

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Roman Kalista

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ÚSKALÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O GERIATRICKÉ
PACIENTY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2016

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

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

V Plzni dne 30. 5. 2016.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Vladimíře Fremrové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále chci poděkovat své rodině, díky které jsem mohl studovat vysokou školu.

Anotace

Příjmení a jméno: Roman Kalista

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Úskalí ošetřovatelské péče o geriatrické pacienty

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran – číslované: 59

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 18

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: gerontologie, geriatrie, stáří, stárnutí, senior, ošetřovatelská péče, komunikace, syndrom vyhoření

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku geriatrie. Teoretická část práce se zabývá stářím, stárnutím, geriatrickými syndromy, ošetřovatelským procesem, komunikací se seniory a syndromem vyhoření. Praktická část je zpracována formou rozhovorů se dvěma respondenty pracujícími v oboru geriatrie. Cílem bakalářské práce je zjistit, kde se nachází úskalí v ošetřovatelské péči o geriatrické pacienty z pohledu všeobecných sester.

Annotation

Surname and name: Roman Kalista

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Difficulties of the nursing care for geriatric patients.

Consultant: Mgr. Vladimíra Fremrová

Number of pages – numbered: 59

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 18

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 25

Keywords: gerontology, geriatrics, oldness, ageing, senior, nursing (care), communication, Burnout Syndrome

Summary:

This bachelor thesis focuses on geriatric problems. The theoretical part deals with agedness, ageing, geriatric syndroms, nursing process, communication with seniors and occupational burnout. The practical part is based on dialogues with two respondents, who work as geriatric nurses. The aim of this bachelor thesis is to find out difficulties in nursing care of geriatric patients from nurses' perspective.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 GERONTOLOGIE	12
1.1 Stárnutí.....	12
1.2 Stáří.....	12
1.2.1 Kalendářní stáří.....	13
1.2.2 Biologické stáří.....	13
1.2.3 Sociální stáří	13
1.3 Změny ve stáří	13
1.4 Biologické změny	14
1.4.1 Kožní ústrojí	14
1.4.2 Pohybový systém.....	14
1.4.3 Kardiovaskulární systém	14
1.4.4 Respirační systém	14
1.4.5 Trávicí systém	15
1.4.6 Pohlavní a vylučovací systém	15
1.4.7 Nervový systém	15
1.4.8 Smyslové vnímání a spánek	16
1.5 Psychické změny.....	16
1.6 Sociální změny.....	17
2 GERIATRIE	19
2.1 Geriatrický pacient.....	19
2.2 Geriatrická křehkost.....	20
2.3 Nemoci a nemocnost ve stáří	20
2.4 Geriatrické syndromy	21
2.4.1 Syndrom hypomobility a dekondice.....	21
2.4.2 Syndrom anorexie a malnutrice.....	22
2.4.3 Syndrom instability s pády	23
2.4.4 Syndrom imobility	24
2.4.5 Syndrom inkontinence.....	24
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	26
3.1 Ošetřovatelský proces	26
3.1.1 Anamnéza	26
3.1.2 Fyzikální vyšetření	27
3.1.3 Funkční vyšetření	27

3.1.4	Stanovení ošetrovatelských diagnóz.....	28
3.1.5	Stanovení plánu	28
3.1.6	Realizace ošetrovatelského plánu.....	28
3.1.7	Vyhodnocení.....	29
4	KOMUNIKACE SE SENIOREM.....	30
4.1	Zásady pro komunikaci se seniorem.....	31
4.2	Komunikační bariéry	31
4.3	Chyby v komunikaci se seniory	31
4.4	Elderspeak.....	32
5	SYNDROM VYHOŘENÍ	33
5.1	Příznaky syndromu vyhoření	33
5.2	Prevence syndromu vyhoření.....	33
	PRAKTICKÁ ČÁST	35
6	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	35
6.1	Formulace problému	35
6.2	Cíl výzkumu.....	35
6.2.1	Dílčí cíle	35
6.2.2	Výzkumné otázky	35
6.3	Druh výzkumu a výběr metodiky	36
6.3.1	Metoda.....	36
6.3.2	Výběr případu	36
6.3.3	Způsob získávání informací	36
6.4	Organizace výzkumu	37
7	ROZHOVORY	38
	DISKUZE.....	52
	ZÁVĚR.....	59
	LITERATURA A PRAMENY.....	11
	SEZNAM PŘÍLOH	13

ÚVOD

Během studia na vysoké škole jsem při praxi prošel mnohá oddělení a nemohl jsem si nepovšimnout, že velkou část pacientů tvoří senioři, a to ne jen na oddělení přímo jim určených, ale i na různých specializovaných a akutních pracovištích. V dřívějších dobách staří lidé dožívali ve svých domovech, v obklopení svých blízkých, kteří se o ně starali do poslední chvíle. V dnešní zrychlené době lidé kvůli svým časově náročným zaměstnáním nemají tolik času, a tak jejich nemocní rodiče a prarodiče často dožívají v nemocnicích a domovech pro seniory, kde se jim těmi nejbližšími stávají zdravotní pracovníci, a to především sestry.

Téma geriatrické péče je velice aktuální, specifické a je třeba se mu plně věnovat, a tím zvyšovat znalosti a dovednosti nejen zdravotnických pracovníků, ale i laické veřejnosti. Mnozí si totiž ani nedokáží představit, co taková péče o seniora obnáší a sestry jsou nedoceňovaným elementem.

Hlavním cílem mé bakalářské práce na téma „*Úskalí ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty*“ bylo odhalit, kde je z pohledu sester úskalí v ošetrovatelské péči o seniory. Dalším mým cílem bylo zjistit, zdali je rozdílná péče v domově pro seniory a ve fakultní nemocnici a následně jsem péči porovnal. Zajímalo mě, jestli jsou úskalí v těchto dvou různých zařízeních odlišná nebo se zde sestry potýkají se stejnými problémy. Dále mě také zajímalo, zdali mají sestry v těchto zařízeních stejné možnosti a mohou poskytnout pacientům stejnou péči a komfort, který je s ní spojený.

Péče o seniory je velice komplexní, náročná a vyčerpávající. Při své praxi jsem vyzoroval, že mnohé sestry nemají dostatek času, energie a často ani prostředků na to, aby se mohly svým pacientům dostatečně věnovat. Může za to nedostatek personálu a tlak, který je na sestry vyvíjen? Dochází vlivem těchto faktorů u sester k syndromu vyhoření? To jsem se pokusil ve své práci objasnit.

Pro mnohé seniory, především ty v terminálním stádiu, je více důležitý fyzický kontakt a pár vlídných slov, nežli vysoce odborná péče. Bohužel se jim toho nedostává, a tak často strádá především jejich duše. Příčin je mnoho, jak už jsem zmínil, sestry jsou časově vytížené a nemají čas na to si s někým povídat, protože je čeká mnoho dalších pacientů a ještě více papíru k vyplnění. Další příčinou je komunikační bariéra mezi sestrou

a pacientem. Umí sestry dostatečně komunikovat a naslouchat svým pacientům? To jsem se také snažil poodhalit v praktické části mé práce.

V teoretické části se věnuji problematice stáří, stárnutí, gerontologii, geriatrii, ošetrovatelskému procesu, syndromu vyhoření a komunikaci se seniory. Praktická část se skládá z rozhovorů, ve kterých se pokouším objasnit úskalí ošetrovatelské péče. Výstupy z mé práce tvoří návrh přednášky s diskusí pro sestry pracující se seniory a vhodná doporučení pro praxi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 GERONTOLOGIE

Gerontologie je interdisciplinární vědní obor zabývající se problematikou stárnutí a stáří. Je odvozena z řeckého jazyka a to ze slov: „gerontos“, tj. starý člověk a „logos“, tj. nauka. Gerontologie se člení do tří základních oblastí:

- a) Gerontologie experimentální (někdy se udává teoretická) – zabývá se zkoumáním procesů a příčin stárnutí. Je zaměřena převážně biologicky, ale její významnou částí je také výzkum psychických změn a schopností v průběhu stárnutí.
- b) Gerontologie klinická – zabývá se zdravotním stavem seniorů. Zahrnuje výzkum chorob, jejich diagnostiku, léčení, prevenci a rehabilitaci. Označuje se také jako **geriatrie**.
- c) Gerontologie sociální – Zabývá se samotným životem a existencí ve stáří. Studuje vzájemné vztahy mezi populací vyššího věku a společností. Zkoumá celou škálu aspektů politických, politologických, demografických, ekonomických, filozofických, psychologických, právních, etických a jiných.
(1, s. 63)

1.1 Stárnutí

„Stárnutí je proces, kdy v buňkách (tkáních, orgánech) vznikají degenerativní změny ve tvaru buňky a její funkce (degenerace = úpadek ve vývoji, vývojový pokles nebo ústup). Tyto změny nastupují v různou dobu během života jedince a postupují s individuální rychlostí. U některého člověka probíhají změny velmi rychle, u jiného jsou změny pomalejší. Rychlost stárnutí je geneticky zakódována, současně je ovlivněna životním stylem, prostředním, v němž člověk žije, prací, kterou vykonává, stresem apod.“ (2, s. 13)

1.2 Stáří

Staří většinou definujeme jako pozdní fázi ontogenetického vývoje a je přirozeným důsledkem involučních změn. (3, s. 15) Je důležité zmínit, že staří neznáčí konec života, tím je až samotná smrt. Etapa stáří trvá 30 – 40 let, je tedy stejně důležitá a dlouhá jako mládí a dospělost. U seniorů je velice důležité zachovat pohybové dovednosti,

soběstačnost a psychosociální rozvoj osobnosti. (4, s. 11) Zpravidla rozdělujeme stáří na kalendářní, biologické a sociální. (5, s. 47)

1.2.1 Kalendářní stáří

Kalendářní věk je stanoven datem narození, avšak nemusí odpovídat skutečnému stavu organismu, tomu spíše odpovídá stáří biologické. (1, s. 25)

Řazení věku dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation = WHO):

- 60 – 74 let – rané stáří
- 75 – 89 let – vlastní stáří
- 90 let a více – dlouhověkost (2, s. 14)

1.2.2 Biologické stáří

Biologický věk odpovídá míře involučních změn, poklesu zdraví a funkčního stavu jedince. Jde o soubor nevratných biologických změn, genových expresí, zvýšených rizik nemocí, funkčních nedostatků, eventuálně i zbývajícího času do přirozené smrti. Biologické stáří zatím není možné vymezit, neboť neexistují přesné ukazatele, dle kterých by se dalo vyjádřit. (1. s. 25)

Při posuzování člověka bychom měli brát ohled spíše na věk biologický, nežli na věk kalendářní. (5, s. 48)

1.2.3 Sociální stáří

„Rozděluje věk podle sociálně ekonomického postavení ve společnosti na předproduktivní věk (dětství a příprava na budoucí povolání), produktivní věk (biologická a sociálně ekonomická produktivita), postproduktivní věk (počátek stáří) a období závislosti (ztráta soběstačnosti, biologický marasmus).“ (3, s. 15)

1.3 Změny ve stáří

Ve vyšším věku dochází k velkému množství změn, ať už somatických, psychických nebo sociálních. (6, s. 61) U každého jedince jsou změny, jejich nástup a délka trvání, individuální. Značný vliv na tento jev mají genetické dispozice, způsob vedení života, kouření, alkohol, strava apod. (2, s. 20) V souvislosti s těmito změnami je důležité hledat nový styl vedení života ve stáří. (7, s. 12)

1.4 Biologické změny

Fyzické změny ve stáří postihují většinu orgánových systémů. Nejvíce patrné jsou změny na kůži a pohybovém aparátu. Dále probíhají změny v systému kardiovaskulárním, trávicím, respiračním, pohlavním, vylučovacím, nervovém a v jiných. (2, s. 21)

1.4.1 Kožní ústrojí

Kvůli poklesu produktivity mazových žláz kůže ztrácí schopnost zadržovat vodu, což má za příčinu ztrátu její elasticity (pružnosti). Snižuje se kožní tugor (napětí kůže) a objevují se vrásky. Na pohled bývá kůže suchá a může svědit. Na různých částech těla se objevují takzvané „stařecké skvrny“ nebo naopak bledá místa. V obou případech se jedná o poruchu tvorby kožního pigmentu. V podkoží může dojít k úbytku tukové tkáně, což způsobuje ztenčení kůže, která může připomínat pergamentový papír (je náchylnější na poškození). Dále dochází k řídnutí vlasů a jejich šedivění. (2, s. 21)

1.4.2 Pohybový systém

Kvůli atrofii meziobratlových plotének dochází ke změnám souvisejících s výškou postavy. Senioři často chodí v mírném předklonu, což je způsobeno ochabováním kosterních svalů, které již nemají schopnost držet postavu zpříma. Dále dochází k takzvané osteoporóze (řídnutí kostí), čímž se kosti stávají křehčími a jsou náchylnější ke zlomeninám nebo jiným zraněním. Objevuje se bolestivost kloubů a jejich omezený rozsah pohybu, který je přímo úměrný s úbytkem kloubní chrupavky. Celkově se u seniorů snižuje fyzická síla a flexibilita. (2, s. 21)

1.4.3 Kardiovaskulární systém

Snižuje se výkon a kapacita srdce. To se projevuje při zvýšené fyzické námaze nebo při stresu. U srdečních chlopní se snižuje pružnost a tím klesá efektivita výkonu srdce jako pumpy. Srdce pak není schopné přečerpávat požadující množství krve a může dojít k nedostatečnému prokrvení orgánů a to především u mozku, ledvin a koronárních cév.

