



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Ošetřovatelská péče o geriatrického pacienta

Vypracovala: Simona Mušková
Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2016

Abstrakt

Název bakalářské práce

Ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta

Současný stav

Stáří je pozdní fází ontogenetického procesu, která završuje lidský život a nese s sebou spoustu nevyhnutelných změn (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). Mluvíme-li o geriatrickém pacientovi, máme na mysli pacienta staršího 75 let. Takto jej klasifikuje Světová zdravotnická organizace. Během stárnutí dochází k úbytku fyzických i psychických sil a k somatickým změnám, z nichž některé jsou na první pohled nepřehlédnutelné (Haškovcová, 2010). Všeobecná sestra se znalostí problematiky geriatrických pacientů může svou optimální ošetrovatelskou péčí podpořit zachovalé funkce pacienta a udržet funkční zdatnost. Zhodnocení schopností geriatrického pacienta umožní všeobecné sestře nastavit přiměřenou péči a následně provádět preventivní a terapeutické intervence (Pokorná, 2013).

Cíle práce

Cílem bylo zmapovat problematiku ošetrovatelské péče u geriatrických pacientů na akutních lůžkách a na lůžkách dlouhodobé péče z pohledu sester a také z pohledu pacientů. K dosažení těchto cílů byly sestaveny čtyři výzkumné otázky:

VO 1: Jak sestry vnímají problematiku ošetrovatelské péče u geriatrických pacientů na akutních lůžkách?

VO 2: Jak sestry vnímají problematiku ošetrovatelské péče u geriatrických pacientů na lůžkách dlouhodobé péče?

VO 3: Jak vnímají ošetrovatelskou péči přijímanou od všeobecných sester geriatričtí pacienti na akutních lůžkách?

VO 4: Jak vnímají ošetrovatelskou péči přijímanou od všeobecných sester geriatričtí pacienti na lůžkách dlouhodobé péče?

Metodika

Pro empirickou část bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní šetření uskutečněné prostřednictvím rozhovorů, které se skládaly z předem vytvořených základních otázek, a dle sdílnosti respondentů byly vkládány otázky doplňující. Šetření se zúčastnilo celkem dvacet respondentů, z nichž deset bylo z oddělení následné péče a deset z ortopedického oddělení. V rámci každého oddělení tvořilo oněch deset respondentů vždy pět všeobecných sester a pět pacientů. Výzkum byl prováděn v nemocnici v lůžkové části oddělení následné péče a ortopedického oddělení. Rozhovory byly doslovně přepsány a následně byly vytvořeny metodické kategorie, které ukázaly, co pacienti během hospitalizace trápí a co sestry vidí jako největší problém při práci s geriatrickými pacienty.

Výsledky

Sestry z oddělení následné péče vidí jako největší problém imobilitu pacienta, nespolupráci ze strany dezorientovaných pacientů, potíže s vyprazdňováním (nejčastěji se zácpou), změnu prostředí jakožto faktor narušující spánek pacienta, nedodržování pitného režimu (ačkoli pacienti tvrdí opak) a v neposlední řadě nedoslýchavost pacienta, která znepříjemňuje komunikaci mezi ním a personálem. Sestry z ortopedického oddělení vidí největší problém v omezeném pohybu pacienta, bolesti, jíž pacienti trpí po operacích, a ve stresu, jenž pacienty před operací doprovází. Dále uvedly sestry problémy s vyprazdňováním, potíže se spánkem, nespolupráci pacienta a jeho nedoslýchavost. Všichni dotazovaní pacienti si nejvíce stěžují na nedostatečné soukromí během hospitalizace, a to především při provádění hygieny, na spolupacienty, kteří je vyrušují ze spánku, a na nedostatečnou komunikaci ze strany sester. Dále si pacienti z oddělení následné péče stěžovali na nedostatečnou informovanost při příjmu na oddělení. Pacientům z ortopedického oddělení nejčastěji vadí způsob, jakým je prováděna hygiena.

Závěr

Sestry se orientují v problematice ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty a uvědomují si důležitost této péče. Dovedou řešit problémy vzniklé během hospitalizace a snaží se pacienty edukovat. Práci při poskytování ošetrovatelské péče sestřám nejvíce znesnadňuje nedostatek času a personálu. Pacienti na tuto skutečnost pak reagují nespokojeností v určité oblasti péče, např. mají pocit, že komunikace ze strany sester je nedostatečná a že soukromí během hygieny není stoprocentní. Našly se však i rozdíly v tom, jak péči vnímají geriatrickí pacienti na obou odděleních. Pacienti na oddělení následné péče mají potíže se zácpou, spánkem a vadí jim nedostatek informací od sester. U pacientů z ortopedického oddělení se potíže se zácpou nevyskytují tak často, ale na druhou stranu se u nich objevuje změna v pravidelnosti stolice nebo občasné průjmy. Příjem tekutin se u nich během hospitalizace mění v souvislosti s omezeným pohybem. Nedostatečná informovanost se u nich projevuje v menší než u předchozích respondentů.

Klíčová slova:

geriatrický pacient, ošetrovatelská péče, stáří, komunikace, potřeby

Abstract

The title of the bachelor thesis

Nursing care for the geriatric patient

Current status

Old age is late phase of the ontogenetic proces, which completes the human life and carries with itself a lot of changes. These changes are inevitable for each of us (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). When we speak of geriatric patient, we mean a patient older than 75 years. This is the classification of World Health Organisation (WHO). Aging leads to loss of physical and mental strength and to somatic changes some of which are highly visible at first sight (Haškovcová, 2010). General nurse with knowledge about the issues of geriatric patients can get them the optimal nursing care to be able to support their bodily functions and maintain functional fitness. Evaluating the abilities of geriatric patient, then enables general nurse to set reasonable care and then perform preventive and therapeutic interventions (Pokorná, 2013).

Aim of the study

The aim was to map the issue of nursing care for geriatric patients in acute beds and beds for long-term care from the perspective of nurses and also from the perspective of patients. Four research questions (RQ) were then assembled for these goals.

RQ 1: How nurses perceive the problems of nursing care for geriatric patients in acute beds?

RQ 2: How nurses perceive problems of nursing care for geriatric patients on long-term care beds?

RQ 3: How geriatric patients perceive nursing care received from nurses in acute beds?

RQ 4: How geriatric patients perceive nursing care received from nurses on long-term care beds?

Methods

For the empirical part of the bachelor thesis was used qualitative research. For the purpose of the data collection were used interviews, which consisted of pre-built key questions and according to willingness of the individual respondents to share their opinions were inserted additional questions. The survey consisted a total of 20 respondents, of which 10 respondents were from the Department of aftercare and 10 respondents from the orthopedic department. Of these ten respondents were 5 nurses and 5 patients in each ward. The research was carried out in the hospital bed area of the department of aftercare and orthopedic department. The interviews were transcribed verbatim and then categories were created to methodology, which showed what troubled the patients during hospitalization the most, and what nurses see as the biggest challenge when working with geriatric patients.

The results

By the nurses from the department of aftercare, patient immobility, lack of cooperation with disoriented patients, problems with emptying, usually constipation, change in the environment as a factor disturbing the sleep of the patient, not keeping the drinking regime, despite the patient claiming otherwise and not least the patient's hearing loss that nuisance communication between staff and patient and finally the patient's hearing loss that nuisance communication between staff and patient are seen as the biggest problems. Nurses from the orthopedic department see the biggest problem in the movement impairment of the patients, the pain that patients experience after surgery and the stress that accompanies the patient before surgery. Furthermore, problems with emptying, difficulty sleeping, patient's non-compliance and hearing loss. All interviewed patients complained the most about the lack of privacy during hospitalization, especially during their personal hygiene, about the fellow patients who disturb their sleep, as well as the lack of communication on the part of nurses. Furthermore, patients from the department of aftercare most complained about lack of information told to them when received at the department. Patients from the orthopedic department were complaining about the way in which personal hygiene is performed.

Conclusion

Nurses are well oriented in the issue of nursing care of geriatric patients and know the importance of this care. They are able to solve problems arising during hospitalization and try to educate and inform patients. To most nurses, the lack of time and personnel makes it difficult in providing nursing care. Patients then react with dissatisfaction on specific areas of care, such as a feeling lack of communication on the part of nurses and the lack of privacy during hygiene. However, there were some differences in the perception of care of geriatric patients in both wards. Patients at the department of aftercare have trouble with constipation, as well as problems with sleeping, and with lack of information given to them from the sisters. Constipation problems of patients from the orthopedic department aren't so frequent, on the contrary, there appears to be change in their periodicity or cases of intermittent diarrhea. Fluid intake by patients during hospitalization varies in relation to the limited movement. Lack of awareness among them also appears but much less than by previous respondents.

Key words

Geriatric patient, nursing care, old age, communication, needs

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Aleně Polanové za ochotu a cenné rady, jež mi během psaní této práce poskytovala. Poděkování patří také všem sestřám a pacientům, kteří se na této práci podíleli.

Obsah

Abstrakt.....	2
Abstract.....	5
Obsah	10
Úvod	13
1. Současný stav.....	14
1. 1 Stárnutí a stáří	14
1. 2 Ošetrovatelská péče u geriatrického pacienta a úloha sestry.....	15
1. 2. 1 Komunikace s geriatrickým pacientem	15
1. 2. 2 Potřeby geriatrického pacienta	17
1. 2. 3 Hygienická péče o geriatrického pacienta	19
1. 2. 4 Péče o vyprazdňování geriatrického pacienta	20
1. 2. 5 Výživa a pitný režim u geriatrického pacienta	22
1. 2. 6 Péče o pohyb a polohu geriatrického pacienta	24
1. 2. 7 Péče o duševní stav geriatrického pacienta	27
1. 2. 8 Péče o kvalitní spánek	29
1. 2. 9 Všeobecná sestra a syndrom vyhoření v souvislosti s přímou péčí.....	30
1. 2. 10 Úloha sestry v péči o geriatrického pacienta	31
2. Cíle a výzkumné otázky.....	33
2. 1 Cíle.....	33
2. 2 Výzkumné otázky	33
3. Metodika	34
3. 1 Metodika výzkumu	34
3. 2 Charakter výzkumného souboru	34
3. 3 Vlastní realizace výzkumu.....	35
4. Výsledky kvalitativního šetření	36
4. 1 Kategorizace dat z rozhovorů s pacienty z oddělení následné péče	36
4. 1. 1 Kategorie – Pohyblivost	36
4. 1. 2 Kategorie – Hygiena.....	37
4. 1. 3 Kategorie – Vyprazdňování.....	38

4. 1. 4 Kategorie – Spánek.....	38
4. 1. 5 Kategorie – Příjem tekutin.....	39
4. 1. 6 Kategorie – Komunikace	39
4. 1. 7 Kategorie – Informovanost.....	40
4. 2 Kategorizace dat z rozhovorů s pacienty z ortopedického oddělení.....	41
4. 2. 1 Kategorie – Pohyblivost	41
4. 2. 2 Kategorie – Hygiena.....	42
4. 2. 3 Kategorie – Vyprazdňování.....	42
4. 2. 4 Kategorie – Spánek.....	43
4. 2. 5 Kategorie – Příjem tekutin.....	43
4. 2. 6 Kategorie – Komunikace	44
4. 2. 7 Kategorie – Informovanost.....	44
4. 3 Kategorizace dat z rozhovorů se všeobecnými sestrami z oddělení následné péče	45
4. 3. 1 Kategorie – Změny na oddělení	45
4. 3. 2 Kategorie – Zastoupení geriatrických pacientů na oddělení.....	45
4. 3. 3 Kategorie – Ošetřovatelské problémy	46
4. 3. 4 Kategorie – Náročnost péče.....	46
4. 3. 5 Kategorie – Hygiena.....	47
4. 3. 6 Kategorie – Vyprazdňování.....	48
4. 3. 7 Kategorie – Spánek.....	48
4. 3. 8 Kategorie – Příjem tekutin.....	49
4. 3. 9 Kategorie - Komunikace.....	49
4. 4 Kategorizace dat z rozhovorů se sestrami z ortopedického oddělení	50
4. 4. 1 Kategorie – Změny na oddělení	50
4. 4. 2 Kategorie – Zastoupení geriatrických pacientů na oddělení.....	50
4. 4. 3 Kategorie – Ošetřovatelské problémy	51
4. 4. 4 Kategorie – Náročnost péče.....	51
4. 4. 5 Kategorie – Hygiena.....	52
4. 4. 6 Kategorie – Vyprazdňování.....	52
4. 4. 7 Kategorie – Spánek.....	53
4. 4. 8 Kategorie – Příjem tekutin.....	53
4. 4. 9 Kategorie – Komunikace	54

5. Diskuze	55
Závěr	65
Zdroje.....	67
Přílohy.....	71

Úvod

Starých lidí neustále přibývá a správná péče o ně by mohla vést k pozitivním výsledkům, jako je zlepšení funkčního i zdravotního stavu geriatrického pacienta. V současné době se uplatňuje holistický přístup k pacientovi, kde je nutno brát ohledy na celistvost pacienta a tedy i jeho potřeby, jež se s věkem mění. S vyšším věkem také stoupá výskyt různých typů demencí, které mohou ovlivnit osobnost člověka, a tím i znesnadnit sestřím ošetrovatelskou péči o tyto pacienty. Proto je nutné, aby všeobecná sestra byla s takovou nemocí předem seznámena a měla znalosti týkající se průběhu nemoci. Ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta se v mnoha ohledech liší od péče o mladší ročníky. Sestra by proto měla tuto problematiku ovládat, protože na mnoha odděleních se geriatrický pacient objevuje velmi často. Je velice důležité znát zásady správné ošetrovatelské péče o geriatrického pacienta.

Tato bakalářská práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. První část se zaměřuje na stáří jako takové a dále na ošetrovatelskou péči o geriatrického pacienta. V jednotlivých kapitolách jsou popsány různé oblasti, u nichž jsou vyjmenována specifika péče o geriatrické pacienty. Praktická neboli výzkumná část obsahuje výsledky rozhovorů se sestrami a pacienty daných oddělení.

V práci je využito hned několik zdrojů od MUDr. Zdeňka Kalvacha, autora několika učebnic a stovek odborných časopisů a zároveň člena výboru České geriatrické a gerontologické společnosti.

1. Současný stav

1. 1 Stárnutí a stáří

Stárnutí je přirozený ontogenetický proces, který je ovlivněn řadou faktorů – genetikou, způsobem života, nemocemi, stresem apod. (Kalvach, 1997). Jedná se o proces celoživotní, protože každý člověk stárne již od narození. Rychlost stárnutí se v různých obdobích mění (Haškovcová, 2010).

Pozdní fází ontogenetického přirozeného procesu života je stáří. Završuje lidský život a nese s sebou spoustu nevyhnutelných změn (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). Dochází k somatickým, psychickým i sociálním změnám, které jsou často zodpovědné za zvýšený výskyt zdravotních problémů (Kalvach, Zadák, 2008). Mezi somatické změny, často nepřehlédnutelné, patří například šedivění a vypadávání vlasů, přibývání vrásek, pigmentace na kůži, změny chůze, zpomalené pohyby. Mění se také vnímání smyslů, z hlediska hmatu lze zaznamenat vyšší citlivost, tedy i nižší práh bolesti, chuťové pohárky jsou oslabené. (Haškovcová, 2010)

Mluvíme-li o geriatrickém pacientovi, máme na mysli pacienta staršího 75 let. Tato věková klasifikace je dána Světovou zdravotnickou organizací, teprve až od 75. roku života hovoříme o skutečném stáří (Haškovcová, 2010). Se stářím souvisejí pojmy, které nyní vysvětlíme.

Gerontologie je nauka o stárnutí a stáří, zabývá se problematikou starých lidí a životem ve stáří. Pojem *gerontologie* je odvozen od slova *geron* (gen. *gerontos*) – stařec, starý člověk. I. I. Mečnikov (1845–1916), mikrobiolog, imunolog a nositel Nobelovy ceny, je autorem pojmu *gerontologie*, který zřejmě roku 1903 použil ve své eseji. Gerontologie se dělí do tří proudů – *gerontologie experimentální* (na buněčné a molekulární úrovni), *gerontologie sociální* řeší starého člověka, společnost a jejich vzájemnou interakci a poslední je *gerontologie klinická (geriatrie)*. Klinická gerontologie neboli geriatrie je oblast medicíny zabývající se problematikou zdravotního a funkčního stavu, specifiky potřeb geriatrických pacientů a zvláštnostmi,

prevencí a léčbou chorob ve stáří. Autorem pojmu *geriatrie* je I. L. Nascher (1863–1944). (Kalvach, Zadák, Jirák, 2004)

1. 2 Ošetrovatelská péče u geriatrického pacienta a úloha sestry

V následujících kapitolách se budeme zabývat specifiky ošetrovatelské péče u geriatrického pacienta. Zmíníme se o komunikaci s tímto pacientem, která je velmi důležitá během ošetrovatelské péče. Poté rozepíšeme a vysvětlíme, co jsou to potřeby, a níže některé z nich uvedeme v souvislosti s ošetrovatelskou péčí.

1. 2. 1 Komunikace s geriatrickým pacientem

Pomocí verbální a neverbální komunikace si lidé předávají informace a dorozumívají se. K verbální komunikaci patří slovní vyjadřování, nejdůležitější formou sociální komunikace je pak řeč. K té neverbální zase řadíme gesta, postoje, mimiku, doteky, pohyby, výrazy obličeje apod. (Janáčková, Weiss, 2008).

