

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Šárka Portyšová

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Ošetrovatelská péče v podmínkách LDN očima sestry a pacienta

Šárka Portyšová

**Bakalářská práce
2013**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Šárka Portyšová, DiS.
Osobní číslo: Z10072
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Ošetrovatelská péče v podmínkách LDN očima sestry
a pacienta
Zadávající katedra: Katedra ošetrovatelství

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis současné problematiky.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a výzkumných záměrů.
3. Prokonzultování výběru metod výzkumu a respondentů s vedoucím práce.
4. Příprava na výzkumné šetření.
5. Sběr, zpracování a interpretace dat.
6. Zhodnocení práce, závěrečná diskuze a závěr.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. KALVACH, Z. a kol. Geritrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
2. KLEVETOVÁ, D; DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. 1.vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 987-80-247-2169-9.
3. MARKOVÁ, M. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
4. VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2172-5.
5. VENGLÁŘOVÁ, M; MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-12-62-8.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2013


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2013

Čestné prohlášení

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 19.4.2013

Šárka Portyšová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Kateřině Čermákové, Dis, za věnovaný čas, cenné rady a vstřícný přístup během naší spolupráce při vytváření této bakalářské práce. Mé poděkování patří také mé rodině a přátelům za poskytnutou pomoc a oporu v průběhu studia.

V Pardubicích dne 19. 4. 2013

Šárka Portyšová

Anotace

Bakalářská práce zjišťuje spokojenost klientů s poskytováním ošetrovatelské péče na oddělení LDN a spokojenost sester, pracujících na tomto oddělení při poskytování ošetrovatelské péče. Obsahuje část teoretickou a část praktickou. Část teoretická je zaměřena na proces stárnutí, období stáří, popisuje symptomy charakteristické pro seniory. Zjišťuje možnosti péče o seniory, podporuje zdravé stárnutí, objasňuje důležitost kvality péče. Část výzkumná zjišťuje spokojenost klientů i všeobecných sester s prováděním hygienické péče na oddělení LDN, s podáváním stravy a ošetrovatelskou péčí. Zaměřuje se také na spokojenost pacientů se zajištěným bezpečným prostředím pro pacienty. V praktické části práce poukazujeme na důležitost bezpečí klientů a na prevenci pádů.

Klíčová slova:

Stárnutí, stáří, následná péče, kvalita života, možnosti péče.

Annotation

This bachelor thesis examines client's satisfaction with nursing in the department of Longterm residential care and the satisfaction of nurses working in this department with the provision of medical care. Thesis includes theoretical and practical part. Theoretical part is focused on the aging process, old age, describes symptoms characteristic for older people. It detects various options of care for the elderly, it supports healthy aging, it explains the importance of the quality of care. The practical part examines satisfaction of clients and nurses with implementation of hygienic care in the department of Longterm residential care, with food serving and nursing care. It also focuses on the satisfaction of patients with secure and safe environment provided by the department. We point out the importance of the safety of clients and the prevention of falls in the practical part.

Keyword:

Aging process, old age, longterm residential care, quality of life, care possibilities.

Obsah

Úvod	9
Cíle práce	11
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 Stáří, stárnutí.....	13
1.1 Základní pojmy	13
1.2 Specifika chorob ve stáří	14
1.2.1 Geriatrické syndromy	15
2 Možnosti péče o seniory	18
2.1 Programy pro seniory	18
2.1.1 Podpora zdravého stárnutí	18
2.1.2 Projekt Aktivní stárnutí	18
2.1.3 Program pro seniory	19
2.1.4 Život 90	19
2.1.5 Gerontologie	19
2.1.6 Senior cohousing	19
2.1.7Umírání.cz	20
2.2 Zdravotní péče o seniory	20
2.2.1 Primární péče	20
2.2.2 Geriatrická ambulance.....	21
2.3 Ústavní péče o seniory	21
2.3.1 Geriatrická oddělení	21
2.3.2 Následná péče, oddělení LDN	21
2.3.3 Hospice	22
2.4 Zařízení sociální péče o seniory	23
2.4.1 Domácí péče	23
2.4.2 Terénní služby pro seniory	23
2.4.3 Pečovatelská služba	23
2.4.4 Domovy s pečovatelskou službou.....	23
2.4.5 Kluby důchodců	24
2.4.6 Geriatrická centra (domovinky).....	24
2.4.7 Domovy pro seniory	24
2.4.8 Penzióny pro důchodce.....	25

2.5 Sociální podpora státu	25
2.5.1 Příspěvek na péči	25
3 Kvalita péče ve zdravotnických zařízeních	26
3.1 Pojetí kvality	26
3.1.1 Definice kvality	26
3.1.2 Začlenění kvality do zdravotnického zařízení	26
3.1.3 Systémy řízení kvality	27
3.2 Akreditace	27
3.2.1 Akreditační komise	27
3.3 Certifikace	28
3.4 Hodnocení kvality ve zdravotnictví	28
3.4 Audit	29
3.4.1 Kritéria a plán auditu	29
3.4.2 Indikátor kvality	29
II. PRAKTICKÁ ČÁST	31
1 Metodika výzkumu	32
1.1 Metoda výzkumu	32
1.1.2 Likertova škála	32
1.2 Průběh výzkumu	33
2 Výsledky dotazníkového šetření	34
3 Diskuze	52
4 Závěr	58
Seznam použité literatury a pramenů	60
Seznam příloh	63
Abecední seznam užitých zkratk	64
Seznam obrázků	65
Přílohy	66

Úvod

Mezi lety 1990 až 2009 stoupl v Česku počet lidí starších 65 let o 264 tisíc. Fakt, že společnost stárne, vnímají i politické strany ve svých programech. Snaží se o rozšíření služeb pro seniory, podporují péči o seniory v domácím prostředí, je snaha o rozvoj terénních služeb, výstavbu sociálního bydlení včetně domů s pečovatelskou službou, denních stacionářů, komunitních center a jiných.(MPSV,2010)

V letech 2006 až 2010 vzrostl celkový počet hospitalizací pro demence o více než o pětinu (z 6549 na 7981). K největšímu nárůstu došlo u Alzheimerovy nemoci (o více než 41%, to je o 489 hospitalizací více) u neurčené demence o třetinu (to je o 436 hospitalizací více), téměř o 3% vzrostl počet vaskulární demence (o 76 hospitalizací). Pro demence byly častěji hospitalizovány ženy, a to více než o dvě třetiny případů. Významně vyšší podíl hospitalizace je u žen pro Alzheimerovu chorobu a to zejména s pozdním začátkem.(MPSV,2010)

I staří lidé mají svůj vnitřní svět, který je bohatý podle toho, jaké byly jejich životní prožitky. Pokud si tento fakt uvědomíme a začneme tak jejich vnitřní život respektovat, jsme na cestě k toleranci a úctě.

V důsledku stárnutí lidské populace se zvyšuje počet seniorů jako takových a dlouhověkých seniorů zvláště. Stáří je nevyhnutelnou perspektivou každého člověka. I když je délka života geneticky podmíněna, záleží na každém z nás, jaký si zvolíme životní styl, pracovní tempo, prostředí a vše, co buď pozitivně nebo negativně může ovlivnit kvalitu a délku našeho žití.

Senioři jsou vzhledem k polymorbiditě častěji hospitalizováni v nemocničním zařízení, zhoršuje se jejich zdatnost, odolnost a adaptabilita organismu, což má negativní vliv na délku hospitalizace. Pobyt seniora v nemocnici má především negativní dopad na jeho duševní zdraví vlivem emočního strádání, sociální izolace a změny prostředí. Staří lidé se stávají závislými na péči svého okolí, jsou nesoběstační v denních činnostech. Pokud v této situaci nemají vhodné sociální zázemí, kdy rodinní příslušníci nemohou nebo nechtějí o seniora pečovat, mohou se ocitnout v zařízeních poskytujících zdravotní nebo sociální péči. Ve všech těchto zařízeních by měly být dodržovány zásady respektující zvláštnosti vyššího věku.

Problematika ošetrovatelské péče na odděleních poskytujících následnou péči je velmi ožehavé téma. Trápí mě názory jak laické veřejnosti, ale především ze stran zdravotníků pracujících na jiných odděleních. Za dobu mé praxe se mnohé změnilo. Zvyšuje se kvalita péče, zkracuje se doba pobytu na odděleních následné péče ve spolupráci se sociální sestrou a rodinou pacienta, funguje zde mezioborová spolupráce, jsou kladeny stále vyšší nároky

na zdravotnický personál. Ale především se změnilo složení pacientů. Dříve byli na odděleních LDN hospitalizováni pacienti dlouhodobě, pouze k ošetrovatelské péči, čekající na umístění do domova pro seniory. V dnešní době existuje již mnoho takových zařízení, pacienti již nečekají roky na volná místa, ale pokud je dobrá spolupráce s rodinou, sociální sestrou, pacientem a lékařem je taková žádost často vyřízena v poměrně krátké době. Pacienti hospitalizovaní nyní na odděleních následné péče jsou přijímáni z oddělení akutní péče, jejich zdravotní stav neumožňuje řešit aktuální sociální situaci a vedle ošetrovatelské péče, potřebují především péči lékařskou. Pacienti jsou mnohdy ve velmi špatném zdravotním stavu, polymorbidní, odkázaní zcela na ošetrovatelský personál, kterého je dle mého názoru nedostatek, s přihlédnutím na velký počet pacientů na oddělení a nutnosti často řešit aktuálně zhoršený stav pacientů. Práce na oddělení je velmi náročná, nejen fyzicky, ale především psychicky. Ale přesto je velmi důležité, aby z přístupu sestry vyzařovala tolerance, úcta a hluboké lidské porozumění. Základem práce s geriatrickými klienty je vytvoření vzájemného vztahu důvěry.

Cíle práce

Cíle teoretické části

1. Na základě odborné literatury popsat proces stárnutí a období stáří.
2. Na základě odborné literatury specifikovat symptomy ve stáří.
3. Na základě odborné literatury zjistit a popsat možnosti péče o seniory.

Cíle výzkumné části

V rámci jednoho zdravotnického zařízení:

1. Zmapovat úroveň kvality poskytované hygienické péče z pohledu všeobecných sester a pacientů/klientů.
2. Zmapovat úroveň podávání stravy pacientům (zavodňování, krmení) z pohledu všeobecných sester a pacientů/klientů.
3. Zjistit jaká je spokojenost pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí.
4. Zjistit, zda oddělení zajišťuje bezpečné prostředí pro klienty z pohledu všeobecných sester a pacientů/klientů.

Cíl praktický:

Vytvořit standard ošetrovatelské péče k hlavní problematice zjištěné výzkumem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

„Všichni lidé chtějí stárnout, ale nikdo nechce být starý“

(Johann Nepomuk Nestory)

1 Stáří, stárnutí

1.1 Základní pojmy

Stárnutí představuje neodvratný fyziologický děj, který je cestou do stáří, jež je poslední ontogenetickou periodou lidského života. Pojí se s biologickými, sociálními, psychologickými, ale také s ekonomickými změnami. (Weber, 2004)

Každý stárne jinak. Základní mechanismy stárnutí jsou ovlivněné způsobem života a prostředím, ve kterém člověk žije. Stáří je tedy odrazem celého života a výsledkem působení mnoha faktorů. Někteří jedinci dospějí do svého stáří bez větších problémů. Dožijí se tedy „úspěšného stáří“ v relativně uspokojivé tělesné, duševní i sociální rovnováze. (Poledníková a kol., 2006) Vedle tohoto „fyziologického“ stáří existuje bohužel i senium, které je spojeno s přítomností patologických změn a chorob. Starý člověk může být postižen tělesně, duševně i ve sféře sociální. Nemocný senior tak ztrácí postupně svoji soběstačnost a stává se závislým na jiných. Právě tito nemocní však potřebují nejvíce pomoc lékařů, všeobecných sester a ostatních pracovníků působících na poli geriatric. (Topinková, 2005)

Biologické stáří

Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry změn involučních (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů). Velmi často je biologické stáří provázeno chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí ve vyšším věku (např. ateroskleróza), tyto změny se pak navzájem ovlivňují a prolínají. (Vágnerová, 2007)

Sociální stáří

Je období vymezené kombinací několika sociálních změn. Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Upozorňuje na společná rizika jako je např. ztráta životního programu, ztráta společenské prestiže, nadbytek nestrukturovaného volného času, osamělost, diskriminace. Stáří je v tomto smyslu chápáno jako společenská událost. (Kalvach a spol., 2008)

Kalendářní (chronologické) stáří

Kalendářní stáří je vymezeno dosažením stanoveného věku, od něhož se nápadněji projevují involuční změny. (Vágnerová, 2007) Dle Klasifikace dle Světové zdravotnické organizace je 45 – 59 let považován za střední, zralý věk, 60 – 74 let za vyšší věk, rané stáří, 75 – 89 let za senium, stařecký věk a 90 let a výše za dlouhověkost. (Haškovcová, 2002)

Pojem geriatricie

Geriatricie je samostatná vědní disciplína zabývající se péčí o seniora, léčebnou i ošetrovatelskou péčí a spolupracuje se sociální sférou. (Weber, 2004)

Geriatrický pacient

V České republice je bohužel pojem geriatrický pacient omezen pouze na ošetrovatelskou a sociální problematiku, s následnou a dlouhodobou ústavní péčí. Za seniora se považuje člověk od 65 roku, za geriatrického pacienta označujeme nemocného od 75 let. Tomuto vymezení, těžištěm v křehkosti, multimorbiditě, by mělo odpovídat i pojetí oboru geriatricie. (Kalvach a spol., 2008)

Jádrem oboru geriatricie je všeobecná interna s přesahy do dalších oborů, především do neurologie, gerontopsychiatrie, rehabilitace, ošetrovatelství. Geriatrický pacient by v žádném případě neměl být ztotožňován s pacientem nesoběstačným. Lze ho chápat jako „křehkého“ seniora se sníženými funkčními rezervami a horší adaptabilitou. Je ohrožen dekompenzací funkčního stavu a vyžaduje specifickou modifikaci odborného přístupu při volbě léčebných a režimových opatření. (Kalvach a spol., 2008); (Schuler, 2010)

1.2 Specifika chorob ve stáří

Vzájemným působením stárnutí na jedné a choroby na druhé straně vznikají specifika chorob ve stáří. Patří sem polymorbidita, vztah zdravotní a sociální situace a zvláštnosti klinického obrazu.

1. Polymorbidita je zcela typický rys stáří, jde o souběžnou přítomnost více onemocnění u jednoho jedince. (Weber, 2004)
2. Vzájemná podmíněnost zdravotní a sociální situace. Každá zdravotní změna stavu staršího člověka může velmi významně ovlivňovat jeho vztahy sociální a naopak změny v sociální sféře mohou podmiňovat zhoršování zdravotního stavu. (Kalvach, Onderková, 2006)

3. Zvláštnosti klinického obrazu chorob ve stáří. Ve vyšším věku je typické, že klinický obraz onemocnění probíhá atypicky. Mezi zvláštnosti patří mikrosymptomatologie, onemocnění má často minimální příznaky, tzv. „femonén ledovce“, mono nebo oligo symptomatologie, vzdálené příznaky – v popředí klinického obrazu jsou příznaky, které odpovídají jinému orgánu, než základní onemocnění. Ve stáří je častý sklon k chronicitě, vyšší tendence k protražovanému průběhu, někdy je to spojeno se zvýšeným rizikem úmrtí. Sklon ke komplikacím je buď typu „řetězová reakce“, kdy jedna nemoc vyvolá druhou nebo jde o komplikaci, která nemá přímý vztah k základnímu onemocnění. (Kalvach, 2004)

Atypický obraz chorob, ve stáří choroby často probíhají asymptomaticky. Polypragmázie znamená užívání mnoha léků se zastíráním příznaků a s navozováním nežádoucích účinků, mnohdy závažných a imitujících chorobu. Polypragmázii je třeba chápat jako závažnou součást geriatrické multimorbidity. (Topinková, 2005)

1.2.1 Geriatrické syndromy

Vyznačují se tím, že zhoršují významně kvalitu života. Činí postižené seniory závislé na péči jiných osob (rodiny, přátel, komunitních služeb). Tito nemocní jsou velmi křehcí a křehkost se ještě prohlubuje zejména při přijetí do nemocnice nebo zařízení ústavní péče. Mezi geriatrické syndromy se počítají – imobilita, instabilita, inkontinence, intelektové poruchy. Geriatrické syndromy představují skupiny příznaků nebo problémů, které jsou logicky provázané, souvisí se stářím, mají multifaktoriální etiologii a chronický průběh, špatně se léčí. Vedou k poklesu nezávislosti člověka. Často se jedná o začarovaný kruh. (Kalvach a spol., 2008);(Neméth a spol. 2009)

Syndrom hypomobility, dekontinence a svalové slabosti

Neschopnost nebo snížená schopnost pohybu může být založena na příčině neurologické, např. pacienti po CMP, psychologické příčině, staří lidé mají strach z pádu, bývají často depresivní, omezují často pohybovou aktivitu na minimum. Snížená schopnost pohybu je u seniorů často způsobena i somatickou příčinou – dušností, únavou, bolestí, ale také vlivem prostředí, nevhodným bydlením, používáním špatné obuvi. Vlivem snížení pohybu dochází k atrofii kosterního svalstva, což opět zhoršuje schopnost mobility jedince. Svalová slabost nastupuje rychleji. Při úplné ztrátě mobility vzniká riziko dekubitů, ulcerací, inkontinence a jiná. Sociálním důsledkem je vyžadování cizí pomoci. Od úklidu a nákupu až po krmení a osobní hygienu u nejtěžších případů. (Weber, 2004);(Trachtová, 2001)

Syndrom instability s pády

Instabilita je založena na neschopnosti korigovat umístění těla v prostoru a v pohybu. Důsledkem (instability ale i hypomobility) jsou pády. Vlivem pádů vznikají další onemocnění (fraktury, poruchy vědomí, krvácení do CNS). Instabilita je často způsobena poruchou zraku, vestibulárního ústrojí, demencí nebo vlivem léků. Ve stáří jsou častější závratě a stavy ortostatické hypotenze. Strach z pádů vede k opět k hypomobilitě (začarovaný kruh). K pádům dochází nejčastěji doma, 1/3 jinak zdravých osob starších 65ti let upadne doma alespoň jednou za rok.(Weber, 2004);(Krišková, 2010);(Štikar, Hoskovec,Šmolíová, 2007)

