



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

Diplomová práce

Problematika aktivizace seniorů v rámci
komunikace v ošetrovatelské péči
v Domovech pro seniory

Vypracoval: Bc. Martina Kloudová
Vedoucí práce: Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Název diplomové práce: Problematika aktivizace seniorů v rámci komunikace v ošetrovatelské péči v Domovech pro seniory.

Základní teoretická východiska: Diplomová práce je zaměřena na problematiku funkčních změn v oblasti stáří, onemocnění ve stáří a aktivizaci seniorů. Stárnutí populace hospodářsky vyspělých zemí neustále narůstá, z čehož lze vyvodit přirozeně se zvyšující zájem o tuto problematiku. Zdravotnický personál se stále setkává s větším počtem seniorů, tudíž schopnost sester rozpoznat potřeby seniorů a nahlížet na stáří jako na přirozenou součást lidského života je velmi důležitým aspektem. Podpora sebepečce a aktivizace by měla být hlavním cílem v péči o seniory pro zdravotnické pracovníky.

Cíle práce: Pro tuto diplomovou práci byly stanoveny tři cíle, kterými jsme chtěli zjistit specifické problémy při komunikaci mezi sestrou a seniory v rámci ošetrovatelské péče v Domovech pro seniory, zmapovat možnosti aktivizace seniorů jako prevence komunikačních bariér v Domovech pro seniory a v poslední řadě zjistit úroveň znalostí sester o aktivizaci seniorů v Domovech pro seniory v souvislosti s efektivně vedenou komunikací. K těmto cílům byly stanoveny následující výzkumné otázky: Jaké nejčastější problémy při aktivizaci v komunikaci seniorů řeší sestry v rámci ošetrovatelské péče v Domovech pro seniory? Jaké jsou možnosti aktivizace seniorů jako prevence komplikací v komunikaci v Domovech pro seniory? Jaké jsou znalosti sester v oblasti aktivizace seniorů v Domovech pro seniory?

Metodika: Diplomová práce na téma problematika aktivizace seniorů v rámci komunikace v ošetrovatelské péči v Domovech pro seniory byla zpracována dle metody kvalitativního šetření rozvržené do dvou fází. V první fázi byl sběr dat uskutečněn hloubkovými polostrukturovanými rozhovory se sestrami z Domovů pro seniory. Přesná transkripce rozhovorů byla analyzována technikou otevřeného kódování, kódy roztříděny do kategorií a vzniklých podkategorií uspořádaných do přehledných schémat. V druhé fázi výzkumu byla použita metoda skrytého pozorování, jejíž záznamy byly zapsány do pozorovacího archu a následně popsány. Výzkumné šetření probíhalo ve dnech od 12. února do 20. dubna 2015.

Výsledky: Z výzkumného šetření vyplývá, že všechny sestry znají specifické problémy komunikace se seniory v rámci ošetrovatelské péče v Domovech pro seniory, které jsou taktéž pro sestry psychicky zatěžující. Nadále je z výsledků zjevné, že větší počet sester považuje za aktivizaci seniorů pouze aktivizační programy, které Domovy pro seniory nabízejí. Dle některých sester jsou senioři z důvodu zhoršení jejich psychického nebo fyzického stavu v Domovech pro seniory bez aktivizace. Téměř všechny sestry se v oblasti aktivizace a komunikace vzdělávají formou seminářů a přednášek pořádaných Domovy pro seniory, které jim hradí zaměstnavatel. Všechny sestry považují vzdělávání se v oblasti aktivizace a komunikace jako přínos pro rozšíření vědomostí a zlepšení ošetrovatelské péče. Při druhé fázi výzkumného šetření jsme při pozorování sester během ranní hygieny zjistili, že čtyři z deseti sester provádí téměř celou hygienu za seniory bez jejich pomoci. Některé z nich se i opomenou zeptat, zda-li by si senioři nepřáli provádět hygienu sami. Čtyři sestry tedy seniory při ranní hygieně neaktivizují a některé sestry se seniory komunikují nevhodným způsobem.

Závěr: Myslíme si, že by se sestry měly více vzdělávat v oblasti aktivizace a komunikace. Vzdělávání přinese sestrám především teoretické znalosti, které jim pomohou v praxi při řešení problematických situací v ošetrovatelské péči o seniory. Výstupem naší diplomové práce bylo sezení s vrchními sestrami z Domovů pro seniory, kde jsme jim přednesly výsledky této diplomové práce. Vrchní sestry přislíbily konzultaci se sestrami a další seminář na téma aktivizace v souvislosti s komunikací.

Klíčová slova: aktivizace, komunikace, ošetrovatelská péče, Domov pro seniory

Abstract

Title of the Dissertation: Problems of seniors' activation in the context of nursing care communication in nursing care homes for elderly.

Basic theoretical standpoints: This Dissertation has been focused on problems on functional changes and illnesses in old age and seniors' activation. An aging of the population is constantly growing in developed countries of which could be deducted naturally increasing interest in this issue. Health care staff is confronted with greater number of elderly people thus as very important aspects are the ability of nurses to recognize their needs and to look at the old age as a natural part of human life. The support of seniors' self-care and their activation should be the main objective of health care staff.

Aims of the Dissertation: Three aims were identified to find out specific problems of nursing care with communications between the nurse and the elderly, to examine options of their activation such as a prevention of communications barriers and lastly to discover nurses' knowledgeable regarding the seniors' activation in the context of effective leadership communication. Following research questions for these targets were established: What are the most common problems that nurses deal with regarding the activation in communication in nursing care homes for elderly? What are the possibilities of seniors' activation as prevention of complications in communications in nursing care homes for elderly? What the nurses' skills are regarding seniors' activation in communications in nursing care homes for elderly?

Methodology: This Dissertation "Problems of seniors' activation in the context of nursing care communication in nursing care homes for elderly" is composed according to qualitative research method laid out in two parts. The first one, data collection was implemented by depth semi-structured interviews with nurses from nursing care homes for elderly. The exact transcription of the interviews were analysed by open-coding technique, codes were sorted into categories a arise subcategories, arranged into clear diagrams. Covert surveillance method was used as a second part of this research. Those

records were entered into the observation chart and then subsequently described. The research took place from 12th February to 20th April 2015.

Results: This research shows that all nurses know specific problems of communication with seniors in the context of their care in nursing care homes for elderly, who are also psychologically stressful for them. It also shows that greater number of nurses deemed seniors' activation as activation programs only provided by nursing care homes for elderly. The elderly, according to some senior nurses, are due to deterioration of their mental or physical condition without any activation. Almost all nurses are educated in the seniors' activation and communication by seminars and lectures organized by nursing care homes for elderly which are paid by the employer. All nurses considered their education in activation and communication area as a contribution to increase knowledge and improve nursing care. During this second phase was found that four out of ten nurses performed almost the entire care of the morning hygiene for seniors without their help. Some of the nurses neglected to ask whether seniors would wish to perform their own hygiene without their help. Therefore four nurses do not activate seniors during the morning hygiene and some nurses communicate with seniors inappropriately.

Conclusion: We think that nurses should have more education in activation and communication area. Their education will mainly bring theoretical knowledge that helps them to deal with problematic situation in nursing care for elderly. The outcome of this Dissertation was meeting with head nurses from nursing care homes for elderly where we presented our results gained by this research. They promised to consult it with rest of the nurses and to implement other seminar on seniors' activation with communication.

Keywords: activation, communication, nursing care, nursing care home for elderly

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) 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 diplomové 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 13. 8. 2015

.....

Bc. Martina Kloudová

Poděkování Chtěla bych touto cestou poděkovat své vedoucí práce Mgr. Radce Šulistové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytnutí cenných rad a v neposlední řadě pak za její trpělivost, kterou mi poskytla během psaní mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat celé své rodině za morální podporu při psaní diplomové práce.

Obsah

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	10
ÚVOD	11
<i>1</i> <i>Současný stav</i>	12
1.1 Stáří	12
1.2 Nejčastější onemocnění ve stáří	13
1.2.1 Ošetrovatelská péče u seniorů s ischemickou chorobou srdeční	13
1.2.2 Ošetrovatelská péče u seniorů s arteriální hypertenzí	16
1.2.3 Ošetrovatelská péče u seniorů s osteoartrózou	17
1.2.4 Ošetrovatelská péče u seniorů s vředovou chorobou	21
1.2.5 Ošetrovatelská péče u seniorů s diabetem mellitem	23
1.3 Inkontinence ve stáří	26
1.4 Problematika výživy ve stáří	29
1.5 Změny v chování seniorů	31
1.5.1 Alzheimerova choroba	32
1.5.2 Zvláštnosti ošetrování seniorů s Alzheimerovou chorobou	33
1.6 Ošetrovatelská péče v Domovech pro seniory	34
1.7 Komunikace se seniory v ošetrovatelské péči	35
1.8 Aktivizace, aktivizační programy a jejich vliv na komunikaci	37
1.8.1 Smyslová aktivizace	38
1.8.2 Ergoterapie	39
1.8.3 Pohybové aktivity	40
1.8.4 Bazální stimulace	41
1.8.5 Trénování paměti	42
<i>2</i> <i>Cíle práce a výzkumné otázky</i>	43
2.1 Cíle práce	43
2.2 Výzkumné otázky	43

3	<i>Metodika</i>	44
3.1	Použitá metodika	44
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	44
3.3	Schéma výzkumu	45
4	<i>Výsledky</i>	46
4.1	Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami z Domova pro seniory (D1)	46
4.2	Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami z Domova pro seniory (D2)	58
4.3	Srovnání vybraných kategorizací z Domovů pro seniory D1 a D2	70
4.4	Výsledky pozorování	75
4.4.1	Pozorování sester v D1 v oblasti aktivizace a komunikace během ranní hygieny seniorů	75
4.4.2	Pozorování sester v D2 v oblasti aktivizace a komunikace během ranní hygieny seniorů	78
5	<i>Diskuze</i>	82
6	<i>Závěr</i>	90
7	<i>Seznam informačních zdrojů</i>	93
8	<i>Přílohy</i>	100
8.1	Seznam příloh	100

Seznam použitých zkratk

ICHS	ischemická choroba srdeční
PTCA	perkutánní transluminální koronární angioplastika
EKG	elektrokardiogram
NaCl	chlorid sodný
TEP	totální endoprotéza kyčelního kloubu
DM	diabetes mellitus
BMI	Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)
PAD	perorální antidiabetika
BPSD	Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (Behaviorální a psychologické příznaky demence)
ADL	Activities of Daily Living (Test všedních činností)
IADL	Instrumental Activities of Daily Living (Test instrumentálních činností)

Úvod

Stáří patří pro člověka k nedílné součásti života. Stárnutí organismu po stránce fyzické i psychické začíná pozvolně, kdy s věkem klesá vitalita a energie. Dochází k celkovému zpomalení psychomotorického tempa a senzomotorické funkční koordinace. Právě v těchto chvílích, v době zhoršování se všech smyslů a přidružení se různých onemocnění u seniora, hraje významnou roli jeho rodina nebo zdravotnický personál. Většina seniorů, kdy se jejich zdraví zhoršuje, potřebuje podporu a péči u rodiny, nejlépe ve svém známém prostředí. Bohužel to není ale vždy možné, aby se po celé toto období starala o seniora rodina, a tak je možno využít institucí, jako jsou například Domovy pro seniory, léčebny pro dlouhodobě nemocné a další. V těchto institucích mnohdy samostatnost, schopnost vykonávat činnosti běžného denního života a motivace u seniora brzy zanikne. Následkem vznikají u seniora deprese, zhoršují se více jeho kognitivní funkce a urychluje se tak postup demence (Wehner a Schwinghammer, 2013).

V naší diplomové práci bychom chtěli poukázat na problematiku aktivizace v rámci komunikace v ošetrovatelské péči u seniorů, a to nejen v Domovech pro seniory. Aktivizace dává seniorům možnost, jak zkvalitnit svůj život ve stáří, předejít různým druhům onemocnění nebo zmírnit již stávající onemocnění. Zapojení se do aktivizace a souvisejících aktivizačních programů, je výzvou nejen pro seniory a sestry, ale i pro rodiny seniorů. V diplomové práci se zabýváme také nejčastějšími druhy onemocnění ve stáří, problematikou demence v návaznosti na komunikaci a aktivizaci seniorů. Tato problematika spolu úzce souvisí. Pokud bude vhodná aktivizace seniorů, senior bude lépe komunikovat, zlepší se tak spolupráce se zdravotnickým personálem a tím i ošetrovatelská péče, což platí i naopak v negativním slova smyslu. Je tedy nezbytné vzdělávat sestry i celý ošetrovatelský tým v této oblasti, aby kvalita aktivizace byla na profesionální úrovni a tím se zlepšila i ošetrovatelská péče o seniory.

1 Současný stav

Diplomová práce je zaměřena na problematiku funkčních změn v oblasti stáří, onemocnění ve stáří a aktivizaci seniorů. Stárnutí populace hospodářsky vyspělých zemí neustále narůstá, z čehož lze vyvodit přirozeně se zvyšující zájem o tuto problematiku. Zdravotnický personál se stále setkává s větším počtem seniorů, tudíž schopnost sester rozpoznat potřeby seniorů a nahlížet na stáří jako na přirozenou součást lidského života je velmi důležitým aspektem. Podpora sebepéče a aktivizace by měla být hlavním cílem v péči o seniory pro zdravotnické pracovníky.

1.1 Stáří

V současné době se udává dolní hranice stáří věkem 65 let. Stárnutí je v dnešní moderní době díky prodlužování střední délky života dopřáno většině z nás i přes to, že je zatíženo vysokou nemocností, polymorbiditou a zhoršováním soběstačnosti seniorů. Vysoká nemocnost seniorů klade velké nároky na zdravotní péči. Nárůstem nemocných nad 65 let se zvyšují náklady na zdravotní péči a přesahují tak 35% z celkových nákladů na zdravotnictví (Langmeier a Krejčířová, 2006; Topinková, 2006).

Lékařství je v dnešní době založené na vědeckých důkazech a vyžaduje, aby u starších osob bylo ošetřování a zdravotnická péče využívána účelně, tedy aby byla péče pro seniory přínosná a s nejnižšími možnými náklady. Zvýšením počtu seniorů se specifickými zdravotními potřebami si žádá změnu ve zdravotních službách. Je potřeba přizpůsobit této situaci dostupnost geriatrické péče, rehabilitace, dlouhodobé a paliativní péče a podporovat zdravý životní styl ve stáří. Kvalitní zdravotní péče ve stáří vyžaduje odbornou, specializovanou geriatrickou péči a současně geriatricky upravené přístupy v rámci jednotlivých specializací. Toho lze dosáhnout soustavným vzděláváním lékařů, sester a celého zdravotnického personálu. (Topinková, 2005; Pidrman, Kolibáš, 2008).

1.2 Nejčastější onemocnění ve stáří

V naší diplomové práci se zabýváme onemocněními ve stáří, jelikož mají řadu zvláštností, majících vliv na seniora v oblasti nejenom fyzické, ale i psychické. U seniora převažují chronické dlouhodobé nemoci a nemoci degenerativní. Mohou být ale i onemocnění akutní, které je zapotřebí diagnostikovat a léčit včas, aby se předešlo možnému ohrožení seniora dalšími komplikacemi či nevratnou poruchou zdravotního stavu. Další důležitou charakteristikou onemocnění seniorů je zvýšené riziko invalidity, kdy mají senioři v souvislosti s onemocněním potíže vykonávat běžné činnosti v domácím prostředí nebo mimo ni, nebo dokonce vyžaduje pomoc druhých, především členů rodiny. Mezi typy nejčastějších onemocnění ve stáří patří onemocnění kardiovaskulární (ischemická choroba srdeční, arteriální hypertenze), dále onemocnění pohybového aparátu (osteoartróza), gastrointestinálního traktu (vředové choroby), centrálního nervového systému, endokrinní onemocnění (diabetes mellitus), onemocnění močového ústrojí a s tím spojená inkontinence moče (Topinková, [2008]).

V souvislosti s vyšším věkem u seniora se může vyskytnout i snížená chuť k jídlu a dehydratace, které jsou obvykle diktovány hormonálním stavem seniora a způsobují tak zdravotní komplikace například poruchu imunitního systému, snížení svalové síly a další. Ve stáří se můžeme velmi často setkat i s problematikou inkontinence moči a stolice, která je stále ještě tabuizována, protože nemocní nemají tendenci se svěřovat. Je tedy zapotřebí, aby sestra dbala nejen na informace o obtížích nemocného, ale aby také zapojila své pozorovací schopnosti při sběru ošetřovatelské anamnézy (Pokorná a kol., 2013; Vybíhalová, [2012]).

1.2.1 Ošetřovatelská péče u seniorů s ischemickou chorobou srdeční

Ischemická choroba srdeční (ICHS) pojímá soubor onemocnění, pro který je společná ischemie myokardu vzniklá na podkladě patologického procesu v koronárním řečišti (ateroskleroticky změněné tepny). Ischemické onemocnění myokardu může vzniknout i

z jiných příčin, jako je například anemie, šokové stavy a další. Ischemická choroba srdeční se dělí na chronickou a akutní formu. Do chronické formy patří onemocnění zvané stabilní angina pectoris, variantní angina pectoris, srdeční selhání, arytmie a do formy akutní patří akutní infarkt myokardu, nestabilní angina pectoris a náhlá smrt. Při angině pectoris dochází ke krátkodobé ischemii myokardu v důsledku zmenšeného přísunu kyslíku k srdečnímu svalu. Angina pectoris se dělí na námahovou, kdy se projevy onemocnění objeví například při námaze či rozčilení, která je zapříčiněna zvýšenou potřebou kyslíku a na anginu pectoris klidovou, kdy se objeví příznaky v klidu, bez zatížení a u této formy již hrozí vznik nekrózy myokardu – tedy infarkt myokardu. Příznaky anginy pectoris jsou stenokardie – bolesti za hrudní kostí s propagací do části levé paže, doprovázené úzkostí a dušností. Seniori s nekomplikovanou anginou pectoris jsou léčeni ambulantně. Jsou hospitalizováni, pouze když se u nich vyskytnou komplikace. Terapie u onemocnění ICHS je farmakologická i chirurgická. Do farmakologické léčby patří skupiny léků, jako jsou například nitráty, blokátory kalciových kanálů, betablokátory, antikoagulantia a antiagregancia. V chirurgické léčbě se využívá PTCA (perkutánní transluminální koronární angioplastika), kdy se zavede katétr do místa stenózy a nafoukne se balonek, který zúženou tepnu dilatuje. Aby nedošlo k opětovnému zúžení tepny, může se při dilataci implantovat stent charakteru miniaturní kovové síťky. Senior po tomto chirurgickém výkonu musí obvykle zůstat na lůžku 24 hodin od vytažení posledního katétru. Sesterská ošetrovatelská péče spočívá ve sledování bolestivosti a možného krvácení u klienta v místě vpichu, měření fyziologických funkcí a v informování klienta o důležitosti klidového režimu na lůžku po dobu 24 hodin. Po úspěšném provedení PTCA senior odchází domů obvykle během 3 – 4 dnů. K dalším chirurgickým výkonům patří aortokoronární bypass, endarterektomie a resekce aneurysmatu (Škvařilová, [2012]; Lloyd, [2013]).

Díky sledování zdravotního stavu seniora a pečlivě odebrané ošetrovatelské anamnéze můžeme předcházet komplikacím ischemické choroby srdeční. Mezi ošetrovatelskou péčí sestry o seniora s anginou pectoris patří úleva od bolesti (dle ordinace lékaře), vhodně zvolený psychologický přístup, uklidnění seniora, podání

informací ohledně onemocnění dle sesterské kompetence. Dle ordinace lékaře sestra připraví seniora na možná vyšetření a vysvětlí mu jejich průběh. Sestra asistuje lékaři při vyšetření a dle ordinace podá nemocnému seniorovi léky. Součástí léčby patří i informování seniora o důležitosti změny jeho stylu života a omezení tak rizikových faktorů vzniku onemocnění, jako je například kouření, obezita, nedostatek pohybu a stres. Sestra také seniora upozorní na pravidelné návštěvy u lékaře, pravidelné užívání léků a v případě vzniku náhlých a déle trvajících bolestí jej informuje o možnostech přivolání si rychlé záchranné služby (Klener, 2011; Šafránková a Nejedlá, 2011).

Do akutní ischemické choroby patří již zmíněný infarkt myokardu, což je ložisková nekróza vyvolaná poruchou koronárního prokrvení. Nejčastěji bývá infarktem postižena levá srdeční komora. Koronární tepnu může akutně uzavřít trombus, který nasedá na aterosklerotický plát, embolus, aterosklerotický plát samotný nebo spasmus (stah cévy), zánět koronární tepny anebo poranění. Hlavním příznakem u akutního infarktu myokardu jsou stenokardie, náhlá, svíravá bolest s propagací do levé horní končetiny až do malíku, do krku, dolní čelisti, trvající déle než 20 minut. K dalším příznakům patří úzkost, strach ze smrti, dušnost, zmatenost. Komplikacemi po akutním infarktu myokardu mohou být arytmie (poruchy vzniku a vedení vzruchu) nebo selhání srdce jako pumpy. Proto je velmi důležitá včasná diagnostika a urychlený převoz nemocného do zdravotnického zařízení. Terapie tohoto onemocnění se dělí na přednemocniční, za použití farmakologické léčby (Nitrát, 1 tableta Kyseliny acetylsalicylové, Morfin, Diazepam, Atropin, Betablokátory, Furosemid) a nemocniční, kdy je nemocný přijat na koronární jednotku nebo jednotku intenzivní péče, za účelem monitorace životních funkcí. Cílem nemocniční péče je obnovení prokrvení myokardu za pomoci trombolýzy, PTCA, podání Antikoagulancií, Antiagregancií, Betablokátorů, Nitrátů a v především v aplikaci oxygenoterapie. Pokud není dosud prováděná terapie účinná, je možné opakovaně provést PTCA nebo bypass. Sestra na jednotce intenzivní péče monitoruje fyziologické funkce nemocného seniora (EKG, tlak, pulz, dech) včetně tělesné teploty, příjmu a výdeje tekutin u seniora a vše zaznamenává do dokumentace. Opakovaně sestra měří hodnoty biochemických vyšetření krve (například kreatinkináza, troponin, aspartátaminotransferáza a další), podává léky nemocnému dle ordinace lékaře, ošetřuje

periferní žilní katétr, pečuje o hygienu nemocného, výživu a vyprazdňování. Sestra poučí seniora o dodržování režimových opatření, jako jsou klid na lůžku, od 3. dne pomalu vstávat, 2. týden chůze mimo pokoj a ve 3. týdnu se před propuštěním provádí ergometrie neboli zátěžový test. Ergometrie spočívá v postupném zvyšování tělesné námahy při „šlapání na kole“ za současného snímání EKG, průběžně je měřena tepová frekvence a krevní tlak. Před ergometrií sestra poučí nemocného seniora o přípravě na toto vyšetření, které spočívá v nepití kávy, nekouření a lačněním 2 hodiny před vyšetřením. Dále nemocného seniora lékař klinicky vyšetří, sestra připevní elektrody na trup a končetiny nemocného a ováže manžetu tlakoměru kolem paže. Poté změří klidový tep, tlak a natočí EKG.

Během léčby a před propuštěním seniora do domácího prostředí by ho sestra měla edukovat o nevhodnosti kouření, snížení hmotnosti, pravidelné aktivitě bez posilování, pravidelnosti užívání léků a důležitosti chození na pravidelné lékařské prohlídky (Škvařilová, [2012]; Šafránková a Nejedlá, 2011).

1.2.2 *Ošetrovatelská péče u seniorů s arteriální hypertenzí*

Arteriální hypertenzí se rozumí trvalé zvýšení tlaku nad hodnoty 140/90 mmHg, který je měřený nejméně při dvou různých návštěvách, při kterých by měla být provedena minimálně dvě měření. Z hlediska etiologického, hypertenzi rozdělujeme na primární (esenciální) a sekundární (symptomatickou). Výskyt primární hypertenze je v 90% všech případů. Její původ není úplně znám, ale známy jsou rizikové faktory, které napomáhají vzniku tohoto onemocnění. K rizikovým faktorům patří genetická dispozice, obezita, kouření, užívání alkoholu, zvýšený příjem NaCl (kuchyňská sůl), stres a nedostatek kalcia a magnezia (Rafey, [2010]; Šafránková a Nejedlá, 2006).

Primární hypertenze začíná obvykle mezi 30. až 50. rokem života a častěji se vyskytuje u mužů. Výrazně narůstá s věkem, ve věku nad 50 let tímto onemocněním trpí více než 50% obyvatel. U sekundární hypertenze, která je podmíněná hormonálně a je správně diagnostikována, jsou možnosti úplného vyléčení. K příčinám této

hypertenze řadíme renální a renovaskulární hypertenze, endokrinní hypertenze (onemocnění dřeně nadledvin, kůry nadledvin), polékovou, v těhotenství a při koarktaci aorty. Častými příznaky u seniora s arteriální hypertenzí jsou bolesti hlavy, poruchy spánku, zvracení, poruchy zraku, bolesti na hrudi, dušnost, poruchy srdečního rytmu a další. K hlavním úkolům sestry při ošetřování seniora s hypertenzí patří shromažďování subjektivních i objektivních informací, které jsou zapisovány do ošetřovatelské dokumentace. Sestra se zaměřuje na jeho aktuální potíže, osobní, rodinnou, sociální i lékovou anamnézu. Mezi sesterskou ošetřovatelskou péčí o seniora s hypertenzí patří podání dostatečného množství informací o vzniku možných komplikací při onemocnění hypertenze a nutnosti úpravě životosprávy. Sestra motivuje a edukuje seniora k zapojení se do léčebného procesu, dodržování léčby a účastnění se pravidelných kontrol u lékaře. Sestra mu také doporučí, aby prováděl v domácím prostředí tzv. selfmonitoring (vlastní měření tlaku), jenž mu náležitě vysvětlí a názorně předvede. Sestra se snaží si získat seniorovu důvěru proto, aby pochopil rizika neléčené arteriální hypertenze a snáze se zapojil do aktivní spolupráce při léčebném procesu (Tkáčová [2011]; Šafránková a Nejedlá, 2006).

1.2.3 Ošetřovatelská péče u seniorů s osteoartrózou

Osteoartróza je nejčastější kloubní onemocnění přibývajícím s věkem, které postihuje klouby kolenní, kyčelní, drobné klouby rukou, kořenový kloub palce ruky a klouby v páteři. Jde o nezánettivé degenerativní onemocnění. K charakteristice onemocnění patří ložisková ztráta chrupavky z částí synoviálních kloubů, která je doprovázena hypertrofickou reakcí subchondrální kosti a okraje kloubů. Osteoartróza je vzhledem ke stárnutí populace nejčastějším kloubním onemocněním populace nad 55 let. Rizikovým faktorem vzniku osteoartrózy váhonosných kloubů je obezita, mohou jí být však i některá metabolická a endokrinologická onemocnění. Důležitým mechanickým faktorem, který lokalizuje osteoartrózu do určitého kloubu, se může stát prodělaný úraz, nejčastěji poranění menisků v koleni, vrozený špatný tvar kloubu u subluxece kyčelního

kloubu, trvalé přetěžování kloubu v rámci vrcholových sportovních aktivit či přetěžování v práci při nevhodné poloze. (Špinglová, [2007]; Klener, 2011).

K prvním příznakům gonartrózy (postižení kolen) patří bolestivost při větší námaze např. chůzi po schodech. Později se bolest stává intenzivnější a někdy může být i klidová. Později dochází k omezení funkce postižené části a senior může při chůzi i kulhat. Postižený kloub může být i oteklý a bolestivý na tlak. K optimální léčbě gonartrózy patří nefarmakologická opatření (cvičení, snížení tělesné hmotnosti, fyzioterapie a jiné), dále léčba farmakologická, jako jsou analgetika a nesteroidní antirevmatika. V dalším vývoji tohoto onemocnění, kdy vznikají deformity kloubu a jeho funkce se zhoršuje, bolest se stává pro nemocného intenzivnější a nemocný začne spolu s ošetřujícím lékařem spolu s výsledky rentgenologického vyšetření zvažovat o totální náhradě kloubu.

K další časté lokalizaci osteoartrózy patří koxartróza (onemocnění kyčelního kloubu). Projevuje se bolestivostí v kyčelním kloubu vyzařující do kolene a do třísla. Nemocný má zhoršující se potíže při běžných denních činnostech, jako je oblékání ponožek, vylézání z vany nebo při sezení. Senior také kulhá a zkracuje se vzdálenost, kterou ujde.

K hlavní diagnostice u onemocnění osteoartrózy patří ošetřovatelská anamnéza se subjektivními i objektivními potížemi seniora, kterou odebírá sestra, RTG snímek postižené části těla a laboratorní vyšetření dle ordinace lékaře.

Léčba osteoartrózy by měla být komplexní a měla by zahrnovat i režimová opatření jako je například redukce váhy nemocného, výběr vhodných pohybových aktivit a eventuelně používání asistenčních či protektivních pomůcek, o kterých sestra nemocného seniora vždy informuje. Mezi protektivní pomůcky patří zejména užívání berlí, holí či nošení různých ortéz. Při artróze nemocný může využít prostředky fyzikální léčby a rehabilitace (Špinglová, [2007]; Shiel [2014]).

Mezi další léčbu osteoartrózy patří léčba farmakologická pomocí analgetik, nesteroidních antirevmatik a chondroprotektiv. Do chirurgické léčby patří artroskopické metody, osteotomie, totální náhrada kloubu (nejčastěji TEP – totální endoprotéza kyčelního kloubu).

Totální endoprotéza je umělá náhrada kyčelního kloubu. Pro mnoho lidí znamená možnost náhrady kyčelního kloubu často jediný způsob návratu zpět do života bez bolestí a bez významného pohybového omezení (Dungl, 2005). Pro náhradu kyčelního se používá endoprotéza totální, která nahrazuje hlavici kosti stehenní a kloubní jamku a v současné době je nejprováděnější nebo endoprotéza cervikokapitální, kdy je nahrazena pouze hlavice kosti stehenní. Indikací k náhradě kyčelního kloubu je degenerativní onemocnění, poškození kyčelního kloubu úrazem, vrozené vady a nádorové onemocnění horního konce stehenní kosti. Při nástupu nemocného seniora do nemocnice sestra sbírá od seniora informace, sepíše s ním ošetřovatelskou anamnézu a nechá ho pročíst si a podepsat informované souhlasy s operací. Dále též kontroluje, zdali má s sebou všechny potřebné pomůcky, a to abdukční klín, ortopedickou obuv, elastické punčochy, podpažní berle, francouzské hole. V případě, kdy je nemocný senior nemá, mu je sestra zajistí nebo informuje rodinu o jejich potřebě během hospitalizace.

V předoperační přípravě sestra zajistí odběry do komplexního interního vyšetření dle ordinace lékaře a informuje seniora o pooperační péči. Sestra se stará nejen u nemocného seniora o přípravu fyzickou (oholení operačního pole, vyprázdnění), ale i o přípravu psychickou. Informuje ho o lačnění den před operací, podání glycerinových čípků k vyprázdnění dle zvyklosti oddělení a informuje seniora o důležitosti hygieny před operací.

