

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Kateřina Kratinová

Každodenní činnosti hospitalizovaných seniorů

Activities of daily living of hospitalized seniors

Bakalářská práce

Praha 2019

Autor práce: Kateřina Kratinová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra – prezenční studium

Vedoucí práce: **Mgr. Václava Otcová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústřední vojenská nemocnice –**

Vojenská fakultní nemocnice Praha, Interní klinika 1. LF UK a

ÚVN

Předpokládaný termín obhajoby: Červen 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 3. května 2019

Kateřina Kratinová

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Václavě Otcové za odborné vedení mé bakalářské práce. Děkuji za cenné rady, věcné připomínky a hlavně za vstřícnost při konzultacích.

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD	7
1. TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1 STÁŘÍ.....	8
1.1.1 Gerontologie a geriatricie.....	8
1.1.2 Definice stáří.....	8
1.2 STÁRNUTÍ.....	10
1.2.1 Stárnutí ve světě a v Evropě.....	10
1.2.2 Demografie stárnutí v České republice.....	11
1.3 ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	11
1.3.1 Tělesné změny.....	11
1.3.2 Psychické změny.....	13
1.3.3 Sociální změny.....	13
1.4 GERIATRICKÝ PACIENT.....	14
1.4.1 Specifikace geriatrického pacienta.....	14
1.4.2 Stařecká křehkost.....	14
1.4.3 Geriatrické syndromy.....	15
1.5 SENIOR A JEHO POTŘEBY.....	16
1.5.1 Definice potřeb.....	17
1.5.2 Dělení potřeb.....	17
1.5.3 Potřeby seniorů.....	18
1.5.4 Nedostatečná saturace potřeb.....	20
1.6 NEŽÁDOUCÍ SITUACE BĚHEM HOSPITALIZACE SENIORA.....	20
1.6.1 Imobilizační syndrom.....	21
1.6.2 Projevy imobilizačního syndromu.....	21
1.6.3 Prevence imobilizačního syndromu.....	23
1.7 KAŽDODENNÍ ČINNOSTI U HOSPITALIZOVANÝCH SENIORŮ.....	24
1.7.1 Definice každodenních činností.....	24
1.7.2 Každodenní činnosti u seniorů.....	25
1.7.3 Hodnocení každodenních činností.....	25
1.7.4 Hodnotící škály.....	26
2. VÝZKUMNÁ ČÁST	28
2.1 CÍL VÝZKUMU.....	28
2.2 HYPOTÉZY.....	28
2.3 ČASOVÝ HARMONOGRAM PRÁCE.....	29
2.4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	29
2.5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	30
2.6 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	31
2.6.1 Pacient č. 1.....	31
2.6.2 Pacient č. 2.....	32
2.6.3 Pacientka č. 3.....	34
2.6.4 Pacientka č. 4.....	35
2.6.5 Pacientka č. 5.....	36
2.6.6 Pacientka č. 6.....	38
2.6.7 Pacient č. 7.....	39
2.6.8 Pacient č. 8.....	40
2.6.9 Pacient č. 9.....	41
2.6.10 Pacient č. 10.....	43
2.6.11 Pacient č. 11.....	44
2.6.12 Pacientka č. 12.....	45
2.6.13 Pacientka č. 13.....	47
2.6.14 Pacient č. 14.....	48

2.6.15	<i>Pacient č. 15</i>	50
2.7	ZHODNOCENÍ POZOROVÁNÍ.....	51
2.8	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	52
2.8.1	<i>Výsledky dotazníkového šetření</i>	52
2.9	VYJÁDRĚNÍ K HYPOTÉZÁM	56
3	DISKUZE	58
4	ZÁVĚR	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	64
	SEZNAM ZKRATEK A CIZÍCH SLOV	65
	SEZNAM PŘÍLOH	66

Úvod

Tématem bakalářské práce je problematika vykonávání každodenních činností hospitalizovaných seniorů na interním oddělení a zjištění míry jejich soběstačnosti. Téma jsem si vybrala na základě několikaleté práce s hospitalizovanými seniory.

V dnešní době se setkáváme s velkým množstvím hospitalizovaných pacientů, z nichž většina jsou senioři vyššího věku. Tito senioři se vyznačují určitými specifickými rysy, které ovlivňují nejen péči o seniory ze strany zdravotnického personálu, ale i jejich péči o sebe sama a zvládání každodenních činností.

V rámci své praxe s hospitalizovanými seniory jsem si všimla, že spousta z nich se v prostředí nemocnice nechává opečovávat od personálu a nesnaží se aktivně podílet na svém uzdravení či zlepšení svého zdravotního stavu. Také jsem upozorovala, že personál často vykonává každodenní činnosti i za ty pacienty, kteří jsou schopni a mohou je vykonávat sami, nebo s malou pomocí.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. V teoretické části se budu věnovat vymezení pojmů jako je stáří, geriatric, gerontologie, změny ve stáří, každodenní činnosti a další. Cílem je nastínit problematiku stárnutí a změny, které ve stáří nastávají, aby čtenáři mohli lépe pochopit druhou část mé bakalářské práce, a to právě zvládání každodenních činností seniora během hospitalizace.

V praktické části se zabývám konkrétním kvantitativním výzkumem. Výzkumná část se skládá z pozorování 15 hospitalizovaných seniorů a sledování jejich aktivity ve vykonávání každodenních činností. V další části porovnávám vlastní hodnocení testu dle Barthelové s výsledky téhož testu, který provedly sestry při příjmu pacienta na oddělení. Za účelem zjištění diskrepance naměřených a zjištěných výsledků, jsem vytvořila dotazník pro sestry na téma: „Způsob hodnocení každodenních činností u hospitalizovaných seniorů“.

1. Teoretická část

1.1 Stáří

1.1.1 Gerontologie a geriatrie

Gerontologie je obor, který se zabývá problematikou stáří, stárnutí a života ve stáří. Jedná se o interdisciplinární a multioborovou problematiku. Gerontologii můžeme dělit do tří směrů.

Gerontologie experimentální – zabývá se stárnutím živých organismů.

Gerontologie klinická – (neboli Geriatrie) se zabývá zdravotním stavem, chorobami a léčbou ve stáří. Dále se zabývá přístupem ke starým pacientům a k pacientům s tzv. geriatrickou křehkostí.

Gerontologie sociální – zabývá se životem seniorů, vztahy mezi seniory a společnostmi, vztahy mezi různými generacemi, demografií stárnutí a podobně (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016).

Geriatrie jako obor vznikla v závislosti na demografických změnách a nutnosti komplexní a specifické péče o staré lidi. Zdravotní péče v geriatrii se odlišuje od ostatních medicínských oborů právě komplexním přístupem, potřebou koordinované interdisciplinární péče lékařské, ošetrovatelské i rehabilitační a akceptováním sociálně-zdravotní povahy onemocnění ve stáří (Hudáková a Majerníková, 2013).

1.1.2 Definice stáří

Definic stáří je velké množství, ale žádná z nich není definitivní a platná (Příbyl, 2015). Stáří je špatně definovatelné období, kdy se člověk setkává se spoustou involučních změn, zhoršováním vlastní zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Z lékařského hlediska se jedná o involuční úbytek potenciálu zdraví. Často dochází k rozporům mezi kalendářním a biologickým stářím, kdy kalendářní stáří představuje věk člověka a biologické jeho zdatnost. Ve vyspělých zemích se obvykle za počátek kalendářního stáří považuje 65 let života (Kalvach a Onderková, 2006).

Stářím je také označována poslední etapa vývoje člověka, která je ukončena smrtí. Jedná se tedy o důsledek a projev funkčních i morfologických změn, které jsou dány geneticky, ale i způsobem života, životními podmínkami a prodělanými nemocemi (Příbyl, 2015).

Periodizace lidského života je jev s nejednotnými kritérii, kterými jsou kalendářní věk, biologické parametry a sociální status. Můžeme tedy hovořit o biologickém stáří, sociálním stáří a kalendářním stáří (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016).

Biologické stáří – nastupuje s regresivními změnami a poklesem potenciálu zdraví. Objevuje se zvýšená přítomnost nemocí, orgánové a funkční nedostatečnosti a smrt. Neexistují žádná přesná kritéria pro určení biologického stáří, ale jistě závisí na řadě faktorů, které jej ovlivňují. Biologické stáří je individuální a je ovlivněné genetickými předpoklady, životním stylem, prodělanými chorobami a podmínkami, ve kterých žijeme (Slepička, Mudrák a Slepičková, 2015). Jak dále autoři uvádějí: „Projevuje se poklesem výkonnosti, somatickými změnami těla a jeho funkcí (změny pokožky, vlasů, úbytek svalové hmoty, snížení zdatnosti, atd.) a je propojené se subjektivním vnímáním těchto změn“ (Slepička, Mudrák a Slepičková, 2015, 21).

Kalendářní stáří – Kalendářní stáří je dáno datem narození. Je dáno dosažením určitého věku a je považováno za sociální koncept. Nevypovídá o individuálních rozdílech a je důležité hlavně pro demografické, statické a podobné účely. Obecně se uznává periodizace věku dle WHO:

- 60-74 let – rané stáří
- 75-89 let – vlastní stáří
- 90 a více let – dlouhověkost

Z důvodu zlepšujícímu se zdravotnímu a funkčnímu stavu stárnoucí populace, se většina autorů ve svých publikacích přiklání k této periodizaci:

- 65-74 let – mladí senioři
- 75-84 let – staří senioři
- 85 a více let – velmi staří senioři (Příbyl, 2015).

Sociální stáří – Jak uvádí kolektiv autorů: „Sociální věk je dán sociálními zkušenostmi, sociálním statutem, a jak se stále více ukazuje, též generační příslušností. Sociální stáří je tak charakterizováno především ekonomicky penzionováním (změna společenské prestiže a životního rytmu, obvykle pokles životní úrovně) či alespoň dosažením věku opravňujícího k odchodu do důchodu, méně přijetím role starého člověka – sebepojetím a sebe prezentací jako seniora, osamostatněním dětí a zvláště rolí prarodiče, stažením z aktivit středního věku, často ovdověním a zásadně též příslušností ke generaci, která byla v cca 20 letém cyklu nahrazena v rámci biosociální společenské obměny v dominantním společenském postavení následující generací.

Současné přístupy požadují i s ohledem na demografický vývoj zásadní změnu pohledu na sociální stáří i širěji na „dospělou identitu“, a to tak, abychom se méně vztahovali k rolím ekonomicky determinovaným a více k rolím a úkolům zakotveným v existencialitě života“ (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, 14).

1.2 Stárnutí

Stárnutí je biologický proces, který se nachází na molekulární, buněčné i orgánové úrovni. Vede k postupnému zhoršování funkcí jednotlivých orgánů i celého organismu. Snižuje se adaptace na stres a objevuje se větší náchylnost k nemocem. Tyto změny se projevují v průběhu života a jsou nevratné (Mareš et.al., 2013).

1.2.1 Stárnutí ve světě a v Evropě

Celosvětově je známo, že populace stárne, nejen ve vyspělých, ale i v zemích rozvojových. Jedním z ukazatelů stárnoucí populace je fakt, že je stálý nárůst procentuálního zastoupení staršího obyvatelstva v celkové populaci.

Autoři se ve svých dílech většinou shodují, že Evropa, kvůli stárnoucí populaci a snižujícímu se počtu produktivních lidí, čelí ekonomickým problémům s ohledem na zdravotní péči a penzijní systémy. Stárnutí populace má také sociální kontext, který se postupem času mění a starým lidem hrozí sociální vyloučení, tzv. Exkluze (Hudáková a Majerníková, 2013).

Stárnutí populace se stává také zdravotnickou prioritou právě proto, že dochází k přibývání starých lidí. Důvody jsou hlavně dva. Jedním důvodem je nízká porodnost a druhým důvodem je nízká úmrtnost. V dnešní době se více lidí dožívá stáří, lidé žijí déle a dožívají se vyššího věku (Kalvach a Onderková, 2006).

1.2.2 Demografie stárnutí v České republice

Čeledová, Kalvach a Čevela (2016, 35-36) uvádějí, že: „V podílu seniorů na složení populace i v naději dožití jsou i v malé České republice jisté regionální rozdíly. Celorepublikově tvoří podle sčítání obyvatel z roku 2011 lidé ve věku 65 a více let 15,8 % populace.“ Nejvíce seniorů se nachází v Královéhradeckém kraji a nejméně v Ústeckém kraji. Z pohledu na zastoupení seniorů v obcích je jich největší podíl na vnitřních periferiích, na pomezí krajů, kde je současně nejhorší dostupnost sociálních a zdravotních služeb (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016).

1.3 Změny ve stáří

Změny ve stáří jsou fyziologickým jevem. V pokročilém věku dochází přirozeně k morfologickým i funkčním změnám celého organismu. Organové a funkční změny mohou probíhat pozvolna nebo výrazně rychle. Změny, které během stáří nastávají, se odrážejí v oblasti fyzické, psychické i sociální. Všechny změny jsou opět ovlivněny genetickými předpoklady, životním stylem, prostředím, ve kterém se lidé nacházejí a nemocemi, které na ně po celý život působí (Bartůněk, Jurásková a Heczková, 2016).

1.3.1 Tělesné změny

Jsou to ty změny v organismu, které jsou na fyziologické úrovni. Tělesnými změnami jsou postiženy jak tkáně, tak i orgány a organové systémy. Ve všech tkáních i orgánech probíhá postupná atrofie, při které dochází k úbytku živé tkáně. Především se jedná o změny v následujících oblastech:

Pohybový systém – Dochází ke zmenšení postavy a shrbení, kvůli atrofii meziobratlových plotének. Atrofii podléhá i kosterní svalstvo a tím se i snižuje svalová síla. Velmi často se objevuje osteoporóza, která se projevuje větším výskytem typických zlomenin. V neposlední řadě je omezený pohyb z důvodu větších bolestí zad a kloubů (Burda a Šolcová, 2016)

Kardiovaskulární systém – v kardiovaskulárním systému dochází ke změnám na cévách i v samotném srdci. Cévy jsou v důsledku aterosklerózy méně elastické, a proto je také ve stáří větší riziko vzniku hypertenze. Srdce postupem času selhává a je náchylnější na zvýšenou námahu. Tyto změny mohou vést k řadě komplikací v životě seniora. Mezi takové komplikace patří například: cévní mozková příhoda, bércevé vředy, infarkt myokardu, snížené prokrvení některých orgánů, otoky a další (Burda a Šolcová, 2016).

Trávicí systém – Součástí trávicího systému jsou i některé důležité orgány, které produkují různé trávicí enzymy a produkují hormony. Tyto orgány jsou ve stáří méně výkonné, což může způsobovat řadu problémů. Snižuje se tvorba slin a trávicích enzymů a zpomaluje se trávení živin i vitamínů. Často ve stáří dochází ke vzniku zácpy z důvodu zpomalení pohybu střev. Při zpomalení pohybu střev dále mohou vznikat bolesti břicha, snížený pocit hladu a snížený pocit nucení na stolicí (Klevelandová, 2017).

Dýchací systém – U starších lidí je častěji znatelné zadýchávání, což může být způsobeno snížením vitální kapacity plic. Změny v dýchacím systému se týkají i řasinkového epitelu, jehož aktivita se pomalu snižuje a v plicích se pak může hromadit hlen a množí se v nich bakterie. Důsledkem jsou časté respirační onemocnění (Mareš et.al., 2013).

Kožní systém – Změny na kůži jsou velmi časté a mezi nejčastější patří: suchá kůže, tzv. stařecké skvrny, pergamenová kůže a velmi citlivá kůže. Mezi další změny patřící do tohoto systému můžeme počítat šedivění a řídnutí vlasů, silné nehty, na kterých jsou patrné rýhy a další (Burda a Šolcová, 2016).

Pohlavní systém – Pohlavní systém je změnami ve stáří postižený individuálně. U žen se jedná hlavně o menopauzu a u mužů o snížení potence.

