ Kromě sestry 6 ukáží všechny pacientům toaletu a sprchu. Se signalizačním zařízením seznámí pacienta sestry 2, 3 a 6. Kde pacienti naleznou sesternu, seznamují sestry 2, 3 a 5. Jaké číslo pokoje pacient má seznamuje pouze sestra 3 a s řádem oddělení seznamují sestry 2 a 5. Jediná sestra 5 seznámí pacienta s dokumentem Práva pacientů.

Schéma 4: Realizace komplexní péče o seniory při přijetí na oddělení



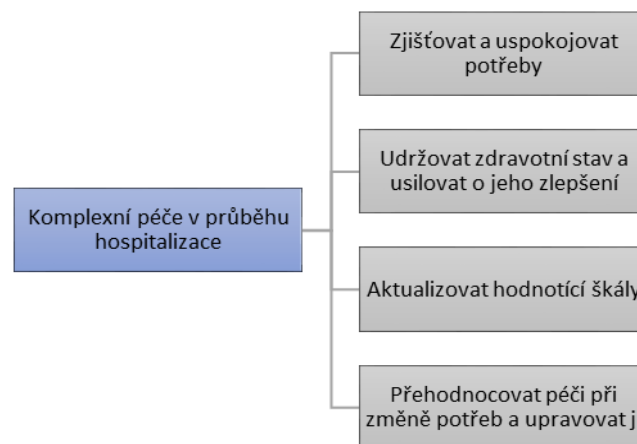
Zdroj: Vlastní

Kategorie 4: Realizace komplexní péče o seniory v průběhu hospitalizace

Mezi činnosti poskytované seniorům během hospitalizace zahrnují sestry 1, 2, 4 a 5 zjišťování a uspokojování jeho potřeb. Sestra 3 odpověděla, že zajišťuje pomoc při denních a ošetřovatelských činnostech a sestra 6 uvedla, že jedná podle jeho zdravotního stavu. Vždy se snaží udržet jeho zdravotní stav a usiluje o jeho zlepšení. V rámci komplexní péče sestry 1, 2 a 5 aktualizují hodnotící škály vždy při zhoršení zdravotního stavu pacienta. Každý den minimálně dvakrát zaznamenává do vizuální analogové škály sestry 1, 3 a 6. Každý týden aktualizuje nutriční screening sestry 5 a 6.

Sestra 5 navíc u pacienta testuje po čtrnácti dnech Barthelové test základních denních aktivit. Riziko pádu po týdnu aktualizuje sestra 6. Sestry 1, 2 a 4 uvádějí, že ostatní hodnocení aktualizují jedenkrát týdně. Hodnocení těchto škál s ostatními členy týmu sestra 2 a 3 nikdy nekonzultuje. Naopak sestra 1, 4, 5 a 6 udává, že je nutné opakovaně přehodnocovat péči při změnách potřeb a případně ji upravovat, kdy sestra 5 tvrdí, že výsledky hodnotí minimálně mezi sestrami. Sestra 6 se k otázce vyjádřila takto: „*Ano hodnotíme, třeba u rizika dekubitů zakládám polohovací záznam a informuji sanitárku, že je třeba pacienta pravidelně polohovat. Takže spíš vyhodnocujeme, provádíme a úkolujeme, než že bychom je společně hodnotili.*“

Schéma 5: Realizace komplexní péče o seniory v průběhu hospitalizace



Zdroj: Vlastní

Kategorie 5: Potřeby seniora z pohledu sestry

Do biologických potřeb kromě sestry 4 všechny zahrnují stravu. Sestry 1, 3, 4 a 5 uvedly do skupiny biologických potřeb tekutiny. Potřebu vyprazdňování zahrnuje do této skupiny sestra 1, 2, 3 a 6. Spánek uvedly sestry 1, 3 a 4, kdež to odpočinek sestry 1, 2 a 3. Potřebu být bez bolesti řadí do těchto potřeb sestry 4, 5 a 6. Potřebu dýchání uvedly sestry 1 a 2. Sestra 4 zahrnula do biologických potřeb ještě pocit bezpečí a jistoty, klid a potřebu informací. K biologickým potřebám se mimo jiné vyjádřila takto: „*Patří sem fyziologické potřeby.*“ Sestra 5 zmínila potřebu hygieny a sestra 6 potřebu kyslíku.

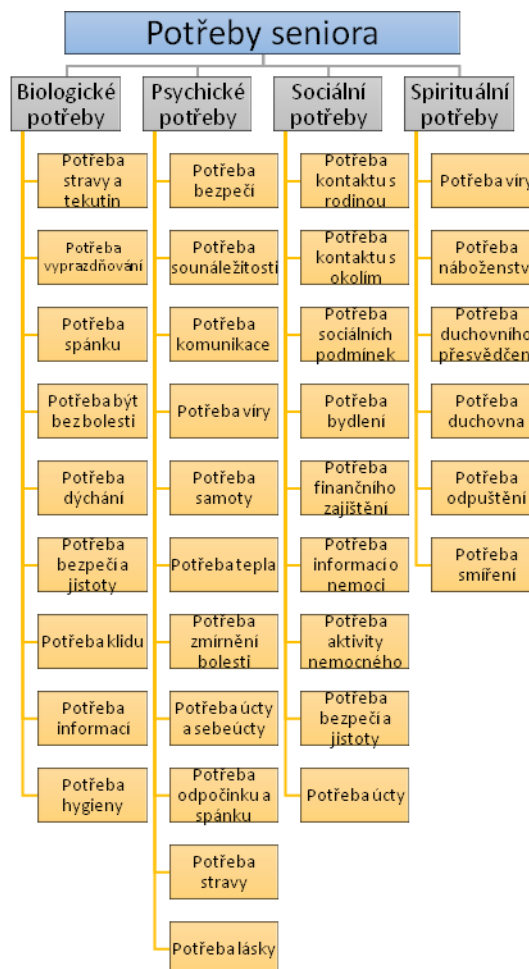
Na otázku psychických potřeb odpověděly sestry 2, 3, 4, 5 a 6, že sem patří potřeba bezpečí. Jistotu uvedly sestry 2, 3, 4 a 5. Jako další psychickou potřebu řekly

sestry 2, 3 a 5 sounáležitost. Sestra 1 vyjádřila ještě potřebu komunikace, víry a samoty. Sestra 4 vyjádřila potřebu tepla, zmírnění bolesti, sebeúcty, odpočinek a spánek a jídlo. Sestra 5 uvedla potřebu lásky a sestra 6 potřebu úcty.

Pod sociálními potřebami si sestry 1, 2, 4 a 5 představují potřebu kontaktu a rodinu. Sestra 1 a 3 zahrnuje do sociální potřeb sociální podmínky. Sestra 1 uvedla také potřebu bydlení a kdo se o seniora bude starat po propuštění. Potřebu finančního zajištění uvedla sestra 3. Do sociálních potřeb se sestra 4 domnívá, že patří informace o nemoci, aktivity nemocného, bezpečí a jistota a potřeba úcty. Sestra 6 vyjádřila komunikaci s okolím.

Pod spirituální potřebou si sestry 1, 3 a 6 představují víru. Sestra 4 a 5 zahrnují náboženství. Duchovní přesvědčení vyjádřila sestra 2 a sestra 4 doplnila ještě duchovno. Odpuštění a smíření, podle sestry 6, patří do spirituálních potřeb.

Schéma 6: Potřeby seniora z pohledu sester



Zdroj: Vlastní

Kategorie 6: Způsoby zjišťování potřeb seniorů

Všechny dotazované sestry uvádějí, že získávají informace o aktuálních potřebách při rozhovoru s pacientem. Kromě sestry 3 používají ostatní sestry k získání informací pozorování seniora. Sestra 6 zjišťuje informace také s pomocí dokumentace pacienta a sestra 1 udává, že ke zjištění potřeb využívá také výsledky škál a fyzikální vyšetření sestrou. Dodává, že vždy hodnotí stav při ošetrovatelských úkonech.

Při zjišťování biologických potřeb sestry 1, 2, 4, 5 a 6 uvedly pozorování. Sestra 1 uvedla také lékařské vyšetření a vyšetření sestrou, změny fyziologických funkcí, výsledky odběrů a vyšetření a sběr anamnézy. Sestry 2, 3, 4, 5 a 6 sdělily jako zdroj sběru informací o biologických potřebách rozhovor s pacientem. Vyhodnocování škál uvedly sestry 5 a 6.

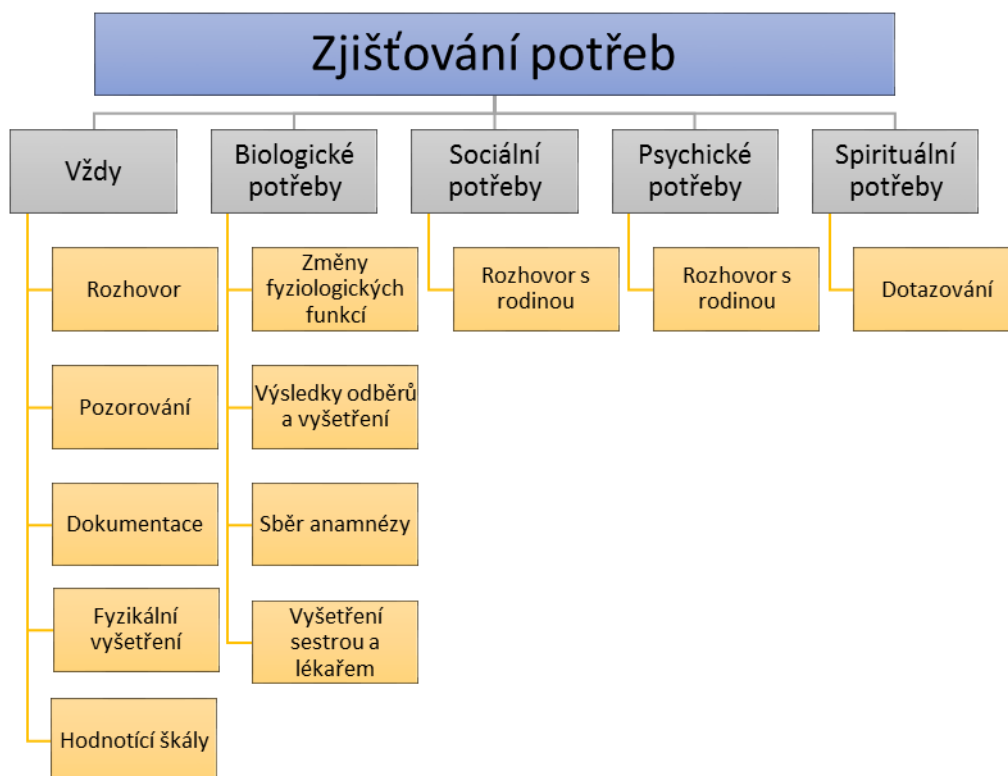
Psychické potřeby všechny dotazované sestry zjišťují pozorováním. Kromě sestry 6 využívají k získání informací také rozhovor s pacientem a sestry 4 a 5 využívají ke zjištění psychických potřeb rodinu.

Při zjišťování sociálních potřeb sestry 1, 2 a 4 využívají rozhovor. Pozorováním objevují sociální potřeby sestry 1, 3 a 6. Z dokumentace hledají sestry 1 a 3. Sestra 4 uvedla, že vyhledává informace při rozhovoru s rodinou a sestra 5 usuzuje sociální potřeby podle vypořádaných frekvencí návštěv rodiny. Sestra 3 zmínila, pokud si pacient sám neřekne.

Ve způsobu zjišťování spirituálních potřeb se nejvíce shodují kromě sestry 2 a tím je dotazování. Sestra 2 uvádí, že zjišťuje spirituální potřeby při sepisování ošetrovatelské diagnózy.

