

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Specifika ošetrovatelské péče u gerontologických pacientů na traumatologii

Bakalářská práce

Autor práce: Lenka Lukešová

Studijní program: Všeobecná sestra

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Sloupová Bürgerová R.N

Datum odevzdání práce: 2.5.2012

Abstrakt

Klíčová slova : gerontologie, traumatologie, nedoslýchavost, demence

Teoretická část práce na téma „**Specifika ošetrovatelské péče u gerontologických pacientů na traumatologii,**“ se zabývá gerontologií a vymezením gerontologického pacienta obecně, fyzickými a psychickými změnami ve stáří, komunikací se seniory obecně a komunikací se seniorem s poruchami sluchu a zraku, příčinami traumat u seniorů a zvláštnostmi v ošetrovatelské péči o gerontologické pacienty po traumatu.

Cíle práce byly stanoveny dva. Prvním cílem bylo zjišťováno, jaké problémy překonávají sestry při péči o gerontologické pacienty na traumatologii. Pomocí druhého cíle bylo zjišťováno, na jaké problémy se zaměřují sestry zvláště u gerontologických pacientů na traumatologii.

Kvantitativní šetření probíhalo v nemocnicích České Budějovice, Písek, Jindřichův Hradec a Liberec. Ke sběru dat byla použita metoda dotazníku. Dotazník byl anonymní a obsahoval 22 otázek zaměřených na gerontologické pacienty obecně, na demenci u gerontologických pacientů, nedoslýchavost, vyprazdňování a ztrátu dentice u pacientů.

Otázky měly odpovědět na následující hypotézy. Sestry vnímají nedoslýchavost jako náročnou překážku při péči o gerontologické pacienty hospitalizované na traumatologii. Sestry vnímají demenci jako náročnou překážku v péči o gerontologické pacienty hospitalizované na traumatologii. Sestry pracující na traumatologii se zaměřují na ztrátu dentice a tím způsobené potíže s přijímáním stravy u gerontologických pacientů. Sestry pracující na traumatologii se zaměřují na problémy s vyprazdňováním u gerontologických pacientů.

Závěrem lze říci, že sestry vnímají péči o gerontologické pacienty jako náročnou, ale zároveň vědí, že je důležité se k těmto pacientům chovat individuálně a jak problémy spojené se seniory řešit.

Abstract

Key Words: Gerontology, Trauma Ward, Hearing Loss, Dementia

The theoretical portion of this thesis, on the topic “**The Specifics of Geriatric Nursing Care for Trauma Patients,**” deals with gerontology and the definition of geriatric patients in general, physical and psychological changes in old age, communication with seniors in general and communication with seniors with hearing and vision loss, the causes of trauma in seniors, and curiosities in post-traumatic nursing care for geriatric patients.

Two goals were established for this thesis. The first goal was to investigate which problems nurses must overcome while treating geriatric patients in the trauma ward. For the second goal, the problems focused on by nurses when dealing with geriatric patients in the trauma ward were investigated.

Quantitative research was carried out in hospitals in České Budějovice, Písek, Jindřichův Hradec and Liberec. A questionnaire was used to collect the data. The questionnaire was anonymous and contained 22 questions focused on geriatric patients in general, dementia in geriatric patients, hearing loss, bowel movements, and dentition loss in patients.

The questions should answer the following hypotheses: nurses perceive hearing loss as a difficult obstacle while caring for geriatric patients hospitalized in trauma wards. Nurses perceive dementia as a difficult obstacle in the care of geriatric patients hospitalized in trauma wards. Nurses working in trauma wards focus on dentition loss and the dietary troubles caused by it in geriatrics patients. Nurses working in trauma wards focus on problems with bowel movements in geriatric patients.

In conclusion, it can be said that nurses perceive the care of geriatrics patients as difficult, though at the same time know it is important to address each patient individually and solve the problems associated with seniors.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2.5.2012

.....

Poděkování

Děkuji tímto paní PhDr. Haně Sloupové-Bürgerové R.N., za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní bakalářské práce. Zvláštní poděkování za podporu a trpělivost patří také mé rodině.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Gerontologie	4
1.1.1 Pojem gerontologie	4
<i>1.1.1.1 Projevy přirozeného stárnutí.....</i>	<i>4</i>
<i>1.1.1.2 Vymezení geriatrického pacienta.....</i>	<i>5</i>
1.2. Biologické změny ve stáří.....	5
<i>1.2.1 Imobilizační syndrom</i>	<i>6</i>
<i>1.2.2 Inkontinence moče a stolice.....</i>	<i>7</i>
<i>1.2.3 Zácpa a průjem u gerontologických pacientů.....</i>	<i>9</i>
<i>1.2.4 Pády a poruchy chůze.....</i>	<i>9</i>
<i>1.2.5 Dekubity</i>	<i>10</i>
<i>1.2.6 Syndrom dehydratace.....</i>	<i>12</i>
<i>1.2.7 Syndrom malnutrice.....</i>	<i>13</i>
<i>1.2.8 Ztráta dentice a péče o zubní náhradu</i>	<i>13</i>
1.3 Psychické změny ve stáří.....	14
<i>1.3.1 Demence ve stáří.....</i>	<i>14</i>
<i>1.3.2 Depresivní stavy ve stáří.....</i>	<i>15</i>
<i>1.3.3 Deliria ve stáří.....</i>	<i>16</i>
<i>1.3.4 Neurozy ve stáří.....</i>	<i>17</i>

1.4 Komunikace se seniorem.....	18
<i>1.4.1 Komunikační bariéry.....</i>	<i>18</i>
<i>1.4.1.1 Bariéry na straně klienta.....</i>	<i>19</i>
<i>1.4.1.2 Bariéry na straně zdravotníka.....</i>	<i>19</i>
1.4.2 Poruchy smyslů.....	19
<i>1.4.2.1 Komunikace se seniorem s poruchami sluchu.....</i>	<i>20</i>
<i>1.4.2.2 Komunikace se seniorem s poruchami zraku.....</i>	<i>20</i>
1.5 Gerontotraumatologie.....	21
<i>1.5.1 Příčiny traumat u seniorů.....</i>	<i>22</i>
<i>1.5.2 Zvláštnosti a náročnost ošetrovatelské péče v gerontotraumatologii.....</i>	<i>22</i>
2. Cíle práce a hypotézy	23
<i>2.1 Cíle práce.....</i>	<i>23</i>
<i>2.2 Hypotézy práce.....</i>	<i>23</i>
3. Metodika.....	24
<i>3.1 Metodika práce.....</i>	<i>24</i>
<i>3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....</i>	<i>24</i>
4. Výsledky.....	25
5. Diskuze.....	47
6. Závěr.....	54
7. Seznam použitých zdrojů.....	56
8. Klíčová slova.....	59
9. Přílohy.....	60
<i>9.1 Seznam příloh.....</i>	<i>60</i>

Úvod

Téma „Specifika ošetrovatelské péče u gerontologických pacientů na traumatologii,, jsem si zvolila hned z několika důvodů. Myslím si, že znát problematiku gerontologických pacientů je důležitou součástí ošetrovatelské péče a že zdravotnický personál má s ošetřováním gerontologických pacientů problémy.

Teoretická část práce se zabývá gerontologií obecně a změnami, které se ve stáří vyskytují. Zvláště jsou rozebrány změny biologické a psychické, které jsou v práci rozpracované podrobněji. Jako další samostatná kapitola je komunikace se seniory, což je problém, se kterým má podle mého názoru většina zdravotníků problémy, protože neví, jak přesně mají se seniorem komunikovat. Jsou zde popsány komunikační bariéry a nejčastější poruchy smyslů, se kterými se zdravotník u gerontologického pacienta setká. Jako poslední kapitolu jsem zařadila problematiku gerontotraumatologie, z jakých příčin u seniorů traumata vznikají a jaké jsou zvláštnosti péče o gerontologického pacienta s traumatem.

Cíle práce byly určeny dva. Prvním cílem bylo zjišťováno, jaké problémy překonávají sestry při péči o gerontologické pacienty na traumatologii a pomocí druhého cíle bylo zjišťováno, na jaké problémy se sestry zvláště zaměřují u geriatrických pacientů na traumatologii.

1. Současný stav

1.1. Gerontologie

Výrazně snížená dětská úmrtnost společně s prodlužováním období věku zralého způsobuje, že se lidský věk neustále prodlužuje. Počet seniorů přesahující věkovou hranici 65 let se neustále zvyšuje (1).

Stárnutí populace, které se týká celého světa, je důležitým jevem a musí s ním počítat všechny systémy. Nejen systémy sociálních služeb, ale především systémy zdravotní péče a zdravotnictví všeobecně. Lidé, kteří se budou setkávat se staršími občany z hlediska své profese, by měli být s touto problematikou seznámeni především (2).

1.1.1 Pojem gerontologie

Důležitost problematiky stáří stále roste spolu se zvyšujícím se počtem stárnoucích lidí. Tento důsledek nakonec vedl ke zrodu nezávislého vědního oboru, vědy zabývající se stárnutím a stáří, gerontologií. Jednou částí gerontologie je rovněž gerontologie klinická čili geriatrie (termín zavedl v roce 1913 Nascher). Předmětem jejího zájmu se staly převážně zvláštnosti nemocí ve stáří. Geriatrie je tedy medicínským oborem, který studuje v první řadě prevenci, diagnostiku a léčbu nemocí u starých lidí (3). Nová gerontologie se snaží o prodloužení období aktivního života a udržení funkčních potenciálů po celý život (4).

1.1.1.1 Projevy přirozeného stárnutí obecně

Stárnutí je jedním ze základních životních procesů tak, jako je růst a vývoj. Definitivním výsledkem stárnutí je smrt celého organismu (5).

Intenzivní pozornost je věnována změnám, které proces stárnutí doprovázejí. Rozpoznání těchto změn má hlavní význam pro zjištění toho, co je ve stáří běžné a

přirozené a co již pojednává o určité patologii. Nejen naše vnitřní dispozice rozhodují o tom, jak budeme stárnout, ale také vnější faktory, které ve většině případů můžeme ovlivnit. V průběhu celého procesu stárnutí postihují organismus změny, které působí na jednotlivé struktury a funkce v různé míře (3).

1.1.1.2 Vymezení geriatrického pacienta

I přes celorepublikovou osvětu zůstávají v ČR rozpaky o představě a vymezení „geriatrických pacientů“. Vymezení geriatrického pacienta podle věku je dosud neustálené a méně jednoznačné než u pediatrického pacienta. V širším rozsahu se mluví o nemocných starších 75 let. V užším smyslu jsou to senioři, u kterých jsou patrné nějaké známky poklesu potenciálu zdraví. Ve stáří se zaměřujeme především na soběstačnost starého člověka a schopnost vést co nejkvalitnější život (6).

1.2 Biologické změny ve stáří

Průběh biologického stárnutí organismu probíhá individuálně u každého jedince a je determinován genetickými dispozicemi a životním stylem. V užším slova smyslu se takto značí všechny vývojové změny organismu, které probíhají na organické úrovni (7).

Biologické změny se týkají jednotlivých orgánových systémů. U kardiovaskulárního systému je to především zvyšování krevního tlaku (tzv. systolická hypertenze). Dochází ke snižování výkonnosti srdečního svalu, které se projevuje tachykardií. Tepny ztrácejí svou elasticitu a zužuje se tepenný průsvit. Žilní systém je poškozen především varixy, zpomaluje se krevní tok a dochází k zánětům. Stárnutí respiračního systému se projevuje klesáním schopnosti samočištění průdušek a zvýšením náchylnosti k zánětům dýchacích cest. Změny na trávicím systému se projevují hlavně vypadáváním zubů, je snižena produkce slin a také snižena produkce

trávicích šťáv. K inkontinenci vede snížená schopnost svěračů. Dochází k horšímu vstřebávání léků kvůli atrofii jater. Potíže v oblasti urogenitálního systému se projevují zejména inkontinencí moče u žen a zvětšenou prostatou u mužů. V pohybovém systému jsou problémy hlavně spojeny s úbytkem svalové síly. Častější výskyt osteoporózy a artrozy. Celkově klesá obranyschopnost organismu. Vznikají také početné změny mozkových buněk, které nakonec vedou k funkčním změnám (8).

U 90% starých lidí se objevuje oslabení zrakové percepce. Zrak začíná slábnout, hůře se adaptuje na tmou a dochází k zúžení zorného pole. Zhoršení sluchové percepce se objevuje u 30% starých lidí. Uši již obtížněji vnímají vyšší tony a jsou také citlivější na šumy. V oblasti paměti a učení jsou také patrné určité změny. Zhoršuje se zvláště krátkodobá paměť. Starý člověk si hůře zapamatuje nové události. Inteligence, která je měřena běžnými testy klesá. Starší lidé také podávají mnohem horší výkony v úkolech, které jsou limitovány časem, protože klesá psychomotorické tempo (9).

1.2.1 Imobilizační syndrom

Podmínkou pro nezávislost člověka je možnost chůze. Náchylnost k omezené aktivitě se zvyšuje společně s věkem člověka (10).

Pokud je člověk dlouhodobě upoután na lůžko a je dlouhodobě omezena jeho aktivita, mluvíme o imobilizačním syndromu. Imobilizační syndrom má úzkou souvislost s hypomobilitou, instabilitou, dekondíci, pády, sarkopenií a také s dalšími geriatrickými syndromy a symptomy jakými jsou inkontinence, dehydratace, malnutrice, dehydratace a delirantní stavy (6).

Rizikové faktory vedoucí ke vzniku imobilizačního syndromu jsou: polymorbidita, onemocnění pohybového systému, onemocnění CNS, psychická onemocnění, poruchy smyslové a negativní působení léků. Imobilnímu pacientovi hrozí celá řada komplikací. Nejzávažnějšími z nich jsou dekubity, hypostatická bronchopneumonie, kontraktury, osteoporóza, psychické poruchy a adaptační selhání. Imobilizace, trvající delší dobu, znamená pro lidský organizmus silný stresor (8).

Z hlediska ošetrovatelství by měla všeobecná sestra zhodnotit, jaký má pacient stupeň rizika vzniku imobilizačního syndromu a to především pomocí hodnotících škál, jakými jsou převážně: test základních všedních činností dle Barthelové, škála rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, hodnocení soběstačnosti dle Gordonové, a MMS (Mini-Mental State Examination) – kognitivní funkce u pacienta. Dále je důležitá pravidelná kontrola kůže na predilekčních místech, včasná mobilizace, používání antidekubitních pomůcek, polohování nejdéle po 2 hodinách, udržení suché a čisté kůže, častá výměna ložního i osobního prádla, poklepové masáže, předcházet prudkým změnám polohy, kondiční cvičení, hodnocení bolesti, stav výživy, aktivizace klienta a edukace (11).

1.2.2 Inkontinence moče a stolice

Výskyt inkontinence roste společně s věkem. V České republice se odhaduje 170 000 až 200 000 osob trpících inkontinencí nad 65 let věku (12).

Za inkontinenci se považuje veškerý samovolný odchod moče způsobující seniorovi hygienické a společenské problémy a považuje se za velice vážnou poruchu (7).

Inkontinence může být počátečním příznakem nějaké vážné choroby, diabetu, rakoviny, mozkové příhody, roztroušené sklerozy a nebo Parkinsonovi nemoci. U mužů se takto může projevovat zvětšení prostaty nebo nějaká její porucha. O inkontinenci by měl být lékař vždy informován, jelikož to může být projev vážnější poruchy zdraví.

