



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

Kvalita ošetřovatelské péče o pacienty s potřebou geriatrické péče

Vypracovala: Jana Soukupová

Vedoucí práce: Ing. Iva Brabcová Ph.D.

České Budějovice, 2016

ABSTRAKT - Kvalita ošetrovatelské péče o pacienty s potřebou geriatrické péče

Současný stav: Kvalita ošetrovatelské péče je důležitým faktorem v určování spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí. Cílem kvalitní ošetrovatelské péče je zvýšení kvality života a spokojenost pacientů. Teoretická část se zabývá obecně vymezenými pojmy týkající se kvality ošetrovatelské péče, dále pak stárím a bio-psycho-sociálními změnami ve stáří. Součástí teoretického úvodu předkládané práce je problematika screeningových vyšetření prováděných u seniorů a nejčastější geriatrické syndromy. V závěru teoretické části byla popsána komunikace se seniory a násilí páchané na seniorech.

Cílem výzkumu bylo zjistit spokojenost pacientů v Masarykově sanatoriu Dobříš s poskytnutou ošetrovatelskou péčí. Dalším cílem bylo vyhodnotit výskyt pádů u pacientů ve sledovaném období 2012 – 2015 a určit nejčastější příčinu pádů u sledované skupiny pacientů.

Metodika: Výzkumná část byla realizována pomocí kvantitativních metod. Pro výzkumné šetření jsem použila část standardizovaného dotazníku Kvalita Očima Pacientů, který obsahoval 30 otázek. Výzkumné šetření probíhalo v období březen – duben 2016 v Masarykově sanatoriu Dobříš. Dalším výzkumem byla retrospektivní analýza hlášených pádů za rok 2012 - 2015. Získaná data z těchto výzkumů byla testována v programu SPSS. Pro statistické zpracování byl zvolen chí kvadrát a znaménkové schéma.

Výzkumný soubor: Ve výzkumném šetření bylo osloveno 98 pacientů z Masarykova sanatoria Dobříš, z toho 3 pacienti byli pro nedostačující odpovědi vyřazeni. Celková návratnost dotazníků byla 100%. V retrospektivní analýze hlášených pádů bylo analyzováno 853 pádů.

Výsledky: Z výzkumného šetření vyplývá, že spokojenost pacientů je ovlivňována několika faktory. Mezi ně patří například hodnocení podaných informací sestrou v závislosti na vzdělání pacientů. Bylo zjištěno, že lidé vysokoškolsky vzdělaní jsou statisticky významně spokojenější s poskytovanou péčí, než pacienti se středoškolským vzděláním. Pacienti byli naprosto spokojení s dobou ranního buzení, s návštěvní

dobou a s teplotou na pokojích. Hospitalizované pacienty velice často ovlivňuje prostředí, ve kterém se v době hospitalizace nachází. Dalším faktorem je chování sester a ostatních pacientů, se kterými se každý den setkávají.

V retrospektivní analýze hlášených pádů za rok 2012 – 2015 bylo zjištěno, že se počet pádů nesnižuje, avšak hlášení pádů je relativně vyšší než jsme předpokládali. Z toho vyplývá, že skoro polovina hlášených pádů je bez zranění a většina pádů podléhá jen povrchovému ošetření ran způsobených pádem. Z výzkumu vyplývá, že nejčastější příčina pádů u sledované skupiny pacientů je uklouznutí ve sprše.

Závěr: Z výzkumného šetření vyplývá, že všechny uvedené faktory ovlivňují spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí. Na každého pacienta by se mělo pohlížet individuálně a sestra by měla rozeznat primární potřeby pacienta, které by měla co nejdříve uspokojit. Sestra se musí podílet na komplexní péči pacienta a snažit se zvyšovat kvalitu ošetrovatelské péče a přesvědčovat se, že pacienti sdělovaným informacím rozumí. Výsledky tohoto výzkumu budou použity jako doporučení ke zlepšení ošetrovatelské péče v Masarykově sanatoriu Dobříš a jako analýza hlášených pádů za rok 2012 – 2015.

Klíčová slova: geriatrie; sestra; pacient; kvalita; ošetrovatelská péče; změny ve stáří

ABSTRACT – The quality of Nursing Care for Patients with the Need of Geriatric Care

Current state: The quality of the nursing care is an important factor in determining the satisfaction of patients with provided care. The aim of the quality nursing care is to improve the quality life and patients' satisfaction. The theoretical part deals with generally defined concepts regarding to the quality of the nursing care, as well as old age and biological, psychological and social changes in old age. A part of the theoretical introduction of this thesis is the issue of screening tests conducted in the elderly and the most common geriatric syndromes. The communication with the elderly and violence against the elderly are described at the end of the theoretical part.

The aim of the research was to determine patients' satisfaction with the provided nursing care in Masaryk sanatorium Dobříš. Another aim was to evaluate the incidences of falls among patients in the period from 2012 to 2015 and to identify the most common cause of falls in the monitored group of patients.

Methodology: The research part was realized using quantitative methods. For the research I used a part of the standardized questionnaire called the Quality of Health Care from the Patients' Point of View, containing 30 questions. The research was carried out in Masaryk sanatorium Dobříš during March and April in 2016. The further research was a retrospective analysis of reported falls in the period from 2012 to 2015. The data obtained from these researches were tested in SPSS program. The chi-square and sign pattern were chosen for statistical processing.

Participants: In the research, 98 patients from Masaryk sanatorium Dobříš were interviewed, 3 patients were excluded for inadequate responses. The overall response rate was 100%. In the retrospective analysis of reported falls, 853 falls were analyzed.

The results: The research shows that patients' satisfaction is influenced by several factors. These include the evaluation of the provided information by a nurse, depending on patient education. It was found that people with the university education are significantly more satisfied with the provided care, than those with the secondary education. The patients were completely satisfied with the time of morning waking,

with hours for visits and with the temperature in the rooms. Hospitalized patients are often affected by the environment in which they are at the time of hospitalization. Another factor is the behavior of nurses and other patients, who they meet every day.

In the retrospective analysis of reported falls in years 2012 - 2015, it was found that the number of falls does not diminish, but the number of fall reports is relatively higher than we expected. This means that nearly half of reported falls are without injuries and most of the falls needs a treatment of flesh wounds caused by falls. The research shows that the most common cause of falls in the monitored group of patients is slipping in the shower.

Conclusion: The research suggests that all these factors affect patients' satisfaction with the nursing care. Each patient should be considered individually and a nurse should recognize the primary needs of the patient, which she should meet as soon as possible. The nurse must contribute to the comprehensive care of the patient and try to improve the quality of the nursing care and become convinced that patients understood the provided information. The results of this research will be used as recommendations to improve the nursing care in Masaryk sanatorium Dobříš and as the analysis of reported falls in the years 2012 - 2015.

Keywords: geriatrics, nurse, patient, quality, nursing care, changes in old age

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své 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: 03. 05. 2016

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Ing. Ivě Brabcové, Ph.D. za odborné vedení mé práce a cenné rady a připomínky při zpracování. Dále bych chtěla poděkovat své rodině, která celé 3 roky studia stála při mně. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat celému Masarykovu sanatoriu Dobříš za poskytnutí prostoru při mém výzkumu.

OBSAH

ÚVOD.....	11
1.1 Kvalita ošetrovatelské péče.....	12
1.1.1 Posuzování kvality ošetrovatelské péče.....	13
1.1.2 Indikátory kvality.....	13
1.1.3 Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí.....	14
1.2 Pacient s potřebou geriatrické péče.....	15
1.2.1 Stručná charakteristika stáří.....	15
1.2.2 Geriatrie a gerontologie	17
1.2.3 Změny ve stáří	18
1.2.3.1 <i>Biologické změny ve stáří</i>	18
1.2.3.2 <i>Psychické změny ve stáří</i>	20
1.2.3.3 <i>Sociální změny</i>	21
1.3 Posouzení zdravotního stavu seniora	21
1.3.1 Funkční geriatrické vyšetření.....	22
1.3.2 Hodnocení zdravotního stavu, fyzických, mentálních a psychosociálních funkcí seniora	22
1.4 Nejčastější geriatrické syndromy	23
1.4.1 Syndrom instability s pády	23
1.4.1.1 <i>Intervenční plán ošetrovatelských činností u pacientů v riziku pádu ...</i>	25
1.4.2 Syndrom inkontinence	26
1.4.3 Ošetrovatelská péče o pacienty s inkontinencí	27
1.4.4 Syndrom imobility	28
1.5 Sebepečce.....	31
1.5.1 Deficit sebepečce.....	31
1.6 Komunikace se seniorem	32
1.6.1 Bariéry v komunikaci se seniory	32
1.6.2 Ageismus v ošetrovatelství	33
1.7 Násilí na seniorech	33

2	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	35
2.1	Cíle práce	35
2.2	Hypotézy	35
3	METODIKA.....	36
3.1	Použitá metodika.....	36
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	36
3.3	Způsob statistického zpracování dat	37
4	VÝSLEDKY.....	38
4.1	Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí (popisná statistika)	38
4.2	Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí (statistické testování).....	55
4.3	Retrospektivní analýza pádů za sledované období 2012-2015 (popisná statistika).....	56
4.4	Retrospektivní analýza pádů za sledované období 2012-2015 (statistické testování).....	61
5	DISKUZE.....	65
6	ZÁVĚR.....	71
6.1	Doporučení pro praxi	72
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74
8	SEZNAM PŘÍLOH	80

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL (Activity of Daily Living) – všední činnosti

ANA (American Nurses Association) – Americká asociace sester

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

BMI – Body mass index

CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) – Komplexní geriatrické hodnocení osobnosti

EAN (Elder Abuse and Neglect) – Špatné zacházení se seniory

FGV (Funkční geriatrické vyšetření)

GDS (Global Deterioration Scale) – Škála pro hodnocení

IADL (Instrumental Activity of Daily Living) – Test všedních činností

kol. - kolektiv

KOP Kvalita Očima Pacientů

MMSE (Mini Mental State Examination) - Test kognitivních funkcí pacienta

P Puls

PMK Permanentní močový katétr

SpO₂ Saturace kyslíkem

SZO, WHO (World Health Organization) – Světová zdravotnická organizace

TK Tlak krve

TT Tělesná teplota

ÚVOD

Dnešní populace stárne, a proto je velice důležité věnovat pozornost lidem starší věkové skupiny, zvláště pak ve zdravotnických organizacích. Tímto problémem se zabývá poměrně mladý medicínský obor geriatricie. Zaměřuje se na zdravotní péči o pacienty vyšších a vysokých věkových skupin, jeho cílem je dosáhnout udržení fyzického a psychického zdraví, zlepšit kvalitu života a uspokojit všechny potřeby. Téma výzkumné práce, která se zabývá kvalitou ošetrovatelské péče u pacientů s potřebou geriatrické péče, jsem si zvolila hned z několika důvodů. Myslím si, že je velice důležité znát problematiku geriatrických pacientů. Jde o důležitou součást ošetrovatelské péče. Dalším důvodem bylo, že zdravotnický personál má z ošetrování geriatrických pacientů často obavy a v neposlední řadě jsem si toto téma zvolila, protože je mi velice blízké. Pracuji na interním oddělení a senioři jsou mými častými a zároveň oblíbenými pacienty. Jsou vděční za každou chvíli, kterou s nimi strávíte, i když času nazbyt moc není. Cílem mé bakalářské práce je přiblížit základní problematiku, která se týká kvality ošetrovatelské péče, zaměřené na pacienty vyšší věkové skupiny. Chtěla bych poukázat na aktuálnost tohoto tématu, která je často dosti bagatelizovaná.

Teoretická část práce se zabývá kvalitou ošetrovatelské péče obecně a se zaměřením na geriatricii, dále změnami, které se ve stáří vyskytují. Zvláště jsou popsány změny biologické, psychické a sociální, které jsou v práci rozpracované podrobněji. Další samostatná kapitola je zaměřena na komunikaci mezi sestrami a seniory. Jedná se o problém, se kterým má podle mého názoru většina zdravotníků potíže, protože neví, jak přesně mají se seniorem komunikovat. Pro zajímavost jsem do mé bakalářské práce zařadila i případy násilí páchané na seniorech, protože je v dnešní době toto téma velice aktuální.

Na základě výsledků výzkumu budou v závěru práce definována stručná doporučení týkající se prevence pádů u seniorů a doporučení pro zvýšení spokojenosti pacientů. Na základě vyhodnocení stanovených indikátorů kvality budou navrženy nápravně preventivní opatření s cílem zvýšit kvalitu poskytované péče ve sledovaných oblastech v Masarykově sanatoriu Dobříš a snížit výskyt pádů.

SOUČASNÝ STAV

1.1 Kvalita ošetrovatelské péče

Kvalita ošetrovatelské péče je podle Světové zdravotnické organizace definována jako „stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu úrovně znalostí a současné úrovni technologického vývoje (Gladkij, 2003, s. 292)". Ošetrovatelská péče je součástí celého systému zdravotní péče. Úroveň ošetrovatelské péče spolu s kvalitou diagnostických a terapeutických postupů představuje základní kámen, který odráží celkovou úroveň zdravotní péče (Jarošová, 2007). Hodnotitelem kvality ošetrovatelské péče může být pacient, člen rodiny, sestra, management nemocnice nebo interní auditor nemocnice (Gladkij, 2003).

Kvalita ošetrovatelské péče je shoda mezi ošetrovatelskou péčí a ošetrovatelskými standardy. Úroveň kvality lze měřit viditelnými kritérii, stanovenými v jednotlivých standardech. Termín „kvalita ošetrovatelské péče“ můžeme chápat také jako zkvalitňování, nebo zlepšování ošetrovatelské péče. Kvalitní ošetrovatelská péče je základním cílem dnešního, moderního ošetrovatelství. Kvalitu ošetrovatelské péče určují měřitelná kritéria, která se nazývají standardy ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský standard je určitá norma kvality, vymezuje úroveň péče, která má být poskytována. Zdravotničtí pracovníci, kteří poskytují ošetrovatelskou péči, jsou povinni dle zákona č. 96/2004 Sb. dodržovat Úmluvu o lidských právech a biomedicíně a respektovat Etický kodex zdravotnických pracovníků nelékařských profesí (Špirudová, 2015).

Všeobecné sestry mají rovnocenné místo v týmu zdravotníků, protože zcela samostatně vykonávají a plní výkony dle svých kompetencí a výrazně se podílejí na výsledcích ošetrovatelské péče. Teoreticky bychom mohli vyjádřit, že kvalita zdravotní péče je jakýsi výsledek dohody mezi pacienty, poskytovateli zdravotních služeb, plátcí zdravotní péče (pojišťovnami) a vládou, která kontroluje zdroje. V minulosti byly možnosti sester ovlivňovat kvalitu výrazně omezeny. Mnoho let pak převládaly biomedicínské modely zdraví. Z biomedicínského hlediska se také určovalo co je a co není ve zdravotní péči důležité (Forýtková a kol., 2008). Zvyšující se poptávka po zdravotní péči a neustále se měnící finanční, sociální a politické podmínky přidělávají

nemocnicím obavy z nedostatku finančních zdrojů. Také kvalitní ošetrovatelská péče je stále více finančně náročnější (Vondráček, 2006).

Kontrola kvality ošetrovatelské péče probíhá pomocí auditů, dodržováním ošetrovatelských standardů a pomocí dotazníků spokojenosti pacientů/klientů s poskytnutou péčí (Hekelová, 2012).

1.1.1 Posuzování kvality ošetrovatelské péče

Posuzování kvality ošetrovatelské péče je důležitou složkou zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče je důležitá její definice. To znamená, co je vlastně pokládáno za dobrou, kvalitní péči. Zpravidla je vyjádřena ve standardech ošetrovatelské péče, které jsou na každém oddělení a podle kterých se následně poskytovaná péče posuzuje. Za kvalitní ošetrovatelskou péči je považována péče, která je poskytnutá pomocí ošetrovatelského procesu a odvozená od individuálních potřeb pacienta (Hekelová, 2012). Pro kvalitní ošetrovatelskou péči musí být stanovena jasná koncepce ošetrovatelství v daném zařízení. Součástí by měl být dobře motivovaný a odborně proškolený ošetrovatelský personál s týmovým duchem. Je nutné stanovit si reálné cíle a dodržovat etický kodex. Kvalita ošetrovatelské péče nemá jednoznačná kritéria. Důležité je, kdo hodnocení vykonává. Lékař hodnotí práci sestry na základě toho, jak zajišťuje diagnosticko-terapeutický plán. Sama sestra hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče, podle koncepce, se kterou se ztotožnila. K měření kvality se používá dvou metodologických postupů, a to studia jednotlivých případů a statistických postupů. Analýza procesu zdravotní péče je nazývána zdravotnický audit. Audit představuje analýzu zdravotní péče a postupů, které se využívají v diagnostice a léčbě, ve využívání zdrojů i analýzu úrovně kvality života pacientů (Gladkij, 2003).

1.1.2 Indikátory kvality

Profesor Donabedian definoval indikátor kvality zdravotní péče jako „jasně definovaný prvek nemoci, nebo péče, který je přesně měřitelný, má specifický vztah ke kvalitě a popisuje strukturu, proces, nebo výsledek (Gladkij, 2003, s. 292)“. Je to přesně vymezená míra kvality, která je určena před začátkem měření (Vašátková, 2003). Užívá se ke srovnání rozdílů číselných dat, za určité období, nebo mezi určitými pracovišti. Ve

zdravotnických organizacích nám indikátory kvality slouží jako základní pomůcka pro měření kvality ošetrovatelské péče a sledování této kvality je základním požadavkem pro akreditaci zařízení (Plevová a kol., 2011). Indikátory pro měření ošetrovatelské péče definovala americká ošetrovatelská asociace ANA (American Nurses Association). Můžeme rozeznávat několik oblastí indikátorů kvality ošetrovatelské péče: spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí, s tlumením bolesti, pracovní spokojenost sester, s množstvím a kvalitou poskytnutých informací, počet úrazů, pády pacientů, výskyt dekubitů, poměr ošetrovatelského personálu na ošetrující jednotce, atd. Mezi nejčastější jevy, ke kterým dochází ve zdravotnických organizacích, je výskyt pádů pacientů a výskyt dekubitů (Vašátková, 2003).

1.1.3 Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí

Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se v České republice začala sledovat na počátku 90. let minulého století. Vyhodnocovala se subjektivní spokojenost pacientů s léčbou. V dnešní moderní době je vyhodnocování spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí součástí managementu moderního ošetrovatelství. Pacienti jsou dnes již spíše chápáni jako klienti nebo spotřebitelé péče. Spokojená ošetrovatelská péče by měla vycházet z individuálních potřeb klientů. Výsledky spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí slouží jako zpětná vazba pro sestry, lékaře a manažery ošetrovatelské péče. Cílem všech zdravotnických organizací je, aby byl pacient spokojen s péčí, která mu je poskytována. V roce 2003 společnost STEM/MARK v čele s RNDr. Tomášem Raiterem a ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví zrealizovala projekt Kvalita Očima Pacientů, který se využívá v několika desítkách nemocnic po celé ČR. Tento projekt je rozdělen na spokojenost pacientů s ambulantní a lůžkovou ošetrovatelskou péčí. V kvantitativním výzkumu mé bakalářské práce bylo použito několik otázek právě z tohoto projektu Kvalita Očima Pacientů. Měření spokojenosti s poskytovanou péčí má velký význam pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče (KOP, 2010)

1.2 Pacient s potřebou geriatrické péče

Každý nemocný člověk potřebuje, aby o něj bylo postaráno, zvláště pak ve stáří. Geriatrická péče je celková péče o nemocné seniory, která bere v úvahu jejich potřeby v kontextu s jejich nemocemi ve vyšším a vysokém věku. Tato péče je zaměřená hlavně na uspokojení potřeb starého člověka. Ke každému seniorovi však musíme přistupovat individuálně. Hlavním úkolem je poskytovat komplexní péči zaměřenou na lidi od 65 let a více a zaměřit se převážně na polymorbiditu a změněný funkční potenciál. Tato péče může být poskytována ve státních i nestátních zdravotnických zařízeních. Jejím úkolem je udržení soběstačnosti seniorů, oddálení jejich závislosti a odkázanosti a co nejdříve umožnění pobytu v domácím prostředí (Topinková, 2005). Pojetí geriatrické péče zaměřující se na zlepšení zdraví starších lidí a zlepšení poskytování geriatrické péče zahrnuje následující cíle: zintenzivnit prevenci aterosklerózy, prevence a léčba náhlé mozkové příhody, léčbu hypertenze, léčbu diabetu a jeho komplikací, maligních onemocnění, zlepšit péči o pacienta s geriatrickými syndromy (pády, poruchy mobility, inkontinence, malnutrice), zlepšit péči o pacienty s demencí, zlepšit péči o pacienty v terminálním stádiu nemoci a další (Kalvach a kol., 2004).

Ošetrovatelská péče o seniora je atypická a sestra by se měla zaměřit na individuální potřeby pacienta ve vyšším věku. Seniori často trpí polymorbiditou (výskyt několika nemocí najednou), tudíž potřebují zvýšenou péči. Cílem ošetrovatelské péče o seniory je co nejdříve zachování zdraví a soběstačnosti, začlenění do společnosti v období nemoci, poskytnutí přítomnosti rodiny a domácího prostředí a poskytnout klidné umírání a smrt. Ošetrovatelská péče je praktická aplikace ošetrovatelských poznatků, která bere v úvahu bio-psycho-sociální a duchovní potřeby každého pacienta (Holmerová, 2014).

1.2.1 Stručná charakteristika stáří

Stáří je nevratný biologický proces, který u každého jedince probíhá jinak. Různou rychlostí postihuje všechny orgány v lidském těle, které ztrácejí svoji funkčnost. Věkem opotřebovaný organismus ztrácí adaptační schopnosti a tím dochází ke zhoršení funkce orgánů v těle, ale také organismu jako celku (Topinková, 2005). S vyšším věkem se mění škála nemocnosti. Narůstají chronické degenerativní nemoci (osteoporóza,

osteoartróza, demence, srdeční onemocnění, atd.). Hodnocení zdravotního stavu u seniorů je velice obtížné. Setkáváme se s nepoměrem subjektivního a objektivního zdravotního stavu, nedostatečnou diagnostikou některých příznaků a onemocnění jako je například demence, inkontinence, deprese, osteoporóza (Příbyl, 2015).

S přibývajícím věkem dochází u seniorů k postupnému poklesu tělesných i duševních funkcí (Eliopolous, 2014). Organismus se mění, dochází k opotřebením jednotlivých orgánů, snižuje se jeho obranyschopnost (imunita). Přidružují se choroby, které se vyskytují převážně ve stáří a navzájem se kombinují, často přechází do chronického stádia. Stáří můžeme také definovat jako konečnou etapu procesu stárnutí, je to období, kterým končí určitý přirozený vývojový proces jedince. Jednotná definice stáří neexistuje. Ve většině případů se používá periodizace věku, která byla navržena Světovou zdravotnickou organizací (SZO, WHO), podle které je možné rozdělit člověka na věkové kategorie trvající 15 let. Rozlišujeme tato období: časné stáří, mladé stáří 60-76 let, vlastní stáří neboli sénium 75-89 let a dlouhověkost, která je od 90 let a více. Existují však i jiná rozdělení stáří. (Poledníková a kol., 2006).

Staří lidé mají problémy se stabilitou, mobilitou, pohyblivostí, inkontinencí, v některých případech se jedná o psychické problémy (Kalvach a kol., 2008). Tyto nemoci lze zařadit dle orgánových systémů. Vybrala jsem několik nejčastějších onemocnění u seniorské populace.

