

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Michaela Hadačová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VLIV NEMOCNIČNÍHO PROSTŘEDÍ NA
GERIATRICKÉ PACIENTY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Plzeň 2014

Prohlášení

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

V Plzni dne 1.3.2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Vladimíře Fremrové za odborné vedení mé práce, za poskytování rad a čas, který mi věnovala. Dále děkuji hlavní sestře Domažlické nemocnice Mgr. Janě Barboře Boučkové, která mi umožnila zpracování dotazníku a výzkumu.

Anotace

Příjmení a jméno: Michaela Hadačová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vliv nemocničního prostředí na geriatrické pacienty

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran: číslované: 59

Počet stran: nečíslované: 29

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 32

Klíčová slova: geriatrický pacient, hospitalizace, ošetrovatelská péče, rodina

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou hospitalizace geriatrických pacientů. Součástí teoretické části je demografie stárnutí, problémy člověka vzniklé stářím, hospitalizace a ošetrovatelská péče geriatrického pacienta. Poslední kapitola je věnována důležitosti rodiny v životě seniora.

Praktická část má výzkumný charakter a zaměřuje se na psychiku geriatrického pacienta hospitalizovaného v nemocnici. Výsledkem práce je edukační brožura určená pro budoucí zdravotníky, zdravotníky i laickou veřejnost.

Annotation

Surname and name: Michael Hadačová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The Impact of the hospital environment for geriatric patients

Consultant: Mgr . Vladimír Fremrová

Number of pages: numbered: 59

Number of pages: unnumbered: 29

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 32

Key words: geriatric patient , hospitalization , nursing care, family

Summary:

The bachelor thesis deals with the hospitalization of geriatric patients. The theoretical part of aging demographics , human problems arising from old age, hospitalization and nursing care geriatric patient. The last chapter is devoted to the importance of family in the lives of seniors.

The practical part of the research character and focuses on the mental patient hospitalized in a geriatric hospital. The result is an educational booklet for future health professionals, health professionals and the general public.

Obsah

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	11
1.1 ROZDĚLENÍ VĚKU	11
1.2 DLOUHOVĚKOST.....	12
1.3 DEMOGRAFIE STÁRNUTÍ	12
2 GERIATRIE A GERIATRICKÝ PACIENT	13
2.1 GERONTOLOGIE	13
2.2 ČESKÁ GERONTOLOGICKÁ A GERIATRICKÁ SPOLEČNOST	13
3 OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY U GERIATRICKÝCH PACIENTŮ.....	14
3.1 SOMATICKÉ PROBLÉMY	14
3.2 PSYCHICKÉ PROBLÉMY	15
3.3 SOCIÁLNÍ PROBLÉMY	16
4 OŠETŘOVATELSTVÍ A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	17
4.1 SPECIFIKA GERIATRICKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ.....	17
4.2 ZAŘÍZENÍ POMÁHAJÍCÍ SENIORŮM.....	18
4.2.1 Sociální péče.....	18
4.2.2 Zdravotní péče	19
4.3 ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ	20
4.4 AGEISMUS	21
5 ZDRAVÍ A NEMOC VE STÁŘÍ.....	22
5.1 LIDSKÉ POTŘEBY VE STÁŘÍ	23
5.2 GERIATRICKÁ KŘEHKOST A GERIATRICKÉ SYNDROMY.....	23
5.3 DLOUHODOBĚ NEMOCNÝ STARŠÍ ČLOVĚK	25
6 HOSPITALIZACE SENIORA.....	27
6.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	27
6.2 OŠETŘOVATELSKÉ STANDARDY.....	31
6.3 HOSPITALISMUS.....	31

6.4	FARMAKOTERAPIE U GERIATRICKÉHO PACIENTA	32
6.5	KOMUNIKACE SE SENIOREM	32
6.6	UMÍRÁNÍ A PALIATIVNÍ PÉČE	33
7	RODINA A SENIOR	35
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	9
8	FORMULACE PROBLÉMU	36
8.1	CÍL VÝZKUMU.....	36
8.2	DÍLČÍ CÍLE	36
9	CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU	37
10	METODIKA.....	37
11	VÝZKUMNÝ PŘEDPOKLAD	37
12	VZOREK RESPONDENTŮ	38
12.1	PILOTNÍ STUDIE	38
13	ORGANIZACE VÝZKUMU.....	38
14	ZPRACOVÁNÍ DAT A ANALÝZA ÚDAJŮ	39
15	DISKUZE.....	60
15.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	64
	ZÁVĚR	66
	POUŽITÁ LITERATURA.....	67
	SEZNAM GRAFŮ.....	71
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

„ Způsob, jakým pečujeme o své děti v době svítání jejich života a způsob, jakým pečujeme o staré v období soumraku jejich života, je měřítkem kvality společnosti.“

Hubert Humprey

Každý jednou bude starý, je to jistota, kterou mají všichni lidé. Starých a stárnoucích lidí přibývá a je to tím, že se lidský život prodlužuje, lidé se díky medicíně dožívají vysokého věku. V posledních letech se hodně mluví o kvalitě života a jeho délce a právě samostatnost, ekonomické zajištění a možnost spolurozhodovat je ve stáří vysokou hodnotou.

Chování křehkého geriatrického člověka se hospitalizací může změnit. Je náhle vytržen ze svého domácího prostředí, je omezen v pohybu, má bolesti, mění se jeho denní režim. Horší adaptace je u pacientů bez kvalitního rodinného zázemí, kdy se cítí být sami, nemají se na co těšit. Tato skupina se stává citlivější, zranitelnější, jejich zdravotní stav se může zhoršit a tím prodloužit hospitalizace. Důležitou součástí etického přístupu k lidem vyššího věku je proto respektování jejich lidské důstojnosti, hodnot, autonomie a duchovního přesvědčení. Základem práce s geriatrickými pacienty je vytvoření vzájemného vztahu důvěry. Z přístupu zdravotní sestry by měla vyzařovat tolerance, úcta a hluboké lidské porozumění. Ze své zkušenosti vím, že geriatřičtí pacienti vyžadují větší pozornost ze strany ošetřujícího personálu a mají větší potřebu komunikace. Naopak ošetřující personál, bohužel, nemá většinou dostatek času na uspokojení těchto potřeb. Nebývá to proto, že by tento personál neměl zájem o duši pacienta. Jeho prvotním úkolem ale je zajistit pacienta po stránce tělesné a poté už mu často nezbývá čas na psychiku geriatrického pacienta.

Pracuji na oddělení, kde jsou většinou pacienti geriatrického věku, je mi toto téma blízké. Ve své práci bych chtěla zjistit, jaké jsou příčiny, které mohou vést ke změně psychického stavu geriatrického pacienta po dobu hospitalizace v nemocnici.

V teoretické části se zabývám stářím a stárnutím, geriatrickým pacientem a souvisejícími problémy, ošetrovatelskou péčí a hospitalizací.

Praktická část je zaměřená na geriatrické pacienty, na jejich pocity, potřeby, na ošetrovatelské problémy vznikající při hospitalizaci, zjištěné pomocí kvantitativního výzkumu, dotazníkovým šetřením. Ten potvrzuje nebo zamítá předpoklady o tom, jaký vliv má na geriatrické pacienty hospitalizace.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stáří je poslední doba života, kde se nejvíce projevují involuční změny. Mezi tyto změny patří zhoršování zdatnosti a odolnosti organismu, je horší i adaptace na nové věci. (Kalvach, Onderková, 2006, s. 7) Rozděluje se na stáří kalendářní - věk člověka, dále na biologické - zdatnost a míra involuce, sociální - proměna sociálních rolí a potřeb, životní styl a ekonomické zajištění (Kalvach a kol., 2004, s. 47).

Stárnutí znamená působení času na lidskou bytost. Je to definice, která představuje pozitivní i negativní důsledky. Některé vlastnosti stárnutí se nemění (slovní zásoba, jazykové dovednosti) a některé se zlepšují (zvýšení vytrvalosti a trpělivosti). Fyzické stárnutí přináší nejprve změny struktury a pak změny funkcí. Ty se mohou zpomalit a tím prodloužit aktivní věk pomocí duševní a tělesné aktivity (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 5).

1.1 Rozdělení věku

Podle definice Světové zdravotnické organizace je: „*Stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími*“ (Haškovcová, 2010, s. 20). Tuto definici ale nelze použít u všech seniorů, každý člověk je individuální, a proto se používá obecné rozdělení:

45-59 let zralý věk

60-74 let rané stáří

75-89 let senium, vlastní stáří

90 let dlouhověkost.

V běžném životě je to ale většinou jinak. Za seniora je považován každý, kdo dosáhne penzijního věku, což je 65 let (Haškovcová, 2010, s. 20).

1.2 Dlouhověkost

Dlouhověkost znamená věk člověka 90 let a více, hranice může být až 100 let. Důvodem posouvání věku je lepší zdravotní i funkční stav seniorů (Kalvach, Onderková, 2006, s. 7). V porovnání s předchozí generací žijí lidé déle, ale stále nejsou spokojeni. Na světě se jim líbí a nechtějí ho jen tak opustit. Podle výzkumů se mohou někteří lidé dožít až 130 let. Odborníci uvádějí, že délka života je dána genetickou výbavou každého z nás (Haškovcová, 2010, s. 25).

1.3 Demografie stárnutí

Z historického hlediska umírali lidé až do poloviny 19. století dříve. Jedním z důvodů této situace byla horší životní úroveň a méně pokročilá medicína. V současné době je zdravotnickou prioritou ve všech hospodářsky vyspělých zemích stárnutí populace. Přibývání starých lidí je buď relativní, což znamená nízkou porodnost s klesajícím počtem dětí a mladých lidí nebo absolutní, kdy klesá úmrtnost ve středním věku a více lidí je seniorů. Podle demografických studií je naděje na dožití více u žen než u mužů, je to ale individuální (Kalvach, Onderková, 2006, str. 8).

Podle Českého statistického úřadu bude mít Česká republika ve 22. století 7,68 mil. obyvatel, z toho bude téměř třetina osob starších 65 let. Tyto výsledky jsou díky Sčítání lidu, domů a bytů z roku 2011 (Čechů ubyde a zestárnou, 2013, [on-line]).

Vzniká geriatrize medicíny, v ordinacích lékařů se objevuje více starých a velmi starých lidí, zdravotnický systém se mění. Mezi důležité body, které se řeší na mezinárodní úrovni, patří zlepšení zdravotního stavu stárnoucích lidí a mladých seniorů, zlepšení funkčního zdraví v pokročilém stáří, účelné sociální výdaje a podpora zdraví stárnoucích migrantů (Kalvach a kol., 2008, s. 21-23).

2 GERIATRIE A GERIATRICKÝ PACIENT

Geriatric je samostatný lékařský obor, který v České republice vznikl v roce 1982 a umožňuje specializovanou zdravotní péči (lékařská, ošetrovatelská a rehabilitační) pacientům ve věku nad 65 let, obvykle však nad 70-75 let. Zabývá se diagnostikou a léčbou nemocí ve stáří, klade důraz na udržení soběstačnosti, nezávislosti, fyzické zdatnosti a tím zlepšení prognózy seniorů (Topinková, 2005, s. 3).

Od tohoto oboru odvozený název „geriatrický pacient“ je vlastně nemocný staršího věku, nad 65 let, u kterého se snížil s involucí související potenciál zdraví, klesla adaptabilita a tolerance k zátěži. Při léčbě se nezaměřujeme pouze na základní onemocnění, ale i na zlepšení soběstačnosti, fungující sociální vztahy a vztahy v rodině (Weber a kol., 2010, [on line]).

2.1 Gerontologie

Gerontologie se zabývá stárnutím a stářím. Název je odvozen od řeckého slova gerón, což je starý člověk a logos-nauka. Zahrnuje tři oblasti. Jedna je experimentální gerontologie, která studuje proces stárnutí buněk a organismů, další je sociální s cílem udržení praktické soběstačnosti starých lidí a klinická, která se zabývá nemocemi ve stáří, bývá též nazývána geriatrií (Haškovcová 2006, s. 9).

2.2 Česká gerontologická a geriatrická společnost

Už v 19. století se odborníci z řad lékařů začali více zajímat o stáří, konaly se různé přednášky, první byly na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Později, v roce 1962, vznikla Česká společnost gerontologie, která sdružovala lékaře, akademiky, vědce, všeobecné zdravotní sestry a sociální pracovníky pracující v oblasti gerontologie a geriatric. Tím, že na začátku 80. let počet starých lidí přibýval, rostla i potřeba zdravotní, rehabilitační, ošetrovatelská a komunitní péče, v roce 1993 vznikla Česká gerontologická a geriatrická společnost řešící tyto otázky. Posláním společnosti je zlepšení zdravotní péče o seniory (Historie ČGGS, 2006, [on line]).

3 OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY U GERIATRICKÝCH PACIENTŮ

Vyšší věk přináší organismu mnoho změn, kterým se nelze vyhnout. Projevují se individuálně, jejich nástup je rozdílný a záleží na genetické dispozici a životním stylu. Tyto změny spolu souvisí a ovlivňují se (Mlýnková, 2011, s. 20).

3.1 Somatické problémy

Týkají se většiny orgánových soustav a jejich orgánů.

Kožní ústrojí - problémy vznikají snížením aktivity mazových žláz a tím může být kůže suchá a svědit. Na rukou a v obličeji se objevují stařecké skvrny, snižuje se množství elastických vláken a tvoří se vrásky. U člověka se ztrácí v podkoží tuková tkáň, kůže je tenká, připomíná pergamenový papír. U přídatných orgánů dochází také ke změnám, vlasy s chlupy jsou šedivé a řídnou, nehty jsou ztlustělé s podélnými rýhami (Mlýnková, 2011, s. 21).

Pohybový systém - dochází k atrofii meziobratlových plotének a z toho důvodu lidé chodí v předklonu, řídnou jim kosti a je tady vyšší riziko zlomenin. Možným úbytkem kloubní chrupavky dochází k bolestivosti kloubů, snižuje se pohyblivost. Kosterní svaly ochabují, jejich fyzická síla se snižuje (Mlýnková, 2011, s. 21).

Kardiovaskulární systém - výkonnost srdce jako pumpy se snižuje, průtok krve ve všech orgánech je nižší. Klesá pružnost cév díky ukládání tukových plátů a vápníku, vzniká hypertenze (Mlýnková, 2011, s. 21).

Respirační systém - u seniora dochází k poklesu respirační schopnosti plic, stěžuje si, že se zadýchává. Nadechuje menší množství vzduchu, protože vlivem změn se zmenšuje objem hrudníku, klesá čistící schopnost řasinkového epitelu a tím vznikají záněty dýchacích cest (Mlýnková, 2011, s. 21).

Trávicí systém - ve stáří dochází k opotřebování a ztrátě chrupu, snížení tvorby slin a trávicích enzymů. Peristaltika je zpomalená a tím vzniká obstipace, pomalu se vstřebávají

vitamíny, živiny a léky. Díky změnám na pankreatu může vzniknout diabetes mellitus (Mlýnková, 2011, s. 21).

Pohlavní a vylučovací systém - sexuální aktivita u seniorů je individuální. Vznikají problémy s udržení moči a to proto, že ochabuje svalstvo pánevního dna, u mužů se zvětšuje prostata. Dále se snižuje schopnost vyprázdnění celého močového měchýře, vzniká reziduum (Mlýnková, 2011, s. 21).

Nervový systém - snižuje se rychlost vedení vzruchu v periferním nervovém systému, a proto potřebují starší lidé více času na příjem zpracování informací (Mlýnková, 2011, s. 21).

Smyslové vnímání, spánek - ve vyšším věku dochází k postižení zraku, sem patří snížení zrakové ostrosti, adaptace oka na tmu a snížení akomodačních schopností. U sluchu vznikají atrofické změny sluchových drah a tím nedoslýchavost (Mlýnková, 2011, s. 21-23).

3.2 Psychické problémy

Ve stáří dochází k různým změnám psychiky, u každého člověka je to individuální. Jsou zhoršené kognitivní funkce, klesá pružnost myšlení, ale na druhé straně je nezměnná slovní zásoba, jazykové dovednosti, způsob vyjadřování myšlenek a intelekt. Může dojít i ke zlepšení některých psychických pochodů, jako je vytrvalost, trpělivost a rozvaha. U patologických typů jedinců dochází ke zdůraznění některých vlastností a jiné ztrácí svou intenzitu (mysl pro pořádek). Hierarchie potřeb se u seniora mění, v popředí je zájem o své zdraví, potřeba jistoty a bezpečí, touha uplatnit se ve vyšším věku. Senior také nemá rád životní změny, má radši svůj stereotyp. Velká psychická změna nastává ztrátou životního partnera, kdy pocítují prázdnotu, samotu a opuštěnost. Většina lidí se s touto ztrátou naučí žít, jiní situaci neunesou, což může urychlit jejich vlastní úmrtí (Mlýnková, 2011, s. 24-25).

3.3 Sociální problémy

Tyto změny souvisí s odchodem do starobního důchodu a mohou staršího člověka pozitivně i negativně ovlivnit. Mění se sociální role člověka, získává novou roli důchodce, může mít pocit zbytečnosti a nepotřebnosti pro společnost. Díky nízké penzi a častějším návštěvám lékařů se mění ekonomická situace, nemohou žít tak, jak dříve. Někteří senioři se ale na starobní důchod těší, plánují různé aktivity, chtějí se věnovat vnoučatům, cestovat a jiní zase nevědí, co najednou podniknout s volným časem, může se objevit nuda, přemýšlení o smyslu života a z toho mrzutost a lítostivost. A proto jsou důležité sociální kontakty a komunikace, jinak vzniká sociální izolace, která má za následek mnoho negativních problémů (Mlýnková, 2011, s. 25-26).

4 OŠETŘOVATELSTVÍ A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelství je mladý obor, který má nezastupitelné místo v péči o zdraví člověka. Podle Světové zdravotnické organizace je ošetřovatelství: „*Systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a společenství, v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu*“ (Kolektiv autorů Ústavu teorie a praxe ošetřovatelství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, 2005, s. 6). České ošetřovatelství má stejné úkoly a cíle jako koncepce ošetřovatelství Světové zdravotnické organizace. Tento obor se zaměřuje hlavně na podporu a udržení zdraví, na navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, na zmírnění utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a na zajištění klidného umírání a smrti.

Ošetřovatelská péče je praktické použití ošetřovatelských znalostí v péči o člověka ve všech složkách jeho osobnosti. Pomáhá jednotlivcům, skupinám v nemocničním zařízení i v terénní oblasti. Vede nemocné k sebeběpěči, poskytuje edukaci rodinným příslušníkům, zajišťuje profesionální péči osobám, které nezvládají o sebe pečovat (Kolektiv autorů Ústavu teorie a praxe ošetřovatelství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, 2005, s. 6).

4.1 Specifika geriatrického ošetřovatelství

Ošetřovatelská péče o geriatrické pacienty je pro zdravotníky psychicky i fyzicky náročná, protože se častěji setkávají s projevy bolesti, nesoběstačnosti, s chronickými nemocemi, osamocněním, utrpením a také se smrtí. Cílem ošetřovatelské péče je udržet seniora co nejdéle soběstačným. Při ošetřování této skupiny pacientů je třeba si uvědomit specifických změn tělesných, psychických a smyslových funkcí. Mezi obecné zásady patří trpělivost, protože geriatrický pacient má pohyby i činnosti zpomalené. Další je opakování úkonů, které má pacient splnit z důvodu, že senior často zapomíná. Mluvíme nahlas, uvědomíme si pacientův zhoršený sluch. Aktivně nabízíme pomoc, ale jen do té míry, aby si pacient udržel nebo zlepšil svou soběstačnost. Při provádění ošetřovatelských výkonů s geriatrickým pacientem nezapomínáme hovořit (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 199).

