

# Hospitalizace seniora v léčebně dlouhodobě nemocných

Martina Jurečková

---

Bakalářská práce  
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina JUREČKOVÁ**

Osobní číslo: **H080274**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Hospitalizace seniora v léčebně dlouhodobě nemocných**

Zásady pro vypracování:

**V teoretické části definovat specifika seniorského věku, a to se zaměřením na potřeby seniora a změny ve vztahu k dlouhodobé hospitalizaci. Seznámit s historickým vývojem zařízení, kde bude probíhat výzkumné šetření.**

**V praktické části zjistit metodou rozhovoru, jaký vliv má dlouhodobá hospitalizace na seniora, případně na jeho rodinu, jestli z této hospitalizace vyplývají nějaká omezení nebo výhody.**

**Analyzovat rozhovory a s výsledky seznámit management zařízení, případně navrhnout řešení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**BERAN, Jiří. Základy komunikace s nemocným. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 72 s. ISBN 80-7184-390-3.**

**JAROŠOVÁ, Darja. Péče o seniory. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.**

**KALVACH, Zdeněk, et. al. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.**

**ROTTER, Hans. Důstojnost lidského života. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1999. 107 s. ISBN 80-7021-302-7.**

**VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory : příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Anna Krátká, Ph.D.**  
Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **10. února 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. června 2011**

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracovala samostatně a použitou literaturu jsem citovala V případě publikace výsledků budu uvedena jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 1.6.2011

.....  


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výtěžku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k vyšší výtěžku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce sleduje problematiku hospitalizace seniora v Léčebně dlouhodobě nemocných ve Vizovicích a zároveň seznamuje čtenáře s historií a současností této léčebny. Je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se zabývá osobností seniora, změnami v procesu stárnutí, identifikuje potřeby seniorů a jejich nejčastější zdravotní problémy ve stáří. Dále tato práce předkládá možnosti aktivizace hospitalizovaných seniorů a důležitost vzájemné komunikace. Empirická část práce zjišťuje pomocí polostandardizovaných rozhovorů u 5-ti hospitalizovaných seniorů, zda a jak je hospitalizace ovlivňuje. Následnou analýzou rozhovorů jsou popsány problémy spojené s touto hospitalizací. Závěr práce poukazuje na zjištěné nedostatky a nabízí možnost řešení.

Klíčová slova: senior, hospitalizace, léčebna dlouhodobě nemocných

## **ABSTRACT**

Bachelor thesis follows problems, what seniors have during hospitalization in hospice in Vizovice at once and it presents to readers with history and present of this hospice. It is divided to theoretical and to empirical part. The theoretical part deals with personality of senior, his changes in the aging process, it identifies the needs of seniors and their most common health problems in senility. Furthermore this thesis presents the possibility of mobilization of hospitalized seniors and the importance of mutual communication. Empirical part of this thesis finds by the help of semi-standardized interviews with five hospitalized seniors, if and how hospitalization influences them. Subsequent analysis of the interviews described problems during their hospitalization. Conclusion of thesis adverts to ascertained failures and it offers solving problems.

Keywords: senior, hospitalization, hospice

Prohlášení:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Poděkování:

Děkuji Mgr. Krátké Anně, Ph.D., za odborné vedení a mnoho cenných rad při zpracování bakalářské práce. Děkuji staniční sestře NMB Vizovice Bc. Vinklárkové Ivě, za cenné připomínky. Dále děkuji respondentům za jejich pomoc při realizaci průzkumného šetření. Poděkování patří i mé rodině, která mě podporovala po celou dobu studia.

# OBSAH

ÚVOD.....	9
<b>I</b> <b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
1 <b>CHARAKTERISTIKA PROBLÉMU</b> .....	12
2 <b>HISTORIE LÉČEBNY DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH NEMOCNICE MILOSRDNÝCH BRATŘÍ VIZOVICE</b> .....	13
3 <b>STÁRNUTÍ A STÁŘÍ</b> .....	15
3.1    SOMATICKE ZMĚNY VE STÁŘÍ .....	15
3.2    PSYCHICKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ .....	18
3.3    SOCIÁLNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ .....	19
4 <b>POTŘEBY SENIORŮ</b> .....	20
4.1    FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY .....	20
4.2    VYŠŠÍ POTŘEBY .....	21
5 <b>GERIATRICKÝ SYNDROM</b> .....	23
5.1    DEMENCE .....	23
5.2    DEPRESE.....	23
5.3    INSTABILITA, PÁDY A PORUCHY MOBILITY .....	24
5.4    INKONTINENCE MOČE A STOLICE.....	24
6 <b>NEMOCI A LÉKAŘSKÉ PROBLÉMY VE STÁŘÍ</b> .....	26
6.1    DEKUBITY .....	26
6.2    PORUCHY VÝŽIVY A HYDRATACE .....	26
6.3    PORUCHY SPÁNKU .....	28
6.4    BOLEST VE STÁŘÍ.....	29
6.5    DIABETES MELLITUS VE STÁŘÍ .....	30
7 <b>HOSPITALIZACE SENIORA</b> .....	32
7.1    SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....	34
8 <b>AKTIVIZACE SENIORA</b> .....	35
8.1    ARTETERAPIE, ERGOTERAPIE .....	35
8.2    MUZIKOTERAPIE.....	35
8.3    BIBLIOTERAPIE .....	35
8.4    ZOOTERAPIE .....	36
8.5    TERAPEUTICKÉ VAŘENÍ, PEČENÍ .....	36
9 <b>KOMUNIKACE SE SENIOREM</b> .....	37
<b>II</b> <b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>39</b>



<b>10</b>	<b>CÍL PRÁCE .....</b>	<b>40</b>
10.1	METODIKA PRÁCE .....	40
10.2	REALIZACE PRŮZKUMU .....	41
10.3	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ .....	41
<b>11</b>	<b>VÝSLEDKY PRŮZKUMU .....</b>	<b>42</b>
<b>12</b>	<b>DISKUSE .....</b>	<b>61</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>67</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>68</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>72</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>74</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>75</b>

## ÚVOD

Stárnutí organismu začíná pozvolna již od narození. S věkem klesá vitalita a energie. Postupně dochází k celkovému zpomalení psychomotorického vývoje a pohybové aktivity. Rodinní příslušníci přivedou svého blízkého k lékaři proto, že je dětinský, stále se dožaduje pozornosti, je neklidný, agresivní, nebo nejsou schopni zajistit jeho bezpečnost (pouští plyn, odchází z domova, toulá se), či dostatečnou péči o něj (neudrží moč a stolicí, odmítá jídlo, pití, léky, nedokáže udržovat hygienu). Poruchy chování jsou nejčastějším zdrojem problémů v ošetrovatelské péči a nejčastější příčinou umístění nemocného do sociálního či zdravotnického zařízení. Přitom jsou tyto poruchy většinou ovlivnitelné. Někdy stačí uvážený přístup k nemocnému, někdy je nutná farmakoterapie.

Rodinná péče je charakterizována jako „emocionálně zabarvená“, laická, neprofesionální, neformovaná a nekontrolovatelná, nemocniční péče přináší pozitiva profesionality, těžiště leží na školeném výkonu, který je standardizován, kontrolován, který je úsporný a efektivní.

Starý člověk, až na výjimky, nejde rád do nemocnice. Většinou je hospitalizován pro akutní zhoršení zdravotního stavu, je přijímán také za účelem diagnostickým a terapeutickým, ale i z příčin sociálních. Starý člověk může vyhledávat hospitalizaci i tehdy, je-li v konfliktu s rodinou nebo svým okolím nebo nemá finanční prostředky na udržování své domácnosti a pobyt v nemocnici mu může snížit náklady na živobytí (Hegyí, 1996). K nemocnici jako k instituci mají lidé ambivalentní postoj. Je symbolem pomoci a také strachu. Starý pacient je při přijetí nejistý, rozpačitý, dezorientovaný. Rozumově chápe, že je hospitalizace nezbytná, a věří, že mu bude pomozeno. Citově však situaci nezvládá: pláče nebo je naopak apatický. Výjimečné není ani agresivní chování.

V době umístění do nemocničního zařízení dochází k vážné změně v jejich způsobu života, pobyt je pro většinu starých lidí velmi stresující. Hospitalizace má za následek změnu psychiky, odpoutání od rodiny, ztrátu pohodlí, změnu životního stylu, nutnost přizpůsobit se spolupacientům. Může také dojít ke vzniku iatrogenního traumatu, dietního traumatu, (nezvyklá jídla a diety, nechutenství v důsledku medikace, nedostatek pohybu se vznikem zácpy, dyspepsie a průjemy v důsledku dietní chyby), vzniku dehydratace, nozokomiální infekce (respirační, z kontaminace krví), a také k fyzickému traumatu (pády a úrazy v nemocnici) (Haškovcová, 1990).

Pro nás, zdravotnické pracovníky je důležité si najít cestu ke starému člověku. Definovat a uspokojit jeho potřeby, jak ty základní, tak ty vyšší potřeby. Nezbytná je týmová práce lékařů, všeobecných sester, ošetřovatelek a sanitářek, RHB pracovníků s nemocným a jeho rodinnými příslušníky.

Již úvod, jako přivítání nemocného do nemocniční péče a oslovení nemocného, je vynikající začátek k navození příjemné atmosféry a důvěry.

Každý den se ve svém zaměstnání setkávám se seniory, s jejich nemocemi, utrpením, bolestmi, trápením, ale sdílím s nimi i jejich radosti, naslouchám jejich vyprávění, seznamuji se s jejich rodinnými příslušníky.

Proto jsem si tuto problematiku zvolila jako svou bakalářskou práci. Jejím cílem je zjistit, zda-li je senior hospitalizací pozitivně či negativně ovlivňován. Hřejí mě u srdce také slova našich pacientů, když se s nimi po ukončení hospitalizace loučím „sestřičko, máte zlaté srdíčko“ nebo „až Vás budu potřebovat, určitě zase přijedu“.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 CHARAKTERISTIKA PROBLÉMU

Původ geriatrického ošetřovatelství má kořeny v Anglii a je spojován se jménem Florence Nightingaleové. První návrhy na specializovanou ošetřovatelskou péči pro staré lidi vznikají kolem roku 1925 (Jarošová, 2007).

Věda o stárnutí a stáří se nazývá gerontologie. Název je odvozen od řeckého slova gerón = starý člověk, stařec a logos = nauka. Dělí se na tři části – gerontologie experimentální (zabývá se studiem biologického procesu stárnutí buněk), gerontologie sociální (objasňuje sociální dopady stárnutí a stáří), gerontologie klinická (zabývá se zvláštnostmi chorob ve stáří a jejich léčby). Tato klinická gerontologie se také nazývá geriatrie. Za jejího zakladatele je považován Ignaz Leo Naser, který žil v letech 1864-1964. Geriatrie je v České republice samostatným klinickým oborem od roku 1982 (Haškovcová, 2002, s. 9).

Stárnutí je charakteristické pro každý živý organismus a je nedílnou součástí života. Týká se nejen jednotlivců, ale celé populace. Někteří lidé si udržují mentální svěžest až do vysokého věku, jiní ji ztratí již dávno před tím, než zestárnou. Stáří je mnohdy zatíženo vysokou nemocností, polymorbiditou, zhoršováním zdatnosti a soběstačnosti. Vysoká nemocnost starších občanů je hlavní příčinou vysoké spotřeby zdravotní péče (Zacharová, 2010).

Na celém světě starších lidí přibývá a s prodlužující se délkou života se stále více lidí dožívá vyššího věku. Již nyní stoupá počet osob ve věku nad 80 let. Pro společnost to znamená zvýšené zaměření na geriatrickou péči (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Péče o seniory, kteří se z jakéhokoliv důvodu nemohou sami o sebe postarat, patří k morálním povinnostem nás, kteří jsme produktivní a zdraví. Ale díky uspěchané době a změnou životního stylu se vše mění. V rodinách většinou oba partneři pracují, nemají čas na své děti, natož na své rodiče. Mnozí senioři potřebují celodenní péči a noční dohled (Rheinwaldová, 1999).

## 2 HISTORIE LÉČEBNY DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH NEMOCNICE MILOSRDNÝCH BRATŘÍ VIZOVICE

Historie budovy sahá do roku 1781, kdy Marie Antonie, manželka majitele vizovického panství, hraběte Kryštofa z Blümegen, založila ve Vizovicích Konvent Panny Marie, Matky dobré rady. Pověřila čtyři milosrdné bratry, aby v konventu poskytovali útočiště nemocným a chudým a v zámecké kapli konali bohoslužby. Původně to nebyla nemocnice, ale klášter Milosrdných bratří. V té době nebyl ve Vizovicích žádný ústav, který by se staral o těžce nemocné. Nemocným sloužily jen starší ženy, které znaly léčivou moc různých bylin a domácí „napravovači“, kteří napravovali zlomené či jinak nemocné údy (Čižmář, 1933, s. 239).

Hospitálský řád Milosrdných bratří byl založen před více než 400 lety. Jeho zakladatelem je Jan Ciudad Duarde, nazvaný pro svou lásku k Bohu a k lidem „Janem z Boha“. Začal ošetřovat nemocné podle svých představ a stanovil si určitá pravidla.

1. Každý nemocný musí mít vlastní postel.
2. Nemocní jsou odděleni podle druhu své nemoci.
3. Nemocniční sály musí být čisté, světlé, dobře větratelné.
4. Přijat musí být každý nemocný bez ohledu na svůj stav, náboženské vyznání.

Janův příklad vedl ke vzniku bratrstva, které po jeho předčasné smrti v jeho díle pokračovalo, známe jej jako Nemocniční řád Milosrdných bratří, rozšířený téměř po celém světě.

V naší republice působí řád od roku 1605, kdy založil první nemocnici ve Valticích na Jižní Moravě. Další nemocnice vznikaly postupně v Brně, Praze, Prostějově, Letovicích a Novém Městě nad Metují (Bogar, 1934).

Naše nemocnice byla v r. 1949 zestátněna. Od r. 1953 fungovala jako II. plicní oddělení Krajského ústavu národního zdraví Gottwaldov (dnešní Zlín) v čele s významnou primářskou osobností MUDr. Františkem Lapešem. Na podzim roku 1992 přeložila Baťova nemocnice ve Zlíně plicní oddělení zpět do Zlína a budova proto zůstala prázdná. O její navrácení se přihlásili Milosrdní bratři pod vedením provinciála P. Stanislava Fialy.

Od roku 1993 funguje naše nemocnice jako nemocnice církevní. V této nemocnici, kde je léčebná péče na stejné úrovni jako v nemocnici státní, je navíc prvek sociálního a hlavně duchovního pochopení pacienta.

Prvním ředitelem a současně primářem obnovené nemocnice byl jmenován MUDr. Jiří Flégl, zaměstnaný tehdy na interním oddělení Nemocnice Vsetín, který nemocnici vedl dvanáct let až do své tragické smrti v r. 2005. Od té doby je ředitelkou NMB Vizovice MUDr. Zdislava Tělupilová.

Nemocnice fungovala nejprve jako interní oddělení a od roku 1999 jako Léčebna dlouhodobě nemocných s 64 lůžky. Dnes je k dispozici mimo interní ambulanci i rehabilitační oddělení, rentgen, biochemická, hematologická laboratoř a ozonoterapie. Jsou zde pokoje 3-8 lůžkové. Na 1. poschodí sociální zařízení (sprcha, WC) nejsou součástí pokoje, na 2. patře, kde jsou hospitalizováni především chodící klienti, je sociální zařízení jejich součástí.

V současné době pracuje v nemocnici 5 lékařů, dalších 6 lékařů externích, kteří do nemocnice jezdí na pohotovostní služby, 21 všeobecných sester, 10 ošetřovatelek, 4 rehabilitační pracovníci a 1 nutriční terapeutka.

Od převzetí nemocnice řádem bylo provedeno mnoho náročných rekonstrukčních prací: celková rekonstrukce vytápění, stravovacího provozu, prádelny, lékárny, fasády včetně oken, zahrady, rekonstrukce lůžkového a jídelního výtahu. Budova se řadí mezi kulturní památky města.

Nemocnice si vybudovala za dobu téměř 20-ti let svou prestiž a stala se vyhledávaným a uznávaným zařízením na Zlínsku pro svůj lidský přístup k těm, kdo jsou odkázáni na péči druhých. Milosrdní bratři chtějí i nadále zkvalitňovat péči ve službě lidem a tak zachovávat důstojnost lidského života v každé jeho fázi.

### 3 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Lidský věk je rozdělen na aetas – čas, věk od narození nebo vzniku jedince a doba trvání života a na senium – u člověka obvykle od 60 let a více. Přitom časové vymezení tohoto období je pro každého různé. Do 15 let člověk biologicky, psychicky a sexuálně dozraje, od 15 do 30 let zraje hlavně sociálně, doba vrcholu psychické a fyzické zralosti trvá dalších 15 let, období 45 – 60 let je typické svou stabilitou, ale již také skrytými počátky přicházející involuce. Věk 60 – 75let je považován za senescenci (stáří) a od 75 let senectus (kmetství) (Jarošová, 2006, s. 11).

Podle WHO je stáří rozděleno takto:

- 60 – 74 let časné stáří
- 75 – 89 let vlastní stáří
- nad 90 let dlouhověkost

Označování člověka, který prožívá období stáří, je různorodé a rozmanité. V odborné literatuře se setkáváme s pojmem geront, který spíše napodobuje nesoběstačného člověka. Také název důchodce je nevyhovující, protože označuje pouze člověka, který pobírá důchod. Rovněž označení senescent je zastaralé. Jako nejvhodnější se jeví termín senior, který v sobě nemá žádný emocionální nádech a označuje člověka v celém období sénia. Je to neutrální pojem, který nahrazuje specifické označení starého člověka (Jarošová, 2006, s. 10).

Stáří je poslední etapou ontogenetického vývoje a má velmi individuální charakter. Stárnutí má důsledky ekonomické, sociálně zdravotní, sociologické, sociálně psychologické i osobní (Bužgová, 2007).

Základním projevem tohoto dlouhého období je postupující stárnutí v jednotlivých orgánech, dochází ke změnám v psychické i sociální oblasti.

#### 3.1 Somatické změny ve stáří

- **Pohybový aparát**

Jedním z charakteristických projevů doprovázející stárnutí je změna držení těla a omezení rozsahu pohybu. Příčina je v atrofii obratlů a meziobratlových plotének, čímž



dochází k většímu zakřivení páteře dozadu nebo do stran. Nastává atrofie svalových vláken a ubývání svalové síly. Toto období je charakterizováno vznikem degenerativních změn kloubů, kosti se stávají křehčími a náchylnějšími ke zlomeninám (Poledníková, 2006).

- **Kardiovaskulární systém**

S věkem klesá pracovní kapacita srdce, což se projevuje při zvýšené námaze. Nejčastější patologií kardiovaskulárního systému ve stáří je pravděpodobně hypertenze, spolu s dalšími rizikovými faktory (vysoká hladina cholesterolu, diabetes mellitus, obezita) je senior ohrožen vznikem ischemické choroby srdeční (Kalvach, et. al., 2004).

- **Respirační systém**

Následkem degenerativních změn páteře a hrudníku dochází k jeho ztuhlosti. Tím je omezena práce dýchacích svalů, je oslabeno dýchání, dochází k poklesu respiračních a ventilačních funkcí. Je ztíženo vykašlávání, sekret se hromadí v dýchacích cestách. Samočisticí schopnost dýchacích cest je rovněž snížena, a tím jsou starší lidé náchylní ke vzniku bronchitid, pneumonií a vzniku plicních atelektáz (Křivohlavý, 2002).

