JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

VYUŽITÍ KONZERVAČNÍCH PRINCIPŮ PODLE MODELU M. E. LEVINE V PÉČI O DLOUHODOBĚ LEŽÍCÍHO PACIENTA - SENIORA

Rigorózní práce

2009 Mgr. Alena Machová

The use of conservation principles by M. E. Levine model in care for a long-term ill patient- senior

Key words: Senior – adaptation – integrity - maintenance - nursing

The aim of nursing in care for an old person is the maintenance of integrity in structural, personality and social areas by means of adaptation to inner and outer environmental changes. A patient needs enough energy for keeping the balance. In M. E. Levine model a person is a holistic human being, an integrated unit capable of adaptation. A nurse caring for an old patient identifies problematic areas, which are insufficient energy or defects of structural, personality and social integrity. The main task is renewing and keeping patient ´s health; that is why he or she plans nursing interventions focused on renewing or conservation in impaired area or maintenance in non-impaired area.

The following objectives were set: Objective 1: To map the use of conservation principles: conservation of energy and structural, personal and social integrities by nurses taking care of seniors at long-term-care wards. Objective 2: To find out which of the three integrities (structural, social, personal) is the most marginalised during senior care. Following hypotheses were set: Hypothesis 1: Nurses at the long-term ward maintain balance between intake and output of energy for the seniors according to the conservation principle for energy keeping. Hypothesis 2: Nurses at the long-term ward maintain pain management for seniors according to the conservation principle for energy keeping. Hypothesis 3: Nurses at the long-term ward prevent occurrence of deccubitus according to the conservation principle for energy keeping. Hypothesis 4: Nurses at the long-term ward manage prevention of senior falls according to the conservation principle of structural integrity. Hypothesis 5: Nurses at the long-term ward maintain intimacy for seniors during treatment according to the conservation principle of personal integrity. Hypothesis 6: Nurses at the long-term ward introduce themselves to the senior according to the conservation principle of personal integrity. Hypothesis 7: Nurses at the long-term ward secure contact between senior and his

relatives and friends according to the conservation principle of social integrity. Hypothesis 8: Nurses evaluate the maintaining of structural integrity as the best provided.

In empirical part the quantitative research in the form of questionnaire was carried out. For stating the research group the random stratified choice was used. The research group was composed of 131 nurses working at in-bed departments of following care or in hospices in 9 hospitals in South Bohemian region: Hospital České Budějovice Inc., Hospital Písek, Hospital Tábor, Hospital Jindřichův Hradec, Hospital Český Krumlov, Hospital Strakonice, Hospital Prachatice, Hospital Vimperk and Hospital Dačice. The result evaluation was carried out by analysis and synthesis of the data using the programme SPSS 15.0 a Microsoft Office Excel 2007.

The objectives of the thesis were fulfilled. Hypotheses 1-4 and 7 were proved. Hypotheses 5, 6 and 8 were disproved. The total level of care provided at the long-term wards can be evaluated as very good. It is necessary to focus more on ensuring personal integrity by means of professional attitude of nurses to patients, which might be reached by training in areas of ethics and philosophy of conception models.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma „Využití konzervačních principů podle modelu M. E. Levine v péči o dlouhodobě ležícího pacienta – seniora“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své rigorózní práce, a to v nezkrácené podobě/ úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou, ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích:

Poděkování

Děkuji doc. Gabriele Sedlákové, PhD. za cenné rady a připomínky při zpracování rigorózní práce. Rovněž děkuji hlavním sestrám a náměstkyním ošetřovatelské péče, které mi umožnily provádět výzkum v nemocnicích Jihočeského kraje a samozřejmě sestrám, které se výzkumu zúčastnily. Mé díky patří rovněž mé rodině, která mi byla při psaní práce oporou.

V Českých Budějovicích dne:

Podpis autora:

Obsah

Úvod **3**

1 Současný stav **5**

1.1 Úvod do ošetřovatelských teorií a koncepčních modelů ***5***

1.2 Teorie čtyř konzervačních principů ***7***

1.2.1 Autobiografie autorky Konzervačního modelu Myra Estrin Levine ***7***

1.2.2 Základní pojmy modelu ***8***

1.2.3 Metaparadigmatické koncepce modelu Myra Estrin Levine ***9***

1.2.4 Hlavní jednotky modelu Myra Estrin Levine ***11***

1.2.5 Analýza Modelu čtyř konzervačních principů ***12***

1.3 Využití modelu M. E. Levine v péči o dlouhodobě ležícího seniora ***16***

1.3.1 Metaparadigmatické koncepce podle M. E. Levine zaměřené na seniora ***16***

1.3.1.1 Osoba – senior ***17***

1.3.1.2 Prostředí seniora ***18***

1.3.1.3 Zdraví seniora ***21***

1.3.1.4 Ošetřovatelství v geriatrii ***21***

1.3.2 Princip zachování energie u seniora ***22***

1.3.2.1 Výživa a pitný režim seniora ***22***

1.3.2.2 Rovnováha mezi aktivitou a odpočinkem ***24***

1.3.2.3. Stres u seniora ***29***

1.3.2.4 Infekce u seniora ***30***

1.3.2.5 Specifika hojení ran u seniorů ***30***

1.3.2.6 Problematika bolesti u seniorů ***32***

1.3.3 Princip zachování strukturální integrity seniora ***34***

1.3.3.1 Problematika inkontinence moči a stolice u seniora ***34***

1.3.3.2 Problematika pádů u seniorů ***36***

1.3.4 Zachování osobnostní integrity ***38***

1.3.4.1 Psychické změny ve stáří ***39***

1.3.4.2 Zachování autonomie seniora ***40***

1.3.4.3 Respektování religiozity u seniorů …….. 41
1.3.5 Princip zachování sociální integrity ……42
1.3.5.1 Komunikace se seniorem ……..42
1.3.5.2 Aktivizace seniora za spolupráce rodiny seniora……..……...44
2 Cíle práce a hypotézy…….. 46
3 Metodika……...47
3.1 Metodika práce…….. 47
3.2 Statistická analýza…… 47
3.3 Výzkumný soubor…….. 48
4 Výsledky……49
4.1 Výsledky dotazníkového šetření……49
4.2 Třídění druhého stupně – testování pomocí Pearson Chi-Square testu…….76
4.2.1 Vztah věku sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se hodnocení bolesti u seniorů…….....78
4.2.2 Vztah věku sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se klepání na dveře před vstupem do pokoje seniora…….. 80
4.2.3 Vztah věku sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se zajišťování intimity seniora při hygieně na lůžku……....82
4.2.4 Vztah věku sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se zajišťování intimity seniora při vyprazdňování na lůžku……... 80
4.2.5 Vztah délky praxe ve zdravotnictví a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se uspokojování fyziologických potřeb ……84
4.3 Mapa oblastí péče (clinical pathway) pro seniory vytvořená na základě principů Konzervačního modelu M. E. Levine ……....86
5 Diskuse……..87
6 Závěr……98
7 Seznam použitých zdrojů……..101
8 Klíčová slova…….. 110
9 Přílohy……..…….. 111
9.1 Seznam příloh…….. 111

Moto:

„Adaptace je jistý proces změn, kde individualita si zachovává svou celistvost mezi realitou svého prostředí. Adaptace je základ přežití, je to vyjádření celistvosti celého organismu.“

Levine, M. E., The conservation principles. A model for health. 1991

Úvod

Stáří je nevyhnutelnou součástí života každého živého tvora. Je to vývojová etapa života, ve které dochází k mnoha změnám, na které by se měl člověk postupně připravovat. Příprava na stáří pomáhá lidem se s těmi změnami lépe vyrovnat. Jedná se o změny v oblasti fyzické, psychické i sociální. Starý člověk často trpí řadou chorob a s tím souvisí fyzické problémy. Nemoci ve stáří mají své specifické projevy a průběh. V psychické sféře jsou u starého člověka typické změny v oblasti paměti, vnímání a prožívání. Nadále jsou pro starého člověka významné změny v sociální oblasti. Starý člověk se musí vyrovnávat se ztrátou svých blízkých, bývá pro něj velmi těžké navazovat nové kontakty v neznámém sociálním prostředí.

Cílem ošetřovatelství v péči o starého člověka je zachování lidské individuality a celistvosti ve strukturální, osobnostní a sociální oblasti prostřednictvím adaptace na změny vnitřního i vnějšího prostředí. K udržení rovnováhy potřebuje pacient dostatek energie. V modelu Levine je jedinec chápán jako holistická bytost, integrovaný celek schopný adaptace. Sestra v péči o starého pacienta identifikuje problémové oblasti, tj. nedostatek energie nebo poruchy strukturální, osobnostní nebo sociální integrity. Hlavní úlohou sestry je obnova a udržení zdraví jedince, a proto plánuje ošetřovatelské intervence zaměřené na obnovení nebo konzervaci v porušené oblasti nebo zachování v neporušené oblasti. Úspěšná adaptace starého člověka vede k ochraně a stabilitě organismu jedince.

Model M. E. Levine nedává sestrám přesný návod na poskytování ošetřovatelské péče seniorům, nabízí však možný pohled na specifické problémy seniora a jejich řešení. Záleží jen na poskytovatelích ošetřovatelské péče, jak model použijí. Podle autorky modelu je ošetřovatelství především lidská interakce. Profesionální ošetřovatelství by měly poskytovat sestry – profesionálky, protože ošetřovatelská praxe

je založena na jedinečných znalostech ošetřovatelství a vědeckých znalostech dalších disciplín. Povinností sestry je vnést základní část vědeckých principů, na kterých závisí její rozhodnutí, do přesných situací, na kterých se sestra podílí s pacientem. Citlivé pozorování a výběr vhodných údajů tvoří základ pro její odhad ošetřovatelských požadavků pacienta. Sestra se aktivně účastní v pacientově prostředí a většina z jejích výkonů podporuje přizpůsobování pacienta v jeho boji s nemocí. Hlavním cílem ošetřovatelské péče o seniory je především zachování soběstačnosti a možnost poskytování nezbytných ošetřovatelských intervencí v domácím prostředí.

1 Současný stav

2.1 Úvod do ošetřovatelských teorií a koncepčních modelů

Vývoj ošetřovatelství byl až do poloviny minulého století založený spíše na praktických zkušenostech než na teoretickém základu. Rozvoj teoretické základny oboru ošetřovatelství nastal v polovině 20. století v USA a Kanadě. V současné době je teoretická základna plně rozvinuta, rozvíjí se nové specifické ošetřovatelské koncepce, teorie a modely. Směr jednotlivých modelů a teorií je ovlivněn rozvojem vědomostí, zkušenostmi z praxe a především filosofickými názory jednotlivých autorek. (47)

Koncepční model je soubor abstraktních a všeobecných koncepcí a tvrzení začleněných do smysluplné konfigurace. Týká se všeobecných představ o jednotlivcích, skupinách, situacích, událostech a jevech, které jsou z pohledu vědní disciplíny zajímavé. Koncepční modely se zaměřují na konkrétní jevy a ovlivňují tak naše vnímání skutečnosti. Zároveň odráží filosofický názor autora, praktické zkušenosti v oboru, myšlenkové postupy. Základní myšlenkou autorky je její hodnotový systém. V ošetřovatelství koncepční model poskytuje orientaci pro praxi, vzdělání a výzkum. Tvrzení koncepčního modelu jsou abstraktní a všeobecná, není je možno empiricky pozorovat či zkoumat. Pro pojem koncepční model můžeme použít slova stejného nebo podobného významu jako je paradigma, koncepční systém, koncepční rámec. (1, 47, 64)

Mezi základní cíle ošetřovatelských modelů a teorií je shromažďování poznatků za účelem zlepšení ošetřovatelské praxe a logické třídění informací. Dále modely umožňují zdravotníkům získat anamnézu od pacientů a v závěru pak hodnotit účinek a kvalitu ošetřovatelské péče. Zároveň vývoj modelů má vliv na rozvoj studia ošetřovatelství a stejně tak na rozvoj výzkumu. (32)

Koncepční modely ošetřovatelství existují již od doby F. Nightingale, i když její chápání ošetřovatelství není považované za model ale spíše za teorii. Teprve skupina Johnson, Reilly a Roy pojmenovala různé pohledy na ošetřovatelství koncepčními modely. Rozvoj koncepčních modelů můžeme považovat za významnou etapu v rozvoji ošetřovatelství jako samostatné vědní disciplíny. (47)

Každý z modelů ošetřovatelství definuje čtyři hlavní metaparadigmatické koncepce rozdílným způsobem a to: osobu, prostředí, zdraví a ošetřovatelství. Koncepční modely ošetřovatelství mají tři základní části: asumpce (předpoklady), hodnotový systém a hlavní jednotky. Asumpce jsou fakta nebo předpoklady, které jsou základním kamenem koncepce ošetřovatelství. Jsou odvozeny od vědecké teorie nebo praxe a jsou v praxi ověřitelné, v jednotlivých modelech se liší. Většina koncepčních modelů vychází z praxe. Hodnotový systém je tvořen základními myšlenkami oboru, které jsou v jednotlivých modelech podobné a jsou odrazem filosofie autorky. (47, 64, 74)

Hlavní jednotky modelu byly vytvořeny z východisek a hodnotového systému. Rozlišujeme sedm hlavních jednotek ošetřovatelského modelu a to: cíl ošetřovatelství, klient/pacient, role sestry, zdroj potíží, ohnisko zásahu, způsoby zásahu a důsledky. Cíl ošetřovatelství určuje, co chceme v ošetřovatelství dosáhnout, vychází z asumpcí a u jednotlivých modelů se liší. Klient/pacient je definovaný jako příjemce ošetřovatelské péče. Úloha sestry popisuje role sestry v ošetřovatelské péči o pacienta. Zdroj potíží určuje příčinu klientových problémů, které jsou ovlivnitelné ošetřovatelskými intervencemi. Ohnisko zásahu stanovuje zaměření ošetřovatelských intervencí. Způsob zásahu jsou vlastní intervence, které sestra provádí u pacienta. Důsledky jsou dosažené stanovené cíle prostřednictvím intervencí. (1, 18, 47,74)

Rozlišujeme několik kategorií koncepčních modelů: vývojové modely, modely systémů, interakční modely, modely potřeb, modely výsledků, humanistické modely, modely energetických polí, modely substituční, konzervační modely, modely podpory a posílení. Většina koncepčních modelů může být zařazena do dvou i více kategorií. (47, 74)

V praxi ukazují modely sestrám a porodním asistentkám směr, kterým se mají v péči o pacienta ubírat. Ukazují zdravotníkům, co pozorovat, čeho si více všímat, o čem a jak přemýšlet. Význam modelů spočívá především ve způsobu organizace myšlení, pozorování a předávání informací o zjištěných skutečnostech. Modely usnadňují sestrám a porodním asistentkám komunikaci mezi sebou navzájem a mezi nimi a pacienty. (47)

2.2 Teorie čtyř konzervačních principů M. E. Levine

2.2.1 Autobiografie autorky Konzervačního modelu Myra Estrin Levine

Teorie čtyř konzervačních principů patří mezi modely energetických polí. Jeho autorka Myra Estrin Levine (Příloha 2) absolvovala profesní ošetřovatelské vzdělání v roce 1944 na Cook County School of Nursing v Chicagu. Následovala ošetřovatelská praxe v nemocnici i v komunitní péči. Vyučovala také fyziku na Cook County School. V roce 1949 získala bakalářský titul a v roce 1962 titul magisterský. Od roku 1963 pokračovala v akademické kariéře. Působila také jako hostující profesorka na Univerzitě v Tel–Avivu v Izraeli a na dalších významných světových univerzitách. Za svoji vědeckou práci v ošetřovatelství získala několik ocenění. Byla zakládající členkou American Academy of Nursing, čestnou členkou v American Mental Health Aid to Izrael a získala čestné uznání od Illinois Nurse´s Association. (47)

Podnětem pro práci na vývoji ošetřovatelského modelu byla pro autorku činnost v organizačních strukturách ošetřovatelství a vzdělávání. Teorii čtyř konzervačních postupů uveřejnila v knize „Čtyři konzervační principy v ošetřovatelství“. Tuto teorii dále v průběhu praxe rozpracovávala a blíže specifikovala. Některé změny v této teorii vysvětlila v kapitole „Konzervační principy: O dvacet let později“. (1, 47)

Autorka při zpracování své teorie vycházela především z holistické teorie. Poznatky z biologie, fyziologie, fyziky, sociálních a duchovních věd získané při studiu jí pomohly pochopit význam celistvosti. Její mentorka na Wayne State University Irene Beland ji upozornila na řadu významných odborníků jako: J.Gibsona (teorie vnímání), E. Eriksona (teorie o rozlišování celku a celistvosti), H. Selyeho (teorie stresu) a M. Batesa (model vnějšího prostředí). Levine při práci na tvorbě modelu předpokládala, že lidský organismus není pouhý celek, ale souhrn jednotlivých částí, které reagují na změny prostředí. Změny v jedné části způsobují změny v ostatních částech lidského organismu. (47)

Levine rozvinula svůj konzervační model jako rámec pro výuku začínajících studentů ošetřovatelství. V první části její knihy uvedla své názory na holismus a dále názor, že konzervační principy podporují holistický přístup k péči o pacienta. Model je

celistvý, má šířku i hloubku a je srozumitelný. Podle Levine sestry používající konzervační model mohou odhadovat, vysvětlit, stanovit a vykonávat péči o pacienta. Avšak, schopnost modelu předvídat výsledky musí být dále ověřována. Levine se domnívala, že pravidla zachování a udržení celistvosti jsou použitelná všude, kde je poskytována ošetřovatelská péče. (61)

2.2.2 Základní pojmy modelu

Konzervační model Myra Estrin Levine vychází z holistického pojetí člověka. Modelem se prolínají především tři základní pojmy a to: celistvost, adaptace a konzervace neboli zachování. Pojem celistvost znamená celek, zdraví nebo také svěžest. Anglické slovo wholeness je odvozeno z Anglo- saského slova hal. Levine vycházela při vysvětlování pojmu celistvost z teorie základu celistvosti psychologa Eriksona. Organismus jako celek je otevřený systém, složený z mnoha částí, jež mají různé funkce a mezi nimiž existuje progresivní vzájemnost. Hranice mezi nimi jsou otevřené a plynulé. Levine věřila, že možnost zkoumání jednotlivých částí vede k pochopení celku. Celistvost znamená jedinečnost jednotlivců, zdůrazňuje, že jednotlivci reagují způsobem integrovaného jedince na problémy prostředí. (61)

Adaptace je proces změny, při níž si jednotlivec udrží svoji integritu jeho vnitřního a vnějšího prostředí. Výsledkem je konzervace nebo zachování. Některé adaptace jednotlivců mohou být úspěšné, některé naopak ne. Adaptace je postupný proces. Podle Levine neexistuje nic, čemu se říká maladaptace. Levine mluví o následujících třech charakteristikách adaptace: 1. sled, 2. specifikace, 3. nadbytek. Uvádí, že každý živočišný druh má ustálené vzory reakcí, které jsou jedinečně navržené k zajištění úspěchu v základních životních aktivitách, ukazující adaptaci jak vývojovou tak specifickou. Navíc adaptivní vzory chování mohou být ukryty v genetickém základu jednotlivce. Nadbytek představuje zajištění možnosti zdrojů, které jednotlivec potřebuje k zajištění adaptace. Ztrátou nadbytečných zdrojů buď úrazem, věkem, nemocí nebo vlivem přírodních podmínek ztrácí jedinec možnost přežít. Podle Levine je stárnutí následkem selhání nadbytku fyziologického a psychologického procesu. (61)

Zachování neboli konzervace pochází z latinského slova conservatio, což znamená udržet pospolu. Konzervace popisuje způsob, jakým jsou komplexní systémy schopny pokračovat ve funkci i v případě velkého ohrožení. Konzervací jsou jednotlivci schopni čelit překážkám, adekvátně se přizpůsobit a udržet si svoji jedinečnost. Cílem konzervace je zdraví a síla čelit slabosti, dokud pravidla zachování a udržení integrity dovolí, ve všech situacích, kde je potřeba ošetřovatelství. Hlavním cílem konzervace je udržení jednotlivce jako celku. I když se ošetřovatelské intervence zaměřují na jeden konzervační princip, musí sestry rozpoznat také vliv dalších konzervačních principů. (9, 46, 61)

Dalším důležitým pojmem modelu je anglické slovo „Trophicognoses“, který autorka použila jako alternativu k pojmu ošetřovatelská diagnóza. Do češtiny přeloženo znamená tento pojem „posudek ošetřovatelské péče“ získaný vědeckou metodou. Tento posudek je základem pro stanovení ošetřovatelské péče prováděné sestrou. (42, 46, 61)

2.2.3 Metaparadigmatické koncepce modelu Myra Estrin Levine

Každý model definuje metaparadigmatické koncepce, které představují předmět zkoumání a jsou to: osoba, prostředí, zdraví a ošetřovatelství, není tomu jinak u Levine. Osoba je autorkou popisována jako holistická bytost, celistvost je integrita. Integritou je myšleno, že osoba má možnost svobodné volby a pohybu. Osoba má pocit identity a vlastní ceny. Levine tedy popsala osobu jako systém systémů a v jeho celistvosti vyjadřuje organizaci všech přispívajících částí. Osoby vnímají život jako změnu prostřednictvím adaptace. Cílem je konzervace neboli zachování. Podle Levine je životní proces především procesem změn. (61)

Zdraví je společensky determinováno schopností jednotlivce fungovat přiměřeným normálním způsobem. Zdraví je předurčeno sociálním prostředím, ve kterém se jednotlivec nachází. Zdraví neznamená pouze absenci patologických podmínek. Zdraví je návratem k vlastnímu já, jednotlivci jsou svobodní a schopni vyvíjet jejich vlastní zájmy v kontextu jejich vlastních zdrojů. Zdraví je dále ovlivněno kulturou jednotlivce. Je určováno etikou a vírou skupiny, ke které jednotlivci přísluší.

Definice zdraví se pro jednotlivé osoby v průběhu času mění. Opakem zdraví je nemoc, kterou autorka definuje jako desynchronizaci s vnějšími událostmi, ztrátu pohody, ztrátu celistvosti. Zdraví a nemoc jsou adaptivní reakce jednotlivce. (61)

Levine kladla velký důraz na význam prostředí. Pohlížela na každého jednotlivce v kontextu s jeho vlastním prostředím, jak vnitřním, tak zevním. Sestry mohou chápat vnitřní prostředí jako fyziologické a patofyziologické stránky pacienta. Vnější prostředí je to, co nás obklopuje. Levine použila Batesovu definici vnějšího prostředí a navrhla následující 3 úrovně: 1. vjemové prostředí 2. praktické prostředí a 3. pojmové prostředí. Tyto úrovně dávají rozměr interakcím mezi jednotlivci a jejich prostředím. Vjemová úroveň prostředí zahrnuje stránky světa, které jsou jednotlivci schopni zachytit a vyložit si jejich smyslovými orgány. Praktická úroveň obsahuje věci, které ovlivňují jednotlivce fyzicky, přestože je nevnímají přímo, např. mikroorganismy nebo škodliviny. V pojmové úrovni, je prostředí vybudováno z kulturních vzorů, charakterizovaných spirituální existencí a zprostředkovaných symboly jazyka, myšlení a historie. Jedinec se aktivně podílí na svém prostředí. (61)

Schopnost jednotlivce přizpůsobit se podmínkám prostředí je nazývána reakcí organismu. Může být rozdělena na 4 následující úrovně: 1. boj nebo útěk, 2. zánětlivou reakci, 3. reakci na stres a 4. podvědomí. Tou nejzákladnější reakcí je syndrom boje nebo úniku. Jednotlivec vnímá, že je ohrožen, i když tato hrozba nemusí skutečně existovat. Hospitalizace, choroba a nové zkušenosti vyvolávají reakce. Jedinec reaguje ostražitostí, aby mohl najít více informací a zabezpečit tak svoje bezpečí a duševní pohodu. Zánětlivá reakce chrání jedince proti napadení v nepřátelském prostředí. Reakce využívá dostupnou energii k odstranění nebo potlačení nechtěných podráždění nebo patogenů. Tato reakce je časově omezená, protože vyčerpává energetické rezervy jednotlivce. Reakce na stres patří k předvídatelným, nespecifickým změnám organismu. Reakce podvědomí je reakce založená na podvědomí jednotlivce. Jednotlivec využívá těchto reakcí, aby si našel a zajistil bezpečí. (42, 61)

Ošetřovatelství je společenskovědní disciplína. Důraz kladený na vědecké a technické vědomosti je nepostradatelný k rozvoji ošetřovatelství jako profese, čehož nelze dosáhnout bez intelektuálních schopností, jež jsou nepostradatelné v humanitních

oborech. Humanitní vědy vyžadují jak sebepozorování, tak spoluúčast. Ošetřovatelství je lidská interakce. Profesionální ošetřovatelství by mělo být vyhrazeno pro ty vyvolené, kteří jsou schopni dokončit a absolvovat studijní program ošetřovatelství, jehož obtížnost je srovnatelná se studiem profesionálů v kterékoli jiné vědecké disciplíně. Ošetřovatelská praxe je založena na jedinečných znalostech ošetřovatelství a vědeckých znalostech dalších disciplín podporujících sesterské znalosti. Povinností sestry je vnést základní část vědeckých principů, na kterých závisí rozhodnutí, do konkrétních, na kterých se podílí spolu s pacientem. Citlivé pozorování a výběr vhodných údajů tvoří základ pro její odhad ošetřovatelských požadavků pacienta. Sestra zaujímá aktivní účast v pacientově prostředí a většina z jejích výkonů podporuje přizpůsobování v jeho boji s nemocí. Jestliže ošetřovatelské intervence ovlivňují adaptaci pacienta příznivě nebo směrem k obnovení duševní pohody jednotlivce, je práce sestry s pacientem terapeuticky smysluplná. Jestliže adaptační reakce pacienta nejsou adekvátní a příznivé pro zlepšení jeho zdravotního, poskytuje sestra ošetřovatelskou péči podpůrnou. Cílem ošetřovatelství je podporovat adaptaci a udržovat celistvost. (37, 61)

2.2.4 Hlavní jednotky modelu Myra Estrin Levine

Každý koncepční model zahrnuje sedm hlavních jednotek modelu. Jsou to: cíl ošetřovatelství, pacient nebo klient, role sestry, zdroj potíží, ohnisko zásahu, způsob zásahu a důsledky. Obsahové zaměření hlavních jednotek jednotlivých koncepčních modelů se liší podle filosofie autora a jeho pohledu na ošetřovatelství. (47)

Cílem ošetřovatelství v modelu M. E. Levine je návrat zdraví jednotlivce, integrity, duševní pohody a závislých aktivit. Znamená to zachování energie, sociální, osobní a strukturální integrity. A pokud je to nezbytné, udržování přiměřené rovnováhy mezi schopnostmi pacienta, zapojením do péče a ošetřovatelskými činnostmi. Ošetřovatelská péče má být přiměřená a jedinečná. (42, 47, 61)

Pacient nebo klient (Příloha 3) je stále se měnící organismus, který je v neustálé interakci s prostředím a který se trvale snaží udržovat svojí integritu. Reakcí lidské bytosti je celistvost. Pacient, který má porušenou integritu a není sám schopen

přizpůsobit se změnám vnitřního nebo vnějšího prostředí, potřebuje ošetřovatelskou péči. (47, 61)

Sestra je profesionální pracovník, který absolvoval odpovídající vzdělání v oboru ošetřovatelství. Role sestry spočívá v poskytování ošetřovatelské péče metodou ošetřovatelského procesu. Základem je odhad, diagnóza a ošetřovatelské intervence za použití vědeckých metod s hlavním důrazem na pozorování jako centrálním nástrojem. Vztah sestra – pacient je součástí ošetřovatelského procesu, stejně jako atmosféra, ve které se člověk uzdravuje. Sestra musí respektovat pacientovy reakce na změny prostředí. Pro poskytování kvalitní péče potřebuje sestra znalosti nejen z ošetřovatelství ale i vědeckých disciplín, jako je medicína, psychologie, sociologie, etiky a dalších. (42, 61)

Zdrojem potíží pacienta a ohniskem zásahu pro sestru je vnitřní nebo vnější prostředí. Způsob zásahu neboli provádění ošetřovatelských intervencí spočívá ve využití čtyř konzervačních principů. Důsledkem je adaptační proces změn, jimiž si jedinec zajišťuje svoji strukturální, osobnostní a sociální integritu. (32, 47, 61)

Způsob zásahu závisí na zdroji potíží. Jednotlivé ošetřovatelské intervence sestra provádí po pečlivé analýze zdravotního stavu pacienta. Při problému v zachování energie zaměřuje sesterské činnosti na zajištění rovnováhy mezi příjmem a výdejem energie. Při problémech zachování strukturální integrity provádí ošetřovatelské intervence zaměřené na změny ve fyziologických funkcích. Při porušení osobnostní integrity jsou intervence především psychologického rázu. Cílem je zajištění duševní rovnováhy pacienta. Intervence poskytované při narušení sociální integrity jsou namířené na sociální prostředí klienta. Prostředkem pro zachování sociální integrity je komunikace a interakce s okolím klienta. (47, 61)

2.2.5 Analýza Modelu čtyř konzervačních principů

Konzervační model Myra Estrin Levine odpovídá na tři otázky položené autorkou. Jaké jsou způsoby, jimiž je poskytována ošetřovatelská péče? Jaké jsou cíle ošetřovatelských činností? Proč jsou tyto ošetřovatelské činnosti poskytovány?

