

Připravenost studentů oboru Všeobecná sestra na péči o seniory

Kamila Tučková

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kamila Tučeková**

Osobní číslo: **H12653**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Připravenost studentů oboru Všeobecná sestra na péči o seniory**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení terminologie se zaměřením na problematiku stárnutí a stáří.

Popsání změn ve stáří, potřeb seniorů a ošetřovatelské péče o seniory.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace kvantitativního průzkumu formou dotazníkového šetření u studentů oboru

Všeobecná sestra po středním nezdravotnickém vzdělání.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků průzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4739-014.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. Vybrané kapitoly z gerontologie: učebnice pro obor sociální činnost. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-726-2455-5.

MLÝNKOVÁ, Jana. Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4738-727.

POLEDNÍKOVÁ, L'ubica a kol. Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-806-3208-1.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Konzultant:

Mgr. Markéta Sedláková

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

26. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

22. května 2015

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


doc. Ing. Aněžka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, 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 ¹⁾;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ 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 pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 12.2.2015


.....

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 nevydělečně 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 vzdělávacímu 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). Opírá-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 výdělku 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 výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce s názvem „Připravenost studentů oboru Všeobecná sestra“ je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce se zaměřuje na vysvětlení pojmů stárnutí, stáří, geriatrie a gerontologie. Dále popisuje změny ve stáří, potřeby seniorů a ošetrovatelskou péči o seniory se zaměřením na nejčastější ošetrovatelské výkony prováděné studenty oboru Všeobecná sestra na první odborné praxi se seniory. Praktická část práce byla realizována formou dotazníkového šetření u studentů oboru Všeobecná sestra po středním nezdravotnickém vzdělání. Cílem průzkumu bylo zjistit připravenost těchto studentů na ošetrovatelskou péči o seniory.

Klíčová slova: senior, stárnutí, stáří, gerontologie, geriatrie, ošetrovatelská péče, potřeby seniorů

ABSTRACT

Bachelor thesis named „Readiness of General Nursing Students for Care of Seniors” is divided into the theoretical and the practical part. The theoretical part of the thesis focuses on the explanation of the concepts of aging, age, geriatrics and gerontology. It also describes changes in senescence, needs of seniors and nursing care for seniors, focusing on the most common nursing performances carried out by the students of General Nurse during the first professional practice with seniors. The practical part of thesis was implemented through the form of a questionnaire survey carried out among students of General Nursing with no secondary medical education. The aim of the thesis was to determine the readiness of these students in nursing care for seniors.

Keywords: senior, aging, senescence, gerontology, geriatrics, nursing care, needs of seniors

Děkuji paní Mgr. Markétě Sedlákové za odborné konzultace, cenné rady, připomínky a trpělivost při zpracování této bakalářské práce.

Rovněž děkuji paní Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za odbornou konzultaci při zpracování praktické části této bakalářské práce.

Dále bych ráda poděkovala příteli a rodině za podporu a pomoc v průběhu celého studia.

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

Motto:

„Nikdo nemiluje život tak jako starý člověk.“

Sofoklés

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ZÁKLADNÍ POJMY	12
1.1 STÁRNUTÍ.....	12
1.2 STÁŘÍ	12
1.2.1 Biologické stáří	12
1.2.2 Kalendářní stáří	13
1.2.3 Sociální stáří.....	13
1.3 GERONTOLOGIE.....	14
1.4 GERIATRIE.....	14
2 ZMĚNY VE STÁŘÍ	16
2.1 TĚLESNÉ ZMĚNY	16
2.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY	18
2.3 SOCIÁLNÍ ZMĚNY	19
3 POTŘEBY SENIORŮ	20
3.1 NIŽŠÍ POTŘEBY	21
3.2 VYŠŠÍ POTŘEBY	22
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O SENIORY	24
4.1 GERIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ	24
4.2 ZDRAVOTNÍ PÉČE O SENIORY	25
4.3 SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY.....	26
4.4 SPECIFIKA OŠETŘOVÁNÍ SENIORA	27
5 VYBRANÉ OŠETŘOVATELSKÉ POSTUPY	29
5.1 HYGIENICKÁ PÉČE U SENIORA.....	29
5.1.1 Postup při hygienické péči u nesoběstačného seniora na lůžku	29
5.1.2 Péče o osobní prádlo seniora.....	30
5.1.3 Úprava lůžka s imobilním seniorem	31
5.2 PODÁVÁNÍ STRAVY SENIORŮM	32
5.2.1 Nasogastrická a orogastrická sonda	33
5.2.2 Perkutánní endoskopická gastrostomie a jejunostomie.....	33
5.2.3 Technika podávání enterální výživy.....	34
5.3 TECHNIKY POLOHOVÁNÍ SENIORA	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
6 METODIKA PRŮZKUMU	38

6.1	CÍLE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
6.2	PRŮZKUMNÁ METODA	38
6.3	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK DOTAZNÍKU.....	38
6.4	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	39
6.5	ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	39
6.6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	40
7	VÝSLEDKY PRŮZKUMU	41
7.1	ZPRACOVÁNÍ A GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ ZÍSKANÝCH DAT	41
8	DISKUZE	72
	ZÁVĚR	77
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	79
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	82
	SEZNAM TABULEK.....	83
	SEZNAM GRAFŮ	84
	SEZNAM PŘÍLOH.....	85

ÚVOD

V této bakalářské práci se zaměřujeme na připravenost studentů oboru Všeobecná sestra po středním nezdravotnickém vzdělání na ošetrovatelskou péči o seniory.

Školní rok 2004/2005 se stal výrazným mezníkem ve vzdělávání všeobecných sester. Na středních školách byl zrušen obor Všeobecná sestra a založen obor Zdravotnický asistent. Kvalifikační příprava všeobecných sester začala od tohoto roku probíhat pouze na vysokých školách či vyšších odborných školách.

Vlivem změny v systému vzdělávání sester, se mohou v navazujícím bakalářském studiu oboru Všeobecná sestra setkávat studenti středních zdravotnických škol s absolventy středních škol různého zaměření.

V prvním ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra po absolvování přibližně dvouměsíční teoretické přípravy jak na konci prvního, tak na konci druhého semestru nastupují studenti na odbornou praxi. Z počátku si plní tuto praxi především na pracovištích poskytující péči o seniory, jako jsou: oddělení LDN, domovy pro seniory, charity a mnohá další podobná zařízení. Studenti nabývají nové zkušenosti a aplikují získané teoretické znalosti do praxe.

Pro studenty oboru Všeobecná sestra po středním nezdravotnickém vzdělání je odborná praxe na takových pracovištích bez předchozích zkušeností velmi náročná, což mohou potvrdit i z vlastní zkušenosti. Ošetrovatelská péče o seniory zahrnuje mnohá specifika, která jsou více popsána v teoretické části této bakalářské práce a studenti se s nimi blíže seznamují na odborné praxi a následně v teoretické výuce ve třetím ročníku, nikoli před nástupem na odbornou praxi. Téma bakalářské práce „Připravenost studentů oboru Všeobecná sestra na péči o seniory“ jsme zvolili, abychom zjistili, jaká je aktuální situace uvedené problematiky.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ POJMY

1.1 Stárnutí

Stárnutí neboli involuce je souhrn postupně nastupujících funkčních a morfologických změn postihujících živou hmotu tkáně. Začíná počtím a probíhá kontinuálně. Za skutečný projev stárnutí se považuje pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. Z funkčního hlediska dochází k postupnému zhoršování vlastností, poklesu funkcí, změnám biorytmů (např. melatoninu a spánku), poklesu imunity, hromadění chyb a deficitů. Morfologicky jde o fyziologickou atrofii přiměřenou věku, postihující všechny orgány a tkáně. Jde tedy o nezvratný biologický proces týkající se nejen člověka, ale celé přírody. Každý druh se vyznačuje jinou specifickou délkou života, která je geneticky podmíněná (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 20; Kalvach a kol., 2004, s. 7; Poledníková, 2006, s. 8).

1.2 Stáří

Stáří je označením pro konečnou etapu procesu stárnutí. Je charakterizované jako období, které nastává na konci každého přirozeného vývojového procesu. Nejedná se o konec života, ale pouze o jeho další etapu, která má stejnou důležitost jako každá jiná (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 11; Poledníková, 2006, s. 8).

Jedná se o projev funkčních a morfologických změn, vedoucí k vytvoření typického obrazu zvaného fenotyp stáří. Ten je postupně utvářen vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálněekonomickými a psychickými. Stáří může být rozděleno na stáří biologické, kalendářní a sociální (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 20).

1.2.1 Biologické stáří

Biologické stáří označuje souhrn nevratných biologických změn, při nichž dochází k poklesu potenciálu zdraví (odolnosti a adaptability), výkonnosti, změnám postavy, postoje, chůze, vlasů, pokožky, chrupu, fyziognomie obličeje, chování a mnoha dalším změnám daného jedince. Obecným rysem stárnutí je takzvaná atrofie, která postihuje všechny orgány a tkáně. Změny neprobíhají u každého jedince stejně, neboť jsou

determinovány genetickými dispozicemi a životním stylem (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 25; Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 19).

1.2.2 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je jednoznačně vymezitelné. Za počátek stáří se z lékařského i demografického hlediska považuje věk 65 let. Vlastním stářím je nazýván věk od 75 let, který se jeví jako uzlový ontogenetický bod. Věková hranice se ale stále posouvá, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití a průběžně se zlepšuje zdravotní i funkční stav nově stárnoucích generací. Kalendářní věk nemusí vždy odpovídat biologickému stáří seniora (Kalvach a kol., 2004, s. 47; Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007, s. 27; Mlýnková, 2011, s. 14).

Světová zdravotnická organizace (WHO) dělí stáří do čtyř období následovně:

- rané stáří od 60 do 74 let;
- vlastní stáří (senium) od 75 do 89 let;
- dlouhověkost od 90 let a více (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 25).

V 60. letech B. L. Neugartenová navrhla pojmy „mladí senioři“ pro věk 55-74 let a „staří senioři“ pro 75 a více let. Z jejího pojetí bylo odvozeno současné orientační členění stáří:

- mladí senioři (young-old) věk od 65 do 74 let - problematika s penzionováním, seberealizace, aktivit a volného času;
- staří senioři (old-old) věk od 75 do 84 let - problematika adaptace, osamělosti;
- velmi staří senioři (very old-old) věk od 85 a více let - problematika soběstačnosti a zabezpečení (Kalvach a kol., 2004, s. 47).

1.2.3 Sociální stáří

Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároků na starobní důchod nebo skutečné penzionování. Sociální stáří označuje soubor sociálních změn. Jedná se především o změny sociálních rolí a postojů spojených s odchodem do starobního důchodu, životního stylu i ekonomického zajištění. Patří sem i životní události pokročilého věku jako jsou odchod dětí z rodiny, úmrtí životního partnera, pokles znalostí a mnohé další (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 26; Kalvach a kol., 2004, s. 47).

Změnou sociální role se rozumí, když se člověk dostává z role pracujícího do nové role důchodce, kdy končí svou pracovní činností vytvářet hodnoty pro celý stát a jeho obyvatele. Ve své nové roli začíná dostávat penzi od státu a svou prací společnosti nijak nepřispívá, což většinou vede ke snížení autority a společenské prestiže. S penzionováním často dochází ke změně ekonomické situace seniora, jelikož nízká penze často nedovoluje udržet dosavadní životní standard, na který byl člověk zvyklý. Člověk se postupem času se svou rolí penzisty ztotožní a přijme ji (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s 26-27; Mlýnková, 2011, s. 25-26).

1.3 Gerontologie

Gerontologie je nauka, soubor znalostí o stárnutí a stáří, zabývající se problematikou života starých lidí v oblasti biologické, sociální, psychologické, demografické a mnoha dalších. Název gerontologie vznikl odvozením z řeckého gerón neboli starý člověk a logos, což znamená nauka. Gerontologie se dělí na tři základní oblasti:

- gerontologie experimentální - zabývající se biologickými a psychologickými otázkami stárnutí organismu;
- gerontologii sociální - specializující se na vzájemné vztahy mezi společností a starými lidmi, zasahuje do sociologie, psychologie, politologie, pedagogiky, ekonomie, práva a dalších oblastí;
- gerontologii klinickou - zkoumající zdravotní a funkční stav seniorů (Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007, s 12; Kalvach a kol., 2004, s. 49; Kalvach a Onderková, 2006, s. 7).

1.4 Geriatrie

Geriatrie neboli klinická gerontologie je samostatný lékařský obor zabývající se zdravotním a funkčním stavem geriatrických pacientů. Specializuje se také na specifické potřeby a sociální souvislosti, prevenci, zvláštnosti ve výskytu, klinickém obraze, vyšetřování a léčení chorob ve stáří. Geriatrie označuje celou geriatrickou medicínu, která prostupuje prakticky veškeré klinické obory dospělého věku (Kalvach a kol., 2004, s. 49; Kalvach a Onderková, 2006, s. 7).

Geriatric má za cíl optimalizaci funkčního a zdravotního stavu seniorů, snižování chronické disability a nemocnosti ve stáří, zlepšování prognózy u akutních chorob, navrácení či udržení co možná nejvyššího stupně soběstačnosti a vytváření vhodných podmínek pro zachování účinnosti kauzálních léčebných metod do nejvyššího věku seniorů. Předmětem zájmu geriatric je stárnoucí či starý člověk ve zdraví, ale především v nemoci (Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007, s. 12-13).

2 ZMĚNY VE STÁŘÍ

Ve stáří probíhá v organismu řada změn, které mohou být popisovány na třech úrovních: tělesné, psychické a sociální. Reakce člověka na uvedené změny a vyrovnání se s nimi, záleží především na jeho osobnosti, výchově, vzdělání, životních zkušenostech, možnostech a reakcích okolí, ve kterém žije. V okamžiku, kdy si člověk uvědomí, že stárne, dochází k problému v jeho psychologické adaptaci na stáří, což je u každého jedince individuální. Člověk může zaujmout konstruktivní přístup, nepřátelský postoj vůči všemu nebo si vytvořit závislost na okolí (Malíková, 2011, s. 18).

2.1 Tělesné změny

Vlivem stárnutí v organismu probíhá spousta viditelných i neviditelných tělesných změn, které probíhají na fyziologické úrovni ve všech tělních systémech. Změny postihují tkáň a orgány u každého jedince různě v závislosti na genetických faktorech a životním stylu (Poledníková a kol., 2006, s. 9).

Kožní systém a adnexy

Na kůži, vlasech, nehtech, potních a mazových žlázách jsou viditelné změny. Kůže ve stáří ztrácí svou pružnost, ztenčuje se, je bledá, suchá, svědicí a skvrnitá, vlivem zvýšené pigmentace nebo naopak pigmentace může chybět. Oslabené reparační mechanismy, změna krevního zásobení, změny v nervových zakončeních a v receptorech kůže způsobují delší hojení ran. Vlasy ztrácí lesk, šedivějí a řídnou. Nehty jsou lámavé a pomaleji rostou (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 21; Poledníková a kol., 2006, s. 9).

Nervový a pohybový systém

V autonomním a centrálním nervovém systému ubývá počtu buněk. Biochemické změny v neuronech ovlivňují rychlost vedení vzruchu. Na obalech neuronů vznikají senilní plaky, které mohou vést ke vzniku demence. Snižuje se síla a rychlost kontrakcí kosterních svalů. Změny v hlubokém čítí způsobují poruchy rovnováhy a chůze. Snižuje se tělesná výška a dochází ke shrbení postavy, která je pro stáří typická. Tělesná hmotnost s věkem obvykle stoupá, ale následně dochází k jejímu poklesu. Ubývá aktivní tělesná hmota, přibývá tuk a vazivo. Dochází k poklesu svalové síly. Zpomalování regulačních mechanismů způsobuje snižování odolnosti k zátěži a neschopnost adaptace na nové životní podmínky.

Přibývají poruchy spánku, zejména jeho kvality a délky (Kalvach a kol., 2004, s. 100; Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 21-22; Poledníková a kol., 2006, s. 9).

Dýchací systém

S postupujícím věkem klesá respirační schopnost plic v oblasti tří dechových funkcí, a sice ventilace, difúze a perfúze. Zmenšují se dechové objemy, vlivem snižování pružnosti hrudníku, což vede ke snížení plicní ventilace. Ubývá difúzní plocha plic. Aterosklerotické změny způsobují zhoršení perfúze (prokrvení). Vlivem těchto změn dochází ke snižování tolerance zátěže a častějšímu nástupu dušnosti ve stáří (Hošková, 2012, s. 125).

Kardiovaskulární systém

Ve vyšším věku dochází ke snižování výkonnosti srdečního svalu. Zhoršuje se kvalita cév v celém organismu vlivem aterosklerózy, což způsobuje nedostatečné prokrvení a okysličení tkání. Cévy ztrácí elasticitu a jsou křehké. Často se rozvíjí hypertenze, kdy se výrazněji zvyšuje systolický a jen mírně diastolický tlak. U člověka v klidu zůstává tepová frekvence stejná, ale déle se upravuje na normální hodnoty po námaze (Hošková, 2012, s. 124-125; Poledníková a kol., 2006, s. 10).

Trávicí systém

S přibývajícím věkem může dojít k opotřebenosti a ztrátě chrupu. Postupná atrofie sliznice jícnu, žaludku a střev, způsobuje snižování tvorby trávicích enzymů. Trávení se zpomaluje, potrava se déle rozkládá a vstřebává. V důsledku sníženého svalového tonu se peristaltika a vylučování stolice zpomaluje, což způsobuje nechutenství a zácpu (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 21; Mlýnková, 2011, s. 22; Poledníková a kol., 2006, s. 10).

Vylučovací systém

Ve stáří klesá svalový tonus a kapacita močového měchýře. Nutkání na močení je intenzivnější, než v mládí, proto zdraví senioři častěji močí. U mužů k těmto těžkostem přispívá zvětšená prostata, zatímco u žen to může být oslabení svalů pánevního dna nebo sfinkterů uretry. Mění se funkce ledvin, kdy od 25. do 85. roku života klesá jejich filtrační schopnost až o 50 %. V úvahu je nutné brát tento fakt především při podávání léků. Léčiva vylučovaná ledvinami, se mohou v organismu hromadit a působit toxicky. Pro normální fungování ledvin ve stáří, je důležitý dostatečný příjem tekutin. Staří lidé často ztrácí pocit žízně a rychle se u nich rozvíjí dehydratace (Poledníková a kol., 2006, s. 10).

Reprodukční systém

Sexuální aktivita u seniorů je velmi individuální a může přetrvávat do vysokého věku. U mužů klesá produkce pohlavních hormonů pozvolna. U žen se degenerativní změny objevují především po klimakteriu, kdy dochází např. k rozvoji osteoporózy či nárůstu kardiovaskulárních chorob (Hošková, 2012, s. 125; Mlýnková, 2011, s. 22-23).

Smyslové orgány

U stárnoucích lidí se zhoršuje vnímání signálů z okolí pomocí smyslových orgánů. Dochází k postupnému zhoršení především zraku a sluchu, dále k úbytku hmatových, čichových i chuťových schopností. Se zhoršením odhadu vzdálenosti a teploty předmětů v prostředí souvisí ubývání počtu receptorů k vnímání polohy a pohybu těla, pocitu síly, tlaku, chladu a tepla. Vlivem těchto změn dochází u seniorů často k úrazům (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 22).

Všechny morfologické a funkční změny ovlivňují fyzický vzhled i chování seniora. Souvisí s počátkem vzniku pocitů introvertního zaměření, nejistoty a nedůvěry. Člověk se soustřeďuje stále více na sebe, své tělesné orgány a jejich funkce. Tělesné změny proto úzce souvisí se změnami v psychickém vývoji jedince (Dvořáčková, 2012, s. 12).

2.2 Psychické změny

Psychické změny jsou považovány za normální součást stáří. Tyto změny jsou podmíněny mnoha faktory, které svým působením vedou ke snížení odolnosti organismu a schopnosti adaptovat se na nové podněty. Zhoršují se kognitivní funkce, tedy vnímání, pozornost, představy, paměť a myšlení. Dochází ke zpomalování v reakcích a psychomotorickém tempu. U krátkodobé paměti mohou vznikat problémy se vstřípivostí a výbavností. Naopak dlouhodobá paměť ve stáří bývá zachována. Rozhovory a vzpomínky s blízkými o událostech v minulosti většinou dávají staršímu člověku pocit jistoty a bezpečí (Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007, s. 62-63).

Obraz psychiky seniorů popsal Jedlička ve třech bodech jako psychické změny vzestupné povahy, sestupné povahy a psychické funkce, věkem neměnné. V psychických změnách vzestupné povahy dochází u seniorů ke zvýšení vytrvalosti, trpělivosti a tolerance vůči druhým lidem. Ke změnám sestupné povahy patří postupné ubývání vitality, elánu, klesání schopnosti navazovat vztahy, zpomalování psychomotorického tempa, snižování

výbavnosti, všípivosti i pozornosti. Mezi psychické funkce, věkem neměnné může patřit např. intelekt, slovní zásoba či jazykové znalosti (Dvořáčková, 2012, s. 12-13).

Ve stáří dochází k poklesu celkové psychické adaptability. V neznámém prostředí nebo s neznámými lidmi bývají senioři nejistí až úzkostní. Změny nastávají i v citové oblasti, kdy citová labilita závisí na momentálním fyzickém stavu a aktuálním podnětu. Nepřiměřená reakce seniora se často pojí se vzpomínkou na dávnou minulost. U starých lidí dochází ke změnám ve struktuře osobnosti. Introverze se může vystupňovat k samotářství, člověk se odkloní od materiálních hodnot k duchovním aj. Zvýrazňují se původní rysy osobnosti, jako jsou egocentrismus, dominance, ale také laskavost, dobrot a empatie. V důsledku s životními zkušenostmi se mění hierarchie hodnot, která je u každého jedince individuální (Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007, s. 65; Poledníková a kol., 2006, s. 12).

2.3 Sociální změny

Sociální stárnutí se pojí s odchodem do starobního důchodu. Jedná se o zásadní změnu v životě, která člověka může ovlivnit v negativním nebo pozitivním slova smyslu. V psychickém životě seniorů hraje významnou roli vztah ke společnosti a především k blízkým. Staří lidé často trpí pocitem, že jsou přítěží, neužiteční nebo překážkou pro ostatní členy rodiny. Někteří senioři mohou obviňovat své nejbližší či pečovatele z nevděku nebo zapomenutí na to, co pro ně v minulosti udělali. Stává se, že tyto pocity vyústí v dramatické projevy. Všechny uvedené příznaky značí nejen projev začínající degenerace seniora, ale měly by být alarmujícím signálem pro nejbližší, aby k němu přehodnotili své postoje (Mlýnková, 2011, s. 25; Poledníková a kol., 2013, s. 41-42).

Mezi nejrizikovější období stárnoucího člověka patří odchod do důchodu, neboť klade velké nároky na jeho adaptační schopnosti. Změna dosavadních životních hodnot a chybění nových, nedostatek volnočasových aktivit společně s pocitem vyřazení na okraj společnosti vytváří podklad pro vznik a rozvoj adaptačního selhání s jeho vážnými klinickými důsledky. S odchodem do důchodu často souvisí změna v ekonomickém zabezpečení. Dříve trpěli odchodem do důchodu více muži než ženy. V dnešní době se situace změnila, jelikož moderní doba přináší ženám lepší uplatnění, ty proto mohou odchod do důchodu prožívat podobně jako muži (Dučaiová a Litvínová, 2012, b.s.).

