

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie a patopsychologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jana Rábková

**Vybrané aspekty edukace na oddělení geriatric ve Fakultní
nemocnici v Olomouci**

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Alena Petrová, Ph.D.

Olomouc 2013

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a zdrojů literatury.

V Olomouci dne 1.4.2013

.....

Jana Rábková

Poděkování

Ráda bych poděkovala především vedoucí mé bakalářské práce paní Doc. PhDr. Aleně Petrové, Ph.D. za její metodickou pomoc, cenné připomínky a laskavý přístup při vedení této práce.

Dále děkuji vrchní sestře z oddělení geriatry FNOL paní Mgr. Libuši Danielové za její cenné podněty k obsahu vlastní bakalářské práce a edukačním sestřím za ochotu a čas, které mi při provádění výzkumu věnovaly. V neposlední řadě také děkuji panu primáři MUDr. Zdeňku Zábojovi, který mi umožnil sběr dat a provedení výzkumné části práce na oddělení geriatry FNOL.

OBSAH

Čestné prohlášení	2
Poděkování	3
Obsah	4
Úvod	6
I. TEORETICKÉ POZNATKY	8
1. Problematika stárnutí a stáří	8
1.1 Periodizace stáří	9
1.2 Vývojové změny související se stářím	11
1.2.1 Biologické změny	11
1.2.2 Psychické změny	12
1.2.3 Sociální změny	14
1.3 Adaptace na stáří	14
1.4 Stárnutí populace	17
2. Stáří a nemoc	20
2.1 Geriatrie jako lékařský obor, charakteristika	20
2.1.1 Geriatrický pacient	21
2.2 Nemoci ve stáří	22
3. Lidské potřeby	23
3.1 Charakteristika lidských potřeb	23
3.2 Potřeby seniorů	25
4. Edukace a její poslání	26
4.1 Pojem edukace	26
4.2 Cíle edukace	27
4.3 Členění edukace	28
II. PRAKTICKÁ ČÁST	29
5. Cíl výzkumného šetření	29

5.1	Výchozí předpoklady	29
5.2	Charakteristika výzkumného souboru	30
5.3	Oddělení geriatric FNOL	30
5.4	Užité prostředky a metody šetření	31
5.5	Organizace šetření	32
6.	Dokumentace výsledků šetření	33
6.1	Kritéria pro výběr pacientů vhodných pro edukaci	33
6.2	Témata edukací	35
6.3	Zastoupení jednotlivých věkových skupin edukovaných pacientů ..	37
6.4	Funkční geriatrické vyšetření - východisko pro práci edukační sestry	41
6.5	Vyhodnocení informací získaných v rámci řízeného rozhovoru	43
6.6	Specifika edukace na oddělení geriatric FNOL	45
6.7	Role edukační sestry	49
6.8	Potřeby pacientů	51
7.	Návrh edukačního letáku	52
8.	Závěr	53
	Seznam použité a nastudované literatury a zdrojů.....	57
	Internetové zdroje	59
	Seznam zkratk a pojmů	60
	Seznam příloh	61
	Anotace	

„Naučme se staré lidi spíše poslouchat, následovat je v jejich rytmu a na cestě, kterou nám ukazují, než podléhat obavám a touze dělat pro ně vše co nejdokonaleji. Chceme-li do této oblasti zavést něco nového, musíme především změnit svůj názor na poslední etapu lidského života, osvojit si realistický, pozitivní a humanistický pohled, založený na hlubokém respektování každého jedince, jemuž chceme pomoci v jeho pokročilém věku.“
Marie-Jo Guissetová (in Pichaud C. 1998, s. 9).

Úvod

Stáří je fází života, ke které dospěje každý zdravý jedinec, a starší lidé jsou neodmyslitelnou a široce zastoupenou součástí naší společnosti, kterou nelze vnímat jako okrajovou, a proto bychom ji neměli ignorovat. Demografická situace ukazuje, že starých lidí přibývá, stejně tak, jako jejich šance na dožití se vysokého věku. V současné době je stáří zatíženo vysokou nemocností, polymorbiditou a zhoršováním fyzické zdatnosti a soběstačnosti.

Každý starý člověk má svůj životní příběh, který je poskládán z radostných i bolestných událostí. Čím déle starý člověk žije, tím je jeho příběh delší. Péče o seniory by měla vycházet nejenom ze zhodnocení tělesných změn, ale i z chápání člověka jako celistvé bytosti, kde vše souvisí se vším, kde nezapomínáme hodnotit změny prožívání, změny sociálních rolí a životních perspektiv.

Hlavním cílem této bakalářské práce je identifikovat edukační potřeby seniorů na oddělení geriatry FNOL a zamyslet se nad tím, jaké potřeby hospitalizovaných pacientů edukace naplňuje.

Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou objasněny pojmy stárnutí, stáří, geriatry, gerontologie a edukace. Dále je zde klasifikováno stáří z hlediska periodizace. Jsou zde popsána specifika seniorské populace z hlediska fyzických, psychických i sociálních aspektů a nejčastější onemocnění geriatrických pacientů.

Praktická část je zaměřena na průzkum edukačních potřeb seniorů. K tomuto účelu byla použita metoda řízeného rozhovoru. V souladu s nosným tématem této práce jsem se nejvíce zajímala o kritéria výběru edukovaných pacientů, zda se hospitalizovaní setkali s profesí edukační sestry, jaká edukační témata jsou nejčastěji diskutována a co pacienti vlastně nejvíce zajímá, čeho se obávají a co je tíží.

Během absolvování praxe na oddělení geriatric ve Fakultní nemocnici Olomouc jsem měla možnost seznámit se s pilotním projektem „Edukační sestry ve FN Olomouc,“ který byl započat ve FNOL v roce 2011 a od loňského roku vešel do praxe na jednotlivých odděleních uvedené fakultní nemocnice. Aplikace tohoto projektu na oddělení geriatric vyvolává řadu otázek, proto jsem se rozhodla věnovat mu více pozornosti. Mohlo by se zdát, že pojem edukace zdánlivě se stářím moc nesouvisí, přesto však se domnívám, že i v období, kdy nastane poslední etapa života, je stále aktuální. Má ovšem svá specifika.

Závěr práce pak vede k zamyšlení nad posláním edukační sestry ve vztahu k seniorům.

I. TEORETICKÉ POZNATKY

1 Problematika stárnutí a stáří

Stárnutí je „*působení času na lidskou bytost*.“ Forettová F. (in Pichaud, 1998, s. 25). Čornaničová (1998) popisuje stárnutí jako přirozený, zákonitý a všeobecný jev, kterému podléhají všechny živé bytosti, tedy i člověk. Je to přirozená součást lidského života. Podle Grusse (2009) je stárnutí proces, který nás provází již od dětství. Holásková (2003) dodává, že po šedesátce je ovšem proces stárnutí rychlejší, má své typické projevy a s přibývajícím věkem se zrychluje. Pacovský (1990, s. 85) definuje stárnutí jako „*přechodnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím, přičemž strukturální a funkční změny v něm vzniklé jsou nevratné a neopakují se. Stárnutí tedy představuje neodvratný fyziologický děj, který je cestou do stáří*.“ Stárnutí nelze považovat za nemoc, které se dá přecházet. Je třeba se na toto životní období připravit a především přijmout fakt stárnutí a hledat v něm ty kladné stránky.

Stáří je poslední fází lidského života. Je projevem a důsledkem biologických změn, které jsou významně ovlivněny vlivy prostředí (přírodního i sociálního), nemocemi, životním způsobem i psychikou, včetně sebehodnocení a přijetí určité role.³³ Stáří „*přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci*.“ Vágnerová, (2007 s. 299).

Problematikou stárnutí a stáří se zabývá vědní obor **gerontologie**, (řecky gerón = starý člověk, logos = nauka, slovo) nauka, která zkoumá biologické, fyzické a psychické vlastnosti stárnoucího organismu včetně sociálních aspektů stáří. Holásková (2003) popisuje gerontologii jako interdisciplinární vědu, která zahrnuje vše, co se týká starého člověka ve zdraví i v nemoci. Gerontolog pozoruje člověka z aspektu biologického, fyziologického, patologického a sociálně-psychologického.

Současná gerontologie se podle Z. Kalvacha (in Petřková 2004) člení do tří hlavních proudů. Prvním je **experimentální (biologická) gerontologie**, která zkoumá příčiny a mechanismy stárnutí živých organismů. Dalším proudem je **sociální gerontologie**. Ta se zabývá vzájemným vztahem starého člověka a společnosti, kde můžeme jako příklad uvést otázky demografického stárnutí a jeho vývoj, ekonomické aspekty péče o staré občany

a sociálně ekonomickou situaci starých lidí. Posledním proudem gerontologie je klinická gerontologie, jinak také **geriatrie**, věnující se zvláštnostem zdravotního stavu a nemocí ve stáří, specifickým aspektům jejich výskytu, klinickému obrazu, průběhu léčení i sociálním souvislostem.

Hraniční vědní disciplínou na pomezí andragogiky a gerontologie je **gerontagogika**. Základem pojmenování této vědy je řecké gerón (stařec) a agógé (vedení). Předmět gerontagogiky vymezuje Petřková (2004, s. 19) jako „*studium a systematizace poznatků týkajících se široce chápané edukace ve vztahu k seniorskému věku člověka.*“

1.1 Periodizace stáří

Vzhledem ke skutečnosti, že stárnutí je součástí kontinuální proměny, je obtížné nalézt jedinou definici okamžiku, ve kterém končí střední věk a začíná stáří. Z tohoto důvodu existuje řada přístupů a metod konstrukce objektivního měřítka stáří. Nejběžněji používaným měřítkem určujícím počátek stáří bývá **chronologický** (kalendářní) **věk**. Stuart-Hamilton (1999).

Kalendářní věk je jednoznačně vymezitelný dosažením určitého stanoveného věku, který uplynul od narození, ale nepostihuje individuální rozdíly. Je to údaj, jak je člověk starý. Má význam spíše právní. Kalendářní hranice stáří se trvale posouvá, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití a průběžně se zlepšuje zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací. Dnes se za počátek stáří vesměs považuje věk 65 let a o vlastním stáří se hovoří teprve od věku 75 let. Stejně staří lidé mají společné jen jedno, a to počet roků, jinak u nich převládají individuální rysy a každý člověk stárne jinak a v individuálním tempu. Čornaničová (1998).

Podle expertů Světové zdravotnické organizace lze stáří rozdělit na tato období:

- rané stáří: 60 – 74 let,
- vlastní stáří (senium): 75 – 89 let,
- dlouhověkost: 90 a více let

Dalším měřítkem stárnutí je **biologický věk**. Ten se může individuálně lišit od věku kalendářního, protože poukazuje na míru involučních změn a objektivní stav fyzického vývoje či degenerace.

Obecně je tento pojem užíván k vyjádření celkového stavu lidského organismu. Někdy se však užívá některých specifitějších určení biologického věku. Zmiňuje je Stuart-Hamilton (1999) a patří mezi ně **anatomický věk** (obecný pojem vyjadřující stav kosterní soustavy, tělesné stavby apod.), **karpální věk** (stav zápěstních čili karpálních kůstek) a **fyzilogický věk** (stav fyziologických procesů organismu, jako je například rychlost metabolismu).

Kalvach (2006) poukazuje na to, že mezi stářím kalendářním a biologickým dochází často k rozporům. Kalvach (2006, s. 7) dále pokračuje *„Mnozí lidé jsou na svůj věk neobvykle zdatní a výkonní, jiní působí předčasně zestárlým dojmem. V hospodářsky vyspělých zemích se obvykle za počátek kalendářního stáří považuje věk 65 let. Často se však o věku 65-74 let hovoří jen jako o počínajícím stáří a hranice vlastního stáří se posouvá do věku 75-80 let. Za dlouhověkost se považuje věk 90 a více let, i zde však dochází k posunu až k hranici 100 let.“*

Stuard-Hamilton (1999) rozdělil seniory na ty, kteří patří do **kategorie třetího a čtvrtého věku**. Třetí věk je pojmenování pro životní období po 60. roku života (odtud pochází i název institucí – univerzity třetího věku) a označuje aktivní – postproduktivní a nezávislý život ve stáří, zatímco čtvrtý věk znamená období, kdy je člověk při zajišťování základních potřeb odkázán na druhé, tedy období závislosti.

Holásková (2003) uvádí, že nejznámější periodizaci stáří definoval Příhoda v Ontogenezi lidské psychiky. Poslední fázi periodizace nazývá senium a rozděluje ji do těchto kategorií:

První je **senescence** a je vymezena věkem od 60-75 let, kdy organismus je ještě odolný a stárnutí se projevuje díky genetické dispozici a působením vnějších vlivů a životosprávy.

Druhou etapou je **kmetství** od 75-90 let. „*Základním psychologickým rysem tohoto období je odklon od materiálních hodnot k hodnotám duchovním, od extroverze k introverzi, od extropekce k introspekci a od altruismu k egocentrismu.*“ Holásková (2003, s. 130).

Poslední etapou je **patriarchium**, které se udává od 90 let. Doba, která je poznamenána osamělostí a starý člověk většinou už očekává konec své životní cesty.

Z pohledu psychologických teorií je obecně přijímáno rozčlenění životní cesty podle E. H. Eriksona do osmi etap. Stárnutí a stáří je osmou etapou, pro kterou je vývojovým úkolem dosažení osobní integrity a moudrosti. „*Dosažení integrity se projevuje přijetím svého života, jeho pojetím jako celku, který měl určitý smysl. Starý člověk potřebuje hodnotit svůj život pozitivně, jako ukončené dílo, aby mohl přijmout i jeho konec.*“ Vágnerová (2007, s. 299). Vágnerová dále podotýká, že k tomu, aby mohlo být integrity dosaženo, musí starý člověk smířeně přijmout svůj život takový, jaký byl, pravdivě a bez předstírání a lítosti nad tím, co se neuskutečnilo nebo mohlo být jinak. Není-li zvládnut vývojový úkol stáří, upevní se v osobnosti seniora zoufalství a nespokojenost s vlastním životem. „*Etapu stáří nazývá Erikson pozdním věkem a zahrnuje do ní člověka od 65 let.*“ Holásková (2003, s. 130).

Stáří je rovnocenným a smysluplným obdobím, které má pro každého člověka individuální význam, ale i své společenské poslání. Je to kus života s jeho právy a povinnostmi. Petřková (2004).

1.2 Vývojové změny související se stářím

1.2.1 Biologické změny

Spolu s Pacovským charakterizuje Petřková (2004, s. 29) stárnutí jako „*posloupnost nezvratných změn, ke kterým dochází v živém organismu a které postupně omezují a oslabují jeho funkce.*“ Celý lidský organismus se ve stáří mění, významným způsobem je kromě fyziologických změn ovlivněna také psychika i sociální chování. Organismus seniora se stává velice křehkým a velice těžce nese jakoukoli negativní změnu.

Změny v oblasti **biologické** patří k nejvíce patrným změnám. „*Při biologických projevech gerontogeneze sehrávají důležitou roli genetické dispozice, zdravotní stav a vnější vlivy jako životní styl, životní prostředí a individualita každého jedince.*“ Čornaničová (1998, s. 37). Mezi somatické změny ve stáří patří podle Kalvacha (2004) atrofie, která je nejvýraznějším jevem a postihuje všechny orgány a tkáně. Typická je atrofie kůže, kdy dochází k mizení podkožního tuku, vznikají vrásky, kůže je suchá, tenká a svráštělá. Snižuje se i pružnost dalších orgánů, např. jater, svalstva, ledvin a sleziny. Klesá vitální kapacita plic tím, že se snižuje množství vdechovaného a vydechovaného vzduchu. Obecným projevem stárnutí je šedivění vlasů. V důsledku metabolických změn dochází k obtížím v udržování termoregulace. Senioři se problematicky adaptují na výraznější změny teploty, bývají tzv. „zimomřiví“. Dochází také ke změnám v endokrinním, trávicím a vylučovacím ústrojí. Další fyzickou změnou je snížení tělesné výšky a hmotnosti.

Podle Holáskové (2003) pokles v hmotnosti souvisí se změnami tělesných proporcí, např. snížení hmotnosti celé kostry, dále váhy svalstva a zmenšení váhy vnitřních orgánů. Snížení tělesné výšky je způsobeno degenerativními změnami chrupavky, atrofií kostí a sesedáním meziobratlových plotének. Autorka dále uvádí, že „*ubývá také svalová výkonnost a souhra neuromuskulárního aparátu, která negativně ovlivňuje motorické dovednosti jedince.*“ Holásková (2003, s. 131).

V neposlední řadě oblast zraku a sluchu je také zhoršena. Petřková (2004) dále podotýká, že v oblasti vidění se zhoršuje akomodace čočky, jejímž důsledkem je presbyopie (stařecká dalekozrakost). Snížením zrakové ostrosti dochází k posunu ve vnímání barev. Bez postihu nezůstává ani kardiovaskulární systém a jeho činnost. V důsledku změny stavu cév se ve stáří zvyšuje krevní tlak.

1.2.2 Psychické změny

Po stránce **psychologické** popisuje změny ve stáří Vágnerová (2007, s. 226) takto: „*Stáří je typické zpomalením osobního tempa, někdy velice nápadným, změnou reaktivity, prodloužením reakčních časů, ale často i snížením intenzity reakcí. V emoční oblasti dochází naopak ke zvýšení lability a citlivosti, ke snížení emoční tolerance vůči různým*

podnětům, které jsou v této době často subjektivně prožívány jako rušivé či ohrožující. Snižuje se stabilita a vyrovnanost emočního prožívání, ale citové vztahy k lidem bývají hluboké a trvalé, nové se už tak snadno nenavazují.“

K psychickým změnám, které mohou nastat v období stárnutí i stáří tak, jak je popisuje Čornaničová (1998) nejčastěji patří:

1. **Změny v percepci** (smyslovém vnímání). S přibývajícím věkem se zhoršuje výkonnost analyzátorů (zrakového, sluchového čichového, chuťového, hmatového).

2. **Změny v rozumových schopnostech** se mohou týkat poklesu pozornosti, nedostatku koncentrace, zhoršováním paměti a zpomalením reakcí na různé vnější podněty.