Syndrom inkontinence

Inkontinence je pro svou častost problém nejen medicínský, ale i sociálně-ekonomický (pro vysoké výdaje na inkontinenční pomůcky), týká se až 30 % lidí starších 65-ti let. Na vzniku inkontinence se podílí poruchy centrálního nervového systému, poruchy urogenitálního traktu (stenózy močové trubice, hyperplazie prostaty), polymorbidita (demence, obezita aj.), farmakoterapie (nečastěji diuretika, antipsychotika). Inkontinence vede ke ztrátě sociálního života (raději zůstane doma), hypomobilitě a dalším komplikacím.(Weber, 2004);(Krišková, 2010)

Syndrom dehydratace

Dehydratace je ve stáří častá, protože staří lidé fyziologicky nepociťují žízeň. Dále může být vyvolána psychologickými faktory demencí či depresemi. Dehydratace je častou příčinou dekompenzace chronických onemocnění a následné hospitalizace. (Topinková, 2005)

Syndrom anorexie a malnutrice

Základem malnutrice může být psychiatrická porucha seniora (demence, deprese) nebo chudoba (starý člověk má pouze jednostrannou stravu). Špatná výživa se projeví na celkovém stavu člověka. Malnutrice vede ke zhoršení průběhu chorob, zhoršení hojení, zpomalení uzdravování (prodloužení délky hospitalizace), zvýšení počtu komplikací, morbidity i mortality. Podporuje vznik svalové atrofie, na druhou stranu chceme-li zlepšit podíl svalové hmoty jedince, je vhodné zaměřit se v dietě na příjem proteinů. Základní příjem pro dospělého člověka – 0,8 g/kg/den by se měl ve stáří zvýšit alespoň na 1,3g/kg/den v zájmu ochrany svalové hmoty. (Kalvach a spol., 2008)

Syndrom kognitivního deficitu, poruch paměti a poruch chování

Projevují se zejména v poznávacích schopnostech – vnímání, pozornost, paměť, pozornost, myšlení. Dochází ke snížené schopnosti adaptace na nové životní situace a podmínky, což bývá velký problém při nutnosti hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Pacienti pociťují strach, úzkost, nejistotu, projevující se neklidem, noční zmateností i agresivitou, pacienti mohou být nedůvěřiví ke svým spolupacientům i ošetřujícímu personálu. V pozdějším věku se objevují poruchy paměti, rozhodovacích schopností a poruchy osobnosti. Se stoupajícím věkem mohou přibývat také chronická onemocnění, která vedou ke zhoršené soběstačnosti. Snížená soběstačnost a změna sociální role ovlivňují společenský život. Senior se ocitá v sociální izolaci, ztrácí svou identitu. Přichází samota, je obtížné najednou přijmout novou roli vdovce-vdovy. To vše ovlivňuje psychické prožívání a působí na kvalitu života. Starý člověk je citlivější, více emotivně prožívá situace. Vyšší věk sebou nese také změnu psychomotorického tempa, která se projevuje zpomalením pohybů především při chůzi. To přináší opatrnost, nerozhodnost, váhavost, sníženou koncentraci pozornosti. Starý člověk potřebuje při zvládnutí běžných činností více času. (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Posouzení kognitivních funkcí seniora

Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace. K posouzení těchto funkcí používáme běžně rozšířený test- Mini- MentalStateExamination.(uvedeno v přílozeč.1);(Bossen, 2010)

Funkční obtíže

Kognitivní poruchy vedou k postupnému zhoršování denních činností. Nevládnutí péče o sebe, domácnost, riziko úrazu často vede k umístění seniora do ústavní péče. Oblast denních aktivit lze orientačně zhodnotit testem bazálních denních činností – ADL (Bathelův test základních všedních činností ADL (Activitydailyliving).(uvedeno v příloze č. 2); (Venglářová , 2007);(Staňková, 2001)

Kontinuální všeobecné prodlužování života je skutečnost, kterou statistikové registrují již dlouho. Ve 20. Století se průměrná délka života zvýšila o dvě dekády. Předpoklad je, že v roce 2020 dosáhne 85 let. Každá třetí starší 75 let má osteoporotické zlomeniny obratlů a každý pátý člověk ve věkové skupině 75-85 let má známky Alzheimerovy choroby, nad 85 let je to již každý druhý. (Rokyta, 2012)

Názory psychologů na problematiku psychosociálního stárnutí se různí. Probíhající změny ve stáří přináší změny nejen v oblasti biologické, ale vždy souvisí s prožíváním a chováním seniora a jeho postavením ve společnosti. Je pro velmi důležité vnímat stáří z pohledu biopsychosociálního. Medicína stále podceňuje somatizaci psychických problémů a příliš nesleduje podrobnou psychosociální anamnézu.(Klevetová, Dlabalová, 2008);(Bossen, 2010)

„Specifika geriatrických pacientů spočívají v tom, že pokroky bývají často nepatrné, a proto je nezbytná trpělivost jak ze strany seniora a jeho rodiny, tak i ze strany ošetřujícího personálu“.(Klevetová, Dlabalová, 2008 str. 125)

2 Možnosti péče o seniory

2.1 Programy pro seniory

2.1.1 Podpora zdravého stárnutí

Během posledních let vznikají organizace, občanská sdružení i nadace, které se věnují programům pro seniory, snaží se také ovlivnit celospolečenský pohled na stárnutí a stáří. Dokument OSN „Mezinárodní akční plán“ byl přijat již 12. 4. 2002, tento dokument reaguje na aktuální problémy současného stárnutí a stáří, hlavním cílem je dosáhnout změny postoje a přístupu k seniorské populaci. Národní program se obrací na celou společnost, vychází ze skutečnosti, že mladá generace není připravena na stáří a plně nechápe přínos seniorské populace pro společnost. Důležité je přijetí principu nediskriminace a solidarity, uznání starších občanů jako členů společnosti a uvědomění si péče o seniory jako stálé hodnoty v lidském společenství. Součástí je také výzkum v oblasti rodiny, kvality života, názorů a postojů střední generace. Seniorská generace svými aktivitami a přístupem má přispět ke změně vnímání procesu stárnutí a stáří.(Klevetová, Dlabalová, 2008)

2.1.2 Projekt Aktivní stárnutí

Projekt Aktivní stárnutí. Cílem tohoto projektu je podpora zdravého stárnutí ve všech jeho složkách, které jsou ovlivnitelné samotnými seniory, tzn. zejména pohyb, výživa, psychické zdraví, životní styl, předcházení úrazů. Součástí projektu byly přednášky a besedy týkající se problematiky, která seniory nejvíce zajímala, např. nadměrný stres a jeho zvládnutí, jak se správně stravovat, jak se hýbat a neublížit si. Podobné aktivity přispívají k prevenci sociálního vyloučení a izolace seniorů. Do programu se zapojila různá občanská sdružení. Program WHO „Zdraví 21“ obsahuje principy zdravého stárnutí. V roce 1990 OSN vyhlásila

1. Říjen mezinárodním dnem seniorů. Každoročně jsou pořádány řad akcí pro seniory. (Kleветová, Dlabalová, 2008)

2.1.3 Program pro seniory

Program pro seniory (od roku 1991 jako Program pro třetí věk) je soustavou služeb lidem v seniorském věku. Terénní a ambulantní služby, pečovatelská služba, domácí ošetrovatelská péče a denní stacionáře podporují setrvání seniorů v jejich přirozeném domácím prostředí. Lidem, kteří potřebují stálou péči, jsou určeny pobytové služby v domech pokojného stáří. Součástí jsou specializované služby lidem trpícím demencí včetně Alzheimerovy choroby. Cílem programu je pomoc seniorům a podpora jejich soběstačnosti. Realizace začala již v roce 1991 otevřením Domu pokojného stáří v Nedašově v okrese Zlín, který byl pravděpodobně prvním domovem pro seniory v Československu, který nově zřídila nevládní organizace po roce 1989. Program je koncipován jako komplex služeb, které na sebe mohou volně navazovat. (Naděje, 2013)

2.1.4 Život 90

Občanské sdružení Život 90 nabízí na svých internetových stránkách diskuzní fórum pro seniory, informace o dalších aktivitách sdružení. V sídle sdružení se nachází např. Akademie seniorů, která nabízí třeba kurzy jazykové, výtvarné, kurzy počítačové, internetové aj., nachází se zde také respitní a rehabilitační centrum, pečovatelská služba, informační a poradenské centrum i Divadlo 90 u Valšů. (Helpnet, 2013)

2.1.5 Gerontologie

Informační portál gerontologie nabízí přehled služeb pro seniory. Je zaměřen především na Alzheimerovu chorobu. Je zde k dispozici přehled domovů důchodců, lůžkových zdravotnických zařízení, denních center a specializované péče o seniory s demencí. (Helpnet, 2013)

2.1.6 Senior cohousing

Cohousing je způsob bydlení, který kombinuje osobní nezávislost s výhodami života v užším společenství lidí, kteří se vzájemně znají, své společenství vědomě budují a považují ho za podstatnou součást svého života. Je určen pro seniory a jeho základní princip spočívá ve sdružení privátních a společně vlastněných prostor a ve sdílených aktivitách. Pro zájemce o takové společenství vznikly stránky, jejichž je šíření myšlenky cohousingu v ČR. (Helpnet, 2013)

2.1.7 Umírání.cz

Umírání.cz je informační a diskuzní portál určený pro pečující rodiny, pro zdravotníky, pro nemocné, ale i pro pozůstalé. Najdeme zde řadu informací a také prostor pro vzájemné sdílení a pomoc. (Helpnet, 2013)

2.2 Zdravotní péče o seniory

2.2.1 Primární péče

Podle materiálů Světové zdravotnické organizace je označována za nejdůležitější součást zdravotní péče právě primární zdravotní péče, založená na integraci služeb. V oblasti českého zdravotnictví je toto pojetí primární péče značně redukováno na vybrané poskytovatele, kterými jsou praktický lékař pro dospělé, pro děti a dorost, gynekolog a stomatolog. Z tohoto důvodu je v našem zdravotnictví užíván spíše termín komunitní péče. Péči praktického lékaře vyhledává až 80% seniorů. Díky tomu je praktický lékař označován za geriatra první linie. K němu dochází senioři obvykle řadu let, proto tak může hodnotit vývoj zdravotního stavu, zhoršování soběstačnosti, sociální vztahy atd. Při správně zjištěných informacích může být včasné diagnostikována a léčena celá řada onemocnění. Praktický lékař provádí primární, sekundární i terciární prevenci. Spolupracuje také s dalšími složkami primární péče, kam patří rodinní příslušníci, pečovatelská služba, pracovníci charity, dobrovolnické činnosti a další neziskové organizace. (Kalvach, Zadák, 2004)

Součástí týmu praktického lékaře je také sestra. Až do roku 1990 to byla také sestra geriatrická, jejichž péče byla zaměřena na seniory a dlouhodobě nemocné. Od poloviny sedmdesátých let minulého století se postupně zvyšoval počet těchto sester a také počet ošetřených seniorů. Jedna geriatrická sestra spadala na dva zdravotní obvody. K postupnému rozpadu tohoto dobře fungujícího systému péče o seniory došlo díky reformě zdravotnictví a privatizaci praktických lékařů. (Kutnohorská, 2007)

Haškovcová (2002) uvádí, že principy moderní péče o seniory byly navrženy na Vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří již v roce 1982. Tato tzv. 4xD strategie preferuje demedicinalizaci, podle které nemohou být veškeré problémy geriatrických pacientů řešeny pouze v rámci medicíny. Ale musí zde být zahrnuta složka ambulantní péče, zdravotnických i sociálních služeb a také složka společenská. Dalším pojmem této strategie je deinstitucionalizace, jejímž základem je podpora péče o seniory mimo instituce za pomoci rodiny a terénních služeb. Dále díky deprofesionalizaci by měla být podporována péče o seniory prostřednictvím všech,

kteří mají zájem se na péči podílet. Posledním pojmem této strategie je deresortizace, kdy každý resort společnosti může něčím přispět v péči o seniory. Geriatrickým a dlouhodobě nemocným pacientům jsou v současnosti nabízeny služby geriatrické ambulance, geriatrická oddělení, zařízení následné péče, hospicová zařízení, geriatrická denní centra a domácí péče.(Jarošová, 2006)

2.2.2 Geriatrická ambulance

Geriatrická ambulance je součástí nemocničního geriatrického oddělení. V rámci této ambulance je prováděna diagnostika a léčba celé řady onemocnění související s vyšším věkem. Je zde prováděno hodnocení zdravotního i funkčního stavu seniorů a především dispenzarizace rizikových klientů. V geriatrické ambulanci je koordinována vzájemná návaznost mezi akutní a následnou péčí. Probíhá zde konziliární i poradenská činnost pro rodiny pečující o seniory.(Jarošová, 2006)

2.3 Ústavní péče o seniory

2.3.1 Geriatrická oddělení

Geriatrická oddělení jsou oddělení akutní péče, zaměřené na jedince vyššího věku se zhoršením zdravotního stavu nebo zhoršením soběstačnosti. Jedná se o stavy, které jedince ohrožují, ale nejsou indikací k hospitalizaci na jiné oddělení. Důvod pro přijetí jsou často pády, poruchy výživy, stavy zmatenosti, brzká rehabilitace polymorbidního pacienta, ale také diagnostická hospitalizace ke stanovení funkčního stavu seniora. Důraz je kladen především na rehabilitaci a zlepšení zdravotního stavu a soběstačnosti klienta. V naší republice je péče zaměřena především na síť dlouhodobé péče – léčebny pro dlouhodobě nemocné, proto se zde tyto typy geriatrických oddělení vyskytují zřídka. Najdeme je např. v Pardubicích, Hradci Králové, Praze, Zlíně, v Brně. (Kalvach a spol., 2008)

2.3.2 Následná péče, oddělení LDN

Zařízení následné péče je tzv. rehabilitační a doléčovací oddělení. Na tento typ oddělení by měli být přijímáni klienti ve stabilizovaném stavu s určenou diagnózou po odeznělé akutní fázi onemocnění. Jedná se o pacienty, jejichž stav vyžaduje dlouhodobý léčebný program s nutností rehabilitace, s reálnou možností propuštění. Z ošetřovatelského hlediska se zde zaměřujeme především na podporu soběstačnosti, která je důležitá k odstranění závislosti nemocného na svém okolí a tím připravujeme pacienta k propuštění do domácího prostředí.

Tato podpora soběstačnosti je prováděna prostřednictvím geriatrické rehabilitace, ergoterapie, logoterapie, nácviku denních aktivit aj. (Jarošová, 2006)

Mezi zařízení následné péče patří také ošetrovatelská oddělení. Zde je poskytována především ošetrovatelská péče u klientů ve stabilizovaném zdravotním stavu nebo stavu trvale progredujícím, u nichž z důvodu náročnosti nemůže být poskytována péče v domácím prostředí. V rámci této ošetrovatelské péče je zajišťována především toaleta pacientů, výživa, péče o vyprazdňování, péče o chronické rány, dekubity, péče o stomie, oxygenoterapie, polohování pacientů, vertikalizme, odběry biologických materiálů, sledování fyziologických funkcí i psychického stavu klienta. Multidisciplinární tým, jež pečuje o klienty na tomto oddělení, se snaží především o udržení aktuálního stavu soběstačnosti, pokud již není šance na zlepšení. U pacientů s progredujícím onemocněním je kladen důraz na snahu udržet kvalitu života, lidskou důstojnost a kvalitní terminální péči. Geriatrická paliativní medicína má své specifické rysy, které jsou dány poruchou kognitivních a fatických funkcí, díky kterým dochází ke zhoršení komunikace a podceňování tak vnímání umírajícího seniora. Je proto velice důležité, aby si veškeré souvislosti ošetrovatelský personál uvědomoval a nedocházelo tak ke „zvěcnění“ pacienta a snížení lidské důstojnosti v poslední fázi života jedince. (Marková, 2010); (Payne, 2007)

2.3.3 Hospice

Hospice je typem ošetrovatelského zařízení poskytující paliativní péči. Do Hospice jsou přijímáni pacienti v terminálním stádiu nemoci. Jde většinou o onemocnění onkologická, ale také často poslední stádia chronických onemocnění. Cílem paliativní péče je snaha o udržení co možná nejvyšší možné kvality života až do smrti, eliminovat utrpení, klást důraz na lidskou důstojnost, pomáhat při hledání smyslu života atd. V hospicovém zařízení pracuje s klienty multidisciplinární tým, specializují se na péči o umírající. Dokáží zhodnotit aktuální situaci, umí komunikovat s umírajícím i rodinou klienta, umí naslouchat. Jednotliví členové týmu spolu úzce spolupracují a snaží se zapojit do péče o umírající také nejbližší rodinu a dobrovolníky. Tímto způsobem vytváří ideální podmínky k zajištění důstojného umírání. (Marková, 2010); (Paynerová, Seymourová, Inglenová, 2004)

2.4 Zařízení sociální péče o seniory

2.4.1 Domácí péče

Domácí péče je zdravotní péče poskytovaná klientům v jejich sociálním prostředí. U seniorů může být tato péče indikována praktickým lékařem nebo ošetřujícím lékařem během hospitalizace. Díky domácí péči dochází k udržování a podpoře zdraví, navrácení zdraví a podpoře soběstačnosti. Pracovníci domácí péče úzce spolupracují s praktickým lékařem a dalšími subjekty zdravotní a sociální sféry. Snaží se také snížit utrpení vznikající u nevyлéčitelně nemocného člověka a zajistit klidné umírání a smrt. Financování péče je vícezdrojové. Část je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. U klientů, kteří nejsou pojištěni nebo jsou pojištěni pojišťovnou bez smluvního vztahu se zařízením poskytujícím domácí péči, je uplatňována přímá platba klienta. Dalším zdrojem příjmů tohoto zařízení mohou být sponzorské dary, nadace, granty atd. Domácí péče by měla poskytovat kvalitní, dostupné, komplexní a efektivní zdravotní služby.(Jarošová, 2006)

2.4.2 Terénní služby pro seniory

Mezi terénní služby řadíme denní stacionáře (domovinky), pečovatelskou službu a respitní péči. Tyto služby neslouží pouze samotným seniorům, ale pečujícím osobám.(Haškovcová, 2002);(Jarošová, 2006)

2.4.3 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba patří mezi terénní sociální služby. Je to placená služba poskytovaná v místě bydliště seniora na základě jeho žádosti. I relativně schopní a soběstační jedinci mohou mít problémy s nakupováním, vařením, péčí o domácnost a to vše lze saturovat prostřednictvím pečovatelské služby. Senioři by měli být informováni o možnostech využití těchto služeb praktickým lékařem nebo ve zdravotnickém zařízení sociálními pracovníky či zdravotníky během hospitalizace. Důležité je posouzení stavu soběstačnosti seniora (již zmíněným Minimental testem uvedeným v příloze č. 1.) a sociálního prostředí pacienta pro zhodnocení potřebných služeb.(Jarošová, 2006)

2.4.4 Domovy s pečovatelskou službou

To jsou neústavní zařízení sociálního typu. Jedná se o domy provozované městskými úřady, které obsahují řadu malých bezbariérových bytů. Jsou pronajímány seniorům, kteří jsou schopni bydlet sami, ale chtějí mít v blízkosti různé služby včetně služeb pečovatelských.