Vlivem ukládání vápníku a tukových látek do stěny tepen dochází ke snížení elasticity cév, což zvyšuje riziko vzniku hypertenze. (2, s. 22)

1.4.4 Respirační systém

Se zvyšujícím se věkem u mnohých seniorů dochází k poklesu respirační schopnosti plic. Nejčastějším projevem je zadýchávání. Staří lidé si často stěžují na neschopnost popadnout dech při námaze nebo těsně po ní. Seniorům se snižuje množství

inspiračního (vdechovaného) objemu vzduchu, neboť se vlivem změn na hrudníku a v mezižebních svalech zmenšuje objem hrudního koše, a tím klesá i vitální kapacita plic. U seniorů dochází častěji k zánětům dýchacích cest, neboť čistící schopnost řasinkového epitelu značně klesá. (2, s. 22)

1.4.5 Trávicí systém

Bývá méně poškozen než předchozí systémy, avšak i zde jsou patrné výrazné změny. V seniorském věku se může objevit značné opotřebení nebo úplná ztráta chrupu. Klesá tvorba trávicích enzymů a slin. Zpomaluje se motilita (pohyblivost hladkého svalstva) trávicí trubice, což má za následek prodloužený průchod potravy žaludkem a střevy. Snížená a oslabená peristaltika (rytmické smršťování svalstva trávicího ústrojí) se může projevit jako zácpa. Dále je zpomalená absorpce živin, vitamínů a jiných látek včetně léků. V seniorském věku se vlivem atrofických změn ve slinivce břišní může vyskytnout forma „stařecké“ cukrovky (diabetes mellitus). (2, s. 22)

1.4.6 Pohlavní a vylučovací systém

Sexualita je u seniorů velice individuální, u mnohých přetrvává sexuální aktivita do vysokého věku. U mužů probíhají degenerativní změny pohlavních orgánů pomaleji než u žen. Spermioogeneze u mužů probíhá do pozdního věku, avšak množství spermií se výrazně snižuje. U žen se degenerativní změny objevují již v nižším věku a to po menopauze. Mezi tyto změny u ženského pohlavního ústrojí řadíme: ukončení sekrece pohlavních hormonů, zmenšení mléčné žlázy a snížení přirozené zvlhčující schopnosti pochvy.

Vyšším věkem se snižuje schopnost produkce moči a jejího vylučování. Z důvodu klesající kapacity močového měchýře, zeslabením obou svěračů močové trubice, zvětšenou prostatou u mužů a ochabnutím svalstva pánevního dna u žen jsou někteří senioři neschopni udržet moč. Dochází také k tomu, že po vymočení zůstává určité množství moči v močovém měchýři. Snižuje se schopnost celkového vyprázdnění močového měchýře, a proto mají senioři častá nutkání na močení i v noci. (2, s. 22, 23)

1.4.7 Nervový systém

U seniorů můžeme pozorovat potřebu více času na příjem a zpracování informací z vnějšího okolí. Způsobuje to snížená rychlost vedení vzruchů v periferním nervovém systému. Jedná se o takzvané snížení psychomotorického tempa. (2, s. 23)

1.4.8 Smyslové vnímání a spánek

Nejvíce se setkáváme se sníženou výkonností především sluchu a zraku.

Poškození sluchu ve stáří je poměrně častý jev, především to pozorujeme u osob, které pracovaly v hlučném prostředí. Sluchové dráhy podléhají atrofickým změnám, což má za následek snížení výkonnosti sluchového orgánu. Mezi další rizikové faktory ovlivňující sluch řadíme vlivy toxické, malnutrici nebo aterosklerózu. Poruchy sluchu se objevují častěji u mužů.

Dalším smyslovým orgánem, který podléhá vlivům stárnutí, je zrak. Postupem času dochází ke značnému snížení ostrosti zraku, schopnosti očního orgánu adaptovat se na tmou a šero a také se snižuje schopnost akomodace na blízké a vzdálené předměty. Častým jevem je i zúžení zorného pole a tato porucha je závažná především u řidičů. (2, s. 23) Nesmíme opomenout, že postižení zraku dělíme dle doby vzniku na postižení vrozené a získané během života – například po úrazu oka, šedý popřípadě zelený zákal nebo na podkladě onemocnění diabetes mellitus. Zrakové postižení dělíme do pěti následujících kategorií:

1. – střední slabozrakost
2. – silná slabozrakost
3. – těžce slabý zrak
4. – praktická nevidomost
5. – úplná nevidomost (8)

Nesetkáváme se pouze s poruchami sluchu a zraku, ale stárnutí se projevuje i na jiných smyslech, a to na chuti a čichu. (2, s. 23)

1.5 Psychické změny

S přibývajícím věkem se objevují u každého jedince změny psychiky, které patří mezi typické projevy procesu stárnutí. Dochází ke zhoršení poznávacích funkcí, mezi něž řadíme zhoršení vnímání, myšlení, pozornosti, paměti a představivosti. Také se snižuje pružnost myšlení či psychická vitalita. Naopak se nemění a zůstává tak slovní zásoba, intelekt, způsob vyjadřování myšlenek a jazykové dovednosti. Setkáváme se zde i

s některými psychickými pochody, které zaznamenávají zlepšení, například trpělivost, vytrvalost, rozvaha a schopnost úsudku.

Velkou roli na kvalitě psychiky hraje osobnost člověka. Celistvost neboli integrita osobnosti zůstává stejná, většinou se mění jen její jednotlivé schopnosti. Pozorujeme zde změny osobnostních rysů a vlastností jedince. Dochází ke změnám v žebříčku potřeb a hodnot. Nejdůležitější pro seniory bývá zájem o vlastní zdraví, touha se uplatnit i ve vyšším věku a potřeba jistoty a bezpečí. Zhoršuje se schopnost přizpůsobit se životním změnám. Jedinci jsou zvyklí na svůj stereotyp, a když jim není dána dostatečná motivace k novým činnostem, mohou svůj zaběhlý způsob života neradi měnit.

Beze změn se neobejde ani citová stránka seniorů. Bývají většinou více plačtiví, u některých osob je výrazná úzkost, strach (především o jejich vlastní život) a také se zde může objevit depresivní rozladění.

Největší psychickou až traumatizující změnou je ztráta životního partnera. Po takovéto změně pozůstalý zpravidla prožívá pocity nenahraditelné ztráty, samoty, prázdnoty a opuštění. U většiny lidí dojde ke smíření se s touto bolestivou situací, ale u některých tomu tak není a jejich neschopnost snést takovouto emocionálně náročnou situaci vede k urychlení jejich vlastního úmrtí. (2, s. 24, 25)

1.6 Sociální změny

S odchodem do důchodu senioři trpí pocitem méněcennosti, neužitečnosti pro společenský systém a často se cítí být přítěží pro rodinu. Dále se u nich vyskytují pocity nejistoty, viny a tak dále. Díky tomu vznikají stařecké neurózy a psychózy. U seniorů se také můžeme setkat s obviňováním a nevděkem k nejbližším nebo k těm, kteří se o ně starají. Neuvědomují si totiž, co pro ně udělali nebo dělají. Tyto pocity mohou vyústit až do dramatických scén. (9. s. 41, 42)

Do doby, než člověk odejde do penze, má v životě určitou společenskou roli. To se ale po odchodu do důchodu rapidně mění a jedinci se připisuje role „nemít roli“. Při tomto statusu se člověk stává závislým a nám jsou známé dva způsoby řešení tohoto problému.

Prvním je teorie aktivity, která vychází z toho, že pokud je starší člověk zcela zdravý nebo má minimální zdravotní potíže, měl by zůstat dále aktivní. Druhým řešením je teorie stažení, která se naopak přiklání k názoru, že by se měl stárnoucí člověk pomalu a s předstihem připravovat na odchod do důchodu. (10, s. 13, 14)

Nejčastěji se senioři setkávají se změnami v ekonomickém zabezpečení z důvodu odchodu do starobního důchodu. Senioři byli v minulosti zvyklí udržovat si svůj životní standart, kterého ale v penzi nedosahují z důvodu nízkého příjmu a vysokých poplatků u lékaře nebo v lékárnách. Není pro ně lehké přizpůsobit se ztíženým životním podmínkám, proto není divu, že u nich dochází k velkým výkyvům nálad. Tyto změny lze řešit řádnou a brzkou přípravou na stáří. Způsobů řešení je mnoho, například penzijní připojištění nebo plánování životního programu. (2, s. 25, 26)

Největší dopad na vyčleňování starších lidí ze společnosti mají bio-psycho-sociální změny. Důsledkem těchto změn dochází k celkově špatnému navazování nových vztahů, jak partnerských tak přátelských. Tím se zvyšuje strach z osamělosti a opuštěnosti. (10, s. 14)

2 GERIATRIE

„Klinická gerontologie se také nazývá geriatrie. V širším slova smyslu se zabývá zdravím a jeho udržováním ve stáří, zdravotními a medicínskými problémy seniorů včetně geriatrické křehkosti, zvláštnostmi chorob, diagnostických a léčebných postupů a také uspořádáním, účelností, účinností a bezpečností zdravotnických systémů pro potřeby seniorské populace. Závažným úkolem geriatrie je formulování zdraví, především funkčního zdraví, a tím i normy ve stáří. Za zakladatele geriatrie je považován I. L. Nascher (1863 – 1944).“ (1, s. 65)

Cíle geriatrie:

- Uchovávání dobrého zdraví pacienta.
- Včasná diagnostika akutních onemocnění a jejich léčba.
- Monitorování a léčba chronických onemocnění.
- Prevence nemocí.
- Udržení celkové kvality života.
- Zachování soběstačnosti, nezávislosti, funkční zdatnosti a dosažení co nejvyšší aktivity. (11, s. 3)

2.1 Geriatrický pacient

Definice geriatrického pacienta zatím není přesně stanovena a ustálena tak, jako je tomu například v pediatrii.

V širším slova smyslu hovoříme o nemocných lidech staršího věku (75 – 80 let). Jako nejnižší věkovou hranici, která začleňuje pacienta do geriatrického programu, se udává věk 65 let. V užším slova smyslu jsou to senioři, kteří mají závažně snížený potenciál zdraví, související s involučními změnami a tak jsou zranitelnější. (12, s. 25)

Dle světové zdravotnické organizace dělíme geriatrické pacienty do tří různých skupin, dělených dle stupně závislosti.

- 1. stupeň – lehká závislost: pacient vyžaduje motivaci a podporu při vykonávání běžných denních aktivit, také potřebuje kontrolu jejich samotného vykonávání. U těchto pacientů je potřebný občasný dohled a

pomoc druhé osoby. Sestra u těchto pacientů vykonává jen příležitostnou ošetrovatelskou péči.

- 2. stupeň – střední závislost: pacient potřebuje pravidelný dohled a soustavnou pomoc druhé osoby při vykonávání některých denních činností. Je nutné u něj zabezpečit základní denní potřeby.
- 3. stupeň – úplná (těžká) závislost: u těchto pacientů je vyžadován trvalý dohled a ošetrovatelská péče při veškerých denních aktivitách a potřebách. Péči u takovýchto pacientů zajišťují především sestry ve specializovaných zařízeních tomu určených. (9, s. 11)

2.2 Geriatrická křehkost

S pojmem geriatrická křehkost se v poslední době často setkáváme v literatuře zabývající se problematikou seniorů. Křehkost vzniká důsledkem fyziologických změn, poruch orgánů a jejich systémů, jako je svalová atrofie, osteoporóza (řídnutí kostí), snížená funkce kloubního aparátu, zeslabená kardiovaskulární výkonnost, porušená funkce centrální nervové soustavy a další. Vlivem těchto poruch dochází k celkovému snížení tělesné i duševní kondice. U seniorů jsou projevy následující: zhoršený pohyb, neschopnost udržet rovnováhu, snížený svalový tonus a další. Zhoršuje se také schopnost zachovat homeostázu. Působením těchto změn u seniorů značně roste riziko pádu, fraktur, imobilizačního syndromu, akutní dekompenzace a hospitalizace.

Důležitým faktorem prevence výše zmíněných rizik je včasná diagnostika stařecké křehkosti pomocí komplexních geriatrických hodnotících škál. Mezi preventivní opatření patří: péče o dostatečný příjem kvalitní potravy, motivační a psychoterapeutická podpora, pohybová aktivita a odporový trénink, průběžná fyzioterapie, ovlivňování bolesti kostí a svalstva, posilování stability, předcházení ateroskleróze, pravidelné hodnocení funkčního stavu.

Sestra se při péči o křehkého seniora musí zaměřit na zlepšení jeho nutričního stavu, pohyblivosti a rozvoje soběstačnosti. (1, 12, 13)

2.3 Nemoci a nemocnost ve stáří

U seniorů je výskyt nemocí značně vyšší než u osob mladšího věku. Nemoci mají často atypický průběh, sklon k přecházení do chronického stádia, jsou hůře léčitelné a

jejich vlivem stoupá procentuální mortalita (úmrtnost). Pro sestru je péče o geriatrické pacienty vyčerpávající po psychické a duševní stránce.