- **Zažívací systém**

Ve stáří dochází k atrofii sliznice zažívacího traktu. Snižuje se tvorba trávicích enzymů a z tohoto důvodu se zpomaluje trávení a vstřebávání živin i léků. Slábne peristaltika a tím se zpomaluje vylučování stolice, čímž vzniká nechutenství a obstipace (Poledníková, 2006).

V tomto období dochází k přirozenému vypadávání zubů, což v dnešní době nemusí být velký problém, protože stomatologie je umí nahradit téměř dokonalými protetickými pomůckami. Otázkou je ovšem cena těchto služeb a materiálů, která je relativně vysoká a automaticky omezuje přístup starých lidí k těmto službám (Navrátil, 2008, s. 339).

- **Nervový systém**

Empiricky je po desetiletí známa skutečnost, že hmotnost mozku se ve vyšším a ve vysokém věku v průměru snižuje, dochází ke snižování počtu neuronů a k morfologickým změnám v mozkové tkáni (Kalvach, et. al., 2004).

- **Vylučovací systém**

Ve stáří dochází k poklesu filtrační schopnosti ledvin a následným poruchám vodního a elektrolytového hospodářství. V tomto věku musíme myslet na dostatečnou hydrataci, i když starší lidé nemají pocit žízně. Z důvodu dehydratace pak vzniká selhání ledvin (Navrátil, 2008).

- **Endokrinní systém**

Endokrinní soustava prochází v průběhu stárnutí mnoha změnami. Dochází ke snížené produkci sexuálních hormonů, snižuje se produkce hormonů hypofýzy a štítné žlázy (Kalvach, et. al., 2004).

- **Změny na kůži**

V obličejí se prohlubují vrásky a s věkem jich neustále přibývá. Nejprve se projeví v oblasti očí, u kořene nosu a na čele. U hubenějších lidí pozorujeme ostřejší rysy v obličejí. U poněkud obézních zase tzv. druhou bradu. Postupně dochází k šedivění vlasů, k jejich vypadávání, také ke ztrátě ochlupení. Nehty rostou pomaleji, častěji se lámou a ztrácejí lesk. Na suché kůži se objevují hnědé stařecké skvrny (Poledníková, 2006).

- **Regulace tělesné teploty**

U starších lidí nastává snižování metabolismu, a proto teplota těla je nižší. Někteří jsou zimomřiví, nemohou se zahřát, mají větší těžkosti přizpůsobovat se výraznějším změnám teploty, zvláště když vstupují z tepla domova do mrazu venkovního prostředí. V průběhu stárnutí dochází ke snižování počtu potních žláz, a proto tito lidé nemají schopnost potit se a nedokáží se vyrovnat ani s velkým horkem.

- **Změny ve smyslovém vnímání**

V procesu stárnutí dochází ke změnám zrakové ostrosti související se ztrátou pružnosti čočky. Nejzávažnější **zrakovou poruchou** starých lidí je ztráta zrakové ostrosti (ztráta zaostření zraku na detail). Dochází i ke změnám ve vnímání barev. Červenou, oranžovou a žlutou barvu vnímají dobře, obtížné je pro ně rozpoznat zelenou, modrou a fialovou barvu.

V tomto období se snižuje citlivost zvláště k vyšším frekvencím akustického spektra. Obzvláště po 75. roce věku se stále častěji vyskytuje nedoslýchavost, nemocní využívají naslouchadla. Důsledkem **poruchy sluchu** je omezení komunikace, ztráta kontaktu s okolím, osamělost a sociální izolace (Friedlová, 2007, s. 38).

U staršího člověka rovněž dochází k relativnímu snížení prahu percepce **chuti** pro slané a sladké podněty a k oslabení **čichového** smyslu. **Hmatové** schopnosti se omezují, citlivost na bolest se snižuje.

### 3.2 Psychické změny ve stáří

V průběhu stárnutí nastávají psychické změny, které považujeme za přirozenou součást tohoto procesu. Ovšem až do doby, kdy jejich intenzita přesáhne určitý stupeň, pak je hodnotíme jako patologické. Období je charakterizováno klesající vitalitou a energií člověka, klesající schopností přijímat nové informace. Zhoršuje se především vstřípivost a vybavování událostí z blízké minulosti, dobře si pamatují na události vzdálené - unikají do vzpomínek např. nepamatují si, co měli včera k obědu ale vědí, co jedli při nějaké významné události, vzpomínky bývají často obsahově i emočně zkreslené - minulé je hodnoceno pozitivněji a starý člověk lpí až nepochopitelně na tom, co měl (majetek, postavení, zvyklosti).

Aby mohla sestra nemocného dobře ošetřovat, aby mohla poskytnout individualizovanou péči, potřebuje ho dostatečně poznat z různých stránek. Sestra potřebuje také zjistit, jak kvalitní jsou jeho psychické procesy, do jaké míry je schopen komunikovat. V praxi se využívají měřicí techniky orientované na psychiku pacienta (viz. příloha č. 4). U starších lidí dochází k poklesu celkové psychické adaptability. Tito lidé bývají nejistí a úzkostliví v neznámém prostředí, s nedůvěrou přistupují ke všemu novému, někdy jsou vztahovační.

I v citové oblasti dochází ke změnám. Oslabují se vyšší city, tzn. otupuje se estetické cítění. I když starý člověk hodně prožil a nic ho jen tak nevyvede z míry, často má „pláč na krajíčku“, často podléhá lítosti a i běžné podněty u něho vyvolávají dojetí. Na druhé straně může reagovat úplně opačně, a to nepřiměřeným výbuchem zlosti (Poledníková, 2006, s. 12).

- **Změny v intelektové oblasti – inteligenci**

Inteligence měřená běžnými testy klesá. Je to zejména proto, že běžné testy nejsou vhodné pro osoby vyššího věku. S věkem klesá psychomotorické tempo, starší lidé podávají horší výkon v úkolech, které jsou limitovány časem (Minibergerová, 2006). Velkou pomocí je rozlišení tzv. fluidní a krystalické inteligence. *Fluidní inteligence* znamená schopnost poměrně rychle se učit a řešit rychle dané úkoly. *Krystalickou inteligenci* se rozumí schopnost řešit úkoly, k nimž je třeba bohatých znalostí a vědomostí, získaných celoživotním vzděláváním. Jde obvykle o úkoly, které jsou verbální povahy, jejichž výsledky se vyjadřují slovy. Zatím co fluidní inteligence má vrchol v mládí, krystalická vrcholí v době raného stáří (Křivohlavý, 2002).

### **3.3 Sociální změny ve stáří**

V tomto období má důležitý význam vztah starších lidí ke společnosti a k rodině. Často trpí pocitem, že jsou neužiteční, že jsou přítěží pro rodinu. Tito lidé jsou velmi zranitelní, a proto u nich velice často vzniká pocit méněcennosti, viny atd. Právě na tomto základě vznikají stařecké neurózy a psychózy. Starší lidé se velice těžko adaptují na změny, které stáří přináší. Jedná se hlavně o odchod do důchodu a s tím velice úzce související změna v ekonomickém zabezpečení. I když potřebují méně peněz na ošacení, náklady na živobytí neustále rostou, a to způsobuje nemalé problémy. Další změnou, kterou může toto období života přinést, je změna bydliště. Ať už je to z důvodu výměny bytu většího za menší, neschopnost postarat se o sebe nebo z důvodu snížené pohyblivosti. Tato změna bývá většinou doprovázena velkým stresem. Nejhůře však na staršího člověka působí smrt životního partnera. Následkem toho vzniká pocit prázdnoty a opuštěnosti. Dobré vztahy s dětmi a vnoučaty jsou v tomto období neocenitelnou hodnotou (Poledníková, 2006, s. 13).

## 4 POTŘEBY SENIORŮ

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Něco, co živá bytost potřebuje pro svůj život a vývoj (Trachtová, 1999, s. 10).

Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je hodnocení a uspokojování potřeb zdravého i nemocného jedince každého věku. Nejrozšířenější a nejvíce akceptovaná je hierarchie podle názorů představitele humanistické psychologie A. H. Maslowa, který shrnul základní lidské potřeby, rozčlenil je do pěti kategorií a sestavil je názorně do tvaru pyramidy (viz. příloha č. 5).

Některé potřeby starší lidé téměř nepocítují. Vzácně si říkají o pití, které je důležitou potřebou, a jestliže klesne příjem tekutin, jsou ohroženi vznikem dehydratace.

Mezi faktory, které působí na uspokojování potřeb člověka patří charakter onemocnění, individualita osobnosti, typ člověka (extrovert, introvert), mezilidské vztahy, okolnosti, za kterých onemocnění vzniká, kulturní zvyklosti, věk aj.

### 4.1 Fyziologické potřeby

Fyziologické potřeby jsou základní. Neuspokojení jedné z nich se může odrazit na celkovém zdravotním stavu.

- výživa (jídlo a pití)
- vylučování
- dýchání
- spánek, odpočinek
- pohyb, chůze
- hygiena (jako podmínka zdraví)
- správná teplota (s oblečením nebo bez něj)
- zdraví
- tišení bolestí
- smích, pláč (zde jako fyzická záležitost)

- fyzické kontakty, sexuální potřeby

## 4.2 Vyšší potřeby

- **Pocit bezpečí**

Rozlišujeme potřeby bezpečí:

**Potřeba ekonomického zabezpečení** – vědomí člověka, že má dost peněz na živobytí. Chybí-li lidem tento pocit bezpečí, mohou být postiženi úzkostí a strachem z budoucnosti. Tento strach je zvláště silný u osob, které po zkušenostech s válkou stírají jídlo, předměty, dělají si zásoby...

**Potřeba fyzického bezpečí** – starší lidé, kteří se hůře pohybují, mají často obavy z pádu. Při hospitalizaci pak z pádu z lůžka. Pocit bezpečí mohou posílit kompenzační pomůcky (chodítka, hole nebo zábrany u lůžka) a někdy také rámě člena rodiny nebo ošetřujícího personálu.

**Potřeba psychického bezpečí** – mít pocit jistoty, nemít strach, necítit se ztracený. K pocitu bezpečí přispívají časové orientační body dne (jídlo, televizní zprávy atd.).

- **Sociální potřeby**

Člověk nemůže žít dlouho sám. Potřebuje kontakt, komunikaci, být s druhým.

Sociální potřeby zahrnují několik druhů potřeb:

**Potřeba informovanosti** – má informace o dění ve světě, ví, co se děje ve městě, ve kterém žije (zejména, když už nemůže vycházet), má zprávy o blízkých lidech. Bez těchto informací je člověk náhle odtržen od světa.

**Potřeba náležet k nějaké skupině** – být členem rodiny, skupiny přátel, klubu atd. Pocit, že člověk už nepřísluší k žádné skupině, je zvláště bolestný a je obtížné se s tím vyrovnat.

**Potřeba lásky** – mít někoho rád a tento cit přijímat od druhého.

**Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut** – mít možnost s někým rozmlouvat, konverzovat, vyjadřovat svůj názor (Pichaud, Thareauová, 1998).

- **Potřeba autonomie**

Jedná se o autonomii ve smyslu být svobodný, rozhodovat sám za sebe. Člověk může být fyzicky závislý a zároveň psychicky zcela autonomní. Součástí potřeby autonomie je **potřeba uznání, vážnosti**. Lze zde zařadit i **potřebu pocitu užitečnosti** – někomu nebo něčemu sloužit (Pichaud, Thareauová, 1998).

Respektovat autonomii pacienta znamená respektovat jeho právo na rozhodování o sobě podle způsobu, který si sám vybral a to i tehdy, pokud ostatní jeho rozhodnutí považují za nerozumné. Pacient má právo se autonomně rozhodovat do té míry, dokud jeho jednání neohrožuje autonomii druhých (Bužgová, 2007).

- **Potřeba seberealizace, rozvoje vlastní činnosti**

Člověk touží po seberealizaci, po nalezení smyslu svého života. Může to být spojeno s prací, zájmem o něco, s rodinou, s vírou. Na tomto stupni potřeb můžeme nalézt i prvky z nižších stupňů, pokud někomu dávají smysl života. Např. pocit uznání nebo rodina mohou život člověka zcela naplňovat a dodávat mu pocit životního úspěchu. Dát svému životu smysl je problémem každého v jakémkoli věku (Pichaud, Thareauová, 1998).

Ve stáří se mění hodnota orientace potřeb. Dochází k větší fixaci na rodinu a senior potřebuje neustálé potvrzování především potřeb lásky. Celkově se cítí více ohrožen (např. onemocněním, ovdověním), smiřuje se s určitou mírou závislosti na jiných lidech – do popředí vstupuje potřeba podpory a bezpečí. Péče o seniora musí být hlavně zaměřena na uspokojování jeho potřeb a řešení jeho problémů. Kritériem posuzování kvality poskytované péče musí být sám senior, jeho spokojenost a prospěch (Jarošová, 2006, s. 33).

## 5 GERIATRICKÝ SYNDROM

Ve stáří dochází ke změnám, které zvyšují vnímavost k onemocnění, ovlivňují soběstačnost seniora a zároveň kvalitu jeho života. Tyto změny jsou známy pod pojmem geriatrický syndrom. Bývají většinou projevem patologické situace a pro seniora jsou velkým problémem, který se musí řešit. Často se setkáváme s tím, že tyto problémy nejsou řešeny, že jsou některými lékaři opomíjeny s tím, že se jedná o příznaky stáří (Jarošová, 2006).

### 5.1 Demence

Demence se řadí mezi nejzávažnější choroby stáří. Jelikož dochází ke stárnutí populace, dochází tím i ke zvyšování počtu tohoto problému. Demence se může dokonce objevovat i v dětském věku, s vyšším věkem je pravděpodobnost výskytu vyšší (Kalvach, et. al., 2004).

Vzniká jako následek onemocnění mozku, které je chronické a progresivní. Porušena je paměť, intelekt, myšlení, orientace, schopnost učení, řeč a úsudek.

Dementní nemocný má potíže při běžných denních aktivitách (Šlaisová, et. al., 2004).

### 5.2 Deprese

Deprese je změna nálady, myšlení a chování a je doprovázena např. poruchou spánku, únavou a hubnutím. Častěji se vyskytuje u polymorbidních pacientů a je zde zvýšené nebezpečí sebevražd (Jarošová, 2006).

Mezi hlavní psychické příznaky patří smutek, plačtivost, snížené sebevědomí, pocit beznaděje a neschopnost radovat se. Typická je váhavost, nerozhodnost a neustálé omílání určitých myšlenek a přemítání o možnostech, aniž by to mělo nějaký výsledek (tzv. ruminace).

Člověk může být buď apatický (utlumený) nebo naopak úzkostný a agitovaný (vyvíjející neúčelnou zvýšenou aktivitu). Jde-li o úzkostný typ deprese, může úzkost přerůst v tzv. raptus melancholicus, což je dezorganizované jednání a dotyčný může i fatálně ublížit sobě nebo někomu z okolí. Může dojít k takovému zpomalení duševní činnosti (řeči, myšlení, rozhodování atd.), že to vypadá i jako demence. Po odeznění deprese se ale vrací původní mentální výkonnost. Někdy se u deprese objevují bludy i halucinace – pak jde o tzv.



depresi s psychotickými příznaky. Často dochází k probouzení brzy nad ránem a objevují se tzv. ranní pesima–návaly extrémně mrzuté nálady po probuzení (Šlaisová, et. al., 2004).

(viz. příloha č. 6)

### **5.3 Instabilita, pády a poruchy mobility**

Instabilitu chápeme jako nejistotu při chůzi a je jednou z příčin pádů u seniorů. Vzniká jako důsledek zhoršené funkce a koordinace muskuloskeletárního systému a oslabení smyslového a prostorového vnímání (Jarošová, 2006, s. 80).

Hlavním mechanismem pádů ve stáří je snížená schopnost rychlé posturální adaptace na měnící se a ztížené podmínky chůze, jak je tomu při vstávání ze sedu, při chůzi ze schodů, na nerovném povrchu aj. (Kalvach, et. al., 2004, s. 208).

Pády se řadí mezi nejčastější příčiny úmrtí osob starších 65-ti let. Na jejich vzniku se podílí řada faktorů, např. poruchy zraku, poruchy vestibulárního aparátu, případně ve spojení s kloubními změnami dolních končetin a s oslabením svalů (viz. příloha č. 7).

Porucha mobility také zhoršuje kvalitu života seniora. Jedná se vlastně o poruchu hybnosti.

Imobilita a nečinnost má za následek ztrátu vzpomínek na pohyb a změny ve vnímání tělesného schématu.

Fyziologickou odpovědí na imobilitu je imobilizační syndrom. Orgánové systémy reagují na ztrátu pohybové aktivity, dochází k poklesu svalové síly, ke vzniku kontraktur, k malnutrici, k atrofii kůže, ke snížení kožního turgoru, k inkontinenci moči a stolice, k zánětlivým onemocněním močových cest, ke strachu a úzkosti, ke změně ve vnímání sebe sama (Jarošová, 2006).

### **5.4 Inkontinence moče a stolice**

Ve stáří je považována za velmi vážnou poruchu. Jedná se o mimovolní únik moče, stolice, který způsobuje seniorovi hygienické a společenské problémy. Prevalence inkontinence narůstá s věkem. Po 65. roce věku inkontinencí moče je postiženo až 20 % žen a 2-5 % mužů. Nad 80 let je to polovina žen a 1/3 mužů (Topinková, 2005, s. 34).

Inkontinence stolice je snášena daleko hůře než inkontinence moči a postihuje asi 1 % osob nad 65 let. Obvykle vede k umístění do ústavní péče.

Příčinou inkontinence ve stáří jsou organické změny CNS (dementní syndromy, ikty) s poruchou volní inervace sfinkterů. V dnešní moderní době jsou k dispozici jednorázové pomůcky s vynikajícími vlastnostmi – s absorpcí tekutin, s regulací zápachu a s ochranou před kožními reakcemi. Jedná se o plenkové kalhotky, vložné pleny, vložky a podložky v různých modifikacích.

## 6 NEMOCI A LÉKAŘSKÉ PROBLÉMY VE STÁŘÍ

### 6.1 Dekubity

Jedná se o poruchu kožní a tkáňové integrity. Bývají častou komplikací při snížení hybnosti, sníženém tkáňovém prokrvení a špatné výživě. Nejvíce jsou ohroženi dlouhodobě ležící, nemocní upoutaní na lůžko. Rizikovým faktorem je vlhkost, tlak, nedostatečná hygiena. Vznikají na predilekčních místech, u ležících nemocných nejčastěji nad kostí křížovou a nad hrboly kostí sedacích, nad kostí patní, nad trnem 7. krčního obratle, nad hřebeny lopatek, výjimečně nad loketními klouby a nad týlní kostí (Pacovský, 1990, s. 88).

### 6.2 Poruchy výživy a hydratace

U stárnoucího a starého organismu dochází k řadě změn. Snižuje se chuť k jídlu, vylučuje se méně trávicích šťáv, mění se vlastnosti střevního epitelu a snižuje se kinetika střev. Všem těmto okolnostem se výživa starých lidí musí co nejlépe přizpůsobit. Starý člověk nepotřebuje mnoho jídla, musí ale být biologicky hodnotné, vyvážené, dobře připravené, stravitelné, podávané v kratších intervalech 5-6krát denně (viz. příloha č. 8). Strava by neměla být tučná, nadýmavá, mělo by se omezit tučné maso, vejce a tučné sýry. Nejvhodnější je strava převážně mléčná (Jiráková, 2003).