4.2 Zařízení pomáhající seniorům

Geriatrická medicína se objevuje prakticky ve všech oborech klinické medicíny pro dospělé. U některých seniorů při určitých onemocněních vzniká potřeba komplexní geriatrické péče, která může být řešena konzultačním či konziliárním týmem nebo pobytem na specializovaných geriatrických odděleních. Ústavní geriatrická péče má podobu akutní, postakutní (rehabilitační rekonvalescence), dlouhodobou (ošetřovatelské či ošetřovatelsko-sociální) nebo paliativní (hospic) (Kalvach a kol., 2004, s. 466).

Důvodem rozvoje terénních zdravotnických a sociálních služeb je trvalé zvyšování počtu osob vyššího věku prodlužováním délky života ve stáří a tím prodlužování období, kdy senior potřebuje pomoc a péči. Tyto služby by se měly přizpůsobovat daným potřebám seniora a navzájem se prolínat. Sociální péče zajišťuje pomoc seniorům, kteří žijí v nepříznivých životních podmínkách. Patří sem různé druhy dávek (hmotné zabezpečení ve stáří, důchodové pojištění, bezmocnost) a služby sociální péče (Kalvach a kol., 2004, s. 467-468).

4.2.1 Sociální péče

Pečovatelská služba je služba, jejímž žadatelem může být sám senior, ale podnět může dát i sociální pracovník, rodina nebo zdravotník. Ke zdravotnímu stavu seniora se vyjadřuje také lékař, který posuzuje míru soběstačnosti. Je poskytována v pracovní dny a její náplní je hygienická péče, nákupy a péče o domácnost seniora (Kalvach a kol., 2004, s. 470).

Domovinky jsou stacionáře, které se zřizují především při domovech důchodců nebo charitativních zařízeních. Jsou určeny rodinám, které pečují o seniora v domácím prostředí, ale které nemohou zajistit péči ve všední dny, kdy jsou příbuzní seniorů v zaměstnání. Celodenně je zajištěno stravování, dohled, kulturní a zájmová činnost seniora (Kalvach a kol., 2004, s. 470).

Domovy důchodců jsou ústavní zařízení (státní, církevní i soukromá), do kterých je senior přijímán na základě žádosti. Zdravotní péče je zde zajišťována všeobecnými zdravotními sestrami a přes den mají senioři k dispozici lékaře. Původně byly určeny pro

soběstačné seniory, ale v současné době jsou také azylovým zařízením, kde staří lidé dožívají svůj život a jsou zcela závislí na ošetrovatelské péči (Kalvach a kol., 2004, s. 470).

Domovy-penziony pro důchodce patří také mezi ústavní zařízení a jsou určeny pro seniory, jejichž stav a věk umožňuje vést poměrně samostatný život ve vhodných podmínkách. Tyto domovy-penziony poskytují ubytování, základní péči a rozvíjí kulturní a společenský život seniora (Kalvach a kol., 2004, s. 470).

Domy s pečovatelskou službou jsou formou individuálního bydlení pro seniory, které zřizuje městský úřad. Součástí těchto domů je prádelna, ordinace lékaře, jídelna a klub důchodců. Domy s pečovatelskou službou poskytují seniorovi soukromí a dobrou kvalitu bydlení (Kalvach a kol., 2004, s. 470).

4.2.2 Zdravotní péče

Základní **primární zdravotní péči** poskytuje praktický lékař pro dospělé, který stanovuje diagnózu, doporučuje léčbu a odbornou péči. Ve své práci uplatňuje primární, sekundární i terciální prevenci a dispenzarizaci rizikových seniorů. Spolupracuje se všemi složkami primární péče, kam patří rodina, domácí ošetrovatelská péče, pečovatelská služba, charita a jiné neziskové organizace (Kalvach a kol., 2004, s. 471).

Domácí ošetrovatelská péče (home care) je poskytována na doporučení praktického lékaře pro dospělé, odborného nebo ústavního lékaře a hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Zajišťují ji různé agentury (státní, městské, charitativní, státní) a je určena pro akutní péči o nemocné seniory, pro péči po propuštění z nemocnice a dlouhodobou péči chronicky nemocných. K typickým úkolům patří ošetrování chronických ran či stomií, aplikace léků a rehabilitace. Domácí péče by měla pomáhat ke snížení potřeby ústavní péče ve smyslu časnějších propuštění, k prevenci časných rehospitalizací a oddálení trvalé ústavní péče (Kalvach a kol., 2004, s. 471).

Nejčastější příčinou **ústavní péče** seniora jsou nemoci kardiovaskulární, kožní, respirační a nádory. Pokud jeho stav nedovolí propuštění do domácího prostředí, překládá se z akutního lůžka na lůžko dlouhodobé péče. **Dlouhodobá ústavní péče** je charakterizována chronickým a pokročilým stupněm zdravotního postižení, nesoběstačností a závislostí na péči druhé osoby a spoluprací zdravotníků se sociálními

pracovníky a rodinou. Cílem dlouhodobé péče je stabilizace zdravotního stavu seniora a omezení následků nemoci (Kalvach a kol., 2004, s. 471-472).

Hospic je ústavní zdravotnické zařízení s převážně symptomatickou a paliativní terapií, kde převažuje onkologická problematika. Největší důraz je kladen na léčbu bolesti a úzkosti, na kvalitu terminálního života a na komunikaci s prolomením bariéry mlčení a izolace. V hospici je poskytována také **respitní péče**. Tato forma péče spočívá v tom, že zařízení převezme na určitou dobu do péče dlouhodobě nemocného, o kterého se stará rodina. Důvodem je odpočinek pečující rodiny (Kalvach a kol., 2004, s. 472).

4.3 Etika v ošetřovatelství

Etika je věda, kterou se jako první zabýval filozof Aristoteles ze Strageiry (385 - 322 př. n. l.). Její náplní je mravnost. Morálka je systém norem a pravidel, které určují jednání a chování lidí. Každá lidská bytost má svou etiku, má jí i ošetřovatelství. Etika je součástí kultury určité společnosti. Kultura představuje naučené a sdílené hodnoty, názory, tradice a normy lidí, ovlivňuje chování, jednání, životní styl a morálku společnosti. Morálka určuje společensky žádoucí a nežádoucí jednání a tím usměrňuje jednotlivce společnosti, ovlivňuje hodnotový systém každého z nás (Mlýnková, 2010, str. 22).

Etickou problematiku života ve stáří, která se v mnohých situacích prolíná s otázkami života se závažným zdravotním postižením a funkčním onemocněním, nelze přes některé její specifčnosti vyjmout z obecně lidského konceptu, z etického přístupu k životu. Specifickým problémem je život se závažným zdravotním postižením a funkčním omezením, který je ve stáří charakterizován geriatrickou křehkostí (frailty). Mnozí senioři nejsou diskriminováni pro svůj věk, ale pro svá omezení, pro svou křehkost. V případě této diskriminace nehovoříme o ageismu, ale o frailtizmu. Za nejvyšší hodnotu lidského života se v souvislosti zdravotně sociální péče o lidi s omezenou soběstačností považuje zvláště důstojnost, která by měla být chráněna a obnovována. K utrpením a etickým výzvám stáří patří nejen bolest, bezmoc, nedostatek radosti, osamělost, ale i prázdnota. K základním otázkám proto patří nejen v čem a z čeho znevýhodněný, ohrožený senior žije, ale také čím žije. Etickou výzvou a prioritou sociální práce se stává animace života (Čevela a kol., 2012, s. 215-218).

4.4 Ageismus

Senioři představují křehkost, klesající obranyschopnost, zranitelnost a tím stoupající riziko věkové diskriminace-ageismu. Ageismus se projevuje různými způsoby. Může to být nevhodné chování podmíněné přisuzováním negativních vlastností-infantilita, odebírání rozhodovacích možností, podceňování schopností, nerespektování osobnosti a ponižování. Protože vlivem ageismu dochází u seniorů k frustraci, rezignaci, ztrátě sebeúcty, je třeba si při ošetřovatelském procesu uvědomit, že jsou sice nemocní, ale jejich osobnost i osobitost se nemění (Kalvach, Onderková, 2006, s. 10-11).

5 ZDRAVÍ A NEMOC VE STÁŘÍ

Zdraví je jeden z rozhodujících faktorů, který významně ovlivňuje osobní i společenskou roli jedince ve stáří, kvalitu jeho života, průceschopnost a využívání volného času. Fyziologickým vzorem přirozeného stárnutí je dlouhověkost, ve vyspělých zemích obvykle chápána jako věk nad 90 let. Představuje prototyp zvýšené odolnosti k nemocem a stresu, včetně dobré přizpůsobivosti ke změnám okolí - jejich potenciál zdraví zůstává déle na vysoké úrovni a klesá pomaleji než u ostatní populace. Délka přežití také závisí na přítomnosti rizikových faktorů, na změnách metabolismu, odolnosti vůči stresu a na volbě životního stylu. Stáří u lidské populace je na jedné straně spojeno s vyšším výskytem nemocí – ateroskleróza, demence a nádory, na druhé straně je to období života, ve kterém může pokračovat všestranný a harmonický rozvoj člověka. Většinou jsou senioři samostatní, s dobrou psychickou kondicí až do posledního období svého života. Závislost na druhé osobě většinou přichází s onemocněním. Pokud jsou senioři nějakým způsobem omezeni a potřebují pomoc druhé osoby, je třeba, aby měli možnost ji využít. Měli by zůstat co nejdéle v původním prostředí a nebýt izolováni od ostatních generací. Práva seniorů jsou obsažena v Chartě práv a svobod starších občanů z roku 1997 (Čevela a kol., 2012, s. 113-114).

Charta práv a svobod starších občanů příloha č. 1

Slovo nemoc vyjadřuje, že člověk nemůže, že není schopen. Obecně je nemoc stav organismu, který vzniká působením zevních nebo vnitřních vlivů a narušuje jeho správné fungování a rovnováhu. Díky tomu dochází k poruše funkcí a struktury orgánů, které vedou k nemoci a dalším důsledkům. Spolu s nemocným člověkem nemoc postihuje i jeho okolí, dochází ke změně životního rytmu rodiny (Šamánková a kol., 2006, s. 24). Pro gerontologii je velmi závažné dvojí pojetí nemoci. Jedno je autochtonní (nemoc jako stav organismu) a druhé xenochtonní, kam patří infekční nemoci, úrazy, nádory a lokální změny. Cílem geriatrické medicíny je ovlivňování potenciálu zdraví, zpomalování jeho poklesu a diagnostikování všech faktorů - tělesných, psychických a sociálních, které s poklesem a důsledky souvisí (Čevela a kol., 2012, s. 115-116).

5.1 Lidské potřeby ve stáří

A. H. Maslow (1908-1970), představitel humanistické psychologie, vytvořil základní stupnici lidských potřeb, která je znázorňována jako pyramida. Seřadil lidské potřeby postupně od těch nejnaléhavějších - biologických, až po potřeby psychosociální, potřeby růstu a rozvoje. Obecně platí, že částečné uspokojení níže položených, základních potřeb je obvykle podmínkou pro uspokojení vyšších potřeb. Potřeby člověka jsou různé a mění se v čase, ve vztahu k prostředí, kde žije. Pokud vnímáme stárnutí jako proces, kdy dochází postupně ke změnám zdravotního a funkčního stavu, k proměnám partnerských, rodinných a společenských vztahů, musíme si také uvědomit, že se v průběhu stárnutí mohou měnit i potřeby a priority při jejich uspokojování. Důležité je, že ani ve stáří nejsou prvotní jen potřeby fyziologické, že rovnou měrou jde o potřeby psychické a spirituální, kde nachází pocit bezpečí, udržování vztahů, nezávislost, smysl života (Čevela a kol., 2012, s. 33-34).

5.2 Geriatrická křehkost a geriatrické syndromy

Geriatrická křehkost (fragilita) je charakterizována chátráním zdraví a funkčního stavu ve stáří bez jasné vazby na konkrétní nemoc. V současnosti je nejpropracovanější názor skupiny odborníků vedené L. Friedovou, která hodnotí somatické aspekty křehkosti, kterými jsou nechutenství s nechťeným hubnutím, únava, svalová slabost, pomalá chůze a hypomobilita. Příčiny a projevy jsou u seniorů různé, mohou vést k závažnému zhoršení stavu. K tělesným příčinám patří somatické nemoci, bolest, pokles imunity, chronické záněty, dušnost, hormonální změny, nežádoucí účinky léků, malnutrice, poruchy polykání a závratě. Mezi psychické příčiny patří deprese, demence, úzkost, strach. Sociální příčinou je osamělost, ovdovění, chudoba a spirituální příčinou je ztráta smyslu a motivace, rezignace, apatie a pasivita (Čevela a kol., 2012, s. 117-118).

Geriatrickými syndromy se rozumí závažný příznak nebo soubor příznaků vyvolávaný různými kombinovanými příčinami. Důraz je kladen nejen na příčinnou léčbu léčitelných nemocí, ale především na komplexní zvládnání problémů a situace. K hlavním geriatrickým syndromům patří **syndrom instability** - závratě a nestabilita různého původu. Hlavním rizikem bývají proto pády a jimi způsobená zranění, nemožnost po pádu vstát a následné prochladnutí a dehydratace, psychosociální důsledky (úzkost, deprese). Řešení

zahrnuje kromě posouzení hlavní příčiny především bezbariérové uspořádání prostředí, při ústavním pobytu je důležitý zvýšený dohled. **Syndrom dekondice a hypomobility** - omezování pohybové aktivity s posedáváním a poleháváním. Vzniká atrofie svalů dolních končetin, pokles kondice. Příčinou může být ztráta motivace, deprese, poruchy výživy, nežádoucí účinky léků. Řešením, kromě hlavní příčiny, jsou také rekondiční programy, které motivují seniora ke změně pohybového režimu. **Syndrom imobility** je soubor negativních důsledků dlouhodobého nebo trvalého pobytu na lůžku. K hlavním projevům patří dekubity, kontraktury, hypoventilace, tromboembolická nemoc, svalová atrofie, dekondice, porucha ortostatických regulací, dehydratace, obstipace, mikční problémy, deprese a sensorická deprivace. Řešením je důsledná prevence, kam patří fyzioterapie, antidekubitární režim, hydratace a aktivizační program. **Syndrom anorexie a malnutrice** - příčinou může být závažné onemocnění, ale také pouhá involuční anorexie, nežádoucí účinek léků, deprese, obstipace, poruchy chrupu, polykání a poruchy související s chudobou, imobilitou a zanedbáváním sebe sama nebo ze strany pečujících osob. Řešením je důsledné sledování příjmu potravy s její individuální úpravou, zajištění nutriční podpory (sipping) nebo umělé výživy (parenterální, enterální). **Syndrom psychické alterace** - patří sem různé formy kognitivního deficitu až syndromu demence, provázené poruchami chování a orientace nebo stavy zmatenosti až deliria. Řešením je především zvýšený dohled s posílením personálu, léčba příčiny delirantního stavu, zajištění bezpečnosti pacienta a jeho okolí. **Syndrom inkontinence** - nekontrolovatelný nebo nepřiměřený odchod moči nebo stolice. **Syndrom smíšeného smyslového a komunikačního deficitu** - příčinou je kombinovaná porucha zraku a sluchu se závažným omezením kontaktu s okolím a následnou sociální izolací, pacienti potřebují od ošetrovatelského personálu intenzivní komunikační a aktivizační úsilí. **Syndrom maladaptace a psychosomatické dekompenzace** - je to maladaptace na přijetí do dlouhodobé ústavní péče. K patientským projevům patří apatie, bezcílné přecházení, pohybové stereotypy, vyhýbání se očnímu kontaktu, soustředění zájmu na základní životní potřeby a nadměrný rozsah spánku. Psychosomatická dekompenzace se projevuje bušením srdce, pocením, pocitý nedonadechnutí atd. Řešení spočívá v psychoterapeutické podpoře. **Syndrom terminální geriatrické deteriorace** - je zhoršení zdravotního a funkčního stavu geriatrických pacientů bez chorobné příčiny a směřující ke smrti. K příznakům patří nechutenství, hubnutí, únava, omezování aktivit, apatie, inkontinence, stavy zmatenosti.

Řešením je paliativní péče, zajištění kontaktu s příbuznými (Kalvach, Onderková, 2006, s. 27-30).

I když stáří nutně neznamená nemoc, je pravdou, že u seniorů jsou nemoci ve zvýšené míře. Nemocní senioři jsou křehcí pacienti, jejich choroby mají různé zvláštnosti, kterým se věnují geriatři. Nemalou roli také hraje osobní pojetí nemoci, bývá individuální a někdy komplikuje léčbu nebo zotavování. Péče o seniory musí být vysoce odborná, dobře organizačně zajištěná a bezpečná (riziko např. pádu), zdůrazňuje se vstřícnost a empatické porozumění, které nenahradíme křečovitým úsměvem (Haškovcová, 2012, str. 29-30).

5.3 Dlouhodobě nemocný starší člověk

Dlouhodobě nemocný či postižený člověk podstatně mění svůj navyký způsob života z důvodu různých omezení (strava, pobyt, sociální kontakty). Nejprve dochází k fyzickému omezení a poté k omezení psychické aktivity. Čím rychlejší je změna ze zdraví do nemoci, tím silnější ztrátu nemocný pociťuje. Postupně si uvědomuje nezvratnost situace, a pokud se mu zdravotníci dostatečně nevěnují, upadá do pasivity a rezignace a jeho stav se zhoršuje. Základní potřeby člověka se u starších a dlouhodobě nemocných mění. Mezi priority patří potřeba být nezávislý na svém okolí, potřeba autonomie, sebepojetí, tělesného komfortu, seberealizace a lásky. Intenzita těchto potřeb je individuální, je závislá na osobnosti člověka, na jeho vzdělání, hodnotové orientaci a na celkovém zdravotním stavu (Kolektiv autorů Ústavu teorie a praxe ošetřovatelství 1. lékařské fakulty UK v Praze, 2005, str. 127).

Pro stáří je charakteristický výskyt několika chorob najednou, příznaky nejsou typické pro určitou nemoc, onemocnění mají tendenci k prodlouženému průběhu, neúplnému uzdravení a k častějším komplikacím. Tyto problémy vedou k potřebě dlouhodobé péče u geriatrických pacientů. Při ošetřování této skupiny pacientů nesmíme zapomínat na zhoršený zrak a sluch, rozmlouváme s nimi jasně, zřetelně a dáváme dostatečný čas na odpověď, nemocný nesmí pozorovat na personálu netrpělivost. Zachováváme intimitu a důstojnost každého pacienta, nekomentujeme problémy nemocného nad jeho lůžkem a ani nad lůžkem pacienta v bezvědomí nebo umírajícího.

Jsou to sice obecná pravidla, ale u geriatrických pacientů zdravotníci někdy předpokládají, že je nemocný nevnímá nebo mu nerozumí a své chování tolik nekontrolují, toho je dobré se vyvarovat (Šamánková a kol. 2006, str. 333).

6 HOSPITALIZACE SENIORA

Senior od hospitalizace v nemocnici očekává zejména své uzdravení. Má ale i obavu z neznámého prostředí, z kontaktu s cizími lidmi, z vyšetřování a z toho, že se nemusí vrátit do svého domácího prostředí. Jednou z komplikací může být psychosociální poškození způsobené změnou role, osamocněním, ztrátou soukromí a vzestupem nejistot. Nejzávažnějším problémem je iatrogenie (poškození pacienta lékařem) a sorrorigenie (poškození sestrou). Prevencí těchto komplikací je navození klidné atmosféry již od vstupu pacienta na oddělení (pozdravením, oslovením, představením se). Na oddělení je vhodné pacienta seznámit s okolím a s pacienty, se kterými je hospitalizován na společném pokoji. Pro kvalitní ošetřování je důležité posoudit pacientovu psychickou a fyzickou soběstačnost, kterou se snažíme co nejdéle zachovat. Bereme ohled na jeho návyky, ve kterých se mu snažíme umožnit pokračovat. Dbáme na uspokojování všech jeho základních potřeb, i těch, o kterých nám nemůže nebo nechce říci. Pobyt v nemocnici nese různá rizika (citová, smyslová, psychická) a těm se snažíme předcházet. Největší pomocí je zdravotnický personál, který umí naslouchat. Do léčení geriatrických pacientů je také důležité zapojit rodinné příslušníky a známé (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 200-201).