V bezprostřední přípravě sestra změní fyziologické funkce nemocnému a ženám zavede permanentní močový katétr (mužům lékař) z důvodu měření hodinové diurézy a následné bilance tekutin po operaci. Dle ordinace lékaře sestra podá seniorovi premedikaci před operací a zavede flexibilní kanylu do žíly pro přístup infuzní terapie. Samozřejmě sestra vyzve nemocného, aby si před operací odložil všechny šaty, šperky a vyndal si zubní protézy. Senior je odvezen na operační sál se svou ošetřovatelskou dokumentací včetně profylaktické dávky antibiotik a ošetřující sestra předá informace o nemocném seniorovi anesteziologické sestře.

V pooperační péči se sestra stará asepticky o operační ránu, měří seniorovi fyziologické funkce a hodinovou diurézu. Poloha nemocného seniora je vleže na zádech s derotačním postavením operované končetiny. Dolní končetina je tedy v extenzi s

vnitřní rotací, kterou zajišťuje antirotační bota a je podporována abdukčním klínem mezi dolními končetinami. Sestra monitoruje postavení operované dolní končetiny a operační ránu, do které je zaveden Redonův drén včetně jeho odpadu. Sestra podává pacientovi hemosubstituce podle krevního obrazu a ordinace lékaře, profylakticky mu podává antibiotika a antikoagulancia dle ordinace lékaře. Během celého pooperačního období monitoruje bolest, za pomoci analogové škály a podává nemocnému analgetika dle ordinace lékaře. Nemocný senior, který nejeví známky nauzey a emesis po operaci, dostává večeři dle diety před operací. Dále sestra neustále sleduje operační ránu a odpady Redonova drénu, v závislosti na kterých se druhý nebo třetí den ruší dle ordinace lékaře. Dalším důležitým krokem je rehabilitace seniora. Sestra jej proto informuje, jakým způsobem bude jeho rehabilitace probíhat. Pokud to jeho stav dovolí, již druhý den po operaci je nemocný vertikalizován. Brzy po operaci se začínají provádět běžné pohyby na lůžku i mimo něj. Nejméně tři měsíce po operaci je důležité tyto pohyby provádět s nutným omezením, aby nedošlo k vykloubení kyčelního kloubu. Mezi pohyby, které nemocný nesmí provádět, patří především zevní rotace a addukce v kyčelním kloubu, které když jsou provedeny současně, jsou přímo luxačním manévrem. Dalším pohybem je flexe nad 90°, při níž se hlavička endoprotézy opírá o zadní okraj jamky a snadno dojde působením síly v ose femuru k vykloubení dozadu. Z nemocnice by měl odcházet senior samostatně chodící o berlích se simulací nášlapu, která odpovídá zatížení hmotností operované končetiny. Po celou dobu rehabilitace platí zásada, že zátěž operované končetiny určuje operátor, který nejlépe zná poměry v kyčelním kloubu, typ implantované endoprotézy i stav vazivového a svalového aparátu. Sestra edukuje seniora před návratem do domácího prostředí o možných kompenzačních pomůckách, které usnadní pohyb při každodenních činnostech (sedátka do vany, madla, protiskluzové podložky). Dále jej sestra upozorní na zahájení lehkých fyzických aktivit až od 6 měsíců. Vhodné je plavání, chůze, golf a jízda na kole, turistika, ale ne v extrémním terénu (Dungl, 2005; Halášová a Panošová [2010]).

1.2.4 Ošetřovatelská péče u seniorů s vředovou chorobou

Peptický gastroduodenální vřed je ložiskový slizniční defekt, který vzniká v dosahu působení žaludeční šťávy a postupuje až do muscularis mucosae. Nejčastěji se objevuje v žaludku a dvanáctníku, ale může se vyskytnout i v jícnu při refluxní chorobě či v tenkém i tlustém střevě. S vředovou chorobou gastroduodena se setkáváme během celého roku, u všech věkových kategorií. Větší nárůst tohoto onemocnění však zaznamenáváme v jarních a podzimních měsících. Peptický vřed žaludku a duodena se může vyskytnout v rámci vředové choroby, pak mluvíme o vředu primárním, kdy je většinou postiženo duodenum. Hlavní příčinou nekomplikovaného, primárního vředu je infekce *Helicobacter pylori*. Sekundární, symptomatický, vřed může mít řadu příčin. Hlavním faktorem vedoucím ke komplikovanému průběhu vředové choroby, především ke krvácení z peptické léze, je užívání nesteroidních antirevmatik. K dalším rizikovým faktorům vzniku žaludečních a dvanáctníkových vředů patří faktory psychické, genetické a alergické. K agresivním faktorům vzniku patří zvýšená produkce kyseliny chlorovodíkové (kterou mimo jiné způsobuje kouření, kofein, tein) dále bakterie *Helicobacter pylori*, žlučové kyseliny pronikající refluxem z duodena do žaludku a léky, které mění skladbu mucinu (nesteroidní antirevmatika). K příznakům tohoto onemocnění patří bolest v epigastriu pod pravým žeberním obloukem, dále senior často trpí zácpou, říháním, regurgitací a únavou. U vředu žaludečního začíná bolest 10 minut až jednu hodinu po jídle, tudíž senior často hubne a nemá chuť k jídlu. Při vředu duodenálním senior spíše přibývá na váze, protože u něj začíná bolest v epigastriu nalačno nebo v noci, takže se snaží pořád jíst. Léčba je v současné době u nekomplikovaného vředu převážně medikamentózní. V diagnostice vředové choroby se využívá nejčastěji gastroskopie, při které se provede biopsie na průkaz vředové choroby nebo jiného onemocnění například karcinomu žaludku (Šafránková a Nejedlá, 2006; Bělina [2006]).

Jak píše Šafránková a Nejedlá (2006), u onemocnění vředové choroby může dojít ke komplikacím. Mezi komplikace patří krvácení, penetrace, perforace, stenóza pyloru. Nejčastější komplikací je krvácení, které se objevuje u nemocných s peptickým vředem a projevuje se melénou, hematemézou natrávené krve, anémií až hemoragickým šokem.

U penetrace, při které proniká vřed celou stěnou do jiného orgánu, nejčastěji do slinivky, se vytvoří zánět okolo peptického vředu a dochází ke srůstům. Bolesti jsou při penetraci úporné, vystřelující do zad. Perforace se projevuje jako náhlá příhoda břišní, rozvíjí se peritonitida až šokový stav. U stenózy pyloru je většinou provázána jednou až třikrát za den zvracením většího množství potravy staršího data. K další diagnostice patří dechové testy na průkaz *Helicobacteru pylori* a též jeho průkaznost ve stolici.

Při terapii nemocný senior užívá podle ordinace lékaře nejčastěji inhibitory protonové pumpy (omeprazol, pantoprazol nebo lanzoprazol). Dodržuje speciální dietu, neměl by kouřit a také užívat alkohol. Při nálezu *Helicobacteria pylori* se používá kombinovaná terapie blokátoru protonové pumpy a antibiotik. Cílem léčby je také dodržovat režimová opatření (tělesný i duševní klid, dostatek spánku, úprava stravy, vysazení ulcerogenních léků. Chirurgický zákrok se užívá zejména při perforaci vředu a u akutního krvácení, neúspěšné medikamentózní léčbě, léčbě následků vředové choroby a při podezření z malignity. Operace se provádí také u žaludečních vředů podezřelých z přítomnosti zhoubného nádorového bujení (vředy nezhojené do 3 měsíců, větší než 2 cm a umístěné na velkém zakřivení žaludku), navzdory negativnímu mikroskopickému vyšetření tkáně vředu. Základním operačním výkonem pro žaludeční i dvanáctníkové vředy je resekce žaludku neboli odstranění dvou třetin žaludku s následným napojením zbylé horní části žaludku na dvanáctník, popřípadě lačník (úsek tenkého střeva za dvanáctníkem). U dvanáctníkových vředů je další alternativou takzvaná vagotomie - přerušení nervus vagus (bloudivého nervu), popřípadě jeho větví v dutině břišní, čímž je vyloučen stimulační vliv tohoto nervu na uvolňování žaludeční kyseliny. Vagotomie je dnes s výhodou prováděna laparoskopicky. Prognóza vředové choroby je většinou dobrá, ovšem v poslední době přibývá komplikovaných forem. Léčba nemocného seniora s nekomplikovanou vředovou chorobou probíhá v domácím prostředí, pod dohledem praktického lékaře (Navrátil, Leoš a kol., 2008). V opačném případě může být senior hospitalizován na standardním interním nebo chirurgickém oddělení. Sestra při příjmu seznámí seniora s nemocničním řádem oddělení a sepíše s ním ošetřovatelskou anamnézu. Sestra u nemocného sleduje fyziologické funkce a vyprazdňování stolice z důvodu možného výskytu melény (natrávené krve ve stolici).

V případě výskytu melény, sestra informuje lékaře a plní jeho dané ordinace. Sestra si také všímá charakteru bolesti u seniora, její síly, lokalizace, v závislosti na jídle a denní době. V případě nauzey a zvracení, sestra sleduje vzhled, množství, zápach a příčiny vzniku. Při zvracení krve, hematemézy, sestra ihned informuje lékaře, nemocného uloží do Fowlerovy polohy, zajistí periferní žilní kanylu a plní ordinace lékaře. Sestra také zváží nemocného při příjmu na oddělení a edukuje ho o správné životosprávě a dodržování dietního opatření (neužívat alkohol, dráždivá a kořeněná jídla, kávu, perlivou vodu a džusy). Popřípadě mu může domluvit schůzku s nutričním terapeutem. S nemocným sestra spolupracuje a poskytuje mu dostatečné a vhodné informace o nadcházejících vyšetřeních, která budou u nemocného probíhat na základě ordinace lékaře (Šafránková a Nejedlá, 2006; Bělina [2006]).

1.2.5 Ošetrovatelská péče u seniorů s diabetem mellitem

Diabetes mellitus (DM), vyznačující se poruchou metabolismu sacharidů, je charakterizovaná zvýšenou glykemií a glykosurií. Rozlišují se 2 základní typy, diabetes I. a II. typu, které vznikají důsledkem absolutního nebo relativního nedostatku inzulinu. V prvotních stádiích diabetu I. typu jsou buňky slinivky břišní, produkující hormon inzulin, ničeny vlastním imunitním systémem. Proto se řadí mezi autoimunitní choroby. Tento typ diabetu je vždy závislý na léčbě inzulinem, proto se nazývá inzulin dependentní. Diabetes II. typu je buďto způsoben relativním nedostatkem inzulinu (vyskytuje se u osob dospělých a obézních, kdy je produkce inzulinu dostatečná, ale na zvýšený přísun cukru nestačí) a tento typ lze vyřešit dietou, anebo je způsoben necitlivostí inzulinových receptorů, takzvaná inzulinová rezistence (Perušicová, 2008; Ferry Jr., [2015]). Dalším typem diabetu je sekundární diabetes, který vzniká druhotně při jiném onemocnění, např. pankreatitidě, karcinomu. Také v těhotenství může vznikat sekundární diabetes, protože některé placentární hormony působí proti inzulinu (Muknšnáblova, 2014).

Klinický obraz u onemocnění diabetes je hyperglykemie (nad normu 3,6 – 5,9mmol/l), která způsobuje svědění genitálu u žen, glykosurie, kdy glukóza z krve přechází do moče a s tím spojená i polyurie (nadměrné močení). N následně trpí nemocný polydipsií (zvýšený pocit žízně), dehydratací až hypotenzí. Z dechu je u nemocného cítit aceton – foetor acetonemicus (Mukšnáblová, 2014).

U této nemoci může dojít ke komplikacím, které se rozdělují na akutní a pozdní. K akutním patří hypoglykemické a hyperglykemické kóma. Při hypoglykemickém kómatu je rychle odsunuta glukóza z krve do tkání a rychlý pokles glykemie pod normu. Stává se tak u nemocného seniora – diabetika, který se předávkuje inzulinem nebo se po aplikaci inzulinu nenají. Senior se začne potit, má hlad, třes, tachykardii, přerývá se, nekoncentruje se a může být i zmatený. Tento stav může připomínat opilost. V terapii se používá kostka cukru, kterou by měl mít diabetik vždy při sobě nebo sladký čaj. Při bezvědomí se aplikuje intravenózně 40% glukóza do nabytí vědomí. Hyperglykemické kóma nastupuje při zvýšené hladině krevního cukru nad 15mmol/l. Příčinou často bývá zapomínání diabetiků si aplikovat inzulin nebo je dávka inzulinu nízká. Také porušení diabetické diety, nedostatek pohybu, stres, akutní infekce a různá onemocnění mohou zapříčinit hyperglykemické kóma (Mukšnáblová, 2014).

Při terapii si musíme dávat pozor na záměnu hyperglykemie za hypoglykemii, proto vždy aplikujeme inzulin až po kontrole glykemie. Při pozdních komplikacích může nastat diabetická angiopatie, diabetická retinopatie (postižení cév sítnice), diabetická nefropatie (postižení glomerulu v ledvinách), diabetická neuropatie (postižení nervů), diabetická noha. Přičemž u diabetické angiopatie vzniká ateroskleróza cév, v důsledku hypertenze a hyperglykemie v diabetu. Postižení cév může být v sítnici, v ledvinách, v dolních končetinách i nervů. Diabetická noha je označení všech změn na dolních končetinách pod kotníkem zapříčiněnou diabetem např. snížená citlivost v nohou, angiopatie, při které vzniká ateroskleróza a ischemická choroba dolních končetin (Mukšnáblová, 2014).

V důsledku ischemické choroby dolních končetin vznikají parestezie, špatné hojení ran, otlaky, nekróza tkáně a při infikování může dojít až ke gangréně končetiny (zčernání končetiny). Gangréna se rozděluje na typ suché a vlhké. U suché gangrény

prsty na končetině zčernají a odpadnou, ale u vlhké gangrény je nutné provést amputaci končetiny k záchraně nemocného před sepsí celého organismu (Šafránková a Nejedlá, 2006; Lichnovský, [2014]).

K diagnostice diabetu mellitu patří obsáhlá anamnéza od nemocného seniora, kde se zjišťují symptomy nemoci, zda – li senior kouří, trpí hypertenzí, jeho dietní návyky, jiná onemocnění a další. Sestra změří výšku, hmotnost nemocného, vypočítá BMI, změří krevní tlak a provede příslušné ordinace dle lékaře. Seniorovi sestra odebere krev na glykémii nalačno a po jídle (postprandiální glykémii) a zhotoví vyšetření na C peptid. Dále se může provést u nemocného orální glukózotoleranční test, kde se sledují hodnoty glykemie nalačno a vzestup a pokles glykemie po vypití glukózy. K dalším vyšetření patří glykemický profil (odebrání deseti glykemií v různých časových rozestupech), vyšetření lipidů, pH krve, vyšetření moče, popřípadě oftalmologické vyšetření, vyšetření tepen krčních i tepen dolních končetin, vyšetření štítné žlázy a neurologické vyšetření (Šafránková a Nejedlá, 2006; Lichnovský, [2014]).

Všechny typy onemocnění mají společnou součást léčby, kterou představuje dieta a pohyb. Diabetická dieta číslo 9 je racionální strava podle odhadu energetické potřeby diabetika na den. Podle fyzické aktivity, konstituce, věku diabetika se dále diabetické diety rozdělují v závislosti na denním příjmu sacharidů. Jídlo je nutné dělit na menší porce do přibližně 6-7 dávek v pravidelných intervalech (redukce příjmu cholesterolu a soli). K dalším potřebným potravinám patří ovoce, zelenina, vláknina a minimálně 2,5 l tekutin/den – minerálky, slabý čaj. Pravidelná fyzická aktivita by měla být přiměřená. Rozhodně by nemělo dojít k nedostatku cukru v krvi (hypoglykémii). Proto nesmí diabetici nikdy dlouho hladovět ani praktikovat náročnou, dlouhodobou činnost (Perušicová, 2011; Šafránková a Nejedlá, 2006). Ve farmakologické léčbě se využívá perorálních antidiabetik (PAD) u II. typu diabetu, dalinzulinová sekretagoga – zvyšují sekreci inzulínu, inzulínové senzitivizéry – zlepšují citlivost tkání k inzulínu, inhibitory trávení škrobu - zpomalují vstřebávání glukózy. K aplikaci subkutánních injekcí se při diabetu mellitu využívá inzulínů, které se dělí podle způsobu výroby na lidské (humulony) produkované geneticky upravenými bakteriemi *Escherichia coli* nebo kvasinkami, které produkují lidský typ inzulínu a dále na inzulínová analogá, kde je

upraven lidský inzulín a dochází tak k záměně aminokyselin. Dále se inzulín rozděluje podle délky účinku rychlá analoga (nástup účinku ihned, působí asi 2-3 hod. Humalog, Novorapid), krátkodobá (nástup účinku 15-30 minut po subkutánní aplikaci, působí 5-6 hod. Humulin R, Actrapid HMP), střednědobá (pozdvolný nástup účinku, působí 8–16 hodin Humulin N, Insulatard HMP) a dlouhá analoga (působí 24 hodin, Levemir, Lantus). K méně častým možnostem léčby patří léčba experimentální, kde se transplantuje pankreas a Langerhansové ostrůvky (Perušicová, 2011; Šafránková a Nejedlá, 2006).

Sesterská ošetrovatelská péče je velmi obsáhlá v edukaci nemocného seniora o nutnosti dodržování diety a pravidelného pohybu. Sestra naučí a informuje seniora o kontrole glykémie na glukometru, krevního tlaku a nutnosti dodržování pravidelných kontrol u lékaře. Také mu vysvětlí, kde se pomůcky pro měření tlaku a glykémie zakoupí a nacvičí společně aplikaci inzulínu. Sestra jej také informuje o možných komplikacích hyperglykémie a hypoglykémie a co má v případě vzniku komplikací dělat, doporučí mu vhodnou a pohodlnou obuv, aby na dolních končetinách nevznikaly otlaky a s tím i spojené možné komplikace a v poslední řadě jej motivuje ke správné životosprávě a aktivní spolupráci, snaží se předat veškeré informace i v tištěné podobě. V případě vzniku komplikací na dolních končetinách, sestra asepticky ošetřuje vzniklou ránu u seniora dle ordinace lékaře (Perušicová, 2011; Šafránková a Nejedlá, 2006).

1.3 Inkontinence ve stáří

Vzhledem ke studiu seniorů je komunikace o inkontinenci moči velice obtížná. Pokud senior trpí inkontinencí moči, často má strach vycházet z domu třeba jenom nakoupit, aby nedošlo k samovolnému úniku moči na veřejném místě. Seniori tímto onemocněním ztrácejí sebevědomí, stydí se, uzavírají se do sebe a přestávají s ostatními lidmi komunikovat. Jestliže nemocný překoná rozpaky v komunikaci o inkontinenci moči, dává tím správný základ k léčbě tohoto onemocnění (Ondřichová, 2008).

Močová inkontinence je porucha vylučování močového měchýře anebo svěrače močového měchýře, kdy samovolně dochází k úniku moči. Jedná se o častý a velmi obtěžující stav. Močová inkontinence se může projevit náhlými úniky moči během kašle, smíchu, pohybu nebo jako nucení na močení, které je tak silné, že není možné včas dojít na toaletu. Množství úniku moči kolísá od občasných, nepatrných úniků několika kapek, až k naprosté ztrátě kontroly a stálému nekontrolovatelnému pomočování (Stöppler, [2014]).

Problematika inkontinence nejčastěji negativně dopadá na kvalitu života u seniora. Inkontinenci dělíme na stresovou, urgentní, smíšenou a paradoxní ischurii. U stresové inkontinence dochází k samovolnému úniku moče bez pocitu nucení na močení, a to při zvýšení nitrobřišního tlaku například při kýchnutí, nebo při zvedání těžkých věcí. Příčinou může být těhotenství, porod nebo menopauza. U mužů to může být důsledek chirurgické operace při odstranění prostaty. Urgentní inkontinence je stav, kdy dochází k samovolnému úniku moči s naléhavým nucením na močení. Ta může být způsobená infekcí, střevními obtížemi anebo také neurologickým onemocněním. Projevuje se velmi častým chozením na toaletu během dne, ale i v noci. Smíšený typ inkontinence představuje kombinaci stresové a urgentní inkontinence. Jedná se o tzv. syndrom hyperaktivního močového měchýře, který je poměrně dobře vyléčitelný. U paradoxní ischurie dochází k samovolnému odtoku moči po kapkách z přeplněného močového měchýře. Příčinou může být poškození nervových zakončení například po operacích v malé pánvi, u klientů s cukrovkou, přítomnost velkých tumorů v malé pánvi utlačující močovou trubici anebo u mužů se zvětšenou prostatou (Nechanská, [2013]; Mikšová a kol., 2006).

K diagnostice inkontinence moči patří neodmyslitelně podrobná anamnéza odebraná od nemocného seniora (způsob vylučování moče, jeho frekvence, vzhled, obtíže), lékařské vyšetření - fyzikální vyšetření (pohled, pohmat, poklep, poslech) a dle ordinace lékaře laboratorní vyšetření moči k vyloučení infekce, ultrazvukové vyšetření s plným močovým měchýřem a vyšetření po vymočení (kapacita močového měchýře a zbývající moč po vymočení), na které sestra seniora připraví a informuje ho o průběhu vyšetření. Seniori mohou vyplnit i různé dotazníky, například Gaudenzův ke zjištění

informací o úniku moči. K přesným záznamům vyprazdňování moče nejlépe slouží několikadenní mikční deník, kdy si senior v domácím prostředí zaznamenává příjem a výdej tekutin, čas močení, množství vymočených porcí moči, počty úniků moči a údaje zda byly úniky provázeny silným nucením na močení. Mezi další časté testy patří Marshallův test a Pad test, kdy v Marshall testu lékař vizuálně kontroluje únik moči z předem naplněného močového měchýře, např. při zakašlání. V Pad testu si senioři váží vložky za určitý časový interval (během vykonávání standartních činností) a nárůst hmotnosti vložek udává míru inkontinence. Dle typu určeného testu lékařem, sestra pečlivě seniorovi test vysvětlí, aby senior přesně věděl co má v průběhu testu dělat, popřípadě mu sestra podá odborný leták, který si v domácím prostředí přečte a doplní si již stávající informace. Dle lékaře a v případě potřeby může být vyšetření rozšířeno o urodynamické vyšetření a cystoskopické vyšetření. Při urodynamickém vyšetření se zaznamenává tlak v močovém měchýři během jeho plnění a při mikci. U cystoskopického vyšetření je tenký nástroj s optikou zaveden do močového měchýře, kdy u tohoto vyšetření lékař může zjistit nějaké abnormality v dolních cestách močových a případně je i odstranit (Kalvach a kol., 2008; Mikšová a kol., 2006).

Konzervativní léčba je vhodná u nemocných seniorů s I. a II. stupněm stresové inkontinence a s urgentní formou inkontinence. Velmi významnou roli v této oblasti hraje tělesná výchova, zaměřená na pánevní oblast. Pravidelné posilování svalů pánevního dna mnohdy u lehké formy inkontinence problémy vyřeší. Sestra proto musí vysvětlit nemocnému důležitost správného držení těla při pravidelném posilovacím cvičení pánevního dna, který je základem pro úspěšnost v léčbě onemocnění. Jedním z dalších cvičení je pokoušet se přerušovat močení na toaletě. Tyto svíravé pohyby spolu s dalším cvičením senior opakuje několikrát za den. Nemocný senior musí absolvovat nejenom cvičení, ale pokud je to nutné, sestra mu vysvětlí, jak by měl redukovat svoji váhu a upravit pitný režim.

Ve farmakologické léčbě se podávají různé typy přípravků v závislosti na typu inkontinence. U žen v menopauze to mohou být hormonální přípravky, které zajišťují kvalitní výstelku vchodu poševního a močové trubice, kdy vlivem hormonů se stane sliznice méně vnímavá proti infekci. Ke snížení napětí svaloviny nebo posílení

svalového tonu močové trubice se podávají parasymptomimetika a alfablokátory. U močového měchýře ke zlepšení funkce, zvýšení jeho kapacity a utlumení kontrakcí používáme anticholinergika. Mezi další miniinvazivní metody patří poševní nebo rektální elektrostimulace, která také vede ke zlepšení úniku moči, miniinvazivní aplikace teflonu do oblasti hrdla močového měchýře ke zvýšení uretrální rezistence a miniinvazivní suburetrální pásy. K chirurgické léčbě patří operační výkony na močovém měchýři a močové trubici, které mají za cíl upravení anatomických poměrů uložení močové trubice a močového měchýře. Vyšetřovací metody a výkony, které nemocný senior v oblasti urologie musí podstoupit, jsou velmi zatěžující po stránce psychické. Je tedy velmi důležité, aby sestra i lékař nemocnému vše vysvětlili, vlídně s ním komunikovali, uklidnili ho před možnými vyšetřeními a zajistili mu dostatečné soukromí. Vždy je nutné, aby zdravotničtí pracovníci při ošetřování nemocných mysleli na etický kodex sester a práva pacientů. V neposlední řadě je důležité informovat seniora o protetických pomůckách, jako jsou například vložky a plenkové kalhotky pro inkontinenci. Pomůcky se liší podle velikostí a savosti (noční a denní plenkové kalhotky) a zabraňují nepříjemnému zápachu. Je zapotřebí, aby sestra uvědomila nemocného seniora o tom, že tyto výrobky jsou rámcově hrazeny pojišťovnami, díky tomu jsou přístupné k běžnému používání (Matoušková, [2010]; Halaška, [2007]).

1.4 Problematika výživy ve stáří

Výzkumy v dnešní době prokázaly, že nevhodné stravování může vést k četným výskytům různých onemocnění a může urychlovat proces stárnutí organismu. Nevhodná strava může vzbuzovat u seniora nespokojenost, nespokojenost, nespokojenost, nespokojenost, zhoršenou komunikaci a popřípadě i agresi. Na poruchách výživy ve stáří se podílí i sociálně-ekonomické problémy. Senior bývá často izolován, nekomunikuje s okolím, chybí mu nejbližší příbuzní a jejich podpora. To je důvodem pro vznik depresí, lhostejnosti, úzkostí. Taktéž i finanční náklady na potraviny negativně ovlivňují nákup potravin u seniorů. U fyziologických příčin poruch výživy patří změna schopnosti v trávení a

využití minerálů a vitamínů organismem. Mění se také vlastnosti střevního epitelu, vylučuje se méně trávicích šťáv a snižuje se kinetika střev. K dalším změnám ve stáří mohou patřit onemocnění dutiny ústní, ztráta chrupu nebo špatně padnoucí zubní protézy a proto raději přijímá jednostrannou kašovitou stravu. Vytrácí se u něho pocit hladu a žízně, což bývá spojeno s atrofií chuťových pohárků. Mezi další příčiny patří i užívání léků, velké množství léků může mít nepříznivý vliv na sníženou chuť k jídlu a přijímání potravy (Lindsay-Born [2012]; Novotná a Laholová [2009]).

Ve stáří se vyskytují tři nejčastější problémy v oblasti výživy. Prvním problémem je obezita, která vzniká mezi nepoměrem energetickým příjmem potravy a skutečnou spotřebou energie. Obezita ve stáří je velkou hrozbou pro vznik onemocnění, jako je diabetes, hypertenze a cévní a degenerativní onemocnění kloubů, která přispívají ke snižování tělesné aktivity a mohou vést k izolaci nemocného seniora a s tím spojené psychické a komunikační poruchy. Výživa tak mnohdy bývá nadbytečná pouze kvantitativně, ale nedostatečná v kvalitativní formě, protože obsahuje málo minerálů, vlákniny, vitamínů a nedostatek tekutin. Protikladem obezity je podvýživa, častější u seniorů nad 75 let. Příčin podvýživy může být celá řada, například zhoršené vnímání chuti, ztráta chrupu, zhoršené trávení a vstřebávání živin, polymorbidita, užívání léků a jejich vedlejší účinky, psychický stav seniora, finanční situace, osamělost. Nechutenství vede k progredujícímu úbytku hmotnosti. Při laboratorním vyšetření krve je charakteristickým nálezem zejména pokles hladiny albuminu, železa a cholesterolu pod normální hodnoty. Důsledky malnutrice tedy můžeme dělit na primární a sekundární. Do primárních patří anemie, hypoproteinemie, snížení svalové hmoty a aktivity, oslabení imunity, snížení motility střev, zpomalení hojení ran a zhoršení mentálních funkcí. U sekundární malnutrice hrozí prodloužená doba hospitalizace i rekonvalescence a zvýšená mortalita a morbidita. Problematika dehydratace ve stáří je velmi podceňována, i když k ní dochází velice snadno a rychle, protože organismus ve stáří je na změny vodního hospodářství (například sníženou koncentrační schopností ledvin) citlivější. Komplikace při vzniku dehydratace mohou být až fatální, například selhání ledvin, vznik cévní mozkové příhody v důsledku vzniku krevních sraženin v zahuštěné krvi (Kapounová, 2007; Novotná a Laholová [2009]).

Strava by měla být pro seniora biologicky hodnotná, vyvážená a stravitelná. Senior už nesní mnoho jídla, proto by měla být potrava rozdělena do 5 – 6 malých denních dávek, obohacena o kvalitní bílkoviny, které zpomalují odbourávání svalových a kosterních bílkovin, které se s věkem zvyšují. Roste potřeba organismu na příjem vápníku, u kterého vstřebávání z potravy s věkem klesá. Mírně stoupá také potřeba vitamínu B, C, D. Důležité je neizolovat seniora, komunikovat s ním a motivovat ho k jídlu ve společnosti a dohlížet nad příjmem stravy a pití. Vhodná je i úprava farmakologické léčby po domluvě s lékařem u léků, které způsobují nechutenství nebo k užívání léků až po jídle. Za příčinou nechutenství se může skrývat i obstipace, proto je třeba změnit jídelníček a užívat v dostatečném množství vlákninu, jogurty a probiotika. U geriatrického imobilního seniora, musíme zvýšit ošetrovatelskou péči a pozornost. Je třeba s ním více komunikovat, snažit se ho alespoň částečně zapojit do denních aktivit, připravit mu jídlo k lůžku a popřípadě ho nakrmit. Neustále musíme seniora motivovat ke spolupráci, nezapomínat ho pochválit a přesto dohlížet nad jeho příjmem potravy i tekutin. V případě obtížnosti příjmu potravy lze stravu doplnit sippingem, enterální výživou, parenterální výživou a dalšími možnostmi dle ordinace lékaře (Kalvach a kol., 2008; Kapounová, 2007).

