



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Křehkost jako aktuální ošetrovatelský problém

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Jaroslava Žáková

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Doležalová

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Křehkost jako aktuální ošetrovatelský problém*“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby 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 10.08.2021

.....

Jaroslava Žáková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala paní Mgr. Jitce Doležalové za trpělivost, vstřícnost, ochotu a cenné rady při vedení bakalářské práce. Další poděkování patří všem respondentům, kteří se podíleli na empirické části této bakalářské práce a věnovali mi drahocenný čas ze dnů svého volna.

Křehkost jako aktuální ošetrovatelský problém

Abstrakt

Úvod: Na křehkost v rámci geriatrie je ve světě stále častěji než v České republice pohlíženo jako na aktuální problematiku a je v této souvislosti také zmiňována. Můžeme říci, že v České republice se tato problematika stále rozvíjí, aktualizuje a hledá si místo v ošetrovatelství jako takovém.

Cíl: Předkládaná bakalářská práce měla za cíl zjistit, zda je v současném geriatrickém ošetrovatelství křehkost vnímána jako aktuální problematika. Dále jsme se zaměřili na geriatrické ošetrovatelství a specifika ošetrovatelské péče v tomto odvětví; na to, jaké je povědomí zdravotního personálu na oddělení následné péče o geriatrické křehkosti a jakým způsobem v rámci ošetrovatelské péče aplikuje získané znalosti v praxi.

Metodika a výzkumný soubor: K dosažení stanoveného cíle bylo využito kvalitativního výzkumného šetření provedenou technikou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami na oddělení následné péče. Základem tohoto rozhovoru bylo 24 otevřených otázek, které byly předem stanoveny a jsou doloženy v přílohách (příloha 1) této bakalářské práce. Během rozhovoru byly tyto otázky dle potřeby rozšířeny o doplňující otázky. Rozhovory byly vedeny s deseti všeobecnými sestrami na oddělení následné péče jedné nejmenované jihočeské nemocnice. Analýza rozhovorů byla provedena pomocí otevřeného kódování tužka–papír a jednotlivé informace z rozhovorů byly rozčleněny do jednotlivých kategorií a podkategorií.

Výsledky nám poskytují ucelený pohled na oblast ošetrovatelské péče na oddělení následné péče v rámci geriatrického ošetrovatelství, využití znalostí sester o geriatrické křehkosti v rámci praxe a na skutečnost, zda sestry vnímají pojmy jako geriatrický pacient, geriatrické syndromy a již zmíněná geriatrická křehkost. Bylo zjištěno, že některé oslovené sestry na oddělení následné péče jedné nejmenované jihočeské nemocnice některé ze zmíněných pojmů nikdy neslyšely ani je v rámci praxe nezaregistrovaly. Jiné dotazované sestry uvádějí, že tyto pojmy slyšely pouze v rámci studia na vysoké škole, jinak se též shodují, že je v rámci praxe nezaregistrovaly. Všechny sestry ale dokázaly pojmy geriatrický pacient, geriatrické syndromy a geriatrická křehkost popsat na základě svých zkušeností a vědomostí, velmi přesně a výstižně je charakterizovaly.

Dále bylo prokázáno, že si uvědomují křehkost během péče o pacienta a dokáží své poznatky aplikovat v ošetrovatelské péči.

Závěr a využití pro praxi: Výsledky této předkládané bakalářské práce budou sloužit jako předloha pro vzdělávací seminář.

Klíčová slova

Geriatrický pacient; oddělení následné péče; geriatrické syndromy; geriatrická křehkost; hodnoticí škály v geriatrii; specifika ošetrovatelské péče; motivace pacientů s křehkostí.

Fragility as a Current Nursing Problem

Abstract

Introduction: Frailty within geriatrics is still more viewed as a current problem in the world than in the Czech Republic and it is more commonly mentioned. We can say that in the Czech Republic this problematic is still developing, updates and is trying to find its place in nursing as such.

Objective: The objective of the presented thesis is to find out if frailty is perceived as a current problematic in the current geriatric nursing. Further, we focused on the geriatric nursing and specifics of nursing care in this field; on what is the awareness of medical staff at aftercare department about geriatric frailty and in which way, within nursing care, they apply their gained knowledge in practice.

Methodology and research sample: To achieve the set objective the qualitative research conducted using the technique of semi-structured interview with nurses at aftercare department was used. The basis of this interview was 24 open questions which were predetermined and are documented in attachments (attachment 1) of the thesis. During the interview these questions were extended as needed by additional questions. The interviews were conducted with 10 general nurses at aftercare department of one unnamed South Bohemian hospital. The analysis of interviews was done using open coding paper-and-pencil and the individual information were classified into categories and subcategories.

The results grant us comprehensive overview on the nursing care at aftercare departments within the geriatric nursing, utilization of knowledge of nurses about geriatric frailty within their practice and whether nurses perceive the concepts such as geriatric patient, geriatric syndromes and the already mentioned geriatric frailty. It was found out that some addressed nurses at aftercare department of one unnamed South Bohemian hospital never heard some of the mentioned terms and never registered them during their practice either. Other nurses say that they only heard those terms during their college studies, but they also agree that they never met them during their practice. Despite that, all nurses were able to accurately and aptly characterize the terms geriatric patient, geriatric syndromes and geriatric frailty based on their experience and knowledge.

Furthermore, it was proven that they realize frailty during the care for patient and can apply their knowledge in nursing care.

Conclusion and practical use: The results of the submitted thesis will serve as a template for educational seminar.

Key words

Geriatric patient; aftercare department; geriatric syndromes; geriatric frailty; evaluation scale in geriatrics; specifics of nursing care; motivation of patients with frailty.

Obsah

ÚVOD.....	9
1 Současný stav	10
1.1 Gerontologie a geriatricie	10
1.1.1 Stárnutí a stáří	11
1.1.2 Biologické změny ve stáří.....	12
1.1.3 Psychické změny ve stáří	14
1.1.4 Sociální změny ve stáří	15
1.1.5 Geriatrický pacient.....	15
1.2 Geriatrické syndromy	16
1.3 Hodnoticí škály.....	17
1.4 Geriatrická křehkost.....	19
1.4.1 Klinika geriatrické křehkosti.....	20
1.4.2 Funkční geriatrické hodnocení (FGV) a komplexní geriatrické hodnocení (CGA)	21
1.4.3 Ošetrovatelská péče o pacienty s geriatrickou křehkostí a její specifika ..	22
1.4.4 Pacient s geriatrickou křehkostí a jeho motivace	23
1.5 Oddělení následné péče a specifika ošetrovatelské péče na tomto oddělení .	24
2 Cíl práce a výzkumné otázky	27
2.1 Cíl práce	27
2.2 Výzkumné otázky.....	27
2.3 Operacionalizace pojmů.....	27
3 Metodika	29
3.1 Použité metody.....	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	30
4 Výsledky.....	31
4.1 Kategorizace výsledků výzkumného šetření.....	31
5 Diskuze.....	50
6 Závěr	58
7 Seznam použitých zdrojů	59
8 Seznam příloh.....	65
9 Seznam obrázků.....	66
10 Seznam použitých zkratk	67

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je křehkost jako aktuální ošetrovatelský problém. Tím, že se prodlužuje délka života, se lidé dožívají vysokého věku. Statistické prognózy uvádějí, že 21. století má být století seniorů, a to v prvních padesáti letech. Z toho vyplývá, že se celá lidská společnost bude muset soustředit na geriatrickou péči. K tomu, abychom měli kvalitní péči o seniory, slouží správná identifikace potřeb seniorů a jejich blízkých, za předpokladu účinné sociální interakce a komunikace, pod křídly multidisciplinárního týmu.

Geriatrickou křehkostí (anglicky *frailty*) je označován specifický jev v pokročilém stáří, projevující se nízkou úrovní potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti, adaptability), a to v souvislosti s involucí a fenotypem stáří.

K napsání této bakalářské práce mě motivovala moje pracovní pozice. Pracuji již pátým rokem na oddělení následné péče, jako všeobecná sestra u lůžka. A k problematice křehkosti mám blízko. Vnímám, že na oddělení následné péče ne všechny zdravotní sestry znají pojmy geriatrická křehkost, geriatrické syndromy.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část se věnuje geriatrii a gerontologii, stáří a ukončena je geriatrickou křehkostí, péčí na oddělení následné péče a jejími specifitami. V empirické části je zpracován samotný výzkum. Je zde popsána samotná metodika výzkumu, rozhovory se zdravotními sestrami na oddělení následné péče. Zaměříme se zde na geriatrickou křehkost jako aktuální ošetrovatelský problém a ověříme, zda zdravotní sestry mají znalosti o této problematice a umějí je využít v praxi a v péči o geriatrické pacienty.

1 Současný stav

1.1 Gerontologie a geriatrie

Gerontologie je disciplína o problematice starých lidí a životě ve stáří, také se dá definovat jako souhrn vědomostí o stárnutí a stáří. Označení této vědní disciplíny je odvozeno od řeckého *geron* (2, p. gerontos), tj. stařec, starý člověk (Kalvach, 2004). Zpočátku se gerontologie utvářela jako multidisciplinární soubor znalostí různých vědních oborů (Gosney et al., 2012). V současnosti se mění v interdisciplinární obor s vlastním vývojem pregraduálním a postgraduálním. Jedná se o obor, který se zaměřuje na specifické potřeby starých lidí, a tím dochází i ke zkvalitnění jejich života (Kalvach, 2004).

Gerontologie je rozčleněna na:

- gerontologii experimentální – v popředí jsou otázky, proč a jak živé organismy stárnou,
- gerontologii sociální – je to rozsáhlá oblast, zaměřená na vzájemnou interakci společnosti se starším člověkem, zároveň se zabývá otázkou, co obě jmenované skupiny od sebe navzájem očekávají a potřebují,
- gerontologii klinickou – je zaměřena na zdraví a na funkční stav starých lidí, jinak se označuje jako GERIATRIE.

Geriatrie je medicínský obor, který se zaměřuje na zdravotní a funkční problematiku seniorů, specifickosti geriatrických potřeb a na zvláštnosti v klinickém obraze, hodnocení stavu a průběh léčby, nechybí zde ani sociální aspekt a prevence nemocí ve stáří (Kalvach, 2004).

Mezi cíle v geriatrii řadíme zvýšení šance na udržení dostatečného zdraví u starších pacientů, jehož lze dosáhnout pomocí včasné diagnostiky a léčby akutního onemocnění a sledováním chronického onemocnění, tedy neopomenutím metody primární a sekundární prevence. Záměrem je docílení co největší aktivity, funkční dovednosti, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí typickém pro klienta. Směřuje se k udržení kvality života související se zdravotním stavem pacienta (Topinková, 2005).

1.1.1 Stárnutí a stáří

Stárnutí nelze jednoduše charakterizovat. Máme mnoho definic, ale nemůžeme s přesností říci, která je ta nejlepší. Stárnutí a stáří můžeme začlenit do fyziologické součásti bytí lidí, rostlin a zvířat. Stárnutí je postup v buňkách, kde dochází k degenerativním změnám jak tvaru, tak funkčnosti, a to během života jedince. Tyto změny vykazují různou intenzitu rychlosti, je to individuální proces každého jedince (Mlýnková, 2011). Jedná se o specifický biologický proces, který je nezaměnitelný, nezvratný, nelze ho znovu opakovat a nazýváme ho životem. Úsek života je geneticky determinovaný a pro jakýkoliv druh specifický (Topinková et al., 1995).

Autoři zabývající se problematikou stáří docházejí ke shodě v tom, že stáří (senium) řadíme ke konečné fázi života, oproti tomu stárnutí (senescence) je fyziologický proces a nelze se mu vyhnout (Příbyl, 2015).

Stárnutí je vnímáno již od početí a můžeme říct, že je to komplexní, nevratný dynamický děj. Jedná se o procesy, které jsou vzájemně propojené. Patří sem stárnutí biologické, psychologické a sociální (Langmeier et al., 2006).

Období stárnutí lze – dle WHO – rozdělit následovně:

- 45 až 59 let: *střední věk* – zralý věk,
- 60 až 74 let: *vyšší věk* – rané stáří (senescence),
- 75 až 89 let: *stařecký věk* – vlastní stáří (senium),
- 90 a více let: *dlohověkost* – (patriarchum) (Haškovcová, 2012).

Stárnutí můžeme také rozdělit na fyziologické (primární), patologické (sekundární) a někteří autoři uvádějí i terciární stárnutí (Příbyl, 2015).

Primární stárnutí se vyznačuje přirozenými změnami souvisejícími s věkem (stařecký fenotyp). Jedná se o kontinuální proces s vyvrcholením po 65. roce. Sekundární stárnutí je proces, který bývá urychlen zejména vlivem choroby. Patří sem též nepoměr mezi kalendářním a funkčním stárnutím, přičemž kalendářní věk je nižší než věk funkční. Terciární stárnutí je v tomto období spjata s umíráním a rychlým tělesným úbytkem.

Průběh stárnutí je ovlivněn několika faktory, a to vnitřními a vnějšími. K vnitřním faktorům patří genetická výbava, tělesné onemocnění, psychické poruchy a psychická výbava jedince. Mezi vnější faktory řadíme pracovní a životní prostředí, klima, sociálně

ekonomické a chemické vlivy (Příbyl, 2015). Můžeme říci, že je lze rozdělit i na faktory ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi ovlivnitelné řadíme nemoci, důsledky požívání léků, životní styl, aktivitu, psychické a sociálně ekonomické faktory, nesmíme opomenout ani vliv prostředí; neovlivnitelným faktorem je involuce (Kalvach, 2019).

Zmíněné faktory jsou ve vzájemné interakci, a proto dochází ve stáří k mnoha změnám v organismu. Jejich nástup je individuální dle jedince, jehož se týkají. Změny zasahují do biologické, psychologické, ale i sociální sféry (Mlýnková, 2011).

1.1.2 Biologické změny ve stáří

Mluvíme-li o změnách v organismu, které jsou na fyziologické úrovni, můžeme je nazvat biologickým stárnutím. Tyto změny zasahují tkáň, orgány či celé orgánové soustavy. Velký význam u těchto změn mají genetické predispozice, vliv prostředí a životní styl (Burda et al., 2016).

Biologické změny jsou nejvíce viditelné na kůži a pohybovém aparátu, ale pozorujeme je i v dalších orgánových soustavách. Lze je pozorovat v kardiovaskulárním systému, respiračním systému, pohlavním a vylučovacím systému, trávicím i nervovém systému. Změny jsou viditelné na smyslovém vnímání a spánku (Mlýnková, 2011).

Jarošová (2006) popisuje řadu biologických změn v organismu. V cévním systému a plicích dochází ke snížení elasticity orgánů a tkání. Zvyšuje se obsah tělesného tuku a dochází ke změně ukládání vápníku. Vlivem změn v hospodaření s minerály se snižuje ukládání vápníku v kostech. Mění se distribuce tělesných tekutin. Nedostatek obsahu vody vede ke změnám na kůži. Je viditelná svráštělá, suchá, tenká kůže, změněn je turgor kůže a můžeme pozorovat stařecké skvrny.

Dále dochází ke snížení funkce endokrinních žláz, k hormonální nerovnováze a v neposlední řadě i k celkové atrofii svalstva a orgánů (např. atrofovaná mozková tkáň je nahrazena pojivovou tkání). Z důvodu svalové ochablosti je zmenšený meziobratlový prostor, což způsobuje snížené postavení těla a následně zmenšení postavy. Důsledkem snižování činnosti vlasové pokožky a vlasových kořínků je šednutí a padání vlasů. Zvyšuje se lomivost nehtů a zpomaluje se jejich růst. V nervovém systému dochází ke snížení činnosti jak v periferní, tak centrální oblasti.

Dále můžeme pozorovat poruchy spánku, jako je insomnie. Dochází ke změnám ve všech částech kardiopulmonálního systému, v systému trávicím, pohlavním, vylučovacím, podobně jako ve smyslovém systému.

Kardiopulmonální systém

Srdce jako pumpa postupem času snižuje svoji výkonnost, srdeční chlopně jsou méně pružné. Srdce tím pádem přečerpává méně krve do oběhu, čímž se snižuje průtok krve orgány. Vlivem aterosklerózy se snižuje elasticita cév (Mlýnková, 2011).

Respirační systém

Dochází ke zmenšení objemu hrudníku. To má za následek změny na hrudníku a mezižebních svalech, jež způsobí také snížení vitální kapacity plic. Změny jsou i na řasinkovém epitelu, což má vliv na nemocnost seniorů (Mlýnková, 2011).

Trávicí systém

Dochází k opotřebení a vypadávání chrupu, ke snížené tvorbě slin a trávicích enzymů. Prodlužuje se průchod tráveniny žaludkem a střevy, což je zapříčiněno snížením motility orgánů trávicí trubice. Dochází k ochabování svěračů. Oslabuje se peristaltika a často dochází k zácpě, atrofie Langerhansových ostrůvků ve slinivce břišní má vliv na vznik „stařecké“ formy cukrovky – diabetes mellitus (Mlýnková, 2011).

Urogenitální systém

Dochází k ochabnutí obou svěračů uretry, mění se náplň močového měchýře, který se při močení nevyprázdí celý, ale zůstává v něm malé množství moči. Změny v oblasti sexuality jsou individuální, u pohlavních žláz mužů probíhají pomaleji, zato u žen probíhají degenerativní změny po menopauze: ukončení sekrece pohlavních hormonů, zmenšení mléčné žlázy a snížení přirozeného zvlhčení pochvy (Mlýnková, 2011).

Nervový systém

Dochází ke snížení psychomotorického tempa. Jsou znatelné změny centrálního a periferního nervového systému. Mění se elasticita mozkových cév, senioři trpí nedostatkem kvalitního spánku. Musíme s nimi být trpěliví při předávání informací, je třeba počítat s delším časovým intervalem na příjem informací a jejich následné zpracování (Mlýnková, 2011).

Smyslové vnímání

Situace, kdy dochází k degenerativním změnám v organismu, se nevyhýbá žádnému ze smyslových orgánů (sluchovým, zrakovým, čichovým, hmatovým ani chuťovým buňkám) a s tím spojeným zdravotním potížením. Snižuje se i počet receptorů, které nám slouží k vnímání polohy, tepla, chladu, tlaku, pocitu síly a pohybu těla. Vše je ve vzájemné interakci, a proto je pro seniora velice důležité stabilní prostředí, v němž žije, ulehčí to jeho orientaci v prostoru, přispěje k jeho lepšímu psychickému stavu a pohodě (Mlýnková, 2011).