Mezi nejčastější onemocnění můžeme zařadit osteoartrózu, která patří do muskuloseletárních systémů. Jedná se o degenerativní onemocnění kloubů postihující nejdříve chrupavku, která postupně mizí a rozpadá se. Artrózou může být postižen téměř každý kloub. Nejčastěji se objevuje na kolenním, kyčelním a hlezenním kloubu (Šafránková a Nejedlá, 2006). Nevyhýbá se ani postižením kloubů na ruce. Mezi hlavní příznaky patří bolest a ztuhnutí, po letech se může objevit viklání a vratkost. Osteoartrózu nelze plně vyléčit, ale lze zmírnit její projevy. V počátečních stádiích se využívá elektroléčba, magnetoterapie nebo rehabilitační tělocvik. Od bolesti pomohou analgetika, v pokročilejším stadiu se podávají nesteroidní antirevmatika. Velice často se používají opichy, mají však krátkodobý efekt (Kalvach a kol., 2008; Pokorná a kol., 2013).

Dalším častým onemocněním ve starším věku je demence, která spadá do neurologických systémů. Demence je vážné onemocnění mozku zapříčiněné degenerativními změnami v mozkové tkáni. Toto onemocnění nejčastěji vzniká u lidí nad 65 let. Neléčená demence pacienty ohrožuje a izoluje od ostatních lidí (Slezáková, 2014). Mezi nejčastější projevy patří poruchy paměti, poruchy racionálního myšlení, nepoznávání svých blízkých, únava, ospalost, emoční změny, agresivita, sobeckost, lhaní a vymyšlení si (Pokorná a kol., 2013). Každý člověk se však projevuje individuálně. Tato onemocnění nelze vyléčit, můžeme však zpomalit průběh nemoci. Důležitá je prevence – udržování psychické a fyzické aktivity jedince, luštění křížovek, společenské akce, kvalitní strava a omezení alkoholu a kouření. V České republice existují různá centra, která se specializují na péči o seniory trpících demencí. (Schuler, 2010).

1.2.2 Geriatrie a gerontologie

Geriatrie a gerontologie spolu velice úzce souvisí. Geriatrie je samostatný lékařský obor, který se zabývá seniorskou problematikou zdravotního i funkčního stavu a specifických potřeb seniorů, zvláštnostmi ve výskytu, klinickém obraze, průběhu, vyšetřování, léčbě a prevenci. Topinková (2010) uvádí, že „Geriatrie je součástí širokého vědního oboru gerontologie, který se věnuje problematice stárnutí ve všech jeho oblastech“. Jde o specializovaný obor, v České republice od roku 1983, který je v každém státě různě vymežován.

Cílem geriatrie je dosažení co nejlepšího stupně zdraví a maximální funkční zdatnost a soběstačnost stárnoucí populace. (Topinková, 2005). Kalvach (2004, s. 48) uvádí, že: „Gerontologie je nauka, soubor vědomostí o stárnutí a stáří, respektive o problematice starých lidí a života ve stáří.“ Gerontologie je souhrn poznatků o stárnutí a stáří. Gerontologie se dělí na experimentální, sociální a klinickou gerontologii. Experimentální gerontologie se zabývá zkoumáním na molekulární úrovni. Sleduje, proč a jak organismy stárnou. Sociální gerontologie se zabývá vztahem seniorů ke společnosti. Gerontologie klinická, kterou můžeme nazvat geriatrií, se zabývá zdravotním a funkčním stavem ve stáří a dále zvláštnostmi chorob, jejich diagnostikou a léčbou (Haškovcová, 2010; Slezáková, 2014).

1.2.3 Změny ve stáří

V procesu stárnutí dochází k mnoha změnám, které jsou vzájemně propojeny, můžeme je rozdělit do několika základních oblastí. Jsou to změny biologické, psychické a sociální. U stárnoucích lidí je potřeba vnímat každého jedince individuálně a počítat s jistým stupněm jeho omezení. Staří lidé své problémy někdy příliš bagatelizují a vyhledají lékaře, až když je pozdě a nemoc je již v pokročilé fázi. Změny ve stáří nejsou jen biologické, ale také závisí na chování a postavení jedince v dané společnosti. Proto je v geriatrické péči důležité zaměřovat se na všechny biopsychosociální aspekty stejnou měrou. Biologické změny u seniorů jsou nejvíce viditelné před ostatními změnami. Stárne celé tělo, jsou viditelné estetické změny, stáří postihuje celý pohybový aparát. V psychických změnách je charakteristický úbytek duševních funkcí, nastávají pozvolna, zhoršuje se vnímání. V sociálních změnách jde hlavně o sníženou soběstačnost a změnu sociální role. Senior se tak ocitá v sociální izolaci. Bio-psycho-sociální změny ve stáří jsou podrobněji popsány v dalších kapitolách (Kalvach a kol., 2008; Příbyl, 2015).

1.2.3.1 Biologické změny ve stáří

V mechanismu stárnutí probíhají určité změny, některé z nich jsou viditelné, jiné ne. Viditelné změny jsou například změny na kůži. Je možné je pozorovat na povrchu těla, ve vlasech, nehtech nebo také v potních a mazových žlázách. Podstatou těchto změn jsou probíhající změny ve všech vrstvách kůže. Neschopností zadržovat vodu v těle se kůže stává méně pružnou a suchou. Často se u starých lidí setkáváme se stařeckými skvrnami, které se objevují na rukách, ramenech a někdy i na obličeji. Projevem stárnutí pokožky jsou také různé cysty, kožní výrůstky a bradavičnaté útvary (Poledníková, 2006).

Se zvyšujícím se věkem klesá rychlost a síla kosterního svalstva. Tělo tak ztrácí sílu a je třeba ho alespoň částečně posilovat. Úbytek svalových vláken se projevuje nedostatkem sil a rychlou unaveností starého člověka. S věkem se prodlužuje reakční čas, protože se zpomaluje rychlost vedení nervovými vlákny. Mění se také postava člověka, tělesná výška se zmenšuje, následkem zakřivení páteře dozadu (kyfóza), nebo do stran (skolióza). Shrbená postava je pro seniora typická. Také v kloubech probíhají

určitě změny, které způsobují jejich ztuhlost, omezenou pohyblivost a bolest (Kalvach a kol., 2008; Poledníková, 2006).

Co se týče dalších biologických změn ve stáří, mění se i respirační systém člověka. Člověk vdechuje menší objem, protože z důvodu změn kosterního svalstva se zmenšuje objem hrudníku. Také zadržování hlenů v dýchacích cestách způsobuje větší náchylnost k infekcím. I při menší námaze je u starého člověka běžná nižší výkonnost dýchacího systému. Také cévy ztrácí elasticnost, stěna tepen hrubne a objevují se v něm kalcifikáty, které snižují překrvení a okysličení určitých tkání a orgánů. Také se snižuje kapacita srdce, které mění krevní tlak. Zvyšuje se systolický a mírně i diastolický tlak. (Poledníková, 2006; Kalvach a kol., 2008).

S vyšším věkem se mění sliznice žaludku a střev, snižuje se tvorba trávicích enzymů, čímž se zpomaluje peristaltika střev a tím následné vstřebávání živin a léků. Snížená peristaltika střev snižuje vylučování stolice, což způsobuje zácpu a někdy i nechutenství (Poledníková, 2006).

S věkem se mění také funkce ledvin. Klesá jejich filtrační schopnost a léky, které se přes ně vylučují, se v nich mohou hromadit a působit toxicky. Pro správnou funkci ledvin je u starých lidí velice důležitý příjem tekutin. Senioři ztrácí pocit žízně a velice rychle u nich může dojít k dehydrataci. Změny postihují i močový měchýř. Klesá kapacita močového měchýře a lidé močí častěji a nutkání na močení je intenzivnější. U žen ochabuje svalstvo pánevního dna a u mužů se zvětšuje prostata. Výsledkem je neschopnost udržet moč, což způsobuje inkontinenci (Poledníková a kol., 2006).

Z důvodu oslabení imunity jsou ve stáří lidé náchylnější k nemocem. Infekční nemoci pak mají těžší průběh a zvyšuje se úmrtnost. Dále dochází ke změnám ve zrakovém vnímání člověka. Patří sem zelený a šedý zákal, syndrom suchého oka, ztráta zrakové ostrosti a další. Se změnou věku klesá schopnost slyšet tóny vyšší frekvence. Dále je u seniorů snížený a čichový smysl. Příčinou může být snížený počet chuťových buněk, ale také degenerace buněk v šedé kůře mozkové. Dle Poledníkové a kol. (2006) se zvýšeným věkem (okolo 70 let) se snižuje citlivost na bolest. Pohlavní pud u člověka přetrvává do vysokého věku, pokud je člověk zdravý a jeho protějšek má o druhého

zájem. Tato potřeba však může být ovlivněna několik faktory (nemoc, imobilita, léky, atd.); Poledníková a kol., 2006.

1.2.3.2 Psychické změny ve stáří

Ve stáří se mění i psychika a vědomí člověka. Někteří lidé si udrží zdravou paměť až do vysokého věku, jiní zase ztrácí paměť dříve, než zestárnou. Krátkodobá paměť je aktivní část paměti, ve které se odehrávají psychické procesy. Dokáže zachovat vjemy smyslových orgánů a emoce pomocí kódování. Ty může paměť dále zpracovávat a uchovávat. Je třeba si však informace opakovat, jinak budou nevratně ztraceny (Holmerová, 2007).

Dlouhodobá paměť je pasivní a její kapacita je neomezená. Uchovává informace, které potřebujeme k životně důležitým dovednostem a schopnostem. Vštěpování informací do dlouhodobé paměti trvá přibližně 30 minut. Závisí však na každém individuálním člověku, čím se zabýval a jaký měl život (Kelnarová a Matějková, 2014).

Pokud jsou však projevy v oblasti psychických změn příliš výrazné, nebo je jejich intenzita příliš vysoká, značíme je jako patologické. S přibývajícím věkem se snižuje energie a vitalita, tyto změny se mohou projevit nepozorností, psychickou únavou, nedostatkem vůle nebo nemotorností. Senioři rádi vzpomínají na staré události, ale nepamatují si, co dělali například před hodinou. Mívají poruchy paměti, při kterých dochází buď k výpadkům nových skutečností, nebo nejsou schopni zapamatovat si nové informace. K tomu všemu přispívá nedostatečná koncentrace a zájem o veškeré dění kolem sebe (Kalvach, 2004).

S přibývajícím věkem se mění i citová oblast člověka, lidé často upoutávají pozornost pouze na sebe. U seniorů je typický sklon k úzkostem a depresím, který může být vyvolán pocitem osamocení. Může to být vyvoláno několika faktory, mezi hlavní patří smrt partnera, odchod dětí z domova nebo také ztráta samostatnosti. Ve stáří se často mění i osobnost člověka. Senioři se často špatně adaptují na cizí prostředí, a proto bývají nejistí a úzkostliví. Velkým problémem je u nich například hospitalizace. Mnozí lidé se uzavírají do svého vlastního nitra a nikoho si k sobě nepouští. Setkáváme se často s nedůvěrou, vztahovačností nebo také s podezíravostí. Tyto negativní vlastnosti se však neobjevují u každého člověka, záleží na každé osobě individuálně a také na jeho

okolí. V některých případech je velice těžké posoudit, kdy je chování seniora normální jev, či je to projev nějaké psychické nemoci (Poledníková a kol., 2006).

1.2.3.3 Sociální změny

Sociální změny ve stáří mají velký význam v psychickém životě seniorů. Vztah ke společnosti a rodině je pro seniory důležitou součástí jejich života. Senioři často trpí pocitem méněcennosti, myslí si, že jsou příbuzným na obtíž, že jsou již neužiteční. Senioři bývají často velice zranitelní, a proto mají pocit viny, méněcennosti a nejistoty. Na základě takovýchto projevů chování můžeme včasné rozpoznat projevy demence. Je nezbytné připomenout, že sklon k sebevraždám je při takovém myšlení u seniorů velmi vysoký. Stáří přináší pro člověka velké změny, nejvýznamnější je odchod do důchodu. Tato změna sice člověku umožňuje, aby si odpočinul, dělal to, na co neměl čas, ale také může člověka odpoutat od společnosti. S odchodem do důchodu se změní i ekonomické zabezpečení seniora. Nepotřebují tolik peněz například na oblečení, zábavu a práci, ale potřebují čím dál více peněz na bydlení, jídlo a hlavně na léky. To způsobuje seniorům velké psychické problémy. Další změnou, která může seniora postihnout je změna bydlení. Hodně seniorů se musí ve stáří stěhovat. Mezi hlavní důvody můžeme zařadit ekonomické problémy, snížená pohyblivost, nedostatečná soběstačnost, nebo například psychické problémy (samota). Velmi výraznou změnou v životě člověka je smrt životního partnera. U seniorů se v partnerských vztazích vytváří opravdu silné pouto, protože jsou závislí pouze sami na sobě. Smrt jednoho z partnerů přináší velký smutek, prázdnotu a samotu. Hodně lidí si na tuto samotu zvykne, ale prohlubuje se pak závislost na ostatních, mladších členech rodiny. Existují však senioři, kteří si znovu najdou životního partnera a uzavřou manželský svazek třeba i v 80 letech. Velkou hodnotu mají pro seniory dobré vztahy s dětmi a vnoučaty. To přináší dobré psychické zdraví pro seniora. Společnost musí vnímat seniory jako součást přirozeného života (Poledníková a kol., 2006).

1.3 Posouzení zdravotního stavu seniora

Ve stáří dochází k velkým bio-psycho-sociálním změnám. Pro diagnostiku onemocnění a správnou ošetrovatelskou péči je nutné při příjmu pacienta k hospitalizaci

zhodnotit pacientův stav. Dle Topinkové (2005) dochází u starších pacientů k takzvaným geriatrickým syndromům. Jsou to syndromy rozsáhlé etiologie, velmi často jsou považovány za důsledek stárnutí. K posouzení stavu seniorů se používá různých hodnotících nástrojů. K souhrnnému hodnocení nemocného v geriatrii se používá celkové geriatrické hodnocení CGA (Comprehensive Geriatric Assessment). Je zaměřeno na klasifikaci zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů seniorů s cílem vypracovat plán pro léčbu a dlouhodobé sledování (Pokorná a kol., 2013).

1.3.1 Funkční geriatrické vyšetření

Topinková (2005, s. 47) uvádí, že: „Funkční geriatrické vyšetření (FGV) je celkové zhodnocení zdravotního stavu seniora, které je doplněné o posouzení fyzické výkonnosti a soběstačnosti, zhodnocení psychických funkcí v souvislosti s jeho sociální situací.“ Součástí tohoto hodnocení je aktivní vyhledávání případných rizik a návrh preventivně-léčebných i sociálních opatření s ohledem na daného, individuálního pacienta (Topinková, 2005). Pokorná a kol. (2013) uvádějí souhrnné hodnocení nemocného v geriatrii jako CGA (Comprehensive Geriatric Assessment), které je vlastně totožné s FGV (Funkčním geriatrickým vyšetřením), které udává Topinková. Při tomto hodnocení se zaměřujeme na celkový zdravotní stav a kvalitu života. Cílem funkčního geriatrického vyšetření je zlepšení zdravotního i funkčního stavu pacienta, zvýšit kvalitu života a zpomalit, nebo omezit nástup zdravotního, či tělesného postižení.

1.3.2 Hodnocení zdravotního stavu, fyzických, mentálních a psychosociálních funkcí seniora

Dle Topinkové (2005) se funkční geriatrické vyšetření zabývá kromě běžného vyšetření i dalších okruhů, které jsou nad rámec klinického hodnocení. Zabývá se dovednostmi, soběstačností, sociální pohodou a ekonomickou situací seniorů. Zaměřuje se na více okruhů. Prvním okruhem je zdravotní stav pacienta. Sestra provede vyšetření rizikových faktorů, mezi které patří inkontinence, poruchy rovnováhy, chůze, malnutrice. Mezi druhý okruh, který zkoumáme, patří fyzická výkonnost a soběstačnost. Hodnotíme mobilitu a schopnost sebeobsluhy. Můžeme využít dvou druhů testů: Test

instrumentálních všedních činností Instrumental Activity of Daily Living (IADL) a Test základních sebeobslužných činností Activity of Daily Living (ADL). Dalším bodem hodnocení stavu seniora je jeho duševní zdraví a psychická podpora. Slouží k odhalení psychiatrických poruch a onemocnění ve stáří (demence, deprese). V České republice se pro zhodnocení stavu seniora používají nejčastěji dva druhy testů. Prvním je Krátká škála mentálního stavu Mini Mental State Examination (MMSE) a druhým je Škála deprese pro geriatrické pacienty Global Deterioration Scale (GDS). Čtvrtým bodem pro hodnocení stavu seniora je sociální status a ekonomické zajištění. V tomto bodě sledujeme kontakty pacienta a rodinou, jeho zázemí, bydlení, poskytované služby pečovateli a ekonomické zabezpečení (Čevera a Čeledová, 2014). V přílohách můžeme nalézt některé hodnotící škály, které se zaměřují na rizikové faktory jako je například Zhodnocení rizika pádu u pacienta (viz příloha 3) a Hodnocení nutričního stavu pacienta (viz příloha 4).

1.4 Nejčastější geriatrické syndromy

Pojem geriatrický syndrom můžeme vysvětlit jako skupinu příznaků, problémů, které souvisejí se stářím, jsou propojené s dalšími nemocemi, mají chronický průběh, tudíž se obtížněji léčí. Geriatrické syndromy vedou ke snížené soběstačnosti pacienta a mohou být nebezpečné (Topinková, 2011). Inouye (2007) tvrdí, že však přes četné užívání pojmu nejsou geriatrické syndromy dostatečně definovány. V následujících podkapitolách bych ráda popsala nejčastější geriatrické syndromy. Kompletní seznam geriatrických syndromů můžeme nalézt v příloze číslo 6.

1.4.1 Syndrom instability s pády

Mezi nejčastější geriatrické syndromy patří jednoznačně syndrom instability s pády. Instabilitu můžeme vnímat jako nevyrovnanost, která je propojená s více příčinami. Vzájemně se podmiňuje se sníženou pohyblivostí a depresí, malnutricí a sarkopenií a sama podmiňuje snížení tělesného a duševního stavu a úzkost, dále je součástí úpadku schopností a dovedností (Kalvach, Čeledová, Holmerová, a kol., 2011). Hlavním důsledkem instability jsou pády, které podstatně snižují kvalitu života seniorů a způsobují jim mnohačetné problémy. Narušená stabilita seniorů má různorodou povahu.

Nejčastějším problémem bývá závrať, která může být charakteristická pro danou chorobu pacienta, ale také může mít pacient porušenou schopnost koordinovat tělo v prostoru, nebo vnímání polohy a pohybu (Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol., 2007). Dalším problémem může být, že pacient netrpí úplnou závratí, ale může mít soubor neurologických příznaků (stavy po CMP), které vedou k porušené rovnováze a následnému pádu. Další poruchou mohou být příčiny vzniklé vnitřními příčinami. Mezi ně můžeme zařadit poruchy zraku. Nejčastější poruchy zraku u seniorů jsou degenerativní změny na sítnici, šedý a zelený zákal (Zdravý senior, poruchy zraku, 2009). Mezi vnější příčiny patří nevhodná obuv, nevhodné opěrné pomůcky, kluzký povrch, koberečky v bytech, domácí mazlíčci a jiné bariéry, které zamezují volnému pohybu seniorů. Samostatným problémem jsou pády seniorů, které nesouvisí s instabilitou (pády z lůžka, apod); (Venglářová, 2007).

Nejzávažnějším důsledkem instability je pád (Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol., 2007). Pád pacienta ve zdravotnickém zařízení můžeme definovat jako nežádoucí událost. Tato událost podléhá hlášení. Pády jsou častým problémem u geriatrických pacientů. Zhoršují kvalitu života a je třeba zaměřit se na prevenci. Pády mohou prodloužit hospitalizaci, způsobit poranění nebo zkomplikovat dosavadní léčbu. Výskyt pádů se řadí do indikátorů kvality ošetrovatelské péče (Malíková, 2010). S přibývajícím věkem se zhoršuje funkce všech orgánů, zpomaluje se motorika, omezuje se kloubní pohyblivost. Dle Topinkové (2005) rozlišujeme pády dle dvou hlavních příčin. Jsou to pády z vnitřních a zevních situačních příčin. Pády z vnitřních příčin se vyskytují při onemocnění vnitřních orgánů. Mohou to být kardiovaskulární, psychiatrická onemocnění, dále poruchy vidění, sluchu, neuromotorické poruchy nebo také špatný pohybový systém. Do pádů ze zevních příčin řadíme nevyhovující zařízení bytu (špatné osvětlení, kluzká podlaha, koberečky, nevhodná obuv, atd.) Poruchy rovnováhy a pády patří mezi geriatrické syndromy (Růžička, 2004).

Mezi rizikové faktory u pádů řadíme hlavně věk, poruchu chůze, užívání rizikových léků nebo demenci. Dle Topinkové (2005) dojde u 10-15% při pádu k poranění měkkých tkání, kdy je potřeba ošetření lékařem. U 3-5% jsou pády příčinami zlomenin. Nejvíce je to zlomenina stehenní kosti, zápěstí, paže, dolních končetin či obratlů. Velice

časté jsou také úrazy hlavy. U seniorů, kteří jsou sami doma, je nevýhoda, že jsou často nalézáni po pádu až po delší době (Topinková, 2005). Takováto situace je ohrožuje na životě. Mohou být podchlazení, což může být dalším důvodem k delší hospitalizaci, nebo dokonce až dlouhodobé péči. Další komplikací může být strach z nového pádu, a proto lidé často omezují svou aktivitu. Nastalá situace často vede i k imobilitě. Do prevence pádů můžeme zařadit i Hodnocení rizika pádu, které vyplňujeme při příjmu pacienta na oddělení. Každé oddělení má svůj specifický screening hodnocení rizika pádu (Kalvach, 2004; Poledníková, 2006). Do Hlášení o pádu pacienta je nutné zaznamenat, kdy a kde k pádu došlo, stručný popis události, komu byla událost nahlášena a podpis svědka. Dále bychom měli napsat rozsah a druhy poranění, základní životní funkce (TT, P, TK, SpO₂), jméno lékaře, kterého jsme přivolali, poučení pacienta, atd. (Marx, 2007). Hlášení o pádu se ve zdravotnických organizacích zasílá k hlavní sestře, která tyto pády analyzuje.

1.4.1.1 Intervenční plán ošetrovatelských činností u pacientů v riziku pádu

Při příjmu pacienta do zdravotnické organizace by se měl provádět screening hodnocení rizika pádu. Existují různé škály pro hodnocení rizika pádu, mezi nejpoužívanější však patří Zhodnocení rizika pádu dle Juráskové (viz příloha 3). Tyto screeniny by se však měly minimálně jednou týdně přehodnocovat z důvodu zvýšení rizika, nebo naopak úplného vymizení rizika. U pacientů, kteří jsou ohroženi rizikem pádu, by sestra měla dbát na zvýšenou pozornost a opatrnost. Hlavním cílem je předcházení následkům pádů z vnitřních a vnějších faktorů, které působí na pacienta za hospitalizace (Holmerová, 2014).