3 POTŘEBY SENIORŮ

Potřeba vzniká jako projev nedostatku nebo nadbytku něčeho v oblasti biologické, psychické a sociální. Označuje stav jedince odchylovajícího se od životního optima. Potřeby jsou zdrojem lidského chování a klíčové k jeho pochopení. Nejsou stále stejné, ale jsou individuální a mění se v jednotlivých obdobích života. Uspokojování jednotlivých potřeb zajišťuje přežití organismu (Krátká, 2007, s. 7; Mlýnková, 2011, s. 47-48).

Americký psycholog Abraham H. Maslow rozdělil potřeby podle naléhavosti na potřeby fyziologické, potřeby jistoty a bezpečí, potřeby lásky a sounáležitosti, potřeby uznání, ocenění a sebeúcty, potřeby seberealizace a sebeaktualizace. Pro Maslowovu hierarchii potřeb se využívá znázornění tvaru pyramidy (příloha PI), jejíž základnu tvoří potřeby fyziologické a na vrcholu stojí potřeby seberealizace a sebeaktualizace. Mezi vyšší potřeby se řadí potřeby seberealizace, uznání a sounáležitosti. K nižším potřebám patří fyziologické potřeby a potřeby bezpečí a jistoty. Maslow navíc mezi vyšší potřeby řadí tzv. metapotřeby nebo také potřeby růstu, které vyjadřují různé specifické tendence seberealizující se osoby. Spadají sem potřeby poznání a porozumění, rovnováhy, jistoty a harmonie, individuality, hravosti, autonomie aj. Aby mohly být uspokojeny vyšší potřeby, musí člověk nejprve uspokojit potřeby nižší. Jedinci, uspokojující své základní potřeby bývají šťastnější, výkonnější a zdravější (Trachtová, 2001, s. 13-15).

Jiná literatura uvádí rozdělení lidských potřeb do pomyslné pyramidy následovně. Základnu tvoří základní biologické potřeby (nestrádat hladem, žízní, zimou, bolestí apod.). Střední patro tvoří vyšší psychosociální potřeby (někam patřit, komunikovat, mít soukromí, být pozitivně přijímán, zažívat úspěch, lásku apod.). Nejvyšší úroveň zaujímají spirituální, nadosobní potřeby (naplňování mravního ideálu, sounáležitost s vyššími principy – božskými, všelidskými, nadčasovými). Kvalita života seniorů souvisí především s naplněním vyšších životních potřeb, které jsou v praxi často neuspokojovány a podceňovány. U osob nad 75 let se do popředí dostávají potřeby zdraví, sounáležitosti, lásky, bezpečí, klidu a spokojenosti (Kalvach a Onderková, 2006, s. 11 – 12; Mlýnková, 2011, s. 47-48).

Uspokojování potřeb ve stáří je u každého seniora rozdílné a bývá ovlivněno faktory obecnými (pohlaví, věk, tělesné dispozice, psychický stav), individuálními faktory (vzdělání, výchova, rodinný stav, ekonomická úroveň), společenskými faktory (skupinový

standard, celkový životní standard) a některými patofyziologickými stavy (imobilizace, bolest, porucha komunikace aj.). S přibývajícím věkem souvisí narůstání psychických a somatických potíží. Každá změna zdravotního stavu u seniora, může výrazně ovlivnit jeho sociální vztahy, totéž platí i opačně. Na nemoc u starého člověka je důležité pohlížet jako na bio-psycho-sociální jednotku, neboť se v období nemoci vyskytují společně somatické, psychické a sociální problémy. Podstatné je řešit tyto problémy současně, jelikož jsou stejně naléhavé a vzájemně se ovlivňují (Motlová, 2007, s. 346-347).

3.1 Nižší potřeby

Fyziologické potřeby tvoří potřeba výživy, vyprazdňování, spánku, kyslíku, pohybu, čistoty a potřeba sexuální. Objeví se při narušení homeostázy. Jejich uspokojení je důležité pro přežití organismu (Trachtová, 2001, s. 15-17).

Vlivem ubývání chuťových pohárků se ve stáří ztrácí ostrost, síla a jemnost chuti, proto senioři preferují dostatečně ochucená jídla. Do popředí se dostává potřeba vyprazdňování, se kterou mají často problémy. Senioři trpí poměrně často zácpou, či inkontinencí moči. Roste potřeba spánku a odpočinku. Staří lidé mají takzvaně polyfázický spánek, což znamená, že probíhá ve více fázích, nejen v noci. Potřeba být bez bolesti, mít dostatek pohodlí a tepla je ve stáří velmi důležitá. S přibývajícím věkem ustupuje do pozadí potřeba přijímat tekutiny, neboť senioři mají snížený pocit žízně. U starých lidí dochází k ochabování potřeby hygienické péče, úpravy zevnějšku, péče o čisté lůžko či potřeby sexuální. Obecně platí, že uspokojování a rozsah potřeb závisí na aktivitě seniora, proto nemusí mít všechny uvedené obtíže (Mlýnková, 2011, s. 48-49; Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 60-61).

Potřeba bezpečí a jistoty vyjadřuje potřebu vyhnout se ohrožení či nebezpečí. Jedná se o vyjádření touhy po spolehlivosti, důvěře, ekonomickém zajištění apod. Objevuje se vždy při pocitu ztráty životní jistoty (Trachtová, 2001, s. 15-17).

Staří lidé mají strach ze ztráty životního partnera a ze závislosti na pomoci jiných osob. Vlivem zhoršené pohyblivosti se mohou obávat pádu. Z těchto důvodů u seniorů převládá potřeba jistoty a bezpečí včetně ekonomického zajištění. Mnoho seniorů se s faktem, že budou závislí na ochotě pečovatелů či příbuzných těžko smiřuje. Nejistota vzniká i při nedostatku informací o svém zdravotním stavu, o plánovaných vyšetřeních apod. Při ztrátě

známých, přátel nebo životního partnera, často dochází k nedostatečnému uspokojování potřeby komunikace (Mlýnková, 2011, s. 49-50).

3.2 Vyšší potřeby

Potřeba lásky a sounáležitosti vyjadřuje potřebu milovat a být milován, potřebu náklonnosti, sounáležitosti a potřebu být sociálně integrován. Do popředí se dostává v situacích opuštění a osamocení. U seniorů tato potřeba může vzniknout v souvislosti se ztrátou životního partnera. Po jeho smrti prožívá pozůstalý protějšek pocit nenahraditelné ztráty, prázdnoty, samoty a opuštění. Většina lidí se s touto situací naučí žít, jiní ztrátu neunesou a sami brzy zemřou (Mlýnková, 2011, s. 25; Trachtová, 2001, s. 15-17).

Pro seniory je stejně důležitý jak kontakt se svým okolím, tak soukromí, které je chrání před vystavením nadměrného množství podnětů, které jsou pro staré lidi velmi zatěžující. Preferují kontakty se známými lidmi a rodinou. S postupujícím stářím ubývá sociálních kontaktů a senioři se mohou cítit osaměle. Pocit izolace a prázdnoty je proto jednou z častých zátěží stáří (Hauke, 2014, s. 11-12).

Potřeba uznání, sebeúcty, ocenění zahrnuje dvě spojené potřeby. První z nich je potřeba sebeúcty a sebehodnocení, která vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá potřeba souvisí s touhou po respektu druhých lidí, statutu či prestiže uvnitř sociální skupiny a dochází k ní v situacích, kdy dojde ke ztrátě respektu, kompetence nebo důvěry. Jedinec se proto snaží získat ztracené sociální hodnoty zpět (Trachtová, 2001, s. 15-17).

Potřeba seberealizace je tendence uskutečnit své záměry a schopnosti, kdy člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být. Člověk u sebe nachází uspokojení a přesvědčení, že určitou činnost provádí dobře. Ve stáří se tato potřeba prolíná s potřebou uznání, sebeúcty a ocenění (Mlýnková, 2011, s. 49; Trachtová, 2001, s. 15-17).

S věkem a odchodem do starobního důchodu se mění význam a způsoby uspokojování potřeby seberealizace. Někteří senioři mohou pociťovat beznaděj, která vede k rezignaci a pocitům méněcennosti. Většina starých lidí se s touto situací vyrovnává vyprávěním o svých minulých profesních úspěších či dovednostech. Vzpomínkami tedy částečně potřebu seberealizace naplňují. Naopak mnoho seniorů, pro uspokojení této potřeby, pracuje do vysokého věku, nebo alespoň upravuje svoje domy či zahrady. Někteří se účast-

ní různých kulturních akcí. Potřeba seberealizace neméně souvisí se zachováním jisté míry svobody, autonomie, soběstačnosti a nezávislosti na druhé osobě. Staří lidé proto prožívají postupné ubývání soběstačnosti jako velmi stresující. K sebeúctě ve stáří přispívá uznání a ocenění od ostatních lidí, což pomáhá naplňovat potřebu seberealizace. Pocit užitečnosti je stejně důležitý a senior jej nabývá při jasně vymezeném místu a roli v rodině. U jedinců, kteří necítí potřebu cokoli dokazovat, může potřeba seberealizace postupně vyhasínat (Hauke, 2014, s. 12; Mlýnková, 2011, s. 49).

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O SENIORY

4.1 Geriatrické ošetřovatelství

Původ geriatrického ošetřovatelství sahá do Anglie a je spojován se jménem Florence Nightingalové. Její vize ošetřovatelství byla výrazně ovlivněna studiem komunitně zaměřeného ošetřovatelství na luteránské diakonii v Kaiserwerthu. Nightingalová po návratu z krymské války v roce 1860 založila ošetřovatelskou školu. Sestry zde byly vzdělávány v moderním ošetřovatelství. Příprava sester kladla důraz nejen na potřebu vzdělané sestry v nemocnici, ale i v terénu (v komunitním ošetřovatelství). Svě absolventky proto Nightingalová posílala do ošetřoven, aby pečovaly o staré a chudé nemocné (Marriner-Tomey a Alligood, 2002, s. 69-70).

Další rozvoj geriatrického ošetřovatelství je v první řadě spjat se Spojenými státy americkými. Od roku 1925 jsou datovány první návrhy k vytvoření specializace ošetřovatelské péče pro staré lidi. V historickém kontextu ošetřovatelství starých lidí byly zformulovány tři základní definice, a sice pro gerontické, gerontologické a geriatrické ošetřovatelství (Jarošová, 2007, s. 74-75).

Gerontické ošetřovatelství zahrnuje ošetřovatelskou péči a služby seniorům s cílem v co možná největší míře zlepšit zdraví, poskytnout péči a zajistit jim pohodlí. Vychází z individuálních a specifických potřeb starých lidí, kteří potřebují komplexní a holistickou ošetřovatelskou péči (Jarošová, 2007, s. 75).

Gerontologické ošetřovatelství je aplikovaný klinický obor ošetřovatelství, který se zaměřuje na péči o základní potřeby seniora, na udržení jeho soběstačnosti a nezávislosti při běžných denních činnostech, na prevenci komplikací a na podporu jeho psychické, fyzické a sociální pohody. Zahrnuje komplexní ošetřovatelskou péči o zdravé i nemocné lidi, která vede k upevnění zdraví, k zmírnění nemoci nebo k uzdravení či k dosahování soběstačnosti. Gerontologické ošetřovatelství se zaměřuje na hodnocení zdraví a funkčního stavu seniorů, na plánování a uskutečňování zdravotní péče podle rozpoznaných potřeb a nakonec na vyhodnocení poskytnuté péče. Gerontologické ošetřování tedy představuje poskytování pomoci staršímu člověku při činnostech, které již sám vykonat nedokáže (Jarošová, 2007, s. 75; Poledníková a kol., 2013, s. 11).

Geriatrické ošetřovatelství poskytuje komplexní péči starým nemocným lidem, se zohledněním na jejich potřeby, vznikající v souvislosti s nemocí ve vyšším a vysokém věku. Ke vzniku těchto potřeb dochází zejména u seniorů se specifickými geriatrickými syndromy a při komplikacích jejich nemocí. Geriatrické ošetřovatelství se vyznačuje individuálním přístupem. Kritériem pro posouzení péče je starý člověk, který musí mít z takové péče prospěch (Poledníková a kol., 2006, s. 14).

Cíle geriatrického ošetřovatelství

Cíle geriatrického ošetřovatelství vychází z Koncepce oboru ošetřovatelství. Základním cílem je poskytování pomoci starému člověku a jeho rodině ve zdraví či v nemoci, pomáhat mu získat nebo alespoň zvýšit jeho soběstačnost, a tím přispět k zlepšení kvality jeho života, nebo vykonávat činnosti, jež přispívají ke zdraví, uzdravení nebo k pokojnému a důstojnému umírání a smrti (Poledníková a kol., 2006, s. 15).

Geriatrické ošetřovatelství by mělo především podporovat a udržovat optimální zdravotní stav starého člověka, uspokojovat jeho tělesné, psychické, sociální a duchovní potřeby. Jeho dalším úkolem je poskytovat komplexní ošetřovatelskou péči na základě nejnovějších vědeckých vědomostí, poznatků a ošetřovatelských teorií v souladu s etickými principy a právy pacienta. K úkolům geriatrického ošetřovatelství neméně patří poskytování primární, sekundární a následné ošetřovatelské péče ve všech složkách zdravotní péče o geriatrické pacienty tj. v prevenci, diagnostice, terapii, rehabilitaci, sociální a edukační péči. Geriatrické ošetřovatelství monitoruje požadavky na ošetřovatelskou péči u starých lidí, používá metodu ošetřovatelského procesu s důrazem na maximální kvalitu a efektivnost. Podporuje seniora i jeho rodinu a aktivně je zapojuje do procesu ošetřování, uzdravování, prevence komplikací a podpory zdraví. Mezi další úkoly geriatrického ošetřovatelství se řadí vyhledávání a řešení ošetřovatelských problémů v geriatrickém věku, které mohou být předmětem výzkumu a aplikování výsledků vědeckého výzkumu do geriatrické ošetřovatelské praxe (Poledníková a kol., 2013, s. 12).

4.2 Zdravotní péče o seniory

Zdravotní péči starým lidem mohou poskytovat zdravotnická zařízení ambulantního nebo lůžkového typu. V nemocnicích jsou pro seniory v dobrém zdravotním stavu s potřebou zajistit následnou rehabilitaci (např. nácvik chůze, nácvik soběstačnosti při sebeděči apod.)

určeny léčebny dlouhodobě nemocných. Psychiatrickou péčí geriatrickým pacientům s duševními poruchami a poruchami chování poskytují gerontopsychiatrická oddělení. Další typy speciálních oddělení slouží k vyléčení akutního onemocnění, návratu do původního stavu a původního sociálního prostředí seniora. Nevyléčitelně nemocným lidem v terminálním stádiu onemocnění poskytují paliativní péči tzv. hospice, které pečují i o jejich rodinné příslušníky formou respitní (úlevové) péče. Ta spočívá v tom, že mnohé hospice umožňují rodinám tzv. odlehčovací pobyt seniora, pokud si rodinní příslušníci potřebují odpočinout, aby načerpali nové síly. Během odlehčovacího pobytu je seniorovi poskytnuta komplexní péče, která se soustředí na léčení bolesti, zlepšení kvality života a zmírnění utrpení. Paliativní péče respektuje uspokojování individuálních potřeb umírajícího člověka (Mlýnková, 2011, s. 63-65; Poledníková a kol., 2013, s. 16).

Mezi další formu zdravotní péče patří ambulantní a terénní služba. Tato služba poskytuje odbornou zdravotní péči seniorům v domácím prostředí, kteří nemusí být nutně hospitalizováni v nemocnici a u nichž není dostupná potřebná péče rodiny nebo nestačí laická domácí péče. Poskytovateli těchto služeb jsou agentury domácí péče, které zdravotní péči zajišťují pomocí kvalifikovaných všeobecných sester. Smyslem agentur domácí péče je ošetřování nemocného seniora ve vlastním domácím prostředí, kde se cítí dobře, šťastně a spokojeně, což přispívá k jeho rychlejšímu uzdravení. Domácí péče navíc vylučuje nepříznivé dopady hospitalizace na seniora a snižuje náklady na zdravotní péči. Jinými zařízeními, poskytující léčebnou péči, ošetrovatelskou péči, fyzioterapeutickou péči, psychickou aktivizaci, kognitivní trénink a ergoterapii, jsou geriatrická centra. Tato zařízení zajišťují denní, některá i noční pobyt pro seniory (Haškovcová, 2002, s. 46; Mlýnková, 2011, s. 63-65).

4.3 Sociální péče o seniory

Klasické formy péče na lůžku s důrazem na sociální potřeby starých lidí je možné využít především v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem, v domovech s pečovatelskou službou, v denních stacionářích, v týdenních stacionářích a v domovinkách. Podrobný výčet všech zařízení poskytující sociální služby předkládá zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (Haškovcová, 2002, s. 47; Malíková, 2011, s. 30; Mlýnková, 2011, s. 65).

Domovy pro seniory poskytují celoroční pobytovou službu seniorům, kteří nemohou žít sami ve vlastní domácnosti a potřebují trvalou komplexní péči. Jinou celoroční pobytovou službu zajišťují domovy se zvláštním režimem, jež disponují větším množstvím personálu, specializovaného na danou poruchu. Na rozdíl od domovů pro seniory jsou do domovů se zvláštním režimem přijímáni senioři vyžadující zvláštní potřeby pramenící z jejich duševní poruchy, ze závislosti na návykových látkách, či z mentálního postižení. Domovy s pečovatelskou službou ubytovávají relativně zdravé seniory, kteří nepotřebují komplexní ústavní péči. Tito lidé potřebují pouze dopomoc při některých úkonech jako je např. hygienická péče v koupelně (senior potřebuje pomoci se vstupem do vany nebo vyžaduje přítomnost pečovatele pro zajištění bezpečí apod.). V domově s pečovatelskou službou jsou senioři ubytováni v samostatné bytové jednotce. Pro denní pobyt seniorů s omezenými fyzickými nebo psychickými schopnostmi slouží domovinky. Senior zde může pobývat v době, kdy jsou jeho pečující příbuzní v zaměstnání. Pro seniory s poruchami paměti, s nedostatečnou sebedůvěrou a soběstačností slouží denní či týdenní stacionáře, které se liší délkou pobytu. Pečovatelská služba poskytuje péči starým lidem v jejich domácím prostředí, zahrnuje ošetrovatelské úkony, nakupování, péči o domácnost a další služby (Mlýnková, 2011, s. 65-67).

U seniorů je prostřednictvím sociálních služeb zabezpečována pomoc při péči o vlastní osobu, pomoc při zajištění stravování, ubytování, ošetřování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv či zájmů. Cílem sociálních služeb je podpora rozvoje nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu a také snížení sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem života seniorů. Pomoc a podpora poskytnutá prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost. Pomoc v sociálních službách vychází z individuálních potřeb seniorů, podporuje rozvoj samostatnosti a posiluje jejich sociální začleňování (Hrozenková a Dvořáčková, 2013, s. 61-63).

4.4 Specifika ošetřování seniora

Ošetřování seniorů je fyzicky, psychicky i sociálně náročné. Péče o seniory je zaměřena na posouzení zdraví a funkčních schopností, na plánování a realizaci péče a služeb, dále na projevy empatie, tolerance a pochopení. Cílem péče je poskytování komplexní péče

nejen seniorovi, ale i jeho rodině. Specifika péče o staré lidi mohou být ovlivněna například zdravotním stavem, bolestí, imobilitou, úrovní soběstačnosti, psychickou labilitou, finanční situací, úmrtím životního partnera, častým neuspokojováním nižších a vyšších potřeb apod. Tato specifika mohou být rozdělena do oblasti fyzické (somatické), psychické a sociální (Mlýnková, 2011, s. 71-73).

K specifickým ve fyzické oblasti patří především manipulace se starým člověkem, při které musíme být velmi opatrní a vyhradit si dostatek času. Pokud uspokojujeme potřeby seniora, pracujeme pomalu a šetrně, abychom mu neublížili nebo ho neporanili. Vždy dopředu klientovi oznámíme, co s ním budeme dělat. Specifika v psychické oblasti se odvíjí především od psychického stavu seniora, ztráty funkce smyslů, úbytku kognitivních schopností, onemocnění, či duševní poruchy, kterou starý člověk trpí. Náš přístup by měl být pozitivní, vstřícný a klidný. U starých lidí se mohou objevovat časté změny nálad, na které bychom měli být připraveni a nebrat si je osobně. Emoční výbuchy u seniorů jsou spíše projevem bezmoci nad ztrátou autonomie, tedy vlády nad vlastním životem. Mezi specifika sociální oblasti patří selhávání či nedostatečná péče rodinných příslušníků o seniora, finanční situace starého člověka (spíše přechodnou situací) a také to, že senior žije sám. Negativními dopady na psychický a somatický stav seniora má ztráta nebo omezení sociálních vazeb na rodinu, přátele a partnera (Mlýnková, 2011, s. 72-74).

5 VYBRANÉ OŠETŘOVATELSKÉ POSTUPY

5.1 Hygienická péče u seniora

Hygiena a osobní hygiena patří k základním aktivitám a potřebám člověka. Úroveň péče o tělesnou čistotu každého jedince vypovídá o jeho fyzické, duševní, ekonomické a sociální úrovni a stavu. Zajištění hygienické péče je denní intervencí všeobecné sestry a je důležité především u seniorů s omezenou hybností nebo úplnou imobilitou. Hygienická péče probíhá každé ráno a alespoň jedenkrát týdně se zajistí celková koupel. K hygienické péči starého člověka neodmyslitelně patří péče o vlasy, nehty, dutinu ústní a kůži. Hygiena může být prováděna na lůžku nebo mimo lůžko (u umyvadla, v koupelně – vana, sprcha). Způsob provádění hygieny závisí na soběstačnosti seniora a jeho předepsaném pohybovém režimu. Během dne je nutné zajistit úpravu lůžka minimálně třikrát, tzn. ráno, odpoledne, večer nebo podle potřeby především u imobilního seniora (Pokorná a Komínková, 2013, s. 19-20).

5.1.1 Postup při hygienické péči u nesoběstačného seniora na lůžku

Hygienickou péči u nesoběstačného seniora provádí většinou dvě sestry pracující každá na jedné straně postele. Před zahájením výkonu, je důležité zajistit seniorovi intimitu a nachystat si k ruce potřebné pomůcky, tzn. 2 ručníky, lavorky, žínky, ložní prádlo, hygienické potřeby, rukavice, kontejnery na znečištěné prádlo a pleny, či jiný biologický odpad. S hygienou začínáme odstraněním lůžkovin, uvolněním základu lůžka a nakonec sundáním postranic. Nejprve umyjeme čistou vodou bez mýdla obličej. Jedním rohem žínky umyjeme pravé oko a druhým rohem oko levé nebo naopak. Poté pokračujeme mytím horní části těla s použitím mýdla. Na končetinách postupujeme od akrálních částí směrem k trupu. Umyté části současně utíráme suchým ručníkem. Po omytí hrudníku a břicha seniora otočíme na bok, omyjeme záda a promažeme je mastí. Seniora uložíme na záda, vyměníme umyvadlo s vodou a začneme s omýváním dolní části těla. Postupujeme od akrálních částí dolních končetin ke kyčelním kloubům. Nakonec omyjeme genitál a hýždě s pomocí čistící pěny a ošetříme kůži. Seniora otáčíme na boky podle potřeby hygieny, tzn. při výměně prostěradla, podložky a při aplikaci absorpční pomůcky (jednorázové pleny či podložky). Lůžkoviny vyměníme a řádně vypneme, aby později u seniora nedocházelo ke vzniku dekubitů. K hygienické péči neméně patří péče o kůži.

Především u seniorů je kůže často suchá a svědicí, proto na závěr aplikujeme krémy, oleje či vazelíny, aby se řádně promastila. Nezapomeneme na vlasy a seniora nejlépe vsedě učešeme (Pokorná a Komínková, 2013, s. 19-22; Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 21).