1.1.3 Psychické změny ve stáří

K našemu bytí patří jak období stárnutí, tak stáří a s ním spjaté změny psychických funkcí. Tyto změny jsou podmíněny biologicky, ale i celkovým psychickým stavem jedince a jeho sociální a ekonomickou situací. Všechny tyto vlivy se vzájemně prolínají, jejich doba a síla projevu, ale i reakce seniora na tyto změny jsou zcela individuální (Vágnerová, 2007).

Prvotní příznak psychologických změn sledujeme na zhoršení kognitivních funkcí, tedy na snížení koncentrace, výbavnosti, poznávacích schopností, pozornosti a paměti (Mlýnková, 2011).

Jak uvádí Stuart-Hamilton (2012), neměli bychom paměť považovat za homogenní schopnost. Můžeme ji rozdělit dle doby, po kterou jsme schopni udržet informace, a to na:

- krátkodobou paměť,
- dlouhodobou paměť.

Zatímco krátkodobá paměť a její funkce je omezená, dlouhodobá paměť se i ve stáří projevuje svou udržitelností. Proto je pro seniory snazší vyprávět informace a prožitky z minulosti než to, co se odehrávalo v nedávné době – to je pro ně těžší (Brzáková Beksová, 2013).

Malíková (2020) uvádí, že většina těchto změn je reakce na změny biologické, což negativně ovlivňuje stav seniora. Dochází k negativním psychickým změnám a reakcím jedince na danou novou situaci. Při fyziologickém stárnutí přicházejí psychické změny pozvolna.

Osobnost člověka se odráží v kvalitě psychiky. Integrita osobnosti zůstává nezměněna, ale mění se její dílčí schopnosti, osobnostní rysy a vlastnosti jedince (Mlýnková, 2011).

1.1.4 Sociální změny ve stáří

V každé společnosti je sociální struktura, která je spojena se sociálními vztahy. Společnost se ve svém postoji ke stáří vyvíjí a mění a to ovlivňuje i společenský status seniora a jeho roli ve společnosti (Dvořáčková, 2012). Odchod seniora do důchodu je považován za počátek sociálního stáří, u seniorů dochází ke změně společenské role. Neměli bychom zapomenout na rizika, která mohou nastat, jako je osamělost, možnost ztráty soběstačnosti či věková diskriminace (Kalvach, 2004). Profesní role a s ní spojená společenská prestiž zaniká při odchodu do důchodu, zhoršuje se sociální status a zároveň se omezují výhody. Odchod do důchodu je u nás – v české společnosti – brán jako určitá výhoda, protože senior nemusí pracovat a dostává důchod, zároveň dochází k podhodnocení seniora: společnost vnímá jeho nynější přínos pro společnost, ale již nezohledňuje, co dokázal a vybudoval před důchodem (Vágnerová, 2007).

Dochází ke změně ekonomické situace seniora. S novou rolí se hůře vyrovnávají muži, oproti ženám zpravidla mívají méně koníčků a zájmových aktivit. K tomu, aby senior důstojně prožil zbytek života, je žádoucí jeho vyrovnání se s danou situací, musí vnímat sebe sama, své potřeby, které se změnily, své dosavadní úspěchy, ale i neúspěchy, protože pokud nebude akceptovat sám sebe jako celek, může dojít k psychickým změnám a změnám rysů osobnosti (Malíková, 2011). Ve stáří je intenzivnější strach z osamělosti a opuštěnosti. Přichází problém s navazováním nových přátelských a partnerských vztahů. A to vše je způsobeno bio-psycho-sociálními změnami, které seniora vyčleňují ze společnosti (Dvořáčková, 2012).

1.1.5 Geriatrický pacient

V klinické geriatrii je důležité brát zřetel na komplexní hodnocení zdravotního stavu staršího jedince. Zdravotní personál musí být při komunikaci se seniory trpělivý a zároveň spolupracovat s multidisciplinárním týmem, aby bylo dosaženo efektivního sběru dat (Kane, 2008).

Jako geriatrického pacienta nebereme každého, kdo dovršil určitého věku, záleží na jeho individuální osobnosti, jeho specifických problémech, ekonomické situaci, genetických predispozicích, fyzické aktivitě, životních zkušenostech a sociálním zázemí (Kalvach et al., 2008). Za geriatrického pacienta je považován takový pacient, který dovršil vysokého věku, má významnou morbiditu, jemuž hrozí či má již přítomné funkční onemocnění (Schuler et al., 2010).

Za geriatrického pacienta lze považovat seniora s identifikátory jako 70 let a více, multimorbidita, výskyt chronicity, komplikací a následků onemocnění, zvýšené riziko autonomie a zhoršení celkového stavu a sebezpečí (Klöppel et al., 2021).

Kejklíčková (2011) uvádí, že geriatrický pacient se vyznačuje nejen svým věkem, ale řadou odlišných a specifických příznaků onemocnění, které mají vliv na jeho včasnou detekci a na průběh léčby onemocnění. Symptomatologie je většinou atypická, odlišný tudíž bývá i průběh onemocnění (Krajčík, 2008).

Vlivem následků již prodělaných onemocnění nebo i akutních stavů může u geriatrických pacientů dojít ke snížení jejich funkční zdatnosti (Kejklíčková, 2011). Nesmíme opomenout velký vliv farmakoterapie, která ve většině případů bývá v kombinacích různých lékových skupin. Způsobuje tak větší výskyt nežádoucích účinků podávaných léků a vzájemnou lékovou interakci podávaných léčiv (Zrubáková et al., 2016). Také u geriatrických pacientů můžeme sledovat intenzivnější reakce na náhlé změny v jejich životě, například na ovdovění, ztrátu blízké osoby, a nesmíme opomenout ani změnu domácího, důvěrného prostředí pacienta, kam můžeme zařadit především hospitalizaci, dále pak přestěhování či umístění do léčebny. Musíme zmínit profesní a rodinný život, který měl velký vliv na utváření pocitu vlastní důležitosti (Kejklíčková, 2011).

1.2 Geriatrické syndromy

Dle Kalvacha et al. (2008) se pojem geriatrické syndromy utvářel díky klinické zkušenosti na přelomu 60. a 70. let 20. století. Jde o typické a časté geriatricky významné symptomy nebo jejich soubory, jež mají více příčin a vyskytují se nezávisle na vazbě k danému onemocnění.

Geriatrické syndromy byly dříve označovány jako geriatrickí obři I 5, imobilita, instabilita, inkontinence, intelektové poruchy (Čevela et al., 2012), později přibylo iatrogenní poškození, kam můžeme zařadit farmakoterapii a její nežádoucí účinky a geriatrický hospitalismus (Kalvach et al., 2008).

Dále Pokorná et al. (2013) uvádějí, že v současné době se zmíněné syndromy označují spíše následovně: syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti, známé pod pojmem sarkopenie, dále můžeme zmínit syndrom anorexie a malnutrice, syndrom instability s pády, syndrom inkontinence, syndrom imobility (imobilizační syndrom), syndrom kognitivního deficitu, poruch paměti a poruch chování, syndrom duálního (kombinovaného) senzorického deficitu, syndrom maladaptace, syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka a syndrom terminální geriatrické deteriorace (Kalvach et al., 2008).

Nesmíme opomenout ani rozdělení geriatrických syndromů dle Topinkové (2005), a to na somatické, psychické a sociální geriatrické syndromy. K somatickým patří poruchy chůze a pohyblivosti, závratě, nestabilita, pády a úrazy, inkontinence moči i stolice, poruchy termoregulace, poruchy příjmu potravy a tekutin, dekubity. Do další skupiny, tedy k psychickým syndromům, patří demence, deprese, delirium, poruchy chování, poruchy adaptace. Do třetí skupiny, a to sociální, řadíme ztrátu soběstačnosti, závislost na pomoci druhých, sociální izolaci, týrání a zneužívání, dysfunkci rodiny (Topinková, 2005).

Můžeme říci, že se jedná o celkový geriatrický koncept, prioritu geriatrické medicíny a významné doplnění diagnostiky a léčení „standardních chorob“. Tímto přístupem bychom měli zabránit, že se zaměříme na jedinou příčinu choroby. Péče tedy bude komplexní (Kalvach et al., 2011). Pokud bude geriatrické hodnocení komplexní a následná léčba správná, můžeme u pacienta dosáhnout zlepšení a často i plného ústupu potíží (Topinková, 2005).

1.3 Hodnoticí škály

Hodnoticí škály nám pomáhají během ošetrovatelské péče posuzovat zdravotní stav pacienta v různých oblastech (Staňková, 2001). Během stárnutí dochází k nezvratným a nevyhnutelným změnám v organismu. Tyto involuční změny v určité rovině nesou částečnou odpovědnost za zvýšené riziko vzniku zdravotních problémů starší

populace (Pokorná et al., 2013).

Hodnoticí škály nám v 1. fázi ošetrovatelského procesu pomáhají se sběrem objektivních dat, což podpoří přesnější odhad určitých zdravotních rizik současného zdravotního stavu nemocného. Nesmíme ovšem opomenout, že tato data jsou ve vzájemné interakci s daty subjektivními. Sběr celkové ošetrovatelské anamnézy by proto měl být proveden nejlépe hned po přijetí pacienta na oddělení (Tóthová et al., 2014). Přesný sběr informací sestřám pomáhá při plánování ošetrovatelské péče a při následné aplikaci preventivní a terapeutické intervence (Pokorná et al., 2013).

Veverková et al. (2019) uvádějí, že orientace hodnoticích škál se soustředí zejména na oblast psychickou, kognitivní funkce, demenci, soběstačnost, vědomí a orientaci pacienta, nutriční stav, odchylky či míru patologie v souvislosti se somatickým stavem pacienta. Dále hodnotíme bolest a rizika, k nimž můžeme zařadit riziko vzniku dekubitů, pádu, malnutrice (Pokorná et al., 2013). Na funkční stav jedince ve stáří má největší vliv komorbidita a dochází k následné limitaci v základních životních činnostech. K tomu, abychom správně namířili zdravotní a ošetrovatelskou péči, existují specifické měřicí škály, zaměřené na zdravotní a funkční stav seniorů (Jarošová, 2007).

Mezi nejčastěji používané hodnoticí škály v geriiatrii patří např.:

Nejjednoduššími a nejpoužívanějšími škálami soběstačnosti jsou ADL (activities of daily living) a IADL (instrumental activities of daily living), Barthelův test základních denních činností (Kalvach et al., 2004), škála IADL podle Lawtona.

Dále máme škály v rámci hodnocení rizika dekubitů, a to např. hodnoticí škálu dle Nortonové, která je nejpoužívanější v České republice (Kuckir, 2016). Nesmíme opomenout ani další škály pro hodnocení dekubitů, a sice škálu dle Bradenové, Waterlowova (Vorlíček, 2012).

Pro hodnocení nutrice se využívají škály Mini Nutritional Assessment (MNA). Její předností je skutečnost, že byla ověřena převážně na geriatrických pacientech a slouží nám k dostatečné diagnostice výskytu nemocných s malnutricí nebo jejího rizika, dále využíváme její zkrácenou verzi, a to Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF); (Kudlová, 2015).

Obsahuje šest otázek, kde nás zajímá příjem potravy, hubnutí, mobilita, psychický stres, přítomnost demence nebo depresí a akutní onemocnění plus Body Mass Index (Kaiser et al., 2009). Dále využíváme – především pak u hospitalizovaných pacientů – Nottinghamský screeningový systém (Topinková, 2005).

Nejužívanější hodnoticí škálou k posouzení kognitivních funkcí je Folsteinův test (MMSE-Mini Mental State Examination). Hodnotí orientaci, zapamatování, pozornost, počítání, výbavnost paměti, pojmenování předmětů, opakování věty, třístupňový příkaz, čtení, vyhovění příkazu, psaní, obkreslování podle zadané předlohy (Kalvach et al., 2004). Předností tohoto testu je, že lze využít jak pro screening, tak monitoring kognitivních funkcí. Ještě zmíním test, který se zaměřuje na věk vázaný kognitivním poklesem, mírnou kognitivní poruchou a lehkou demencí (a dokáže je odlišit), a to Nasreddinův test (MoCA test - Montreal Cognitive Assessment). Využívá se k záchytu časných stádií demence (Pokorná et al., 2013). K určení demence a mírné poruchy kognitivních funkcí slouží test kreslení hodin (clock drawing test) (Kalvach et al., 2004). Tento test je většinou doplňkem k MMSE při screeningu a monitorování kognitivní poruchy (Pokorná et al., 2013).

Nejpoužívanější hodnoticí škálou patických nálad je škála pro hodnocení deprese, nazývaná geriatrická škála deprese podle Yessavage, dále Beckova škála deprese, jež je samohodnoticí a slouží k určení aktuálního stupně deprese (Kalvach et al., 2004).

K hodnocení stavů akutní zmatenosti nemocných sestrou slouží NEECHAM-Neelson, Champagne. Test hodnotí kognitivně-behaviorální a fyziologické oblasti a je spjat s MMSE (Pokorná et al., 2013).

Škály pro hodnocení bolesti máme např. následující: numerickou škálu bolesti, verbální škálu bolesti, neverbální škálu bolesti, vizuální škálu bolesti. Nesmíme opomenout dotazník bolesti, např.: McGillův-Melzackův dotazník (Slezáková, 2014).

1.4 Geriatrická křehkost

Rockwood (2015) uvádí, že křehkost je brána jako rizikový stav, který je spjatý s vyšším výskytem funkčních deficitů, a tím jsou lidé vystaveni vyššímu riziku úmrtí. Nesmíme však opomenout, že ne všichni lidé téhož věku mají stejné riziko úmrtí a srovnatelný počet deficitů. Vše závisí na individuální rovině jedince a jeho involučních změnách a na vlivech dalších faktorů. Geriatrická křehkost nám umožňuje

odpovědět na otázku, kam začlenit zhoršující se stav starého člověka za předpokladu přibývání závažných obtíží, funkčních deficitů, kvůli čemuž dochází k nepřiměřenému chátřání, aniž by byla známá zřejmá příčinná choroba (Kalvach et al., 2008).

Jsou vyčerpány fyzické rezervy organismu nebo jen dochází k jejich poklesu. Tím je vytvořeno prostředí pro výskyt geriatrické křehkosti (Ondrušová et al., 2019).

V seniorské populaci je asi 7 % populace ovlivněno geriatrickou křehkostí, ta je podmíněna geriatrickými syndromy, funkčními deficity ve stáří s nepřiměřeným chátřáním seniora, aniž by byla známá příčina choroby (Kalvach et al., 2008). Pojem geriatrická křehkost byl již mnohými autory určen a konkrétně vymezen, ale stále je velice obtížné tento koncept operacionalizovat a dostatečně vymežit definice a kritéria (Čeledová et al., 2018).

1.4.1 Klinika geriatrické křehkosti

Hlavním bodem v klinickém obrazu geriatrické křehkosti (z angl. *frailty*) je postupně se zhoršující pokles zdatnosti, odolnosti a přizpůsobování se rozvíjející spirále slábnutí, ale i zvyšující se výskyt funkčních deficitů (Kalvach et al., 2008). Mezi charakteristické příznaky frailty patří zmatenost a pády.

Vzájemná interakce seniora a prostředí je narušena hlavně při zátěži, jako je horečka, infekční onemocnění s febrilií a další (Schuler et al., 2010). Klasické příznaky geriatrické křehkosti jsou nechtěné hubnutí o pět kilogramů během jednoho roku, únava a vyčerpanost, která je vnímaná subjektivně, sarkopenie, snížení fyzické aktivity a hypomobilita, dochází také ke zpomalení chůze (Ondrušová et al., 2019). Dále můžeme v souvislosti s křehkostí sledovat potíže s rovnováhou, sociální vyloučení, mírné změny v kognitivních funkcích a snížení psychomotorického tempa. Za křehkého pacienta lze označit pacienta, u kterého se vyskytuje více jak jedna jmenovaná složka, vyskytují se v různých kombinacích (Doležalová a Tóthová, 2019). Topinková (2005) uvádí pojetí geriatrické křehkosti do kontextu se třemi složkami, jež na sebe navazují, můžeme rovněž říci, že jsou propojené. První složkou je porucha funkce orgánů, kam řadíme funkce svalstva, pevnost kostí, kloubní pohyblivost, kardiovaskulární výkonnost, funkce CNS (centrální nervové soustavy), jako je mentální kapacita, adaptační schopnost a kontrola stoje a chůze. Druhá složka vypovídá o celkovém snížení tělesné a duševní výkonnosti, patří sem snížení síly, vytrvalosti a rychlosti,

deficit mobility a rovnováhy a snížení schopnosti udržet homeostázu vnitřního prostředí. Do třetí složky patří zvýšená rizika: riziko pádu, fraktur, imobility a nesoběstačnosti, akutní dekompenzace a hospitalizace a dlouhodobé hospitalizace.

Diagnostika křehkosti se zaměřuje na zátěžové testy pro hodnocení vzájemné interakce jedince a jeho prostředí, jejich význam tkví v jejich ovlivnitelnosti danou intervencí (Schuler et al., 2010).

1.4.2 Funkční geriatrické hodnocení (FGV) a komplexní geriatrické hodnocení (CGA)

K hodnocení celkového zdravotního stavu seniora a komplexnímu posouzení fyzické výkonnosti a soběstačnosti, ale i zhodnocení psychických funkcí v souvislosti s jeho sociální situací nám slouží funkční geriatrické vyšetření (FGV) (Topinková, 2005) a komplexní geriatrické hodnocení (CGA – Comprehensive Geriatric Assessment), které hodnotí a zdůrazňuje biopsychosociální složky vzájemné interakce v péči o křehkého pacienta (Pokorná et al., 20013). Oba tyto hodnoticí systémy jsou v hodnoticích komponentech totožné. Topinková (2005) popisuje, že funkční geriatrické vyšetření se zaměřuje na aktivní vyhledávání zdravotních a sociálních rizik a na návrh preventivních, léčebných a sociálních řešení s maximální individualitou pacienta s žádaným výsledkem. Dále uvádí cíle funkčního geriatrického vyšetření, díky kterému by se mělo dosáhnout zlepšení zdravotního a funkčního stavu pacienta, zmírnit nebo zpomalit nástup zdravotního postižení, zefektivnit celkový přístup a zlepšit kvalitu života (Topinková, 2005).

Kalvach a Rychlý (2004) uvádějí, že komplexní geriatrické hodnocení nám přináší celistvý pohled na pacienta, a to jak na jeho osobnost, vnímání a chápání důležitých životních priorit, tak na jeho sociální situaci, v níž se nachází, na kvalitu a udržení zdraví, hodnocení nemoci, multimorbiditu a hodnocení duševního zdraví, jeho soběstačnost, tělesnou kondici, nutriční stav a jeho celkovou mobilitu a stabilitu pohybu.

