

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Jana Svitáková

Ošetřovatelská péče o seniora na oddělení ARO, JIP.

*Nursing Care of Seniors in Intensive Care Unit-ICU and Anaesthesiology
and Resuscitation Unit-ARU.*

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Monika Hošťálková

Praha. – 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního programu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 23. 11. 2012

Jana Svitáková

Identifikační záznam:

SVITÁKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelská péče o seniora na oddělení ARO, JIP.* [Nursing Care of Seniors in Intensive Care Unit-ICU and Anaesthesiology and Resuscitation Unit-ARU.]. Praha, 2012. – 61 s., 5 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, ÚTPO. Vedoucí závěrečné práce Hošťálková, Monika.

Abstrakt

Všeobecné sestry v rámci své profese poskytují ošetrovatelskou péči pacientům různých věkových skupin. Poměrně hojně zastoupenou skupinu tvoří senioři. Tato skutečnost je dána prodlužující se průměrnou délkou života, pokrokem medicíny a také polymorbiditou seniorů, která se často stává příčinou jejich hospitalizace. Ošetrovatelská péče o seniory je náročná zejména vzhledem k výskytu řady geriatrických symptomů, omezení kognitivních funkcí a neschopnosti sebezpečí. Mnohem náročnější situace pak nastane, pokud stav geriatrického pacienta vyžaduje péči na odděleních ARO či JIP. Označení problematických oblastí v intenzivní ošetrovatelské péči o seniora vede k vyvození případných opatření pro praxi.

V rámci bakalářské práce bylo realizováno kvantitativní výzkumné šetření formou dotazníku. Výzkumný vzorek tvořily všeobecné sestry na odděleních intenzivní péče, tedy oborových jednotkách intenzivní péče (JIP) a anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO). Z celkového počtu 120 rozdaných dotazníků (100 %) se vrátilo 94 dotazníků (78,33 %), které bylo možné použít. Realizace výzkumného šetření proběhla v únoru roku 2012. Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, praktické a teoretické. Hlavním cílem práce bylo zmapovat problematiku poskytování ošetrovatelské péče seniorům na ARO a JIP. Cíl byl splněn.

Výsledky výzkumného šetření budou v případě zájmu poskytnuty Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a mohou tak sloužit ke zlepšení a specifikaci intenzivní ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty.

Klíčová slova: ošetrovatelská péče, intenzivní péče, senior, fyzická zátěž, psychická zátěž, všeobecná sestra, geriatrický syndrom, ošetrovatelský problém

Abstract

General nurses in their profession provide nursing care to patients of different age groups. Quite frequently represented group are seniors. This fact is due to the increase in life expectancy, medical advances and polymorbidity of seniors, which is often the cause of their hospitalization. Nursing care for seniors is particularly challenging due to the occurrence of many geriatric symptoms, restriction of cognitive functions and inability to self care.

Much more difficult situation occurs, if the state of geriatric patient requires care in ARO (Department of Anesthesiology and Resuscitation) or ICU (Intensive Care Unit). Identification of problem areas in intensive nursing care for seniors leads to infer the possible measures for practice.

In terms of this thesis quantitative research was carried out using a questionnaire survey. Research group consisted of general nurses from departments of intensive care, thus professional intensive care units (ICU) and department of anesthesiology and resuscitation. Out of the total number of 120 distributed questionnaires (100 %) returned 94 usable questionnaires (78,33 %). Realization of research survey was conducted in February 2012. The thesis consists of two parts, the practical and theoretical. The main objective was to map the problem of providing nursing care to seniors in the department of anesthesiology and resuscitation and ICU. The objective was achieved.

In case of interest of the General Teaching Hospital in Prague will be the results of research provided and can thus be used to improve and specify intensive nursing care for geriatric patients.

Key words: nursing care, intensive care, senior, physical load, mental load, general nurse, geriatric syndrome, nursing problem

Poděkování

Tímto bych chtěla velmi poděkovat paní magistře Monice Hošťálkové za trpělivý přístup, cenné rady a odborné vedení bakalářské práce.

Obsah

Úvod

Teoretická část

1 Specifika ošetrovatelské péče na ARO/JIP

1. 1 Anesteziologicko-resuscitační oddělení

1. 2 Jednotka intenzivní péče

2 Pojetí geriatrického pacienta v intenzivní ošetrovatelské péči

2. 1 Problematika stáří a stárnutí

2. 2 Rozdělení seniorského věku

2. 3 Geriatrické syndromy

2. 4 Specifika chorob ve stáří

2. 5 Komplexní geriatrické hodnocení

3 Specifické potřeby seniora v intenzivní péči

4 Ošetrovatelské problémy u geriatrického pacienta na ARO/JIP

4. 1 Aktuální a potencionální ošetrovatelské problémy ve vybraných oblastech dle modelu M. Gordonové

Empirická část

5 Cíle empirického šetření

6 Metodika výzkumného šetření

6. 1 Zdroje odborných poznatků

6. 2 Charakteristika zkoumaného vzorku

6. 3 Metodika empirického šetření

6. 4 Průběh empirického šetření

6. 5 Zpracování empirického šetření

7 Vyhodnocení empirického šetření

Diskuse

Závěr

Seznam použitých zdrojů

Seznam tabulek

Seznam grafů

Přílohy

Úvod

„Vědět, jak zestárnout, to je mistrovské dílo moudrosti a jedna z nejdůležitějších kapitol velkého umění žít.“

H. Amiel

Stáří může být stejně dlouhou etapou jako mládí a dospělost, nicméně pro společnost není životním obdobím stejně doceněným. Starý člověk je za celý dosavadní život obohacen o řadu zkušeností, pro své blízké a společnost mnohé vykonal a stáří se stává mezníkem produktivity jeho práce. Je řada aktivních seniorů, kteří se v podzimu života těší dobrému zdraví. Všem však tato schopnost dána není. Lidem ve stáří ubývá sil, oslabují se jejich fyzické i psychické funkce a jsou závislí na pomoci druhých. Je vysoce etické poskytnout seniorovi zázemí, uznání a pomoc.

Všeobecné sestry v rámci své profese poskytují ošetrovatelskou péči pacientům různých věkových skupin. Poměrně hojně zastoupenou skupinu tvoří senioři. Tato skutečnost je dána prodlužující se průměrnou délkou života, pokrokem medicíny a také polymorbiditou seniorů, která se často stává příčinou jejich hospitalizace.

Každého pacienta bychom měli hodnotit celistvým pohledem jako bio-psycho-socio-spirituální osobnost, která má své specifické potřeby, přání a zvyklosti. Takovou osobností je také gerontologický pacient, který se mnohdy v důsledku sledu onemocnění, ochabnutí smyslů a celkové slabosti stává plně závislý na pomoci druhých. Ošetrovatelská péče musí vycházet nejen z hodnocení základních potřeb pacienta, ale také potřeb vyšších- psychosociálních. Ve stáří dochází často ke změnám sociálních rolí, prožívání a životních perspektiv. Na odděleních intenzivní péče, tedy oborových jednotkách intenzivní péče (JIP) a anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO), jsou hospitalizováni senioři v závažném stavu. Odborně poskytovaná, komplexní a efektivní ošetrovatelská péče je zásadní pro jejich úspěšnou léčbu a zamezení vzniku komplikací.

Díky své profesi mám možnost pracovat v oboru intenzivní péče s dospělými pacienty různých věkových kategorií. Přestože intenzivní péče je specifická sama

o sobě, lze ji jistě individualizovat a zároveň nalézt společné znaky týkající se jednotlivých životních etap pacienta. Ošetrovatelská péče o seniory je náročná zejména vzhledem k jejich časté polymorbiditě, omezení kognitivních funkcí a neschopnosti sebepéče. Mnohem náročnější situace pak nastane, pokud stav geriatrického pacienta vyžaduje péči na odděleních ARO či JIP. Tento fakt se pro mě stal motivací k výběru tématu bakalářské práce: Ošetrovatelská péče o seniora na oddělení ARO, JIP. Je přínosné naplnit hlavní cíl práce, tedy zmapovat problematiku poskytování ošetrovatelské péče seniorům na odděleních ARO a JIP. Danou problematiku bych chtěla hodnotit z pozice všeobecných sester, tedy poskytovatelů ošetrovatelské péče seniorovi. Náročnost poskytované ošetrovatelské péče gerontologickým pacientům může být úměrná péči poskytované pacientům ostatních věkových skupin nebo naopak rozdílná. Dalším zajímavým faktem je vytyčení nejčastějších a nejméně častých ošetrovatelských problémů. Označení problematických oblastí v péči o seniora povede k vyvození případných opatření pro praxi.

Teoretická část

1 Specifika ošetrovatelské péče na ARO, JIP

Intenzivní medicína je lékařský obor zabývající se diagnostikou, léčbou, kontinuální monitorací a poskytováním vysoce specializované péče pacientům, jejichž život je ohrožen (Ševčík, 2003). Oborové jednotky intenzivní péče (JIP), kde je poskytována intenzivní, semiintenzivní a intermediální péče, jsou určeny pacientům s hrozícím či již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. Na anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO) je poskytována diagnostická i léčebná péče pacientům, u nichž došlo k selhání jedné či více základních životních funkcí. Na všech typech oddělení intenzivní péče je stav pacientů nepřetržitě sledován sestrami a informace jsou zaznamenávány do dokumentace. Pacienti jsou na tato pracoviště přijímáni například od zdravotnické záchranné služby, z jiného zdravotnického zařízení, z ostatních oddělení nemocnice či z ambulance. Mnozí z pacientů v závažném stavu nejsou schopni podepsat tzv. informovaný souhlas s hospitalizací, proto se do dvaceti čtyř hodin od jejich přijetí zahajuje prostřednictvím faxu na příslušném obvodním soudu detenční řízení.

Oddělení intenzivní péče mají obvykle vyčleněnou příjmovou místnost určenou pro prvotní vyšetření, zajištění životních funkcí pacienta a zahájení léčby. Místnost je vybavena monitorem, pohotovostními léky, defibrilačním přístrojem, ventilátorem a samozřejmě také pomůckami pro zajištění životních funkcí i provedení ošetrovatelské péče. Při přijetí je zásadní, aby sestra dle celkového stavu pacienta provedla jednotlivé cílené úkony a ošetrovatelskou péči a zároveň plnila funkci asistentky lékaře. Hlavním cílem ošetrovatelské i lékařské péče je stabilizace celkového stavu pacienta. Mezi příjmové výkony na odděleních ARO a oborových JIP patří kontinuální monitorace pacienta, zajištění invazivních a neinvazivních vstupů, aplikace kyslíkové terapie, napojení na umělou plicní ventilaci, odběr biologického materiálu na laboratorní vyšetření, zajištění 12svodového EKG záznamu, zprostředkování diagnostických metod i konsilií a další činnosti dle situace a stavu pacienta.

Rozsah ošetrovatelské péče na ARO a JIP je individuální a ovlivněný diagnózou i stavem pacienta. Vývoj zdravotního stavu souvisí se změnami v oblasti potřeb i nároků pacienta na poskytovanou péči. Je tedy důležité, aby ošetrovatelský proces byl stále aktualizován citlivě k vyvíjejícím se potřebám (Kapounová, 2007).

„K nejčastějším potřebám pacienta na intenzivní péči patří dýchání, výživa, vyprazdňování, soběstačnost, psychická vyrovnanost“ (Kapounová, 2007, s. 21).

1. 1 Anesteziologicko-resuscitační oddělení

Pro zařazení oboru anesteziologie a resuscitace do soustavy medicínských oborů bylo zapotřebí zformulovat jeho jasnou koncepci. Ministerstvo zdravotnictví poprvé tento obor koncipovalo v roce 1974 a u oficiálního zrodu stál průkopník a představitel oboru anesteziologie a resuscitace v Československu MUDr. Hoder.

Anesteziologie a resuscitace je lékařský obor, který se zabývá anesteziologickou, resuscitační a intenzivní péčí. Zároveň tento obor spolupracuje se zdravotnickými záchrannými službami a tím se stává složkou přednemocniční neodkladné péče. Mimo svou základní činnost se lékaři v oboru anesteziologie a resuscitace s kvalifikační způsobilostí věnují pacientům v ambulancích zaměřených na léčbu bolesti.

Resuscitační péče navazuje na intenzivní péči nebo je následnou péčí po neodkladné resuscitaci pacienta. Neodkladná resuscitace zahrnuje soubor postupů s cílem obnovit nebo udržet průtok okysličené krve tkáněmi, zejména mozkiem a srdcem. Neodkladná resuscitace i resuscitační péče jsou v terminálním stavu nevyléčitelného onemocnění kontraindikovány.

Předpokladem pro poskytování specializované lékařské i ošetrovatelské péče je erudice lékařů v oboru anesteziologie a resuscitace, odborná a specializovaná způsobilost nelékařských zdravotnických pracovníků a v neposlední řadě také odpovídající přístrojové i materiální vybavení. Pro patřičnou kvalitu péče je důležitá trvalá přítomnost kvalifikovaného lékaře ARO, dostupnost konziliárních lékařů i vyšetřovacích a léčebných postupů.

Náplní anesteziologické péče jsou léčebné a diagnostické postupy, jejichž prostřednictvím lze provádět operační zákroky, léčebné výkony a diagnostické metody.

Na lůžkových anesteziologicko-resuscitačních odděleních jsou hospitalizováni pacienti, jejichž selhávající životní funkce musí být podpořeny či dočasně nahrazeny (Veberová, 2011).

1. 2 Jednotka intenzivní péče

Na počátku sedmdesátých let existoval obor s názvem anesteziologie a resuscitace s dvoustupňovou atestací. V současnosti se lékařský obor anesteziologie a resuscitace nazývá anesteziologie a intenzivní medicína. Ke změně došlo v červenci 2009 z důvodu nevhodně zvoleného názvu. Resuscitace není obor, je chápána jako název odborného postupu.

Intenzivní medicína je uznávaný multidisciplinární specializační obor, který je zaměřený na péči o pacienty s hrozícím či vyjádřeným selháním životně důležitých funkcí. Péče na oborových JIP je zajišťována komplexními vyšetřeními a zobrazovacími technikami. Stejně jako je tomu v anesteziologicko-resuscitační péči, i zde se kvalita dané lékařské disciplíny opírá o dostupnost specializovaných lékařů působících v různých medicínských oblastech. Nepostradatelná je pochopitelně také role zdravotních sester, nutričních terapeutů, fyzioterapeutů a dalších odborníků, jejichž dostupnost potvrzuje všestrannou péči o pacienta.

V souvislosti s doporučením Evropské společnosti pro intenzivní medicínu jsou stanoveny tři stupně intenzivní péče: nižší, vyšší a nejvyšší nebo-li resuscitační. Pro každý stupeň intenzivní péče jsou vydána doporučení týkající se personálního zastoupení, vybavenosti jednotky a indikací pro hospitalizaci pacientů. Intenzivní péče I. stupně (nižší) je poskytována v menších oblastních nemocnicích. Je vybavena základním monitorovacím systémem, zajišťuje krátkodobou ventilaci do 24 hodin a v případě nutnosti okamžitou resuscitaci. V regionálních všeobecných nemocnicích je poskytována intenzivní péče II. stupně (vyšší). Tyto typy oddělení jsou navíc schopny zajistit invazivní monitoraci, měření srdečního výdeje a dlouhodobou umělou plicní ventilaci. Neprovádí některé specializovanější výkony, např. plicní katetrizaci, měření intrakraniálního tlaku, hemofiltraci či hemodialýzu. Nejvyšším stupněm je intenzivní péče III. stupně, která

působí v celém svém rozsahu v oblastních a fakultních nemocnicích za stálé přítomnosti lékaře s erudicí v oblasti intenzivní medicíny (Veberová, 2011).