Ve vylučovacím systému jsou změny takéž individuální. U mužů jsou časté potíže se zvětšenou prostatou a problémy s vylučováním moče. Ženy naopak častěji trpí močovou inkontinencí, kvůli ochablým svěračům. V neposlední řadě se zvětšuje množství rezidua moči v močovém měchýři, což vede k nočnímu nucení na močení a také k větší náchylnosti na záněty močových cest (Burda a Šolcová, 2016) a (Klevetová, 2017)

Nervový systém a sluch – Hošková (2013, 125) uvádí, že: „Ve vyšším věku dochází k postupnému úbytku neuronů a klesají i funkční schopnosti nervového systému. Zhoršuje se paměť, pozornost, přizpůsobivost, rychlost reakcí, hůře se vytvářejí nové stereotypy. Nicméně pozitivní informací je, že pravidelná celoživotní pohybová a mentální aktivita tyto degenerativní procesy významně omezuje.

Ve stáří dochází také ke zhoršování jednotlivých smyslů, a to zejména zraku a sluchu.“

1.3.2 Psychické změny

Charakteristickým rysem ve stáří je zhoršení paměti. Často jsou tyto změny spojeny s nějakým stádiem demence. V souvislosti s tím jsou senioři vázáni k osvědčeným postupům a neradi a těžce se učí něčemu novému.

Dalším typickým rysem je seniorská nedůvěřivost v okolí a snížená sebedůvěra k sobě samým. Ve stáří jsou lidé velmi emočně labilní až plačtivý (Burda a Šolcová, 2016).

1.3.3 Sociální změny

Sociální změny se týkají hlavně odchodu do penze, změny životního stylu, změny sociálního prostředí a různých ekonomických problémů.

S odchodem do penze se senioři potýkají s mnoha problémy. Může se jednat například o náhlé snížení finančního příjmu nebo o vyčlenění z kolektivu a

osamocení. To souvisí i se změnou životního stylu, kdy jsou senioři nuceni vynechávat různé aktivity z nedostatku sil či nedostatku financí. Změna sociálního prostředí souvisí s pobytem v nějaké nemocnici, lůžkách následné péče či domovech pro seniory. S odchodem do penze můžou souviset i ekonomické problémy, například při vysokých nákladech na léky, bydlení a podobně. Ekonomické problémy nastávají i při úmrtí partnera (Burda a Šolcová, 2016).

1.4 Geriatrický pacient

1.4.1 Specifikace geriatrického pacienta

„Geriatrický pacient může být definován jako člověk vyššího věku, u něhož involuční a chorobné změny natolik ovlivňují funkční stav a schopnosti, že dochází ke zhoršení adaptability, regulačních mechanismů, toleranci k zátěži“ (Holmerová et.al., 2014, 44).

Podle jednoho velmi známého geriatra se mohou senioři dělit na několik skupin. První skupinu tvoří **Zdatní senioři**. Ti se vyznačují výbornou výkonností, kdy není potřeba specializované geriatrické péče při terapeuticko-diagnostických výkonech. Do druhé skupiny patří tzv. **Elitní senioři**, kteří na sobě nedávají přibývajících léta znát a dále se věnují své práci a koníčkům. Další skupinou jsou **Nezávislí senioři**, kteří jsou za normálních okolností nezávislí na pomoci druhých. Zhoršení a potřeba pomoci nastávají jen v situacích, kdy jsou nemocní, po úraze nebo po operačním výkonu. Poslední skupinu tvoří tzv. **Křehcí senioři** (Holmerová et.al., 2014).

1.4.2 Stařecká křehkost

Stařecká křehkost, neboli Frailty, je celosvětově vznikající problém. Stařecká křehkost je stav, kdy se s rostoucím věkem hromadí zdravotní problémy, které jsou doprovázeny zvýšenou náchylností na exogenní i endogenní vlivy. Křehkost má vzájemný vztah k funkčním poruchám s nepříznivými zdravotními následky, které mohou být základem pro následné zdravotní postižení, hospitalizaci a ztrátu soběstačnosti geriatrického pacienta.

Na Tchaj-wanu byl proveden výzkum, kde zkoumali, jaký má vliv stařecká křehkost na lidi s Diabetem mellitem. V tomto výzkumu mě zaujalo rozdělení stařecké křehkosti na frailty a pre-frailty. Autoři uvádějí, že současné studie naznačují, že křehkost není synonymem pro multimorbiditu a nezávisle přispívá k zhoršení stavu seniorů. Byl tedy navržen přechodný stav pre-frailty, který označuje předčasný a potencionálně reverzibilní stav před úplnou křehkostí. (Chao et.al., 2018).

Syndrom Frailty je jedním z nejčastějších geriatrických syndromů, který je charakterizovaný sníženou adaptabilitou, zvýšenou únavností, úbytkem svalové síly a hmotnosti, snížením mobility a zhoršením celkové kondice a rovnováhy. Dalším projevem může být porucha kognitivních funkcí a změny psychického stavu. Křehkost postihuje velké množství geriatrických pacientů a výrazně zhoršuje jejich prognózu. Frailty není součástí stárnutí, ale se zvyšujícím se věkem stoupá riziko jeho vzniku (Holmerová, Baumanová a Staňková, 2014).

1.4.3 Geriatrické syndromy

V geriatrii má pojem „Geriatrický syndrom“ velký význam. Geriatrické syndromy jsou skupiny příznaků nebo problémů, které jsou logicky provázané. Souvisí se stářím, mají většinou chronický průběh a obtížně se léčí. Velké geriatrické syndromy byly dříve označovány jako syndrom „5 I“, kam patřily syndromy jako: Imobilita, Instabilita, Inkontinence, Intelektové poruchy a Iatrogenie (Pokorná et.al., 2013).

Imobilita – je snížená potřeba pohybu z nejrůznějších příčin. Ve spoustě případů se senioři bojí více pohybovat kvůli pádům, nebo se může jednat o nejrůznější poruchy hybnosti (Mareš et.al., 2013).

Inkontinence – inkontinence nepatří k projevům stárnutí a dělí se na dva druhy. Existuje inkontinence stresová, která postihuje převážně ženské pohlaví a inkontinence urgentní, která se vyskytuje u obou pohlaví. I přes to se ale řadí mezi geriatrické syndromy a je velkou překážkou v životě plnohodnotného života, který by mohli senioři nadále vést (Holmerová et.al., 2014).

Intelektové poruchy – MUDr. Maršálek ve své publikaci uvádí, že: „Kognitivní funkce jsou souhrnem funkcí vyšší mozkové činnosti, které nám umožňují plnohodnotné využití našich schopností v každodenním životě. Zahrnují například paměť, pozornost, orientaci, včetně zrakově prostorové orientace v prostoru, praxii (řízení cílevědomých, koordinovaných a záměrných pohybů vedoucích k vyčtenému cíli), schopnost logického úsudku a řešení problémů. Abstraktní myšlení, výkonné (exekutivní) funkce, náhled a sebeuvědomění, a konečně funkce expresivní (řeč, písmo, kreslení). Kognitivní poruchy tvoří velmi složitou problematiku, o které není v laické, ale mnohdy ani v odborné veřejnosti dostatečné povědomí. A při tom právě kognitivní mohou omezovat aktivity denního života a soběstačnost ve stejné nebo i v často vyšší míře než poruchy čistě motorické“ (Maršálek, 2014).

Iatrogenie – Negativní působení léků a jiných léčivých prostředků, které senioři užívají. Iatrogenie vzniká v důsledku užívání příliš mnoha léků či špatnému dávkování a při působení jejich nežádoucích účinků. Může být také ovlivněno změnou velikosti kompartmentů, ve kterých se dané léky distribuují, jako například vody a tuků (Mareš et.al., 2013).

Do geriatrických syndromů se v dnešní době řadí i další. Patří sem syndrom hypomobility, sarkopenie, syndrom malnutrice a anorexie, syndrom deliria, syndrom týrání/zanedbávání/zneužívání seniora, syndrom teplotní zátěže, syndrom duálního senzorickeho deficitu, syndrom maladaptace a syndrom terminální geriatrické deteriorace (Holmerová et.al., 2014).

1.5 Senior a jeho potřeby

Uspokojování a neuspokojování životních potřeb ovlivňuje kvalitu života a to nejen u seniorů. Správné stanovení a uspokojování potřeb ovlivňuje žití a prožívání stáří (Příbyl, 2015).

1.5.1 Definice potřeb

Potřeba je projev nedostatku nebo chybění něčeho. Uspokojení potřeb je žádoucí u každé věkové skupiny lidí. Uspokojování a neuspokojování potřeb výrazně ovlivňuje psychiku člověka. Ovlivňuje veškeré chování a jednání člověka. Potřeby mají psychický i sociální význam v životě, protože to neznamena pouze nedostatek něčeho, ale je to zároveň jakási hybná síla, která nás posouvá dál a směřuje nás k našim cílům, jiným lidem a činnostem.

Každý jedinec své potřeby uspokojuje jinak. Jde tedy o individuální záležitost. Potřeby vznikají díky neustálé interakci hodnot a racionálního i emočního rozhodování. Potřeby se vzájemně ovlivňují a jsou uspokojovány neustále. To lze pozorovat hlavně u potřeb biologických neboli základních, kam patří potřeba spánku, stravy, vyprazdňování a další (Příbyl, 2015).

1.5.2 Dělení potřeb

Každý autor, zabývající se lidskými potřebami ve svých publikacích, je popisuje jinak. Nacházíme různé definice pojmu „potřeba“, ale i nejrůznější dělení potřeb. Potřeby můžeme dělit podle důležitosti pro zachování života na:

- *Potřeby primární* (nižší potřeby, fyziologické, biologické) – Jsou to základní potřeby, bez kterých člověk nemůže žít. Bez uspokojení primárních potřeb nelze kvalitně uspokojit potřeby sekundární.
- *Potřeby sekundární* (vyšší potřeby, sociogenní, psychologické) – Jedná se o získané a naučené potřeby, ve kterých člověk potřebuje společnost druhých lidí. Patří sem například potřeba uznání, potřeba seberealizace, potřeba komunikace s druhými lidmi a další. Uspokojování sekundárních potřeb je zpravidla dlouhodobým procesem, ale je to velmi důležité v rámci utváření osobnosti a individuality člověka.

S ohledem na holistický přístup k člověku, můžeme potřeby dělit na:

- *Biologické potřeby* – Do této skupiny můžeme řadit všechny potřeby, které jsou pro život nezbytné, a naše tělo je vyžaduje. Patří sem potřeba potravy a tekutin, dýchání, vylučování, spánek, odpočinek a další.
- *Psychologické potřeby* – V této oblasti se nachází potřeby důležité pro rozvoj osobnosti jako takové. Potřeba bezpečí a jistoty, respektu a zachování důstojnosti, touha po důvěře a podobně.
- *Sociální potřeby* – Každý člověk potřebuje patřit do nějaké společnosti a být s nimi v kontaktu. Patří sem potřeby komunikovat, milovat a být milován, touha po osobním kontaktu s druhými lidmi, ale i potřeba soukromí.
- *Duchovní potřeby* – Tyto potřeby mají lidé věřící i nevěřící. Do této skupiny se řadí potřeba víry, potřeba smyslu života a také potřeba odpuštění.

Hranice mezi jednotlivými potřebami jsou velmi individuální. Právě proto, v odborné literatuře nacházíme různá dělení potřeb a odlišné řazení podle různých teorií (Příbyl, 2015).

1.5.3 Potřeby seniorů

Příbyl (2015) ve své knize popisuje potřeby dle Marie Vágnerové, české psychologičky a odbornice v oblasti různých psychologických směrů. M. Vágnerová se také věnuje právě vývojovým potřebám, které dělí do několika oblastí:

Potřeba stimulace správnými podněty

Jedná se o jednu z nejdůležitějších potřeb pro lidský organismus, který potřebuje dostávat správné podněty, aby se mohl kvalitně rozvíjet. Patří sem podněty zrakové, sluchové, hmatové, čichové i chuťové. Tato potřeba bývá ve

stáří značně snižená a snižené vnímání může u seniorů vést k pocitu nejistoty, úzkosti a strachu. Jedním z důsledků špatné saturace této potřeby bývá zhoršená schopnost adaptace na nové životní situace.

Potřeba smysluplného světa

Každý člověk by měl mít určený nějaký cíl, ke kterému směřuje. Cíle si stanovujeme během života při různých situacích, jako například soužití s druhými lidmi a prožití lidských vztahů na různých úrovních. Pokud senioři nemají stanovený vlastní cíl, je pro ně velmi složité až nemožné vidět smysl života.

Potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a s druhými

Denní rytmus je ve stáří ovlivněn biologickými změnami. U seniorů je tedy velmi důležité, aby navázali na to, na co byli zvyklí. Je dobré, když mají čas na své rituály, na obvyklé práce, činnosti a zábavu. Také mít čas být s druhými a mít čas na to, být sám.

Potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti

Všichni lidé mají potřebu někam patřit a mít své místo a roli ve společnosti. U seniorů jsou změny sociálních rolí vnímány velmi obtížně a působí na jejich psychický i fyzický stav špatně. Je dobré seniory utvrzovat alespoň v jejich sociální roli v rámci rodiny, aby věděli, že mají stále své místo a postavení.

Potřeba identity a uznání vlastního „Já“ sebou samým i druhými

Pro každého člověka je důležité, aby měl možnost rozhodovat se o svém životě a svých záležitostech. Pro pohodu a správný psychosociální vývoj je potřeba přijmout se takový jací jsme. Ve stáří a nemoci může dojít ke ztrátě autonomie a schopnosti rozhodovat se, kdy pečující má tendenci přebírat zodpovědnost a rozhodování.

Potřeba otevřené budoucnosti

V seniorském věku se lidé často obávají budoucnosti. Je třeba, aby se měli senioři na co těšit a případně posilovat víru ve vlastní schopnosti, dávat jim naději a jistotu, že jim bude v případě potřeby poskytnuta pomoc.

Aby byly potřeby správně saturované, je třeba je nejprve správně identifikovat, čehož u hospitalizovaných seniorů nejlépe dosáhneme komunikací a to zejména nasloucháním. Dalším důležitým faktorem je způsob, kterým jsou potřeby uspokojované. Způsoby jsou jen dva a to *žádoucí*, které jsou správné a neublíží nám ani jiným lidem a druhý způsob je *nežádoucí* uspokojování potřeb, které není v souladu se sociálně-kulturním prostředím a/nebo se jimi porušuje zákon (Příbyl, 2015).

1.5.4 Nedostatečná saturace potřeb

Míru uspokojení potřeb můžeme vyjádřit dvěma pojmy. *Saturace*, což znamená uspokojení potřeb a *frustrace*. Při narušení vnitřního nebo vnějšího prostředí může dojít k nedostatečnému uspokojení našich potřeb, což je pro jedince, a zvláště pro seniory, zátěžová situace. Zátěžovou situací může v životě být frustrace, konflikt, stres a deprivace (Příbyl, 2015).

1.6 Nežádoucí situace během hospitalizace seniora

Při ústavním léčení a ošetřování jsou senioři vystaveni větším rizikům než pacienti nižších věkových skupin. Tyto situace jsou ovlivněny mnoha faktory a hlavním z nich je imobilizace nemocného. Imobilizace je chápána jako stav, kdy je nemocný upoután na lůžko, protože se nemůže nebo nesmí pohybovat mimo lůžko anebo není schopen chůze.

Lidský organismus reaguje na nedostatek pohybu a dlouhodobý pobyt na lůžku vždy negativně a to bez ohledu na věk. Jedním z vážných důsledků může být vznik imobilizačního syndromu, což je fyziologická odpověď organismu na imobilitu a projevuje se poruchami řady orgánů. Poruchy mohou být zjevné, ale mohou probíhat i skrytě. Senioři jsou na tyto poruchy více náchylní a je proto větší pravděpodobnost, že u nich imobilizační syndrom vznikne (Mlýnková, 2009).

1.6.1 Imobilizační syndrom

Imobilizační syndrom je soubor komplikací a sekundárních změn, které se projevují při delším upoutání pacienta na lůžko. Na ztrátu pohybové aktivity z různých důvodů reagují téměř všechny tělesné systémy.

