



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Ošetrovatelská péče u seniorů se záněty plic

Vypracovala: Diana Břízová
Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Pavelková

České Budějovice 2015

Abstrakt

Tato bakalářská práce s tématem *Ošetrovatelská péče o seniory se záněty plic* se zabývá zjištěním specifík v ošetřování u seniorů s pneumonií.

Je všeobecně známo, že pneumonie patří mezi nejzávažnější onemocnění vůbec. Toto onemocnění postihuje plicní alveoly, respirační bronchioly a plicní intersticiium. Většina zánětů plic má infekční původ. Nejohroženější skupinou lidí, které toto onemocnění postihuje, jsou nejen kuřáci, diabetici, lidé s poruchou imunity ale hlavně senioři. Zápal plic je i dnes přes nejnovější léčebné metody častým a rizikovým onemocněním. Celosvětově je pneumonie na třetím místě z příčin úmrtí a na prvním místě z infekčních onemocnění. Z tohoto důvodu je důležité znát veškerou prevenci a ke kvalitní ošetrovatelské péči je potřebné, aby sestra znala veškeré informace o tomto onemocnění (Vyšínová 2012; Musil 2007).

Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části se zabýváme geriatrií, specifickými změnami ve stáří, dále pneumologií, klasifikací pneumonií, klinickým obrazem, diagnostikou, léčbou, komplikacemi, prevencí a především ošetrovatelstvím. V této části se zabýváme inhalační terapií, farmakologií, dostatečnou hydratací, stravováním, měřením fyziologických funkcí, sledováním bolesti, odpočinkem, vyprazdňováním, péčí o dýchací cesty, hygienickou péčí a komunikací. Praktická část bakalářské práce tvoří metoda kvalitativního výzkumu. V tomto výzkumu jsme cílů dosahovali pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami a seniory. Rozhovory, které se uskutečňovaly na standardním plicním a interním oddělení nemocnice České Budějovice a. s., jsou v naší práci uvedeny.

V této práci byly stanoveny čtyři cíle. První cíl: Zjistit specifika ošetrovatelské péče u seniora s pneumonií. Druhý cíl: Zjistit, jak vnímají sestry ošetrovatelskou péči o seniora s pneumonií. Třetí cíl: Zjistit, jak je seniory vnímána ošetrovatelská péče. Čtvrtý cíl: Zjistit míru edukace seniora před propuštěním do domácího prostředí.

Ke každému cíli byla stanovena výzkumná otázka. Výzkumná otázka 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u seniorů se záněty plic? Výzkumná otázka 2: Jaké je vnímání ošetrovatelské péče z pohledu sestry? Výzkumná otázka 3: Jak je vnímána

ošetřovatelská péče z pohledu seniora? Výzkumná otázka 4: Jak je hodnocena edukace seniora před propuštěním do domácího prostředí? Výstupem této práce je informační leták pro seniory a jejich rodinné příslušníky (viz Příloha 4). Tato práce může sloužit i studentům ošetřovatelství jako studijní materiál.

Klíčová slova: Pneumonie, plíce, zánět, ošetřovatelská péče, senior

Abstract

This Bachelor Thesis on *Nursing care for the elderly with lung inflammation* deals with finding the specifics of treatment in elderly patients with pneumonia.

It is widely known that pneumonia is one of the most serious diseases in general. This disease affects the pulmonary alveoli, respiratory bronchioles and pulmonary interstitium. Most lung inflammations are of an infectious origin. The most vulnerable group of people affected by this disease are not only smokers, diabetics, people with impaired immunity but mostly seniors. Today, despite the latest treatment methods, pneumonia is a frequent and high-risk disease. Worldwide, pneumonia takes the third place in causes of death, and the first place in infectious diseases. For this reason, it is important to know all the precautions and the quality nursing care needs the nurse to know all information on this disease (Vyšínová 2012; Musil 2007).

The Bachelor Thesis consists of theoretical and practical parts. The theoretical part deals with geriatrics, specific changes in old age, pulmonology, pneumonia classification, clinical picture, diagnosis, treatment, complications, prevention, and especially nursing. In this section we deal with inhaled therapy, pharmacology, adequate hydration, catering, measuring physiological functions, monitoring pain, relaxation, emptying, respiratory care, hygienic care and communications. The practical part consists of qualitative research method. In this research, we have achieved goals through semi-structured interviews with nurses and seniors. The interviews conducted in a standard pulmonary and internal hospital departments in České Budejovice, are included in our Thesis.

In this Thesis we have set four objectives. The first objective: to find out the specifics of nursing care for seniors with pneumonia. The second objective: to determine how nurses perceive nursing care for the elderly with pneumonia. The third objective: to find out how the elderly perceived nursing care. The fourth objective: to determine the level of education of senior citizens before they leave hospital for the home environment.

Each objective was determined by a research question. Research question 1: What are the specifics of nursing care for the elderly with pneumonia? Research question 2: What is the perception of nursing care from the perspective of nurses? Research question 3: What is the perception of nursing care from the perspective of seniors? Research question 4: How do we assess education of seniors before they leave hospital for the home environment? The outcome of this work is a methodical procedure of nursing (see Annex 4). This Thesis can be used by students of nursing as well as study materials

Key words: Pneumonia, lungs, inflammation, nursing care, seniors

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Zdeňce Pavelkové za obětavý přístup, cenné rady a připomínky, konzultace, které mi věnovala v celém průběhu zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině, která mě podporovala po celou dobu studia.

Obsah

	Úvod.....	10
1	Současný stav	11
1.1	Charakteristika oboru geriatricie	11
1.2	Periodizace věku u starších lidí	11
1.3	Specifické změny ve stáří	12
1.4	Charakteristika oboru pneumologie.....	14
1.5	Pneumonie ve vyšším věku.....	14
1.6	Klasifikace pneumonií	15
1.7	Klinický obraz.....	17
1.8	Diagnostika pneumonie	17
1.9	Diferenciální diagnostika.....	19
1.10	Léčba pneumonie	19
1.11	Komplikace pneumonie	22
1.12	Prevence a edukace u seniora s pneumonií.....	22
1.13	Ošetrovatelská péče u seniorů s pneumonií.....	23
1.13.1	Komunikace se seniorem.....	25
1.13.2	Role sestry	27
2	Cíle práce a výzkumné otázky	29
2.1	Cíle práce	29
2.2	Výzkumné otázky	29
3	Metodika	30
3.1	Použitá metodika.....	30
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	31
4	Výsledky výzkumného šetření.....	32
4.1	Identifikační údaje respondentů.....	32
4.2	Kategorie 1 Ošetrovatelská péče z pohledu sestry.....	33
4.3	Kategorie 2 Ošetrovatelská péče z pohledu seniora	43
5	Diskuse	46

6	Závěr.....	52
7	Seznam informačních zdrojů	54
8	Seznam příloh	58

Úvod

Tématem pro tuto bakalářskou práci je Ošetrovatelská péče o seniory se záněty plic. Toto téma jsem si vybrala, protože mě velice zaujalo z důvodu vlastních zkušeností ve své rodině a nedostatečné informovanosti naší populace. Tato problematika mi přijde velice zajímavá a aktuální. V této práci jsem se snažila poukázat na specifika ošetrovatelské péče o seniory se záněty plic. Velmi pozoruhodné mi přišlo zaměřit se i na to, jak péči vidí senioři, jak moc jsou informováni o onemocnění a v oblasti prevence.

Podle statistiky patří pneumonie celosvětově mezi nejzávažnější onemocnění vůbec. Každý rok onemocní v České republice tímto onemocněním přes sto tisíc lidí. Do nejrizikovější skupiny tohoto onemocnění právě patří věková skupina nad šedesát pět let. Dle statistiky v této věkové skupině každý pátý pacient zemře (Vyšínová 2012).

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabýváme geriatrií jako oboru, specifickými změnami ve stáří a dále samotným onemocněním pneumonie, diagnostikou a léčbou onemocnění, jejími komplikacemi, prevencí a ošetrovatelskou péčí. V praktické části jsme se zejména zaměřili na specifika péče o seniory s pneumonií, dále jak je vnímána péče s pohledu sestry a seniora a jaká je míra edukace seniora před propuštěním do domácího prostředí.

Tato bakalářská práce by eventuelně mohla posloužit všeobecným sestřám jako brožura pro seniory či jejich příbuzné, kteří se setkají s tímto onemocněním.

1 Současný stav

1.1 Charakteristika oboru geriatrie

Geriatric je samostatný lékařský obor, zabývající se ošetrovatelskou a lékařskou péčí o nemocné vyššího věku. Geriatric zahrnuje problematiku seniorů z hlediska funkčního a zdravotního stavu. Dále se zabývá specifickými potřebami geriatrických pacientů. Jejich vyšetřováním, léčením, prevencí, průběhu onemocnění a sociálními souvislostmi chorob ve stáří. Jde vlastně o specializovaný obor, který vychází z vnitřního lékařství. Klade důraz na udržení soběstačnosti a fyzické kondice z důvodu zlepšení kondice u seniorů. Cílem geriatric je uchovat zdraví seniora včasným rozpoznáním onemocnění a jejich léčbou. Dále se snaží dosáhnout co nejvyšší aktivity, samostatnosti a nezávislosti v domácím prostředí. Dalším cílem geriatric je uplatňování primární a sekundární prevence u seniorů, proto je tedy možné říci, že moderní geriatric má také intervenčně preventivní charakter. Kromě svých specifických metod ve zdravotní péči se odlišuje od jiných oborů šíří a komplexností přístupu, potřebou koordinované týmové péče nejen v interdisciplinární lékařské péči, ale především i v ošetrovatelské a rehabilitační péči. (Topinková 2005, Kalvach 2004).

1.2 Periodizace věku u starších lidí

V oboru geriatric se můžeme setkat s pojmem periodizace stáří. Pod tímto pojmem si můžeme představit dělení věku po desetiletých etapách, jak uvádějí někteří autoři. Mladí senioři jsou ve věku 65 – 74 let, staří senioři ve věku 75 – 84 let, velmi staří senioři ve věku nad 85 let. Dále se však věk může rozdělit do tří následujících období. Období presenilní (45 – 60 let), období stárnutí (60 – 70 let) a období stařecké, což je od 70-ti let a více. Nejčastěji se ale vychází z kalendářního věku neboli chronologického věku, což je věk dle data narození. Následně se věk může dělit na sociální věk, který se vztahuje ke společenskému chování. Poté na biologický věk, který se posuzuje podle tělesných známek stárnutí a v poslední řadě psychologický věk, který vyzdvihuje duševní známky stárnutí (Jarošová 2006; Cejhonová 2009).

1.3 Specifické změny ve stáří

Stáří přináší řadu změn, které se promítají do zdravotního stavu, psychického vývoje a sociálního života (Kalvach 2008).

Sociální stárnutí přináší řadu změn, se kterými se senior vyrovnává. Za prvé je to přechod z aktivního pracovního procesu do starobního důchodu. Touto obměnou se mění sociální role seniora. Končí role pracovní, s tím se snižuje jeho společenská prestiž, a nastává role prarodiče. Nejvýznamnějším dopadem odchodu do důchodu je ekonomická ztráta, která ho omezuje v kulturních a společenských akcích. To může být velké riziko v adaptaci na penzi, změna společenského postavení, hodně volného času, osamělost. Další velkou změnou v této oblasti je strach ze sociální izolace a opuštěnosti. Prožívání samoty a opuštěnosti je vysoce individuální a subjektivní záležitost. Někteří lidé ztrácejí zájem o dění kolem sebe, drží se stranou a vytvářejí si odstup. Následně může být problémem i přestěhování se do domova pro seniory, z důvodu nemožnosti rodiny zapojit se do péče, nebo časně hospitalizace. Dále se senior musí vyrovnávat se smrtí vrstevníků a nejtěžší je se vyrovnat ze smrtí celoživotního partnera. Prevenci sociální izolace jsou kvalitní vztahy v rodině (Jarošová 2006; Čevela 2012).

Do psychických změn stárnutí se zahrnují všechny změny, které s rostoucím věkem přibývají. Tyto psychické aspekty jsou vysoce individuální. Tento proces stárnutí je ovlivněn například faktory genetickými, zdravotní historií nebo osobností jedince. Na kvalitě psychiky se nejvíce uplatňuje osobnost člověka, která zůstává zachována a mění se jen dílčí funkční schopnosti. Ve struktuře osobnosti se může měnit žebříček potřeb, hodnot i cílů. Jednou z psychických změn jsou změny v smyslových orgánech. Zhoršené vnímání se špatnou koordinací pohybu může seniora omezovat v sociálních kontaktech. Stoupá nebezpečí pádů a úrazů. Malý příjem informací může vést k odtažení se od společnosti, omezení činnosti což může vyvolat až stav deprese nebo úzkosti. Druhou změnou psychického stárnutí je pokles výkonnosti a psychomotorické zpomalení. Projevují se hlavně při chůzi, při plnění úkolů, nerozhodností, váhavostí. Tento problém může být kompenzován organizací věcí, systematičností a důsledností. Třetí změnou jsou intelektové schopnosti seniora. Těmto změnám lze ve stáří zabránit činnostmi, jako třeba zvyšováním všeobecné informovanosti o světě, nebo cvičením

verbálních schopností. Další změnou je snížení adaptability seniora. Starší lidé se cítí nejistě a zmateně v cizím prostředí, jsou nedůvěřiví. Změny mohou nastat i v citové oblasti. Typickým projevem je emoční labilita, která vede ke snižování odolnosti vůči krizím (Jarošová 2006, Vágnerová 2007).

Aspekty biologického stárnutí jsou velice individuální a jsou dány genetickými dispozicemi a životním stylem člověka. Biologické stárnutí nese obměny ve změně funkcí zpomaleným metabolismem a opotřebením orgánů. Prvním rysem stárnutí je atrofie orgánů. Atrofie je příznačná pro kůži, která ztrácí svoji pružnost a je svráštělá. Dále i atrofie mozku, při níž je jeho tkáň nahrazena tkání pojivovou. Druhým rysem je snížení elasticity orgánů, kdy jsou výrazně postiženy plíce a cévy. Třetím aspektem je zmenšení postavy, protože se chemicky mění stavba kostí. Ubývá vápníku a zvyšuje se lomivost kostí. Čtvrtou změnou je šíření tělesných tekutin, kdy klesá intracelulární tekutina, ale celkové množství vody se nemění. Pátým příznakem je ubývání rychlosti a sil svalových kontraktur a mění se fyzická výkonnost. Časté jsou i poruchy spánku, k nimž patří problém s usínáním, buzením přes noc nebo probouzení se v časných ranních hodinách. Dále dochází ke snížení zdatnosti smyslových orgánů. Mimo čichu a chuti je postižen zrak i sluch. K poruchám dochází i u jednotlivých systémů. U nervového systému dochází ke ztrátě neurotransmiterů, které jsou potřebné pro vedení vzruchu. K metabolickým změnám patří snížená glukózová tolerance a ztížený vstup glukózy do buňky. U vylučovacího systému se snižuje glomerulární filtrace a klesá očišťovací schopnost ledvin. V rámci trávicího ústrojí dochází ke ztrátě zubů, motilita trávicí trubice se zpomaluje a zhoršuje se vyprázdnění žaludku. U oběhového systému klesá průtok krve orgány a zhoršuje se srdeční výkonnost. Nejčastějším problémem u respiračního systému je snížená poddajnost plic. Onemocnění respiračního traktu stoupá s věkem člověka. Choroby respiračního traktu jsou individuální. Záleží také na imunitním systému organismu. Senioři mají snížený imunitní systém, což může zapříčinit onemocnění respiračního traktu. Změny, které jsou podmíněné věkem, jsou snížená kapacita plic, změna elasticity, zhoršuje se plicní ventilace, kašlací reflex, dále se snižuje poddajnost hrudní stěny a vyšší věk zhoršuje ventilační reakci na hypoxémii a hyperkapnii. (Jarošová 2006, Topinková 2005).