Proč tyto potřeby zjišťujeme, sestry 1 odpověděla, protože chceme zamezit vzniku komplikací a zhoršení zdravotního stavu pacienta. Sestra 2 se domnívá, že pokud nebude znát potřeby pacienta, nebude je moci uspokojit a je tedy zbytečná. Sestra 3 uvádí na konkrétním příkladu: „*Abych věděla, jestli mu mám třeba podat analgetika.*“ Sestry 4, 5 a 6 se shodují v tom, že je důležité zjišťovat aktuální potřeby nemocného k přizpůsobení poskytované péče. Sestra 4 se k tomu vyjádřila takto: „*Každý pacient je individuální a má jiné potřeby. Je důležité tyto jeho potřeby zjistit, abychom mu mohli poskytnout vhodnou ošetrovatelskou péči.*“

Schéma 7: Způsoby zjišťování potřeb seniorů z pohledu sester



Zdroj: Vlastní

Kategorie 7: Způsoby naplňování potřeb seniorů

Biologické potřeby seniora naplňují sestry 2, 3 a 5 s pomocí příjmu stravy a tekutin. Sestra 1 uvedla, že naplňuje tyto potřeby skrze ošetrovatelskou péči a plnění ordinace lékaře. Pomoc při vyprazdňování uvedla sestra 2. Pomoc seniorům při denních činnostech do naplňování biologických potřeb zahrnula sestra 6 a sestra 4 odpověděla, že je naplňuje, jak nejlépe umí.

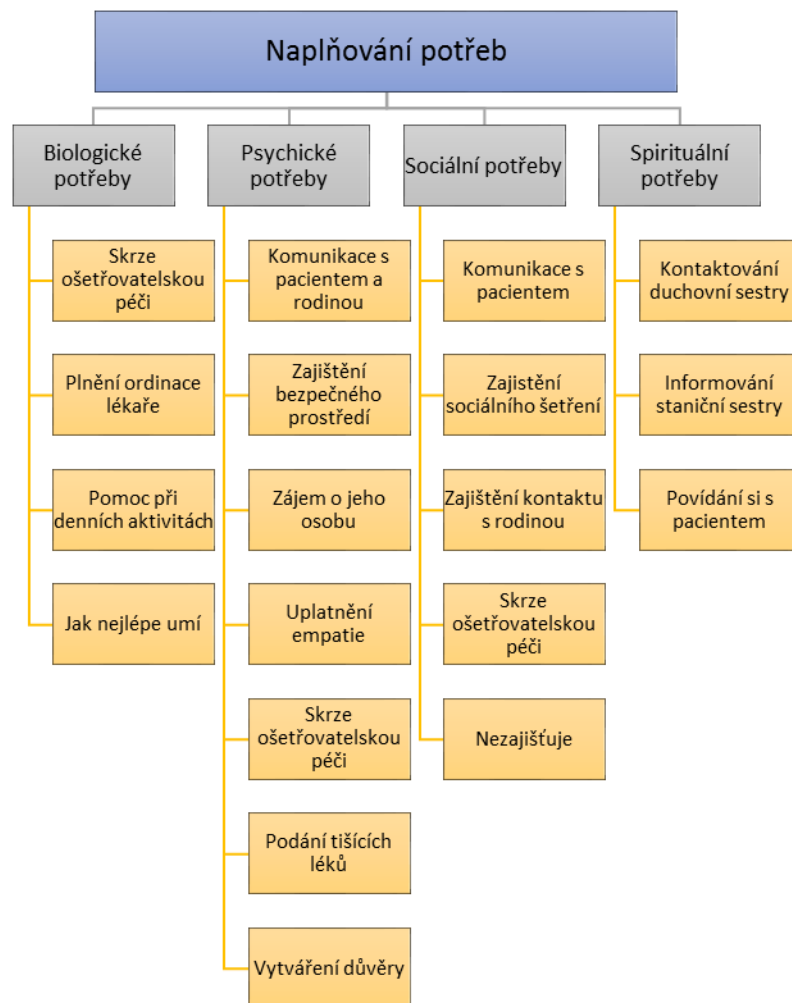
Naplňování psychických potřeb zajišťuje sestra 1, 3 a 6 komunikací s pacientem. Sestra 5 se snaží zajistit pacientovi bezpečné prostředí. Zájem o jeho osobu ze strany sestry zahrnula do naplňování psychických potřeb sestra 2. Sestra 3 uvedla důležitost komunikace s jeho rodinou. Sestra 4 odpověděla, že při naplňování těchto potřeb uplatňuje empatii, ošetrovatelskou péči a podává tišící léky. Sestra 6 se snaží vytvořit důvěru ve zdravotnický personál a dodala: „*Představíme se, ukážeme pacientovi, kde co najde. Jak se nás může dovolat a při každém úkonu mu říkat co s ním budeme dělat.*“

Sociální potřeby naplňují sestry 4, 5 a 6 skrze komunikaci s pacientem. Sestra 5 se k tomu vyjádřila takto: „*Snažíme se s nemocným navázat kontakt a alespoň formou*

rozhovoru mu zajistit pocit, že není sám. Pokud je to nutné, tak zajistíme sociální šetření a při propuštění pro nemocného vybíráme vhodné sociální zařízení.“ Zajištěním sociálního šetření tyto potřeby naplňují sestry 1 a 5. Sestra 2 se snaží zajistit kontakt s rodinou a sestra 4 sociální potřeby naplňuje ošetrovatelskou péčí. Sestra 3 udává, že tyto potřeby nezajišťuje, volá sociální pracovníci.

Naplňování spirituálních potřeb sestra 2, 4, 5 a 6 vykonává tak, že kontaktuje řádovou sestru, kterou obeznámí s pacientem jež projevil zájem o duchovní službu. Sestra 5 odpověděla konkrétně toto: „Jsem jenom taková spojnice. Případný zájem předávám jeptiškám.“ Sestra 1 a 3 předají žádost o duchovní službu staniční sestře, která kontaktuje kněze. Sestra 6 naplňuje spirituální potřeby povídáním si s pacientem.

Schéma 8: Způsoby naplňování potřeb seniorů sestrami

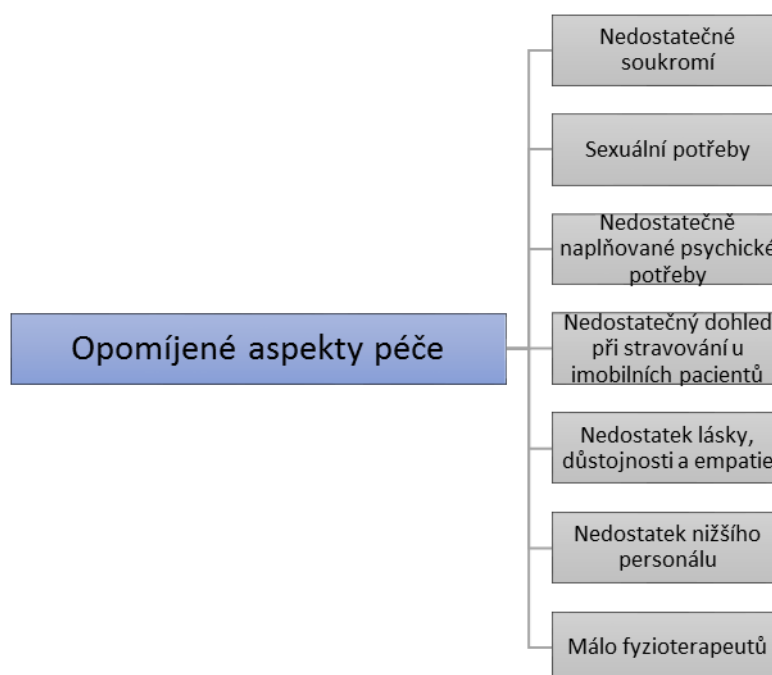


Zdroj: Vlastní

Kategorie 8: Opomíjené aspekty péče o seniory z pohledu sestry

Sestra 5 a 6 se shodly, že opomíjeným aspektem péče je dostatečné soukromí hospitalizovaných seniorů. Nedostatečné naplňování psychických potřeb a důsledný dohled asistence při stravování u imobilních pacientů uvedla sestra 1. Sestra 3 si myslí, že se zapomíná na sexuální potřeby seniorů a sestře 4 chybí v péči o seniory dostatek lásky a empatie. Sestra 5 postrádá u péče o seniory dostatek důstojnosti. Jen sestru 2 žádné opomíjené aspekty péče o seniory nenapadají. Kromě sestry 5 se všechny sestry domnívají, že jim k zajišťování komplexní péče brání nedostatek personálu. Málo fyzioterapeutů uvedly konkrétně sestry 3 a 6, načež sestra 6 přidala ještě nedostatek nižšího zdravotního personálu. Vyjádřila se k tomu takto: „*Hlavně rehabilitačních pracovníků a sanitářek. Pokud nebude muset sestra neustále při plnění ordinací odbíhat na zvonek a bude mít dostatek ošetrovatelského personálu, bude jistě i lépe zajišťovat zjištěné potřeby.*“ K zajištění kvalitnější péče se sestra 1 domnívá, že by ji dopomohly lepší pomůcky na polohování, sestra 4 by uvítala pohodlnější lůžka pro pacienty a zároveň uvedla, že by chtěla více materiálu. Sestra 6 postrádá zástěny pro zajištění většího soukromí a společně se sestrou 1 chtějí účelnější pomůcky pro manipulaci s imobilním pacientem. Sestra 3 vyjádřila, že ji k zajištění komplexní péče překáží mnoho papírování, naopak sestra 4 tvrdí, že má nedostatek času na všechny pacienty.

Schéma 9: Opomíjené aspekty péče o seniory z pohledu sestry



Zdroj: Vlastní

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů se seniory

Kategorizační skupiny

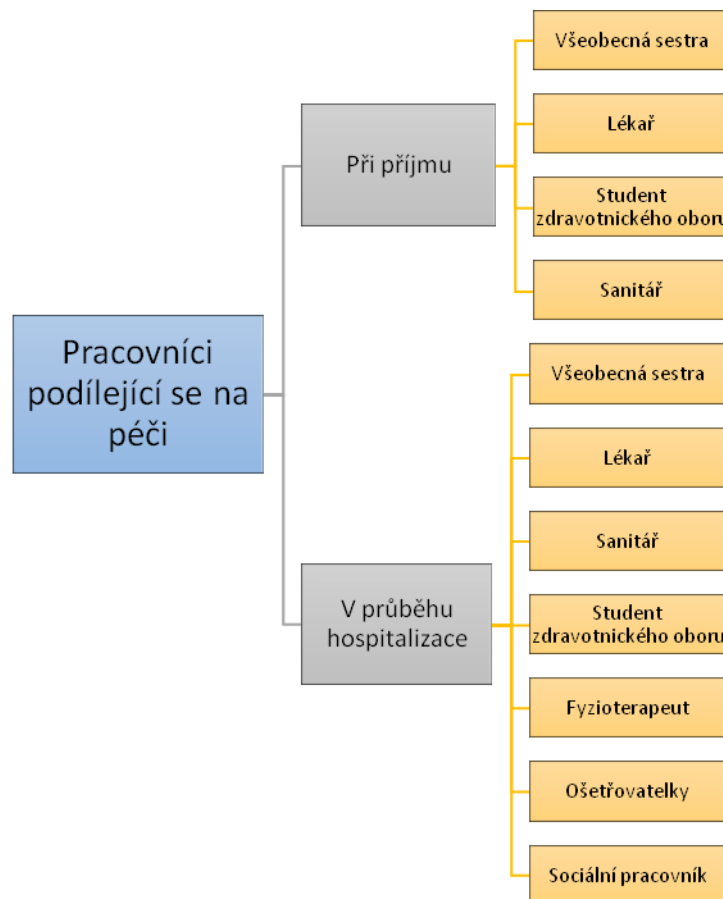
1. Pracovníci podílející se na péči o seniory
2. Uspokojované biologické potřeby z pohledu seniorů
3. Uspokojované psychické potřeby z pohledu seniorů
4. Uspokojované sociální a spirituální potřeby z pohledu seniorů
5. Nedostatečná péče z pohledu seniora

Kategorie 1: Pracovníci podílející se na péči o seniory

Při příjmu na oddělení následné péče uvedli všichni senioři, že byla přítomna všeobecná sestra. Senior 1, 4 a 6 doplnil lékaře či lékařku. Studentku zdravotnického oboru při příjmu měl senior 4 a 6. Senior 6 si pamatoval ještě přítomnost sanitáře.