Doporučená výše energetického příjmu osob starších 60ti let se pohybuje v rozmezí 8 000 – 8 400 kJ (pro střední věk se pohybuje doporučený energetický příjem v rozmezí 9 200 – 10 500 kJ). Základní energetická potřeba je ale často zvýšena, a to zejména vlivem některých chronických onemocnění (srdeční, respirační nedostatečnosti). Skutečnou energetickou potřebu je tedy třeba určit podle konkrétní situace dané osoby.

- **Obezita**

U obézních osob je příjem potravy zvýšen v závislosti na zevních signálech a emoční situaci (reakce na osamělost, deprese, frustrace, napětí, dlouhá chvíle nebo stres). Tělesná hmotnost závisí značnou měrou na stravovacích zvyklostech. V rodině se člověk naučí nevhodné návyky, díky nimž pak bojuje s nadbytečnými kilogramy. Obezita bývá definována pomocí BMI, jehož narůstáním se zvyšuje incidence komplikací obezity a

zkracuje se délka života. Komplikace jsou zejména metabolické povahy (diabetes mellitus, hyperlipidemie, hypertenze) a objevují se pohybové obtíže.

Léčba obezity je složitá, důležité jsou vhodné stravovací návyky, odpovídající pohybová aktivita, při doporučení lékaře i farmakoterapie (Navrátil, 2008).

- **Podvýživa /malnutrice/**

Je u seniorů problémem. Na jedné straně je ztráta váhy u seniorů způsobena řadou fyziologických změn a nemocí, na straně druhé může hrát velkou roli pro vznik a rozvoj podvýživy u seniorů psychický stav vyvolaný depresemi, demencí a sociální izolací. Je výhodné konzultovat jejich stravování s nutričním terapeutem, který pomůže jídelníček sestavit individuálně s přihlédnutím k potřebám, možnostem a ke zdravotnímu stavu.

Strava by měla být pravidelná, množství jednotlivých živin (bílkovin, tuků, sacharidů), vitaminů a minerálních látek by mělo být přizpůsobeno jejich vyšší potřebě, horšímu vstřebávání a horšímu využití jednotlivých složek. Strava by měla být chutná a lákavá na pohled, aby podporovala chuť k jídlu, která bývá často snížena. Stravu seniorů je nutno přizpůsobit stavu zubního chrupu. V případě, že nelze pokrýt potřeby běžnou stravou, může nutriční terapeut doporučit zařazení výrobků doplňkové umělé enterální výživy, které seniorům výrazně pomáhají s dodávkou energie, doplnění ostatních živin. Ve stravě seniorů sehrává důležitou úlohu i spolupráce s jeho rodinou. Při stravování, pití tekutin je možno využít vhodné pomůcky. Na trhu jsou k dostání speciální talíře, hrníčky. (Kohout, 2010).

- **Dehydratace**

Nejčastější příčinou dehydratace neboli odvodnění je snížený pocit žízně a strach z inkontinence při větším přísunu tekutin. Projevuje se suchou kůží a vysycháním sliznic, bolestí hlavy, únavou, nestabilitou až pády. Dehydratace způsobuje nepříjemný pocit v ústech a častější výskyt infekce močových cest. Vyvolává sníženou perfuzi mozku, což způsobuje zmatenost, snadněji dochází k nerovnováze elektrolytů v organismu (Kohout, 2010).

Důležité je tedy popíjení nápojů během celého dne, v množství minimálně 2 litry. Nejvhodnější jsou stolní vody kombinované s minerálními, dále ovocné a bylinné čaje

s přihlédnutím na účinek jednotlivých bylin, rovněž přírodní ovocné šťávy a ředěné 100 % džusy.

### 6.3 Poruchy spánku

Spánek je definován jako aktivní děj, funkční stav organismu. Je charakterizován minimální fyzickou aktivitou, různou úrovní vědomí, změnami fyziologických funkcí a sníženou odpovědí na vnější podněty (Trachtová, 1999, s. 70).

Poruchy spánku vznikají jako fyziologická změna v procesu stárnutí nebo doprovází některá onemocnění. Mají vliv na denní aktivitu seniora. Musíme vždy hledat příčinu nespavosti. Příčinou poruchy spánku může být samotná hospitalizace, změna prostředí, nedostatek soukromí, intimity, klidu (Trachtová, 1999, s. 69).

Z dalších příčin nespavosti Kalvach uvádí kromě organického mozkového postižení:

- obstrukční spánková apnoe – pacient v noci vícekrát přestává dýchat a často se probouzí
- syndrom neklidných nohou – udávají při ležení různé parestezie
- gastroezofageální reflux – v noci se probouzí z důvodu kašle, pálení v hrdle (Kalvach, et. al., 2004, s. 264).

#### • Insomnie

Jedná se o nedostatek nebo sníženou kvalitu spánku. Lidé s insomnií se po probuzení necítí osvěženi. Existují tři typy insomnie.

- Iniciální insomnie - problémy s usínáním.
- Intermitentní nebo stálá insomnie – narušení kontinuity spánku.
- Terminální insomnie – předčasné probouzení.

#### • Spánková inverze

Obrácený rytmus spánku je častou poruchou spánku u starých lidí. Člověk během dne, někdy i z nedostatku zevní stimulace, několikrát usne. V noci pak spát nemůže, je čilý, aktivní.

- **Hypersomnie**

Nadměrné spaní. Lidé spí do oběda a usínají i odpoledne. Vyskytuje se u psychických poruch (deprese, úzkosti), u poškození CNS, onemocnění jater a ledvin, metabolických poruch (Trachtová, 1999).

Při řešení spánkových poruch zjišťujeme u pacientů kvalitu spánku kladením otázek typu, jak je spokojený se svým spánkem, jestli je přes den unavený a tím jsou narušeny jeho denní aktivity, od sester a pečovatelů zjišťujeme neobvyklé chování ve spánku, jako je např. chrápání, abnormní pohyby. Je důležité zjistit veškerou medikaci, vytvořit si přesný obraz o pacientově somatickém i psychickém stavu. Nesmíme zapomenout i na jeho návyky – alkohol, kofein, nikotin, farmaka a odhalit všechny příčiny bolesti (Kalvach, et. al., 2004).

## **6.4 Bolest ve stáří**

Bolest je nejčastější subjektivní příznak, který přivádí seniora k lékaři. Pro geriatricii je významná tím, že léky proti bolesti – analgetika, jsou dlouhodobě nejužívanějšími léky ve věku nad 65 let (Kalvach, et. al., 2004, s. 344).

Zasahuje negativně celou biopsychosociální osobnost jedince. Vnímání bolesti je ovlivněno řadou fyzických, psychických, duchovních a sociálně-kulturních faktorů a velký vliv má také předchozí zkušenost s bolestí, znalost o možnostech jejího ovlivnění a typ bolesti. Reakce člověka na bolest jsou tedy zcela individuální, jak po stránce fyzické, tak psychické (viz. příloha č. 9).

Na silnou bolest reaguje nemocný zvýšenou činností některých žláz s vnitřní sekrecí, mění se činnost vegetativní nervové soustavy, dochází ke změnám vnitřního prostředí organismu. Současně bolest ovlivňuje lidskou psychiku a člověka vyčerpává tělesně a duševně (Staňková, 2001, s. 7).

Nejzávažnější jsou chronické bolesti u demenčních seniorů, kteří uvádějí bolest trvalou v rozporu se skutečností. Situaci může zhoršit i přítomnost deprese. Bolest doprovází téměř všechna onemocnění a nejen ve stáří. Zmírňování a odstraňování bolesti významně snižuje utrpení nemocných a ovlivňuje kvalitu jejich života (Rokyta, 2009).

Mnohdy nemocní užívají léky od bolesti - analgetika docela často a je třeba si uvědomit, že právě oni mohou být daleko více ohroženi nežádoucími účinky a to z různých důvodů. Rokyta uvádí hned několik těchto důvodů:

- Je snížená výkonnost orgánů, které vylučují léčiva ( ledviny, játra), může se tedy snadněji zvyšovat koncentrace v těle.
- Obranné a ochranné mechanismy jsou u seniorů sníženy.
- Senioři častěji trpí nemocemi, které mohou některá analgetika zhoršit.
- Nežádoucí účinky mnohých analgetik mohou být vyvolány spolupůsobením dalších léčiv (Rokyta, 2009, s. 105)

Pacienti zvažují i využití alternativních způsobů léčby bolesti a to buď pomocí akupunktury, která napomáhá nastartovat přirozené procesy organismu, a nebo využití reflexologie - stlačování specifických bodů (O'Connor, Aranda, 2005).

#### • Osteoartróza

Nejčastějším onemocněním, se kterým přichází senior do nemocnice, jsou osteoartrózy kloubů. Jedná se o velmi bolestivé kloubní onemocnění, které postihuje velké klouby, kolena, kyčle, ramena, páteř a některé malé klouby rukou. Projevuje se bolestivostí měkkých tkání v okolí kloubu, pohybovou ztuhlostí, otokem kloubu, omezenou funkcí kloubu, deformací a zhruběním kloubu. Senioři jsou omezeni v pohybu, mají pocit nestability. U postižení drobných kloubů rukou dochází k pocitu necitelnosti nebo nešikovnosti. Důležitá jsou režimová opatření, zejména redukce hmotnosti a používání opěrných pomůcek (hůl, berle). Ke zmírnění bolesti se využívá svalová rehabilitace, avšak někteří senioři nemohou chodit, spát a stávají se tak kandidáty operačního zákroku (Kalvach, et. al., 2004).

## 6.5 Diabetes mellitus ve stáří

Toto metabolické onemocnění může vzniknout kdykoli v průběhu života, tedy i ve stáří. Pro seniora je velice důležité včasné zjištění diagnózy a zahájení léčby, protože při déle probíhajícím diabetu dochází ke komplikacím. I stanovení diagnózy je těžké, jelikož senioři nemají pocit žízně, takže tento příznak onemocnění je nepřivede včas k lékaři. Obecné principy léčby se používají i u osob vyššího věku. Nedílnou součástí jsou

nefarmakologická opatření, ke kterým patří doporučení dietních úprav, přiměřenost fyzické aktivity a redukce tělesné hmotnosti. U starších osob je naplnění těchto cílů často omezeno jejich celkovým stavem. Diabetes mellitus vyvolává řadu změn ve tkáních a cévách, následkem kterých vzniká řada komplikací.

- Diabetická angiopatie – postižení cév všech velikostí aterosklerózou.
- Diabetická retinopatie – postižení cév sítnice.
- Diabetická nefropatie – postižení ledvin.
- Diabetická neuropatie – postižení periferních nervů.
- Diabetická noha – souhrnné označení pro všechny změny dolních končetin pod kotníkem, které vznikají v důsledku diabetu.

Obecným cílem léčby diabetu ve stáří je zmírnit klinické projevy, subjektivní a pokud to jde i objektivní stav diabetika (Kalvach et. al., 2004).



## 7 HOSPITALIZACE SENIORA

Nemocniční péče je poskytována podle charakteru nemoci. Nejčastějšími důvody k hospitalizaci jsou nemoci kožní, respirační, kardiovaskulární, pohybového ústrojí, nádory. V dnešní době je největším problémem nedostatek míst v zařízeních dlouhodobé péče. Délka pobytu na lůžku LDN je Metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví ČR doporučena na dobu 3 měsíců, kdy během této doby má být pacient zdravotnickým personálem stabilizován natolik, aby se buď mohl vrátit do svého domácího prostředí nebo je s pacientem projednána možnost umístění do sociálního zařízení - domova pro seniory. V případě, že k hospitalizaci pacienta v léčebně dlouhodobě nemocných po třech měsících již není zdravotní důvod a pacient nemá dořešené umístění v domácnosti nebo v domově pro seniory, je převeden na tzv. sociální lůžko s částečnou úhradou zdravotní pojišťovny a svou osobní platbou za nemocniční služby, nejedná se však o regulační poplatek. Doba tří měsíců pro hospitalizaci na lůžku LDN byla Ministerstvem zdravotnictví ČR doporučena z důvodu omezeného počtu takovýchto lůžek a potřeby zajistit zdravotní péči všem pacientům.

Léčebny pro dlouhodobě nemocné jsou lůžková zařízení, která slouží převážně k léčení starých a dlouhodobě nemocných. Tito nemocní jsou zčásti soběstační nebo zcela nesoběstační (Kalvach, et. al., 2004). Při plánování péče je nutno zvážit, která složka soběstačnosti (zejména fyzická či psychická) je omezena a v jaké míře. Podíl účasti pomáhajícího na pomoci druhému člověku je určen stupněm závislosti. Pro hodnocení stupně závislosti se v geriatrii používají testy IADL a ADL (viz příloha č. 10).

Senioři jsou velmi početnou skupinou pacientů v nemocnici. Ošetrovatelská péče o seniory musí vycházet nejen z odborných dovedností, ale i morálních zásad. V ošetrovatelství je nutné využívat takové modely péče, které vedou k udržení byť malého množství nezávislosti v době nemoci či slabosti (Bužgová, 2007).

Dlouhodobá hospitalizace vede k nepříznivému duševnímu stavu, projevující se psychickou deprivací. Deprivace může mít různou příčinu. Deprivace sensorická vzniká z nepřítomnosti smyslových podnětů, deprivace emoční z důvodu citově chladného prostředí a deprivace intelektová, která vzniká absencí podnětů rozvíjejících myšlení a úsudek. Vnější projev deprivace je psychická regrese, manifestující se depresí, pláčem, protesty, agresí nebo chorobnou uzavřeností, otupělostí, monotónností slovní i pohybovou.

Nemocný se snadno a rychle přizpůsobí pasivitě. Rezignovaně leží či pobývá na lůžku a soustřeďuje se na základní fyziologické úkony. Tomuto fenoménu se říká hospitalismus.

Důležitá je prevence hospitalismu, která spočívá hlavně v udržování duševní pohody nemocného, umožnění návštěv rodinou a známých, zapojení rodinných příslušníků do rehabilitační péče, tělesné a duševní aktivizace. Na této prevenci se musí podílet všichni, tj. podle možnosti samotný pacient, člen ošetrovatelského týmu a především rodinný příslušník (Haškovcová, 1990).

Zrakový vjem spolu se sluchovým smyslovým aparátem je nejčastěji využívaným smyslem k poznávání okolního světa a k navázání komunikace. Okolí pacientů v nemocničních zařízeních bývá prosté vizuálních podnětů. Často lze o něm říci, že je destimulující. Toto okolí bývá např. pro člověka, který se po delší době probere z bezvědomí, velmi stresující. Předměty, které nemá pacient uložené ve svých paměťových stopách, nemůže adekvátním způsobem situaci asociovat a zpracovat. Neschopnost orientovat se v dané situaci a v okolním světě může vyvolávat úzkost, strach a také agresivní chování pacienta. Integrace známého předmětu, uloženého v paměťové stopě, do zorného pole nemocného, může navodit zklidnění. Takovým příkladem může být zavěšení hodin na stěnu do zorného pole nemocného (Friedlová, 2007, s. 109). K výzdobě zařízení jsou vhodné obrázky, které kreslily děti. Tyto obrázky mají jednoduché tvary a základní barvy a nevyvolávají žádné negativní asociace.

Nemůže-li se člověk pohybovat a tráví-li většinu času na lůžku, dostává se mu velmi málo podnětů také ze svého vlastního těla, ztrácí orientaci na vlastním těle a také v okolí. Taková situace vede ke ztrátě schopnosti vnímání sebe sama, k pocitům nejistoty a strachu. Pacienti imobilní a s nedostatečnou aktivitou mohou reagovat:

- Zmateným jednáním a chováním.
- Neschopností kvalitně komunikovat se svým okolím a vyjádřit své pocity, což vede k deprivaci z nedostatečné saturace potřeb.
- Projevy strachu a úzkosti.
- Motorickým neklidem (svlékání se, odepínání plenkových kalhotek).
- Velmi těsným přitlačením těla k postranici (tlak mu umožňuje vnímat hranice vlastního těla).

- Chybnou interpretací reality (Friedlová, 2007. s. 68).

## 7.1 Specifika ošetrovatelské péče

Pokud je senior hospitalizován v LDN, potřebuje specifickou ošetrovatelskou péči, která respektuje zvláštnosti jeho onemocnění, všechny změny tělesných funkcí, psychické změny a sociální statut. Zvláštnosti ošetrovatelské péče jsou orientovány na tyto požadavky:

- udržet člověka co nejdéle soběstačného
- udat směr nebo životní program v psychických a sociálních aktivitách
- uspokojit základní potřeby
- zvýšit psychickou a fyzickou kapacitu člověka
- předcházet komplikacím (proleženiny)
- urychlit léčebný proces
- dodržovat práva pacientů, spolupracovat s nimi, s jejich rodinou a známými

Základní péče zajistí komfort pacienta, urychlí léčení a uzdravování a zajistí prevenci komplikací. K základní ošetrovatelské péči patří: hygienická péče, péče o kůži, prevence a léčení dekubitů, péče o lůžko a prádlo, péče o stravování a pitný režim, prevence komplikací z omezeného pohybu, nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy, aktivizace psychická a fyzická, péče o prostředí. Nesmíme zapomenout, že poskytování ošetrovatelské péče je podstatně jiné u soběstačných pacientů a zcela jiné u pacientů imobilních, proto vždy vycházíme z úrovně soběstačnosti pacienta. U hygienické péče se při toaletě zaměřujeme na hygienu dutiny ústní, mytí vlasů, péči o nehty a kůži. U vyprazdňování se opět řídíme soběstačností. Zajistíme dostupnost toalety, podkládáme podložní mísu nebo stavíme k lůžku WC křeslo. Používáme kompenzační jednorázové hygienické pomůcky (vložené pleny, plenkové kalhotky, podložky atd.). K usnadnění pohybu, k nastavení polohy pacienta, k zajištění bezpečnosti a pohodlí používáme různé pomůcky a zařízení (hrazda, žebříček, berle, antidekubitní matrace, postranice, rehabilitační vozík, stolek na čtení a jídlo aj.). Velice důležité je stravování, jehož základem je dietní systém. Sestra je neustále ve spojení s nutričním terapeutem a domlouvá jídelníček. Strava pro seniory a dlouhodobě nemocné je rozdělena do pěti dávek, lehce stravitelná, s ohledem na problémy při rozkousání jídla, či na pacienty, kteří jsou krmeni (Šamánková et. al., 2006).

## **8 AKTIVIZACE SENIORA**

Je na nás, zdravotnickém personálu, abychom co nejdříve podpořili a motivovali staršího člověka, aby přiměřeně procesu uzdravování, co nejdříve po akutním onemocnění vykonával vše, na co stačí. Je to nejdůležitější intervence v geriatrici. Aktivizace napomáhá prevenci dekubitů, kontraktur, trombóz, infekcí a pádů (Schuler, Oster, 2010). Motivace je souhrn hybných činitelů v činnostech, učení a osobnosti. V posledních letech jsou do nemocniční praxe zaváděny nejrůznější aktivizační techniky.

### **8.1 Arteterapie, ergoterapie**

Arteterapie neboli terapie uměním bývá skupinově organizována. Kromě aktivizace a zaměstnání pacientů umožňuje zjistit, jaké schopnosti v tělesné, duchovní a psychické oblasti zůstaly zachovány. Samozřejmě jde také o naučení se něčemu novému. K arteterapii se využívá práce s papírem a textilem, ženy mají oblibu v malování na hedvábí, zatímco muži v práci se dřevem.