1.4 Charakteristika oboru pneumologie

Obor pneumologie je specializovaný obor medicíny, který se zabývá onemocněním dýchacích cest a tuberkulózou. Jeho předmětem je prevence onemocnění, dále diagnostika, léčba, rehabilitace, epidemiologie a dispenzarizace dýchacího onemocnění, včetně tuberkulózy a toxoalergických stavů. Tento obor se zabývá problematikou jak chronických onemocnění, tak se rozvíjí i v intenzivní pneumologii, v níž využívá invazivních postupů u akutních stavů, které ohrožují život nemocného. Pneumologie je velmi důležitá oblast humánní medicíny. Řeší rozsáhlé skupiny onemocnění, které patří mezi nejčastější vůbec. Obor pneumologie se zabývá léčbou onemocnění dýchacích cest, nádorovými onemocněními plic, onemocněním pohrudnice a vrozenými plicními onemocněními. Následně se tento obor zabývá i terapií zánětů plic, které představují celospolečenský problém. V rozvinutých zemích se zvyšuje průměrný věk obyvatelstva. Nabývá nárůst seniorů, kteří jsou náchylnější k infekcím plic. Stárnutí populace se promítá i do zvětšujícího se průměrného věku hospitalizovaných pacientů. Nejčastějšími nozokomiálními infekcemi jsou právě záněty plic. (Kolek 2012; Kolek, Kašák 2010; Ševčík a kol. 2004).

1.5 Pneumonie ve vyšším věku

Pneumonie je akutní zánět v oblasti respiračních bronchiolů, alveolárních struktur a plicního intersticia. Klinicky je stav definován jako nález čerstvého infiltrátu na skiagramu hrudníku spolu s nejméně dvěma příznaky infekce respiračního traktu, mezi které nejčastěji patří kašel, dušnost, bolest na hrudi, horečka či poslechový nález (Kolek 2013).

Senioři patří do nejrizikovější skupiny v onemocnění pneumonií. Je také nejčastější příčinou úmrtí seniorů. Incidence je výrazně závislá na věku. U seniorů nad 75 let je až desetkrát vyšší než u seniorů pod 75 let. U seniorů se zhoršuje závažnost onemocnění, prodlužuje se léčba, doba hospitalizace a zřetelně roste mortalita. Průběh onemocnění u seniorů je často horší než průběh u mladších jedinců. Například jeden z důvodů je, že pacienti ve vyšším věku bývají většinou polymorbidní. Rizikovými faktory dále mohou být poruchy imunity, diabetes mellitus, chronická obstrukční plicní nedostatečnost,

alkoholismus. Ke specifickým rizikovým faktorům patří poruchy polykání a imobilizace respektive upoutání na lůžko, jakožto i častější či dlouhodobá hospitalizace (Bartoš, Koblížek 2010; Kalvach 2004)

1.6 Klasifikace pneumonií

Dříve se používala klasifikace pneumonie na typickou a atypickou. Dnes se spíše používá termín typické agens pro klasické bakterie (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* a *Moraxella catarrhalis*) a atypické agens pro bakterie, které jsou obtížně kultivovatelné, způsobem života jsou závislé na napadené buňce (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* a *Legionella pneumophila*). Toto rozdělení má zásadní význam, z důvodu, že atypická agens nejsou citlivá na penicilinovou řadu antibiotik. Pneumonii můžeme dělit podle epidemiologie, závažnosti, podle základní choroby či podle časového průběhu (Kašák, Koblížek 2008).

Epidemiologická klasifikace má vedle klasifikace podle závažnosti velký význam pro klinickou praxi, jelikož z ní lze odvodit etologické agens. Do epidemiologické klasifikace se může řadit řada pneumonií, jako může být například komunitní pneumonie. Je to zánět plic, který vznikl v běžné populaci. To znamená u lidí, kteří nebyli hospitalizováni a ani umístěni v zařízení sociální péče, v předchozích čtrnácti dnech anebo u nich vznikla v prvních dvou dnech hospitalizace. Tento typ pneumonie způsobují nejčastěji patogeny, které jsou citlivé na antimikrobiální léky. U starších osob jsou častější gramnegativní bakterie (*Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*), (Kašák, Koblížek 2008; Musil 2012). Nozokomiální pneumonie je pneumonie, která vznikla v nemocnici za dobu delší než dva dny od přijetí do nemocnice. Nozokomiální pneumonii můžeme rozdělit na časnou, která vznikne do čtyř dnů od začátku hospitalizace, a na pozdní, která vzniká od pátého dne po nástupu do nemocnice. Nejčastěji tato pneumonie vzniká na oddělení jednotky intenzivní péče, kde je více rizikových faktorů, jako používání katétrů či jiných invazivních pomůcek, nebo u nemocných s poruchami vědomí, ve špatném nutričním stavu, u nemocných po operaci a u starších jedinců. U starších jedinců lze dnes rozlišovat nejen pneumonii nozokomiální, ale i pneumonii vzniklou v zařízeních dlouhodobé péče. Vyvolávající

agens jsou buď endogenní flóry pacienta, nebo mohou být exogenního původu od nemocničního personálu, zdravotního materiálu, od jiných pacientů nebo z okolního vzduchu či vody, kdy infekce se může přenést inhalací (Kašák, Koblížek 2008; Kubešová 2009). Dále ventilátorová pneumonie, která je zvláštním typem zápalu plic u ventilovaných pacientů. Můžeme ji rozdělit též na časnou ventilátorovou pneumonii, která vzniká během čtyř dnů plicní ventilace nebo pozdní ventilátorová pneumonie, která vzniká po pátém dni plicní ventilace. Tento typ pneumonie je obvyklý u nemocných po transplantaci kostní dřeně. Nejčastějším původci jsou (*Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*), (Kašák, Koblížek 2008). Pneumonie u imunokompromitovaných nemocných se vyskytuje u nemocných s vrozenými poruchami imunity. Počet pacientů s touto pneumonií stále narůstá z důvodu léčení cytostatiky a imunosupresivy (Kašák, Koblížek 2008). A následně aspirační pneumonie je infekční pneumonie, která se začíná projevovat po vdechnutí tekutiny, tuhého obsahu či jiné věci. Dochází k ní při poruše polykacího aktu, jícnových chorobách nebo neurologických afekcích. Některé aspirační pneumonie jsou i neinfekční, které vznikají po vdechnutí kyselého obsahu žaludku (Klener 2006).

V klasifikaci dle závažnosti se upřednostňují praktické aspekty hodnotící závažnost pneumonie ve vztahu k celkovému stavu pacienta a jeho rizikovým faktorům. Aspekty pak dále určují typ vyvolávajícího agens, určují způsob léčby a místo péče. Dle závažnosti můžeme dělit na pneumonii lehkou, středně těžkou a těžkou. Těžká pneumonie je typická u pacientů nad padesát let věku (Kašák, Koblížek 2008).

Dle základní choroby můžeme klasifikovat pneumonii jako primární pneumonii, což je izolované plicní onemocnění u jinak zdravého jedince, a na sekundární pneumonii, která způsobuje plicní komplikace jiného onemocnění (Kašák, Koblížek 2008).

Pneumonie dle časového průběhu se může klasifikovat na akutní pneumonii, která má tendence k remisím. Dále recidivující pneumonie, která může vznikat buď jen na jednom místě, kdy predispozicí recidivy je morfologická změna, nebo mohou recidivy postihovat různá místa plic, což se nazývá migrující pneumonie (Kašák, Koblížek 2008).

1.7 Klinický obraz

U mladších jedinců se většinou projeví klasický začátek. Začátek je náhlý, doprovázen třesavkou, vysokými teplotami, pleuritickou bolestí a kašlem. Kašel může být z počátku suchý a později přechází v produktivní s hnisavou expektorací sputa. Sputum může být rezavé nebo s drobnou příměsí krve. Zhoršuje se fyzická námaha a může být i klidová či ponámahová dušnost. Charakteristický je i poslechový nález chrůpku nad zánětlivým ložiskem či vymizelé dýchání nad výpotkem. Mimoplicními projevy mohou být celková únava a schvácenost, bolesti hlavy, kloubů či svalů, anemie. Tyto nepříjemné obtíže trvají většinou dva až pět dní před stanovením diagnózy. Na druhou stranu právě u starších jedinců může být klinický obraz změněný. U starších pacientů se můžeme setkat s odlišnostmi ve všech orgánových systémech. Velkým problémem u seniorů je snížený příjem tekutin a potravy, což se projeví dehydratací až malnutricí. U seniorů se velmi často můžeme setkat i se zmateností. Kromě toho se setkáváme i se sociálními problémy, jako je nedoslýchavost nebo potřeba ošetrovatelské péče, nebo s psychickými problémy jako úzkost či deprese. Nemusí se vůbec vyskytovat zvýšená teplota, horečka nebo bolest. Kašel se může připisovat chronické bronchitidě. Chrůpky mohou být hůře slyšitelné u nespolupracujících a u obézních pacientů. To vše může ovlivnit klinický obraz. Atypické pneumonie, které se podobají obyčejné viróze, jsou ve stáří méně časté. Naopak ve vyšším věku je častější aspirační pneumonie. Většinou u seniorů se špatnou ústní hygienou, s poruchou polykání nebo u alkoholiků. (Kalvach 2004; Kolek, Kašák 2010; Bártů 2008).

1.8 Diagnostika pneumonie

Diagnostika pneumonie v zásadě vychází z anamnézy, fyzikálního vyšetření, rentgenového snímku, výsledků vzorku z respiračního traktu z mikrobiologické laboratoře, dále z vyšetření pleurálního výpotku, hemokultury a v neposlední řadě z vyšetření z hematologické a biochemické laboratoře. Nezbytné je i vyšetření moči. Diagnostika se samozřejmě liší v ambulantní péči, kdy se provádí jen základní vyšetření, skiagram hrudníku a vyšetření sputa, a u hospitalizovaných pacientů, kde se používají široké doplňující škály vyšetření. Diferenciální diagnózu mohou ovlivnit i jiná

onemocnění s podobnými příznaky jako je například plicní karcinom, tuberkulóza, plicní embolie či levostranná kardiální insuficience. Při pochybnostech o onemocnění pneumonie je nutné zvážit vyšetření bronchoskopie, aby se vyloučil karcinom plic, tuberkulínový test na vyloučení tuberkulózy či jiná kardiologická vyšetření. Pro odlišení je třeba brát v úvahu anamnestické údaje, rychlost nástupu potíží a celkové projevy onemocnění (Kolek 2013; Ševčík, Skříčková, Šrámek 2004).

Základem diagnostiky u seniorů je bezpochyby anamnéza. Z anamnézy a fyzikálního vyšetření jsou nejčastěji příznaky u akutního infekčního onemocnění, jako je rýma, třesavka, zvýšená tělesná teplota, plenární bolest a bolest svalů. Za nejdůležitější údaj z anamnézy je považován věk, protože u starších pacientů většinou chybí takzvaná klasická symptomatologie. Podstatné jsou údaje z osobní anamnézy jako alergie, zdali pacient kouří, pije alkohol a v neposlední řadě i prostředí, ve kterém žije. Dále mezi významné informace patří, zda nemocný nebyl v posledních dnech hospitalizován, zda netrpí jiným rizikovým onemocněním nebo jaké užívá léky. Mezi objektivní vyšetření můžeme zahrnout vitální funkce, cyanózu, oligurii, rozsah plicního a pleurálního postižení, kdy bývá poslechově trubicové dýchání a slyšitelné chrůpky. Nebo to mohou být mimoplicní projevy, kdy se může vyskytovat herpes labialis, gingivitida či kariézní chrup. Může jít o hnisavá ložiska na různých místech organismu (endokarditida, meningitida, perikarditida, mozkový absces), (Ševčík, Skříčková, Šrámek 2004; Bartoš, Koblížek 2010).

Prostřednictvím zobrazovacích metod můžeme lokalizovat změny, stanovit jejich rozsah, odhalit změny v souvislosti s plicní infekcí a komplikace. V dnešní době jsou k dispozici dostupné metody jako skiografie hrudníku, kdy se dělá snímek plic v boční a zadopřední projekci. Rentgen hrudníku je základní metodou při podezření na plicní záněty, je lehce dostupná a opakovatelná. Toto vyšetření potvrzuje přítomnost a lokalizaci plicních infiltrátů a zhodnocuje rozsah plicního postižení. Další metody, které se uplatňují v diagnostice plicních zánětů je výpočetní tomografie, ultrazvuk a magnetická rezonance (Krofta 2005; Ševčík, Skříčková, Šrámek 2004).

Vyšetření sputa je nejčastější vyšetření k určení etiologického agens. Problémem vykašlaného materiálu může být kontaminace bakteriemi, které se vyskytují v horních

a někdy i v dolních cestách dýchacích, dále transport do laboratoře a kvalita vyšetření. Odběr sputa by měl být proveden ještě před začátkem zahájení antibiotické léčby, jinak výsledek může být zkreslený a má smysl jen tehdy, pokud pacient má zřetelnou expektoraci. Vyšetření sputa má význam kultivační, kdy slouží ke stanovení citlivosti infekčního agens a význam mikroskopický, kdy významný je nález leukocytů ve sputu, což značí, že se nejedná pouze o sliny. Významnou cenu má nález mikroorganismů ve sputu, které se vůbec nevykylují jako organismy v dutině ústní (Krofta 2005; Ševčík, Skříčková, Šrámek 2004; Kolek 2013).

U pacientů s teplotou a třesavkou je nutné odebrat krev na hemokulturu. Odběr by se měl provést dvakrát před zahájením antibiotické léčby a dále pak v průběhu antibiotické léčby. K vyšetření lze využít i vyšetření pleurálního výpotku, v němž se může objevit *Streptococcus pneumoniae*, a také vyšetření moči, kde se může vyskytnout *Streptococcus pneumoniae* či *Legionella pneumophila*.