Určení správné diagnózy bývá často velice obtížné. Senioři totiž častěji než jiní pacienti své příznaky popírají nebo naopak zveličují. Pro sestru je velice obtížné odebrat při příjmu pacientovu anamnézu. Z důvodu poruchy smyslových orgánů dochází často ke komunikační bariéře, a proto je vhodné zapojit do anamnézy dalšího člena rodiny. (1, 11, 12, 13)

2.4 Geriatrické syndromy

Určité geriatrické syndromy jsou nejčastěji multikauzální etiologie. Jelikož se považují za přirozený důsledek stárnutí, jsou často chybně opomíjeny a přehlíženy. Při včasné diagnostice a správné léčbě lze dosáhnout zlepšení až úplné remise pacientova stavu. S geriatrickými syndromy se můžeme setkat jak v oblasti somatické, psychické tak i sociální.

- Somatické – poruchy chůze a pohyblivosti, dekubity, poruchy termoregulace, poruchy příjmu potravy a tekutin, inkontinence moči a stolice, závratě, úrazy, nestabilita a pády.
- Psychické – poruchy adaptace a chování, demence, delirium a deprese.
- Sociální – ztráta soběstačnosti, sociální izolace, dysfunkce rodiny, závislost na pomoci druhých, týrání a zneužívání.

Z pohledu výskytu a vysokých finančních nákladů, patří mezi nejhlavnější problémy: porucha mobility, pády (s rizikem fraktur) a demence. Zvyšují totiž riziko dlouhodobého pobytu v nemocničních zařízeních a potřebu ústavní léčby. (11, s. 10)

2.4.1 Syndrom hypomobility a dekonidice

Pod těmito pojmy většinou rozumíme malý objem pohybových aktivit. Projevují se sníženou výkonností a fyzickou aktivitou, zpomalením a znejistěním chůze, změnou chodeckého stereotypu, ubývání svalové hmoty a síly, námahovou dušností, omezenou pohyblivostí kloubů, poklesem kondice a vytrvalosti a jiné. Úzce souvisí s instabilitou, a tím se zvyšuje riziko pádu.

Příčiny: nedostatek motivace, dyskomfort pohybu, deprese, strach z pádu, poruchy zraku a sluchu, bolest při pohybu, nežádoucí účinky léků, sensorický deficit, únava, obezita, úrazy, chronická onemocnění, sedativa a tak dále. (12, s. 145 – 150)

Ošetrovatelské intervence: zhodnocení rizik pádu pomocí hodnotících škál, označení rizika pádu u pacienta (cedulka u lůžka a označení v ošetrovatelské dokumentaci), zhodnocení bolesti a deprese, umístění pacienta co nejbližší sesterské místnosti a toaletě, edukace pacienta o pohybovém režimu, používání signalizačního zařízení a používání kompenzačních pomůcek, odstranit rizikové faktory pádu, různé překážky a podobné, vhodné nastavení výšky postele. Dále je vhodné ujistit pacienta, že mu v případě potřeby vstávání a chůze pomůže jakýkoliv zdravotnický pracovník a není třeba se bát kdykoliv se s prosbou obrátit na personál. (15, s. 25 – 26)

2.4.2 Syndrom anorexie a malnutrice

Tyto dva faktory významně ovlivňují celkový stav seniora. Projevují se sníženou chutí k jídlu až odmítáním stravy. S podvýživou a nechutenstvím pacientovi pomáhá nutriční terapeut, případně lékař. (13, s. 48)

Topinková definuje tyto dva problémy jako nedostatečnou a nepřiměřenou výživu, které vede k poklesu hmotnosti, ztrátě svalové a tukové tkáně vedoucí ke změnám metabolickým, somatickým i psychickým. (11, s. 23)

Dopady malnutrice na organismus jedince jsou závažné. Ovlivněna je funkce a struktura všech orgánů. Způsobuje únavu, slabost, snižuje imunitu a obranyschopnost, zhoršuje hojení ran a výrazně zvyšuje riziko instability. Vliv má také na psychické funkce. Může být příčinou deprese a zmatenosti. (18, s. 399 – 404)

Nedostačující příjem stravy se vyskytuje u 20 % seniorů, a z toho se u 5 – 8 % jedná přímo o malnutrici. Mnohem vyšší procento shledáváme u seniorů hospitalizovaných. Zhruba 20 – 40 % seniorů v nemocničních a jiných pobytových zařízeních má malnutrici a z toho přibližně polovina formu těžké malnutrice. (11, s. 23)

Rozdělení malnutrice:

- a) kachexie – zvláštní forma malnutrice související většinou se závažným onemocněním
- b) karence – nedostačující příjem minerálů, vitamínů a látek jim podobných

c) proteinová – kalorický příjem je dostačující. Strava obsahuje dostatek sacharidů, tuků, ale postrádá dostatečný příjem bílkovin

d) proteino – energetická – celkově nedostatečný příjem kalorií. (11, s. 23)

Příčiny: nejčastěji se jedná o nádorová onemocnění, závažné záněty včetně tuberkulózy, těžké formy deprese, hypertyreóza, jaterní cirhóza, chronické srdeční selhání, malabsorpční syndrom, střevní parazity, poruchy chování, demence, nevhodný stravovací režim a také chudoba a sociální nouze. (12, s. 164)

Diagnostika: z pohledu sestry probíhá pomocí anamnézy, ve které se sestra ptá na výživové zvyklosti, chuť k jídlu, dostupnost stravy. Zjišťuje změny hmotnosti a onemocnění, která jí mohou být příčinou. Dále diagnostikuje pomocí fyzikálního vyšetření, kde měří váhu, výšku, obvod pasu, paží a vypočítává BMI (Body Mass Index). (11, s. 25 – 26)

Ošetrovatelské intervence: zvýšit příjem kalorií, vitamínů a minerálů, zajistit dostatečnou hydrataci, pomoci s příjmem potravy nesoběstačným pacientům, podávat předepsané léky dle ordinace lékaře, zajistit nutričního terapeuta, sledovat a zapisovat hmotnost a množství přijaté potravy. (15, s. 31)

2.4.3 Syndrom instability s pády

Jedná se o jeden z nejzávažnějších problémů geriatrického ošetrovatelství. Projevuje se nestabilitou, nejistou chůzí, celkovou slabostí a neobratností, vlivem toho dochází k pádům. Velkou roli zde hraje závrať, a pokud se objasní její příčina, dá se mnohdy ovlivnit různými léčebnými metodami.

Při pádu dochází u seniorů k častým zlomeninám a následné imobilitě. Pády jsou nejčastější příčinou ztráty soběstačnosti seniorů.

Příčiny: nejčastější příčinou jsou choroby pohybového aparátu, a to především poškození páteře. Dále to jsou poruchy rovnovážného ústrojí, nervové soustavy, hypotenze, anémie, kardiovaskulární onemocnění, ateroskleróza mozkových a krčních tepen, ortostatický syndrom, labilita neurovegetativního systému nebo také nevhodné kompenzační pomůcky a obuv. (13, s. 48)

Ošetrovatelské intervence jsou stejné jako u syndromu hypopobility a dekondice: zhodnotit rizika pádu pomocí hodnotících škál, označit u pacienta riziko pádu, umístit

pacienta co nejbliže sesterské místnosti a toalety, edukovat pacienta o pohybovém režimu, používání signalizačního zařízení a používání kompenzačních pomůcek, odstranit rizikové faktory pádu, různé překážky a podobné, vhodné nastavení výšky postele, zajistit, aby měl pacient signalizační zařízení a kompenzační pomůcky na dosah ruky, ujistit pacienta, že mu v případě potřeby vstávání a chůze pomůže jakýkoliv zdravotnický pracovník a není třeba se bát kdykoliv se s prosbou obrátit na personál, zhodnocení bolesti a deprese. (15, s. 25 – 26)

2.4.4 Syndrom imobility

Jedná se v podstatě o reakci organismu na imobilitu, která vzniká důsledkem dlouhodobého pohybového omezení. Postihuje veškeré orgánové systémy v těle. Některé příznaky se mohou objevit během několika hodin. Mezi nejvýznamnější důsledky patří: rozvoj dekubitů (proleženin), svalová atrofie, vznik svalových kontraktur, ortostatická hypotenze, dehydratace, flebotrombóza, změny krevního oběhu, plicní embolie, pneumonie (vlivem hypoventilace a stagnace hlenu), malnutrice, poruchy defekace a mikce, psychické změny, především deprese. (13, s. 48 – 49)

Syndrom imobility je velice závažný stav vyžadující profesionální ošetrovatelskou péči, rehabilitaci, včasnou léčbu komplikací a speciální pomůcky (především antidekubitní pomůcky, polohovací lůžko atd.). Velice důležitý je pitný režim a dostatečný příjem živin. (13, s. 49)

Ošetrovatelské intervence: prevence vzniku dekubitů – antidekubitní pomůcky, polohování, péče o pokožku pacienta, péče o dostatečný příjem živin a tekutin – dopomoc nebo úplná pomoc při krmení, hlídání pitného režimu, sledování příjmu a výdeje tekutin, nabízení nutričních doplňků stravy (sippingu), péče o vyprazdňování – péče o močový katétr, zajistit dostatečné soukromí, důkladná hygiena pacienta o jeho lůžko, aktivní i pasivní rehabilitace, psychická stimulace a povzbuzení – komunikace s pacientem, zajistit kontakt s rodinou, ideálně umožnit sledování televize nebo alespoň poslech rádia. (15, s. 26, 27)

2.4.5 Syndrom inkontinence

Inkontinence je nekontrolovaný únik moči a stolice. Jedná se o velice deprimující faktor, který vyvolává pocity studu, a tudíž vede k postupné izolaci od společnosti. Je tedy velkým psychologickým i sociálním problémem a je třeba ho včas řešit. Vyskytuje se v jakémkoliv věku, a proto nepatří k přímým projevům stárnutí. Častěji jsou postiženy

ženy. Inkontinenci dělíme na urgentní a stresovou. Ve vyšším věku převažuje urgentní forma.

Nejčastější příčinou močové inkontinence u žen bývá oslabení pánevního dna, vrozené předpoklady nebo obezita. U mužů často souvisí s onemocněním prostaty nebo s diabetem. Dalším rizikovým faktorem pro vznik inkontinence je syndrom stařecké demence, užívání léků, močová infekce, předržování vymočení a další.

Inkontinence stolice bývá způsobena neurogenními poruchami, psychiatrickým onemocněním, oslabením svaloviny pánevního dna a břišní stěny a dalšími. Příčinou může být pouhý nedostatek soukromí, špatná dostupnost toalety a jiné.

Léčba inkontinence je různá dle jejího typu. Nejčastěji přichází v úvahu terapie farmakologická a chirurgická. Dále je možno využít například biofeedback, elektrostimulace a nebo různých pomůcek jako jsou pesary a jiné. Nezbytnou součástí je také posilování pánevního dna pomocí specifických cviků. (12, s. 215 – 228; 13, s. 49,50)

Ošetrovatelské intervence u inkontinence moči: anamnéza – zde je důležitá taktnost, jelikož jde o velice intimní informace a mnoho lidí pociťuje stud. Sestra se ptá na přítomnost inkontinence, dobu trvání, množství, barvu a symptomy související. Fyzikální vyšetření – okolí genitálu. Kontrola pitného režimu, edukace a nácvik posilování svalstva pánevního dna, edukace v oblasti péči o močový katétr, dopomoc při přesunu na toaletu, výměna jednorázových absorpčních pomůcek. (15, s. 28)

Ošetrovatelské intervence u inkontinence stolice: podávání vhodné stravy pro úpravu střevní pasáže, doporučení diety, kontrola pravidelnosti vyprazdňování, kontrola barvy, stavu a formy stolice, péče o pokožku, výměna plen, zajištění vhodného prostředí pro defekaci, zachování intimity pacienta. (15, s. 28)

Geriatrických syndromů existuje mnohem více a dala by se jim věnovat ne jedna kapitola. Já jsem zmínil ty nejdůležitější z pohledu sestry. Je třeba si uvědomit, že se nejedná jen projev jedné nemoci, ale o celý soubor aspektů, na který mi vliv fyzický i psychický stav pacienta. Proto je třeba pacienta posuzovat komplexně, ať už z pohledu lékařského, tak i z pohledu ošetrovatelského.

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelství je samostatný multidisciplinární vědní obor, který se zakládá na vědeckých poznatcích a je do značné míry determinovaný výsledky příbuzných oborů. Mezi hlavní vědní obory, ze kterých ošetřovatelství vychází, jsou medicínské disciplíny: patogeneze, etiologie, diagnostika, léčba a prevence. Nedílnou součástí také tvoří humanistické disciplíny – psychologie, etika, pedagogika, sociologie, filozofie. Tyto poznatky ošetřovatelství nejen využívá, ale také je konstruktivně zpracovává a dále rozvíjí. Zahrnuje oblast prevence, obnovy zdraví, diagnostiku, psychosociální péči a edukaci. Základním prvkem, je ošetřovatelský proces. (25)

3.1 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je racionální, systematická metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče, která má za cíl určit pacientův skutečný stav. Dobře zpracovaný a aplikovaný ošetřovatelský proces by měl být zárukou komplexní péče o seniora. V ošetřovatelském procesu je důležité pohlížet na seniora holisticky a snažit se uspokojit všechny jeho potřeby. (9, s. 16)

Ošetřovatelský proces zahrnuje pět základních fází, kterými jsou: anamnéza (posuzování), diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Před začátkem plánování ošetřovatelského procesu by sestra měla odebrat důkladnou anamnézu, provést fyzikální a funkční vyšetření a shromáždit veškeré údaje v oblasti potřeb klienta. (9, s. 16 – 17)

Ošetřování seniorů je velice náročné po psychické, fyzické a sociální stránce. V mnoha aspektech se liší od péče o osoby nižších věkových skupin. Péči o geriatrické pacienty se nemůže věnovat každý, je potřeba mít jakési vnitřní naladění na pečování o lidi seniorského věku. Dále je potřeba rozvinutá empatie, tolerance a smysl pro pochopení problémů seniorů. (24, s. 71)

3.1.1 Anamnéza

Anamnéze je první fází ošetřovatelského procesu. Sestra při ní shromažďuje veškeré informace o nemocném. Probíhá většinou formou rozhovoru s klientem nebo s jeho rodinnými příslušníky. Umožňuje navázat první kontakt s klientem, a proto je důležité se na ni dobře připravit a zvolit správné techniky komunikace. Informace sestra získává i pomocí pozorování, fyzikálních vyšetření či užitím různých hodnotících testů a škál.