2 Pojetí geriatrického pacienta v intenzivní ošetrovatelské péči

Geriatrický pacient je obvykle charakterizován vyšším věkem, významnou morbiditou a hrozícími či již přítomnými funkčními omezeními. Pro zahájení ambulantní nebo ústavní léčby seniora je dalším kritériem akutní onemocnění či zhoršení chronického onemocnění (Schuler, Oster, 2010). Stáří je poslední fází života, ve které se projevuje involuce nebo-li souhrn zánikových, „poklesových“ a atrofických změn organismu. Potenciál zdraví je oslabován a senior má sklon ke vzniku a manifestaci chorob. Stárnutím, stářím a životem ve stáří se zabývá gerontologie, která je dále specializovaná na oblast experimentální, sociální a klinickou. Klinická gerontologie, označovaná také jako geriatrie, se zabývá problematikou zdraví, chorob, funkčního stavu a zdravím podmíněné kvality života ve stáří.

Geriatrická péče je diferencovaná a zahrnuje složku akutní i následnou, paliativní i preventivní, ambulantní i lůžkovou. Specializovaná péče je seniorům poskytována v geriatrických ambulancích a v nemocničních geriatrických odděleních (NGO) (Kalvach a kol., 2008).

„NGO by měla sloužit především dvěma účelům:

- diferenciální diagnostice, léčbě, ošetrování a rehabilitaci akutně dekompenzovaných geriatrických pacientů – např. s geriatricky atypickou či multidisciplinární problematikou či s potřebou geriatricky modifikovaného nemocničního režimu (účelné soustředění personálu a ošetrovatelsko-rehabilitačního vybavení kolem křehkých, rizikových pacientů)*
- komplexní multidisciplinárnímu geriatrickému hodnocení – včetně potenciálu zdraví křehkých geriatrických pacientů se stanovením a eventuálním „nastartováním“ plánu dlouhodobé péče (tzv. Geriatric evaluation and management – GEM)“ (Kalvach a kol., 2008, s. 26).*

Toto moderní pojetí geriatrie je rozšířeno v zahraničí. V České republice je bohužel stále zakořeněné jednostranné ztotožňování geriatrického pacienta s odděleními následné péče

a dlouhodobé ústavní péče, kde jsou podstatně limitovány diagnosticko-terapeutické kompetence a úhradové možnosti (Kalvach a kol., 2008).

V souvislosti s prodlužující se délkou lidského života je nutné, aby byla akceptována skutečnost, že emergentní situace či choroby a stavy vyžadující intenzivní péči se reálně týkají také seniorů. Intenzivní ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta je ovlivněna řadou geriatrických symptomů, které postihují polymorbidní seniory, nicméně zcela specifická tato péče není. Na oddělení ARO a JIP je poskytována intenzivní péče specifická ve srovnání se standardními odděleními s faktem, že péče o pacienty vzhledem k věku vykazuje jen malé rozdíly. Jiným pohledem je pak péče dle ošetrovatelského procesu, kdy nahlížíme na každého pacienta individuálně a holisticky. (Matějovská Kubešová, 2009). Mezi nejčastější příčiny vedoucí k nutnosti hospitalizace seniora na odděleních intenzivní a resuscitační péče patří celkové zhoršení chronických či závažných přidružených chorob, komplikovaný pooperační průběh, stav po neodkladné resuscitaci v terénu, úraz apod. (Kalvach a kol., 2004).

Etický pohled na péči o seniory zahrnuje princip beneficence, tedy jednání ku prospěchu nemocného ve smyslu léčebném i zlepšení kvality jeho života. Dalším hlediskem je princip non maleficence, tedy porovnání profitu daného postupu s rizikem pro pacienta a zároveň posouzení očekávané délky života seniora. Respektování autonomie, jako dalšího z etických principů, je u seniorů mnohdy problematické vzhledem ke kognitivním a kvalitativním poruchám vědomí. Je tedy nezbytný zodpovědný přístup zdravotníků, kteří zároveň respektují poslední z etických předpokladů péče o seniora v intenzivní péči, tedy legislativu naší země (Matějovská, Kubešová, 2009).

2. 1 Problematika stáří a stárnutí

„Stárnutí populace se chápe jako přirozený civilizační vývoj přinášející řadu šancí i výzev týkajících se např. povahy dlouhého života ve „stáří“, seberealizace a využití potenciálu starších lidí, změny konceptu zaměstnanosti a penzionování, financování zdravotnických a sociálních systémů i stereotypů při poskytování podpory a služeb“ (Kalvach a kol., 2008, s.21).

Proces stárnutí

V rámci biologického procesu stárnutí dochází k postižení tělesných tkání a orgánů v různém individuálním rozsahu ve smyslu zpomalení funkcí a poklesu adaptačních mechanismů.

Pohybový systém seniora je negativně ovlivněn oplošťováním a vysycháním vaziva meziobratlových plotének, úbytkem kostní hmoty, poklesem svalové síly. Pohyby starých lidí jsou pomalé, kosti jsou křehké a náhlé ke vzniku zlomenin.

V oblasti **kardiopulmonálního systému** u seniorů zaznamenáváme snížení funkce plic projevující se přijímáním menšího množství kyslíku a sníženou vitální kapacitou plic. Jednotlivé tělní orgány jsou omezeně prokrvovány z důvodu pokleslé srdeční funkce. Stěna cév ztrácí pružnost, proto dochází ke kornatění cév s důsledky pro celý organismus. Menší výkonnost levé srdeční komory může vést k levostranné srdeční nedostatečnosti. Pokles funkce řasinkového dlaždicového epitelu vede k častějším infektům dýchacích cest. **Trávení potravy** u seniorů je pomalejší, snižuje se množství trávicích šťáv, častým problémem se stává zácpa v souvislosti se zpomalením střevní peristaltiky.

Menší výkonnost je zaznamenána také u ostatních útrobních orgánů, tedy u **slinivky břišní, jater a močového měchýře**.

Pohlavní výkonnost starých lidí klesá, ženy přestávají menstruovat a mnohdy trpí poklesem dělohy, muže sužuje často zbytnění prostaty.

Kůže seniorů je méně pružná, mnohdy tzv. papírová a postižená pigmentacemi (stařecké skvrny).

Základní stavební jednotky mozku, neurony, jsou postiženy biochemickými změnami ovlivňujícími rychlost vedení vzruchů. Na obalech neuronů vznikají senilní plaky, které mohou způsobit vznik **demence**. Změny hlubokého čítí vedou k poruchám chůze a rovnováhy. Ve stáří také dochází k poruchám smyslů a tím i k zhoršenému vnímání okolních signálů.

Pro zdravé psychosociální stáří je nezbytným předpokladem příprava již v produktivním věku. Je podstatné akceptovat myšlenku ztráty pracovní role v důchodovém věku, dát jiný směr našemu snažení a naplánovat si využití času. Jsou senioři, kteří úspěšně prožívají své stáří, moudře k němu přistupují a dokážou si uchovat

duševní svěžest do vysokého věku. Medicína však stále nedává patřičnou váhu psychosomaticke, tedy hledá potíže v tělesných orgánech a příliš se nevěnuje podrobné psychosociální anamnéze. Změny v psychice seniorů se mohou projevit zejména v poznávacích schopnostech, tedy v oblasti vnímání, myšlení, představ, paměti a pozornosti. Adaptace na nové životní situace a podmínky je mnohdy obtížná, v důsledku ochablého smyslového vnímání se projevuje úzkost a nejistota. To vše může vyústit v nechuť stýkat se s druhými lidmi, tedy k sociální izolaci. Těžkým údělem stáří je také ztráta životního partnera, vedoucí k smutku a osamělosti. (Kleветová, Dlabalová, 2008). U seniorů přibývá demencí, které zcela mění jejich osobnost a život jejich blízkých. Rodiče často žijí v jiném městě než jejich dospělé děti. Tím, jak stárne populace lidí, nachází se mnoho dospělých dětí v situaci, kdy jejich rodiče vyžadují pomoc. Lidé pak mimo péči o vlastní děti, musí zajistit také nelehkou péči o své rodiče (Figas, 2008). Změny v oblasti citového života seniorů jsou velice individuální, nicméně obvykle se setkáme s větší emotivitou a citlivostí starých lidí. Zpomalené psychomotorické tempo přináší opatrnost, nerozhodnost, váhavost a snížení koncentrace pozornosti. Psychosociální změny ve stáří jsou jednoznačně ovlivněny osobností konkrétního člověka, jeho životní dráhou, vztahem k hodnotám, lidem i k sobě samému.

Stáří může být šťastnou životní etapou a do jisté míry je kvalita jeho prožívání v rukou každého z nás (Kleветová, Dlabalová, 2008). „*Je třeba mít odvalu přijmout nevyhnutelné změny stáří a naučit se chápat své tělo jako svůj domov a svůj dopravní prostředek a s láskou a něhou k sobě samému o něj důkladně pečovat. Nicméně absolutní návod na stárnutí nelze stanovit a úkolem každého člověka je naučit se stárnout podle svých představ a možností*“ (Kleветová, Dlabalová, 2008, s. 25).

2. 2 Rozdělení seniorského věku

Věková strukturace společnosti je sociálně významná z důvodu nutnosti věkového odstupňování, systému věkových norem a sociálních souvislostí. Společnost využívá věk, věkové skupiny a pohlaví jako významný organizační prvek sociálních vztahů. Chronologický (skutečný, kalendářní) věk je řadou odborníků z oblasti geriatric odsuzován jako nedostatečný indikátor věkové identity. Tento fakt odráží nevole řady lidí z oslavy

narozenin a zlehčování, skrývání, manipulace či odmítání věku. Subjektivní věk odráží skutečný stav organismu a může být pro individuální i sociální identitu jedince závažnějším a lépe vysvětlujícím konceptem. (Vidovičová, 2008). Kromě kalendářního stáří v pozdních fázích ontogeneze hovoříme také o biologickém a sociálním stáří. V oblasti biologické se jedná o konkrétní involuční změny jedince ve smyslu funkčního stavu, výkonnosti, kondice apod. Sociální stáří se prezentuje především změnou sociálních potřeb, rolí, životního stylu i ekonomického zajištění.

V České Republice je v rámci socio-kulturních podmínek považován za počátek stáří věk 65 let. Dubská (2010) označuje za vlastní stáří a tzv. uzlový ontogenetický bod věk nad 75 let. Naopak dle orientačního členění z pojetí B. L. Neugartenové odvozujeme skupinu „mladších seniorů“ (65 až 74 let), „starších seniorů“ (75 až 84 let) a „velmi starých seniorů“ (85 a více let). Dělení stáří dle Světové zdravotnické organizace je následující:

- střední věk (45– 59 let)
- rané stáří (60 – 74 let)
- pokročilý věk, vlastní stáří (75 – 89 let)
- vysoký věk, dlouhověkost (90 a více let)

Existuje také dělení stáří na primární a sekundární. První složku představují tělesné znaky organismu. Druhá složka je reprezentována změnami, které se ve stáří často objevují, ale nejsou jeho nutným doprovodem. Někdy také hovoříme o termínu terciální stáří, který se vyznačuje prudkým zhoršením stavu seniora a mnohdy předchází smrti (Holá, 2010).

„V dnešní době je střední délka života 78,1 let u žen a 71,5 let u mužů. Počet obyvatel v ČR starších 65 let dosahuje téměř 15 %. Statistické údaje dokládají, že každý třetí člověk, který vstoupí do ordinace praktického lékaře, je starší 60 let“ (Mlčochová, 2009, s. 4).

Závěrem této podkapitoly je vhodné zmínit, že populace starých lidí není homogenní a je tedy podstatné uznávat její vnitřní strukturální i funkční odlišnosti. Faktem se zároveň stává individuální podmínění stáří i stárnutí (Holá, 2010).

2. 3 Geriatrické syndromy

Geriatrické syndromy nebo-li „geriatričtí obři“ byly formulovány na přelomu 60. a 70. let 20. století jako reakce na nalezení určité podobnosti objektivních i subjektivních příznaků u gerontologických pacientů. Jedná se o výčet čtyř a později pěti symptomů začínajících písmenem „i“: instabilita, imobilita, intelektové poruchy (demence, delirium), inkontinence a iatrogenní poškození (zejména nežádoucí účinky léků a geriatrický hospitalismus). Za čtyři společné rizikové faktory vzniku geriatrických syndromů jsou považovány pokročilé stáří, porucha mobility, postižení kognitivních funkcí a funkční postižení. Zároveň jako rizikový prvek považujeme provázanost geriatrického syndromu s multikauzální povahou onemocnění, špatnou prognózou a vznikem nežádoucích důsledků (Kalvach a kol., 2008). „*B. Isaacs (1992) podal výstižnou charakteristiku geriatrických obrů, která se jeví jako vhodná i pro obojí pojetí geriatrických syndromů:*

- *multikauzální etiologie*
- *chronický průběh*
- *omezování pacientovy nezávislosti (funkční závažnost)*
- *neexistence jednoduché (kauzální) léčby“* (Kalvach a kol., 2008, s. 142).

Pro geriatrické syndromy je charakteristická komplexnost a dominance v klinickém obrazu pacienta a v dlouhodobé péči o něj. Ostatní problémy seniorů jsou dílčí a spíše považované za geriatrické symptomy s častým výskytem u starší populace. Společná je pro geriatrické symptomy a syndromy vícečetná příčina, sekundární výskyt v rámci různých chorobných stavů, souvislost se stařeckou křehkostí a také jejich častá kumulace jako varovná známka celkové nepříznivé prognózy pacienta (Kalvach a kol., 2008).

Geriatrické syndromy lze chápat jako koncept vnášející do oblasti geriatrie jasné priority, které v rámci diagnostiky a terapie seniora vedou k formulaci komplexnějších multikauzálních geriatrických syndromů (Kalvach, Holmerová, 2008). „*Geriatrická syndromologie představuje soubor popisných diagnóz aktuálního stavu rizikového starého člověka a je podstatnou součástí tzv. komplexního geriatrického hodnocení (comprehensivegeriatricassessment – CGA) přesahujícího rozsah klinického vyšetření*

mladší nerizikové populace“ (Kalvach, Holmerová, 2008, s. 68). Při vymezení geriatrických syndromů se uplatňují zejména dva přístupy. Prvním je ***pojetí geriatrického syndromu jako synonyma jednotlivých příznaků***, které jsou obvyklé, časté a významné u geriatrických pacientů. Není podstatné, zda jsou příznaky důsledkem involuce, chorob či stařecké křehkosti. Jedná se např. o imobilitu, inkontinenci, dehydrataci a pády. Druhý přístup pojímá ***geriatrické syndromy jako složitější příznakové a problémové soubory s vnitřní logickou patogenetickou provázaností*** a zároveň jako symptomatologii těsněji související se stařeckou křehkostí. Příkladem takto chápaných syndromů je syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti (sarkopenie); syndrom anorexie a malnutrice; syndrom instability s pády; syndrom inkontinence či syndrom kognitivního deficitu, poruch paměti a poruch chování (Kalvach, Holmerová, 2008).

Ke klíčovým charakteristikám seniorů a zároveň k časté příčině geriatrických syndromů patří stařecká křehkost. Jedná se o označení kategorie seniorů, kteří mají potíže alespoň ve dvou ze čtyř posuzovaných oblastí (kognitivní, tělesné, senzorické a nutriční). Geront pak není schopen zvládat aktivity každodenního života a je odkázán na pomoc blízkých, komunitní péči či pobyt v ústavních zařízeních (Kalvach a kol., 2004).

