

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2014**

**Michaela Vaňásková**



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

**Michaela Vaňásková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

## **SPECIFIKA PÉČE U HOSPITALIZOVANÉHO SENIORA**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité  
prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25. 3. 2014

.....  
vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Fremrové za odborné vedení práce. Děkuji Mgr. Janě Barboře Boučkové za umožnění dotazníkového šetření v nemocnici v Domažlicích a za její neobvyklou ochotu a vstřícnost. Také děkuji svému manželovi za trpělivost a pomoc, kterou mi poskytoval v průběhu celého mého studia na vysoké škole.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Vaňásková Michaela

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Specifika péče u hospitalizovaného seniora

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran – číslované: 85

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 34

Počet příloh: 11

Počet titulů použité literatury: 32

Klíčová slova: hospitalizovaný senior – péče o seniory – specifika geriatrického věku – komunikace se seniory

Souhrn: Počet seniorů v naší populaci se stále zvyšuje. To má také vliv na množství hospitalizovaných seniorů. Pokud chceme těmto pacientům poskytovat nejlepší možnou péči, měli bychom znát biopsychosociální zvláštnosti seniorského věku a přizpůsobit jim svoji péči. Sestra na oddělení by také měla znát specifika nemocí ve stáří a geriatrické syndromy. Neméně důležitá je správně vedená komunikace. V praktické části jsem chtěla zjistit zda sestry znají vybrané oblasti péče u hospitalizovaných seniorů, jako je výživa a hydratace. Součástí výzkumného šetření bylo zjistit zda sestry dodržují zásady správné komunikace. Také jsem chtěla zjistit názor seniorů na péči, kterou jim v těchto vybraných oblastech poskytují sestry.

## **Annotation**

Surname and name: Vaňásková Michaela

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Specifics of care for hospitalized elderly person

Consultant: Mgr. Vladimíra Fremrová

Number of pages – numbered: 85

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 34

Number of appendices: 11

Number of literature items used: 32

Keywords: hospitalized senior – care of the elderly – specifics of geriatric age – communication with the elderly

Summary: Number of seniors in our population is increasing. It also has an impact on the quantity of hospitalized seniors. If we want these patients to provide the best possible care, we should to know traits of senior age and to tailor care. The nurse in the department should also know the specifics of illness in the elderly and geriatric syndromes. Equally important is correctly applied communication. In the practical part, I wanted to find out whether nurses know the selected field of care for hospitalized seniors such as nutrition and hydration. Part of the research was to determine whether nurses respect the principles of good communication. I also wanted to see the view of older people in care to them in these selected areas provide nurses.

# OBSAH

<b>OBSAH</b> .....	<b>8</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>1 GERONTOLOGIE, STÁRNUTÍ, STÁŘÍ</b> .....	<b>12</b>
<b>1.1 Gerontologie</b> .....	<b>12</b>
<b>1.2 Stárnutí – vymezení pojmu</b> .....	<b>12</b>
<b>1.3 Stáří</b> .....	<b>12</b>
1.3.1 Kalendářní stáří.....	13
1.3.2 Sociální stáří .....	13
1.3.3 Biologické stáří.....	13
<b>1.4 Změny ve stáří</b> .....	<b>14</b>
1.4.1 Změny orgánových systémů .....	14
1.4.2 Změny činnosti smyslů.....	16
1.4.3 Změny v oblasti vzhledu .....	17
1.4.4 Změny psychiky a kognitivních funkcí.....	17
1.4.5 Sociální změny.....	19
<b>2 GERIATRIE</b> .....	<b>20</b>
<b>2.1 Co je geriatric</b> .....	<b>20</b>
<b>2.2 Geriatrický pacient</b> .....	<b>20</b>
<b>2.3 Nemoc a nemocnost ve stáří</b> .....	<b>21</b>
2.3.1 Hospitalizace a maladaptivní syndrom .....	23
2.3.2 Geriatrické syndromy .....	25
<b>3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE</b> .....	<b>33</b>
<b>3.1 Ageismus</b> .....	<b>33</b>
<b>3.2. Ošetřovatelský proces a jeho specifika u seniorů</b> .....	<b>33</b>
3.2.1 Anamnéza.....	34
3.2.2 Fyzikální vyšetření .....	35
3.2.3 Funkční vyšetření.....	36
3.2.4 Stanovení ošetřovatelských diagnóz.....	39
3.2.5 Stanovení plánu .....	39
3.2.6 Realizace ošetřovatelského plánu .....	40
3.2.7 Vyhodnocení plánu .....	40



<b>4 KOMUNIKACE SE SENIOREM .....</b>	<b>41</b>
<b>4.1 Nejčastější chyby v komunikaci se seniory .....</b>	<b>42</b>
4.1.1 Elderspeak.....	43
<b>4.2 Aktivní naslouchání.....</b>	<b>44</b>
<b>4.3 Zásady komunikace se seniorem.....</b>	<b>45</b>
<b>4.4 Jednání s agresivním seniorem .....</b>	<b>46</b>
<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>48</b>
<b>FORMULACE PROBLÉMU .....</b>	<b>48</b>
<b>CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU .....</b>	<b>49</b>
<b>METODIKA .....</b>	<b>49</b>
<b>PŘEDPOKLADY .....</b>	<b>50</b>
<b>VZOREK RESPONDENTŮ .....</b>	<b>51</b>
<b>PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....</b>	<b>52</b>
<b>5 DISKUSE .....</b>	<b>79</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>85</b>
<b>SEZNAM ZDROJŮ.....</b>	<b>86</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>90</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>91</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>93</b>

## ÚVOD

Když se porozhlédneme kolem sebe, můžeme si všimnout, že podíl seniorů v naší populaci se zvyšuje. Dle demografických údajů, tvoří aktuálně senioři ve věku šedesát a více let v naší republice přibližně 24 procent obyvatelstva. Vlivem stále se rozvíjející zdravotní péče a poklesem porodnosti se toto číslo v průběhu následujících 15 let má zvýšit dokonce na 30 procent. (31) S narůstajícím podílem obyvatel v seniorském věku se samozřejmě zvyšuje podíl hospitalizovaných seniorů, jednak na lůžkách zaměřených na péči o geriatrického pacienta, ale také na lůžkách akutní péče, které nejsou primárně určeny pro seniory. Jelikož je stárnutí přirozený proces, který je další etapou ontogenetického vývoje, je jisté, že se mu nevyhne nikdo z nás. Z těchto důvodů bychom se měli zabývat životem seniorů a jejich nemocností. Mám pocit, že stáří je v dnešní rychlé a moderní době opomíjené téma. Je mi líto, že starým lidem někdy nevěnují pozornost ani ty osoby, k nimž staří lidé v nejtěžších chvílích obrací zrak a totiž zdravotníci. Z nichž nejbližší pacientovi je právě setra, která s ním tráví nejvíce času.

K tomu, abychom mohli zlepšit ošetrovatelskou péči o seniory, vedou tři cesty: chtít, muset a umět. Základem ošetrovatelské péče by měla být touha pomáhat druhému člověku. Humanistický přístup nám velí poskytovat maximální možnou péči všem lidem bez rozdílu. Druhá cesta souvisí s již zmíněným vzrůstajícím počtem seniorů ve společnosti. A třetí cesta – umět – je ta, které se chci věnovat v této práci. Ošetrovatelský personál by měl znát biopsychosociální zvláštnosti seniorského věku a přizpůsobit jim svoji péči. Sestra na oddělení by také měla znát specifika nemocí ve stáří a geriatrické syndromy. V této práci bych vás s nimi ráda seznámila a ukázala, jak by tyto poznatky měli ovlivňovat naši práci.

Při výběru tématu a oblastí, kterým jsem se věnovala, mě nejvíce ovlivnila osobní zkušenost. Při práci na septické chirurgii a interním oddělení jsem si povšimla mnoha zlovyků, které sestry při komunikaci se seniory mají. Nejednou mě zarazila neochota sester přizpůsobit péči individuálním potřebám a omezením starých lidí. Po prostudování materiálů, které jsem využila při psaní, jsem zjistila, že jsem sama nedělala všechno správně. Neměla jsem dostatečné znalosti z oboru geriatry a také jsem komunikovala dle zaběhnutých zvyklostí na

odděleních, kde jsem pracovala. Čas nejde vrátit zpátky. Důležité je poučit se, a proto bych byla ráda, kdyby se vzdělávání sester o problematice seniorů věnovala větší pozornost. Při psaní práce jsem narazila na nezměrné množství specifík, kterým bychom měli věnovat pozornost a myslet na ně při ošetřování seniorů. Jelikož v této práci není prostor podrobně je rozebrat a ověřit jejich praktické uplatňování, rozhodla jsem se vybrat ty, které dle mého názoru tvoří úplný základ a které mohou pomoci předejít iatrogennímu poškození pacienta ze strany sestry. V praktické části jsem se zaměřila na výživu a hydrataci, protože významnou mírou ovlivňují všechny biologické procesy v těle. Zajímala jsem se také o funkční geriatrické vyšetření, protože odhaluje deficity ze všech oblastí života pacienta – seniora. A nakonec jsem se zaměřila na komunikaci, kterou jsem nemohla opomenout, protože jak napsal španělský spisovatel Miguel de Cervantes Saavedra: „Mluvit a nemyslet je jako střílet a nemířit.“ Podobnou myšlenku vyjádřil i americký spisovatel Fulghum Robert: „Hole a kameny mohou zlomit kosti, ale slova mohou zlomit srdce.“ Sestry komunikují celý den a jejich komunikace by měla být promyšlená a přizpůsobená individuálním potřebám jednotlivců, abychom předešli zlomení jejich srdce. Ještě pokládám za důležité podotknout, že jsem se věnovala pouze péči o běžné seniory bez většího kognitivního deficitu, kterých je na standardních lůžkách největší procento, a také proto, že péče o pacienta s demencí je velice specifická a určitě vyžaduje prostor, který by vystačil na několik bakalářských prací.

# 1 GERONTOLOGIE, STÁRNUTÍ, STÁŘÍ

## 1.1 Gerontologie

Je vědní obor, který se obecně zabývá problematikou stárnutí a stáří. Zkoumá stárnutí a život starých lidí z mnoha pohledů a obvykle se dělí na tři vědní disciplíny:

- a) Teoretická gerontologie – se zabývá teoriemi stárnutí a vytváří teoretické podklady pro praktickou aplikaci poznatků. Její součástí je experimentální gerontologie.
- b) Sociální gerontologie – zabývá se vztahy starého člověka a společnosti, a tím, jak se vzájemně ovlivňují. Zahrnuje problematiku demografie, psychologie, pedagogiky, práva a mnoha dalších oblastí.
- c) Klinická gerontologie – geriatrie – je samostatný lékařský obor a zabývá se zdravotním stavem seniorů, nemocností a chorobami ve stáří (1, str. 49; 7, str. 10)

## 1.2 Stárnutí – vymezení pojmu

Stárnutí – involuce je přirozený a biologický proces, který postihuje každý živý organizmus. Probíhá od početí, ale jeho skutečný projev je až pokles funkcí, ke kterému dochází po dosažení sexuální dospělosti. (1, str. 67) Během tohoto procesu dochází ke změnám ve struktuře a funkci organismu. Tento biologický proces postihuje prakticky všechny orgány. To vede ke zvýšené zranitelnosti, poklesu schopností a výkonnosti jedince. (2, str. 202) Stárnutí je zákonité a nezvratné. Přesto u každého jednotlivce probíhá jinak. Závisí na zdravotním stavu jednotlivce, způsobu života, okolních vlivech, osobnosti a také na sociálně ekonomických vlivech. (3, str.15)

## 1.3 Stáří

Existují různé názory a náhledy na stáří. Většinou je chápáno jako poslední etapa ontogenetického vývoje a přirozený důsledek involuce. (3, str.15) Období stáří ale nemůžeme brát jen jako poslední etapu v našem životě – jako konec života. Toto období trvá přibližně 30 – 40 let a je další vývojovou etapou života. Je stejně

důležité jako mládí nebo dospělost a je zapotřebí snažit se o psychosociální rozvoj osobnosti a uchování pohybových dovedností. (4, str.11) Z důvodu mnohočetnosti a individuálnosti příčin a projevů stáří je značně obtížné definovat věkovou hranici stáří a jeho členění. Obvykle stáří dělíme na kalendářní, sociální a biologické (3, str. 15 .)

### **1.3.1 Kalendářní stáří**

Kalendářní věk je dán datem narození, nic však neříká o skutečném funkčním stavu organismu. Tomu odpovídá spíše biologický a psychický věk, který nemusí být totožný s kalendářním. (5, str.26) Obvykle seniory dělíme do třech kategorií:

- a) 65 – 74 let = mladí senioři, raná staroba nebo presenium – problematika penzionování, seberealizace, volného času
- b) 75 – 84 let = staří senioři, vlastní staroba, senium – problematika adaptace, tolerance zátěže, stonání, osamělosti
- c) 85 a více let = velmi staří senioři, dlouhověkost – problematika soběstačnosti a zabezpečení (3, str. 15; 1, str. 47)

### **1.3.2 Sociální stáří**

Stanovují ho společenská měřítká, dle kterých by se měl člověk v určitém věku chovat. Dochází ke změnám sociálních rolí, životního stylu i ekonomické situace. Dle ekonomického postavení lze stáří rozdělit na postproduktivní věk a období závislosti. (3, str.15) Za počátek sociálního stáří je často považován odchod do důchodu.

### **1.3.3 Biologické stáří**

Biologický věk odpovídá míře involučních změn, funkčnímu stavu a výkonnosti daného jedince. Vymezit biologické stáří se zatím přesně nedaří, protože nedochází ke shodě v tom, které ukazatele by měly biologické stáří vyjadřovat. (1, str. 48)

Na lékařské fakultě Harvardské univerzity proběhlo rozsáhlé zkoumání biologických ukazatelů u respondentů ve věku od deseti do šedesáti let. Mezi ukazatele zařadili například krevní tlak, vitální kapacitu plic, reakce na vizuální a akustické podněty, hladinu cholesterolu a jiné. Výsledkem bylo, že nejlepšími ukazateli stárnutí jsou změny pružnosti pokožky a reakce na akustické podněty,

protože po čtyřicátém roku života docházelo v těchto dvou oblastech k výrazným změnám. Ostatní biologické ukazatele také signalizovaly stárnutí organismu, ale změny probíhaly postupně a rovnoměrně. ( 6, str. 138)

## **1.4 Změny ve stáří**

Ve stáří dochází k celé řadě změn, které zasahují do všech stránek života – fyzické, psychické i sociální oblasti.

Starší organismus má jinou fyziologii než mladý. Některé změny můžeme označit za fyziologické. Po fyzické stránce se mění vzhled, ale také funkce jednotlivých systémů v těle. Nesmíme opomenout, že i tyto fyziologické změny mohou ovlivňovat psychický stav seniora a jeho prožívání.

### **1.4.1 Změny orgánových systémů**

#### *Kardiovaskulární systém*

Nejvýraznějším problémem je snížení elasticity cév a změny v převodním systému srdečním.

Snížená elasticita vede k tzv. pružnickové hypertenzi – zvýšení systolického tlaku. Tepny se prodlužují a zvětšují, ale přitom jsou méně elastické a tím je zvýšen tlak proti kterému se vyprazdňuje levá komora. Při zvýšené zátěži dochází k levostrannému selhání, protože levá komora srdeční má menší výkonnost. Zmnožení vazivového intersticia v oblasti myokardu má za následek horší poddajnost, a tím je plnění komor více závislé na systole síní. Snížená hustota receptorů v myokardu, které reagují na ketocholaminy, vede k pomalejší odpovědi srdce. (1, str. 571; 4, str.20)

Pod změny v převodním systému srdečním se podepisuje především úbytek pacemakerových buněk. Sinoatriální uzel 75letého člověka může mít už jen 10% těchto buněk ve srovnání s mladým. (1, str. 571)

#### *Dýchací systém*

V průběhu stárnutí dochází ke snížení výkonnosti řasinkového epitelu v plicních cestách, což vede k vyššímu výskytu jejich infekcí. (4, str. 20) Alveoly ubývají a jsou mělké. V důsledku degenerace elastických vláken parenchymu, který působí na vnější povrch dýchacích cest, dochází k oslabení tahu a k předčasnému uzávěru v bazální části plic. Mění se tvar a rigidita hrudníku, což vede ke změně hrudního dýchání na břišní. (3, str. 19) Snížená elasticita hrudníku, jeho inspirační

postavení a oslabené dýchací svaly vedou k těžšímu vykašlávání a zhoršují možnosti kompenzační hyperventilace. (1, str. 701)

#### *Trávicí systém*

Snížení motility trávicí trubice ve stáří může, ale nemusí ovlivňovat život seniora. Přesto se zmíním o některých potížích, ke kterým může vést. V oblasti jícnu může snížená motilita způsobovat ztížené polykání, protože klesá jeho propulzní činnost a je snížená relaxace dolního svěrače. V žaludku se potrava zdržuje déle. Spolu se sníženou tvorbou trávicích šťáv vede k dyspeptickým potížím. Snížená motilita tenkého a tlustého střeva může přispívat ke vzniku zácpy a s tím související bolesti. (1, str. 711)

#### *Vylučovací systém*

Přibližně od 50. roku života klesá průtok ledvinami o 10% za každých deset let. Sklerotizují glomeruly. Je snížena tvorba antidiuretického hormonu. To vše vede k horšímu udržení homeostázy vody a sodíku. U seniora spíše dojde k dehydrataci a také k renální insuficienci.(3, str.20)

Elasticita uretry je snížena a svalové svěrače kolem ní slábnou. Vzniká inkontinence, která postihuje přibližně 15-30 % osob starších 60 let.

#### *Pohlavní orgány*

U mužů je častá erektilní dysfunkce a zbytnění prostaty. Oba tyto problémy výrazně ovlivňují psychické prožívání jednotlivce.

U žen vlivem nedostatku estrogenu dochází k výrazným involučním změnám na pohlavních orgánech a prsech. Vulva a pochva jsou sušší, snadno zranitelné a náchylné k infekcím. Oslabuje podpůrný aparát vnitřního genitálu, což často způsobuje sestup rodidel a poruchy ve vyprazdňování moči. Ubývá tuková a žlázková tkáň prsou. (1, str. 762)

#### *Nervový systém*

Kvalita nervových spojení trpí ubýváním neuronů, změnami na synapsích, sníženou syntézou neurotransmiterů a enzymů, které zodpovídají za jejich degradaci. Míšní demyelinizace vede ke změnám reflexní schopnosti. Tyto změny postihují také vegetativní nervstvo. To vede k srdečním arytmiím a snížení svalového tonu.

V nervových buňkách se ve stáří ukládá lipofusín (pigment vzniklý z tuku). Senilní plaky na neuronech mohou způsobit demenci. Na funkci nervového systému mají

vliv změny kardiovaskulárního systému. Z nich nejvýraznější vliv má ateroskleróza karotid. (3, str.20; 4, str. 21)

#### *Pohybový aparát*

Ubývá kostní hmota. Kosti řidnou a jsou křehčí, proto je větší riziko fraktur. Vazivo ztrácí svoji pružnost a chrupavky tuhnou. To vede k omezování mobility kloubů. Ubývá také svalová hmota i síla. V souvislosti s nervovými degenerativními změnami se zpomaluje rychlost kontrakce svalů a zhoršuje se svalová práce. (4, str.21)

#### *Kožní systém*

Senioři mají kůži tenčí a méně pružnou. Charakteristické jsou vrásky, šedivění vlasů a alopecie. Jsou změny v pigmentaci. Dochází ke vzniku stařeckých skvrn, kdy se kožní barvivo ukládá na ohraničených místech na kůži. (4, str.21)

### **1.4.2 Změny činnosti smyslů**

Zrak – dochází ke změnám zrakové ostrosti, protože čočka ztrácí věkem pružnost. Rozdíl je taky v barvocitu. Ve věku osmdesát let dochází ke správnému rozlišení tmavě červené a tmavě modré barvy jen v 50% případů. (6, str.140; 1, str.101)

Chuť – ke snížení percepce dochází nejvíce po 70. roce věku. Mění se hlavně vnímání sladké a slané chutě. Senioři často vnímání aktuální chutě spojují s prožitkem konkrétního jídla v minulosti, což vede k hodnocení jídla jako dobrého, nebo ne. Vnímání chutě i vůní se nejvíce oslabuje u kuřáků. (6. str.140; 1, str. 101)

Hmat – koncentrace Meisnerových hmatových tělísek na konečcích prstů je po 70. roce jen 10% z koncentrace v desátém roce života. (1, str.101)

Sluch – během stárnutí dochází k úbytku sluchové ostrosti. Ubývá hlavně citlivost k vyšším frekvencím. Po 75. roku života se často vyskytuje nedoslýchavost. (6, str. 140)

Čich – po 60. roce dochází k atrofii čichových vláken v rozsahu 70%. (1, str.101) Zdá se, že snížení čichové citlivosti si lidé uvědomují nejméně ze všech smyslů. Jako u všech smyslů i zde také platí, že pravidelné cvičení smyslů má vliv na dobrou funkci ve stáří. ( 6, str.140)

Je důležité mít na paměti všechna tato omezení. Uvedené změny vedou k zvýšené soustředěnosti seniora na svůj somatický stav. Oslabení smyslových



orgánů, obzvláště zraku, může být příčinou mnoha úrazů, ke kterým dochází v neznámém prostředí, do kterého se senior dostává při přijetí do nemocnice. Tato oslabení mohou vést k nespokojenosti a negativnímu hodnocení toho, co v nemocnici dostává. Poruchy sluchu vedou, v závislosti na míře postižení, ke zhoršení komunikace, sociální izolaci, pocitům osamělosti a depresi.

Senior se často obává neznámých situací, protože si nevěří. Radši předstírá nezájem nebo neochotu spolupracovat, než aby přiznal svůj strach ze selhání.

Když si budeme uvědomovat, jak oslabené smysly ovlivňují a omezují seniora, bude to vést k lepšímu pochopení jeho, pro nás někdy nevysvětlitelného chování.

Můžeme tak lépe přizpůsobit naše chování potřebám starých lidí. (4, str. 22)

#### **1.4.3 Změny v oblasti vzhledu**

V oblasti vzhledu dochází k následným změnám:

- a) snížení tělesné výšky, což je způsobeno snižováním meziobratlových disků, obratlů, výraznější kyfózou a jinými změnami v oblasti páteře
- b) změny tělesné hmotnosti – BMI obvykle stoupá až do sedmdesátého až osmdesátého roku života a pak klesá. Dochází ke změnám v poměru svalstvo, tuk a vazivo. Ubývá celková tělesná voda.
- c) změny tvaru postavy – dochází ke změnám tvaru hrudníku, poměru ramen boků a pasu
- d) změny výrazu obličeje – zvýraznění kožních vrásek, šedivění a úbytek vlasů, vypadávání zubů, zvětšení ušních lalůček, následkem vlivů hormonů dochází ke zvýšenému ochlupení u žen a dalším změnám
- e) změny v chůzi a celkovém postoji – zkrácení kroku, celková svalová ztuhlost, hyperkyfóza ...(1, str. 100-101)

#### **1.4.4 Změny psychiky a kognitivních funkcí**

Zhoršení paměti – především schopnost zapamatovat si nové věci a nedávné události. Zážitky z minulosti si senioři pamatují mnohem lépe, i když mohou být vzpomínky zkresleny. Staří lidé vnímají minulost spíše pozitivně. Také mohou utíkat do vzpomínek a velmi jim záleží na výsadách, nebo postavení, které v minulosti měli. Je dobré na tuto skutečnost při komunikaci s nimi myslet. Oceněním toho, co v minulosti dosáhli, si je můžeme získat na svoji stranu a budou s námi lépe spolupracovat.

Starý člověk si nejlépe zapamatuje informaci, kterou sám zopakuje, nebo ji alespoň slyší. Proto je nevhodné dávat seniorovi v nemocnici informace na papíru a nechat mu čas aby si je sám přečetl. ( 2, str. 204; 6, str. 142)

Těžší osvojování nového a zhoršená adaptace na nové prostředí – staří lidé hůře přijímají nové podněty, hůř se přizpůsobují novému prostředí a mění svůj způsob života a zvyky. Mají větší problémy spojovat dříve naučené věci a ty nové. I ve vyšším věku se lidé mohou hodně nového naučit, ale dá jim to mnohem víc práce a zabere jim to více času než mladým. (6, str. 142)

Pokles inteligence – je velice individuální a závisí na mnoha faktorech – na vzdělání a současném vzdělávání, sociálních podmínkách, zdravotním stavu i genetických faktorech. (9, str 115) Fluidní inteligence klesá již po 30. roce života. Krystalická inteligence naopak stoupá až do stáří. Sociální inteligence je často plně zachována až do stáří. (2, str. 204)

Snížená tvořivost – vrchol tvořivosti lidé obecně dosahují kolem 25. – 40. roku života. Stáří však pravděpodobně nehraje v oblasti tvořivosti tu nejdůležitější roli. Jde spíše o motivaci, entuziasmus a vytrvalost. Potvrzují to výkony mnoha slavných z minulosti. Na příklad Michelangelo, Goethe, Sofokles nebo Komenský, kteří některá svá vrcholná díla vytvořili v pokročilém věku (2, str. 206)

Emoční změny – pokles intenzity emocí, dochází k citové oploštělosti a senior ztrácí schopnost prožívat citové zážitky. Staří lidé reagují klidněji, často s nezájmem až apatií. Soustřeďují se spíše na sebe, než na okolní dění a problémy jiných. Často se objevuje plačtivost, úzkost až deprese, zhoršené sebeovládání nebo agitovanost. (10, str. 148)

Citové vztahy ve stáří – ve stáří se opět zvyšuje význam rodiny. Dobře fungující rodina a pevná rodinná pouta přináší výhody pro staré lidi i mladší generace. Seniorovi přináší pocit, že je důležitý a potřebný. Brání sociální izolaci a emoční deprivaci. Pokud jsou vztahy s dětmi a vnoučaty dobré, přináší to seniorovi jistotu, že o něj bude v období, kdy nebude mít dostatek sil, postaráno. Takový senior bude své stárnutí a změny s tím spojené snášet lépe a lépe se na ně adaptuje.

Mladí se mohou od prarodičů naučit hlubším hodnotám a postojům, získat informace o rodinné historii, akceptovat stárnutí a získat k němu úctu. (2, str.209)

V citové oblasti kromě širší rodiny hraje nejdůležitější roli partner. Poskytuje pocit jistoty, pochopení a pomoc. Je to nejstabilnější člen rodiny a proto staří lidé nesou nemoc a smrt partnera velmi těžce. Často je vnímá jako pocit vlastního ohrožení a opuštěnosti se bojí víc než vlastní smrti. Po smrti partnera často senior nemá pro koho žít, ztrácí motivaci a upadá do deprese. (11, str. 104)

Změny osobnosti – někdy může docházet vlivem zkušeností nebo nemoci k výrazným změnám osobnosti. Většinou jde však o vystupňování povahových vlastností, hlavně těch negativních. Některé povahové rysy člověk ovládá, protože je k tomu v podstatě nucen prostředím, ve kterém se celý život pohybuje. V dětství jsou to rodiče, pak škola a později práce. Ve stáří si někteří senioři ale řeknou, že to už nemusí dělat a ať se teď přizpůsobují druhí jim. Právě tato skutečnost vede k onomu zmiňovanému vystupňování negativních povahových rysů. (8, str. 21; 12, str. 16)

#### **1.4.5 Sociální změny**

Ve stáří přichází také řada sociálních změn. To, jak se s nimi stárnoucí jedinec vyrovná, ovlivňují pozitivní a negativní aspekty.

Mezi pozitivní patří: dobře fungující rodina; dostatečná ekonomická příprava na stáří; vhodné vyplnění volného času; jistota uspokojení všech potřeb člověka.

Mezi negativní řadíme: odchod do důchodu; horší ekonomická situace; sociální izolace; úmrtí manželského partnera; závislost na okolí; ageizmus; změna životního stylu a bydliště; strach ze samoty, nemoci a umírání.

Je velice individuální, jak se jedinec s těmito změnami vyrovná. Každý jedinec řeší konflikt mezi tím, zda propadne zoufalství nebo dosáhne vnitřní integrity. Pro tu je důležité být k sobě upřímný, zhodnotit a akceptovat celý svůj život a najít v něm smysl. Aby jedinec dosáhl integrity, měl by se smířit s nesplněním některých svých přání, musí být ochoten odpustit si chyby, které udělal, a nejdou změnit. Jen když dojde ke smíření a akceptaci sebe samého, může senior svobodně a klidně dožít. Pokud k tomu nedojde, propadne již zmíněnému zoufalství a přichází psychické změny. (8, str.22)

## 2 GERIATRIE

### 2.1 Co je geriatrie

Geriatrie je samostatný medicínský obor. Poskytuje specializovanou péči nemocným vyššího věku. Vyznačuje se interdisciplinárním přístupem k diagnostice, léčbě i rehabilitaci chorob ve stáří. I když ji můžeme označit za interdisciplinární, nenahrazuje ostatní lékařské obory. Jde spíše o přístup ke všem nemocem s ohledem na specifika diagnostiky i terapie v geriatrickém věku. Bere v úvahu všechna rizika a omezení spojené se stářím. Více než všechny obory klade důraz na zdravotně-sociální povahu onemocnění. (8, str. 23)

Cíle geriatrie:

- a) pomocí primární i sekundární prevence pomáhat seniorovi uchovat si dobré zdraví
  - b) udržet aktivitu a soběstačnost seniora v jeho obvyklém prostředí
  - c) udržet co nejvyšší kvalitu života seniora s ohledem na jeho zdravotní stav
- (13, str.3)

### 2.2 Geriatrický pacient

Definování geriatrického pacienta není ještě přesně vymezené a ustálené.

V širším slova smyslu je to nemocný senior ve věku od 75 do 80 let. Může jím být i senior od 65. roku života, podmínkou jsou výrazné involuční změny, nebo nemoci podmíněné věkem.

V užším slova smyslu jsou to senioři, kteří mají věkem snížený potenciál zdraví. Jsou tím znevýhodnění a zranitelnější, což vede ke specifickým zdravotním problémům. (14, str. 25) Ty ovlivňují celý léčebný proces od diagnostiky až po rehabilitaci.

Dle funkční zdatnosti můžeme členit seniory do čtyř skupin:

Zdatní senioři – jedinci, kteří nepotřebují geriatrickou péči, ale měli by být edukováni a pravidelně podstupovat preventivní prohlídky.

Nezávislí senioři – obvykle nepotřebují ošetřovatelskou nebo jinou péči. Z důvodu závažného onemocnění nebo jiné zátěže však u nich přechodně dojde ke zhoršení jejich kondice.

Křehcí senioři – jedinci, kteří potřebují dispenzarizaci, protože mají riziko pádů, zhoršení kognitivních funkcí, nestabilní stavy nemocí a jiné. Obvykle kromě zdravotnických služeb využívají i sociální služby.