Součástí hygienické péče je i péče o dutinu ústní. Částečně soběstačnému seniorovi připravíme pomůcky (kartáček, zubní pastu, sklenici vody na výplach dutiny ústní, emitní misku, ručník) k lůžku. Senior provádí péči o dutinu ústní sám a my podle potřeby dopomůžeme. Pokud má umělý chrup, necháme seniora, aby si jej sám vyndal a za pomoci kartáčku s pastou řádně očistil. Na noc si snímatelnou zubní náhradu vyjme a uloží do nádobky s čistícím roztokem (např. Coregou). Nesoběstačného seniora umístíme do zvýšené polohy a zajistíme čištění zubů obvyklým způsobem. Doba čištění by měla trvat alespoň 2 minuty. Po vyčištění umožníme seniorovi, aby si vypláchl ústa vodou. U nesoběstačného seniora s umělým chrupem, vyjmemme zubní náhradu z úst pomocí mulu a dostatečně ji vyčistíme. Seniorovi můžeme ústní štětičkou setřít jazyk, horní patro, horní a dolní dásně z vnitřní i vnější strany a bukální sliznice z vnitřní strany. Okoralé rty ošetříme vazelínou, jelením lojem aj. (Pokorná a Komínková, 2013, s. 22-24).

5.1.2 Péče o osobní prádlo seniora

Výběr osobního prádla starého člověka se během pobytu v nemocničním nebo sociálním zařízení řídí typem instituce, jeho zdravotním stavem a osobními návyky. V nemocnicích používají pacienti své či ústavní prádlo. Ženy nosí noční košili a muži pyžamo, které tvoří kabátek a kalhoty (Vytejková a kol., 2011, s. 131).

Senioři v sociálních zařízeních mají své civilní oblečení, které by mělo být pohodlné a účelné. Výběr vhodného oblečení u starých lidí je jedním z denních způsobů duševní i tělesné aktivizace. Spodní prádlo si senioři mění každý den, kdežto osobní prádlo podle potřeby. Čisté a upravené oblečení zvyšuje sebedůvěru starých lidí. Pokud se senior nezvládne obléci sám, při oblékání mu asistujeme a podle potřeby dopomůžeme. U ležícího nepohyblivého seniora slouží jako základní oděv bílá plátěná košile tzv. „andělíček“, která se vzadu na zádech sváže šňůrky k sobě. Košile se mění podle potřeby přes den, při ranní hygieně a večerní toaletě. Pokud se senior dokáže posadit, košili vysvlékáme rozvázáním šňůrek na jeho zádech, poté svlečeme jeden rukáv a následně druhý rukáv košile. Oblékání čisté košile zahájíme zřasením rukávu, vezmeme prsty pravé ruky seniora a vsuneme je do našaseného rukávu, který navlečeme na celou pravou horní končetinu. Stejný postup

zopakujeme na levé horní končetině. Košili řádně upravíme, zavážeme šňůrky na zádech a seniora vyzveme, aby se položil, popřípadě dopomůžeme zaujmout polohu vleže. Ležícího seniora, který nemůže zaujmout polohu vsedě, oblékáme obrácením z boku na bok. Po celou dobu převlékání dbáme na zachování intimity seniora, vždy odkrýváme jen nevyhnutelně potřebnou část těla a zabráníme přístupu dalších osob (Krišková, 2010, s. 106; Vytejková a kol., 2011, s. 131).

5.1.3 Úprava lůžka s imobilním seniorem

U imobilních seniorů se mění ložní prádlo vždy, když se vezou koupat do koupelny. V případě, že potřebujeme vyměnit prádlo dříve, volíme podle stavu seniora úpravu lůžka po délce nebo po šířce. Před každou úpravou je potřeba nachystat si potřebné pomůcky, a to čisté ložní prádlo, ochranné rukavice, igelitové či jednorázové podložky a vak nebo kontejner na špinavé prádlo. V případě potřeby nachystáme také pomůcky k hygienické péči (Vytejková a kol., 2011, s. 113-116).

Úprava lůžka se seniorem po délce

Úprava lůžka po délce se využívá u starých lidí, kteří se dokážou otáčet z boku na bok. Většinou provádí úpravu lůžka s imobilním seniorem dvě sestry, každá z jedné strany lůžka. Z lůžka nejprve odstraníme pomocná zařízení, pokrývky, polštáře, a pokud nám stav starého člověka dovolí, dáme lůžko do roviny. Seniora otočíme na bok a zároveň ho chráníme před pádem, můžeme si pomoci postranicí. Sestra, ke které je senior zády, uvolní základ lůžka a stočí špinavé prostěradlo i podložku co nejbližší k jeho tělu. Čisté stočené prostěradlo a podložku rozprostře po lůžku. Pokud je potřeba na prostěradle vytvoří uzly a zahrne je i s podložkou pod matraci. Čisté prostěradlo s podložkou směřuje k seniorovi, toho za pomoci druhé sestry začneme otáčet na druhý bok. Druhá sestra, která do té doby chránila seniora před pádem, odstraní špinavé prádlo a uloží jej do biologického odpadu. Poté čisté prádlo rozvrhne a pořádně vypne. Na zbylých koncích udělá uzly a zastele pod matračku společně s podložkou. Jedna sestra nadzdvihne seniorovu hlavu a záda, druhá pod něj vsune polštář. Sestry uloží seniora do vhodné a pohodlné polohy. Nakonec přiloží příkrývku a podle zvyklostí zařízení deku zastelou pod dolní část matrace. Na závěr uklidí pomůcky. Úprava lůžka s imobilním seniorem se často provádí současně s hygienickou péčí. Před úpravou je velmi důležité promyslet si postup, abychom seniora zbytečně nezatěžovali opakovaným otáčením z boku na bok. Během výkonu nesmí chybět

efektivní komunikace, chránění intimity a sledování zdravotního stavu seniora (Vytejčková a kol., 2011, s. 116).

Úprava lůžka se seniorem po šíři

Pokud seniorovi nedovoluje zdravotní stav otáčení z boku na bok, volí se výměna prostěradla a podložky po šíři tzn. od hlavy k nohám. Provádí opět dvě sestry, které pracují proti sobě. Nejprve odstraní přebytečná zařízení z lůžka a uvolní prostěradlo i podložky. Jedna sestra nadzdvihne seniorovi záda a druhá odstraní polštář, stočí špinavé prádlo pod bedra a současně rozprostírá čisté prádlo. Na rozích prostěradla vytvoří uzly a v hlavové části zasune pod matraci. Poté obě sestry nadzvednou jednou rukou bedra seniora a druhou rukou stáčí špinavé a roztáčí čisté prádlo. Je-li senior schopen pánev nadzvednout sám, může se nejprve rozprostřít prostěradlo a později položit podložky. Na závěr vypneme prostěradlo, řádně upevníme ve všech čtyřech rozích matrace a zahrneme podložky (Vytejčková a kol., 2011, s. 117).

5.2 Podávání stravy seniorům

Ve stáří věnujeme dostatečnou pozornost jídlu, pití, krmení a výživě tak, aby senior dostal vždy vše, co potřebuje. Před jídlem se u starých lidí se schopností přijímat stravu ústy postaráme, aby si vypláchli ústa vodou. Při poranění sliznice úst postupujeme podle stanovené ordinace lékaře. Pokud nosí zubní protézu, zajistíme, aby si jí před jídlem nasadil. S pomocí kapesníku uvolníme nosní průduchy, což je předpokladem dobrého jedení. Seniorovi pomůžeme umýt ruce mýdlem, vodou a usušíme je ručníkem. K posteli přistavíme jídelní stůl. Seniora usadíme do polohy vsedě (90°), případně v polosedě nebo vleže na boku, podle jeho možností a zdravotního stavu. Vždy musíme zhodnotit, jakou má klient schopnost zaujmout a udržet polohu během jídla. Polohu jídelního stolu volíme tak, aby klient na jídlo dobře dosáhl a viděl. Rozmístění pomůcek a jídla přizpůsobíme schopnostem a funkčnímu stavu seniora, především jeho dominantní horní končetině. Podle potřeby klientovi asistujeme a cíleně s ním komunikujeme, abychom získali co nejvíce zpětných reakcí a informací. Podporujeme seniora v jeho nezávislosti a dáváme si pozor, abychom za něj nevykonávali činnosti, které zvládne sám. Pokud musíme seniora krmit, je důležité krmení chápat jako společenský proces. Při krmení by měl senior s pečovatелеm zaujímat stejnou výšku očí a dostatečnou vzdálenost, která pečovateli krmení umožní. Senior by měl být v poloze, jež mu umožní vidět gesta a pohyby rukou

pečovatele. Velmi dobré je, aby klient po celou dobu krmení slyšel jeho slovní pokyny (Křišková, 2010, s. 76-79).

Neschopnost seniora přijímat stravu ústy, udržet jídlo v ústech a polknout, vede ke snižování příjmu výživy, stejně tak i některá onemocnění trávicího traktu ve stáří. Z těchto důvodů lékař volí a ordinuje krmení přes sondu jako způsob, kterým je možné zajistit přiměřenou výživu u seniorů. Přes sondu se výživa podává do gastrointestinálního traktu. Předpokladem pro podání stravy sondou je zachované trávení a absorpce výživných látek. Výživa se u starých lidí nejčastěji podává pomocí nazogastrické nebo orogastrické sondy do žaludku. V některých případech může být zvolena perkutánní endoskopická gastrostomie či jejunostomie (Křišková, 2010, s. 80-81).

5.2.1 Nasogastrická a orogastrická sonda

Nasogastrická sonda (dále jen „NGS“) se nejčastěji zavádí přes nosní průduchy do žaludku. V případě nemožnosti zavedení sondy přes nos, například z důvodu obstrukce nosních průduchů, masivního krvácení apod., se zavádí sonda ústy a je proto nazývána jako sonda orogastrická (dále jen „OGS“). Gastrické sondy se pro účely aplikace enterální výživy zavádí krátkodobě, tedy maximálně na 6 týdnů. Zavedení OGS či NGS není vhodné u nepokojných a zmatených seniorů z důvodů možnosti poranění manipulací sondy a předpokládanou nízkou dobou trvání (Křišková, 2010, s. 80-81; Vytejšková a kol., 2008, s. 188).

Výživa sondou se podává v pravidelných intervalech například 2-3 hodinových. Do NSG či OGS sondy není nutné aplikovat sterilní stravu, protože jde do žaludku, kde se nachází kyselina chlorovodíková. K výživě do gastrické sondy se využívají přímo vyráběné preparáty nebo kuchyňsky upravená mixovaná strava. Po dvou dnech je nutné sondu polohovat, aby nevznikly na sliznici dekubity. Výživu aplikujeme do sondy bolusově pomocí Janettovy stříkačky (Pokorná a Komínková, 2013, s. 42-46, Křišková a kol., 2001, s. 189).

5.2.2 Perkutánní endoskopická gastrostomie a jejunostomie

Jedná se o tzv. výživové stomie zajišťující přístup pro aplikaci enterální výživy přes kůži a břišní stěnu, tj. že zajišťují přísun stravy do dutého orgánu. V současnosti převažuje zavedení výživové stomie pomocí endoskopických metod. Na rozdíl od gastrických sond,

jsou výživové stomie určeny lidem, jejichž stav vyžaduje dlouhodobou enterální výživu, tzn. delší než 4-6 týdnů. Výživové stomie mohou být ve formě buďto perkutánní endoskopické gastrostomie (dále jen „PEG“) nebo jejunostomie (dále jen „PEJ“). PEG je miniinvazivní metoda k zajištění dlouhodobého přístupu do gastrointestinálního traktu pomocí zavedení tenké sondy přes kůži do žaludku. Endoskopickým zavedením výživového katetru přes břišní stěnu do první kličky jejunu vzniká PEJ. K indikacím PEJ patří stavy, kdy nelze indikovat gastrostomii např. karcinom žaludku (Vytejková a kol., 2008, s. 195-198).

5.2.3 Technika podávání enterální výživy

K bolusovému podání výživy do sondy slouží Janettova stříkačka. Používá se u všech forem enterální výživy do žaludku, tzn. NGS, OGS a PEG. Není vhodná k podání výživy do střeva. Do jejunu se aplikují pouze farmaceuticky vyráběné výživy za pomoci sterilních pomůcek na jedno použití a většinou tzv. enterální pumpou, která umožňuje kontinuální podávání stravy s přesným dávkováním v ml/h. Před aplikací výživy sondou do žaludku bolusově, pomůžeme seniorovi zaujmout vhodnou polohu, s ohledem na jeho zdravotní stav, nejčastěji Fowlerovu polohu či sed. Před podáním výživy zkontrolujeme resorpci předchozí dávky tak, že Janettovou stříkačkou aspirujeme obsah žaludku. Pokud u seniora odsajeme obsah nad 50 ml, informujeme lékaře. Odčerpaný obsah aplikujeme zpět do žaludku. V případě, že neaspirujeme, můžeme podat předepsanou výživovou směs. Výživu o tělesné teplotě nasajeme do stříkačky (jedna dávka stříkačky je 150 ml), volný konec sondy otevřeme, napojíme Janettovu stříkačku s výživou a pomalu dávku aplikujeme, aby nedošlo k podráždění žaludku. Než sondu odpojíme, je nutné ji uzavřít pomocí klemování, aretační tlačky nebo kolíčkem. Celkový objem jedné dávky tekuté výživy se pohybuje od 250 do 400 ml, podle ordinace lékaře. Po ukončení aplikace výživy je vždy potřeba propláchnout sondu převařenou vodou nebo čajem. V dnešní době se od čaje odstupuje, jelikož zanáší sondu dohněda. Seniora necháme setrvat ve Fowlerově poloze či sedu ještě 30 minut po podání výživy a sledujeme, zda se neobjeví nežádoucí symptomy jako například kašel, cyanóza, zvracení, bolesti břicha apod. (Pokorná a Komínková, 2013, s. 46-47; Krišková a kol., 2001, s. 189).

5.3 Techniky polohování seniora

Mezi základní pomůcky k polohování klientů patří polštářky s polystyrenovými kuličkami, molitanové podložky, polštáře, molitanové kostky, gelové polohovací pomůcky, válce, kolečka, hranoly, syntetické rouno, polohovací lůžka a mnoho dalších. Pohyb a držení těla vypovídá o celkovém tělesném a psychickém stavu seniora. Polohování zabraňuje vzniku deformit a kontraktur, udržuje rozsah pohybu v kloubech a snižuje riziko vzniku dekubitů. Vhodně zvolená poloha zlepšuje dýchání nebo mírní bolest. K polohování imobilních seniorů můžeme využít níže uvedené léčebné polohy, které zlepšují jeho zdravotní stav. Imobilní seniory polohujeme nejlépe ve dvou lidech, přes den co 2 hodiny, v noci co 3 hodiny nebo podle potřeby (Vytejková a kol., 2011, s. 79).

Poloha vleže na zádech

Senior leží na zádech s rameny v mírné abdukci, paže jsou podél těla, lokty v lehké flexi či extenzi, prsty má mírně flektované. Dolní končetiny má v abdukci s mírně pokrčenými koleny, které můžeme podložit například polštářem. Chodidla opřeme o čelo lůžka nebo vložíme molitanovou kostku, aby byla v pravém úhlu. Seniorovi podložíme hlavu polštářem, popřípadě umístíme polštářek i do oblasti bederní páteře. Senior může ležet i bez podložení ramen a hlavy (Pokorná a Komínková, 2013, s. 16; Vytejková a kol., 2011, s. 81).

Fowlerova poloha

Horní část lůžka umístíme do polohy od 30° do 90°. Podle velikosti úhlu se Fowlerova poloha (příloha PII – obr. 1) rozděluje na mírnou (30°), střední (45°) a vysokou (60°-90°). Senior sedí v lůžku se zvednutým trupem a pokrčenými dolními končetinami. Horní končetiny má volně podél těla, chodidla v pravém úhlu opřená o čelo postele nebo vypodložená molitanovou kostkou. Jako prevenci vzniku dekubitů můžeme pod paty vsunout např. syntetické rouno. Pod hlavu mu dáme polštář. Pomocí molitanových polštářků můžeme vypodložit bederní oblast, kostrč a kyčel (Pokorná a Komínková, 2013, s. 16; Vytejková a kol., 2011, s. 81).

Poloha na břicho (pronační)

Tato poloha je vhodná jako prevence kontraktur dolních končetin. Senior leží na břicho (příloha PII – obr. 2) s vypodložením čela, ramen, břicha, bérců a kotníků vhodnými

pomůckami. Paže umístíme do vnější rotace s pokrčením nebo natažením v kloubech. Poloha na břicho usnadňuje expektoraci a zlepšuje hygienu dýchacích cest (Vytejková a kol., 2011, s. 81).

Poloha na boku

Seniora uložíme na levý nebo pravý bok, hlavu podložíme malým polštářem a spodní dolní končetinu flektujeme v koleni a kyčli. Ke zmírnění tlaku vložíme mezi dolní končetiny polštář či molitanový obdélník. Spodní horní končetinu flektujeme v lokti, podložíme před trupem polštářkem a uložíme ji vedle hlavy seniora, nebo ji můžeme natáhnout podél trupu s polštářkem mezi trupem a horní končetinou. Klient by na spodní horní končetině neměl ležet. Abychom zabránili rotaci v oblasti páteře, vkládáme mezi lůžko a tělo seniora molitan. Boční polohu můžeme provést ve třech variantách, jako mírnou (příloha PII – obr. 3), střední (příloha PII – obr. 4) nebo velkou boční polohu (příloha PII – obr. 5) neboli Simsovu polohu (Vytejková a kol., 2011, s. 81-82).

Simsova poloha (velká boční, stabilizační)

Seniora uložíme na bok, spodní horní končetinu umístíme za záda, horní končetinu ohneme v rameni, lokti a podložíme polštářem. Dohlédneme, aby si na horních končetinách senior neležel. Vrchní dolní končetinu více předsuneme a flektujeme v koleni o něco více než spodní dolní končetinu. Na závěr vypodložíme různě velkými polštáři hlavu, hrudník, prostor mezi stehny a kolena dolní končetiny. Na závěr podepřeme chodidlo spodní dolní končetiny válcem (Pokorná a Komínková, 2013, s. 17; Vytejková a kol., 2011, s. 83).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODIKA PRŮZKUMU

6.1 Cíle průzkumného šetření

Hlavní cíl

Zjistit připravenost studentů oboru Všeobecná sestra po středním nezdravotnickém vzdělání na ošetrovatelskou péči o seniory.

Dílčí cíle

Zjistit připravenost studentů na nástup na pracoviště poskytující ošetrovatelskou péči o seniory.

Zmapovat základní teoretické znalosti studentů v péči o seniory.

Zjistit praktickou připravenost studentů na první odbornou praxi v péči o seniory.

Zjistit zájem studentů o přednášku Specifika ošetrovatelská péče o seniory před nástupem na první odbornou praxi.

6.2 Průzkumná metoda

K získání potřebných informací byla použita kvantitativní metoda průzkumu formou dotazníkového šetření. Bártlová uvádí, že: „Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek" (Bártlová a kol., 2008, s. 98).

6.3 Charakteristika položek dotazníku

Dotazník (příloha PIII) se skládá celkem z 26 otázek a je zaměřen na první odbornou praxi studentů na ošetrovatelskou péči o seniory. Otázky byly zformulovány na základě předem stanovených dílčích cílů. Úvod dotazníku seznamuje respondenta s průzkumníkem, tématem bakalářské práce, účelem průzkumu a zdůrazňuje anonymitu. Dále uvádí pokyny k vyplnění a popisuje typ respondenta, pro kterého je dotazník určen. Dotazník obsahuje otázky uzavřené, otevřené, polouzavřené, dichotomické, polytomické i doplňovací.

Druhy otázek v dotazníku:

- otázky číslo 1, 2, 3, 5, 7, 9, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 22, 25 jsou uzavřené;
- otázky číslo 4, 6, 11, 12, 16, 21, 26 jsou otevřené;
- otázky číslo 8, 10, 19, 23, 24 jsou polouzavřené.

Otázky číslo 1, 2, 3, 4, 5, 6 se vztahují k identifikačním údajům respondenta (pohlaví, věk, absolvované předchozí studium, nynější studium, ročník studia a oddělení, na kterých se respondent poprvé setkal s péčí o seniory).

Otázky číslo 7, 8, 9, 10 se vztahují k dílčímu cíli „Zjistit připravenost studentů na nástup na pracoviště zabývající se ošetrovatelskou péčí o seniory“.

Otázky číslo 15, 16, 17, 18, 22 se vztahují k dílčímu cíli „Zmapovat základní teoretické znalosti studentů v péči o seniory“.

Otázky číslo 11, 12, 13, 14, 19, 20, 21 se vztahují k dílčímu cíli „Zjistit praktickou připravenost studentů na první odbornou praxi v péči o seniory“.

Otázky číslo 23, 24, 25, 26 se vztahují k dílčímu cíli „Zjistit zájem studentů o přednášku Specifika ošetrovatelská péče o seniory před nástupem na první odbornou praxi“.

6.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Průzkumné šetření bylo zaměřeno na studenty oboru Všeobecná sestra po středním zdravotnickém vzdělání v prvním, druhém a ve třetím ročníku prezenční formy vysokoškolského studia. Dotazníky vyplňovali studenti, kteří v předchozím studiu absolvovali gymnázia, zdravotnická lycea či střední školy bez zdravotnického zaměření.

6.5 Organizace průzkumného šetření

Na základě předem stanovených cílů, byl sestaven dotazník a v měsíci listopadu bylo provedeno pilotní šetření u 5 dotázaných respondentů, která proběhla v listopadu 2014. Dle výsledků pilotní studie byla upravena otázka číslo 14. Po schválení dotazníku konzultantem bylo uskutečněno dotazníkové šetření na čtyřech vybraných vysokých školách. Na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně (dále jen „UTB“) probíhal průzkum tišenou formou od 9. 12. 2014 do 23. 1. 2015. V prvním, druhém a třetím ročníku oboru Všeobecná sestra bylo rozdáno 110 dotazníků. Návratnost byla 37 dotazníků, z toho

4 musely být vyřazeny pro neúplné vyplnění. Na ostatních vysokých školách, tj. Masarykova univerzita v Brně (dále jen „MU“), Univerzita Palackého v Olomouci (dále jen „UP“) a Ostravská univerzita v Ostravě (dále jen „OU“), nebylo povoleno provést dotazníkové šetření v tištěné podobě, proto probíhal další průzkum elektronickou formou od 5. 1. 2015 do 3. 3. 2015. V elektronické podobě vyplnilo dotazník celkem 39 respondentů. Pro průzkumné šetření bylo použito celkem 72 dotazníků.

6.6 Zpracování získaných dat

Údaje získané formou dotazníkového šetření byly zpracovány do přehledných tabulek četností a grafů v programu Microsoft Office Excel 2007. Vzhledem k nevyváženému počtu respondentů z jednotlivých vysokých škol, byly výsledky průzkumu zpracovány jako jeden celek. Absolutní četnost v tabulkách vyjadřuje počet respondentů. Relativní četnost je vyjádřena v procentech a udává, kolik procent z celku připadá na danou dílčí veličinu. V otázkách, kde respondenti mohli volit více odpovědí, je absolutní četnost počet jednotlivých odpovědí. U každé otázky se nachází slovní zhodnocení.