6.1 Ošetřovatelský proces

Definice ošetřovatelského procesu souvisí s přijímáním systémového přístupu a výsledku v ošetřovatelské péči, kterými se řídí lidské poznání. Poprvé byl tento pojem použitý v roce 1955. Z teoretického hlediska je to systémová teorie, použitá na postup, řešící určitý problém s předem stanoveným cílem a z praktického hlediska je ošetřovatelský proces racionální postup zhodnocení, plánování a aplikace ošetřovatelské péče, která má za cíl zlepšení zdravotního stavu pacienta. Ošetřovatelský proces má pět fází:

1. Ošetřovatelská anamnéza je zhodnocení stavu pacienta sběrem informací a údajů. Informace jsou objektivní, které získáváme pozorováním nebo srovnáváním se standardem, a subjektivní, udávané konkrétní osobou. Informací dosáhneme rozhovorem,

nasloucháním, pozorováním a fyzikálním screeningovým vyšetřením (Archalousová, 2006, s. 103-119).

2. Ošetrovatelská diagnostika je proces, kdy výsledkem je určení ošetrovatelských diagnóz a jejich zaznamenání do plánu ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská diagnóza je pojmenování problému pacienta a jeho reakce na aktuální a potenciální zdravotní problémy, má svoji příčinu vzniku a charakteristické projevy. Je složena ze standardního názvu, z příčin a souvisejících faktorů a z charakteristických projevů (Archalousová, 2006, s. 103-119).

3. Ošetrovatelský plán nachází potřeby pacienta, vyjasňuje priority ošetrovatelské péče a slouží jako klinická a komunitní pomoc ve sdělování informací všem v ošetrovatelském týmu. Je to napsaný dokument, je součástí zdravotnické dokumentace, a pokud se situace pacienta změní, je nutné doplnit nejnovější údaje. Ošetrovatelská péče obsahuje plán orientovaný na pacientovy ošetrovatelské problémy, denní a standardní plán péče (Archalousová, 2006, s. 103-119).

4. Realizace plánu ošetrovatelské péče se provádí systémem skupinové péče nebo primární všeobecnou zdravotní sestrou. V ošetrovatelském týmu pracuje personál s různým stupněm kvalifikace a tím různou úrovní kompetencí a měl by ho být takový počet, aby byla zajištěna standardní ošetrovatelská péče podle potřeb pacienta (Archalousová, 2006, s. 103-119).

5. Zhodnocení je poslední fází ošetrovatelského procesu, kdy se srovnává skutečný stav pacienta s očekávanými výsledky ošetrovatelského plánu péče. Individualizovaná péče prováděná pacientovi metodou ošetrovatelského procesu je zaznamenaná v dokumentaci, je právním dokladem a chrání pacienta, zdravotnický personál i zařízení (Archalousová, 2006, s. 103-119).

Zhodnocení schopností anebo naopak omezení geriatrického pacienta umožňuje zdravotnickému personálu nastavení přiměřeného rozsahu péče a stanovení ošetrovatelského plánu. Zhodnocení se provádí pomocí hodnotících nástrojů (testů) (Pokorná a kol., 2013, s. 8).

K souhrnnému hodnocení geriatrického pacienta při přijetí do zdravotnického zařízení je používán test – CGA (Comprehensive Geriatric Assessment). Zaměřuje se

na stanovení zdravotních, funkčních, psychosociálních schopností a problémů křehkých seniorů s cílem vytvořit plán pro léčení a sledování. Při posuzování hodnotíme osobnost seniora, tělesné a duševní zdraví, funkční výkonnost a sociální souvislosti (Pokorná a kol., 2013, s. 9-10).

Hodnocení CGA má tři stupně:

1. Empirický - je odhad dané disability, výživy a duševního stavu na základě fyzikálního vyšetření a anamnézy. (Pokorná a kol., 2013, s. 11)

2. Orientační - využívá screeningového testování, které zajišťuje pověřený nelékařský personál. Do tohoto stupně je zařazen Folsteinův test - MMSE, Mini Nutritional Assessment (MNA), orientační test v terénu (chůze na čas) a test Barthelové (Pokorná a kol., 2013, s. 11).

3. Podrobný, využívající speciální vybavení - CT, MRI, zahrnuje psychiatrické vyšetření, antropometrická měření, laboratorní testy a bicyklometrii (Pokorná a kol., 2013, s. 11). V ošetrovatelské péči pro vstupní a orientační zhodnocení celkového stavu seniora se používá formulář SPICES od autorky Fulmerové. Obsahuje hodnocení poruch spánku, problémy s příjmem potravy nebo krmením, problémy s kontinencí, známky zmatenosti, důkazy o pádech a poškození kůže. Je důležité si uvědomit, že funkční omezení a z toho vyplývající stupeň závislosti na pomoci druhých pociťují senioři podstatně hůře, než vlastní onemocnění, které disability způsobilo (Pokorná a kol., 2013, s. 11-12).

Při hospitalizaci seniora se také používají testy na hodnocení jeho kognitivních funkcí. Jsou pouze orientační a nenahradí komplexní neuropsychické vyšetření zaměřené na vyhledávání demence. K orientačním testům hodnotící současný stav pacienta patří Vigilance A test a zkrácený test mentálních funkcí, ke komplexnějším testům s bodovým ohodnocením MMSE, Addenbrookský test, Montrealský test apod. Aby tato hodnocení byla účelná a napomáhala k celkovému terapeutickému procesu, je třeba je provádět podle určitých kritérií a požadavků. Nelékařský personál je provádí při přijetí geriatrického pacienta, dále během hospitalizace každých 8-12 hodin, při překladech do jiného zařízení, v souvislosti se zásadní změnou ve farmakologii a v souvislosti s chováním, které je neobvyklé pro daného pacienta (Pokorná a kol., 2013, s. 28-46).

Nedostatečná výživa není přirozený jev stárnutí, ale senioři jsou ohroženi podvýživou vzhledem k fyziologickým, psychologickým, sociálním a dietním okolnostem.

Ztráta hmotnosti u seniorů je spojena se ztrátou svalové hmoty a tím ovlivňuje jeho celkový stav. Jedním ze screeningových nástrojů pro hodnocení nutričního stavu je MNA (Mini Nutritional Assessment). Zahrnuje antropologická měření, stravovací návyky, celkové posouzení seniora a otázky zaměřené na jeho vnímání vlastního zdraví a výživy. Testy zaměřené na sledování nutričního stavu provádí nelékařský personál při přijetí pacienta a kontrola se provádí jednou týdně. Cílem sledování nutričního stavu seniorů je vyhledávání pacientů s malnutricí a rizikem jejího vzniku, sledování stavu výživy během hospitalizace a zhodnocení stavu výživy před propuštěním do přirozeného sociálního prostředí (domácnost, zařízení následné péče, zařízení sociální péče aj.) (Pokorná a kol., 2013, s. 53-75).

Dalším hodnotícím nástrojem při hospitalizaci geriatrického pacienta je hodnocení soběstačnosti. Test základních všedních činností podle Barthelové (ADL) je nejužívanějším testem a hodnotí deset základních oblastí běžného života. Patří sem najedení, napití, oblékání, osobní hygiena, koupání, kontinence moči a stolice, použití WC, chůze po rovině a po schodech. Každá oblast je hodnocena bodem a součet těchto bodů udává stupeň závislosti pacienta (Pokorná a kol., 2013, s. 86-98). Tento test se provádí nelékařským personálem nejlépe do 24 hod. od přijetí pacienta. Informace jsou získány pozorováním, rozhovorem s pacientem, rodinou a jsou použity pro stanovení vhodného ošetrovatelského plánu (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 19-21).

Další součástí ošetrovatelské dokumentace je hodnocení bolesti. Díky své jednoduchosti a snadnému pochopení je u geriatrických pacientů nejčastěji používaným hodnotícím nástrojem VAS (Visual Analogue Scale). Používá se v podobě 10 cm dlouhé úsečky v horizontálním směru, kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 bolest nesnesitelnou. Mezi verbální metody diagnostikování intenzity bolesti patří Melzackova škála. Základem této škály je numerická stupnice a slovní vyjádření nejčastěji v podobě přídavného jména bolestivého zážitku. Informace o bolesti získávají zdravotníci pravidelným rozhovorem s pacientem a údaje zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace. Při vzniku bolesti a podání analgetik se hodnocení bolesti provádí po hodině a dále minimálně po 6 hodinách (Pokorná a kol., 2013, s. 109-123).

6.2 Ošetřovatelské standardy

Historie ošetřovatelských standardů sahá až do období krymské války, kdy Florence Nightingalová vytvořila první standardy, které jsou zaměřené na ošetřovatelský proces a stanovila první indikátory kvality péče. (Standardy ošetřovatelské péče podle Donabediána, 2013, [on-line]) F. Nightingalová za důležité aspekty ošetřovatelské péče označila hluk a jeho kontrolu v okolí, složení a podávání stravy, typy postelí a jejich rozmístění na pokoji, vzduch a čistotu prostředí, personální hygienu a kontrolu infekce. Dodnes se její požadavky označují jako kritéria zaměřená na prostředí pacienta (Farkašová a kol. 2009, str. 224-225). Ošetřovatelské standardy jsou normy, které umožňují objektivní hodnocení poskytované péče. Jsou vytvořeny pro bezpečí pacienta a chrání zdravotní personál před neoprávněným postihem. Každé zdravotnické zařízení vychází při vytváření standardů z vlastních podmínek. Formy zpracování jsou různé, prezentují se ve volném textu a obsahují parametry, které jsou měřitelné a hodnotitelné. Součástí každého standardu je ošetřovatelský audit, který obsahuje metodu monitorování jednotlivých kritérií struktury, procesu a výsledku. Audit je kontrola prováděná nezávislou komisí, která zjišťuje rozdíl mezi skutečnou ošetřovatelskou péčí a standardem (Standardy ošetřovatelské péče podle Donabediána, 2013, [on line]).

Pro každé zařízení je velmi důležité tvořit a určovat standardy. Důvodem realizace standardů v geriatrických oddělení je kvalitní ošetřovatelská péče pro seniory, eliminace možných problémů ze strany pacientů a pochybení ze strany zdravotnického personálu. Tvorba standardů je kontinuální, tzn., že se neustále přetváří podle příslušné legislativy a podle interních postupů při řešení problémových situací (Ján, 2013, [on line]).

6.3 Hospitalismus

Hospitalismus jsou nespecifické negativní důsledky hospitalizace geriatrického pacienta, které zvyšují nejen nebezpečnost hospitalizace, ale také její nákladnost. Úkolem zdravotníků je proto nejen záchrana života, zmírnění utrpení a vyléčení, ale také ochrana a obnova důstojnosti, sebehodnocení, soběstačnosti a sociální role pacientů pro jejich rychlý návrat domů. Mezi projevy hospitalismu patří také maladaptace na změnu prostředí, zvýraznění nebo nástup úzkosti a deprese, delirantní stavy, pokles funkční zdatnosti, vznik

imobilizačního syndromu s dekubity, rozvoj malnutrice, pády a úrazy v důsledku medikace, vznik nebo zhoršení inkontinence. Rozvoj hospitalismu je především projevem nevhodného nemocničního režimu pro pacienta. Ošetřující tým by měl zvládnout nejen vyřešení zdravotního problému, se kterým přichází, ale také ochranu jeho osobnosti se zabráněním rozvoje hospitalismu (Kalvach a kol., 2004, s. 480-481).

6.4 Farmakoterapie u geriatrického pacienta

Farmakoterapie hraje u geriatrických pacientů nejen pozitivní roli (léčba delirantních stavů a dalších geriatrických syndromů), ale také negativní ve smyslu nežádoucích účinků léků, které se závažným způsobem podílejí na zhoršení a dekompenzaci jejich stavu. K nejčastějším projevům patří anorexie, nauzea, psychický útlum, poruchy paměti, deliria, inkontinence, pády, rozvrat vnitřního prostředí a také má nemalý podíl na úmrtnosti křehkých starých lidí. Nebezpečná je hlavně polypragmazie (současné užívání většího množství léků), která je pro geriatrické pacienty nejen nebezpečná díky nežádoucím účinkům, ale také ekonomicky náročná. Někteří geriatrickí pacienti užívají současně i kolem 15 léků. U farmakoterapie geriatrických pacientů by proto měla být důsledná kontrola nežádoucích účinků léku, vysazení léků, které nejsou nezbytné a úprava farmakologie podle aktuálního stavu geriatrického pacienta (Kalvach a kol., 2008, s. 305-307).

6.5 Komunikace se seniorem

Vhodná komunikace s pacientem je jedním ze základních pilířů dobrého vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Komunikace znamená předávání informací, pocitů, postojů, očekávání, v komunikaci se odráží vztah k člověku, se kterým mluvíme. K předávání informací patří složka verbální a neverbální (Mlýnková, 2011, s. 52).

Každý má svůj styl komunikace, své tempo řeči a nejčastěji používaná slova. Při komunikaci se seniory si musíme uvědomit, že se setkáváme s jiným kulturním kontextem, že většina seniorů je věřících a zažila vykání rodičům, že mnoho jich nepoužívá vulgarismů. Senioři také mluví obvykle pomaleji, zvláště když jsou unavení, když jsou vystaveni většímu soustředění nebo stresu. Mezi možné komunikační bariéry

patří bariéry na straně pacienta, kdy se z jeho strany objevuje neochota komunikovat, nedůvěra k personálu a obavy, jak bude s informacemi naloženo. Další jsou bariéry na straně zdravotníka, kdy má zdravotník strach mluvit o závažných tématech, je u něho nedostatek času anebo má problém s konkrétním pacientem (špatná zkušenost z dřívější hospitalizace). Mohou být také bariéry technického rázu, což je hlučné prostředí, bez soukromí a ve spěchu. U seniorů se setkáváme ještě s problémy, jako jsou poruchy smyslů, poruchy řeči a demence, které vyžadují specifický přístup. Při komunikaci se seniorem je důležité se naučit především naslouchat. Senioři jsou citliví na zájem z okolí, a pokud budou mít pocit předstírání, nebudou chtít pokračovat. Také verbálně podporujeme pacienta vhodnými dotazy k tématu, vyjadřujeme pochopení, neodsuzujeme rozhodnutí, dodržujeme tak princip jeho autonomie. Komunikace znamená snahu se domluvit, hledání cest a empatie ke změnám v životě (Venglářová, 2007, s. 74-79).

6.6 Umírání a paliativní péče

Stárnutí je v chronologickém pojetí života člověka poslední etapou před smrtí. Cesta k této životní pravdě konečnosti našeho života se připravuje celý život, ale ve stáří je tato příprava intenzivnější. Na blížící se smrt reagují lidé různým způsobem. Mohou se se smrtí smířit, mohou projevovat nezáměr a netečnost, unikají do vzpomínek nebo fantazie, chtějí dokončit rozdělané dílo. Podle Elisabeth Kübler-Ross člověk prochází pěti fázemi procesu umírání, nejprve přichází šok (popírání skutečnosti), poté vzpoura, vyjednávání, smutek a deprese. Poslední fází je přijetí, vyjádření souhlasu s neměnným děním. Jedním z jevů, které patří k umírání, je také úzkost. Úzkost z toho, jestli to bude bolet, z utrpení a jestli umírání zvládnou. Dnešní podoba úzkosti má také moderní formu. Příkladem jsou soudobé vyšetřovací přístroje a metody. Za tyto přístroje paliativní medicíny jsme sice vděční, ale pro člověka, který pomalu odchází, není snadné si zvyknout. Jedním z pravidel jednání s umírajícím je nevnucovat potřebu přijmout fakt konce. To je možné jen u sebe, nutit to druhému nelze. Dalším pravidlem je uvědomění si, že i člověk v agonii slyší, vnímá své okolí, a proto tam, kde člověk umírá, zachováváme klid a šíříme pokojnou atmosféru. Umírajícímu spíše nasloucháme, než bychom se snažili něco říct, někdy stačí naše přítomnost, aby se necítil opuštěný a sám. Lidé se obvykle neotevírají tehdy, když se na něco dotazujeme, ale tehdy, když jim nasloucháme. Někdy důležitější než rozhovor

a naslouchání jsou nonverbální projevy (výraz obličeje, pohled očí, doteky-držení za ruku) (Křivohlavý, 2002, str. 150-160).

Světová zdravotnická organizace definovala paliativní péči jako „*aktivní komplexní péči o pacienta, jehož nemoc neodpovídá na kurativní léčbu. Jde především o kontrolu bolesti, dalších příznaků i duševních a také problémů sociálních a spirituálních. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty i jejich rodiny*“ (Kalvach a kol., 2004, s. 484-485). Paliativní péče u geriatrických pacientů má svá specifika, která jsou dána zvláště kognitivními nebo falickými poruchami, ztěžujícími komunikaci, podceňujícím vnímáním umírajícího starého člověka. U umírajících osob v pokročilém stáří platí pět priorit z pohledu pacienta. Patří sem účinné zvládnutí bolesti a ostatních obtíží, vyloučení nepřiměřeného prodlužování umírání, dosažení pocitu kontroly a zmírnění zátěže pro blízké s posílením vztahů mezi nimi. Ke zvláštnostem umírání ve stáří také patří, že část křehkých geriatrických pacientů nespěje bezprostředně ke smrti, ale žije v jejím riziku. U nich je důležitá hlavně důstojnost, kvalita a animace dlouhodobé péče (Kalvach a kol., 2004, s. 484-485).

7 RODINA A SENIOR

Rodina a zdraví je to nejdůležitější, co člověk může mít. Je všeobecně známé, že seniorovi se nejlépe žije v domácím prostředí, kde je obklopený milující rodinou. Toto prostředí má vliv na jeho duševní i tělesné zdraví a nic ho nenahradí. Dříve bylo běžné, že celá rodina žila pohromadě. Přinášelo to sice své problémy a rozdílné generační názory, ale na druhou stranu byli všichni sobě oporou, pomáhali si a necítili se sami. V dnešní době je málo rodin spolu, mladí lidé odcházejí za prací, osamostatňují se, jejich priority se mění a nemají čas na komunikaci se starými lidmi. Senioři tímto ztratili svoje přirozené zázemí, postupně se dostávají do izolace, která se ještě více stupňuje, pokud ztratí svého životního partnera. V tomto momentě je možné jim pomoci pravidelnou návštěvou láskyplného člověka, který nemusí být z rodiny. Doba se změnila, ale nezměnila se potřeba seniora žít spokojeným životem ve svém domově s blízkým člověkem. Stále platí pravidlo: jak se budeš chovat ke svým rodičům, tak se budou k tobě chovat tvé děti (Čo znamená rodina pre seniora, 2011, [on-line]).

Manželské soužití ve stáří většinou kladně ovlivňuje pocit životní spokojenosti a vytváří ostatní sociální vazby. Manželé jsou vůči sobě pečovatelé, jimž dospělé děti poskytují pouze doplňkovou pomoc a citovou oporu. Radikální změnou v životě seniora je vdovství. Velmi důležitá je potom kvalita zbylých sociálních vztahů a schopnost navázat a rozvíjet vztahy nové (Jarošová, 2006, str. 41-42).

PRAKTICKÁ ČÁST

8 FORMULACE PROBLÉMU

Chování seniora se hospitalizací může změnit. Je náhle vytržen ze svého domácího prostředí, je omezen v pohybu, má bolesti, má obavy o své zdraví a také se mění jeho denní režim. Tato skupina pacientů se náhle stává citlivější a zranitelnější. Pokud ošetrovatelská péče není na profesionální úrovni a zdravotnický personál není dostatečně vstřícný a trpělivý, může se zdravotní stav seniora zhoršit a tím prodloužit jeho pobyt v nemocnici. V mé bakalářské práci chci zjistit, jakým způsobem působí na geriatrického pacienta nemocniční prostředí.