Špatně odebraná anamnéza znemožní vytvořit kvalitní ošetrovatelský proces. (9, s. 16 – 21)

Rozlišujeme různé druhy anamnéz, jejich základní rozdělení je:

1. Anamnéza osobní – obsahuje informace o předešlých onemocněních, úrazech, operacích a hospitalizacích.
2. Anamnéza farmakologická – zahrnuje informace o lécích, které pacient užívá.
3. Anamnéza rodinná – zaměřuje se na získání údajů o výskytu dědičných a civilizačních chorob v rodině.
4. Anamnéza sociální – obsahuje informace o ekonomické situaci klienta, sociálním prostředí, ve kterém se vyskytuje, o vzdělání apod.
5. Anamnéza pracovní – zaznamenává pracovní kariéru klienta a zjišťují se možné nemoci z povolání.
6. Anamnéza gynekologická – odebírá se u žen. Ptáme se na počet porodů, potratů a jiné gynekologické údaje. (9, s. 17)

3.1.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření doplňuje anamnézu a získává objektivní pohled na klienta a jeho potíže. Při vyšetření musí sestra zajistit intimitu dotyčného a části těla odhalovat postupně dle potřeby. Důležité je pacientovi vysvětlit co jdeme dělat, z jakého důvodů a co od něj očekáváme. Fyzikální vyšetřování seniora se významně neliší od standartního fyzikálního vyšetření. (9, s. 18)

Fyzikální vyšetření začíná posouzením celkového tělesného stavu klienta. Sestra si všímá stavu osobní upravenosti, nebo případné zanedbanosti. Sleduje stav výživy a hydratace, polohy, které klient zaujímá, pohyblivost a chůzi. Pokračujeme měřením vitálních a fyziologických funkcí, výšky a váhy. (9, s. 18)

3.1.3 Funkční vyšetření

Je neoddelitelnou součástí vyšetření seniora, které umožňuje posoudit jeho fyzické a psychické schopnosti a v souvislosti s tím i míru soběstačnosti (9, s. 20)

Mezi základní funkční testy na zjištění míry soběstačnosti řadíme:

Test základních denních aktivit ADL (aktivita daily living). (příloha č. 2). *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). Dále můžeme použít testy na hodnocení bolesti – *Melzackova škála bolesti*. (příloha č. 4). Test na hodnocení stavu výživy – *Nottinghamský screeningový systém pro hodnocení rizika malnutrice*. (příloha č. 5). Test na hodnocení rizika vzniku dekubitů - *Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové*. (příloha č. 6). Test pro určení rizika pádu – *Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu*. (příloha č. 7)

Posuzování duševního stavu by měl vykonávat kvalifikovaný odborník, zpravidla klinický psycholog nebo psychiatr. Sestra by měla databázi doplnit o výsledky laboratorních a dalších vyšetření. (9, s. 20 – 21)

3.1.4 Stanovení ošetřovatelských diagnóz

Na podkladě informací získaných z anamnézy a vyšetření s ní souvisejících stanoví sestra všechny problémy, které pacienta aktuálně trápí, případně ohrožují. Po zjištění těchto problémů stanoví sestra ošetřovatelské diagnózy. Diagnózy řadíme dle jejich důležitosti, na aktuální a potencionální (rizikové). (9, s. 21 – 23)

3.1.5 Stanovení plánu

Do procesu plánování ošetřovatelské péče je vhodné zapojit i samotného klienta. Při stanovení cílů musíme dbát na to, aby byly reálné a dosažitelné. Sestra si dále stanoví své intervence a stanoví termín vyhodnocení. U intervencí je nutné dbát na jejich přiměřené množství a u termínu vyhodnocení je důležité stanovit správný časový horizont. Do péče může být zahrnuta i rodina klienta. Sestra rodinu může seznámit s cíli a intervencemi které jsou u klienta v plánu a dále jim navrhnout, co můžou v konkrétní oblasti pro klienta udělat. (9, s. 25 – 26)

3.1.6 Realizace ošetřovatelského plánu

Je samotné provedení předem stanovených intervencí. Sestra musí pozorně sledovat veškeré reakce a změny u pacienta a tím předcházet dalším možným problémům. Všechny intervence a změny je nutné zapsat do ošetřovatelské dokumentace. (9, s. 35)

Při některých intervencích je zapotřebí více sester nebo pomocného personálu, což může u klienta vyvolat pocit bezmocnosti a neschopnosti. Cely ošetřující personál by měl

přístupovat ke klientovi taktně a profesionálně. Vhodné je klienta co nejvíce zapojit do procesu a tím u něj zvýšit sebevědomí aktivizací. Sestra může zajistit i zapojení rodiny seniora do realizačního procesu, což přispívá k upevnění důvěry a zároveň připravuje rodinu na možnou kontinuitu péče po propuštění pacienta z nemocnice. (9, s. 35)

3.1.7 Vyhodnocení

Je poslední fází ošetřovatelského procesu. V této části se vyhodnocuje, zdali byla péče úspěšná, či nikoliv. Poukazuje na to, jak pacient reaguje na ošetřovatelské intervence. Vyhodnocování probíhá průběžně během celého procesu a jeho počátek je již ve fázi plánování, kdy sestra stanovuje cíle. Existují tři možná vyhodnocení:

- Cíl se splnil.
- Cíl se splnil částečně.
- Cíl se nesplnil. (9, s. 35 – 36)

4 KOMUNIKACE SE SENIOREM

Pod pojmem komunikace rozumíme proces výměny nebo sdílení informací mezi dvěma či více subjekty. Je to každodenní nástroj, bez kterého se neobejdeme, protože je základem všech lidských vztahů a vzájemných mezilidských interakcí. Komunikací si předáváme nejen prosté informace, ale také pocity, formy chování, umělecké výtvořky a jiné. Dělíme jí na verbální komunikaci a neverbální komunikaci. (16, s. 11 – 16)

Verbální (slovní) komunikace probíhá pomocí slov, nebo znakových symbolů. Je třeba volit správná slova, důraz se ovšem také klade na prvky jako jsou: rychlost řeči, hlasitost, pomlky, tón, zbarvení a výška hlasu. (17, s. 19 – 21)

Neverbální komunikaci lze definovat jako řeč našeho těla. Řadíme sem veškeré projevy, které vysíláme druhým osobám, aniž bychom mluvili, a také ty, které vysíláme při verbální komunikaci. Tato forma komunikace je pravdivější, než forma slovní, protože probíhá podvědomě a je tedy těžké ji kontrolovat. Mezi prvky neverbální komunikace patří:

- mimika – rozpoznáváme ji v oblasti tváře. Jde o pohyby očí, úst, nosu. Tyto tři prvky tvoří hlavní složku neverbálního komunikačního trojúhelníku a vyjadřujeme jimi emoce, afekty či nálady
- vizika – kontakt očí, vzájemné navázání pohledů a jejich délku
- kinetika – celkový pohyb těla. Vypovídá o celkovém aktuálním fyzickém a psychickém stavu. Všeobecná sestra může při poskytování zdravotní péče rozpoznat poruchy lokomoce, mimovolní pohyby a jiné
- gestika – pohyby rukou
- haptika – doteky, podávání ruky, hlazení a jiné. Sestra může tímto způsobem pacientovi vyjádřit empatii, podporu, pochopení a účast
- chronemika – strukturování, vyjádření a celkové nakládání s časem. V geriatrici nabývá velkého významu zejména z hlediska zpomalení seniorů. Zdravotníci na geriatrických pracovištích jsou přetížení a je pro ně důležité umět efektivně využívat čas

- proxemika – vzdálenost mezi komunikujícími. Je třeba brát ohledy na osobní a diskrétní zónu, které mohou být u každého jedince individuální
- posturologie – celkové fyzické držení těla, které je dáno polohami jednotlivých částí těla
- jiné znaky – oděv a celková vizáž. (16, s. 29 – 30)

„To co jste, křičí tak hlasitě, že neslyším, co říkáte.“ (Emerson, 16, s. 29)

4.1 Zásady pro komunikaci se seniorem

Vždy je potřeba si stanovit jasný cíl komunikace a vymezit si časový horizont pro daného pacienta. Rozhovor začínáme pozdravem a představením, které by mělo obsahovat naše jméno a funkci. Klienta vždy oslovujeme příjmením, popřípadě akademickým titulem. (16, 17)

První kontakt s pacientem je ten nejdůležitější, protože si pacient udělá na sestru názor a pokud je negativní, projeví se to na celkové spolupráci v průběhu celé hospitalizace. Je třeba navázat laskavý vztah a získat si pacientovu plnou důvěru. Proto musí sestra prokázat svou empatii, ochotu, pozornost, vstřícnost, trpělivost a profesionalitu. Dále je důležité dát pacientovi najevo, že spolurozhoduje na způsobu své léčby.(16, 17)

4.2 Komunikační bariéry

Komunikaci mezi sestrou a pacientem můžou ztížit nebo zcela znemožnit různé komunikační bariéry. Tyto bariéry vznikají na podkladě psychických, fyzických, sociálních a kognitivních změn. (16, s. 52 – 53)

Přehled nejčastějších komunikačních bariér: demence, porucha sluchu, vada řeči, zmatenost, poruchy po cévní mozkové příhodě, negativní emoce (strach, úzkost), deprese, dysforie, bariéry postoje (xenofobie), „neoblíbený pacient“ (16, s. 52 – 54)

4.3 Chyby v komunikaci se seniory

Většina zdravotnických pracovníků se snaží s pacienty komunikovat nejlépe, jak dovedou. Také se domnívají, že komunikují bez chyb, ovšem velká část si své chyby neuvědomuje. Komunikace ze strany zdravotníků se stává jakousi rutinou a probíhá automaticky bez zamyšlení se nad konkrétní danou situací a pacientem. Toto jednání často

vede ke spoustě chyb, na jejichž základě klesá pacientova důvěra, a tudíž i spolupráce. (16, 17)

Nejčastější chyby a zlovyky: moralizování, kritizování, povyšování se, nemístné ubezpečování, že se nic neděje, snaha o potlačení pacientovy emocí, jako je smutek a pláč, kladení velkého množství otázek, přerušování pacientovy řeči, odsuzování a předsudky, vyhýbání se rozhovoru, udílení zbytečných rad v momentě, kdy si chce nemocný jen postěžovat, užívání odborných výrazů, komunikační manipulace, devalvační chování, jednosměrná komunikace, autoritativní přístup a jiné. (16, 17)

4.4 Elderspeak

Mezi další komunikační chyby, kterých se dopouštějí zdravotníci, patří tzv. elderspeak. Vychází z předsudku, že senior má omezené schopnosti, a proto je potřeba s ním jednat na jednodušší komunikační úrovni. Kalvach tento způsob jednání označuje za eticky nevhodný. (16, s. 62 – 63)

Hlavní charakteristiky elderspeaku jsou:

Verbální komunikace – častější opakování, jednodušší slovník, využívání zdrobnělin a pojmů z dětského jazyka (hačat, papat), nevhodné oslovení („dědo“, „babi“) užívání množného čísla („půjdeme se najíst“) a jiné.

Neverbální komunikace – nedodržení vhodné proxemické vzdálenosti, omezení doteků, neudržení očního kontaktu.

