

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha 5

POTŘEBY SENIORU V ÚSTAVÍ PÉČI

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Romana Hanáčková,DiS.

Praha 2016

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

POTŘEBY SENIORŮ V ÚSTAVNÍ PÉČI

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Romana Hanáčková, DiS

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD.,MPH.



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,

Hanáčková Romana
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

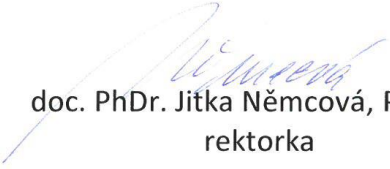
Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Potřeby seniorů v ústavní péči

Die Bedürfnisse von Senioren in Pflegeheimen

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

V Praze dne: 11. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

HANÁČKOVÁ,Romana.Potřeby seniorů v ústavní péči.Vysoká škola zdravotnická,o. p. s.
Stupeň kvalifikace:Bakalář (Bc.). Vedoucí práce:PhDr. Dušan Sysel, PhD.,MPH. Praha. 2016.
52 s.

Bakalářská práce se věnuje potřebám seniorů v ústavní péči.

Jedná se o rozsáhlé téma, proto se zaměřujeme především na potřeby seniorů v ústavní péči.

Práce popisuje seniora, problematiku stárnutí, stáří, možnosti zdravotní a ústavní péče.

Dále je uvedena definice potřeb, jejich dělení, teorii potřeb a popis jednotlivých potřeb.

Klíčová slova:

Potřeby nemocných. Senior. Sociální péče. Ústavní péče.

ABSTRACT

Hanáčková, Romana, *Die Bedürfnisse von Senioren in Pflegeheimen*. Die Gesundheitshochschule, o. p. s. Der Qualifikationsgrad: Der Bachelor (Bc.). Der Supervisor der Arbeit: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Prag. 2016. 52 Seiten.

Die Bachelorarbeit widmet sich dem Thema Bedürfnisse von Senioren in Pflegeanstalten. Es handelt sich um ein umfangreiches Thema, deswegen wird nur auf die Bedürfnisse von Senioren in Pflegeanstalten eingegangen. Die Arbeit definiert die Begriffe Senior, Probleme des Älterwerdens, Alter, Möglichkeiten der Gesundheits- und Anstaltspflege.

Weiters wird die Definition von Bedürfnissen, ihre Aufteilung, Theorie von Bedürfnissen und Beschreibung von einzelnen Bedürfnissen angeführt.

Schlüsselwörter:

Bedürfnisse von Kranken. Senior. Sozialpflege. Anstaltspflege.

PŘEDMLUVA

Tématem mé bakalářské práce jsou potřeby seniorů v ústavní péči. Vzhledem k tomu, že pracuji na oddělení následné péče a se seniory se setkávám téměř každý den, vybrala jsem si právě proto tuto problematiku.

Seniorů neustále přibývá a přibývat bude. Velmi často se při své práci setkávám s tím, že jsou spíše uspokojovány potřeby biologické a potřeby duchovní a spirituální jsou často opomíjeny. Mnohokrát jsem se nad tímto pozastavila a zamyslela. Je velmi důležité psychické potřeby nemocných nepodceňovat, protože pokud tomu tak bude, hrozí seniorům psychická deprivace a následně to vede velmi často ke zhoršení jejich zdravotního stavu a také ke zhoršení kvality jejich života.

Ráda bych touto svou prací přispěla alespoň částečně k tomu, aby se nejen zdravotníci, ale i ostatní, kteří se o nemocné starají, zamysleli a uvědomili si, jak je důležité uspokojovat potřeby biologické, tak i ty psychologické.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

ÚVOD	12
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	13
1.1 DĚLENÍ STÁŘÍ DLE VĚKU	13
1.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ	14
1.3 BIOLOGICKÉ ZMĚNY	14
1.3.1 PSYCHICKÉ ZMĚNY	15
1.3.2 PARKINSONOVA NEMOC	15
1.3.3 ALZHEIMEROVA NEMOC	16
1.3.4 SOCIÁLNÍ ZMĚNY	17
1.4 AGEISMUS	17
2.1 SYNDROM DEMENCE	19
2.2 DEPRESIVNÍ SYNDROM	19
2.3 SYNDROM MALNUTRICE	20
2.4 SYNDROM INSTABILITY S PÁDY	21
2.5 SYNDROM MALADAPTACE	21
2.7 SYNDROM INKONTINENCE	21
2.9 SYNDROM KOGNITIVNÍHO DEFICITU, PORUCH PAMĚTI A	22
2.10 SYNDROM TÝRÁNÍ A ZANEDBÁVÁNÍ STARÉHO ČLOVĚKA	23
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY	24
3.1 ZÁKON Č.108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	24
3.2 DRUHY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY	24
3.2.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY DLE MÍSTA POSKYTOVÁNÍ	24
3.3 DOMÁCÍ PÉČE	25
3.4 DOMOVY PRO SENIORY	25
3.5 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	25
3.6 ODLEHČOVACÍ POBYTOVÉ SLUŽBY	26
3.7 DOMY S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU	26
3.8 KOMUNITNÍ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY	26
VÝŠE PŘÍSPĚVKU PRO OSOBY STARŠÍ 18 LET ZA 1 KALENDÁRNÍ MĚSÍC	27
4 ZDRAVOTNÍ PÉČE O SENIORY	28
4.1 ÚSTAVNÍ PÉČE O SENIORY	28
4.2 HOSPICE	29
4.3 SOCIÁLNÍ LŮŽKA VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH	29
4.4 ZDRAVOTNÍ PÉČE O SENIORY	29

SPECIFIKA ZDRAVOTNÍ PÉČE O SENIORY JSOU OVLIVNĚNY:	30
SPECIFIKA ZDRAVOTNÍ PÉČE O SENIORY ROZDĚLUJEME DO TŘÍ OBLASTÍ:	30
5 PÉČE O SENIORY	31
6 POTŘEBY PACIENTŮ.....	32
6.1 ROZDĚLENÍ POTŘEB	33
1. POTŘEBY PODLE PODSTATY ČLOVĚKA	33
2. POTŘEBY PODLE POČTU OSOB	33
3. POTŘEBY PODLE OBSAHU.....	33
4. POTŘEBY PODLE NALÉHAVOSTI	33
5. POTŘEBY PODLE ČETNOSTI VÝSKYTU	33
6.2 TEORIE POTŘEB.....	34
6.2.1 MASLOVOVA TEORIE POTŘEB.....	34
6.2.2 FRANKLOVA TEORIE POTŘEB.....	34
6.2.3 FROMMOVA PSYCHOSOCIÁLNÍ TEORIE POTŘEB	35
6.2.4 VROOMOVA TEORIE OČEKÁVÁNÍ	35
6.2.5 MURRAYHO TEORIE	36
6.3 POTŘEBY V SENIORSKÉM VĚKU	36
6.3.1 FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY SENIORA.....	37
6.3.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY SENIORA.....	37
6.3.3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ NAPLŇOVÁNÍ POTŘEB	38
6.4 PŘEKÁŽKY V NAPLŇOVÁNÍ POTŘEB.....	38
VYUŽITÍ ZNALOSTÍ V PRÁCI SESTRY	40
POTŘEBY ČLOVĚKA V TĚŽKÉ A ZÁVAŽNÉ NEMOCI	40
ZÁSADY USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB Z POHLEDU ZDRAVOTNÍKŮ.....	40
SOBĚSTAČNOST A NESOBĚSTAČNOST.....	40
MODEL OREMOVÉ	42
7 SEBEPÉČE – SOBĚSTAČNOST.....	43
7.1 HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI NEMOCNÝCH.....	43
7.1.1 HODNOCENÍ A KLASIFIKACE HODNOCENÍ SEBEPÉČE.....	43
7.1.2 KLASIFIKACE FUNKČNÍCH ÚROVNÍ SEBEPÉČE DLE GORDONOVÉ	44
7.1.3 BARTHELOVÉ TEST ADL (ACTIVITY DAILY LIVING) = HODNOCENÍ DENNÍ.....	44
ČINNOSTI44	
7.1.4 TEST OŠETŘOVATELSKÉ ZÁTĚŽE (PODLE SVANBORGA – MODIFIKACE STAŇKOVÁ)	45
7.1.5 PREVENCE A KOMPENZACE PORUCH SEBEPÉČE.....	45
7.2 POTŘEBY ZDRAVÝCH A NEMOCNÝCH PŘI HYGIENĚ A OBLÉKÁNÍ..	45
FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ HYGIENU	46
7.3 POTŘEBA DÝCHÁNÍ	46

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ DÝCHÁNÍ.....	46
A) FYZIOLOGICKO- BIOLOGICKÉ FAKTORY – SEM PATŘÍ VĚK, POHLAVÍ, TĚLESNÁ KONSTITUCE, TĚLESNÁ AKTIVITA, ANATOMIE, ANEBO TAKÉ NEMOC.....	46
PORUCHY DÝCHÁNÍ.....	47
7.4 POTŘEBA VÝŽIVY A HYDRATAČE.....	47
FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VÝŽIVU.....	47
POSOUZENÍ STAVU VÝŽIVY.....	47
7.5 POTŘEBA VYPRAZDŇOVÁNÍ.....	48
FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VYPRAZDŇOVÁNÍ.....	49
PORUCHY VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE.....	49
PORUCHY VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČI.....	50
7.6 POTŘEBA SPÁNKU A ODPOČINKU.....	50
FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SPÁNEK.....	50
FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SPÁNEK.....	51
PORUCHY SPÁNKU.....	51
ODPOČINEK51	
7.7 POTŘEBA NEMÍT BOLEST.....	52
FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ BOLEST.....	52
7.7.1 VRÁTKOVÁ TEORIE BOLESTI.....	53
7.7.2 LÉČBA BOLESTI.....	53
AKUPUNKTURA.....	54
CHIRURGIE BOLESTI.....	54
7.8 POTŘEBA JISTOTY A BEZPEČÍ.....	54
NEMOC A POTŘEBA JISTOTY A BEZPEČÍ.....	55
7.8.1 PSYCHICKÁ ODEZVA NEUSPOKOJENÍ POTŘEBY JISTOTY A BEZPEČÍ.....	55
7.9 POTŘEBA SEBEKONCEPCE A SEBEÚCTY.....	56
7.9.1 SLOŽKY SEBEKONCEPCE.....	57
CHOVÁNÍ, KTERÉ SIGNALIZUJE PORUCHU SEBEKONCEPCE.....	58
CHOVÁNÍ SPOJENÉ S NÍZKOU SEBEÚCTOU.....	59
STRESORY OVLIVŇUJÍCÍ SEBEKONCEPCI A SEBEÚCTU.....	59
KLADNÝ VLIV ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU NA TLUMENÍ BOLESTI:.....	60
7.10 METAPOTŘEBY.....	61
7.11 DUCHOVNÍ POTŘEBY.....	61
7.12 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	62
ZÁVĚR.....	63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	64
PŘÍLOHY.....	67

SEZNAM ZKRATEK

PS-pension pro seniory

RHB-rehabilitace

LDN-léčebna dlouhodobě nemocných

Obr.-obrázek

Aj.-a jiné

Apod.-a podobně

Tzv.-takzvaně

Např.-například

tj.-to je

(MARKOVÁ, 2006)

ÚVOD

Se zvyšujícím se věkem stoupá počet chronických onemocnění, která ovlivňují soběstačnost a celkovou kvalitu života seniora.

Stárnutí je proces a netýká se jen seniorů, ale nás všech. Stárnutí je doprovázeno větším množstvím regresivních změn. Tyto změny mohou život ve stáří komplikovat a zhoršovat.

Nejvíce se zhoršuje soběstačnost člověka a závislost na pomoci druhými a je negativně vnímán to nejen ve stáří, ale i v mladším věku.

Pro některé seniory je pobyt v nemocnici utrpení, pro někoho jistota a bezpečí na sklonku života. Je zajímavé, co každý pacient upřednostňuje, po čem ještě touží a co by si přál.

Umění naslouchat, porozumět a navíc vnímat to, co může signalizovat leckteré gesto pacienta, je velmi těžké. Zvláště v dnešní uspěchané době, kde je spousta administrativních úkonů pro ošetrovatelský personál důležitější než stát u lůžka pacienta a jen ho třeba poslouchat nebo ho držet za ruku.

Cílem mé práce bylo popsat potřeby seniorů v ústavní péči a to nejen ty biologické, ale zejména ty psychické.

Potřeby pacientů, kteří jsou vážně nemocní, anebo na sklonku života se mění. Psychické potřeby zaostávají za biologickými jako je např. vědět, že má ještě smysl můj život, že mě má někdo rád, že někam patřím. Tady pacient mluví o svých obavách, úzkostech, přáních a stačí ho jen někdy poslouchat a také umět naslouchat.

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Na stáří existuje mnoho různých definic od mnoha autorů, kteří se shodují na tom, že se jedná o přirozenou fázi života, která u každého začíná v jiném věku a může mít odlišné rysy (MALÍKOVÁ, 2011). Ne každý stárnoucí člověk má sílu akceptovat přibývajících léta se všemi omezeními, které nám stáří přináší. Postoj ke stáří má každý individuální a každý se s tím musí vyrovnat sám (MALÍKOVÁ, 2011).

1.1 DĚLENÍ STÁŘÍ DLE VĚKU

Věk je důležitý ukazatel základních charakteristik člověka. Věkové skupiny seniorů jsou členěny různými způsoby. Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází z patnácti věkových cyklů podle nich je uváděno následující rozdělení:

60-74 let-senescence (časné stáří)

75-84 let-staří senioři (změna funkční zdatnosti)

75-89 let-kmetství (vlastní stáří)

90 let a více- patriarchum (dlouhověkost)

V dnešní době je také hodně rozšířené a užívané členění stáří dle Mühlpachera (2004).

65-74 let- mladí senioři

75-84 let-starší senioři

85 let a více- velmi staří senioři (MALÍKOVÁ, 2011).

Také se vymezuje stáří jako biologické, kalendářní a sociální:

- biologické – involuční změny, pokles potenciálu zdraví

- kalendářní – určitý dohodnutý věk

- sociální – sociální změny (ČEVELA et al., 2012).

1.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ

Ve vyšším věku dochází v lidském organismu k mnoha změnám, které se projevují u každého seniora individuálně a rozdílně. Všechny tyto změny se vzájemně ovlivňují (KALVACH a kol., 2004).

1.3 BIOLOGICKÉ ZMĚNY

Kardiovaskulární systém - se vzrůstajícím věkem ubývá srdeční výkonnosti a mění se též elasticita cév, které již nejsou tak pružné a vede to často ke zvýšení krevního tlaku. Typickým jevem u seniorů je značné zvýšení systolického tlaku oproti tlaku diastolickému.

Respirační systém – je zaznamenán snížený objem hrudníku, tím dochází ke snížení respirační činnosti, zvýšená únavnost a atrofie svalů, které jsou potřebné k dýchání, způsobuje větší predispozici k infekčním chorobám na dýchacích cestách.

Trávicí systém – změny na trávicím systému jsou poruchy příjmu potravy např. nevolnost a poruchy vylučování stolice, nejčastěji se jedná o zácpu. Tyto dva symptomy bývají dost často způsobeny farmakoterapií (POLEDNÍKOVÁ a kol., 2006).

Vylučovací systém – ve stáří dochází ke snížené kapacitě močového měchýře, což způsobuje v mnohých případech inkontinenci.

Smyslové vnímání a spánek – ve stáří je typické snížení ostrosti zraku, zbarvení a změny na sítnici. U sluchu se jedná o špatné vnímání sluchových vjemů.