2.4 Specifika chorob ve stáří

Senioři jsou oproti ostatním věkovým skupinám zatíženi vyšší celkovou morbiditou, zejména vysokým výskytem chronických a degenerativních nemocí, ale také zvýšenou incidencí akutních zhoršení a dekompenzace celkového stavu. Nárůst potíží je plynule propojen s přibývajícím věkem (Topinková, 2005). Specifika chorob ve stáří lze shrnout do třech oblastí. Prvním specifikem stáří je souběžná přítomnost více onemocnění u jednoho člověka, tedy polymorbidita. Vzájemná podmíněnost zdravotní a sociální situace seniora, tedy odraz každého zdravotního problému v oblasti sociální a naopak, je druhou zvláštností ve stáří. V neposlední řadě je nutné v rámci diagnostické a terapeutické rozvahy pomyslet také na atypické projevy klinického obrazu chorob ve stáří. Jedná se o mikrosymptomatologii, tedy minimální příznaky přítomnosti choroby (tzv. fenomén ledovce). Dále se choroby u seniorů mohou projevit pouze jedním nebo

několika málo běžně se vyskytujícími příznaky daného onemocnění, hovoříme o tzv. mono-nebo oligosymptomatologii. Za vzdálené příznaky pokládáme projevy, které odpovídají postižení jiného orgánu než je základní onemocnění („naříká nevinný orgán, ne nemocný“). Ve stáří je významně vyšší sklon k protražovanému průběhu u chronických i akutních chorob. Komplikace u gerontologických pacientů mají buď charakter „řetězové reakce“, kdy jedna nemoc podmíní vývoj druhé nebo jde o tzv. „fenomén vytěsnění“, tady komplikaci, která nemá přímý vztah k základnímu onemocnění (původní klinický obraz je nahrazen jinými příznaky nově vzniklé choroby). Dominový efekt je komplikujícím faktorem, protože každé akutní onemocnění často vede ke zhoršení již přítomných chronických chorob seniora. Celkový pohled na klinický obraz gerontologického pacienta komplikuje atypický obraz chorob a nespecifické, universální, obvykle neurologicko-psychiatrické projevy onemocnění. V geriatrické medicíně je zároveň charakteristická značná propojenost mezi potížemi i problémy v oblasti somatické, psychické a sociální (Záleský, 2011).

Mezi nejčastější choroby vyskytující se ve stáří patří dle incidence kardiovaskulární onemocnění (všechny formy ICHS, hypertenze a ikty), nemoci pohybového aparátu (osteoporóza, artróza), metabolické choroby (diabetes mellitus) a na čtvrtém místě nemoci trávicího traktu a respirační onemocnění (Topinková, 2005).

2. 5 Komplexní geriatrické hodnocení

„Komplexní geriatrické hodnocení (comprehensive geriatric assessment – CGA) je multidimenzionální interdisciplinární diagnostický proces zaměřený na stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů křehkých seniorů s cílem vypracovat celkový plán pro léčení a dlouhodobé sledování“ (Kalvach a kol., 2004, s. 165). CGA rozvíjí zájem o funkční souvislosti ve vztahu ke konkrétní osobě i životním podmínkám a jeho prostředkem je funkční hodnocení seniora doplněné speciálním zájmem o limitace, potřeby, rizika i priority každého jednotlivého pacienta. CGA je tak schopno identifikovat do té doby opomíjené obtíže seniora, čímž může zásadně přispět k zachování či obnově soběstačnosti a žádané kvality života. Optimální je multidisciplinární péče o geriatrického pacienta založená na týmové

spolupráci, která se stává zárukou kvality péče, správné aplikace CGA a efektivního využití času i znalostí jednotlivých odborností personálu.

Základním postupem CGA je zhodnocení stavu zahrnující anamnézu, klinické vyšetření a diagnostiku u lůžka pacienta. Druhým z postupů je posouzení duševního stavu starého člověka pomocí testů. Následuje speciální vyhodnocení výkonnosti v oblasti disability tedy omezení fyzických, psychických či sociálních funkcí, hodnocení výživy a funkčního rozsahu hybnosti. Posledním z postupů CGA je objektivní šetření v místě bydliště seniora nebo-li posouzení sociálních vztahů, funkční náročnosti a úrovně bydlení.

Mezi využívané testy ověřující narušení kognitivních funkcí seniora patří Mini Mental State Examination (MMSE), test kreslení hodin (clock drawing test) a Clinikal Dementia Rating (CDR). Široce používanou škálou pro hodnocení emočních funkcí seniorů, konkrétně deprese, je geriatrická škála deprese podle Yessavage (Kalvach a kol., 2004). Pro hodnocení aktivit každodenního, všedního života seniorů je aplikován test označovaný zkratkou ADL (Activities of daily living). Jednoduchým zlatým standardem zůstává šesti položkový Katzův index ADL. Alternativou je v praxi často využívaný Barthelův index. Další z modifikací je hodnocení funkční nezávislosti (FIM) rozšířené v evropské nemocniční praxi. Některé testy rozlišují mezi aktuálním a potenciálním výkonem, např. Multilevel assessment instrument (IADL), jiné posuzují změnu oproti dlouhodobé zvyklosti, např. Sickness impact profile (Kalvach a kol. 2008).

3 Specifické potřeby seniora v intenzivní ošetrovatelské péči

Systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb u zdravého i nemocného jedince je charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství. Potřeba člověka je projevem určitého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí a zároveň je faktorem pobízejícím k vyhledání jisté podmínky nezbytné k životu. Potřeba představuje pro lidskou bytost nutnost přímo ovlivňující její život a vývoj (Trachtová a kol., 2008)., *Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem, určitý druh motivovaného chování se projevuje u každého člověka jinak. V průběhu života se potřeby jedince mění z hlediska*

kvantity i kvality. Je důležité vědět, že všichni lidé mají společné potřeby, je stejně nutné si uvědomit, že tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života, z nichž si ani dva nejsou podobné“ (Trachtová a kol., 2008, s. 10). Mezi hlavní předpoklady identifikace potřeb jedince ve zdraví, nemoci i krizi patří odborná připravenost poskytovatelů péče, empatický přístup, asertivní jednání, morální úroveň a v neposlední řadě také upřímná snaha pomoci druhému. Pokud jsou potřeby z vnitřních či vnějších podnětů nedostatečně uspokojovány, projeví se toto nenaplnění v oblasti psychické (neklid, úzkost, nesoustředění, nervozita) i tělesné (poruchy spánku, výživy, vyprazdňování, srdeční činnosti apod.).

Potřeby a ošetrovatelská péče u pacientů hospitalizovaných na odděleních ARO a JIP nejsou výrazně rozdílné. Obecně intenzivní ošetrovatelská péče je specifická tím, že řada pacientů má ovlivněnou či změněnou úroveň vědomí a tím také pocit nutnosti naplnit určité potřeby. Pracovníci tedy mnohdy samostatně potřeby pacienta předvídají a vyhledávají bez jeho aktivní spolupráce. K pacientům v bezvědomí či narušeném vědomí (sommolence, sopor) zaujímáme stejný postoj jako k pacientům bdělým a předpokládáme jejich veškeré fyziologické, psychické, sociální i spirituální potřeby. Je vhodné do celkové péče o pacienta na odděleních intenzivní péče zapojit také jeho blízké, kteří mu svým přístupem a slovy dodávají potřebné podněty.

Primárně jsou uspokojovány potřeby základní (fyziologické). Potřeba dýchání je v intenzivní péči podporována kyslíkovou terapií, péčí o dýchací cesty, pomůckami pro zajištění dýchacích cest či podpořena nebo plně nahrazena umělou plicní ventilací. Další ze základních lidských potřeb je potřeba tekutin a příjmu potravy, kterou není mnohdy možné u pacientů na odděleních ARO/JIP saturovat perorálním příjmem. Hrazení tekutin a stravy je tedy zajištěno dle stavu cestou nitrožilní, vstupy zavedenými do různých částí gastrointestineálního systému či kombinovaným způsobem. Vylučování moči a stolice je další z potřeb, kterou pacienti s ohrožením či selháním základních životních funkcí nemohou vykonávat běžným způsobem, tedy na toaletě. Pacienti jsou nuceni vyprazdňovat se na lůžku na podložní mísu či prostřednictvím permanentního močového katétru. Potřeba čistoty je naplňována pečlivou, důkladnou a celkovou hygienickou péčí, která je pacientům v intenzivní péči aplikována formou zklidňující či stimuluující koupele

dle denní doby a jejich stavu. Spolupracující pacienti se snažíme do očisty těla co nejvíce zapojovat. Potřeba spánku a odpočinku je u hospitalizovaných pacientů často narušena z důvodu změny prostředí, nemoci i rušivých elementů (Šamánková a kol., 2011). „*Je zajímavé, že i lidé, kteří byli po určitou dobu v „umělém spánku“, jsou po vyvedení z analgosedace velmi unavení a dlouho spí. I na analgosedovaných nemocných se dá rozlišit období klidného „spánku“ a období „bdění“.* „Bdění“ je většinou vyvoláno hygienou, manipulací, vyšetřením či návštěvou rodiny. Po skončení stimulů pacient opět „usíná“. Aby i analgosedovaní klidně „spali“, je třeba omezit rušící vlivy“ (Šamánková a kol., 2011, s. 91 – 92). Za základní potřebu člověka je považován také stav, kdy nepocítujeme bolest. Je prokázáno, že bolest pocítují i pacienti se značně postiženým vědomím. Je tedy zcela zásadní bolest předvídat, předcházet jí, správně ji hodnotit a léčit.

Mezi vyšší (psychosociální) potřeby, které je nutné uspokojovat u pacientů na odděleních ARO a oborových JIP, patří zejména potřeba bezpečí a jistoty a potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti. Pro uspokojení těchto potřeb je podstatné zaujmout empatický přístup k pacientovi, ve kterém dominuje komunikace, neverbální projevy (zejména doteky) a umožnění přístupu blízkých k pacientovi (Šamánková a kol., 2011).

U starých lidí nabývá mimořádného významu potřeba být nezávislý, tedy co nejdéle zůstat samostatný. Podstatná je pro geriatrické pacienty také potřeba autonomie, sebepojetí a určitého tělesného komfortu. Jinými slovy starý člověk si chce rozhodnout o svém osudu, potřebuje vypadat důstojně a nechce být sužován tělesnými či jinými potížemi. Nepostradatelné pro starého člověka je také naplnění potřeby lásky a seberealizace (Staňková a kol., 2005).

4 Ošetrovatelské problémy u geriatrického pacienta na ARO/JIP

Ošetrovatelská péče je kvalitní za předpokladu jasné koncepce ošetrovatelství ve smyslu péče týmové, vědecky podložené, mezioborové a poskytované motivovanými, odborně připravenými pracovníky. Kvalitní péče je odvozena od potřeb nemocného a poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu, tedy průběžné realizace předem

promyšleného sledu ošetrovatelských činností směřujících k uspokojování bio-psycho-socio-spirituálních potřeb nemocného (Staňková a kol., 2005).

„Pro stáří jsou charakteristické specifické změny, které se kumulují v čase. Tyto změny zvyšují vnímavost ke vzniku onemocnění, výrazně ovlivňují soběstačnost a kvalitu života a současně patří mezi základní ošetrovatelské problémy seniorů“ (Jarošová, 2006, s. 79). Ošetrovatelské problémy geriatrického pacienta ve své podstatě představují již zmiňované geriatrické syndromy a symptomy, které jsou obvykle odrazem určité patologické situace v organismu. Geriatrické symptomy mohou být dle souvislosti s probíhajícím onemocněním specifické či nespecifické (Jarošová, 2006).

4. 1 Aktuální a potencionální ošetrovatelské problémy ve vybraných oblastech dle modelu M. Gordonové

V této kapitole zmíníme možné ošetrovatelské problémy u pacienta – seniora na ARO/JIP a možné ošetrovatelské intervence.

VÝŽIVA A METABOLISMUS

Ošetrovatelské problémy:

- Porucha výživy v souvislosti se sníženým příjmem potravy.
- Porucha výživy v souvislosti se zvýšeným příjmem potravy.
- Porucha polykání z důvodu zavedené nazogastrické či orogastrické sondy, tracheostomické kanyly, otoku, tumoru či změněného stavu vědomí.
- Snížený objem tělesných tekutin v souvislosti se sníženým pocitem žízně.
- Riziko vzniku dekubitů v souvislosti s imobilizací.
- Riziko vzniku infekce v souvislosti s otevřenou ránou – invazivními vstupy.

Ošetrovatelské intervence:

- Podávat seniorovi stravu biologicky hodnotnou, energeticky vyváženou, vhodně upravenou, dobře stravitelnou a rovnoměrně rozdělenou do několika menších denních dávek.
- Dbát na obsah vitamínu C a D, vápníku a železa v potravě seniorů.
- Dbát na aktivní nabízení tekutin v průběhu celého dne.
- U kriticky nemocných pacientů, kterým je výživa nahrazena parenterální či umělou enterální výživou, dodržovat zásady aplikace této stravy.
- Při obnovení vědomí pacienta preferovat a dle ordinace lékaře podporovat perorální příjem potravy.
- Pokud není denní příjem potravy seniora dostatečný či není možný příjem tuhé stravy, nabídnout pacientovi energeticky bohaté nápoje nejrůznějších příchutí (Sipping).
- U pacienta vyhodnotit riziko poruchy integrity kůže dle Nortonové.
- Zajistit preventivní opatření zamezující poškození integrity kůže.
- Dle stavu pacienta a ordinace lékaře podávat pacientovi enterální výživu pomocí žaludeční či enterální sondy, PEG nebo jejunostomie nebo parenterální výživu (Trachtová, 2008; Kapounová, 2007).

VYLUČOVÁNÍ

Ošetrovatelské problémy:

- Zácpa v souvislosti se sníženou motilitou střev, žádnou fyzickou aktivitou, špatnou životosprávou či užívanými léky.
- Průjem v souvislosti s probíhající psychickou zátěží, střevním onemocněním, alergií či porušenou střevní mikroflórou.
- Inkontinence stolice/moči v souvislosti se ztrátou volní kontroly nad vyprazdňováním stolice/moči.

Ošetrovatelské intervence:

- Podporovat normální návyky močení a pravidelné vyprazdňování stolice u pacienta.
- Monitorovat bilanci tekutin; barvu, zápach, příměsi a množství moči a stolice.
- Při užívání absorpčních pomůcek dodržet optimální dobu jejich použití. Následně pomůcku vyměnit a provést hygienickou péči v oblasti genitálu a konečníku.
- Pacientům s inkontinencí poskytnout psychickou podporu.
- Respektovat soukromí pacientů při vyprazdňování.
- U seniorů se zavedeným PMK sledovat průchodnost PMK, možné příznaky místní i celkové infekce, fyziologické funkce.
- Drenážní systém PMK udržovat sterilní, uzavřený, dobře těsnící a sběrný sáček vypouštět pravidelně za aseptických podmínek.
- Při nutnosti vyprazdňování na lůžku, upravit polohu seniora (Trachtová, 2008; Topinková, 2005; Kapounová, 2007).

AKTIVITA, CVIČENÍ

Ošetrovatelské problémy:

- Deficit sebeděče v oblasti (dle Barthelové testu základních všedních činností ADL):
 - příjmu potravy a tekutin
 - oblékání
 - koupání
 - osobní hygieny
 - kontinence moči
 - kontinence stolice
 - přesunu lůžko-židle
 - chůze po rovině
 - chůze po schodech

v souvislosti s poruchou tělesné hybnosti, imobilitou, kognitivním deficitem, změněným stavem vědomí, bezvědomím, snížením smyslových funkcí projevující se neschopností samostatné sebeděče v určitých denních aktivitách.

- Porucha kožní integrity v souvislosti s mobilitou, špatnou výživou, inkontinencí.
- Riziko vzniku imobilizačního syndromu v souvislosti se sníženou celkovou hybností.
- Riziko pádu v souvislosti se změněným stavem vědomí, upoutáním na lůžko, smyslovými poruchami.

Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnotit úroveň sebeděče a soběstačnosti pacienta (klasifikace funkčních úrovní sebeděče dle M. Gordonové, test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga-modifikovaný Staňkovou, Barthelův test ADL).
- Vytyčít problematické oblasti sebeděče a individuálně aplikovat ošetrovatelský proces u seniora.
- Poskytnout potřebnou míru dopomoci a dostatek času seniorovi při plnění jednotlivých činností. U nesoběstačných seniorů zajistit komplexní zvýšenou ošetrovatelskou péči s ohledem na jejich potřeby.
- Do péče o seniora zapojit jeho rodinu.
- Zajistit bezpečnost pacienta a potřebné pomůcky.
- Zajistit přiměřenou hydrataci a výživu seniora, tedy prevenci narušení kožní integrity a předpoklad pro úspěšné hojení ran.
- Dbát na včasnou mobilizaci pacienta a spolupracovat s fyzioterapeutem i ergoterapeutem.
- Sdělovat seniorovi pouze potřebné informace způsobem úměrným a individuálním vzhledem k jeho věku a jeho celkovému stavu. Pacientům v bezvědomí sdělovat jednotlivé kroky ošetrovatelské péče.
- Pokud geriatrický pacient prodělal v minulosti pád, dbát na prevenci po-pádového syndromu, projevujícího se zejména sníženou hybností, zvyšováním závislosti na pomoci druhých a ztrátou sebevědomí.
- Rozeznávat související okolnosti pádu a praktikovat srozumitelně program pro snížení rizika vzniku pádu.

- Posilovat životní elán a navrácení seniora k plnohodnotnému životu (Trachtová 2008; Šafránková, Nejedlá, 2006; Adamski a kol., 2007; Zahradnická, 2004).

SPÁNEK, ODPOČINEK

Ošetrovatelské problémy:

- Porucha spánku v souvislosti s poruchou vědomí, změnou spánkového rytmu a změnou prostředí.

Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnotit kvalitu spánku a spánkové hygieny pacienta sledováním či pomocí analýzy informací od rodiny pacienta (posouzení typu spánku, délky spánku, trvání spánku, výskyt spánku přes den, používání hypnotik apod.).
- Upravit prostředí pro dobrý spánek a odpočinek seniora.
- U pacientů v bezvědomí zajistit denní aktivity, odpočinek během dne a noční klid.
- Dle ordinace lékaře podávat hypnotika, sedativa, analgosedaci či psychofarmaka (Trachtová 2008).

VNÍMÁNÍ, POZOROVÁNÍ

Ošetrovatelské problémy:

- Akutní bolest v souvislosti s patofyziologickými, situačními či psychosociálními faktory.
- Chronická bolest v souvislosti s chronickým onemocněním či dlouhotrvající psychickou zátěží.
- Riziko nedostatečné informovanosti v souvislosti se smyslovými deficity seniora.

Ošetrovatelské intervence:

- Vyhodnotit druh, lokalizaci a intenzitu bolesti.
- Zjistit faktory, které bolest vyvolávají či doprovodné symptomy bolesti.
- Pokud není senior schopen verbálně dát najevo bolest, přihlídnout k jeho nonverbálním a tělesným projevům (bolestivé grimasování, neklid, nařikání, pláč,

vyhledávání úlevové polohy, zatajování dechu, hypoventilace, tachykardie, hypertenze, nauzea až zvracení, mydriáza apod.).

- Přístupovat k pacientovi šetrně a podávat mu dostatek informací o dané problematice.
- Dle ordinace lékaře podávat analgetika a využívat podpůrné psychologické prostředky (vlídné slovo, vstřícné jednání, zájem) (Kapounová, 2007; Trachtová 2008; Šafránková, Nejedlá, 2006).

SEBEKONCEPCE, SEBEÚCTA

Ošetrovatelské problémy:

- Narušený tělesný obraz v souvislosti s patofyziologickými faktory.
- Narušení osobní identity a sebeúcty v souvislosti s psychosomatickým stavem.

Ošetrovatelské intervence:

- Respektovat pacienta a zachovat jeho důstojnost.
- Spolupracovat s rodinou pacienta.
- Přístupovat k seniorovi empaticky a individuálně s ohledem na jeho potřeby.

PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY

Ošetrovatelské problémy:

- Riziko sociální izolace v souvislosti s dlouhodobou hospitalizací a vyčlením seniora z přirozeného prostředí.

Ošetrovatelské intervence:

- Respektovat pacienta a jeho roli ve společnosti.
- Umožňovat návštěvy rodiny a blízkých seniora.
- Zvolit empatický přístup k seniorovi.

STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Ošetrovatelské problémy:

- Riziko hospitalismu v souvislosti s pobytem v nemocnici.

Ošetrovatelské intervence:

- Od počátku pobytu seniora v nemocnici vytvořit klidnou atmosféru.
- Dle stavu vědomí a schopnosti edukace poskytnout seniorovi potřebné informace spojené s hospitalizací (Trachtová 2008).

Empirická část

5 Cíle empirického šetření

Hlavním cílem práce bylo zmapovat problematiku poskytování ošetrovatelské péče seniorům na ARO a JIP.

Mezi dílčí cíle zařazujeme:

1. stanovení nejčastějších aktuálních a potencionálních problémů gerontologických pacientů na ARO, JIP
2. zjištění náročnosti ošetrovatelské péče o seniora na ARO a JIP

6 Metodika výzkumného šetření

6.1 Zdroje odborných poznatků

Zdroji odborných poznatků, které jsem využila při psaní bakalářské práce, se staly informace čerpané z literatury, časopisů i internetových stránek. Přínosné byly také zkušenosti a podněty získané v rámci mého středoškolského, vyššího odborného i vysokoškolského vzdělání. Celkový pohled na problematiku geriatrických pacientů v intenzivní péči jistě doplnily praktické dovednosti, které jsem získala nejen díky školní praxi, ale také zaměstnání na neurologické JIP.

Pro rešerši jsem využila katalog Národní knihovny České republiky, Jednotnou informační bránu (JIB), Souborný katalog Akademie věd České republiky, Souborný katalog naučné literatury (SKAT) a internetový vyhledávač Googl.

6.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný vzorek tvořily všeobecné sestry na odděleních intenzivní péče, tedy oborových jednotkách intenzivní péče (JIP) a anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO). Dotazníky byly rozdány ve Všeobecné fakultní nemocnici (VFN) v Praze na neurologickou JIP, metabolickou JIP, jednotku pooperační intenzivní péče (JPIP) a Klinikou anestezie, resuscitace a intenzivní péče (KARIM).

6.3 Metodika empirického šetření

Metodou pro sběr dat se v rámci výzkumného šetření stal dotazník, který vychází z předem stanovených cílů bakalářské práce. Dotazník je tvořen úvodem a dvěma oddíly. V úvodní části jsou respondenti seznámeni s tématem a účelem dotazníku a zároveň jsou požádáni o vyplnění dotazníku za přesně stanovených pravidel (možnost jedné či více odpovědí v určených otázkách) se zárukou anonymity a využití dotazníku pouze k určenému účelu.

Dotazník obsahuje úvodní tabulku a otázky č. 1 a 2, kde jsme se zaměřili na identifikaci dotazovaného. Zjišťovali jsme tedy pohlaví, věk, pracoviště intenzivní péče,

délku praxe a nejvyšší dosažené vzdělání. Druhý oddíl dotazníku se vztahuje k hlavnímu cíli práce a je tvořen deseti otázkami. Jsou mezi nimi otázky otevřené, polootevřené, uzavřené i otázka škálová.

K prvnímu dílčímu cíli práce, tedy stanovení nejčastějších aktuálních a potencionálních problémů gerontologických pacientů na ARO a JIP, se vztahují otázky č. 7, 8 a 9. Otázka č. 7 zjišťuje využívané hodnotící škály u geriatrických pacientů na ARO a JIP. Ve škálové otázce č. 8 se respondenti měli vyjádřit v rozmezí 1 – 10 k deseti aktuálním a deseti potencionálním ošetrovatelským problémům dle četnosti výskytu na jejich pracovišti. Výstupem následující otázky č. 9 je časový interval, který dotazovaní potřebují pro stanovení ošetrovatelských problémů u geriatrických pacientů.

Druhý dílčí cíl: zjištění náročnosti ošetrovatelské péče o seniora na ARO a JIP má spojitost s otázkami č. 3, 4, 5 a 6. Zastoupení geriatrických pacientů na odděleních intenzivní péče hodnotí otázka č. 3. Otázka č. 4 zjišťuje, zda je péče o seniora v intenzivní péči oproti pacientům ostatních věkových skupin fyzicky, psychicky či fyzicky a psychicky náročná. Výsledkem této otázky může být také odpověď, že péče náročná není. Otázka č. 5 zjišťuje příčinu náročnosti péče o geriatrického pacienta za předpokladu, že dotazovaný zhodnotil péči o seniora na ARO a JIP za náročnou. Otázka č. 6 je zaměřena na zjištění případné odlišnosti přístupu a motivace respondentů vzhledem k věku pacienta.

Doplňující otázka č. 10, která uzavírá dotazník, vybízí respondenty k neomezenému psaní skutečností přínosných pro intenzivní ošetrovatelskou péči o seniora.

6. 4 Průběh empirického šetření

Výzkumné šetření bylo provedeno s ústním i písemným souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve VFN a vrchních sester příslušných oddělení. Realizace výzkumného šetření proběhla v únoru roku 2012. Celkově bylo rozdáno 120 dotazníků (100 %). Vrátilo se 98 dotazníků (81,67 %), z nichž 4 byly vyřazeny pro neúplnost. Konečný vzorek respondentů tedy činí 94 (78,33 %).

Počet rozdaných a vrácených dotazníků

VFN	Dotazníky	
	Rozdané	vrácené
KARIM	40	34
JPIP	20	9
Neurologická JIP	35	33
Metabolická JIP	25	18
celkem	120	94

6.5 Zpracování empirického šetření

Sběr dat byl uskutečněn během jednoho měsíce a následné zpracování probíhalo ručně do četnostních tabulek. Data získaná dotazníkovým šetřením jsou zpracována v tabulkách a grafech. Uváděla jsem je v absolutní četnosti (n_i) a relativní četnosti (f_i). V grafech jsou údaje uváděny v relativní četnosti (f_i). Relativní četnost je zpracována pomocí sloupcových grafů a výsledky jsou zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

- Relativní četnost byla získána matematickou řadou:

$F_i = n_i / N$ f_i – relativní četnost (vyjádřena v %)

n_i – absolutní četnost N – celková četnost, celkem

Škálová otázka s aktuálními a potencionálními ošetrovatelskými problémy byla zpracována pomocí tabulky. V tabulce je ke každému problému uvedena hodnota, získaná součtem hodnot škály (1 – 10), které dle četnosti výskytu na pracovišti uváděli respondenti. Součet byl vydělen počtem respondentů, jejichž dotazníky byly použity pro výzkumné šetření (94 dotazníků).

- Použitá škála: 1 – 10
1 – nejméně se vyskytující ošetřovatelský problém
10 – nejčastější ošetřovatelský problém
jeden ošetřovatelský problém = jedno číslo ze stupnice 1 – 10

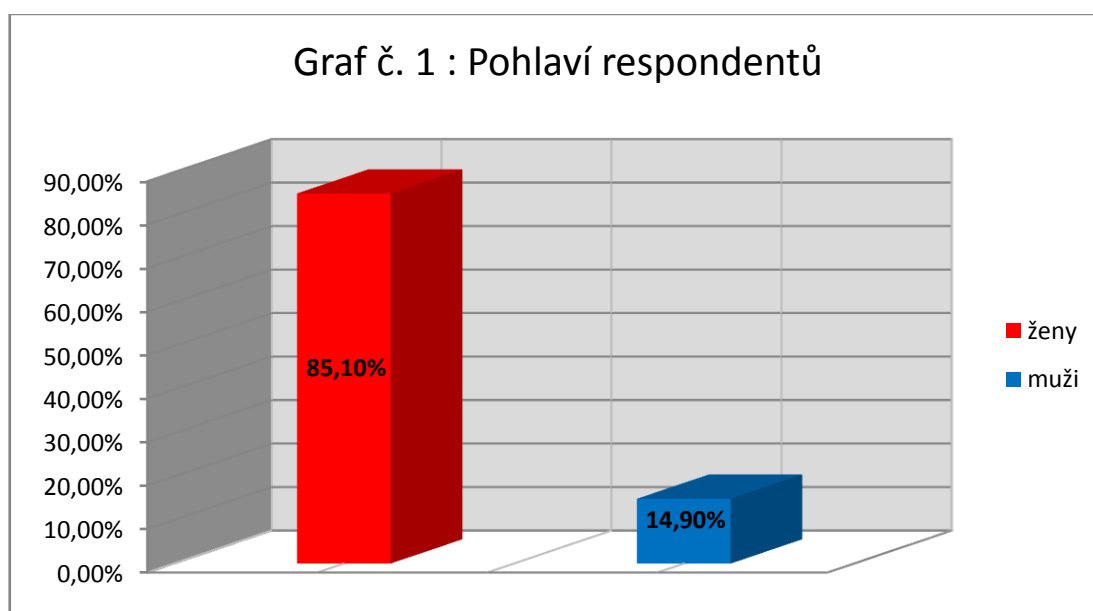
Pro výpočty, tvorbu grafů a tabulek byl použit tabulkový procesor Microsoft Office Excel 2007 a textový editor Microsoft Office Word 2007 operačního systému Windows XP.

7 Vyhodnocení empirického šetření

7.1 Identifikační údaje

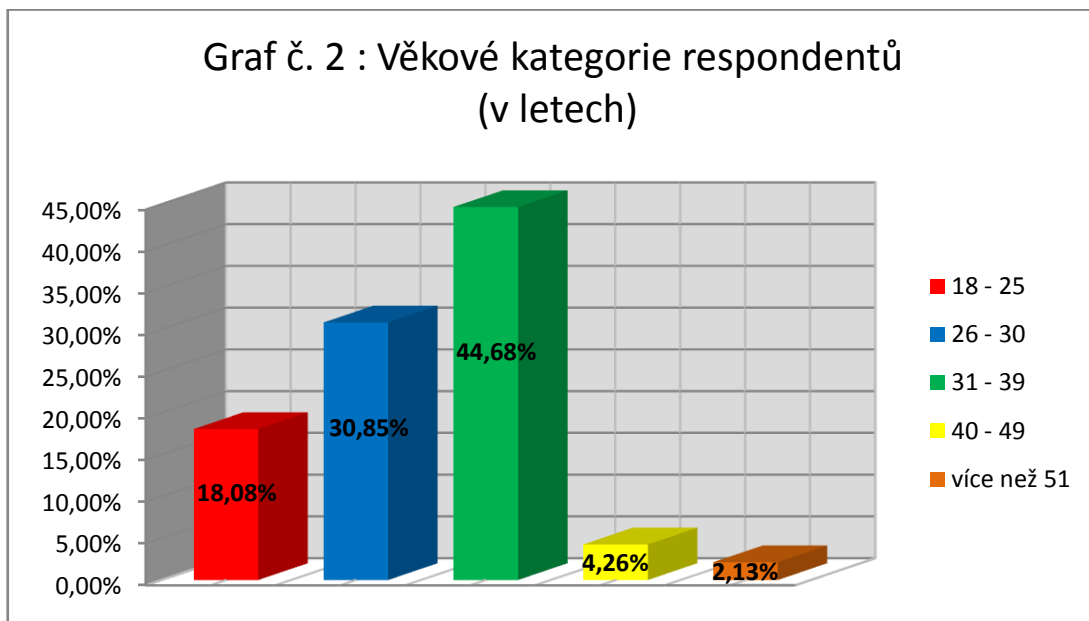
V této kapitole uvádím data zjištěná z úvodní tabulky v dotazníku.

pohlaví	M - Ž
věk	
pracoviště intenzivní péče	ARO - JIP



Mezi celkovým počtem 94 dotazovaných (100 %) provedeného výzkumného šetření jednoznačně převažují ženy v počtu 80 respondentek (85,10 %). Muži jsou reprezentováni počtem 14 (14,90 %).