V průběhu hospitalizace se na péči podílí kromě výše uvedených také fyzioterapeut, kterého uvedl senior 2, 3 a 5. Naopak senior 4 řekl, že fyzioterapeut za ním nechodí, protože není důvod. Ošetřovatelky uvedl senior 1 a 5. Senior 5 se k tomu vyjádřil takto: „*Chodí sem paní doktorka, sestřičky a ošetřovatelky. Každý den přijde rehabilitační sestřička, se kterou se projdu.*“ Sociálního pracovníka uvedl jen senior 3. Pacienti uvedli všeobecnou sestru, jako pracovníka, který se nejčastěji podílí na péči o ně, naopak s nejmenší frekvencí byl uveden sociální pracovník, ošetřovatelky a sanitář.

Schéma 10: Pracovníci podílející se na péči seniorů



Zdroj: Vlastní

Kategorie 2: Uspokojované biologické potřeby z pohledu seniorů

Senioři 4, 5 a 6 uvedli, že se jich všeobecná sestra při příjmu dotazovala, zda jsou mobilní či ne. Při naplňování potřeby soběstačnosti řekli senioři 1 a 2, že jim všeobecné sestry pomáhají se posadit. Pomoc při vstávání z postele uvedl senior 5. Senioři 2 a 5 sdělili, že jim sestry pomáhají při chůzi v chodítku a senior 3 vyjádřil sestrami pravidelné otáčení na boky a pomoc při převlékání. V rámci hygieny senioři 4 a 5 uvedli, že potřebují od sestry pomoc při koupeli. Naopak senior 6 si ohledně hygieny vše udělá sám. Senior 1 prozradil, že vyžaduje pomoc při hygieně ráno i večer, a v poledních hodinách sestry vyměňují například špinavé prádlo. Senioři 1, 2 a 3 udávají, že při hygieně je použit lavor při ranní hygieně. Při večerní hygieně naopak senior 1 řekl, že již lavor sestry nepoužívají. Senior 2 uvedl, že lavor při večerní hygieně používá jen některá služba a senior 3 vyjádřil, že sestry ho pouze přebalí.

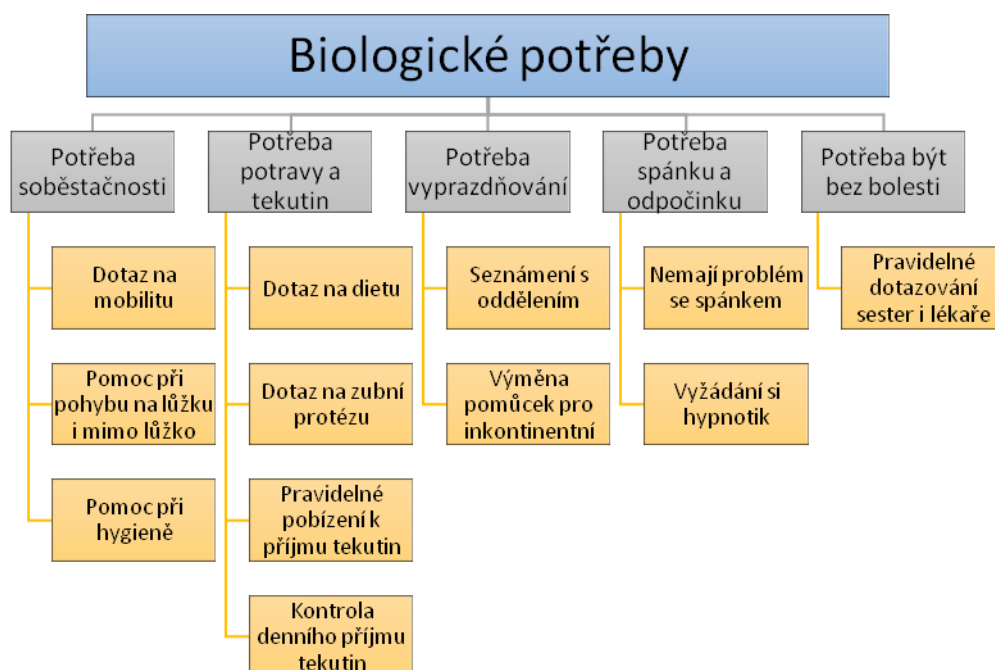
K naplňování potřeby potravy a tekutin se všeobecné sestry informují již při příjmu. Seniori 1, 4 a 6 uvedli, že se ho sestra dotazovala při příjmu na dietu. Senior 2 sdělil, že sestru zajímalo, zda má zubní protézu a jestli je diabetik. Zda je na něco alergický, se ptala sestra seniorů 2 a 4. Dopomoc sestry při stravování uvedli seniori 1 a 3. Ohledně tekutin konstatovali seniori 1, 3, 5 a 6, že je sestra pravidelně nabádá, aby měli dostatečný přísun tekutin. Senior 4 řekl, že o to, kolik toho za den vypil, se ptají sestry večer. Senior 2 na otázku, jestli je sestry nabádají k pití prozradil: *„Podle toho, která je zrovna ve službě. Je tady jedna taková malinká, usměvavá sestřínka a ta nás každou chvíli kontroluje, jestli pijeme.“* Ohledně množství tekutin na den se seniori 2, 4 a 6 shodují, že vypijí konvičku čaje denně. Senior 1 vypije 2 konvičky. Naopak senior 3 uvedl, že vypil v den rozhovoru pouze hrneček čaje. Senior 5 uvedl, že vypije denně okolo 1,5 litru tekutin.

Při naplňování potřeby vyprazdňování uvedli seniori 4 a 5, že při příjmu mu sestra ukázala, kde je toaleta. Klienti 1 a 3 sdělili, že mu sestra pomáhá při výměně pleny a jinak mají oba zavedený permanentní močový katetr. Senior 6 uvádí, že má problémy se zácpou, a proto ho sestra nabádá k častějšímu pití. Senior 2 uvedl k vyprazdňování toto: *„Každý den dostávám ráno šťopičku medicíny, abych mohla na záchod. Brala jsem ji i doma.“*

Naplňování potřeby spánku a odpočinku seniori 3, 4 a 6 uvádějí, že nemají na tomto oddělení problémy se spánkem. Senior 5 podotkl, že se mu tady špatně usíná a dnes si řekl při vizitě lékaři o předepsání tablety na spaní. Na spolubydlící, kteří chrápou, si stěžuje senior 2, který od pobytu na tomto oddělení bere tablety na spaní. Senior 1 se ke spánku vyjádřil takto: *„No, spí se mi tak podle toho, jak tady mám rušno. Ted' už jo, ale před tím jsem tady měl pána, který pořád vyřvával v noci, tak člověk se nevy spal.“* Uvádí také, že žádné léky na spaní nebere stejně jako senior 6.

Potřebu být bez bolesti naplňuje multidisciplinární tým u všech dotazovaných seniorů. Senior 6 uvedl, že se ho dotazovala lékařka při vizitě, kde řekl, že ho nic nebolí. Naopak seniori 2 a 3 řekli, že se sestry starají, jestli je něco bolí 2x denně. Seniori 1 a 4 prozradili, že se sestra o jeho bolest zajímá 3x denně a senior 3 sdělil četnost dotazu na bolest 4x denně. Na otázku, zda se sestry ptají na bolest podle nějaké stupnice, odpověděli seniori 1, 2, 3, 4 a 5, že ne.

Schéma 11: Uspokojované biologické potřeby z pohledu seniorů

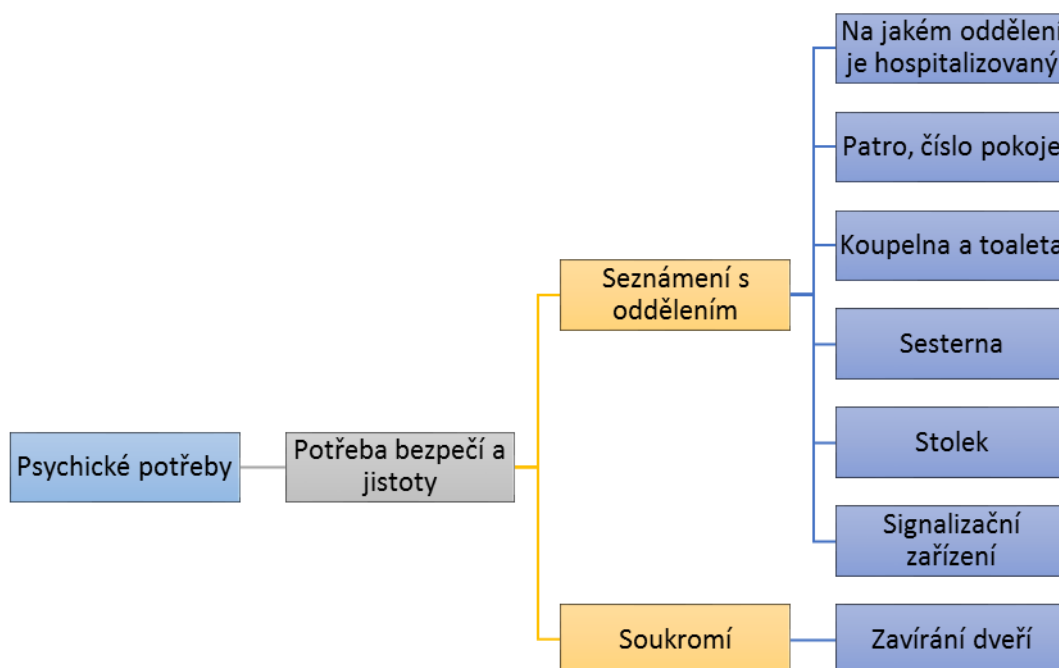


Zdroj: Vlastní

Kategorie 3: Uspokojované psychické potřeby z pohledu seniorů

Naplňované potřeby jistoty a bezpečí zajišťují sestry již při příjmu. Seniori 2 a 4 uvedli, že mu sestra řekla, kde leží. V jakém je patře se dozvěděli seniori 2 a 6. Seniori 3, 5 a 6 se dozvěděli číslo pokoje. Kde najít toaletu, bylo ukázáno seniorovi 4 a 5. S koupelnou a sesternou byl seznámen senior 5. Kam si může uložit věci, bylo ukázáno seniorovi 1. Jaký stolek patří po dobu pobytu pacientovi, se dozvěděl senior 3. Kromě seniora 2 všichni uvedli, že byli seznámeni se signalizačním zařízením. Při dotazu na dodržování soukromí odpověděli seniori 1 a 2, že sestry při hygieně zavírají dveře. Konkrétně senior 2: „V rámci možností. Zavírají dveře, ale úplná intimita to není.“ Seniori 3, 4, 5 a 6 uvedli, že sestry se snaží zachovat soukromí při činnostech vykonávaných u pacienta.