Imobilizační syndrom není problémem pouze seniorů, a proto se z pravidla neřadí mezi geriatrické syndromy. Přesto jsou senioři a dlouhodobě nemocní rizikovými skupinami (Burda a Šolcová, 2015) a (Maršálek, 2014).

1.6.2 Projevy imobilizačního syndromu

Projevy a následky imobilizačního syndromu lze rozdělit na psychické a somatické.

Psychické následky – projevují se hlavně apatií, podrážděností, depresí a nespokojeností. Při ztrátě fyzické aktivity se může imobilizační syndrom projevovat ztrátou motivace, neochotou komunikovat a spolupracovat, odmítáním diagnosticko-terapeutických postupů nebo jako strach. Také se může projevit emoční labilitou, poruchami řeči a akcelerací demence (Dučalová a Litvínová, 2016).

Somatické změny mohou vznikat během několika hodin, ale výrazné změny nastávají již po týdnu imobility. Somatické změny probíhají hlavně v těchto systémech:

Pohybový systém – Svalová síla se během několika dní imobilizace zmenšuje. Svaly postupem času atrofují a šlachy se zkracují. Na končetinách a páteři mohou vznikat deformity. Klouby vlivem nečinnosti tuhnou, stávají se nehybnými. V kostech dochází ke ztrátám vápníku, díky čemuž hrozí vyšší riziko zlomenin.

Kardiovaskulární systém – Dlouhodobý pobyt na lůžku vede ke vzniku ortostatické hypotenze. To je porucha žilního návratu z důvodu snížené adaptace na vzpřímenou polohu těla. Dále dochází ke snížení tlaku krve, což se projevuje slabostí, kolapsy, točením hlavy a nevolnostmi. V cévách dochází k insuficienci žilních chlopní. To může mít za následek, že se krev hromadí v žilách (venostáza)

především dolních končetin. Při dlouhodobé venostáze mohou vznikat na dolních končetinách otoky. Dalším následkem imobility může být žilní trombóza, kdy se stagnující krev v žilách začne srážet, nebo její komplikace plicní embolie, kdy je sraženina vmetena krví do plicního řečiště (Burda a Šolcová, 2015).

Dýchací systém – U mobilních pacientů dochází k normálnímu hlubokému dýchání, díky kterému dochází k samočištění plic od sekretu z bronchů. U ležících pacientů nemůže k normálnímu hlubokému nádechu a výdechu dojít, protože se plíce nedostatečně rozvíjí. To je způsobeno lůžkem, na kterém pacienti leží a tím, že vleže tlačí orgány dutiny břišní na bránici a vytlačují ji vzhůru. U ležících pacientů se tedy zhoršuje ventilace a v plicích se shromažďuje hlen, který může dávat za vznik statické pneumonie. V dýchacím systému dochází ke snížené ventilaci a kolapsům plicních sklípků, kde se hromadí sekret. Tento stav se nazývá atelektáza neboli nevzdušnost plíce (Kelnarová et.al., 2016).

Trávicí systém – Vlivem nedostatku pohybu dochází u ležících pacientů k nechutenství a k zácpě. Zácpa je způsobená snížením peristaltiky střev, snížením příjmu potravy a nepřírozenou polohou pro vyprazdňování. Nejen, že se v poloze vleže pacienti hůře vyprazdňují, ale mají i strach, že se obsah podložní mísy vylije do lůžka. Zvláště u seniorů dochází ke ztrátám pocitu žízně a je zde vyšší riziko dehydratace (Burda a Šolcová, 2015).

Močový systém – Následkem omezeného pohybu se zhoršuje vyprazdňování močového měchýře. Z důvodu omezeného pohybu bránice, neúplné relaxaci pánevního dna a zhoršené schopnosti vyvinout dostatečně silný břišní lis dochází k retenci moče, tvorbě konkrementů v močovém systému, inkontinenci a ke zvýšené náchylnosti na infekce urogenitálního traktu (Dučalová a Litvínová, 2016).

Kožní systém – Při dlouhodobém pobytu na lůžku kůže atrofuje. Stává se méně přizpůsobivou a více náchylnou k okolním vlivům. U seniorů dochází k poškození kůže třením a střížnou silou, které působí na jejich křehké kůži defekty. U všech dlouhodobě ležících pacientů pak může dojít ke tvorbě dekubitů, což je místní

odumření tkáně, které je způsobené různými příčinami. Příčiny vzniku dekubitů jsou místní, kam patří například tření a vlhkost ne příčiny celkové, kam můžeme řadit nehybnost, zvýšená nebo snížená tělesná hmotnost, špatný stav výživy a různá onemocnění, která podporují vznik proleženin (Burda a Šolcová, 2015; Dučalová a Litvínová, 2016).

1.6.3 Prevence imobilizačního syndromu

Prevence imobilizačního syndromu spočívá v odstranění příčin, které k imobilizaci vedou. Pobyt na lůžku by měl být zkrácený jen na nezbytně nutný čas a to především u seniorů. U starých lidí je důležité vyhnout se zbytečným hospitalizacím a ústavnímu pobytu v léčebných a jiných zařízeních.

Prevenci Imobilizačního syndromu můžeme rozdělit na *primární* prevenci a *sekundární* prevenci.

Primární prevence – Součástí primární prevence je povzbuzování pacienta, aby se aktivně zapojoval do všech aktivit denního života. Je potřeba, aby vykonával aktivity a překonával tíhu vlastního těla. Postupně se pacient učí vykonávat aktivity sám a trénuje při tom své vlastní tělo, aby nedocházelo k regresivním změnám jednotlivých orgánů.

Sekundární prevence – Sekundární prevence se zabývá prevencí problémů z imobility. Zaměřuje se na preventivní opatření jednotlivých systémů, ve kterých k poškození dochází. Jakýkoliv pohyb a aktivita je prevencí kardiovaskulárních komplikací, protože zpomalují srdeční frekvenci a zvyšují srdeční rezervy. Pohyb také napomáhá ke stimulaci nervového systému, který obnovuje periferní vazokonstrikci při změnách polohy těla. Další sekundární prevencí je nošení elastických bandáží nebo kompresních punčoch na dolních končetinách. Ty pomáhají předcházet ortostatické hypotenzi a zabraňují hromadění krve v dolních končetinách, což je také prevence vzniku otoků a trombů. Prevence spočívá v nácvičku hlubokého dýchání a kašlání, které napomáhá obnově normálního dýchání. Dostatečná hydratace, dostatečný příjem proteinů, tuků a vlákniny jako prevence metabolických a výživových, ale i močových a endokrinních problémů.

Důležitá je prevence vzniku dekubitů, která zahrnuje správnou úpravu prostředí, polohování, výživu i důkladnou hygienu. Prevence vzniku dekubitů je individuální a každý pacient ji potřebuje v jiné míře (Dučalová a Litvínová, 2016).

1.7 Každodenní činnosti u hospitalizovaných seniorů

Každodenní činnosti nebo také aktivity denního života, z anglického názvu – *activity of daily living*. Ve zkratce ADL.

Soběstačnost je schopnost zajišťovat samostatně v daném prostředí obvyklé potřeby, zvládat běžné aktivity a každodenní činnosti. Soběstačnost je dána několika faktory. Je dána funkčním potenciálem jedince, jeho zdatností a také náročností nebo bariérovostí prostředí.

Zlepšení nebo obnova soběstačnosti může nastat jak ovlivněním funkčního potenciálu, tak i ovlivněním prostředí a odstraněním případných bariér. Nezbytnou roli při obnově soběstačnosti sehrává rehabilitace. Jedním ze základních předpokladů účinné rehabilitace je aktivní spolupráce pacienta, jeho kognitivní schopnosti a motivace. Důležitou roli má samotná vůle k rehabilitacím a dostatečná frekvence rehabilitačních aktivit (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016).

1.7.1 Definice každodenních činností

Každodenní činnosti jsou ty činnosti, při kterých je potřebná fyzická aktivita. Fyzická aktivita vyžaduje různě velké úsilí, které může vést ke zlepšení zdravotního stavu. Každodenní činnosti zahrnují práci, volný čas a běžné denní aktivity.

Soběstačnost v ADL je definovaná jako nezávislost člověka ve vykonávání pravidelných i nepravidelných činností a funkcí, se kterými se setkáváme v běžném životě.

Každodenní činnosti se rozdělují na základní ADL a instrumentální iADL (Nurman, 2018).

Základní aktivity denního života – ADL, mezi které patří úkony sebeobsluhy, schopnost pohybu na lůžku a mimo lůžko, přesun z lůžka na židli, chůze, stání, schopnost najít se, osobní hygiena, vykonávání fyziologických potřeb (kontinence moči a stolice), schopnost komunikace a další.

Instrumentální aktivity denního života – iADL. Do této skupiny patří soubor drobnějších prací a činností, jako je například: vaření, nakupování, úklid domácnosti, praní, používání dopravních prostředků, telefonování a nakládání s financemi (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016).

1.7.2 Každodenní činnosti u seniorů

„Ontogenetický vývoj lidského jedince je provázen různou mírou samostatnosti uspokojovat potřeby denního života, kdy z plně závislého jedince dospívá člověk plně soběstačný, který je oporou pro člověka závislého, v nějž se později může opět proměnit sám.“ (Pokorná et.al., 2013, 80).

Ve stáří klesá výkonnost a s nástupem chronických nemocí se rozvíjí celá řada funkčních poruch, následkem čeho vzniká zhoršená soběstačnost a závislost. Z počátku vzniká deficit ve vykonávání instrumentálních činností (iADL) a následně se přidružuje absence základních denních činností (ADL), jako je stravování, hydratace, oblékání, osobní hygiena a další (Hudáková a Derňáková, 2011).

Účelem pozorování každodenních činností je zjištění funkčních schopností pacientů a zvláště pak u seniorů, kdy můžeme pozorovat a hodnotit jejich schopnosti tyto činnosti provádět. Pro hodnocení soběstačnosti ve vykonávání ADL a iADL se používají různé škály. Mezi nejčastěji používané patří Katzův Index, test dle Barthelové a FIM test – test funkční míry nezávislosti (Nurman, 2018).

1.7.3 Hodnocení každodenních činností

Při hodnocení soběstačnosti se od 60. let 20. století používají různé testy aktivit denního života, u kterých se ale rozlišují, již výše zmíněné, *základní*

aktivita denního života a instrumentální aktivita denního života (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016).

Pro hodnocení soběstačnosti pacienta je velmi důležitá znalost zdravotních determinant soběstačnosti a způsobu, jakým pacienta ovlivňují. Na jejich základě je možné zhodnotit soběstačnost a zjistit případné způsoby kompenzace. V ideálním případě se na hodnocení podílí multidisciplinární tým, který je schopný dospět ke společnému výsledku s následným doporučením dalšího opatření a případných služeb.

Při hodnocení soběstačnosti se používají výhradně hodnotící škály, nikoliv testy a dotazníky. Testy a dotazníky pouze vyplňujeme, ale škály hodnotíme na základě objektivního zhodnocení stavu a znalosti pacienta. Výsledky testů a dotazníků by proto mohly být neobjektivní (Kuckir et.al., 2015).

1.7.4 Hodnotící škály

V současné době je možné použít mnoho nástrojů k hodnocení míry soběstačnosti. V praxi ale sestry nejvíce používají *Barthel Index*.

Barthel Index

Je nástroj pro hodnocení míry soběstačnosti v určitých oblastech. Patří sem přijímání potravy, přemísťování z lůžka na židli/kolečkové křeslo, osobní hygiena, použití toalety, koupání, chůze po rovině, chůze do schodů a ze schodů, oblékání a svlékání a kontinence moči i stolice. Barthel Index byl vyvinut v roce 1965 a původně byl určen k hodnocení schopností pacientů s neuromuskulárním a myoskeletárním onemocněním. V současnosti je nejvíce využíván právě k hodnocení hospitalizovaných geriatrických pacientů.

Katzův Index

Šála byla sestavena roku 1963 a používají ji zejména v zahraničí. Zdravotní sestry pomocí Katzova indexu hodnotí schopnost pacientů vykonávat základní aktivity denního života, nikoliv instrumentální aktivity. Soběstačnost se měří v následujících oblastech: Koupání, oblékání, vyprazdňování, přemísťování, schopnost udržet moč i stolici a přijímání potravy.

Stejně jako u Barthel Indexu se i tady hodnotí, jestli je pacient schopen činnosti vykonávat sám, s asistencí nebo je zcela závislý na pomoci druhých (Heřmanová a Zvoníčková, 2006).

Test funkční míry nezávislosti – FIM

FIM je mezinárodně uznávaný test, který využívají především fyzioterapeuti a ergoterapeuti. Vychází z testu dle Barthelové a vychází ze šesti okruhů činností v sebestarání. Hodnotí se: osobní péče, kontrola svěračů, mobilita, lokomoce, komunikace a sociální adaptabilita.

V České republice je tento test málo využíván (Klvetová, 2017).

Modifikovaný test Barthelové

Byl vytvořen roku 1989 autorkami z Austrálie. Test obsahuje stejných deset položek, jako původní test Barthelové, které jsou ale hodnoceny na stupnici od 1-5 bodů. Je tedy přísněji hodnocen, čímž dochází ke zvýšení citlivosti původního testu.

Lawtonova škála instrumentálních denních činností

Škála vytvořená roku 1969 Lawtonem a Brodyovou, která má za úkol zkoumat soběstačnost ve složitějších činnostech. Na této škále najdeme oblasti hodnocení, jako je například: telefonování, nakupování, vaření, starání se o domácnost, cestování, užívání léků a třeba také nakládání s financemi (Pokorná et.al., 2013).

Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga modifikovaný Staňkovou

Test k určení pracovní zátěže, kde se hodnotí soběstačnost pacienta a čas, potřebný k poskytnutí adekvátní ošetrovatelské péče. Ve výsledku lze provést změny ve skladbě ošetrovatelského týmu tak, aby byla péče co nejúčinnější. Hodnoceny jsou tyto oblasti: pohybová schopnost, osobní hygiena, jídlo, inkontinence moči, inkontinence stolice, dekubity, návštěva toalety a spolupráce s nemocným (Pokorná a Mrázová, 2012).

2. Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu je zmapování schopností seniorů vykonávat každodenní činnosti během hospitalizace. Dalším cílem je zjištění způsobu hodnocení soběstačnosti v ADL sestrami a zjištění případné diskrepance mezi naměřenými a zjištěnými výsledky.

Z výše uvedeného cíle vyplývá, že se budu zabývat následujícími činnostmi:

- Pozorování seniorů a zmapování jejich činností během dne
- Vyhodnocení testu dle Barthelové na základě pozorování
- Zjištění výsledků hodnocení soběstačnosti na oddělení
- Porovnání naměřených a zjištěných výsledků
- Zpracování dat do bakalářské práce
- Vytvoření dotazníku a zjištění případné diskrepance

2.2 Hypotézy

Při psaní této bakalářské práce jsem si stanovila několik hypotéz, na které bych k závěru této práce chtěla najít odpověď.

Hypotéza č. 1

Hospitalizovaní senioři vykonávají každodenní činnosti samostatněji v nepřítomnosti zdravotnického personálu.

Hypotéza č. 2

Hospitalizovaní senioři nejsou dostatečně motivováni personálem, aby každodenní činnosti vykonávali samostatně.

Hypotéza č. 3

Každodenní činnosti jsou často chybně vyhodnocovány z toho důvodu, že jsou hodnoceny hned při přijetí pacienta.

Hypotéza č. 4

Sestry nemají při hodnocení testu soběstačnosti dostatek času, aby prošly jednotlivé oblasti společně s pacientem.

2.3 Časový harmonogram práce

Psaní bakalářské práce jsem měla rozdělené do několika časových úseků. Během října a listopadu 2018 jsem si vybírala téma bakalářské práce, vyhledávala jsem si literaturu potřebnou k teoretické části a studovala jsem bakalářskou práci z minulého roku na podobné téma.

Listopad až prosinec 2018 – v těchto měsících jsem pracovala na teoretické části bakalářské práce.