Komunikace ve zdravotnictví je jednou z klíčových kompetencí sester v péči o zdraví. Otázkou je, zda jsou všichni zdravotničtí pracovníci připraveni komunikovat a zda znají základní principy efektivní komunikace v praxi. Během komunikace hůře snášíme monolog druhého, protože máme tendenci na sdělení reagovat. Pakliže reagujeme, jedná se o komunikaci obousměrnou, a tím pádem jde opravdu o rozhovor. Z profesního hlediska je nutné, aby si sestra osvojila základní komunikační dovednosti. Jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností je naslouchání. Základem naslouchání je chápat a rozumět tomu, co ten druhý říká. Nasloucháním nejen vytváříme podmínky pro další rozhovor, ale také dáváme najevo ochotu pacientovi pomoci. Tím, že sestra pacientovi naslouchá, podporuje ho v jeho projevu. Do naslouchání se zapojují tři základní složky – uši (posloucháme, co nám druhý sděluje, vnímáme rychlost řeči, tón hlasu...), oči (vidíme výraz obličeje, postoj hovořícího...) a srdce (zapojení emocí). Někdy je ale i pouhé mlčení způsobem komunikace. Může mít

mnoho významů, například přemýšlení či mlčení z velkého šoku po sdělení nepříjemné zprávy (Venglářová, 2006).

Co se týče komunikace s geriatrickým pacientem, existují určitá specifika. Při komunikaci je nutné přizpůsobit se schopnostem a dovednostem naslouchajícího, abychom předešli nedorozumění a zajistili tak správné předání informace. Elizabeth Arnold uvádí, že většinou podmíněné změny v kognici jsou u zdravých seniorů minimální. Staří lidé nevykazují ztrátu inteligence, ale mohou vyžadovat více času pro sestavení verbální odpovědi nebo vyhledávání informací z dlouhodobé paměti (Elizabeth Arnold, UndermanBoggs, K. *Interpersonalrelationships*, str. 478).

Kolem seniora existují komunikační bariéry – jak ze strany sestry, tak ze strany samotného pacienta. Někdy může dojít k mylnému názoru, že pokud s námi pacient nechce nebo nemůže komunikovat, znamená to, že o rozhovor nestojí. Ne vždy tomu ale tak bývá. Pacient někdy může mít mnoho důvodů, proč s námi nekomunikovat. V rámci generace dnešních seniorů existovala tabu vztahující se k různým tématům, o nichž se nehovořilo (rodinné problémy, sexuální a intimní záležitosti...). Dalším důvodem může být strach z komunikace, nedůvěra k druhým lidem a – vzhledem k hospitalizaci – třeba i bolest, zdravotní komplikace či další fyzické obtíže. Například při poruchách řeči pacient na komunikaci rezignuje, vyhýbá se jí, cítí stud, hněv. V této situaci musí sestra hledat alternativní způsoby komunikace. Pomohou při tom různé posunky, předměty, obrázky atd. Dále může být překážkou v komunikaci nedoslýchavost pacienta. Pokud hůře slyší, mluvíme tak, aby nám co nejvíce rozuměl, to znamená, že se snažíme správně artikulovat, ukazujeme předměty, o kterých hovoříme, volíme vhodnou vzdálenost, někdy využijeme i psané slovo. U pacienta se špatným zrakem volíme takovou strategii, abychom vše, co říkáme, sdělovali zřetelně a jasně, aby nedošlo k nepochopení. Vždy se pacientovi představíme, upozorníme ho, pokud se ho budeme dotýkat a manipulovat s ním.

Ze strany sestry může být problémem v komunikaci obava ze závažných témat, jako je smrt či umírání, nebo nesympatie ke konkrétnímu pacientovi a vzhledem k pracovní vytíženosti sester je to rovněž čas, který brání v komunikaci s pacientem (Venglářová, 2007).

Starý člověk potřebuje cítit jistotu a bezpečnost a toho docílí tím, že se dokáže orientovat ve své životní situaci. Je nutné, aby znal všechny potřebné informace spojené s hospitalizací: Proč je hospitalizován? Ví, co jeho péče obnáší? Bude mít psychickou i fyzickou podporu? Zná všechny hranice svých možností? Takových otázek najdeme spoustu, proto sestra musí tuto nejistotu co nejvíce saturovat dostatečnou informovaností pacienta. Starý člověk potřebuje, abychom vyslechli jeho životní příběh, trápení, stesk, problémy. Tím, že nasloucháme a projevujeme zájem, v podstatě také léčíme, ačkoli si to někdy neuvědomujeme. Starý člověk má za sebou mnoho životních zkušeností, příjemných i nepříjemných. Pochopením těchto situací můžeme najít cestu k snadnější komunikaci a práci s geriatrickým pacientem. Pochopíme tím i nespolupráci a agresivitu pacienta, kterou ošetřující personál nerad přijímá a hodnotí ji jako negativní projev pacienta. (Klvetová, Dlabalová, 2008)

Janáčková ve své knize uvádí desatero komunikace s geriatrickými pacienty. Patří tam například respektování identity pacienta, vyhýbání se oslovení „babi“, „dědo“ a infantilizaci pacienta. Při sdělování důležitých informací se ujistíme, zda jim pacient rozumí, popřípadě je několikrát zopakujeme či napíšeme na list papíru. Počítáme s tím, že pacient má zhoršenou pohyblivost a psychomotorické funkce a snažíme se ho chránit před časovým stresem. Předem si zjišťujeme komunikační bariéry. Komunikaci vedeme tak, abychom při neověřené nedoslýchavosti nezesílovali hlas zbytečně. Při rozhovoru se snažíme eliminovat dopady hlučného prostředí, které narušuje porozumění řeči, a snažíme se udržet oční kontakt (Janáčková, Weiss, 2008).

1. 2. 2 Potřeby geriatrického pacienta

Potřeba znamená nedostatek nebo přebytek něčeho v oblasti biologické, psychologické, sociální či duchovní. Pokud není potřeba uspokojena, nastává u jedince porucha homeostaze – tzn. porucha vnitřního prostředí (Šamánková, 2011). Abraham H. Maslow (1908–1970) sestavil pyramidu potřeb (viz Příloha č. 1). V této pyramidě je možno vidět rozdělení všech potřeb – od nižších, tedy nejzákladnějších, až k vyšším. Mezi ty nejzákladnější patří na prvním místě potřeby fyziologické (potřeba pohybu,

čistoty, výživy, vyprazdňování, potřeba kyslíku), potřeba jistoty a bezpečí (potřeba vyhnout se nebezpečí nebo ohrožení, potřeba důvěřovat), mezi vyšší pak patří potřeba lásky a sounáležitosti (potřeba milovat a být milován), potřeba uznání a sebeúcty, potřeby kognitivní (potřeba poznávat, znát, umět), potřeby estetické (potřeba krásy, symetrie), potřeby seberealizace (potřeba realizovat vlastní potenciál). Tato hierarchie potřeb je sestavena u každého jedince jinak dle své naléhavosti. Potřeby na sebe neustále navazují, to znamená, že pokud je nějaká potřeba uspokojena, staví se na její místo další potřeba (Trachtová, 2013).

Během života se potřeby mění, a to hlavně s rostoucím věkem. Potřeba vyvolá u jedince motiv k určitému chování, které vede k uspokojení potřeby. Člověk ke svému životu potřebuje, aby na něj působilo určité množství různých podnětů, které udržují optimální úroveň psychofyziologické aktivace. Tato potřeba se nazývá stimulace. U starších lidí dochází ke zmírnění této potřeby, kdy vyžadují spíše stereotypní podněty, jež na ně nepůsobí rušivě. Ve stáří se také mění potřeba jistoty a bezpečí, a sice v závislosti na soběstačnosti, úbytku sil a zdravotních problémech (Vágnerová, 2004). U osob nad 75 let jsou potřeby jiné než u mladších věkových kategorií. U starších osob stojí v popředí potřeba zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Také jsou zvýrazněny potřeby fyziologické, potřeba lásky a sounáležitosti, zatímco potřeby seberealizace a sebeaktualizace jsou převážně uspokojeny (Mlýnková, 2011).

Je dobré si vysvětlit spojitost mezi změnou potřeb a věkem člověka. Organizace spojených národů uvádí jako vstup do stárnutí věkovou hranici 65 let, avšak největší změny nastávají až ve věku nad 75 let. Frekventovanou charakteristikou pro vyšší věk je polymorbidita, o které se ještě zmíníme. Ta ovlivňuje schopnost soběstačnosti a potřebu ošetrovatelské péče. Topinková (2005) tvrdí, že pro seniora je větší zátěž právě funkční omezení a závislost na ošetrovatelské péči než nemoc sama. Z toho vyplývá, že funkční omezení se výrazně prolíná s psychickou stránkou člověka. Je tedy nutné zjistit a dostatečně komplexně diagnostikovat pacientovy zdravotní i sociální problémy. Pro správnou diagnostiku se začalo používat vyšetření zvané *funkční geriatrické vyšetření*, kde se hodnotí nejen zdravotní a sociální potřeby, ale i funkční zdatnost geriatrického pacienta. Toto vyšetření pomáhá sestřám chápat člověka jako

bio-psycho-sociální jednotku, a pomáhá tak zlepšit péči o geriatrického pacienta (Hudáková, Majerníková, 2013).

Sestra by měla být připravena na možné komplikace, které se mohou vyskytnout při uspokojování potřeb geriatrického pacienta, a to proto, aby jim mohla předcházet nebo je řešit. Bariér zabraňujících uspokojení potřeb je mnoho. Bariéra osobní brání člověku sdělovat nějaká intimní či choulostivá osobní přání z důvodu ostychu před ošetrovatelským personálem. Bariéra psychická brání člověku přijmout pomoc od ošetrovatelského personálu – pacient není schopen pojmenovat svou aktuální potřebu. V tomto případě by měla mít sestra znalosti o určité nemoci, jíž pacient trpí, a z nich odvodit, o jakou potřebu se může jednat. Někdy můžeme narazit i na jazykovou bariéru, kdy dochází k nepochopení nebo nedorozumění mezi pacientem a sestrou. Další je fyziologická bariéra zapříčiněná tělesným diskomfortem nebo bariéra z prostředí, kde se pacient cítí nesvůj – negativně na něj působí neznámé, neútluné a nesoukromé prostředí.

Sestra by si měla všimnout psychických i somatických změn pacienta. Může jít o změny způsobené nenaplněnou potřebou. Nenaplněné potřeby se v rámci psychické stránky projeví jako nervozita, úzkost, neschopnost se soustředit. U somatické stránky se může jednat o nespavost, nechut' k jídlu, změny ve vyprazdňování. Tyto komplikace pak mohou zhoršit průběh hospitalizace (Šamánková, 2011).

1. 2. 3 Hygienická péče o geriatrického pacienta

Hygienická péče je soubor opatření, která zabraňují šíření infekcí, snižují rizika komplikací, zvyšují pacientovo sebevědomí. Jedná se o úkony, jež provádí člověk v běžném životě. Schopnost vykonávat jednotlivé úkony zaměřené na tělesnou hygienu se mění v souvislosti s měnícím se zdravotním stavem pacienta během hospitalizace. Všechny následující úkony během hospitalizace pacienta vychází z hygienických návyků, které provádí v běžném životě (Krišková, 2013). Hygienická péče zahrnuje celkové mytí (koupel, sprchu), holení, hygienu dutiny ústní, mytí vlasů, péči o nehty, péči o vyprazdňování, oblékání a svlékání, péči o ložní prádlo.

Pokud je pacient schopen provádět hygienu sám, pak je úkolem sestry zajistit pro správné a komfortní vykonání hygieny takové prostředí, které je pro pacienta příjemné, například umožnit mu použití vlastních hygienických pomůcek, zajistit klidné prostředí, soukromí a brát v úvahu přání pacienta – zda chce provádět hygienu u lůžka, umyvadla či v koupelně (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007).

U nesoběstačných pacientů je hygienická péče prováděna ošetrovatelským personálem, a sice ráno a večer. V tomto případě by měla sestra dbát na soukromí a stud pacienta. Měla by také navazovat na předešlé hygienické návyky pacienta. Pokud je ale zapotřebí některé hygienické návyky pozměnit, je nutné pacienta edukovat. Během provádění hygieny sestra kontroluje stav pokožky, predilekční místa a také to, zda nedošlo k proleženinám nebo změně barvy pokožky. Cílem je minimalizovat riziko vzniku dekubitů. Pokud k jejich vzniku přece jen dojde, sestra tuto skutečnost nahlásí lékaři a dle ordinace se pak postižená místa ošetřují. Při osobní hygieně se sestra stará o uši, oči a nos. Jednou týdně se provádí celková koupel pacienta, s níž souvisí i péče o nehty na rukou a nohou. Důležitá je také péče o dutinu ústní, zubní protézu. Pacient nebo sestra provádí očistu dutiny ústní či zubní protézy. Zubní protéza se večer odkládá do skleničky s čisticím roztokem nacházející se na stolečku pacienta. Je důležité, aby na protéze nezůstávaly zbytky jídla, které by pak způsobily otlaky dásní. U pacientů se závažným zdravotním stavem sestra provádí zvláštní péči o dutinu ústní. Zvláštní péče se provádí se pomoci zvlhčených štětiček, jež působí preventivně proti onemocnění sliznice dutiny ústní (Malíková, 2011).

1. 2. 4 Péče o vyprazdňování geriatrického pacienta

Vyprazdňování stolice neboli defekace je fyziologický děj, který je ovlivněn mnoha faktory – věkem, pohybovou aktivitou, složením stravy, příjmem tekutin, léky, psychikou (Vytejková, 2013). Při dostatečné náplni v konečníku se dostaví potřeba vyprázdnění, jež je řízena reflexem, jehož centrum je v prodloužené míše (Mikšová, 2006). Vyprazdňování moči se odborně nazývá mikce. Častým problémem v této oblasti je inkontinence moči. Jedná se o patologický příznak, který vede až k depresím seniora

a k jeho izolaci od okolí doprovázené sníženým sebevědomím seniora (Mlýnková, 2011).

V rámci vykonávání správné ošetrovatelské péče by měla sestra znát všechny patologické změny při vyprazdňování jak moči, tak stolice. Pro zmírnění rizika poruch vyprazdňování sestra doporučí geriatrickému pacientovi maximální možný pohyb zaměřený na napínání břišních svalů, sleduje dostatečný příjem tekutin, zajistí správné stravování, co nejvyšší míru soukromí při defekaci a snižuje plynatost změnou poloh, pohybem, masáží břicha, zavedením rourky do konečníku (Mikšová, 2006). Pro správné vyprazdňování močového měchýře sestra sleduje, zda pacient přijímá dostatek tekutin, při vyprazdňování na lůžku zajistí dostatek soukromí a času, používá stimuly, které zvýší nutkání k močení (např. tekoucí voda z kohoutku, mokrá ručník na podbřišku), zajistí vhodnou polohu (Mikšová, 2006).

Vzhledem k pohyblivosti a zdravotnímu stavu pacienta jsou využívány různé pomůcky umožňující hygienické vyprazdňování. Chodící pacient používá toaletu běžným způsobem. Je vhodné mít v místnosti s WC madla pro uchycení a mísu opatřenou nástavcem, jenž zvýší sedadlo až o 15 cm. Imobilní pacient, který je schopen alespoň přesunu z lůžka na pojízdné křeslo, využívá pojízdný klozet opatřený otvorem v místě sedací plochy. U zcela ležících pacientů se využívají podložní mísy, u mužů navíc plastové lahve na moč, které jsou zavěšené přímo na lůžku pacienta (Nováková, 2008).

Jedním z problémů vyprazdňování stolice u geriatrického pacienta je zácpa, kdy dochází k defekaci po 3 a více dnech doprovázené obtížným vyprazdňováním. Důvodem zácpy ve stáří bývá dlouhodobé potlačování defekačního reflexu spolu s nedostatečným příjmem vlákniny a celkovým fyzickým i psychickým stavem (Weber, 2005). Klevelandová a Dlabalová (2008) popisují situaci, kdy se pacientův stav zlepšil a z ležícího se stal mobilní pacient. Přesto nechtěl přestat nosit pomůcky pro inkontinenci a odmítal chodit na WC. Po určité době se pacienta podařilo přesvědčit a díky pohybové aktivitě s berlemi se vyřešil problém se zácpou. Další poruchou ve vyprazdňování znepríjemňující hospitalizaci geriatrického pacienta je průjem. Jedná se

o vyprazdňování řídké stolice v krátkých časových intervalech doprovázené bolestmi břicha a rizikem dehydratace (Mikšová, 2006).

Inkontinence je spontánní odchod moči nebo stolice, který není ovlivnitelný vůlí (Mlýnková, 2010). Inkontinence stolice je u starších lidí jevem sice méně častým než inkontinence moči, ale jedná se o velmi závažný společenský problém (Weber, 2005). Úkolem sestry je podporovat pacienta v samostatnosti při vyprazdňování, oddálit vyprazdňování na lůžku, a tím zmírnit riziko vzniku inkontinence moči i stolice. Částečně inkontinentním pacientům jsou zajištěny takové podmínky, které umožní hygienické a pravidelné vyprazdňování, a zároveň je tu snaha zaměřit se na zlepšení psychiky pacienta. Tato péče spočívá v tom, že se pacienti v pravidelných intervalech vyprazdňují. Specifická je i hygiena, kdy se personál zaměřuje na důkladnou hygienu v oblasti genitálií. Tato situace je pro pacienty velmi náročná, protože je vyžadován dostatek soukromí a respektu ze strany ošetrovatelského personálu. Inkontinentní pomůcky nepoužívají jen pacienti trpící inkontinencí, ale také pacienti imobilní, kteří nejsou schopni přesunu na WC. Vzhledem k zatíženosti ošetrovatelského personálu je využíván právě tento postup, protože pro personál je jednodušší komplexně vyměnit inkontinentní pomůcku než vytvářet podmínky pro vyprázdnění, tedy například zajistit doprovod na toaletu apod. (Malíková, 2011).

1. 2. 5 Výživa a pitný režim u geriatrického pacienta

Nedostatečná výživa či hladovění má za následek úbytek svalové hmoty. Je nutné podotknout, že k úbytku svalové hmoty dochází i při každé zátěži, jakou jsou například chronická onemocnění, která jsou pro stáří typická, ale i úrazy, operace a akutní onemocnění (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007). Tento jev může významně ovlivnit celkový funkční stav pacienta.