V těchto zařízeních mají jedinci vyššího věku své soukromí a mohou se také snadno zapojit do seniorské komunity.(Haškovcová, 2002);(Jarošová, 2006)

2.4.5 Kluby důchodců

Kluby důchodců jsou komunitní centra pro seniory se stejným zájmovým zaměřením, žijící ve stejné lokalitě. Díky těmto klubům může dojít ke zlepšení kvality života jedince, zmírnění pocitu osamělosti, navozování sociálních kontaktů, čímž dochází k prevenci sociální izolace.(Haškovcová, 2002)

2.4.6 Geriatrická centra (domovinky)

Existují také geriatrická denní centra nebo také „domovinky“, která poskytují nekontinuální zdravotní péči. Geriatrickí klienti zde pobývají 6 – 12 hodin přes den nebo noc, podle typu centra, potřeb a přání pečujících a klienta. Tato zařízení jsou zaměřena na léčebnou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Pracovníci centra se snaží klienty psychicky aktivizovat, provádět s nimi ergoterapii a další činnosti, které podporují udržení soběstačnosti. Během toho denního pobytu je zajišťována hygienická péče, rehabilitační program a kombinované zdravotně sociální činnosti. Pravidelné umístění seniora do geriatrického denního centra může být vhodným řešením situace pro rodinu, která má zájem pečovat o seniora, jež nemůže zůstat v domácím prostředí sám, ale nemůže o něj pečovat z nejrůznějších důvodů celý den. Program centra by měl být přizpůsoben aktuálnímu a duševnímu stavu seniora a měl by také respektovat přání klienta.(Haškovcová, 2002)

2.4.7 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou typem zařízení ústavní sociální péče. Do těchto zařízení jsou přijímáni senioři, jejichž zdravotní stav vyžaduje komplexní ošetrovatelskou péči, která nemůže být již zajištěna v domácím prostředí. Klienti musí být ve stabilizovaném zdravotním stavu, který nevyžaduje hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. V ústavech sociální péče (nebo také domovy pro seniory) pracuje multidisciplinární tým. Snaží se klientům co nejvíce přiblížit jejich domácí prostředí, je zde zajišťována potřebná ošetrovatelská péče, což zahrnuje podávání léků, stravy, polohování, péče o kůži, ošetrování ran, péče o vyprazdňování, aplikace injekcí aj.). Dále je prováděna potřebná rehabilitace individuální dle stavu a přání klienta. Mezi další důležitou součástí péče o klienty patří ergoterapie zaměřená především na podporu soběstačnosti (trénink paměti, psychiky, jemné motoriky, nácvik sebeděže aj.). V rámci ergoterapie mohou klienti vytvářet různé výrobky, mohou zkoušet např. pletení, háčkování, vyšívání, malbu na sklo, keramické výrobky, vytvářet různé dekorace. Klienti

mohou hrát různé společenské hry, poslouchat hudby, provádět meditační cvičení. Domovy pro seniory poskytují i služby jako je praní prádla, kadeřnické, holičské služby, součástí areálu bývá obchod a s potravinami, denním tiskem aj. Ústavní zařízení se snaží o propojování kontaktů mezi klienty a okolní komunitou. Je zde pořádána celá řada společenských akcí, které se účastní také rodinní příslušníci klienta a obyvatelé žijící v okolí domova pro seniory. Aktivity jsou organizovány v souladu s přáním klienta a dle jeho možností a schopností s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu seniora (pacienti s demencí, imobilní pacienti).(Jarošová, 2006)

2.4.8 Penziony pro důchodce

Penziony pro důchodce jsou zařízení určená pro seniory nebo invalidní osoby, kteří mohou bydlet v bezbariérovém objektu, ve kterém jsou zřízeny všechny potřebné služby. Klient si tyto služby hradí sám. Pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu a senior se stane závislým na okolí, musí být umístěn do zařízení, jež mu poskytne potřebnou péči.(Jarošová, 2006)

2.5 Sociální podpora státu

Zákon č. 108/2006 upravuje podmínky poskytované pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči.

2.5.1 Příspěvek na péči

Zákon o sociálních službách obsahuje ustanovení, podle něhož se převádí dosavadní bezmocnosti na stupně závislosti. Osoby, které byly uznány částečně bezmocnými, se zařazují do I. stupně závislosti (lehká závislost), osoby, které byly uznány převážně bezmocnými, se zařazují do II. stupně míry závislosti (středně těžká závislost) a do III. Stupně závislosti patří osoby, které byly uznány bezmocnými (těžká závislost). Toto schéma platí pro výši příspěvku na bezmocnost. Vedle toho stát pomáhá pečující osobě, které náleží příspěvek při péči o osobu blízkou. V tomto případě se nemění zařazení osoby do stupně závislosti, ale mění se výše příspěvku. Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. O příspěvku rozhoduje obecný úřad obce s rozšířenou působností.(MPSV, 2012)

3 Kvalita péče ve zdravotnických zařízeních

3.1 Pojetí kvality

Pojetí kvality nebo také jakosti je dáno kulturním a sociálním prostředím. Představa kvality ve zdravotnickém zařízení je ovlivněna hodnotami, které v dané společnosti převládají a individuálními hodnotami těch, již kvalitu definují. To jsou např. politici, tvůrci zdravotnické legislativy a také zdravotničtí pracovníci. Kvalitní zdravotní péče proto výsledkem „dohody“ mezi zdravotníkem, pacientem a vládou. (Škrála, Škrlová, 2008)

3.1.1 Definice kvality

Definice kvality existuje několik. Světová zdravotnická organizace (SZO, WHO) ve Směrnici pro vývoj strategií kvality a bezpečnosti v kontextu zdravotnického systému definovala kvalitu jako službu, „která co nejefektivnějším způsobem organizuje zdroje, aby se spolehlivě uspokojily zdravotní potřeby v oblasti prevence a péče u těch nejpotřebnějších, bez zbytečného plýtvání a v mezích požadavků vyšší úrovně“. Tato definice klade důraz na potřebu bezpečí, základní lidská práva a využití legislativních norem. Současně zahrnuje tři základní pohledy na kvalitu, je to kvalita z pohledu pacienta (jeho potřeby, přání pacienta), odbornou kvalitu, kvalitu řízení, managementu, předepisování a dodržování předpisů. (Škrála, Škrlová, 2008); (Plevová, 2011)

3.1.2 Začlenění kvality do zdravotnického zařízení

Implementace kvality do zdravotnického zařízení vyžaduje použití specifických metod. Světová zdravotnická organizace rozlišuje v této oblasti čtyři základní kategorie. Posílení role pacientů a spotřebitelů zdravotní péče, regulace a hodnocení zdravotnických pracovníků a zdravotnických služeb, místní implementace standardů a norem, týmy zaměřené na řešení problémů kvality. Kvalita ošetrovatelské péče a její hodnocení je zakotveno ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR – v Metodickém opatření č. 9. - Koncepce ošetrovatelství. Je určena ošetrovatelskými standardy, jimiž se rozumí „dohodnutá profesní norma kvality“. Pod standardy lze zařadit legislativní předpisy, metodická opatření, standardy vypracované zdravotnickým zařízením. Zdravotnická zařízení v České republice jsou povinna dodržovat normy dané legislativou a přijmout vlastní standardy, které vycházejí z rámcových standardů doporučených Ministerstvem zdravotnictví. Vedoucí pracovníci ve zdravotnictví jsou na svém pracovišti průběžně hodnotit kvalitu poskytované péče. Jsou tzv. garantem kvality poskytované péče. (Gladkij a kol., 2003)

3.1.3 Systémy řízení kvality

V roce 1997 vzniklo v ČR zájmové sdružení právnických osob pod názvem Spojená akreditační komise (SAK). Jejími zakladateli byly Asociace nemocnic ČR a Asociace českých a moravských nemocnic. V návaznosti na založení této komise vznikla v roce 2000 tzv. Rada pro kvalitu ve zdravotnictví na Ministerstvu zdravotnictví ČR. Spojená akreditační komise vydala v současné době již dvě verze *Národních akreditačních standardů pro nemocnice – Manuál a metodika plnění*. Tato verze byla vydána v září 2009. (Madar a kol., 2004)

3.2 Akreditace

Akreditace představuje oficiální uznání, že je zdravotnické zařízení způsobilé k poskytování kvalitní zdravotní a má vytvořen efektivní a funkční systém pro posuzování výkonnosti a pro kontinuální zvyšování kvality. Cílem akreditačního řízení je především standardizovat zdravotnická zařízení a poskytovanou zdravotní péči. Akreditace by měla zdravotnická zařízení motivovat k zavádění nových prvků řízení kvality. Akreditace je v ČR prozatím dobrovolná. Akreditační proces začíná podáním přihlášky příslušné akreditační instituci, poté následuje předakreditační a následné akreditační šetření ze strany této instituce. Pokud zdravotnické zařízení splní všechny požadavky, obdrží certifikát, který je platný 3-5 let v závislosti od typu akreditační instituce. (Škrla, Škrlová, 2008)

3.2.1 Akreditační komise

3.2.1.1 Mezinárodní akreditační komise

Zavádění systému řízení kvality ve zdravotnických zařízeních začalo v USA na počátku 20. století. Zakladatelem systému řízení kvality je Ernest Codman. První standardy vyšly v roce 1917. Postupně se od roku 1950 začalo řídit akreditačními standardy v USA více než 3000 zdravotnických zařízení. V roce 1951 byla zřízená Společná komise pro akreditaci nemocnic. Tato instituce začala vytvářet a publikovat standardy. V roce 1970 se standardy staly optimálním stupněm zajištění kvality. V roce 1998 byla vytvořena její mezinárodní odnož Joint Commission International Accreditation (JCIA), která působí i v České republice. (Gladkij a kol., 2003)

3.2.1.2 Mezinárodní organizace pro normalizaci

Mezinárodní organizace pro normalizaci (ISO – International Organization for Standardization) je celosvětová federace národních normalizačních orgánů, tj. členů ISO. Tato organizace byla založena v roce 1947 a sídlí v Ženevě. Jejím hlavním cílem je zajistit jednotné podmínky pro tvorbu norem a certifikaci organizací různého zaměření. V roce 1987 vydala první soubor mezinárodně platných norem. Dnes je ISO zastoupena ve více než 170 zemích světa. (Škrla, Škrlová, 2008)

3.2.1.3 Spojená akreditační komise

V roce 1997 vzniklo v ČR zájmové sdružení právnických osob pod názvem Spojená akreditační komise (SAK). Jejími zakladateli byly Asociace nemocnic ČR a Asociace českých a moravských nemocnic. V návaznosti na založení této komise vznikla v roce 2000 tzv. Rada pro kvalitu ve zdravotnictví na Ministerstvu zdravotnictví ČR. (Škrla, Škrlová, 2008)

3.3 Certifikace

Certifikace je postup, kterým certifikační instituce poskytuje písemné ubezpečení, že výrobek, proces nebo služba jsou ve shodě se specifikovanými požadavky. Tyto požadavky jsou dány normativním nebo jiným odborným předpisem. Průběh certifikace je obdobný jako u akreditačního šetření. Zařízení, které úspěšně absolvuje certifikaci, obdrží certifikát, který je platný obvykle tři roky v závislosti na certifikačním orgánu. Současně je prováděn každých šest měsíců tzv. dozorový audit, na jehož základě se dodržování podmínek stanovených certifikací. Nejznámější a nejpoužívanější certifikace je certifikace dle ISO 9001, tj. požadavky managementu jakosti. (Madar a kol., 2004)

3.4 Hodnocení kvality ve zdravotnictví

Americký profesor veřejného zdravotnictví Avedis Donabedian definoval kvalitní zdravotní péči, jako „*druh péče, při kterém lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví, přičemž očekávaný užitek je ve srovnání s náklady ve všech fázích léčebného procesu vyšší*“. Tento americký profesor vypracoval systém hodnocení kvality zdravotní péče podle tří základních kritérií. 1. Kritérium **strukturální**, které je zaměřené na strukturální procesy, jako je např., počet personálu, vzdělávací podmínky, 2. Kritérium je **Procesuální**, zaměřené na samotné procesy, činnosti, léčebné či diagnostické výkony, 3. Kritérium je **hodnotící**, které nás informuje o splnění či nesplnění kritérií strukturálních a procesuálních. Podle těchto

kritérií lze vypracovávat i standardy zdravotnické péče.(Madar a kol., 2004);(Mastiliaková, 2003)

3.4 Audit

Audit je nezávislý, plánovaný a dokumentovaný proces pro získání důkazů a provádění správných činností správným způsobem. Audit by v žádném případě neměl sloužit k zastrašování a trestání zaměstnanců. Naopak by měl poukázat na nalezené chyby a vést k neustálému zlepšování kvality poskytované péče. Používá se jako jeden z nástrojů způsobů hodnocení kvality. Audity můžeme rozlišovat na audity **interní**, které jsou prováděny ze strany zdravotnického zařízení vlastními zaměstnanci a **externí**, prováděny ze strany státních regulačních orgánů - Státní ústav pro kontrolu léčiv, Ministerstvo zdravotnictví ČR nebo akreditační či certifikační orgán. Audity dělíme také dle časového provedení na plánované a neplánované. Jiný systém typologie auditů rozlišuje audity systému managementu jakosti, audity produktu, procesu a audity zaměřené na personál.(Madar a kol., 2004)

3.4.1 Kritéria a plán auditu

Pod kritérii rozumíme soubor postupů, požadavků, podle kterých se zjišťuje shoda/neshoda při daném auditu. Tato kritéria jsou uvedena v tzv. kontrolním listu (Checklistu). U každého auditu by měl být znám termínovaný a časový harmonogram, složení týmu a samotný předmět auditu.(Škrála, Škrlová, 2008)Účastníkem auditu je samotná prověřovaná organizace a její personál, auditor a někdy i tzv. technický expert, tj. osoba znalá problematiky. Informace při auditu získává auditor pomocí rozhovoru, pozorování a přezkoumávání dokumentů.(Madar a kol., 2004)

3.4.2 Indikátor kvality

Indikátor je statistický ukazatel, který je vždy vyjádřen kvantitativně, tj. číslem, procentem. Jde o tzv. výstražný signál, který by nás měl informovat a varovat, že něco není v pořádku. Tyto údaje nás informují o kvalitě procesů ve zdravotnických zařízeních. Hodnocení těchto ukazatelů je proces identifikování, vyhodnocování a řešení potenciálních nebo aktuálních problémů, které mohou být zdrojem zranění, poškození, finanční ztráty apod. Sledovanými indikátory zdravotnické nebo léčebné péče ve zdravotnických zařízeních mohou být pooperační komplikace, opakované rentgenologické snímky, medikační chyby, nozokomiální nákazy, spotřeba antibiotik, délka hospitalizace, výskyt dekubitů, pády pacientů, spokojenost

zaměstnanců, spokojenost pacientů, čekací lhůty na diagnostické a léčebné výkony, náklady na zdravotnickou péči, mortalita, neshody v laboratořích, atd. Vlastním indikátorem kvality je i počet tzv. mimořádných událostí nebo rizik ve zdravotnickém zařízení. Právě výše jmenované příklady indikátorů jsou často obsahem mimořádných událostí či neshod/rizik. Cílem hlášení těchto událostí není sankce, ale prevence nebo redukce chyb, na které se dané oddělení musí zaměřit a usilovat o jejich nápravu v rámci zkvalitnění poskytované péče.(Madar a kol., 2004);(Škrla, Škrlová, 2008)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1 Metodika výzkumu

1.1 Metoda výzkumu

Téma této bakalářské práce je „Ošetrovatelské péče v podmínkách LDN očima sestry a pacienta“. Ke sběru dat práce bylo zvoleno dotazníkové šetření, které bylo anonymní. Dotazník je jedním z nejběžněji používaných nástrojů pro sběr dat. Skládá se ze série otázek, pomocí kterých získáváme fakta a názory od respondentů. Výhodou této metody je získání informací, za poměrně krátkou dobu, s mnohem menší námahou a ekonomičtěji od velké skupiny respondentů. Výsledná data se dají jednodušeji zpracovávat a vyhodnocovat. Za nevýhody dotazníkové metody lze považovat zkreslení informací, špatnou formulaci otázek, nepravdivé odpovědi, neochota některých respondentů při vyplňování a riziko nízké návratnosti dotazníků. Tyto faktory mohou vést ke zkreslení výsledků celého průzkumu. Při tvorbě dotazníkových otázek bylo vycházeno z osobních a praktických zkušeností získaných během studia a z dostupných materiálů týkajících se příslušné problematiky, např. Výzkum ve zdravotnictví (Kutnohorská, 2008);(Disman, 2011)

Dotazník (viz. Příloha č. 4.) obsahuje celkem 16 otázek. Pro 14 otázek byla použita Likertova škála. Otázka č. 15. je filtrační a v poslední otázce č. 16. mohli pacienti i sestry vyjádřit svůj názor na zlepšení péče. Získaná data jsou zanesena do tabulek a grafů, jednotlivé položky jsou doplněny komentářem. Pro zpracování dotazníků, vytvoření tabulek a grafů jsem využila programu Microsoft Excel (2007).