8.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem je zjistit, jak působí na geriatrické pacienty pobyt v nemocničním zařízení.

8.2 Dílčí cíle

Cíl 1: Zjistit, zda je adaptace na hospitalizaci rozdílná podle pohlaví.

Cíl 2: Zjistit, jaký vliv má dobré rodinné zázemí na průběh hospitalizace.

Cíl 3: Zjistit, jakým způsobem ovlivňuje hospitalizace psychiku geriatrického pacienta.

Cíl 4: Zjistit, zda jsou zdravotnickým personálem v potřebné míře uspokojovány psychické a fyzické potřeby geriatrického pacienta.

9 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Hlavním cílem práce je zjistit, jak geriatrickí pacienti vnímají prostředí nemocnice, jak velkou zátěž, zejména po psychické stránce, pro ně hospitalizace představuje, co vnímají během pobytu v nemocnici jako negativní, jak jim pomáhá podpora rodiny a jejich blízkých a zda jim činí problém se adaptovat na nemocniční prostředí a změnu denního režimu.

10 METODIKA

K získání požadovaných dat, jsem použila metodu strukturovaného dotazníkového šetření. Součástí dotazníku bylo 22 uzavřených otázek. Otázky byly jednoduché, pro geriatrického pacienta pochopitelné. První otázky směřovaly k pohlaví geriatrického pacienta a další k rodinnému zázemí, délce pobytu a přístupu ošetrovatelského personálu.

11 VÝZKUMNÝ PŘEDPOKLAD

1. Předpokládám, že adaptace na hospitalizaci u mužů bude snazší, než u žen.

Otázky č.: 5, 6, 7

2. Předpokládám, že pacienti, s dobrým rodinným zázemím budou hospitalizaci prožívat lépe, než pacienti bez dobrého rodinného zázemí.

Otázky č.: 8, 9, 10, 11, 12

3. Předpokládám, že víc jak polovina geriatrických pacientů bude uvádět, že hospitalizaci prožívá negativně.

Otázky č.: 13, 14, 19, 20

4. Předpokládám, že víc jak polovina geriatrických pacientů bude uvádět, že zdravotnický personál nemá možnost se jim věnovat v takové míře, aby byly uspokojeny jejich potřeby. **Otázky č.:** 15, 16, 17, 18

12 VZOREK RESPONDENTŮ

Vzorek respondentů se skládal ze 100 pacientů Domažlické nemocnice (muži i ženy). Jednalo se o pacienty geriatrického věku, tedy starší 65 let, kteří byli hospitalizováni ve výše uvedeném zařízení v lednu a únoru 2014.

12.1 Pilotní studie

Před vlastním dotazníkovým šetřením byla provedena pilotáž. Předáno bylo 10 dotazníků pacientům (muži i ženy) nad 65 let. Cílem bylo zjistit, zda je dotazník pro seniory dostatečně srozumitelný a není příliš dlouhý. Připomínky od respondentů jsem akceptovala a dotazník upravila. Pilotážní dotazníky nebyly použity ke zpracování.

13 ORGANIZACE VÝZKUMU

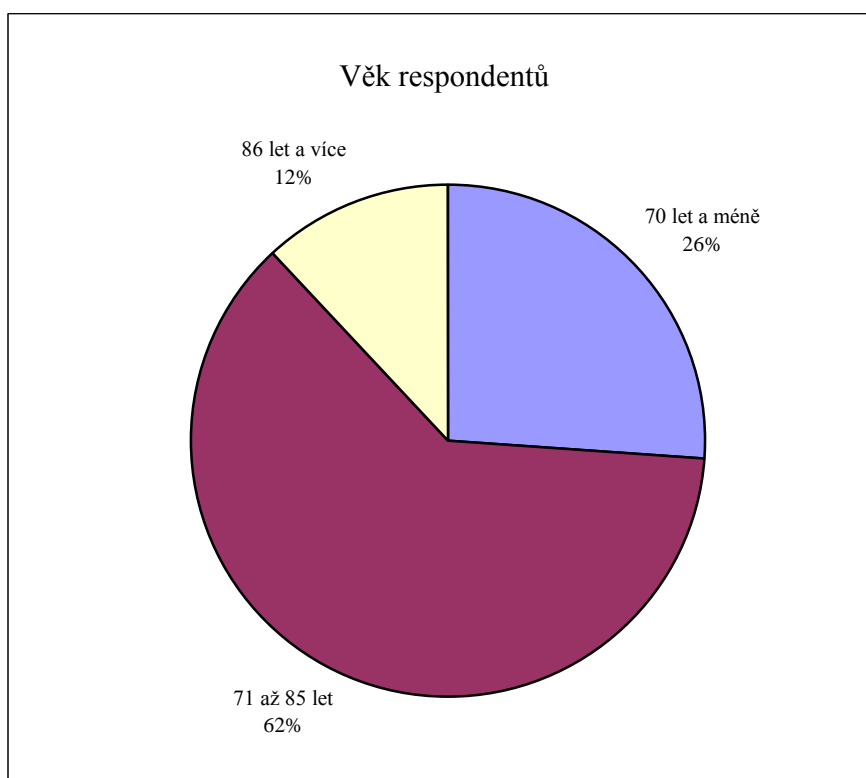
Dotazníky jsem rozdávala v měsíci lednu a únoru 2014 v Domažlické nemocnici na interním, chirurgickém, gynekologickém oddělení a v léčebně dlouhodobě nemocných. Tyto dotazníky byly v tištěné formě a zachovávaly anonymitu. Celkem jsem rozdala 120 dotazníků, z nichž se mi vrátilo 100 dotazníků, návratnost tedy byla 83%.

14 ZPRACOVÁNÍ DAT A ANALÝZA ÚDAJŮ

Filtrující otázky (Otázky č. 1, 2, 3, 4 zjišťovaly věk, pohlaví, rodinný stav respondenta a délku současné hospitalizace)

Otázka č. 1: **Kolik je Vám let?**

Graf č. 1

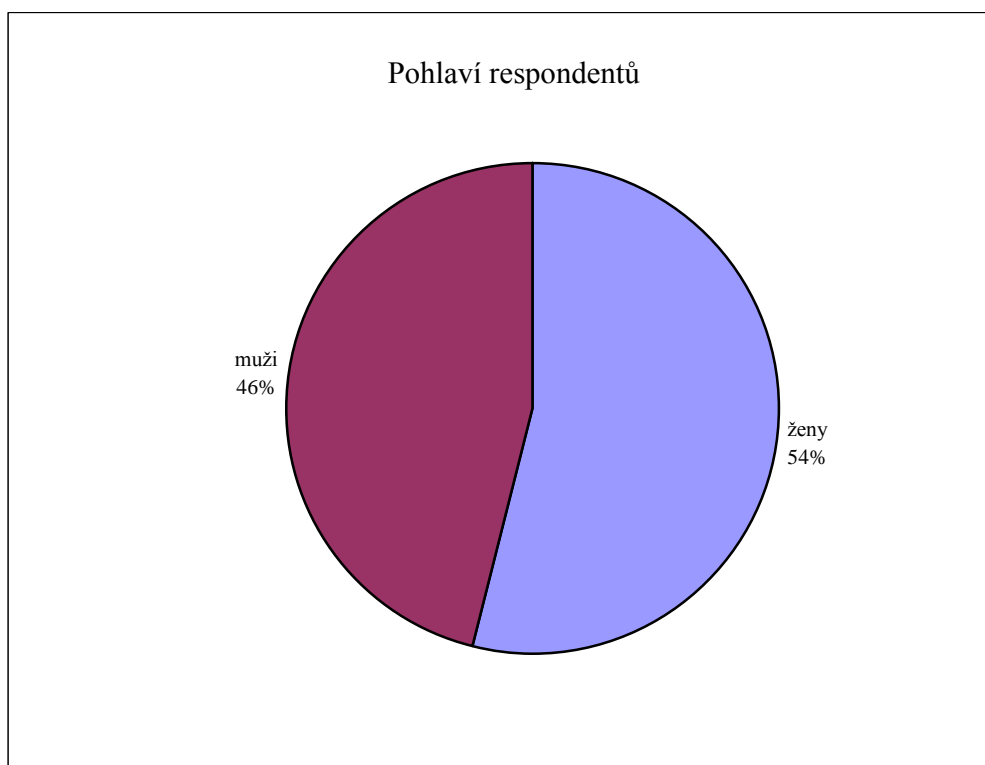


Zdroj: vlastní

Ze 100 navrácených dotazníků bylo nejvíce respondentů zastoupeno ve věkové kategorii 71-85 let, kteří tvořili 62 % z celkového počtu respondentů. Další skupinu tvořili respondenti ve věku 70 a méně let, tato věková kategorie byla zastoupena 26 % z celkového počtu. Nejméně respondentů bylo ve věkové kategorii 86 a více let, kteří tvořili 12 % z celkového počtu respondentů.

Otázka č. 2: **Pohlaví**

Graf č. 2

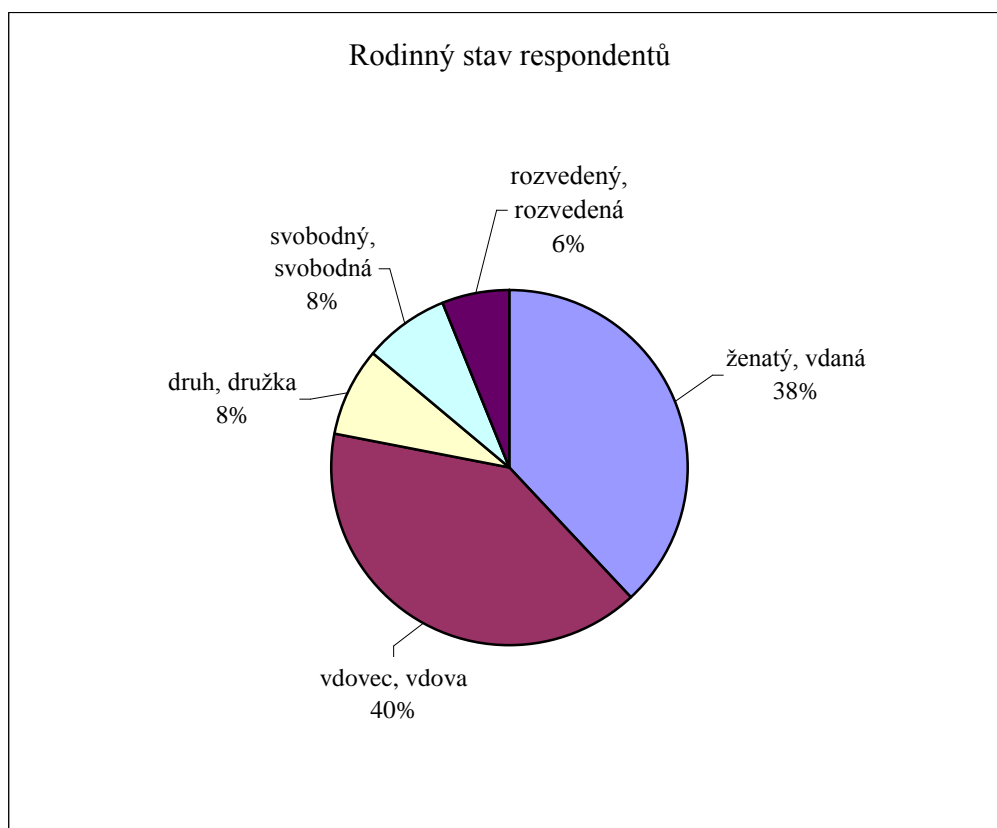


Zdroj: vlastní

Větší část respondentů tvořila skupina žen, a to 54 %. Skupina mužů tvořila zbývajících 46 % s posuzovaného celku.

Otázka č. 3: Jaký je Váš rodinný stav?

Graf č. 3

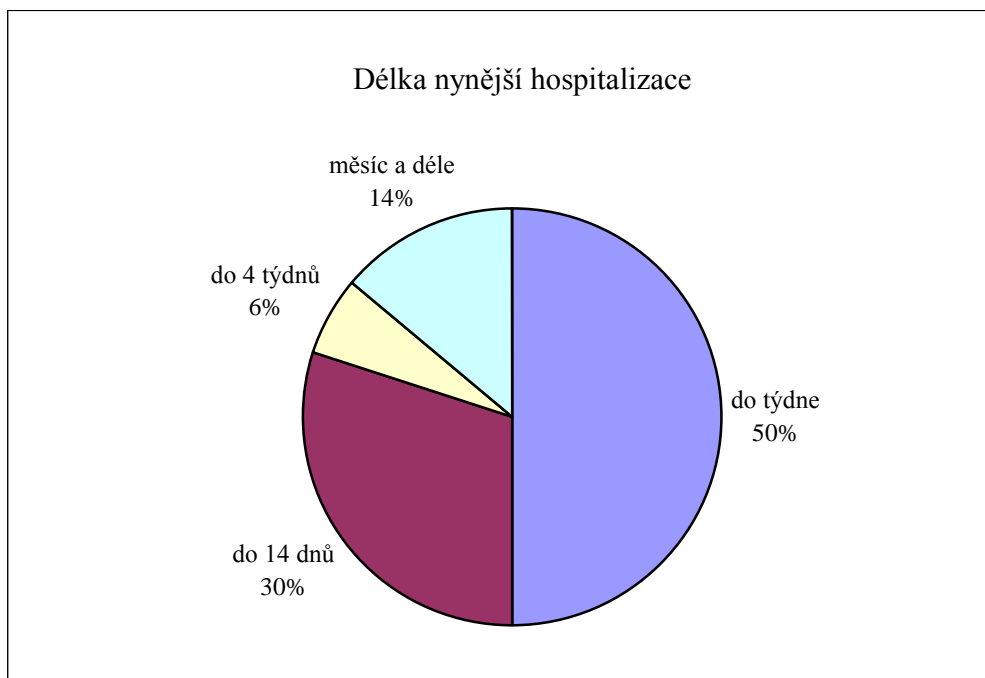


Zdroj: vlastní

Nejčetnější skupinu tvořili ovdovělí respondenti a to 40%. Další skupinu tvořili sezdání respondenti, a to 38%. Po 8% byly zastoupeny skupiny žijící v nesezdaném partnerském svazku a svobodní. Nejméně bylo rozvedených respondentů, a to pouhých 6%.

Otázka č. 4: **Jak dlouho nyní ležíte v nemocnici?**

Graf č. 4



Zdroj: vlastní

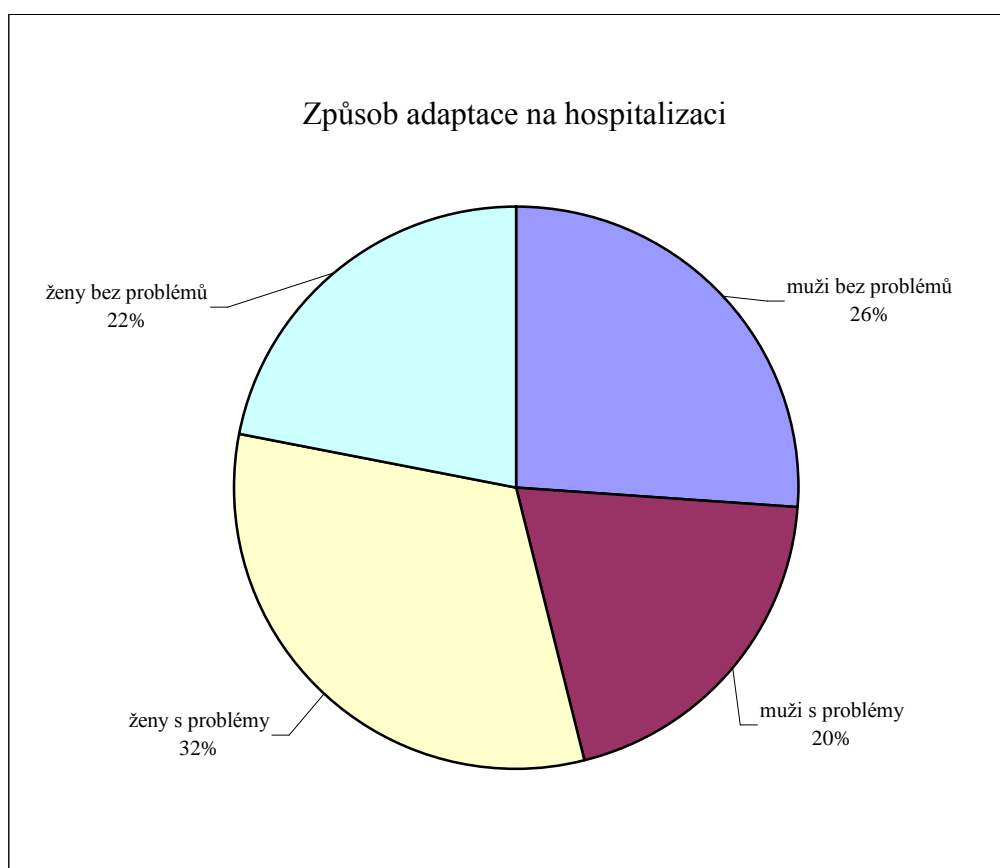
Z celkového počtu respondentů (mužů i žen) bylo hospitalizováno 50% méně než týden, do 14 dnů bylo hospitalizováno 30% respondentů, do 4 týdnů 6 % a déle než měsíc 14% respondentů.

Cíl 1: Zjistit, zda je adaptace na hospitalizaci rozdílná podle pohlaví.

Předpoklad č. 1: **Předpokládám, že adaptace na hospitalizaci u mužů bude snazší, než u žen.** (otázky: č. 5, 6, 7)

Otázka č. 5: **Jak jste si zvykl/a na pobyt v nemocnici?**

Graf č. 5

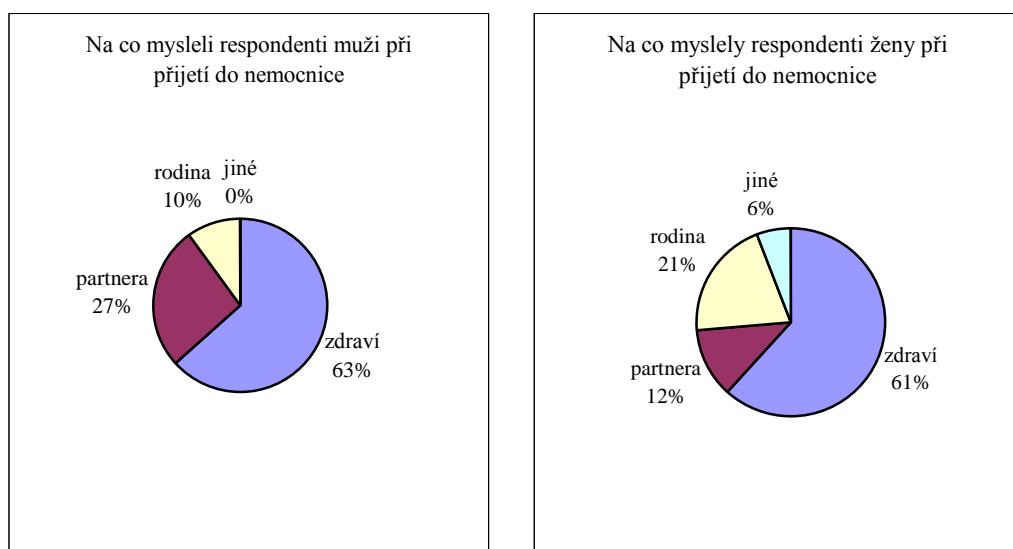


Zdroj: vlastní

Z odpovědi na otázku č. 5 vyplynulo, že z celkového počtu 46 mužů, se jich adaptovalo bez problémů 26%, problémy s adaptací uvedlo 20% mužů. Z celkového počtu 54 žen se bez problémů adaptovalo 22% žen a problémy s adaptací na hospitalizaci mělo 32% žen.

Otázka č. 6: Na co jste po přijetí do nemocnice nejvíce myslél/a?