Zcela závislí senioři – potřebují nepřetržitou péči a pomoc. Tu může poskytovat rodina, pečovatelská služba a také nemocnice – při častých dekompenzacích. (15, str. 28)

Ráda bych se ještě vrátila k pojmu křehký senior. Stařecká křehkost se v posledních letech často vyskytuje v literatuře týkající se seniorů. Křehkost je způsobena fyziologickými poruchami funkcí orgánů, jako je úbytek svalové hmoty, oslabení kostí, snížená kloubní pohyblivost, horší kardiovaskulární výkonnost, poruchy funkce centrálního nervového systému a další. Všechny tyto poruchy vedou ke snížení celkové tělesné i duševní výkonnosti. Projeví se jako poruchy mobility a rovnováhy, sníženou silou, rychlostí a vytrvalostí. Je zhoršena schopnost udržet homeostázu. Proto mají křehcí senioři zvýšené riziko pádu, zlomenin, imobility, akutní dekompenzace, hospitalizace a dlouhodobé ústavní péče. (13, str.9)

Důležitá je včasná diagnostika křehkosti pomocí komplexního geriatrického hodnocení. Péče o křehkého seniora by měla být zaměřena na zlepšení nutričního stavu, soběstačnosti a pohyblivosti. (16, str. 23)

### **2.3 Nemoc a nemocnost ve stáří**

Geriatrická medicína a ošetrovatelská péče jsou náročnější v porovnání s péčí v jiných oborech. Může za to především atypický průběh onemocnění v geriatrickém věku. U seniorů je vyšší morbidita, výskyt chronických a degenerativních onemocnění, častější dekompenzace a také stížnosti na zdravotní potíže. (8, str. 5) Choroba a fyziologické známky stárnutí způsobují tyto nejčastější specifika onemocnění ve stáří: (7, str. 17)

- a) polymorbidita – je výskyt více onemocnění najednou. Tato onemocnění mohou vznikat bez příčinné souvislosti, nebo jedna podmiňuje druhou. Příkladem může být zlomenina krčku femuru. Pacient zůstane imobilní, což podmíní vznik flebotrombózy. Flebotrombóza je příčinou embolizace do plic. Embolizace vede k ještě delší imobilizaci. Ta může způsobit vznik dekubitů, inkontinence a dalších zdravotních problémů. (13, str. 8)

- b) podmíněnost zdravotní a sociální situace – zhoršený zdravotní stav může ovlivňovat sociální situaci a naopak. (7, str.17) Nemocný senior se může cítit izolovaný a ztrácí pocit potřeby. Nežádá se stává, že se setkává se zanedbáváním nebo dokonce týráním od osoby, která o něj má pečovat. (18, str.33)
- c) zvláštnosti klinického obrazu chorob ve stáří (7, str.17)
- d) mikrosymptomatologie – senior má minimum z obvyklých příznaků
- e) mono nebo oligosymptomatologie – projevuje se jen jeden, nebo velmi málo obvyklých příznaků
- f) vzdálené příznaky – příznaky, které se vyskytují, poukazují na poškození jiného orgánu, než je základní onemocnění. U starších lidí se obvykle onemocnění projeví poškozením mozku. Například akutní infarkt myokardu se projeví zmateností a ne typicky kardiálními příznaky (18, str.32)
- g) sklon k chronicitě – ve stáří se někdy i typicky akutní onemocnění stává chronickým
- h) sklon ke komplikacím – ty vyvolávají další a další nemoci, jak to bylo popsáno v odstavci o polymorbiditě (7, str. 18)
- i) atypické lékové reakce – větší riziko nežádoucích a neočekávaných účinků léků
- j) prudké zhoršení stavu – a s tím související vyšší riziko úmrtí
- k) vyšší riziko, že nemocný ztratí při onemocnění soběstačnost (13, str. 8-9)

Kromě výše uvedených se na problematickém stanovení přesné diagnózy můžou podílet změny osobnosti seniora. Senioři, častěji než jiní pacienti, příznaky vědomě popírají nebo naopak zvýrazňují. Problém může nastat i při odebírání anamnézy. Poruchy smyslových orgánů mohou ztížit komunikaci. Geriatrický pacient často považuje příznaky nemocí za přirozený projev stárnutí, a proto se o něm doktorovi nezmíní. Z těchto důvodů je dobré zapojit do odběru anamnézy člena rodiny, který umožní anamnézu doplnit. V neposlední řadě je důležité seniora pečlivě sledovat při všech aktivitách v nemocnici a tak vyzorovat případné potíže o kterých se nezmíní. Problematice anamnézy se budeme ještě podrobněji věnovat. (18, str. 32-33)

### 2.3.1 Hospitalizace a maladaptivní syndrom

Senioři by měli být hospitalizováni pouze tehdy, je-li to nezbytně nutné. Jak jsem již zmínila, senioři mají oslabené adaptační schopnosti. Proto většina seniorů snáší hospitalizaci nepříznivě. Mohou se u nich vyvinout komplikace a z nemocnice pak někdy odchází v horším stavu, zejména psychickém, než byli přijati. (17, str. 131)

Křehcí senioři jsou spolu s dětmi nejrizikovějšími skupinami, u kterých se rozvíjí hospitalizmus. Obecně je hospitalizmus nepříznivá reakce na hospitalizaci. (19, str. 44) Obvykle se projevuje strachem, úzkostí, smutkem, špatnou náladou, nespavostí, nekomunikativností, nechutenstvím.

U starších lidí se může rozvinout takzvaný geriatrický maladaptivní syndrom. Ten nemusí vyvolat jen hospitalizace, ale v podstatě jakýkoli velký stresor v životě seniora, který s sebou přináší změny. Rozvoj závisí na síle stresoru a osobnosti seniora. Mezi rizikové faktory patří:

- beznadějí pramenící z nedostatku podpory
- samota a komunikační deprivace
- deficit v kognitivní a senzorické oblasti
- úzkost a deprese – i v anamnéze
- porucha adaptace v minulosti

Maladaptivní syndrom se projevuje širokou škálou příznaků. Zahrnují psychickou nerovnováhu, emoční změny, vegetativní příznaky a somatizaci. Některé z nich jsou: úzkost, deprese, poruchy spánku, zhoršení chronické bolesti, palpitace, závratě a další. Zhoršují se nemoci, které ovlivňuje psychika seniora: peptický vřed, dráždivý tračník, astma, dušnost a hypertenze. Obzvláště ve vysokém věku se vyskytují delíria. (14, str. 294 - 295)

U dlouhodobé hospitalizace patří k nejčastějším příznakům maladaptace:

- nezáměr o sebe a okolí, apatie
- nezáměr o zdravotní stav, nebo naopak hypochondrie
- regrese s infantilními projevy
- horší hodnocení sebe sama
- horší komunikace
- soustředění na základní potřeby a jejich uspokojování, např. mluví pořád o stolici, spánku, jídle...

- pohybové automatizmy a stereotypy – upravování vlasů, šátků, chození po pokoji... ( 14, str. 297)

Rozvoj hospitalizmu ovlivňuje mnoho faktorů. Kromě zhoršených adaptačních schopností má velký vliv prognóza onemocnění, sociální zázemí a rodinné vztahy a v neposlední řadě postoj pacienta k personálu. (19, str. 44) Ten můžeme do velké míry ovlivnit naším chováním. Při přijímání pacienta – seniora je velmi důležitý první dojem, který zanecháme. Profesionalitou, vlídností a důkladným obeznámením pacienta s personálem a oddělením si pacienta i jeho rodinu můžeme hned na začátku získat. Zde je několik zásad, které pomohou předejít rozvoji hospitalizmu a zlepšit adaptaci na hospitalizaci:

- a) získat si rodinu pacienta pro spolupráci – ujistit je, že o pacienta bude dobře postaráno; umožnit jim co nejčastější kontakt; ukázat jim, co oni sami pro něj mohou udělat – nácvik sebeobslužných činností, polohování a jiné
- b) dbát na dostatečný příjem tekutin – nabízet často a v menších dávkách, sledovat diurézu
- c) předcházet malnutrici – zjistit návyky z domova, pokud není dietní omezení, umožnit rodině přinést stravu z domova, umožnit klientovi možnost výběru z jídel
- d) předcházet imobilizaci – nácvikem soběstačnosti, častou komunikací a stimulací seniora, aktivním i pasivním cvičením, dechovým cvičením ...
- e) dbát o bezpečnost seniora – přiměřené kompenzační pomůcky, signalizace na dosah ruky, bezpečná obuv, naučit správně vstávat z postele (20, str.30)
- f) udržovat tělesnou aktivitu pacienta – pohybem mimo lůžko, pokud to stav dovoluje
- g) udržovat duševní aktivitu pacienta – četba, poslouchání rádia, sledování televize, častá komunikace
- h) dostatečně, trpělivě a pravidelně informovat a edukovat pacienta ( 19, str. 45)
- i) chránit důstojnost a soukromí pacienta

I přes veškerou snahu personálu se maladaptační syndrom může rozvinout a proto je dobré ho znát. Pokud bychom neznali problematiku maladaptačního syndromu, mohlo by to vést k napětí ve vztahu sestra-pacient, nebo ke zbytečnému vyšetřování problémů, které by klienta zatěžovalo. Nebezpečné je



vyhodnocení problémů jako demence, přičemž kognitivní deficit je ve skutečnosti snížen jen málo. (14, str. 297)

### **2.3.2 Geriatrické syndromy**

Toto pojmenování pochází z anglického výrazu „giant of geriatrics“, což v překladu znamená geriatričtí obři. Jde o syndromy, které se vyskytují zejména ve vysokém věku a výrazně zhoršují kvalitu života. V době hospitalizace se rychle rozvíjí a prohlubují. ( 7, str. 36) Chápání geriatrických syndromů se liší od chápání pojmu syndrom v běžné medicíně. V běžné medicíně chápeme syndrom jako soubor příznaků, které obvykle způsobuje jedna nemoc. Geriatrický syndrom je množina častých a specificky geriatrických symptomů, které mají často různé a kombinované příčiny. Přesné vymezení geriatrických syndromů je složité. Různí autoři nahlíží na vymezení syndromů z různých pohledů. V minulosti je nazývali „pět i“: instabilita, imobility, intelektové poruchy, inkontinence, iatrogenní poškození. (14, str.141) Geriatrické syndromy jsou zároveň nejčastějšími a největšími ošetrovatelskými problémy, se kterými se sestry při péči o seniory setkávají. Proto jsem do popisu většiny z nich zahrнула také základní ošetrovatelské intervence.

Hermanová syndromy dělí následovně: (8, str. 216)

#### *Syndrom instability*

Jeden z nejzávažnějších problémů geriatrického ošetrovatelství. Projevuje se nestabilitou, závratěmi a následně pády a úrazy. To může podmiňovat imobilitu, dekonkreci a deprese.

Příčiny: nejčastěji poškození páteře, anemie, kardiovaskulární onemocnění, poruchy nervového čítí, svalová slabost, smyslové poruchy, ateroskleróza a tím zhoršené prokrvení mozku, osteoporóza, ale také nevhodné kompenzační pomůcky a obuv. (8, str. 216; 14, str.168 )

Ošetrovatelské intervence:

- zhodnotit riziko pádu – anamnéza, test základních všedních činností, test instrumentálních činností, Mini - Mental State Examination. Bližší informace viz. funkční vyšetření v kapitole č. 3.
- označit pacienta jako rizikového v oblasti pádů
- umístit pacienta co nejbližše sesterské místnosti a toalety

- odstranit překážky, které by mohly komplikovat pohyb pacienta na pokoji
- nastavit vhodnou výšku postele
- umístit signalizaci a kompenzační pomůcky na dosah ruky
- edukovat pacienta o používání kompenzačních pomůcek a signalizace
- rehabilitace a nácvik sebeobslužných činností
- ujistit pacienta, že mu rádi pomůžeme v případě vstávání a chůze a může se na nás kdykoli obrátit (27, str.20-21)

### *Syndrom dekondice a hypomobility*

Projevuje se omezením pohybu, chůze, zpomalením, změnou chodeckého stereotypu, námahovou dušností, pocením při pohybu, těžším vstáváním, omezenou pohyblivostí kloubů ...

Příčiny: dyskomfort při pohybu, deprese, nedostatek motivace, strach z pádu, poruchy zraku a sluchu, bolest, obezita, vynucené omezení pohybu z různých důvodů – chronické onemocnění, úraz, sedativa ... (8, str. 216; 14, str. 146)

Ošetřovatelské intervence:

- hodnocení bolesti, nácvik úlevových poloh, podávání léků proti bolesti
- hodnocení deprese
- ostatní jsou v podstatě identické s intervencemi u syndromu instability

### *Syndrom imobility*

Extrémně vystupňovaná hypomobilita. Reakce organismu na imobilitu. Postihuje všechny orgánové systémy v lidském těle a dochází především k následujícím změnám:

- ortostatická hypotenze, plicní hypoventilace, změny krevního oběhu
- vznik dekubitů, flekčních kontraktur, poruch defekace a mikce
- rozvoj osteoporózy, psychických poruch (8, str. 216; 14, str. 195)

Péče o imobilního pacienta je náročná a rozsáhlá. Intervence zahrnují především tyto oblasti:

- péče o dostatečnou nutriční a hydratační – pomoc při krmení, časté nabízení tekutin, sledování příjmu a výdeje tekutin, nabízení sippingu ...
- péče o vyprazdňování – dostatečné soukromí, umožnění rituálů spojených s vyprazdňováním, péče o močový katétr ...

- důsledná hygiena pacienta i lůžka
- prevence dekubitů – polohování, antidekubitární pomůcky, péče o pokožku
- aktivní i pasivní RHB
- psychická stimulace pacienta – časté návštěvy personálu na pokoji, komunikace, kontakt s rodinou, umožnit poslech rádia nebo sledování televize ...

### *Syndrom psychické alterace*

Poruchy kognitivních funkcí, chování, orientace až demence. Tyto poruchy zhoršují adaptabilitu, zvyšují riziko komplikací nemocí a výkonů.

Příčiny: organické poškození mozku, náhlé vysazení návykových léků, somatické onemocnění (8, str. 216; 14, str.236)

### *Syndrom inkontinence*

Inkontinence je nedobrovolný a nekontrolovaný únik moči nebo stolice. Představuje velký psychologický, zdravotní a hygienický problém. Zvládnutí tohoto problému, je ukazatelem kvality ošetrovatelské péče. Příčinou může být u žen oslabení pánevního dna, obezita, vrozené dispozice. U mužů se vyskytuje nejčastěji při kombinaci diabetu mellitu a operaci prostaty. Syndrom demence je hlavním rizikovým faktorem výskytu inkontinence. Pak to ještě může být vliv léků, omezujících prostředky, infekce dolních močových cest a další. (8, str. 216; 14, str. 217) Příčinou inkontinence stolice může být neurogenní porucha, oslabení svaloviny břišní stěny, pánve a bránice, psychiatrické onemocnění, uspořádání prostředí – například nedostupnost toalety, nedostatek soukromí a jiné. (13, str. 41- 42)

Ošetrovatelské intervence u močové inkontinence:

- anamnéza – odebíráme taktně, jelikož se jedná o choulostivé informace, za které se mnoho lidí stydí. Zjišťujeme přítomnost inkontinence a doplňujícími otázkami na dobu trvání, množství a doprovodné symptomy. Pak můžeme určit typ inkontinence a od toho se odvíjející ošetrovatelskou péči.
- fyzikální vyšetření – vyšetřujeme břicho a okolí genitálu
- kontrola pitného režimu
- udržovat pacienta v dobré fyzické kondici

- edukace a nácvik posilování pánevního svalstva
- dopomoc při přesunu na toaletu nebo podložnou mísu
- pravidelná výměna jednorázových absorbčních pomůcek
- péče o močový katétr (13, str. 37; 14, str. 226)

Ošetřovatelské intervence u inkontinence stolice:

- podávání stravy, která vhodně upraví střevní pasáž
- zajištění dostatečné pohybové aktivity
- kontrola a zajištění pravidelnosti defekace
- zajištění vhodných podmínek pro defekaci
- pravidelná výměna plen
- kontrola a péče o pokožku (13, str. 42)

*Syndrom smíšeného smyslového a komunikačního deficitu*

Vede k zhoršené komunikaci s okolím, která způsobí deprivaci a nakonec sociální izolaci. Jde o poruchu dvou smyslů – sluchu a zraku. Příčinou mohou být involuční změny nebo konkrétní onemocnění. (8, str. 216; 14, str. 287)

*Syndrom terminální geriatrické deteriorace*

Je zhoršování stavu křehkého seniora bez jednoznačné příčiny. Léčba příznaků nezabírá a pacient spěje ke smrti. Při tomto stavu není naděje na zlepšení stavu. Tato fáze se dá nazvat trýznivou fází geriatrické křehkosti a měla by vést k zavedení úlevové paliativní péče. (8, str. 216; 14, str. 300)

*Syndrom deliria*

Delirium je kvalitativní porucha vědomí, která se většinou rozvíjí rychle a má kolísavý průběh často vázaný na denní dobu. Klient si po něm většinou nic nepamatuje. Vyznačuje se poruchami myšlení včetně bludů, dezorientací, změnami psychomotorického tempa, sníženou úrovní vědomí. (12, str. 34 - 35)

Příčiny je somatické, ale mohou být přítomny psychosociální spouštěče. Organickou příčinou jsou například: dehydratace a metabolické změny, zhoršené

prokrvení a okysličení mozku, horečky, zánětlivá onemocnění, poranění hlavy, abstinenční stav po vynechání návykové látky, nežádoucí účinky léků ...

Psychosociálním spouštěčem je pak zejména: změna prostředí, poruchy spánku, postižení smyslů ... (14, str. 242)

#### *Syndrom anorexie a malnutrice*

Topinková ji definuje jako nedostatečnou a nepřiměřenou výživu vedoucí k poklesu hmotnosti, ztrátě tukové tkáně a změnám jak metabolickým, tak somatickým. (13, str. 23) Trochu odlišně definuje malnutrici Evropská společnost klinické výživy, která ji označila jako stav výživy, kdy deficit, přebytek nebo nerovnováha energie, proteinů a ostatních nutrientů způsobují měřitelné vedlejší účinky na tkáň/formu těla (tvar, velikost, složení), funkce a výsledný klinický stav. Malnutrice - doslova špatná výživa – zahrnuje nejen podvýživu, ale i obezitu. (32, str. 9) Ať už budem malnutrici definovat dle Topinkové nebo ESPEN, jisté jsou dopady malnutrice na organismus jedince. Ovlivňuje různým způsobem funkce a strukturu všech orgánů v těle. Podmiňuje únavu, slabost, nestabilitu, zhoršuje obranyschopnost organismu, hojení ran, zvyšuje riziko komplikací nemocí a tím zvyšuje náklady na zdravotní péči. Má také vliv na mentální funkce. Může způsobovat deprese až zmatenost.

Nedostatečná výživa se vyskytuje asi u 20 % seniorů. Přibližně u 5 – 8 % se vyskytuje malnutrice. U hospitalizovaných seniorů je toto procento ovšem mnohem vyšší. Přibližně 20 – 40 % hospitalizovaných seniorů má malnutrici, z toho polovina má těžkou malnutrici. ( 13, str. 23.) Toto číslo nepříjemně překvapilo i mě samotnou a zdá se mi přímo alarmující. Také proto jsem se v praktické části zaměřila i na malnutrici.

Příčiny: mohou být opět různé. Topinková uvádí nejčastější příčiny malnutrice takto:

M – malabsorce, maldigesce

A – anorexie, snížení hmotnosti

L – léky a jejich anorektický účinek

N – nákup , návyky stravování

U– ústa- problémy s kousáním a polykáním

T – tyreopatie

R – rezidentní péče

I – IADL závislost (instrumentální denní aktivity)

C – cholesterol a jeho nedostatek v přijímané potravě

E – emoce a ekonomika (13, str. 24)

Kromě toho involuční změny neuroendokrinní regulace chuti k jídlu způsobují, že staří lidé nepociťují hlad a rychleji dosáhnou pocitu sytosti než mladí. (8, str. 216; 14, str. 162)

Dle charakteru lze odlišit 4 druhy malnutrice:

- a) proteino-energetickou – nedostatečný příjem kalorií
- b) proteinovou – kalorický příjem je dostatečný, ale strava má špatné složení. Většinou převládají sacharidy a chybí proteiny.
- c) karence – nedostatečný příjem vitamínů nebo jiných látek
- d) kachexii – zvláštní forma malnutrice obvykle spojená se závažným onemocněním (13. str. 23)

Malnutrici diagnostikujeme pomocí:

- a) Anamnézy – ptáme se na dostupnost stravy, výživové zvyklosti, chuť k jídlu. Zjišťujeme změny tělesné hmotnosti a přítomnost onemocnění, které mohou ovlivňovat stav výživy organismu.
- b) Fyzikálního vyšetření – hodnotíme BMI a funkční zdatnost. Provádíme antropometrické měření – minimum je obvod paže a kožní řasy nad tricepsem.
- c) Screeningové hodnocení výživy Mini-Nutritional Assessment (MNA) – rozšířený mezinárodní dotazník k posouzení stavu výživy u seniorů. Kompletní dotazník je vhodný nejen u hospitalizovaných seniorů, ale i v ambulantní péči. Je velice efektivní při vyhledávání rizikových pacientů. Obsahuje 18 otázek roztríděných do čtyřech okruhů - antropometrické hodnocení, celkové hodnocení, stravovací návyky a subjektivní posouzení. Nottinghamský screeningový dotazník - obsahuje pouze 4 otázky a slouží pro rychlé stanovení rizika. (příloha č. 7)
- d) Laboratorní vyšetření – hypoproteinémie, hypoalbuminémie, nízké hodnoty transferinu a prealbuminu, lymfopenie. U stresového hladovění se vyskytuje negativní dusíkatá bilance. (13, str.25-26; 25, str. 444 – 445)

Terapie a ošetrovatelské intervence:

- průběžně sledovat a zaznamenávat hmotnost a množství přijaté potravy
- zvýšit příjem kalorií, vitaminů a stopových prvků
- zabezpečit dostatečnou hydrataci
- pomoc při příjmu potravy
- při poruchách polykání – podávat stravu ve vzpřímené poloze, upravit konzistenci, přidávat omáčky
- podávání předepsaných farmak ovlivňujících chuť k jídlu (13, str. 26)

Nutriční podporu můžeme podávat několika způsoby: perorálně, nazogastrickou sondou, enterální sondou a parenterálně. Pokud je to možné, upřednostňujeme perorální výživu. Velmi dobré výsledky má podpora formou sippingu. Sipping je popíjení tekuté výživy s vysokým a vyváženým obsahem živin. Tyto přípravky se obvykle podávají jako doplněk stravy po jídle, nebo mezi jídly, aby byly přijímány nad rámec obvyklé stravy. Dočasně je možné sippingem nahradit kompletní příjem stravy.

V mnoha nemocnicích existuje nutriční terapeut, který stanoví konkrétní postup péče o nutriční stav pacienta. V některých nemocnicích je dokonce možné zařídit použití enterálních výživových přípravků již při přípravě individuálních porcí pokrmů. ( 26 )

Jelikož jsem se v praktické části zaměřila kromě malnutrice také na hydrataci, protože spolu úzce souvisí, dovoluji si k syndromu malnutrice připsat pár slov o hydrataci.

Voda tvoří více než polovinu hmotnosti lidského těla. Vše je na ní závislé a vše probíhá v roztoku. Přívod tekutin je bezesporu nezbytný. Doporučené množství přijímaných tekutin je asi 2 – 3 litry denně. Dostatečná hydratace je nutná k udržení krevního oběhu a dostatečného prokrvení všech orgánů a tkání. Pokud je příjem tekutin nedostatečný, dochází vzhledem k výše zmíněnému k řadě nežádoucích změn. Z nich vzpomenu například závrať, která zvyšuje riziko pádu, bolesti hlavy, vznik trombů, záněty močových cest, zmatenost až delirium. U dehydratovaných lidí se vyskytují oschlé rty a sliznice úst a to jim ztěžuje příjem potravy. Senioři trpí dehydratací mnohem častěji, neboť s věkem ztrácí pocit žízně. Někdy se stává, že pacienti nepijí i přes pocit žízně, protože se nedovedou

přesunout na toaletu a nechtějí močit na mísu, nechtějí obtěžovat personál nebo nemají sílu si podat tekutiny. (32, str. 91) Příjem a výdej tekutin je snad zaveden všude. Pokud pacient není schopen vypít dostatečné množství tekutin, jsou k léčbě přidávány tekutiny ve formě infuzí. Mám pocit, že řada zdravotnického personálu tuto možnost bere jako samozřejmost, a proto se ani nesnaží zavodňovat pacienty přirozeným a méně rizikovým způsobem. Někdy je těžké přinutit seniory k pití. Důležité je aktivně je k němu pobízet opakovaně několikrát za den, nejlépe při každém pobytu na pokoji, tekutiny umístit na viditelné a snadno dosažitelné místo. U ležících pacientů pomáhají uzavřená pítka, které brání vylití tekutiny. Pitný režim by měl být pestrý. Bohužel jsem se zatím v praxi setkala s velice omezenou nabídkou nápojů. Většinou jde pouze o čaj slazený a neslazený. Chybí i tekutina, která by měla být základem pitného režimu a to voda.

Pokud jde o diagnostiku dehydratace, základem je sledování příjmu a výdeje tekutin. Dalšími ukazateli je stav sliznic, kožní turgor, hypotenze, tachykardie a změny psychiky. (14, str. 284)

Ať už budeme syndromy definovat podle jakéhokoli autora, najdeme tyto společné rysy:

- a) syndrom vzniká z různých příčin, nikoli jako příznak jedné nemoci
- b) má chronický průběh
- c) omezuje nezávislost pacienta
- d) neexistuje jednoduchá léčba jedné příčiny (14, str. 142)

Geriatrickým syndromům bychom mohli věnovat mnohem více než jednu kapitolu. Geriatrickým syndromům by jsme mohli věnovat mnohem více než jednu kapitolu. Důvodem proč jsem je tady zmínila je, že poukazují na složitost diagnostiky různých problémů se kterými se u seniora setkáváme. Protože nejde o projev jen jediné nemoci, musíme se i my sestry, nejen doktoři zaměřit na důkladnou anamnézu a pozorování pacienta – seniora. Nezapomínejme, že projevy nemocí ve stáří úzce souvisí nejen s onemocněním samotným, ale také s psychikou pacienta a jeho sociálním zázemím a prožíváním. Proto musíme při péči postupovat komplexně.



### **3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

V předchozích kapitolách jsem poukázala na křehkost seniorů. Ze všech „pěti i“, které jsem vzpomenula, může sestra ovlivnit nejvíce iatrogenní poškození. Abychom mu předešli, musíme stárnoucímu pacientovi přizpůsobit celý léčebně-ošetrovatelský režim. Důležitý je hlavně způsob komunikace a ošetřování. Respektováním reálných schopností seniorů, dbáním na jejich limity a přizpůsobením se jejich psychomotorickému tempu, zabráníme jejich stresování a případnému maladaptivnímu chování. Seniorská populace je velice heterogenní, proto bychom měli přistupovat ke každému jednotlivci individuálně. Naším přístupem a komunikací se seniorem bychom měli podporovat sebeúctu seniora a navodit u něj pocit bezpečí. (21, str. 10) Cílem péče má být podporovat soběstačnost, zachovat nejvyšší možnou kvalitu života a zmírnit případné utrpení. Věk a involuční změny nesmí ovlivnit kvalitu poskytované péče. Kdo jiný než ošetrovatelský personál by měl chránit seniora před dnes tak rozšířeným ageizmem.

#### **3.1 Ageizmus**

Ageizmus je diskriminace starých lidí. Jde o podceňování až odpor ke starým lidem. Člověk s tímto postojem pokládá všechny staré lidi za méněcenné a neschopné o sobě rozhodovat. (9, str. 114) Ve zdravotnictví se projevuje například odmítnutím poskytnout určitou péči jednotlivci pouze na základě věku, nýbrž z důvodu funkčního stavu organismu. Často jde o limitování z ekonomických, nebo kapacitních důvodů. (22, str. 107) Sestry se ho mohou dopouštět tím, že za seniora rozhodují při běžných denních činnostech a vykonávají činnosti bez souhlasu klienta. Dalšími projevy může být různé devalvační jednání:

- kárání pacienta za věci, které nemůže ovlivnit
- hrubé jednání, lhostejnost k problémům seniora
- infantilizace, elderspeak (28, str. 75)

#### **3.2. Ošetrovatelský proces a jeho specifika u seniorů**

Tak jako v jiných odvětvích ošetrovatelské péče, i péče o seniora je poskytována formou ošetrovatelského procesu. Péče aplikovaná formou ošetrovatelského

procesu je promyšlená a plánovitá. Dobře zpracovaný a aplikovaný ošetrovatelský proces by měl zaručit důležitou komplexnost péče o seniora.

Ještě než začneme plánovat péči, měli bychom odebrat důkladnou anamnézu, shromáždit údaje v oblasti potřeb a provést fyzikální a funkční vyšetření klienta.

### **3.2.1 Anamnéza**

Anamnéza je prvním krokem k získání důležitých údajů o pacientovi a umožňuje nám zároveň navázat kontakt s nemocným. Je proto důležité dobře se na ni připravit a dodržovat správné komunikační techniky. Obzvláště u seniorů si odběr anamnézy vyžaduje pozornost, trpělivost a dostatek času. Kromě toho nemůžeme zapomínat na psychickou a sociální stránku onemocnění, která má, jak jsem již zmínila, u seniorů mnohdy zásadní vliv na onemocnění, se kterými se potýkají. Sesterská anamnéza by proto měla být obohacena o psychologické a sociální údaje. (17, str. 28)

Je dobré zjistit dostupné anamnestické údaje z lékařské zprávy a jiné dostupné ošetrovatelské dokumentace. Sestra by však neměla dát při rozhovoru s pacientem najevo, že už o něm nějaké informace má a rozhodně by mu v odpovědích neměla napovídat.

Kromě anamnestických údajů sestra musí předem připravit místo a čas rozhovoru. U většiny seniorů si musíme vyhradit dostatek času a měli bychom se vyhnout frekventovaným místnostem nebo místům, kde je hluk, protože pacient – senior může mít některé ze smyslových nebo kognitivních omezení zmíněných v podkapitole 1.4 a to ho může limitovat. Kdybychom odebírali anamnézu v místnosti, kde nejsme s pacientem sami, mohl by se cítit nepříjemně, případně se stydět. To by vedlo k tomu, že nám některé důležité anamnestické údaje zatají. Nevhodné prostředí by nevedlo k navození důvěry, která je pro vztah ošetrovatelského personálu a pacienta zásadní. (23, str.50) Pokud jsme nuceni odebírat anamnézu přímo na pokoji mezi ostatními pacienty, zeptejme se ho, jestli tak můžeme učinit před ostatními. I když svolí, snažme se zajistit co největší intimitu.

Při komunikaci se seniorem musíme dodržovat několik důležitých zásad, které budou zmíněny v kapitole věnované pouze komunikaci. Při navázání kontaktu je zásadní hovořit srozumitelně, ale rozhodně bychom neměli zvyšovat hlas, pokud si nejsme jisti, zdá má senior sluchové postižení. Kromě verbální komunikace je

vhodná komunikace nonverbální. Gestika, mimika i haptika jsou pro seniora důležité, protože napomáhají objasnit smysl hovořeného. Otázky používáme otevřené i uzavřené. U otevřených si musíme dávat pozor a správně s nimi pracovat, neboť senioři mají tendence zabíhat v komunikaci do témat, která pro nás aktuálně nejsou podstatná. U lidí s kognitivním deficitem používáme spíše otázky uzavřené. (17, str. 28; 23, str. 51)

Zdravotní anamnéza u seniorů je stejná jako u ostatních klientů. Obsahuje tedy anamnézu osobní, rodinnou, současný zdravotní stav a aktuální problémy. U seniorů se zvláště zaměřujeme na aktivity běžného denního života.

U sociální anamnézy nás zajímá, kde a s kým pacient žije, jeho ekonomická situace, vztahy s rodinou a záliby. U seniorů je důležité dozvědět se něco o způsobu života v minulosti. Jaké má vzdělání a kde pracoval. Tyto otázky klademe taktně.

V psychologické anamnéze se kromě údajů o orientovanosti pacienta zaměřujeme na rychlost odpovědí, způsob vyjadřování a postoje, které klient při rozhovoru zaujímá. (23, str.51)

Při rozhovoru s pacientem by sestra měla uvažovat nad následujícím:

- a) zda ji pacient dobře slyší a zda jí rozumí
- b) pokud nerozumí, proč je tomu tak?
- c) zda nejsou otázky moc složité, špatně formulované, případně plné odborných výrazů

I přes veškerou snahu nemusí být anamnestické údaje u seniora úplné a správné. Senior může některé anamnestické údaje pokládat za nepodstatné, nebo se za ně dokonce stydět. Zvláště psychologickou a sociální anamnézu bychom měli ověřit také u rodinných příslušníků, případně z jiných zdrojů. (24, str. 173- 174)

### **3.2.2 Fyzikální vyšetření**

Fyzikální vyšetření by mělo doplnit anamnézu a získat objektivní pohled na subjektivně udávané potíže, případně zjistit potíže pacientem neudané. Při vyšetření bychom měli zajistit intimitu a části těla odhalovat postupně dle potřeby. Ještě než začneme vyšetřovat, vysvětlíme pacientovi, co jdeme dělat a také co od něj očekáváme. Fyzikální vyšetření seniorů se nijak významně neliší od standardního fyzikálního vyšetření.