Odpovědí autorky na tyto otázky je konceptualizme metody ošetřovatelství jako konzervace pacientových zdrojů, jako adaptace na prostředí a jako rozvoj systému vnímání pacienta. Ústřední myšlenku teorie je doložena názvem, který si autorka pro svůj koncepční model vybrala a to zachování energie: univerzální pojetí. (61)

Podnětem pro rozvoj modelu byla snaha o oddělení ošetřovatelství od lékařství. Místo pojmu ošetřovatelská diagnóza používala pojem „trophicognoses“, což znamená úsudek o stavu pacienta. Cílem bylo odlišení lékařské diagnózy orientované na nemoc a sesterského úsudku orientovaného na potřeby pacienta. Levine vyzývala sestry, aby zjednodušily svůj „jazyk“ a sjednotily pojmy používané v ošetřovatelství ke zlepšení komunikace mezi jednotlivými poskytovateli ošetřovatelské péče. Pro získání odhadu definovala autorka devět oblastí: 1. životní příznaky, 2. pohyb a postavení těla, 3. péče o osobní hygienické potřeby, 4. tělní tekutiny, 5. výživové potřeby, 6. plyny, 7. termoregulace, 8. podávání léků a 9. zajištění aseptického prostředí. (61))

Zhodnocení by mělo zahrnout orgánové systémy a systémy prostředí. První popisuje fyziologické a biologické adaptivní integrační systémy, tak jako reakci na strach (boj a únik), zánět, stres. Další systémy jsou reakcí na prostředí, což je více než jen přímé okolí jedince. Vjemové prostředí je závislé na schopnosti osoby přijímat smyslové stimuly smyslovými orgány, akční prostředí zahrnuje všechny fyzikální prvky, které nemohou být zaznamenávány smysly (radiace, mikroorganismy) a pojmové prostředí určované závislostí lidské bytosti na symbolických výměnách jazyka a myšlenek, zahrnuje kulturní prvky. (61)

Podstatou ošetřovatelské péče je zachování celistvosti pacienta. Levine nikdy nepoužívala pojem klient. Pojem klient pochází z latinského slova clinare (přiklánět se či inklinovat) a cliens pak ten, kdo se má o koho opřít. Pacient by měl být partnerem v ošetřovatelském procesu a sestra by se měla snažit o rozvoj vzájemné spolupráce. Cílem ošetřovatelství je adaptace pacienta na změny vnitřního nebo vnějšího prostředí. Schopnost jednotlivce přizpůsobit se podmínkám prostředí je nazývána reakcí organismu. Může být rozdělena na 4 následující úrovně: 1. boj nebo útěk, 2. zánětlivou reakci, 3. reakci na stres a 4. podvědomí. Léčba se zaměřuje na zvládnutí reakcí na choroby a onemocnění. (46, 61)

Tou nejzákladnější reakcí je syndrom boje nebo úniku. Jednotlivec vnímá, že je ohrožen, i když tato hrozba nemusí skutečně existovat. Hospitalizace, choroba a nové zkušenosti vyvolávají reakce. Jedinec reaguje ostražitostí, aby mohl najít více informací a zabezpečit svoji bezpečí a duševní pohodu. Zánětlivá reakce je obranný mechanismus, který chrání jedince proti napadení v nepřátelském prostředí. Reakce využívá dostupnou energii k odstranění nebo potlačení nechtěných podráždění nebo patogenů. Tato reakce je časově omezená, protože vyčerpává energetické rezervy jednotlivce. Důležitý je dohled nad prostředím. Další reakcí je reakce na stres. Selye přiřadil syndrom stresové reakce k předvídatelným, nespecifickým změnám organismu. Životní strasti se odrážejí ve tkáních, v dlouhotrvajících hormonálních reakcích na životní zkušenosti zapříčiňující strukturální změny. Toto je charakterizováno nevratností a má vliv na reakci pacienta na ošetřovatelský proces. Reakce podvědomí je založena na podvědomí jednotlivce. Jedná se o vnímání světa okolo sebe, vyhledávání informací. Jednotlivec využívá těchto reakcí, aby si našel a zajistil bezpečí. (61)

Adaptace by mohla být docílena zachováním energie. Zachování energie je důležité pro vývoj nemoci a začíná regulací metabolismu v reakci na škodlivé síly, které tuto nemoc vyvolávají. To neznamená pouze omezení aktivit, ale také vhodné rozložení výdeje energie, které umožňuje aktivity v rámci schopnosti bezpečí a pohodlí jedince. Zachování strukturální integrity je docíleno úkony, které podporují fyziologické a anatomické pozice. Zachování osobnostní integrity je spojeno s procesy prostředí. To zahrnuje konzervaci vlastní integrity uvědomováním si vlastní ceny a zachování sociální integrity uznání kulturních, etnických, náboženských potřeb. (9, 61)

Cíle konzervačního modelu jsou dosahovány intervencemi, které berou v potaz konzervační principy: 1. zachování energie, 2. zachování strukturální integrity, 3. zachování osobnostní integrity a 4. zachování sociální integrity (42, 46, 47, 61). Jednotlivec vyžaduje rovnováhu energie a stálou obnovu energie k udržení životních aktivit. Proces jako například hojení a stárnutí tuto energii spotřebovávají. Tento zákon termodynamiky platí u všeho živého na světě včetně lidí. (9, 61)

Konzervace energie byla dlouho používána v ošetřovatelské praxi i v těch nejzákladnějších procedurách. Ošetřovatelské intervence přiměřené schopnosti jedince

jsou závislé na poskytované péči, která umožňuje další nejmenší požadavky. Hojení je proces obnovení strukturální a funkční integrity prostřednictvím konzervace v obraně celistvosti. Postižení jsou navedeni na novou úroveň adaptace. Sestry mohou omezit množství poškozených tkání v nemoci časným rozpoznáním funkčních změn a ošetřovatelskými intervencemi. Sebeúcta a pocit identity jsou důležité. Těmi nejzranitelnějšími se stávají pacienti. Začíná to narušením soukromí a úzkostí. Sestry mohou prokázat pacientovi respekt prostřednictvím oslovování jménem, respektováním jeho přání, ceněním si osobního majetku, zajišťováním intimity v průběhu výkonů, podporou jejich ochrany a jejich učením. Cílem sester je vždy poskytovat vědomosti a sílu tak, aby se jedinec mohl vrátit do svého soukromého života, ne jako pacient, ale jako nezávislý jedinec. Zachování osobnostní integrity zahrnuje úctu ke každé osobě. Život získává smysl prostřednictvím sociálních komunit a zdraví je ovlivněno společností. Sestry vykonávají profesionální role, zabezpečují rodinné příslušníky, pomáhají s duchovními potřebami a používají interpersonální vztahy k zachování sociální integrity. (9, 61)

Teorie Levine je poskládaná z konceptů adaptace, konzervace, reakcí a prostředí, a proto je přiměřená existenčním návrhům. Je to mikroteorie s omezeným polem působnosti, namířená na konzervaci energie a celistvosti. Je deduktivně rozvíjena z hypotetických počátků, pohledů, které pohlíží na ošetřovatelství tak, jaké by mělo být. Je to popisná (deskriptivní) teorie, která se pokouší popsat strategie ošetřovatelské péče a klientů ošetřovatelství. Určuje hlavně fenomén poruchy, boj nebo únik, stresové reakce, zánětlivé reakce a reakce podvědomí. Teorie souhlasí s hlavními profesionálními a sociálními pohledy na zdraví a péči o pacienty. Levine se hlásila k holistické péči ještě dříve, než byl holismus akceptován jako pojem v oboru ošetřovatelství i sociální péče. (61)

Použití přirozených zdrojů jedince k zachování energie a uchování celistvosti jedince se v budoucnosti vyplatí. Jejich sociální význam by měl udělat teorii použitelnou pro širokou veřejnost, přesto ale zůstává výzvou pro budoucnost ošetřovatelství. Opět se dostáváme k otázkám, které nás sestry vedou ke zlepšování ošetřovatelské péče. Jak dosáhneme cílů ošetřovatelské péče? Jaká jsou výsledná

kritéria, podle kterých my sestry víme, zda jsme dosáhly cílů? Jsou naše preventivní opatření a ošetřovatelské intervence efektivní? (61)

Levine je zastánce teoretických vyjádření, které jsou založeny na souvislostech volajících po důkazech pravdy v ošetřovatelství. Dodala do ošetřovatelství vizionářský pohled na prostředí, holistické ošetřovatelství, celistvou osobnost, potenciál významu vjemového aparátu v ošetřovatelství a ošetřovatelské činnosti jako konzervace. (61)

2.3 Využití modelu M. E. Levine v péči o dlouhodobě ležícího seniora

Proces stárnutí je provázen řadou fyzických, psychických a sociálních změn. Tyto změny plně korespondují s konzervačními principy dle modelu Levine a kladou zvýšené nároky na zachování energie, zachování strukturální, osobnostní a sociální integrity. Na zajištění rovnováhy se nejčastěji podílí sám senior a jeho rodina. V případě nemoci, zhoršení celkového zdravotního či psychického stavu přebírají péči o seniora profesionální ošetřovatelé. Jejich úkolem je zhodnotit schopnost adaptace seniora na danou situaci a vhodnými ošetřovatelskými intervencemi zajistit zachování jeho strukturální, osobnostní i sociální integrity tak, aby byl schopen vrátit se do svého sociálního prostředí. (39)

1.3.1 Metaparadigmatické koncepce podle M. E. Levine zaměřené na seniora

Metaparadigmatické koncepce jsou předmětem zkoumání každé teorie či koncepčního modelu. Nejčastěji je to osoba, prostředí, zdraví a ošetřovatelství, nemusí být však předmětem zkoumání u všech autorek koncepčních modelů. Stejně tak každá autorka nepřikládá jednotlivým metaparadigmatickým koncepcím stejný význam. Pro M. E. Levine jsou všechny zmíněné metaparadigma stejně významné. Předmětem zkoumání dle tohoto modelu, aplikovaném na seniory, je osoba (senior), prostředí seniora (vnitřní i zevní), zdraví seniora (fyzické, psychické i sociální) a geriatrické ošetřovatelství. (47)

1.3.1.1 Osoba – senior

Osobu definuje Levine jako biopsychosociální bytost, která je v neustálé interakci s prostředím a musí se na něj adaptovat, aby si zachovala svoji integritu. (42, 47, 61)

Stáří je poslední vývojovou etapou člověka, která vyžaduje od seniora schopnost adaptace. Stárnutí je pak označováno jako proces mnoha fyziologických, psychických i sociálních změn v životě jednotlivců. Problematikou stárnutí a stáří se zabývá vědecký obor gerontologie. To, kdy je jedinec považován za starého, nelze jednoznačně určit. K určení stáří využívá Světová zdravotnická organizace kalendářní věk. Podle dosaženého věku dělí stáří na tři etapy: rané stáří (60 – 74 let), pravé stáří (75 – 89 let) a dlouhověkost (90 let a více). Průběh stáří jednoznačně odráží předchozí vývojová období. (14, 33, 35, 67)

Přísloví praví, že každý je tak starý, na kolik se cítí. Toto tvrzení vychází z tzv. funkčního věku. Jednotliví senioři se mezi sebou odlišují zdravotním stavem (fyzickým i psychickým), sociálním a ekonomickým postavením, samozřejmě pak i rodinnou situací. Nelze však popřít, že stáří je méně či více provázeno řadou změn, se kterými se starý člověk musí vyrovnat. (26)

Během stárnutí dochází k biologickým změnám, jež mají za následek změny ve funkčním potenciálu seniora. Ke klinicky vyznaným biologickým změnám řadíme oslabení a zpomalení regulačních mechanismů, snížení schopnosti adaptace, atrofii tkání, úbytek svalové a kostní hmoty, snížený průtok krve jednotlivými orgány, zhoršení smyslového vnímání, snížení elasticity tepen, snížení dechových a ledvinových funkcí, snížení žaludeční acidity a absorpční schopnosti střev. Dále pak dochází k celkovému poklesu imunity, snížení bazálního metabolismu, poklesu elasticity kůže a její atrofii. Snížení vitality tkání vede ke zhoršenému hojení ran, kazivosti a ztrátě chrupu, ztrátě vlasů. (25, 62)

Z psychických změn je významné zhoršování smyslového vnímání a to především zraku a sluchu. Tím je senior značně omezen v různých činnostech, jako je četba, poslech hudby, sledování televize apod. Navíc zhoršení zraku a sluchu může vážně omezit schopnost komunikace s ostatními lidmi. U seniora dochází také ke ztrátě

paměti. Staří lidé si pamatují staré zážitky, ale zapamatování nových událostí je pro ně obtížné. Také inteligence hodnocená běžnými inteligenčními testy u seniora klesá, je to však vysoce individuální. Zároveň se mění kvalita afektivního prožívání. Snižuje se bezprostřednost a intenzita emocí v jednání s lidmi. Někdy naopak dosažené životní zkušenosti mohou seniora vést k přehodnocení svého dosavadního života a pochopení smyslu bytí. Osobnost starého člověka doznává také změn. Zajištění integrity duševních vlastností umožňuje seniorovi lépe se vyrovnat s problémy vlastního stáří. Někteří senioři zůstávají nadále aktivní a žijí smysluplný život, jsou schopni udržet integritu své osobnosti a adaptovat se na danou situaci. Jiní se naopak stávají závislými na svém okolí, mohou se u nich objevit projevy agrese vůči sobě či svému okolí. (35)

Ve stáří doznávají změn i citové vztahy. Charakter vztahů s blízkými se většinou nemění a význam rodiny v životě seniora se často zvyšuje. Starý člověk obvykle zastává významnou roli dědečka, pradědečka a předává své zkušenosti dalším generacím. Častost kontaktů seniora se svými blízkými se však u jednotlivců může lišit. Zachování dobrých rodinných vztahů ulehčuje schopnost adaptace seniora. Partnerské vztahy ve stáří jsou posilovány společnou minulostí a vzájemnou podporou. Smrt životního partnera je závažnou životní situací, která klade na seniora velké nároky v oblasti adaptace. (35)

1.3.1.2 Prostředí seniora

Neméně důležitou roli v adaptaci starého člověka hraje prostředí, ve kterém žije svůj život. Nejlepší je samozřejmě zajištění kvalitního života v původní rodině, ať se jedná o partnerské soužití či život v rodině vlastních dětí. Rodinu senior potřebuje, stejně jako rodina potřebuje svého seniora. Ten se může podílet na chodu domácnosti, výchově, společenském životě rodiny. (10, 14, 50)

V případě nemoci či handicapu seniora je nutné změnit prostředí domova jeho potřebám. Neméně podstatné je místo bydliště. Starý člověk žijící osamoceně ve venkovském prostředí nebo na samotě vzdálené od civilizace musí vynakládat

mnohem více energie na zachování vlastní integrity než senior žijící ve velkoměstě. Život ve městě dává starému člověku více příležitostí společenského života. (39)

Rodina, která není např. z pracovních důvodů schopna zabezpečit celodenní péči o svého starého člena rodiny, může využít sociálních zařízení, jako jsou domovinky a stacionáře pro seniory. Jedná se o zařízení pro celodenní nebo půldenní pobyty seniorů, nebo mohou sloužit jako respitní zařízení pro seniory, jejichž rodina vyžaduje určitý čas pro načerpání nových sil pro další náročnou péči o svého blízkého. Denní stacionáře nabízí klientům dopravu do a ze stacionáře, celodenní stravování, dohled nad užíváním léků, zajištění hygienických potřeb, aktivizaci klienta a v případě potřeby lékařský dohled. Prostředí stacionáře je upraveno pro potřeby klientů tak, aby byla zajištěna především potřeba bezpečí a jistoty. Je nezbytné, aby součástí ošetřovatelského týmu byla sestra, která odpovídá za kvalitu péče. (4, 56)

Pokud domovinka nebo stacionář nejsou dostupné, nabízí se možnost pobytu seniora v prostředí domu s pečovatelskou službou. Zařízení se skládá z bytových jednotek pro jednotlivce nebo manželské páry, jež si mohou obyvatelé vybavit vlastním nábytkem. Podmínkou pro umístění v domě s pečovatelskou službou je samostatnost v sebeobsluze klienta. Základní ošetřovatelská péče je zde zajištěna prostřednictvím ošetřovatelek. Jedná se o drobný úklid, pomoc s hygienou, donášku jídla a další. Do domova pravidelně dochází lékař. Adaptaci na nové prostředí klientům ulehčuje právě možnost ponechání osobních a jim blízkých věcí. Některá tato zařízení dokonce umožňují přítomnost zvířecího mazlíčka, jako je pes nebo kočka. Také neomezené návštěvy příbuzných a známých zajišťují udržení integrity klientů domova. (4, 13, 19)

Dalším možným zařízením poskytujícím nepřetržitou ošetřovatelskou péči jsou domovy pro seniory. Jedná se o zdravotně – sociální zařízení. Nejčastěji jsou klienty právě senioři. Pracovní tým poskytující péči je tvořen sestrami, pečovatelkami, nutričním terapeutem, fyzioterapeutem, hospodářským personálem a dalším. Současně je zajištěna pravidelná lékařská péče. Umístění seniora do domova pro seniory by měl předcházet důkladný výběr zařízení, seznámení se s prostředím a provozem, a v neposlední řadě ošetřujícím personálem. Při výběru zařízení by rodina měla respektovat přání seniora, neboť výběr odpovídajícího nového domova citelně ovlivní

jeho adaptaci na změnu sociálního prostředí. Přijetí seniora do domova bývá často podmíněno přijatelným zdravotním stavem. (44)

V situaci, kdy rodina či přátelé nejsou schopni se o seniora postarat a nechtějí ho umístit do domova pro seniory, je možné využít nabídky pečovatelské služby. Tato instituce zabezpečuje donášku jídla, úklid, pomoc s domácností, některé základní ošetřovatelské služby, jako je zajištění hygieny pacienta, pomoc s oblékáním, krmením a další. Jestliže zdravotní stav vyžaduje poskytování kvalifikované ošetřovatelské péče prováděné odborníky a není nutná hospitalizace, je možné na doporučení praktického lékaře využít služeb poskytovaných agenturami domácí péče. Kromě základních ošetřovatelských činností, jako je již zmíněná hygiena a péče o stravu, poskytují agentury odborné a specializované intervence. Při péči o pacienta používají sestry metodu ošetřovatelského procesu. Po stanovení ošetřovatelských diagnóz plánují péči a provádějí ošetřovatelské intervence. Mezi tyto intervence patří měření fyziologických funkcí, podávání všech forem léků, péče o rány a především edukace seniora v oblasti primární, sekundární i terciární prevence. Forma domácí péče odborníky agentury může být však poskytována maximálně tři hodiny denně. Jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje větší objem zdravotní a ošetřovatelské péče, je nutné jej hospitalizovat. (13)

Hospitalizace probíhá na jednotlivých odborných odděleních nemocnice podle základního onemocnění. Ošetřovatelskou péči poskytuje tým sester, pečovatelek, fyzioterapeutů, nutričních terapeutů a dalších odborníků. Jestliže zdravotní stav již nevyžaduje pobyt na tzv. akutním lůžku, intenzivní ošetřovatelská péče je přesto nezbytná, pak je pacient po předchozí domluvě přeložen na oddělení následné péče nebo do léčebny dlouhodobě nemocných. Veškeré intervence sester jsou zaměřeny na uspokojení všech biologických, psychických, sociálních i spirituálních potřeb. Cílem péče je zlepšit celkový zdravotní stav, zajistit maximální soběstačnost pacienta tak, aby byl schopen žít ve svém původním sociálním prostředí, ať se jedná o prostředí vlastního domova, domova s pečovatelskou službou či domova pro seniory.

1.3.1.3 Zdraví seniora

Zdraví je výsledkem adaptace seniora na změny, jedná se o zachování energie, zachování strukturální (fyzické), osobnostní a sociální integrity na takové úrovni, aby mohl senior žít kvalitní život. (47, 61)

Definice zdraví Světové zdravotnické organizace je zaměřena nejen na aspekty zdravotní a psychické, ale i sociální. Dá se říci, že za zdravého považuje člověka spokojeného s kvalitou života, soběstačného a sociálně zajištěného. Stárnutí s sebou ovšem přináší řadu onemocnění, se kterými se starý člověk musí potýkat. Zpravidla se jedná o kombinaci několika nemocí neboli polymorbiditu. Choroby vyžadují rozsáhlou léčbu mnoha typy léčiv. Senioři pak užívají řadu léků najednou, tento jev se nazývá polypragmazie. Stáří však nelze považovat za nemoc. Je to pouze řada změn ve fyzické, psychické a sociální oblasti, které mohou vést k vyššímu výskytu různých chorob a postižení. (62)

1.3.1.4 Ošetřovatelství v geriatrii

Zvyšující se počet seniorů v populaci vedl ke vzniku samostatného vědního oboru, vědě o stáří a stárnutí, gerontologii. Součástí gerontologie je i gerontologie klinická čili geriatrie. Významnou úlohu v péči o seniory hraje ošetřovatelství v geriatrii. Cílem společné péče lékařů i sester je prevence, diagnostika, léčba a ošetřovatelská péče starých lidí. Sestry pečující o seniory mají znalosti z anatomie, fyziologie a patofyziologie, etiky, psychologie, sociologie a dalších vědních disciplín. (62)

V 70. letech 20. století vznikla funkce geriatrických sester. Sestry pracovaly v ordinacích praktických lékařů pro dospělé a prováděly návštěvy v domácím prostředí seniorů. Cílem návštěv bylo vyhledávání rizikových seniorů, poskytování ošetřovatelské péče v domácím prostředí seniora. Tato funkce byla v 90. letech zrušena (24). V současné době se opět dostává do popředí ošetřovatelská péče zaměřená na komunitu a sestry mají možnost získat specializaci v oboru komunitní péče o seniory (71).

Ošetřovatelská péče je poskytována metodou ošetřovatelského procesu. Získání anamnestických údajů vyžaduje od geriatrické sestry schopnost efektivně komunikovat se seniorem a jeho rodinou. Anamnéza zahrnuje fyzickou, psychickou, sociální oblast i spirituální oblast. (65)

Pro identifikaci ošetřovatelských diagnóz používají sestry taxonomii NANDA II. Cílem ošetřovatelské péče je zachování soběstačnosti seniora a schopnost provádět běžné denní aktivity. Ošetřovatelské intervence respektují fyzické, psychické i sociální odlišnosti pacientů ve vyšším věku. (41, 45, 73)

1.3.2 Princip zachování energie u seniora

Princip zachování energie upozorňuje na význam zachování energetické rovnováhy a obnovování energie za účelem schopnosti člověka provádět běžné denní aktivity a v podstatě zachovat si život (47). V péči o seniora se sestra zaměřuje především na příjem potravy, problematiku dýchání a faktory zvyšující nároky organismu na energii, jako je stres, bolest, proces hojení ran. Z ošetřovatelských diagnóz jsou pro seniora typické nedostatečná výživa, únava, porušená energie, neefektivní dýchání, porušená kožní integrita a bolest. Intervence sestry jsou zaměřeny na zajištění rovnováhy v příjmu a výdeji energie i v situaci zvýšené potřeby organismu. (41, 45, 65)

1.3.2.1 Výživa a pitný režim seniora

Příjem stravy a tekutin je jednou ze základních potřeb člověka. Dostatek přijímané energie v potravě zajistí zachování rovnováhy energie organismu. Platí to i u starších lidí, výživa je ale jiná než u mladých. Stav výživy seniora je odrazem fyziologických a patologických změn vývojového období stáří. Obsah vody v tělesných tkáních ve stáří klesá, u žen na 55 % a u mužů na 60 %. Svalová tkáň atrofuje a zvyšuje se množství tukové tkáně. Snižuje se metabolismus. Jestliže senior získává zvýšené množství energie ve stravě, může to vést k obezitě. Současně nedostatečný pohyb riziko

obezity zvyšuje. Zároveň dochází ke snížení tvorby slin, žaludeční šťávy, zmenšení počtu klků ve střevě a zpomalení střevní peristaltiky. Tyto změny naopak mohou vést k malabsorpčnímu syndromu. Nedostatečná výživa seniora může být zapříčiněna psychosociálními změnami, jako jsou sociální izolace, chybějící zázemí rodiny nebo špatná ekonomická situace. Hospitalizace s sebou přináší mnoho změn a má vliv i na příjem stravy. (31)

Pro zjištění výživového stavu pacienta sestry sbírají již při příjmu nutriční anamnézu (Příloha 4). Součástí nutričního sceeningu je zvážení a změření pacienta, zjišťování změn váhy za poslední tři měsíce, změn v chuti k jídlu, poruch příjmu potravy (např. chybění zubů, zhoršené polykání, onemocnění trávicího traktu a další). Další metodou je měření kožní řasy na paži. Mohou být také provedeny odběry krve na vyšetření celkové bílkoviny a albuminu. Poté lékař stanoví dietní opatření vzhledem k výživovému stavu pacienta a samozřejmě onemocněními, jež pacient trpí. Často se jedná o onemocnění srdečně - cévního systému, diabetes mellitus. (11, 12, 34)

Při stanovení ošetřovatelské diagnózy nedostatečná výživa (00002) sestra zajistí spolupráci s nutričním terapeutem. Pacient by měl mít možnost výběru stravy, podle své chuti, doporučuje se také sipping. Pokud je stanovena ošetřovatelská diagnóza porušené polykání (00103), zajistí sestra mletou nebo tekutou stravu odpovídajícího energetického přísunu. Důsledně dbá, aby pacient snědl pokud možno celou porci každého denního jídla. Příjem stravy zapisuje do ošetřovatelské dokumentace. Jestliže pacient není schopen přijímat stravu ústy, zavede sestra dle ordinace lékaře gastrickou sondu a podává stravu sondou. Stravu lze podávat Janetovou stříkačkou, samospádem nebo kontinuálně pomocí dávkovače. Dodržuje zásady, jako je zjišťování aktuálního zbytku stravy v žaludku před dalším podáváním, zaznamenávání příjmu stravy do dokumentace. (7, 34, 41)

Při stanovení ošetřovatelské diagnózy nadměrná výživa (00001) zajistí sestra redukční dietu a edukuje pacienta o zásadách zdravé výživy. Kontroluje příjem stravy pacientem, včetně stravy přinesené rodinou a příbuznými. Pokud to zdravotní stav seniora dovolí, zajistí odpovídající pohybovou aktivitu. (7, 41, 45)

Je-li sestrou stanovena ošetřovatelská diagnóza deficit sebepéče při jídle (00102), pacient je odkázán na pomoc sestry nebo krmení. I zde sestra dodržuje zásady správného stolování. Pacientovi umožní umýt si ruce před jídlem, stravu podává teplou, po malých dávkách. Vždy by měla mít dostatek času na krmení nesoběstačných pacientů. Potřebuje-li pacient pouze dopomoc, zajistí jídelní stolek, pomůže nakrájet jídlo, všechny pomůcky připraví na dosah pacienta. (7, 41)

Stejně jako výživa je důležitý i příjem tekutin seniora. Dospělý člověk by měl vypít denně 2 – 2,5litru vhodných tekutin. Mezi vhodné tekutiny řadíme stolní vodu, čaj, ovocné ředěné šťávy, minerální vody. Nedoporučuje se vysoký příjem kávy, neředěných džusů, sladkých limonád. Při podávání tekutin starému člověku si musíme uvědomit, že starý člověk, zvláště pak nemocný, ztrácí pocit žízně. Tento aspekt by měly mít sestry na paměti a aktivně pacientovi tekutiny nabízet v pravidelných intervalech. Samozřejmostí je edukace pacienta a jeho rodiny o významu pitného režimu pro správnou funkci organismu. Pacienti mají mnohdy strach z častého močení. Sestra zajistí pacientům na dosah močovou láhev nebo podložní mísu, u ležících inkontinentních pacientů pravidelně vyměňuje jednorázové pleny. V případě nedostatečného příjmu tekutin hrozí pacientovi ošetřovatelská diagnóza deficit tělesných tekutin (00027), což může ovlivnit řadu funkcí organismu. (31, 41, 68)

1.3.2.2 Rovnováha mezi aktivitou odpočinkem

Dostatečná pohybová aktivita a fyzická kondice odpovídající věku má mnohostranný význam. Zlepšuje zdravotní stav a to snižováním duševního napětí, zlepšováním spánku a zpevněním pohybového aparátu. Chrání klienta před nemocemi, jako jsou kardiovaskulární nemoci, obezita, nemoci pohybového aparátu, zabraňuje vzniku psychických poruch, zároveň zvyšuje výkonnost orgánů. Pravidelné přiměřené cvičení přispívá k lepší tělesné kondici, zlepšuje prokrvení tkání, plicní ventilaci, srdeční činnost, hybnost kloubů a růst svalové síly. Cvičení uvolňuje duševní napětí, je způsobem relaxace. (65)

Aktivity denního života je termín používaný v odborné terminologii. Aktivity denního života jsou běžné denní činnosti, jako je hygiena oblékání, výživa, vyprazdňování. Zdravý senior tyto činnosti vykonává samostatně, bez pomoci druhých. Denní činnosti jsou charakteristické pravidelností, automatičností, spojením s rituály. Ve své podstatě odpovídají aktivity denního života základním biologickým potřebám. Každodenní aktivity si jedinec osvojuje v průběhu svého vývoje, jsou individuální, postupně se upevňují a mění. (65)

Zdravý senior je schopen zvládnout aktivity denního života bez pomoci jiné osoby. V ošetřovatelství používáme termíny sebepéče a soběstačnost. Hodnocení sebepéče a soběstačnosti je základem ošetřovatelské péče a základem pro stanovení priorit a vytvoření ošetřovatelského plánu. Soběstačnost je schopnost člověka uspokojovat své základní potřeby, především vykonávat všední denní činnost (toaleta, oblékání, stravování, popřípadě nákupy, příprava jídla, základní péče o domácnost). Pojem sebepéče je definován jako péče zajišťovaná vlastními silami. Správné a přesné ohodnocení úrovně sebepéče a soběstačnosti je výchozím momentem pro jednotlivé intervence a ošetřovatelský plán, pro veškeré diagnostické a terapeutické zákroky. (65)

Úroveň sebepéče hodnotí sestry v lůžkových i ambulantních zařízeních, v primární péči, v agenturách domácí péče. Informace získávají pozorováním nemocného, rozhovorem s nemocným a rodinnými příslušníky, známými, ostatními zdravotnickými pracovníky, spolupacienty. Zdrojem informací je také předchozí ošetřovatelská dokumentace. Shromážděné informace zpracovávají a na jejich základě stanovují míru soběstačnosti nemocného a potřebu ošetřovatelských intervencí. Cílem je podpora nezávislosti pacienta. (7)

Znalost různých škál, strukturovaných dotazníků či pozorovacích formulářů může pomoci sestrám a dalším zdravotnickým pracovníkům zorientovat se v problematice aktivit denního života a alespoň zpočátku poskytne vodítko k hodnocení pacienta. Zkušená a vnímavá sestra však dokáže zhodnotit soběstačnost pacienta i bez těchto nástrojů. K hodnocení používáme např. Bartelové test (Příloha 5) a další. (34)

Imobilizační syndrom je poruchou strukturální integrity a fyziologickou odpovědí na imobilitu. Na ztrátu pohybové aktivity reagují všechny orgánové systémy.