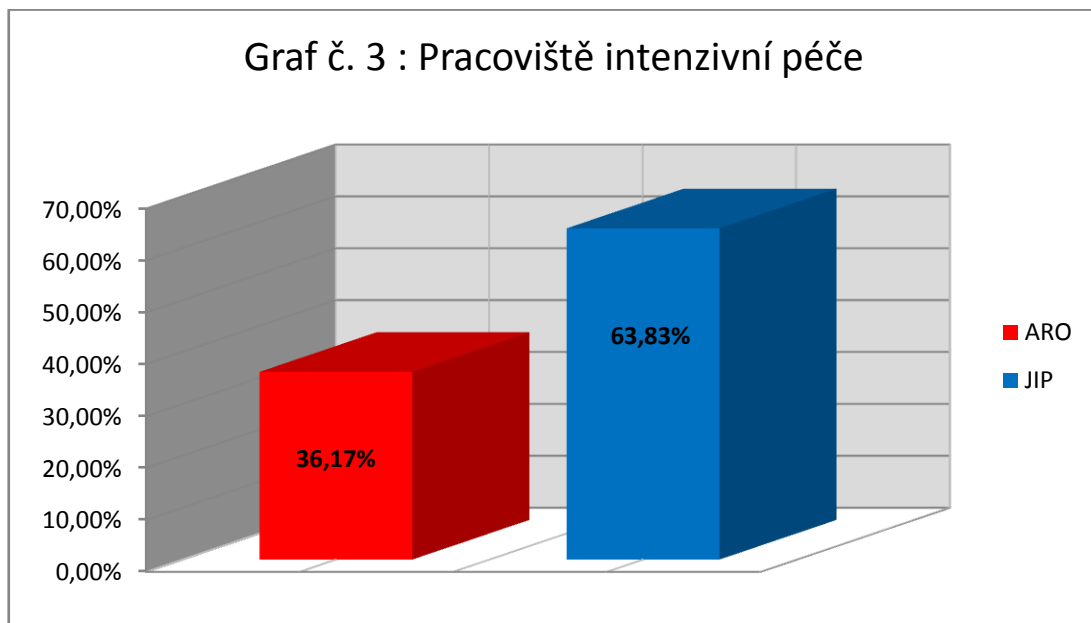
Viz graf č. 1.



Z celkového počtu 94 respondentů (100 %) provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že mezi dotazovanými respondenty byla nejpočetněji zastoupena věková kategorie 31 – 39 let 42 sestrami (44,68 %). Nejméně zastoupená byla kategorie nad 51 let tvořená 2 respondenty (2,13 %). Věková kategorie 26 – 30 let byla zastoupena 29 sestrami (30,85 %), kategorii 18 –25 let reprezentovalo 17 sester (18,08 %) a kategorie 40 – 49 let byla tvořena 4 sestrami (4,26 %).

Nejmladšímu respondentovi bylo 21 let a nejstaršímu 60 let.

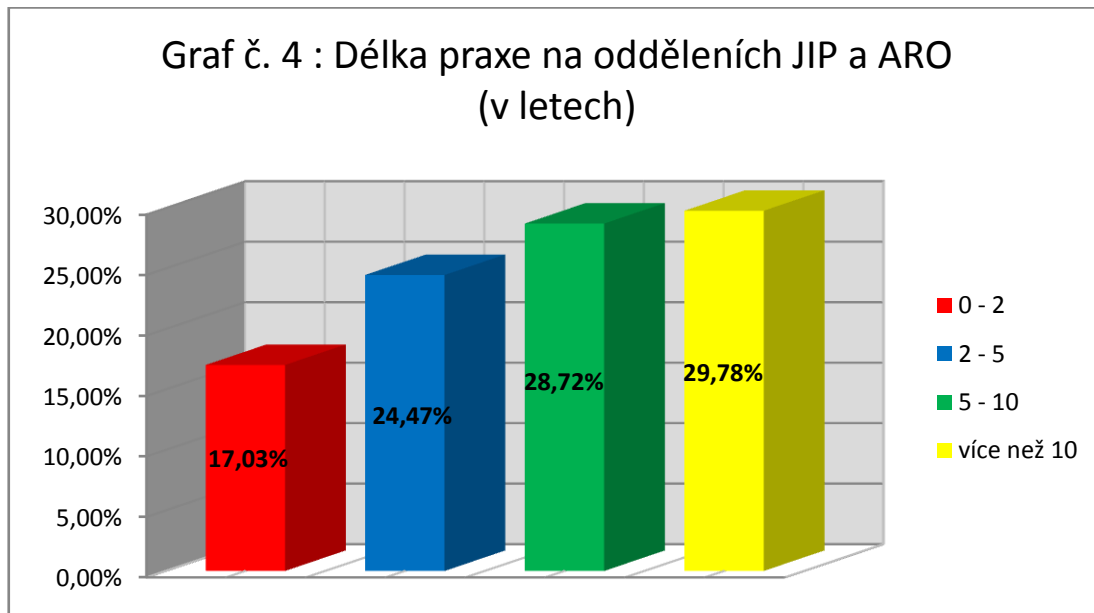
Viz graf č. 2.



Z celkového počtu 94 respondentů (100 %) provedeného výzkumného šetření bylo zjištěno, že 60 respondentů (63,83%) působí na oborových JIP a 34 sester (36,17%) pracuje na ARO.

Viz graf č. 3.

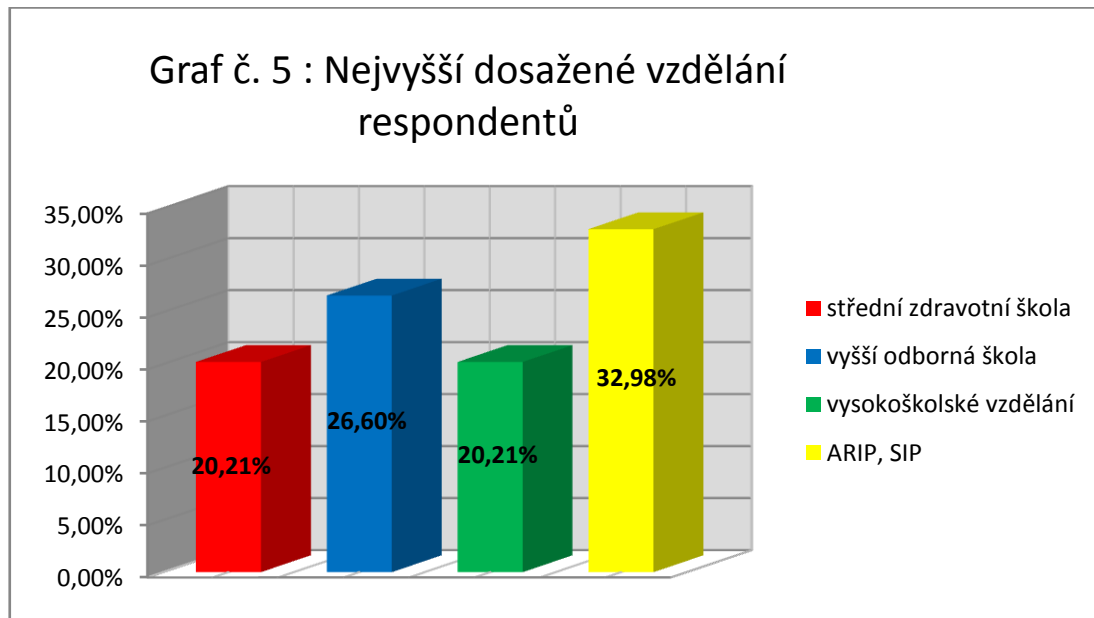
Položka č. 1 Jak dlouhá je praxe respondentů



Z celkového počtu 94 respondentů (100 %) provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že mezi dotazovanými byli zastoupeni nejvíce respondenti s praxí více než 10 let 28 sestrami (29,78 %). Naopak nejméně zastoupenou skupinu tvořili respondenti s délkou praxe 0 – 2 roky počtem 16 sester (17,03 %). Praxi 5 –10 let uvádělo 27 respondentů (28,72 %) a 23 sester (24,47 %) má praxi v délce 2 – 5 let.

Viz graf č. 4.

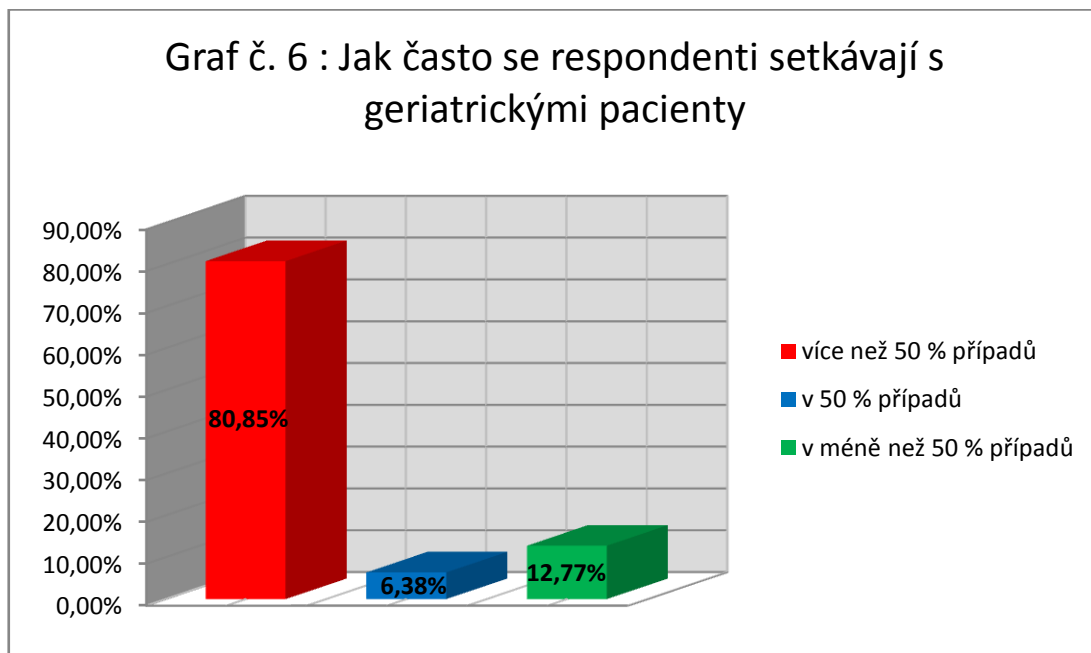
Položka č. 2 Jaké je dosažené vzdělání respondentů



Z celkového počtu 94 respondentů (100 %) provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že nejvyšším dosaženým vzděláním je pro 31 sester (32,98 %) specializační vzdělání (ARIP, SIP), 25 respondentů (26,60 %) uvádí vyšší odbornou školu, 19 sester (20,21 %) uvádí střední zdravotnickou školu a 19 respondentů (20,21 %) absolvovalo vysokou školu.

Viz graf č. 5.

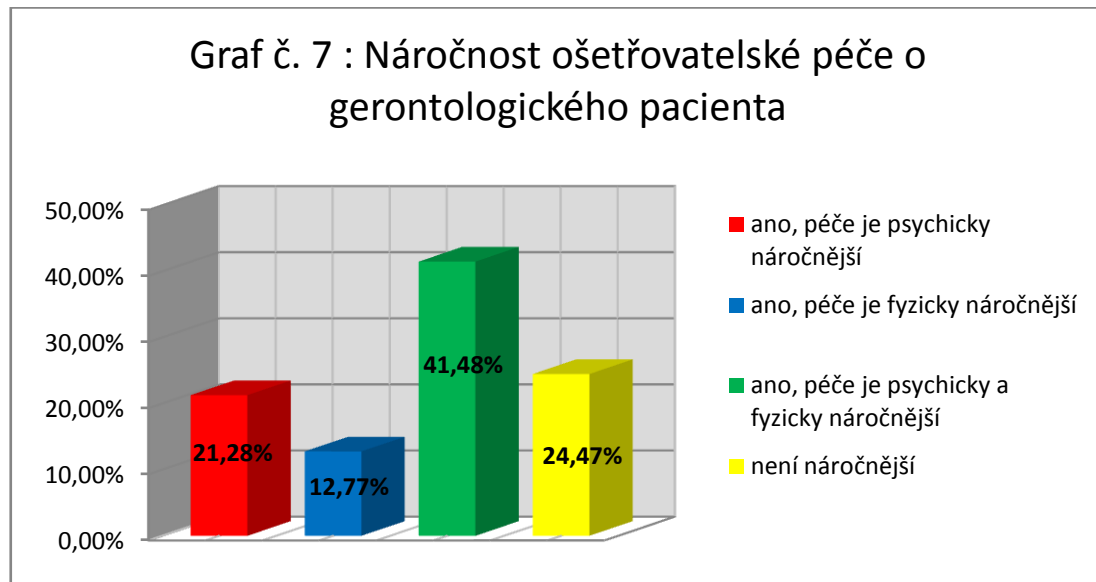
Položka č. 3 Jak často se respondenti setkávají s geriatrickými pacienty



Z celkového počtu 94 respondentů (100 %) provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že převážná část, tedy 76 sester (80,85 %), se při výkonu svého povolání setkává s gerontologickými pacienty ve více než 50 % případů. V méně než 50 % případů se s gerontologickými pacienty setkává 12 sester (12,77 %) a v 50 % případů seniory v rámci své praxe ošetřuje 6 sester (6,38 %).

Viz graf č. 6.

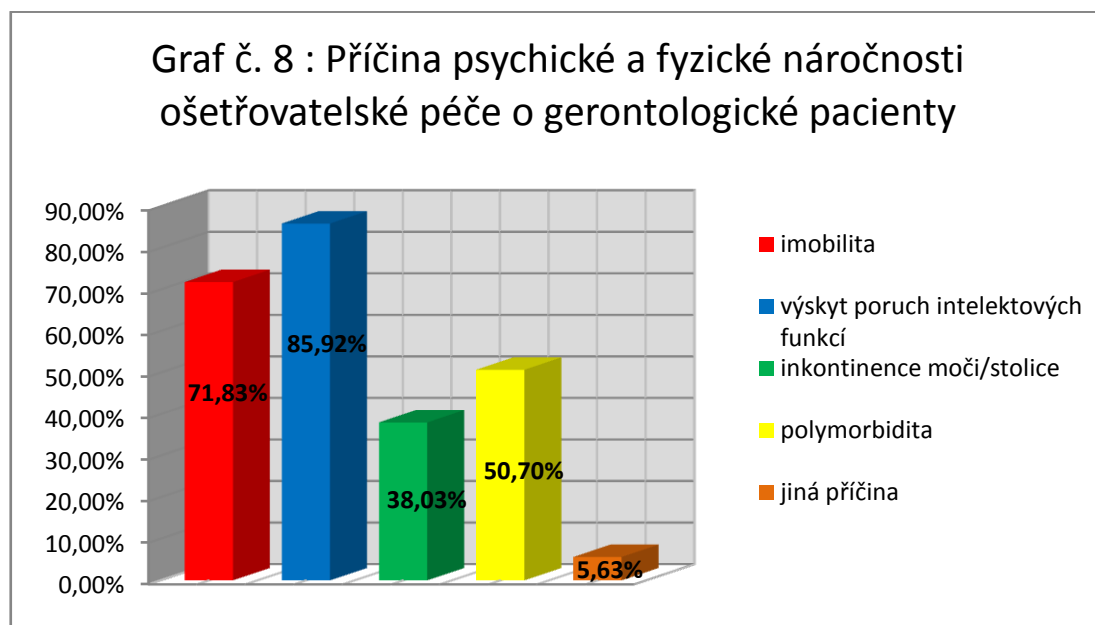
Položka č. 4 Je ošetrovatelská péče o gerontologického pacienta náročná



Z celkového počtu 94 respondentů (100 %) provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta je pro 39 respondentů (41,48 %) psychicky i fyzicky náročnejší. Pro 23 sester (24,47 %) péče náročnejší není. Za psychicky náročnejší péči o seniora označuje 20 sester (21,28 %). Fyzicky náročnejší je ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta pro 12 respondentů (12,77 %).