1.9 Diferenciální diagnostika

Příznaky, které jsou velmi podobné pneumonii, mohou vyvolat i jiná onemocnění. Mohou to být například septické embolizace při pravostranné infekční endokarditidě, levostranná kardiální insuficience, plicní karcinom, plicní embolie nebo tuberkulóza. Pro odlišení pneumonie od jiných onemocnění je třeba znovu zhodnotit anamnestické údaje, rychlost nástupu potíží, celkové projevy onemocnění, správně zhodnotit účinek antimikrobní léčby a řádně vyhodnotit radiologické nálezy. Při obavách o diagnóze pneumonie a při neadekvátní reakci na léčbu je nutné indikovat další vyšetření, jako například bronchoskopické vyšetření při podezření na karcinom plic, mikrobiologická vyšetření na průkaz mykobakterií, tuberkulínový test při podezření na tuberkulózu, scintigrafii plic, EKG, NT-pro BNP a jiná kardiologická vyšetření při podezření na plicní embolii nebo jiné kardiovaskulární onemocnění (Kolek 2013; Babáčková 2007)

1.10 Léčba pneumonie

Léčba pneumonie u seniorů musí být komplexní. Musí se léčit nejen pneumonie, ale také ostatní onemocnění. Ke každému pacientovi je potřeba přistupovat

individuálním přístupem. Základem léčby je podávání antibiotik. Zahájit co nejdříve po potvrzení diagnózy a po odebrání krve na hemokulturu. V léčbě pneumonie je velmi důležitá dostatečná hydratace pacienta, inhalační podávání bronchodilatancií, kyslíková terapie, podávání mukoaktivních léků, analgetik a antipyretik. Antibiotická léčba by měla být zahájena empiricky. Vhodné je léčbu započít injekční cestou po dobu dvou až pěti dnů a po ústupu akutních příznaků je přijatelné přejít na léčbu perorální. Z počátku je vhodné podání různé kombinace antibiotik. Pokud se zdravotní stav pacienta nezlepší do tří dnů, měl by se opakovat odběr krve na hemokulturu a započít léčbu jinou antibiotickou skupinou. Doporučenou délkou antibiotické léčby u normálního průběhu je deset dní, u atypické nejméně čtrnáct dní. Důležité je sledovat zdravotní stav pacienta v průběhu léčby. Musí se sledovat tělesná teplota, laboratorní hodnoty, provádět poslechové vyšetření hrudníku a kontrolní skiagram hrudníku. Dále podporu dýchání a neustálého měření životních funkcí (krevní tlak, puls, dechová frekvence, hodnoty krevních plynů a bilance tělesných tekutin a sérových iontů). Vhodné je i zvlhčování vdechovaného vzduchu a odstraňování sekretu z dutiny ústní (Kolek 2013; Bartoš, Koblížek 2010).

Zánětlivé komplikace je vždy nutné řešit intenzivní antimikrobiální léčbou. Komplikací může být hrudní empyém nebo komplikovaný absces, který vyžaduje punkci nebo drenáž pohrudniční dutiny. Pokud tato terapie je neúspěšná provádí se revize hrudní dutiny, popřípadě i pleurektomie. Při rozsáhlém postižení se bere v úvahu plicní resekce (Kolek 2013).

Při nekomplikovaném průběhu je prognóza příznivá. Ohroženou skupinou pacientů jsou zejména pacienti s přidruženým onemocněním. Význam v prognóze má hlavně věk pacienta, změny vitálních funkcí, přidružený pleurální výpotek a rozsah rentgenového nálezu. Významná je prevence proti chřipce, a to zejména u seniorů, kteří patří do rizikové skupiny tohoto onemocnění. Důležitá je také rekonvalescence po skončení léčby (Kolek 2013).

Další důležitou součástí léčby je nácvik rehabilitačních dechových technik. Je zde potřebná spolupráce s fyzioterapeutem. Senior nacvičuje rytmiku dýchání a tyto techniky pomáhají uvolnit hlen, usnadňují vykašlávání a pomáhají k efektivnější

ventilaci plic při nejmenší možné námaze dýchacích svalů. Cílem respirační fyzioterapie je terapeutické působení na dechové problémy seniora, prohloubení dýchacích pohybů, rozpuštění či odstranění hlenu, zlepšení provzdušnění plic a zlepšení pohyblivosti hrudníku s přihlédnutím k individuálním možnostem seniora. Tuto léčebnou metodu ordinuje vždy lékař. Respirační fyzioterapie jsou specificky provedené postupy, které mají léčebný význam a plní funkci sekundární prevence. Aplikace respiračních technik s kombinací s antibiotickou a inhalační léčbou výrazně zvyšuje intenzitu léčebného procesu. Respirační techniky lze dělit na aktivní a pasivní.

Aktivní techniky provádí pacient sám za dohledu fyzioterapeuta. Mezi aktivní techniky patří dechová rehabilitace, autogenní drenáž a instrumentální drenážní techniky. Dechová gymnastika přispívá ke zvětšení fyzické kondice. Lze ji rozdělit na statickou a dynamickou. Statická dechová gymnastika je správné dýchání v různých polohách bez zapojení ostatních částí těla. Dynamická dechová gymnastika je dechové cvičení s využitím pohybů končetin, trupu a hlavy. V technice autogenní drenáže jde o vědomě řízené dýchání, které vede k uvolnění a odstranění sekretu z dýchacích cest. Tuto techniku je vhodné použít u zahleněných pacientů kdykoli během dne. Pacient sedí nebo leží, pomalu, plynule a zhluboka se nadechne nosem a zadrží dech. Poté pomalu vydechne. V první fázi je výdech pasivní, což znamená bez pomoci výdechových svalů. Ve druhé fázi je výdech aktivní, to znamená se zapojením dýchacích svalů. Tato metoda může být zakončena odkašláváním nebo huffingem, který odstraní sekret v oblasti hrtanu nebo horní části průdušnice. U instrumentálních drenážních technik lze použít pomůcky, díky kterým pacient vydechuje proti odporu. Slouží k mobilizaci hlenu, lepší průchodnosti dýchacích cest či zlepšení ventilace. Mezi nejznámější pomůcky patří maska, flutter a acapella.

Do pasivních technik se řadí kontaktní dýchání a vibrační masáž hrudníku. Kontaktní dýchání je metoda, při které ruce fyzioterapeuta vedou a prohlubují dýchací pohyby pacienta. Tyto pohyby vedou ke snížení dechové frekvence, k odstranění hlenu z cest dýchacích a k lepšímu provzdušnění plic. Ruce fyzioterapeuta jsou položeny na hrudník pacienta, přizpůsobují se dýchacím pohybům pacienta a prohlubují je. Tato metoda se provádí delší čas na jenom místě a kombinuje se se změnami polohy.

Vibrační masáž hrudníku je technika, kdy ruce fyzioterapeuta doprovází pohyby hrudníku jak při kontaktním dýchání, ale při výdechu se provádí vibrace. Vibrace se provádějí postupně se zvyšujícím se tlakem ruky tak, aby byly účinné i v hlubších místech plic. Vibrační metoda se provádí delší dobu na stejném místě a kombinuje se se změnami polohy a s kontaktním dýcháním. U této techniky dochází k odstraňování sekretu z cest dýchacích, zmenšení dechové námaze a ke zlepšení pohyblivosti hrudníku (Vytejšková 2013; Kolář 2009).

1.11 Komplikace pneumonie

U pacientů, jejichž stav se nelepší, se musí pátrat po komplikacích. U komplikací rozhoduje především celkový stav organismu, který byl napaden. Jednou z příčin může být pozdě zahájená antibiotická léčba nebo nevhodně zvolené antibiotikum. Komplikace lze rozdělit na lokální, což jsou plicní a mimoplicní. Vznikají zanesením původců krví do vzdálených orgánů. Mezi lokální komplikace lze zařadit parapneumotický výpotek, empyém, plicní absces a syndrom akutní dechové tísně. V malé míře dochází k pneumotoraxu či gangréně plic. Do mimoplicních komplikací patří metastatické projevy a sepse. Iatrogenní komplikací může být flebitida v místě zavedené kanyly. Dále mohou být mimoplicní komplikace provázeny artritidou, otitidou, nefritidou, endokarditidou, meningitidou nebo septickým šokem (Kolek 2013; Kolek 2005; Kolek 2003).

1.12 Prevence a edukace u seniora s pneumonií

Vzhledem k velkému množství vyvolavatelů pneumonie, stejně tak jako u neovlivnitelných faktorů jako je věk, je prevence obtížná. Každá sestra by měla seniora edukovat v oblasti prevence. Vysvětlit mu, že základem prevence je zdravý životní styl. Což může být udržování dobré tělesné odolnosti, otužování, dostatek vitamínů, pestrá strava, hydratace a snížená užívání návykových látek jako je kouření či požívání alkoholu. Důležité je také v preventivních opatřeních dodržovat hygienicko - epidemiologická opatření, a to v zařízeních, kde se senioři vyskytují. (Mokrý 2007; Bartoš, Koblížek 2010)).

Odborníci také upozorňují zejména u osob starších šedesát let na to, že nejlepší prevence proti pneumonii je očkování proti chřipce a zvláště v chřipkových epidemiích. Virus chřipky oslabí organismus, který je náchylnější k bakteriálním infekcím způsobené zejména *Streptococcus pneumoniae* (Křížová a spol. 2009).

Vzhledem k narůstajícímu počtu seniorů a chronicky nemocných, stoupá význam očkování proti pneumokokům (viz. Příloha 1). Očkují se především lidé nad šedesát pět let věku, pacienti v domovech pro seniory a pacienti s chronickým onemocněním například srdce či plic. Očkování proti pneumokokům má význam ve snížení komplikací a úmrtí osob nad padesát let věku (Chlíbek 2012).

1.13 Ošetrovatelská péče u seniorů s pneumonií

Ošetrovatelská péče je poskytovaná na základě aktuálního stavu seniora. Péče by měla být plánovaná, komplexní, kontinuální a preventivní. Ošetrovatelská péče o seniory uspokojuje jejich potřeby, bere ohled na geriatrické syndromy, respektuje specifika seniorského věku a zajišťuje základní péči. Ošetrovatelskou péči provádí sestra na základě ordinace lékařem. Sestry pracují dle ošetrovatelského procesu a berou ohled na aktuální či potencionální problém seniora, kdy zohledňují revoluční změny a funkčnost seniora (Hudáková 2013).

Cílem ošetrovatelské péče je zlepšit dýchání seniora, zmírnit jeho kašel a usnadnit mu odkašlávání, navodit psychickou pohodu, předcházet komplikacím, zvýšit výkonnost a schopnost sebeobsluhy a zabránit vzniku imobilizačního syndromu (Šafránková, Nejedlá 2006).

Důraz v ošetrovatelské péči je kladen jak na farmakologickou, tak i na nefarmakologickou terapii. Do farmakologické terapie patří pravidelné podávání léků jako například antibiotik, antitusik, mukolitik, expektorancií a popřípadě analgetika či antipyretika. Do této skupiny terapie lze zařadit i inhalační terapii. Inhalace znamená vdechování léčebných látek, které jsou ve formě plynu nebo páry. Důvodem aplikace inhalační terapie je zejména uvolnění hlenu z dýchacích cest, snížení nebo zvýšení sekrece sliznice či rozšíření průdušek. Inhalace léků je jedním z nejúčinnějších, nejšetrnějších a nejčastějších způsobů léčby v onemocnění plic. V dnešní době se

používají tři inhalační systémy, jsou to tlakové aerosolové dávkovače, práškové inhalátory a nebulizátory, které vytváří vlhký aerosol (Mikšová 2006, Vondra 2009). Je důležité, aby sestra důkladně poučila seniora o technice inhalování. Senior při inhalaci sedí a trup má mírně předkloněn. Dýchání musí být klidné s občasnými hlubokými nádechy. Při inhalaci nosem se senior nadechuje nosem a vydechuje ústy, při inhalaci ústy se senior nadechuje ústy a vydechuje nosem. Je třeba poučit seniora, že půl hodiny po skončení inhalace není vhodné vycházet ven (Vytejšková 2013).

Do nefarmakologické terapie se v první řadě řadí monitorování fyziologických funkcí. Kontrolují se alespoň třikrát denně nebo dle nařízení lékaře. Tyto funkce jsou ovlivněny řadou faktorů jako je věk, pohlaví, bolest, strach či úzkost, léky či vlastní nemoc. Fyziologické funkce lze sledovat jak intermitentně, tak i kontinuálně. (Vytejšková 2013, Karnetová 2011). Dále co musí sestra u pacienta sledovat bolest na hrudi. U zápalu plic se bolest na hrudi dostavuje v různé intenzitě a může mít pálivý nebo bodavý charakter. Pokud se bolest vyskytne, může znamenat komplikace (bronchopneumonie). Dalším úkolem sestry je zajištění klidového režimu na lůžku, dostatek odpočinku a spánku a také vhodnou polohu pacienta, která mu co nejlépe usnadní vykašlávání a bude mít co nejlepší plicní ventilaci. Za nejlepší polohu se považuje Fowlerova poloha. (Karnetová 2011; Šafránková, Nejedla 2006). Jedním z dalších úkolů sestry je zajištění dostatečné hydratace pacienta. Podávání tekutin je zvláště potřeba u pacientů, kteří se nadměrně potí nebo u starších pacientů, kteří často ztrácejí pocit žízně. Proto je důležité, aby každý pacient měl u sebe dostatek tekutin a v případě potřeby se mohl napít. S dostatečnou hydratací jde také ruku v ruce vhodná výživa. Pacienti většinou v první fázi onemocnění nemají chuť k jídlu, proto je na sestře, aby zajistila vhodnou stravu, která by měla být lehká, nenadýmavá a dobře stravitelná. (Karnetová 2011; Šafránková, Nejedla 2006). Dále je potřeba sledovat vyprazdňování pacienta. To může být někdy velký problém, kvůli změně prostředí. Proto je vhodné, aby sestra zajistila k pravidelné defekaci dostatek soukromí při vyprazdňování, dále vhodnou stravu a dostatečný příjem tekutin nebo včasné podání podložní mísy (Mikšová 2006). Následně by sestra měla pečovat i o dýchací cesty. Sledovat jak charakter kašle, tak i jak senior odkašlává, barvu a množství sputa,

v případě potřeby sekret odsát. Vhodné je i zajistit přívod čistého, zvlhčeného vzduchu (Karnetová 2011).

Pokud je zdravotní stav seniora příznivý, lze dokončit léčebnou terapii v domácím prostředí. Zde musí lékař poučit seniora i jeho rodinu o následné domácí terapii, o pravidelných kontrolách u svého obvodního lékaře a dechové rehabilitaci. Sestra seniora informuje o preventivních opatřeních, jako může být otužování organismu, příjem dostatečného množství tekutin, vitamínů a minerálů, obrana před prochlazením a v období virových onemocnění nenavštěvovat větší prostranství (Šafránková, Nejedlá 2006).

1.13.1 Komunikace se seniorem

Řádná komunikace patří v ošetrovatelské praxi mezi priority. Komunikace tvoří základ ošetrovatelské péče, a to převážně pak u starší populace, která se vyznačuje biopsychosociálními zvláštnostmi. Každý zdravotnický pracovník by měl komunikaci s pacienty brát vážně, je to i známkou profesionality. U povolání všeobecných sester se předpokládá nejen zájem, ale i poznatky o psychologických zvláštnostech vyššího věku (Zacharová 2013).

Ošetřující personál by měl používat vhodná slovní spojení a termíny tak, aby jim senior rozuměl. Důležité je vědět, že při komunikaci se seniory se personál může setkat s odlišným kulturním a historickým kontextem (Venglářová 2007).

Přednější je, aby personál, respektive sestry, kladly důraz na časté opakování informací, z důvodů častého zapomínání seniorů. Sestry by měly mluvit srozumitelně a zřetelně. Vhodné je i navazování očního kontaktu. Důležité je také, aby personál ověřoval porozumění ze strany seniora, aby se ujistoval, že mu senior opravdu porozuměl (Hauke 2011).

Je důležité, aby senior věděl co nejvíce o své nemoci a aby věděl, jak se popřípadě chránit. Proto by sestra a jiný personál měl důkladně informovat seniora o prevenci pneumonie a jiných režimových opatření. Jedním z problémů v komunikaci může být dechová tíseň doprovázená horečkou. U důvodu ztíženého dýchání nebo aplikované kyslíkové masky, může být komunikace ztížená nebo zpomalená. Sestra by tehdy měla

brát na seniora ohled a nezatěžovat seniora informacemi, které by mohly být sděleny později.