Diagnostika močové inkontinence není příliš složitá a po zjištění příčiny je velmi často léčitelná. Je velice důležité, aby zdravotník věděl všechny náležitosti týkající se tohoto problému, aby nemocný a jeho rodina byli v rozhovoru se zdravotníkem na toto téma zcela otevření. Nemocný by si měl zapisovat průběh močení, v jakou dobu k inkontinenci dochází, jaké jsou faktory spouštějící inkontinenci a podobně. Vždy je potřebné, aby nemocný svůj problém konzultoval s lékařem, který zná tuto problematiku (gynekolog, urolog). Léčba se rozděluje na medikamentózní a operační.

Existuje také hodně absorpčních a kompenzačních pomůcek, pokud léčba není zcela úspěšná. Pacienti by měli tyto pomůcky prokonzultovat se sestrou, která je s touto problematikou obeznámena (2).

Sestra by měla doporučit klientovi, který trpí inkontinencí pomůcky, mezi něž patří absorpční systémy (vložky s fixačními kalhotkami nebo inkontinenční slipy, anatomicky tvarované vložky a u imobilních pacientů absorpční podložky chránící lůžko). Dále pak externí odvodné systémy, do nichž řadíme močové cévky napojené na sběrný sáček – nezbytné u imobilních pacientů. Speciálně pro muže existují urinální kondomy v různém provedení. V poslední řadě jsou to toaletní pomůcky (močové láhve pro muže i ženy, pojízdný klozet nebo trvalé instrumentální odvádění moči). Sběrné systémy, které se používají, musejí být zásadně sterilní (13).

Cílem péče u inkontinentních gerontologických pacientů je především zachování nebo znovuoobnovení fyziologického vylučování moči společně s předcházením komplikací, které jsou u inkontinentních pacientů časté (dekubity, opruzeniny, infekce) (14).

Inkontinence stolice se projevuje nekontrolovatelným odchodem střevních plynů, znečištění pacienta stolicí, nekontrolovatelným odchodem řídké, kašovitě nebo tuhé stolice. Při zjišťování zda se jedná o inkontinenci stolice je v první řadě nutné vyloučit paradoxní průjem. Jako první krok je proto nutné provést vyšetření per rectum. Jako opatření proti nechtěnému odchodu stolice se zavádí takzvané plánované vyprazdňování. Pacient je veden k tomu, aby se nejlépe 30 minut po jídle vyprázdnil i přesto, že nepocítuje nucení na stolicí. Pacienty s poruchou vědomí a vnímání vodí na pojízdný klozet zdravotnický personál. Do pomocných prostředků při inkontinenci stolice jsou zařazovány absorpční systémy nebo anální tampony. Tampon se zavede podobně jako čípek do střeva, kde se roztáhne. Tento způsob není vhodný u dementních pacientů. Kteří mohou reagovat neklidem nebo manipulací v genitální oblasti (13).

1.2.3 Zácpa a průjem u gerontologických pacientů

Pravidelné vyprazdňování tlustého střeva patří mezi základní fyziologické funkce. Pokud je tato funkce porušena, dochází k negativnímu ovlivňování psychických i fyzických pocitů, ale může také způsobit zdravotní komplikace zdravotního stavu celkově. Vyprazdňování tlustého střeva se považuje za fyziologické 1x za 24 hodin, ale frekvence 1x za 2 dny nebo 2x denně se považuje za normální. Mezi nejčastější obtíže při vyprazdňování u gerontologických pacientů patří zácpa (obstipace) a průjem (diarrhoea) (15).

Zácpa je ve stáří velmi častý a zatěžující problém. Opravdovým důvodem zácpy u gerontologických pacientů bývá především potlačování gastrokolickeho reflexu a snížený příjem vlákniny. Celkově se na tomto stavu podílejí somatické změny, změny psychiky a u chronické zácpy to může být delší užívání laxativ vedoucí k degenerativním změnám nervů a svalů ve střevě (16).

Sestra by měla především zajistit dostatek pohybu (alespoň v lůžku), zvýšení vlákniny ve stravě, dostatečné množství tekutin a nácvik pravidelné defekace.

Průjem je charakterizován jako časté vyprazdňování řídké až vodnaté stolice. Jeho příčina je zrychlená střevní peristaltika, která může vznikat v důsledku střevní infekce (bakteriální nebo virové), poruchami trávení a vstřebávání stravy a psychickými vlivy (strach, úzkost) (15).

U gerontologických pacientů je průjem zvláště nebezpečný, protože může rychle způsobit rozvrat vnitřního prostředí. Je potřeba sledovat počet stolic, ale i přibližné množství, sledovat vlhkost sliznic, příjem i výdej tekutin. Jako tekutiny je dobré podávat minerální vodu nebo jemně osolenou vodu (15).

1.2.4 Pády a poruchy chůze

Pod pojmem pád se rozumí změna polohy končící kontaktem těla se zemí. Pád může být doprovázen poraněním a poruchou vědomí. Pády se vyskytují častěji ve stáří a

u osob ve věku 65-69 let postihují 20-30 procent osob. U osob nad 85 let je to až 50 procent v kalendářním roce. Výskyt je vyšší u žen, hospitalizovaných seniorů, osob v dlouhodobé ústavní péči a akutně i chronicky nemocných. Rizikové faktory jsou: léky (psychofarmaka a centrálně působící myorelaxancia), alkohol, kognitivní porucha (delirium, demence), věk, porucha chůze a fyzická de kondice (12).

Opakující se pády mohou značit akutní epizody různých druhů nemocí. Zároveň pády ve stáří vedou často k poranění. Nejčastěji vznikají zlomeniny s komplikovanějším průběhem a nenormálním klinickým obrazem (7).

K pádům dochází ve většině případů na místech, na kterých se zdržují senioři nejdéle. Například domácnosti, ulice a ústavní prostředí. Příčiny pádů dělíme na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní příčiny patří zdravotní stav pacienta a mezi vnější příčiny řadíme například nevhodnou obuv, námrazu, kluzkou podlahu, koberečky, prahy, rohožky, neosvětlené schodiště a jiné. Důsledkům pádů je potřeba předcházet. A to například pomocí různých model, signalizačním zařízením a zaměřením se na rehabilitaci seniora, pokud není příčina závratí a pádů úplně léčitelná (9).

Zásadní z hlediska ošetrovatelství pro sestry je sledování celkového stavu pacienta. Zaměřit bychom se měli na zhodnocení a přehodnocování rizika vzniku pádu, které se posuzuje v rámci ošetrovatelské anamnézy. Dále je potřeba získat od rodiny informaci, zda se v životě pacienta neobjevují nějaké rizikové faktory zvyšující riziko pádu. Je potřeba zajistit pomůcky, které snižují riziko pádu, jakými jsou například kolečková křesla, chodítka a hole, které musí být v dobrém technickém stavu. Důležité je sledovat prostředí v koupelnách a to jak v nemocnici, tak i u pacienta doma (informace od rodiny) (17).

1.2.5 Dekubity

Dekubitus (proleženina) vzniká z nedostatečného prokrvení tkáně a působením tlaku na tuto tkáň. Dekubitus zasahuje do kůže, podkoží, ale může zasahovat i do hlubších struktur. Dekubity vznikají u 2-4 % hospitalizovaných pacientů a u 10-20 % u

pacientů v dlouhodobé ústavní péči. Výskyt je ukazatelem, jak kvalitní je ošetrovatelská péče.

Hlavní příčina vzniku dekubitů je především působení tlaku, tření při přemísťování pacienta na lůžku, stříhové síly vznikající, pokud se posouvají kožní vrstvy navzájem vůči sobě. Další příčinou vzniku je vlhkost a macerace kůže (sekrece, pocení a inkontinence). Místa, kde nejčastěji vznikají dekubity se nazývají predilekční. Za hlavní predilekční místo je považováno sakrum, dále pak paty a oblast nad sedací kostí.

Za rizikové faktory vzniku dekubitů se považuje věk. Vysoké riziko je u pacientů ve věku nad 80 let věku. Dále pak malnutrice (nedostatek vitamínů, zinku a celkový úbytek hmotnosti), imobilita, inkontinence moči a stolice, DM (diabetes mellitus), stavy po CMP (cévní mozková příhoda), poruchy vědomí, demence, infekční onemocnění a zhoršená periferní cirkulace (12).

Velmi důležitá pro určení správné léčby je klasifikace dekubitů. Do prvního stupně patří erytém, projevující se mírným otokem a zarudnutím kůže. Tyto změny však jsou reverzibilní při správném polohování a péči o pokožku. Do druhého stupně řadíme puchýř, u kterého je poškozená oblast oteklá a kůže je bledá. Občas dojde k vytvoření puchýře a někdy bývá obnažena i škára (vypadá jako hluboká oděrka). Ke spontánnímu zahojení dojít může, ovšem je to velice zdoluhavé. Třetí stupeň je nekróza, která je charakteristická černou suchou nekrózou anebo rozbředlou nekrotickou tkání. K zahojení může dojít, ale je velice zdoluhavé a může trvat několik měsíců až let. Pokud dojde ke zhojení, vytvoří se tenká jizva, která se může i při malém tlaku rozpadnout a vznikne tak chronický vřed. Do posledního čtvrtého stupně řadíme vřed, který vypadá stejně jako předchozí stádium, ale doprovází ho artritidy sousedních kloubů. Vyskytují se i komunikace s rektum, dutinou břišní nebo močovým měchýřem. K samovolnému zahojení dojít nemůže. Proto se přistupuje k operačnímu řešení.

Všeobecná sestra by měla především zhodnotit riziko vzniku dekubitů dle Nortonové (nejpoužívanější test), hodnotit výsledky terapie a zachovat stálost péče mezi jednotlivými směnami. Dále je nutné chránit rizikovou pokožku před agresivnějším prostředím (podráždění pokožky od moči nebo potu). Pokud je pacient inkontinentní,

musí sestra zajistit šetrné mytí vhodnými prostředky a řádně vždy celou oblast osušit. Užívat ochranné krémy a oleje. Nabádat pacienta, aby jedl stravu, která obsahuje dostatek bílkovin a vitamínu C. Vhodně polohovat pacienta (alespoň každé 2 hodiny) a nabádat ho, aby se polohoval sám, pokud je toho schopen a volit vhodné polohovací pomůcky. Dále je potřeba spolupracovat s fyzioterapeutem, podporovat pohybový program pacienta, užívat pomůcky ke snížení tlaku (podložky, antidekubitární polštáře, matrace a polohovací lůžko) (18).

1.2.6 Syndrom dehydratace

Syndrom dehydratace je vážný a v geriatrii velmi častý souhrn symptomů, které souvisí s nedostatkem tělesné vody. Dehydrataci dělíme na hypertonickou, izotonickou a hypotonickou. Léčba dehydratace i její klinický obraz se liší od typu dehydratace. V praxi bychom se neměli ptát „kolik tekutin pacientovi chybí“, ale „kolik a jaké tekutiny pacientovi chybí“. Typy dehydratace se často prolínají. V geriatrii se dehydratace uplatňuje např. jako součást syndromu demence, pádů, delirií nebo jako součást imobilizačního syndromu (6).

U ležících pacientů a pacientů s demencí je nezbytný pitný režim. Pacienta musíme aktivně nabádat k příjmu tekutin. Je důležité vést záznamy o skutečně vypitém množství tekutin a včasné rozpoznání příznaků dehydratace (rychlý pokles hmotnosti, sucho v ústech, tachykardie, zhoršení psychiky, oligurie). U pacientů, kteří mají zaveden permanentní močový katétr je samozřejmé měření diurézy. U pacientů ležících je možno využít savičky nebo uzavřené nádoby speciálně určené pro pití vleže. U pacientů, kteří nespolupracují (v bezvědomí) upřednostňujeme nazogastrální sondu před parenterální aplikací infúzí (19).

1.2.7 Syndrom malnutrice

Malnutricí nazýváme patologický stav, který je způsobený nedostatečným nebo nevyrovnaným příjmem živin. Nejčastější příčinou vyvolávající malnutrici je snížená chuť k jídlu, porucha absorpce živin a trávení. Dále pak typ potravin, na které není pacient zvyklý, změny v časovém rozložení jídla, přítomnost infekce, bolesti a stresových stavů. Vyskytuje se také jako důsledek zranění, operace, při ztrátách bílkovin, endokrinních poruch, při ztrátě tekutin píštělemi a rozsáhlými ranami. Rozlišujeme dva typy malnutrice. Marantický typ, který se vyznačuje úbytkem proteinů, kalorií a kwarshiorkový typ, pro který je charakteristický deficit proteinů. Pokud pacient hladoví v důsledku katabolického onemocnění – marantický typ přechází do kwarshiorkového typu. Předpokladem pro rozvoj malnutrice je tedy buď prosté hladovění nebo hladovění, které je spojené se stresem vyvolaným chorobou (20).

Mezi základní režimová opatření patří sledování a zaznamenávání hmotnosti pacienta a příjem potravy za den, zvýšení příjmu kalorií, doplnění vitamínů, stopových prvků a dostatečný příjem tekutin (12).

1.2.8 Ztráta dentice a péče o zubní náhradu

Nejviditelnější proces u změn ve stáří je ztráta dentice, která vzniká kombinací několika faktorů. První faktor je senilní osteoporóza, která způsobuje snižování alveolu a ztrátu pevnosti a usazení zubu. Druhým faktorem je menší péče o ústní dutinu a méně časté návštěvy stomatologa. Tyto náležitosti vedou ke ztrátě dentice, která se dá řešit v první řadě proteticky s efektem funkčním i kosmetickým. Více, než 60 % starší populace je postiženo poruchami dentice až úplnou ztrátou (21).

U gerontologických pacientů se ztrátou dentice je velmi důležité dbát o ústní hygienu. Sliznici dutiny ústní je třeba čistit alespoň 2x denně. U pacientů se snímatelnou zubní náhradou je potřeba čistit zubní protézu po každém jídle, protože zbytky z jídla často způsobují otlačení dásní. Zdravotnický personál by měl protézu umýt

zubním kartáčkem s pastou a důkladně opláchnout vodou. U pacientů nesoběstačných musíme kromě vyčištění zubů vytřít i sliznici dutiny ústní. Používáme slabý roztok peroxidu vodíku, heřmánku speciálních tyčinek napuštěných léčivými roztoky. Ústní dutinu vytíráme alespoň 5x denně a dle potřeby pacienta (22).

1.3 Psychické změny ve stáří

Osobnost člověka a její úroveň má zřejmě větší význam pro kvalitu psychiky než kalendářní věk. Příznaky, které svědčí o přítomnosti duševní poruchy se objevují ve stáří tak, jako i v jiných vývojových stádiích člověka. Symptomy jsou však většinou méně nápadné a mohou být ukryté za změnami fyziologickými. Nejčastěji se vyskytují poruchy paměti a organické změny (9,23).

Ve stáří se snižuje i síla emocí. Emoce jsou labilnější, starý člověk proto snadněji podléhá dojetí. Především díky tomu se více stahuje do sebe a soustředí se příliš na svoje vlastní problémy. Starý člověk se špatně přizpůsobuje novým změnám a nerad se rozhoduje. Uvedené změny v citovém prožívání spolu se sníženou schopností komunikovat v závislosti na zhoršení sluchu a zraku vedou k tomu, že se může starý člověk ocitnout v sociální izolaci, což může vést k pocitům osamělosti, méněcennosti a zbytečnosti (9).

Poruchy chování vyskytující se ve stáří se většinou rozvíjejí společně s poruchami kognitivních funkcí, tedy poruchami intelektu. Poruchy chování bývají prvním příznakem a jsou nápadné, proto vzbudí pozornost okolí a také jsou často důvodem, který donutí seniora jít k lékaři. Mezi psychické změny patří demence, deprese, deliria a neurozy (24).