Pokud je CGA využito správně a s komplexním pohledem na pacienta ve všech složkách, nejlépe za pomoci multidisciplinárního týmu, dochází k zefektivnění hodnocení, plánování a podání zdravotní péče a ke snížení finančních nákladů neúčelných služeb (Rubenstein, 1995).

Ke starším pacientům v geriatrickém funkčním vyšetření přistupujeme holisticky, pokud bychom takto nepostupovali, nelze provést adekvátní intervence a křehkost se bude prohlubovat (Holmerová et al., 2014).

1.4.3 Ošetrovatelská péče o pacienty s geriatrickou křehkostí a její specifika

Ošetrovatelská péče je součástí ošetrovatelského procesu, jedná se o moderní metodu, která nám ukazuje, jakým způsobem sestra péči o člověka vykonává. Péče by měla být uvážlivě organizovaná a zaměřená na uspokojení potřeb a řešení problémů. Pacient je aktivní součástí ošetrovatelského procesu, podílí se na jeho přípravě a hodnocení, jedná se o cyklický a dynamický děj, kde pacient není pouze objekt péče, ale je aktivním účastníkem ošetrovatelského procesu a tím i ošetrovatelské péče (Tóthová et al., 2014).

Ošetrovatelská péče v geriatrii je velmi specifická oblast v kontextu ošetrovatelství, má za cíl poskytovat takovou péči, která klade důraz na individualitu potřeb seniora a tím cílí k zajištění co největší kvality života. Jedná se o péči, která je zaměřena na zranitelné, křehké pacienty. Tato péče je velmi specifická a nelze k ní přistupovat univerzálním způsobem (Burda et al., 2016). Mašlaňová (2012) ve svém článku zmiňuje, že tato péče bývá veřejností a ostatním zdravotním personálem v dalších oborech podhodnocena, jedná se o velice náročnou a specifickou péči, vyžadující odborný přístup, kde by zdravotní personál měl být zároveň i citlivý a neměla by mu chybět schopnost vcítit se do pacientových potřeb s následnou aplikací potřebné péče, v této specifické práci by měl využívat získané zkušenosti. Důležité je respektovat individualitu seniora ve všech složkách, jako je věk, funkční zdatnost, socioekonomická situace, vzdělání, hodnotový systém a další. Pokud respektujeme tyto složky, formuje se i poskytovaná péče (Pokorná, 2010). Důležitá je komunikace se seniory, zdravotní personál by neměl být infantilní a měl by se vyvarovat familiárnosti, jako je oslovení „dědo“, „babi“ (Kalvach, 2019).

Intervence v péči o křehkého pacienta by měla být postupná a uvážlivá, měl by se nejprve rozjíst, rozchodit a motivovat (Kalvach et al., 2008). Péče se odvíjí od přítomné dekompenzace stavu, jsou zde přítomni „geriatricí obři“ – zmatenost, pády, inkontinence a imobilita. Pokud péči soustředíme na odstranění dekompenzací jako prvotní příčinu komplikací, lze zabránit sekundárnímu poškození, jako je malnutrice, imobilizace, útlum a dehydratace (Kalvach, 2019).

Měli bychom se ptát: „*Jak mohu pomoci křehkému pacientovi s jeho dekompenzovaným stavem, aby jeho návrat domů byl co možná v nejllepší funkčním stavu?*“, a ne „*Kam imobilního, zmateného pacienta co nejdřív zařadit, do jakého zařízení?*“ (Kalvach, 2019).

Důležité je včasné a aktivní vyhledávání pacientů s geriatrickou křehkostí, výběr co možná nejlepšího nemocničního režimu, zlepšení nutričního stavu s důrazem na bílkovinu, kterou je třeba zvýšit, snaha o zmírnění nežádoucích účinků podávaných léků a ovlivnění anorexie, upravení denního režimu, jako je pospávání během dne, a tím zvládnutí apatie a únavy v průběhu dne, zapojení multidisciplinárního týmu (Kalvach a Holmerová, 2008). Řadíme sem fyzioterapii, ergoterapii, nutričního terapeuta, sociální pracovnice a veškerý zdravotní personál, který o pacienta pečuje. Měli bychom dbát na přání pacienta, jež vysloví ohledně své péče, co by chtěl a jak by si přál zlepšit svůj zdravotní stav, a zároveň nebránit jeho autonomii, ale též se vše odvíjí od individuální situace daného geriatrického případu. Nesmí v celé péči chybět zpětná vazba, jak ve formě subjektivního zhodnocení od pacienta, tak objektivního zhodnocení vykonaných změn v sebedpěči, aktivitě a spolupráce pacienta s intervencemi (Kalvach, 2019). Nesmíme zapomenout zmínit zapojení blízké rodiny ve smyslu lidského pochopení a též zapojení profesionálů, psychickou a sociální podporu a velice důležitý aspekt, a to respekt k lidské důstojnosti (Ondrušová et al., 2019).

1.4.4 Pacient s geriatrickou křehkostí a jeho motivace

Motivace je odborný výraz, který označuje působení zevních a vnitřních sil organismu, jež mají prvotní impuls v chování pacienta a udržují ho. Motivace patří k důležitému kroku během edukace pacienta, pomáhá nám s jeho ochotou spolupracovat (Klug Redman, 2007).

Chování lidí je téměř vždy vyvoláno motivujícím impulsem a zásadní je zde též působení biologických, kulturních a situačních aspektů (Zrubáková et al, 2016). Motivace a její síla je velice důležitá v uspokojení potřeb pacienta, protože nám pomáhá zdolat překážky v léčbě. Je to důležitý prvek v péči o pacienta a zachování jeho autonomie. Bude-li motivace nedostatečná, nemůžeme očekávat kvalitní reakci na dané intervence (Šamánková et al., 2011). Pokud je motivace správně cílená, má u seniorů pozitivní účinek a dokáže je nasměrovat k aktivitě, která má preventivní, ale i léčebný účinek (Zrubáková et al., 2019).

Aktivita je pro seniora základním kamenem k uspokojení potřeb, k přežití a vytvoření určité síly, která ho přesahuje, a tím si může zpříjemnit život. Je velmi těžké motivovat seniora k jakékoliv aktivitě, a proto musíme být trpěliví, zdatní v oboru a spolupracovat s multidisciplinárním týmem.

Musíme motivovat k aktivitě. Podpoříme tak různé systémy, soběstačnost, vlastní autonomii, sociální aktivity, návštěvy a shledání se s rodinou a přáteli. K tomu, aby došlo ke správnému motivování seniora, je zapotřebí odborné edukace zdravotním personálem (Zrubáková et al., 2016). Senior musí v dané aktivitě vidět smysluplnost a vědět, proč to dělá a jaký z toho bude mít profit. Činnosti by měly být dobrovolné, příjemné, úspěšné a měly by posilovat důstojnost a sebepojetí toho, kdo je vykonává, to je velice důležité hlavně u lidí s demencí. K těm bychom se neměli chovat jako k malému dítěti. Velice důležitá je podpora a podmiňování pacientovy aktivity. Pokud dochází ke snížení jeho funkční zdatnosti, soběstačnosti, psychického stresu, demence apod., zvyšuje se potřeba podpory aktivit za pomoci přirozených stimulů (Kalvach et al., 2004). V motivaci je důležitý bio-psycho-sociální, duchovní stimul ve spolupráci s rodinou a multidisciplinárním týmem (Čevela et al., 2012).

1.5 Oddělení následné péče a specifika ošetrovatelské péče na tomto oddělení

Lůžkovou péči ve zdravotnictví máme akutní standardní, akutní intenzivní, následnou a dlouhodobou (Hamplová, 2019). Jelikož v mé studii budou provedeny rozhovory se sestrami z oddělení následné péče, zaměřím se pouze na charakteristiku tohoto oddělení.

Následná lůžková péče podléhá zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách: „... následná lůžková péče, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí.“

Oddělení následné péče zahrnuje rehabilitační a doléčovací oddělení, kam by měli přicházet pacienti v dobrém zdravotním stavu, péče je zaměřena na následnou rehabilitaci, jako je sebezpečie v denních úkonech, nácvik chůze a jiné (Mlýnková, 2011).

Péči na oddělení následné péče máme komplexní. Je zde lékařská, ošetrovatelská péče, rehabilitační ošetrovatelství, dále speciální obory, jako je ergoterapie, nutriční péče, rehabilitační péče, fyzická a mentální aktivizace. Měl by zde být tým dostatečně erudovaný, který má schopnost pro každého nemocného vypracovat krátkodobé, ale i dlouhodobé léčebné a aktivizační nebo léčebně rehabilitační plány (Doležalová, 2011).

Máme zdravotní tým, který charakterizuje složení zdravotnických pracovníků s různým odborným vzděláním a různou kvalifikací, řeč je o lékařích, zdravotních sestřích, nutričních terapeutech, fyzioterapeutech, sociálních pracovnících, sanitářích a jiných profesích. Mluvíme o multidisciplinárním týmu, v němž každý má své kompetence a právní zodpovědnost za provedenou činnost (Vytejková et al., 2011).

Ošetrovatelská péče v moderním pojetí je individualizovaná, komplexní a systematická a funguje zde holistický přístup k pacientům (Tóthová et al., 2014). Je zaměřena na biologické, sociální a psychické potřeby jedince, který v souvislosti s nemocí a zdravím má tyto potřeby změněny nebo potřebuje – v rámci navrácení sebezpečí, udržení zdraví – nácvik nových technik či dopomoc ošetrovatelského týmu (Vytejková et al., 2011). V ošetrovatelské péči se nesmí přehlédnout ani potřeba spirituality, jež se řadí ke třem výše jmenovaným (Tóthová et al., 2014).

Mezi základní potřeby řadíme péči o výživu, vylučování, bolest, prevenci, tělesnou hygienu, imobilizační syndrom (Vytejková et al., 2011).

Dále pak je třeba zmínit péči o dýchání, spánek a odpočinek, aktivitu, potřebu bezpečí a jistoty, lásky, sebeúcty a úcty, potřebu autonomie, sociálního kontaktu, víry, hodnot a náboženských tradic (Trachtová et al., 2013). Respektovat pacientovu důstojnost lze za předpokladu, že ošetrovatelský personál je dostatečně znalý v jeho kultuře a specifických kulturních projevech příslušného etnika, že má vědomosti ohledně kulturních projevů, kam patří tradice, laické způsoby péče, rituály dne i života (Kutnohorská, 2013).

Vytejková et al. (2011) se zmiňují o diagnosticko-terapeutické činnosti a administrativní činnosti, která je součástí ošetrovatelské péče. V diagnosticko-terapeutické péči je sestra v úzkém kontaktu s lékařem, je součástí přípravy a provedení různých vyšetřovacích metod a též následného sledování pacienta po těchto výkonech.

Administrativní činnost je daná zákonem, patří sem vedení zdravotní dokumentace, součástí této dokumentace je ošetrovatelská dokumentace. Ta se vede v papírové či elektronické podobě. Její součástí je edukace pacienta a jeho rodiny, vyplněné žádanky a výkazy pro pojišťovnu a další (Vytejšková et al., 2011).

Jedna ze stěžejních větví v ošetrovatelské péči je rehabilitace. Rehabilitační ošetrovatelství navazuje na základní ošetrovatelskou péči, kterou vykonává sestra v rámci ošetrovatelského procesu, nesmí chybět aktivní spolupráce pacienta s ošetrujícím personálem. Cílem rehabilitačního ošetrovatelství je včasná mobilizace a vertikalizace pacienta, nácvik běžných činností nebo opětovný návrat k nim a zabránění případných komplikací v souvislosti se základním onemocněním, aktivní a pasivní cvičení, nácvik sebeobsluhy, soběstačnosti a samostatnosti, aktivizace psychiky (Kalvach et al., 2004).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

1. Zjistit, zda je v současném geriatrickém ošetrovatelství křehkost vnímána jako aktuální problematika.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká je informovanost zdravotního personálu o geriatrické křehkosti na oddělení ONP?
2. Jakým způsobem všeobecné zdravotní sestry využívají znalosti o geriatrické křehkosti v praxi?

2.3 Operacionalizace pojmů

Geriatrická křehkost: Geriatrickou křehkostí je označován specifický jev organismu, podmíněný vícero příčinami, na kterých se podílí fyziologické změny v organismu způsobené věkem, výrazné snížení zdatnosti, adaptability a výkonnosti a charakteristická zdravotní problematika ve stáří. Dochází k celkovému chátrání seniora, a to ve smyslu snížení kondice, celkové pohyblivosti, koordinace pohybů, k sarkopénii a osteoporóze. Dále dochází k psychickým změnám, je přítomna apatie, senzorické deficity a kognitivní deficity, chronické bolesti (Ondrušová et al., 2019).

Oddělení následné péče je oddělení ve zdravotním zařízení, které podléhá zákonu 372/2011 Sb., o zdravotních službách, kde jsou přijati pacienti po stabilizaci zdravotního stavu – vytyčenou diagnózou došlo již ke zvládnutí náhle vzniklého nebo chronického onemocnění a jeho komplikací. Služby jsou zaměřeny na poskytování rehabilitační péče a doléčení.

Ošetrovatelská péče je činnost prováděná ošetrovatelským týmem, který využívá metodu ošetrovatelského procesu a využívá holistického přístupu k pacientům (Vytejčková, 2011). Jak uvádí Tóthová (2014), tato ošetrovatelská péče musí být individualizovaná, systematická a komplexní, tedy zaměřená na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby jedince.

Geriatrická péče je zaměřená na pacienty vyššího věku (65 a více let) s multimorbiditou a chronickou onemocnění. Tato péče je komplexní, zabývá se jejich potřebami v souvislosti s daným onemocněním. Péče je individuální, komplexní a hlavně je realizována na podkladě holistického přístupu. Zaměřuje se na včasné rozpoznání geriatrických rizik a funkčních rezerv. Cílem geriatrické péče je udržení soběstačnosti, fyzické zdatnosti a udržení neoptimálnějšího zdraví (Topinková, 2005). Do geriatrického týmu patří pacient, rodina, lékaři, ošetrovatelský personál, psychologové a sociální pracovníci a různí terapeuti, jako jsou ergoterapeuti, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, dále pak logoped a další (Schuler et al., 2010).

3 Metodika

3.1 Použité metody

K empirické části předkládané bakalářské práce byl zvolen sběr dat pomocí kvalitativního výzkumného šetření, za použití metody dotazování a techniky sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum byl realizován koncem června a začátkem července 2021 na třech odděleních následné péče jedné nejmenované jihočeské nemocnice, a to s písemným svolením hlavní sestry (Příloha 2) a slovním souhlasem vrchní sestry oddělení následné péče. Písemný souhlas je k dispozici u hlavní sestry v dotyčné (na tomto místě blíže nespecifikované) nemocnici. Ta zde záměrně není přímo jmenována, jelikož většina oslovených sester si nepřála tento údaj uvádět, aby nedošlo k prolomení anonymity oslovených všeobecných sester.

Výzkumný soubor dotazovaných byl tvořen deseti všeobecnými sestrami, které pracují na oddělení následné péče, a kritériem pro výběr výzkumného vzorku byla ochota spolupracovat a souhlas s rozhovorem dotazovaných všeobecných sester. Všechny všeobecné sestry byly předem osobně nebo telefonicky informovány o průběhu šetření, době konání rozhovoru a jeho časové náročnosti. Byly informovány o daném tématu a cíli výzkumného šetření, dále jim byla zaručena naprostá anonymita ohledně informací, které budou během rozhovoru sděleny. Sestrám se dostalo ujištění, že veškeré takto získané informace a údaje budou použity pouze v rámci zpracování této bakalářské práce. Dále byl vznesen dotaz, zda sestrám nebude vadit pořízení zvukového záznamu, který bude následně převeden do písemné formy a poté bude nahrávka smazána (za účelem anonymity dotazovaných všeobecných sester). Všech deset dotazovaných všeobecných sester souhlasilo s pořízením audio nahrávky a jejím následným smazáním až po pořízení její písemné formy.

Podkladem k rozhovoru bylo 24 otevřených otázek, které byly předem stanoveny (Příloha 1). Jsou zaměřeny na identifikační údaje sester – věk, pohlaví, na jaké pozici pracují, na délku praxe na oddělení ONP. Dále se rozhovor zaměřil na specifika ošetrovatelské péče na oddělení ONP, na hodnoticí škály na oddělení ONP, na informovanost všeobecných sester v oblasti pojmů geriatrický pacient, geriatrické syndromy, geriatrická křehkost, ošetrovatelská péče o pacienty s geriatrickými syndromy a geriatrickou křehkostí.

Během rozhovoru, pokud bylo třeba, byly tyto otázky rozšířeny o doplňující dotazy, a to tak, aby bylo dosaženo co největší komplexnosti rozhovoru a sběru dat v rámci této bakalářské práce.

Vzorek byl tvořen deseti dotazovanými všeobecnými sestrami na odděleních ONP. Rozhovory proběhly většinou mimo pracovní dobu, aby kvůli sběru dat nedošlo k narušení ošetrovatelské péče o pacienty a též k určitému časovému diskomfortu zdravotních sester během plnění pracovních povinností. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon, následně doslovně přepisovány do písemné formy a poté byly audionahrávky smazány, aby se zachovala anonymita sester. K ukončení výběru sester došlo, když bylo dosaženo saturace zjištěných skutečností a další rozhovory by již neposkytly nové informace. Analýza sběru dat probíhala metodou otevřeného kódování, tedy metodou tužka-papír, a jednotlivé informace z rozhovorů byly rozčleněny do kategorií a podkategorií. Časovou náročnost rozhovoru nelze přesně stanovit, jelikož záleželo na množství podaných informací od dotazované všeobecné sestry a také na její sdílnosti.

Nesmíme opomenout následné číslování rozhovorů, a to dle pořadí, v jakém byly pořízeny, což nám slouží k lepší orientaci v textu (Švaříček et al., 2014). Abychom mohli v textu odkazovat na jednotlivé sestry a aby bylo zřejmé, v jakém pořadí byly rozhovory provedeny, jsou označeny písmenem S a číslem, např. 1 (kde písmeno S značí sestru a 1 je pořadové číslo rozhovoru).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo deset všeobecných sester z jedné nejmenované jihočeské nemocnice, kde hlavním kritériem bylo vykonávání povolání na oddělení ONP. V tomto souboru nalezneme všeobecné sestry, sestry s bakalářským a jednu sestru s magisterským vzděláním, délka jejich praxe se pohybovala v rozmezí 1,5–31 let a jejich věk mezi 23–60 lety. Tento výzkumný soubor byl vybrán záměrně, aby bylo možné vyhodnotit znalosti a zkušenosti v dané problematice v souvislosti se vzděláním a délkou praxe.