Schéma 12: Uspokojované psychické potřeby z pohledu seniorů



Zdroj: Vlastní

Kategorie 4: Uspokojované sociální a spirituální potřeby z pohledu seniorů

Senior 1 a 3 uvádí, že u něj sestra plní potřebu komunikace 1x denně, kdy si s ním chodí popovídat. Senior 1, 2, 4 a 5 uvedl, že sestry nemají moc čas, ale povídat si chodí. Blíže se k tomu vyjádřil senior 4: „Sestřičky pořád něco brebentí. Taky záleží na tom, jaká směna zrovna slouží. Ale povídají si s námi, to ano.“ Senior 3 a 6 uvedl, že si sestry s pacienty povídají, když přijdou na pokoj. Senior 5 sdělil, že si nejvíce popovídá s fyzioterapeutem a naopak senior 6 nejvíce mluví se studentkami. Zda pacienty sestra seznamuje s tím, jakou činnost jim právě bude provádět uvedli kromě seniora 3 všichni, že ano seznamuje. Senior 3 k tomu prozradil: „Jak které. Ale člověk už je zvyklý, co asi tak bude následovat.“ Co se týče chování sester, kromě seniora 2 všichni dotazovaní uvedli, že jsou zde sestry hodné. Senior 5 si myslí, že je jich málo a senior 2 se domnívá, že některým chybí trochu soucitu. Přesněji se k tomu vyjádřil takto: „Některé sestřičky jsou andělé. Nechci nikoho hanit, ale některým chybí trochu soucitu. Ale chápu, že toho mají moc.“ Potřeba sociálních vztahů je naplňována návštěvami. Nejvíce návštěv chodí za seniorem 5, naopak nejméně za seniorem 3, který uvedl snachu. Nejčastěji seniory navštěvují vnoučata, synové a dcery, popřípadě manžel či manželka. Senior 5 uvedl návštěvu bratra a sousedky. Do nemocnice pacienti

nastupovali z domácího prostředí. Senioři 1 a 4 bydlí s manželem, senioři 2, 3, 5 a 6 bydlí sami. Po propuštění se kromě seniora 3 všichni chtějí vrátit domů. Senior 3 čeká až se vyřídí žádost do domova důchodců.

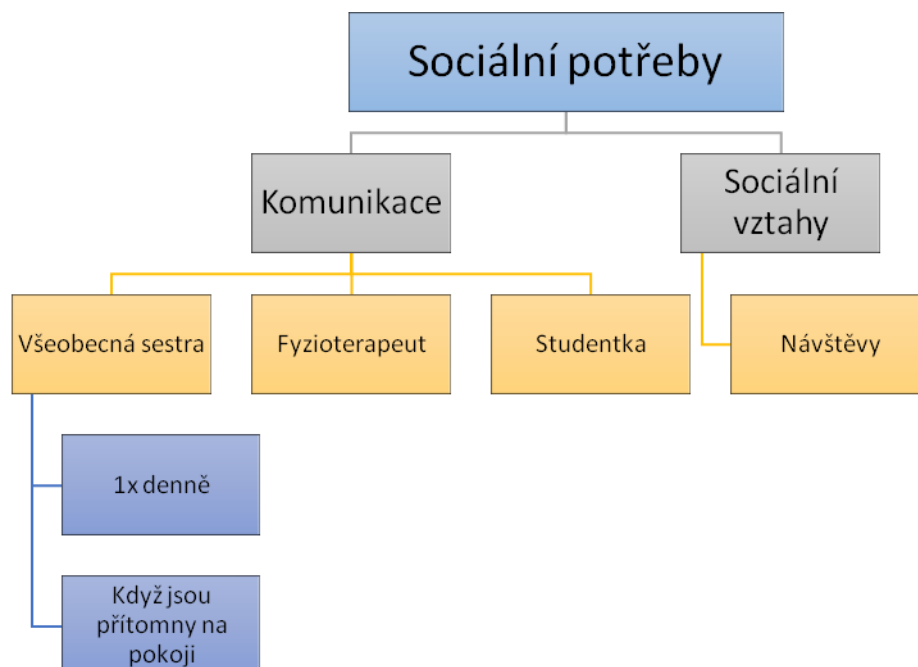
Při naplňování spirituálních potřeb z rozhovorů se seniory vyplynulo, že senior 1, 2 a 5 je věřící. Ani jednomu nebyla nabídnuta možnost přivolání duchovního. Senior 1 uvedl, že o možnosti ví, ale nemá o ni zájem stejně jako senior 5. Senior 2 dodal, že stejně půjde brzy domů. Senior 3, 4 a 6 jsou nevěřící.

Schéma 13: Uspokojování spirituálních potřeb z pohledu seniorů



Zdroj: Vlastní

Schéma 14: Uspokojování sociálních potřeb z pohledu seniorů

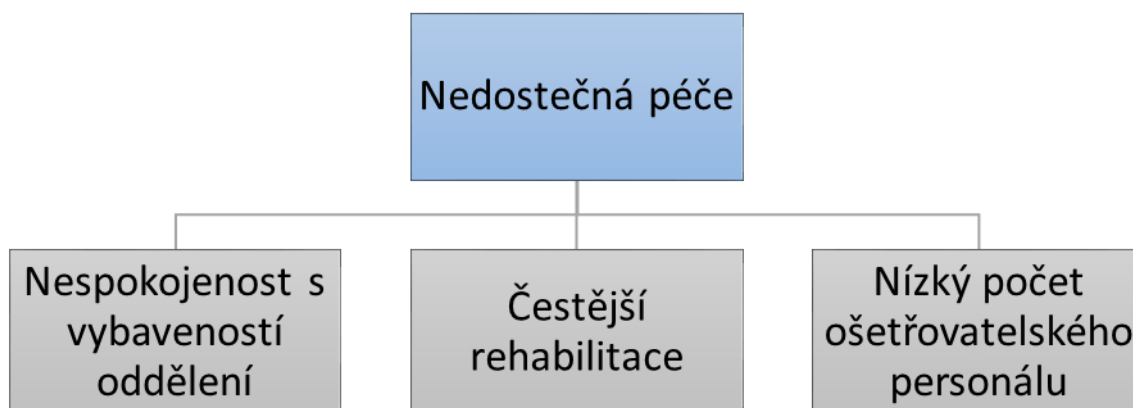


Zdroj: Vlastní

Kategorie 5: Nedostatečná péče z pohledu seniora

Zda chybí seniorům nějaká péče na tomto oddělení, uvedl senior 1, že ohledně péče asi ne. Upřesnil, že postrádá v rámci vybavení oddělení osobní skříň na pokoji. Senior 2 by chtěl častěji rehabilitovat, vyjádřil se k tomu takto: „*Chtěla bych častěji trénovat tu chůzi. Ono jednou denně není moc.*“ Senioři 3 a 4 uvedli, že jsou spokojeni jak s péčí, tak s vybavením oddělení. Senior 5 se domnívá, že je tady hodný zdravotní personál. Konkrétně uvedl: „*Na tom nervovém byla jedna škaredá, tu neměl nikdo rád. Tady jsou sestřičky hodné. Ale je jich tu málo a mají spoustu práce. I přesto jsou milé a usměvavé.*“ Senior 6 vyjádřil spokojenost s chováním sester, s poskytovanou péčí i vybaveností oddělení.

Schéma 15: Nedostatečná péče z pohledu seniora



Zdroj: Vlastní

5 DISKUZE

Ve výzkumném šetření jsem se zabývali povědomím sester v oblasti komplexní péče o seniory, jakým způsobem ji pojmají a naplňují. Dále zjišťováním chybějících aspektů péče poskytované seniorům sestrami. V současné době je péče o seniory k doléčení směřována na oddělení následné péče, kde je poskytována komplexní ošetrovatelská a rehabilitační péče za spolupráce multidisciplinárního týmu. Tato péče má svá specifika a klade velký důraz na znalosti a dovednosti sester v dané oblasti.

Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno technikou polostrukturovaných rozhovorů se šesti všeobecnými sestrami pracujícími na oddělení následné péče a se šesti seniory starších 75 let hospitalizovaných na tomtéž oddělení. Prvním cílem bylo zjistit, jak sestry pojmají komplexní péči o seniory. K tomuto cíli byli stanoveny dvě výzkumné otázky: *Co si sestry představují pod pojmem komplexní péče o seniory? Jak sestry realizují komplexní péči o seniory?* Druhým cílem bylo zjistit, jak sestry naplňují komplexní péči o seniory. K tomuto cíli byli stanoveny dvě výzkumné otázky: *Na jaké aspekty péče o seniory je kladen důraz sestrami? Jaké aspekty komplexní péče o seniory jsou sestrami opomíjeny?* Třetím cílem bylo zjistit, jaké aspekty péče poskytované sestrami senioři postrádají. K tomuto cíli byli stanoveny dvě výzkumné otázky: *Jaké potřeby mají senioři sestrami prioritně uspokojovány? Jaké aspekty při poskytování péče senioři postrádají?*

Komplexní péče o seniory, o členy společnosti, u kterých je potřeba počítat se vznikem onemocnění s ne úplně typickým průběhem, vyžaduje dostatečné vědomosti o změnách provázejících stáří. Každé onemocnění seniora jistým způsobem omezuje v naplňování jeho biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb. Uspokojování těchto potřeb při hospitalizaci přebírá zpravidla všeobecná sestra, která by měla mít základní vědomosti o změnách, které provázejí stáří. První výzkumná otázka zněla: *Co si sestry představují pod pojmem komplexní péče o seniory?* Dle výsledků z rozhovorů si sestra 1, 2 a 5 představí naplňování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb. V této souvislosti lze souhlasit s Kalvachem (2006), že komplexní péči lze charakterizovat jako péči, kdy při aktivitě všech členů multidisciplinárního týmu umožňuje naplňovat pacientovy potřeby a nejenom léčit samotné onemocnění. Sestry 3, 4, a 6 si představují pod tímto pojmem péči ucelenou. Kalvach (2006) také komplexní péči vyjadřuje jako všestrannou, plánovanou péči individuálních potřeb s ohledem na současný zdravotní stav pacienta. Pojem

komplexnosti vyjadřuje také všestrannou zdravotní péči, její soustavnost, návaznost a organizování kolektivní spolupráce celého týmu. Sestra 6 uvedla, že komplexní péči rozumí jako spolupráci členů týmu s různým vzděláním, kteří spolu spolupracují. V péči o seniory klade větší důraz na zjišťování a naplňování jeho potřeb. V rámci komplexní péče je nedílnou součástí multidisciplinární tým. V této souvislosti jsme se dotazovali, co podle nich multidisciplinární tým znamená a kdo do něj patří. Dotazované sestry uvedly, že si pod tímto pojmem představí spolupráci osob z různých oborů, například sestra 4 se domnívá, že je to spolupráce osob na jednom oddělení. Překvapivé bylo sdělení sestry 3, která neví, co si pod pojmem multidisciplinární tým představí. Dotazované sestry se ztotožňují s tvrzením Mahrové (2008), která uvádí, že pracovníci, kteří do týmu patří jsou lékaři, všeobecné sestry, fyzioterapeut, psycholog a sociální pracovník. Všechny uvedly jako součást týmu všeobecnou sestru. Sestra 4 se domnívá, že sestra je klíčový článek týmu, a tudíž se doplňuje s tvrzením Bártlové (2005), kde z článku vyplývá, že lékař je ten, který tým vede. Ve výzkumném šetření k tomu sestra 4 uvedla následovně: *„Na zdravotní sestře to stojí. Ale řekla bych, že spolupráce je dobrá. Zdravotní sestra je stále v kontaktu s ostatním ošetrovatelským personálem, lékařem, rehabilitačním pracovníkem, i v úzkém kontaktu s rodinou nemocného. Ale zdravotní sestra je klíčový článek týmu.“* Myslím si, že každý člen týmu má svoji roli, avšak všeobecná sestra spolu s lékařem jsou v první linii týmu. Lékaře a sociálního pracovníka zahrnuje do týmu pět sester. Čtyři sestry uvedly fyzioterapeuta a tři sestry nutričního terapeuta. Po jedné odpovědi jsou považováni za členy multidisciplinárního týmu stomická sestra, rodina a uklízečka. Z rozhovorů je zřejmé, že sestry si pod pojmem komplexní péče představují naplňování potřeb, které si senior nemůže samostatně uspokojit za spolupráce členů různých oborů a vzdělání. To, že sestra 3 uvedla, že neví, co je multidisciplinární tým, si vysvětlují neznalostí pojmu, protože na podotázku, kdo všechno se na péči o seniora podílí, již uváděla členy týmu konkrétních profesí. Mahrová (2008) řadí do týmu i psychologa, kterého neuvedla žádná sestra. Tuto skutečnost si lze vysvětlit tak, že v zařízení, kde výzkum probíhal, není psycholog využíván v rámci komplexní péče.