Pojem *malnutrice* znamená špatný stav výživy – obezitu, podvýživu nebo karenci. Všechny tyto jevy způsobují u člověka změny tvaru nebo funkčnosti těla, a tím i změnu celkového stavu. Skupinou ohroženou vznikem podvýživy jsou právě starší pacienti. Podvýživa u seniorů zhoršuje celkový průběh hospitalizace a samotného

onemocnění, zvyšuje morbiditu a mortalitu. Dalšími důsledky malnutrice jsou například ztráta dentice, zhoršená imunita, špatné hojení ran, postižení respiračního systému, rozvrat vnitřního prostředí až smrt. Všeobecná sestra je klíčovou osobou při prevenci a včasném rozpoznání nutričních problémů pacienta. Předpokladem pro tuto intervenci je znalost následujících pojmů: *hyponutrice* (nedostatečné množství výživy celkově), *malnutrice* (špatná kvantita ve smyslu nadměrného nebo nedostatečného množství výživy), *karence* (výživa, v níž chybí složka nebo látka ovlivňující zdraví člověka), *marasmus* (podvýživa, kdy chybí základní živiny), *kwashiorkor* (podvýživa vyskytující se u starých lidí doprovázená stresem zvyšujícím katabolismus bílkovin, jež pak pacientovi chybí). (Pokorná, 2013)

U starších nemocných je stav výživy ovlivněn dalšími faktory, které Kapounová (2007) rozděluje do tří skupin. První skupinu tvoří sociálně-ekonomické problémy, kde hraje významnou roli izolovanost starých lidí od okolí a rodin, následné změny nálad a deprese doprovázené lhostejností ke všemu možnému, a tím i k výživě. Další důležitou úlohu má zhoršená pohyblivost starého člověka, což komplikuje přípravu stravy a nákup, dále také finanční omezení. Druhou skupinou, která velice ovlivňuje přísun živin, jsou fyziologické změny. Jedná se například o atrofii chuťových pohárků, a tím sníženou chuť k jídlu, dále špatnou dentici, nedostatečné tvoření slin s následkem špatného polykání a o trávení, kdy dochází k chybnému využití některých složek stravy. Třetí a poslední skupinou ovlivňující přísun živin jsou některé léky, které pacient užívá. Ty mohou vyvolávat například nechutenství (Kapounová, 2007).

Geriatrický pacient je často imobilní. Cílem sestry, jež o takového pacienta pečuje, je, aby mu byly zajištěny takové podmínky, které mu umožní se najíst a napít. Dohlíží na to, aby měl pacient správnou polohu při stravování, pomáhá nakrájet například maso nebo pacienta nakrmí. Také se postará o příjemné podmínky okolního prostředí. Tím se myslí to, aby byl na pokoji čistý „gramofon“ a aby sáčky na moč byly prázdné (Kapounová, 2007).

S výživou také souvisí i hydratace pacienta, protože s oschlými rty a sliznicemi se jen těžko dokáže najíst. Proto je pitný režim také jednou z důležitých potřeb člověka. Při nedostatku tekutin vznikají další komplikace a jiná onemocnění, která postihují

vylučovací systém nebo fyzický stav člověka (Kapounová, 2007). Častým problémem vyskytujícím se u starších lidí je dehydratace. Důvodem bývá snížený pocit žízně, jenž se často vyskytuje právě u starších lidí. U geriatrických pacientů je důvodem odmítání tekutin obava z častého chzení na toaletu kvůli špatné pohyblivosti a bolesti v kloubech, stud při vyprazdňování do močové lahve či mísy a také obava z obtěžování personálu.

Sestra kontroluje stav hydratace zkouškou kožního turgoru a zaznamenává množství vypitých tekutin, popřípadě podaných infuzí a množství výdeje moči. Důležité je, aby sestra zajistila pacientovi takový způsob podání tekutin, aby byl pacient schopen napít se sám, protože jsou lidé, kteří si nedokážou pítí nalít nebo nezvládají pítí vleže (Grofová, 2007).

1. 2. 6 Péče o pohyb a polohu geriatrického pacienta

Jednou ze základních potřeb člověka je pohyb. Každý ho však vyžaduje v rozdílné kvantitě, a kvůli tomu se liší i psychická odezva na neuspokojenou potřebu pohybu. Pro lidský organismus má pohyb velký význam – zlepšuje zdravotní stav člověka, chrání organismus před nemocemi, zvyšuje výkonnost všech orgánů, navozuje pozitivní emoce a prodlužuje délku života.

Porucha hybnosti člověka se odráží na jeho psychice a souvisí také s polohou a chůzí pacienta. Poloha pacienta odpovídá jeho celkovému stavu. Pokud polohu zaujímá pacient sám, jedná se o aktivní polohu, pokud ji sám zaujímat nemůže a pacienta polohuje ošetrovatelský personál, mluvíme o poloze pasivní. Zvláštním typem polohy je poloha úlevová, tu pacient zaujímá proto, že se mu lépe dýchá, cítí menší bolest atd. (Trachtová, 2013). Změnu polohy pacient vyhledává ve chvíli, kdy současnou polohu pocítuje jako nepříjemnou, bolestivou, nepohodlnou. Druhů poloh je celá řada. Dle účelu se dělí na léčebné a vyšetřovací. Léčebná poloha pacientovi přináší úlevu například od bolesti, pomáhá mu zlepšit dýchání apod. Vyšetřovací polohu určuje lékař – tato poloha mu usnadní přístup k vyšetřované oblasti. Mezi léčebné polohy patří poloha vleže na zádech, Fowlerova poloha (pro pacienty s onemocněním srdce a plic),

Ortopnoická poloha (zlepšuje dýchání), poloha na boku a poloha vleže na břiše (tzv. pronační poloha). Vyšetřovací polohy jsou například poloha vleže na zádech, kolenoprsní poloha či gynekologická poloha (Vytejková, Sedlářová, 2011).

Pokud je geriatrický pacient imobilní, zvyšuje se potřeba ošetrovatelské péče, protože pacient je ohrožen vznikem imobilizačního syndromu. Imobilizační syndrom zmiňujeme v souvislosti s rizikem vzniku dekubitů v důsledku imobility. Rozumíme tím stav, kdy je jedinec ohrožen poškozením různých tělesných systémů následkem léčby vynucené nebo nevyhnutelné imobilizace (Pejznochová, 2010, str. 43). Dekubit neboli proleženina, prosezenina je poškození kůže vyvolané tlakem na podložku. Velikost dekubitu je závislá na době působení tlaku, intenzitě tlaku, okolních podmínkách, ale také na celkovém stavu nemocného. Sestra může důkladnou péčí přispět k prevenci vzniku dekubitů. Moč, stolice a pot narušují povrch kůže, ta je pak méně odolná a vznik dekubitu je mnohem vyšší. Riziko je tedy vyšší u pacientů trpících inkontinencí nebo pacientů s horečkou, kteří se více potí. Proto by sestra měla pravidelně kontrolovat a převlékat ložní prádlo. Důležitou roli zde hraje věk. Geriatrický pacient má sníženou elasticitu a pevnost kůže, ta je pak zranitelnější. Dále se mu hůře hojí rány, a to kvůli menší prokrvenosti kůže. Dalšími významnými faktory jsou váha pacienta, pohlaví, hybnost, výživa, hydratace a již výše zmíněná inkontinence. Úlohou sestry je pečovat o všechny tyto faktory ovlivňující vznik dekubitů. Pomocí hodnotících škál, u nás nejčastěji stupnice dle Bradenové (viz Příloha č. 2), se zhodnotí rizikovost pacienta ke vzniku dekubitů. Autoři se však shodují na tom, že zkušená všeobecná sestra pozná pacienta, který je ohrožen tímto jevem, i bez pomocných škál (Mikula, Müllerová, 2008). Role sestry tedy spočívá v tom, že u imobilního pacienta pomáhá každé dvě hodiny změnit polohu. Měla by k tomu využívat pomůcky, které změnu polohy zajistí bez poškození pacienta. To znamená, že by neměla pacienta posouvat po podložce, při čemž vznikají střížné síly a pokožku narušují, ale právě pomocí podložky pacienta nadzvednout a posunout. Zkontroluje lůžko, zda je suché, čisté a bez drobků, které také způsobují otlaky. Katétrů nebo drénů by neměly tlačit na kůži pacienta a příkrývku sestra upraví tak, aby neomezovala pohyb pacienta (Workman, Bennett, 2006).

1. 2. 6. 1 Problematické situace u geriatrického pacienta v souvislosti s pohybem

Mimo jiné vysoký věk a snížená pohyblivost zvyšují riziko pádu, které můžeme pomocí škál odhalit a včas pádu předejít (viz Příloha č. 3). Pokud k takovéto nepříjemné situaci dojde, je nutné ji zaznamenat, zhodnotit a hlavně se poučit. Nejprve se ale sestra postará o zajištění ošetření pacienta a jeho bezpečnosti. Sestra by si měla všimnout změn v koordinaci pohybů a motoriky v souvislosti s užívanými léky, které mohou určité změny vyvolat. Dále podporuje pacientovu mobilitu a ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem posiluje pacientovu pohyblivost a učí ho správným bezpečným pohybům. Důležitá je zvýšená opatrnost při pohybu v koupelně nebo při vstávání z lůžka (Venglářová, 2007). Zajímavým ukazatelem pro riziko pádu geriatrického pacienta je takzvané „stop walking when talking“, což znamená, že pacient zastaví předtím, než začne mluvit, a to z toho důvodu, že není schopen provádět více činností najednou. Mluvíme o *multitaskingu* neboli provádění několika úkolů současně. Pro starého člověka je vzhledem k jeho sníženým funkčním schopnostem provádění více činností najednou velice obtížné a vede k tak zvanému přetížení, jehož následkem může být například pád (Schuler, Oster, 2010).

Další problematická situace nastane ve chvíli, kdy je nutno použít restrikcí. Cílem je ochránit jak samotného pacienta, tak ostatní pacienty a okolí. Jedná se pouze o krajní řešení v případě, že jsou pacient a ostatní přihlížející včetně personálu vystaveni psychické zátěži. Krajním řešením rozumíme to, že sestra vyčerpala všechny možné varianty. Prostředků omezujících pohyb pacienta je mnoho. Může jít o kurty, síťová lůžka, izolační místnosti nebo o užití léků navozujících uklidnění pacienta. Sestra by neměla restrikcí používat pouze z důvodu usnadnění ošetrovatelské péče. Restrikcí indikuje nebo potvrzuje lékař a omezení volíme jen na dobu nezbytně nutnou. Ošetrovatelská péče o pacienta během používání restriktivních prostředků spočívá v zajištění základních potřeb pacienta, sledování fyziologických funkcí, péči o vyprazdňování, výživu a hydrataci, v minimalizaci psychické zátěže (Venglářová, 2007).

1. 2. 7 Péče o duševní stav geriatrického pacienta

Ošetrovatelská péče o geriatrické pacienty je pro ošetrovatelský personál velmi náročná. Jak již bylo zmíněno, u geriatrických pacientů je velmi častá polymorbidita. Poruchy zasahují do všech možných oblastí a jednou z nich je také psychický stav. Do těchto poruch řadíme demenci, deliria, deprese. Sestra na základě psychických a fyzických odlišností v této věkové kategorii musí klást důraz na kvalitní odebrání sesterské anamnézy a individuální pozorování, aby mohla být vyhodnocena možná rizika a aby mohl být sestaven ošetrovatelský plán (Špůrová, 2014).

Starému člověku hrozí vzhledem k jeho aktuálnímu stavu zvýšený výskyt zátěžových situací, které jsou pro něj obtížně zvladatelné. To, že je více ohrožen různými chorobami, se odráží i v oblasti psychiky. Například lidé, kteří prodělají cévní mozkovou příhodu, jsou citově pomalejší, mají problémy se soustředěním a hůře reagují, tvrdí Vágnerová (2000). (Kelnerová, Matějková, 2010)

V seniorském věku se často objevuje Alzheimerova choroba. S pacientem trpícím touto chorobou se všeobecná sestra může setkat prakticky kdekoli. Jedná se o jednu z nejčastějších příčin demence. Z toho vyplývá, že by sestra pečující o geriatrické pacienty měla o této nemoci něco vědět. Při hygieně by sestra měla pacienta povzbuzovat a posilovat ho v této činnosti, neboť pacienti trpící Alzheimerovou chorobou v pozdějších stádiích nemoci na mytí zapomínají. Sestra by měla vytvářet z této rutinní záležitosti příjemnou a odpočinkovou činnost a vést pacienta k samostatnosti. Je vhodné, aby měl pacient oblečení, které se snadno obléká. Pohyb pacientů může být touto chorobou ovlivněn, ale i nemusí. Pokud je pacient schopen sám vstát z postele, je dobré dbát na to, aby lůžko bylo přiměřeně vysoko a aby se při cestě na WC nevyskytovaly žádné překážky. V oblasti stravování může nastat změna chuti k jídlu i schopnosti najíst se. Existují určitá doporučení, která mohou pacientovi pomoci překonat některé potíže. Například je vhodné vždy před jídlem pacienta posadit, aby bylo zřejmé, že nyní bude jíst. Sestra by si také měla všimnout, zda je pacient schopen se sám najíst nebo si nakrájet jídlo, případně mu pomoci. Měla

by dávat pozor také na to, že pacient již nemusí umět rozlišit studené od horkého a snadno se spálí (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008).

Sestra se rovněž může setkat se syndromem zvaným *delirium*, který se často objevuje u geriatrických pacientů starších 80 let hospitalizovaných v nemocnici. U deliria je vědomí snižené, je postižena funkce pozornosti, paměť, objevují se poruchy orientace, spánku, v oblasti psychomotoriky je aktivita zvýšená, nebo snižená atd. Příčin deliria je mnoho, může se jednat například o horečky, infekce, dehydratace, cévní mozkovou příhodu a mnoho dalších. Vznikem deliria se prodlužuje také doba hospitalizace, s čímž souvisí i vyšší riziko vzniku inkontinence, dekubitů a pádů (Schuler, Oster, 2010).

Další psychickou újmou, která postihuje pacienty vyššího věku, je deprese. Ta se však projevuje jiným způsobem než deprese u mladších ročníků. Bývá často zaměňována s demencí, protože u těchto lidí se mění chování, nálady, objevují se úzkosti i sebepoškozování. Typickým projevem deprese u starých lidí je hypochondrizace – somatizace. Pacienti projevují zvýšený zájem o své tělo, mají strach ze vzniku nějaké nemoci, jsou přesvědčeni o existenci objektivně nepřítomného tělesného postižení. Rizikovou skupinu představují ovdovělí lidé, lidé s chronickým tělesným postižením, nízkým sebehodnocením, sebeobviňováním apod. (Jirák, Holmerová, 2009).

Důležitým faktorem ovlivňujícím lidskou psychiku je bolest. Bolest je jakožto subjektivní pocit vnímána každým jedincem jinak a s jinou intenzitou. Je nedílnou součástí lidského života a bývá ovlivněna mnoha faktory. Mezi ně patří například předešlé zkušenosti s bolestí a jejím zvládnutím, fyzické, psychické, sociálně-kulturní a duchovní faktory. Bolest má však negativní dopady na jedince a zasahuje do bio-psycho-sociální oblasti člověka, a tím ovlivňuje i kvalitu života. Pro bolest existuje mnoho definic. V klinické praxi se nejčastěji využívá definice dle Mezinárodní společnosti pro studium bolesti (1979). Pokorná (2013) uvádí, že pro praxi je lepší užívat definici podle McCaffereyho, který tvrdí, že bolest je to, co pacient popisuje, a existuje, pokud to pacient tvrdí. Se stářím je nejčastěji spojována chronická bolest, jež je často velmi podceňována a chápána jak ošetřovatelským personálem, tak laickou

veřejností jako běžný faktor doprovázející stáří. Role sestry pak spočívá v tom, aby chápala bolest jako individuální prožitek jedince, uměla odebrat kvalitní anamnézu bolesti pacienta, včas reagovala na pacientovu bolest a chápala ji i v souvislosti s emoční složkou, která je často její součástí (Pokorná, 2013).

1. 2. 8 Péče o kvalitní spánek

Problémy se spaním jsou jednou z příležitostí geriatrického pacienta, a to obzvláště v cizím prostředí. V nemocnici je navíc velmi hlučný denní režim. Sestra při vyplňování anamnézy zjišťuje spánkové rituály, dobu potřeby spánku apod. (Schuler, Oster, 2010).

S věkem se potřeba a délka spánku mění. Usínání se posouvá do dřívějších večerních hodin a naopak probouzení přichází v časných ranních hodinách. Kvůli polymorbiditě se také zvyšuje počet užívaných léků, které rovněž ovlivňují kvalitu spánku. Existuje mnoho dalších faktorů ovlivňujících spánek. Nedostatek spánku se může projevit nesoustředěností, náladovostí, poruchami myšlení, ochuzenou řečí atd. (Borzová, 2009).

Existují intervence, které by mohly usnadnit problémy s kvantitou a kvalitou spánku. Sestra by měla zajistit co možná největší klid a vhodné umístění pacienta na pokoji, dále se postarat o jeho psychické pohodlí a zajistit mu příjemnou a pohodlnou polohu. Před usnutím pacienta by se měla ujistit, že má pacient na dosah ruky signalizační zařízení a že ho umí používat. Sestra by neměla zapomínat ani na dostatečné vyprázdnění pacienta a na pohodlné oblečení. Pokud pacient trpí bolestí, měla by se sestra postarat o její zmírnění, nejlépe odstranění. Ze sesterské anamnézy by si měla zjistit spánkové návyky pacienta a zajistit je. Při vstupu na pokoj v nočních hodinách je potřeba používat noční světlo, které pacienty příliš neruší ze spánku, a dle ordinace podávat pacientovi léky na spaní (Mikšová, 2006).