Paralingvistika – pomalé tempo řeči, zvýšená intonace. (16, s. 63 – 65)

5 SYNDROM VYHOŘENÍ

Jde o stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým setrváváním v emocionálně náročných situacích. Nenastává okamžitě, ale přichází v procesech. Alfred Laengle (logoterapeut) dělí procesy takto:

1. nadšení, smysluplnost
2. smysl se ztrácí, postoj k práci je: „pracovat za něco“
3. život v popeli: a) ztráta respektu k ostatním

b) ztráta úcty k vlastnímu životu (20, s. 80)

Vzhledem k zodpovědnosti jsou všeobecné sestry vystaveny velkému tlaku, a tudíž se u nich může projevit syndrom vyhoření. Profese sestry je náročná nejen fyzicky, ale i psychicky, vzhledem k slovní i fyzické agresi pacientů a jejich rodinných příslušníků. Při dlouhodobém působení těchto faktorů dochází u sester ke stresu, nezájmu o práci a následně k chybovosti. (19, s. 129)

5.1 Příznaky syndromu vyhoření

Je důležité rozlišit mezi syndromem vyhoření a pouhou únavou. Sestry jsou zvyklé často zaměňovat dlouhodobou únavu za syndrom vyhoření, a proto je důležité správně analyzovat příznaky syndromu „burn out“. Dělíme je takto:

- a) Psychické – sebelítost, cynismus, utlumení aktivity, pokles motivace, depresivní ladění, negativismus, pocity celkového duševního vyčerpání, rutinní postupy, ztráta zájmu o profesi.
- b) Fyzické – celková tenze a únava, poruchy spánku, bolesti hlavy, rychlá unavitelnost, vegetativní potíže, psychosomatické poruchy, častá nemocnost. (20, s. 130)

5.2 Prevence syndromu vyhoření

Neexistuje žádná přesná metoda, jak se vyhnout syndromu vyhoření. Často se jedná o kombinaci stresorů, jako jsou problémy v osobním, rodinném a pracovním životě. Je důležité vždy začít u sebe a hlavně začít včas. Mezi obecná doporučení lze zařadit: dostatek odpočinku, především aktivního, sportovní či jiné fyzické aktivity, zdravá výživa,

a to bez zbytečných tuků. Dále je důležité mít dobré vztahy v soukromém a rodinném životě, nepotlačovat své emoce, naučit se mít radost z maličkostí, nestavět se do role oběti, umět plánovat svůj čas a oddělit pracovní život od soukromého. (20, s. 131)

Pokud by i přes výše popsaná preventivní opatření došlo k syndromu vyhoření, je vhodné o tom pohovořit s nadřízeným pracovníkem, a popřípadě zvážit změnu prostředí. (20, s. 130 – 131)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

6.1 Formulace problému

V současné době se díky pokročilé medicíně prodlužuje život lidí a zároveň dle statistických úřadů klesá v České republice porodnost. To má za příčinu zvyšující se věk obyvatelstva a tudíž jejich vysoký podíl ve zdravotnických zařízeních. (21)

Se stářím přichází různé problémy a onemocnění, která jsou pro toto období života specifická. Ve své bakalářské práci se zaměřuji na téma ošetrovatelství v geriatrii, protože je to velice aktuální téma a myslím, že je důležité se mu věnovat a tím zvyšovat znalosti a pojem o tomto tématu u zdravotnického personálu, ale i laické veřejnosti. Péče o seniory je náročná, komplexní a má svá úskalí, která se pokusím objasnit na základě zjištěných poznatků získaných z rozhovorů s všeobecnými sestrami.

6.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit úskalí ošetrovatelské péče u geriatrického pacienta z pohledu všeobecných sester.

Hlavní výzkumnou otázkou tedy je: Jaká jsou úskalí v ošetrovatelské péči o geriatrické pacienty?

6.2.1 Dílčí cíle

1. Porovnat úskalí ošetrovatelskou péči ve fakultní nemocnici s domovem pro seniory.
2. Zjistit časovou vytíženost všeobecných sester v péči o geriatrické pacienty.
3. Seznámit se s ekonomickou situací v péči o geriatrické pacienty a porovnat stav ve fakultní nemocnici s domovem pro seniory.
4. Zjistit, zdali jsou sestry schopny efektivně komunikovat se seniory.
5. Zjistit, co je největším problémem u seniorů v souvislosti s ošetrovatelskou péčí.
6. Porovnat sklony ke vzniku syndromu vyhoření sester pracujících mezi fakultní nemocnici a domovem pro seniory.
7. Navrhnout doporučení pro praxi.

6.2.2 Výzkumné otázky

1. Je ošetrovatelská péče rozdílná ve Fakultní nemocnici oproti domovu pro seniory?
2. Jsou všeobecné sestry v péči o geriatrické pacienty časově vytížené?
3. Mají zařízení potřebné finance a prostředky pro zajištění péče o geriatrické pacienty?

4. Umí sestry komunikovat s pacienty?
5. Co je hlavním problémem seniorů?
6. Jsou více ohroženy syndromem vyhoření sestry pracující ve Fakultní nemocnici, než sestry pracující v domově pro seniory?

6.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro získání dat do praktické části bakalářské práce jsem si vybral kvalitativní výzkum, protože se zabývá daným problémem do hloubky.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“. (22, s. 50)

6.3.1 Metoda

Jako metodu použiju takzvanou case study (případová studie), ve své práci vytvořím dvě kazuistiky (kolektivní studie).

„Případová studie (též kazuistika, anglicky *case study*) je jednou z metod kvalitativního výzkumu. Stručně bývá charakterizována jako detailní studium jednoho, či malého počtu případů za účelem aplikace získaných poznatků při porozumění případům obdobným“. (23, s. 243)

6.3.2 Výběr případu

Výběr obou zkoumaných jedinců byl záměrný, protože pro problematiku mnou zvoleného tématu, bylo nejvhodnější, abych si vybral dvě všeobecné sestry z rozdílných zdravotnických zařízení. Prvním respondentem je všeobecný staniční ošetřovatel z Fakultní nemocnice Plzeň, druhým respondentem je všeobecná sestra z Domova pro seniory sv. Jiří.

6.3.3 Způsob získávání informací

Výzkum realizuji pomocí polo strukturovaného rozhovoru na podkladě předem připravených otázek.

Rozhovor s respondenty proběhl dle všech etických zásad, v klidném, nerušeném prostředí. Oba respondenti byli seznámeni s tím, že získané informace slouží jen pro účely bakalářské práce, a že nebudou jakkoliv zneužity. Rozhovory byly se svolením respondentů zaznamenány na diktafon.

6.4 Organizace výzkumu

Data do výzkumné části bakalářské práce jsem shromáždil v období od prosince 2015 do května 2016. Na konci března jsem uskutečnil rozhovor s respondentem z Fakultní Nemocnice v Plzni a v polovině května rozhovor s respondentkou z Domova pro seniory sv. Jiří.

7 ROZHOVORY

Rozhovor s všeobecným staničním ošetřovatelem (respondent č.1.):

Co obecně vnímáte jako největší úskalí v ošetřovatelské péči o geriatrické pacienty?

„Péče o geriatrické pacienty je vysoce náročná, jelikož pacienti bývají nesoběstační a potřebují pomoc při základních denních činnostech jako je hygiena, vyprazdňování, příjem potravy. Největší úskalí tedy shledávám v tom, že se jim musí věnovat hodně času.“

Jaké bolesti konkrétně?

„To je individuální, dle aktuálního onemocnění, ale kdybych to měl shrnout, nejčastěji si stěžují na bolesti zad.“

Měl byste návrh řešení pro tuto situaci?

„Bylo by vhodné, kdyby na oddělení kromě rehabilitačního pracovníka, docházel i masér, který by pacientům ulevil od bolesti.“

Je dle Vás ošetřovatelská péče rozdílná ve fakultní nemocnici oproti domovu pro seniory?

„Určitě si myslím, že ano, protože ve Fakultní nemocnici je rychlý koloběh, kdy na pacienty není moc času, protože je potřeba dělat spousta věcí, které v domově pro seniory dělat nemusí.“

Co konkrétně?

„Různé speciální výkony, rozsáhlá dokumentace, převozy pacientů na různá vyšetření a zákroky. Má maminka pracuje v domově pro seniory na pozici ošetřovatelky, takže mám různé informace i od ní. Myslím si, že v domově pro seniory mají lepší personální možnosti.“

Co vnímáte jako problém v ošetřovatelské péči u geriatrických pacientů?

„Problémem u geriatrických pacientů je stud, což je opravdu velký problém, protože pak nedokáží akceptovat každého z ošetrovatelského personálu a mají tendence odmítat různé výkony, protože se stydí. Dalším problémem, jak jsem již řekl je potřeba pomoci se všemi základními denními činnostmi, což zabere opravdu hodně času.“

Je u seniorů problémem ztráta nebo snížená schopnost celkové soběstačnosti?

„Ano, je to jeden z největších problémů seniorů v ošetrovatelské péči, protože se od toho odvíjí další problémy. Seniori potřebují pomoci s příjmem potravy, oblékáním, vyprazdňováním.“

Jaké další problémy vyplývají z této snížené schopnosti soběstačnosti?

„Samozřejmě to ubírá časovou rezervu sestrám, nebo pomocnému personálu, který se v tu chvíli musí o pacienta starat, i když by měl dělat jiné povinnosti, které má ve svém harmonogramu. Když se zde vyskytne pacient, který vyžaduje více péče a musí se pro něj vyhradit větší část času, tak samozřejmě ubírá čas na ostatní pacienty a věci, které je třeba udělat.“

Měl byste návrh, jak tuto situaci zlepšit?

„Bylo by vhodné navýšit jak personál na oddělení, tak zvýšit frekvenci rehabilitace. Vzhledem k tomu, že sem chodí jednou denně rehabilitační pracovnice, která má na starost osm lidí, tak si myslím, že během jedné hodiny nedokáže obsáhnout dostatečně všechny pacienty a tím klesá efektivita této léčby, která má za úkol navrácení pohybu a tím i návratu soběstačnosti. Určitě by pomohlo, kdyby tu byl pracovník, který by se věnoval konkrétně návratu soběstačnosti, ať už v rámci stravování, oblékání nebo rehabilitace.“

Podporují sestry rozvoj a návrat soběstačnosti?

„Sestry se o to snaží v rámci možností, především časových možností. Občas je pro sestru lehčí udělat danou věc za pacienta, protože je to rychlejší.“

Zachovávejte soukromí a důstojnost pacienta při hygieně na lůžku?

„Určitě ano, co se týče našeho oddělení. Na pokoji máme až tři pacienty, mezi lůžky máme zástěny, v rámci možností zatáhneme i okenice, které máme na oddělení a samozřejmě zavřeme dveře, aby nebylo na pacienty vidět z chodby. Bohužel tak tomu není na každém standardním oddělení v nemocnici, protože k tomu nemají vhodné podmínky a

prostředky. A ani u nás se často nevyhneme tomu, že při hygieně nebo jiných intimních výkonech dojde k narušení soukromí pacienta jiným personálem. Například lékaři, studenty, sestry z jiných oddělení.“

Stydí se pacienti?

„Ano, jak jsem již zmiňoval, někteří pacienti se stydí, což vytváří bariéru v jejich ošetřování.“

Máte čas na každého pacienta?

„Bohužel, vzhledem k nízkému počtu personálu nemáme tolik času, kolik by bylo potřeba. Je to velký problém.“

Měl byste návrh jak tuto situaci zlepšit?

„Kdyby nás tu bylo více, přibylo by času a tím by se i zkvalitnila péče.“

Máte čas na komunikaci s pacienty?

„Sestra využívá komunikaci většinou pro získání informací, které potřebuje například při příjmu nového pacienta, nebo při předávání důležitých informací. Na širší komunikaci zde moc času nezbyvá. U geriatrických pacientů si všímám, že by širší komunikaci ocenili, ale sestry na to bohužel nemají čas.“

Kolik času stráví denně sestra vyplňování ošetrovatelské dokumentace?

„Z dvanáctihodinových služeb, které zde sestry vykonávají, tráví minimálně 4 – 5 hodin vyplňováním ošetrovatelské dokumentace.“

Co z toho vyplývá?

„Vyplývá z toho to, že tento čas, který tráví u dokumentace, nemohou věnovat klientům. Mohly by se věnovat klientovi v oblasti rehabilitace, zlepšení psychického stavu klienta, komunikaci a tak dále. V tomhle ohledu ošetrovatelská dokumentace hodně ubírá personálu i pacientům.“

Měl byste návrh jak tuto situaci vyřešit?

„Bylo by vhodné zavést elektronickou dokumentaci, ve které by se různé položky jen zakřížkovaly a nemusely by se vypisovat dlouhé dokumenty. Navíc by vše mohlo být jen

v jednom programu, což by bylo lepší než vše zapisovat do různých papírů, kterých je opravdu hodně.“

Umí sestry efektivně komunikovat se seniory?

„Jak které. Některé umí komunikovat perfektně, jiné s tím mají problém. Také záleží na tom, v jakém psychickém rozpoložení se sestra momentálně nachází a také na tom, jaký tlak je na sestru momentálně vytvářen. Když je sestra vyrovnaná a má dobrou náladu, odrazí se to v efektivitě a kvalitě komunikace. Když je sestra ve stresu a nestíhá, tak samozřejmě většinou jenom rychle odsekne a běží zas dělat svou práci. Bohužel se zde setkáváme spíše s tou druhou variantou. Sestry musí stíhat moc věcí najednou, kdyby tomu tak nebylo, rozhovory by určitě vypadaly úplně jinak.“

Je efektivní komunikace důležitá?

„Určitě ano, protože díky efektivní komunikaci se dozvíme plno zásadních informací, které napomáhají v ošetrovatelském procesu u klientů.“

Stává se, že pacienti nerozumí tomu, co jim sestry sdělují?

„Ano stává se to často. Řekl bych, že důvodem je nedostatek času, sestra pacientovi rychle sdělí informace a neuvědomí si, že používá odborné výrazy, kterým pacient nemusí rozumět. Není moc času na zpětnou vazbu.“

Dala by se tato situace nějak zlepšit?

„Sestra by potřebovala více času, aby si mohla rozhovor připravit. Bylo by dobré, kdyby si k pacientovi mohla sednout, vše mu pořádně vysvětlit a provést důkladnou edukaci a provést zpětnou vazbu“

Používají sestry při komunikaci se seniory zdrobnělé výrazy?

„Ano, často.“

Jaké například?

„Většinou tyto výrazy sestry užívají při dopomoci při hygieně a stravování. Používají zdrobnělá slova jako napapat, ručičku a tak dále.“

Používáte oslovení „babi“, „dědo“?