Začíná posouzením celkového vzhledu. Všímáme si upravenosti, nebo případné zanedbanosti, které mohou poukazovat na kognitivní stav pacienta, ale také na péči okolí. Dále věnujeme pozornost postoji, který pacient zaujímá, pohyblivosti, třesu a chůzi. Pokračujeme měřením vitálních funkcí, výšky a váhy. Hodnotíme nutriční stav a hydrataci. U pokožky sledujeme turgor, zbarvení, kožní defekty. Zaměřujeme se na místa s rizikem zapařenin a predilekční místa u ležících pacientů.

Na hlavě vyšetřujeme zrakovou a sluchovou ostrost. Pacient si vyjme zubní protézu a sestra pečlivě posuzuje stav dutiny ústní. Sledujeme vlhkost sliznic a případné dekubity nebo záněty. Na krku si všímáme štítné žlázy a posloucháme karotidy.

Při vyšetření hrudníku si všímáme jeho tvaru, dechové frekvence a typu dýchání. Poslechem se u seniorů mohou vyskytovat chrupky a vrzoty, které ale nemusí být příznakem onemocnění. Obvyklý je systolický šelest a extrasystoly.

Na břicho sledujeme jeho vyklenutí a případné břišní kýly. Můžeme nahmatat skybalum, které je ve stáří mnohem častější, než u mladších jedinců. Zjišťujeme naplnění močového měchýře, které může být příznakem retence. Důležité je vyšetření per rectum – můžeme nahmatat zvětšení prostaty, hemoroidy nebo případné skybalum.

Na končetinách vyšetřujeme rozsah a bolestivost pohybů kloubů. Zejména u dolních končetin si všímáme kožní změny, varixy a cévní zásobení. Pohmatem zjistíme teplotu končetiny a změříme tep na periferních tepnách. Obzvláště u diabetiků vyšetříme pozorně meziprstí, zda nejsou přítomny ragády. Neměli bychom podcenit změny na nehtech. (23, str.51; 14, str. 59 - 61)

### **3.2.3 Funkční vyšetření**

Je dnes neoddelitelnou součástí vyšetření starého pacienta. Sledujeme jím fyzické a psychické schopnosti pacienta. Zjistíme tak soběstačnost seniora, nebo její změny. Na jeho základě můžeme naplánovat ošetrovatelskou péči tak, aby uspokojovala všechny potřeby klienta.

*Vyšetření aktivit denního života – ADL (activities of daily living)*

Existuje několik testů v této kategorii. Všechny se zaměřují na funkční zdatnost v oblasti sebeobsluhy a nezávislost v aktivitách běžných v životě seniora. Nejde

jen o zdatnost fyzickou a případné fyzické znevýhodnění. Jsou tady i faktory psychosociální.

Původní index aktivit denního života a nezávislosti vytvořil v roce 1964 Katz. (příloha č.1) Katzův index je sice standardem, ale nedají se jím hodnotit mírné změny ve funkční zdatnosti. Proto vzniklo množství jeho obměn. U nás je nejběžnější index Barthelové (příloha č.2) a hodnocení funkční nezávislosti tzv. FIM. Oba jsou hodně rozšířené v běžné nemocniční praxi. Hodnotí více oblastí běžného života a na rozdíl od Katzova indexu, kde byla odpověď pouze ano/ne, můžeme ohodnotit i míru závislosti. (14, str. 93)

*Vyšetření instrumentálních denních činností – IADL (instrumental activity daily living)*

IADL zahrnuje složitější činnosti potřebné k běžnému a samostatnému životu v domácím prostředí. (příloha č.3)

*Vyšetření kognitivních funkcí*

Ve stáří dochází k mnoha změnám v oblasti kognitivních funkcí – viz kapitola 1.4.4. Abychom mohli správně diagnostikovat jejich poruchy, nebo případnou rozvíjející se demenci, existuje několik testů pro tuto oblast. U nás se zpravidla používají:

- a) Mini-mental state examination (MMSE), tzv. Folsteinův test (příloha č. 4)
- b) Test kreslení hodin

Kromě těchto se můžeme ještě setkat s:

- a) Clinical dementia rating (CDR) – pomocí strukturovaného rozhovoru s pacientem, jeho pečovatelem a nejbližšími je možné odhalit i mírné kognitivní poruchy
- b) ADAS-cog (Alzheimer's disease assessment scale-cognitive) – používá se u pacientů trpících Alzheimerovou nemocí. Jde o výkonnostní test, který sleduje kognitivní změny před a v průběhu léčby.
- c) SKT (symptom kury test) – využíván obdobně jako ADAS-cog (14, str. 85-87, 13, str. 12)

### *Vyšetření psychické pohody*

Hodnocení emočních funkcí je důležité zejména kvůli odlišení deprese a demence, které mohou mít podobné příznaky. Zásadní je léčitelnost deprese a tím navrácení původní kvality života seniorovi. Opět se používá několik škál:

- a) Škála geriatrické deprese dle Yessavage – jde o jednoduchý test o 15-ti otázkách, na které se odpovídá pouze ano/ne.
- b) Beckova škála deprese
- c) Montgomeryho-Asbergova škála deprese (MADRS)
- d) Hamiltonova škála deprese (HAM-D)

Poslední tři se používají u pacientů, kteří netrpí organickým onemocněním mozku, projevujícím se demencí a hodnotí aktuální míru deprese. (14, str.88)

### *Výkonové testy*

Jejich největším přínosem je, že přináší objektivní pohled na subjektivně udávané výsledky testů aktivit denního života. Pomáhají identifikovat možné křehké seniory. Je jich velké množství a mnohdy se sdružují do tzv. baterií. K nejpoužívanějším patří:

- a) Test schopnosti vstát ze sedu na židli – měří se čas postavení bez opory rukou. Na postavení může navazovat chůze. Vypovídá o míře svalové síly, stability, koordinace chůze a případném ortostatickém syndromu.
- b) Test rychlosti chůze – buď se měří rychlost, za kterou pacient ujde určenou krátkou vzdálenost, nebo kolik ujde za předem daný časový úsek. Vypovídá o celkovém zdravotním stavu.
- c) Testy rovnováhy – různé druhy stoje a společné chůze. Hodnotí se jím riziko pádu nebo efekt rehabilitace.
- d) Tlak na sternum – sleduje, zda pacient vyrovná těžiště, případně počet kroků, které po mírném tlaku ujde.
- e) Performance oriented mobility assessment – POMA – opět hodnotí rovnováhu a chůzi .
- f) Test stisku ruky – síla stisku je více než na svalovou sílu poukazuje na celkový stav organismu.
- g) Test zdvižení a přenesení břemene – jde o malou zátež, přibližně 2,5 – 3 kg.

- h) Test zámek a klíč – hodnotí jemnou motoriku a mentální schopnosti zároveň. Podobný je test oblékání blůzy.
- i) Test vaření čaje nebo instantní polévky – opět hodnotí motorické a mentální schopnosti. (14, str. 97-100)

### **3.2.4 Stanovení ošetrovatelských diagnóz**

Na základě informací získaných z anamnézy, fyzikálního vyšetření a funkčního vyšetření sestra stanoví všechny problémy, které pacienta aktuálně trápí, případně ohrožují. Po zjištění daných problémů stanoví ošetrovatelské diagnózy. U geriatrických pacientů se obvykle vyskytuje velké množství ošetrovatelských problémů. Sestra se znalostí geriatrické problematiky by měla poznat příčinné souvislosti mezi jednotlivými diagnózami. Tím zajistí maximální efektivitu stanoveného plánu a zabrání vzniku dalších komplikací. U polymorbidních pacientů s velkým množstvím diagnóz se doporučuje rozřadit je na diagnózy související se zdravotním stavem a diagnózy související s psychickou a sociální oblastí. Ty si ještě rozřídíme dle naléhavosti a na aktuální a potenciální. Při sběru informací a stanovování diagnóz je vhodné použít některý ošetrovatelský model. U geriatrických pacientů se všeobecně doporučuje použít model Hendersonové, nebo model sebeděže od Oremové. (8, str. 207; 23, str.53)

### **3.2.5 Stanovení plánu**

Do plánování ošetrovatelské péče je dobré zapojit i samotného pacienta. Při stanovování cílu dbáme na to, aby byl cíl reálný, dosažitelný a tím pádem motivující pro samotného pacienta, který se pak ochotněji zapojí do realizace. Dobré je spolu s pacientem naplánovat i vhodné intervence. Nakonec sestra stanoví termín hodnocení. Při výběru intervencí musí sestra u seniora dbát na jejich přiměřené množství, aby zbytečně pacienta nepřetížila a nevhodně neovlivnila jeho návyky a osobnost. Neměli bychom zapomínat ani na rodinu pacienta. Pokud je alespoň trochu možné zapojit ji do péče, měla by ji sestra s cíly obeznámit a navrhnout jim, co můžou v konkrétní oblasti udělat pro pacienta oni. Naplánované intervence by měli vést k aktivizaci pacienta a udržení jeho soběstačnosti s ohledem na zdravotní stav. (8, str. 209; 23, str.53 )

### **3.2.6 Realizace ošetrovatelského plánu**

Realizace intervencí probíhá obdobně jako u ostatních pacientů. U seniora je při provádění intervencí důležité pozorně sledovat všechny reakce pacienta a všímat si i nepatrných změn. To může pomoci předejít dalším možným problémům. Všechny intervence a změny se zapisují do ošetrovatelské dokumentace. Při realizaci některých intervencí je zapotřebí více sester nebo ošetrovatelského personálu. Větší množství lidí může u seniora vyvolat pocit bezmocnosti a vlastní neschopnosti. Celý personál by měl proto přistupovat k pacientovi obzvlášť taktně a profesionálně. Když budeme pacienta co nejvíce zapojovat, pomůžeme tím nejen jeho aktivizaci, ale také sebevědomí.

Opět bych chtěla zdůraznit zapojení rodiny. Do vlastní realizace je můžeme také zapojit. Je to žádoucí z mnoha důvodů. Pomáhá to vytvoření důvěrné atmosféry mezi pacientem a rodinou, ale také mezi rodinou a ošetrovatelským personálem. Pro pacienta je zapojení rodiny obzvlášť motivující. Rodině zas nabízí pocit uspokojení pramenící z toho, že pro svého nejbližšího něco dělají. Za pomoci sestry získávají také zručnost potřebnou při případném ošetřování doma. (8, str. 210; 23, str.53)

### **3.2.7 Vyhodnocení plánu**

Vyhodnocování probíhá průběžně – sledováním efektu intervencí a terminálně – hodnocením dosažení cílů. Hodnocení plánu společně s pacientem bývá mnohdy nedoceno, protože si většinou vyžaduje u obou stran čas a trpělivost. Navíc u seniorů bývá pokrok i po maximální snaze mnohdy minimální. Přesto má společné hodnocení výhody. Vede minimálně k efektivnějšímu naplánování činností a vyslechnutí samotného pacienta. (8, str. 210- 211; 23, str.53)



## 4 KOMUNIKACE SE SENIOREM

Obecně je komunikace sdělení nebo výměna informací. Probíhá vždy a účastní se jí všichni přítomní. Využíváme ji denně bez toho, abychom si vůbec uvědomili, že komunikujeme. Komunikace probíhá nejen, když mluvíme, ale také když mlčíme. Můžeme ji proto rozdělit na verbální a neverbální. (8, str. 223)

*Verbální komunikace* – je slovní výměna nebo ústní projev.

*Neverbální komunikace* – je jednoduše řečeno řeč našeho těla. Je mnohem pravdivější než verbální komunikace, protože se těžko učíme ovlivňovat ji. Pokud je rozpor mezi informací sdělovanou verbálně a prvky neverbální komunikace, lidé věří spíše neverbálnímu sdělení. Mezi složky neverbální komunikace patří:

- vizika – řeč očí, navázání očního kontaktu, jeho délka a výraz očí
- mimika – pohyby tváře, tady nejvíce vyjadřujeme emoce
- gestika – pohyby rukou
- kinetika – celkové pohyby těla
- haptika – dotyky. Haptika je neoddelitelnou součástí ošetřování pacientů. Nejen v oblasti samotných výkonů, ale také jako prostředek sdělování empatie a podpory.
- posturologie – fyzický postoj těla, který je dán pozicemi jednotlivých částí těla
- proxemika – vzdálenost komunikujících a její změny
- chronemika – nakládání s časem. Je to schopnost efektivně načasovat a vést rozhovor. V geriatrici má velký význam zejména kvůli aspektu zpomalení u seniorů. Jelikož dnes dochází na většině pracovišť k přetížení pracovníků, je to pro zdravotnický personál důležitá dovednost. (8, str. 226-227; 28, str. 29- 30)

Kvalitní péči můžeme pacientům poskytovat pouze tehdy, když budeme znát oblast komunikace a budeme nacvičovat komunikační dovednosti. Nedostatek znalostí a dovedností vede k nedorozuměním a nespokojenosti na straně sestry i pacienta. Obě strany pak nejsou ochotny spolu komunikovat a zvyšuje se pocit napětí. Komunikace a spolupráce vážne. Dochází k řetězovému nabalování problémů a vzniká začarovaný kruh, který lze přetrnout pouze správně vedenou

komunikací. Odpovědnost za ni má jednoznačně zdravotnický pracovník. (8, str. 228) Ten musí přizpůsobit komunikaci individuálním možnostem a schopnostem naslouchajícího.

Se zdravými seniory můžeme komunikovat bez jakýchkoliv modifikací. Měli bychom brát ohled pouze na princip zpomalení a poskytnout seniorovi dostatek času na zpracování podané informace a reakci na ni. (28, str.49 – 51)

U ostatních seniorů bereme ohled na individuální involuční změny.

#### **4.1 Nejčastější chyby v komunikaci se seniory**

Většina sester se určitě snaží komunikovat s pacienty, jak nejlépe umí. Také si většina z nich myslí, že to dělá správně a nedopouští se zásadních chyb. Pravda a praxe jsou často odlišné. Většina sester a všech zdravotnických pracovníků komunikuje automaticky, bez toho, aby se zamýšleli nad konkrétní situací a konkrétním pacientem. Jejich jednání, i když myšleno dobře, má spoustu chyb. Takto špatně vedená komunikace může mít na seniora zásadní vliv, když si uvědomíme, že s ním komunikujeme v pro něj komplikované a vypjaté situaci. (8, str. 231- 232) Pacient nám nebude důvěřovat, bude si chtít za každou cenu prosadit možnost rozhodování a odmítat náš způsob péče. Navíc se bude cítit sám. (4, str. 109)

Zdravotničtí pracovníci se dopouštějí nejčastěji těchto zlovyků:

- odsuzujeme, co pacient dělá a nehledáme příčinu jednání
- ubezpečování, že se nic neděje – i když z pohledu pracovníka se skutečně neděje nic závažného, pacient má jiný pocit a naše reakce v něm vyvolává pocit osamocení ve svém strachu
- snažíme se nemocného co nejrychleji zklidnit, aby jsme se ochránili před jeho emocemi
- vyhýbáme se rozhovoru – opět může být důvodem ochrana před emocemi
- klademe hodně otázek, často zbytečných
- radíme, když to nepotřebuje; hledáme řešení, když si chce jen postěžovat
- moralizujeme a kritizujeme
- přerušujeme řeč nemocného a myslíme si, že víme, na co myslí ( 4, str. 108- 109)

Další chyby jsou:

- komunikační manipulace – například používáním odborných výrazů, abychom pacienta přesvědčili o něčem, co nechce
- nedostatečná autenticita – nesoulad mezi tím, co říkáme a co sdělujeme neverbálně
- devalvační chování – patří sem například nevšímavost, ignorace, komentování slov druhé osoby, ironizování, ztrapňování, ale také nevyžádané familiární oslovení – babi, dědo ...
- jednosměrná komunikace – zahrneme nemocného informacemi a nečekáme na zpětnou vazbu
- autoritativní přístup – pouhé pokyny a poučování
- předpoklad omezení schopností – bez toho abychom ověřili schopnosti klienta, mluvíme s ním jinak jen proto, že je starý. Nebo s klientem mluvíme jako by měl kognitivní deficit jen proto, že hůře slyší. (29, str. 87- 88)

#### **4.1.1 Elderspeak**

Elderspeak je podobný výše zmíněnému předpokladu omezení schopností. Jde o to, že když má zdravotnický pracovník dojem, že senior má omezené schopnosti, použije jiný, než obvyklý způsob řeči, i když to není potřeba. Kalvach tento způsob řeči označil za eticky nevhodný. Hlavní znaky elderspeaku jsou:

Neverbální komunikace – přílišná mimika, nedodržení vhodné vzdálenosti, omezená haptika, krátký oční kontakt.

Paralingvistika – zvýšený hlas, pomalé tempo řeči.

Verbální komunikace – používání zdvořilých, dětské řeči, oslovování jinak než preferovaným jménem, používání množného čísla (uděláme to a to, i když to udělá jen pacient), otázky kterými se dovoláváme souhlasu.

Tímto stylem komunikace vyvoláváme u seniora snížené hodnocení sebe sama, pocit izolace a deprese. ( 28, str. 62- 65)

## 4.2 Aktivní naslouchání

Pokud nalézáme rozdíl nebo nejasnosti mezi verbálním a neverbálním sdělením, je nejlepší význam sděleného ověřit. Velkou pomocí může být využití technik aktivního naslouchání. Umění aktivně naslouchat je základní komunikační dovedností. Nejde jen o vyslechnutí sděleného, ale o aktivní postoj, kterým dáváme najevo zájem o člověka, jenž nám informace sděluje. Ukazujeme mu, že rozumíme, nebo se o to alespoň snažíme. Dává prostor pro vytvoření důvěry a ochoty vést další rozhovory. (8, str. 224) Mezi techniky aktivního naslouchání, jež by měly znát a hlavně používat všechny sestry, patří:

- a) Reflexe – zrcadlení – je technika, při které se naslouchající (v našem případě sestra) snaží pochopit to, co jí pacient sděluje verbálně a také, co za jeho sdělením stojí. Tím, že svůj závěr pojmenuje, mu dá prostor aby se k situaci mohl blíže a lépe vyjádřit. Základem je chápat příčiny pacientova sdělení a nijak je nehodnotit nebo kritizovat, pouze konstatovat nebo se na ně zeptat. Tím, že ho nekritizujeme, ale podíváme se na situaci jeho pohledem, můžeme uklidnit napjatou situaci.
- b) Parafrázování – jinými slovy zopakují, co mi pacient sděluje.
- c) Povzbuzení – aktivní vybízení k další komunikaci. Někdy se může jednat o obyčejné přikývnutí, někdy o pochvalu a jindy o doplňující otázky. Povzbuzováním pomáháme vyjádřit se i nesmělým pacientům. Tím, že nám sdělí své pocity nahlas, z nich opadne vnitřní napětí.
- d) Mlčení – ve zdravotnictví opomíjený způsob komunikace. Sestry mají často pocit, že musí pacientovi vždy nabídnout řešení a pomoc v jeho problémech. Opak je pravdou. Jsou situace, kdy pacient potřebuje jenom cítit, že jsme s ním a přijímáme ho.
- e) Sumarizace – je podobná jako reflexe. Jde o zrekapitulování veškerého pacientova sdělení.
- f) Dotyk – můžeme jím vyjádřit podporu a souhlas.
- g) Vzájemné setkaní – dojde k němu po sdělení pocitů pacienta a my můžeme vyjádřit vlastní názor. Nikdy však nesmíme hodnotit jeho situaci a říkat mu, co by měl udělat. Návrhy musí být opatrné a ve smyslu toho, co bychom asi udělali my. (4, str. 102- 103; 8, str. 224- 225)

Všechny uvedené techniky pomáhají zvládnout také agresivitu nemocného. Nejdůležitější je nereagovat na hněv pacienta, ale hledat jeho příčinu. Uvědomme si, že ve většině případů se pacient nezlobí na naši osobu, ale na situaci, ve které se nachází. Tím, že pacient opět slyší sdělené a jak to na nás působí, si sám lépe uvědomuje, co říká a co vlastně prožívá. Může také upravit nebo vysvětlit, co nám chtěl sdělit. Tím se komunikace dostává do jiné roviny. Pacient vidí, že ho bereme takového jaký je, a že mu jeho situaci věříme. (4, str. 104)

### **4.3 Zásady komunikace se seniorem**

Ještě než začneme vést s pacientem - seniorem rozhovor, měli bychom si uvědomit, co bude cílem komunikace a kolik času jí potřebujeme a můžeme věnovat.

Rozhovor začínáme pozdravem, případným představením. Představíme se nejen jménem, ale také funkcí, kterou vykonáváme. Zjistíme, jak si klient přeje být osloven. Pak dochází k vymezení rolí. Profesionál dokáže jasně vymezit, že není člen rodiny ani nikdo, kdo bude za něj rozhodovat nebo něco dělat. Ujistí pacienta, že je ten, kdo mu bude oporou a pomocí v rámci svých kompetencí a schopností. Klient musí pochopit, že bude zachována jeho opravdovost, stejně jako opravdovost zdravotníka. Kromě vymezení rolí je důležité navázat laskavý vztah s důvěrou. Tento vztah můžeme navázat nebo zničit už při prvním kontaktu s pacientem. Projevujme proto ohled a pozornost pacientovi už při příjmu na oddělení. Ukažme, že jsme vstřícní, trpěliví a ochotní pomoci.

Po navázání kontaktu a vytvoření vhodných podmínek musíme při komunikaci:

- prokazovat úctu
- najít vhodný styl komunikace s ohledem na potřeby a schopnosti pacienta
- respektovat omezení, specifické problémy a bariéry v komunikaci u jednotlivce
- akceptovat, že senior může nemoc brát jako možnost sociálního kontaktu
- přistupovat k seniorovi s ohledem na jeho minulost
- nepodceňovat stížnosti pacienta
- dát přednost diskusi před medikací

Zásady komunikace se seniorem jsou také obsaženy v Evropské chartě práv pacientů seniorů. (příloha č. 8)

Někdy je potřeba na rozprůdění komunikace zavést téma na něco, o čem senioři obvykle rádi mluví. Klevetová a Dlabalová uvádějí několik témat:

životní témata, příroda a roční období, pracovní aktivity, rodina, jídlo, vzpomínky na minulost. Kromě toho, stejně jako každý, rádi slyší upřímnou pochvalu, i když se jí brání. ( 4, str. 110- 111)

V seniorské populaci se častěji vyskytují bariéry v podobě nedoslýchavosti nebo zhoršeného zraku. Desatera komunikací se znevýhodněnými jsou součástí příloh. (přílohy č. 8 a č.9)

#### **4.4 Jednání s agresivním seniorem**

Agresivita má různou formu. Můžeme ji dělit na vnitřní a vnější, verbální a brachiální, zaměřenou proti sobě a proti okolí. Agresivita má různé příčiny a senioři, stejně jako ostatní pacienti, bývají agresivní z různých důvodů:

- a) způsob dosažení cíle – agrese je přirozeným prostředkem, kterým chceme dosáhnout cíle. Vlivem výchovy a přizpůsobení dochází k jejímu potlačení. V době, kdy demence ovlivní autoregulační mechanismy, se agrese stává častou. Nemusí to být bezpodmínečně demence nebo kognitivní deficit, který způsobí agresivní reakci. Někdy i intenzivní bolest způsobí, že se člověk přestává ovládat a snaží se za každou cenu dosáhnout úlevy.
- b) emoční reakce – staří lidé jsou citlivější a hůře se vyrovnávají s přívalem emocí
- c) chybné chápání reality – pod vlivem kognitivních poruch může klient špatně pochopit obyčejné úkony jako je například převlékání a přirozenou reakcí je obrana
- d) povahový rys – ve stáří dochází k uvolnění povahových rysů, které člověk v průběhu života zvládal. A tak dochází v kritických situacích k výbuchům hněvu. Měli bychom myslet na to, že povahu starého člověka nezměníme. Jediné, co můžeme udělat, je snažit se tyto výbuchy omezovat vhodným chováním a komunikací.
- e) odpověď na chování lidí v okolí (12, str.43- 44)

Jak jednat s agresivním klientem? To samozřejmě závisí na příčině agrese. Existuje několik zásad, které nám mohou pomoci agresi předcházet a zmírnit ji. V první řadě bychom měli pozorně sledovat naše pacienty a přemýšlet o nich. Tak můžeme poznat, co u nich agresi vyvolává a předejít těmto situacím. Pak je důležité sledovat náznaky blížícího se agresivního výbuchu – rychlá chůze, zrychlený dech, podupávání, bouchání předměty a jiné. Za všech okolností se snažme zachovat klid a ne zvítězit. Pokud budeme reagovat stejně agresivně, spustíme řetězovou reakci, kterou bude těžké ovládnout a zklidnit. Snažme se oprostít a nebrat reakci pacienta osobně. Rozčileného člověka můžeme zklidňovat verbálními i neverbálními vlivy. Zklidníme tempo řeči, omezíme gestikulaci, neděláme prudké pohyby a nepřibližujeme se k němu rychle. Pacienta si vyslechneme a využijeme techniky aktivního naslouchání. Pokud je to možné, snažme se vyhovět. Pokud ne, přiznejme vlastní bezmoc a snažme se spolu s pacientem najít náhradní řešení.

Abychom předešli fyzickému napadení, je dobré myslet na ústupovou cestu pro sebe i pacienta, dodržet bezpečnou vzdálenost a přivolat včas pomoc.

Po uklidnění situace je dobré vše zdokumentovat a najít ponaučení. (12, str.56 - 59; 30, str. 4- 6)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## FORMULACE PROBLÉMU

Dle demografických údajů stoupá průměrný věk obyvatelstva. S tím souvisí i zvyšování podílu hospitalizovaných seniorů. Ve své práci se proto zabývám problematikou seniorského věku, zejména fyziologickými změnami organismu a některými specifickými problémy typickými pro průběh nemocí ve stáří. Dle mých zkušeností si mnozí členové nelékařského zdravotnického personálu neuvědomují omezení, které seniorům přináší jejich věk. V praktické části se chci zaměřit na všeobecné sestry a zdravotnické asistenty. Znají všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti specifika v péči o seniory v tak zásadních oblastech jako je výživa a hydratace? Přizpůsobují ošetrovatelskou péči a komunikaci změnám, které jsou ve stáří časté? K ověření praktického uplatňování těchto zásad, bych chtěla využít informace získané přímo od pacientů – seniorů. Jak samotní senioři vnímají přístup a komunikaci všeobecných sester a zdravotnických asistentů? Jsou s nimi spokojeni? A kde vidí největší chyby?



# **CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU**

## **Hlavní cíl**

Ověřit úroveň znalostí všeobecných sester a zdravotnických asistentů v problematice seniorského věku a jejich uplatňování v praxi.

## **Cíl 1.**

Ověřit úroveň znalostí sester a zdravotnických asistentů o specifických změnách v oblasti výživy a hydratace.

## **Cíl 2.**

Zjistit úroveň znalostí respondentů z oblasti komunikace se seniorem

## **Cíl 3.**

Zjistit zda sestry a zdravotničtí asistenti znají funkční geriatrické vyšetření a testy, které se při něm nejčastěji využívají.

## **Cíl 4.**

Zjistit názor seniorů na úroveň komunikace sester a zdravotnických asistentů

# **METODIKA**

Ke sběru dat jsem použila kvantitavní formu výzkumu pomocí dotazníků. Vytvořila jsem dva dotazníky. První byl určen a distribuován sestrám a zdravotnickým asistentům pracujícím na lůžkových odděleních Domažlické nemocnice. Druhý dotazník byl zaměřen na pacienty a byl distribuován pacientům téže nemocnice. Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků – 70 sestrám a 70 pacientům. Návratnost sesterských dotazníků byla 86%. Vrátilo se mi tedy 60 dotazníků. 11 dotazníků nebylo vyplněno kompletně a proto byly ze zpracování vyřazeny. Celkový počet správně vyplněných dotazníků byl 49 (100%) Z patientských dotazníků se mi vrátilo 59 kusů, tedy 84%. 5 dotazníků bylo pro neúplnost vyřazeno. K analýze bylo zpracováno 54 dotazníků (100%) Výsledná data jsou pro lepší přehlednost zpracována do sloupcových grafů.

# PŘEDPOKLADY

## **Předpoklad č. 1**

Předpokládám, že více než  $\frac{1}{2}$  respondentů z řad všeobecných sester a zdravotnických asistentů odpoví správně na většinu otázek týkajících se specifík výživy a hydratace ve stáří.

Kritérium:

Za většinu správných odpovědí pokládám 5 správných odpovědí ze 7.

## **Předpoklad č. 2**

Předpokládám, že více než  $\frac{1}{2}$  respondentů z řad všeobecných sester a zdravotnických asistentů dodržuje zásady týkající se komunikace se seniorem.

Kritérium:

Za dostatečné dodržování pokládám alespoň 7 správných odpovědí 10.

## **Předpoklad č. 3**

Předpokládám, že více než  $\frac{1}{2}$  respondentů správně odpoví na více než polovinu otázek týkajících se funkčního geriatrického vyšetření.

## **Předpoklad č. 4**

Předpokládám, že více než  $\frac{1}{2}$  seniorů bude spokojena s komunikací sester a zdravotnických asistentů

## **VZOREK RESPONDENTŮ**

První dotazník byl určen pro všeobecné sestry a zdravotnické asistenty pracující na lůžkových odděleních Domažlické nemocnice. Oslovila jsem všeobecné sestry a zdravotnické asistenty z interního oddělení, chirurgického oddělení a LDN oddělení. Sestry a asistenty z těchto oddělení jsem oslovila proto, neboť je zde hospitalizováno vysoké procento seniorů. Respondenti měli různou úroveň vzdělání a různou délku praxe.

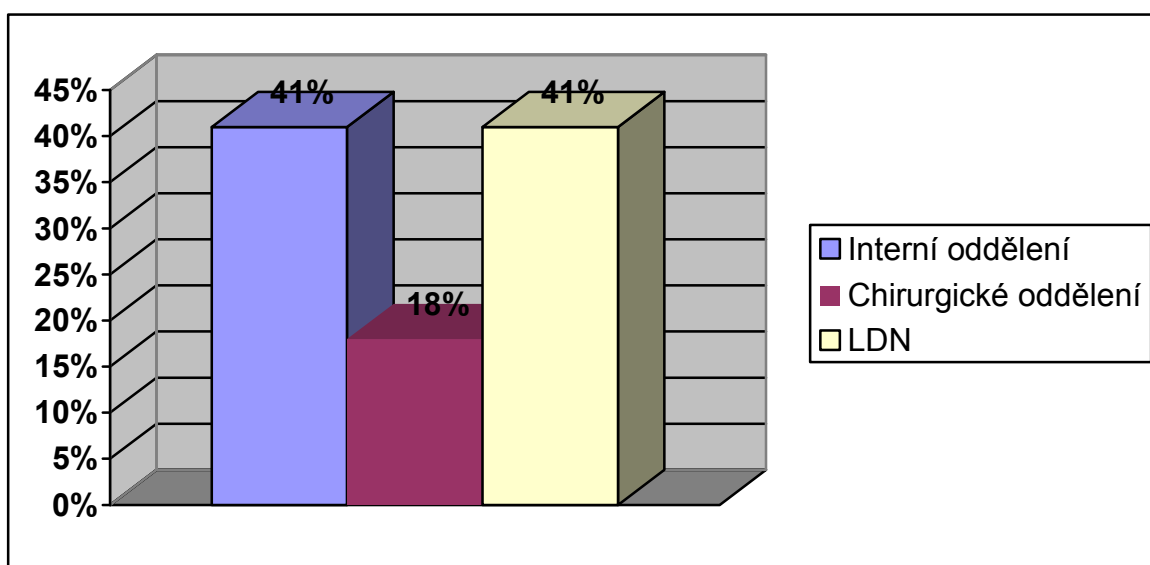
Druhý dotazník jsem rozdala seniorům rovněž na těchto odděleních.

## PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

První tři otázky v sesterském dotazníku slouží k bližšímu definování vzorku respondentů. Nevztahují se k žádnému předpokladu.