3. **Změny v emocionalitě a motivaci.** Emoce lidí seniorského věku se často projevují menší bezprostředností, intenzitou. U některých osob se neprojevují podstatné odchylky, ale všeobecně platí, že s pokračujícím věkem se snižuje kontrola emocí tak, že staří lidé jsou citově labilnější, náladovější a více zranitelní. Senioři mají tendenci reagovat úzkostně, převládá u nich někdy smutné ladění i plačtivost. Velmi často mají oslabenou vůli, snižuje se u nich důslednost, která se projevuje např. zhoršenou péčí o sebe a o vlastní prostředí.³³

4. **Změny v adaptaci,** především zhoršením přizpůsobivosti na změněné podmínky. Adaptace na změny probíhá pomaleji a každá nemoc či stres výrazně zhoršují přizpůsobivost. Každá dramatická změna životního způsobu (např. hospitalizace, přestěhování, smrt partnera) je pro seniora mnohdy velmi zátěžová a často vede ke zhoršení zdravotního stavu.³³

Mezi psychickými změnami a projevy ve stáří existují mezi seniory individuální rozdíly. Obecně lze říci, že klesá psychická vitalita a dochází ke zhoršení kognitivních (poznávacích) funkcí, tedy vnímání, paměti, pozornosti a pružnosti myšlení. Mlýnková (2011). Bývá poškozeno vytváření asociací. Čas, místo a obsah vybavované události jsou méně spolehlivě propojeny, takže reprezentace jednotlivých událostí jsou od sebe hůře rozlišitelné. Učení i paměť fungují omezeně. Senioři si dobře pamatují na události vzdálené, jejich vzpomínky bývají obsahově i emočně zkreslené.

Osobnostní rysy člověka v seniorském věku se podstatně zvyrazňují, umocňují. Například nedůvěřivost může přerůst v podezíravost, šetrivost v lakomost, uzavřenost v samotářství, úzkostnost ve strach o sebe až k hypochondrii.³³

1.2.3 Sociální změny

Mezi sociální změny ve stáří patří odchod do penze, odchod dospělých dětí z rodiny (syndrom opuštěného hnízda), změna životního stylu, změna bydlení (přestěhování), odchod do zařízení pro seniory, domovů důchodců, domovů s pečovatelskou službou, smrt blízkých lidí. Odchod do důchodu se stává sociální událostí a podle Mlýnkové (2011) se jedná o zásadní změnu v životě, která může člověka ovlivnit v pozitivním i negativním slova smyslu. Mění se především sociální role seniora, kdy s ukončením profese se snižuje jeho autorita a společenská prestiž. Starší člověk si osvojuje novou roli důchodce a často bývá společností akceptován jako méněcenný až zbytečný. Na odchod do důchodu se obtížněji adaptují muži, ženy nacházejí další uplatnění v domácnosti. *„Významným dopadem odchodu ze zaměstnání jsou změny v ekonomickém zajištění starého člověka, které ho často omezují v zažitých kulturních a společenských aktivitách.“* Jarošová (2006, s. 30). Pacovský (in Jarošová 2006) upozorňuje, že člověk je tvor společenský, potřebuje být užitečný, mít svoji sociální roli v zaměstnání a rodině. Jeho postavení se v průběhu života mění. Postupně musí omezit činnosti, na které byl zvyklý a které pro něho dříve byly běžnou záležitostí. Stává se tak na svém okolí závislý a v důsledku toho mění situační chování, způsob komunikace i péči o sebe samého.

1.3 Adaptace na stáří

„Zestárnout není umění, umění je to snést“

Johann Wolfgang von Goethe

„Adaptací se všeobecně rozumí přizpůsobování organismu podmínkám prostředí, proces dosahování emoční rovnováhy v organismu.“ Čornaničová (1998, s. 48).

Osobnost seniora je utvářena celým jeho předchozím životem. Říká se, že stáří je karikaturou celého života. V podzimu života mohou ubývat některé dovednosti a schopnosti, mění se životní rytmus. Senioři se učí přizpůsobit novým podmínkám a dávají věcem nový smysl. Adaptace na změny ve stáří jsou ovlivněny osobností seniora a mohou se projevovat různými přístupy. Klevetová (2008) uvádí 5 základních strategií dle anglického psychologa D.B.Bromleyho:

1. **Konstruktivní přístup** ke stáří. Tento přístup je neoptimálnější strategií. Senioři akceptují stáří, rozvíjí své zájmy, navazují kontakty s druhými lidmi, počítají s jejich oporou, mají dobré vztahy s rodinou, jejich pohled na život ve stáří je optimistický. Do budoucna hledí s perspektivou a jsou smířeni se smrtí.

2. **Strategie závislosti.** Lidé, kteří patří do této kategorie, jsou nesoběstační a spoléhají na pomoc druhých. Tělesné obtíže zvyšují závislost na zdravotnících nebo na rodině, která je manipulována obtížemi geronta k intenzivnějším kontaktům.

3. **Nepřátelský přístup.** Do této kategorie patří lidé, kteří jsou nepřátelští vůči všemu a všem. Hledají viníky za své životní prohry a obviňují lidi kolem sebe. Bývají často agresivní, věčně nespokojení a stále si na něco stěžují.

4. **Obranný postoj** zaujímají lidé, kteří odmítají přijmout změny stáří. Odmítají pomoc druhých. Tento typ lidí býval většinou společensky velmi úspěšný a obává se hrozící ztráty aktivního života. Lidé lpí na svých zvyklostech, nechtějí nic měnit. Chtějí mít moc nad prostředím.

5. **Strategie sebenenávisti.** Reprezentanti této skupiny se liší od předcházející skupiny tím, že svoji nenávist a zlobu obrací proti sobě. Na svůj život pohlížejí kriticky, jsou pasivní, mírně deprimovaní, chybí jim iniciativa. Mívají neuspokojivé vztahy s rodiči, manželem a s okolím. Cítí se osamělí.

Psychologická literatura uvádí, že v oblasti adaptace na stáří neexistuje pro jednotlivce žádná norma. Cílem správné adaptace je podle Čornaničové (1998) zachování si pocitu kontinuity a identity. Někteří senioři jsou šťastní, když se vyhnou každodennímu ruchu,

jiní naopak vyhledávají společenský život. Čornaničová dodává, že úspěšnost adaptace se posuzuje podle toho, nakolik se daří seniorovi sladit své životní potřeby a způsob jejich uspokojování s požadavky společnosti a podmínkami svého životního a společenského prostředí. Spolehlivým ukazatelem osobní adaptace ve stáří jsou především společenské vztahy a vnitřní spokojenost.

Vyrovnění se s faktem stáří nemusí být pro některé seniory jednoduché. Báseň 85-ti leté paní, uvedená v knize „Soužití se staršími lidmi,“ ilustruje počáteční vzdor přicházejícímu stáří a posléze smíření, pokoru a moudrost této paní.

Dobry den, stáří

*„Dobry den, sestro stáří!
Ach, viděla jsem tě přicházet zdaleka
A nepodala jsem ti ruku...
Dlouho jsem tě nevládně pozorovala...
Zdála ses mi škaředá, nešťastná, jako kdybys stále nosila smutek,
A jako bys táhla za sebou pytel bídy,
Hořkých dnů, samoty, zchátralosti.
Ne, nechtěla jsem, aby ses ke mně přiblížila!
Ty však stojíš těsně vedle mě, dotýkáš se mě.
Musím si asi zvyknout na tvou společnost,
Protože mě už nikdy neopustí.
Sbohem mládí! A navždycky!
Budeš zabírat stále víc místa v mém životě,
A proto s proměnou svého srdce
Volám teď na tebe ve vší upřímnosti: „Sestro moje...“
Teď, když tě vidím zblízka,
Objevuji tvůj půvab:
Máš zkušenosti a všechno jak má být,
Dáváš věcem opravdový význam a milost,
Osvobozuješ od strojenosti, zbytečnosti, pýchy
a vnášíš mě do pravdy.*

*Mé tělo chátrá, má duše však je lehčí, aby se mohla lépe vznést.
Sestro stáří, přijímám tě a mám tě ráda,
Protože jsem díky tobě volnější a pomalu se přibližuji k Bohu!“*

Paní G., 85 let (in Pichaut 1998, s. 17)

1.4 Stárnutí populace

„Stárnutí populace patří k charakteristickým rysům všech průmyslových zemí světa. Věková struktura obyvatelstva se v důsledku prodlužující se délky života a snižující se porodností mění prakticky už více než sto let. Již v roce 1934 konstatovali francouzští vědci, že došlo k zásadní změně v tzv. reprodukčních zvyklostech člověka. Tuto změnu nazvali demografickou revolucí.“ Petřková (2004, s. 7).

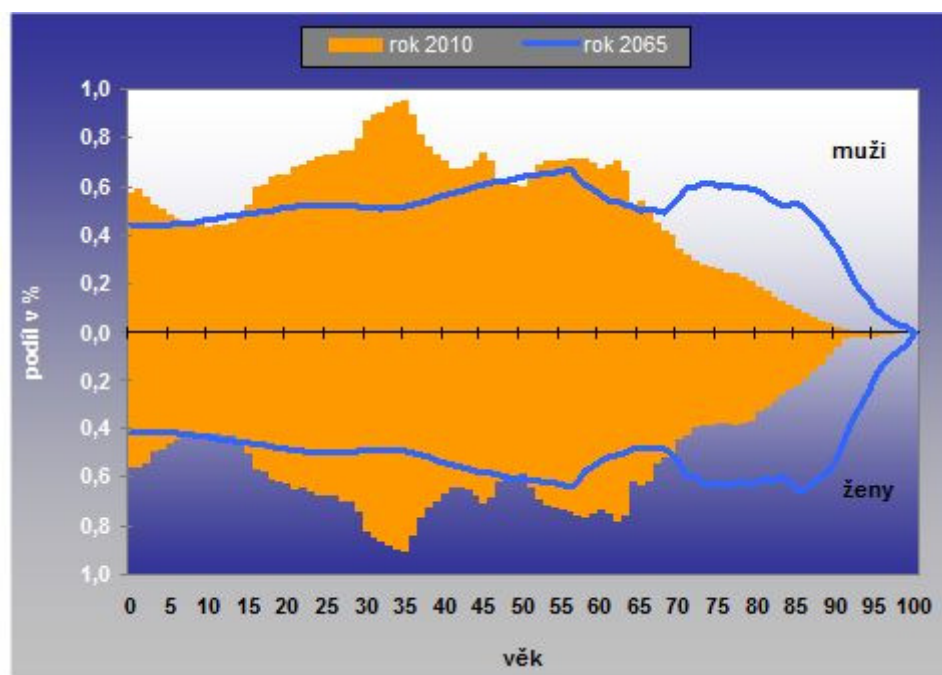
Stárnutí obyvatelstva Evropy názorně ilustrují údaje o procentuálním zastoupení starších 60-ti let v celkovém počtu obyvatel České republiky, jak je vyjádřil Kalvach (2008):

- V roce 1930 představovali senioři 10,8 % obyvatelstva.
- V roce 1950 představovali senioři 12,6 % obyvatelstva.
- V roce 1998 se tento údaj vyšplhal na 18,1 %.
- Do roku 2025 se předpokládá jejich nárůst na 27,0 %.
- Do roku 2050 se předpokládá nárůst na 41,01 %.

„Starých a velmi starých lidí v lékařských ordinacích významně přibývá a bude přibývat. Hovoří se o geriatrizaci medicíny v procesu stárnutí populace a nástupu dlouhověké společnosti.“ Kalvach (2008, s. 21).

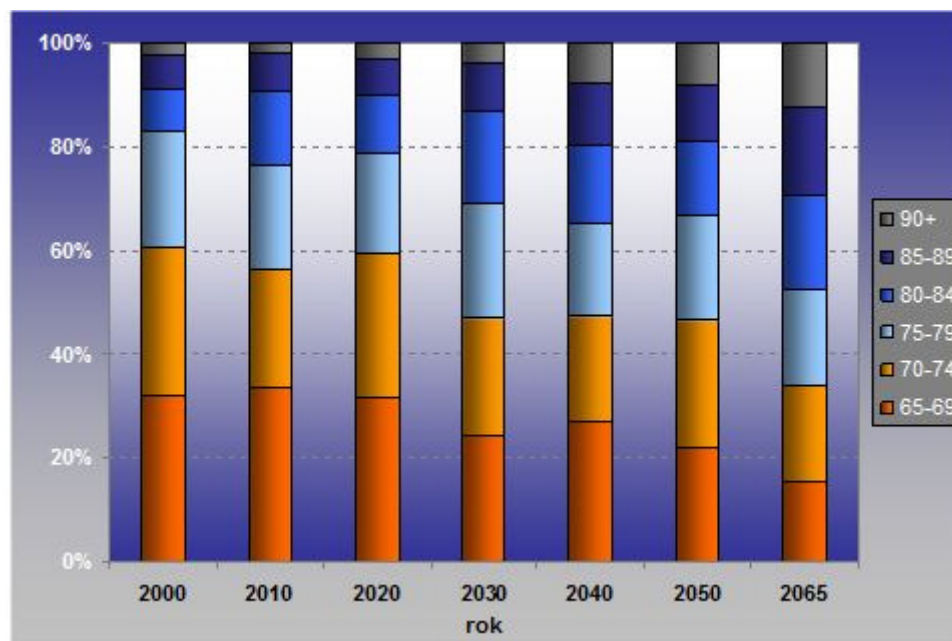
Dle „Prognózy populačního vývoje České republiky na období let 2008-2070“³² bude populace dále progresivně stárnout. Významnými faktory budou očekávaný pokles porodnosti a zároveň výrazný nárůst podílu seniorské populace způsobený zlepšováním úmrtnostních poměrů (prodlužováním lidského života), a to zejména osob ve vyšším věku.

Následující graf ukazuje reálnou a předpokládanou věkovou strukturu obyvatelstva České Republiky v letech 2010 a 2065.³⁸



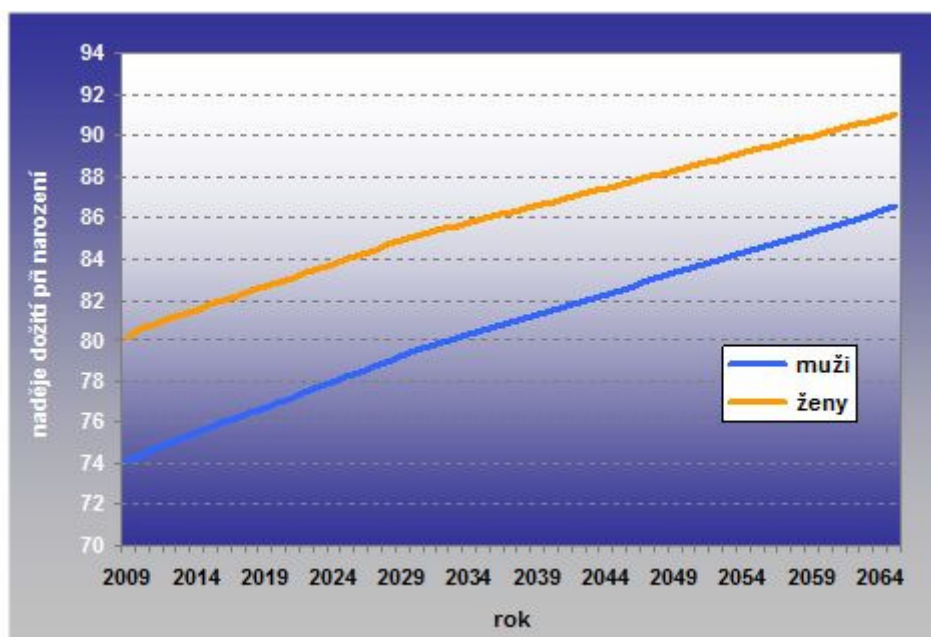
Graf č. 1: Reálná a předpokládaná věková struktura obyvatelstva České republiky v letech 2010 a 2065

Znatelné změny způsobené dalším nárůstem naděje na dožití při narození se promítnou zejména uvnitř skupiny samotných seniorů – zatímco v roce 2010 tvořily třetinu ze všech seniorů osoby ve věku 65-69 let, v roce 2065 bude tato věková skupina představovat pouze 15 % (viz. Graf 2). Absolutně i relativně se tak **zvýší zastoupení seniorů ve věku 70 a více let**. Přesněji řečeno, věková skupina 70-79 let by měla ve srovnání s rokem 2010 vzrůst téměř dvojnásobně, skupina osob ve věku 80 a více let dokonce více než čtyřnásobně. Tzn. i samotná seniorská populace postupně stárne.³⁸



Graf 2: Věková struktura skupiny seniorů (ve věku 65 a více let) ve vybraných letech, reálný a projektovaný stav (v %)

Celkové zlepšování úrovně úmrtnosti se zřetelně odráží v nárůstu naděje na dožití při narození, která se mezi roky 2000 a 2010 zvýšila ze 71,7 na 74,4 roku u mužů a ze 78,4 na 80,6 roku u žen, tj. o 2,7 resp. o 2,2 roky. Ke zvýšení naděje na dožití při narození přispěl kromě snížení kojenecké úmrtnosti zejména pokles úmrtnosti starších osob. Prodlužování naděje na dožití při narození je možné očekávat i do budoucna. Dle střední varianty projekce ČSÚ dosáhne tento ukazatel v roce 2055 hodnoty 84,5 let pro muže a 89,3 roku po ženy. O něco výraznější snížení intenzity úmrtnosti je přitom předpokládáno u mužů, což se projeví ve zmenšení rozdílu naděje na dožití žen a mužů ze současných 6,2 na 4,8 roku.



Graf 3: Vývoj naděje na dožití při narození mezi lety 2009 až 2065 v ČR

Prodlužování lidského života, střední délky života a naděje na dožití je úkaz vyskytující se ve všech průmyslových zemích světa.

2 Stáří a nemoc

2.1 Geriatrie jako lékařský obor, charakteristika

Geriatrie (z angl. geriatricis, geriatrická medicína) je samostatný lékařský obor interdisciplinárního charakteru, který je v České republice zaveden od roku 1982. Poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku – nad 65 let, obvykle však nad 70-75 let. Zabývá se zvláštnostmi chorob ve stáří a jejich důsledky. „Vychází z poznatku, že znalost zvláštností diagnostiky a terapie chorob ve stáří, rozpoznání geriatrických rizik včetně omezené funkční rezervy a důraz na udržení soběstačnosti a fyzické zdatnosti zlepšují prognózu seniorů v případě onemocnění i výsledky zdravotní péče.“ Topinková, (2005, s. 3).

Geriatrie (řecky iatró = léčím) v širším slova smyslu označuje celou geriatrickou medicínu, která prostupuje prakticky všechny klinické obory dospělého věku. V užším

slova smyslu je geriatrie označením specializačního lékařského oboru. Kalvach (2006). Jádrem oboru geriatrie je všeobecná interna s přesahy do dalších oborů, především do neurologie, gerontopsychiatrie, rehabilitace, ošetrovatelství.

Prof. Pacovský definoval jeden ze základních cílů geriatrie „*Účinná zdravotnická péče má vést nejen k prodloužení věku, ale především má znamenat udržení jeho kvality a vést k prevenci patologického stárnutí a stáří.*“³⁵

Topinková (2005) doplňuje další cíle geriatrie takto:

- Zvýšení šance starého pacienta uchovat si dobré zdraví včasným rozpoznáním akutních onemocnění a jejich léčbou, monitorováním a léčbou chronických chorob.
- Dosažení co nejvyšší aktivity, funkční zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí obvyklém pro pacienta.

Současná geriatrie má intervenčně-preventivní charakter. „*Od ostatních oborů medicíny se odlišuje šíří a komplexností přístupu, potřebou koordinované lékařské, ale i ošetrovatelské a rehabilitační péče s akceptováním zdravotně-sociální povahy onemocnění v seniu.*“ Topinková (2005, s. 3).