Dále jsme od sester zjišťovali, jak realizují komplexní péči o seniory. Otázky byly rozděleny na realizaci komplexní péče při příjmu a během hospitalizace. Jak Pokorná (2013) uvádí ve své literatuře, při přijetí na oddělení seniora je nutné zhodnotit jeho zdravotní stav. Téměř všechny sestry se shodují s tímto tvrzením a dodávají, že při

příjmu odebírají od seniora také ošetřovatelskou anamnézu a pokud je to možné, kromě sestry 3, se všechny obracejí pro informace o pacientovi také na rodinné příslušníky. Ale ještě před tím, než začnou odebírat anamnézu, sestry uvedly, že pacienta seznamují s oddělením. Tato skutečnost se ukazuje, jako dobrý začátek pro budování důvěry mezi pacientem a sestrou, která vytváří důležitý první dojem. Z rozhovorů je možné sledovat, že sestry při příjmu pacienta využívají skryté pozorování (Kutnohorská, 2009), neboť v rozhovorech uvádějí, že dle zdravotního stavu seniora seznamují s oddělením. Sestry při využívání pozorování se shodují s Venglářovou (2006), která ve svém článku uvádí, že pozorování je důležité ke zhodnocení zdravotního stavu pacienta a případně zaregistrovat změny zdravotního stavu. Sestra 3 na otázku zda pacienty seznamují s oddělením uvedla následující: „Podle jeho zdravotního stavu. To, co bude potřebovat. U ležáků, kde mají signalizační zařízení. U chodících pacientů i oddělení.“ V případě, že s pacientem není možné navázat slovní kontakt, všechny sestry uvedly, že ošetřovatelskou anamnézu získají z dokumentace pacienta. Zdravotní stav seniora všeobecné sestry vyhodnocují také pomocí škál. Pokorná (2013) se k nutnosti vypracování škál vyjadřuje takto: „Zajistí tak přehledné informace o aktuálním stavu posuzované osoby a v případě skórovaných nástrojů umožní sledovat vývoj nemocného v čase a efektivitu použitých léčebných strategií.“ (Pokorná, 2013, s.9). Všechny sestry uvedly, že vyhodnocují riziko pádu a využívají škálu pro vznik dekubitů. Sestry 1, 2, 4, 5 a 6 vyhodnocují nutriční screening a sestry 1, 2, 4 a 5 uvedly, že provádějí a následně vyhodnocují Barthelové test a vizuální analogovou škálu bolesti. Škálu mentálního stavu vyhodnocují sestry 1 a 6. Kalvach (2008) ve svém článku uvádí, že cílem komplexní péče při hospitalizaci seniora je udržení co nejvyšší kvality života a je nutné pracovat s výsledky testů, které byly vypracovány při přijetí. V průběhu hospitalizace sestry 1, 2, 4 a 5 uvedly, že zjišťují a uspokojují potřeby seniorů, čímž se shodují s Mastiliakovou (2014), která pojednává ve svém článku o tomtéž. Sestra 6 vyjádřila, že se snaží udržet zdravotní stav seniora a usiluje o jeho zlepšení. Jak již bylo zmíněno, Kalvach (2008) udává nutnost posuzování výsledků škál. Při rozhovorech sestry 1, 2 a 5 uvedly, že škály aktualizují při zhoršení stavu. Všechny sestry se shodují v aktualizaci škál, ovšem každá sestra aktualizuje jen některé hodnotící nástroje. Po průběžném zhodnocení vývoje stavu pacienta pomocí hodnotících nástrojů má sestra dle Mastiliakové (2014) spolupracovat s lékařem a ostatními členy týmu. Sestry 2 a 3 vyjádřily, že výsledky škál nikdy nekonzultují. Naopak sestry 1, 4, 5 a 6 hodnocení považují za nutné. Sestra 6 se k tomu vyjádřila takto: „Ano hodnotíme, třeba u rizika

dekubitů zakládám polohovací záznam a informuji sanitárku, že je třeba pacienta pravidelně polohovat. Takže spíš vyhodnocujeme, provádíme a úkolujeme, než že bychom je společně hodnotili.“ Je očividné, že sestry komplexní péči realizují již při příjmu seznámením pacienta s oddělením s ohledem na jeho zdravotní stav, což hodnotím velmi pozitivně. Nadále odebírají ošetřovatelskou anamnézu, avšak skutečnost, že na jejím základě stanovují ošetřovatelský plán a následně sestavují aktuální a potencionální diagnózy, se nezmínila jediná sestra. Dále všechny sestry uvedly, že při realizaci komplexní péče vyhodnocují zdravotní stav pomocí hodnotících nástrojů a v průběhu hospitalizace je aktualizují. Škály, které sestry vypracovávají při příjmu a následně je aktualizují v průběhu hospitalizace lze hodnotit pozitivně. Nejvíce jich uvedla sestra 1 a to v celkovém počtu šesti škál. Konkrétně vyjmenovala riziko pádu, Barhelové test základních denních aktivit, škálu rizika vzniku dekubitů, nutriční screening, škálu mentálního stavu a vizuální analogovou škálu bolesti. Aktualizace škál v průběhu hospitalizace sestry provádějí, mají ovšem problém vyjmenovat, v jakém intervalu se jaká škála aktualizuje. Co se týká hodnocení škál s ostatními členy týmu, čtyři sestry výsledky zhodnocují minimálně mezi sestrami, dvě sestry uvedly, že výsledky nehodnotí.

Dále jsme chtěli vědět, na jaké aspekty péče o seniory je sestrami kladen důraz. Při anamnéze odpovědí můžeme do diskuze již začlenit další otázku, a to, jaké aspekty komplexní péče o seniory jsou sestrami opomíjeny a současně porovnat s odpověďmi seniorů. Dle Příbyla (2015) se potřeby seniorů nijak neliší od potřeb ostatní populace, u seniorů je odlišná priorita potřeb a způsob jejich naplňování. Dotazovali jsme se tedy sester, co podle nich vůbec patří do potřeb seniorů a jak je zjišťují. U biologických potřeb sestry uváděly nejčastěji potřebu potravy, tekutin a potřebu vylučování. Mimo jiné uvedly také potřebu spánku, dýchání a potřebu být bez bolesti. Žádná sestra neuvedla potřebu soběstačnosti. Tyto potřeby nejčastěji sestry zjišťují pozorováním a rozhovorem. Sestra 1 uvedla, že využívá k nalezení potřeb provedené lékařské vyšetření, vyšetření sestrou, změnu fyziologických funkcí, výsledky odběrů a vyšetření. U psychických potřeb uvedly všechny, kromě sestry 1, potřebu jistoty a bezpečí. V pojetí Šamánkové (2011) do psychických potřeb je začleněna potřeba autonomie, kterou ani jedna sestra neuvedla. U těchto potřeb sestry nejčastěji zjišťují nedostatečné naplnění pomocí pozorování a rozhovoru s pacientem a jeho rodinou. Do sociálních potřeb sestry 1, 2, 4 a 5 uvedly potřebu komunikace a rodinu, což si můžeme

vysvětlovat, jako sociální vztahy a potřebu milovat a být milován. Sestry 1 a 3 uvedly, že tyto potřeby zjišťují pomocí dokumentace pacienta. V odpovědích zazněl také rozhovor a pozorování. Dle mého názoru si sestry ani neuvědomují, že například povinnou mlčenlivostí plní sociální potřeby pacienta. Pod pojmem spirituální potřeba si sestry vybavují nejvíce víru. Sestra 6 uvedla odpuštění a smíření. Šamánková (2011) uvádí ve své literatuře ještě potřebu smyslu života, ale tuto potřebu žádná sestra neuvedla. Domnívám se, že je to z důvodu představy většiny osob, kdy si pod pojmem spirituální potřeby vybaví náboženské přesvědčení. Sestry odpověděly, že tuto potřebu zjišťují pouze dotazováním. Příbyl (2015) se ve své biografii k získávání údajů vyjadřuje takto: „K získávání údajů se používají metody pozorování, rozhovor, fyzikální vyšetření, funkční testy“ (Příbyl, 2015, s. 18). Všechny tyto vyjmenované způsoby sestry v průběhu rozhovorů uvedly. Proč potřeby u seniorů zjišťujeme, sestra 4 odpověděla: „Každý pacient je individuální a má jiné potřeby. Je důležité tyto jeho potřeby zjistit, abychom mu mohli poskytnout vhodnou ošetrovatelskou péči.“ Následující výsledky poukazují na způsob, kterým sestry naplňují potřeby seniorů. Dle Šamánkové (2011) biologické potřeby zahrnují veškerou péči o tělo. Sestry 1, 2, 3, 5 a 6 uvedly dopomoc seniorů při stravování, pomoc při vyprazdňování, dopomoc při denních aktivitách, plnění ordinace lékaře a plnění skrze ošetrovatelskou péči. Ačkoli sestry vůbec nezminily zajišťování potřeby soběstačnosti, senioři uvádějí, že jim sestry pomáhají se základními denními činnostmi. Jak rozděluje Šnejdrlová (2008) ve své literatuře seniory na zdatné, nezávislé, křehké, závislé a zcela závislé seniory, je zjevné, že rozsah poskytované péče závisí na stupni závislosti seniora na druhých osobách. Senioři uvádějí, jak jim sestry pomáhají při vstávání z lůžka, chůzi nebo doprovodu na toaletu. Senior 3 také vyjádřil pravidelné otáčení na boky. S ohledem na odpověď seniorů, že v průběhu hospitalizace je navštěvuje fyzioterapeut, lze hodnotit naplňování potřeby soběstačnosti za uspokojivé. Potřebu příjmu potravy a tekutin uvedli senioři 1, 4 a 6, že se sestra dotazovala při přijetí na oddělní na jeho dietu. Nutno upozornit, že u seniorů dle Holmerové (2014) vlivem poruchy polykání, chrupu, vstřebávání nebo příjmu potravy hrozí vznik malnutrice. Sestra by proto měla zjišťovat, zda mají senioři například zubní protézu. Senior 2 sdělil přímo, že se sestra zajímala o to, zda má zubní protézu, zdalipak je či není diabetik a jestli trpí alergií. Lukáš (2011), řadí seniory mezi skupinu jedinců, kterým hrozí riziko dehydratace z důvodu sníženého pocitu žízně. Potěšující je, že senioři uváděli, že je sestry aktivně nabádají k pravidelnému příjmu tekutin. S příjmem tekutin souvisí i potřeba vyprazdňování. Senior 6 při výzkumném