**Otázka č. 1 – Ve které oblasti zdravotnictví pracujete?**

**Graf č. 1 – Rozdělení respondentů dle oddělení**

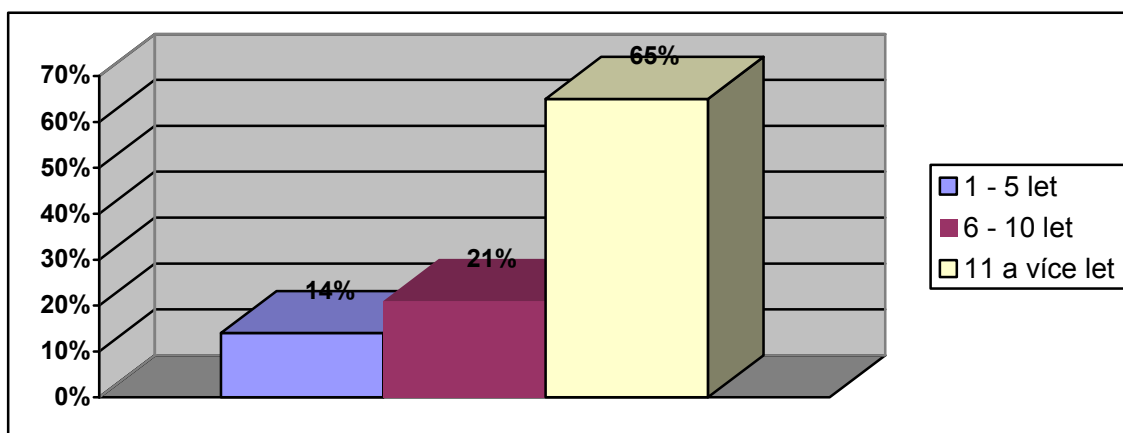


Zdroj: vlastní

Dotazníkového šetření se účastnilo 49 respondentů. 20 (41%) bylo z interního oddělení, 9 (18%) bylo z chirurgického oddělení a 20 (41%) z oddělení LDN.

## Otázka č. 2 – Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Graf č. 2 – Délka praxe respondentů

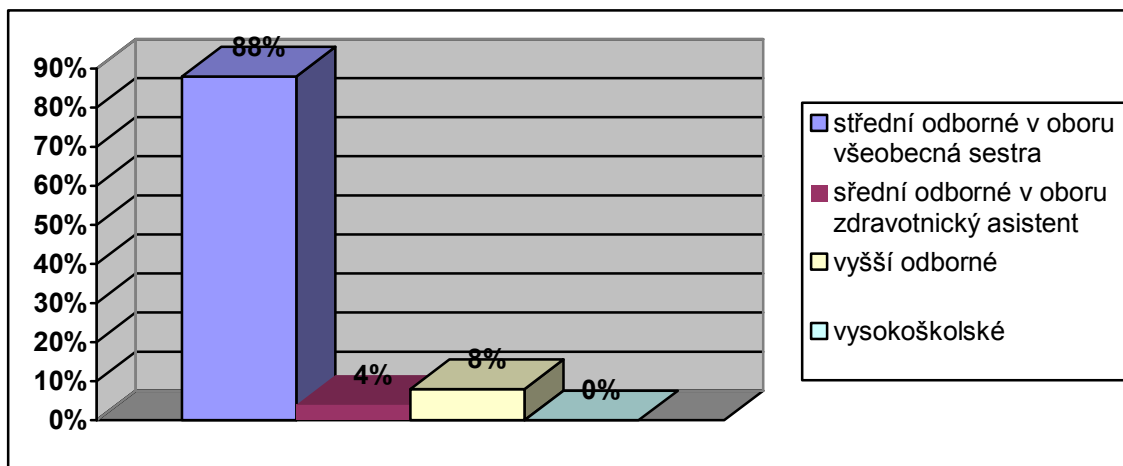


Zdroj: vlastní

7 (14%) respondentů pracuje ve zdravotnictví 1 – 5 let. 10 (21%) respondentů pracuje ve zdravotnictví 6 – 10 let. 32 (65%) respondentů pracuje ve zdravotnictví déle než 11 let.

## Otázka č. 3 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf č. 3 – Vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní

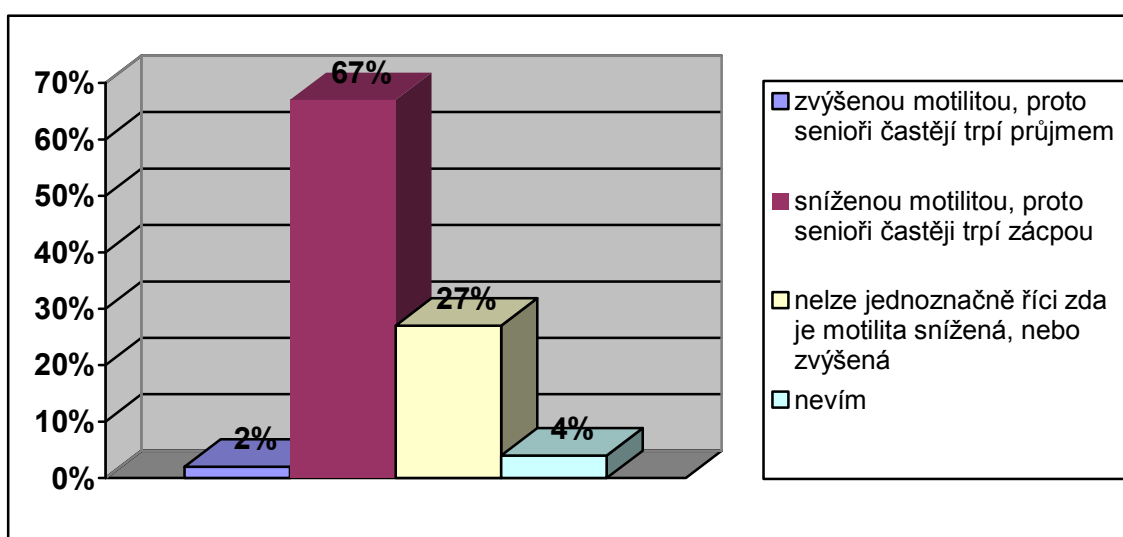
43 (88%) respondentů uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské v oboru všeobecná sestra. 2 (4%) respondenti vystudovali střední školu v oboru zdravotnický asistent. 4 (8%) respondenti označili možnost vyšší odborné vzdělání. Vysokoškolské vzdělání neoznačil ani jeden respondent.

### Předpoklad č. 1

Předpokládám, že více než ½ respondentů z řad všeobecných sester a zdravotnických asistentů odpoví správně na většinu otázek týkajících se specifík výživy a hydratace ve stáří.

Otázka č. 4 – Trávicí systém je ve stáří charakteristický:

Graf č. 4 – Motilita trávicího systému

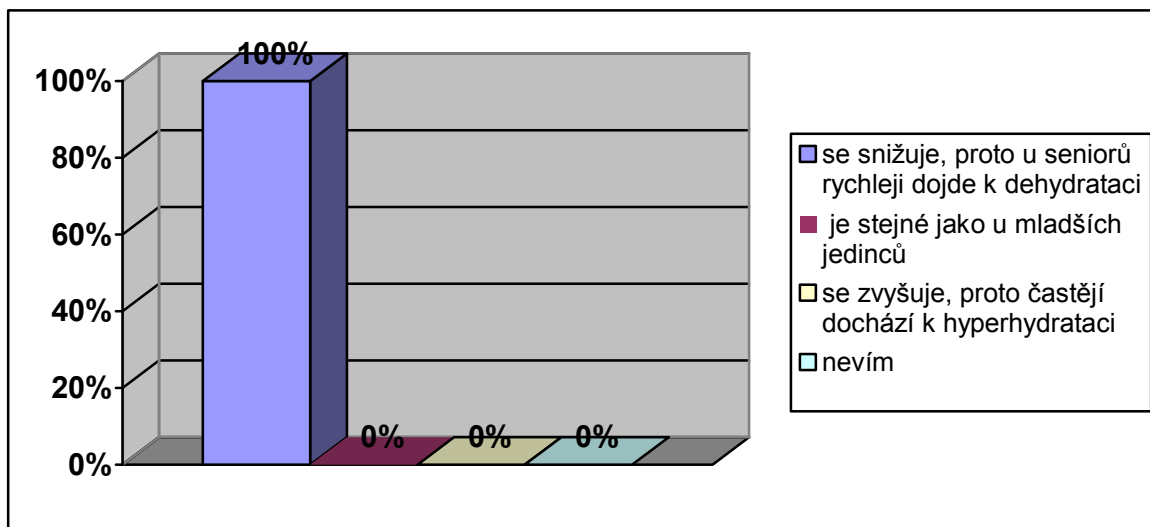


Zdroj: vlastní

Správnou odpověď uvedlo 33 (67%) respondentů. Chybnou odpověď, že dochází k zrychlení motility uvedl 1(2%) respondent. 13 (27%) respondentů označilo jako správnou odpověď možnost c. A 2 (4%) respondenti uvedli, že naznačí správnou odpověď.

### Otázka č. 5 – Množství celkové tělesné vody ve stáří:

Graf č. 5 – Tělesná voda ve stáří

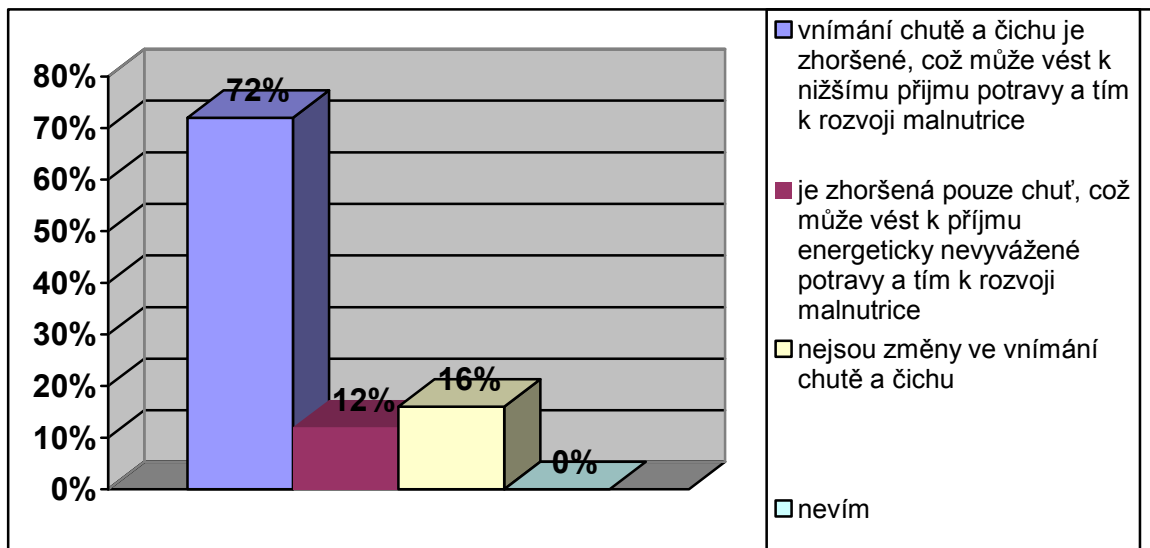


Zdroj: vlastní

Všech 49 (100%) respondentů vybralo správnou možnost.

### Otázka č. 6. - Ve stáří:

Graf č. 6 - Vnímání chutě a čichu

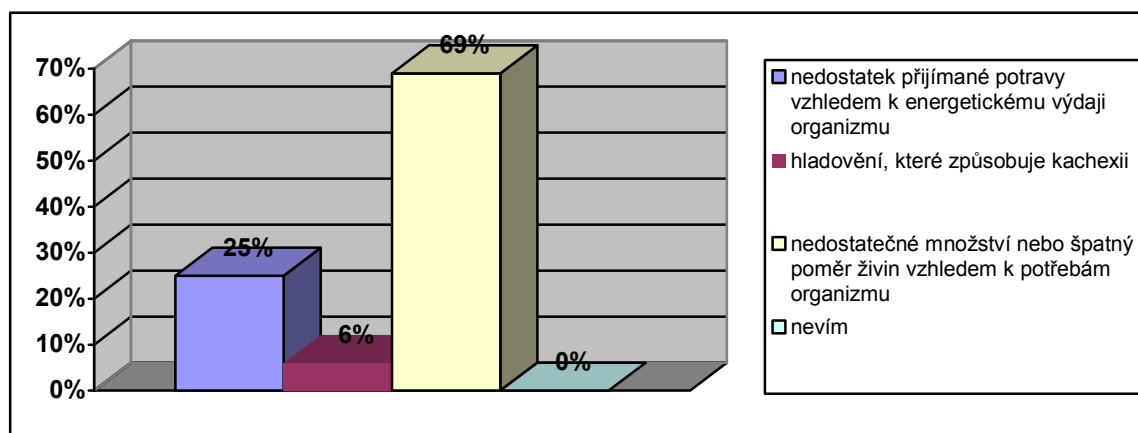


Zdroj: vlastní

Správnou odpověď vybralo 35 (72%) respondentů. Možnost *b* vybralo 6 (12%) respondentů, možnost *c* vybralo 8 (16%) respondentů a možnost *d* nezvolil ani jeden respondent.

### Otázka č. 7 - Malnutrice znamená:

Graf č. 7 - Co je malnutrice

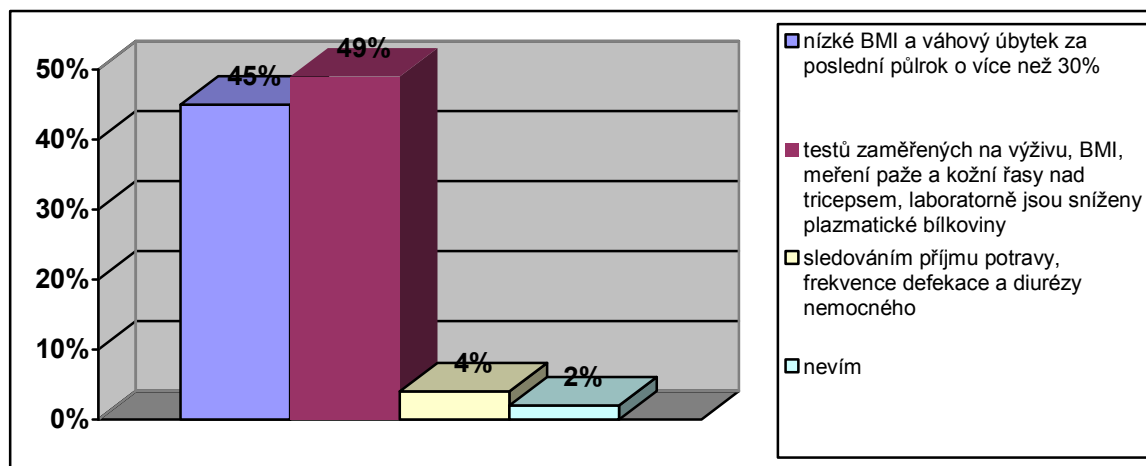


Zdroj: vlastní

Správnou odpověď zvolilo 34 (69%) respondentů. 12 (25%) považuje malnutrici za nedostatečný příjem živin. Možnost *b*, teda hladovění vybrali 3 (6%) respondenti. A možnost *d* nevybral ani jeden respondent.

### Otázka č. 8 - Malnutrici diagnostikujeme na základě:

Graf č. 8 - Diagnostika malnutrice



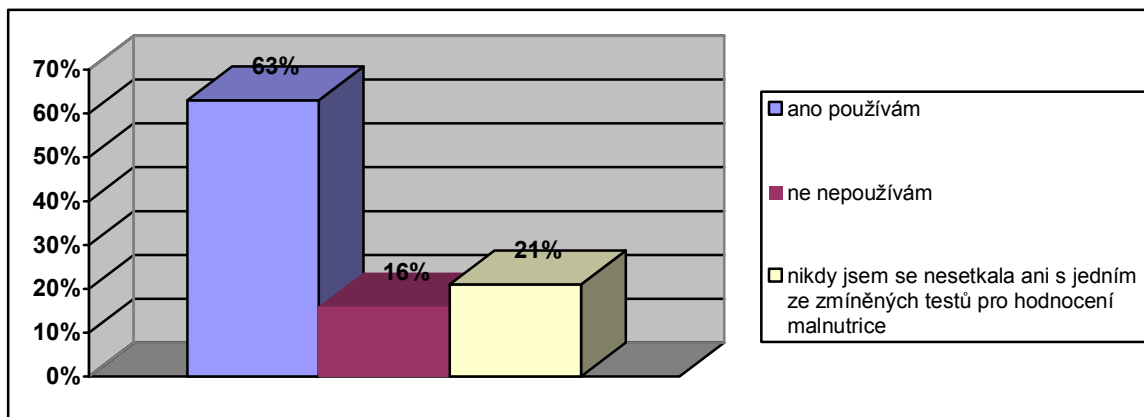
Zdroj: vlastní

U této otázky byla správná odpověď *b* a tu zvolilo 24 (49%) respondentů. Za relativně správnou odpověď by se dala považovat i odpověď *a*, kterou zvolilo 22 (45%) respondentů, nicméně malnutricí trpící pacient nemusí mít váhový úbytek a už vůbec ne 30% za půl roku. Příjem potravy, defekaci a diurézu by sledovali 2 (4%) respondenti. 1 (2%) respondent se přiznal, že odpověď neví.



**Otázka č. 9 - Používáte při hodnocení pacienta testy Mini Nutritional Assessment nebo Nothingamský screeningový dotazník pro hodnocení rizika malnutrice?**

**Graf č. 9 - Používání screeningových testů zaměřených na malnutrici**

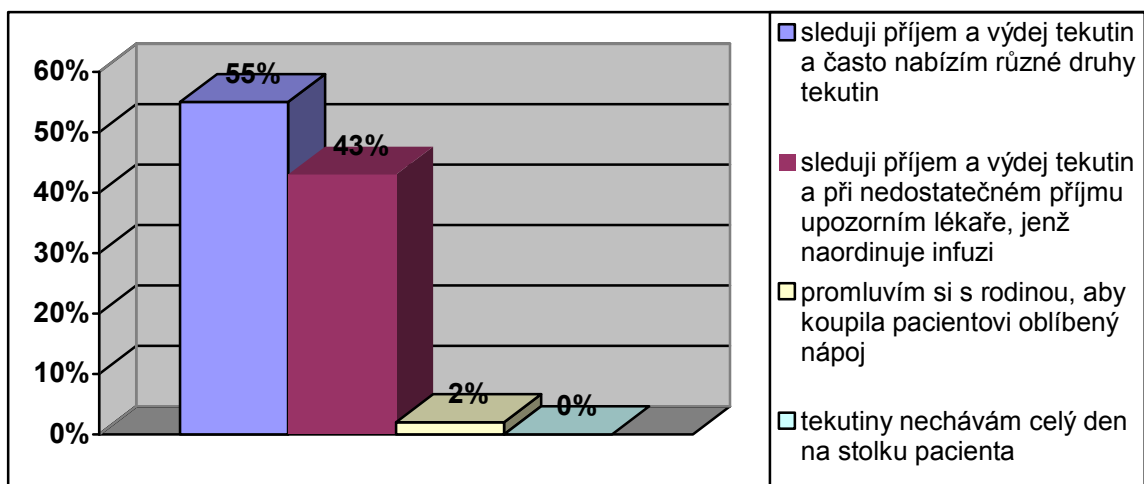


Zdroj: vlastní

31 (63%) respondentů využívá ve své praxi testy pro hodnocení rizika malnutrice. 8 (16%) respondentů je nevyužívá a 10 (21%) se s nimi nikdy nesetkalo.

**Otázka č. 10 - Senioři často nemají pocit žízně. Jak zajišťujete dostatečný příjem tekutin?**

**Graf č. 10 - Zajištění pitného režimu**



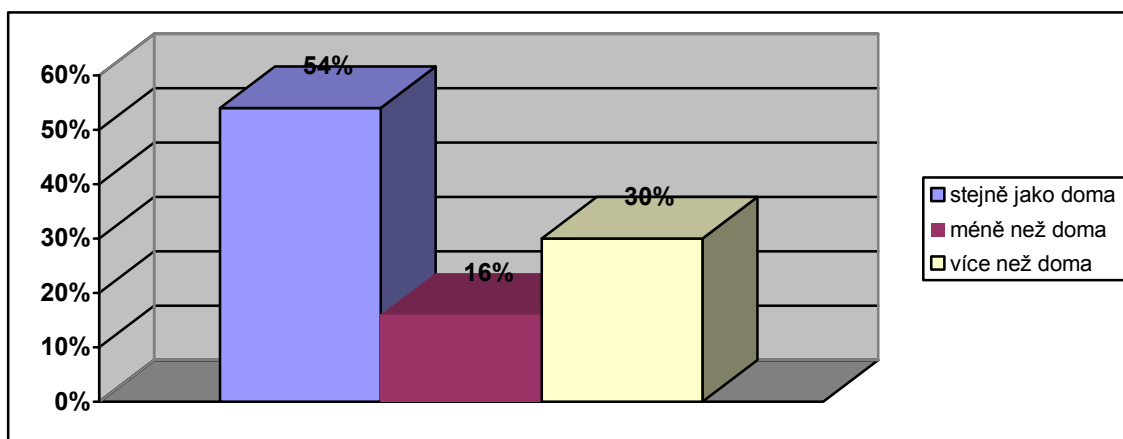
Zdroj: vlastní

Nejllepší možnost vybralo pouze 27 (55%) respondentů. 21(43%) respondentů zvolilo pro ně jednodušší metodu zajištění dostatečného příjmu tekutin a to možnost b. Možnost c vybral 1 respondent.

U otázky pitného režimu mě zajímalo zda sestry skutečně v praxi nabízejí seniorům pravidelně tekutiny a jestli mají senioři možnost výběru tekutin. Proto jsem otázky na tutu oblast zařadila do dotazníku pro pacienty. Příjemně mě překvapila a potěšila skutečnost, že sestry dbají na příjem tekutin a v praxi je pravidelně nabízejí.

#### Otázka č. 14 v dotazníku pro pacienty – Kolik tekutin pijete během hospitalizace

Graf č. 11 - Příjem tekutin během hospitalizace

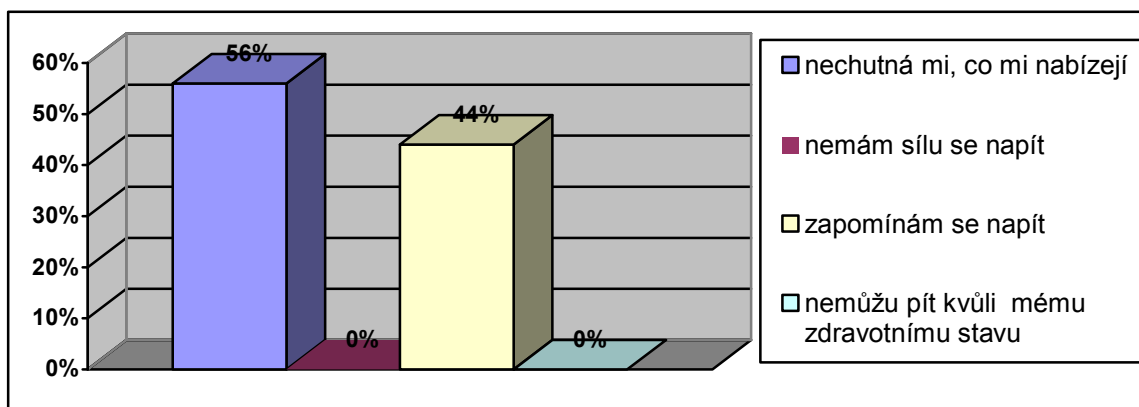


Zdroj: vlastní

Pouze 9 (16%) respondentů přijímá během hospitalizace méně tekutin než doma. Důvody jsou uvedené a znázorněné v následujícím grafu. 29 (54%) respondentů přijímá stejné množství tekutin jako doma. 16 (30%) respondentů přijímá dokonce více tekutin než doma.

**Otázka č. 15 v dotazníku pro pacienty – Pokud jste v předchozí otázce vybral/a možnost b, proč je tomu tak?**

**Graf č. 12 - Důvod sníženého příjmu tekutin během hospitalizace**

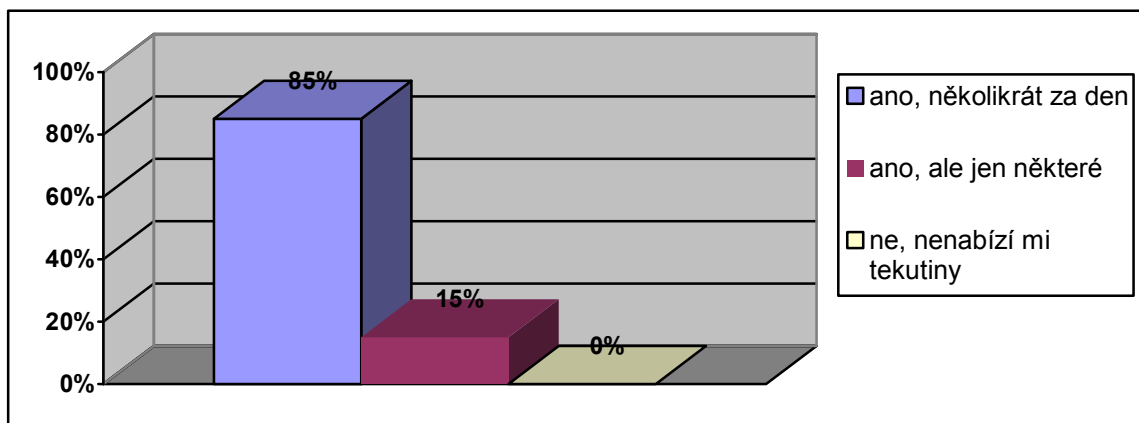


Zdroj: vlastní

5 (56%) respondentů, kteří během hospitalizace přijímají méně tekutin než doma tak činí proto, že jim nabízené tekutiny nechutnají. 4 (44%) respondenti z téže skupiny přijímají tekutiny méně, protože se zapomínají napít. Nutno podotknout, že tento graf nemá směrodatnou hodnotu, jelikož počet respondentů, kteří během hospitalizace pijí méně, je nízký.

**Otázka č. 16 v dotazníku pro pacienty – Nabízí Vám sestry tekutiny pravidelně?**

**Graf č. 13 - Pravidelnost nabízení tekutin**

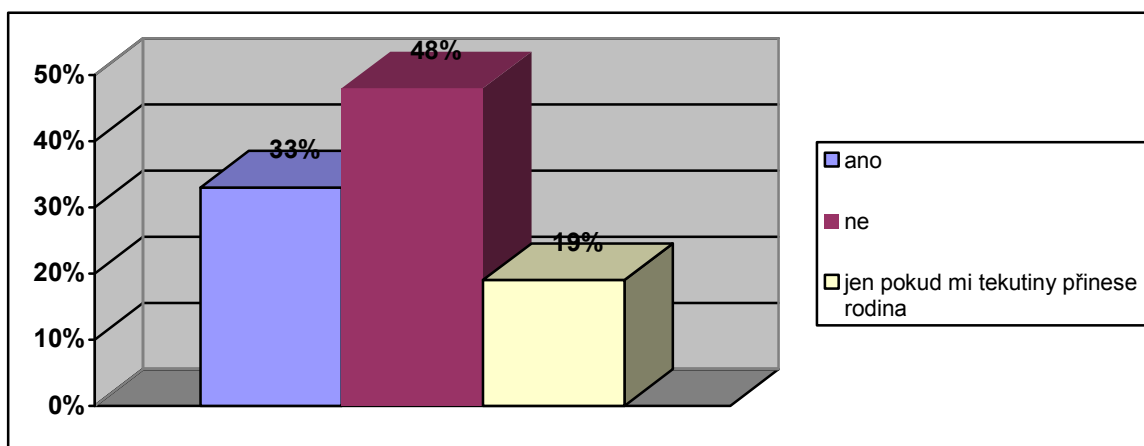


Zdroj: vlastní

Výsledek tohoto dotazu je velice pozitivní. Až 46 (85%) pacientů uvedlo, že jim sestry nabízejí tekutiny pravidelně a několikrát za den. Zbylí 8 (15%) pacienti uvedli, že jim pravidelně tekutiny nabízejí jen některé sestry.

### Otázka č. 17 v dotazníku pro pacienty – Máte možnost výběru tekutin?

Graf č. 14 – Výběr tekutin

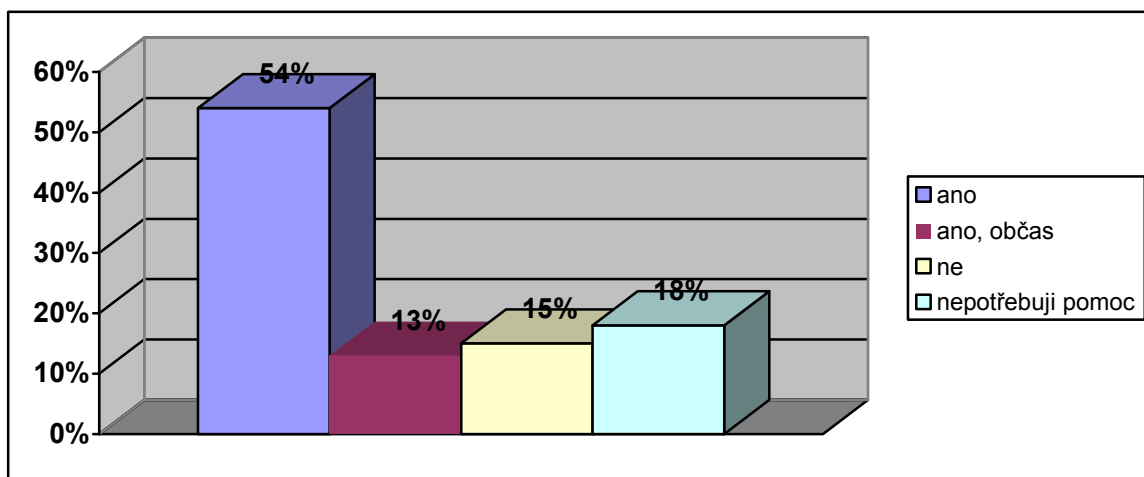


Zdroj: vlastní

18 (33%) pacientů má možnost výběru tekutin. Větší množství pacientů – 26 (48%) tuto možnost nemá a 10 pacientů má možnost výběru jen tehdy, pokud jim tekutiny přinese rodina.

### Otázka č. 18 v dotazníku pro pacienty – Nabízí Vám sestry pomoc při příjmu tekutin?

Graf č. 15 - Pomoc při příjmu tekutin



Zdroj: vlastní

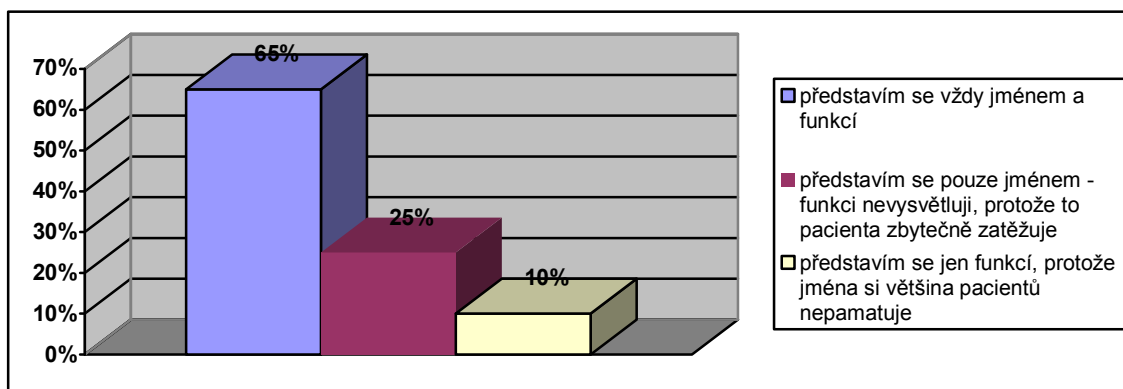
29 (54%) pacientů uvedlo, že jim sestry nabízejí pomoc při příjmu tekutin. 7 (13%) pacientů uvedlo, že jim sestry pomoc nabízejí občas. 8 (15%) pacientům pomoc sestry nenabídlly a 10 (18%) pomoc sester při příjmu tekutin nepotřebuje.

## Předpoklad č. 2

Předpokládám, že více než ½ respondentů z řad všeobecných sester a zdravotnických asistentů dodržuje zásady týkající se komunikace se seniorem.