Ergoterapie je léčebná metoda, používaná u zdravotně postižených osob. Jejím cílem je léčbou a adaptací na prostředí zajistit pacientům každodenní způsobilost, co nejlepší kvalitu života a účast ve společnosti (Schuler, Oster, 2010).

### **8.2 Muzikoterapie**

Muzikoterapie je terapeutická a výchovná metoda, která zapojuje do léčby hudbu. Využívají se harmonické či disharmonické tóny, zvukové efekty různých nástrojů, zpěv, rytmizace slov, výkřiky i šepot. Pomocí tónů můžeme muzikoterapeuticky pracovat při uvolňování napětí v různých částech lidského těla či naopak na jejich stimulaci. Zpěv má velký význam na další tělesné a psychické procesy. Některé studie podporují hudební terapii v léčbě bolesti u pacientů na konci života (O'Connor, Aranda, 2005).

### **8.3 Biblioterapie**

Biblioterapie je metoda psychoterapie využívající léčebné a podpůrné účinky četby. Smyslem terapie je reflexe prožívané zátěžové situace na pozadí četby knihy, při níž dochází u pacienta k celkovému uvolnění nahromaděného psychického napětí, uvědomění si významu prožívané situace, k jejímu přijetí, vyrovnání, též k obnově radosti ze života a

podpoře osobní spokojenosti. Jedná se o pozitivní ovlivnění psychosomatického stavu pacienta a o posílení jeho psychické odolnosti a vyrovnanosti (O'Connor, Aranda, 2005).

#### **8.4 Zooterapie**

Zooterapie je léčba pomocí zvířat (péče o ně, dotýkání, hlazení, kontakt s nimi) komunikace „přes zvíře“. Je novým oborem, který si pomalu začíná získávat své místo ve spektru léčení a pomoci lidem. Pravidelný kontakt se zvířetem má vliv nejen na psychické, ale i fyzické zdraví člověka. Jedná se např. o navazování kontaktu s pacienty, kteří obtížně komunikují, při výskytu apatie, u dlouhodobě nemocných nebo jako součást komplexní terapie v geriatrici. Velice oblíbená je canisterapie, která využívá pozitivního působení psa a felinoterapie, terapie za pomocí kočky, která u nás zatím nemá dlouhou tradici. Tyto formy terapie zatím nemají v instituci, jako je LDN, své místo (O'Connor, Aranda, 2005).

#### **8.5 Terapeutické vaření, pečení**

Je oblíbenou činností u nemocných s demencí. Využívá dovedností, které máme uložené v dlouhodobé paměti a které jsou natolik zautomatizované, že ani lidem v pokročilé fázi nemoci nečiní potíže a zvládají je. Při vaření (pečení) se trénují i kognitivní funkce, např. je nutné dodržet určitý pracovní postup, práce se musí zorganizovat, suroviny k výrobě se musí zvážit atd. Tuto formu aktivizace lze spojit s reminiscenční terapií, kdy můžeme společně s nemocnými vzpomínat na oblíbená jídla. Opět tato forma terapie je vhodná spíše pro denní stacionáře nebo domovy seniorů (Suchá, 2011, s. 38).

## 9 KOMUNIKACE SE SENIOREM

Základním komunikačním prostředkem člověka je řeč, jazyk (Štěpaník, 2005, s. 9).

Člověk potřebuje mluvit, potřebuje, aby ho někdo slyšel a poslouchal. Komunikace je složitý proces, ve kterém se mohou objevit problémy. Je to vědomá činnost lidského chování.

Mezi základní předpoklady efektivní komunikace řadíme empatii, což znamená vcítění se do duševního stavu druhé osoby. Umět rozpoznat jakou má náladu, co právě prožívá. Tento pojem nesmíme zaměňovat se sympatií, tou rozumíme spoluprožívání pocitů s druhou osobou neboli soucit (Beran, 1997).

Důležitý prostředek neverbální komunikace je hmat, dotek. Hmatem – dotekem projevujeme svoji blízkost, bezpečí a hlavně tolik potřebnou lásku. Neverbální komunikace tvoří 70 - 90 % komunikace (Pichaud, Thareauová, 1998) .

Dotýkat se je základní lidská schopnost. Doteky se k nám dostává spousta impulzů ze zevního prostředí, ale také my můžeme pomocí doteků komunikovat s okolím. Jsou jedním ze způsobů bazální stimulace.

Na pacienta v ošetrovatelské péči v konceptu bazální stimulace pohlížíme jako na osobnost, nezávisle na jeho postižení a aktuálním tělesném, mentálním nebo duševním stavu. Terapeuti se snaží identifikovat potřeby pacienta, porozumět jeho stylu komunikace a poskytnout mu prostor pro orientaci a další rozvoj jeho osobnosti. S nemocným musíme zvolit vhodnou komunikační formu. Když jedinec přijme nabídnutou formu komunikace , musíme být schopni rozlišit i nepatrné reakce a dát jim náležitý význam. Projevy reakcí mohou být velmi nepatrné např. mžikání očima, hluboký dech, vzdychání, sténání, otevírání očí a úst, úsměv, zavírání očí, blednutí atd (Friedlová, 2007, s. 36).

Můžeme se setkat se seniory, kteří komunikaci s druhými lidmi odmítají, místo toho vyhledávají komunikaci a kontakt se zvířaty. Pohlazení zvířete, které doprovázelo seniora v dobách jeho pracovního života, dokáže uvolnit zábrany, navodit pozitivní emoce, vytvořit atmosféru bezpečí. Ne všechna zvířata jsou však k terapii vhodná. Senioři upřednostňují kontakt se psy, jelikož jsou přizpůsobiví a umí být pozorným společníkem.

Mezi paralingvistické prostředky komunikace patří také vzdálenost, postoj, mimika, pantomimika, gesta, zrakový a tělesný kontakt. Nejdůležitějším prvkem v komunikaci jsou

oči. V obličejí je možno odlišit sedm druhů emocí: štěstí, překvapení, strach, zlobu, smutek, spokojenost a zájem.

Schopnost komunikovat má vliv na kvalitu života. Tělesný a duševní život člověka je proces, který probíhá v interakci mezi pohybem, vnímáním a komunikací v kontextu sociálního prostředí. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání. Verbální komunikace je ovlivněna úrovní vnímání, schopností vyslovovat, znalostí komunikačního jazyka, výškou hlasu, jeho intonací a schopností analyzovat význam slov. Neverbální komunikace je ovlivněna úrovní vědomí, schopností vykonat pohyb, možnostmi využití jiných komunikativních kanálů než auditivního. Vnímání není možné bez smyslových orgánů, které jsou schopny přijmout a zpracovat podněty z okolního prostředí (Friedlová, 2007, s. 32).

Starý člověk, zvláště, když je unavený, velmi pomalu komunikuje. Potřebuje delší dobu na to, aby sdělený obsah slyšel a porozuměl mu, našel odpověď a vyjádřil jí slovy. Zpomalené reakce jsou u starého člověka způsobeny celkovým zpomalením fungování organismu. Jediná možnost, jak s takovým člověkem komunikovat, je přizpůsobit se jeho rytmu.

Mlčení, ze kterého má tolik lidí strach, může být někdy výmluvnější než všechna slova. Jsou chvíle, kdy nevíme co říct. Můžeme mlčet, protože vyřčená slova nemusí vyjadřovat naše pocity. Také pohled vyjádří mnohdy víc než slova, je pravdivější, protože slovy můžeme vyjádřit cokoli, ale pohledem se klame hůř (Minibergerová, 2006, s. 45).

## **II. EMPIRICKÁ ČÁST**



## 10 CÍL PRÁCE

**Cíl č. 1** - Zjistit, zda a jak ovlivňuje hospitalizace seniora v Nemocnici Milosrdných Bratří ve Vizovicích (dále NMB).

**Cíl č. 2** - Připravit a zrealizovat aktivizaci v NMB Vizovice.

### 10.1 Metodika práce

Ve své práci jsem využila nejčastější používanou metodu sběru dat v kvalitativním výzkumu, a to polostandardizovaný rozhovor. Při přípravě těchto rozhovorů si vytvoříme určitý okruh otázek, který je pro tazatele závazný. Pořadí otázek je možno zaměňovat. U tohoto rozhovoru máme definované tzv. jádro, minimum témat a otázek, které chceme probrat. Svůj význam mají také vnější okolnosti: prostředí, v němž rozhovor probíhá, doba rozhovoru apod. Rozhovor v ošetrovatelství využíváme ke zmapování životních osudů jednotlivce v nemoci a života s nemocí (Kutnohorská, 2009, s. 39 - 40). Touto metodou jsem chtěla zjistit, jaké pociťují klienti v NMB Vizovice změny ve stáří, zda mají uspokojeny základní biologické potřeby (jídlo, spánek...), zda se jim líbí prostředí nemocnice, zda jsou hospitalizováni opakovaně. Dále jsem pomocí rozhovoru zjišťovala, zda by přivítali v nemocnici nějaké tvořivé aktivity a zda by se jich zúčastnili. Zajímala jsem se také o to, jak tráví volný čas doma. Rozhovor tvořilo celkem 10 oblastí, na které klient volně odpovídal. Otázky byly kladeny podle toho, jak se rozhovor rozvíjel. Na závěr bylo poděkování za spolupráci a rozloučení s klientem. Všechny položky, které byly formulovány při rozhovoru, uvádím v příloze. Zde uvádím pouze oblasti, které byly použity při rozhovoru s respondenty:

- projevy stáří
- bolest
- výživa
- sebepéče
- spánek
- adaptace na hospitalizaci
- funkce rodiny

- víra
- aktivizace
- reakce na hospitalizaci

## 10.2 Realizace průzkumu

Rozhovory se seniory byly realizovány v NMB ve Vizovicích. Byly nahrávány na diktafon a přenášeny do písemné podoby. Průzkum byl realizován v období únor – březen 2011, délka jednotlivých rozhovorů se lišila podle rozsahu jednotlivých odpovědí respondentů a trvala 20 – 30 minut. Každý respondent byl předem seznámen s realizací a cílem rozhovoru a byla mu zdůrazněna anonymita a nahrávání na diktafon. Každý respondent svobodně a dobrovolně projevil vůli se rozhovoru zúčastnit a současně podepsal souhlas s nahráváním rozhovoru a se zveřejněním fotografií z aktivizačního odpoledne v bakalářské práci. Rozhovor probíhal v pracovně vrchní sestry, pouze s jednou respondentkou probíhal na pokoji.

## 10.3 Charakteristika respondentů

Respondenty tvořilo pět hospitalizovaných klientů, dvě ženy a tři muži ve věkovém rozmezí 60 – 90 let. Klienti byli vybíráni s přihlédnutím k jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu, orientování, komunikující, s délkou hospitalizace v NMB Vizovice déle jak 40 dní. Tito klienti byli vybráni dle schopnosti spolupracovat, jelikož v této nemocnici jsou hospitalizováni většinou klienti dezorientovaní, s demencí, kteří by se nezapojili do rozhovoru ani do aktivizace, kterou jsem v rámci své bakalářské práce s nimi realizovala. Všichni respondenti byli mobilní, jedna respondentka byla imobilní, pohybovala se pomocí mechanického, rehabilitačního vozíku. U všech respondentů jsem před rozhovorem zajistila uspokojení základních fyziologických potřeb (výživy a vyprázdnění).

## 11 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Přepis rozhovorů je autentický, jsou vynechána pouze některá citoslovce (např. ehm) a slova, kterým nebylo z nahrávky rozumět. Respondenti využívají i často nespisovné výrazy, výrazy z nářečí kraje, ze kterého pochází. V přepisu rozhovorů jsou použity zkratky T = tazatel a R = respondent. Za každým rozhovorem je shrnutí.

### **Respondent č. 1 pan M.**

Věk: 64 let

Délka hospitalizace: 62 dní

Rozhovor probíhal v nerušeném prostředí pracovny vrchní sestry, trval 25 minut bez přítomnosti dalších osob.

**T: Jste v NMB Vizovice hospitalizován poprvé nebo opakovaně? Byly nějaké problémy u předchozích hospitalizací?**

R: *Už jsem tu několikrát byl a nemám nic, jestli vy nemáte proti mě nic, jako personál od velitele až po uklízečku.*

**T: Jaké pociťujete změny v souvislosti se stářím?**

R: *Dost často mě bolí v kříži, zas mě chytla páteř, dva obratle, těžko se narovnáвам a zlobí mě ten bércák.*

**T: Jste hospitalizován s bolestivým onemocněním. Potřebujete často analgetika (tablety od bolesti)?**

R: *Když mám po převazu, tak jo, mám je napsané od paní doktorky, takže fasuju léky misečce ráno, poledne, večer. V poledne je neberu, protože mi stačí ráno a večer.*

**T: Reaguje ošetřující personál včas na Vaše stížnosti na bolesti?**

R: *Ano, hned mi přinesou tabletu.*

**T: Zajímá mne Vaše stravování . Máte v nemocnici pocit hladu?**

R: *Já to řeknu tak, byl jsem dost silný kuřák, denně jsem vypil i nějaké pivo a teď nemám to ani to. Denně vykouřím 2 – 5 cigaret, já bych kousal i hřebíky, když si na to vzpomenu. Jídlo si dokupuji.*

**T: Chutná Vám jídlo připravované v nemocniční kuchyni?**

R: *No je málo kořeněné, ale beru ohled na diety. Vím, že vaří pro všechny, sedíme u stolu tři a máme tam tři stravenky, trojku, osmičku, devítku (pozn. autorky – označení diet).*

**T: Jste spokojen s časovým rozvržením stravy?**

R: *No jsem, málokdy do toho zasáhne nějaké cvičení, ráno na rehabilitaci nechodím, chodím až po snídani .*

**T: Je ošetřující personál ochotný ohřát Vám znovu jídlo, když se nestihnete včas najíst?**

R: *Já jsem to u sebe nezažil, ale viděl jsem to u druhých, že přišli pozdě z nemocnice a sestřičky mu to ohřály.*

**T: Užíváte léky na spaní?**

R: *Někdy beru, někdy ne.*

**T: Cítíte se ráno odpočínutý? Máte dostatek spánku? Vím, že se dlouho díváte na televizi?**

R: *V pohodě, někdy spím dopoledne, i po vizitě.*

**T: Jste spokojen s dobou buzení? Nebudí Vás ošetřující personál moc brzy?**

R: *Ale jo, je to dobrý, není potřeba to posunout.*

**T: Je něco, co Vás v nemocnici rozzlobí?**

R: *No, blbí lidi, zrovna včera babka z desítky. V polovině pořadu přijde a chce, abychom přepnuli televizi na jiný program. No říkám není Vám to blbé? Ona se chtěla dívat na velkou televizi. Chodí v šedém županě, podívám se na jídelně jak se jmenuje.*

**T: Pociťujete v nemocnici úzkost nebo smutek?**

R: *Ne, mám tady kamarády a nějaké známé pacienty. Na pokoji je nás šest a snažím se i pomáhat druhým.*

**T: Líbí se Vám prostředí v nemocnici? Vymalování pokojů, obrázky na stěnách?**

R: *No líbí.*

**T: Co Vám chybí na pokoji, co byste tam chtěl mít?**

R: *Pro mě nic, umyvadlo je tam, sprcha je tam, záchod je tam. Televizi ne, to by nedělalo dobrotu. Ten chce to, ten to a třetí Vám řekne o půl deváté, že chce spát. Takže to nemá cenu, to už jsem na cimře zažil.*

**T: Máte potřebu navštívit nemocniční kapli?**

R: *Ne, já tam nechodím, ať si tam chodí ostatní, ale ať se řídí podle toho, co je tam napsáno.*

**T: Jak trávíte volný čas doma?**

R: *Ježíšmarjá, hodně koukám na televizi, chodím s kamarády na pivo nebo oni chodí ke mně a hrajeme karty.*

**T: Přivítal byste nějakou aktivizaci v nemocnici a zúčastnil byste se jí?**

R: *No snad jo, neříkám, že ne, ale co to bude, vystříhovat Mikuláše? Ale to je ještě daleko.*

**T: Chodí za Vámi návštěvy?**

R: *Ne, já nechci, bratr přišel o hlasivky a já nechci aby měl problémy při dopravě, aby nemusel psát lístky, kde má vystoupit, kam má jít, mu se to špatně říká. Teď to budou v dubnu 3 roky, ve Zlíně mu vyřezali hlasivky.*

**T: Dokázal byste ohodnotit hospitalizaci známkou jako ve škole?**

R: *Jak? Jednička nejlepší a pětka nejhorší? Dejte dvojku.*

**T: Jste u nás spokojený a doporučil byste nemocnici někomu z příbuzných?**

R: *No samozřejmě.*

**T: Máte pocit, že Vás hospitalizace nějakým způsobem ovlivňuje?**

R: *No jen v tom lepším, já očekávám, že se mi trochu zlepší ten defekt.*

**T: Děkuji Vám za rozhovor.**

**Shrnutí:**

Pan M. žije ve městě, nebyl nikdy ženatý, žije sám v občanském sdružení Elim v Horní Jasénce, které bylo založeno z občanské touhy křesťanů ve Vsetíně pomáhat lidem stojícím mimo zájem společnosti a nabídnout jim odpočinku a úlevu. Sdružení vykonává charitativní činnost, pomáhá opuštěným dětem, zdravotně postiženým, nemocným,

seniorům, alkoholikům, narkomanům. Klient utrpěl před mnoha lety úraz, kdy mu těžký předmět upadl na nohu a způsobil frakturu pravého bérce. Po zdlouhavé léčbě a komplikacích se v místě úrazu vytvořil bérceový vřed, který se již několik let špatně hojí. Jsou prováděny pravidelné převazy těchto defektů. Bolest klient udává pouze po tomto převazu, ale sám říká, že léky od bolesti, které „fasuje v misečce“ mu stačí. K rozvoji a nehojení rány přispívá do určité míry také kouření a alkohol, který pan M. občas doma konzumuje. I během hospitalizace si klient kouření neodpustí. Jak se také zmínil, dokupuje si i jídlo. Není to ovoce a zelenina, jsou to nevhodné, tučné pokrmy, paštiky, salámy a bílé pečivo. Je tedy vidět, že klient dietu a stravovací návyky vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nedodržuje. Jako změnu ve stáří pocítuje hlavně bolesti páteře a trápí jej ten bérceový defekt. Klient je v nemocnici hospitalizován opakovaně a vždy dlouhodobě. Zná ho již několik let a vím, že má vznětlivou povahu. Svědčí o tom i spor u televize, který je popisován v rozhovoru s respondentem. Je to dáno určitě i tím, že je zvyklý mít vše jen pro sebe a o všem rozhodovat sám. Během jeho hospitalizací se vždy objeví nějaký problém a je na nás, ošetřujícím personálu, abychom jej vyřešily s nadhledem a profesionálně. I přes svou povahu si dokáže najít mezi spolupacienty, jak sám říká kamarády a vycházet s nimi. Tráví spolu volná odpoledne, chodí na procházky do nemocniční zahrady. Mezi ošetřujícím personálem je oblíben, protože se snaží všem pomáhat a i když má takovou povahu, dokáže pomoci i druhým klientům, kteří to potřebují. Nikdy jsem od respondenta neslyšela a ani v rozhovoru se nezmiňoval, že by chtěl jít domů. Naopak se mu v nemocnici líbí, dá se říci, že je se vším spokojen a je patrné, že pobyt zde jej negativně neovlivňuje, spíše naopak. Při hospitalizaci očekává zlepšení svého zdravotního stavu. Připravované aktivizace se rád zúčastnil.