Viz graf č. 7.

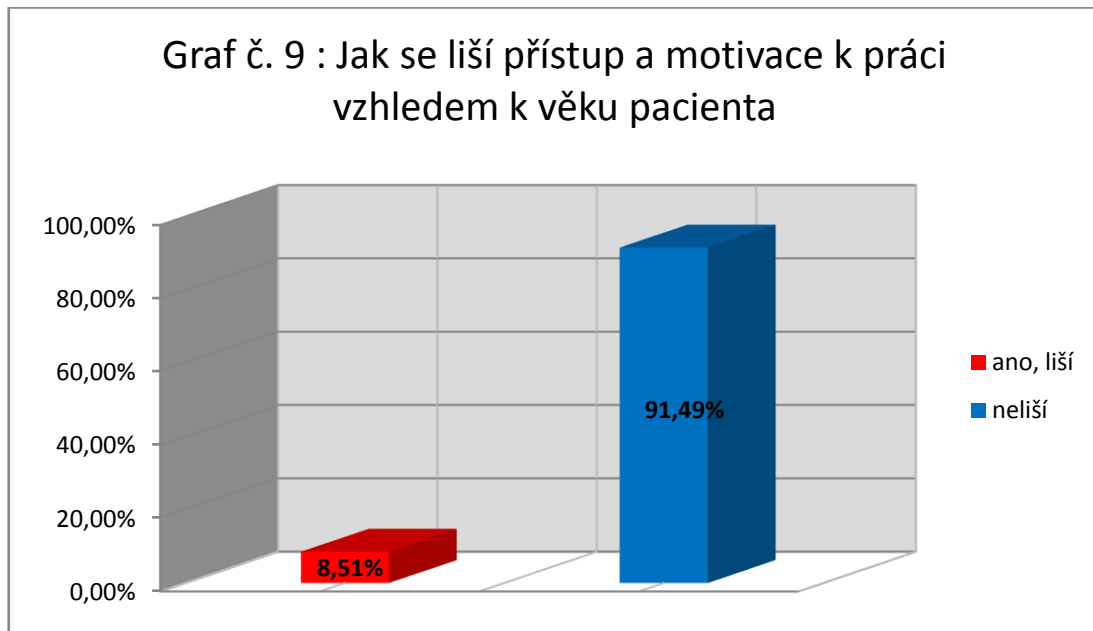
Položka č. 5 Jaká je příčina psychické a fyzické náročnosti ošetrovatelské péče o gerontologické pacienty



Vzhledem k možnosti volby více odpovědí a selekce respondentů pomocí předchozí otázky respondenti v celkovém počtu 71 sester mezi příčiny psychické a fyzické náročnosti řadí v 61 případech (85,92 %) výskyt poruch intelektových funkcí, 51 sester (71,83 %) označuje imobilitu, 36 respondentů (50,70 %) volí polymorbiditu, 27 sester (38,03 %) označuje inkontinenci moči či stolice a 4 respondenti (5,63 %) uvádí za jednu z příčin psychické a fyzické náročnosti péče jinou příčinu.

Viz graf č. 8.

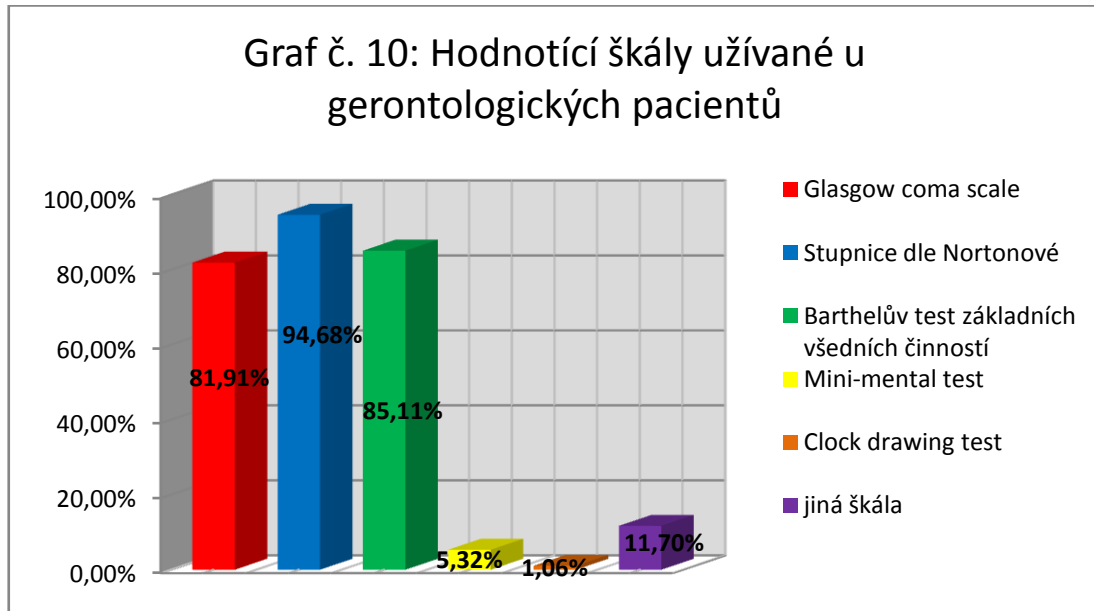
Položka č. 6 Jak se liší přístup a motivace k práci vzhledem k věku pacienta



Z celkového počtu 94 respondentů (100 %) provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že přístup a motivace k práci vzhledem k věku pacienta se neliší. Tento fakt potvrdilo 86 respondentů (91,49 %). Odlišnost v přístupu a motivaci vzhledem k věku pacienta potvrdilo 8 sester (8,51 %)

Viz graf č. 9.

Položka č. 7 Jaké hodnotící škály se používají u gerontologických pacientů



Vzhledem k možnosti volby více odpovědí respondenti v celkovém počtu 94 sester jako nejčastěji užívané hodnotící škály u gerontologických pacientů na odděleních JIP a ARO označovali Stupnici dle Nortonové v 89 případech (94,68 %), Glasgow comascale v 77 případech (81,91 %) a Barthelův test základních všedních činností v 80 případech (85,11 %). Jako méně často užívané hodnotící škály se ukázaly mini-mental test volený 5 sestrami (5,32 %), Clockdrawing test označovaný 1 respondentem (1,06 %) a jiné škály uváděné 11 sestrami (11,70 %)

Viz graf č. 10.

Položka č. 8 Aktuální a potencionální problémy gerontologických pacientů na odděleních JIP a ARO

Tabulka č. 1: Aktuální ošetřovatelské problémy	četnost výskytu (1 až 10)		
	JIP	ARO	CELKEM
Bolest (akutní/chronická)	7,77	6,74	7,26
Deficit sebeděče	8,03	7,75	7,89
Porucha kognitivních funkcí	6,18	6,56	6,37
Porucha spánku	7,47	6,41	6,94
Úzkost, strach	5,97	6,41	6,19
Porucha výživy/polykání	6,68	6,56	6,62
Porucha vyprazdňování moči/stolice	7,48	7,79	7,64
Porucha kožní integrity	6,65	8,00	7,33
Vznik imobilizačního syndromu	5,17	7,38	6,28

Nejčastějším aktuálním ošetřovatelským problémem geriatrických pacientů vzhledem k četnosti výskytu ve škále 1 - 10 je deficit sebeděče s hodnotou 7, 89. Na JIP došlo ke stejnému výsledku s hodnotou 8,03; na ARO se však stala nejčastějším problémem porucha kožní integrity s hodnotou 8,00.

Nejméně častým aktuálním ošetřovatelským problémem geriatrických pacientů vzhledem k četnosti výskytu ve škále 1 – 10 na ARO a JIP je úzkost a strach s hodnotou 6,19. Na ARO je to ve shodném zastoupení také porucha spánku s hodnotou 6,41. Na JIP je za nejméně vyskytovaný problém považován vznik imobilizačního syndromu s hodnotou 5,17.

Viz tabulka č. 1 Aktuální ošetřovatelské problémy.

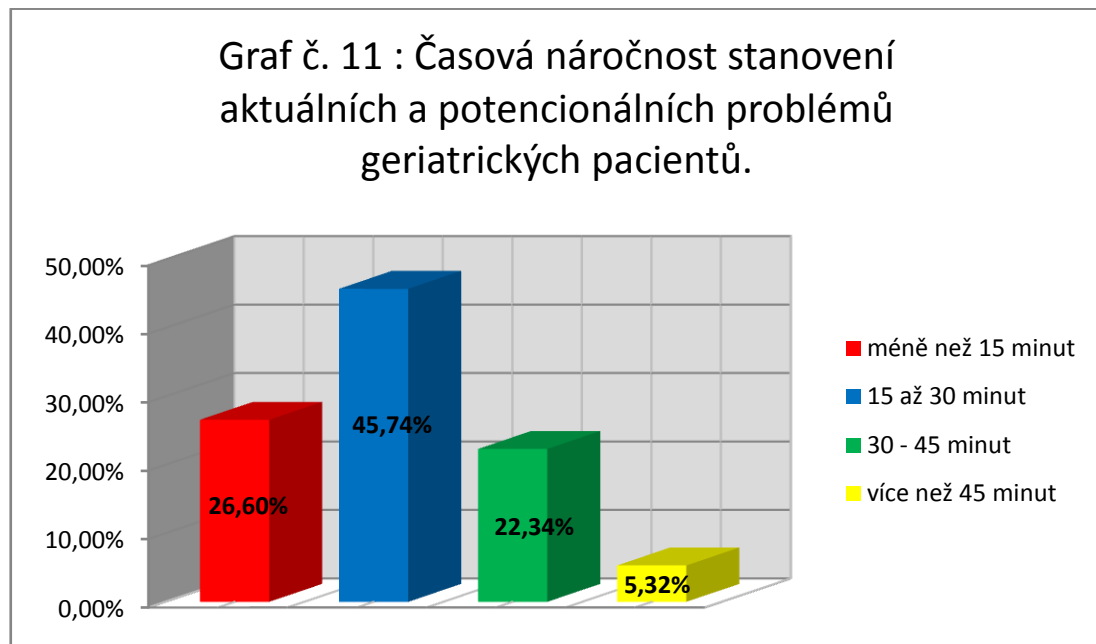
Tabulka č. 2: Potencionální ošetrovatelské problémy	četnost výskytu (1 až 10)		
	JIP	ARO	CELKEM
Riziko vzniku infekce	8,02	8,24	8,13
Riziko poruchy kožní integrity	6,8	7,53	7,17
Riziko pádu	7,2	6,29	6,75
Riziko sociální izolace	5,32	5,44	5,38
Riziko vzniku hospitalismu	4,98	5,88	5,43
Riziko nedostatečné informovanosti	4,85	5,18	5,02
Riziko zácpy	6,55	5,29	5,92
Riziko úbytku tělesné hmotnosti	5,25	4,91	5,08
Riziko ztráty tělesné hybnosti	6,13	6,21	6,17

Nejčastějším potencionálním rizikem vzhledem k četnosti výskytu ve škále 1 - 10 je na odděleních ARO, JIP i v celkovém pojetí riziko infekce s hodnotami 8,24; 8,02 a 8,13.

Nejméně stanovovaným potencionálním ošetrovatelským problémem vzhledem k četnosti výskytu ve škále 1 - 10 v celkovém hodnocení i na JIP je riziko nedostatečné informovanosti s hodnotami 5,02 a 4,85. Na ARO sestry jako nejméně častý potencionální ošetrovatelský problém u geriatrických pacientů volí riziko úbytku tělesné hmotnosti s hodnotou 4,91.

Viz tabulka č. 2 Potencionální ošetrovatelské problémy.

Položka č. 9 Jaká je časová náročnost stanovení aktuálních a potencionálních problémů u geriatrických pacientů



Z celkového počtu 94 respondentů (100 %) provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že 43 respondentů (45,74 %) potřebuje na stanovení ošetrovatelských problémů geriatrických pacientů 15 až 30 minut, 25 sester (26,60 %) zvládne problémy těchto pacientů vyhodnotit do 15 minut. Do 30 až 45 minut vyhodnotí problémy pacienta 21 respondentů (22,34 %), více jak 45 minut na vyhodnocení potřebuje 5 sester (5,32 %).

Viz graf č. 11.

Diskuse

Péče o geriatrické pacienty tvoří specifickou kapitolu ošetrovatelství a lze ji zároveň zohlednit v jednotlivých medicínských oborech. Jedním z oborů je také intenzivní péče poskytovaná na oborových jednotkách intenzivní péče a na anesteziologicko-resuscitačních odděleních. Do popředí se dostává zastoupení seniorů mezi pacienty, potřeby a problémy geriatrických pacientů vyhodnocované v rámci ošetrovatelského procesu sestrou. Prostřednictvím bakalářské práce jsem se pokusila nalézt jistá specifika pro intenzivní ošetrovatelskou péči o seniory. Zajímalo mě, zda je péče o geriatrického pacienta náročnější než péče o pacienty ostatních věkových skupin či nikoliv a jaká je příčina psychické a fyzické náročnosti. Přínosnou skutečností pro možná preventivní opatření a péči se jistě stane zjištění nejčastějších a nejméně častých aktuálních a potencionálních ošetrovatelských problémů seniorů. Časový interval nutný ke stanovení problémů pacienta může být podnětem pro manažerské pracovníky k usnadnění této činnosti pomocí dostatečné personální obsazenosti i administrativních kroků. Případné ovlivnění motivace a přístupu věkem pacienta je zásadním prvkem celkového přístupu sestry k seniorovi.

V rámci bakalářské práce bylo realizováno kvantitativní výzkumné šetření pomocí dotazníku, který byl určený všeobecným sestrám na odděleních ARO a JIP. Celkově bylo rozdáno 120 dotazníků, z nichž se vrátilo 94 použitelných dotazníků (100 %) pro výzkumné šetření. Spolupráce s manažerskými pracovníky VFN byla dobrá, stejně jako spolupráce s respondenty. Návratnost dotazníků byla nad mé očekávání uspokojivá.

Úvodní tabulka a první dvě otázky se soustředily na identifikaci respondentů. Zjišťovali jsme pohlaví, věk, pracoviště intenzivní péče, délku praxe a nejvyšší dosažené vzdělání.

Mezi celkovým počtem 94 dotazovaných provedeného výzkumného šetření jednoznačně převažují ženy v počtu 80 respondentek (85,10 %). Muži jsou reprezentováni počtem 14 (14,90 %). Tento údaj je pro mě očekávaný, protože ošetrovatelské povolání vykonávají zejména ženy (viz graf č. 1).