Rozsah problémů vyplývajících z mobility závisí často od doby trvání léčby, od zdravotního stavu pacienta, jeho smyslového vnímání. Nejvýraznější změny se projevují na kosterním a svalovém systému. Pokles svalové hmoty vzniká, pokud nedochází k přiměřeným svalovým kontrakcím během normální fyzické aktivity. Svalová atrofie vede ke snížení svalové hmoty a vytrvalosti. Další reakcí může být vznik osteoporózy, endokrinní a metabolické změny provázející imobilitu. Mění se kloubní struktury a vzniká fibróza a ankylóza. Dlouhodobá imobilita oslabuje kardiovaskulární systém, který není schopen dostatečně plnit svoje funkce. Nerovnováha vegetativního nervového systému s výslednou převahou sympatické aktivity nad parasympatikem zvyšuje činnost srdce. Poměrně častým důsledkem imobilizace je ortostatická hypotenze. U imobilního člověka je funkce kosterního svalstva porušená, krev se hromadí v dolních končetinách, může vést ke zvětšení objemu cév, zvýšení venózního tlaku a vzniku otoků. Stáza krve v dolních končetinách může mít za následek vznik tromboembolické choroby. Činnost dýchacího systému při imobilitě je také změněná. Pevný základ lůžka tlačí na tělo, pohyby hrudníku jsou omezeny. Vleže břišní orgány vytlačují bránici. Tyto změny vedou k povrchnímu dýchání a snížení vitální kapacity plic. V oblasti plic se hromadí sekrety, které působením gravitace ulpívají na sliznici, což může vést k atelaktázám, infekcím dýchacích cest. U imobilních pacientů se snižuje bazální metabolismus současně se snížením energetických nároků na organismus. Snižuje se pohyblivost trávicího traktu a sekrece žláz trávicího traktu. Důsledkem zvýšených katabolických procesů je negativní dusíková bilance. Při sníženém příjmu bílkovin může dojít k malnutrici. Hypoproteinemie snižuje onkotický tlak, tekutiny se přesouvají z vaskulárního do intersticiálního prostoru a vznikají edémy. Vyprazdňování je také ovlivněno imobilitou. Snižuje se peristaltika a celková pohyblivost tenkého i tlustého střeva, svěrače kontrahují. Celková slabost ovlivňuje činnost abdominálních a perineálních svalů používaných při vyprazdňování stolice. Snížený příjem tekutin také ovlivňuje zhoršené vyprazdňování. V počátečních fázích imobilizace se vylučuje zvýšené množství moče, později množství vylučované moči klesá a mění se koncentrace. Gravitace má vliv na vylučování moči z ledvin. V poloze na zádech dochází

k neúplnému vyprázdnění pánvičky, močového měchýře, dochází ke stáze moče a oslabení svalového tonu svěračů močového měchýře. Dále pak u ležícího pacienta se moč alkalizuje, kalciové soli mohou vytvářet močové kameny. U ležících nemocných vznikají různé změny ve vylučování moče, jako je retence, dystenze močového měchýře, inkontinence, paradoxní dysurie. Stagnující moč je vhodným prostředím pro vznik a šíření infekce. Kůže při déletrvající imobilitě atrofuje, ztrácí pevnost a pružnost, mění se struktura pokožky i podkoží, snižuje se kožní napětí. Důsledkem může být tvorba proleženin. Sociální a emocionální změny v souvislosti s imobilitou přichází postupně a často nepozorovaně. Příčinou je nedostatek senzomotorických podnětů z okolí. (7, 63, 65)

Mezi nejčastější ošetřovatelské diagnózy související se změnou soběstačnosti patří: zhoršená pohyblivost (00085), zhoršená pohyblivost na lůžku (00091), zhoršené ovládání pojízdného vozíku (00089), zhoršená schopnost se přemístit (00090), porušená chůze (00088), riziko imobilizačního syndromu (00040), intolerance aktivity (00092), deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku (00109), deficit sebepéče při koupání a hygieně (00108), deficit sebepéče při jídle (00102), deficit sebepéče při vyprazdňování (00110), porušený obraz těla (00118), riziko přetížení pečovatele (00062) a riziko pádů (00155). [41]

Prevence imobilizačního syndromu spočívá především v časné mobilizaci nemocného. Mobilizací máme na mysli vstávání z lůžka, posazování do křesla, nácvik chůze, patří sem i pohyb na lůžku např. otáčení, zvedání, posazování v lůžku apod. Po déle trvajícím upoutání v lůžku určuje postup při mobilizaci lékař. Při vstávání z lůžka je nutné přesné vysvětlení jednotlivých kroků pacientovi sestrou. Při správném vedení pacienta sestrou je tento schopen sám, bez pomoci, větší námahy či bolesti vstávat z lůžka. Po delší imobilizaci v lůžku nacvičuje sestra s pacientem vstávání postupně. Nejdříve je pacient posazován v lůžku, poté nacvičuje stoj vedle lůžka, sezení v křesle a nakonec pomalou chůzi vedle lůžka. Před vstáváním je potřeba zajistit péči o infuze, drény, močovou cévku apod. Při nácviku vstávání musí být sestra přítomna u pacienta celou dobu, neboť hrozí ortostatický kolaps. Pokud pacient není schopen včasné mobilizace, musí mu být zajištěna přiměřená péče zaměřená na prevenci

imobilizačního syndromu. Polohování probíhá podle polohovacího plánu po dvou hodinách ve dne a čtyřech v noci. Polohování je základní intervencí zaměřenou na prevenci imobilizačního syndromu. Další metodou je izotonické a izometrické cvičení. Cvičení jsou vhodná na posílení břišních, gluteálních svalů, svalů pánevního dna. Izometrické cvičení vyvolává mírné zvýšení tepové frekvence a minutového srdečního objemu a zvýšení krevního tlaku. Cvičení můžeme rozdělit na aktivní a pasivní. \při aktivním cvičení nemocný provádí cviky sám, při pasivním cvičení jiná osoba pohybuje klouby nemocného v jejich kompletním rozsahu. Důležité je neprovádět cviky přes bolest. Součástí rehabilitace je i provádění dechových cvičení. Další preventivní metodou je používání elastických punčoch nebo provádění bandáží dolních končetin jako prevence tromboembolické nemoci. Zásadní je také zajištění dostatečné výživy a hydratace. Při inkontinenci zajistíme pacientovi pomůcky. Zaměřit se musíme také na psychickou a sociální stránku pacienta. (34, 63)

Práce s imobilním pacientem je pro sestru fyzicky velmi náročná, odpovídá vysokému stupni fyzického zatížení. Ve snaze předejít fyzickému zatížení při každé manipulaci s pacientem je nutné využít a aplikovat základní principy mechaniky těla. Tyto zásady by sestra měla dodržovat při veškeré manipulaci s pacientem. (34)

Stejný význam jako přiměřený pohyb má pro zachování rovnováhy energie seniora dostatečný odpočinek a spánek. Potřeba spánku jako základní fyziologické potřeby s přibývajícím věkem klesá. Ke změnám v potřebě a kvalitě spánku dochází z důvodů stárnutí řídících mozkových struktur a dalších systémů, ale také přítomnost prodělaných chorob či aktuálních chronických onemocnění. (58)

Celková délka nočního spánku se ve stáří zkracuje, zatímco délka spánku přes den stoupá. Celková délka odpočinku spánkem za 24 hodin se tedy spíše nemění. Snižuje se však efektivita spánku. Staří lidé se často cítí unavení a neodpočinutí po nočním spánku. Staří lidé rychleji usínají, ale časně ráno se budí. Senioři si proto často stěžují na nespavost a nedostatek energie pro každodenní činnosti. (58).

Sestra na základě anamnézy stanoví ošetřovatelské diagnózy porušený spánek (00095), spánkovou deprivaci (00096), únavu (00093) a porušenou energii (00050). Pokud je příčinou těchto poruch jiná chronická choroba nebo obtíže (bolesti páteře,

nykturie, kardiologické problémy, duševní poruchy nebo medikace), sestra informuje lékaře a poskytuje ošetřovatelskou péči dle jeho nařízení. Jedná-li se o poruchy nočního spánku v souvislosti s nízkou aktivitou seniora přes den a pospáváním během dne, provádí alternativní ošetřovatelské intervence. Snaží se jednak o aktivizaci seniora přes den a především zajistí klidné prostředí pro noční spánek. (7, 41, 45)

1.3.2.3 Stres u seniora

Stres je pojem v naší moderní společnosti velice používaný. Jedná se o vliv vnitřních nebo vnějších impulsů, na které senior reaguje stresovou reakcí. Selye popsal tuto reakci jako „boj nebo únik“. Reakce jednotlivců na stres jsou vysoce individuální, u starého člověka je schopnost adaptovat se na stres fyziologicky snížena. Průběh reakce závisí na zdravotním a psychickém stavu seniora, síle a délce trvání stresové situace a samozřejmě na podpoře okolí. (38)

Při dlouhodobějším působení stresových faktorů dochází k postupnému vyčerpání organismu. Stres může probíhat i v situacích, které nejsou indikací ke stresu, následkem může být poškození celého organismu. Škody mohou vzniknout ve fyzické i psychické oblasti seniora. (38)

Důležité je stresu předcházet. Pečovatelé, ať se jedná o rodinu či profesionály, musí zaměřit ošetřovatelské intervence na relaxaci seniora, zajištění dostatečného spánku a odpočinku, tělesného pohybu, zajištění zábavy. Jde v podstatě o změnu životního stylu seniora. Stresující může být také dlouhodobý pobyt v nemocničním zařízení. U pacienta se mohou objevit ošetřovatelské diagnózy strach (00148), úzkost (00146). Úkolem sestry je vytvořit klidné prostředí podporující rovnováhu seniora. V praxi to znamená umístit pacienta na pokoj s menším počtem lůžek, k pacientům v přiměřeném věku, s podobnými zájmy. Za důležitou intervenci lze považovat aktivizaci pacienta. Samozřejmé je dostatečné informování seniora o veškerých ošetřovatelských aktivitách, aby se snížila možnost strachu z pobytu v nemocnici a výkonů, jejichž provedení je pro zachování dobrého zdravotního stavu nezbytné. (7, 41, 45)

1.3.2.4 Infekce u seniora

Vnitřní rovnováhu může narušit také infekce. Starý člověk je mnohem více náchylný k různým infekcím, nádorovým onemocněním a autoimunitním onemocněním než mladý člověk. Příčinou této skutečnosti jsou fyziologické změny, jako je snížená funkce imunitního systému. Příčinou infekcí mohou být viry, bakterie, plísně a další mikroorganismy. Téměř každý ležící senior je ohrožen ošetřovatelskou diagnózou riziko infekce (00004) [41, 45].

Dlouhodobě ležící senior je ohrožen především zánětlivým onemocněním dýchacích cest, jako je zápal plic. Toto onemocnění bývá častým příznakem imobilizačního syndromu. Příčinou je stáza sekretů dýchacích cest v dýchacích cestách, snížená schopnost vykašlávání a nasedající infekce. Šíření infekce je vzdušnou cestou a zdrojem nákazy může být nemocný pacient nebo personál. Často se jedná o nozokomiální nákazu. Z ošetřovatelských diagnóz sestra v souvislosti se zápalem plic stanovuje porušenou výměnu plynů (00030, neefektivní dýchání (00032), hypertermii (00007), únavu (00093) a další. Velkého významu u dlouhodobě ležícího pacienta nabývají především ošetřovatelské intervence zaměřené na prevenci vzniku zápalu plic, jako je polohování, dostatečný příjem tekutin, dechová cvičení a sledování dechu (kvalita, počet, dechová křivka). [7, 41, 65]

Příčinou kožních infekcí mohou být u seniorů častá metabolická onemocnění, jako je diabetes mellitus. Typické pro diabetes mellitus je plísňové onemocnění dolních končetin. Z preventivních opatření sestra doporučuje pacientovi dokonalou každodenní hygienu a zajištění suchého prostředí (čisté bavlněné ponožky, speciální prodyšná obuv pro diabetiky). Nedostatečná péče o nohy nebo špatně provedená pedikúra mohou vést k ošetřovatelské diagnóze porušená kožní integrita (00046). [34, 41, 45]

1.3.2.5 Specifika hojení ran u seniorů

Kůže je významným orgánem lidského těla, který plní řadu funkcí. Chrání organismus před vniknutím mikroorganismů, zabraňuje ztrátám tekutin, zároveň je však

propustná pro tekutiny, aby pocením a prokrvení regulovala tělesnou teplotu. Součástí kůže jsou senzorické receptory pro vnímání dotyku, tepla, chladu a bolesti. (8, 57)

Kůže se skládá ze tří vrstev: horní vrstva je pokožka, střední vrstva škára a nejhlubší vrstva je podkožní vazivo a podkožní tuková tkáň. Pokožka plní funkci ochranné vrstvy. Zahrnuje tři druhy buněk: keratinové buňky, melanocyty a Langerhansovy buňky. Součástí pokožky jsou četná nervová zakončení kožní kapiláry. Škára pomocí kolagenních a elastikových fibril zajišťuje pružnost, napětí a strukturu kůže. Škára je protkána mízními a krevními cévami, nervovými vlákny a potními žlázami. Mukopolysacharidy vážou vodu a zajišťují odpovídající vlhkost kůže. Podkoží je tvořeno především tukem, jež je zdrojem energie a ochranou před ztrátami tepla. (8, 57)

Změny na kůži ve stáří jsou viditelné. Kůže je tenčí v souvislosti s hormonálními změnami, kůže je křehká, více náchylná k porušení integrity kůže a hůře se hojí. Změnami kolagenních a elastikových fibril ve škáře ztrácí kůže svoji pevnost, pružnost a napětí. Ubýváním mukopolysacharidů se snižuje schopnost vázat vodu, kůže se stává sušší. Snižováním cévního a nervového zásobení dochází k porušené výživě kůže, která mění barvu. Tukové žlázky také snižují svoji funkci, kůže tak ztrácí ochranný film a je více náchylná k poškození. Proces stárnutí kůže je urychlován nadměrným sluněním, nevhodnou výživou a kouřením. (57)

Změnám na kůži seniora musí sestra přizpůsobit ošetřovatelskou péči o kůži, včetně prevence dekubitů. Především musí provést zhodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové (Příloha 6). Dlouhodobé upoutání na lůžko zvyšuje nároky na kvalitu poskytované péče v oblasti hygieny. Pacienti mají často ošetřovatelskou diagnózu deficit sebepéče při koupání a hygieně (00108) a při oblékání a úpravě zevnějšku (00109). Mezi činnosti každodenní hygieny patří péče o oděv pacienta, mytí rukou, péče o dutinu ústní, péče o kůži, vlasy a nehty, péče o vyprazdňování. Hygienu pacienta sestra provádí nejméně dvakrát denně a to ráno a večer. U ležícího pacienta provádí sestra celkovou koupel na lůžku dle daných standardů oddělení nebo použije pojízdnou vanu. Neméně důležitá je péče o dutinu ústní, protože staří pacienti málo pijí a mají sklon k infekcím. U ležících a nespolupracujících seniorů sestra provádí speciální péči

o dutinu ústní. V případě přítomnosti umělého chrupu, provádí dvakrát denně omytí protézy pastou a kartáčkem a opláchnutí pod tekoucí vodou. Při stříhání nehtů postupuje opatrně, aby nedošlo k poranění okolí nehtu, neboť u seniorů je hojení ran značně zpomaleno. Důležitá je také opatrná manipulace s pacientem předcházející poškození kůže. Kosmetické přípravky vybírá sestra s ohledem na patofyziologii kůže ve stáří (nedráždivé, neparfémované). [7, 34, 41, 45]

V souvislosti s poskytováním neodpovídající hygienické péče mohou vzniknout ošetřovatelské diagnózy: porušená kožní integrita (00046), poškozená ústní sliznice (00045), porušená tkáňová integrita (00044), riziko infekce (00004). [41, 45]

1.3.2.6 Problematika bolesti u seniorů

Bolest je subjektivní vjem, který provází řadu onemocnění. Vzhledem k polymorbiditě seniorů je výskyt především chronických bolestí velmi častý. Nejčastějšími příčinami bolesti u seniorů jsou: zlomeniny po pádu nebo v souvislosti s osteoporózou, porušení kožní integrity, iktus, onemocnění pohybového aparátu nebo diabetická neuropatie. Následně chronické bolesti ovlivňují kvalitu seniorova života. Neléčená bolest může vést k depresi, omezení sociálních aktivit, poruchám výživy, poruchám spánku, zhoršení mobility či změnám kognitivních funkcí. Chronická bolest zvyšuje závislost seniora na zdravotnickém systému. (30)

Aby sestry byly schopny zvládnout management bolesti u seniora, musí pochopit zvláštnosti jeho fyziologických, sociálních i psychických potřeb. Akreditovaná pracoviště pečující o seniory by měla před přijetím seniora do zdravotnického zařízení provádět screening bolesti a bolest sledovat po celou dobu pobytu seniora. Hodnocení bolesti u seniora je odlišné. Je třeba pamatovat na kognitivní změny a behaviorální a afektivní schopnosti starého pacienta. (30, 40)

V anamnéze zjišťujeme lokalitu bolesti a její šíření. Senior ve spolupráci se sestrou zaznamenává svou bolest do tzv. mapy bolesti. Důležitá je také intenzita bolesti. Pacienta se ptáme, jak silná je bolest. U seniora lze použít slovní škálu dle Melzacka nebo obličejovou škálu. K posouzení charakteru bolesti využíváme McGillův dotazník.

Sestra dále zjišťuje časový průběh bolesti, ovlivňující faktory. V anamnéze je třeba ještě zjistit všechny léky, které pacient užívá. Lékař provádí vyšetření neuromuskulárního a myoskeletárního systému. Významnou složkou vyšetření je vyšetření funkční schopnosti (mobilita, chůze, rovnováha, schopnost sebepéče atd.). Sestra také zjišťuje možnost spolupráce s rodinou seniora a další sociální kontakty. (28)

Po zjištění anamnézy sestra stanoví ošetřovatelské diagnózy chronická bolest (00133) nebo akutní bolest (00132) nebo další diagnózy související s bolestí např. deficit sebepéče v oblasti hygieny a oblékání (00108, 00109), intolerance aktivity (00092) atd. Podle problémů seniora stanovuje cíle a následně plánuje ošetřovatelské intervence. (41, 45)

V ošetřovatelské péči o seniora trpícího bolestí můžeme použít řadu léčebných a ošetřovatelských technik. Základem léčby je farmakoterapie pomocí analgetik. Světová zdravotnická organizace stanovila žebříček podávání analgetik, který je nutné dodržovat i u seniorů. Léčba začíná vždy neopioidními analgetiky, dále se nasazují slabé opioidy, v případě silné těžko ovlivnitelné bolesti podáváme vždy silné opioidy. Při dodržení správného podávání analgetik není třeba se obávat návyku seniora na tyto léky. Lékař i sestra však musí vědět, že farmakokinetika ve stáří je jiná než u mladých dospělých. Jedná se o zpomalení absorpce léků, změna distribuce může vést ke zvýšené toxicitě léku. Je tedy nutné pečlivě dodržovat dávkování a způsob podávání léků. Dále je značně zpomalen metabolismus léků a jejich eliminace v souvislosti se změněnou funkcí jater a ledvin. Sestra sleduje účinek léku včetně nežádoucího a vše zapisuje do ošetřovatelské dokumentace. (30, 40)

Významnou součástí léčby bolesti u seniora je používání nefarmakologických technik. Z psychologických metod může sestra použít metodu relaxace nebo odpoutání pozornosti. Z fyzioterapie je to pak aplikace tepla, masáže, cvičení nebo TENS (transkutánní elektroneurostimulace). Poslední jmenovaná metoda musí být ordinována lékařem a provádět ji může zkušená sestra, která je v této činnosti zaškolena. (30)

Jelikož starší pacienti většinou svoji bolest považují za součást stárnutí a nechtějí obtěžovat svými stížnostmi ošetřovatelský personál, musí sestry aktivně zjišťovat a

následně řešit problémy seniora. Pacient bez bolesti je spokojený a zdárný průběh léčby tak může být značně urychlen. (30)

1.3.3 Princip zachování strukturální integrity seniora

Princip zachování strukturální integrity je zaměřený na fyzickou část organismu, to znamená na funkční změny v organismu člověka. Nejvíce funkčních změn v organismu probíhá právě ve stáří a v nemoci. Ve stáří se setkáváme s řadou chronických onemocnění, která s sebou přinášejí mnoho ošetřovatelských problémů. Pro seniora jsou typické problémy s vyprazdňováním moči a stolice, poruchy pohybové aktivity a s tím související častý výskyt pádů. (62)

Sestra nejčastěji stanovuje ošetřovatelské diagnózy úplná inkontinence moči (00021), inkontinence stolice (00014), zhoršená pohyblivost (00085), porušená chůze (00088), riziko imobilizačního syndromu (00040), riziko intolerance aktivity (00094), riziko pádů (00155) a další. Provádí intervence zaměřené především na prevenci těchto problémů a zajištění soběstačnosti seniora. (41, 45)

1.3.3.1 Problematika inkontinence moči a stolice u seniora

Inkontinence je každý samovolný a situaci nepřiměřený únik moči nebo stolice, který způsobuje seniorovi řadu hygienických i společenských problémů. Může vzniknout na podkladě poruchy funkce močového měchýře, střeva a působením řady zevních faktorů. Inkontinence může být přechodného či trvalého charakteru. (72)

Močová inkontinence je pro starého člověka vážný zdravotní a současně společenský problém. Postihuje 15-30 % seniorů nad 60 let žijících v domácím prostředí. Pro udržení kontinence je nutná souhra správné funkce dolních močových cest, ale také přiměřená psychika, mobilita, motivace a určitá obratnost seniora. Častá naléhavost potřeby močení ve stáří (polakisurie) je zaviněna hyperaktivitou močového měchýře. Stejně tak nykturie patří k typickým příznakům u mužů nad 65 let a příčinou bývá hyperplazie prostaty. Ve stáří klesá schopnost svalové kontrakce a kapacita

močového měchýře, stejně jako schopnost oddálit mikci. Stoupají kontrakce detruzoru a reziduum moči po vymočení. Ubývá svalových vláken a ty jsou nahrazeny tukem a kolagenními vlákny. Dochází také k redukci autonomní inervace měchýře. U žen klesá délka i uzavírací tlak močové trubice. Pokles estrogenů vede ke změnám sliznice pochvy i dolní močové trubice. U mužů se zvětšuje prostata, která může být příčinou močové obstrukce. Staří lidé vylučují většinu moči v noci. Kromě fyziologických a patologických změn, může ve stáří ovlivňovat inkontinenci i podávání různých léků. (62, 66)

Na vznik inkontinence moče má vliv řada zevních faktorů. Nadměrné močení se objevuje u dekompenzovaného diabetu mellitu, selhání ledvin, při podávání diuretik nebo nadměrném příjmu tekutin. Dalšími faktory jsou infekce močových cest, močové kameny nebo nádor, plná ampula konečníku, omezená hybnost. Z psychických faktorů působí na vznik inkontinence snížená bdělost po nadměrném užívání sedativ či hypnotik, poruchy chování a psychiky (demence, deprese, úzkost). Nemalou měrou se mohou podílet také vlivy prostředí, jako je vzdálenost a dosažitelnost toalety, nepřizpůsobení WC potřebám starého člověka (vyšší sedátko, chybění madel). [48]

Po zjištění anamnézy, fyzikálním a laboratorním vyšetření stanoví ošetřující lékař podle klinického obrazu typ močové inkontinence. Ve stáří se objevuje urgentní inkontinence, stresová inkontinence, smíšená inkontinence, inkontinence z obstrukce močové trubice (u mužů) a inkontinence z přetékání. (62)

Péče o pacienta s močovou inkontinencí je velmi intimní záležitost a sestra by měla toto respektovat. Zároveň by při volbě ošetřovatelských intervencí měla vycházet z diagnostiky typu inkontinence. V případě urgentní inkontinence zajistí pacientovi přiměřený příjem tekutin v malých dávkách a snaží se o nácvik pravidelného močení po dvou hodinách. Sestra zajistí pacientovi osvětlení místnosti i v noci nebo blízkost vypínače světla. Pro méně pohyblivého pacienta zajistí klozetové křeslo nebo močovou láhev. U dlouhodobě ležících zajistí signalizační zařízení pro přivolání pomoci při močení na podložní míse. Součástí léčby urgentní inkontinence je i podávání anticholinergik a antidepresiv dle ordinace lékaře. (7)

Hlavní intervencí při stresové inkontinenci je nácvik cviků na posílení pánevního dna a jejich pravidelné procvičování. Pokud je pacient obézní, zajistí po dohodě s lékařem redukční dietu. Jednou z možností léčby je také zavedení pesaru u žen při děložním prolapsu nebo operační fixace uretrovezikálního spojení. Z léků aplikuje dle doporučení alfa-adrenergní agonisty a antidepresiva.

U všech typů močové inkontinence je možnost používání pomůcek pro inkontinentní, jako jsou pleny, plenkové kalhotky, urinály. Sestra podle stavu pacienta volí vhodné pomůcky k usnadnění péče a zlepšení pocitu jistoty pacienta. Další možností je zavedení permanentního močového katétru. Tato možnost by měla být zvažována i u dlouhodobě ležících pacientů jako poslední, neboť přináší velká rizika pro pacienta, jako je infekce močových cest. Při zavedení permanentního močového katétru je žádoucí dodržovat aseptický postup při jakékoliv manipulaci s katétrem. (34)

Ve srovnání s inkontinencí moče je méně častým problémem seniorů inkontinence stolice. Jedná se o nekontrolovaný odchod stolice za sociálně neúnosné situace. Starší lidé mají snížený tlak análního svěrače a nižší napětí svaloviny konečníku. Tyto odchylky mohou zapříčinit schopnost kontroly defekace. Příčinou inkontinence stolice jsou nemoci střev a konečníku, neurologické a psychiatrické poruchy, gynekologické operace. Z mimostřevních příčin jsou to somatická onemocnění, imobilita, farmaka, nevhodná strava a nedostupnost toalet. Hlavním úkolem pečující sestry je zajistit hygienu pacienta. Pravidelně sleduje stav pacienta, vyměňuje pomůcky pro inkontinentní a dbá na zvýšenou hygienu především okolí řitního otvoru za účelem snížení rizika vzniku porušení integrity kůže. K péči o pokožku používá např. pěny a masti. Především dbá na zajištění intimity pomocí zástěn. (34, 62)

1.3.3.2 Problematika pádů u seniorů

Pády jsou častým problémem seniorů jak v domácím, tak nemocničním prostředím. Statistiky nám ukazují, že v nemocnicích jsou pády nejvýznamnější mimořádnou událostí. Pád můžeme definovat jaká náhlé spočinutí jedince na podlaze

nebo nižším povrchu. Pády jsou závažným narušením především seniorovy strukturální integrity. Následkem pádů u seniora mohou vzniknout dlouhodobé problémy s hybností, fyzickým i duševním zdravím. Komplikace pádu mohou značně ovlivnit soběstačnost seniora a kvalitu jeho života. (23, 27)

Výskyt pádů je ovlivněn řadou vnějších i vnitřních rizikových faktorů. U starších lidí jsou to z vnitřních faktorů snížený svalový tonus a síla, zpomalené reflexy, nestabilita postoje, poruchy chůze a zhoršená kvalita zraku. (20)

Z patologických stavů přispívají k pádům u seniorů nejčastěji cévní mozková příhoda, artritida, stavy po zlomeninách krčku, demence, Parkinsonova choroba a samozřejmě předchozí pády v anamnéze. Vnější rizikové faktory často souvisí s prostředím, ve kterém se starý člověk nachází a pohybuje. Může se jednat o klouzavé podlahové krytiny, nesprávný typ obuvi nebo neodpovídající stav podrážky, vany a toalety bez opor pro seniora, špatně rozmístěný nábytek, neosvětlené místnosti a chodby, nebezpečný tvar nábytku. Dále pak do kategorie vnějších rizikových faktorů patří nesprávní používání pomocných zařízení lůžka či nevhodných kompenzačních pomůcek. Upadnout však může i zcela zdravý senior. (3, 23, 27)

Mezi nejčastější příčiny pádů seniorů patří pád z lůžka, poruchy chůze, závrať, zmatenost, ortostatická hypotenze nebo akutní onemocnění. Také užívání některých léků zvyšuje riziko pádu. Jsou to například antiarytmika, antidepresiva, antihypertenziva, diuretika, antidiabetika, laxativa, sedativa a řada dalších. (23)

Nejzávažnějším problémem pádů u seniorů je morbidita, mortalita. Pády jsou nejčastější příčinou úrazu nebo smrti u lidí starších 65 let. Doba hospitalizace po pádu se prodlužuje. Následkem úrazu postihují seniory zlomeniny, poranění hlavy a měkkých tkání. Riziko pádu s věkem úměrně stoupá. (23)

Sestry by se měly významně podílet na snižování výskytu pádů u seniorů a zabránit tak porušování strukturální integrity. Základním bodem prevence pádů je vyhodnocení rizika pádu. Zde sestry mohou používat screeningové testy pro zvýšené riziko pádu (Příloha 7) [21]. Tyto testy by měly být používány při příjmu pacienta a v případě zvýšeného rizika i v průběhu hospitalizace. Jestliže sestra stanoví u pacienta ošetřovatelskou diagnózu riziko pádu (00155), zhoršenou pohyblivost (00085), akutní

zmatenost (00128), poruchu smyslového vnímání (00122) a další, provádí ošetřovatelské intervence zaměřené především na prevenci. (41, 45).