šetření zmínil, že má problémy se zácpou, a proto ho sestra nabádá k častějšímu pití. Naopak jiný se k této problematice vyjádřil takto: *„Každý den dostávám ráno šťopičku medicíny, abych mohla na záchod. Brala jsem ji i doma.“* Senioři 1 a 3 sdělili, že používají inkontinentní pomůcky, které sestra vyměňuje. A senioři 4 a 5 byli při příjmu sestrou seznámeni, kde najdou toaletu. Mezi další základní fyziologické potřeby patří potřeba spánku, Borzová (2009) ve svém článku uvádí, že lze nespavost vyřešit předepsáním hypnotik lékařem, ale všeobecná sestra může vyzorovat, zda senior netrpí spánkovou inverzí nebo nemá málo denních aktivit. Předepsání hypnotik vyřešili problémy se spánkem senioři 2 a 5. Ostatní senioři tvrdí, že se spánkem problémy nemají. Senior 1 k tomu dodal: *„No, spí se mi tak podle toho, jak tady mám rušno. Ted' už jo, ale před tím jsem tady měl pána, který pořád vyřvával v noci, tak člověk se nevyspal.“* Potřebu být bez bolesti se senioři shodli, že sestry naplňují. Liší se ovšem frekvence dotazování sester na případnou bolest seniora. Senioři 2 a 3 uvedli, že se sestry zajímají o jejich bolest 2x denně, 3x denně se doptávají seniorů 1 a 4, naopak senior 3 odpověděl, že se sestry ptají 4x denně. Výsledky se shodují s Rokytou (2009), který uvádí, že by pacient měl vědět, že nás jeho bolest zajímá a jsme schopni ji v případě potřeby řešit. Na základě výzkumu mohu uvést, že biologické potřeby jsou sestrami dostatečně uspokojovány. Z rozhovoru se sestrami vyplynulo, že některé biologické potřeby neuspokojují, ale osobně si myslím, že pouze zapoměly uvést konkrétní potřebu. Sestry například v rozhovoru nevedly, že uspokojují potřebu soběstačnosti, ale senioři uvedli, že jim v denních činnostech pomáhají. Nejvíce opomíjeno je dle Šamánkové (2011) v nemocnicích naplňování psychických potřeb. Z výzkumu vyplývá, že sestry psychické potřeby seniorů naplňují skrze komunikaci. Sestra 6 v rozhovoru konstatovala, že se snaží vytvořit důvěru mezi seniory a zdravotnickým personálem. Vyjádřila se k tomu takto: *„Představíme se, ukážeme pacientovi, kde co najde. Jak se nás může dovolat a při každém úkonu mu říkat co s ním budeme dělat.“* Je nutné naplňovat potřebu jistoty a bezpečí. Senioři odpověděli, že je sestra při příjmu seznámila s oddělením. Sestry uvedly, jak již bylo zmíněno výše, že seniory seznamují s oddělením dle jejich zdravotního stavu. Potřebu jistoty sestry naplňují také při trénování soběstačnosti pomocí kompenzačních pomůcek. Jak Příbyl (2015) uvádí ve své publikaci, vlivem snížené soběstačnosti mají senioři strach z pádu. Sestra nebo fyzioterapeut s použitím například chodítka navodí seniorovi při chůzi pocit jistoty. Potřebu důvěry sestry budují komunikací s pacientem a ač žádná ze sester nevedla potřebu autonomie, z rozhovoru se seniory je patrné, že sestry většinou

pacienty seznamují s tím, co budou u jejich lůžka vykonávat. Senioři jsou tedy informováni a mají možnost volby. Senior 3 na otázku, zda je seznámen s tím, co s ním budou dělat, odpověděl: „*Jak které. Ale člověk už je zvyklý, co asi tak bude následovat.*“ Naopak senior 4 řekl: „*Když jdou nabrat krev určitě řeknou.*“ Domnívám se, že psychické potřeby mají senioři sestrami uspokojovány, i když se jako vhodné ukazuje zapracovat na podpoře autonomie. Myslím si, že tvrzení Šamánkové (2011) o často opomíjených psychických potřebách se neshoduje s výsledky našeho šetření. Ruku v ruce s psychickými potřebami jdou potřeby sociální, kde hraje hlavní roli komunikace a společnost. Bužgová (2015) uvádí ve své literatuře sociální potřeby, jako potřeby, které se naplňují pomocí sociálních vztahů a komunikací. U naplňování sociálních potřeb sestry uvedly komunikaci s pacientem. Dodaly, že je důležitá komunikace s rodinou a dát pacientovi najevo zájem o jeho osobu. V pojetí Příbyla (2015), je člověk společenský typ, který touží po osobním kontaktu s ostatními lidmi. Sestra 3 také sdělila, že sociální potřeby nezajišťuje, ale kontaktuje sociální pracovníci. Osobně se domnívám, že nelze nikdy říci, že sociální potřeby člověk nezajišťuje. Jak uvádí Holmerová (2014), každý nemocný člověk je citlivý na jakýkoli projev nebo gesto, proto je nutné přikládat významnou váhu neverbální komunikaci, ale samozřejmě i té verbální. Všichni senioři uvedli, že si s nimi sestry povídají. Při položení podotázky, zda to není jen když u nich sestra vykonává ošetrovatelskou činnost, se senioři 1 a 3 shodli, že i tak minimálně 1x denně si popovídat chodí. Senior 5 uvedl, že si nejvíce popovídá s fyzioterapeutem a senior 6 se studentkami. Senioři 1, 2, 4 a 5 se domnívají, že sestry nemají moc času, ale dodávají, že povídat si s nimi chodí. O informovanosti, kterou lze také zahrnout do sociálních potřeb, bylo pojednáno již v psychických potřebách u potřeby autonomie. Sociální vztahy zajišťuje rodina a přátelé. Všichni senioři uvedli, že každého z nich chodí někdo navštěvovat. Někdo uvedl jen rodinu, ale například seniora 5 chodí navštěvovat i sousedka. Wijk (2008) do těchto potřeb řadí i ekonomické zabezpečení. Je vhodné konzultovat nastalou situaci se sociální pracovníci. Jejím úkolem je informovat seniora o jeho možnostech další péče. Překvapivá odpověď byla, že sociální pracovníci uvedlo jako součást multidisciplinárního týmu pět sester, ovšem ze seniorů ho uvedl jen senior 3. Vysvětlují si to tak, že v době rozhovoru ještě nenavštívil sociální pracovník dotyčného seniora. I když je možné, že návštěva seniora 3 sociálním pracovníkem byla spojena s tím, že tomuto seniorovi se vyřizuje dokumentace na umístění do domova důchodců. Pokud vezmeme v potaz potřebu lásky, od ošetrujícího personálu ji nemůže senior explicitně

očekávat. Všichni senioři však uvedli, že jsou sestry na tomto oddělení hodné. Senior 2 ovšem dodal, že některým chybí trochu soucitu. Senior 5 se naopak vyjádřil takto: „*Na tom nervovém byla jedna škaredá, tu neměl nikdo rád. Tady jsou sestřičky hodné. Ale je jich tu málo a mají spoustu práce. I přesto jsou milé a usměvavé.*“ Z výsledků je zřejmé, že by si sestry měly vytyčit více času na komunikaci s pacienty, i když z vlastní zkušenosti vím, že je někdy mnoho práce, kterou člověk nemůže odložit a již na tento důležitý aspekt komplexní péče nezbývá bohužel čas. Mezi potřeby, které nejsou bohužel často zajišťovány, začleňuje Bužgová (2015) potřeby spirituální, což potvrzují i výsledky našeho šetření. Spirituální potřeby sestry uvedly, že je naplňují kontaktováním kaplana, či řádové sestry prostřednictvím staniční sestry. Sestra 6 uvedla, že tyto potřeby také naplňuje komunikací s pacientem. Sestry sdělily, že zájem o přivolání duchovního zjišťují dotazováním a v rozhovoru odpověděly, že při zájmu seniora kontaktují duchovního. Dotazovaní senioři byli 3 věřící a 3 nevěřící. Odpovědi věřících seniorů na dotaz, zda mu byla nabídnuta možnost přivolání duchovního odpověděli všichni, že ne. Z výsledků je zřejmé, že spirituální potřeby sestrami nejsou naplňovány.

Naopak na otázku, jaké aspekty péče o seniory jsou z pohledu sester opomíjené, odpověděly sestry 5 a 6 nedostatečným soukromím pacientů. Sestra 1 uvedla nedostatečný dohled a asistence při stravování. Sestra 3 vyjádřila domněnku, že se zapomíná na naplňování sexuálních potřeb seniorů. Tuto potřebu jsem v teoretické části bakalářské práce nerozebírala, předpokládala jsem, že dotazem na sexuální potřeby uvedu dotazované do rozpaků a při komplexní péči o seniory v nemocničním zařízení je nutno zaměřit se na důležitější potřeby. O sexuálních potřebách se zmiňuje Vrbková (2014) ve své bakalářské práci, kde hospitalizovaní senioři starší 65 let odpovídali na otázku nedostatečně uspokojených potřeb. Vyhodnotila, že neuspokojení sexuální potřeby neuvedl žádný dotazovaný z celkového počtu 112 dotazníků. Sestry našly i překážky, které jim brání ve vykonávání komplexní péče. Sestry 1, 2, 3, 4 a 6 v rozhovoru uvedly, že jim brání nedostatek personálu. Jako překážku sestry 3 a 6 zmínily nedostatek fyzioterapeutů a nižšího zdravotnického personálu. Sestra 6 k tomu dodala: „*Hlavně rehabilitačních pracovníků a sanitářek. Pokud nebude muset sestra neustále při plnění ordinací odbíhat na zvonek a bude mít dostatek ošetřovatelského personálu, bude jistě i lépe zajišťovat zjištěné potřeby.*“

Z analýzy rozhovorů se sestrami vyplývá, že potřebu dýchání zařadily mezi biologické potřeby, ale ani jedna na otázku způsobu zajišťování biologických potřeb tuto potřebu již nezmínila. Můj názor je takový, že sestry berou tuto potřebu jako automatickou, kdy kontrolují, zda pacient dýchá a zda není přítomný nějaký problém s dýcháním. Potřebu soběstačnosti sestry vůbec nezmínily, ale vzhledem k začlenění fyzioterapeuta do multidisciplinárního týmu si myslím, že si jen nespojily, že soběstačnost do biologických potřeb patří. Potřebu stravy a tekutin spolu s vylučováním a potřebou být bez bolesti sestry uvedly a tvrdily, že ji naplňují pomocí při stravování, hygieně a zájmem o bolest pacientů. Potřebu jistoty a bezpečí uvedly sestry 2, 3, 4, 5 a 6, z čehož vyplývá, že sestry se snaží vytvářet příjemné prostředí. Toto je zjevné už jen při zmínce, že pacienta seznamují s oddělením. Potřebu autonomie všechny sestry úplně opomněly. Do sociálních potřeb se řadí potřeba komunikace, sestry 1, 2, 4 a 5 komunikaci zařadily do sociálních potřeb a sdělily, že se ji snaží naplňovat komunikací s pacientem. Potřebu sociálních vztahů sestry přímo neuvedly, ale domnívám se, že by sem stačila zahrnout implicitní odpověď, co se týká komunikace seniorů s rodinou, popřípadě spolupráce s ní, kterou sestry také uváděly. Do spirituálních potřeb všechny sestry řadí víru. Jen sestra 6 udala odpuštění a smíření a potřebu smyslu života sestry neuvedly.