Nejpočetněji zastoupená byla věková kategorie 31 – 39 let 42 sestrami (44,68 %) a naopak nejméně zastoupenou se stala kategorie nad 51 let tvořená 2 respondenty (2,13 %). Věková kategorie 26 – 30 let byla zastoupena 29 sestrami (30,85 %), kategorii 18 –25 let reprezentovalo 17 sester (18,08 %) a kategorie 40 – 49 let byla tvořena 4 sestrami (4,26 %) (viz graf č. 2). Nejmladšímu respondentovi bylo 21 let a nejstaršímu 60 let. Tento fakt dokládá výskyt sester mladšího produktivního věku. Pro starší sestry vzhledem k věku je péče o seniory na odděleních intenzivní péče zřejmě náročnější a volí jiné oddělení. Fluktuace sester vzhledem k jejich věku je zřejmě umocněna závažně nemocnými pacienty, o které pečují. Schuler a Oster (2010) uvádějí, že geriatřičtí pacienti navíc disponují vyšším věkem, morbiditou a funkčními omezeními. Z výzkumného šetření provedeného v bakalářské práci Lucie Kurfürstové (2011) na téma „Kompetence sester na anesteziologicko-resuscitačních odděleních a jednotkách intenzivní péče“ bylo zjištěno, že na ARO a JIP pracuje ve věku 23 - 40 let celkem 83,68 % sester. Toto zjištění se shoduje s výsledky, které vyplynuly z mého výzkumného šetření. Je patrné, že práci na odděleních intenzivní péče zastávají sestry v mladším a středním věku, což lze přisuzovat vysokým nárokům na odbornost, psychickou a fyzickou odolnost.

Z celkového počtu 94 respondentů bylo zjištěno, že 60 respondentů (63,83%) působí na oborových JIP a 34 sester (36,17%) pracuje na ARO (viz graf č. 3).

Délka praxe sester na odděleních intenzivní péče je zastoupena poměrně rovnoměrně. Nejvíce byli zastoupeni respondenti s praxí více než 10 let 28 sestrami (29,78 %). Naopak nejméně zastoupenou skupinu tvořili respondenti s délkou praxe 0 – 2 roky počtem 16 sester (17,03 %). Praxi 5 –10 let uvádělo 27 respondentů (28,72 %) a 23 sester (24,47 %) má praxi v délce 2 – 5 let (viz graf č. 4).

Výzkumné šetření doložilo, že nejvyšším dosaženým vzděláním pro 19 sester (20,21 %) je střední zdravotnická škola. Zbytek sester dosáhlo některého z vyšších typů vzdělání. Nejvyšším dosaženým vzděláním je pro 31 sester (32,98 %) specializační vzdělání (ARIP, SIP), 25 respondentů (26,60 %) uvádí vyšší odbornou školu

a 19 respondentů (20,21 %) absolvovalo vysokou školu (viz graf č. 5). Toto zjištění potvrzuje současný trend zvyšování vzdělanosti nelékařů. Dosažené vzdělání a celoživotní vzdělávání je zásadní pro poskytování kvalitní, bezpečné péče pacientovi.

Převážná část, tedy 76 sester (80,85 %), se při výkonu svého povolání setkává s gerontologickými pacienty ve více než 50 % případů. V méně než 50 % případů se s gerontologickými pacienty setkává 12 sester (12,77 %) a v 50 % případů seniory v rámci své praxe ošetřuje pouze 6 sester (6,38 %) (viz graf č. 6). Matějovská Kubešová (2009) potvrzuje, že v souvislosti s prodlužující se délkou lidského života je nutné, aby byla akceptována skutečnost, že emergentní situace či choroby a stavy vyžadující intenzivní péči se reálně týkají také seniorů. Kalvach a kolektiv (2004) poukazuje na situace vyžadující hospitalizaci geriatrických pacientů. Mezi nejčastější příčiny vedoucí k nutnosti hospitalizace seniora na odděleních intenzivní a resuscitační péče patří celkové zhoršení chronických či závažných přidružených chorob, komplikovaný pooperační průběh, stav po neodkladné resuscitaci v terénu, úraz apod.

Pro pouhých 12,7 % sester péče o geriatrické pacienty na odděleních ARO, JIP není náročná oproti péči o klienty ostatních věkových skupin. Zbývající respondenti uvádějí různé typy náročnosti péče. Z celkového počtu 94 respondentů provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta je pro 39 respondentů (41,48 %) psychicky i fyzicky náročnější. Za psychicky náročnější péči o seniora označuje 20 sester (21,28 %). Fyzicky náročnější je ošetrovatelská péče o seniory pro 12 respondentů (12,77 %) (viz graf č. 7).

Za příčinu náročnosti péče o seniory respondenti pokládají zejména poruchy intelektových funkcí v 61 případech (85,92 %) a imobilitu v 51 případech (71,83 %). Jako méně časté příčiny se ukázala polymorbidita, kterou zvolilo 36 respondentů (50,70 %) a inkontinence moči a stolice označovaná 27 sestrami (38,03 %). Pouze 4 respondenti (5,63 %) v provedeném výzkumném šetření uvádí jinou příčinu náročnosti péče o seniora v intenzivní péči. Takovou příčinou je dle sester například agresivita, zhoršená adaptabilita či zanedbaný stav pohybového aparátu seniorů z domácího prostředí (viz graf č. 8). Topinková (2005) uvádí, že senioři jsou oproti ostatním věkovým

skupinám zatížení vyšší celkovou morbiditou, zejména vysokým výskytem chronických a degenerativních nemocí, ale také zvýšenou incidencí akutních zhoršení a dekompenzací celkového stavu. Nárůst potíží je plynule propojen s přibývajícím věkem. Vzhledem k mé praxi na neurologické JIP mohu s výsledky výzkumného šetření i autorkou Topinkovou jediné souhlasit. Péče o seniory na našem oddělení pro mě vždy byla fyzicky i psychicky náročnější. Toto se potvrdilo také v bakalářské práci Jitky Vlkové (2007) na téma „Psychické a fyzické zátěže sester pracujících s geriatrickými pacienty“. Autorka prováděla výzkumné šetření u 102 sester pracujících na oddělení následné péče, sester v charitě, domácí péči a domovech důchodců. Výstupem práce byl fakt, že většina sester považuje svou práci za psychicky i fyzicky náročnou a více než třetina sester z oddělení následné péče práci hodnotí jako velmi náročnou. Respondentky shodně udávají, že největší fyzickou zátěž přináší péče o imobilního pacienta, což se jako jedna z nejčastějších příčin náročnosti péče potvrdilo i u geriatrických pacientů na ARO a JIP.

Výzkumné šetření ukázalo, že přístup a motivace k práci vzhledem k věku pacienta se neliší. Tento fakt potvrdilo 86 respondentů (91,49 %). Odlišnost v přístupu a motivaci vzhledem k věku pacienta potvrdilo jen 8 sester (8,51 %), které tento demotivační názor obhajují zejména špatnými vyhlídkami na budoucí život geriatrického pacienta (viz graf č. 9). Domnívám se, že přístup ke každému pacientovi je individuální a celistvý ve smyslu jeho tělesných, duševních, sociálních a spirituálních potřeb. Proto souhlasím s většinou respondentů, kteří odlišnost a motivaci k péči o pacienty neposuzují podle věku. Jediným kritériem k odlišnosti je dle mého názoru individualita každého jedince a motivací v péči o pacienta by vždy měla být snaha dosáhnout prostřednictvím ošetrovatelského procesu stanoveného cíle. Trachtová a kolektiv (2008) zdůrazňují, že všichni lidé mají společné potřeby, které jsou však uspokojovány nejrůznějšími způsoby života, z nichž si ani dva lidé nejsou ve svých projevech a problémech podobní. Šamánková a kolektiv (2011) zároveň s přihlédnutím k intenzivnímu ošetrovatelství, kterým se v této práci zabývám, přiznávají, že potřeby a ošetrovatelská péče u pacientů hospitalizovaných na odděleních ARO a JIP nejsou výrazně rozdílné. Obecně intenzivní

ošetřovatelská péče je specifická tím, že řada pacientů má ovlivněnou či změněnou úroveň vědomí a tím také pocit nutnosti naplnit určité potřeby.

Vzhledem k možnosti volby více odpovědí respondenti v celkovém počtu 94 sester jako nejčastěji užívané hodnotící škály u gerontologických pacientů na odděleních JIP a ARO označovali Stupnici dle Nortonové v 89 případech (94,68 %), Glasgow coma scale v 77 případech (81,91 %) a Barthelův test základních všedních činností v 80 případech (85,11 %). Jako méně často užívané hodnotící škály se ukázaly mini-mental test volený 5 sestrami (5,32 %), Clock drawing test označovaný 1 respondentem (1,06 %) a jiné škály uváděné 11 sestrami (11,70 %). Z jiných hodnotících škál respondenti v praxi nejčastěji využívají hodnocení rizika pádu a nutriční screening (viz graf č. 10). Kalvach a kolektiv (2004, 2008) označují za obecně využívané hodnotící škály ověřující narušení kognitivních funkcí u seniorů Mini Mental State Examination (MMSE), test kreslení hodin (clock drawing test) a Clinikal Dementia Rating (CDR). Pro hodnocení aktivit každodenního, všedního života seniorů je aplikován test označovaný zkratkou ADL (Activities of daily living). Jednoduchým zlatým standardem zůstává šestipoložkový Katzův index ADL. Alternativou je v praxi často využívaný Barthelův index.

Nejčastějším aktuálním ošetřovatelským problémem geriatrických pacientů vzhledem k četnosti výskytu ve škále 1 – 10 je deficit sebepečce s hodnotou 7, 89. Na JIP došlo ke stejnému výsledku s hodnotou 8,03, na ARO se však stala nejčastějším problémem porucha kožní integrity s hodnotou 8,00. Nejméně častým aktuálním ošetřovatelským problémem geriatrických pacientů vzhledem k četnosti výskytu ve škále 1 – 10 na ARO a JIP je úzkost a strach s hodnotou 6,19. Na ARO je to ve shodném zastoupení také porucha spánku s hodnotou 6,41. Na JIP je za nejméně vyskytovaný problém považován vznik imobilizačního syndromu s hodnotou 5,17 (viz tabulka č. 1). Nejčastějším potenciačním rizikem vzhledem k četnosti výskytu ve škále 1 – 10 je na odděleních ARO, JIP i v celkovém pojetí riziko infekce s hodnotami 8,24; 8,02 a 8,13. Nejméně stanovovaným potenciačním ošetřovatelským problémem vzhledem k četnosti výskytu ve škále 1 – 10 v celkovém hodnocení

i na JIP je riziko nedostatečné informovanosti s hodnotami 5,02 a 4,85. Na ARO sestry jako nejméně častý potenciální ošetrovatelský problém u geriatrických pacientů volí riziko úbytku tělesné hmotnosti s hodnotou 4,91 (viz tabulka č. 2). Jarošová (2006) upozorňuje na charakteristické specifické změny ve stáří, které se kumulují v čase. Tyto změny zvyšují vnímavost ke vzniku onemocnění, výrazně ovlivňují soběstačnost a kvalitu života a současně patří mezi základní ošetrovatelské problémy seniorů. Ošetrovatelské problémy geriatrického pacienta ve své podstatě představují geriatrické symptomy a syndromy, které jsou obvykle odrazem určité patologické situace v organismu. V celkovém pohledu a z hlediska jednotlivých oddělení intenzivní péče se staly hlavními aktuálními ošetrovatelskými problémy deficit sebedpěče a porucha kožní integrity. Nejčastějším potenciálním problémem je riziko infekce. Ze svých zkušeností vím, že pacient na oddělení intenzivní péče je velmi často z důvodu celkového těžkého stavu imobilizován a odkázán na plnou pomoc v základních denních činnostech. Porucha kožní integrity mnohdy souvisí s imobilizací pacienta a také zhoršenou úrovní metabolismu a výživy. Výzkumné šetření prokázalo přímou souvislost mezi nejčastějším aktuálním problémem, tedy poruchou integrity kůže a nejčastějším potenciálním problémem geriatrických pacientů, rizikem vzniku infekce. Výstupem výzkumného šetření se stal také fakt, že úzkost, strach, porucha spánku a imobilizační syndrom patří mezi nejméně časté aktuální ošetrovatelské problémy. Málo vyskytovanými potenciálními problémy se stala nedostatečná informovanost a riziko úbytku tělesné hmotnosti. Kromě imobilizačního syndromu bych zjištěné potenciální problémy také hodnotila jako méně časté vzhledem k celkovému stavu a úrovni intenzivní ošetrovatelské péče poskytované geriatrickému pacientovi na ARO a JIP.

Z provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že 43 respondentů (45,74 %) potřebuje na stanovení ošetrovatelských problémů geriatrických pacientů 15 až 30 minut, 25 sester (26,60 %) zvládne problémy těchto pacientů vyhodnotit do 15 minut. Do 30 až 45 minut vyhodnotí problémy pacienta 21 respondentů (22,34 %), více než 45 minut na vyhodnocení potřebuje 5 sester (5,32 %) (viz graf č. 11). Časový interval potřebný k vyhodnocení problémů geriatrického pacienta na odděleních intenzivní péče je pouze u ¼ sester do 15 minut. Ostatní respondenti potřebují více času. Vyhodnocení

aktuálních a potencionálních problémů geriatrického pacienta v intenzivní péči je dle mého názoru mnohdy časově náročným úkolem, který zahrnuje zhoršenou spolupráci s klientem, zprostředkování informací od rodiny seniora a potřebnou administrativu.

Poslední otázka v dotazníku výzkumného šetření umožnila respondentům vyjádření k dané problematice. Sestry měly možnost sdělit skutečnosti, které by jim pomohly v intenzivní ošetrovatelské péči o geriatrické pacienty. Respondenti mají málo času na vyhodnocení a individuální řešení ošetrovatelských problémů geriatrických pacientů. Potýkají se s nedostatečným personálním obsazením na odděleních intenzivní péče a s nedostatkem pomůcek. Sestrám by zároveň pomohla větší spoluúčast rodiny na péči o pacienta, intenzivnější péče fyzioterapeutů a ergoterapeutů a více možností následné péče pro seniory.

Doporučení pro praxi

Domnívám se, že bakalářská práce na téma: „Ošetrovatelská péče o seniora na oddělení ARO, JIP“ ozřejmila problematiku intenzivní geriatrické péče. Přesto, že stanovené výzkumné otázky nebyly potvrzeny, podařilo se nám získat díky teoretické i empirické části práce řadu poznatků. Vytyčení nejčastějších a nejméně častých aktuálních a potencionálních problémů geriatrických pacientů na ARO a JIP poslouží pro možná preventivní opatření a specifikaci péče v praxi. Přínosnou skutečností pro manažerské pracovníky je jistě i zjištění dlouhého časového intervalu potřebného ke stanovení problémů pacienta. Administrativní zjednodušení a dostatečné personální obsazení pracovišť je dle mého názoru prvním krokem k řešení nedostatků. Celoživotní vzdělávání, zejména pak v dané konkrétní problematice, dotváří sestrám prestiž a pacientům dává jistotu poskytnutí kvalitní péče.

Výsledky výzkumného šetření budou v případě zájmu poskytnuty Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a mohou tak sloužit k zlepšení a specifikaci intenzivní ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty.

Závěr

V teoretické části bakalářské práce jsem se nejprve zabývala obecným vymezením náplně a činnosti na odděleních anesteziologie a resuscitace a na oborových jednotkách intenzivní péče. Další kapitoly byly zaměřeny na geriatrického pacienta v intenzivní ošetrovatelské péči. Pro danou problematiku bylo stěžejní rozdělení seniorského věku a vytyčení stáří, stárnutí a chorob v tomto životním období. Další části práce se týkaly komplexního geriatrického hodnocení a stanovení geriatrických syndromů. Závěr teoretické části bakalářské práce byl věnován stanovení specifických potřeb a ošetrovatelských problémů geriatrického pacienta dle modelu M. Gordonové.

Metodou pro sběr dat se v rámci kvantitativního výzkumného šetření stal dotazník, který vychází z předem stanovených cílů bakalářské práce. Výzkumný vzorek tvořily všeobecné sestry na odděleních intenzivní péče, tedy oborových jednotkách intenzivní péče (JIP) a anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO). Z celkového počtu 120 rozdaných dotazníků (100 %) se vrátilo 94 dotazníků (78,33 %), které bylo možné využít k výzkumnému šetření dané problematiky. Spolupráce s manažerskými pracovníky i samotnými respondenty ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, kde výzkumné šetření proběhlo, byla uspokojivá.

