

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2009

Bc. Klára Jarkovská

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Specifika ošetrovatelské péče seniorů v otorinolaryngologii

Bc. Klára Jarkovská

**Diplomová práce
2009**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství
Akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Klára JARKOVSKÁ**

Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Ošetrovatelství**

Název tématu: **SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE SENIORŮ
V OTORINOLARYNGOLOGII**

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

1. Sběr informací, studium literatury a popis daného tématu.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a výzkumných otázek práce.
3. Prokonzultování výběru metod výzkumu a respondentů s vedoucím práce.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
5. Výběr vhodných respondentů a rozdělení dotazníků.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná

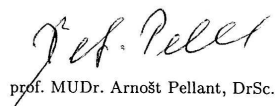
Seznam odborné literatury:

1. HYBÁŠEK, I.; VOKURKA, J. Otorinolaryngologie. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1019-1.
2. KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. Stáří. 1. vyd. Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
3. KALVACH, Z. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
4. POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo. 1. vyd. Osveta, 2006. ISBN 80-8063-208-1.
5. POKORNÁ, A. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2008. ISBN 978-80-7013-466-5.


Vedoucí diplomové práce: MUDr. Jan Vodička
Katedra zdravotnické informatiky

Datum zadání diplomové práce: 30. listopadu 2008

Termín odevzdání diplomové práce: 17. dubna 2009


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 27. února 2009

Prohlašuji:

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

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Polánkách nad Dědinou, dne 17.4. 2009

Klára Jarkovská

Poděkování

Ráda bych poděkovala MUDr. Janu Mejzlíkovi Ph.D. za odbornou pomoc při tvorbě dotazníku a sběru dat a zároveň MUDr. Janu Vodičkovi za pomoc při zpracování dat, výstupu a dokončení práce. Děkuji mu za cenné připomínky a rady. Dále bych ráda poděkovala kolektivu pracovníků Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Pardubické krajské nemocnice, a.s. za poskytnutí zázemí pro sběr dat a v neposlední řadě všem klientům za jejich laskavou ochotu při vyplňování dotazníků.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče seniorů v otorinolaryngologii. Zaměřuje se na pět základních oblastí, které jsou v teoretické části podrobněji popsány a mají přímou souvislost s problematikou ošetřování seniorů v otorinolaryngologii.

Práce má dvě části. Teoretickou a praktickou, které jsou rozděleny do jednotlivých kapitol. V teoretické části jsem se zaměřila na stáří obecně, jeho projevy a zvláštnosti, dále pak na anatomii a patologii smyslových orgánů. Další kapitoly tvoří oblast výživy, vnímání bolesti, poruchy rovnováhy a komunikace. V praktické části je popsána metodika výzkumu, analýza vlastního výzkumu, zhodnocení výzkumných otázek a diskuze

KLÍČOVÁ SLOVA

stáří, stárnutí; senioři; otorinolaryngologie; ošetrovatelská péče; smysly

TITLE

Nursing care particularities in seniors concerning otorinolaryngology

ANNOTATION

This graduation thesis is engaged in nursing care particularities in seniors concerning otorinolaryngology. The thesis is focused on five basic areas, which are described in more details in the theoretical part and which has a direct connection with nursing problems referring to seniors in otorinolaryngology.

This paper has two parts. Teoretical and practical, which are classified into individual sections. In the teoretical part I concentrated on the old age generally, its manifestations and specialities, then on anatomy and pathology of sensuous organs. Next sections forms a field of nutrition, algaesthesia, disequilibrium, and communication. In the practical part there is described the methodology of research, analysis of the actual research, research evaluation, questions and the discussion.

KEYWORDS

Old age; aging; seniors; otorinolaryngology; nursing care; perception

Obsah:

| | |
|--|-----------|
| Úvod..... | 10 |
| Cíle práce | 11 |
| I. Teoretická část..... | 12 |
| 1. Stárnutí, stáří | 12 |
| 1.1 Tělesné změny ve stáří..... | 13 |
| 1.1.1 Změny ve smyslovém vnímání | 13 |
| 1.2 Psychické změny ve stáří..... | 14 |
| 1.3 Sociální změny ve stáří | 14 |
| 2. Stáří a nemoc | 16 |
| 2.1 Polymorbidita..... | 16 |
| 2.2 Zvláštnosti chorob ve stáří..... | 16 |
| 3. Smysly | 18 |
| 3.1 Sluch | 18 |
| 3.1.1 Anatomické poznámky | 18 |
| 3.1.2 Nedoslýchavost a hluchota | 19 |
| 3.2 Zrak..... | 20 |
| 3.2.1 Anatomické poznámky | 20 |
| 3.2.2 Poruchy zraku ve stáří..... | 21 |
| 3.3 Čich..... | 21 |
| 3.3.1 Anatomické poznámky | 21 |
| 3.3.2 Změny čichu ve stáří..... | 22 |
| 3.4 Chuť | 22 |
| 3.4.1 Anatomické poznámky | 22 |
| 3.4.2 Změny chuti ve stáří | 23 |
| 3.5 Hmat..... | 23 |
| 3.5.1 Anatomické poznámky | 23 |
| 3.5.2 Změny hmatu ve stáří | 24 |
| 4. Výživa..... | 25 |
| 4.1 Poruchy polykání | 25 |
| 4.2 Nechutenství | 26 |
| 5. Bolest | 28 |
| 6. Rovnovážná funkce..... | 29 |

