

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Specifika péče o geriatrického pacienta
v nemocničním prostředí**

Bakalářská práce

Autor: Iva Tvrdíková

Vedoucí práce: Mgr. Dana Polodnová

Jihlava 2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Iva Tvrdíková**
Studijní program: **Ošetrovatelství**
Obor: **Všeobecná sestra**
Název práce: **Specifika péče o geriatrického pacienta v nemocničním prostředí**
Cíl práce: **Shrnout specifika péče o geriatrického pacienta v nemocničním prostředí. Zjistit míru informovanosti geriatrického pacienta o důležitosti poskytování rehabilitační péče a aktivizace.**


Mgr. Dana Polodnová
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Anotace

Moje bakalářská práce na téma: „Specifika péče o geriatrického pacienta v nemocničním prostředí“ se skládá z části teoretické a z části praktické. V teoretické části jsem se zabývala vysvětlením pojmů z oblasti geriatrie, stářím a změnami ve stáří, specifiky péče o geriatrického pacienta a rehabilitací. V praktické části jsem vyhodnocovala výsledky výzkumu a navrhla doporučení pro praxi.

Klíčová slova

geriatrie, senior, stáří, geriatrický pacient, rehabilitace

Annotation

Meine Bachelorarbeit zum Thema: „Die Besonderheiten der Pflege um den geriatrischen Patienten in der Krankenhausmilieu“ besteht aus dem theoretischen und praktischen Teil. In dem theoretischen Teil habe ich mich mit der Erklärung der Begriffe aus dem Bereich der Geriatrie, mit dem Alter und der Änderungen im Alter, mit der Besonderheiten der Pflege um den geriatrischen Patienten und mit der Rehabilitation beschäftigt. In dem praktischen Teil habe ich die Ergebnisse der Untersuchung ausgewertet und ich habe die Empfehlung für die Praxis vorgeschlagen.

Schlüsselwörter

die Geriatrie, der Senior, das Alter, der geriatrische Patient, die Rehabilitation

Poděkování

Na tomto místě bych především ráda poděkovala Mgr. Daně Polodnové za odborné vedení mé bakalářské práce a také za cenné rady.

Děkuji hlavní sestře Nemocnice Jihlava Mgr. Jarmile Cmuntové za poskytnutí možnosti dotazníkového šetření. Dále chci také poděkovat všem respondentům, kteří se účastnili vyplňování dotazníků. Velké díky patří mé rodině a mému příteli za jejich podporu při tvorbě této bakalářské práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše) z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Obsah

1 ÚVOD	9
1.1 Cíl práce	11
1.2 Hypotézy	11
2 TEORETICKÁ ČÁST	12
2.1 Vymezení pojmů gerontologie, geriatrie, stáří, geriatrický pacient.....	12
2.1.1 Gerontologie	12
2.1.2 Geriatrie	12
2.1.3 Geriatrický pacient	12
2.1.4 Stáří.....	13
2.1.4.1 Rozdělení stáří	13
2.2 Změny ve stáří.....	14
2.2.1 Biologické změny	15
2.2.1.1 Kardiovaskulární systém	15
2.2.1.2 Respirační systém.....	15
2.2.1.3 Trávicí systém	15
2.2.1.4 Pohlavní a vylučovací systém	16
2.2.1.5 Nervový systém	16
2.2.1.6 Smyslové vnímání a spánek	17
2.2.1.7 Pohybový a kožní systém	17
2.2.2 Psychické změny	18
2.2.3 Sociální změny	19
2.3 Specifika péče u geriatrických pacientů.....	19
2.3.1 Průběh nemoci ve stáří	19

2.3.2 Polymorbidita	19
2.3.3 Geriatrické syndromy	20
2.3.3.1 Závratě a nestabilita u geriatrických pacientů	21
2.3.3.2 Poruchy příjmu potravy u geriatrického pacienta	21
2.3.3.3 Inkontinence moči a stolice u geriatrického pacienta.....	22
2.3.3.4 Péče o kůži a prevence vzniku kožních defektů	23
3 Potřeby geriatrických pacientů a specifika komunikace s nimi.....	25
3.1 Potřeby geriatrických pacientů.....	25
3.2 Specifika komunikace s geriatrickými pacienty	25
4 Preventivní opatření ve stáří	27
4.1 Některá preventivní opatření.....	27
5 Rehabilitace u geriatrických pacientů.....	29
5.1 Nejčastější používané pomůcky	30
5.1.1 Další pomůcky používané při rehabilitaci u geriatrických pacientů	30
5.2 Aktivní a pasivní cvičení.....	31
5.2.1 Izotonické a izometrické cvičení	31
5.2.2 Kondiční cvičení.....	32
5.2.3 Dechová gymnastika	32
6 PRAKTICKÁ ČÁST	33
6.1 Metodika výzkumné práce	33
6.2 Charakteristika vzorku respondentů.....	33
6.3 Charakteristika výzkumného prostředí a průběh výzkumu.....	33
6.4 Zpracování získaných dat.....	34
6.5 Vlastní výsledky výzkumu	34

6.6 DISKUZE.....	56
6.6.1 Vyhodnocení hypotéz.....	56
6.7 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	62
7 ZÁVĚR	65
Seznam použité literatury	67
Seznam tabulek.....	70
Seznam příloh	71

1 ÚVOD

„Vědět, jak zestárnout, to je mistrovské dílo moudrosti a jedna z nejdůležitějších kapitol velkého umění žít.“ H. Amiel (Klevetová, Dlabalová, 2008, str. 71)

Charakterizovat stáří není až tak snadné. Přestože se setkáváme s mnoha definicemi, žádná z nich stáří úplně nevystihuje. Stáří je fyziologický průběh života, který čeká jednou každého z nás. Je to závěrečná kapitola života. Stárnutí postihuje buňky i jejich funkce (tkáně, orgány) degenerativními změnami. Časový průběh těchto změn nastává v různém období života a je velmi individuální. Tyto změny mohou být u člověka pomalé nebo rychlejší, jsou dány geny. Mezi další faktory, které ovlivňují proces stárnutí, patří životní styl člověka, prostředí, vykonávaná práce či stres. U geriatrického pacienta se může typicky objevovat větší množství chronických nemocí, které se však většinou nepodaří zcela účinně léčit. (Mlýnková, 2011)

Také komunikace se seniory je velmi důležitá. Základním pravidlem v této oblasti by se mělo stát aktivní naslouchání, které lze uplatnit při rozhovoru se seniorem. Jedná se o vyslechnutí informací, které jsou nám sdělovány a vyjádření porozumění dané situaci. Při komunikaci je velmi důležité vyjádření úcty k člověku, jednání, které v druhých vzbuzuje důvěru a ochota naslouchat i reagovat, což je v rozhovoru potřebné u obou komunikujících osob. Neméně důležité je přátelské prostředí a v případě jakéhokoliv problému citlivý přístup při jeho řešení. (Malíková, 2011)

Bakalářskou práci na téma „Specifika péče o geriatrického pacienta v nemocničním prostředí“ jsem si vybrala, protože je mi problematika geriatrického pacienta velmi blízká. Toto téma mě velmi zaujalo. Již za období odborné praxe jsem ráda pečovala o starší pacienty. Na těchto pacientech lze pozorovat, že naši pomoc a péči opravdu potřebují a jsou za ni vděční. Pro mě je důležitá zpětná vazba, proto se mi o tyto pacienty stará ze všeho nejlépe. Jejich vlídný úsměv mě vždy zahřeje u srdce a hned mám lepší den.

V teoretické části bakalářské práce se zaměřuji na vysvětlení jednotlivých pojmů – gerontologie, geriatrie a geriatrický pacient. Dále zde píší o problematice stáří a rozděluji starší věk na několik skupin. V dalších částech práce popisují změny, které se ve stáří u geriatrických pacientů objevují, ať už jsou to změny v oblasti biologické, psychické či sociální. Navazuji částí, která se zabývá specifiky péče o geriatrického

pacienta. Do této části jsem zařadila průběh nemoci ve stáří, polymorbiditu a geriatrické syndromy. Také jsem se zaměřila na potřeby geriatrických pacientů a specifika komunikace s nimi. V další části rozebírám preventivní opatření ve stáří. Poslední úsek teoretické části je zaměřen na rehabilitaci geriatrických pacientů a rehabilitační pomůcky.

V praktické části jsem se zabývala problematikou geriatrických pacientů a specifiky péče o ně. Popisuji zde metodiku výzkumné práce, charakterizuji vzorek respondentů a výzkumné prostředí a také samotný průběh výzkumu. Také jsem se zaměřila na zpracování výsledků výzkumu.

1.1 Cíl práce

Hlavní cíl: Shrnout specifika péče o geriatrického pacienta v nemocničním prostředí.

Podcíl: Zjistit míru informovanosti geriatrického pacienta o důležitosti poskytování rehabilitační péče a aktivizace.

1.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Předpokládám, že méně než 50 % geriatrických pacientů je dostatečně informováno a aktivně se zajímá o důležitost poskytování rehabilitační péče a aktivizace.

Hypotéza 2: Předpokládám, že minimálně 70 % geriatrických pacientů v nemocničním prostředí má úplně či částečně omezenou soběstačnost v některé činnosti z oblasti každodenního života (např. oblékání, hygiena).

Hypotéza 3: Předpokládám, že více než 50 % geriatrických pacientů v nemocničním prostředí hodnotí úroveň poskytované ošetrovatelské péče jako dobrou.

Hypotéza 4: Předpokládám, že více než 50 % geriatrických pacientů má pocit, že komunikuje s ošetřujícím personálem bez problému.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Vymezení pojmů gerontologie, geriatrie, stáří, geriatrický pacient

2.1.1 Gerontologie

Gerontologie je nauka zabývající se stárnutím a stářím organismu a také životem člověka ve stáří. Gerontologie se člení na tři základní oblasti.

Gerontologie experimentální je zaměřena na otázky stárnutí živého organismu, na procesy psychologického a biologického stárnutí.

Gerontologie sociální se zaměřuje na vzájemný vztah starého člověka a společnosti. Zkoumá sociální a společenské vlivy ovlivňující stárnutí. Tato oblast zahrnuje například demografii, psychologii, sociologii a další.

Gerontologie klinická, jejíž synonymum je pojem geriatrie, se zaměřuje na zvláštnosti chorob ve stáří a také zdravotním a funkčním stavem seniorů. (Kalvach, 2004; Malíková, 2011)

2.1.2 Geriatrie

Geriatrie je lékařský obor, který se vyčlenil z vnitřního lékařství. Jde o užší podobor gerontologie, označuje se také jako gerontologie klinická. Tento obor se zaměřuje na zdravotní péči o pacienty ve vyšším věku – nad 65 let. Shrnuje specifika geriatrických pacientů, prevenci, diagnostiku a léčbu onemocnění ve stáří. (Kalvach, 2004; Topinková, 2005; Navrátil, 2008; Šafránková, Nejedlá, 2006)

Mezi cíle geriatrie patří uchování zdraví, aktivizace a dosažení co nejvyšší kvality života pacienta. (Topinková, 2005)

2.1.3 Geriatrický pacient

Geriatrický pacient bývá obvykle charakterizován jako pacient vyššího věku s významnou morbiditou a také hrozícími nebo již přítomnými funkčními omezeními.

Kritériem pro zahájení ambulantní či lůžkové léčby bývá akutní onemocnění nebo zhoršení chronického onemocnění. Správná komplexní léčba je možná pouze

za předpokladu spolupráce lékaře a profesionálně pracujícího týmu. Do geriatrického týmu začleňujeme pacienty, jejich rodiny, lékaře, ošetřující personál, psychology, pracovníky duchovní péče, sociální pracovníky, terapeuty a dále také pomocný ošetřující či technický personál. (Schuler, 2010)

Základní pilíř léčby pacienta vyššího věku je aktivizační péče, pozorování pacienta, jeho zdrojů a omezení a v neposlední řadě pozorování jeho duševního stavu. S léčbou však musí pacient souhlasit, stává se velmi podstatným partnerem týmu. (Schuler, 2010)

2.1.4 Stáří

Stáří je fyziologickou součástí života. Je označováno jako vyvrcholení životního cyklu člověka. (Mlýnková, 2011)

Každý člověk stárne již od narození, v určitém období života stárne rychleji a v jiném zase pomaleji. (Haškovcová, 2010)

Jedná se o důsledek morfologických i funkčních změn, které probíhají u každého člověka individuálně. (Kalvach, 2004)

Ze společenského hlediska obecně je člověk „starý“, je-li za takového pokládán ostatními členy ve společnosti. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Mluvíme-li o stárnutí, máme na mysli proces tělesného úpadku, který začíná až později, ne ihned po narození. Jedinec má sklon ke zvýšené vnímavosti k mnoha onemocněním a snížené schopnosti opravit poškození organismu. (Nesse, Williams, 1994)

2.1.4.1 Rozdělení stáří

Stáří a vyšší věk byl rozdělen Světovou zdravotnickou organizací (WHO) na tyto skupiny:

- věk 45-59 let se označuje jako střední věk
- období 60-74 let je považován za časné stáří (senesance)
- věk 75-89 let bývá u člověka označován jako senium neboli vlastní stáří
- věk nad 90 let je považován za dlouhověkost (patriarchum). (Malíková, 2011)

Kvalita stárnutí je ovlivněna zdravotním stavem a životním očekáváním. Proces stárnutí ovlivňují i životní podmínky. (časopis Sestra 9/2012)

Stáří bývá dále rozděleno na tři skupiny – na stáří kalendářní, sociální a biologické. (Kalvach, 2004)

Kalendářní stáří je jasně vymežitelné, ale nevystihuje individuální rozdíly. Věková hranice kalendářního stáří se posouvá s prodloužením očekávané délky života. Existuje více různých definic stáří. V dnešní době je za počátek stáří považován věk 65 let. Věk od 75 let je označován jako vlastní stáří.

Současné rozdělení kalendářního stáří je takovéto: lidé ve věku 65-74 let jsou mladí senioři, ve věku 75-84 let jsou označováni jako staří senioři a ve věku nad 85 let jsou považováni za velmi staré seniory.

Sociální stáří je dáno změnami sociálních rolí a potřeb jedince, životního stylu a ekonomického zajištění. Počátek sociálního stáří vzniká při nároku na starobní důchod nebo na penzionování.