1.1.2 Likertova škála

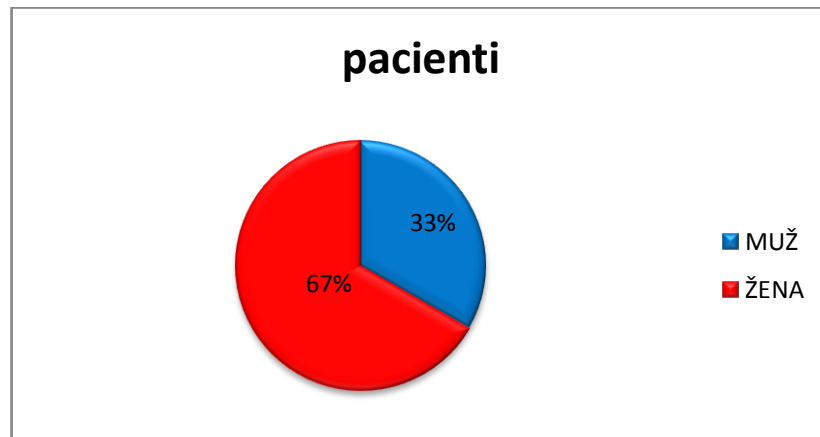
Likertova škála, vytvořena v roce 1932, je jednou z nejpoužívanějších a nejspolehlivějších technik měření postojů v dotaznících. Je složena z výroků, na které respondent může odpovědět na pětibodové škále od "Zcela nesouhlasím" ke "Zcela souhlasím". Středovou hodnotou je odpověď "Nevím". Likertova škála umožňuje zjistit nejen obsah postoje, ale i jeho přibližnou sílu. Škála je pojmenována po svém strůjci, americkém psychologovi organizace a teoretikovi stylů managementu – Rensisu Likertovi (1903-1981).(Bártlová, Sadílek, Tótllová, 2008)

1.2 Průběh výzkumu

Před samotným průzkumem jsme provedly v lednu 2012 pilotní šetření na vzorku 3 náhodně vybraných registrovaných sester a 2 pacientů. Dle jejich připomínek jsme pozměnily formulaci některých otázek a upravily dotazník do konečné verze.

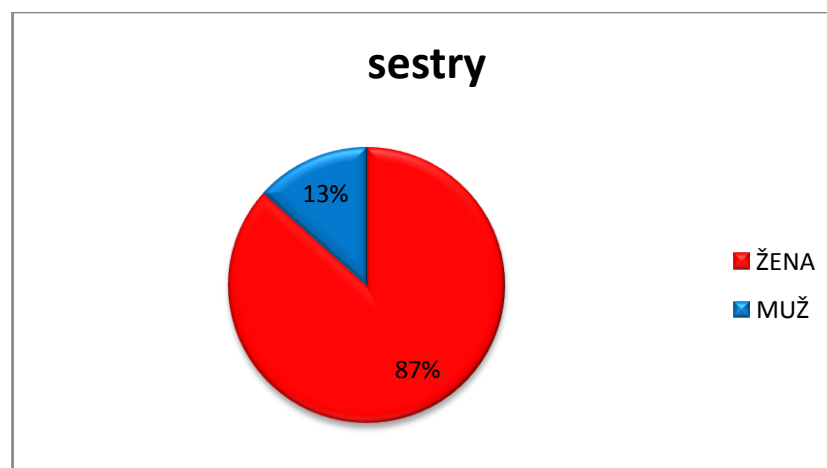
Výzkum probíhal od listopadu 2012 do února 2013 na odděleních následné péče jednoho zdravotnického zařízení. Při vyplňování dotazníku jsme oslovily registrované všeobecné sestry pracující na těchto odděleních. Výběr nebyl limitován délkou praxe na oddělení. Při dotazování jsme se též zaměřily na pacienty, kteří byli hospitalizováni na odděleních následné péče. Kritérium pro výběr pacientů byla délka hospitalizace (nad 2 týdny) a MMT nad 20. Rozdaly jsme celkem 30 dotazníků všeobecným sestřím a 36 dotazníků pacientům. Návratnost dotazníků od sester byla 100% a od pacientů se vrátilo dotazníků 30, to je 85% návratnost. Ve svých otázkách jsme se zaměřily na spokojenost pacientů i sester při provádění hygienické péče, dostupnost potřebných pomůcek, provádění ošetrovatelské rehabilitace, aktivizace pacientů, podávání stravy a její kvalita, komunikační dovednosti sester, spolupráci s rodinou pacienta.

2 Výsledky dotazníkového šetření



Obr. 1 -Počet dotazovaných pacientů

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 67% (20) žen a 33% (10) mužů z celkového počtu 30 pacientů.



Obr. 2 -Počet dotazovaných sester

Komentář

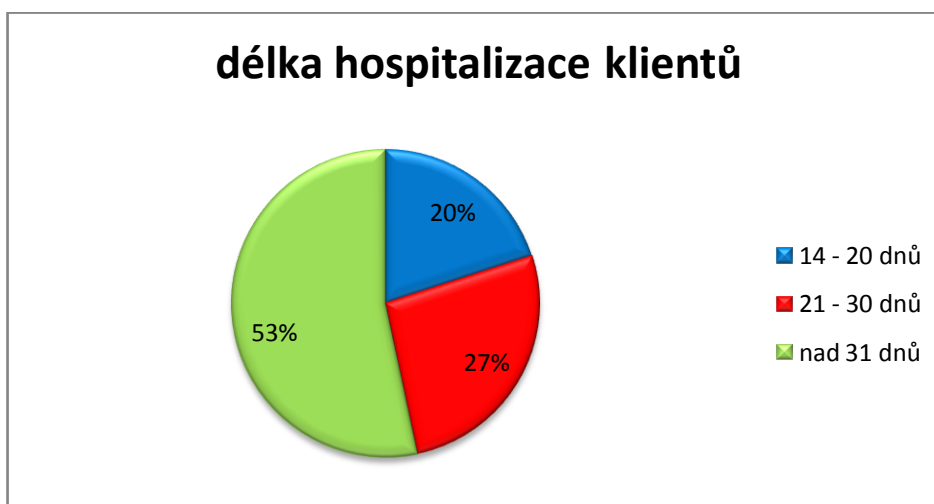
Koláčový graf znázorňuje velké zastoupení žen oproti mužům mezi dotazovanými všeobecnými sestrami.



Obr. 3- Délka praxe sester

Komentář

27% (8) sester pracuje na tomto oddělení méně než 2 roky, 36% (11) všeobecných sester mají praxi na tomto oddělení od 3 do 10 let, 30% (9) sester pracuje na tomto oddělení od 11 do 15 let a 7% (2) z dotazovaných sester mají praxi na tomto oddělení více jak 16 let.



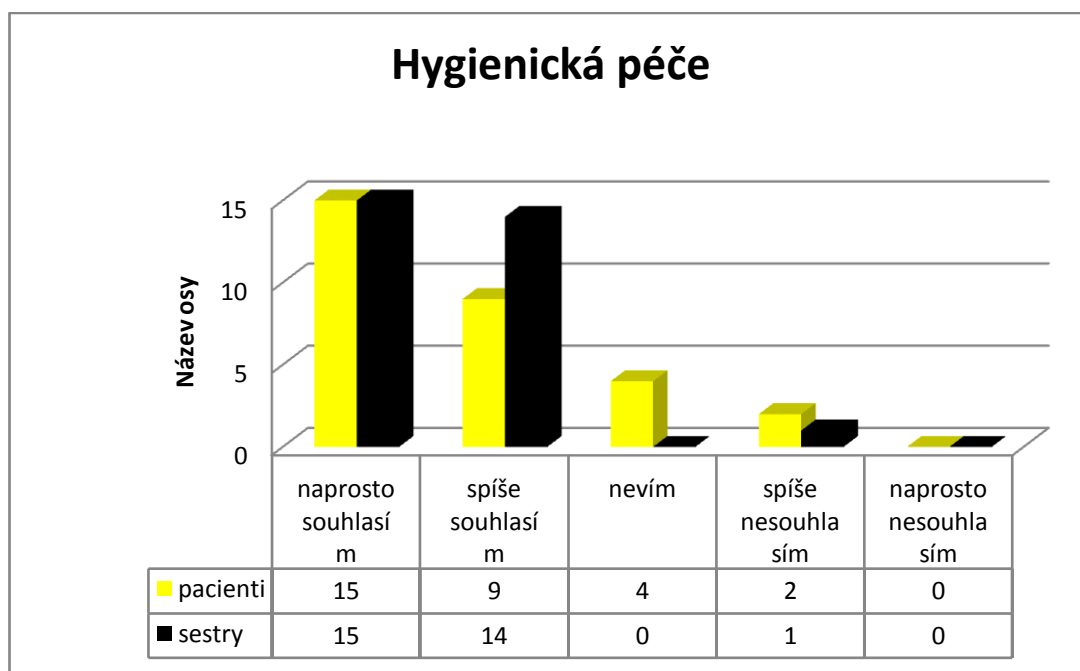
Obr. 4 – Délka hospitalizace klientů

Komentář

Délka hospitalizace mezi 14 až 20 dny je 20% (6) z celkového počtu dotazovaných pacientů, mezi 21 až 30 dnem je to 27% (8) z dotazovaných a 53% (16) pacientů byli hospitalizováni déle jak 31 dní.

Otázka č. 1.

Hygienická péče na oddělení je na velmi dobré úrovni.



Obr. 5 -Hygienická péče

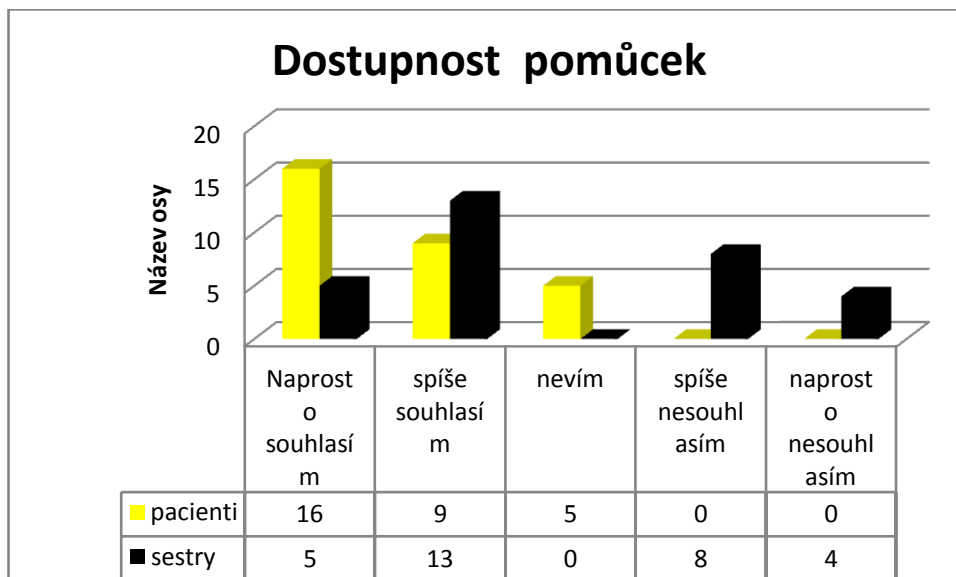
Komentář

50% (15) dotazovaných pacientů je naprosto spokojena s hygienickou péčí, 30% (9) z dotazovaných spíše souhlasí, 13% (4) pacienti odpověděli středovou hodnotou Likertovy škály a 7% (2) spíše nesouhlasí s kvalitou prováděné hygieny.

50% (15) dotazovaných sester je naprosto spokojena s tím, jak je prováděna hygienická péče, 47% (14) z dotazovaných sester spíše souhlasí a pouze 3% (1) z dotazovaných je spíše nespokojena s úrovní prováděné hygienické péče na oddělení.

Otázka č. 2.

Oddělení má dostatečné množství pomůcek (koupací lůžka, hygienické pomůcky, vozíky, dostatečné prostory) k provádění hygienické péče.



Obr. 6 -Dostupnost pomůcek

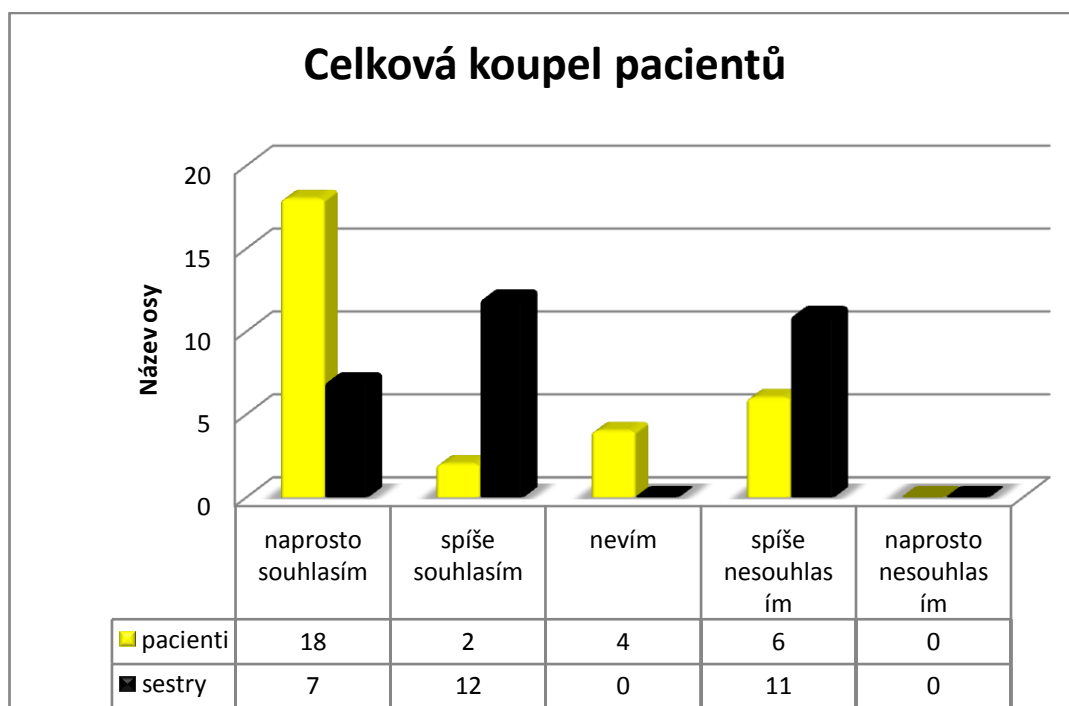
Komentář

53% (16) pacientů naprosto souhlasí s dostupností pomůcek, 30% (9) pacientů spíše souhlasí a 17% (5) odpovědělo středovou hodnotou.

17% (5) sester naprosto souhlasí s dostupností pomůcek, 43% (13) sester spíše souhlasí, 27% (8) spíše nesouhlasí a 13% (4) naprosto nesouhlasí s dostupností pomůcek.

Otázka č. 3.

Celková koupel pacientů (sprchování) je dostačující 1 x týdně.



Obr. 7 -Celková koupel pacientů

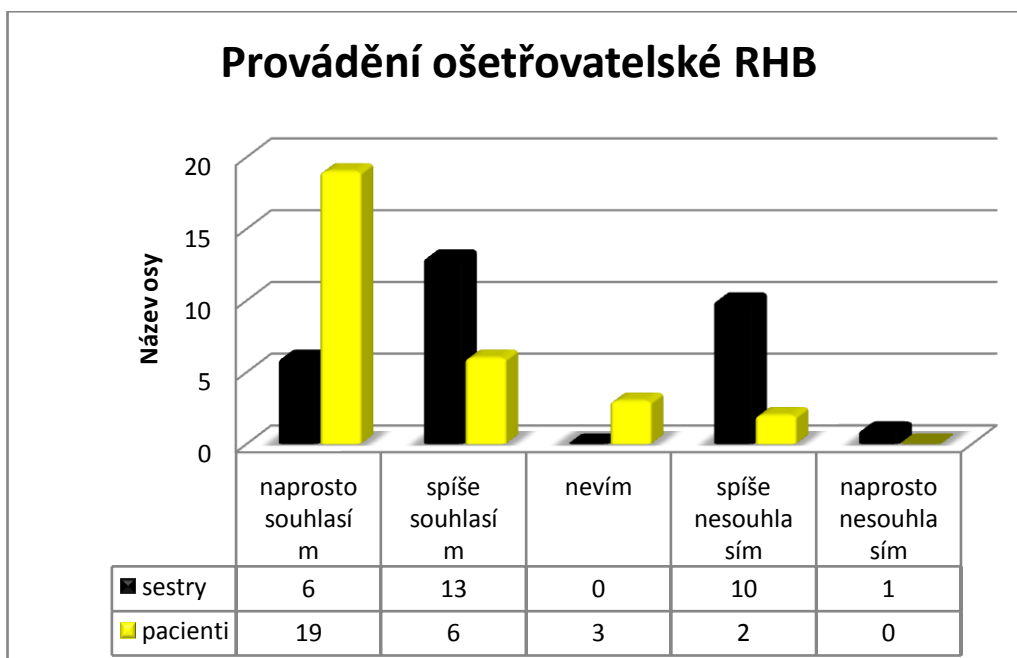
Komentář

Většina 60% (18) z dotazovaných pacientů naprosto souhlasí se sprchováním 1 x týdně, 7% (2) pacienti spíše souhlasí, 13% (4) pacienti neví a 20% (6) pacientů z dotazovaných by si přálo častější frekvenci sprchování.

23% (7) z dotazovaných sester naprosto souhlasí 40% (12) a 37% (11) sester spíše nesouhlasí.

Otázka č. 4.

Provádění ošetrovatelské rehabilitace (polohování pacientů, nácvik sebeobsluhy, vysazování do křesla, nácvik chůze) je na tomto oddělení na dobré úrovni.



Obr. 8 – Provádění ošetrovatelské RHB.