Pohybový systém – svaly ztrácí svou elasticitu a pružnost. Ve stáří jsou svaly rychleji únavné a častěji dochází k atrofii.

Ve stáří se vyskytuje osteoporóza a úbytek kloubních chrupavek, což vede k bolesti při chůzi (KALVACH a kol., 2004).

Kožní systém – kůže není schopná zadržet tolik tekutiny, kolik by bylo potřeba a výsledek je suchá a svědící kůže, objevují se tzv. stařecké skvrny, na kůži ubývá i množství rohové vrstvy a tím se výrazně snižuje ochranná bariéra kůže. Snižuje se schopnost regenerace a výživy

pokožky, což je jedním z faktorů, které vedou k tvorbě ran a dekubitů. Dalším rysem je velký úbytek tukové a svalové hmoty (POLEDNÍKOVÁ a kol., 2006).

1.3.1 PSYCHICKÉ ZMĚNY

Na kvalitě psychiky se nejvíce podílí osobnost seniora. Mohou se změnit osobní rysy a vlastnosti. Také se mění hierarchie potřeb, kde do popředí dostává vlastní zdraví, potřeba jistoty a bezpečí atd. Senioři se těžko přizpůsobují různým životním změnám a nedají dopustit na svůj stereotyp. Mohou být více plačtiví, rychle se jim může měnit nálada, anebo se může objevit úzkost a strach. Největší psychickou změnou je pro starého člověka ztráta životního partnera, mají pocit nenahraditelné ztráty, prázdnoty a opuštění.

1.3.2 PARKINSONOVA NEMOC

Poprvé ji popsal v roce 1817 londýnský lékař James Parkinson v knize „Pojednání o třaslavé obrně“. Parkinsonova choroba se řadí do skupiny neurodegenerativních onemocnění, kde dochází k úbytku nervových buněk v oblasti substantia nigra. Tento úbytek má za následek sníženou tvorbu dopaminu. Mezi nejtypičtější příznaky patří třes neboli tremor, který se nejčastěji vyskytuje u jedné z horních končetin. Mezi pozdní fáze tohoto onemocnění jsou velké deprese a demence, která se objevuje až u 78 % pacientů s Parkinsonovou chorobou. Léčí se zejména symptomy. Základní léčivo se nazývá antiparkinsonikum (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007). K léčbě Parkinsonovy choroby jsou používány léky dopaminergní agonisté. Další možnost léčby je hluboká mozková stimulace, kde je uměle stimulována subtalamická oblast, která vede ke zlepšení motorických příznaků (LÁTALOVÁ a kol., 2015). Parkinsonova nemoc je nejčastější progresivní neurologické postižení u seniorů, jejíž výskyt stoupá s věkem. Choroba je nevléčitelná a může se vyvíjet pomalu, někdy až celá desetiletí a není-li léčená, mohou vznikat kontraktury. U většiny případů tohoto onemocnění je příčina neznámá a na vzniku se mohou podílet tyto faktory: genetika, infekce CNS, mozková arterioskleróza, intrakraniální nádory, úraz hlavy, atd...

1.3.3 ALZHEIMEROVA NEMOC

Poprvé popsal tuto nemoc v r. 1910 německý psychiatr a neuropatolog Alois Alzheimer (JIRÁK a kol. 2009). Alzheimerova choroba se nejčastěji vyskytuje demencí, která je charakterizována celkovým zhoršováním korových funkcí mozku a dlouhodobým a progresivním úpadkem intelektu i osobnosti.

Alzheimerova choroba představuje asi 60 % všech demencí.

Jednoznačná příčina Alzheimerovy choroby není, existují určité rizikové faktory např.:

Genetika - v rodině, kde se vyskytla Alzheimerova choroba a jejich příbuzní mají až 4krát větší pravděpodobnost, že touto nemocí onemocní.

Vzdělání – Alzheimerova choroba je méně častá u lidí s vyšší úrovní vzdělání.

Kouření – zvyšuje riziko Alzheimerovy choroby.

Deprese – starší lidé, kteří trpí depresí, mají 4krát větší riziko demence.

Další faktory – tuto demenci mohou vyvolat také infekční onemocnění jako např. syfilis, AIDS apod...

Příznaky Alzheimerovy choroby musí trvat alespoň 6 měsíců, abychom mohli tuto demenci spolehlivě diagnostikovat.

Patří sem:

- Úbytek paměti – ztížené zapamatování si nových paměťových obsahů.
- Zpomalené a nepřesné vybavování starších vzpomínek.
- Pokles úsudku a myšlení.
- Pokles orientace v prostoru.
- Poruchy emocí – emoční labilita, podrážděnost.
- Poruchy motivace.
- Změny sociálního chování.

Tyto příznaky se mohou vyskytovat včasné a pozdní fázi choroby a mohou se kombinovat anebo v sebe plynule přecházet.

Lék na toto onemocnění zatím není, pouze některá moderní léčiva mohou zpomalit rozvoj příznaků nemoci (SLEZÁKOVÁ a kol. 2007).

1.3.4 SOCIÁLNÍ ZMĚNY

Stáří zahrnuje zejména změny psychiky, které se s rostoucím věkem mohou objevovat u každého člověka individuálně. Je to doba, kdy dochází ke zhoršení kognitivních funkcí, jako je vnímání, pozornost, paměť, představy a myšlení. Může také klesat pružnost myšlení anebo psychická vitalita.

Slovní zásoba zůstane většinou nezměněná také jazykové dovednosti a způsob vyjadřování myšlenek. Na kvalitě psychiky se zejména podílí osobnost člověka (MLÝNKOVÁ, 2011).

1.4 AGEISMUS

Ageismus jednoznačně považujeme za diskriminaci věkové skupiny, kde jednotlivý zástupci určitých věkových kategorií vykazují rozdílné charakteristiky, ale i společenskou a lidskou hodnotu (KALVACH, 2011). Český výraz pro ageismus je věková diskriminace. Je to označení pro pestré projevy agrese vůči seniorům, a všemu, co se stáří týká nebo jej připomíná. Ageismus dosud nemá jasnou definici, ve které by byly zahrnuty veškeré procesy a roviny této problematiky. Tento pojem se objevil na konci šedesátých let 20. století. Robert N. Butler vysvětlil ageismus jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, podobně jako se rasismus a sexismus vztahuje k barvě pleti a pohlaví. Seniori jsou kategorizováni jako senilní, staromódní v morálních zásadách, a dovednostech. Tento pohled na stáří pak dává možnost mladším generacím vidět seniory jako odlišné osoby, a to zamezuje rozšíření jejich pohledu a omezuje je to v možnosti chápat seniora jako rovnocenného jim samým. Palmor jeho definici rozšířil a do definice zakomponoval předsudky vůči věkové skupině, negativní stereotypy, a také to, že taková diskriminace je nepatřičná a je to nemístné negativní zacházení se členy dané skupiny. Vidovičová ve své knize navrhla definici následovně. Podle ní je ageismus ideologie, která je založena na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského cyklu života jevící

se skrze proces systematické, symbolické, reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku nebo na jejich příslušnosti k určité generaci (ŠTĚPÁNKOVÁ, 2008).

2 SYNDROMY VE STÁŘÍ

Geriatrické syndromy nemusí seniory bezprostředně ohrožovat na zdraví, ale hodně ovlivňují kvalitu života seniora. Syndromy ve stáří jsou mnohdy jako důvod přijetí seniora do ústavní péče (ČEVELA, et al., 2012).

Geriatrické syndromy rozdělujeme na:

- Somatické – to jsou poruchy chůze a pohyblivosti, závratě, nestabilita, pády a úrazy, inkontinence moči stolice, poruchy termoregulace, poruchy příjmu potravy a tekutin, dekubity.
- Psychické – deprese, demence, delirium, poruchy chování, poruchy adaptace,
- Sociální – ztráta soběstačnosti, závislost na pomoci druhých, sociální izolace, týrání a zneužívání, dysfunkce rodiny (TOPINKOVÁ, 2005, s. 10).

2.1 SYNDROM DEMENCE

Syndrom demence způsobený chorobou mozku, má obvykle chronickou a progresivní povahu. Dochází zde k porušení nejvyšších nervových funkcí. Mezi tyto funkce patří : paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učit se, úsudek, atd.. Vědomí není zastřeno (PFEIFFER, 2007).

Syndrom demence se rozvíjí již ve zralém věku, toto onemocnění přichází dost často v době očekávání klidu a pohody. Pacient se začíná měnit, chová se nepřiměřeně a nespolečensky. Jeho chování připomíná řadu schválností, pacient ztrácí zájem o okolí a potřebuje pomoc a dohled (PIDRMAN, 2007).

2.2 DEPRESIVNÍ SYNDROM

Depresivní syndrom patří k nejčastějším syndromům ve stáří, je pro něj charakteristická triáda příznaků, jako je: smutná nálada, zpomalené myšlení, utlumená psychomotorika. Dalšími

projevy tohoto syndromu jsou pocity úzkosti, strachu s konkrétním obsahem, pocity tělesného a psychického vyčerpání, negativní bilancování až sklony k sebevražedné aktivitě atd..

Rozvoj tohoto syndromu bývá pozvolný, jako první se objevují nespecifické příznaky např. poruchy spánku, bolesti hlavy, postupná skleslost, nechut' k činnosti, postupná ztráta zájmu o své okolí. Myšlení je zpomalené až utlumené a člověk může připomínat dementního pacienta. Postupem času se může objevovat sebeobviňování, sebedoceňování, anebo mikromanické bludy. Pokud se u takto nemocných vyskytne úzkost, mohou být neklidní až agresivní. Deprese se mohou vyskytnout jednou v životě, anebo se naopak opakují (periodické formy). mezi terapii depresivního syndromu patří antidepressiva, anxiolytika, atd.. (DUŠEK a kol., 2015).

2.3 SYNDROM MALNUTRICE

Jedná se o patologický stav, který je způsobený nedostatkem, anebo nevyváženým příjmem nutrientů, na jehož konci je poškození zdraví. Po energetické stránce strava může být dostatečná, ale kvalitativním složením nemusí odpovídat požadavkům organismu - proteinová malnutrice – kwashiorkoor – sekundární malnutrice, je podmíněná onemocněním např. mentální anorexie, poruchy trávení, syndrom anorexie – kachexie. Sekundární malnutrice může být též způsobena užíváním léků.

Hypometabolický typ malnutrice – je provázená sníženým energetickým výdejem, neboli je snížený bazální metabolismus a postižené osoby se adaptují na nízký příjem potravy.

Hypermetabolický typ malnutrice – stav, který je podmíněný zvýšeným energetickým výdejem, vzniká např. po chirurgických výkonech, akutní pankreatitidě, atd.. Na tento typ malnutrice nevzniká adaptace.

Kwashiorkoor – jedná se o nedostatek proteinů obsahujících esenciální aminokyseliny. Vyvíjí se většinou týdny až měsíce a k příznakům patří únava, podrážděnost a letargie, zpomaluje růst, ztrácí se svalová hmota a oslabuje se imunita. Mezi další příznaky patří hepatomegalie, které vznikají v důsledku steatózy a nahromadění glykogenu, anémie, suchá kůže s poruchami integrace a časté infekce. V pozdním stádiu může nastat až oběhové selhání (ROKYTA a kol., 2015).

2.4 SYNDROM INSTABILITY S PÁDY

Projevuje se závratěmi a nestabilitou, tyto projevy můžou mít řadu různých příčin. Mezi nejčastější příčiny patří poruchy krční páteře, poruchy prokrvení mozku, závažná anémie, poruchy hlubokého nervového cití, ochrnutí, svalová slabost, poruchy zraku, poruchy kloubů dolních končetin. Senioři jsou ohroženi pády a následnými úrazy.

2.5 SYNDROM MALADAPTACE

Vzniká u seniorů jako maladaptace na přijetí do ústavní péče anebo jako reakce na závažnou životní událost jako je např. úmrtí partnera anebo změna bydliště. Tento syndrom se projevuje blouděním, bezcílým přecházením, pohybovými stereotypy, soustředěním zájmu na základní životní potřeby. Výše popsané projevy jsou dost často zaměňovány za projevy syndromu demence (MALÍKOVÁ, 2011).

2.6 IMOBILIZAČNÍ SYNDROM

Je to soubor poškození, jež vzniká na základě imobility člověka a klidu na lůžku. Patologické změny se vyvinou během 7 – 10 dní a mohou postihnout různé orgánové soustavy v lidském těle a zároveň i psychiku nemocného (KELNAROVÁ a kol., 2009).

2.7 SYNDROM INKONTINENCE

Tento syndrom je pro svou častost problém nejen medicínský, ale i sociální z důvodů vysokých výdajů na inkontinenční pomůcky, týká se zhruba 30 % lidí starších 65 let. Na vzniku inkontinence se dost často podílí poruchy centrálního nervového systému, poruchy urogenitálního traktu např. stenózy močové trubice, hyperplazie prostaty aj., polymorbidita,

farmakoterapie nejčastěji u diuretik, antipsychotik. Syndrom inkontinence vede ke ztrátě sociálního života člověka, hypomobilitě a dalším komplikacím (KRIŠKOVÁ, 2010).

2.8 SYNDROM HYPOMOBILITY

Ke vzniku dochází při podstatném omezení pohybové aktivity z jakéhokoli důvodu např. omezení po úraze, zhoršení některé chronické nemoci např. kardiální či respirační, které vyžadují omezení v pohybu. Tento syndrom může vzniknout též z duševní nemoci, deprese a nežádoucí účinky léků a podobně (MALÍKOVÁ, 2011).

2.9 SYNDROM KOGNITIVNÍHO DEFICITU, PORUCH PAMĚTI A CHOVÁNÍ

Syndrom se projevuje zejména v poznávacích schopnostech, jako je vnímání, pozornost, paměť, myšlení. Dochází zde ke snížené adaptační schopnosti na nové životní situace, což bývá velký problém při hospitalizaci ve zdravotnických zařízeních. Pacienti pocítují strach, úzkost, nejistotu, noční zmatenost. Pacienti jsou dost často nedůvěřiví ke svým spolupacientům a zároveň i ošetřujícímu personálu. V pozdějším věku se mohou objevit poruchy paměti, poruchy rozhodování až poruchy osobnosti. Mohou přibývat také chronická onemocnění, které vedou ke zhoršené soběstačnosti, a tím nastane změna sociální role ovlivňující společenský život. Pacient se ocitá v sociální izolaci a ztrácí svou identitu. Starý člověk je citlivější a více emotivně prožívá dané situace. Vyšší věk sebou nese také změnu psychomotorického tempa, jež se projevuje zpomalením pohybů zvláště při chůzi. Starý člověk je více opatrnější, nerozhodný, váhavý a má více sníženou koncentraci pozornosti (KLEVETOVÁ, 2008).

2.10 SYNDROM TÝRÁNÍ A ZANEDBÁVÁNÍ STARÉHO ČLOVĚKA

O týrání seniora hovoříme v případě, když u starého člověka se objeví různé poškození anebo újma na zdraví v oblasti fyzické, psychické anebo společenské.

Příčiny týrání seniorů mají více faktorů. Týrání svědčí o určité úrovni společnosti a jejím obraze. Nejčastější příčiny, které podporují týrání seniorů jsou:

- Nedostatek kvalifikovaného personálu.
- Nevytvoření potřebných stimulačních podmínek pro pečující pracovníky.
- Nedostatečná kontrolní činnost kvality poskytované péče a dodržování etických norem a lidských práv.
- Nevyřešené právní a sociální postavení osobních asistentů.
- Nedostatek finančních prostředků na úhradu poskytovaných služeb.
- Nedostatek sponzorů v oblasti sociálních služeb.
- Špatná organizace zdravotních a sociálních služeb (problém rodiny zajistit seniorovi potřebnou péči atd.).
- Vliv ageismu, kde převažuje názor, že staří lidé nic nepotřebují atd.