### **Respondent č. 2 pan V.**

Věk: 67 let

Délka hospitalizace: 55 dní

Rozhovor s respondentem probíhal v nerušeném prostředí pracovny vrchní sestry, bez přítomnosti dalších osob, délka rozhovoru byla 20 minut.

**T: Jste v NMB Vizovice hospitalizován poprvé nebo opakovaně? Byly nějaké problémy u předchozích hospitalizací?**

R: *Jsem tu poprvé.*

**T: Jaké pociťujete změny v souvislosti se stářím?**

R: *No tak já si myslím, že přiměřeně ke svému stáří už jako jenom, bolesti mám jako, jak se říká každě, ale ne takovýchle, aby to nějak ovlivňovalo, jako to moje to, nejhorší byl ten úraz na pravým stehně.*

**T: A jaký jste měl úraz?**

R: *Při plnění vojenských povinností, ale to nic, chodit můžu, to jako nic. To mě všechno pasuje. Ze začátku byly potíže, ta bolest už se uklidnila.*

**T: Jak Vás omezuje Vaše nemoc?**

R: *V pohybu mě omezuje, hlavně mě teď omezuje ta „růže“. Já mám prasklou šlachy, víte, ona mi chybí, jinak bych nemusel vůbec nosit berle.*

**T: Když máte bolesti a požádáte o lék od bolesti, přinese Vám jej hned ošetřující personál?**

R: *Přinese, nemusím dlouho čekat.*

**T: Chutná Vám jídlo připravené v nemocniční kuchyni?**

R: *Jsem spokojenější, strava je upravená.*

**T: Je ošetřující personál ochoten ohřát Vám znovu jídlo, když se nestihnete včas najíst?**

R: *Myslím, že jo, ale vono některý jídla.....?*

**T: Jak dlouho v noci spíte?**

R: *No tak vždycky spím dvě hodiny, pauza, zase dvě hodiny, pauza. To teď spím dobře, to jsem spal ještě hůř.*

**T: Berete si léky na spaní?**

R: *No to jsem udělal jednou a bylo mi z toho blbě. Potom jsem lital jako blbec.*

**T: Jste spokojen s dobou buzení? Nebudí Vás ošetřující personál moc brzy?**

R: *Jo, klidně. Vůbec mi nevadí, že mě ráno budíte. Vstávám před pátou hodinou.*

**T: Je něco, co Vás v nemocnici rozzlobí?**

R: *Ne*

**T: Pociťujete úzkost při hospitalizaci?**

R: *Ale to ne.*

**T: Líbí se Vám prostředí v nemocnici?**

R: *Jó, tohle jako jó, já nejsem náročný člověk, musím se přizpůsobit, když jsem tohle zažil v šedesátých letech, nebylo nic, no a teď, všude máte všechno.*

**T: Co Vám chybí na pokoji?**

R: *Nic.*

**T: Kolik je Vás na pokoji?**

R: *Šest, a všichni si dobře rozumíme.*

**T: Kolikrát za Vámi přijdou příbuzní na návštěvu?**

R: *Žena chodí tak dvakrát týdně, dvakrát no třikrát, ale většinou dvakrát, středa – neděle, no tak.*

**T: Jak dlouho se návštěva zdrží?**

R: *Tak dvě hodiny, jezdí autobusem. Tady jezdí autobus každou chvíli, to není problém.*

**T: Máte potřebu navštívit nemocniční kapli?**

R: *Ne, nemám.*

**T: Jak trávíte volný čas doma? Máte nějakou zálibu?**

R: *No tak zálibu, dříve jsem lepil letadýlka, no a teď ke stáří, na televizi moc ne, vždycky tak pět minut. No hlavně četba, čtu i tady u Vás. No a hlavně nějaká ta práce doma, když se dá udělat.*

**T: Přivítal byste nějakou aktivizaci v nemocnici?**

R: *Klidně, a zúčastnil bych se jí, bezevšeho.*

**T : Nudíte se v nemocnici?**

R: *Já se nenudím.*

**T: Dokázal byste ohodnotit hospitalizaci známkou jako ve škole?**



R: *No, myslím, že jedna mínus.*

**T: Doporučil byste nemocnici někomu ze známých?**

R: *V každém případě, už jsem to jednomu řekl.*

**T: Přijel byste znovu a proč?**

R: *Určitě přijel, protože byste mě tu zase dali dohromady, v každém případě.*

**T: Máte pocit, že Vás hospitalizace nějakým způsobem ovlivňuje?**

R: *Ani ne, já jsem nenáročný člověk a velice rychle se přizpůsobím.*

**T: Děkuji Vám za rozhovor.**

**Shrnutí:**

Pan V. je ženatý, má dvě děti a tři vnoučata. S manželkou žijí na venkově v rodinném domku. Klient byl do NMB Vizovice odeslán praktickým lékařem k léčbě nehojících se bércových defektů na obou DKK. Je v této nemocnici hospitalizován poprvé. Respondent v rozhovoru uvádí, že původ svých potíží vidí po vzniklém úraze v roce 1964, jak říká „při plnění bojových povinností“. Od té doby má stále problémy s PDK. Klient si stěžuje hlavně na bolesti v defektech, může si říct o lék od bolesti i 3x za den, vždy mu je bez problému ošetřujícím personálem přinesen. Je soběstačný, dopomoc je nutná pouze při toaletě, chodí o dvou vysokých berlích. U klienta je problém s obezitou. Jeho obezita je způsobena nadměrným příjmem kalorií. I v nemocnici má redukční dietu, tu ale nedodržuje. Příbuzní mu nosí stále něco na přilepšenou. Hmotnost na začátku hospitalizace byla 98 kg, dnes má 103 kg a při výšce 168 cm je BMI 36,49 - což odpovídá obezitě II. stupně. Klient má potíže se spánkem, v noci se opakovaně budí. Léky na spaní raději ani nechce, jak sám udává, když si jej jednou vzal „potom lítal jako blbec“. Povinností každé noční služby je několikrát kontrolovat pokoje klientů. Pan V. často sedí na lůžku, někdy si čte při nočním světle svou oblíbenou knihu. I doma je čtení knih jeho velká záliba, jak sám říká určitě lepší než sledování televize. Dříve měl krásného koníčka, a to lepení malých letadel, ale tomu se již ze zdravotních důvodů nevěnuje. V nemocnici je spokojený, líbí se mu vymalování pokojů a jejich zařízení. Vše srovnává s šedesátými lety, kdy nic takového nebylo. V kolektivu je přátelský, s ostatními spolupacienty vychází dobře. Nemocnici už doporučil i dalším známým a znovu by přijel. Myslím si, že to svědčí o kvalitní

ošetřovatelské péči, která je v nemocnici poskytována a o spokojenosti klientů. A jaké klient pociťuje změny ve stáří? Na tuto otázku v rozhovoru ani neodpověděl a vymluvil se na dávný úraz. O tom, jak jej ovlivňuje hospitalizace, se také nerozpovídal. Uvádí, že je nenáročný člověk, nic mu nechybí a je přizpůsobivý. Aktivizačního odpoledne se zúčastnil rád a s chutí.

### **Respondent č. 3 paní B.**

Věk: 69 let

Délka hospitalizace: 120 dní

Rozhovor s respondentkou probíhal v nemocničním pokoji. Byl trochu rušen spolupacientkami, které si mezi sebou povídaly. Trval 30 minut. Pro její sníženou pohyblivost se pohybuje na rehabilitačním mechanickém vozíku, neboť je po amputaci obou dolních končetin.

**T: Jste v NMB hospitalizována poprvé nebo opakovaně?**

R: *Poprvé, čekám, až mi vyrobí vozíček.*

**T: Jaké na sobě cítíte změny v souvislosti se stářím?**

R: *No tak, že mám uřezané ty nohy, že prostě už nebudu běhat, tak jako dřív, že se s tím musím smířit. No ale, prostě jsem si na to už zvykla. Měla jsem ty bércové vředy, špatné cévy. Byla jsem i v Olomouci na zkoušku, ještě před operací a nešlo to zachránit. Nohy mi amputovali v roce 2007, to vím přesně. Řezali mi to na dvakrát, tu pravou nohu devětkrát. Snažili se, ale nešlo to zachránit.*

**T: A Vy se teď pohybujete na vozíčku?**

R: *Teď mám nemocniční, ale ten je malý. Tak ten šel pryč, pojišťovna ho jako sebrala a budu mít elektrický. Už je to i vyřízené, jenom čekám, až se udělá. Vozíček bude na míru.*

**T: Máte nějaké bolesti?**

R: *Bolesti mám těch noh, a pak mě bolí ruce, jako, že když jezdím ve vozíku, tak mi mrtví ruce. Vůbec tady tyto články necítím, no a je to strašná bolest.*

**T: Když si řeknete o lék od bolesti, přinese Vám jej hned ošetřující personál?**

R: *Hned přijdou, nemusím dlouho čekat. Ne, ne.*

**T: Máte nějakou speciální dietu? A chutná Vám jídlo připravené v nemocniční kuchyni?**

R: *Mám dietu cukrářskou, tak chutná mi to. Něco mi chutná, něco mi nechutná. Jako doma, když si něco uvaříte, někdy se to nepodaří.*

**T: Je ochoten ošetřující personál ohřát Vám znovu jídlo, když se nestihnete včas najíst?**

R: *Ne, to se mi nikdy nestalo.*

**T: Jak zvládáte péči o své tělo?**

R: *Zvládám do půl těla sama a spodek sestřičky. Jsou velice hodné, pomáhají mi.*

**T: Pomáhá Vám i návštěva při umývání?**

R: *No oni přijdou až odpoledne, takže ne. Mají málo času.*

**T: Jak se návštěva u Vás dlouho zdrží?**

R: *Bratr, ten chvilku, poněvadž taky nemá čas, dělá ředitele ve Fatře no a pak ještě jezdí do Itálie, takže ten tak těch deset, patnáct minut. A když přijde dcera, ta tak tu třičtvrtě hodiny, jak kdy. Ven se mnou nechodí, já bych potom nepřestoupila na lůžko. Musím mít u sebe pana vedoucího (pozn. RHB pracovník), který mě musí přenést. Má sílu.*

**T: Užíváte léky na spaní?**

R: *Ano, беру si.*

**T: A stačí Vám délka spánku?**

R: *No tak ze začátku nemůžu usnout a pak spím. Až tak v jedenáct hodin, ráno se budím o půl sedmé.*

**T: Je něco, co Vás rozzlobí v nemocnici?**

R: *Ne, nerozzlobí mě vůbec nic. Někdy jsem taková přísná, poněvadž jsem dělala třicet šest roků v obchodě, to žádný med nebyl a půl roku předsedkyni u nás na baráku, tak tam bych se taky mohla rozčítit. Vždycky jsem si to vyříkala v klidu, víte?*

**T: Pociťujete v nemocnici úzkost?**

R: *No tak, jako ve Zlíně to bylo horší, ale tady ne. Tady se cítím jako doma.*

**T: Je to tím, že jsou v nemocnici neomezené návštěvy nebo máte kamarádky na pokoji?**

R: *No tak mám taky telefon, a můžu se s nimi bavit, jako s rodinou.*

**T: Chtěla byste něco změnit tady na pokoji? Líbí se Vám vymalování, obrázky?**

R: *Jo, je to tu pěkné, nic bych tu nechtěla měnit.*

**T: Kolik je Vás na pokoji a rozumíte si navzájem?**

R: *Čtyři dohromady a rozumíme si.*

**T: Máte potřebu navštívit nemocniční kapli?**

R: *Byla jsem tam jednou, poněvadž to je vždycky odpoledne a to už mě tam pan vedoucí nedá, pan farář byl za mnou. Chodí do nemocnice jedenkrát týdně a mně to stačí.*

**T: Máte nějakou zálibu?**

R: *Zálibu mám papíry, co se nového jako děje, jsem zvědavá na tady tyhle věci, na informace a prostě mám zájem. Ráda pletu, háčkuju ráda, ale teď mám špatné ty ruce, tak to nemůžu dělat. Mám se během roku hlásit u pana asistenta, a on mě odešle na operaci.*

**T: Přivítala byste aktivizaci v nemocnici?**

R: *Byla bych první, která by se zúčastnila.*

**T: Dokázala byste ohodnotit hospitalizaci známkou, jako ve škole?**

R: *No, tak já bych řekla jedničku. Sestřičky jsou tady velice hodné, i pomocnice jsou hodné. I paní primárka, to je strašně chytrá ženská a hodně chápe, staniční sestra a všichni doktoři. Opravdu, kvalita.*

**T: Přijela byste znovu, kdyby to bylo nutné?**

R: *Ano, ano.*

**T: Můžete mi říct, jak vás hospitalizace ovlivňuje?**

R: *Určitě kladně, vždyť jsem se tady naučila lépe pohybovat na vozíčku.*

**T: Moc Vám děkuji za rozhovor.**

**Shrnutí:**

Paní B. je vdova, má jednu dceru a bydlí sama v panelovém domě, kde má byt přizpůsobený svému handicapu. Klientka byla přijata na doporučení obvodního lékaře k povýšení soběstačnosti. Je v nemocnici hospitalizována poprvé. Hlavním cílem je naučit se přesun na rehabilitační vozík. Je diabetička na inzulínu s mnohočetnými komplikacemi, je po bércové amputaci obou DKK. Během hospitalizace se snaží rehabilitovat, pozvolna zvládá i přesuny na vozík. Za hospitalizace se řeší problém nízké tolerance námahy na mechanickém vozíku, proto se začal vyřizovat vozík elektrický. Klientku z neustálého používání mechanického vozíku bolí často i ruce, ale více jí trápí fantomové bolesti DKK. Klientka má naordinována analgetika, kdykoliv si o ně řekne, ošetřující personál tabletu hned přinese. Z důvodu své imobility se vyprazdňuje na podložní mísu. Velice často se u ní střídají ošetřovatelské problémy, a to zácpa nebo průjem. S pomocí naordinovaných léků a vhodné diety se tyto problémy daří vyřešit, samozřejmě nesmíme zapomínat na dostatečnou hygienickou péči. Respondentka uvádí problémy se spánkem, které se řeší podáním hypnotika – léku na spaní. Na pokoji jsou dohromady čtyři pacientky, večer se spolu dívají na televizi a nebo si vypráví různé historky z mládí. Klientka opakovaně nedodrжуje dietní opatření v rámci své diabetické diety a obezity i přes neustálé domluvy si nechává nakoupit zákusky a slazené vody od svých příbuzných. Ráda by se věnovala svým zálibám, což bylo pletení a háčkování, ale zdravotní potíže jí to nedovolují. Sleduje novinky ve světě, ať už v denním tisku nebo v televizi. Z rozhovoru je patrné, že s péčí v nemocnici je maximálně spokojena. Srovnává péči v LDN v KNTB ve Zlíně s péčí v NMB Vizovice. Požádala mě, abych prostřednictvím mé bakalářské práce poděkovala RHB pracovníkovi, panu Bc. Kulendovi T., za jeho přístup a ochotu. A jaké pociťuje klientka změny ve stáří? Hlavně takové, že již nikdy nebude chodit, protože je po amputaci obou DKK. Ale s tímto svým údělem se již smířila. Negativní vliv hospitalizace také není patrný, neboť se v nemocnici naučila lépe používat rehabilitační vozík a očekává, že při propuštění domů dostane nový vozík elektrický, který zlepší její život. Klientka je v nemocnici spokojená, cítí se tu jako doma. Na otázku, zda by přivítala aktivizaci v nemocnici odpovídá, že by byla první, kdo by se zúčastnil. Je zřejmé, že čas strávený na lůžku potřebuje něčím obohatit.

**Respondent č. 4 pan K.**

Věk: 90 let

Délka hospitalizace: 44 dní

Rozhovor s respondentem probíhal v nerušeném prostředí pracovny vrchní sestry, bez přítomnosti dalších osob. Délka rozhovoru byla 20 min.

**T: Jak dlouho jste hospitalizován v NMB ve Vizovicích? A jste tu poprvé?**

R: *No to už bude přes měsíc a jsem tu úplně poprvé.*

**T: A s jakým onemocněním jste hospitalizován?**

R: *No lehkou mrtvicí, a pak jsem dostal nějaký zánět průdušek, nějakou virózu a to mě zkomplikovalo celou tu věc, se to prodloužilo.*

**T: A Vy rehabilitujete, cvičíte?**

R: *Ano, rehabilituji, cvičím, chodím i do schodů. Nahoru i dolu, zatím jsem nespádl.*

**T: Jste v nemocnici spokojený?**

R: *Ale su, sestry se o mě starají. Já obdivuju jejich obětavost, jejich práci.*

**T: Máte nějaké bolesti?**

R: *Bolesti nějaké výrazné nemám, léky od bolesti vůbec nepotřebuji.*

**T: Máte v nemocnici dostatek jídla a chutná Vám jídlo připravované v nemocniční kuchyni?**

R: *Jejda, jídla mám až nad potřebu, chutná mi, chutná. Není třeba ho solit, je to tak dobré. Já su s jídlem spokojený.*

**T: Je ochoten ošetřující personál ohřát vám znovu jídlo, když se nestihnete včas najíst?**

R: *To se mi nikdy nestalo.*

**T: Potřebujete pomoci při oblékání a umývání?**

R: *No zkraje jsem potřeboval pomoc, ale už je to lepší, že se samostatně umyju. S tím oblékáním je to už horší, když je třeba, pomůžou mi sestřičky. No ano.*

**T: Jak v noci spíte?**

R: *No tak třeba zkraje nemůžu zaspát, ale pak usnu a spím. Na nedostatek spánku si nemožu stěžovat.*

**T: Užíváte léky na spaní a jak dlouho spíte?**

R: *Ne, to jsem nikdy nepotřeboval. A spím, až mě ráno vzbudí*

**T: Je něco, co Vás v nemocnici rozzlobí?**

R: *Ale tak ani ne, jó, ne, ne. Nahoře to bylo trošku hlučnější (pozn. druhé patro nemocnice). Tady je víc klidu. (pozn. první patro nemocnice, kam byl klient přeložen před zhoršením zdravotního stavu) Ti pacienti byli trošku hrubší.*

**T: S kým doma bydlíte?**

R: *No já bydlím sám, manželka mi zemřela před třemi roky, hodná manželka, víte. Na tu pořád vzpomínám, Ale co se dá dělat, já už jsem se naučil nějaké drobnosti, udělat si doma pořádek a také něco uvařit a takéj aj o teplo se trochu postarat.*

**T: Jaké na sobě pociťujete změny v souvislosti se stářím?**

R: *Já jsem se vždycky cítil zdravý a najednou to přišlo.*

**T: Kdo za Vámi jezdí do nemocnice na návštěvy? A jak často?**

R: *Jedna rodina jezdí, zdrží se jen na chvíli. Jen pár minut, já bych se hned unavil. Zkraje jezdili hustší a teď, každý má svoje povinnosti, tak vono, hlavně v sobotu a v neděli. Právě mi volal synovec, že přijede zítra, takže i přes týden.*

**T: Kolik je Vás na pokoji? A rozumíte si?**

R: *Teď tři, moc toho nenavykládáme. Protože každý máme své starosti, ten vedle je mladší člověk a potom já nedoslýchám a já, to mě dělá chybu. Špatně se komunikuje.*