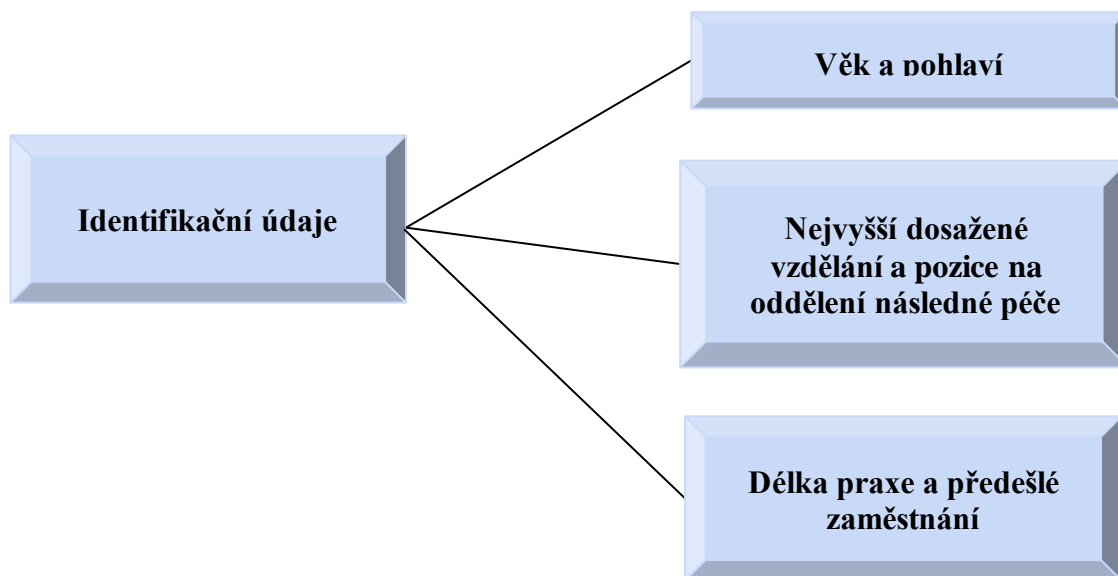
Abychom zachovali anonymitu dotazovaných sester, není zde uvedeno, ve které jihočeské nemocnici vykonávají své povolání. Dále, rovněž pro zachování anonymity všeobecných sester, jsou v textu označovány S1–S10 (sestra 1 až sestra 10).

4 Výsledky

V této části bakalářské práce budou popsány výsledky šetření. Bylo stanoveno šest kategorií, jež na sebe navazují a jsou dále členěny do podkategorií.

4.1 Kategorizace výsledků výzkumného šetření

Kategorie 1: Identifikační údaje



Obrázek 1: Identifikační údaje

Zdroj: Vlastní

V této kategorii bude provedena analýza identifikačních údajů, které během rozhovoru se sestrami byly sděleny. Všechny sestry, S1–S10, pracují na oddělení následné péče jedné nejmenované jihočeské nemocnice.

Věk a pohlaví

Tato podkategorie se zaměřuje na identifikační údaje a pohlaví sester, které se účastnily rozhovoru. Vzorek byl tvořen celkovým počtem dotazovaných sester, a to S1–S10, kde uvádějí věkovou hranici od 23 do 60 let. Převážně bylo zastoupeno ženské pohlaví, pouze S5 byl jediným mužem z dotazovaných.

Nejvyšší dosažené vzdělání a pozice na oddělení následné péče

Zde bych chtěla poukázat na stupeň vzdělání sester na oddělení následné péče a na jejich pracovní pozici. Tyto údaje nám budou sloužit k vyhodnocení rozdílu: zda sestry s vysokoškolským vzděláním vnímají křehkost jako aktuální ošetrovatelský problém častěji než sestry se středoškolským vzděláním, zda tu bude hrát roli i délka jejich praxe. Ta je rozpracovaná v další podkategorii.

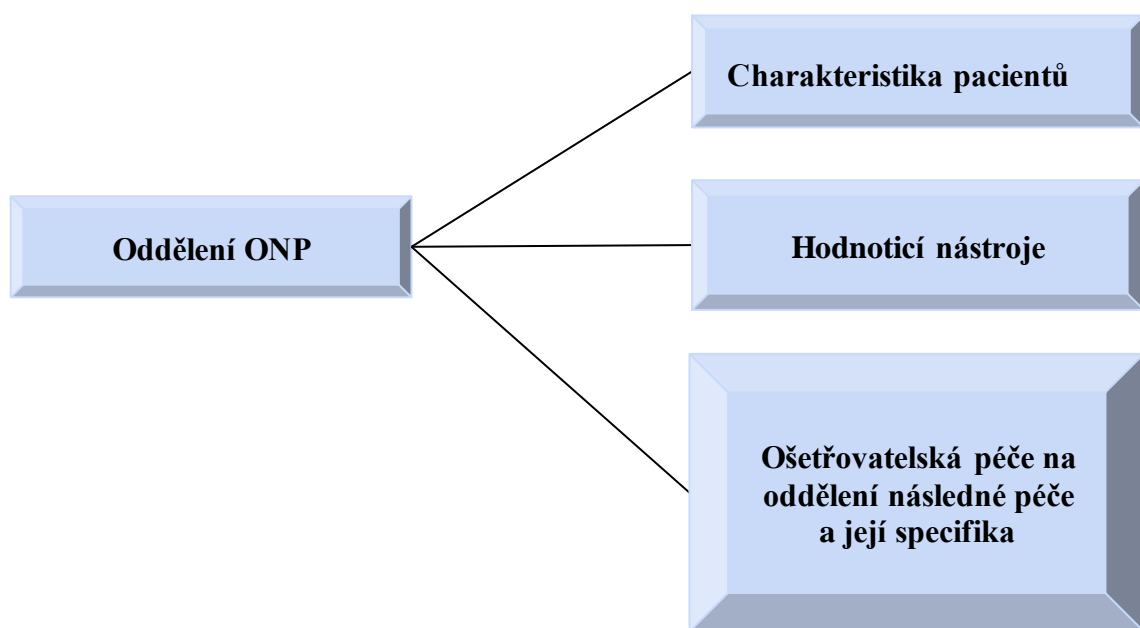
Z hlediska vzdělání je dvěma sestrami zastoupeno středoškolské vzdělání v oboru zdravotní sestra, čtyři sestry dosáhly středoškolského vzdělání v oboru všeobecná zdravotní sestra, čtyři sestry vysokoškolského vzdělání, kde tři z nich mají bakalářské a jedna magisterské vzdělání. Pracovní pozice dotazovaných sester jsou následující: devět jich pracuje jako všeobecná sestra u lůžka ve směnném provozu a jedna zastává vedoucí funkci, a to na pozici staniční sestra.

Délka praxe a předešlá praxe

Délka praxe na oddělení následné péče dotazovaných sester S2, S3, S5, S6, S7 a S8 se pohybuje v rozmezí 1,5–10 let, sestry S1 a S10 uvádějí dálku praxe nad deset let, sestra S4 uvádí praxi 25 let a S8 dokonce 31 let praxe na oddělení následné péče. Případná předešlá zaměstnání jsou v zastoupení dotazovaných sester velice rozmanitá. Sestra S1 uvádí: *„Před nástupem na oddělení následné péče jsem v nemocnici nikdy nepracovala, ale byla jsem zaměstnána v mateřské škole jako asistent pedagoga.“* Sestry S2 a S4 uvádějí předešlou praxi na interním oddělení, kde S2 uvádí: *„Pracovala jsem na oddělení interny téměř dva roky, před nástupem na oddělení následné péče, jinak jsem ve zdravotnictví nepracovala.“* Sestra S4 popisuje svoji praxi na oddělení interny následovně: *„Pracovala jsem na interním oddělení hned po škole asi jeden rok, z důvodu nedostatku sester jsem nastoupila na oddělení následné péče a zůstala jsem zde.“* Sestra S8 se zmiňuje: *„Pracovala jsem deset let na plicní klinice, která byla zrušena, a já jsem nastoupila do nemocnice na oddělení následné péče a už jsem zde několik let.“* Sestra S10 pracovala v jedné nejmenované nemocnici na kardiologické JIP, sestra S9 měla předešlou praxi rozsáhlou, mj. uvádí: *„Pracovala jsem šest let v jedné zubní ordinaci na pozici zdravotní sestra, dále na oddělení ARO asi tak jeden rok a též mimo obor.“*

Sestry S5 a S6 pracují od ukončení studia na oddělení následné péče. Sestra S5 k tomu uvádí: „*Během zaměstnání v jiné nemocnici na oddělení následné péče jsem docházel vypomáhat do jednoho nejmenovaného domova důchodců a hospice.*“ Sestra S6 to rozšiřuje následovně: „*Během studia jsem pracovala na dohodu na oddělení následné péče, kde jsem nyní zaměstnána.*“ Sestra S7 uvádí: „*Předešlou praxi jsem vykonávala u jednoho nejmenovaného lékaře v soukromé ordinaci, se zaměřením na chirurgické výkony a pacienty.*“ Zbývající sestra S3 uvedla: „*Pracovala jsem na pozici zdravotní sestry v jiném státu na oddělení chirurgie.*“

Kategorie 2: Oddělení ONP



Obrázek 2: Oddělení ONP

Zdroj: Vlastní

Ve druhé kategorii, kategorii oddělení ONP, která má tři podkategorie, bude podrobně popsána charakteristika přijímaných pacientů na oddělení následné péče, hodnoticí nástroje, které se využívají na oddělení následné péče, a ošetrovatelská péče na tomto oddělení.

Charakteristika pacientů

Sestry S1–S10 se shodují, že na oddělení následné péče se převážně přijímají geriatrickí pacienti. Sestra S1 popisuje: „*Na oddělení jsou převážně přijímáni geriatrickí pacienti.*“ Sestra S3 k tomu uvádí: „*Na naše oddělení následné péče jsou přijímáni staří lidé s velkým výskytem diagnóz.*“

Sestra S9 se zmiňuje: „Dále k nám dochází pacienti mnoha věkových skupin k infuzní terapii, která je většinou analgetického charakteru.“ K tomuto tvrzení se přidává i sestra S10, která ještě doplňuje: „U nás na oddělení je různorodá skladba pacientů, jak ohledně diagnóz, tak i věkových skupin.“

Sestra S5 doplňuje: „... na oddělení následné péče jsou přijímáni geriatřiční pacienti, dále pacienti různých věkových skupin a je zde velké spektrum diagnóz, které pacienti mají, přijímají se z různých oddělení, k doléčení a rehabilitaci.“ Sestry S2, S7 a S9 se shodují, že by na oddělení následné péče měli být přijímáni pacienti po stabilizaci akutního onemocnění. Sestra S7 zmiňuje: „Na oddělení by měli být přijímáni pacienti po stabilizaci akutního stavu, což se většinou neděje.“ Dále sestra S2 doplňuje: „Nejhorší jsou příjmy z interní příjímačky, když nám pošlou pacienta, u kterého nám sdělí, je stabilizovaný, má jen průjem a zvrací. Není to pravidlo, ale stává se to. Ono to není překážkou, že nám pošlou nestabilního pacienta, překážka je v nedostatku personálu na oddělení, kde je jen jedna sestra na noční směnu a ošetřovatel.“ Sestra S9 uvádí: „Měli by se přijímat pacienti, kteří jsou stabilizováni ve svém onemocnění a mají za sebou akutní fázi či zhoršení jejich chronického onemocnění, a my tím můžeme aplikovat rehabilitační a ošetřovatelskou péči, která je specifická pro oddělení následné péče.“ Sestra S4 se zmiňuje: „Na oddělení následné péče jsou přijímáni geriatřiční pacienti, pacienti k analgetickým infuzím, pacienti různých věkových skupin s různým spektrem diagnóz, dále pacienti, kteří mají objednanou kolonoskopii nebo jiná vyšetření a nezvládli by se doma na tato vyšetření sami bez odborného dohledu připravit.“ Sestra S8 konstatuje: „... na oddělení následné péče jsou přijímáni geriatřiční pacienti, kteří potřebují pomoc během dne nebo komplexní ošetřovatelskou péči, máme zde velký výskyt pacientů s různým stupněm demence a často pacienty v terminálním stádiu rakoviny.“ S tímto tvrzením souhlasí i sestra S6, která doplňuje: „Na našem oddělení je velký výskyt též pacientů bez domova, či pacientů, kteří bydlí na ubytovnách, či pacientů, kde nefunguje podpora rodiny, a většinou tyto pacienti mají velkou psychickou, ekonomickou a sociální zátěž.“ K tomu se přiklání i sestra S4, která ještě dodává: „Přijímáme pacienty, kteří jsou sociálně slabší, nemají adekvátní bydlení nebo jsou bez domova, a pak nastupuje zapojení naší sociální pracovnice.“

Hodnoticí nástroje

V této podkategorii budou podrobně popsány hodnoticí škály, které využívají sestry na oddělení následné péče jedné nejmenované jihočeské nemocnice. V současném ošetrovatelství jsou hodnoticí škály nepostradatelným nástrojem v hodnocení zdravotního stavu pacienta, slouží nám k měření a hodnocení pacientových potřeb během hospitalizace.

Z rozhovorů vyplývá, že dotazované sestry S1–S10 používají na oddělení následné péče nejčastěji využívané hodnoticí škály. Názvy hodnoticích škál během rozhovoru byly uvedeny téměř od všech sester, jen sestry S2 a S3 hodnoticí škály nedokázaly přesně pojmenovat, ale vlastními slovy popsaly, čeho se týkají. Sestra S2 uvádí: *„Hodnotíme sebeděči, v oblastech hygieny, schopnosti se samostatně najíst, pohybovat, zda je pacient inkontinentní, slouží nám k hodnocení denních činností pacienta, jestli je samostatný, či potřebuje pomoc. Pak hodnotíme pokožku a náchylnost k dekubitům, říká nám, jestli je nutné polohování pacienta a jestli je v riziku.“* Obě sestry S2 a S3 se dále shodují ve využití dalších škál a sestra S3 zmiňuje: *„Využíváme škálu na riziko pádu a sledování nutriční.“* Dále sestra S2 uvádí: *„Hodnotíme vědomí pacienta, využíváme BMI index.“* Sestry S1, S4, S5, S9, S10 vyjmenovaly všechny škály, které se využívají na oddělení následné péče v jedné nejmenované jihočeské nemocnici. Jako příklad uvádíme odpověď sestry S4: *„Využíváme Barthelův test, stupnici dle Nortonové, Nutriční screening, faktory pro rizika pádu, hodnotíme bolest, sledování vědomí a orientaci pacienta.“* Zbylé sestry (S6, S7, S8) vyjmenovaly jen čtyři hodnoticí škály, které využívají na oddělení následné péče, jako příklad uvádíme odpovědi sestry S7: *„Nutriční screening, Barthelův test, stupnici dle Nortonové a faktory pro rizika pádu.“* Totéž uvádí i sestra S8: *„Na našem oddělení využíváme test Barthelův, ten nám říká, v čem bude potřebovat pacient pomoc nebo jestli je nutné zcela převzít péči v denních úkonech. Dále využíváme stupnici dle Nortonové a ta nám slouží ohledně rizika dekubitů a říká nám, zda je třeba pacienta polohovat. Hodnotíme stravu, množství snědeného jídla na porci, věk, váhu, výšku a zda jde o kompenzované, nebo dekompenzované onemocnění a dle toho určíme faktor stresu a to vyplňujeme v Nutričním screeningu. A ještě hodnotíme riziko pádu.“* Všechny dotazované sestry S1–S10 dokázaly popsat a vysvětlit svými slovy hodnoticí nástroje, které využívají na oddělení následné péče.

Sestra S10 uvádí: „Na našem oddělení využíváme vizuální škálu bolesti, to je škála, kde jsou zobrazeny smajlíci od usměvavého po zamračeného, a dle toho hodnotíme stupeň bolesti a vykonáváme případné intervence.“ Na otázku, zda se během své praxe na oddělení následné péče setkaly s jinými hodnoticími škálami v geriatrici, sestry S1, S2, S3, S6, S7, S8 a S10 odpověděly, že nesetkaly. Zbylé sestry (S4, S5, S9) uvedly, že ano, a to v rámci studia nebo praxe, a pojmenovaly je. Sestra S9 zmiňuje: „Setkala jsem se se škálou Bradenové, ta se týká dekubitů, Screeningový test mobility, Beckova škála deprese, to je samohodnoticí test. Ale to bylo v rámci praxe během studia, jinak u nás na oddělení jsem se setkala s Folsteinovým testem – MMSE test, sedmičkovým testem a kreslení hodin. To většinou v rámci psychiatrického vyšetření u pacientů u nás na oddělení.“ Sestra S4 uvádí: „Setkala jsem se s MMSE, sedmičkovým testem a kreslením hodin, ale to v rámci psychiatrického vyšetření.“ Dále sestra S5 zdůrazňuje: „Setkal jsem se v předešlém zaměstnání a za studií s Beckovou škálou deprese, dál si nevzpomenu.“

Ošetrovatelská péče na oddělení následné péče a její specifika

Sestry S1, S2, S9 a S10 se shodují, že péče by měla být všude stejná, a sestra S1 uvádí: „Ošetrovatelská péče na našem oddělení se neliší od péče na jiných odděleních, kromě gynekologie a dětského oddělení.“ Sestra S2 doplňuje: „Má svá specifika, to ano, ale nemyslím si, že péče a přístup ošetrovatelského personálu o starší pacienty je jiná u nás než na interně, asi na oddělení následné péče není takový důraz na akutní péči, ale je důraz hlavně na aktivizaci pacienta, v tom vidím rozdíl.“ Sestra S10 to rozšiřuje: „Nemyslím si, že by na našem oddělení měla být jiná ošetrovatelská péče o pacienty než na jiných odděleních, měla by být všude stejná, jak u nás, tak na interně, chirurgii, jen mají svá určitá specifika péče všechna oddělení. Naše péče je specifická v tom, že zapojujeme rehabilitační ošetrovatelství k ošetrovatelské péči a na interně řeší akutní nestabilizované stavy a přímo na tu rehabilitační péči nemají tolik času jako my.“

Všechny dotazované sestry (S1–S10) shodně zdůrazňují dvě složky v rozdílnosti péče na oddělení ONP, jako příklad zmiňujeme odpověď sestry S5: „Je zde větší důraz na ošetrovatelskou a rehabilitační péči.“ Sestry S1, S3 a S4 se dále shodují, že nesmí chybět složky ergoterapie.