Společně se stářím narůstají i další zvláštní problémy v komunikaci. Většinou jde o poruchy smyslů. V první řadě může jít o nedoslýchavost. Zde je nutné dbát na narušitelné podněty v prostředí, jako je třeba hluk. Musí se zvolit vhodná vzdálenost při komunikaci, vhodně artikulovat a mluvit pomalu. Zbytečně nekřičíme a složitější sdělení můžeme nahradit psaným projevem. Vhodné je doplnit komunikaci i neverbálními gesty, například ukázat předmět, o kterém zrovna hovoříme. (Venglářová 2007).

Dále se ve stáří zhoršuje zrak, zde je vhodné dbát na jasné a zřetelné formulace aby nedošlo ke špatnému výkladu věci. Proto pro zahájení komunikace s pacientem se vždy představíme a zdravíme jako první. Nedotýkáme se ho bez předchozího upozornění a vše mu důkladně popíšeme (Venglářová 2007).

Další poruchou v komunikaci může být afázie. U seniorů se setkáváme s neurologickými onemocněními, které mohly způsobit poruchy řeči. Může jít buď o neschopnost mluvit, nebo porozumění řeči. Neschopnost domluvit se je často velký problém a velká zátěž jak pro pacienta, tak i pro personál. Může docházet i k agresivnějším reakcím ze strany pacienta, doprovázené nervozitou či hněvem. V tomto případě je na místě trpělivý přístup. U těchto poruch se snažíme doplňovat informace z jiných zdrojů jako je třeba rodina nebo přátelé (Venglářová 2007).

U lidí ve vyšším věku se můžeme setkat i s demencí, což vyžaduje mnohem trpělivější přístup v komunikaci. Zde je komunikace ovlivňována poruchami paměti, změnami nálad, neklidem, poruchou sebekontroly a mohou se vyskytnout i bludy. Je zde omezena schopnost zapamatování si informací. U těchto seniorů by sestra měla volit klidný a trpělivý přístup (Pokorná 2006).

Každodenní péče jak v domácím či nemocničním prostředí vyžaduje profesionální přístup. Ošetřující personál by měl znát biopsychosociální specifika, která jsou s vyšším věkem spojená. Komunikace je dovednost, kterou se zdravotnický personál musí naučit. Potom je komunikace kvalitním prostředkem k naplnění potřeb vyšší generace (Zacharová 2013).

1.13.2 Role sestry

Profese sestry zahrnuje určitý systém rolí. Systém povolání sestry je dán jak společností, tak i historií. Není moc profesí, které v posledním období prošly tak velkými změnami jako povolání sester. Významné místo v rozvoji ošetřovatelství má Florence Nightingalová, která kladla velký důraz na technickou a etickou stránku sesterské činnosti (Farkašová 2006; Plevová 2011).

Sesterská profese zastává ve společnosti pozici, která není společností doceněna a laickou veřejností správně chápána. Toto povolání si musí upevnit současnou pozici a změnit celkový pohled. Musí si obhájit svou činnost a rozvinout znalosti do takové výše, která vytváří podmínky ke zvládnutí náročné sesterské profese. Povolání sestry je založeno na pomoci jednotlivcům, rodinám, skupinám a identifikaci jejich fyzických, mentálních a sociálních potřeb. Sestra musí být tak odborně na výši, aby mohla rozvíjet a uvádět do praxe činnosti, které podporují a udržují zdraví a zabraňují nemocem (Farkašová 2006).

Sestra svým povoláním nezastává jen jednu roli, ale vždy je jich více. Ošetřovatelství se v současné době utváří jako vědní disciplína, což má vliv na rozdělení rolí sestry, kterých je mnoho. Jednou z rolí je sestra poskytovatelka ošetřovatelské péče, kdy se jedná o chápání pacienta se všemi jeho problémy a potřebami, obzvláště v období nemoci. Senior s pneumonií má většinou nařízený klid na lůžku a někdy je na lůžko i dokonce upoután. Proto je důležité, aby sestra dbala na jeho potřeby a to v rámci hygieny, vyprazdňování i prevenci dekubitů. Druhou rolí je sestra manažerka, která působí v řízení a v organizaci. Třetí rolí je sestra edukátorka, kdy její činnost je mnohostranně zaměřena. Sestra by měla seniora edukovat v oblastech jako například zdraví životní styl, o režimových opatřeních a v oblasti prevence. Měla by mu sdělit, že je vhodné, vzhledem k pokročilému věku, nechat se očkovat proti chřipce, brát dostatek vitamínů či se otužovat, dále že je podstatné, aby se vyvaroval kouření a omezil alkohol. Čtvrtou rolí je sestra advokátka, která je obhájkyní pacienta. Hájí a vysvětluje mu jeho práva, tlumočí a obhajuje názory pacienta. Také je velmi důležitá jako prostředník mezi pacientem a lékařem. Senior většinou zapomene sdělit vše, co ho trápí, lékaři při vizitě nebo začne mít strach před tolika lidmi. Pátou rolí je sestra nositelka změn. V této roli je

velkou zastánkyní změn v ošetrovatelství. Šestou rolí sestry je sestra výzkumnice, jejím cílem je výzkumná činnost v oblasti ošetrovatelství. Sestra by měla pacienta náležitě poučit, o tom jak předcházet onemocnění. V neposlední řadě je sestra mentorka, která má na starost dohled nad studenty ošetrovatelství a porodní asistence. Zde se předpokládá klinická a pedagogická způsobilost (Farkašová 2006).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit specifika ošetrovatelské péče u seniora s pneumonií.

Cíl 2: Zjistit, jak vnímají sestry ošetrovatelskou péči o seniora s pneumonií.

Cíl 3: Zjistit, jak je seniory vnímána ošetrovatelská péče.

Cíl 4: Zjistit míru edukace seniora před propuštěním do domácího prostředí.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u seniorů se záněty plic?

Výzkumná otázka 2: Jaké je vnímání ošetrovatelské péče z pohledu sestry?

Výzkumná otázka 3: Jak je vnímána ošetrovatelská péče s pohledu seniora?

Výzkumná otázka 4: Jak je hodnocena edukace seniora před propuštěním do domácího prostředí?

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Pro empirickou část této bakalářské práce byla využita kvalitativní forma výzkumu. Základem sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor, který byl připraven na základě konfrontací s odbornou literaturou. Výzkum byl proveden v Krajské nemocnici v Českých Budějovicích, a.s. na standardním interním a plicním oddělení.

Na začátku rozhovorů byli všichni oslovení respondenti informováni o anonymitě výzkumu a ujištění, že veškeré získané informace budou použity pouze pro účel této bakalářské práce.

Veškeré rozhovory s respondenty byly elektronicky nahrávány, poté přepsány a podrobeny příslušné analýze. V průběhu rozhovoru bylo potřeba některé otázky lépe vysvětlit či přeformulovat z důvodu nepochopení otázky ze strany seniorů. K výzkumnému účelu byly použity dva typy rozhovorů, jak pro sestry, tak i pro pacienty (viz. Příloha 3).

Se sestrami rozhovor trval přibližně dvacet minut a měl sedmnáct otázek. Otázky se týkaly ošetrovatelské péče o seniory s pneumonií. Celkem bylo dotazováno pět sester. Dále bylo osloveno pět seniorů, kterým bylo položeno patnáct otázek. Rozhovor se seniory trval přibližně patnáct minut. Otázky byly především zaměřeny na to, jaké mají informace o jejich onemocnění, dále pak na průběh péče, komunikaci a na oblast prevence.

Výsledky rozhovorů jsou zařazeny do kategorií a poté do jednotlivých podkategorií. Všechny kategorie a podkategorie se opírají o odpovědi sester a pacientů. Podkategorie Obtížnost a náročnost v dodržování léčeného režimu, Problémová oblast po propuštění seniora z nemocnice, Komunikace a edukace, Komplikace pneumonie a Účinnost léčby byly následně vytyčeny do několika schémat, které se nachází vždy pod následující podkategorií. Schémata byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Excel 2007.

Výzkum proběhnul v březnu 2015.

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Prvním zkoumaným souborem byly sestry s osvědčením k výkonu povolání bez odborného dohledu v Krajské nemocnici České Budějovice, a.s. Celkem bylo dotazováno pět sester, z toho dvě na standardním plicním oddělení a tři na standardním interním oddělení. Dalším zkoumaným vzorkem byli senioři s pneumonií. Pacientů bylo celkem pět, a byli vybráni náhodně, kvůli své přítomnosti během probíhajícího šetření. Kvůli odmítnutí poskytnutí rozhovorů jsem musela oslovit více respondentů, zejména z řad seniorů.

O povolení provést výzkumné šetření k bakalářské práci byla písemně požádána hlavní sestra Mgr. Monika Kyselová z Krajské nemocnice České Budějovice, a. s. (viz. Příloha 2). Po jejím schválení byly osobně osloveny vrchní a staniční sestry z interního a plicního standardního oddělení. Všechny sestry byly velice vstřícné a pomohly mi vybrat respondenty a zajistili klidné prostředí k rozhovorům.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Identifikační údaje respondentů

Tabulka 1 Identifikační údaje všeobecných sester

Identifikační údaje všeobecných sester					
Respondetka	Věk	Vzdělání	Specializace	Délka praxe	Oddělení
S1	30	VOŠ	žádná	6 let	Plicní odd.
S2	25	VŠ s tit. Mgr.	pediatrie	1 rok	Interní odd.
S3	51	SZŠ	žádná	30 let	Interní odd.
S4	37	SZŠ	žádná	15 let	Interní odd.
S5	42	SZŠ	žádná	20 let	Plicní odd.

Zdroj: Vlastní

První soubor výzkumného šetření tvořilo celkem pět sester. Sestry byly ve věkovém rozpětí 25 – 51 let. Tři sestry měly střední zdravotnickou školu s maturitou. Čtvrtá sestra měla vyšší odbornou školu a pátá sestra měla vysokou školu s magisterským titulem a se specializací v oboru pediatrie. Celková délka praxe sester se pohybuje od jednoho roku až po dvacet let praxe.

Tabulka 2 Identifikační údaje pacientů

Identifikační údaje pacientů				
Respondent	Věk	Pohlaví	Doba hospitalizace v době výzkumu	Stejně onemocnění v minulosti
P1	68 let	Žena	10 dní	Ne
P2	82 let	Žena	7 dní	Ano
P3	69 let	Muž	5 dní	Ne
P4	72 let	Muž	6 dní	Ne
P5	80 let	Muž	7 dní	Ne

Zdroj: Vlastní

Druhý soubor výzkumného šetření tvořilo celkem pět seniorů. Senioři se pohybovali ve věkovém rozpětí od 68 do 82 let věku. Tři z oslovených respondentů byli muži a dvě ženy. Celková doba hospitalizace v době výzkumu se pohybovala v mezích od pěti do deseti dní hospitalizace. Čtyři z pěti seniorů se s onemocněním pneumonie setkali poprvé.

4.2 Kategorie 1 Ošetrovatelská péče z pohledu sestry

Kategorie Ošetrovatelská péče z pohledu sestry se zabývá celkovou péčí o seniora na interním a plicním oddělení. Na základě rozhovorů se sestrami byly vytvořeny tyto podkategorie: Specifika ošetrovatelské péče o seniora s pneumonií, Problémy ve spolupráci se seniory, Nebulizační terapie, Edukace u dezorientovaných seniorů, Obtížnost a náročnost v dodržování léčebného režimu, Problémová oblast po propuštění seniora z nemocnice, Komunikace a edukace, Prevence pneumonie, Nozokomiální pneumonie a komplikace pneumonie.

Podkategorie 1.1 Specifika ošetrovatelské péče o seniora s pneumonií

Podkategorie Specifika ošetrovatelské péče byla zpracována na základě odpovědí sester. Většina sester uvedla, že specifikum péče je komunikace se seniorem, která by měla být jednoduchá a pomalá (S2, S3, S4). Dále sestry (S1, S2, S5) uvedly, že je velmi důležité podávání kyslíkové a nebulizační terapie. Sestry (S2, S5) uvádějí, že pacientům zvlhčují i vzduch. Že je důležité podávání i ATB léků uvedly sestry (S1 a S2). Sestra (S5) se i zmínila, že si zakládá na pitném režimu u seniorů, a že je podstatné dbát na odkašlávání sekretu z plic a dechové rehabilitaci. Sestra (S2) uvádí, že je důležité uložit pacienta do Fowlerovy polohy, dále měřit fyziologické funkce a kvůli zvýšené tělesné teplotě je nutné dbát na čistotu ložního i osobního prádla.

Podkategorie 1.2 Problémy ve spolupráci se seniory

V podkategorii Problémy ve spolupráci se seniory byly sestry dotazovány na největší problémy v oblasti spolupráce se seniorem. Sestra (S1) uvedla, že největší problém je u seniora přidružené onemocnění jako například Alzheimerova choroba nebo mrtvice. Další problém uvádí, že kvůli přidruženému onemocnění není nebulizační terapie tak účinná jak by měla být. Sestry (S1 a S2) si myslí, že velkým problémem ve spolupráci je špatná úroveň soběstačnosti a také špatná spolupráce s rodinou seniora. Značný problém je v komunikaci se seniorem a ve zpětné vazbě, uvádějí sestry (S2 a S3). Dále sestra (S3) uvádí, že senioři jsou většinou úzkostní a neochotní, což má také vliv na spolupráci. Sestra (S4) tvrdí, že problémem ve spolupráci je, že senioři špatně slyší a nerozumí tomu, co se jim říká. Velký problém uvádí sestra (S5), která tvrdí, že problém je hlavně v dodržování pitného a klidového režimu.

Podkategorie 1.3 Nebulizační terapie

V podkategorii Nebulizační terapie byly sestry dotazovány, jak senioři snášejí nebulizační terapii. Sestry (S1, S3, S4 a S5) uvedly, že většinou senioři nebulizační terapii snášejí dobře. Sestra (S1) dále uvádí, že se zřídka vyskytuje nesnášenlivost

Ventolinu z důvodu nepravidelného nebo zvýšeného krevního pulzu. S výskytem nausey se setkala sestra (S4) a sestra (S5) uvádí, že to seniorům pomáhá dobře odkašlávat. Sestra (S2) se setkala s tím, že někteří senioři vyžadují nebulizační terapii neustále, uvádějí, že po nebulizaci se jim lépe dýchá. Na druhou stranu se setkala i s tím, že ji senioři odmítají z důvodu, že nemohou dýchat.