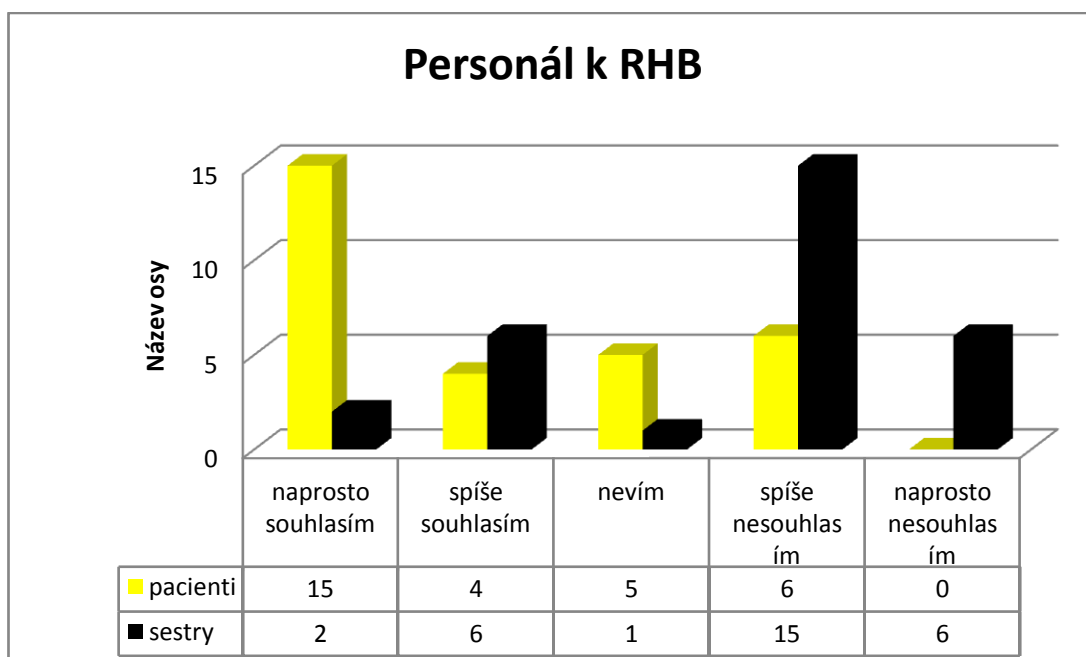
Komentář

63% (19) pacientů naprosto souhlasí s prováděním ošetrovatelské rehabilitace, 20% (6) pacienti spíše souhlasí, 10% (3) pacienti odpověděli středovou hodnotou a 7% (2) spíše nesouhlasí s úrovní prováděním ošetrovatelské RHB.

20% (6) sester naprosto souhlasí, 44% (13) sester spíše souhlasí, 33% (10) sester spíše nesouhlasí a 3% (1) naprosto nesouhlasí s úrovní prováděné ošetrovatelské rehabilitace.

Otázka č. 5.

Personálu k provádění ošetrovatelské RHB je na oddělení dostatek.



Obr. 9 -Personál k RHB

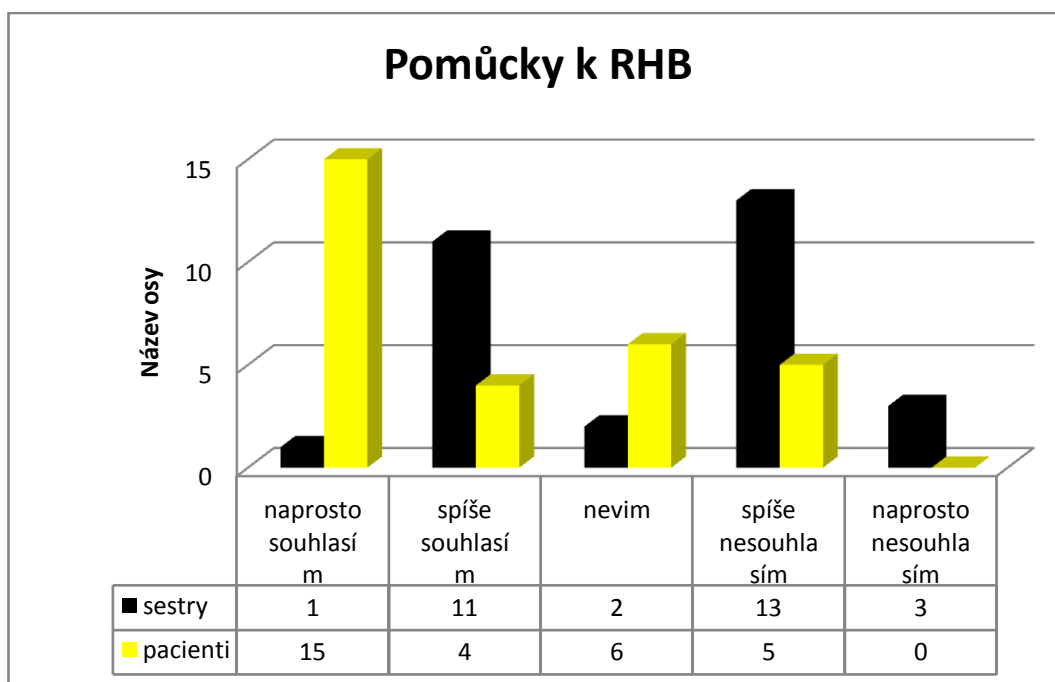
Komentář

50% (15) pacientů naprosto souhlasí s tvrzením, spíše souhlasí 13% (4), středovou hodnotou odpovědělo 17% (5) dotazovaných a 20% (6) spíše nesouhlasí s počtem personálu k ošetrovatelské RHB.

Naopak pouze 7% (2) sestry naprosto souhlasí s tvrzením, 20% (6) sester spíše souhlasí, 3% (1) sestra odpověděla středovou hodnotou, 50% (15) dotazovaných sester spíše nesouhlasí s počtem personálu a 20% (6) sester naprosto nesouhlasí s tvrzením.

Otázka č. 6.

Pomůcek k provádění ošetrovatelské rehabilitace je na oddělení dostatek.



Obr. 10 -Pomůcky k RHB

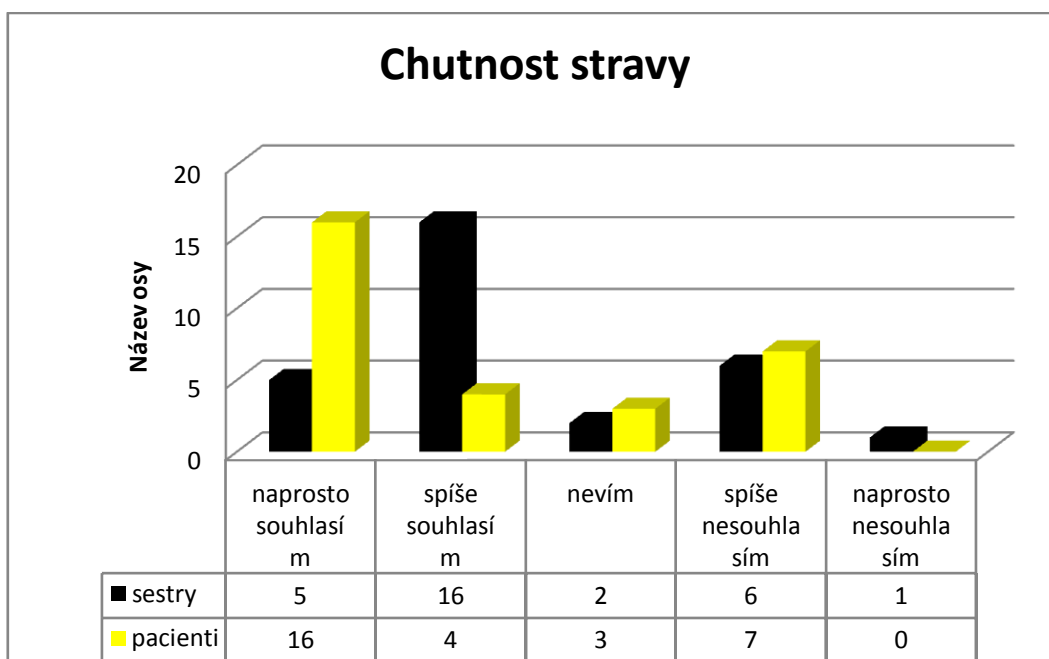
Komentář

50% (15) pacientů je naprosto spokojena, 13% (4) spíše souhlasí s tvrzením, 20% (6) dotazovaných odpovědělo středovou hodnotou a 17% (5) pacientů spíše nesouhlasí s dostupností pomůcek k provádění ošetrovatelské rehabilitace.

Pouze 3% (1) sestra naprosto souhlasí, 37% (11) sester spíše souhlasí s tvrzením, 7% (2) sestry odpověděly středovou hodnotou, 43% (13) sester spíše nesouhlasí a 10% (3) naprosto nesouhlasí s dostupností potřebných pomůcek.

Otázka č. 7

Chutnost stravy podávaná na oddělení je na dobré úrovni.



Obr. 11 -Chutnost stravy

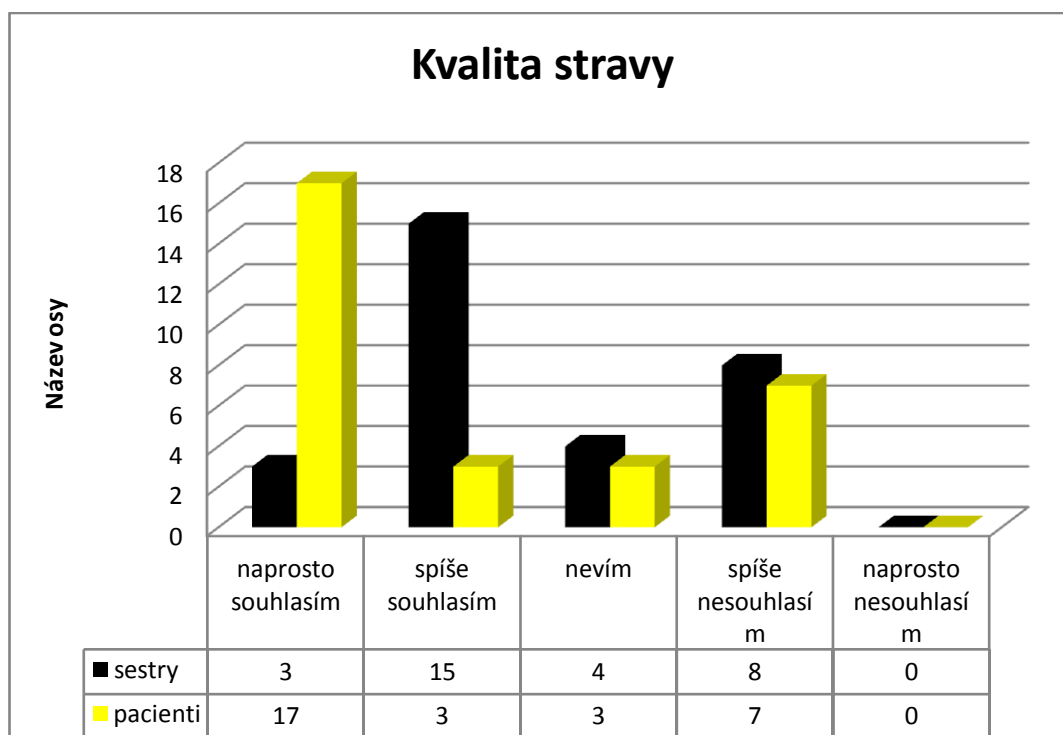
Komentář

54% (16) pacientů naprosto souhlasí s chutností stravy, 13% (4) spíše souhlasí, 10% (3) pacientů odpovědělo středovou hodnotou a 23% (7) pacientů spíše nesouhlasí s chutností stravy.

17% (5) z celkového počtu dotazovaných sester naprosto souhlasí, 53% (16) spíše souhlasí s chutností stravy, 7% (2) sestry odpověděly středovou hodnotou, 20% (6) dotazovaných spíše nesouhlasí a 3% (1) sestra naprosto nesouhlasí s tvrzením.

Otázka č. 8.

Kvalita podávané stravy na oddělení je dobrá.



Obr. 12 -Kvalita stravy

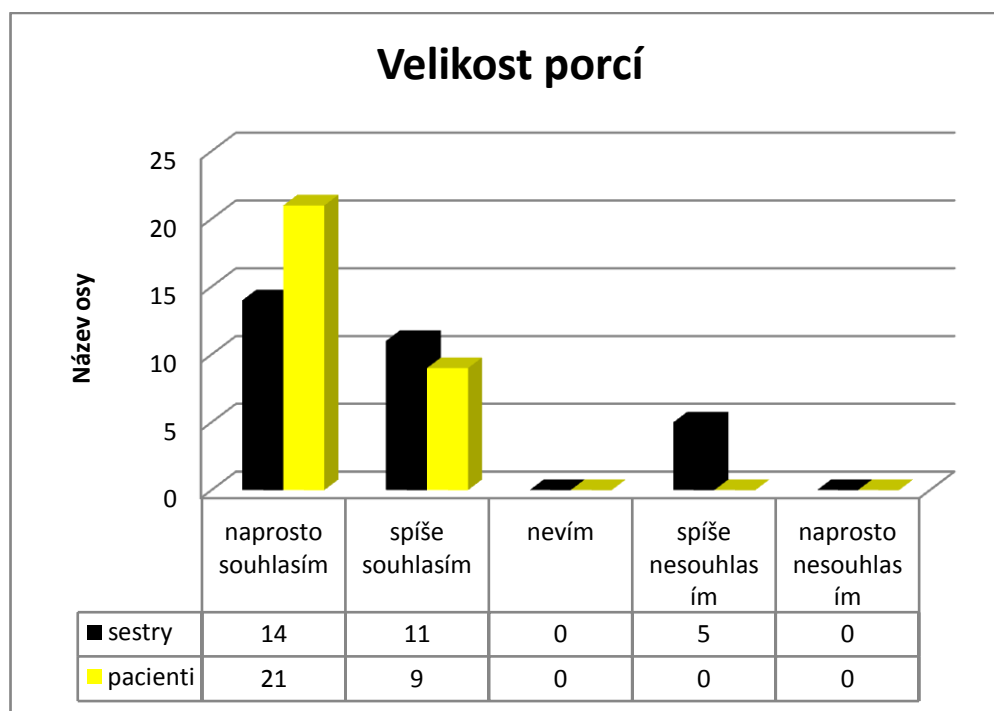
Komentář

57% (17) pacientů naprosto souhlasí s chutností stravy, 10% (3) spíše souhlasí, 10% (3) pacientů odpovědělo středovou hodnotou a 23% (7) spíše nesouhlasí s kvalitou podávané stravy.

10% (3) jsou naprosto spokojeny s kvalitou podávané stravy, 50% (15) sester je spíše spokojeno, 13% (4) sestry odpověděly středovou hodnotou a 27% (8) sester je spíše nespokojeno s kvalitou stravy na oddělení.

Otázka č. 9

Velikost porcí jídel podávaná na oddělení je pro mě dostačující.



Obr. 13 -Velikost porcí

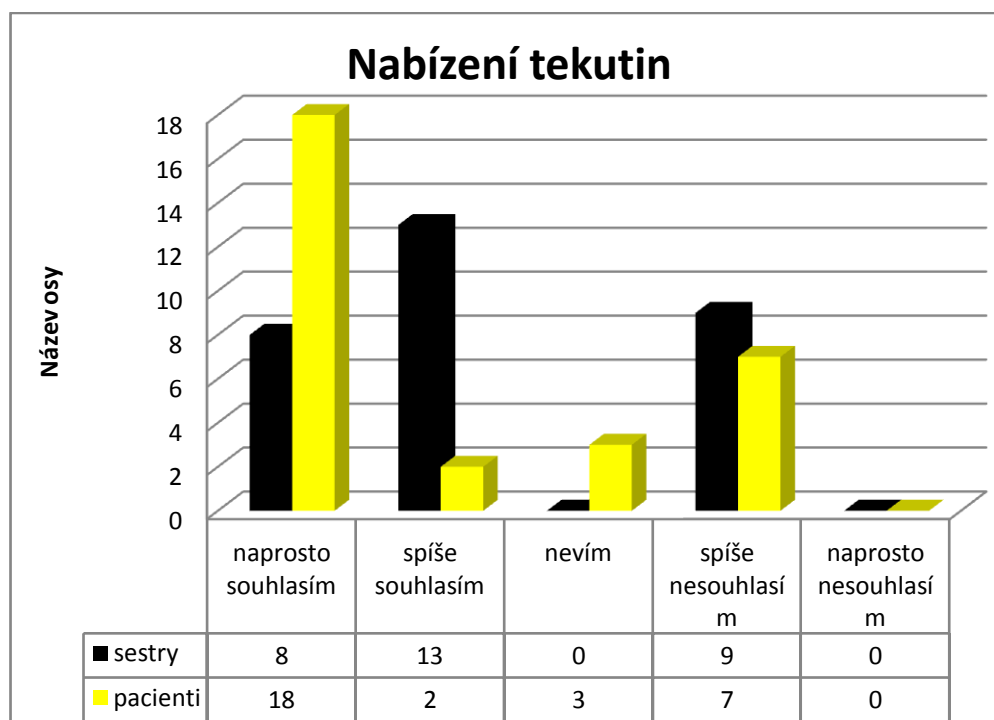
Komentář

Naprostá většina 70% (21) pacientů je naprosto spokojena s velikostí porcí stravy a 30% (9) pacientů spíše souhlasí s tímto tvrzením.

46% (14) sester je naprosto spokojena, 37% (11) spíše spokojena s velikostí porcí stravy a 17% (5) sester je spíše nespokojena s velikostí porce stravy podávaná na oddělení.

Otázka č. 10

Frekvence nabízených tekutin je pro mě dostačující.