Na základě prevence vzniku pádů by se měl ve zdravotnických organizacích sestavit intervenční plán, který předchází vzniku těchto nežádoucích událostí. Zavádění intervenčních plánů musí být systematické a plánované (Kalvach a kol., 2011). Mezi nejúčinnější intervence patří zaměření se na prevenci, přezkoumání příčin již vzniklých pádů, nabízení dopomoci při používání toalety, poradenství s kompenzačními pomůckami, bezpečná obuv, účinná fyzioterapie, označení pacienta odlišným identifikačním náramkem a další. Dále je důležité brát každého pacienta individuálně, na základě jeho problémů a potřeb. Velice významný faktor v intervenčním plánu je

edukace pacienta. Je nutné plánování ošetrovatelské péče, správné vedení ošetrovatelské dokumentace, školení personálu, předávání informací ostatním sestřím a včasné poskytování péče, kterou pacient potřebuje (Jarošová a kol., 2015). Ve zdravotnických zařízeních, v nichž pády monitorují, je užíván postup České asociace sester, který vznikl v roce 2007. Jedná se o standardní postup Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení. Cílem je rozeznat rizikové faktory, edukovat pacienta, informovat sestry a uspořádat preventivní opatření (Jarošová, 2015; Holmerová, 2014).

1.4.2 Syndrom inkontinence

Poledníková (2006) i Topinková (2005) se shodují, že inkontinence znamená samovolný únik moči, který je nechtěný a viditelně prokazatelný. Pro pacienta je inkontinence velký problém, co se týče hygieny, ale i sociální izolace. V důsledku snižování pružnosti močové trubice a močového měchýře se snižuje kapacita a klesá síla udržet moč při zvýšeném břišním tlaku (Poledníková, 2006). Hlavní příčinou inkontinence může být vysoký věk, onemocnění urogenitálního systému způsobené například infekcí, nádory, záněty, nebo zhoršeným vyprazdňováním. Další příčinou může být celkové onemocnění spojené s nadměrným močením (například diabetes mellitus či hyperkalémie), nebo také stav po cévní mozkové příhodě a psychiatrická onemocnění. Další podstatnou příčinou inkontinence moči je porucha chůze, snížená soběstačnost nebo nedostatečná vybavenost WC (madla, nástavce, apod.); (Griebing, 2014).

Dle Topinkové (2005) můžeme únik moči rozdělit do několika typů. Stresová inkontinence je nejčastějším typem u žen. Vzniká nedostatečným uzavřením uretry, kdy se při kašli, smíchu či vyšší aktivitě zvyšuje nitrobřišní tlak. Množství moči je jen několik kapek.

Urgentní inkontinence je náhlá potřeba na močení, několikrát během dne. Množství je od několika kapek, do několika mililitrů. Urgentní inkontinence může být způsobena stahy detruzoru (svalu v močovém měchýři, který se podílí na jeho vyprazdňování)

nebo zvýšenou citlivostí receptorů (nádor, zánět - cystitida, nebo močový kámen - cystolitiáza).

Smíšená inkontinence je kombinace stresové a urgentní. Inkontinence z přetékání vzniká při retenci moči a funkčních svěračích, pokud přesáhne tlak v močovém měchýři normální tlak uretry, dochází k opakovanému vyprázdnění malých množství při trvající retenci. Příčinou může být zvětšená prostata nebo tumor v oblasti hrdla močové trubice (Topinková, 2005). Kalvach a kol. (2008, s. 248) popisují reflexní inkontinenci jako „následek hyperreflexie detruzoru či mimovolní relaxace uretrálního mechanismu, přičemž nemocný má pocit nucení na močení.“ Vyskytuje se u pacientů s neurologickými onemocněními.

Funkční inkontinence vzniká při neporušené funkci močových cest. Je zapříčiněná například omezenou hybností, poruchou adaptace například při hospitalizaci nebo polyurií.

Poslední, farmakogenní inkontinence, je způsobená léky. Tuto inkontinenci způsobují léky ze skupin spasmolytik, antidepresiv, antihistaminik, antipsychotik, hypnotik, nebo také diuretika či blokátory kalciových kanálů (Topinková, 2005).

1.4.3 Ošetrovatelská péče o pacienty s inkontinencí

Ošetrovatelská péče záleží na druhu inkontinence a schopnosti pacienta o sebe pečovat. Sestra pacientovi poskytne vhodné pomůcky, které zabrání vzniku dekubitů a maceraci pokožky, zvýší kvalitu života nemocného a tím zvýší i kvalitu ošetrovatelské péče (Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová a kol., 2008). U seniorů se nejčastěji používají absorpční pomůcky, které však neřeší příčinu vzniku. Pomohou seniorům zajistit jejich hygienickou péči a jsou doplňkem fyzioterapeutické a farmakologické léčby. Mezi absorpční pomůcky patří inkontinenční vložky, kalhotky, pleny, podložky, se kterými lze jednoduše manipulovat a dokáží zabránit nadměrnému zápachu a množení mikroorganismů. Pokud si pacient není schopný o výměnu inkontinenčních pomůcek říci, sestra by měla zajistit několikrát během dne kontrolu u inkontinenčních pacientů. Velice důležité je předcházet podráždění kůže různými krémy, gely, mastmi a čistícími pěny.

Ošetrovatelská činnost sestry by měla být individuální dle potřeb každého klienta. V případě, že má pacient zaveden permanentní močový katétr (PMK), sestra sleduje, zda katétr neprotéká v okolí močové trubice, kontroluje obsah, barvu, příměsi a zápach moče. Do ošetrovatelské dokumentace by měla zaznamenávat délku zavedení PMK. Každý 21. den by se měl katétr měnit, pokud lékař nestanoví jinak.

1.4.4 Syndrom imobility

Syndrom imobility, taktéž zvaný imobilizační syndrom, představuje soubor příznaků v důsledku inaktivity způsobené sníženou pohyblivostí. Tento syndrom vede ke komplexní rehabilitační, ošetrovatelské a lékařské péči (Venglářová, 2007). Je to jeden z nejčastějších geriatrických syndromů. Zvláště u seniorů má syndrom imobilizace velmi rychlé negativní důsledky. Mezi následky, které mohou vzniknout do několika hodin od upoutání pacienta na lůžko, řadíme: dekubity, hypotenzi, flebotrombózu a pneumonii. Sestra by měla u pacientů dbát na preventivní opatření, minimalizovat upoutání pacienta na lůžko na nezbytně nutnou dobu a využívat škály rizika dekubitů. S imobilizačním syndromem mohou přicházet různé změny, které zhoršují kvalitu života seniora. Patří sem zpomalení krevního oběhu, u kterého může vzniknout flebotrombóza a tím hrozí riziko plicní embolie. Dalším problémem je pneumonie, vznik proleženin, svalová atrofie se snížením svalové síly, vznik kontraktur, zhoršení chůze, rozvoj osteoporózy, obtipace, poruchy mikce až inkontinence, dehydratace, malnutrice, nebo také psychické poruchy (Kalvach, Zadák, Jirák, Závázalová a kol., 2008).

Dekubitální vřed (dekubitus) je defekt kůže, který vzniká za působení tlaku. Může postihovat kůži, podkoží, ale i hlubší vrstvy kůže. Počet hlášených a zaznamenaných dekubitů je 2-4 % u hospitalizovaných pacientů, 10-20 % u nemocných v dlouhodobé péči. Výskyt dekubitů představuje indikátor kvality ošetrovatelské péče. Nejčastěji tento problém vzniká za působení tlaku, který vede k porušení prokrvení dané oblasti. Další příčinou může být tření, stříhové síly (posouvání kůže proti podkoží). V důsledku vlhkosti kůže, která může nastat inkontinencí a i pocením, mohou také vznikat dekubitální vředy (Pokorná a kol., 2013).

Mezi rizikové faktory vzniku dekubitálního vředu řadíme především vysoký věk. S přibývajícím věkem se snižuje elasticita pokožky, takže se zhoršuje i hojivost defektu. Nejvyšší riziko představuje věk nad 80 let. Dalším rizikovým faktorem je snížená malnutrice. V důsledku nesprávné výživy ubývá hmotnost, zvyšuje se nedostatek vitamínu C, B2, D a zinku. Mezi další rizikové faktory dekubitů můžeme zařadit inkontinenci moče a stolice, zhoršenou cirkulaci krve nebo také diabetes mellitus, stavy po cévní mozkové příhodě, demenci nebo také různé léky (Topinková, 2011).

Mikula a Müllerová (2008) uvádí čtyři stadia dekubitů. I. stadium je – erytém s přetrvávajícím zarudnutím kůže (někdy již s poškozením podkožních vrstev). Může být provázena zvýšenou teplotou, bolestivostí, změnou tkáně. Toto stadium bývá vratné.

Ve II. stadiu zaznamenáváme ulceraci, až puchýř. Jde o poškození, které zasahuje epidermis a dermis. Ve III. stadiu se jedná o nekrózu kůže, která zasahuje podkoží. Nekróza je suchá, černá, nebo nažloutlá, tkáň je rozbředlá. Obvykle vznikají krátery, které silně zapáchají. Ve IV. stadiu nekróza zasahuje kůži, podkoží, ale také může proniknout až do svalu, či dokonce kosti (Topinková, 2005).

Při vyhledávání rizikových pacientů sestra zjišťuje přítomnosti výše uvedených faktorů. Pro zhodnocení rizika dekubitu používáme nejčastěji Hodnocení rizika dekubitů dle Nortonové (viz příloha číslo 5). Riziko vzniku dekubitů vzniká při 16 a méně bodech. Každé zařízení má však trochu jiné škály s rozdílnými výslednými body.

Již vzniklé dekubity vždy při převazu hodnotíme a zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace. Hodnocení stavu dekubitu má mít na starosti sestra pro hojení ran, která hodnotí velikost a hloubku rány, okolí, změny od poslední výměny krytí, povrch dekubitu, charakter a množství sekretu. Komplikací dekubitu může být infekce v ráně, celková infekce, která může přecházet do celkové sepse (Mikula a Müllerová, 2008)

Do prevence dekubitů musíme zahrnout především omezení působení tlaku na riziková místa hlavně u ležícího pacienta, proto je velice důležité pacienta každé 2 hodiny polohovat. K polohování používáme polohovací pomůcky, jako je například polohovací had, klín mezi nohy, nebo můžeme použít polštář. Mezi další antidekubitární pomůcky patří antidekubitární matrace, která výrazně snižuje riziko

vzniku dekubitu. To se však odvíjí od spolupráce pacienta se zdravotnickým personálem. Jako další prevenci musíme myslet na omezení vlhkosti v predilekčních místech. U nehojících se dekubitů je nutná permanentní močová katetrizace, abychom zabránili pronikání moče do poškozených míst. Důležité je také promazávání těchto míst. Vhodné je používat různá mléka, krémy a pasty (Plevová a kol., 2011). Velice důležitá je také nutriční podpora (Topinková, 2005).

Malnutrici můžeme označit jako dopad nepřiměřené výživy organismu, který vede ke snížené tělesné hmotnosti. Komoňová (2010) udává, že malnutrici lze označit jako špatný stav výživy, kdy se může jednat o obezitu, podvýživu, nebo karenci. Nejčastěji tento pojem spojujeme s podvýživou. Pro zjišťování malnutrice ve zdravotnických zařízeních používáme hodnotící tabulky zvané „Hodnocení nutričního stavu pacienta“. Toto screeningové vyšetření se zaměřuje na pacientův stav, problémy, kterými pacient trpí (bolest břicha, nechutenství), dále věk, porci, kterou sní a faktor stresu, který ho může ohrožovat. Každé zařízení využívá různé screeningové vyšetření. Ve vyšším věku bývá malnutrice často nepoznána a neléčena. Může vést ke vzniku vyšší mortality a nákladné ošetrovatelské péči (Topinková, 2005; Pokorná a kol., 2013).

Dle Topinkové (2005) můžeme klasifikovat malnutrici na 3 stupně dle závažnosti. Jako první je lehká, klinicky nevýznamná malnutrice kdy pokles hmotnosti je asi 10 % z původní hmotnosti za 6 měsíců. Dalším stupněm je středně závažná malnutrice, kdy je snížení tělesné hmotnosti 10 % a více z původní hmotnosti a je znatelný pokles podkožního tuku, ale pacient nemá žádné funkční poruchy. Třetím stupněm je těžká malnutrice, kdy je pokles hmotnosti o 15 % a více, je znatelný úbytek podkožního tuku, svalová síla je omezená, jsou přítomné otoky, špatně se hojí rány, člověk nemá sílu.

Při těžké malnutrici podává sestra dle ordinace lékaře zvláštní nutriční podporu. Můžeme do ní zařadit perorální podání, které je dle Topinkové (2005) takzvanou cestou první volby. Doporučuje se tzv. sipping (popíjení). Další možností je zavedení nazogastrické sondy, které umožňuje jednorázové podání rozmixované kuchyňské stravy, nebo různých firemně připravených přípravků (Nutrison). Enterální sonda vyžaduje kontinuální podávání speciálně připravených přípravků pro toto použití.

U dlouhodobé léčby lékař může indikovat perkutánní endoskopickou gastrostomii (PEG), nebo jejunostomii (PEJ). Dalším podáním stravy při těžké malnutrici může být podání parenterální, které se aplikuje do periferní, nebo centrální žíly (dle složení). Je však určeno pro krátkodobé použití (Kalvach, Čeledová, Holmerová, Jirák a kol., 2011).

1.5 Sebepéče

Sebepéče je schopnost starat se o své zdraví bez pomoci lékaře, či jiného zdravotnického personálu. Posuzování stavu pacienta je součástí každého příjmu pacienta do zdravotnické organizace (Schuler; Oster, 2010). Nejdůležitější je u pacienta zjistit, jak se zvládne obstarat, zda si sám, bez pomoci dojde na WC, obleče se, nají se, zvládne chůzi po chodbě atd. Dorothea Elizabeth Oremová navrhla ošetrovatelský model na podporu sebepéče samotného pacienta. Každý pacient by se měl o sebe postarat, i když je jeho stav zhoršený. K hodnocení soběstačnosti se používá mnoho hodnotících škál, které slouží k poznání úrovně sebepéče. K neznámějšímu hodnocení úrovně soběstačnosti patří test dle Barthela (Hudáková a Majerníková, 2013).

1.5.1 Deficit sebepéče

Model deficitu sebepéče poprvé uvedla Dorothea Elizabeth Oremová. Jde o model ošetrovatelství dle Oremové, který je zaměřen na sebepéči při uspokojování potřeb pacienta. Pokud nejsou uspokojeny potřeby pacienta, vzniká deficit sebepéče. Nastává v situaci, kdy není možné nějakou z potřeb uspokojit. Jde hlavně o pacienty, které mají sníženou soběstačnost. Když nastane tato situace, musí ošetrovatelskou péči řídit sestra. Pro tuto situaci Oremová určila tři systémy. První systém je podpůrně – výchovný, který nastává, když se pacient učí sebepéči, sestra ho edukuje a pomáhá mu. Druhý systém je částečně kompenzující, ve kterém sestra aktivně spolupracuje s pacientem. Pacient některé činnosti koná sám, s jinými mu zase pomáhá sestra. Třetí systém je plně kompenzující, v němž je pacient zcela závislý na ošetrovatelské péči (Halmo, 2014).

Pro posouzení a diagnostiku ošetrovatelské péče musíme posoudit předpokládané faktory, provedeme diagnostiku, posoudíme stupeň a požadavky na sebepéči pacienta, stanovíme deficit sebepéče, metody pomoci, atd. K posouzení deficitu sebepéče využívá

sestra screeningové testy dle Barthela a Test instrumentálních všedních činností (IADL – Instrumental Activity of Daily Living); (Venglářová, 2007).

Sestra by měla zhodnotit pacientův stav, zjistit, zda si dokáže vykonat běžné všední činnosti sám, nebo zda bude potřebovat dopomoc či úplnou pomoc. Při ranní a večerní hygieně nabídne sestra doprovod do koupelny, či donese umyvadlo k lůžku. Pokud pacient není schopný, obstará mu kompletní koupel na lůžku či v koupelně. Dále mu pomáhá při podávání stravy, ať už dopomocí, či celkovým krmením. Pacienty se sníženou soběstačností však učíme, aby se jim znovu navrátila schopnost sebepečce a mohli se o sebe postarat sami (Venglářová, 2007).

1.6 Komunikace se seniorem

Stárnutí populace je nevratné, avšak seniorů přibývá a my se budeme ve společnosti s touto věkovou skupinou čím dál více setkávat. Podmínkou pro dobrou péči je správné rozeznání potřeb seniorů, kdy je důležitá správná komunikace s pacientem, ale i jejich rodinou (Pokorná, 2010). Komunikace je nezbytnou podmínkou fungování mezilidských vztahů. Každá sestra by měla být nejenom schopna rozpoznat potřeby seniorů, ale také o nich s pacienty vhodně hovořit. Pro kvalitní ošetrovatelskou péči je tedy hlavním předpokladem účinná komunikace. Od sestry se očekávají nejen odborné vědomosti, ale i dobrá komunikativnost, trpělivost, empatie, a také schopnost naslouchat. Sestra může komunikovat jak verbálně, tak neverbálně (Venglářová, 2007).

Pro vytvoření vztahu mezi sestrou a pacientem je důležitá vzájemná důvěra, empatie a schopnost naslouchat. V komunikaci s jakýmkoliv pacientem by neměly chybět posilující prvky chování a jednání, které lidem zvyšují jejich životní hodnotu. To znamená pozdrav, odpovídání na pozdrav, všímání si pacienta, vyjádření pochvaly nebo například lidský přístup. Tyto prvky se mohou odrazit ve zpětné vazbě ve vztahu sestra – pacient (Poledníková, 2006).

1.6.1 Bariéry v komunikaci se seniory

V důsledku společenských problémů spojených se zvyšujícím se věkem, jak fyzických, tak psychických funkcí, zde máme ještě problémy v komunikaci se seniory. Dle Pokorné (2010) tyto komunikační problémy můžeme rozdělit na vnitřní (interní) a

vnější (externí). Do interních bariér komunikace můžeme zařadit neschopnosti jedince a jeho zdravotního stavu. Může to být obava z neúspěchu, strach, zlost, nepřípravenost, nebo také nemoc. Externí, neboli vnější bariéry, jsou dány zevním prostředím, jeho uspořádáním. Mohou to být vyrušení jinou osobou, hlučné projevy, rozptylování nebo neschopnost naslouchat. Abychom seniorům dobře rozuměli, měli bychom využívat takzvané zpětné vazby. To znamená, že bychom měli zopakovat, co nám senior řekl. Zabráníme tím dalším problémům. V rámci komunikace se mohou také objevit obtíže z důvodu nezapamatování si komunikačního obsahu. Neschopnost zapamatovat si sdělený obsah, opakování dotazů, netrpělivost, vymyšlení si pak můžeme zařadit mezi nejčastější problémy v komunikaci. (Pokorná, 2010)

1.6.2 Ageismus v ošetrovatelství

Ageismus je společensky nebezpečná věková diskriminace, která určuje rozdílné charakteristiky i lidskou hodnotu. Toto označení lze odvodit z anglického slova age (věk, stáří). Jednoznačná definice ageismu neexistuje. Ageismus je charakteristický vyřazením starších lidí ze společnosti. Ageismus lze často najít i v ošetrovatelské péči. Pokorná (2010) uvádí, že se v ošetrovatelské péči ageismus vyskytuje více než v běžném životě. Ageismus představuje v ošetrovatelství velký problém, protože snižuje kvalitu života pacientů, jejich sebedůvěru a sebevědomí. Dle Pokorné (2010) mezi nejčastější projevy ageismu řadíme: omezení diagnosticko-terapeutické péče, ovlivňování v rozhodování o následné péči, nereálné hodnocení schopností seniora, neadekvátní sociální interakci (devalvace, elderspeak – eticky nevhodné hovoření o starých lidech a se starými lidmi), infantilizaci (používání zdrobnělin, čtení pohádek), nesprávnou identifikaci potřeb, nejistotu při poskytování péče, nedostatečnou organizaci ošetrovatelských činností. Ke snížení ageismu výrazně přispívá vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti geriatric a gerontologie, organizování různých konferencí a seminářů (Pokorná, 2010).

1.7 Násilí na seniorech

Poslední dobou můžeme pozorovat zvýšený výskyt násilí na lidech. Stále častější případy násilí potvrzují špatné chování vůči starším lidem, kteří se stávají oběťmi násilí,

či dokonce trestných činů. Senioři toto násilí často zatajují, protože se bojí. Ať už je to stud, či jiný způsob strachu. Senioři patří obecně ke snadné kořisti v oblasti kriminality. Ve zdravotnickém zařízení často dochází k náhodnému odhalení tohoto trestného činu (návštěva lékaře). Přesná čísla špatného zacházení se seniory neexistují, odhaduje se však asi 3-5% (Příbyl, 2015; Haškovcová, 2010). O zneužívání hovoříme tehdy, když se od člověka vyžaduje více fyzické, psychické i ekonomické podpory, než je schopný daný člověk poskytnout. Zanedbávání vzniká při deficitu péče, rodinné podpory a citových vztahů. O týrání hovoříme, když se u člověka objeví různé poškození či poranění v oblasti fyzické, psychické a společenské (Poledníková, 2006).

Příbyl (2015) uvádí pět hlavních typů špatného zacházení s osobami vyššího věku. Jde o zkratku EAN (Elder Abuse and Neglect). Prvním typem je fyzické ubližování, při němž dochází ke způsobování bolesti nebo zranění. Druhým typem je psychické a citové týrání, které můžeme definovat jako duševní utrpení. Může se projevovat křičením, agresivním chováním, zastrašováním, lhaním, ignorováním či ponižováním (Příbyl, 2015). Třetím typem je finanční zneužívání, které chápeme jako užívání majetku nebo finančních prostředků bez souhlasu seniora (Venglářová, 2007). Dalším zneužíváním je sexuální, což může být jakýkoliv sexuální kontakt, který není dobrovolný a zneužívaný se musí podrobovat sexuálním praktikám, znásilnění, nebo nedobrovolnému sexu. Lze jej rozdělit na kontaktní a nekontaktní. Pátým typem je zanedbávání. Jde o vědomý či nevědomý pokus způsobit pacientovi potíže. Nejčastěji se jedná o neposkytování potravy, špatný komfort, nedostatečnou lékařskou péči či nedostatečné ošacení. Mezi situace, které podporují vznik násilí u seniorů, můžeme řadit izolovaného seniora, nedostatek sebedůvěry, nebo dlouhodobé onemocnění. Pokud má senior podporu v jeho okolí, zvyšuje se pravděpodobnost, že bude schopen tento problém s násilím vyřešit (Venglářová, 2007).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

- 1.) Vyhodnotit spokojenost pacientů s poskytnutou péčí.
- 2.) Vyhodnotit výskyt pádů u pacientů ve sledovaném období 2012 – 2015.
- 3.) Určit nejčastější příčinu pádů u sledované skupiny pacientů.

2.2 Hypotézy

- 1.) Hodnocení podaných informací sestrou se mění v závislosti na vzdělání pacientů
- 2.) Výskyt pádů se ve sledovaném období snížil.
- 3.) Nejčastější příčina pádů je uklouznutí ve sprše.
- 4.) Závažnost zranění pacientů se mění v závislosti na čase pádu

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

K dosažení cílů práce a daných hypotéz byl použit kvantitativní výzkum pomocí dotazování, technikou řízených rozhovorů. Výzkumné šetření probíhalo v období 25. 3 – 6. 4. 2016. Před zahájením výzkumného šetření byl osloven management nemocnice a získán souhlas s výzkumným záměrem (viz příloha 5).

Pro vyhodnocení spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí byla použita modifikovaná verze standardizovaného dotazníku, který byl vytvořen v rámci projektu Kvalita Očima Pacientů (2010). Řešitel tohoto projektu RNDr. Tomáš Raiter vyslovil souhlas s použitím upravené verze dotazníku (viz příloha 6).