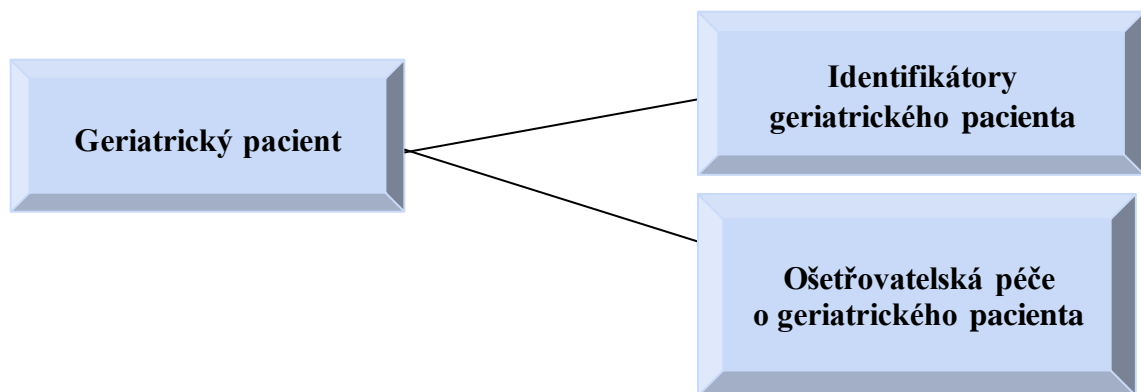
Jako příklad uvádíme odpověď sestry S3: „*Máme zde ergoterapii, ta nesmí chybět, a také by měl být dostatek kompenzačních pomůcek, které pacientům pomáhají, třeba při pohybu. Dále k nám dochází nejmenovaná ergoterapeutka zvenčí, která je ze soukromé složky, a pokud pacient nebo rodina stojí o rozšíření péče a aby byla intenzivnější, dáme rodině kontakt, ale tato péče je zpoplatněna, a ne všichni pacienti i rodiny na ni dosáhnou.*“ Psychosociální podpora na tomto oddělení je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Sestra S4 zdůrazňuje: „*Máme zde sociální pracovníce pro naše tři stanice ONP, které jsou součástí našeho týmu, je to takový most mezi námi, pacientem a rodinou.*“ Sestry S1, S4 a S6 jako jediné z dotazovaných vnášejí do popředí psychiku pacienta – uvedeme odpověď sestry S4: „*Pacient by měl být po psychické stránce cíleně aktivizován, a to záleží na komunikaci, přístupu a motivaci ošetrujícího personálu.*“

Sestra S6 jako jediná zdůraznila: „*Máme tu biopsychosociální a spirituální složku v péči o pacienta na oddělení následné péče a holistický přístup. Dochází k nám na přání pacienta kněz, řádová sestra a další členové církve, pokud je to v možnostech nemocnice, dále k nám dochází jedna paní z jedné nejmenované skupiny a ta se věnuje pacientům v terminálním stádiu rakoviny, funguje zde jako komunikátor a slouží k podpoře pacientů a jejich rodin v tomto těžkém období, ale vše je vázané na přání pacienta tuto službu využít a jeho souhlas.*“

V reakci na otázku specifika ošetrovatelské péče na oddělení následné péče sestry S1, S3, S4, S7 a S8 zdůrazňují spolupráci s nutričním terapeutem. Zmiňujeme odpověď sestry S7: „*Na naše oddělení následné péče dochází nutriční terapeutka, která přijde následující den po přijetí pacienta, kdy zadáme do počítače nutriční index víc jak tři body, dorazí i tehdy, pokud má pacient zvláštnosti ve výživě a je to v možnostech naší kuchyně.*“ Dále sestra S1 doplňuje: „*Nutriční terapeutka dochází na pravidelné kontroly stavu výživy pacienta, pokud shledá nejasnosti, či vyhodnotí jiné intervence, konzultuje to s lékařem a zdravotní sestrou.*“

Sestry S5, S9 a S10 upozorňují na fakt, že na oddělení následné péče se přijímají pacienti ze všech možných oddělení s různými diagnózami, uvádíme příklad odpovědi sester S5 a S10. Sestra S10 říká: „*Jsou k nám přijímáni pacienti z různých oddělení s různými diagnózami, proto péče na oddělení následné péče je různorodá a není zaměřená jen na konkrétní onemocnění či disabilitu, je individuální, dle toho se odvíjejí ošetrovatelské intervence a přístup v péči na tomto oddělení a péče je komplexní.*“ Sestra S5 uvádí: „*Je zde mnoho diagnóz, se kterými jsou pacienti přijímáni na naše oddělení, a tím je i specifická péče o tyto pacienty, máme zde pacienty z interny, chirurgie, neurologie kardiologie, urologie a dle toho se odvíjí péče.*“

Kategorie 3: Geriatrický pacient



Obrázek 3: Geriatrický pacient

Zdroj: Vlastní

Kategorie 3 se zaměřuje na samotný pojem geriatrický pacient a jeho charakteristiku, je členěna na dvě podkategorie, identifikátory geriatrického pacienta a mapuje specifika ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty na oddělení následné péče, které sestry využívají v praxi.

Identifikátory geriatrického pacienta

Z rozhovorů se sestrami je zřejmé, že všechny dotazované sestry tento pojem znají. Uvedly, že na oddělení následné péče se převážně vyskytují geriatřiční pacienti, a znají specifika péče o geriatrického pacienta.

Sestra S1 na otázku *Podle kterých specifík můžete říci, že se jedná o geriatrického pacienta?* odpověděla: „*Mám 16 let praxi, kouknu a vidím, pacient se vyznačuje imobilitou nebo sníženou mobilitou, věkem 65 let a více, dále má hodně diagnóz.*“ Téměř všechny dotazované sestry se shodují na věkové hranici 65 let a více. Jen

sestra S4 uvádí, že „... věková hranice se v různých publikacích liší, někde je uvedeno 65 let a více a v jiné zase 70 let a více, hlavním specifickým rysem si myslím je multimorbidita a k tomu pak přidávám samotný věk, ale samozřejmě se to týká seniorů...“. Ke stejnému závěru dospívá sestra S7, která ještě dodává: „Je zde výskyt chronicity a komplikací chorob.“ V identifikátoru multimorbidity se shodují i ostatní dotazované. Sestra S9 dodává: „Za geriatrického pacienta však nepovažujeme všechny pacienty, co mají vysoký věk, ale jsou tu identifikátory jako individualita osobnosti, ekonomicko-sociální stránka, přítomnost polymorbidity, genetika a výskyt chronických onemocnění a jejich komplikací. Sestry S7, S9 a S10 přidávají k již jmenovaným specifikům celkové pomalejší tempo pacienta a s tím spojená rizika, jako je například riziko pádu.

Uvádíme odpověď sestry S7: „Myslím si, že geriatrický pacient se ještě vyznačuje pomalejším tempem a je zde větší pravděpodobnost pádu, poruchy spánku a s tím spojená zmatenost.“

Dále je třeba zmínit odpověď sestry S3, jež uvedla: „Imobilita a multimorbidita jsou hlavní specifika geriatrického pacienta.“ Na otázku, zda věk má určitý vliv, uvádí: „Myslím si, že je jedno, kolik mu je, a můžu ho označit za geriatrického pacienta.“ položila jsem doplňující otázku: Zda za stáří považuje věk 59 let. „Ne, to je střední věk, já mám na mysli 75 let a více.“

Ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta

Ošetrovatelská péče je důležitou složkou v léčebném režimu během hospitalizace, ale i v domácím prostředí. Během poskytování ošetrovatelské péče je důležitá komunikace, motivace a psychická a sociální podpora a je nutné brát zřetel na pacientovy potřeby.

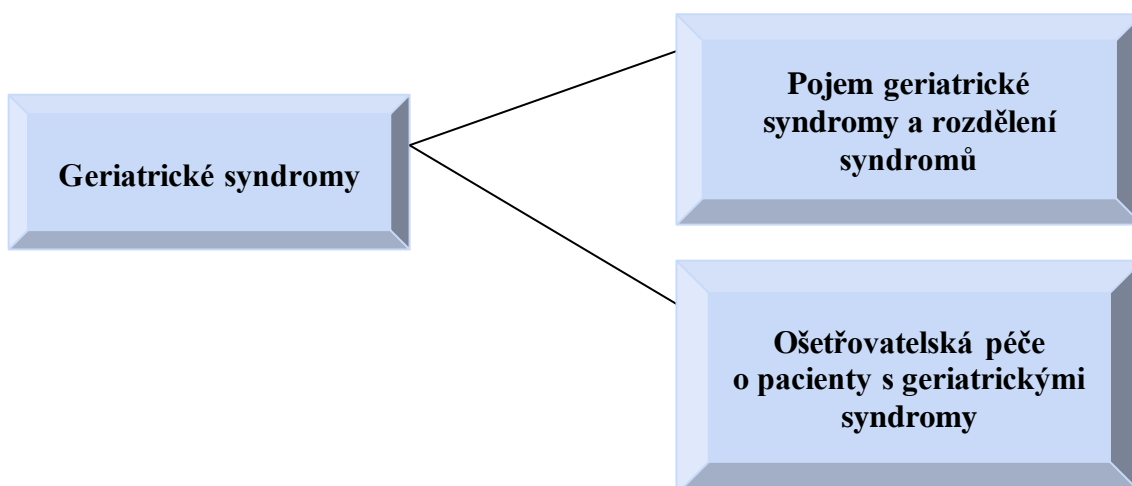
S odpovědí na otázku *Je péče na vašem oddělení o geriatrického pacienta v některých případech jiná než na ostatních odděleních?* se sestry S1, S2, S9 a S10 shodují. Uvádíme odpověď sestry S2 zní: „Péče o geriatrického pacienta má svá specifika, ale přístup v ošetrovatelské péči k těmto pacientům by měl být na všech odděleních stejný, u nás je zaměřený hlavně na aktivizaci pacienta a jeho podporu, protože jak už to vyplývá z názvu našeho oddělení, jsme oddělení následné péče.“

Dále bych chtěla zmínit odpověď sestry S9: „Rozdílnosti v podání péče jako takové nevidím mezi odděleními, ale v tom, že péče o geriatrického pacienta má svá specifika a ty by se měly využívat na všech odděleních, ne jenom na oddělení následné péče. Chtěla bych zdůraznit, že péče na ONP se zabývá chronickým, stabilizovaným onemocněním a jeho komplikacemi, tím se utváří i individuální přístup a péče o geriatrického pacienta na oddělení následné péče oproti oddělení, jako je například interna, kde se zabývají akutními stavy, ale i zhoršeným chronickým onemocněními, zde mají v popředí jiné potřeby pacienta než u nás na oddělení.“ Sestra S1 dále zdůraznila: „Větší potřebu psychické péče.“ A k tomuto tvrzení se přidávají i sestry S4 a S6. Většina dotazovaných sester (S3, S4, S5, S6, S7, S8) odpovídá, že péče o geriatrického pacienta na oddělení následné péče je jiná, uvedme odpověď sestry S7: „Vyžaduje si individuální přístup, dostatek času, trpělivost, je zde kladen důraz na aktivizaci pacienta v sebedpěči a mobilitě.“ Dále se respondent S5 zmínil: „Je zde velice důležitá komunikační schopnost sestry, pokud nezvolí správný komunikační kanál, nemůže očekávat výsledky.“

Všechny dotazované sestry (S1–S10) se shodují na nutném včasném zavedení rehabilitační péče, uvedeme odpověď sestry S8: „Je zde rehabilitační péče, kterou vykonáváme my během dne. Řadíme sem posazování pacienta, podání žínky na mytí do dominantní ruky během hygieny a pacient si třeba umyje obličej, pokud je to v jeho silách. Pokud by pacient zvládl, a samozřejmě po dohodě s lékařem, postavení pacienta u lůžka, dopomoc pacientovi na záchod. To vše bychom měli zhodnotit, jestli je toho pacient schopen při příjmu, a stanovíme si plán ošetrovatelské péče.“ Sestra S6 to rozšiřuje o termín „aktivní a pasivní rehabilitace, například polohování řadíme do pasivní rehabilitace pacienta“.

Další reakci na otázku ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty přináší sestra S10: „... potřebu pocitu jistoty a bezpečí, jelikož to nám pomáhá udržet pacienta v psychické pohodě, k tomu nám pomáhá již zmiňovaná vhodná komunikace, ale také motivace a edukace pacienta během hospitalizace.“ K tomuto postoji se přiklání i sestry S4, S6, a S5, jež navíc zdůrazňuje, že „u těchto pacientů dochází u specifických onemocnění k nespecifickým příznakům, a proto by měla mít sestra na tomto oddělení kvalitní pozorovací schopnosti...“.

Kategorie 4: Geriatrické syndromy



Obrázek 4: Geriatrické syndromy

Zdroj: Vlastní

Kategorie 4 je rozčleněna na dvě podkategorie a je zaměřena na dvě důležité složky, které na sebe navazují. Prezentuje nám povědomí sester o pojmu geriatrické syndromy, a to jak o samotném termínu, tak i rozdělení syndromů a o tom, jakou vhodnou ošetrovatelskou péči využívají v praxi u pacientů s geriatrickými syndromy.

Pojem geriatrické syndromy a rozdělení geriatrických syndromů

Geriatrické syndromy jsou souhrn určitých rizik, problémů, jež jsou vzájemně logicky propojeny a vykazují souvislost se stářím. Je zde vícero příčin a složitá léčba. Mívají chronický průběh a snižují soběstačnost pacienta, tím se stává více závislý na dopomoci nebo úplné pomoci druhé osoby.

K otázce *Můžete mi vlastními slovy vysvětlit pojem geriatrické syndromy a rozdělit je?* se ne všechny sestry vyjádřily v tom smyslu, že zmíněný pojem znají, ale dokázaly vlastními slovy jasně vysvětlit, co by pojem mohl znamenat. Sestra S1 se vyjádřila: *„Pokud se nemýlím, je to soubor příznaků a týká se to geriatrického pacienta, patří sem inkontinence, imobilita, malnutrice a dál si nevzpomenu.“* K tomuto tvrzení se připojuje sestra S2. Uvádí: *„Přímo pojem geriatrické syndromy jsem neslyšela, ale popíšu to vlastními slovy, syndrom je soubor příznaků a bude se to týkat, dle názvu, geriatrického pacienta. Zařadila bych sem inkontinenci a imobilitu.“*

Sestra S7 též uvádí: „S tímto pojmem jsem se nesetkala, ale na škole jsme si říkali, co je syndrom, je to soubor příznaků a již z názvu vyplývá, že se to bude týkat geriatrických pacientů. Rozdělení a názvy nevím, ale podle mého se to bude týkat somatické a psychické stránky pacienta.“

Téměř totožně se o geriatrických syndromech zmiňuje sestra S3 a rozšiřuje je o další specifikaci: „Geriatrické syndromy jsou například syndrom dehydratace, pacient není schopen se o sebe postarat.“ Sestra S4 doplňuje: „Patří sem celkové zhoršení stavu pacienta, jako je imobilita, inkontinence, psychické změny. A pojem jako takový jsem asi neslyšela, ale syndrom je soubor příznaků, který nám charakterizují určitou nemoc. Týká se to celkového stavu pacienta a jeho změn ve zdraví a zdatnosti. Když je to geriatrický syndrom, bude to u geriatrických pacientů.“ Jednoduché a výstižné vysvětlení pojmu poskytla sestra S8: „Je to u geriatrických pacientů a jedná se o soubor příznaků nemoci a nějakého narušení jejich zdravotního stavu, řadíme sem imobilitu, inkontinenci, intoleranci, pak náš vliv léčby a podávaných léků a jeho případné narušení zdraví, nic jiného mě nenapadá.“

Téměř totožně se k pojmu a charakterizaci geriatrických syndromů vyjádřily sestry S5, S6, S9 a S10. Uvedeme nejvýstižnější charakteristiku a rozdělení geriatrických syndromů, které uvedla sestra S9: „S tímto pojmem jsem se v praxi nesetkala, ale v rámci studia na vysoké škole. Je to souhrn určitých rizik, které pacient má, a ty jsou typický pro geriatrický pacienty. Jsou to inkontinence, imobilita, iatrogenie, disability, sarkopenie, syndrom duálního sensorického deficitu, maladaptace na změny, syndrom terminální geriatrické deteriorace, syndrom týrání a zneužívání starého člověka.“

Ošetrovatelská péče o pacienty s geriatrickými syndromy

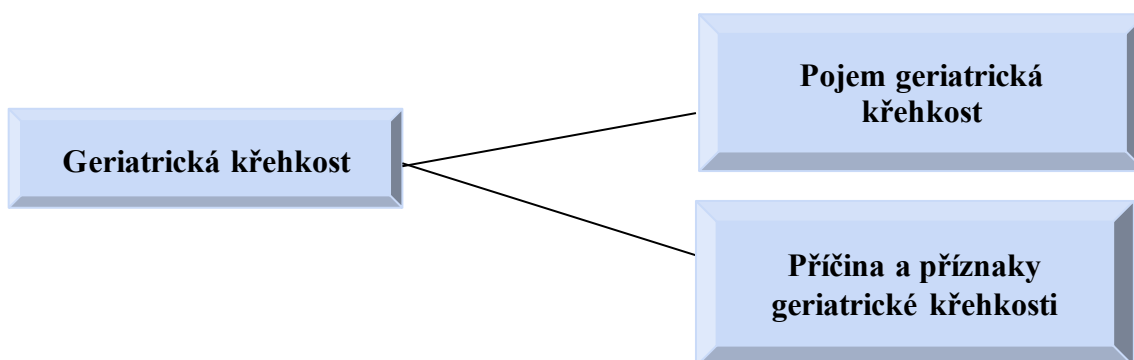
Ošetrovatelská péče je jedním ze stěžejních kamenů v péči o pacienta. Je zde důležitá komunikace s pacientem, náš přístup a ochota naslouchat. Pokud mezi pacientem a zdravotním personálem, ošetřujícím personálem, nebude důvěra, nelze očekávat adekvátní výsledky. Sestra S4 dále doplňuje: „Velice důležitá je i motivace o pacienty s těmito syndromy a také psychická podpora.“ S tímto tvrzením jsou v souladu i sestry S5, S6, S1. Sestra S5 doplňuje: „... než byla uzavřena nemocnice a zakázány návštěvy, docházeli k nám pravidelně dobrovolníci, kteří pacientům zpívali a hráli na harmoniku a kytaru. Každý týden v úterý, v deset hodin dopoledne. Bylo vidět, že to pacientům pomáhá, a mohli si také zazpívat. Ten, kdo mohl chodit, si došel do místnosti, kde hráli,

sám, ale kdo nemohl, toho jsme tam odvezli nebo jsme pootevřeli dveře na pokoj, ale jen v tom případě, pokud pacient o to stál.“ Holistický přístup zmiňuje sestra S6, dále poukazuje i na spirituální složku v péči: „Dochází k nám kněz a řádová sestra, myslím si, že věřícím pacientům tyto návštěvy pomáhají v jejich psychické pohodě a s určitým nadhledem, nebo jak to říct, i smíření se s danou disabilitou nebo sníženou schopností sebezpečí.“ Sestra S1 se ztotožňuje s důležitostí psychické podpory, dále klade do popředí komplexní péči: „U těchto pacientů je třeba komplexní péče, to znamená sledovat celkový stav pacienta, využití různých kompenzačních pomůcek k dopomoci a navrácení jejich samostatnosti.“ Komplexnost péče v rozhovoru zmiňuje i sestra S10 a dodává: „Jedná se zcela o individuální péči o pacienta, různé syndromy si vyžadují různé intervence, je to velice náročná práce, myslím si, že nedostatek personálu a vliv časové náročnosti těchto pacientů zanechává spoustu nedořešeného.“