7 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

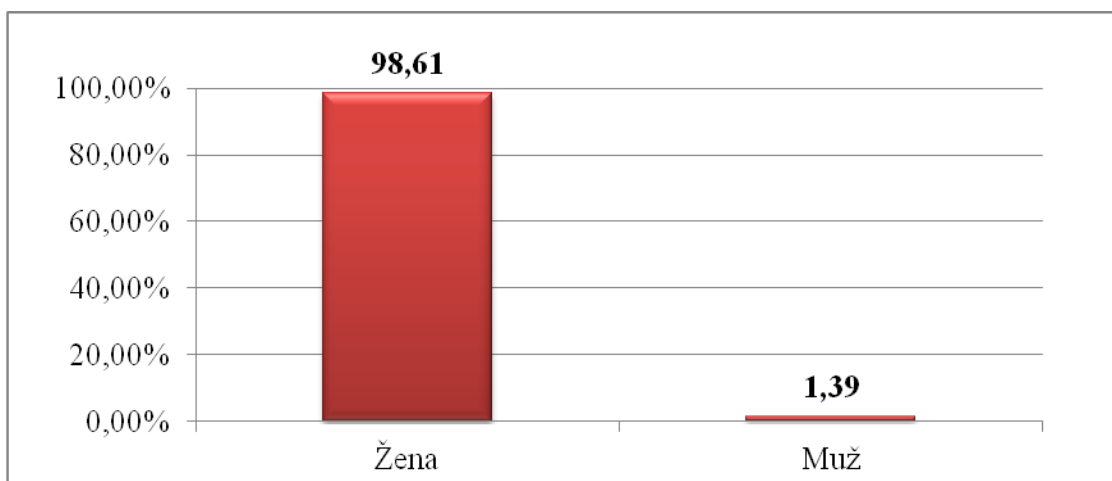
7.1 Zpracování a grafické znázornění získaných dat

Otázka č. 1: Pohlaví:

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Žena	71	98,61
Muž	1	1,39
Celkem	72	100,00

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Komentář:

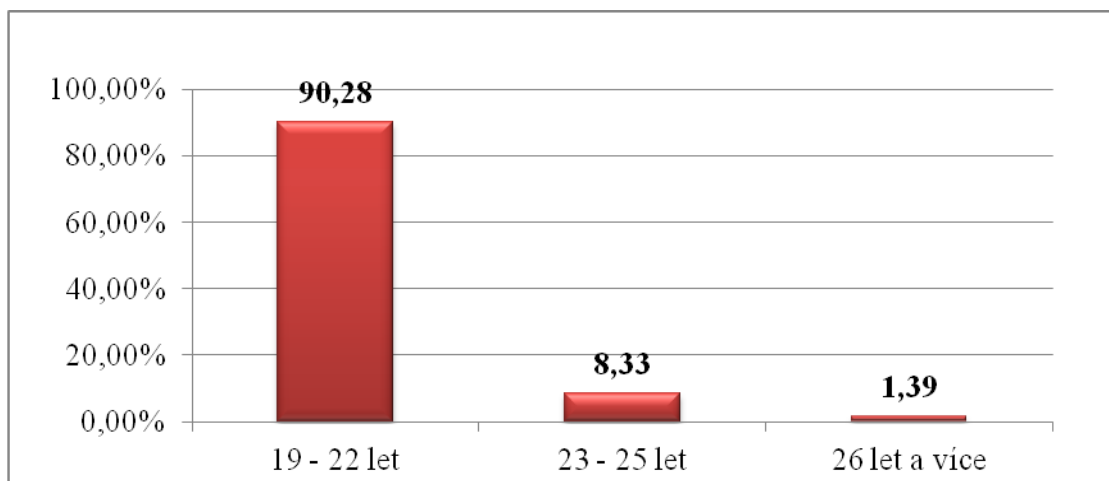
Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 72 respondentů (100,00 %) z toho 71 žen (98,61 %) a 1 muž (1,39 %).

Otázka č. 2: **Věk:**

Tabulka č. 2 Věk respondentů

Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
19 - 22 let	65	90,28
23 - 25 let	6	8,33
26 let a více	1	1,39
Celkem	72	100,00

Graf č. 2 Věk respondentů



Komentář:

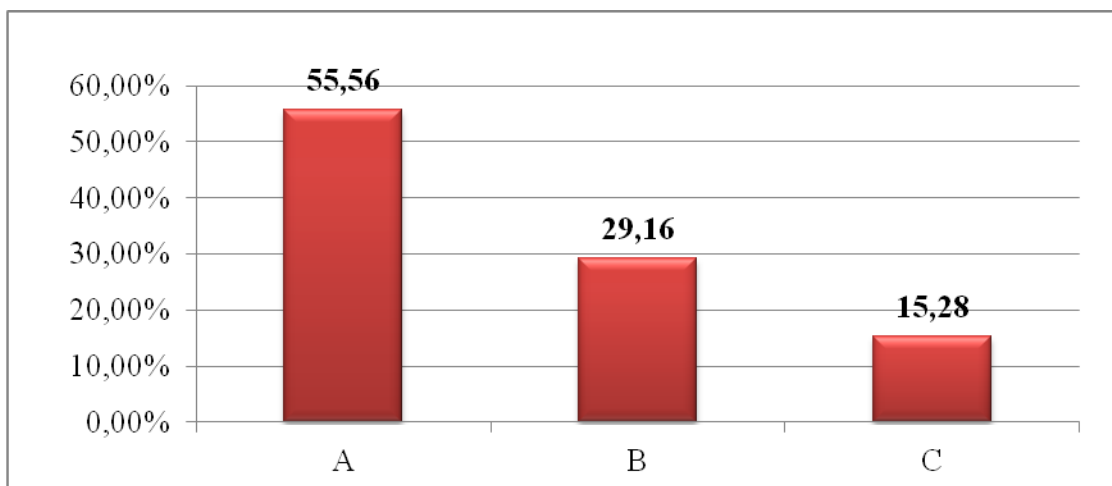
Respondenti se podle věku rozdělili do předem definovaných skupin. Nejpočetnější skupinou je 65 respondentů (90,28 %) ve věku 19 – 22 let. Dále se 6 respondentů (8,33 %) nachází ve věkovém rozmezí 23 – 25 let. Pouze jeden z respondentů (1,39 %) patří do skupiny 26 a více let.

Otázka č. 3: **Jste absolventem:**

Tabulka č. 3 Absolvované středoškolské vzdělání respondentů

	Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
A	Gymnázia	40	55,56
B	Zdravotnického lycea	21	29,16
C	Střední školy (bez zdravotnického zaměření)	11	15,28
	Celkem	72	100,00

Graf č. 3 Absolvované středoškolské vzdělání respondentů

**Komentář:**

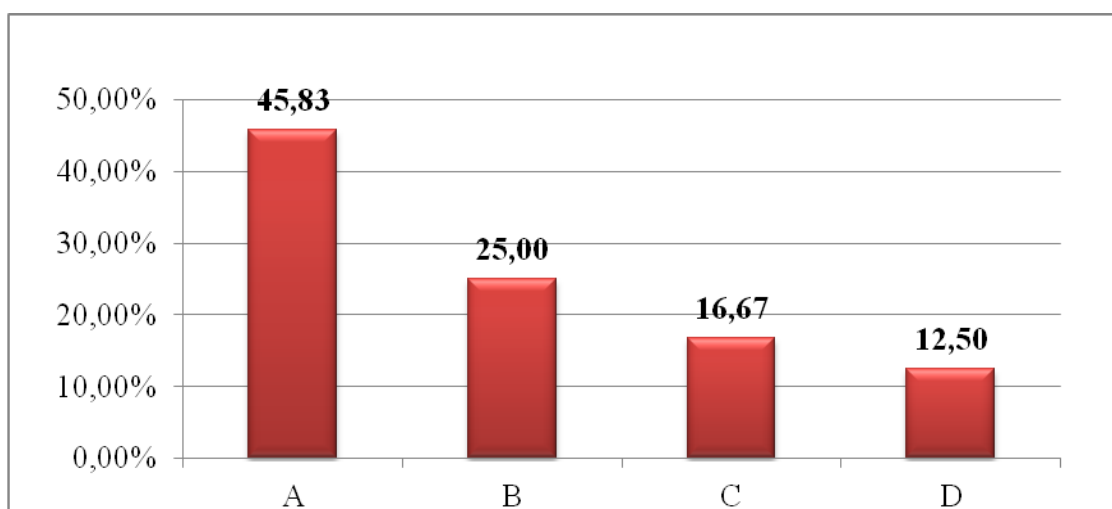
Před vysokoškolským studiem oboru Všeobecná sestra prezenční formy studia absolvovalo 40 respondentů (55,56 %) gymnázium, 21 respondentů (29,16 %) zdravotnické lyceum a 11 respondentů (15,28 %) střední školu bez zdravotnického zaměření.

Otázka č. 4: **Kde studujete?** (prosím vypište)

Tabulka č. 4 Současné studium respondentů

	Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
A	Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně	33	45,83
B	Masarykova univerzita v Brně	18	25,00
C	Univerzita Palackého v Olomouci	12	16,67
D	Ostravská univerzita v Ostravě	9	12,50
	Celkem	72	100,00

Graf č. 4 Současné studium respondentů



Komentář:

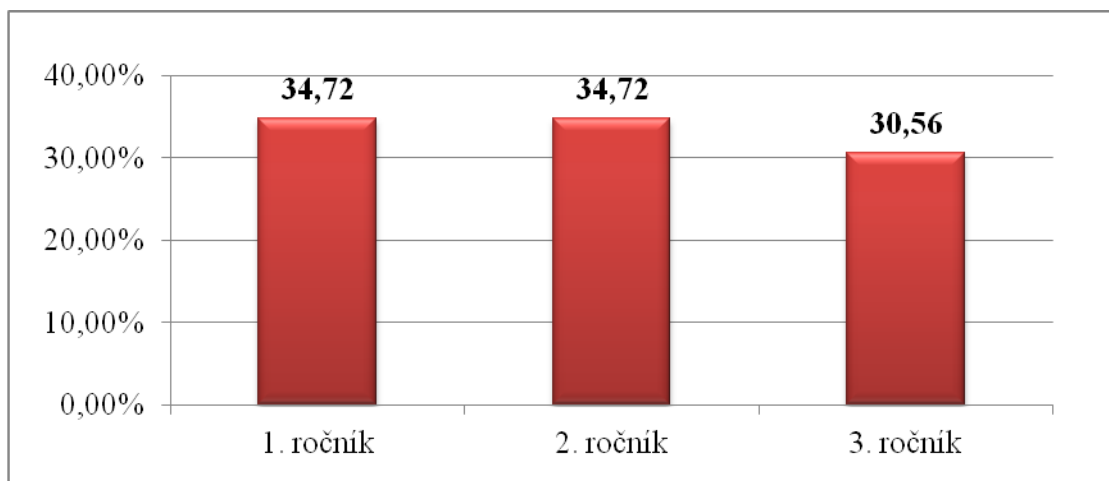
Dotazník byl vyplňován respondenty na čtyřech vysokých škol. Na jeho vyplnění se podílelo celkově 72 respondentů (100,00 %), z toho 33 respondentů (45,83 %) Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, 18 respondentů (25,00 %) Masarykovy univerzity v Brně, 12 respondentů (16,67 %) Univerzity Palackého v Olomouci a 9 respondentů (12,50 %) Ostravské univerzity v Ostravě.

Otázka č. 5: Ve kterém jste ročníku?

Tabulka č. 5 Ročník studia respondentů

Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
1. ročník	25	34,72
2. ročník	25	34,72
3. ročník	22	30,56
Celkem	72	100,00

Graf č. 5 Ročník studia respondentů

**Komentář:**

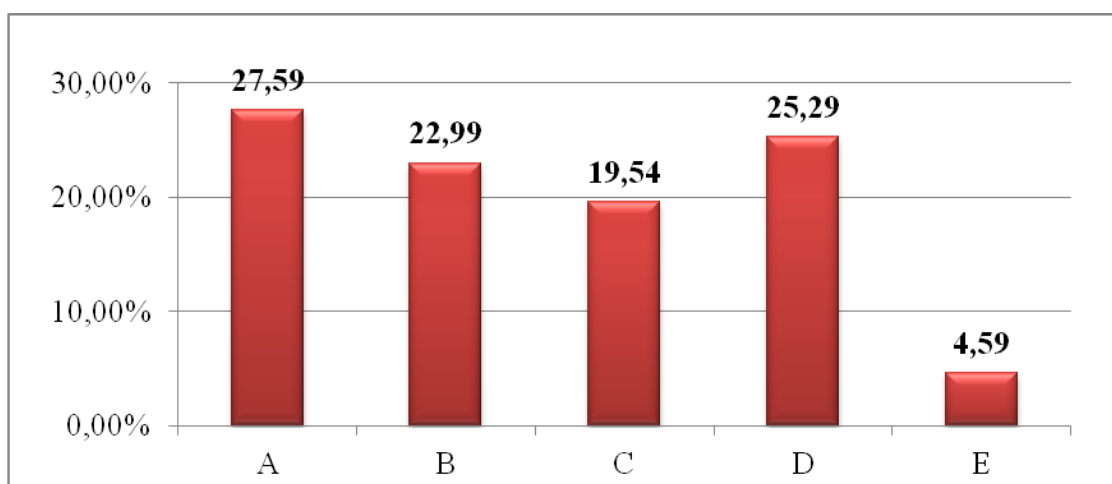
Na průzkumu se podílelo 25 respondentů (34,72 %) z prvního ročníku, 25 respondentů (34,72 %) z druhého ročníku a 22 respondentů (30,56 %) ze třetího ročníku prezenční formy vysokoškolského studia oboru Všeobecná sestra.

Otázka č. 6: Na kterých pracovištích jste se poprvé setkal/a s péčí o seniory (např.: oddělení LDN, domovy pro seniory, interní oddělení aj.)? (prosím vypište)

Tabulka č. 6 První kontakt respondentů s péčí o seniory

	Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
A	Oddělení LDN	24	27,59
B	Interní oddělení	20	22,99
C	Geriatrická oddělení	17	19,54
D	Domovy pro seniory	22	25,29
E	Charita	4	4,59
	Celkem	87	100,00

Graf č. 6 První kontakt respondentů s péčí o seniory



Komentář:

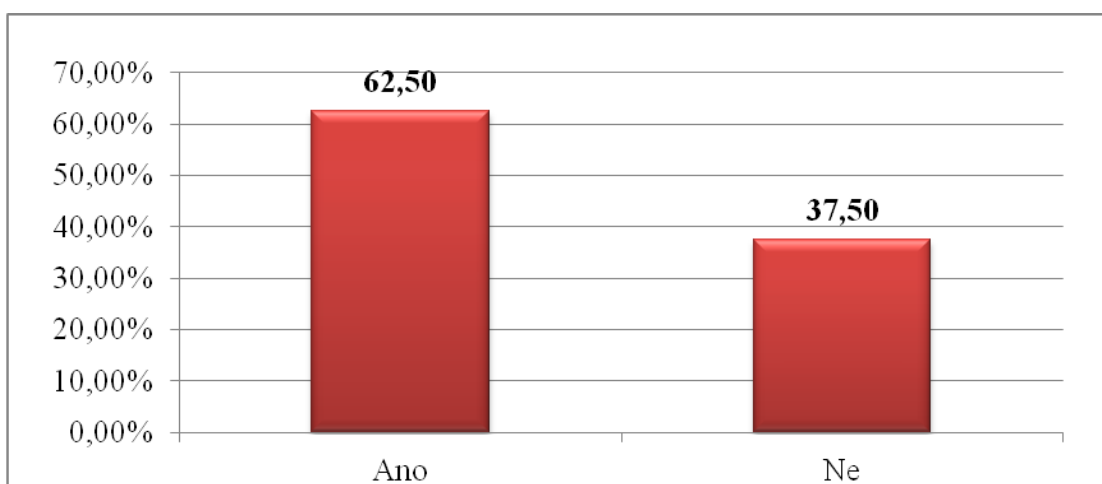
V otázce č. 6 měli respondenti vypsát pracoviště, na kterých se poprvé setkali s ošetrovatelskou péčí o seniory. Absolutní četnost v tabulce č. 6 vyjadřuje celkový počet odpovědí, které respondenti uváděli. V grafu č. 6 je viditelné, že z celkového počtu 87 odpovědí (100,00 %) studenti uvedli jako nejčastější pracoviště, kde se poprvé setkali s ošetrovatelskou péčí o seniory následovně: oddělení LDN v počtu 24 odpovědí (27,59 %), interní oddělení v počtu 20 odpovědí (22,99 %), geriatrická oddělení v počtu 17 odpovědí (19,54 %), domovy pro seniory v počtu 22 odpovědí (25,29 %) a charity v počtu 4 odpovědí (4,59 %).

Otázka č. 7: Věděl/a jste, jaký je chod pracovišť poskytující péči o seniory (např.: snídaně, obědy, večeře, hygienická péče aj.)?

Tabulka č. 7 Povědomí respondentů o chodu pracoviště poskytující péči o seniory

Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	45	62,50
Ne	27	37,50
Celkem	72	100,00

Graf č. 7 Povědomí respondentů o chodu pracoviště poskytující péči o seniory



Komentář:

Z grafu č. 7 vyplývá, že před nástupem na odbornou praxi mělo 45 respondentů (62,50 %) povědomí o chodu pracovišť poskytující péči o seniory. Měnější část v počtu 27 respondentů (37,50 %) uvádla, že o chodu těchto pracovišť povědomí neměla.

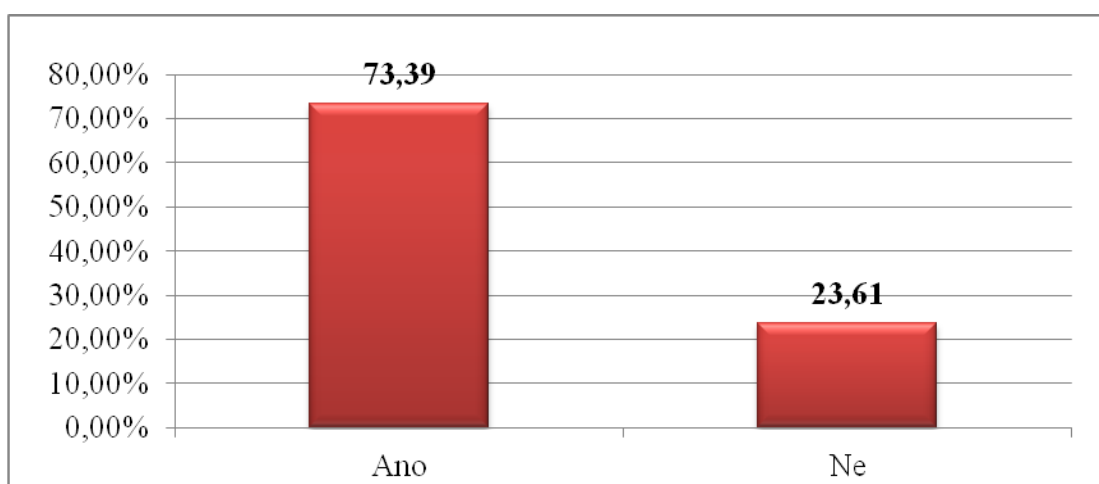
Otázka č. 8: Když jste nastoupil/a první den na odbornou praxi, seznámil Vás někdo s chodem pracoviště poskytující péči o seniory?

Pokud ano, kdo vás informoval? (prosím vypište)

Tabulka č. 8 Seznámení studenta s chodem pracoviště první den odborné praxe

Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	55	76,39
Ne	17	23,61
Celkem	72	100,00

Graf č. 8 Seznámení studenta s chodem pracoviště první den odborné praxe



Komentář:

Z grafu č. 8 je patrné, že první den odborné praxe bylo seznámeno s chodem pracoviště poskytující péči o seniory 55 respondentů (73,39 %). Menší část v počtu 17 respondentů (23,61 %) uvedla, že s chodem pracoviště seznámena nebyla.

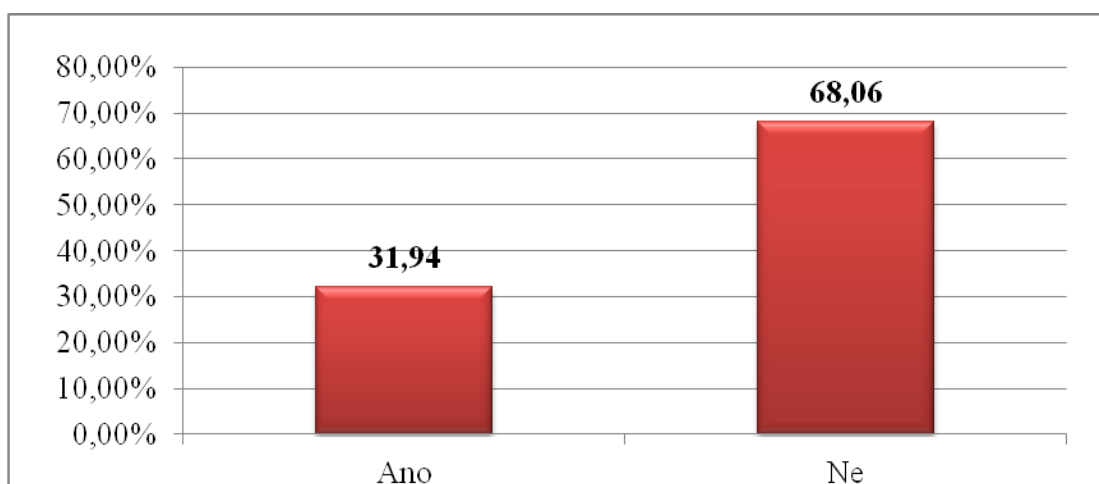
Většina studentů z UTB, OU a UP uvedla, že je první den odborné praxe s chodem zařízení seznamovala nejčastěji vrchní či staniční sestra nebo sociální pracovnice, což se odvíjelo od druhu zařízení. Všichni studenti z MU uvedli, že byli seznámeni první den odborné praxe s chodem pracoviště svým vyučujícím.

Otázka č. 9: **Připravoval/a jste se před nástupem na pracoviště poskytující péči o seniory samostatným studiem odborné literatury?**

Tabulka č. 9 Příprava respondentů samostudiem odborné literatury

Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	23	31,94
Ne	49	68,06
Celkem	72	100,00

Graf č. 9 Příprava respondentů samostudiem odborné literatury



Komentář:

V otázce č. 9 měli respondenti uvést, zda se před nástupem na pracoviště poskytující péči o seniory připravovali samostatným studiem odborné literatury. Podle grafu č. 9 se samostatnému studiu odborné literatury věnovalo 23 respondentů (31,94 %). Zbýlých 49 respondentů (68,06 %) se samostudiem odborné literatury před nástupem na pracoviště poskytující péči o seniory nezabývalo.

Otázka č. 10: **Měl/a jste nějaké praktické zkušenosti se seniory, než jste nastoupil/a na první odbornou praxi zaměřenou na ošetrovatelskou péči o seniory?**

Tabulka č. 10 Praktické zkušenosti respondentů se seniory před odbornou praxí

Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano (uveďte jaké)	23	31,94
Ne	49	68,06
Celkem	72	100,00

Tabulka č. 11 Nejčastější praktické zkušenosti respondentů se seniory

Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Péče o prarodiče	10	43,48
Dobrovolnictví	7	30,43
Brigáda v domově pro seniory	6	26,09
Celkem	23	100,00

Komentář:

V otázce č. 10 respondenti uváděli, zda měli nějaké praktické zkušenosti se seniory před nástupem na první odbornou praxi. V případě kladné odpovědi, měli uvést, o jaké zkušenosti se jednalo. Tabulka č. 10 uvádí, že před nástupem na první odbornou praxi z celkového počtu 72 respondentů (100,00 %), pouze 23 respondentů (31,94 %) nabylo níže zmíněné praktické zkušenosti v oblasti péče o seniory již před nástupem na první odbornou praxi. Větší část v počtu 49 respondentů (68,06 %) předchozí zkušenosti s péčí o seniory neuvádí.