Graf č. 6

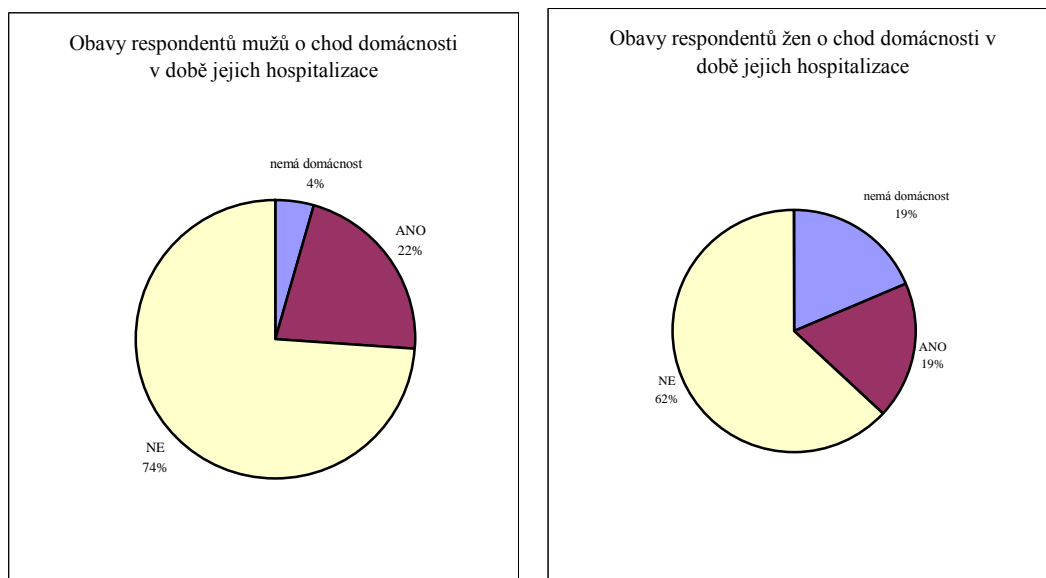


Zdroj: vlastní

Z odpovědí na otázku č. 6, kde mohli respondenti označit více možností, vyplynulo, že při pobytu v nemocnici přemýšlí ve skupině 46 mužů o svém zdraví 63% z nich, dalších 27% mužů má starost o svou partnerku a 10% mužů myslí na svou rodinu. Ve skupině 54 žen myslí na své zdraví 61% z nich, na partnera, jak sám zvládne pobyt doma, myslí 12 % žen a starost o rodinu má 21% žen. V dotazníku měli respondenti ještě volbu „jiné“. Tuto možnost nevyužil žádný muž, zvolilo ji 6% žen z celkového počtu 54 žen. Tyto ženy shodně uvedly, že mají během pobytu v nemocnici starost o svou kočku.

Otázka č. 7: Máte po dobu hospitalizace obavu o chod Vaší domácnosti?

Graf č. 7



Zdroj: vlastní

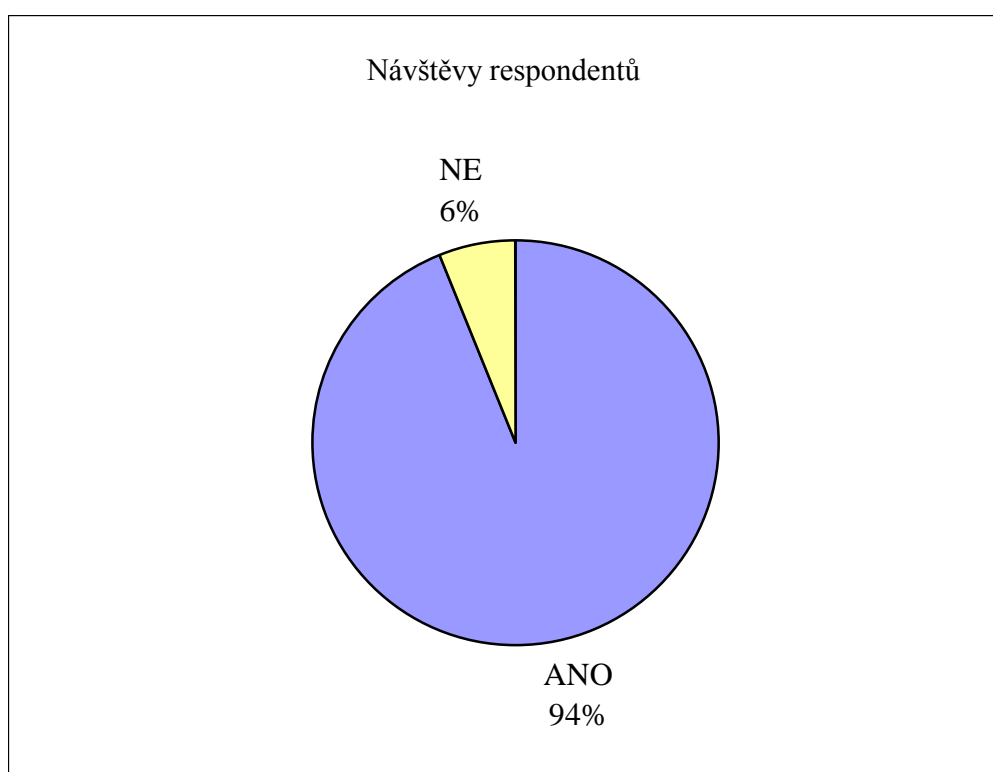
Z odpovědí na otázku č. 7 vyšlo najevo, že ve skupině 46 mužů nemá obavu o svou domácnost 74% z nich, naopak obavy o chod domácnosti pocítuje 22% mužů a další 4% uvádějí, že nemají svoji domácnost. Ve skupině 54 žen, nepocítuje obavy o domácnost 62% z nich, dalších 19 % žen má obavy o fungování jejich domácnosti po dobu hospitalizace a 19% žen uvedlo, že nemá svoji domácnost.

Cíl 2: Zjistit, jaký vliv má dobré rodinné zázemí na průběh hospitalizace.

Předpoklad 2: Předpokládám, že pacienti s dobrým rodinným zázemím budou hospitalizaci prožívat lépe, než pacienti bez dobrého rodinného zázemí. (otázky č. 8, 9, 10, 11, 12)

Otázka č. 8: Navštěvuje Vás někdo blízký v nemocnici?

Graf č. 8

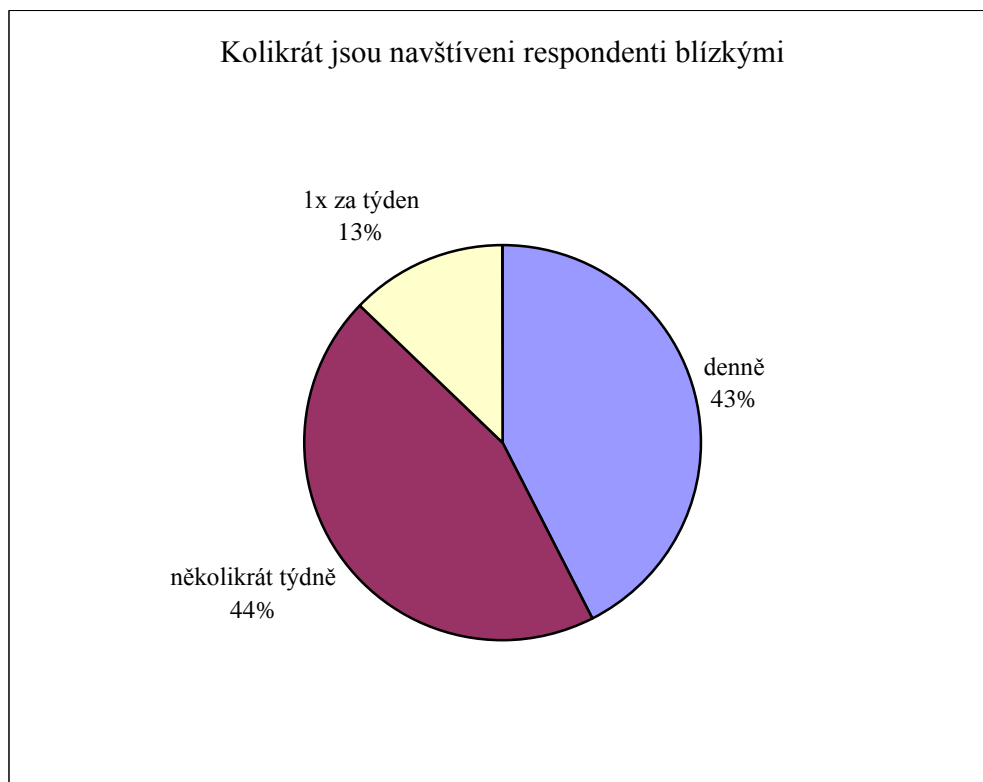


Zdroj: vlastní

Z vyhodnocení této otázky vyplynulo, že většinu respondentů v nemocnici navštěvuje někdo z jejich blízkých osob. Tuto skutečnost potvrdilo 94% respondentů.

Otázka č. 9: Pokud odpovíte na otázku č. 8 ANO, jak často Vás navštěvují?

Graf č. 9

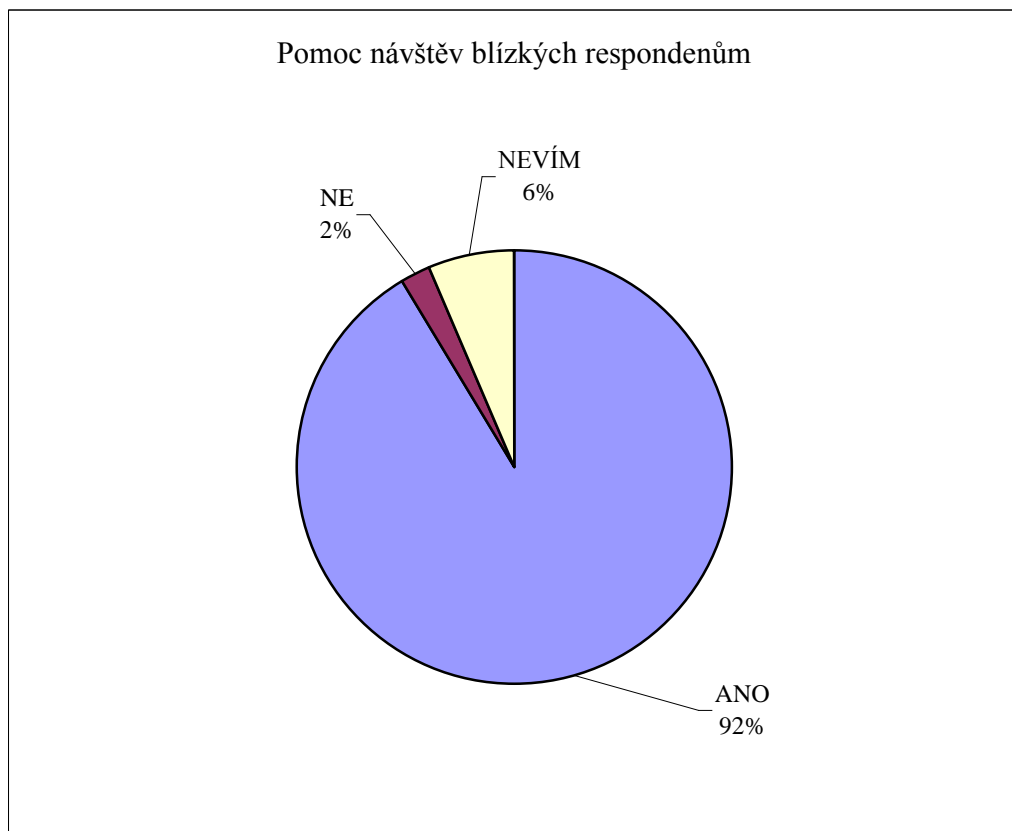


Zdroj: vlastní

Na otázku č. 9 odpovídali respondenti, kteří jsou v nemocnici navštěvováni rodinou nebo někým blízkým, těchto respondentů bylo 94. Nejvíce, 44%, respondentů z této skupiny odpovědělo, že mají návštěvy několikrát týdně. Dalších 43 % respondentů z této skupiny uvedlo, že je navštěvují blízcí denně. Zbývajících 13% respondentů uvedlo, že jsou navštěvováni 1x za týden.

Otázka č. 10: Pokud odpovíte na otázku č. 8 ANO, pomáhají Vám návštěvy blízkých zvládnout pobyt v nemocnici?

Graf č. 10

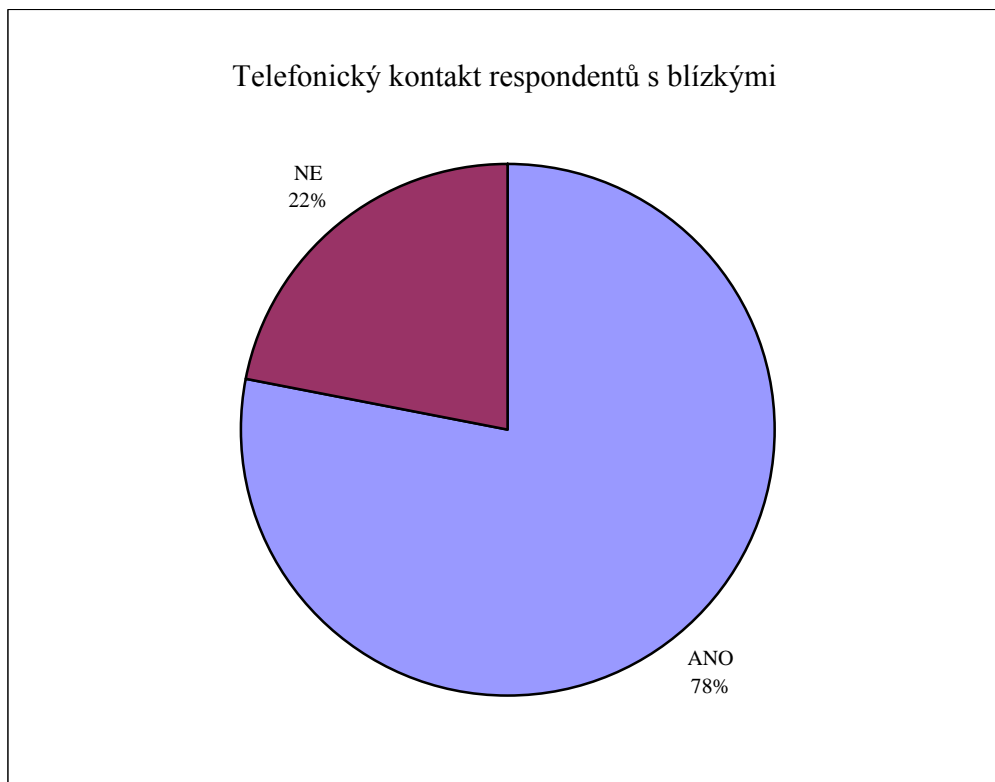


Zdroj: vlastní

Také na otázku č. 10 odpovídalo jen 94 respondentů, kteří jsou v nemocnici navštěvováni. Z vyhodnocení této otázky vyplynulo, že většině, 92%, navštěvovaných pomáhají návštěvy jejich blízkých zvládnout hospitalizaci. Vedle toho jen 2% respondentů uvedla, že jim návštěvy blízkých nepomáhají. 6% respondentů nedokázalo tuto otázku posoudit.

Otázka č. 11: **Jste s blízkými v telefonickém kontaktu?**

Graf č. 11

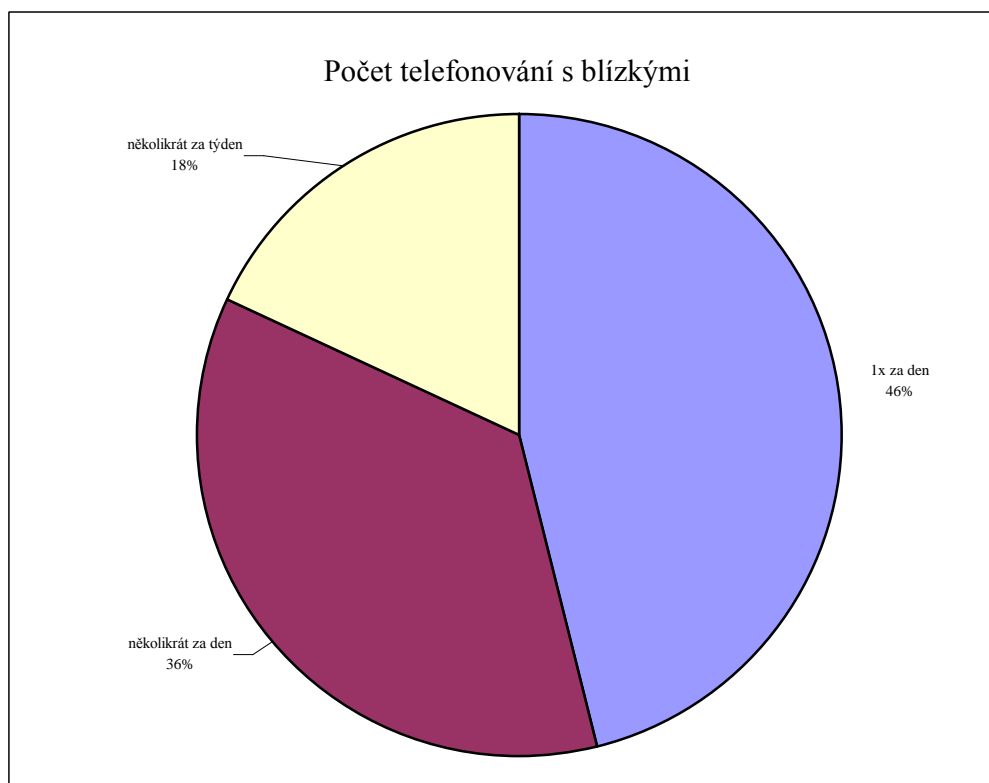


Zdroj: vlastní

V této otázce jsem zjišťovala, jestli jsou pacienti během hospitalizace v nemocnici se svými blízkými i v jiném kontaktu, než při jejich návštěvách. 78% respondentů uvedlo, že jsou během svého pobytu v nemocnici se svými blízkými v telefonickém kontaktu. Oproti tomu 22% respondentů uvedlo, že si s blízkými netelefonují.

Otázka č. 12: Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 11 ANO, jak často si telefonujete?

Graf č. 12



Zdroj: vlastní

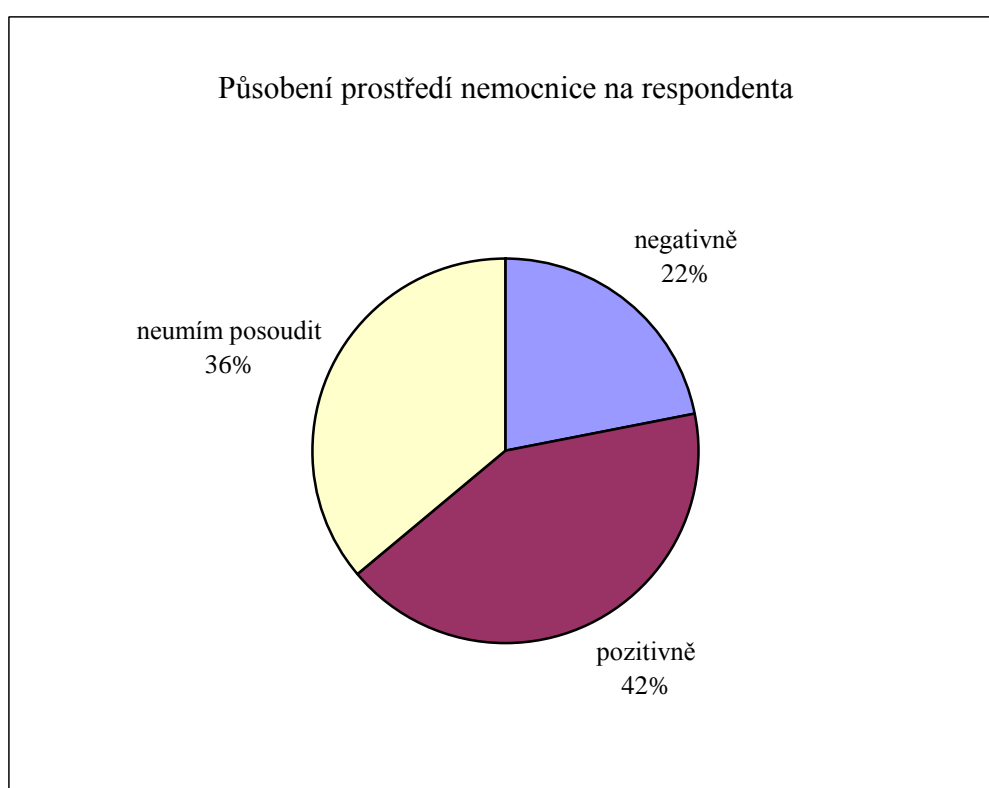
Z celkového počtu 78 respondentů, kteří uvedli, že jsou v telefonickém kontaktu s blízkými, jich 46% telefonuje 1x za den, 36% respondentů uvedlo, že telefonují několikrát za den a 18% respondentů telefonuje několikrát za týden.