1.3.1 Demence ve stáří

Demence je soubor příznaků, které vznikají jako následek onemocnění mozku. Onemocnění mozku může mít buď progresivní nebo chronický charakter. Vědomí není

poškozeno, ale dochází k porušení vyšších korových funkcí a to včetně myšlení, orientace, schopnosti učení, úsudku, řeči a paměti. V diagnostice demence je stěžejní psychologické a psychiatrické vyšetření a také zobrazovací techniky. Obecná kritéria k diagnostice demence jsou: zhoršení dlouhodobé a krátkodobé paměti, narušení soudnosti, osobnosti, abstraktního myšlení a ostatních kognitivních funkcí – musí se vyskytovat alespoň jeden z těchto kritérií (25).

V ošetrovatelské péči o pacienta s demencí musí sestra zjistit, jaké má pacient stávající schopnosti a zjistit tak soběstačnost. Zjišťuje povahu, názory, náboženské vyznání, jak vychází s rodinou, jak se rodina adaptuje na jeho nemoc, kdo z rodiny ho podporuje a v jakém prostředí žil, než se dostal do nemocničního zařízení. Tyto informace může sestra získat pomocí různých testů. Například hodnotící škála ADL (aktivita denního života), IADL (instrumentální aktivita denního života) a testem ke zhodnocení kvality paměti a schopnosti orientace (několik otázek – například na věk, datum narození, rok, jméno současného prezidenta a jiné) (26).

U pacientů trpících demencí je velice důležitá komunikace. U poruch paměti, které jsou projevem demence se nespolehat na krátkodobou paměť a pomáhat pacientovi s běžnými činnostmi, vyhýbat se otázkám, které mají otevřený konec. Sestra by měla využívat dlouhodobé paměti – navození dobré atmosféry, nemocný se bude cítit lépe (27).

Zdravotnický personál musí informace pacientovi opakovat podle potřeby, mluvit pomalu a zřetelně, s pacientem se nehádat, trpělivě mu naslouchat, dát mu dostatek času, vyvarovat se zbytečným překladům v rámci jedné nemocnice, důležité je drobné zaměstnávání pacienta (13).

1.3.2 Depresivní stavy ve stáří

Deprese se projevuje patologicky smutnou náladou a téměř vůbec se nedá ovlivnit zevními faktory. Kromě smutné nálady se současně vyskytuje také úzkost, ztráta zájmu o okolí, o své koníčky, ztráta radosti. Vyskytuje se zde také časté

sebeobviňování, poruchy spánku, pocity nevykonnosti paměti aj. V dnešní době se výskyt deprese zvyšuje. U seniorů je 15-20 % výskyt depresivních stavů. Tyto stavy mají ve stáří některé zvláštnosti. Neobjevují se typické příznaky, jsou sklony k chronickému průběhu a častěji se promítá do tělesného zdraví člověka. Jiné jsou i reakce na léčbu (větší výskyt nežádoucích účinků antidepresiv) a celkově je hůře diagnostikovatelná (tělesná projekce). Deprese vznikající jako důsledek nějaké zevní zátěže jsou velmi časté. U seniora je to především smrt blízké osoby nebo partnera, odchodem dětí nebo nemoc v rodině. Depresivní stavy často provázejí organická onemocnění. Buď přímo postižení mozku (atrofie, CMP – cévní mozková příhoda) anebo jiná onemocnění (hypertenze, anémie, ICHS – ischemická choroba srdeční). Další příčinou mohou být i užívané léky (v minulosti resepsin – léčba manických stavů, některá antihypertenziva, imunosupresiva, kortikoidy aj.) Závažným rizikem je suicidiální chování nemocného. U seniorů je větší poměr mezi dokonanou a nedokonanou sebevraždou, protože prostředky, jakými starší lidé s depresí ukončují svůj život bývají nezvratné (skok pod vlak, z výšky, oběšení) (3).

Hlavní podmínkou v ošetrovatelské péči o seniora s depresí je empatie. Sestra by se měla snažit nabízet, ne nutit! Pokud je pacient v těžké depresi je potřeba alespoň zajistit jeho potřeby, stravování, odpočinek, aktivitu a hygienu. Důležité je zamezit pospávání během dne (u lidí s depresí časté). Snažit se o navázání kontaktu s klientem a vytrvat, když kontakt odmítá. Pokud chce pacient mluvit o svém problému, vyslechneme ho a snažíme se naznačit pochopení pro jeho problémy a chování. Musíme mít neustále na paměti riziko sebevraždy, které hrozí neustále a u seniorů obzvlášť. Nebagatelizujeme obtíže, nedoporučujeme nové aktivity, nenutíme k rozhodování a nenecháváme nemocného bez dozoru (23)!

1.3.3 Deliria ve stáří

Delirium je charakterizované poruchou vědomí a dochází při něm k poruše jasného vědomí. Jak moc je vědomí jasné (lucidní) lze ověřit tím, zda je pacient

orientovaný osobou, místem a časem. Delirium vzniká buď na základě požívání psychotropních látek nebo je jeho příčina organická. Organická příčina je u seniorů nejčastější. U nemocných s kardiovaskulárními poruchami (IM – infarkt myokardu, arytmie) se delirium vyskytuje častěji. Stejně je to i s různými infekčními chorobami (pneumonie), při metabolických poruchách (např. DM – diabetes mellitus), traumatech lbi, užíváním některých léků a tumory (3).

Delirium je akutní, reverzibilní stav, který trvá několik hodin až dnů. Vyskytuje se zde porucha myšlení, paměti, orientace pozornosti, vnímání halucinace, bludy, neklid i agresivita. Je důležité tento stav správně odlišit od demence. K tomu ve většině případů postačí správně odebraná anamnéza od pacienta a jeho rodiny. Pokud se stav rozvinul během několika hodin či dnů, nejedná se o demenci. Může se však stát, že se delirium objeví i u pacienta s demencí a zhorší jeho zdravotní stav (2).

U pacientů s deliriem je třeba dbát na jejich bezpečnost a je potřeba si uvědomit, že především u seniorů se může delirium prohlubovat hospitalizací, protože změnu prostředí nesou gerontologičtí pacienti hůře než ostatní. Je velice důležité, aby zdravotnický personál usiloval o snížení stresu u nemocných, který je spojen s hospitalizací. Měl by se snažit zajistit nemocnému častý kontakt s rodinou, trpělivě odpovídat na všechny dotazy a usnadňovat orientaci v neznámém prostředí (3).

1.3.4 Neurozy ve stáří

Neuroza je funkční duševní porucha, která spočívá v tom, že nemocný má problémy s přizpůsobováním, myšlením, vnímáním, cítěním a jednáním. Tyto potíže si nemocný uvědomuje a snaží se s nimi bojovat. Nemocný trpící neurozou vnímá realitu. Na vzniku se podílí zevní vlivy i vrozené dispozice. Ve stáří se s neurotickými problémy nesetkáváme tak často. Důvody jsou jak menší vyhledávání lékaře kvůli těmto poruchám, tak lidé, kteří mají dobře vytvořené adaptační schopnosti. Neurozy ve stáří mívají často atypické příznaky projevující se somatickými obtížemi (5).

Důležitá je komunikace s pacientem. Umožnit pacientovi rozhovor, povzbudit ho. Nabídneme pacientovi možnost konzultovat jeho situaci s psychologem. Je dobré navázat kontakt s nemocným a získat jeho důvěru, ale zároveň si dát pozor, protože déletrvající kontakt je velmi zatěžující (27).

1.4 Komunikace se seniorem

Ke komunikaci se seniory využíváme neverbální i verbální prvky. Používáme jazyk, kterému senior rozumí. Vyhýbáme se co nejvíce odborným výrazům. Důležité je umět poradit, motivovat, povzbuzovat ho a pomáhat k aktivnímu přístupu k životu i v době nemoci. Pokud komunikujeme se seniorem, musíme se snažit o zachování důstojnosti. Velmi důležité je vykání a oslovení seniora všeobecně. Oslovení starších lidí „dědo, babi“ by se v praxi již nemělo vyskytovat! Kterékoli jiné než standardní oslovení (pane, paní) by měl navrhnout pacient osobně a ošetřující personál musí zvážit, zda nabídku přijme. Spolupráce s rodinou je také velmi důležitá. Musíme blízké okolí klienta upozornit, že jejich člen rodiny není nesvéprávný, pokud třeba jen nemůže chodit (27).

1.4.1 Komunikační bariéry

Pokud vstupujeme do procesu komunikace, máme určité představy o schopnostech, motivaci a vůli druhých. Tyto představy ovšem mohou být zcela mylné. Pacient si může myslet, že s ním potřebujeme mluvit jen o jeho zdravotních problémech a neustále se nám proto snaží podávat informace o jeho problémech a symptomech nemoci. Zdravotní sestra si naopak může myslet, že pacient nemluví proto, že o rozhovor s ní nemá zájem. Staří lidé často pomaleji mluví. Převážně pokud jsou unaveni, musí se více soustředit nebo pokud jsou ve stresu. Je proto nutné ponechat jim více času na odpověď (23).

1.4.1.1 Bariéry na straně klienta

Pokud má obtíže v komunikaci pacient, pak se problémy mohou týkat fyzického nepohodlí nebo nemoci. Do této kategorie zařazujeme i demenci, nedoslýchavost, dysartrii nebo dysfazii, zmatenost a stavy po centrální mozkové příhodě. Dále sem patří i obava z neúspěchu v komunikaci, strach, zlost a negativní emoce obecně, nepřipravenost komunikovat a bariéry v postoji nemocného člověka (xenofobie) (28).

1.4.1.2 Bariéry na straně zdravotníka

Bariéry na straně zdravotníka se dají shrnout do 2 skupin: postoje, hodnoty přesvědčení a nedostatek komunikačních dovedností. Hodnoty a přesvědčení u zdravotníka ovlivňuje, jak moc se zdravotník v rozhovoru s pacientem o pacienta skutečně zajímá. Pokud si sestry neuvědomují své vlastní pocity, chovají se způsobem, který blokuje komunikaci se seniorem. Sestry mohou mít také pocit, že se před pacientem neovládnou nebo mají strach z umírání a z neznámého všeobecně. Proto se komunikaci s pacientem vyhýbají.

U komunikačních dovedností se vyskytuje především strach z toho, že sestra nebude umět pacientovi odpovědět na jeho otázky nebo nedostatečné vědomosti a dovednosti. Mezi faktory omezující komunikaci dále patří stranění se pacienta, ignorace citových projevů pacienta (pláč, smutek), snaha změnit předmět rozhovoru, neschopnost určit problém nebo soustředění se především na tělesné problémy než na ty duševní (29).

1.4.2 Poruchy smyslů

Nejčastější poruchy smyslů ve stáří je snižující se zraková ostrost a nedoslýchavost. Tyto poruchy smyslů značně zhoršují kvalitu života seniorů, jejich soběstačnost a kontakt s okolím (12).

1.4.2.1 Komunikace se seniorem s poruchami sluchu

Při komunikaci se seniorem trpícím nedoslýchavostí je potřeba dodržet některé zásady:

- 1) mluvit pomalu a nahlas,
- 2) zjistit, na které ucho senior lépe slyší a z té strany k němu přistupovat,
- 3) postačí používat jednoduché a krátké věty – pokud je to možné,
- 4) pokud senior nechápe, zopakujeme informaci jiným způsobem, můžeme používat i názorné předměty pro přiblížení sdělení,
- 5) mluvit vždy o jednom tématu a neřešit více témat najednou,
- 6) ptát se, zda senior informacím rozumí a to tak, že nám zopakuje, co jsme mu právě řekli,
- 7) důležité je zajistit dostatek světla (senior vidí na ústa sestry) a mluvit přímo k nemocnému tváří v tvář,
- 8) udržovat oční kontakt,
- 9) dávat dostatek času, aby senior pochopil informace,
- 10) vést rozhovor v sedě a mluvit přímo jen k nemocnému,
- 11) mít trpělivost, zájem a být vlídný k nedoslýchavému seniorovi (30).

Při komunikaci se seniorem musí sestra volit vhodnou vzdálenost, nesmí narušit klientův osobní prostor (40cm), ale zároveň nesmí stát příliš daleko (menší schopnost slyšet). Pokud potřebujeme seniorovi sdělit něco složitějšího, používáme psané slovo. Pozornost je nutné také věnovat naslouchadlu. Kontrolovat ho, vyměňovat baterie a předcházet poškození přístroje (23).

1.3.2.1 Komunikace se seniorem s poruchami zraku

Pokud komunikujeme se seniorem trpícím poruchou zraku, musíme rovněž dodržovat určitá pravidla:

- 1) představit se svým jménem a také svou funkcí,

- 2) důležité je klást důraz na oslovení seniora a pevný stisk (loket, rameno), protože dotykem senior zjistí, kdo s ním mluví a kde se právě nachází,
- 3) užívat co nejpřesnější výrazy (vpravo, nahoru a ne např. tamhle),
- 4) poskytovat při každém výkonu dostačující informace (popis materiálu, předmětu, který držíme v ruce, barvy, tvaru a celého výkonu)
- 5) dát možnost využití hmatu – uklidnění,
- 6) komunikovat vždy přímo se samotným pacientem, ne s jeho doprovodem – cítí se ostrčen,
- 7) dávat pozor na vedlejší zvuky kolem pacienta – navozují úzkost,
- 8) nedávat najevo přílišný soucit,
- 9) nedávat seniorovi na pokoji překážky, o kterých neví,
- 10) informovat o odchodu a rozloučit se stejně, jako jsme se vítali – dotyk,
- 11) využívat Braillova písma – zapojení zachovaných smyslů (30).

Člověk vnímá pomocí zraku hodně informací. Kdo vchází do místnosti, co sebou nese, kde se právě v místnosti nachází. U seniora se špatným zrakem musíme především dbát na jasné formulace a instrukce, aby si nemocný všechno nevyložil jinak. Pacienta se nedotýkáme bez předešlého upozornění (23)

1.5 Gerontotraumatologie

Zranění u seniorů vyžaduje vždy zvláštní pozornost. Za vyšší věk se běžně považuje věková hranice 65 let. Z hlediska traumatologického je to však již 45 let věku života. Velké procento pacientů totiž s ohledem na dnešní způsob života trpí počínajícími nebo dokonce pokročilými známkami artrozy větších kloubů a společně s tím také osteoporozou. Jiným faktorem je také úbytek svalové hmoty, jejímž následkem je především zlomenina krčku stehenní kosti (31).

1.5.1 Příčiny traumat u seniorů

Nejčastější příčinou úrazů u seniorů jsou pády. Dopravní úrazy, sportovní a profesní úrazy jsou méně časté. Senior se dostává do nemocničního zařízení často až s několikadenní prodlevou, kdy si nemohl sám pomoci a nikdo mu nepomohl (úrazy doma). Do nemocnice se dostane již ve stavu značné dehydratace, prochlazení a znečištění s již viditelnými proleženinami. Nejčastější zlomeninou je pak zlomenina distálního radia a zlomenina krčku stehenní kosti (31).

1.5.2 Zvláštnosti a náročnost ošetrovatelské péče v gerontotraumatologii

Organismus gerontologického pacienta má většinou menší schopnost přizpůsobit se prostředí nemocnice. Zvláště pak, pokud je do nemocnice přijat náhle (po úrazu nebo např. s náhlou příhodou břišní). O způsobu léčby a přijetí pacienta rozhoduje lékař, ovšem gerontologický pacient se ptá na většinu otázek sestry, jelikož je s ní více v kontaktu. V této chvíli je důležité, aby sestra nemocného neodbyla, protože by mohl ztratit naději v uzdravení a pomoc. Zároveň by také měla umět nemocného povzbudit k další léčbě. Může se stát, že se sestra od nemocného dozví některé skutečnosti, které nesdělil lékaři a které jsou důležité pro další léčbu (léky, astma, alergie apod.). Zároveň také může objevit například při hygieně různé otoky, dekubity a změny na kůži, kterých si lékař při příjmu nevšiml. Tyto okolnosti musí ihned oznámit lékaři současně i s tím, co se dozví o stavu nemocného od rodinných příslušníků (32).