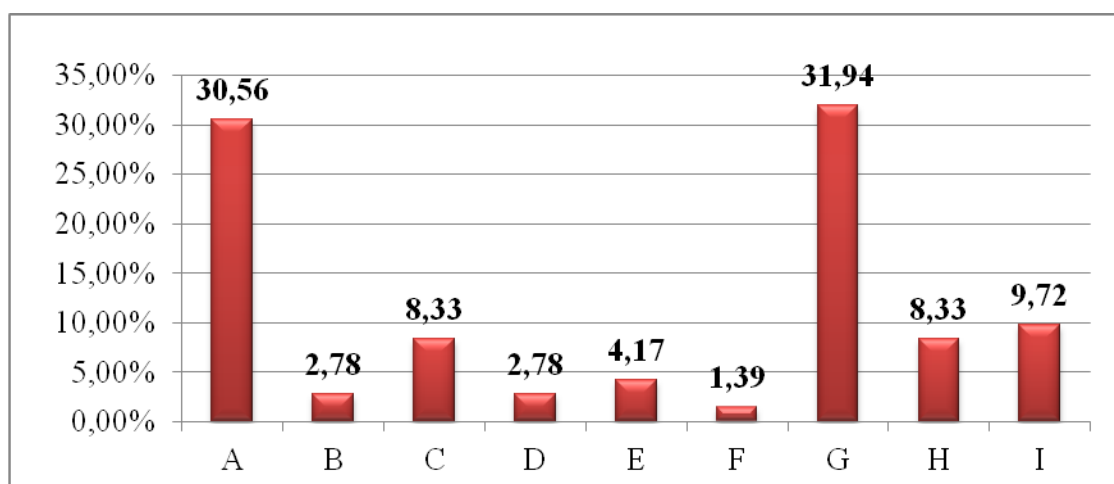
Tabulka č. 11 se vztahuje k praktickým zkušenostem respondentů se seniory, které získali před nástupem na první odbornou praxi. Absolutní četnost je zde celkový počet odpovědí. Z 23 odpovědí (100,00 %) uvedli studenti jako nejčastější zkušenost před praxí péči o prarodiče (např. babičku, dědečka nebo blízkého člena rodiny) v počtu 10 odpovědí (43,48 %). Jako další zkušenosti se seniory studenti uvedli dobrovolnictví v počtu 7 odpovědí (30,43 %) nebo brigády v domovech pro seniory v počtu 6 odpovědí (26,09 %).

Otázka č. 11: **Popište, jak jste poprvé prováděl/a ranní hygienu u imobilního seniora na pracovišti poskytující péči o seniory:** (prosím vypište)

Tabulka č. 12 První provedení ranní hygieny u imobilního seniora

	Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
A	Společně se sestrou	22	30,56
B	Společně s vrchní sestrou	2	2,78
C	Společně se sanitářkou	6	8,33
D	Společně se spolužačkou	2	2,78
E	Samostatně bez dohledu	3	4,17
F	Pod dohledem vyučujícího	1	1,39
G	Postup podle odborné literatury	23	31,94
H	Pouze pozorování	6	8,33
I	Nepamatuje se	7	9,72
	Celkem	72	100,00

Graf č. 10 První provedení ranní hygieny u imobilního seniora



Komentář:

V otázce č. 11 měli respondenti popsat, jak poprvé prováděli první ranní hygienu u imobilního seniora. Z uvedených odpovědí byly sestaveny kategorie uvedené v tabulce č. 12. Z grafu č. 10 je patrné, že první ranní hygienu provádělo společně s pomocí sestry či mentorky 22 respondentů (30,56 %), s pomocí vrchní sestry 2 respondenti (2,78 %), s pomocí sanitářky 6 respondentů (8,33 %) a s pomocí spolužačky 2 respondenti (2,78 %).

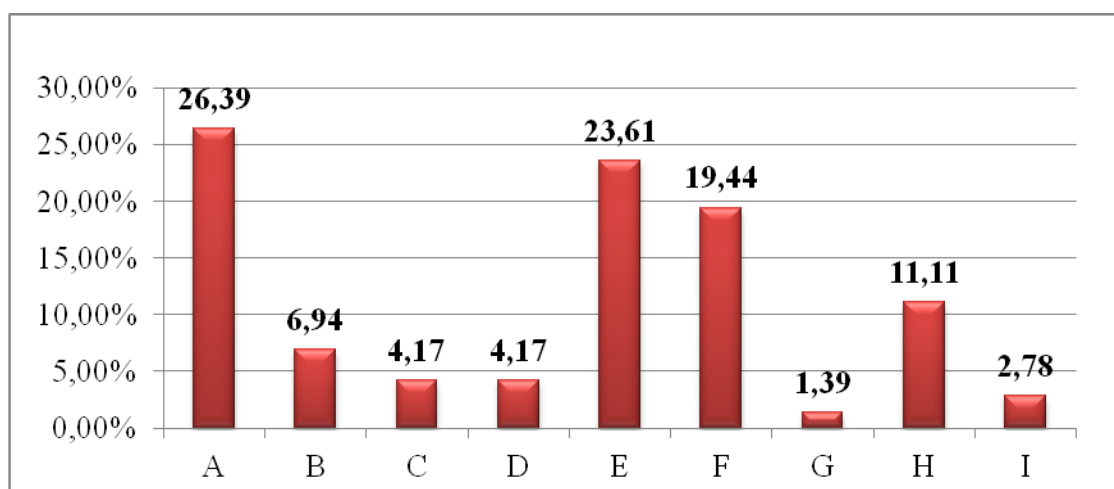
Samostatně bez odborného dohledu pracovali 3 respondenti (4,17 %), kteří uvedli, že seniora umývali v koupelně. Dále 1 respondent (1,39 %) uvedl, že prováděl první ranní hygienu u imobilního seniora pod dohledem vyučujícího. Do kategorie „postup podle odborné literatury“ bylo zařazeno 23 respondentů (31,94 %). V této kategorii respondenti uvedli literaturu, podle které při ranní hygieně u imobilního seniora postupovali, nebo zde popsali vlastní přesné postupy provádění hygienické péče. Pouze 6 respondentů (8,33 %) uvedlo, že první ranní hygienu u seniora nejprve sledovalo a poté se zapojilo do práce. Celkem 7 respondentů (9,72 %) si provádění první ranní hygieny u imobilního seniora nepamatuje.

Otázka č. 12: **Popište, Vaši první zkušenost s úpravou lůžka s imobilním seniorem na pracovišti poskytující péči o seniory:** (prosím vypište)

Tabulka č. 13 První zkušenost s úpravou lůžka s imobilním seniorem

	Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
A	Společně se sestrou	19	26,39
B	Společně se sanitářkou	5	6,94
C	Společně se spolužačkou	3	4,17
D	Samostatně	3	4,17
E	Podle naučených postupů	17	23,61
F	Velmi náročná	14	19,44
G	Pouze pozorování	1	1,39
H	Nepamatuje si	8	11,11
I	Nesetkal se s tímto výkonem	2	2,78
	Celkem	72	100,00

Graf č. 11 První zkušenost s úpravou lůžka s imobilním seniorem



Komentář:

V otázce č. 12 měli respondenti popsat první zkušenost s úpravou lůžka s imobilním seniorem. Na základě jejich odpovědí byly vytvořeny následující kategorie uvedené v tabulce č. 13. V grafu č. 11 je znázorněno, že první úpravu lůžka s imobilním seniorem provádělo 19 respondentů (26,39 %) společně s pomocí sestry, 5 respondentů (6,94 %) společně s pomocí sanitářky a 3 respondenti (4,17 %) společně s pomocí spolužačky.

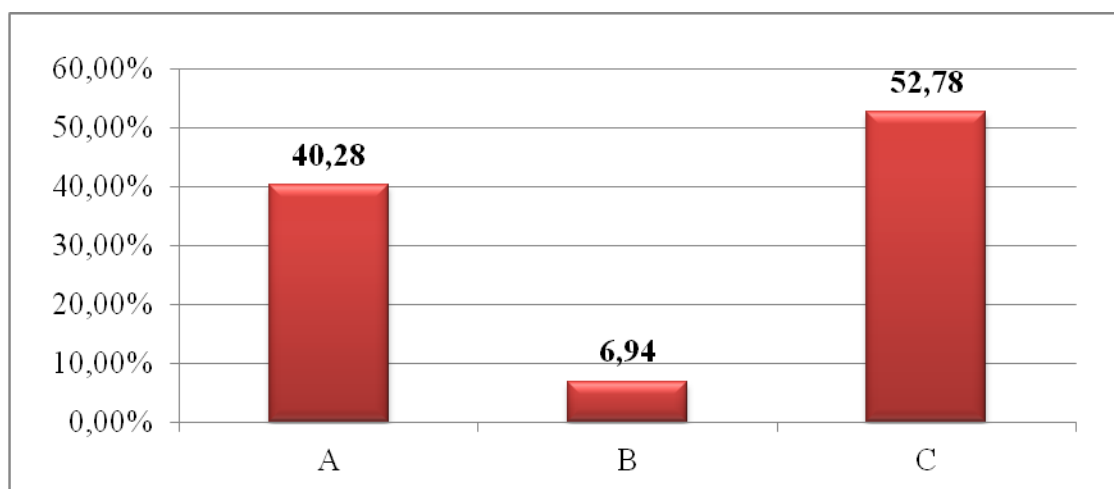
Rovněž 3 respondenti (4,17 %) prováděli úpravu lůžka samostatně s pomocí seniora, který se mohl otáčet ze strany na stranu. Celkem 17 respondentů (23,61 %) uvedlo, že úpravu lůžka s imobilním seniorem provádělo podle naučených postupů z odborné literatury. Dalších 14 respondentů (19,44 %) popsalo první zkušenost s úpravou lůžka s imobilním seniorem jako velmi náročnou, neboť jim scházeli patřičné zkušenosti z odborné praxe. Pouze jeden respondent (1,39 %) se první úpravy lůžka s imobilním seniorem účastnil nejprve formou pozorování a u další hygieny se již zapojil do práce. Celkem 8 respondentů (11,11 %) uvedlo, že si na svou první úpravu lůžka s imobilním seniorem již nepamatuje. Pouze 2 respondenti (2,78 %) se s tímto výkonem na pracovišti poskytující péči o seniory nesetkali, neboť zde sestry hygienickou péči neprováděly.

Otázka č. 13: Co pro Vás bylo obtížnější?

Tabulka č. 14 Obtížnost provedení hygienické péče vzhledem k pohlaví

	Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
A	Provádět hygienickou péči u muže	29	40,28
B	Provádět hygienickou péči u ženy	5	6,94
C	Provádět hygienickou péči u muže i ženy bylo stejně obtížné	38	52,78
	Celkem	72	100,00

Graf č. 12 Obtížnost provedení hygienické péče vzhledem k pohlaví

**Komentář:**

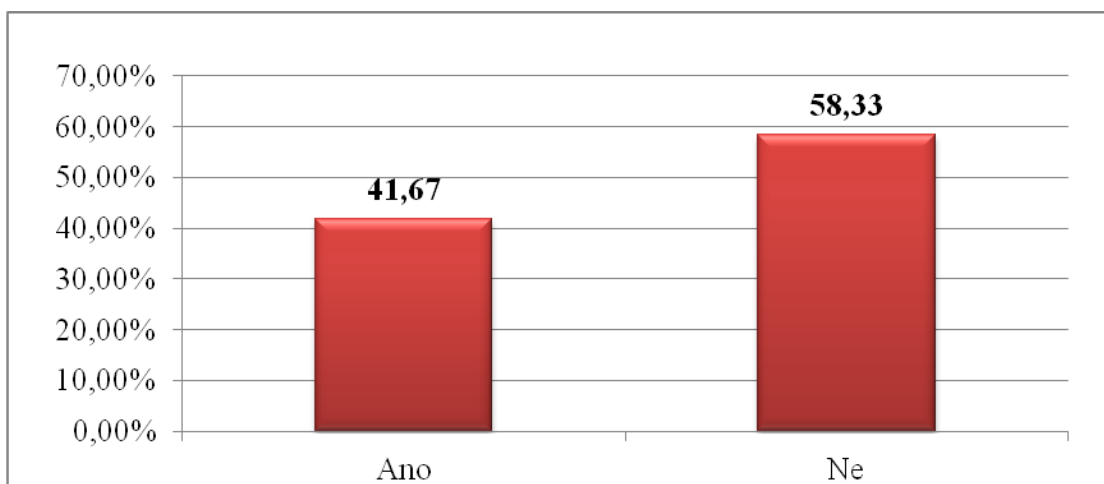
V otázce č. 13 respondenti posuzovali, zda bylo obtížnější provádět hygienickou péči u muže či u ženy. Z grafu č. 12 je patrné, že pro 29 respondentů (40,28 %) bylo obtížnější provádět hygienickou péči u muže, zatímco pro 5 respondentů (6,94 %) u ženy. Zbýlých 38 respondentů (52,78 %) uvádí, že provádění hygienické péče u muže i ženy bylo stejně obtížné.

Otázka č. 14: Uměl/a jste správně podat stravu u seniora s nasogastrickou sondou?

Tabulka č. 15 Znalost podání stravy NGS

Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	30	41,67
Ne	42	58,33
Celkem	72	100,00

Graf č. 13 Znalost podání stravy NGS



Komentář:

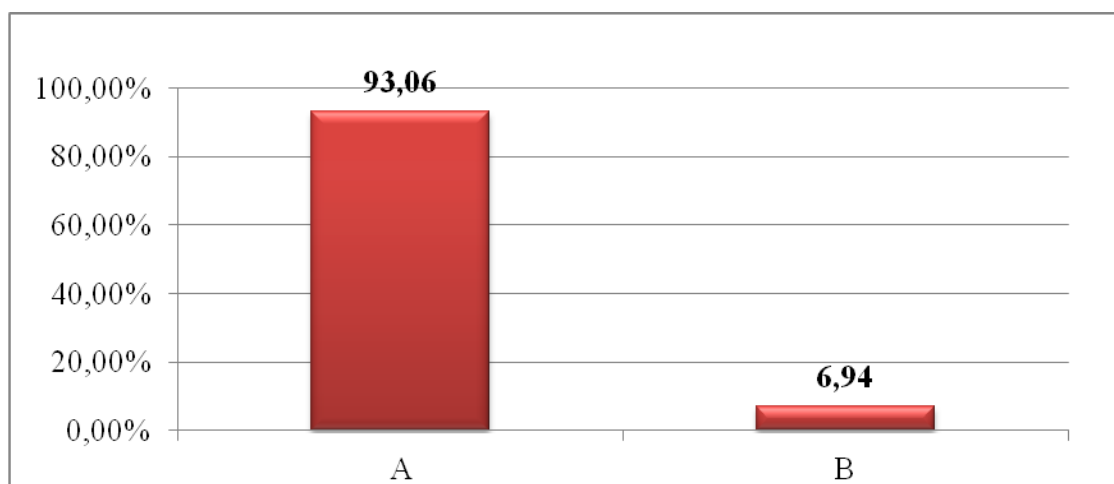
V otázce č. 14 respondenti odpovídali, zda měli správnou znalost o podání stravy u seniora s NGS. V grafu č. 13 je uvedeno, že výživu do NGS umělo aplikovat 30 respondentů (41,67 %). Větší část v počtu 42 respondentů (58,33 %) podávat stravu do NGS neuměla.

Otázka č. 15: **Jaký je správný postup při podání stravy u seniora s nasogastrickou sondou bolusově?**

Tabulka č. 16 Správné podání stravy pomocí NGS

	Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
A	Fowlerova poloha, strava á 3 hodiny v množství 150 - 300 ml, pomalé podání, proplach sondy, po podání nechat seniora ve zvýšené poloze cca 30 min	67	93,06
B	Trendelenburgova poloha, strava á 3 hodiny v množství 150 - 300 ml, po podání nechat seniora ve zvýšené poloze cca 30 min	5	6,94
	Celkem	72	100,00

Graf č. 14 Správné podání stravy pomocí NGS



Komentář:

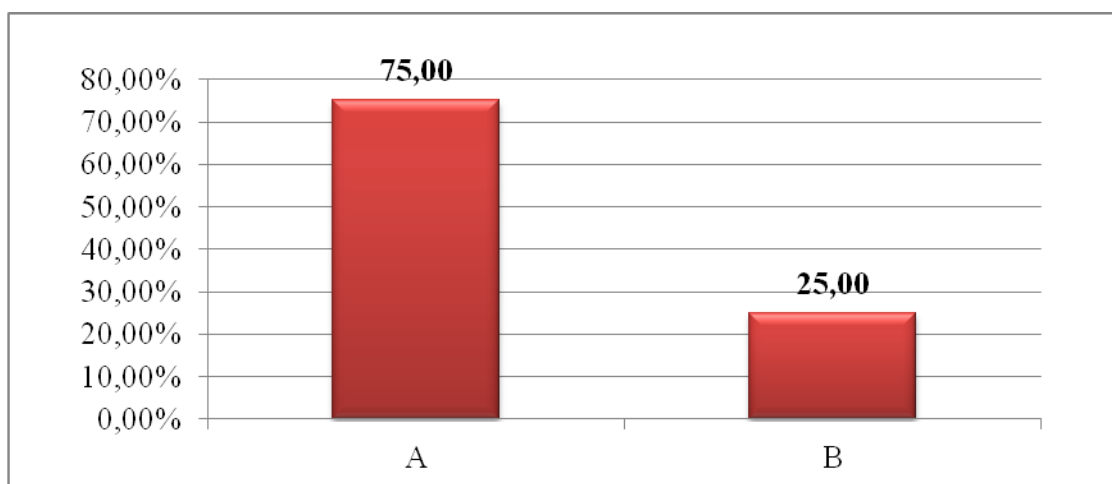
V otázce č. 15 měli respondenti na výběr ze dvou možností, jaký je správný postup podání stravy u seniora s NGS bolusově. Správný postup popisuje varianta A v tabulce č. 16, která zní: „Fowlerova poloha, strava á 3 hodiny v množství 150 - 300 ml, pomalé podání, proplach sondy, po podání nechat seniora ve zvýšené poloze cca 30 min“. Graf č. 14 uvádí, že 67 respondentů (93,06 %) označilo správnou variantu A. Pouze 5 respondentů (6,94 %) odpovědělo chybně označením varianty B.

Otázka č. 16: Co znamenají zkratky PEG a PEJ? (prosím vypište)

Tabulka č. 17 Význam zkratk PEG a PEJ

	Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
A	Správný význam	54	75,00
B	Chybný význam	18	25,00
	Celkem	72	100,00

Graf č. 15 Význam zkratk PEG a PEJ



Komentář:

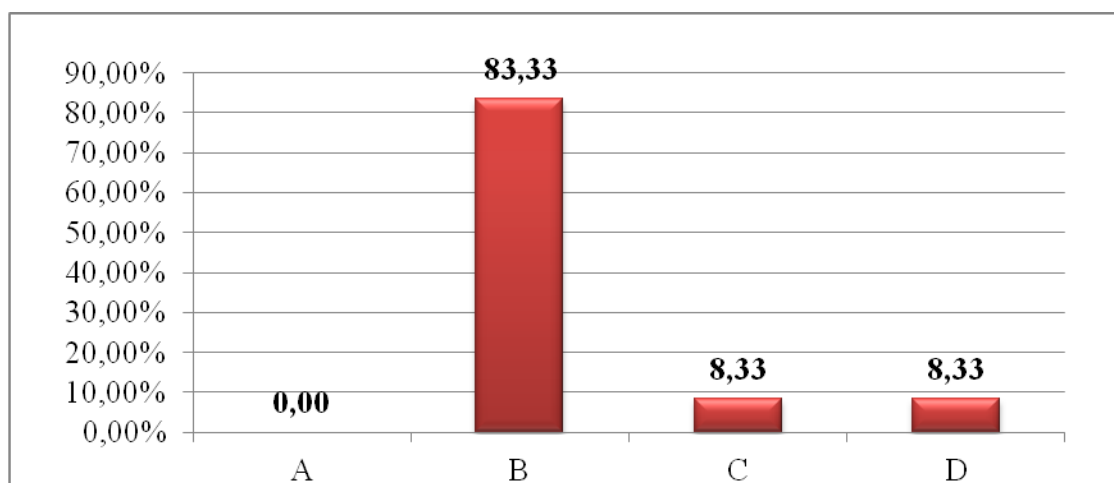
V otázce č. 16 respondenti vypisovali význam zkratk PEG a PEJ. Graf č. 15 znázorňuje, že správně uvedlo význam zkratk PEG, tzn. perkutánní endoskopická gastrostomie a PEJ, tzn. perkutánní endoskopická jejunostomie celkem 54 respondentů (75,00 %). Menší část v počtu 18 respondentů (25,00 %) popsala význam zkratk PEG a PEJ chybně, nebo uvedla, že správný význam zkratk nezná.

Otázka č. 17: Věděl/a jste, jak správně polohovat imobilního seniora, aby nevznikly dekubity?

Tabulka č. 18 Polohování imobilního seniora dle respondentů

	Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
A	Ano, polohovat na predilekční místa	0	0,00
B	Ano, nepolohovat na predilekční místa	60	83,33
C	Ano, polohovat tak, jak on sám chce a je mu to příjemné	6	8,33
D	Neměl/a jsem ponětí, jak správně imobilního seniora polohovat	6	8,33
	Celkem	72	100,00

Graf č. 16 Polohování imobilního seniora dle respondentů



Komentář:

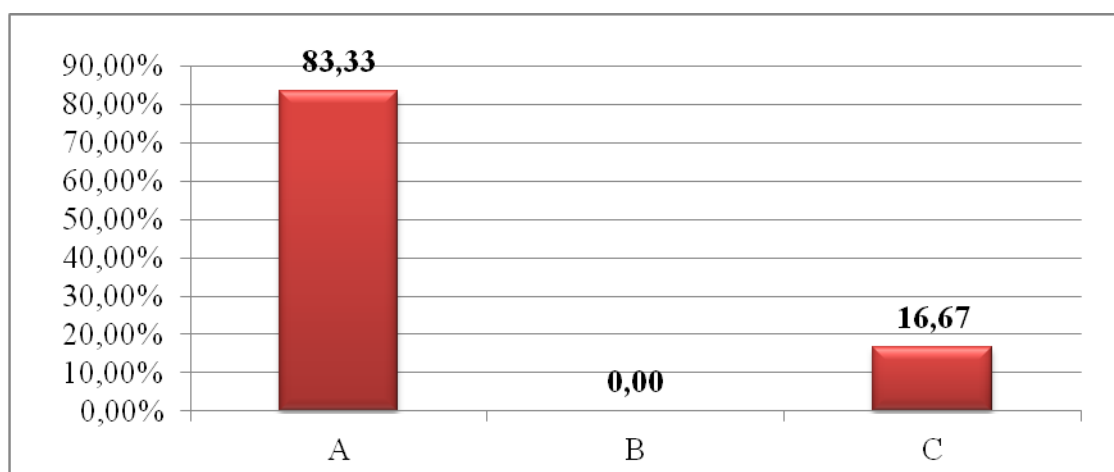
Na otázku č. 17 respondenti odpovídali, zda věděli, jak imobilního seniora správně polohovat, aby nevznikly dekubity. Z grafu č. 16 vyplývá, že 60 respondentů (83,33 %) uvedlo možnost „Ano, polohovat na predilekční místa“, 6 respondentů (8,33 %) označilo možnost „Ano, polohovat tak, jak on sám chce a je mu to příjemné“ a shodný počet 6 respondentů (8,33 %) uvedlo možnost „Neměl/a jsem ponětí, jak správně imobilního seniora polohovat“. Chybnou odpověď, kdy má být senior polohován na predilekční místa, aby nevznikly dekubity neoznačil žádný z respondentů.