Cíl 3: Zjistit, jakým způsobem ovlivňuje hospitalizace psychiku geriatrického pacienta.

Předpoklad č. 3: Předpokládám, že víc než polovina geriatrických pacientů bude uvádět, že hospitalizaci prožívá negativně. (otázky č. 13, 14, 19, 20)

Otázka č. 13: **Jak na Vás působí prostředí nemocnice?**

Graf č. 13



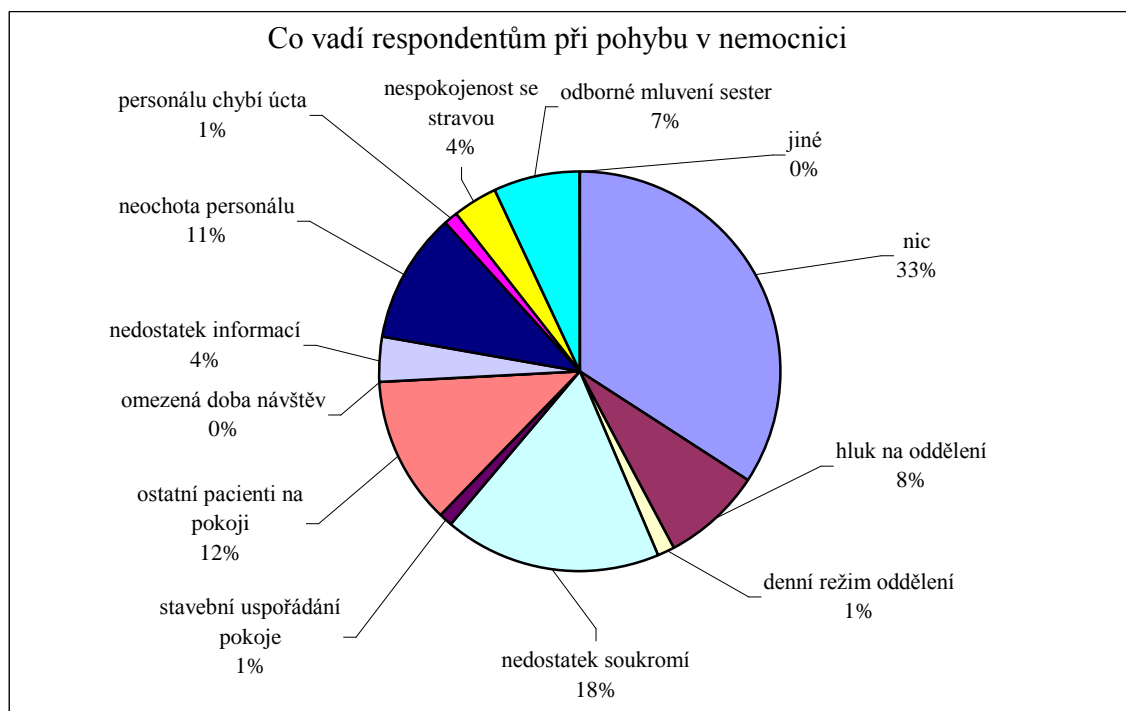
Zdroj: vlastní

V otázce č. 13 jsem zkoumala, jak působí prostředí nemocnice na geriatrické pacienty. Ze 100 dotazovaných respondentů 42% z nich odpovědělo, že prostředí nemocnice na ně působí pozitivně a v nemocnici se jim líbilo. Naopak 22% respondentů vnímalo prostředí nemocnice negativně. Skupina 36% respondentů to nedokázala posoudit.

Otázka č. 14: Co Vám při pobytu v nemocnici vadí? (působí na Vás negativně)

(respondenti mohli označit více ze 13 posuzovaných možností)

Graf č. 14



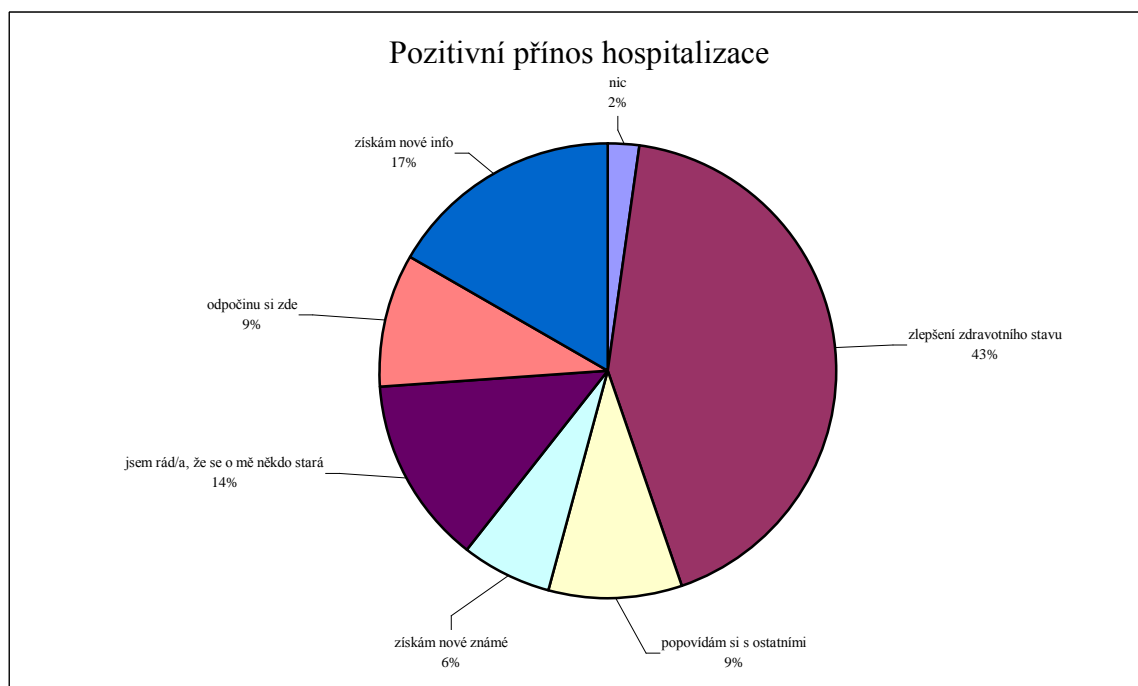
Zdroj: vlastní

Většina respondentů (33%) uvedla, že jim při pobytu v nemocnici nic nevadí. Dalších 18% respondentů postrádalo při pobytu v nemocnici potřebné soukromí. 12% respondentů uvedlo, že jim vadí ostatní pacienti na pokojích. 11% respondentů uvedlo, že negativně vnímá neochotu ošetrovatelského personálu. Skupina 8% respondentů za negativní označila hluk na oddělení. 7% respondentů uvedlo, že jim vadí, pokud všeobecné sestry před nimi mluví příliš odborně, protože tomu často nerozumí. Nespokojenost se stravováním (studené, nechutnala mi) a potřebné informací o průběhu léčeni uvedlo 4% respondentů. 1% respondentů uvedla, že během pobytu v nemocnici negativně vnímá chybějící úctu ke stáří ze strany ošetřujícího personálu, uspořádání vybavení pokojů a denní režim oddělení.

Otázka č. 19: V čem je pro Vás hospitalizace v nemocnici pozitivní?

(respondenti mohli označit více ze 7 posuzovaných možností)

Graf č. 19



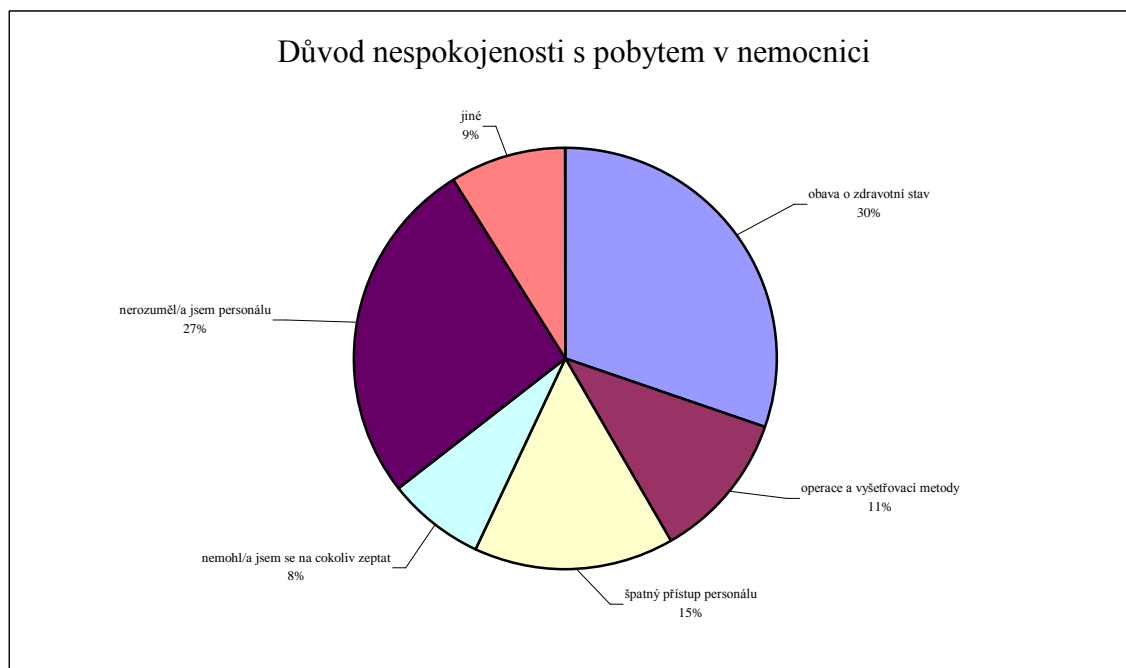
Zdroj: vlastní

Pozitivní přínos hospitalizace v nemocnici s ohledem na zlepšení zdravotního stavu, vnímalo 43% respondentů. 17% respondentů uvedlo, že v nemocnici získá nové informace. 14% respondentů jako pozitivní přínos označilo, že se o ně někdo v době, kdy mají zdravotní potíže, postará. Skupina 9% respondentů uvedla, že si při pobytu v nemocnici odpočine. Další skupina 9% respondentů označila možnost, že si během hospitalizace popovídá s ostatními pacienty. Hospitalizaci, jako příležitost k seznámení se s jinými lidmi, uvedlo 6% respondentů. Pouze 2% respondentů nevidělo na pobytu v nemocnici nic pozitivního.

Otázka č. 20: Pokud jste nespokojený/á s pobytem v nemocnici, proč je tomu tak?

(respondenti mohli označit více možností z 6 posuzovaných důvodů)

Graf č. 20



Zdroj: vlastní

30% respondentů uvedlo svoji nespokojenost s pobytem v nemocnici, protože ten je spojen s jejich zdravotním stavem, o který se důvodně obávají. Dalších 11 % respondentů označilo jako důvod svojí nespokojenosti s pobytem v nemocnici skutečnost, že se budou muset podrobit vyšetřením a případně operacím. Jako negativní na svém pobytu v nemocnici vnímá 15% respondentů špatný přístup ošetřujícího personálu. 8% respondentů uvedlo, že během hospitalizace nemělo možnost se zeptat na vše, co je zajímavé v souvislosti s jejich pobytem v nemocnici. 27% respondentů uvedlo, že negativně vnímá skutečnost, že plně nerozumí tomu, o čem hovoří ošetřující personál. Možnost jiné důvody nespokojenosti s pobytem v nemocnici uvedlo 9% respondentů.

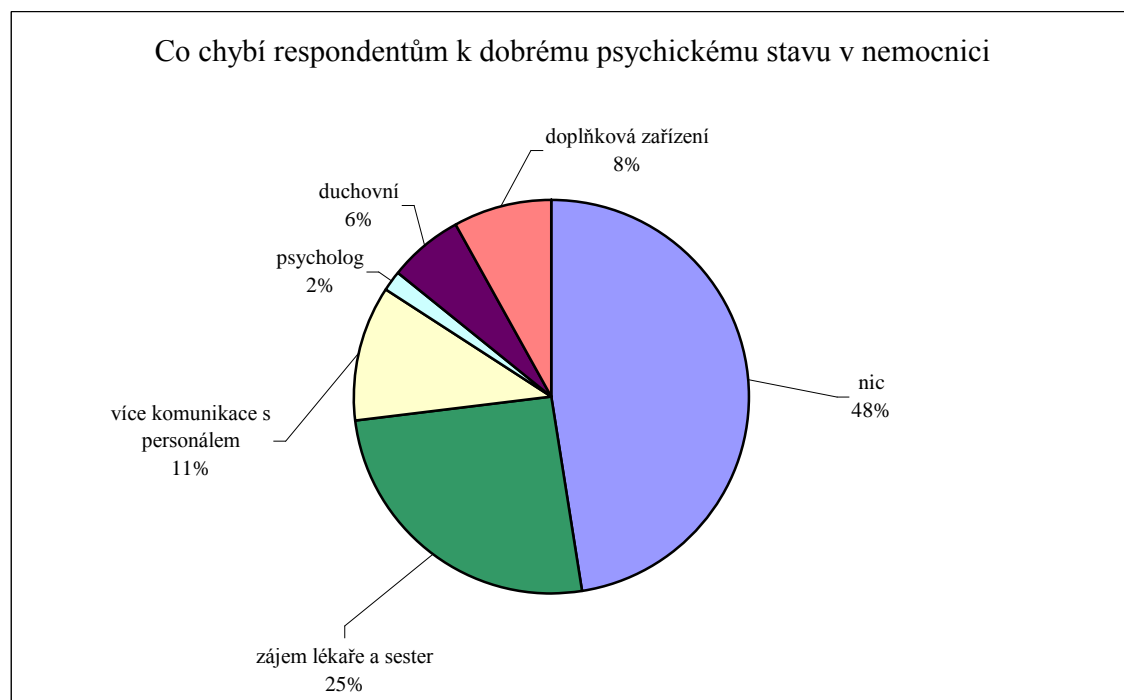
Cíl 4: Zjistit, zda jsou zdravotnickým personálem dostatečně uspokojovány psychické a fyzické potřeby geriatrického pacienta.

Předpoklad č. 4: Předpokládám, že víc jak polovina geriatrických pacientů bude uvádět, že zdravotnický personál nemá možnost se jim věnovat v takové míře, aby byly uspokojeny jejich potřeb. (otázky č. 15, 16, 17, 18)

Otázka č. 15: Co Vám v nemocnici chybí k tomu, abyste se cítil/a psychicky lépe?

(respondenti mohli označit více ze 7 posuzovaných možností)

Graf č. 15

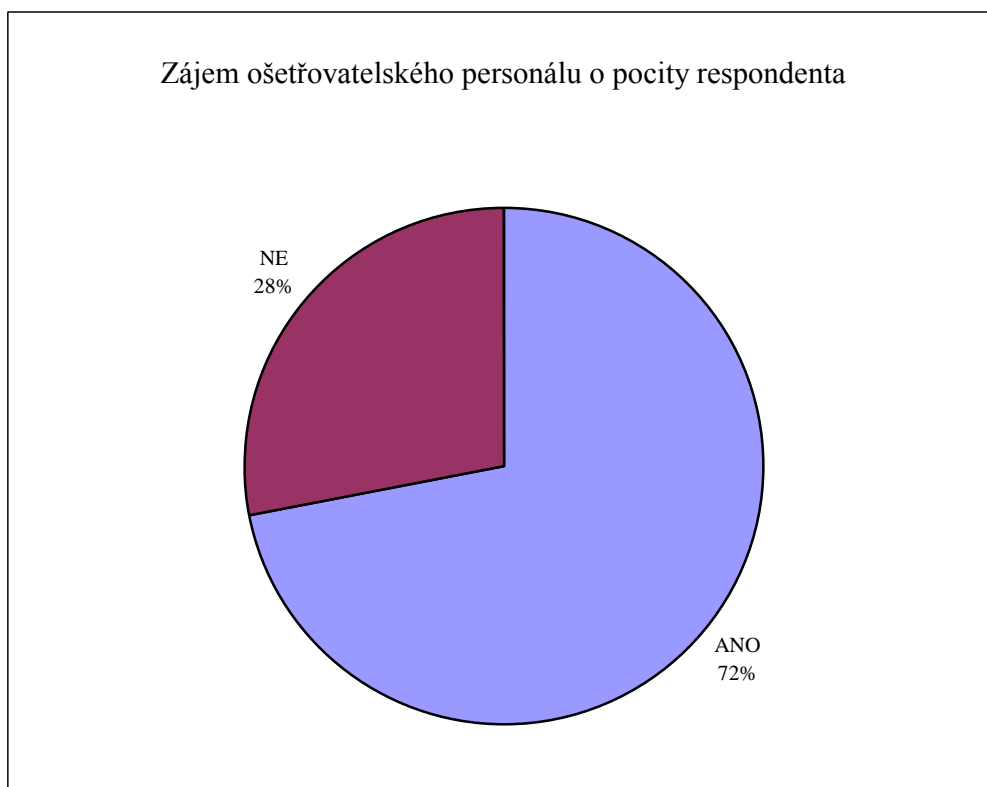


Zdroj: vlastní

Z uvedených odpovědí vyplynulo, že 48% respondentů se cítí během pobytu v nemocnici dobře a nic jim nechybí. 25% respondentů by uvítalo lepší zájem lékařů a všeobecných zdravotních sester, u 11% respondentů vyšlo najevo, že jim chybí lepší komunikace s ošetřujícím personálem. 2% respondentů uvedla, že během pobytu v nemocnici by pro ně byla přínosem přítomnost psychologa, dalších 6% respondentů by uvítalo raději duchovního. 8% respondentů by přivítalo zlepšení výbavy doplňkových zařízení. Možnost jiné neoznačil nikdo z dotazovaných respondentů.

Otázka č. 16: **Projevila někdo zájem z ošetřujícího personálu o vaše pocity v nemocnici?**

Graf č. 16



Zdroj: vlastní

Z vyhodnocení této otázky vyplynulo, že zájem ošetřujícího personálu o pocity pacienta při jeho hospitalizaci v nemocnici vnímá kladně 72% respondentů a 28% jej hodnotí záporně.

Otázka č. 17: Míváte během hospitalizace obavu o to, že nebudou vždy včas uspokojeny Vaše potřeby?