**T: Je Vám v nemocnici smutno?**

R: *No tak ta touha po domově je, to je přirozené. Jinak u Vás mi to vyhovuje, já se necítím nějak osamocen.*

**T: Máte potřebu navštívit nemocniční kapli?**

R: *Já su věřící, ale já nejsu katolik, nepatřím k církvi katolické. Totiž já jsem evangelik. No a ještě jsme udělali nějaký pokrok v církvi Adventistů sedmého dne. Tak jak*

*Martina tady (pozn. kolegyně). Vy to určitě znáte. Do kapličky nechodím, ale já si vážím věřících lidí.*

**T: Máte nějakého koníčka, zálibu?**

*R: No samozřejmě, že jo. Na housle jsem hrál, doposud, a včil nevím, jestli mě půjdou prsty a potom jsem maloval, maloval obrázky. Dělal jsem do figur, krajiny. Po horách jsem jezdil, po našich valašských Beskydách a maloval jsem. Protože příroda mě zajímá a obdivuju krásy přírody.*

**T: To byste mohl zkusit něco namalovat?**

*R: No nevím. Nemám tu ty svoje fidlátka.*

**T: Zúčastnil byste se aktivizace v nemocnici?**

*R: No zatím dávám přednost léčení, a nevím jaký tu bude program? Zatím ne.*

**T: Nudíte se v nemocnici?**

*R: Tož to víte, dlouhá chvílka je. Mě chybí ta příroda.*

**T: Dokázal byste ohodnotit hospitalizaci u nás známkou jako ve škole?**

*R: Já bych to hodnotil, já bych tomu dal jedničku.*

**T: A přijel byste do nemocnice znovu?**

*R: Kdybych potřeboval, přijel bych.*

**T: Můžete mi říct, jestli Vás hospitalizace nějak ovlivňuje?**

*R: To víte, smutno mi je, chybí mi moje příroda, ta touha po domově je větší.*

**T: Děkuji Vám moc za rozhovor.**

**Shrnutí:**

Pan K. byl vdovec, bezdětný. Bydlel sám v domečku. Klient byl do nemocnice přeložen z interního oddělení ve Vsetíně po CMP, s lehkou levostrannou hemiparesou. Udával nejistotu při chůzi, byla nutná dopomoc při toaletě a vyprazdňování. Byl přijat k nácviku chůze, povýšení soběstačnosti. Díky rehabilitaci se jeho chůze zlepšila, zvládal i pomalou chůzi do schodů i ze schodů, sám se najedl a došel na WC. Jeho hospitalizace byla komplikována onemocněním dýchacích cest, po přeléčení se stav opět upravil. Klient.



byl hospitalizován v NMB poprvé. Doposud byl zcela soběstačný, náhlé zdravotní problémy ho velice překvapily. Od smrti své manželky žil sám v domečku, sám si hospodařil, něco uvařil a postaral se i o topení. Změny ve stáří ani nepocíťoval, říkal, že se cítil stále zdravý. Nedoslýchal, a to mu dělalo problémy i se spolupacienty na pokoji. Nebyl příliš hovorný, spíše tichý, uzavřený sám do sebe. Ani návštěvy za ním velice nejezdily. Často sedával u okna a díval se ven. Na otázku, jakou má největší zálibu, odpověděl malování. V mládí se toulal po Beskydech a maloval krajiny, někdy i portréty. Velice se těšil, až přijede domů, že si zase něco namaluje. Aktivizace se klient nejprve nechtěl vůbec zúčastnit, dával přednost léčbě, ale nakonec svolil. I když jsme měli jiný program, zvolil svou největší zálibu a namaloval portréty spolusedících klientů. Jako jediný se velice rychle unavil a brzy odešel odpočívat na své lůžko. Během hospitalizace nebyly žádné problémy, se vším byl spokojený, strava mu vyhovovala, jen ta touha po domově byla velká. Bral hospitalizaci jako pomoc v nemoci. Jeho zdravotní stav se stále lepšil, proto nebyl důvod s prodlužováním hospitalizace. Před plánovaným dnem propuštění oslavil své 90. narozeniny. Samozřejmě, že ani z řad lékařů a ošetřujícího personálu nechyběla gratulace, malý dárek a kytička. Ale vzhledem k další exacerbaci onemocnění dýchacích cest domů propuštěn nebyl. Velmi ho to mrzelo, ale smířil se s tím. Nikdo však netušil, že 2 dny po svých narozeninách zemře. V úmrtním listu je hlavní příčina úmrtí uveden akutní infarkt myokardu. Dělal si velké plány, jak bude doma zase malovat a všichni mu to moc přáli. Nezapomněl ani pochválit ošetřující personál za jejich obětavou práci. U tohoto respondenta byl patrný negativní vliv hospitalizace. Ač se mu u nás líbilo, stesk po domově, po jeho přírodě byl větší.

### **Respondent č. 5 paní K.**

Věk: 87

Délka hospitalizace: 92 dní

Pro nestabilní chůzi jsem si musela respondentku odvést na rehabilitačním vozíku do pracovny vrchní sestry, abychom nebyly nikým rušeny. Rozhovor trval 30 minut.

**T: Jste v NMB Vizovice hospitalizována poprvé nebo opakovaně?**

R: *Poprvé, nikdy jsem tu nebyla, byla jsem tu ještě za svobodna, to je moc roků, to jsem tady byla, byla jsem operovaná na ledviny, nějak mně bylo blbě, tak jsem tu krepírovala.*

**T: S jakým onemocněním jste hospitalizována?**

R: *S těma bércákama.*

**T: Jaké na sobě cítíte změny v souvislosti se stářím?**

R: *No, tož už sú ty změny, aj mě všechno bolí, bolija mňa kolena. Bud' to mám aj v rukách, bolija mňa lokty až do ramen, prsty. No a co naděláte.*

**T: A jaké na sobě cítíte změny?**

R: *V pohybu, právě že nemůžu chodit. Aj když stojím, tak sa zdá, že už to neustojím, už honem sa někde opřít.*

**T: Jste hospitalizována s bolestivým onemocněním. Máte velké bolesti?**

R: *Mám, dostávám tablety od bolesti.*

**T: Přinese Vám hned ošetřující personál lék od bolesti, když o něho požádáte?**

R: *Ano, když ano, dostávám.*

**T: Chutná Vám jídlo připravené v nemocniční kuchyni? A máte dostatek stravy?**

R: *Jé, až moc, chutná mi, chutná.*

**T: Je jídlo správně ochuceno?**

R: *Snad ta kýška a brambory, ty by mohly být trochu slanší. Ale jinak je moc jídla.*

**T: Myslíte si, že by Vám ošetřující personál ohřál znovu jídlo, kdybyste se nestihla včas najíst a jídlo by zůstalo na stolečku studené?**

R: *To se mi tak ještě nestalo.*

**T: Jste spokojená s rozvržením stravy?**

R: *Ano, to jsem.*

**T: Dokážete se sama obléknout, umýt?**

R: *Ano, nepotřebuju pomoct, umyju sa, aj kdybych měla třeba ty nohy, tak bych sa umyla aj sama. Nemám ty veliké sáčky, já bych sa pomalučky sama okúpala.*

**T: Máte často návštěvy a jak dlouho se zdrží?**

R: *Dcera bydlí v Ostravě, byl tu manžel jedenkrát, jezdí sem spíše syn. Manžel takéj nemůže na nohy, hodně neslyší, a když někde aj ide, tož on nemůže nikde ubyt', prostě on*

*nemůže ubyt'. Radši je doma. Syn se zdrží jak dlouho má čas. Má také nemocné srdíčko, má , jak se tomu říká, tu chlipeň (pozn. chlopeň).*

**T: Pomáhá Vám návštěva se sebepéčí?**

R: *On ne, a nikdo jiný.*

**T: Jak dlouho spíte a potřebujete léky na spaní?**

R: *Spím špatně a беру si tabletu. Někdy mně působí, někdy ne a ne usnout.*

**T: V kolik hodin ráno vstáváte? A stačí Vám délka spánku?**

R: *Aj po čtvrté, musím sa umyt, zítra jdu na převaz, takže zase budu vstávat brzo.*

**T: Je něco, co Vás v nemocnici rozzlobí?**

R: *Tož já nevím, ani snád' né. Né, né.*

**T: Pociťujete v nemocnici úzkost? Je Vám smutno po domově?**

R: *Někdy aj, jezdím na propustky, abych mohla být s nima doma. Kdyby to už bylo zahojené, hned bych zítra jela.*

**T: Chybí Vám něco v nemocnici, na pokoji?**

R: *Nechybí, lúbija se ně obrázky, všechny sa ně lúbija.*

**T: Kolik pacientů je na Vašem pokoji a rozumíte si navzájem?**

R: *Šest, žádný problém není, jsme velké kamarádky.*

**T: Máte potřebu navštívit nemocniční kapli?**

R: *No, aj jsem byla, kolikrát, byla jsem, byla, jenomže když na to chodění, sa ně to zle. Pomaly, a když mě vozívala, když tu byla tá Eva, ta mě vozívala.*

**T: Máte nějakou zálibu?**

R: *Doma jsem se napletla, hrůza, děckám svetry aj sobě, aj jsem háčkovala, aj na mašině ušila.*

**T: Nudíte se v nemocnici?**

R: *Ne.*

**T: Přivítala byste nějakou aktivizaci v naší nemocnici?**

R: *Ježíši a co?*

**T: Budou Velikonoce, zhotovíme si nějakou výzdobu?**

R: *To asi nebudu umět, já nevím.*

**T: Dokázala byste ohodnotit hospitalizaci známkou jako ve škole?**

R: *Která je nejlepší? Ale dokázala, však to není tak špatné, tak na kolik, na tu jedničku.*

**T: Přijela byste znovu do nemocnice, kdybyste to potřebovala?**

R: *Přijela, přijela.*

**T: Můžete mi říct, jestli Vás hospitalizace nějak ovlivňuje?**

R: *Je mi smutno, jen kdyby už to bylo zahojené, hned bych jela domů.*

**T: Děkuji Vám za rozhovor.**

Shrnutí:

Paní K. je vdaná, měla 3 děti, první syn zemřel ve 44 letech na rakovinu. Bydlí na vesnici v malém domku se svým manželem. Do NMB Vizovice přijata pro zhoršenou pohyblivost a nehojící se bércové defekty na obou DKK. Chodí o dvou francouzských holích. Klientka byla odeslána ošetřujícím lékařem k léčbě zhoršujících se bércových defektů na obou DKK a k povýšení soběstačnosti. Tyto defekty má již několik let. Neustále si stěžuje na velkou bolestivost HKK a obou kolenních kloubů, kde jsou patrné degenerativní změny. Bolesti defektů se zvyšují hlavně po převazech, na které je klientka pro zhoršenou chůzi dopravována na rehabilitačním vozíku. Lék od bolesti má v pravidelné medikaci ordinované lékařem, když požádá o další, je jí hned ošetřujícím personálem přinesen. Chůze je velice obtížná, chodí o dvou francouzských holích, někdy má sama pocit, že nedojde a upadne. Proto má u lůžka toaletní křeslo, přesun na toto křeslo zvládá sama, jen je nutná dopomoc při ranní toaletě a celkové koupeli. Díky inkontinenci moči jsou nutné plenkové kalhotky. Respondentka má sice velkou rodinu, ale na návštěvy chodí pouze její starší syn. Manžel je těžce nemocný, dcera bydlí daleko. Je silně věřící, ale pro svou špatnou pohyblivost nemůže tak často navštěvovat nemocniční kapli. Proto je dobře, že za klienty přijde kněz i na pokoj. Má velmi ráda sladkosti, oplatky a čokolády. Strava jí u nás chutná, jak říká „jen ta kýška a brambory by mohly být trochu slanší“. V mládí ráda šila, pletla a háčkovala. V rozhovoru vzpomíná na to, kolik svetiček napletla pro svoje

vnoučata a pravnoučata. Vlivem degenerativních změn tuto zálibu nemůže již vykonávat. Paní K. je velice svérázná „babička“. Projevuje se u ní vyšší věk, špatně slyší a co vadí ostatním spolupacientkám na pokoji, nechce větrat. Má stále na hlavě šátek a bojí se, že nastydne. Nepomůže domluva ani ze strany lékaře ani ze strany ošetřujícího personálu. V noci velice špatně spí, pravidelně si bere lék na spaní. I tak brzy ráno vstává, někdy i po čtvrté hodině. Jejím největším přáním je, aby se defekty pěkně zahojily a mohla si dál užívat život s vnoučaty. Klientka na dotaz změn, které pociťuje ve stáří, uvádí hlavně bolest kolen, rukou, loktů, prstů. Omezena je také v pohyblivosti, bojí se, že neustojí. Vlivem tohoto omezení nemůže navštěvovat ani naši nemocniční zahradu, kde by si tak ráda chvilku poseděla. Proto ji rehabilitační pracovníci aspoň na chvilku vyváží ven na rehabilitačním vozíku. Negativní vliv hospitalizace spatřuje v tom, že nemůže být se svojí rodinou, po které se jí dost stýská, hlavně jí chybí její manžel. Léčba těchto defektů je velice zdoluhavá, a proto má od lékaře umožněno jezdit na víkendové propustky. Plánovaného aktivizačního odpoledne se nejprve obávala, ale pak se do výroby velikonoční výzdoby zapojila. Všimla jsem si, že se jí vlivem degenerativních změn na prstech HKK velice špatně pracovalo s nůžkami, proto do budoucna musím pro tyto nemocné zařadit při aktivizaci jiný typ programu.

## 12 DISKUSE

Byly stanoveny tyto cíle:

1) Zjistit, zda a jak ovlivňuje seniora hospitalizace v NMB Vizovice.

Při rozhovorech s klienty bylo zjištěno, že tři dotazovaní respondenti nepocítují úzkost ani osamocení a dvěma se hodně stýská po domově. V NMB Vizovice je ke klientům zachován humánní přístup personálu při poskytování ošetrovatelské a léčebné péče. Jelikož rozhovory probíhaly jen s malou částí hospitalizovaných klientů, je pravděpodobné, že při rozhovorech s ostatními, hlavně imobilními klienty, bychom známky a projevy hospitalismu zjistili. Velký význam při jeho vzniku má nucená nečinnost. V průběhu déletrvajících pobytů v nemocnici je negativně ovlivněn duševní i tělesný stav nemocného. Izolace od okolního světa zúží obsah jeho zájmů. Jednou z prevencí hospitalismu je umožnění každodenních návštěv u nemocných. V nemocnici je návštěvní doba denně mezi 14-18 hod. Jsou respektovány návštěvy nemocných i mimo návštěvní hodiny, a to dopoledne, i po 18 hod večer. Některé návštěvy aktivizují své nemocné příbuzné a aktivně využívají čas s nimi strávený, jdou se s nimi projít po chodbě v chodítku, posadí je do rehabilitačního vozíku a vezmou na výlet do zahrady atd. Jiné návštěvy pouze sedí u lůžka nemocného a honem, honem zase brzy odejít. Najdou se i takoví, kteří chodí pravidelně pouze v den, kdy má jejich maminka nebo tatínek důchod. V NMB Vizovice jsou hospitalizováni klienti z různých koutů naší republiky, někdy je docela obtížné za nimi cestovat a dojíždět, ale mnozí mají s sebou mobilní telefony, takže jsou s příbuznými alespoň v telefonickém spojení. Až na jednoho respondenta, který sám v rozhovoru uvádí, že návštěvy nechce, za ostatními chodí návštěvy pravidelně.

Nemocný je do nemocnice přijímán z důvodů diagnostických a léčebných. V NMB Vizovice může být hospitalizováno celkem 64 klientů. Z toho 24 je většinou samostatně chodících a 40 méně pohyblivých, někteří zcela imobilní. Spektrum hospitalizovaných klientů je různé. Jedná se o klienty po CMP, po TEP kolenního či kyčelního kloubu k rehabilitaci, s onkologickým onemocněním, s bérčovými defekty, ke kompenzaci diabetu a v neposlední řadě klienti v terminálním stádiu své nemoci. V této nemocnici jsou také hospitalizováni klienti s demencí, kteří vyžadují zvláštní přístup. Někteří klienti jsou hospitalizováni poprvé, někteří opakovaně. Z dotazovaných respondentů byli 4 respondenti hospitalizováni v NMB Vizovice poprvé a jeden respondent byl hospitalizován opakovaně.

V nemocnici jsou barevně vymalovány všechny pokoje. Z barev na stěnách převládá žlutá, oranžová a růžová, ale jsou zde pokoje i modré a zelené. Stropy nemají klasickou bílou barvu, jsou na nich namalovány reliéfy květin, je to proto, aby se zpříjemnil pohled i těm dlouhodobě ležícím klientům. Na stěnách pokojů a chodeb jsou pověšeny velké obrazy, které malovaly hlavně děti. Jsou na nich uklidňující motivy z přírody. Protože NMB Vizovice je křesťanská nemocnice, je na pokojích nade dveřmi umístěn kříž – symbol víry. Většině hospitalizovaných klientů chybí na pokoji hodiny, jen dotazovaní respondenti odpovídali, že jim nic nechybí. Je ale přislíbeno, že bude provedena náprava a na každý pokoj budou hodiny zakoupeny. Někteří klienti mají na svém nočním stolku malé hodiny z domu, někteří zase nosí hodinky na ruce.

Všem pěti dotazovaným respondentům se nemocniční prostředí líbilo. Většina dotazovaných respondentů si i se svými spolubydlícími dobře rozumí. Jeden respondent uvedl, že mají potíže s komunikací na pokoji z důvodu špatného sluchu, který jejich komunikaci omezuje.

Strava klientů v NMB Vizovice je vybírána s přihlédnutím ke stavu chrupu, hmotnosti klienta a výživovým zvyklostem, typu a charakteru onemocnění. Strava pro seniory musí být energeticky dostatečná, s vyváženým obsahem sacharidů, bílkovin a tuků a s dostatkem vitaminů, minerálů včetně stopových prvků a tekutin. Stejně tak výživa musí obsahovat dostatek vlákniny, ovoce a zeleninu v syrovém stavu nebo v podobě šťáv. Strava seniorů musí obsahovat také luštěniny, avšak v malých porcích vzhledem k nadýmavým účinkům. Vhodné je dušení v páře či na pánvi s minimem tuku, soli a ostrého koření, které dokážou nahradit bylinky. Staří lidé nesní již velké porce jídla, proto i malé množství jídla musí pokrýt jejich denní dávku potřebných živin. Nejrizikovější složkou potravy jsou pro ně živočišné tuky, měli by však ze svého jídelníčku zcela vyloučit také uzeniny, uzené a tučné vepřové maso, sádlo, majonézu, vejce, paštiky. U řady lidí však dochází i ke změnám v chuťovém vnímání. Staří lidé často mívají problémy s rozmělněním potravy, i polykání bývá obtížnější. Nevhodnými potravinami se pro ně stává rýže, tužší maso, játra a „suchá“ jídla, např. rizoto, zapečené těstoviny nebo francouzské brambory. Vhodné jsou kaše a mletá masa s omáčkami nebo šťávou. Nejlepší je rozemleté maso a z něho připravit i dietní karbanátky či sekanou. Vhodné potraviny jsou tvarohy - slané i sladké, jogurty nebo jogurtové nápoje. V nemocnici připravuje jídelníček dietní sestra. Úpravu jídelníčku je možno individualizovat dle chutí, typu onemocnění a možností klientů. V nemocnici klienti mívají ke snídani různé druhy pomazánek, na svačinu ovoce nebo ovocné pyré,

jogurty, bílou kávu s rohlíkem, dle mého názoru velice chutný oběd a 5x v týdnu teplé večeře. Na stravu si většinou respondenti nestěžují. Pro chodící klienty je jídlo servírováno v jídelně, pro zcela imobilní klienty je podáváno na pokoji. Jídlo má také svou vhodnou teplotu, kterou kontroluje nutriční terapeut a pracovníci KHS Zlín. Všech pět respondentů bylo spokojeno s časovým rozvržením stravy, ani jeden nepotřeboval znovu jídlo od ošetřujícího personálu znovu ohřát. Z respondentů jeden uvedl, že by jídlo mohlo být slanější, jeden uvedl, že by mohlo být více kořeněné a tento dále uvedl, že si jídlo dokupuje. Ostatní respondenti byli se stravou spokojeni.