Otázka č. 11 - Při prvním kontaktu s pacientem:

Graf č. 16 - Představení se pacientovi

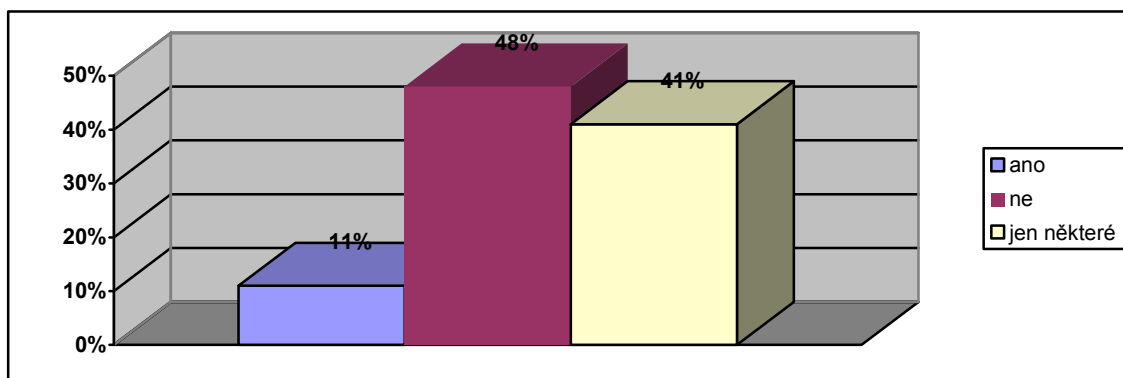


Zdroj: vlastní

Při prvním kontaktu s pacientem se správně představí 32 (65%) respondentů. Pouze jménem se představuje 12 (25%) respondentů a jen funkcí se představuje 5 (10%) respondentů.

Otázka č. 10 z dotazníku pro pacienty – Představily se Vám jménem sestry, které o Vás pečují?

Graf č. 17 – Představení se dle pacientů

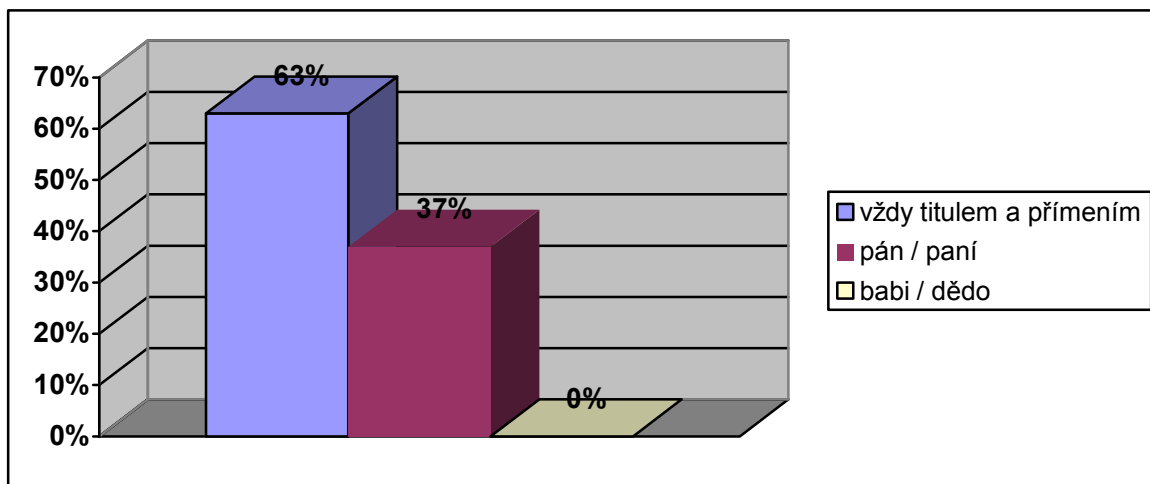


Zdroj: vlastní

Pouze 6 (11%) pacientů uvedlo, že se jim sestry představily. 22 (41%) pacientů uvedlo, že tak udělaly jen některé a dle 26 (48%) pacientů se sestry nepředstavily.

### Otázka č. 12 - Jak oslovujete pacienta?

Graf č. 18 - Oslovování pacientů

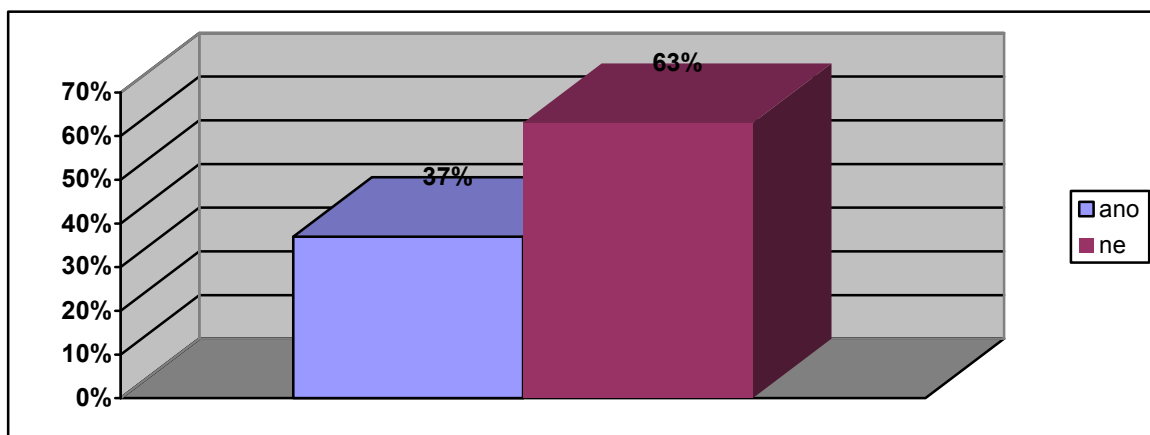


Zdroj: vlastní

31 (63%) respondentů oslovuje pacienty titulem a příjmením. Pán / paní oslovuje pacienty 18 (37%) respondentů. Oslovení babi / dědo nepoužívá ani jeden respondent.

### Otázka č. 11 z dotazníku pro pacienty – Setkal/a jste se někdy s tím, že Vás sestry oslovily babi / dědo ?

Graf č. 19 – Použití oslovení babi / dědo

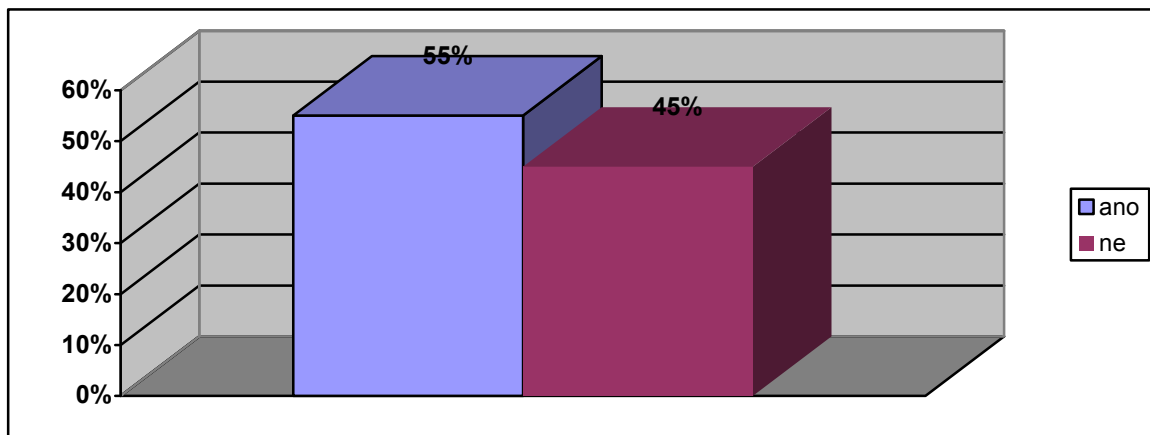


Zdroj: vlastní

Až 20 (37%) pacientů se setkalo s oslovením babi / dědo. 34 (63%) se s tímto oslovením neseťkalo.

Otázka č. 12 z dotazníku pro pacienty – Pokud jste v předchozí otázce označil možnost ano, vadí Vám to?

Graf č. 20 – Překáží Vám oslovení babi / dědo?

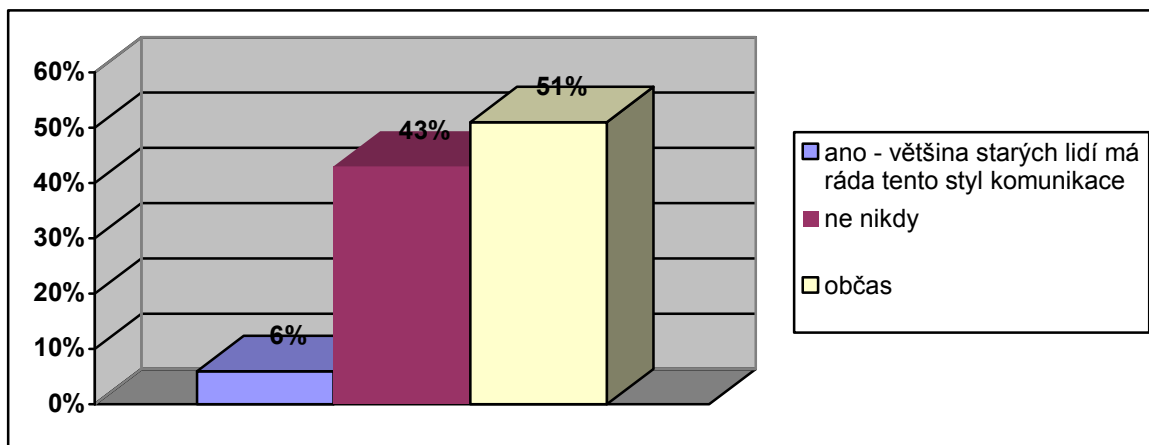


Zdroj: vlastní

11 (55%) pacientům oslovení babi / dědo překáží. Naopak 9 (45%) pacientům nevadí.

### Otázka č. 13 - Používáte při komunikaci s pacientem zdrobněliny?

Graf č. 21 - Používání zdrobnělin

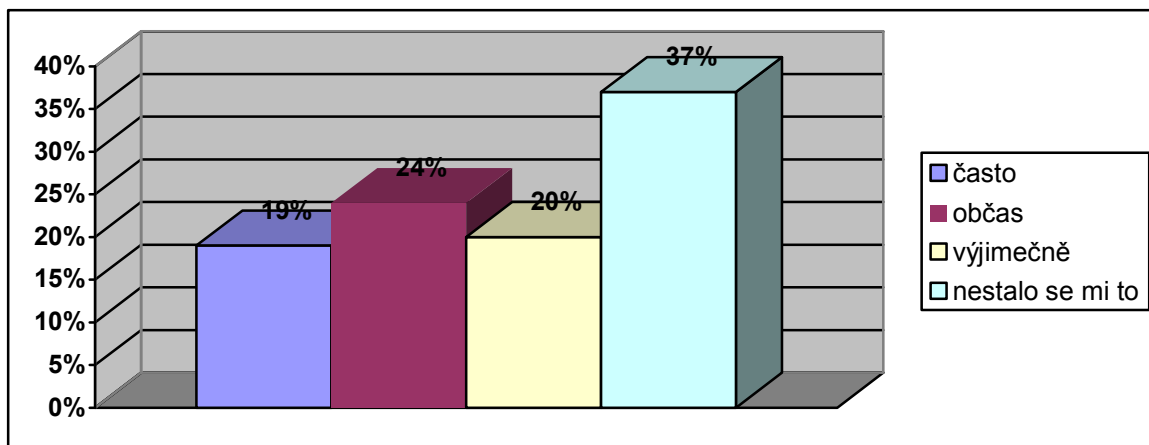


Zdroj: vlastní

3 (6%) respondenti uvedli, že při péči o pacienty používají zdrobněliny. 21 (43%) respondentů je nikdy nepoužívá. Většina respondentů – 25 (51%) je používá občas.

### Otázka č. 5 z dotazníku pro pacienty – Stalo se Vám, že sestry při komunikaci s Vámi použily nějaké zdrobněliny (např. ručička, nožička, aj.) ?

Graf č. 22 – Použití zdrobnělin dle pacientů



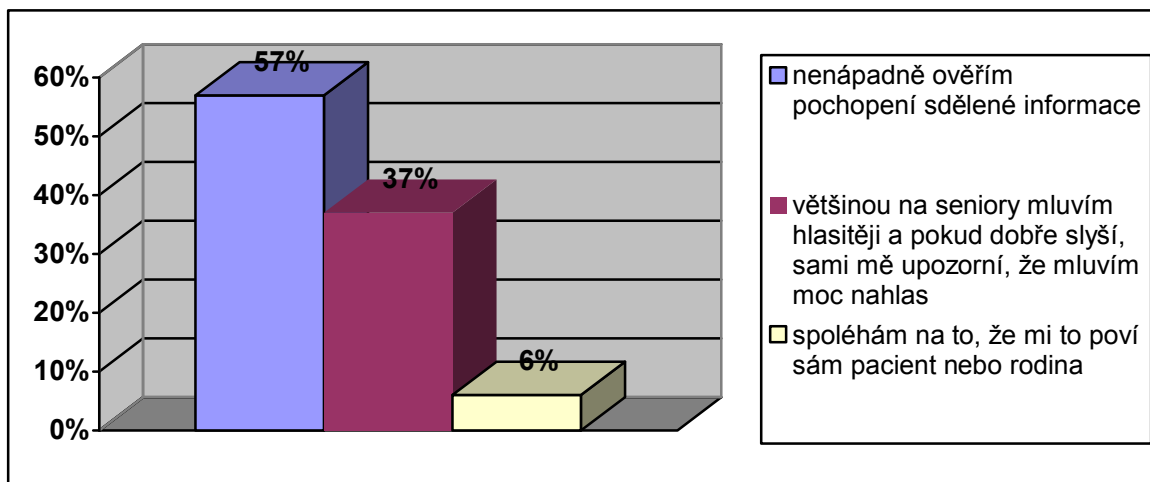
Zdroj: vlastní

10 (19%) pacientů uvedlo, že sestry při komunikaci s nimi používají zdrobněliny často. 13 (24%) se s tím setkávají občas. 11 (20%) se s tím setkala výjimečně. 20 (37%) pacientům se nikdy nestalo, že by sestry při komunikaci používaly zdrobněliny .



#### Otázka č. 14 - Jak zjistíte, že je pacient nedoslýchavý

Graf č. 23 - Ověření nedoslýchavosti

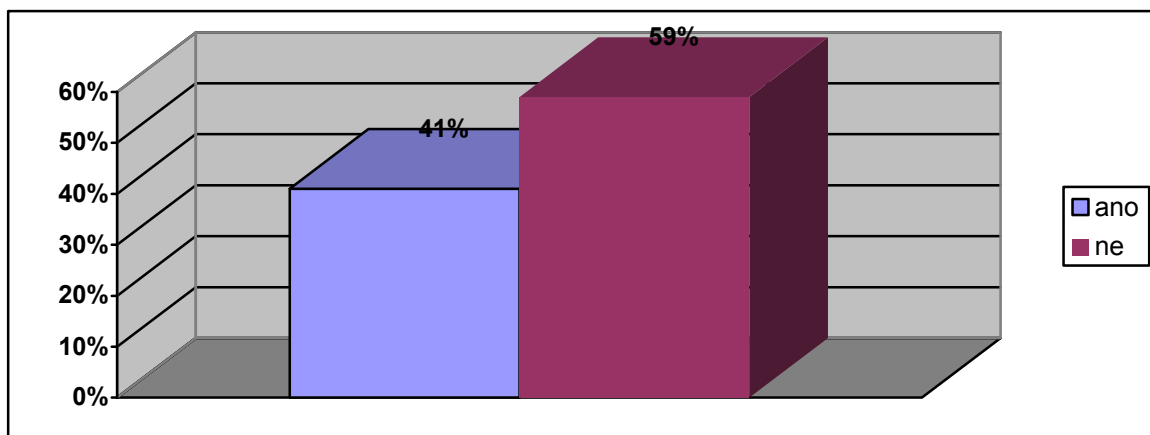


Zdroj: vlastní

Pouze 28 (57%) respondentů ověřuje nedoslýchavost správným způsobem. 18 (37%) respondentů automaticky mluví na seniory hlasitě a 3 (6%) respondenti se spoléhají, že je na nedoslýchavost upozorní pacient, nebo rodina.

#### Otázka č. 4 z dotazníku pro pacienty – Stalo se Vám, že na Vás sestry mluvily příliš hlasitě, bez toho aniž by zjistily, zda opravdu slyšíte hůře?

Graf č. 24 – Hlasitá mluva bez ověření nedoslýchavosti

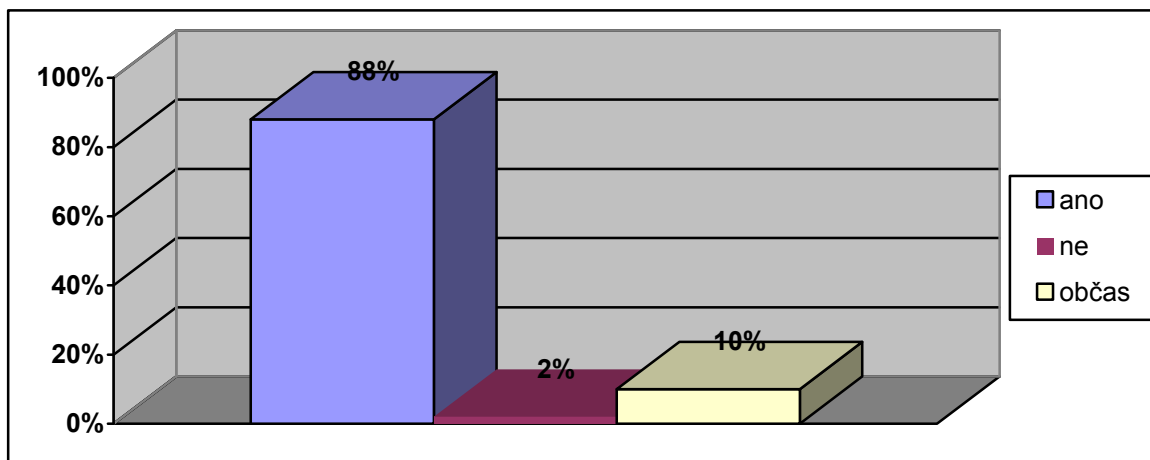


Zdroj: vlastní

S 22 (41%) pacienty sestry mluvily příliš hlasitě bez ověření nedoslýchavosti. Naopak 32 (59%) pacientům se to nikdy nestalo.

### Otázka č. 15 - Zajímáte se aktivně o pocity pacienta?

Graf č. 25 - Zájem o pacientovy pocity

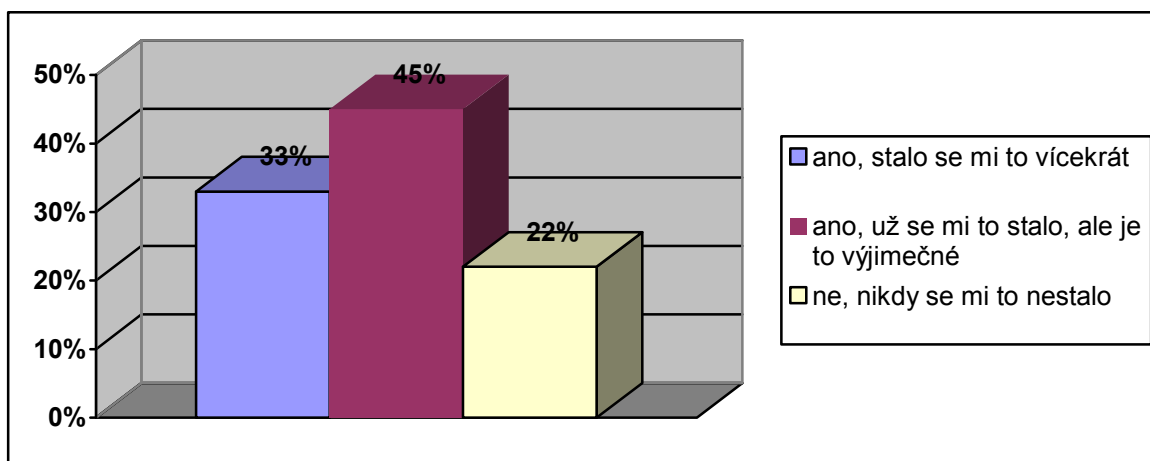


Zdroj: vlastní

43 (88%) respondentů se zajímá aktivně o pacientovy pocity. 1 (2%) se aktivně o pocity nezajímá a 5 (10%) tak činí občas.

### Otázka č. 13 z dotazníku pro pacienty – Ptají se sestry aktivně na to co Vás trápí?

Graf č. 26 - Zájem o pacientovy pocity z pohledu pacientů

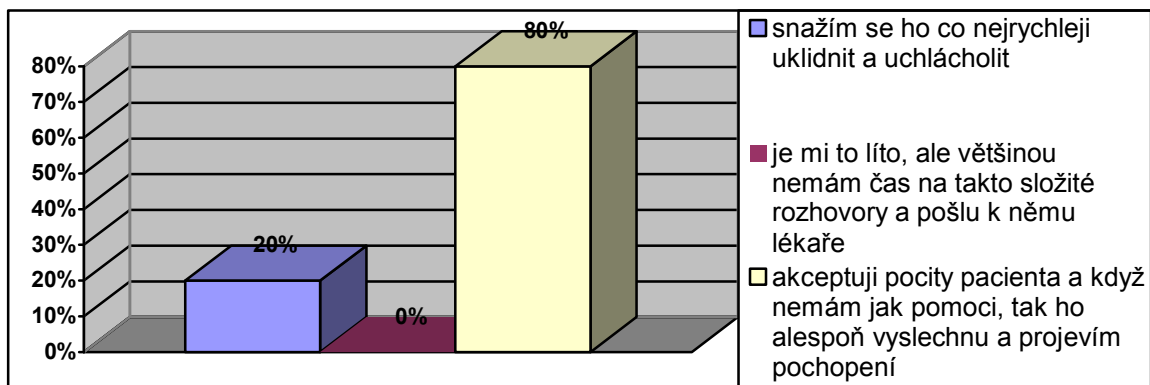


Zdroj: vlastní

U 18 (33%) pacientů se sestry vícekrát aktivně ptaly na jejich pocity. 26 (45%) pacientům se to stalo výjimečně. 10 (19%) pacientů se sestry nikdy aktivně nedotazovaly na jejich pocity.

**Otázka č. 16 - Jak se zachováte, když Vás pacient zaskočí rozhovorem na těžké téma (například strach se smrti, nevléčitelná nemoc) nebo začne plakat?**

**Graf č. 27 - Reakce na pacientovi pocity**

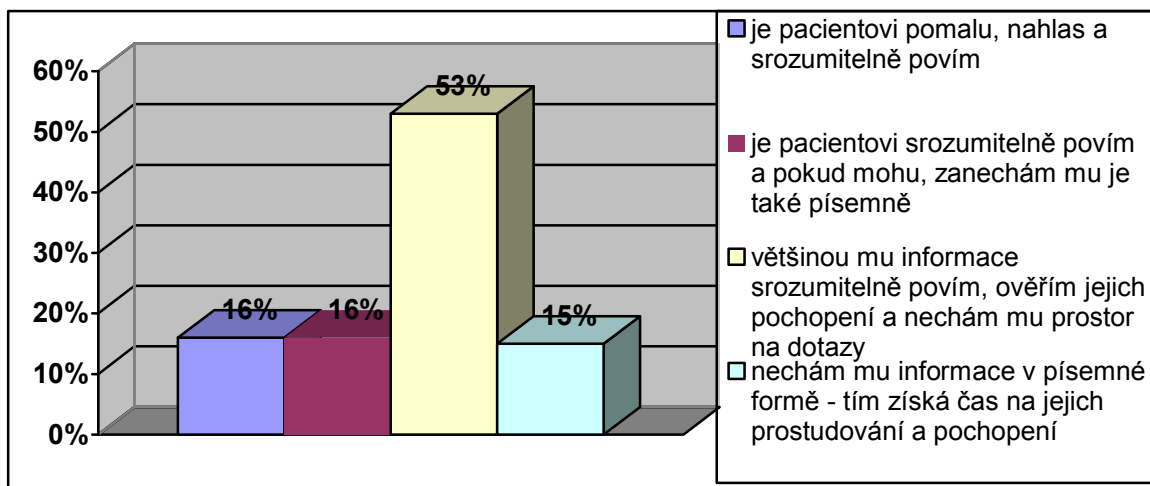


Zdroj: vlastní

10 (20%) respondentů se snaží pacienty rychle uklidnit a 39 (80%) respondentů reaguje správně - pocity pacienty akceptuje a projeví pochopení.

**Otázka č. 17 - Při edukaci pacienta nebo podávání důležitých informací:**

**Graf č. 28 - Edukace pacienta**

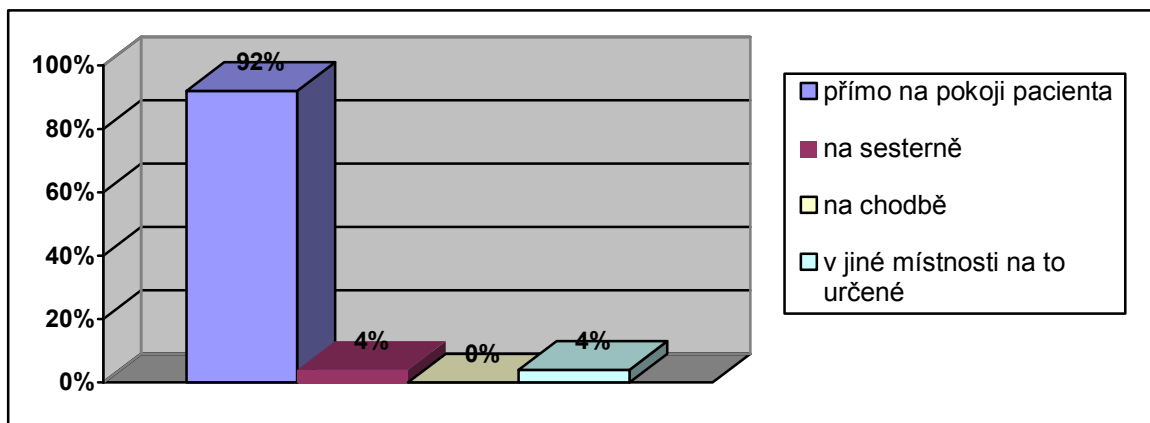


Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentů – 26 (53%) edukuje pacienta nejvhodnějším způsobem. Druhou nejlepší možností (b) zvolilo 8 (16%) respondentů. 8 (16%) respondentů pacienta pouze informuje a neověřuje pochopení. 7 (15%) respondentů volí předávání informací písemnou cestou.

### Otázka č. 18 - Kde nejčastěji odebíráte anamnézu pacienta při příjmu?

Graf č. 29 - Odběr anamnézy

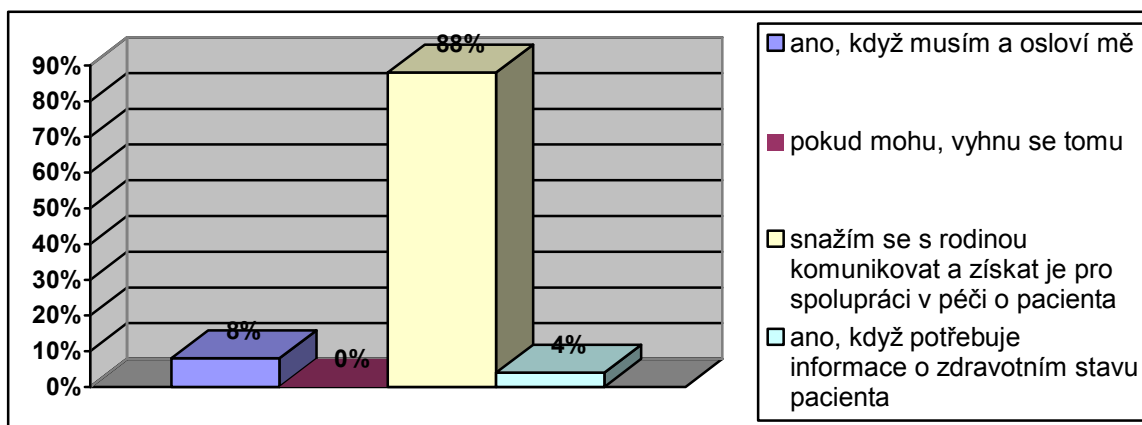


Zdroj: vlastní

Až 45 (92%) respondentů odebírá anamnézu přímo na pokoji pacienta. 2 (4%) tak činí na sesterně a 2 (4%) mají možnost odebírat anamnézu v soukromí - v jiné místnosti na to určené.

### Otázka č. 20 - Komunikujete s rodinou pacienta?

Graf č. 30 - Komunikace s rodinou

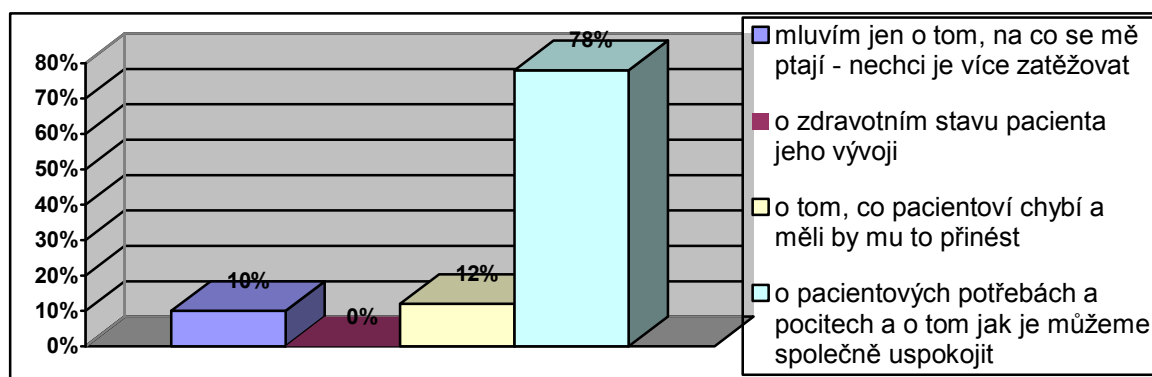


Zdroj: vlastní

4 (8%) respondenti se přiznali, že s rodinou komunikují pouze když je to nutné. 43(88%) se snaží komunikovat s rodinou a získat je pro spolupráci. A 2 (4%) zvolili tu nejhorší možnou odpověď, že komunikují s rodinou, když potřebuje informace o pacientově stavu.

### Otázka č. 21 - O čem se s rodinou pacienta snažíte mluvit?

Graf č. 31 - Obsah rozhovoru s rodinou

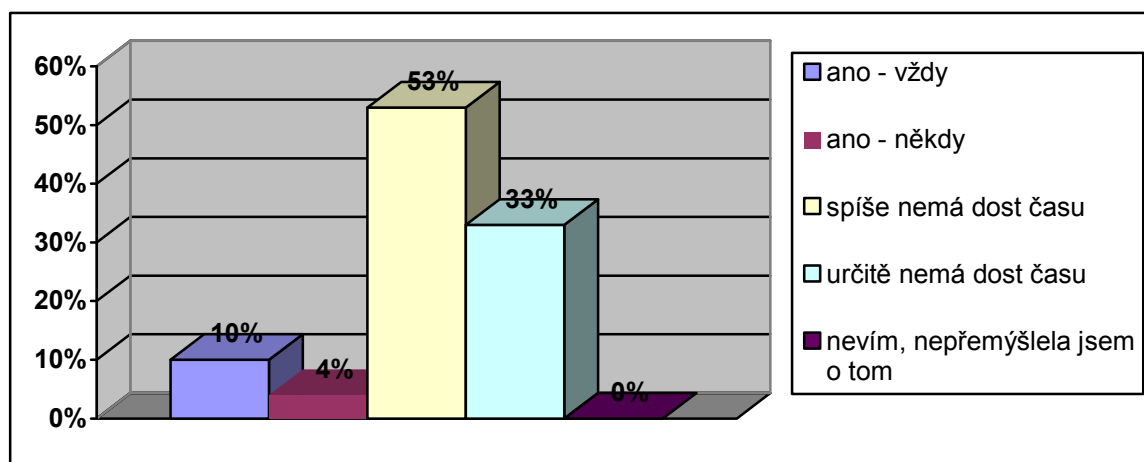


Zdroj: vlastní

5 (10%) respondentů mluví s rodinou jen o tom, na co se rodina ptá. V této otázce ani jeden respondent neoznačil možnost *b*, tedy rozhovor o zdravotním stavu pacienta, i když v předchozí otázce tak učinili 2 respondenti. O chybějících pomůckách mluví s rodinou 6 (12%) respondentů. Konečně 38 (78%) mluví s rodinou o pacientových potřebách a pocitech a o tom, jak je společně uspokojit.