Vyhodnocení pádů bylo realizováno prostřednictvím retrospektivní analýzy hlášení pádů za rok 2012-2015. V rámci hlášení pádů byly sledovány tyto ukazatele: rok pádu, místo pádu, čas pádu, přítomnost jiné osoby, druh zranění, příčina pádu, druh ošetření, duševní stav, smyslové bariéry a věk.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili pacienti, kteří byli hospitalizováni v Masarykově sanatoriu Dobříš. Pro výzkumné šetření byla oslovena Lenka Muzikářová, hlavní sestra Masarykova sanatoria. Bylo osloveno 98 pacientů, kteří byli hospitalizováni ve sledovaném období, z toho byli 3 pacienti vyřazeni z důvodu nedostatečného nasycení dat v dotazníku týkající se spokojenosti pacientů. návratnost dotazníků byla 96,9 %. Řízené rozhovory probíhaly pouze v sanatoriu, kde jsem osobně s každým pacientem vyplnila dotazník týkající se spokojenosti s poskytovanou péčí.

Retrospektivní analýzu hlášených pádů za rok 2012 – 2015 jsem vyhodnocovala sama, údaje o pádech mi poskytla hlavní sestra sanatoria.

Retrospektivní analýza pádů pacientů za sledované období 2012 - 2015 obsahuje 854 hlášených pádů v období 2012 – 2015.

3.3 Způsob statistického zpracování dat

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovávány v programu Microsoft Office EXCEL 2016, Microsoft Word 2016 a pomocí statistických metod (software SPSS). Získaná data byla zpracovávána pomocí chí kvadrátu, znaménkového schématu, metody ANOVA a statistického testu F. Tato data umožnila sledovat signifikantní vztahy v kontingenčních tabulkách. U všech testů byla hranice pro hladinu významnosti stanovena na hodnotě 5% ($\alpha=0,05$).

4 VÝSLEDKY

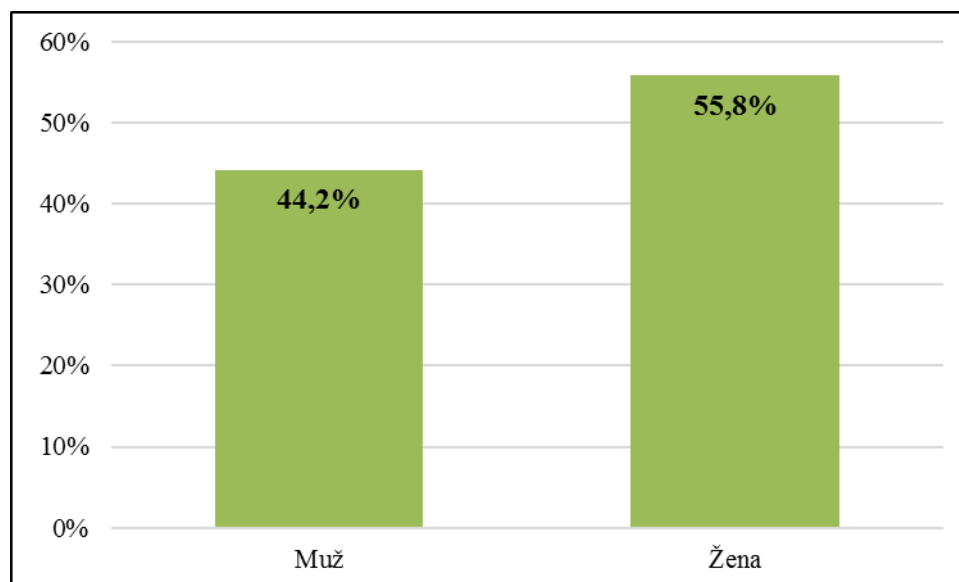
4.1 Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí (popisná statistika)

Tabulka 1 Věk respondentů (průměrné hodnoty)

	Počet pacientů	Minimální věk	Maximální věk	Průměrný věk	Směrodatná odchylka
Celkem	95	61	91	74,6	6,182

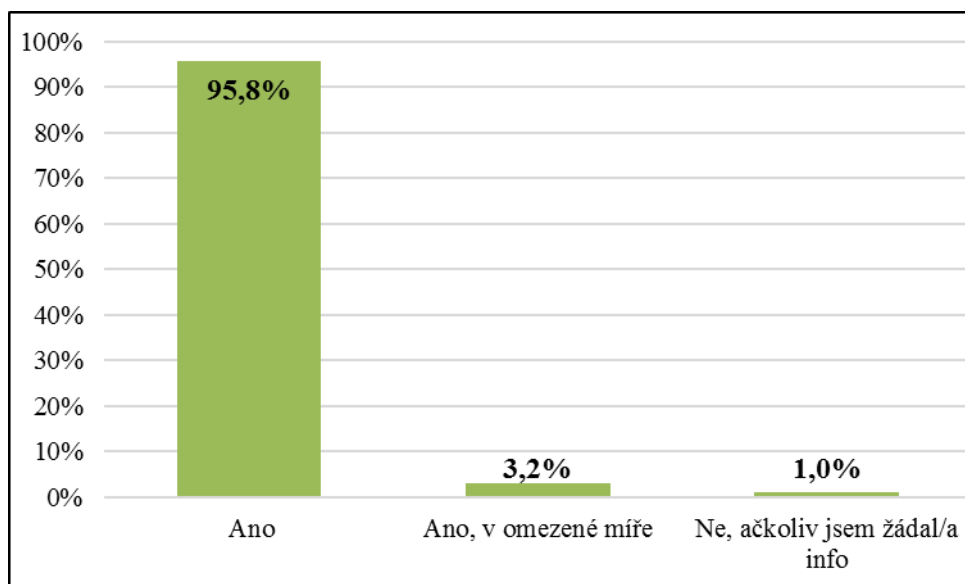
Z celkového počtu 95 pacientů (100 %) bylo nejmladšímu respondentovi v době výzkumu 61 let a nejstaršímu 91 let. Průměrný věk oslovených pacientů byl 74,6 let.

Graf 1 Pohlaví pacientů



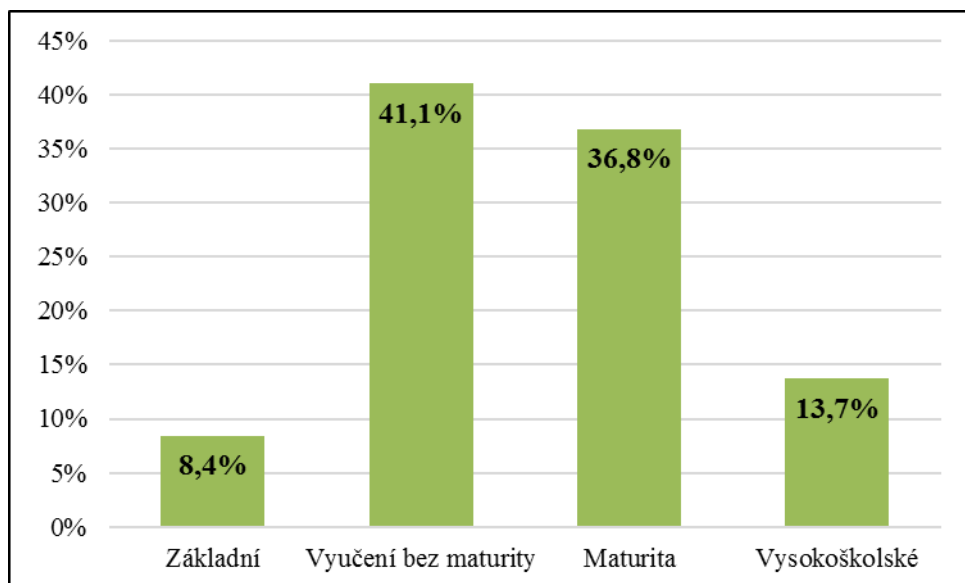
Z celkového počtu 95 (100 %) oslovených pacientů je 42 mužů (44,2 %) a 53 žen (55,8 %).

Graf 2 Dostatek informací o zdravotním stavu při přijetí



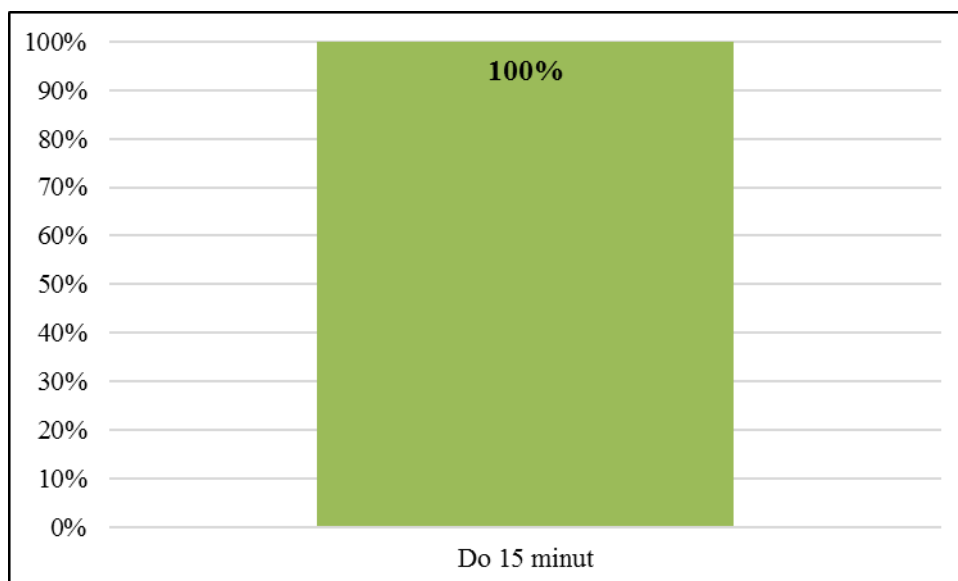
Z celkového počtu 95 respondentů (100 %) 91 pacientů odpovědělo, že dostalo při přijetí dostatek informací o svém zdravotním stavu a průběhu léčby (95,8 %). Další 3 pacienti odpověděli, že dostali informace v omezené míře (3,2 %) a pouze jeden pacient odpověděl, že nedostal informace, ačkoliv o ně žádal (1 %).

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



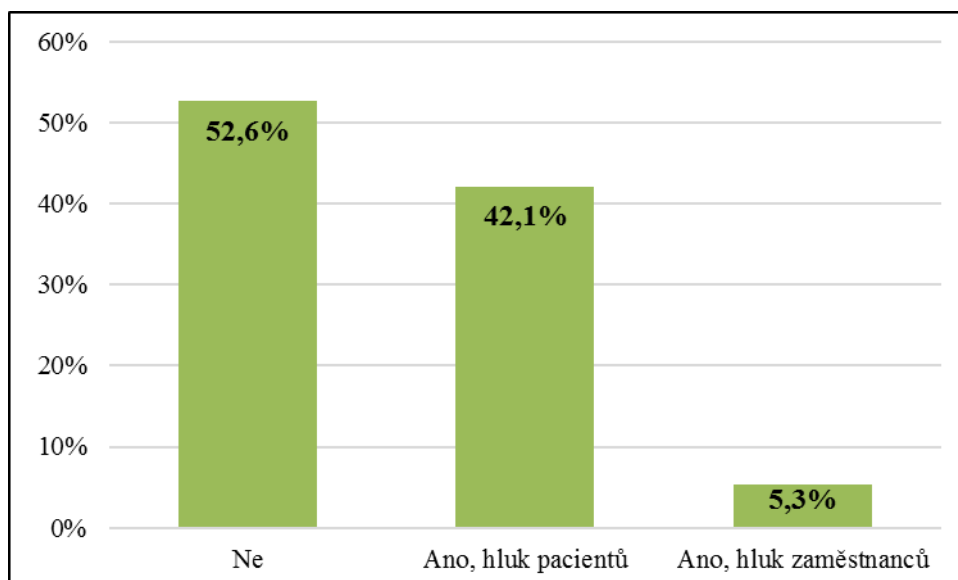
Z celkového počtu 95 (100 %) respondentů odpovědělo 8 pacientů (8,4 %), že má pouze základní vzdělání, bez vyučení. Nejvíce pacientů 39 (41,1 %) odpovědělo, že je vyučeno bez maturity, dalších 35 pacientů (36,8 %) má maturitu a 13 (13,7 %) pacientů je vysokoškolsky vzdělaných.

Graf 4 Čekání na lůžko při přijetí



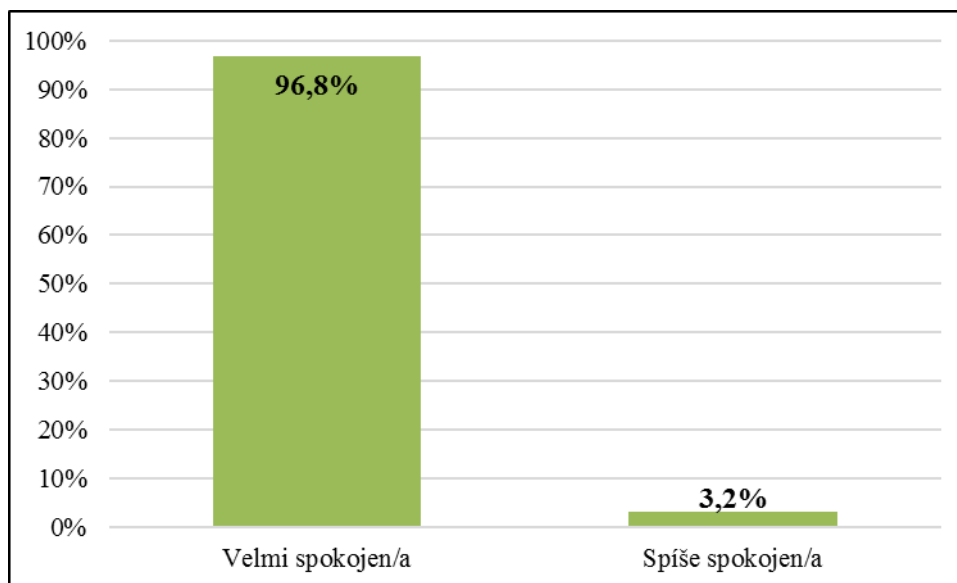
Všech 95 oslovených pacientů bylo přijato na oddělení z příjmové ambulance do 15 minut (100 %).

Graf 5 Rušení pacientů v noci



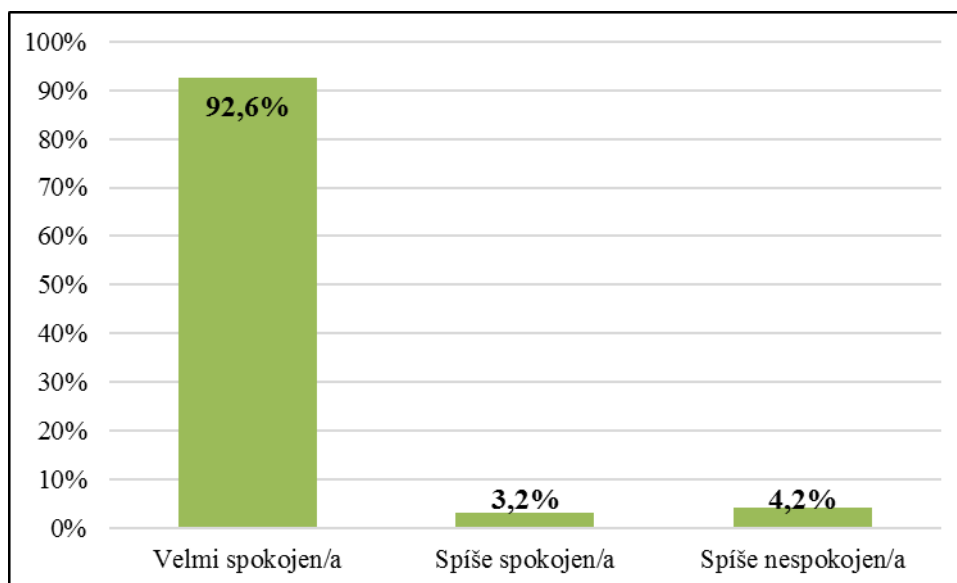
Z celkového počtu 95 respondentů (100 %) odpovědělo 50 pacientů (52,6 %), že je nic neruší v nočních hodinách, hluk ostatních pacientů ruší 40 pacientů (42,1 %) a hluk zaměstnanců tohoto zařízení ruší v noci 5 pacientů (5,3 %).

Graf 6 Spokojenost respondentů s čistotou pokojů



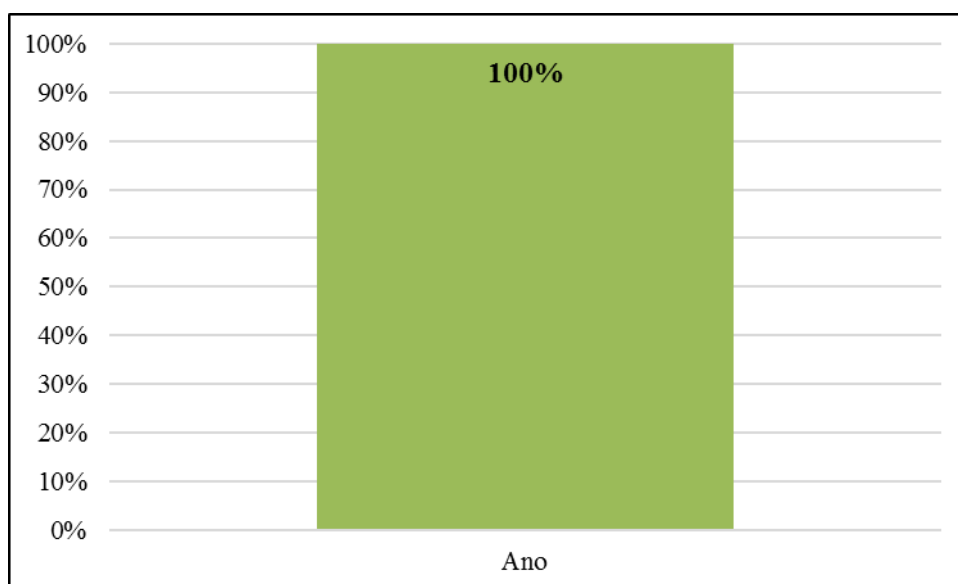
Z celkového počtu 95 respondentů (100 %) jich většina 92 (96,8 %) odpověděla, že jsou velmi spokojeni s čistotou pokojů. Pouze 3 (3,2 %) odpověděli, že jsou spíše spokojeni.

Graf 7 Spokojenost respondentů s čistotou toalet a sprch



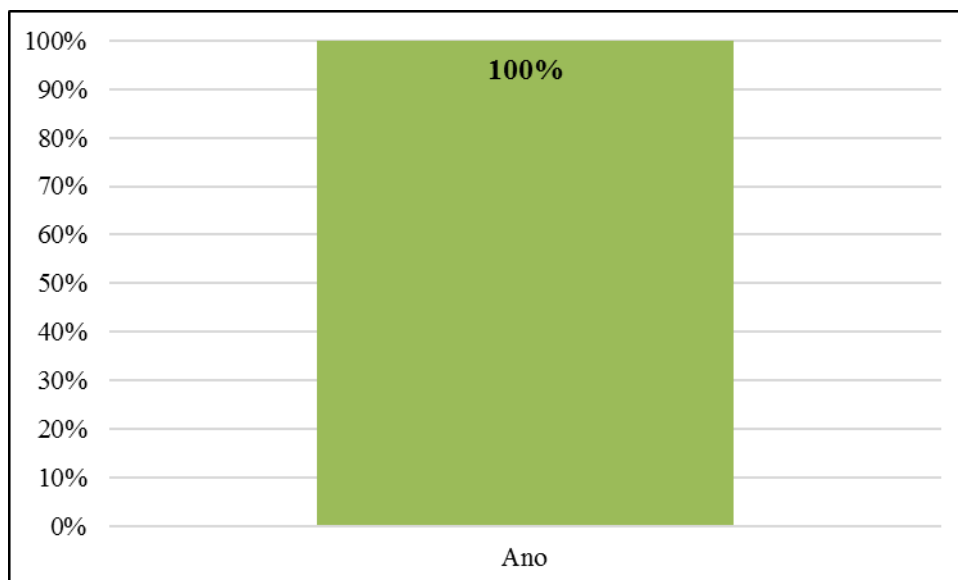
Z celkového počtu 95 respondentů (100 %) odpovědělo 88 pacientů (92,6 %), že je spokojeno s čistotou toalet a sprch, 3 pacienti (3,2 %) jsou spíše spokojeni a 4 pacienti (4,2 %) jsou spíše nespokojeni s čistotou sprch a toalet.

Graf 8 Spokojenost respondentů s teplotou v pokoji



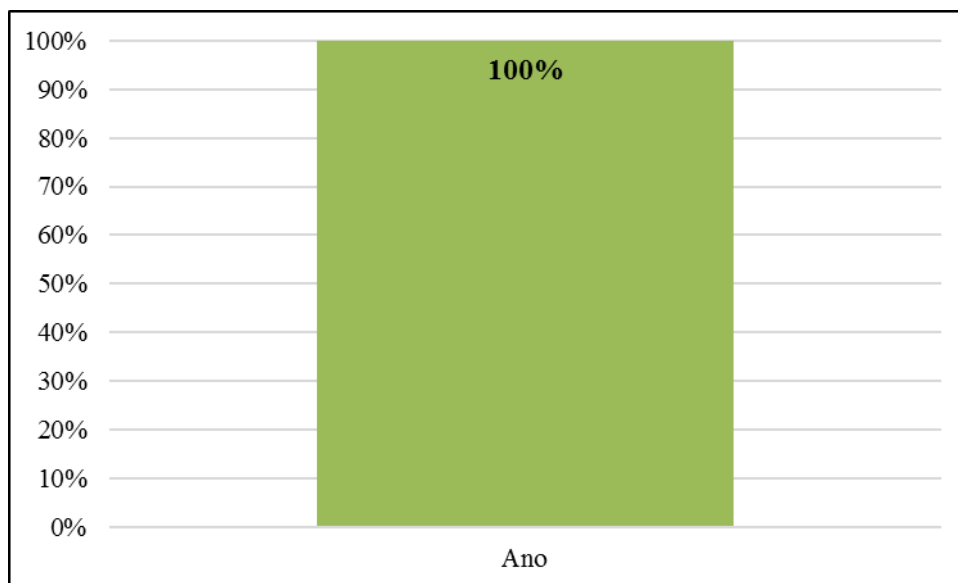
Všech 95 respondentů (100 %) bylo spokojeno s teplotou na pokoji.

Graf 9 Spokojenost respondentů s dobou ranního buzení



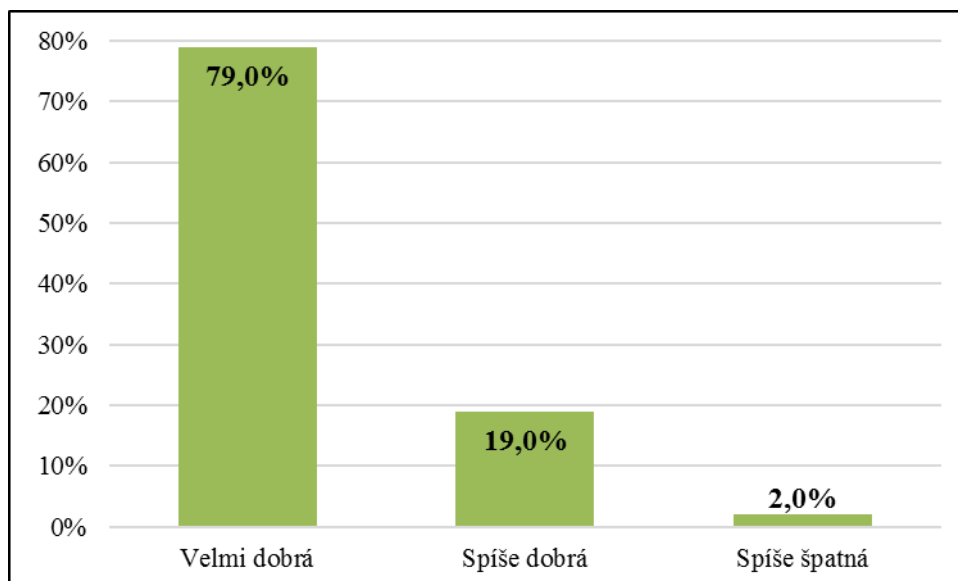
Všem 95 pacientům (100%) vyhovovala doba ranního buzení.