Poruchy spánku se řadí mezi časté problémy většiny seniorů. Příčinou bývají symptomy somatických onemocnění, ale negativní vliv má také deprese a úbytek kognitivních funkcí. Změny v charakteru spánku u seniorů spočívají v tom, že déle usínají, opakovaně se budí, ráno brzy vstávají a přes den si často zdřímnou. V nemocnici jsou klienti spokojeni s dobou buzení, i když jsem přesvědčena, že by bylo možno tento čas posunout na pozdější dobu. To by ale vyžadovalo úpravu harmonogramu práce sester a úpravu délky noční služby. Někteří hospitalizovaní klienti vyžadují na noc hypnotikum - lék na spaní. Nejčastěji jsou lékaři ordinovány Dormicum, Stilnox a Diazepam. I užívání hypnotik má spoustu nežádoucích účinků. Při užívání Stilnoxu se může vyskytnout zvýšená ospalost i během dne, bolesti hlavy, závratě, výpadky paměti někdy spojené s nevhodným chováním, halucinace, neklid, noční můry, únava, průjem, nucení na zvracení nebo i zvracení, bolesti břicha. Hypnotika Dormicum a Diazepam jsou většinou dobře snášena. Vzácně se mohou vyskytnout i poruchy paměti a svalová slabost, která se může projevit nejistotou při chůzi nebo i pády. Pokud se u klientů objeví nějaký problém nebo udávají nějaký nežádoucí účinek, většinou lékař ordinuje jiný přípravek. Z dotazovaných respondentů užívají dva léky na spaní, jeden respondent pouze příležitostně a dva respondenti vůbec ne.

U starších osob se objevují nejčastěji bolesti kloubů a páteře. Kromě farmakologické léčby bolesti lze využít i nefarmakologických prostředků tlumení bolesti. Příkladem je využití bazální stimulace, konkrétně masáže s využitím vonných olejů. Pokud dotazovaní respondenti potřebovali léky od bolesti, ošetřující personál jim je včas přinesl. Analgetika ordinuje v nemocnici lékař.

O způsobu života ve stáří rozhoduje hlavně zdravotní stav a stupeň soběstačnosti seniora. Někteří staří lidé se snaží dokázat sobě i svému okolí, že jsou ve výborné kondici a



že zastanou vše jako dříve, odvažují se výkonů, na které ještě stěží stačí. Životní způsob je dán a ovlivněn také ekonomickou situací. Sociální situace a způsob života starých lidí jsou ovlivňovány osamoceným způsobem života.

A jak je to s aktivitou seniora? Náplň volného času seniorů je různá. Někteří jsou pouze pasivními konzumenty televizních programů, někteří naopak tráví čas aktivně. Zaměstnává je dle dotazovaných respondentů ruční práce, malování, hra na hudební nástroj, lepení letadel, čtení, z dalších aktivit je možno jmenovat práci na zahrádce, cestování, péči o domácího mazlíčka, provozování různých druhů sportů. Pravidelné rekreační sportování může být stárnoucímu člověku prospěšné po stránce tělesné i psychické. Po tělesné stránce prospívá sportování srdci, posiluje i ostatní svaly. Pohyb zklidňuje nervové napětí a má vliv na duševní svěžest.

V nemocnici je pro klienty důležitá rehabilitace. Klienti po cévních mozkových příhodách, a také po zlomeninách, se snaží postavit na své nohy pomocí rehabilitačních pomůcek- francouzských holí, berlí, chodítek. Ne vždy je tato snaha „ stát na svých“ docílena. V rámci rehabilitace probíhají také další procedury, jako např. aplikace vioforu, magnetoterapie, míčkování, procvičování jemné motoriky atd. Kromě této aktivizace mají klienti k dispozici televizní program nebo procházky v nemocniční zahradě, která byla nedávno zrekonstruovaná. V rozhovoru žádný z respondentů neuvedl, že by se nějak nudil v nemocnici. Rovněž úzkost nikdo nepociťoval, dva respondenti uvedli, že se jim stýská po domově.

Senioři na sklonku svého života často bilancují, hodnotí svůj život, kladou si otázky o smyslu svého života, zda splnili vše, co bylo jejich úkolem. Často si kladou otázky, na které nemohou najít odpověď. Problém či deficit ve spiritualitě se u nemocného mohou projevit různými způsoby, v psychickém a emočním prožívání, fyzickými obtížemi. Při přijetí nemocného do zdravotnického zařízení je třeba zjistit chápání spirituality, vztah k ní, jakou církev vyznává, informovat jej o dostupnosti církevních služeb.

V NMB Vizovice je možno kontaktovat kněze kterýkoliv den, kdy je potřeba nebo na přání rodiny či příbuzných nemocného. Mše v nemocniční kapli probíhají každé čtvrté odpoledne. Ošetřující personál vždy ochotně připraví nemocné a méně pohyblivé seniory, pokud je třeba, přivezou je do kaple na rehabilitačním vozíku. Po mši navštěvuje kněz

zcela imobilní klienty a uděluje jim svátost v nemocničním pokoji. Z dotazovaných respondentů tři navštěvovali nemocniční kapli a dva respondenti ne.

Závěrem bych mohla říci, že všichni dotazovaní respondenti uvedli, že by se znovu, kdyby museli a potřebovali, do NMB Vizovice zase vrátili. Nemocnici by doporučili také svým příbuzným a známým. Známkou, kterou nemocnici v rozhovoru ohodnotili byla třikrát 1, jedenkrát 1-, jedenkrát 2.

I toto dobré ohodnocení malé skupinky respondentů svědčí o kvalitním přístupu personálu a celkového dojmu z hospitalizace respondentů. Ale uspokojit nás to nemůže. Dál se budeme snažit pro naše klienty vytvářet prostředí, které jim sice domov nenahradí, ale pobyt alespoň trošičku zpříjemní.

Většina respondentů se k hospitalizaci vyjadřovala kladně, nezaznamenala jsem žádný negativní postoj. Vliv hospitalizace vidí ve zlepšení zdravotního stavu, pro jednu respondentku byla hospitalizace spíše přínosem, naučila se lépe pohybovat na rehabilitačním vozíku. Možná, kdyby se k výzkumnému šetření využila metoda anonymního dotazníku a daleko větší počet respondentů, výsledky by byly jiné. Může to být ovlivněno i tím, že rozhovory byly nahrávány na diktafon, i když bylo respondentům zdůrazněno, že rozhovor je zcela anonymní. Bylo na nich znát, že v momentě zapnutí diktafonu znejistili. Jak se dalo předpokládat, nejvíce je ve stáří trápí potíže s pohybovým aparátem a bolesti, takže všech pět respondentů, na otázku, jaké pociťují změny ve stáří, odpovědělo téměř stejně. Samozřejmě při hospitalizaci k tomu patří touha co nejdříve být doma se svými blízkými.

## 2) Připravit a zrealizovat aktivizaci v NMB Vizovice.

Respondenti uvedli, že by aktivizaci přivítali a rádi by se jí i zúčastnili. Jeden z respondentů váhal a zpočátku se aktivizace nechtěl zúčastnit. Aktivizace proběhla 24.3. 2011 v odpoledních hodinách v NMB Vizovice. Respondenty jsem o této činnosti informovala, zajistila jsem uspokojení potřeb výživy (aktivizace probíhala po odpolední svačině), hydratace, vyprázdnění, aby průběh nebyl rušen. Ve společenské místnosti jsem si připravila potřebné pomůcky, papíry, kreslicí materiál, lepidla, špejle.... Poté jsem respondenty usadila do společenské místnosti, pokud bylo třeba, zajistila jsem dopravení na rehabilitačním vozíku. Seznámila jsem je i s paní Mgr. Příbylovou J., která pracuje na ZŠU ve Zlíně a před lety výtvarnou činnost v NMB Vizovice realizovala sama. Požádala jsem ji o pomoc a ona ve stanovený den za námi přijela. Vedla se diskuse, co by kdo chtěl

tvořit. Bylo pár dní před Velikonocemi, proto jsme se rozhodli, zhotovit velikonoční výzdobu. Ze začátku byli respondenti trochu nedůvěřiví, vždyť také tuto aktivizaci během hospitalizace zatím neznali. Ale pak se s chutí do programu zapojili. Průběh odpoledne nebyl rušen žádnými okolními vlivy. Z aktivit se uplatnilo malování uhlem a další činností byla výroba ptáčků z barevného papíru na zápich do květináče. Někteří z respondentů vyžadovali pomoc při stříhání papíru, dále pak nalepování zvládli sami. Jeden z respondentů se brzy unavil a šel odpočívat na své lůžko. Ostatní vydrželi až do konce. Při aktivizaci si respondenti vyprávěli různé historky, mnohdy se i hlasitě zasmáli. Odpoledne velmi rychle uběhlo, respondenti byli spokojeni a ještě tentýž den zjišťovali, kdy se zase sejdeme. Já jsem poděkovala paní Mgr. Příbylové za pomoc a spolupráci. Všechny účastníky jsem doprovodila na pokoje a uklidila společenskou místnost. I když je už dávno po Velikonocích, výrobky respondentů kráslí prostředí nemocnice dodnes. V příloze je fotogalerie, která zachycuje respondenty při tvořivé činnosti. Z důvodu ochrany osobnosti jsou zdokumentovány při této činnosti pouze jejich ruce.

## ZÁVĚR

Staří lidé i starý člověk jako jedinec potřebují péči. Péče je vyjádřením příznivé společenské atmosféry, konkrétní formou pozornosti, která se staré populaci věnuje. Všichni staří lidé ovšem nepotřebují stejný typ péče. Péče o seniory je mnohotvárná a diferencovaná podle jeho potřeb (Pacovský, 1990, str. 109).

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části seznamuje s osobností seniora, s jeho fyziologickými potřebami a nejčastějšími zdravotními problémy. V empirické části pak přibližuje problematiku hospitalizace seniora v léčebně dlouhodobě nemocných, konkrétně v NMB Vizovice. Je velice důležité, jak se takový senior – klient v nemocnici cítí. Záleží to nejen na nás, ošetřujícím personálu, ale i na rodině nemocného klienta. My se v nemocnici můžeme snažit zpříjemnit mu pobyt pěkným prostředím, teplým jídlem, klidným spánkem nebo zmírněním bolesti a podle mého názoru i úsměvem na tváři. Na rodině pak záleží, jak často ho navštěvují, kolik volného času mu věnují. I když v dnešní uspěchané době toho času tolik není. Délka léčby u starších klientů je často zdoluhavá a trvá déle, než bychom chtěli. Proto je tak důležité, více se jim věnovat. Nenechat je celé dny ležet nečinně v nemocničním lůžku nebo koukat z okna. Pokud to jejich zdravotní stav dovolí je nutné je vzít např. do nemocniční zahrady na procházku, popovídat si s nimi nebo vytvořit program, při kterém jim rychleji ten den uteče. Proto jsem dala návrh managementu NMB Vizovice, aby se v této nemocnici aktivizační odpoledne pravidelně uskutečňovala a já se budu podílet na přípravě programů. Věřím, že aktivní činnost v tomto zařízení bude pomáhat klientům lépe snášet odloučenost od rodiny, vyplní smysluplně a zábavně čas strávený v nemocnici a co je velice důležité, zkvalitní se ošetrovatelská péče.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BERAN, J. *Základy komunikace s nemocným*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. 72 s. ISBN 80-7184-390-3.

BOGAR, B. *Milosrdní bratři*. Praha : Družstvo Vlast, 1934. 324 s.

BUŽGOVÁ, R. Podpora autonomie a samostatnosti seniorů při hospitalizaci. *Geriatría*. 2007, roč. 13, č. 1, s. 32-36. ISSN 1335-1850.

BUŽGOVÁ, R. Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory. *Kontakt*. 2007, roč. 9, č. 1, s. 65-69. ISSN 1212-4117.

ČIŽMÁŘ, J. *Dějiny a paměti města Vizovic*. Brno : Polygrafie, 1933. 310 s.

DRÁBKOVÁ, J. *Akutní stavy v první linii*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s r.o., 1997. 120 s. ISBN 80-7169-238-7.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

GREGOR, O. *Stárnout je kumšt*. 2. vyd. Praha : Olympia, 1990. 139 s. ISBN 80-7033-040-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 10 : Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha : Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.

HEGYI, L. Riziká nemocničního pobytu v geriatrici. *Ami Report*. 1996, roč. 4, č. 3, s.31-34. ISSN 1211-3530.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

JIRÁKOVÁ, A. Změny výživy u starší populace. *Sestra*. 2003, roč. 13, č. 4, s. 23. ISSN. 1210-0404.

KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KLEVETOVÁ, D; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOHOUT, P. Výživa seniorů. *Pacientské listy*. 2010, roč. 59, č. 4, s. 24-25.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s r.o., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MINIBERGEROVÁ, L. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.

NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.

O'CONNOR, M; ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1990. 136 s. ISBN 80-201-0076-8.

PICHAUD, C; THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.

POLEDNÍKOVÁ, L., et al. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s r.o., 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.

ROKYTA, R. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-3012-7.

SCHULER, M; OSTER, P. *Geriatricie od A do Z*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6 : Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.

SUCHÁ, J. Výživa u lidí s demencí z pohledu ergoterapeuta. *Florence*. 2011, roč. 7, č. 3, s. 37-38. ISSN 1801-464X.

ŠAMÁNKOVÁ, M, et al. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

ŠLAISOVÁ, I; HOSÁK, L; MICHÁLKOVÁ, V. *Ošetrovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium*. 1. vydání. Hradec Králové : Nucleus, 2004. 91 s. ISBN 80-86225-51-8.

ŠTĚPANÍK, J. *Umění jednat s lidmi 2 : Komunikace*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 164 s. ISBN 80-247-0844-2.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VOJTĚCHOVSKÝ, M. Deprese ve stáří : Některé novější poznatky a praktické rady. *Sestra*. 1999, roč. 9, č. 5, s. 3. ISSN 1210-0404.

ZACHAROVÁ, E. Sestra a senioři v ošetrovatelském procesu. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 12, s. 40-42. ISSN 1210-0404.

ZAHRADNICKÁ, I. Komplexní péče pacientů po CMP. *Sestra*. 2000, roč. 10, č. 5, s. 12. ISSN 1211-3530.



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ADL	Aktivity daily living – Barthelův test základních všedních činností
aj.	a jiné
atd.	a tak dále
Bc	Bakalář
BMI	Body Mass Index
cm	centimetr
CMP	centrální mozková příhoda
CNS	centrální nervový systém
č.	číslo
ČR	Česká republika
DKK	dolní končetiny
dlp.	dle potřeby
et al.	a kolektiv
HKK	horní končetiny
hod.	hodina
IADL	Instrumentali aktivity daily living – Test instrumentálních všedních činností
kg	kilogram
kj	kilojoul
KHS	Krajská hygienická stanice
KNTB	Krajská Nemocnice Tomáše Bati
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
Mgr	Magistr
MUDr.	Všeobecný lékař
např.	například

---

NMB	Nemocnice Milosrdných Bratří
PDK	pravá dolní končetina
R	respondent
RHB	rehabilitační pracovník
r.	rok
s.	strana
T	tazatel
TEP	totální endoprotéza
tj.	to je
tzv.	tak zvaný
viz.	vizuálně
WHO	World Health Organization -Světová zdravotnická organizace
x	krát
ZŠU	Základní škola umění
%	procenta

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

- Obr. 1 Čelní pohled na budovu NMB Vizovice
- Obr. 2 Pohled do nemocniční zahrady – přední část
- Obr. 3 Pohled do nemocniční zahrady – zadní část
- Obr. 4 Nemocniční kaple
- Obr. 5 Respondent č. 1 při aktivizaci
- Obr. 6 Respondent č. 2 při aktivizaci
- Obr. 7 Respondent č. 3 při aktivizaci
- Obr. 8 Respondent č. 4 při aktivizaci
- Obr. 9 Respondent č. 5 při aktivizaci
- Obr. 10 Výrobky respondentů

**SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha P	I:	Okruhy otázek k rozhovorům
Příloha P	II:	Žádost o umožnění dotazníkového šetření
Příloha P	III:	Souhlas respondenta s nahráváním rozhovoru
Příloha P	IV:	Test kognitivních funkcí – MMSE
Příloha P	V:	Maslowova hierarchie potřeb
Příloha P	VI:	Škála deprese pro geriatrické pacienty – Yessavage
Příloha P	VII:	Hodnocení rizika pádu
Příloha P	VIII:	Škála pro hodnocení výživy
Příloha P	IX:	Hodnocení intenzity bolesti
Příloha P	X:	Barthelův test základních všedních činností - ADL



Obr. 1 Čelní pohled na budovu NMB Vizovice



Obr. 2 Pohled do nemocniční zahrady – přední část

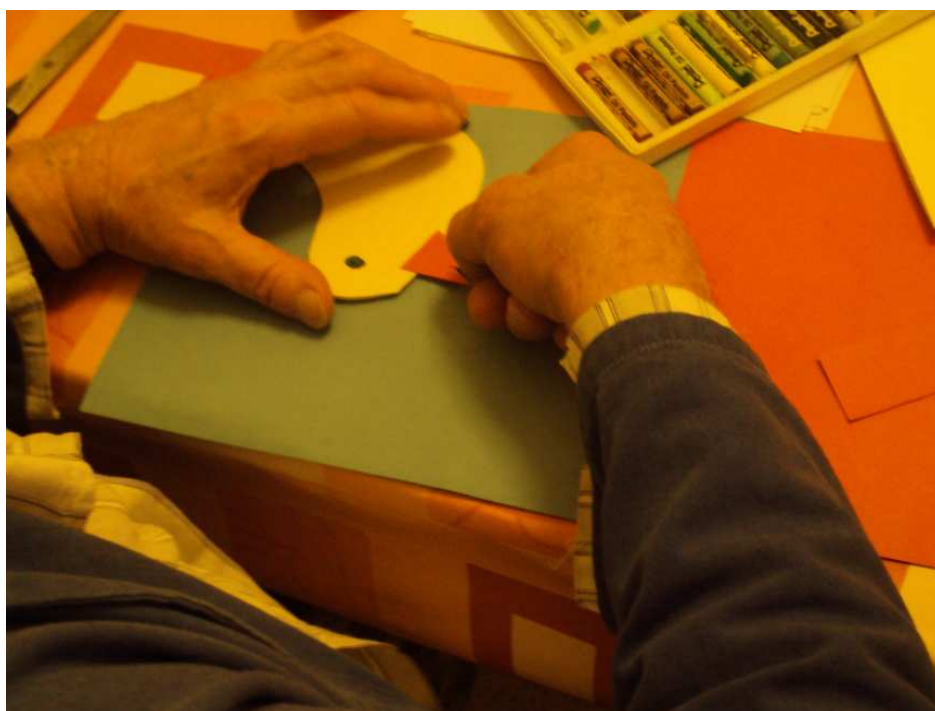


Obr. 3 Pohled do nemocniční zahrady – zadní část



Obr. 4 Nemocniční kaple





Obr. 5 Respondent č. 1 při aktivizaci



Obr. 6 Respondent č. 2 při aktivizaci



Obr. 7 Respondent č. 3 při aktivizaci



Obr. 8 Respondent č. 4 při aktivizaci





Obr. 9 Respondent č. 5 při aktivizaci



Obr. 10 Výrobky respondentů

## PŘÍLOHA P I: OKRUHY OTÁZEK K ROZHOVORŮM

### Úvodní část rozhovoru - vzájemné představení se a pozdravení

1. Jak se Vám daří? Jak se máte?
2. Jste v naší nemocnici poprvé nebo už zde ležíte opakovaně?
3. Pokud jste hospitalizován/a opakovaně, byly nějaké problémy u předchozích hospitalizací?
4. Souhlasil/a jste s hospitalizací?
5. Jak dlouho jste hospitalizován/a?
6. Kdo Vám naši nemocnici doporučil?
7. Jste u nás spokojený/á? Pokud ne, proč?