Senioři zvládají i operace většího rozsahu dobře, pokud je v návaznosti přiměřená pooperační péče. Sestra by měla umět rozpoznávat komplikace spojené s daným operačním výkonem a včas informovat lékaře pokud nastanou (33).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit jaké problémy překonávají sestry při péči o gerontologické pacienty na traumatologii.

Cíl 2: Zjistit, na jaké problémy se sestry zaměřují zvláště u geriatrických pacientů na traumatologii.

2.2 Hypotézy práce

Hypotéza 1: Sestry vnímají nedoslýchavost jako náročnou překážku při péči o gerontologické pacienty hospitalizované na traumatologii.

Hypotéza 2: Sestry vnímají demenci jako náročnou překážku v péči o gerontologické pacienty hospitalizované na traumatologii.

Hypotéza 3: Sestry pracující na traumatologii se zaměřují na ztrátu dentice a tím způsobené potíže s přijímáním stravy u gerontologických pacientů.

Hypotéza 4: Sestry pracující na traumatologii se zaměřují na problémy s vyprazdňováním u gerontologických pacientů.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Ke sběru dat byla použita metoda dotazování, technikou sběru dat byl dotazník. Dotazník byl rozdán sestrám pracujícím na traumatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. a Nemocnice Písek, a.s. a Nemocnice Liberec, a.s. Výzkum probíhal v průběhu měsíce březen 2012. O spolupráci bylo požádáno celkem 80 sester. Dotazníků, které se vrátily bylo 50 a z toho 4 dotazníky nevyhovovaly z důvodu neúplného vyplnění. K výzkumného šetření tedy plně vyhovovalo 46 dotazníků (57,5%). Výzkumný soubor tak tvořilo 46 respondentů (100%).

Dotazník byl anonymní a obsahoval 22 otázek. Z toho 17 uzavřených, 4 polootevřené a 1 otázku otevřenou. V úvodu dotazníku byly použity identifikační otázky a dále pak konkrétní otázky, které se vztahovaly k tématu práce. Respondenti označovali jednu jimi vybranou odpověď. U některých otázek byla možnost uvést vlastní názor, pokud nevyhovovala žádná z nabízených odpovědí. A u jedné otázky se respondenti mohli vyjádřit libovolně.

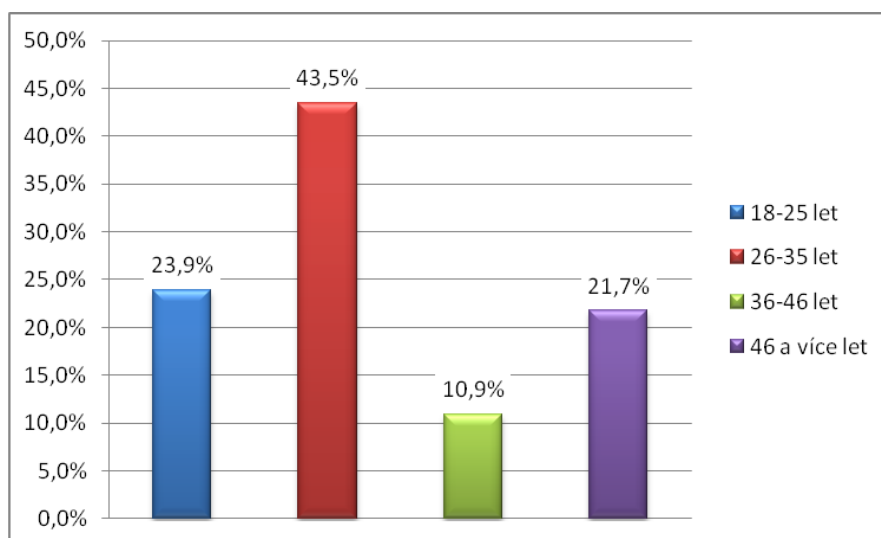
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na oddělení traumatologie České Budějovice, Písek, Jindřichův Hradec a Liberec. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků, z toho 20 sestrám na oddělení traumatologie v Českých Budějovicích, 20 dotazníků sestrám na traumatologicko – ortopedické centrum v Liberci, 20 dotazníků sestrám na traumatologicko – ortopedické oddělení v Písku a 20 dotazníků na traumatologicko - ortopedické oddělení nemocnice Jindřichův Hradec. Návratnost dotazníků byla 50, z toho musely být pro neúplnost údajů vyřazeny 4 dotazníky. Celkem bylo ke zpracování práce použito 46 dotazníků.

4. Výsledky

Graf 1. Věk respondentů

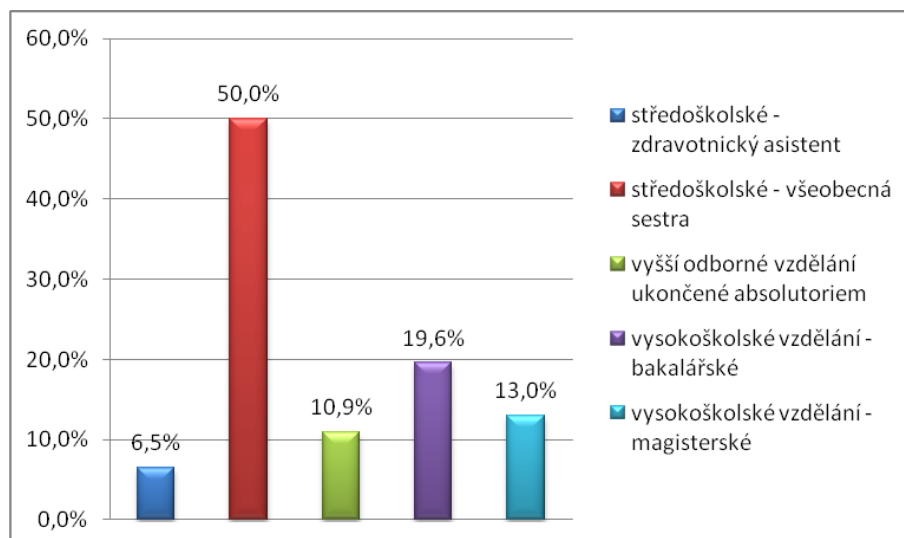
Otázka 1. Jaký je Váš věk?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označilo 11 respondentů (23,9%), že jejich věk je v rozmezí 18-25 let, 20 respondentů (43,5%) označilo odpověď 26-35 let, 5 respondentů (10,9%) označilo odpověď 36-46 let a zbylým 10-ti respondentům (21,7%) bylo 46 a více let.

Graf 2. Vzdělání respondentů

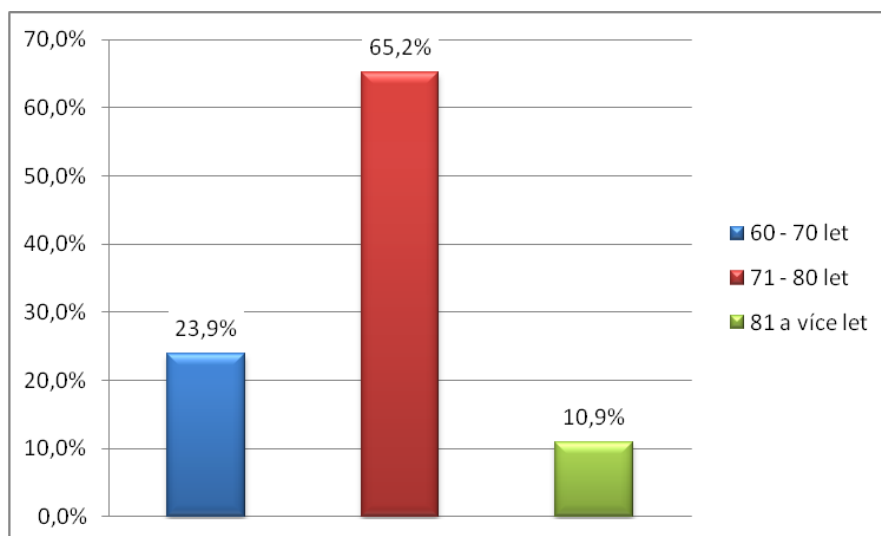
Otázka 2. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označili 3 respondenti (6,5%), že jejich nejvyšší ukončené vzdělání je středoškolské v oboru zdravotnický asistent, 23 respondentů (50%) odpovědělo středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra, 5 respondentů (10,9%) označilo za odpověď vyšší odborné vzdělání ukončené absolutoriem, 9 respondentů (19,6%) označilo vysokoškolské vzdělání bakalářské a 6 respondentů (13%) označilo vysokoškolské vzdělání magisterské.

Graf 3. Nejčastější věk gerontologických pacientů na traumatologii

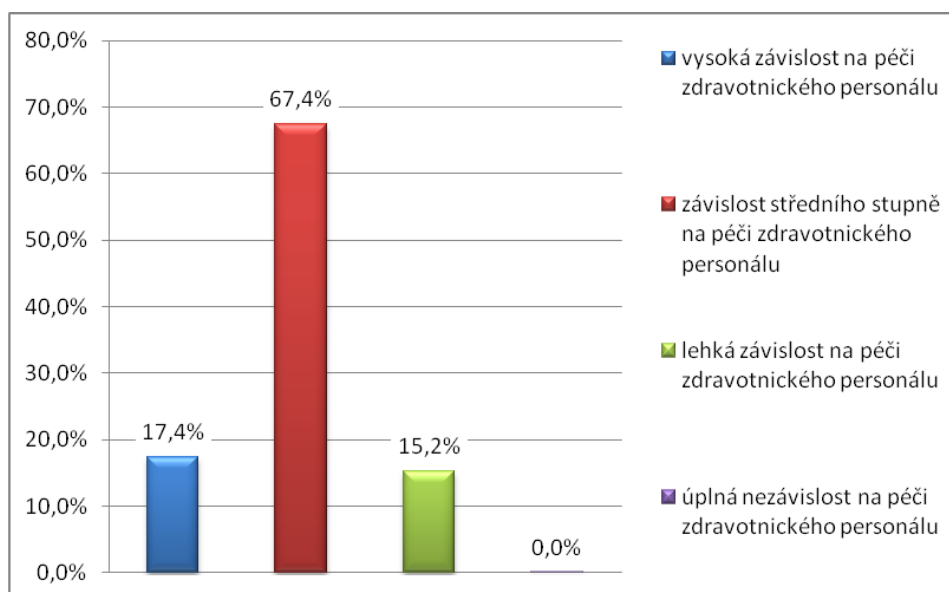
Otázka 3. Jaká věková kategorie gerontologických pacientů se nejčastěji vyskytuje na Vašem oddělení?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) odpovědělo 11 respondentů (23,9%), že nejčastější věk gerontologických pacientů na oddělení traumatologie je 60-70 let, 30 respondentů (65,2%) označilo možnost 71-80 let a 5 respondentů (10,9%) 81 a více let.

Graf 4. Závislost gerontologických pacientů na zdravotnickém personálu

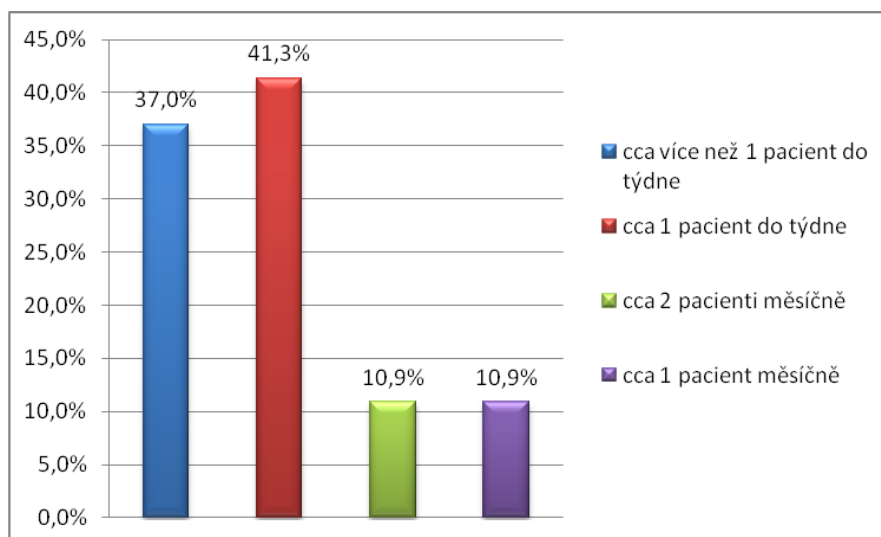
Otázka 4. S jakou závislostí na péči zdravotnického personálu se nejčastěji gerontologičtí pacienti na Vašem oddělení vyskytují?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označilo 8 respondentů (17,4%), že na jejich oddělení jsou hospitalizováni gerontologičtí pacienti s vysokou závislostí na péči zdravotnického personálu, 31 respondentů (67,4%) označilo, že na jejich oddělení jsou hospitalizováni gerontologičtí pacienti se závislostí středního stupně na péči zdravotnického personálu, 7 respondentů (15,2%) označilo, že na jejich oddělení jsou hospitalizováni gerontologičtí pacienti s lehkou závislostí na péči zdravotnického personálu a 0 respondentů (0%) označilo úplnou nezávislost gerontologických pacientů na péči zdravotnického personálu.

Graf 5. Častost výskytu gerontologických pacientů na traumatologickém oddělení

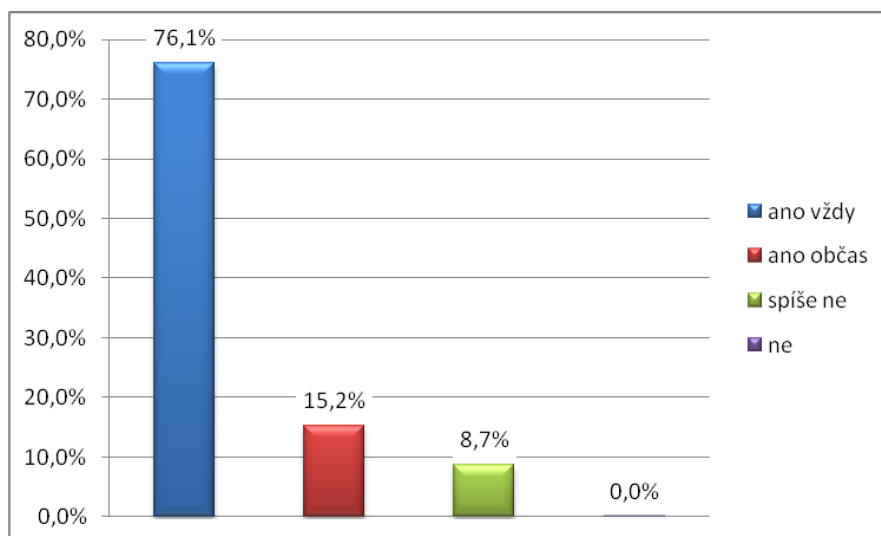
Otázka 5. Jak často se vyskytují gerontologičtí pacienti na Vašem oddělení?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označilo 17 respondentů (37%), že na oddělení traumatologie je hospitalizovaný cca více než 1 gerontologický pacient do týdne, 19 respondentů (41,3%) označilo, že na oddělení traumatologie je hospitalizovaný cca 1 pacienta do týdne, 5 respondentů (10,9%) odpovědělo, že na oddělení traumatologie jsou hospitalizováni cca 2 pacienti měsíčně a 5 respondentů (10,9%) odpovědělo, že na oddělení traumatologie je hospitalizovaný cca 1 pacient měsíčně.