Graf 10 Spokojenost respondentů s dobou návštěv



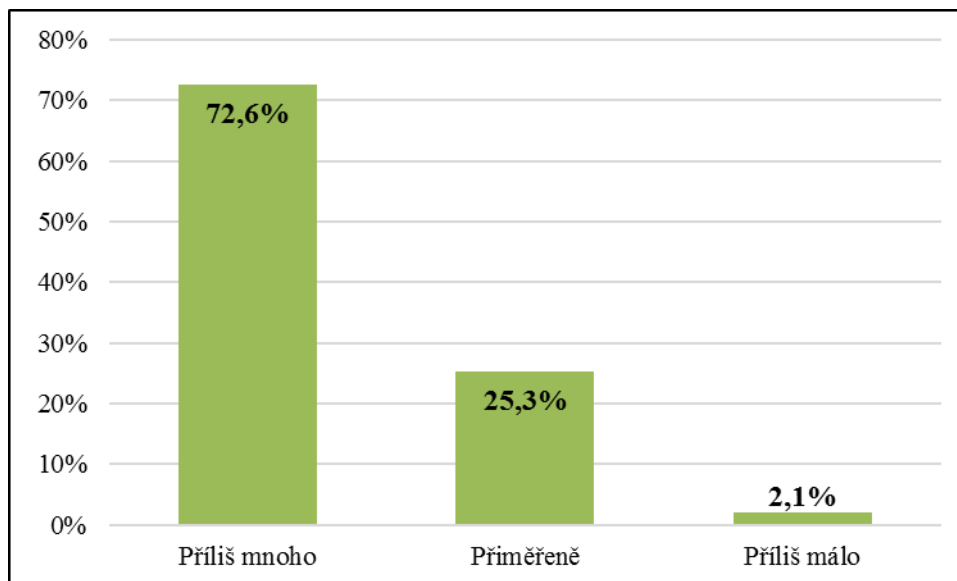
Všech 95 respondentů (100%) bylo spokojeno s dobou návštěv.

Graf 11 Spokojenost respondentů s kvalitou jídla



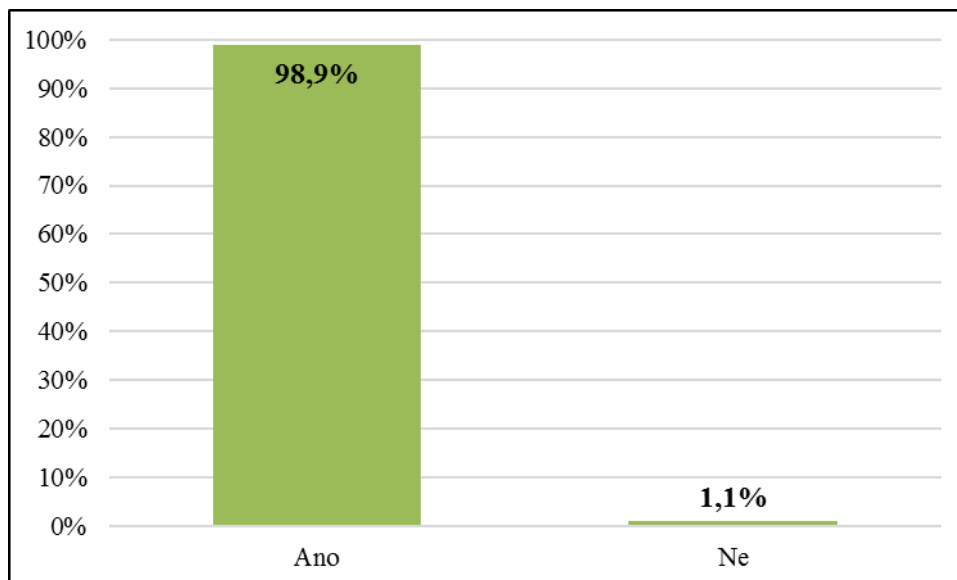
Z celkového počtu 95 respondentů (100 %) odpovědělo 75 pacientů (79 %), že kvalita jídla je velmi dobrá, dalších 18 pacientů (19 %) odpovědělo, že kvalita jídla je spíše dobrá a 2 pacienti (2 %) jsou s kvalitou jídla nespokojeni, tudíž odpověděli, že kvalita jídla byla spíše špatná.

Graf 12 Spokojenost respondentů s množstvím jídla



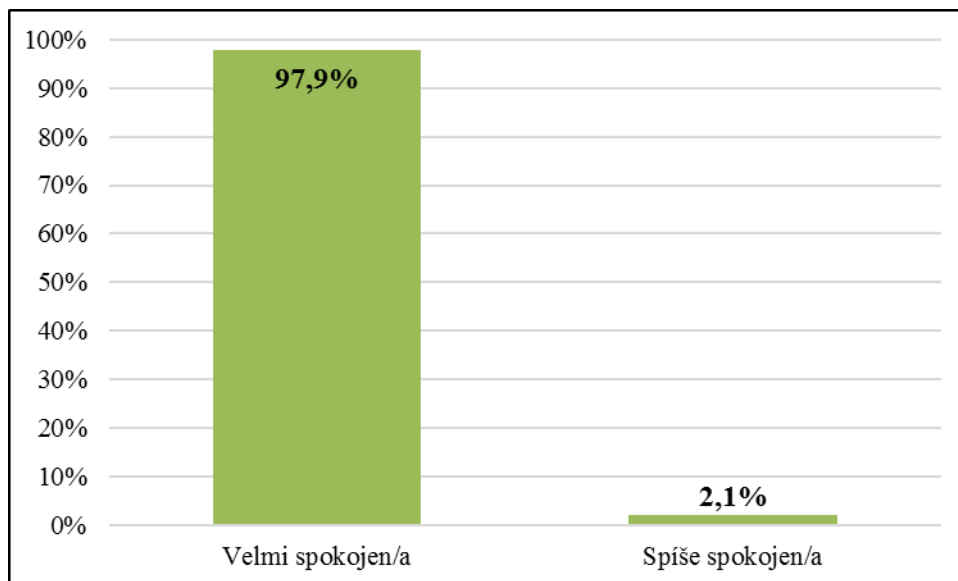
Z celkového počtu 95 (100%) respondentů odpovědělo 69 pacientů (72,6%), že dostává příliš mnoho jídla, 24 pacientů (25,3%) si myslí, že dostává přiměřené množství a 2 pacienti (2,1%) tvrdí, že dostávají příliš malé množství jídla.

Graf 13 Spokojenost respondentů s dobou podávání jídel



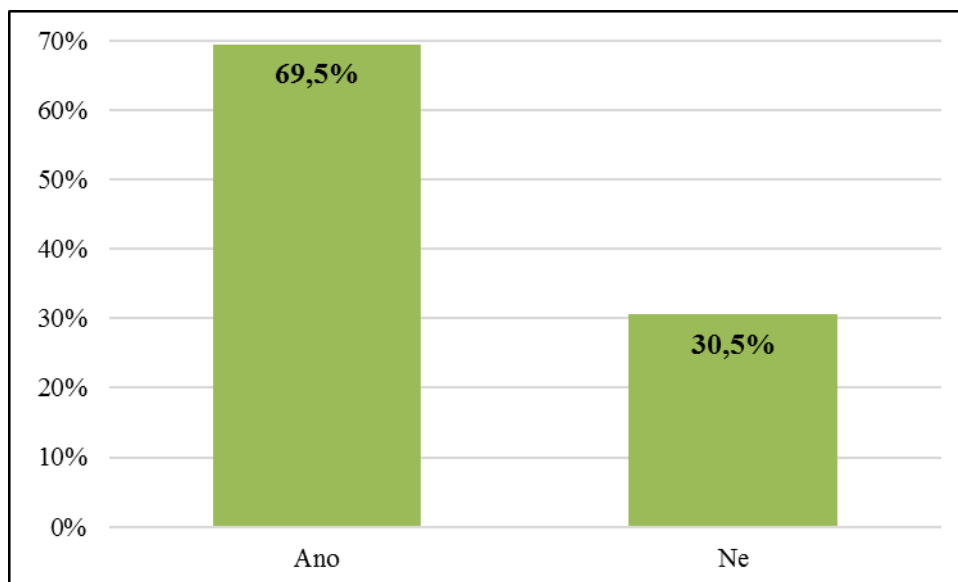
Z celkového počtu 95 pacientů (100%) odpovědělo 94 pacientů (98,9%), že spokojeno s dobou podávání stravy. Pouze jeden pacient (1,1%) je s dobou podávání jídla nespokojen.

Graf 14 Spokojenost respondentů se službami v zařízení



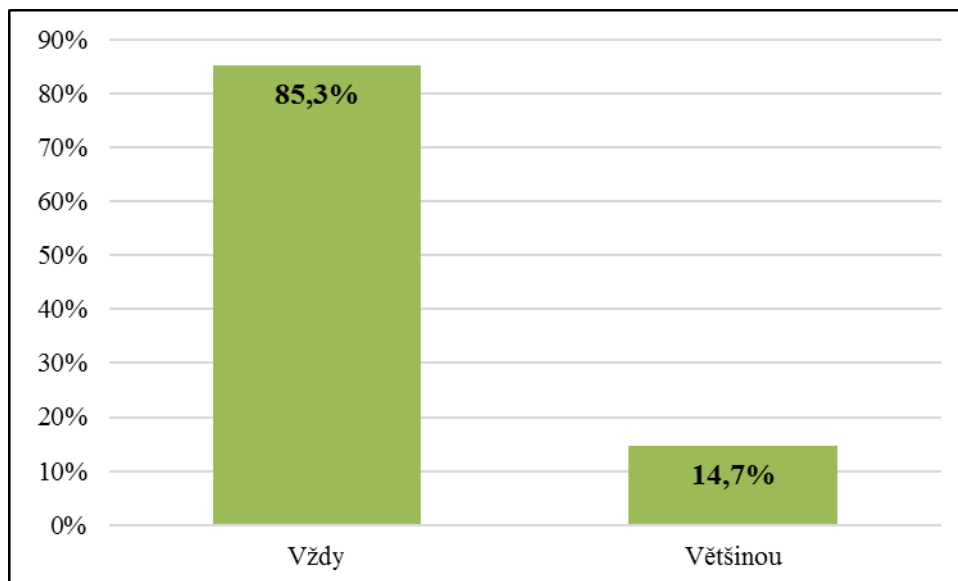
Z celkového počtu 95 respondentů (100%) odpovědělo 93 (97,9%), že jsou velmi spokojeni se službami poskytovanými v zařízení, pouze 2 pacienti (2,1%) odpověděli, že byli spíše spokojeni.

Graf 15 Pády pacientů z lůžka



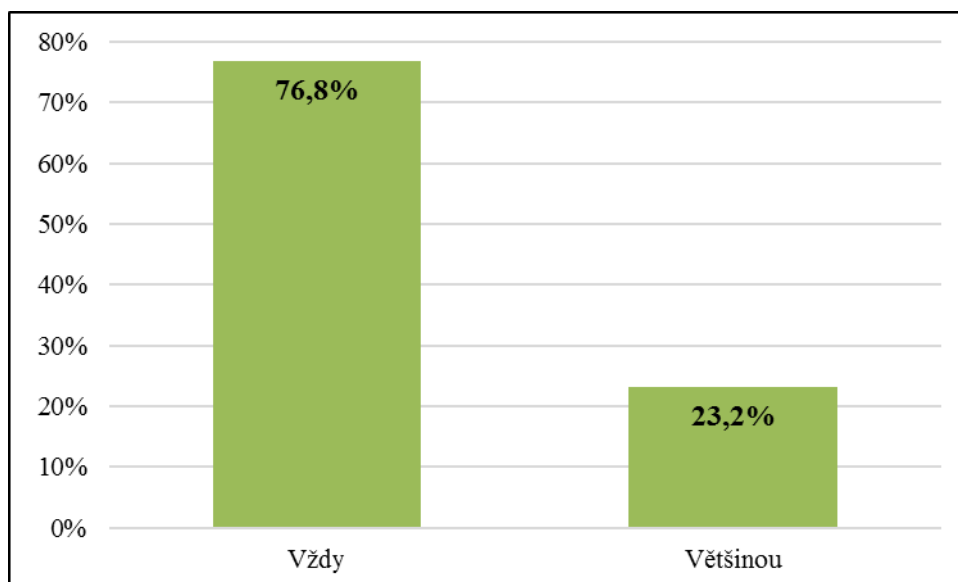
Z celkového počtu 95 respondentů (100%) odpovědělo 66 pacientů (69,5%), že spadlo z lůžka a dalších 29 pacientů (30,5%) z lůžka nespadlo.

Graf 16 Spokojenost respondentů se zodpovídáním dotazů



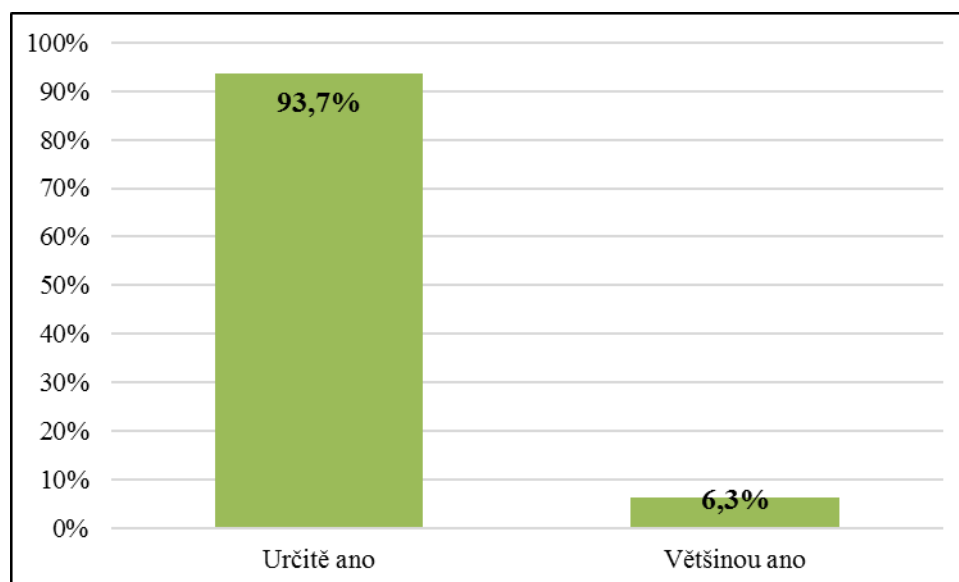
Z celkového počtu 95 respondentů (100%) odpovědělo 81 pacientů (85,3%), že jim sestra vždy odpověděla na položenou otázku a 14 pacientů (14,7%) odpovědělo většinou.

Graf 17 Spokojenost respondentů s komunikací sester při obavách pacientů



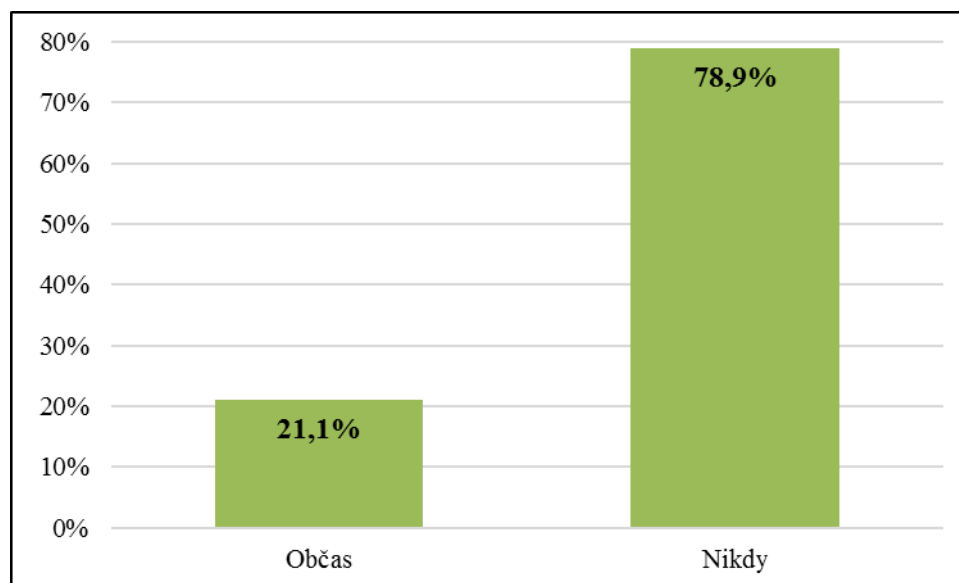
Z celkového počtu 95 pacientů (100%) odpovědělo 73 pacientů (76,8%), že s nimi sestra byla vždy ochotna promluvit, pokud měli nějaké obavy. Dalších 22 (23,2%) pacientů odpovědělo, že s nimi sestra byla ochotna mluvit většinou.

Graf 18 Spokojenost respondentů s důvěrou k sestřám



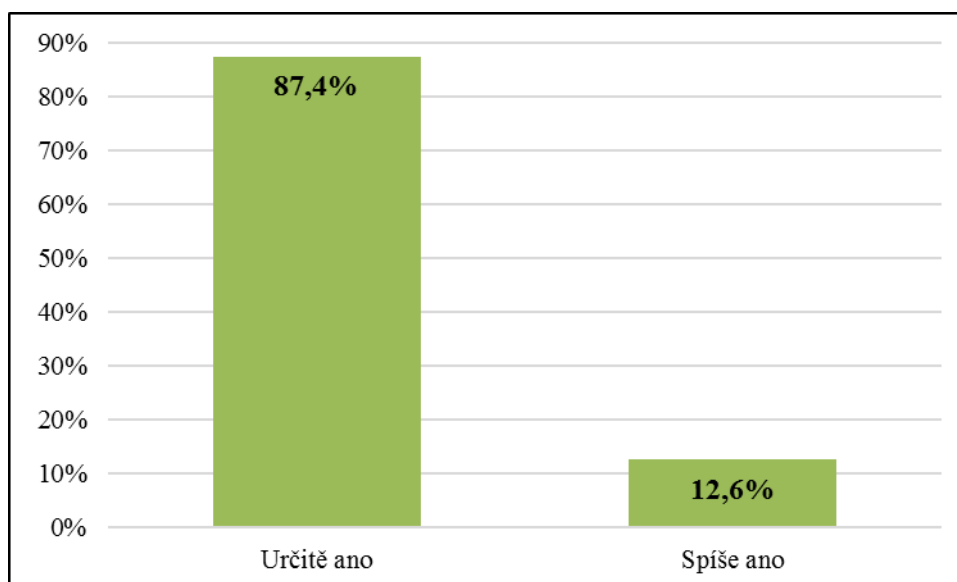
Z celkového počtu 95 respondentů (100%) odpovědělo 89 (93,7%), že zcela důvěřují sestřám, dalších 6 pacientů (6,3%) odpovědělo, že většinou důvěřují sestřám.

Graf 19 Protichůdné informace od sester



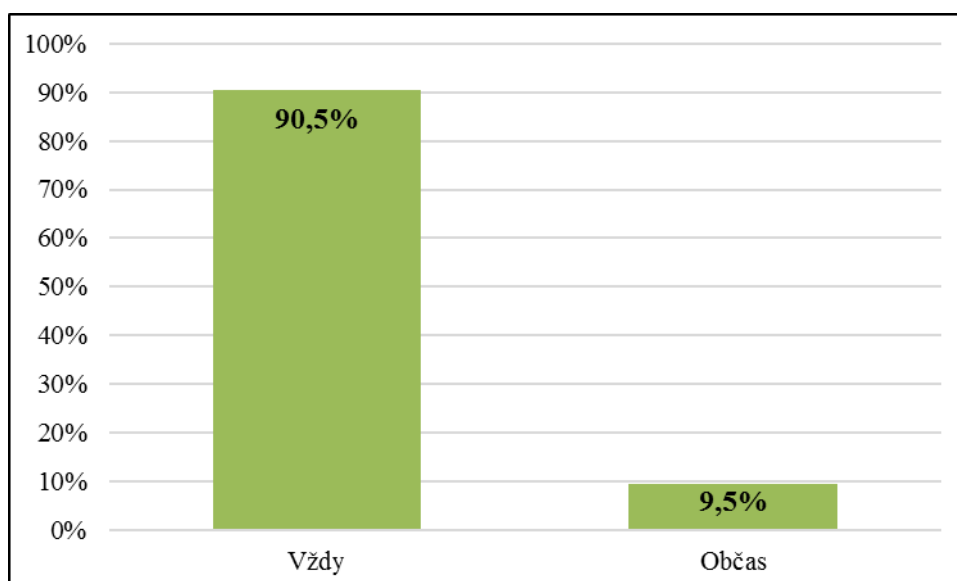
Z celkového počtu 95 respondentů (100%) občas dostává protichůdné informace od sester 20 pacientů (21,1%), dalších 75 pacientů (78,9%) odpovědělo, že nedostalo nikdy protichůdné informace.

Graf 20 Spokojenost respondentů s dosažitelností sester



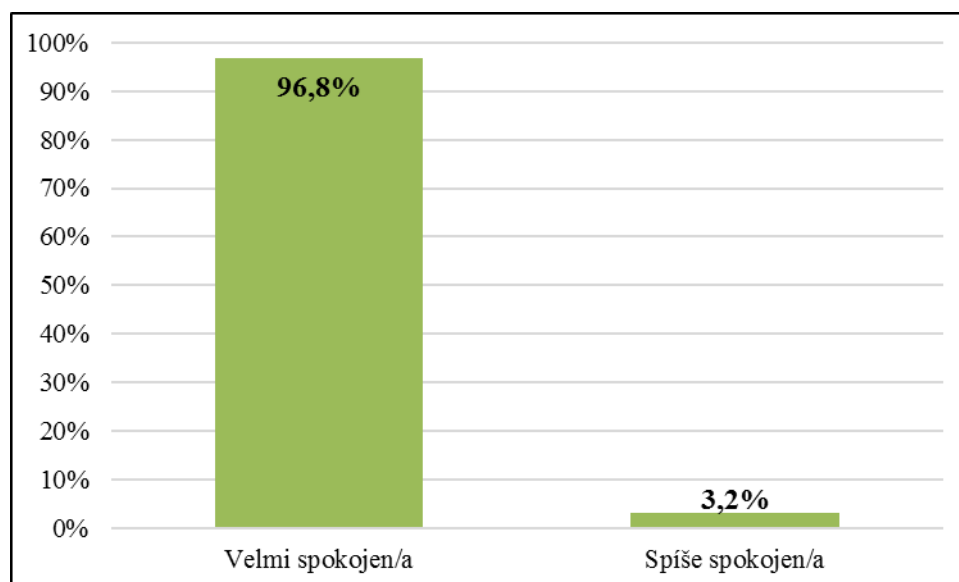
Z celkového počtu 95 respondentů (100%) odpovědělo 83 pacientů (87,4%), že jim určitě vyhovuje dosažitelnost sester a 12 pacientů (12,6%) odpovědělo, že spíše ano.