(respondenti mohli označit více z 5 posuzovaných možností)

Graf č. 17

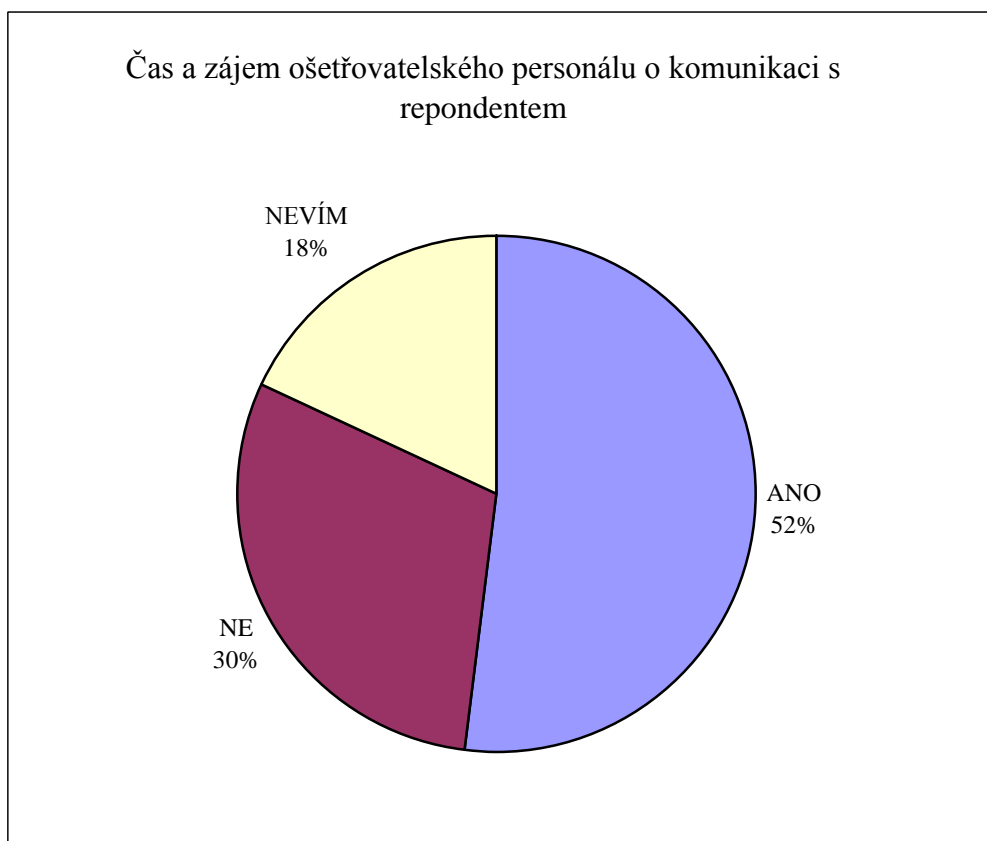


Zdroj: vlastní

Z odpovědí na tuto otázku je zřejmé, že dotazovaní respondenti většinou nemají obavy o včasné uspokojení jejich potřeb, jak fyzických, tak psychických. 3% respondentů uvedlo, že nemá obavu o včasné upokojení stravovacích potřeb. Stejně velká skupina, 3%, respondentů uvedla, že nemá obavu o uspokojení svých duševních potřeb. 8% respondentů uvedlo, že se nebojí toho, že by nebyla včas uspokojena jejich potřeba odpočinku. Skupina 34% respondentů nepocítovala obavu z neuspokojení hygienických potřeb. 52% respondentů uvedlo, že se nebojí toho, že nebude včas uspokojena jejich vyprazdňovací potřeba.

Otázka č. 18: **Má ošetřující personál potřebný čas a zájem, aby si s Vámi v klidu popovídal, a Vy jste se cítil/a psychicky lépe?**

Graf č. 18



Zdroj: vlastní

Z odpovědí na položenou otázku vyplynulo, že zhruba polovina respondentů má dojem, že ošetřující personál má potřebný čas a vlastní zájem k tomu, aby si mohl s pacienty v klidu popovídat, což vede ke zlepšení psychického stavu pacientů při jejich hospitalizaci v nemocnici. Tento názor při odpovědi zastávalo 52% respondentů. Oproti tomu 30% respondentů uvedlo, že ošetřující personál nemá čas ani zájem. 18% respondentů tuto skutečnost nedokázalo posoudit.

15 DISKUZE

V bakalářské práci jsem se zabývala hospitalizací geriatrického pacienta s ohledem na jeho psychiku. K výzkumu této problematiky jsem použila metodu dotazníkového šetření. Otázky v dotazníku byly jednoduše položené, přizpůsobené věku respondentů - geriatrických pacientů. Dotazníky jsem rozdávala sama nebo mi je pomáhaly rozdat kolegyně z jiných oddělení Domažlické nemocnice a.s. Otázky v dotazníku jsem se snažila formulovat tak, aby byly srozumitelné pro respondenty. V opačném případě by mohlo dojít k nepochopení otázek a zkreslení výsledků, což by znehodnotilo celou práci. Údaje z vyplněných dotazníků jsem zpracovala a použila v praktické části své bakalářské práce k potvrzení nebo vyvrácení stanovených předpokladů.

K vymezení cílové skupiny jsem použila filtrující otázky č. 1 – 4, ve kterých jsem zjišťovala věk, pohlaví a rodinný stav respondentů. Dále jsem se dotazovala, jak dlouho jsou v současné době respondenti hospitalizováni. Geriatrické pacienty jsem si rozdělila podle věku do tří skupin, a to do 70 let a mladší, 71 až 85 let a poslední skupina byla 86 a více let (muži i ženy).

Cíl 1: Zjistit, zda je adaptace na hospitalizaci rozdílná podle pohlaví.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 5, 6 a 7. Těmito otázkami jsem se snažila zjistit, jak dlouho jsou respondenti hospitalizováni v nemocnici, jakým způsobem si zvykali na tento pobyt a co jim tuto adaptaci stěžovalo.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 1**: Předpokládám, že adaptace na hospitalizaci u mužů bude snazší, než u žen.

Výzkumné šetření ukázalo, že adaptace probíhá lépe u mužů než u žen. Tuto skutečnost potvrzuje výzkumné šetření Bendové (Bendová, 2007), která ve své práci porovnávala sice menší vzorek respondentů, ale poměr mezi skupinou žen a mužů byl stejný, jako v mém výzkumu. Nejvíce respondentů (mužů i žen) myslelo při hospitalizaci na své zdraví, svůj zdravotní stav. Dále jsem zjistila, zda pacienty během hospitalizace sužují obavy o chod jejich domácnosti. Na základě výzkumu jsem zjistila, že tyto obavy nemají. Z vlastní zkušenosti však vím, že především pacientky tyto obavy mívají a často se s nimi svěřují. Jejich obavy se týkají partnera, vnoučat, ale i domácích mazlíčků. Některé

pacientky dokonce verbalizují obavy, zda svou hospitalizací nezpůsobily problémy rodině. V těchto okamžicích je nutná dostatečná psychická podpora ze strany ošetrovatelského personálu a zejména rodiny. Zde je velmi důležité zajistit prostor pro komunikaci s pacientem.

Předpoklad č. 1 byl potvrzen.

Cíl 2: Zjistit, jaký vliv má dobré rodinné zázemí na průběh hospitalizace.

K cíli byly přiřazeny otázky č. 8, 9, 10, 11 a 12. Tyto otázky se týkaly toho, jakým způsobem fungují návštěvy rodinných příslušníků nebo blízkých osob v nemocnici. Zajímalo mne, jak často návštěvy dochází do nemocnice a zda pacientům pomáhají zvládnout problémy vyplývající z hospitalizace. Dotazovala jsem se také na to, zda jsou respondenti v telefonickém kontaktu se svými blízkými.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 2**: Předpokládám, že pacienti s dobrým rodinným zázemím budou hospitalizaci prožívat lépe, než pacienti bez dobrého rodinného zázemí.

Zjistila jsem, že velkou většinu pacientů blízcí v nemocnici navštěvují, nejčastěji několikrát týdně. Přesnější údaj týkající se frekvence návštěv jsem v dotazníku již nespecifikovala. Z dotazníku je zřejmé, že většině pacientů návštěvy blízkých v nemocnici pomáhají. Jak už jsem se zmínila v teoretické části, je rodina pro seniora to nejdůležitější, co může mít. Je všeobecně známé, že seniorovi je nejlépe v domácím přirozeném prostředí, kde je rodinou obklopen. Rodina je ve většině případů pro seniora nositelem jistoty a bezpečí. Pokud ale z nějakého důvodu musí být hospitalizován v nemocnici, je uspokojování potřeb jistoty a bezpečí narušeno. V tom pomáhají i návštěvy blízkých, které mohou přicházet za seniorem téměř kdykoli, a není to jako dříve, kdy byla návštěvní doba striktně vymezená. Další skutečností, která pozitivně ovlivňuje pacientův pobyt v nemocnici je možnost používání mobilního telefonu. Podle průzkumu v ČR používá mobilní telefon 84% seniorů. Před deseti lety používala mobilní telefon pouze pětina seniorů, dnes je to osm z deseti (Kočí, 2013, [on-line]). Je zajímavé, že většina seniorů zvládá manipulaci s mobilním telefonem, přestože je to činnost, která vyžaduje jemnou motoriku. Někteří senioři jsou dokonce schopni dorozumívání pomocí sms zpráv. Pokud senioři neumějí sami zavolat, většinou umí hovor alespoň přijmout.

Předpoklad č. 2 byl potvrzen.

Cíl č. 3: Zjistit, jakým způsobem ovlivňuje hospitalizace psychiku geriatrického pacienta.

Tento cíl jsem ověřovala pomocí otázek č. 13, 14, 19 a 20. Těmito otázkami jsem zjišťovala, jak na respondenty působí prostředí nemocnice, co jim při hospitalizaci vadí, zda jim pobyt v nemocnici přinese něco pozitivního a proč jsou s pobytem nespokojeni.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 3**: Předpokládám, že víc jak polovina geriatrických pacientů bude uvádět, že negativně prožívá hospitalizaci.

Většina pacientů spatřuje pozitivní přínos hospitalizace ve zlepšení jejich zdraví, avšak negativně hodnotí obavy o svůj zdravotní stav. Tato skutečnost je pochopitelná, neboť s přibývajícím věkem si většina lidí čím dál víc svého zdraví váží. Dále jsem zjistila, že na většinu pacientů působí prostředí nemocnice pozitivně a líbí se jim tam, což potvrdila ve svém výzkumu i Bendová (Bendová, 2007). Toto zjištění mě příjemně překvapilo, protože jsem jej nepředpokládala. Domnívala jsem se, že senioři budou vyjadřovat negativní postoj k pobytu v nemocnici. Troufám si tvrdit, že na těchto výsledcích má významný podíl také nová budova Domažlické nemocnice, která disponuje moderním a účelným zařízením. Pokoje na odděleních jsou maximálně dvoulůžkové s vlastním sociálním zařízením a televizí. Každý pokoj je vymalován v příjemných odstínech různých barev tak, aby navozoval příjemné pocity u hospitalizovaných pacientů. Pozitivní ohlas ze strany pacientů je toho důkazem. Jsem si jistá, že prostředí nemocnice je důležitým aspektem, který velice významně ovlivňuje psychiku pacienta. Pokud bych prováděla tento výzkum ve staré budově Domažlické nemocnice, budou výsledky odlišné. Z výzkumu dále vyplynulo, že pobyt v nemocnici napomáhá k udržování sociálních kontaktů, které jsou pro seniory velmi důležité z hlediska prevence pocitu osamělosti. Dle mého názoru se tato skutečnost týká zejména opuštěných seniorů, nebo seniorů, kteří mají minimální nebo žádný kontakt s rodinou. Tento názor je také publikován v odborné literatuře, která uvádí, že někteří senioři mohou považovat hospitalizaci jako zdroj sociálních kontaktů (Škrla, Škrllová, 2008, s. 60-61). Nezastupitelnou roli, ovlivňující spokojenost pacientů v nemocnici, má zkvalitňující se ošetrovatelská péče a erudovanější přístup ošetrovatelského personálu, který se neustále vzdělává.

Předpoklad č. 3 nebyl potvrzen.

Cíl č. 4: Zjistit, zda jsou zdravotnickým personálem v potřebné míře uspokojovány psychické a fyzické potřeby geriatrického pacienta.

Tento cíl jsem ověřovala pomocí otázek č. 15, 16, 17 a 18. V těchto otázkách jsem zjišťovala, co pacienti postrádají během pobytu v nemocnici. Zaměřovala jsem se zejména na aspekty týkající se psychické pohody, zájmu o pocity pacienta ze strany personálu, obav z nedostatečného uspokojení základních potřeb a komunikace ze strany personálu.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 4:** Předpokládám, že víc jak polovina geriatrických pacientů bude uvádět, že zdravotnický personál nemá možnost se jim věnovat v takové míře, aby byly uspokojeny jejich potřeby.

Výzkum týkající se předpokladu č. 4 ukazuje, že většina pacientů nepocítuje obavy z včasného uspokojení psychických a fyzických potřeb. Včasným uspokojením psychických a fyzických potřeb mám na mysli to, že pacient nebude vystavován psychickému diskomfortu déle, nežli je nezbytně nutné (např. období před operací nebo před bolestivým vyšetřením) nebo to, že pacient nebude strádat v uspokojování vyprazdňovacích, hygienických a stravovacích potřeb. Dále také, že pacient nebude trpět dlouhodobým spánkovým deficitem. Zajímavé je další zjištění, vyplývající z výzkumu, které se týká více jak poloviny respondentů, jež uvádí, že k jejich dobrému psychickému stavu jim nic nechybí. Oproti těmto zjištěným skutečnostem jsem předpokládala, že nemocný hospitalizovaný člověk má vždy určité obavy o svůj zdravotní stav, což se mi potvrdilo při ověřování předpokladu č. 3, kde pacienti sami tyto obavy uváděli. Domnívala jsem se, že více pacientů bude postrádat psychologa, který v Domažlické nemocnici není součástí klinického týmu, ale podle mého názoru by měl být k dispozici nejen pacientům, ale i jejich rodinným příslušníkům. Postradatelnost psychologa mými respondenty si vysvětluji právě jejich věkem. Senioři často zaměňují práci psychologa a psychiatra, neznají rozdíl v jejich kompetencích a způsobech léčby, ale hlavně necítí potřebu psychologa vyhledat. Svěřovat se do péče klinických psychologů je doménou posledních dvou desetiletí, tuto péči vyhledávají především mladší generace. Přitom práce klinického psychologa je součástí předoperační přípravy náročných výkonů, pomáhá pacientům zvládnout psychologické dopady jejich onemocnění a zajišťuje psychologickou diagnostiku. Výzkum dále ukázal, že ošetřující personál projevoval zájem o pocity pacientů a komunikaci, což vnímám jako určitou formu uznání práce. Jsem ráda,

že geriatrickí pacienti mají tento názor, i když vím, že ošetřující personál pro svoje jiné další pracovní vytížení nemůže s pacientem pokaždé v potřebné míře komunikovat. Tato zjištění potvrzují stále se zvyšující kvalitu ošetrovatelské péče zaměřenou na uspokojování všech potřeb. Výsledkem správně uspokojených potřeb je spokojený pacient, což se pozitivně odráží na jeho zdravotním stavu. Pro úspěšnou práci zdravotnického personálu je důležitým předpokladem, aby sám pracovník měl vyřešeny své osobní problémy a našel vnitřní klid, pak daleko lépe chápe pocity a potřeby svých pacientů (Malíková, 2011, s. 162-165). Podle mého názoru se ale chování ošetřujícího personálu v posledních letech výrazně zlepšuje. Domnívám se, že je to standardizací péče o pacienty a dodržováním práv pacientů. Nemalý podíl má určitě i stále se zvyšující kvalifikace všeobecných zdravotních sester, ale také rozšiřující se povědomí pacientů o svých právech a možnostech, jak se bránit, pokud nejsou s přístupem lékařů či všeobecných zdravotních sester spokojeni.

Při vyhodnocování dat je třeba brát v úvahu, že zkoumaným vzorkem jsou senioři od 65 let věku a starší. Tedy generace, která má obecně tendenci si na zdravotnictví nestěžovat, lékař i všeobecná zdravotní sestra jsou pro ně nedotknutelné autority a není správné je kritizovat. Díky těmto okolnostem si můžeme vysvětlit převážně kladné hodnocení a odpovědi ve prospěch ošetřujícího personálu a zdravotnictví.

Předpoklad č. 4 nebyl potvrzen.

15.1 Doporučení pro praxi

V ošetrovatelské péči o geriatrického pacienta je zvlášť důležitý citlivý přístup všech pečujících osob. Ten by měl vycházet z individuálních potřeb jednotlivých pacientů. Rozdíly v individuálních schopnostech seniorů mohou být rozličné, úkolem ošetřujícího personálu by mělo být zachování soběstačnosti a sebeobsluhy seniora v co nejširší míře a po co nejdelší dobu. Jako samozřejmost předpokládám empatický, trpělivý přístup ošetřujícího personálu, který se vyznačuje uměním naslouchat, tolerovat věkem zpomalené reakce geriatrického pacienta, výpadky krátkodobé paměti, stavy zmatenosti nebo problém se vyjádřit či pochopit význam sdělení.

Neméně důležitá v profesionální ošetrovatelské péči je tolerance mobilních schopností geriatrického pacienta.

Na tyto a další důležité aspekty jsem zaměřila edukační brožuru. Tato brožura může být využita jako studijní materiál na středních a vyšších odborných školách zdravotního zaměření. Prostřednictvím brožury mohou být seznamováni s problematikou geriatrických pacientů i příbuzní nebo další pečující osoby, které se o seniora budou starat nebo již starají.

Brožura je koncipována tak, aby byla přehledná, srozumitelná, a aby poskytla stručné a ucelené informace o zmiňované problematice. Distribuce brožury bude probíhat jejím umístěním v čekárnách jednotlivých ambulancí a na lůžkových částech Domažlické nemocnice a.s.

Příloha č. 4 Edukační brožura

ZÁVĚR

V bakalářské práci s názvem: „Vliv nemocničního prostředí na geriatrické pacienty“ jsem se zabývala problematikou stáří a stárnutím, ošetrovatelskou péčí, hospitalizací a také důležitostí rodiny v životě seniora. Cílem mé práce bylo zjistit, jaký je průběh adaptace geriatrického pacienta na hospitalizaci, zda se adaptace liší dle pohlaví, co ovlivňuje průběh pobytu v nemocnici a zda pacienti vnímají nedostatky v uspokojování potřeb ze strany ošetřujícího personálu.

Ošetrovatelská péče o geriatrické pacienty je náročná jak fyzicky, tak i psychicky. Pečující osoba se setkává s bolestí, nesoběstačností, s chronickými nemocemi, osamocením a v neposlední řadě také se smrtí. Cílem ošetrovatelské péče je poskytnout pacientovi odbornou péči, díky které zůstane co nejdéle soběstačným, ale také jej díky citlivému a lidskému přístupu udrží v dobré psychické kondici. Proto, aby ošetřující personál zvládal náročnost této péče, je nutné zdůraznit význam celoživotního vzdělávání. Neméně důležitou roli hraje i dostatečná psychohygienu, která je zásadní pro prevenci syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků.

Jak už bylo uvedeno v teoretické části, na základě demografických údajů, stárnoucí populace přibývá. Z toho lze usuzovat, že bude přibývat geriatrických pacientů vyššího věku. Říká se, že vyspělost společnosti se pozná podle toho, jak se umí postarat o seniory. V zájmu nás všech, by proto měla být snaha o zajištění co nejkvalitnější péče, neboť každý jednou zestárneme a budeme si přát, aby o nás bylo dobře pečováno.

POUŽITÁ LITERATURA

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra a kol. *Ošetrovatelská péče: Úvod do oboru ošetrovatelství pro studující všeobecného a zubního lékařství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1113-9.

ČEVELA, Rostislav a kol. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetrovatel'stvo-teória*. 3. vyd. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-322-6.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie, České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry č.10*. 1.vyd.-dotisk. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-363-5.

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, Na bělidle 34, 15000 Praha 5, 2006. ISBN 80-7262-455-5.

KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KOLEKTIV, AUTORŮ. *Základy ošetrování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 8024608456.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. ISBN 80-247-0179-0.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-436-4.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví 1.díl: Učebnice pro obor sociální péče-pečovateľská činnost*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.