Otázka č. 18: **Jak jste seniora oslovoval/a na pracovišti poskytující péči o seniory?**

Tabulka č. 19 Oslovování seniorů

	Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
A	Příjmením	60	83,33
B	Jménem nebo zdrobněle aniž by si to pacient/klient sám přál (babi, dědo, ovečko aj.)	0	0,00
C	Jak si pacient/klient přál	12	16,67
	Celkem	72	100,00

Graf č. 17 Oslovování seniorů



Komentář:

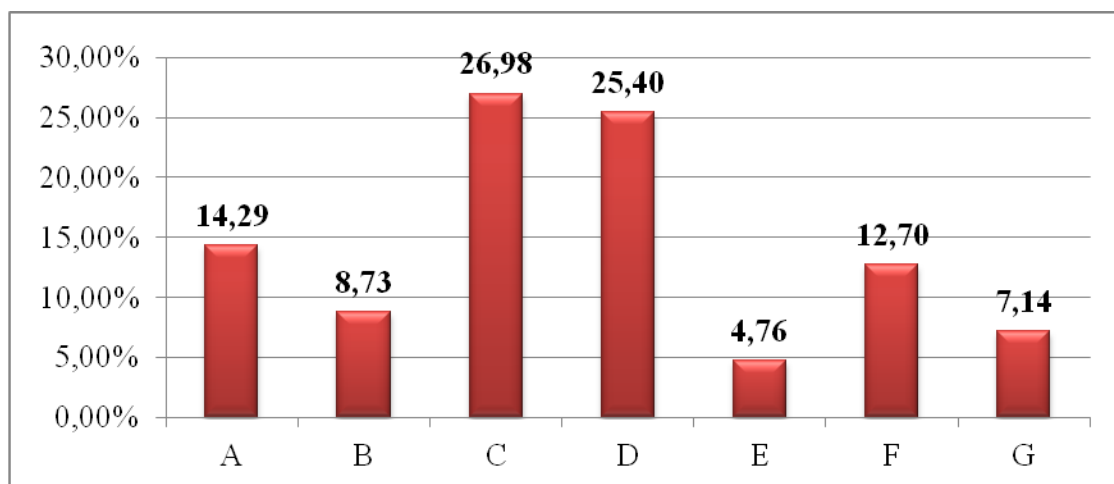
Otázka č. 18 se vztahuje k oslovování seniorů studentem. Z grafu č. 18 je patrné, že 60 respondentů (83,33 %) oslovovalo seniora příjmením a 12 respondentů (16,67 %) jak si pacient/klient přál. Z celkového počtu 72 respondentů (100,00 %) ani jeden z nich neoslovoval seniora zdrobněle.

Otázka č. 19: **Které ošetrovatelské výkony Vám dělaly největší problém na pracovišti poskytující péči o seniory?**

Tabulka č. 20 Problematické ošetrovatelské výkony

	Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
A	Krmení	18	14,29
B	Oblékání	11	8,73
C	Hygienická péče	34	26,98
D	Úprava lůžka s imobilním seniorem	32	25,40
E	Dopomoc při chůzi	6	4,76
F	Polohování seniora	16	12,70
G	Jiné (prosím vypište)	9	7,14
	Celkem	126	100,00

Graf č. 18 Problematické ošetrovatelské výkony



Komentář:

V otázce č. 19 mohli respondenti označit více možností. Absolutní četnost je zde počet odpovědí. Respondenti měli uvést ošetrovatelské výkony, které jim působily na pracovištích poskytující péči o seniory největší problémy. Z grafu č. 18 vyplývá, že z celkového počtu 126 odpovědí (100,00 %), uvedli respondenti ošetrovatelské výkony, které jim dělaly největší problémy následovně: „krmení“ v počtu 18 odpovědí (14,29 %), „oblékání“ v počtu 11 odpovědí (8,73 %), „hygienická péče“ v počtu 34 odpovědí (26,98 %), „úprava lůžka s imobilním seniorem“ v počtu 32 odpovědí (25,40 %),

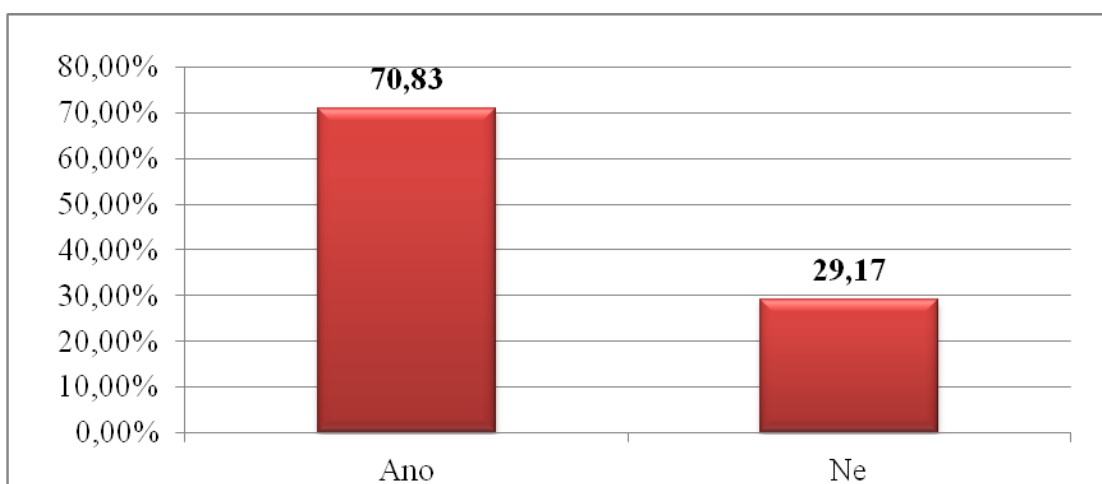
„dopomoc při chůzi“ v počtu 6 odpovědí (4,76 %) a „polohování seniora“ v počtu 16 odpovědí (12,70 %). Možnost „jiné“ zvolili studenti celkem v počtu 9 odpovědí (7,14 %), z toho 5 odpovědí uvedli studenti ošetrovatelské výkony, jako jsou: komunikace se seniorem, odsávání hlenů z dýchacích cest a péče o mrtvé tělo. Celkem 4 odpovědi respondentů zněly, že na pracovištích poskytujících péči o seniory neměli s ošetrovatelskými výkony žádné problémy.

Otázka č. 20: **Potřeboval/a jste na první odborné praxi na pracovišti poskytující péči o seniory často poradit?**

Tabulka č. 21 Potřeba respondentů poradit se na odborné praxi

Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	51	70,83
Ne	21	29,17
Celkem	72	100,00

Graf č. 19 Potřeba respondentů poradit se na odborné praxi



Komentář:

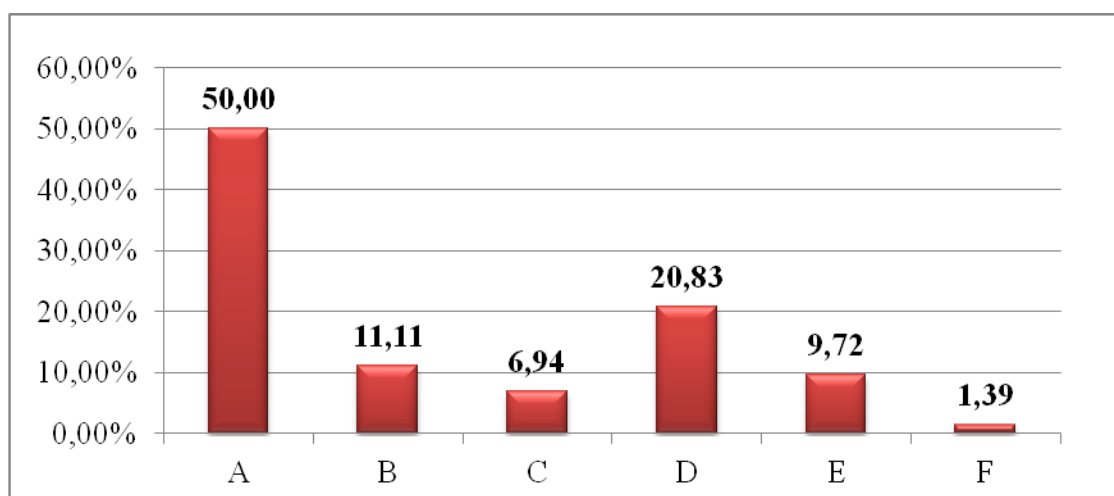
V otázce č. 20 respondenti uváděli, zda se potřebovali na první odborné praxi na pracovišti poskytující péči o seniory často poradit. Z grafu č. 19 je zřejmé, že se potřebovalo často poradit celkem 51 respondentů (70,83 %). Menší část v počtu 21 respondentů (29,17 %) uvedla, že rady od personálu nepotřebovala.

Otázka č. 21: **Kdo Vám nejvíce pomohl, když jste si na praxi na pracovišti poskytující péči o seniory nevěděl/a rady?** (prosím vypište)

Tabulka č. 22 Zdroje pomoci studentům na odborné praxi

	Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
A	Sestry	36	50,00
B	Mentorky	8	11,11
C	Ošetřovatelky	5	6,94
D	Vyučující	15	20,83
E	Spolužáci	7	9,72
F	Nepamatuje si	1	1,39
	Celkem	72	100,00

Graf č. 20. Zdroje pomoci studentům na odborné praxi



Komentář:

V otázce č. 21 měli studenti vypsát, kdo jim na odborné praxi na pracovišti poskytující péči o seniory nejvíce pomohl, když si nevěděli rady. Odpovědi jsou znázorněny v grafu č. 20, z něhož vyplývá, že nejvíce studentům pomohly sestry, které ve svých odpovědích uvedlo celkem 36 respondentů (50,00 %) a mentorky, jež uvedlo 8 respondentů (11,11 %). Dále jako největší pomoc na odborné praxi uvedlo 5 respondentů (6,94 %) ošetřovatelky. Studenti také jako největší pomoc na odborné praxi v počtu 15 respondentů (20,83 %)

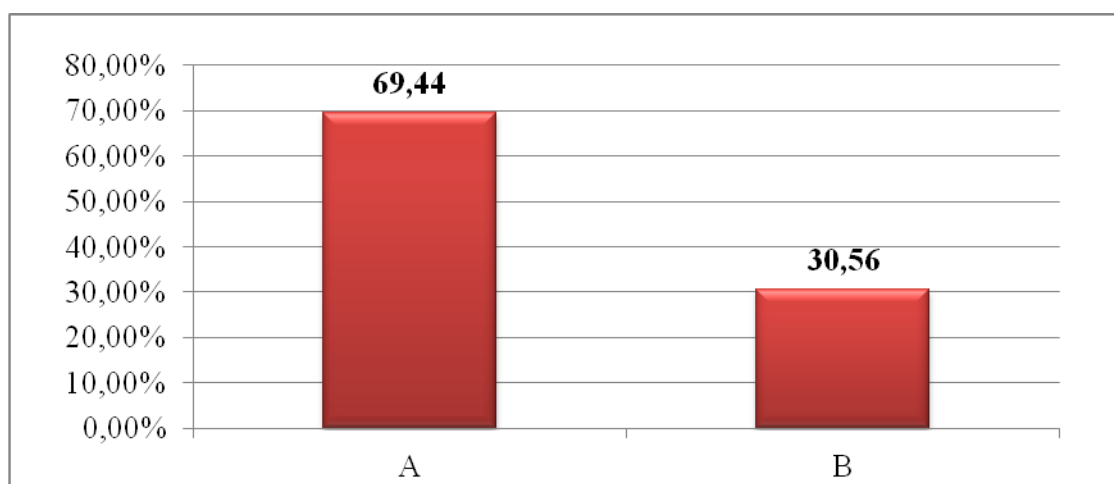
vedli své vyučující a v počtu 7 respondentů (9,72 %) uvedli své spolužáky. Pouze 1 respondent (1,39 %) uvedl, že si nepamatuje, kdo mu na odborné praxi nejvíce pomohl.

Otázka č. 22: **Připravila Vás teoretická výuka na vysoké škole dostatečně v rámci odborné praxe se seniorem?**

Tabulka č. 23 Teoretická připravenost respondentů na odbornou praxi se seniorem

	Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
A	Spíše ano	50	69,44
B	Spíše ne	22	30,56
	Celkem	72	100,00

Graf č. 21 Teoretická připravenost respondentů na odbornou praxi se seniorem



Komentář:

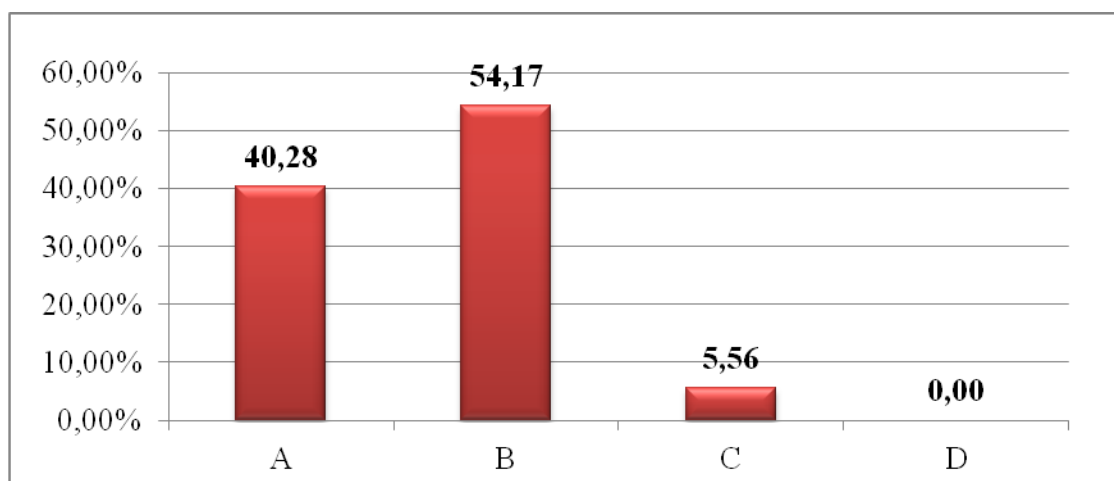
Na otázku č. 22 měli respondenti odpovídat, zda je teoretická výuka na vysoké škole připravila dostatečně na odbornou praxi se seniory. Z grafu č. 21 vyplývá, že převážná většina v počtu 50 respondentů (69,44 %) označila možnost „spíše ano“. Pouze 22 respondentů (30,56 %) uvedla možnost „spíše ne“.

Otázka č. 23: Kdyby Vám byla nabídnuta před první odbornou praxí dobrovolná přednáška na téma Specifika ošetrovatelské péče o seniory před nástupem na první odbornou praxi:

Tabulka č. 24 Zájem respondentů o dobrovolnou přednášku

	Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
A	Určitě bych tuto možnost využil/a	29	40,28
B	Zvažovala bych využití této možnosti	39	54,17
C	Nevyužila bych tuto možnost	4	5,56
D	Jiné (prosím vypište)	0	0,00
	Celkem	72	100,00

Graf č. 22 Zájem respondentů o dobrovolnou přednášku



Komentář:

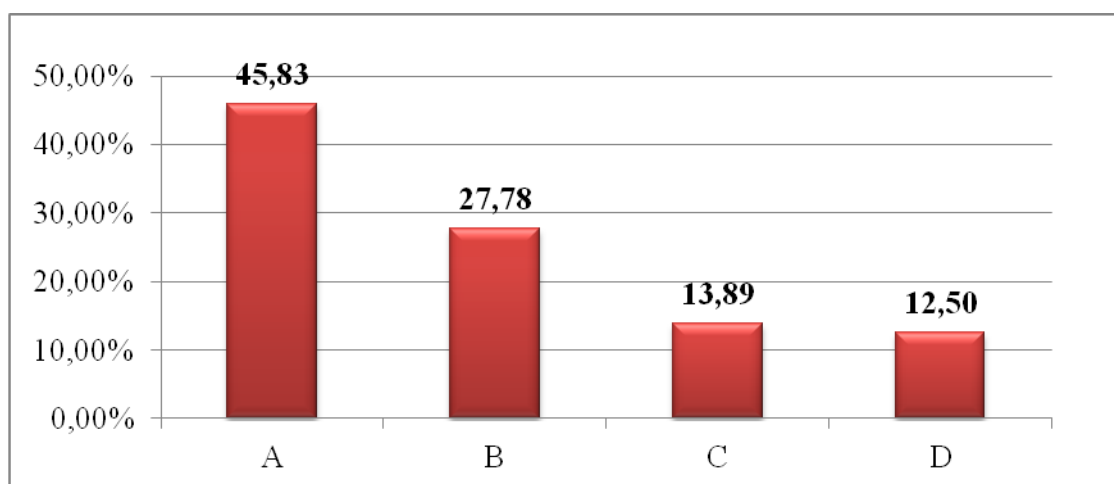
Otázka č. 23 zjišťovala zájem studentů o dobrovolnou přednášku na téma Specifika ošetrovatelské péče o seniory před nástupem na první odbornou praxi. V grafu č. 22 je znázorněno, že by možnost přednášky využilo 29 respondentů (40,28 %) a 39 respondentů (54,17 %) by zvažovalo využití této možnosti. Pouze 4 respondenti (5,56 %) uvedli, že by tuto možnost nevyužili. Poslední variantu neoznačil žádný z respondentů.

Otázka č. 24: Kolik času byste byl/a ochoten/á vyhradit si na přednášku?

Tabulka č. 25 Čas vyhrazený na přednášku

	Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
A	60 minut	33	45,83
B	90 minut	20	27,78
C	120 minut	10	13,89
D	Jiné (prosím vypište)	9	12,50
	Celkem	72	100,00

Graf č. 23. Čas vyhrazený na přednášku



Komentář:

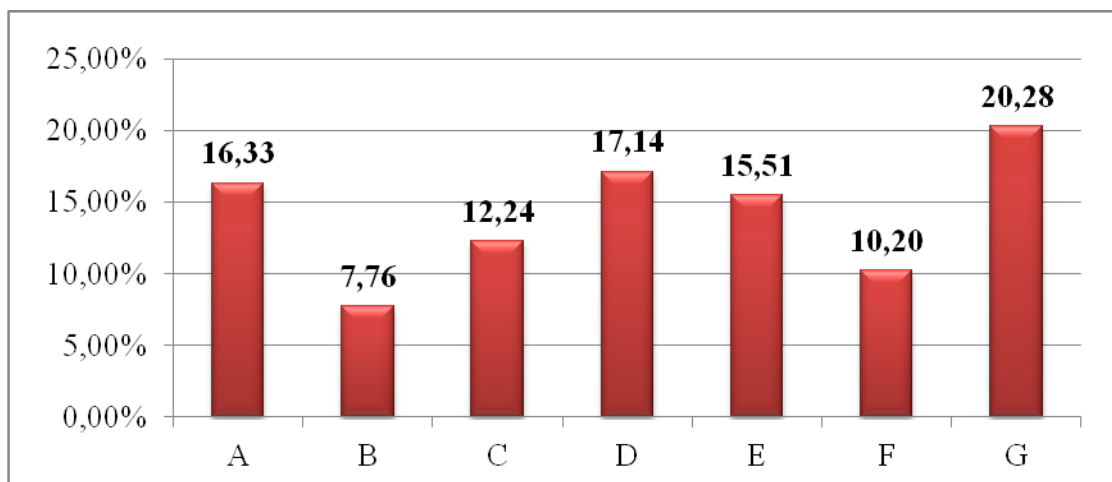
V otázce č. 24 respondenti uváděli, kolik času by byli ochotní vyhradit si na dobrovolnou přednášku Specifika ošetrovatelské péče o seniory. V grafu č. 23 je znázorněno, že celkem 33 respondentů (45,83 %) by si vyhradilo 60 minut, 20 respondentů (27,78 %) by si vyhradilo 90 minut a 10 respondentů (13,89 %) by bylo ochotných vyhradit si na přednášku 120 minut. Možnost jiné volilo celkem 9 respondentů (12,50 %), z toho v počtu 7 respondentů uvedlo čas dle potřeby, pokud by přednáška pro ně byla přínosem a 2 respondenti uvedli, že by se přednášky neúčastnili.

Otázka č. 25: Co byste na přednášce uvítal/a? (lze uvést více odpovědí)

Tabulka č. 26 Preferované oblasti přednášky

	Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
A	Komunikace se seniorem	40	16,33
B	Seznámení s řádem na oddělení (např. LDN)	19	7,76
C	Úprava lůžka s imobilním seniorem	30	12,24
D	Technika polohování seniora	42	17,14
E	Hygienická péče u seniora	38	15,51
F	Podání stravy imobilním seniorům	25	10,20
G	Technika krmení seniora s prvky bazální stimulace	51	20,82
	Celkem	245	100,00

Graf č. 24 Preferované oblasti přednášky



Komentář:

Otázka č. 25 se vztahuje k obsahu přednášky „Specifika ošetrovatelské péče o seniory“. Respondenti zde měli označit oblasti, které by na přednášce před první odbornou praxí uvítali. V této otázce bylo možné vybrat více možností, proto je zde absolutní četnost počet odpovědí. Z grafu č. 24 vyplývá, že z celkového počtu 245 odpovědí (100,00 %) volili studenti jednotlivé oblasti následovně: „komunikaci se seniorem“ v počtu 40 odpovědí (16,33 %), „seznámení s řádem na oddělení (např.: LDN)“ v počtu 19 dopovědí (7,76 %),

„úpravu lůžka s imobilním seniorem“ v počtu 30 odpovědí (12,24 %), „technika polohování seniora“ v počtu 42 odpovědí (17,14 %), „hygienická péče u seniora“ v počtu 38 odpovědí (15,51 %), „podání stravy imobilním seniorům“ v počtu 25 odpovědí (10,20 %) a „technika krmení seniora s prvky bazální stimulace“ s nejvyšším počtem 51 odpovědí (20,28 %).

Otázka č. 26: Uved'te prosím další oblasti v péči o seniora, které byste na přednášce uvítal/a: (prosím vypište)

Tabulka č. 27 Další možné oblasti přednášky

Možnosti	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Oblasti uvedené v předchozí otázce	55	76,38
Aktivizace seniorů	4	5,56
Bazální stimulace	3	4,17
Podávání léků seniorům (různé formy podání)	2	2,78
Péče o umírající seniory	2	2,78
Podpora psychiky a kvality života u hospitalizovaného seniora	2	2,78
Spolupráce s ošetrovatelským týmem	2	2,78
Eutanazie	1	1,39
Polymorbidita seniorů	1	1,39
Celkem	72	100,00

Komentář:

V otázce č. 26 respondenti vypisovali další oblasti v péči o seniora, které by uvítali na přednášce. Odpovědi jsou znázorněny v tabulce č. 27. Z celkového počtu 72 respondentů (100,00 %) uvedlo 55 respondentů (76,38 %), že veškeré potřebné oblasti k přednášce byly uvedeny v předchozí otázce č. 28, jen konkretizovali, na co by se jednotlivé oblasti mohly více zaměřit (např. komunikace se seniorem v terminálním stádiu, moderní pomůcky při hygienické péči apod.). Celkem 4 respondenti (5,56 %) by se chtěli na přednášce více dozvědět o možnostech aktivizace seniorů. Nejméně 3 respondenty (4,17 %) by zajímalo využití bazální stimulace u seniorů. Ve shodném počtu 2 respondentů (2,78 %) byly uvedeny odpovědi, jako jsou: aplikace léků (různé formy podání), péče o umírající seniory, podpora psychiky a kvality života u hospitalizovaného seniora a nakonec spolupráce s ošetrovatelským týmem. Vždy po jednom respondentovi (1,39 %) byla uvedena problematika eutanazie a polymorbidity seniorů.