Sestra S2 se k dané problematice vyjádřila větou: „Řekla bych, že je kladen důraz na rehabilitační péči a ošetrovatelskou péči jako celek, nevím, jak to říct.“ K rehabilitační péči a ošetrovatelské péči se připojuje sestra S7 a zmiňuje i důležitost rodiny: „V péči o pacienta by měla být zapojena i rodina, protože když nefunguje, je to špatně. Někdy mě udivuje, jak se někteří chovají ke svým blízkým, ale já nemám dovoleno je soudit, je to důležitá složka v péči.“

Další reakcí na otázku ošetrovatelská péče o pacienty s geriatrickými syndromy byla odpověď sestry S9: „Ošetrovatelská péče o pacienty s těmito syndromy je velice náročná, měla by být komplexní, to znamená udržení pacienta v čistotě a suchu, snížení a minimalizovat výskyt dekubitů a k tomu nám pomáhají hodnoticí nástroje, polohování pacienta a použití kompenzačních pomůcek. Cílená aktivizace pacientů v soběstačnosti v denních úkonech v rámci rehabilitace a ošetrovatelské péče, aby se mohli co nejrychleji vrátit do svého sociálního prostředí.“ Ohledně rehabilitačního ošetrovatelství a aktivizace pacienta během dne se podobně vyjádřila i sestra S8, která uvádí: „Je velice důležité aktivizovat pacienty v běžných denních úkonech, jako mu dát do ruky žínku, pítko, kartáček na zuby a snažit se ho nechat podílet na péči, samozřejmě záleží i na daném syndromu a celkovém stavu pacienta.“

Kategorie 5: Geriatrická křehkost



Obrázek 5: Geriatrická křehkost

Zdroj: Vlastní

Kategorie 5: geriatrická křehkost je rozdělena do dvou na sebe navazujících podkategorií, jež nás informují, jak si sestry pojem geriatrická křehkost vysvětlují, které příčiny vzniku geriatrické křehkosti pokládají za důležité a na základě jakých projevů by geriatrickou křehkost diagnostikovaly.

Pojem geriatrická křehkost

V rámci rozhovoru všechny dotazované sestry (S1–S10) dokázaly pojem geriatrická křehkost popsat vlastními slovy, přestože některé z nich tento termín v rámci rozhovoru slyšely poprvé. Sestra S1 tento pojem popsala následovně: „*Jako pojem takový jsem neslyšela, teď během rozhovoru poprvé, ale křehkost u pacientů pozoruji. Pacient je celkově slabý, chátrá, jsou zde různá zvýšená rizika, například pád.*“ K tomu, že termín křehkost s přívlastkem geriatrická slyšely v rámci rozhovoru poprvé, se připojují sestry S2, S4, S7. Sestra S2 ji popisuje následovně: „*Pojem slyším poprvé, ale jedná se o pacienty, kteří jsou náchylní ke všem rizikům, prostě je to rizikový pacient.*“ Sestra S4 doplňuje: „*Myslím si, že je to ve vztahu k pacientovi a jeho diagnózám, pacient je celkově slabý, je zde svalová ochablost, jsou náchylnější k nemocem, je zde riziko pádu.*“ Sestra S7 uvádí, že „*pacient je celkově sešlý, nemá tolik síly a tím je náchylnější k pádům.*“ Na oddělení tento pojem zaregistrovala sestra S3, která uvedla: „*Slyšela jsem ho, nevím kdy, někdy na oddělení, jedná se o pacienta, který je celkově slabý, sarkopenie.*“ Další sestry (S5, S6, S9 a S10) tento pojem znají ze studií. Sestra S5 zmiňuje: „*Vyskytuje se u pacientů vyššího věku a je zde sarkopenie.*“ Navíc toto tvrzení rozšiřuje: „*Jde o slabého pacienta, který je náchylnější k okolí. Jde o slabost svalovou, ale i psychickou, hrozí zde různé psychické problémy.*“

Sestra S9 uvádí: „*Pojem jsem slyšela v rámci studií na vysoké škole, frailty je rizikový stav, kdy dochází k oslabení celkového stavu jedince a je náchylnější k určitým deficitům, rizikům, a je to na individuální rovině jedince.*“ Též sestra S10 se vyjádřila: „*Setkala jsem se s ním pouze na vysoké škole, ale během praxe v nemocnici snad nikdy, aspoň jsem ho nezaregistrovala. Zjednodušeně bych řekla, že je to celkové ochabování, chátrání jedince.*“ Sestra S8 se zmiňuje: „*Pojem jsem někde slyšela, ale kde, to nevím. Jde o pacienta, který celkově slábne.*“

Příčina a příznaky geriatrické křehkosti

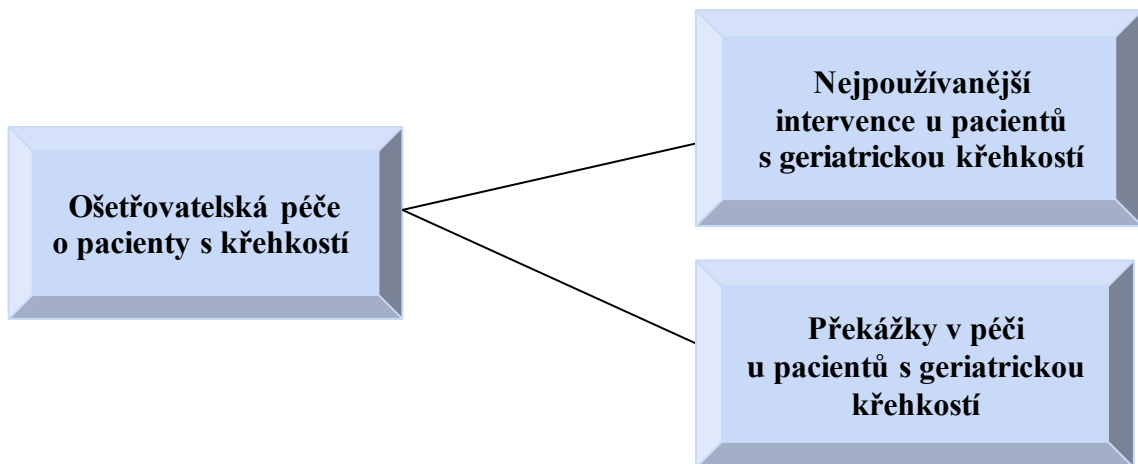
Jako příčinu geriatrické křehkosti sestra S2 uvádí, že příčinou je imobilita. Sestra S1 to rozšiřuje o další příčiny: „*věk, víc nemocí pohromadě*“. Sestra S3 uvádí: „*Příčiny jako té křehkosti, no asi jeho diagnózy a celkově jeho fyzický stav, pacient je vyššího věku.*“ Sestry S4, S7 a S10 se shodují, my uvedeme odpověď sestry S4: „*Důležitý je tady věk, přidružená onemocnění, asi bych řekla to stárnutí a jeho změny, to je příčina.*“ Sestra S5 se zmiňuje: „*To, že u lidí slábnou určité systémy, takže se stávají náchylnější, je zde výskyt geriatrických syndromů a vyšší věk.*“

Sestra S6 uvedla jako příčinu nedostatečný sociální kontakt a rodinu, která je nefunkční. S tímto tvrzením se shoduje i sestra S8: „*Příčina je stárnutí a jeho změny, vliv rodiny a okolí, tím, že se nerespektuje jeho osoba nebo já nevím, jak to říct, věk a přidružená onemocnění.*“ Sestra S9 se vyjádřila: „*Příčinou jsou involuční změny stárnutí, kdy člověk přestává být schopný nebo spíš začíná být omezen ve funkční zdatnosti. Je zde polymorbidita, nedostatečná výživa a mobilita.*“ Sestra S6 se zmínila: „*Myslím si, že i nedostatečná a nekvalitní rehabilitační péče ovlivňuje křehkost.*“

Sestra S6 se zmiňuje: „*Příznaky jsou u každého pacienta individuální a dle toho, která složka má určitý deficit.*“ Sestra S10 to rozšiřuje: „*Je zde pokles zdraví, nepříznivá prognóza, ztráta soběstačnosti, snížení výkonnosti, zvýšená náchylnost k nemocem.*“ Tento názor sdílí sestra S9: „*Typický příznak je snížení funkční zdatnosti, omezení soběstačnosti, snížená adaptabilita, je zde náchylnost k nemocem.*“ K individualitě příznaků se přiklání sestra S7, která ještě uvádí: „*Je zde celkové pomalejší tempo.*“ Psychické změny zmiňuje i sestra S6 a rozšiřuje je o „*malnutrici a sarkopenii*“.

V tomto směru je totožná odpověď sester S4 a S5, kde S4 uvádí: „*Jsou zde vidět deficit v soběstačnosti, pacient je imobilní nebo má sníženou mobilitu, je zde malnutrice, psychické změny, nespavost, pacient celkově strádá.*“ A sestra S5 zmiňuje, že „*křehký pacient je ten, který má alespoň dvě jmenované složky*“. Celkovou zesláblost zmiňuje i sestra S8: „*Pacient je méně pohyblivý a tím je vystaven riziku pádu, je zde malnutrice, celková ochablost, je v psychické nepohodě.*“ Sestry S1, S2 a S3 odpověděly obdobně, přičemž sestra S1 řekla: „*Typický příznak je snížení soběstačnosti, malnutrice, vizuální chýtrání pacienta.*“ Sestra S2 též uvádí snížení soběstačnosti a malnutrici a celkové ochabnutí pacienta. Sestra S3 dává do popředí malnutrici: „*Prvotním příznakem je malnutrice a tím je snížena soběstačnost a pacient je nesoběstačný v péči o sebe a v denních úkonech. Chátrá.*“

Kategorie 6: Ošetrovatelská péče o pacienty s křehkostí



Obrázek 6: Ošetrovatelská péče o pacienty s křehkostí

Zdroj: Vlastní

Kategorie 6: Ošetrovatelská péče o pacienty s křehkostí je rozčleněna do dvou podkategorií, jež jsou – dle mého názoru – velice důležité v ošetrovatelské péči. Ukáže nám nejpoužívanější intervence u pacientů s geriatrickou křehkostí a případné překážky v péči o tyto jedince. Jedná se o poslední kategorii v této bakalářské práci.

Nejpoužívanější intervence u pacientů s geriatrickou křehkostí

Všechny oslovené sestry (S1–S10) se shodují, že po přijetí pacienta na oddělení následné péče je třeba zahájit odběr ošetrovatelské anamnézy, kde máme i testy na hodnocení soběstačnosti, dekubitů, nutrice a rizika pádu a dále i hodnocení bolesti.

Sestra S1 uvádí: „*Tím, že provedu okamžitý sběr dat o pacientovi, který byl přijat na oddělení, si mohu stanovit, jaké úkony budu u něj provádět a co budu sledovat. Nejčastější intervence na našem oddělení o křehké pacienty je dopomoc a nácvik soběstačnosti, rehabilitace a sledování příjmu stravy a tekutin, dále pokud má zavedený PMK, sledujeme močení.*“ S tímto tvrzením souhlasí i sestra S2 a uvádí i polohování pacienta a využití polohovacích pomůcek. Dotazovaná sestra S3 zmiňuje hlavně: „*Je třeba pacienta zavčasu aktivizovat, sledovat hydrataci, hodně pacientů je dehydratovaných, tím tedy sledovat příjem a výdej tekutin, polohování, sledovat pokožku a její změny. Sledovat hubnutí pacienta pravidelným vážením a pravidelně přehodnocovat stav pacienta.*“ Se sledováním nutriční se ztotožňují i sestry S1, S4, S7 a S8. Sestra S4 upřesňuje intervence: „*Velice důležité je, aby byl pacient v psychické pohodě, které docílíme edukací při každém výkonu či ošetrovatelské péči, motivujeme ho k lepším výkonům, tím že ho budeme o všem informovat a edukovat ho, pomáháme k motivaci v léčbě, dále je zde důležitá podpora samotného pacienta v jeho osobě. Využíváme kompenzační pomůcky, jak k vykonání základních potřeb, tak v dopomoci během dne, polohujeme, sledujeme příjem, výdej tekutin a stravy, měli bychom aktivně nabízet pití, ale to není jednoduché, jelikož většinou nepociťují žízeň, a tím pádem nemají potřebu pít.*“ Sestra S8 se k tvrzení připojuje: „*Je třeba důsledně provádět a sledovat pokroky v aktivizaci pacienta, zpětná vazba mezi námi a pacientem, pak upřesníme péči. Sledujeme nutriční pacienta, příjem tekutin, váhu, dále pokud má PMK, je třeba sledovat výdej tekutin a známky infekce, při dehydrataci a sníženém stupni nutriční se v některých případech zavádí PŽK, to potom musím pravidelně přelepovat kanylu, podávat léky dle ordinace lékaře, sledovat známky infekce, přistupovat přísně asepticky.*“ Sestra S10 doplňuje: „*Někdy pacient je v takovém stavu, dehydratovaný a podvyživený, že nelze zavést žilní vstup, tak pak po dohodě s lékařem voláme ARO a necháváme zavést MIDLINE. Zde je potom důležitý přísně aseptický přístup, pravidelné převazy, které jsou provedeny ve sterilních rukavicích a sterilními pomůckami. Proplachy 15 ml FI/I metodou START/STOP.*“ Sestra S6 dále zdůrazňuje spolupráci s rodinou a zapojení rodiny do péče a uvádí, že „... též je třeba edukovat jak pacienta, tak rodinu“. „*Sledujeme výsledky podaných intervencí, podání péče je zcela na individuální rovině a záleží na typu diagnózy výskytu příznaků geriatrické křehkosti a tím pak docílíme k nastavení správné intervence, jako pasivní a aktivní rehabilitace, nácvik sebepéče, sledovat pitný režim a je zde důležitá i ochota pacienta spolupracovat se zdravotním personálem, sledovat denní rytmus,*“ dodává sestra S5.

Sestra S9 dále zmiňuje: „Nejdůležitější je dopomoc a nácvik v sebeděči a sledovat malnutrici. Podpora výživy, snaha o udržení zdraví a odolnosti organismu, být odolnější proti ostatním nemocem. Rehabilitace k posílení svalstva, využívat kompenzační pomůcky a udržet pacienta v co nejoptimálnější pohodě a tím zabráníme duševním změnám, udržet ho během dne bdělého a sledovat spánek v noci, různé aktivity během dne nám pomohou snížit riziko zmatenosti, dále je třeba nácvik chůze a stoje za pomoci kompenzačních pomůcek, řádná informovanost o provedených úkonech, to znamená edukovat pacienty.“ Sestra S10 souhlasí a ještě dodává: „Sledujeme bolest... Včasné rehabilitace, nácvik sebeděče a sledování nutričního stavu, pravidelné polohování pacienta a zvýšený dohled, též nesmíme opomenout spolupráci pacienta a sledování příjmu potravy a tekutin a příjmem podaných léků a jejich žádoucích a nežádoucích účinků.“

Překážky v péči u pacienta s geriatrickou křehkostí

Sestra S1 uvádí: „Pacienty nejvíce ovlivňuje samotná nemoc, a jestli je s ní obeznámený a jejími případnými komplikacemi, ale to záleží na lékaři, jaké informace mu řekl, a my následně můžeme s pacientem probírat další možnosti a cesty k zlepšení a navrácení samostatnosti. Pak ho ovlivňuje okolí a případně tento stav zhoršuje neochota rodiny, která nechce spolupracovat na péči. To pak toho pacienta zničí.“ Sestra S2 zde u pacienta s křehkostí zmiňuje vliv motivace: „... tady ji vidím jako styčný bod v ošetrovatelské péči.“ S tímto názorem se ztotožňuje i sestra S4, zmiňuje se: „Pacienta s křehkostí ovlivňuje jeho celkový zdravotní stav, neznalost pojmů, neochota zdravotního personálu vyčkat delší čas u lůžka, i když nevím, zda to není tím, že nás je málo. Veliká překážka je v tom, když pacienti nechtějí, nemají zájem na léčbě, a nefunkční rodina, špatná sociální, ekonomická stránka jedince. Jak jsem zmiňovala, pak u nás na řadu přichází sociální pracovnice, která vše s pacientem probere a snaží se mu najít nejadekvátnější možné řešení sociální a ekonomické situace.“ Sestra S6 je obdobného názoru: „Podle mě je největší překážkou v péči o pacienta s křehkostí snížený kontakt rodiny s nemocným, viděla jsem to teď během epidemiologické situace kolem COVID 19+, to byl smutný pohled, dále špatně podané informace o poskytnuté péči, nedostatek personálu, někdy i neochota personálu respektovat autonomii pacienta.“ Sestra S7 se též přiklání k již zmiňovaným překážkám a doplňuje: „U nás je třeba i nedostatek lůžkovin, nefunguje prádelna, jak má, a my pak nemáme prádlo na převlečení lůžek pacientů, nedostatek personálu, a tím pak i času.“

K tomu ještě sestra S8 přidává: „... a ty papíry, to je taky šílenost, půl směny strávím s vyplňováním, zalepováním a tříděním papírů.“ S tímto nesouhlasí sestra S9 a uvádí: „Některé sestry uvádí nedostatek času jako překážku v péči o pacienty, ale to neplatí, pokud mluví o práci administrativní, papírů je minimálně, co bývalo, jen stále sestry neumí stručně a jasně pracovat s těmito dokumenty. Překážka v péči je v časové náročnosti péče a spojení nedostatku personálu, neochota spolupracovat se zdravotním personálem, a špatně zvolený komunikační prostředek.“ S tím, že špatně zvolená komunikace hraje velkou roli v péči a ovlivňuje ji, přichází i sestry S4 a S1.