Při příjmu uloží takového pacienta na pokoj poblíž sesterny, zajistí signalizační zařízení k lůžku pacienta a upozorní jej, na možnost přivolání sestry v případě potřeby. Lůžko, noční stolek nebo pohyblivé kompenzační pomůcky (vozík, chodítko) vždy zajistí proti pohybu. Dobře osvětlené místnosti a chodby i v noci jsou nutností. Oddělení pro dlouhodobě nemocné pacienty by měla být vybavena různými pomocnými madly a chodby odpočívadly. Pokud je pacient chodící, sestra jej nebo jeho rodinu upozorní na nutnost nošení pevné obuvi s protiskluznou podrážkou. Staniční sestry odpovídají za bezpečnost pomůcek pro manipulaci s klientem a kompenzačních pomůcek používaných pacienty. (3, 23, 22, 41, 45)

V případě, že již k pádu dojde, musí být pacient podrobně vyšetřen lékařem a výsledek vyšetření zaznamenám do dokumentace. Sestra identifikuje rizikové faktory, které přispěly k ošetřovatelské diagnóze riziko pádu a zapíše je do ošetřovatelské dokumentace. Dále sleduje pacientův zdravotní a duševní stav. Snaží se samozřejmě zajistit pacientovi potřebu jistoty a bezpečí. Je-li to nutné, provede ošetření pacienta dle ordinace lékaře. Staniční sestra vypíše Hlášení mimořádné události. Hlášení pádů patří mezi významné indikátory kvality ošetřovatelské péče. (3, 23)

1.3.4 Princip zachování osobnostní integrity

Princip zachování osobnostní integrity je zaměřen na osobnost člověka, zachování jeho identity, zachování myšlenkových procesů, vnímání, poznávání, hodnotový systém (61). Pro stáří jsou typické psychické změny, jako je ztráta paměti, změny osobnosti. Často se objevují demence, deprese a poruchy orientace (33). U pacienta seniora mohou být diagnostikovány ošetřovatelské diagnózy poškozená paměť (00131), akutní (00128) nebo chronická (00129) zmatenost, porušené myšlení (00130), bezmocnost (00125), beznaděj (00124), chronicky nízká sebeúcta (00119) a další. (41, 45).

Základem ošetřovatelské péče zaměřené na osobnostní integritu je správná komunikace se seniorem. Sestra by vždy měla u seniora respektovat jeho autonomii a zacházet s ním jako s holistickou bytostí. Každý pacient má právo spolurozhodovat o poskytované péči, pokud to jeho fyzický a psychický stav dovoluje. (5)

1.3.4.1 Psychické změny ve stáří

Jak jsme již předestřeli, stárnutí a stáří je provázenou řadou změn v psychice seniora. Tyto změny jsou často způsobeny změnami centrálního nervového systému. Změny na mozku jsou úzce spojeny s duševní činností mozku. Mezi tyto změny řadíme snížení hmotnosti mozku, objemu mozku, snížení tloušťky mozkové kůry, pokles počtu neuronů a další. (33)

V psychice seniora se pak projeví zpomalení psychomotorického tempa, změny paměťových funkcí (zhoršuje se epizodická paměť, sémantická paměť se výrazně nemění), pokles pozornosti. Méně časté mohou být změny v povaze se sklonem k introverzi, emocích snižováním intenzity citového prožívání. Naopak slovní zásoba, jazykové znalosti se se zvyšujícím věkem zpravidla nemění a vytrvalost a trpělivost stoupá. (33, 70)

Nejčastěji duševní poruchy ve stáří jsou demence. Hovoříme o syndromu, který je provázen snížením vyšších korových funkcí. Ve stáří jsou typické především atroficko-degenerativní demence a ischemicko-vaskulární. Nejznámější atroficko-degenerativní demencí je Alzheimrova choroba. (17, 33)

Na základě podrobné ošetřovatelské anamnézy a fyzikálního vyšetření sestra stanoví ošetřovatelské diagnózy. Součástí ošetřovatelské anamnézy je zpracování MMSE testu (Minimental assessment test), zhodnocení denních aktivit života (IADL). Sestra stanoví ošetřovatelské diagnózy: porušená interpretace okolí (00127), potulka (00154), chronická zmatenost (00129), poškozená paměť (00131), porušený spánek (00095), deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku (00109) a další. (41, 45, 53)

Intervence sestry jsou zaměřené na zlepšení celkových psychických funkcí. Sestra aplikuje naordinované léky, zajišťuje pomoc při běžných denních aktivitách

s přihlédnutím na zbytkový potenciál klienta, zaznamenává všechny změny psychiky do ošetřovatelské dokumentace a podílí se na trénování paměti seniora. (53, 54)

Častým psychickým problémem seniorů mohou být depresivní stavy. Patologicky jsou provázeny smutnou náladou, úzkostí, ztrátou zájmů, poruchami spánku, ztrátou zájmu o sexuální aktivity, zpomalení psychomotorického tempa. Tyto stavy u seniorů se projevují odlišně, mají jiný průběh, odlišné reakce na léčbu a sklon k chronicitě (33).

Sestra často stanovuje u seniora s depresí ošetřovatelské diagnózy: porušený spánek (00095), nedostatek zájmových aktivit (00097), porušená energie (00050), únava (00093), intolerance aktivity (00092), zácpa (00011), deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku (00109) a další. (41, 45, 53).

1.3.4.2 Zachování autonomie seniora

Autonomie znamená svobodnou vůli jednotlivce rozhodovat o svém vlastním životě v případě, že je toho schopen v rámci svého psychického a fyzického stavu. S právem rozhodovat o svém jednání souvisí i odpovědnost za toto jednání. Autonomie patří mezi základní lidské potřeby. Součástí této potřeby je i potřeba vážnosti a uznání ze strany druhých. (13)

Respektovat autonomii pacienta znamená brát ohled na jeho svobodné rozhodování o své osobě do té míry, dokud jeho jednání neohrožuje autonomii dalších pacientů. Princip autonomie patří do základních etických principů při poskytování ošetřovatelské péče stejně jako princip neškodnosti, dobročinnosti a spravedlivosti. (13)

Princip autonomie při poskytování ošetřovatelské péče zahrnuje respektování pacienta jako jedinečné osobnosti, jeho právo na pravdivé a úplné informace. Pacient má také právo na odmítnutí léčby či ošetřovatelské péče a to nejen v případě nevyléčitelné choroby. Samozřejmostí by mělo být seznámení pacienta s etickým kodexem Práv pacientů. Stejně tak by se měla sestra při prvním setkání s pacientem představit, aby věděl, kdo je zodpovědný za poskytnutí ošetřovatelské péče. (13)

Ve stáří je schopnost autonomie ohrožena změnami ve strukturální a osobnostní integritě. Sestra jako profesionál má za úkol zhodnotit schopnost pacienta rozhodovat sám o sobě a zvážit míru ošetřovatelské péče, kterou pacient skutečně potřebuje. Nadbytečná péče může pacientovi škodit stejně jako péče nedostatečná. Důležitý je citlivý přístup ze strany ošetřovatelského personálu. Schopnost autonomie je závislá na soběstačnosti pacienta. Ovšem i nesoběstačný pacient může být naprosto autonomní. Pacient má být aktivně zapojován do ošetřovatelské péče a uspokojování potřeb a měl by mít vždy možnost svobodné volby. (5)

U dlouhodobě ležícího seniora však může dojít k situaci, že není schopen z různých důvodů rozhodovat o svém jednání a aktivitách denního života a je tak narušena jeho autonomie. V takovém případě je úkolem sestry respektovat především důstojnost seniora jako individuální osobnosti. (5)

Pacient by měl mít možnost mít u sebe své věci, požívat např. vlastní osobní prádlo a pyžamo. Pokoj pacienta se stává jeho soukromým osobním prostorem, sestra by proto při vstupu měla zaklepat. Stejně tak veškeré ošetřovatelské činnosti provádí pouze se souhlasem seniora a respektuje vždy jeho přání. (5)

1.3.4.3 Respektování religiozity a spirituality u seniorů

Spiritualita představuje určitý způsob duchovního života, který odráží osobnost seniora či životní situaci, ve které se nachází. Může být součástí náboženství, ale může existovat nezávisle na něm. Jádrem spirituality jsou otázky smyslu života, otázky interpersonálních vztahů, vztah k sobě samému, otázky dobra a zla, lásky a sounáležitosti. (32, 59)

Naopak náboženství se vztahuje ke konkrétní víře, náboženské tradici. Náboženství je zpravidla přesně daný organizovaný systém ve vztahu k určitému bohu či božstvu. Zahrnuje věrouku, rituály, denní aktivity věřícího člověka. (32, 59)

Duchovní život a náboženství jsou důležité pro velkou část seniorů. Zásadně mohou ovlivnit jejich způsob života, postoj k nemoci a zejména smrti. Nejvíce věřících

v České republice se hlásí k církvi římskokatolické, dále pak českobratrské církve evangelické a církvi česko-slovensko husitské (59).

Na základě rozhovoru a pozorování pacienta sestra může stanovit ošetřovatelské diagnózy: ochota ke zlepšení duchovní pohody (00068), duchovní nouze (00066), porušená religiozita (00169), ochota ke zlepšení religiozity (00171) a další (41, 45, 51). Ošetřovatelské intervence směřuje k uspokojení spirituálních a náboženských potřeb. Měla by vždy respektovat víru seniora, uspokojovat duchovní potřeby seniorů např. informováním o možnosti účasti na bohoslužbách v rámci zdravotnického zařízení. Pokud si pacient přeje návštěvu kněze nebo jiného duchovního, podle možností oddělení mu toto umožnit. Pokud je léčba či ošetřovatelská péče v rozporu s náboženským přesvědčením seniora, měli by zdravotníci respektovat rozhodnutí pacienta o absolvování či neabsolvování péče. (7, 59)

1.3.5 Princip zachování sociální integrity

Princip zachování sociální integrity je soustředěn na sociální interakce seniora v souvislosti se zachováním zdraví. Součástí sociální integrity je pacientova rodina, příbuzní, známí a samozřejmě ošetřovatelský personál. Tito lidé mohou pacientovi pomoci v zachování a obnovení zdraví. Do oblasti sociální problematiky můžeme zařadit také religiózní potřeby, jejichž uspokojování rovněž ovlivňuje pacientův vztah ke zdraví. Základem interakce mezi ošetřovatelským personálem a pacientem-seniorem je účinná komunikace. Při péči o seniora v nemocnici se mohou objevit ošetřovatelské diagnózy zhoršená verbální komunikace (00051), poškozená sociální interakce (00052), zhoršená rodičovská role (00056), přerušený chod rodiny (00060), neefektivní plnění role (00055). [41, 45]

1.3.5.1 Komunikace se seniorem

Komunikace slouží k předávání informací mezi dvěma nebo více osobami. Obsahuje složku verbální (mluvenou nebo psanou) a neverbální. Správná komunikace

sestry se seniorem je základem kvalitní ošetřovatelské péče. Nejdříve je nezbytné zjistit, zda je senior schopen komunikace, zda nemá problémy se sluchem nebo zrakem. Důležitý je také psychický stav. V případě poruchy smyslového vnímání zajistí sestra pacientovi kompenzační pomůcky (brýle, naslouchadlo). [70]

Mluví – li sestra s pacientem poprvé, měla by zjistit, zda si pacient nepřeje při rozhovoru např. přítomnost někoho z rodiny. Sestra může sledovat způsob komunikace seniora s blízkou osobou a zhodnotit vztahy mezi nimi. Přítomnost rodinného příslušníka je také vhodná pro doplnění nebo potvrzení informací od pacienta. Pokud si ovšem senior nepřeje přítomnost jakékoliv osoby při rozhovoru, musí to sestra respektovat. (15, 69, 70)

Sestra by měla v komunikaci dodržovat následující pravidla. Rozhovor se seniorem je zpravidla úspěšnější v dopoledních hodinách, kdy je senior odpočatý a může se lépe soustředit. Pokud je starší člověk unavený, mnohem pomaleji komunikuje. Trvá mu delší dobu, než pochopí námi sdělovaný obsah a aby nalezl slova k odpovědi. Významnou součástí rozhovoru je zvolení správného klidného prostředí k zajištění intimity pacienta. Staří pacienti se většinou nechtějí svěřovat se svými problémy před ostatními pacienty. Dlouhodobě ležící pacient je vděčný za každý zájem ze strany ošetřujícího personálu, což může vést ke zdlouhavému rozhovoru, při kterém sestra zjistí jen málo užitečných informací. Je proto nutné předem stanovit délku a obsah rozhovoru. V průběhu komunikace sestra stojí nebo sedí čelem k pacientovi. Délku vzdálenosti mezi sebou a pacientem volí podle přání pacienta. Důležitou vlastností sestry je trpělivost, protože myšlení a vybavování seniora je pomalejší. Otázky, které sestra klade seniorovi, by měly být krátké a stručné. Mluví pomalu a přiměřeně nahlas, nezvyšuje zbytečně hlas. I když je velmi důležité získat konkrétní informace o pacientovu stavu, pro získání důvěry a zájmu je důležité, aby sestra uměla především naslouchat. Velký význam má pro seniora také tzv. komunikace beze slov. Sestra může starého člověka vzít za ruku, mile se na něj usmát. Dává mu tím najevo svůj zájem o jeho osobu. (49, 69)

Častým problémem seniorů bývá psychické onemocnění demence. I když se pacient nechová adekvátním způsobem, sestra vždy respektuje jeho individualitu. Oslovuje jej celým jménem a nehovoří s ním jako s dítětem. (69)

Verbální komunikace je doplňována neverbální komunikací. Sestra sleduje výraz obličeje, celkový postoj, pohyby rukou a celého těla. Mnoho může vypovědět o člověku také jeho vzhled. Sestra by si měla všímat, jak je senior oblečen, zda je čistý, upravený, dbá na sebe. (69)

1.3.5.2 Aktivizace seniora za spolupráce rodiny seniora

Při hospitalizaci seniora, zvláště trvá-li delší dobu, je velmi důležitá aktivizace seniora. Zaměstnání seniora ve volném čase podporuje zachování sociální integrity, ale samozřejmě i integrity osobnostní a strukturální. Důležitým prvkem dobré spolupráce mezi sestrou a pacientem je motivace. Je na schopnosti sestry navázat s pacientem přátelský vztah vedoucí ke zlepšení spolupráce. Aktivizace by měla mít konkrétní, jasná pravidla. Ošetřovatelské činnosti zaměřené na aktivizaci seniora mohou být zaměřené na rozvoj osobnostní integrity jako např. trénování paměti, předčítání. I když může mít senior porušenou paměť, či zpomalené myšlení, je třeba podílet se na jeho vzdělávání. Na rozvoj strukturální integrity použijeme ošetřovatelské intervence jako např. dechová cvičení, nácvik běžných denních aktivit, relaxační cvičení. K zachování sociální integrity je nutný kontakt dalšími lidmi, především blízkými a příbuznými. (16,29)

Péče rodiny a blízkých je významnou aktivitou, která má vliv na zachování sociální integrity seniora a umožňuje seniorovu adaptaci na změny v jeho životě, jako je chronické onemocnění, ztráta soběstačnosti nebo dokonce hospitalizace v nemocnici. Význam vztahů s rodinou u seniora ještě více stoupá. Senior zastává v rodině významnou roli rodiče, prarodiče, pradědečka nebo prababičky. Stejný význam má pro seniora jeho rodina. Zajišťuje mu potřebu jistoty a bezpečí, potřebu sebeaktualizace. (52)

Nezájem rodiny, neschopnost se postarat, malá či žádná podpora ze stran rodiny a blízkých narušuje sociální integritu a vnitřní rovnováhu seniora. To může vést

k neúspěšné adaptaci seniora na životní proces (stáří, nemohoucnost, poruchu soběstačnosti a sebepéče, nemoc, hospitalizaci). [52]

Základem pro stanovení problémů v sociální integritě je zjišťování rodinné anamnézy. Sestra zjišťuje postavení seniora v rodině, vztahy s příbuznými, schopnost rodiny postarat se o seniora po propuštění do domácího ošetřování. Sestra by se měla zajímat a starat i o rodinné příslušníky, podporovat jejich zájem, motivovat je a zajistit jim vhodné podmínky pro ošetřovatelskou péči. Není-li zajištěna péče rodiny, sestra spolupracuje se sociální pracovnicí na zajištění odpovídající ošetřovatelské péče např. pečovatelské služby nebo denního stacionáře či domova pro seniory. (52)

I při hospitalizaci může rodina spolupracovat při poskytování ošetřovatelské péče. Zapojuje se do hygienické péče, podávání jídla, aktivizace jak fyzické, tak psychické. Pravidelné návštěvy rodiny zlepšují sociální integritu seniora. (52)

Pokud není možné navázat kontakt s rodinou seniora, nabízí se využití přítomnosti dobrovolníků ve zdravotnickém zařízení. (16, 52)

Cílem ošetřovatelské péče o seniora je zachování strukturální, osobnostní a sociální integrity za přímé spolupráce ošetřovatelského personálu s pacientem a jeho blízkým okolím. (47)

2 Cíle práce a hypotézy

Cíl 1: Zmapovat využívání konzervačních principů: zachování energie, zachování strukturální, osobnostní a sociální integrity sestrami pečujícími o seniory na oddělení dlouhodobé péče

Cíl 2: Zjistit, která z oblastí: zachování strukturální integrity, zachování osobnostní integrity a zachování sociální integrity, je v péči o seniora nejvíce opomíjena.

Hypotéza 1: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování energie rovnováhu mezi příjmem a výdejem energie u seniora.

Hypotéza 2: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování energie management bolesti u seniora.

Hypotéza 3: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování energie management prevence dekubitů.

Hypotéza 4: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování strukturální integrity management prevence pádů u seniorů.

Hypotéza 5: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování osobnostní integrity intimitu seniora při výkonech.

Hypotéza 6: Sestry oddělení následné péče se v rámci konzervačního principu zachování osobnostní integrity seniorovi představují.

Hypotéza 7: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování sociální integrity kontakt seniora s blízkými.

Hypotéza 8: Sestry hodnotí zachování strukturální integrity jako nejlépe zajištěné

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Ke zpracování empirické části rigorózní práce byla použita kvantitativní metoda výzkumu. Pro sběr dat jsme využili metodu dotazování, techniku dotazníku. Nestandardizovaný dotazník byl tvořen uzavřenými a polootevřenými otázkami (Příloha1). Dotazník byl rozdělen na 6 částí. První část zahrnovala identifikační údaje, druhá část byla zaměřena na zachování rovnováhy energie seniora (příjem potravy a tekutin, hodnocení soběstačnosti seniora, management bolesti a prevence dekubitů), třetí na zachování strukturální integrity seniora (péče o inkontinentní seniory, prevence pádů), čtvrtá na zachování osobnostní integrity seniora (představování se sestry seniorovi, zajištění intimity, seznámení s Právy pacientů), pátá na zachování sociální integrity seniora (zajištění kontaktu s blízkými a okolním světem) a poslední šestá na hodnocení uspokojení jednotlivých potřeb seniorů (fyzických, psychických a sociálních) sestrami. Mezní hranici pro potvrzení hypotéz jsme si po dohodě se statistikem stanovili hranici 70 %. Výzkumné šetření bylo nejdříve schváleno hlavními sestrami a náměstkyněmi ošetřovatelské péče v 9 nemocnicích v Jihočeském kraji po seznámení se s obsahem dotazníku a poté domluveno telefonicky či mailem s vrchními sestrami jednotlivých oddělení následné péče či léčeben pro dlouhodobě nemocné. Výzkumné šetření probíhalo v období od května do července roku 2009.

3.2 Statistická analýza

Vyhodnocení výsledků z dotazníku bylo prováděno analýzou a syntézou dat za použití programu SPSS 15.0 a Microsoft Office Excel 2007. Pro výpočty jsme použili matematické a deskriptivní funkce. Pro frekvenční zhodnocení to bylo početní zastoupení (Frequency), absolutní procentuální zastoupení vždy ze 100 % dotázaných respondentů (Percent), validní procentuální zastoupení (Valid percent) a kumulativní procentuální četnost (Cumulative percent), která se vypočítává z validní procentuální četnosti (Valid percent). Pro vyhodnocování statisticky významných vztahů u námi

vybraných proměnných jsme použili následující nástroje: kontingenční tabulky (Crosstest), Pearsonův test chí kvadrát (Pearson Chi-Square).

Ke zjišťování vztahu dvou kategorizovaných proměnných užíváme kontingenční tabulky. Testovat nezávislost řádkové a sloupcové proměnné nám umožňuje Pearsonův test chí kvadrát (Pearson Chi-Square).

Data jsme zaokrouhlili na jedno desetinné místo vzhledem k relativně malému počtu dotázaných respondentů.

3.3 Výzkumný soubor

Ke stanovení výzkumného souboru byl použit náhodný stratifikovaný výběr. V první fázi jsme telefonicky s hlavními sestrami a náměstkyněmi pro ošetřovatelskou péči nemocnic Jihočeského kraje zjistili počet sester pracujících na odděleních následné péče a v léčebnách dlouhodobě nemocných. Poté jsme tento počet 190 dotazníků rozdali v 9 nemocnicích Jihočeského kraje. Vrátilo se 131 kompletně vyplněných dotazníků, návratnost byla 68,95%.

Výzkumný soubor tvořilo 131 sester pracujících na lůžkových odděleních následné péče nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných v 9 nemocnicích v Jihočeském kraji: 27 sester z Nemocnice České Budějovice a.s., 22 sester z Nemocnice Písek, 13 z Nemocnice Tábor, 11 sester z Nemocnice Jindřichův Hradec, 12 sester z Nemocnice Český Krumlov, 15 sester z Nemocnice Strakonice, 10 sester z Nemocnice Prachatice a 13 sester z Nemocnice Vimperk, 8 z Nemocnice Dačice.

4 Výsledky

4.1 Výsledky dotazníkového šetření

Výsledky jsou zpracovány do tabulek a grafů, jejich číselné označení neodpovídá číslům otázek v dotazníku.

Tabulka 1 Pohlaví respondentů (otázka 1)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muž	3	2,3	2,3	2,3
	Žena	128	97,7	97,7	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) sester byli 3 (2,3 %) muži a 128 (97,7 %) žen.

Tabulka 2 Věk respondentů (otázka 2)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	19-25 let	28	21,4	21,4	21,4
	26-35 let	23	17,6	17,6	38,9
	36-45 let	39	29,8	29,8	68,7
	46-55 let	35	26,7	26,7	95,4
	56 a ↑ let	6	4,5	4,5	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) sester bylo ve věkové kategorii 19-25 let 28 (21,4 %) sester, ve věkové kategorii 26-35 let 23 (17,6 %) sester, ve věkové kategorii 36-45 let 39 (29,8 %) sester, ve věkové kategorii 46-55 let 35 (26,7 %) sester a ve věkové kategorii 56 let a více 6 (4,5 %) sester.

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů (otázka 3)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SZŠ	89	67,9	67,9	67,9
	SZŠ + PSS	26	19,8	19,8	87,8
	VOŠ	7	5,3	5,3	93,1
	VOŠ + PSS	1	0,8	0,8	93,9
	VŠ–Bc.	7	5,3	5,3	99,2
	VŠ-Mgr.	1	0,9	0,9	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) sester vystudovalo 89 (67,9 %) střední zdravotnickou školu, 26 (19,8 %) SZŠ a absolvovalo pomaturitní specializační studium, 7 (5,3 %) vystudovalo vyšší odbornou školu, 1 (0,8 %) vyšší odbornou školu a pomaturitní specializační vzdělání, 7 (5,3 %) vystudovalo vysokou školu a získalo titul bakalář a 1 (0,9 %) vystudovala vysokou školu a získala titul magistr.

Tabulka 4 Registrace sester (otázka 4)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ANO	103	78,6	78,6	78,6
	NE	28	21,4	21,4	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) sester je 103 (78,6 %) zaregistrováno a 28 (21,4 %) zaregistrováno není.

Tabulka 5 Celková délka praxe ve zdravotnictví (otázka 5)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-5 let	36	27,5	27,5	27,5
	6-15 let	24	18,3	18,3	45,8
	16-25 let	32	24,4	24,4	70,2
	26-34 let	29	22,1	22,1	92,4
	35 a ↑ let	10	7,7	7,7	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) sester pracuje ve zdravotnictví 0-5 let 36 (27,5 %) sester, 6-15 let 24 (18,3 %) sester, 16-25 let 32 (24,4 %) sester, 26-34 let 29 (22,1 %) sester a 35 let a více 10 (7,7 %) sester.

Tabulka 6 Délka praxe na ONP, LDN (otázka 6)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-5 let	69	52,7	52,7	52,7
	6-15 let	52	39,7	39,7	92,4
	16-25 let	6	4,6	4,6	96,9
	26-34 let	2	1,5	1,5	98,5
	35 a ↑ let	2	1,5	1,5	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) sester pracuje na ONP či LDN 0-5 let 69 (52,7 %) sester, 6-15 let 52 (39,7 %) sester, 16-25 let 6 (4,6 %) sester, 26-34 let 2 (1,5 %) sestry a 35 let a více 2 (1,5 %) sestry.

Tabulka 7 Provádění nutričního screeningu u seniorů (otázka 7)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	U každého seniora při příjmu	25	19,1	19,1	19,1
	U každého seniora při příjmu a dále dle potřeby	72	55,0	55,0	74,0
	Pouze u seniora s rizikem malnutrice a dále dle potřeby	18	13,7	13,7	87,8
	Neprovádíme	16	12,2	12,2	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

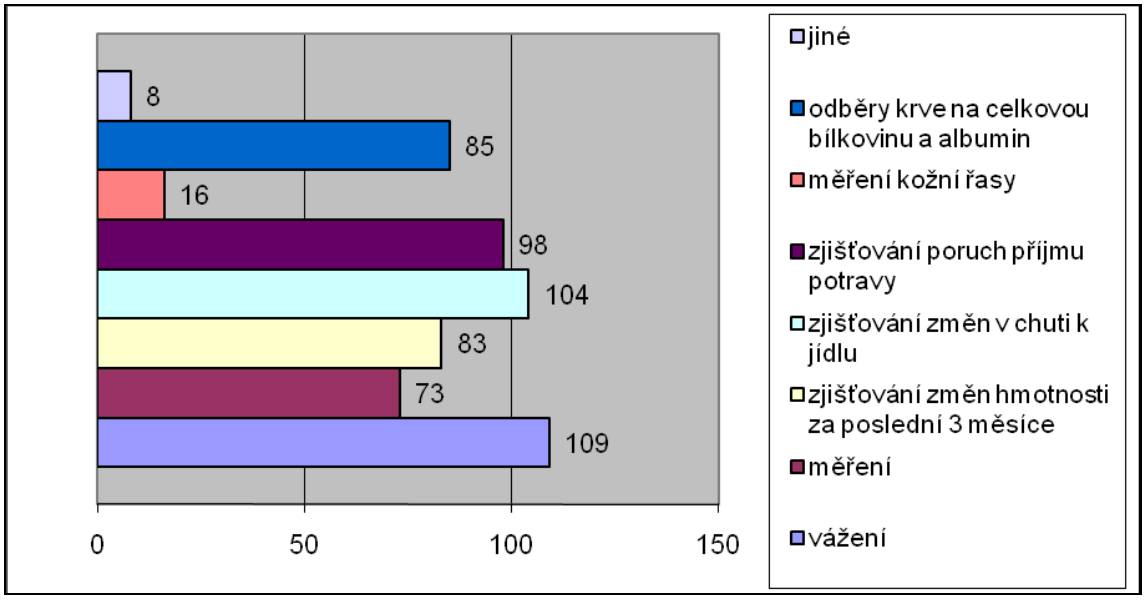
Z celkového počtu 131 (100 %) sester uvedlo 25 (19,1 %) sester, že provádí nutriční screening u každého seniora při příjmu; 72 (55,0 %) sester, že provádí screening při příjmu a dále dle potřeby seniora; 18 (13,7 %) sester, že provádí nutriční screening pouze u seniora s rizikem malnutrice a dále dle potřeby a 16 (12,2 %) sester nutriční screening u seniorů neprovádí.

Tabulka 8 Spolupráce sester s nutričním terapeutem - dietní sestrou (otázka 9)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano vždy	39	29,8	29,8	29,8
	Při problému s výživou	72	55,0	55,0	84,7
	Nemáme odborníka na výživu	11	8,4	8,4	93,1
	Ne, není to zvykem oddělení	9	6,8	6,8	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) sester spolupracuje 39 (29,8 %) sester s nutričním terapeutem vždy, 72 (55,0 %) při problémech seniora s výživou, 11 (8,4 %) uvedlo, že nemají odborníka na výživu; 9 (6,8 %) nespolupracuje s nutričním terapeutem, jelikož to není zvykem oddělení.

Graf 1 Intervence prováděné sestrou v rámci nutričního screeningu (otázka 8)



Graf znázorňuje intervence prováděné sestrami v rámci nutričního screeningu u seniorů. Sestry mohly zvolit více možností odpovědí. Celkem bylo 576 odpovědí. 109 sester provádí vážení seniora, 73 seniory měří, 83 zjišťuje změny hmotnosti za poslední 3 měsíce, 104 zjišťuje změny v chuti k jídlu, 98 zjišťuje poruchy příjmu potravy, 16 provádí měření kožní řasy, 85 odebírá krev na celkovou bílkovinu a albumin dle ordinace lékaře, 8 sester označilo kategorii jiné (3x neprovádí žádné intervence, 1x hodnotí psychický stav seniora, 1x celkové onemocnění, 1x provádí vážení a měření pouze u chodících, 1x sleduje množství snědené stravy, 1 zapisuje příjem stravy a tekutin jen u rizikových pacientů).

Tabulka 9 Zápis denního příjmu potravy u seniora do ošetřovatelské dokumentace (otázka 10)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano vždy	17	13,0	13,0	13,0
	Při problému s výživou	86	65,6	65,6	78,6
	Není to zvykem oddělení	26	19,8	19,8	98,5
	Nevedeme oše. Dokumentaci	1	0,8	0,8	99,2
	Jiné	1	0,8	0,8	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) sester zapisuje 17 (13,0 %) sester do ošetřovatelské dokumentace denní příjem seniora vždy, 86 (65,6 %) sester při problémech s výživou, 26 (19,8 %) sester nezapisuje příjem potravy, protože to není zvykem oddělení; 1 (0,8 %) sestra uvedla, že nevedou ošetřovatelskou dokumentaci; a 1 (0,8 %) označila možnost jiné.

Tabulka 10 Zápis denního příjmu tekutin u seniora do ošetřovatelské dokumentace (otázka 11)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano vždy	15	11,5	11,5	11,5
	Při problému s příjmem tekutin	115	87,8	87,8	99,2
	Ne, není to zvykem oddělení	1	0,7	0,7	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester 15 (11,5 %) uvedlo, že denní příjem tekutin u seniora zapisují vždy; 115 (87,8 %) zapisuje denní příjem tekutin u seniora při jeho problémech s příjmem tekutin; 1 (0,7 %) sestra uvedla, že to není zvykem oddělení.