Sociální periodizace života jedince je rozdělována na první věk, předproduktivní, který zahrnuje období dětství, mládí, učení, profesní přípravu a získávání sociálních zkušeností. Druhý věk, produktivní, zahrnuje období dospělosti, produktivitu biologickou a ekonomicko-sociální. Třetí věk, postproduktivní, neboli stáří a čtvrtý věk zahrnující období závislosti. (Kalvach, 2004)

Biologické stáří je dáno zdravím seniora, jeho zdatností a vitalitou. Je to míra involučních změn člověka. (Kalvach, 2004; Mlýnková, 2011)

Biologické stáří je dáno změnami organismu probíhajícími na fyziologické úrovni.

Změny neprobíhají u každého jedince stejně, postihují tkáně a orgány těla. Jsou dány životním stylem a také genetickými dispozicemi. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

2.2 Změny ve stáří

Ve stáří dochází k mnoha změnám v organismu, kterým se nelze vyhnout. Tyto změny jsou velmi individuální u každého člověka. Jejich časový nástup je také individuální a souvisí s více faktory, jakými jsou například genetické dispozice, životní styl nebo zlozvyky člověka. Veškeré změny se vzájemně ovlivňují a souvisí spolu. (Klevetová, Dlabalová, 2008; Mlýnková, 2011)

2.2.1 Biologické změny

Biologické změny znamenají změny organismu probíhající na fyziologické úrovni. Jsou to změny tělesné, které se týkají orgánových soustav a jejich orgánů.

Jednotlivé změny probíhají v mnoha tělesných systémech: v kardiovaskulárním systému, respiračním systému, trávicím systému, pohlavním a vylučovacím systému, nervovém systému, smyslovém vnímání a spánku, nejvíce zřetelné jsou však změny na kůži a pohybovém systému.

Dochází ke zpomalení a oslabení mnoha funkcí a poklesu biologických adaptačních mechanismů. (Klevetová, Dlabalová, 2008; Mlýnková, 2011)

2.2.1.1 Kardiovaskulární systém

U srdce klesá jeho pracovní kapacita. Srdeční chlopně ztrácí svoji pružnost a dochází ke snížení činnosti srdce jako pumpy. Při zvýšené zátěži a současné menší výkonnosti levé komory srdce dochází k levostrannému selhání srdce. Může dojít ke sníženému průtoku krve koronárními cévami, stejně jako k poklesu průtoku krve všemi orgány.

Objevuje se snížení elasticity cév v cévním řečišti, příčinou je ukládání tukových látek nebo vápníku do stěny tepny (ateroskleróza). Z tohoto důvodu může dojít k hypertenzi. (Klevetová, Dlabalová, 2008; Mlýnková, 2011)

2.2.1.2 Respirační systém

Respirační schopnost plic klesá, což se projevuje zadýcháváním se u člověka. Díky změnám na hrudníku a mezižebních svalech nastává zmenšení objemu hrudníku a následně člověk nadechuje menší množství vzduchu.

Jednak se u člověka objevuje snížená vitální kapacita plic, jednak klesá čistící schopnost řasinkového epitelu, proto může častěji docházet k zánětům dýchacích cest. (Klevetová, Dlabalová, 2008; Mlýnková, 2011)

2.2.1.3 Trávicí systém

U trávicího systému dochází k menšímu poškození než u ostatních tělních systémů. Přesto se zde mohou vyskytnout výrazné změny. K těmto změnám může patřit

opotřebování a ztráta chrupu, snižuje se tvorba slin, trávicích enzymů, trávicích šťáv, potrava se pomaleji rozkládá i vstřebává. Objevuje se snížená motilita orgánů trávicí trubice. Zpomalení peristaltiky střev může mít za následek zácpu.

Z důvodu menší výkonnosti slinivky se může ve stáří objevit „stařecká“ forma diabetu. (Klevetová, Dlabalová, 2008; Mlýnková, 2011)

2.2.1.4 Pohlavní a vylučovací systém

U mužů se snižuje potence a snižuje se také množství tvorby spermií. Vlastní degenerativní změny pohlavních žláz u mužů probíhají pomalu. Muži mohou také trpět zbytněním prostaty. (Klevetová, Dlabalová, 2008; Mlýnková, 2011)

Ženy mohou trpět poklesem dělohy, dochází ke zmenšení mléčné žlázy a snížení přirozené zvlhčující schopnosti pochvy. Sekrece pohlavních hormonů je u žen ukončena. U obou pohlaví se snižuje sexuální aktivita, toto je však velmi individuální u každého člověka. (Klevetová, Dlabalová, 2008; Mlýnková, 2011)

Dalšími změnami bývají snížení koncentrační a očišťovací schopnosti ledvin a snížení elasticity uretry. V močovém měchýři se zvyšuje postmikční reziduum díky snížené kapacitě močového měchýře. Dále dochází k poklesu svalových svěračů okolo uretry, čímž může docházet k inkontinenci. (Klevetová, Dlabalová, 2008; Mlýnková, 2011)

2.2.1.5 Nervový systém

V periferním nervovém systému dochází ke snížení rychlosti vedení vzruchu. Je tedy potřeba více času na příjem informace a jejího zpracování. Jedná se o snížené psychomotorické tempo. Dále se objevuje snížený počet neuronů. Na obalech neuronů se mohou objevovat senilní plaky, které vedou v určitých případech k demenci. Ve stáří se ukládá nahnědlý pigment lipofusin do nervových buněk, jater a do svalů. Ve stáří se mohou objevovat poruchy chůze a rovnováhy vlivem změn hlubokého cití. Další změnou může být zpomalení regulačních mechanismů projevující se sníženou odolností k zátěži a horší adaptací na nové životní podmínky. (Klevetová, Dlabalová, 2008; Mlýnková, 2011)

2.2.1.6 Smyslové vnímání a spánek

Převládá snížená výkonnost smyslových orgánů. Objevuje se výrazné zhoršení sluchu a zraku. U zraku je snížená zraková ostrost a horší schopnost oka adaptovat se na šero a tmu. Snížená je také akomodace na vzdálené i blízké předměty. Bývá zde i sklon k šedému zákalu (kataraktě) nebo k zelenému zákalu (glaukomu) díky stařeckým změnám oční čočky. U katarakty se objevuje snížená zraková ostrost, naopak glaukom se projevuje zvýšeným nitroočním tlakem. (Klevetová, Dlabalová, 2008; Mlýnková, 2011)

Ke snížení sluchu dochází vlivem atrofických změn sluchové dráhy. Více je postižen u lidí pracujících v hlučném prostředí. Větší výskyt poruch sluchu je u mužů. Nedoslýchavost je u starších lidí často opomíjený problém, může vést až k sociální izolaci.

Čichová schopnost jedince se také snižuje. (Klevetová, Dlabalová, 2008; Mlýnková, 2011)

Zhoršují se i schopnosti hmatové a chuťové. Nesmíme zapomenout ani na ubývání receptorů umožňujících vnímat polohu a pohyb těla, pocity chladu, tepla, síly a tlaku. To má za následek mnohé komplikace – závratě, pády, zranění. V oblasti spánku dochází k jeho snížené kvalitě a délce. Poruch spánku přibývá, dochází k takzvané spánkové inverzi. Lidé při ní špatně usínají, budí se v noci a mají tendence spát přes den. Po spánku mívají pocity nevyspání. Příčiny poruch spánku nelze jednoznačně určit, jsou buď primární (spánková apnoe, inverze), nebo sekundární (způsobeny depresiemi či bolestí). Spánková inverze se dá řešit tím, že si člověk po obědě alespoň na dvě hodiny odpočine. Regulační systém se takto zregeneruje a může dále fungovat při řízení organismu. (Nejedlá, Šafránková, 2006; Klevetová, Dlabalová, 2008; Mlýnková, 2011)

2.2.1.7 Pohybový a kožní systém

V pohybovém systému dochází ke změnám spojených s váhou a výškou člověka. Výška se snižuje díky atrofii meziobratlových plotének. Příčinou chůze v mírném předklonu může být ochabování kosterních svalů. Ty poté nejsou schopny udržet vzpřímenou

postavu. Objevuje se úbytek svalové hmoty. Kostí řídnu a pohyby seniorů jsou pomalejší. Křehkost kostí ukazuje na zvýšené riziko zlomenin a úrazů. Dále se objevuje zvýšená bolest kloubů a snížená schopnost pohybu v důsledku úbytku kloubní chrupavky. Dochází k ochabování kosterních svalů, snížení jejich pružnosti a také ke snížení fyzické síly. Práce hladké svaloviny je dostatečná. (Klevetová, Dlabalová, 2008; Mlýnková, 2011)

V kožním systému sledujeme sníženou aktivitu mazových žláz. Kůže bývá suchá a může svědit, protože se ztrácí schopnost zadržování vody. U seniorů existuje větší sklon k dehydrataci. Nahromaděním melanocytů v kůži obličeje, rukou a horních končetin mohou vznikat „stařecké skvrny“. Kůže může mít ale také naopak bledá místa, kde pigment chybí úplně. Na kůži vznikají vrásky vlivem snížení elasticity a snižuje se také napětí kůže (kožní turgor). Díky ztrátě tukové tkáně v podkoží bývá kůže tenká. Změny jsou znát také na přídatných orgánech kůže – vlasech, nehtech, chlupech. Dochází k šedivění, řídnutí, u nehtů se objevují podélné rýhy a typické je jejich ztlustění. (Klevetová, Dlabalová, 2008; Mlýnková, 2011)

2.2.2 Psychické změny

Ve stáří jsou časté změny psychiky. Objevují se u starších lidí individuálně a jsou mezi nimi rozdíly. Zhoršují se kognitivní (poznávací) funkce, ke kterým patří vnímání, myšlení, paměť, pozornost, představy. Paměť pro nové události je zhoršena, avšak dávné zážitky jsou v paměti dobře uchovány a jsou podbarveny emocemi. Dochází také ke snížení psychické vitality a klesá pružnost myšlení. Osobnost člověka ovlivňuje kvalitu psychiky. Mění se dílčí schopnosti osobnosti, celistvost osobnosti bývá zachována. Základní povahové rysy bývají u některých jedinců zdůrazněny. U starších lidí je také možno pozorovat zvýšenou plačtivost či u patologických typů jedinců emoční labilitu charakterizovanou rychlým střídáním nálad. Výjimkou není ani depresivní naladění starších lidí nebo výraznější strach a úzkost (například ze samoty nebo z pádu). Ztráta partnera je u seniora také významnou až traumatizující událostí, kdy má člověk pocit nenahraditelné ztráty, opuštění a samoty. Tato událost, se kterou nejsou někteří jedinci zemřelých partnerů smíření, může urychlit jejich vlastní úmrtí. (Navrátil, 2008; Mlýnková, 2011; Langmeier, Krejčířová, 2006)

2.2.3 Sociální změny

Sociální změny souvisí s odchodem seniora do starobního důchodu. Jsou to zásadní změny v životě, mezi které patří změna sociální role seniora. Končí u něj role pracujícího a začíná nová role důchodce. Dochází také ke změně ekonomické situace díky nízké penzi a poplatkům u lékaře, mění se dosavadní životní standart seniora. Určitá skupina starších lidí se do penze těší, jiní ale neví, co budou dělat s velkým množstvím volného času. U těchto seniorů se může objevit nuda, negativní naladění a ne příliš kladné emoce. Bývají lítostiví a mrzutí. Při nedostatku sociálních kontaktů dochází v některých případech k sociální izolaci seniora. Ve stáří se mohou objevit také různé nemoci, které mohou bránit běžným denním činnostem. V tomto případě dochází ke snížení soběstačnosti a člověk se stává závislým na druhých. Závislost na druhých je velmi individuální dle celkového stavu seniora, někteří z nich žijí aktivním životem a věnují se mnoha volnočasovým aktivitám. (Mlýnková, 2011)

2.3 Specifika péče u geriatrických pacientů

2.3.1 Průběh nemoci ve stáří

Ve stáří dochází k involučním změnám a mnoha orgánovým patologiím. Dochází k horší adaptaci na podmínky vnějšího a vnitřního prostředí a lehce se objeví dekompenzace orgánových funkcí i organismu celkově. (Topinková, 2005)

Mění se spektrum nemocnosti, zvyšuje se výskyt chronických degenerativních chorob (jako je osteoporóza, osteoartróza, kardiovaskulární onemocnění, cerebrovaskulární onemocnění, demence). Postižení orgánů se kombinují. U seniora dochází k celkové rizikovosti. Ve stáří bývá častější riziko přechodu onemocnění do chronicity, které může mít až invalidizující potenciál. Bývá zde také riziko akutní dekompenzace nemoci. (Topinková, 2005)

2.3.2 Polymorbidita

Polymorbiditou rozumíme současnou přítomnost několika nemocí u člověka, které se vyskytují častěji s přibývajícím věkem. Ve stáří se více vyskytují různé komplikace, jejichž příčinami jsou porušení obecného rovnovážného stavu organismu (například poruchy elektrolytového hospodářství či acidobazické rovnováhy) nebo komplikace

spojené s probíhajícím onemocněním. Podle jistých studií 90% lidí ve věku nad 75 let trpí jednou nebo více chronickými chorobami. Velká část onemocnění ve stáří probíhá odlišně. Odlišné příznaky chorob charakterizuje:

- **Mikrosymptomatologie** – příznaky onemocnění jsou vyjádřeny pouze minimálně, u některých seniorů probíhá nemoc asymptomaticky.
- **Monosymptomatologie a oligosymptomatologie** – onemocnění se projevuje jedním příznakem z obvyklé škály příznaků nebo několika z nich.
- **Příznaky druhotného postižení** – na onemocnění reaguje jiný než postižený orgán, nejvíce bývají postiženy ledviny, mozek a dolní močové cesty.
- **Nespecifické příznaky** – mezi ně patří nechutenství, únava a jiné.
- **Řetězení příznaků** – jde o příčinné řetězení chorob, kdy jedna vyvolává druhou, toto se nazývá tzv. kaskádová reakce.
- **Atypické lékové reakce** – pacient je ohrožen nedostatečným či naopak zvýšeným účinkem léku nebo také nežádoucími účinky.
- **Vysoký invalidizující potenciál nemoci** – vedou ke ztrátě soběstačnosti.
- **Prudká zhoršení stavu** – vznikají z důvodu malé funkční rezervy a také je zvýšené riziko úmrtí.
- **Sociální rozměr onemocnění** – chronické a invalidizující onemocnění mění sociální statut seniora, člověk může jejich vlivem prožívat chronický stres a zapříčinit až adaptační selhání. Onemocnění postihuje nejenom pacienta, ale také jeho blízké. (Topinková, 2005; Navrátil 2008)