1. 2. 9 Všeobecná sestra a syndrom vyhoření v souvislosti s přímou péčí

Burn-out syndrom neboli syndrom vyhoření vzniká u pomáhajících profesí, kde je vytvářen vztah mezi pracovníkem a pacientem. Při syndromu vyhoření dochází k psychickému, fyzickému a emocionálnímu vyčerpání u jedince v souvislosti s pracovní zátěží. Psychicky náročný může být pro sestru například vztah s pacientem, kde převládají nesympatie – v tu chvíli musí všeobecná sestra zapojit profesionalitu a překonat úskalí, aby vztah fungoval. Pracující personál bývá seniory často odmítán, a sice kvůli nedůvěře a strachu ze zklamání, takže bývá velmi těžké a časově náročné vztah navázat. Další náročnou situací je pro sestru úmrtí pacienta. Proto by se všeobecná sestra neměla příliš citově angažovat a měla by zůstat tzv. chladnější.

Předpokladem pro vznik syndromu vyhoření je existence čtyř faktorů. Prvním faktorem je přítomnost stresorů, kterých opravdu není málo. V práci se seniory není o stres nouze. Vznikají obavy o osud pacienta, o správné zvládnutí péče, vyskytuje se strach z konfliktů mezi pracovníky a pacientem, strach ze ztráty zaměstnání, z kritiky. Druhým faktorem je frustrace, jež vychází z potřeby smysluplné práce. V péči o seniory jde hlavně o zkvalitnění života. Jedná se o práci psychicky náročnou, s vysokými požadavky na profesionalitu. Protože geriatrické péči stále není mezi profesionály dostatečně oceněna, vzniká nedostatek respektu k sestrám v této oblasti. Dalším faktorem jsou negativní vztahy na pracovišti, které rovněž přispívají ke vzniku syndromu vyhoření. Na pracovišti, kde vznikají spory a neustálé konflikty, se pracuje špatně. Posledním faktorem jsou špatné podmínky a nedostatečná organizace práce (Venglářová, 2007).

Proces syndromu vyhoření má podle Alfreda Laenglea 3 stadia (Venglářová, 2007, str. 80):

- nadšení, smysluplnost, jasný cíl práce
- smysl se ztrácí, člověk pracuje „za něco“
- život v popelu
 - ztráta úcty k druhým
 - ztráta úcty k vlastnímu životu, propad do života beze smyslu

U syndromu vyhoření je známa řada preventivních opatření: udržování vztahů mezi přáteli a blízkými lidmi, umění relaxovat či profesní růst. Pokud ani tato opatření nepomáhají, je možné změnit profesi (Venglářová, 2007).

1. 2. 10 Úloha sestry v péči o geriatrického pacienta

Sestra se jakožto poskytovatel ošetrovatelské péče zaměřuje na uspokojování potřeb pacienta a využívá holistický neboli celostní přístup, který je orientován na všechny složky člověka. Jedná se o bio-psycho-sociální model nemoci. Sestra zná specifika ošetrovatelské péče o geriatrického pacienta, respektuje je a poskytuje standardní péči. Pomocí intervencí se snaží zlepšit funkční a zdravotní stav geriatrického pacienta a celkovou kvalitu jeho života. Kvalita života se odráží v tom, že základní potřeby jsou dostatečně uspokojovány. Sestra pracuje v rámci ošetrovatelského procesu s ohledem na funkční změny geriatrického pacienta. Pro tyto pacienty pak ošetrovatelská péče představuje jejich vlastní bezpečnost a bezpečnost okolí. Cílem pak je zvyšovat soběstačnost pacienta (Hudáková, Majerníková, 2013).

Mezi základní intervence při ošetrování patří sestrou jasně podávané informace, které pacientovi navodí pocit jistoty, dále dostatek soukromí a bezpečí, zajištění prostoru pro vyjádření myšlenek a pocitů geriatrického pacienta a navození důvěry mezi sestrou a pacientem.

Trachtová (2013) popisuje model fungujícího zdraví dle Marjory Gordonové. Ten je v současnosti podle odborníků jedním z nejlepších modelů v ošetrovatelství pojímaném v rámci holistické filosofie. Podle tohoto modelu může sestra efektivně zhodnotit zdravotní stav nemocného, a může si tak dále naplánovat a zrealizovat ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu.

Se stářím je spojena křehkost pacienta. U této populace dochází velmi často ke ztrátě soběstačnosti, která často bývá důsledkem změněného zdravotního stavu, změny prostředí a sociální změny. Křehkost (*frailty*) popisuje mnoho autorů rozdílně. Například Weber a kol. (2007) popisují komponenty křehkosti, např. podvýživu, slabost, zpomalení motorických reakcí. Oproti tomu Rockwood a kol. (1996) popisují

křehkost spíše jako závislost geriatrického pacienta na institucionální či komunitní péči. Jak už bylo řečeno, sestry pracují v rámci ošetrovatelského procesu, při němž zohledňují funkční a zdravotní stav pacienta. Při práci s geriatrickým pacientem je nutná koordinovaná týmová práce. Németh a kol. (2011) vyzdvihují aktivní vyhledávání křehkých pacientů a jejich včasné rozpoznání pomocí komplexního geriatrického hodnocení. Dále je podle nich vhodné pomocí ošetrovatelských intervencí zvyšovat soběstačnost pacienta a zlepšovat jeho pohybové schopnosti.

Povinností sestry je poskytnout ošetrovatelskou péči tomu, kdo ji potřebuje, a snažit se poskytovat co nejvyšší standard ošetrovatelské péče, a to s maximální úctou k člověku (Hudáková, Majerníková, 2013). Existují 3 formy péče o seniory: péče rodinná, péče zdravotní (ošetrovatelská) a péče sociální (pečovatelská). Zdravotní, tedy ošetrovatelská péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních ambulantně nebo na lůžkovém oddělení. Nejvíce seniorů, tedy i geriatrických pacientů, najdeme na oddělení následné péče, které je určeno lidem s potřebou nácviku sebeobsluhy, chůze, rehabilitace. Dalšími zařízeními pro seniory jsou například zařízení se sociální péčí – domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domy s pečovatelskou službou, dále geriatrická denní centra nebo také hospice poskytující péči lidem nevyлéčitelně nemocným, přičemž se nemusí vždy jednat o geriatrického pacienta (Mlýnková, 2011).

Je známo, že se délka života za posledních 100 let prodloužila. Vysoký věk se stal poměrně normální záležitostí dnešního života. Počet seniorů stoupá, a tím stoupá i potřeba ošetrovatelské péče o tyto lidi. V současnosti žije v České republice 3,1 % lidí starších 80 let. Výzkum ukázal, že v roce 2030 jich bude 8 % a v roce 2050 až 10 %. S počtem seniorů roste i počet křehkých seniorů. Křehký znamená rizikový, jsou to tedy lidé starší 80 let, kteří jsou ohroženi náhlým zhoršením stavu. U křehkých jedinců hrozí vyšší riziko pádů, častější hospitalizace, mohou být odkázáni na pomoc druhých a vyskytuje se u nich vyšší úmrtnost (Weber, 2008).

2. Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle

Cíl 1: Zmapovat problematiku ošetrovatelské péče u geriatrických pacientů na akutním lůžku z pohledu sester

Cíl 2: Zmapovat problematiku ošetrovatelské péče u geriatrických pacientů na lůžku dlouhodobé péče z pohledu sester

Cíl 3: Zmapovat problematiku ošetrovatelské péče u geriatrických pacientů na akutním lůžku z pohledu pacientů

Cíl 4: Zmapovat problematiku ošetrovatelské péče u geriatrických pacientů na lůžku dlouhodobé péče z pohledu pacientů

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jak sestry vnímají problematiku ošetrovatelské péče u geriatrických pacientů na akutních lůžkách?

VO 2: Jak sestry vnímají problematiku ošetrovatelské péče u geriatrických pacientů na lůžkách dlouhodobé péče?

VO 3: Jak vnímají ošetrovatelskou péči přijímanou od všeobecných sester geriatričtí pacienti na akutních lůžkách?

VO 4: Jak vnímají ošetrovatelskou péči přijímanou od všeobecných sester geriatričtí pacienti na lůžkách dlouhodobé péče?

3. Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část této práce bylo použito kvalitativní šetření. Kvalitativní výzkum lze definovat následovně: „Je to proces hledání porozumění, založený na různých tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách (Creswell v Hendel, str. 50).

Sběr dat byl realizován prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl složen ze základních, předem daných otázek (Příloha č. 4). Hlavním tématem byla ošetrovatelská péče u lidí ve věku 75 let a více. Respondenti byli dostatečně informováni, o jakou práci se jedná, a byli rovněž ujištěni, že jejich odpovědi slouží pouze této bakalářské práci. Rozhovory probíhaly na daném oddělení v klidné místnosti v předem domluveném čase. Odpovědi byly nahrávány na elektronické zařízení, poté doslovně přepsány (Příloha č.5) a následně zpracovány metodou tužka-papír.

Výzkum byl prováděn v nemocnici na oddělení následné péče a na chirurgickém oddělení. Pro provedení výzkumu bylo zapotřebí nejprve získat schválení od hlavní sestry nemocnice, dále od vrchních sester oddělení, kde byl výzkum prováděn. Šetření probíhalo nejprve v druhé polovině března, jeho dokončení pak během května 2015.

3.2 Charakter výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen 20 respondenty, z nichž 10 tvoří všeobecné sestry a dalších 10 pacienti ve věku 75 let a výše, kteří jsou hospitalizováni v nemocnici. Protože péče na oddělení následné péče a chirurgickém oddělení se může vzhledem k délce hospitalizace a výskytu pacientů nad 75 let lišit, mohou se lišit i odpovědi respondentů.

Rozhovory se sestrami bylo nutné vzhledem k jejich pracovní směně předem domluvit. Pro rozhovory s pacienty pomohly sestry vždy vybrat vhodné respondenty, kteří by byli schopni rozhovor podstoupit. Všechny sestry i pacienti souhlasili s tím, aby jejich odpovědi byly nahrávány.

Sdílnost sester i pacientů se liší, a tím se také liší délka rozhovorů. Během rozhovorů bylo většinou nutné vkládat doplňující otázky, aby byly rozhovory dostačující a úplné.

3. 3 Vlastní realizace výzkumu

Nejprve byly sepsány otázky pro rozhovory s respondenty, kteří by svými odpověďmi pomohli dosáhnout cíle výzkumu. Poté byly otázky doneseny hlavní sestře nemocnice, která svým souhlasem povolila realizaci šetření. Dalším krokem bylo obeznámit vrchní sestru oddělení, kde měly být rozhovory uskutečněny. Respondenti byli o výzkumu dostatečně informováni. Po jejich souhlasu mohlo šetření začít. Jejich odpovědi byly zaznamenávány na zvukové zařízení, poté doslovně přepsány a následně rozvedeny do kategorií.

4. Výsledky kvalitativního šetření

4.1 Kategorizace dat z rozhovorů s pacienty z oddělení následné péče

Tabulka 1 – identifikační údaje respondentů

Respondenti	P1	P2	P3	P4	P5
Pohlaví	žena	žena	žena	žena	žena
Věk	76	77	79	76	81
Dosavadní délka hospitalizace	21 dní	16 dní	7 dní	11 dní	25 dní

Všichni pacienti (P1–P5) z oddělení následné péče byli ženského pohlaví. Jejich věk i délka hospitalizace se liší.

4.1.1 Kategorie – Pohyblivost

Na otázku, jaké činnosti zvládnou vykonat samy a s čím naopak potřebují pomoci, odpovídaly pacientky na základě svých pohybových možností. P1 odpověděla: „No už si sedám, takže se i můžu normálně tady u stolečku najíst nebo se vsedě umýt, ale potřebuji tedy, aby mi trochu do toho sedu pomohly sestřičky.“ P2 a P4 jsou schopny chůze s tím, že pacientka č. 2 chodí pouze s doprovodem ošetřujícího personálu a u lůžka je zcela soběstačná, umyje se, nají se. Pacientka č. 4 sice chodí bez doprovodu ošetřujícího personálu, ale není schopna se sama obléci nebo umýt. Pro upřesnění, její odpověď zněla takto: „Zvládnu jak co. Já musím mít pořád takhle ruku, takže nejsem schopna si otevřít ani lahev, ale to už mi sem dali tuhle konvičku, tak z té to sama naliju, a určitě potřebuju pomoct s oblékáním, protože sama to s tou rukou nezvládnou.“

Hygienu taky moc ne. Navíc je to pravá ruka a já jsem pravák, takže to co jsem schopná zvládnout, tak musím dělat levou, takže to taky tak vypadá občas. Alespoň že se sama najím.” P3 a P5 jsou pacientky ležící. P3 je schopna se najíst a umýt s dopomocí personálu, který ji musí posadit a utvořit vhodné podmínky, díky kterým zvládne tyto činnosti sama. Pacientce je nutné dopomoci i s polohováním. P5 je pacientka spolupracující, ovšem kvůli špatnému zdravotnímu stavu není schopna vykonávat jakékoliv namáhavé činnosti. Na otázku, s čím potřebuje pomoci, odpověděla: „Zatím se vším.”

4. 1. 2 Kategorie – Hygiena

P1 a P3 využívají hygienu na lůžku. Obě tyto pacientky se spolu s P4 a P5 shodují, že při provádění hygieny nemají dostatečné soukromí, takže jim daný způsob hygieny nevyhovuje. P2 využívá sprchový kout, kde je nutné mít židli, a hodnotí tento způsob hygieny kladněji než předešlou zkušenost s mytím u lůžka s lavorem. Situaci popisuje následovně: „Ano, toto už je v pohodě, horší bylo, když jsem se musela mýt u postele v tom lavůrku, to bylo k ničemu.” U tohoto způsobu hygieny neudává žádná negativa. P4 provádí hygienu u umyvadla a, jak již bylo naznačeno, na otázku, zda má dostatek soukromí, odpověděla následovně: „No co myslíte, když stojím u umyvadla mezi dveřmi. Kdyby alespoň to umyvadlo bylo na pokoji a ne takhle v té chodbě. Sestry otevrou a všichni sem vidí.” P5 je pacientka, kterou myje ošetřovatelský personál. Pacientce však tento způsob hygieny nevyhovuje, a to z důvodu nedostatečného soukromí, studu před personálem a pacienty sdílejícími stejný pokoj. Jako další důvod k nespokojenosti uvedla denní dobu hygieny. Na otázku, co by změnila, odpověděla: „Rozhodně bych byla raději, kdyby mě sestry myly někde jinde o samotě, a navíc já jsem zvyklá se mýt večer, takhle ráno mi to nevyhovuje.”

4. 1. 3 Kategorie – Vyprazdňování

Na otázku, zda pocítují nějaké změny ve vyprazdňování, odpovídaly pacientky nejčastěji, že trpí zácpou (P1, P3, P4). Podle těchto tří respondentek je na vině změna prostředí. Pacientka č. 3 kromě toho uvedla jako další příčinu zácpy i nedostatek pohybu. Na dotaz, zda informovala předem personál o tomto problému, odpověděla: „Já jsem jim to říkala hned na začátku, protože jsem s tím tak nějak počítala, že s tím budu mít potíže. Ještě navíc když ležím a nehýbu se.“ P5 se svěřila, že v nemocnici trpí spíše průjmem, ačkoli jen leží. Uvedla: „Přesto, že pořád jen ležím, tak chodím dokonce častěji než doma a mám spíše průjem. Nevím čím to, asi z té stravy.“ Příčinu připsala tedy nemocniční stravě. Pacientka č. 2 měla ze začátku také spíše zácpu. Nyní se vše díky pohybu dalo do pořádku a ona již nepocítuje žádné potíže v této oblasti.

4. 1. 4 Kategorie – Spánek

Na dotaz *Jak se Vám v noci spí?* odpověděla většina respondentek, že neuspokojivě. P1, P3, P4 a P5 uvedly, že je při spánku něco ruší. P1 dokonce přiznala, že si na noc vždy říká o lék. Její odpověď zněla takto: „Já si na noc říkám o prášek, jinak bych nešla. Pani vedle mě totiž hrozně chrápe a vrtí se.“ Pouze P2 uvedla, že v nemocnici spí stejně jako doma a nepocítuje žádné změny. Dvě respondentky se shodly na tom, že je při spánku ruší spolupacient na pokoji. P4 se k otázce vyjádřila takto: „Je to špatný. Nespím tu vůbec. Je tu na mě moc rušno a i ta ruka mě bolí a já pořádně nevím, jak si pak mám lehnout.“ Uvedla tedy dva důvody, proč v noci špatně spí. Na doplňující otázku, zda si bere na noc lék na bolest, odpověděla: „Ano, říkám si o něj, ale mně to vždy zabere jen na chvíli a další mi hned nedají.“ P5 také uvedla dva důvody: „Tady spím rozhodně méně. Vadí mi cizí prostředí, navíc mám obavy z toho, za jak dlouho půjdu domů, aby to nebylo moc dlouho, protože mám doma pejska.“ Většina pacientek se shodla na tom, že se po spánku cítí unaveně. P1 a P2 se cítí odpočaté. P1 přisuzuje kvalitní spánek, po němž se cítí odpočatá, léku na spaní, o který

si každý den říká. P2 zase uvádí jako důvod kvalitního odpočinku a spánku to, že se přes den unaví cvičením. P3 a P4 uvedly, že se po spánku cítí unavenější než obvykle. P5, ležící pacientka, odpověděla na otázku, zda se ráno cítí odpočatá: „Právě že vůbec. Je to divné, když jen polehávám, ale cítím se strašně unavená.”

4. 1. 5 Kategorie – Příjem tekutin

V rámci této kategorie bylo zjištěno, že pacientky v nemocnici dodržují pitný režim lépe než v domácím prostředí. Žádná z respondentek neuvedla, že by doma vypila větší množství tekutin než v nemocnici. P1 tvrdí, že doma pije méně, protože se jí nechce neustále běhat na toaletu, jelikož hůře chodí. Ke změně během hospitalizace se vyjádřila takto: „Tady mi dají vždy tu konvičku, tak tu vypiju. Víc piju taky proto, že mám tu cévku a nemusím nikam běhat a taky člověk tady nemá, co by, tak na to pití i více myslí.” P3 a P5 sdílejí názor, že zásluhu na vyšším příjmu tekutin v nemocnici mají hlavně sestry, které neustále pacienty kontrolují a pobízejí je, aby pili. P2 a P4 odpověděly, že během hospitalizace pijí stejné množství tekutin jako doma. P2 vypije až dva litry tekutin denně, což je přijatelné množství. Ovšem pacientka č. 4 udává maximálně litr tekutin za den, a to i během hospitalizace, přestože je personálem neustále upozorňována na nedostatečný přísun tekutin. Konkrétně řekla: „Sestry chodí a pořád se ptají a kážou mi, že nepiju.”