### Otázka č. 28 - Máte pocit, že má ošetřující personál dostatek času na komunikaci s pacientem?

Graf č. 32 - Čas na komunikaci

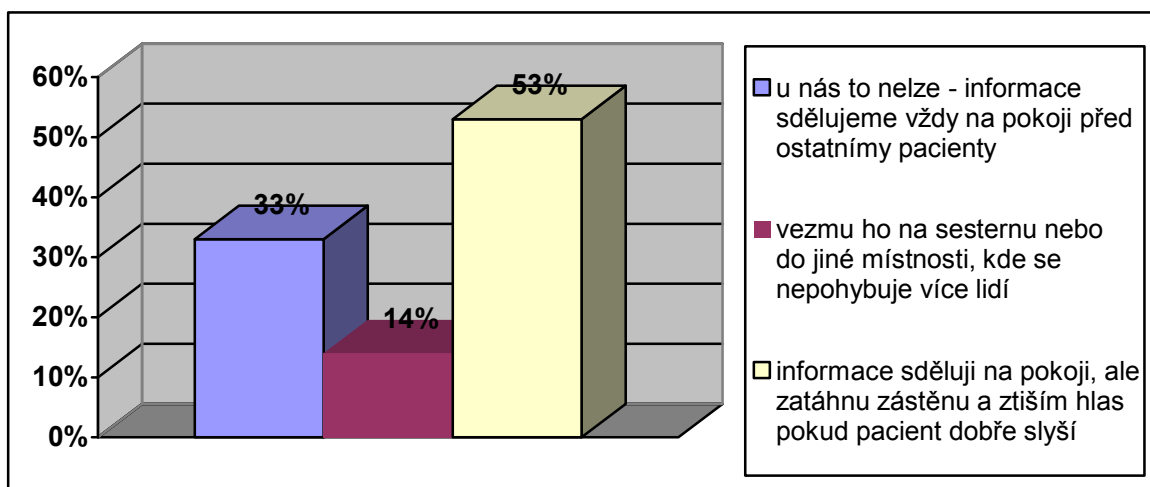


Zdroj: vlastní

Pouze dle 5 (10%) respondentů má ošetřující personál vždy dostatek času na komunikaci s pacientem. 2 (4%) si myslí, že má dostatek času jen někdy. 26 (53%) respondentů vybralo možnost *c*. Dle 16 (33%) respondentů, personál určitě nemá dostatek času na komunikaci.

**Otázka č. 19 - Jak zajišťujete pacientovi soukromí při předávání důležitých nebo citlivých informací?**

**Graf č. 33 - Zajištění soukromí při komunikaci**

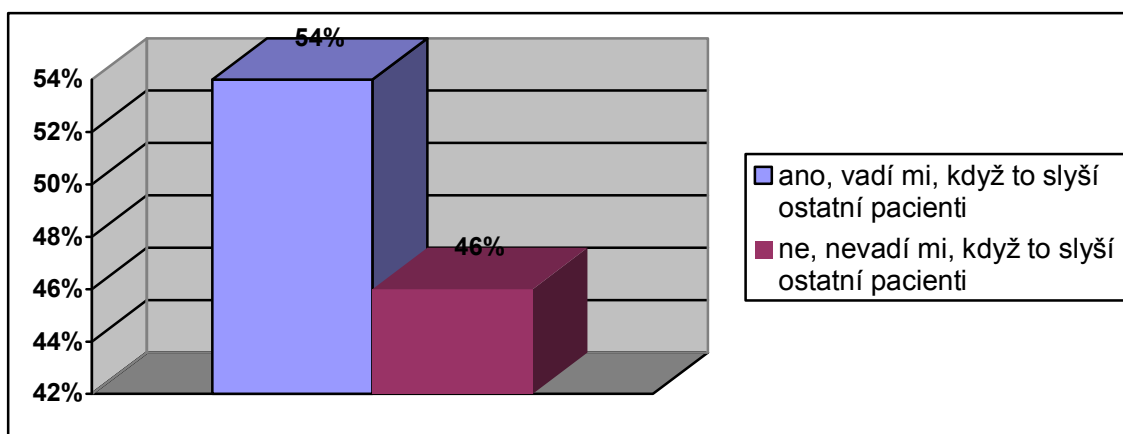


Zdroj: vlastní

16 (33%) respondentů sděluje informace pacientovi na pokoji. 26 (53%) respondentů činí totéž, ale snaží se zajistit alespoň nějakou míru soukromí zatažením zástěny a ztišením hlasu. 7 (14%) respondentů sděluje citlivé informace mimo patientský pokoj v místnosti s možností většího soukromí.

**Otázka č. 9 z dotazníku pro pacienty – Uvítali byste při podávání informací více soukromí?**

**Graf č. 34 – Názor pacientů na soukromí při komunikaci**



Zdroj: vlastní

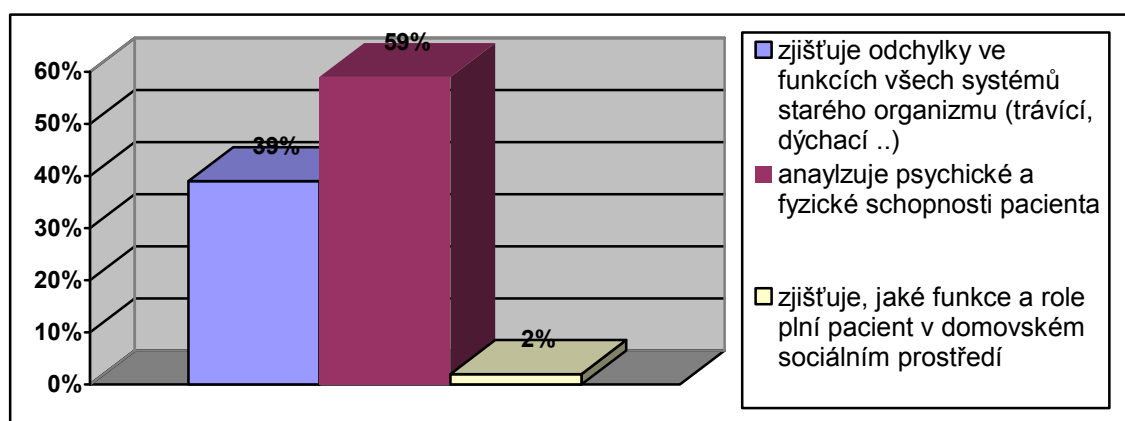
29 (54%) respondentů by uvítalo více soukromí. 25 (46%) více soukromí nevyžaduje a nevadí jim, když informace slyší ostatní pacienti.

### Předpoklad č. 3

Předpokládám, že více než 1/2 respondentů správně odpoví na více než polovinu otázek týkajících se funkčního geriatrického vyšetření.

**Otázka č. 22 - K čemu slouží funkční geriatrické vyšetření?**

**Graf č. 35 - Význam funkčního geriatrického vyšetření**

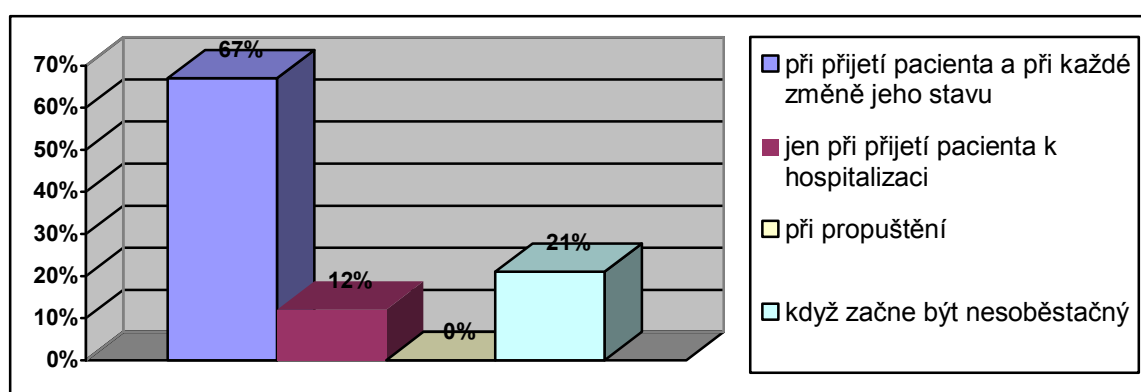


Zdroj: vlastní

Správnou odpověď uvedlo 29 (59%) respondentů. Chybnou odpověď, že funkční geriatrické vyšetření slouží k odhalení odchylek ve funkcích organismu, uvedlo 19 (39%) respondentů. Zbylou odpověď označil 1 (2%) respondent.

**Otázka č. 23 - Kdy provádíme funkční geriatrické vyšetření?**

**Graf č.36 - Čas provedení funkčního geriatrického vyšetření**

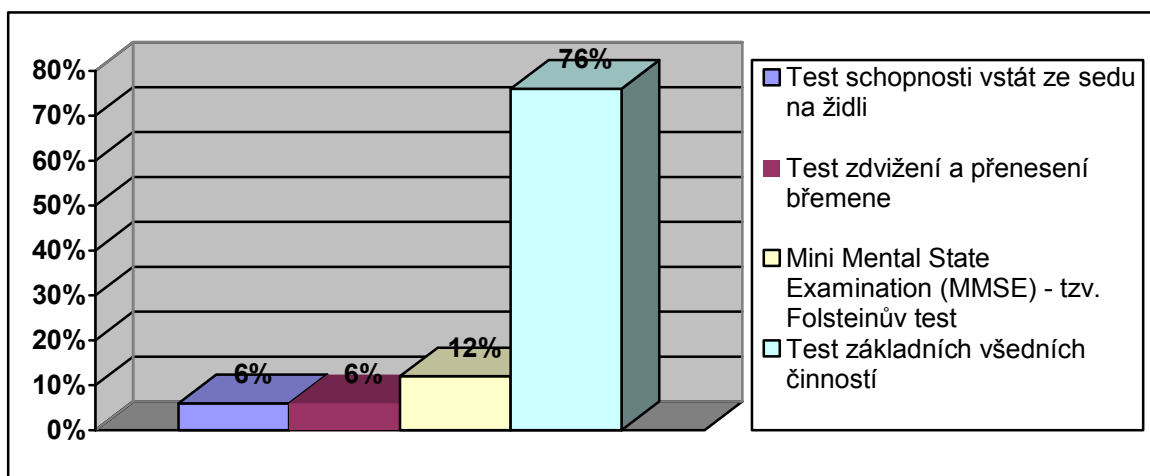


Zdroj: vlastní

33 (67%) respondentů vybralo správnou odpověď. 6 (12%) respondentů by vyšetření provedlo pouze při příjmu pacienta a 10 (21%) by tak udělalo v době, kdy začne být pacient nesoběstačný.

**Otázka č. 26 - Který z následujících testů byste využila na zjištění úrovně sebeobsluhy a nezávislosti pacienta?**

**Graf č. 37 - Test základních všedních činností**

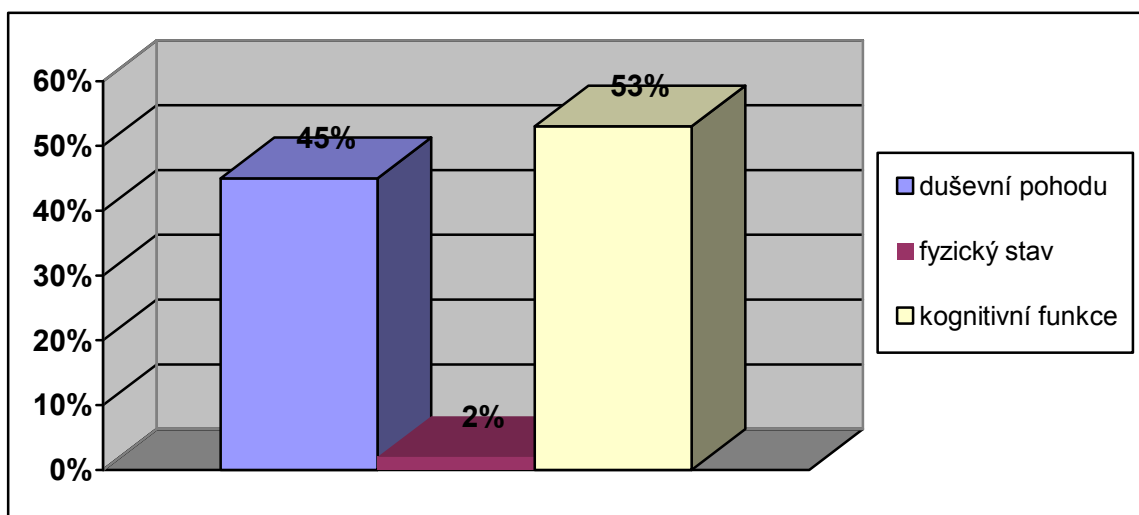


Zdroj: vlastní

Úroveň sebeobsluhy a nezávislosti by 3 (6%) respondenti zjišťovali Testem schopnosti vstát ze židle. Stejně množství by zvolilo Test zdvižení a přenesení břemene. 6 (12%) by si vybralo MMSE a 37 (76%) by provedlo Test základních všedních činností.

**Otázka č. 27 Pomocí Mini Mental State Examination vyšetřujeme:**

**Graf č. 38 Mini Mental State Examination**



Zdroj: vlastní

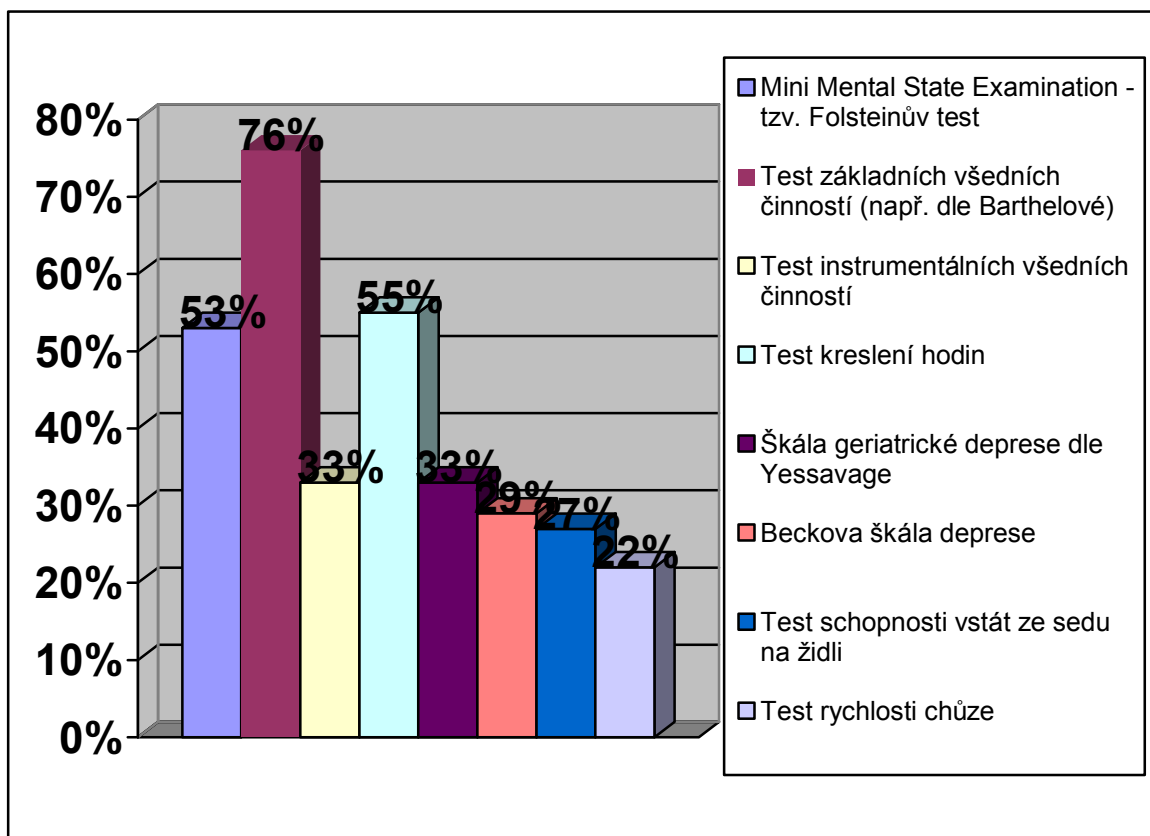
Správnou odpověď zvolilo 26 (53%) respondentů. 22 (45%) respondentů by pomocí MMSE vyšetřovali duševní pohodu. 1 (2%) respondent zvolil možnost b.



Následující dvě otázky nesouvisí přímo s vysloveným předpokladem. Slouží pouze k porovnání toho, kolik testů sestry znají a kolik se v praxi používá

### Otázka č. 24 Zakroužkujte prosím ty testy, které znáte

Graf č. 39 Znalost testů

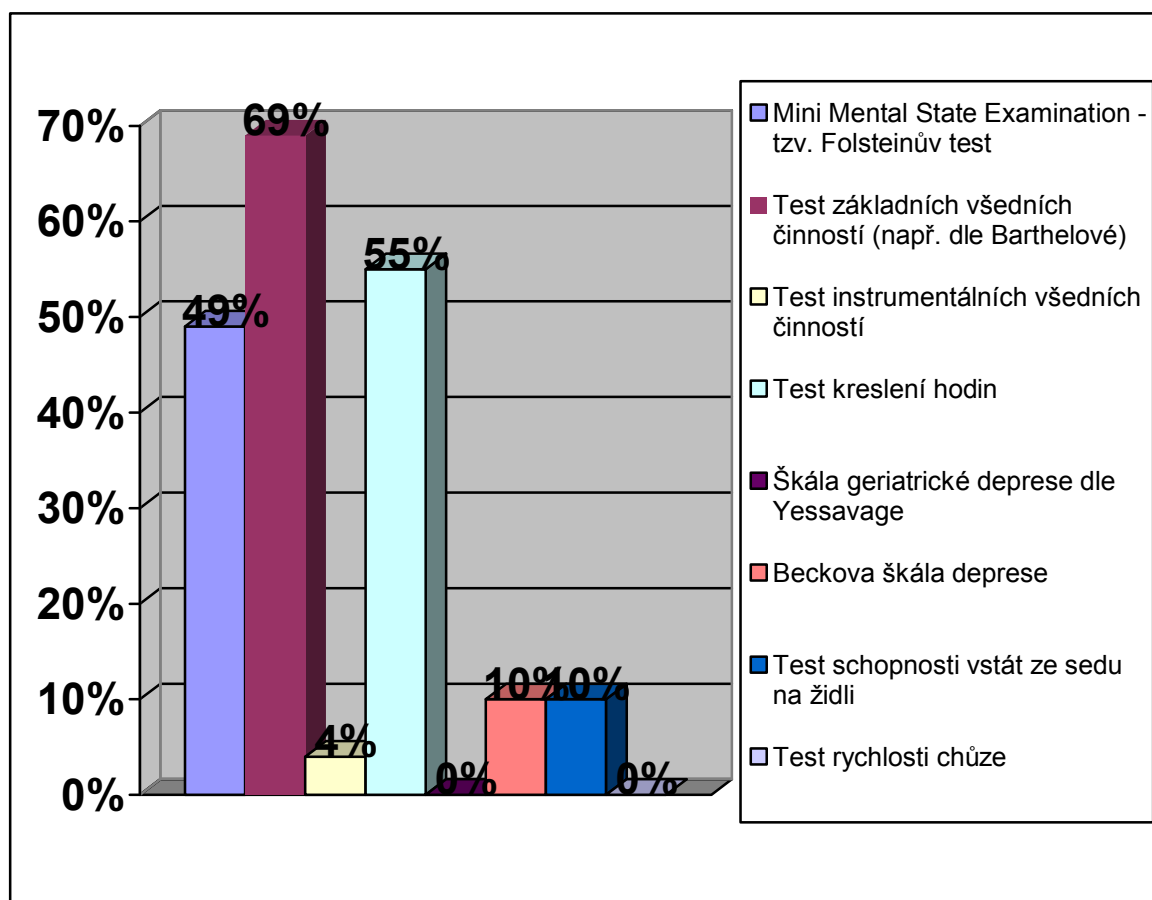


Zdroj: vlastní

26 (53%) respondentů zná MMSE. 37 (76%) zná Test základních všedních činností. Tento test je zároveň nejznámější ze všech nabídnutých možností. IADL zná jen 16 (33%) respondentů. 27 (55%) respondentů zná Test kreslení hodin. Znalost ostatních nabízených testů je poměrně nízká. 16 (33%) respondentů zná Škálu geriatrické deprese dle Yessavage. 14 (29%) zná Beckovu škálu deprese. Test schopnosti vstát ze sedu na židli zná 13 (27%) respondentů a Test rychlosti chůze 11 (22%) respondentů.

Otázka č. 25 - Zakroužkuje prosím ty testy, které využíváte na svém oddělení

Graf č. 40 - Používanost testů



Zdroj: vlastní

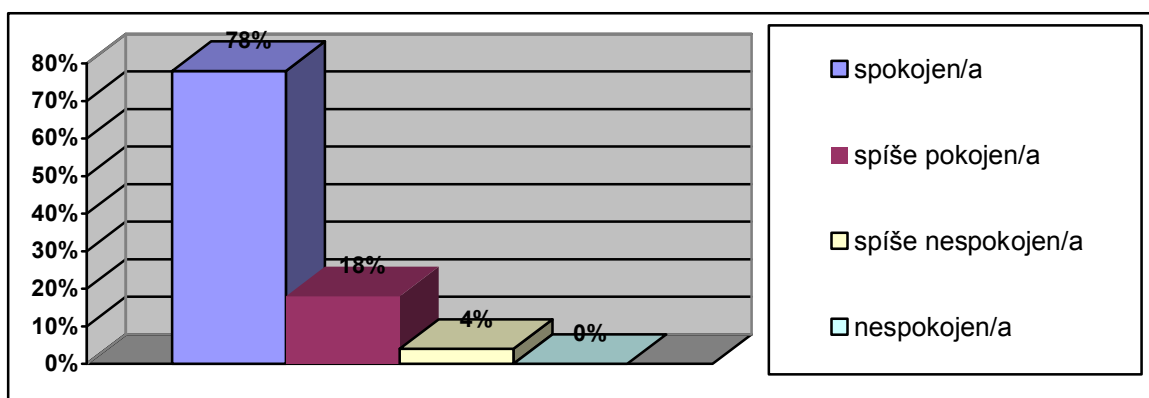
Znalost testů je mnohem vyšší, než jejich využívání v praxi.. MMSE využívá při své práci 24 (49%) respondentů, Test základních všedních činností 34 (69%), IADL jen 2 (4%) respondenti a Test kreslení hodin 27 (55%) respondentů. Geriatrickou škálu deprese dle Yessavage a Test rychlosti chůze nevyužívá ani jeden respondent. Beckovu škálu deprese a Test schopnosti vstát ze židle využívá shodně 5 (10%) respondentů.

#### **Předpoklad č. 4**

**Předpokládám, že více než 1/2 seniorů bude spokojena s komunikací sester a zdravotnických asistentů**

**Otázka č. 1 z dotazníku pro pacienty – Jste spokojen/a s péčí sester?**

**Graf č. 41 – Spokojenost pacientů s péčí sester**

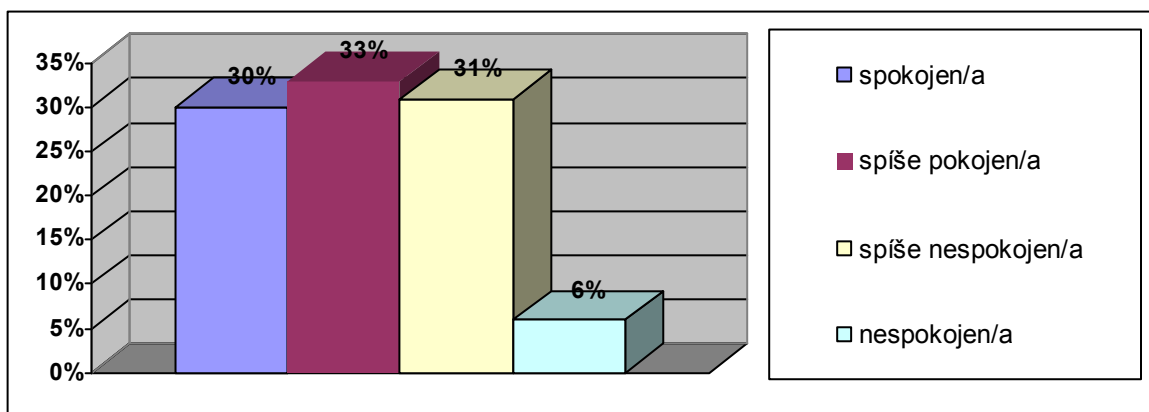


Zdroj: vlastní

42 (78%) pacientů je s péčí sester spokojeno. Spíše spokojeno je 10 (18%) pacientů. Nespokojeni jsou dva (4%) pacienti. Zcela nespokojen není ani jeden pacient.

**Otázka č. 2 z dotazníku pro pacienty – Jste spokojen/a s komunikací sester?**

**Graf č. 42 – Spokojenost pacientů s komunikací sester**

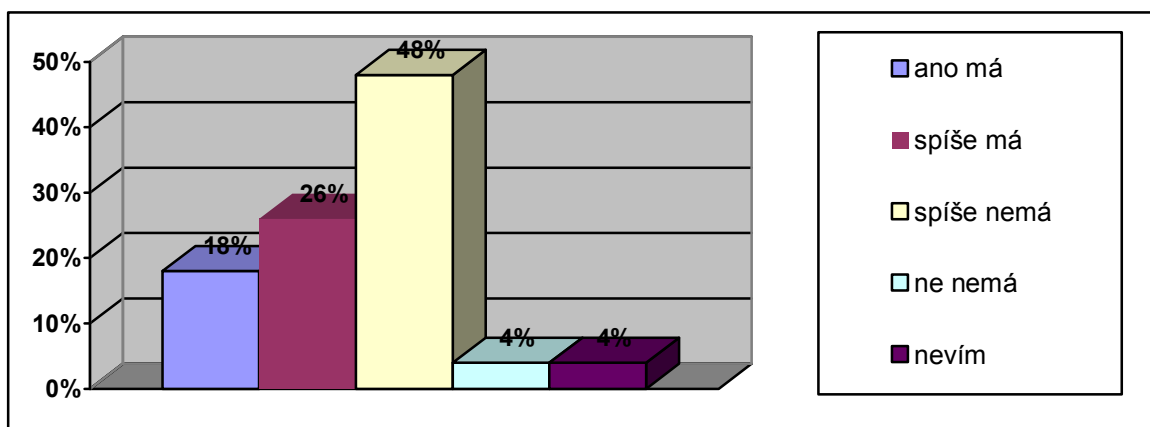


Zdroj: vlastní

Výsledky spokojenosti pacientů s komunikací jsou značně rozdílné proti spokojenosti s péčí sester. Jen 16 (30%) pacientů je s komunikací sester spokojeno. 18 (33%) je spíše spokojeno. 17 (31%) je spíše nespokojeno. A 3 (6%) pacienti jsou s komunikací sester nespokojeni.

**Otázka č. 3 z dotazníku pro pacienty – Myslíte si, že má sestra dost času na komunikaci s pacienty?**

**Graf č. 43 – Čas na komunikaci**

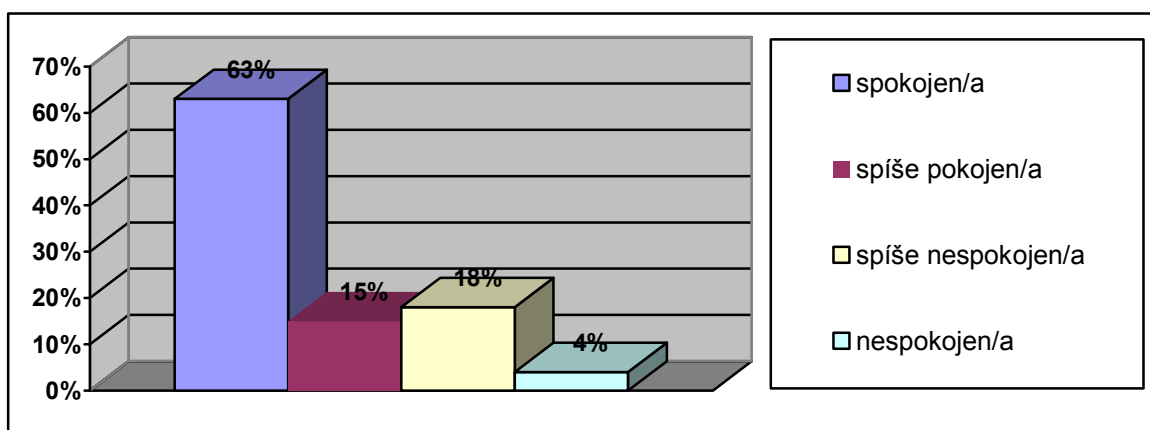


Zdroj: vlastní

Dle 10 (18%) pacientů má sestra na komunikaci s nimi času dostatek. 14 (26%) si myslí, že čas na komunikaci spíše má. 26 (48%) je názoru, že sestra spíše nemá dostatek času na komunikaci. O nedostatku času jsou přesvědčeni 2 (4%) pacienti. Tutot oblast nedokázali ohodnotit 2 (4%) pacienti.

**Otázka č. 6 z dotazníku pro pacienty – Jak jste spokojen/a s podáváním informací od sester?**

**Graf č. 44 – Spokojenost s podáváním informací**

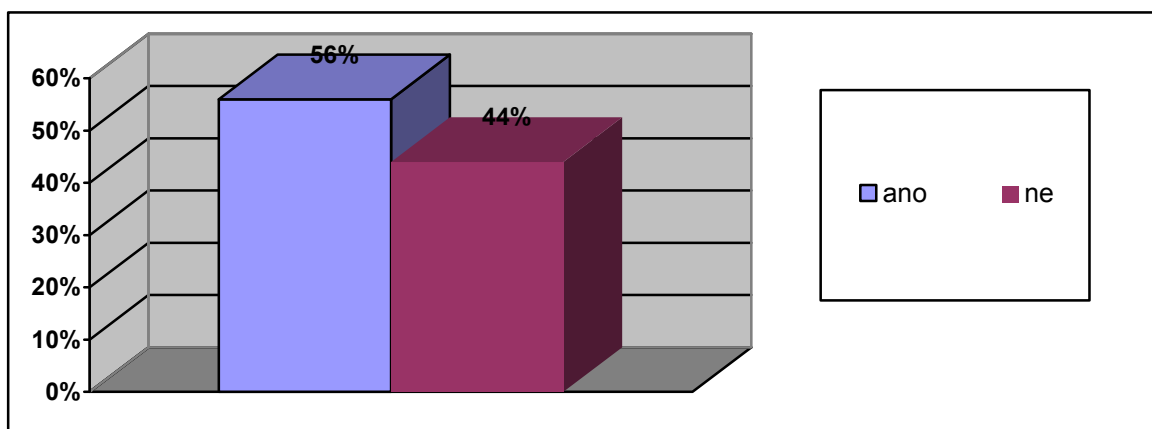


Zdroj: vlastní

Až 34 (65%) pacientů je s podáváním informací od sester spokojena. 8 (15%) je spíše spokojená. Spíše nespokojeni jsou 10 (18%) pacienti. A nespokojeni jsou pouze 2 (4%) pacienti

**Otázka č. 7 z dotazníku pro pacienty – Uvítali byste větší množství informací o úkonech, které u Vás sestry budou provádět?**

**Graf č. 45 – Množství informací o prováděných úkonech**

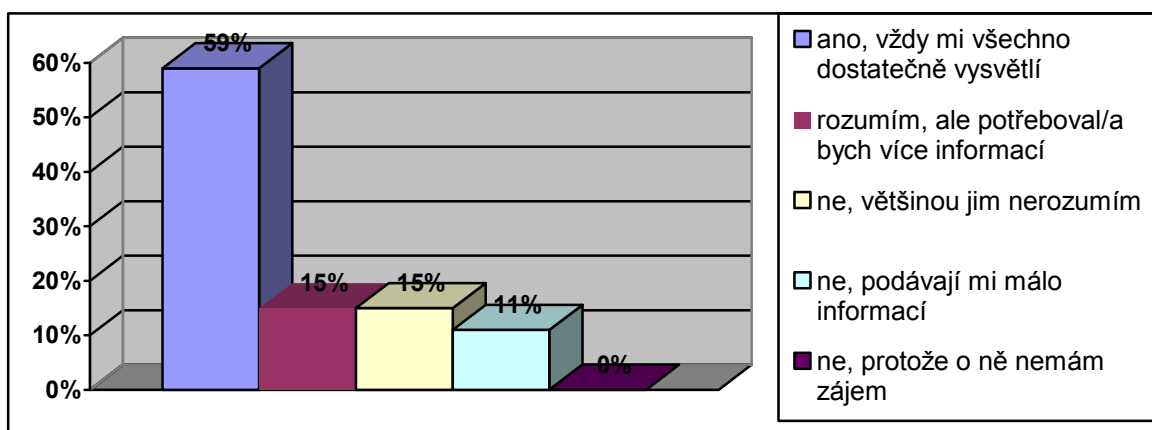


Zdroj: vlastní

Většina pacientů - 30 (56%)by uvítala větší množství informací. 24 (44%) více informací nepotřebuje.