1.5 Změny v chování seniorů

Změny jednání seniorů mají příčinu s rozvíjejícími poruchami kognitivních funkcí a s poruchami intelektu. Tyto poruchy jsou na první pohled velmi nápadné, proto bývají prvním příznakem, který vzbudí pozornost a dovedou tak nemocného do ordinace lékaře. Poruchy v chování u seniorů jsou zatěžující a stresující nejenom pro příbuzné, kteří se o nemocného s demencí starají, ale i pro zdravotnický personál, který se velmi často s nemocným setkává. Změny v chování seniorů jsou součástí širšího syndromu, který se nazývá BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia). Je to syndrom, do něhož zahrnujeme široké spektrum příznaků onemocnění demence jako je například paranoidní myšlení, výskyt bludů a halucinací, agresivita a halucinace,

poruchy v běžných činnostech, deprese, mánie, úzkosti a fobie. Nynější studie ukazují, že přibližně 75% nemocných se středně závažným onemocněním demence je podezřívavých. Více než 40% pacientů s demencí trpí bludem, že jsou ostatními lidmi okrádáni. Halucinace se vyskytují méně než u 25% nemocných s Alzheimerovou demencí a bývají většinou zrakové, než sluchové. Ve většině případů, asi u 80% nemocných s demencí ve středním až těžkém stádiu, se vyskytuje agitované až agresivní chování a poruchy spánku (Pidrman, Kolibáš, 2008).

1.5.1 Alzheimerova choroba

Nejčastější změny v chování seniorů se objevují při onemocnění zvané Alzheimerova choroba, která tvoří 60 – 80% všech případů onemocnění demence. Je to chronické, progredující onemocnění, jehož podkladem jsou atrofické a degenerativní změny neuronů mozku, na základě ukládání patologického proteinu beta-amyloidu. Tato nemoc je vždy spojena se stářím a začíná zpravidla nenápadně, plíživě, pod obrazem zapomínání každodenních událostí a poruch slovní paměti. Onemocnění však v průběhu let progreduje a dochází tak nejen k prohlubování poruch paměti, ale jsou postiženy i ostatní kognitivní funkce. U nemocného se objevuje ztráta krátkodobé paměti, bloudění, dezorientace, útekové tendence, o něco méně časté bývají i paranoidní bludy a halucinace. Deprese s vegetativními příznaky obvykle nepřetrvávají a objevují se vzácněji (Regnault, 2011; Kaye, [2015]).

V terminálním stadiu onemocnění senior ztrácí soběstačnost a není schopen rozpoznat i nejbližší osoby ze svého života. Prohlubuje se ztráta jazykových funkcí a objevují se poruchy chůze. Nakonec nemocní senioři s Alzheimerovou chorobou nejsou schopni komunikovat s okolím – jsou němí a neudrží oční kontakt s lidmi, kteří o ně pečují. Tím se nemocní stávají závažným sociálním, právním i ekonomickým problémem. Senioři s onemocněním Alzheimerovy demence postupně ztrácejí soběstačnost, mohou se stát nebezpeční sobě nebo svému okolí a nedokážou za sebe

rozhodovat. Stávají se tak závislími na ošetrovatelské péči svých nejbližších rodinných příslušníků nebo zdravotnických pracovníků (Carperová, 2011; Lužný, 2012).

1.5.2 Zvláštnosti při ošetrování seniorů s Alzheimerovou chorobou

Každý člen zdravotnického personálu, kde jsou senioři s onemocněním demence, by si měl uvědomit specifika při jejich ošetrování. Nejedná se jenom o empatii a zručnosti při ošetrování seniorů s demencí, ale o individuální přístup k nemocnému, uvědomění si, že je senior s demencí opravdu nemocný a že za své chování nemůže. Důležitou součástí při ošetrování je správná komunikace, navázání kontaktu a respektování nemocných s demencí. K navázání správného kontaktu s takto nemocným člověkem můžeme použít i neverbální komunikaci, gesta či mimiku. Navázání kontaktu je velmi důležité i pro spolupráci se seniorem a jeho aktivizaci. Aktivizaci můžeme začínat u seniora od samého rána při ranní hygieně, vedeme ho tak k zachování soběstačnosti, kdy nám aktivizace pomáhá i s jeho poruchami spánku, kterými většina nemocných s Alzheimerovou demencí trpí. Dále je v ošetrovatelské péči o seniora s demencí důležitá vhodná výživa a hydratace. Obzvláště jeho problémy s chováním, mohou úzce souviset s nedostatečnou výživou a příjmem tekutin. Je tedy nezbytné dohlížet na seniora během stravování, můžeme mu i dovolit jíst rukama, pokud není schopen jíst příborem, anebo jej musíme nakrmit. Při ošetrovatelské péči může nastat i situace, kdy je nemocný senior agresivní. Tyto situace obzvláště přicházejí, když je senior v cizím prostředí, jemu neznámém. V takové chvíli je třeba zachovat klid, dívat se mu do očí, mít s ním trpělivost a mluvit na něho klidným hlasem. Vhodné je také odpoutat jeho pozornost k něčemu jinému, pomáhá i vlídný dotyk. Hlavně se snažme nenadávat, zachovat klid a nedávat najevo svůj strach. Je vhodné si k sobě v takovýchto obtížných situacích zavolat dalšího člena ošetrovatelského týmu, který zkusí komunikovat a uklidnit klienta s demencí místo vás. Po odeznění konfliktu je třeba zapřemýšlet nad tím, co výbuch vzteku v seniorovi s demencí vyvolalo a tuto informaci sdělit celému ošetrovatelskému týmu. Alzheimerova demence bohužel není vyléčitelná

onemocnění, ale je třeba zachovat nemocnému jeho důstojnost a respektovat ho. Naším posláním by měla být snaha o zkvalitnění života nemocného seniora s demencí a ošetrovatelská péče na profesionální úrovni (Bursová, [2013]).

1.6 Ošetrovatelská péče v domovech pro seniory

Ošetrovatelská péče o seniory je pro zdravotnický personál velmi náročná po stránce fyzické i psychické. Vzhledem k ošetrovatelské péči u lůžka nemocného seniora se zdravotničtí pracovníci setkávají s projevy jeho bolesti, s chronickými nemocemi, nesoběstačností, osamocněním a utrpením. Cílem ošetrovatelské péče o nemocného seniora je zajistit mu profesionální odbornou péči, s lidským přístupem se snahou o udržení jeho soběstačnosti. Pro zdravotnický personál je toto nelehký úkol, kdy ve srovnání s jiným oborem nejsou vidět perspektivní vyhlídky na úplné uzdravení seniora. Jak například uvádí Šafránková a Nejedlá (2006), při ošetrování seniorů vzniká u zdravotnických pracovníků častěji syndrom vyhoření, jehož důsledkem je citová lhostejnost, únava, pocit bezmocnosti a snižuje se také délka času, který zdravotnický pracovník stráví u nemocného seniora. Existuje i jistá spojitost mezi zátěží sester a stadiem onemocnění u seniora s onemocněním demence. Při lehkém stadiu onemocnění demence, je zátěž zdravotnického personálu mírná, kdežto u těžké formy demence je zdravotnický personál vystaven vysoké míře ošetrovatelské péče o seniory s demencí a to v různých činnostech např. při spolupráci s oblékáním a ranní hygienou, komunikací. (Odriová, Fertalová, 2014).

Domovy pro seniory poskytují sociální, ošetrovatelské a zdravotní služby seniorům, kteří potřebují podporu a pomoc při zvládnutí běžných denních činností. Služby jsou v Domovech pro seniory zaměřeny na rozvoj sociálního kontaktu s rodinou, přáteli i veřejností, což přispívá k aktivizaci seniorů a nedochází tak k prohlubování závislosti na poskytovaných službách. Dále vycházejí z individuálních potřeb a zvyklostí seniora, čímž se zachovává jeho důstojnost a základní lidská práva. Jedná se například o služby základního sociálního poradenství, služby ubytování a stravování,

aktivizační činnosti, pomoci při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně nebo poskytování podmínek pro osobní hygienu, sociálně terapeutické činnosti, pomoci při uplatňování práv, při obstarávání osobních záležitostí, běžné rehabilitační úkony a další (Soukupová, [2012]).

Domov pro seniory je určen pro osoby starší 60 let se sníženou soběstačností, které pro svůj věk, zdravotní stav nebo sociální situaci potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby a nemohou dále žít ve svém přirozeném prostředí. Ošetrovatelská péče je zajišťována v domově pro seniory nepřetržitě, o seniory pečují registrované zdravotní sestry, přímou obslužnou péči zajišťují pracovníci v sociálních službách. Zdravotní péče je poskytována dle individuálních potřeb seniora a vždy na základě ordinace ošetřujícího lékaře. Patří mezi ně výkony, jako je odběr biologického materiálu, orientační vyšetření biologického materiálu, podávání léků do úst nebo dohled nad jeho podáváním, injekční aplikace nebo ošetrovatelská péče o nazogastričnou sondu, infúzní terapie k dodání léčebných látek a hydratace klienta, léčba bolesti, inhalační terapie, ošetrování a hojení ran, vyšetření stavu klienta přístrojovou technikou, ošetrování klientů se stomií, aplikace inzulinů. Specializovaná vyšetření jsou klientům zprostředkována v příslušných zdravotnických zařízeních (Soukupová, [2012]).

1.7 Komunikace se seniory v ošetrovatelské péči

V této diplomové práci se věnujeme komunikaci, která má velký vliv při ošetrovatelské péči o seniory. Jak uvádí Pokorná (2010), komunikace je přenos informací v rámci komunikačního systému za použití různých komunikačních prostředků. V rámci komunikačního procesu se seniory, ovlivňují schopnost přijímat informace určité faktory. Mezi faktory, které ovlivňují schopnost přijímat sdělovaný obsah, patří fyzické změny seniora, psychické změny, kognitivní změny, psychosociální změny. Tyto faktory mohou zapříčinit negativní hodnocení seniora zdravotnickým personálem.

Komunikace v rámci zdravotnické profese vyžaduje speciální dovednosti, kterým se zdravotnický personál musí naučit. Aby komunikace mohla začít probíhat a plnit svůj smysl, měla by sestra dodržovat určitá pravidla. Ke správnému navázání kontaktu mezi sestrou a seniorem patří jeho správné oslovení, které mu posiluje sebeúctu. Sestra by se měla vyjadřovat srozumitelně a ujišťovat se, zda senior všemu rozuměl. Dále by měla dbát na to, aby se na seniora nespěchalo a braly se ohledy na jeho zrakové a sluchové možnosti. Sestra před seniorem nesmí projevovat svoji podrážděnost a antipatii a měla by dodržovat taktní a ohleduplný přístup i při komunikaci s rodinou klienta (Schuler a Oster, 2010; Zacharová, 2013).

Komunikace mezi lidmi není pouze výměnou informací a udržováním sociálního kontaktu, ale je i formou sdílení společného prostoru. Všeobecná sestra díky své profesi zdravotníka narušuje osobní i intimní zóny seniora. Obecným faktem je, že pokud do osobní a intimní zóny vnikne cizinec (sestra), může to senior vnímat jako útok, ale jestliže je tento prostor sestrou respektován, senior se přizpůsobí a vnímá sestru kladným způsobem a začne s ní spolupracovat. Je proto velmi důležité, aby sestra seniora informovala, co ho čeká a doba narušení osobní zóny byla omezena na nutné minimum (Ledererová, 2014; Preston Ni [2014]).

Dále, jak uvádí Ledererová (2014), je při komunikaci důležité aktivní naslouchání seniora charakterizováno vcítěním se a porozuměním, kdy je seniorovi poskytnuta zpětná vazba. Aktivním nasloucháním dá sestra druhému najevo, že je ochotna mu pomoci hledat cestu, jak daný problém vyřešit. Hledá tak skrytý význam, co ji chtěl senior během rozhovoru vlastně říci. Schopnost naslouchání sestra snižuje podceňováním problémů i kritickým postojem u seniora. Aktivní naslouchání vyžaduje sebekázeň, koncentraci a překonávání vzniklých předsudků a vytváří mezi sestrou a seniorem příznivou atmosféru, která vede ke spolupráci a tím i lepší ošetrovatelské péči. Jestli chce sestra komunikací účelově přesvědčit seniora o něčem, co je pro něj vhodné, především při edukačním rozhovoru, je zapotřebí ponechat seniorovi vlastní prostor, aby si k závěru došel vlastní úvahou. Dalším pojmem v komunikaci je evalvace. Evalvace v komunikaci je důležitým prvkem v práci sestry, kdy tento pojem zahrnuje sdělení kladného hodnocení druhé osobě verbálním i neverbálním způsobem. Evalvací

sestra vyjadřuje úctu, uznání a respekt, čímž podporuje kladné sebehodnocení seniora a tím ho vede k lepší ošetrovatelské péči a spolupráci. Opakem evalvací je pojem devalvací, kdy sestra snižuje hodnoty druhého člověka svým verbálním i neverbálním jednáním. Takové chování u sestry může být projevem syndromu vyhoření, přepracování nebo únavy. Pokud se takové rysy chování u sestry objeví, je třeba zachovat profesionalitu a bránit možnosti vzniku devalvací k seniorovi, neboť senior je dospělý člověk s důstojností a zdravotnický personál by s ním měl vždy komunikovat s úctou (Klevetová a Dlabalová, 2008).

1.8 Aktivizace, aktivizační programy a jejich vliv na komunikaci

Aktivizace je určitý proces, kterým jsou senioři vedeni k činorodosti, což je stav, kdy senior má dobrý pocit z toho, že něco dělá. Smyslem aktivizace je podporovat seniory k rozvoji samostatnosti a navazující nezávislosti. Aktivizace u seniora zachovává či zlepšuje soběstačnost, podporuje jeho uvědomění si vlastních hodnot a potřebnosti pro společnost, upevňuje mu schopnost vyjádřit svůj názor a potřebu seberealizace. Senior, u kterého probíhá aktivizace se nejenom fyzicky zlepšuje, ale dochází u něj i ke zpětné vazbě v oblasti psychické (zlepšují se kognitivní funkce v oblasti komunikace) a senior tak navazuje více kontakty s okolím a zlepšuje se jeho společenský život (Vojířová, 2012).

Je potřeba mít vždy na paměti, že senior je osobnost, která má mnoho zkušeností, jež mnohdy mladý člověk nemůže mít. Jde o zkušenosti ze zklamání, z překonaných krizí a životní zkušenosti. Pokud se tyto jejich individuální schopnosti, potenciály u seniorů nevyužívají, vede to k jejich zániku, a proto je nutné začít s aktivizací. Aktivita nejenom ve stáří mobilizuje psychickou i fyzickou stránku osobnosti člověka, ale zpomaluje také proces stárnutí. Aktivizace může přispět k prevenci vzniku imobilizačního syndromu u seniorů, pomáhá při náviku činností všedních dnů, soběstačnosti a obnově komunikace, které mají velký vliv na další spolupráci se seniorem. Aktivizace je vhodná nejen pro aktivní seniory, ale naléhavá se jeví právě u

pasivních seniorů se smyslovými vadami, poruchami hybnosti, kteří mohou být ohroženi imobilizačním syndromem a následným vznikem dekubitů. Pro tyto seniory trpící různým omezením je vhodná aktivizace typu cvičení a úkonů všedního dne, kdy seniora motivujeme k péči o vlastní osobu při ranní hygieně a v dalších činnostech. U depresivních seniorů se sklony k izolaci od okolí, která byla zapříčiněna neúspěšnou adaptací na stáří nebo vlivem osobní situace, jež zapříčinila u seniora jeho osamělost, je nutná psychická aktivizace pomáhající seniorovi v komunikaci vyjadřovat svoje pocity a potřeby. Zlepšení komunikace mezi seniorem a zdravotnickým personálem vede ke zlepšení nálady seniora a dochází tak k navázání důvěry mezi ním i ošetřujícím personálem a tím i k úspěšnému ošetřovatelskému procesu. Mezi další formy aktivizace sloužící k podpoře fyzického i psychického stavu u seniorů, patří aktivizační programy, jako jsou například smyslová aktivizace, ergoterapie, pohybová aktivita, trénování paměti, bazální stimulace, muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, zooterapie a další. Aktivizace se vždy plánuje podle individuálního plánu seniora, s ohledem na jeho sociální zázemí a funkční a osobnostní charakteristiku (Holczerová a Dvořáčková, 2013).

1.8.1 Smyslová aktivizace

Smyslová aktivizace je pojem, kterým přimějeme něco do pohybu za účasti veškerých smyslů. Pro seniory a nemocné s demencí představuje smyslová aktivizace možnost, jak znovu použít a podchytit své využitelné zdroje a zkusit je obnovit. Při aktivizaci se u seniorů posilují i zdroje stávající, trénují se každodenní činnosti, umožňují se vyvolat slova a představy a na základě toho i emocionální dojmy povzbuzující nacházení pozapomenutých slov, které mají velký vliv na celou komunikaci a tím i uchování sociálních kontaktů. Smyslová aktivizace oslovuje všechny smysly seniora, které jsou klíčem k zapojení schopností a zdrojů do činnosti. Smyslovou aktivizací pro seniora mohou být obrázky, vůně, počítání věcí, význam slov, zvuky, hmatem poznávané upomínkové předměty, náboženská výchova, texty písní a

básní nebo určité pohybové činnosti. K základu smyslové aktivizace slouží aktivní práce s biografií seniora, kde je pozornost věnována individuálním potřebám a orientace je zaměřená na rituály jednotlivých ročních období. Biografie slouží k rozboru práce se seniorem, je důležitá a potřebná pro stanovení jeho individuálních potřeb v ošetrovatelské péči. Intenzivní stimuly mohou aktivovat paměť u seniora, povzbudit jeho schopnost nacházet slova a začít komunikovat verbálně i neverbálně. Dobře patrná je i radost ze života, která se při aktivizaci seniora vyvíjí a je viditelná na jeho držení těla, v gestech i mimice. Tato cvičení působí na větší počet smyslových rovin u seniora, kde dochází k bezprostřednímu vyvolání jeho manuální i mentální činnosti, čímž se zlepšují schopnosti vyrovnání se s úkony všedního dne, schopnost udržet si samostatnost a dochází tak ke zlepšení kvality života ve stáří. Italská lékařka Maria Montessori za použití smysluplného materiálu v kombinaci s lékařskými poznatky, vyvinula pedagogickou metodu spočívající s užitím klasických a smyslových materiálů při nácviu běžných denních činností, kdy senior trénuje své schopnosti a může tím zažít pocit sounáležitosti a spokojenosti. Maria Montessori tento koncept vytvořila pro děti a mládež, ale její motto: „*pomoz mi, abych to udělal sám*“ je zaměřené na osobní pozornost pro jednotlivého člověka a na pomoci mu pouze v případě, pokud bude pomoc nutná. Tato metoda a její hlavní zásady, používání pomůcek a postoj k lidem se výborně hodí při práci s velmi starými seniory, obzvláště pak se seniory s demencí (Wehner a Schwinghammer, 2013).

1.8.2 Ergoterapie

Ergoterapie je samostatná vědní disciplína, která využívá specifické diagnostické a léčebné postupy lidí různých věkových skupin, kteří jsou dočasně nebo trvale fyzicky, smyslově, psychicky či mentálně postiženi. Cílem ergoterapie je dosažení co největší soběstačnosti v domácím, pracovním a sociálním prostředí ke zvýšení kvality života, a to prostřednictvím smysluplného zaměstnávání seniorů. V geriatрии mezi ergoterapeutické aktivity patří hodnocení funkční zdatnosti u seniorů za pomoci testu

základních všedních činností podle Barthelové (ADL) a testu instrumentálních všedních činností (IADL). K ergoterapeutickým aktivitám u seniora tedy patří nácvik všedních činností v rozsahu těchto testů v jeho přirozeném prostředí a s nácvikem používání kompenzačních pomůcek. Další prováděné aktivity u seniora jsou zaměřené na pohybovou koordinaci i jemnou motoriku, kognitivní rehabilitaci, stimulování, podmiňování mozkového tréninku, včetně využití počítačových programů. Ergoterapeut se snaží zaškolit seniory i v nových technologiích, včetně práce na počítači. Zvolené aktivity jsou pro seniora vždy zohledněné k jeho věku, pohlaví, sociální i ekonomické situaci a musí se vztahovat k denním činnostem, které senior ve svém životě potřebuje (Holczerová a Dvořáčková, 2013; Rod, [2008]).

1.8.3 Pohybové aktivity

Pohybové aktivity působí velmi pozitivně na lidské tělo v každém věku. Tělesná aktivita ovlivňuje funkci životně důležitých orgánů, zlepšuje se funkce srdce, koordinace pohybů, zvyšuje se ventilace plic a do tkání se dostane více kyslíku, který je důležitý pro celkové zdraví a duševní bystrost. Pohyb působí jako prevence aterosklerózy a obezity, zabraňuje cukrovce, hypertenzi a řídnutí kostí. Tělesná aktivita snižuje biologický věk u seniora a prodlužuje tak aktivní stáří, díky kterému dokáže člověk v pokročilém věku být samostatným a nezávislým. Jelikož je pohyb koordinován a řízen centrální nervovou soustavou, ovlivňuje i psychickou stránku seniora a jeho vlastnosti, jako je například intelekt, citlivost, vůle i sebedůvěra. Senior tak má veselou náladu z pohybu, více komunikuje a lépe se seznamuje s lidmi ze svého okolí. Pohybové aktivity napomáhají formovat seniora i po stránce sociální, motivační, rehabilitační a rekondiční. Pohybové aktivity lze dělit jako léčebnou tělesnou výchovu, zdravotní tělesnou výchovu, habituální pohybovou aktivitu a rekreační sport. Léčebná tělesná výchova je vhodná pro seniory se změněným zdravotním stavem. Je vedena pod lékařským dohledem ve zdravotnických, lázeňských nebo rekondičních zařízeních, kde se využívá speciálních přístrojů pro pohybovou stimulaci. Patří sem i kondiční a relaxační cvičení, dechová gymnastika a pasivní pohyby. Zdravotní tělesnou výchovu

provádějí senioři s různým zdravotním postižením a se zdravotními limitacemi. Podle typu postižení vznikají zájmová sdružení například kardiokluby, kluby astmatiků, diabetiků, paraplegiků a další. Habituální aktivita zahrnuje pohybové činnosti běžného dne včetně rekreačních. Do posledního rozdělení rekreačního sportu patří kolektivní hry, plavání, cyklistika a lyžování. Pohybová aktivita je prováděna vždy s ohledem na individuální zvláštnosti seniora, na jeho zdravotní stav a kondici (Holczerová a Dvořáčková, Metyš, [2011]).

1.8.4 Bazální stimulace

Autorem bazální stimulace je prof. Dr. Andreas Frohlich, který během doktorandského studia vypracoval koncept bazální stimulace podporující rozvoj schopností u těžce postižených dětí. Prokázal, že vrozené schopnosti každého lidského organismu poskytují dostatek materiálu pro podporu vnímání a komunikaci. Tento koncept se využívá v ošetrovatelství se zaměřením na neonatologii, speciální pedagogiku, intenzivní medicínu, geriatrii a doprovodné ošetrovatelské péči v umírání. Bazální stimulace se zaměřuje na oblast podpory v komunikaci, hybnosti a vnímání seniora. Cílem stimulace smyslových orgánů je vyvolání mozkové aktivity, kdy se navrací vzpomínky, které dovedou nemocného seniora k aktivitě. K základním prvkům bazální stimulace v ošetrovatelské péči je komunikace. Součástí komunikace je dotek, který vyjadřuje zájem o seniora, zmírňuje jeho napětí a stres. Vždy bereme ohledy na individuální potřeby seniora, na jeho verbální i nonverbální reakce. Při komunikaci se seniory, kteří mají poruchu vědomí či vnímání musíme znát danou problematiku a mít schopnost zaznamenat i jeho nepatrné reakce, například mrknutí očí, změna rytmu dýchání, což může být u seniora jediný signál, jak se vyjádřit. Prostřednictvím neverbální a verbální komunikace se navazuje a rozvíjí kontakt mezi zdravotnickým personálem a nemocným seniorem. Bazální stimulace využívá podle schopností a stavu nemocného seniora několik komunikačních kanálů: vestibulárního, auditivního, somatického, vibračního, taktilně haptického, olfaktorického a optického. Ke

komunikaci se seniorem potřebujeme určité podněty, například doteky, chuťové vjemy, změny polohy a vůně, které působí na smysly seniora a ty se poté přenáší do komunikace. Bazální stimulace dává v práci zdravotnických pracovníků naději seniorovi i jeho rodině na kvalitní a holisticky založenou ošetrovatelskou péči (Václavíčková, [2014]; Friedlová, [2008]).

1.8.5 Trénování paměti

Paměť je obecným názvem pro řadu systémů, které spolu úzce spolupracují. Paměť se rozděluje na krátkodobou, dlouhodobou a senzoryckou. Krátkodobá paměť slouží k okamžitému vybavení všech vjemů a informací, za to u dlouhodobé paměti si vybavujeme vše potřebné po několika minutách, hodinách nebo letech. Senzorická paměť udrží novou informaci do 20 sekund, tato krátká doba stačí k tomu, abychom odvodili potřebnou reakci, kterou za chvíli zapomeneme. Senzorická paměť chrání mozek před ukládáním nepodstatných informací. Během stárnutí se naše paměť, především ta krátkodobá, zhoršuje. Proto je dobré seniory zapojit do trénování mozku určitými stimuly (čerstvými, novými prožitky). Techniky trénování paměti jsou brány vždy s ohledem na možnosti a schopnosti seniora. Tyto tréninky lze uskutečňovat ve skupinách nebo individuálně. Cviky můžeme provádět i u seniorů s onemocněním demence, kdy posilování paměti lze provádět při zapamatování si každodenních aktivit, jako je například ranní hygiena, ustlání lůžka, vaření kávy, snídane a další. V komunikaci se seniorem k tréninku paměti opakujeme časovou orientaci, dny v týdnu, roční období a další. Vhodné jsou také stolní hry, jako je pexeso, kvarteto, kopaň. Dále oblíbenou formou je rozeznávání druhů potravin podle chutí, slovní hry, poznávání zvuků, promítání starých filmů, vědomostní kvízy a mnoho dalších. Paměťové aktivity povzbuzují k činnosti mozkové okruhy a mají pozitivní vliv na soběstačnost, psychickou funkci a sociální oblast u seniora (Holczerová a Dvořáčková, 2013; Pumrlová, [2012]).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- C1 Zjistit specifické problémy při komunikaci mezi sestrou a seniory v rámci ošetrovatelské péče v Domovech pro seniory.
- C2 Zmapovat možnosti aktivizace seniorů jako prevence komunikačních bariér v Domovech pro seniory.
- C3 Zjistit úroveň znalostí sester o aktivizaci seniorů v Domovech pro seniory v souvislosti s efektivně vedenou komunikací.

2.2 Výzkumné otázky

- VO1 Jaké nejčastější problémy při aktivizaci v komunikaci seniorů řeší sestry v rámci ošetrovatelské péče v Domovech pro seniory?
- VO2 Jaké jsou možnosti aktivizace seniorů jako prevence komplikací v komunikaci v Domovech pro seniory?
- VO3 Jaké jsou znalosti sester v oblasti aktivizace seniorů v Domovech pro seniory?

3 Metodika

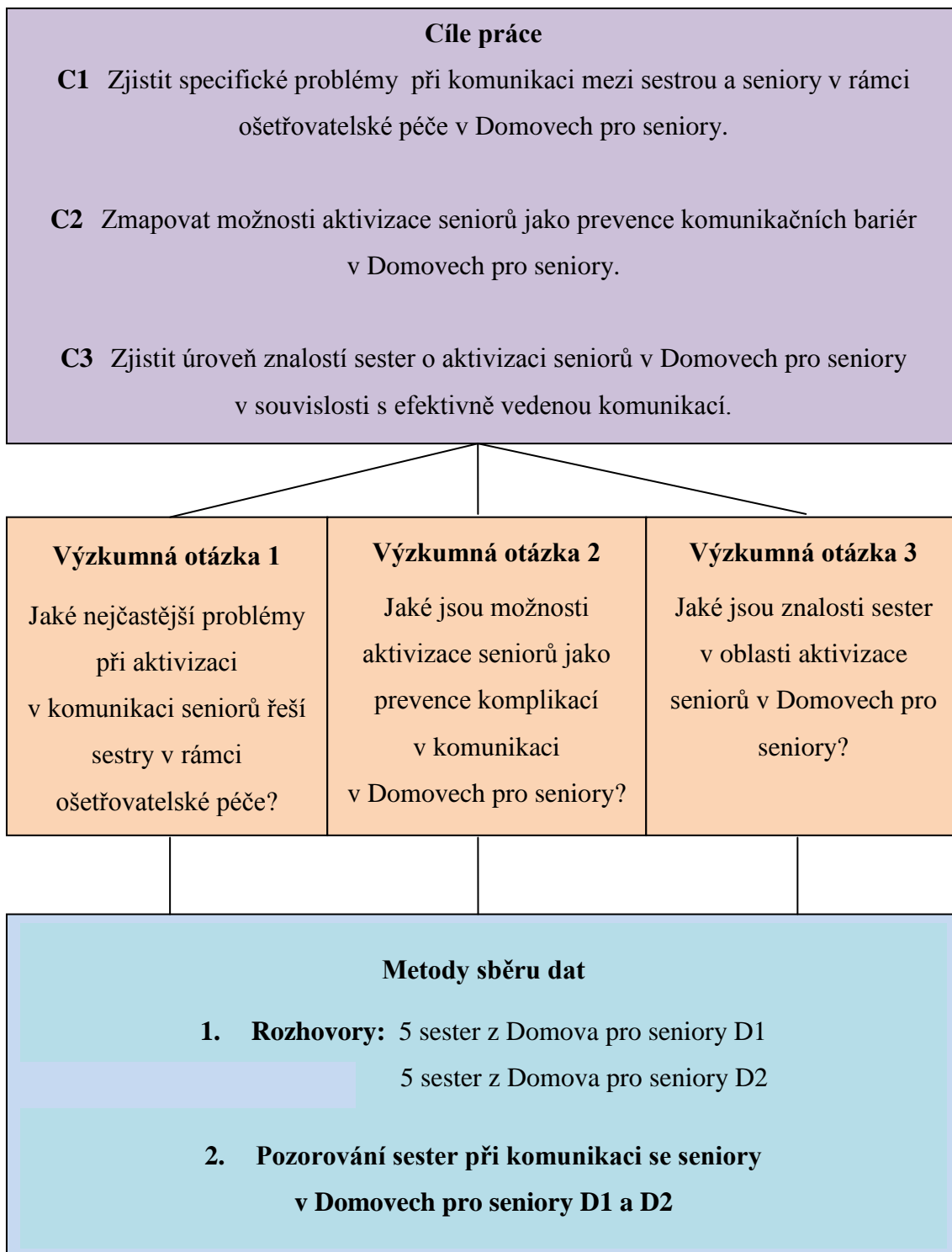
3.1 Použitá metodika

Diplomová práce na téma problematika aktivizace seniorů v rámci komunikace v ošetrovatelské péči v Domovech pro seniory byla zpracována dle metody kvalitativního šetření rozvržené do dvou fází. V první fázi byl sběr dat uskutečněn hloubkovými polostrukturovanými rozhovory se sestrami z Domova pro seniory České Budějovice a z Domova pro seniory Vodňany (Příloha 1 – Základní modul otázek). Přesná transkripce rozhovorů byla analyzována technikou otevřeného kódování, metodou „tužka a papír“ a kódy rozříděny do kategorií a vzniklých podkategorií uspořádaných do přehledných schémat. V druhé fázi výzkumu byla použita metoda skrytého pozorování, kdy záznamy z pozorování byly zapsány do pozorovacího archu a následně popsány. Výzkumné šetření probíhalo ve dnech od 12. února do 20. dubna 2015.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo deset sester pracujících ve výše jmenovaných Domovech pro seniory. Se sestrami (dále jen s označením S1-S10) byl s jejich souhlasem uskutečněn hloubkový rozhovor s následným pozorováním během výzkumného šetření v Domovech pro seniory (D1, D2). Identifikační údaje sester z Domova pro seniory byly rozepsány do přehledných tabulek (Příloha 2).