2.3.3 Geriatrické syndromy

Příčiny geriatrických syndromů jsou multikauzální, jsou přítomny hlavně ve vyšším věku. Často jsou ale podceňovány a považovány za následek stárnutí. Díky správné diagnostice a léčbě je možné dosáhnout zlepšení a také zmírnění obtíží. Tyto syndromy existují v psychické, sociální i somatické oblasti. K psychickým geriatrickým syndromům řadíme deprese, demence, delirium, poruchy chování a adaptace. Sociální geriatrické syndromy jsou například ztráta soběstačnosti, sociální izolace, závislost na pomoci ostatních, týrání a zneužívání a také dysfunkce rodiny. Mezi somatické geriatrické syndromy patří poruchy chůze a pohyblivosti, poruchy termoregulace,

inkontinence moči a stolice, závratě, nestabilita a pády, dekubity a poruchy příjmu potravy a tekutin. (Topinková, 2005)

2.3.3.1 Závratě a nestabilita u geriatrických pacientů

Závrať je definována jako pocit pohybu vlastního těla či okolí. Příčinami jsou neadekvátní signály z periferních receptorů (zrak, sluch) či porucha zpracování a vyhodnocení těchto signálů v CNS (mozeček, thalamus). Existuje několik typů závratí – závrať periferní, centrální, smíšená periferně-centrální, nevestibulární a závrať farmakologická, která může být vyvolaná některými léky – například antiepileptiky či antihypertenzivy). Nestabilitou a problémy s rovnováhou trpí až 50 % seniorů ve věku nad 65 let, bývá označována termínem presbystasis. (Topinková, 2005)

Doprovodnými příznaky závratí mohou být příznaky vegetativní, poruchy sluchu, tinnitus, bolesti hlavy či výpadové projevy senzorické a motorické. Důležitá je léčba vyvolávající příčiny anebo léčba symptomatická. (Topinková, 2005)

2.3.3.2 Poruchy příjmu potravy u geriatrického pacienta

Výživa je jedním z důležitých kritérií ve stáří. Až 20 % seniorů trpí nedostatečnou výživou. Důsledkem nedostatečné výživy vzniká malnutrice, při které dochází k celkovému úbytku hmotnosti, ztrátě tukové tkáně a celkovým somatickým a metabolickým změnám. Malnutrice u seniorů často nebývá diagnostikována a důsledkem toho se neléčí. Trpí jí 20 – 40 % seniorů v nemocnici. Může vést ke zhoršení fyzické zdatnosti, snížení imunity, zvýšené náchylnosti k infekcím, zhoršenému hojení ran, úbytku svalové hmoty a také ke zvýšení mortality. (Topinková, 2005; Klevetová, Dlabalová, 2008)

Malnutrici můžeme rozdělit podle charakteru na malnutrici proteinovo-energetickou, proteinovou, karenci a kachexii. Převažují funkční příčiny malnutrice a dále sociální vlivy. Při proteinové malnutrici chybí člověku v těle převážně bílkoviny, přesto je však celkový energetický příjem dostatečný (typ kwashiorkor). Při proteinovo-energetické malnutrici je celkový kalorický příjem nedostatečný (marantický typ). Karence se vyznačuje nedostatkem vitamínů, minerálů a stopových prvků. Poslední typ malnutrice – kachexie – je přítomná při jiném závažném onemocnění. U tohoto typu

malnutrice je přítomný bazální metabolismus a katabolismus. (Topinková, 2005; Klevetová, Dlabalová, 2008)

Při malnutrici je třeba průběžně zaznamenávat hmotnost, denní příjem potravy a zvýšit celkový kalorický příjem seniora. Důležitý je také dostatečný příjem tekutin. Nezapomínáme ani na estetickou úpravu jídla. (Topinková, 2005; Klevetová, Dlabalová, 2008)

2.3.3.3 Inkontinence moči a stolice u geriatrického pacienta

Výskyt inkontinence se s věkem zvyšuje. Existují dva typy inkontinence – inkontinence moči a inkontinence stolice. (Topinková, 2005; Mikšová, Froňková, 2006)

U seniorů je inkontinence moči spojována se zdravotním postižením, invaliditou, sociální izolací a dále se závislostí. Je definována jako nechtěný, samovolný únik moči, který je pro seniora hygienickým a sociálním problémem. Příčiny inkontinence jsou multifaktoriální, patří mezi ně změny funkce močových cest související s věkem (snížená kapacita močového měchýře, nižší schopnost zamezit mikci), dále onemocnění urogenitálního traktu či celková onemocnění (spojená s polyurií – diabetes mellitus, diabetes insipidus) nebo také poruchy mobility a zručnosti pacienta. (Topinková, 2005; Mikšová, Froňková, 2006)

Mezi základní typy inkontinence moči patří inkontinence stresová, urgentní, reflexní a inkontinence z přetékání (paradoxní ischurie). (Topinková, 2005; Mikšová, Froňková, 2006)

Ke stresové inkontinenci dochází při náhlém zvýšení nitrobřišního tlaku – například při kašli, smíchu či zvednutí břemene. Jedná o dysfunkci sfinkterů. Patří mezi nejčastější typ inkontinence u žen. (Topinková, 2005; Mikšová, Froňková, 2006)

Dalším typem inkontinence je inkontinence urgentní. Projevuje se naléhavým nucením na močení (urgencí), kterému musí pacient vyhovět. U tohoto typu inkontinence rozlišujeme urgenci motorickou a senzorickou. Motorická urgence je způsobena stahy detruzoru, senzorická naopak hypersenzitivitou receptorů detruzoru. (Topinková, 2005; Mikšová, Froňková, 2006)

Mezi další typy inkontinence patří reflexní inkontinence. Při naplnění močového měchýře dojde k jeho reflexnímu vyprázdnění. Příčinami bývají patologické

neurologické nálezy (například míšní léze při fraktuře obratlů). Pacient si není vědom naplnění močového měchýře a jeho vyprázdnění nedokáže ovlivnit. (Topinková, 2005; Mikšová, Froňková, 2006)

Posledním typem je inkontinence z přetékání (paradoxní ischurie). Vzniká při močové retenci a funkčních sfinkterech. Dochází k mimovolnému úniku moči díky přeplněnému močovému měchýři, kdy moč z močového měchýře samovolně odkapává. Příčinami této inkontinence mohou být mechanické obstrukce (hyperplazie prostaty, tumor v oblasti hrdla) či porucha kontraktility močového měchýře. (Topinková, 2005; Mikšová, Froňková, 2006)

Při inkontinenci moči je důležité neomezovat seniory v příjmu tekutin z důvodu rizika dehydratace. Důležitá je správná a dostatečná hygiena spolu s používáním pomůcek zabraňujících inkontinenci dle individuální potřeby pacienta. Je důležité si také uvědomit, že samotná inkontinence moči u pacienta není indikací k trvalé katetrizaci močového měchýře. (Topinková, 2005; Mikšová, Froňková, 2006)

Inkontinence stolice je označována jako samovolný odchod stolice přes anální svěrače. Vyskytuje se asi u 1 % pacientů nad 65 let. Je často spojená s inkontinencí moči. Příčinami této inkontinence bývají poruchy střevní motility, oslabená svalovina břišní stěny a pánve, porucha inervace konečníku a onemocnění CNS (například onemocnění míchy, demence, stavy po CMP), psychologické příčiny či faktory prostředí (dostupnost WC, soukromí při defekaci). (Topinková, 2005)

Při inkontinenci stolice u seniorů je důležitá úprava pasáže vhodnou stravou s dostatkem vlákniny, dostatečný příjem tekutin, pohyb, pravidelnost vyprazdňování stolice a také používání absorpčních pomůcek pro inkontinenci. Důležitá je hygiena seniora a pravidelné sledování stavu kůže. (Topinková, 2005)

2.3.3.4 Péče o kůži a prevence vzniku kožních defektů

Kůže slouží jako ochranná bariéra před nepříznivými vlivy vnějšího prostředí. Pouze hydratovaná, zdravá a nenarušená kůže poskytuje tělu potřebnou ochranu. U seniorů se často vyskytuje suchá kůže. Mezi zásady ošetřování kůže patří omezení používání mýdel, které pokožku vysušují. Místo nich je doporučeno používat hydratační emulze či čisticí oleje. Seniorovi zajistíme dostatečný příjem tekutin, vhodné je zvlhčování vzduchu a používání hydratačních krémů. Je důležité také šetrné mytí pokožky, jinak by

docházelo k nežádoucímu odlučování rohové vrstvy, která je potřebná k ochraně kůže před mikroorganismy. Promaštěním pokožky se zvýší odolnost proti UV záření. (Kalvach, 2004; Mikšová, Froňková, 2006)

Jako prevence kožních defektů u rizikových pacientů slouží také správné polohování. Snažíme se zabránit vzniku dekubitů, svalových kontraktur, deformit a omezenému pohybu v kloubu. Je důležité polohovat pacienta pravidelně v průběhu celých 24 hodin, vždy musí být poloha pro pacienta bezpečná. Změnu polohy provádíme každé dvě až tři hodiny (záda, pravý bok, záda, levý bok), kdy při každé změně polohy musíme zkontrolovat stav kůže a její zbarvení. (Kapounová, 2007)

K polohovacím pomůckám patří například molitanové podložky, kostky, polštářky s polystyrenovými kuličkami, syntetické rouno, gelové pomůcky, kolečka, válce, polohovací lůžko, „botičky“ a další. (Vytejková, Sedlářová, 2011)

Mezi základní typy polohování patří polohování antalgické, preventivní a korekční. Antalgické polohování je označováno jako protibolestivé, používané v akutním stádiu, může však vést k sekundárním změnám pohybového ústrojí. Preventivním polohováním bráníme vzniku špatného postavení v kloubu a zkrácení svalu. Korekční polohování se používá v případě, kdy je přítomen omezený pohyb, zkrácení svalu či deformita. (Kapounová, 2007)

Dekubitus neboli místní buněčné poškození tkáně vzniká současným působením tlaku, vlhkosti a střížné síly, imobility a zhoršeného stavu seniora. Postižena bývá kůže, šlachy, svaly i kosti. Dalším významným faktorem je tlak na predilekční místa. Chybí-li u pacienta spontánní pohyb, kapiláry se po nějaké době stlačí, tím vznikne nedostatek kyslíku ve tkáni a dojde ke vzniku dekubitu. Existují čtyři stupně dekubitů – první stupeň je charakterizován začervenaním pokožky, druhý tvorbou puchýřků, třetí narušením celistvosti kůže a čtvrtý hlubokým poškozením tkání. Jako prevenci dekubitů u geriatrických pacientů se sníženou soběstačností uplatňujeme převážně polohování, v případě vzniku dekubitu je důležitá léčba a také záznam v dokumentaci pacienta. K léčbě je doporučen různý obvazový materiál dle stupně a charakteru dekubitu. Nesmíme zapomenout ani na důkladnou hygienu, správnou výživu a pitný režim, odstranění škodlivých faktorů a vhodný antidekubitální systém. (Kapounová, 2007)

3 Potřeby geriatrických pacientů a specifika komunikace s nimi

3.1 Potřeby geriatrických pacientů

Potřebu označujeme jako projev nedostatku nebo chybění něčeho. Jejich odstranění je žádoucí. Nedostatek ovlivňuje psychiku člověka – jeho myšlení, pozornost, emoce a volní procesy. (Trachtová, 1998)

Potřeby jsou individuální a mění se v jednotlivých obdobích života podle osobnosti, rodinné a sociální situace, podle zdravotního stavu, podle tradic a kultury. U seniorů se mění hodnotová orientace potřeb. Důležitější jsou pro ně potřeby zdraví, klidu, spokojenosti a také bezpečí. Neméně důležité jsou pro ně potřeby jistoty, lásky a sounáležitosti. (Mlýnková, 2011; Kalvach, 2011)

Podle amerického psychologa Abrahama H. Maslowa je rozdělena klasifikace potřeb na potřeby nižší a potřeby vyšší. Mezi nižší potřeby patří fyziologické potřeby (potřeba spánku, vyprazdňování, pohybu, výživy, dýchání, sexuální potřeba) a potřeby bezpečí. K vyšším potřebám řadíme potřeby uznání a sebeúcty, seberealizace, sounáležitosti a lásky, estetické potřeby a dále metapotřeby jako například potřeby porozumění, rovnováhy a harmonie, individuality a smysluplnosti. Uspokojení metapotřeb není až tak naléhavé, ale jejich uspokojení slouží k vyššímu štěstí a radosti pacienta. (Trachtová, 1998)

Podmínkou naplnění potřeb vyšších jsou uspokojené potřeby nižší. Je důležitý způsob, jakým pomáhá sestra uspokojit individuální potřeby pacienta. (Heřmanová, Vácha 2012)

3.2 Specifika komunikace s geriatrickými pacienty

„Komunikace je předávání informací, pocitů, citů k druhým. Děje se cestou verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní).“ (Venglářová, 2007, str. 74)

„Mnohdy zapomínáme, že jsou to právě mimoslovní signály, které sdělují, co si ve skutečnosti myslíme.“ (Venglářová, 2007, str. 74)

Komunikací vyjadřujeme náš vztah k člověku, sympatie či antipatie, city pozitivní nebo negativní. Komunikace přispívá k dobrému vztahu mezi pacientem a pečovatelem. Je důležité používat termíny, kterým pacient rozumí a také respektovat jeho individualitu. Starší lidé jsou více citliví k tomu, zda jim pečovatel naslouchá. V případě, že má pacient opačný pocit, nemusí být ochoten s pečovatelem komunikovat. Důležité je aktivní naslouchání a analýza sděleného obsahu, natočení hlavy směrem k pacientovi a přikyvování hlavou jako vyjádření souhlasu. Senioři pomaleji mluví. Měli bychom jim poskytnout prostor, aby si mohli odpověď promyslet. Osobám, které vyžadují oslovení titulem, bychom měli vyhovět. Ve většině případů pacienty oslovujeme jejich příjmením. Nevhodné je familiární oslovení pacienta, které je znakem neprofesionality a devalvace osobnosti. (Mlýnková, 2011; Venglářová, 2007)