2.1.1 Geriatrický pacient

Geriatrickí pacienti jsou podle Kalvacha (2004) výrazně heterogenní skupinou. Tato v sobě zahrnuje soběstačné seniory v dobrém funkčním stavu, kteří nevyžadují víc než standardní zdravotní péči, dále pacienty s ohroženou či ztracenou soběstačností nebo s některými specifickými problémy, až po křehké geriatrické pacienty, kteří pro multimorbiditu a špatnou prognózu jejich onemocnění vyžadují specifický geriatrický režim založený na koordinaci multidisciplinárního týmu složeného z geriatrů, ošetrovatelek, fyzioterapeutů a sociální pracovnice.

2.2 Nemoci ve stáří

Stáří bývá velmi často spjata s řadou nemocí. Stáří ale není nemoc. Oba stavy se však vzájemně ovlivňují. **S přibývajícím věkem se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění.** Po sedmdesátém roce života je pro stáří typická přítomnost multimorbidity. To znamená, že senioři mají často několik nemocí najednou.

K nejčastějším chorobám vyššího věku podle Topinkové (2005) patří:

1. Kardiovaskulární choroby (ICHS, hypertenze)
2. Nemoci pohybového aparátu (osteoporóza, artróza)
3. Metabolická onemocnění (diabetes mellitus)
4. Gastrointestinální a respirační onemocnění

Vzhledem k tematickému zaměření mé bakalářské práce se zaměřuji především na duševní onemocnění seniorů, která mají vliv na edukační proces.

Nejvýraznějším znakem úbytku duševních schopností velmi starých lidí je podle Grusse (2009) pravděpodobně dramatický nárůst stařeckých demencí, které s sebou vysoký věk přináší.

Demence je snížení duševní výkonnosti a rozumových schopností, které jsou důsledkem organických změn v mozku. Mezi chování a projevy člověka s demencí patří tři oblasti psychiky, které jsou změnami mozku nejvýrazněji postiženy, jak je charakterizuje Čechová (1999). Jedná se o snížení psychických schopností, změny emocionality a změny adaptability. Může se projevit agresivita (příčinou bývá uvědomění si „neschopnosti“), zmatenost, deprese.

Deprese je velmi typická. Depresi můžeme charakterizovat jako poruchu nálady (bezdůvodně dlouhodobě smutná nálada), nečinnost. Tento psychický stav se projevuje především u seniorů, kteří žijí bez partnera. Častěji se vyskytuje u žen než u mužů. Je spojena se zvýšenou plačtivostí.

Amentní stav - jde o zmatenost, dezorientovanost. Tento stav vzniká na základě aterosklerózy. Projevuje se tím, že se člověk probudí v noci, je dezorientovaný ve všech

kvalitách. Doprovází ho úzkost, strach, psychomotorický neklid (třes rukou, klepání nohou aj.), porucha paměti.³⁴

Poruchy spánku - nespavost (obtížné usínání, časné probuzení, časté probouzení v noci). Opakem nespavosti je zvýšená spavost nebo zvýšená spavost přes den, v noci nemožnost spaní. Poruchy spánku jsou příčinou mnoha stížností starých lidí. Přestože tráví na lůžku více času, spí kratší dobu, hůře usínají, dříve se budí, jejich spánek je méně hluboký a častěji se budí během noci. Celková potřeba spánku se však nemění, staří lidé často dospávají během dne.

Závratě. Kontrola rovnováhy je podle Grusse (2009) založena na výkonu mnoha smyslů - udržení rovnováhy vyžaduje dynamickou integraci zrakového, sluchového, vestibulárního vnímání. Všechny tyto smysly ve stáří ochabují. Stárnutí způsobuje, že jsou sensorické informace méně spolehlivé. Častější padání starších lidí je nejzávažnějším důsledkem stařeckých potíží se zachováním rovnováhy. Psychické a fyzické změny, které v některých případech provázejí stáří, si samotní senioři osobně nepřipouští.

3. Lidské potřeby

3.1 Charakteristika lidských potřeb

„Potřeba je projevem určitého nedostatku, deficitu či strádání, jehož odstranění je žádoucí a je velký předpoklad, že doplnění tohoto deficitu (neboli saturace potřeby) povede ke zlepšení stavu člověka či ke zvýšení jeho spokojenosti“. Trachtová (in Malíková 2011 s. 10).

Potřeby lze rozčlenit podle různých kritérií. Šamánková (2011) poukazuje na dělení potřeb podle důležitosti pro zachování života:

- **Primární** – biologické, fyziologické, přirozené. Bez naplnění těchto potřeb jedinec nemůže dlouho žít.
- **Sekundární** – sociální, získané, naučené, kulturní. Základní společenské potřeby, kdy člověk potřebuje komunikovat s druhými, uplatnit se ve společnosti.

Lidskými potřebami se již zabývalo mnoho autorů, kteří je členili podle různých kritérií. Nejvíce je však rozšířeno členění potřeb podle amerického psychologa Abrahama Harolda Maslowa, nazývané také jako Maslowova pyramida potřeb. Autor rozeznává potřeby nižší či základní, fyziologické a vývojově vyšší, tzn. potřeby růstu, které tvoří komplex organizovaný kolem potřeby seberealizace. Škála ve tvaru pyramidy je rozčleněna na všechny oblasti lidských potřeb celého života a je uspořádána do pěti úrovní. Jednotlivé úrovně na sebe logicky navazují a jsou provázány.



Obr. č. 1: Pyramida potřeb dle Abrahama Harolda Maslowa³⁹

Malíková (2011) uvádí jejich základní charakteristiku:

- 1) Základnu pyramidy tvoří **základní biologické potřeby** - potřeba dýchání, přijímání potravy, vylučování a vyměšování, sexu, potřeba fyzické aktivity.
- 2) **Potřeba bezpečí a jistoty** vzniká brzy po uspokojení fyziologických potřeb a zahrnuje jistotu zaměstnání, jistotu příjmu a přístupu ke zdrojům, fyzickou bezpečnost, morální a fyziologickou jistotu, jistotu rodiny, jistotu zdraví.
- 3) **Potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti** – tyto potřeby bývají také nazývány sociální nebo společenské potřeby a reprezentují citové vztahy, jako je potřeba mít partnerský vztah, rodinu.

- 4) **Potřeba uznání a úcty** – saturace této potřeby vede ke zlepšení sebedůvěry a sebepojetí. Projevuje se snahou o dosažení veřejného uznání, úspěchu, respektu. Nesrovnalosti na této rovině se projevují jako komplexy méněcennosti.
- 5) **Potřeba seberealizace (sebeakulturalizace)** – je považována za nejvyšší potřebu, která souvisí s dlouhodobou životní motivací a vyjadřuje snahu o naplnění záměrů a představ jedince. K potřebám seberealizace patří:
- ▶ kognitivní potřeby, které zahrnují potřebu poznávat, vědět, rozumět, orientovat se v něčem.
 - ▶ estetické potřeby. Jedná se o uspokojení touhy po kráse, umění, estetice, úpravnosti, příjemném prostředí.

Teprve pokud máme uspokojeny základní (fyziologické) potřeby, obracíme se k uspokojení potřeb vyšších. Pociťovaný nedostatek nebo frustrace na nižší úrovni nám tedy zabrání postupovat výš.

Šamánková (2011) poukazuje na změny chování jedince, které mohou vzniknout v důsledku nedostatečné saturace potřeb. K obecným příznakům patří jednak psychické potíže – neklid, úzkostnost, nesoustředění, nervozita a dále somatické potíže – poruchy spánku, výživy, vyprazdňování atd. Pocity nenaplněných potřeb mohou vyústit ve stres, nebo pocity frustrace.

3.2 Potřeby seniorů

Staří lidé potřebují v životě uspokojovat všechny potřeby stejně jako lidé v produktivním věku. Avšak nejsou důležité jen fyziologické potřeby, ale také potřeby psychologického charakteru. Všechny lidské potřeby tvoří celek, který spojuje fyzickou psychickou a sociální stránku člověka, jež jsou od sebe neoddělitelné. Pichaud (1998).

Ve stáří dochází ke změnám v hierarchii potřeb. Do popředí se dostává zájem o vlastní zdraví, potřeba jistoty a bezpečí a spokojenosti. Jarošová (2006). „*Seniori jako by se vraceli z výšek Maslowovy pyramidy k jejím základům. Pomyslné domy životních potřeb nejsou u seniorů tak vysoké, mají méně pater a méně místností, protože potřeby*

seberealizace a sebeaktualizace jsou převážně saturovány.“ Mlýnková (2011, s. 48). Zvýrazněny jsou potřeby fyziologické a z vyšších potřeb potřeba bezpečí, sounáležitosti a lásky. Mění se také preferovaný způsob uspokojování potřeb. „Stárnutí je charakteristické poklesem potřeby nových podnětů a zkušeností či ochoty nevyhnutelnou změnu akceptovat a vzestupem důrazu na jistotu a stabilitu. Prožívání stárnutí a adaptace na toto období je spojena s větší koncentrací na sebe sama, na uspokojení vlastních potřeb, což vyplývá ze zhoršení některých fyzických i psychických kompetencí a vědomí ubývání soběstačnosti.“ Vágnerová (2007, s. 344). Autorka dále uvádí, jak jsou ve stáří modifikovány některé z vyšších potřeb.

Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem bývá snížena. Starší lidé dávají přednost klidnějšímu stereotypu před novými a intenzivními zážitky. Senioři rádi setrvávají ve světě, který je minulostí a který je jim důvěrně známý, což se projevuje častým vzpomínáním.

Potřeba sociálního kontaktu. Senioři potřebují dostatek sociálních podnětů, ale také své soukromí, aby nebyli vystaveni zátěži přílišné stimulace. Preferují kontakty se známými lidmi, které posilují jejich pocit jistoty a zároveň je příliš nezatěžují. Většinou to bývá vlastní rodina.

Potřeba citové jistoty a bezpečí bývá intenzivnější, než ve středním věku. Staří lidé si uvědomují ubývání svých sil a schopností a cítí se být ohroženi nemocí a jinými ztrátami.

Potřeba intimity nemá podobu erotického charakteru, ale pocitu psychické blízkosti, pochopení sdílení. Blízkost rodinných příslušníků je velmi důležitá.

Potřeba otevřené budoucnosti a naděje bývá založena na zachování soběstačnosti a sebeúcty. Důraz bývá přesunut na další generaci, na život dětí a vnuků.

4. Edukace a její poslání

4.1 Pojem edukace

Pojem edukace je odvozen z latinského slova educio, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Podle Juřeníkové (2010, s. 9) je edukace „proces soustavného ovlivňování

chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.“ Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince.

Ve zdravotnictví a ošetrovatelství znamená edukace výchovu nemocného k samostatnější péči o vlastní onemocnění, při které přebírá větší část odpovědnosti za vlastní zdraví na sebe. Pacient by si měl kromě získání nových informací, jejich pochopení a aplikaci ve svém životě osvojit určité dovednosti jak v činnosti teoretické (např. poznat svoji nemoc), tak v činnosti praktické (např. aplikace léčebných úkonů, realizace zdravého způsobu života) a získat nové návyky. Edukace zároveň slouží ke zlepšení spolupráce pacienta se zdravotnickým týmem.³⁷

V současné době se edukace stává jedním ze základních pilířů efektivní léčby, protože řada otázek a problémů souvisejících s nemocí bývá daná nedostatečnými vědomostmi pacienta, jeho postojem k chorobě, a z toho pramenící neochotou k dodržování terapeutických a ošetrovatelských doporučení.

Pojem edukace poprvé vešel do povědomí v 19. století, kdy průkopnice ošetrovatelství Florence Nightingalová zdůrazňovala, že nestačí informace pacientům jen předávat, ale je potřeba je i naučit s nimi zacházet, aby je mohli využít v péči o své zdraví. *„Správně provedená edukace zahrnuje poskytnutí informací, poučení o konkrétní problematice a orientaci v jejím řešení. Tím umožňuje vyšší aktivní zapojení nemocného do řešení jeho zdravotního problému a spoluúčast na ovlivnění dalšího průběhu choroby.*“ Vokurka (in Malíková 2011. s. 255).

4.2. Cíle edukace

Cíle edukace jsou předpokládané očekávané změny v chování edukantů, kterých se má edukací dosáhnout. Cíle můžeme rozdělit na:

Kognitivní (poznávací) jsou zaměřené na osvojování si vědomostí.

Afektivní se týkají emocionální složky osobnosti, tedy na získání určitých postojů, názorů, návyků, které by měl edukant k probíranému tématu zaujmout, jaké návyky by měl uplatňovat.

Psychomotorické vyjadřují, jaké motorické dovednosti by měl vzdělávaný získat. Např. používání pomůcek atd.³⁷

4.3. Členění edukace

Edukaci členíme na:

- **Základní** – seznámení se zcela novými informacemi, podpora ke změně postojů v edukované oblasti.
- **Reedukační** – edukace osoby, která už má základní informace o daném problému, má návaznost na edukaci základní, komplexní – postupné vzdělávání a výchova v určité oblasti, zaměřená na rozšíření znalostí a vědomostí, ale i na vybudování návyků v životním stylu pro upevnění nebo zlepšení zdraví (např. edukační programy pro diabetiky). Malíková (2011).

Dále můžeme edukaci členit na:

- ▶ **Primární edukaci**

Je zaměřena na zdravé jedince. Jejím cílem je informovat, jak předcházet zdravotním problémům. Nezabývá se pouze prevencí vzniku nemocí, ale také pozitivním zlepšením zdravotního stavu, který vede ke zvyšování kvality života.

- ▶ **Sekundární edukaci**

Hraje důležitou roli v případě nemoci. Může zabránit přechodu nemoci do chronického nebo ireverzibilního stadia a obnovit zdraví. Je založena na poučení pacienta o jeho stavu a způsobu, jak nemoci čelit. Tato edukace je převážně zaměřena na dodržování léčebného režimu a udržení soběstačnosti.

- ▶ **Terciální edukaci**

Zpravidla se týká jedinců, kteří mají již trvalé a nevratné změny ve svém zdravotním stavu. Terciální edukace učí takto postižené klienty a jejich příbuzné, jak využívat co nejvíce stávajících možností zdravého žití a jak se vyhnout zbytečným problémům a komplikacím. Juřeníková (2010).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

Fakultní nemocnice v Olomouci v rámci procesu zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče započala v roce 2011 pilotní projekt s názvem Edukační sestry ve FNOL. Tento projekt je významným nástrojem, jak pacienta i příbuzné aktivně zapojit do procesu poskytování zdravotní péče. Na jaře roku 2012 zahájily edukační sestry svoji činnost na jednotlivých klinikách. Metodika edukace je určena metodickým pokynem SOP-L015-V05/Edukace.

5. Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumu bylo seznámení s novým nástrojem zvyšování kvality zdravotní péče a to v podobě působení edukační sestry na oddělení geriatric FNOL.

V souladu se stanoveným cílem výzkumného šetření jsem se zaměřila na následující dílčí cíle:

- a) Vymezit a charakterizovat kritéria, podle kterých jsou pacienti oddělení geriatric FNOL vybíráni pro edukaci.
- b) Identifikovat témata edukace nejčastěji nabízená edukační sestrou.
- c) Popsat specifika edukace na oddělení geriatric FNOL.
- d) Vyvodit možnosti naplňování potřeb pacientů-seniorů prostřednictvím edukace s ohledem na jejich specifickou povahu.

5.1 Výchozí předpoklady

1. Pacienti oddělení geriatric FNOL, pokud jejich aktuální stav umožňuje komunikaci, mají zájem o kontakt s edukační sestrou, pozitivně reagují na edukační setkání (nikdo neodmítne).
2. Sestrou volená témata pro edukaci seniorů jsou v souladu se specifickými potřebami pacientů, základní otázky pacientů mají společný (obecný) charakter.
3. Pacienti neznají profesi edukační sestry, po seznámení s ní ji však vítají.

5.2 Charakteristika výzkumného souboru pacientů

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na vzorek seniorů, jejichž věk se pohybuje od 65 do 80 let, v průměru kolem 75, muže i ženy, pacienty hospitalizované na oddělení geriatry ve Fakultní nemocnici Olomouc.

Obecná charakteristika geriatrických pacientů byla popsána v kapitole 2.1.1. „Geriatrický pacient“. Výzkumný soubor k řízenému pohovoru tvořilo 10 pacientů léčených na oddělení č. 46 geriatry FNOL. Výběr pacientů k pohovoru byl zvolen na základě doporučení edukační a všeobecné sestry. Vybraní pacienti odpovídali stejným kritériím, podle kterých vybírá edukační sestra pacienty vhodné k edukaci. Jednalo se o pacienty, jejichž úroveň kognitivních funkcí dosahovala stupně I-normy a II-lehké kognitivní poruchy dle testu MMSE a byli přístupní ke komunikaci.

5.3 Oddělení geriatry FNOL



Předchůdcem dnešního oddělení geriatry ve FNOL byla léčebna pro dlouhodobě nemocné. Zabezpečovala léčebnou péči pro staré a dlouhodobě nemocné pacienty převážně ze spádové oblasti olomouckého okresu i přilehlých regionů. Svou kapacitou 150 lůžek byla jednou z největších v ČR. V roce 1991 došlo k organizační změně ve statutu léčebny, která se změnila nejprve na oddělení geriatry a dlouhodobě nemocných a posléze v roce 1994 na dnešní oddělení geriatry.

Oddělení geriatry Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty UP v Olomouci poskytuje od roku 1994 ústavní a ambulantní léčebnou, diagnostickou, fyzioterapeutickou

a ošetrovateľskou péči seniorům nad 60 roků v celém Olomouckém kraji a přilehlých regionech. Na oddělení jsou hospitalizováni pacienti s chronickými stavy s dlouhodobějším léčebným i rehabilitačním programem a pacienti s exacerbací akutní i chronické nemoci. Průměrná doba hospitalizace na oddělení je 18 dní. Stanovení následné ošetrovateľské péče včetně ústavní či terénní péče vychází z kompletního geriatrického vyšetření a jeho plánování v součinnosti se sociální pracovnící již od počátku hospitalizace pacienta. Zdravotní péče je na oddělení poskytována zejména u stavů po traumatech s postižením funkcí pohybové soustavy, ortopedických operacích, centrálních a periferních nervových lezích, dekompenzaci chronických onemocnění. Kromě diagnostického, léčebného, ošetrovateľského a rehabilitačního programu oddělení individuálně řeší ve spolupráci se sociálním pracovníkem i domácí péči, eventuálně další následnou péči.