3.3 Schéma výzkumu



4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami z Domova pro seniory (D1)

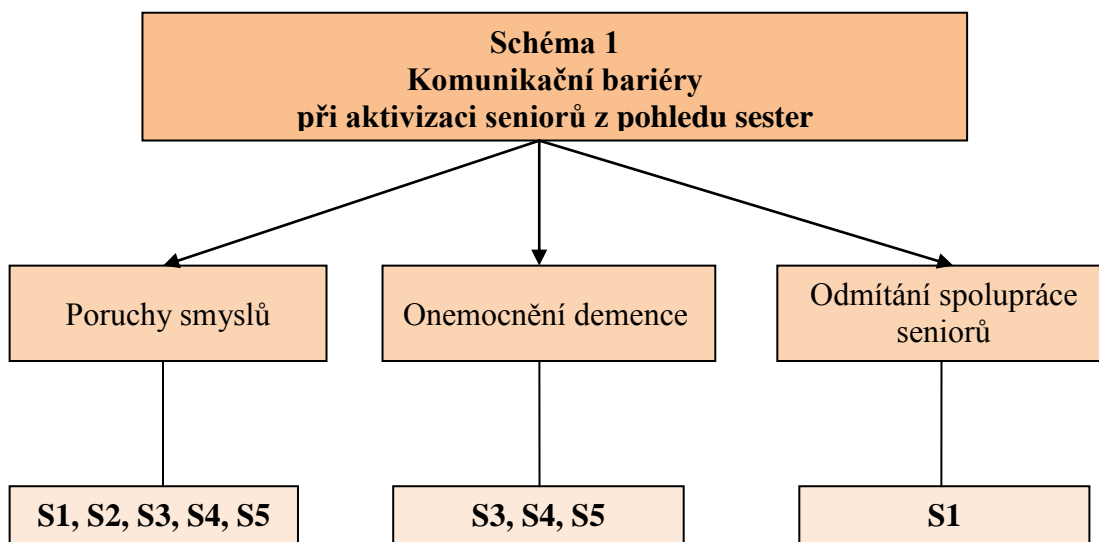
Metodou otevřeného kódování rozhovorů vznikly tyto kategorizační skupiny:

- Komunikační bariéry při aktivizaci seniorů z pohledu sester
- Vliv komunikace v ošetrovatelské péči o seniory z pohledu sester
Podkategorie: Vliv komunikace se seniory na sestry
- Aktivizace jako prevence komunikačních bariér
Podkategorie: Rozdělení aktivizačních programů dle sester
Podkategorie: Znalost dalších forem aktivizace
- Aktivizační bariéry seniorů v Domovech pro seniory z pohledu sester
Podkategorie: Senioři bez aktivizace v Domovech pro seniory
- Vliv aktivizace na komunikaci z pohledu sester
- Důvody změn v komunikaci seniorů účastnících se aktivizace dle sester
- Změny v oblasti ošetrovatelské péče při aktivizaci z pohledu sester
Podkategorie: Senioři bez aktivizace v Domovech pro seniory
- Další vzdělávání sester
- Vzdělávací programy pro sestry v Domově pro seniory
- Výhody vzdělávání v oblasti komunikace a aktivizace dle sester

Vzniklé kategorizace se opírají částečně nebo úplně z ocitování odpovědí dotazovaných sester, kdy citace zahrnují důležité informace pro danou kategorizaci.

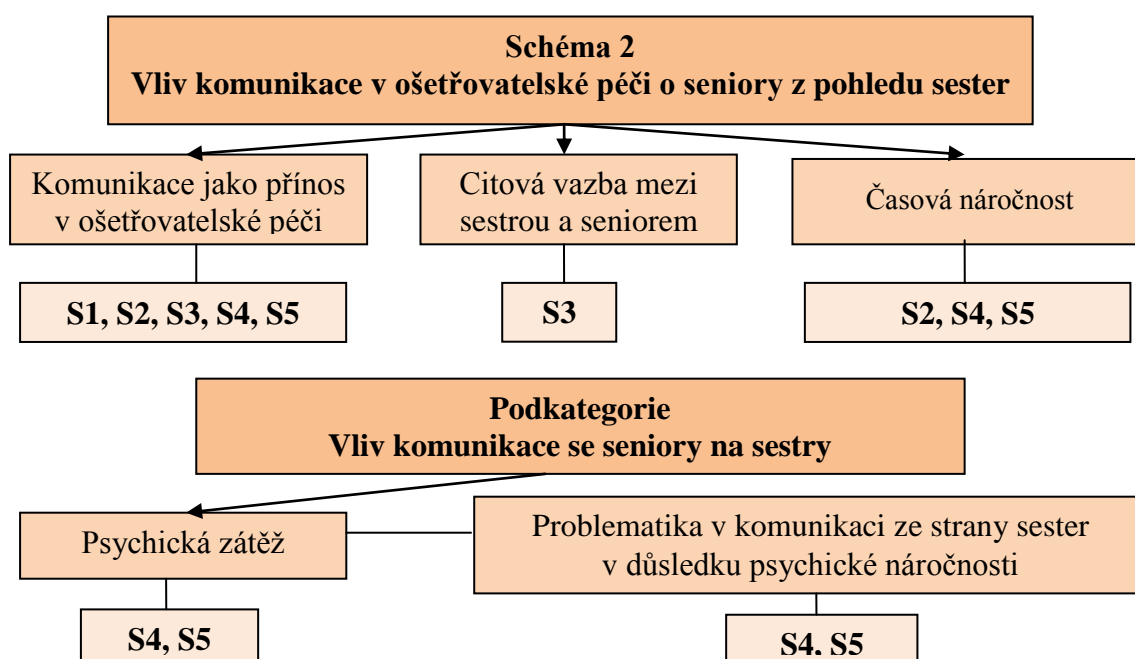
Komunikační bariéry při aktivizaci seniorů z pohledu sester

Na otázku, s jakými nejčastějšími problémy v komunikaci při aktivizaci seniorů se setkáváte během ošetrovatelské péče, se všechny sestry shodují, že nejčastěji se u seniorů setkávají s onemocněním sluchu a sestra 3, 4, a 5 se dále shodují na onemocnění demence, kdy tato onemocnění mají vliv na zhoršenou komunikaci mezi sestrou a seniorem v ošetrovatelské péči. Sestra 3 odpovídá: „*Nejčastějšími problémy v komunikaci se seniory jsou nejrůznější typy demencí, které ovlivňují možnosti dorozumívání, poruchy smyslových vjemů*“. Sestra 2 odpovídá: „*Nejčastěji se při ošetrování setkávám s problémy v komunikaci v souvislosti s hluchotou seniorů, poruchou řeči pro prodělaném CMP a zmateností našich klientů*“. Dále sestra 1 k této otázce dodává odmítání seniora v aktivizaci, kdy se tím zhoršuje i jeho komunikace. Na podotázku jak senior odmítá aktivizaci, sestra 1 odpovídá: „*Slovně, spíše nemá náladu, chce mít svůj klid*“.



Vliv komunikace v ošetrovatelské péči o seniory z pohledu sester

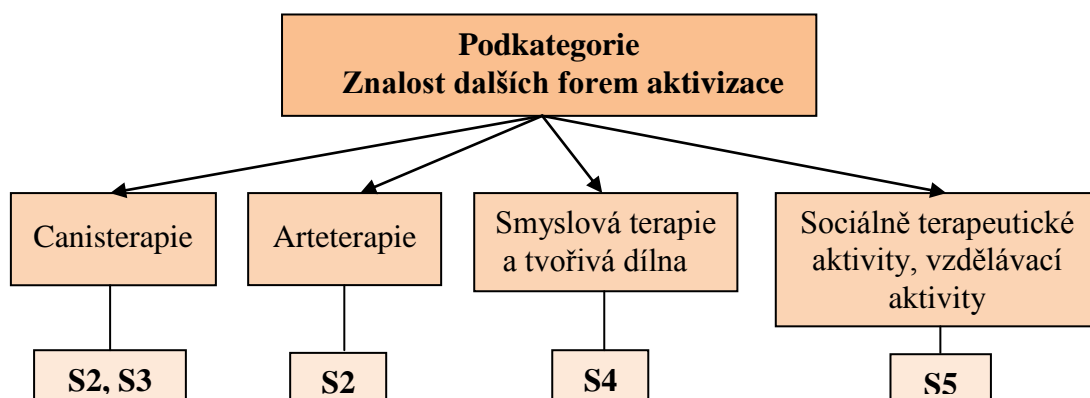
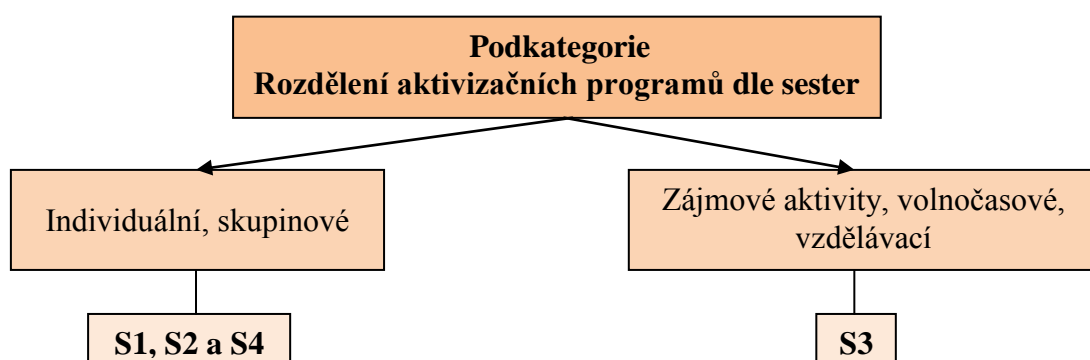
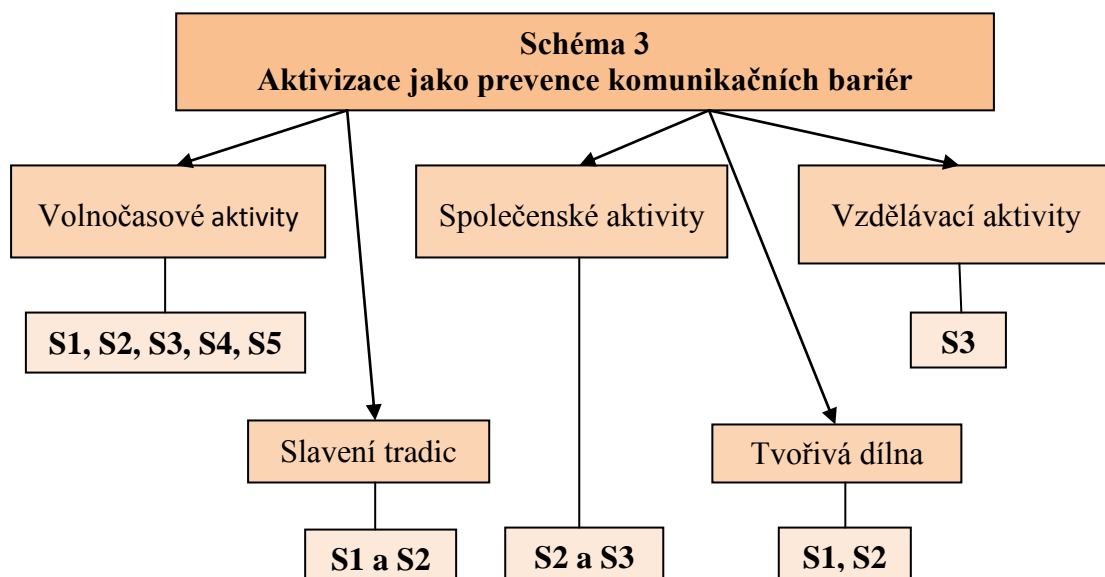
Sestry 1, 2, 3, 4, 5 se domnívají, že komunikace má velký přínos v ošetrovatelské péči o seniora. Sestra 1 udává: „Velký vliv, pokud není ta správná komunikace mezi seniorem a ošetrojícím personálem, nemůže být efektivní plnění potřeb seniora. Péče musí být dle potřeb a přání klienta, ne naopak. A když chybí komunikace ze strany seniora, velmi těžko může ošetrojící personál plnit jeho potřeby. Může plnit pouze ty základní“. Sestra 3 na otázku odpovídá: „Komunikace má velký vliv na ošetrovatelskou péči. Při komunikaci se vytváří osobní vztah mezi seniorem a ošetrojícím personálem, získává se důvěra, vede k lepší soběstačnosti, spolupráci a klient má pocit důležitosti“. Sestra 2, 4, 5 si myslí, že komunikace se seniorem je časově náročná při vysvětlování ošetrovatelskému výkonu. V této kategorizaci vznikla podkategorie Vliv komunikace se seniory na sestry. Sestra 4 na podotázku jaký vliv komunikace se seniorem má na Vás, odpovídá: „Někdy velice vysilující, pokud se tyto situace stále opakují. Potom už nemám náladu někomu něco pořád zdouhavě vysvětlovat a komunikace se zhoršuje a mluvím s klientem jenom o tom nejnütnější“. Sestra 5 dodává: „Je to náročné, při opakovaným vysvětlování se komunikace mezi mnou a seniorem zhoršuje. Je to psychicky vyčerpávající“.



Aktivizace jako prevence komunikačních bariér

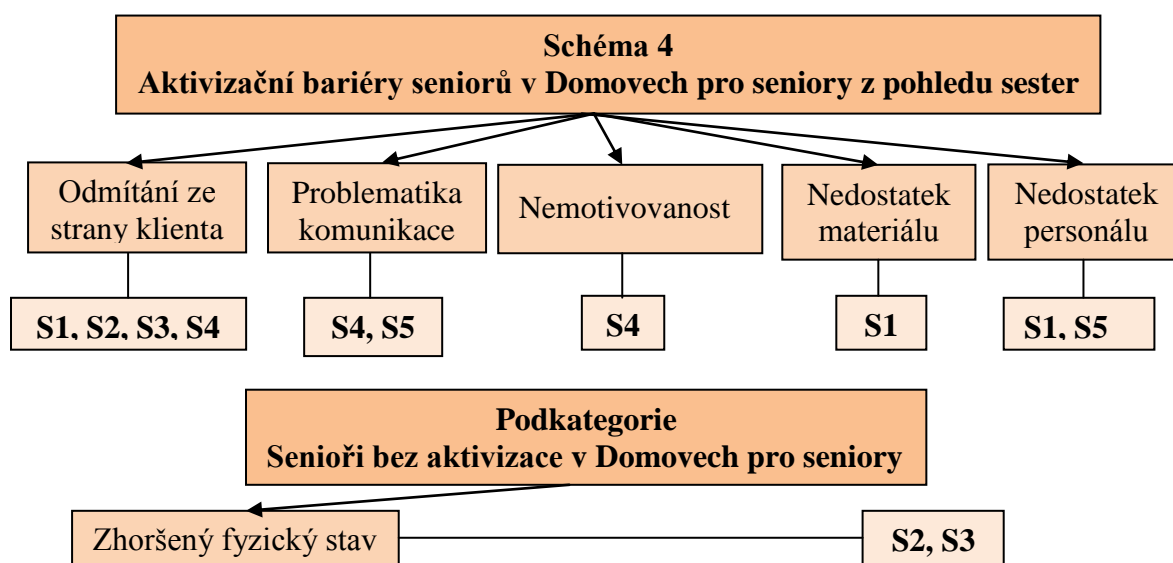
Na otázku jak seniory v prevenci komunikačních bariér v Domově pro seniory aktivizujete, všechny dotázané sestry odpovídají, že v Domově pro seniory v prevenci komunikačních bariér aktivizují klienty ve formě aktivizačních programů, ve formě - muzikoterapie, čtení, vaření, trénování paměti, společenské akce. Sestra 1 odpovídá: *„Jestli si to správně pamatuju, tak máme v Domově tyto aktivizační programy: pečení a vaření, malování, zpívání, trénování paměti, individuální cvičení, skupinové cvičení, výroba svícňů a adventních věnců na vánoce, výroba vánočních a velikonočních ozdob, pexeso, společenské hry, jemnou motoriku – přebírání hrachu, knoflíků. Tyto aktivizace klientům pomáhají v komunikaci a začlenění se do kolektivu“*. Sestra 2 odpovídá: *„Cvičením ve skupině, zpíváním, společné čtení, společné setkávání, společenské hry, šipky, poslech hudby, trénování paměti, tvořivá dílna, sportovní turnaje, promítání filmů, kroužek vaření, výlety, slavení Masopustu a Havelského posvícení. Také formy individuální aktivizace u lůžka – čtení, trénování paměti, poslech audio nahrávek, zpěv. Na procházky s klienty využíváme dobrovolníky, kdy se naši klienti seznamují i s jinými lidmi mimo Domov pro seniory, což jim velmi prospívá v komunikaci“*. Sestry 2 a 3 udávají jako formu aktivizace výlety s klienty, sestra 3 dodává vzdělávací aktivity, jako jsou např. přednášky, besedy, které zajišťují dobrovolníci, externisté, studenti ze SZŠ, dále využití sociálně terapeutické činnosti, které vedou k rozvoji sociálních a osobních schopností podporujících sociální začleňování a pomoc při uplatňování práv a vyřizování osobních záležitostí seniora (vyřizování na úřadech, nákupy). Sestra 2 doplňuje cvičení ve skupině, šipky, procházky s klienty za využití dobrovolníků. Dále se sestry 1 a 2 shodují na slavení různých svátků s klienty v Domově pro seniory a tvořivé dílně, kdy senioři vyrábějí různé ozdoby. K této otázce vznikla 1. podkategorie Rozdělení forem aktivizace, kdy sestry 1, 2 a 4 rozdělují aktivizaci na formy individuální a skupinovou. Sestra 3 aktivizaci rozděluje na zájmové aktivity, volnočasové aktivity, vzdělávací aktivity. Podkategorii - jiné formy aktivizace se sestry 3 a 2 shodují na canisterapii, sestra 2 dodává arteterapii a na další si nevzpomíná. Sestra

4 odpovídá: „Keramická dílna a smyslová terapie“. Sestra 5 dodává zájmové aktivity, vzdělávací, sociálně terapeutické aktivity. Sestra 1 si na další aktivizace nevzpomíná.



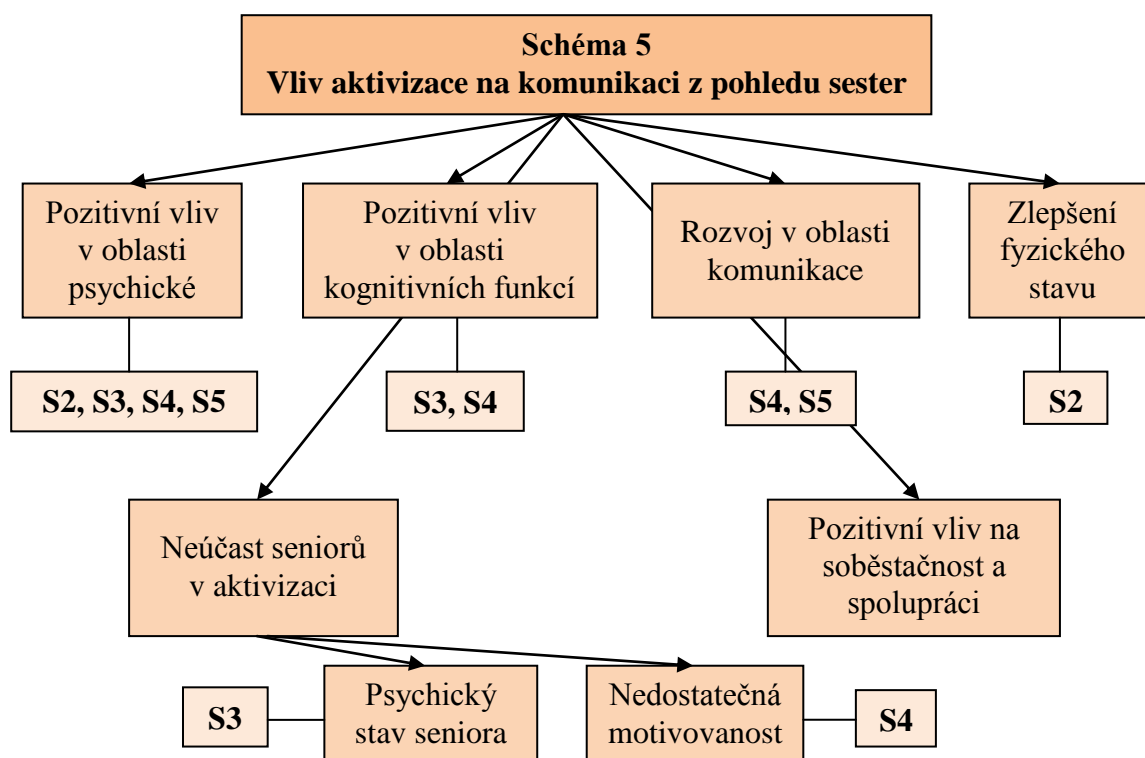
Aktivizační bariéry seniorů v Domovech pro seniory z pohledu sester

Sestry 1, 2, 3, 4 se shodují, že problematika aktivizace seniorů spočívá hlavně v odmítání klienta v jeho aktivizaci. Sestra 4 odpovídá: „Klienti nejsou více motivováni, straní se, nemají zájem a chtějí mít svůj klid“. Sestra 5 se v motivaci se sestrou 4 shoduje a odpovídá: „Klienti také nejsou motivováni, tím pádem nechtějí být zapojováni do aktivizace. Špatné vysvětlování co aktivizace znamená pro klienty, čím je pro ně prospěšná“. Dále sestra 1 a 5 se domnívají, že problematika aktivizace spočívá v nedostatku personálu. Sestra 1 dodává: „Podle mě, může spočívat v nedostatku personálu, v nedostatku materiálu k aktivizaci, může spočívat v nedostatku financí a v odmítání samotného klienta v těchto aktivizacích“. Na podotázku jaký materiál máte na mysli, odpovídá: „Myslím tím různé hry, pomůcky k napomáhání aktivizace“. Sestra 2 přidává stud klientů, změnu prostředí jako možný problém a odmítání seniorů v aktivizaci. V těchto hloubkových rozhovorech vznikla podkategorie zhoršený fyzický stav seniorů, sestra 2 odpovídá: „Stud klientů při jejich aktivizaci, prostředí, na které nejsou zvyklí, jejich psychické zábrany, poruchy pohybového aparátu“. Na podotázku jak podle Vás souvisí aktivizace seniora s poruchou pohybového aparátu, sestra 2 doplňuje: „No myslím tím to, že si senior na aktivizační kroužky u nás nemůže dojít sám, tudíž je nevyužívá“. Sestra 3 také shodně udává: „Když je klient nemocný nebo má poruchu pohybového aparátu, tak se hůře dostává do aktivizačních skupin, tím pádem nemá tu možnost se tolik aktivizovat, jako ostatní klienti našeho Domova pro seniory“.



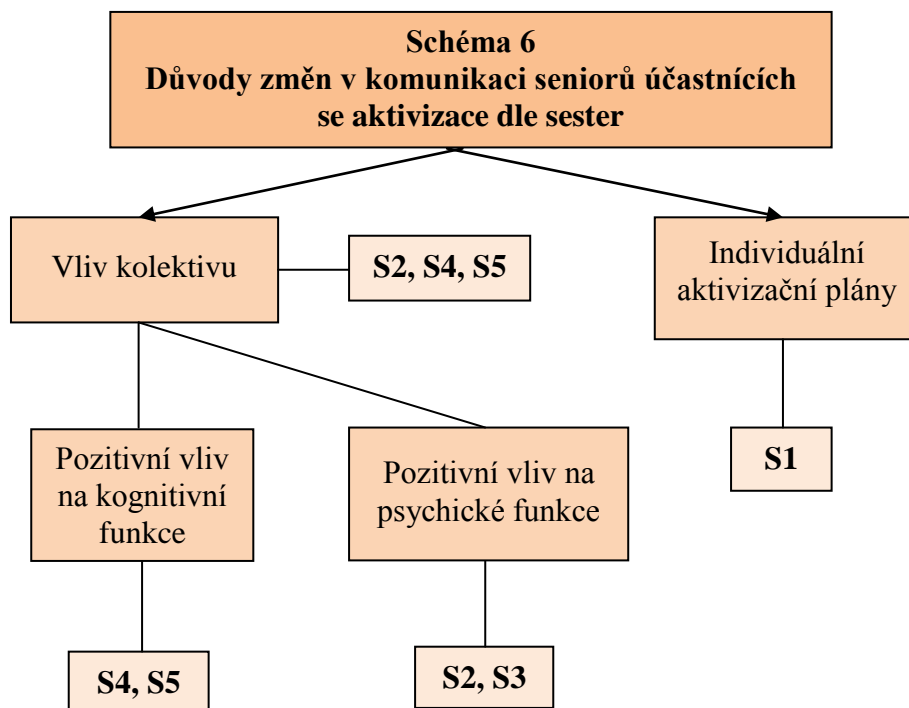
Vliv aktivizace na komunikaci z pohledu sester

Sestra 2, 3, 4, 5 shodně odpovídají, že aktivizace zlepšuje psychický stav seniora v pozitivním slova smyslu. Sestra 3 a 4 se shodují na zlepšení kognitivních funkcí u seniora. Sestra 4 a 5 se shodují na zlepšení v komunikaci mezi seniorem a jeho okolím. Sestra 1 odpovídá: „*Senioři, kteří nevyužívají žádné aktivity, jsou ve většině případů zavřeni ve svém pokoji bohužel, i když jim jsou aktivizace nabízeny a tím se to také odráží na jejich komunikaci. Člověk, který pravidelně nekomunikuje, ztrácí potřebu komunikovat, slovní zásoba se také zmenšuje*“. Sestra 4 odpovídá: „*Trénují paměť, takže se paměť zlepšuje a tím dochází ke zlepšení soběstačnosti, komunikaci i spolupráci oproti těm, kteří se neúčastní*“. Sestra 2 dodává, že se zlepšuje i fyzický stav u seniora účastníci se aktivizačních činností, oproti těm, kteří ji nevyužívají. Sestra 3 přidává pocity seniorů, kteří se díky aktivizaci cítí být užiteční, mají radost ze života a jsou otevřenější, než senioři, kteří se aktivizace neúčastní. Na podotázku, proč si myslíte, že se senioři neúčastní aktivizačních programů, sestra 3 odpovídá: „*Protože chtějí mít klid a být sami*“. Sestra 4 dodává: „*Asi nejsou dostatečně motivováni*“.



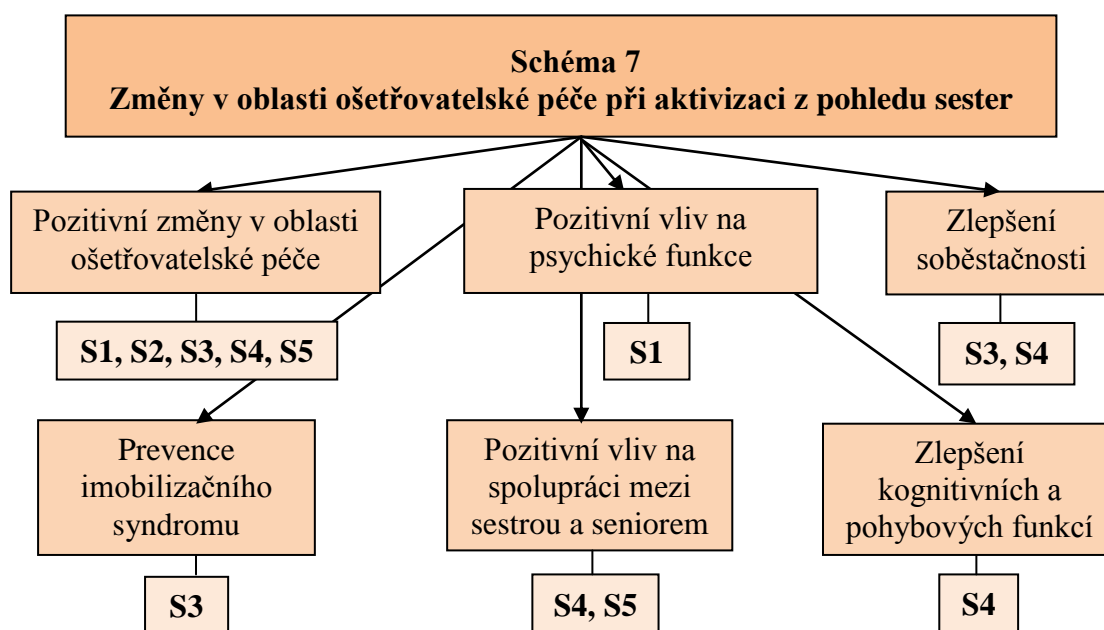
Důvody změn v komunikaci seniorů účastnících se aktivizace dle sester

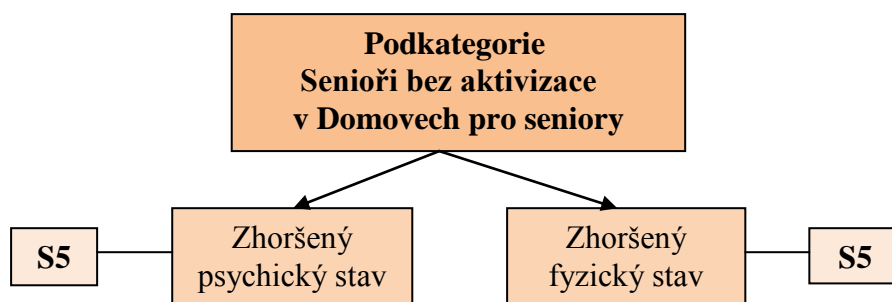
Sestry 2, 4, 5 se shodují, že důvodem změn v oblasti komunikace seniorů při účasti v aktivizačních formách může být kolektiv, který má na seniora pozitivní vliv. Sestra 1 neví jak je otázka myšlena a tak odpovídá, že jsou v Domově pro seniory zpracovány individuální plány aktivizace pro seniory a dle toho si senior naplánuje svůj každodenní plán aktivizace a pokud ho klient odmítne, nikdo ho nutit nemůže. Sestra 2 odpovídá: „U každého klienta je to individuální. S některými je lepší spolupráce, mají lepší náladu. Asi důvodem bude kolektiv, který má na něj takový vliv. Klienti, kteří se jich neúčastní, k tomu mají své důvody, se kterými někdy nic nenaděláme“. Sestra 3 dodává, že seniori účastníci se aktivizace, mají po aktivizaci pozitivní pohled na stáří. Sestra 4 k důvodům změn v komunikaci doplňuje větší snahu seniorů v aktivizaci, která je v kolektivu seniorů. Sestra 5 odpovídá: „Nejsou izolováni od kolektivu, dochází ke zlepšování mysli“.