Za nejvíce ohrožené osoby týráním jsou zejména považováni senioři nad 80 let, kteří žijí osaměle. Dost často týrané jsou zejména ženy v seniorském věku, anebo senioři v pobytových zařízeních (MALÍKOVÁ, 2011).

Geriatrické syndromy jsou jevem jakési patologické situace, která je daná pro vyšší věk. Jsou to znaky, které nejsou jen projevem choroby a představují pro stárnoucího člověka spoustu nepříjemností. Tělesné potíže negativně ovlivňují nejen geriatrického člověka (BRZÁKOVÁ, a kol., 2013 s. 56 - 57). Geriatrické syndromy lze také chápat jako priority geriatrické medicíny, které významně doplňují diagnostiku a léčbu různých chorob (KALVACH, et al., 2008 s. 144).

3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY

3.1 ZÁKON Č.108/2006 Sb., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Zákon platí od 1. 1. 2007, jeho hlavním posláním je:

- chránit práva a zájmy lidí, kteří si nemohou prosazovat sami z důvodu určitého omezení např. (věk, zdravotní postižení, krizová životní situace aj.)
- vytváření právního rámce v oblasti podpory a pomoci v nepříznivé sociální situaci
- vymezuje práva a povinnosti jednotlivců, obcí, krajů, státu a poskytovatelů sociálních služeb
- ustanovuje podmínky pro výkon sociální práce ve všech společenských systémech, kde působí sociální pracovníci (MALÍKOVÁ, 2011, s. 41).

Vyhláška č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

3.2 DRUHY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách rozděluje tři druhy služeb:

Sociální poradenství - nedílná součást sociálních služeb.

Služby sociální péče - hlavním cílem je zabezpečení základních životních potřeb v případě, že nemůžou být zajištěny bez pomoci jiné osoby.

Služby sociální prevence - jejich cílem je předcházet a zabraňovat sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy.

3.2.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY DLE MÍSTA POSKYTOVÁNÍ

Terénní služby - poskytovány jsou v tom prostředí, kde ten jedinec žije např. osobní asistence, terénní programy pro ohroženou mládež atd.

Ambulantní služby - kde dochází jedinec sám, do specializovaného zařízení (poradny, denní stacionáře).

Pobytové služby – jedinec zde celodenně nebo celoročně pobývá např. domovy pro seniory, azylové domy (MALÍKOVÁ, 2011, s. 42).

3.3 DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče je péče poskytovaná v přirozeném prostředí pacienta. Díky této péči dochází k udržování a podpoře zdraví, a pokud to je trochu jde navrácení soběstačnosti pacienta. Pracovníci domácí péče úzce spolupracují s praktickým lékařem a dalšími subjekty zdravotní a sociální oblasti. Financování této péče je více zdrojové, kde část je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, dále pak je financována z přímé platby nemocného. Dalším finančním zdrojem mohou být různé sponzorské dary, nadace, granty atd. Domácí péče by měla poskytovat kvalitní, komplexní a efektivní zdravotní služby (JAROŠOVÁ, 2006).

3.4 DOMOVY PRO SENIORY

Jedná se o pobytovou službu s celoročním provozem a je určena pro seniory se sníženou soběstačností. Tyto služby jsou určeny pro seniory, kteří potřebují pravidelnou pomoc v celkové péči. Domovy pro seniory jsou určeny zvláště pro seniory, kteří se nedokážou o sebe postarat, tudíž nemůžou setrvávat ve svém přirozeném prostředí. Jsou to služby spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb (MALINOVÁ, 2011, s. 45).

3.5 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Poskytování pobytových služeb osobám, které mají sníženou soběstačnost a to z důvodu chronického duševního onemocnění, anebo pro osoby se stařeckou Alzheimerovou demencí.

Tito lidé vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby a režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (KALVACH, 2011, s. 215).

3.6 ODLEHČOVACÍ POBYTOVÉ SLUŽBY

Jsou to služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronickému onemocnění, nebo lidem kteří jsou zdravotně postižení. Cílem této služby je ulehčit pečujícím o tyto lidi. Je to tzv. přechodné ubytování a časové omezení této služby záleží na poskytovateli této služby a je to zpravidla od 1-3 měsíců (KALVACH, 2011, s. 216).

3.7 DOMY S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU

Tyto služby jsou především o relativně zdravé seniory, kteří nevyžadují komplexní ústavní péči a stálou pomoc jiných osob. Tito lidé potřebují pouze dopomoc např. při hygienické péči v koupelně pro pocit bezpečí apod. (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 65).

3.8 KOMUNITNÍ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Aby služby pro seniory byly funkční a úplné, musí být dobrá spolupráce mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče, anebo sociálních služeb.

V rámci komunitní péče může senior očekávat tyto služby:

- Pobyty v denním centru.
- Domácí péči.
- Pomůcky pro inkontinenci.
- Různé pomůcky, které pomáhají při denních sebeobslužných činnostech.
- Praní prádla.

- Fyzioterapie.
- Hygienickou péčí, péče o nohy (ČEVELA et al., 2014).

3.9 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnosti osoby zvládat základní životní potřeba jako je mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání, obouvání, hygiena, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let za 1 kalendářní měsíc

- a) 800Kč, jde-li o stupeň 1 (lehká závislost)
- b) 4000Kč, jde-li o stupeň 2 (středně těžká závislost)
- c) 8000Kč, jde-li o stupeň 3 (těžká závislost)
- d) 12000Kč, jde-li o stupeň 4 (úplná závislost)

Přiznání příspěvku na péči se žádá na základě písemné žádosti podané na tiskopisu předepsaném ministerstvem práce a sociálních věcí. Žádost se podává na příslušném pracovišti krajské pobočky Úřadu práce. Sociální pracovník provede sociální šetření, kde zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném prostředí. Poté pobočka Úřadu práce pošle Okresní správě sociálního zabezpečení žádost o posouzení stupně závislosti osoby (portal.mpsv.cz/soc).

4 ZDRAVOTNÍ PÉČE O SENIORY

Ošetrovatelská péče a služby seniorům má za cíl zajistit a zlepšit zdraví v nejvíce možné míře a poskytnout pohodlí. Jedná se o ošetrovatelství, které se zaměřuje na hodnocení zdravotní péče a funkčního stavu seniorů, plánování a uskutečňování zdravotní péče. Zahrnuje činnosti, zaměřené na podporu a udržení zdraví, prevencí onemocnění a podporu sebepečce, neboli co nejvíce udržet a obnovovat fyzické, psychické a sociální funkce seniora (JAROŠOVÁ, 2007).

4.1 ÚSTAVNÍ PÉČE O SENIORY

Léčebna dlouhodobě nemocných, geriatrické oddělení atd., tyto oddělení jsou zřizovány v nemocnicích okresního a vyššího typu. Zajišťuje lůžkovou péči o geriatrické pacienty. Hlavním úkolem těchto oddělení je zvládnout dekompenzaci zdravotního a funkčního stavu seniora. Délka pobytu je limitována a cílem je obnovit soběstačnost seniora, aby se mohl vrátit do domácího prostředí (HOLMEROVÁ, 2014).

Jedná se zejména o rehabilitační a doléčovací oddělení. Zde by měli být přijímáni klienti, kteří mají stabilizovaný stav s určenou diagnózou. Jde o pacienty, jejichž stav vyžaduje dlouhodobý léčebný program s nutností rehabilitace. Po ošetrovatelské stránce se zde zaměřuje na podporu soběstačnosti, která je hodně důležitá k odstranění závislosti nemocného na svém okolí a tím připravujeme pacienta na návrat do domácího prostředí. Tato péče se děje pomocí rehabilitace, ergoterapie, logoterapie, nácvik denních aktivit atd. (JAROŠOVÁ, 2006). Pod zařízení následné péče spadá taky ošetrovatelské oddělení, kde je poskytována především ošetrovatelská péče u stabilizovaných pacientů, anebo pacientům ve stavu trvale progredujícím. Z důvodu náročnosti ošetrovatelské péče se pacient nemůže propustit do domácí péče. Je zde poskytována péče o výživu, o vyprazdňování, péče o chronické rány, péče o dekubity, oxygenoterapie, polohování pacientů, odběry biologického materiálu a sledování fyziologických funkcí atd. U pacientu s progredujícím onemocněním se klade především důraz na snahu udržet kvalitu života, lidskou důstojnost a kvalitní terminální péči (MARKOVÁ, 2010).

4.2 HOSPICE

Jedná se o zařízení, kde se poskytuje péče nevyлéčitelně nemocným většinou s onkologickým onemocněním. Zde se poskytuje péče také o rodinné příslušníky formou respitní neboli úlevové péče, která spočívá v tom, že nabízí rodinám tzv. odlehčovací pobyt seniora za účelem odpočínutí rodiny, aby načerpali nové síly. Seniorovi zde, je poskytnuta komplexní péče. Cílem paliativní péče je snaha o udržení nejvyšší kvalita života až do smrti pacienta, snížit utrpení a klást důraz na lidskou důstojnost a pomáhat při hledání smyslu života. Pracuje zde multidisciplinární tým, který se specializuje na péči o umírající pacienty. Jedná se o tým odborníků, kteří dokážou zhodnotit aktuální situaci, umí naslouchat, umí komunikovat s umírajícím i rodinnou pacienta. Tento způsob vytváří ideální podmínky k zajištění důstojného umírání (MARKOVÁ, 2010.) Existuje i tzv. domácí hospic, který umožňuje seniorům prožít závěrečnou etapu svého života. Tým odborníků od lékaře onkologa, všeobecnou sestru popř. fyzioterapeuta dochází do domácího prostředí nemocného seniora (MLÝNKOVÁ, 2011).

4.3 SOCIÁLNÍ LŮŽKA VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

V lůžkových zdravotnických zařízeních se poskytuje pobytové sociální služby seniorům, kteří nevyžadují již ústavní zdravotnickou péči, ale jejich zdravotní stav jim nedovoluje se o sebe postarat a neobejdou se bez pomoci jiné osoby, a proto nemohou být propuštěny do domácí péče (KALVACH, 2011).

4.4 ZDRAVOTNÍ PÉČE O SENIORY

Zdravotní péče o staré lidi se od jiných oborů medicíny liší širším přístupem a potřebou týmové práce (lékařské, ošetrovatelské a rehabilitační) a akceptováním zdravotně sociální povahy onemocnění. Sestry na gerontologickém oddělení pracují metodou ošetrovatelského procesu, kde se na zřetel berou hlavně aktuální nebo potencionální problémy seniora. U části

seniorů dochází ke ztrátě soběstačnosti kvůli zdravotnímu postižení. Cílem péče o seniory je poskytování komplexní a všestranné péče individuálně jedinci nebo jeho rodině.

Specifika zdravotní péče o seniory jsou ovlivněny:

- Zdravotním stavem.
- Sebepéčí, nebo soběstačností.
- Bolestí.
- Imobilitou.
- Psychickou labilitou, častými změnami nálad.
- Spoluprací ze strany rodiny.
- Úmrtím životního partnera.
- Finanční situací.
- Často neuspokojené základní a vyšší potřeby.

Specifika zdravotní péče o seniory rozdělujeme do tří oblastí:

- Oblast fyzická (somatická)-křehkost seniorů, opatrná manipulace s klientem, rizika pádů a zlomenin
- Oblast psychická - odráží se od psychického stavu seniory, snížení kognitivních schopností, duševní poruchy, onemocnění.
- Přístup k takovýmto seniorům by měl být klidný, vstřícný. Při verbální komunikaci hovoříme pomalu, klidně a nepoužíváme příliš dlouhé souvětí. Emoční výbuchy seniorů zpravidla nejsou míněny proti konkrétní osobě, ale jsou spíše projevem bezmoci a ztráty vlády nad vlastním životem.
- Oblast sociální - když péče rodinných příslušníků nebo dětí selže, nebo když je ten senior sám a nikoho nemá a nemá se o něj kdo postarat, tak se to negativně odrazí na jeho somatickém a psychickém stavu. Ztráta nebo omezení vazeb na rodinu, partnera či přátele přináší jen negativní důsledky. Proto je velmi důležitá spolupráce rodiny nebo přátel seniora (HUDÁKOVÁ a kol., 2013).

5 PÉČE O SENIORY

Poskytování péče nesoběstačným seniorům se tradičně opírá o rodinu seniora. Předpokládá se, že za zajištění potřeb seniora je primárně odpovědná rodina, senior je v přirozeném prostředí. Avšak když péče od rodinných příslušníků je nedostatečná, nebo ji ta rodina nezvládá z jakéhokoliv důvodu, musí člověk přijmout domácí ošetrovatelskou službu nebo služby pobytových zařízení. Zdravotní a sociální služby nelze oddělovat. Mnohokrát jsou často zdravotní problémy doprovázeny sociálními a naopak. Základní a primární péči poskytuje seniorům praktický lékař, který by měl úzce spolupracovat s rodinou seniora. Domácí péče je poskytována na doporučení praktického lékaře a je hrazena ze zdravotního pojištění. Tuto péči zajišťují agentury domácí péče, státními, městskými, charitativními či soukromými službami. Home care neboli domácí péče je hodně rozšířená. Zajišťuje ošetřování chronických ran, aplikaci inzulínu, poskytuje fyzioterapie a poradenství o kompenzačních pomůckách. Všechny tyto služby mají za cíl zlepšit kvalitu života seniora a podporovat rozvoj nebo alespoň zachovat jeho stávající soběstačnost (DVOŘÁKOVÁ, 2012).

6 POTŘEBY PACIENTŮ

Uspokojování potřeb se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu, který je myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetrovatelských aktivit. Je systémem kroků a postupů při ošetrování nemocného. Potřeba je projev nějakého nedostatku a chybění něčeho. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychiku člověka jako je pozornost, myšlení, emoce.

Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem. Během života se potřeby každého jedince mění z hlediska kvality i kvantity, proto je důležité vědět, že lidé mají společné potřeby, které jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby, z nichž ani dva nejsou podobné. Světová zdravotnická organizace WHO definuje zdraví jako stav úplného tělesného, duševního a duchovního blaha. Je to stav rovnováhy všech tří složek organismu.

Potřeby jedince jsou individuální záležitostí, které se mění v průběhu času spolu s prostředím, ve kterém člověk žije. Ve stáří dochází ke změně potřeb a může se objevit negace jedné potřeby za druhou, kdy si člověk uspokojí jednu potřebu a dojde k tomu na úkor jiné.

Mnoho autorů popisuje u starých lidí, že jdou do popředí hlavně potřeby bezpečí, sociálních kontaktů, důstojnosti, spirituality a seberealizace.

Nejužívanější model teorií potřeb se nejvíce opírá o teorii potřeb podle A. Maslowa, který byl představitelem humanistické psychologie a který vytvořil hierarchickou pyramidu lidských potřeb. Na základě těchto potřeb stojí potřeby biologické, pak následují potřeby jistoty a bezpečí, sociální potřeby a potřeby úcty a uznání. A.Maslow nazývá tyto potřeby D-hodnoty, hodnoty základní deficitní. Pak následují B-potřeby, tam spadají kognitivní potřeby, potřeby estetické a potřeby seberealizace (TRACHTOVÁ, 2011).