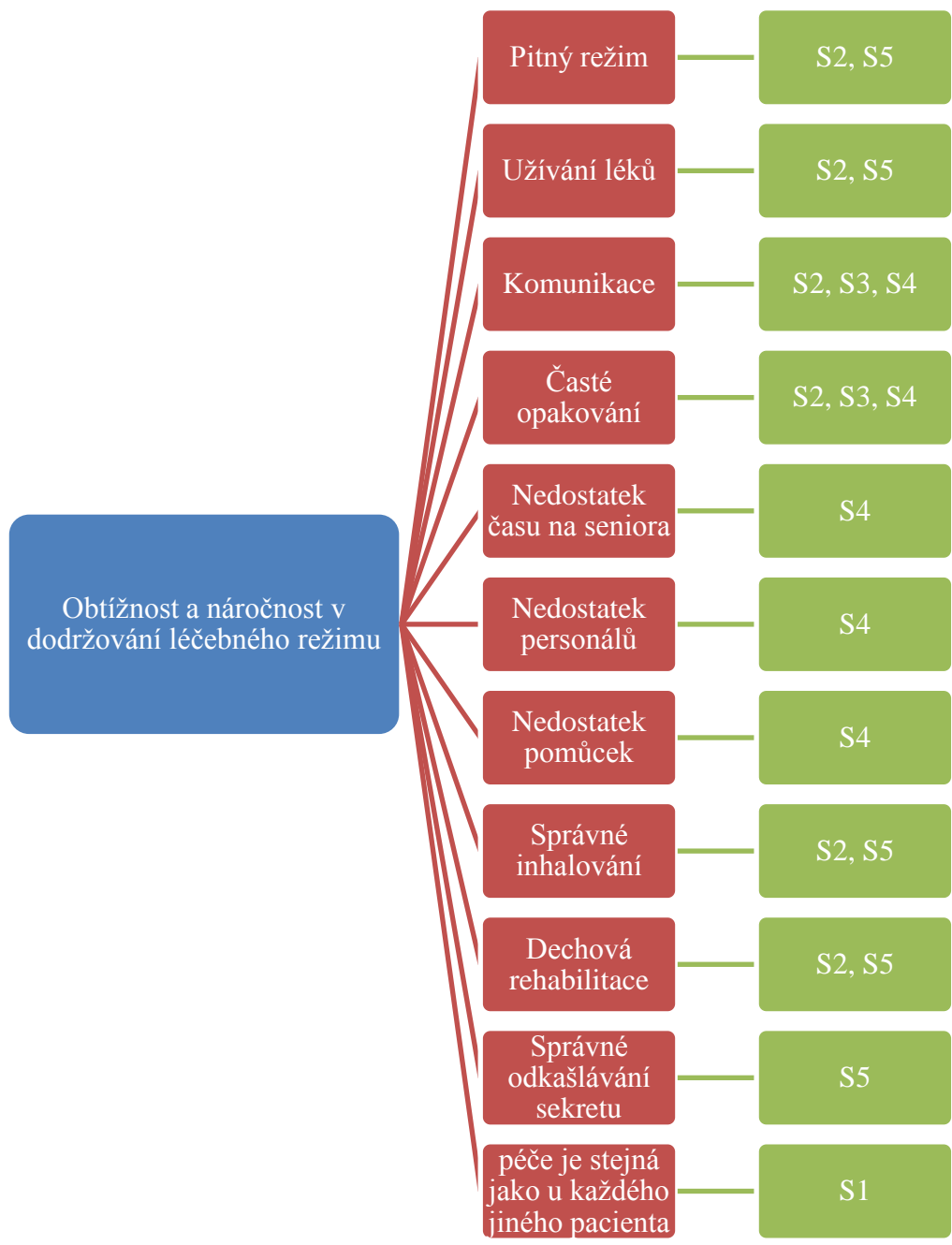
Podkategorie 1.4 Edukace u dezorientovaných seniorů

V podkategorii Edukace u dezorientovaných seniorů byly sestry dotazovány, jak postupují v péči a edukaci u dezorientovaných seniorů. Dle názoru sester (S1 a S3) záleží na stupni dezorientace, a sestra (S2 a S4) edukace není možná nebo nemůže být dostatečná. Dále sestry (S1 a S3) uvádějí, že je důležité neustále seniora sledovat vše opakovat a dokola mu připomínat například, že musí inhalovat. Pokud se senior nachází v akutní fázi, s edukací se počká, uvádí sestra (S2) nebo pokud opravdu nespolupracuje, inhalace není možná dle sestry (S1). Sestry (S3 a S5) uvádějí, že k edukaci u těchto seniorů používají vizuální pomůcky či praktické ukázky.

Podkategorie 1.5 Obtížnost a náročnost v dodržování léčebného režimu

V podkategorii Obtížnost a náročnost v dodržování léčebného režimu uvedly dvě sestry (S2 a S5), že obtížné je v dodržování pitného režimu a užívání předepsaných léků. Dále sestry (S2, S3 a S4) se zmiňují, že problém je i v komunikaci mezi sestrami a seniorem. Dle jejich názoru je náročné opakování toho samého dokola, aby je senior pochopil a aby věděl, co se po něm chce. Sestra (S4) udává, že kvůli nedostatku času, pomůcek a hlavně personálu není péče taková, jaká by měla být. Dvě sestry uvedly (S2 a S5), že je pro ně velmi náročné dohlížet na seniory aby správně inhalovali a dodržovali dechovou rehabilitaci. Dále sestra (S5) udává, že je náročné naučit seniora správnému odkašlávání sekretu z plic. Pro sestru (S1) je péče o seniora s pneumonií stejně náročná jako u každého jiného pacienta. Dle jejího názoru skoro každého seniora přebaluje, polohuje a krmí.

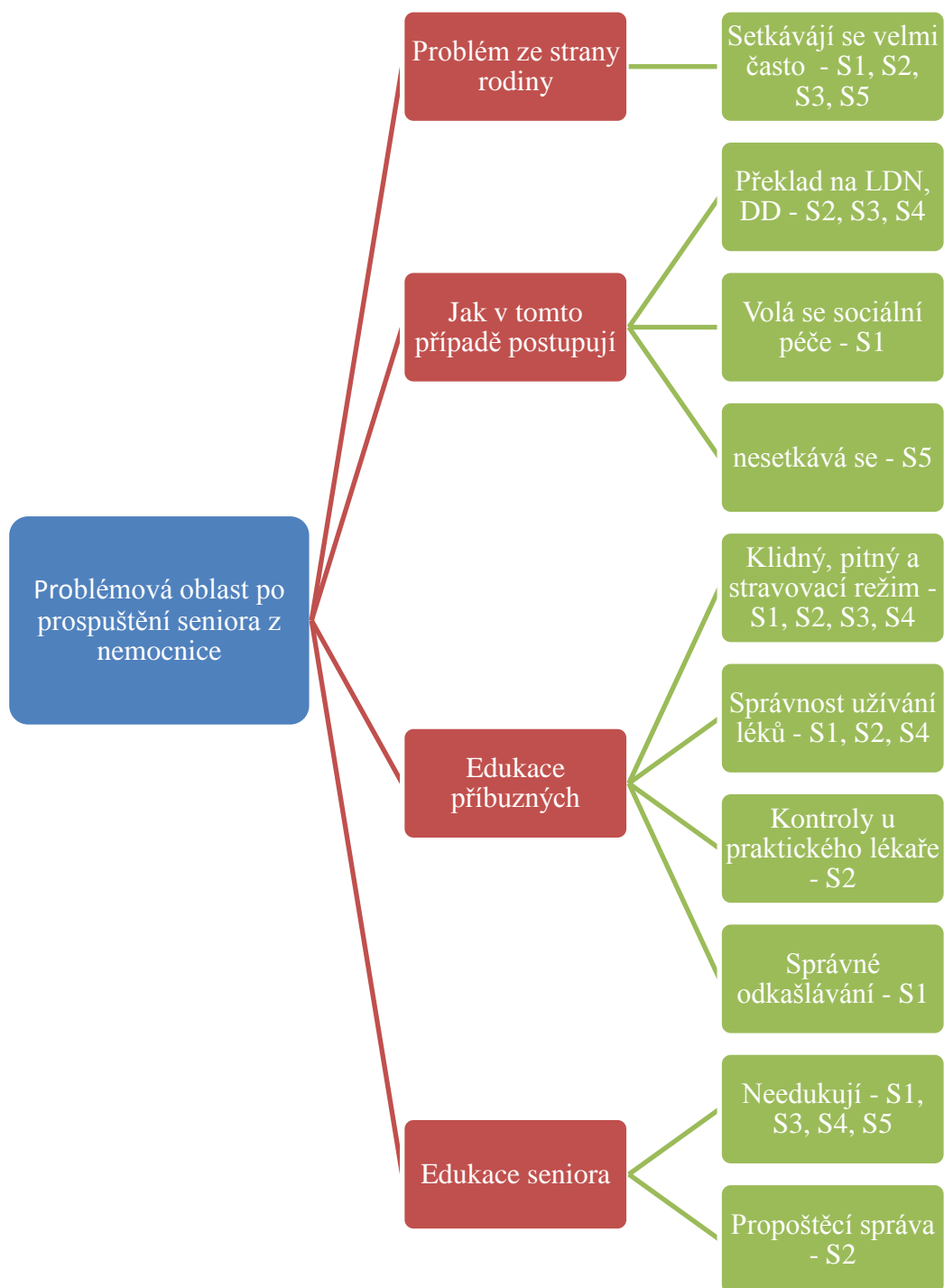
Schéma 1 Obtížnost a náročnost v dodržování léčebného režimu



Podkategorie 1.6 Problémová oblast po propuštění seniora z nemocnice

V podkategorii Problematika po propuštění z nemocnice byly sestry dotazovány, jestli se setkávají s touto problematickou oblastí, když si rodina nemůže dovolit vzít seniora do domácí péče a jak v tomto případě postupují. Dále byly dotazovány, o čem informují rodinu a seniora, když jde domů. Na základě odpovědí sester, zda setkávají s problematikou péče ze strany rodiny, která se o něj nemůže postarat, odpověděly sestry (S1, S2, S3 a S4), že se s tímto problémem setkávají velmi často. Dále jak na otázku jak v tomto případě postupují, odpověděly sestry (S2, S3 a S4), že se v takových případech senior překládá do léčebny dlouhodobě nemocných či do domova důchodců. Sestra (S1) uvedla, že se zajišťuje sociální péče. Dle odpovědi sestry (S5) na tyto otázky, uvedla že: *S touto problematikou se neseťkávám, protože takový pacienti leží u nás na oddělení.* Na otázku o čem edukujete příbuzné seniora, když se propouští, uvedly sestry (S1, S2, S3 a S4), že hlavně o dodržování klidového, pitného a stravovacího režimu. Dále sestry (S1, S2 a S4) uvedly, že je důležité edukovat i o správném užívání léků. Sestry (S2) dodala, že je potřebné upozornit i na pravidelné kontroly u praktického lékaře a sestra (S1) uvedla, že je nutné poučit rodinu i o správném odkašlávání. Na otázku jakým způsobem a o čem edukujete seniora, když jde domů, uvedly čtyři sestry (S1, S3, S4 a S5), že seniora neinformují, že to má v kompetenci lékař. Dle názoru sestry (S2) edukují seniora jak lékaři, tak i sestry. Dále pak senior dostává propouštěcí zprávu, kde má napsané všechny potřebné instrukce.

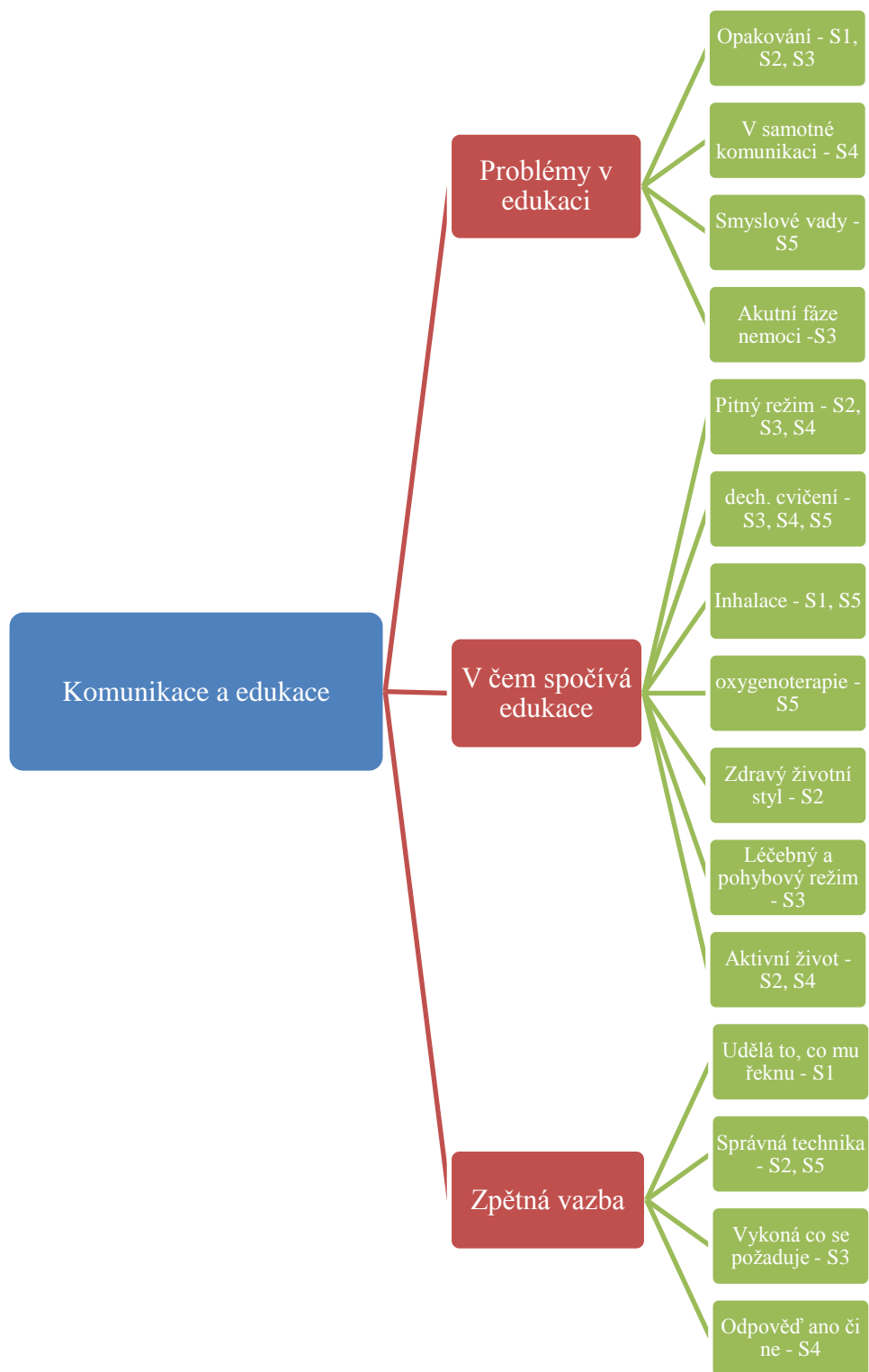
Schéma 2 Problémová oblast po propuštění seniora z nemocnice



Podkategorie 1.7 Komunikace a edukace

V podkategorii Komunikace a edukace byly sestry dotazovány, jaké jsou největší problémy v edukaci seniora, v čem nejčastěji spočívá edukace a jaká je pro ně zpětná vazba. Nejvíce sester (S1, S2 a S3) odpovědělo, že hlavním problémem v edukaci seniora je neustálé opakování všeho dokola. Sestra (S4) odpověděla, že podstatný problém je v samotné komunikaci. Dle odpovědi sestry (S5) mají senioři většinou smyslové vady, z důvodu toho musí vynaložit větší úsilí, aby je senioři pochopili, nebo bývají nespolupracující. Pokud je senior v akutní fázi pneumonie, tak edukace nelze provést vůbec pro zhoršený zdravotní stav, uvádí sestra (S3). Dále na otázku v čem nejčastěji spočívá edukace, odpovídali sestry různě. Nejvíce sester edukuje hlavně o pitném režimu (S2, S3 a S5). Dále o dechovém cvičení (S3, S4 a S5), dodržování inhalace (S1 a S5) a oxygenoterapie (S5), o dodržování zdravého životního stylu (S2) či léčebného a pohybového režimu (S3), a že je důležité vést seniora k aktivnímu životu uvádí sestry (S2 a S4). Na otázku jaká je pro Vás zpětná vazba odpověděly sestry (S2 a S5), že senior ukáže správnou techniku toho, co ho sestra naučila. Sestra (S1) uvedla, že senior udělá to, co mu řekne, že „odkýve“ jako, že rozumí, souhlasí. Zpětná vazba pro sestru (S3) je, že senior vykoná to, co se po něm vyžaduje a sestra (S4) odpověděla, že položí seniorovi otázku tak, aby mohl odpovědět ano nebo ne.