Hlavním cílem práce bylo zmapovat problematiku poskytování ošetrovatelské péče seniorům na ARO a JIP. Prvním dílčím cílem se stalo stanovení nejčastějších aktuálních a potencionálních problémů gerontologických pacientů na ARO a JIP. Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejčastějším aktuálním ošetrovatelským problémem geriatrických pacientů na ARO a JIP je deficit sebepéče. Nejčastějším potencionálním problémem je dle respondentů riziko infekce. Cíl č. 1 byl splněn.

Druhý dílčí cíl stanovil zjištění náročnosti ošetrovatelské péče o seniora na ARO a JIP. Pro většinu respondentů je péče o geriatrické pacienty na odděleních ARO a JIP fyzicky, psychicky či fyzicky a psychicky náročná ve srovnání s péčí o klienty ostatních věkových skupin. Cíl č. 2 byl splněn.

Seznam použitých zdrojů

1. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 110. ISBN 80-7368-110-2
2. KALVACH, Z. a kol. *Geriatry a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. s. 864. ISBN 80-247-0548-6
3. KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 336. ISBN 978-80-247-2490-4
4. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. s. 352. ISBN 978-80-247-1830-9
5. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 208. ISBN 978-80-247-2169-9
6. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H. a kol. *Akutní stavy v geriatry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 233. ISBN 978-80-7262-620-5
7. MLČOCHOVÁ, R. Geriatryzace ošetrovatelství a medicíny – realita, nebo fikce? *Sestra-*, 2009-, roč. 19, č. 1, s. 42. ISSN 1210-0404
8. SCHULER, M., OSTER, P. *Geriatry od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 336. ISBN 978-80-247-3013-4
9. STAŇKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrování nemocných*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. s. 145. ISBN 80-246-0845-6
10. ŠAFRÁNKOVÁ, A. NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. s. 212. ISBN 80-247-1777-8
11. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. s. 136 ISBN 978-80-247-3223-7
12. ŠEVČÍK, P. et al. *Intenzivní medicína*. 2. vyd. Praha: Galén, 2003. s. 422. ISBN 80-7262-203-X
13. TOPINKOVÁ, E. *Geriatry pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. s. 270. ISBN 80-7262-365-6

14. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. s. 185. ISBN 80-7013-324-4
15. VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. s. 233. ISBN 978-80-210-4627-6
16. ZAHRADNICKÁ, I. Ucelená rehabilitace v geriatрии. *Sestra-*, 2004-, roč. XIV, č. 11, s. 26. ISSN 1210-0404

Elektronické zdroje:

17. ADAMSKI, P. a kol. *Goodpractices in preventingpatientfalls: a collectionofcasestudies*. [online]. 2007 [cit. 2012-01-30].
Dostupné z
<http://books.google.com/books?id=AZvf8wQ1IzEC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>.
18. DUBSKÁ, Soňa. *Problematika ageismu z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků psychiatrických oddělení: diplomová práce*. Brno: Masarykova univerzita, Katedra ošetrovatelství, 2010, 115 l., 2příl. Vedoucí diplomové práce PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D. [online]. [cit. 2012-01-30].
Dostupné z <http://is.muni.cz/th/59798/lf_m/Ageismus.pdf>.
19. FIGAS, E. *TheAgingClient and Long-Term Care*. [online]. 2008 [cit. 2012-01-30].
Dostupné z
<<http://books.google.com/books?id=OQhQaaXXkKsC&printsec=frontcover&hl=cs#v=onepage&q&f=false>>.
20. HOLÁ, Michaela. *Stáří jako fenomén znevýhodnění a potlačení lidských práv a potřeb u žen: diplomová práce*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2010, 86 l., 7 příl. Vedoucí diplomové

práce Prof. Dr. Josef Dolista, Th. D., Ph.D. [online]. [cit. 2011-09-05].

Dostupné z

<http://theses.cz/id/5dr8f0/St_jako_fenomn_znevhodnn_a_potlaen_lidskch_prv_a_poteb_u_.pdf>.

21. KALVACH, Z., HOLMEROVÁ, I. *Geriatrická křehkost - významný klinický fenomén*. [online]. 2008 [cit. 2011-10-23].

Dostupné z <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/02/05.pdf>>.

22. KURFÜRSTOVÁ, L. *Kompetence sesternaanesteziologicko resuscitačním oddělení a jednotkách intenzivní péče : bakalářská práce*. Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2011, 81 l., 4 příl. [online]. [cit. 2012-10-20].

Dostupné z <http://is.muni.cz/th/101133/lf_b/JITKA-uprava5a.pdf>.

23. VEBEROVÁ, Nikola. *Kvantifikace základní a speciální ošetrovatelské péče na ARO : bakalářská práce*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2011, 73 l., 4 příl. [online]. [cit. 2012-01-21].

Dostupné z

<http://theses.cz/id/ked5f1/Kvantifikace_zkladn_a_speciln_oetovatelsk_pe_na_ARO.pdf>.

24. VLKOVÁ, J. *Psychické a fyzické zátěže sester pracujících s geriatrickými pacienty : bakalářská práce* Brno : Masarykova univerzita, Katedra ošetrovatelství, 2007, 66 l., 2 příl. Vedoucí diplomové práce PhDr. Marie Macková. [online]. [cit. 2012-10-20].

Dostupné z

<http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/15497/kurf%C3%BCrstov%C3%A1_1_2011_bp.pdf?sequence=1>.

25. ZÁLESKÝ, G. *Gerontologie*. [online]. 2011 [cit. 2011-10-23].

Dostupné z <<http://nemostrov.cz/data/soubory/prezentace/gerontologie.ppt>>.

Seznam tabulek

tabulka č. 1 Aktuální ošetřovatelské problémy.

tabulka č. 2 Potencionální ošetřovatelské problémy.

Seznam grafů

graf č. 1 Pohlaví respondentů

graf č. 2 Věkové kategorie respondentů (v letech)

graf č. 3 Pracoviště intenzivní péče

graf č. 4 Délka praxe na odděleních JIP a ARO (v letech)

graf č. 5 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

graf č. 6 Jak často se respondenti setkávají s geriatrickými pacienty

graf č. 7 Náročnost ošetřovatelské péče o gerontologického pacienta

graf č. 8 Příčina psychické a fyzické náročnosti ošetřovatelské péče o gerontologické pacienty

graf č. 9 Jak se liší přístup a motivace k práci vzhledem k věku pacienta.

graf č. 10. Hodnotící škály užívané u gerontologických pacientů

graf č. 11 Časová náročnost stanovení aktuálních a potencionálních problémů geriatrických pacientů

Přílohy

Příloha A Dotazník

Příloha B Ukázka ošetrovatelské péče o pacienta na oddělení ARO/JIP

Příloha C Příklady hodnotících škál geriatrických pacientů

Příloha D Žádosti o umožnění výzkumného šetření

Příloha E Prohlášení zájemce o nahlédnutí do bakalářské práce

Příloha A Dotazník

Vážené kolegyně/kolegové,

dovolte mi Vás oslovit a požádat o laskavé vyplnění dotazníku. Jedná se o zcela anonymní dotazník. Veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro účely bakalářské práce s názvem: **Ošetrovatelská péče o seniora na oddělení ARO, JIP.**

Označte pouze jednu možnost odpovědi. V určených otázkách můžete zvolit více odpovědí.

Předem Vám děkuji za kompletní vyplnění tohoto dotazníku.

Jana Svitáková, Dis.; bakalářské studium v oboru všeobecná sestra

1. lékařské fakulty UK v Praze

pohlaví	M - Ž
věk	
pracoviště intenzivní péče	ARO - JIP

1. Kolikaletou praxi máte na oddělení intenzivní péče (dále jen IP)?

- a) 0-2 roky
- b) 2-5 let
- c) 5-10 let
- d) Více než 10 let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) střední zdravotnická škola (SZŠ)
- b) vyšší odborná škola (Dis.)
- c) vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.)
- d) některé výše uvedené vzdělání + specializace (ARIP, SIP)

3. Jak často se setkáváte s gerontologickými pacienty (tj. pacienty staršími 60 let) při výkonu svého povolání?

- a) Ve více než 50 % případů
- b) V 50% případů
- c) V méně než 50% případů

4. Je pro Vás ošetrovatelská péče o gerontologického pacienta náročnější než péče o pacienty ostatních věkových skupin?

- a) Ano, péče je psychicky náročnější.
- b) Ano, péče je fyzicky náročnější.
- c) Ano, péče je psychicky i fyzicky náročnější.
- d) Ne

Pokud jste v otázce č. 4 zvolili odpověď d), přistupte k otázce č. 6.

5. Jaká je příčina psychické a fyzické náročnosti ošetrovatelské péče o gerontologického pacienta? (Můžete zvolit více odpovědí)

- a) Imobilita
- b) Výskyt poruch intelektových funkcí (demence, delirium)
- c) Inkontinence moči/stolice
- d) Polymorbidita
- e) Jiná příčina

6. Liší se Váš přístup a motivace k práci vzhledem k věku pacienta?

- a) Ano, liší.
Uveďte příčinu
- b) Neliší.

7. Které hodnotící škály využíváte u gerontologických pacientů na Vašem oddělení? (Můžete zvolit více odpovědí)

- a) Glasgow coma scale (posouzení stavu vědomí)
- b) Stupnice dle Nortonové (stanovení rizika vzniku dekubitů)
- c) Barthelův test základních všedních činností
- d) Mini-mental test (orientační test ke zjištění demence)
- e) Clock drawing test (test kreslení hodin)
- f) Jiné

8. Označte dle četnosti výskytu aktuální a potencionální ošetrovatelské problémy, které stanovujete u gerontologických pacientů na Vašem oddělení.

- *1 - nejméně se vyskytující oš. problém*
- *10 - nejčastější oš. problém*
- *jeden oš. problém = jedno číslo ze stupnice 1-10*

Aktuální problémy	četnost výskytu (1 až 10)	Potencionální problémy	četnost výskytu (1 až 10)
Bolest (akutní/chronická)		Riziko vzniku infekce	
Deficit sebepéče		Riziko poruchy kož. integrity	
Porucha kognitivních funkcí		Riziko pádu	
Porucha spánku		Riziko sociální izolace	
Úzkost, strach		Riziko vzniku hospitalismu	
Porucha výživy/polykání		Riziko nedostatečné informovanosti	
Porucha vyprazdňování moči/stolice		Riziko zácpy	
Porucha kožní integrity		Riziko úbytku tělesné hmotnosti	
Vznik imobilizačního syndromu		Riziko ztráty tělesné hybnosti	

9. Kolik času Vám zabere stanovení aktuálních a potencionálních problémů?

- Méně než 15 min.
- 15 až 30 min.
- 30 až 45 min.
- Více než 45 min.

10. Existuje nějaká skutečnost, která by Vám pomohla v ošetrovatelské péči o gerontologického pacienta?

.....
.....
.....

Příloha B Ukázka pacienta na oddělení ARO/JIP



<http://nch.mnul.cz/klinika-neurotraumatologie.asp>



<http://www.donem.cz/oddeleni/aro-jip>

Příloha C Příklady hodnotících škál geriatrických pacientů

Barthelův test základních všedních činností ADL

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

- 0 - 40 bodů vysoce závislý
- 45 - 60 bodů závislost středního stupně
- 65 - 95 bodů lehká závislost
- 100 bodů nezávislý


**Rozšířená stupnice podle
Nortonové**

Bodů	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění dle odpov. stupně	Fyzický stav
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobrý
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie, anémie, ucpávání tepen, obezita, karcinom	zhoršený
2	částečná	< 60	vlhká		špatný
1	žádná	> 60	suchá		velmi špatný

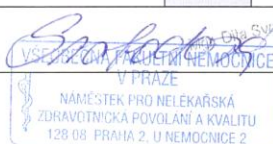
Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
dobrý	chodí	úplná	není
apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
zmatený	sedačka	velmi omezená	převážně moč
bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Příloha D Žádosti o umožnění výzkumného šetření

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Svitáková Jana		
Kontaktní adresa	Kojetická 1046, Neratovice, 27711		
Telefon	777832119	e-mailová adresa	jana.svitakova@centrum.cz
Škola / fakulta	Univerzita Karlova v Praze, 1.lékařská fakulta		
Obor studia	Všeobecná sestra kombinovaná		
Téma závěrečné práce	Ošetrovatelská péče o seniora na oddělení ARO, JIP		
Termín sběru dat	30.1-30.3.2012		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	VFN - KARIM		
Zjišťované informace	Názory zdravotních sester ve vztahu k jejich zaměstnání a výše uvedenému tématu		
Forma prezentace dat:	Tištěný dotazník		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	19.1.2012	Podpis žadatele	<i>Jana Svitáková</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	19/1/2012	Podpis	<i>Mgr. Gregorovičová Milada</i>
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Částka	
Datum		Podpis	<i>Mgr. Svobodová</i>



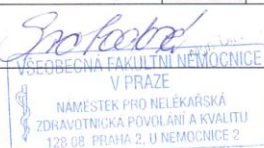


Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U nemocnice 2, 128 00 Praha 2
Žádost o dotazníkovou akci

F-VFN-075
Strana 1 z 1
Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele	Svitáková Jana		
Kontaktní adresa	Kojetická 1046, Neratovice, 27711		
Telefon	777832119	e-mailová adresa	jana.svitakova@centrum.cz
Škola / fakulta	Univerzita Karlova v Praze, 1.lékařská fakulta		
Obor studia	Všeobecná sestra kombinovaná		
Téma závěrečné práce	Ošetrovatelská péče o seniora na oddělení ARO,JIP		
Termín sběru dat	30.1-30.3.2012		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Neurologie JIP, Kateřinská 30, Praha 2		
Zjišťované informace	Názory zdravotních sester ve vztahu k jejich zaměstnání a výše uvedenému tématu		
Forma prezentace dat:	Tištěný dotazník		
Poučení žadatele:	<ol style="list-style-type: none">Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	19.1.2012	Podpis žadatele	<i>Jana Svitáková</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	19.1.2012	Podpis	<i>Bc. Herimková</i>
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Částka	
Datum		Podpis	<i>Prof. J. Štefánek</i>





Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U nemocnice 2, 128 00 Praha 2
Žádost o dotazníkovou akci

F-VFN-075
Strana 1 z 1
Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele	Svitáková Jana		
Kontaktní adresa	Kojetická 1046, Neratovice, 27711		
Telefon	777832119	e-mailová adresa	jana.svitakova@centrum.cz
Škola / fakulta	Univerzita Karlova v Praze, 1.lékařská fakulta		
Obor studia	Všeobecná sestra kombinovaná		
Téma závěrečné práce	Ošetrovatelská péče o seniora na oddělení ARO,JIP		
Termín sběru dat	30.1-30.3.2012		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	VFN - IV INTERNÍ KLINIKA - JIP		
Zjišťované informace	Názory zdravotních sester ve vztahu k jejich zaměstnání a výše uvedenému tématu		
Forma prezentace dat:	Tištěný dotazník		
Poučení žadatele:	<ol style="list-style-type: none">Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	19.1.2012	Podpis žadatele	<i>Kritáková Jana</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	19.1.2012	Podpis	<i>Miluse Dušková</i>
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Částka	
Datum		Podpis	<i>Miluse Dušková</i>

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE
V PRAZE
NÁMĚSTEK PRO NELEKÁŘSKÁ
ZDRAVOTNICKÁ PŮVOLANÍ A KVALITU
128 08 PRAHA 2, U NEMOCNICE 2