„Ne, v nemocničním prostředí je toto oslovení nevhodné a neprofesionální.“

Představují se sestry při prvním kontaktu se seniorem svým jménem a funkcí?

„Řekl bych, že ano.“

Komunikují sestry s rodinami pacientů?

„Moc často k tomu příležitost není. Většinou se ptají na zdravotní stav a tyto informace rodině podává především lékař.“

Máte na potřebné množství materiálu pro ošetrovatelskou péči?

„Vzhledem k tomu, že jsme vysoce specializované pracoviště, tak jsme na tom velice dobře.“

A když porovnáte vaše oddělení se standartním pracovištěm?

„Mohl bych rovnou porovnat s naším standartním lůžkovým oddělením. U nás na jednotce intenzivní péče materiál máme a využíváme. Ovšem když pacienta přeložíme na standartní oddělení, tak samozřejmě standartní oddělení nedisponují takovými finančními prostředky a tím pádem i materiálem, takže často nemohou poskytnout tak efektivní léčbu.“

Jaký z toho máte pocit?

„Mám z toho špatný pocit. Myslím si, že by se management naší nemocnice měl zamyslet nad tímto problémem a myslím si, že by se tyto finanční částky měly navýšit. Léčba následných komplikací, které vycházejí z nedostatku kvalitního materiálu, stojí také dost peněz.“

Setkal jste se někdy s negativním přístupem od rodiny pacienta?

„Ano, negativní reakce probíhají často, protože rodiny nemají představu, co vše péče o jejich blízké obnáší. Také často vznikají konflikty kvůli osobním věcem, které si pacienti přinášejí do nemocnice. Rodinám chybí především edukace o tom, jak o pacienta pečovat doma, měly by pochopit, že péče neprobíhá jen doma, ale také v domácím prostředí.“

Stěžují si pacienti?

„Ano, pacienti si často stěžují na nedostatek informací a času personálu.“

Měl byste návrh na zlepšení této situace?

„Kdyby měl personál dostatek času a nebyl by zahlcený dokumentací, mohl by čas věnovat jak pacientovi tak i rodině. Tím by se zvýšila důvěra v personál a zlepšily by se informace ze strany sester i lékařů.“

Máte na vašem oddělení problém se vznikem a léčbou dekubitů?

„Ano, mám problém se vznikem dekubitů a je tu u seniorů velký problém. Používáme zde Nortonovu stupnici hodnocení rizika a vzniku dekubitů. Jakmile nám vyjde 25 bodů a níž, zahajujeme prevenci vzniku dekubitů. Nicméně, máme zde hemodynamicky nestabilní pacienty, u kterých se dekubitus rozvine i přes veškerou prevenci.“

Co byste navrhl jako prevenci vzniku dekubitů?

„Především by bylo vhodné, aby na každém oddělení, kde jsou imobilní pacient, byla sestra, která má specializovaný kurz na ošetřování chronických ran a defektů. Po té by se v každém zařízení měla vést evidence vzniku dekubitů, ve Fakultní nemocnici tomu tak je. Po té by bylo vhodné důkladně provádět prevenci vzniku dekubitů, pomocí polohování pacienta. Nemalý podíl na prevenci vzniku mají antidekubitární pomůcky, jako jsou speciální matrace a jiné pomůcky, jako jsou různé klíny, věnečky, pěnové lepení a tak dále. Bohužel musím podotknout, že ne na každém oddělení je těchto pomůcek dostatek.“

Je ekonomicky náročná péče o tyto chronické rány?

„Na tento problém je třeba se podívat globálně. My zde používáme například speciální pěnové krytí, které zmírňuje riziko vzniku dekubitu. Toto lepení je velice drahé, ale pokud by dekubitus vznikl, péče o něj by stála mnohem více peněz. Takže prevence je sice drahá, ale stojí méně peněz, než by stála léčba.“

Setkáváte se na vašem oddělení s pády pacientů?

„Ano, setkáváme. U seniorů je velké riziko pádu a stává se to velkým problémem, protože pak mohou vzniknout velké komplikace, které prodlouží a stíží celou léčbu.“

Co byste navrhl jako prevenci pádů?

„Zjištění fyzického a psychického stavu klienta, zjištění předchozích pádů z anamnézy klienta, popřípadě zjistit z jakého důvodu k nim došlo. Je vhodné viditelně označit, že je pacient v riziku pádu.“

I přes veškeré tyto prevence k pádům dochází?

„Ano, bohužel. I přes veškerou prevenci a edukaci pacientů k pádům dochází. Především u pacientů s demencí. Nad pacienty není možné mít 24hodinový nepřetržitý dohled, na to tu není dost pracovníků. Dalším problémem je, že sestry nemají dostatek síly, aby pacienty při pádu udržely. Bylo by fajn, kdyby u nás na oddělení pracovalo více mužů.“

Máte pro seniory volnočasové aktivity?

„Bohužel zde na to není dostatek prostoru a času. Využití volného času v nemocnici je velký problém. My zde máme alespoň na každém pokoji televizi.“

Měl byste návrh jak tuto situaci vyřešit?

„Určitě by bylo vhodné, kdyby pacienty navštěvovala jejich rodina. Po té by bylo řešením to, že by na oddělení docházeli různí dobrovolníci, kteří by si se seniory povídali, četli, hráli by různé společenské hry a tak dále. Ze strany sester na to bohužel není čas.“

Setkáváte se u sester se syndromem vyhoření?

„Při situaci v našem zdravotnickém systému se k tomuto tématu velice schyluje. Sestry jsou ve velkém napětí a vyčerpání. Motivací už jim není ani finanční ohodnocení a benefity, které zaměstnavatel poskytuje. Sestry si stěžují na nedostatek osobního života, protože tráví většinu času v práci. Sestry po té mají větší sklon k syndromu vyhoření. Zároveň je nutné podotknout, že péče o seniory je velice náročná po fyzické i psychické stránce, což má také vliv na syndrom vyhoření.“

Navrhl byste řešení této situace?

„Určitě bych řešení měl. Měl by se změnit systém ve zdravotnictví a především ve vzdělávání sester. Pokud má sestra vysokoškolské vzdělání, měla by tomu její práce odpovídat. Sestra by měla dělat specializovanou práci a pod sebou by měla mít dostatek dalšího ošetřujícího personálu, který bude o pacienta pečovat po všech ostatních

strávkách. Momentálně má sestra na starost moc věcí Dále bych viděl jako řešení navýšení personálu.“

Provádíte duševní hygienu?

„Duševní hygienu se snažíme vykonávat. Se sestrami se scházíme i ve volném čase, mimo pracoviště. Sportujeme a vytváříme jiné společenské aktivity. Díky tomu se sestry mohou alespoň nějak odreagovat. Duševní hygiena je důležitou prevencí vzniku syndromu vyhoření.“

Tímto jsme u konce mého šetření. Děkuji za váš čas.

Rozhovor s všeobecnou sestrou z domova pro seniory (respondent č.2.):

Co obecně vnímáte jako největší úskalí v ošetrovatelské péči o geriatrické pacienty?

„Velkým úskalím shledávám nedostatek personálu. Kolem geriatrických pacientů je hodně práce a je třeba jim věnovat hodně času. Dále bych zmínila jako úskalí u seniorů chronickou bolest. Pacienti jsou také velice často protivní a nepříjemní.“

Jaké bolesti pacienty trápí konkrétně?

„Většinou se jedná o bolesti spojené s poruchou pohybového aparátu.“

Měla byste návrh na řešení pro tuto situaci?

„Nahradila bych analgetika častějším rehabilitačním cvičením.“

Je dle Vás ošetrovatelská péče rozdílná ve fakultní nemocnici oproti domovu pro seniory?

„Myslím si, že ano. Rozdíl je v odborných výkonech, které se u pacientů vykonávají. Dále je velký rozdíl v délce pobytu klientů v těchto zařízeních. V nemocnici se pacienti často střídají, kdežto u nás žijí i několik let. Musíme se tedy s nimi více sžít.“

Co vnímáte jako problém v ošetrovatelské péči u geriatrických pacientů?

„Problémem je, neschopnost se vyrovnat s pobytem u nás v domově. Spousta lidí sem nechce, ale bohužel musí, což špatně snáší. To se potom odráží na jejich chování k nám.“

Je u seniorů problémem ztráta nebo snížená schopnost celkové soběstačnosti?

„Ano, to je velký problém. Klienti jsou často nesoběstační a nezvládají běžné denní činnosti, které za ně musíme vykonávat my, což zabere hodně času.“

Jaké další problémy vyplývají z této snížené schopnosti soběstačnosti?

„Především časové vytížení sester“

Měla byste návrh, jak tuto situaci zlepšit?

„Navýšení kapacit personálu.“

Podporují sestry rozvoj a návrat soběstačnosti?

„Ano, snažíme se podporovat rozvoj soběstačnosti. Pokud je to možné, necháváme klienty vykonávat různé potřeby, jako je vyčištění zubů a jiné. Některým klientům to bohužel nejde, takže jim stejně musíme dopomoci.“

Zachovávejte soukromí a důstojnost pacienta při hygieně na lůžku?

„Ano to určitě. Máme dvojlůžkové pokoje, mezi lůžky máme zástěny. Zavíráme dveře do pokojů a jako upozornění pro další personál dáváme dveře cedulky s upozorněním.“

Stydí se pacienti?

„Pacienti se nestydí, protože se často známe dlouhá léta.“

Máte čas na každého pacienta?

„Času máme určitě více, než v nemocnici, ale moc ho také nemáme. Máme zde hodně klientů. Občas se s někým zapovídáte a další klient mezi tím upadne, takže musíte běžet dál.“

Měla byste návrh jak tuto situaci zlepšit?

„Chtělo by to více personálu. Problém je, že sestry se seniory pracovat nechtějí. Chybí jim dostatečná finanční motivace.“

Mátě čas na komunikaci s pacienty?

„Každý den je jiný. Někdy ten čas máme a někdy je ho méně. Myslím, že s pacienty komunikujeme dostatečně. Navíc, máme tu jiné zaměstnance, kteří se klientům věnují.“

Můžete mi o tom říct více?

„Dochází nám sem pracovníci z charity, kteří s pacienty tráví čas.“

Kolik času denně strávíte vyplňováním ošetrovatelské dokumentace?

„Je to velká část času. Řekla bych tak 3 – 4 hodiny denně.“

Co z toho vyplývá?

„Tento čas strávený u papírů, by se dal věnovat pacientům.“

Měla byste návrh jak tuto situaci zlepšit?

„Ubrat práci s papíry, navýšit počet personálu.“

Umí sestry efektivně komunikovat se seniory?

„Myslím si, že ano. Ale určitě by bylo vhodné, aby sestry docházely na nějaké semináře, kde by se rozvíjely jejich znalosti a schopnosti komunikace.“

Je efektivní komunikace důležitá?

„Ano, je velice důležitá, zvláště u seniorů. Jejich spolupráce se často odvíjí od společné komunikace. Pro seniory je komunikace také jakousi terapií.“

Stává se, že pacienti nerozumí tomu, co jim sestry sdělují?

„Moc často se to nestává. Pacientům vždy vše vysvětlíme tak, aby to pochopili. Neprovádíme zde žádné vysoce odborně specializované výkony, kterým by pacienti neměli rozumět.“

Používají sestry při komunikaci se seniory zdvořilé výrazy?

„Zdvořilé výrazy u seniorů využíváme. Komunikace s nimi je občas obdobná komunikaci s dětmi.“

Jaké například?

„Výrazy spojené s hygienou, oblékáním, stravováním: pusinka, zádička a tak dále.“

Používáte oslovení „babi“, „dědo“?

„Ano, u některých pacientů užíváme jejich příjmení a některé oslovíme i takto.“

Komunikují sestry s rodinami pacientů?

„Ano. Rodiny se ptají na své příbuzné. Zajímá je, jak se jim daří.“

Představují se sestry při prvním kontaktu se seniorem svým jménem a funkcí?

„Já to tak dělám, ale není tomu tak u všech sester.“

Máte potřebné množství materiálu pro ošetrovatelskou péči?

„Ano, nic nám neschází. Pokud je něco za potřebí, tak to vrchní sestra nebo ředitel zařídí.“

A když porovnáte vaše zařízení s jinými domovy pro seniory?

„Co jsem se doslechla od mých kamarádek a známých, které také pracují v domovech pro seniory nebo v pečovatelských agenturách, tak jsme na tom lépe. Bohužel každé zařízení nemá dostatek financí a prostředků, které by sestry pro svou práci potřebovaly.“

Jaký z toho máte pocit?

„Je to smutné, ale bohužel, v soukromém sektoru jsou finance velmi individuální. Některé domovy disponují moderním vybavením a materiály, jiné na to nemají dostatek financí. Ale to neznamená, že neposkytují kvalitní péči. Máme kvalitně vyškolené zdravotní sestry, které ze sebe dokáží vydat to nejlepší, ať už s nejmodernějším vybavením, nebo bez něj.“

Setkala jste se někdy s negativním přístupem od rodiny pacienta?

„Bohužel ano. Rodiny často nemají představu, co vše obnáší péče o jejich blízké. Stěžují si na péči, že se jim málo věnujeme nebo že mají špinavé oblečení.“

Jaký z toho máte pocit?

„Mrzí mě to. Ale snažím se jim to vždy rozumně a v klidu vysvětlit. Rodiny by v tomto směru měly být více edukovány a měly by se zapojit do ošetrovatelského procesu.“

Stěžují si pacienti?