Sestra S9 dále zmiňuje: „Péče na oddělení následné péče je podfinancovaná a překážkou jsou zdravotní pojišťovny s jejich limitací ohledně zdravotní a ošetrovatelské péče, v tom též vidím úskalí v adekvátní péči. Někdy si pacient vyžaduje širší záběr a na delší čas a tři měsíce u některých pacientů je málo. Další překážka je v nedostatečné informovanosti rodiny a pacienta o onemocnění, podávaných lécích a jejich vzájemném ovlivňování.“

5 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda je v současném geriatrickém ošetrovatelství křehkost vnímána jako aktuální problematika. V návaznosti na tento cíl byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První z nich zněla: Jaká je informovanost zdravotního personálu o geriatrické křehkosti na oddělení ONP? Druhá otázka zjišťovala, jakým způsobem všeobecné zdravotní sestry využívají v praxi znalosti o geriatrické křehkosti.

Rozhovor byl rozčleněn do kategorií s podkategoriemi, které na sebe navazovaly a vzájemně se prolínaly. První otázky byly zaměřeny na identifikační údaje a především celkovou délku praxe respondentů na oddělení následné péče a na specifikaci oddělení. Odpovědi nám poskytly data o specifické ošetrovatelské péči na zmíněném oddělení. Je možné konstatovat, že všechny dotazované sestry – a nezáleželo na vzdělání – dokázaly stručně a jasně říci specifika oddělení následné péče a ošetrovatelské péče na tomto oddělení. Velké nedostatky byly zaznamenány ve znalosti názvů hodnoticích škál, které sestry využívají na oddělení následné péče, je však nutné dodat, že sestry dokázaly popsat, jaké složky v rámci sběru objektivních dat hodnotí. Další otázky v rozhovoru byly zaměřeny na pojmy geriatrický pacient, geriatrické syndromy a geriatrická křehkost a na specifika ošetrovatelské péče o tyto pacienty. Z dotazování vyplynulo, že tyto pojmy znají sestry převážně ze studií na vysoké škole, přesto ale zbylým respondentkám neznalost pojmů nepřekážela v charakteristice předložených termínů. V žádném případě jsme nechtěli všeobecné sestry zkoušet, ale šlo nám o to, jak dokážou své poznatky získané během praxe aplikovat v péči o pacienty.

Všechny dotazované sestry (S1–S10) se shodují, že na oddělení následné péče jsou přijímáni většinou senioři. Sestry S2, S7 a S9 dále doplnily, že na oddělení jsou přijímáni pacienti až po stabilizaci akutního onemocnění, náhlého vzplanutí chronického onemocnění či jeho komplikací, poté co byla stanovena základní diagnóza. Odpovědi korelují se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, kde je též uvedeno, že na následná lůžka jsou přijímáni pacienti se stanovenou diagnózou a po stabilizaci zdravotního stavu. Mlýnková (2011) se též zmiňuje, že na oddělení by měli být přijímáni pacienti v dobrém zdravotním stavu a péče na oddělení následné péče je zaměřena na rehabilitační a ošetrovatelskou péči. S touto charakteristikou se ztotožňují, ale z praxe vím, že skutečnost je mnohdy jiná. Pokud se během hospitalizace zhorší stav pacienta, první otázka akutních lůžek se týká věku, tudíž postrádám komplexní pohled

na pacienta. Sestra S10 se zmiňuje, že „na oddělení následné péče je komplexní péče o pacienty, jsou zde pacienti ze všech oddělení, tedy i péče a stanovení intervencí je ve velkém měřítku, a tím je individuální péče a přístup, jelikož je tu různorodý výskyt diagnóz, a sestra by měla pracovat v rámci ošetrovatelského procesu“. Tento postoj potvrzuje Doležalová (2011), která uvádí, že sestra musí být dostatečně erudovaná a kompetentní, aby mohla správně utvářet činnosti, navrhnout intervence a spolupracovat s ošetrovatelským týmem. Dle mého názoru by se mělo dbát i na dostatečnou informovanost pomocného personálu, ošetrovatelů/ek sanitářů, což mně osobně během výkonu praxe chybí, často mi to i komplikuje práci. Nelze pracovat na odborné úrovni a podat péči kompletně, pokud jednotlivé ošetřující složky nejsou v geriatrii dostatečně erudované. Tóthová et al. (2014) zmiňují, že tato metoda a přístup nám poskytují podání individualizované, komplexní, systematické ošetrovatelské péče. Vytejková (2011) to dále rozšiřuje v tom smyslu, že se jedná o péči, která je zaměřená na holistický přístup k pacientům. Ve shodě s tímto názorem se vyjádřila také sestra S6, která uvádí: „... v popředí ošetrovatelské péče je bio-psycho-sociální a spirituální přístup, je tu holistický přístup k pacientům.“

V rámci rozhovoru jsme se zabývali otázkou hodnoticí škály v ošetrovatelském procesu. Tóthová et al. (2014) uvádějí, že nám hodnoticí škály pomáhají při sběru objektivních dat v 1. fázi ošetrovatelského procesu a slouží nám k odhadu určitých rizik současného zdravotního stavu pacienta. Během rozhovorů bylo zjištěno, že sestry S2 a S3 nebyly schopny říci názvy hodnoticích škál, které využívají na oddělení, ale charakterizovaly je v rámci doplňujících otázek zcela jasně. Sestra S2 uvádí: „Hodnotíme sebek péči v oblastech hygieny, schopnosti se samostatně najíst, pohybovat, zda je pacient inkontinentní, slouží nám k hodnocení denních činností pacienta, jestli je samostatný, či potřebuje pomoc. Pak hodnotíme pokožku a náchylnost k dekubitům, říká nám, jestli je nutné polohování pacienta a jestli je v riziku, dále hodnotíme vědomí pacienta a sledujeme BMI index.“ Sestra S3 doplňuje: „Využíváme škálu na pád a sledujeme nutriční.“ Veverková et al. (2019) uvádějí, hodnotíme oblast psychickou, kognitivní funkce, demenci soběstačnost, vědomí a orientaci pacienta, nutriční stav, odchylky či míru patologie v souvislosti se somatickým stavem pacienta. Dále se Holmerová et al. (2014) zmiňují, že musíme v hodnocení postupovat ve shodě s holistickým přístupem. V rámci ošetrovatelské péče v jedné nejmenované jihočeské nemocnici během sběru dat vyplynulo, že na oddělení následné péče využívají základní

hodnoticí nástroje. Uvedme odpověď sestry S4, která vyjmenovala všechny hodnoticí škály, které zde využívají: „*Využíváme Barthelův test, stupnici dle Nortonové, Nutriční screening, faktory pro rizika pádu, hodnotíme bolest, sledování vědomí a orientaci pacienta.*“ Dále bylo zjištěno, že na oddělení následné péče nevyužívají další hodnoticí škály hlavně se zaměřením na hodnocení psychických funkcí pacienta sestrou, přestože Šáteková et al. (2021) vyzdvihují důležitost včasné detekce poruch kognitivních funkcí. K této problematice se již vyjádřila Jindřlová (2017), která se též zmiňuje, že na oddělení následné péče nemají hodnoticí nástroje na hodnocení psychických funkcí pacienta. Haluzíková et al. (2019) uvádějí, že zdravotní personál a lékař by měli mít alespoň základní vědomosti o kognitivních funkcích a disfunkcích. Dále uvádějí, že ošetřující personál by měl brát zřetel na skutečnost, že senioři občas nedokážou adekvátně chápat nároky na léčbu, což my většinou vyhodnocujeme jako nespolupráci. Důležité je zde dodržovat daný režim, opakovaně seniora edukovat o léčebných postupech, režimových opatřeních a dalších záležitostech. V rozhovoru jsme považovali za vhodné zmínit termín geriatrický pacient a jeho charakteristiku. Všechny dotazované sestry se shodly na věkové hranici 65 let a výše. Červený (2017) uvádí též věk 65 let. Geriatrický pacient je senior staršího věku, u něhož kvůli involučním změnám ve stáří a vlivem významné polymorbidity dochází k narušení funkčního zdraví, adaptability a schopnosti vyrovnávat se se zátěží a tolerovat ji. Kalvach et al. (2008) se zmiňují, že věk 65 let je nejnižší hranice geriatrického pacienta, v hospodářsky vyspělých zemích se hraniční věk pohybuje kolem 75 let a výše, ale díky zlepšování funkčního stavu starších lidí se tato věková hranice stále častěji posouvá na 80 let. Dále uvádějí, že samotná věková hranice není tím správným identifikátorem geriatrického pacienta, ale patří sem především pokles zdravotního potenciálu, který je spjat s involučními změnami ve stáří, významnou multimorbiditou. Proto se musí upravovat přístup k seniorům, režim v souvislosti se zdravotní péčí, která je znevýhodňuje a činí je více zranitelnější. S tímto se shodují i já a odpověď sestry S4, která uvedla: „*Věková hranice se v různých publikacích liší, někde je uvedeno 65 let a více a v jiné zase 70 let a více, hlavním specifickým rysem si myslím je multimorbidita a k tomu pak přidávám samotný věk, ale samozřejmě se to týká seniorů a vlivu léčby.*“ Sestra S9 doplňuje další identifikátory, jako sociální a ekonomickou situaci, omezení funkční zdatnosti a polymorbiditu. Pokorná (2013) se dále přiklání k tvrzení, že etiopatogenetická diagnóza, která je určena klasickými biomedicínskými metodami, nám neurčuje, kolik pacient bude potřebovat péče, míru závislosti na okolí ani informaci, jak a kde bude moci dál prožívat svůj život.

Uvádí, že specifičnost geriatrického pacienta je v tom, že má nespecifické příznaky. S tímto tvrzením koreluje odpověď sestry S5, která uvádí: „*Péče o geriatrické pacienty je jiná, vyžaduje si více času, péče, je náročnější v komunikaci, musíme přistupovat k jednotlivým pacientům individuálně a specificky. Různá onemocnění se u těchto pacientů mohou projevovat nespecificky.*“ V první řadě je v péči zásadní čas a daný přístup k pacientům: pokud budu negativistická a nepříjemná, nemohu očekávat, že dojde k dostatečnému propojení pacient–sestra. To, jaký zvolíme přístup, tón hlasu, výšku a rychlost, ale i neverbální komunikaci jako postoj k pacientovi, ovlivňuje další výsledky poskytované péče. Zacharová (2016) též zmiňuje, že k tomu, aby bylo dosaženo kvalitní ošetrovatelské péče, je třeba, aby každý zdravotní personál měl dostatečné znalosti, vědomosti a poznatky o mechanismu fungování mezilidských vztahů. Nesmí chybět respekt k lidským a morálním zásadám při vzájemném kontaktu s pacienty a měli bychom mít na paměti, že základním kamenem v sociálním kontaktu je vztah pacienta se zdravotnickým personálem. Velmi výstižně to popsal Kabelka (2020) ve své knize *Nemocné rozhovory: Komunikace a narativní terapie s nevyčísitelně nemocnými a jejich blízkými*. Uvádí: „*Pokud má dojít ke správné komunikaci mezi zdravotním personálem, pacientem a rodinou, musíme přijmout nemoc jako součást života, což v naší společnosti stále není dostatečně akceptované, pochopené i mezi zdravotníky.*“

Rozhovor byl dále členěn na kategorie geriatrické syndromy a geriatrická křehkost. Všechny zmíněné kategorie jsou takto provázané z jediného důvodu, abychom se přesvědčili, zda sestry své vědomosti a znalosti dokážou aplikovat jako komplexní, individuální péči v ošetrovatelství a jestli je křehkost brána jako aktuální ošetrovatelský problém. Kalvach a Holmerová (2008) uvádějí, že geriatrické syndromy jsou soubor příznaků, které mají multikauzální a typické příčiny v různých kombinacích. Topinková (2005) uvádí rozdělení geriatrických syndromů na: syndromy somatické, psychické a sociální. Kalvach et al. (2008) rozdělují geriatrické syndromy na: syndrom anorexie a malnutrice, syndrom imobility, syndrom inkontinence, syndrom instability s pády, syndrom duálního sensorického deficitu, syndrom maladaptace, syndrom kognitivního deficitu, poruch paměti a poruch chování, syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka a syndrom terminální geriatrické deteriorace. Všechny jmenované geriatrické syndromy jsou vzájemně provázané. Jak zmínili již Kalvach a Holmerová (2008), vyskytují se v různých kombinacích, čímž je specifická

i péče o pacienty s geriatrickými syndromy. Ráda bych na toto místo doplnila i složku ekonomickou: je možné říci, že se řadí do sociální, ale osobně ji považuji spíše za složku samostatnou. Ve své praxi totiž často vidím, jak se někteří senioři, když nefunguje rodina a blízcí, dostávají na hranici bídy. Do popředí se pak dostává i sociální péče, jež se snaží vyjednat pro tyto pacienty různé příspěvky a pomoc. Stále je tu ale otázka, zda v dnešní ekonomické situaci a při posouvání důchodového věku existuje prostor pro ekonomicky náročnou péči pro pečující rodiny. Mluvím ze svých vlastních zkušeností, získaných během půlroku, které pro mě jako člověka v produktivním věku byly psychicky velice náročné a finančně zatěžující. Neustálé vypisování dokumentů a jejich neznalost... I pro mě bylo vypisování otázkou několika dnů a bez pomoci sociálních pracovníků bych to zvládla jen těžko, jejich rady a tipy byly věcné a stručné. Takže podle mě je v kontextu ošetrovatelské péče sociální pracovníce nezaměnitelnou součástí komplexní péče. S tímto postojem se shoduje odpověď sestry S4, která uvádí: *„Máme zde sociální pracovníce pro naše tři stanice ONP, které jsou součástí našeho týmu, je to takový most mezi námi, pacientem a rodinou.“* Dále uvedla, že v péči o pacienty s geriatrickými syndromy je důležitá motivace, psychická podpora a komunikační schopnosti zdravotního personálu. Kalvach et al. (2011) uvádějí, že se jedná o geriatrický model, který oproti klasickému biomedicínskému modelu klade důraz na funkční stav jedince a zdravím podmíněnou kvalitu života. Zdůrazňuje také skutečnost, že multimorbidní křehcí senioři ne vždy profitují z léčby dané choroby, pokud dochází ke zhoršení kvality života nebo jeho přímému ohrožení výskytem přidružených komplikací. A tím se dostáváme ke geriatrické křehkosti. Otázka zněla: *Jaká jsou specifika geriatrické křehkosti?* U dotazovaných sester vyvolala vždy prvotní odpověď v tom smyslu, že pacient je už na pohled slabý, má změny na pokožce, je imobilní, inkontinentní a nemá dostatečnou sílu, jeho celkový stav je křehký. Sestra S1 na tuto otázku odpověděla velice stručně, avšak výstižně: *„Křehkost u pacientů pozorují. Pacient je celkově slabý, chátrá, jsou zde různá zvýšená rizika, například pád.“* Sestra S5 přidává sarkopénii. K tomuto tvrzení se přiklání Holmerová, Vaňková, Wija a Šteffl (2014). Uvádějí, že jedním z prvotních jevů, které se podílejí na vzniku geriatrické křehkosti, je úbytek svalové tkáně. Sestra S9 shrnuje geriatrickou křehkost takto: *„... frailty je rizikový stav, kdy dochází k oslabení celkového stavu jedince a je náchylnější k určitým deficitům, rizikům, a je to na individuální rovině jedince.“* Rockwood (2015) ve svém článku zmínil, že se jedná o rizikový stav a je spjat s vyšším výskytem funkčních deficitů. Senioři jsou tak vystaveni většímu riziku úmrtí.