5.4 Užití prostředky a metody šetření

Pro zodpovězení hlavního cíle a dílčích otázek bakalářské práce jsem využila tyto prostředky a metody:

- o Řízený rozhovor
- o Konzultace s edukačními sestrami
- o Pohovor s primářem oddělení a vrchní sestrou oddělení
- o Náslech edukací prováděných edukační sestrou
- o Praxe na oddělení, metoda pozorování
- o Rozvaha ke zpracování řízeného rozhovoru
- o Studium problematiky geriatric a gerontologie, ošetrovateľských standardů
- o Vlastní šetření a vyhodnocení dat

K naplnění hlavního cíle práce byl zvolen kvalitativní přístup jako hlavní výzkumná strategie. Přesto je v dílčích oblastech tento typ přístupu podpořen kvantitativním postupem. Disman (2002, s. 285) definuje kvalitativní výzkum jako „*nenumerické šetření a interpretace sociální reality s cílem odkrýt význam pokládaný sdělovaným informacím.*“ Při svém výzkumu jsem uplatnila metodu pozorování (extrospekce), z deskriptivních metod pak popis výzkumného stavu včetně statistik. Dále byla použita technika

strukturovaného rozhovoru a vycházela jsem i z konzultací, které mě poskytla vrchní sestra oddělení a edukační sestry.

K osnově rozhovoru jsem si připravila 11 otázek, které jsem zkonultovala s vrchní sestrou geriatrického oddělení a s vedoucí mé bakalářské práce. Rozhovoru byla dána přednost před dotazníkem. V určitých výzkumech se může dotazník jevit jako efektivnější metoda, ale vzhledem k věku a zdravotnímu stavu respondentů se mi pro tento orientační výzkum jevila prospěšnější metoda řízeného rozhovoru. Pacienti reagovali na rozhovor bezproblémově a s ochotou. V případě jedné konkrétní položené otázky někteří respondenti přesně nerozuměli otázce a bylo proto nutné podrobněji vysvětlit její obsah jiným způsobem. Rozhovory proběhly v únoru 2013, vyhodnocení dat proběhlo taktéž v únoru 2013.

5.5 Organizace šetření

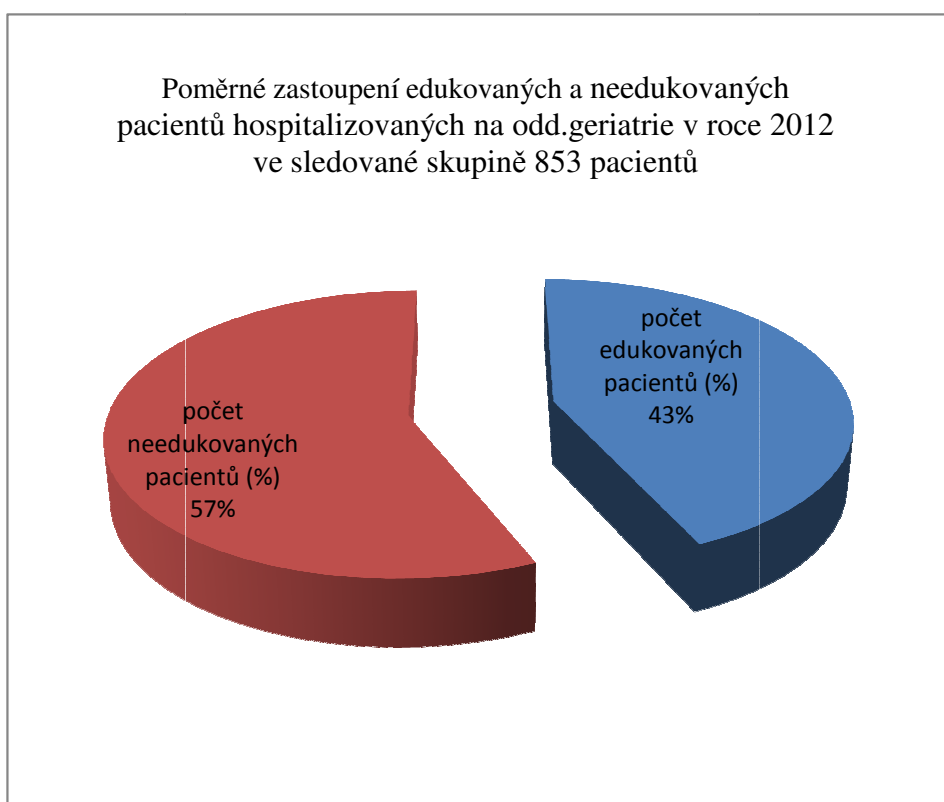
Výzkumné šetření probíhalo v několika fázích. **První fáze** - pozorování proběhlo v rámci odborné praxe na podzim v roce 2011. Seznámila jsem se s prostředím oddělení geriatric, organizačním členěním pracoviště, diagnózami a věkovou strukturou hospitalizovaných pacientů. V té době jsem se poprvé setkala s projektem „Edukační sestry ve FNOL,“ který mě zaujal. V roce 2012 následovaly konzultace s vrchní sestrou, která mně poskytla cenné informace a podněty pro moji práci, seznámila mě s problematikou potřeb pacientů, umožnila mi přístup ke statistickým údajům oddělení za rok 2012 a poskytla odbornou geriatrickou literaturu. Následoval pohovor s primářem oddělení. Pan primář mi umožnil navštívit pacienty geriatric a provést s nimi rozhovory, taktéž náslechy edukací, které prováděly edukační sestry. Koncem roku 2012 jsem navštívila oddělení geriatric za účelem konzultací se dvěma edukačními sestrami. Zúčastnila jsem se i náslechů edukací. V lednu letošního roku jsem sestavila otázky k řízenému pohovoru, tyto zkonultovala s vrchní sestrou a poté došlo k samotnému šetření mezi pacienty oddělení. V **druhé fázi** jsem vyhodnotila vstupní data a následně i řízený pohovor.

6. Dokumentace výsledků šetření

Vzhledem k přehlednosti o zjištěných skutečnostech a výsledcích jsou dílčí závěry zahrnuty do jednotlivých kapitol, vždy podle oblastí, které jsem sledovala. Dá se říci, že všechny dílčí cíle se naplnily.

6.1 Kritéria pro výběr pacientů vhodných pro edukaci

V loňském roce bylo na oddělení geriatry FNOL hospitalizováno celkem 853 pacientů. Z toho pouze 370 (43 %) bylo edukováno.



Graf č. 4: Poměrné zastoupení edukovaných a needukovaných pacientů, dle specifikace

Jak již bylo uvedeno v kapitole 1.2.2, mezi seniory existují také velké rozdíly v psychických, fyzických a kognitivních schopnostech. Tyto rozdíly se s věkem více zvyšují. U mnohých geriatrických pacientů je zaznamenán zřetelný úbytek fyzických a psychických sil a snížení kvality smyslových orgánů, což významně ovlivňuje schopnost pacienta být edukován.

Taktéž aktuální fyziologický stav pacienta má výrazný vliv na to, zda pacient bude edukován. Dyskomfort způsobený bolestí, nauzeou, atp. limituje pacienta v jeho momentální spokojenosti, což ovlivňuje vnímání a ochotu získávat nové informace.

Rozhodující vliv na to, zda pacient bude začleněn do skupiny edukovaných či nikoliv, má především **úroveň kognitivních schopností**

Úroveň kognitivních schopností je u pacientů zjišťována v rámci tzv. „Funkčního geriatrického vyšetření“ (*dále jen FGV*), o kterém bylo pojednáno v kapitole 6.3. Součástí FGV je zjišťování míry kognitivních dovedností pomocí orientačního diagnostického testu MMSE (Mini-Mental State Examination), který je certifikovaným dokumentem FNOL (dok. č. Fm-L009-040-GER-002). Tento test uvádím v příloze č. 6. Test MMSE poskytuje základní orientaci o míře organického postižení mozku a je časově nenáročný.

Mini-Mental State Examination (MMSE) je nejpoužívanější metodou ke zjištění celkových kognitivních funkcí a k zachytu demence s určením míry postižení. Folstein (1975). Test zahrnuje celkově 10 subtestů, které hodnotí orientaci pacienta v čase a prostoru, krátkodobou paměť, početní schopnosti, pozornost, čtení, psaní, řeč a konstrukčně-praktické dovednosti. Test dobře odliší středně těžkou demenci od normálního stárnutí. V doporučené metodě může testovaná osoba dosáhnout maximálně 30 bodů. Za normální výkon nemocného, u kterého nejsou psychické funkce postižené, je považován rozsah 23-30 bodů. Za středně těžkou formu demence, kdy není možné počítat s tím, že by si nemocný uchoval informace, které mu poskytujeme, se považuje rozmezí od 15-23 bodů. Takový člověk není schopen si zapamatovat sdělené informace (např. zda si vzal lék, nebo ne). Lidé, kteří získají 10-15 bodů, jsou schopni žít jen v trvalé přítomnosti druhého člověka. Předností MMSE je snadná administrace bez složitých pomůcek, krátké trvání a určitá kvantifikace postižení.

Orientační hodnocení MMSE: (závisí také na vzdělání, věku, případně dalších okolnostech):

24-30 bodů – pásmo normálu (bez poruchy kognitivních schopností)

21-23 bodů – lehká kognitivní porucha

11-20 bodů – středně těžká kognitivní porucha (demence)

0-10 bodů – těžká kognitivní porucha

Edukovatelní jsou pacienti, kteří byli vyhodnoceni testem MMSE a zařazeni do I a II. kategorie, tedy pásma normálu a pásma lehké kognitivní poruchy.

V neposlední řadě je k dalším činitelům výběru nutno zmínit i kvalifikovaný odhad edukační sestry, která má nejen k dispozici kompletní zdravotnickou dokumentaci, ale tato si získává zpětnou vazbu pomocí zdravotnického personálu a opakovaným kontaktem s pacientem v době její ošetrovatelské péče o pacienta.

6.2 Témata edukace

Na rozdíl od specializovaných klinik a oddělení FNOL integruje geriatrie v sobě všechny medicínské obory, proto i spektrum edukačních témat je velmi rozmanité. Nepokrývá jen zdravotní problematiku, ale zahrnuje zároveň i psycho-sociální problematiku. Edukační sestra při výběru edukačního tématu pro konkrétního pacienta vychází z FGS, podobně jako tomu bylo při výběru pacientů schopných edukace. Výsledky FGV jsou zaznamenány do dokumentu „Ošetrovatelská anamnéza, č. Fm-L009-019-OSEANA-001 verze č. 2“ (viz. příloha č. 7). Ošetrovatelská anamnéza poskytuje edukační sestře cenné informace o soběstačnosti pacienta, jeho nutričním stavu, o úrovni mobility seniora a s tím souvisejícího rizika pádu. Kromě funkčního stavu také zahrnuje hodnocení duševního stavu.

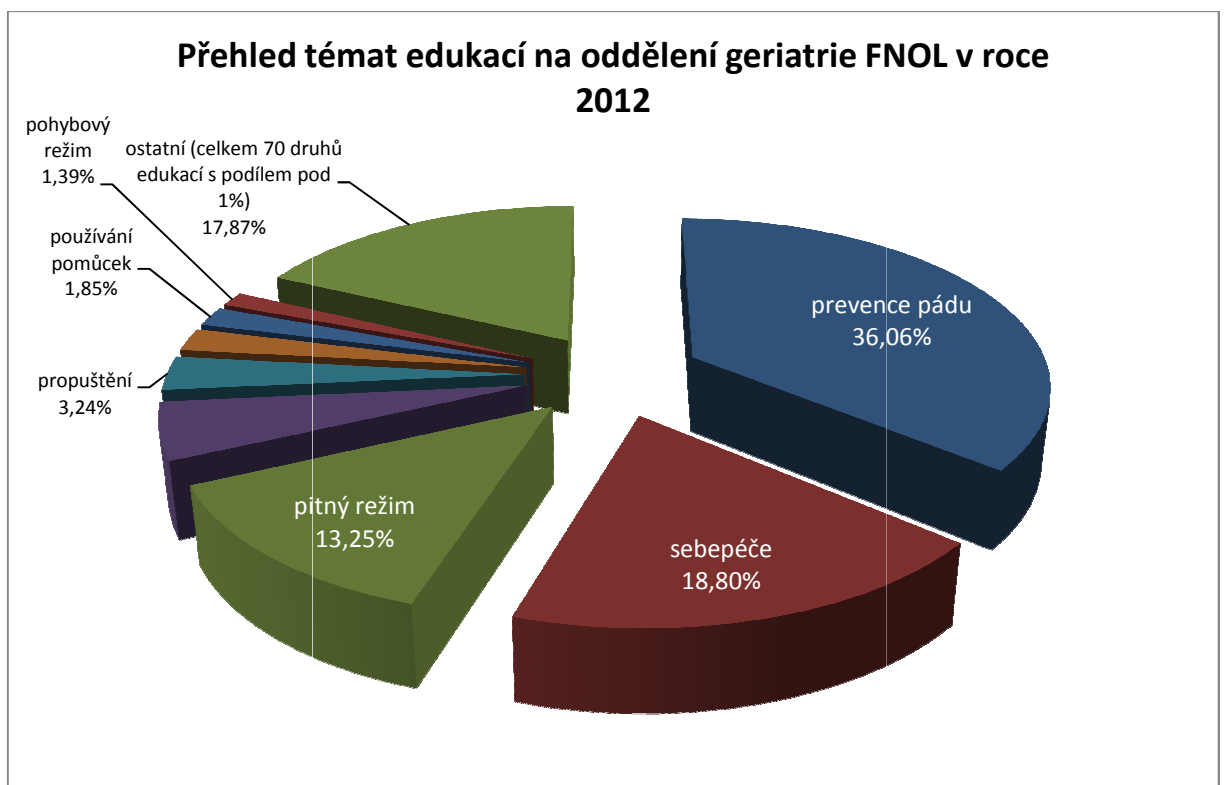
Diagnóza a ošetrovatelská anamnéza konkrétního pacienta, jeho bio-psycho-sociální potřeby, které vyplynuly z FGV s respektováním kognitivních schopností jsou rozhodující pro volbu obsahově-tematického rámce vzdělávání edukační sestrou.

Níže uvádím tematické zaměření edukací:

- aplikace inzulínu
- dialýza
- možnosti následné sociální péče
- péče o chronickou ránu
- péče o invazivní vstupy
- péče o stomii
- pitný režim
- pohybový režim

- poučení o medikaci sestrou
- práva pacientů
- prevence pádu
- režim na oddělení č. 46 a 47
- sebezpečí
- sebezpečí po propuštění
- signalizační a dorozumívací zařízení
- užívání pomůcek
- výživa (pitný režim, prevence malnutrice)

Na základě dokumentace, ke které mi byl umožněn přístup, jsem vypracovala statistický přehled edukací, který graficky vyjadřuje, jaká témata edukací byla v roce 2012 nejčastěji volena edukační sestrou.



Graf č. 5: Přehled témat edukací na oddělení geriatric FNOL v roce 2012

Graf č. 5 přehledně znázorňuje, že v loňském roce byli pacienti v rámci zkoumaného celku vzdělávání nejčastěji v těchto oblastech:

- 1) prevence pádu (36%)
- 2) sebepéče (18.8%)
- 3) pitný režim (13,25%).

Z toho je patrné, že převažující témata mají obecný charakter, další témata přihlíží ke specifickým potřebám pacientů.

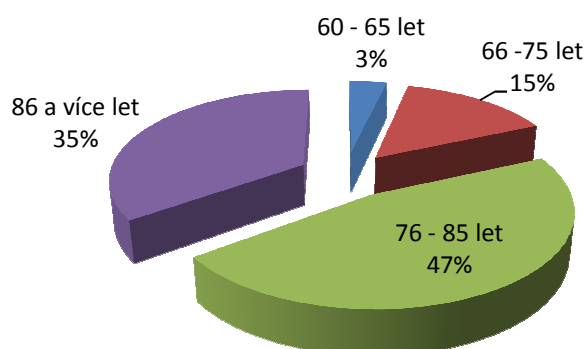
6.3. Zastoupení jednotlivých věkových skupin edukovaných pacientů

V rámci zkoumání dané problematiky mne také zajímalo, jaké bylo zastoupení jednotlivých věkových skupin edukovaných pacientů. Poté jsem se zajímala, zda existuje vazba mezi tématy edukací a věkovými skupinami. Z údajů, které mi byly poskytnuty, jsem zpracovala tabulku ilustrující procentuelní zastoupení jednotlivých věkových kategorií edukovaných pacientů v roce 2012. Věkové skupiny jsem rozdělila podobně jako v řízeném rozhovoru na 4 kategorie: 60-65, 66-75, 76-85, a 86 a více let.

Věková kategorie	Počet edukovaných pacientů v %	Počet pacientů
60 - 65 let	3,59	16
66 -75 let	14,8	66
76 - 85 let	46,64	208
86 a více let	34,98	156
Celkem	100	446

Tabulka č. 1: Procentuelní zastoupení věkových kategorií edukovaných pacientů v roce 2012

Procentuelní zastoupení jednotlivých věkových skupin edukovaných pacientů

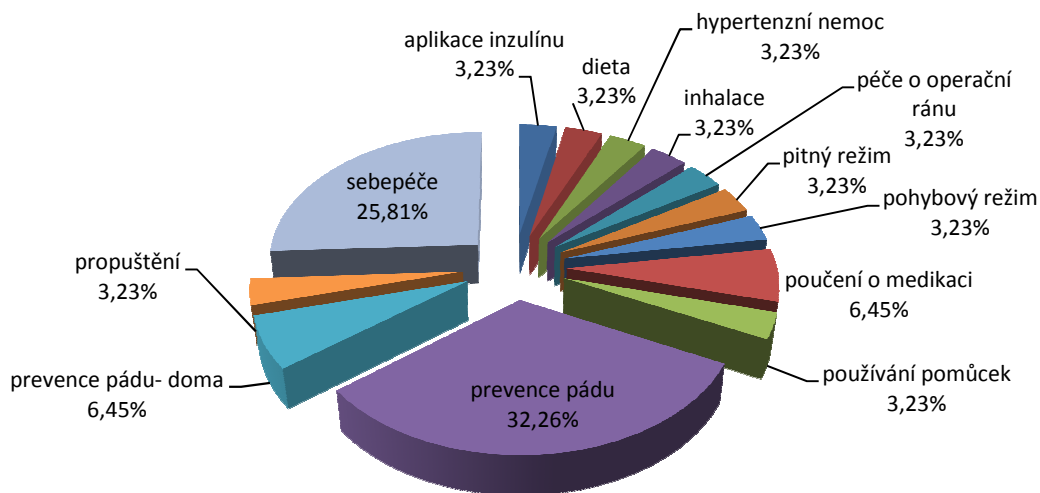


Graf č. 6: Procentuelní zastoupení jednotlivých věkových kategorií edukovaných pacientů

Tabulka č. 1 spolu s grafem č. 6 poukazují na ten fakt, že nejvíce pacientů bylo edukovaných ve věkové kategorii 76-85 let (46,64 %). Na druhém místě to byla kategorie 86 a více let (34,98 %), což bylo pro mne překvapivé zjištění. Na třetím místě v zastoupení 14,8 % to byla kategorie pacientů ve věku 66-75 let a nejméně bylo edukovaných pacientů v nejmladší věkové kategorii v rámci zkoumaného vzorku, tedy 60-64 let 3,59 %.