V jistých případech mohou existovat bariéry (překážky), které brání účelné komunikaci mezi pacientem a pečovatelem. Sběr informací může být díky těmto bariérám neúplný. Mezi ně patří bariéry na straně pacienta, na straně pečovatele a na straně prostředí, kde komunikace probíhá. Psychickými překážkami na straně pacienta mohou být únava, stres a strach z naložení s informacemi dále. Neochota seniora komunikovat s pečovatelem bývá další možnou překážkou. Tato neochota se může týkat pouze konkrétního jedince, kdy senior nemá s tímto jedincem kladný vztah. O mnoha věcech nejsou senioři zvyklí hovořit – například o oblasti sexuality, financí či nepříjemností v rodině. Mezi somatické bariéry u pacienta patří bolest, zhoršený sluch a zrak, horečka či poruchy řeči. K překážkám na straně pečovatele patří strach z citlivých témat, antipatie nebo problémy s konkrétním pacientem, málo času na komunikaci, únava nebo neochota přijímat jakékoliv informace od pacienta z důvodu vlastních vážných starostí a prožívání těžkého životního období. K překážkám ze strany prostředí patří hluk, nedostatek soukromí a komunikace ve spěchu. (Mlýnková, 2011; Venglářová, 2007)

Důležité k vytvoření kvalitního vztahu mezi pacientem a pečovatelem je prostředí důvěry. Je však důležité si stanovit jisté meze toho, co pro pacienta můžeme udělat a co již není v našich silách. (Mlýnková, 2011)

4 Preventivní opatření ve stáří

Tato opatření zahrnují tři typy prevence – primární, sekundární a terciální. Důležitý je screening ve stáří díky vyšší prevalenci onemocnění. Do screeningu patří například mamografie či vaginální cytologie. V primární péči provádí praktický lékař preventivní prohlídku jednou za dva roky. Tato prohlídka je hrazena ze zdravotního pojištění. (Topinková, 2005)

4.1 Některá preventivní opatření

- **Fyzická aktivita a cvičení:** Aktivizace obecně je slovo odvozené od slova „aktivovat“ – uvést něco do pohybu a tím pomoci něčemu k vyšší účinnosti či přimět něco k větší činnosti. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

Pohyb je velmi důležitý. Patří mezi jednu z hlavních charakteristik živého organismu. (Slezáková, 2010)

Umožňuje předcházet různým komplikacím zdravotního stavu pacienta z imobility. Fyzická aktivita je důležitá k udržení soběstačnosti. Příčinou poruch soběstačnosti bývá porucha motorických či kognitivních funkcí jako onemocnění nervového a pohybového aparátu či demence a imobilita. K hodnocení soběstačnosti pacienta slouží Barthelův test základních všedních činností (viz příloha č. 1). (Topinková, 2005; Šafránková, Nejedlá, 2006)

Fyzická aktivita je dále důležitá jako prevence svalových atrofií, kontraktur a osteoporózy. Snažíme se o co největší obnovení pohybu nemocného v co největším rozsahu. (Vytejčková, Sedlářová, 2011)

Seniorům je doporučeno alespoň 30 minut chůze 3-5x týdně. Vhodné je posilování či aerobní cvičení. Díky fyzické aktivitě se u pacienta udrží lepší rozsah pohybu v kloubu. Existují také cvičení zaměřená na rovnováhu a stabilitu. (Topinková, 2005)

- **Nekouřit.**
- **Správné stravovací návyky:** Strava by měla být vyvážená, obsahovat přiměřené množství cukrů, tuků a bílkovin. Důležitý je dostatek vlákniny, konzumace ovoce a zeleniny. Správnou výživou lze předejít malnutrici seniora. Jde o stav charakterizovaný současným výskytem úbytku tělesné hmotnosti, nedostatečného příjmu potravy, nízkým BMI (index tělesné hmotnosti) a nízkou

hodnotou laboratorních hodnot (hypalbuminémie či hypocholesterolémie). Při neléčené malnutrici vzniká u pacienta riziko zvýšené náchylnosti k infekcím, snížení imunity, úbytku svalové hmoty a špatné hojení ran nebo v neposlední řadě zhoršení chronických onemocnění. (Topinková, 2005)

- **Přiměřená tělesná hmotnost:** Hodnota BMI by se měla pohybovat v rozmezí 20-24.
- **Poruchy chůze a pády, jejich prevence:** Pády u seniorů jsou definovány jako změny polohy, které končí kontaktem těla se zemí. Pády může doprovázet porucha vědomí a následné poranění seniora. U lidí staršího věku jsou pády časté a jejich počet se zvyšuje. Vyšší výskyt pádů sledujeme u žen, hospitalizovaných pacientů či u pacientů v dlouhodobé ústavní péči. Na vznik pádu u seniora mají vliv fyziologické změny stárnutí orgánů či jiné patologie orgánů. Příčinou pádu mohou být příčiny zevní (nevhodná obuv či oblečení, nevhodné vybavení bytu nebo také chybění pomůcek pro bezpečnou chůzi) nebo vnitřní (onemocnění vnitřních orgánů – kardiovaskulární onemocnění, neuromotorické poruchy, pohybový systém, psychiatrické choroby či poruchy sluchu a jiné). Komplikacemi pádů mohou být fraktury či poranění hlavy často vyžadující lékařské ošetření či psychologické důsledky, které mohou vést u seniora až k omezení aktivity a imobilitě. Důležité je zamezit pádu, snížit rizika v domácnosti a také zhodnotit rizika pádu alespoň jednou ročně při preventivním vyšetření. (Topinková, 2005)

Součástí nemocničního zařízení by měly být protiskluzové podlahy, madla na stěnách, na záchodě i ve sprše, upozornění na mokrou podlahu ukazatelem, eliminace ostrých rohů v prostředí pacienta či dobré osvětlení prostorů nemocnice. (časopis Sestra 9/2012)

- **Imunizace:** Proti influenze se očkuje 1x za rok, proti pneumokokovi 1x v 65 letech seniora a poté po 5 letech, proti tetanu 1x za deset let. (Topinková, 2005)

5 Rehabilitace u geriatrických pacientů

Rehabilitací chceme dosáhnout co největší samostatnosti geriatrického pacienta v konání všedních denních činností v případě, že z důvodu akutního onemocnění či jeho progresivního vývoje vznikne snížená schopnost péče o sebe sama. (Runde, Rehfeld, 2001)

Za hlavní cíle rehabilitace považujeme udržení soběstačnosti, zlepšení hybnosti, společenské integrace a snížení závislosti na druhých. Dosáhnout lze také stoje, zvládnutí přesunu na toaletu či samostatné oblékání a svlékání. (Schuler, 2010)

Pomocí rehabilitace lze zmírnit následky onemocnění, úrazu, vad či obnovit funkci pohybového systému. Rehabilitace pochází z latinského názvu *habilitas* – schopný a *re* – obnova. Rehabilitační ošetřování s aktivní účastí všeobecných sester slouží jako prevence komplikací základního onemocnění. Mezi preventivní prostředky patří polohování, vertikalizace, léčebné polohy a mobilizace. Rehabilitaci mohou provádět fyzioterapeuti, ergoterapeuti a lékaři s atestací v oboru rehabilitace. (Vytejšková, Sedlářová, 2011)

Důležitá je pozitivní prognóza rehabilitace a zvolení rehabilitačního cíle s ohledem na funkční stav seniora. Základem rehabilitace je motivace pacienta, jeho celkový stav a postižení, které lze rehabilitací zlepšit. (Schuler, 2010)

U pacientů, kteří byli delší dobu upoutaní na lůžko, se snažíme o postupný nácvik vstávání. Nejprve zkoušíme posazování na okraj lůžka, stoj vedle lůžka, posazování do křesla a chůzi kolem lůžka. Sestra musí být při těchto činnostech vždy přítomna. (Trachtová, 1998)

Před nácvikem chůze musí senior posilovat své svalstvo několikrát za den. O nácvik chůze s pacientem se stará nejprve fyzioterapeut podle ordinace lékaře a sestra s ním poté dále pokračuje. Je důležité zajištění bezpečnosti pacienta a vhodné obuvi, doporučena je nízká, pohodlná, s pevnou patou. Na nácvik je potřeba dostatek času. Senior má možnost používat k chůzi některé pomůcky – berle, hole nebo chodítko. Tyto pomůcky vidíme také u pacientů s porušenou stabilitou. (Vytejšková, Sedlářová, 2011)

5.1 Nejčastější používané pomůcky

Mezi nejčastěji používané berle patří francouzské hole či podpažní berle. Francouzské hole umožní odlehčit zcela dolní končetinu, například po totální endoprotéze kolene. Podpažní berle se užívají u pacientů s postiženou horní i dolní končetinou, kdy je možné se do nich zavěsit. Nevhodné je však jejich dlouhodobé používání, hrozí útlak nervu axilaris či ochrnutí svalů v ramenním kloubu. Výšku berlí nastavuje fyzioterapeut individuálně pro každého pacienta.

Hole bývají jednoduchými pomůckami, jsou vybaveny modelovanou rukojetí. Hůl se používá k opření na nepostiženou straně dolní končetiny a tím odlehčení „slabší“ končetiny.

Chodítka se rozdělují do několika typů – s rámy, s kolečky, nízká či vysoká, s opěrou pro horní končetiny. Rámy posouváme dopředu o délku chodidla, nejprve posouváme „slabší“ dolní končetinu a posléze tu „silnější“. (Vytejšková, Sedlářová, 2011)

5.1.1 Další pomůcky používané při rehabilitaci u geriatrických pacientů

Motodlaha je motorová dlaha, která slouží k rehabilitaci. Pomáhá rehabilitovat klouby po operaci či úrazu. Jedná se o techniku pasivní rehabilitace s končetinou pacienta, kterou provádí přístroj díky elektrickému pohonu. Na přístroji se nastaví individuální rozsah pohybu pacienta. Pomocí motodlahy je možné obnovit či zlepšit hybnost kloubů a předejít jejich ztuhnutí. Dále dochází ke zrychlenému vstřebání otoků, zlepšení prokrvení měkkých tkání, lepšímu hojení vaziva a chrupavky. Celkově tak dochází k zamezení případným komplikacím z imobility a urychlení léčby pacienta. (www.nemtru.cz)

Motomed je přístroj poháněný motorem. Umožňuje pasivní, asistované a aktivní cvičení horních a dolních končetin pacienta. Na přístroji lze nastavit „šlapání na kole“ či trénování paží. Mezi výhody přístroje řadíme zamezení spasticitě. V případě, že dojde u seniora ke křečím, přístroj se sám zastaví a začne pracovat na opačnou stranu, díky tomu se křeč uvolní a zmenší se jejich častost. Díky motomedu dochází k úpravě svalového tonu, zlepšení prokrvení a činnosti srdce. Snazší je následná vertikalizace pacienta, dochází k celkovému zlepšení jeho stavu. Motomed se využívá například

ke cvičení po cévní mozkové příhodě, po úrazu mozku či po operaci kolenního nebo kyčelního kloubu. (www.nemtru.cz)

Ribstole neboli žebřiny patří mezi další rehabilitační pomůcky. Slouží k posílení svalů – nejvíce svalů břišních a také k protahování. (www.insportline.cz)

Vasotrain je přístroj, pomocí kterého je prováděna vakuově kompresivní terapie. Střídá se zde přetlaková a podtlaková fáze. Pomáhá ke zlepšení cirkulace krve ve tkáních a zlepšuje trofiku končetin. (www.bohemia-lazne.cz)

K dalším pomůckám patří například různě velké rehabilitační míče, molitanové míčky, posilovací gumy a masážní ježci a žebřiny. (www.zdravotnipotreby.cz)

5.2 Aktivní a pasivní cvičení

Aktivní cvičení vykonává sám pacient vlastní vůlí. Slouží k posílení svalstva, zlepšení funkce plic a srdce, udržení dobré fyzické kondice. Mělo by probíhat v maximálním anatomickém rozsahu kloubu. Cvičení se účastní fyzioterapeut či sestra. Aktivní cvičení je dobré pro nácvik soběstačnosti a pohybových schopností pacienta. Důležité je, aby měl personál trpělivost, byl důsledný a empatický. Pochvala za pokroky slouží pacientovi jako motivace k dalšímu snažení. K aktivnímu a pasivnímu cvičení můžeme také přiřadit izotonické a izometrické cviky. (Kapounová, 2007; Vytejšková, Sedlářová, 2011)

Pasivním pohybem označujeme pohyb, který pacient nevykonává sám, ale za dopomoci druhé osoby, přístroje či gravitace. Je důležitý pro správnou hybnost kloubu a jeho výživu. Slouží jako prevence dalších komplikací v případě, že je pacient upoután na lůžko. S pacientem cvičí fyzioterapeut či sestra. Jedná se o cvičení vleže na zádech proti odporu končetiny. K pasivnímu cvičení řadíme například použití motodlahy. (Vytejšková, Sedlářová, 2011)

5.2.1 Izotonické a izometrické cvičení

Při izotonickém cvičení dochází ke zkracování a natahování svalů. Dochází ke zvýšení svalové síly a vytrvalosti a zlepšení funkcí kardiovaskulárního systému. Mezi izotonické cvičení můžeme zařadit chůzi, běh, jízdu na kole, plavání. (Trachtová, 1998; Vytejšková, Sedlářová, 2011)

Izometrické cvičení je cvičení statické. Nedochází ke změně délky svalu, ale ke změně jeho napětí. Slouží k udržení svalové síly v končetině. Využívají se u imobilních pacientů, kdy je třeba posílit svaly potřebné k chůzi – svaly břišní, stehenní a hýžd'ové. Důležité je správné dýchání, protože toto cvičení může zatěžovat srdce. (Trachtová, 1998; Vytejšková, Sedlářová, 2011)

5.2.2 Kondiční cvičení

Kondiční cvičení ordinuje ošetřující lékař. Je důležité pro obnovu hybnosti kloubu, zvýšení metabolismu a fyzické zdatnosti pacienta, prokrvení tkání, zlepšení psychické pohody a také jako prevence vzniku komplikací z imobility. (Kapounová, 2007; Šafránková, Nejedlá 2006)

Ranní cviky bychom měli provádět maximálně deset minut, odpoledne dvacet až třicet minut. Cviky musí být šetrné, systematické, rytmické a pomalé. Začíná se od nejjednoduššího cvičení a pokračuje se ke složitějšímu. Fyzioterapeut či sestra musí na pacienta při cvičení dohlížet. (Kapounová, 2007; Vytejšková, Sedlářová, 2011)

5.2.3 Dechová gymnastika

Dechové cvičení má preventivní i léčebný význam. Mělo by být součástí jakéhokoli fyzického cvičení. Využívá se při onemocnění bronchiálního stromu se sníženou plicní ventilací a u onemocnění srdce. Pomocí tohoto cvičení dochází ke zlepšení průchodnosti dýchacích cest, hygieny průdušek a také snížení tepové frekvence. Cviky provádí pacient několik minut několikrát denně, musí mít volné dýchací cesty. (Kapounová, 2007; Vytejšková, Sedlářová, 2011)

Dechové cvičení pomáhá zklidnit mysl, přispívá k harmonii organismu. (Klvetová, Dlabalová, 2008)

6 PRAKTICKÁ ČÁST

6.1 Metodika výzkumné práce

Cílem této bakalářské práce bylo shrnout specifika péče u geriatrických pacientů v nemocničním prostředí. Podcílem bylo zjistit míru informovanosti geriatrického pacienta o důležitosti poskytování rehabilitační péče a aktivizace.