Ve výsledcích jsme se zaměřili i na zjištění, jaké aspekty při poskytování péče seniori postrádají. Seniori 1, 3, 4, 5 a 6 uvedli, že jsou na tomto oddělení spokojeni. Jen senior 1 měl připomínku ohledně vybavení oddělení. Nevyhovuje mu, že nejsou na pokoji šatní skříň. Při dodržování soukromí se jak sestry, tak seniori shodují, že by bylo vhodné více dbát na jeho zajištění. Z rozhovorů vyplynulo, že by seniori i sestry uvítali více personálu a senior 2 by si přál častější cvičení s fyzioterapeutem. Další přání v oblasti zlepšení péče seniori neuvedli. Jak již bylo zmíněno výše, seniori i sestry by si přáli více personálu. Je zřejmé, že k zajištění komplexní péče je potřeba dostatek času, materiálu a vzdělaných pracovníků různých profesí. Tím se dle mého názoru dá zajistit kvalitní péče zaměřená na celého člověka v holistickém pojetí. Jak Kalvach (2006) ve své literatuře uvádí: *„Znovu je třeba zdůraznit, že k závažným pochybením a k nízké kvalitě péče dochází při omezení zájmu pečujících osob převážně, ba výlučně na základní biologické potřeby. Klienti takové péče jsou nakrmeni, zastláni v čistém lůžku, ale strádají ztrátou kompetencí, komunikační a sensorickou deprivací, ztrátou životní smysluplnosti. Jejich život je redukován na přijímání potravy, vyměšování a „čekání na*

smrt“.“(Kalvach, 2006, s. 12). Je potěšující, že dotazované sestry nepatří mezi ty, které by naplňovaly pouze biologické potřeby, i když v některých oblastech například spirituálních potřeb jsou dle mého názoru nedostatky.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je věnována problematice komplexní péče o seniory v nemocničním zařízení. Ke zpracování tohoto tématu jsem si stanovila tři cíle:

Cíl 1. Zjistit, jak sestry pojmají komplexní péči o seniory. Cíl 2. Zjistit, jak sestry naplňují komplexní péči o seniory. Cíl 3. Zjistit, jaké aspekty péče poskytované sestrami senioři postrádají. Pro splnění cílů bylo stanoveno šest výzkumných otázek. Výzkumná otázka 1: Co si sestry představují pod pojmem komplexní péče o seniory? Výzkumná otázka 2: Jak sestry realizují komplexní péči o seniory? Výzkumná otázka 3: Na jaké aspekty péče o seniory je kladen důraz sestrami? Výzkumná otázka 4: Jaké aspekty komplexní péče o seniory jsou sestrami opomíjeny? Výzkumná otázka 5: Jaké potřeby mají senioři sestrami prioritně uspokojovány? Výzkumná otázka 6: Jaké aspekty při poskytování péče senioři postrádají?

První výzkumná otázka zjišťovala, co si sestry představují pod pojmem komplexní péče o seniory. Sestry v této části výzkumného šetření prokázaly, že pod pojem komplexní péče patří naplňování potřeb, které si senior nemůže samostatně uspokojit za spolupráce členů multidisciplinárního týmu, kteří jsou různého oboru a s různým vzděláním. Druhá výzkumná otázka zněla, jak sestry realizují komplexní péči o seniory. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že sestry komplexní péči realizují již při příjmu seznámením pacienta s oddělením s ohledem na jeho zdravotní stav. Nadále odebírají ošetřovatelskou anamnézu a vyhodnocují zdravotní stav pomocí hodnotících nástrojů, které v průběhu hospitalizace aktualizují a nadále vyhodnocují. Třetí výzkumná otázka zjišťovala, jaké aspekty péče o seniory je kladen důraz sestrami. Šetřením bylo zjištěno, že sestry kladou důraz na zjišťování a zajišťování biologických, psychických a sociálních potřeb. Biologické potřeby, jak vyplynulo z rozhovorů se sestrami a seniory sestry naplňují. I když ze šetření se sestrami je zjevné, že nějaké biologické potřeby nevedly, například potřebu soběstačnosti sestry vůbec nezmínily, ale vzhledem k začlenění fyzioterapeuta do multidisciplinárního týmu se domnívám, že si jen nespojily že soběstačnost do biologických potřeb patří. A senioři potvrdili, že potřebu soběstačnosti naplňují. Psychické potřeby se sestry snaží naplňovat již od přijetí pacienta seznámením s oddělením. Sociální potřeby sestry plní hlavně pomocí komunikace se seniorem a jeho rodinou. Čtvrtou výzkumnou otázkou bylo, jaké aspekty komplexní péče o seniory jsou sestrami opomíjeny. Jak vyplynulo

z vyhodnocení rozhovorů sester a seniorů, sestry nedostatečně naplňují potřebu autonomie. U sociálních potřeb by sestry mohly více komunikovat s pacienty. Z výzkumného šetření vyplynulo, že spirituální potřeby nejsou uspokojovány, odpovědi seniorů se podstatně liší od odpovědí sester a ve výsledku to vypadá, že sestry tyto potřeby nenaplňují. Pátá otázka již byla cílena na zjištění, jaké potřeby mají senioři sestrami prioritně uspokojovány. Senioři mají sestrami prioritně uspokojovány potřeby biologické, psychické a sociální. Šestá výzkumná otázka zněla, jaké aspekty při poskytování péče senioři postrádají. Senioři převážně uvedli, že jsou na oddělení spokojeni. S výsledky sester se ovšem shodli, že by uvítali větší důraz na dodržování soukromí a doplnili by vybavení pokojů šatními skříněmi. Stejně tak se senioři se sestrami doplnili v nedostatku personálu.

Tato bakalářská práce byla napsána tak, aby přinesla základní přehled o problematice komplexní péče o seniory v nemocničním zařízení. Výstupy z bakalářské práce by měly poukázat na případné možnosti zkvalitnění komplexní péče u seniorů hospitalizovaných v nemocničním zařízení a výsledky budou předány vrchní sestře oddělení následné péče, kde byl výzkum proveden.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
2. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., vyd. přepracované a doplněné. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. BORZOVÁ, C. et al., 2009. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 141 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
4. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
5. COMMISSION, J. et al., 2007. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada. 171 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
6. ČEVELA, R. et al., 2014. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
7. ČEVELA, R. et al., 2015. *Sociální a posudkové lékařství*. Univerzita Karlova Praha: Karolinum. 159 s. ISBN 978-80-246-2938-4.
8. HAŠKOVCOVÁ, H., 2004. *České ošetřovatelství 10. Manuálek ze sociální gerontologie. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry*. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů: Brno. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
9. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vyd., podstatně přepracované a doplněné. Havlíček Brain Team: Praha. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
10. HOLMEROVÁ, I. et al., 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. 206 s. ISBN 978-80-204-3119-6.
11. HOLMEROVÁ, I. et al., 2014. *Dlouhodobá péče geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5924-1.
12. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
13. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

14. KALVACH, Z. et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
15. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A., 2006. *Stáří Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
16. KALVACH, Z. et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
17. KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
18. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník. 2. vyd. přepracované a doplněné*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
19. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vyd. přepracované. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-9567-1.
20. KOLÁŘ, Z. et al., 2012. *Výkladový slovník z pedagogiky, 583 vybraných hesel*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3710-2.
21. KOLEKTIV autorů, 2008. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada. 549 s. ISBN 978-80-247-2548-2.
22. KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada. 204 s. ISBN 978-80-247-5367-6.
23. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
24. LUKÁŠ, K. et al., 2011. *Chorobné znaky a příznaky 2*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3728-7.
25. MAHROVÁ, G. et al., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
26. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
27. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

28. MARX, D., 2007. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada. 171 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
29. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
30. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
31. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
32. MOWAT, H., O'NEILL, M., 2013. *Spirituality and ageing: implications for the care and support of older people*. [online]. pp. 9-10 [cit. 2016-05-01]. <http://www.iriss.org.uk/sites/default/files/iriss-insight-19.pdf>
33. MYERSCOUGHT, P. R., FORD, J. M., 1996. *Talking with Patients: Keys to Good Communication*. 3. vyd. Oxford: Oxford University Press. 258 s. ISBN 978-0-19-262570.
34. NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2. vyd. přepracované. Praha: Grada. 284 s. ISBN 978-80-247-4449-0.
35. PETR, T. et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 295 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
36. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
37. POKORNÁ, A., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 193 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
38. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxford. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
39. ROKYTA, R. et al., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada. 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
40. ROKYTA, R. et al., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada. 680 s. ISBN 978-80-247-4867-2.

41. SMITH, V. et al., 2012. *Key Concepts in Counselling and Psychotherapy: A Critical A-Z Guide to Theory*. Maidenhead: McGraw-Hill Education. 346 s. ISBN 978-0-33-524222-1.
42. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
43. ŠNEJDRLOVÁ, M., KALVACH, Z., 2008. *Funkční stav v pokročilém věku a genetická dispozice k dlouhověkosti*. *Medicína pro praxi*, 5 (4): 157–159. ISSN 1214-8687.
44. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEDOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
45. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
46. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
47. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
48. VRBKOVÁ, S., 2014. *Bakalářská práce, Uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb geriatrických pacientů v nemocničním zařízení*. Jihlava, 71 s.
49. VONDRÁČEK, J. et al., 2009. *Medicínsko-právní terminologie: Příručka pro právní praxi*. Praha: Grada. 101 s. ISBN 80-247-3151-3.
50. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
51. WENGER NS, SHEKELLE PG, the ACOVE Investigators, 2001. *Assessing Care of Vulnerable Elders: ACOVE Project Overview* [ONLINE]. *Annals of Internal Medicine*®, 135, s. 642-646, [cit. 2017-05-07]. Dostupné z: <http://annals.org/aim/article/714856/assessing-care-vulnerable-elders-acove-project-overview>
52. WIJG, H. et al., 2008. *Needs of Elderly Patients in Palliative Care*. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, vol. 25, issue 2, p. 106-111. ISSN 1938-2715.

8 PŘÍLOHY

8.1 *Seznam příloh*

Příloha 1: Barthelové test základních všedních činností

Příloha 2: Test instrumentálních všedních činností

Příloha 3: Krátká škála mentálního stavu

Příloha 4: Geriatrická škála deprese dle Yessavage

Příloha 5: Nottinghamský screeningový systém pro hodnocení rizika malnutrice

Příloha 6: Hodnocení rizika pádu

Příloha 7: Škála rizika pro vznik dekubitů dle Nortonové

Příloha 8: Škály pro hodnocení bolesti

Příloha 9: Maslowova pyramida potřeb

Příloha 10: Výzkumné otázky

Příloha 1: Barthelové test základních všedních činností (ADL)

Činnost	Provedení činnosti	Bod. skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
5. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomoci	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomoci 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:
0–40 bodů: vysoce závislý 65–90 bodů: lehká závislost
45–60 bodů: závislost středního stupně 100 bodů: nezávislý

Zdroj: MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 187 s. ISBN 978-80-247-3872-7.