Schéma 3 Komunikace a edukace



Podkategorie 1.8 Prevence pneumonie

V podkategorii Prevence pneumonie byly sestry dotazovány, v čem spočívá prevence pneumonie. Důležité je nepohybovat se v období chřipek ve společnosti a v prostředí s vysokou nemocností, uvedly sestry (S3 a S4). Dále je vhodné vyhýbání se faktorů, které ovlivňují vznik pneumonie, zmínila se sestra (S1). Dále sestry uvedly, že v prevenci pneumonie je důležité vyvarovat se alkoholu (S2), nekouřit (S2 a S5), léčit příznaky nachlazení ihned (S3), podstatné je i dodržování zdravého životního stylu (S2), aktivizace (S3 a S4) a otužování (S4 a S5). Vhodné je dodržování pitného režimu (S2 a S4), mít dostatek vitamínu C (S5) a dodržování dechových cvičení (S4).

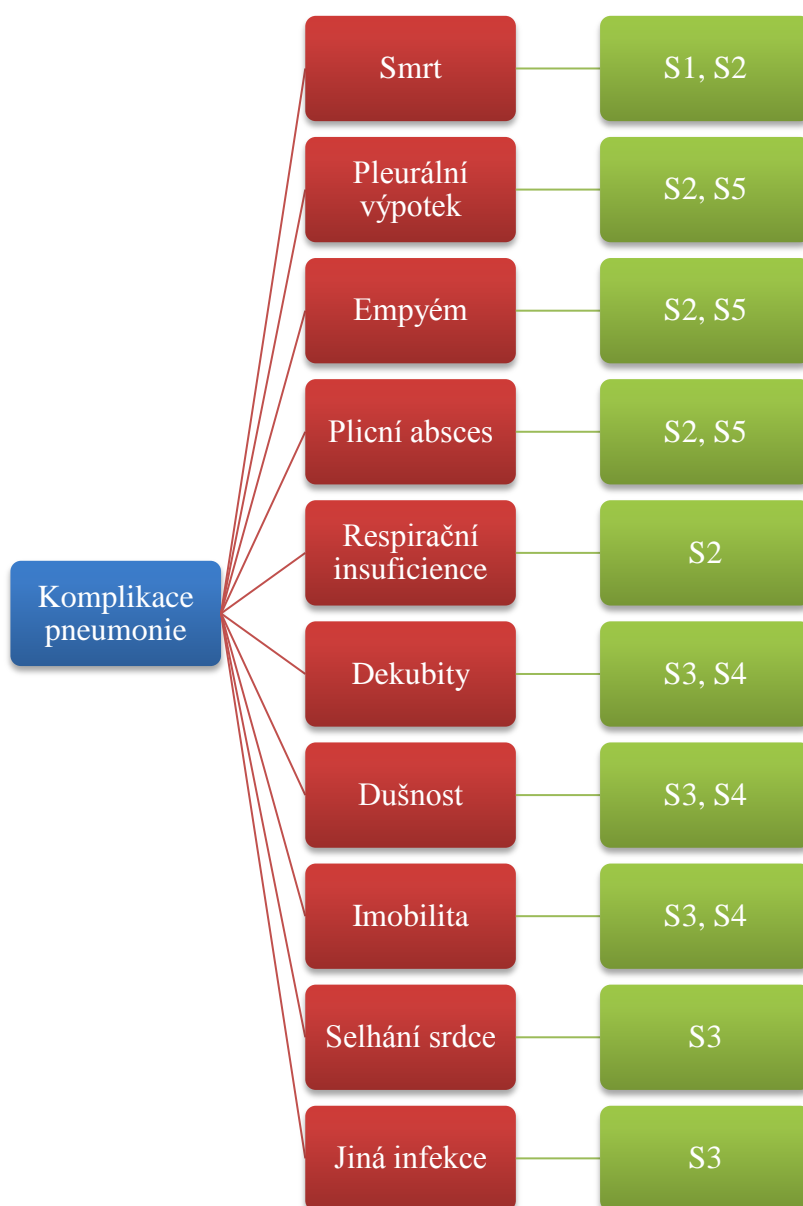
Podkategorie 1.9 Nozokomiální pneumonie

V podkategorii Nozokomiální pneumonie byly sestry dotazovány na to, jestli se u nich na oddělení vyskytuje tento typ pneumonie a jak se snaží zabránit vzniku této pneumonie. Na otázku zda se na oddělení vyskytuje nozokomiální pneumonie, odpověděly sestry (S1 a S2), že s tímto typem už několikrát setkaly. Ostatní dotazované sestry (S3, S4 a S5) odpověděly, že se s tímto typem pneumonie ještě nesetkaly. Na otázku jak se snaží zabránit vzniku nozokomiální pneumonie, odpovědělo nejvíce sester (S1, S3 a S5), že nejúčinnější je dezinfekce rukou. Že je podstatné dodržovat ošetrovatelskou bariérovou péči, odpověděly sestry (S2 a S5), dále používání roušek a rukavic (S1 a S3) a izolace pacienta (S3 a S4).

Podkategorie 1.10 Komplikace pneumonie

V podkategorii Komplikace pneumonie byly sestry dotazovány, jaké jsou komplikace pneumonie. Sestry (S1 a S2) se shodly, že nejzávažnější komplikací pneumonie je smrt. Sestry (S2 a S5) uvádějí, že komplikací může být pleurální výpotek, empyém a plicní absces. Sestra (S2) ještě uvedla respirační insuficienci. Sestry (S3 a S4) uvedly dušnost, dekubity a imobilitu. Dále sestra (S3) dodala selhání srdce či chycení další infekce při dlouhodobém pobytu na oddělení.

Schéma 4 Komplikace pneumonie



4.3 Kategorie 2 Ošetrovatelská péče z pohledu seniora

Kategorie Ošetrovatelská péče s pohledu seniora se zabývá celkovou ošetrovatelskou péčí o seniora, respektive jak vidí péči senioři. Na základě rozhovorů s pacienty byly vytvořeny tyto podkategorie: Informace o onemocnění, Průběh péče, Účinnost léčby, Informace o režimovém opatření a Informace v oblasti prevence.

Podkategorie 2.1 Informace o onemocnění

V podkategorii Informace o onemocnění byli senioři dotazováni na to, co všechno vědí o svém onemocnění. Na tuto otázky senioři odpověděli různě. Pacient č. 1 říká, že: „*Já si myslím, že je to onemocnění plic. Že prostě ty plíce špatně okysličují a prostě nemám dostatek kyslíku v těle, aby to stačilo na to pročistění*“. Pacient č. 2 odpověděl: „*No já vím jen to, že je to těžká nemoc*“. Pacient č. 3 si myslí, že je to nastydnutí. Pacient č. 4 odpověděl, že to není vhodné přecházet, a že musí brát antibiotika, aby se vyléčil. Že to vzniká z chřipky, odpověděl pacient č. 5.

Podkategorie 2.2 Průběh ošetrovatelské péče

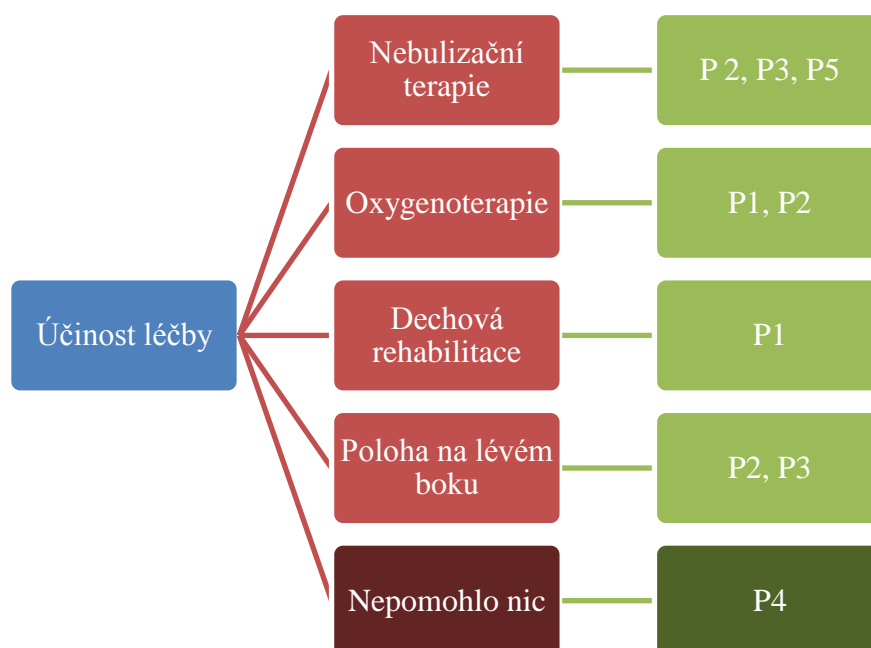
V podkategorii Průběh péče byli senioři dotazováni, jak u nich probíhala léčba pneumonie. Pacienti (P2 až P5) odpověděli, že dostávali hodně infuzní terapie s antibiotiky. Pacienti (P1, P2 a P3) řekli, že dostávali kyslíkovou terapii. Dále pacienti (P1, P4 a P5) dostávali „nějaké“ léky, o kterých nevěděli, na co jsou. Pacient (P2) ještě dodal, že měl klid na lůžku, a že dostával injekce proti zvracení.

Podkategorie 2.3 Účinnost léčby

V podkategorii Účinnost léčby byli pacienti dotazováni, co jim v léčbě nejvíce pomohlo. Nejvíce dotazovaných pacientů (P2, P3 a P5) se zmínilo, že jim hodně pomohla nebulizační terapie. Řekli, že jim inhalace významně pomohla vykašlávat hleny. Pouze jeden pacient (P4) uvedl, že mu nebulizační terapie nedělá dobře, proto ji

odmítal. Tento pacient také řekl, že neví, co mu nejvíce pomohlo. Dále pacienti (P1 a P2) se zmínili i o oxygenoterapii. Jednomu pacientovi (P1) pomohla dechová rehabilitace. Dva pacienti (P2 a P3) uvedli, že jim hodně pomohla poloha na levém boku.

Schéma 5 Účinnost léčby



Podkategorie 2.4 Informace o režimovém opatření

V podkategorii Informace o režimovém opatření byli pacienti dotazováni na to, jestli jim byla doporučena nějaká režimová opatření, ve smyslu jestli vědí, co mohou a naopak čeho by se měly vyvarovat. Na tuto otázku odpovědělo nejvíce pacientů, že jim nic takového nebylo sděleno, a že neví, co by neměly dělat. Jeden pacient (P4) uvedl, že mu bylo doporučeno klid na lůžku a jeden pacient (P5) odpověděl: „*Neměl bych se moc zpotit, nebo aby mě ofouknul vítr. Jinak můžu být nemocný*“.

Podkategorie 2.5 Informace v oblasti prevence

V podkategorii Informace v oblasti prevence byli pacienti dotazováni, jestli je personál informoval v oblasti prevence a jestli sami dodržují nějaká preventivní opatření. Na otázku, zda pacienty informoval personál v oblasti prevence, odpověděli shodně všichni pacienti, že jim žádná taková doporučení v této oblasti nebyla sdělena ani doporučena. A na otázku zda sami dodržují nějaká preventivní opatření, odpověděli (P2 a P4), že nedělají nic jinak než obvykle. Pacient (P1) se zmínil, že navštívil lékárnu, aby si koupil vitamíny, a že dodržuje hodně spánku a odpočinku. Pacient (P5) dodržuje akorát, co se týče stravy. A pacient (P3) řekl: „*Ne to ne. Až když mi něco je tak si zajdu k doktorovi*“.

5 Diskuse

V této práci se zabýváme specifiky ošetrovatelské péče o seniory se záněty plic. Pneumonie je zánět plicní tkáně, která má u každého jedince odlišné příčiny, klinické projevy a průběh. Nejčastěji se záněty plic vyskytují jako komplikace jiného onemocnění.

V empirické části byly stanoveny čtyři cíle, a z nich vycházející výzkumné otázky. Prvním námi stanoveným cílem bylo zjistit, specifika ošetrovatelské péče u seniorů se záněty plic. K tomuto cíli byla také stanovena výzkumná otázka: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u seniorů se záněty plic? Druhý a třetí cíl byl zaměřen na to, jak vnímají sestry ošetrovatelkou péči o seniory s pneumonií a naopak jak je vnímána ošetrovatelská péče s pohledu seniora. K těmto cílům byly stanoveny výzkumné otázky: Jak je vnímána ošetrovatelská péče z pohledu sestry? A jak je vnímána ošetrovatelská péče z pohledu seniora? Čtvrtým cílem bylo zjistit, jak jsou senioři informovaní před propuštěním do domácího prostředí. Výzkumná otázka zněla: Jak je hodnocena edukace seniora před propuštěním do domácího prostředí?

Výzkum byl realizován v Krajské nemocnici České Budějovice a. s. se souhlasem hlavní sestry Mgr. Moniky Kyselové. Výzkumu se zúčastnily dvě skupiny respondentů. První soubor tvořilo pět sester pracujících na interním a plicním oddělení a druhý soubor tvořilo pět pacientů hospitalizovaných na interním a plicním oddělení v době výzkumu.

Na začátku rozhovorů jsme se zaměřili na identifikační údaje sester a následně i seniorů. Na základě uskutečněných rozhovorů jsme zjistily, že na oddělení interním a plicním je věk sester velice rozmanitý a to v rozmezí 25 let až 51 let. Doba praxe sester se pohybuje od 1 roku do 20-ti let. Tyto dva ukazatele podle mého názoru mohou mít vliv na způsob edukace, už jen z toho důvodu, že služebně starší sestry mohou mít lepší komunikační schopnosti na základě více zkušeností z praxe. Z výsledků rozhovorů mě velice překvapilo, že právě sestra s jednoroční dobou praxe odpověděla v rozhovoru na otázky, co se týče edukace jednoznačně rozsáhleji a lépe, než právě sestry s delší praktickou zkušeností. Je možné, že právě tato sestra zodpověděla otázku lépe,

z důvodu toho, že měla rok po ukončení školy, a jako jediná s dotazovaných sester magisterské vzdělání.

U seniorů bylo věkové rozmezí od 69 let do 82 let. Čtyři z dotazovaných seniorů se s onemocněním pneumonie setkali poprvé, pouze jeden dotazovaný senior se s tímto onemocněním setkal již po několikáté. Seniori v době výzkumu byli hospitalizováni v rozmezí 5 až 10 dnů. Podivuhodné je, že na otázku, co vše ví, o jejich onemocnění, mi všech pět dotazovaných seniorů odpovědělo, že přesně neví, co je to za onemocnění.