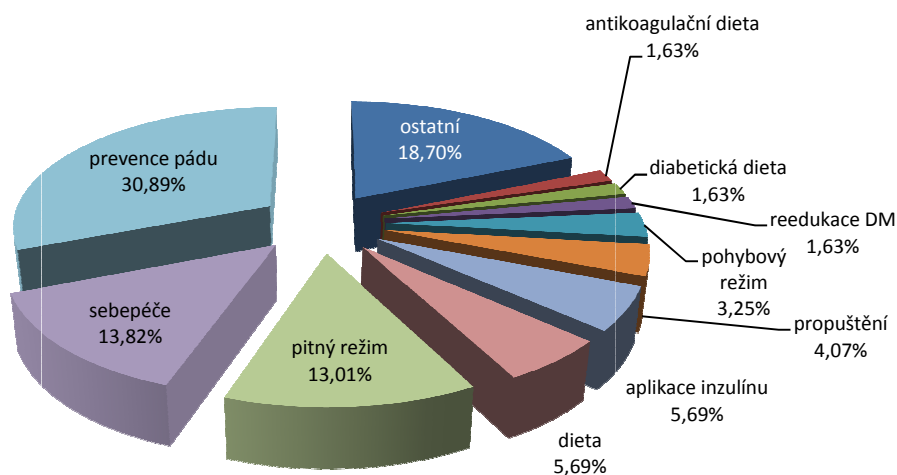
Dále jsem vytvořila grafy, které by měly poskytnout přehled o tématech edukací v návaznosti na věkovou kategorii.

Procentuelní zastoupení edukací ve věkové skupině 60 - 65 let (celkem 16 pacientů z XXX)



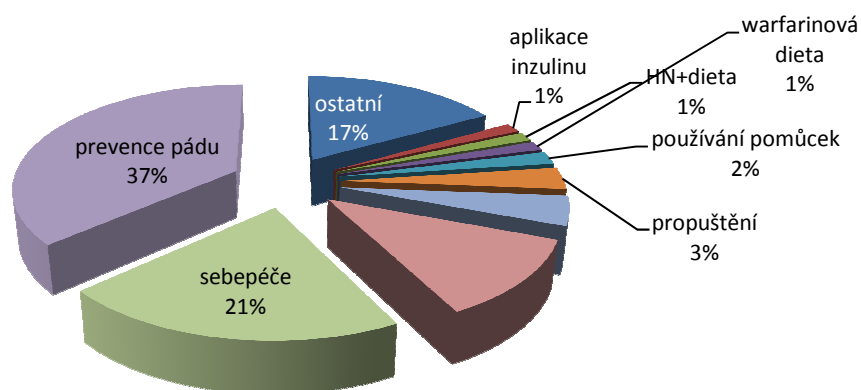
Graf č. 7: Procentuelní zastoupení edukací ve věkové skupině 60-65 let

Procentuelní zastoupení edukací ve věkové skupině 66 - 75 let (celkem 66 pacientů)



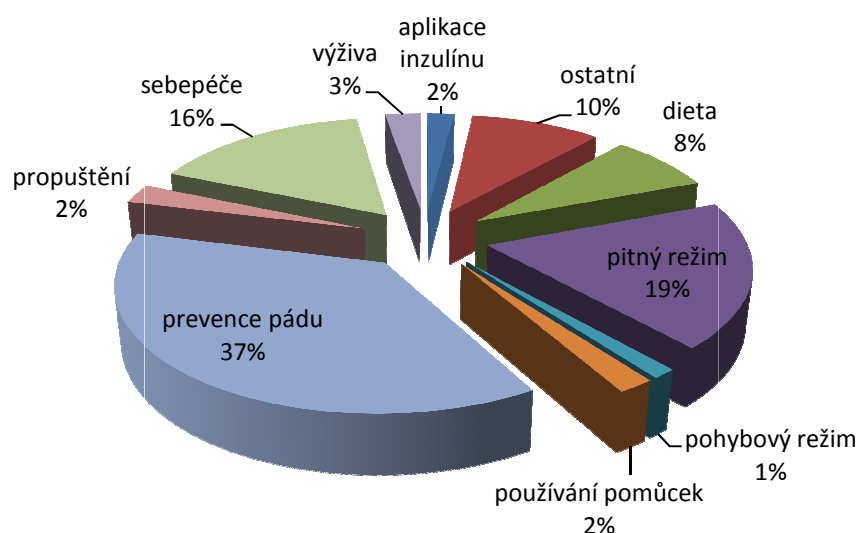
Graf č. 8: Procentuelní zastoupení edukací ve věkové skupině 66-75 let

Procentuelní zastoupení edukací ve věkové skupině 76 - 85 let (celkem 208 pacientů z 446)



Graf č. 9: Procentuelní zastoupení edukací ve věkové skupině 76-85 let

procentuelní zastoupení edukací ve věkové skupině 86 a více let (celkem 156 pacientů z 370)



Graf č. 10: Procentuelní zastoupení edukací ve věkové skupině 86 a více let

Z přehledu je patrné, že neexistuje souvislost mezi věkem pacientů a preferovanými tématy edukací. Ve všech věkových kategoriích převažují obecná témata edukace, a až poté témata specifická.

6.4 Funkční geriatrické vyšetření – východisko pro práci edukační sestry

Při přijetí na oddělení geriatricke pacientů v rámci sestavení anamnézy podstupují **Funkční geriatrické vyšetření (FGV)**, které představuje „*specifickou metodu přesahující hranice klasického tradičního klinického vyšetření, neboť hodnotí kromě zdravotního stavu i psychosociální problémy a celkové funkční schopnosti. FGV umožňuje lékařům a dalším zdravotnickým pracovníkům celistvý pohled na starého pacienta jako na bio-psycho-sociální jednotku existující v určitých socioekonomických podmínkách, pohled oproštěný od úzkého zaměření jen na nemoc*“. Topinková (in Sanquis)³⁹. Tento způsob vyšetření pacienta podává komplexní informace o nemocném a je v současnosti považován za optimální metodu, jak stanovit zdravotní a sociální potřeby rizikových starých osob.³⁹

FGV umožňuje nejen objektivizovat potřeby nemocného a stanovit terapeutické cíle, ale stává se i východiskem pro práci edukační sestry, která díky kompletní zjištěné anamnéze volí téma edukace.

Funkční geriatrické vyšetření zahrnuje tyto oblasti:

1. Biomedicínská oblast poskytuje informace o zdravotním stavu a vlivu choroby na funkční stav, o užívaných lécích, screening vyskytujících se poruch smyslů (stav zraku, sluchu) kontinence, výživovém stavu a fyzické zdatnosti.

Fyzická výkonnost se nejčastěji zjišťuje pomocí testu všedních činností ADL (Activities of Daily Living). Soběstačný (nezávislý) je člověk, který nemá podstatná omezení tělesných a duševních funkcí, a který samostatně bez pomoci nebo dohledu druhých osob zvládá všechny potřebné aktivity denního života v prostředí, v němž žije. Pokud není schopen tyto činnosti vykonávat, stává se závislým (nesoběstačným), a to buď lehce, středně, nebo vysoce.

K hodnocení závislosti se všeobecně používá Barthelův test ADL. Test hodnotí, zda je

zkoumaná osoba schopna samostatně nebo s pomocí či není vůbec schopna provést těchto deset činností:

- najíst se
- obléct se
- vykoupat se
- provést osobní hygienu
- udržet stolicí
- udržet moč
- použít WC
- přesunout se z lůžka na židli
- ujít po rovině vzdálenost 50 m
- sejít po schodech.

2. Sociální oblast. Pacient je dotazován na sociální kontakty, kvalitu bydlení, vztahy v rodině, možnosti rodiny v péči o nemocného, využití komunitních a domácích služeb, postoje vůči sociální péči. Cílený dotaz na vztahy v rodině pomůže odhalit riziko sociální izolace. Edukační sestra je obeznámena s existujícími možnostmi sociálních služeb ve svém regionu tak, aby mohla poradit v součinnosti se sociální pracovníci nejefektivnější a pro nemocného optimální kombinaci sociálních služeb.

3. Psychická oblast. Posuzuje se přítomnost kognitivních poruch, deprese, dalších psychiatrických poruch, osobnostní charakteristika. Kognitivní (poznávací) funkce jsou takové, které umožňují zpracování a třídění informací. Nejrozšířenějším a světově nejpoužívanějším testem kognitivních funkcí je MMSE (Mini Mental State Exam), který hodnotí orientaci, paměť (vstřípivost a výbavnost), pozornost, mluvenou i psanou řeč a konstrukční schopnosti (viz. příloha č. 6). Skládá se ze 30 bodů, které hodnotí 10 funkcí: orientaci, zapamatování, pozornost a počítání, výbavnost paměti, pojmenování předmětů, opakování věty, třístupňový příkaz, čtení a vyhovění příkazu, psaní, obkreslování podle předlohy. Za každou správně zodpovězenou otázku dostává testovaný pacient 1 bod. Plný počet bodů je 30. Výkon od 27-30 bodů znamená úroveň kognitivních schopností v normě, výkon do 10 bodů znamená pokročilou formu demence.

6.5 Vyhodnocení informací získaných v rámci řízeného rozhovoru

Interpretace výsledků vychází z rozhovoru s 10 pacienty hospitalizovanými na oddělení geriatric FNOL. Na základě jednoduchého souboru otázek jsem se od pacientů dozvěděla, jakým způsobem prožívají svoji momentální situaci a zda mají povědomí o edukaci v nemocnici. (znění otázek – viz. příloha č. 1). Odpovědi na otázky jsem si zaznamenávala sama a poté je vyhodnotila. Nemocní prostřednictvím odpovědí poukazovali na své zdravotní potíže, vyjadřovali se k edukaci, ale současně signalizovali své další potřeby.

Úvodní dvě otázky se týkaly základních údajů respondentů, tj. pohlaví a věkového rozpětí. Věkové rozpětí jsem definovala po pěti letech.

V rámci třetí z položených otázek jsem se zajímala, jak pacienti vnímají svůj zdravotní stav. Zhruba polovina pacientů svůj aktuální stav považuje za přechodně zhoršený, druhá polovina za dlouhodobě špatný.

Čtvrtou otázkou jsem zkoumala, co v současnosti pacienty nejvíce trápí. Všichni dotazovaní hovořili o svých konkrétních zdravotních potížích. Stojí za zmínku uvést, že poslední otázka, která se týkala téže oblasti dotazování pouze byla neformálně formulována, vykazovala stejné odpovědi. Otázka zněla: „**Kdybyste měl(a) kouzelnou moc a mohl(a) nechat zmizet do rána jednu starost, která by to byla?**“ Taktéž odpovědi ilustrovaly aktuálnost zdravotního stavu sociálního zázemí pacientů, rodinu.

Pátá a šestá otázka směřovala ke zmapování povědomí pacientů o profesi edukační sestry a jejímu poslání. Otázka „Víte, že na odd. geriatric pracuje edukační sestra a jaké je její poslání?“ pacienty zaskočila. Výsledkem bylo zjištění, že vzorku dotazovaných seniorů **není znám význam** slovního základu slova „**edukace**“, tedy nebyli schopni interpretovat přívlastek „edukační“, tudíž logicky nemohli ani porozumět zavedenému pojmu „edukační sestra.“ Avšak poté, co jsem jim přiblížila roli edukační sestry, shodně přikyvovali, že o ní vědí, a že již byli edukováni. Vzhledem k tomu, že edukační sestra je součástí ošetrovatelského týmu, pacienti **nerozlišují rozdíl mezi všeobecnou a edukační sestrou.** Tyto dvě role pacientům splývají. O tom, že tuto profesi vítají, protože jim pomáhá a podporuje je, nebylo pochyb.

Dalším překvapujícím zjištěním bylo, že větší část pacientů nevedla edukační sestru jako profesi, na kterou by se jako první obrátili v případě potřeby řešit zdravotní či sociální problémy. Většina dotazovaných pacientů by se obrátila na lékaře, a to i v případě nemedicínských otázek. Tento víceméně stereotypní způsob uvažování je zřejmě dán tím, že dotazovaní senioři se ve svém produktivním věku nesečkali s potřebou řešit své zdravotní a sociální potíže prostřednictvím edukační sestry. Staří lidé jsou konzervativní a zvyklí setrývat u ověřených jistot. Domnívám se, že je zapotřebí především čas a zkušenosti pacientů pro to, aby vešla profese edukační sestry více do jejich povědomí. Věřím, že edukační sestra pak bude pro pacienty vyhledávanou oporou. Po nabytých zkušenostech autorka bakalářské práce dává na zvážení, zda by alespoň v kontaktu se seniory nemohlo být v názvu této profese upuštěno od používání slovního základu latinského slova „educó“, neboť tento pojem je pro většinu seniorů nesrozumitelný, což může zcela zbytečně spolupůsobit při vytváření komunikačních bariér mezi týmem oddělení geriatric a pacientem. Jako vhodným ekvivalentem pro název této profese se mi jeví používání názvu „**sestra pro vzdělávání pacientů**“.

V sedmé otázce jsem se pacientů dotazovala, v jaké oblasti by chtěli poradit či diskutovat, v případě, že je navštíví edukační sestra. Odpovědi byly pestré, týkaly se zdravotních otázek, ale také možností následné péče pro seniory - sociálních služeb, terénních služeb pro seniory, osobní asistence - dle aktuálního stavu pacienta. Ve všech případech vyjma jednoho, by pacienti uvítali návštěvu edukační sestry častěji. V současné době edukační sestra navštívuje pacienty v průměru dvakrát po dobu jejich hospitalizace.

Předposlední otázku jsem směřovala ke zjištění, jak by nejlépe vyplnili volný čas v nemocnici. Nabídla jsem několik možností od sledování televize, četby, poslechu rádia až po možnost povídat si s někým, kdo by je rád vyslechl. Téměř všichni pacienti odpověděli, že by si s někým nejraději povídali. Tuto odpověď jsem více méně očekávala. Domnívám se, že pacienti jsou vděční za každý kontakt, vlídné slovo a zájem druhého člověka o jejich osobu. A v tom spatřuji jedno z nejdůležitějších poslání edukační sestry. Věnovat pacientovi svůj čas, povzbudit ho vřelým slovem a projevit účast na jeho starostech.

Výsledky šetření tedy v plné míře prokázaly, že pacienti mají o edukaci velký zájem a aktivně spolupracují.

6.6 Specifika edukace na oddělení geriatric FNOL

Edukace byla v teoretické části definována jako výchova a vzdělávání pacientů. Tyto dva pojmy nelze od sebe oddělovat, protože se navzájem prolínají. Edukace v souvislosti se seniory je v naší společnosti v povědomí především díky vzdělávání seniorů na Univerzitách třetího věku. Umožňuje lidem vyššího věku navazovat, stimulovat a udržovat vývojový potenciál a rozvíjet uspokojování vzdělávacích potřeb. Ovlivňuje tak správné chování, postoje a hodnoty staršího člověka. Edukace nemocných seniorů, kteří jsou hospitalizováni, má zcela odlišný charakter, i když v mnohém je smysl podobný. Jde o prohloubení orientace s efektem dosažení pozitivních změn ve vztahu ke konkrétnímu onemocnění nebo obtížím.

Cílem edukace seniora v nemocniční péči je:

- nabídnout informace v oblastech péče o zdraví
- aktivně zapojit pacienta do léčebného procesu.
- informovat o bezpečném prostředí a správném používání pomůcek
- naučit pacienta zručnosti při správném používání léčebných pomůcek
- informovat o možnostech následné péče
- začlenit rodinné příslušníky do procesu uzdravování pacienta

Správně provedená edukace zahrnuje poskytnutí informací, poučení o konkrétní problematice, orientaci v jejím řešení a tím i zvýšení aktivity pacienta řešit daný problém a účastnit se na jeho řešení.

Změny, které nastávají ve stáří, významně ovlivňují učení u seniorů. Uvádím příklady bariér, které mohou determinovat edukační proces a způsoby, jak by se měla edukační sestra s nimi vyrovnat.

1. **Změny v percepci** (smyslovém vnímání). Ve stáří se zhoršuje zraková ostrost, ztrácí se periferní vidění, často se vyskytuje nedoslýchavost. Porucha sluchu klade nároky na zřetelnou výslovnost a používání krátkých, jednoduchých a tedy srozumitelných vět. Je třeba trpělivosti a opakování s dotazy tak, aby bylo možno zpětnovazebně určit, zda senior určitému sdělení dostatečným způsobem porozuměl.

2. Změny v adaptaci. S přibývajícím věkem se snižuje schopnost adaptace organismu na změny prostředí. Senioři mají rádi svůj stereotyp a při nedostatku motivace lpí na názorové stálosti. Je nutné akceptovat jejich vlastní způsob a tempo. Proto by měla edukační sestra umět stanovit takové cíle učení, které navozují motivační účinek. Starý člověk potřebuje za svou snahu ocenění svých dovedností, zkušeností. Pocit úspěchu přináší další motivaci ke zvládnání úkolů.

3. Změny v rozumových schopnostech a schopnosti učení. Oproti změnám ve smyslovém vnímání se výrazně nemění vizuální ani sluchová paměť, senioři si lépe zapamatují vizuální informace, na což při edukaci nesmíme zapomínat. Proces učení ve stáří je odlišný od učení v jiném věku. Krátkodobá paměť přestává fungovat a dlouhodobá ukládá výběrově. Staří lidé potřebují k osvojení učební látky více času. Příliš mnoho informací najednou senior nezvládne přijmout, trvanlivost výsledků učení je také snížena. Sdělené informace je zapotřebí často opakovat, vštěpovat. Především při nácviku používání nových pomůcek je žádoucí jednotlivé kroky opakovat a dbát na to, aby si je senior sám prakticky zkoušel. Každý krok má svůj význam, je třeba ho řádně objasnit, aby jednotlivé úkoly na sebe logicky navazovaly. Informace, které mu jsou předávány, musí být přehledné a názorné. Při vzdělávání je třeba opírat se o seniorovy možnosti a dovednosti.

Edukace seniorů si proto vyžaduje více:

- času
- trpělivosti
- tolerance
- pochopení

K dalším faktorům, které je při edukaci nutné zohlednit patří:

Aktuální fyzický stav: Nepříznivý vliv na učení má bolest, nauzea, horečka, průjem, únava a jiné projevy spojené s onemocněním.

Aktuální psychický stav: Přítomnost negativních psychických stavů jako špatná nálada, strach, úzkost, šok z diagnózy působí na vzdělávání negativně. Naopak dobrá nálada, odpočinek a zájem působí pozitivně.

V neposlední řadě je to i **osobnost seniora**, daná temperamentem, vůlí a povahovými vlastnostmi, které podmiňují individuální rozdíly přístupů k učení.

Vnitřní strukturální a funkční odlišnosti gerontů je třeba respektovat a přizpůsobit komunikační techniky schopnostem a dovednostem naslouchajícího. Správnou komunikací s pacientem a schopností empatie edukační sestry lze úspěšně překonávat bariéry edukace.