Pro tuto bakalářskou práci bylo zvoleno zpracování získaných dat pomocí kvantitativního výzkumu. Výzkum probíhal formou dotazníku pro geriatrické pacienty (příloha č. 3). Ten probíhal na základě žádosti o výzkum (příloha č. 2).

Otázky byly sestaveny podle předem daných hypotéz a cílů. Dotazník byl zcela anonymní. Dotazník obsahoval celkem 18 otázek – otázky otevřené, polootevřené i uzavřené. Na začátku dotazníku byly údaje týkající se věku a oddělení, na kterém byli respondenti hospitalizováni (otázky č. 1 a 2). Tyto údaje sloužily pro statistické zpracování. Další otázky byly zaměřeny na jejich domácí zázemí (otázky č. 3 a 4). Dále jsem se dotazovala na soběstačnost respondentů – otázka č. 5. Tato otázka se skládala z pěti podotázek. Otázky č. 6-12 se vztahovaly k tématu rehabilitace. Otázky č. 13, 14, 16, 17 a 18 byly zaměřeny na subjektivní pohled respondentů na poskytovanou péči na daném oddělení, které hodnotili pomocí pětibodové stupnice. Otázka č. 15 byla zaměřena na oblast komunikace s ošetřujícím personálem.

6.2 Charakteristika vzorku respondentů

Jako vzorek respondentů pro tuto bakalářskou práci byli zvoleni geriatřiční pacienti – od 65 let věku z interních a chirurgických oddělení. Vyplňování dotazníků se účastnili muži i ženy. Pohlaví respondentů nebylo v dotazníku sledováno, ke statistickému zpracování sloužily otázky vztahující se k věku a oddělení, na kterém byli hospitalizováni.

6.3 Charakteristika výzkumného prostředí a průběh výzkumu

Výzkum probíhal v nemocnici Jihlava na oddělení interním, kardiologickém, ortopedickém a na oddělení OGNP (oddělení geriatrické a následné péče). Tato oddělení jsem zvolila, protože na těchto odděleních jsou ve větší míře hospitalizováni

geriatrickí pacienti a často zde mají také zkušenost s rehabilitací (zejména oddělení ortopedické a OGNP). Výzkum v jihlavské nemocnici trval od února do dubna 2014, kdy jsem respondentům různých oddělení rozdala dotazníky. Vysvětlila jsem jim, jakou formou mají jednotlivé otázky v dotazníku vyplnit. S téměř všemi z nich jsem dotazníky vyplňovala a zaznamenávala odpovědi osobně, převážně z důvodu snížené soběstačnosti respondentů, zhoršeného zraku a jiných omezení. Návratnost dotazníků byla 100 %. Ze 100 rozdaných dotazníků respondentům se mi jich vrátil stejný počet hlavně díky osobní asistenci při jejich vyplňování.

6.4 Zpracování získaných dat

Zjištěné výsledky výzkumu jsem vyhodnotila a rozpracovala do tabulek. K jejich zpracování byl použit program Microsoft Office Word.

6.5 Vlastní výsledky výzkumu

Otázka číslo 1: Kolik je Vám let?

Tabulka 1 Věk respondentů (zdroj: vlastní výpočty)

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 65 let	24	24 %
66-75 let	33	33 %
76-86 let	31	31 %
87 a více let	12	12 %
Celkem respondentů	100	100 %

Věkovou kategorii respondentů jsem rozdělila do více kategorií. Z celkového počtu 100 (100 %) bylo nejvíce respondentů 33 (33 %) ve věkové kategorii 66-75 let. Ve věkové kategorii 76-86 let bylo 31 respondentů (31 %), ve věkové kategorii do 65 let bylo 24 respondentů (24 %) a 12 respondentů (12 %) bylo ve věkové kategorii 87 a více let.

Otázka číslo 2: Na jakém oddělení jste hospitalizován/a?

Tabulka 2 Hospitalizace na oddělení (zdroj: vlastní výpočty)

Oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Interní oddělení	30	30 %
OGNP	30	30 %
Jinde	40	40 %
Celkem respondentů	100	100 %

U této otázky měli respondenti na výběr ze dvou možností nebo mohli zvolit možnost „jinde“. Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) zvolilo 40 respondentů (40 %) odpověď jinde. Tito respondenti uváděli oddělení: „Kardiologie“ a „Ortopedie“. Dalších 30 respondentů (30 %) uvedlo, že jsou hospitalizováni na OGNP, zbylých 30 respondentů (30 %) bylo hospitalizováno na interním oddělení.

Otázka číslo 3: Bydlíte sám/sama?

Tabulka 3 S kým respondenti bydlí (zdroj: vlastní výpočty)

Bydlíte sám/sama	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	41	41 %
Ne	59	59 %
Celkem respondentů	100	100 %

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) nebydlí samo 59 respondentů (59 %). Zbýlých 41 respondentů (41 %) uvedlo, že samo bydlí.

Otázka číslo 4: Má se o Vás v případě Vaší snížené soběstačnosti po návratu do domácího prostředí kdo postarat?

Tabulka 4 Zázemí respondentů (zdroj: vlastní výpočty)

Má se o Vás kdo postarat	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	85	85 %
Ne	15	15 %
Celkem respondentů	100	100 %

U této otázky byly možné dvě formy odpovědi – „ano“ a „ne“. V případě odpovědi „ano“ měli respondenti vypsát, kdo konkrétně by se o ně v případě jejich snížené soběstačnosti postaral. Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) převážná většina 85 respondentů (85 %) má někoho, kdo by se o ně postaral. Z tohoto počtu procent uvádělo možnost „manžel/manželka“ (28 respondentů), poté „dcera/syn“ (24 respondentů), odpověď „děti“ (7 respondentů), „vnuk/vnučka“ (5 respondentů), „rodina, příbuzní“ (3 respondenti), „přítelkyně“ (1 respondent), „snacha“ (1 respondent) a „sestra“ (1 respondent). Celkem se jednalo o 70 respondentů. Dalších 15 respondentů uvádělo více osob, které by se o ně v případě potřeby postaralo. Uváděny byly veškeré předchozí možnosti v různých kombinacích, dále synovec a jeho žena, švagrová, kamarádi. Odpověď „ne“ zvolilo 15 respondentů (15 %), kteří nemají nikoho, kdo by se o ně postaral.

Otázka číslo 5: Vyberte z následujících možností:

Tabulka 5 Oblast hygieny (zdroj: vlastní výpočty)

Oblast hygieny	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Hygienu zvládám zcela sám	44	44 %
Hygienu zvládám s menší pomocí (doprovod do koupelny, jištění ošetřujícím personálem)	33	33 %
Hygienu zvládám pouze částečně, větší část zajišťuje ošetřující personál	19	19 %
Hygienu mi zajišťuje ošetřující personál v plném rozsahu	4	4 %
Celkem respondentů	100	100 %

Tato otázka byla rozdělena do pěti podotázek: oblast hygieny, oblast výživy a hydratace, oblast oblékání, pohybu a vyprazdňování.

V první části otázky jsem se zaměřila na oblast soběstačnosti respondentů při hygieně. Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) měla největší zastoupení odpověď „Hygienu zvládám zcela sám“, kterou uvedlo 44 respondentů (44 %). Hygienu s menší pomocí (s doprovodem do koupelny a jištěním) zvládá 33 respondentů (33 %). Větší část hygieny zajišťuje ošetřující personál u 19 respondentů (19 %). Hygienu zajišťuje ošetřující personál v plném rozsahu u 4 respondentů (4 %).

Otázka číslo 5: Vyberte z následujících možností:

Tabulka 6 Oblast výživy, hydratace (zdroj: vlastní výpočty)

Oblast výživy, hydratace	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Najíst/napít se zvládám zcela sám	80	80 %
Najíst/napít se zvládám s menší pomocí (např. pomoc s krájením masa)	15	15 %
Najíst/napít se zvládám pouze částečně (např. dopomoc při krmení)	5	5 %
Výživu a hydrataci mi zajišťuje ošetřující personál v plném rozsahu	0	0 %
Celkem respondentů	100	100 %

V druhé části otázky jsem se zaměřila na oblast soběstačnosti respondentů při zajišťování výživy a hydratace. Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) se zvládá najíst i napít zcela samo 80 respondentů (80 %), s menší pomocí se najíst a napít zvládá 15 respondentů (15 %). Dopomoc při krmení potřebuje 5 respondentů (5 %). Nutnost zajištění výživy a hydratace v plném rozsahu neoznačil žádný respondent (0 %).

Otázka číslo 5: Vyberte z následujících možností:

Tabulka 7 Oblast oblékání (zdroj: vlastní výpočty)

Oblast oblékání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Oblékání zvládám zcela sám	54	54 %
Oblékání zvládám s menší pomocí (např. podání ošacení, pomoc při oblékání rukávů)	30	30 %
Oblékání zvládám pouze částečně (jsem spíše pasivní)	14	14 %
Oblékání mi zajišťuje ošetřující personál v plném rozsahu	2	2 %
Celkem respondentů	100	100 %

Ve třetí části otázky jsem se zaměřila na soběstačnost respondentů v oblasti oblékání. Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) se 54 respondentů (54 %) zvládne obléct zcela samo, 30 respondentů (30 %) se zvládá obléct s menší pomocí (pomoc při oblékání rukávů). Dalších 14 respondentů (14 %) bývá při oblékání spíše pasivních a oblékání v plném rozsahu zajišťuje ošetřující personál u 2 respondentů (2 %).

Otázka číslo 5: Vyberte z následujících možností:

Tabulka 8 Oblast pohybu (zdroj: vlastní výpočty)

Oblast pohybu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pohyb zvládám zcela sám	38	38 %
Pohyb zvládám s menší pomocí (chůze s jištěním ošetřujícím personálem)	5	5 %
Pohyb zvládám s pomocí kompenzačních pomůcek (berle, francouzské hole, chodítko)	40	40 %
Pohyb zvládám pouze v rámci lůžka	17	17 %
Nyní jsem zcela nepohyblivý	0	0
Celkem respondentů	100	100 %

Ve čtvrté části otázky jsem se zaměřila na soběstačnost respondentů v oblasti pohybu. Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) s pomocí kompenzačních pomůcek (berle, francouzské hole, chodítko) se pohybuje 40 respondentů (40 %). Dalších 38 respondentů (38 %) se dokáže pohybovat zcela samo a 17 respondentů (17 %) se pohybuje pouze v rámci lůžka (otáčení, posazování). Pohyb s menší pomocí (chůze s jištěním ošetřujícím personálem) zvládá 5 respondentů (5 %). Úplnou nepohyblivost neoznačil žádný respondent (0 %).

Otázka číslo 5: Vyberte z následujících možností:

Tabulka 9 Oblast vyprazdňování (zdroj: vlastní výpočty)

Oblast vyprazdňování	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vyprazdňuji se na WC (nepotřebuji dopomoc ošetřujícího personálu)	44	44 %
Vyprazdňuji se na WC (potřebuji doprovod ošetřujícího personálu)	28	28 %
Vyprazdňuji se na klozetu (pojízdné WC) u lůžka	21	21 %
Vyprazdňuji se do jednorázových plen/mám permanentní močový katétr	7	7 %
Celkem respondentů	100	100 %

Ve čtvrté části otázky jsem se zaměřila na soběstačnost respondentů v oblasti vyprazdňování. Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) se 44 respondentů (44 %) vyprazdňuje samo na WC. Doprovod ošetřujícího personálu na WC potřebuje 28 respondentů (28 %). Vyprazdňování na klozetu u lůžka uvedlo 21 respondentů (21 %). Další možnost vyprazdňování do jednorázových plen nebo zavedený permanentní močový katétr uvedlo 7 respondentů (7 %).