Náš první cíl je zaměřen na specifika ošetrovatelské péče u seniora s pneumonií. V rozhovoru se sestrami jsme zjišťovali, jak ony vidí ošetrovatelskou péči o seniory s pneumonií a jaká jsou specifika v ošetrovatelské péči. Většina sester se shodla, že specifické a velmi důležité v péči o seniora je komunikace. Kdy sestra musí požívat jednoduchou komunikaci, mluvit pomalu a věci neustále dokola opakovat, jak uvádějí v rozhovoru sestry (S2, S3, S4). Důležité je, aby sestra komentovala vše, co u seniora provádí za výkony. Sestry také uvedly, že velmi důležitá je inhalační terapie a co nejrychlejší aplikace antibiotické terapie, aby nedocházelo ke komplikacím. Tyto informace vycházejí z rozhovoru sester (S1 a S2). Zde se také výše uvedené shoduje s tvrzením Kolka (2004), který uvádí, že u rizikových seniorů je vhodnější rychlá hospitalizace a není správné vyčkávat, je potřeba co nejrychleji nemocného hospitalizovat a nejpozději do osmi hodin mu podat antibiotikum. Delší otálení s antibiotickou terapií zvyšuje mortalitu. Podle sester je důležité uložit seniora do Fowlerovy polohy, kvůli lepší dechové ventilaci a sledovat odkašlávání sekretu z plic. Důležitý je i dostatečný příjem tekutin. Sestry v rozhovoru také uvedly, že péče o seniora je vysoce individuální. Záleží na soběstačnosti seniora. U seniorů s vyšší úrovní soběstačnosti stačí, když sestra poskytuje pouze pomoc při běžných výkonech. U seniorů s nižší úrovní soběstačnosti je nutná veškerá péče sestry, od celkové hygieny na lůžku po stravování až vyprazdňování. K výše uvedenému cíli byla stanovena výzkumná otázka: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u seniorů se záněty plic? Lze říci, že tato otázka byla s uvedenými výroky sester zodpovězena a tím se shodují s literaturou.

Druhým cílem bylo zjistit, jak vnímají sestry ošetrovatelskou péči o seniora s pneumonií. K tomuto cíli, byly sestry v rozhovoru dotazovány, jaké vidí problémy ve spolupráci se seniorem, dále na obtížnost a náročnost ošetrovatelské péče a na komunikaci. Jako největší problém ve spolupráci sestry uvedly komunikaci a zpětnou vazbu mezi sestrou a seniorem. Jak znázorňuje schéma 3, senioři trpí většinou smyslovými vadami, tak se musí vynaložit větší úsilí, aby je pochopili. Jak uvádí Pokorná (2010), komunikační techniky či dovednosti musí být uzpůsobeny individuálním požadavkům seniora. Přizpůsobí-li se komunikace schopnostem a dovednostem seniora, zvýší se i porozumění a sníží se i možnost nesprávného pochopení. Z rozhovorů také vyplývá, že vyčerpávající pro sestry (S2, S3, S4) je opakovat vše pořád dokola. Zpětná vazba pro sestry je většinou to, že senior vykoná to, co se po něm chce. Odpověď sestry (S4) byla: „*položím mu otázku tak, aby mi mohl odpovědět pouze ano či ne.*“ Toto dle mého názoru není zpětná vazba. Ano, může to být to, že vykoná, co se po něm vyžaduje, tudíž víme, že nám porozuměl. Ale položením otázky tak, aby mohl odpovědět ano či ne, je podle mého názoru nedostačující a nelze z toho poznat, zda nám senior opravdu porozuměl. Spíše by měl zopakovat to, co jsme mu řekli. Podle publikace Pokorné (2010), která uvádí, že v průběhu života dochází ke změnám zasahující nejen do oblasti tělesných schopností, ale také k transformacím emocionálním, kognitivním a psychosociálním. Proto s respektováním těchto odlišností ve stáří je nezbytné přizpůsobení komunikačních technik schopnostem a dovednostem naslouchajícího (akceptace omezení, poruch smyslových funkcí jako například presbyakusie, presbyopie, změny kognitivních funkcí). S Pokornou (2010) se shoduje i odpověď jedné sestry (S4). Podle sestry (S1) má značný vliv na spolupráci i přidružená onemocnění, kvůli kterým komunikace mnohdy ani není možná. Schéma 1 znázorňuje, že by péče o takové pacienty byla mnohokrát lepší, ale kvůli nedostatku času na pacienta, pomůcek a hlavně personálu to není možné. Sestry mi mimo rozhovor řekly, že jsou velice rády, že na jejich oddělení chodí studentky střední zdravotní a vysoké školy a se vším jim pomohou a ony mají více času na vyřizování administrativních činností. Dále konstatovaly, že problém je i v úrovni soběstačnosti seniora a ve spolupráci s rodinou vůbec, což je možné doložit v rozhovorech do sester

(S1 a S2). Z toho vyplývá, že péče o seniory je vyčerpávající, jak po fyzické stránce, tak po psychické. Na další problém sestry poukázaly v oblasti inhalace. Je těžké seniora uhlídat, aby správně inhaloval, to bych u něj mohla sedět pořád, uvedla dotazovaná sestra. Je možné, jak uvádím níže, že právě toto souvisí s úrovní edukace seniora. Kde nám senioři v rozhovorech odpověděli, že je sestry needukují. Některé sestry už se setkaly i s tím, že pacienti tuto terapii odmítali. Na to je poukázáno i ze stran dotazovaných seniorů, kde nám jeden z dotazovaných seniorů odpověděl, že mu tato terapie nedělá dobře. Většina odborných zdrojů uvádí, že nebulizace je velmi dobře snášena a reakce na léky jsou minimální. Nebulizační terapie má i svá rizika, jak uvádí Kapounová (2007), že nevýhodou nebulizační terapie je vyšší riziko infekce dolních cest dýchacích z důvodu častého rozpojování okruhu a možnosti přenosu nebo pomnožení mikroorganismů v nebulizované směsi. Dále Hůsková (2009) však uvádí, že tlak masky na obličej zvyšuje neklid a nemusí být dobře snášena.

Naším třetím cílem bylo zjistit, jak senioři vnímají ošetrovatelskou péči, s tím souvisí i výzkumná otázka zjišťující jak je vnímána ošetrovatelská péče s pohledu seniora. Z výsledků rozhovorů vyplynulo, že senioři péči vnímají celkem pozitivně. Z výzkumu vyplynulo, že senioři vůbec nevědí, co mají za onemocnění. Cituji (P3): „*je to asi nastydnutí nebo nevim.*“ (P2): „*no já vím jen to, že je to těžká nemoc.*“ Podle mého názoru je tohle zarážející, že starší lidé, kteří jsou rizikovou skupinou v tomto onemocnění ani nevědí, co to za onemocnění vlastně je. Myslím si, že tuto informaci, by měl poskytnout personál při přijetí do nemocnice, nebo při stanovení diagnózy. Dle informací od seniorů lze říci, že léčba u všech probíhala stejně. Dostávali infuzní terapii s antibiotiky a kyslíkovou terapii. Dále uvedli, že dostávali i další léky v tabletách, ale nevědí, na co jsou. Po dotazu zda se zeptali personálu na léky, odpověděli, že to až tak nepotřebují vědět. Nejvíce seniorům v léčbě pomáhala nebulizační terapie. Pouze jeden senior odpověděl, že mu tahle terapie vůbec nepomáhala, a že mu naopak nedělala dobře. Dále jim pomáhala oxygenoterapie a dechová rehabilitace. Překvapující pro mě bylo, že dva senioři dokonce odpověděli, že jim pomáhala poloha na levém boku. Přiznávám, že sem se s tímto ještě nesešla, a ani v literatuře jsem nikde nenašla, proč zrovna poloha na levém boku je pro ně ulevující. Nadále pro mě zarážející bylo, že

seniorům, podle jejich odpovědí, nebyly poskytnuty žádné informace v oblasti prevence či o režimovém opatření. Je zajímavé, že sestry v rozhovoru odpověděly, že seniory edukují v oblasti prevence. Myslím si, že každá sestra by měla seniora edukovat v oblasti prevence, jak uvádí Farkašová (2006), sestra edukátorka by měla vést pacienta k zodpovědnosti v zájmu jeho zdravotního stavu. Dále byli dotazováni, jestli sami dodržují nějaké preventivní opatření například v období chřipek. Senioři odpověděli, že žádné preventivní opatření nedodržují, jen hodně spánku a odpočinku.

Naším čtvrtým cílem bylo zjistit míru edukace před propuštěním do domácího prostředí. K tomuto cíli jsme se dotazovaly na čtyři otázky, zda se setkávají s problémem, když si rodina nemůže vzít seniora do domácí péče a jak v tomto případě postupují, dále o čem edukují rodinu a seniora, když je propuštěn z nemocnice. Většina sester uvedla, že s touto problémovou oblastí setkávají velmi často, a že v takových případech se většinou zajišťuje lůžko v léčebně dlouhodobé péče, v domovech pro seniory nebo se kontaktuje sociální péče. Jak uvádí Malíková (2011) ve své publikaci, je důležité jaké bude mít rodina konkrétní možnosti poskytovat pomoc seniorovi v jeho případné nesoběstačnosti vzhledem k finančním okolnostem. Většinou rodina se chce o své rodiče ve stáří a případné nesoběstačnosti postarat, ale v případě nemožnosti poskytnout péči sami očekávají pomoc od státu formou umístění nesoběstačného seniora do pobytového zařízení. Pro mě překvapující odpověď byla jedné sestry z interního oddělení, která uvedla, že se s touto problematikou se neseťkává, protože takový pacienti leží u nich na oddělení. Pro mě tato odpověď byla překvapující z důvodu toho, že ostatní respondentky pracující na tomtéž oddělení uvedly, že se s touto problematikou seťkávají velmi často. Na další otázku o čem edukujete příbuzné seniora při propuštění do domácí péče, sestry odpovídaly následovně. Příbuzné informujeme o dodržování pitného a klidového režimu, o správném užívání léků, o pravidelných kontrolách u svého obvodního lékaře a o správném odkšlávání. Na poslední otázku, o čem edukujete seniora při propuštění většina sester odpovědělo, že seniora neinformují, že to má v kompetenci lékař. Sestra (S2) uvedla, že senior dostává propouštěcí zprávu a tam má vše podstatné napsané. Zajímavé je, dle mého názoru, že když sestry odpověděly, že edukují příbuzné seniora, tak proč needukují samotného

seniora. Myslím si, že každá sestra tohle v kompetenci má, a měla by pacienta poučit, když je propuštěn. Jak uvádí Farkašová (2006), sestra má i roli edukátorky. Tento cíl ve srovnání s literaturou není správně splněn. Jak jsem již uvedla, sestra zastává i roli edukátorky. Dle mého názoru by sestry v této oblasti měly zapracovat, chápu, že sestra má velice psychicky i fyzicky náročnou práci, ale na edukaci by se měla zaměřit. Chybná či žádná edukace může pacienta vést k návratu zdravotních problémů.

Shrnutím výsledků výzkumného šetření se dá říci, že sestry poskytují seniorovi s pneumonií kvalitní ošetrovatelskou péči. Myslím si, že by se sestry měly více zaměřit na edukaci seniora, jak v oblasti prevence, tak i o režimovém opatření, na které dle výsledků šetření není tolik myšleno.

V ošetrovatelské péči je vidět, že sestry mají přehled v problematice ošetřování. Jako výstup bakalářské práce byl vytvořen informační leták pro seniory a jejich rodinné příslušníky. Myslím si, že by tato práce mohla posloužit všeobecným sestram jako brožura pro seniory či jejich příbuzné, kteří se setkali s tímto onemocněním.

6 Závěr

Tato bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o seniora se záněty plic. Jelikož tato choroba má mezi širokou veřejností pověst, kterou není třeba brát vážně, protože se dá vyléčit. Ale ve skutečnosti jde o vážné onemocnění a může způsobit hodně nepříjemných chvil právě seniorům.

Pro tuto práci byly stanoveny čtyři cíle. Pro jejich naplnění bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, technikou polostrukturovaného rozhovoru. Prvním cílem bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče o seniora s pneumonií. Druhým cílem bylo zjistit, jak vnímají sestry ošetrovatelskou péče o seniora s pneumonií. Třetím cílem bylo zjistit, jak je seniory vnímána ošetrovatelská péče a čtvrtým cílem bylo zjistit míru edukace seniora před propuštěním do domácí péče.

Jak ukazují výsledky výzkumného šetření, sestry mají v ošetrovatelské péči při ošetrování seniora s pneumonií téměř shodné pracovní zkušenosti. Nejčastěji sestry uváděly problémy hlavně v komunikaci se seniory, opakování toho samého dokola, dodržování nebulizační terapie či pitného režimu. Tímto také došlo k zodpovězení první výzkumné otázky, která měla zjistit specifika ošetrovatelské péče u seniora s pneumonií.

Sestry také poukázali na nedostatek personálu, pomůcek a času a na to, že nemají tolik času na pacienty, jak by chtěly, a ošetrovatelská péče není taková, jaká by měla být. Dále sestry uváděly, že senioři mají často smyslové a kognitivní poruchy, tak musí vynaložit větší úsilí, aby je senioři pochopili. Pouze jedna sestra uvedla, že ošetrovatelská péče o seniora s tímto onemocněním je úplně stejná jako u každého jiného pacienta, pouze přebaluje, polohuje a krmí. Tímto byla zodpovězena druhá výzkumná otázka, která zněla, zjistit, jak vnímají sestry ošetrovatelskou péči o seniory s pneumonií.

Třetí výzkumná otázka zněla, jak je vnímána ošetrovatelská péče z pohledu seniora. Z výzkumného šetření vyplynulo, že senioři ošetrovatelskou péči vnímají pozitivně, ale o této problematice nemají vůbec žádné přínosné informace. Nevědí, co mají za onemocnění, nezajímaje co berou za léky a vůbec nedodržují žádné preventivní opatření.

Senioři dále poukázali na to, že je nikdo neinformuje v oblasti prevence či o režimovém opatření. Přičemž sestry v rozhovorech uvedly, že seniory edukují o tom, že se nemají v období chřipek pohybovat ve větší společnosti, že nemají kouřit, pít alkohol, lehčí nachlazení léčit ihned, dodržovat pitný režim, otužovat se a užívat vitamíny zejména vitamín C. Tímto také byla zodpovězena čtvrtá výzkumná otázka, která zněla, jak je hodnocena edukace seniora před propuštěním do domácího prostředí.

Výstupem práce byl zpracován informační leták, který má za úkol seznámit seniory a jejich rodinné příslušníky s problematikou, co se týče pneumonie (viz. Příloha 4).