Leden 2019 – V tomto měsíci jsem se s vedoucí práce domlouvala na smyslu výzkumné části práce. Vymýšlely jsme cíl práce a jakým způsobem výzkum provedu včetně sestavení krátkého dotazníku.

Únor 2019 – Během února jsem provedla samotné pozorování pacientů a vytvořila jsem dotazníkové šetření na téma „Způsob hodnocení každodenních činností u hospitalizovaných seniorů“, které bylo určeno pro sestry na oddělení, kde samotný výzkum probíhal.

Březen a duben 2019 – Zpracování všech vyzkoumaných dat a dokončení bakalářské práce.

2.4 Metodologie výzkumu

Metodou výzkumu byl zvolen kvantitativní výzkum, konkrétně přímé nezúčastněné pozorování.

Výzkumné šetření bylo prováděno na Interní klinice 1. LF UK a ÚVN v Praze. Konkrétní pozorování hospitalizovaných seniorů proběhlo na Oddělení všeobecných interních lůžek ve dnech: 4. 2. 2019, 5. 2. 2019, 11. 2. 2019, 12. 2. 2019, 19. 2. 2019.

Jako pozorovatelka jsem byla vždy buď v dopoledních, nebo odpoledních hodinách přítomna na pokoji, který mi předem vybrala staniční sestra oddělení. Pozorování probíhalo vždy se souhlasem jednotlivých pacientů. Na pokoji jsem

strávila přibližně 4 hodiny tak, abych viděla pacienty při výkonu všech oblastí každodenních činností, jež jsou předmětem celé bakalářské práce. Celé pozorování jsem si zaznamenávala do sešitu, a poté zanesla do záznamového archu (viz Příloha č. 1).

2.5 Výzkumné šetření

Na každém pokoji, kde jsem výzkum prováděla, jsem se posadila tak, abych viděla na oba pacienty, které jsem pozorovala. V rámci zjištění správných výsledků jsem se nezapojovala do komunikace ani jsem pacientům nepomáhala. Pouze kdyby nastala situace ohrožení zdraví pacientů, pomohla bych zasáhnout. Vždy jsem pacienty pozorovala přibližně 4 hodiny, ve kterých jsem mohla vidět všechny činnosti, které jsem potřebovala k vlastnímu vyhodnocení testu dle Barthelové (viz Příloha č. 2).

Na konci pozorování jsem pacientům poděkovala, že souhlasili s mým pozorováním a šla jsem za staniční sestrou oddělení, která mi ochotně sdělila výsledky hodnocení soběstačnosti při přijetí pacienta.

Mezi mé hlavní úkoly jako pozorovatelky během pozorování patřilo zapisování jednotlivých činností v pozorovaném čase. Zaznamenávala jsem si vždy:

- Datum pozorování
- Číslo pokoje
- Věk pacienta
- Pohlaví
- Čas pozorování
- Jednotlivé činnosti seniorů v daném čase
- Vyhodnocení vlastního testu dle Barthelové
- Porovnání testu Barthelové s testem z oddělení

2.6 Zpracování dat

Každého ze zkoumaných pacientů jsem pozorovala přibližně 4 hodiny, během kterých jsem si zaznamenávala jejich veškerou aktivitu. Ze sebraných dat jsem vyhodnotila test dle Barthelové a stanovila jsem tak stupeň závislosti v každodenních činnostech. Dále jsem zjistila, jak byl naposledy přehodnocen stejný test na oddělení a rozdílné výsledky jsem u každého pacienta rozpracovala a zhodnotila procentuelní rozdílnost hodnocení pacienta.

Dále jsem zpracovala výsledky dotazníku, který mi vyplnily sestry z oddělení, kde výzkum probíhal. Otázky v dotazníku se týkaly hodnocení soběstačnosti a přehodnocování. Výsledné odpovědi jsem zpracovala do grafů, kde jsou odpovědi znázorněny v procentech.

2.6.1 Pacient č. 1

Datum pozorování: 4. 2. 2019

Hodina pozorování: 6:45 – 11:00

Pohlaví: Muž

Věk: 90 let

Pokoj č.: 9

Pozorování:

ČAS	ČINNOSTI
6:55 – 7:05	Na pokoj přichází sestra a odebírá pacientovi krev. Pacient je při výkonu pasivním účastníkem. Poté usíná.
7:22 – 7:35	Otáčí se v lůžku na bok a vyndává si horní zubní protézu, kterou následně drží v ruce.
7:45	Zubní protézu si vkládá zpět do úst.
7:50	Sanitář přinesl snídani a položil ji před pacienta na stolek. Pomocí polohovacího lůžka pacienta posazují a odcházejí.
8:00	Znovu přišel sanitář a maže pacientovi veku k snídani, které se zatím ani nedotkl. Pacient nespolupracuje ani nekomunikuje a nadále nesnídá.
8:05	Přichází ošetřovatelka a pacienta krmí ovocným pyré. Poté mu dává napít a pokládá ho pomocí polohovacího lůžka.
8:10	Pacient leží na zádech. Přichází sestra a proplachuje periferní žilní

	katétr. Pacient je pasivním účastníkem. Po odchodu sestry usíná.
8:45	Pacient natahuje ruce a škrábe se na rameni.
9:05 – 9:15	Ošetřovatelé přicházejí provést ranní hygienu. Dělalí celkovou koupel na lůžku a vyměňují mu inkontinenční pomůcky. S pacientem sami otáčejí na lůžku a pacient je stále pasivním účastníkem. Polohují ho na bok a dávají mu napít.
9:30 – 9:45	Pacient se sám otáčí na záda a sahá si na stolek pro pití. Napil se a pití odkládá zpět na stolek.
9:50	Přichází lékařka a dělá si vizitu. Pacient s ní normálně komunikuje a odpovídá na všechny její otázky. Lékařka provádí fyzikální vyšetření a pacient s ní spolupracuje. Poté lékařka odchází a pacient usíná.
10:00	Přichází sanitář a dává pacientovi napít. Znovu ho polohuje na bok pomocí polohovacího polštáře a odchází.
10:25	Pacient se hýbe v lůžku a odkopává se zpět na záda. Poté vytahuje polohovací polštář a dává ho v lůžku stranou.
10:31	Dává si ruku za hlavu a leží na zádech.
10:45	Sahá si na stolek pro papírový ubrousek a odkašlává do něj sputum. Pokládá ubrousek, pije a znovu si lehá a usíná.

Vyhodnocení testu dle Barthelové a zjištěné rozdíly:

Podle pozorování jsem test dle Barthelové vyhodnotila na 10 bodů, tedy s výsledkem, že je pacient vysoce závislý na pomoci druhých.

Na rozdíl od hodnocení soběstačnosti na oddělení, jsem pacienta vyhodnotila jako více závislého na pomoci druhých. Naše odpovědi se lišily hned v několika bodech a to v hodnocení zvládnání: *Osobní hygieny, Kontinence moči, Kontinence stolice a Přesun lůžko-židle.*

Výsledkem tohoto porovnání je, že se moje hodnocení liší ve 40 % oblastí. V tomto případě jde ale spíše o to, že se pacient v přítomnosti personálu nesnažil a nechal se sebou fyzicky manipulovat. Kromě lékaře pacient s nikým ani nepromluvil, a tak nikomu neřekl, že činnosti s pomocí zvládne.

2.6.2 Pacient č. 2

Datum pozorování: 4. 2. 2019

Hodina pozorování: 6:45 – 11:00

Pohlaví: Muž

Věk: 65 let

Pokoj č.: 9

Pozorování:

ČAS	ČINNOSTI
6:55	Leží a převaluje se v lůžku
7:13	Přišly sestry, aby si předaly směnu, s pacientem komunikují.
7:20	Protahuje si horní končetiny a otáčí se na bok
7:30 – 7:45	Sedá si s nohama z postele a přerovnává si stolek. Poté si znovu lehá a dává si ruce za hlavu.
7:55	Sanitář přinesl snídani. Pacient si opět sedá s nohama z postele a začíná snídat. Míchá si kafe a maže si chleba k snídani.
8:00	Dojedl snídani a lehá si zpátky do svého lůžka.
8:10	Přichází sestra a nese ranní medikace. Pacient si je od ní bere a sám si je zapíjí.
8:30 – 8:45	Ze stolku si bere brýle a mobilní telefon. Lehá si na bok a dále kouká do telefonu.
9:05 – 9:15	Přichází lékařka a dělá vizitu. Pacient bez problémů komunikuje a spolupracuje. Pokládá se do lůžka a lékařka provádí fyzikální vyšetření. Poté lékařka odchází.
9:20	Leží na lůžku a cvičí sám rukama a nohama. Po cvičení si sám sundává bandáže dolních končetin, obinadlo roluje a dává na stolek.
9:25	S pomocí francouzských holí jde do koupelny
9:45	Jde z koupelny zpět na lůžko a je vysprchovaný. Sedá si na lůžko a pije celý hrnek čaje. Je zadýchaný.
9:50	Obléká se a lehá si zpět na lůžko.
10:00 – 10:15	Přichází sestra a dělá převaz dolních končetin. Pacient spolupracuje a nohy sám nadzvedává. Po převazu sestra odchází.
10:30 – 10:35	Přišla sociální pracovnice a pacient jí neochotně odpovídá na její otázky. Po jejím odchodu si pacient zapíná televizi a kouká na ni.
10:45	Bere si ze stolku telefon a píše zprávu.
10:55 – 11:00	Vstává z lůžka, bere si francouzské hole a jde na toaletu. Po návratu si lehá zpět do lůžka.

Vyhodnocení testu dle Barthelové a zjištěné rozdíly:

Podle vlastního hodnocení testu podle pozorování, jsem pacienta vyhodnotila jako pacienta s lehkou závislostí na pomoci druhých. Ve většině hodnocených oblastí soběstačnosti byl zcela soběstačný a v ostatních byl soběstačný s pomocí.

Výsledky mého hodnocení a hodnocení soběstačnosti na oddělení se lišily ve třech oblastech. Rozdílně jsme měli vyhodnocené oblasti: *Přesun lůžko-židle*, *Chůze po rovině* a *Chůze po schodech*.

Výsledky testu soběstačnosti se tedy lišily ve 20 – 30 %. Nikdy se ale nejednalo o zásadní rozdíl a vždy jsme se lišili ve výsledcích jen o jedno bodové zhodnocení. U obou zhodnocených testů byl pacient vyhodnocen jako lehce závislý na pomoci druhých.

2.6.3 Pacientka č. 3

Datum pozorování: 4. 2. 2019

Hodina pozorování: 11:30 – 16:00

Pohlaví: Žena

Věk: 64 let

Pokoj č.: 15

Pozorování:

ČAS	ČINNOSTI
11:30	Leží v lůžku a spí
11:40	Probouzí se, natahuje se pro hrneček a pije. Protahuje si horní končetiny a znovu je pokládá do lůžka.
11:50	Sanitář přinesl oběd a pokládá ho na stůl k lůžku. Pacientka si přitahuje stůl nad lůžko a sama obědvá.
11:58	Dojedla oběd, otírá si ústa ručníkem, odsouvá stůl od postele a pomocí polohovacího lůžka se sama pokládá do polosedu a usíná.
12:35	Přichází sestra, budí pacientku a podává ji chronickou medikaci a infuzní terapii. Pacientka si zapíjí léky a spolupracuje se sestrou.
12:45 – 12:55	Zapíná si televizi, chvíli kouká a znovu usíná.
13:15	Probouzí se, dolévá si hrnek z konvice a pije.
13:30	Spí na lůžku.
13:45 – 13:50	Otáčí se na bok, bere si ze stolku přesnídávku a svačí ji. Poté si urovnává polštář pod hlavou a odepisuje na zprávu, která ji přišla na mobilní telefon.
14:05	Znovu se natahuje ke stolku, bere si jogurt a opět ho svačí.
14:27	Pokládá si lůžko do roviny a lehá si.
14:40	Přišly ošetřovatelky a posadily pacientku v rámci rehabilitační péče. Posadily ji s nohou z postele a chvíli s končetinou cvičily.
14:52	Pacientce přichází návštěva, a tak ji ošetřovatelky pokládají do lůžka.
15:10	Pije kafe, které přinesla návštěva.
15:15	Přicházejí ošetřovatelé a měří ji krevní tlak. Pacientka spolupracuje.
15:40	Návštěva odchází a pacientka si znovu pokládá lůžko a usíná.
16:00	Pacientka stále spí.

Vyhodnocení testu dle Barthelové a zjištěné rozdíly:

Naše odpovědi se lišily v těchto oblastech: *najedení, napití, osobní hygiena, kontinence stolice, přesun lůžko-židle a chůze po rovině.*

U této pacientky se naše odpovědi liší téměř u 50% celého testu. Test dle Barthelové jsem zhodnotila na 45 bodů. Zhodnotila jsem tedy u pacientky závislost středního stupně. Oproti mně zhodnotili test dle Barthelové na oddělení na pouhých 20 bodů, tedy že je pacientka vysoce závislá na pomoci druhé osoby. Rozdíly v hodnocení této pacientky jsou poměrně velké.

2.6.4 Pacientka č. 4

Datum pozorování: 4. 2. 2019

Hodina pozorování: 11:30 – 16:00

Pohlaví: Žena

Věk: 90 let

Pokoj č.: 15

Pozorování:

ČAS	ČINNOSTI
11:30	Leží v lůžku a kouká na televizi.
11:49	Sanitář přináší oběd, pacientka si sedá s nohama z lůžka a obědvá.
12:05	Dojedla oběd, pije z hrnečku a pokládá ho před sebe na stolek. Stále sedí.
12:10	Lehá si do lůžka a pomocí hrazdy nad hlavou se přitahuje a posouvá se výše na lůžko. Sahá si pro kapesník a smrká.
12:15	Přichází ošetřovatelka a začíná pacientku krmit jogurtem. Poté si pacientka sama utírá ústa kapesníkem a odkládá ho na stolek.
12:20	Sahá si pro hrnek a pije. Po napití ho pokládá zpět.
12:30	Otáčí se na bok, bere si banán, loupe si ho a jí.
12:35	Přichází sestra a podává medikaci. Pacientka si bere léky sama a zapíjí je čajem.
12:45	Znovu přichází sestra a podává pacientce inhalaci. Inhaluje sama.
13:05	Přestala inhalovat a kouká na televizi.
13:16 – 13:30	Protahuje se v lůžku a kouká do stropu.
13:40	Přichází ošetřovatelé a měří fyziologické funkce. Pacientka s nimi spolupracuje a po výkonu se sama přikrývá a odpočívá.
14:04	Pacientka si sedá s nohama z lůžka a opírá se o stolek. Pije z hrnku a dále se opírá.

14:10	Lehá si a přikrývá se.
14:40	Přicházejí ošetřovatelky a kontrolují jednorázovou plenu a upravují ji lůžko. S pacientkou samy otáčejí a pacientka se nechá.
14:50	Bere si hřeben ze šuplíku a upravuje si vlasy. Hřeben pak odkládá zpět.
15:00	Přichází ošetřovatelka v rámci rehabilitace a přivezla s sebou vysoké chodítko. Pacientka si sama sedá, obouvá si boty a stoupá si u lůžka.
15:05	Znovu přichází ošetřovatelka a jde se s pacientkou projít po chodbě.
15:15	Pacientka přichází zpět na pokoj, svléká se a lehá si do lůžka. Ošetřovatelka odváží chodítko pryč.
15:20	Opět přichází ošetřovatelka a vytahuje pacientku výše v lůžku.
15:45	Kouká na televizi a usíná.

Vyhodnocení testu dle Barthelové a zjištěné rozdíly:

I přes pacientky vysoký věk jsem její úroveň soběstačnosti zhodnotila na 65 bodů, tedy že je lehce závislá na pomoci druhých osob. Na oddělení ji zhodnotili na 50 bodů, kdy by tedy patřila do skupiny středně závislých osob na pomoci druhých. V rámci pozorování jsem vyhodnotila jinak tyto oblasti: *oblékání, koupání, kontinence moči, přesun lůžko-židle a chůze po schodech.*

Celkově se naše hodnocení liší určitě v 40 % hodnocených oblastí a 10 % je z mé strany subjektivně hodnoceno. Z mého hodnocení vyplývá, že je pacientka možná chybně zařazena do vyššího stupně závislosti, než její skutečný stav vyžaduje.