Graf 6. Ochota ke zopakování informací gerontologickému pacientovi

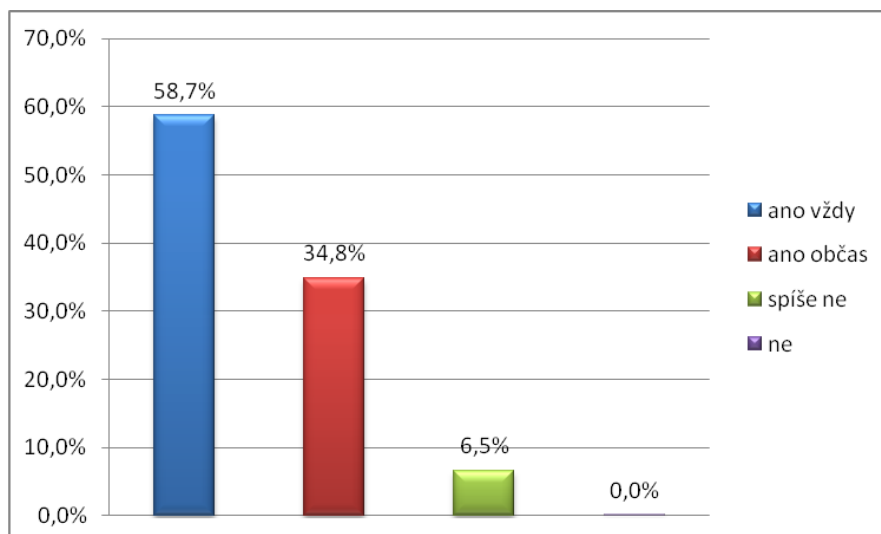
Otázka 6. Jste ochotná zopakovat gerontologickému pacientovi sdělené informace pokud jim nerozumí?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označilo 35 respondentů (76,1%), že jsou ochotni zopakovat sdělené informace gerontologickému pacientovi vždy, 7 respondentů (15,2%) odpovědělo, že jsou ochotni informace zopakovat občas, 4 respondenti (8,7%) odpověděli, že spíše nejsou ochotni informace zopakovat a 0 respondentů (0%) odpovědělo, že informace gerontologickému pacientovi neopakují.

Graf 7. Ověření podaných informací gerontologickému pacientovi

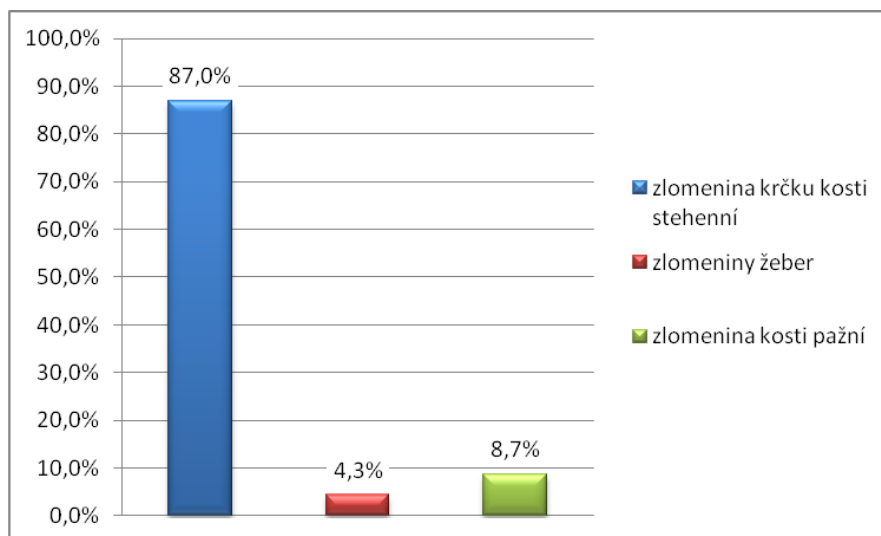
Otázka 7. Ověřujete si, zda pacient rozuměl Vašemu sdělení?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označilo 27 respondentů (58,7%), že si podané informace ověřují u gerontologického pacienta vždy, 16 respondentů (34,8%) odpovědělo, že si podané informace ověřují u gerontologického pacienta občas, 3 respondenti (6,5%) odpověděli, že si informace spíše neověřují a 0 respondentů (0%) odpovědělo, že si informace neověřují.

Graf 8. Nejčastější zranění gerontologických pacientů hospitalizovaných na traumatologickém oddělení

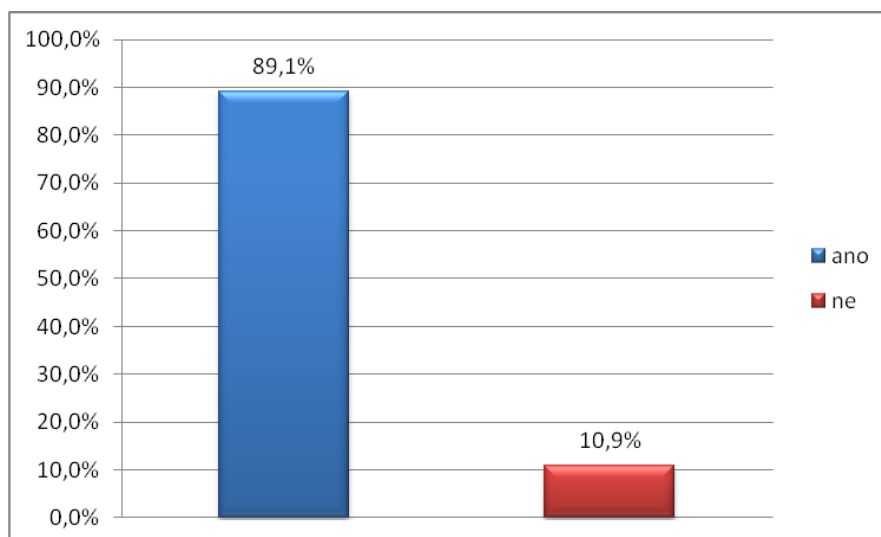
Otázka 8. S jakým zraněním jsou gerontologičtí pacienti nejčastěji hospitalizováni na Vašem oddělení?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označilo 40 respondentů (87%), že nejčastějším zraněním u gerontologických pacientů na traumatologii je zlomenina krčku kosti stehenní, 2 respondenti (4,3%) označili za nejčastější zranění u gerontologických pacientů zlomeniny žeber a 4 respondenti (8,7%) označili za nejčastější zlomeninu u gerontologických pacientů zlomeninu kosti pažní.

Graf 9. Fyzická náročnost péče o gerontologické pacienty

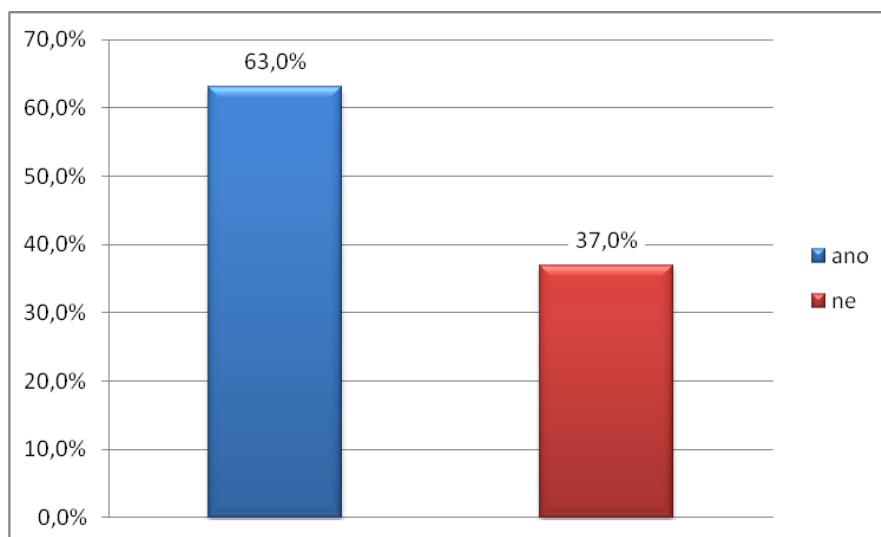
Otázka 9. Vnímáte péči o gerontologické pacienty jako fyzicky náročnou?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označilo 41 respondentů (89,1%), že jim připadá péče o gerontologické pacienty fyzicky náročná a 5 respondentů (10,9%) označilo, že práce s gerontologickými pacienty není fyzicky náročná.

Graf 10. Psychická náročnost péče o gerontologické pacienty

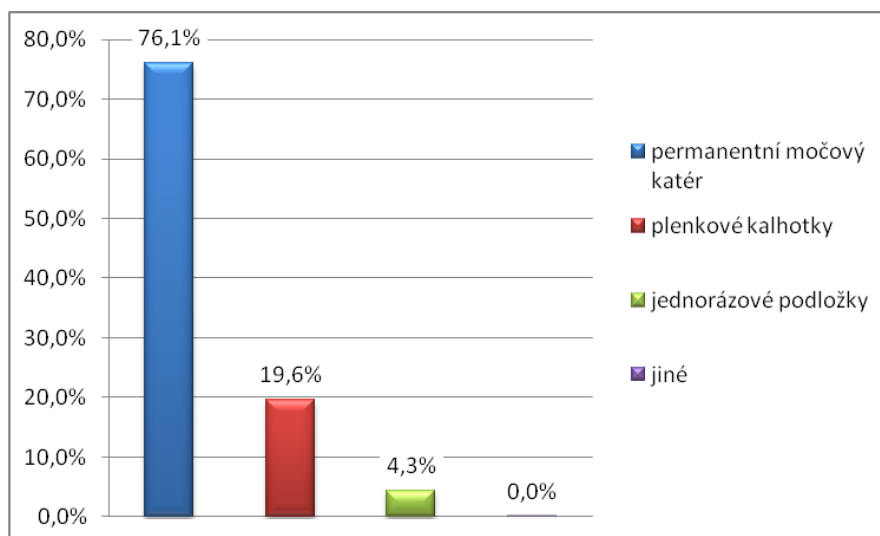
Otázka 10. Vnímáte péči o gerontologické pacienty jako psychicky náročnou?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označilo 29 respondentů (63%), že jim připadá péče o gerontologické pacienty psychicky náročná a 17 respondentů (37%) označilo, že práce s gerontologickými pacienty není psychicky náročná.

Graf 11. Pomůcky u gerontologických pacientů s inkontinencí

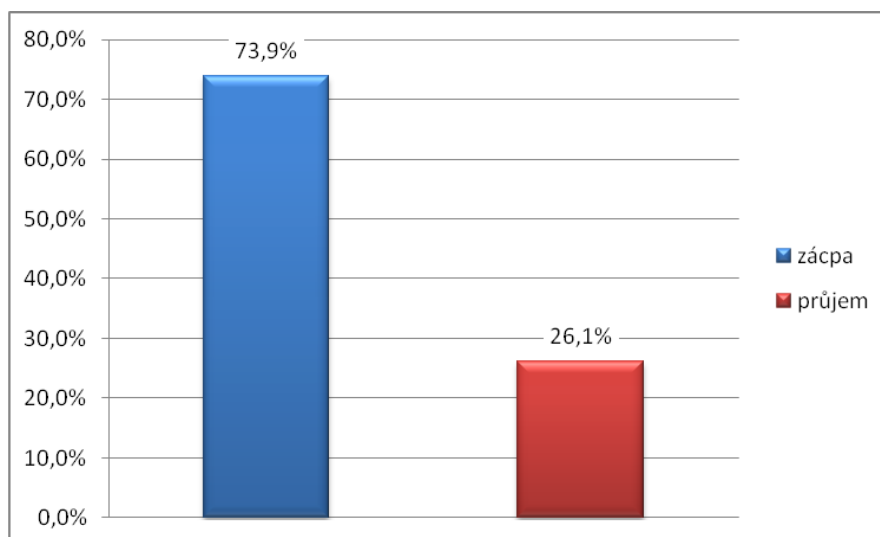
Otázka 11. Jakým pomůckám dáváte přednost u gerontologického pacienta trpícím inkontinencí moči?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označilo 35 respondentů (76,1%), že preferují u gerontologických pacientů trpících inkontinencí permanentní močový katétr, 9 respondentů (19,6%) označilo plenkové kalhotky, 2 respondenti (4,3%) označili jednorázové podložky a 0 respondentů (0%) označilo možnost jiné.

Graf 12. Čím nejčastěji trpí gerontologičtí pacienti

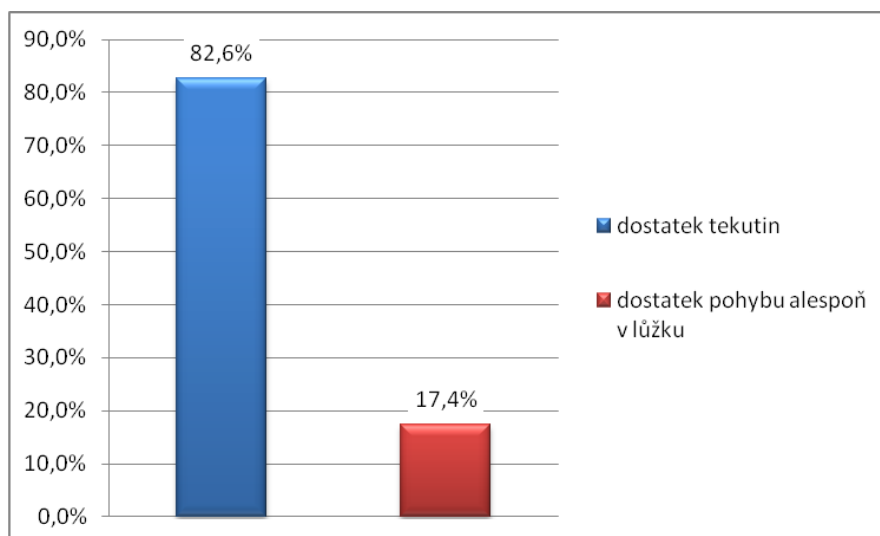
Otázka 12. Gerontologičtí pacienti na Vašem oddělení trpí spíše:



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označilo 34 respondentů (73,9%), že gerontologičtí pacienti na oddělení traumatologie trpí nejčastěji zácpou a 12 respondentů (26,1%) označilo průjem.

Graf 13. Ošetrovatelský postup při riziku zácpy

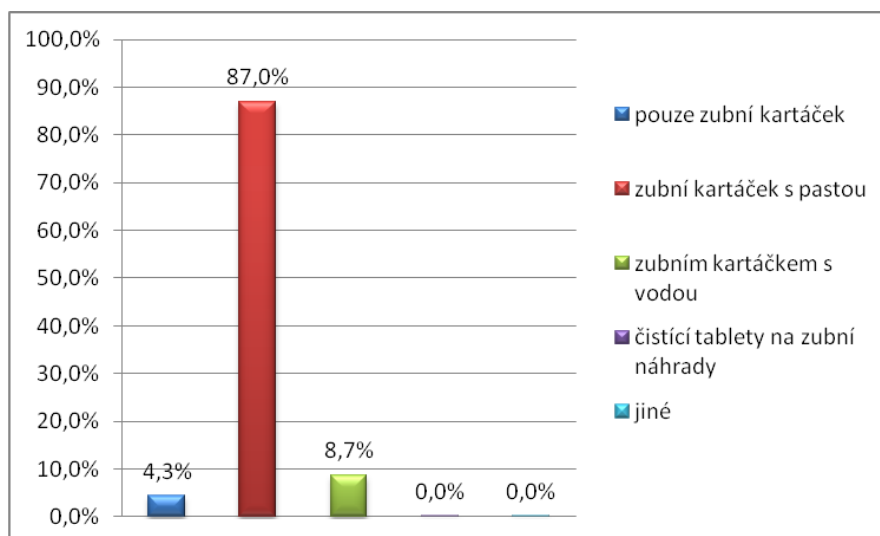
Graf 13. Jak postupujete, pokud je u pacienta na Vašem oddělení stanovena ošetrovatelská diagnóza riziko zácpy?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) odpovědělo 38 respondentů (83%), že při riziku zácpy u gerontologických pacientů kontrolují dostatečný přísun tekutin a 8 respondentů (17%) odpovědělo, že zajistí dostatek pohybu, alespoň v lůžku.