„Ano, stěžují si na nedostatečnou péči a především na to, že zde musí pobývat.“

Měla byste návrh na zlepšení této situace?

„Možná pohovor s psychologem a zároveň s rodinou.“

Máte ve vašem zařízení problém se vznikem a léčbou dekubitů?

„Ano, vyskytují se nám zde dekubity. To je velké úskalí u seniorů.“

Co byste navrhla jako prevenci vzniku dekubitů?

„Určitě se snažíme pacienty polohovat a používáme antidekubitní pomůcky. Máme zde i antidekubitní matrace.“

Je ekonomicky náročná péče o tyto chronické rány?

„Určitě ano. Materiál na léčbu dekubitů je drahý, proto je nejlepším a nejlevnějším řešením včasná prevence.“

Setkáváte se ve vašem zařízení s pády pacientů?

„Ano, setkáváme.“

Co byste navrhla jako prevenci pádů?

„Edukace klienta. Ovšem, ačkoliv lidem stále opakujeme, ať nevstávají sami, nechodí sami na toaletu, tak to stejně dělají a tím dochází k pádům. Často dochází k pádům i v přítomnosti ošetřovatelky, která nemá dostatek síly, aby klienta udržela.“

Dala by se tato situace zlepšit?

„Bohužel už mě nenapadá, co více pro to udělat. Mohu ještě dodat, že klienti mají na krku řetízky se signalizačním zařízením, které mohou použít v jakékoli situaci.“

Máte pro seniory volnočasové aktivity?

„Ano, využití volného času v našem zařízení není žádným problémem. Senioři zde mohou využívat velké spektrum aktivit a služeb.“

Co konkrétně?

„Máme zde knihovnu, hernu, tělocvičnu, taneční večírky, vaření, televize, počítače, ergodílňny, jezdíme na výlety, opékáme buřty a tak dále. Na Vánoce a jiné svátky se pro klienty vždy připraví program. Chodí nám sem praktikantky, které si se seniory hrají.“

Setkáváte se u sester se syndromem vyhoření?

„Moc často ne. Řekla bych, že tento fenomén se vyskytuje spíše u sester v nemocnicích. Máme zde supervize, na kterých řešíme prevenci vzniku syndromu vyhoření.“

Co konkrétně tyto supervize obsahují?

„Probíráme tam různé problémy. Naše osobní, nebo problémy s klienty. Vždy je nám udělena nějaká rada, nebo postup, jak situaci vyřešit.“

Provádíte duševní hygienu?

„Ano, ve svém volném času se věnuji různým koníčkům a aktivitám. V rámci zařízení jezdíme na různá setkání a výlety.“

Tímto jsme u konce mého šetření. Děkuji za váš čas.

DISKUZE

Cílem mého výzkumného šetření je zjistit, kde se z pohledu sester nachází úskalí v ošetřování seniorů. K mému výzkumu jsem si vybral dva respondenty. Záměrem bylo vybrat si respondenty z rozdílných zařízení, abych mohl péči následně porovnat. Zajímaly mne totiž rozdíly v péči mezi fakultní nemocnicí a domovem pro seniory. Pro vlastní zpracování praktické části bakalářské práce jsem si vytvořil několik výzkumných otázek a dle nich jsem rozhovory strukturoval. Výzkumné otázky byly doplněny dodatečnými otázkami v průběhu rozhovorů s respondenty.

V první výzkumné otázce mne zajímalo, zdali je rozdíl v ošetrovatelské péči mezi fakultní nemocnicí a domovem pro seniory. Z výpovědí obou respondentů vyplynulo, že jisté rozdíly v péči jsou. Rozdíl můžeme shledat především v odborných výkonech, které jsou v těch zařízeních vykonávány. V nemocnici je mnoho odborných zákroků, při kterých musí sestra asistovat lékaři, nebo je sama vykonává. V domově pro seniory se pro tyto výkony klienti převážejí do nemocnic. Dalším rozdílem shledávám délku pobytu seniorů v těchto zařízeních. V nemocnici jsou senioři hospitalizováni do doby navrácení jejich zdraví, což může trvat několik dnů až týdnů. V domovech pro seniory klienti setrvávají i mnoho let, často až do své smrti. Z tohoto faktu lze vyvodit, že je rozdíl v utváření vztahů mezi seniory a sestrami. V domovech je vztah díky délce pobytu seniorů více osobní, intenzivnější a důvěrný, než je tomu v nemocnicích. Sestry v domovech jsou pro klienty často těmi nejbližšími lidmi. S tím souvisí i volnočasový program pro klienty. V domovech pro seniory jsou volnočasové aktivity důležitým prvkem, naproti tomu v nemocnicích na tento aspekt není kladen takový důraz a není pro to ani prostor.

V další otázce se zaměřuji na časovou vytíženost všeobecných sester pečujících o seniory. Zjistil jsem, že sestry jsou velice časově vytížené, což je důsledek náročné péče o seniory, kteří jsou často nesoběstační, a je třeba jim věnovat mnoho času. Sestry jsou velice zatížené vyplňováním ošetrovatelské dokumentace. Tato každodenní činnost jim zabere mnoho času, průměrně 4 hodiny. Z výpovědí respondentů vyplývá, že sestry v domovech pro seniory jsou v porovnání s fakultní nemocnicí o něco méně časově vytížené.

V třetí výzkumné otázce se snažím zjistit ekonomickou situaci jednotlivých zařízení a následně ji chci porovnat. Mým zjištěním je, že v nemocnicích jsou velké rozdíly ve financování jednotlivých pracovišť. Specializovaná oddělení jsou lépe financována,

nežli standartní pracoviště. Z odpovědí na mé otázky z rozhovoru s respondentem č. 1 zjišťuji, že jejich konkrétní pracoviště netrpí nedostatkem financí a materiálu pro ošetrovatelskou péči. Při rozhovoru s respondentem č. 2 jsem došel k zjištění, že i v jejich zařízení mají dostatek prostředků pro kvalitní ošetrovatelskou péči. Druhým zjištěním bylo, že tomu tak není v každém domově pro seniory. Z toho usuzuji, že je ekonomická záležitost velice individuálním hlediskem a nelze určit, zdali je lépe finančně zajištěna nemocnice, nebo domov pro seniory.

Ve čtvrté výzkumné otázce zjišťuji, zda jsou sestry schopny efektivně komunikovat se seniory. Komunikace je jedním ze základních pilířů ošetrovatelské péče. Kvalitní a efektivní komunikací se seniory může sestra dosáhnout lepší spolupráce, důvěry a zároveň působí na klienta terapeuticky. Nepodařilo se mi přesně určit, zdali sestry umí efektivně komunikovat s pacienty. Musel bych zvolit jinou metodiku výzkumu pro sběr těchto dat. Komunikační schopnosti u sester jsou značně individuální záležitostí. V nemocnici je bariérou v komunikaci především čas. Sestry nemohou věnovat tolik času komunikaci, kolik by chtěly, nebo kolik by pacient vyžadoval. Dle odpovědí obou respondentů mohu usoudit, že v domově pro seniory je na komunikaci více prostoru. Zjistil jsem, že v nemocnici pacienti častěji nerozumí tomu, co jim sestry sdělují. Dále mně zajímalo, zdali sestry používají při komunikaci zdobněliny. V obou typech zařízení sestry často používají zdobněliny při komunikaci se seniorem. Oslovení „babi“, „dědo“ v nemocnici sestry neužívají. V domově pro seniory tento typ oslovení využívají. V obecné literatuře se užívání těchto oslovení a zdobnělin bere jako nepřijatelná chyba v komunikaci. (16, 17) Dle mého názoru toto oslovení není pro mnohé seniory devalvující, ba naopak. Mnoho seniorů, především těch v pobytových zařízeních, ocení tento styl komunikace a oslovení. Myslím si, že zkušená sestra dokáže sama odhadnout, kdy a především u koho je tento druh komunikace vhodný užit. Na otázku, ve které jsem zjišťoval, jestli sestry komunikují s rodinami pacientů, se mi dostalo rozdílných odpovědí. Respondent č. 1 uvedl, že k tomu moc příležitostí není, a když je možnost komunikace s rodinou pacienta, tak se dotazy většinou týkají jeho zdravotního stavu a tyto informace může sdělovat pouze doktor. Respondent č. 2 uvedl, že sestry komunikují s rodinami klientů. Dodal, že rodiny zajímá především to, jak se klientům daří. Z těchto získaných informací mi vyplývá, že komunikace s rodinami pacientů se odvíjí od typu zařízení. V nemocnici nejsou sestry dostatečně oprávněny sdělovat informace týkající se zdravotního stavu klienta a právě po těchto informacích rodina většinou pátrá. Možná by do budoucna bylo vhodné navýšit

sestrám kompetence v oblasti sdělování těchto informací. V neposlední řadě mě zajímalo, zdali se sestry při prvním kontaktu s klientem představí svým jménem a funkcí. Od respondenta č. 1 se mi dostalo nejisté odpovědi. Od respondenta č. 2 mi bylo řečeno, že se představuje, ale že tomu tak není u všech sester. Z těchto zjištění usuzuji, že se sestry pacientům pokaždé nepředstavují a to také potvrzuje Michaela Vaňásková, která se ve své bakalářské práci zaměřuje na specifika péče u hospitalizovaných seniorů. 65% respondentů (všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti) uvedlo, že při prvním kontaktu se vždy představují svým jménem a funkcí. Pacienti toto tvrzení nepotvrdili, téměř polovina respondentů (pacienti z léčebny pro dlouhodobě nemocné) uvedla, že se jim sestry nepředstavily. (15, s. 80) Při výzkumném šetření v oblasti komunikace jsem zjistil informace, které bohužel nenaplnily má očekávání. Sestry se často potýkají s negativním přístupem ze strany rodin. Důvodů je mnoho, ale je to důsledek neinformovanosti rodin. Zdá se mi, že rodiny klientů nemají představu o tom, jak je náročná péče o jejich blízké. Tento problém by pomohla vyřešit důkladná edukace rodin a především jejich zapojení do ošetrovatelského procesu. Což také doporučuje literatura. (9, s. 35)

V páté výzkumné otázce hledám odpověď na otázku, co je největším problémem seniorů. Dle respondenta č. 1 je velkým problémem stud pacientů, kvůli kterému odmítají různé výkony, především pokud to zasahuje do jejich intimity. Respondent č. 2 vypověděl, že stud není problémem jejich klientů. Na základě předchozích výzkumných otázek a výpovědí usuzuji, že je stud ovlivněn délkou pobytu v daném zařízení. Čím déle klient pobývá v nemocnici, či v domově pro seniory, tím hlubší a intimnější vztah s pracovníky naváže. Tento fakt po té dokáže prolomit bariéry jako právě zmiňovaný stud. Respondent č. 2 vidí problém v neschopnosti vyrovnat se s pobytem v domově. Uvádí, že spousta seniorů do domova nechce, ale bohužel pro ně není jiná možnost, což těžce nesou. Dle mé vlastní zkušenosti tomu tak je. V nemocnici jsem se nesetkal s tím, že by pacient nebyl smířený s tím, že musí v daném prostředí pobývat. Většinou tomu bylo právě naopak. Pacienti v prostředí zdravotníků získávají pocity jistoty a bezpečí. V domovech pro seniory jsem vyzoroval, že si pacienti často stěžují na pobyt v zařízení. Jediným východiskem z této situace vidím dostatečnou edukaci klientů, komunikaci ze strany rodiny a možná by bylo na místě zainteresovat psychologa. Oba respondenti se shodli na společném problému, kterým je ztráta celkové soběstačnosti u seniorů. Nesoběstační pacienti potřebují často pomoci v každodenních činnostech, což je pro sestry časově náročné. Dotazoval jsem se, zdali sestry podporují návrat soběstačnosti u seniorů. Oba respondenti vypověděli, že se

snaží o podporu návratu soběstačnosti, což mě mile překvapilo. Respondent č. 1 dodal, že je občas pro sestru rychlejší vykonat daný úkon u pacienta za něj, z důvodu časové úspory. Z vlastní zkušenosti vím, že tomu tak v nemocnici často bývá. Mnohokrát jsem u pacienta usoudil, že je schopen danou činnost vykonat sám, a tak jsem se pokusil o podporu rozvoje jeho vlastní soběstačnosti. Bohužel se mi pokaždé dostalo stejného výsledku. Pacient úkon zvládl sám, ale trvalo mu to několikrát déle, než by to trvalo mně. Vždy za mnou přišla sestra nebo jiný ošetřující personál a byl jsem napomenut, že mi to trvá dlouho, a že není možné vykonávat to tímto způsobem. Bylo to pro mě vždy velké zklamání. Ve škole se učím, jak je důležitá podpora a udržení soběstačnosti, ale v praxi jsem zjistil, že není možné to aplikovat. Přitom návrat soběstačnosti umožní seniorovi rychlejší zařazení do běžného života, čímž se zkrátí délka hospitalizace v nemocnici, a z toho také následně vyplývá úspora financí. Jediným řešením by bylo, navýšení počtu ošetřujícího personálu.

Dalším společným problémem, na kterém se oba respondenti shodli, je vznik a léčba dekubitů. Oba respondenti se shodli, že nejlepším řešením pro léčbu dekubitů je včasná prevence. Pokud se zamezí jejich vzniku pomocí polohování, antidekubitních a jiných pomůcek, tak to dané zařízení sice bude stát nemalou částku, ale následná ošetrovatelská péče by vyšla mnohem draž. Bohužel, ne každé oddělení v nemocnici má dostatek financí na pomůcky pro prevenci vzniku dekubitů. Rozhodně bych doporučil, aby se na prevenci vzniku dekubitů nikterak nešetřilo.