POKORNÁ, Andrea a kol. *Ošetrovatelství v geriatricii: Hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1777-8.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 8072623656.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

Elektronické zdroje

BENDOVIÁ, Jitka. Hospitalizace a její vliv na starého člověka [online]. 2007 [cit. 2014-03-15]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Hana Pinkavová. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/101135/lf_b/>.

Čechů ubyde a zestárnou. *Český statistický úřad* [online]. 2013 [cit. 2013-11-17]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/cechu_ubyde_a_zestarnou_20130723

Čo znamená rodina pre seniora. *www.stromzdravia.sk* [online]. 2011 [cit. 2013-11-17]. Dostupné z: <http://www.domelia.sk/blog/2011-08-rodina-a-senior/>

Historie ČGGS. *Česká gerontologická a geriatrická společnost* [online]. 2006 [cit. 2013-11-17]. Dostupné z: <http://www.cggs.cz/cz/historie/>

Charta práv a svobod starších občanů. [online]. 2007 [cit. 2014-03-14]. Dostupné z: www.helpnet.cz/senior/dokumenty-tykajici-se-senioru/364-3

JÁN, Mgr. Tomáš. Plnění standardů v péči o seniory. *Forum zdravé výživy* [online]. 2013, s. 2 [cit. 2014-02-28]. Dostupné z: <http://www.fzv.cz/pro-media/tiskove-materialy/starsi-tiskove-materialy/standardy-v-peci-o-seniory/198-standardy-v-peci-o-seniory.aspx>

KOČÍ, Mirek. Průzkum: V ČR používá mobilní telefon 84 procent seniorů. [online]. 2013, s. 3 [cit. 2014-03-13]. Dostupné z: pctuning.tyden.cz/component/content/article/1-aktualni-zpravy/28179-pruzkum-v-cr-pouziva-mobilni-telefon-84-procent-senioru

Standardy ošetrovateľskej péče podľa Donabediána. *www.zdn.cz* [online]. 2013 [cit. 2013-11-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/standardy-osevovatelске-pece-podle-donabediana-444784>

WEBER, Pavel a kol. Geriatrické syndromy a syndrom frailty-zlatý grál geriatrickej medicíny. *Vnitřní lékařství* [online]. 2010 [cit. 2013-11-17]. Dostupné z: <http://www.vnitrnilekarstvi.cz/vnitri-lekarstvi-clanek/geriatricke-syndromy-a-syndrom-frailty-zlaty-gral-geriatricke-mediciny-36460>

ZACHAROVÁ, Eva. Sestra a seniori v ošetrovateľskom procese. *Zdravi.e15.cz/clanek/sestra/sestra-a-seniori-v-osevovatelске-procesu-456634* [online]. 2010 [cit. 2014-03-28].

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Věk respondentů

Graf č. 2 - Pohlaví respondentů

Graf č. 3 - Rodinný stav respondentů

Graf č. 4 - Délka nynější hospitalizace

Graf č. 5 - Způsob adaptace na hospitalizaci

Graf č. 6 - Na co mysleli respondenti při přijetí do nemocnice

Graf č. 7 - Obavy respondentů o chod domácnosti v době jejich hospitalizace

Graf č. 8 - Návštěvy respondentů hospitalizovaných v nemocnici

Graf č. 9 - Kolikrát jsou navštíveni respondenti blízkými

Graf č. 10 – Pomoc návštěv blízkých respondentům

Graf č. 11 – Telefonický kontakt respondentů s blízkými

Graf č. 12 – Počet telefonování s blízkými

Graf č. 13 – Působení prostředí nemocnice na respondenta

Graf č. 14 – Co vadí respondentům při pobytu v nemocnici

Graf č. 15 – Co chybí respondentům k dobrému psychickému stavu v nemocnici

Graf č. 16 – Zájem ošetřovatelského personálu o pocity respondenta

Graf č. 17 – Obavy o uspokojení potřeb respondenta v nemocnici

Graf č. 18 – Čas a zájem ošetřovatelského personálu o komunikaci s respondentem

Graf č. 19 – Pozitivní přínos hospitalizace pro respondenty

Graf č. 20 – Důvod nespokojenosti respondentů s pobytem v nemocnici

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CGA – Comprehensive Geriatric Assessment

MMSE – Mini Mental State Examination

MNA – Mini Nutritional Assessment

ADL – Activity of Daily Living

VAS – Visual Analogue Scale

SPICES – formulář k identifikaci oblasti případné poruchy u geriatrického pacienta

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Charta práv a svobod starších občanů

Příloha č. 2 - Dotazníkový formulář pro respondenty

Příloha č. 3 - Povolení sběru dat

Příloha č. 4 - Edukační brožura

Příloha č. 5 - CD

Příloha č. 1

Charta práv a svobod starších občanů

Chartu práv a svobod starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby, vypracovala francouzská Národní nadace pro gerontologii ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí Francie v roce 1966.

Stáří je obdobím života, ve kterém by měl pokračovat rozvoj lidské osobnosti. Většinou jsou lidé vyššího věku samostatní a zachovávají si dobrou psychickou kondici až do posledních dnů svého života. Závislost na péči druhé osoby přichází z důvodů onemocnění, které může být jak psychické, tak somatické (tělesné).

Ale i v situaci závislosti na péči jiné osoby je zapotřebí, aby starším občanům nejen náležela všechna práva a svobody, ale aby měli možnost je také využívat tak, jako jiní občané. Měli by zůstat v původním prostředí, v kontaktu s ostatními generacemi.

Účelem této výsadní listiny je připomenutí a uznání důstojnosti, kterou mají požívat starší občané se sníženou soběstačností, připomenutí a uznání jejich práv.

Článek I (svoboda volby)

Každý občan se sníženou soběstačností má právo vybrat si sám způsob svého života. Musí používat autonomie dle svých fyzických a psychických možností, a to i za cenu určitého rizika. Je však třeba, aby byl o tomto riziku informován a přizpůsobil mu prostředí, ve kterém žije. Rodina a ošetřující by měli jeho volbu respektovat.

Článek II (domácnost a prostředí)

Prostředí, ve kterém žije starší občan se sníženou soběstačností (ať je to již jeho domácnost či jiné zařízení), by mělo respektovat jeho volbu a být přizpůsobeno jeho potřebám. Je třeba, aby tito lidé mohli co nejdéle setrvat v domácím prostředí. Tomu by také mělo odpovídat uspořádání, zařízení a vybavení jejich domácnosti. Možnost setrvání doma může mít své meze, a proto je třeba, aby se tito lidé mohli rozhodnout pro alternativní řešení, kterým bývá nejčastěji pobyt v instituci. Častou příčinou, proč je třeba volit pobyt v instituci, je duševní onemocnění (nejčastěji demence).

V tomto případě je třeba, aby pacient i jeho rodina volili vždy podle potřeb pacienta. Cílem je zajistit duševní i psychickou pohodu a kvalitní život. Proto by zařízení měla být koncipována tak, aby odpovídala potřebám soukromého života. Zařízení by mělo být přístupné, bezpečné a umožňovat dobrou orientaci.

Článek III (sociální život s handicapem)

Všichni lidé, kteří jsou v důsledku svého onemocnění závislí na pomoci a péči druhých osob, by měli mít garantovanou svobodu volně komunikovat, neomezeně se pohybovat a podílet se na společenském životě. Urbanisté by při plánování měst měli vzít v úvahu stárnutí populace. Veřejná doprava a prostranství by měly být přizpůsobeny změněným potřebám zdravotně postižených. Všichni starší občané by měli být jasným, srozumitelným a přesným způsobem informováni o svých sociálních právech a o legislativních změnách, které jsou pro ně důležité.

Článek IV (přítomnost a role blízkých a příbuzných)

Pro občany se sníženou soběstačností je zásadně potřebné, aby si mohli zachovat a udržovat dosavadní přátelské a příbuzenské vztahy. Je třeba společensky respektovat roli pečujících rodin, které by měly být zejména psychologicky podporovány. Také instituce by měly dbát na spolupráci s rodinami pacientů, která je důležitá pro zlepšení kvality jejich života. V případě, že není rodina, je třeba, aby její roli převzali profesionálové nebo dobrovolníci. Je třeba, aby si tito lidé také mohli zvolit a prožívat své intimní vztahy.

Článek V (majetek)

Všechny starší osoby s omezenou soběstačností mají nezpochybnitelné právo si zachovat movitý i nemovitý majetek. S tímto majetkem mohou sami disponovat, kromě případů, kdy je soudem rozhodnuto jinak. Pokud tito lidé nejsou schopni nést náklady svého handicapu, je třeba jim pomoci.

Článek VI (aktivní život)

Je třeba umožnit všem starším občanům, kteří jsou závislí na pomoci a péči druhé osoby, aby si co nejdéle zachovali své dosavadní aktivity. Potřeba vyjádřit se a kreativně uplatnit trvá i v situaci těžkého zdravotního i duševního postižení. Je třeba vytvořit centra, která se této problematice budou věnovat. Aktivity by neměly být stereotypem, ale měly by respektovat přání starších občanů. Při koncipování aktivit je třeba se vyvarovat degradujících prvků.

Článek VII

Každý starší člověk se sníženou soběstačností musí mít možnost podílet se na náboženských či filozofických aktivitách dle své vlastní vůle a volby. Každé zařízení by mělo tuto potřebu respektovat a umožnit ji prostorově i přístupem zástupců různých církví a vyznání.

Článek VIII

Stáří je fyziologickým - normálním stavem. Nesoběstačnost je vždy důsledkem tělesné či psychické choroby. Některým z těchto chorobných stavů je možné předcházet. Proto je důležité prosazovat takové medicínské postupy, které povedou k prevenci nesoběstačnosti. Způsoby, jakými lze těmto stavům předcházet, by měly být předmětem informací určených široké veřejnosti, zejména občanům vyššího věku.

Článek IX

Každý člověk se zhoršenou soběstačností by měl mít přístup k takovým službám, které potřebuje, a jsou mu užitečné. V žádném případě by se neměl stát pouhým pasivním příjemcem služeb, a to ani v instituci, ani doma. Přístup ke službám by se měl řídit individuálními potřebami nemocného. Nesmí docházet k věkové diskriminaci. Služby zahrnují všechny lékařské a jiné odborné zdravotnické činnosti, měly by se přizpůsobovat potřebám starších lidí, nikoli naopak. Cílem je zlepšení kvality života nemocného a zmírnění obtěžujících příznaků, např. bolesti, zlepšení nebo udržení dobrého duševního stavu, vrácení naděje. Instituce obecně (i nemocnice) by měly být personálně, věcně

i architektonicky vybaveny pro přijetí starších občanů, a to i těch, kteří jsou nemocní duševně. Musejí být zrušena veškerá administrativní opatření, která vedou ke zbytečnému čekání na příslušnou službu - a jsou vlastně jednou z forem špatného zacházení se starými lidmi.

ČlánekX

Všichni, kteří pracují se staršími pacienty by měli získat vzdělání v gerontologii odpovídající jejich profesi. Vzdělání musí být úvodní a kontinuální, mělo by se zabývat zvláštnostmi onemocnění a potřebami pacientů vyššího věku. Všichni profesionálové by měli mít možnost analyzovat své postoje a praktické přístupy ve spolupráci s psychologem.

ČlánekXI(úctakekonciživota)

Nemocnému v terminálním stadiu onemocnění i jeho rodině by měla být poskytnuta péče, pomoc a podpora. Je samozřejmé, že nelze směřovat stavy závažné a stavy neodvratitelné vedoucí ke smrti. Odmítnutí terapie, kdo má naději na vyléčení je stejným omylem, jako obtěžující a nadbytečné léčení toho, kdo se nachází v terminálním stadiu nevléčitelného onemocnění. Jakmile se blíží neodvratitelně smrt, je třeba nemocného obklopit péčí a pozorností přiměřenou jeho stavu. Znamená to citlivé doprovázení, zmírňování všech nepříjemných psychických i fyzických příznaků, které stav doprovázejí. Umírající by měli svůj život končit co nejpřirozenějším způsobem, obklopeni blízkými, s respektem k víře a přání umírajících. Ošetřující by měli umět doprovázet pacienta, ale i jeho rodinu obdobím před i po smrti.

ČlánekXII(výzkum:prioritaapovinnost)

Prioritou by měl být multidisciplinární výzkum o stárnutí a o všech aspektech a souvislostech soběstačnosti. Jenom výzkum umožní lepší znalost poruch a chorob, které se váží ke stárnutí a tím také k jejich lepší prevenci. Výzkum by měl zahrnovat kromě disciplin biomedicínských také humanitní a ekonomické aspekty. Rozvoj takového výzkumu by měl vést ke zlepšení kvality života osob se zhoršenou soběstačností, ke zmírnění jejich utrpení. Také by měl přinést ekonomický efekt.

Článek XIII (uplatnění práva a právní ochrana osob s omezenou soběstačností)

Každý člověk s omezenou soběstačností musí požívat ochrany svých práv a své osobnosti.

Článek XIV (informace, nejlepší prostředek boje proti vyloučení)

Věřejnost by měla být efektivně informovaná o obtížích, se kterými se setkávají lidé s omezenou soběstačností. Tyto informace by se měly šířit co nejvíce. Neznalost a nevědomost vedou příliš často k sociálnímu vyloučení lidí, kteří by se díky svým zachovaným schopnostem mohli a přáli podílet se na společenském životě. K vyloučení (exkluzi) může vést jednak nerespektování oprávněných potřeb pacientů, ale i nadbytečná infantilizující a invalidizující péče. Často nejsou možnosti ani typy služeb známy, a to dokonce ani profesionálům. Pojmenovat reálnou situaci, poukázat na tento problém v celé složitosti a seznámit s ním veřejnost je významný krok k prevenci sociálního vyloučení starších lidí s omezenou soběstačností.

Pokud naše společnost a všichni její členové budou respektovat, že starší lidé s omezenou soběstačností mají absolutně stejná práva a stejnou důstojnost lidského života jako ostatní dospělí členové společnosti, naplní se poslání této charty (Charta práv a svobod starších občanů, 2007, [on-line]).

Příloha č. 2 Dotazníkový formulář pro pacienty

Vážená paní, vážený pane, chtěla bych Vás požádat o spolupráci. Jmenuji se Michaela Hadačová a jsem studentkou bakalářského studia ošetrovatelství na Západočeské univerzitě v Plzni. V současné době zpracovávám svou bakalářskou práci na téma **Vliv nemocničního prostředí na geriatrické pacienty**. Proto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní a výsledky slouží jen pro moji práci. Za Váš čas Vám předem děkuji.

Vysvětlení k dotazníku:

Dotazník obsahuje 20 otázek, zaškrtněte prosím nejvhodnější odpověď.

1. Kolik je Vám let?

- a) 70 a méně
- b) 71 – 85 let
- c) 86 a více let

2. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

3. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) ženatý/vdaná
- b) vdovec/vdova
- c) druh/družka
- d) svobodný/svobodná
- e) rozvedený/rozvedená

4. Jak dlouho nyní ležíte v nemocnici?

- a) do týdne
- b) do 14 dní
- c) do 4 týdnů
- d) měsíc a déle

5. Jak jste si zvykl/a na pobyt v nemocnici?

- a) bez problémů
- b) s problémy

6. Na co jste po přijetí do nemocnice nejvíce myslel/a?

(můžete zaškrtnout více možností)

- a) na svoje zdraví
- b) na partnera, jak zvládá sám/a péči o sebe a domácnost
- c) na rodinu, zda jsem jim nezpůsobil/a svou hospitalizací problémy
- d) na jiné věci

7. Máte po dobu hospitalizace obavu o chod Vaší domácnosti?

- a) nemám svoji domácnost
- b) ano, mám obavu
- c) ne, nemám obavu

8. Navštěvuje Vás někdo blízký v nemocnici?

- a) ano
- b) ne

9. Pokud odpovíte na otázku č. 8 ANO, jak často Vás navštěvují?

- a) denně
- b) několikrát týdně
- c) 1x za týden

10. Pokud odpovíte na otázku č. 8 ANO, pomáhají Vám návštěvy blízkých zvládnout pobyt v nemocnici?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Jste s blízkými v telefonickém kontaktu?

- a) ano
- b) ne

12. Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 11 ANO, jak často si telefonujete?

- a) 1x za den
- b) několikrát za den
- c) několikrát za týden

13. Jak na Vás působí prostředí nemocnice?

- a) negativně, mám z něho špatný pocit
- b) pozitivně, líbí se mi tady
- c) neumím to posoudit

14. Co Vám při pobytu v nemocnici vadí? (působí negativně)

(můžete zaškrtnout více možností)

- a) nic
- b) hluk na oddělení a v nemocnici
- c) denní režim oddělení
- d) nedostatek soukromí
- e) stavební uspořádání na pokoji (lůžka, koupelna, nábytek)
- f) ostatní pacienti na pokoji
- g) omezená doba návštěv
- h) nedostatek informací o průběhu léčení, dennímu režimu na oddělení
- i) neochota ošetřujícího personálu
- j) personálu chybí úcta a respekt ke stáří
- k) nespokojenost se stravováním (studené, nechutnala mi)
- l) když všeobecné sestry a lékaři mluví moc odborně
- m) jiné

15. Co Vám v nemocnici chybí k tomu, abyste se cítil/a psychicky lépe?

(můžete zaškrtnout více možností)

- a) nic
- b) zájem lékaře a všeobecných sester o Vaši bolest, trápení
- c) více komunikace s ošetřujícím personálem
- d) odborník – psycholog
- e) duchovní
- f) doplňková zařízení (televize, rádio, hodiny)
- g) jiné

16. Projevil někdo zájem z ošetřujícího personálu o Vaše pocity v nemocnici?

- a) ano
- b) ne

17. Míváte během hospitalizace obavu o to, že nebudou vždy včas uspokojeny

Vaše potřeby? (můžete zaškrtnout více možností, u každé možnosti označte ANO nebo NE)

- | | | |
|------------------|-----|----|
| a) hygienické | ano | ne |
| b) vyprazdňovací | ano | ne |
| c) stravovací | ano | ne |

d) odpočinku ano ne

e) duševní (informace, zájem o Vás) ano ne

**18. Má ošetřující personál potřebný čas a zájem, aby si s Vámi v klidu popovídal
a Vy jste se cítil/a psychicky lépe?**

a) ano

b) ne

c) nevím

19. V čem je pro Vás hospitalizace pozitivní?

(můžete zaškrtnout více možností)

a) v ničem

b) zlepšuje se můj zdravotní stav

c) popovídám si s ostatními pacienty (o životě, zdravotním stavu, rodině)

d) získám nové známé

e) jsem rád/a, že se o mě někdo stará

f) odpočinu si zde

g) získám nové informace, vím, jak o sebe pečovat

20. Pokud jste nespokojený/á s pobytem v nemocnici, proč je tomu tak?

(můžete zaškrtnout více možností)

a) obava o svůj zdravotní stav

b) operace a vyšetřovací metody

c) špatný přístup ošetřujícího personálu

d) nemohl/a jsem se na cokoliv zeptat

e) nerozuměl/a jsem ošetřujícímu personálu co mi vysvětluje


f) jiné

Příloha č. 3 Povolení sběru dat

Příloha č. 4 Edukační brožura

Edukační brožura určená pro budoucí zdravotníky, zdravotníky a laickou veřejnost.

Správně oslovujte seniora jménem nebo odpovídajícím titulem.




Ochraňujte seniora před projevy pohrdání, odmítání a zesměšňování.



Aktivně seniorovi naslouchejte.

Při komunikaci se srozumitelně vyjadřujte a ujistěte se, že senior problém správně pochopil.



Mějte dostatek trpělivosti při rozhovoru u zrakově a sluchově znevýhodněných seniorů.



Uplatněte empatii, sociální inteligenci a citlivost v komunikaci se seniorem.

Respektujte změny psychických a fyzických funkcí seniora.

Poskytněte seniorovi dostatečné množství informací, složité termíny opakujte.

Svou pomoc nabízejte seniorovi úměrně jeho zdravotnímu stavu.