Je třeba zmínit, že ve FNOL existují 3 úrovně edukace:

- **Základní úroveň** je poskytovaná nelékařskými zdravotnickými pracovníky v rámci jejich kompetencí a poskytnuté informace jsou zaměřeny na základní ošetrovatelské postupy, provoz oddělení, práva pacienta, domácí řád oddělení atd. Řídí se metodickým pokynem č. MP-L004-03 (viz. příloha č. 2).
- **Specializovaná** úroveň edukace je poskytována edukační sestrou, která pracuje přímo na vybraných odděleních, převážně v kumulované funkci všeobecná + edukační sestra. Je zaměřena na poskytování informací o diagnostických, léčebných a speciálních ošetrovatelských postupech, včetně jejich praktického nácviku. Taktéž do této kategorie patří i reedukace témat, která již proběhla na úrovni úzce specializované edukace – např. aplikace inzulínu, péče o stomie. Je prováděna v souladu se standardním ošetrovatelským postupem „Edukace hospitalizovaného pacienta eventuálně jeho blízkých.“ (viz. příloha č. 3)
- **Úzce specializovaná** úroveň je taktéž poskytovaná edukační sestrou a odpovídá konkrétní diagnóze dle klinického oboru. Jedná se např. o nácvik sebeobsluhy při péči o tracheostomickou kanylu, peritoneální dialýzu atd.

Edukační činnost by měla být systematická a navazující. Na oddělení geriatry se provádí základní a specializovaná edukace. Témata edukací musí být rozmanitá, aby mohla zahrnout celou šíři potřeb pacienta a splnit tak svou úlohu.

Edukační proces specializované edukace probíhá v šesti fázích:

1. **Posuzování** - anamnéza, sběr dat a informací o nemocném, o jeho funkčním stavu, analýza potřeb a dovedností pacienta, schopností se učit nebo rozšířit si vědomosti. Sestra při posuzování přihlíží k věkovým a individuálním zvláštnostem pacienta.

2. **Stanovení edukační diagnózy.** Na základě získaných informací sestra specifikuje vědomosti, dovednosti a návyky, které pacient nemá a které je třeba doplnit. Je třeba vycházet i z požadavků samotného pacienta.
3. **Plánování.** Sestra volí metody, vybírá téma edukace, stanovuje cíle edukace v oblasti kognitivní, psychomotorické a afektivní. Osvědčila se metoda pohovoru, vysvětlování a nácvik praktických dovedností, přičemž tato metoda je v praxi nejvíce užívanou.
4. **Realizace.** Čas samotné realizace je individuální, cca 30 minut, dle vstřícnosti a zájmu pacienta. Je zapotřebí, aby sestra dala seniorovi najevo, že nespíchá, že má na něj čas. Důležitým prvkem je i vhodné učební klima, které zaručuje dostatek intimity a klidu.
5. **Zhodnocení** spočívá ve zjištění, zda bylo dosaženo stanovených cílů edukace, zda si pacient osvojil požadované vědomosti a do jaké míry se ztotožnil s radami a doporučeními. Sestra pomocí kladených otázek posuzuje zpětnou vazbu. Ověřuje také osvojené dovednosti pacienta při provádění praktických úkonů.
6. **Zápis o edukaci.** O každé provedené edukaci musí být učiněn záznam do zdravotnické dokumentace. Speciální úroveň edukace je evidována na formuláři „Záznam o edukaci edukační sestrou“ (viz. příloha č. 5). Pacient formulář podepíše, není to však jeho povinnost. Záznam se zakládá do jeho chorobopisu a slouží k evidenci, informuje a připomíná celému léčebnému týmu obsah edukace a tím systematicky podporuje kontinuální a sofistikovaný proces péče o pacienta.

Při zavedení projektu „Edukační sestra“ byli pacienti krátce po přijetí edukováni na 1-2 témata. Praxe však ukázala, že je vhodné, aby byl pacient edukován pouze na jedno téma. Je to z toho důvodu, že senioři neudrží dlouho pozornost a při přemíře podnětů byli zahlceni informacemi, což nepřinášelo očekávaný výsledek. Osvědčilo se edukaci konkretizovat na 1 problém a další edukaci provést v jiném termínu. Z informací edukační sestry vyplynulo, že velmi často poté, jakmile seznámí pacienty s problematikou a jí zvolené téma vyčerpá, následně pacient přejde k sociálnímu tématu a hovoří o problémech, které ho trápí. Stává se, že někdy pacient hovoří víc než sestra. V tu chvíli sestra aktivně naslouchá a pacient ocení čas, který mu věnuje. I takovéto pojetí komunikace však má svůj

nezanedbatelný smysl a přispívá ke spokojenosti pacientů. Pacient v takovéto situaci ocení blízkost druhého, ne informace. Edukace je primárně důležitá, ale pacienti neočekávají jen přísun informací, jsou vděční za to, že je edukační sestra vyslechne a poskytne úlevu od psychických potíží. Edukační sestra by se neměla bránit tomu, aby se stala určitým „důvěrníkem“ geronta. Pacientovi se uleví psychicky, což má příznivý vliv na jeho zdravotní stav. Při další edukaci je pacient již většinou schopen vnímat předkládaná témata a lépe spolupracovat.

S nezájmem pacientů, kteří by odmítali edukaci se prakticky nesetkala. Pouze s negativisticky založeným pacientem, který neměl pozitivní přístup k životu a k lidem v okolí.

Proces edukace považuji za jeden ze základních pilířů efektivní léčby, neboť řada potíží souvisejících s nemocí je mnohdy dána nedostatečnými vědomostmi pacienta, často jeho neporozuměním a postojem k chorobě, a z toho pramenící neochotou k dodržování terapeutických a ošetrovatelských doporučení. Ukázalo se, že pokud je pacient na odpovídající úrovni informován o svém zdravotním stavu a obeznámen s léčebným režimem, je mnohem větší pravděpodobnost, že bude léčba úspěšnější. A právě tady má nezastupitelnou roli edukační sestra.

6.7 Role edukační sestry

Edukační sestra je sice jen jednou profesí, ale tato profese představuje mnoho rolí. Sestra plní roli vzdělavatele, motivátora, terapeuta, poradce, důvěrníka i psychologa.

K tomu, aby výchovné a vzdělávací působení sestry na pacienty bylo úspěšné, je nutné, aby tato měla potřebné znalosti z oblasti medicíny a ošetrovatelství na vysoké úrovni. Nesmí chybět upřímná snaha pacientovi pomoci, dále musí být vybavena správnými verbálními a nonverbálními komunikačními schopnostmi a v neposlední řadě mít empatii. Empatický přístup působí v mnoha směrech terapeuticky a vede k důvěře mezi pacientem a sestrou a tím umožňuje sdílnost a opravdovost. Pacient pak cítí ve vztahu jistotu a pocit bezpečí.

Edukační sestry poskytují čtyři druhy sociální opory:

- **Informační oporu** - poskytují informace, které seniorovi pomohou v orientaci v situaci, ve které se nachází;
- **Emocionální oporu** - pacientovi v tísní dávají naději a emocionální blízkost;
- **Hodnotící oporu** - tím, jak se s dotyčným člověkem jedná, může být posilováno jeho kladné sebehodnocení a sebevědomí.

Edukační sestry ve FNOL jsou zpravidla všeobecné sestry, které pracují na příslušném oddělení a mají vyčleněnou část úvazku pouze na edukační práci. Toto považuji za optimální, protože sestra má možnost seznámit se s pacienty během výkonu ošetrovatelských povinností a lépe tak poznat jejich zdravotní stav, osobnostní ladění a mentalitu a díky tomu je schopna zformulovat základní priority a potřeby seniorů a správně zvolit téma edukace. Další pozitivum spatřuji v tom, že pacient vnímá edukační sestru jako součást ošetrovatelského týmu a má k ní větší důvěru, než kdyby přicházela z vnějšku jako „cizí element.“ Na oddělení geriatry pracují dvě edukační sestry na částečný pracovní úvazek. Jedna z nich větší částí svého pracovního úvazku pracuje na ambulanci oddělení geriatry a po zbylou dobu, většinou v odpoledních hodinách, provádí edukaci. Druhá všeobecná sestra je zaměstnaná na lůžkovém oddělení v rozsahu polovičního úvazku a druhou polovinou pokrývá také edukační činnost. Díky tomu, že jsem se během svého zkoumání opakovaně setkávala s edukačními sestrami a zúčastnila se náslechnů edukací, měla jsem také možnost poznat, že svoji profesi vykonávají na vysoké úrovni se zkušenostmi a k pacientům přistupují laskavě, vnímavě, s empatií a odvádí velmi dobrou práci, kterou kromě profesionality dělají především srdcem. A takového přístupu si senioři nepochybně váží, protože každé vlídné slovo, zájem o jejich starosti a často i obyčejný úsměv dokáže pozvednout jejich náladu či prosluní lečjaký chmurný den, což však již platí obecně, tedy nejen ve vztahu k seniorům. Čas, který edukační sestry věnují ve prospěch pacientů je tedy smysluplně vynaloženým časem, protože edukační proces je nejen velmi důležitým prvkem celkové komunikace mezi zdravotnickým týmem a seniorem, ale také dokáže pozitivně působit na dovednosti a návyky seniorů, a celkově napomoci navodit pozitivní a aktivní přístup seniorů v jejich často nesnadné životní situaci.

Sestra v rámci edukačního procesu pacientovi poskytuje:²⁴

- informace o zdravotním stavu dle svých kompetencí
- informace o postupu při vyšetření
- seznamuje pacienta s oddělením
- poskytuje poučení o rizikových faktorech a správné životosprávě
- zprostředkovává zkušenosti od jiných pacientů
- naučné materiály, texty – brožurky, letáky
- získání zručnosti při sebeobsluze
- rady, návody
- terapeutické a psychologické působení

6.8 Potřeby pacientů

Uspokojování potřeb člověka je jednou ze základních podmínek jeho existence. Člověk musí jíst, spát, pocítovat bezpečí, setkávat se s druhými lidmi a uspokojovat mnoho jiných potřeb. Kvalita života starší a staré generace není určována jen materiálním zabezpečením. V přístupu k seniorům musí být pečováno stejnou měrou o fyzické, mentální a psychosociální potřeby.

Podle Haškovcové (1990) starý člověk potřebuje přiměřené zdraví, materiální a finanční zázemí, místo, kde je doma, kde se cítí být vážen a ctěn, kde ho mají rádi a kde on má někoho rád. Pacient v nemocnici je více či méně omezen v různých činnostech, především v pohybu. Je poután na vyhrazené prostory a jeho sociální kontakty jsou též redukovány. Stav, kdy nejsou potřeby dlouhodobě a v dostatečné míře uspokojovány, může vyústit v deprivaci. Tu může starý člověk prožívat velmi intenzivně a deprivace přirozeně bezprostředně ovlivňuje negativním způsobem jeho psychický stav. Jak je všeobecně známo, psychický a zdravotní stav jsou do určité míry spojenými nádobami (tzv. psychosomatické jevy) a proto je důležité, aby každý zdravotnický tým působil ve vztahu k pacientovi nejen po medicínské stránce, ale aby jeho přístup byl holistický.

Americký psycholog Abrahám Maslow rozlišuje potřeby vyšší a nižší, podrobně o této problematice pojednávám v kapitole 3.1. V jeho pomyslné pyramidě potřeb je **kognitivní potřeba**, tedy potřeba učit se, vzdělávat se a poznávat nové, zařazena mezi vyšší potřeby. A právě do kategorie kognitivních potřeb patří edukace, která svůj význam bezesporu má i u pacientů - seniorů. Kromě toho, že přináší nové poznatky a dovednosti, saturuje i celou řadu jiných potřeb, jako např. potřebu blízkosti jiného člověka, sociálního kontaktu, sounáležitosti a tím přispívá k celkové životní spokojenosti seniora.

Člověk v různých fázích života upřednostňuje jiné potřeby. Každý je jedinečný, každý potřebuje individuální přístup. Senioři se cítí omezení svým onemocněním, smiřují se s jistou mírou závislosti na jiných lidech, cítí se ohroženi a do popředí vstupuje potřeba podpory a bezpečí. **Potřeba fyzického bezpečí** vyjadřuje touhu po stabilitě, jistotě, ochraně, je potřebou vyvarovat se nebezpečí. Je zajištěna vhodným prostředím, ve kterém se starý člověk dokáže zorientovat a kde o něj bude dobře postaráno. Tato potřeba je ohrožena v okamžiku, kdy si senior již není jistý, že má dostatek sil samostatně se pohybovat. Senioři mají většinou obavy z pádu. V těchto případech je možné zajistit pocit fyzického bezpečí vhodnými kompenzačními pomůckami a také edukací zaměřenou na prevenci pádu.

Potřeba psychického bezpečí je neméně důležitá. Senioři jsou pohlceni svou nemocí, mnohdy se u nich kombinuje více onemocnění najednou. Je žádoucí posílit jejich víru v uzdravení nebo alespoň ve zmírnění momentálních obtíží. Empatický přístup edukační sestry může podpořit seniora v tom, aby přijal nové podmínky a stavěl na tom, co umí a dokáže.

Seniory často trápí otázka, jak o ně bude po hospitalizaci postaráno. Jedná se o naplnění **potřeby otevřené budoucnosti**. Edukační sestra v součinnosti se sociální pracovnící dokážou seniorovi poradit v otázkách a možnostech následné péče. Díky svým zkušenostem a znalostem sociálních služeb určených seniorům v regionu Olomouckého kraje sestra fundovaně umí poradit a doporučit vhodné pečovatelské a ošetrovatelské služby a zařízení s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu a sociálnímu stavu seniora.

Edukace hospitalizovaných pacientů (seniorů) založená na vytváření vztahu důvěry, jistoty a bezpečí, které patří k nejdůležitějším potřebám starých lidí, může podle mého

názoru výrazně přispět k naplnění mnoha potřeb seniorů a tím i k pocitu jejich pohody a spokojenosti.

7. Návrh edukačního letáku

Leták uvádím v příloze č. 8

8. Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo identifikovat edukační potřeby pacientů hospitalizovaných na oddělení geriatricke Fakultní nemocnice v Olomouci se zaměřením na jejich specifickou povahu a zkoumat působení edukační sestry na tomto oddělení. Dále jsem se snažila postihnout některé aspekty edukace seniorů.

Stále početně se zvyšující skupina obyvatelstva - seniorů znamená vyšší potřebu rozvoje nejrůznějších forem péče o staré lidi. K těmto formám edukace bezesporu patří.

Geriatrický pacient přicházející do nemocnice se v novém prostředí mnohdy hůře orientuje a vstup do nemocničního zařízení pro něj bývá často stresující. Stres navíc může prohlubovat nedostatek kvalitních informací o způsobu léčby, vyšetřovacích metodách, zásadách sebeobsluhy a jiných potřebných informacích.

Úkolem edukační sestry je zprostředkování takových vědomostí a dovedností, které pacientovi pomohou lépe se adaptovat v novém prostředí, pochopit vlastní onemocnění a tím ho aktivně zapojit do léčebného procesu.

Sestra vede pacienta k tomu, aby si osvojil vědomosti, postoje a techniky sebeobsluhy související s konkrétním onemocněním s cílem zabránit zhoršování zdravotního stavu a předejít vzniku komplikací. Učí ho tím přijmout velkou část zodpovědnosti za řešení jeho zdravotního problému a ovlivnit tak pozitivně další průběh jeho léčení a rekonvalescence. Posláním edukační sestry spatřuji také v chápání změn stárnoucího člověka, respektování jeho potřeb a poskytování emocionální opory pacientovi.

V souladu se stanoveným cílem výzkumného šetření jsem se zaměřila na čtyři dílčí cíle. **Prvním cílem bylo vymezení kritérií, podle kterých jsou pacienti oddělení geriatricke FNOL vybíráni pro edukaci.**

Senioři jsou výrazně heterogenní skupinou populace a existují mezi nimi také velké rozdíly v psychických, fyzických a kognitivních schopnostech. U mnohých geriatrických pacientů je zaznamenán zřetelný úbytek fyzických a psychických sil a snížení kvality funkce smyslových orgánů, což významně ovlivňuje schopnost pacienta být edukován. Statistickým šetřením jsem zjistila, že v loňském roce bylo edukováno 43 % pacientů hospitalizovaných na oddělení geriatric. Tento fakt vyplývá ze skutečnosti, že pouze tito senioři dosahují takové úrovně kognitivních dovedností, aby mohli být edukováni. Zjišťování kognitivních schopností se provádí v rámci Funkčního geriatrického vyšetření (FGV) pomocí orientačního diagnostického testu MMSE (Mini-Mental State Examination). Test hodnotí orientaci pacienta v čase a prostoru, krátkodobou paměť, početní schopnosti, pozornost, čtení, psaní, řeč a konstrukčně-praktické dovednosti. Pacienti, jejichž úroveň kognitivních funkcí dosahuje stupně I-normy a II-lehké kognitivní poruchy dle testu MMSE, jsou vhodné pro edukační aktivity.

Další dílčí otázkou výzkumu, kterou se zabývala předložená práce, **bylo zjišťování kritérií pro volbu tématu a následně samotných edukačních témat.** Vycházela jsem z předpokladu, že sestrou volená témata pro edukaci seniorů jsou v souladu se specifickými potřebami pacientů a základní okruhy potřeb pacientů mají převážně společný charakter. Sestra při výběru tématu pro konkrétního pacienta vychází z diagnózy a z ošetřovatelské anamnézy vyplývající z FGV, podobně jako tomu bylo při výběru pacientů k edukaci. FGV poskytuje informace o fyzických a psychických schopnostech seniora ve vztahu k jeho soběstačnosti a sociální situaci. Toto vyšetření umožňuje nejen objektivizovat potřeby nemocného a stanovit terapeutické cíle, ale stává se i východiskem pro práci edukační sestry, která díky kompletní zjištěné anamnéze volí obsahově-tematický rámec edukace. Z analýzy získaných dat vyplynulo, že v roce 2012 byli pacienti v rámci zkoumaného celku vzdělávání nejčastěji v těchto oblastech: prevence pádu (36 %), sebezpečí (18,8 %) a pitný režim (13,25 %). Z toho je patrné, že převažující podíl témat má obecný charakter a další edukační témata se zaměřují na specifické potřeby pacientů. Jako reakce na tuto skutečnost byl vyhotoven leták informující pacienty o zásadách pitného režimu. Letáky patří mezi didaktické pomůcky, které podporují základní edukační metodu – pohovor a vysvětlování a tím přispívají k dosažení vzdělávacích cílů. Nejvíce pacientů bylo edukovaných ve věkové kategorii 76-85 let (46,64 %).