Graf 21 Dostatek soukromí během léčby a vyšetření



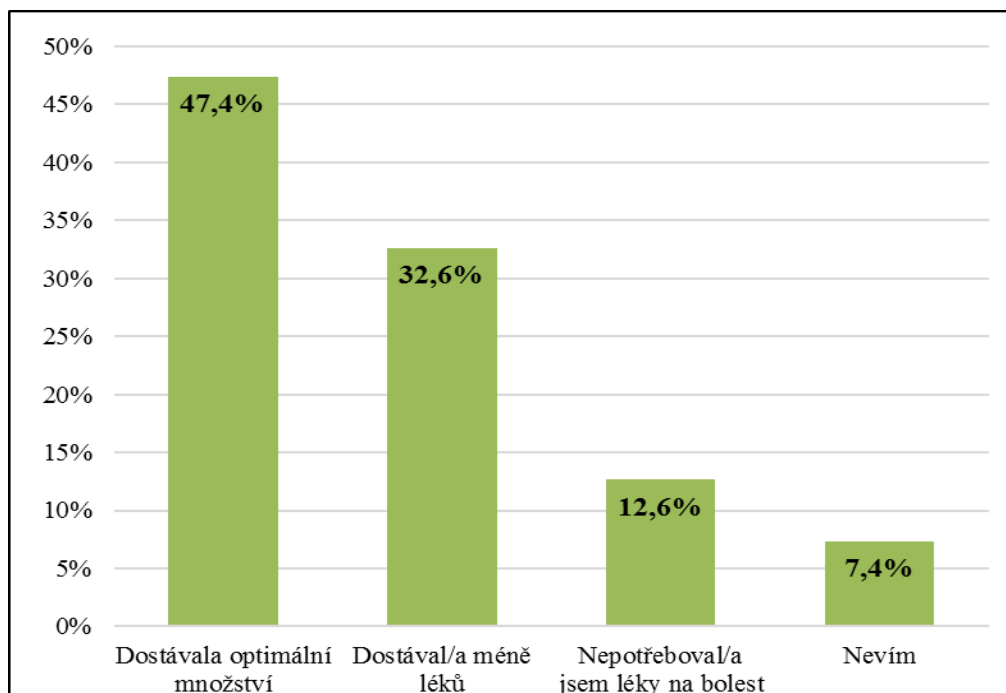
Z celkového počtu 95 respondentů (100%) odpovědělo 86 (90,5%), že mají vždy soukromí během léčby a vyšetření a 9 pacientů (9,5%) odpovědělo, že občas mají dostatek soukromí.

Graf 22 Spokojenost s rychlostí pomoci sester



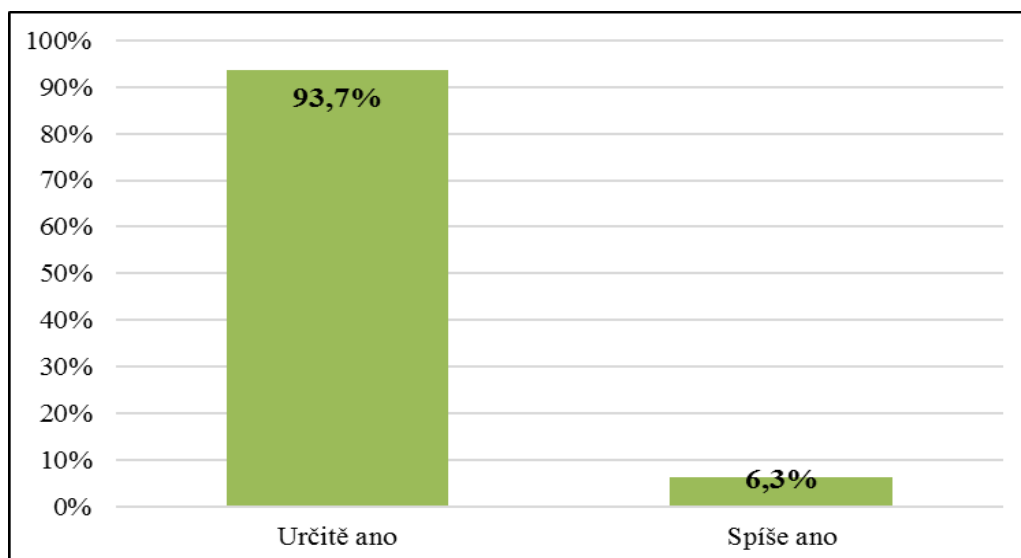
Z celkového množství 95 respondentů (100%) odpovědělo (96,8%), že je velmi spokojeno s rychlostí pomoci od sester, další 3 pacienti (3,2%) odpověděli, že jsou spíše spokojeni.

Graf 23 Množství podávaných analgetik



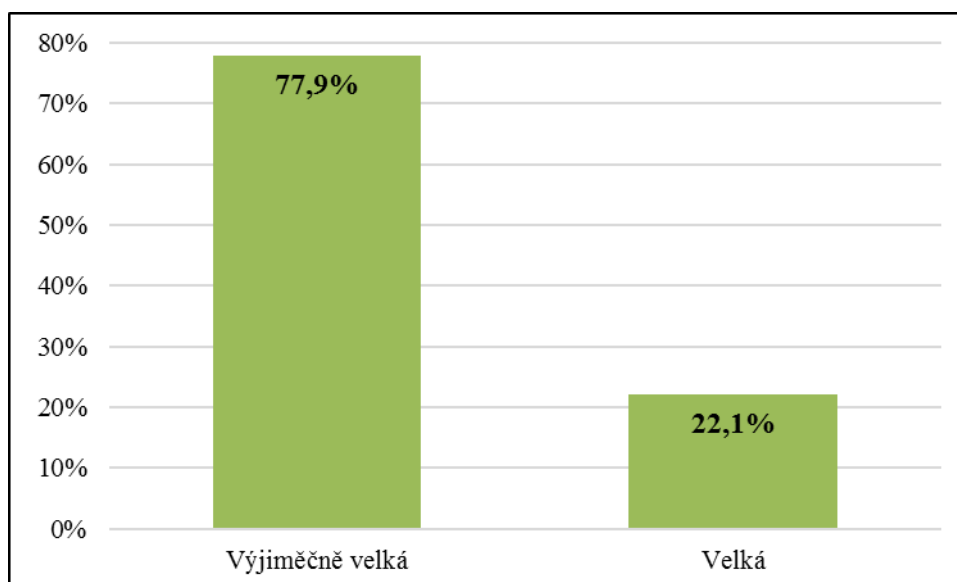
Z celkového množství 95 respondentů (100%) si 45 pacientů (47,4%) myslí, že dostávají optimální množství léků na bolest, 31 (32,6%) míní, že dostávají méně léků na bolest, než potřebují. 12 pacientů (12,6%) nepotřebuje vůbec léky na tlášení bolesti a 7 pacientů (7,4%) neví.

Graf 24 Léčba s úctou a respektem



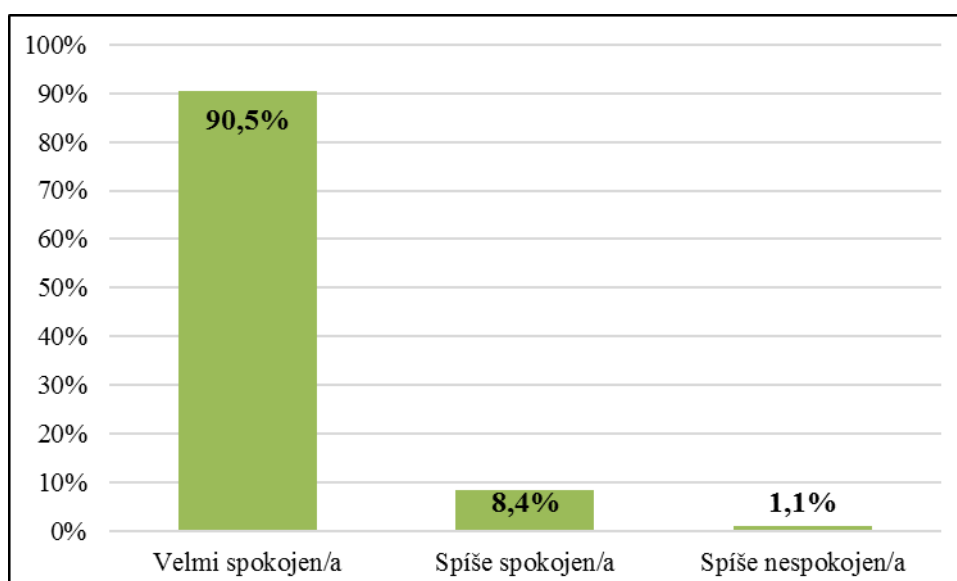
Z celkového množství 95 respondentů (100%) odpovědělo 89 pacientů (93,7%), že jsou určité léčeny s úctou a respektem a 6 pacientů (6,3%), že spíše ano.

Graf 25 Postoj sester k pacientům



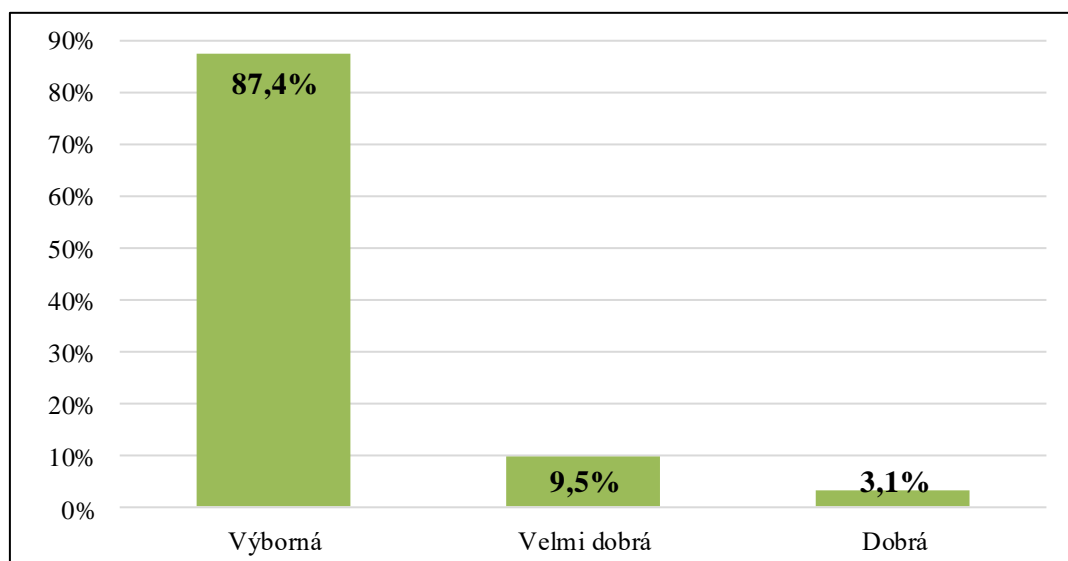
Z celkového počtu 95 respondentů (100%) hodnotilo 74 pacientů (77,9%) pozitivní postoj sester vůči pacientům jako výjimečně velký. Dalších 21 pacientů (22,1%) hodnotilo, že schopnost probudit v pacientovi dobrý pocit je velká.

Graf 26 Zajištění citových a duchovních potřeb



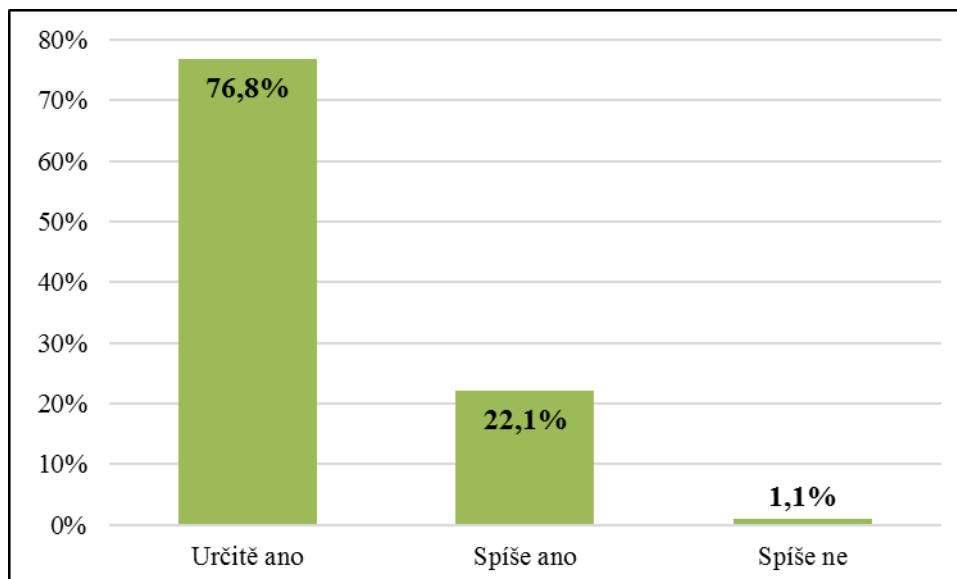
Z celkového počtu 95 (100%) odpověděla většina pacientů 86 (90,5%), že jsou velmi spokojeni se zajištěním citových a duchovních služeb. Spíše spokojených je 8 pacientů (8,4%) a pouze 1 pacient (1,1%) odpověděl, že je spíše nespokojen se zajištěním citových a duchovních služeb.

Graf 27 Celkové hodnocení poskytované péče



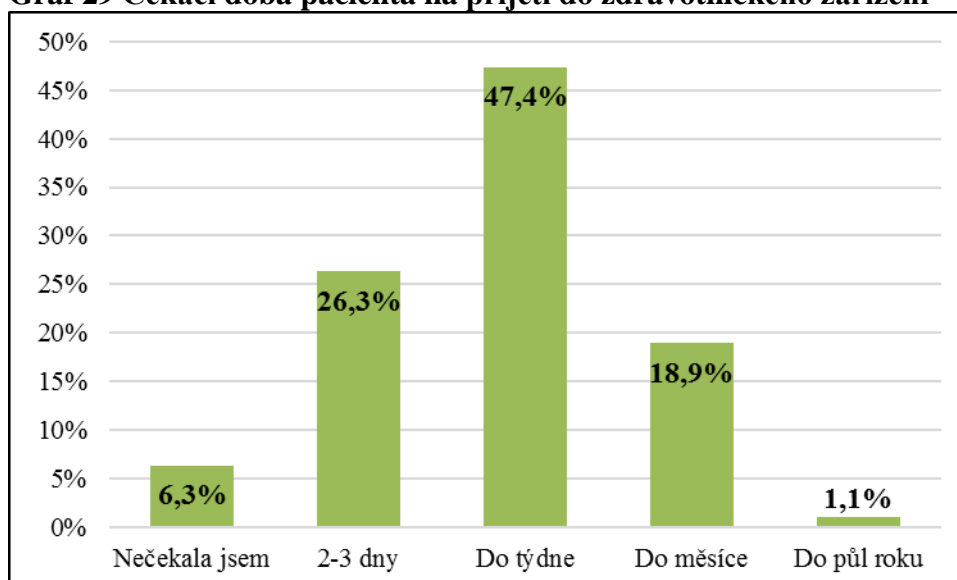
Z celkového počtu 95 respondentů (100%) odpovědělo 83 pacientů (87,4%), že hodnotí poskytovanou péči jako výbornou, dalších 9 pacientů (9,5%) hodnotí tuto poskytovanou péči jako velmi dobrou a 3 pacienti (3,1%) hodnotí tuto péči jako dobrou.

Graf 28 Doporučení tohoto zařízení rodině, či přátelům



Z celkového počtu 95 respondentů (100%) odpovědělo 73 pacientů (76,8%) že by určitě doporučili toto zařízení rodině či přátelům, spíše ano odpovědělo 21 pacientů (22,1%) a pouze 1 pacient (1,1%) by toto zařízení své rodině, ani přátelům nedoporučil.

Graf 29 Čekací doba pacienta na přijetí do zdravotnického zařízení



Z celkového počtu 95 (100%) oslovených pacientů 45 odpovědělo, že jejich čekací doba na přijetí byla do jednoho týdne (47,4 %). Na druhém místě bylo 25 pacientů, kteří čekali pouze 2-3 dny na hospitalizaci do tohoto zařízení (26,3%). Do jednoho měsíce

čekalo 18 lidí (18,9%), dalších šest pacientů bylo přijato k hospitalizaci okamžitě (6,3%). Pouze jeden pacient (1,1%) odpověděl, že na přijetí do zařízení čekal přibližně půl roku.

Tabulka 2 Věk respondentů

Věková skupina	Věk pacientů	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Časné stáří	60-75	59	62%
Sénium	76-89	34	36%
Dlouhověkost	90 a více	2	2%
Celkem		95	100%

Z celkového počtu 95 respondentů (100%) bylo ve věkové kategorii 60 – 75 let 59 pacientů (62%), ve věku 76 – 89 let bylo 34 pacientů (36%) a ve věku 90 let a více byli pouze 2 pacienti (2%). Do tabulky jsem použila klasifikaci stáří dle Poledníkové a kol., 2006.

4.2 Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí (statistické testování)

Tabulka 3 Vzdělání versus hodnocení podání informací sestrou

Nejvyšší dosažené vzdělání		Protichůdné informace od sester		
		Občas	Nikdy	Celkem
Četnosti	Základní	5	3	8
	Odborné bez maturity	35	4	39
	Středoškolské	29	6	35
	Vysokoškolské	6	7	13
	Celkem	75	20	95
Řádková procenta	Základní	62,5%	37,5%	100,0%
	Odborné bez maturity	89,7%	10,3%	100,0%
	Středoškolské	82,9%	17,1%	100,0%
	Vysokoškolské	46,2%	53,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Základní	O	O	
	Odborné bez maturity	+	-	
	Středoškolské	O	O	
	Vysokoškolské	--	++	

Poznámka: Z důvodu nedostatečného počtu odpovědí v kategorii protichůdné informace – (odpověď č. 1 často) byla tato kategorie z testování vyřazena.

Byl testován vztah mezi vzděláním pacientů a podáním informací od sestry. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 12,771$, $df = 3$, $p = 0,005$). Z kontingenční tabulky je zřejmé, že 89,7 % pacientů, kteří mají odborné vzdělání bez maturity, jsou statisticky významně častěji nespokojeni s podáváním informací od sestry, než vysokoškolsky vzdělaní pacienti (46,2 %).

Znaménkové schéma také potvrdilo, že vysokoškolsky vzdělaní pacienti (53,8 %) jsou statisticky významně častěji spokojeni s podáváním informací od sester, než pacienti s odborným vzděláním bez maturity (10,3 %).

Hypotéza 1: Hodnocení podaných informací sestrou se mění v závislosti na vzdělání pacientů, byla potvrzena.

4.3 Retrospektivní analýza pádů za sledované období 2012-2015 (popisná statistika)

Tabulka 4 Rok pádů

Rok pádů	Absolutní četnost	Relativní četnost %
2012	207	24,3%
2013	156	18,3%
2014	278	32,6%
2015	212	24,8%
Celkem	853	100%

Z celkového počtu pádů 853 (100%) utrpělo 207 pacientů (24,3%) pád, v roce 2013 se stalo 156 pádů (18,3 %). V roce 2014 upadlo 278 pacientů (32,6%) a v minulém roce (2015) upadlo 212 pacientů (24,8%).

Tabulka 5 Pohlaví pacientů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Žena	454	53,2%
Muž	399	46,8%
Celkem	853	100%

Z celkového množství 853 pádů (100 %) upadlo 454 žen (53,2%) a 399 mužů (46,8%).

Tabulka 6 Místo pádu

Místo pádu	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Sprcha	478	53,0%
WC	124	11,7%
Chodba	6	7,0%

Pokoj	242	24,3%
Venku	3	4,0%
Celkem	853	100%

Z celkového počtu 853 pádů (100%) se jich více než polovina 478 (53%) uskutečnila ve sprše. Na toaletě upadlo 124 pacientů (11,7%), na chodbě pouze 6 pacientů (7%). Na pokoji upadlo 242 pacientů (24,3%) a venku pouze 3 pacienti (4%).

Tabulka 7 Čas pádů

Čas pádu	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ráno (6-11,30 hod)	351	41,1%
Poledne (11,30-15 hod)	117	13,7%
Odpoledne (15-20)	119	14,0%
V noci (20 – 6 hod)	266	31,2%
Celkem	853	100%

Z celkového počtu 853 pádů (100%) došlo ráno (mezi 6-11,30 hod) celkem k 351 pádům (41,1%), v poledne (kolem 11,30-15 hod) došlo celkem k 117 pádům (13,7%) a v noci (mezi 20 – 6 hod – při noční směně sester) došlo ke 266 pádům (31,2%).

Tabulka 8 Přítomnost jiné osoby u pádu

Přítomnost u pádu	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Nikdo	436	51,1%
Rodina	36	4,2%
Sestra	119	14,0 %
Spolupacient	262	30,7%
Celkem	853	100%

Z celkového množství 853 pádů (100%) nebyl nikdo přítomen při 436 pádech (51,1%), u 36 pádech (4,2%) byla přítomna rodina, u 119 (14%) pádech byla přítomna sestra a u 262 (30,7%) případů byl přítomen spolupacient.

Tabulka 9 Druh zranění

Druh zranění	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Povrchová rána (odřenina)	312	36,6%
Tržná rána	15	1,8%
Hematom	103	12,1%
Zlomenina	1	1,0%
Žádné	422	49,5%
Celkem	853	100%

Z celkového množství 853 pádů (100%) mělo 312 pacientů (36,6%) povrchovou ránu (odřeninu), tržnou ránu mělo 15 pacientů (1,8%), hematom mělo 103 pacientů (12,1%) a zlomeninu utrpěl 1 pacient (1%). Žádné zranění bylo zaznamenáno u 422 pacientů (49,5%).

Tabulka 10 Příčina pádu

Příčina pádu	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Zakopnutí	165	18,1%
Uklouznutí	446	52,1%
Ztráta rovnováhy	109	11,5%
Pád z lůžka	120	14,1%
Závada zařízení	1	1,0%
Záchvat	1	1,0%
Psychiatrická diagnóza	10	1,2%
Jiná	1	1,0%
Celkem	853	100%

Z celkového množství 853 pacientů (100%) byla u 165 pacientů (19,3%) příčina zakopnutí, více než polovina pacientů 446 (52,3%) uklouzla, 109 pacientů (12,8%) ztratilo rovnováhu, 120 pacientů (14,1%) utrpěla pád z lůžka, v jednom případě (1%) byla závada na zařízení, v 1 případě (1%) se jednalo o záchvat, u 10 (1,2%) pacientů byla příčinou pádu psychiatrická diagnóza a v jednom případě pádu (1%) byla příčina jiná.

Tabulka 11 Druh ošetření

Druh ošetření	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ošetření povrchové rány	415	48,7%
Šití	15	1,8%
Operace	1	1,0%
Žádné	422	49,5%
Celkem	853	100%

Z celkového množství 853 pádů (100%) mělo 415 pacientů (48,7%) ošetřeno pouze povrchovou ránu, 15 pacientů (1,8%) muselo být ošetřeno chirurgicky - šitím, 1 pacient (1%) musel podstoupit operaci a 422 pacientů (49,5%) nepotřebovalo ošetření.

Tabulka 12 Duševní stav pacienta v době pádu

Duševní stav pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Dobrá	471	55,2%
Zhoršený	350	41,0%
Špatný	32	3,8%
Celkem	853	100%

Z celkového počtu 853 pádů (100%) byl u 471 pacientů (55,2%) duševní stav dobrý, u 350 pacientů (41%) byl duševní stav zhoršený a u 32 pacientů (3,8%) byl duševní stav špatný.