Změny v oblasti ošetrovatelské péče při aktivizaci z pohledu sester

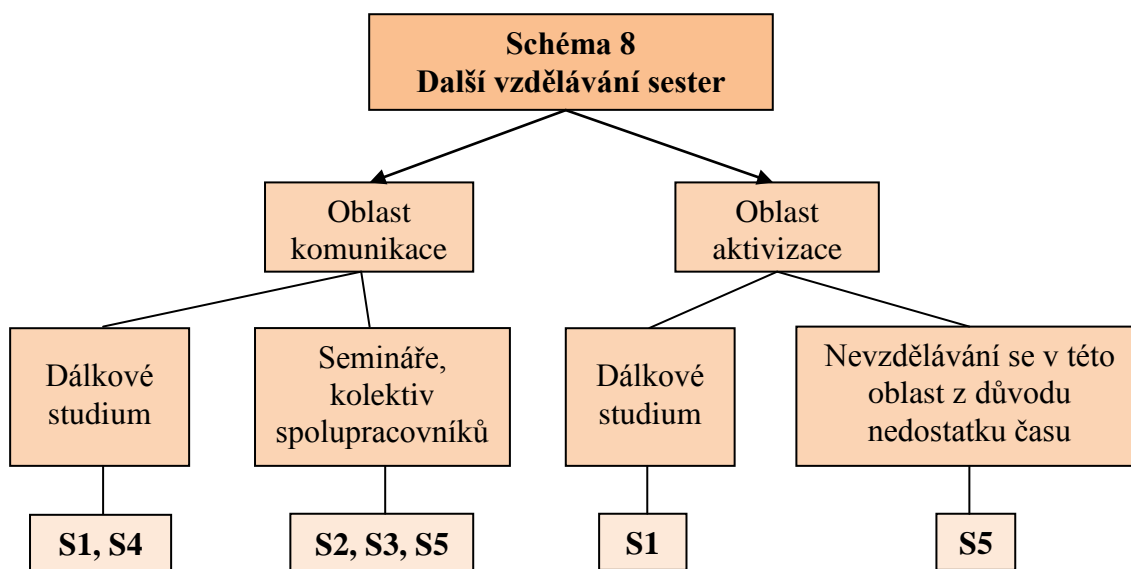
Na otázku, jaké si myslíte, že jsou změny v oblasti ošetrovatelské péče u seniorů účastnících se aktivizačních programů od seniorů, kteří se jich neúčastní, se všechny sestry shodují, že u seniorů účastnících se aktivizace dochází k pozitivním změnám v oblasti ošetrovatelské péče. Sestra 1 odpovídá: „*Mám zkušenosti u seniorů, kteří se zúčastňují aktivizací a každodenních cvičení, že jsou si jistější, že jsou soběstačnější, i bych řekla, že jsou i svým způsobem šťastnější, protože si užívají každý den. A také ošetrovatelská péče je tím pádem jednodušší*“. Sestra 2 si myslí, že změny jsou u seniorů individuální, ale ke zlepšení v ošetrovatelské péči u seniorů účastnících se aktivizace dochází. Sestra 3 a 4 se shodují, že u seniorů dochází ke zlepšení soběstačnosti. Sestra 3 si myslí, že při aktivizaci dochází k prevenci imobilizačního syndromu v ošetrovatelské péči. Sestra 4 a 5 dodávají zlepšení ve spolupráci se seniory a sestra 4 zlepšení jejich kognitivních i pohybových funkcí. Sestra 5 na otázku odpovídá: „*Změny u seniorů účastnících se aktivizace jsou individuální. Zdá se mi ale, že jsou více aktivní, více spolupracují, než ti, kteří se aktivizace neúčastní*“. Na podotázku proč si myslíte, že se někteří senioři aktivizace neúčastní, sestra 5 odpovídá: „*Nemají náladu, chtějí být sami. Záleží i na povaze seniora, anebo na momentálním fyzickém stavu, kdy klient na aktivizaci nemůže docházet*“.





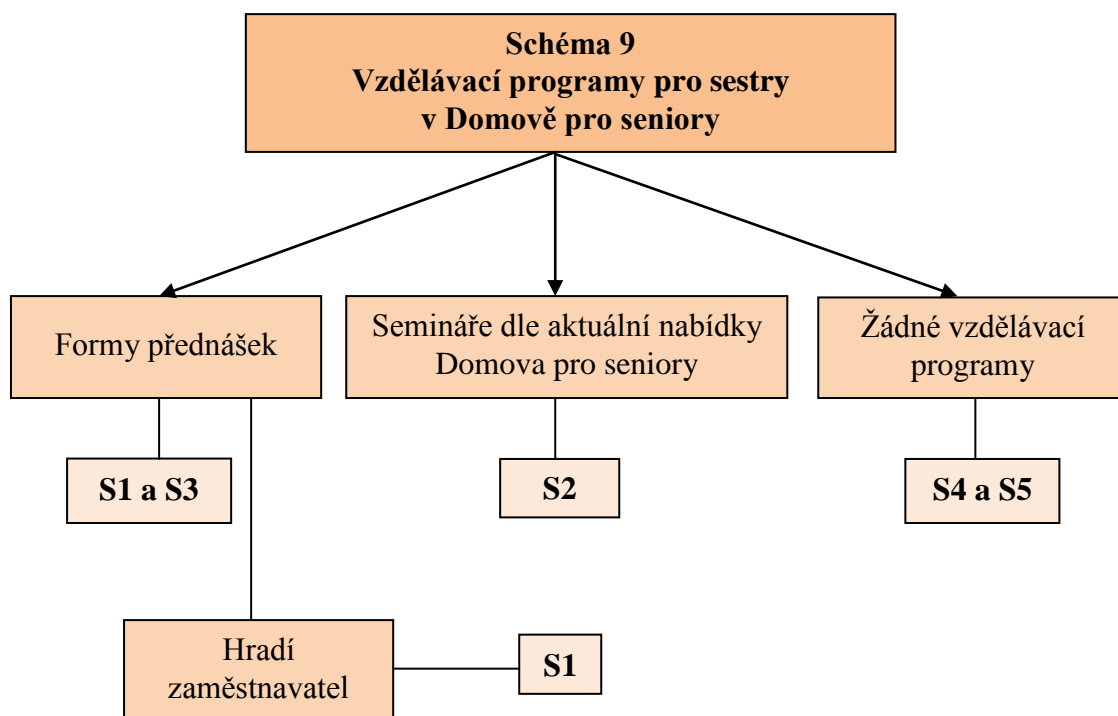
Další vzdělávání sester

Na otázku, jak se vzděláváte v oblasti komunikace a aktivizace se sestry 1 a 4 shodují, že se vzdělávají v rámci dálkového studia. Sestra 1 odpovídá: „Nyní pokračuji ve studiu, kde oblast komunikace využíváme a až studovat nebudu, ráda využiji nějaké školicí akce nebo kurzy na toto téma“. V oblasti aktivizace se sestra 1 zatím nevzdělává, ale nevyklučuje pro studium navštívit nějaký seminář na toto téma. Sestra 2 a 3 se shodují, že v oblasti komunikace a aktivizace se vzdělávají formou seminářů a komunikací se spolupracovníky na pracovišti. Sestra 5 se vzdělává v oblasti komunikace v rámci seminářů na pracovišti a sbíráním informací od ostatních spolupracovníků. Na otázku, jak se vzděláváte v oblasti aktivizace, sestra 5 odpovídá: „Nevzdělávám se v této oblasti“. Na podotázku, proč se nevzděláváte v této oblasti, odpovídá: „Nemám na to čas“.



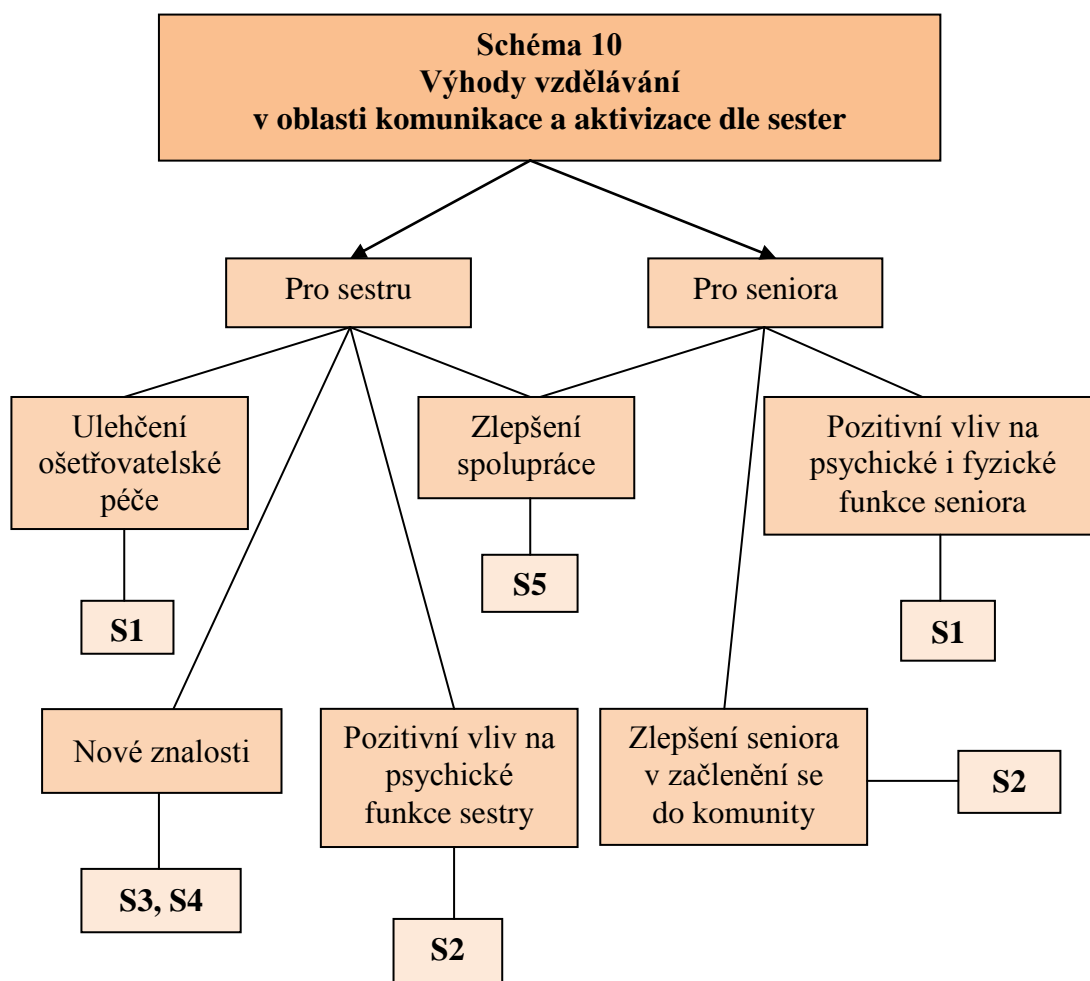
Vzdělávací programy pro sestry v Domově pro seniory

Na otázku, jaké vzdělávací programy v Domově pro seniory máte pro sestry, sestry 1 a 3 shodně odpovídají, že v Domově pro seniory mají akreditované přednášky v oblasti první pomoci a problematiky ve stáří. Sestra 1 dodává: „Vzdělávací programy pro sestry v našem domově pro seniory máme v oblastech první pomoci, v inkontinenci, v individuálním plánování, práce se seniory s demencí, pády seniorů, manipulace s imobilními klienty“. Na podotázku, zda Vám to platí zaměstnavatel, sestry 1 odpovídá: „Cenu neznám, ale hradí nám to náš zaměstnavatel“. Sestra 2 odpovídá, že mají v Domově pro seniory semináře, dle aktuální nabídky. Sestry 4 a 5 se shodují, že žádné programy v Domově pro seniory nemají.



Výhody vzdělávání v oblasti komunikace a aktivizace dle sester

Sestra 1 spatřuje výhody vzdělávání se v oblasti aktivizace ve zlepšení zdravotního i psychického stavu seniora a tím i usnadnění ošetrovatelské péče o něj. Sestra 2 odpovídá: „Výhodou vzdělávání se v této oblasti je empatie, pomoc seniorům se zapojením do komunity Domova, přehled o dostupných aktivizačních programech, které potom mohu klientovi nabídnout“. Sestra 3 dodává, že díky vzdělání se sestry budou v těchto oblastech daleko lépe orientovat. Sestra 4 odpovídá: „Výhodou je mít informace a umět je také použít v komunikaci a soběstačnosti seniorů“. Sestra 5 dodává, že díky vzdělání dojde ke zlepšení spolupráce mezi sestrou a seniorem.



4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami z Domova pro seniory (D2)

Metodou otevřeného kódování rozhovorů vznikly tyto kategorizační skupiny:

- Komunikační bariéry při aktivizaci seniorů z pohledu sester

Podkategorie: Vliv komunikace se seniory na sestry

- Vliv komunikace v ošetrovatelské péči o seniory z pohledu sester
- Aktivizace jako prevence komunikačních bariér

Podkategorie: Znalost dalších forem aktivizace

- Aktivizační bariéry seniorů v Domovech pro seniory z pohledu sester
- Vliv aktivizace na komunikaci z pohledu sester

Podkategorie: Senioři bez aktivizace v Domovech pro seniory

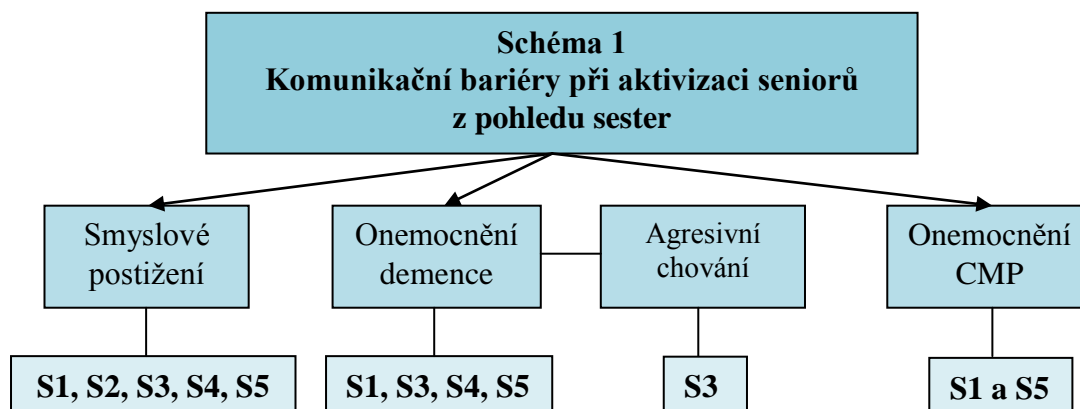
- Důvody změn v komunikaci seniorů účastnících se aktivizace dle sester
- Změny v oblasti ošetrovatelské péče při aktivizaci z pohledu sester
- Další vzdělávání sester
- Vzdělávací programy v Domově pro seniory
- Výhody vzdělávání v oblasti komunikace a aktivizace dle sester

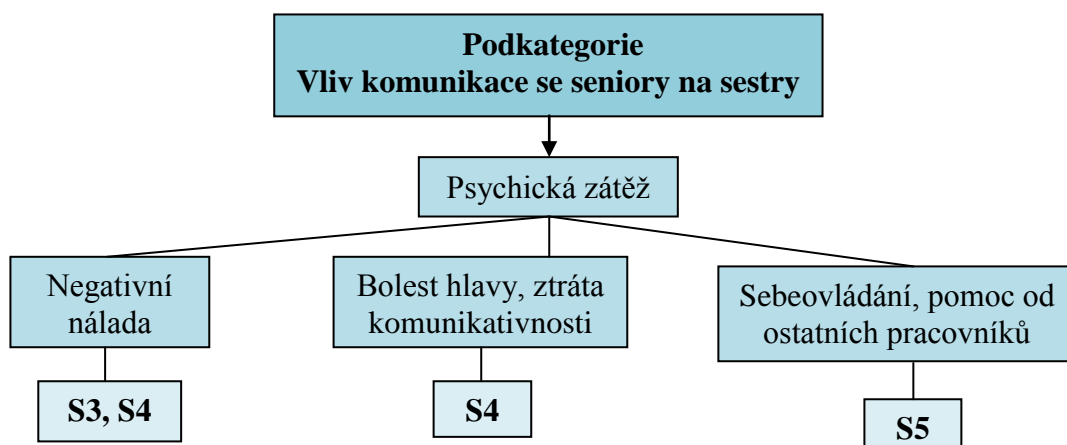
Podkategorie: Nevýhody vzdělání sester v oblasti komunikace

Vzniklé kategorizace se opírají částečně nebo úplně z ocitování odpovědí dotazovaných sester, kdy citace zahrnují důležité informace pro danou kategorizaci.

Komunikační bariéry při aktivizaci seniorů z pohledu sester

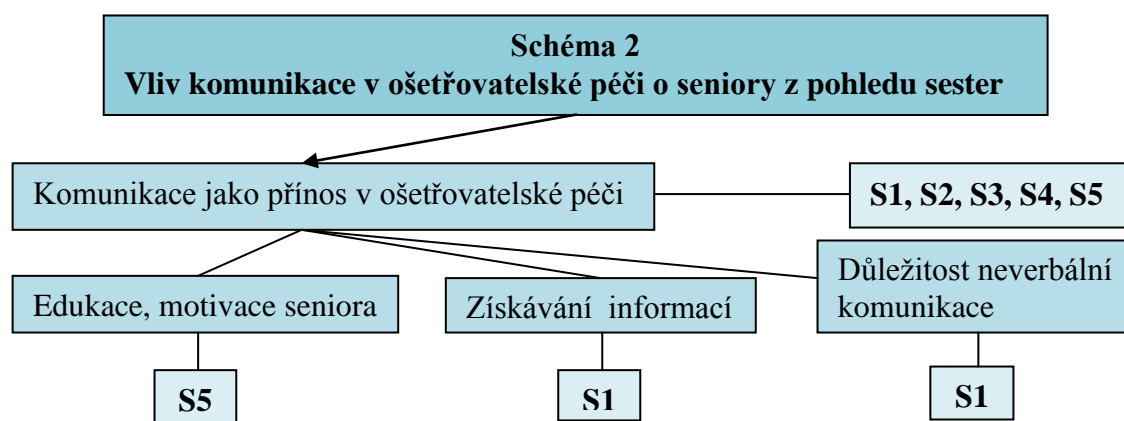
Na otázku, s jakými nejčastějšími problémy v komunikaci při aktivizaci seniorů se setkáváte během ošetrovatelské péče, se všechny sestry shodují, že se nejčastěji setkávají se sluchovými onemocněními seniorů, které způsobují komunikační bariéru. Sestry 1, 3, 4 a 5 se shodují také v onemocnění demence, které při zmatenosti seniorů způsobují problematické situace v komunikaci. Dále sestry 1 a 5 dodávají k této otázce onemocnění CMP u seniorů. Sestra 3 odpovídá: „Problémy u seniorů, kteří trpí onemocněním demence a jsou zmatení, někdy i agresivní, anebo senioři kteří mají zhoršený sluch. S těmito klienty je špatná domluva a všechna ošetrovatelské péče déle trvá“. Na podotázku, jaký vliv na Vás má zhoršená komunikace, se všechny sestry shodují, že je to velká zátěž na psychiku. Sestra 3 odpovídá: „Někdy se cítím být více podrážděná, unavená. Když hodně na seniory mluvíte a vše jim dokola vysvětlujete, je to hodně náročné na Vaši psychiku.“. Sestra 4 dodává: „No, když mám starosti doma ve svém prostředí a přijdu do práce, kde několikrát musím opakovat jednu větu, aby byla pochopena, a taky se samozřejmě stane, že prostě pochopena není. Je to velice vysilující, jsem naštvaná a někdy mi začne bolet hlava. Většinou přestávám mluvit, než abych před klientem něco špatného řekla“. Sestra 5 odpovídá: „Je to náročnější na moji trpělivost, musím se někdy kontrolovat, abych na klienty nebyla nepříjemná. Když už cítím, že na to nemám, přivolám si pomoc dalšího zdravotnického pracovníka a ten mě v mém snažení vystřídá“. Díky těmto odpovědím vznikla tedy podkategorie vliv komunikace se seniory na sestry.





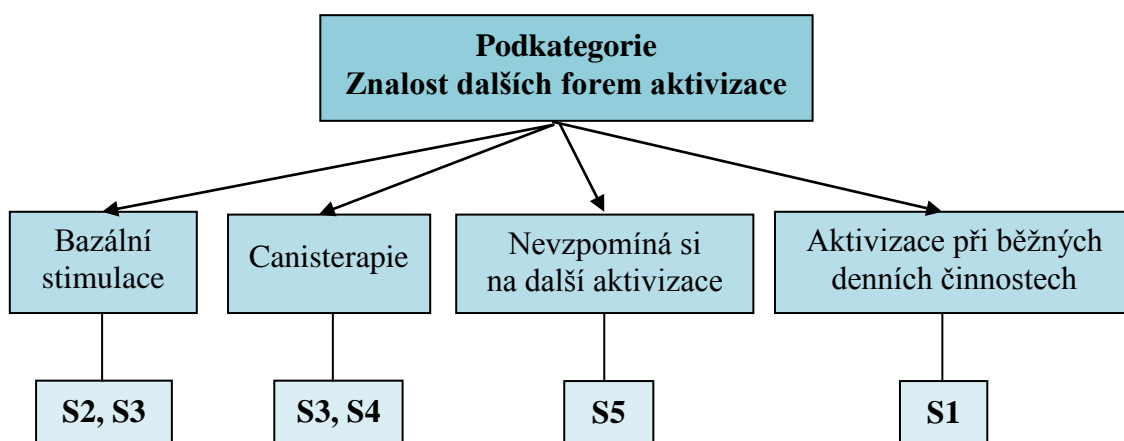
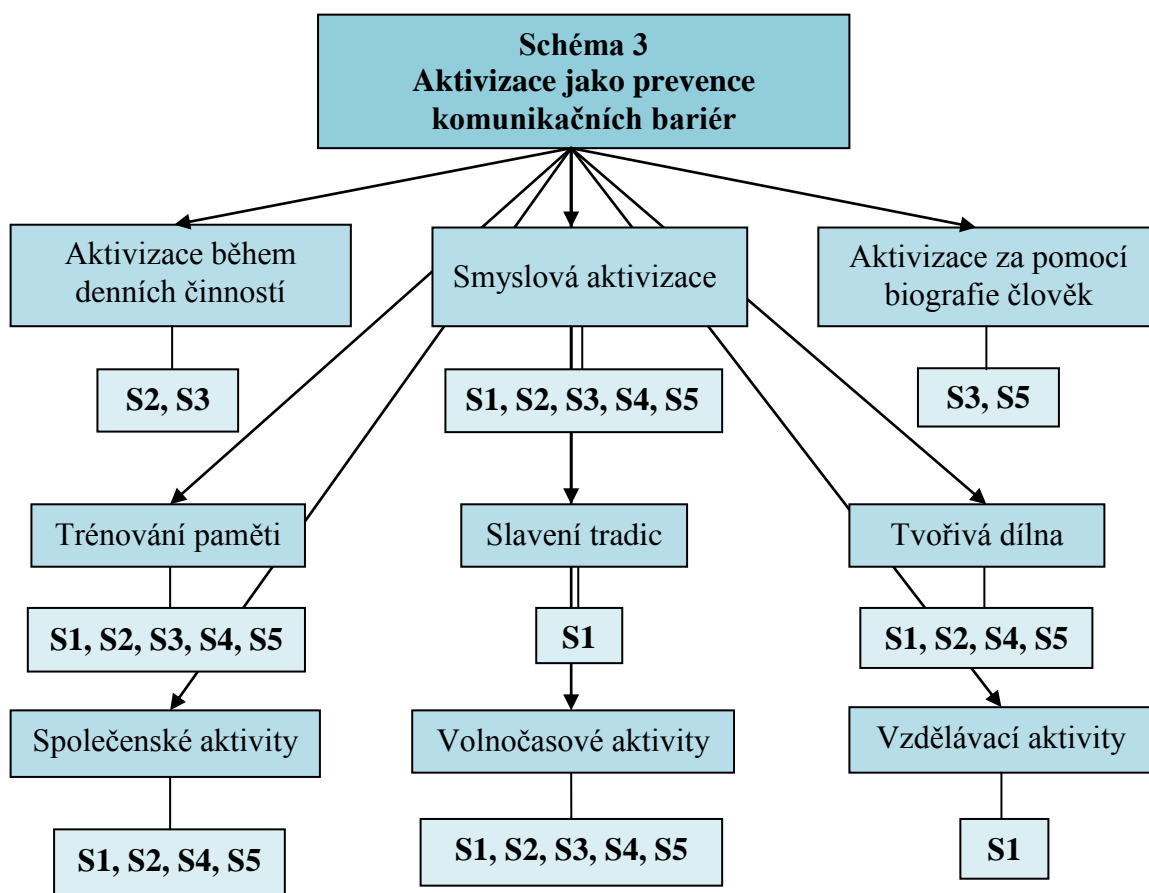
Vliv komunikace v ošetrovatelské péči o seniory z pohledu sester

Sestra 1 odpovídá: „Pokud je bariéra v komunikaci, tak je pochopitelně ošetrovatelská péče náročnější. Mnohdy od uživatelů chybí zpětná vazba. Nejnáročnější je období adaptačního procesu, kdy uživatele ještě neznáme a snažíme se o něm získat co nejvíce informací. První informace máme ze sociálního šetření, dále získáváme informace od uživatele, od členů rodiny, a z tzv. životního příběhu uživatele. Jsou komunikační bariéry, které se dají odstranit nebo alespoň minimalizovat. Ale nejtěžší bariérou jsou pokročilá stádia demence, kdy musí být ošetrovatelský personál opravdu vnímavý, poznat uživatele blíž a komunikovat s ním prostřednictvím projevů neverbální komunikace, která je v těchto situacích velmi důležitá“. Sestra 2, 3, 4 a 5 si myslí, že bez správné komunikace nemůže být poskytována kvalitní ošetrovatelská péče. Sestra 5 dodává: „V ošetrovatelské péči hraje komunikace velký vliv, bez správné komunikace nebude dobrá ošetrovatelská péče. Musíte klienta vhodně edukovat, motivovat, aby dodržoval určitý léčebný režim nebo režim dietní. Bez komunikace to prostě nejde“.



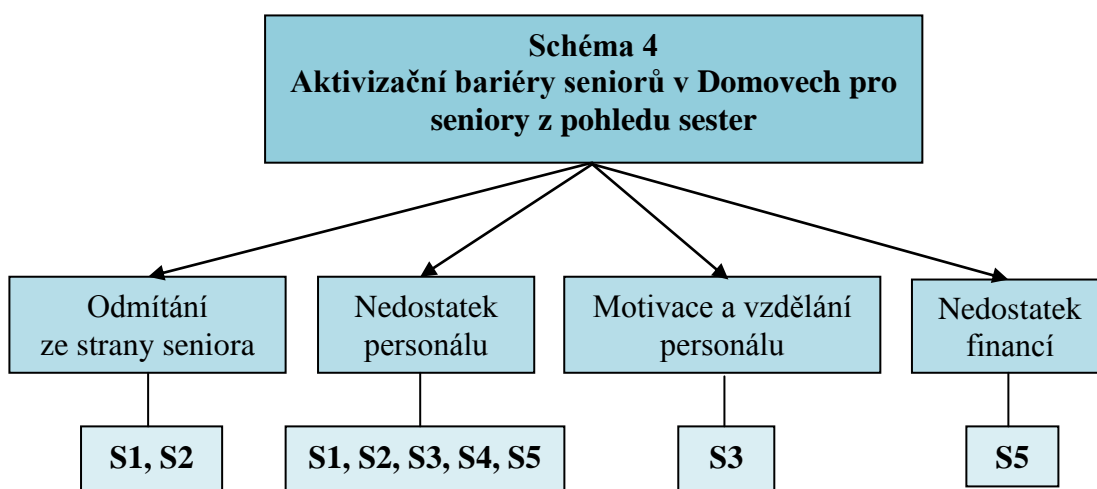
Aktivizace jako prevence komunikačních bariér

Na otázku, jak seniory v prevenci komunikačních bariér v Domově pro seniory aktivizujete, sestra 1 odpovídá: „*Smyslovou aktivizací, pečením chleba a cukroví, výrobou kysaného zelí..., tvořivou činností, trénování paměti – hádanky, doplňovačky, mezigenerační setkávání MŠ, ZŽ, ZUŠ, kulturní akce – masopustní zábava, opékání špekáčků, mikulášská zábava, výlety (návštěva dílen vyrábějící předměty dle starých technik, rozhlas, ZOO), kulturní vystoupení – harmoniky, hudební soubory, besedy s cestovateli, s významnými osobnostmi, aktivizační projekty rotopedotours a pěškotours, canisterapie, cvičení, přesazování květin, pěstování bylinek, návštěva muzea, divadla, městské galerie. Vycházky, možnost využití počítače, spolupráce s městskou knihovnou, Je toho spousta, možná jsem na některé zapoměla. Tyto všechny aktivizační programy v Domově nabízíme pro naše klienty. Myslím si, že všechny mají pozitivní vliv na komunikaci a zachování soběstačnosti našich klientů“.* Sestra 2 a 3 se shodují, že seniory aktivizují během dne při denních aktivitách, dále se shodují na tom, že pokud seniora neaktivizujete během denních činností, tak senior ztrácí svoji soběstačnost a tyto úkony přestane provádět. Sestra 2 odpovídá: „*Celodenně během různých úkonů naše klienty do všeho zapojujeme, aby neztratili svoji soběstačnost, dále provádíme smyslovou aktivizaci, trénování paměti, výlety, vycházky, setkávání, různá vystoupení, tvořivá dílna“.* Všechny sestry se shodují v některých aktivizačních programech pro seniory. Sestra 3 a 5 se shodují v aktivizaci za pomoci biografie seniora. Všechny sestry se také shodují na smyslové aktivizaci, kterou v Domově pro seniory nabízejí. Na otázku, jaké znáte další formy aktivizace pro seniory, si S1 vzpomněla, že aktivizace trvá po celý den při běžných denních činnostech. S2 udává, jako další formu aktivizace bazální stimulaci s čímž se shoduje i sestra 3 a dodává k tomu canisterapii. S canisterapií se shoduje i sestra 4. Sestra 5 si na další formy aktivizace pro seniory nevzpomíná. Tyto odpovědi sester jsme zařadili do podkategorie – znalost dalších forem aktivizace.