Posledním problémem který oba respondenti zmínili, je výskyt pádů seniorů. U seniorů je riziko pádu vysoké a jeho následkem jsou další komplikace. Zjistil jsem, že se zdravotnický personál snaží veškerou prevencí, která je v jejich silách, ale k pádům i přesto dochází.

V šesté otázce se zaměřuji na porovnání a výskyt syndromu vyhoření. Dle respondenta č. 1 dochází k syndromu vyhoření u sester pracujících s geriatrickými pacienty velice často. Jako důvod uvedl fyzickou a psychickou náročnost péče o seniory a nedostatek osobního života. Kvůli nízkému počtu personálu musí sestry pracovat přes čas. Dle respondenta č. 2 na jejich pracovišti nedochází k syndromu vyhoření v takové míře, jako je tomu v nemocnici. V domově pro seniory pořádají supervize, které jsou jistě vhodným řešením pro tento daný problém. Oba respondenti uvedli, že vykonávají duševní hygienu, pomocí koníčků, výletů, sportovních aktivit a tak dále.

Shrnutí dílčích cílů:

Prvním dílčím cílem bylo porovnat ošetrovatelskou péči ve fakultní nemocnici s péčí v domově pro seniory. Tento cíl byl splněn. Péči jsem porovnal a zjistil jsem, že jsou zásadní rozdíly v míře odborných výkonů a zákroků, které jsou v zařízeních vykonávány. Dalším rozdílem je délka pobytu seniorů v zařízeních, s čímž úzce souvisí vytváření osobních vztahů mezi sestrami a seniory.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit časovou vytíženost všeobecných sester pečujících o geriatrické pacienty. Tento cíl byl také splněn. Zjistil jsem, že sestry pečující o seniory jsou časově vytížené kvůli vysoce náročné péči kolem často nesoběstačných klientů. Velkým časovým vytížením je pro sestry ošetrovatelská dokumentace.

Třetím dílčím cílem bylo seznámení se s ekonomickou situací v péči o geriatrické pacienty a porovnat stav ve fakultní nemocnici s domovem pro seniory. Tento cíl jsem bohužel nesplnil. S ekonomickou situací v zařízeních jsem se zběžně seznámil, ale pro jejich porovnání jsem nezískal dostatek validních informací. Pro porovnání by bylo potřeba zvolit metodu analýzy pomocí dotazníků.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, zdali jsou sestry schopny efektivně komunikovat se seniory. Tento cíl se mi bohužel nepodařilo splnit. Pro přesné určení míry schopnosti efektivní komunikace sester se seniory bych musel zvolit výzkum pomocí dotazníku s velkým množstvím přesných otázek zaměřujících se na znalosti a dovednosti v komunikační oblasti. Podařilo se mi ovšem zjistit mnoho jiných zajímavých informací a na jejich základě jsem vytvořil doporučení pro praxi.

Pátým dílčím cílem bylo zjistit, co je největším problémem u seniorů v souvislosti s ošetrovatelskou péčí. Tento cíl se mi podařilo naplnit. Zjistil jsem, že problémem seniorů je ztráta celkové soběstačnosti, zvýšené riziko pádu a zvládnání jeho prevence, vznik a léčba dekubitů. Dále jsem zjistil dva problémy, které se vyskytují vždy jen v jednom ze dvou zařízení. Prvním problémem je stud klientů. Tento problém se vyskytuje v nemocnicích, kde klienti nestihnou navázat natolik osobní vztah se sestrami a ošetrovateli, jako je tomu v domovech pro seniory. Druhým zjištěným problémem je fakt, že senioři mají problém s vyrovnáním se s dlouhodobým pobytem v domově pro seniory.

Šestým cílem bylo porovnat sklony ke vzniku syndromu vyhoření sester pracujících ve fakultní nemocnici a domovem pro seniory. Tento cíl vyhodnocuji jako nesplněný i přes

to, že se mi dostalo validních odpovědí od obou respondentů. Pro přesné určení bych musel zvolit metodu dotazníků pro širší vzorek respondentů. Z výpovědí mnou zvolených respondentů vyplývá, že větší sklony ke vzniku syndromu vyhoření mají sestry pracující ve fakultní nemocnici.

Posledním cílem bylo navrhnout doporučení pro praxi. Tento cíl jsem splnil.

Doporučení pro praxi:

- zvýšit míru návratu soběstačnosti zavedením častějších rehabilitačních terapií
- na odděleních pracujících s geriatrickými pacienty navýšit počet ošetřujícího personálu
- investovat více finančních prostředků do prevence vzniku dekubitů
- vytvořit elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace, která by sestřám ušetřila čas
- zavést edukační semináře pro rodiny pacientů a pokusit se rodiny zapojit do ošetrovatelského procesu
- zaměstnavatel by měl sestry podporovat v rozvoji komunikačních dovedností, například formou zavedení seminářů zaměřujících se na komunikaci

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, kde je úskalí ošetrovatelské péče z pohledu všeobecných sester. Hlavní výzkumnou otázkou tedy je: Jaká jsou úskalí v ošetrovatelské péči o geriatrické pacienty?

Na základě získaných informací shledávám, že největším úskalím v péči o seniory je časová náročnost. To potvrzují i výpovědi týkající se dílčích cílů, hlavní cíl s nimi totiž úzce souvisí. Dle mého názoru je úskalí také v komunikaci s klienty. Problém není v komunikačních dovednostech sester, ale právě v časové dotaci, která neumožňuje věnovat potřebný čas na komunikaci. Což potvrzuje i výzkum Michaely Vaňáskové, která se ve své bakalářské práci na téma *Specifika péče u hospitalizovaného seniora* zaměřuje na oblast komunikace. Zjistila, že: „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. Tuto oblast nedokázali ohodnotit 2 (4%) pacienti.“ (15, s. 76) Dále to také potvrzuje vyhodnocení otázky: „*Kterou z oblastí sesterské péče byste vyhodnotili jako nejvíce kritickou?*“ Při tomto dotazníkovém šetření, se jí podařilo zjistit, že 54% pacientů vyhodnotilo jako nejvíce kritickou oblast sesterské péče komunikaci. Druhou nejkritičtější oblastí se stal nedostatek času, který sestra pacientovi věnuje. Tuto oblast takto

vyhodnotilo 24% dotazovaných. 13% pacientů vyhodnotilo jako kritickou oblast množství podávaných informací. 7% pacientů pokládalo za kritickou oblast neochotu sester věnovat jim čas. Jen 2% pacientů vyhodnotilo jako kritickou oblast sesterské péče jejich odborné úkony. (15, s. 78)

Vhodným řešením shledávám navýšení počtu ošetřujícího personálu na pracovištích, která se zaměřují na ošetřování seniorů.

Přínos mé bakalářské práce vidím zejména v informacích získaných od respondentů, které poukazují na náročnost ošetrovatelské péče o seniory, na časovou vytíženost sester a na nároky, které jsou na ně kladeny. Na základě odpovědí respondentů jsem stanovil vhodná doporučení pro praxi, která by také měla být přínosem. Domnívám se, že je třeba na problematiku týkající se tématu mé bakalářské práce upozornit a dostat ji do podvědomí většího počtu lidí.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla věnována tématu úskalí ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty. Obsah této práce se skládá ze dvou částí, a to z teoretické a praktické. V teoretické části byla popsána problematika stáří, stárnutí a změnami s tím spjatými. Dále jsem se zabýval teorií geriatrických syndromů, ošetrovatelského procesu, komunikací se seniory a syndromem vyhoření.

Pro zpracování praktické části byly použity kvalitativní metody sběru dat, a to pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Pro tento účel byli vybráni dva respondenti se zkušenostmi s péčí o geriatrické pacienty. Hlavním cílem celé práce bylo zjistit, kde se z pohledu sester nachází úskalí ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty. Před vlastním dotazováním byly stanoveny výzkumné otázky, které byly poté během rozhovoru pokládány respondentům. Na veškeré otázky, jež byly během rozhovorů položeny, bylo odpovězeno a já jsem získal dostatek informací, na jejichž základě jsem našel odpovědi na většinu dílčích cílů, ale především na hlavní cíl práce. Ze závěru tohoto výzkumu vyplývá, že největším úskalím v péči o seniory je nedostatek času, který by byl potřebný pro plnohodnotnou ošetrovatelskou péči o seniory. Na základě tohoto faktu vzniká další úskalí, kterým je komunikace s klienty.

Výstupem z mé práce bylo vytvoření návrhu přednášky s diskusí na téma: „*Úskalí ošetrovatelské péče*“, kterou v případě zájmu odprezentuji ve Fakultní nemocnici Bory, v seminární místnosti kliniky pneumologie a ftizeologie. Účast na této akci bych doporučil nejen sestřám, ale i ošetrovatelkám, které v této oblasti mají významnou roli.

LITERATURA A PRAMENY

1. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
2. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
3. ŠVÁB, Jan. *Chirurgie vyššího věku*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2604-5.
4. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
5. KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
6. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
7. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
8. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.
9. POLEDNÍKOVÁ, Ľubica. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2013. 223 s. ISBN 978-80-8063-410-0.
10. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
11. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
12. KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
13. HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. 206 s. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.
14. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

15. Vaňásková, Michaela. *Specifika péče u hospitalizovaného seniora*. Plzeň, 2014. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Vladimíra FREMROVÁ.
16. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
17. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
18. KENNEDY-MALONE, Laurie, Kathleen Ryan FLETCHER a Lori Martin. PLANK. *Management guidelines for nurse practitioners working with older adults*. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis, c2004. ISBN 080361120X.
19. KOUŘILOVÁ, Irena. *Stručná příručka zdravotní sestry k péči o chronicky nemocné*. Veverská Bítýška: Hartmann – RICO a.s., 2011. 131 s. ISBN 978-80-254-9105-8.
20. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
21. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Základní charakteristiky demografické situace v ČR [online]* . Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/nahled/cs/1058>
22. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
23. HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 243 s. ISBN 80-7184-549-3.
24. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
25. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A KOL., *Ošetřovatelství I*. 1vyd., Praha: Informatorium, 2002, 231 str., ISBN 80-86073-96-3.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – informovaný souhlas

Příloha č. 2 – Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

Příloha č. 3 – Test instrumentálních všedních činností – IADL (Instrumental Activity Daily Living)

Příloha č. 4 – Melzackova škála bolesti

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

Příloha č. 6 – Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Příloha č. 7 – Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Příloha č.1 – informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Téma bakalářské práce: Ošetrovatelská problematika pacienta s Parkinsonovou chorobou

STUDENT:

Jméno:

Katedra: Ošetrovatelství a porodnická asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

E- mail:

VEDOUCÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno:

Katedra: Ošetrovatelství a porodnická asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

E- mail:

CÍL STUDIE

S Vaším svolením bude s Vámi proveden rozhovor, který bude zaznamenán na nahrávací zařízení. Záznam, který bude vytvořen, bude použit pouze pro výzkum a student ho bude sdílet pouze s vedoucím bakalářské práce. Po zpracování studie, budou všechny záznamy vymazány. Při prezentaci studie, mohou být některé úryvky z rozhovoru použity, citace budou vždy anonymní. Vaše totožnost nebude nikde uvedena, použit bude pouze pseudonym.

Pokud Vám některá z otázek nebude příjemná a nebudete na ni chtít odpovídat, nemusíte. Také můžete rozhovor kdykoliv ukončit nebo ze samotné studie odstoupit.

SOUHLAS S VÝZKUMNÍKEM

Tímto prohlašuji, že souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na nahrávací zařízení. Jsem srozuměn a rozumím tomu, že mohu kdykoliv rozhovor ukončit nebo od samotné studie odstoupit. Také jsem srozuměn s tím, že citace rozhovoru budou použity anonymně a ve studii nebude uvedena má totožnost.

Datum:.....

Podpis účastníka výzkumu:.....

Datum:.....

Podpis studenta:.....

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

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomoci	5
		Neprovede	0
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomoci	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 pomoci	5
		Neprovede	0
08.	Přesun lůžko- židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomoci	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomoci 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	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	98 – 100 bodů

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

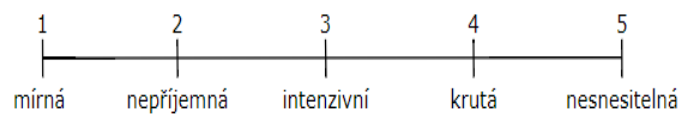
Příloha č. 3 - Test instrumentálních všedních činností - IADL-Instrumental Activity Daily Living)

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
Hodnocení		
	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 – Melzackova škála bolesti

Melzackova škála bolesti



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

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

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

Příloha č. 6 – Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky	Každé další onemocnění	Fyzický stav		Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence							
úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobry	4	chodí	4	úplná	4	není	4		
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedačka	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč + stolice	1

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ

Příloha č. 7 – Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

Během příjmového vyhodnocení vyhodnoťte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte stav pacienta podle potřeby.

Aktivita		Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny:	1
	- diuretik	
	- antikonvulziv	
	- antiparkinsonik	
- antihypertenziv		
- psychotropní léky nebo benzodiazepiny		
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální stav	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18-75	0
	75 a výše	1
Celkové skóre:		