2.6.5 Pacientka č. 5

Datum pozorování: 5. 2. 2019

Hodina pozorování: 7:00 – 10:35

Pohlaví: Žena

Věk: 93 let

Pokoj č.: 14

Pozorování:

ČAS	ČINNOSTI
7:15	Probouzí se, bere si ze stolku pití a pije.
7:20	Protahuje si horní končetiny a upravuje si přikrývku.
7:30	Ošetřovatelka přináší snídani, maže pacientce veku a dává ji před ní na stolek, pacientka jí sama.

7:40	Dojídá snídani, sundává si jednorázový bryndák a dává ho na stůl. Do ruky bere hrnek a pije.
7:50	Přichází sestra a dává ji na stůl léky. Pacientka si je bere do ruky a zapíjí je.
8:00	Pomocí rukou se zapírá v lůžku a snaží se vysunout výše. Odsouvá od lůžka stolek.
8:10	Cvičí s nohama v lůžku, krčí je a znovu natahuje.
8:15	Přichází lékařka a provádí fyzikální vyšetření. Pacientka s ní spolupracuje a komunikuje.
8:30 – 8:45	Přichází ošetřovatelé a dělají ranní hygienu. Osobní hygienu zvládá sama, pomáhá ošetřovatelům tím, že se otáčí na boky a nakonec sama provádí hygienu dutiny ústní.
8:50	Přichází sestra a vyndává pacientce periferní žilní katétr. Pacientka natahuje ruku a poté si drží místo vpichu.
9:00	Sahá pro hrnek a pije. Poté se otáčí na bok, upravuje přikrývku a usíná.
9:15	Otáčí hlavou a protahuje si dolní končetiny v lůžku.
9:30	Zapíná si televizi a ovladač pokládá na stolek.
9:50	Otáčí se na bok, sahá do stolku pro ubrousek a odkašlává do něj. Dává ho zpět do stolku.
10:00	Znovu se pacientka odstrkuje horními končetinami v lůžku a vytahuje se výše. Přichází sestra a zvedá ji pod hlavou pomocí polohovacího lůžka.
10:20	Ze šuplíku si vyndává hřeben a upravuje si vlasy. Hřeben nechává na stolku.
10:35	Přichází posádka sanity, pacientku přemístí a odváží ji na RHB.

Vyhodnocení testu dle Barthelové a zjištěné rozdíly:

Pacientku jsem celkově vyhodnotila jako vysoce závislou na pomoci druhých. Test každodenních činností jsem vypočítala na pouhých 20 bodů. Ani na oddělení stejný test nevypočítali na více bodů, ale v některých oblastech se naše odpovědi lišily. Jinak bodově ohodnocené jsme měli oblasti: *Najedení, napití a osobní hygiena.*

Celkově jsme test každodenních činností dle Barthelové měli zhodnocený podobně a na stejný počet bodů. Odpovědi se nám lišily v pouhých 20 % odpovědí. V závěru jsem tedy já i personál na oddělení test vyhodnotili na 20 bodů – vysoká závislost na pomoci druhé osoby.

2.6.6 Pacientka č. 6

Datum pozorování: 5. 2. 2019

Hodina pozorování: 7:00 – 11:00

Pohlaví: Žena

Věk: 82 let

Pokoj č.: 14

Pozorování:

ČAS	ČINNOSTI
7:15	Hýbe dolními končetinami v lůžku.
7:30	Přichází sanitář a přináší snídani, kterou pokládá na stolek vedle. Pacientka leží a říká si o pití, které jí sanitář dává do ruky. Pije sama a pití drží stále v ruce.
7:35	Přichází ošetřovatelka a krmí pacientku pudíngem.
7:45	Hýbe s pravou rukou a vydává si ospalky. Přichází sestra s léky a dává jí je zapít.
7:50	Sama si bere ze stolku hrnek a pije.
8:20	Přichází lékařka a dělá fyzikální vyšetření. Pacientka s ní komunikuje.
8:26	Znovu si bere hrnek a pije.
8:40	Přichází sanitáři provést ranní hygienu. Pacientka dělá s pomocí osobní hygienu – omývá si obličej žínkou a pečuje o dutinu ústní. Snaží se sanitářům pomáhat a drží se na boku. Dostává jednorázovou plenu a nakonec pacientku polohují na bok.
9:00	Leží na boku, pije z hrnku a usíná.
9:30	Protahuje si horní končetiny, natahuje se pro hrnek a pije.
9:37	Zvedá hlavu z polštáře, rozhlíží se po pokoji a dává si končetiny pod peřinu.
9:51	Přichází sestra, kontroluje PŽK a proplachuje ho. Pacientka vydala ruku a pak ji vrací zpět pod příkrývku. Usíná.
10:21	Probouzí se, vydává ruce ven a pokládá je na příkrývku. Sahá si pro hrnek a pije.
10:35	Krčí dolní končetiny a snaží se přetočit na záda.
10:45	Přichází ošetřovatelky a polohují pacientku zpět na záda. Pacientka krčí dolní končetiny a s pomocí ošetřovatelek se vytahuje výše. Ošetřovatelka ji posazuje pomocí polohovacího lůžka.
10:55	Chytá se hrazdy nad lůžkem a přitahuje se.

Vyhodnocení testu dle Barthelové a zjištěné rozdíly:

Test soběstačnosti jsem vyhodnotila na pouhých 10 bodů, tedy že je pacientka vysoce závislá na pomoci. Pouze dvě oblasti v testu jsem hodnotila 5 body, zbytek neprovede za 0 bodů. Ani na oddělení test nezhodnotili lépe. Tam

byl zhodnocen jen na 5 bodů. Bodový rozdíl spočíval v hodnocení oblasti *Osobní hygieny*.

U této pacientky se naše odpovědi liší v pouhých 10% odpovědí. Z obou testů vyplývá vysoká závislost a převažující nesoběstačnost.

2.6.7 Pacient č. 7

Datum pozorování: 5. 2. 2019

Hodina pozorování: 11:20 – 15:00

Pohlaví: Muž

Věk: 67 let

Pokoj č.: 4

Pozorování:

ČAS	ČINNOSTI
11:26	Vstává z lůžka a jde zatáhnout žaluzie, poté si lehá zpět do lůžka a bere si do ruky mobilní telefon.
11:35	Telefonuje a druhou ruku si dává za hlavu. Vstává z lůžka a jde ke skřínce, kde probírá své oblečení.
11:40	Sedá si zpět na lůžko, sundává si pantofle a lehá si. Mobilní telefon uklízí do stolku.
11:45	Přichází sanitář a přináší oběd. Pacient si znovu sedá a sám obědvá.
11:50	Sedí stále na lůžku a loupe si pomeranč, dolévá si čaj z konvice a jí pomeranč.
12:00	Vyndává si telefon a píše na něm zprávu.
12:10	Lehá si do postele a kouká do stropu.
12:20	Vstává, obouvá se a jde zatáhnout žaluzie na druhé okno. Poté si sedá zpět na lůžko a bere si do ruky mobilní telefon.
12:40	Přichází sestra. Dává pacientovi inhalaci a ten si ji sám drží a inhaluje.
13:00	Přichází znovu sestra a jde pacientovi vyndat centrální žilní katétr. Pacient spolupracuje podle instrukcí sestry. Po výkonu si na krku drží kompresní vak s pískem a leží při tom na lůžku.
13:20	Leží na zádech a cvičí s dolními končetinami.
13:40	Stále leží na lůžku. Volnou ruku si dává za hlavu a kříží nohy přes sebe.
14:00	Sundal si kompresní vak z krku, obouvá se a jde na toaletu.
14:10	Je v koupelně a provádí hygienu. Poté se vrací zpět na lůžko a lehá si na bok.
14:25	Přichází ošetřovatelka a měří pacientovi tlak. Pacient si sedá s nohama z postele a nastavuje jí ruku.
14:50	Pacient sedí na lůžku, kouká na televizi a kope nohama. Při tom si

	zakopl pantofli pod postel a sahá pro ni.
15:00	Lehá si do lůžka, má pokrčené dolní končetiny a dává si ruce za hlavu. Přichází mu návštěva.

Vyhodnocení testu dle Barthelové a zjištěné rozdíly:

Výsledky testů se u tohoto pacienta velmi lišily. Rozdílné odpovědi jsme měli v těchto oblastech: *Oblékání, Koupání, použití WC, přesun lůžko-židle, chůze po rovině a chůze po schodech.*

Naše hodnocení se u tohoto velmi schopného pacienta liší nejvíce ze všech pozorování. V hodnocení se liší 60 % odpovědí. Po výsledném součtu je z mého hodnocení pacient na horní hranici lehké závislosti na pomoci druhých a na oddělení byl pacient zhodnocen na spodní hranici lehké závislosti. V mém hodnocení vyšlo skóre 95 bodů a z hodnocení na oddělení 65 bodů.

2.6.8 Pacient č. 8

Datum pozorování: 5. 2. 2019

Hodina pozorování: 11:20 – 15:00

Pohlaví: Muž

Věk: 87 let

Pokoj č.: 4

Pozorování:

ČAS	ČINNOSTI
11:28	Leží v lůžku na zádech a má natažené ruce nad sebe na hrazdu.
11:30	Položil si ruce do lůžka a spí.
11:49	Ošetřovatelka přinesla oběd, posadila pacienta na lůžku, dala mu jednorázový bryndák a pacienta krmí.
11:55	Ošetřovatelka mu otírá ústa a dává mu napít. Poté ho pokládá a pacient leží na zádech.
12:10	Hýbe dolními končetinami pod příkrývkou a protahuje horní končetiny nad sebe.
12:20	Přitahuje se pomocí hrazdy a dolními končetinami se vysouvá výše v lůžku.
12:30	Pokládá ruce do lůžka a se skrčenými dolními končetinami usíná.
12:35	Natahuje dolní končetiny a leží na zádech. Přichází sestra s poledními léky. Dává mu je do úst a dává mu je zapít.
12:40	Rozhlíží se po místnosti a je v polosedu na lůžku.

12:52	Přichází sestra a ošetřovatelka a dávají pacienta do geriatrického křesla. Než ho přesunuli, nechali ho samotného sedět s nohama z postele a poté se pokusily o stoj, ale to nezvládl.
13:00	Bere si do ruky hrnek s pítkem a sám pije. Hrnek si poté pokládá na stolek před sebou.
13:10	Opírá se o horní končetiny a rovná se v geriatrickém křesle.
13:30	Sedí v geriatrickém křesle a propíná dolní končetiny.
13:45	Znovu sám pije. Natahuje si padající košili a hladí se rukou po hlavě.
14:00	Mění polohu na křesle a opírá se o levou ruku.
14:10	Přichází sestra a dává pacientovi napít.
14:20	Přichází ošetřovatel a měří fyziologické funkce.
14:30	Pacient zívá a dává a dává si ruku před ústa. Drbe se na krku a za uchem.
14:32	Rozhlíží se po místnosti.
14:50	Ošetřovatelé dávají pacienta zpět do lůžka, dávají mu napít a odcházejí. Pacient usíná.

Vyhodnocení testu dle Barthelové a zjištěné rozdíly:

Při hodnocení testu soběstačnosti jsem vycházela hlavně z pozorování. Pacienta jsem vyhodnotila jako vysoce závislého na pomoci druhých s bodovým skóre – 15 bodů. Stejný test byl na oddělení zhodnocen na 0 bodů a byl zařazen do stejné kategorie – vysoce závislý. Rozdílné hodnocení soběstačnosti bylo v oblastech: *Najedení, napití, osobní hygiena, přesun lůžko-židle.*

Celkově se výsledky testů liší v 30 % odpovědí. I přes rozdílná hodnocení byl pacient zařazen do stejné kategorie – vysoce závislý. U tohoto pacienta bylo zřejmé, že své schopnosti nedával najevo před personálem a nechal ostatní, aby za něj každodenní činnosti vykonávali. Není proto divu, že byl na oddělení test každodenních činností zhodnocen hůře.

2.6.9 Pacient č. 9

Datum pozorování: 11. 2. 2019

Hodina pozorování: 6:45 – 11:00

Pohlaví: Muž

Věk: 82 let

Pokoj č.: 9

Pozorování:

ČAS	ČINNOSTI
7:05	Budí se a protahuje si horní končetiny. Odkrývá se a krčí Dolní končetiny.
7:10	Otáčí se na pravý bok a sahá si pro pití. Pije a odkládá hrnek zpět na stolek.
7:15	Leží na zádech a má svěšené dolní končetiny z lůžka.
7:20	Sedá si na lůžku, dolévá si pití do hrnku a znovu pije. Poté si lehá zpět do postele.
7:25	Přichází sanitář a přináší snídani. Pacient si ze šuplíku vyndává zubní protézu a snídá.
7:33	Dojedl snídani. Lehá si a přikrývá se.
7:40	Chytá se za hrazdu a otáčí se na záda a kouká do stropu.
8:00	Přichází sestra s ranními léky. Pacient si sedá a léky zapíjí. Do ruky dostává inhalaci.
8:05 – 8:15	Inhaluje a s inhalací si lehá do lůžka.
8:30	Přichází lékař na vizitu. Pomocí hrazdy si pacient sedá a s doktorem komunikuje.
8:40	Bere si ze stolku pití a pije. Cvičí s dolními končetinami, které má svěšené z lůžka.
8:55	Přichází sanitář na ranní hygienu. Pacient se zvedá a jde do koupelny, kde se myje.
9:00	Přichází zpět k lůžku, sedá si a bere si hřeben ze šuplíku. Češe si vlasy, s pomocí sanitáře se obléká a lehá si.
9:15	Dává si lůžko do polosedu a zapíná si televizi.
9:30	Bere si pití ze stolku, pije a vrací hrnek na stolek.
9:40	Stoupá si, jde pomalu k oknu a opírá se o parapet.
9:50	Jde zpět k lůžku a lehá si do něj.
10:00	Přichází dietní sestra, pacient si sedá s nohama z postele a se sestrou komunikuje.
10:10	Přichází sestra udělat převaz sakra. Pacient si stoupá a jde se do koupelny před převazem osprchovat. Utírá se a lehá si na bok na lůžku.
10:30	Natahuje si jednorázové inkontinenční natahovací pleny. Sestra mu pomáhá natáhnout ponožky a poté odchází.
10:45	Vstává z lůžka a jde na toaletu, která se nachází na chodbě za dveřmi.
10:55	Vrací se zpět a lehá si na lůžko.

Vyhodnocení testu dle Barthelové a zjištěné rozdíly:

Na první pohled málo soběstačný pacient, ale po delším pozorování jsem ho vyhodnotila jako pacienta s lehkou závislostí na zevní pomoci. Oproti hodnocení testu na oddělení jsem u pacienta stanovila o 20 bodů vyšší skóre.

Rozdílné odpovědi jsme měli v oblastech: *koupání, osobní hygiena, kontinence moči, přesun lůžko-židle* a největší rozdíl hodnocení v oblasti *chůze po rovině*.

Pacienta jsem hodnotila jinak v 50 % testu. Ve výsledném hodnocení soběstačnosti mi v součtu vyšlo 70 bodů skóre. Pacienta bych tedy zařadila do kategorie lehce závislého na pomoci druhé osoby. Na oddělení byl test zhodnocen o poznání hůře a to na pouhých 50 bodů. V tomto případě byl zařazen do nižší kategorie a byl vyhodnocen jako pacient se střední závislostí na pomoci.

Výsledné rozdíly mohou být takto velké z toho důvodu, že byl pacient přijat teprve před dvěma dny a pobyt na oddělení zlepšil jeho celkový stav.