Tabulka 13 Smyslové bariéry

Smyslové bariéry	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Žádné	344	40,3%
Porušený sluch	289	33,9%
Porušený zrak	220	25,8%
Celkem	853	100%

Z celkového množství 853 pádů (100%) nebyly u 344 pacientů (40,3%) žádné smyslové bariéry, 289 pacientů (33,9%) mělo poruchu sluchu a 220 pacientů (25,8%) mělo poruchu zraku.

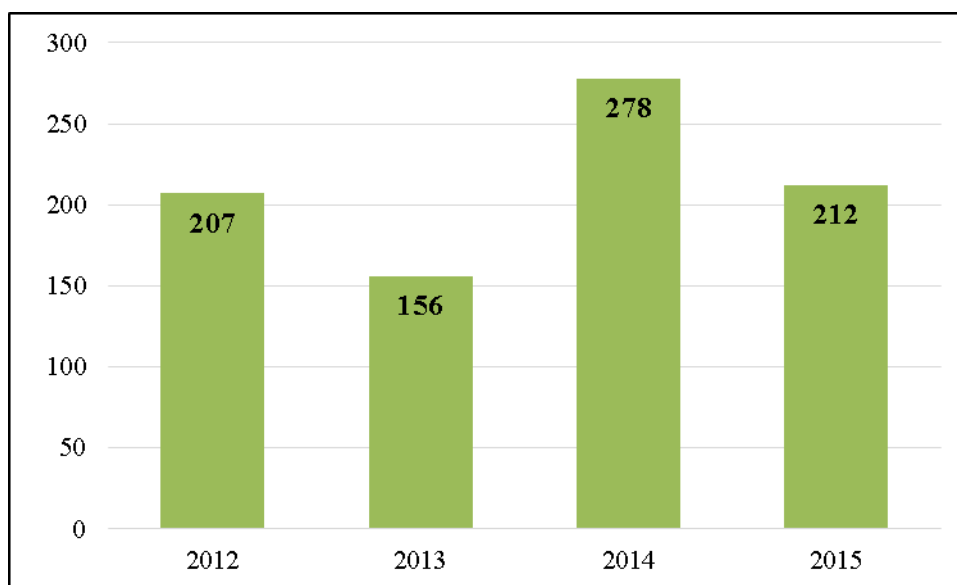
Tabulka 14 Věk pacientů, kteří utrpěli pád

	Počet pádů	Minimální věk	Maximální věk	Průměr	Std. odchylka
Celkem	853	63	93	78,7	5,193

Z celkového množství 853 pádů (100%) byl minimální věk pacientů 63 let a maximální věk pacientů byl 93 let. Průměrný věk pacientů, kteří utrpěli pád, byl 78,7 let.

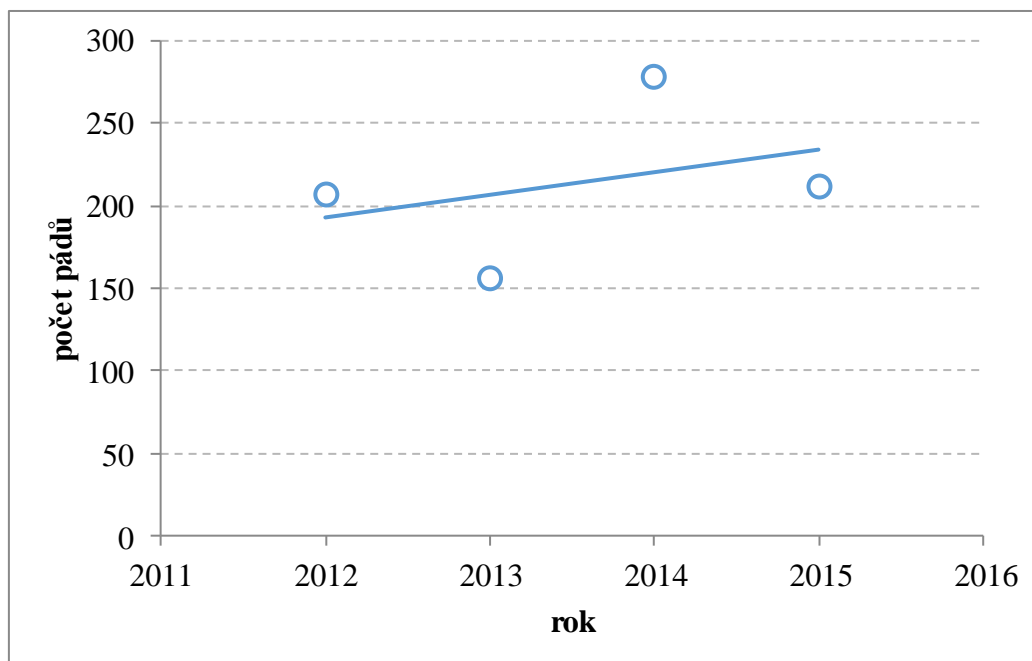
4.4 Retrospektivní analýza pádů za sledované období 2012-2015 (statistické testování)

Graf 30 Rok pádů versus počet pádů



Z grafu vyplývá, že počet pádů každý rok kolísá. V roce 2012 bylo 207 pádů (24,3%), v roce 2013 byl zaznamenán pokles na 156 pádů (18,3%), nejvíce pádů bylo zaznamenáno v roce 2014 a to 278 pádů (32,6%) a v roce 2015 se počet pádů snížil na 212 (24,9%).

Graf 31 Rok pádů versus počet pádů



Byl testován vztah mezi počtem pádů v závislosti na roce, ve kterém byl pád zaznamenán. Statistické testování bylo provedeno pomocí metody ANOVA. Na základě hodnoty statistického testu $F= 0,286$ a $p= 0,647$ lze zkonstatovat, že hypotéza 2: *Výskyt pádů se ve sledované období snížil, se nepotvrdila.*

Tabulka 15 Příčina pádu versus místo pádu

Místo		Příčina pádu				Celkem
		zakopnutí	uklouznutí	ztráta rovnováhy	pád z lůžka	
Četnost	sprcha	85	322	63	5	475
	záchod	35	71	16	0	122
	pokoj	43	51	27	115	236
	Celkem	163	444	106	120	833
Celková procenta	sprcha	10,2 %	38,7 %	7,6 %	0,6 %	57,1 %
	záchod	4,2 %	8,5 %	1,9 %	0,0 %	14,6 %
	pokoj	5,2 %	6,1 %	3,2 %	13,8 %	28,3 %
	Celkem	19,6 %	53,3 %	12,7 %	14,4 %	100 %
Znaménkové schéma	sprcha	0	+++	0	---	
	záchod	++	0	0	---	
	pokoj	0	---	0	+++	

Poznámka: Z důvodu nedostatečného počtu odpovědí byla u kategorie Místo pádu vyřazena odpověď: 3. chodba, 5. venku a 6. jiné, z kategorie Příčina pádu byly vyřazeny odpovědi: 5. závada zařízení, 6. záchvat, 7. psychiatrická diagnóza a 8. jiná.

Z celkového počtu 833 pádů (100%) se jich 475 (57%) uskutečnilo ve sprše, poté 236 (28%) na pokoji a 122 (15%) na záchodě.

Byl testován vztah mezi místem a příčinou pádu. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (χ^2 kvadrát = 13,751, $df = 3$, $p = 0,05$).

Z kontingenční tabulky je zřejmé, že 322 pádů (38,7%), které se staly ve sprše, měly za příčinu uklouznutí. Znaménkové schéma také potvrdilo, že pád na pokoji 115 (13,8%) je statisticky významně častěji zapříčiněn pádem z lůžka, než jinou příčinou pádu jako je zakopnutí 43 (5,2%), uklouznutí 51 (6,1%) a ztráta rovnováhy 27 (3,2%).

H₃ Nejčastější příčinou pádů u pacientů je uklouznutí ve sprše, se potvrdila.

Tabulka 16 Druh zranění versus čas pádu

Čas pádu		Druh zranění				
		Odřeninina	Tržná rána	Hematom	Bez zranění	Celkem
Četnosti	Ráno	133	3	34	181	351
	Dopoledne	36	1	15	65	117
	Odpoledne	39	1	16	63	119
	V noci	104	10	38	113	265
	Celkem	312	15	103	422	852
Řádková procenta	Ráno	37,9%	0,9%	9,7%	51,5%	100,0%
	Dopoledne	30,8%	0,9%	12,8%	55,5%	100,0%
	Odpoledne	32,8%	0,8%	13,5%	52,9%	100,0%
	V noci	39,3%	3,8%	14,3%	42,6%	100,0%
	Celkem	36,6%	1,8%	12,1%	49,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Ráno	O	O	O	O	
	Dopoledne	O	O	O	O	
	Odpoledne	O	O	O	O	
	V noci	O	++	O	--	

Poznámka: Z důvodu nedostatečného počtu odpovědí v kategorii druh zranění – zlomenina (odpověď č. 4), byla tato kategorie z testování vyřazena.

Byl testován vztah mezi časem pádu a závažností zranění pacienta. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 18,070$, $df = 9$, $p = 0,034$). Znaménkové schéma potvrdilo, že v případě nočního pádu statisticky významně častěji došlo k těžšímu zranění (tržné ráně, 3,8 %) než v situaci kdy pacient upadl během dne (0,9 %).

Hypotéza 4: Závažnost zranění se mění v závislosti na čase pádu, byla potvrzena.

5 DISKUZE

Hlavním záměrem výzkumného zjištění bylo vyhodnotit spokojenost pacientů s poskytovanou péčí, analyzovat výskyt pádů za sledované období 2012 – 2015 a určit nejčastější příčinu pádů u sledované skupiny pacientů. K výzkumnému šetření byl použit zkrácený standardizovaný dotazník Kvalita Očima Pacientů – hodnocení lůžkové péče (Kvalita očima pacientů, 2010) se zaměřením na spokojenost s ošetrovatelskou péčí a retrospektivní analýza hlášených pádů za rok 2012, 2013, 2014 a 2015.

Pro výzkumné šetření byla oslovena Hlavní sestra Masarykova sanatoria Dobříš. Celkem jsem spolu s pacienty vyplnila 98 dotazníků (viz příloha 2), z toho byly 3 vyřazeny z důvodu nedostatečných odpovědí. Dotazování byli hospitalizovaní pacienti v Masarykově sanatoriu Dobříš, celková návratnost dotazníků byla 96,7 %. Vyhodnocováno bylo celkem 95 dotazníků. Z celkového množství oslovených pacientů (100%) se výzkumného šetření zúčastnilo 44,2 % mužů a 55,8 % žen. Při dotazování pacientů (100%) bylo nejmladšímu respondentovi v době výzkumu 61 let a nejstaršímu 91 let. Průměrný věk oslovených pacientů byl 74,6 let. Hospitalizovaní pacienti měli v 8,4 % základní vzdělání, bez vyučení. Nejvíce pacientů 41,1 % bylo vyučeno bez maturity, dalších 36,8 % absolvovalo maturitu. Vysokoškolsky vzdělaných pacientů bylo 13,7 %.

V dnešním, moderním ošetrovatelství je pacient aktivním činitelem v ošetrovatelském procesu. Sestry by měly primárně uspokojovat pacientovy bio-psycho-sociální potřeby, ale aby se tak stalo, musí pacient se sestrou aktivně spolupracovat. Sestra se zaměřuje na každého pacienta individuálně a snaží se vyhovět jeho přáním a potřebám, což přispívá ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče (Malíková, 2011) Vedení sanatoria by mělo vyhodnocovat spokojenost pacientů s poskytovanou péčí a výsledky použít pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče. Pomocí výsledků určí pozitivní a negativní pohledy pacientů na poskytovanou péči. Po zjištění negativních výsledků je potřeba okamžitě zahájit nápravní opatření. V tomto výzkumu nebyly zjištěny žádné abnormálně negativní výsledky, které by podmiňovaly okamžité nápravní opatření.

Prvním cílem výzkumného šetření bylo vyhodnotit spokojenost pacientů s poskytovanou péčí.

Většina pacientů 87 % hodnotí poskytovanou péči jako výbornou, dalších 10 % pacientů hodnotí péči jako velmi dobrou a pouze 3 % pacientů hodnotí péči jako dobrou (Graf 27). Každý pacient by měl být při přijetí informován o svém zdravotním stavu a průběhu léčby, která ho čeká, neboť je to jeho základním právem. Rovněž tato informovanost vzbuzuje v pacientovi důvěru k sestřám i lékařům. (Kutnohorská, 2007). V Masarykově sanatoriu dostalo 95,8 % pacientů dostatek informací o svém zdravotním stavu a průběhu léčby a 3,2 % dostali informace v omezené míře. Pouze 1 % pacientů, nebylo spokojeno s dostatkem informací při přijetí. Čekací doba na hospitalizaci se může někdy prodloužit z důvodu nedostatku míst v zařízení. Z našeho výzkumu je patrné, že nejčastěji čekali pacienti na umístění do sanatoria nanejvíš týden. (47,4%); (Graf 29). Tyto odpovědi se shodují v porovnání s výzkumem jednotlivých klinik IKEMu (Totušek, 2013). Další oblast, kterou jsem sledovala byla spokojenost pacientů se spánkem. Senioři často trpí takzvanou spánkovou inverzí. Jedná se o stav, kdy pacienti spí přes den a nemohou spát v noci. Příčin špatného spánku může být hned několik. Pacienty může rušit hluk peronálu, který se v nočních hodinách pohybuje po chodbě, přístroje, nebo neklid ostatních pacientů (Šamánková, 2011). V sanatoriu žádné přístroje, které by mohly rušit pacienty nejsou, více než polovinu pacientů (52,6 %) neruší nic a 42,1 % ruší hluk ostatních pacientů. Zanedbatelnou část pacientů ruší hluk zaměstnanců (5,3 %); (Graf 5). Další oblastí, kterou jsem se ve svém výzkumu zajímala byla čistota pokojů, toalet a sprch. Myslím, že čistota zařízení by měla být samozřejmostí v každé zdravotnické organizaci. Téměř většina pacientů byla spokojena s čistotou pokojů (96,8 %) a s čistotou toalet a sprch (92,6 %); (Graf 6, 7). Výzkum na klinikách IKEM ukázal spokojenost s čistotou pokojů na 82 % a spokojenost s čistotou toalet a sprch na 78 % (zdroj výzkumu IKEM). V porovnání těchto dvou výzkumů je spokojenost pacientů v Masarykově sanatoriu vyšší. Všichni dotazovaní pacienti (100 %) byli spokojeni s teplotou na pokojích, dobou ranního buzení a návštěvní dobou. Je to velice zajímavé zjištění, v porovnání s výzkumem na klinikách IKEM, kdy spokojenost s teplotou na pokoji byla pouze 67 % (zdroj výzkumu IKEM) Další oblastí, na kterou

bych chtěla upozornit je kvalita a množství podávané stravy. Často jsou kladeny otázky, zda je kvalita stravy podávána v dostatečných porcích a zda odpovídá výživovým hodnotám příslušné diety. Ne všichni pacienti jsou s kvalitou a množstvím stravy spokojeni. Pacienti hospitalizovaní v sanatoriu hodnotili kvalitu jídla jako velmi dobrou (79 %) a spíše dobrou (19 %). V porovnání s léčebnou dlouhodobě nemocných ve Vysokém Mýtě, kdy pouze 51,1 % pacientů bylo spokojeno s kvalitou stravy je úroveň kuchyně na Dobříši vysoká. Kuchyně s jídelnou je součástí sanatoria, nachází se v 1. patře a jídelna má krásný výhled na město Dobříš. Další oblastí je spokojenost hospitalizovaných pacientů se službami v zařízení. Pacienti hospitalizovaní v Masarykově sanatoriu Dobříš mohou využívat kadeřnických a pedikérských služeb. Ve většině případů je na tyto služby objednávají sestry. Další službou, která je přímo v sanatoriu je prodejna, kde si pacienti mohou zakoupit chlebičky, zákusky, drobné jídlo či hygienické potřeby. S těmito službami je spokojeno 97,9 % pacientů a 2,1 % je spíše spokojeno (Graf 14). Další oblast, která mě zajímala byla spokojenost pacientů s chováním sester, jejich komunikací a postojem vůči pacientům. Sestra by měla využívat v komunikaci s pacienty verbální i neverbální složku. Důležité je seniorům porozumět, umět je povzbudit, pohladit. Nesmíme zapomenout na správné oslovení a vykání. Důležitý je také individuální přístup ke každému pacientovi (Venglářová, Mahrová, 2006). V sanatoriu byli pacienti, pokud měli nějaké obavy, většinou spokojeni s ochotou sester promluvit si o těchto obavách. (76,8 %); (Graf 17) a většina pacientů byla také spokojena s odpovědí sestry na jimi položenou otázku (85,3 %); (Graf 17). Sestrám důvěřuje 93,7 % pacientů (graf 16, 17 a 18). Téměř stejných výsledků dosahoval výzkum hospitalizovaných pacientů na klinikách IKEM (Totušek, 2013). Protichůdné informace od sester nikdy nedostlo 78,9 % pacientů (Graf 19). V jedné ze sledovaných oblastí hodnocení poskytované péče bylo zkoumáno, zda pacienti mají dostatek soukromí během léčby a vyšetření. Sestra by měla při uspokojování potřeb pacienta zajistit především jeho intimitu. Jde především o hygienickou péči, převaz, vyšetření, nebo oblékání. Měla by také zajistit citové a duchovní služby. Velký důraz je kladen na duchovní služby hlavně u seniorů (Vytejková, 2011). Z našeho výzkumu jasně vyplývá, že 90,5 % pacientů bylo spokojeno s dostatkem soukromí během

hospitalizace a vyšetření. Stejná procentuální hodnota je i se spokojeností citových a duchovních služeb (Graf 21 a 26). Další oblastí, která nás zajímala, byla spokojenost pacientů s podáváním analgetiky. Ve stáří převažuje bolest chronická. Sestra by měla bolest hodnotit a v časových intervalech sledovat. Nejspolehlivější metoda k posouzení intenzity bolesti je přímá informovanost od pacienta. Sestra by měla sledovat místo bolesti, intenzitu, charakter, čas a faktory, které jsou příčinou bolesti (Topinková, 2005). Počet užívaných léků se zvyšuje s věkem. Dle Topinkové (2005) užívá nějaké léky až 98 % seniorů ve věku nad 75 let. Mezi nejčastěji užívané léky u pacientů nad 75 let patří: vazodilatanci, analgetika, kardiotonika a diuretika. Nadbytečné užívání léků můžeme dle Topinkové (2005) vyjádřit jako polypragmázie. Téměř polovina oslovených pacientů (47,7 %) uváděla, že dostává optimální množství analgetik, naopak méně léků, než bylo potřeba dostávalo 32,6 % pacientů. Počet pacientů, kteří nepotřebovali léky na bolest bylo 12,6 % (Graf 23) Poslední oblast, která mě zajímala bylo, zda by pacienti doporučili toto zařízení své rodině, či přátelům. Masarykovo sanatorium Dobříš je moderní nestátní zdravotnické zařízení pro léčbu dlouhodobě nemocných (Masarykovo sanatorium Dobříš, 2016). Poskytuje kvalitní doléčení a rehabilitaci po úrazech, operacích i akutních chorobách. Téměř většina pacientů 76,8 % by toto zařízení určitě doporučila svým blízkým, dalších 22,1 % pacientů odpovědělo, že spíše ano a pouze 1,1 % pacientů odpovědělo, že by spíše nedoporučili toto zařízení (Graf 28). Toto sanatorium zahrnuje komplexní léčbu a zaměstnanci věnují pacientům maximální péči. V rámci statistického testování, bylo zjišťováno, do jaké míry vzdělání respondentů ovlivňuje jejich hodnocení podaných informací sestrou. Z výsledku vyplývá, že vysokoškolsky vzdělaní pacienti (Tabulka 3) jsou statisticky významně častěji spokojeni s podáváním informací od sester, než pacienti s odborným vzděláním bez maturity. Na základě hodnoty $p = 0,005$ byla Hypotéza 1 Hodnocení podaných informací sestrou se mění v závislosti na vzdělání pacientů, potvrzena.

Druhým cílem této bakalářské práce bylo vyhodnotit výskyt pádů u pacientů za rok 2012, 2013, 2014 a 2015 v Masarykově sanatoriu Dobříš. Za tyto 4 roky bylo nahlášeno 853 pádů. Sanatorium má k dispozici 206 lůžek. Ve sledovaném období bylo ošetřeno přes 1600 pacientů. Důležitost hlášení pádů patří do resortních bezpečnostních cílů

Ministerstva zdravotnictví podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. V roce 2012 bylo zjištěno 207 pádů, v roce 2013 se událo 156 pádů, v roce 2014 bylo hlášeno 278 pádů a v roce 2015 to bylo 212 pádů hospitalizovaných pacientů. Počet pádů za sledované období kolísal. Je zřejmé, že hypotéza 2 Výskyt pádů se ve sledovaném období snížil, se nepotvrdila, protože hodnota p value = 0,647. V těchto čtyřech letech utrpělo pád 53,2% žen a 46,8% mužů. Průměrný věk pacientů, kteří utrpěli pád, je 78,72 let. Dle Juráskové (2006) je věkový průměr pacientů, kteří utrpěli pád 73,9 let. U pacientů vyšší věkové skupiny nad 65 let patří pády nejen mezi mimořádné události, které komplikují hospitalizaci, ambulantní léčbu, péči v domě pro seniory či v domácím prostředí, ale jsou také hlavní příčinou smrti zapříčiněné úrazem. Jejich důsledky mohou být nevýznamné, ale také mohou způsobit invaliditu až smrt (Jurásková, 2006).