4. 1. 6 Kategorie – Komunikace

Na otázku, zda personál dostatečně komunikuje s pacienty, odpověděla pouze jedna pacientka, že komunikace personálu je dostačující. Důvodem je podle ní to, že personál s ní tráví hodně času, protože je nesoběstačná. Zbytek patientek se shodl na tom, že s nimi personál komunikuje nedostatečně nebo pouze při provádění některých ošetrovatelských výkonů. P1 a P2 argumentovaly tím, že sestry mají hodně práce, takže

se s nimi nemohou vybavovat. P1 navíc dodala: „Většinou se ráno ptají, jak jsme se vyspaly, jestli nás něco nebolí, ale to je asi vše.“ P4 neuvedla žádný důvod.

4. 1. 7 Kategorie – Informovanost

Nejvíce problémů nastává během předávání informací pacientovi při příjmu. P1 a P2 odpověděly, že při příjmu vyplňovaly a podepisovaly spoustu „nějakých papírů“, protože to po nich sestry vyžadovaly. P3 měla nedostatečný přísun informací. Její odpověď zněla: „Mě sem přeložili z chirurgie, přendali mě na postel a jinak se se mnou nikdo moc nebavil. Musela jsem se pak doptávat, které oddělení a patro jsem.“ P4 sdělila, že se musela na nějaké informace doptávat svých spolupacientek, jelikož nestíhala vstřebávat všechny informace, které jí sestry předávaly. P5 uvedla, že je nedostatečně informovaná proto, že hůře slyší a že personálu nerozumí.

Na otázku, zda je sestry dostatečně informovaly o tom, jak se mají zachovat v případě, že budou mít bolesti, odpověděly pacientky uspokojivě. Všechny respondentky vědí, že v případě bolesti mají informovat ošetřovatelský personál.

Na dotaz týkající se dostatečné informovanosti o vyšetření, které pacientka podstupuje, odpověděly dvě pacientky, že všechny potřebné informace dostaly. Obě pacientky se aktivně ptaly ošetřujícího personálu na doplňující informace. P2 odpověděla: „Ano, znám, sestřička mi všechno vysvětlovala. Já jsem si ji sama totiž zavolala. Mám radši, když mi vše říkají v klidu a pomalu, protože já to pak nestíhám pobírat.“ P4 a P5 považují podané informace za nedostačující. P5 přiznala, že všechny informace nechává na synovi, protože sama tomu nerozumí a spoustu věcí zapomíná.

4. 2 Kategorizace dat z rozhovorů s pacienty z ortopedického oddělení

Tabulka č. 2 – Identifikační údaje respondentů

Respondenti	P6	P7	P8	P9	P10
Pohlaví	žena	muž	žena	žena	žena
Věk	77	76	76	78	75
Dosavadní délka hospitalizace	7 dní	10 dní	21 dní	4 dny	5 dní

Pouze v jednom případě se u těchto respondentů objevil muž. Délka hospitalizace i věk pacientů se liší. V následujícím textu se hovoří o respondentech P6–P10.

4. 2. 1 Kategorie – Pohyblivost

P6 a P8 odpověděly, že jsou schopny si vše obstarat samy. S hygienou pomocí nepotřebují a jsou schopny dojít si samy bez doprovodu personálu na toaletu. P7 samostatný už tolik není. Odpověděl, že je nyní kvůli bolesti velmi omezen, a tak raději k vyprazdňování používá bažanta. Hygienu také provádí u lůžka a je při tom odkázán na pomoc personálu. P9 a P10 jsou schopny chůze, ovšem pod dohledem ošetřujícího personálu. Odpověď P9 na otázku, co vše zvládne sama a s čím naopak potřebuje pomoci, zněla: „Zatím jak co. Hygienu zvládnou, když mi s něčím sestřičky pomůžou. Na záchod si také sama nedojdu.“ P10 také chodí sama, ale někdy je nutná pomoc sestřiček. Na otázku, s čím potřebuje pomoci, odpověděla: „Občas s posazením nebo když si potřebuju dojít na záchod nebo do koupelny se umejt.“

4. 2. 2 Kategorie – Hygiena

Pacienti odpovídali na otázku, jaký způsob provádění hygieny využívají a zda jsou s tímto způsobem spokojeni. P6 provádí hygienu u umyvadla, kam se přesune sama bez pomoci personálu. Tento způsob hygieny respondentce vyhovuje. P7 provádí hygienu jednak u lůžka s využitím laboru, jednak u umyvadla. Způsob hygieny si prý vybírá podle toho, jak se cítí. Není však spokojen, a to z důvodu nedostatku soukromí a nedostatku času. Jeho vysvětlení znělo takto: „Co se týká času, tak je to uspěchané, já chápu, že mají sestřičky hodně pacientů a hodně ostatní práce, ale tohle se odrazí na naší pohodě.” K nedostatku soukromí se vyjádřil následovně: „Soukromí? No to asi ne, jsme tady tři a na nějaké soukromí se zde moc nehraje.” Také se svěřil s tím, co by na tomto oddělení změnil: „Ta hygiena by mohla být lepší, ale chápu, že je to spíše z kapacitních důvodů nebo tak. Určitě bych zvýšil počet sester, aby bylo více času na hygienu a péči o pacienty, taky se mi nelíbí, že nás budí takhle brzo, ale zase chápu, že to má svoje opodstatnění.” P8 provádí hygienu u lůžka, přestože je samostatně chodící. Pacientka uvádí, že jí je tento způsob pohodlnější a je s ním spokojená. Vadí jí pouze to, že na pokojích nejsou plenty mezi lůžky. P9 využívá hygienu u lůžka, kam jí sestry donesou labor. Tento způsob hygieny pacientka považuje za nevyhovující, a to kvůli nedostatečné hygieně. P10 je se způsobem hygieny u umyvadla, kam dojde s doprovodem personálu, spokojená. Na otázku, zda má na hygienu dostatek času, odpověděla: „No musíme se s druhou paní prostřídat, takže musím trochu spěchat.”

4. 2. 3 Kategorie – Vyprazdňování

Pacienti byli tázáni, zda pociťují během hospitalizace nějaké změny ve vyprazdňování. Dva respondenti (P6 a P8) uvedli, že trpí zácpou. P8 hned řekla, že jí v tomto ohledu vadí změna prostředí. P6 tvrdí, že pociťuje zácpu, protože chodí jednou za dva dny, kdežto doma i dvakrát za den. P7 sdělil následující: „Doma jsem chodil pravidelně, každé ráno právě. Tady už to tak není, nevím, čím to je, možná jak se mím

hejbu.” P10 uvedla, že nyní trpí průjmem. Sestry prý tvrdí, že je to nejspíše z antibiotik, která užívá. P9 prý žádné změny nepocítuje.

4. 2. 4 Kategorie – Spánek

Z pěti dotazovaných pacientů dva (P6 a P8) odpověděli, že spí celou noc nerušeně. P6 navíc dodala, že se cítí celkově unavená, a proto občas spí i přes den. P8 se také cítí unavená, přes den ale nespí. Obě pacientky se tedy cítí ráno po probuzení unavené. P7 vnímá jako rušivý element při spánku noční chrapot spolupacienta. Naopak ocenil, že sestry se snaží zajistit příjemné podmínky pro spánek, ovšem ani to prý nestačí. Unaven se ale necítí. P9 uvedla, že ji v noci budí nucení k močení – musí několikrát za noc vstát, čímž ruší ostatní pacienty. P10 vadí cizí prostředí a v noci se často budí. Nikdy léky na spaní nebrala, ale během rozhovoru sdělila, že si o nějaké zkusí říct sestřám.

4. 2. 5 Kategorie – Příjem tekutin

Pacienti odpovídali na dotaz, kolik tekutin vypijí doma a kolik během hospitalizace. Dvě respondentky odpověděly, že více tekutin vypijí během hospitalizace. Obě se shodly na tom, že je to díky personálu, který na ně dohlíží a neustále je k pití tekutin nutí. Odpověď P9 zněla doslovně takto: „No moc ne, piju málo a sestřičky mě za to kárají, takže tady vypiju dokonce možná víc jak doma díky nim.” Pacient č. 7 tvrdí, že během hospitalizace vypije stejné množství jako doma, tedy 1,5 l. Ví to přesně, protože nemocniční čaj mu nechutná, a tak si nechává nosit od rodiny lahev s vodou, kterou míchá s džusem. Každý den se tedy snaží vypít celou tu lahev. P6 a P8 se shodly na tom, že doma vypijí více tekutin, a to díky tomu, že mají více pohybu. Zde mají omezený pohyb, následkem čehož se snižuje i potřeba pít. P6 sdělila i přibližné množství: „Jelikož jsem byla vždycky zvyklá na hodně pohybu, tak vypiju těch 2,5 l vody určitě. Zde v nemocnici moc nepiju, stačí mi i 1–1,5 l.”

4. 2. 6 Kategorie – Komunikace

Na otázku, zda ošetřující personál dostatečně komunikuje s pacienty, odpovídali respondenti většinou s pochopením, že sestry mají spoustu práce, a to i v případě, pokud označili komunikaci za nedostačující. Jako nedostačující shledávají komunikaci ze strany sester pacienti P6, P7 a P9. P6 uvedla, že u ní personál moc času nestráví, protože je ve většině činností soběstačná. P7 odpověděl, že sestry s pacienty komunikují pouze při výkonech, které zrovna u dotyčného provádějí. P9 odpověděla: „Moc ne. Občas se tu objeví, poletujou tady, pár slov s námi prohodí a zase utíkají pryč.“ P6 a P9 omlouvají sestry tím, že mají hodně práce, a tak nemají čas na dlouhé vybavování. P8 a P10 považují komunikaci ze strany sester za dostačující. P8 navíc chválí, že se sestry aktivně zajímají o to, zda pacienti něco nepotřebují.

4. 2. 7 Kategorie – Informovanost

Při příjmu si většina respondentů (P6, P7, P9) chválila, že je sestry o všem dostatečně informovaly. P6 se prý nemusela ani na nic doptávat, stejně jako P9. P7 prý jen nevěděl, k čemu jsou všechny ty papíry, které podepisuje. P8 a P10 popsaly, že během příjmu dostaly nadměrné množství informací, jež si stejně nepamatovaly. P8 popsala příjem takto: „Samé čekání, pak teda konečně mě uložily na pokoj, tam jsem si vyndala věci, já toho moc neměla, a sestry po mě chtěly pořád nějaké informace. Mně toho taky spoustu řekly, ale to stejně vždy půlku zapomenu.“ Informace ohledně bolesti většina pacientů (P7, P8, P9, P10) znala. Pouze P6 odpověděla: „Sestry mě na bolest nijak neupozorňovaly, jen chtěly vědět, jestli potřebuji nějaké léky.“ Na otázku, zda byli dostatečně informováni před vyšetřením či operací, odpovídali respondenti převážně uspokojivě. Pacientky P6, P8 a P9 byly s poskytnutím informací od sester či lékařů spokojeny. P7 a P10 odpověděli, že nebyli dostatečně informováni. P7 nám sdělil, že informován sice byl, ale něčemu nerozuměl a doptávat se nechtěl.

4. 3 Kategorizace dat z rozhovorů se všeobecnými sestrami z oddělení následné péče

Odpovědi respondentek S1–S5 jsou rozpracovány níže. Jedná se o sestry pracující na tomto oddělení různě dlouhou dobu.

4. 3. 1 Kategorie – Změny na oddělení

Na otázku, k jakým změnám za dobu jejich působnosti na oddělení došlo, odpovídaly sestry obdobně. Nejvíce sester, 4 z 5 (S1, S2, S3, S5), se shodlo na tom, že přibyla administrativní práce. S3 ještě dodala: „No a samozřejmě přibýlo více záznamových papírů do dokumentace, což nás zdržuje od práce odborné. Zkrátil se čas pobytu u lůžka pacienta a spoustu věcí děláme v rychlosti.” Na nedostatku času stráveného u pacienta se spolu s S3 shodla i S1. S2, S4 a S5 uvedly, že přibýlo odborné práce nebo že došlo ke změnám v postupech u odborných výkonů. S2 sdělila: „Určitě přibyla administrativní práce, ale teda i ta odborná, protože lidi sem chodí nezaléčený, takže se podává více léků, infuzí, injekcí apod.” Rovněž se podle S3 a S4 změnila délka hospitalizace a struktura pacientů. S3 popisuje: „Pracuji tu, myslím, patnáctým rokem a za tu dobu se tu určitě změnila délka hospitalizace pacientů. Dříve to bylo třeba i půl roku, nyní cca měsíc.” S4 zase tvrdí, že s délkou hospitalizace se změnila také struktura pacientů: „Mám pocit, že tu je více ležáků.”

4. 3. 2 Kategorie – Zastoupení geriatrických pacientů na oddělení

Na otázku, zda je mezi geriatrickými pacienty vyšší zastoupení žen, nebo mužů, odpověděly všechny sestry, že více je žen. S3 udává 70% zastoupení žen, S1 dokonce více než 70% zastoupení žen. S4 dodala: „Převládají asi spíše ženy. Kdybych Vám měla říct přibližný počet pacientů, asi Vám řeknu plus minus 12 klientů.”

Odpovědi na otázku, kolik pacientů z celkového počtu tvoří pacienti geriatřičtí, se neshodovaly. Každá z dotazovaných sester odpověděla jinak. S1 odpověděla, že geriatřičtí pacienti tvoří 60 %, dle S2 je to polovina pacientů, dle S3 40 % pacientů. S4 sdělila, že množství těchto pacientů je ovlivněno ročním obdobím. S5 uvedla, že pouze čtvrtina z celkového počtu pacientů jsou geriatřičtí pacienti.

4. 3. 3 Kategorie – Ošetřovatelské problémy

Nejprve sestry odpovídaly na otázku, zda se u geriatrických pacientů vyskytují nějaké ošetřovatelské problémy. Všechny sdělily, že ano. S1 uvedla, že problémem u těchto pacientů je komunikace. Dodala také proč: „Určitě ano, mají většinou problém s komunikací, že hůře slyší a i pomaleji chápou, takže musíme vše dokola a pomalu vysvětlovat a opakovat.“ Podobně odpověděla také S5, která rovněž uvedla, že komunikace je u těchto pacientů problém, protože se s nimi člověk špatně domluví. Nejvíce sester (S2, S3 a S5) uvedlo nespolupráci ze strany geriatrických pacientů. Největší potíží vidí v tom, že pacienti odmítají pít, a tím zvyšují riziko dehydratace, která je u těchto lidí velmi častá. Nespolupráce se projevuje také v tom, že geriatřičtí pacienti většinou nechápou důležitost polohování, jak uvedla respondentka č. 2: „Podle mě totiž nechápou, proč se vůbec mají polohovat, že je to důležité.“ Další odpovědi byla zhoršená pohyblivost, na té se shodly dvě respondentky – S4 a S5. S5 spojuje tuto skutečnost s rizikem pádu pacienta. S4 dále uvedla zhoršenou sebeděči pacienta.

4. 3. 4 Kategorie – Náročnost péče

Všechny sestry odpověděly, že péče o geriatrické pacienty je náročnější než péče o pacienty mladších ročníků. Na doplňující otázku, v čem konkrétně, odpovídaly různě. Jejich odpovědi jsou znázorněny níže.

Pouze jedna ze sester (S1) je při práci s geriatrickým pacientem psychicky i fyzicky ovlivněna. Jako důvod fyzického ovlivnění uvádí, že manipulace s ležícím pacientem je

obtížná, a to hlavně při polohování. Tento názor sdílí i S3, která navíc popisuje, že práce s těmito pacienty je časově náročná z toho důvodu, že většina z pacientů je imobilní a nesoběstačná, tudíž personál u takového pacienta stráví mnohem více času než u jiného pacienta. Také dodává: „Je nás tady strašně málo a ještě navíc dle standardu mají být dvě postele na jeden pokoj. My máme 3 postele na jeden pokoj a to odpovídá tedy 13 lůžek navíc. Takže to samozřejmě ani nevychází dle směrnic – lůžko přístupné ze tří stran není, vzdálenost mezi lůžky také neodpovídá standardu.“ S1 a S2 se shodly, že pacienti nedodržují léčebný režim. S1 dodala, že příčinou mohou být různé demence, které pacienty v tomto věku velmi často postihují. S4 jako jediná vidí na práci s geriatrickými pacienty pozitivum, protože ji práce se seniory baví, takže její psychika je ovlivněna spíše kladně. S5 uvedla, že časová náročnost o seniory je způsobena tím, že se geriatrickí pacienti hůře hojí, a tím pádem musí být i déle hospitalizováni.

4. 3. 5 Kategorie – Hygiena

Všechny sestry popsaly hygienu stejně. Ležícím pacientům se dá lavor nebo pacient dle svých možností dojde do sprchy. Zbytek pacientů, kteří jsou nesoběstační, myje personál. S1, S4 a S5 ještě zmínily, že se každé ráno bere 9 pacientů do sprchy na převozní vaně. S4 upozornila, že je důležitá péče o dutinu ústní, která se občas opomíjí. Na otázku, jak zajistí soukromí pacienta během hygieny, odpověděly 4 sestry (S1, S3, S4, S5), že není možné vzhledem k nedostatku místa na pokoji a nadbytku pacientů zajistit dostatek soukromí. S2 popsala, jak zajišťuje soukromí, když pacienta myje: „Zbytečně neodkrýváme intimní partie těla, když pacienta umyjeme, tak mu dáme hned andílka, aby neležel nahý, zatímco budeme upravovat postel.“ S5 ještě dodala, že by bylo vhodné umístit mezi lůžka zástěny.