6.1 ROZDĚLENÍ POTŘEB

Potřeby člověka je možné dělit do několika skupin. Dělíme je dle podstaty člověka, dle počtu osob, dále podle obsahu, naléhavosti, četnosti výskytu a také dle času.

1. Potřeby podle podstaty člověka

- Biologické potřeby- vycházejí z podstaty člověka, např. potřeba potravy, tekutin, spánku, aj.
- Psychické potřeby – vyjadřují se prožíváním psychických stavů jako je potřeba bezpečí, důvěry, atd.
- Sociální potřeby - jsou kontakt se společností např. určité sociální postavení.
- Duchovní potřeby - jsou propojeny s duchovním přesvědčením jedince.

2. Potřeby podle počtu osob

- Individuální potřeby – potřeby jednotlivce, např. vzdělání, seberealizace.
- Kolektivní potřeby – jsou uskutečňovány jednotlivci, ale mají kolektivní význam, např. potřeba ochrany životního prostředí.

3. Potřeby podle obsahu

- Materiální potřeby – potřeba něco vlastnit.
- Nemateriální potřeby – je to duševní stránka člověka a jeho žebříček hodnot.

4. Potřeby podle naléhavosti

- Nezbytné potřeby – neodkladné potřeby, závisí na nich život jedince.
- Zbytné potřeby – bez nich člověk dokáže žít.

5. Potřeby podle četnosti výskytu

- Trvalé potřeby – denní potřeby – potřeba jídla, tekutin, atd.
- Občasné potřeby – vážou se k nějaké události nebo k období.
- Výjimečné potřeby – vyskytují se při výjimečných událostech.

6. Potřeby podle času

- Současné potřeby – potřeby, které má jedinec v danou chvíli
- Budoucí potřeby – potřeby spojené s nějakou očekávanou událostí (DRAPELA, 2007; TRACHTOVÁ, 2011).

6.2 TEORIE POTŘEB

Existuje mnoho teorií, které se zabývají lidskými potřebami. V bakalářské práci uvádíme ty nejznámější a nejčastěji používané v ošetrovatelství.

6.2.1 MASLOVOVA TEORIE POTŘEB

Americký psycholog A. Maslow vytvořil hierarchickou teorii potřeb, kdy pokládá jedince za jednotný celek, ale zároveň však uvádí, že u každého člověka existují určité lidské potřeby, které ho motivují k určitému jednání. Podle Maslowova má každý člověk individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, jelikož některé z motivů jsou silnější než jiné. Hierarchie potřeb obsahuje potřeby filozofické, potřeby bezpečí, uznání a seberealizace.

Lidské potřeby jsou uskutečňovány v hierarchickém systému podle své naléhavosti např. člověk nikdy netouží být dobře oblečen, jestliže se cítí být ohrožen nějakou katastrofou nebo má prázdný žaludek. Neuspokojivé nižší potřeby převládají v konfliktu nad neuspokojenými vyššími potřebami. Potřeba seberealizace je postavená nejvýše a vyžaduje uspokojování všech dalších potřeb. Seberealizující člověk musí být všeobecně uspokojený a duševně zdravý (TRACHTOVÁ a kol., 2011).

6.2.2 FRANKLOVA TEORIE POTŘEB

Viktor Emil Frankl byl rakouský neurolog a psychiatr. Je zakladatelem existenciální analýzy a logoterapie.

Hlavním bodem je smysl života. V. E. Frankl ve své teorii uvádí lidskou povahu jako trojdimenzování:

- Dimenzi fyziologickou.
- Dimenzi psychologickou.

- Dimenzi noologickou.

Zjistil, že neuspokojování fyziologických potřeb vede ke vzniku tělesného onemocnění. Bagatelizování psychologické dimenze vede k vyústění emočních problémů. K uspokojování noologické dimenze by měl mít člověk vůli ke smyslu života. Dále Frankl uvádí, že pravá vůle ke smyslu musí být výsledek svobodného rozhodnutí, jež lidé dělají sami ze sebe a smysl v životě může člověk objevit trojím způsobem:

- Vykonáním činu.
- Prožití hodnoty.
- Utrpením (DRAPELA, 2007).

Frankl tvrdí, že prožité utrpení a jeho přeměnu na morální vítězství je konečný smysl v životě a jeho zvládnutí je vrchol logoterapie. Jestliže lidé ve svém životě postrádají smysl, pojmenovala to logoterapie existenciálním vakuem a to je příčinou velkého počtu sebevražd. Franklova logoterapie je dobře využitelná praxi a to zejména u klientů pomáhajících profesí, kde nalézají znovu nalézt smysl práce. Taky pomáhá vyrovnat se s utrpením a nalézt vůli k dalšímu smyslu profese (ZACHAROVÁ, 2007).

6.2.3 FROMMOVA PSYCHOSOCIÁLNÍ TEORIE POTŘEB

Erich Seligmann Fromm byl německý psycholog a humanistický filozof a sociolog. Je jedním ze zakladatelů neopsychoanalýzy, konkrétněji kulturní psychoanalýzy. Hlavním znakem teorie je svoboda jako základní znak lidské povahy. K prosazení své svobody musí člověk učinit určitá rozhodnutí a rozvíjet produktivní zaměření života. Za největší motivaci považuje Fromm potřeby související s existencí člověka, jako např. potřeba sociálního začlenění, potřeba transcendence, potřeba zakořenění, potřeba individuální identity a potřeba racionality. V uplatňování Frommových teorií v praxi je především jako pomoc při utváření charakteru osobními rozhodnutími a podpora vztahu k druhým osobám, jež jedinec neztrácí svou identitu (ZACHAROVÁ, 2007).

6.2.4 VROOMOVA TEORIE OČEKÁVÁNÍ

Victor H. Vroom je profesorem managementu. V roce 1968 vytvořil vlastní teorii motivace - teorii očekávání, která je založena na tom, jestliže jsme přesvědčeni o dosažitelnosti a atraktivnosti cíle, pak jsme motivováni toho cíle dosáhnout. Hodně nás ovlivňuje vnitřní

očekávání a preferujeme to chování, která má největší motivační sílu. Tato motivační síla je poté úměrná našim přesvědčením a to ve třech prvcích:

- Valence (přitažlivost cíle).
- Instrumentality (přesvědčení, že když se budeme chovat určitým způsobem, tak dosáhneme vytoužený cíl).
- Expectancy (je to přesvědčení, že se sebou očekávaným chováním se budeme umět chovat).

V praxi je teorie dost často používaná procesomotivace lidí na všech úrovních a to včetně vrcholového managementu (DRAPELA, 2007).

6.2.5 MURRAYHO TEORIE

Henry Alexander Murray byl americký psycholog. Který jako první do psychologie zavedl slovo potřeba. Jeho teorie vychází z předpokladu, že celek jedince je tvořen potřebou a tlakem. Tlak je to, co prostředí požaduje splnit od jedince a tím ho nutí k určitému jednání. Pak je potřeba chápána jako to, co jedinec chce a o co se snaží. Mezi potřebami a tlakem vznikají vazby, které se navzájem ovlivňují a fungují mezi nimi zpětnovazební mechanismy (ŠAMÁNKOVÁ a kol.,2011).

6.3 POTŘEBY V SENIORSKÉM VĚKU

Ve stáří se mnohé potřeby mění a to nejen biologické ale zároveň také psychické. Dochází zde ke změnám v osobním významu potřeb, preferování způsobu jejich uspokojování. Zcela charakteristickým pro stárnutí je pokles potřeb nových podnětů a zkušeností. Adaptace na stáří souvisí zejména s větší koncentrací na sebe sama a uspokojování vlastních potřeb, které vyplývají ze zhoršení psychických i fyzických funkcí. K tomuto přispívá i vědomí seniorů o ubývání soběstačnosti a jejich stav mnohdy vyžaduje větší úsilí nebo dokonce pomoc druhé osoby. Proto jsou často senioři nuceni se zabývat sami se sebou (VÁGNEROVÁ, 2007).

6.3.1 FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY SENIORA

Fyziologické potřeby jsou potřeby organismů, které slouží k přežití lidského jedince. Tento člověk většinou dělá vše pro to, aby k jejich uspokojování došlo dříve, než se stanou aktuálními. Primární biologickou potřebou člověka je zvláště výživa, jejíž příjem je spojen s potřebou psychosociální a s kladným emocionálním laděním, jako je např. radost a spokojenost. Vlivem zpomalení fyzické aktivity a metabolismu se u starších lidí mění jejich stravovací návyky. A to nejen změněné vnímání chutí a vůní, anebo problémy s chrupem mohou mít vliv na přijímání potravy. Příčina může být i psychosociální a to znamená souvislosti s osamělostí, anebo s izolací. Množství a kvalita stravy může být ovlivněná také ekonomickými faktory. Způsobem, jímž je uspokojována potřeba výživy seniorů modifikuje úroveň sebepéče a z ní vyplývající soběstačnost v denních aktivitách např. nakoupit, uvařit, najíst se. Vyprazdňování je další neuspokojenou potřebou v tomto věku. Ztráta svalové pružnosti svěračů, omezená schopnost jejich vědomé kontroly má za následek inkontinenci. Ale naopak v oblasti vyprazdňování stolice trpí senioři dost často zácpou, která bývá způsobená malou pohybovou aktivitou a velmi nízkým příjmem tekutin (TRACHTOVÁ, 2011).

Potřeba aktivity je mimo jiné faktory ovlivněná hodně věkem jedince. Funkční schopnost pohybového aparátu se ve stáří zhoršuje, a tím dochází ke snížení funkce smyslových orgánů. Senioři už bývají více či méně závislí na druhé osobě. Se sníženou aktivitou dochází ke změnám priorit, životních hodnot. Senioři jsou dost často frustrováni, protože např. sami nezvládnou hygienu a oblékání, kvůli slabosti a nejistotě se bojí pádu, anebo poranění, a proto se ani nekoupe a nesprchuje.

Spánek je další potřeba, která bývá ve stáří dost narušována. Jeden z určujících faktorů pro kvalitu spánku je věk. Kvalita i délka spánku může být ovlivněná např. bolestí, dušností nebo změnou prostředí atd.. Mnohem často se v seniorském věku vyskytuje spánková inverze tj, obrácený rytmus spánku, kdy během dne několikrát usnou a v noci pak spát nemohou (MLÝNKOVÁ, 2007).

6.3.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY SENIORA

Senioři dávají přednost klidnějšímu stereotypu života, což má za následek pokles potřeby nových a silných zážitků. Při výskytu větších množství informací a změn v jejich blízkém okolí pociťují nejistotu a dezorientaci. V této situaci mají tendence setrvávat v minulosti,

s kterou se identifikovali, a proto na ni často vzpomínají a uchovávají si staré věci, fotografie a knihy. V seniorském věku může dojít k omezení kontaktu s okolím a to v souvislosti s onemocněním, poruchou zraku či sluchu a následkem je pak psychická stagnace jedince (VÁGNEROVÁ, 2007).

Senioři preferují kontakty se známými lidmi, protože vědí, co od nich můžou očekávat a to posiluje jejich pocit jistoty. Tento kruh tvoří zejména vlastní rodina, přátelé a známí. Během stáří se však počet těchto lidí zmenšuje a dochází u seniora k pocitům osamělosti, prázdnoty a izolace. Senioři si uvědomují, že mladší generaci příliš nerozumí a jejich cíle, anebo zájmy jsou jim velmi vzdálené. Je pro ně hodně důležitý pocit generační sounáležitosti a solidarity, a jestliže mají dojem závislosti, hledají oporu ve skupině, která řeší stejné problémy a k níž patří (VÁGNEROVÁ, 2008).

6.3.3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ NAPLŇOVÁNÍ POTŘEB

Mezi tyto faktory patří individualita jedince, kde hraje důležitou roli temperament a individuální zvláštnost citů, pak jsou to další biologické potřeby, dále pak psychické a sociální. Naplňování potřeb se rozlišuje podle pohlaví, věku, vzdělání, kultura (PLEVOVÁ, 2011).

6.4 PŘEKÁŽKY V NAPLŇOVÁNÍ POTŘEB

Takovou překážkou naplňování potřeb může být nemoc, anebo narušení mezilidských vztahů. Je to např. osobní bariéra, která může pramenit z pocitů nedůvěry, anebo ostychu vyslovit své přání. Dále pak to může být psychická bariéra, což je např. neschopnost přijmout pomoc při naplňování potřeby, nebo nalézt pojmenování potřeby, která chybí. Může se jednat jenom o prosté nepochopení při komunikaci, nebo nesrozumitelná slova. Další překážkou může být překážka fyziologická, zejména kdy člověk není schopen si zajistit plnění té dané potřeby, která může být zapříčiněna tělesným diskomfortem. Jinou bariéru může způsobovat také prostředí, ať už např. nemocniční nebo nezvyklé prostředí, ve kterém se necítíme dobře. Bariéru činí také ostych znovu se zeptat na věc, které jedinec nepochopil. Při neuspokojování potřeb dochází k napětí, podrážděnosti a jedinec se stává citlivější na některé

podněty- vzniká tak motiv k činnosti, která směřuje k obnovení rovnováhy ve všech oblastech a tím dochází k naplnění potřeb (ŠAMÁNKOVÁ a kol., 2011).

6.5 POTŘEBY V NEMOCI

V ošetřovatelství je člověk chápán jako komplexní a holistická bytost. Proto ošetřovatelství vychází z holistické teorie, která zastává názor, že potřeby musejí být v rovnováze nebo harmonii. Jestli dojde k narušení této harmonie, pak vznikne choroba a porucha jedné části, která ovlivňuje chování člověka jako celku. Identifikace potřeb jedince, plánování a hodnocení péče o jedince však vyžaduje komplexnější pohled jedince v kontextu jeho rodiny, anebo komunity a jeho prostředí.

Aktuální hierarchie potřeb je závislá také na charakteru onemocnění a dělíme je na:

Potřeby, které se nemocí mění (bezpečí a jistota).

Potřeby, které se nemocí modifikují (potrava, pohyb...).

Potřeby, které nemocí vznikly (vědomosti, zručnosti...).

Sestra vstupuje i do mezilidských vztahů a podporuje sebekoncepci (TOMANOVÁ a kol., 2008).

Bio-psycho-sociální model nemoci

somatika ←---→ psychika ←---→ sociální prostředí

psychická zátěž vyvolává somatické onemocnění

somatické onemocnění má vliv na psychiku

psychické stavy vedou k poruše mezilidských vztahů

sociální izolace vyvolává negativní emoce (změna psychiky)

nemocný člověk ztrácí přátele (až sociální smrt)

sociální prostředí ovlivňuje somatiku (osamocení dříve umírají)

Využití znalostí v práci sestry

- Poznání a pochopení svých potřeb.
- Pochopení potřeb druhých.
- Tvoří základ pro hodnocení nemocného a následné plánování intervencí.
- Teoretických znalostí lidských potřeb může využít k edukaci, v postoji k nemocnému – úcta k člověku.

Potřeby člověka v těžké a závažné nemoci

Fyziologické – zde je úkolem sestry převzetí role při zajištění těchto potřeb v takové míře, aby nemocný netrpěl nedostatkem.

Bezpečí a jistota – úkolem sestry je být pacientovi nablízku a zajímat se o účinky intervencí a přijít neprodleně na zavolání.

Láska a pocit sounáležitosti – zde je úkolem sestry naslouchat pacientovi a snažit se o zajištění návštěv a kontaktu s rodinou.

Sebeúcta – úkolem je zajistit maximální soukromí a dát možnost se vyjádřit, anebo ptát se na názor.