7 Seznam informačních zdrojů

- Academy: *Spektrum zdraví*. [online]. © 2009 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/academy/zapal-plic>
- Avenier: *Pneumokokové nákazy*. [online]. © 2014. [cit. 2015-04-09]. Dostupné z: <https://www.ockovacentrum.cz/cz/pneumokokove-nakazy>
- BABÁČKOVÁ, Petra, 2007. *Pneumonie*. [online]. [cit. 2014-11-16]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/pneumonie-287447>
- BARTOŠ, V., KOBLÍŽEK, V. 2010. *Pneumonie u starších pacientů*. Medical Tribune. 2010, roč. 6, č. 6, s. 7–8. ISSN 1214-8911.
- BARTŮ, Václava, 2008. *Pneumonie - léčba a diagnostika*. [online]. [cit. 2015-02-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/pneumonie-a-lecba-diagnostika-350875>
- CEJHONOVÁ, Magda, 2009. *Ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta*. [online]. [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pecce-o-geriatrickeho-pacienta-417235>
- FARKAŠOVÁ, Dana, 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. vyd. Osveta, spol. s. r. o. ISBN 80-8063-227-8.
- Hauke, M. 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9
- HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 115 s. ISBN 978-802-4747-729.
- CHLÍBEK, R. 2012. *Novinky v očkování proti pneumokokovým infekcím u dospělých*. Medicína pro praxi. 2012, roč. 9, č. 6–7, s. 274–276. ISSN 1214- 8687.
- JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 96, 12 s. ISBN 80-736-8110-2.
- KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Zdeněk, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 350 s., [16] s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-802-4718-309.
- KARNETOVÁ, Zuzana, 2011. *Bronchopneumonie*. [online]. [cit. 2015-02-05]. Dostupné z:<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bronchopneumonie-459340>
- KAŠÁK, Viktor a Vladimír KOBLÍŽEK, 2008. *Naléhavé stavy v pneumologii*. Praha: Maxdorf, 520 s. Medicína naléhavých stavů. ISBN 978-807-3451-585.
- KLENER, Pavel, 2006. *Vnitřní lékařství*. 3., přepr. a dopl. vyd. Praha: Karolinum, 1158 s. ISBN 80-246-1252-6.
- KOLÁŘ, Pavel, 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 713 s. ISBN 978-807-2626-571.
- KOLEK, V., M. MAREL, F. SALAJKA, S. KOS, J. SKŘIČKOVÁ, T. DRASNAR, J. HOMOLKA, V. KOBLÍŽEK, M. PEŠEK, J. ROUPEC, M. TEŘL a VAŠÁKOVÁ, 2012. *Koncepce oboru: Definice, předmět a cíl oboru*. [online]. [cit. 2014-10-11]. Dostupné z:<http://www.pneumologie.cz/stranka/35/koncepce-oboru/>
- KOLEK, Vítězslav, 2004. *Pneumonie ve stáří*: Česká geriatrická revue. [online]. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?id=gr_04_04_04.pdf
- KOLEK, Vítězslav, 2003. *Pneumonie - diagnostika a léčba*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003, 155 s. ISBN 80-725-4359-8.
- KOLEK, Vítězslav a Viktor KAŠÁK, 2010. *Pneumologie: vybrané kapitoly pro praxi*. Praha: Maxdorf, 423 s., xvi s. obr. příl. Jessenius. ISBN 978-807-3452-209.
- KOLEK, Vítězslav, Viktor KAŠÁK a Martina VAŠÁKOVÁ, 2014. *Pneumologie*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 607 s. Jessenius. ISBN 978-807-3453-879.
- KOLEK, Vítězslav, 2013. *Doporučené postupy v pneumologii*. Praha: Maxdorf, 460 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-359-6.
- KOLEK, Vítězslav, 2005. *Pneumologie pro magistry a bakaláře*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 82 s. ISBN 80-244-1175-X.
- KROFTA, K. 2003. Pneumonie. *Postgraduální medicína*. 2003, roč. 5, č. 7, s. 737. ISSN 1212-4184

- KROFTA, Kamil, 2005. *Pneumologie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 279 s. Postgraduální klinický projekt. ISBN 80-725-4710-0.
- KONŠTACKÝ, S. 2012. *Pneumokoková onemocnění a očkování u starších dospělých a chronicky nemocných pacientů*. *Medicína po promoci*. 2012, roč. 13, č. 1, s. 64–66. ISSN 1212-9445.
- KŘÍŽOVÁ, P. a spol, 2009. *Také u pneumonie platí, že nejlepší léčbou je prevence*. [online]. [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/16047-take-u-pneumonie-plati-ze-nejlepsi-lecbou-je-prevence>
- KUBEŠOVÁ, Hana, 2009. *Akutní stavy v geriatrii*. 1. vyd. Praha: Galén, 233 s. ISBN 978-807-2626-205
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
- MLČOCHOVÁ, Renata, 2009. *Geriatrize ošetrovatelství a medicíny - reallita nebo fikce*. [online]. [cit. 2015-02-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/geriatrize-osetrovatelstvi-a-mediciny-realita-nebo-fikce-417233>
- MOKRÝ, Pavel. 2007. *Zápal plic - pneumonie*. [online]. [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/zapal-plic-pneumonie-2/>
- MUSIL, Jaromír, 2012. *Pneumologie*. 2. upr. vyd. Praha: Karolinum, 250 s. ISBN 978-802-4618-685.
- PLEVOVÁ, Ilona a Radka BUŽKOVÁ, 2011. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 285 s. Sestra. ISBN 978-802-4735-573.
- PONDĚLÍČKOVÁ, Zdeňka. 2015. *Pneumonie* [online]. [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: <http://www.pondelickova.medikus.cz/o-nemocech/pneumonie-267>
- POKORNÁ, Andrea, 2006. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 86 s. ISBN 80-701-3440-2.

- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 280, [4] s. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.
- ŠEVČÍK, Pavel, Jana SKŘIČKOVÁ a Vladimír ŠRÁMEK, 2004. *Záněty plic v intenzivní medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 189 s. ISBN 80-726-2278-1.
- TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 270 s. ISBN 80-726-2365-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- Venglářová, M, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5
- VONDRA, V. 2009. Optimální inhalace léků a chyby při inhalování. *Interní medicína pro praxi*. 2009, roč. 11, č. 2, s. 59–62. ISSN 1212-7299.
- VYŠÍNOVÁ, Renata. 2012. *Zápal plic je smrtelný hlavně pro seniory*. [online]. [cit. 2015-04-05]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/zapal-plic-je-smrtelny-hlavne-pro-seniory/>
- VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada, 272 s., xvi s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4734-200.
- ZACHAROVÁ, Eva. 2013. *Zvláštnosti v komunikaci se seniory*. [online]. [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zvlastnosti-v-komunikaci-se-seniory-470797>

8 Seznam příloh

Příloha 1 Očkovací látky proti pneumokokům

Příloha 2 Žádost o povolení k výzkumnému šetření

Příloha 3 Struktura rozhovorů

Příloha 4 Informační leták

Příloha 1 Očkovací látky proti pneumokokům

Očkovací látky proti pneumokokům			
Vakcína	Pro koho je určena	Přeočkování	Cena
Prevenar 13	Vyvolávají imunitní odpověď jinou cestou - proto jejich účinek je závislý na thymu. Vhodné je toto očkování u seniorů s chronickým onemocněním a i u osob, kteří přebývají v domovech důchodců či léčebnách dlouhodobě ležících.	Výhodou je jednorázová aplikace, která se nemusí opakovat.	Cena: 1850 Kč
Pneumo 23	Vakcína je určena zejména pro osoby nad 65 let věku a i pro děti od 2 let.	Očkuje se 1x, poté přeočkování za 3 až 5 let.	Cena: 840 Kč
Synflorix	Je určen pro děti. Chrání je i před zánětem středního ucha a mozkových blan.	Očkování a počet dávek závisí na věku dítěte.	Hrazena ze zdravotního pojištění

Zdroj: Košťacký 2012; www.ockovacentrum.cz;

Příloha 2 Žádost o povolení k výzkumnému šetření

ŽÁDOST O PROVEDENÍ ROZHOVORU K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Vážená paní Mgr. Kyselová

Ráda bych Vás tímto požádala o svolení k provedení rozhovorů do mé bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče u seniorů se záněty plic. Jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně – sociální fakulty, obor: Všeobecná sestra – 3 ročník. V nemocnici České Budějovice a. s. bych ráda provedla rozhovory na interním a plicním oddělení.

FORMULÁŘ:

Jméno a příjmení: Diana Břízová

Název vysoké školy a fakulty: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně – sociální fakulta

Studijní obor: Všeobecná sestra, 3 ročník

Název práce: Ošetrovatelská péče u seniorů se záněty plic

Metodika: K dosažení cílů výzkumu bude využita kvalitativní metoda. Pro účely výzkumu budou vyhrazeny dva výzkumné vzorky, první budou sestry a druhým vzorkem budou senioři. Součástí výzkumu bude polostrukturovaný rozhovor, který bude sestaven na základě konfrontací s odbornou literaturou.

Využití v praxi: Výsledkem této bakalářské práce bude brožura o správných zásadách ošetrovatelské péče u zánětů plic. Bakalářská práce může posloužit i studentům ošetrovatelství jako studijní materiál.

Kontaktní údaje:

Jméno: Diana Břízová

Bydliště: Zahraněčnického odboje 928/30 Třebíč 674 01

Telefon: 724 687 923

Předem Vám děkuji za odpověď

23. II. 2015

Diana Břízová

Mgr. Monika Kyselová

Mgr. Monika Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

Příloha 3 Struktura rozhovorů se sestrami

1. Jak byste popsala ošetrovatelskou péči u seniora s pneumonií?
2. Co je specifického na ošetrovatelské péči o seniora s pneumonií?
3. Používáte k léčbě pneumonie nebulizační terapii? Jak na ní pacienti reagují?
4. V čem nejčastěji spočívá náročnost v péči o seniora?
5. Jaké si myslíte, že jsou problémy v oblasti spolupráce se seniorem?
6. V čem nejčastěji spočívá edukace seniora?
7. Je nějaký problém v edukaci u seniora?
8. Jak postupujete v péči (edukaci) u dezorientovaných pacientů (seniorů)?
9. Co si myslíte, že je obtížné v dodržování léčebného režimu u seniora?
10. Jaká je pro Vás zpětná vazba, že Vám pacient porozuměl?
11. O čem edukujete příbuzné seniora, když jde domů?
12. Setkáváte se s problematikou péče o seniora ze strany rodiny, která se o něj nemůže postarat?
Pokud ano, jak v tomto případě postupujete?
13. Jakým způsobem a o čem informujete u Vás na oddělení pacienta, když jde domů?
14. V čem spočívá prevence pneumonie?
15. Setkáváte se u vás na oddělení s nozokomiální pneumonií?
16. Jak se snažíte zabránit riziku vzniku nozokomiální pneumonie?
17. Jaké jsou komplikace u pneumonie?

Struktura rozhovorů se seniory:

1. Co všechno víte o Vašem onemocnění?
2. Je pneumonie prvotní problém s čím jste hospitalizován, či jste přijmut do nemocnice s jiným onemocněním?
3. Kdo Vás informuje o Vašem zdravotním stavu?
4. Jak u vás probíhá léčba pneumonie?
5. Zejména na jaké oblasti v péči o Váš zdravotní stav jste upozorňován?
6. Jak si myslíte, že ovlivňuje vyšetření průběh péče?
7. Co vám při léčbě pneumonie nejvíce pomáhá?
8. Jakým způsobem Vám personál podává informace?
9. Podává personál informace i vašim příbuzným?
10. Je personál ochotný Vám zodpovědět vaše případné dotazy?
11. Jaké u Vás nastaly komplikace?
12. Jaká režimová opatření Vám byla doporučena?
13. Jak Vás informoval personál v oblasti prevence?
14. Jaká dodržujete preventivní opatření?

INFORMAČNÍ LÉTÁK PRO SENIORY A RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY, KTEŘÍ SE SETKALI SE ZÁPALEM PLIC

V tomto informačním letáku najdete základní informace o onemocnění zápalu plic neboli pneumonii, dále o režimovém a preventivním opatření při tomto onemocnění a dále odkazy na webové stránky a popřípadě i časopisy, ve kterých se dozvíte podrobnější informace.



www. Google.com

Co je to pneumonie?

U zápalu plic jde o zánět plicní tkáně, na jehož vzniku se mohou podílet viry, bakterie, plísně či vdechnuté chemické látky, které jsou dráždivé.

Příznakem tohoto onemocnění je v první řadě kašel. U bakteriální infekce jde o kašel s produktivní s velkým množstvím hlenu. U virové infekce jde o kašel suchý s horečkou a zimnicí. U seniorů se vyskytovat nemusí. Dalším příznakem u tohoto onemocnění je dušnost.

Základním vyšetřením je fyzikální vyšetření včetně poslechu a poklepu hrudníku. U virového zánětu se nemusí vyskytovat žádný fyzikální nález. Do základních vyšetření dále patří rentgen hrudníku, který prokáže jakýkoli typ zánětu plic.

Klasickou léčbou je podávání antibiotik a bronchodilatancií, které pomáhají odkašlávat hlen.

Přírodní léčbou může být bylinná léčba, aromaterapie, potravinové doplňky, homeoterapie, psychosomatická léčba a výživa. Tato léčba se doporučuje pouze po projednání s lékařem.

Preventivní opatření a doporučení:

K velkému množství vyvolavatelů je prevence obtížná. Je ale důležité dodržovat zdravý životní styl. Udržovat se ve fyzické a psychické kondici a vyvarovat se alkoholu a kouření. Ve stravování se doporučuje vyloučit z jídelníčku mléčné výrobky, bílé pečivo a sladkosti, které zvyšují produkci hlenu. Naopak vhodnými potravinami jsou česnek, křen, slepičí vývar, potraviny bohaté na vitamín C a dostatečný pitný režim. Z potravinových doplňků je vhodný Betacaroten, který regeneruje sliznice dýchacích cest. Důležité je neprochladnout a banální infekty léčit ihned. V době epidemií je vhodné dodržovat hygienické návyky a vyhýbat se hromadným dopravám a prostorám s velkým počtem lidí. Dále je vhodné používání jednorázových papírových kapesníků. Doporučuje se očkování proti chřipce a pneumokokům.

Inhalační terapie:

Tato terapie je důležitá podpůrná léčba, která usnadňuje odkašlávání a uvolňování hlenu. Je to terapie, kdy je lék ve formě aerosolu aplikován do dýchacích cest. K inhalaci se nejčastěji používají bronchodilatancia a mukolitika. Pro doplnění léčby je vhodné provádět inhalace i doma. Přes den se doporučuje užívat expektoranci či mukolitika, které podporují a usnadňují vykašlávání hlenu jako například Ambrobene nebo Mucosolvan. Tyto léky je vhodné užívat do pěti hodin odpoledne. Na noc se spíše doporučuje užívat léky, které naopak kašel tlumí, jako jsou antitusika. Mohou to být například Codein, Sinecod či Stoptussin.

Odkazy, pro doplnění informací:

Academy: *Spektrum zdraví*. [online]. © 2009 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/academy/zapal-plic>

BARTOŠ, V., KOBLÍŽEK, V. 2010. *Pneumonie u starších pacientů*. Medical Tribune. 2010, roč. 6, č. 6, s. 7–8. ISSN 1214-8911.

KONŠTACKÝ, S. 2012. *Pneumokoková onemocnění a očkování u starších dospělých a chronicky nemocných pacientů*. Medicína po promoci. 2012, roč. 13, č. 1, s. 64–66. ISSN 1212-9445

VONDRA, V. 2009. *Optimální inhalace léků a chyby při inhalování*. Interní medicína pro praxi. 2009, roč. 11, č. 2, s. 59–62. ISSN 1212-7299.

KROFTA, K. 2003. *Pneumonie*. Postgraduální medicína. 2003, roč. 5, č. 7, s. 737. ISSN 1212-4184

PONDĚLÍČKOVÁ, Zdeňka. 2015. *Pneumonie* [online]. [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: <http://www.pondelickova.medikus.cz/o-nemocech/pneumonie-267>