Aby mohlo být co nejpřesněji naplněno téma bakalářské práce, které má **identifikovat edukační potřeby pacientů, bylo nutné provést řízený rozhovor s pacienty**. V praktické části práce jsem se pomocí této metody pokusila zmapovat edukační potřeby seniorů. Řízený rozhovor byl provedený na malém vzorku respondentů, avšak v mnoha parametrech dostatečně pokrýval témata, která byla důležitá z hlediska cíle mého výzkumu. Vlastní obsah rozhovoru a použitá metodika dotazování na položené otázky jsou podrobně specifikovány v kapitole 6.5. Nemocní prostřednictvím odpovědí vyjadřovali nejen míru své spokojenosti s edukací, ale současně signalizovali, že nepotřebují jen informace, ale i prostý sociální kontakt - blízkost druhého (zájem, komunikace, účast, empatie, pochopení).

Vzhledem k tomu, že profese edukační sestry je ve FNOL aplikována teprve druhý rok, vycházela jsem z předpokladu, že pacienti profesi edukační sestry neznají. Svoji hypotézu jsem ověřovala jednou z položených otázek řízeného rozhovoru. Senioři na položený dotaz zda „ví o tom, že na oddělení geriatric pracuje edukační sestra“, většinou odpovídali záporně. Poté, co jsem pacientům přiblížila roli edukační sestry, shodně přikyvovali, že o ní vědí a že již byli edukováni. Vzhledem k tomu, že edukační sestra je součástí ošetrovatelského týmu, pacienti nerozlišují rozdíl mezi všeobecnou a edukační sestrou. Tyto dvě role pacientům splývají. O tom, že tuto profesi vítají, protože jim pomáhá a podporuje je, nebylo pochyb. Vztah seniorů k profesi edukační sestry je hodnocen kladně. Byl tím potvrzen další z výchozích předpokladů – pacienti většinou nemají povědomí o profesi edukační sestry, pozitivně reagují na edukační setkání. Význam slova edukační je však pro většinu seniorů nesrozumitelný, což může zcela zbytečně spolupůsobit při vytváření komunikačních bariér mezi týmem oddělení geriatric a pacientem. Jako vhodným ekvivalentem pro název této profese doporučuji používat v kontaktu se seniory název „**sestra pro vzdělávání pacientů**“.

Edukace seniorů má svá specifika, kterými jsem se zabývala v rámci **třetího dílčího cíle práce**. Specifika jsou podmíněna změnami, které nastávají ve stáří. K nim patří především změny ve smyslovém vnímání (percepce), změny ve schopnosti učení, pozornosti, v emocionalitě a v horší adaptaci na změněné podmínky. Edukace si proto vyžaduje více trpělivosti, času, tolerance a pochopení.

Posledním dílčím cílem práce bylo **vyvodit možnosti naplňování potřeb pacientů – seniorů prostřednictvím edukace s ohledem na jejich specifickou povahu**. Edukace primárně uspokojuje vyšší potřeby seniorů tím, že přináší nové poznatky a dovednosti,

saturuje však i celou řadu jiných potřeb. K těmto patří především potřeba bezpečí vyjadřující touhu po jistotě, ochraně, ale také potřebu blízkosti jiného člověka, sociálního kontaktu, sounáležitosti a tím přispívá k celkové životní spokojenosti seniora.

Závěrem bych ráda vyzdvihla, že základem práce se seniory je vytváření vztahu důvěry, jistoty a bezpečí, které patří k primárním potřebám starých lidí. **Celkový přístup ke geriatrickým pacientům musí vycházet nejenom z hodnocení jejich zdravotního stavu, ale i z chápání člověka jako celistvé bytosti, kde je nutné hodnotit změny prožívání, změny sociálních rolí a životních perspektiv.** Aby edukační sestry dokázaly u pacientů rozeznat jejich edukační potřeby, musí ke každému z nich přistupovat individuálně, trpělivě jim naslouchat a vytvořit empatický vztah – to znamená naladit se na prožívání seniora.

Přínos této bakalářské práce spatřuji v tom, že může posloužit jako podnět k hlubší analýze potřeb seniorů a také by měla přispět k tomu, aby profese edukační sestry vešla více do povědomí nejen pacientů a zdravotníků, ale i laické veřejnosti, protože tato profese má bezesporu budoucnost.

Seznam použité a prostudované literatury:

1. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ S., ROZSYPALOVÁ M.: *Speciální psychologie*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1999. ISBN 80-7013-243.
2. ČORNANIČOVÁ, R.: *Edukácia seniorov. Vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku*. 1.vyd. Bratislava, Univerzita Komenského, 1998. 156 s. ISBN 80-223-1206.
3. DVOŘÁČKOVÁ, D.: *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vydání Praha: Grada Publishing 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
4. GRUSS, P.: *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Portál 2009, 222 s. ISBN: 978-80-7367-605-6.
5. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2
6. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P.: *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vydání Praha: Portál, 2008.136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
7. JAROŠOVÁ, D.: *Péče o seniory*. 1. vydání Ostrava, Ostravská univerzita 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
8. JUŘENÍKOVÁ, P.: *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2010, 80 s., ISBN 978-80-247-2171-2.
9. KALVACH, Z. ONDERKOVÁ, A.: *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Galén 2006, ISBN 80-7262-455-5.
10. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. a kol.: *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2008, 336 s, ISBN 978-80-247-2490-4.
11. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol.: *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání Praha: Grada Publishing 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
12. KLEVETOVÁ, D, DLABALOVÁ, I.: *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
13. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.
14. KUBEROVÁ, H.: *Didaktika ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Portál 2010. 248s. ISBN 978-80-7367-684-1.

15. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L.: *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
16. MALÍKOVÁ, E.: *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
17. MLÝNKOVÁ, J.: *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vydání Praha: Grada Publishing 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
18. NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E.: a kol. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: 2010. ISBN 978-80-8063-321-9.
19. PACOVSKÝ, V.: *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. s. 85. ISBN 80-201-0076-8.
20. PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R.: *Gerontagogika. Úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. Studijní texty pro distanční studium. 1. Vyd. UP Olomouc: FF 2004. ISBN 80-244-0879-1.
21. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál. 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
22. POKORNÁ, A.: *Komunikace se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
23. STUART-HAMILTON, I.: *Psychologie stárnutí*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
24. SVĚRÁKOVÁ, M.: *Edukační činnost sestry. Úvod do problematiky*. 1.vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-843-2.
25. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol.: *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
26. ŠIMČÍKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., BINAROVÁ, I., HOLÁSKOVÁ, K., PETROVÁ, A., PLEVOVÁ, I., PUGNEROVÁ, M.: *Přehled vývojové psychologie*, 2.vyd. UP Olomouc: 2003. 175 s. ISBN 80-244-0629-2.
27. TOPINKOVÁ, E.: *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 210 s. ISBN 80-7262-365-6.
28. VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1.vyd. UK Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-8.

29. VENGLÁŘOVÁ, M.: *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
30. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ G.: *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s., ISBN 80-247-1262-8.
31. WEBER, P. a kol.: *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1.vyd. IPVZ Brno: 2000, 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

Internetové zdroje:

32. Demografický informační portál ČSÚ. [online] Dostupné na:
http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824&PHPSESSID=6e8a69a6ebb816629ae64ced9dd9f10f
33. KALVACH, Z.: *Časopis Můžeš*. Sdružení přátel Konta BARIÉRY s Nadací Charty 77, [online] [cit. 2013-02-3] dostupné na:
<http://www.muzes.cz/aktuality/tema/kdy-zacina-stari/>
34. Královéhradecký kraj. [online] Dostupné na: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/nejssem-na-to-sam-1/stari-a-psychika.php-níže>
35. MFČR.: *Prognóza populačního vývoje české republiky na období 2008–2070* [online] [cit. 2013-01-24] dostupný z www:
http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/Prognoza_2010.pdf
36. Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče. Projekt OPVK CZ.1.07. 7.2.1 [online]. Dostupné na: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>
37. Prosestry.cz [online] Dostupné na:
http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/psychologie/stari
38. TOPINKOVÁ, E.: *Časopis Sanquis*, [online] Dostupný na:
<http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art754>
39. http://www.filosofie-uspechu.cz/jak-motivovat-zamestnance/maslowova_pyramida/

Seznam zkratk a pojmů

Seznam zkratk

ADL	Activities of Daily Living. Barthelův test závislosti
FGV	Funkční geriatrické vyšetření
FNOL	Fakultní nemocnice v Olomouci
UPOL	Univerzita Palackého v Olomouci

Vysvětlení pojmů

Andragogika	Aplikovaná věda o výchově a vzdělávání dospělých
Exacerbace	Zhoršení nebo nové vzplanutí choroby
Geront	Stařec
Gerontogeneze	Proces stárnutí
Peritoneální dialýza	Výměna látek mezi krví a dialyzačním roztokem napuštěným do peritoneální dutiny
Polymorbidita	Souběh více chorob
Screening	Metoda vyhledávání časných forem chorob nebo odchylek od normy
Tracheostomická kanyla	Pomůcka určená k udržení průchodnosti dýchacích cest

Seznam příloh

Příloha č. 1: Řízený rozhovor pro seniory hospitalizované na oddělení geriatric ve FNOL

Příloha č. 2: Metodický pokyn č. MP-L004-03. Edukace hospitalizovaných pacientů nelékařskými zdravotnickými pracovníky

Příloha č. 3: Standardní ošetrovatelský postup. Edukace hospitalizovaného pacienta event.jeho blízkých. Dokument č. SOP-L015-V05/EDUKACE

Příloha č. 4: Edukační záznam. Dokument č. Fm-L009-018-EDUKACE-001, verze č. 3

Příloha č. 5: Záznam o edukaci edukační sestrou. Dokument č. Fm-L009-018-EDUKAC-005. Verze č. 1

Příloha č. 6: Test kognitivních funkcí. Dokument č. Fm-L009-040-GER-002

Příloha č. 7: Ošetrovatelská anamnéza, č. Fm-L009-019-OSEANA-001 verze č. 2

Příloha č. 8: Návrh edukačního letáku. Pitný režim seniora

Řízený rozhovor pro seniory hospitalizované na oddělení geriatric ve FNOL

1. Jste

- Žena
- Muž

2. Váš věk je:

- 60-65 let
- 66-75 let
- 76-85 let
- 86 a více roků

3. Svůj zdravotní stav považujete za:

- Přechodně zhoršený
- Dlouhodobě špatný
- Velmi vážný

4. Co Vás v současnosti nejvíce trápí, potřebujete s něčím poradit?

5. Víte, že na oddělení geriatric pracuje sestra pro vzdělávání pacientů (edukační sestra)?

- ano
- ne

6. Víte, co je jejím úkolem?

- Ano
- Ne

7. Na koho byste se obrátili, kdybyste potřebovali poradit v oblasti zdravotní a sociální?
Na:

- Lékaře
- Všeobecnou sestru
- Edukační sestru
- Pomocný zdravotnický personál
- Sociální pracovníci
- Rodinu
- Nevím

8. Když za Vámi přijde edukační sestra, v čem byste chtěl(a) poradit, o čem diskutovat?

- Otevřená odpověď
.....
- Jaké mám možnosti další (následné) péče /domovy pro seniory, LDN, pečovatelská služba/
- Jak předejít prevenci pádů v nemocnici
- Jak dodržovat správný dietní režim
- O režimu sebeobsluhy
- O režimu v nemocnici a na oddělení geriatric
- O své rodině, vnoučatech
- O čemkoliv, důležité je, že si se mnou bude povídat
- Jiné
- Nechci mluvit s edukační sestrou

9. Uvítal byste návštěvu edukační sestry častěji?

- Ano
- Ne
- Nevím

10. Kdybyste si mohl(a) vybrat, čím vyplnit čas v nemocnici, co byste si vybral(a)?

- Dívat se na televizi
- Poslouchat rádio
- Hrát šachy, plést, číst
- Povídat si s někým, kdo by mě rád vyslechl
- Jiné

11. Kdybyste měli (a) kouzelnou moc a mohl(a) a nechat zmizet do rána jednu starost, která by to byla?



METODICKÝ POKYN č. MP-L004-03

Edukace hospitalizovaných pacientů nelékařskými zdravotnickými pracovníky

1. vydání ze dne: 25. 1. 2012
Účinnost od: 25. 1. 2012

Skartační znak: A
Stupeň důvěrnosti: N1

Číslo změny	Změny (č. stránek, č. příloh)	Zaznamenal a zařadil		
		Jméno	Datum	Podpis
1.	T/str.č.1; str. č. 4; příl. č. 1		16. 1. 2013	
2.				
3.				
4.				
5.				

	Jméno	Funkce Útvar	Datum	Podpis
Odborný garant		náměstek nelékařských oborů		
		vedoucí Odboru nelékařské péče		
Vydal		náměstek nelékařských oborů		
Schválil		ředitel FNOL		



Edukace hospitalizovaných pacientů nelékařskými zdravotnickými pracovníky

(Metodický pokyn č. MP-L004-03, 1. vydání ze dne 25. 1. 2012)

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ

1.1 Účel

1.1.1 Účelem je zajištění edukace pacienta, event. jeho blízkých nelékařskými zdravotnickými pracovníky při pobytu ve FNOL a před propuštěním do domácího ošetření.

1.2 Závaznost

Tento metodický pokyn je závazný pro všechny nelékařské zdravotnické pracovníky ve FNOL.

1.3 Správa normy

1.3.1 Správa normy se řídí směrnici Sm-G001 Vznik a řízení organizačních norem, kapitola 1.4.

2 VYMEZENÍ POJMŮ

2.1 Zkratky

CAPD	Kontinuální ambulantní peritoneální dialýza
DM	Diabetes mellitus
FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc
FZV UP	Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
MP	Metodický pokyn
NGS	Nazogastrická sonda
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
OG	Odborný garant
ON	Organizační norma
ORL	Otolaryngologie
PEG	Perkutánní gastrostomie
Sm	Směrnice
TBC	Tuberkulóza
TEN	Tromboembolická nemoc
TEP	Totální endoprotéza

2.2 Definice

2.2.1 Edukace je velice důležitá pro uspokojení potřeb pacientů event. jejich blízkých zejména z hlediska komplexnosti informací a je významným nástrojem, jak pacienta i příbuzné aktivně zapojit do procesu poskytování zdravotní péče.

2.2.2 Edukace při propuštění z FNOL je podání jasných pokynů o tom, jak si zajistit návaznou péči.

2.2.3 Základní úroveň edukace je poskytovaná nelékařskými zdravotnickými pracovníky v rámci jejich kompetencí. Jedná se o poskytování informací o základních ošetrovatelských postupech, o provozu oddělení, o Právech pacienta, Domácím řádu oddělení, aj.

2.2.4 Specializovaná a úzce specializovaná úroveň edukace ve vybraných tématech je poskytovaná edukační sestrou, tzn. všeobecnou sestrou, porodní asistentkou, event. se



Edukace hospitalizovaných pacientů nelékařskými zdravotnickými pracovníky

(Metodický pokyn č. MP-L004-03, 1. vydání ze dne 25. 1. 2012)

specializovanou způsobilostí. Zahrnuje informace o diagnostických, léčebných a speciálních ošetrovatelských postupech, včetně jejich praktického nácviku.

- 2.2.5 Edukační sestra je všeobecná sestra, porodní asistentka event. se specializovanou způsobilostí, která poskytuje specializovanou a úzce specializovanou úroveň edukace pacientům, event. jejich blízkým. Edukační sestry jsou stanoveny na vybraných klinikách a odděleních FNOL.

2.3 Odborné funkce

- 2.3.1 Tato ON nezavádí žádné odborné funkce.

3 VLASTNÍ TEXT

3.1 Cíle edukačního programu

- 3.1.1 Cílem edukačního programu je sjednocení a posílení iniciativ vedoucích k informování pacientů, příbuzných i veřejnosti v oblasti edukace a v oblasti prevence proti nemocem.
- 3.1.2 Každý pacient hospitalizovaný ve FNOL (event. jeho blízcí) je zhodnocen v oblasti potřeby edukace. Hodnocení vychází z toho, zda má pacient dostatek informací týkajících se jeho aktuálního zdravotního stavu, v jakém rozsahu, aby se mohl naplánovat edukační program přímo na potřeby konkrétního pacienta. Postup při edukaci je popsán ve standardním ošetrovatelském postupu SOP-L015-V05/EDUKACE.
- 3.1.3 Při propuštění je každý pacient hospitalizovaný ve FNOL edukován pro dobu po propuštění. Informace o další péči jsou pacientům, ev. jejich blízkým podávány srozumitelnou formou a srozumitelným způsobem.
- 3.1.4 Edukační materiály, které jsou poskytovány při edukaci pacientům event. jejich blízkým, obsahují kontakty na zařízení, které bude poskytovat další péči, pokyny pro případné ambulantní sledování v nemocnici, odkud je pacient propuštěn, informace o tom, za jakých okolností je třeba neodkladně vyhledat péči.

3.2 Zajištění edukace NLZP

- 3.2.1 Každý pacient hospitalizovaný ve FNOL získává při přijetí na oddělení základní informace o Domácím řádu, Právech pacienta, signalizačním a dorozumívacím zařízení, hygienickém režimu na oddělení, o plánovaných vyšetřeních, pohybovém režimu, ordinované dietě apod. Po posouzení v oblasti rizik je event. edukován také o prevenci pádu, vzniku dekubitů, v prevenci TEN, apod. Tyto informace mu podává NLZP mimo sanitáře dle kompetencí.
- 3.2.2 Průběžně během hospitalizace je pacient edukován v základních diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupech. NLZP zpětně ověřuje, zda pacient informacím rozuměl, při nácviku výkonu vyzývá pacienta, aby výkon předvedl. Pokud jsou jeho znalosti či dovednosti nedostatečné nebo má dotazy, edukuje ho opakovaně.
- 3.2.3 Ve specializovaných a úzce specializovaných tématech edukuje pacienta edukační sestra kliniky, popř. všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí po posouzení jeho potřeb v oblasti edukace. Přehled specializovaných témat na pracovištích FNOL je uveden v příloze č. 1. Pokud hospitalizovaný pacient potřebuje aktuálně informace o speciálním postupu jiného klinického oboru, zajistí mu je edukační sestra kliniky kde je hospitalizovaný v potřebném rozsahu.
- 3.2.4 Před propuštěním je pacient informován o následné péči. NLZP posoudí, jaké informace bude pacient (event. jeho blízcí) potřebovat vědět. Zajistí mu správné informace o životospřávě, dietě, informuje ho o následném režimu, o plánovaných kontrolách, event. o



Edukace hospitalizovaných pacientů nelékařskými zdravotnickými pracovníky

(Metodický pokyn č. MP-L004-03, 1. vydání ze dne 25. 1. 2012)

zdravotnickém zařízení pro další kontroly. Předá mu vhodné edukační materiály, event. kontakty, kam se může popř. obrátit o pomoc, odkazy na Agentury domácí péče, popř. neziskové organizace (občanská sdružení - např. Amélie, Armáda spásy, Naděje, Bílý kruh bezpečí, Drop-In, Liga proti rakovině).