Otázka číslo 6: Proč je podle Vás rehabilitační cvičení důležité? (vypište alespoň 2 příklady)

Tabulka 10 Důležitost rehabilitace (zdroj: vlastní výpočty)

Důležitost rehabilitace	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pro zdraví, zlepšení hybnosti	57	57 %
Zachování soběstačnosti, prevence imobility	13	13 %
Aby svaly neztuhly a ke zlepšení celkového stavu	6	6 %
Navrácení do původního stavu, lepší chůze	10	10 %
Rozcvičení končetiny, redukce hmotnosti	1	1 %
Zlepšení psychické a fyzické kondice	7	7 %
Prokrvení těla a zlepšení stavu kloubů	2	2 %
Nevím	4	4 %
Celkem respondentů	100	100 %

U této otázky měli respondenti uvést vlastními slovy, proč je podle nich rehabilitace důležitá. Jednalo se o otevřenou otázku. Podle jejich odpovědí, kterými se nejvíce shodovali, jsem tuto otázku (při jejím vyhodnocení) rozdělila do několika kategorií (viz tabulka 6). Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) si 57 respondentů (57 %) myslí, že je rehabilitace důležitá pro zdraví a zlepšení hybnosti. Dalších 13 respondentů (13 %) tvrdilo, že slouží k zachování soběstačnosti a jako prevence imobility, 10 respondentů (10 %) uvedlo, že slouží k navrácení do původního stavu a zlepšení chůze, podle 7 respondentů (7 %) slouží pro zlepšení fyzické a psychické kondice. Podle dalších 6 respondentů (6 %) je rehabilitace důležitá, aby svaly neztuhly a pro zlepšení celkového stavu. Odpověď „nevím“ uvedli 4 respondenti (4 %), 2 respondenti (2 %) napsali, že rehabilitace slouží k prokrvení těla a zlepšení stavu kloubů a 1 respondent (1 %) uvedl, že je pro něj důležitá k rozcvičení končetiny a redukce tělesné hmotnosti.

Otázka číslo 7: Vyhledáváte (aktivně se zajímáte) o nové informace o rehabilitačním cvičení z vlastní iniciativy?

Tabulka 11 Vyhledávání informací (zdroj: vlastní výpočty)

Vyhledávání informací	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	20	20 %
Ne	80	80 %
Celkem respondentů	100	100 %

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) uvedlo 80 respondentů (80 %), že se aktivně nezajímá o rehabilitační cvičení a nevyhledává si informace. Zbýlých 20 respondentů (20 %) si aktivně informace vyhledává.

Otázka číslo 8: Byly Vám poskytnuty ošetřujícím personálem informace o důležitosti rehabilitačního cvičení?

Tabulka 12 Poskytnutí informací (zdroj: vlastní výpočty)

Poskytnutí informací	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	91	91 %
Ne	9	9 %
Celkem respondentů	100	100 %

Z této otázky vyplývá, že z celkového počtu 100 respondentů (100 %) byly poskytnuty 91 respondentům (91 %) informace o důležitosti rehabilitačního cvičení, naopak 9 respondentům (9 %) tyto informace poskytnuty nebyly.

Otázka číslo 9: Kým Vám byly tyto informace poskytnuty?

Tabulka 13 Kdo informace poskytl (zdroj: vlastní výpočty)

Kdo informace poskytl	Absolutní četnost	Relativní četnost (100 %)
Rehabilitační pracovník	25	25 %
Sestra	11	11 %
Lékař	55	55 %
Nikdo mi tyto informace neposkytl	9	9 %
Celkem respondentů	100	100 %

Tato otázka se vztahuje k předchozí otázce číslo 8. Zde měli respondenti uvést, kdo jim poskytl informace o tom, že je rehabilitační cvičení důležité. Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) poskytl 55 respondentům (55 %) informace o důležitosti rehabilitace lékaři, 25 respondentům (25 %) rehabilitační pracovník a 11 respondentům (11 %) sestra. Dalším 9 respondentům (9 %) tyto informace neposkytl nikdo.

Otázka číslo 10: Lze podle Vašeho názoru rehabilitací obecně dosáhnout v určitých příznivých případech úplné hybnosti dané končetiny?

Tabulka 14 Úplná hybnost končetiny (zdroj: vlastní výpočty)

Úplná hybnost končetiny	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	80	80 %
Ne	15	15 %
Nevím	5	5 %
Celkem respondentů	100	100 %

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) je přesvědčeno 80 respondentů (80 %) o tom, že lze rehabilitací dosáhnout úplné hybnosti končetiny. Dalších 15 respondentů (15 %) si myslí, že úplné hybnosti dosáhnout rehabilitací nelze a 5 respondentů (5 %) uvedlo, že neví.

Otázka číslo 11: Znáte nějaké pomůcky, které v nemocnici pomáhají pacientům při rehabilitačním cvičení? (vypište alespoň dva příklady)

Tabulka 15 Rehabilitační pomůcky (zdroj: vlastní výpočty)

Rehabilitační pomůcky	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Znám	99	99 %
Neznám	1	1 %
Celkem respondentů	100	100 %

V této otázce měli respondenti vypsát alespoň dvě rehabilitační pomůcky, které znají. Jednalo se o otázku otevřeného typu. Podle jejich nejčastějších odpovědí jsem tuto otázku (při jejím vyhodnocení) rozdělila do několika kategorií. Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) zná 99 respondentů (99 %) nějakou pomůcku, která podle nich pomáhá při rehabilitačním cvičení. Pouze 1 respondent (1 %) uvedl, že žádnou pomůcku nezná. Z 99 respondentů (99 %), kteří odpověděli ano, uvádělo 26 respondentů (26 %) francouzské hole, 18 respondentů (18 %) chodítka, 17 respondentů (17 %) hůl, 12 respondentů (12 %) motodlahu, 9 respondentů (9 %) rehabilitační míč, 5 respondentů (5 %) invalidní vozík. Podle dalších 2 respondentů (2 %) mezi tyto pomůcky patří rotoped, další 2 respondenti (2 %) uváděli hrazdičku, 2 respondenti (2 %) schůdky, 2 respondenti (2 %) natahovací gumu, 1 respondent (1 %) uvedl žebříček, 1 respondent (1 %) žebřiny, 1 respondent (1 %) posilovací tyče používané ke cvičení a 1 respondent (1 %) si myslí, že do těchto pomůcek patří motomed.

Otázka číslo 12: V jaké fázi rehabilitačního procesu se momentálně nacházíte?

Tabulka 16 Fáze rehabilitačního procesu (zdroj: vlastní výpočty)

Fáze rehabilitačního procesu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Jsem na úplném začátku, prozatím se s rehabilitovanou částí těla nic nezměnilo	21	21 %
Jsem v mírně pokročilé fázi, u rehabilitované části těla jsou znát mírné příznivé změny	39	39 %
Jsem v pokročilé fázi, rehabilitovaná část těla je lépe pohyblivá	29	29 %
Jsem ve velmi pokročilé fázi, u rehabilitované části těla jsou znát velké příznivé změny	11	11 %
Celkem respondentů	100	100 %

Podle této otázky z celkového počtu 100 respondentů (100 %) je 39 respondentů (39 %) v mírně pokročilé fázi rehabilitačního procesu, kdy jsou znát mírné příznivé změny, 29 respondentů (29 %) je v pokročilé fázi, kdy je rehabilitovaná část těla lépe pohyblivá, 21 respondentů (21 %) je na úplném začátku rehabilitačního procesu a ještě se u nich nic nezměnilo a 11 respondentů (11 %) je ve velmi pokročilé fázi, kdy jsou znát velké příznivé změny.

Otázka číslo 13: Jak byste hodnotil/a kvalitu péče poskytované ošetřujícím personálem v nemocnici? (oznámkujte jako ve škole – na stupnici od 1 - 5)

Tabulka 17 Kvalita péče (zdroj: vlastní výpočty)

Kvalita péče	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	74	74 %
2	18	18 %
3	8	8 %
4	0	0 %
5	0	0 %
Celkem respondentů	100	100 %

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) oznámkovalo kvalitu péče na známku „1“ 74 respondentů (74 %), na známku „2“ 18 respondentů (18 %), na známku „3“ 8 respondentů (8 %). Známku „4“ a „5“ neohodnotil kvalitu péče žádný respondent (0 %).

Otázka číslo 14: Jak byste hodnotil/a komunikaci mezi pacientem a ošetřujícím personálem v nemocnici? (oznámkujte jako ve škole – na stupnici od 1 - 5)

Tabulka 18 Hodnocení komunikace (zdroj: vlastní výpočty)

Hodnocení komunikace	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	88	88 %
2	9	9 %
3	3	3 %
4	0	0 %
5	0	0 %
Celkem respondentů	100	100 %

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) přiřadilo komunikaci s ošetřujícím personálem 88 respondentů (88 %) známku „1“, 9 respondentů (9 %) známku „2“, 3 respondenti (3 %) známku „3“. Známkou „4“ a „5“ nehodnotil komunikaci s ošetřujícím personálem žádný respondent (0 %).

Otázka číslo 15: Přál/a byste si, aby s Vámi ošetřující personál více hovořil?

Tabulka 19 *Přání respondentů více komunikovat* (zdroj: vlastní výpočty)

Přání respondentů více komunikovat	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	85	85 %
Ne	15	15 %
Celkem respondentů	100	100 %

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) by si přálo více komunikovat s ošetřujícím personálem 85 respondentů (85 %), zbylých 15 respondentů (15 %) uvedlo, že by si to nepřálo.

Otázka číslo 16: Jak byste hodnotil/a ochotu ošetřujícího personálu vůči Vám?
(označujte jako ve škole – na stupnici od 1 - 5)

Tabulka 20 Ochota ošetřujícího personálu (zdroj: vlastní výpočty)

Ochota ošetřujícího personálu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	90	90 %
2	10	10 %
3	0	0 %
4	0	0 %
5	0	0 %
Celkem respondentů	100	100 %

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) hodnotilo ochotu ošetřujícího personálu 90 respondentů (90 %) známkou „1“, 10 respondentů známkou „2“. Známkou „3“, „4“ a „5“ nehodnotil ochotu ošetřujícího personálu žádný respondent (0 %).

Otázka číslo 17: Jak byste hodnotil/a schopnost empatie (vcítění se do druhého) u ošetřujícího personálu vůči Vám? (označujete jako ve škole – na stupnici od 1 - 5)

Tabulka 21 Schopnost empatie (zdroj: vlastní výpočty)

Schopnost empatie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	96	96 %
2	4	4 %
3	0	0 %
4	0	0 %
5	0	0 %
Celkem respondentů	100	100 %

Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) hodnotilo schopnost empatie ošetřujícího personálu 96 respondentů (96 %) známkou „1“, 4 respondenti (4 %) známkou „2“. Známkou „3“, „4“ a „5“ nehodnotil ošetřující personál žádný respondent (0 %).

Otázka číslo 18: Byly Vám vysvětleny ošetřujícím personálem veškeré výkony, které Vám byly prováděny? (oznámkujte jako ve škole – na stupnici od 1 - 5)

Tabulka 22 Vysvětlení veškerých výkonů (zdroj: vlastní výpočty)

Vysvětlení veškerých výkonů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	94	94 %
2	6	6 %
3	0	0 %
4	0	0 %
5	0	0 %
Celkem respondentů	100	100 %

U této otázky hodnotilo vysvětlení prováděných výkonů 94 respondentů (94 %) z celkového počtu 100 respondentů (100 %) známkou „1“. Dalších 6 respondentů (6 %) ohodnotilo vysvětlení prováděných výkonů známkou „2“. Známkou „3“, „4“ a „5“ nehodnotil vysvětlení prováděných výkonů žádný respondent (0 %).

6.6 DISKUZE

V bakalářské práci „Specifika péče o geriatrického pacienta“ jsem si zvolila jeden hlavní cíl a jeden podcíl. K těmto cílům byly stanoveny celkem 4 hypotézy. Hlavním cílem bylo zjistit specifika péče o geriatrického pacienta v nemocničním prostředí. Jako podcíl bylo zvoleno zjistit míru informovanosti geriatrického pacienta o důležitosti poskytování rehabilitační péče a aktivizace. Cíl – zjistit specifika péče o geriatrické pacienty – byl splněn teoretickou částí bakalářské práce. Jednotlivé hypotézy byly předmětem zkoumání v praktické části bakalářské práce, k výzkumu jsem zvolila formu dotazníků.

Převážné většině respondentů jsem pomáhala s vyplňováním dotazníků. Nejčastější příčinou dopomoci z mé strany byla jejich snížená soběstačnost z důvodu věku, zhoršeného zdravotního stavu a často také špatného zraku. Výjimečně jsem se setkala také s případy, kdy se respondentům nechtělo dotazník vyplňovat, ale byli ochotni odpovídat na otázky, tudíž jsem odpovědi zaškrtnula podle jejich instrukcí. Na vyplňování dotazníků u méně soběstačných respondentů se podíleli také jejich blízcí.

Pro potřeby této bakalářské práce byl věk klientů rozdělen do několika kategorií.

6.6.1 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1: Předpokládám, že méně než 50 % geriatrických pacientů je dostatečně informováno a aktivně se zajímá o důležitost poskytování rehabilitační péče a aktivizace.

K hypotéze 1 se vztahují otázky v dotazníku č. 6 – 12. V otázce číslo 6 se dotazuji na důvody, proč je podle respondentů důležité rehabilitační cvičení. Uváděli zde různé důvody. Z odpovědí na otázku číslo 6 je zřejmé, že 57 respondentů (57 %) uvádí důležitost pro zdraví a zlepšení hybnosti, podle 13 respondentů (13 %) je důležitá pro zachování soběstačnosti a jako prevence imobility, podle 10 respondentů (10 %) slouží k navrácení do původního stavu a zlepšení chůze, podle 7 respondentů (7 %) se díky rehabilitačnímu cvičení zlepší psychická a fyzická kondice, 6 respondentů (6 %) si myslí, že důvodem důležitosti rehabilitačního cvičení je zlepšení stavu a jako prevence ztuhnutí svalů a pouze 1 respondent (1 %) uvedl, že je důležitá k rozcvičení

končetiny a pro redukci hmotnosti. Z vyhodnocení této otázky vyplývá, že respondenti mají dostatečné povědomí o důvodech důležitosti rehabilitačního cvičení.

V otázce číslo 7 jsem se zabývala otázkou, zda si respondenti vyhledávají (aktivně se zajímají) o nové informace o rehabilitačním cvičení. Převážná většina 80 respondentů (80 %) uvedla, že si informace nevyhledává a o rehabilitační cvičení se aktivně nezajímá. Pouze 20 respondentů (20 %) se o rehabilitační cvičení zajímá aktivně a vyhledává si nové informace. Z vyhodnocení této otázky vyplývá, že se převážná většina respondentů o rehabilitační cvičení aktivně nezajímá.