Tabulka 11 Podávání tekutin ležícím seniorům (otázka 12)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Po 2 hodinách	120	91,6	91,6	91,6
	Při každém jídle	2	1,5	1,5	93,1
	Když si požádají	3	2,3	2,3	95,4
	Mají tekutiny na nočním stolku	6	4,6	4,6	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

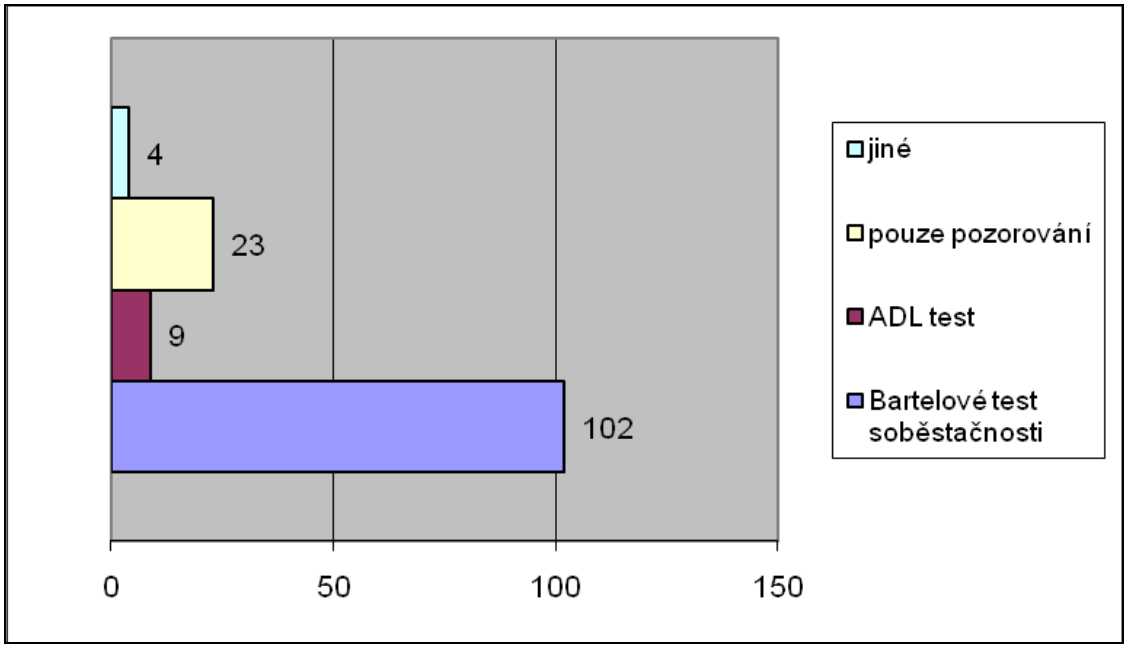
Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester 120 (91,6 %) uvedlo, že podává seniorům tekutiny po 2 hodinách; 2 (1,5 %) podává tekutiny při každém jídle; 3 (2,3 %) sestry uvedly, že podávají tekutiny seniorům na požádání; 6 (4,6 %) sester uvedlo, že senioři mají tekutiny k dispozici na nočním stolku.

Tabulka 12 Zjišťování soběstačnosti seniora v ADL (otázka 13)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	U každého seniora pouze při příjmu	20	15,3	15,3	15,3
	U každého seniora při příjmu a dále dle potřeby	103	78,6	78,6	93,9
	Pouze u seniora s poruchou hybnosti a dále dle potřeby	7	5,3	5,3	99,2
	Nezjišťujeme, není to zvykem oddělení	1	0,8	0,8	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

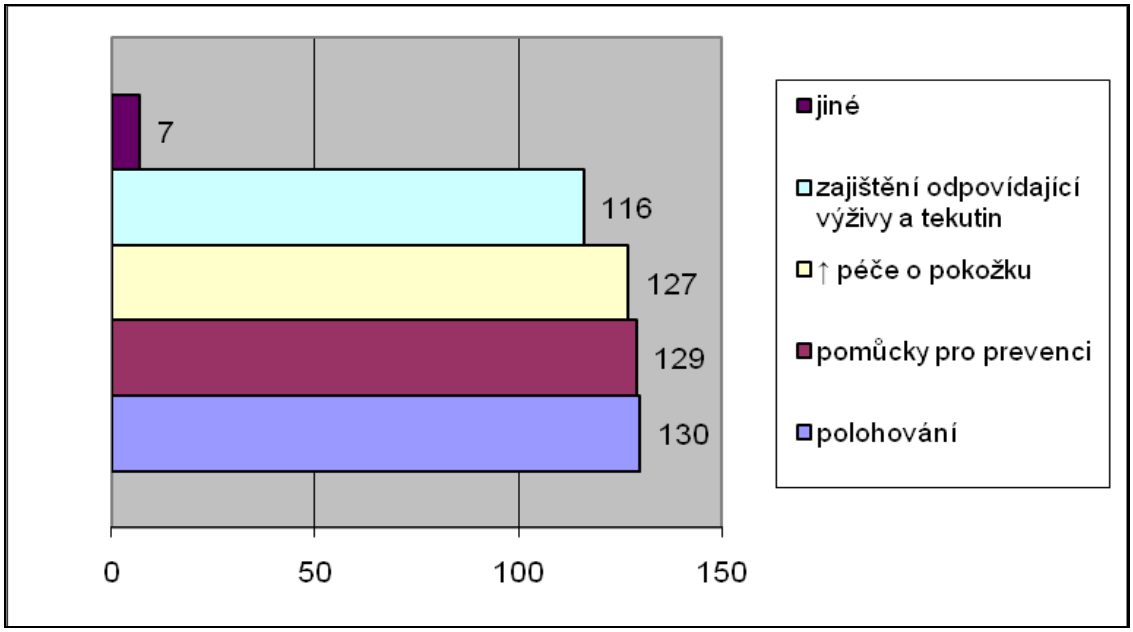
Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester zjišťuje soběstačnost u každého seniora v ADL 20 (15,3 %) sester pouze při příjmu, 103 (78,6 %) sester tuto skutečnost zjišťuje při příjmu a dále dle potřeby seniora, 7 (5,3 %) sester zjišťuje soběstačnost pouze u seniorů s poruchou hybnosti a dále dle potřeby, 1 (0,8 %) sestra soběstačnost nehodnotí, protože to není zvykem oddělení.

Graf 2 Používání měřících nástrojů k hodnocení soběstačnosti seniora (otázka 14)



Graf znázorňuje škály používané sestrami k hodnocení soběstačnosti seniorů. Sestry měly možnost volit více odpovědí. 102 sester používá k hodnocení soběstačnosti seniora Bartelové test, test ADL používá 9 sester, 23 hodnotí soběstačnost pouze pozorováním, 4 sestry zvolily možnost jiné (3x používají Nortonové test, 1x soběstačnost nehodnotí).

Graf 3 Intervence prováděné v rámci prevence dekubitů u seniora (otázka 15)



Graf znázorňuje sesterské intervence prováděné v rámci prevence dekubitů u ležících seniorů. Sestry měly možnost označit více možností odpovědí. Celkem bylo 509 odpovědí. 130 sester provádí polohování, 129 používá pomůcky k prevenci dekubitů, 127 věnuje zvýšenou pozornost péči o pokožku ležícího seniora, 116 zajistí odpovídající výživu a 7 označilo možnost jiné (4x antidekubitární podložku, 1x polohovací lůžko, 1x poučení pacienta o prevenci a 1x masáž).

Tabulka 13 Používání škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů (otázka 16)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Škála dle Nortonové	120	91,6	91,6	91,6
	Škála dle Shannona	9	6,9	6,9	98,5
	Jiné	2	1,5	1,5	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Tabulka znázorňuje používané škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u seniorů. Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester jich 120 (91,6 %) používá škálu dle Nortonové, 9 (6,9 %) škálu dle Shannona, 2 (1,5 %) sestry uvedly možnost jiné.

Tabulka 14 Hodnocení bolesti u seniora sestrou (otázka 17)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	U každého seniora při příjmu	10	7,6	7,6	7,6
	U každého seniora při příjmu a dále dle potřeby	70	53,4	53,4	61,1
	Pouze u seniora verbalizujícího bolest a dále dle potřeby	37	28,2	28,2	89,3
	Nezjišťujeme, není to zvykem oddělení	14	10,8	10,8	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

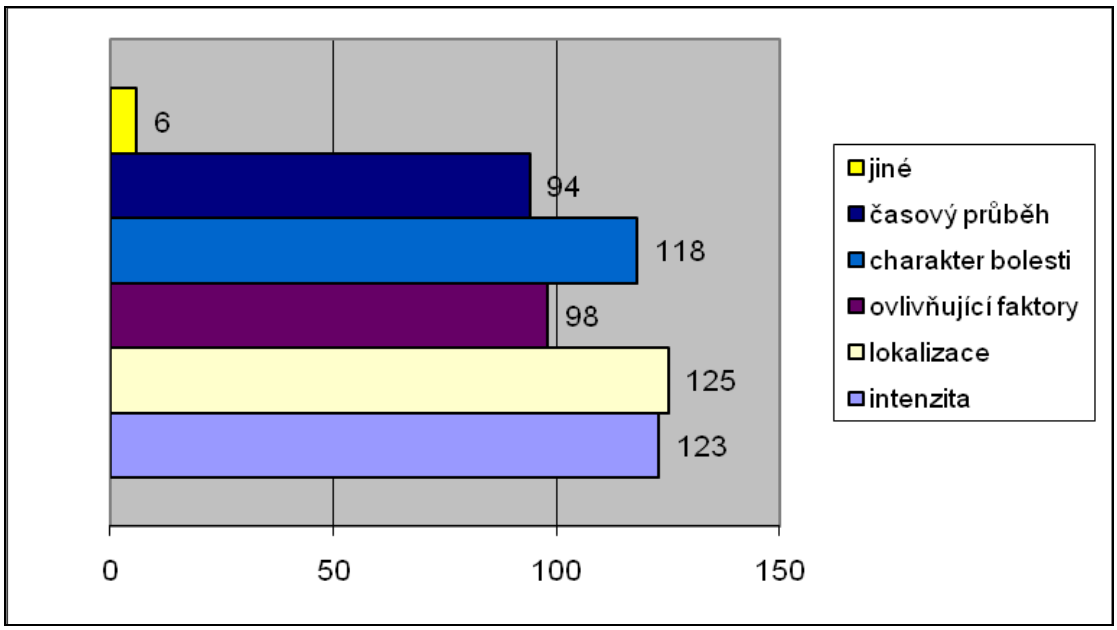
Z celkového počtu 131 (100 %) jich 10 (7,6 %) hodnotí bolest u každého seniora při příjmu, 70 (53,4 %) hodnotí bolest u každého seniora při příjmu a dále dle potřeby, 37 (28,2 %) hodnotí pouze u seniora verbalizujícího bolest a dále dle potřeby a 14 (10,8 %) sester uvedlo, že to není zvykem oddělení.

Tabulka 15 Záznam hodnocení bolesti do ošetřovatelské dokumentace (otázka 20)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano vždy	54	41,2	41,2	41,2
	Při problému s bolestí	64	48,9	48,9	90,1
	Není to zvykem oddělení	12	9,2	9,2	99,2
	Nevedeme ošetřovatelskou dokumentaci	1	0,7	0,7	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

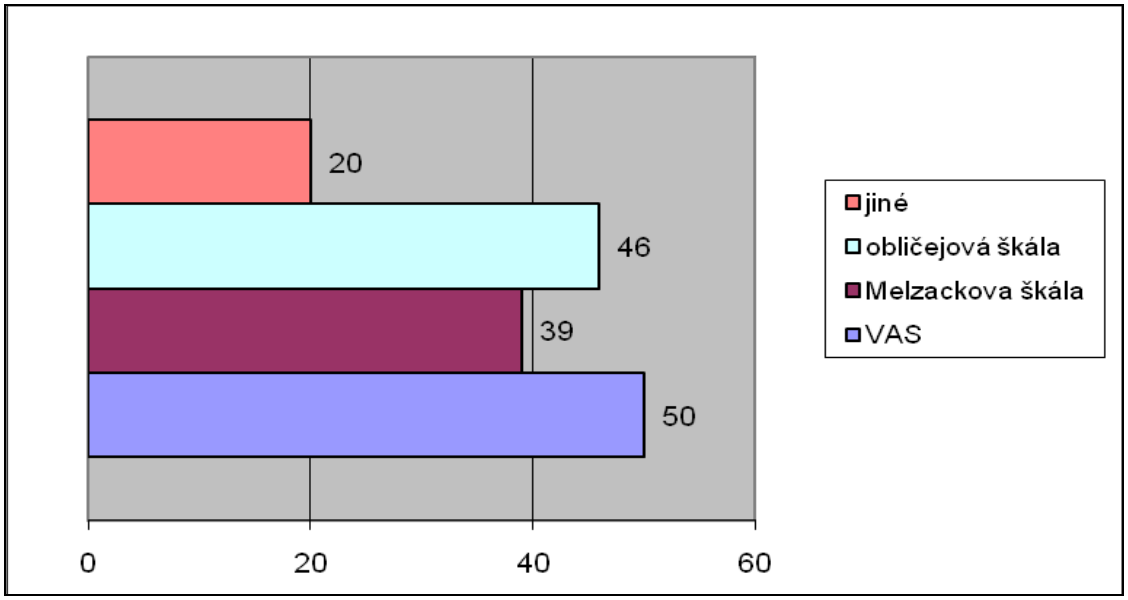
Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester jich 54 (41,2 %) zaznamenává bolest seniora do ošetřovatelské dokumentace vždy, 64 (48,9 %) při problému seniora s bolestí, dle 12 (9,2 %) sester to není zvykem oddělení a 1 (0,7 %) uvedla, že nevedou ošetřovatelskou dokumentaci.

Graf 4 Aspekty hodnocené při anamnéze bolesti (otázka 18)



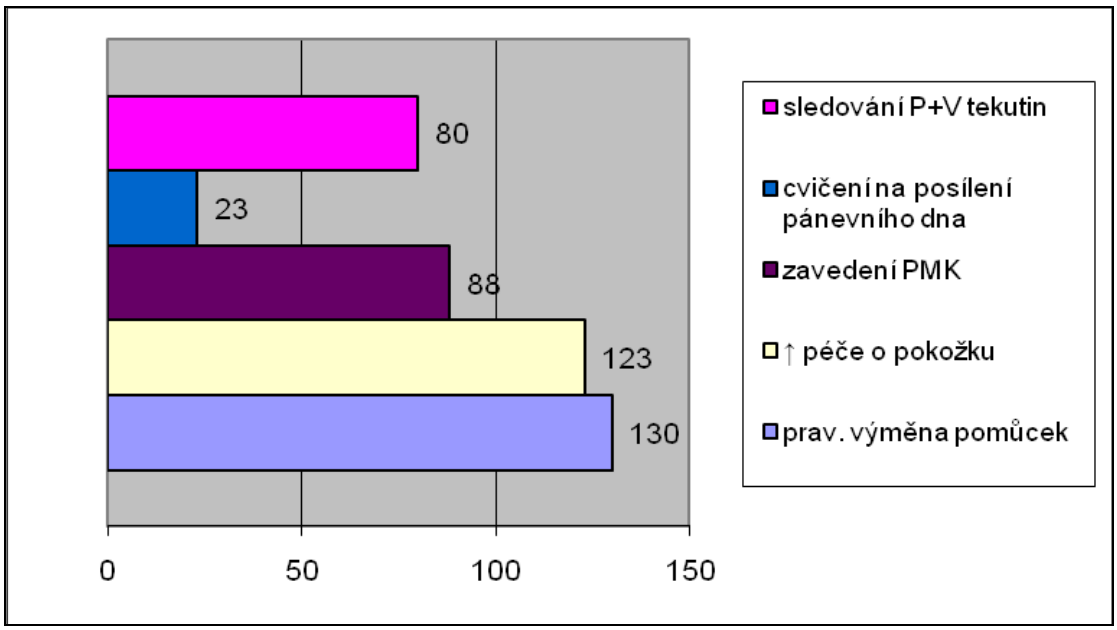
Graf znázorňuje aspekty, které sestry hodnotí při zjišťování anamnézy bolesti u seniora. Sestry měly možnost zvolit více možností odpovědí. Celkem bylo 564 odpovědí. 123 sester hodnotí intenzitu bolesti seniora, 125 lokalizaci bolesti, 98 ovlivňující faktory, 118 charakter bolesti, 94 časový průběh a 6 označilo možnost jiné (2x podpůrné prostředky, 4x bolest nehodnotí).

Graf 5 Používání škály pro měření intenzity bolesti u seniora (otázka 19)



Graf znázorňuje škály, které sestry používají k hodnocení intenzity bolesti u seniorů. Sestry měly možnost označit více možností odpovědí. Celkem bylo 155 odpovědí. 50 sester označilo vizuální analogovou škálu, 39 Melzackovu škálu, 46 obličejovou škálu a 20 označilo možnost jiné (15x nepoužívá žádnou škálu, 1x standard, 3x slovní vyjádření, 1x senioři nejsou schopni vyjádřit bolest).

Graf 6 Intervence prováděné u seniora trpícího inkontinencí (otázka 21)



Graf znázorňuje ošetřovatelské intervence prováděné sestrami u seniorů trpících inkontinencí. Sestry měly možnost označit více odpovědí. Celkem bylo 444 odpovědí. 130 sester označilo pravidelnou výměnu pomůcek pro inkontinentní, 123 věnuje zvýšenou pozornost péči o pokožku, 88 zavede seniorovi permanentní močový katétr, 23 provádí se seniory cvičení na posílení pánevního dna, 80 sleduje příjem a výdej tekutin.

Tabulka 16 Provádění screeningu rizika pádů u seniorů (otázka 22)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vždy u chodících i ležících seniorů	93	71,0	71,0	71,0
	Pouze u chodících seniorů	8	6,1	6,1	77,1
	Ne, není to zvykem oddělení	27	20,6	20,6	97,7
	Jiné	3	2,3	2,3	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester jich 93 (71,0 %) provádí screening rizika pádů u seniorů provádí vždy u chodících i ležících seniorů, 8 (6, 1 %) pouze u chodících seniorů, 27 (20,6 %) uvedlo, že to není zvykem oddělení, 3 (2,3 %) sestry zvolily možnost jiné.

Tabulka 17 Používání škály pro zjištění rizika pádů u seniorů (otázka 23)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Stupnice pádů Morse	23	17,6	17,6	17,6
	Jiná škála	54	41,2	41,2	58,8
	Nepoužíváme žádnou škálu	54	41,2	41,2	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester 23 (17,6 %) používá stupnici pádů Morse, 54 (41,2 %) používá jinou nejmenovanou škálu a 54 (41,2 %) nepoužívá žádnou škálu.

Tabulka 18 Zápis výskytu pádu u seniora do ošetřovatelské dokumentace (otázka 24)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano vždy	111	84,7	84,7	84,7
	V případě, že má pacient zdravotní problémy	9	6,9	6,9	91,6
	Není to zvykem oddělení	6	4,6	4,6	96,2
	Nevedeme oše. dokumentaci	5	3,8	3,8	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester 111 (84,7 %) zapíše výskyt pádu seniora vždy, 9 (6,9 %) má-li senior zdravotní problémy, 6 (4,6 %) nezapisuje, protože to není zvykem oddělení, 5 (3,8 %) nevede ošetřovatelskou dokumentaci.

Tabulka 19 Vypisování Hlášení o nežádoucí události při pádu seniora (otázka 25)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano vždy	120	91,6	91,6	91,6
	V případě, že má senior zdravotní problémy	11	8,4	8,4	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

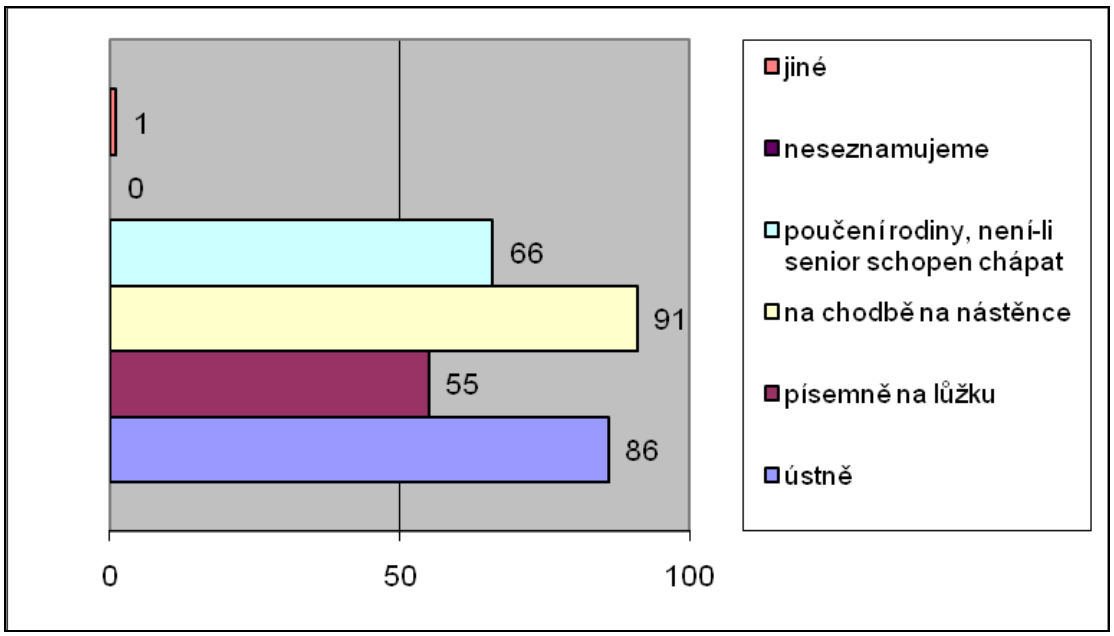
Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester jich 120 (91,6 %) zapíše pád seniora vždy do Hlášení o nežádoucí události, 11 (8,4 %) pouze v případě, že má senior zdravotní problémy.

Tabulka 20 Možnost spolurozhodování seniora o poskytované ošetřovatelské péči (otázka 26)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano vždy	57	43,5	43,5	43,5
	Při problémech s poskytovanou ošetřovatelskou péčí	59	45,0	45,0	88,5
	Není to zvykem oddělení	11	8,4	8,4	96,9
	O péči rozhoduje pouze ošetřovatelský personál	1	0,8	0,8	97,7
	Jiné	3	2,3	2,3	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester se jich 57 (43,5 %) domnívá, že senioři mohou vždy rozhodovat o poskytované ošetřovatelské péči; 59 (45,0 %) se domnívá, že senior má možnost spolurozhodovat o poskytované péči jen jsou-li s ní problémy; podle 11 (8,4 %) sester to není zvykem oddělení, 1 (0,8 %) sestra se domnívá, že o ošetřovatelské péči může rozhodovat pouze ošetřovatelský personál a 3 (2,3 %) sestry označily možnost jiné.

Graf 7 Způsoby seznamování seniorů s Právy pacientů (otázka 27)



Graf znázorňuje způsoby seznamování seniorů s Právy pacientů sestrami. Sestry měly možnost označit více možností odpovědí. Celkem bylo 299 odpovědí. Ústně předává informace o Právech pacientů 86 sester, 55 sester poskytuje seniorovi Práva pacientů v písemné podobě na lůžku, 91 udává možnost přečtení si Práv pacientů na chodbě na nástěnce, 66 poučuje v případě neschopnosti seniora chápat informace jeho rodinu, žádná sestra neoznačila neinformování seniora a 1 označila jiné (podávání informace na ambulanci).

Tabulka 21 Záznam seznámení s Právy pacientů do ošetřovatelské dokumentace (otázka 28)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	96	73,3	73,3	73,3
	Spíše ano	6	4,6	4,6	77,9
	Ne	21	16,0	16,0	93,9
	Spíše ne	8	6,1	6,1	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester 96 (73,3 %) zapisuje seznámení s Právy pacientů do ošetřovatelské dokumentace, 6 (4,6 %) uvedlo spíše ne, 21 (16,0 %) neprovádí záznam do ošetřovatelské dokumentace a 8 (6,1 %) uvedlo spíše ne.

Tabulka 22 Představení se sestrou seniorovi při prvním setkání (otázka 29)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano vždy	89	67,9	67,9	67,9
	Požádá-li senior	16	12,2	12,2	80,2
	Není to zvykem oddělení	22	16,8	16,8	96,9
	Jiné	4	3,1	3,1	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester se jich 89 (67,9 %) představí při prvním setkání se seniorem vždy, 16 (12,2 %) požádá-li senior o představení sestry, dle 22 (16,8 %) sester to není zvykem oddělení a 4 (3,1 %) uvedlo možnost jiné.

Tabulka 23 Zaklepání na dveře před vstupem do pokoje (otázka 30)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano vždy	17	13,0	13,0	38,2
	Jdu-li na pokoj při službě poprvé	50	38,2	38,2	51,1
	Ne, není to zvykem oddělení	54	41,2	41,2	92,4
	Jiné	10	7,6	7,6	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester jich 17 (13,0 %) zaklepe před vstupem do nemocničního pokoje seniora vždy, 50 (38,2 %) sester zaklepe pouze vstupuje-li do pokoje při službě poprvé, 54 (41,2 %) sester nejsou zvyklé klepat při vstupu do pokoje, 10 (7,6 %) sester uvedlo možnost jiné.

Tabulka 24 Informování seniora před provedením ošetřovatelských intervencí (otázka 31)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano, jedná se o osobní prostor seniora	126	96,2	96,2	96,2
	Ano, jedná-li se o činnosti zasahující do intimity seniora	5	3,8	3,8	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester jich 126 (96,2 %) informuje seniora vždy, neboť se jedná o osobní prostor seniora; 5 (3,8 %) informuje pouze, jedná-li se o činnosti zasahující do intimity seniora.

Tabulka 25 Zajištění intimity ležícího seniora při hygieně v lůžku (otázka 32)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	U každého seniora pomocí zástěny	35	26,7	26,7	26,7
	Pouze u orientovaného seniora pomocí zástěny	19	14,5	41,2	41,2
	Není to zvykem oddělení	59	45,0	86,3	86,3
	Jiné	18	13,8	100,0	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester jich 35 (26,7 %) zajišťuje intimitu při hygieně u každého seniora na lůžku pomocí zástěny, 19 (14,5 %) pouze u orientovaného seniora, dle 59 (45,0 %) sester to není zvykem oddělení, 18 (13,8 %) označilo možnost jiné.

Tabulka 26 Zajištění intimity ležícího seniora při vyprazdňování v lůžku (otázka 33)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	U každého seniora pomocí zástěny	33	25,2	25,2	25,2
	Pouze u orientovaného seniora pomocí zástěny	20	15,3	15,3	40,5
	Není to zvykem oddělení	59	45,0	45,0	85,5
	Jiné	19	14,5	14,5	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester jich 33 (25,2 %) zajišťuje intimitu při vyprazdňování u každého seniora pomocí zástěny, 20 (15,3 %) pomocí zástěny pouze u orientovaného seniora, dle 59 (45,0 %) sester to není zvykem oddělení a 19 (14,5 %) sester zvolilo možnost jiné.

Tabulka 27 Možnost mít u sebe věci denní potřeby - mobilní telefon, TV, vlastní oblečení (otázka 34)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano vždy	121	92,4	92,4	92,4
	Požádá-li o to	10	7,6	7,6	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester se 121 (92,4 %) domnívá, že senioři mají vždy možnost mít u sebe své vlastní věci; 10 (7,6 %) se domnívá, že pouze požádá-li o to sám senior.

Tabulka 28 Možnost využít návštěvy duchovního (otázka 35)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	116	88,5	88,5	88,5
	Spíše ano	9	6,9	6,9	95,4
	Ne	6	4,6	4,6	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

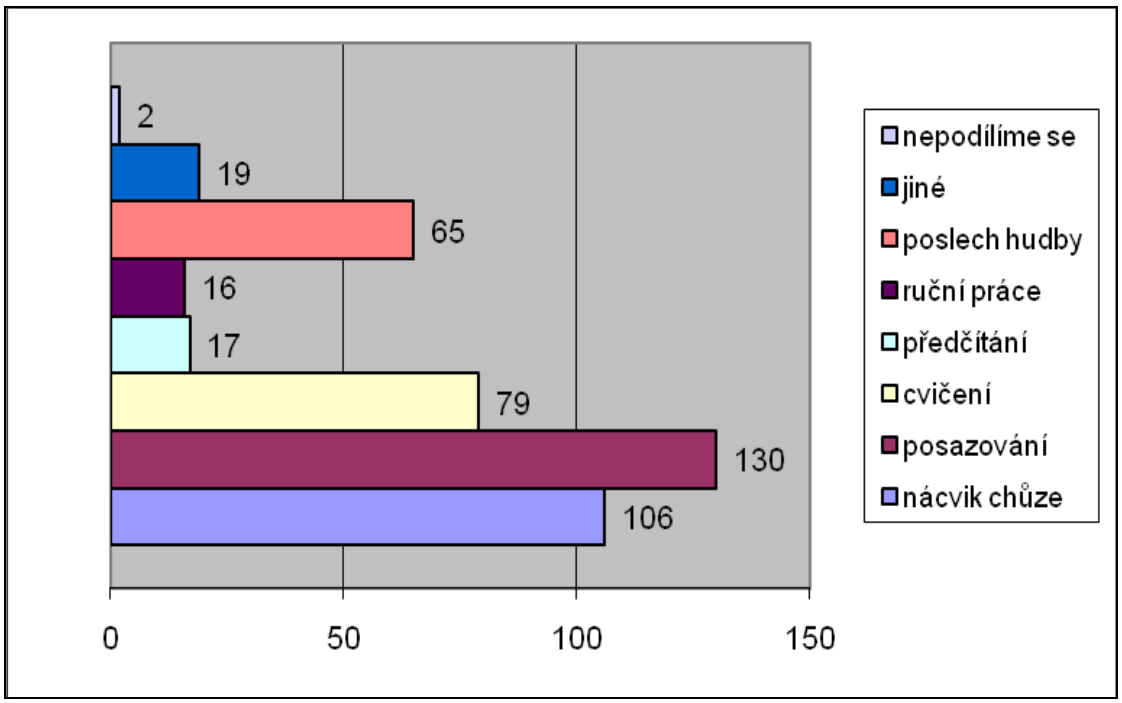
Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester se jich 116 (88,5 %) domnívá, že ano; 9 (6,9 %) spíše ano a 6 (4,6 %) ne.