Seberealizace – tj. umožnění aktivity, kterou je pacient schopen a poukázat zejména na to, co se mu povedlo (ŠAMÁNKOVÁ a kol, 2011).

Zásady uspokojování potřeb z pohledu zdravotníků

Najít vlastní cestu ve vztahu k pacientovi, vytvořit důvěryhodný vztah a chránit se od emotivních vztahů.

Zdravotník by si měl být vědom rizik, které sebou nese přílišná důvěra a naděje k pacientovi (závislost, přeceňování schopnosti pracovníků...).

Předcházet syndromu vyhoření a to správnou životosprávou a odpočinkem (MALÍKOVÁ, 2011).

Soběstačnost a nesoběstačnost

Soběstačnost se definuje jako schopnost jedince uspokojit své potřeby vlastními silami. Je to samostatnost při vykonávání denních aktivit. Je to míra samostatnosti popř. participace člověka při vykonávání denních aktivit. Nesoběstačnost je naopak neschopnost nebo závislost

jedince při vykonávání denních aktivit. Nesoběstačnost je naopak neschopnost nebo závislost jedince při vykonávání denních aktivit.

Florence Nightingaleová (potřeba pozitivního prostředí)

- brala zřetelně to, že sestra se má soustředit na základní potřeby pacienta, nikoli pouze na nemoc

Model Hendersonové (1966)

- autorka chápe člověka jako nezávislou bytost s biologickou, psychickou, sociální a duchovní dimenzí, které se ztotožňují 14 základním potřebami

- považováno za přelom ošetrovatelské péče

14 základních potřeb dle Hendersonové:

- 1) fyziologické dýchání
- 2) adekvátní příjem potravy a tekutin
- 3) fyziologické vyprazdňování
- 4) pohyb a udržení polohy těla
- 5) spánek a odpočinek
- 6) oblečení
- 7) udržení tělesné teploty
- 8) úprava a čistota těla
- 9) vyhýbat se nebezpečným situacím (sebepoškozování, násilí)
- 10) vyjadřovat emoce, potřeby, obavy
- 11) svoboda vyznání
- 12) pocit smysluplné práce
- 13) zábava a aktivní účast na společenském životě
- 14) kognitivita, uspokojení zvědavosti (ŠAMÁNKOVÁ, 2011).

Model Oremové

- byla ovlivněna prací Maslowa

- potřeba sebepéče znamená, že každý člověk využívá své schopnosti k udržení fyzického a psychického zdraví a samostatnosti.

Dělí se do 3 skupin:

Univerzální (jsou společné pro všechny).

Vývojové (specifické pro vývojové období).

Související s odchylkou od zdraví (při onemocnění, uvědomění si nemoci, vyhledání lékařské pomoci) (HŮSKOVÁ, 2009).

Tento model je jednou z filozofií ošetřovatelství, který vysvětluje sebepéči při uspokojování potřeb člověka.

Oremová popsala tři druhy požadavků na schopnost sebepéče člověka:

1. Univerzální požadavky sebepéče- to jsou požadavky, které souvisí se základními životními procesy a funkcemi např. dostatek vdychu ,stravy tekutin atd.

2. Vývojové požadavky sebepéče- souvisí s růstem ,vývojem, anebo životním obdobím např. krize, zátěžové situace.

3. Terapeutické požadavky sebepéče- tyto požadavky vznikají při poruše zdraví, následky nemocí, různé terapeutické diagnostické a rehabilitační výkony, neboli negativní následky péče.

Aby člověk byl schopen sebepéče, je potřeba, aby odhadl přiměřené aktivity. Člověk musí vědět jak se má o sebe postarat a co by měl proto udělat.

(ZDRAVÍ.EURO.CZ,2010)

7 SEBEPÉČE – SOBĚSTAČNOST

Sebepéče je samostatné vykonávání denních potřeb. Společnost má za úkol vytvořit jedincům takové podmínky, jež by umožňovaly co nejdelší vykonávání činnosti. U hospitalizovaných nemocných pak upravit prostředí tak, aby jim bylo umožněno v co největší míře se o sebe postarat.

Míra soběstačnosti závisí na:

- Úrovni intelektu.
- Ontogenetickém vývoji.
- Zdravotním stavu.
- Prostředí (popř. úprava).
- Momentálním stavu (dočasná indispozice).

Míra soběstačnosti může mít aktuálně i potencionálně sníženou schopnost. Zároveň se také mění a může se týkat jen určitých aktivit.

7.1 HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI NEMOCNÝCH

V ošetrovatelství je soběstačnost běžně hodnocena v 8 -9 základních položkách. Funkční úroveň hodnotíme tak, aby podporovala nezávislost pacienta. Cílem ošetrovatelské péče je dosažení sebepéče tzn. samostatnosti v co největší míře.

7.1.1 HODNOCENÍ A KLASIFIKACE HODNOCENÍ SEBEPÉČE

Součástí aktivit sestry je zhodnocení celkové úrovně sebepéče pacienta. Mezi zdroje patří pozorování, samotný pacient, jeho blízcí, dokumentace nebo spolupacienti. Nutná je také podpora pacientovi nezávislosti. Problematika soběstačnosti je zahrnuta také v diagnózách NANDA – Porucha soběstačnosti (MLÝNKOVÁ, 2010).

NANDA – vypracovala North American Nursing Diagnoses Association

NANDA formuluje ošetrovatelskou diagnózu jako výsledek samostatné odborné činnosti sester. Využívá k tomu dvě osy:

- třídění dg.podle lidských reakcí
- třídění podle funkčních poruch (tzn., že je srozumitelnější pro praxi sestry).

7.1.2 KLASIFIKACE FUNKČNÍCH ÚROVNÍ SEBEPÉČE DLE GORDONOVÉ

- 1) pacient potřebuje minimální pomoc, sám používá zařízení, zvládne sám asi 75 % činností
- 2) potřebuje menší pomoc, resp. dohled, radu. Pacient sám zvládne 50 % činností.
- 3) Potřebuje více pomoci ať už od druhé osoby nebo přístroje. Sám zvládne méně než 25 % činností
- 4) Pacient je zcela závislý na pomoc druhých a zároveň potřebuje úplný dohled.
- 5) Jedná se o deficit sebezpečí, není zde žádná aktivní účast tzn. je neschopen pomáhat, potřebuje úplnou pomoc.

7.1.3 BARTHELOVÉ TEST ADL (activity daily living) = HODNOCENÍ DENNÍ

ČINNOSTI

Při tomto testu se hodnotí 10 oblastí. Patří sem jídlo, pití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence stolice, kontinence moče, používání WC, přesun na lůžko příp. židli, chůze po rovině, chůze po schodech.

Hodnocení :

100b. = nezávislost

95 – 65b. = lehká závislost

60-45b. = závislost středního stupně

45 – 0b. = vysoká závislost

7.1.4 TEST OŠETŘOVATELSKÉ ZÁTĚŽE (podle Svanborga – modifikace Staňková)

Zde se hodnotí 8 oblastí a to např. pohybová schopnost, osobní hygiena, jídlo, inkontinence moči, inkontinence stolice, návštěva toalety, dekubity, spolupráce s nemocným.

Hodnocení – 0b. = zcela soběstačný, 38b. = zcela závislý.

7.1.5 PREVENCE A KOMPENZACE PORUCH SEBEPÉČE

Prevencí poruch sebepéče je, že již od dětství bychom měli zajišťovat bezpečnost tak, abychom předcházeli úrazům. U seniorů bychom poté měli zabránit pádům. Dále bychom k prevencím poruch sebepéče u seniorů mohli zařadit rozvoj samostatnosti, anebo zabránit závislosti na pomoci. Mezi kompenzace poruch sebepéče patří naučit jedince náhradní aktivity, které umožňuje velká nabídka kompenzačních pomůcek (ŠRÁMKOVÁ, 2007).

Klasifikace dle WHO I-D-H – („International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps“)

- I – impairment = porucha, poškození funkce na úrovni orgánů bez ohledu na původ.
- Patří sem např. porucha paměti, sluchu, zraku, nebo třeba výkonnosti.
- D – disabilities = neschopnost, nebo omezená schopnost organismu jako celku (tzn. porucha na úrovni celého organismu). Můžeme sem zařadit např. neschopnost plnit si pracovní nebo sociální role, anebo třeba poruchy manuální obratnosti.
- H- handicap = omezuje nebo brání plnění role jedince ve vztahu ke společnosti, které jsou běžné – závisí na věku, pohlaví a ostatním faktorům. Může vést až k izolaci (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2010).

7.2 POTŘEBY ZDRAVÝCH A NEMOCNÝCH PŘI HYGIENĚ A OBLÉKÁNÍ

Hygienu bychom mohli definovat jako soubor pravidel, které jsou potřebné k ochraně a podpoře zdraví. Tyto pravidla můžeme definovat ve 3 rovinách:

- Biologické – každodenní činnosti.

- Sociální – každý jedinec svou úpravou něco sděluje. Svou hygienou působíme i na okolí.
- Psychologické – jak se člověk cítí.

Potřeba hygieny je u každého jedince individuální. Individuální je míra tzn. co je pro jednoho jedince dostačující, jiný považuje za nedostatečné. Dále záleží i na způsobu, který je ovlivněn jak kulturou, tak zvyklostmi v rodině, příp. podmínkami.

Faktory ovlivňující hygienu

Fyziologicko – biologické (věk, pohlaví, typ kůže, neporušenost.)

Psychicko – duchovní (emocionální ladění, klid).

Sociálně – kulturní (civilizace výchova, hygienické návyky, móda, styl).

Faktory životního prostředí (teplota, vlhkost, hory, moře..).

7.3 POTŘEBA DÝCHÁNÍ

Na dýchání jsou závislé další vitální funkce. Člověk může být bez vzduchu maximálně 3 min. Mezi základní pohyby řadíme vdech (inspirium) a výdech (expirium). Dýchání slouží k udržení homeostázy, výživě tělesných buněk a k zachování života. Dýchání je řízeno centrem v prodloužené míše a je ovlivněno podněty z mozkové kůry a periferních receptorů. Jsou 2 druhy dýchání a to vnější dýchání (výměna plynů mezi atmosférou a krví) a vnitřní dýchání (výměna plynů mezi krví a tkánovými buňkami).

Faktory ovlivňující dýchání

a) Fyziologicko- biologické faktory – sem patří věk, pohlaví, tělesná konstituce, tělesná aktivita, anatomie, anebo také nemoc.

b) Psychicko-duchovní faktory – např. emoce, strach, stres, zlost, vnitřní klid, anebo naopak neklid.

c) Sociálně – kulturní faktory – např. vztahy sociální, rodinná atmosféra, pracovní prostředí ale i návyky.

d) Faktory životního prostředí – čistota vzduchu, množství ozónu, anebo nadmořská výška.

Poruchy dýchání

Rytmus dýchání je pravidelný (eupnoe), ale je ovlivněn stavem vědomí, srdeční práce, klidu, pohybu. Tachypnoe je zvýšená frekvence dýchání. Naopak bradypnoe je snížená frekvence dýchání. Formy dýchání jsou pulmonální, kardiální, anebo psychická. Apnoe je stav bezdeší. Sestra hodnotí frekvenci, dechový objem (v klidu je to asi 500 ml), pravidelnost, ale i charakter. Při anamnéze se pacienta ptáme na respirační problémy, kašel, životní styl, sputum, bolest na hrudi, zda užívá nějaké léky a na rizikové faktory jako je např. kouření. Dýchání měříme podle Biensteinovi škály – slouží k hodnocení rizik a situace v oblasti dýchání, nebo pomocí Fagerströмова dotazníku, která hodnotí závislost na nikotinu (TRACHTOVÁ, 2011).

7.4 POTŘEBA VÝŽIVY A HYDRATAČE

Pravidelnou výživou dosahujeme uspokojení potřeby dřív, než vznikne. Přijímání potravy je proces, který je dobrovolný, dá se naučit ale i ovlivnit výchovou a zároveň je důležité, aby si člověk vytvořil správné stravovací návyky. Jako zásady správné výživy považujeme dodržení vyváženosti energetického příjmu a výdeje, aby strava byla mnohostranná, jídlo aby bylo pokud možno čerstvě připravené, nezatěžovat organismus přísadami v potravinách, jíst pravidelně a v klidu, ve stejnou dobu, denně přijímat dostatek tekutin, dávat přednost rostlinným tukům před živočišnými, preferovat spíše potraviny s nízkým obsahem cukru, přijímat přiměřené množství kuchyňské soli aj.. Měli bychom také denně konzumovat ovoce a zeleninu. Výživa zajišťuje energetické zásoby organismu, uspokojuje žaludek, potřebu tekutin, psycho-sociální potřeby a potřebu chuti.

Faktory ovlivňující výživu

- a) Fyziologicko – biologické faktory (věk a růst, pohlaví, zdravotní stav, funkce zažívacího systému, energetické požadavky).
- b) Psychicko - duchovní (emocionální ladění).
- c) Sociálně – kulturní (tradice, ekonomická situace).

Posouzení stavu výživy

Stav výživy posuzujeme pomocí metody ABCD

A = antropologická měření – výška, hmotnost, kožní řasy, sval ramene (BMI –body mass index)

$$BMI = \frac{\text{hmotnost kg}}{\text{výška (m)} \times \text{výška (m)}}$$

Normou pak není hodnota, ale rozmezí. Normální je 20-25.

25,1 – 30 = prostá nadváha

30,1-40= střední nadváha

40,1-... = těžká nadváha

B= hodnocení biochemických údajů (hemoglobin, lymfocyty, albumin..

C= vyšetření klinických parametrů stavu výživy (clinical sings) – indikátory výživy (kůže, vlasy, nehty, oči, vlasy..).

D= získání výživové anamnézy – stravovací návyky.

Poruchy výživy

Mezi poruchy výživy patří hlad, mentální anorexie, bulimie, odpor k jídlu, hladovka - protest, žízeň, dysfagie, dyspepsie, anebo kachexie. Při hodnocení výživy sledujeme množství přijaté potravy, problémy v dutině ústní, dyspeptické projevy, závažné choroby, medikaci, stav zubů, ale i deficit sebeděče (KAPOUNOVÁ, 2007).

7.5 POTŘEBA VYPRAZDŇOVÁNÍ

Potřeba vyprazdňování je pro život nezbytná, protože se z těla vylučují odpadové produkty. Bývá často tabuizovaným tématem. Jedná se o intimní záležitost, proto je nutná vysoká diskrétnost. Tato potřeba je individuální, zvláště pak defekace, protože jsou mezi jedinci velké rozdíly např. co se frekvence a okolností týče. Důležitou roli zde hraje stud, intimita, diskrétnost a to hlavně u ležících pacientů. Při dostatečném vyprázdnění navozuje pocit libosti.

Faktory ovlivňující vyprazdňování

- a) Biologicko – fyziologické faktory: uvolnění sfinkterů (stáří, patologie..), kontrakce břišních svalů a bránice, jídlo a pití, aktivita a pohyb, nemoc, kontrakce svalů pánevního dna.
- b) Psychologické faktory: životní styl, osobnostní vlastnosti – labilita – časté močení, strach, úzkost, obstipace- při neschopnosti vyprázdnit se na mísu aj.
- c) Sociálně- kulturní : společné WC, pisoáry, na návštěvě.