8 DISKUZE

Hlavním cílem naší bakalářské práce bylo zjistit připravenost studentů oboru Všeobecná sestra po středním zdravotnickém vzdělání na ošetrovatelskou péči o seniory. Diskuzi jsme zaměřili na zhodnocení jednotlivých dílčích cílů. Pomocí dotazníkového šetření jsme oslovili respondenty na čtyřech vysokých školách. Počet respondentů z jednotlivých vysokých škol byl následující: 33 respondentů (45,83 %) z UTB, 18 respondentů (25,00 %) z MU, 12 respondentů (16,67 %) z UP a 9 respondentů (12,50 %) z OU. Vzhledem k nevyváženému počtu zúčastněných respondentů z jednotlivých škol, jsme získaná data zpracovali hromadně.

V první části dotazníkového šetření se práce zaměřovala na zjišťování identifikačních údajů týkajících se respondentů. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 72 respondentů (100,00 %) z toho pouze 1 muž (1,39 %), což se vzhledem k danému vysokoškolskému oboru Všeobecná sestra dalo předpokládat. Na vyplnění dotazníku se podílelo nejvíce studentů ve věku 19 – 22 let, a to v počtu 65 respondentů (90,28 %). Dále se 6 respondentů (8,33 %) nacházelo ve věkovém rozmezí 23 – 25 let a pouze jeden respondent (1,39 %) ve věku 26 a více let. Před vysokoškolským studiem oboru Všeobecná sestra prezenční formy studia absolvovalo celkem 61 respondentů (84,72 %) gymnázium či zdravotnické lyceum. Zbylých 11 respondentů (15,28 %) jsou absolventi střední školy bez zdravotnického zaměření. Na průzkumu se podílelo ve shodném počtu 25 respondentů (34,72 %) z prvního a druhého ročníku. Ze třetího ročníku se do průzkumu zapojilo zbylých 22 respondentů (30,56 %). Zastoupení respondentů z jednotlivých ročníků bylo poměrně vyvážené. První setkání respondentů s ošetrovatelskou péčí o seniory bylo nejčastěji na odděleních LDN v počtu 24 odpovědí (27,59 %), v domovech pro seniory v počtu 22 odpovědí (25,29 %), na interních odděleních v počtu 20 odpovědí (22,99 %), na geriatrických odděleních v počtu 17 odpovědí (19,54 %) a nejméně v charitách v počtu 4 odpovědí (4,59 %).

Dílčí cíl: Zjistit připravenost studentů na nástup na pracoviště poskytující ošetrovatelskou péči o seniory.

K uvedenému cíli se vztahují otázky č. 7, 8, 9 a 10.

Před nástupem na první odbornou praxi, by měl student z předmětu „Ošetrovatelské postupy“ obecně znát, jaký je chod pracovišť poskytujících péči o seniory, což se

potvrdilo v otázce č. 7. Z této otázky vyplývá, že většina respondentů v počtu 45 studentů (62,50 %) měla povědomí o chodu těchto pracovišť již před nástupem na odbornou praxi.

Pro lepší orientaci studenta na pracovišti po dobu odborné praxe je důležité, aby byl první den seznámen s chodem zařízení. Zajímavé výsledky přinesla otázka č. 8, která zkoumala, kdo studenty první den odborné praxe s chodem pracoviště poskytující péči o seniory seznámil. Všichni studenti z MU uvedli, že byli první den odborné praxe seznámeni s chodem pracoviště svým vyučujícím. Studenti z UTB, OU a UP uváděli, že je první den odborné praxe s chodem zařízení seznamovala nejčastěji vrchní či staniční sestra nebo sociální pracovnice, což se odvíjelo od druhu zařízení. Pouze 17 respondentů (23,61 %) o chodu oddělení nikdo neinformoval.

V otázce č. 10 bylo zajímavé, že celkem 23 respondentů (31,94 %) mělo zkušenost s ošetrovatelskou péčí o seniora již před nástupem na první odbornou praxi, a to v podobě: péče o prarodiče (např. babičku, dědečka nebo blízkého člena rodiny), dobrovolnictví nebo brigády v domovech pro seniory. Podobné zjištění uvádí Němcová (2014, s. 40) v diplomové práci s názvem „Možnosti zkvalitnění praktické přípravy studentů 1. ročníku oboru Všeobecná sestra před prvním kontaktem s nemocným na první odborné praxi“. V této práci zjistila, že 6 ze 14 dotázaných respondentů mělo před nástupem na první odbornou praxi zkušenost s ošetřováním nemocného nebo nesoběstačného seniora v domácím prostředí. S ohledem na porovnání výsledků průzkumů, by se dalo usoudit, že dosavadní zkušenosti respondentů před nástupem na odbornou praxi s ošetrovatelskou péčí o seniory jsou minimální nebo žádné.

Průzkumem jsme zjistili, že připravenost studentů oboru Všeobecná sestra na nástup na pracoviště poskytující péči o seniory je odlišná.

Dílčí cíl: Zmapovat základní teoretické znalosti studentů v péči o seniory.

K uvedenému cíli se vztahují otázky č. 15, 16, 17, 18 a 22.

Podle otázky č. 15 celkem 67 respondentů zná správný postup aplikace výživy do NGS. V otázce č. 16 uvedlo správný význam zkratk PEG, tzn. perkutánní endoskopická gastrostomie a PEJ, tzn. perkutánní endoskopická jejunostomie celkem 54 respondentů (75,00 %), což je převážná většina ze zúčastněných respondentů. Otázka č. 17 ukázala, že správné polohování imobilního seniora ovládalo celkem 66 respondentů (91,67 %), zatímco pouze 6 studentů (8,33 %) nemělo ponětí, jak imobilního seniora polohovat.

Správně oslovat seniory umělo dle otázky č. 18 všech 72 respondentů (100,00 %). Pozitivní výsledky sledujeme také v otázce č. 22, kde celkem 50 respondentů (69,44 %) hodnotí teoretickou výuku na vysoké škole jako dostatečnou přípravu na odbornou praxi se seniory. Na podkladě uvedených odpovědí můžeme stanovený cíl hodnotit kladně, neboť respondenti uvedené otázky zodpovídali v převážné většině správně.

Dílčí cíl: Zjistit praktickou připravenost studentů na první odbornou praxi v péči o seniory.

K uvedenému cíli se vztahují otázky č. 11, 12, 13, 14, 19, 20 a 21.

V dotazníku jsme se zaměřovali především na základní ošetrovatelskou péči, která se na pracovištích poskytujících péči o seniory provádí. Praktická připravenost respondentů se podle výsledků odlišovala. Z uvedených odpovědí byla připravenost respondentů odlišná. Z našeho průzkumu nelze jednoznačně určit, zda byli respondenti na odbornou praxi na pracoviště poskytující péči o seniory dostatečně prakticky připraveni, či ne. Vše záleží nejen na výuce a praktické přípravě ve škole, ale také na šikovnosti respondenta a chuti ošetrovatelské výkony zvládat. Z uvedených otázek jsme zde jako nejzajímavější uvedli otázku č. 11 a 12.

V otázce č. 11 respondenti popisovali provádění první ranní hygieny u imobilního seniora. Z odpovědí respondentů byly sestaveny kategorie, které byly seřazeny dle četnosti odpovědí následovně: do kategorie „postup podle odborné literatury“ bylo zařazeno 23 respondentů (31,94 %), společně s pomocí sestry či mentorky ranní hygienu provádělo tento výkon 22 respondentů (30,56 %), provádění první ranní hygieny si nepamatovalo 7 respondentů (9,72 %), pozorováním se první ranní hygieny účastnilo 6 respondentů (8,33 %), s pomocí sanitářky provádělo hygienu 6 respondentů (8,33 %), samostatně bez odborného dohledu prováděli hygienu 3 respondenti (4,17 %), s pomocí vrchní sestry 2 respondenti (2,78 %), s pomocí spolužačky rovněž 2 respondenti (2,78 %) a pod dohledem vyučujícího jeden respondent (1,39 %).

Tato otázka byla velmi zajímavá, neboť respondenti měli různé zkušenosti, jako je např. tato: *„Dostala jsem na starost pacientku na vozíku. Byla částečně soběstačná. Umývala jsem ji na speciálním vozíku, který je určen do sprchy. Byla jsem nervózní, protože jsem nikdy nikoho neumývala a žádná ze sester mi nebyla ochotná pomoci. Sprchování ale probíhalo bez problému. Pacientka mi v rámci svých možností pomáhala. Umyla si sama*

obličej a ruce. Zbytek jsem provedla já. Uvědomila jsem si, že na hygieně imobilního pacienta není nic zvláštního. Snažila jsem se umývat pacientku tak, jak člověk umývá sám sebe. Snažila jsem se, aby se pacientka cítila v pohodě a nebyla nervózní.“ Několik respondentů poznamenalo, že provádění první ranní hygieny u imobilního seniora pro ně bylo velmi obtížné. Větší počet odpovědí obsahoval podrobný popis jednotlivých úkonů, které respondenti při své první ranní hygieně u imobilního seniora prováděli. Popsané postupy byly v souladu s odbornou literaturou. Z uvedených odpovědí vyplývá, že respondenti tento ošetrovatelský výkon na odborné praxi většinou úspěšně zvládli.

Otázka č. 12 popisuje první zkušenost respondentů s úpravou lůžka s imobilním seniorem. Na základě jejich odpovědí byly vytvořeny následující kategorie k úpravě lůžka s imobilním seniorem, a to: společně s pomocí sestry pracovalo 19 respondentů (26,39 %), podle naučených postupů popisovalo provádění tohoto výkonu 17 respondentů (23,61 %), jako velmi náročnou první zkušenost úpravu lůžka s imobilním seniorem hodnotilo 14 respondentů (19,44 %), tento ošetrovatelský výkon si nepamatuje 8 respondentů (11,11 %), společně s pomocí sanitářky postupovalo 5 respondentů (6,94 %), společně s pomocí spolužačky postupovali 3 respondenti (4,17 %), samostatně výkon prováděli rovněž 3 respondenti (4,17 %) a 2 respondenti (2,78 %) uvedli, že se s tímto výkonem na pracovišti poskytující péči o seniory nesetkali. Formou pozorování se své první úpravy lůžka s imobilním seniorem zúčastnil 1 respondent (1,39 %). Odpovědi respondentů byly různé, jako je například tato: *„Nevěděla jsem pořádně, co mám dělat, radila mi sanitářka. Postupem jsem na to začala přicházet a bylo to lepší.*“ Podobně jako v předchozí otázce č. 11 je z uvedených odpovědí patrné, že respondenti byli schopni uvedený ošetrovatelský výkon s pomocí či bez pomoci zvládnout.

Dílčí cíl: Zjistit zájem studentů o přednášku Specifika ošetrovatelská péče o seniory před nástupem na první odbornou praxi.

K uvedenému cíli se vztahují otázky č. 23, 24, 25 a 26.

Dle výsledků průzkumu, studenti projevíli zájem o přednášku Specifika ošetrovatelské péče o seniory, což vyplývá především z otázky č. 23. Celkem 68 respondentů (94,44 %) uvedlo, že by přednášku před nástupem na první odbornou praxi uvítalo. Podle průzkumu by bylo nejvhodnější časové rozmezí přednášky 60-90 minut.

Obsahu přednášky jsme se věnovali v otázce č. 25. Respondenti zde označili oblasti, které by na dobrovolné přednášce preferovali. Nejčastější zájem studenti projevovali o oblasti, jako jsou: „technika krmení seniora s prvky bazální stimulace“ s nejvyšším počtem 51 odpovědí (20,28 %), „technika polohování seniora“ v počtu 42 odpovědí (17,14 %), „komunikaci se seniorem“ v počtu 40 odpovědí (16,33 %) a „hygienická péče u seniora“ v počtu 38 odpovědí (15,51 %).

Z analýzy jednotlivých otázek vyplývá, že zájem respondentů o přednášku „Specifika ošetrovatelské péče o seniory“ před nástupem na první odbornou praxi je značný. Na základě získaných dat jsme sestavili vzor této přednášky, která by mohla být nabídnuta studentům prvního ročníku oboru Všeobecná sestra před první odbornou praxí.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce „Připravenost studentů oboru Všeobecná sestra na péči o seniory“ jsem si zvolila z více důvodů. Z vlastní zkušenosti vím, že pro mne byla praxe na pracovištích poskytujících péči o seniory zpočátku náročná. Můj první kontakt s ošetrovatelskou péčí o seniory byl na oddělení LDN. Zde se ke mně ošetřující personál vzhledem k mému předchozímu středoškolskému vzdělání nechoval příliš vstřícně. Když jsem první den nastoupila na toto oddělení, byla to má úplně první odborná praxe v nemocnici. Nikdo mne zde neseznámil s chodem oddělení. Jak to v nemocnici probíhá, jsem znala jen z teoretické výuky z vysoké školy a vše pro mne bylo zcela nové. Má první hygienická péče u imobilního seniora byla poněkud rozpačitá, neboť jsem potřebovala, aby mi někdo pomáhal. Výkon jsem musela zvládnout sama a bylo to velmi obtížné. Při provádění ranní hygieny jsem postupovala podle naučeného postupu z předmětu „Ošetrovatelské postupy“. Proto mne zajímalo, jaké zkušenosti mají ostatní studenti oboru Všeobecná sestra po středním nezdravotnickém vzdělání a jaká je jejich připravenost.

Teoretickou část práce jsme zaměřili na vysvětlení základních pojmů z oblasti geriatric, které tvoří pilíře k zvolenému tématu této bakalářské práce. Další bod popisoval tělesné, psychické a sociální změny ve stáří, které jsou důležité pro lepší pochopení ošetrovatelské péče u seniorů. Na tento bod navazoval popis jednotlivých potřeb seniorů, které jsou úzce spjaty se změnami ve stáří, neboť změny související se stářím ovlivňují potřeby starých lidí. V další části jsme rozebírali ošetrovatelskou péči o seniory, která se celkově odvíjí od předchozích bodů. Na konci teoretické části práce jsme zařadili vybrané ošetrovatelské postupy, se kterými se studenti na první odborné praxi na pracovištích poskytujících péči o seniory nejčastěji setkávají.

V praktické části práce jsme zjišťovali připravenost studentů oboru Všeobecná sestra na péči o seniory po středním nezdravotnickém vzdělání. Realizace průzkumu probíhala formou dotazníkového šetření na čtyřech vybraných vysokých školách.

Na základě získaných výsledků jsme dospěli k závěru, že připravenost studentů oboru Všeobecná sestra po středním nezdravotnickém vzdělání na ošetrovatelskou péči o seniory je odlišná. Proto nelze jednoznačně určit, zda jsou studenti připraveni, či nikoli. U respondentů, kteří získali zkušenosti s péčí o seniory před nástupem na první odbornou praxi, shledáváme určitou výhodu. Teoretické znalosti respondentů se nám dle získaných

výsledků dotazníkového šetření jeví jako dostačující. Praktická připravenost studentů se podle průzkumu odvíjí nejen od teoretické a praktické přípravy z vysoké školy, ale také od šikovnosti a touhy jednotlivých respondentů ošetřovatelské výkony zvládnout.

Jelikož respondenti projeví zájem o dobrovolnou přednášku „Specifika ošetřovatelské péče o seniory“, sestavili jsme na základě výsledků průzkumu návrh této přednášky (Příloha IV). V úvodu je nastínění základních pojmů z oblasti geriatrie. Další body přednášky se podle uvedených výsledků průzkumu zaměřují na hygienickou péči o seniory, techniky polohování seniorů, techniku krmení seniorů s prvky bazální stimulace a komunikaci se seniory. Respondenti v průzkumu jeví značný zájem o bazální stimulaci, proto se jednotlivé výše zmíněné oblasti přednášky kombinují s prvky bazální stimulace. Přednášku bychom nabídli studentům prvních ročníků oboru Všeobecná sestra po středním nezdravotnickém vzdělání před nástupem na první odbornou praxi na pracoviště poskytující péči o seniory. Na přednášce by se kombinovala teorie s praktickým procvičováním ošetřovatelských výkonů.

Byla bych ráda, kdybych do budoucna mohla naši přednášku „Specifika ošetřovatelské péče o seniory“ zrealizovat a tím přispět k připravenosti studentů oboru Všeobecná sestra po středním nezdravotnickém vzdělání.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva a kol., 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0134-672.
- [2] ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4739-014.
- [3] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4741-383.
- [4] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. České ošetrovatelství, 10. ISBN 80-701-3363-5.
- [5] HAUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4752-167.
- [6] HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ, 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie: učebnice pro obor sociální činnost*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.
- [7] HOŠKOVÁ, Blanka, 2012. *Vademecum: zdravotní tělesná výchova (druhy oslabení)*. Praha: Karolinum. ISBN 978-802-4621-371.
- [8] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4741-390.
- [9] JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-802-4721-507.
- [10] JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 80-736-8110-2.
- [11] KALVACH, Zdeněk a Alice, ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2455-5.

- [12] KALVACH, Zdeněk a kol., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
- [13] KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-802-4721-699.
- [14] KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7318-643-2.
- [15] KRIŠKOVÁ, Anna, 2010. *Profesionálne ošetrovatel'stvo: oblasti opatrovania a aktivácia seniorov*. Martin: Osveta. ISBN: 978-80-8063-329-5.
- [16] KRIŠKOVÁ, Anna a kol., 2001. *Ošetrovatel'ské techniky*. Martin: Osveta. Edícia učebníc pre stredné zdravotnícke školy. ISBN 80-806-3087-9.
- [17] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4731-483.
- [18] MARRINER-TOMEY, Ann a Martha Raile ALLIGOOD, c2002. *Nursing theorists and their work*. 5th ed. St. Louis, Mo.: Mosby. ISBN 03-230-1193-4.
- [19] MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4738-727.
- [20] POKORNÁ, Andrea a Alena KOMÍNKOVÁ, 2013. *Ošetrovatel'ské postupy založené na důkazech*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-802-1063-310.
- [21] POLEDNÍKOVÁ, Ľubica a kol., c2013. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-808-0634-100.
- [22] POLEDNÍKOVÁ, Ľubica a kol., 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3208-1.
- [23] TRACHTOVÁ, Eva, 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ. ISBN 80-701-3324-4.
- [24] VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2011. *Ošetrovatel'ské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-194.
- [25] VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2013. *Ošetrovatel'ské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-200.

Internetové zdroje

- [26] DUČAIOVÁ, Jarmila a Blažena LITVÍNOVÁ, 2012. Etické atributy stárnutí. *Sestra* [online]. Roč. 17, č. 9 [cit. 2015-02-25]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/eticke-atributy-starnuti-466845>
- [27] MOTLOVÁ, Lenka, 2007. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. *Kontakt* [online]. Roč. 9, č. 2 [cit. 2015-02-28]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2~2007/481-autonomie-nezavislost-a-uspokojovani-potreb-osob-vyssiho-veku>
- [28] NĚMCOVÁ, Barbora, 2014. *Možnosti zkvalitnění praktické přípravy studentů 1. ročníku oboru Všeobecná sestra před prvním kontaktem s nemocným na první odborné praxi* [online]. Č. Bud., [cit. 2015-05-17]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí diplomové práce Andrea Hudáčková. Dostupné z: http://theses.cz/id/f2rbue/Monosti_zkvalitnn_praktick_ppravy_student_1__ronku_oboru_.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
aj.	a jiné
č.	číslo
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MU	Masarykova univerzita
např.	například
NSG	nasogastrická sonda
obr.	obrázek
OGS	orogastrická sonda
OU	Ostravská univerzita
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ	perkutánní endoskopická jejunostomie
Sb.	Sbírka zákonů
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný
UTB	Univerzita Tomáše Bati
UP	Univerzita Palackého
WHO	World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů	41
Tabulka č. 2 Věk respondentů	42
Tabulka č. 3 Absolvované středoškolské vzdělání respondentů.....	43
Tabulka č. 4 Současné studium respondentů	44
Tabulka č. 5 Ročník studia respondentů	45
Tabulka č. 6 První kontakt respondentů s péčí o seniory.....	46
Tabulka č. 7 Povědomí respondentů o chodu pracoviště poskytující péči o seniory.....	47
Tabulka č. 8 Seznámení studenta s chodem pracoviště první den odborné praxe	48
Tabulka č. 9 Příprava respondentů samostudiem odborné literatury.....	49
Tabulka č. 10 Praktické zkušenosti respondentů se seniory před odbornou praxí	50
Tabulka č. 11 Nejčastější praktické zkušenosti respondentů se seniory.....	50
Tabulka č. 12 První provedení ranní hygieny u imobilního seniora	51
Tabulka č. 13 První zkušenost s úpravou lůžka s imobilním seniorem.....	53
Tabulka č. 14 Obtížnost provedení hygienické péče vzhledem k pohlaví.....	55
Tabulka č. 15 Znalost podání stravy NGS	56
Tabulka č. 16 Správné podání stravy pomocí NGS	57
Tabulka č. 17 Význam zkratk PEG a PEJ.....	58
Tabulka č. 18 Polohování imobilního seniora dle respondentů.....	59
Tabulka č. 19 Oslovování seniorů	60
Tabulka č. 20 Problematické ošetrovatelské výkony.....	61
Tabulka č. 21 Potřeba respondentů poradit se na odborné praxi	63
Tabulka č. 22 Zdroje pomoci studentům na odborné praxi	64
Tabulka č. 23 Teoretická připravenost respondentů na odbornou praxi se seniorem.....	66
Tabulka č. 24 Zájem respondentů o dobrovolnou přednášku	67
Tabulka č. 25 Čas vyhrazený na přednášku	68
Tabulka č. 26 Preferované oblasti přednášky	69
Tabulka č. 27 Další možné oblasti přednášky.....	71

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	41
Graf č. 2 Věk respondentů	42
Graf č. 3 Absolvované středoškolské vzdělání respondentů	43
Graf č. 4 Současné studium respondentů	44
Graf č. 5 Ročník studia respondentů.....	45
Graf č. 6 První kontakt respondentů s péčí o seniory	46
Graf č. 7 Povědomí respondentů o chodu pracoviště poskytující péči o seniory.....	47
Graf č. 8 Seznámení studenta s chodem pracoviště první den odborné praxe.....	48
Graf č. 9 Příprava respondentů samostudiem odborné literatury.....	49
Graf č. 10 První provedení ranní hygieny u imobilního seniora.....	51
Graf č. 11 První zkušenost s úpravou lůžka s imobilním seniorem.....	53
Graf č. 12 Obtížnost provedení hygienické péče vzhledem k pohlaví.....	55
Graf č. 13 Znalost podání stravy NGS	56
Graf č. 14 Správné podání stravy pomocí NGS.....	57
Graf č. 15 Význam zkratk PEG a PEJ.....	58
Graf č. 16 Polohování imobilního seniora dle respondentů.....	59
Graf č. 17 Oslovování seniorů	60
Graf č. 18 Problematické ošetrovatelské výkony.....	61
Graf č. 19 Potřeba respondentů poradit se na odborné praxi	63
Graf č. 20. Zdroje pomoci studentům na odborné praxi	64
Graf č. 21 Teoretická připravenost respondentů na odbornou praxi se seniorem.....	66
Graf č. 22 Zájem respondentů o dobrovolnou přednášku.....	67
Graf č. 23. Čas vyhrazený na přednášku	68
Graf č. 24 Preferované oblasti přednášky	69