Tabulka 29 Možnost návštěv na oddělení (otázka 36)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Neomezeně	96	73,3	73,3	73,3
	Jen v určených odpoledních hodinách	28	21,4	21,4	94,7
	Jiné	7	5,3	5,3	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

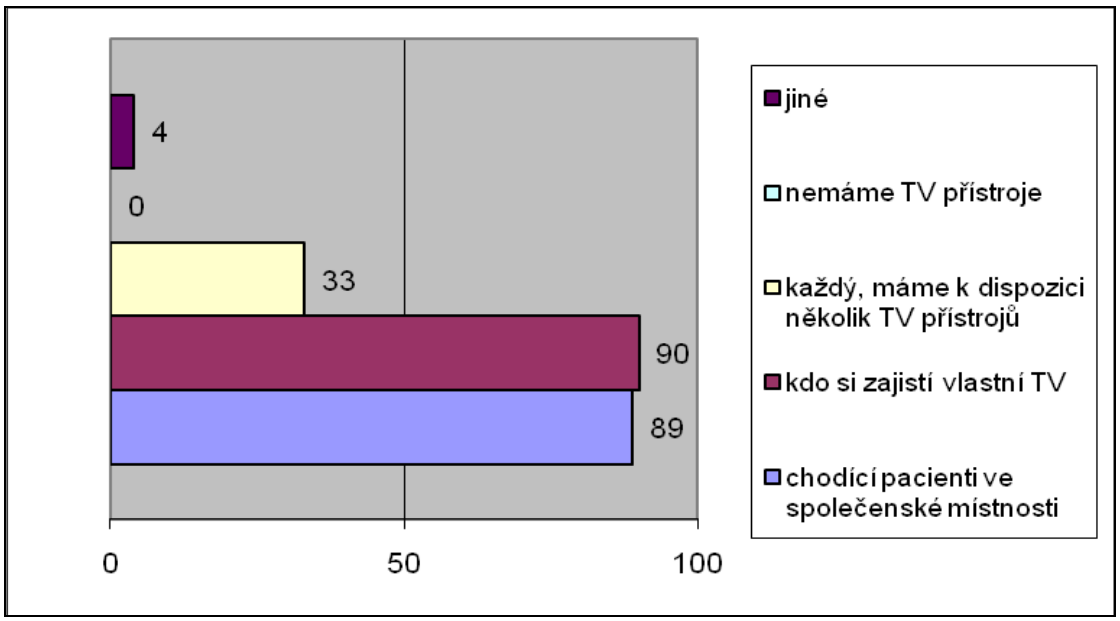
Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester jich 96 (73,3 %) uvedlo neomezené návštěvy, 28 (21,4 %) návštěvy jen v určených odpoledních hodinách a 7 (5,3 %) označilo možnost jiné.

Graf 8 Využívané oblasti aktivizace seniorů (otázka 37)



Graf znázorňuje způsoby aktivizace seniorů sestrami. Sestry měly možnost označit více možností odpovědí. Celkem bylo 434 odpovědí. 106 sester provádí nácvik chůze, 130 provádí posazování seniorů, 79 se seniory cvičí, 17 sester seniorům předčítá, 16 umožňuje seniorům dělat ruční práce, 65 zajišťuje poslech hudby, 19 označilo možnost jiné (1x nácvik krmení a oblékání, 2x sebeobsluha a denní aktivity, 4x sledování TV, 4x zpěv, 1x domácí zvířata, 1x kulturní program, 1x péče dobrovolníků, 1x provádí RHB pracovnice, 1x rozhovor a 3 x nevyplněno).

Graf 9 Možnost sledování TV na oddělení (otázka 38)



Graf znázorňuje možnost sledování TV seniory na oddělení. Sestry měly možnost označit více možností odpovědí. Celkem bylo 216 odpovědí. 89 sester udává, že chodící senioři mají možnost sledovat TV ve společenské místnosti, 90 sester udává, že tuto možnost má pouze senior, který si zajistí vlastní TV přístroj, 33 sester udává, že sledovat může každý senior, protože mají na oddělení k dispozici několik TV přístrojů, žádná sestra neoznačila, že nemají žádné TV přístroje a 4 označily možnost jiné (1x TV na každém pokoji, 1x TV na jídelně + několik TV na půjčení, 2x společenská místnost i pro ležící).

Tabulka 30 Spolupráce při aktivizaci seniorů s dobrovolníky (otázka 39)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	32	24,4	24,4	24,4
	Spíše ano	9	6,9	6,9	31,3
	Ne	78	59,5	59,5	90,8
	Spíše ne	12	9,2	9,2	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester jich 32 (24,4 %) spolupracuje s dobrovolníky, 9 (6,9 %) označilo spíše ano, 78 (59,5 %) nespolupracuje s dobrovolníky a 12 (9,2 %) označilo možnost spíše ne.

Tabulka 31 Zhodnocení zajištění zachování strukturální integrity seniora sestrami (otázka 40)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Výborně	24	18,3	18,3	18,3
	Velmi dobře	84	64,1	64,1	82,4
	Dobře	23	17,6	17,6	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester použilo 24 (18,3 %) z nich pro zhodnocení zajištění fyziologických potřeb seniora u nich na pracovišti známku výborně, 84 (64,1 %) sester známku velmi dobře, 23 (17,6 %) známku dobře a žádná sestra nepoužila známku dostatečně a nedostatečně.

Tabulka 32 Zhodnocení zajištění zachování osobnostní integrity seniora sestrami (otázka 41)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Výborně	13	9,9	9,9	9,9
	Velmi dobře	76	58,0	58,0	67,9
	Dobře	36	27,5	27,5	95,4
	Dostatečně	6	4,6	4,6	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester použilo 13 (9,9 %) z nich pro zhodnocení zajištění psychických potřeb seniora u nich na pracovišti známku výborně, 76 (58,0 %) sester známku velmi dobře, 36 (27,5 %) známku dobře, 6 (4,6 %) známku dostatečně a žádná sestra nepoužila známku nedostatečně.

Tabulka 33 Zhodnocení zajištění zachování sociální integrity seniora sestrami (otázka 42)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Výborně	36	27,5	27,5	27,5
	Velmi dobře	76	58,0	58,0	85,5
	Dobře	12	9,2	9,2	94,7
	Dostatečně	6	4,6	4,6	99,2
	Nedostatečně	1	0,7	0,7	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester použilo 36 (27,5 %) z nich pro zhodnocení zajištění sociálních potřeb seniora u nich na pracovišti známku výborně, 76 (58,0 %) sester známku velmi dobře, 12 (9,2 %) známku dobře, 6 (4,6 %) známku dostatečně a 1 (0,7 %) sestra nedostatečně.

Tabulka 34 Srovnání zajištění strukturální, osobnostní a sociální integrity seniora (otázky 40, 41, 42)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Uspokojení sociálních potřeb	131	1	5	1,93	0,786
Uspokojení fyziologických potřeb	131	1	3	1,99	0,601
Uspokojení psychických potřeb	131	1	4	2,27	0,700
Valid N (listwise)	131				

1- výborně, 2- velmi dobře, 3-dobře, 4-dostatečně, 5-nedostatečně

Výsledky jsou seřazeny vzestupně. Z tabulky je patrné, že nejlépe jsou uspokojené dle sester sociální potřeby (hodnota 1,93), na druhém místě označili uspokojení fyziologických potřeb (hodnota 1,99) a nejméně jsou podle sester uspokojeny potřeby psychické (hodnota 2,27). Rozptyl v odpovědích vyjadřuje hodnota směrodatné odchylky (druhá odmocnina rozptylu), nejvyšší homogenitu v odpovědích vyjádřili respondenti v uspokojení fyziologických potřeb (hodnota 0,601), nejvyšší názorová nesourodost respondentů byla v oblasti uspokojení sociálních potřeb, kde směrodatná odchylka dosáhla nejvyšší hodnoty 0,786.

Tabulka 35 Spokojenost sester s prací na ONP, LDN (otázka 43)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ANO	60	45,8	45,8	45,8
	Spíše ANO	61	46,6	46,6	92,4
	Spíše NE	6	4,6	4,6	96,9
	NE	4	3,0	3,0	100,0
	Total	131	100,0	100,0	
		Minimum	Maximum	Mean	Std. deviation
		1	4	1,65	0,712

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester jich 60 (45,8 %) uvedlo spokojenost s prací na ONP či LDN, 61 (46,6 %) je spíše spokojeno, 6 (4,6 %) spíše nespokojeno a 4 (3,0 %) není spokojeno se svou prací na ONP či LDN. Sestry hodnotily pracovní spokojenost na hodnotící škále, kde hodnota 1 vyjadřovala spokojenost, 2 spíše ano, 3 spíše ne a hodnota 4 nespokojenost. Průměrná spokojenost sester s pracovními podmínkami byla 1,65 se směrodatnou odchylkou 0,712.

Tabulka 36 Souhlas sestry s možnou vlastní hospitalizací na oddělení, kde pracuje (otázka 44)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	78	59,5	59,5	59,5
	Ne, za současných podmínek	37	28,2	28,2	87,8
	Ano, bude-li lepší péče	15	11,5	11,5	99,2
	Jiné	1	0,8	0,8	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Z celkového počtu 131 (100 %) dotázaných sester by jich 78 (59,5 %) souhlasilo s vlastní hospitalizací v případě potřeby, 37 (28,2 %) nesouhlasí s hospitalizací za současných podmínek, 15 (11,5 %) souhlasí za podmínky zlepšení ošetřovatelské péče a 1 (0,8 %) zvolila možnost jiné.

4.2 Třídění druhého stupně – testování pomocí Pearson Chi-Square testu

4.2.1 Vztah věku sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se hodnocení bolesti u seniorů

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H0: Frekvence hodnocení bolesti sestrami u seniorů je nezávislá na věku dotázaných sester.

HA: Frekvence hodnocení bolesti sestrami u seniorů je závislá na věku dotázaných sester.

Tabulka 37 Data využitá pro hodnocení vztahu proměnných (ot. 2 a 17 věk/hodnocení bolesti)

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ot.2 * ot.17 věk/hodnocení bolesti	131	100,0%	0	0,0%	131	100,0%

Pro testování nulové a alternativní hypotézy bylo využito odpovědí 131 (100 %) respondentů, kteří se v otázce číslo 2 (věk) zařadili do věkové kategorie a u otázky číslo 17 týkající se frekvence hodnocení bolesti u seniorů označili možnost: ano, u každého seniora při příjmu; ano u každého příjmu seniora a dále dle potřeby; ano pouze u seniora verbalizujícího bolest a ne, neprovádíme, protože to není zvykem oddělení.

Tabulka 38 Crosstest proměnných hodnocených (ot. 2 a 17 věk/hodnocení bolesti)

		ot. 17 Hodnocení bolesti u seniora				
		U každého při příjmu	U každého při příjmu a dále dle potřeby	Pouze verbalizuje-li bolest a dále dle potřeby	Neprovádíme, není zvykem oddělení	Total
ot.2 věk	19-35 let	4	31	11	5	51
	36 a ↑ let	6	39	26	9	80
	Total	10	70	37	14	131

Tato tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se věkového zastoupení a hodnocení bolesti u seniorů.

Tabulka 39 Testování závislosti proměnných pomocí Pearson Chi-Square (ot. 2 a 17 věk/hodnocení bolesti)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,228[a]	3	0,527
Likelihood Ratio	2,264	3	0,519
Linear-by-Linear Association	1,017	1	0,313
N of Valid Cases	131		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,89.

Na základě hodnoty signifikance Pearson Chi-Square testu 0,527 (52,7 %) v prvním řádku, která je větší než 5 %, nezamítáme na 95% hladině spolehlivosti nulovou hypotézu, že frekvence hodnocení bolesti sestrami u seniorů je nezávislá na věku dotázaných sester. Lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

4.2.2 Vztah věku sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající klepání na dveře před vstupem do pokoje seniora

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H0: Způsob klepání na dveře sestrou před vstupem do pokoje pacienta u seniorů je nezávislý na věku dotázaných sester.

HA: Způsob klepání na dveře sestrou před vstupem do pokoje pacienta u seniorů je závislý na věku dotázaných sester.

Tabulka 40 Data využitá pro hodnocení vztahu proměnných (ot. 2 a 30 věk/klepání na dveře pacienta před vstupem sestry do pokoje)

	Cases					
	Valid		*Missing*		*Total*	
	N	*Percent*	*N*	*Percent*	*N*	*Percent*
*ot.2 * ot.30 věk/ způsob klepání na dveře*	131	100,0%	0	0,0%	131	100,0%

Pro testování nulové a alternativní hypotézy bylo využito odpovědí 131 (100 %) respondentů, kteří se v otázce číslo 2 (věk) zařadili do věkové kategorie a u otázky číslo 30 týkající způsobu klepání na dveře před vstupem do pokoje sestrou označili možnost: před vstupem do pokoje pacienta zaklepu vždy, před vstupem do pokoje pacienta zaklepu v případě, že jdu na pokoj poprvé ve službě, neklepu, není to zvykem oddělení a možnost jiné.

Tabulka 41 Crosstest proměnných hodnocených (ot. 2 a 30 věk/klepání na dveře)

		ot. 30 Klepání na dveře pacienta před vstupem sestry do pokoje				
		Ano, vždy	Ano, jdu-li na pokoj poprvé	Ne, není to zvykem oddělení	Jiné	Total
ot.2 věk	19-35 let	17	6	25	3	51
	36 a ↑ let	33	11	29	7	80
	Total	50	17	54	10	131

Tato tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se věkového zastoupení a klepání na dveře před vstupem do pokoje seniora.

Tabulka 42 Testování závislosti proměnných pomocí Pearson Chi-Square (ot. 2 a 30 věk/klepání na dveře)

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,174[a]	3	0,537
Likelihood Ratio	2,173	3	0,537
Linear-by-Linear Association	0,648	1	0,421
N of Valid Cases	131		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,89.

Na základě signifikance Pearson Chí-Square testu 0,537 (53,7 %) v prvním řádku, která je větší než 5 %, nezamítáme na 95% hladině spolehlivosti nulovou hypotézu, že způsob klepání na dveře sestrou před vstupem do pokoje pacienta u seniorů je nezávislý na věku dotázaných sester. Lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

4.2.3 Vztah věku sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající zajišťování intimity seniora při hygieně na lůžku

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H0: Zajišťování intimity seniora při hygieně na lůžku je nezávislé na věku dotázaných sester.

HA: Zajišťování intimity seniora při hygieně na lůžku je závislé na věku dotázaných sester.

Tabulka 43 Data využitá pro hodnocení vztahu proměnných (ot. 2 a 32 věk/zajištění intimity při hygieně na lůžku)

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ot.2 * ot.32 věk/zajištění intimity při hygieně	131	100,0%	0	0,0%	131	100,0%

Pro testování nulové a alternativní hypotézy bylo využito odpovědí 131 (100 %) respondentů, kteří se v otázce číslo 2 (věk) zařadili do věkové kategorie a u otázky číslo 32 týkající se zajištění intimity seniora při hygieně na lůžku označili možnost: vždy pomocí zástěny, pomocí zástěny je-li senior orientovaný, nezajišťuji, protože to není zvykem oddělení a možnost jiné.

Tabulka 44 Crosstest proměnných hodnocených (ot. 2 a 32 věk/zajištění intimity seniora při hygieně na lůžku)

		ot. 32 Zajištění intimity seniora při hygieně na lůžku				
		Použití zástěny vždy	Použití zástěny je-li senior orientovaný	Nezajišťuji, není to zvykem oddělení	Jiné	Total
ot.2 věk	19-35 let	13	5	26	7	51
	36 a ↑ let	22	14	33	11	80
	Total	35	19	59	18	131

Tato tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se věkového zastoupení a zajištění intimity při hygieně na lůžku.

Tabulka 45 Testování závislosti proměnných pomocí Pearson Chi-Square (ot. 2 a 32 věk/zajišťování intimity seniora při hygieně na lůžku

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,974[a]	3	0,578
Likelihood Ratio	2,035	3	0,565
Linear-by-Linear Association	0,400	1	0,527
N of Valid Cases	131		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,01.

Na základě signifikance Pearson Chí-Square testu 0,578 (57,8 %) v prvním řádku, která je větší než 5 %, nezamítáme na 95% hladině spolehlivosti nulovou hypotézu, že způsob zajišťování intimity seniora při hygieně je nezávislý na věku dotázaných sester. Lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

4.2.4 Vztah věku sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se zajišťování intimity seniora při vyprazdňování na lůžku

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H0: Zajišťování intimity seniora při vyprazdňování na lůžku je nezávislé na věku dotázaných sester.

HA: Zajišťování intimity seniora při vyprazdňování na lůžku je závislé na věku dotázaných sester.

Tabulka 46 Data využitá pro hodnocení vztahu proměnných (ot. 2 a 33 věk/zajištění intimity seniora vyprazdňování seniora na lůžku

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ot.2 * ot.33 věk/zajištění intimity při vyprazdňování na lůžku	131	100,0%	0	0,0%	131	100,0%

Pro testování nulové a alternativní hypotézy bylo využito odpovědí 131 (100 %) respondentů, kteří se v otázce číslo 2 (věk) zařadili do věkové kategorie a u otázky číslo 33 týkající se zajištění intimity seniora při vyprazdňování na lůžku označili možnost: vždy pomocí zástěny, pomocí zástěny je-li senior orientovaný, nezajišťuji, protože to není zvykem oddělení a možnost jiné.

Tabulka 47 Crosstest proměnných hodnocených (ot. 2 a 32 věk/zajištění intimity seniora při hygieně na lůžku)

		ot. 33 Zajištění intimity seniora při vyprazdňování na lůžku				
		1	2	3	4	Total
ot.2 věk	19-35 let	12	8	24	7	51
	36 a ↑ let	21	12	35	12	80
	Total	33	20	59	19	131

Tato tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se věkového zastoupení a zajištění intimity při vyprazdňování seniora na lůžku.

Tabulka 48 Testování závislosti proměnných pomocí Pearson Chi-Square (ot. 2 a 32 věk/zajišťování intimity seniora při vyprazdňování seniora na lůžku

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	0,212[a]	3	0,976
Likelihood Ratio	0,212	3	0,976
Linear-by-Linear Association	0,036	1	0,850
N of Valid Cases	131		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,40.

Na základě signifikance Pearson Chí-Square testu 0,976 (97,6 %) v prvním řádku, která je větší než 5 %, nezamítáme na 95% hladině spolehlivosti nulovou hypotézu, že způsob zajišťování intimity seniora při vyprazdňování na lůžku je nezávislý na věku dotázaných sester. Lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé

4.2.5 Vztah délky praxe ve zdravotnictví a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se uspokojování fyziologických potřeb

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H0: Uspokojování fyziologických potřeb seniora je nezávislé na celkové délce praxe dotázaných sester ve zdravotnictví.

HA: Uspokojování fyziologických potřeb je závislé na celkové délce praxe dotázaných sester ve zdravotnictví

Tabulka 49 Data využitá pro hodnocení vztahu proměnných (ot. 5 a 40 délka praxe ve zdravotnictví/uspokojování fyziologických potřeb seniora)

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ot.5 * ot.40 celková délka praxe ve zdravotnictví/uspokojení fyziologických potřeb	131	100,0%	0	0,0%	131	100,0%

Pro testování nulové a alternativní hypotézy bylo využito odpovědí 131 (100 %) respondentů, kteří se v otázce číslo 5 (celková délka praxe ve zdravotnictví) zařadili do kategorie délky praxe a u otázky číslo 40týkající se uspokojení fyziologických potřeb seniora označili možnost: výborně, velmi dobře a dobře.

Tabulka 50 Crosstest proměnných hodnocených (ot. 5 a 40 délka praxe ve zdravotnictví/uspokojení fyziologických potřeb seniora)

		ot. 40 Uspokojení fyziologických potřeb seniora			
		Výborně	Velmi dobře	Dobře	Total
ot.5 celková délka praxe ve zdravotnictví	0-15 let	13	34	13	60
	16 a více let	11	50	10	71
	Total	24	84	23	131

Tato tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se celkové délky praxe ve zdravotnictví a uspokojení fyziologických potřeb seniora.

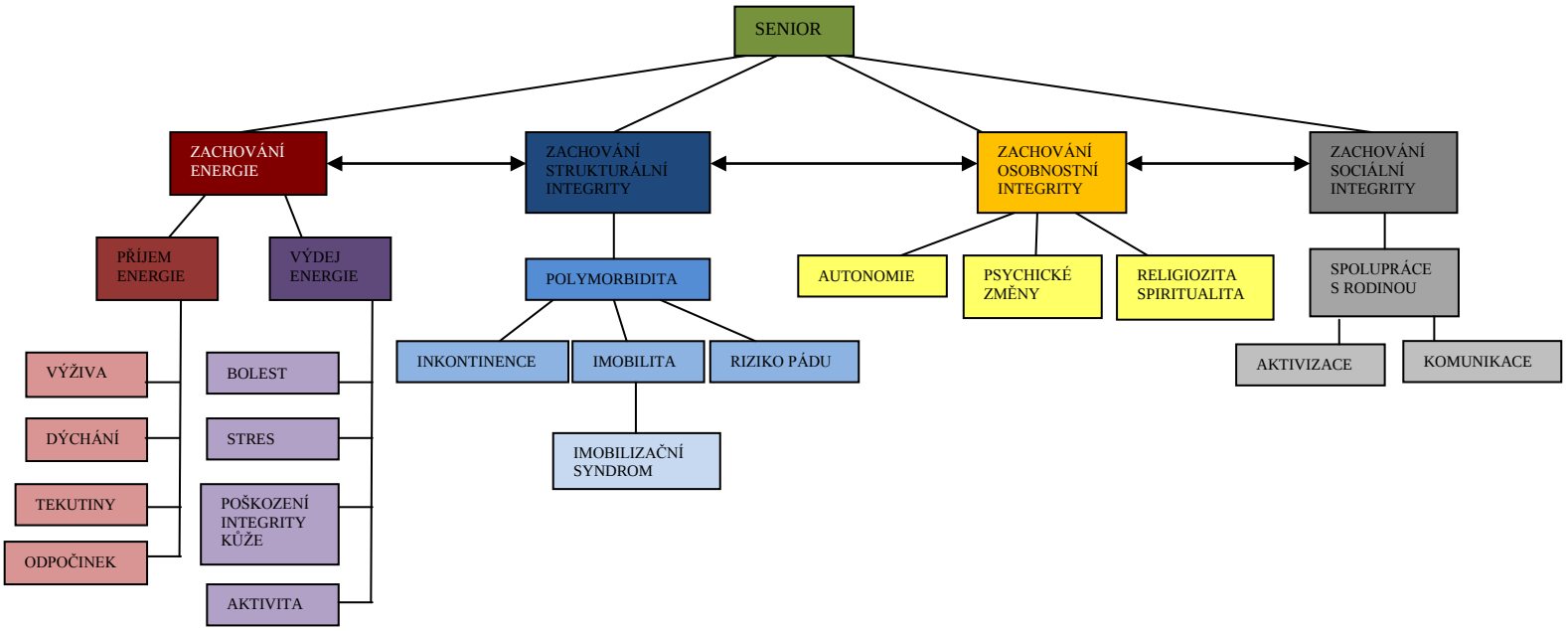
Tabulka 51 Testování závislosti proměnných pomocí Pearson Chi-Square (ot. 5 a 40 délka praxe ve zdravotnictví/uspokojování fyziologických potřeb seniora)

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,701[a]	2	0,259
Likelihood Ratio	2,701	2	0,259
Linear-by-Linear Association	0,018	1	0,894
N of Valid Cases	131		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,53.

Na základě signifikance Pearson Chí-Square testu 0,259 (25,9 %) v prvním řádku, která je větší než 5 %, nezamítáme na 95% hladině spolehlivosti nulovou hypotézu, že hodnocení uspokojování fyziologických potřeb seniora je nezávislé na celkové délce praxe sester ve zdravotnictví. Lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

4.3 Mapa oblastí péče (clinical pathway) pro seniory vytvořená na základě principů Konzervačního modelu M. E. Levine



5. Diskuse

Historie koncepčních modelů sahá do období F. Nightingale. Na rozvoji koncepčních modelů se podílela velká řada odborníků v ošetřovatelství. Jejich vývoj byl ovlivněn rozvojem tohoto oboru jako vědeckou disciplínou a v současné době jsou koncepční modely základním předmětem vzdělávání ve zdravotnictví. Koncepční modely však nejsou pouhou součástí historie ošetřovatelství. I v dnešní moderní době vznikají nové, které odpovídající rozvoji této vědy. Příkladem je kniha Nursing Theorists and Their Work (61), jejíž autoři nás seznamují s novými modely. Navíc mnoho vědeckých zahraničních i našich odborníků se již dlouhou dobu snaží aplikovat prvky koncepčních modelů do ošetřovatelské praxe

Při studiu problematiky koncepčních modelů a jejich rozvoje jsme zaměřili na Model konzervačních principů autorky M. E. Levine. Tento model chápe pacienta jako holistickou bytost s jeho fyzickými, psychickými a sociálními potřebami. Jednotlivé konzervační principy (zachování energie, zachování strukturální integrity, zachování osobnostní integrity a zachování sociální integrity) asociují přirozené změny v životě seniora (fyzické, psychické a sociální), a proto jsme se pokusili v teoretické části rigorózní práce aplikovat principy Konzervačního modelu na problematiku geriatrického ošetřovatelství a následně pak v praktické části práce zmapovat používání jednotlivých konzervačních principů sestrami pečujícími o seniory na odděleních následné péče či v léčebnách pro dlouhodobě nemocné v devíti nemocnicích Jihočeského kraje.

Při studiu dané problematiky jsme se snažili vyhledat odborné práce s praktickým využitím tohoto modelu. Konzervační model M. E. Levine použila Slezáková (54) v ošetřovatelském procesu u pacienta s neurologickým onemocněním a to v anamnestice, diagnostice a plánování ošetřovatelských intervencí zaměřených na zachování energie, strukturální, osobnostní a sociální integrity. Model byl také použit jako podklad pro vytvoření ošetřovatelské anamnézy např. v knize Aplikace vybraných ošetřovatelských modelů do klinické a komunitní praxe (2), kde autorky aplikovaly model na pacientku s ischemickou cévní mozkovou příhodou. Ze zahraničí můžeme uvést výzkumné šetření kolektivu amerických autorů Mock, Ours a Hall (43) zaměřené

na využití modelu Levine u pacientů s nádorovým onemocněním, kteří trpěli únavou. Tento výzkum se soustředil pouze na princip zachování energie, vedly jej sestry výzkumnice, ale do výzkumu byl zapojen multidisciplinární tým složený ze sester, lékařů a rehabilitačních pracovníků. Cílem bylo zmapovat vliv pravidelného cvičení na zlepšení únavy pacientů s nádorovým onemocněním.

Koncepci modelu použila také autorka Cong (6) ke zpracování disertační práce s výzkumem zaměřeným na zmírnění bolesti při odběru krve z patičky u předčasně narozených novorozenců využitím cangaroo care (klokánkování). Jako oblast modelu si autorka vybrala princip zachování energie a ošetřovatelskou intervencí bylo odstranění faktoru zvyšujícího výdej energie a to bolesti.

Další výzkum byl prováděn finskými sestrami v institucích dlouhodobé péče a byl zaměřen na vnímání integrity starších pacientů sestrami. Výzkumné šetření autora Teeri a jeho výzkumného kolektivu (60) pojalo seniory jako bio-psycho-sociální bytost a zjišťovalo názory sester na zajištění zachování strukturální, osobnostní a sociální integrity. I když chápání výše jmenovaných oblastí finskými výzkumníky se liší, lze některé výsledky tohoto výzkumu srovnat s výsledky námi získanými. Např. respektování osobního prostoru při dotýkání se pacienta jako součást ošetřovatelské péče zařadili autoři do principu strukturální integrity. My považujeme zajištění intimity seniora a respekt k osobnímu prostoru spíše za princip osobnostní.

Naše výzkumné šetření bylo provedeno metodou dotazování, technikou dotazníku. Celkem bylo rozdáno 190 dotazníků a použito pro výzkum 131. Výzkumu se tedy zúčastnilo 131 sester pracujících na odděleních následné péče či v léčebnách dlouhodobě nemocných. Dotazník byl nejprve schválen hlavními sestrami jednotlivých nemocnic a poté distribuován na daná oddělení. Návratnost dotazníků byla 68,95%. Nejlépe spolupracovaly sestry z menších nemocnic, nejhůře pak sestry z Nemocnice České Budějovice a.s.. Důvodem je zřejmě velký počet výzkumných prací prováděných především ve velkých nemocnicích než neochota sester. Výzkumu prováděného ve Finsku (60) se zúčastnilo 222 sester a návratnost byla 74%.

Úvod dotazníku tvořily identifikační otázky zjišťující pohlaví, věk, vzdělání, délku praxe ve zdravotnictví a délku praxe na ONP či LDN dotázaných sester.

Z celkového počtu dotázaných byli pouze 3 (2,3 %) muži. Výzkumný soubor ve Finsku tvořilo 4 % mužů, což můžeme považovat za téměř shodné výsledky. Tento stav odpovídá situaci ve většině zdravotnických zařízení v České republice, ovšem zřejmě i v dalších státech Evropy. Z vlastní zkušenosti však vím, že práce na oddělení s převahou imobilních pacientů je velmi fyzicky náročná a jistě by bylo přínosné, aby zde ve větší míře pracovali muži. Věk sester jsme seřadili do 5 kategorií. Nejvíce sester bylo ve věkové kategorii 36-45 let 39 (29,8 %) sester, nejméně ve věkové kategorii 56 let a více, a to 6 (4,6 %) sester. Věk sester pracujících na námi oslovených odděleních nás také překvapil. Domnívala jsem se, že mladší sestry budou spíše pracovat na lůžkách akutní péče.