Graf 14. Pomůcky pro péči o zubní náhradu u gerontologických pacientů

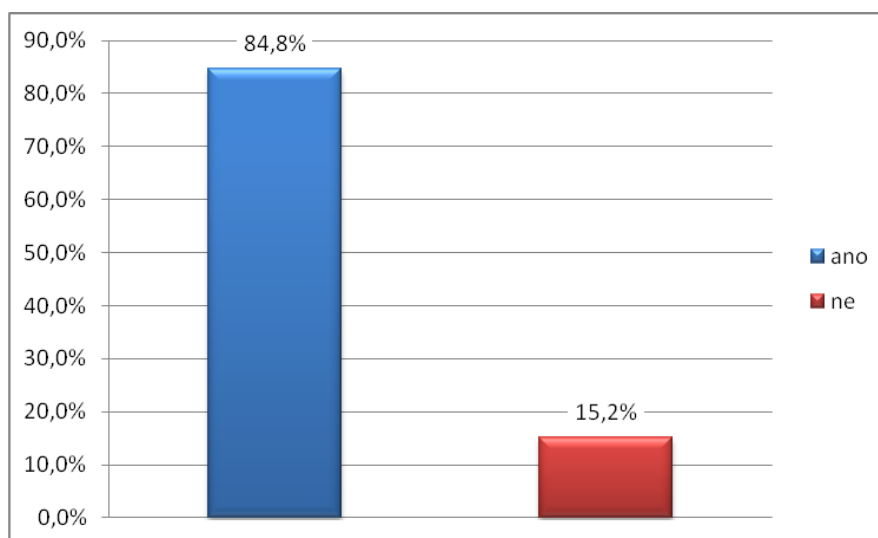
Otázka 14. Jaké pomůcky při péči o snímatelnou zubní náhradu u gerontologických pacientů používáte nejčastěji?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označili 2 respondenti (4,3%), že preferují při péči o zubní náhradu pouze zubní kartáček, 40 respondentů (87,0%) označilo jako odpověď zubní kartáček a pastu, 4 respondenti (8,7%) označili zubní kartáček s vodou, 0 respondentů (0%) označilo čistící tablety na zubní náhrady a 0 respondentů (0%) možnost jiné.

Graf 15. Čištění zubní náhrady po každém jídle

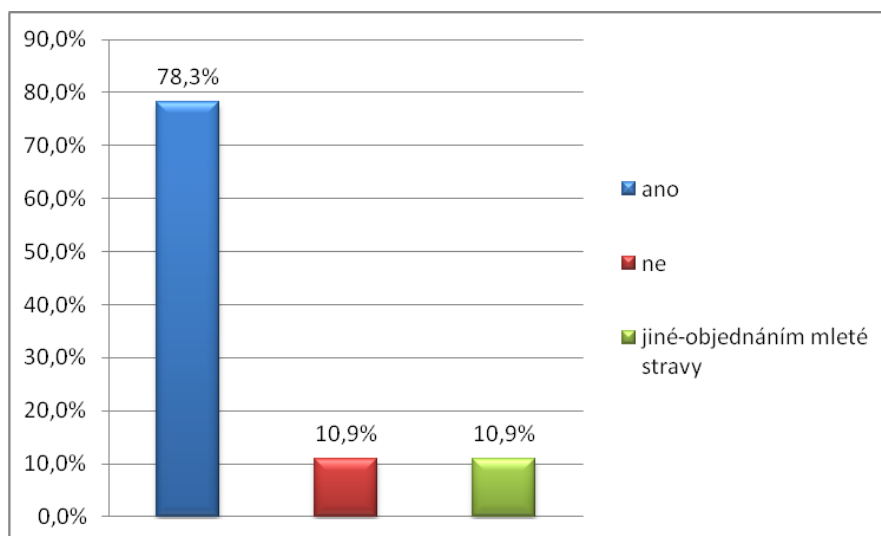
Otázka 15. Čistíte imobilnímu gerontologickému pacientovi zubní náhradu po každém jídle?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označilo 39 respondentů (83,8%), že zubní náhradu čistí gerontologickému pacientovi po každém jídle a 7 respondentů (15,2%) gerontologickému pacientovi zubní náhradu po každém jídle nečistí.

Graf 16. Krájení stravy gerontologickému pacientovi se ztrátou dentice

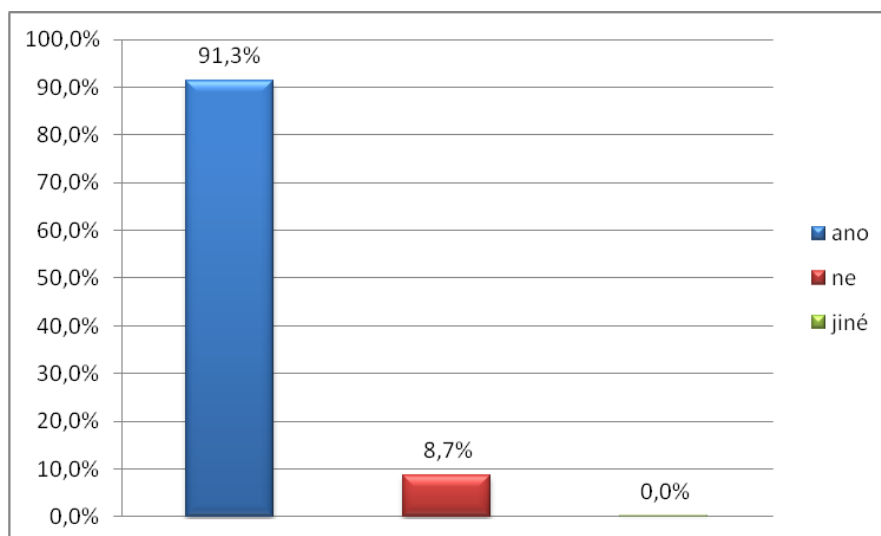
Otázka 16. Krájíte gerontologickému pacientovi stravu, pokud trpí ztrátou dentice?



Z celkového počtu 46 respondentů (100%) označilo 36 respondentů (78%), že stravu gerontologickému pacientovi, který trpí ztrátou dentice krájí, 5 respondentů (11%) označilo, že stravu gerontologickému pacientovi se ztrátou dentice nekrájí a 5 respondentů (11%) využilo možnost vlastního názoru a odpovědělo, že objednají mletou stravu.

Graf 17. Nasazení zubní protézy před každým jídlem

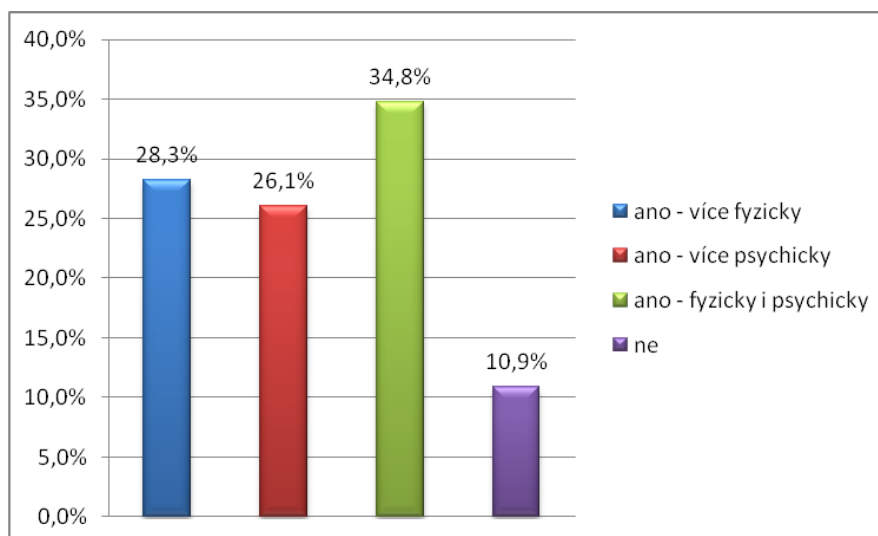
Otázka 17. Má – li gerontologický pacient snímatelnou zubní náhradu, dbáte na to, aby jí měl nasazenu před každým jídlem?



Z celkového počtu 46 respondentů (100%) označilo 42 respondentů (91%), že kontrolují přítomnost snímatelné zubní náhrady v dutině ústní před každým jídlem, 9 respondentů (9%) označilo, že přítomnost snímatelné zubní náhrady v dutině ústní nekontrolují a žádný z respondentů (0%) nevyužil možnost vlastního názoru.

Graf 18. Náročnost péče o gerontologické pacienty s demencí

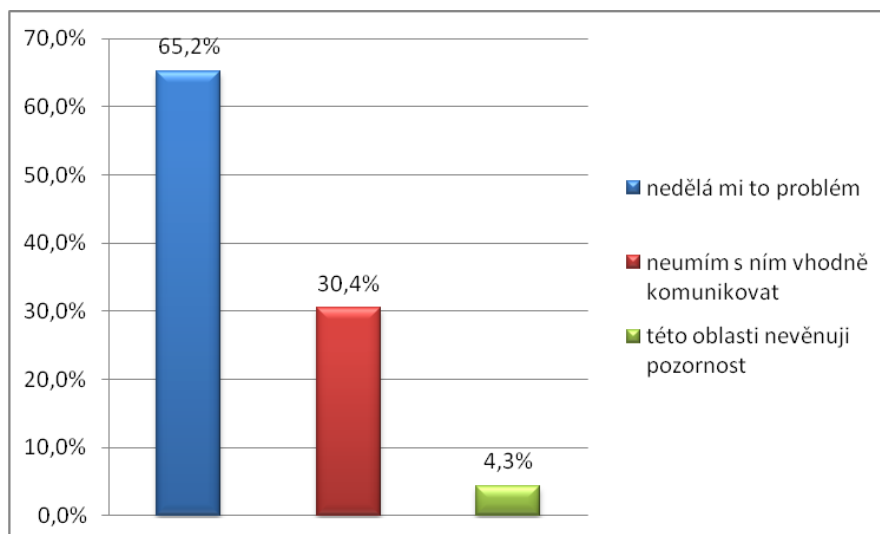
Otázka 18. Je pro Vás těžké pracovat s gerontologickými pacienty trpícími demencí?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označilo 13 respondentů (28,3%), že jim péče o gerontologické pacienty s demencí přijde náročná více fyzicky, 12 respondentům (26,1%) přijde péče o gerontologické pacienty s demencí náročná více psychicky, 16 respondentům (34,8%) přijde péče náročná fyzicky i psychicky a 5 respondentům (10,9%) péče o gerontologické pacienty s demencí náročná nepřijde.

Graf 19. Problém komunikace s pacientem s demencí

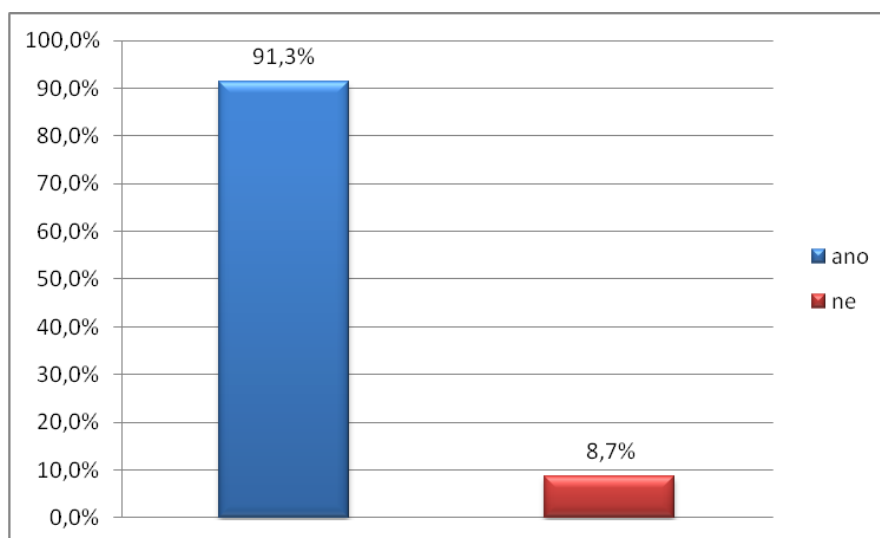
Otázka 19. Dělá Vám problém komunikovat s pacientem trpícím demencí?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označilo 30 respondentů (65,2%), že jim komunikace s pacientem trpícím demencí nedělá problém, 14 respondentů (30,4%) s ním neumí vhodně komunikovat a 2 respondenti (4,3%) této oblasti nevěnují pozornost.

Graf 20. Psychická náročnost péče o gerontologické pacienty s nedoslýchavostí

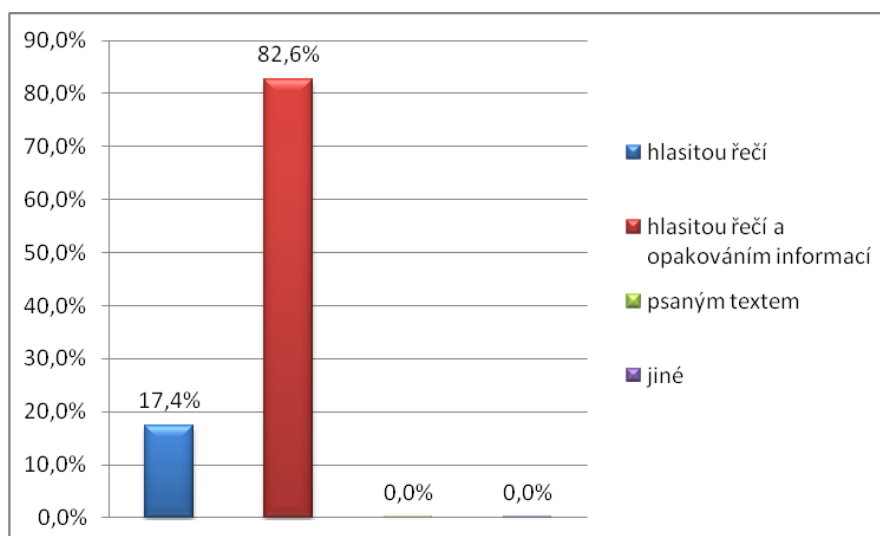
Otázka 20. Je pro Vás psychicky těžké pracovat s gerontologickými pacienty, kteří trpí nedoslýchavostí?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označilo 43 respondentů (91,3%), že péče o gerontologické pacienty s nedoslýchavostí jim přijde psychicky náročná a 3 respondenti (8,7%) odpověděli, že jim tato péče psychicky náročná nepříjde.