SEZNAM PŘÍLOH

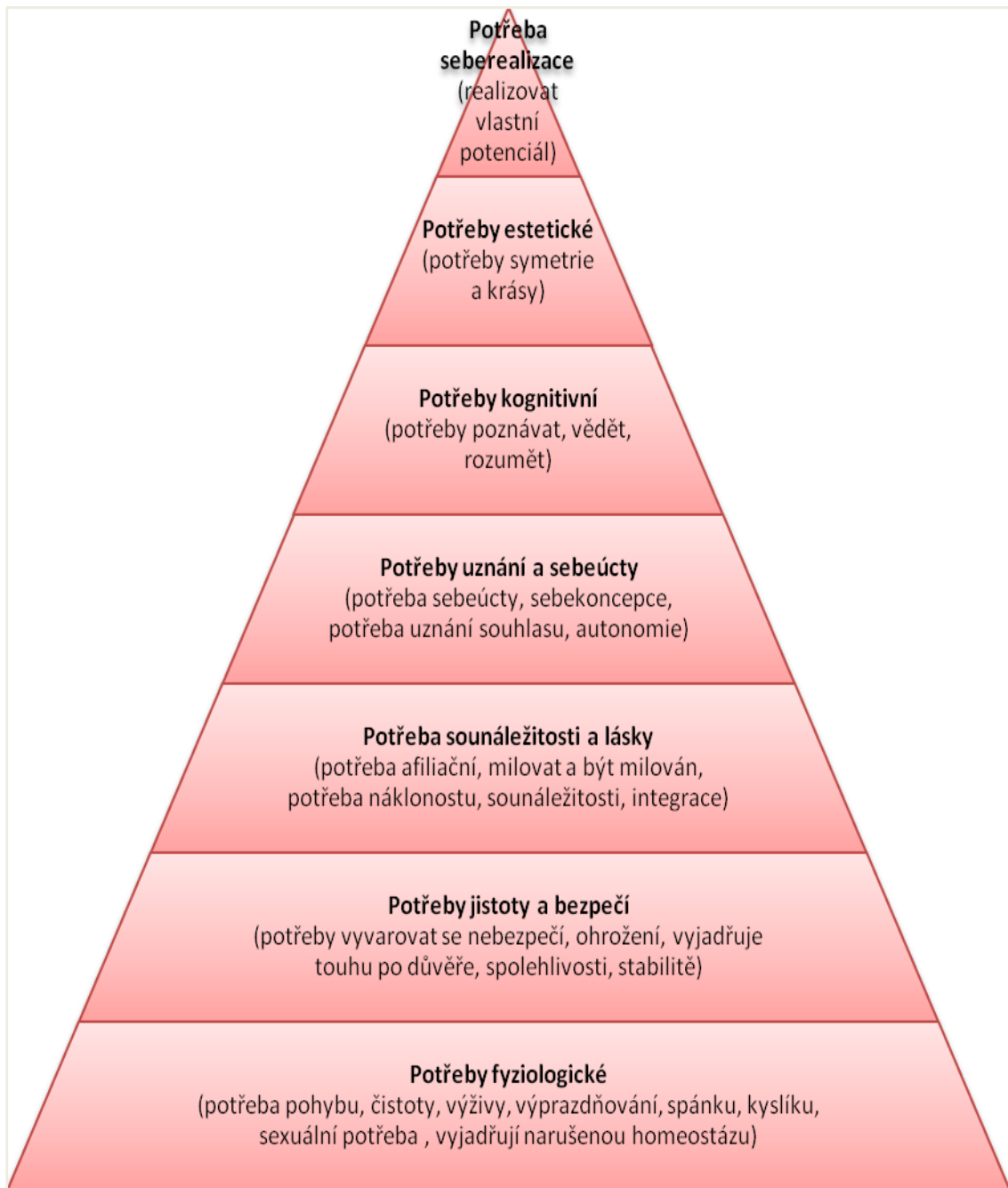
Příloha PI: Maslowova hierarchie potřeb

Příloha PII: Polohy seniorů

Příloha PIII: Dotazník

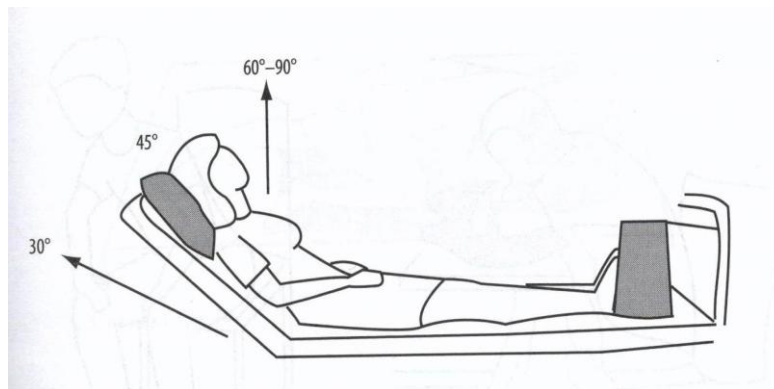
Příloha PIV: Návrh přednášky „Specifika ošetrovatelské péče o seniory“

PŘÍLOHA PI: MASLOWOVA HIERARCHIE POTŘEB



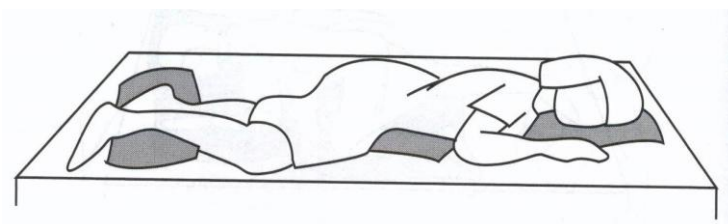
Převzato z: TRACHTOVÁ, Eva, 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ. ISBN 80-701-3324-4.

PŘÍLOHA PII: POLOHY SENIORŮ



Obr. 1 Fowlerova poloha

Převzato z: VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část.* Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-194.



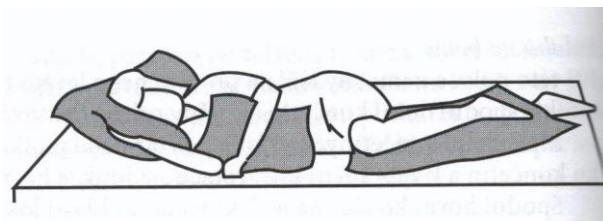
Obr. 2 Poloha vleže na břicho

Převzato z: VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část.* Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-194.



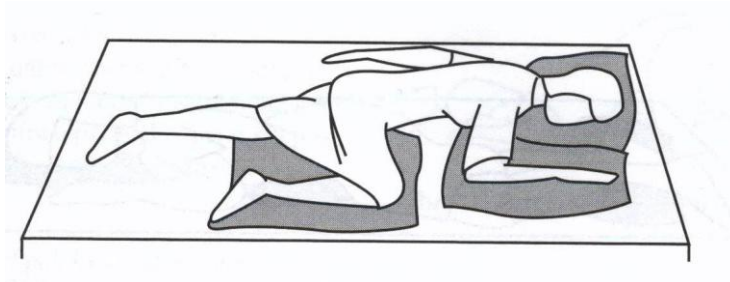
Obr. 3 Poloha na boku - mírná

Převzato z: VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část.* Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-194.



Obr. 4 Boční poloha – střední

Převzato z: VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část.* Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-194.



Obr. 5 Simsova poloha (velká boční, stabilizační)

Převzato z: VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část.* Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-194.

PŘÍLOHA PIII: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Kamila Tučeková a jsem studentkou 3. ročníku na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně, studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

V současné době zpracovávám bakalářskou práci s názvem *Přípravenost studentů oboru Všeobecná sestra na péči o seniory*. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Získaná data a informace budou použita výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Dotazník se vztahuje k Vaší první odborné praxi na pracoviště poskytující ošetrovatelskou péči o seniory. Pokud nebude uvedeno jinak, u každé otázky zvolte jednu odpověď, se kterou se nejvíce ztotožňujete. U otázek s volnou odpovědí prosím doplňte dle svého uvážení.

Jste-li absolventem střední zdravotnické školy, odevzdejte prosím nevyplněný dotazník zpět.

Předem Vám děkuji za čas a úsilí věnované k vyplnění dotazníku.

Kamila Tučeková

1. Pohlaví:

- Žena Muž

2. Věk:

- 19 - 22 let
 23 - 25 let
 26 let a více

3. Jste absolventem:

- Gymnázia
 Zdravotnického lycea
 Střední školy (bez zdravotnického zaměření)

4. Kde studujete? (prosím vypište)

5. Ve kterém jste ročníku:

1. ročník
 2. ročník
 3. Ročník

6. Na kterých pracovištích jste se poprvé setkal/a s péčí o seniory (např.: oddělení LDN, domovy pro seniory, interní oddělení aj.)?

(prosím vypište)

7. Věděl/a jste, jaký je chod pracovišť poskytující péči o seniory (např.: snídaně, obědy, večeře, hygienická péče aj.)?

- Ano
- Ne

8. Když jste nastoupil/a první den na odbornou praxi, seznámil Vás někdo s chodem pracoviště poskytující péči o seniory?

- Ano
- Ne

Pokud ano, kdo Vás informoval? (prosím vypište)

9. Připravoval/a jste se před nástupem na pracoviště poskytující péči o seniory samostatným studiem odborné literatury?

- Ano
- Ne

10. Měl/a jste nějaké praktické zkušenosti se seniory, než jste nastoupil/a na první odbornou praxi zaměřenou na ošetrovatelskou péči o seniory?

- Ano (uveďte jaké)
- Ne

11. Popište, jak jste poprvé prováděl/a ranní hygienu u imobilního seniora na pracovišti poskytující péči o seniory: (prosím vypište)

.....

.....

.....

.....

12. Popište, Vaši první zkušenost s úpravou lůžka s imobilním seniorem na pracovišti poskytující péči o seniory: (prosím vypište)

.....

.....

.....

.....

13. Co pro Vás bylo obtížnější?

- Provádět hygienickou péči u muže
- Provádět hygienickou péči u ženy
- Provádět hygienickou péči u muže i ženy bylo stejně obtížné

14. Uměl/a jste správně podat stravu u seniora s nasogastrickou sondou?

- Ano
- Ne

15. Jaký je správný postup při podání stravy u seniora s nasogastrickou sondou bolusově?

- Fowlerova poloha, strava á 3 hodiny v množství 150 - 300 ml, pomalé podání, proplach sondy, po podání nechat seniora ve zvýšené poloze cca 30 min
- Trendelenburgova poloha, strava á 3 hodiny v množství 150 - 300 ml, po podání nechat seniora ve zvýšené poloze cca 30 min

16. Co znamenají zkratky PEG a PEJ? (prosím vypište)

PEG PEJ

17. Věděl/a jste, jak správně polohovat imobilního seniora, aby nevznikly dekubity?

- Ano, polohovat na predilekční místa
- Ano, nepolohovat na predilekční místa
- Ano, polohovat tak, jak on sám chce a je mu to příjemné
- Neměl/a jsem ponětí, jak správně imobilního seniora polohovat

18. Jak jste seniora oslovoval/a na pracovišti poskytující péči o seniory?

- Příjmením
- Jménem nebo zdobněle aniž by si to pacient/klient sám přál (babi, dědo, ovečko aj.)
- Jak si pacient/ klient přál

19. Které ošetrovatelské výkony Vám dělaly největší problém na pracovišti poskytující péči o seniory? (můžete uvést více možností)

- Krmení
- Oblékání
- Hygienická péče
- Úprava lůžka s imobilním seniorem
- Jiné (prosím vypište)
- Dopomoc při chůzi
- Polohování

20. Potřeboval/a jste na první odborné praxi na pracovišti poskytující péči o seniory často poradit?

- Ano
- Ne

21. Kdo Vám nejvíce pomohl, když jste si na praxi na pracovišti poskytující péči o seniory nevěděl/a rady? (prosím vypište)

.....

22. Připravila Vás teoretická výuka na vysoké škole dostatečně v rámci odborné praxe se seniorem?

- Spíše ano
- Spíše ne

23. Kdyby Vám byla nabídnuta před první odbornou praxí dobrovolná přednáška na téma Specifika ošetrovatelské péče o seniory před nástupem na první odbornou praxi:

- Určitě bych tuto možnost využil/a
- Zvažoval/a bych využití této možnosti
- Nevyužil/a bych tuto možnost
- Jiné (prosím vypište)

24. Kolik času byste byl/a ochoten/á vyhradit si na přednášku?

- 60 minut
- 90 minut
- 120 minut
- Jiné (prosím vypište)

25. Co byste na přednášce uvítal/a? (lze uvést více odpovědí)

- Komunikace se seniorem
- Seznámení s řádem na oddělení LDN
- Úprava lůžka s imobilním seniorem
- Technika polohování seniora
- Hygienická péče u seniora
- Podání stravy imobilním seniorům
- Technika krmení seniora s prvky bazální stimulace

26. Uveďte prosím další oblasti v péči o seniora, které byste na přednášce uvítal/a:

(prosím vypište)

PŘÍLOHA IV: NÁVRH PŘEDNÁŠKY „SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O SENIORY“




Obsah

- Náhled do geriatricie
 - Základní pojmy
 - Změny ve stáří
 - Specifika ošetrování seniora
- Vybrané ošetrovatelské výkony v péči o seniory
 - Hygienická péče u seniora
 - Techniky polohování seniorů
 - Technika krmení seniora s prvky bazální stimulace
 - Komunikace se seniorem



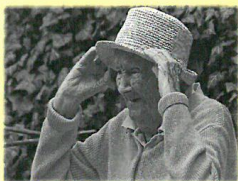
Základní pojmy

- Stáří
 - Je označením pro konečnou etapu procesu stárnutí
- Stárnutí
 - Involute je souhrn postupně nastupujících funkčních a morfologických změn postihujících živou hmotu tkáně
- Gerontologie
 - Obecný pojem pro nauku o stárnutí a stáří
- Geriatrie
 - Nauka o chorobách ve stáří
 - Je samostatný lékařský obor zabývající se zdravotním a funkčním stavem geriatrických pacientů




Změny ve stáří

1. Tělesné změny
2. Psychické změny
3. Sociální změny



1. Tělesné změny

- Kožní systém
 - Kůže, vlasy, nehty
- Nervový systém
 - Nižší rychlost vedení nervového vzruchu
- Pohybový systém
 - Úbytek aktivní tělesné hmoty, shrbení postavy
- Dýchací systém
 - Zhoršená ventilace, difúze a perfúze



1. Tělesné změny

- Kardiovaskulární systém
 - Ateroskleróza – zhoršuje kvalitu cév
- Trávicí systém
 - Zpomalené trávení, nechutenství, zácpa
- Vylučovací systém
 - Snížený svalový tonus a snížená kapacita močového měchýře
- Smyslové orgány
 - Zhoršení zraku a sluchu, úbytek hmatových, čichových a chuťových schopností



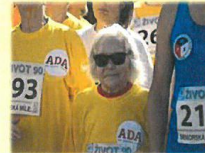
2. Psychické změny



- Zhoršují se kognitivní funkce - vnímání, pozornost, představy, paměť a myšlení
- Zpomalování reakcí a psychomotorického tempa
- Krátkodobá paměť - problémy se vstřípivostí a výbavností
- Dlouhodobá paměť ve stáří bývá zachována
- Rozhovory a vzpomínky s blízkými o událostech v minulosti většinou dávají staršímu člověku pocit jistoty a bezpečí

3. Sociální změny

- Odchod do starobního důchodu klade velké adaptační nároky na schopnosti seniora
(např.: změna v ekonomickém zabezpečení, nedostatek volnočasových aktivit, aj.)



Specifika ošetřování seniora

Specifika péče o staré lidi mohou být ovlivněna:

- Zdravotním stavem
- Bolestí
- Imobilitou
- Úrovní soběstačnosti
- Psychickou labilitou
- Finanční situací
- Úmrtím životního partnera
- Častým neuspokojováním nižších a vyšších potřeb apod.



Specifika ošetřování seniora



Tato specifika mohou být rozdělena do oblastí:

- Fyzické
 - Manipulace se starým člověkem - pracovat šetrně, pomalu
- Psychické
 - Odvíjí se od psychického stavu seniora, ztráty funkce smyslu, úbytku kognitivních schopností aj.
- Sociální
 - Selhávání či nedostatečná péče rodinných příslušníků o seniora, finanční situace aj.

Specifika ošetřování seniora

- Vyhradit si na práci se seniorem dostatek času
- Při uspokojování potřeb seniora, pracujeme pomalu a šetrně, abychom mu neublížili nebo ho neporanili
- Vždy dopředu klientovi oznámíme, co s ním budeme dělat
- Náš přístup by měl být pozitivní, vstřícný a klidný



Hygienická péče u seniora



- Hygienická péče probíhá:
 - Každé ráno
 - Alespoň jedenkrát týdně se zajistí celková koupel
- K hygienické péči starého člověka neodmyslitelně patří:
 - Péče o vlasy
 - Péče o nehty
 - Péče o dutinu ústní
 - Péče o kůži



Hygienická péče u seniora

- Hygiena může být prováděna na lůžku nebo mimo lůžko (u umyvadla, v koupelně – vana, sprcha)
- Způsob provádění hygieny závisí na soběstačnosti seniora a jeho předepsaném pohybovém režimu
- Během dne je nutné zajistit úpravu lůžka minimálně třikrát, tzn. ráno, odpoledne, večer nebo podle potřeby především u imobilního seniora

Hygienická péče u nesoběstačného seniora

- Zajistíme intimitu
- Obličej
 - Čistou vodou bez mýdla omyjeme obličej (jedním rohem žínky umyjeme pravé oko a druhým rohem oko levé nebo naopak)
- Horní částí těla
 - Pokračujeme s použitím mýdla
 - Na končetinách postupujeme od akrálních částí směrem k trupu, hrudníku a břichu
 - Seniora otočíme na bok, omyjeme záda a promažeme je masťou



Hygienická péče u nesoběstačného seniora

- Seniora uložíme na záda, vyměníme umyvadlo s vodou a začneme s omýváním dolní části těla
- Dolní částí těla
 - Postupujeme od akrálních částí dolních končetin ke kyčelním kloubům
- Nakonec omyjeme genitál a hýždě
- Nezapomínáme na komunikaci se seniorem po celou dobu provádění hygienické péče



Hygienická péče u nesoběstačného seniora

- K hygienické péči patří i péče o kůži
- Především u seniorů je kůže často suchá a svědí, proto na závěr aplikujeme krémy, oleje či vazelíny, aby se řádně promastila
- Nezapomeneme na vlasy a seniora nejlépe vsedě učešeme

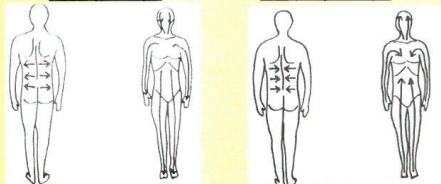


Hygienická péče u seniora s prvky bazální stimulace

- Ráno a alespoň jedenkrát týdně se zajistí celková koupel
- Možnost využití bazální stimulace

Zklidňující koupel

Povzbuzující koupel



Hygienická péče o seniora - video

- Obsah videa:
 - Použití toaletního křesla
 - Mytí hlavy na lůžku
 - Výměna prádla s pacientem na lůžku

<https://www.youtube.com/watch?v=jDQtz9QzmDc&list=PLKowduMLvCICFMjDifuzpFkOpu5sPEWc3&index=3>

- Praktický nácvik jednotlivých výkonů

Techniky polohování seniorů



- Mezi základní pomůcky k polohování klientů patří:
 - Polštářky s polystyrenovými kuličkami
 - Molitanové podložky
 - Polštáře
 - Molitanové kostky
 - Gelové polohovací pomůcky
 - Válce
 - Kolečka
 - Hranoly
 - Syntetické rouno
 - Polohovací lůžka a mnoho dalších



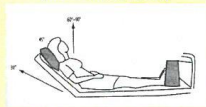
Techniky polohování seniorů

- Polohování:
 - Zabraňuje vzniku deformit a kontraktur
 - Udržuje rozsah pohybu v kloubech
 - Snižuje riziko vzniku dekubitů
- Vhodně zvolená poloha zlepšuje dýchání nebo mírní bolest
- Imobilní seniory polohujeme nejlépe ve dvou lidech
 - Přes den co 2 hodiny
 - V noci co 3 hodiny
 - Nebo podle potřeby

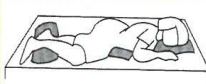


Techniky polohování seniorů

Při polohování je nutné zohlednit, jak pohodlně se klient cítí
Fowlerova poloha



Poloha v leže na břiše



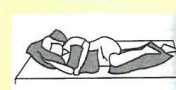
Techniky polohování seniorů

- Poloha na boku

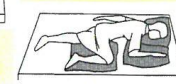
Mírná



Střední



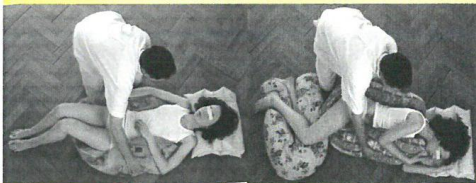
Velká



Techniky polohování seniorů – s prvky bazální stimulace

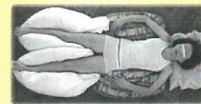
Poloha „hnízdo“ na zádech

Poloha „hnízdo“ na boku



Techniky polohování seniorů – s prvky bazální stimulace

- Poloha „hnízdo“ s dolními končetinami v extenzi



- Poloha „hnízdo“ s dolními končetinami ve flexi



Techniky polohování seniorů – s prvky bazální stimulace

- Poloha mumie



Technika krmení seniorů s prvky bazální stimulace



- Pokud nosí zubní protézu, zajistíme, aby si ji před jídlem nasadil
- Vhodná poloha seniora (vsedě, v polosedě, na boku)
- Senior by měl být v poloze, jež mu umožní vidět gesta a pohyby rukou pečovatele
- Při krmení by měl senior s pečovatelem zaujímat stejnou výšku očí a dostatečnou vzdálenost, která umožní pečovateli krmení

Technika krmení seniorů s prvky bazální stimulace

- Dostatečná komunikace (velmi dobré je, aby klient po celou dobu krmení slyšel slovní pokyny pečovatele)
- Necháme seniorovi ochutnat, co je mu příjemné
- Jídlo tak, aby na něj senior dobře viděl
- Podporujeme seniora v soběstačnosti



Komunikace se seniorem



- Pozdrav a oslovení – zásadní význam
- Vytvoření vztahu laskavosti a důvěry
- Udržovat oční kontakt se seniorem, používat mimiku, gesta, mít vhodný postoj
- Zvolit komunikaci, která je adekvátní formě i stavu seniorova postižení (poruchy zraku, sluchu, aj.)
- Mluvit klidným a vřelým hlasem, projevat zájem, používat pochvalu

Komunikace se seniorem



- Mluvit srozumitelně, pomalu a dostatečně nahlas, umět mlčet (zeptat se, z které strany lépe slyší, a z té přistupovat)
- Aktivně naslouchat, udělat si na rozhovor čas a vžít se do situace seniora
- Mluvit k seniorovi, i když má doprovod
- Jednat úměrně jeho věku, nikoli mentalitě
- Nedoplňovat za ně slova při pomalejším vyjadřování

Zdroje

- FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha. ISBN 978-802-4713-144.
- HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURÁŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ, 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie: učebnice pro obor sociální činnost*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4741-390.
- KALVACH, Zdeněk a kol., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.2455-5.

Zdroje

- KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-802-4721-699.
- KRIŠKOVÁ, Anna, 2010. *Profesionálne ošetrovatelstvo: oblasti opatrovania a aktivácia seniorov*. Martin: Osveta. ISBN: 978-80-8063-329-5.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4738-727.
- POLEDNÍKOVÁ, Lúbia, 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3208-1.
- VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-200.