Z dotazníkové otázky číslo 8 vyplývá, že převážné většině – 91 respondentům (91 %) byly poskytnuty informace o důležitosti rehabilitačního cvičení. Naopak 9 respondentům (9 %) tyto informace poskytnuty nebyly. Z tohoto vyhodnocení vyplývá, že převážné většině respondentů byly informace o důležitosti rehabilitace poskytnuty.

V otázce číslo 9 jsem zjišťovala, kým byly respondentům poskytnuty informace o důležitosti rehabilitačního cvičení. Nejvíce – 55 respondentům (55 %) byly tyto informace poskytnuty lékařem, 25 respondentům (25 %) rehabilitačním pracovníkem, 11 respondentům (11 %) sestrou a pouze 9 respondentů uvedlo, že jim tyto informace nikdo neposkytl. Z vyhodnocení této otázky vyplývá, že nadpoloviční většina byla o důležitosti rehabilitace informována.

Otázka číslo 10 byla zaměřena na názor respondentů – zda lze podle jejich názoru dosáhnout rehabilitací v příznivých případech úplné hybnosti končetiny. Převážná část 80 respondentů (80 %) si myslí, že ano, 15 respondentů (15 %) že ne a zbylých 5 respondentů (5 %) nevědělo. Z vyhodnocení této otázky vyplývá, že respondenti mají v převážné míře povědomí o dané problematice.

Dotazníková otázka číslo 11 byla zaměřena na znalosti respondentů týkající se rehabilitačních pomůcek. Měli uvést vlastními slovy, jaké rehabilitační pomůcky znají. Při vyhodnocení otázky bylo zřejmé, že 99 respondentů (99 %) znalo nějakou z rehabilitačních pomůcek. Pouze 1 respondent (1 %) neznal žádnou. Nejvíce respondenti uváděli znalost kompenzačních pomůcek – 26 respondentů (26 %) francouzské hole, 18 respondentů (18 %) chodítka, 17 respondentů (17 %) hůl. Dalšími uváděnými možnostmi byly u 12 respondentů (12 %) motodlahy, u 9 respondentů (9 %)

rehabilitační míč, u 5 respondentů (5 %) invalidní vozík, u 2 respondentů (2 %) rotoped, u dalších 2 respondentů (2 %) hrazdička, u 2 respondentů (2 %) schůdky, u 2 respondentů (2 %) natahovací guma. Další 1 respondent (1 %) uvedl žebříček, 1 respondent (1 %) žebřiny, 1 respondent (1 %) posilovací tyče používané ke cvičení a 1 respondent (1 %) byl přesvědčen, že do těchto pomůcek patří motomed. Z vyhodnocení této otázky vyplývá, že nejvíce respondentů znalo kompenzační pomůcky, které správně zařadilo jako rehabilitační pomůcky (potřebné k chůzi). Část respondentů uvádělo konkrétní rehabilitační pomůcky, se kterými se sami setkali – například motodlahy, rehabilitační míče a další. Z tohoto vyplývá, že respondenti mají přehled o existujících rehabilitačních pomůckách.

Otázkou číslo 12 jsem zjišťovala, v jaké fázi rehabilitačního procesu se respondenti nacházejí. Z uváděných odpovědí vyplynulo, že 39 respondentů (39 %) se nachází v mírně pokročilé fázi rehabilitačního procesu a jsou znát mírné příznivé změny. Zatímco 29 respondentů (29 %) je v pokročilé fázi a rehabilitovaná část těla je lépe pohyblivá, 21 respondentů (21 %) je na úplném začátku rehabilitačního procesu a zatím nepozorovali žádnou příznivou změnu. Zbýlých 11 respondentů (11 %) je ve velmi pokročilé fázi a jsou u nich znát velké příznivé změny. Z tohoto vyplývá, že respondenti jsou v různých fázích rehabilitačního procesu. Nejvíce se jich nachází v mírně pokročilé fázi a nejméně ve velmi pokročilé fázi.

Hypotéza 1 se částečně potvrdila.

Respondenti byli informováni v převážné míře o důležitosti rehabilitačního cvičení, měli povědomí o dostupných pomůckách k rehabilitaci, ale na druhou stranu se o nové informace o rehabilitaci většina z nich nezajímala.

Hypotéza 2: Předpokládám, že minimálně 70 % geriatrických pacientů v nemocničním prostředí má úplně či částečně omezenou soběstačnost v některé činnosti z oblasti každodenního života (např. oblékání, hygiena).

K hypotéze 2 se vztahují otázky v dotazníku č. 3 – 5. Otázkou číslo 5 jsem se zajímala o soběstačnost respondentů v oblastech činností každodenního života. Tato otázka byla rozdělena do pěti podotázek.

První podotázka byla zaměřena na soběstačnost respondentů v oblasti hygieny. U této otázky uvedlo 44 respondentů (44 %) úplnou soběstačnost v této oblasti. Hygienu

s menší pomocí zvládá podle odpovědí 33 respondentů (33 %), u 19 respondentů (19 %) zajišťuje větší část hygieny ošetřující personál a u 4 respondentů (4 %) ji zajišťuje ošetřující personál v plném rozsahu. Podle Topinkové (2005, str. 7) bývá ve stáří snížena schopnost provádět kompletní činnost, při těžším postižení dochází i ke ztrátě sebeobslužné činnosti, dále také pohybu a schopnosti najíst se. Z vyhodnocení této otázky je zřejmé, že nadpoloviční většina potřebuje při hygieně dopomoc ošetřujícího personálu.

Druhá podotázka se zaměřovala na soběstačnost respondentů v oblasti výživy a hydratace. Podle uváděných odpovědí se 80 respondentů (80 %) samo zvládne najíst a napít, 15 respondentů (15 %) potřebuje při této činnosti menší pomoc, 5 respondentů (5 %) potřebuje pomoc při krmení. V plném rozsahu není zajišťována výživa a hydratace žádnému respondentovi (0 %). Z této otázky vyplývá, že přestože někteří respondenti uvádějí menší soběstačnost v jiných oblastech každodenních činností (například v oblasti hygieny a oblékání), najíst a napít se samo zvládá podle uváděných odpovědí převážná většina respondentů.

Třetí podotázkou jsem se dotazovala na soběstačnost respondentů v oblasti oblékání. Podle uváděných odpovědí se 54 respondentů (54 %) zvládne obléct samo. Dalších 30 respondentů (30 %) udávalo potřebu menší dopomoci při oblékání ze strany ošetřujícího personálu, 14 respondentů (14 %) bylo spíše pasivních při oblékání a u 2 respondentů (2 %) bylo nutno zajistit oblékání v plném rozsahu. Z vyhodnocení této otázky vyplývá, že přes polovinu respondentů zvládá oblékání samo, avšak respondentů, kteří potřebují dopomoci je pouze o něco málo méně (o 8 %).

Čtvrtá podotázka se zabývala problematikou soběstačnosti respondentů v oblasti pohybu. 40 respondentů (40 %) udávalo, že zvládá pohyb s pomocí kompenzačních pomůcek (berle, francouzské hole, chodítka). Zcela samo se dokáže pohybovat 38 respondentů (38 %), 17 respondentů (17 %) zvládá pouze pohyb v rámci lůžka, 5 respondentů (5 %) uvedlo, že zvládá pohyb s menší pomocí. Zcela nepohyblivý není žádný respondent (0 %). Z vyhodnocení této otázky vyplývá, že nadpoloviční většina potřebuje při chůzi kompenzační pomůcku či alespoň dopomoc ošetřujícího personálu.

V páté a poslední podotázce se dotazují na soběstačnost respondentů v oblasti vyprazdňování. Z odpovědí vyplývá, že 44 respondentů (44 %) se vyprazdňuje samo na WC, 28 respondentů (28 %) potřebuje jištění ošetřujícího personálu, 21 respondentů

(21 %) se vyprazdňuje na klozetu a 7 respondentů (7 %) uvedlo vyprazdňování do jednorázových plen či zavedený permanentní močový katétr. Větší část respondentů je nějakým způsobem v této oblasti omezena.

Hypotéza 2 se tedy nepotvrdila.

Úplně či částečně omezenou soběstačnost v kterékoliv oblasti každodenního života má převážná část respondentů. V oblasti hygieny potřebovalo dopomoc celkem 56 % respondentů, v oblasti jídla a pití 20 % respondentů, při oblékání 46 % respondentů, při pohybu 62 % respondentů, omezená soběstačnost při vyprazdňování byla u 56 % respondentů. V hypotéze 2 byl uváděn minimální počet 70 % geriatrických pacientů s částečně či úplně omezenou soběstačností, čímž se naše hypotéza nepotvrzuje. Avšak výsledky soběstačnosti v některých oblastech každodenního života mohou být mírně zkresleny. Někteří respondenti měli tendence nadhodnocovat své schopnosti. Je možné, že tím ovlivnili výsledek této hypotézy.

Z otázek č. 3 a 4 vyplynulo, že většina respondentů má někoho, kdo se o ně i při snížené soběstačnosti po návratu domů postará.

Výsledky tohoto výzkumu jsem srovnala s jinou bakalářskou prací. Téma srovnávané práce mělo název: „*Život seniora v nemocnici*“. Autorkou byla Dagmar Dvořáková – studentka Vysoké školy polytechnické v Jihlavě oboru Všeobecná sestra. Srovnávaná oblast bakalářské práce se týkala soběstačnosti seniorů v nemocnici. Podle jejího výzkumu měli největší problém z celkového počtu 125 respondentů (100 %) senioři s pohybem (celkem 62 respondentů), poté s osobní hygienou (26 respondentů), s oblékáním (18 respondentů), vyprazdňováním (16 respondentů), příjmem tekutin a stravy (2 respondenti) a jiné (obtížné dýchání) uváděl 1 respondent. Podle mých výsledků výzkumu měli z celkového počtu 100 respondentů (100 %) největší problém senioři s pohybem, poté byla na stejné výši oblast hygieny a vyprazdňování, následovala oblast oblékání a nejméně problémů měli respondenti s výživou a hydratací. Neuvádím zde systém konkrétního počtu respondentů u jednotlivých oblastí, avšak tuto skutečnost lze vyčíst porovnáním jednotlivých podotázek v otázce číslo 5.

Podle srovnání výsledků byla v obou případech na prvním místě jako nejobtížnější zvolena pro pacienty oblast pohybu. U mě na druhém místě figurovaly problémy při hygieně spolu s vyprazdňováním. Podle výzkumu Dvořákové byla na druhém místě

oblast hygieny a na třetím místě oblast oblékání a až na čtvrtém místě problémy v oblasti vyprazdňování. Na posledním místě byla v obou případech oblast výživy a hydratace. Podle mého názoru se výsledky našich výzkumných částí sice v určité míře liší, ale ne významnějším způsobem. (bakalářská práce, Dvořáková, 2013)

Hypotéza 3: Předpokládám, že více než 50 % geriatrických pacientů v nemocničním prostředí hodnotí úroveň poskytované ošetrovatelské péče jako dobrou.

K hypotéze 3 byly přiřazeny otázky v dotazníku č. 13, 16 a 18. Tyto otázky byly hodnoceny pomocí pětibodové stupnice (od 1 do 5 – jako ve škole). Znamka 1 byla považována za nejlepší, známka 5 za nejhorší.

V otázce číslo 13 jsem se zajímala o kvalitu péče poskytované ošetřujícím personálem v nemocnici. Podle 74 respondentů (74 %) by si zasloužila kvalita péče známku „1“. Znamku „2“ uvedlo 18 respondentů (18 %), známku „3“ 8 respondentů (8 %). Znamku „4“ a „5“ neuvedl u kvality péče žádný respondent (0 %). Z tohoto vyplývá dobrá kvalita péče a naše hypotéza 3 se potvrzuje.

V otázce číslo 16 jsem se zaměřovala na ochotu ošetřujícího personálu, kterou měli respondenti ohodnotit. Podle 90 respondentů (90 %) byla ochota ošetřujícího personálu ohodnocena známkou „1“. Zbylých 10 respondentů (10 %) zvolilo známku „2“ a známkou „3“, „4“ a „5“ nebyla ohodnocena ochota personálu žádným respondentem (0 %). Z vyhodnocení této otázky vyplývá, že v převážné míře považují respondenti ošetřující personál za ochotný. Hypotéza 3 se touto otázkou potvrzuje.

Otázka číslo 18 se zabývala problematikou vysvětlování prováděných výkonů. Respondenti měli ohodnotit to, zda jim ošetřující personál veškeré prováděné výkony dostatečně vysvětlil. Z odpovědí vyplývá, že výkony byly vysvětleny 94 respondentům (94 %) na známku „1“ a 6 respondentům (6 %) na známku „2“. Zbylými známkami „3“, „4“ a „5“ nehodnotil vysvětlování prováděných výkonů žádný respondent (0 %). Z tohoto vyhodnocení vyplývá také potvrzení naší hypotézy 3.

Hypotéza 3 se tedy potvrdila.

Úroveň kvality péče, ochoty ošetřujícího personálu i vysvětlení prováděných výkonů hodnotila převážná část respondentů jako více než dobrou.

Hypotéza 4: Předpokládám, že více než 50 % geriatrických pacientů má pocit, že komunikuje s ošetřujícím personálem bez problému.

K této hypotéze se vztahovaly otázky v dotazníku č. 14, 15 a 17. V otázce číslo 14 jsem se dotazovala, jak by respondenti hodnotili komunikaci mezi sebou a ošetřujícím personálem. Znamku „1“ uvedlo 88 respondentů (88 %), známku „2“ přiřadilo komunikaci 9 respondentů (9 %) a známku „3“ 3 respondenti (3 %). Znamku „4“ a „5“ neuvedl u komunikace s ošetřujícím personálem žádný respondent (0 %). Z tohoto výsledku lze poznat, že převážná většina respondentů nemá v oblasti komunikace s ošetřujícím personálem žádný problém. Hypotéza 4 se touto otázkou potvrzuje.

V otázce číslo 15 jsem se zabývala otázkou, zda by si respondenti přáli, aby s nimi ošetřující personál více hovořil. Z odpovědí respondentů vyplývá, že 85 respondentů (85 %) by zvýšenou komunikaci ze strany ošetřujícího personálu uvítalo, naopak 15 respondentů (15 %) uvedlo, že by si to nepřálo.