| | |
|--|-----------|
| 6.1 Poruchy rovnováhy | 29 |
| 6.2 Závratě, pády | 29 |
| 7. Komunikace se seniory | 31 |
| 7.1 Komunikace se sluchově postiženými | 31 |
| 7.2 Komunikace se zrakově postiženými | 32 |
| 7.3 Hluchoslepota | 33 |
| 7.4 Komunikace s pacienty se syndromem demence | 34 |
| II. Praktická část | 35 |
| 8. Cíle a výzkumné otázky | 35 |
| 9. Metodika výzkumu | 37 |
| 10. Analýza získaných dat | 38 |
| 10.1 Prezentace výsledků | 38 |
| 10.2 Souvislosti získaných výsledků | 67 |
| 11. Diskuze | 76 |
| Závěr | 81 |
| Soupis bibliografických citací | 83 |
| Přílohy | 86 |

Úvod

Specifika ošetrovatelské péče seniorů v otorinolaryngologii. Toto téma jsem si vybrala, jelikož ošetrovatelství má v péči o zdraví člověka své nezastupitelné postavení. Cílem moderního ošetrovatelství je orientace na člověka se všemi jeho potřebami a problémy. Úkolem zdravotnického personálu je přesná identifikace těchto problémů, zjištění vyvolávajících příčin, určení stupně jejich závažnosti a stanovení nejvhodnějšího způsobu řešení pomocí ošetrovatelského procesu.

Důsledkem změn, které probíhají v lidské společnosti a postupným zvyšováním počtu obyvatel vyššího věku dochází i ke změnám v přístupu k pacientům a jejich rodinným příslušníkům.

Stárnutí a stáří je specifickým a nevyhnutelným obdobím každého jedince. S postupným stárnutím organismu dochází ke změnám tělesných, psychických i sociálních funkcí v závislosti na tělesné kondici, na přítomnosti chorob či nutnosti užívání léků. Tyto změny jsou způsobeny zpomalením metabolických pochodů a zhoršením schopnosti regenerace. Všechny tyto změny se vyskytují u každého seniora jiným způsobem, jinou rychlostí a individuálně v jiném věku.

Pokud senior onemocní, nemoc má vliv na jeho chování, potřeby, adaptační schopnosti a v neposlední řadě na jeho emoce. Pokud je nutnost seniory hospitalizovat, je třeba mít všechny tyto změny na paměti. Péče by měla být individuální a komplexní odpovídající potřebám a stavu nemocného seniora.

V práci se zabývám pěti základními oblastmi, ve kterých ORL obor hraje podstatnou roli. Patří mezi ně smyslové vnímání, které se s přibývajícím věkem mění a má vliv na celou řadu dalších případných problémů spojených s ošetrovatelskou péčí. Dále oblast výživy, která zahrnuje jak výživu seniorů obecně, tak specifika výživových opatření v otorinolaryngologii, ať již v důsledku vlastního onemocnění nebo po výkonech a doplňkové léčbě. Další oblasti zájmu tvoří problematika vnímání bolesti ve stáří, poruchy rovnováhy se všemi jejich důsledky a v neposlední řadě oblast komunikace.

Dotazníkové šetření bylo proto cíleně zaměřeno na výše uvedené oblasti, které značnou měrou pokrývají specifika ošetřování pacientů ORL.

Cíle práce

1. Vytipovat základní specifika a eventuální problémy ošetrovatelské péče u seniorů v otorinolaryngologii v následujících oblastech:
 - a) smysly (čich, chuť, hmat, sluch, zrak)
 - b) oblast výživy
 - c) bolest
 - d) poruchy rovnováhy
 - e) komunikace
2. Zjištění vlivu poruchy sluchu na oblast komunikace a dorozumívání se s ošetřujícím personálem.
3. Zjistit věkové rozložení jednotlivých poruch smyslů u seniorů.
4. Najít seniory nejhůře subjektivně vnímanou smyslovou poruchu.