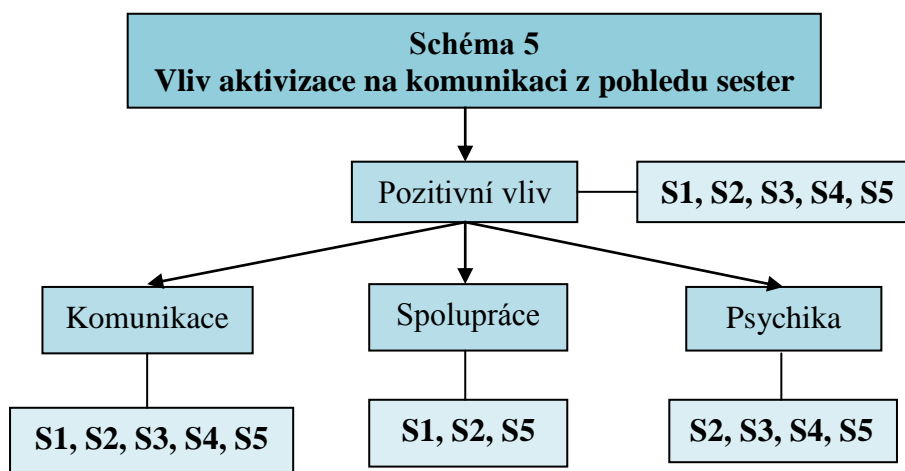
Aktivizační bariéry seniorů v Domovech pro seniory z pohledu sester

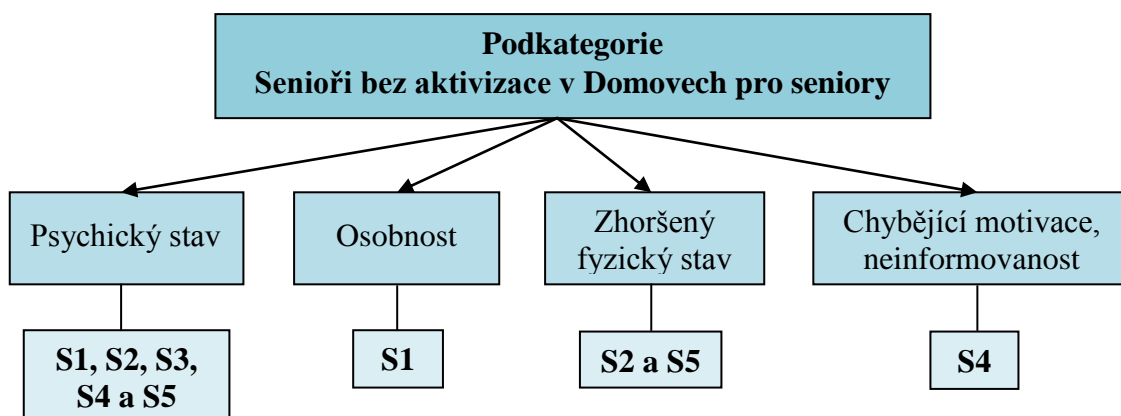
Sestry 1, 2, 3, 4 a 5 se shodují, že problematika aktivizace seniorů spočívá v nedostatku personálu. Dále se sestry 1, 2 se shodují, že aktivizační bariéry jsou v odmítání aktivizace samotných klientů. Sestra 1 odpovídá: „*Nesourodá cílová skupina, každý potřebuje jinou aktivizaci. A aby byla aktivizace zcela individuální, bylo by potřeba více personálu. Seniori z větší části raději navštěvují ty programy, kde jsou spíše pasivní. Stále nabízíme, edukujeme, někdy velmi intenzivně. Ale na druhou stranu zase nikoho násilím nenutíme, ponecháváme to na volbě uživatele. O aktivizaci vedeme dokumentaci*“. Sestra 3 odpovídá: „*Asi jako všude souvisí s nedostatkem personálu, motivovanost personálu se dále vzdělávat a dělat pro seniory něco navíc mimo své dané práce*“. Sestra 5 dodává: „*V nedostatku personálu to je určitě ten hlavní problém a v nedostatku financí na některé aktivity, třeba na výlety*“.



Vliv aktivizace na komunikaci z pohledu sester

Na otázku, jaké si myslíte, že jsou změny v oblasti komunikace u seniorů účastnících se aktivizačních programů oproti seniorům, kteří se jich neúčastní, sestra 1 odpovídá: „*Je s nimi lepší spolupráce, lépe vyjádří své potřeby, lépe se plánuje péče*“. Na podotázku, proč si myslíte, že se senioři neúčastní aktivizačních programů, sestra 1 odpovídá: „*Lenost, samotářství, rezignace. Celkový přístup k životu, osobnost klienta*“. Všechny sestry se tedy shodují, že aktivizace na seniory působí pozitivně, senioři více komunikují a mají pozitivní náladu. Sestra 4 odpovídá: „*Senioři, kteří se účastní forem aktivizace, jsou sdílnější a otevřeněji komunikují, prozradí svoje pocity, nálady, strach a nějaký problém, nad kterým přemýšlí. Senioři, kteří se aktivizace neúčastní, s námi nechtějí moc komunikovat a připadají mi smutní*“. Sestra 1, 2 a 5 se domnívají, že díky aktivizaci a následné zlepšení komunikace u seniorů je vedena i větší spolupráce mezi nimi a sestrou. Na podotázku proč si myslíte, že se senioři neúčastní aktivizačních programů sestra 1, 2, 3, 4 a 5 se domnívají, že důvodem je zhoršený psychický stav seniora. Sestra 1 považuje za důvod neúčasti aktivizačních programů i osobnost seniora. Sestra 2 a 5 za důvod udávají i zhoršený fyzický stav seniora. Sestra 4 odpovídá: „*Mají nějaký svůj osobní problém, špatnou náladu nebo nejsou dostatečně motivováni z okolí a nejsou informováni o tom, jak jim aktivizace může pomoci*“. Díky odpovědím sester vznikla podkategorie – Senioři bez aktivizace v Domově pro seniory.

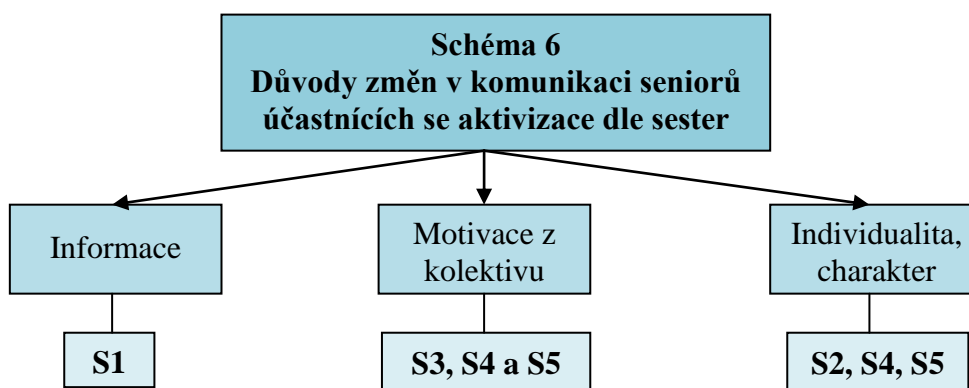




Důvody změn v komunikaci seniorů účastnících se aktivizace dle sester

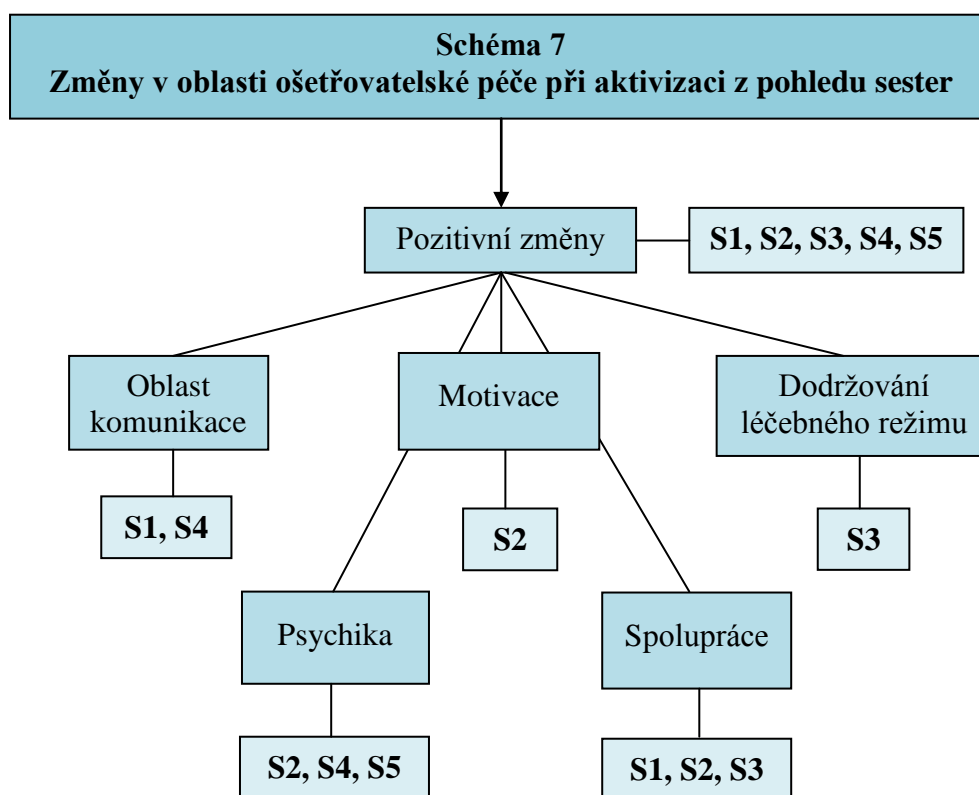
Sestra 1 odpovídá: „Přibývá seniorů, kteří jsou ve vysokém stupni závislosti na pomoci druhé osoby i v těch základních denních činnostech a jsou opravdu schopni jen pasivní účasti. Tam probíhá spíše aktivizace běžnými činnostmi jako podat do ruky hřeben, zapnout knoflíky, podat žínku, kartáček na zuby, lžičku či příbor. Uživatelé v pokročilém stadiu demence potřebují pomoc i při organizaci volného času. K tomu je dobré znát jejich životní příběh, vědět co uživatel rád dělal a naopak co rád neměl“.

Sestra 3, 4 a 5 se shodují, že mezi důvody změn v komunikaci u seniorů účastnících se aktivizačních programů patří kolektiv, který je motivuje k dalším činnostem. Sestra 2, 4 a 5 dodávají, že důvody jsou individuální, dle charakteru člověka. Sestra 3 odpovídá: „Protože jsou ve větším kolektivu a to je motivuje ke snaze něco dělat. Zasmějou se s ostatními a přijdou tak na jiné myšlenky než kdyby byli sami na pokoji“.



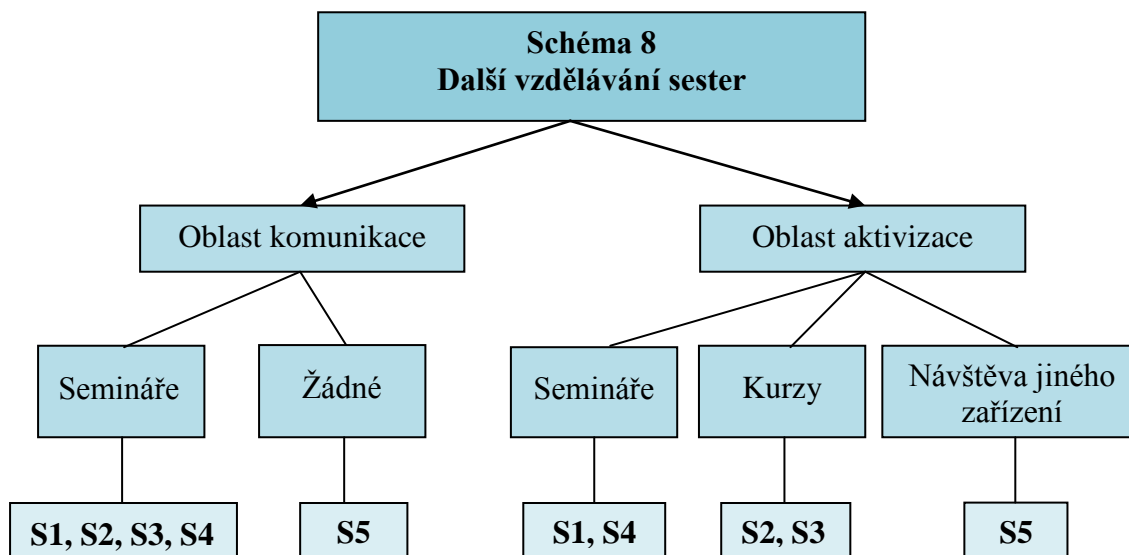
Změny v oblasti ošetrovatelské péče při aktivizaci z pohledu sester

Všechny sestry se shodují, že aktivizace má na oblast ošetrovatelské péče u seniorů pozitivní vliv. Sestra 1 odpovídá: „*Já si myslím, že jsou změny v pozitivním smyslu ve všech směrech, jelikož komunikace s ošetrovatelskou péčí souvisí. Pokud se tedy zlepší komunikace, navodí se mezi sestrou a klientem dobrá spolupráce, tak se automaticky zlepšuje i ošetrovatelská péče*“. Sestra 2 odpovídá: „*Asi bych řekla, že se seniory, účastnících se těchto programů, je lepší spolupráce, hned se nevzdávají a bojují v těžkých životních situacích i různých onemocnění*“. Sestra 3 dodává, jak seniory lépe spolupracují a dodržují tak svoji léčbu. Sestra 4 odpovídá: „*Velkou roli hraje psychika našich klientů, takže pokud jsou na aktivizačním programu šťastni, tak je s nimi lepší komunikace a ošetrovatelská péče se zlepšuje*“. Sestra 5 odpovídá: „*Ve většině případů si myslím, že pozitivní. Pokud je klient spokojený, dochází u něj ke zlepšení i v ošetrovatelské péče*“.



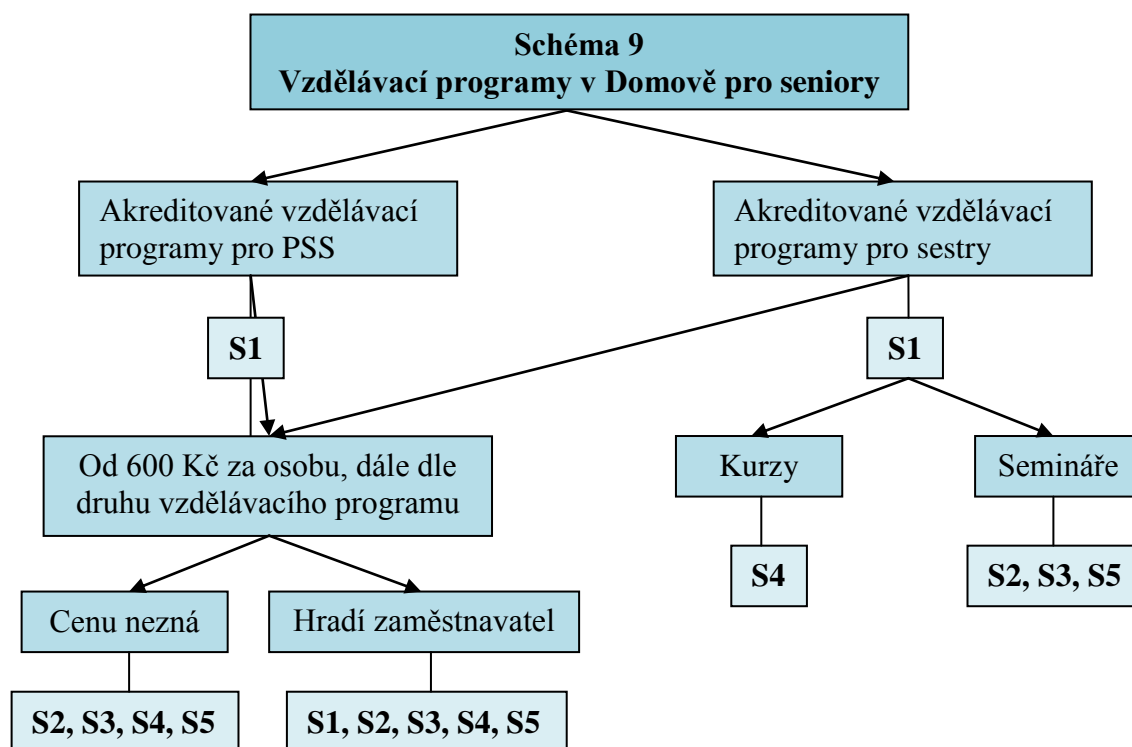
Další vzdělávání sester

Sestry 1, 2, 3, 4 se shodují, že v oblasti komunikace se vzdělávají formou seminářů. Sestra 5 odpovídá: „Zatím jsem na žádném semináři ohledně komunikace nebyla. Tedy se v této oblasti nevzdělávám“. Sestra 1 a 4 se v oblasti aktivizace seniorů vzdělávají pomocí seminářů. Sestra 2 a 3 se shodují, že mají kurz smyslové aktivizace a nyní chodí na kurz bazální stimulace. Sestra 5 odpovídá: „Absolvovala jsem kurz smyslové aktivizace a kurz aktivizace za pomoci biografie. Také jsme se byli podívat v jiném zařízení v Linzi, kde pracují podle modelu prof. Erwina Böhma. Bylo to velmi zajímavé a tyto prvky pomalu zavádíme i do našeho zařízení“.



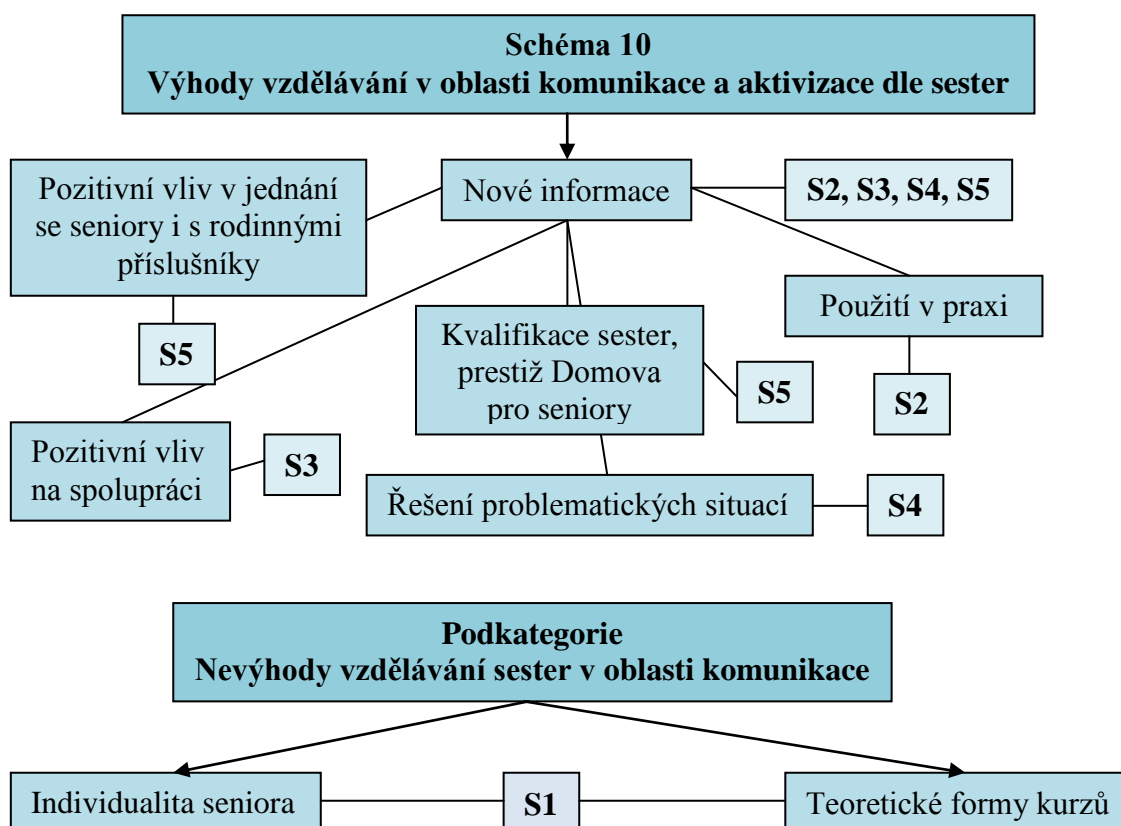
Vzdělávací programy v Domově pro seniory

Sestra 1 odpovídá: „Vzdělávací programy jsou totožné s programy pro PSS. Pro PSS jsou akreditované u MPSV a pro všeobecné sestry s akreditací u MZ“. Na podotázku jaká je cena za školení odpovídá: „Různá, možná od cca 600 Kč za jednoho účastníka, ale vyplatí se pořádat semináře v zařízení, kde se platí celá částka za seminář a zúčastní se ho většina našich zaměstnanců. Také odpadají náklady na cestu. Zajímavé jsou i výměnné stáže mezi jednotlivými zařízeními“. Na podotázku, hradí Vám to zaměstnavatel, sestra 1 odpovídá: „Hradí, jak finančně tak i hodinově. Je to ale opravdu pro zařízení finančně náročné. Naše zařízení v minulém roce využilo projekt na vzdělávání“. Sestra 2, 3 a 5 se shodují, že v Domově pro seniory mají různé semináře v problematice stáří a aktivizační kurzy, cenu neznají, ale shodně odpovídají, že jim vše platí zaměstnavatel. Sestra 4 odpovídá, že vzdělávací programy mají formou kurzů, cenu nezná, ale shoduje se s ostatními sestrami, že kurzy vzdělávání hradí zaměstnavatel.



Výhody vzdělávání v oblasti komunikace a aktivizace dle sester

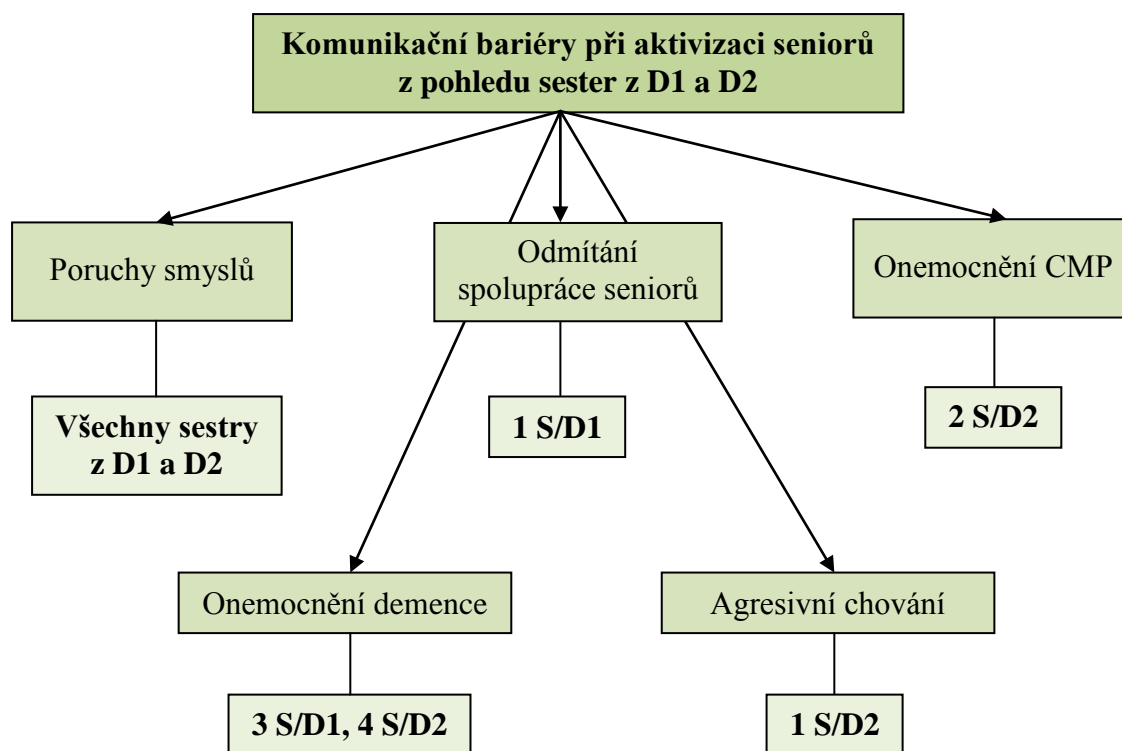
Sestra 1 odpovídá: „Bylo by fajn, kdyby se dal na seminářích naučit jednotný recept, jak s uživatelem komunikovat, ale bohužel člověk je jedinečná osobnost a každý přístup k němu je individuální. Proto jednotlivý recept, jak s uživatelem komunikovat, neexistuje. Bohužel, ale většina pořádaných kurzů je spíše teoretická. Tyto kurzy by měly být vedené aktivní formou se spoustou modelových situací, ale když budu upřímná, je málo zaměstnanců, kteří se rádi takových seminářů rádi účastní“. Sestra 2 udává: „Rozmanitost a hlavně možnost ihned si ověřit nově nabitě vědomosti v praxi“. Sestra 2 a 3 se také shodují, že vzdělání výhody vzdělání v oblasti komunikace a aktivizace vedou k rozšíření jejich vědomostí a sestra 3 udává lepší spolupráci se seniory. Sestra 4 odpovídá: „Nové informace a postupy jak s klienty jednat v problémových situacích“. Sestra 5 odpovídá: „Určitě novější informace, díky nimž se ustupuje od zastaralých způsobů a metod. Zlepšuje se tím přístup ke klientům, jejich příbuzným, sestry mají větší kvalifikaci a tyto výhody zlepšují i prestiž celého našeho zařízení“.



4.3 Srovnání vybraných kategorizací z Domovů pro seniory D1 a D2

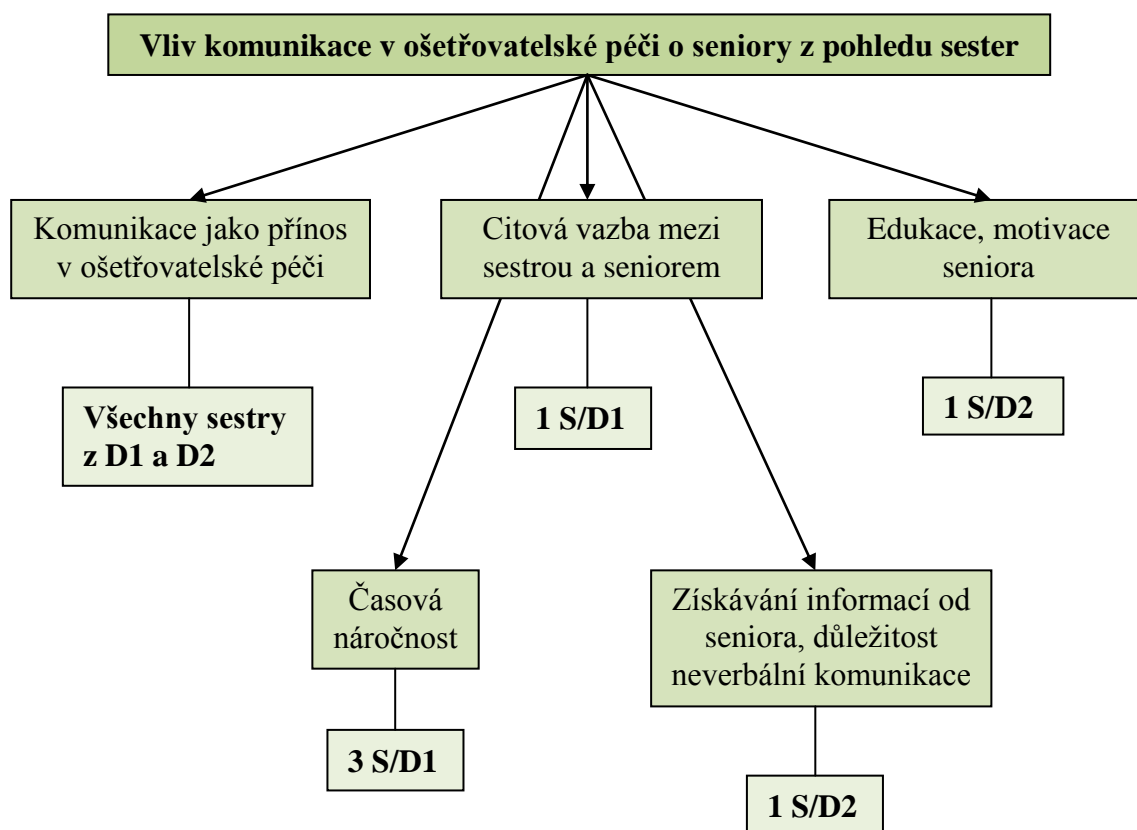
Komunikační bariéry při aktivizaci seniorů z pohledu sester

Sestry z Domovů pro seniory D1 a D2 se shodují, že nejčastější problematikou v oblasti komunikace patří poruchy smyslů seniorů. K dalším komunikačním bariérám sedm sester udává onemocnění seniorů, jedna sestra udává agresivní chování, odmítání spolupráce ze strany seniorů a další dvě sestry uvádějí onemocnění CMP jako komunikační bariéru.



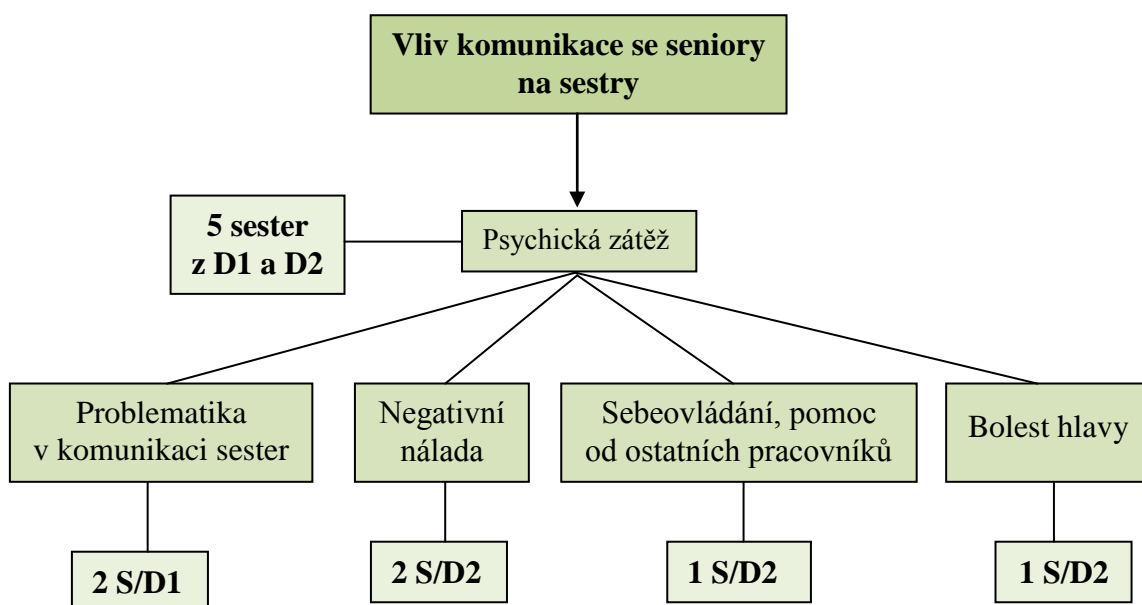
Vliv komunikace v ošetrovatelské péči o seniory z pohledu sester

Všechny sestry z Domovů pro seniory D1 a D2 se shodují, že komunikace má velký přínos v ošetrovatelské péči o seniory. Tři sestry z D1 udávají, že komunikace se seniorem je pro sestru velmi časově náročná. 1 S/D1 se domnívá, že mezi sestrou a seniorem dochází při komunikaci k citové vazbě. 1 S/D2 udává, že při komunikaci sestra edukuje a motivuje seniora v ošetrovatelské péči a 1 S/D1 získává komunikací se seniory informace o jeho životě a rodině, kdy při komunikaci u seniorů s demencí je důležitá i neverbální komunikace.