**Otázka č. 8 z dotazníku pro pacienty – Rozumíte informacím, které Vám sestry podávají v průběhu Vašeho pobytu v nemocnici?**

**Graf č. 46 – Srozumitelnost informací**

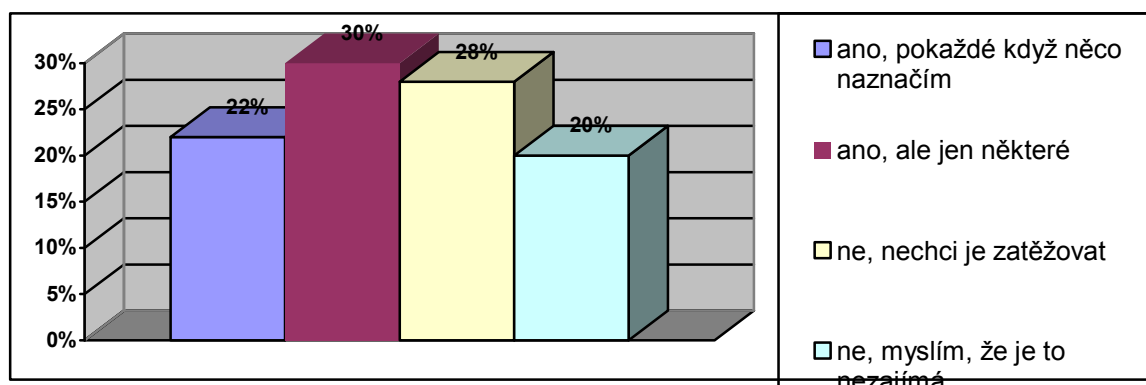


Zdroj: vlastní

32 (59%) pacientů považuje srozumitelnost informací podávaných sestrami za dostatečnou. 8 (15%) srozumitelnost informací také považuje za dostatečnou, ale potřebovalo by více informací. Informacím nerozumí 8 (15%) pacientů. Posledních 6 (11%) pacientů pokládá množství informací za nedostačující, a proto jim nerozumí.

### Otázka č. 19 – Mluví s Vámi sestry o tom co vás trápí?

Graf č. 47 – Rozhovory o pocitech pacienty

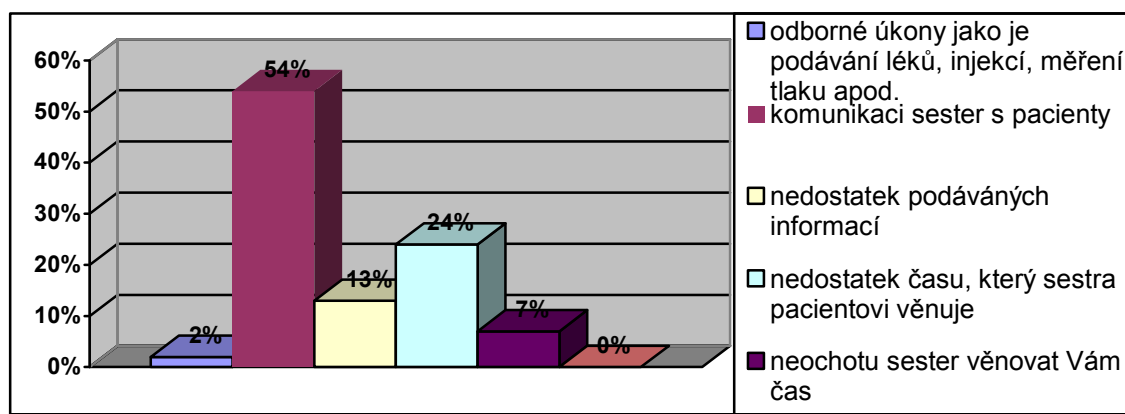


Zdroj: vlastní

S 12 (22%) pacienty sestry mluví o jejich pocitech pokaždé, když něco naznačí. Se 16 (30%) pacienty o jejich pocitech mluví jen některé sestry. 15 (28%) pacientů sestry nechce svými pocity zatěžovat. 11 (20%) pacientů má dojem, že sestry jejich pocity nezajímají.

### Otázka č. 20 z dotazníku pro pacienty – Kterou z oblastí sesterské péče byste vyhodnotili jako nejvíce kritickou?

Graf č. 48 – Kritické oblasti sesterské péče



Zdroj: vlastní

Nejvíce pacientů vyhodnotilo jako nejvíce kritickou oblast sesterské péče komunikaci. Bylo jich 29 (54%). Druhou nejkritičtější oblastí se stal nedostatek času, který sestra pacientovi věnuje. Tuto oblast tak vyhodnotilo 13 (24%) pacientů. 7 (13%) pacientům se zdá kritické množství podávaných informací. Další 4 (7%) pacienti pokládají za kritickou neochotu sester věnovat jim čas. Jen 1 (2%) pacient vyhodnotil jako kritickou oblast sesterské péče jejich odborné úkony.

## 5 DISKUSE

Cílem mé bakalářské práce bylo ověřit úroveň znalostí všeobecných sester a zdravotnických asistentů v problematice seniorského věku a jejich uplatnění v praxi. Zaměřila jsem se na čtyři oblasti péče, a to výživu, hydrataci, provádění funkčního geriatrického vyšetření a na komunikaci. Stanovila jsem čtyři předpoklady, které jsem ověřila pomocí dvou dotazníků. První dotazník byl určen pro všeobecné zdravotní sestry a zdravotnické asistenty. Ten druhý jsem rozdala pacientům na týchž odděleních, kde jsem distribuovala první dotazník.

První předpoklad, že více než 1/2 respondentů z řad všeobecných sester a zdravotnických asistentů odpoví správně na většinu otázek týkajících se specifík výživy a hydratace ve stáří, se mi potvrdil. Oslovení respondenti znali změny motility trávicí trubice, změny chutě a čichu ovlivňující příjem potravy a dokázali určit co je malnutrice. U otázky č. 8 mě překvapilo, že malnutrici nedokáže správně diagnostikovat ani polovina respondentů. Přitom až 63% respondentů uvedlo, že ve své praxi využívá screeningové vyšetření pro malnutrici pomocí standardizovaných měřících škál jako je Mini Nutritional Assessment a Nottinghamský dotazník pro hodnocení rizika malnutrice. Nejznámější nutriční škála Mini Nutritional Assessment obsahuje v první části antropometrická vyšetření, kde je zahrnut i obvod paže, který jsem zmínila ve správné odpovědi na otázku týkající se diagnostiky malnutrice.

U otázky č. 9 se 21 % respondentů vyjádřilo, že nikdy neslyšeli o Mini Nutritional Assessment a Nottinghamském dotazníku. Dalších 16% respondentů tyto testy v praxi nevyužívá. Jsou dvě možnosti, proč se takto vysoké procento respondentů vyjádřilo, že uvedené testy nezná. Ta první je moje pochybení, které jsem si bohužel uvědomila až při hodnocení dotazníku. Chybu jsem pravděpodobně udělala v tom, že jsem do dotazníku uvedla anglický název standardizované škály Mini Nutritional Assessment a ne název, který se v českém překladu nazývá Škála pro orientační hodnocení stavu výživy. Učinila jsem tak proto, že ve všech literárních zdrojích, ze kterých jsem čerpala, byl anglický název využíván mnohem více než ten český. Nicméně je pravda, že 88% respondentů mělo pouze středoškolské vzdělání, a tak nebylo nuceno studovat novodobou odbornou

literaturu. Navíc 65% respondentů pracuje déle než 11 let a v době jejich studia se pravděpodobně s angličtinou nesetkávali. Druhým důvodem pro neznalost těchto testů může být skutečnost, že ačkoli jsou screeningové testy pro hodnocení malnutrice na odděleních nemocnic dostupné, ve skutečnosti jsou využívány málo nebo dokonce vůbec. Podobnou úvahu vyslovila MUDr. Grofová ve své knize Nutriční podpora. Zde říká, že ačkoli je nutriční screening jeden z indikátorů kvality péče, pořád ještě není zaveden ve všech nemocnicích. Navíc i tam, kde je zaveden, není skutečně funkční.

V otázkách č. 5 a č. 10, které se týkaly hydratace, respondenti obstáli rovněž dobře a více než polovina odpověděla správně. V této oblasti jsem pomocí otázek č.14, 15, 16, 17 a 18 zařazených do dotazníku pro pacienty, ověřovala praktické uplatnění zásad udržování dostatečné hydratace. Velice příjemně mě překvapilo zjištění, že sestry v praxi dbají na dostatečný příjem tekutin. Pacienti přijímají tekutiny minimálně ve stejném objemu jako doma. Sestry jim tekutiny nabízejí pravidelně a nabízejí jim také pomoc při příjmu tekutin. Jediný nedostatek v této oblasti je nemožnost výběru tekutin. Tím se mi potvrdila myšlenka, která je vyjádřena v teoretické části, že na výběr je většinou jen čaj slazený a neslazený. Na odděleních chybí nabídka tekutiny, která by měla tvořit základ pitného režimu – voda. Tuto skutečnost však většina sester nemůže ovlivnit.

Druhý předpoklad zněl: „Předpokládám, že více než ½ respondentů z řad všeobecných sester a zdravotnických asistentů dodržuje zásady týkající se komunikace se seniorem.“

Tento předpoklad se mi potvrdil, neboť většina sester zvolila správné odpovědi na otázky č. 11 – 17, které se ptaly na představení se při prvním kontaktu, oslovení pacienta, používání zdvořilých, ověření nedoslýchavosti, zájem o pacientovy pocity, způsob edukace a reakci na pacientovy negativní pocity, případně pláč. Uplatňování těchto zásad jsem ověřovala u pacientů pomocí otázek zahrnutých do dotazníku, který jim byl distribuován. Výsledek byl mnohem méně potěšující než v případě hydratace.

U otázky č. 11, která se ptala na představení se při prvním kontaktu, 65% respondentů uvedlo, že se představuje vždy jménem a funkcí. Pacienti toto tvrzení nepotvrdili. Téměř polovina z nich uvedla, že se sestry nepředstavily.



Otázka č. 13 zjišťovala používání zdrobnělin. 51% respondentů uvedlo, že je v komunikaci občas používá. Otázka č. 5 z dotazníku pro pacienty tuto skutečnost v podstatě potvrdila, jelikož až 37% pacientů se s použitím zdrobnělin vůbec nesešlo a 20 % se s tím setkalo výjimečně. Obecně není v literatuře používání zdrobnělin doporučováno. Řadíme ho do projevů devalvačního chování. V této otázce však s autory knih nemohu plně souhlasit. Jsem přesvědčena, že empatická a zkušená sestra dokáže odhadnout, u kterého pacienta je použít může. Moje osobní zkušenost je, že se na odděleních občas vyskytují pacientky „babičky“, které mají rády vyloženě něžný styl komunikace. Když takovou pacientku požádáte, aby vám podala „ručičku“, její oči se doslova rozzáří. Tyto typy osobností touží po něze a fyzickém kontaktu. Jak jsem již uvedla, vše závisí na schopnostech, zkušenostech a zdravém úsudku sester. Pokud si nejsme jisti, zda se pacientovi používání zdrobnělin bude líbit, neměli bychom ho v žádném případě použít. Nevhodné použití zdrobnělin je, stejně jako oslovení babi/dědo, možné považovat za elderspeak. Je to rozhodně velká chyba v komunikaci, kterou můžeme snižovat sebevědomí pacienta nebo ho dokonce rozčillit a uzavřít si tím dveře pro spolupráci s ním.

Znepokojující je i zjištění, které vyplynulo v otázce č. 14 z dotazníku pro sestry a č. 5 z dotazníku pro pacienty. I když 57% respondentů z řad zdravotníků ověřuje nedoslýchavost dříve, než začne mluvit na seniora hlasitě, doufala jsem, že tak bude činit větší procento zdravotníků. Také 41% pacientů se setkalo s tím, že na ně sestry mluvily příliš hlasitě. Toto chování sester si vysvětluji jako zažitý stereotyp. Sestry komunikují automaticky, aniž by se zamyslely nad konkrétním pacientem.

Potěšila mě skutečnost vyplývající z otázek č. 20 a 21 z dotazníku určeného pro sestry. Respondenti uvedli, že se snaží s rodinami pacientů komunikovat a získat je pro spolupráci. Obsah jejich rozhovorů směřují k potřebám a pocitům pacienta a k tomu, jak je nejlépe uspokojit. Tento fakt pokládám za pozitivní směřování sesterské komunikace. Získat si rodinu je důležité z několika důvodů. Především jde o pocit pacienta, který je spokojenější když vidí, že si s jeho rodinou rozumíme. Spoluúčast rodiny na péči o něj mu přináší pocit, že je ceněný a pořád důležitý. Dalším aspektem je pocit rodiny, že pro svého příbuzného dělá, co může. A v neposlední řadě, rodina spokojená s péčí sester, je rodina spokojená se

zdravotnickým pracovištěm. Tudíž jde o rodinu, která si nebude stěžovat nebo podávat žalobu na poskytovatele péče.

Poslední oblast, kterou jsem se u tohoto předpokladu zabývala, bylo zajištění soukromí při sdělování citlivých informací. Z výsledků otázky č. 18 je patrné, že drtivá většina sester odebírá anamnézu pacienta přímo na pokoji. Sdělování citlivých informací rovněž probíhá přímo na pokoji pacienta. Činí tak až 86% respondentů. Jejich větší část se snaží zajistit alespoň jistou mírou soukromí zatažením zástěny a ztišením hlasu. V roce 2009 provedla Bakhtiari et al. studii zaměřenou na komunikační bariéry mezi sestrou a starším pacientem. Tyto bariéry rozdělili do třech skupin, na bariéry vztahující se k sestrám, bariéry vztahující se k pacientům a bariéry v prostředí. Za největší překážku prostředí vidí senioři dle této studie přeplněné pokoje a velký počet těžce nemocných na oddělení. Také většině pacientů, kteří vyplňovali můj dotazník vadí, když citlivé osobní informace slyší ostatní pacienti na pokoji. U nás je běžné, že na pokoji leží tři a více pacientů. Ještě pořád nejsou na všech pokojích ve všech nemocnicích ani zástěny, které by zajistily alespoň malou míru soukromí. Je pochopitelné, že v této situaci pacienti ztrácí vůli i schopnost otevřeně komunikovat.

Předpoklad č. 3 byl zaměřen na znalost funkčního geriatrického vyšetření. Zabývala jsem se jím v otázkách č. 22 – č. 27.

Předpoklad se mi také vyplnil, neboť na všechny otázky ohledně funkčního geriatrického vyšetření odpovědělo více než polovina respondentů správně. Z výsledků ale vyplývá, že je zde mnoho sester, které neví co vlastně funkční geriatrické vyšetření je. Velké množství sester (45%) nemá povědomí o funkci MMSE. Pro porovnání jsem do dotazníku zařadila otázku (č. 24), která měla odhalit, kolik nejznámejších standardizovaných testů sestry a zdravotničtí asistenti znají. Druhá otázka (č. 25) se stejnou možností odpovědi byla zaměřena na praktické využívání zmíněných testů.

Ve čtvrtém předpokladu jsem se domnívala, že více než polovina seniorů bude spokojena s komunikací sester a zdravotnických asistentů. Stěžijními otázkami k tomuto předpokladu jsou otázky č. 2 a 20 z dotazníku pro pacienty. Tento předpoklad se mi nesplnil. Ztatímco v otázce č. 1 se 78% seniorů vyjádřilo,

že jsou spokojeni s péčí sester, hned v následující otázce plnou spokojenost s komunikací sester vyjádřilo jen 30% pacientů. Dalších 33% pacientů je s komunikací spíše spokojeno. V otázce č. 20 více než polovina pacientů označila za nejkritičtější oblast sesterské péče právě komunikaci.

Z ostatních otázek zaměřených na komunikaci sester vyplynulo, že pacienti mají pocit, že sestřám spíše chybí dostatek času na rozhovor. S poskytováním informací od sester jsou spokojeni, převážně jim rozumí, ale uvítali by, kdyby jich bylo více. Otázky č. 13 a 19 se dotazovaly na rozhovory sester o obavách pacientů. Podle pacientů s nimi sestry o jejich pocitech mluví, ale pouze některé. Také aktivní dotaz sestry na pacientovy pocity je spíše výjimečný.

Uvažovala jsem nad tím, proč sestry komunikují s pacienty nedostatečně a co by pomohlo tuto situaci zlepšit. Myslím si, že je to tím, že mnoho sester si neuvědomuje jak moc mohou komunikací ovlivnit celý léčebný proces. To jakým způsobem sestra komunikuje, ovlivňuje pohodu pacienta, jeho psychický stav a tím i jeho zdravotní stav. Na druhou stranu jsem přesvědčena o tom, že většina sester se snaží komunikovat jak nejlépe umí. V komunikaci bohužel nestačí jen chtít. Důležité je i umět. Umění komunikace je u nás trochu opomíjené. Nevzpomínám si, že bysme se na střední škole učili, jak s pacienty komunikovat. Techniky aktivního naslouchání byly pro mě cizím pojmem až do začátku studia na vysoké škole. Je potěšující, že alespoň na vysoké škole je problematice komunikace a psychologie věnováno poměrně hodně času.. Pro mě osobně studium na vysoké škole bylo nejvíce podnětné právě v oblasti psychologie a komunikace. Faktem zůstává, že většina sester vysokou školu nestuduje a ani studium neplánují.

Obecně bych všem sestřám doporučovala absolvovat alespoň kurzy komunikace. I samotní zaměstnavatelé by měli zvážit pořádání těchto kurzů nebo alespoň finanční příspěvek pro zaměstnance pro tuto oblast vzdělávání. Přineslo by z to výhody nejen pro pacienty, sestry ale také pro samotné zaměstnavatelé. Určitě by se zlepšila komunikace a spolupráce mezi sestrami. Snížilo by se napětí mezi zaměstnanci na oddělení. Pacienti by byli spokojenější a lépe spolupracující, neboť by viděli zájem o jejich osobu a nejen o jejich diagnózu. Jak jsem již zmínila u předpokladu č. 2, spokojený pacient je pacient nestěžující si a nežalující poskytovatele zdravotní péče.

Nemyslím si, že by byl komunikační problém sester jen v nedostatku vědomostí. Vzpomínaná studie, zaměřená na komunikační bariéry od Bakhtiari et al., uvedla jako nečastější bariéry v komunikaci na straně sester negativní postoj ke stárnutí, nedostatečný respekt vůči seniorům, únavu sester a nedostatečné komunikační dovednosti. V časopise *Journal of Advanced Nursing* (Pokročilé ošetřovatelství) se Nick Bowles zmiňuje v souvislosti s překážkami na straně sester i o emočním přetížení a nedostatku času sester. Zaměstnavatelé, kteří od pacientů dostávají stížnosti na komunikaci sester, by se měli zamyslet nad tím, zda za jejich špatnou komunikací nestojí právě únava a nedostatek času. Tímto sestry nechci omlouvat, protože si myslím, že sestra by měla být za všech okolností profesionální a empatická. Faktem ale zůstává, že mnoho sester je po letech praxe v různém stadiu syndromu vyhoření. To způsobuje nedostatek chutě i síly, které jsou potřebné k účelné komunikaci.

V případě navazujícího magisterského studia bych se v diplomové práci ráda zabývala právě komunikačními bariérami na straně sester.

Výstupem z méj bakalářské práce je návrh přednášky na téma: „Výživa a hydratace seniorů“, kterou v případě zájmu odprezentuji v Domažlické nemocnici, kde probíhalo dotazníkové šetření. Účast na této akci bych doporučila nejen sestřám, ale i ošetřovatelkám, které v této oblasti hrají významnou roli.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala specifiky péče u hospitalizovaného seniora. V teoretické části jsem se snažila popsat základní fyziologické změny stárnoucího organismu a geriatrické syndromy. Kapitola věnovanou ošetrovatelské péči, jsem chtěla poukázat na některé odlišnosti ošetrovatelského přístupu k seniorům. V závěru teoretické části jsem rozebrala komunikaci, nejčastější chyby, kterých se zdravotnický personál při komunikaci dopouští a zásady správné komunikace.

V praktické části jsem si stanovila čtyři cíle, které se mi povedlo splnit. Doufám, že moje práce může být přínosem pro každého, kdo pečuje o seniory a chce znát změny, které jim stáří přináší. Znalost těchto změn, úcta ke stáří a jednotlivci, vede k té nejlepší a profesionální péči, která může být pacientovi – seniorovi poskytnuta.

Doporučené rady v komunikaci nám pomohou vytvořit podnětné prostředí, ve kterém navážeme s pacientem vztah plný porozumění, úcty, soucitu a zájmu. Takový vztah mu pomůže zvládnout změny a utrpení, které přináší nemoc.

## SEZNAM ZDROJŮ

1. Kalvach, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
2. Langmeier, Josef a Krejčířová, Dana. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.
3. Šváb, Jan a kol. *Chirurgie vyššího věku*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2604-5
4. Klevetová, Dana a Dlabalová, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 202 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2169-9.
5. Sušinková, Jana. *Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o starých ľudí*. Sestra. 2004, september, str. 26 ,
6. Křivohlavý, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. 198 s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.
7. Weber, Pavel a kol. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7
8. Malíková, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
9. Kelnarová Jarmila, Matějková Eva. *Psychologie 1. díl Pro studenty zdravotnických oborů 1. vyd.* Grada Publishing a.s., 2010. 184 s. ISBN 978-80-247-3270-1
10. Slezáková, Lenka a kol. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy 1- Interna*. 2., doplněné vyd. Grada Publishing a.s., 2012. 224 s. ISBN 978-80-247-3601-3

11. Zacharová, Eva. Šimíčková- Čížková, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Vyd. Grada Publishing, a.s., 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1
12. Venglářová, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
13. Topinková, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
14. Kalvach, Zdeněk et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
15. Holmerová, Iva. Jurašková, Božena. Zikmundová, květa a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. vyd.EV public relations, spol. s r. o., Praha pro Gerontologické centrum, 2007. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8
16. Hudáková, Anna. Majerníková, Ludmila. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9
17. Schuler, Matthias a Oster, Peter. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. 336 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3013-4
18. Hrozenská, Martina a Dvořáčková, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. 1.vyd. Praha : Grada, 2013. 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0

19. Vytejková, Renata et al. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 228 s., 24 s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3419-4.

20. Poledníková, Ľubica a Pavelová, Ľuboslava. *Úskalia hospitalizácie v geriatrickom veku*. Sestra- slovenská verze, Roč. 3, č.9, ISSN 1335-9444

21. Cichá, Martina a Dorková, Zlatica. *Etika péče o seniory v teorii a praxi*. Ošetrovatelství, Roč. 13, č.1-2, ISSN 1212-723X

22. Čevela, Rostislav; Kalvach, Zdeněk a Čeledová, Libuše. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4

23. Poledníková, Ľubica a Nádká, Iveta. *Ošetrovatelská péče o starého pacienta metodou ošetrovatelského proces*. Sestra, Roč. 14, č.7-8, ISSN 1210-0404

24. Špinar Jindřich. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4356-1.

25. MUDr. Božena Jurašková Ph.D, MUDr. Dana Hrnčiariková, MUDr. Iva Holmerová Ph.D, MUDr. Zdeněk Kalvach CSc: *Poruchy výživy ve stáří*. Zveřejněno: 4/2007. Dostupné z: [www.medicinapropraxi.cz](http://www.medicinapropraxi.cz)

26. CHOČENSKÁ, Eva. *Použití nutričních doplňků u seniorů při hospitalizaci* [online] .Sestra, Roč. 20, č.6, ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pouziti-nutricnich-doplнку-u-senioru-pri-hospitalizaci-452680>

27. Mgr. Schmidtová, Zuzana; PhDr. Poledníková, Ľubica; PhDr Slamková, Alica. *Pohyb a kvalita života hospitalizovaných seniorov*. Sestra - slovenská verze, Roč. 4, č.9, ISSN 1335-9444



28. Pokorná, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 158 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3271-8.

29. Pokorná, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.

30. Černovský, Ivan. *Agresivní chování seniorů v institucionálních zařízeních*. Ošetrovatelská praxe. Roč. 2, č.3, ISSN 1213-2330

31. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Základní charakteristiky demografické situace v ČR* [online] . Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/nahled/cs/1058>

32. Grofová, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 237 s., [8] s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-1868-2.

## SEZNAM ZKRATEK

ADAS - cog	Alzheimer's disease assessment scale - cognitive
ADL	Activity of Daily Living - Test základních všedních činností
BMI	Body Mass Index
CDR	Clinical Dementia Rating
ESPEN	Evropská společnost pro klinickou výživu a metabolismus
HAM - D	Hamiltonova škála deprese
IADL	Instrumental Activity of Daily Living - Test instrumentálních všedních činností
MADRS	Mongomeryho - Asbergerova škála deprese
MMSE	Mini – Mental State Examination - Krátká škála mentálního stavu
MNA	Mini Nutritional Assessment - Škála pro orientační hodnocení stavu výživy
SKT	Symptom kurz test

## **SEZNAM GRAFŮ**

- Graf č. 1 - Rozdělení respondentů dle oddělení
- Graf č. 2 - Délka praxe respondentů
- Graf č. 3 - Vzdělání respondentů
- Graf č. 4 - Motilita trávícího systému
- Graf č. 5 - Tělesná voda ve stáří
- Graf č. 6 - Vnímání chutě a čichu
- Graf č. 7 - Co je malnutrice
- Graf č. 8 - Diagnostika malnutrice
- Graf č. 9 - Používání screeningových testů zaměřených na malnutrici
- Graf č. 10 - Zajištění pitného režimu
- Graf č. 11 - Příjem tekutin během hospitalizace
- Graf č. 12 - Důvod sníženého příjmu tekutin během hospitalizace
- Graf č. 13 - Pravidelnost nabízení tekutin
- Graf č. 14 - Výběr tekutin
- Graf č. 15 - Pomoc při příjmu tekutin
- Graf č. 16 - Představení se pacientovi
- Graf č. 17 - Představení se dle pacientů
- Graf č. 18 - Oslovování pacientů
- Graf č. 19 - Použití oslovení babi / dědo
- Graf č. 20 - Překáží Vám oslovení babi / dědo?
- Graf č. 21 - Používání zdrobnělin
- Graf č. 22 - Použití zdrobnělin dle pacientů
- Graf č. 23 - Použití zdrobnělin dle pacientů
- Graf č. 24 - Hlasitá mluva bez ověření nedoslýchavosti
- Graf č. 25 - Zájem o pacientovy pocity
- Graf č. 26 - Zájem o pacientovy pocity z pohledu pacientů
- Graf č. 27 - Reakce na pacientovi pocity
- Graf č. 28 - Edukace pacienta
- Graf č. 29 - Odběr anamnézy
- Graf č. 30 - Komunikace s rodinou

- Graf č. 31 - Obsah rozhovoru s rodinou
- Graf č. 32 - Čas na komunikaci
- Graf č. 33 - Zajištění soukromí při komunikaci
- Graf č. 34 - Názor pacientů na soukromí při komunikaci
- Graf č. 35 - Význam funkčního geriatrického vyšetření
- Graf č.36 - Čas provedení funkčního geriatrického vyšetření
- Graf č. 37 - Test základních všedních činností
- Graf č. 38 - Mini Mental State Examination
- Graf č. 39 - Znalost testů
- Graf č. 40 - Používanost testů
- Graf č. 41 - Spokojenost pacientů s péčí sester
- Graf č. 42 - Spokojenost pacientů s komunikací sester
- Graf č. 43 - Čas na komunikaci
- Graf č. 44 - Spokojenost s podáváním informací
- Graf č. 45 - Množství informací o prováděných úkonech
- Graf č. 46 - Srozumitelnost informací
- Graf č. 47 - Rozhovory o pocitech pacienty
- Graf č. 48 - Kritické oblasti sesterské péče

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 - Katzův index

Příloha č. 2 - Test základních všedních činností dle Barthelové

Příloha č. 3 - Test instrumentálních všedních činností

Příloha č. 4 – Mini – Mental State examination

Příloha č. 5 – Nottinghamský screeningový dotazník pro hodnocení malnutrice

Příloha č. 6 – Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením

Příloha č. 7 – Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením

Příloha č. 8 – Dotazník pro sestry a zdravotnické asistenty

Příloha č. 9 – Dotazník pro pacienty

Příloha č. 10 – Souhlas s dotazníkovým šetřením

Příloha č. 11 – Pozvánka na přednášku

## Příloha č. 1 - Katzův index nezávislosti

Funkce	Nezávislost	Závislost
Koupání	Pomoc pouze při mytí jedné části těla nebo se zcela vykoupe sám.	Pomoc při mytí dvou a více částí, pomoc při vstupu – výstupu do – z vany, nemůže se koupat sám.
Oblékání	Vezme si oblečení ze skříňe či zásuvky, oblékne se, zvládne zapnout pásek, knoflíky apod., nevyžaduje šněrování bot.	Neoblékne se sám, zůstane částečně neoblečen .
Toaleta	Jde na toaletu, použije ji, svlékne se a zase oblékne, upraví se, očistí se/zvládne sám dát si podložní mísu, močovou lahev do lůžka na noc.	Používá podložní mísu, močovou lahev, pomoc při použití toalety .
Přesun	Dostává se sám na lůžko i z něj, přesune se na vozík.	Pomoc při pohybu a i do lůžka, vozík, nezvládá přesuny .
Kontinence	Plně kontinentní.	Inkontinence, kontrola vyprazdňování pomocí katétrů.
Příjem potravy	Jí s talíře nebo misky, možno nakrájet maso, namazat pečivo.	Potřebuje pomoc, nenají se sám/příjem umělé výživy (i.v., DS, ŽS, <a href="#">PEG</a> ).

### Hodnocení

A	Nezávislý při jídle, schopný přesunu, jít na toaletu, obléknout se a vykoupat se.
B	Nezávislý ve všech činnostech mimo jednu.
C	Nezávislý mimo koupání a jednu další oblast.
D	Závislý při koupání, oblékání a jednu další oblast.
E	Závislý při koupání, oblékání, schopnosti jít na toaletu a jednu další oblast.
F	Závislý při koupání, oblékání, schopnosti jít na toaletu, přesunu z místa na místo a jednu další oblast.
G	Závislý ve všech oblastech.
Jiné	Závislý ve dvou oblastech, které nejsou klasifikované v předešlých bodech.