2.6.10 Pacient č. 10

Datum pozorování: 11. 2. 2019

Hodina pozorování: 11:30 – 15:30

Pohlaví: Muž

Věk: 67 let

Pokoj č.: 5

Pozorování:

ČAS	ČINNOSTI
11:30	Leží na lůžku a kouká do stropu.
11:40	Přichází sanitář a přináší oběd. Sedá si s nohama z lůžka a obědvá.
11:45	Ohýbá se k zemi, sbírá močový sáček a věší ho zpět na lůžko.
12:10	Přichází sestra a přináší polední léky. Pacient sedí a léky sám zapíjí. Dostává také inhalaci, ke které si lehá a inhaluje.
12:15	Natahuje se do stolku pro plechovou krabičku a vyndává z ní pár bonbónů.
12:30	Porovnává si lůžkoviny a znovu si lehá.
12:50	Leží v lůžku, vypráví příběhy a u toho hýbe horními končetinami.
13:00	Chytá se hrazdy a protahuje si horní končetiny.
13:15	Krčí dolní končetiny a ruce má za hlavou.
13:45	Převaluje se v lůžku a přitahuje si blíže stolek, ze kterého si bere ovladač. Zapíná TV.
13:50	Lehá si na bok. Přichází sanitář a vypouští močový sáček.
14:15	Přichází lékařka a sestra a jdou pacientovi vyměnit permanentní močový katétr.
14:30	Otáčí se ke stolku a bere si pití. Poté ho pokládá zpět na stolek.
14:40	Lehá si na záda a dává si ruce za hlavu.

15:04	Natahuje ruce podél těla a usíná.
15:15	Přichází ošetřovatelka v rámci rehabilitace a nacvičují chůzi s francouzskými holemi.
15:30	Vrací se z rehabilitace, sedá si na lůžku, pije a poté si lehá zpět do lůžka.

Vyhodnocení testu dle Barthelové a zjištěné rozdíly:

Test soběstačnosti jsem vyhodnotila 60 body. V 40 % testu byl shledán plně soběstačným, 20 % neprovede nebo v tomto případě 0 bodů u otázky č. 5, z důvodu permanentní katetrizaci močového měchýře. Ve zbylých 40 % byly body jen lehce sníženy z důvodu potřebné pomoci.

Na oddělení byl stejný test vyhodnocen s rozdílem 5 bodů. Pacienta tedy vyhodnotili na 55 bodů. Rozdílně vyhodnocenou jsme měli pouze jednu oblast a to – *koupání*.

Celkově byly oba testy, i přes bodový rozdíl, zhodnoceny tak, že byl pacient zařazen do kategorie střední závislosti. Rozdíl v hodnocení testů byl v 10 % testu a skóre se lišilo o 5 bodů.

2.6.11 Pacient č. 11

Datum pozorování: 11. 2. 2019

Hodina pozorování: 11:30 – 15:30

Pohlaví: Muž

Věk: 90 let

Pokoj č.: 5

Pozorování:

ČAS	ČINNOSTI
11:30	Spí na lůžku.
11:40	Přichází sanitář a přináší oběd, který pokládá na stolek k lůžku. Pacient stále leží.
11:55	Sedá si s nohama z lůžka a začíná sám obědovat.
12:15	Vyndává si batoh ze stolku a vytahuje si z něj mobilní telefon.
12:25	Telefonuje. Poté začíná znovu jíst oběd.
12:30	Přichází sestra s poledními léky, dává je pacientovi do ruky a ten si je sám zapíjí.
12:45	Dojídá oběd. Uklízí si zpátky batoh do stolku.

12:50	Pije sám z hrnku a s pomocí sestry si lehá zpět do lůžka. Dává si ruce za hlavu.
13:00	Leží na lůžku a usíná.
13:20	Otáčí se na bok, sahá pro hrnek a pije. Poté znovu usíná.
13:30 – 13:40	Hýbe dolními končetinami pod příkrývkou. Přichází staniční sestra a komunikují spolu. Pacient se chytá hrazdy a přitahuje se.
13:45	Zvoní na sestru, která mu pomáhá vstát a použít močovou lahev. Poté si sám sedá.
13:50	Přichází sanitář a maže pacientovi hýždě zinkovou mastí. Pacient se mu sám otáčí.
14:00	Sedá si s nohama z lůžka a vytahuje si opět batoh. Věci v batohu si přerovnává.
14:05	Přichází sestra a podává pacientovi léky intravenózně. Pacient si při tom lehá.
14:20	Sedá si na lůžku a opravuje si brýle.
14:40	Stoupá si a jde pomalu ke skříni. Jde zpět a sedá si na lůžko.
14:50	Znovu vstává a jde si zapojit mobilní telefon do nabíječky. Velmi nejistě stojí a opírá se o ledničku v předklonu. Za zády se chytá postranice a přechází zpátky na lůžko.
15:00	Vstává z lůžka a hned se na něj zpátky převažuje a sedí.
15:15	Přelézá na druhou stranu postele a sahá si pro pití. Pije sám a poté si lehá do lůžka a odpočívá.

Vyhodnocení testu dle Barthelové a zjištěné rozdíly:

Podle mého pozorování jsem pacienta vyhodnotila na skóre 65 bodů. Na oddělení byl zhodnocen s rozdílem pouhých 10 bodů. Hodnocení se lišilo v těchto oblastech: *koupání, kontinence stolice, přesun lůžko-židle a chůze po rovině.*

Celkově se tedy lišíme v 40 % odpovědí a o skóre 10 bodů. Z mého hodnocení by byl pacient zařazen do kategorie lehké závislosti a z hodnocení na oddělení byl pacient zařazen do kategorie střední závislosti na pomoci druhé osoby.

2.6.12 Pacientka č. 12

Datum pozorování: 12. 2. 2019

Hodina pozorování: 6:45 – 10:45

Pohlaví: Žena

Věk: 78 let

Pokoj č.: 4

Pozorování:

ČAS	ČINNOSTI
6:45	Leží v lůžku s pokrčenými dolními končetinami.
7:00	Natahuje dolní končetiny, otáčí se na bok a přikrývá se.
7:10	Přichází sanitář a nese snídani. Pacientce maže veku a dává ji na stolek. S pomocí si pacientka sedá s nohama z postele.
7:20	Opírá se o polštář za sebou a jí snídani skoro vleže.
7:30	Přitahuje se ke stolku a v sedu dojídá snídani.
7:40	Lehá si sama do lůžka a dává si dolní končetiny nahoru. Přikrývá se.
7:45	Přichází lékařka na ranní vizitu. Provádí fyzikální vyšetření.
8:00	Leží na lůžku a má skrčené dolní končetiny.
8:15	Posazuje se v lůžku s nohama z postele.
8:20	Přichází sestra a nese ranní léky. Pokládá pacientce lůžko. Pacientka se vytahuje výše. Sestra pacientku posazuje pomocí lůžka a podává jí léky. Léky zapíjí sama.
8:30	Lehá si a natahuje dolní končetiny.
8:45	Sedí na lůžku a rozhlíží se po pokoji. Poté usíná.
9:10	Přichází sanitář na ranní hygienu. Osobní hygienu provádí s dopomocí. S celkovou hygienou sanitářům pomáhá a otáčí se podle potřeby.
9:30	Přichází rehabilitační sestra na canisterapii. Leží v lůžku a vedle ní leží pes. Hladí si ho.
9:35	S terapeutkou cvičí a dává psovi pamlsky. Hraje si s ním.
10:00	Přichází sestra a převazuje periferní žilní katétr. Pacientka spolupracuje.
10:15	Leží na lůžku a dává si ruce za hlavu.
10:30	Cvičí na lůžku s horními končetinami. Chytá se hrazdy.
10:35	Škrábe se na obličejí a dává si ruce zpátky za hlavu.
10:45	Spí.

Vyhodnocení testu dle Barthelové a zjištěné rozdíly:

Pacientku jsem vyhodnotila jako vysoce závislou na pomoci druhé osoby, při vykonávání každodenních činností. V součtu bylo skóre pouhých 25 bodů. Hodnocení soběstačnosti se nijak zvlášť nelišilo ani na oddělení, kde byla pacientka hospitalizovaná. Tam ji sestry určily také jako vysoce závislou s výsledným skóre 15 bodů. Rozdílné hodnocení měli na oddělení v oblastech *oblékání a osobní hygiena*.

Celkově jsme se v hodnocení soběstačnosti lišili o pouhých 10 bodů. Pacientka byla zařazena jako vysoce závislá na pomoci při výkonu každodenních činností. Rozdíl činil 20 % celého testu.

2.6.13 Pacientka č. 13

Datum pozorování: 12. 2. 2019

Hodina pozorování: 6:45 – 10:45

Pohlaví: Žena

Věk: 65 let

Pokoj č.: 4

Pozorování:

ČAS	ČINNOSTI
6:45	Je v koupelně a sprchuje se.
6:55	Přichází z koupelny a poklízí si hygienické pomůcky. Nalévá si pití a sedá si na lůžku.
7:00	Vstává, jde do koupelny a maže si obličej krémem. Čese si vlasy a jde zpátky k lůžku.
7:10	Sedí na lůžku. Sanitářka přichází se snídaní. Pacientka snídá sama.
7:20	Bere si do ruky mobilní telefon a píše zprávy.
7:30	Dojedla snídani a uklízí po sobě nádobí. Sedá si na lůžko a v ruce má mobilní telefon.
7:35	Bere si ze šuplíku sušenky a jí je v posteli.
7:40	Lehá si a odpočívá.
7:45	Bere si brýle a mobilní telefon a píše zprávy.
7:50	Přichází lékařka na vizitu. Pacientka spolupracuje a komunikuje.
8:00	Leží na lůžku a ohýbá se k zemi. Rovná si pantofle a lehá si zpět.
8:20	Sedá si a bere si léky, které přináší sestra. Znovu si lehá a otáčí se na bok.
9:00	Budí se, pije a stále leží na boku.
9:21	Přichází terapeutka se psem na canisterapii. Pes si lehá na lůžku vedle pacientky a ta se s ním mazlí.
9:30	Vstává z lůžka, obouvá se a jde do koupelny.
9:40	Obléká se, bere si osobní věci ze skříně a vychází z pokoje na chodbu, kde je několik minut.
10:00	Přichází zpět na pokoj, svléká se, pije a sedá si na lůžko.
10:20	Sedí na lůžku, otevírá si jogurt, který si přinesla z lednice a jí ho.
10:30	Vstává a jde vyhodit kelímek od jogurtu. Jde do koupelny, kde provádí osobní hygienu a poté se vrací zpět na lůžko.
10:35	Lehá si do lůžka a přikrývá si dolní končetiny. Kouká se do mobilního telefonu.
10:45	Leží v lůžku a dává si ruce za hlavu.

Vyhodnocení testu dle Barthelové a zjištěné rozdíly:

Pacientku jsem vyhodnotila jako plně soběstačnou ve všech každodenních činnostech. Vyhodnotila jsem ji na 100 bodů, tedy jako osobu nezávislou. Stejně tak tomu bylo v hodnocení soběstačnosti na oddělení, kde taktéž vyhodnotili pacientku na 100 bodů, a tím ji vyhodnotili jako nezávislou na pomoci druhých ve zvládnání každodenních činností.

Během pozorování jsem viděla všechny oblasti každodenních činností a viděla jsem, jak je velmi dobře zvládá sama. Za celou dobu pozorování jsem neviděla, že by s nějakou činností potřebovala od personálu pomoc a ani si o pomoc neřekla. Naopak se pacientka snažila ještě starat o druhou pacientku, která ležela vedle ní na pokoji a stále se jí chodila ptát, zda nepotřebuje s něčím pomoci.

Naše hodnocení se u této pacientky shoduje ve 100 % testu.

2.6.14 Pacient č. 14

Datum pozorování: 19. 2. 2019

Hodina pozorování: 6:45 – 10:45

Pohlaví: Muž

Věk: 91 let

Pokoj č.: 8

Pozorování:

ČAS	ČINNOSTI
6:50	Leží na boku a upravuje si rukama příkrývku.
7:05	Otáčí se na záda a odkrývá se. Zvedá ruku nad hlavu a pokládá ji zpět do lůžka.
7:15	Krčí a natahuje dolní končetiny.
7:20	Nohama odkopává příkrývku a odstrkuje polohovací polštář.
7:30	Rozlepuje si inkontinenční plenu a zase ji zalepuje. Poté si přitahuje stolek k lůžku.
7:50 – 8:00	Přichází sestra s ranními léky. Pacient nedoslýchá, ale spolupracuje. Sestra ho zvedá pomocí polohovacího lůžka a s pomocí mu dává léky zapít. Nakonec mu sestra podává naslouchátko.
8:10	Pokládá se pomocí polohovacího lůžka, chytá se za hrazdu nad hlavou a pomocí dolních končetin se vytahuje v lůžku výše. Znovu si pomocí lůžka sedá a opravuje si naslouchátko, které si následně dává do ucha.

8:20	Přichází lékařka s pojízdným křeslem. Pacient si s pomocí sedá s nohama z lůžka, stoupá si a s pomocí lékařky se přemísťuje na křeslo.
8:40	Lékařka přiváže pacienta zpět z vyšetření. S pomocí si pacient přesedá na lůžko a sám si lehá.
8:45	Zvedá ruce a zvoní na sestru, která mu podává močovou láhev. Močí sám.
8:50	Sahá si pro pití a pije. Hrnek pokládá zpět na stolek u lůžka.
9:00	Přichází sestra a přináší pacientovi snídani. Pomocí polohovacího lůžka pacienta zvedá do sedu, maže mu rohlík. Dále už pacient jí sám.
9:15	Přichází sanitářky a i s lůžkem jedou s pacientem do koupelny.
9:35	Sanitářky přivázejí pacienta zpátky na pokoj po celkové koupeli. Polohují ho na bok a odcházejí. Pacient si nandává znovu naslouchátko, poté pije a odpočívá.
9:55	Chytá se hrazdy nad hlavou a otáčí se sám na záda.
10:10	Bere si ze stolku pití a pije.
10:25	Cvičí s horními končetinami v lůžku. Sahá si do stolku pro brýle, nandává si je a kouká do stropu.
10:40	Pomocí dolních končetin si odstrkává příkrývku a odkrývá se. Dolní končetiny má skrčené a leží na zádech.

Vyhodnocení testu dle Barthelové a zjištěné rozdíly:

Pacienta jsem vyhodnotila jako vysoce závislého na pomoci druhé osoby ve zvládnání každodenních činností. Podle testu dle Barthelové jsem zhodnotila pacienta na 25 bodů.

Hodnocení testu na oddělení bylo velmi podobné. Naše odpovědi se lišily pouze v jedné oblasti, a to v oblasti *osobní hygiena*. Na oddělení byl pacient zhodnocen na 20 bodů a byl zařazen do stejné kategorie závislosti. Celkově se tedy odpovědi lišily jen v 10 % testu soběstačnosti.

U tohoto pacienta bylo vidět, že spousty činností dělal a zvládal samostatněji, když okolo něj nebyl personál. S ošetřujícím personálem moc nemluvil a nechal se sebou jakkoliv fyzicky manipulovat. Například mohu uvést fakt, že se nechal polohovat a personálu během toho nepomáhal. Poté co personál odešel, sám si odstrčil polohovací pomůcky a otáčel se na bok či záda, podle vlastních potřeb.