Poruchy vyprazdňování stolice

Zácpa – obstipace, tj. obtížné vyprazdňování malého množství tuhé stolice až zástava. Obstipace může být buďto symptomatická (ragáda recta..), jako nemoc (přechodně při změně prostředí) a nebo habituální(návyková). U zácpy můžeme sledovat bolest, pocit plnosti, bolest hlavy, tlak v rectu, narušenou chuť k jídlu, anebo námahu při defekaci. Stolice je tvrdá a tuhá. Faktory, které mohou vést k obstipaci, jsou nesprávné stravovací návyky, stres, nevhodná dieta nebo dietní chyba, nízká hydratace, nedostatečný pohyb, anebo nadměrné používání laxancií.

Diarrhoea – průjem. Průjem se objevuje při stresu, užívání některých léků, bakteriální infekci, alergii na potravu, aj.. Znaky průjmu mohou být nestrávené zbytky, krev, hlen nebo hnilobný zápach.

Inkontinence stolice (Incontinentia alvi) - může se stát důležitým sociálním problémem a může člověka i izolovat. Inkontinenci stolice může dělit na parciální, což je neschopnost kontroly a odchod malého množství, nebo na celkovou, kdy se jedná o neschopnost kontroly celkové stolice – ochrnutí.

Flatulence, meteorismus – plynatost. Jedná se o odchod nadměrného množství plynů ve střevě. Vzniká v závislosti na některých jídlech, ale zároveň může vzniknout např. i po endoskopii v důsledku zpomalené střevní motility a malé pohyblivosti střeva.

Hemeroidy – tj. rozšířené žíly v anální oblasti. Hemoroidy můžeme dělit na vnitřní a vnější. Vznikají v důsledku zvýšeného tlaku v anu, v těhotenství, v souvislosti s porodem, ale také bývají často u chronické obstipace. Mohou být i bez projevů, ale mohou způsobovat pálení, krvácení, bolest, a svědění. Léčí se konzervativně i operativně.

Poruchy vyprazdňování moči

Polyurie – zvýšené močení – nad 2500 ml.

Anurie – zástava močení- méně než 100ml/ den (poškození ledvin).

Polakysurie – časté močení (při malé náplni močového měchýře).

Oligurie – snížené množství moči (100-500 ml/ den).

Pomočování – enuresis nocturna, diurna- objevuje se u dětí i dospělých.

Nykturie – noční pomočení – větší část diurézy je vyloučena během noci.

Paradoxní ischurie – močový měchýř je přeplněný a samovolně odkapává moč – může zaměnit s inkontinencí.

Incontinentia urinae – inkontinence. Diuréza je v normě, ale močový měchýř nelze ovlivnit vůlí. Moč se může vyprázdnit naráz, anebo může odkapávat.

Můžeme ji dělit na celkovou (kontinuální poruchy svěrače, ochrnutí..), tlakovou- stresová (uniká méně než 50 ml – např. při kašli, kýchnutí), urgentní (silné nucení na močení s neschopností potlačení), funkční (mimovolné, nepředvídané vyloučení moře – v důsledku psychických nebo tělesných poruch (TRACHTOVÁ, 2011).

7.6 POTŘEBA SPÁNKU A ODPOČINKU

Spánek je nutný pro zachování tělesného i duševního zdraví. Při onemocnění je zvýšená potřeba spánku. Význam spánku je ochranný (chrání organismus před vyčerpáním), zvýšení kvality života jedince a regenerační (udržení normální funkce NS). Je to univerzální potřeba všech živočichů. Spánek je aktivní děj a je to fyziologická změna vědomí. Vyznačuje se minimální fyzickou aktivitou, změnou fyziologických funkcí, snížené vnímání vnějších podnětů a různými úrovněmi vědomí.

Faktory ovlivňující spánek

Při spánku dojde k poklesu arteriálního tlaku, relaxaci kosterního svalstva, rozšíření periferních cév, zvýšená aktivita gastrointestinálního traktu atd...Dále se střídají fáze REM a NREM. Celý tento cyklus trvá 90 min. Je cyklický a vždy se mezi nimi probouzíme. Pokud chodíme spát po půl noci, nedosáhneme NREMU a nedokončí se 1-4 fáze. 1. NREM fáze (Non Rapid Eye Movement) slouží ke regeneraci tělesných sil. Probíhá ve 4 stádiích, je

pomalý a plynule na sebe navazující. Nastává tu snížená aktivita neuronů. 2. REM fáze (Rapid Eye Movement) je charakteristická rychlými pohyby očí. Je to fáze, kdy se nám aktivně zdají sny, objevují se záškuby končetin, nepravidelný dech, snížený svalový tonus. Z této fáze se často budíme.

Faktory ovlivňující spánek

A) biologicko- fyziologické faktory: biorytmus, věk, nemoc, pohyb a aktivita, behaviorální, syntetická (regenerační, zotavovací)

B) Psychicko – duchovní faktory – strach, úzkost, stres, nuda, nedostatek činnosti

C) sociálně – kulturní – mezilidské vztahy, konflikty, ekonomické starosti, nadměra povinností, snaha o přežití, velká tížádostivost

D) prostředí – vybavení, hluk, světlo, vlhkost,...

Poruchy spánku

Poruchy spánku rozdělujeme na primární – nespavost, nebo naopak nadměrná spavost, sekundární – jsou způsobeny klinickým onemocněním.

Insomnie – nedostatek nebo snížená kvalita spánku. Insomnie zahrnuje i poruchu usínání, časté buzení v noci nebo předčasné probouzení. Člověk buď nemůže usnout, nebo usne dobře, ale budí se v noci, anebo spí celou noc, ale předčasně se probudí a už neusne.

Spánková inverze – obrácený cyklus spánku. Přes den člověk usíná nebo spí a v noci je bdělý.

Hypersomnie - nadměrná spavost.

Parasomnie – skřípot zubů, náměsíčnost.

Narkolepsie - člověk usne kdykoli během dne např. při komunikaci s druhým člověkem.

Odpočinek

Odpočinek znamená klid a relaxaci bez emočního stresu, uvolnění napětí a úzkosti. Jedinec by měl denně odpočívat. 1-2x ročně by měl jezdit na dovolenou. Mezi předpoklady k odpočinku patří pocit, že mám vše pod kontrolou, správnou polohu, vhodné prostředí, dostatek času, pochopení ostatních a pocit, že mohu odpočívat. Odpočinkem pro člověka může být např. sport, vycházky, poslech hudby, sledování televize, nebo i fyzická práce (POKORNÁ a kol., 2013).

7.7 POTŘEBA NEMÍT BOLEST

Bolest je lidskou zkušeností a její prožívání je spojeno s poznatky tělesnými, emočními i sociálními. Je to stav tísně až přídatným šokujícím momentem a spouštěčem mediátorových kaskád se změnami ve vzdálených orgánech a celém organismu. Bolest je subjektivní zážitek a existuje vždy, když nemocný říká, že bolest má. Bolest většinou přivádí nemocného k lékaři. Bolest nás informuje před škodlivými vlivy, bolest nás chrání. Podstata bolestivého vjemu je mnocicepce. Jsou to procesy, které jsou vyvolané aktivací nociceptorů. Výsledkem tohoto děje je uvědomění, že bolest je senzoričtý vjem. Dalším stupněm modelu bolesti je psychická reakce na bolest, anebo utrpení. Intenzita bolesti je provázená složkou senzoričtí a složkou afektivní. Posledním stupněm je bolestivé chování a někteří odborníci považují toto chování za jediný objektivně pozorovatelný projev bolesti – grimasy, pláč, vzdychání... Toto bolestivé chování je projevem maladaptace nemocného a jeho účelem je přimět okolí, aby vědělo, že dotyčtý má bolest (MARKOVÁ, 2010).

Faktory ovlivňující bolest

1) Fyziologicko – biologické

- Fyziologie bolesti (jak je velká, intenzita, intervaly..).
- Věk.
- Vývojové faktory.
- Nemoc.

2) Psychicko – duchovní

- Osobnost člověka.
- Nálada, pocity.
- Strach, úzkost.
- Vztek, hostilis.

3) Sociálně – kulturní

- Výchova.
- Sociální závislost.

- Osamělost.
- Etnografické vlivy.

4) Faktory životního prostředí

- Chlad a teplo.
- Ultrafialové záření.

Hypotalamus spolu s limbickým systémem ovlivňují emotivní složku bolesti a jsou zodpovědné za negativné emoce např. strach, úzkost, které doprovázejí bolest.

Anatomicko-fyziologické studie v 70. letech objasnily způsoby, jak by se dala bolest modulovat, pomocí modulačních látek.

- Nkefalin – působí v míše, středním mozku, hypotalamu, prodloužené míše.
- Endorfiny – vyskytují se v centrální oblasti v prodloužené míše.
- Serotonin – uvolňuje se z tkáně při jejím poškození.

7.7.1 VRÁTKOVÁ TEORIE BOLESTI

Je to vnímání bolesti podle Melzacka a Lissauera předpokládá, že rychlá vlákna zavírají vrátka pro pomalé vzruchy. Porucha tohoto systému nese za následek chronické až obtížně ovlivnitelné bolesti. Teorie uvádí, že nervový systém zpracuje v určité časové jednotce pouze určité množství senzoričkových informací. Vrátková teorie je přínosem pro objasnění psychologických aspektů bolesti. V psychologické oblasti je podstatné, jaký význam pacient své bolesti přikládá. Závisí to na spoustě okolností, od charakteru bolesti až po předchozí životní zkušenosti. Delší trvání bolesti nese sebou deprese, beznaděj a vzdání se. Deprese znamenají zhoršenou spolupráci nemocného (KŘIVOHLAVÝ, 2010).

7.7.2 LÉČBA BOLESTI

Farmakologická léčba – skládá se z třístupňového schématu, které je WHO doporučováno jako standardní pro léčbu bolesti.

1. stupeň: neopioidních analgetik nebo kombinace s adjuvantními léky.
2. stupeň: slabé opioidy a jejich kombinace.
3. stupeň: silné opioidy.

Elektroanalgézie

Používá se k dosažení analgetického účinku pomocí přístroje. Zvlhčené elektrody tohoto přístroje se přikládají na postižené místo a používá se hlavně při neuralgiích trigeminu a fantomových bolestí. Používá se zejména, kde chirurgická léčba bolesti byla pro nemocného neúnosná. Tento přístroj se nikdy nesmí použít u nemocných s kardiostimulátorem.

Akupunktura

Je to klasická analgetická metoda, která se používá po mnohá staletí zejména v Číně. Podstatou akupunktury je reflexní podráždění určitých bodů na povrchu těla, kde ke stimulaci těchto bodů se používá speciálních jehel. Předpokladem je, že stimulací akupunkturních bodů dochází ke zvýšení sekrece endorfinů, tím pádem ke zvýšení prahu pro vnímání bolesti.

Chirurgie bolesti

Doporučuje se u stálých a dlouhotrvajících bolestí, které nepolevují. Tyto bolesti nejsou ovlivnitelné analgeticky, tak se používají neurochirurgických zákroků.

- 1) Přerušování senzitivních nervů, tzn. zadní kořeny míšních nervů před vstupem do páteřního kanálu.
- 2) Přetětí zadních míšních provazců a to jednostranně nebo oboustranně.
- 3) Nitrolební operace, která má za cíl přerušit dráhu bolesti v oblasti thalamu a mezimozku (KAPOUNOVÁ, 2007).

7.8 POTŘEBA JISTOTY A BEZPEČÍ

Člověk, který je nemocný pociťuje obvykle nepříjemné pocity, nejistotu, někdy i úzkost a strach. Ať už se jedná o jakékoli onemocnění, buďto virózu nebo o operační zákrok, obvykle člověk znejistí a trochu ztrácí půdu pod nohama. Nepřítomnost v práci, anebo nezvládnutí učiva, pobyt v nemocnici a izolace od blízkých lidí, to vše nám bere pocit jistoty a bezpečí. Potřeba jistoty a bezpečí vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, osvobození od strachu, ekonomického zajištění atd.. Pociťování jistoty a bezpečí ovlivňuje fyziologicko - biologickou stránku lidského organismu a podporuje normální funkci jednotlivých orgánových systémů.

Jistota- nejistota působí jako stresory, které ovlivňují adaptační mechanismy organismu. Pocit jistoty a bezpečí dává člověku získání důvěry, životní hodnoty a orientaci v lidském společenství i v materiálním světě (MLÝNKOVÁ, 2010). Jistota a bezpečí patří mezi základní lidské potřeby a souvisí s přežitím jedince. Potřeba jistoty a bezpečí zasahuje do oblasti psychiky člověka, ale přesto je A. Maslow zařadil mezi potřeby nižší a biologické. Toto zařazení odůvodňuje jejich vrozeným základem a dále vysvětluje, že může být i přítomnost této potřeby u fylogeneticky nižších druhů, tzn. u zvířat. Reakce na neuspokojenou potřebu jistoty a bezpečí je příkladná u dětí, kde dítě v situaci ohrožení pláče, křičí a utíká. Věk jedince hraje významnou roli ve vztahu k potřebě jistoty a bezpečí. Pro novorozenecké a kojenecké období je charakteristická úplná závislost, jak biologická tak i psychická dítěte na dospělém. Matka je pro dítě zdrojem jistoty a bezpečí a dítě potřebuje být s matkou v blízkém kontaktu. Dlouhodobé neuspokojení této potřeby např. při hospitalizaci kojenců bez matky, anebo u dětí v dětských domovech je příčinou psychické deprivace dítěte a může být v pozdějším věku příčinou psychických poruch. Období dospělosti je nejdelším obdobím a obecná charakteristika období vzhledem k jednotlivým potřebám a k uspokojování potřeby jistoty a bezpečí je problematická. Zdrojem jistoty a bezpečí je u dospělého člověka zejména rodinné zázemí, přátelé, dobrý zdravotní stav, zaměstnání a finanční ohodnocení. V období stárnutí a stáří je rozhodujícím faktorem pro uspokojení potřeby jistoty a bezpečí fakt, jestli člověk žije sám, s partnerem, anebo v širší rodině. Nejdůležitější bude zdravotní stav a míra soběstačnosti a nezávislosti starého člověka v základních denních aktivitách (BÁRTLOVÁ, 2005).

Nemoc a potřeba jistoty a bezpečí

Nemoc ovlivňuje a mění způsob uspokojování potřeb biologických i psychosociálních. Neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí v nemoci je hluboce narušena homeostáza, tj. životní rovnováha nemocného. Nemocný člověk ztrácí vždy pocit jistoty a bezpečí nejen v situacích, kdy se jedná o nemoc spojenou s hospitalizací, ale zvláštní kapitolu tvoří chronicky nemocní, jejichž život je trvale ohrožen.

7.8.1 PSYCHICKÁ ODEZVA NEUSPOKOJENÍ POTŘEBY JISTOTY A BEZPEČÍ

Strach je obava před určitým nebezpečím. Starý člověk má strach hlavně ze samoty, dále pak z nesoběstačnosti a z nemoci. Vzhledem k psychickým změnám, které provázejí stárnutí a

stáří si nemusí strach uvědomovat, anebo naopak mohou dlouhodobé negativní emocionální stavy vyústit až v depresi. Stupňovaný strach je prožíván starým člověkem jako zděšení a má stresové účinky. Ve stavu hrůzy se starý člověk cítí být bezmocný, bezradný a neví, jak má jednat. Úzkost je obava před něčím neurčitým, před neznámou hrozbou a je považována za emoci naší doby. Mezi strachem a úzkostí jsou plynulé přechody, kde úzkost může vzniknout na základě vrozených dispozic. Úzkost má adaptační význam a vede k destrukci chování. Pro zdravého člověka je úzkost a strach faktorem, který zvyšuje jeho aktivitu a stimuluje jeho poznávací a sebevýchovné zájmy (KŘIVOHLAVÝ, 2010).