Zdroj: [www.wikiskripta.eu](http://www.wikiskripta.eu)

dostupné z:

[http://www.wikiskripta.eu/index.php/Rehabilita%C4%8Dn%C3%AD\\_o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD/S%C5%A0\\_\(sestra\)](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Rehabilita%C4%8Dn%C3%AD_o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD/S%C5%A0_(sestra))

**Příloha č. 2 - Barthelův test základních všedních činností - ADL-activities daily living**

	<b>Činnost:</b>	<b>Provedení činnosti:</b>	<b>Bodové skóre</b>
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Inkontinentní	0
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
08.	Přesun lůžko- židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

Zdroj: Topinková, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

**Příloha č. 3 - Test instrumentálních všedních činností - IADL-Instrumental Activity Daily Living)**

Činnost:		Hodnocení:	Body:
01.	Telefonování	Vyhledá samostatně číslo,vytočí je	10
		Zná několik čísel,odpovídá na zavolání	5
		Nedokáže používat telefon	0
02.	Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
		Cestuje,je-li doprovázen,vyžaduje pomoc druhé osoby	5
		Speciálně upravený vůz	0
03.	Nakupování	Dojde samostatně nakoupit	10
		Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
		Neschopen bez podstatné pomoci	0
04.	Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
		Jídlo ohřeje	5
		Jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
05.	Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací,provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	10
		Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
		Potřebuje pomoc při většině prací nebo s v domácnosti prací neúčastní	0
06.	Práce okolo domu	Provádí samostatně a pravidelně	10
		Provede pod dohledem	5
		Vyžaduje pomoc,neprovede	0
07.	Užívání léků	Samostatně v určenou dobu správnou dávku,zná názvy léků	10
		Užívá,jsou-li připraveny a připomenuty	5
		Léky musí být podány druhou osobou	0
08.	Finance	Spravuje samostatně,platí účty,zná příjmy a výdaje	10
		Zvládne drobné výdaje,potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
		Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
<b>Hodnocení</b>			
		Závislý	00-40 bodů
		Částečně závislý	41-75 bodů
		Nezávislý	76-80 bodů

Zdroj: Topinková, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.



## **Příloha č. 4 – Krátká škála mentálního stavu – Mini Mental State Examination**

### VŠEOBECNÉ POKYNY K POUŽÍVÁNÍ MMSE

1. Před použitím se pokuste posadit vyšetřovaného tak, aby seděl proti vám. Prověřte jeho schopnost slyšet a porozumět velmi jednoduché konverzaci, např. „Jak se jmenujete?“. Pokud vyšetřovaný používá brýle nebo naslouchací přístroj, zajistěte, aby je měl ještě před začátkem vyšetření.
2. Představte se a pokuste se získat důvěru vyšetřovaného. Před vyšetřením ho požádejte, zda mu můžete klást otázky, např. „Mohu se vás zeptat na několik otázek, týkajících se vaší paměti?“ Pomáhá to vyhnout se katastrofickým reakcím.
3. Položte každou otázku nanejvýš třikrát. Když vyšetřovaný neodpovídá, skórujte „0“.
4. Když vyšetřovaný odpoví nesprávně, skórujte „0“. Nenaznačujte (nepomáhejte), ani nekladte otázku znovu. Např. „Jaký je nyní rok?“ – „1952.“ Akceptujte tuto odpověď, nekladte tuto otázku znovu, nenaznačujte, neposkytujte žádný neverbální „klíč“ jako jsou např. pohyby hlavou apod.
5. K používání MMSE je zapotřebí následující vybavení: hodinky, tužka a čistý papír.
6. Když vyšetřovaný odpovídá „Co jste říkal?“, nevysvětľujte ani se nepouštějte do diskuse – jen zopakujte stejné otázky („Jaký je nyní rok?“), maximálně třikrát.
7. Když vás vyšetřovaný přeruší, např. „K čemu je to zapotřebí?“, odpovězte jen „Vysvětlím vám to za několik minut (za chvíli), až skončíme. Nyní bychom mohli pokračovat prosím ... už jsme téměř na konci.“

### POKYNY K JEDNOTLIVÝM ÚKOLŮM

#### **I. Orientace**

Ponechte 10 sekund na každou odpověď

1. Jaký den v týdnu je dnes? (akceptujte pouze přesnou odpověď) – 1bod
2. Kolikátého je dnes (jaké je dnes datum)? (akceptujte i včerejší nebo zítřejší datum) – 1bod
3. Který měsíc (v roce) je nyní? (první den nového nebo poslední den starého měsíce – akceptujte oba) – 1bod

4. Který rok je nyní ? (akceptujte pouze správnou odpověď) – 1 bod
5. Jaké je nyní roční období ? (během posledního týdne starého období nebo prvního týdne nového období – akceptujte obě sezóny) – 1 bod
6. Ve kterém státě jsme ? (akceptujte pouze správnou odpověď) – 1 bod
7. Ve kterém okrese jsme ? (akceptujte pouze správnou odpověď) – 1 bod
8. Ve kterém jsme městě ? (akceptujte pouze správnou odpověď) - 1bod
9. Jak se jmenuje tato nemocnice/zdravotnické zařízení (akceptujte pouze správný název nemocnice nebo zařízení) - 1bod
10. Ve kterém poschodí budovy jsme ? (akceptujte pouze správnou odpověď) - 1bod

## **II. Zapamatování**

11. „Řeknu vám názvy tří předmětů. Opakujte je po mně a zapamatujte si je. Za chvíli se vás na ně zeptám znovu.“ (Řekněte je pomalu, asi v jednovteřinových intervalech)

míč auto člověk

„Prosím vás, zopakujte mi tato slova.“

(Skóre 1 bod za každou správnou reprodukci na první pokus.) Při opakování vyšetření použijte tato slova:

zvonec džbán fanoušek

účet déšť sůl

býk válka sklenice

Poskytněte 20 sekund na odpověď. Pokud vyšetřovaný nezopakuje všechna tři slova, opakujte je, dokud se je nenaučí, maximálně však 5krát.

## **III. Pozornost a počítání**

12. Opakované odčítání čísla 7.

Řekněte: „Odčítejte 7 od 100 a odčítejte potom dále 7 od výsledku, dokud vám neřeknu dost.“ Instrukci je možno opakovat třikrát, pokud vyšetřovaný mlčí, pouze opakujte instrukci. Poskytněte 1 minutu. Když už vyšetřovaný začal, nepřerušujte ho, umožněte mu pokračovat do té doby, dokud neprovede 5 odčítání.

Když vyšetřovaný přestane, zastaví se před pěti odčítáními, zopakujte původní instrukci: „Odčítejte stále postupně 7 od toho co vám zbylo“.

Instrukci opakujte nanejvýš třikrát. Zapište si všechny dílčí výsledky vyšetřovaného.

*Skórování:*

všechny správně – 5 bodů

4 správně, 1 nesprávně – 4 body

3 správně, 2 nesprávně – 3 body

2 správně, 3 nesprávně – 2 body

1 správně, 4 nesprávně – 1 bod

Hláskování slova pozpátku.

Úkol může být použit alternativně místo opakovaného odčítání. Již na začátku vyšetření se rozhodněte, zda použijete odčítání či hláskování. Nepoužívejte 5 hláskování pozpátku, pokud vyšetřovaný nebyl schopný odčítat resp. naopak.

Řekněte: „Hláskujte slovo POKRM.“

(můžete vyšetřovanému pomoci hláskovat slovo správně)

Řekněte: „Nyní to prosím hláskujte pozpátku.“

Poskytněte 30 sekund na hláskování pozpátku.

Když pacient nedokáže hláskovat slovo ani s pomocí, skóre je „0“.

*Skórování hláskování pozpátku:*

všechny správně – 5 bodů

vynechání 1 písmene – 4 body

vynechání dvou písmen – 3 body

přehození dvou písmen – 3 body

vynechání nebo přehození tří písmen – 2 body

přehození, vynechání čtyř písmen – 1 bod

#### **IV. Paměť, výbavnost**

13. Řekněte: „Nyní mi řekněte, jaká byla ta tři slova, která jste si měl zapamatovat.“

míč auto člověk

(skóre 1 bod za každou správnou odpověď, bez ohledu na pořadí)

Poskytněte 10 sekund. 3

## **V. Pojmenování**

14. Ukažte náramkové hodinky. Zeptejte se: „Co je to ?“

Akceptujte „náramkové hodinky“ nebo „hodinky“.

Neakceptujte „hodiny“, „čas“ apod. Poskytněte 10 sekund.

15. Ukažte tužku. Zeptejte se: „Co je to ?“

(skóre 1 bod za „tužku“, skóre pro „pero“ 0)

## **VI. Opakování**

16. Řekněte: „Chtěl bych, abyste po mně zopakoval větu: „Žádné kdyby anebo ale.“

Poskytněte 10 sekund na odpověď. Skóre 1 bod za správnou reprodukci, musí ale být úplná a přesná.

## **VII. Třístupňový příkaz**

17. Zeptejte se vyšetřovaného, zda je pravák nebo levák. Při povelu se tomu musíte přizpůsobit.

Řekněte: „Vezměte tento papír do vaší pravé (levé) ruky, přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama a položte papír na podlahu.“

*Skórování:*

vezme papír správnou rukou

přeloží ho na polovinu

položí ho na podlahu

Poskytněte vyšetřovanému 30 sekund. Skóre 1 bod za každý správně vykonaný příkaz.

## **VIII. Čtení a splnění příkazu**

18. Řekněte: „Přečtěte, co je napsáno na tomto listu, a potom to udělejte. (udělejte to, co je napsané).“

Podějte vyšetřovanému kartičku s textem „Zavřete oči“. Když vyšetřovaný text jenom přečte, je možné instrukci zopakovat, avšak maximálně třikrát.

Poskytněte 10 sekund, 1 bod vyšetřovaný získá jen tehdy, když zavře oči.

Předložený text se nemusí číst hlasitě.

## **IX. Psaní**

19. Podejte vyšetřovanému tužku a papír.

Řekněte: „Napište mi jakoukoliv celou větu na tento papír.“

Poskytněte 30 sekund. Věta musí být smysluplná, nehodnotí se gramatické chyby.

## **X. Obkreslování**

20. Položte před vyšetřovaného předlohu, papír, tužku a gumu a řekněte:

„Obkreslete tento obrázek, prosím.“

Umožněte více pokusů dokud vyšetřovaný neskončí a neodloží kresbu.

Vyšetřovaný musí nakreslit 4stranný obrazec mezi dvěma 5strannými obrazci.

Roztřesenost ani rotace obrazů nevadí. Maximální čas na kreslení je 1 minuta. 1

## **CELKOVÉ SKÓRE MMSE 30**

---

Zdroj: [www.gerontologie.cz](http://www.gerontologie.cz)

Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/files/mmse.pdf>

**Příloha č. 5 – Nottinghamský screeningový systém pro hodnocení rizika malnutrice**

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

Zdroj: Topinková, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s.

ISBN 80-7262-365-6

## **Příloha č. 6 - Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením**

1. Před rozhovorem s člověkem se sluchovým postižením navážeme zrakový kontakt. Pokud se na nás nedívá, můžeme jej upozornit lehkým dotykem na rameno, paži nebo předloktí, že s ním chceme hovořit. Zrakový kontakt udržujeme po celou dobu rozhovoru.
  2. Každého člověka se sluchovým postižením se zeptáme, zda chce mluvit, odezírat, psát, nebo používat znakový jazyk. Otázku můžeme i napsat. Zjištěnou komunikační preferenci napíšeme na desky zdravotní dokumentace.
  3. Odezírání bez pomoci sluchu není spolehlivá metoda vnímání mluvené řeči, dochází při ní často k omylům. Úspěšnost odezírání je velmi snížena při fyzické či psychické nepohodě. Odezírající osobě předem sdělíme téma hovoru. Mluvíme obráceni čelem k ní, naše tvář musí být osvětlena, nesmíme pohybovat hlavou nebo si zakrývat ústa. Dbáme na zřetelnou výslovnost a mluvíme volnějším tempem při zachování přirozeného rytmu řeči. Zdůrazňujeme klíčová slova. V případě potřeby opakujeme sdělení jinými slovy.
  4. Při hovoru s nedoslýchavým člověkem nezvyšujeme hlas a nekřičíme. Zajistíme vhodné poslechové podmínky bez okolního hluku.
  5. Doprovází-li člověka se sluchovým postižením tlumočnická či jiná osoba, vždy oslovujeme přímo člověka, se kterým jednáme, nikoliv jeho doprovod. O přítomnosti tlumočnicka si rozhoduje jenom sám pacient se sluchovým postižením. Má na tlumočnicka právo.
  6. Člověku se sluchovým postižením předem vysvětlíme, co může během vyšetření či ošetření očekávat a jakou spolupráci od něj budeme potřebovat. Při vyšetření nebo ošetření mimo zrakové pole pacienta potřebujeme další osobu, která bude stát před pacientem a dávat mu potřebné pokyny. Tvář této osoby musí být dobře osvětlena. Před snímkováním na RTG domluvíme optický signál, kdy už může pacient začít dýchat a pohybovat se.
  7. Důležité dotazy na alergie, kardiostimulátor, užívané léky atd. raději opakujeme a neváháme ani použít písemnou formu. U neslyšících uživatelů znakového jazyka je bezpečnější se zdravotní anamnézou počkat na tlumočnicka. Totéž platí, chceme-li pacientovi sdělit, jak má užívat léky nebo dodržovat léčebnou životosprávu. Toto své sdělení vždy ještě napíšeme na papírek, který dáme pacientovi s sebou.
-

8. Občas požádáme, aby nám člověk se sluchovým postižením svými slovy sdělil, co nám rozuměl (nikdy se neptáme, zda nám rozuměl). Ptáme se zásadně vždy po každém důležitém sdělení.

9. Při neúspěšné komunikaci máme na paměti, že jde o důsledek sluchového postižení. Proto k takovému člověku přistupujeme se stejným respektem a ohledem na důstojnost jako k člověku bez postižení. Neprojevujeme netrpělivost, neomezujeme komunikaci, ale snažíme se najít cesty, jak se vzájemně lépe dorozumívat.

10. Pro získání potřebných znalostí nestačí tento text, je nutno prostudovat si příslušnou literaturu a získat dostatečné dovednosti a zkušenosti v praxi.

---

Zdroj: [www.helpnet.cz](http://www.helpnet.cz) – Informační portál pro osoby se specifickými potřebami  
dostupné z : <http://www.helpnet.cz/dokumenty/dokumenty-organizaci-zdravotne-postizenych/292-3>



## **Příloha č. 7 - Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením**

1. Při kontaktu s pacientem je nutné s ním jednat tak, aby se necítil ponížen. Není možné spoléhat na nějaký jiný, zvláště rozvinutý způsob vnímání zrakově postiženého, například dobrý hmat či sluch.
2. S nevidomým je nutno jednat přirozeně a přímo, nikoliv přes jeho průvodce. Ten nevidomého pouze doprovází. Věty typu: "Paní, chce si pán sednout?", jsou nevhodné.
3. Osoba jednající s nevidomým zdraví jako první. Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu: "Dobrý den pane Nováku, jsem pan Novotný", aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost.
4. Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému vizuální kontakt. Při setkání stačí nevidomému oznámit "podávám Vám ruku". Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není tedy vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to nevidomí obvykle poznají.
5. Při vyšetření je nezbytné pacientům vysvětlit, co se bude dít, při instrumentálním vyšetření je třeba stručně popsat jak použité přístroje, tak vlastní činnost. Pro nevidomého pacienta jsou informace typu "teď to píchne, teď to bude tlačit, teď vás to bude trochu pálit" nezbytné.
6. Dveře do místností by měly zůstat buď zcela otevřené nebo zcela zavřené.
7. Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě. S věcmi nevidomého je dobré nemanipulovat bez jeho vědomí.
8. Při komunikaci s nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si. Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.
9. Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.
10. Při jednání by měl být nevidomý objednan na určitou hodinu. Tu je vhodné dodržet, aby se předešlo jeho nervozitě v neznámém prostředí. Je vstřícné nevidomému pacientovi v čekárně sdělit, že o něm víme.

---

Zdroj: [www.helpnet.cz](http://www.helpnet.cz), dostupné z: <http://www.helpnet.cz/dokumenty/dokumenty-organizaci-zdravotne-postizenych/292-3>

## **Příloha č. 8 – Dotazník určen sestrám a zdravotnickým asistentům**

Vážený respondente,

jmenuji se Michaela Vaňásková a jsem studentkou bakalářského studia v oboru Všeobecná sestra na Západočeské univerzitě. Ve své bakalářské práci se zabývám péčí o hospitalizovaného seniora. Chtěla bych Vás tímto poprosit o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je anonymní, jde pouze o statistické vyhodnocení odpovědí a informace slouží jako podklad k bakalářské práci. Pod pojmem pacient je v dotazníku myšlen pacient v seniorském věku. Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte prosím jen jednu z nabízených odpovědí.

### **1. Ve které oblasti zdravotnictví pracujete?**

- a) interní obory
- b) chirurgické obory
- c) LDN nebo Oddělení následné péče

### **2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví:**

- a) 1-5 let
- b) 6-10 let
- c) 11 let a více

### **3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- a) střední odborné ukončené maturitou v oboru všeobecná sestra
- b) střední odborné ukončené maturitou v oboru zdravotnický asistent
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské

### **4. Trávicí systém je ve stáří charakteristický :**

- a) zvýšenou motilitou trávicí trubice, proto senioři častěji trpí průjmem
- b) sníženou motilitou trávicí trubice, proto senioři častěji trpí zácpou
- c) nelze jednoznačně říci zda je ve stáří zvýšená nebo snížená motilita trávicí trubice - každý senior je specifický
- d) nevím

### **5. Množství celkové tělesné vody ve stáří:**

- e) se snižuje a proto u seniorů rychleji dojde k dehydrataci
- f) je stejné jako u mladších jedinců
- g) se zvyšuje a proto častěji dochází k hyperhydrataci
- h) nevím

### **6. Ve stáří:**

- a) je zhoršené vnímání chuti a čichu, což může vést k nižšímu příjmu potravy a tím k rozvoji malnutrice
- b) je zhoršená pouze chuť, což může vést k příjmu energeticky nevyvážené potravy a tím k rozvoji malnutrice
- c) nejsou změny ve vnímání chutě a čichu
- d) nevím

### **7. Malnutrice znamená:**

- a) nedostatek přijímané potravy vzhledem k energetickému výdeji organismu
- b) hladovění, které způsobuje kachexii
- c) nedostatečné množství nebo špatný poměr živin vzhledem k potřebám organismu
- d) nevím

### **8. Malnutrici diagnostikujeme na základě:**

- a) nízké BMI a váhový úbytek za poslední půlrok o více než 30%
- b) testů zaměřených na výživu, měření paže a kožní řasy nad tricepssem, laboratorně jsou snižené plazmatické bílkoviny
- c) sledováním příjmu potravy, frekvence defekace a diurézy nemocného
- d) nevím

**9. Používáte při příjmu a hodnocení pacienta testy Mini Nutricional Assessment nebo Nottinghamský screeningový dotazník pro hodnocení rizika malnutrice?**

- a) ano používám
- b) ne nepoužívám
- c) nikdy jsem se nesetkala ani s jedním ze zmíněných testů pro hodnocení malnutrice

**10. Senioři často nemají pocit žízně. Jak zajišťujete dostatečný příjem tekutin?**

- a) sleduji příjem a výdej tekutin a často nabízím různé druhy tekutin
- b) sleduji příjem a výdej tekutin a při nedostatečném příjmu upozorním lékaře, jenž naordinuje infuzi
- c) promluvím si s rodinou, aby koupila pacientovi oblíbený nápoj
- d) tekutiny nechávám celý den na stolku pacienta

**11. Při prvním kontaktu s pacientem:**

- a) se vždy představím jménem a funkcí
- b) se představím pouze jménem – funkci nevysvětluji, protože to pacienta zbytečně zatěžuje
- c) představím se jen funkcí, protože jména si většina pacientů stejně nepamatuje

**12. Jak nejčastěji oslovujete pacienta?**

- a) vždy titulem a příjmením
- b) pan / paní
- c) babi / dědo

**13. Používáte při komunikaci s pacientem zdobněliny? (např. ručička a pod.)**

- a) ano - většina starých lidí má ráda tento styl komunikace
- b) ne nikdy
- c) občas

**14. Jak zjistíte, že je pacient nedoslýchavý:**

- a) nenápadně ověřím pochopení sdělené informace
- b) většinou na seniory mluvím hlasitěji a pokud slyší dobře, sami mě upozorní, že mluvím moc nahlas
- c) spoléhám se na to, že mi to poví sám pacient nebo rodina

**15. Zajímáte se aktivně o pocity pacienta?**

- a) ano
- b) ne
- c) občas

**16. Jak se zachováte, když Vás pacient zaskočí rozhovorem na těžké téma (např. strach ze smrti, nevyléčitelná nemoc) nebo začne plakat?**

- a) snažím se ho co nejrychleji uklidnit a uchlácholit
- b) je mi to líto, ale většinou nemám čas na takto složité rozhovory a pošlu k němu lékaře, ať ho uklidní
- c) akceptuji pocity pacienta a když nemám jak pomoci, tak ho alespoň vyslechnu a projevím pochopení

**17. Při edukaci pacienta nebo podávání důležitých informací:**

- a) je pacientovi pomalu, nahlas a srozumitelně povím
- b) je pacientovi srozumitelně povím a pokud mohu, zanechám mu je také písemně
- c) většinou mu informace srozumitelně povím, ověřím jejich pochopení a nechám prostor na dotazy
- d) nechám pacientovi informace v písemné formě - tím získá dost času na jejich prostudování a pochopení

**18. Kde nejčastěji odebíráte anamnézu pacienta při příjmu?**

- a) přímo na pokoji pacienta
- b) na sesterně
- c) na chodbě
- d) v jiné místnosti na to určené

**19. Jak zajišťujete pacientovi soukromí při předávání důležitých, nebo citlivých informací?**

- a) u nás to nelze - informace sdělujeme vždy na pokoji před ostatními pacienty
- b) vezmu ho na sesternu nebo do jiné místnosti, kde se nepohybuje víc lidí
- c) informace sdělují na pokoji, ale zatáhnu zástěnu a ztiším hlas, pokud pacient dobře slyší

**20. Komunikujete s rodinou pacienta?**

- a) ano, když musím a osloví mě
- b) pokud mohu, vyhnu se tomu
- c) snažím se s rodinou komunikovat a získat je pro spolupráci v péči o pacienta
- d) ano, když potřebuje informace o zdravotním stavu pacienta

**21. O čem se s rodinou pacienta snažíte mluvit?**

- a) mluvím jen o tom, na co se mě ptají - nechci je ještě více zatěžovat
- b) o zdravotním stavu pacienta a jeho vývoji
- c) o tom, co pacientovi chybí a měli by mu to přinést
- d) o pacientových potřebách a pocitech a o tom jak je můžeme společně uspokojit

**22. K čemu slouží funkční geriatrické vyšetření?**

- a) zjišťuje odchylky ve funkci všech systémů starého organismu (trávicí, dýchací, ...)
- b) analyzuje psychické a fyzické schopnosti pacienta
- c) zjišťuje jaké funkce a role plní pacient v domovském sociálním prostředí

**23. Kdy provádíme funkční geriatrické vyšetření ?**

- a) při přijetí pacienta a při každé změně jeho stavu
- b) jen při přijetí pacienta k hospitalizaci
- c) při propuštění
- d) když začne být nesoběstačný

**24. Zakroužkujte prosím ty testy, které znáte:**

- a) Mini - Mental State Examination – tzv. Folsteinův test
- b) Test základních všedních činností (např. dle Barthelové)
- c) Test instrumentálních všedních činností
- d) Test kreslení hodin
- e) Škála geriatrické deprese dle Yessavage
- f) Beckova škála deprese
- g) Test schopnosti vstát ze sedu na židli
- h) Test rychlosti chůze

**25. Zakroužkujte prosím testy, které využíváte na svém oddělení:**

- a) Mini - Mental State Examination – tzv. Folsteinův test
- b) Test základních všedních činností (např. dle Barthelové)
- c) Test instrumentálních všedních činností
- d) Test kreslení hodin
- e) Škála geriatrické deprese dle Yessavage
- f) Beckova škála deprese
- g) Test schopnosti vstát ze sedu na židli
- h) Test rychlosti chůze

**26. Který z následujících testů by jste využila na zjištění úrovně sebeobsluhy a nezávislosti pacienta:**

- a) Test schopnosti vstát ze sedu na židli
- b) Test zdvižení a přenesení břemene
- c) Mini - Mental State Examination (MMSE), tzv. Folsteinův test
- d) Test základních všedních činností

**27. Pomocí Mini - Mental State Examination vyšetřujeme:**

- a) duševní pohodu
- b) fyzický stav
- c) kognitivní funkce

**28. Máte pocit, že má ošetřující personál dostatek času na komunikaci s pacientem?**

- a) ano - vždy
- b) ano - někdy
- c) spíše nemá dost času
- d) určitě nemá dost času
- e) nevím, nepřemýšlela jsem o tom

Děkuji za čas, který jste věnoval/a vyplnění tohoto dotazníku.



## **Příloha č. 9 – Dotazník pro pacienty**

Vážený respondente,

jmenuji se Michaela Vaňásková a jsem studentkou bakalářského studia v oboru Všeobecná sestra na Západočeské univerzitě. Ve své bakalářské práci se zabývám péčí o hospitalizovaného seniora. Chtěla bych Vás tímto poprosit o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je **anonymní**, jde pouze o statistické vyhodnocení odpovědí a informace slouží jako podklad k bakalářské práci. Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte prosím jen jednu z nabízených odpovědí.

### **1. Jste spokojen/a s péčí sester:**

- a) spokojen/a
- b) spíše spokojen/a
- c) spíše nespokojen/a
- d) nespokojen/a

### **2. Jste spokojen/a s komunikací sester:**

- e) spokojen/a
- f) spíše spokojen/a
- g) spíše nespokojen/a
- h) nespokojen/a

### **3. Myslíte si, že má sestra na komunikaci s pacienty dost času?**

- a) ano má
- b) spíše má
- c) spíše nemá
- d) ne nemá
- e) nevím

### **4. Stalo se Vám, že na Vás sestry mluvily příliš hlasitě bez toho, aniž by zjistily zda opravdu slyšíte hůře?**

- a) ano
- b) ne

**5. Stalo se Vám, že sestry při komunikaci s Vámi použily nějaké zdrobněliny (např.: ručička, nožička, atd)?**

- a) často
- b) občas
- c) vyjimečně
- d) nestalo se mi to

**6. Jak jste spokojen/a s podáváním informací od sester?**

- a) spokojen/a
- b) spíše spokojen/a
- c) spíše nespokojen/a
- d) nespokojen/a

**7. Uvítali byste větší množství informací o úkonech, které u Vás sestry budou provádět?**

- a) ano
- b) ne

**8. Rozumíte informacím, které Vám sestry podávají v průběhu Vašeho pobytu v nemocnici?**

- a) ano, vždy mi všechno dostatečně vysvětlí
- b) rozumím, ale potřeboval/a bych více informací
- c) ne, většinou jim nerozumím
- d) ne, podávají mi málo informací
- e) ne, protože o ně nemám zájem

**9. Uvítali byste při podávání informací více soukromí?**

- a) ano, vadí mi, když to slyší ostatní pacienti
- b) ne, nevadí mi, když to slyší ostatní pacienti

**10. Představily se Vám jménem sestry, které o Vás pečují?**

- a) ano
- b) ne
- c) jen některé

**11. Setkal/a jste se někdy s tím, že Vás sestry oslovily babi / dědo ?**

- a) ano
- b) ne

**12. Pokud ano, vadí Vám to?:**

- a) ano
- b) ne

**13. Ptají se sestry aktivně na to, co Vás trápí?**

- a) ano, stalo se mi to vícekrát
- b) ano, už se mi to stalo, ale je to vyjímečné
- c) ne, nikdy se mi to nestalo

**14. Kolik tekutin pijete během hospitalizace?**

- a) stejně jako doma
- b) méně než doma
- c) více než doma

**15. Pokud jste v předchozí otázce vybral/a možnost b, proč je tomu tak?:**

- a) nechutná mi co mi nabízejí
- b) nemám sílu se napít
- c) zapomínám se napít
- d) nemůžu pít, kvůli mému zdravotnímu stavu

**16. Nabízí Vám sestry tekutiny pravidelně?**

- a) ano, několikrát za den
- b) ano, ale jen některé
- c) ne, nenabízí mi tekutiny

**17. Máte možnost výběru tekutin?**

- a) ano
- b) ne
- c) jen pokud mi tekutiny přinese rodina

**18. Nabízí Vám sestry pomoc při příjmu tekutin?**

- a) ano
- b) ano, občas
- c) ne
- d) ne, nepotřebuji pomoc

**19. Mluví s Vámi sestry o tom, co Vás trápí?**

- a) ano, vždy když něco naznačím
- b) ano, ale jen některé
- c) ne, nechci je zatěžovat
- d) ne, myslím, že je to nezajímá

**20. Kterou z oblastí péče byste vyhodnotil jako nejvíce kritickou?**

- a) odborné výkony jako je podávání léků, injekcí, měření tlaku a pod.
- b) komunikaci sester s pacienty
- c) nedostatek podávaných informací
- d) nedostatek času, který sestra pacientovi věnuje
- e) neochotu sester věnovat Vám čas
- f) jiné, prosím vypište.....

Děkuji za čas, který jste venoval/a vyplnění tohoto dotazníku.

## **Příloha č. 10 – Souhlas s dotazníkovým šetřením**

### **Věc: Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce**

Dobrý den,

obracím se na Vás se žádostí o získávání informací v Domažlické nemocnici . Píši bakalářskou práci zabývající se problematikou hospitalizovaných seniorů. Ráda bych oslovila sestry a pacienty ve vaší nemocnici na Chirurgickém, Interním a LDN oddělení. Aby jste si utvořila představu čím se ve své bakalářské práci zabývám, připsala jsem základní metodologii práce.V přílohách také zasílám přesné znění dotazníků.

S přáním hezkého dne

Michaela Vaňásková

**Název vysoké školy:** Západočeská univerzita v Plzni

**Fakulta / katedra:** Fakulta zdravotnických studií / Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

**Studijní obor /ročník:** Všeobecná sestra - kombinovaná forma studia / 3. ročník

**Název bakalářské práce:** Specifika péče u hospitalizovaného seniora

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Fremrová Vladimíra

**Kontakt na vedoucího práce (e-mail, telefon):** [fremrova@mchp.cz](mailto:fremrova@mchp.cz) / 379 821 120

**Akademický rok:** 2013 / 2014

#### **Pro sběr informací, pomocí dotazníku oslovím:**

Pacienty

Zdravotnické pracovníky - všeobecné sestry, zdravotnické asistenty

#### **Cíl mé bakalářské práce:**

Hlavní cíl: Ověřit úroveň znalostí všeobecných sester a zdravotnických asistentů v problematice seniorského věku a jejich uplatňování v praxi.

Cíl 1. : Ověřit úroveň znalostí sester a zdravotnických asistentů o specifických změnách v oblasti výživy a hydratace.

Cíl 2. : Zjistit úroveň znalostí respondentů z oblasti komunikace se seniorem

Cíl 3. : Zjistit zda sestry a zdravotničtí asistenti znají a využívají při plánování ošetrovatelské péče škály, které pomáhají odhalit specifické problémy ve stáří.

Cíl 4. : Ověřit u seniorů úroveň komunikace sester a zdravotnických asistentů a zjistit, v čem vidí senioři největší chyby v přístupu personálu.

Žádost podává student (jméno, příjmení, telefon, e-mail):

Michaela Vaňásková

603 563 133

misela77@seznam.cz

V Plzni dne: 4. 2. 2014

Se sběrem dat v Domažlické nemocnici, a.s. pro dotazníkovou akci souhlasím.



**Mgr. Jana Barbora Boučková**

Manager pro nelékařské profese

**Domažlická nemocnice, a.s.**

Kozínova 292  
344 22 Domažlice  
Tel.: +420 379 710 271  
Mob.: +420 605 523 666  
E-mail: jana.bouckova@donem.cz

*[Handwritten signature]*  
**DOMAŽLICKÁ NEMOCNICE, a.s.**  
Kozínova 292  
344 22 Domažlice  
**HLAVNÍ SESTRA**

## **Příloha č. 11 – Pozvánka na přednášku**

Všichni, kdo pečují o pacienty – seniory, jsou zváni na přednášku na téma:

# **Výživa a hydratace seniora**

### Co se dozvíte z oblasti výživy:

- 1. Potřeby stárnoucího organismu – energetická potřeba, množství vitamínů a stopových prvků**
- 2. Zvýšené nároky organismu v době nemoci**
- 3. Co je malnutrice - druhy malnutrice**  
- jak odhalit malnutrici
- 4. Zlepšení nutričního stavu - konkrétní kroky vedoucí k odstranění malnutrice**

### Co se dozvíte z oblasti hydratace:

- 1. Proč je voda tak důležitá?**
- 2. Potřeby stárnoucího organismu v oblasti hydratace**
- 3. Příčiny sníženého příjmu tekutin u seniorů**
- 4. Dehydratace a její důsledky pro organismus**
- 5. Jak dehydrataci seniorů zabránit**