Graf 21. Sdělování informací gerontologickému pacientovi s nedoslýchavostí

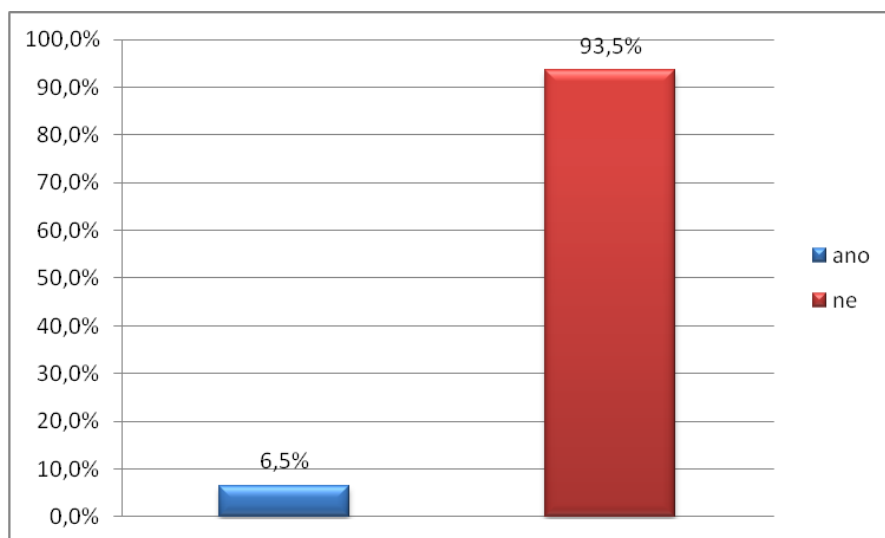
Otázka 21. Jakým způsobem sdělujete informace gerontologickému pacientovi, který trpí nedoslýchavostí?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označilo 8 respondentů (17,4%), že informace gerontologickému pacientovi s nedoslýchavostí sdělují hlasitou řečí, 38 respondentů (82,6%) označilo hlasitou řeč a opakování informací, 0 respondentů (0%) označilo psaný text a 0 respondentů (0%) označilo možnost jiné.

Graf 22. Přednášky o specifických ošetrovatelské péče o gerontologické pacienty

Otázka 22. Míváte v zaměstnání přednášky týkající se specifik ošetrovatelské péče u gerontologických pacientů?



Z celkového počtu 46 odpovědí (100%) označili 3 respondenti (6,5%), že v zaměstnání přednášky o specifických péče o gerontologické pacienty mají a 43 respondentů (93,5%) označilo, že přednášky tohoto typu nemají.

5. Diskuze

Výzkumná část práce s názvem Specifika ošetrovatelské péče u gerontologických pacientů na traumatologii se zaměřovala na stanovené cíle a hypotézy.

Cíle práce byly zaměřeny na zjištění, s jakými problémy se potýkají sestry pečující o gerontologické pacienty na oddělení traumatologie a na jaké problémy se zvláště u těchto pacientů zaměřují. Výzkum měl původně probíhat v nemocnicích České Budějovice, Jindřichově Hradci, Písku a Jihlavě. Nemocnice v Jihlavě ovšem provádění výzkumu odmítla z důvodu velkého počtu dotazníků a neochoty sester dotazníky vyplňovat. Z tohoto důvodu jsme oslovily nemocnici v Liberci. Výzkum probíhal formou dotazníku (viz. Příloha 1)

V první části dotazníku jsme se zaměřily na věk respondentů (Graf 1), kdy nejpočetnější skupinou byly sestry ve věku 26 – 35 let (43,5%) a naopak nejméně početnou skupinou byly sestry ve věku 36 – 46 let (10,9%). Další otázka v dotazníku se týkala vzdělání respondentů (Graf 2). Středoškolské vzdělání – všeobecná sestra označilo nejvíce procent respondentů (50%). Nejmenší procento odpovědí bylo u středoškolského vzdělání – zdravotnický asistent (6,5%).

Další část dotazníku se zabývala již samotnými gerontologickými pacienty na oddělení traumatologie. U sester jsme zjišťovaly, jaká věková kategorie gerontologických pacientů se nejvíce na jejich oddělení vyskytuje (Graf 3). Nejčastější odpověď 71 – 80 let (65,2%) se shoduje s publikací Kalvacha, který uvádí : „ V širším slova smyslu se hovoří o nemocných starších určitého věku – v hospodářsky vyspělých zemích obvykle ve věku nad 75 let.“ (7, s.25)

Další otázkou jsme se snažily zjistit, s jakou závislostí na zdravotnickém personálu se gerontologičtí pacienti na traumatologii nejčastěji vyskytují (Graf 4). Nejvíce respondentů odpovědělo, že na oddělení traumatologie jsou nejčastěji hospitalizováni gerontologičtí pacienti se závislostí středního stupně na péči zdravotnického personálu (67,4%). Žádný z respondentů (0%) nevybral v dotazníku možnost nezávislosti na zdravotnickém personálu. Závislost středního stupně by se dala charakterizovat tak, že personál pomáhá pacientovi téměř ve všech běžných činnostech. Pacient je ale stále schopen spolupráce. Je důležité se pacientovi věnovat a podporovat

ho v činnostech jako je sebeobsluha při stravování, oblékání a použití WC, aby byl schopen si co nejvíce činností denního života obstarat sám.

Na otázku, jak často se vyskytují gerontologičtí pacienti na oddělení traumatologie (Graf 5), odpověděla většina sester, že se na oddělení traumatologie vyskytuje 1 pacient do týdne (41,3%). Odpověď cca 2 pacienti měsíčně a 1 pacient měsíčně označilo shodně 5 respondentů (10,9%). Z tohoto výsledku vyplývá, že gerontologičtí pacienti se vyskytují na traumatologických odděleních často a je proto důležité, aby sestry měly o problematice seniorů a péči o ně odborné znalosti.

V otázce číslo 6 jsme se věnovaly problematice toho, zda jsou sestry ochotny zopakovat gerontologickému pacientovi sdělené informace pokud jim nerozumí (Graf 6). Na tuto otázku odpovědělo nejvíce respondentů, že opakují gerontologickému pacientovi informace vždy (76,1%). Opakování podaných informací gerontologickému pacientovi je velice důležité. Gerontologický pacient, který je v cizím prostředí je často zmatený a všechny informace ihned nepochopí. Od sestry se proto vyžaduje především trpělivost a pochopení pacienta. Žádný z respondentů neoznačil odpověď ne (0%).

V následující otázce číslo 7 jsme zjišťovaly, jestli si sestry ověřují, zda gerontologický pacient rozuměl sdělení sestry (Graf 7). V komunikaci s gerontologickým pacientem, který je ve většině případů zmatený z cizího prostředí, je toto ověřování sdělených informací velice důležité. Na tuto otázku odpověděla většina respondentů, že si srozumitelnost sdělených informací ověřují vždy (58,7%). Žádný z respondentů nevybral odpověď ne (0%).

V otázce číslo 8 jsme se ptaly, s jakým zraněním jsou gerontologičtí pacienti na oddělení traumatologie hospitalizováni nejčastěji (Graf 8). Nejčastější odpovědí byla zlomenina krčku kosti stehenní, kterou označilo 87% respondentů. Tento výsledek se shoduje s tvrzením Kubešové, která ve své publikaci píše: „Redukci svalového korzetu je např. připisován nejvyšší výskyt zlomenin krčku stehenní kosti mediocervikálního typu v období 60. roku věku.“ (33, s.189)

Na otázku, zda sestry vnímají péči o gerontologické pacienty jako fyzicky náročnou (Graf 9) odpovědělo 89,1% respondentů ano. Tato odpověď je pochopitelná, pokud ji porovnáme s otázkou číslo 4, kde jsme se respondentů ptaly, s jakou závislostí

na zdravotnickém personálu se gerontologičtí pacienti na oddělení traumatologie vyskytují. Nejvíce odpovědí bylo u středně těžké závislosti (Graf 4).

Na fyzickou náročnost plynule navazuje psychická náročnost o gerontologické pacienty (Graf 10). Celkem 63% respondentů na tuto otázku odpovědělo, že psychickou náročnost pocítují. Starý a nemocný člověk snadněji podléhá dojetí a hůře se přizpůsobuje jinému prostředí. Může se ocitnout v sociální izolaci, připadat si méněcenný, zbytečný a to i díky smyslovým poruchám, jakými jsou nejčastěji poruchy zraku a sluchu, jak uvádí v knize Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory autoři Minibergerová a Dušek (9). Sestra se v tomto okamžiku může snažit si s pacientem v klidu promluvit. Zjistit, co ho trápí a jak se cítí. Na druhou stranu by se neměla sestra nechat těmito problémy pohltit.

Otázkou 11 a 12 jsme se pokusily potvrdit hypotézu číslo 4: „Sestry pracující na traumatologii se zaměřují na problémy s vyprazdňováním u gerontologických pacientů“.. Otázkou číslo 11 jsme zjišťovaly, jakým pomůckám dávají sestry na traumatologickém oddělení přednost u inkontinentních gerontologických pacientů (Graf 11). U této otázky odpověděla většina sester, že dávají přednost permanentnímu močovému katétru (76,1%). Důvodů pro tuto odpověď může být několik. V otázce číslo 8 jsme zjistily, že nejčastějším zraněním na oddělení traumatologie u gerontologických pacientů je zlomenina krčku kosti stehenní. Z tohoto důvodu je permanentní močový katétr zřejmě tím nejlépe přijatelným řešením, jelikož otáčet pacienta cca každou hodinu kvůli výměně plenkových kalhotek není u tohoto zranění příliš vhodné. Dalším důvodem, proč mohly sestry tuto možnost zvolit, je menší riziko vzniku opruzenin a dekubitů na pokožce pacienta. Dále je permanentní močový katétr vhodnější pro detailní sledování výdeje moči, který je kvůli možnému riziku dehydratace u gerontologického pacienta nutný.

Následující otázka číslo 12 se zabývala problematikou stolice. Zjišťovaly jsme, zda gerontologičtí pacienti na oddělení traumatologie trpí spíše zácpou nebo průjmem (Graf 12). Většina sester odpověděla, že pacienti trpí nejčastěji zácpou (73,9%). Tato skutečnost může být způsobena nedostatečným příjmem tekutin, ale také tím, že má

pacient nedostatek pohybu, který je pro správné vyprazdňování důležitý. Průjem u gerontologických pacientů označilo zbylých 26,1% respondentů.

Navazující otázka se týkala problematiky zácpy u gerontologických pacientů. Ptaly jsme se sester, jak postupují, pokud je u gerontologického pacienta stanovená ošetrovatelská diagnóza riziko zácpy (Graf 13). Celkem 83% sester uvedlo, že pacientovi zajistí dostatečný přísun tekutin a zbylých 17% napsalo, že se zaměří spíše na pohyb pacienta (alespoň v lůžku pokud není schopen jinak). Dostatek tekutin i pohyb patří mezi intervence, kterými se zdravotnický personál snaží snížit riziko zácpy. Ideální by byla kombinace těchto faktorů, což ovšem není vždy možné. Samotný přísun tekutin bez pohybu nestačí a naopak. Proto by se měl zdravotnický personál zaměřit na oba tyto faktory.

Sestry pracující na traumatologickém oddělení vědí, jak řešit problémy týkající se vyprazdňování u gerontologických pacientů. U inkontinence moči dávají přednost permanentnímu močovému katéttru. Vědí, že nejčastěji trpí gerontologičtí pacienti zácpou a také umí stanovit správné intervence proto, aby zácpa nevznikla. **Hypotéza číslo 4 :** „Sestry pracující na traumatologii se zaměřují na problémy s vyprazdňování u gerontologických pacientů“ **se potvrdila.**

Otázka číslo 14 a 15 nám měla potvrdit hypotézu číslo 3, která zněla: „Sestry pracující na traumatologii se zaměřují na ztrátu dentice a tím způsobené potíže s přijímáním stravy u gerontologických pacientů“ . Otázka číslo 14 se zaměřovala na snímatelnou zubní náhradu u gerontologických pacientů. Ptaly jsme se, jaké pomůcky při péči o snímatelnou zubní náhradu sestry používají. Celkem 87% respondentů uvedlo, že nejčastěji používají zubní kartáček s pastou na zuby. Čistící tablety a možnost „jiné,, označilo 0% respondentů.

Otázkou číslo 15 jsme se pokusily zjistit, zda sestry čistí gerontologickému pacientovi snímatelnou zubní náhradu po každém jídle. Překvapivě většina (84,8%) respondentů odpověděla, že ano. Z těchto otázek vyplývá, že sestry na oddělení traumatologie si uvědomují důležitost péče o dutinu ústní u gerontologických pacientů a že vědí, jak o ni správně pečovat. Šamánková ve své knize píše : „O dutinu ústní

pečujeme nejméně 2x denně. U pacientů, kteří mají zubní protézu je třeba ji čistit po každém jídle (zbytky jídla mohou způsobit otoky na dásních).“ (24, s.337)

V další otázce číslo 16 k potvrzení nebo vyvrácení hypotézy číslo 3, která zněla: „Sestry pracující na traumatologii se zaměřují na ztrátu dentice a tím způsobené potíže s přijímáním stravy u gerontologických pacientů“ jsme se ptaly sester, zda krájí gerontologickému pacientovi stravu, pokud trpí ztrátou dentice (Graf 16). Dozvěděly jsme se, že 78% sester gerontologickému pacientovi se ztrátou dentice stravu krájí. Do možnosti „jiné“, vypsalo 11% sester, že objednávají rovnou mletou stravu. Mletá strava jistě ušetří čas. Krájením stravy ovšem sestra stráví nějaký čas s pacientem. Může tento čas využít tím, že bude s pacientem probírat jeho problémy, starosti a obavy.

Poslední otázkou k hypotéze číslo 3 jsme zjišťovaly, zda sestry dbají na to, aby měl gerontologický pacient nasazenu snímatelnou zubní náhradu před každým jídlem (Graf 17). Celkem 91% sester odpovědělo, že snímatelnou zubní náhradu před každým jídlem nasazuje. U zbylých odpovědí se můžeme domnívat, že sestry např. spoléhají na to, že pacient snímatelnou zubní protézu má nasazenu již od rána. Proto tuto skutečnost zvláště neřeší.

Hypotéza číslo 3: „Sestry pracující na traumatologii se zaměřují na ztrátu dentice a tím způsobené potíže s přijímáním stravy u gerontologických pacientů“ **byla potvrzena.**

Následující 3 otázky měly potvrdit hypotézu číslo 2: „Sestry vnímají demenci jako náročnou překážku v péči o gerontologické pacienty hospitalizované na traumatologii“. V otázce číslo 18 jsme se respondentů ptaly, zda je pro ně těžké pracovat s gerontologickými pacienty, kteří trpí demencí (Graf 18). Nejvíce sester odpovědělo, že je pro ně práce s gerontologickými pacienty trpícími demencí náročná fyzicky i psychicky (34,8%). Psychická náročnost se dá odůvodnit tím, že se při komunikaci s tímto pacientem nemůžeme spolehnout na krátkodobou paměť. Dále pacient nemusí být orientovaný v nemocničním prostředí. Neví, kde se nachází a v těžších stádiích demence dochází k poruchám řeči. Sestra musí často dokola opakovat informace o tom, kde se pacient nachází, proč se v nemocnici nachází a také se pacientovi snažit porozumět. U fyzické náročnosti bych vyzdvihla fakt, že se pacient

v těžších stádiích demence již není schopen se o sebe sám postarat. Sestra přebírá veškerou péči o pacienta.

Další otázka týkající se problému demence u gerontologických pacientů se týká komunikace s těmito pacienty. Ptaly jsme se sester, zda dokáží s gerontologickým pacientem trpícím demencí vhodně komunikovat (Graf 19). Nejvíce respondentů (65,2%) odpovědělo, že jím to nedělá problém. Nejméně respondentů (4,3%) odpovědělo, že této problematice nevěnují pozornost. Vhodná komunikace je v této problematice velice důležitá. Od sester a ostatního zdravotnického personálu se očekává především trpělivost. Pacient trpící demencí často nerozumí tomu, co se kolem něj děje a potřebují psychickou podporu. Na druhé straně je jistě těžké věnovat se individuálně takto nemocnému člověku, pokud je plně oddělení. Sestra by si ale měla najít alespoň chvíli čas na delší (třeba i opakované) vysvětlení určitého sdělení.