2.6.15 Pacient č. 15

Datum pozorování: 19. 2. 2019

Hodina pozorování: 6:45 – 10:45

Pohlaví: Muž

Věk: 89 let

Pokoj č.: 8

Pozorování:

ČAS	ČINNOSTI
6:47	Sedá si v lůžku a bere si do ruky oblečení.
6:50	Obléká si horní polovinu těla.
6:55	Sedá si s nohama z lůžka, stoupá si, obouvá se a jde na toaletu.
7:00	Přichází zpět a lehá si do lůžka.
7:05	Otáčí se na bok a bere si ze stolku hodinky, které si zapíná na levém zápěstí.
7:30	Sundává si hodinky, seřizuje je a znovu je nandává.
7:40	Sedá si s nohama z lůžka a sedí.
7:45	Lehá si do lůžka na pravý bok a přikrývá si dolní polovinu těla.
7:55	Přichází lékařka a bere si pacienta na vyšetření. Lékařka pacienta obouvá a za ruku ho na vyšetření doprovází.
8:15	Přichází lékařka a pacienta přiváží na invalidním vozíku k lůžku. Pacient si sám přeseďá.
8:30	Lehá si do lůžka.
8:35	Přichází sestra a přináší ranní medikace. Pacient si sám sedá a léky zapíjí.
8:50	Sestra přináší snídani. Pacient snídá sám bez pomoci.
9:10	Lehá si do lůžka a přikrývá se.
9:20	Sahá si pro močovou láhev, používá ji a poté vrací zpět do držáku pod lůžkem.
9:40	Vstává z lůžka, obouvá se a jde na toaletu.
9:45	Přichází sanitářka s vozíkem a veze pacienta do sprchy.
10:00	Pacient ze sprchy přichází sám, sedá si na lůžko a vysouší si hlavu osuškou.
10:10	Lehá si, přikrývá se a otáčí se na pravý bok.
10:25	Sedá si s nohama z lůžka a pije z hrnku. Obouvá se, stupá si a jde do skříně, kam si uklízí použité oblečení.
10:30	Sedá si zpět na lůžko.
10:45	Zapíná si televizi a lehá si do lůžka.

Vyhodnocení testu dle Barthelové a zjištěné rozdíly:

Pacienta jsem podle vlastního pozorování zařadila do kategorie lehké závislosti při vykonávání každodenních aktivit denního života. Test soběstačnosti jsem vyhodnotila na 80 bodů. Pacient byl na oddělení vyhodnocen a zařazen do nižší kategorie a test byl u něj vyhodnocen na pouhých 45 bodů. Rozdílné hodnocení bylo v těchto oblastech: *najedení, napití, oblékání, koupání, kontinence stolice, použití WC, přesun lůžko-židle a chůze po schodech*.

Celkově se naše hodnocení testů soběstačnosti lišilo v 70 % testu. Hodnocení se lišilo o 35 bodů a z toho důvodu byl pacient zařazen do vyššího stupně závislosti.

2.7 Zhodnocení pozorování

Během výzkumného šetření jsem pozorovala celkem 15 hospitalizovaných seniorů. Sledovala jsem, jak zvládají vykonávat každodenní činnosti a také, zda se na každodenních činnostech podílejí dostatečně samostatně nebo jestli nechají personál, aby každodenní činnosti vykonával za ně samotné.

Na konci pozorování jsem si u jednotlivých pacientů zhodnotila test každodenních činností dle Barthelové a porovnála jsem výsledky z posledního přehodnocení stejného testu vyhodnoceného sestrami na oddělení.

Výsledky v hodnocení soběstačnosti byly u některých pacientů velmi rozdílné. Celkem u 93% pacientů. Z toho celkem 33% seniorů mělo být zařazeno do jiné kategorie závislosti.

Rozdílné výsledky v testu dle Barthelové neznamenaají, že by byly testy vyhodnocovány chybně, ale poukazuje to na mé hypotézy, které budu rozebírat dále ve své bakalářské práci. Pro úplné objasnění a případné zjištění příčiny diskrepance výsledků, jsem vytvořila dotazník pro sestry, které s pacienty test každodenních činností vyhodnocují. Poznatky z dotazníků uvádím níže.

2.8 Dotazníkové šetření

Cílem mého dotazníkového šetření bylo zjištění diskrepance v hodnocení každodenních činností mezi naměřenými a skutečnými schopnostmi hospitalizovaných seniorů. Chtěla jsem zjistit, zda není příčina velkých rozdílů v hodnocení každodenních činností chybou sester, které se podílejí na hodnocení a přehodnocování testu dle Barthelové. Výsledky jsou podle mého názoru velmi pozitivní a chybu na straně sester vyvrací.

Dotazník (viz příloha č. 3) jsem rozšířila na oddělení, kde jsem výzkum prováděla, aby výsledky byly validní pro mé pozorované pacienty. Dotazníky mi anonymně vyplnily všechny sestry, které na oddělení pracují.

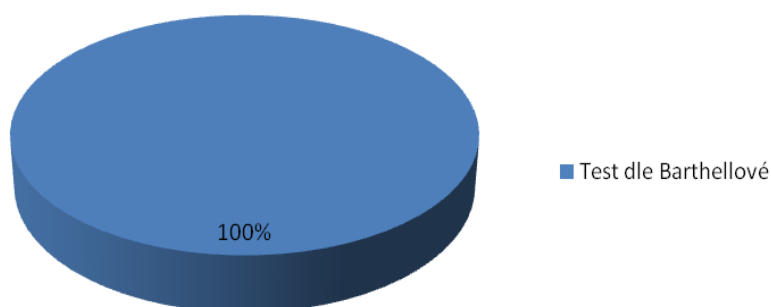
Celkově se dotazníkové šetření skládalo ze 7 otázek ohledně zvyklostí hodnocení soběstačnosti na daném oddělení. Odpovědi jsem zpracovala a zanesla do grafu, kde je vidět i procentuelní rozdíl v odpovědích sester na jednotlivé otázky.

2.8.1 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1 – Podle čeho hodnotíte soběstačnost u hospitalizovaných seniorů?

U této otázky jsem dala sestřám na výběr z několika nejznámějších hodnotících škál. Sestry se ve 100 % shodly na stejné odpovědi viz graf č. 1.

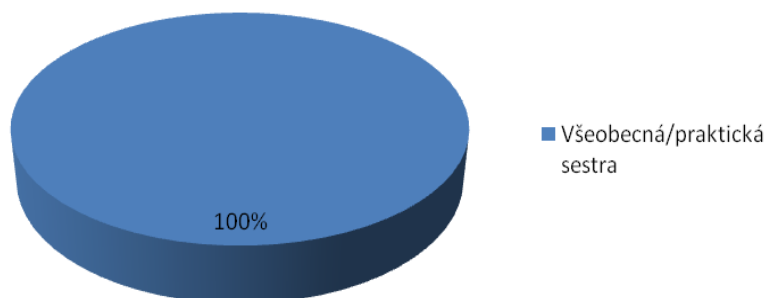
Graf č. 1:



Otázka č. 2 – Kdo soběstačnost nejčastěji hodnotí ?

V této otázce se shoduje opět 100 % hodnocených dotazníků, viz graf č. 2.

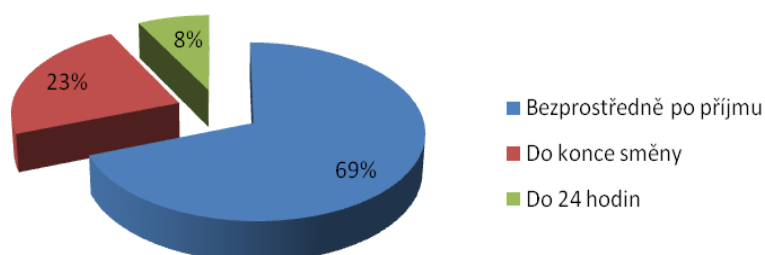
Graf č. 2:



Otázka č. 3 – Kdy soběstačnost hodnotíte? – 1. část otázky

U této otázky se již sestry v odpovědích rozcházejí. Mezi uvedené odpovědi na tuto otázku patří: Bezprostředně po příjmu, Do konce směny, během které byl pacient přijímán a Do 24 hodin. Odpovědi viz graf č. 3.

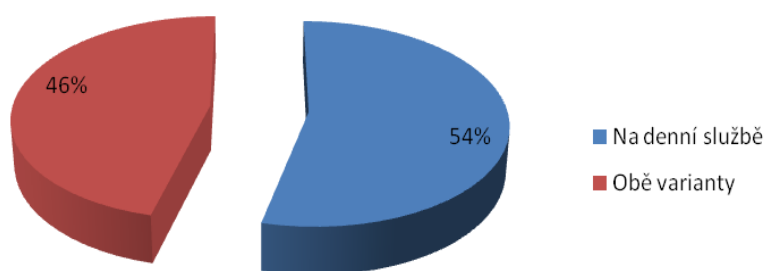
Graf č. 3:



Otázka č. 4 – Kdy soběstačnost hodnotíte? – 2. část otázky

U této otázky jsem se sester ptala, jestli hodnotí soběstačnost během denní směny nebo během noční směny. Odpovědi viz graf č. 4.

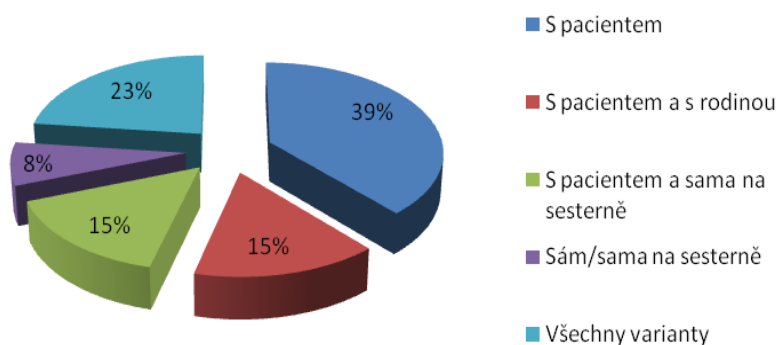
Graf č. 4:



Otázka č. 5 – Jakým způsobem?

Zde jsem se personálu dotazovala, jestli soběstačnost hodnotí společně s pacientem, s příbuznými nebo třeba bez pacienta na sesterně. Odpovědi se zde velmi rozcházejí a většinou jich bylo zaškrtnuto více najednou. Viz graf č. 5.

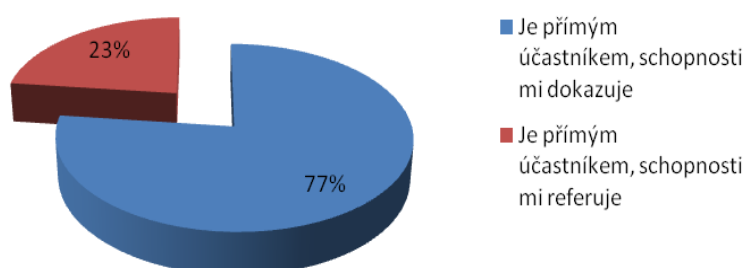
Graf č. 5:



Otázka č. 6 – Jakou roli hraje při hodnocení pacient?

U této otázky měl personál na výběr z 5-ti různých odpovědí, z nichž každá představovala jinou roli pacienta během hodnocení každodenních činností. Ve výsledku se hodnotící shodli na dvou odpovědích viz graf č. 6.

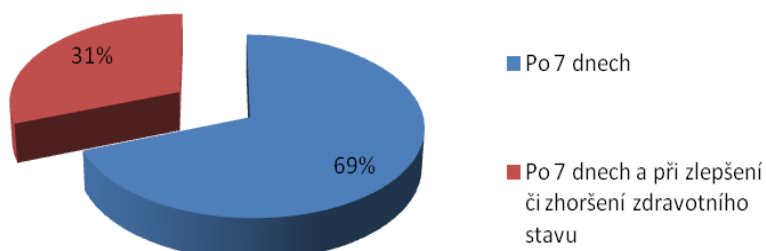
Graf č. 6:



Otázka č. 7 – Jak často provádíte přehodnocení testů?

V dotazníku jsem uvedla pouze 3 možnosti, kdy soběstačnost přehodnocují. Čtvrtá možnost byla, zaškrtnout volné pole a dopsat vlastní odpověď. Ve všech hodnocených dotaznících byla dopsána vlastní odpověď. Vždy se jednalo o dvě různé odpovědi, které uvádím v grafu č. 7.

Graf č. 7:



2.9 Vyjádření k hypotézám

Hypotéza č. 1

Hospitalizovaní senioři vykonávají každodenní činnosti samostatněji v nepřítomnosti zdravotnického personálu.

Tuto hypotézu potvrzují. Během pozorování jsem si všimla, že v nepřítomnosti ošetřujícího personálu jsou pacienti více samostatní. Zvláště pacienti, kteří byli vyhodnoceni jako vysoce závislí, byli schopni výkonu každodenních činností, jako jsou například: najedení a napití, osobní hygiena, oblékání nebo například sed v lůžku. V době přítomnosti personálu tito senioři své schopnosti nedávali najevo a většinou leželi nečinně v lůžku.

Hypotéza č. 2

Hospitalizovaní senioři nejsou dostatečně motivováni personálem, aby každodenní činnosti vykonávali samostatně.

Tuto hypotézu jsem vyvrátila hned první den mého pozorování. Senioři opravdu mají dostatek motivace k tomu, aby každodenní činnosti vykonávali co nejvíce samostatně. Největší motivaci jsem pozorovala od sanitářů, kteří s pacienty vykonávají nejvíce každodenních činností během dne.

Hypotéza č. 3

Každodenní činnosti jsou často chybně vyhodnocovány z toho důvodu, že se hodnotí hned při přijetí pacienta.

Tuto hypotézu potvrzují. Z dotazníkového šetření vyplývá, že 69 % sester hodnotí soběstačnost hned při příjmu pacienta na oddělení. Domnívám se, že hodnocení bezprostředně při příjmu pacienta a zejména v noci nemusí být objektivní. Z činností souvisejících s hospitalizací mohou být senioři dezorientovaní a hlavně unavení, proto nemusí se sestrami velmi spolupracovat a nemusí naplno ukázat své schopnosti k výkonu každodenních činností.

Hypotéza č. 4

Sestry nemají při hodnocení testu soběstačnosti dostatek času, aby prošly jednotlivé oblasti společně s pacientem.

Hypotézu nemohu potvrdit. Z výsledků dotazníkového šetření jsem se dozvěděla, že v součtu 92 % sester každodenní činnosti hodnotí s přímo s pacienty a 77 % sester chce během hodnocení, aby jim pacienti činnosti předvedli.

3 Diskuze

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapování schopností seniorů vykonávat každodenní činnosti během jejich hospitalizace. Dalším cílem bylo zjištění, jakým způsobem hodnotí každodenní činnosti u seniorů sestry na oddělení a případné zjištění příčiny diskrepance výsledků.

Výsledky této práce poukázaly na to, že 14 z 15 pacientů bylo vyhodnoceno s jiným skóre. U 5 z 15 pacientů jsem shledala jiný stupeň závislosti, než bylo vyhodnoceno vstupně na oddělení. Právě z důvodu těchto rozdílů jsem vytvořila dotazník, který měl zjistit příčinu diskrepance naměřených a zjištěných rozdílů.

Během výzkumného šetření jsem se zabývala několika hypotézami, které jsem potvrdila nebo vyvrátila. Z mého pozorování jsem došla k závěru, že jsou seniori více aktivní ve vykonávání ADL v nepřítomnosti ošetřujícího personálu i přes veškerou motivaci sester a hlavně sanitářů a ošetřovatelů, kteří s pacienty vykonávají nejvíce z každodenních činností. V neposlední řadě jsem se setkala s několika pacienty, kteří sebou nechali fyzicky manipulovat, aniž by ošetřujícímu personálu řekli, že činnosti zvládnou sami.

U dotazníkového šetření, které bylo provedeno za účelem zjištění diskrepance výsledků, se ve většině případů sestry shodly na jedné či dvou odpovědích. V ostatních případech bylo uvedeno více odpovědí (viz kapitola 2.8.1 Výsledky dotazníkového šetření). Zjistila jsem, že na oddělení hodnotí soběstačnost pomocí testu dle Barthelové a vždy jej provádí všeobecná nebo praktická sestra. Nejčastěji soběstačnost hodnotí sestry bezprostředně po příjmu, méně sester uvedlo, že hodnotí soběstačnost do konce své směny a nejméně z nich uvedlo, že do 24 hodin. Tyto činnosti dělají během denní i noční směny. Následující dvě otázky jsem považovala za nejdůležitější. Jednalo se o tom, jakým způsobem soběstačnost v ADL sestry hodnotí (jestli s pacientem, s rodinou nebo samy na sesterně) a také jakou roli během toho hraje sám pacient. Potěšilo mě, že 92 % sester hodnotí alespoň nějakou část přímo s pacientem a pouze 8 % uvedlo, že Barthel test dělají samy na sesterně. Je nutné ocenit, že u 100 % hodnocení je pacient přímým účastníkem a své schopnosti sestřám buď dokazuje, nebo referuje. V poslední otázce jsem se dotazovala, jak často na oddělení provádí

přehodnocování testů. Nejčastější odpovědí bylo 1x týdně a 31 % sester ještě dodalo, že soběstačnost přehodnocují častěji při výrazném zlepšení či zhoršení stavu.