Příloha 2: Test instrumentálních všedních činností (IADL)

Činnost	Hodnocení	Bod. skóre
1. telefonování	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vyhledá samostatně číslo, vytočí je ▪ zná několik čísel, odpovídá na zavolání ▪ nedokáže použít telefon 	10 5 0
2. transport	<ul style="list-style-type: none"> ▪ cestuje samostatně dopravním prostředkem ▪ cestuje, je-li doprovázen ▪ požaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod. 	10 5 0
3. nakupování	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dojde samostatně nakoupit ▪ nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby ▪ neschopen bez podstatné pomoci 	10 5 0
4. vaření	<ul style="list-style-type: none"> ▪ uvaří samostatně celé jídlo ▪ jídlo ohřeje ▪ jídlo musí být připraveno druhou osobou 	10 5 0
5. domácí péče	<ul style="list-style-type: none"> ▪ udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací ▪ provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu ▪ potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní 	10 5 0
6. práce kolem domu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ provádí samostatně a pravidelně ▪ provede pod dohledem ▪ vyžaduje pomoc, neprovede 	10 5 0
7. užívání léků	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků ▪ užívá, jsou-li připraveny nebo připomenuty ▪ léky musí být podávány druhou osobou 	10 5 0
8. finance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje ▪ zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi ▪ neschopen bez pomoci zacházet s penězi 	10 5 0

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:
0–40 bodů: závislý v IADL
45–75 bodů: částečně závislý v IADL
80 bodů: nezávislý v IADL

Zdroj: MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

Příloha 3: Krátká škála mentálního stavu (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
<p>1. Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>2. Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Reč, komunikace a konstrukční schopnosti:</p> <p>(správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dějte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dějte nemocnému přečíst papír s napsím „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
	
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha</p> <p>11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha</p> <p>21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha</p> <p>24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Příloha 4: Geriatrická škála deprese dle Yessavage

1. Jste spokojen/a s tím, jak nyní žijete?	ano (0)	ne (1)
2. Jaké jsou vaše činnosti a zájmy – stejně jako dříve, nebo jste většiny z nich zanechal/a?	stejně (0)	zanechal/a (1)
3. Máte někdy pocit nicoty a prázdnoty svého života?	ano (1)	ne (0)
4. Často se nudíte?	ano (1)	ne (0)
5. Jaká je převážně vaše nálada, dobrá nebo špatná?	dobrá (0)	špatná (1)
6. Bojíte se často, že se vám přihodí něco zlého?	ano (1)	ne (0)
7. Cítíte se většinou šťastný/á nebo nešťastný/á?	šťastný/á (0)	nešťastný/á (1)
8. Míváte často nebo převážně pocit bezmoci?	ano (1)	ne (0)
9. Zůstáváte raději doma, nebo máte raději společnost?	doma (1)	společnost (0)
10. Máte problémy s pamětí, které jsou podle vašeho názoru horší než u vašich vrstevníků?	ano (1)	ne (0)
11. Myslíte si, že žijeme v hezké době?	ano (0)	ne (1)
12. Míváte někdy, nebo dokonce často pocity, že jste pro ostatní bezcenný, že si vás neváží, nerespektují vás, nemají vás rádi?	ano (1)	ne (0)
13. Cítíte se převážně dobře, plný/á energie, chuti do života?	ano (0)	ne (1)
14. Míváte pocity beznaděje ze situace své, ze svého okolí či ze svého osudu?	ano (1)	ne (0)
15. Myslíte si, že se většině lidí daří lépe než vám?	ano (1)	ne (0)
Hodnocení součet bodů 0-7: odpovídá normě součet bodů 8-12: mírná deprese součet bodů 13-15: těžká deprese		

Zdroj: PETR, Tomáš et al., 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 91 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

Příloha 5: Nottinghamský screeningový systém pro hodnocení rizika malnutrice

Položka	Bodové skóre
BMI (body mass index) <ul style="list-style-type: none"> ▪ BMI < 18 ▪ BMI 18–20 ▪ BMI > 20 Hmotnost (kg) ... tělesná výška (m): ... BMI = hmotnost (kg)/tělesná výška (m) ²	2 1 0
Nechtěný úbytek hmotnosti v posledních 3 měsících <ul style="list-style-type: none"> ▪ víc než 3 kg ▪ do 3 kg ▪ žádný, hmotnost stálá 	2 1 0
Snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací <ul style="list-style-type: none"> ▪ ano ▪ ne 	2 0
Stresový faktor/závažnost základního onemocnění <ul style="list-style-type: none"> ▪ závažný (polytrauma, rozsáhlé popáleniny, poranění, rozsáhlé dekubity, těžká sepse, malignita, pankreatitida, velký chirurgický výkon, pooperační komplikace) ▪ mírně až středně závažný (nekomplikovaný chirurgický výkon, lehká infekce, chronické nemoci, dekubity, cirhóza, renální selhání, diabetes mellitus, nespecifické střevní záněty) ▪ žádný 	2 1 0
Celkové skóre	
Hodnocení: 0–2 body: stav výživy velmi dobrý/dobrý bez další intervence 3–4 body: nutné monitorování stavu výživy, kontrola s odstupem týdne 5 a více bodů: vysoké riziko podvýživy, indikované cílené vyšetření nutričního stavu a intervence	

Zdroj: KUDLOVÁ, Pavla, 2015. *Ošetřovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada. 158 s. ISBN 978-80-247-5367-6.

Příloha 6: Hodnocení rizika pádu

Nástroj hodnocení rizika pádů

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

- poruchy chůze (šourání, trhavé pohyby, kolébání) (4)
- závratě/synkopa ve vzpřímené poloze (3)
- stále zmatený (3)
- močení v noci/inkontinence (3)
- intermitentní zmatenost (2)
- celková slabost (2)
- „vysoce rizikové“ léky (diuretika, narkotika, sedativa, antipsychotika, abstinenci příznaky po vysazení léčby) (2)
- pád(y) v posledních 12 měsících (2)
- osteoporóza (1)
- poruchy zraku a/nebo sluchu (1)
- 70 let nebo starší (1)

1–3 body znamenají NÍZKÉ RIZIKO pádu.

- Přehodnocujte pacientovo riziko pádu každých 12 hodin.
- Dejte pacientovi/rodině edukační brožuru o pádech.

4 a více bodů znamená VYSOKÉ RIZIKO pádu.

- Zaveďte VŠECHNA opatření popsána níže, jak je to vhodné:
 1. Pacienty označte různými neonovými náramky, cedulky stejné barvy s pacientovým jménem umístěte na dveře.
 2. Informujte mezioborovou skupinu o pacientovu riziku pádu.
 3. Informujte o riziku pádu pacienta/jeho rodinu – poskytněte jim edukační brožuru o pádech.
 4. **Podporujte aktivní roli rodiny pro bezpečí pacienta.**
 5. Nabízejte pravidelně podložní mísu nebo doprovodte pacienta na toaletu.
 6. **Bezpečnost prostředí:** Nenechávejte nepořádek v pokoji, nechte v blízkosti telefon a zvonek, nechte otevřené dveře, používejte noční světlo, zvedněte postranice na obou stranách lůžka.
 7. Nenechávejte pacienta bez dozoru na klozetovém křesle u lůžka nebo na toaletě.
 8. Používejte protiskluzové ponožky nebo boty.
 9. Konzultujte:
 - ústavního farmaceuta ohledně případných lékových interakcí,
 - fyzioterapeuta ohledně nových potíží s pohyblivostí nebo ADL (nutná ordinace lékaře).
 10. Používejte různorodé aktivity (aktivizační balíček), aby se pacienti netoulali.
 11. Objednejte chodítka na pomoc se stabilitou chůze.
 12. Posadte pacienta do kolečkového křesla k recepci nebo na chodbu, kde je na něj možno dohlédnout.
 13. Objednejte osobního asistenta – uvědomte vedení úseku ošetřovatelství (nutná ordinace lékaře).
 14. Použijte měkké bezpečnostní pásy (také zahajte použití omezovacích prostředků).
 15. Další bezpečnostní opatření.

Skóre rizika pádu při přijetí:
Intervence (zakroužkujte) 1–7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
Další _____ Jméno/titul _____

Zdroj: COMMISSION, John et al., 2007. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada. 69 s. ISBN 978-80-247-1715-9.

Příloha 7: Škála rizika pro vznik dekubitů dle Nortonové

body	A fyzický stav	B stav vědomí	C aktivita	D pohyblivost	E inkontinence
4	dobrý	dobrý	chodící	plná	není
3	zhoršený	apatický	s pomocí	omezená	občasná
2	špatný	zmatený	sedící	velmi omezená	trvalá – moči
1	velmi špatný	bezvědomí	ležící	žádná	moči i stolice
hodnocení	předpokládaná úroveň rizika				
17–20	pravděpodobně žádné riziko				
15–16	nízké riziko				
13–14	střední riziko				
10–12	vysoké riziko				
5–9	velmi vysoké riziko				
celkové hodnocení: 16 bodů a méně = riziko					

Zdroj: MIKULA, Jan a Nina, MÜLLEROVÁ, 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. 19 s. ISBN 978-80-247-2043-2.


Příloha 8: Škály pro hodnocení bolesti

Používané škály pro hodnocení bolesti

Tyto škály jsou příklady měřících technik, které můžete použít, abyste pomohli pacientovi kvantifikovat úroveň bolesti.

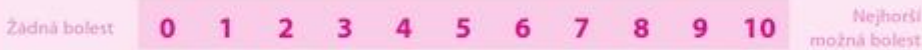
Vizuální analogová škála

Při využití vizuální analogové škály požádejte pacienta, aby zakreslil na ose čárku označující současnou úroveň bolesti. Škálou je míněna 10centimetrová osa počínající pojmem „Žádná bolest“ a končící pojmem „Nejhorší možná bolest“. Pravítkem poté změřte vzdálenost v milimetrech od „Žádná bolest“ až k pacientově značce.



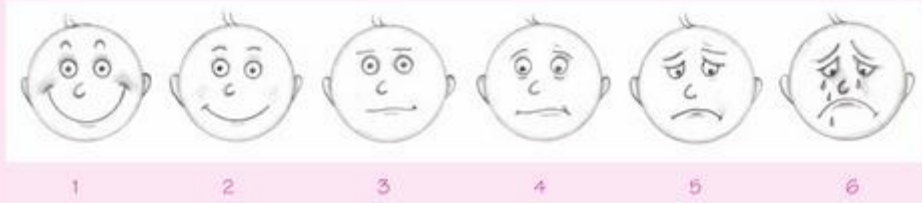
Numerická hodnotící škála

Využíváte-li numerickou hodnotící škálu, požádejte pacienta, aby zvolil číslo od 0 (označující stav bez bolesti) do 10 (nejhorší možná bolest) k označení stupně jeho současné bolesti. Pacient může zakroužkovat číslo na stupnici nebo ho jen vyslovit.



Obličejová škála

Dětsí pacienti nebo pacienti s problémem v oblasti komunikace nemusejí být schopni vyjádřit míru své bolesti ani s pomocí vizuální nebo numerické hodnotící škály. V tomto případě využijte možnosti obličejové škály. Požádejte pacienta, aby zvolil jeden ze šesti obličejů, který nejlépe vyjadřuje míru jeho bolesti.



Zdroj: KOLEKTIV autorů, 2008. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada. 45 s. ISBN 978-80-247-2548-2.

Příloha 9: Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 24 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

Příloha 10: Výzkumné otázky

Otázky pro všeobecné sestry:

1. Co podle Vás znamená komplexní péče?
2. Kdo se podílí na péči o seniory v rámci komplexní péče?
3. Co všechno v rámci komplexní péče vykonáváte u seniora při příjmu?
4. Co všechno v rámci komplexní péče vykonáváte u seniora během hospitalizace?
5. Co v péči o seniora zajišťujete prioritně?
6. Jakým způsobem zjišťujete aktuální potřeby seniora?
7. Jakým způsobem naplňujete zjištěné biologické potřeby?
8. Jakým způsobem naplňujete zjištěné psychické potřeby?
9. Jakým způsobem naplňujete zjištěné sociální potřeby?
10. Jakým způsobem naplňujete zjištěné spirituální potřeby?
11. Na jaké aspekty v péči o seniory je podle Vás kladen menší důraz?
12. Domníváte se, že komplexní péči o seniory se vyskytují nějaké nedostatky?

Otázky pro seniory:

1. Jakým způsobem, zhodnotíte péči, která je Vám poskytována?
2. Jací pracovníci se podílejí na Vaší péči?
3. Dostává se Vám dostatek informací o činnostech, které Vám sestra provádí?
4. Jakou péči na tomto oddělení od sester postrádáte?

Zdroj: Vlastní