Třetím cílem mé bakalářské práce bylo určit nejčastější příčinu pádů u sledované skupiny pacientů v Masarykově sanatoriu Dobříš. Pády jsou pro seniory příznakem křehkosti, a pokud k nim dojde, mají špatnou prognózu. Nejčastější nežádoucí událostí ve zdravotnickém zařízení jsou právě pády pacientů vyššího věku. Často prodlužují a komplikují hospitalizaci a jejich důsledky mohou být až fatální. Pády také ve velké míře působí negativně na psychiku pacienta. Mezi následky pádů můžeme zařadit například odřeniny, hematomy, zlomeniny, úzkost a strach z dalšího pádu. Nejčastější místa pádů jsou na pokoji, ve sprše, na toaletě, na chodbě, nebo venku (Vyhnánek, 2007). Na základě poskytnutých materiálů v retrospektivní analýze hlášených pádů za rok 2012 – 2015 jsem si zvolila několik oblastí, které jsem vyhodnocovala. Mezi tyto oblasti jsem zařadila: místo pádu, čas pádu, věk pacienta, přítomnost jiné osoby, druh zranění, příčina pádu, druh ošetření, psychologický stav a smyslovou bariéru. Z mého výzkumu vyplývá, že více než polovina pádů (53 %) se uskutečnila ve sprše, na pokoji upadlo 24,3 % pacientů, na toaletě 11,7 % pacientů, na chodbě 7 % pacientů a ve venkovních prostorách sanatoria pouze 4 % pacientů (Tabulka 6). Co se týče příčiny pádů, ve více než polovina příčin pádů (52,1 %) byla uklouznutí. Je zřejmé, že hypotéza 3 Nejčastější příčina pádů je uklouznutí ve sprše se potvrdila, p value = 0,05, avšak bylo zjištěno, že pád na pokoji je statisticky významně častěji zapříčiněn pádem z lůžka. Podle Dity

Svobodové (2013) je nejčastější doba pádu u pacientů v noci, avšak z našeho výzkumu vyšla nejčastější doba pádu ve 41,1 % v ranních hodinách (Tabulka 7). Pokud je při pádu sestra přítomna, měla by zmírnit dopad pádu, nebo se aspoň pokusit zajistit měkký dopad. Sestra by se neměla pokoušet pacienta zvedat sama, ale počkat na druhou osobu, která jí pomůže (Jurásková, 2007) V Masarykově sanatoriu byla sestra přítomna u 14 % pádů (Tabulka 8). Sestra by měla hlavně v nočních hodinách chodit pacienty kontrolovat a zajistit jim bezpečí (postranice u lůžka), nebo je doprovodit na toaletu. U poloviny pádů (51,1 %), kteří se stali v sanatoriu, nebyl nikdo přítomen. Dle Topinkové (2005) dojde u 10-15 % pacientů k poranění měkkých tkání při pádu a toto zranění vyžaduje ošetření. U 3-5 % pacientů je příčinou zlomenina (femur, zápěstí, paže). Senioři jsou většinou po pádu nalezeni až po delší době a to je může ohrožovat na životě. V sanatoriu byla téměř polovina pacientů 49,5 % bez zranění, pouze 36,6 % pacientů mělo povrchovou ránu. Pouze 1 % pacientů za období 2012 – 2015 utrpělo zlomeninu. Při pádu je důležité zhodnotit psychický stav pacienta. Testovali jsme vztah mezi časem pádu a závažností zranění pacienta. V případě nočního pádu statisticky významně častěji došlo k těžšímu zranění (tržné ráně, 3,8 %) než v situaci kdy pacient upadl během dne (0,9 %). Na základě hodnoty p value = 0,034 byla hypotéza 4 Závažnost zranění pacientů se mění v závislosti na čase pádu, potvrzena. Vnitřní rizikové faktory mohou zapříčinit až 70 % pádů, závisejí však na druhu poskytované péče. Tyto faktory souvisí se změnami, které závisí na věku pacientů, stárnutí, množství užívaných léků, atd... Mezi vnitřní rizikový faktor patří i duševní stav, při kterém může docházet ke stavům zmatenosti, dezorientace, neschopnosti porozumět, poruchy paměti a demence (Jurásková, 2007). V našem výzkumu byl ve více než polovině (55,2 %) pacientů duševní stav dobrý, ve 41 % byl zhoršený a pouze ve 3,8 % byl špatný (Tabulka 12). Jako poslední faktor jsme vyhodnocovali smyslové bariéry pacientů. V Masarykově sanatoriu bylo 40,3 % pacientů bez významných smyslových bariér, dalších 33,9 % pacientů mělo porušený sluch a 25,8 % pacientů mělo porušený zrak (Tabulka 13).

6 ZÁVĚR

Prvním cílem výzkumné studie bylo vyhodnocení kvality ošetrovatelské péče z pohledu pacienta pomocí standardizovaných dotazníků spokojenosti „Kvalita očima pacientů“, které byly převzaty a upraveny se svolením RNDr. Tomáše Raitera (Kvalita očima pacientů, 2010). Spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí byla vyhodnocována v oblasti kvality poskytovaných služeb, jako je kvalita jídla a jeho množství, doba ranního buzení, spokojenost s teplotou na pokoji, s čistotou pokojů, koupelen a sprch. Dalším faktorem, který nás zajímal, byla spokojenost pacientů s chováním sester, důvěrou k sestřám a rychlostí pomoci sester v tomto zařízení. Pacienti jsou spokojeni především s dostatkem informací, které dostávají od sester, s komunikací sester, nedostávají žádné protichůdné informace od sester, pacienti hospitalizovaní v Masarykově sanatoriu Dobříš sestřám důvěřují. Jsou také spokojeni s návštěvní dobou, s teplotou na pokojích, s čistotou na pokojích, toaletách a sprchách. Ze statistického testování je viditelné, že vzdělání pacientů ovlivňuje jejich spokojenost s poskytováním informací od sestry. Strava byla zařazena do úspěšného hodnocení, avšak několik málo respondentů uvádělo jako důvod své nespokojenosti malé porce a nedostatek času při stravování. Silnou stránkou bylo také hodnocení se službami v sanatoriu – pacienti mají možnost kadeřnických a pedikérských služeb, mohou si v prodejně zakoupit malé občerstvení, noviny, cigarety, či hygienické potřeby. Pokud měli pacienti bolesti, byli téměř v polovině případů spokojeni s množstvím podaných analgetik. Pacienti zastávají názor, že byli léčeni s úctou a respektem a postoj sester k nim byl pozitivní. Sestry ve většině případů zajistili citové i duchovní potřeby pacientů a toto zařízení by určitě doporučili své rodině, či blízkým.

Dalším cílem výzkumné studie byla retrospektivní analýza hlášených pádů v letech 2012 – 2015 v Masarykově sanatoriu Dobříš. (celkem 853 pádů). Při této analýze byl zjištěn zanedbatelný počet vážných zranění. Výskyt pádů ve sledovaném období kolísal. V této práci jsme se zabývali několika důležitými kritérii, která nám definovala druh a rozsah pádu. Především jsme se zaměřovali na věk pacienta v době pádu, pohlaví pacienta, místo pádu, čas pádu, zda byla přítomna jiná osoba při pádu, příčina pádu,

druh a rozsah zranění, duševním stav pacienta a smyslové bariéry. Byl testován vztah mezi místem a příčinou pádu. Z tohoto vztahu nám vyšlo, že nejčastější příčina pádu je uklouznutí ve sprše. Výzkumem bylo zjištěno, že nejčastěji lidé utrpí pád v dopoledních hodinách (mezi 6,00 – 11,30). Nejvíce pacientů utrpělo pád ráno a v noci (mezi 20,00 – 6,00). Ze statistického šetření byl prokázán vztah, že čas pádu ovlivňuje zranění pacienta. V případě nočního pádu statisticky významně častěji došlo k těžšímu zranění, než v situaci kdy pacient upadl během dne. Většinou se jednalo o tržnou ránu. U poloviny vzniklých pádu nebyl nikdo přítomen. V téměř polovině případů (49,5 %) nebylo potřeba ošetřovat pacienty, protože neměli žádná zranění, pouze u jednoho pacienta byla nutná operace, a další pacienti byli ošetřeni pouze povrchově. Více než polovina pacientů, kteří utrpěli pád, byli v dobrém psychickém stavu. Myslím si, že toto zařízení je na vysoké úrovni ošetrovatelské péče.

6.1 Doporučení pro praxi

V rámci zlepšení spokojenosti pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí v Masarykově sanatoriu Dobříš navrhuji, i přes všechny kladné výsledky výzkumného šetření, tato doporučení:

- ✓ Poskytnout pacientům při příjmu tištěnou verzi Práv pacientů k lůžku, nebo se alespoň přesvědčit, že všemu rozuměli.
- ✓ Informovat pacienty o chodu oddělení a povinnostech, které musí v sanatoriu dodržovat
- ✓ Informovat pacienty o možnosti podání stížnosti v případě nespokojenosti s ošetrovatelskou péčí
- ✓ Zlepšit vybavení sanatoria
- ✓ Vytvořit dotazník Kvality poskytované péče a nabídnout pacientům anonymní vyplnění (Hudáková, Majerníková, 2013)

V rámci snížení výskytu pádů v Masarykově sanatoriu Dobříš navrhuji, i přes všechny kladné výsledky výzkumného šetření, tato doporučení:

- ✓ Zhodnotit riziko pádu při přijetí pacienta.
- ✓ Označit pacienta identifikačním náramkem znázorňující riziko pádu, eventuálně označit lůžko.
- ✓ Podporovat tělesné cvičení jako součást programu multifaktoriálních intervencí pro prevenci pádů při zohlednění rizikových faktorů klientů.
- ✓ Provádět úpravu prostředí klienta jako součást strategií pro prevenci pádů.
- ✓ Zkontrolovat, zda jsou všechny ošetrovatelské standardy v tištěné podobě umístěné na každém oddělení tak, aby je sestry měly kdykoliv k dispozici. Nastupujícím sestřám by měla staniční sestra vždy vysvětlit a seznámit je s ošetrovatelskými standardy.
- ✓ Zajistit dostupnou literaturu, doporučit existující tituly.
- ✓ Zajistit semináře pro sestry zaměřené na aplikaci znalostí do praxe.
- ✓ Provádět průběžnou kontrolu dodržování ošetrovatelských standardů (např. staniční sestra, vrchní sestra – formou pozorování) (Vyhnánek, 2007)

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ, 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

ELIOPOULOS, Charlotte. *Gerontological nursing*, 2014. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. ISBN 978-1-4511-7277-5.

FORÝTKOVÁ, Lenka, Aleš BOUREK a Bohumil SEIFERT, 2008. *Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotní péči: manuál zvyšování kvality péče pro nemocnice, polikliniky, praktické lékaře a specialisty*. Praha: Dashöfer. ISSN 1803120x.

GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-996-8.

GRIEBLING, Tomas Lindor, 2014. *Geriatric urology*. New York: Springer. ISBN 978-1-4614-9046-3.

HALMO, Renata. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*, 2014. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4811-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HEGYI, Ladislav, 2007. Perspektívy dlhodobej starostlivosti. *Geriatrics*. 13(3), 107s. ISSN 1335-1850.

HEKELOVÁ, Zuzana, 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4032-4.

HOLMEROVÁ, Iva, 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-24-75439-0.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ, 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-25-40179-8.

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

INOUYE, Sharon, Stephanie STUDENTSKI, Mary TINETTI a George KUCHEL. *Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept*. Journal American Geriatric Society. 2007, **55**(5). DOI: 10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x. ISSN 0002 – 8614/07.

JÁNSKÁ, Lucie, 2012. Zpracování ankety pacientů LDN 4. čtvrtletí 2012. [online], [cit. 2016-04-27] Dostupné z: <http://www.vmnemocnice.cz/download/inf-verejnost/ssp-4-2012-anketa-graf.pdf>

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.

JAROŠOVÁ, Darja, Kamila MAJKUSOVÁ, Radka KOZÁKOVÁ a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5426-0.

JURÁSKOVÁ Dana, 2006. *Pády a zranění pacientů v souvislosti s poskytováním zdravotní a sociální péče*. Disertační práce. Olomouc. Univerzita Palackého.

KALVACH, Z., JIRÁK. R., ZADÁK, Z., ZAVÁZALOVÁ, H.,WEBER, a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

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

KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KAŇOVSKÝ, Petr a Roman HERZIG, 2007. *Speciální neurologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1664-9.

KAŇOVSKÝ, Petr, 2004. Poruchy chůze a pády ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. 6(2), 204s. ISSN 1212-7299.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5203-7.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství* [online], Praha: Grada. [cit. 2016-04-27]. Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.

Kvalita očima pacientů. *Měření kvality lůžkové péče: Hodnocení nemocnic* [online]. 2010. [cit. 2016-03-20] Dostupné z: http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/files/Priloha_1a_Dotaznik_KOP_2013_H-02_nemocnice.pdf.

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

MARX, David. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Překlad Radim Vyhnánek, 2007. Grada, ISBN 9788024717159.

Masarykovo sanatorium Dobříš, 2016. *Medi Help s.r.o.* [online] 2016. [cit. 26. 04. 2016]. Dostupné z: <http://www.medi-help.cz/>

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.

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

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80- 247-3557-3.

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

POKORNÁ, Andrea, 2013. *Ošetrovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.

POLEDNÍKOVÁ, Ľubica, 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-208-1.

PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.

RŮŽIČKA, Eduard. Fenomenologie pádů. In: KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864s. ISBN 80-247-0548-6.

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

SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4868-9.

SVOBODOVÁ, Dita. Pracovní postup prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení, 2007. Pracovní postup České asociace sester 0003. Praha.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1148-6.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5711-7.

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

TOTUŠEK, Pavel, 2013. *Průzkum spokojenosti hospitalizovaných pacientů na jednotlivých klinikách IKEM*. [online], [cit. 2016-04-27]. Dostupné z: <http://www.ikem.cz/www/h/h/zlin.cz/ikem@ikem.cz?docid=1011178&getdoc=show>

Vademecum zdraví: Stárneme již od narození [online]. 2010. Praha, 5(1) [cit. 2016-03-19]. ISSN 1802-3959. Dostupné z: <http://vademecum-zdravi.cz/mudr-eva-topinkova-csc-starneme-jiz-od%C2%A0narozeni/>

V AŠÁTKOVÁ, Ivana, 2003. Měření a sledování kvality ošetrovatelské péče. Osobní rádce zdravotní sestry. ISSN 1214-0074.

V ENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. [online] 2012. [cit. 26. 04. 2016]. *Resortní bezpečnostní cíle – prevence pádů*. Částka 5, s. 10. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2012_6452_2510_11.html

V ONDRÁČEK, Lubomír a Jan V ONDRÁČEK, 2006. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada. ISBN 8024719193.

V YTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

Zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. [online] 2015. [cit. 11. 11. 2015]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 30, s. 1452-1479. ISSN: 1211-1244. Dostupný z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/legislativa>.

Zdravý-senior.cz: Nemoci zraku. *Zdravý-senior.cz: Nemoci zraku* [online]. 2009 [cit. 23. 03. 2016]. Dostupné z: <http://www.zdravy-senior.cz/nemoci-zraku/nemoci-zraku.html>

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Příloha 2 - Nottinghamský screeningový systém pro hodnocení rizika malnutrice

Příloha 3 - Kompletní seznam geriatrických syndromů

Příloha 4 - Škála Nortonové pro hodnocení rizika dekubitů

Příloha 5 - Souhlas s výzkumem v Masarykově sanatoriu Dobříš

Příloha 6 - Dotazník pro hospitalizované pacienty

Příloha 1 Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta (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 prvních 24 hodin 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, antidepressiva, 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	
	- nespolupracující	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* Bez rizika	5 - 13 bodů* Střední riziko	14 - 19 bodů* Vysoké riziko
* zaškrtněte možnosti			

Zdroj: SVOBODOVÁ, Dita. Pracovní postup prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení, 2007. Pracovní postup České asociace sester 0003. Praha

Příloha 2 Nottinghamský screeningový systém pro hodnocení rizika malnutrice

<i>Položka</i>	<i>Bodové hodnocení</i>
<p>1. BMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • BMI < 18 • BMI 18 – 20 • BMI > 20 <p>hmotnost (kg) _____ tělesná výška _____</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p>2. Nechtěný úbytek hmotnosti v posledních třech měsících</p> <ul style="list-style-type: none"> • více než 3 kg • do 3 kg • žádný, hmotnost stálá 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p>3. Snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací</p> <ul style="list-style-type: none"> • ano • ne 	<p>2</p> <p>1</p>
<p>4. Stresový faktor/závažnost základního onemocnění</p> <ul style="list-style-type: none"> • závažný (polytrauma, rozsáhlé popáleniny, poranění hlavy, rozsáhlé dekubity, těžká sepse, malignita, pankreatitida, velký chirurgický výkon, pooperační komplikace) • mírně až středně závažný (nekomplikovaný chirurgický výkon, lehká infekce, chronická onemocnění, proleženiny, cirhóza, renální selhání, DM, CHOPN, nespecifické střevní záněty) • žádný 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>

Zdroj: KALVACH, Z., JIRÁK, R., ZADÁK, Z., ZAVÁZALOVÁ, H., WEBER, a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4

Příloha 3 Geriatrické syndromy

- 1.1 Syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti
- 1.2 Syndrom anorexie a malnutrice
- 1.3 Syndrom instability s pády
- 1.4 Syndrom imobility
- 1.5 Syndrom inkontinence
- 1.6 Syndrom kognitivního deficitu, demence a poruch paměti
- 1.7 Syndrom deliria
- 1.8 Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka
- 1.9 Syndrom teplotní zátěže a teplotního poškození ve stáří
- 1.10 Syndrom dehydratace
- 1.11 Syndrom duálního senzorického deficitu
- 1.12 Syndrom maladaptace
- 1.13 Syndrom terminální geriatrické deteriorace

Zdroj: KALVACH Zdeněk, ZADÁK Zdeněk, JIRÁK Roman, ZAVÁZALOVÁ Helena, HOLMEROVÁ Iva, WEBER Pavel a kol., 2008. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Grada. 2008. ISBN: 978-80-247-2490-4

Příloha 4 – Škála Nortonové pro hodnocení rizika dekubitů

<i>Tělesný stav</i>	<i>Duševní stav</i>	<i>Aktivita</i>	<i>Mobilita</i>	<i>Inkontinence</i>
dobrý - 4	komponovaný, plně bdělý - 4	samostatně chodící - 4	plná - 4	není přítomna -4
přijatelný - 3	apatický - 3	chůze s dopomocí - 2	mírně omezená - 3	občasná - 3
špatný - 2	zmatený - 2	trvale v křesle - 2	velmi omezená - 2	obvyklá - 2
velmi špatný - 1	stuporózní - 1	trvale na lůžku - 1	imobilní - 1	moči i stolice - 1

Hodnocení: skóre pod 12 = vysoké riziko, 12-13 = střední riziko, 14 a více = nízké riziko

Zdroj: KALVACH, Z., JIRÁK. R., ZADÁK, Z., ZAVÁZALOVÁ, H.,WEBER, a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4

Příloha 5 Souhlas s výzkumem v Masarykově sanatoriu Dobříš

Žádost o povolení provedení výzkumu

Masarykovo sanatorium Dobříš

MEDI HELP spol. s r.o.

IČO: 46359443

sídlo Dobříš, Na Čihadle 833, okres Příbram

PSČ 263 01

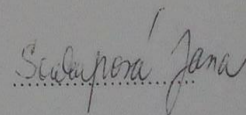
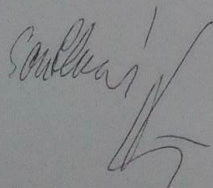
Věc: Žádost o povolení provedení výzkumu

Jsem studentkou Jihočeské univerzity, Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra, studijní program Ošetřovatelství, III.ročník kombinované formy studia a chtěla bych Vás tímto požádat o povolení výzkumu ve Vašem sanatoriu.

Výzkum je součástí mé závěrečné bakalářské práce na téma: Kvalita ošetřovatelské péče u geriatrických pacientů v Masarykově sanatoriu Dobříš. Šetření je prováděno anonymně, formou krátkých rozhovorů a anonymní analýzy z ošetřovatelské dokumentace. Výsledky tohoto výzkumu budou použity pouze pro účely bakalářské práce a její obhajoby.

Za kladné vyřízení žádosti děkuji.

V Příbrami 1.9.2015



Jana Soukupová

Radětice 2

262 31 Milín

Příloha 6 Dotazník pro hospitalizované pacienty v Masarykově sanatoriu Dobříš

Dobrý den, jmenuji se Jana Soukupová, jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. V rámci mé bakalářské práce, která zní: Kvalita ošetrovatelské péče o pacienty s potřebou geriatrické péče jsem si zvolila standardizovaný dotazník, který sleduje kvalitu ošetrovatelské péče zde, v Masarykově sanatoriu Dobříš. Chtěla bych Vás poprosit o Váš čas, kdy společně budeme vyplňovat jednu otázku po druhé. Tento dotazník obsahuje 30 jednoduchých otázek, ve kterých spolu zaškrtneme pouze jednu odpověď. Mnohokrát Vám děkuji za Váš čas.

1. Jak dlouho jste čekal/a na přijetí do zařízení?

1. Nečekal/a jsem
2. Do jednoho týdne
3. Do jednoho měsíce
4. Do půl roku
5. Nevím

2. Dostal/a jste během přijetí dostatek informací o svém zdravotním stavu?

1. Ano
2. Ano, v omezené míře
3. Ne, ačkoliv jsem žádal/a
4. Ne, nežádal/a jsem informace

3. Jak dlouho jste při příjmu do zařízení čekal/a na uložení na lůžko?

1. Do 15 minut
2. Méně, než hodinu
3. Jednu až dvě hodiny
4. Dvě a více hodin
5. Nepamatuji si

4. Ruší Vás v noci hluk?

1. Ne
2. Ano, hluk ostatních pacientů
3. Ano, hluk zaměstnanců
4. Ano, hluk zvenčí

5. Jak jste spokojen/a s čistotou pokojů?

1. Velmi spokojen/a
2. Spíše spokojen/a
3. Spíše nespokojen/a
4. Zcela nespokojena

6. Jak jste spokojen/a s čistotou toalet a sprch?

1. Velmi spokojen/a
2. Spíše spokojen/a
3. Spíše nespokojen/a
4. Zcela nespokojena

7. Vyhovoval/a Vám teplota na Vašem pokoji?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne
5. Nevím

8. Vyhovuje Vám doba ranního buzení?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne
5. Nevím

9. Vyhovuje Vám doba návštěv?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne
5. Nevím

10. Jak byste ohodnotil/a kvalitu jídla?

1. Velmi dobrá
2. Spíše dobrá
3. Spíše špatná
4. Velmi špatná

11. Jaké množství jídla dostáváte?

1. Příliš mnoho
2. Přiměřeně
3. Příliš málo

12. Vyhovuje Vám doba podávání jídel?

1. Ano
2. Ne

13. Jste celkově spokojen/a se službami zařízení, jako je například možnost sledovat televizi, telefonovat, zakoupit si noviny a drobný nákup?

1. Velmi spokojen/a
2. Spíše spokojen/a
3. Spíše nespokojen/a
4. Zcela nespokojen/a
5. Nevím

14. Stalo se Vám někdy, že jste spadl/a z lůžka?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

15. Když jste položil/a sestře důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?

1. Vždy
2. Většinou
3. Občas
4. Nikdy

16. Pokud jste měl/a strach, nebo obavy ze svého stavu a léčby, byla sestra ochotna s Vámi mluvit?

1. Vždy
2. Většinou
3. Občas
4. Nikdy
5. Neměl/a jsem strach, ani obavy

17. Máte důvěru k sestřám, které Vás ošetřují?

1. Určitě ano
2. Většinou ano
3. Většinou ne
4. Vůbec ne

18. Stalo se Vám, že jste dostal/a během pobytu v zařízení od sester protichůdné informace?

1. Často
2. Občas
3. Nikdy

19. Vyhovuje Vám dosažitelnost sester v zařízení?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Určitě ne
5. Nevím

20. Máte dostatek soukromí během vyšetření, nebo léčby?

1. Vždy
2. Občas
3. Nikdy

21. Jak jste spokojena s rychlostí, s jakou Vám sestry poskytují pomoc, když potřebujete?

1. Velmi spokojen/a
2. Spíše spokojen/a
3. Spíše nespokojen/a
4. Zcela nespokojen/a
5. Nepotřeboval/a jsem pomoc

22. Vezmete-li v úvahu množství léků, které dostáváte na utišení bolesti, myslíte si, že dostáváte:

1. Více léků než je potřeba
2. Optimální množství
3. Méně léků, než je potřeba
4. Léky na bolest nepotřebuji
5. Nevím

23. Cítíte celkově, že jste léčen/a s úctou a respektem?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Určitě ne

24. Jak hodnotíte postoj celého personálu tohoto zařízení? Řekl/a byste, že postoj je soucitný a uklidňující a jeho schopnost vzbudit ve Vás vzbudit dobré pocity je:

1. Výjimečně velká
2. Velká
3. Malá
4. Nedostatečná

25. Jak jste spokojen/a s tím, jak sestry zajišťují citové a duchovní potřeby?

1. Velmi spokojen/a
2. Spíše spokojen/a
3. Spíše nespokojen/a
4. Zcela nespokojen/a

26. Jak byste celkově ohodnotil/a péči, která Vám je zde poskytována?

1. Výborná
2. Velmi dobrá
3. Dobrá
4. Dostatečná
5. Nedostatečná

27. Doporučil/a byste toto zdravotnické zařízení rodině, či přátelům?

1. Určitě ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Určitě ne

28. Jste muž, nebo žena?

1. Muž
2. Žena

29. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

1. Základní, bez vyučení
2. Vyučení, bez maturity
3. Maturita
4. Vysokoškolské

30. Jaký je Váš rok narození?