Obr. 14 -Nabízení tekutin

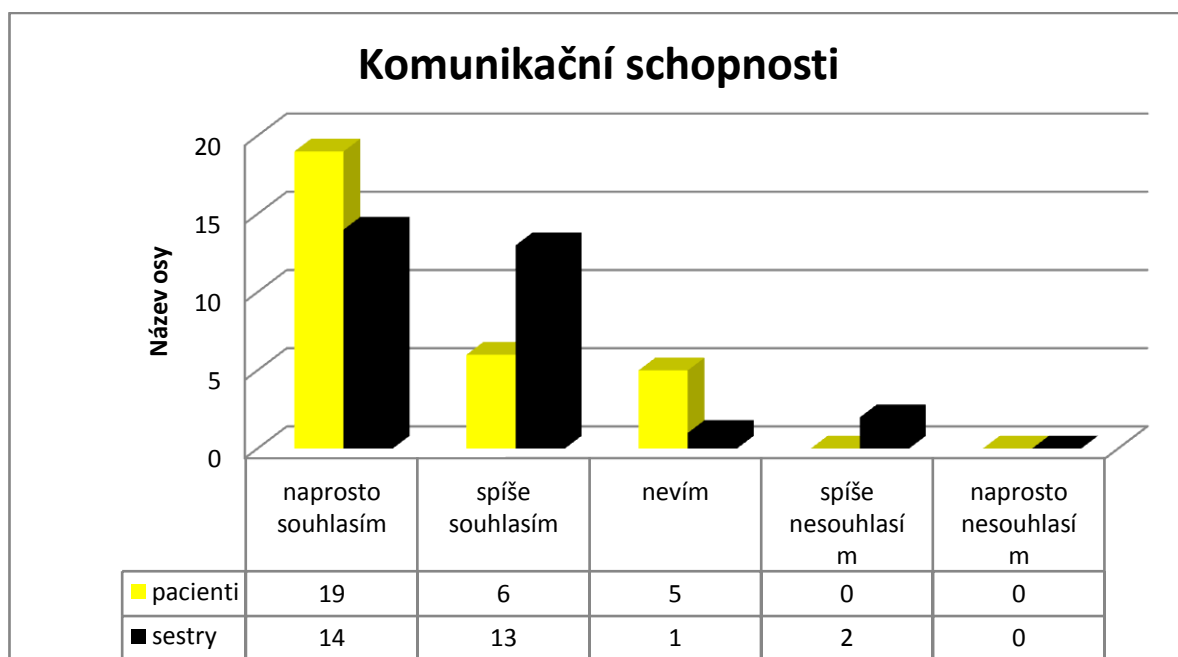
Komentář

60% (18) pacientů je naprosto spokojena, 7% (2) dotazovaných je spíše spokojena, 10% (3) dotazovaných pacientů odpovědělo středovou hodnotou a 23% (7) dotazovaných je spíše nespokojena s frekvencí nabízených tekutin.

23% (8) sester je naprosto spokojena, 43% (13) sester je spíše spokojena a 30% (9) sester je spíše nespokojena s frekvencí nabízených tekutin.

Otázka č. 11

Komunikační schopnosti sester jsou na vysoké úrovni.



Obr. 15 -Komunikační schopnosti sester

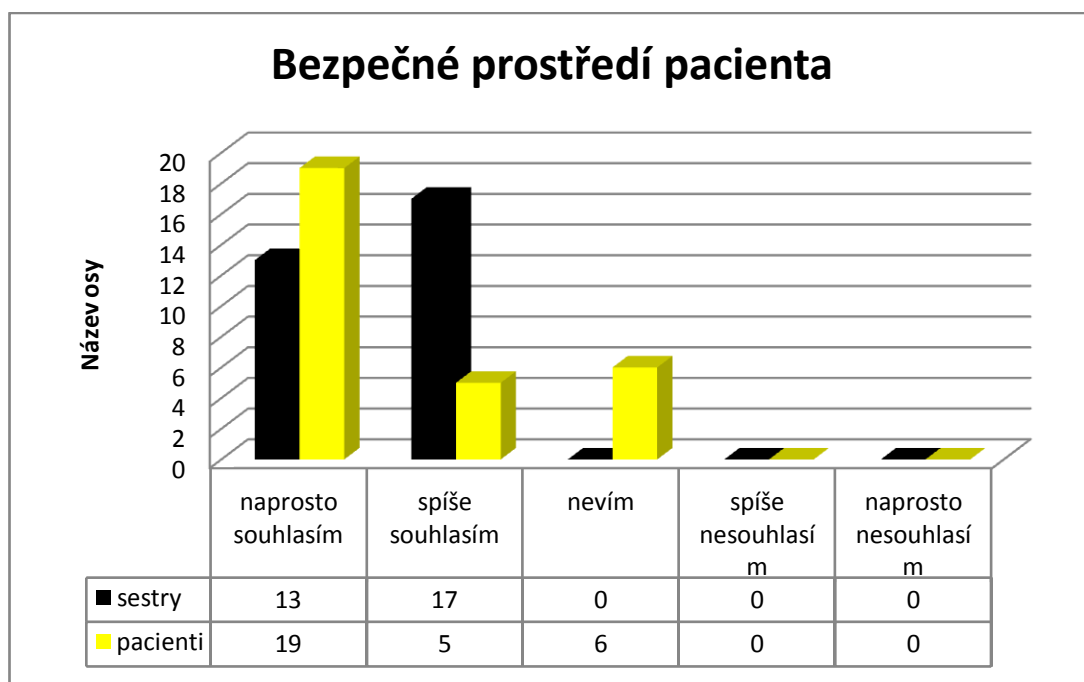
Komentář

63% (19) pacientů naprosto souhlasí s tvrzením, 20% (6) dotazovaných pacientů spíše souhlasí, a 17% (5) pacientů uvedlo středovou hodnotu likertovy škály.

47% (14) sester je naprosto spokojeno se svými komunikačními schopnostmi, 43% (13) sester spíše souhlasí s tvrzením, 3% (1) sestra uvedla středovou hodnotu likertovy škály a 7% (2) spíše nesouhlasí s tímto tvrzením.

Otázka č. 12.

Oddělení zajišťuje bezpečné prostředí pro pacienta.



Obr. 16 -Bezpečné prostředí pacienta

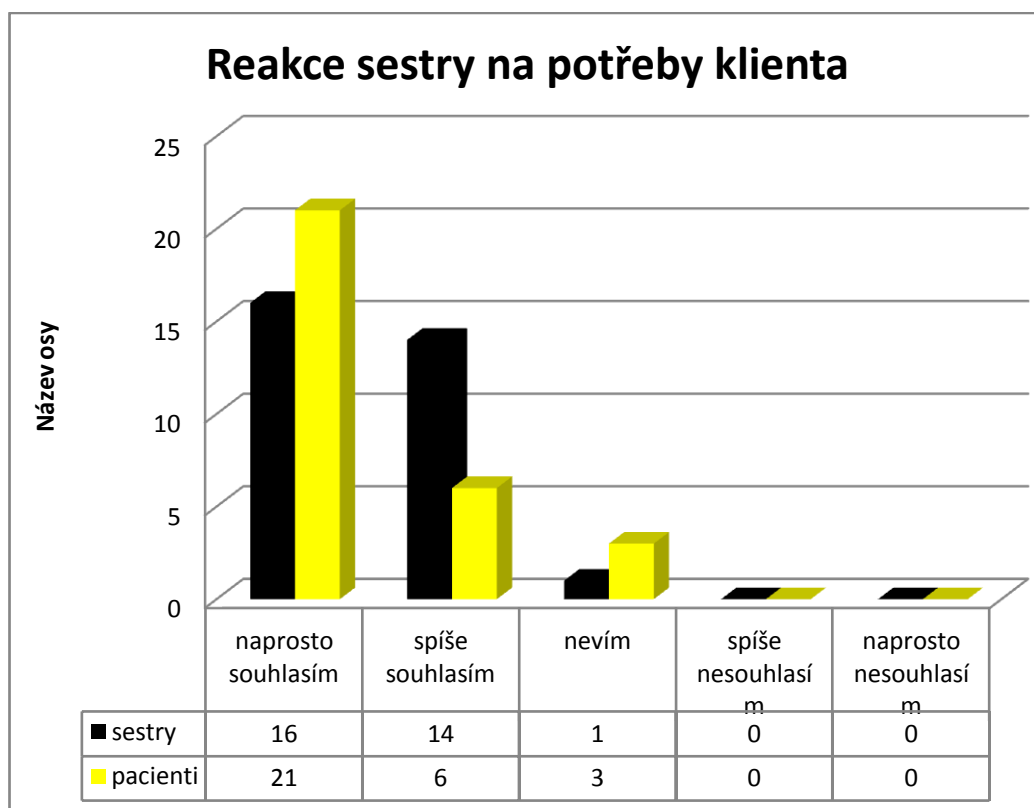
Komentář

S bezpečným prostředím pro pacienta je naprosto spokojeno 63% (19) pacientů, spíše spokojeno je 17% (5) pacientů a středovou hodnotou odpovědělo 20% (6) dotazovaných pacientů.

Dle dotazníkového šetření 43% (13) sester naprosto souhlasí s bezpečným prostředím pacienta a 57% (17) sester spíše souhlasí se zajištěním bezpečného prostředí pro pacienty.

Otázka č. 13.

Sestra reaguje na potřeby pacienta okamžitě.



Obr. 17 -Reakce sestry na potřeby klienta

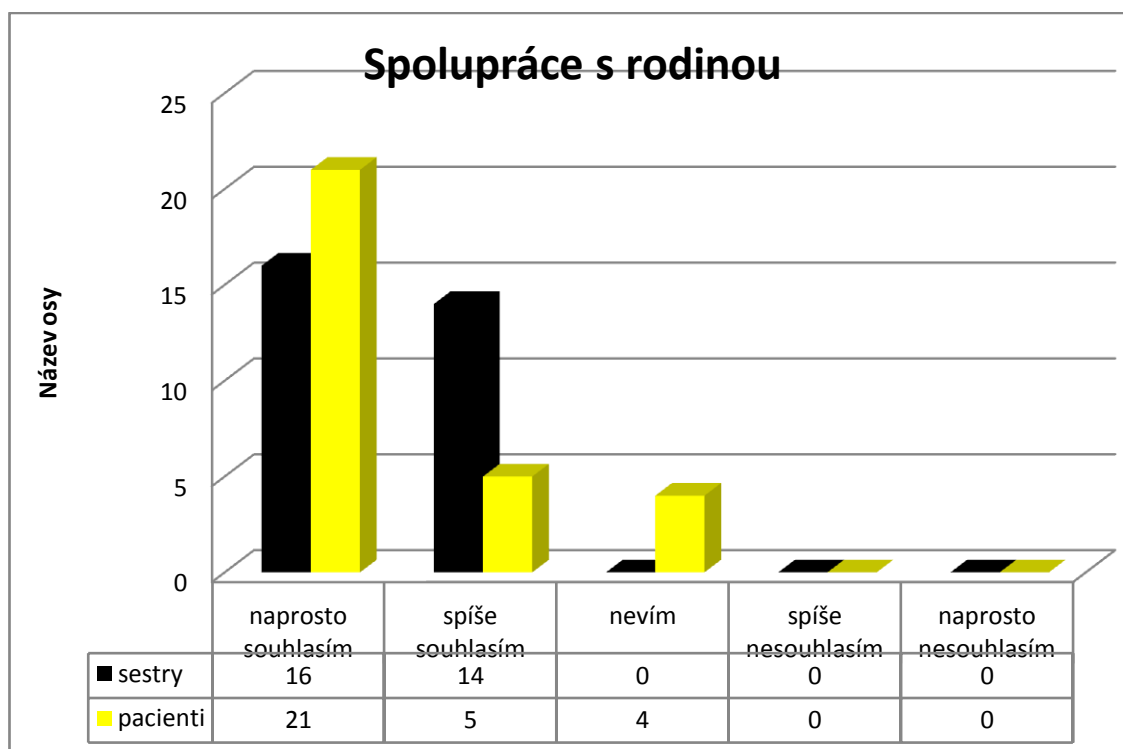
Komentář

Až 70% (21) z dotazovaných pacientů je naprosto spokojena s reakcí sester na jejich potřeby, 20% (6) pacientů spíše souhlasí s tvrzením a 10% (3) dotazovaných uvedlo středovou hodnotu.

52% (16) z dotazovaných sester je naprosto spokojena s reakcí na potřeby klienta, 45% (14) sester je spíše spokojena a 3% (1) sestra uvedla středovou hodnotu „nevím“.

Otázka č. 14.

Personál na oddělení spolupracuje s rodinou klienta.



Obr. 18 -Spolupráce s rodinou

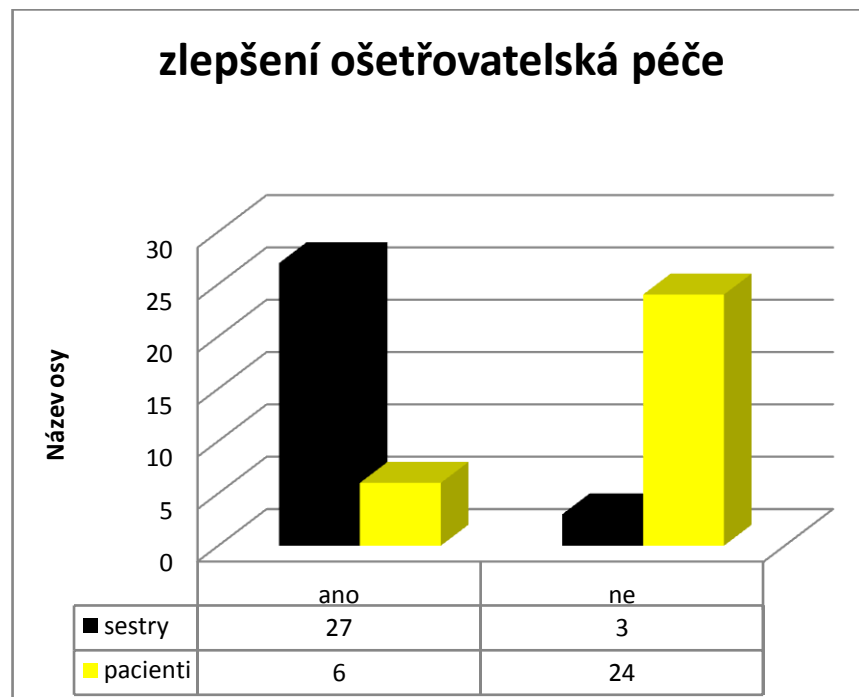
Komentář

Se spoluprací personálu s rodinou je naprosto spokojeno 70% (21) pacientů, 17% (5) pacientů spíše souhlasí s tvrzením a 13% (4) z dotazovaných pacientů uvedlo středovou hodnotu dotazníku, pro nemožnost posouzení.

53% (16) sester naprosto souhlasí s tvrzením a 47% (14) sester je spíše spokojeno.

Otázka č. 15

Chtěl/a byste změnit něco, co by se týkalo úrovně poskytované ošetrovatelské péče?



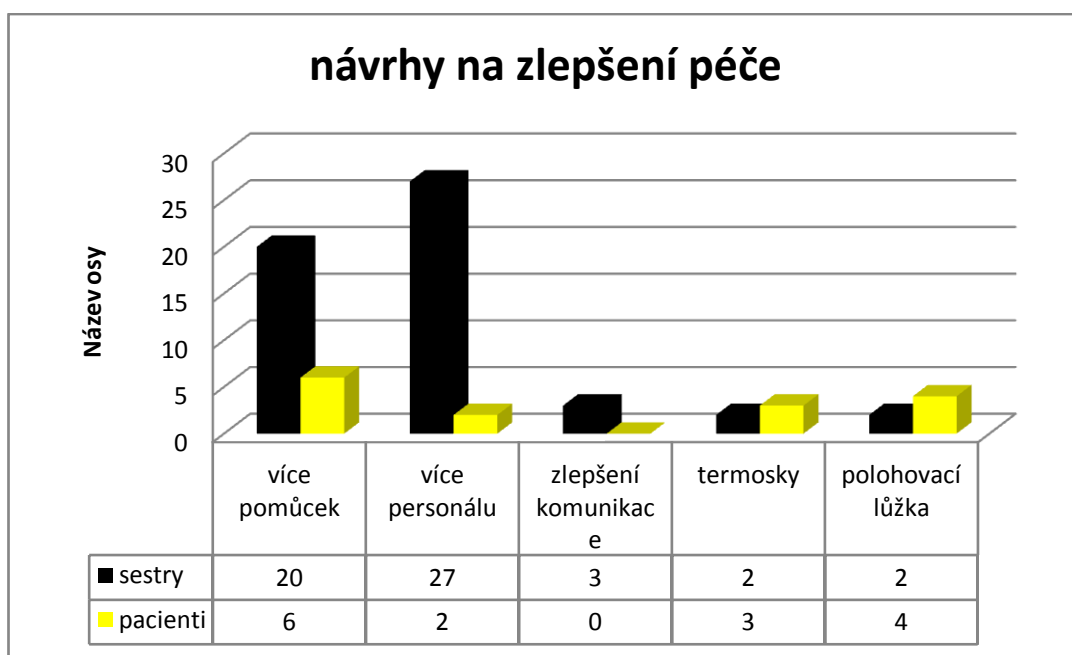
Obr. 19 -zlepšení ošetrovatelská péče

Komentář

80% (24) pacientů na dotaz, zda by něco změnili na úrovni poskytované ošetrovatelské péče odpovědělo „NE“ a 20% (6) si přejí změny při poskytování ošetrovatelské péče.

Naopak naprostá většina sester 90% (27) si přeje něco změnit při poskytování ošetrovatelské péče a 10% (3) sestry nemají potřebu cokoli měnit při ošetřování pacientů.

Otázka č. 16.



Obr. 20 – návrhy na zlepšení péče

Komentář

Více pomůcek si přeje 100% (6) z těch pacientů, kteří si přejí změny k ošetřovatelské péči a to především vozíky, pojízdná WC, polohovací pomůcky atd. 80% (4) pacienti si přejí zastaralá kovová lůžka vyměnit za polohovací, 50% (3) pacienti vyslovili přání o termosky na čaj a 40% (2) pacienti si přejí více personálu.