### Střední část - jádro rozhovoru

#### **Projevy stáří**

1. Jaké na sobě cítíte změny, v souvislosti se stářím?
2. Jak Vás ovlivňuje Vaše nemoc? Omezuje Vás? Pokud ano, v čem a při jakých aktivitách?
3. Jak dlouho máte potíže?
4. Jste dostatečně informován/a o Vaší nemoci?

#### **Bolest**

1. S jakým onemocněním jste hospitalizován/a? (srdce, cévy, kůže, neurologické onemocnění, pohybový aparát)
2. Máte bolesti?
3. Pokud ano, jsou tyto bolesti dostatečně léčeny?
4. Co bolest zhoršuje?
5. Je úleva po podaných analgetických (lécích od bolesti), infuzích?

6. Sleduje personál dostatečně Vaši bolest?
7. Reaguje včas na Vaše stížnosti o bolesti?

### **Výživa**

1. Máte nějakou speciální dietu?
2. Trpíte nechutenstvím?
3. Jaké jste měl/a doma stravovací návyky?
4. Kdo Vám doma zajišťoval nákup potravin, přípravu nebo dopravu jídla?
5. Máte dostatek stravy v nemocnici?
6. Chutná Vám zde jídlo připravované?
7. Je jídlo esteticky upraveno?
8. Jaká jsou Vaše oblíbená a neoblíbená jídla?
9. Jste spokojen/a s časovým rozvržením stravy?
10. Máte dostatek času na jídlo?
11. Ohřeje Vám personál znovu jídlo, když se nestihnete včas najíst?
12. Myslíte si, že ve svém jídelníčku máte dostatek ovoce, zeleniny, mléka, mléčných výrobků?
13. Využíváte doplňky stravy? Např. Nutridrink, Cubitan , vitaminové preparáty, minerály?
14. Kolik vypijete tekutin za den?
15. Máte potíže s chrupem? Pokud ano, vyhovuje Vám mletá strava?

### **Sebepéče**

1. Dokážete se sám/a obléknout, umýt, najíst, dojit si na WC?
2. Pokud ne, je personál ochotný Vám pomoci?
3. Je tato pomoc dostatečná?
4. Musíte opakovaně žádat o pomoc?

## **Spánek**

1. Jak dlouho v noci spíte?
2. Spíte i přes den?
3. Je pro Vás spánek osvěžující?
4. Ruší Vás někdo při spaní?
5. Budíte se v noci?
6. Jste zvyklý/á na nějaké rituály před spaním?
7. Užíváte hypnotikum (tablety na spaní) na noc?
8. Jste spokojen/a s dobou buzení v nemocnici?
9. V kolik hodin jste probuzen/a?
10. Pociťujete dostatečnou kvalitu spánku?
11. Pociťujete nedostatek spánku?
12. Je něco, co Vás u nás rozzlobí a vy potom nemůžete usnout?

## **Adaptace na hospitalizaci**

1. S kým doma bydlíte?
2. Pociťujete v nemocnici úzkost, smutek po odloučení od rodiny?
3. Po kterém z členů rodiny je Vám nejvíce smutno a proč?
4. Líbí se Vám prostředí v nemocnici? Vymalování pokojů, obrázky na stěnách?
5. Co byste chtěl/a změnit?
6. Co Vám chybí na pokoji?
7. Kolik je osob na Vašem pokoji?
8. Rozumíte si se spolupacienty?
9. O čem nejčastěji hovoříte?
10. Jste spokojen/a s režimem v nemocnici?
11. Máte zajištěno dostatek soukromí při lékařských a ošetrovatelských výkonech?

12. Jaká opatření byste navrhoval/a pro zajištění Vašeho soukromí?

### **Funkce rodiny**

1. Spolupracuje rodina s ošetřujícím personálem a se kterým nejvíce? (lékař, sestra, rehabilitační pracovník)
2. Kolikrát za týden chodí příbuzní na návštěvu?
3. Jak probíhají návštěvy?
4. Zdrží se návštěva dlouho?
5. Jste spokojen/a s délkou návštěvní doby?
6. Přicházejí návštěvy i mimo návštěvní dobu?
7. Využijete příbuzné na péči o sebe?
8. Pomohou Vám např. s koupelí? Pokud ano, těšíte se na to?
9. Chtěl/a byste již jít domů nebo máte obavy z pobytu doma?

### **Víra**

1. V naší nemocnici je kaple. Máte potřebu ji navštívit?
2. Návštěva kněze je 1x za týden. Chtěl/a byste častější návštěvy?
3. Každé ráno v naší nemocnici začíná malou modlitbou. Máte chuť přijít mezi nás?

### **Aktivizace**


1. Jak trávíte volný čas doma?
2. Máte nějakou zálibu?
3. Přivítal/a byste nějakou aktivizaci v naší nemocnici – např. rukodělné práce?
4. Zúčastnil/a byste se jich?
5. Kolik času v nemocnici Vám zabere Vaše rehabilitace a ošetrovatelské procedury?
6. Nudíte se v nemocnici?
7. Jak trávíte volný čas v nemocnici?

### **Reakce na hospitalizaci**

1. Dokázal/a byste ohodnotit hospitalizaci v naší nemocnici známkou jako ve škole?
2. Doporučil/a byste naši nemocnici někomu z příbuzných, známých?
3. Přijel/a byste k nám znovu a pokud ano proč?
4. Máte dojem, že jsme Vám pomohli?
5. Ovlivnila Vás nějakým způsobem hospitalizace?

### **Závěrečná část rozhovoru – poděkování, rozloučení**

## PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

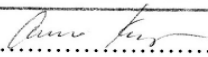
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Martina Jurečková
Téma bakalářské práce	Hospitalizace seniora v léčebně dlouhodobě nemocných
Skupina respondentů	5 hospitalizovaných seniorů
Pracoviště	Nemocnice Milosrdných bratří - Vizovice

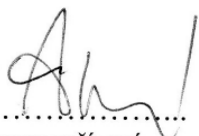
Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4. 2. 2011

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ  
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ  
Ústav ošetrovatelství  
760 01 ZLÍN ①

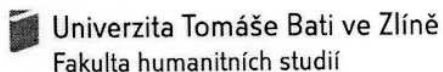
  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Nemocnice Milosrdných bratří  
Zlínská 467, 763 12 Vizovice  
iČO: 44995776  
tel.: 577 005 812

  
.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: [klimesova@fhs.utb.cz](mailto:klimesova@fhs.utb.cz), [izs@fhs.utb.cz](mailto:izs@fhs.utb.cz)

# PŘÍLOHA P III: SOUHLAS RESPONDENTA S NAHRÁVÁNÍM ROZHOVORU



## **PÍSEMNÝ SOUHLAS S ROZHOVOREM**

Jmenuji se Martina Jurečková a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty humanitních studií na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Rozhovorem s Vámi bych chtěla zjistit, jak na Vás působí hospitalizace v naší nemocnici. Výsledky rozhovoru použiji pouze pro mou bakalářskou práci. Rozhovor bude zaznamenáván na diktafon, pokud souhlasíte, prosím o Váš písemný souhlas.

Děkuji Vám za spolupráci.

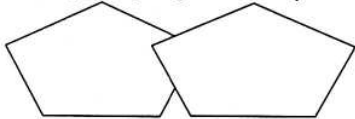
Respondent č.

Podpis:

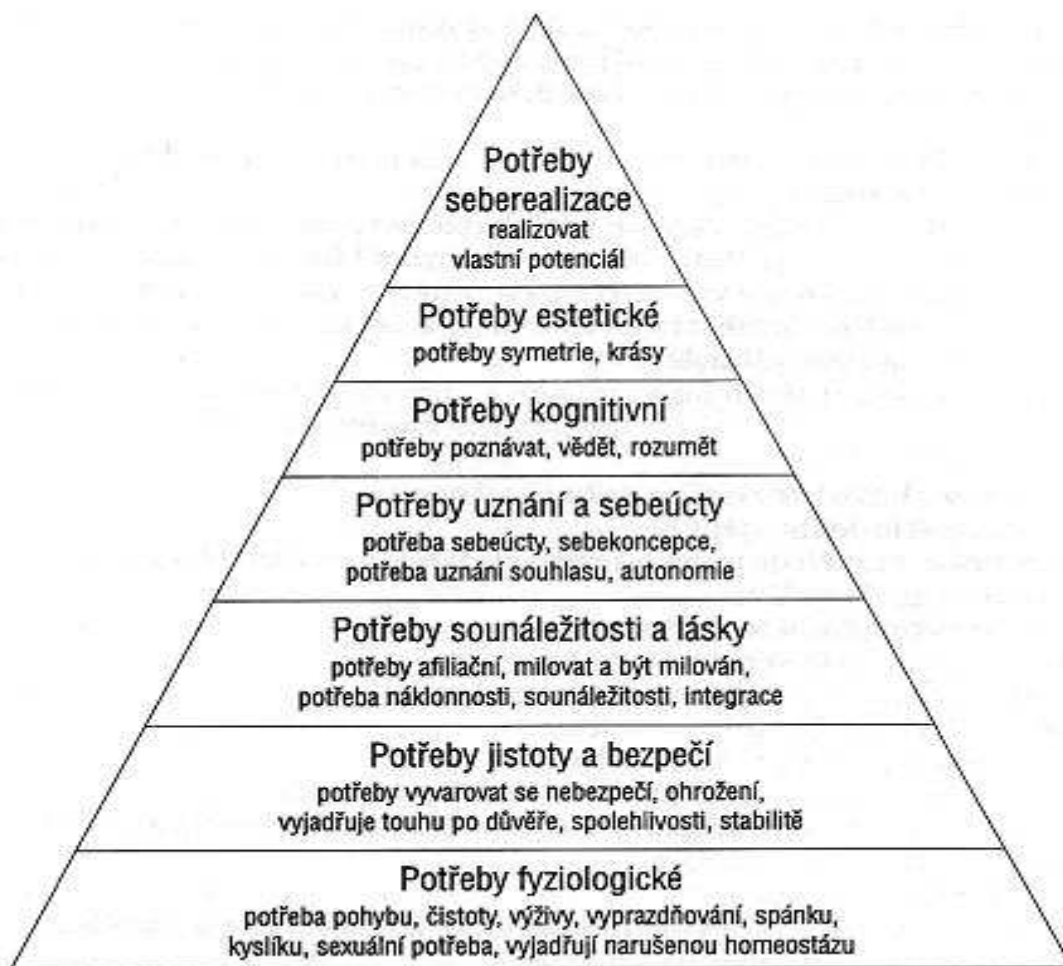


PŘÍLOHA P IV: Zdroj: podle (Venglářová, 2007, s. 26 - 27).

**Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)**

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1.Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Který je teď rok? 1</li> <li>- Které je roční období? 1</li> <li>- Můžete mi říci dnešní datum? 1</li> <li>- Který je den v týdnu? 1</li> <li>- Který je teď měsíc? 1</li> <li>- Ve kterém jsme státě? 1</li> <li>- Ve které jsme zemi? 1</li> <li>- Ve kterém jsme městě? 1</li> <li>- Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) 1</li> <li>- Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 1</li> </ul>	
<p>2.Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty(nejlépe z pokoje pacienta-například židle,okno,tužka)a vyzve pacienta,aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3.Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4.Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5.Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. 2</p> <p>Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Žádná ale 1</li> <li>- Jestliže</li> <li>- Kdyby</li> </ul> <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „<i>Ve</i>změte papír do pravé ruky,<i>přelož</i>te ho na půl a <i>polož</i>te jej na podlahu.“ 1</p> <p>Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. 1</p> <p>Vyzvěte nemocného,aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) 1</p> <p>Vyzvěte nemocného,aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy.1 bod 1 jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	
	
<p>Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

## PŘÍLOHA P V : Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 15 s. ISBN 80-7013-285-X.

PŘÍLOHA P VI : Škála deprese pro geriatrické pacienty

<b>VYBERTE NA KAŽDOU Z UVEDENÝCH OTÁZEK ODPOVĚĎ                      „ANO“ NEBO „NE“ A ODPOVĚĎ ZAŠKRTNETE!</b>				
01.	Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano	ne	
02.	Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano	ne	
03.	Máte pocit, že váš život je prázdný?	ano	ne	
04.	Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano	ne	
05.	Máte vesměs dobrou náladu?	ano	ne	
06.	Obáváte se že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne	
07.	Cítíte se převážně šťastný?	ano	ne	
08.	Cítíte se často bezmocný?	ano	ne	
09.	Vysedáváte raději doma, než by jste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano	ne	
10.	Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaší vrstevníci?	ano	ne	
11.	Myslíte si že je krásné být na živu?	ano	ne	
12.	Napadá Vás někdy, že život nestojí za nic?	ano	ne	
13.	Cítíte se plný elánu a energie?	ano	ne	
14.	Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?	ano	ne	
15.	Myslíte si že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano	ne	

**Hodnocení:**

1 bod za každou odpověď „ano“ u otázek		2	3	4		6		8	9	10		12		14	15
1 bod za každou odpověď „ne“ u otázek	1				5		7				11		13		
Bez deprese	00 – 05 bodů														
Mírná deprese	06 – 10 bodů														
Manifestní deprese vyžadující odborníka	Nad 10 bodů														

Zdroj: VOJTĚCHOVSKÝ, M. Deprese ve stáří - některé novější poznatky a praktické rady, *Sestra*. 1999, roč. 9, č. 5, s. 3. ISSN 1210-0404.

## PŘÍLOHA P VII – Hodnocení rizika pádu

<b>Pohyb</b>	0 – neomezený 2 – používá pomůcky 1 – potřebuje pomoc k pohybu 1 – neschopen přesunu
<b>Vyprazdňování</b>	0 – nevyžaduje pomoc 1 – nykturie / inkontinence 1 – vyžaduje pomoc
<b>Medikace</b>	0 – neužívá rizikové léky 1 – užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny
<b>Smyslové poruchy</b>	0 – žádné 1 – vizuální, smyslový deficit
<b>Mentální status</b>	0 – orientován 1 – občasná noční dezorientace 1 – dřívější dezorientace / demence
<b>Věk</b>	0 – 18 až 75 let 1 – nad 75 let
<b>Pád v anamnéze</b>	1 – ano
<b>Vyhodnocení:</b> Zaškrtneme a sečteme body. Jestliže je skóre 3 a vyšší, je pacient ohrožen rizikem pádu.	

Zdroj : Přepis autorkou práce podle (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 190).

## PŘÍLOHA P VIII - Škála pro hodnocení výživy

Krátká verze Mini-Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF)

<b>Položky:</b>			<b>Body</b>
<b>A:</b>	<b>Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání potravy (obtíže žvýkat nebo polykat)?</b>	Ano, výrazně	0
		Jen mírně	1
		Ne	2
<b>B.</b>	<b>Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce?</b>	Více než 3 kg	0
		Není přesný údaj	1
		1-3 kg	2
		Nebyl úbytek hmotnosti	3
<b>C.</b>	<b>Pohyblivost/mobilita</b>	Upoután na lůžko/vozik	0
		Pohyb jen na místnosti	1
		Vychází z bytu	2
<b>D:</b>	<b>Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz nebo psychické trauma?</b>	Ano	0
		Ne	2
<b>E.</b>	<b>Psychický stav</b>	Těžká demence nebo deprese	0
		Mírná demence nebo deprese	1
		Normální stav, bez psychické poruchy	2
<b>F.</b>	<b>BMI (Body Mass Index)</b>	BMI < 19	0

		BMI 19 až < 21	1
		BMI 21 až < 23	2
		BMI ≥ 23	3
		Hmotnost (kg)	
		Výška (m)	
	<b>CELKOVÉ SKÓRE</b>		

**Celkové hodnocení:**

12 – 14 bodů	Stav výživy dobrý, normální nález, není nutné další vyšetření
11 bodů a méně	Možná porucha výživy / podvýživa, doplňte další vyšetření ke zhodnocení stavu výživy

Zdroj: KLEVETOVÁ, D., TOPINKOVÁ, E. Hodnocení malnutrice u seniorů v domácí péči. *Sestra*. 2003, roč. 13, č. 4, s. 25. ISSN 1210-0404.

## PŘÍLOHA P IX – Hodnocení intenzity bolesti

<b>Skupina</b>	<b>10 stupňová škála</b>	<b>Projevy</b>
I.	01-04	Spontánní bolestivá grimasa, která vymizí při komunikaci, nezměněná komunikace
II.	05-07	Spontánní bolestivá grimasa a celkové algické chování, nevymizí při komunikaci, zhoršení komunikace
III.	08-10	Bouřlivá algická reakce, emociální hlasité projevy, neschopnost komunikace

**Zdroj:** DRÁBKOVÁ, J. *Akutní stavy v první linii*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s r. o., 1997. 120 s. ISBN 80-7169-238-7.



## PŘÍLOHA P X - Barthelův test základních všedních činností.

(ADL-activity daily living)

<b>Činnost:</b>	<b>Provedení činnosti:</b>	<b>Bodové skóre</b>
<b>Najedení,napití</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
	Neprovede	00
<b>Oblékání</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
	Neprovede	00
<b>Koupání</b>	Samostatně nebo s pomocí	05
	Neprovede	00
<b>Osobní hygiena</b>	Samostatně nebo s pomocí	05
	Neprovede	00
<b>Kontinence moči</b>	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	05
	Trvale inkontinentní	00
<b>Kontinence stolice</b>	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	05
	Inkontinentní	00
<b>Použití WC</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
	Neprovede	00
<b>Přesun lůžko-židle</b>	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	05
	Neprovede	00
<b>Chůze po rovině</b>	Samostatně nad 50 metrů	15
	S pomocí 50 metrů	10
	Na vozíku 50 metrů	05
	Neprovede	00
<b>Chůze po schodech</b>	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
	Neprovede	00

<b>Hodnocení:</b>	<b>Závislost</b>	<b>Body</b>
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

Zdroj: ZAHRADNICKÁ, I. Komplexní péče pacientů po CMP. *Sestra*. 2000, roč. 10, č. 5, s. 12. ISSN 1210-0404.