V dotazníkové otázce číslo 17 jsem se dotazovala na to, jak by respondenti hodnotili schopnost empatie u ošetřujícího personálu vůči nim. U 96 respondentů (96 %) byla uvedena známka „1“ a u zbylých 4 respondentů (4 %) známka „2“. Znamkou „3“, „4“ a „5“ neohodnotil empatii ošetřujícího personálu žádný respondent (0 %). Tímto se naše hypotéza potvrzuje.

Hypotéza 4 se potvrdila částečně.

Převážná většina respondentů hodnotila komunikaci s ošetřujícím personálem známkou „1“, známkou „2“ a pouze v ojedinělých případech známkou „3“. Přesto by si většina respondentů (85 %) přála, aby s nimi ošetřující personál více hovořil. Vezmeme-li v úvahu hodnocení schopnosti empatie ošetřujícího personálu, která byla u 96 respondentů (96 %) hodnocena známkou „1“ a 4 respondenty (4 %) známkou „2“, hodnotila bych tuto hypotézu jako za částečně splněnou.

6.7 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Znat specifika péče o geriatrické pacienty je stále potřebnější. Přibývá totiž starších pacientů a každá z oblastí, která se jich týká má své zvláštní úskalí. Tato specifika jsou zaznamenána v kterékoliv odborné zdravotnické literatuře, kterou bych dala všeobecným sestráům k dispozici. Nacházela by se v dostatečné míře na oddělení, kde

pracují nebo v nemocniční knihovně. Specifika jsou také obsaženy v teoretické části této bakalářské práce. Podle mého názoru by se měly všeobecné sestry, které o pacienty pečují, o tato specifika péče zajímat, aby věděly, jak poskytnout takovému pacientovi co nejlepší a nej kvalitnější péči. Mezi specifika péče o geriatrického pacienta lze zahrnout například komplikace spojené s polymorbiditou, odlišný průběh nemoci ve stáří či geriatrické syndromy. Mezi psychické geriatrické syndromy patří demence, deprese, poruchy chování. Navrhovala bych pořádání přednášek pro všeobecné sestry, které pracují s geriatrickými pacienty. Zaměřovaly by se na oblast komunikace s různými typy geriatrických pacientů trpícími těmito syndromy a konkrétními řešeními situací, které mohou při poskytování péče nastat. Všeobecné sestry by takto získaly povědomí o správných způsobech komunikace a jednotlivých specifických péče. Tyto informace by většina z nich v praxi jistě využila. Součástí těchto přednášek by byly zkušenosti z vlastní praxe přednášejících v oblasti péče o geriatrického pacienta, což by bylo podle mého názoru pro všeobecné sestry jistě velmi zajímavé.

Z mého výzkumu vyplynulo, že by si pacienti přáli, aby s nimi všeobecné sestry více hovořily. Myslím si, že i přes množství práce na oddělení by se každá všeobecná sestra měla snažit určitý čas si na pacienta vyčlenit. Přesto ale chápu, že tyto činnosti není jednoduché skloubit. Navrhovala bych proto, aby si všeobecné sestry vyčlenily potřebný čas na komunikaci s pacienty při poskytování hygienické péče, při podávání ranních, odpoledních či večerních léků nebo při spolupráci s rehabilitačním pracovníkem při aktivizaci geriatrických pacientů. Při těchto činnostech by se jistě nějaký čas ke komunikaci a zjišťování případných potřeb geriatrických pacientů našel.

Myslím, že i sami geriatrickí pacienti by měli vědět, jak nejlépe pečovat o své zdraví. Navrhovala bych pořádání seminářů pro seniory, které by se zaměřovaly na specifika staršího věku a preventivních opatření, kterými mohou posílit své zdraví a udržet co nejvyšší míru soběstačnosti. Na těchto seminářích by mohli dostat tištěné informační brožury, kde by bylo psáno, na co má pacient v oblasti prevence nárok. Tištěné materiály jsou u geriatrických pacientů důležité například pro zhoršenou schopnost zapamatování nových informací a možnost pozdějšího využití. Myslím si, že geriatrickí pacienti nejsou často o této problematice v dostatečné míře informováni. Do této brožury bych přidala informace o technikách, které by byly účelné k posilování jejich zdraví a nastínění případných důsledků nezdravého životního stylu. Jistě by tyto informace mnoho z nich ocenilo a alespoň někteří by změnili svůj přístup.

Ve svém výzkumu jsem se také zabývala informovaností pacientů v oblasti rehabilitace. Zjistila jsem, že většina má povědomí o důvodech její důležitosti, avšak z rehabilitačních pomůcek často uváděli pouze pomůcky potřebné k chůzi. Bylo to dáno tím, že jiné rehabilitační pomůcky většinou nepoužívali. Navrhovala bych vytvořit informační brožury pro rehabilitující pacienty na daném oddělení. Zaměřovaly by se na popsání různých technik rehabilitace, jejich výhod a provedení. Součástí by bylo popsání existujících rehabilitačních pomůcek doplněných obrázky a možnosti jejich získání do domácího prostředí. Pacienti by tímto získali větší přehled o daném tématu a jejich zájem o tuto věc by se jistě zvýšil.

7 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřena na specifika péče o geriatrického pacienta. Hlavním cílem bylo tato specifika popsat. Jako vedlejší cíl jsem si stanovila: zjistit míru informovanosti geriatrických pacientů o důležitosti rehabilitační péče a aktivizace. K těmto cílům byly přiřazeny hypotézy. Tyto hypotézy byly potvrzeny či vyvráceny pomocí dotazníkového šetření. Informace získané z dotazníku jsem v této práci vyhodnocovala pomocí jednotlivých tabulek.

V teoretické části jsem se zabývala vysvětlením základních pojmů z oblasti geriatrie – gerontologií, geriatrií a geriatrickým pacientem. Poté jsem rozčlenila stáří do jednotlivých skupin podle kritérií Světové zdravotnické organizace. Popisovala jsem změny, které mohou ve stáří u geriatrických pacientů nastat. Mezi jednotlivá specifika péče v této práci jsem zařadila průběh nemoci ve stáří, který je odlišný než v jiných etapách života člověka, dále polymorbiditu, která bývá také často ve stáří typickým jevem a geriatrické syndromy. Geriatrické syndromy jsem v této práci rozčlenila na závratě a nestabilitu u geriatrických pacientů, poruchy příjmu potravy, inkontinenci moči a stolice a péče o kůži spolu s prevencí kožních defektů. Neméně důležité jsou potřeby geriatrických pacientů, které jsem se snažila rozebrat v další části své práce. Potřeby jsou individuální záležitostí a v období života se mění. Geriatrickí pacienti spíše upřednostňují potřebu zdraví, klidu a bezpečí. V další části navazuji specifiky komunikace s těmito pacienty. V práci píší také o preventivních opatřeních ve stáří. V poslední části se zaměřuji na pomůcky používané při rehabilitaci a na rozdělení rehabilitačního cvičení.

V praktické části jsem se zaměřovala na formu kvantitativního výzkumu. Účastnilo se ho celkem 100 respondentů z různých oddělení Nemocnice Jihlava. Zvolení respondenti byli ve věku od 65 let, protože tato hranice je považována za počátek stáří. Výzkum byl prováděn pomocí dotazníků, které jsem rozdávala geriatrickým pacientům a pomáhala v případě potřeby při jejich vyplnění. Jednalo se zejména o pacienty se smyslovým handicapem a imobilní pacienty neschopné psát. Na vyplňování dotazníků se podíleli také blízcí respondentů.

V diskuzi jsem se zaměřovala na splnění jednotlivých hypotéz. Jednu z hypotéz jsem porovnávala s výsledkem Bakalářské práce na téma „*Život seniora v nemocnici*“.

Z výsledků kvantitativního výzkumu vyplynuly následující závěry. Hypotéza číslo 1 se potvrdila částečně, hypotéza číslo 2 se nepotvrdila, hypotéza číslo 3 se potvrdila a hypotéza číslo 4 se potvrdila částečně.

U výsledku hypotézy 1 mě mile překvapilo povědomí respondentů o existujících rehabilitačních pomůckách, přestože většinou uváděli pouze pomůcky kompenzační. Povědomí měli také o důvodech důležitosti rehabilitace a byli o ní v převážné míře informováni, což bych přisoudila dostatečné edukaci ze strany lékařského i ošetrovatelského personálu. Většina z nich se aktivně nezajímala o nové informace v oblasti rehabilitace, což mě u pacientů geriatrického věku až tolik nepřekvapilo.

Hypotéza 2 se nepotvrdila, avšak můj dojem je takový, že část respondentů měla tendence nadhodnocovat své schopnosti v některých oblastech každodenního života. Tyto informace by se daly aktuálněji posoudit, kdybych měla možnost s těmito respondenty trávit více času. Je tedy možné, že za uvedených okolností by byl výsledek této hypotézy jiný. Kladné zjištění však bylo, že by se o většinu respondentů po návratu domů při jejich snížené soběstačnosti měl kdo postarat.

Výsledek hypotézy 3 jsem očekávala. Většina respondentů hodnotila kvalitu poskytované péče, ochotu ošetřujícího personálu i vysvětlení prováděných výkonů jako více než dobrou. Tato skutečnost může být dobrým signálem o kvalitě poskytované péče ve zkoumaných zařízeních.

Z výsledku hypotézy 4 vyplývá, že většina respondentů považuje komunikaci i empatii ošetřujícího personálu za dobrou. U této hypotézy mě mírně překvapil vysoký počet respondentů, kteří by si přáli, aby s nimi ošetřující personál více hovořil. Snažila jsem se proto v bakalářské práci navrhnout doporučení pro praxi, které by umožnilo všeobecným sestráám více s respondenty komunikovat.

Tato bakalářská práce je souhrnem teoretických informací o specifických péče o geriatrické pacienty a praktického vyhodnocení kvantitativního výzkumu. Její vypracování mě obohatilo o mnoho nových poznatků z oblasti teorie i praxe. Tato práce může sloužit jak pro odborné pracovníky ve zdravotnictví, tak i pro laiky, kteří mají o tuto problematiku zájem. Díky této práci se mohou o tématu dozvědět o něco více a rozšířit si svůj okruh znalostí.

Seznam použité literatury

1. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
2. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-802-4738-727.
3. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
4. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
5. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.
6. NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
7. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 212 s. ISBN 978-80-247-1777-7.
8. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
10. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
11. NESSE, Randolph M. a George C. WILLIAMS. *O příčinách a vzniku nemoci: jsou nemoci zakódovány v genech?*. Překlad Antonín Hradílek. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1994, 335 s. Edice 21, sv. 9. ISBN 80-7106-161-1.
12. MIKŠOVÁ, Zdeňka a Marie FRONKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

13. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
14. VYTEJČKOVÁ, Renata a Petra SEDLÁŘOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
15. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 1998, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
16. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-802-4740-263.
17. HEŘMANOVÁ, Jana a Marek VÁCHA. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
18. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
19. SCHWINGHAMMER, Ylva a Lore WEHNER. *Smyslová aktivizace v péči o klienty s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 144 s. ISBN 978-40-247-4423-0
20. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 300 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
21. RUNDE, Martin a Gisela REHFELD. *Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team*. 2. unveränderte Auflage. Stuttgart: Thieme, 2001. ISBN 3-13-102382-1.
22. DVOŘÁKOVÁ, Dagmar. *Život seniora v nemocnici* [online]. Jihlava, 2013 [cit. 2014-04-16]. Dostupné z: <http://knihovna.vspj.cz/bakalarske-prace/obhajene/studijni-obor/5341R009>. Bakalářská práce (Bc.). VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA.

Článek

23. ŠENKÁROVÁ, Zuzana. Management pádů v ošetrovatelství. *Sestra: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2012, roč. 22, č. 9, 66 s.

24. DUČAIOVÁ, Jarmila a Blažena LITVÍNOVÁ. Etické atributy stárnutí. *Sestra: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2012, roč. 22, č. 9, 66 s.

Elektronické zdroje

25. Motodlaha kolenního a kyčelního kloubu, motodlaha ramenního kloubu. *Nemtru.cz* [online]. [cit. 2014-04-17]. Dostupné z: <http://www.nemtru.cz/motodlaha-kolenniho-kycelniho-kloubu-motodlaha-ramenniho-kloubu-882>
26. Motomed. *Nemtru.cz* [online]. [cit. 2014-04-17]. Dostupné z: <http://www.nemtru.cz/motomed-881>
27. Rehabilitační pomůcky. *Zdravotnipotreby.cz* [online]. 2011 [cit. 2014-04-17]. Dostupné z: <http://www.zdravotnipotreby.cz/rehabilitacni-pomucky>
28. Další léčebné procedury. *Bohemia-lazne.cz* [online]. [cit. 2014-04-17]. Dostupné z: <http://www.bohemia-lazne.cz/leceni/dalsi-lecebne-procedury/>
29. Žebřiny - ribstole. *Insportline.cz* [online]. [cit. 2014-04-17]. Dostupné z: <http://www.insportline.cz/zebriny-ribstole>

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Věk respondentů

Tabulka 2 – Hospitalizace na oddělení

Tabulka 3 – S kým respondenti bydlí

Tabulka 4 – Zázemí respondentů

Tabulka 5 – Oblast hygieny

Tabulka 6 – Oblast výživy, hydratace

Tabulka 7 – Oblast oblékání

Tabulka 8 – Oblast pohybu

Tabulka 9 – Oblast vyprazdňování

Tabulka 10 – Důležitost rehabilitace

Tabulka 11 – Vyhledávání informací

Tabulka 12 – Poskytnutí informací

Tabulka 13 – Kdo informace poskytl

Tabulka 14 – Úplná hybnost

Tabulka 15 – Rehabilitační pomůcky

Tabulka 16 – Fáze rehabilitačního procesu

Tabulka 17 – Kvalita péče

Tabulka 18 – Hodnocení komunikace

Tabulka 19 – Přání respondentů více komunikovat

Tabulka 20 – Ochota ošetřujícího personálu

Tabulka 21 – Schopnost empatie

Tabulka 22 – Vysvětlení veškerých výkonů

Seznam příloh

Příloha 1 – Barthelův test základních všedních činností

Příloha 2 – Povolení dotazníkového šetření v Nemocnici Jihlava

Příloha 3 – Dotazník výzkumného šetření