Naprostá většina všeobecných sester 100% (27) si přejí více ošetřovatelského personálu, 89% (20) sester si přeje oddělení vybavit dostatečným množstvím pomůcek, polohovací lůžka, 7% (2) sestry vyslovily přání o termosky na čaj pro pacienty, 10% (3) sestry, by si přály zlepšit komunikaci s pacienty, uvítaly by přednášky k asertivitě.

3 Diskuze

Po provedené analýze odpovědí z dotazníkového šetření jsme dospěly k následujícím výsledkům.

Výzkumná otázka č. 1. Zmapovat úroveň kvality poskytované hygienické péče z pohledu všeobecných sester a pacientů/klientů.

Výsledek je zřejmý z vyhodnocení dotazníkové otázky č. 1, 2. a 3. V dotazníkovém šetření nás zajímala především dostupnost pomůcek k provádění hygienické péče, kvalita prováděné hygieny a také spokojenost sester a pacientů s možnostmi celkové hygienické péče (sprchování) na oddělení. Na otázku č. 1., zda je hygienická péče poskytovaná na oddělení na velmi dobré úrovni, odpověděla polovina pacientů na hodnotící škále jedničkou. 50% dotazovaných pacientů je naprosto spokojeno s úrovní hygienické péče, 30% klientů spíše souhlasí s tvrzením, 13% klientů odpovědělo středovou hodnotou, nemohou tvrzení vyvrátit ani potvrdit, neboť jsou naprosto soběstační a hygienickou péči si provádějí sami. 7% pacientů s tímto tvrzením nesouhlasí, přáli by si provádět hygienickou péči více v soukromí klienta a dle jejich individuálních potřeb.

Sestry jsou ve velké většině naprosto či spíše spokojené s kvalitou hygienické péče jakou poskytují svým klientům v rámci možností oddělení. Pouze jedna sestra uvedla na hodnotící škále, že spíše nesouhlasí s tvrzením. Přála by si též individualizovat hygienickou péči dle potřeb klienta, což bohužel v běžném provozu zdravotnického zařízení není reálné. Hygienická péče se na oddělení provádí každé ráno a potom během dne je samozřejmě zajištěna hygiena po vyprázdnění dle potřeby.

Na otázku č 2., zda je oddělení vybaveno dostatečným množstvím pomůcek k zajištění důkladné hygienické péče odpovědělo 53% pacientů kladně, 30% klientů s tímto tvrzením spíše souhlasí a 17% dotazovaných klientů uvedlo středovou hodnotu. Většina klientů mají své hygienické potřeby, pokud potřebují čisté prádlo, ošetřující personál jej mění denně či podle potřeby. Prostory k provádění hygienické péče jsou pro pacienty dostačující, součástí každého pokoje je sociální zařízení se sprchou, zajištěné bezbariérovým přístupem. Pouze pacienti, umístění na pětilůžkovém pokoji, by si přáli lepší dostupnost a více soukromí.

Všeobecné sestry naopak postrádají potřebné pomůcky. 17% sester je naprosto spokojeno s dostupností pomůcek, 43% sester spíše souhlasí, 27% sester spíše nesouhlasí a 13% je naprosto nespokojeno. Personál na oddělení doporučuje pacientům a jejich příbuzným o donesení potřebných hygienických potřeb, pacient pak má tyto hygienické potřeby uloženy

na nočním stolku či v kapsáři u lůžka. V případě provádění hygienické péče je tak snadná dostupnost těchto potřebných věcí. Často se ale stává, že klient tyto věci postrádá a provádění hygienické péče je pak narušeno odbíháním sestry. Personál si také stěžuje na nedostatek koupacích lůžek a mobilních WC („gramofonů“). Nevhodné je také nedostatečné množství sociálního zařízení na velký počet pacientů, což je problém na vícelůžkových pokojích.

V otázce č. 3 jsme se dotazovaly, zda je dostačující pro sestry i pro klienty sprchování (celková koupel) pacientů 1 x týdně. Bylo překvapivé zjištění, že až 60% klientů s tímto tvrzením naprosto souhlasí, mnohdy dokonce pacienti odmítají sprchování, 7% spíše souhlasí, 13% klientů odpovědělo středovou hodnotou „nevím“ a pro 20% je frekvence celkové koupele 1 x týdně spíše nedostačující.

Všeobecné sestry uvádějí v 23% naprosto dostačující frekvenci celkové koupele, 40% sester spíše souhlasí s tímto tvrzením a 37% spíše nesouhlasí. Mnohé sestry na tomto oddělení by si přály častější frekvenci sprchování pacientů, zvýšila by se tak kvalita ošetrovatelské péče a spokojenost pacientů. Pro nedostatek ošetřujícího personálu na oddělení není bohužel častější frekvence celkové koupele reálná. Využívají tak možnosti studentů při plnění jejich odborné praxe k uspokojování této potřeby klientům.

Výzkumná otázka č. 2. Zmapovat úroveň podávání stravy pacientům (zavodňování, krmení) z pohledu všeobecných sester a pacientů/klientů.

Na dotazníkové šetření této problematiky je zaměřena otázka č. 7, 8, 9, 10. Zajímala nás především chutnost stravy, kvalita podávané stravy, dostačující velikost porce stravy pro pacienty, a nabízení tekutin personálem, zavodňování pacientů.

Výsledek tohoto šetření jsem porovnávala s výzkumnou prací Bc. Lenky Jakubínové (Kvalita ošetrovatelské péče versus kvalita života na LDN, 2009), která zjišťovala kvalitu života na oddělení dlouhodobé péče. Délka hospitalizace i věk klientů se shoduje. Při srovnání těchto dvou průzkumů je možné sledovat spokojenost pacientů v oblasti stravování na obou stranách. Na otázku č. 7. Chutnost stravy na oddělení na dobré úrovni odpovědělo 54% nejlepší hodnotou na škále dotazníkového šetření, 13% dotazovaných klientů spíše souhlasí, 10% klientů odpovědělo středovou hodnotou Likertovy škály a 23% pacientů spíše nesouhlasí s tímto tvrzením. Tito pacienti mají většinou omezující dietní opatření z důvodu základního onemocnění. Jinak jsou klienti obecně s chutností stravy podávané na oddělení spíše spokojeni.

Na tuto otázku sestry odpověděly v 70% spíše kladně, 7% sester odpovědělo středovou hodnotou a 23% sester spíše nesouhlasí s chutností. Všeobecné sestry uvádějí nespokojenost s chutností stravy především u dietního omezení. Uvádějí méně možností obměn chutí u kašovitých diet. V současné době probíhá na tomto oddělení, na žádost sester, obměna kašovitých diet. Všeobecné sestry spolupracují s dietními sestrami a samy daly návrh na řešení tohoto problému.

V otázce č. 8 nás zajímala spokojenost s kvalitou podávané stravy. 57% pacientů je naprosto spokojeno s kvalitou stravy, 10% klientů je také spíše spokojeno, 10% dotazovaných uvedlo středovou hodnotu a 23% pacientů je spíše nespokojeno. Pacienti hospitalizovaní na tomto oddělení uvádějí nespokojenost spíše s velkou častostí opakujících se potravin či jídel. Často se střídají tvarohy, pomazánky, jogurty jak na snídani, tak k večeři.

60% sester je s kvalitou stravy spíše nebo naprosto spokojena, 27% sester s kvalitou stravy spíše nesouhlasí. Taktéž jako pacienti vidí nedostatek v často se opakujících porcích snídaně i studené večeře.

V otázce č. 9 nás zajímalo, zda jsou porce stravy pro pacienty dostačující. Všichni dotazující pacienti odpověděli kladně, naprosto souhlasí nebo spíše souhlasí s tvrzením.

83% sester také s tímto tvrzením naprosto nebo spíše souhlasí, pouze 17% všeobecných sester spíše nesouhlasí s dostačující velikostí porce pro pacienty. Uvádějí zde, problém opět při podávání studené večeře.

Na dostačující frekvenci nabízených tekutin především imobilním pacientů jsme se ptaly v otázce č. 10. I zde odpovědělo 67% pacientů kladně, 10% pacientů odpovědělo středovou hodnotou a 23% spíše nesouhlasí s dostačující frekvencí nabízených tekutin.

Odpovědi na tuto otázku od sester byly v 70% zastoupení kladné a 30% sester spíše nesouhlasí s tímto tvrzením.

K této výzkumné otázce se domnívám, že obecně stravování na oddělení je spíše na dobré úrovni. Dle mých postřehů je strava pro pacienty chutná a v dostatečném množství. Jen je zde problém u kašovitých diet, které se dle stavu pacientů na těchto odděleních podávají velmi často. Na oddělení ale již sestry spolupracují s dietními sestrami a usilují o zlepšení úrovně v tomto směru.

Výzkumná otázka č. 3. Zjistit jaká je spokojenost pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí.

V této výzkumné otázce jsem měla opět možnost porovnání s bakalářskou prací BC. Lenky Jakubínové, 2009. I v této problematice se oba výzkumy shodují, klienti odpovídali spíše kladně. Z toho vyplývá, že úroveň ošetrovatelské péče na LDN je na dobré úrovni a pacienti jsou s poskytovanou péčí spokojeni. Této problematice se věnujeme v otázce č. 4., 11., 13., 14., 15. a 16. Zajímala nás především na jaké úrovni je prováděna ošetrovatelská rehabilitace na oddělení, jak sestra reaguje na potřeby klienta, zda jsou pacienti spokojeni s komunikací sester na oddělení, zda oddělení spolupracuje s rodinou klienta a také co by pacienti, ale i sestry měnili na úrovni poskytované péče na oddělení.

V otázce č. 4. nás zajímala úroveň prováděné ošetrovatelské rehabilitace, zde až 83% pacientů odpovědělo kladně, 10% zvolilo středovou hodnotu dotazníku a 7% spíše nesouhlasí. Zde bych viděla jako nedostatek občasné nešetrné, nevědomé zacházení s pacienty při přesouvání z lůžka do křesla, při polohování atd. Je třeba si vždy uvědomovat jak je důležité šetrné zacházení s pacientem při manipulaci, předcházet tak poranění u pacientů. Je nutné zacházet s pacientem tak, aby nepocíťoval bolest při manipulaci, snažit se zapojovat pacienta, povzbuzovat ho k aktivizaci při jakémkoli úkonu.

Všeobecné sestry se k této otázce vyjádřily v 64% kladně a 36% spíše s tímto tvrzením nesouhlasí. Tyto sestry uvedly nedostatek času na pacienta, díky malému počtu personálu a neustále narůstající administrativě.

V otázce č. 11. nás zajímaly komunikační schopnosti sester. Většina pacientů naprosto nebo spíše souhlasila s tvrzením, pouze 17% pacientů odpovědělo středovou hodnotou.

Také většina všeobecných sester odpověděla spíše kladně, ale 7% sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí. Domnívám se, že i tady je prostor na zdokonalení. Bylo by vhodné např. proškolení personálu v této oblasti, sestry pracující s nemocnými, imobilními pacienty, musí myslet na zachování důstojnosti každého člověka. Komunikace je jedním ze základních prvků při utváření mezilidských vztahů. Pokud umíme aktivně naslouchat, jsme schopni také daleko lépe zachycovat mimořečové signály. Dobrá komunikace znamená soulad verbálních i neverbálních sdělení. Komunikace je důležitá pro vztah zdravotníka a pacienta.

V otázce č. 13. jsme zjišťovaly, zda sestra reaguje na potřeby klienta okamžitě. 90% pacientů s tímto tvrzením souhlasí, pouze 10% dotazovaných klientů odpovědělo středovou hodnotou Likertovy škály.

Všeobecné sestry také odpověděly v naprosté většině kladně. Snaží se reagovat na potřeby klienta téměř okamžitě.

V otázce č. 14. nás zajímala spolupráce personálu s rodinou pacienta. Na tuto otázku odpověděla naprostá většina pacientů i všeobecných sester kladně. Pouze 13% klientů uvedlo středovou hodnotu „nevím“. Tito pacienti nemají možnost posouzení. Domnívám se, že personál oddělení se snaží s rodinou klienta spolupracovat, zapojovat rodinu do léčebného režimu pacienta, podporovat rodinu při aktivizaci pacienta, sociální sestra pomáhá rodině i pacientovi najít v případě potřeby vhodné sociální zázemí.

V otázce č. 15. a 16. jsme zjišťovaly, zda by pacienti a sestry změnili něco, co by zlepšilo úroveň ošetrovatelské péče. Na tuto otázku pouze 20% pacientů odpovědělo kladně. Objevovaly se zde názory většinou na vybavení oddělení pro zlepšení komfortu pacienta. Pacienti vyslovili přání o vybavení oddělení pomůckami, především pojízdnými vozíky, chodítky pro pacienty, bylo by vhodné individualizovat pojízdné WC „gramofony“. I přesto, že oddělení jsou vybavena většinou elektrickými polohovacími lůžky, stále ještě několik lůžek je klasických, železných a pacienti si přejí jejich obměnu. Padl zde názor také na vybavení oddělení termoskami na čaj, aby měli pacienti k dispozici teplý čaj, především v zimě. Líbilo se mi, že oddělení okamžitě zareagovalo na toto přání klientů a dnes mají klienti termosky na čaj již k dispozici.

Naopak naprostá většina všeobecných sester (90%) si přeje změnu ke zlepšení úrovně ošetrovatelské péče. Sestry udávají v naprosté většině nedostatek personálu, nedostatečné množství pomůcek ke zkvalitnění péče, některé sestry si stěžují na špatné interpersonální vztahy, špatnou komunikaci s pacienty. Domnívám se, že dnes jsou na sestry všeobecně kladeny vysoké nároky, sestry pracují pod neustálým tlakem. Na oddělení je většina klientů imobilních a ve špatném stavu, často potřebující akutní řešení. Přibylo administrativní práce a personálu, jaký je aktuálně možný na směnu je naprosto nedostačující. Ale i přes zhoršené podmínky na oddělení musí sestra především myslet na osobnost pacienta a na jeho potřeby, které je třeba uspokojovat.

Výzkumná otázka č. 4. Zjistit, zda oddělení zajišťuje bezpečné prostředí pro klienty z pohledu všeobecných sester a pacientů/klientů.

Výsledek je zřejmý především z otázek č. 12. a 13., kde jsme zjišťovaly, zda se pacienti cítí bezpečně na oddělení a zda si sestry myslí, jestli mohou zajistit bezpečné prostředí pro klienty. K otázce č. 13 jsem se již vyjadřovala, na otázku č. 12. zda oddělení zajišťuje

bezpečné prostředí pro klienta, odpovědělo 80% pacientů kladně a 20% klientů odpovědí „nevím“, naprostá většina sester odpovědělo kladně. I přes tyto kladné odpovědi se domnívám, že zajištění bezpečnosti klientům na oddělení je velmi důležité a je třeba si jej uvědomovat. Proto jsem se zaměřila v praktické části na riziko pádu a vytvořila návrh na standard k této problematice. Na oddělení je pravidelně každých 14 dní prováděn screening rizika pádu (viz. Příloha č. 5.) a výsledky se zaznamenávají do dokumentace.

4 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou ošetrovatelské péče na oddělení LDN ze strany pacientů i všeobecných sester. V očích laické veřejnosti je vnímána následná péče jako „to poslední“, lidé se často domnívají, že odtud již nemocný nikam neodchází a dožívá v tomto zařízení i dlouhá léta. V dnešní době je pro seniory spousta zařízení sociální péče, kde starý člověk, odkázaný na pomoc druhé osoby, může žít kvalitní život. Pokud již nemocný nepotřebuje lékařskou péči, snaží se zdravotníci ve spolupráci se sociálními pracovníky tohoto oddělení a rodinou klienta co nejdříve umístit nemocného do domova pro seniory, či jiného zařízení. V nejlepším možném případě, pokud to dovoluje zdravotní stav pacienta a je zde podpora ze strany rodiny, propouští se pacient do domácího ošetřování, případně se doporučují služby agentury domácí péče.

Cílem práce bylo zjistit, jaká je spokojenost klientů s poskytováním hygienické péče a zároveň, jak jsou sestry spokojeny s podmínkami na oddělení při provádění hygienické péče pacientům. Zajímala nás dostupnost pomůcek k provádění hygieny, dostačující frekvence celkové koupele a kvalita poskytované hygienické péče. Většina pacientů i všeobecných sester je spokojena s kvalitou prováděné hygieny, někteří pacienti i sestry by uvítali častější frekvenci celkové koupele, sestry i pacienti si přejí více dostupných pomůcek. Domnívám se, že je neustále co zlepšovat i v oblastech týkajících se provádění osobní hygieny, polohování a prevence dekubitů u pacientů. Na oddělení je nedostatek prostoru k zajištění soukromí při hygieně. Některé pokoje jsou pěti i šesti lůžkové, kde bohužel není možné zajistit dostatek soukromí, které každý člověk potřebuje. Respektovat důstojnost pacienta je neodmyslitelný základ pro kvalitní, profesionální a humánní ošetrovatelskou péči.

Dalším cílem práce bylo zjistit jaká je spokojenost klientů i sester s kvalitou a chutností stravy podávané na oddělení. Dotazníkové šetření ukazuje, že jsou sestry i pacienti spíše spokojeni se stravováním na oddělení. Dle mého názoru je kvalita i chutnost stravy na oddělení na dobré úrovni, porce jídla jsou dostačující. Problém, které na oddělení řeší zdravotní sestry je kašovitá strava pro pacienty, která je často jednotvárná. Oddělení spolupracuje s dietními sestrami a snaží se společně obměnit možnosti kašovité stravy a zlepšit tak chutnost jídel pro pacienty. Všeobecné sestry spolupracují s rodinami klientů a doporučují zakoupit pro pacienty nutridrinky či jiné doplňky stravy. Domnívám se, že posílení zdravotníků na oddělení by přispělo ke zkvalitnění péče i v tomto ohledu.

Jeden z cílů práce bylo také zjistit, zda oddělení zajišťuje bezpečné prostředí. Naprostá většina všeobecných sester i klientů souhlasí s tím, že oddělení zajišťuje bezpečné prostředí. S reakcí sestry na potřeby pacienta jsou spokojeny obě skupiny dotazovaných. I přes spokojenost z obou stran, je dle mého názoru velmi důležité tuto oblast neopomínat a zaměřovat se na prevenci pádů, které jsou u seniorů a nemocných lidí velmi časté. I přesto, že všeobecné sestry na oddělení vyhodnocují pravidelně u každého pacienta riziko pádu i Barthelův test, je třeba mít stále na paměti toto riziko a uvědomit si, že je v našich možnostech tuto nežádoucí událost eliminovat. Proto jsem se v praktické části zaměřila na danou problematiku a vytvořila tak „návrh na strukturální standard prevence pádů“. Dle těchto výsledků je nutno plánovat ošetrovatelskou péči a přistupovat tak k pacientům.