Hněv je obvyklou reakcí na frustraci, proto je spojen s agresí. Typickým výrazovým znakem hněvu jsou ničující pohyby, zvláště osob s nedostatkem zábran. Stupňovaný hněv se projevuje jako vztek, zuřivost a vyznačuje se často oslabením, až ztrátou zábran. Hněv má výbušnou povahu a vztek může být velmi těžce ovladatelný. Hněv, který je vyvolaný sociálními podněty se spojuje s nepřátelskými postoji a s touhou deparat a ničit protivníka.

Smutek je reakce na ztrátu hodnoty, kde v mírnější podobě to může být pouze zarmoucení a ve výraznější podobě je to žal. Žal je pocit bezvýchodnosti a touha zaměřená do minulosti, aby se nebylo stalo to, co se stalo a co se nedá odvrátit. Výrazovým projevem smutku je pláč a hluboký žal probíhá bez pláče. Smutek bývá doprovázen atakami hněvu nebo vzpoury a pocity viny (TRACHTOVÁ, 2011).

7.9 POTŘEBA SEBEKONCEPCE A SEBEÚCTY

Sebekoncepce a sebeúcta jsou si blízké a u nás častěji více používanému pojmu sebevědomí. Sebevědomí je nezbytné pro duševní zdraví. Zdravá sebekoncepce, sebeúcta a sebevědomí umožňují člověku se lépe orientovat v náročných životních situacích. Zdravé sebevědomí a sebeúcta jsou nezbytné v těžkých životních situacích, kterými je také nemoc. Nemoc zasahuje do oblasti sebekoncepce a sebeúcty. Zdravotníci by měli svým jednáním podporovat sebeúctu starého člověka, protože nemocný člověk je jejich partnerem ať už v diagnostickém nebo léčebném procesu. Neustále se ale bohužel setkáváme s dominantním postavením lékařů a sester, kteří tímto jednáním přisuzují nemocnému submisivní roli člověka závislého na zdravotnících a neschopného o něčem rozhodovat. Lidé, kteří nemají zdravé sebevědomí, nejsou schopni žít naplno. Tito lidé nejsou šťastní a jejich narušená sebekoncepce je spojena

s pocity bezcennosti, beznaděje, bezmocnosti a nenávist vůči sobě i druhým lidem. Velmi důležitá je sebekoncepce sestry. Sestra, která má problémy sama se sebou bude mít problémy s uspokojováním potřeb nemocného. Naopak sestra, která má pozitivní vztah ke své vlastní osobě dokáže lépe pochopit problémy druhých lidí a je převážně pozitivně emocionálně naladěná, její chování je profesionální.

7.9.1 SLOŽKY SEBEKONCEPCE

1) Obraz těla

Vnímání fyzického tělesného já je vědomí fyzické odlišnosti od fyzického světa. Obraz vlastního těla je v dospělosti významný aspekt osobnosti a zahrnuje představy o vlastním těle, jestli je krásné nebo méně krásné, o jeho svěžesti nebo naopak slabosti a sešlosti. K součásti tělového schématu patří také oblečení a stává se součástí sebepojetí a zdrojem sebestylizace. Obraz těla je taky mnoho ovlivněn kulturními i sociálními hodnotami.

2) Výkon role

Postavení člověka ve společnosti je určitým způsobem organizováno a společnost každému jedinci z hlediska jeho pohlaví, věku, socioekonomickému postavení, zaměstnání, předepisuje určité sociální role. Těmto rolím se člověk učí a stávají se součástí jeho osobnosti. Do sociální role se promítají normy společenského života tzn. očekávané chování jedince v určitých situacích.

3) Osobní identita

Identita vystupuje v psychologii pod pojmem ego a vytváří trvalý pocit individuality, který se utváří postupně během života. Podstatou tohoto ega je tedy obraz vlastního já a je výsledkem zobecnění určitých zkušeností týkajících se vlastní osoby.

4) Sebeúcta

Sebeúcta je způsob jak jedinec vnímá sebekoncepci a může vyústit do pozitivního nebo negativního sebehodnocení. Existují dva typy sebeúcty: celková, anebo specifická.

Celková sebeúcta pojednává, do jaké míry se jedinci líbí obraz sama sebe. Specifická sebeúcta je to, do jaké míry jedinec akceptuje určitou část sama sebe a je ovlivněná specifickou sebeúctou (MARKOVÁ a kol., 2006).

V období stárnutí a stáří je charakteristické egocentrickým zaměřením osobnosti, emocionální labilitou a zhoršenou schopností adaptace na nové podněty. Oblast sebeúcty a sebekoncepce bude ve stáří v úzké závislosti zejména na zdravotním stavu člověka a na jeho soběstačnosti. Sebepojetí starého člověka ovlivňují nejvíce vztahy s nejbližšími, dětmi, popř. žije sám v domově důchodců. Neméně důležitou roli v oblasti sebeúcty hraje také uspokojení potřeby sociálního uznání, které je spojené s pocitem potřebnosti nebo zbytečnosti. Zdravotní stav a fyzických vzhled člověka jsou důležitými faktory sebekoncepce a sebeúcty. Zdraví jako životní hodnota se dostává na přední místo v hierarchii hodnot až když je člověk nemocen nebo tělesně postižen. Narušení sebeúcty je přímoúměrné závažnosti onemocnění. Oblast sebekoncepce výrazně ovlivňují tzv. esteticky znehodnocující onemocnění jako je např. amputace, plastiky po popáleninách, které narušují obraz těla a vnímání tělesného já (MLÝNKOVÁ, 2010)

Chování, které signalizuje poruchu sebekoncepce

Změny v oblasti sebekoncepce a sebeúcty vyjadřuje každý jednotlivec svým způsobem a to prostředky verbálními i neverbálními. Pro poruchy sebekoncepce a sebeúcty jsou mimo jiné a také typické formy myšlení a myšlenkový proces může být nelogicky narušený.

1) **Katastrofizace** je nutkání neustále myslet na nejhorší a typická jsou sdělení: „má-li se něco stát, ať se to stane, věci jsou zlé, ale můžou být ještě horší.“

2) **Minimalizace a maximalizace** to jsou tendence minimalizovat pozitivní, úspěchy, a přikládat větší význam negativnímu a zdůrazňovat chyby.

3) **Černobílé – myšlení** tzn. zařazovat věci k jednomu nebo k druhému extrému a ty věci jsou buď perfektní, anebo špatné a vše musí být provedeno bez chyb.

4) **Generalizace** je přiklání se k názoru, že problém v dané situaci je aplikovaný na všechny ostatní situace.

5) **Vztahovačnost** je sklon k názoru že to, o čem přemýšlí a co udělají jiní lidé, se vztahuje na nás. Tento typ člověka je přesvědčený, že ostatní zajímají jeho myšlenky a skutky a tím sledují jeho omyly a selhání.

Chování spojené s nízkou sebeúctou

- Vyhýbání se kontaktu očima.
- Zpomalená postava a pomalý pohyb.
- Nadměrná kritičnost k vlastní osobě.
- Zvýšená kritičnost vůči druhým.
- Neschopnost zaujmout k sobě pozitivní stanovisko.
- Nestálost v sociálních vztazích.
- Vyhýbání se konverzaci a kontaktu s cizími lidmi.
- Časté projevy hněvu a zlosti.
- Nesplněné očekávání v naplnění role (TRACHTOVÁ, 2011).

Stresory ovlivňující sebekoncepci a sebeúctu

1) Stresory vyplývající z obrazu těla

- Ztráta části těla např. amputace.
- Ztráta tělesných funkcí např. onemocnění srdce.
- Narušení vzhledu např. popáleniny.

2) Stresory vyplývající z výkonu role

- Ztráta partnera, dítěte, nebo blízkého přítele.
- Změna nebo ztráta zaměstnání.
- Odchod do důchodu.
- Onemocnění.
- Hospitalizace.

3) Stresory vyplývající z identity

- Změna fyzického vzhledu.
- Pokles fyzických duševních sil.

- Neschopnost dosáhnout cíle.
- Sexuální nejistota.

Základní sebeúcta odpovídá sebeúctě, která se již formuluje během životních zkušeností a to zejména v rodině. Funkční úroveň sebeúcty se může značně měnit ze dne na den a dokonce i v určitém okamžiku. Funkční sebeúcta je výsledkem dalšího vývoje osobnosti mezi lidmi a prostředím a může přesáhnout základní sebeúctu, anebo naopak může klesnout až pod její úroveň. Závažný stres, dlouhodobé onemocnění, ztráta zaměstnání mohou výrazně ovlivnit základní sebeúctu člověka tím, že ji sníží (POKORNÁ a kol., 2013).

Psychoterapeutické účinky dobrého vztahu mezi zdravotníkem a nemocným

Bolest nemocného se může zvýšit, např. když nemocný neví, co se s ním bude dál dít, když nemá přesnou představu, proč ho něco bolí. Strach a obavy zhoršují situaci pacienta a lékař nebo sestra mohou svým chováním a jednáním obavy zmírnit.

Kladný vliv zdravotnického personálu na tlumení bolesti:

Compliance – je harmonický vztah mezi lékařem a nemocným a vzájemné porozumění

Informovanost nemocného v protipólu k negativnímu vlivu neinformovanosti a nejistoty

Empatie – je to schopnost vžít se do pocitů nemocného a pochopit jeho problémy. Je to zrcadlení psychického stavu nemocného.

Haptický kontakt – jedná se např. o podání ruky, pohlazení atd.. Tímto nemocnému sdělujeme, že jsme nablízku a o jeho bolesti víme.

Sugestivní působení – je to přesvědčování nemocného že o jeho bolesti víme a dále jej posilujeme v sebevědomí (př. Určitě to zvládnete...)

Posilování vlastní aktivity nemocného – tj. povzbuzování nemocného např. pochvalou ze strany zdravotníků.

Ochota vyslechnout nemocného – nemocný se potřebuje někomu svěřit, anebo si s někým popovídat o svých problémech, starostech, obavách.

Akceptace – je to přijetí nemocného jako sobě rovného a nemocný se stává partnerem a aktivně se podílí na uzdravovacím procesu (ONDRUŠOVÁ, 2008).

7.10 METAPOTŘEBY

Metapotřeby ujednávají specifické tendence seberealizující se osoby a patří mezi ně potřeba poznání, porozumění, potřeba rovnováhy a harmonie a potřeba smysluplnosti aj. Uspokojení těchto potřeb dle Maslowa upevňuje vývoj pravé lidskosti a vede k vyššímu štěstí. Charakter těchto potřeb má transcendentní charakter to znamená překročit zkušenosti, vyšší duchovní život. Je to touha po nejvyšším smyslu a taky po mystických hodnotách, kde člověk přesahuje svoji osobnost a obrací se k Bohu (TRACHTOVÁ, 2011).

7.11 DUCHOVNÍ POTŘEBY

Sestra by měla pečovat taky o duchovní potřeby nemocného, nejen že zajistí nějakou duchovní službu, ale taky by měla umět pomoci v duchovní krizi nemocného. Velmi důležité je umění naslouchat nemocného, ale nechat jej mluvit o věcech, které nesouvisí s nemocí. Sestra musí dát nemocnému najevo, že má úctu k němu samému a uchovávat jeho lidskou důstojnost. Spiritualita je důležitá pro lidskou psychiku a je jednou ze čtyř základních potřeb nemocného a úzce souvisí s metapotřebami (MAŠÁT, 2006). Duchovní život zahrnuje žebříček hodnot, přání, anebo snů člověka. Je to touha po něčem vyšším co člověka přesahuje. Je to touha po smyslu našeho bytí, touha po vztahu s vyšší mocí. Spiritualita je součástí každého člověka a je pro každého z nás formou osobního vyladění, z něhož člověk odvozuje celý svůj život.

Poruchy spirituality

Poruchy spirituality mají každá jinou podobu a různý stupeň závažnosti a nemusí souviset s nemocí. Duchovní rány vyplývají z utrpení souvisejícího s naší duší a lidé prožívají duchovní ránu jako pocit viny a neschopnost odpuštění. Duchovně strádající člověk se sice vyvíjí jako osobnost, která ale vnitřně trpí nedostatkem v duchovní oblasti. Tento člověk se snaží zmírnit bolest a pokouší se dosáhnout přijetí různými způsoby, anebo jiným chováním. Chováním, které poskytuje přesnou kopii zážitku spojení, což mnohdy vede k jiným závislostem a dysfunkčnímu chování (SMÉKAL, 2001).

7.12 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Je důležité si uvědomit, že hospitalizovaný senior potřebuje nejen ošetrovatelskou péči, ale také potřebuje saturovat potřeby. Zdravotnický personál by si měl získat důvěru pacienta a tím mu navrátit ztracený pocit bezpečí a jistoty.

Rychlost a úspěšnost zotavování pacienta závisí mnoho na jeho psychickém stavu. Proto vystupuje do popředí ta psychická péče, která pomáhá pacientovi smířit se se situací, ve které se nemocný vyskytl.

Kvalitně vyškolený personál by měl umět vždy poskytnout pacientovi všestrannou podporu.

Dobré rodinné vztahy a častější kontakt s přáteli mívají důležitý vliv na zvýšení kvality života seniora.

ZÁVĚR

V poslední době se stále více zvyšuje seniorská populace, proto větší pozornost se obrací této populaci a naskytují se otázky péče o ně.

V dnešní době je pro seniory spousta zařízení, ať už sociální či zdravotní, kde je starý člověk odkázaný na pomoc druhé osoby.

Jestliže už nemocný nepotřebuje lékařskou péči, tak se snaží zdravotníci či sociální pracovníci podporovat v co největší míře soběstačnost nemocného a pokud to nejde zajistit aspoň co nejlepší kvalitu péče.

V nejlepším případě, a pokud to dovoluje zdravotní stav pacienta, je propuštění do domácí péče, kde je nemocný podporován rodinou a je ve známém prostředí.

V naší bakalářské práci jsou rozebrány konkrétní potřeby, které jsou dost často opomíjeny. Zpočátku jsou potřeby pacientů rozebírány z všeobecného hlediska a následně rozděleny.

V biologických potřebách je rozebírána soběstačnost, dýchání, výživa, vyprazdňování, spánek a odpočinek a následně potřeba bezpečí a jistoty a duchovní potřeby.

Psychické potřeby popisují, jak člověk vnímá sám sebe a na jak moc je ovlivněna jeho psychika.

Podařilo se nám zjistit, že psychické potřeby jsou dost opomíjeny. Na psychiku pacienta se neberou tak ohledy, jak na jeho zdravotní stav. Mnohdy je špatný psychický stav spouštěčem nemoci, aniž by si to zdravotnický personál uvědomoval.

Závěrem lze konstatovat, že cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BÁRTLOVÁ, S., *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 1. vyd., Praha : Grada, 2005 ISBN 80-247-1197-4
- BERKOVÁ, H., 2015. *Edukační proces u pacienta s kolostomií*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetřovatelství.
- BRZÁKOVÁ, K. a kol., *Geriatrická problematika v pastorální péči*. 1. vyd. Praha: Grada 2013 ISBN 978-80-246-2296-5
- ČEVELA, R. a kol., *Sociální gerontologie : úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha : Grada, 2012. 263 s. ISBN 978-80-24
- ČEVELA, R. a kol., *Sociální gerontologie. I.* vyd. Praha: Grada 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4
- DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha : Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-4138-3.
- DUŠEK, K. a kol., *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Grada 2010 ISBN 978-80-247-1620-6
- HOLMEROVÁ, I. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-5924-1
- HUDÁKOVÁ, A. a kol., *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4772-3
- HUSKOVÁ, J. a kol., *Ošetřovatelství-ošetřovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada 2009 ISBN 978-80-247-2852-0
- JAROŠOVÁ, D., *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada 2007 ISBN 978-80-247-2150-7
- JIRÁK, R. a kol., *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada 2009 ISBN 978-80-247-2454-6
- KALVACH, a kol., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada 2008 ISBN 978-80-247-2490-4
- KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada 2007 ISBN 978-80-247-1830-9
- KLEVETOVÁ, D. *Rizika pádů v domácím prostředí i v zařízeních pro seniory. Sociální péče*, 2009, č. 1, s. 15-17. ISSN: 1213-2330.