Vzdělání sester má jistě vliv na kvalitu poskytované péče, a proto jsme zjišťovali nejvyšší dosažené vzdělání dotázaných sester. Největší skupinu tvořilo 89 (67,9 %) sester se střední zdravotnickou školou, dále pak 26 (19,8 %) vystudovalo SZŠ a doplnilo své vzdělání pomaturitním specializačním studiem, 8 sester vystudovalo VOŠ a 1z nich má specializační vzdělání (6,1 %), 7 sester (5,3 %) získalo titul Bc. a 1 (0,8 %) titul Mgr. Pokud se týče oborů specializačního vzdělávání, překvapila nás rozmanitost. Očekávali jsme specializaci v oboru geriatrického nebo interního ošetřovatelství, ale dotázané sestry udávaly další obory specializačního vzdělávání. Pro samostatnou práci bez odborného dohledu musí sestry splnit podmínku registrace. 28 dotázaných sester (21,4 %) zaregistrováno nebylo. Vzhledem k věku to mohly být sestry v procesu zapracování, které mají teprve o registraci zažádáno nebo pak o zdravotnické asistenty, kteří mohou pracovat pouze pod odborným dohledem sestry. Toto procentuální zastoupení sester bez registrace odpovídá požadavkům na práci na odděleních následné péče. Ve finském výzkumném souboru bylo registrovaných sester méně než polovina. Lze se domnívat, že ve Finsku je odlišný systém poskytování péče na odděleních dlouhodobé péče a pracuje zde více ošetřovatelek a sestry s registrací nad nimi dohlíží. V naší republice je obecně ošetřovatelek a zdravotnických asistentů ve zdravotnických zařízeních málo a sestry bez odborného dohledu poskytují i základní ošetřovatelskou péči.

Dále nás zajímala celková délka praxe ve zdravotnictví a také na daném oddělení. Vzhledem k psychické a fyzické náročnosti práce na ONP či LDN jsme předpokládali, že nebude délka praxe na tomto oddělení příliš dlouhá. Nejvíce sester uvedlo celkovou délku praxe ve zdravotnictví 0-5 let 36 (27,5 %) sester, nejméně sester uvedlo více než 35 let praxe a to 10 (7,6 %) sester. Výzkumný soubor sester z Finska zahrnoval téměř polovinu sester s celkovou praxí ve zdravotnictví do 5 let. V našem výzkumném šetření nejvíce sester a to 69 (52,7 %) uvedlo, že pracuje na ONP či LDN 0-5 let a 6-15 let uvedlo 52 (39,7 %) sester. Znamená to tedy, že sestry ve velkém počtu změnily v průběhu své profesionální praxe oddělení a začaly pracovat na ONP či LDN před nedávnou dobou.

Další část dotazníku již byla zaměřena na problematiku zajištění zachování energie, zachování strukturální, osobnostní a sociální integrity. Zajištění rovnováhy mezi příjmem energie a jejím výdejem je podle Levine důležité pro zachování strukturální, osobnostní a sociální integrity. Je tak vyjádřen holistický přístup k pacientovi.

Rovnováhu v příjmu a výdeji energie seniora zajišťují sestry dostatečnou výživou, příjmem tekutin a odpovídajícím odpočinkem. Proto je nutné, aby při příjmu seniora na oddělení provedly nutriční screening a tento opakovaly dle potřeb seniora, jak doporučuje např. Krišková (34). 72 (55 %) dotázaných sester toto doporučení dodržuje, 25 (19,1 %) provádí screening při příjmu a 18 (13,7 %) sester dle nutričního stavu pacienta a pouze 16 (%) sester neprovádí nutriční screening vůbec. Jako součásti prováděného nutričního screeningu uvedly sestry nejčastěji zjišťování váhy (109 x), zjišťování změn k chuti k jídlu (104 x), nejméně pak měření výšky seniora (16 x), jak vidíme na grafu 1. Z toho lze usuzovat, že sestry zjišťují výšku pouze orientačně od seniorů. Je to pochopitelné, protože v případě imobility seniora je téměř nemožné zjistit přesnou výšku měřením. V případě problémů s výživou je výhodou využití spolupráce s nutričním terapeutem (dietní sestrou). Této spolupráce využívá 39 sester (29,8 %) u každého seniora, 72 (55,0 %) při problémech s malnutricí, bohužel 16 (8,4 %) sester uvedlo, že vůbec nutričního terapeuta v nemocnici nemají. Toto zjištění je zarážející, protože spolupráce s nutričním terapeutem je především

při problémech s výživou u seniora velmi důležité. To je ovšem otázka managementu dané nemocnice. Pro zajišťování dostatečného příjmu potravy seniora je nezbytné zapisovat denní příjem seniora do ošetřovatelské dokumentace. Zápis provádí téměř 80 % dotázaných sester a to vždy nebo při problémech s výživou seniora, 26 (19,8 %) sester uvedlo, že to není zvykem oddělení. Pokud zápis není proveden, není možná kontrola zajištění dostatečné výživy.

Pro zachování energie je také důležitý příjem tekutin, jak uvádí ve svém článku Vejvodová (68). Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že 120 (91,6 %) sester podává tekutiny po 2 hodinách, 6 (4,6 %) naopak uvedlo, že senioři mají tekutiny k dispozici na nočním stolku. Je obecně známo, že senioři mají snížený pocit žízně a tak musí sestry tekutiny aktivně nabízet.

Aby sestra mohla posoudit možný výdej energie u seniora, měla by provádět zhodnocení jeho soběstačnosti. 103 (78,6 %) dotázaných sester provádí zhodnocení při příjmu a dále dle potřeby. To považujeme za vynikající výsledek, neboť je vidět, že sestry mají na vědomí i možné změny fyzického stavu seniora v průběhu hospitalizace. Nejvíce sestry používají Bartelové test soběstačnosti (102 dotázaných). Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že **Hypotéza 1: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování energie rovnováhu mezi příjmem a výdejem energie u seniora byla potvrzena.**

Pro zajištění rovnováhy energie je podle Levine nutné vyloučit faktory, které zvyšují její spotřebu. U seniora to může být např. poškození integrity kůže, bolest, stres a další. My jsme své otázky směřovali k managementu bolesti a prevenci poškození kožní integrity.

Důležitá je prevence bolesti u seniorů, protože bolest jednoznačně zvyšuje výdej energie seniora na její zvládnutí. Základ ošetřovatelských činností tvoří její zhodnocení. Z dotázaných sester hodnotí 10 (7,6 %) bolest u každého seniora, 70 (53,4 %) při příjmu a dále dle potřeby, 37 (28,2 %) verbalizuje-li senior bolest. Bohužel 14 (10,8 %) sester bolest u seniorů nehodnotí, protože to není zvykem oddělení. Autoři knihy Vše o bolesti (30) uvádějí specifické škály pro hodnocení bolesti u seniorů a dle nich je nejvhodnější škála obličejů. Tuto škálu označilo 46 sester, 50 pak vizuální analogovou škálu. Je však

zarážející, že 15 sester bolest vůbec nehodnotí a 1 dokonce napsala, že senioři nejsou schopni vyjádřit bolest. Měla zřejmě na mysli slovní vyjádření, ale bolest může sestra poznat i z neverbálních projevů či změn fyziologických funkcí např. krevního tlaku a pulzu, jak nás informují Machová a Pechingerová (40). O hodnocení je nutné provést záznam do ošetřovatelské dokumentace, což provádí 108 (90,1 %) dotázaných sester. Z toho lze vyvodit, že téměř všechny sestry, které hodnotí bolest u seniorů, ji také zapisují do ošetřovatelské dokumentace. Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že **Hypotéza 2: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování energie management bolesti u seniora, byla potvrzena.**

Využití modelu Levine jako rámce pro management hojení ran popisuje ve svém článku Leach (36). Ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů používá 120 (91,6 %) námi dotázaných sester test Nortonové, který je dle našeho názoru obecně nejvíce používaný ve většině zdravotnických zařízení. Z intervencí na zachování integrity kůže pak sestry uvedly nejvíce polohování (130 x), používání antidekubitárních pomůcek (129 x), dokonce i zajištění vhodné výživy a tekutin (116 x). Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že **Hypotéza 3: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování energie management prevence dekubitů, byla potvrzena.**

Zajištění strukturální integrity zahrnuje všechny intervence zaměřené na zajištění fyziologických funkcí. My jsme se zabývali především inkontinencí, která je pro seniory typická a na intervence, které sestry u inkontinentních seniorů provádějí. Inkontinence je u ležícího seniora vážným problémem a může vést až k porušení integrity kůže. Z ošetřovatelských intervencí zaměřených na prevenci inkontinence a péči o inkontinentní sestry uvedly pravidelnou výměnu inkontinentních pomůcek (130 x), zvýšenou péči o pokožku seniora (123 x), péči o permanentní močový katétr (88 x), sledování příjmu a výdeje tekutin (80 x) a nejméně cvičení na posílení pánevního dna (23 x). Domnívám se, že toto cvičení je vhodné používat u každého ležícího seniora především jako prevenci inkontinence a nejen u inkontinentních seniorů. Z praxe ovšem vím, že pro sestry je mnohem jednodušší vyměnit inkontinentní

pomůcku než vysazovat seniora na mísu či inkontinenci předcházet. Celkově lze ovšem říci, že dotázané sestry se o inkontinentní seniory starají velmi dobře.

Zachování strukturální integrity může vážně narušit případný pád seniora. Otázky jsme tedy směřovali na oblast prevence pádů a intervence v případě pádu seniora. Autoři knihy Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení (23) doporučují provádět screening rizika pádů a jako vhodnou škálu doporučují škálu dle Morse. U všech seniorů provádí screening 93 (71,0 %) dotázaných sester, pouze u chodících 8 (6,1 %) sester a 30 (22,9 %) screening neprovádí, protože to není zvykem oddělení. Tyto sestry si zřejmě neuvědomují rizika pádů pro seniora a možné následky, jako jsou zdravotní a psychické problémy, dále pak zřejmě management nemocnice tento screening svým zaměstnancům nedoporučil. Škálu rizika pádů dle Morse používá 23 (17,6 %) dotázaných sester, jinou škálu uvedlo 54 (41,2 %) sester a 54 (41,2 %) nepoužívá škálu žádnou. Pokud tyto výsledky porovnáme s předchozími, zjistíme, že sestry zřejmě neodpovídaly pravdivě. Počet sester provádějících screening rizika pádů by měl odpovídat počtu odpovědí o používání škály. Důvodem může být pouze neznalost uvedené škály. Případný pád seniora je třeba zaznamenat do ošetřovatelské dokumentace a následně provést zápis do Hlášení o nežádoucí události. 111 (84,7 %) dotázaných sester provede zápis do ošetřovatelské dokumentace vždy, 9 (6,9 %) v případě, že má senior nějaké zdravotní problémy, 11 (8,4 %) zápis neprovádí. Sestry, které tento zápis neprovádí nebo pouze v případě zdravotních komplikací, si zřejmě neuvědomují, že komplikace se mohou u seniora objevit až po delší době. Vypisování Hlášení o nežádoucí události je pro sestry povinné a odpovídá za ně staniční sestra. 120 (91,6 %) dotázaných sester toto hlášení vypisuje vždy a 11 (8,4 %) v případě zdravotních problémů seniora. Všechny sestry si tedy uvědomují význam hlášení mimořádných událostí ve zdravotnickém zařízení. Na základě výsledků lze říci, že **Hypotéza 4: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování strukturální integrity management prevence pádů u seniorů, byla potvrzena.**

V další části dotazníku jsme se věnovali principu zachování osobnostní integrity a intervencím, které sestry v této oblasti provádějí. Pacient má právo rozhodovat o své

osobě a měl by být seznámen s Právy pacientů bez ohledu na věk, samozřejmě s ohledem na jeho duševní stav. Pokud to není možné, je vhodné informovat rodinu. Zeptali jsme se tedy na způsob seznamování s Právy pacientů sestrami u seniorů. Sestry mohly zvolit více odpovědí. 86 sester uvedlo ústní podání, 55 písemné u lůžka pacienta, 91 sester má Práva pacientů vyvěšené na nástěnce a 66 by informovalo rodinu. Seznámení musí být zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace. 102 (77,9 %) dotázaných sester záznam provádí, 29 (22,1 %) záznam neprovádí. Z toho je patrné, že v zařízeních, kde zápis prováděn není, nemůže být ani zpětná vazba o tom, zda a jak byli senioři informováni o svých právech.

Informovat pacienta před prováděním ošetřovatelského výkonu je povinností sestry. Dle našeho průzkumu 120 (96,2 %) dotázaných informuje seniora vždy, 5 (3,8 %) sester zasahuje-li do intimity a ostatní neinformují. Poměrně často bývá podceňována intimita seniorů při vykonávání ošetřovatelských výkonů zasahujících do osobního prostoru. Ptali jsme se tedy na zajišťování intimity při provádění hygieny v lůžku seniora. Použitím zástěny zajišťuje intimitu při hygieně 35 (26,7 %) dotázaných sester vždy a 19 (14,5 %), je-li senior orientovaný. Ostatní sestry intimitu nezajišťují, protože to není zvykem oddělení. Téměř shodné výsledky jsme získali při zajišťování intimity u seniora vyprazdňujícího se na lůžku. Zde také 59 (45,0 %) intimitu nezajišťuje. Toto je ovšem nepříjemné zjištění a sestry by se měly zamyslet nad svým chováním k pacientům. Možná by pomohlo představit si na místě pacienta sebe samu či svého příbuzného. Na základě výsledků lze konstatovat, že **Hypotéza 5: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování osobnostní integrity intimitu seniora při výkonech, potvrzena nebyla.**

Jako samozřejmé považujeme představení se sestry pacientovi při prvním setkání s ním. To se domnívá také 89 (67,9 %) dotázaných sester, které se představují vždy. 16 (12,2 %) čeká, až je o to pacient požádá a dokonce 26 (16,8 %) to nepovažuje za důležité a tak se pacientovi nepředstavují. Domnívám se, že pacient má právo vědět, kdo o něj pečuje. Na základě výsledků lze říci, že **Hypotéza 6: Sestry oddělení následné péče se v rámci konzervačního principu zachování osobnostní integrity seniorovi představují, potvrzena nebyla.**

Stejně tak považuji osobně za samozřejmé klepání na dveře při vstupu do pokoje pacienta, protože je třeba respektovat jeho soukromí. Je zarážející, že 54 (41,2 %) dotázaných sester neklepe před vstupem do pokoje pacienta vůbec. Toto lze považovat za neprofesionální a neetické jednání.

Pro zajištění psychické rovnováhy by mělo být seniorovi umožněno mít u sebe věci osobní potřeby např. mobilní telefon, televizi, oblečení atd. 121 (92,4 %) dotázaných sester dovoluje seniorům mít u sebe věci denní potřeby a 10 (7,6 %) v případě, že je senior požádá. Pro psychickou pohodu seniora je také velmi důležité, aby sestry respektovaly jeho víru a umožnily mu uspokojovat religiózní potřeby. Pouze 6 (4,6 %) sester odpovědělo, že senioři na jejich oddělení nemají možnost využít návštěvy duchovního. Tento výsledek je myslím velmi pozitivní, protože z praxe víme, že uspokojování religiózních potřeb, a to nejen u seniorů, bývá pro sestry problém.

Posledním principem je dle Levine zachování sociální integrity. Pro seniora je velmi důležité zachování stávajících kontaktů se svými blízkými, kontakt s okolním světem prostřednictvím sdělovacích prostředků a komunikace s ošetřujícím personálem. Ptali jsme se tedy na možnost návštěv příbuzných na oddělení. 96 (73,3 %) dotázaných sester umožňuje kontakt s rodinou bez časového omezení, 28 (21,4 %) pak v určených odpoledních hodinách. Lze konstatovat, že téměř všechny dotázané sestry považují kontakt seniora s rodinou za důležitý pro zachování sociální integrity. Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že **Hypotéza 7: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování sociální integrity kontakt seniora s blízkými, byla potvrzena.**

Z praxe mám zkušenost, že ne všichni senioři jsou v nemocnici pravidelně navštěvováni svými blízkými. Sestry jsou pracovně velmi vytížené, a proto je možné využít spolupráce s dobrovolníky, kteří zajistí volný čas seniorů smysluplnou činností. Bohužel z našich výsledků vyplynulo, že téměř 70 % sester těchto služeb nevyužívá.

Další oblastí pro zachování sociální integrity je kontakt s okolním světem. I senior potřebuje informace o tom, co se děje v jeho domovské zemi či ve světě. Zajímalo nás tedy, zda mají senioři možnost sledovat televizi. Zde měly sestry možnost více odpovědí. Téměř ¼ dotázaných sester uvedla, že televizi může sledovat každý,

protože mají na oddělení k dispozici několik televizních přijímačů, dále 89 sester uvedlo televizní přijímač ve společenské místnosti a 90 sester možnost přinést si vlastní televizní přístroj. Sledování televize by ovšem nemělo být jedinou činností seniorů.

V rámci principů zachování strukturální, osobnostní i sociální integrity je třeba seniory zabavit smysluplnou činností a aktivizovat je. Význam a způsoby aktivizace popisují ve svém článku Hofbauerová a Švábová (16). Zjišťovali jsme, jaký způsob aktivizace používají sestry na ONP a LDN. Sestry měly opět možnost označit více odpovědí. Nejvíce se sestry zaměřují na aktivizaci pro zajištění zachování strukturální integrity a to posazováním (130 x), nácvikem chůze (106 x) a cvičením (79 x). Pro zachování osobnostní a sociální integrity používají následující aktivity: poslech hudby (65 x), předčítání (17 x), ruční práce (16 x) a některé v možnosti jiné označily např. kulturní programy na oddělení, možnost kontaktu s domácími zvířaty a další.

V poslední části výzkumu jsme zjišťovali názor sester na úroveň zajištění principů zachování strukturální, osobnostní a sociální integrity. Sestry mohly ohodnotit každou oblast známkou od 1 do 5, kdy 1 byla nejlepší známka a 5 nejhorší. Tabulka 34 nám znázorňuje srovnání hodnocení výše uvedených oblastí dle sester pomocí deskriptivní statistiky (mean). Z výsledků je patrné, že sestry hodnotily nejlépe zajištění sociálních potřeb (hodnota 1,93), poté fyziologických potřeb (hodnota 1,99) a nejhůře pak potřeby psychické (hodnota 2,27). Tento výsledek nám mohou potvrdit i tabulky zahrnující výsledky z oblasti zachování osobnostní integrity (tabulka 23, 25 a 26), kde sestry ukázaly základní nedostatky v etickém přístupu k pacientovi jako k autonomní jednotce. Na základě těchto výsledků **Hypotéza 8: Sestry hodnotí zachování strukturální integrity jako nejlépe zajištěné, potvrzena nebyla.** Ve výzkumu z Finska byly výsledky jiné. Zde sestry hodnotily jako nejlépe uspokojené potřeby fyziologické, poté sociální a nejméně, stejně jako v našem šetření, psychologické. Zdá se, že problém s personální oblastí pacientů mají sestry i v jiných, vyspělejších zemích.

Kvalita poskytované péče je podle našeho názoru odrazem spokojenosti sester se svou prací. Zjišťovali jsme tedy spokojenost sester s prací na LDN nebo ONP. Vzhledem k fyzické i psychické náročnosti práce na oddělení s dlouhodobě ležícími pacienty jsme předpokládali spíše nespokojenost. Z výsledků však vyplynulo, že 121

námi dotázaných sester (92,4 %) udávalo spokojenost se svou prací na svém oddělení. Následně jsme položili kontrolní otázku, zda by sestry v případě potřeby souhlasily s možnou vlastní hospitalizací na svém oddělení. 78 (59,5 %) sester by souhlasilo bez výhrad, 52 (39,7 %) pouze změní-li se podmínky na oddělení v oblasti ošetřovatelské péče. Ve výzkumu z Finska položili sestrám podobnou otázku a z výsledků vyplynulo, že z 222 sester je úplně spokojeno se svou prací 36 sester, 171 spíše spokojeno a 15 nespokojeno. Lze říci, že výsledky jsou podobné.

Závěrem lze konstatovat, že ošetřovatelská péče poskytovaná námi oslovenými sestrami na odděleních dlouhodobé péče v Jihočeských nemocnicích zajišťuje principy zachování strukturální i sociální integrity. Velké nedostatky jsou patrné v oblasti psychické. Zde by myslím bylo vhodné seznámit sestry alespoň s některými koncepčními modely a jejich filosofií, aby sestry získaly hlubší náhled na pacienta. K tomuto výsledku došla i kolegyně Stasková (55), jejíž výzkum byl zaměřen na možnosti využití modelu Roy v péči o pacienta po amputaci dolní končetiny. Sestry pro svou praktickou činnost v nemocnici i dalších zdravotnických zařízeních potřebují znát i teorii. Z pedagogické praxe mohu potvrdit, že studentky zdravotně sociální fakulty po seznámení se s koncepčními modely jsou mnohem lépe schopny používat kritické myšlení v péči o pacienty. Důkazem je zhodnocení projektu dalšího vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků autorek Prokešové, Rolantové a Tóthové (51) v kurzu Teoretické aspekty ošetřovatelství, kde tento kurz byl hodnocen jako jeden z nejlepších (hodnocení úrovně výukových materiálů, lektorů). Součástí výuky v tomto kurzu byly teorie a koncepční modely. Tento kurz by ovšem podle výsledků hodnocení doporučilo dalším zájemcům jen minimum účastníků. Důvodem může být obtížnost pochopení daného tématu.

6 Závěr

Teorie a koncepční modely jsou pro mnohé sestry z praxe velkou neznámou. Proto jsme se pokusili využít principů Konzervačního modelu M. E. Levine v našem výzkumném šetření, abychom poukázali na význam koncepčních modelů v ošetřovatelské praxi.

Cílem výzkumného šetření 1 bylo zmapovat využívání konzervačních principů: zachování energie, zachování strukturální, osobnostní a sociální integrity sestrami pečujícími o seniory na oddělení dlouhodobé péče. Cílem 2 bylo zjistit, která z oblastí: zachování strukturální integrity, zachování osobnostní integrity a zachování sociální integrity, je v péči o seniora nejvíce opomíjena. Cíle byly splněny.

Na základě studia odborné literatury a zkušeností z praxe byly stanoveny k jednotlivým cílům hypotézy. K cíli 1 to byly hypotézy 1-7.

Hypotéza 1: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování energie rovnováhu mezi příjmem a výdejem energie u seniora.

Hypotéza 2: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování energie management bolesti u seniora.

Hypotéza 3: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování energie management prevence dekubitů.

Hypotéza 4: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování strukturální integrity management prevence pádů u seniorů.

Hypotéza 5: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování osobnostní integrity intimitu seniora při výkonech.

Hypotéza 6: Sestry oddělení následné péče se v rámci konzervačního principu zachování osobnostní integrity seniorovi představují.

Hypotéza 7: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování sociální integrity kontakt seniora s blízkými.

K cíli 2 byla stanovena Hypotéza 8: Sestry hodnotí zachování strukturální integrity jako nejlépe zajištěné.

Hypotéza 1: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování energie rovnováhu mezi příjmem a výdejem energie u seniora

byla potvrzena. Sestry zajišťují ve většině případů na základě nutričního screeningu seniora odpovídající dietu, spolupracují s nutričním terapeutem a taktéž zajišťují dostatečný příjem tekutin aktivním nabízením nebo podáváním v pravidelných intervalech.

Pro zajištění rovnováhy energie seniora je také důležité sledovat faktory ovlivňující zvýšený výdej energie, což je v případě seniora především management bolesti a prevence poškození integrity kůže. 89,2 % sester hodnotí bolest u seniorů. K hodnocení bolesti používají obličejovou škálu nebo VAS. **Hypotéza 2: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování energie management bolesti u seniora, byla potvrzena.**

91,6 % dotázaných sester provádí hodnocení rizika poškození integrity kůže dle testu Nortonové a předchází vzniku dekubitů řadou ošetřovatelských intervencí. **Hypotéza 3: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování energie management prevence dekubitů, byla potvrzena.**

71 % dotázaných sester hodnotí riziko pádů u chodících i ležících seniorů, většina (84,7 %) jich zaznamenává případné pády do dokumentace a následně provede zápis do Hlášení o nežádoucí události (91,6 % dotázaných sester). **Hypotéza 4: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování strukturální integrity management prevence pádů u seniorů, byla potvrzena.**

Zajištění intimity při poskytování ošetřovatelské péče je nezbytné a to i u seniorů, kteří nejsou orientováni. Pouze 26,7 % sester zajišťuje intimitu při hygieně na lůžku u všech seniorů a při vyprazdňování seniora na lůžku je to 25,2 % dotázaných. **Hypotéza 5: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování osobnostní integrity intimitu seniora při výkonech, potvrzena nebyla.**

Představení se pacientovi při prvním setkání by mělo být pro sestry samozřejmostí, zároveň je to základní princip profesionálního vystupování. V našem šetření se pacientovi představuje při prvním setkání pouze 67,9 % sester, 12,2 % sester čeká, až je o to senior požádá a zbývající sestry to nepovažují za důležité.

Hypotéza 6: Sestry oddělení následné péče se v rámci konzervačního principu zachování osobnostní integrity seniorovi představují, potvrzena nebyla.

V sociální oblasti je pro seniora důležitý především kontakt s blízkými. 73,3 % dotázaných sester umožňuje kontakt seniorům neomezeně a 21,4 % v konkrétní stanovené hodiny. **Hypotéza 7: Sestry oddělení následné péče zajišťují v rámci konzervačního principu zachování sociální integrity kontakt seniora s blízkými, byla potvrzena.**

Hypotéza 8: Sestry hodnotí zachování strukturální integrity jako nejlépe zajištěné, potvrzena nebyla. Srovnáním hodnocení jednotlivých oblastí jsme zjistili, že sestry hodnotí jako nejlépe zabezpečené sociální potřeby seniorů. Nejhůře byla hodnocena psychická integrita seniorů, což můžeme vidět i ve výsledcích týkajících se zajištění intimity při ošetřovatelských výkonech a představování se sester seniorovi.

Závěrem lze zhodnotit celkovou úroveň poskytované ošetřovatelské péče na odděleních následné péče a v léčebnách dlouhodobě nemocných jako velmi dobrou. Je ovšem třeba se více zaměřit na zajištění principu osobnostní integrity profesionálním přístupem sester k pacientům, k čemuž může dopomoci školení sester v oblasti etiky a filosofie koncepčních modelů. Jako doporučení pro praxi, byla dle principů Konzervačního modelu M. E. Levine zachování energie, zachování strukturální integrity, osobnostní integrity a sociální integrity vytvořena mapa oblastí péče (viz. schéma 2 - clinical pathway) pro ošetřování seniorů v zařízeních dlouhodobé péče. Tyto mapy jsou ve světě často využívány jako návod pro poskytování péče.

S výsledky výzkumného šetření budou seznámeny hlavní sestry zúčastněných nemocnic Jihočeského kraje a dále budou výsledky publikovány v časopise Kontakt a prezentovány na zahraničním výukovém výměnném pobytu v Holandsku, kde budou hlavním tématem clinical pathway.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ARCHALAUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetřovatelských modelů.* 1.vyd. Hradec Hrálové: Nucleus, 2003, 99 s. ISBN 80-86225-33-X.

2. ARCHALAUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetřovatelských modelů do klinické a komunitní praxe.* 1.vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2005, 108 s. ISBN 80-86225-63-1.

3. BALKOVÁ, D., ŠULICOVÁ, A., NOVOTNÁ, Z. Riziko pádu v starobe. *Sestra.* Bratislava: 2005, roč. 4, s. 22. ISSN 1335 – 9444.

4. BEDNÁŘOVÁ, D., a kol. *Vybrané aspekty života seniorů.* České Budějovice: Zemědělská fakulta Jihočeské univerzity, 2003, 76 s. ISBN 80-7040-641-0.

5. BUŽGOVÁ, R. Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory. *Kontakt.* Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, ZSF: 2007, č. 1, roč. IX, s. 65 – 69. ISSN 1212 – 4117.

6. CONG, X. *Kangaroo care for analgesia in preterm infants undergoing heel stick pain.* [online]. 2006. [cit. 2009-09-10]. Dostupné z: <http://etd.ohiolink.edu/etd/send-pdf.cgi/Cong%20Xiaomei.pdf?acc_num=case>.

7. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M., F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* 2. přepracované vyd. Praha: Grada, 2001, 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

8. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie.* Olomouc: Epava, 2000, s. 335 – 340. ISBN 80 – 86297 – 05 – 5.

9. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetřovatelství-teorie.* 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

10. GILLEROVÁ, I., BURIÁNEK, J. *Základy psychologie, sociologie, základy společenských věd.* 3. upravené vyd. Praha: Fortuna, 2001, 157 s. ISBN 80-7168-749-9.

11. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora praktický rádce pro sestry.* Praha: Grada, 2007, 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.

12. GROFOVÁ, Z. Výživa geriatrických pacientů. *Diagnóza v ošetřovatelství.* Praha: 2005, roč. 1, č. 2, s. 60. ISSN 1801-1349.

13. HANZLÍKOVÁ, A. *Komunitní ošetřovatelství.* 1. české vyd. Martin: Osveta, 2007, 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.

14. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10. Manuálek sociální gerontologie.* Brno: IDVPZ, 2002, 72 s. ISBN 80-7013-363-5.

15. HERTELOVÁ, E. Komunikácia s geriatrickým pacientom. *Sestra.* Bratislava: 2005, roč. 4, s. 17. ISSN 1335 – 9444.

16. HOFBAUEROVÁ, L., ŠVÁBOVÁ, V. Způsoby aktivizace seniorů. *Kontakt.* Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, ZSF: 2008, Suplement, roč. X, s. 73 - 74. ISSN 1212 – 4117.

17. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H. *Alzheimerova nemoc v rodině- příručka pro ty, kteří o nemocné pečují.* Praha: Pfizer, 2004, 97 s. ISBN neuvedeno.

18. JAROŠOVÁ, D. *Vybrané ošetřovatelské modely a teorie.* 1.vyd. Praha: ISV, 2000, 133 s. ISBN 80 – 85866 – 2.

19. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství.* Praha: Grada, 2007, 98 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2150 – 7.