Posledním z výzkumných cílů bylo zjistit spokojenost klientů při poskytování ošetrovatelské péče s vyjádřením názorů na jejich zlepšení. Je velmi uspokojivé, že většina klientů je s ošetrovatelskou péčí na oddělení spokojena. K tomu dle mého názoru přispívá především skutečnost, že oddělení spolupracuje s dobrovolníky, kteří pravidelně připravují pro pacienty různé programy. Oddělení se snaží pacientům zpestřit pobyt na oddělení a uspokojit alespoň částečně spirituální potřeby pořádáním bohoslužeb pro klienty. Všeobecné sestry naopak nejsou spokojeny s podmínkami při poskytování ošetrovatelské péče. Mají pocit vytíženosti, cítí se vyčerpané, stěžují si na nedostatek ošetrujícího personálu a narůstající administrativní povinnosti. Tato negativa se mohou odrazit v nedokonalé péči o pacienta a může dojít k zanedbávání uspokojování potřeb klienta. Přes tuto skutečnost nesmíme zapomínat, že všichni nemocní, o které se staráme, jsou osobnostmi, jež si zaslouhují úctu. Přála bych si, abychom se pokusili své pacienty chápat a přistupovali k nim tak, jak bychom chtěli, aby bylo zacházeno s námi. Tím jistě přispějeme k humanizaci našeho zdravotnictví.

Seznam použité literatury a pramenů

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTLOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2.
2. BOSSEN, A. 2010. *The Importance of Getting Back to Nature for People with Dementia*. Journal of Gerontological Nursing. 2010, vol. 2, p. 1-10.
3. BROWN, J.B., BEDFORD, N.K., White, J.S. *Gerontological Protocols for Nurse Practitioners*. Philadelphia. Lippincott-Raven Publishers, 1998. ISBN 0-7817-1567-.
4. DISMAN, M., Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8.
5. GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2002. ISBN 80-7013-363-5.
7. ILESE, J. SMITH. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Grada Publishing, a.s. 2007. ISBN 80-247-1715-8.
8. JAKUBÍNOVÁ, Lenka. *Kvalita ošetrovatelské péče versus kvalita života v LDN* [s. l.], 2009. 116 s. Masarykova univerzita Brno. Vedoucí bakalářské práce Natálie Beharková.
9. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vydání. Ostrava: ostravská univerzita zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
10. JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 80-247-0585-0.
11. KALVACH, Z. A KOL. AUTORŮ. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
12. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří*. 1. vydání. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
13. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatrie a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6.

14. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
15. KRIŠKOVÁ, A., *Profesionálne opatrovatel'stvo – oblasti opatrovania a aktivácia seniorov*. Martin: Osveta, 2010. 201 s. ISBN 978-80-8063-329-5
16. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatel'ství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing,a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
17. LAGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing,a.s., 2006. ISBN 80-247-1284-9.
18. MADAR, J., a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0585- 0.
19. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 987-80-247-3171-1.
20. MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatel'ství: II. díl, Systémový přístup*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 80-246-0429-9.
21. NEMÉTH, F., A KOLEKTIV, *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2009. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1
22. PAYNE, C. *Quality Assurance of Long Term Care for the Elderly: An English Perspective*. Leicester: De Montfort University, 2007
23. PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatel'ství II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 987-80-247-3558-0.
24. PROGRAM PRO SENIORY. HELPNET. *Helpnet.cz*[online]. 2013 [cit. 2013-08-03] Dostupné z: www.helpnet.cz/seniori/weby-pro-seniory
25. PROGRAM PRO SENIORY. NADĚJE. *Naděje.cz*[online]. 2013 [cit. 2013-08-03] Dostupné z: <http://www.nadeje.cz/>
26. PŘÍSPĚVEK NA PÉČI. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. MSPV: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online].MPSV, 2012 [cit. 2013-08-03]
27. ROKYTA, R., FRICOVÁ, J. *Léčba bolesti ve stáří*. Praha: Mladá fronta a.s., 2012.

28. SCHULER, M., OSTER, P. *Geriatric od A do Z: pro sestry*. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 987-80-247-3013-4.
29. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství: Hodnotící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: IDV PZ Brno, 2001. ISBN 80-7013-323-6.
30. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
31. ŠTIKAR, J., HOSKOVEC, J., ŠMOLÍKOVÁ, J. *Bezpečná mobilita ve stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978- 80- 246- 1339- 0.
32. TOPINKOVÁ EVA. *Geriatric pro praxi*. Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
33. TRACHTOVÁ, E a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDV PZ, 2001. ISBN 80-7013-324-4.
34. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 2. vydání. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7178- 308-0.
35. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-12-62-8.

Seznam příloh

Příloha 1. -MMT

Příloha 2. - Barthelův test základních všedních činností./ADL-activitydailyliving

Příloha 3. – Dotazník

Příloha 4. -Návrh strukturálního standardu

Příloha č. 5- Zjištění rizika pádu

Abecední seznam užitých zkratk

Apod. – a podobně

Atd. – a tak dále

č. – číslo

ČR - Česká republika

ISO – International Organization for Standardization

JCIA – Joint Commission International Accreditation

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

MMT – Mini-Mental State Examination

MZ ČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Např. – například

Obr. – obrázek

SAK – Spojená Akreditační Komise

SZO - Světová zdravotnická organizace

Tzv. – takzvaný

Viz. – k vidění

WHO - World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

Seznam obrázků

Obr. 1 -Počet dotazovaných pacientů

Obr. 2 -Počet dotazovaných sester

Obr. 3 - Délka praxe sester

Obr. 4 – Délka hospitalizace klientů

Obr. 5 -Hygienická péče

Obr. 6 -Dostupnost pomůcek

Obr. 7 -Celková koupel pacientů

Obr. 8 -Provádění ošetrovatelské RHB.

Obr. 9 -Personál k RHB

Obr. 10 -Pomůcky k RHB

Obr. 11 -Chutnost stravy

Obr. 12 -Kvalita stravy

Obr. 13 -Velikost porcí

Obr. 14 -Nabízení tekutin

Obr. 15 -Komunikační schopnosti sester

Obr. 16 -Bezpečné prostředí pacienta

Obr. 17 -Reakce sestry na potřeby klienta

Obr. 18 -Spolupráce s rodinou

Obr. 19 -zlepšení ošetrovatelská péče

Obr. 20 – návrhy na zlepšení péče


Přílohy

Příloha 1. -MMT

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Patient's Name: _____ Date: _____

Instructions: Score one point for each correct response within each question or activity.

Maximum Score	Patient's Score	Questions
5		"What is the year? Season? Date? Day? Month?"
5		"Where are we now? State? County? Town/city? Hospital? Floor?"
3		The examiner names three unrelated objects clearly and slowly, then the instructor asks the patient to name all three of them. The patient's response is used for scoring. The examiner repeats them until patient learns all of them, if possible.
5		"I would like you to count backward from 100 by sevens." (93, 86, 79, 72, 65, ...) Alternative: "Spell WORLD backwards." (D-L-R-O-W)
3		"Earlier I told you the names of three things. Can you tell me what those were?"
2		Show the patient two simple objects, such as a wristwatch and a pencil, and ask the patient to name them.
1		"Repeat the phrase: 'No ifs, ands, or buts.'"
3		"Take the paper in your right hand, fold it in half, and put it on the floor." (The examiner gives the patient a piece of blank paper.)
1		"Please read this and do what it says." (Written instruction is "Close your eyes.")
1		"Make up and write a sentence about anything." (This sentence must contain a noun and a verb.)
1		"Please copy this picture." (The examiner gives the patient a blank piece of paper and asks him/her to draw the symbol below. All 10 angles must be present and two must intersect.) 
30		TOTAL

(Topinková,2005)

Příloha 2. - **Barthelův test základních všedních činností./ADL - activitydailyliving)**

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10

		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomocí	10
		S pomocí	05
		neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

(Topinková, 2005)

Příloha 3 - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Šárka Portyšová, jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia ošetrovatelství. Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Ráda bych Vás touto cestou poprosila o vyplnění tohoto dotazníku, který bude součástí výzkumu v mé bakalářské práci na téma „Ošetrovatelská péče v podmínkách LDN očima sestry a pacienta“. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity pouze pro moji bakalářskou práci. Prosím řiďte se pokyny u jednotlivých otázek. Případné další postřehy a názory, prosím pište na druhou stranu tohoto dotazníku.

Vážím si Vašeho času a děkuji za spolupráci.

Pohlaví

- Muž
- Žena

Vztah ke zdravotnickému zařízení

Pacient..... Jak dlouho jste v LDN hospitalizován?

- 14 – 20 dnů
- 21 – 30dnů
- nad 31 dnů

• Sestra..... Jak dlouho pracujete v LDN?

- do 2 let
- 3- 10let
- 11 – 15 let
- nad 16 let

	<i>Naprostou souhlasím</i>	<i>Spíše souhlasím</i>	<i>Nevím</i>	<i>Spíše nesouhlasím</i>	<i>Naprostou nesouhlasím</i>
<ul style="list-style-type: none">• Hygienická péče na oddělení je na velmi dobré úrovni.					
<ul style="list-style-type: none">• Oddělení má dostatečné množství pomůcek (koupací lůžka, hygienické pomůcky, vozíky, dostatečné prostoty) k provádění hygienické péče.					

<ul style="list-style-type: none"> • Celková koupel pacientů (sprchování) je dostačující 1x týdně. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Provádění ošetrovatelské RHB (polohování pacientů, nácvik sebeobsluhy, vysazování do křesla, nácvik chůze) na tomto oddělení je na dobré úrovni. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Personálu k provádění ošetrovatelské rehabilitace je dostatek. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Pomůcek k provádění ošetrovatelské RHB je na oddělení dostatek. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Chutnost stravy podávaná na oddělení je na dobré úrovni. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Kvalita podávané stravy na oddělení je dobrá 					
<ul style="list-style-type: none"> • Velikost porcí jídel podávaná na oddělení je pro mě dostačující. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Frekvence nabízených tekutin je pro mě dostačující. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Komunikační schopnosti sester jsou na vysoké úrovni. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Oddělení poskytuje pacientovi bezpečné prostředí (zajištění lůžka, bezpečnost na pokoji, signalizační zařízení). 					

<ul style="list-style-type: none"> • Sestra reaguje na potřeby pacienta okamžitě. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Personál na oddělení spolupracuje s rodinou pacienta. 					

- **Chtěl/a byste změnit něco, co by se týkalo úrovně poskytované ošetrovatelské péče?**

- **Ano**

- **Ne**

- **Pokud jste v předcházející otázce odpověděla Ano, napište prosím, co byste změnil/a?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

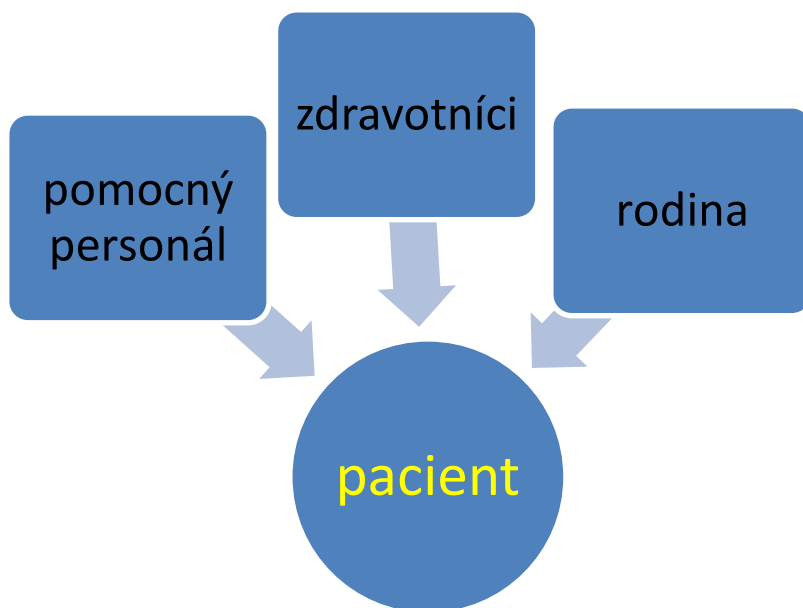
Návrh strukturálního standardu

Prevence pádů

Na základě skutečnosti, že pády pacientů patří mezi jeden z indikátorů kvality ošetrovatelské péče, musí zdravotnická zařízení vést evidenci pádů pacientů, pravidelně analyzovat výsledky tohoto sledování a realizovat nápravná opatření.

Příčiny pádů

- **Vnitřní faktory** – zlomeniny, popáleniny, pacienti s demencí, pacienti užívající psychofarmaka, antidepresiva aj.
- **Vnější faktory** – nedostatečné osvětlení, mokrá kluzká podlaha, nevhodná úprava schodišť, nezabezpečená lůžka, chybějící madla aj.



Strukturální kritéria

Při přijetí pacienta:

- Seznamte pacienta s prostorovým uspořádáním oddělení (WC, koupelna, jídelní kout, lůžkový pokoj...)- zdravotní sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka
- Seznamte pacienta se signalizací, která umožňuje přivolání pomoci - zdravotní sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka

- Seznamte pacienta s rizikovými místy (překážky v cestě, schodiště.)
- U každého pacienta zhodnoťte riziko vzniku pádu (viz příloha č. 5.)co nejdříve, nejpozději však do 24 hodin od jeho přijetí – všeobecná zdravotní sestra
- Stanovte preventivní opatření a zajistěte jejich realizace - všeobecná zdravotní sestra
- Informujte pacienta o důvodu a způsobu prevence a o opatřeních snižující riziko pádů
- Získejte pacienta i rodinné příslušníky ke spolupráci při prevenci pádu

V průběhu hospitalizace

- Stanovte riziko pádu -všeobecná zdravotní sestra
- Informujte všechny členy ošetřujícího týmu o riziku pádu – staniční sestra
- **Zajistěte realizaci preventivních opatření a to především:**
- U dezorientovaného pacienta se snažte o co nejrychlejší orientaci v jeho okolí - všeobecná zdravotní sestra, zdravotnický asistent
- Doporučte pacientovi s ortostatickou hypotenzí pomalou změnu polohy při vstávání z lůžka nebo křesla - všeobecná zdravotní sestra, zdravotnický asistent
- Zajistěte noční osvětlení pro lepší orientaci pacienta -všeobecná zdravotní sestra, zdravotnický asistent (dbejte na individuální potřeby klienta)
- Zajistěte noční osvětlení pro lepší orientaci pacienta – všeobecná zdravotní sestra, zdravotnický asistent (dbejte na individuální potřeby klienta)
- Přesvědčte se, že má pacient na dosah signalizační zařízení - všeobecná zdravotní sestra, zdravotnický asistent
- Odstraňte pacientovi z cesty všechny možné překážky – při vytírání podlahy používejte kužely pro lepší informovanost pacienta – pomocný personál
- Nabádejte pacienta k používání lokomočních pomůcek – zdravotní sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatelka
- Zajistěte pacientovi zablokováná kolečka u lůžka, event. nočního stolku – zdravotní sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatelka
- Ukládejte pacientovi osobní věci a pomůcky tak, aby byly pro něho snadno dosažitelné - zdravotní sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatelka
- Přehodnocujte pravidelně v průběhu hospitalizace riziko vzniku pádu – všeobecná sestra

Při pádu pacienta

- Zmírněte pád nebo zajistěte měkký dopad, pokud jste přítomen/a pádu
- Nechte pacienta sesunout k podlaze, přidržte hlavu a trup
- Přivolejte pomoc
- Posuďte stav vědomí, schopnost pacienta reagovat na oslovení a zkontrolujte základní životní funkce
- Zajistěte první ošetření pacienta spolu s lékařem
- Zajistěte dle ordinace další potřebná vyšetření a ošetření pacienta
- Zaznamenejte do dokumentace pacienta pád včetně okolností
- Zjistěte příčiny pádu a revidujte a proveďte opatření zabráňující opakování pádu

Mějte na paměti individualitu nemocných a jejich aktuální zdravotní stav, pacienty s rizikem pádu umístěte na pokoji, kde je snadná dosažitelnost ošetřovatelského personálu. Při minimalizaci rizik pádu, předcházejte zbytečnému prodlužování hospitalizace nemocných.

Zjištění rizika pádu

Hodnocení rizika pádu		
Pohyb	neomezený	0
	používá pomůcky	2
	potřebuje pomoc k pohybu	1
	neschopnost pohybu	1
Vyprazdňování	nevyžaduje pomoc	0
	nykturie/inkontinence	1
	vyžaduje pomoc	1
Medikace	neužívá rizikové léky	0
	užívá léky ze skupiny:	1
	anestetika, analgetika,	
	antiepileptika, antiparkinsonika,	
	benzodiazepiny, diuretika,	
opiáty, psychotropní látky		
Smyslové poruchy	žádné	0
	vizuální, sluchové, smyslové	1
Mentální status	orientován	0
	občasná noční dezorientace	1
	dřívější dezorientace/demence	1
Věk	18 - 65	0
	65 - výše	1
Pád	ano	1
CELKEM		
Hodnocení: <input type="checkbox"/> 0 bez rizika <input type="checkbox"/> 1- 3 ↓riziko <input type="checkbox"/> 4 - 6 střední riziko <input type="checkbox"/> 7 - ↑riziko		

Skóre 4 a výše vyžaduje následující:

- označte pacienta červeným identifikačním náramkem, označte dokumentaci
- umístěte na lůžko nebo do jeho okolí výstražné oznámení „Riziko pádu“
- zkontrolujte funkčnost signalizačního zařízení a zajistěte jeho dostupnost pro pacienta
- zajistěte vhodnou obuv, hygienický režim
- zajistěte hygienický režim

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