4. 3. 6 Kategorie – Vyprazdňování

Sestry se u pacienta často setkávají se zácpou. Na dotaz, jak tento problém řeší, odpověděla S5: „Většinou trpí zácpou, proto se snažíme hodně polohovat, nejen tedy jako prevenci dekubitů, ale i zácpy, a aby dodržovali dostatečný příjem tekutin.” S3 sdílí s S5 stejný názor a ještě navíc dodává, že tento problém řeší pomocí léků ve formě čípků nebo použitím projímavých kapek per os. Průjem nevedla jako příliš častý jev žádná z respondentek, pouze S5 se zmínila, že při průjmech podávají pacientům léky. Sestry uvádějí, že je také důležité to, jak je pacient soběstačný. Pokud je soběstačný a je schopen chodit, využívá toaletu nebo alespoň pojízdný klozet poblíž lůžka. Nesoběstačný pacient je odkázán na vyprazdňování na lůžku. S2 a S5 dokonce uvedly, že záleží na tom, jestli je pacient schopen přivolat si pomocí signalizačního zařízení personál, aby mu donesl podložní mísu. Pokud pacient toto nezvládne, dostane inkontinentní pomůcky.

4. 3. 7 Kategorie – Spánek

V rámci této kategorie odpovídaly sestry na otázku, na co si pacienti nejčastěji stěžují ohledně spánku. Nejvíce z nich si stěžuje na cizí prostředí a na další pacienty na pokoji, kteří jsou neklidní nebo nějakým způsobem hluční. Také je prý ruší bolest nebo noční personál. Sestry tyto skutečnosti většinou nahlásí lékaři a ten předepíše pacientovi léky na spaní. Co se týče rušení spolupacientů, S3 řeší situaci takto: „Když jsou pacienti někteří hodně neklidní a ruší ostatní, tak pokud je to možné, tak se snažíme je dávat k sobě, tak nějak aby spolu vyšli lépe. Bohužel je toto ale málokdy možné, protože oddělení bývá většinou plné.” Všechny sestry kontrolují kvalitu spánku pacientů tak, že se pacienta přímo zeptají, jak se vyspal.

4. 3. 8 Kategorie – Příjem tekutin

Všechny sestry se shodly na tom, že pitný režim opravdu kontrolují. Když byly tázány jak, všechny uvedly, že pacienty slovně nutí, aby pitný režim dodržovali. S2 a S3 uvedly, že pacientův denní příjem tekutin kontrolují tím, že spoléhají na své smysly. Co je tím myšleno, můžeme pochopit z odpovědi S2: „Bud' se ptáme, nebo to zapisujeme, a pacientovi doléváme, pokud není chodící, tím si také zjišťujeme pohledem, kolik toho za celý den vypil.” 4 z 5 sester (S1, S2, S3 a S5) kontrolují pitný režim pacientů pomocí záznamů o bilanci tekutin. S1 v odpovědi udává i důvod toho, proč se bilance tekutin zavádí: „Ano, kontrolovat to musíme, protože s pitím mají největší problém. Velmi často se stává, že nepijí a tvrdí Vám, jak toho vypili. Takže zapisujeme bilanci a neustále je nutíme a opakujeme, aby pili.” Poslední odpověď, která zazněla u dvou sester (S4, S5), byla, že pokud pacienti nedodržují pitný režim, hlásí tuto skutečnost lékaři, který naordinuje infuzní terapii k zavodnění pacienta.

4. 3. 9 Kategorie - Komunikace

Sestry odpovídaly na otázku, co komunikaci ztěžuje a na co si dávají při komunikaci s geriatrickým pacientem pozor. Častým problémem je nedoslýchavost pacientů, která znesnadňuje průběh komunikace – na tom se shodly 4 sestry (S1, S2, S3, S4). S1 dodala, že si musí dávat pozor na to, aby při komunikaci nemluvila nahlas i na pacienty, kteří potíže se sluchem nemají, protože by je to mohlo nějakým způsobem urazit. Její přesná odpověď zněla takto: „Někdy se stane, že jak jste zvyklí mluvit víc nahlas, protože většina hůře slyší, tak pak přijdete na pokoj a křičíte pak na někoho, kdo ale slyší normálně. To se jich může ale někdy dotknout.” Podle S1 a S5 je překážkou v komunikaci s geriatrickým pacientem nespolupráce z jeho strany. S5 ji spojuje s rezignací pacienta na léčbu: „Nespolupráce, nezájem pacienta se léčit. Nebo spíš někdy rezignace než nezájem, různé typy demencí a podobně.” Podle S3 a S4 komunikaci znesnadňuje rovněž zapomínání informací, které jsou pacientovi podány.

S4 uvádí jako překážku v komunikaci také nedůvěru pacienta k personálu. Odpovědi na otázku, zda mají sestry na komunikaci s pacientem čas, se shodují. Všechny sestry sdělily, že na komunikaci s pacientem moc času nemají, přičemž respondentkám S1 a S3 to velmi vadí.

4. 4 Kategorizace dat z rozhovorů se sestrami z ortopedického oddělení

Respondentky, sestry S6–S10, odpovídají na stejné dotazy jako respondentky S1–S5. Délka působení na tomto oddělení se u nich také liší.

4. 4. 1 Kategorie – Změny na oddělení

Dvě sestry odpověděly, že během jejich působení na oddělení došlo ke změně pomůcek. S6 nespécifikovala, o jaké pomůcky se přesně jedná. S7 říká, že došlo ke změně některých léků, které dávají na bolest. Změnu v péči uvedla S10: „Začalo se víc dbát na péči před vznikem proleženin, teď opravdu dvakrát denně ty lidi mažeme, aby neměli červený záda a zadek.” S8 a S9 neuvedly žádnou změnu.

4. 4. 2 Kategorie – Zastoupení geriatrických pacientů na oddělení

Většina sester uvedla přibližně stejný počet geriatrických pacientů na oddělení. S6 a S9 se shodly na pěti pacientech, S7 a S10 na 3 pacientech. S8 uvedla 20–25 % geriatrických pacientů. Všechny sestry v rámci doplňující otázky uvedly, že mezi geriatrickými pacienty převažují ženy.

4. 4. 3 Kategorie – Ošetřovatelské problémy

Všechny sestry se shodly na tom, že se ošetřovatelské problémy u geriatrických pacientů vyskytují. Nejvíce sester uvedlo jako ošetřovatelský problém bolest. S10 navíc dodala: „Bolest je jedním z nich, protože starší pacienti ji hůře snášejí.“ Dále uvedlo několik sester psychické potíže pacientů. S6 zmínila stres, který pacienti prožívají zejména před celkovou narkózou. S7 uvedla podrážděnost související s nedostatkem spánku a s bolestí, již pacient pociťuje. Psychické změny zazněly také v odpovědi S9. Ošetřovatelský problém vidí S6, S9 a S10 rovněž v omezeném pohybu pacientů, protože s ním souvisí vyšší riziko vzniku dekubitů, jak popsala S6. I S8 zmínila vyšší riziko dekubitů, které spojuje mimo jiné s nedostatečným příjmem tekutin u těchto pacientů, neboť mají menší pocit žízně.

4. 4. 4 Kategorie – Náročnost péče

Fyzické ovlivnění při péči pociťují 3 sestry. S6 však nezná přesnou oblast fyzické náročnosti a říká, že je ovlivněna podle toho, jak jsou pacienti soběstační. S7 vidí fyzickou náročnost v tom, že musí neustále odbíhat. Přesně uvedla: „Musíme běhat na sály, na dospávák, do toho pacienti zvoní, člověk fakt někdy neví, kam dřív skočit.“ S10 sdělila, že pokud jsou pacienti nesoběstační, musí s nimi personál více manipulovat, a to je občas namáhavé. S9 uvedla psychické ovlivnění ve chvíli, kdy je pacient po narkóze zmatený a práce s ním je velice náročná. S6, S7 a S8 se shodly, že za vyšší časovou náročnost může pomalejší pohyb geriatrických pacientů, a to zejména tehdy, kdy sestry doprovází pacienty na toaletu. Pro upřesnění – odpověď S7 zněla takto: „Jak jsem říkala, ta pohyblivost není taková, a pakliže si zvoní, že potřebují na záchod, tak je jdeme doprovodit, a tím, že jim to déle trvá, tak tam strávíme více času.“

4. 4. 5 Kategorie – Hygiena

Všechny sestry (S6–S10) předem upozornily, že se nejdříve s pacientem domlouvají, co zvládne udělat sám a s čím potřebuje pomoci. S7 navíc dodala, že je nutné, aby pacient věděl, jaké pohyby po operaci smí a nesmí provádět. S6 a S8 uvedly, že při hygieně pacientům vždy mažou záda a hýždě kvůli prevenci dekubitů. S6, S8, S9 a S10 dále popsaly, že pokud je pacient schopen na lůžku provést hygienu sám, je nutné, aby mu personál vytvořil takové podmínky, které mu to usnadní. S9 odpověděla takto: „Postaráme se o to, aby pacientovi byly udělány takové podmínky, které mu umožní vykonat to, co je schopen zvládnout sám. To znamená, že mu připravíme na dosah všechny možné pomůcky, které k hygieně potřebuje, a domluvíme se s pacientem, co zvládne sám, a se zbytkem pomáhá personál.“ Dále S6, S9 a S10 sdělily, že zajištění soukromí na pokoji není úplně možné. S7 a S8 se snaží alespoň hlídat, aby byly dveře na chodbu vždy zavřené.

4. 4. 6 Kategorie – Vyprazdňování

Dvě sestry (S8, S9) se shodly na tom, že pacienti trpí spíše zácpou. Každá však uvedla jiné příčiny tohoto problému. S8 tvrdí, že na vině bývá většinou stres, nové prostředí nebo nedostatek pohybu u pacientů převážně ležících. S9 odpověděla takto: „Pacient si zvoní sám, pokud potřebuje, dáme pacientovi mísu. Někdy s tím mají pacienti problém, že nejsou schopni si na mísu dostatečně dojít, a pak se tomu i vyhýbají. Pokud pacient pak trpí zácpou, dávají se pacientovi různé léky podporující vyprazdňování.“ Popsala tedy i řešení tohoto problému. Další dvě sestry (S6, S10) se shodly, že pacienty trápí spíše průjem, a to z toho důvodu, že jim jsou ordinována antibiotika způsobující tyto potíže. Proto jsou pacientům současně s antibiotiky podávány léky na obnovení střevní mikroflóry. Všechny respondentky během rozhovoru zmínily, že záleží na tom, zda jsou pacienti soběstační, či nikoli. Někteří

chodící pacienti si musí zvonit na personál, pokud chtějí jít na toaletu, někteří chodí sami. Jiní jsou odkázáni na to, aby jim personál donesl mísu.

4. 4. 7 Kategorie – Spánek

Sestry zmiňovaly jako nejčastější rušivý element při spánku noční personál a spolupacienty. Dále byla často zmiňována i bolest či nepohodlná postel. Jedna respondentka uvedla i to, že se pacienti budí s nucením dojít si na záchod. Bolest uvedla S6 a S7. S7 dodala, že to tak časté není, protože pacienti na noc dostávají analgetika, pokud chtějí. Noční personál jako rušivý element uvedly tři respondentky – S7, S9 a S10, přičemž S7 sdělila, že pokud vchází v noci na pokoj, snaží se používat vždy noční, mírnější světlo, aby pacienty při spánku nerušila. Rušení od spolupacientů uvedly S6, S8 a S10. S6 vysvětlila, co přesně pacientům vadí: „Na bolest, že vstávají na záchod nebo jiní pacienti chodí v noci na záchod, a to je ruší, špatně se jim leží a podobně.“ Nepohodlnou postel nebo špatnou polohu při spánku, která pacientům vadí a nejčastěji si na ni stěžují, zmínily sestry S6 a S8. S6 také uvedla, že pacientům vadí, když musejí v noci často vstávat na záchod.

4. 4. 8 Kategorie – Příjem tekutin

Dodržování pitného režimu pacientů kontrolují sestry nejčastěji verbálně – neustále se pacientů ptají, zda pijí a kolik toho vypili, edukují je o důležitosti dodržování pitného režimu a pobízí je, aby dostatečně pili. S8 nám sdělila, že se u nich záznam o bilanci tekutin skoro vůbec nepoužívá. Pacienti, kteří potřebují doprovod na toaletu, si přivolávají sestru pomocí signalizačního zařízení – někdy i toto může být pro sestry známka toho, že pacient dostatečně pije.

4. 4. 9 Kategorie – Komunikace

Odpovědi na otázku, co komunikaci s pacientem ztěžuje, byly velice odlišné. S6 a S7 uvedly, že jim komunikaci znesnadňuje to, když jsou pacienti nedoslýchaví. Některé informace takovým pacientům uniknou, a oni i přesto odkývají, že všemu rozuměli. S6 popsala, že důsledkem nedoslýchavosti je nepochopení předané informace. Otázka směrem k pacientovi, zda všemu rozuměl, usnadňuje předejít nežádoucímu nedorozumění. S6, S9 a S10 vidí jako problematický faktor také nespolupráci pacienta. S10 popisuje: „Někdy hraje velkou roli i nesympatie a na základě toho ten pacient s vámi nespolupracuje.“ S9 dále uvedla, že komunikaci ztěžuje stud pacienta. Dvě ze sester (S6 a S10) se shodly na další komunikační překážce – na bolesti. S8 sdělila, že v komunikaci s pacientem jí někdy brání nedostatek času.

5. Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o geriatrického pacienta. Geriatrický pacient je podle Světové zdravotnické organizace pacient starší 75 let. Protože se jedná o člověka, který je v rámci ontogenetického procesu ovlivněn řadou faktorů, jež s sebou stáří přináší, je nutné znát různá specifika ošetrovatelské péče o takového člověka. Sestra poskytující ošetrovatelskou péči se musí zaměřovat na pacienta jako na celistvou bytost a brát na vědomí křehkost, která je s ním spojena. Velké množství odborných článků uvádí, že výskyt pacientů nad 65 let v populaci neustále roste. S tím stoupá i potřeba ošetrovatelské péče o tyto osoby, proto si myslím, že by každá sestra měla vědět, co vlastně stáří znamená, jaké změny s sebou přináší, a z těchto znalostí vycházet. Práce se tedy zaměřuje na to, co geriatrické pacienty během hospitalizace trápí a jak se liší ošetrovatelská péče na lůžkách dlouhodobé péče od péče na akutních lůžkách.

Šetření probíhalo s pacienty a sestrami na oddělení následné péče a dále na ortopedickém oddělení. Všichni dotazovaní pacienti jsou starší než 75 let a délka hospitalizace se liší.

V teoretické části této bakalářské práce jsou vyjmenovány potřeby seniora a některé z nich podrobněji rozepsány. Šetření se zaměřilo na ty nejdůležitější potřeby související s hospitalizací geriatrického pacienta. Jednou ze základních potřeb člověka je potřeba hygieny. Je to také jedna z činností, již každý pacient během hospitalizace provádí sám, nebo s pomocí personálu. Pacienti byli tázáni, jak u nich probíhá ranní hygiena a zda jsou se způsobem hygieny spokojeni. Holmerová (2007) v literatuře popisuje, jak je důležité vytvořit geriatrickému pacientovi takové prostředí pro hygienu, aby byl schopen hygienu provádět sám. Komfortním prostředím myslí mimo jiné dostatek soukromí. Z rozhovorů, které byly vedeny s pacienty obou oddělení, vyplynulo, že pacienti většinou nejsou spokojeni s prováděním ranní hygieny. Někteří udávali nedostatek soukromí, nedodržování intimity. Jedná se hlavně o pacienty provádějící hygienu u lůžka, ti se s nedostatkem soukromí setkávají nejčastěji. Zajímavá byla i odpověď pacienta z akutního lůžka (P7), který jako problém uvedl nedostatek času.

Dle mého názoru je tento jev pravděpodobně zapříčiněn denním režimem oddělení. Je to chirurgická stanice, tudíž sestry přece jen více chvátají, aby byla u pacientů provedena hygiena ještě před vizitou a převozem na operační sál. Samozřejmě by stálo za zamyšlení, jestli by nebylo možné tuto skutečnost nějak změnit.

S názorem, že soukromí je nedostatečné a že není možné zachovat intimitu, souhlasí i dotazované sestry z oddělení následné péče (S1, S3, S4, S5). Odpověděly, že nemohou pacientům zajistit dostatek soukromí kvůli stavebnímu uspořádání pokojů a počtu pacientů na pokoji. Sestry z ortopedického oddělení (S6, S9, S10) také uvedly, že zajistit pacientům dostatečné soukromí není úplně možné. Tento problém se vyskytl jak u pacientů na oddělení následné péče, tak u pacientů z ortopedického oddělení. Myslím, že jedním z důvodů, proč není možné zajistit pacientům dostatek soukromí, je nadměrný počet lůžek na pokoji, o čemž se také zmínila jedna ze sester z oddělení následné péče (S3). V rozhovoru uvedla, že na pokoji často bývá i o jednoho pacienta více, a tím se vzdálenost mezi lůžky podstatně zkracuje. To má pochopitelně za následek narušení soukromí, což je pro pacienty nepříjemné.

Dále je vhodné zaměřit se na hygienu dutiny ústní, o které se zmínila pouze jedna ze všech dotazovaných sester (S4 z oddělení následné péče), ačkoli Malíková (2011) poukazuje na důležitost péče o dutinu ústní a o zubní protézu. Otázkou je, zda dotazované sestry péči o dutinu ústní berou automaticky jako součást ranní hygieny (proto se o ní nezmiňovaly), nebo opravdu tuto péči opomíjí. Na základě své zkušenosti z praxe na různých odděleních mohu říci, že péče o dutinu ústní (čištění zubů, výplach dutiny ústní...) se ve většině případů provádí. Kde jsem ovšem vypožorovala určité nedostatky, je péče o zubní protézy.