Těmito otázkami jsme zjistily, že sestry vnímají demenci jako náročnou překážku v péči o gerontologické pacienty hospitalizované na traumatologii. **Hypotéza číslo 2:** „Sestry vnímají demenci jako náročnou překážku v péči o gerontologické pacienty hospitalizované na traumatologii“ **se potvrdila** především díky otázce číslo 18 (Graf 18), kde jsme se ptaly, zda je péče o gerontologické pacienty s demencí pro sestry náročná.

V následujících dvou otázkách jsme se zabývaly nedoslýchavostí u gerontologických pacientů. A snažily jsme se potvrdit hypotézu číslo 1: „Sestry vnímají nedoslýchavost jako náročnou překážku při péči o gerontologické pacienty hospitalizované na traumatologii“. Otázkou číslo 20 jsme se pokusily zjistit, zda je pro sestry na traumatologickém oddělení psychicky těžké pracovat s gerontologickými pacienty, kteří trpí nedoslýchavostí (Graf 20). Celkem 91,3% respondentů odpovědělo, že jim péče o nedoslýchavé pacienty přijde psychicky náročná. Zbýlých 8,7% respondentů si to nemyslí. Pro psychickou náročnost v komunikaci s gerontologickými pacienty trpícími nedoslýchavostí může být celá řada důvodů. Doporučení pro komunikaci s nedoslýchavými klienty je řada a je obtížné při běžném provozu všechny začlenit a i tak vždy není zajištěn úspěch. Proto sestra stále hledá způsoby, jak klientovi poskytovat maximální péči, za cenu vysoké psychické náročnosti. Klevetová uvádí

například tyto : „Vyslovujte zřetelně a pomalu. Zeptejte se, ze které strany lépe slyší. Používejte krátké jednoduché věty. Zajistěte dostatek světla, aby postižený viděl na ústa mluvícího, mluvte tváří v tvář.“ (32, s.112). V otázce číslo 21 jsme se zabývaly problematikou způsobu sdělování informací nedoslýchavému gerontologickému pacientovi (Graf 21). Většina respondentů (82,6%) odpovědělo, že informace sděluje hlasitou řečí a opakováním informací. Tato kombinace je z nabízených možností jistě ta nejlepší. Protože samotná hlasitá řeč nebo pouze psaný text ve většině případů v komunikaci s nedoslýchavým gerontologickým pacientem nestačí. **Hypotéza číslo 1:** Sestry vnímají nedoslýchavost jako náročnou překážku při péči o gerontologické pacienty hospitalizované na traumatologii **byla potvrzena.**

Závěrečná otázka v dotazníku se týkala toho, zda sestry mají v zaměstnání nějaké přednášky, které by se týkaly specifik ošetrovatelské péče u gerontologických pacientů (Graf 20). Celkem 93,5% respondentů na tuto otázku odpovědělo, že přednášky na toto téma v zaměstnání nemají. Dle mého názoru jsou přednášky o gerontologických pacientech důležité, protože na většině oddělení tito pacienti hospitalizovaní jsou a neměla by se tato problematika podceňovat.

6. Závěr

Stáří obecně je dnes velmi diskutovaným tématem. Málokdo se ovšem zamyslí nad tím, s jakými problémy se musí potýkat zdravotnický personál, pokud chce co nejlépe o gerontologického pacienta pečovat.

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována pomocí kvantitativní výzkumné metody, technikou sběru dat byl dotazník. Respondenti byly sestry na traumatologických nebo ortopedicko – traumatologických odděleních.

V rámci výzkumného šetření byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké problémy překonávají sestry při péči o gerontologické pacienty na traumatologii. Pomocí druhého cíle bylo zjišťováno, na jaké problémy se sestry zvláště zaměřují u gerontologických pacientů na traumatologii. Cíle byly výzkumným šetřením splněny.

V souvislosti se stanovenými cíli práce byly určeny čtyři hypotézy. První hypotéza, která zněla „Sestry vnímají nedoslýchavost jako náročnou překážku při péči o gerontologické pacienty hospitalizované na traumatologii“ byla potvrzena, protože 91,3% respondentům připadá péče o nedoslýchavé gerontologické pacienty psychicky náročná. Druhá hypotéza ve znění „Sestry vnímají demenci jako náročnou překážku v péči o gerontologické pacienty hospitalizované na traumatologii“ byla také potvrzena, protože 34,8% sester odpovědělo, že je pro ně péče o dementní gerontologické pacienty náročná fyzicky i psychicky. Třetí hypotéza „Sestry pracující na traumatologii se zaměřují na ztrátu dentice a tím způsobené potíže s přijímáním stravy u gerontologických pacientů“ byla výzkumem opět potvrzena, protože 78% sester krájí pacientům se ztrátou dentice stravu. Čtvrtá hypotéza „Sestry pracující na traumatologii se zaměřují na problémy s vyprazdňováním u gerontologických pacientů“ se také potvrdila, jelikož 83% sester ví, jak se zachovat, pokud je u gerontologického pacienta stanoveno riziko zácpy

Závěrem by se dalo říci, že sestry na traumatologii vnímají problematiku péče o gerontologické pacienty jako aktuální. Práce s gerontologickými pacienty je jistě velmi náročná, ale sestry by neměly zapomínat, že jednou se třeba ocitnou ve stejné pozici

jako pacient a měly by si představit, jaké chování by jim bylo příjemné a jaké už ne a podle toho se také k pacientům chovat.

7. Seznam použitých zdrojů

1. FERENČÍK, M. a kol. *Imunitní systém, informace pro každého*. 1.vyd., Grada Publishing, a.s., Praha, 2005. 236s. ISBN 80-247-1196-6
2. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*, 3.přepracované a doplněné vydání, Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8
3. KRAMÁŘOVÁ, N., TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie*. 2.vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně-sociální fakulta, 2005, 55s. ISBN 80-7040-829-4
4. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1.vyd., Grada Publishing, 2011, 328s. ISBN 978-80-247-3148-3
5. KRAJČÍK, Š. *Princípny diagnostiky a terapie v geriatricii*. Bratislava: Charis, 2008, 192s. ISBN 978-80-88743-72-9
6. KALVACH, Z. a kol., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Grada Publishing a.s., 2008, 336s. ISBN 978-80-247-2490-4
7. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*, 1.vyd., Ostrava, 2006, 110s. ISBN 80-7368-110-2
8. NÉMETH, F., *Geriatric a geriatrické ošetrovatelstvo*, Osveta, Martin 2009, 194s. ISBN 978-80-8063-314-1
9. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno : 1.vyd., 2006, 67s. ISBN 80-7013-436-4
10. KOCIOVÁ, K., PEREGRINOVÁ, Z. *Fyzioterapia v geriatricii*, vydavatelstvo Osveta, 2003, 64s. ISBN 80-8063-132-8
11. PEJZNOCHOVÁ, I., *Lokální ošetrování ran a defektů na kůži*. 1.vyd., Grada Publishing, a.s., 2010, 80s. ISBN 978-80-247-2682-3
12. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 1.vyd., 2005, 270s. ISBN 80-7262-365-6
13. SCHULER, M., OSTER, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1.české vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010, 157s. ISBN 978-80-247-3013-4

14. MIKŠOVÁ, Z., a kol., *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1.*, 1.vyd., Grada Publishing, a.s. 2006, 248s. ISBN 80-247-1442-6
15. STAŇKOVÁ, M., a kol., *Základy ošetrování nemocných.*, 1. vyd., Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 2006, 145s. ISBN 80-246-0845-6
16. WEBER, P., a kol., *Minimum z klinické gerontologie, pro lékaře a sestru v ambulanci.*, 1.vyd., Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 151s. ISBN 80-7013-314-7
17. VYHNÁLEK, R. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*, 1.vyd., Grada Publishing, a.s., 2007, 172s. ISBN 978-80-247-1715-9
18. MIKULA, J., MULLEROVÁ, N. *Prevence dekubitů*, 1.vyd., Grada Publishing, a.s., 2008, 104s. ISBN 978-80-247-2043-2
19. KALVACH, Z., a kol., *Geriatric a gerontologie*, 1.vyd. Grada Publishing a.s., 2004, 864s. ISBN 80-247-0548-6
20. ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*, 2., rozšířené vydání, Grada Publishing, a.s., 2008, 552s. ISBN 978-80-247-2844-5
21. MALÁ, E. a kol., *Výživa ve stáří.*, [online] Vydáno 13.3.2011 [Citováno 12.4.2012]. Dostupné z <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/03/04.pdf>
22. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., *Základy ošetrovatelství*, 1.vyd. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum, 2006. 230s. ISBN 80-246-1091-4.
23. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1.vyd. Praha : Grada, 2007, 157s. ISBN 978-80-247-2170-5
24. PIDRMAN, V. *Změny jednání seniorů*. 1.vyd., Galén, 2005, 189s. ISBN 80-7262-363-X
25. PIDRMAN, V. *Dementia*. 1.vyd., Grada Publishing, a.s., 2007, 184s. ISBN 978-80-247-1490-5
26. MARKOVÁ, E. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Grada Publishing, a.s., 2006, 352s. ISBN 80-247-1151-6
27. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada Publishing, a.s., 2006, 144s. ISBN 80-247-1262-8

28. POKORNÁ, A., *Komunikace se seniory*. Grada Publishing a.s., 2010, 158s. ISBN 978-80-247-3271-8
29. MARGARET O'CONNOR, SANCHIA ARANDA (přeložila Mgr. Jana Heřmanová), *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, 1.vyd., Praha, Grada Publishing, a.s., 2005, 324s. ISBN 80-247-1295-4
30. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Grada Publishing a.s., 2008, 202s. ISBN 978-80-247-2169-9
31. KUBEŠOVÁ, H., et al., *Akutní stavy v geriatrici*, Galen, 2009. 233s. ISBN 978-80-7262-650-5
32. HRABOVSKÝ, J. a kol., *Chirurgie 1. a 2.díl*, 1.vyd, Praha, EUROLEX BOHEMIA,s.r.o., 2002, 157s. ISBN 80-86432-39-4
33. ŠVÁB, J. a kol., *Chirurgie vyššího věku*, 1.vyd., Praha, Grada Publishing, a.s. 2008, 208s. ISBN 978-80-247-2604-5

8. Klíčová slova

Gerontologie

Nedoslýchavost

Demence

Ztráta dentice

Vyprazdňování

Traumatologie

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník pro sestry na odděleních traumatologie

Příloha 1 : Dotazník pro sestry na odděleních traumatologie

Dobrý den, jmenuji se Lenka Lukešová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Tento dotazník bude součástí mé bakalářské práce na téma Specifika ošetrovatelské péče u gerontologických pacientů na traumatologii. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro účely této bakalářské práce. Odpověď Vámi vybranou prosím označte křížkem.

1. Jaký je Váš věk?

- ☐ a) 18 – 25
- ☐ b) 26 – 35
- ☐ c) 36 – 46
- ☐ d) 46 a více let

2. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- ☐ a) středoškolské – zdravotnický asistent
- ☐ b) středoškolské – všeobecná sestra
- ☐ c) vyšší odborné vzdělání ukončené absolutoriem
- ☐ d) vysokoškolské vzdělání – bakalářské
- ☐ e) vysokoškolské vzdělání – magisterské

3. Jaká věková kategorie gerontologických pacientů se nejčastěji vyskytuje na Vašem oddělení?

- ☐ a) 60 – 70 let
- ☐ b) 71 – 80 let
- ☐ c) 81 a více let

4. S jakou závislostí na péči zdravotnického personálu se nejčastěji gerontologičtí pacienti na Vašem oddělení vyskytují?

- ☐ a) vysokou závislostí na péči zdravotnického personálu
- ☐ b) závislostí středního stupně na péči zdravotnického personálu
- ☐ c) lehkou závislostí na péči zdravotnického personálu
- ☐ d) nezávislý na péči zdravotnického personálu

5. Jak často se vyskytují gerontologičtí pacienti na Vašem oddělení?

- ☐ a) cca více než 1 pacient do týdne
- ☐ b) cca 1 pacient do týdne
- ☐ c) cca 2 pacienti měsíčně
- ☐ d) cca 1 pacient měsíčně

6. Jste ochotná zopakovat gerontologickému pacientovi sdělené informace pokud jim nerozumí?

- ☐ a) ano vždy
- ☐ b) ano občas
- ☐ c) spíše ne
- ☐ d) ne

7. Ověřujete si, zda pacient rozuměl Vašemu sdělení?

- ☐ a) ano vždy
- ☐ b) ano občas
- ☐ c) spíše ne
- ☐ d) ne

8. S jakým zraněním jsou gerontologičtí pacienti nejčastěji hospitalizováni na Vašem oddělení?

- ☐ a) zlomenina krčku kosti stehenní
- ☐ b) zlomeniny žeber
- ☐ c) zlomenina kosti pažní

9. Vnímáte péči o gerontologické pacienty jako fyzicky náročnou?

- ☐ a) ano
- ☐ b) ne

10. Vnímáte péči o gerontologické pacienty jako psychicky náročnou?

- ☐ a) ano
- ☐ b) ne

11. Jakým pomůckám dáváte přednost u gerontologického pacienta trpícím inkontinencí moči?

- ☐ a) permanentní močový katétr
- ☐ b) plenkové kalhotky
- ☐ c) jednorázové podložky
- ☐ d) jiné.....
.....

12. Gerontologičtí pacienti na Vašem oddělení trpí spíše :

- ☐ a) zácpou
- ☐ b) průjmem

13. Jak postupujete, pokud je u pacienta na Vašem oddělení stanovena ošetřovatelská diagnóza riziko zácpy?

Prosím napište :

14. Pokud má pacient snímatelnou zubní náhradu používáte při péči o ní nejčastěji:

- ☐ a) pouze zubní kartáček
- ☐ b) zubní kartáček a pastu
- ☐ c) zubním kartáčkem s vodou
- ☐ d) čistící tablety na zubní náhrady
- ☐ e) jiné.....

15. Čistíte imobilnímu gerontologickému pacientovi zubní náhradu po každém jídle?

☐ a) ano

☐ b) ne

16. Krájíte gerontologickému pacientovi stravu, pokud trpí ztrátou dentice?

☐ a) ano

☐ b) ne

☐ c) jiné

17. Má – li gerontologický pacient snímatelnou zubní náhradu, dbáte na to, aby jí měl nasazenu před každým jídlem?

☐ a) ano

☐ b) ne

☐ c) jiné

18. Je pro Vás těžké pracovat s gerontologickými pacienty trpícími demencí?

☐ a) ano – více fyzicky

☐ b) ano – více psychicky

☐ c) ano – fyzicky i psychicky

☐ d) ne

19. Dělá Vám problém komunikovat s pacientem trpícím demencí?

- ☐ a) nedělá mi to problém
- ☐ b) neumím s ním vhodně komunikovat
- ☐ c) této oblasti nevěnuji pozornost

20. Je pro Vás psychicky těžké pracovat s gerontologickými pacienty, kteří trpí nedoslýchavostí?

- ☐ a) ano
- ☐ b) ne

21. Jakým způsobem sdělujete informace gerontologickému pacientovi, který trpí nedoslýchavostí?

- ☐ a) hlasitou řečí
- ☐ b) hlasitou řečí a opakováním informací
- ☐ c) psaným textem
- ☐ d) jiné

22. Míváte v zaměstnání přednášky týkající se specifík ošetrovatelské péče u gerontologických pacientů?

- ☐ a) ano
- ☐ b) ne

Děkuji za vyplnění dotazníku.