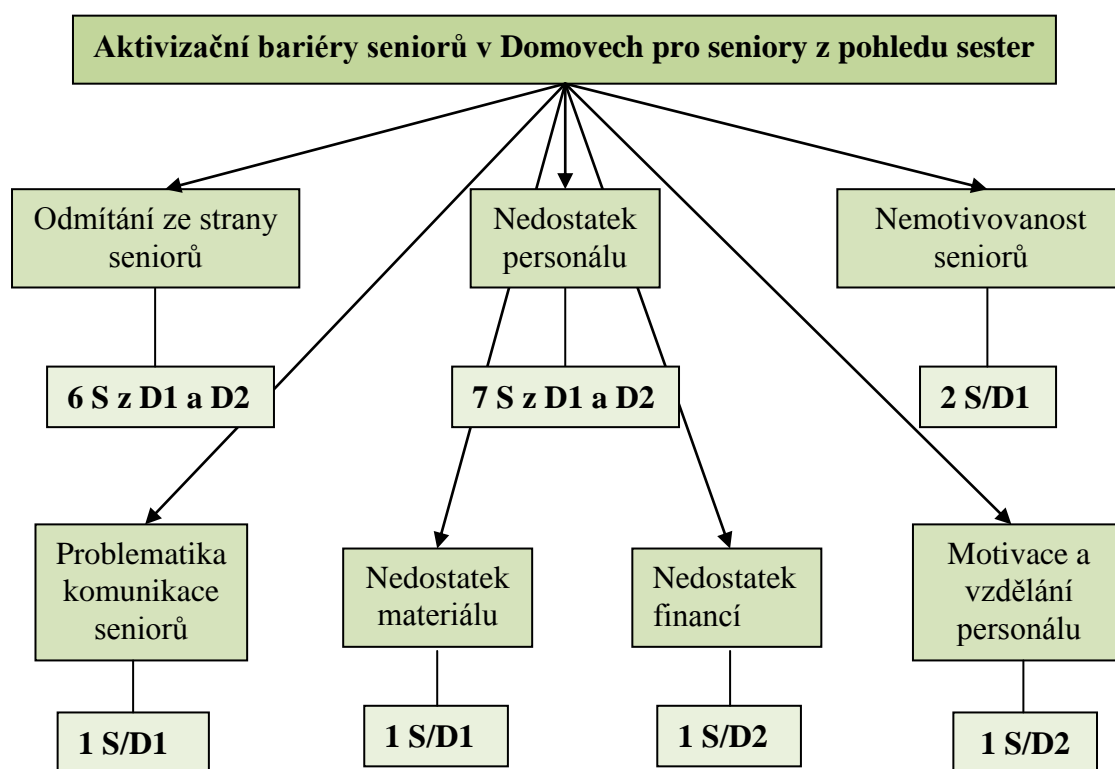
Vliv komunikace se seniory na sestry

Ve výzkumné části nám díky rozhovorům se sestrami vznikla společná podkategorie – vliv komunikace se seniory na sestry, kdy některé ze sester popisují komunikaci se seniory za psychicky zatěžující, dále svoji zhoršenou náladu, bolesti hlavy, ztrátu komunikativnosti a další projevy jejich psychické zátěže při komunikaci se seniory.



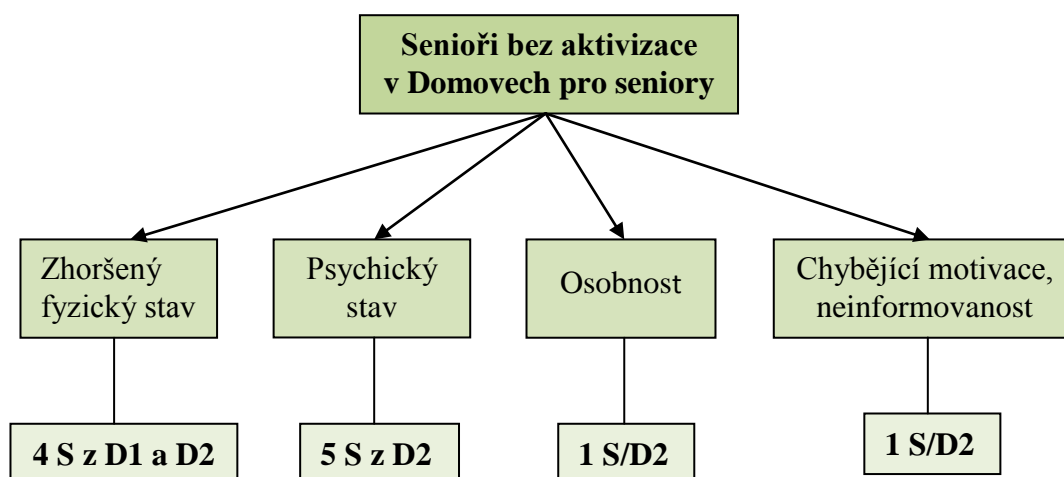
Aktivizační bariéry seniorů v Domovech pro seniory

Šest sester z Domovů pro seniory D1 a D2 se shodují, že problematika aktivizace spočívá hlavně v odmítání spolupráce ze strany seniorů. Dále se 7 S z D1 a D2 shodují, že k problematice aktivizace patří nedostatek personálu. Některé sestry udávají nedostatek materiálu, problematiku komunikace, nemotivovanost seniorů a personálu, jedna sestra uvádí nedostatek financí v domově pro seniory.



Senioři bez aktivizace v Domovech pro seniory

Z odpovědí sester nám vznikla další podkategorie – senioři bez aktivizace v Domovech pro seniory. Dvě sestry z Domova pro seniory D1 udávají, že se senioři z důvodu zhoršeného fyzického stavu v Domově pro seniory neaktivizují a to proto, že se nemohou dostavit na aktivizační programy. Pět sester z D2 se domnívá, že důvodem, proč se senioři neaktivizují, je jejich zhoršený psychický stav. Dále některé sestry udávají k neaktivizaci seniorů chybějící motivovanost seniorů a osobnost seniorů.



4.4 Výsledky pozorování

4.4.1 *Pozorování sester v D1 v oblasti aktivizace a komunikace během ranní hygieny seniorů*

Během pozorování S1 jsme zjistili, že sestra během ranní hygieny u soběstačného seniora pouze provádí dohled. Ptá se, zda nepotřebuje pomoci, pokud ano, dopomůže mu v ranní hygieně. U částečně soběstačného seniora sestra pomáhá připravit jeho osobní věci k hygieně, dopomáhá mu k umyvadlu a na všem se s ním domlouvá. Většinu úkonů však částečně soběstačného seniora nechá provádět sama, čímž seniora při ranní hygieně aktivizuje. S1 provádí plnou hygienickou péči u seniora, který je imobilní a u seniora, který trpí demencí, spěchá a ranní hygiena je u těchto seniorů provedena rychleji než u ostatních soběstačných seniorů. Senior s demencí ráno odmítl hygienu, chtěl se umýt sám, bylo mu to však zamítnuto a hygienu u něj provedla sestra i přes jeho odmítání se nechat umýt. Během oblékání S1 pomáhá soběstačnému seniorovi jenom s menšími úkony, které mu dělají problém. U seniorů imobilních a seniorů s onemocněním demence je činnost sestry zcela kompenzující v oblasti oblékání. Jiné aktivizace u seniorů při ranní hygieně S1 neprovádí. S1 se seniory celou dobu komunikuje, pozdraví a začne rozhovor o počasí a spánku. Komunikuje dostatečně nahlas a na otázku seniora vždy odpoví. Pokud senior něčemu, co řekla sestra nerozumí, ochotně seniorům vše klidným hlasem vysvětluje, až na seniora s demencí komunikuje se všemi seniory téměř stejně, vždy se nezapomene zeptat, jestli je vše v pořádku a jestli nechtějí s něčím pomoci. Její tón hlasu je příjemný a na seniory se usmívá. U seniora s demencí, S1 změnila při jeho odmítání tón hlasu a to hlasitěji a důrazně, dávala jasné krátké věty a to většinou formou příkazu, kdy senior reagoval větším odmítáním hygieny. Sestra proto zvolila komunikaci o „starých časech“ a senior s demencí se uklidnil a začal si se sestrou povídat a nechal se od sestry umýt.

Při ranní hygieně S2 pomáhá i soběstačnému seniorovi, připravuje mu věci, pomáhá seniorovi při mytí, to samé provádí i u částečně soběstačného seniora. Provádí to automaticky, bez toho, aniž by se S2 seniora zeptala, zda tuto pomoc od ní potřebuje.

U imobilního seniora přebírá S2 ranní hygienu zcela za něj, komunikuje s ním a občas ho nechá, aby se sám snažil se utřít ručníkem. Se seniorem s onemocněním demence ihned ráno S2 navazuje kontakt tím, že ho nechá přivonět ke sprchovému gelu, který má vůni květin, senior se usmívá a vzpomíná, co mu tato vůně z dětství připomíná. Senior s demencí se sestrou při ranní hygieně spolupracuje a panuje mezi nimi velmi dobrá nálada. S2 je velmi dobře komunikativní, ale zapomíná se ptát seniorů, zda její pomoc při hygieně potřebují. Mluví dostatečně nahlas a její tón hlasu je příjemný. Na všechny otázky seniorům velice ochotně odpovídá a vše jim opakovaně vysvětluje.

Na hygienu soběstačného seniora S3 jenom dohlíží, ptá se však, jestli s něčím nepotřebuje pomoci. U částečně soběstačného seniora S3 připraví jeho osobní věci potřebné k hygieně blíže k lůžku, také se ptá, zda nepotřebuje s něčím pomoci a nechá ho v klidu se umýt, později seniorovi dopomáhá s drobnějšími úkony. U imobilního seniora S3 postupuje podobným způsobem, hygienu u seniora provádí současně s jejich pomocí, vždy seniora aktivizuje a senior má pocit, že většinu úkonů zvládá sám. Senior s onemocněním demence také na S3 dobře reaguje, sestra s ním jedná klidným hlasem a nechá seniora se umýt samotného, pouze na něj při hygieně dohlíží a slovně mu připomíná části těla, které si má ještě senior domýt, aby na ně nezapomněl. Senior s demencí se sestrou velmi dobře spolupracuje. Všem seniorům S3 vmasíruje olej určený na suchou kůži a seniori S3 děkují a chválí jí, že jim tato masáž a olej velmi pomáhá, jsou viditelně spokojeni. S3 komunikuje klidným hlasem, na otázky seniorů odpovídá příjemným tónem hlasu. Komunikuje dostatečně nahlas a vše pečlivě vysvětluje.

S4 je na pohled velice rychlá sestra. Během hygieny u soběstačného seniora velice rychle připraví všechny jeho věci k osobní hygieně blíže k umyvadlu. Na seniora S4 pospíchá, snaží se ho umýt sama. Senior působí dojmem zmateným, kdy se snaží napodobovat sestru a chce dosáhnout její rychlosti. K částečně soběstačným seniorům i imobilním, postupuje S4 stejným způsobem. Téměř všechny úkony ranní hygieny provádí S4 za seniory. Seniora s onemocněním demence také umývá bez jakékoliv domluvy, kdy senior je podrážděný a nechce spolupracovat a začíná se proti S4 bránit. S4 na to reaguje negativní mimikou, něco si mluví potichu pro sebe, ale přesto změní

chování a seniora nechává samotného se umýt. Pomáhá mu jen v těžších úkonech a začne na něj mluvit pomalu a klidným hlasem. Když má S4 ranní hygienu u tohoto seniora splněno, odpoví: „No, konečně, to bylo ale něco!“. Tato sestra má nejrychleji hotovou ranní hygienu u přidělených seniorů. V komunikaci je S4 skromná, moc nehovoří, odpovídá v krátkých větách, na některé otázky seniorům neodpovídá. Jejím argumentem je, že nemá čas si moc povídat a seniorům slibuje, že si s nimi přijde popovídat odpoledne, až bude mít svojí práci hotovou. Také nezapomíná S4 seniorům připomenout, že má hodně lidí ráno na umytí a že na ně teď nemá čas. Její tón hlasu zní podrážděně a někdy S4 není dostatečně rozumět, protože někdy odpovídá potichu, jakoby pro sebe.

U ranní hygieny soběstačného seniora S5 pouze dohlíží. U částečně soběstačného seniora se S5 ptá, s čím chce pomoci a dopomůže mu během ranní hygieny. Poradí mu také, jak si některé věci může sám zvládnout a nechá ho, aby nové úkony prováděl samostatně. Když se nové úkony seniorovi podaří zvládnout, S5 ho pochválí a přidá mu novou aktivitu, kterou si senior může nacvičit. Senior se usmívá a má dobrou náladu, že se mu něco podařilo. Komunikace se u něj rozvázala a senior se sestrou promlouvá o tom, jaké má plány do budoucna a co chce všechno ještě dokázat. K seniorovi, který je imobilní se S5 chová podobně, snaží se ho zapojit do ranní hygieny drobnými činnostmi. S5 neustále seniora při těchto úkonech povzbuzuje a chválí. Senior se snaží, usmívá se, není u něj známka žádné odmítavé reakce. Sestra mu za dobrou spolupráci slibuje, že ho vezme na vozičku na výlet do zahrady. Senior je nadšený a dále se snaží spolupracovat. U dementiho seniora si S5 nejdříve sedla, vzala seniora za ruku a klidným hlasem s ním promlouvala, jak se cítí a co by si dnes přál dělat. Senior se sestrou klidně hovoří a ptá se jí, jestli má rodinu a děti. S5 se s dementiho seniorem domluví, že mu pomůže s ranní hygienou a přitom mu poví o sobě a o své rodině. Senior celou dobu se sestrou spolupracuje a komunikuje, smějí se spolu, když S5 vypráví o svých zlobivých dětech. Senior s demencí je překvapený, že už je u něj ranní hygiena provedená, že si toho ani nestačil všimnout. S5 všem seniorům nakonec hygieny také promazává suché kožní místa olejem, masíruje je a seniori na ní pozitivněji reagují. Celou dobu S5 komunikuje klidným hlasem, na otázky všem

ochotně odpovídá a se všemi seniory se snaží domluvit. Seniory také S5 hodně chválí a motivuje.

4.4.2 Pozorování sester v D2 v oblasti aktivizace a komunikace během ranní hygieny seniorů

S1 během ranní hygieny pomáhá soběstačnému seniorovi s připravováním osobních věcí blíže k umyvadlu. Ptá se seniora, zda chce s něčím pomoci a říká mu, že ho pomůže umýt, aby se zbytečně nenamáhal. Povídá si s ním během ranní hygieny o počasí a kytkách na zahradě před Domovem pro seniory. S1 si bere hřeben od seniora a rozčesává mu vlasy. Se vším mu pečlivě pomáhá, i když senior sestře během ranní hygieny povídá, že to zvládne sám. U částečně soběstačného seniora i u seniora imobilního, vše provádí S2 za seniory sama, aniž by se jich předem zeptala, zda chtějí pomoci. K seniorovi s onemocněním demence, který ranní hygienu odmítá, si S1 sedne, pohladí ho po ruce a začne ho pomalu umývat. Senior má tendenci se utírat po umytí sám a S1 ho chvílemi nechá, aby se sám osušil ručníkem. Většinu ranní hygieny ale provádí S1 u seniorů sama bez jejich zapojení. Všem seniorům také S1 promazává speciálním olejem suché místa a dívá se, zda přes noc nevznikly nějaké kožní defekty. S1 komunikuje klidným hlasem dostatečně nahlas. Vstřícně lidem odpovídá, je usměvavá. Působí klidným dojmem a na seniory tolik nespíchá.

S2 pobízí soběstačného klienta k ranní hygieně rázným zvýšením svého hlasu. Bere jeho osobní věci k ranní hygieně k umyvadlu, aniž by se seniora zeptala, zda mu je tam může pomoci vzít. Pomáhá mu vsát z lůžka a doprovází ho s držení při chůzi k umyvadlu. Seniora bez zeptání pomáhá umýt i jej osuškou utírá. Se seniorem si S2 během ranní hygieny povídá. Senior, který není během ranní hygieny do hygieny zapojen, sestře neodporuje. Sestra opět vezme jeho osobní věci a ukládá mu je na původní místo do stolku. Ptá se ho, jestli chce promazat nohy olejem, senior odmítá a sestra s rozloučením odchází, aniž by seniora dále prohlížela. U částečně soběstačného seniora se S2 chová na pohled jinak, povídá si s ním klidným a veselým hlasem, na

všechno se ho ptá, zda nepotřebuje pomoci. Senior ji oslovuje jménem a na všech aktivitách se s S2 domlouvají. S2 u seniora jenom dopomáhá a dohlíží. Po chvíli se dozvídáme, že seniora i jeho rodinu S2 dobře zná. K imobilnímu seniorovi S2 přistupuje podobným způsobem jako u soběstačného seniora, veškerou činnost u ranní hygieny provádí za seniora. Pouze s tím rozdílem, že se seniorem příliš nekomunikuje. S2 mu stroze povídá, co mu právě začne mýt, na jeho odpovědi krátkými věty odpovídá. Senior se po chvíli raději přestane sestry ptát. Po umytí seniora se S2 rozloučí a odchází z pokoje. S2 se podobně jako u předchozího seniora chová při ranní hygieně u seniora s onemocněním demence. Používá oznamovací strohé věty o tom, co seniorovi bude při ranní hygieně umývat. Senior s demencí během ranní hygieny hovoří o svém hospodářství, co má doma za zvířata a S2 se do jeho hovoru nezapojuje. S2 u seniora s onemocněním demence provede ranní hygienu a s rozloučením odchází. Komunikace S2 se seniory je strohé, občas se zvýšeným hlasem. Na některé otázky od seniorů S2 odpovídá, na některé odpovědi nereaguje.

Při příchodu do pokoje soběstačného seniora se S3 usmívá, zdraví ho přívětivým hlasem. S3 se domlouvá se seniorem na průběhu ranní hygieny. Senior si říká, s čím bude potřebovat při ranní hygieně pomoci. S3 po domluvě se seniorem z pokoje odchází a nechá seniora v klidu si provést ranní hygienu o samotě. Za chvíli se S3 na seniora přichází podívat, aby mu dopomohla. S3 seniora pochválí za samostatnost a skvělou spolupráci a odchází z pokoje. S částečně soběstačným seniorem jedná stejným způsobem, domlouvá se s ním, v čem potřebuje při ranní hygieně pomoci a pomůže mu připravit hygienické pomůcky blíže k lůžku. Senior S3 přemlouvá, že určité činnosti během ranní hygieny neumí vykonat, ale S3 ho pochválí a motivuje, že se tyto činnosti snaží zvládnout sám. S3 při hygieně většinu času dohlíží, pouze ke konci hygieny seniorovi s určitými činnostmi pomůže. Nezapomene ho však pochválit a s úsměvem připomenout, že další den už bude hygienu provádět úplně sám. V případě imobilního seniora, sestra postupuje podobným způsobem. Na všem se seniorem domlouvá, co zvládne sám a s čím mu S3 dopomůže. Seniora S3 během jeho samostatného umývání chválí. S3 se při dopomoci seniora podívá, jestli není u něj porušena kůže a aplikuje mu speciální ochranný krém na začervenalou pokožku. Vše seniorovi řádně vysvětlí a

informuje ho o důležitosti polohování v lůžku. Senior s S3 souhlasí a děkuje jí za pomoc. Sestra mu opětovaně děkuje za spolupráci a odchází z pokoje. K seniorovi trpícím onemocněním demence se S3 chová velice klidně a klidným hlasem ho informuje, co bude následovat za činnosti k ranní hygieně. Senior se sestry ptá, kde se nachází a co je za den, přesvědčuje sestru o tom, že není ráno, ale že je večer. S3 mu na všechny dotazy odpovídá klidným hlasem, po chvíli začne se seniorem komunikovat o jeho dřívější práci a začne se seniora vyptávat na různé etapy z jeho života. Senior se usmívá a nechává si od S3 pomáhat při ranní hygieně. S3 pochvaluje seniora a slibuje mu pokračování v rozhovoru při odpolední kávě. Komunikace S3 je klidná, příjemná. Na otázky S3 odpovídá i je několikrát zopakuje.

K ranní hygieně u soběstačného seniora S4 přistupuje klidným způsobem. Na vše se ho předem zeptá a domlouvá se s ním, v čem bude chtít senior pomoci. Na ranní hygienu S4 seniora dohlíží, pomáhá mu jen minimálně. S4 seniora informuje o denním programu a dnešním jídelníčku. Senior je spokojený a na program dne se velmi těší, pochválí S4, že jí to dnes velmi sluší. S4 se stejným způsobem stará o ranní hygienu všech seniorů. Je pozitivně naladěna, se seniory komunikuje klidným hlasem, projevuje o jejich záležitosti zájem a senioři jsou spokojeni. S4 se u všech seniorů snaží s hygienou jenom dopomáhat, sama seniory informuje, že pokud se nebudou snažit, budou se jejich funkce snižovat. U seniora s demencí komunikuje klidným hlasem, dotkne se jeho ramene a začne ho informovat o ranní hygieně a vybízet ke společné spolupráci. Neustále na něj mluví a usmívá se. Senior s S4 spolupracuje a ranní hygiena proběhne bez vzniku problematických situací. S4 povídá, že seniory dobře zná a že ví, jak už s nimi za ty roky má jednat.

Během ranní hygieny u soběstačného seniora S5 pouze na požádání seniora připraví osobní věci k umyvadlu. Senior odpovídá, že vše zvládne sám, S5 ho pochválí a sdělí mu, že se na něj za chvíli přijde podívat, jestli ranní hygienu opravdu zvládnul sám. S5 u částečně soběstačného seniora po domluvě připraví osobní věci na hygienu blíže k lůžku. Ptá se seniora, co všechno zvládne sám a s čím by chtěl při ranní hygieně pomoci. S5 mu navrhne plán, jak ranní hygienu spolu budou provádět. Senior souhlasí a hygienu zprvu začne senior provádět sám a S5 jenom dohlíží. Na konci hygieny S5

provádí za seniora ty činnosti, které senior sám nezvládl. S5 seniora pochválí a motivuje ho k dalším denním činnostem. U imobilního seniora S5 postupuje stejným způsobem, nejprve se domluví se seniorem na činnostech, které senior zvládne sám, potom mu S5 navrhne plán, jak se spolu budou účastnit na hygieně. Senior souhlasí a začíná se umývat sám, S5 dohlíží na jeho činnosti, slovně ho poučí, jak by se mohl činnosti provádět lépe a snadněji. Když už senior na zbytek činností ranní hygieny nestačí, S5 mu dopomůže. S5 seniora nezapomene pochválit a poděkovat mu za spolupráci. K seniorovi s onemocněním demence postupuje stejným způsobem, nejdříve se s ním snaží domluvit na plánu při provádění hygieny. Senior je ale zmatený, nechce se mýt a nepoznává místo kde se nachází. S5 seniorovi vše vysvětluje a snaží se ho zabavit tím, že mu říká, co bude dobrého k snídani a ptá se ho, co měl rád, když byl malý kluk. Senior se po chvíli uklidní, začne s S5 komunikovat a S5 ho pomalu začne umývat, kdy po umytí podá seniorovi osušku a začne se sám, aniž by to vnímal, utírat. S5 ho na konci hygieny nechá samotného obléci a učesat. Během ranní hygieny seniorovi s demencí S5 připomíná, co má dělat a senior to pod jejím dohledem plní. S5 velmi ochotně se všemi seniory komunikuje, ptá se jich, zda nepotřebují pomoc a jak se dnes cítí. S5 je na pohled velmi vnímavá sestra, která pohotově změní svoje plány a představy k individualitě seniorů.

5 Diskuse

Tato diplomová práce pojednává o problematice aktivizace seniorů v rámci komunikace v ošetrovatelské péči v Domovech pro seniory. Aktivizace vede k mobilizaci psychické i fyzické stránky člověka a zpomaluje tak proces stárnutí. Seniorům aktivizace pomáhá lépe komunikovat s okolím, prodlužuje jejich soběstačnost a předchází možnému vzniku imobilizačního syndromu u seniorů. Senior během aktivizace navazuje dobré vztahy s okolím, má pozitivní náladu a lépe spolupracuje s ošetrovatelským personálem (Holczerová a Dvořáčková, 2013).

Naším prvním cílem v diplomové práci bylo, zjistit specifické problémy při komunikaci mezi sestrou a seniory v rámci ošetrovatelské péče v Domovech pro seniory. Dále jsme chtěli zmapovat možnosti aktivizace seniorů jako prevence komunikačních bariér v Domovech pro seniory a zjistit úroveň znalostí sester o aktivizaci seniorů v Domovech pro seniory v souvislosti s efektivně vedenou komunikací. V našem šetření jsme se proto zaměřili na to, jaké má sestra zkušenosti v oblasti aktivizace a komunikace se seniory. V rozhovoru jsme položili deseti sestrám (pět sester z D1, pět sester z D2) čtrnáct stejných otázek a několik doplňujících podotázek, které se lišily v průběhu rozhovoru.

Na otázku, jaké nejčastější problémy při aktivizaci v komunikaci seniorů řeší sestry v rámci ošetrovatelské péče v Domovech pro seniory, se téměř všechny sestry shodují, že za komunikační bariéru považují poruchy smyslů a onemocnění demence seniorů, kdy při onemocnění demencí může být spojena i agresivita seniora. Jak píše Rajesh R. Tampi, senioři trpící onemocněním demence trpí poruchami chování a dalšími psychickými příznaky (BPSD), které mohou být nebezpečné jak pro samotného seniora trpící tímto onemocněním, tak i pro sestry, které u seniora provádí ošetrovatelskou péči. Jak uvádí Holmerová a kol. (BPSD) jsou velice rozdílné a mohou se lišit jak u jednotlivých typů demence, tak i u jednotlivých seniorů v souvislosti s jejich premorbidní osobností, průběhem onemocnění a vlivem prostředí ve kterém se senior nachází. V počátečních stádiích tohoto onemocnění se vyskytují zejména úzkost a deprese, v pokročilém stádiu pak poruchy chování, kdy může být senior podrážděný až

agresivní. Tyto příznaky onemocnění demence bychom se měli pokusit zvládat nefarmakologickým přístupem a to takzvanou validací, kdy se jedná o přístup, při kterém respektujeme seniora s demencí jako jedinečnou lidskou osobnost, které zachováváme její důstojnost. V ošetrovatelské péči u seniorů s demencí proto můžeme velice dobře využít aktivizace při běžných denních činnostech nebo aktivizačních programů, které komplexně seniorovi můžou pomoci v jeho nemoci po stránce psychické i fyzické.

Tímto navazujeme na druhou fázi výzkumného šetření, kdy jsme v pozorování sester u ranní hygieny seniorů s demencí zjistili, že čtyři z deseti uvedených sester nerespektují seniora s onemocněním demence. Tyto sestry jej také neaktivizují a nenechají ho provádět činnosti při ranní hygieně samotného, tudíž senior tak ztrácí svoji soběstačnost. Tři sestry se také nezapojili do komunikace se seniorem s onemocněním demence, odpovídaly mu pouze krátce a používaly strohé věty. Jedna sestra použila u seniora i negativní mimiku při činnostech ranní hygieny. Pouze jedna sestra použila k navázání kontaktu se seniorem s onemocněním demence smyslovou aktivizaci za pomoci vůně mýdla, kdy si senior začal vzpomínat, co mu tato vůně připomíná z dětství, během této komunikace se senior s demencí zapojil do všech činností a se sestrou spolupracoval.

Jak píše Wehner Lore a Ylva Schwinghammer povzbuzování aktivity smyslů má velký význam v ošetrovatelské péči o kvalitu života seniora. Smyslová aktivizace obohacuje seniora o pozitivní životní pocity a emoce, kdy se vyvolávají se vzpomínky seniorů na smyslové vjemy uložené v jejich dlouhodobé paměti. Mezi pozitivní vedlejší efekty smyslové aktivizace je navození komunikace mezi sestrou a seniorem a oživení jeho sociálních kontaktů. Jedna sestra začala aktivizaci při ranní hygieně dotykem ramene seniora s demencí, kdy navodila příjemnou atmosféru a senior s ní bez sebemenších problémů spolupracoval.

Jak uvádí Friedlová, bazální stimulace se uplatňuje v péči o seniory a to především o seniory trpící onemocněním demence. Bazální stimulace pomáhá neklidným až agresivním seniorům navodit zklidnění a aktivizovat je tak ke každodenním činnostem. Stimulací jednotlivých lidských smyslů u seniora opětovně dochází k podněcování jeho

nervových komplexů a tím dochází u seniora k uvědomování si svého těla. Koncept bazální stimulace využívá stimulační postupy somatické, taktilně-haptické, vestibulární, vibrační, orální, optické, olfaktorické a auditivní. Somatické vnímání vlastního těla seniora rozvíjí v oblasti pohybové, kognitivní i komunikační. K této výzkumné otázce vznikla podkategorie – vliv komunikace se seniory na sestry, kdy se většina tázaných sester shoduje, že komunikační bariéry seniorů jsou pro ně velmi psychicky zatěžující. Některé sestry uvedly, že díky psychické náročnosti v komunikaci se seniory se i u nich projevují bolesti hlavy a ztráta komunikativnosti.

Jak uvádí Sherrie Bourg Carter, syndrom vyhoření bývá důsledkem dlouhodobého stresu a často se týká nejvíce lidí, kteří pracují s jinými lidmi. Syndrom vyhoření je tedy skupina příznaků, které na nás působí pozvolným způsobem. Mezi příznaky syndromu vyhoření patří známky fyzického a psychického vyčerpání (chronická únava, nespavost, zapomnětlivost, ztráta chuti k jídlu, úzkosti, deprese, podráždění, ztráta radosti, pesimismus, izolace, pocity apatie a beznaděje, ztráta profesního výkonu a další).

Jak píše Peterková, čím dříve se začne řešit syndrom vyhoření stejně jako u všech onemocněních, tím lépe. S plně rozvinutým syndromem vyhoření je nejlepší se svěřit do rukou odborníka, tj. psychologa nebo psychiatra, který kromě nejaktuálnějších potíží, např. depresivních nálad pracuje s vyhořelým člověkem i na jeho získání v realistickém přístupu k zaměstnání i k sobě samému. K léčení i k prevenci syndromu vyhoření patří umět odpočívat a naučit se vybudovat kvalitní mezilidské vztahy. Existuje však i možnost využít syndrom vyhoření a s ním spojenou krizi k vlastnímu osobnímu růstu, k rozpoznání svých slabých a silných stránek, urovnat si také hierarchii svých hodnot a interpersonálních vztahů a samozřejmě k získání nových zkušeností i dovedností nepřipustit další epizodu vyhoření.