20. JEŘÁBEK, J. *Závratě a poruchy rovnováhy ve stáří.* 1. vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-059-2.

21. JIROUDKOVÁ, A. *Pády a úrazy ve stáří.* Sestra. Praha: 2000, roč. X, s. 9. ISSN 1210-0404.

22. JIROUDKOVÁ, A. Ergoterapie v geriatrii. *Gerontologické aktuality.* Praha: Česká alzheimerovská společnost, č. 4, roč. 2000, s. 55 – 60, ISSN neuvedeno.

23. JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení.* Praha: Grada, 2007. 171 s., ISBN 978-80-247-1715-9.

24. KAFKOVÁ, Z. *Z historie ošetřovatelství.* 1.vyd.. Brno: IDVPZ , 1992, 185 s. ISBN 80-7013-123-3.

25. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi.* Praha: Galén, 2006, 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

26. KALVACH, Z., HRABĚTOVÁ, E. *Senior a já – já a senior v praxi.* Praha: Společnost přátelská všem generacím, 2005, 72 s. ISBN neuvedeno.

27. KAŇOVSKÝ, P. Poruchy chůze a pády ve stáří. *Neurologie pro praxi.* Olomouc: 2003, č. 1, s. 21 – 25. ISSN 1213-1814.

28. KLEVETOVÁ, D. Úloha sestry při monitorování bolesti ve stáří. In: *Sborník abstrakt Léčba a ošetřovatelská péče u pacientů s bolestí.* Hradec Králové, 2005, s. 7-13. ISBN 80-239-6053-9.

29. KLEVETOVÁ, D. Vzdělávání seniorů. *Florence.* Praha: 2007, roč. III, č. 5, s. 228-229. ISSN 1801-464X.

30. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti.* 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 355 s. ISBN 80–247-1720.

31. KOLÍNKOVÁ, D. Aspekty výživy ve stáří. *Diagnóza v ošetřovatelství.* Praha: 2005, roč. 1, č. 2, s. 60. ISSN 1801-1349.

32. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovateľstvo1.* 1.vyd. Martin: Osveta, 1995, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

33. KRAMÁŘOVÁ, N., TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie.* 2.vyd., České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity: 2005, 55 s. ISBN 80-7040-829-4.

34. KRIŠKOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatelské techniky.* 2. přepracované vydání. Martin: Osveta, 2006, 779 s. ISBN 80 – 8063 – 202 – 2.

35. LANGMAJER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie.* 3.vyd. Praha: Grada, 1998, 344 s. ISBN 80-7169-195-X.

36. LEACH, M. *Wound Managment: Using Levine´s Model to Guide Practice.* [online]. 1999. [cit. 2009-01-25].
Dostupné z: <http://www.cjnr.nursing.mcgill.ca/archive/30/30_4_levine.html.>.

37. LEVINE, M., E. On the Humanities in Nursing. *Canadian Journal of Nursing Research.* Canada: 1995, vol. 27, No. 2, s. 19-23.

38. LUKEŠ, V.: *Antistresový program – podkladové materiály pro výuku.* 1.vyd. České Budějovice: Pedagogické centrum v Českých Budějovicích, 2001, 63 s. ISBN 80-7019007-8.

39. MACHOVÁ, A. Využití modelu M. E. Levine v komunitní péči o seniora. *Kontakt.* Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, ZSF: 2008, č. 1, roč. XI, s. 164 - 168. ISSN 1212 – 4117.

40. MACHOVÁ, A., PECHINGEROVÁ, A. Ošetřovatelský proces při analgetické terapii u geriatrických pacientů. In: *Sborník abstrakt Léčba a ošetřovatelská péče u pacientů s bolestí.* Hradec Králové, 2005, s. 14-15. ISBN 80-239-6053-9.

41. MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách.* Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80 – 247 – 1399 – 3.

42. MELEIS, A. I. *Theoretical nursing: Development and Progress.* Lippincott Williams & Willkins: 2006. 832 s. ISBN -10: 0781736730.

43. MOCK, V., ST. OURS, CH., HALL, S. at al. Using a conceptual model in nursing research – mitigating fatigue in cancer patiens. *Journal of advanced Nursing.* USA: 2007, vol. 58, No. 5, p. 503-512. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04293.x

44. MOCOVÁ, E. Starostlivosť o klientov v domove dôchodcov. *Sestra.* Bratislava: 2005, roč. 4, s. 28-29. ISSN 1335 – 9444.

45. NANDA INTERNATIONAL. *Nursing diagnoses Definition and Classification 2009-2011 edition.* [online]. 2009. [2009-12-01]. Dostupné z: <http://books.google.cz/books?id=wnapfoW6BPUC&pg=PA389&lpg=PA389&dq=NANDA+taxonomy+2009>.

46. PARKER, M., E. *Nursing Theories & Nursing Practice.* 2nd. ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2006, 409 s. ISBN 10: 0-8036-1196-X.

47. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce.* 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

48. PEJZNOCHOVÁ, I. *Stručná příručka zdravotní sestry k péči o chronicky nemocné.* Veverská Bítýška: Hartmann – rico, 2003, 85 s. ISBN 80-238-9971-6.

49. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi.* 1. české vyd. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-7178-184-3.

50. POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. *Geriatrické ošetrovatelstvo.* Martin: Osveta, 2006, 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

51. PROKEŠOVÁ, R., ROLANTOVÁ, L., TÓTHOVÁ, V. Obsah a zhodnocení celoživotního vzdělávání krátkodobých kurzů pro všeobecné sestry. *Kontakt.* Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, ZSF: 2008, č. 1, roč. XI, s. 164 - 168. ISSN 1212 – 4117.

52. SLADKÁ, I., MACHOVÁ, A. Spolupráce rodinných příslušníků se zdravotnickým personálem v péči o seniory. *Kontakt.* Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, ZSF: 2008, Suplement, roč. X, s. 50 - 54. ISSN 1212 – 4117.

53. SLEZÁKOVÁ, Z. *Neurologické ošetrovateľstvo.* Martin: Osveta, 2006, 165 s. ISBN 80-8063-218-9.

54. SLEZÁKOVÁ, Z. Využitie modelu Levinovej v neurologickom ošetrovatelstve. In: *Nové trendy v ošetřovatelství II.* České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2003, s. 175-186. ISBN 80-7040-636-4.

55. STASKOVÁ, V. *Překážky a možnosti ve využití adaptačního modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny.* [online]. 2009. [cit. 2009-12-01]. Dostupné z: <web.jcu.cz/apps/stag/prohlizeni/pg$_prohlizeni.ab_dp_student_vystup?xos_cislo=S090026>.

56. SUCHÁ, J. Denní stacionář. *Gerontologické aktuality*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, č. 4, roč. 2000, s. 55 – 60, ISSN neuvedeno.

57. ŠKOPKOVÁ, H. *Stárnoucí kůže.* [online]. [cit 2009 – 01 - 05]. Dostupné z: < http://sik.vse.cz/ozdravisenioru_radyadoporuceni_detail.php?da=kuze.>.

58. ŠONKA, K. Poruchy spánku ve stáří. *Neurologie pro praxi.* Olomouc: 2003, č. 1, s. 11 – 13. ISSN 1213-1814.

59. ŠPIRUDOVÁ, I. a kol. *Multikulturní ošetřovatelství II.* Praha: Grada, 2005, 252 s. ISBN 80-247-1213-X.

60. TEERI, S., VÄLIMÄKI, M., KATAJISTO, J., LEINO-KILIPI., H. Nurses perception of older patiens integrity in long-term institutions. *Scand J Caring Sci.* Finland: 2007, vol. 21, p. 490-499. doi: 10.1111/j. 1471-6712.2007.00499.x.

61. TOMEY, A.,M., ALLIGOD, M., R. *Nursing Theorists and Their Work.* 6.vyd. St. Louis Missouri: Mosby, 2007, 828 s. ISBN 13 978 – 0 – 323 – 03010 – 6.

62. TOPINKOVÁ, E.: *Geriatrie pro praxi.* 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

63. TÓTHOVÁ, V. *Ošetřovatelství pro posluchače studijního programu Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby.* Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2000, 217 s. ISBN 80-7040-454-X.

64. TÓTHOVÁ, V. *Koncepční modely a teorie ošetřovatelství.* [online]. [cit 2009 – 11 - 15].
Dostupné z: < http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/externi/kos_3294/index.htm>.

65. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* 2.vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

66. VANKOVÁ, L. Inkontinencia v geriatrii. *Sestra.* Bratislava: 2005, roč. 4, s. 23. ISSN 1335 – 9444.

67. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II., Dospělost a stáří.* 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007, 464 s. ISBN 978 – 80 – 246 – 1318 – 5.

68. VEJVODOVÁ, I. Pijí dobře naši pacienti a jak jim můžeme pomoci? *Diagnóza v ošetřovatelství.* Praha: 2005, roč. 1, č. 2, s. 67. ISSN 1801-1349.

69. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

70. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory.* 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

71. *Vyhláška č. 463/2004 Sb., Rámcový vzdělávací program pro získání specializované způsobilosti v oboru komunitní ošetřovatelská péče.* Zdroj: ASPI.

72. WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci.* 1.vyd. Brno: IDVPZ, 2000, 151 s. ISBN 80–7013–314–7.

73. ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovatelský slovník.* Martin: Osveta, 2009, 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

74. ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovatelské konceptuálne modely*. 1. slovenské vyd. Martin: Osveta, 2007, 189 s. ISBN 978-80-8063-247-2.

8 Klíčová slova

Senior

Adaptace

Celistvost

Zachování

Ošetřovatelství

9 Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Fotografie M. E. Levine

Příloha 3 Schéma 1 Pacient v Konzervačním modelu M. E. Levine

Příloha 4 Nutriční screening

Příloha 5 Bartelové test ADL

Příloha 6 Škála Nortonové pro zhodnocení rizika dekubitů

Příloha 7 Skríningový test na určení rizika pádu

Příloha 1 Dotazník

Vážená kolegyně,

jsem studentkou Zdravotně-sociální fakulty Jihočeské univerzity. Tento dotazník je součástí rigorózní práce na téma: „Využití konzervačních principů podle modelu M. E. Levine v péči o dlouhodobě ležícího pacienta – seniora“, dotazník je anonymní. Prosím, přečtěte si pečlivě všechny otázky a zaškrtněte odpovědi z nabídnutých možností.

Děkuji za spolupráci.

Mgr. Machová Alena, ZSF JCU v Českých Budějovicích, Katedra ošetřovatelství

Identifikační údaje

1. Vaše pohlaví:
   □ muž
   □ žena

2. Věk:
   □ 19-25
   □ 26-35
   □ 36-45
   □ 46-55
   □ 56 a více

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:
   □ SZŠ
   □ SZŠ + PSS (doplňte obor)……..
   □ VOŠ
   □ VOŠ + PSS (doplňte obor)…….
   □ VŠ – Bc.
   □ VŠ – Mgr.
   □ jiné……

4. Jste registrovaná:
   □ ANO
   □ NE

5. Celková délka praxe ve zdravotnictví:
   □ 0 - 5 let
   □ 6 - 15 let
   □ 16 - 25 let
   □ 26 – 34 let
   □ 35 a více let

6. Délka praxe na ONP, LDN:
   □ 0 - 5 let
   □ 6 - 15 let
   □ 16 - 25 let
   □ 26 – 34 let
   □ 35 a více let

Zajištění principu zachování rovnováhy energie (příjem a výdej)

7. Provádíte nutriční screening u seniorů:
   □ ANO, u každého seniora pouze při příjmu
   □ ANO, u každého seniora při příjmu a opakujeme dle potřeby v průběhu hospitalizace
   □ ANO, pouze u seniora s rizikem malnutrice a opakujeme dle potřeby v průběhu hospitalizace
   □ NE, neprovádíme

8. V rámci nutričního screeningu seniora provádíte následující intervence:
   (možnost zaškrtnout více odpovědí)
   □ vážení pacienta
   □ měření pacienta
   □ zjišťujete změny hmotnosti za poslední 3 měsíce
   □ zjišťujete změny v chuti k jídlu
   □ zjišťujete poruchy příjmu potravy
   □ měříte kožní řasu
   □ dle ordinace lékaře provádíte odběry krve na vyšetření celkové bílkoviny a albuminu
   □ jiné……

9. Spolupracujete při uspokojování potřeby výživy seniora s nutričním terapeutem (dietní sestrou) ?
   □ ANO vždy
   □ ANO v případě problémů s výživou seniora
   □ NE, nemáme odborníka na výživu k dispozici
   □ NE, nespolupracujeme, není to zvykem oddělení

10. Zapisujete denní příjem potravy seniora do ošetřovatelské dokumentace:
    □ ANO, vždy
    □ ANO, v případě problémů s výživou seniora
    □ NE, není to zvykem oddělení
    □ NE, nevedeme ošetřovatelskou dokumentaci
    □ jiné…….

11. Zapisujete denní příjem tekutin do ošetřovatelské dokumentace:
    □ ANO, vždy
    □ ANO, v případě problémů s příjmem tekutin u seniora
    □ NE, není to zvykem oddělení
    □ NE, nevedeme ošetřovatelskou dokumentaci
    □ jiné…….

12. Podáváte ležícím seniorům tekutiny:
    □ ANO, pravidelně á 2 hod
    □ ANO, při každém jídle
    □ ANO, když si požádají
    □ NE, mají tekutiny k dispozici na nočním stolku
    □ jiné……..

13. Zjišťujete soběstačnost pacienta v běžných denních aktivitách:
    □ ANO, u každého seniora pouze při příjmu
    □ ANO, u každého seniora při příjmu a opakujeme v průběhu hospitalizace
    □ ANO, pouze u seniora s poruchou hybnosti a opakujeme v průběhu hospitalizace
    □ NE, nezjišťujeme, není to zvykem oddělení

14. K hodnocení soběstačnosti ležícího seniora používáte měřící nástroje:
    (možnost více odpovědí)
    □ Bartelové test soběstačnosti
    □ ADL test (test aktivit denního života)
    □ Nepoužívám žádné měřící nástroje, ke zhodnocení stačí pozorování seniora
    □ Jiné (doplňte) ……..

15. V rámci prevence dekubitů u ležícího seniora provádíte intervence:
    (možnost více odpovědí)
    □ polohování
    □ používání pomůcek v prevenci dekubitů
    □ zvýšená péče o pokožku seniora
    □ zajištění odpovídající výživy a tekutin
    □ jiné (doplňte) …….

16. Jakou škálu používáte k hodnocení rizika vzniku dekubitů:
□ Nortonové škálu rizika vzniku dekubitů
□ Hodnocení rizika vzniku proleženin dle Shannona
□ Jiné (doplňte) …….
□ Hodnocení rizika vzniku dekubitů neprovádíme, není to zvykem oddělení

17. Hodnotíte bolest u seniora:
□ ANO, u každého seniora pouze při příjmu
□ ANO, u každého seniora při příjmu a opakujeme dle potřeby v průběhu hospitalizace
□ANO, pouze u seniora, který verbalizuje bolest a opakujeme dle potřeby v průběhu hospitalizace
□ NE, neprovádíme, není to zvykem oddělení

18. Při pozorování a hodnocení bolesti sledujete: (možnost více odpovědí)
□ intenzitu
□ lokalizaci
□ ovlivňující faktory
□ charakter bolesti
□ časový průběh (kdy bolest vzniká)
□ jiné (doplňte) ……..

19. Na měření intenzity bolesti používáte u seniora škály:
□ VAS (vizuální analogová škála)
□ slovní škála bolesti dle Melzacka
□ obličejovou škálu
□ jiné (doplňte) …….

20. Zaznamenáváte hodnocení bolesti do ošetřovatelské dokumentace:
□ ANO, vždy
□ ANO, v případě problémů s bolestí u seniora
□ NE, není to zvykem oddělení
□ NE, nevedeme ošetřovatelskou dokumentaci
□ jiné…….

Zajištění principu zachování strukturální (fyzické) integrity

21. Trpí-li senior inkontinencí, provádíte intervence: (možnost více odpovědí)
□ pravidelná výměna pomůcek pro inkontinentní dle potřeby
□ zvýšená péče o pokožku
□ zavedení permanentního močového katétru
□ cvičení na posílení pánevního dna
□ sledování příjmu a výdeje tekutin
□ jiné (doplňte) ……

22. Provádíte screening rizika pádů u seniorů:
□ ANO vždy, u chodících i ležících
□ ANO pouze u chodících
□ NE, není to zvykem oddělení
□ Jiné (doplňte)……..

23. Používáte pro zjištění rizika pádů škálu:
□ Stupnice pádů Morse
□ jiná škála (doplňte)……..
□ nepoužíváme žádnou škálu

24. Zapisujete výskyt pádu u seniora do ošetřovatelské dokumentace:
□ ANO, vždy
□ ANO, v případě, že má pacient zdravotní problémy
□ NE, není to zvykem oddělení
□ NE, nevedeme ošetřovatelskou dokumentaci
□ jiné…….

25. Vypisujete Hlášení o nežádoucí události v případě pádu seniora:
□ ANO, vždy
□ ANO, v případě, že má pacient zdravotní problémy
□ NE, není to zvykem oddělení

Zajištění principu zachování osobnostní integrity

26. Může pacient spolurozhodovat o poskytované ošetřovatelské péči?
□ ANO, vždy
□ ANO, v případě problémů s poskytovanou ošetřovatelskou péčí
□ NE, není to zvykem oddělení
□ NE, o ošetřovatelské péči smí rozhodovat pouze ošetřovatelský personál
□ jiné…….

27. Jakým způsobem seznamujete pacienty s Právy pacientů? (možnost více odpovědí)
□ ústní předání informací
□ poskytnutí etického kodexu Práv pacientů v písemné podobě na lůžku
□ pacient má možnost přečíst se etický kodex Práv pacientů na chodbě na nástěnce
□ v případě, že pacient není schopen chápat informace (demence, změny vědomí) poučím rodinu
□ neseznamujeme, není to zvykem oddělení
□ jiné……

28. Zaznamenáváte do ošetřovatelské dokumentace seznámení pacienta s Právy pacientů:
    □ ANO
    □ spíše ANO
    □ NE
    □ spíše Ne

29. Představíte se pacientovi při prvním setkání:
    □ ANO, vždy
    □ ANO, v případě, že o to požádá
    □ NE, není to zvykem oddělení
    □ jiné…….

30. Před vstupem na pokoj pacientů zaklepete:
    □ ANO, vždy
    □ ANO, v případě, že jdu na pokoj při službě poprvé
    □ NE, není to zvykem oddělení
    □ jiné…….

31. Při péči o pacienta v lůžku:
    □ vždy informuji o činnosti, kterou budu provádět, jedná se osobní prostor klienta
    □ informuji pouze v případě, že se jedná o činnosti zasahující do intimity seniora
    □ neinformuji, není to zvykem oddělení
    □ jiné…….

32. Při hygienické péči na lůžku:
    □ vždy zajistím intimitu seniora použitím zástěny
    □ zajistím intimitu seniora pomocí zástěny, pokud je orientovaný
    □ intimitu nezajišťuji, není to zvykem oddělení
    □ jiné…….

33. Při vyprazdňování seniora v lůžku:
    □ vždy zajistím intimitu seniora použitím zástěny
    □ zajistím intimitu seniora pomocí zástěny, pokud je orientovaný
    □ intimitu nezajišťuji, není to zvykem oddělení
    □ jiné…….

Zajištění principu zachování sociální integrity

34. Má pacient možnost mít u sebe vlastní věci denní potřeby (mobilní telefon, TV, oblečení atd.) :
    □ ANO, vždy
    □ ANO, v případě, že o to požádá
    □ NE, není to zvykem oddělení
    □ jiné…….

35. Mají Vaši pacienti možnost návštěvy duchovního:
□ ANO
□ spíše ANO
□ NE
□ spíše Ne

36. Je na vašem oddělení možnost návštěv:
□ ANO, neomezeně
□ ANO, jen v určených odpoledních hodinách
□ jiné ……

37. Označte oblasti, ve kterých se podílíte na aktivizaci seniorů: (možnost více odpovědí)
□ nácvik chůze
□ posazování
□ cvičení
□ předčítání
□ ruční práce
□ poslech hudby
□ jiné……
□ na aktivizaci pacienta se nepodílíme

38. Mohou senioři na vašem oddělení sledovat TV:
□ pouze chodící pacienti ve společenské místnosti
□ každý, kdo si zajistí vlastní TV
□ každý, máme k dispozici několik TV přístrojů
□ nemohou, na oddělení nemáme TV přístroj
□ jiné ……..

39. Spolupracujete v aktivizaci seniorů s dobrovolníky?
□ ANO
□ spíše ANO
□ NE
□ spíše Ne
□ jiné ……

Hodnocení uspokojení jednotlivých potřeb

40. Ohodnoťte škálou uspokojení fyziologických potřeb seniora na vašem oddělení:

1 - 2 - 3 - 4 - 5
nejlepší nejhorší

41. Ohodnoťte škálou uspokojení psychických potřeb seniora na vašem oddělení:

1 - 2 - 3 - 4 - 5
nejlepší nejhorší

42. Ohodnoťte škálou uspokojení sociálních potřeb seniora na vašem oddělení:

1 - 2 - 3 - 4 - 5
nejlepší nejhorší

43. Máte pocit spokojenosti s Vaší prací na oddělení následné péče?
□ ANO
□ spíše ANO
□ spíše NE
□ NE
□ jiné ……

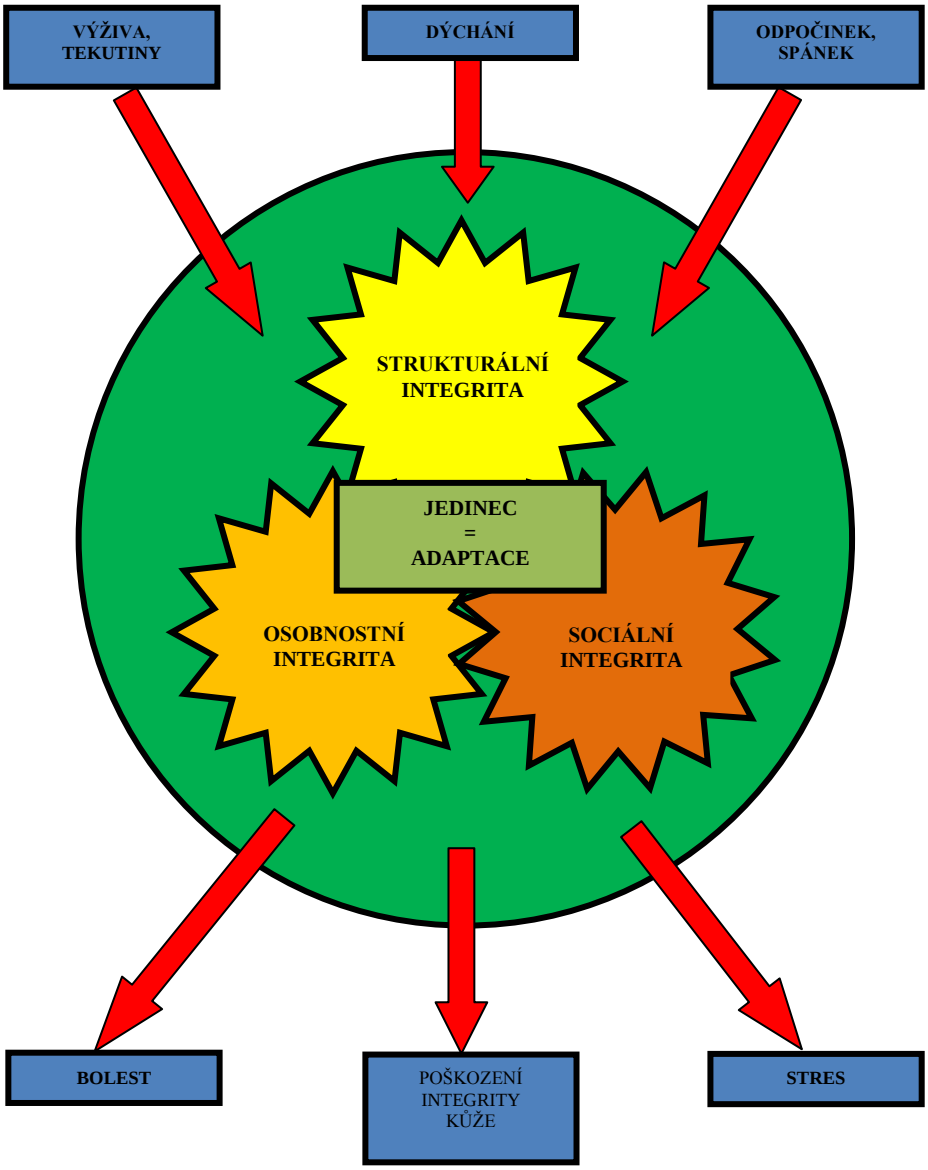
44. Kdybyste se měli v budoucnosti rozhodnout, chtěli byste být hospitalizovaní na Vašem oddělení?
□ ANO
□ NE za současných podmínek
□ ANO, když bude lepší péče

Děkuji za vyplnění dotazníku

Příloha 2 Fotografie M. E. Levine

Zdroj: TOMEY, A., M., ALLIGOD, M., R. *Nursing Theorists and Their Work.* 6.vyd. St. Louis Missouri: Mosby, 2007, 828 s. ISBN 13 978 – 0 – 323 – 03010 – 6.

Příloha 3 - Schéma 2 Pacient v Konzervačním modelu M. E. Levine



Zdroj: autor práce

Příloha 4 Nutriční screening

Základní nutriční screening pro pacienty v pokročilém věku

(zpracováno s použitím mini MNA a ve spolupráci s Centrem výživy FTNsP)

A	**Odmítal/a jste za poslední 3 měsíce stravu v důsledku nechutenství, zažívacích potíží, potíže se žvýkáním nebo polykáním?**	
	2 =	silné nechutenství nebo obtíže
	1 =	mírné nechutenství nebo obtíže
	0 =	normální chuť k jídlu
B	**Váhový úbytek za poslední měsíc?**	
	3 =	více než 3 kg
	2 =	nevím
	1 =	úbytek mezi 1-3 kg, volné šatstvo
	0 =	bez úbytku
C	**Pohyblivost**	
	2 =	ležící pacient (připoutaný na lůžko či křeslo)
	1 =	s omezenou pohyblivostí
	0 =	bez omezení
D	**Trpěl/a jste v posledních třech měsících fyzickým vypětím nebo akutním onemocněním?**	
	1 =	ano
	0 =	ne
E	**Neurovegetativní potíže**	
	2 =	těžká demence nebo deprese
	1 =	mírná demence
	0 =	žádné psychické problémy
F	**BMI (kg/m2)**	
	3 =	méně než 19
	2 =	mezi 19 - 21
	1 =	mezi 21 - 23
	0 =	23 a více
Screeningové skóre (max. 13 bodů)		
0 - 2	normální - bez rizika - není třeba doplňující vyšetření	
3 - 7	riziko malnutrice - doplňující vyšetření nutričním terapeutem	
8 - 13	jistá malnutrice - nutná nutriční léčba	
Vypočtené skóre:		
Podpis zpracovatele:		

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace Nemocnice Písek

Příloha 5 Barthelové test základních všedních činností ADL (aktivity daily living)

ČINNOST/PROVEDENÍ ČINNOSTI-BODOVÉ SKÓRE

Najedení, napití

samostatně bez pomoci – 10

s pomocí – 5

neprovede – 0

Oblékání

samostatně bez pomoci – 10

s pomocí – 5

neprovede – 0

Koupání

samostatně bez pomoci – 10

s pomocí – 5

neprovede – 0

Osobní hygiena

samostatně nebo s pomocí – 10

neprovede – 0

Kontinence moči

plně kontinentní – 10

občas inkontinentní – 5

inkontinentní – 0

Kontinence stolice

plně kontinentní – 10

občas inkontinentní – 5

inkontinentní – 0

Použití WC

samostatně bez pomoci – 10

s pomocí - 5

neprovede – 0

Přesun lůžko – židle

samostatně bez pomoci – 10

s malou pomocí – 5

vydrží sedět – 3

neprovede – 0

Chůze po rovině

samostatně nad 50m -10

s pomocí 50m – 5

na vozíku 50m – 3

neprovede – 0

Chůze po schodech

samostatně bez pomoci – 10

s pomocí - 5

neprovede – 0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 – 40 bodů – vysoce závislý

45 – 60 bodů – závislost středního stupně

65 – 90 bodů – lehká závislost

100 bodů – nezávislost

Zdroj: VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-2.

Příloha 7 Nortonové škála pro hodnocení rizika vzniku dekubitů

Rozšířená stupnice podle Nortonové

Bodů	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění dle odpov. stupně	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	Úplná	<10	Normální	Žádné	Dobrý	Dobrý	Chodí	Úplná	není
3	Malá	<30	Alergie	Diabetes, teplota, kachexie, anémie, ucpávání tepen, obezita, karcinom	Zhoršený	Apatický	S doprovodem	Částečně omezená	Občas
2	Částečná	<60	Vlhká		Špatný	Zmatený	Sedačka	Velmi omezená	Převážně moč
1	Žádná	>60	Suchá		Velmi špatný	Bezvědomí	Leží	Žádná	Moč a stolice

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace Nemocnice Písek

Příloha 7 Stupnice pádů Morse

STUPNICE PÁDŮ MORSE		
Proměnná	**Stupnice**	**Hodnocení**
1. Pády v anamnéze:nynější nebo v posledních 3 měsících	**ne – 0** **ano - 25**	
2. Vedlejší diagnóza	**ne – 0** **ano - 25**	
3. Pomůcky k chůzi **klid na lůžku/pomoc sestry** **berle/hůl/chodítko** **nábytek**	 **0** **15** **30**	
4. i.v. vstup/heparinová zátka	**ne 0** **ano 25**	
5. Chůze/pohyb **normální/klid na lůžku/nemobilní** **slabé** **zhoršené**	 **0** **15** **30**	
6. Duševní stav **vědom si svých možností** **zapomíná na svá omezení**	 **0** **15**	

Příklady míry rizika:

Míra rizika	**Hodnocení MFS**	**Opatření**
bez rizika	0-24	dobrá základní ošetřovatelská péče
nízké riziko	25-50	standardní opatření k prevenci pádů
vysoké riziko	≥51	opatření u vysoce rizikových pacientů

Zdroj: JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení.* Praha: Grada, 2007. 171 s., ISBN 978-80-247-1715-9.