- KREJBICHOVÁ, K., *Potřeby příbuzných geriatrických pacientů hospitalizovaných na Koronární jednotce*. Brno: 2013 Lékařská fakulta. Katedra ošetřovatelství.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada 2002 ISBN 80-247-0179-0
- LÁTALOVÁ, K. a kol., *Agresivita v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada 2013 ISBN 978-80-247-4454-4
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
- MARKOVÁ, E. a kol., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada 2006 ISBN 80-247-1151-6
- MLÝNKOVÁ, J. *Saturace potřeb klientů v ústavní i domácí péči. Sociální péče*, 2009, č. 3, s. 21-23. ISSN: 1213-2330.
- NĚMCOVÁ, J. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*, 2015. ISBN 978-80-904955-9-3
portál.mpsv.cz/soc
- POKORNÁ, A. a kol., *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada 2010 ISBN 978-80-247-3271-8
- PROCHÁZKOVÁ, E. *Cesta do duše seniorů. Ošetrovatelská péče*, 2015, roč. 2015, . ISSN: 2336-1603.
- PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada 2007 ISBN 978-80-247-1490-5
- ROKYTA, R. a kol., *Fyziologie a patologická fyziologie: proproklinickou praxi*. Praha: Grada 2015 ISBN 978-80-247-9902-5
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol., *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I*. 1. vyd. Praha: Grada 2007 ISBN 978-80-247-1775-3
- SYSEL, D. a kol., *Ošetrovatel'ská starostlivost' v schématech minútovej bázy znalostí*. 2008. ISBN 978-80-969923-0-0
- ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci : aplikované v ošetrovatelském procesu. Marie Šamánková a kolektiv*. 1. vyd. Praha : Grada, 2011. 134 s. (Sestra). ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství* 1.1. vyd. Praha: Grada 2006 ISBN 80-247-1148-6
- ŠPIRUDOVÁ, L. a kol., *Multikulturní ošetrovatelství 2*. 1. vyd. Praha: Grada 2006 ISBN 80-247-1213-X

ŠTĚPÁNKOVÁ, H. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. 1. vyd. Praha: Grada 2014 ISBN 978-80-246-2628-4

TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3. nezm. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

VÁVROVÁ, S. *Pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením a pro seniory jako totální instituce*. *Sociální práce*, 2012, roč. 12, č. 4, s. 39-46. ISSN: 1213-6204.

VAVŘÍKOVÁ, V. *Představa seniorů o důstojném stáří*. Plzeň: 2012 Fakulta zdravotnických studií. Bakalářská práce. Katedra ošetrovatelství.

ZAHRADNÍKOVÁ, A. *Potřeby nemocných v hospicové péči*. Pardubice: 2012 Fakulta zdravotnických studií. Bakalářská práce. Katedra ošetrovatelství.

ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie - teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

ZITOVÁ, P. *Úloha rodiny v péči o seniory*. Pardubice: 2010 Fakulta zdravotnických studií. Bakalářská práce. Katedra ošetrovatelství.

ZDRAVÍ.EURO.CZ, 2010

PŘÍLOHY

Příloha č.1 Maslowova pyramida potřeb

Příloha č.2 Test hodin

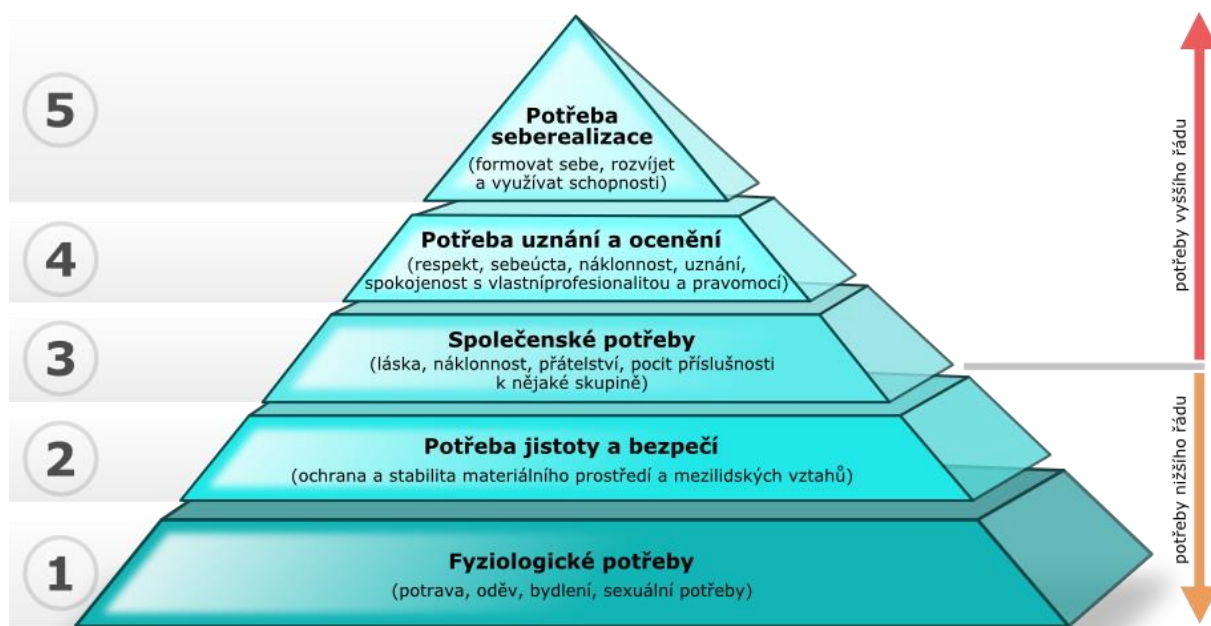
Příloha č.3 Barthelův test běžných denních činností

Příloha č.4 Hodnocení nutričního vztahu

Příloha č.5 Test instrumentálních všedních činností(IADL)

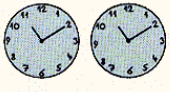
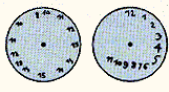
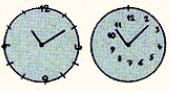
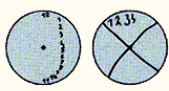
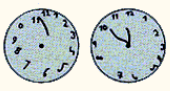
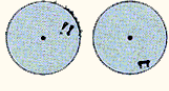
Příloha č.6 Literární rešerže

Příloha č.1 Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: http://www.halek.info/www/prezentace/management-cviceni3/obrazky/maslowova_hierarchie_potreb_a_hodnot.png

Příloha č.2 Test hodin

Test kreslení hodin		Jméno pacienta:	
		Datum vyšetření:	
<p>Pokyny pro provedení:</p> <p>1. Dejte pacientovi čistý list papíru s předkresleným kruhem. Ukažte mu, kde je horní a spodní část. Pak dejte pacientovi pokyn: „ Toto mají být hodiny. Doplňte, prosím, všechna chybějící čísla a zaznamenejte čas 10 hodin a 10 minut.“</p> <p>2. Poznamenejte si provádění (pořadí, opravy, trvání). Zhodnoňte výsledek podle níže uvedeného návodu a zaznamenejte ho spolu se jménem pacienta a datem a provedení na kresbu.</p> <p>3. Validizovaná hranice mezi normální a patologickou kresbou ve smyslu přítomnosti kognitivní poruchy/demence leží mezi 2 a 3 body. To znamená, že skóre 3 a více bodů je již patologické.</p>			
<p>1. Bezchybné provedení</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ čísllice 1-12 ve správném pořadí i místě ▲ dvě ručičky ve správné poloze 		<p>4. Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ nepravidelné mezery ▲ zapomenutí číslic ▲ perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 ▲ záměna pravý-levý (čísllice proti směru) ▲ dysgrafie - chybějí čitelné číslice 	
<p>2. Lehká prostorová chyba ciferníku hodin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ vzdálenost mezi číslicemi nerovnoměrné ▲ číslice mimo kruh ▲ otočení papíru s otočením číslic ▲ použití pomocných čar pro lepší orientaci 		<p>5. Těžká prostorová dezorganizace</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno 	
<p>3. Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ pouze jedna ručička ▲ čas zaznamenan slovně „10 hodin 10 minut“ ▲ čas vůbec nezaznamenan 		<p>6. Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ žádný pokus zakreslit hodiny ▲ ani vzdálená podobnost s hodinami ▲ napsáno slovo nebo jméno 	

Zdroj: <https://www.google.cz/search?q=test+hodin>

Příloha č.3 Barthelův test základních všedních činností

Barthelův test základních všedních činností (ADL - Activities of Daily Living)

Jméno pacienta:.....

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 0 - 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 45 - 60 bodů **závislost středního stupně**

ADL 2 65 - 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 - 100 bodů **nezávislý**

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Zdroj:<http://zdr-sestricky.blog.cz/1311/znevyhodneni-sebepece-sobestacnost>

Příloha č.4 Hodnocení nutričního stavu

Hodnocení nutričního stavu

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

Nejdříve proveďte screening, dále postupujte dle jeho výsledku

Screening:

A. Jíte méně v posledních 3 měsících?

(například pro menší chuť k jídlu, zažívací potíže, potíže s kousáním či polykáním)

- 0 - ano, výrazně méně
- 1 - ano, trochu méně
- 2 - ne, jím pořád stejně

B. Zhubnul jste v posledních měsících? O kolik kilogramů?

- 0 - více než o 3 kg
- 1 - nevím
- 2 - úbytek mezi 1-3 kg
- 3 - žádný úbytek na váze

C. Stav hybnosti

- 0 - upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík
- 1 - schopen vstát, ale většinu dne tráví na lůžku či vozíku
- 2 - samostatně se pohybuje

D. Prodělal jste v posledních 3 měsících nějaké akutní onemocnění nebo výrazný stres?

- 0 - ano
- 1 - ne

E. Neuropsychologický stav pacienta

- 0 - deprese nebo těžká demence
- 1 - mírná a střední demence (pacient je schopen komunikovat, může být dezorientovaný, ale není agresivní či neklidný, v noci převážně spí)
- 3 - bez těchto problémů

F. BMI – Body Mass Index

- 0 - BMI méně než 19
- 1 - BMI 19 až méně než 21
- 2 - BMI 21 až méně než 23
- 3 - BMI 23 či vyšší

Výsledek screeningu (maximální počet bodů 14)

12 bodů a více - PACIENT NENÍ OHROŽEN MALNUTRICÍ (není třeba pokračovat ve vyšetření)

11 bodů a méně - RIZIKO MALNUTRICE – (pokračujte ve vyšetření)

Doplňující vyšetření

G. Žije samostatně v domácím prostředí (není nikde dlouhodobě umístěn či hospitalizován)

- 0 - ne
- 1 - ano

H. Užívá více než tři druhy léků denně (dlouhodobá medikace)

- 0 - ano
- 1 - ne

I. Dekubity či jiné výrazné kožní defekty

- 0 - ano
- 1 - ne

J. Kolik plnohodnotných jídel sní pacient za den?

- 0 - jedno
- 1 - dvě
- 2 - tři

K. Zhodnotte následující indikátory příjmu proteinů

- alespoň jedenkrát denně mléčný pokrm (mléko, sýr jogurt) ano – ne
alespoň dvakrát v týdnu vejce nebo luštěniny ano - ne
maso, ryba nebo drůbež každý den ano – ne
0 bodů - do jedné pozitivní odpovědi
0,5 bodu - při dvou pozitivních odpovědích
1 bod - při třech pozitivních odpovědích

L. Jí pacient alespoň dvě porce čerstvé zeleniny nebo ovoce za týden?

- 0 - ne
1 - ano

M. Kolik tekutin pacient vypije? (voda, džus, káva, čaj, mléko...)

- 0 - méně než tři šálky
0,5 - tři až pět šálků
1 - více než 5 šálků

N. Jak pacient jí:

- 0 - musí být krmen, sám se nenají
1 - jí sám, ale s potížemi
2 - bez problémů sám

O. Jak sám posuzuje svůj nutriční stav

- 0 - domnívá se, že je podvyživený
1 - neví
2 - domnívá se, že podvyživený není a potíže s výživou nemá

P. Jak posuzuje pacient svůj zdravotní stav, když jej srovnává s většinou lidí svého věku?

- 0 - horší než většina vrstevníků
0,5 - neví
1 - asi tak stejný jako většina vrstevníků
2 - lepší

Q. Střední obvod paže v centimetrech

- 0 - méně než 21 cm
0,5 - 21-22 cm
1 - 22 cm a více

R. obvod lýtka

- 0 - méně než 31 cm
1 - 31 cm a více

Výsledek doplňujícího vyšetření (maximální počet bodů 16)

Výsledky screeningu:

Výsledky doplňujícího vyšetření:

Celkové skóre: (max. 30 bodů)

HODNOCENÍ

- 24 a více bodů - není riziko malnutrice
17-23,5 bodů - z pohledu nutričního stavu se jedná o rizikového pacienta (je vhodné, aby sestra dohlédla na příjem a doporučila eventuálně sipping)
méně než 17 bodů - podvýživa (vhodná konzultace s lékařem)

Zdroj : <https://www.google.cz/search?q=hodnocen%C3%AD+nutri>

Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů

2. Nákup potravin

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

3. Uvaření

samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů

4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.)

samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

5. Vyprání osobního prádla

zvládne samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

6. Telefonování

samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10 bodů
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5 bodů
neschopen	0 bodů

7. Užívání léků

samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

8. Odesílání peněz na poštu nebo zacházení s kartou

schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života

45-75 bodů částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života

80 bodů v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5812.pdf>

TITULNÍ LIST K REŠERŠI

Číslo rešerše	1275, 1276		
Název	Potřeby seniorů v ústavní péči		
Překlad názvu			
Charakteristika	retrospektivní		
Použité prameny	BMČ, Clavius knihovny KNTB, a. s. Zlín, Theses, Pubmed		
Druh dokumentů	knihy, články, sborník		
Časové rozpětí	2005 - 2015		
Jazyk(y)	Čeština, angličtina		
Počet záznamů	105+9	Počet stran (A4)	8+1
Klíčová slova	MeSH: dům s pečovatelskou službou, MeSH: staří OR staří nad 80 let OR křehký senior, MeSH: bydlení pro seniory OR domovy pro seniory, MeSH: kvalita života, potřeby, ústavní péče, "Homes for the Aged"[Majr] AND "Health Services Needs and Demand"[Majr] AND ("loattrfree full text"[sb] AND ("2000/01/01"[PDAT] : "3000/12/31"[PDAT])) AND "humans"[MeSH Terms] AND English[lang])		
Charakteristika žadatele			
Způsob zadání	elektronicky		
Účel rešerše			
Datum zadání	13. 11. 2015		
Termín zpracování			
Datum zpracování	13. 11. 2015		
Zpracoval(a)	Manuela Mahdalová, Mgr. Josef Šilhavík		