Další základní potřebou je přísun dostatečného množství tekutin. Grofová (2007) poukazuje na rizikovost dehydratace u geriatrických pacientů kvůli menšímu pocitu žízně. Z rozhovorů s dotazovanými sestrami z oddělení následné péče (S1, S2, S3, S5) vyplynulo, že u pacientů jsou využívány záznamy o bilanci tekutin. Do záznamů sestry píší množství přijatých tekutin kdykoli během dne a na konci dne vše sečtou. Soudě dle rozhovorů se sestry pacienta při příjmu na oddělení dotazují, jaké množství tekutin vypije v domácím prostředí za den. Na základě odpovědi pacienta si sestra udělá

obrázek o tom, jak pacient během dne pije. Dále pacienta poučí o důležitosti dodržování pitného režimu a o rizicích dehydratace v tomto věku. Sestry se snaží hospitalizovaným pacientům poskytnout vždy co nejvíce tekutin a neustále je pobízet k tomu, aby dostatečně pili. Ke kontrole spolehlivosti tohoto způsobu monitorace příjmu tekutin nám posloužila zpětná vazba, kdy dotazovaní pacienti z oddělení následné péče udávali, zda pijí více v domácím prostředí, nebo během hospitalizace. Uvedli, že během hospitalizace pijí mnohem více než v domácím prostředí. P1, P2, P3 a P5 tvrdí, že je to díky neustálé kontrole a pobízení ze strany sester. Ze své vlastní zkušenosti z praxe na tomto oddělení vím, že sestry při příchodu na pokoj pacienty poprosí, aby vypili dolitý čaj ve skleničce, počkají, až jej pacient vypije, a poté příjem tekutin zapíše do záznamu. Nesoběstačným pacientům se při každém příchodu na pokoj snaží dát vypít skleničku tekutin alespoň pomocí brčka nebo lahve umožňující napítí. Tímto pacientovi zajišťují dostatek přijatých tekutin. Je tedy zřejmé, že díky svému aktivnímu přístupu a záznamům o příjmu tekutin sestry vidí, kolik toho jaký pacient vypil, a mohou vždy u konkrétního pacienta, jenž tekutiny odmítá, zasahovat pomocí intervencí.

Stejně jako u předešlého oddělení jsou i pacienti z ortopedického oddělení při příjmu dotazováni, jaké množství tekutin vypijí během dne v domácím prostředí. Sestry z ortopedického oddělení (S6, S10) v rozhovorech uvedly, že záznamy o bilanci tekutin nevyužívají. Spoléhají se spíše na verbální pokyny, jimiž pobízejí pacienty, aby více pili, a také na to, že si pamatují, kolik skleniček daný pacient za den vypil. Dá se tedy říci, že na tomto oddělení sestry nemají přehled o tom, kolik toho hospitalizovaný pacient za celý den vypije. V rozhovorech sice zaznělo, že na ortopedickém oddělení doplňují pacientům konvici s čajem třikrát denně a dále dle potřeby, ovšem ne každý pacient, který je soběstačný, si hrnek čaje vždy doplní, navíc někteří pacienti pijí jiné tekutiny než čaj. Sestry dohlížejí na doplnění tekutin alespoň u nesoběstačných pacientů. Každopádně je tohle všechno velice nepřehledné a pro kontrolu v podstatě nepoužitelné, protože není možné, aby si sestry všechny informace a čísla pamatovaly. Sestry z ortopedického oddělení udávají, že pacienty sice informují o dostatečné hydrataci a slovně pacienty pobízejí k tomu, aby pili, ale dle mého názoru nemají žádný přehled o množství přijatých tekutin u pacienta. Pro ověření tohoto způsobu monitorace

tekutin byli pacienti opět dotazováni, jaké množství tekutin vypijí v domácím prostředí a jaké během hospitalizace. P6, P8 a P10 uvedli, že toho vypijí méně než v domácím prostředí, protože se domnívají, že se sníženou fyzickou námahou mají také nižší potřebu přijímat tekutiny. Pacienti tedy přisuzovali sníženému příjmu tekutin nedostatek fyzické námahy. Grofová (2007) upozorňuje na větší pravděpodobnost výskytu dehydratace v souvislosti s věkem a se sníženým pocitem žízně v tomto věku. Proto je nutné pitný režim neustále kontrolovat.

Vyšlo tedy najevo, že dotazované sestry z oddělení následné péče mají pitný režim u pacientů mnohem více pod kontrolou a že množství přijatých tekutin je u těchto pacientů vyšší než v domácím prostředí, a to i přesto, že jsou to převážně pacienti nesoběstační a někteří z nich mají problém se sami posadit a napít se. Oproti tomu u soběstačných pacientů z ortopedického oddělení je příjem tekutin během hospitalizace spíše nižší než v domácím prostředí. U každého pacienta je příjem tekutin individuální a pojem nižšího a vyššího příjmu se u každého jednotlivce liší. V tomto případě nás ale zajímá i to, zda se u konkrétního pacienta, který má i v nemocnici nízký příjem tekutin, stále jeví tento příjem jako vyšší než příjem v domácím prostředí.

Dalším problémem, který se na oddělení následné péče nezdá vyskytuje, je oblast defekace. Nejvíce pacientů se potýká se zácpou. Jak uvádí Vytejšková (2013), defekaci ovlivňuje mnoho faktorů. Patří mezi ně věk, pohybová aktivita, složení stravy, příjem tekutin, léky a psychika. V rámci šetření je věk jedním z ovlivňujících faktorů. Dále je většina všech dotazovaných respondentů imobilní nebo minimálně mobilní, nedostatek pohybu je tedy další faktor, který může defekaci ovlivnit. Na potížích se zácpou se také podílí změna prostředí, v němž se pacient vyskytuje. Weber (2005) popisuje zácpu jako defekaci po třech a více dnech doprovázenou obtížným vyprazdňováním.

Dotazovaní pacienti z oddělení následné péče uváděli jako změnu ve vyprazdňování během hospitalizace převážně zácpu. P1, P3 a P4 to připisují změně prostředí, P3 ještě navíc udává další důvod – nedostatek pohybu. Klevelandová s Dlabalovou (2008) popisují pozitivní vliv dostatečného pohybu na vyprazdňování jedince, což také dokazuje odpověď jedné z dotazovaných: P2 uvádí, že více pohybu

odstranilo potíže se zácpou, které ze začátku měla.

Pacienti z ortopedického oddělení, s kterými jsem se setkala, odpovídali trochu odlišně. P6 a P8 uvedli problém se zácpou, P7 změnu v pravidelnosti vyprazdňování, P10 průjem a P9 žádné změny nepocítuje.

To, že se u pacientů častěji objevuje zácpa, není nic překvapivého – vzhledem k tomu, že se pohybují méně, než byli zvyklí, a také proto, že se nacházejí v jiném prostředí. Ráda bych ale zdůraznila skutečnost, že zácpou trpěli 2 pacienti z ortopedického oddělení a 3 pacienti z oddělení následné péče, ale očekávala bych, že u pacientů z ortopedického oddělení se potíže se zácpou vůbec nevyskytnou, protože v porovnání s pacienty z oddělení následné péče mají více pohybu. Nabízí se tedy otázka, zda není na vině mimo jiné již zmíněný pitný režim, který je u ortopedických pacientů horší.

Potíže se spánkem rovněž patří k problémům, jež pacienta během hospitalizace doprovází. Dle Mikšové (2006) by se sestra měla postarat o to, aby bylo pacientovi zajištěno pohodlí pro spánek. Jako příklady uvádí výběr vhodného umístění na pokoji, psychické pohodlí, nejvyšší možný klid, zajištění vhodné polohy, vyprázdnění pacienta před spánkem, výběr pohodlného oblečení, kontrolu, zda pacient netrpí bolestí, a při vstupu na pokoj v nočních hodinách používání nočního osvětlení.

Dotazovaní pacienti z oddělení následné péče trpí nespavostí nebo narušeným spánkem. S tímto problémem se potýkají čtyři z pěti dotazovaných (P1, P3, P4, P5). Nejčastěji jsou vyrušováni ostatními pacienty na pokoji (P1, P3). Řešením by mohl být přesun pacientů na jiný pokoj, jak radí Mikšová (2006). Z praktického hlediska toto řešení však není možné, jak uvádí S3. Přesuny pacientů na jiné pokoje nebo výběr vhodného umístění lůžka na pokoji není možné zajistit kvůli omezené kapacitě lůžek, ta jsou většinou vždy plně obsazená. Pacienti bývají tedy umístěni tam, kde je volné místo, a proto se mnohem snáze dostávají k pacientům, kteří jsou nějakým způsobem hluční, zmatení nebo v noci hlasitěji spí.

Dále Mikšová (2006) říká, že by se sestra měla vždy postarat o to, aby pacient v noci netrpěl bolestí. Jedna z dotazovaných pacientek (P4) z oddělení následné péče uvedla, že ji v noci ve spánku ruší bolest. Bolest uvádí zároveň s nekomfortní polohou,

která ji znemožňuje spát klidně. Dle odpovědí dotazovaných sester z oddělení následné péče jsou všichni pacienti dostatečně informováni o tom, že pokud trpí bolestí, mají informovat personál, jenž jim poskytne pomoc. Myslím si, že pokud je pacient sestrou informován, neznamená to ještě, že všemu rozuměl. Může se jednat konkrétně o případ, kdy sestry pacientům na přání podaly informace o možnosti užívání analgetik, avšak jedna z pacientek v noci nespala, protože trpěla bolestí. Důležité tedy je, aby si sestra pomocí zpětné vazby vždy ověřila, zda pacient opravdu všemu rozumí, a případně odpověděla na pacientovy dotazy.

Dotazovaní pacienti z ortopedického oddělení měli odpovědi trochu odlišné. P6 a P8 potíže se spánkem během hospitalizace prý vůbec nemají. P7 je vyrušován ze spánku pacientem na pokoji. Pacientka č. 9 uvádí dokonce sebe jako rušivý element pro ostatní, protože je nucena několikrát za noc vstát a jít na toaletu. U pacientky č.10 se opět ukázalo, že nebyla dostatečně informována. Prý v noci nemůže spát kvůli změně prostředí. Na dotaz, zda užívá nějaké léky na spaní, odpověděla, že ji ani nenapadlo si sestřím o nějaké léky na spaní říci a že to tedy zkusí. Tato pacientka byla hospitalizována již pátým dnem a trpěla nespavostí. Kdyby byla dostatečně informována, možná by se nemusela s tímto problémem vůbec potýkat.

Jak již bylo zmíněno v teoretické části práce, Venglářová (2007) uvádí vytíženost sester jako překážku v komunikaci s pacientem, což se částečně potvrdilo i na základě odpovědí pacientů. Dotazovaní z oddělení následné péče sdělili, že sestry s nimi komunikují nedostatečně. Je to dáno zejména tím, že sestry prý nemají moc času na komunikaci s pacientem a komunikace mezi sestrou a pacientem probíhá převážně jen při provádění výkonů. Tento problém se týkal obou oddělení.

Z šetření vyplynulo, že pacienti z oddělení následné péče trpí nedostatkem informací, a to hlavně při příjmu na oddělení. Týká se to pacientek P1, P2, P3 a P4, tedy většiny dotazovaných z tohoto oddělení. E. Arnold (2011) uvádí jedno ze specifik při komunikaci s geriatrickým pacientem. Píše, že je nutné komunikaci přizpůsobit pacientovi tak, aby byla sdělená zpráva správně předána a pacientem pochopena, čímž se předejde nedorozumění. Pacientky popisovaly průběh celého příjmu, prostředí a způsob předávání informací při přijetí na oddělení. Ze získaných odpovědí vyplývá, že

pacienti se při příjmu potýkají s řadou výkonů a podnětů (vybalování věcí, nové prostředí, invazivní výkony, podpisy, dotazy...), které znemožňují plně se soustředit na velké množství informací podávaných sestrami. Jak již bylo zmíněno v teoretické části této práce, Schuler (2010) uvádí, že starý člověk se nedokáže soustředit na více činností najednou. Proto pacienti trpí deficitem znalostí a neinformovaností.

Oproti tomu dotazovaní pacienti z ortopedického oddělení tímto deficitem netrpí. Tři (P6, P7, P9) z pěti dotazovaných pacientů uvádějí, že veškerým informacím, které dostali během příjmu na oddělení, rozuměli. Popisovali, že je sestry vzaly na ošetřovnu, kde jim odebíraly krev, a poté je o všem informovaly. Pacienti jsou na toto oddělení přijati většinou plánovaně, a tak nějaké informace již mají. Sestra si vždy při příjmu od nového pacienta zjistí veškeré informace potřebné do ošetřovatelské anamnézy, od nichž se později může odrazit při provádění ošetřovatelské péče. Při příjmu také provádí určité výkony, jako jsou například odběry krve, moče atd. Kontakt sestry s pacientem na ošetřovně, která poskytuje vhodné podmínky, zajistí správné získání anamnézy pacienta i předání informací pacientovi. Je zřejmé, že tento způsob předávání informací je pro pacienta v tomto věku přijatelnější než v hektickém a rušném prostředí, jak tomu bylo u předešlých pacientů.

Ortopedičtí pacienti jsou většinou přijati na předem plánovanou operaci, o které už nějaké informace dostali dříve, jsou tedy na hospitalizaci připraveni více než pacienti, kteří jsou překládáni z oddělení na oddělení. S překladem se většinou potýkají právě pacienti z oddělení následné péče. Z vlastní zkušenosti vím, že na oddělení následné péče je mnoho práce, a tak je příjem pacienta událostí, které se zúčastňuje většina personálu (sestry, sanitářky...), obzvláště pokud je pacient nesoběstačný. Pro pacienta je samozřejmě tato situace stresová a informace jsou pro něj hůře zpracovatelné. Jednodušší by pro pacienta bylo, pokud by se mohl soustředit pouze na informace, jež mu sestra sděluje, a ne na další činnosti a úkony, které kolem něj další personál provádí. Protože, jak píše Schuler (2010), geriatrický pacient není schopen provádět více činností najednou. A to nebereme v potaz, že pacienti přijímaní na oddělení následné péče většinou trpí nějakou bolestí, která také velice ovlivňuje psychiku a vnímání okolního světa, jak zmiňuje Pokorná (2013).

Když se zamyslíme a rozebereme výsledky z rozhovorů, zjistíme, že sestry se shodují na tom, že u většiny geriatrických pacientů, které ošetřují, se ošetrovatelské problémy vyskytují. Patří mezi ně zhoršená komunikace, nespolupráce pacienta, zhoršená pohyblivost a sebeděče. Je zajímavé, že dotazované sestry uvádějí zhoršenou komunikaci ze strany pacienta, pacienti naopak ze strany sester.

Nejvíce se mezi odpověďmi objevovala nespolupráce pacienta, která se podle sester projevuje nedodržováním pitného, dietního a polohovacího režimu. Dále sestry uváděly, že dalším problémem je nesoustředěnost a náladovost pacienta. Ovšem někteří pacienti v rozhovorech uváděli, že nemohou spát. Borzová (2009) ve své literatuře zmiňuje, že nedostatek spánku se u pacienta může projevit právě nesoustředěností, náladovostí, poruchou myšlení či ochuzenou řečí. Takže se můžeme vzhledem k odpovědím pacientů domnívat, že nekvalitní spánek má v této souvislosti negativní vliv.

Za nejnáročnější činnost v rámci péče o geriatrické pacienty považuje jedna z dotazovaných sester z oddělení následné péče polohování. Sdělila, že jim chybí na oddělení mužská pracovní síla. Pravdou je, že někdy jsou pacienti těžcí a s nesoběstačnými pacienty, kteří nemohou sestrám při polohování dopomoci, je to velice náročné.

Překvapila mě odpověď jedné ze sester z oddělení následné péče (S3), která uvedla, že pokoje nejsou sestaveny dle standardu a počet lůžek na pokoji je vyšší, než by měl být, lůžka nejsou přístupná ze tří stran a vzdálenost také neodpovídá standardu. Myslím si, že následkem toho vzniká mj. problém s nedostatkem soukromí pacientů a sestry nemají ani dostatek prostoru na vykonávání některých činností.

Sestry na začátku rozhovoru udávaly, jak dlouho na oddělení působí a jaké změny během jejich působení na oddělení nastaly. Nejvíce sester (S1, S2, S3, S5) uvedlo, že přibyla v enormním množství administrativní práce, která jim bere čas na pobyt u lůžka pacienta. Myslím, že je to velkým problémem, protože by zde mohla být souvislost s několika dalšími, výše popsány jevy. Konkrétně se jedná o nedostatečnou komunikaci právě z důvodu nedostatku času. Během výkonů se sestry snaží s pacientem

navázat nějaký kontakt a komunikovat s ním, ne vždy je to ale podle pacientů dostačující.

Výsledky rozhovorů na obou odděleních se v něčem shodovaly a v něčem se lišily. Rozdílly se vyskytují v oblasti soběstačnosti pacientů, jejich počtu a časové náročnosti. Řešením vedoucím k vyšší spokojenosti pacientů na oddělení následné péče by mohlo být navýšení počtu sester, s tímto názorem se ztotožňuje i S3. Dále by bylo vhodné zaměřit se na větší samostatnost pacientů, kteří by pak byli schopni provádět většinu činností samostatně bez pomoci personálu. Ten by se pak mohl věnovat těm, kteří běžné denní činnosti nedokážou provádět samostatně.