Během výzkumu jsem došla k několika závěrům a doporučením, jak tuto problematiku lépe řešit. Došla jsem k závěru, že jsou senioři během hospitalizace dobře motivováni k vykonávání každodenních činností. Znepokojující ale je, že někteří senioři každodenní činnosti nevykonávají i přes to, že je dokážou vykonat a nechají ošetřující personál, aby je dělal za ně. I to je jeden z důvodů, proč jsem během porovnání testů soběstačnosti nacházela tak velké rozdíly:

Rozdíly v hodnocení testu dle Barthelové

ČINNOST	ROZDÍLNÉ HODNOCENÍ TESTU DLE BARTHELOVÉ
1. Najedení, napití	4 z 15 pacientů
2. Oblékání	4 z 15 pacientů
3. Koupání	6 z 15 pacientů
4. Osobní hygiena	8 z 15 pacientů
5. Kontinence moči	3 z 15 pacientů
6. Kontinence stolice	4 z 15 pacientů
7. Použití WC	2 z 15 pacientů
8. Přesun lůžko-židle	9 z 15 pacientů
9. Chůze po rovině	5 z 15 pacientů
10. Chůze po schodech	4 z 15 pacientů

4 Závěr

Bakalářská práce se zabývá zvládnutím každodenních činností seniorů během jejich hospitalizace. V první části jsem nastínila celkovou problematiku stáří a stárnutí. Dále jsem popsala změny, které ve stáří přichází a jak ovlivňují kvalitu života seniorů, aby čtenář tuto problematiku lépe pochopil. Z mého pohledu je velmi důležité správné hodnocení každodenních činností, a proto jsem se tomu věnovala v druhé části bakalářské práce.

Druhá část bakalářské práce je zaměřena na pozorování seniorů, vyhodnocení testu dle Barthelové a porovnání výsledků s testem, který vyhodnotily sestry na oddělení. Posledním úkolem bakalářské práce bylo zjištění důvodů diskrepance mezi zjištěnými a naměřenými výsledky, a proto jsem vytvořila dotazník pro sestry, kde zjišťuji způsob hodnocení každodenních činností.

Jak už jsem zmiňovala výše, senioři mohou být v prvních 24 hodinách hospitalizace dezorientovaní, nejistí a mohou mít strach z nastalé situace. Není tedy moc vhodné, aby byl test každodenních činností vyhodnocován hned při přijetí pacienta tak, jak to dle mého dotazníku dělá 69 % sester. I to může být důvodem velké rozdílnosti naměřených a zjištěných výsledků výzkumu. V tomto případě bych doporučila, aby se hodnocení soběstačnosti v ADL ponechalo alespoň na následující den, nebo se test poprvé přehodnotil po prvních 24 hodinách pacientovy hospitalizace.

Dalším, pro mě velmi kladným zjištěním je, že většina sester hodnotí každodenní činnosti přímo s pacientem.

Práce má své limity, které spočívají v tom, že byl výzkum provedený na malém vzorku pacientů a sester.

Seznam použité literatury

BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. 1. díl. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5333-1.

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. 2. Díl. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5334-8.

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.

DUČALOVÁ, Jarmila a Blažena LITVÍNOVÁ. *Imobilizační syndróm a možnosti prevencie*. Sestra. 2016, 2016(4), 30-31. ISSN: 1210-0404.

HEŘMANOVÁ, Jana a Marie ZVONÍČKOVÁ. Možnosti hodnocení soběstačnosti sestrou. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, 2006, 2(8), 295-297. ISSN 1801-1349.

HOLMEROVÁ, Iva, Michaela BAUMANOVÁ a Klára STAŇKOVÁ. *Specifická péče o starší pacienty. Urgentní medicína*. 2014, 17(3), 20-26. ISSN 1212-1924

HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.

HOŠKOVÁ, Blanka. *Vademecum: zdravotní tělesná výchova (druhy oslabení)*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2137-1.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ľubica DERŇÁKOVÁ. *Sobestačnosť ako významný aspekt kvality života seniorov*. Slovensko: Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2011. ISBN 978-80-89544-00-4

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

CHAO, Chia-Ter et.al. *Both pre-frailty and frailty increase healthcare utilization and adverse health outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus*. *Cardiovascular Diabetology* [online]. January 2018, 17(1), 1-13. [cit. 21. 10. 2018]. ISSN 1475-2840.

Dostupné z: <https://doaj.org/article/a9a836ae6069421fb76cd077bc5c1fac>

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 80-7262-455-5.

KELNAROVÁ, Jarmila, Dominika BABÁKOVÁ, Martina CAHOVÁ, et al. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5330-0.

KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0102-3.

KUCKIR, Martina, Hana VAŇKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Slávka VÍTEČKOVÁ, Eva JAROLÍMOVÁ, Radim KRUPÍČKA a Zoltán SZABÓ. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0054-5.

Mahoney FI, Barthel D "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Med Journal* 1965;14:56-61. Použito se svolením. [cit. 3. 5. 2019]. Dostupné

z: https://www.uzis.cz/system/files/u44/Barthelove-test-z%C3%A1kladnich-vsednich-cinnosti_20180525.pdf

MAREŠ, Jan a kol. *Úvod do preklinické medicíny*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, 2013. ISBN 978-80-87878-02-6.

MARŠÁLEK, Pavel. *Interna a geriatric pro fyzioterapeuty a ergoterapeuty*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, 2014. ISBN 978-80-7414-745-6.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Rizika dlouhodobého pobytu seniora na lůžku: Imobilizační syndrom*. *Sociální péč.*, 2009, 9(2), 17-19. ISSN: 1213-2330.

NURMAN, Achmad et al. *Daily activities, Spiritual Activity and Economic Activity and Self-Reliance of Karo Elderly Used Katz Index Rating and Barthel Index (Elderly Ethnographic Studies in Karo Culture)*. *Academic Journal of Economic Studies* [on-line]. June 2018, 4(2) [cit. 15.11.2018]. ISSN: 245-5836. Dostupné z: <https://doaj.org/article/c161ec384de34037b15c65aa6e1cc83b>

POKORNÁ, Andrea a kol. *Ošetrovatelství v geriatric: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3371-5.

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

SLEPIČKA, Pavel, Jiří MUDRÁK a Irena SLEPIČKOVÁ. *Sport a pohyb v životě seniorů*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3110-3.

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Graf č. 1	str. 53
Graf č. 2	str. 54
Graf č. 3	str. 54
Graf č. 4	str. 55
Graf č. 5	str. 55
Graf č. 6	str. 56
Graf č. 7	str. 56

Seznam zkratk a cizích slov

1. LF UK	1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
3. LF UK	3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
WHO	Světová zdravotnická organizace
ADL	Aktivity denního života - základní
iADL	Aktivity denního života - instrumentální
a kol.	a kolektiv
PMK	Permanentní močový katétr
Frailty	Stařecká křehkost
Diskrepance	Nesoulad v naměřených a zjištěných výsledcích

Seznam příloh

Příloha č. 1: Záznamový arch

Datum pozorování:

Hodina pozorování:

Pohlaví:

Věk:

Pokoj č.:

ČAS	ČINNOSTI

Příloha č. 2: Test dle Barthelové

Barthelové index základních všedních činností (BI)

Identifikace případu: Jméno pacienta _____
Jméno hodnotitele _____
Datum hodnocení _____

Činnost	Skóre
Jedení 10 = samostatně 5 = s pomocí (např. krájení, roztírání másla) nebo s potřebou speciální diety 0 = neprovede	<input type="text"/>
Přesun z invalidního vozíku na lůžko a zpět 15 = samostatně bez pomoci 10 = s menší pomocí (verbální nebo fyzickou) 5 = s větší pomocí (fyzickou, jednoho nebo dvou lidí), může se posadit 0 = neprovede, neudrží rovnováhu vsedě nebo není schopen používat invalidní vozík	<input type="text"/>
Provádění osobní hygieny 5 = samostatně umytí rukou, obličeje, čištění zubů, holení 0 = nutná pomoc s osobní hygienou	<input type="text"/>
Posazení na toaletu a vstání z ní 10 = samostatně bez pomoci (usednutí, otření, oblečení, zvednutí) 5 = potřebuje pomoc, ale zvládá některé úkony samostatně 0 = závisle na pomoci	<input type="text"/>
Koupání nebo sprchování 5 = samostatně koupání nebo sprchování 0 = závisle na pomoci	<input type="text"/>
Chůze (pohyb na vozíku) na rovném povrchu 15 = chůze samostatně (případně s oporou, např. holí) nad 50 metrů 10 = chůze s malou pomocí nad 50 metrů 5 = samostatný pohyb na vozíku, včetně zatáčení, nad 50 metrů 0 = imobilní, nebo mobilní do 50 metrů	<input type="text"/>
Chůze do schodů a ze schodů 10 = samostatně bez pomoci 5 = s pomocí (verbální, fyzickou, s podporou) 0 = nezvládne	<input type="text"/>
Oblékání a svlékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů) 10 = samostatně 5 = potřebuje pomoc, ale zvládá z poloviny samostatně 0 = závisle na pomoci	<input type="text"/>
Ovládání stolice 10 = kontinentní 5 = příležitostné nehody nebo potřeba pomoci s aplikací klystýru 0 = inkontinentní	<input type="text"/>
Ovládání močení 10 = kontinentní 5 = příležitostné nehody nebo potřeba pomoci s externí pomůckou 0 = inkontinentní, nebo katetrizovaný bez možnosti samostatného močení	<input type="text"/>
Celkový součet (0-100)	<input type="text"/>

Příloha č. 3: Dotazník – způsob hodnocení každodenních činností u hospitalizovaných seniorů

Metody hodnocení každodenních činností u hospitalizovaných seniorů

Dotazník určený praktickým a všeobecným sestřám

Pomocí čeho hodnotíte soběstačnost u hospitalizovaných seniorů?

- Barthelův test
- Klasifikace funkčních úrovní sebeděle dle M. Gordon
- Katzův index ADL
- FIM – test funkční míry nezávislosti
- Status sebeobsluhy podle Kennyové
- Jiné

Kdo soběstačnost nejčastěji hodnotí?

- Všeobecná/praktická sestra
- Ošetřovatel
- Sanitář
- Někdo jiný, Kdo?.....

Kdy soběstačnost hodnotíte? – 1. část otázky

- Bezprostředně po příjmu
- Do konce směny, během které byl pacient přijímán
- Do 24 hodin
- Později

Kdy soběstačnost hodnotíte? – 2. část otázky

- Na noční směně
- Na denní směně

Jakým způsobem?

- S pacientem
- S rodinou
- Sám/sama na sesterně

Jakou roli hraje při hodnocení pacient?

- Je přímým účastníkem, schopnosti mi dokazuje
- Je přímým účastníkem, schopnosti mi referuje
- Žádnou, zhodnotím tak, jak pacienta odhadnu pohledem
- Pasivní účastník, poslouchám rodinu, která mi vše sdělí
- Žádnou, stav si přečtu v překladové či jiné zprávě

Jak často provádíte přehodnocení testů?

- Hodnotíme pouze při přijetí
- Hodnotíme při přijetí a při propuštění
- Přehodnocujeme každý měsíc
- Jinak. Jak často?

Příloha č. 4: Oznámení o provádění výzkumu pro Etickou komisi ÚVN



Oznámení o provádění výzkumu pro Etickou komisi ÚVN observační studie – osoby připravující se na zdravotnické povolání

Osobní údaje studenta	Email: katkafovousova@seznam.cz Tel: 774 215 485		
Jméno a příjmení	Kateřina Kratinová		
Datum narození	30. 8. 1997		
Adresa trvalého bydliště	Mořina 186, 267 17 okres Beroun		
Stručný popis předmětu výzkumu	V tomto šetření budu přímým pozorováním sledovat každodenní činnosti hospitalizovaných seniorů. Nezávisle navazují na výzkum z minulého roku, který se zabýval všeobecnou pohybovou aktivitou hospitalizovaných seniorů. Cílem celého výzkumu by mělo být zjištění zlepšující či zhoršující se soběstačnosti seniorů během hospitalizace a diskrepance v hodnocení každodenních činností.		
Způsob provádění výzkumu	Jednotlivá šetření budu provádět během denní směny přímo na pokojích pacientů, s tím, že budou předem informováni o předmětu výzkumu a s mým pozorováním musí souhlasit. Během pozorování budu pozorovat jejich soběstačnost v ADL a výsledky si budu zapisovat. Dále pak zhodnotím své výsledky testu dle Barthelové s výsledky testu, který byl zhodnocen sestrami při přijetí. Celý výzkum zakončím krátkým dotazníkem určeným pro sestry, který by mohl dokládat příčinu diskrepance v hodnocení soběstačnosti.		
Oddělení, na kterém bude výzkum prováděn a počet subjektů hodnocení	Oddělení všeobecných interních lůžek, cca 10 pozorovaných pacientů		
Název VŠ a fakulty	3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy		
Práci schválila fakultní etická komise	ANO / NE	Datum schválení	
Předpokládaná doba trvání výzkumu	5-10 dní v průběhu února až března		
Způsob ochrany osobních údajů pacienta, tj. přesně uvést, jak budou data získávána, kde budou uloženy zdrojové formuláře, v jaké formě budou data dále zpracovávána	Všechna data získaná během pozorování budou zcela anonymní. Pozorované a zjištěné výsledky budou zaneseny do mých vlastních formulářů a budou zaneseny do bakalářské práce pouze s věkem a pohlavím pacienta. Bakalářská práce pak bude zveřejněna na webu 3. Lékařské fakulty UK v repozitáři závěrečných prací.		

29.1.2019

Datum

Kratinová

Podpis studenta

29. 1. 2019

Datum

Mgr. Václava Otcová

Podpis garanta výzkumu v ÚVN

* formulář prosím vyplňte v elektronické podobě, vytiskněte, podepište a doručte EK ÚVN (k rukám tajemníka EK ÚVN - Mgr. Nině Veselé)

Příloha č. 5: Žádost o provedení výzkumného šetření v ÚVN

Žádost o provedení výzkumného šetření v ÚVN

Vážená paní náměstkyně,

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia všeobecné sestry na 3. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy a ráda bych Vás touto cestou oficiálně požádala o souhlas s provedením výzkumu pro svoji bakalářskou práci na oddělení všeobecných interních lůžek v ÚVN.

Bakalářská práce je nazvána „Každodenní činnosti hospitalizovaných seniorů“ a nezávisle navazuje na výzkumnou bakalářskou práci z minulého roku, která byla taktéž prováděna na všeobecných interních lůžkách v ÚVN.

Výzkumné šetření by proběhlo během února až března dle mých časových možností. Výzkumnou metodou by bylo přímé nezúčastněné pozorování hospitalizovaných seniorů na pokojích, které bych předem o mém výzkumu informovala. Pozorování bych prováděla samozřejmě jen s jejich souhlasem. Během pozorování bych sledovala soběstačnost seniorů a zaznamenávala bych si jej do vlastního testu dle Barthelové, který bych následně ráda porovnávala s testem, který sestry vyhodnotily u pacienta při jeho přijetí. Celý výzkum bych zakončila krátkým a dobrovolným dotazníkovým šetřením, které by bylo směřované na sestry. *Opět by se týkalo hodnocení každodenních činností. Očekávaným výsledkem by mělo být zjištění diskrepance v hodnocení každodenních činností.*

Vrchní sestra interní kliniky – Mgr. Václava Otcová – je zároveň vedoucí mojí práce a je s tímto výzkumným šetřením obeznámena. Po dohodě s ní bych přišla v konkrétních dnech provést na oddělení výzkum.

Předem děkuji za vyjádření!

Kateřina Kratinová

Datum: 29.1.2019

Podpis: 

SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM

Datum: 29.1.2019

Podpis: 

Mgr. Lenka Gutová, MBA