3.3 Dokumentace edukace

3.3.1 Edukace je dokumentována ve formuláři Edukační záznam Fm-L009-018-EDUKAC-001 (002, 003, 004), kam provádí záznamy NLZP a ve formuláři Záznam o edukaci edukační sestrou Fm-L009-018-EDUKAC-005, kam provádí záznamy edukační sestra. Záznam o edukaci je součástí zdravotnické dokumentace a je založen v chorobopise pacienta.

3.4 Další odborní garanti

3.1.1 Tato ON nezavádí další odborné guaranty.

4 SOUVISEJÍCÍ DOKUMENTY

4.1 Dokumenty vyšší úrovně

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

4.2 Dokumenty FNOL

Sm-G001 Vznik a řízení organizačních norem

Sm-L004 Pobyť pacienta

Sm-L009 Lékařská a ošetrovatelská dokumentace

MP-L009-01 Ošetrovatelská dokumentace

SOP-L015-V05/EDUKACE Postup při edukaci pacienta event. jeho blízkých

4.3 Vystavené dokumenty

Fm-L009-018-EDUKAC-005 Záznam o edukaci edukační sestrou

Fm-L009-018-EDUKAC-001 (002, 003, 004) Edukační záznam

Fm-G001-001-REV-005 Záznam o revizi ON

Fm-L009-027-EM-007 Témata specializované úrovně edukace

Ve směrnici na Altusu jsou v kapitole 4.3 odkazy přímo na formuláře.

5 ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

5.1 Účinnost

5.1.1 Tato ON nabývá účinnosti dnem **25. 1. 2011.**

5.1.2 Dnem účinnosti se neruší žádná ON.

5.1.3 OG je povinen 1x za rok provést revizi ON. Pokud to stav vyžaduje, musí OG zajistit vypracování nového vydání ON nebo její změny. Záznam o provedené revizi provede OG do formuláře Fm-G001-001-REV-005 „Záznam o revizi ON“.

Povinnost vypracování nové ON nebo změny nastává i v případě, že dojde k zásadním změnám, které se dotýkají obsahu ON.

5.1.4 Přečhodná ustanovení:

Tato ON nemá žádná přečhodná ustanovení.



Edukace hospitalizovaných pacientů nelékařskými zdravotnickými pracovníky

(Metodický pokyn č. MP-L004-03, 1. vydání ze dne 25. 1. 2012)

5.2 Přílohy

Směrnice nemá přílohy.

V	EDUKACE HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA EVENT. JEHO BLÍZKÝCH		
1. CÍL:			
Zajištění předání adekvátních informací pacientovi event. jeho blízkým			
Kompetentní pracovník:			
Nelékařský zdravotnický pracovník mimo sanitáře			
Pomůcky:			
Edukační materiály k jednotlivým tématům, event. výkonům, dokumentace pacienta, formuláře Edukační záznam Fm-L009-018-EDUKAC-001 (002, 003, 004) , Záznam o edukaci edukační sestrou (v průpisu) Fm-L009-018-EDUKAC-005			
2. Struktura:			
S1 Znalost jednotlivých témat edukace			
S2 Znalost potřeby pacienta v edukaci jeho zdravotního stavu			
S3 Znalost správného podávání informací pacientovi (event. jeho blízkým)			
S4 Znalost správné komunikace			
S5 Znalost správného postupu u výkonu, který je předmětem edukace			
S5 Dokumentace			
3. Proces:			
P1 Zjistěte potřeby pacienta v oblasti edukace, rizikové faktory u pacienta			
P2 Určete téma edukace, způsob a rozsah			
P3 Připravte si podmínky vhodné pro edukaci dle možností, zajistěte klidné prostředí			
P4 Připravte si vhodné edukační materiály			
P5 Ověřte totožnost pacienta dotazem			
P6 Informujte ho, jaké bude téma edukace			
P7 Předávejte postupně pacientovi všechny informace srozumitelně a přiměřeně k jeho zdravotnímu stavu			
P8 Použijte všechny dostupné prostředky k edukaci – písemné materiály, CD, video...			
P9 Vybízejte pacienta k otázkám v případě nejasností			
P10 V případě praktické výuky předvedte pacientovi postup			
P11 Vyzvěte pacienta, aby předvedl výkon sám			
P12 Upozorněte ho na chyby, které při postupu udělal			
P13 Ověřte si kontrolními otázkami, zda pacient porozuměl všem podaným informacím (zpětná vazba)			
P14 Proveďte čitelný a komplexní záznam do formuláře Edukační záznam FM L009-018-EDUKAC-001 (002, 003, 004) včetně podpisu pacienta			
P15 Vyplněný formulář založte do dokumentace pacienta			
P16 Edukační sestra provádí čitelný a komplexní záznam do formuláře Záznam o edukaci edukační sestrou (v průpisu)			
P17 Záznam dejte podepsat pacientovi, pokud edukujete příbuzné, blízké pacienta zajistěte i jejich podpis na záznamu			
P18 Originál založte do dokumentace pacienta, kopii uschovejte			
P19 Při edukaci pacientových blízkých postupujte stejným způsobem			
4. Výsledek:			
V1 Pacient je edukován, event. jeho blízcí			
V2 Jsou předány všechny potřebné edukační materiály			
V3 Dokumentace je kompletní			
Zpracoval:		Účinnost od:	2.1.2012
Odborný garant:		Metodika kontroly:	Audit
Schválil:			



**FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLOMOUC**

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
Tel.: 588 441 111, E-mail: fn@fnol.cz
IČ: 00098892

Klinika/oddělení:

Dokument č.:
Fm-L009-018-EDUKAC-005 Verze č.: 1

Záznam o edukaci edukační sestrou

Charakter edukace		Komunikační bariéra	
<input type="checkbox"/> pacienta		<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> fyzická
<input type="checkbox"/> rodiny (blízkých)		<input type="checkbox"/> smyslová	<input type="checkbox"/> jazyková
		<input type="checkbox"/> psychická	<input type="checkbox"/> jiná:
Datum/hodina	Téma edukace	Použité metody	
		<input type="checkbox"/> ústně	<input type="checkbox"/> písemně
		<input type="checkbox"/> ukázka	<input type="checkbox"/> nácvik
		<input type="checkbox"/> audio	<input type="checkbox"/> video
Podpis (přijímajícího informace)		Podpis (edukační sestra)	
Charakter edukace		Komunikační bariéra	
<input type="checkbox"/> pacienta		<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> fyzická
<input type="checkbox"/> rodiny (blízkých)		<input type="checkbox"/> smyslová	<input type="checkbox"/> jazyková
		<input type="checkbox"/> psychická	<input type="checkbox"/> jiná:
Datum/hodina	Téma edukace	Použité metody	
		<input type="checkbox"/> ústně	<input type="checkbox"/> písemně
		<input type="checkbox"/> ukázka	<input type="checkbox"/> nácvik
		<input type="checkbox"/> audio	<input type="checkbox"/> video
Podpis (přijímajícího informace)		Podpis (edukační sestra)	

Záznam o edukaci edukační sestrou (Fm-L009-018-EDUKAC-005)

Strana 1/1

Příloha č. 5



**FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLOMOUČ**

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
Tel. 588 441 111, E-mail: fn@fnol.cz
IČ: 00098892

ODDĚLENÍ GERIATRIE

Identifikační štítek

Pacient(ka) – jméno a příjmení:

.....

Rodné číslo (číslo pojištěnce):

..... Kód ZP:.....

Adresa trv. pobytu (případně jiná adresa):

.....

Dok. č. Fm-L009-040-GER-002,

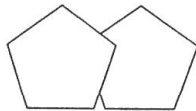
str. 1/2, v.č.: 2

**TEST KOGNITIVNÍCH
FUNKCÍ**

Za každou správnou odpověď získá pacient po 1 bodu, za špatnou 0 bodů.

	vyš. 1 Datum:	vyš. 2 Datum:	vyš. 3 Datum:
1. ORIENTACE			
Jak se jmenuje tato nemocnice?			
Na kterém poschodí se nacházíme?			
Ve kterém kraji jsme?			
Ve kterém městě?			
Ve kterém státě?			
Kolikátého dnes je?			
Jaký je den v týdnu?			
Který je měsíc?			
Který je rok?			
Jaké je roční období?			
2. ZAPAMATOVÁNÍ			
Nyní Vám vyjmenuji tři předměty. Zopakujte si je a za chvíli se vás na tato slova zeptám znovu	LISTÍ		
	DVEŘE		
	PAPÍR		
3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ			
Vyzvěte pacienta, aby hláskoval pozpátku slovo o pěti písmenech, např. PAPIR	P		
	A		
	P		
	Í		
	R		
<i>Alternativa-počítání</i>	93		
Nebo vyzvěte pacienta, aby odečítal 7 od čísla 100.	86		
	79		
Ukončete po 5 odpovědích.	72		
	65		
4. VÝBAVNOST			
Vyzvěte pacienta, aby si vybavil 3 dřívě jmenované předměty.	LISTÍ		
	DVEŘE		
	PAPÍR		
5. POJMENOVÁNÍ			
Ukažte pacientovi 2 předměty a vyzvěte ho, aby je jmenoval.	TUŽKA		
	HODINKY		
6. OPAKOVÁNÍ			
Vyzvěte pacienta, aby po Vás opakoval následující větu: „KAŽDÁ ALE, PROTOŽE A KDYBY“			

7. TRÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ				
Informujte pacienta, aby postupně po sobě provedl tyto úkony:	vezměte papír do ruky			
	přeložte ho napůl			
	položte na stůl			
8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU				
Pacient přečte a provede napsaný úkol ZAMRKEJTE.				
9. PSANÍ				
Požádejte pacienta, aby napsal libovolnou větu. Musí dávat smysl a obsahovat podmět a přísudek.				
10. OBKRESLENÍ OBRAZCE				
Pacient musí správně obkreslit 2 stejné pětiúhelníky, protínající se jako čtyřúhelník.				



Celkový počet bodů (max. počet - 30 bodů)

Celkem bodů vyš. 1:	Celkem bodů vyš. 2:	Celkem bodů vyš. 3:
Jmenovka a podpis lékaře:	Jmenovka a podpis lékaře:	Jmenovka a podpis lékaře:

Hodnocení:

25 a více norma

21-24 lehká kognitivní porucha

11-20 kognitivní porucha středního stupně

0-10 těžká kognitivní porucha

Klinika/oddělení:

89	30/43
301	FAKULTNÍ NEMOCNICE OLČOVIC
301	Prácheňská 6, 775 20 Olomouc tel: 5854-3333
	Oddělení geriatry
	Lužkové oddělení 46 - odb. 1F5
	První MUDr. Zdeněk Zábaj

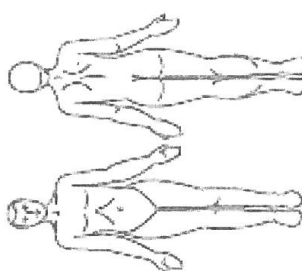

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLČOVIC
 I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
 Tel. 588 441 111, E-mail: fn@fnol.cz
 IČ: 00098892

Unifikovaný štítek

Jméno a příjmení pacienta:
 Rodné číslo pacienta:
 Datum narození (není-li RČ)
 Adresa trv. pobytu
 (případně jiná adresa):

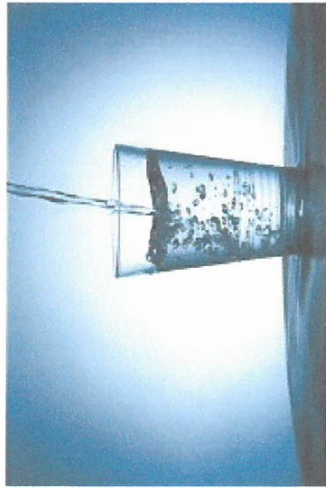
Ošetřovatelská anamnéza

vstupní
 během hospitalizace

Příjem	Výživa/hydratace	Spánek
datum přijetí:	potíže <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké:	narušený: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
opakované přijetí: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> parenterální výživa	Dýchání
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké:	<input type="checkbox"/> nasogastrická <input type="checkbox"/> jejunostomie	potíže: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Alergie	sonda: <input type="checkbox"/> nasojejunální <input type="checkbox"/> PEG	kuřák: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
	<input type="checkbox"/> diabetik <input type="checkbox"/> příjem tekutin za 24 hod:	<input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> klidová
	děla č.:	<input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> kašel
	Vyprazdňování	Edukace
Vědomí	problém s močením: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (viz Fm. Edukační záznam)
<input type="checkbox"/> při vědomí	jaký: <input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence	Rizika (viz hodnotící škály)
<input type="checkbox"/> porucha vědomí	močový katetr zaveden dne:	riziko pádu <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
<input type="checkbox"/> bezvědomí	problém se stolicí: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	riziko vzniku dekubitu <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Kontakt	jaký: <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> inkontinence	Plánování propuštění
<input type="checkbox"/> bez omezení	poslední stolice dne:	Bydli doma sama/a? <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
<input type="checkbox"/> spolupracuje	Významný handicap	je v péči: <input type="checkbox"/> domov důchodců <input type="checkbox"/> domácí péče
<input type="checkbox"/> nespolupracuje	<input type="checkbox"/> není	<input type="checkbox"/> pečovatelská služba
<input type="checkbox"/> ztížený	<input type="checkbox"/> zrak <input type="checkbox"/> sluch <input type="checkbox"/> řeč <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní	Kdo se bude starat o nemocného po propuštění?
<input type="checkbox"/> nezne navázat	<input type="checkbox"/> amputace <input type="checkbox"/> ochrnutí	<input type="checkbox"/> domácí péče <input type="checkbox"/> rodina
Soběstačnost/pohyblivost	Pomůcky	<input type="checkbox"/> domov důchodců <input type="checkbox"/> pečovatelská služba
<input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> soběstačný s pomocí	<input type="checkbox"/> nejsou	<input type="checkbox"/> následná ošetřovatelská péče
<input type="checkbox"/> nesoběstačný <input type="checkbox"/> při chůzi <input type="checkbox"/> při oblékání <input type="checkbox"/> při jídle	<input type="checkbox"/> brýle/čochky <input type="checkbox"/> vozík	kontakt s rodinou: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Bolest	<input type="checkbox"/> problém s: <input type="checkbox"/> zrak <input type="checkbox"/> sluch <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní	kontaktovat zdravot.-soc. pracovníka: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (pokud ano, pak založ Fm. Hodnocení bolesti)	<input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> jiné rány:	Cennosti a šaty
<input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická	stůpeň: 1. zčervenání 2. tvorba puchýřů 3. hluboké poškození 4. dekubity na kost-nekróza	cennosti uschovány: <input type="checkbox"/> šaty uschovány: <input type="checkbox"/> v trezoru oddělení <input type="checkbox"/> centrální šatna <input type="checkbox"/> v centrálním trezoru <input type="checkbox"/> oddělení <input type="checkbox"/> pacient má vše u sebe <input type="checkbox"/> pacient má vše u sebe Fm Soupis cenných věcí pacienta <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
intenzita: ↓		Jiná sdělení
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="checkbox"/> pacient v bezvědomí - nelze odebrat oš. anamnézu
Pozn.: bolest značí křížkem X kožní defekt značí kolečkem O		Jmenovka a podpis sestry: Podpis pacienta (svědka):
		Datum/čas:

PITNÝ REŽIM SENIORA

Voda je pro život člověka důležitá v každém věku, ale čím více stárneme, tím méně vody naše tělo obsahuje.



Pro zachování našeho zdraví je nutné udržovat rovnováhu mezi příjmem a výdejem tekutin. Člověk denně vyloučí asi 2,5 litru vody. Abychom pokryli tyto každodenní ztráty, musíme pravidelně doplňovat do organismu tekutiny ve stejném oběmu.

Víte, že?

- Lidský organismus je složen 60-65% z vody, ve stáří už jen 55%
- Nedostatek vody v těle způsobuje dehydrataci

- Dehydratace způsobuje bolesti hlavy, únavu, malátnost, závratě, nízký krevní tlak, horečku, zácpu, poruchy ledvin, suchou kůži
- Mírný a dlouhodobý nedostatek tekutin může mít za následek i vážné zdravotní obtíže
- Je zapotřebí pít dříve, než pocítíte žízeň
- Největší množství tekutin je vhodné vypít během dopoledne

Doporučené nápoje, které jsou vhodné pro seniory:

- Pramenitá voda
- Neslazené bylinné čaje
- Zelený a černý čaj
- Čerstvé ovocné a zeleninové šťávy
- Káva z melty
- Minerálky s nízkým obsahem sodíku

Co bychom měli o vodě znát?

- Zbavuje tělo toxinů
- Podporuje metabolismus tuků
- Udržuje správné fungování orgánů
- Pomáhá při přebytku solí v organismu

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Jana Rábková
Katedra:	Psychologie a patopsychologie PdF
Vedoucí práce:	Doc.PhDr.Alena Petrová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Vybrané aspekty edukace na oddělení geriatrie ve Fakultní nemocnici v Olomouci
Název v angličtině:	Selected aspects of education in the Geriatric Department of the Teaching Hospital in Olomouc
Anotace práce:	<p>Hlavním cílem bakalářské práce je identifikace edukačních potřeb seniorů hospitalizovaných na oddělení geriatrie Fakultní nemocnice v Olomouci.</p> <p>Práce popisuje specifika seniorské populace z hlediska fyzických, psychických a sociálních aspektů a význam edukace pacientů z hlediska podpory procesu jejich uzdravování.</p>
Klíčová slova:	Senior, stáří, stárnutí, změny ve stáří, gerontologie, vzdělávání.
Anotace v angličtině:	<p>The main objective of this work is to identify the educational needs of seniors hospitalized at the Geriatric Department of the Teaching Hospital in Olomouc.</p> <p>The work describes the specifics of the senior population in terms of physical, psychological and social aspects and also the importance of patients' education in terms of the support during their process of healing.</p>

Klíčová slova v angličtině:	Senior, old age, senility, ganges in the old age, gerontology, education.
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1: Řízený rozhovor pro seniory hospitalizované na oddělení geriatry ve FNOL</p> <p>Příloha č. 2: Metodický pokyn č. MP-L004-03. Edukace hospitalizovaných pacientů nelékařskými zdravotnickými pracovníky</p> <p>Příloha č. 3: Standardní ošetrovatelský postup. Edukace hospitalizovaného pacienta event. jeho blízkých. Dokument č. SOP- L015-V05/EDUKACE</p> <p>Příloha č. 4: Edukační záznam. Dokument č. Fm-L009-18-EDUKACE-001, verze č. 2</p> <p>Příloha č. 5: Záznam o edukaci edukační sestrou. Dokument č. Fm-L009-018-EDUKAC- 005. Verze č. 1.</p> <p>Příloha č. 6: Test kognitivních funkcí. Dokument č. Fm-L009-040-GER-002</p> <p>Příloha č. 7: Ošetrovatelská anamnéza, č. Fm-L009-019-OSEANA-001 verze č. 2</p> <p>Příloha č. 8: Návrh edukačního letáku. Pitný režim seniora</p>
Rozsah práce:	61s.
Jazyk práce:	ČJ