Za podmínek individuality seniora ale nesmíme opomenout fakt, že ne všichni senioři mají stejný výskyt deficitů a tím i stejné riziko úmrtí. Sestra S8 uvedla charakteristiku geriatrické křehkosti následovně: „*Příčina je stárnutí a jeho změny, vliv rodiny a okolí, tím, že se nerespektuje jeho osoba nebo já nevím, jak to říct, věk a přidružená onemocnění.*“ Čevela et al. (2015) v této souvislosti uvádějí též nízký stupeň potenciálu zdraví, kde je narušení kvality adaptability, zdatnosti a odolnosti ve vzájemné interakci s bio-psycho-sociální a spirituální složkou organismu. Sestra S6 uvádí: „*Na oddělení následné péče je třeba k těmto pacientům přistupovat v bio-psycho-sociální a spirituální rovině, dochází k nám na přání pacienta i rodiny na oddělení kněz, rádová sestra a jiná duchovní podpora.*“ Burda et al. (2016) též uvádějí, ošetrovatelská péče o tyto pacienty je velmi individualizovaná, speciální a nemůžeme k ní přistupovat jednotně a s univerzálním postojem. Pokorná (2010) se též ztotožňuje s tím, že přístup by měl zohledňovat všechny roviny a musíme pacienta respektovat jako celek. Kalvach et al. (2008) zmiňují význam rozchození pacienta, aby se rozjedl, a motivaci pacienta. S tímto názorem jsem se setkala rovněž během rozhovoru, kdy sestra S10 zmínila: „*Pacienta bychom měli co nejrychleji rozpohybovat a rozjít.*“ U mě je na prvním místě prvotní kontakt s pacientem, záleží na oslovení, komunikačních dovednostech a motivaci, zásadní roli hraje, jaké informace si během rozhovoru s pacientem získám. Dále kladu důraz na verbální i neverbální reakce pacienta na moji osobu a hospitalizaci, tím si utvářím již náčrt intervencí a následné aplikace. Dále mi ke sběru dat pomáhá rodina a dokumentace pacienta. Pro mě je nepřijatelné oslovení „babi“/„dědo“, ale bohužel stále ještě není výjimkou, daleko horší je ovšem oslovení „zlatičko“. Kalvach (2019) též uvádí, abychom se během komunikace vyhnuli familiárnosti. Ondrušová et al. (2019) se též zmiňuje o důležitosti zapojení rodiny, slouží nám to k ucelenému pohledu na pacienta, a to ve smyslu lidského pochopení. Rodinu během rozhovoru vyzdvihla i sestra S6, která uvádí, že „*je třeba do léčby zapojit i rodinu a zároveň oba systémy edukovat o léčbě*“. Dalším důležitým prvkem v ošetrovatelské péči o pacienty s geriatrickou křehkostí je motivace. Zrubáková et al. (2019) uvádějí, že motivovat seniora k jakékoliv aktivitě je velice obtížné a nesmíme ji uspěchat. Musíme být řádně informováni o problematice, a to vše za účasti multidisciplinárního týmu. Šamánková et al. (2011) uvádějí, že se jedná o jeden z nejdůležitějších prvků v péči o pacienta, s tím, že musí být zachována jeho autonomie. S tím se ztotožňuje odpověď sestry S4, která motivaci jako prvek ošetrovatelství uvádí během rozhovoru také. Kalvach a Holmerová (2008) se též zmiňují o důležitosti aktivního vyhledávání

pacientů s geriatrickou křehkostí, dále se klade důraz na nutriční hodnoty stravy a zvýšení bílkovin, na výběr co možná nejvhodnějšího léčebného režimu. Burda a Šolcová (2016) se zmiňují o komplexní péči ve všech oblastech, patří sem oblast paměti, smyslového vnímání, oblast psychomotorického tempa a myšlení, oblast adaptace, spánek a odpočinek, oblast výživy a vyprazdňování, oblast hygieny a péče o kůži, oblast soběstačnosti a pohybu. Je třeba dbát na včasnou aktivizaci pacienta ve spolupráci s ostatními členy ošetrovatelského týmu a využití různých kompenzačních pomůcek, dodržování léčebného režimu a režimu během dne. Při manipulaci se stravou ji musíme vkusně servírovat, při dopomoci na pacienty nechvátat, během hygieny respektovat intimitu a dbát na individuální časovou dobu při hygieně pacienta. K tomuto pojetí se připojuje odpověď sestry S9, která uvádí: *„Nejdůležitější je dopomoc a nácvik v sebestačnosti a sledovat malnutrici. Podpora výživy, snaha o udržení zdraví a odolnosti organismu, být odolnější proti ostatním nemocem. Rehabilitace k posílení svalstva, využívat kompenzační pomůcky a udržet pacienta v co nejoptimálnější pohodě, a tím zabráníme duševním změnám, udržet ho během dne bdělého a sledovat spánek v noci, různé aktivity během dne nám pomohou snížit riziko zmatenosti, dále je třeba nácvik chůze a stoje za pomoci kompenzačních pomůcek, řádná informovanost o provedených úkonech, to znamená edukovat pacienty.“* Nedílnou součástí ošetrovatelské péče o pacienty s geriatrickou křehkostí jsou i překážky v ošetrovatelské péči. Během rozhovoru jsem se zeptala sester, co vnímají jako překážku v péči o pacienty s geriatrickou křehkostí, co pacienta ovlivňuje. Sestra S4 uvádí: *„Pacienta s křehkostí ovlivňuje jeho celkový zdravotní stav, neznalost pojmů, neochota zdravotního personálu vyčkat delší čas u lůžka, i když nevím, zda to není tím, že nás je málo. Veliká překážka je v tom, když pacienti nechťejí, nemají zájem na léčbě, a nefunkční rodina, špatná sociální a ekonomická stránka jedince.“* Sociální a ekonomickou situaci zmiňují Holmerová et al. (2014), soběstačnost jakožto komplexní vlastnost pacienta ovlivňuje velké spektrum faktorů, které většinou souvisejí se zdravotním stavem. Další zásadní záležitostí je pacientova finanční i sociální situace, mnohé se odvíjí od charakteru prostředí, v němž žije, zapomenout nesmíme na lidi, kteří ho obklopují. Důležité je, zda má zdravotní pojištění a dostatek finančních rezerv na případné kompenzační pomůcky. Významný vliv na léčbu má nedostatečná edukace o nemoci a léčebném režimu. Sestra S9 uvádí ještě jeden důležitý faktor, který ovlivňuje péči: *„Na oddělení následné péče dochází k podfinancování péče, překážkou jsou zdravotní pojišťovny s jejich limitací zdravotní a ošetrovatelské péče, někdy dochází k delšímu léčení a limitace tří měsíců je*

v některých případech nedostačující. Další překážka je v nedostatečné informovanosti pacienta a rodiny o léčebném režimu a budoucích možnostech.“ Kalvach et al. (2011) uvádějí důležitost v prevenci geriatrické křehkosti, a to jak pacientů, tak i lékařů. Neměla by chybět aktivní depistáž a dispenzarizace rizikových osob s průběžným posuzováním funkčního stavu. Bohužel uvádějí, že v České republice toto stále chybí.

Výzkumným šetřením a analyzováním získaných informací jsme došli k závěru, že všeobecné sestry v jedné nejmenované jihočeské nemocnici v rámci pojmu geriatrická křehkost nejsou dostatečně informovány, ale díky poznatkům z praxe a vědomostem dokázaly charakterizovat pojem svými slovy, přestože některý slyšely během otázek poprvé. Jiné si tentýž termín pamatují ze studií, ale v rámci praxe ho od lékařů neslyšela ani jedna dotazovaná sestra. Na otázku, zda by se účastnily semináře na toto téma, kdyby byl v jejich nemocnici zorganizován, sestry odpověděly kladně. Výzkumným šetřením bylo rovněž zjištěno, že sestry přistupují k pacientovi s geriatrickou křehkostí dle svých vědomostí, zkušeností a etických zásad, dokáží vše uvedené aplikovat v péči dle svého uvážení a individuality pacienta. Velmi kladně hodnotím, že i když chybí informovanost zdravotního personálu o geriatrické křehkosti, sestry jsou schopny charakterizovat pojem, pracovat se získanými informacemi a následně je aplikovat během ošetrovatelské péče. Musíme konstatovat, že znalosti vysokoškolsky vzdělaných sester jsou rozsáhlejší než v případě všeobecných sester bez vysokoškolského vzdělání, nesmíme však opomenout, že záleží i na konkrétním postoji všeobecných sester k ošetrovatelské péči.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce s názvem *Křehkost jako aktuální ošetrovatelský problém* bylo zjistit, zda všeobecné sestry na oddělení následné péče vnímají křehkost jako aktuální problematiku. K dosažení tohoto cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První z nich zněla: *Jaká je informovanost zdravotního personálu o geriatrické křehkosti na oddělení ONP?* Druhá otázka zněla: *Jakým způsobem všeobecné sestry využívají znalosti o geriatrické křehkosti v praxi?* Výzkumným šetřením bylo stanoveného cíle dosaženo.

Problematika geriatrické křehkosti je stále zdůrazňována ve světě, ale i u nás. Bylo o ní napsáno mnoho publikací, článků a vědeckých prací, nemohli jsme tedy očekávat, že by naše šetření poskytlo převratné informace. Výsledky výzkumu nás jednak upozornily na nedostatečnou informovanost zdravotního personálu o geriatrické křehkosti jako pojmu, ale zároveň nám ukázaly význam vzdělanosti, provázané s dlouholetou praxí. K naplnění cíle nám posloužilo 24 otevřených, předem připravených otázek, které byly během rozhovoru dle potřeby rozšířeny o otázky doplňující. Analýzou hloubkových rozhovorů bylo zjištěno, že sestry S1, S2, S4, S7 slyšely termín geriatrická křehkost v rámci rozhovoru poprvé, ale dokázaly ho výstižně a věcně charakterizovat na základě svých zkušeností a vědomostí. Sestry S5, S6, S9 a S10 tento termín slyšely v rámci studia na vysoké škole. Sestra S3 jako jediná uvedla, že o tomto pojmu slyšela někde na oddělení, a sestra S8 řekla, že ho už někde slyšela, ale už neví kde. Z analýzy dat tedy vyplývá, že dotazované sestry (S1–S10) dokázaly charakterizovat pojem geriatrická křehkost, byly schopné určit příčiny a kliniku křehkosti. Na základě těchto vědomostí během rozhovoru uvedly zásadní specifika ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty s křehkostí. Dále díky analýze těchto skutečností vyplynulo, že sestry na oddělení následné péče své znalosti a vědomosti aplikují při poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče dle svých možností a zkušeností v rámci ošetrovatelského procesu za pomoci multidisciplinárního týmu.

Cíl předkládané bakalářské práce byl splněn. Výsledky výzkumného šetření budou využity v jedné nejmenované jihočeské nemocnici, a to v rámci vzdělávacího semináře pro zdravotníky a nezdravotníky, v rámci rozšíření povědomí o geriatrické křehkosti.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K., 2013. *Geriatrická problematika v pastorální péči: [postulát křesťanské etiky v péči o seniory]*. Praha: Karolinum. 139 s. ISBN 978-80-246-2296-5.
2. BURDA, P. et al., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl: Pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
3. ČELEDOVÁ, L. et al., 2018. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství*. Praha: Karolinum. 110 s. ISBN 978-80-246-3996-3.
4. ČERVENÝ, R., 2017. Klasifikace „starší“ populace. In: ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. et al. *Člověk ve zdraví i v nemoci: Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Karolinum. 512 s. ISBN 978-80-246-3828-7.
5. ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
6. ČEVELA, R. et al., 2015. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Karolinum. 160 s. ISBN 978-80-246-2938-4.
7. DOLEŽALOVÁ, J., TÓTHOVÁ, V., 2019. Vybrané nástroje pro hodnocení geriatrické křehkosti. *Geriatry a gerontologie*. 3(8), 125–127. ISSN 1805-4684.
8. DOLEŽELOVÁ, I., 2011. Sestra v následné péči včera a dnes. *Florence*. 7(4), 4. ISSN 1801-464X.
9. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
10. GOSNEY, M. et al., 2012. *Oxford Desk Reference: Geriatric Medicine*. Oxford: OUP. 624 s. ISBN 9780191634420.
11. HALUZÍKOVÁ, J. et al., 2019. *Ošetrovatelství v nefrologii*. Praha: Grada. 252 s. ISBN 978-80-271-1115-2.
12. HAMPLOVÁ, L., 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova pro zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 132 s. ISBN 978-80-271-2826-6.

13. HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén. 200 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
14. HOLMEROVÁ, I. et al., 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
15. HOLMEROVÁ, I. et al., 2014. Pohled na geriatrického pacienta, demence a některé další geriatrické syndromy. In: ŠTĚPÁNKOVÁ, H. et al. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.
16. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. 108 s. ISBN 978-80-7368-110-4.
17. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
18. JINDRLOVÁ, L., 2017. *Využití hodnotících škál na oddělení následné péče*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
19. KABELKA, L., 2020. *Nemocné rozhovory: Komunikace a narativní terapie s nevyléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-271-1923-3.
20. KAISER, M. J. et al., 2009. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*. 13(9), 782–788. DOI:10.1007/s12603-009-0214-7.
21. KALVACH, Z. et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
22. KALVACH, Z. et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
23. KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

24. KALVACH, Z., 2019. *Zdraví a nemoc: nárys problematiky pro studenty nezdravotnických programů*. Středokluky: Zdeněk Susa. 190 s. ISBN 978-80-88084-21-1.
25. KALVACH, Z., HOLMEROVÁ, I., 2008. Geriatrická křehkost významný klinický fenomén. *Med. Pro Praxi*. 5(2), 66–69. ISSN 1803-5310.
26. KALVACH, Z., RYCHLÝ, L., 2004. Pojetí komplexního geriatrického hodnocení. In: KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, s. 165–170. ISBN 80-247-0548-6.
27. KANE, R. L., et al., 2008. *Essentials of Clinical Geriatrics: Sixth Edition*. 6th ed. New York City: McGraw Hill Professional. 598 s. ISBN 978-0-07-171263-7.
28. KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.
29. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.
30. KLÖPPEL, S. et al., 2021. *Praxishandbuch Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*. 2. vyd. Amsterdam: Elsevier Health Sciences. 368 s. ISBN 978-3-437-24436-0.
31. KLUG REDMAN, B., 2007. *The Practice of Patient Education: A Case Study Approach*. Missouri: Mosby Elsevier. 157 s. ISBN 978-0-323-03905-5.
32. KRAJČÍK, Š., 2008. *Princípy diagnostiky a terapie v geriatrici*. Bratislava: Charis. 192 s. ISBN 978-80-88743-72-9.
33. KUCKIR, M. et al., 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5.
34. KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-9858-5.
35. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

36. LANGMEIER, J. et al., 2006. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
37. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
38. MAŠLAŇOVÁ, I., 2012. Pohled sester na seniory a stáří. *Geriatric a gerontologie*. 1(2), 77–80. ISSN 1805-4684.
39. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
40. ONDRUŠOVÁ, J. et al., 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum. 370 s. ISBN 978-80-246-4383-0.
41. POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatricii: Hodnoticí nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
42. POKORNÁ, A., 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 3. dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
43. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
44. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
45. ROCKWOOD, K. et al., 2015. Frailty: Scaling from Cellular Deficit Accumulation? *Interdiscip Top Gerontol Geriatr*. 41, 1–14. DOI: 10.1159/000381127.
46. RUBENSTEIN, L. Z., WIELAND, D., BERNABEI, R., 1995. Geriatric assessment technology: International research perspectives. *Aging clinical and experimental research*. 7(3), 157–158. DOI: 10.1007/BF03324306.
47. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
48. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.

49. STAŇKOVÁ, M., 2001. *České ošetrovatelství 6. Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: NCO NZO. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
50. STUART-HAMILTON, I., 2012. *The psychology of ageing: an introduction*. 5th ed. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 9781849052450.
51. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
52. ŠÁTEKOVÁ, L. et al., 2021. *Demence: hodnoticí techniky a nástroje*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-1695-9.
53. ŠVARŤÍČEK, R. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
54. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
55. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J., 1995. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada. 299 s. ISBN 80-7169-099-6.
56. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
57. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
58. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
59. VEVERKOVÁ, E. et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-271-2417-6.
60. VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-274-3742-3.
61. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. Organizace práce sestry. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, s. 13–26. ISBN 978-80-247-3419-4.

62. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-9238-0.
63. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2011. [online]. [cit. 2021-05-20]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4370–4801. Dostupné z <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka--zakonu/SearchResult.aspx?q=2011&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=4>
64. ZRUBÁKOVÁ, K. et al., 2016. *Farmakoterapie v geriatrii*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5229-7.
65. ZRUBÁKOVÁ, K. et al., 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-1414-6.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru se sestrami	68
Příloha 2 Potvrzení o povolení výzkumu	69

9 Seznam obrázků

Obrázek 1: Identifikační údaje.....	31
Obrázek 2: Oddělení ONP	33
Obrázek 3: Geriatrický pacient	38
Obrázek 4: Geriatrické syndromy	41
Obrázek 5: Geriatrická křehkost	44
Obrázek 6: Ošetrovatelská péče o pacienty s křehkostí.....	46

10 Seznam použitých zkratk

ADL	Activity of Daily Living
BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
CGA	Comprehensive Geriatric Assessment (funkční geriatrické hodnocení)
FGV	Funkční geriatrické hodnocení
IADL	Instrumental Activity of Daily Living
MMSE	Mini Mental State Examination
MNA- SF	Mini Nutritional Assessment Short Form
MNA	Mini Nutritional Assessment
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
Např.	Například
ONP	Oddělení následné péče
PMK	Permanentní močový katetr
PŽK	Permanentní žilní katetr
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace
Z angl.	Z angličtiny

Příloha 1 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru se sestrami

1. Kolik Vám je let?
2. Pohlaví?
3. Na jaké pozici pracujete na oddělení ONP?
4. Délka Vaší praxe na oddělení ONP?
5. Můžete mi říct specifika ošetrovatelské péče na vašem oddělení?
6. Vyskytují se na vašem oddělení geriatrickí pacienti?
7. Podle kterých specifíků na vašem oddělení, můžete říci, že se jedná o geriatrického pacienta?
8. Je péče na vašem oddělení o geriatrického pacienta v některých případech jiná než na ostatních odděleních?
9. Mohl/a byste mi říci, jaké hodnoticí škály na vašem oddělení využíváte?
10. Setkal/a jste se ve své praxi s pojmem geriatrické syndromy a mohla byste mi je popsat?
11. Pokud jste tento pojem během své praxe nezaregistroval/a, nevadilo by Vám vlastními slovy říci, o jaké syndromy by mohlo jít?
12. Mohl/a byste mi blíže specifikovat, dle Vašich zkušeností, hodnocení ošetrovatelské péče o pacienty s geriatrickým syndromem na vašem oddělení?
13. Můžete mi říci, co znamená pojem geriatrická křehkost?
14. Kde jste se s tímto pojmem setkal/a poprvé?
15. Co je dle Vašeho názoru příčinou geriatrické křehkosti?
16. Jaké jsou dle Vašeho názoru příznaky geriatrické křehkosti?
17. Jaká jsou dle Vašeho názoru specifika ošetrovatelské péče o pacienta s křehkostí?
18. Co všechno ovlivňuje pacienta se syndromem geriatrické křehkosti?
19. Myslíte si, že v péči o pacienty s geriatrickou křehkostí hraje rodina velkou roli, a mohla byste mi to blíže specifikovat?
20. Co nejvíc vnímáte jako překážku v péči o pacienty s geriatrickou křehkostí?
21. Zaznamenal/a jste, že by během roku bylo období, kdy dochází k většímu výskytu pacientů s geriatrickou křehkostí?
22. Jaké jsou dle Vašeho názoru nejpoužívanější intervence u pacientů s geriatrickou křehkostí na vašem oddělení?
23. Pokud by byl ve vaší nemocnici dobrovolný seminář na téma geriatrická křehkost, zúčastnil/a byste se ho?
24. Měl/a byste k danému tématu další informace, které během rozhovoru nebyly řečeny, a chtěl/a byste je doplnit?

Příloha 2 Potvrzení o povolení výzkumu

Vážená paní [REDACTED]
Hlavní sestra
[REDACTED]

ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Vážená paní [REDACTED]

Dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Nemocnici v [REDACTED] které by mělo být součástí mé závěrečné bakalářské práce.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda je v současném geriatrickém ošetrovatelství křehkost vnímána jako aktuální problematika.

Výzkumné šetření bude provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru. Výsledky budou zpracovány anonymně. Závěrečná práce bude zpracována pod odborným dohledem Mgr. Jitky Doležalové.

Předem děkuji za Váš čas a vyjádření

Jaroslava Žáková studentka oboru všeobecná sestra
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
email: lidicka.jarka@seznam.cz, tel. 774239591

S výzkumným šetřením:

SOUHLASÍM
 NESOUHLASÍM

Dne: 18. 6. 2021