Na druhou výzkumnou otázku, jaké jsou možnosti aktivizace seniorů jako prevence komplikací v komunikaci v Domovech pro seniory, se některé sestry shodují na některých aktivizačních programech, které Domov pro seniory klientům nabízí. Například volnočasové aktivity, společenské aktivity, slavení tradic, vzdělávací aktivity. K dalším formám aktivizace uvedly sestry z D2 smyslovou aktivizaci, tvořivou dílnu a aktivizaci za pomoci biografie člověka. Jak píše Procházková, důležitým faktorem pro

účinnou aktivizaci s využitím biografie je senzibilace personálu pro celostní obraz seniora a nikoliv pouze pro obraz jeho nemoci. Je třeba odklonit se od dogmat, že senior trpící demencí je nekomunikativní a náročný na ošetrovatelskou péči. Je tedy nutné si uvědomit, že senior s demencí je hodný důstojné péče a právě proto by nám měl v ošetrovatelské péči pomoci psychobiografický model podle profesora Böhma, který je založen na principu poskytování péče v určitých stádiích regrese. Zdravotnický personál sestavuje biografickou knihu seniora, kdy poznává jeho historii ale i jeho prostředí ve kterém senior žil, což se váže k jeho vzpomínkám a následné terapii. Seniorovi se tímto přístupem zachovává schopnost v rozhodování o vlastní osobě, aktivizují se jeho psychické schopnosti a dovednosti. Senior lépe komunikuje a je díky biografickému modelu motivován k dalším činnostem, čímž se zachovává jeho sebezpečí. Na podotázku, jaké znáte další formy aktivizace, si pouze dvě sestry vzpomněly, na aktivizaci za pomoci bazální stimulace a jedna sestra na aktivizaci seniorů při každodenních činnostech.

Ze vlastních zkušeností ze svého zaměstnání a během pozorování v Domovech pro seniory si myslím, že není chyba jen v nedostatku personálu na odděleních, kdy je z těchto důvodů nedostatečně prováděna aktivizace u nemocných, ale i v samotném přístupu sester. Sestry dle mého názoru zapomněly na význam aktivizace vůbec, kdy se v dnešní době dělá ošetrovatelská péče rutinním, zaběhnutým způsobem. Starší sestry učí mladší sestry podle svého přesvědčení ošetrovatelskou péči a jejich mladší nástupkyně mnohdy tomuto postupu podlehnou. Jsem přesvědčena o tom, že změnit tyto návyky lze i postupnými drobnostmi, které se začnou na odděleních provádět už třeba právě při ranní hygienické péči nemocných nebo seniorů v Domovech pro seniory, vždyť podat nemocnému umyvadlo k lůžku není tak těžké a časově náročné, natož se s ním domluvit s jakou péčí o jeho vlastní tělo potřebuje pomoci. Pokud bude nemocný během dne aktivizován, motivován a pochválen, je téměř zaručené, že s vámi začne více komunikovat a bude v dobré náladě, s tím mám vlastní zkušenosti. Také navazuji na pozorování, ve kterém šest sester zapojilo seniory do ranní hygieny a u dalších sester to „nešlo“ a neměly na své klienty dostatek času. Právě v Domovech pro seniory, které mnohdy nahrazují seniorům domácí prostředí, by sestry a ošetroující personál dle mého

názoru neměly chvátat při běžných denních činnostech na své klienty a tyto aktivizační metody by se měly pro personál stát samozřejmostí. Sama ve své profesi sestry na oddělení následné péče vím, že si správně zorganizovat práci a dát tak čas nemocným na běžné denní činnosti jde. Také se seniory s onemocněním demence mám zkušenosti, kdy za pomoci biografie s námi klienti lépe navazují komunikaci a spolupráci. Snažíme se u těchto seniorů sbírat informace od příbuzných, které si celý ošetrovatelský personál mezi sebou předává. Historie nemocného nám velice pomáhá při jeho aktivizaci, ve spolupráci s ním při ošetrovatelských výkonech a zachovává se tak seniorova soběstačnost.

Během dalších rozhovorů se sestrami z Domovů pro seniory jsme zjistili, že dle téměř všech sester jsou senioři v Domovech pro seniory bez aktivizace a to z důvodu jejich zhoršeného psychického stavu, tři sestry také uvedly jako důvod zhoršený fyzický stav klientů, kdy se klienti sami nemohou dostavit na aktivizační programy, tudíž jsou bez aktivizace. Jak píše Lore Wehner a Ylva Schwinghammer, po přesídlení seniorů do domova pro seniory nebo do léčebny pro dlouhodobě nemocné se většina seniorů vzdá svých zažitých a oblíbených činností. Sebevědomí a sebedůvěra u těchto lidí velice rychle vymizí a vyvíjí se pocit závislosti. Rychlým tempem se snižuje jejich kvalita života a senioři tak ztrácejí motivaci a vůli žít. Právě nedostatek času sester a ošetrujícího personálu způsobí, že senioři emočně strádají a nejsou ochotni s ostatními lidmi komunikovat a spolupracovat. Pravidelné a soustavné provádění činností každodenního života může zabránit u seniorů vznik negativního vývoje po stránce psychické i fyzické.

Do zhoršeného fyzického stavu seniorů může patřit i imobilizační syndrom, což je dle Minaříkové, rozvíjející se celková odezva organismu na jeho klidový režim. Může se jednat o krátkodobou záležitost nebo o dlouhodobý až trvalý stav. Mezi příčiny vzniku imobilizačního syndromu může patřit věk seniora, právě již zmíněný zhoršený psychický stav a celková slabost seniora, bolest, poruchy nervového, kosterního a svalového systému a další. Při imobilizaci pacienta mohou být postiženy skoro všechny systémy a to systém kardiovaskulární, pohybový, respirační systém, kožní systém, nervový systém, trávicí a vylučovací systém. V pohybovém systému je senior ohrožen

svalovou atrofií, kdy už po jednom týdnu imobilizace dochází k úbytku jeho svalové hmoty o 20%, přičemž po dvou týdnech vzniká osteoporóza (řídnutí kostí) a po další době dochází ke ztuhnutí kloubů (ankylóze) a vzniku flekčních kontraktur na dolních i horních končetinách. U kardiovaskulárního systému vzniká nebezpečí onemocnění tromboflebitidou, trombózou, embolií a ortostatické hypotenze což je snížení tlaku při vertikalizaci seniora do sedu a hydrostatickému edému, který vzniká při nedostatečnosti žilních chlopní.

Dále, dle Minaříkové, v respiračním systému dochází při pobytu na lůžku k hromadění hlenu v plicích a následnému vzniku atelektázy nebo pneumonii, což je u starších seniorů společně s imobilizačním syndromem velmi častá příčina smrti. Dlouhodobou imobilizací je taktéž postižen nervový systém, bez aktivace jsou taktické receptory, termoreceptory a další, vzniká smyslová deprivace a snížení vnímání vlastního těla. Může vzniknout apatie, ospalost, neklid, zmatenost, podrážděnost, deprivace a poruchy vnímání. Stejně jako u svalů i kožní systém při imobilizačním syndromu atrofuje, kůže je křehká, suchá a více náchylná ke vzniku dekubitů. Také při nedostatečném pohybu dochází v trávicím systému ke snížení motility trávicího traktu a vzniku zácpy spojené obvykle s nechutenstvím. Ve vylučovacím systému se zvyšuje riziko vzniku ledvinových kamenů z důvodů poklesu tvorby moči a její zvýšené koncentraci.

Na třetí výzkumnou otázku, jaké jsou znalosti sester v oblasti aktivizace seniorů v Domovech pro seniory, se většina sester shoduje, že v oblasti aktivizace se vzdělávají pomocí seminářů a kurzů. Dvě sestry se v oblasti aktivizace a komunikace nevzdělávají, kdy jedna sestra odpověděla, že na vzdělání nemá čas. Více než polovina sester shodně odpověděla, že Domov pro seniory pořádá semináře a kurzy v oblasti problematiky stáří a aktivizace, které sestrám hradí zaměstnavatel. Dvě sestry z D1 se shodují, že žádné vzdělávací programy v Domově pro seniory nemají a tři sestry udávají, že se vzdělávají pomocí sbíráním informací od ostatních spolupracovníků na pracovišti.

Bičáková píše, že celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými

poznatky, kdy je pro všechny zdravotnické pracovníky celoživotní vzdělávání povinné. Definicí celoživotního vzdělávání stanovuje zákon č. 96/2004 Sb. Formy celoživotního vzdělávání stanovuje zákon o nelékařských zdravotnických povolání, mezi formy vzdělávání patří: certifikované kurzy, specializační vzdělávání, inovační kurzy v akreditovaných zařízeních, která jsou akreditována pro vzdělávací program, kterými se získávají odborná i specializovaná způsobilost pro konkrétní činnosti, v nichž si má pracovník obnovit dovednosti a vědomosti. Účast na celoživotním vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace, prohlubování kvalifikace se rozumí její průběžné doplňování, udržování a obnovování dle zákona č. 262/2006 Sb.

Je mnoho certifikovaných kurzů, na které dle výběru sestry mohou docházet, např. akreditovaný kurz – aktivizace seniorů v praxi, komunikace jako nástroj spolupráce, aktivizační praktikant/praktikantka smyslové aktivizace, dále certifikované kurzy bazální stimulace a aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta. Na otázku, jaké si myslíte, že jsou výhody vzdělávání v oblasti komunikace a aktivizace se všechny sestry shodují na pozitivních přínosech vzdělávání sester v oblasti ošetrovatelské péče o seniora. Některé sestry vidí přínosy v získávání nových poznatků, ulehčení ošetrovatelské péče, zlepšení ve spolupráci se seniorem, pozitivní vliv na zlepšení psychických i fyzických funkcí seniora a další. Všechny sestry tedy uvádějí, že vzdělávání se v oblasti komunikace a aktivizace je pro ně a pro seniory přínosem v ošetrovatelské péči. Proto se ptám, proč se dvě sestry tedy nevzdělávají? Nechybí tedy sestrám motivace? Jak píše Balková, schopnost motivovat zaměstnance je nejvýznamnější a nejnáročnější zručností manažera. Zaměstnanci v dnešní době chtějí vedle zvýšení platu vědět, co se od nich v pracovním procesu očekává, mají zájem vše s nadřízenými konzultovat a potřebují mít pocit, že práce, kterou vykonávají, má nějaký smysl. V některých nemocnicích chybí motivační strategie pro zaměstnance zdravotnického zařízení, včetně péče o zaměstnance a jejich pracovní podmínky. Při práci manažera v ošetrovatelství na kterémkoliv stupni řízení je důležité všechno analyzovat i identifikovat demotivační faktory. Poté je možné ovlivnit řídicí proces ve prospěch motivace v práci sester.

Tuto diplomovou práci na téma problematika aktivizace seniorů v rámci komunikace v ošetrovatelské péči v Domovech pro seniory jsem si cíleně vybrala, protože se s touto problematikou běžně zabývám i na svém pracovišti. Výstupem diplomové práce byla konzultace s vrchními sestrami Domovů pro seniory o výsledcích rozhovorů a pozorování. Vrchní sestry přislíbily konání dalšího semináře v oblasti aktivizace a komunikace seniorů. Doufám, že díky výsledkům z výzkumného šetření se změní přístup sester k aktivizaci seniorů a dojde tak ke zlepšení komunikace a spolupráce mezi sestrou a seniorem v již zmíněných Domovech pro seniory.

6 Závěr

V současné době se díky stárnutí populace zdravotnický personál setkává s větším počtem seniorů. Dnešním trendem v ošetřování seniorů je zkvalitnění zdravotní péče ve stáří, kterou lze dosáhnout specializovanou geriatrickou péčí ale i zlepšením samotné aktivizace seniorů. V diplomové práci na téma problematika aktivizace seniorů v rámci komunikace v ošetřovatelské péči v Domovech pro seniory jsme stanovili tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit specifické problémy při komunikaci mezi sestrou a seniory v rámci ošetřovatelské péče v Domovech pro seniory. Druhým cílem jsme chtěli zmapovat možnosti aktivizace seniorů jako prevence komunikačních bariér v Domovech pro seniory. Posledním cílem bylo zjistit úroveň znalostí sester o aktivizaci seniorů v Domovech pro seniory v souvislosti s efektivně vedenou komunikací.

Pro pokrytí celé zkoumané oblasti jsme pro sestry stanovili tři výzkumné otázky. Na výzkumnou otázku, jaké nejčastější problémy při aktivizaci v komunikaci seniorů řeší sestry v rámci ošetřovatelské péče v Domovech pro seniory, se téměř všechny sestry shodují, že problematikou komunikace při aktivizaci seniorů v rámci ošetřovatelské péče je onemocnění seniorů a to onemocnění smyslové, onemocnění demence, onemocnění CMP, dále se sestry potýkají při aktivizaci v komunikaci s problematikou odmítání spolupráce ze strany seniorů a s agresivním chováním některých seniorů. Díky této otázce vznikla u sester z D2 podkategorie vliv komunikace se seniory na sestry, kde všechny sestry udávají, že komunikace se seniory je pro ně velice psychicky zatěžující. Některé ze sester z D2 udávají jako komplikaci psychické zátěže vznik negativní nálady, bolest hlavy a ztrátu komunikativnosti nebo nucené sebeovládání sester při problematických situacích v komunikaci se seniory a vyžádání si pomoci od ostatních zdravotnických pracovníků, pokud se komplikovaná komunikace se seniory nedá vyřešit. Na druhou výzkumnou otázku jaké jsou možnosti aktivizace seniorů, jako prevence komplikací v komunikaci v Domovech pro seniory se všechny sestry shodli na volnočasových aktivitách, společenských aktivitách, vzdělávacích aktivitách, slavení tradic a tvořivé dílně. Mezi další aktivizace sestry z D2 zařadily smyslovou aktivizaci pro seniory, aktivizaci za pomoci biografie člověka. Dále

u této výzkumné otázky vznikly tři podkategorie – rozdělení aktivizačních programů dle sester, znalost dalších forem aktivizace a rozdělení aktivizačních programů dle sester. Pouze dvě sestry si v podkategorii další formy aktivizace vzpomněly na aktivizační metodu bazální stimulace a dvě sestry si nevzpomněly vůbec na žádné další formy aktivizace. Pouze tři sestry uvedly jako aktivizaci běžné denní činnosti, kdy seniora zapojují do činností během dne a pomáhají mu tak zachovávat jeho soběstačnost. Výsledky tohoto šetření také ukázaly, že jsou v Domovech pro seniory také senioři, kteří jsou dle sester bez aktivizace a to z důvodu zhoršeného fyzického stavu, kdy na aktivizační programy nemohou senioři sami docházet, dále z důvodu zhoršeného psychického stavu nebo chybějící motivace seniora docházet na aktivizační programy. Na třetí výzkumnou otázku, jaké jsou znalosti sester v oblasti aktivizace seniorů v Domovech pro seniory, se téměř všechny sestry shodují, že v oblasti aktivizace a komunikace se vzdělávají formou přednášek a seminářů, které jim hradí zaměstnavatel a jsou pořádány Domovem pro seniory. Pouze jedna sestra uvádí, že se v oblasti aktivizace nevzdělává z důvodu nedostatku času. Všechny sestry se shodují, že nové poznatky ve vzdělávání se v těchto oblastech vedou k rozšíření vědomostí a zlepšení ošetrovatelské péče o seniory.

Ve druhé fázi výzkumného šetření jsme pozorovali sestry při provádění ranní hygieny u soběstačného seniora, částečně soběstačného seniora, imobilního seniora a u seniora s onemocněním demence. Čtyři z deseti sester provádí téměř celou hygienu za seniory a bez jejich pomoci, některé z nich se přitom ani nezeptají, zda si senioři nepřejí provádět hygienu sami. Jedna z těchto sester velice spěchá a provádí veškerou činnost při ranní hygieně u seniorů sama, bez jakékoliv domluvy se seniory. Tato sestra příliš nekomunikuje, odpovídá v krátkých větách a na některé dotazy seniorům vůbec neodpovídá, rovněž na seniora s onemocněním demence reaguje negativní mimikou. Pouze jedna sestra u seniora s demencí použila smyslovou aktivizaci při ranní hygieně za pomoci vůně mýdla, jež se zeptala seniora, co mu tato vůně připomíná a senior ochotně začal komunikovat a spolupracovat. Téměř polovina sester seniory při ranní hygieně tedy neaktivizují.

Výstupem naší diplomové práce bylo sezení s vrchními sestrami z Domovů pro seniory, kdy jsme jim přednesly výsledky této diplomové práce. Vrchní sestry přislíbily konzultaci se sestrami a další seminář na téma aktivizace v souvislosti s komunikací.

7 Seznam informačních zdrojů

BALKOVÁ, Hilda, 2012. *Sestra*. Motivace sester na pracovišti. (online časopis). (citováno 17. 7. 2015). Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/motivace-sester-na-pracovisti-465157>

BĚLINA, František, 2006. *Česká společnost hepato-pankreato-biliární chirurgie*. Chirurgická léčba akutního krvácení do trávicí trubice. (online). (citováno 12. 11. 2014). Dostupné z <http://www.hpb.cz/index.php?pId=06-1-2-10>.

BIČÁKOVÁ, Olga, 2008. *Sestra*. Účast sestry na celoživotním vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace. (online časopis). (citováno 17. 7. 2015). Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/ucast-sestry-na-celozivotnim-vzdelavani-se-povazuje-za-prohlubov-398377>

BURSOVÁ, Tereza. *Úskalí péče o pacienta s Alzheimerovou demencí*. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 6, s. 28-29, ISSN 1210-0404.

CARTER Bourg Sherrie, 2013. *Psychology Today*. The Tell Tale Signs of Burnout Do You Have Them? (online). (citováno 3. 7. 2015). Dostupné z <http://translate.google.cz/translate?hl=cs&sl=en&u=https://www.psychologytoday.com/blog/high-octane-women/201311/the-tell-tale-signs-burnout-do-you-have-them&prev=search>

CARPEROVÁ, Jean, 2011. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-194-4.

CURYLOVÁ Kateřina a Helena MARTENOVÁ, 2009. *Sestra*. Sestra. Peptický vřed a vředová choroba. (online časopis). (citováno 7. 11. 2014). Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pepticky-vred-a-vredova-choroba-415925>.

DUNGL, Pavel a kol., 2005. *Ortopedie*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4357-8.

- FERRY, Robert Jr., 2015. *Emedicine health*. Diabetes. (online). (citováno 16.4.2015). Dostupné z http://translate.google.cz/translate?hl=cs&sl=en&u=http://www.emedicinehealth.com/diabetes_mellitus_type_1_and_type_2/article_em.htm&prev=search
- FRIEDLOVÁ, Karolína, 2008. *Medical*. Bazální stimulace-ošetřovatelský koncept. (online). (citováno 20.11.2014). Dostupné z <http://www.medical.estranky.cz/clanky/osetrovatelstvo/bazalni-stimulace---osetrovatelsky-koncept.html>.
- FRIEDLOVÁ, Karolína, 2012. *Sestra*. Uplatnění konceptu bazální stimulace v geriatrii. (online). (citováno 3. 7. 2015). Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/uplatneni-konceptu-bazalni-stimulace-v-geriatrii-466850>
- HALÁSOVÁ, Marie a Věra PANOŠOVÁ, 2010. *Sestra*. Sestra. Život po endoprotéze kyčelního kloubu.(online časopis).(citováno 7. 11. 2014). Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zivot-po-endoproteze-kycelniho-kloubu-455023>
- HALAŠKA, Michael, 2007. *Postgradualní medicína*. Postgradualní medicína. Archiv. Stresová inkontinence moči u žen a její současná chirurgická léčba. (online časopis). (citováno 17. 11. 2014). Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/stresova-inkontinence-moci-u-zen-a-jeji-soucasna-chirurgicka-lec-319043>.
- HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar, DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.
- HOLMEROVÁ, Iva a Michaela, BAUMANOVÁ a kol., 2011. *Zdravotnictví+medicína*. Poruchy chování a další psychické symptomy u pacientů s demencí. (online). (citováno 2. 7. 2015). Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/poruchy-chovani-a-dalsi-psychicke-symptomy-u-pacientu-s-demenci-462790>
- KALVACH, Zdeněk a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KAYE, Jeffrey 2015. *Oregonlive*. OHSU research helps predict who will get Alzheimer's disease. (online). (citováno 4.5.2015). Dostupné z http://www.oregonlive.com/health/index.ssf/2015/07/ohsu_in-home_monitor_allows_pr.html

KLENER, Pavel a kol., 2011. *Vnitřní lékařství*. Vyd. 4. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-705-9.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. Vyd.2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.

LEDEREROVÁ, Kateřina. *Komunikace ve zdravotnictví*. Sestra. 2014, roč. 24, č. 1. s. 25-26. ISSN 1210-0404.

LICHNOVSKÝ, Jan, 2014. *Civilizační choroby*. Diabetes. (online). (citováno 16. 11. 2014). Dostupné z <http://www.lich.cz/diabetes-mellitus/>.

LINDSAY-BORN, Jones, 2012. *A place for Mom*. Why Seniors Have Different Nutritional Needs. (online). (citováno 4. 6. 2015). Dostupné z <http://translate.google.cz/translate?hl=cs&sl=en&u=http://www.aplaceformom.com/blog/seniors-nutritional-needs/&prev=search>

LLOYD C., William, 2013. *Healthgrades*. Ischemic Heart Disease. (online). (citováno 14.4.2015). Dostupné z <http://translate.google.cz/translate?hl=cs&sl=en&u=http://www.healthgrades.com/conditions/ischemic-heart-disease&prev=search>

LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-573-2.

MATOUŠKOVÁ, Michaela, 2010. *Zdravotnictví + medicína*. Postgraduální medicína. Inkontinence moči. (online). (citováno 17. 11. 2014). Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/inkontinence-moci-451319>

METYŠ, Karel, 2011. *Penzista.net*. Pohybové aktivity u seniorů. (online). (citováno 20. 11. 2014). Dostupné z <http://www.penzista.net/zdravi/pohybove-aktivity/233-pohybove-aktivity-u-senior>.

MIKŠOVÁ, Zdeňka a kol., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.

MINAŘÍKOVÁ, Petra, 2008. *Sestra*. Imobilizační syndrom. (online časopis). (citováno 17. 4. 2015). Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/imobilizacni-syndrom-383386>

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Akutní komplikace diabetu mellitu*. *Sestra*. 2014, roč. 24, č. 1, s. 38-39. ISSN 1210-0404.

NAVRÁTIL, Leoš a kol., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.

NOVOTNÁ, Jana a Jitka LAHOLOVÁ, 2009. *Sestra*. Postgraduální medicína. Výživa ve stáří. (online časopis). (citováno 16. 11. 2014). Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vyziva-ve-stari-417234>.

NECHANSKÁ, Barbora, 2013. *Česká urologická společnost*. Únik moči (močová inkontinence). (online). (citováno 17. 11. 2014). Dostupné z <http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/unik-moci-mocova-inkontinence/>.

ODRIOVÁ, Iveta a Terézia FERTALOVÁ. *Psychická a fyzická zátěž při péči o nemocné s demencí*. *Sestra*. 2014, roč. 24, č. 2, s. 24-25. ISSN 1210-0404.

ONDŘICHOVÁ, Lucie, 2008. *Medical tribune cz*. Zprávy. Inkontinence-klíčem ke zlepšení je otevřenost.(online). (citováno 20. 11. 2014). Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/11935>

PERUŠICOVÁ , Jindřiška, 2011. *Diabetes mellitus 2. typu*. Praha: Geum. ISBN 978-80-86256-78-8.

PERUŠICOVÁ, Jindřiška, 2008. *Diabetes mellitus 1. Typu*. Praha: Geum. ISBN 978-80-86256-62-7.

PETERKOVÁ, Michaela, 2012. *Syndrom vyhoření*. Syndrom vyhoření-úvod. (online). (citováno 3. 7. 2015). Dostupné z <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/>

PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ, 2008. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-363-X.

POKORNÁ, Andrea a kolektiv, 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.

POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.

PRESTON, Ni, 2014. *Psychology Today*. How to Communicate with Difficult Seniors and Older Adults. (online). (citováno 5. 5. 2015). Dostupné z <https://www.psychologytoday.com/blog/communication-success/201412/how-communicate-difficult-seniors-and-older-adults>

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2014. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá Fronta. ISBN: 978-80-204-3186-8.

PUMRLOVÁ, Martina, 2012. *Sestra*. Postgraduální medicína. Trénování paměti aneb aktivizace seniorů v LDN. (online časopis). (citováno 7. 1. 2015). Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/trenovani-pameti-aneb-aktivizace-senioru-v-ldn-464170>

RAFEY A. Mohammed, 2010. *Cleveland Clinic*. *Hypertension*. (online). (citováno 17.4.2015). Dostupné z <http://translate.google.cz/translate?hl=cs&sl=en&u=http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/nephrology/arterial-hypertension/&prev=search>

REGNAULT, Mathilde, 2011. *Alzheimerova choroba*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9.

ROD, Michal, 2008. *Česká asociace ergoterapeutů. Úvod. Co je ergoterapie*.(online). (citováno 20. 11. 2014). Dostupné z <http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageID=1>.

SHIEL C., William, 2014. *Emedicine health. Osteoarthritis Surgery*. (online). (citováno 4.4.2015). Dostupné z http://translate.google.cz/translate?hl=cs&sl=en&u=http://www.emedicinehealth.com/osteoarthritis/article_em.htm&prev=search

SCHULER, Mathias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.

SOUKUPOVÁ, Hana, 2012. *Centrum sociálních služeb. Domov pro seniory*.(online).(citováno 4. 11. 2014). Dostupné z <http://www.staromestska.cz/domov-pro-seniory/>

STÖPPLER Conrad, Melissa, 2014. *Emedicine health. Incontinence*. (online). (citováno 4.5.2015). Dostupné z http://translate.google.cz/translate?hl=cs&sl=en&u=http://www.emedicinehealth.com/incontinence/article_em.htm&prev=search

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1777-7.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2011. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1148-5.

ŠKVAŘILOVÁ, Marcela, 2012. *II.interní klinika kardiologie a angiologie. Průvodce pro pacienty před katetrizačním vyšetřením srdce*. (online). (citováno 6. 11. 2014). Dostupné z <http://int2.lf1.cuni.cz/pruvodce-pro-pacienty-pred-katetrizacnim-vysetrenim-srdce>

ŠPINGLOVÁ, Veronika, 2011. *Vademecum. Zdraví. Osteoartróza-nepřítel kloubů.* (online). (citováno 7. 11. 2014). Dostupné z <http://vademecum-zdravi.cz/osteoartróza-nepřítel-kloubu/>

TAMPI R., RAJESH, 2014. *Psychiatric Times. Managing Behavioral and Psychological Symptom sof Dementia.* (online). (citováno 2. 7. 2015). Dostupné z <http://translate.google.cz/translate?hl=cs&sl=en&u=http://www.psychiatrictimes.com/special-reports/managing-behavioral-and-psychological-symptoms-dementia-era-black-box-warnings&prev=search>

TKÁČOVÁ, Lubomíra, 2011. *Sestra. Arteriální hypertenze.* (online časopis).(citováno 6. 11. 2014). Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/arterialni-hypertenze-462716>

TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi.* Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

TOPINKOVÁ, Eva, 2008. *Redakce. Ordinace.cz. Nemoci ve stáří.*(online). (citováno 3. 11. 2014). Dostupné z <http://www.ordinace.cz/clanek/nemoci-ve-stari/>

VÁCLAVÍČKOVÁ, Lenka, 2014. *Sestra. Komunikace jako součást bazální stimulace.* (online časopis). (citováno 20. 11. 2014). Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikace-jako-soucast-bazalni-stimulace-474614>

VYBÝHALOVÁ, Lenka, 2012. *Sestra. Postgraduální medicína. Interní onemocnění ve stáří.*(online časopis).(citováno 6. 11. 2014). Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/interni-onemocneni-ve-stari-466840>

ZACHAROVÁ, Eva. *Zvláštnosti v komunikaci se seniory.* Sestra. 2013, roč. 23, č. 6., s. 27-28. ISSN 1210-0404.

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER, 2013. *Smyslová aktivizace.* Praha: Grada. ISBN 978-40-247-4423-0.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Základní modul otázek pro sestry z Domova pro seniory D1 a D2

Příloha 2 – Tabulky obsahující identifikační údaje sester z Domova pro seniory D1 a D2

Příloha 1 – Základní modul otázek pro sestry z Domova pro seniory D1 a D2

- 1.** S jakými nejčastějšími problémy v komunikaci při aktivizaci seniorů se setkáváte během ošetrovatelské péče? Jak senior odmítá aktivizaci?
- 2.** Jaký vliv má podle Vás komunikace se seniory v ošetrovatelské péči?
- 3.** Jak seniory v Domově pro seniory aktivizujete?
- 4.** V čem si myslíte, že spočívá problematika aktivizace seniorů v Domovech pro seniory?
- 5.** Jaké znáte další formy aktivizace pro seniory?
- 6.** Přibližně kolik seniorů z celkového počtu seniorů využívá aktivizačních forem? Jakou formou (individuální nebo skupinovou)?
- 7.** Jaké si myslíte, že jsou změny v oblasti komunikace u seniorů účastnících se aktivizačních programů oproti seniorům, kteří se jich neúčastní?
- 8.** Proč si myslíte, že se tomu tak děje?
- 9.** Jaké si myslíte, že jsou změny v oblasti ošetrovatelské péče u seniorů účastnících se aktivizačních programů od seniorů, kteří se jich neúčastní?
- 10.** Jak se vzděláváte v oblasti komunikace?
- 11.** Jak se vzděláváte v oblasti aktivizace u seniorů?
- 12.** Jaké vzdělávací programy v Domově pro seniory máte pro sestry? Jaká je cena za školení? Hradí Vám to zaměstnavatel?
- 13.** Jaké si myslíte, že jsou výhody vzdělávání se v této oblasti?
- 14.** Jaké máte v Domově pro seniory pracovníky s certifikovaným kurzem pro aktivizaci seniorů?

**Příloha 2 – Tabulky obsahující identifikační údaje sester z Domova pro seniory D1
a D2**

Tabulka 1 – Identifikační údaje sester z D1

Respondentka	S1	S2	S3	S4	S5
Věk	42	40	45	28	47
Vzdělání	VŠ-Bc	Dis	SZŠ	SZŠ	SZŠ
Délka praxe	21	20	25	9	27

Tabulka 2 – Identifikační údaje sester z D2

Respondentka	S1	S2	S3	S4	S5
Věk	32	40	25	42	30
Vzdělání	SZŠ	SZŠ	BC	SZŠ	VŠ- BC
Délka praxe	6	20	3	18	5