Dále také vyšlo najevo, že dotazované sestry z oddělení následné péče jsou více psychicky vyčerpané než sestry z oddělení ortopedie. Psychické vyčerpání uvedly tři sestry (S1, S2, S4) z oddělení následné péče a pouze jedna (S9) z ortopedického oddělení. Psychické a fyzické vyčerpání souvisí se vznikem syndromu vyhoření. Pro vznik syndromu vyhoření je nutná existence čtyř faktorů, jak uvádí Venglářová (2007). Dle mého názoru je větší psychické vyčerpání sester z oddělení následné péče dáno tím, že je zde práce se seniory mnohem náročnější než na ortopedickém oddělení, protože je tu větší počet pacientů, kteří jsou hospitalizováni déle a jsou méně soběstační. Dá se říci, že u sester s vyšším výskytem psychického vyčerpání roste také pravděpodobnost výskytu syndromu vyhoření. Co se týče fyzické náročnosti péče o geriatrické pacienty, sestry S1, S3, S6, S7 a S10 uvedly, že jejich práce je fyzicky náročná, a to zejména při manipulaci s pacientem. Pro sestry z oddělení následné péče je velmi náročné polohování pacientů, kteří jsou imobilní. Sestry z oddělení následné péče se s polohováním setkávají častěji než sestry z ortopedického oddělení. Oproti tomu sestry z ortopedického oddělení se zase více potýkají se převozem postelí z operačních sálů, pooperačních sálů a pokojů.

Jedním z řešení, jak pacientovi zlepšit psychický stav během hospitalizace, je zvýšit jeho sebevědomí. Topinková (2005) popisuje, že geriatrického pacienta nejvíce psychicky zatěžuje funkční omezení, tedy závislost na ošetrovatelské péči. K docílení menší závislosti pacienta na ošetrovatelské péči, a tím i zlepšení psychické zátěže, je ideální nácvik samostatnosti. Postupným tréninkem lze docílit toho, že pacient bude

schopen zajistit si běžné denní činnosti (hygiena, oblékání, najedení) sám, bez pomoci personálu.

Závěr

Geriatrických pacientů v České republice neustále přibývá a sestra se s nimi může setkat prakticky na každém oddělení. Dostatečné znalosti problematiky péče o geriatrického pacienta pomáhají sestřím lépe pochopit konkrétní problémy, a tím zlepšit zdravotní i funkční stav pacienta. Pro účely práce byly stanoveny 4 výzkumné otázky:

VO 1: Jak sestry vnímají problematiku ošetrovatelské péče u geriatrických pacientů na akutních lůžkách?

VO 2: Jak sestry vnímají problematiku ošetrovatelské péče u geriatrických pacientů na lůžkách dlouhodobé péče?

VO 3: Jak vnímají ošetrovatelskou péči přijímanou od všeobecných sester geriatrickí pacienti na akutních lůžkách?

VO 4: Jak vnímají ošetrovatelskou péči přijímanou od všeobecných sester geriatrickí pacienti na lůžkách dlouhodobé péče?

Z výsledků vyplývá, že sestry znalosti o problematice ošetrovatelské péče o geriatrického pacienta mají a vědí, na co si dávat při péči pozor. Co se však jeví jako překážka v péči o geriatrického pacienta, je nedostatek personálu a času, což trápí všechny dotázané sestry.

Na oddělení následné péče považují sestry za překážku v ošetrovatelské péči nespolupráci a imobilitu pacienta. Nejčastěji musí u pacientů řešit problémy se zácpou a se spánkem. Nejvíce prý pacienty ze spánku ruší spolupacienti a také bolest. Pomocí záznamů sestry kontrolují pitný režim pacientů, kteří s dostatečným příjmem tekutin často bojují. Komunikaci ztěžuje nedoslýchavost pacientů nebo zapomínání nových informací, což má za následek to, že pacienti jsou nedostatečně informováni.

Na ortopedickém oddělení vidí sestry jako největší problém bolest pacientů po operaci, protože geriatrickí pacienti bolest hůře snášejí, dále také omezený pohyb pacientů a stres související s operací a rekonvalescencí. Na tomto oddělení pacienty netrápí jen zácpa, ale také průjem související s užíváním antibiotik. Ze spánku pacienty nejčastěji vyrušují spolupacienti na pokoji nebo noční personál. Zde sestry bilanční

záznamy o příjmu tekutin nevyužívají, pouze pacienty verbálně kontrolují. Komunikaci znesnadňuje nedoslýchavost pacientů stejně jako u předchozího oddělení a občasná nespolupráce pacientů. Všichni dotazovaní geriatrickí pacienti z obou oddělení jsou nejvíce nespokojeni s nedostatkem soukromí během hospitalizace, a to zejména při hygieně.

Vnímání ošetrovatelské péče geriatrickými pacienty se v některých oblastech lišilo a v některých shodovalo. Na obou odděleních jsou pacienti nespokojeni s hygienickou péčí – dotazovaní se shodli na nedostatku soukromí. Dále shodně uvedli, že mají během hospitalizace deficit spánku, a sice kvůli spolupacientům na pokoji nebo kvůli změně prostředí. Našly se i rozdíly: Na oddělení následné péče se pacienti potýkají s nedostatečnou informovaností při příjmu, dále zde má také více pacientů problémy se spánkem a potíže se zácpou. Na ortopedickém oddělení pacienti potíže se zácpou nemají, zato se u nich častěji objevuje průjem nebo změna v pravidelnosti vyprazdňování a příjem tekutin je u nich nižší.

Tato bakalářská práce by mohla posloužit sestřám pracujícím v nemocnicích na odděleních, kde se s geriatrickými pacienty často setkávají – například na interním, neurologickém či chirurgickém oddělení a na oddělení následné péče. Dále by práce mohla sloužit i sestřám pracujícím v zařízeních pro seniory, kde by mohl být uplatněn optimální způsob komunikace s geriatrickými pacienty, aby nedocházelo k tomu, že pacient nebude mít informace o průběhu hospitalizace a o léčbě. Důležité také je, aby se sestry zaměřovaly na zpětnou vazbu, jíž se ověří, zda má pacient dostatečné množství informací a nedochází k nedorozumění. Tento text může také posloužit studentům zaměřujícím se na práci se seniory. Práce s geriatrickými pacienty je totiž velmi náročná a vyžaduje určité znalosti této problematiky.

Zdroje

ARNOLD, Elizabeth. *Professional Communication skills for nurses*. 1. vyd. Canada: Elsevier, 2011. ISBN 978-1-4377-0944-5.

BORZOVÁ, Claudia. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2978-7.

ČEVELA, Rostislav. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora (praktický rádce pro sestry)*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-8710-919-9.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květa ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 1.vyd. Praha – gerontologické centrum: Grada, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Helena NOVÁKOVÁ. *Alzheimerova choroba: Příručka pro ty, kteří o ně pečují*. 2. Praha, 2008.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.

JANÁČKOVÁ, Laura. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatric*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.

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

KELNEROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie (1. díl): Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3270-1.

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

KRIŠKOVÁ, Anna. *Ošetrovatel'ské techniky*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2013. ISBN 978-80-8063-202-1.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory: V pobytových a sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONČKOVÁ a Renáta HERNOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatel'ské péče I*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6.

MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. 2008: Grada, Praha. ISBN 978-80-247-2043-2.

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

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

NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelsví I*. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-058-0.

PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 2010: Grada, Praha. ISBN 978-80-248-2682-3

POKORNÁ, Andrea. *Ošetřovatelsví v geriatrii (hodnotící nástroje)*. 2013: Grada, Praha. ISBN 978-80-247-4316-5.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z (pro sestry)*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-247-3223-7.

ŠPŮROVÁ, Milena. *Péče o geriatrického pacienta na chirurgické jednotce intenzivní péče*. *Florence: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2014, X(10.): 12-13. ISSN 1801-464X.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 978-80-246-0841-9.

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

VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ a Vlasta WIRTHOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.

WEBER, Pavel. Frailty – Stařecká křehkost – aktuální problém na prahu 3. tisíciletí. *Interní medicína pro praxi*. 2008, (2). ISSN 1803-5256.

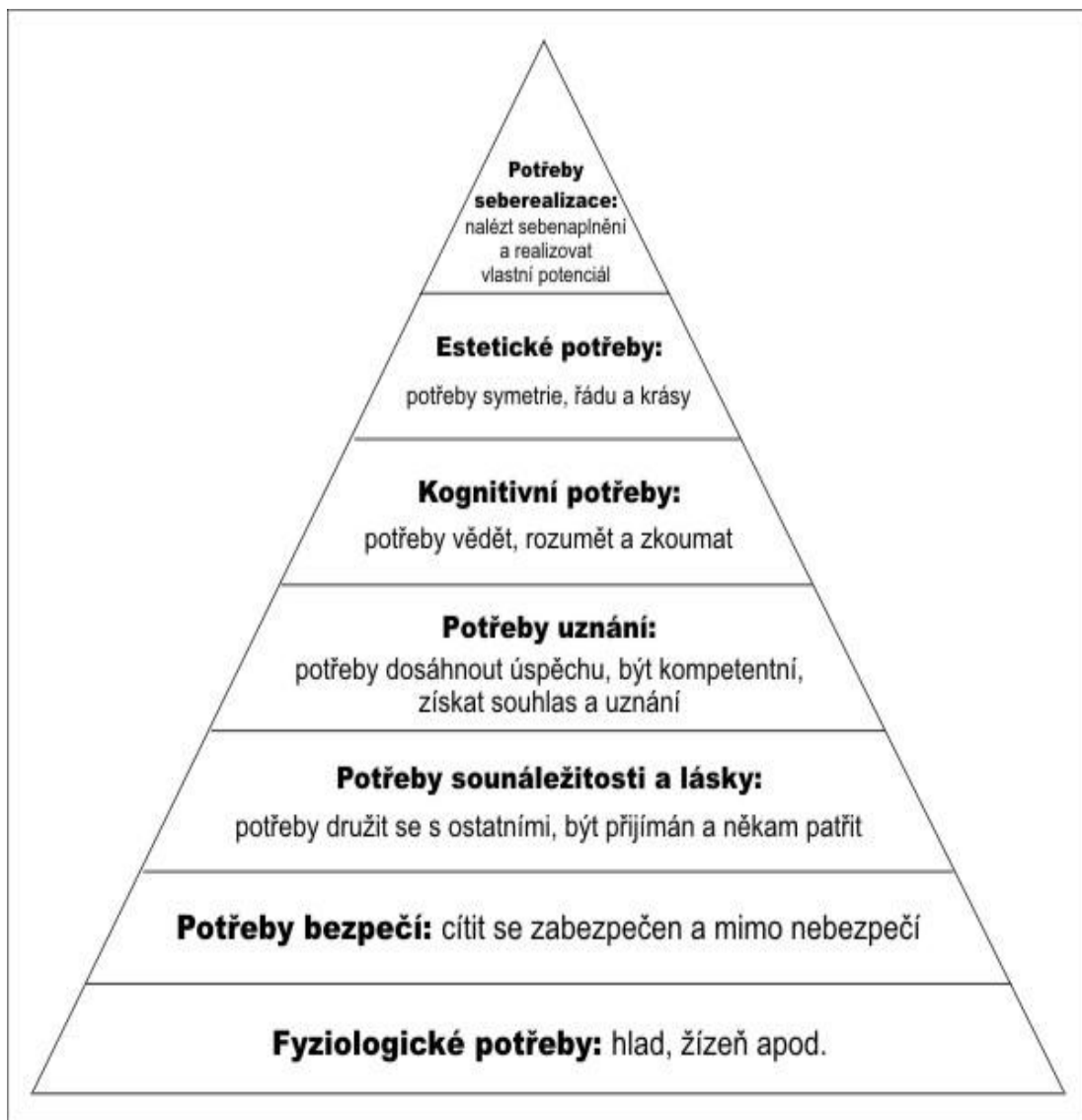
WEBER, Pavel. *Inkontinence stolice*. Brno: Solen, 2005. ISBN 1214-8687. Dostupné také z: <http://solen.cz/pdfs/med/2005/04/02.pdf>

WORKMAN, Barbara a Clare BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1714-X.

Přílohy

1. Pyramida potřeb
2. Stupnice dle Bradenové
3. Zhodnocení rizika pádu u pacienta
4. Otázky k rozhovorům s pacienty a sestrami
5. Zvláštní příloha – CD s rozhovory

Příloha č. 1



Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

Příloha č. 2

Citlivost/ percepce	Úplně limitovaný	1	Hodně limitovaný	2	Mírně limitovaný	3	Žádné poškození	4
Vlhkost	Velmi vlhká kůže	1	Příležitostně mokrý	2	Zřídka mokrý	3	Nikdy mokrý	4
Aktivita	Nemocný připoutaný na lůžko	1	Připoutaný k židli	2	Příležitostně chodí	3	Chodí často	4
Pohyblivost	Úplná nepohyblivost	1	Velmi limitovaná	2	Mírně limitovaná	3	Žádná limitace	4
Výživa	Velmi špatná	1	Pravděpodobně neadekvátní	2	Adekvátní	3	Výborná	4
Tření	Problém	1	Potenciální problém	2	Nezjevný problém	3		

POČET BODŮ:

16 – minimální riziko vzniku dekubitů

13-15 – střední riziko vzniku dekubitů

12 a méně – vysoké riziko vzniku dekubitů

Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

Příloha č. 3

Zhodnocení rizika pádu u pacienta (součást ošetřovatelské anamnézy)		
Rizikové faktory pro vznik pádu		
Anamnéza		
<input type="checkbox"/>	DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/>	věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/>	pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/>	pobyt v prvních 24 hodinách po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/>	zrakový / sluchový problém	1 bod
<input type="checkbox"/>	Užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, anti-depresiva, antihypertensiva, laxantia)	1 bod
Vyšetření		
<input type="checkbox"/>	Soběstačnost	
	- úplná	0 bodů
	- částečná	2 body
	- nesoběstačnost	3 body
<input type="checkbox"/>	Schopnost spolupráce	
	- spolupracující	0 bodů
	- částečně spolupracující	1 bod
	- nespupracující	2 body
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)		
<input type="checkbox"/>	Míváte někdy závratě?	3 body
<input type="checkbox"/>	Máte v noci nucení na močení?	1 bod
<input type="checkbox"/>	Budíte se v noci a nemůžete usnout?	1 bod
Celkem		
0 - 4 body *	5 – 13 bodů *	14 – 19 bodů *
bez rizika	střední riziko	vysoké riziko
* zaškrtněte možnosti		

Zdroj: Nemocnice České Budějovice a.s

Otázky do rozhovoru s pacientem

- 1) Kolik Vám je let?**
- 2) Jak dlouho jste hospitalizován/a?**
- 3) Co zvládnete vykonat sám/a? S čím potřebujete pomoci?**
- 4) Jak probíhá ranní hygiena? Vyhovuje Vám způsob provádění hygieny? Máte na ni dostatek času? Máte dostatek soukromí? Komunikuje při tom s Vámi sestra? Co byste změnil/a?**
- 5) Ohledně vyprazdňování pocít'ujete nějaké změny v častosti? Jak často chodíte doma na stolicí? Zajímá se ošetrovatelský personál, jaké zvyklosti máte doma?**
- 6) Jak se Vám v nemocnici spí? Kolik hodin spíte doma a kolik tady? Cítíte se odpočatý/á? Užíváte nějaké léky na spaní nebo máte nějaké zvyklosti, které Vám ulehčují lépe usnout a spát?**
- 7) Kolik vypijete denně tekutin doma a kolik tady? Co rád/a pijete? Jste spokojen/a se zdejšími tekutinami? Máte je vždy k dispozici? Dodržujete dietu, kterou máte? Informoval Vás personál o správném dodržování diety? Jak velkou porci sníte?**
- 8) Znáte všechny důvody vyšetření, které jste podstoupil/a? Bylo Vám vše vysvětleno? Měl/a jste prostor pro dotazy?**
- 9) Jak probíhal příjem na oddělení a co všechno sestry zajímalo ohledně výživy a vyprazdňování?**
- 10) Popište, jak Vám byly sděleny informace ohledně operace. Měl/a jste strach? Z čeho? Co by ho zmírnilo?**
- 11) Co Vám sestry řekly ohledně možného pocít'ování bolesti? Jak ji běžně řešíte Vy?**
- 12) Kolik času s Vámi tráví sestra na pokoji? Proč myslíte, že takto dlouho? Komunikuje s Vámi? O čem?**
- 13) Co Vás během hospitalizace omezuje? Co Vám chybí?**
- 14) Co Vám bylo nepříjemné během celé hospitalizace? Co naopak příjemné?**

Otázky do rozhovoru se sestrou

- 1) Jak dlouho na tomto oddělení pracujete?** Změnilo se za tu dobu něco – v péči o pacienty, ohledně pomůcek, postupů při výkonech apod. a co konkrétně?
- 2) Kolik zde máte zhruba pacientů nad 75 let?** Je převaha žen, či mužů? S čím jsou pacienti hospitalizováni?
- 3) Jsou nějaké ošetrovatelské problémy u těchto pacientů?** Jaké, a proč vznikají? Jak je řešíte? Je nějaký rozdíl u mladších ročníků?
- 4) Jsou geriatřiční pacienti časově náročnější?** V čem? Jak by se to dalo řešit? Jak ovlivňuje práce s těmito pacienty Vaši náladu a fyzickou stránku?
- 5) Jak probíhá hygiena na Vašem oddělení u ležících pacientů?** Jakým způsobem zajistíte intimitu pacienta? Necháte pacienta, ať se myje sám, nebo ho v rámci urychlení umyjete raději sama?
- 6) Co Vás u pacienta při příjmu zajímá ohledně vyprazdňování?** Jak zajišťujete dostatečné vyprazdňování ležícího pacienta?
- 7) Jak zjišťujete kvalitu spánku pacienta?** Co většinou pacienty při spánku ruší, na co si nejvíce stěžují? Jak to řešíte?
- 8) Kontrolujete pitný režim u GP?** Jak? Jak zajišťujete dostatečnou hydrataci?
- 9) Říká se, že je komunikace s GP náročnější, jaká je Vaše zkušenost?** Co ji například ztěžuje? Máte dostatek času komunikovat s pacienty? Jak většinou Vaše komunikace s pacientem probíhá? Na co si dáváte pozor při komunikaci s GP?
- 10) Jaká je komunikace a spolupráce s rodinou GP?**
- 11) Jaká je s GP spolupráce?** Pakliže nespolupracuje, jak se to projevuje? Jak pacienta motivujete ke spolupráci?