I. Teoretická část

1. STÁRNUTÍ, STÁŘÍ

Stárnutí je biologický, fyziologický a nevyhnutelný proces specifický pro každého jedince. Stárnutí a stáří je fyziologický jev, kdy změny morfologické i funkční bývají ve vzájemném vztahu. Jedná se o proces disociovaný, kdy nedochází ke stejnoměrnému stárnutí, ale každý orgán může stárnout různou rychlostí.

Projevy stárnutí probíhají prakticky již od početí, ale bývají patrné od 30-35 let. Jedná se o proces vedoucí ke stáří, jímž definujeme poslední část života. Délka života jednotlivce je ovlivňována zevními a vnitřními vlivy. Maximální délka života je u člověka odhadována kolem 120 let. Možnost dožití vyššího věku je vyšší u žen než u mužů, což dokazuje převaha ženského pohlaví v seniorské populaci.

V souvislosti s délkou života je často používán termín střední délka života. Myslí se tím pravděpodobná délka života, tedy věk, kterého se s největší pravděpodobností jedinec dožije od narození. Termín je často používán jako determinanta zdraví populace příslušného státu. V některých zemích se prodlužuje, u nás je kolem 74 let u mužů a 80 let u žen.

Podle Světové zdravotnické organizace se stáří člení do období mezi 60-74 let jako rané stáří, období od 75 do 89 let jako vlastní stáří a věk nad 90 a více je označován jako dlouhověkost

Existuje celá řada dalších dělení jako dělení na mladší stáří či mladší seniory mezi 65 a 74 lety, dále pak jako vlastní stáří od 75 do 84 let, to znamená staří senioři a za velmi staré jsou považováni jedinci nad 85 let a více.

Stáří rozdělujeme na kalendářní, sociální a biologické. Kalendářním věkem je myšlen věk chronologický, jednoznačně vymežitelný, který nám neříká nic o funkčních schopnostech jedince. Naopak funkčním, tedy biologickým věkem se značí míra involučních změn u daného jedince a můžeme tak definovat stav vnitřních orgánů. Je důležitým hodnotícím kritériem v gerontologii. Často však je individuální rozdílnost mezi stářím kalendářním a biologickým. Někteří jedinci jsou na svůj věk velice zdatní, jiní naopak mohou působit předčasně zestárlým dojemem. Ke stanovení funkčního věku je používána celá řada nejrůznějších testů zaměřených na jednotlivé oblasti i na jedince jako celek.

Sociální stáří znamená změnu v sociálních rolích a potřebách, změnu ekonomického zajištění a hlavně změnu životního stylu, která automaticky navazuje na odchod do penze. Je děleno na první, druhý, třetí a čtvrtý věk, podle sociálně ekonomického postavení jedince ve společnosti. Prvním věkem je dětství a dospívání jako období předproduktivní zaměřené na učení, získávání zkušeností a profesní přípravu. Jako období druhého věku je označována dospělost charakteristická produktivitou jak biologickou, ekonomickou i sociální. Stáří je v současné době označováno jako období třetího věku, tzv. postproduktivní. Období čtvrtého věku je myšleno jako období závislosti. Dle hlediska ekonomického se věk dělí na produktivní a neproduktivní.

(7,9,10,14,18,20)

1.1 TĚLESNÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ

Stárnutí organismu přináší změny, které postihují prakticky každý orgánový systém lidského těla. Významným involučním procesům podléhá nervový, kardiovaskulární, dýchací, gastrointestinální a urogenitální systém. Změny nastávají i v imunitním systému a na kůži a jejích přídatných orgánech. V neposlední řadě dochází ke změnám smyslového vnímání.

(14,18)

1.1.1 Změny ve smyslovém vnímání

Stárnutí postihuje všechny smysly. Sluch, zrak, čich, chuť i hmat. Postižení sluchu vlivem stárnutí se nazývá presbyakuze. Příčinou může být onemocnění ucha, dlouhodobé vystavení nadměrnému hluku či toxické poškození vlivem léků. Typická je snížená schopnost slyšení tónů s vyšší frekvencí. Zhoršení zraku je typické sníženou zrakovou ostrostí, sníženou akomodací čočky a zhoršenou adaptací na šero a tmu. Často jsou jedinci nad 80 let věku postiženi šedým či zeleným zákalem čočky. Smyslové vnímání chuti a čichu je také snížené a může být jedním z důvodů nechutenství. Změny v oblasti čichu a chuti jsou častější u kuřáků než u nekuřáků. Stáří ovlivňuje i hmatové vnímání a vnímání nejrůznějších taktilních podnětů. Může být snížená vnímavost bolesti, což je záležitost velice individuální, je zhoršené

vnímání tlaku a teploty na kůži. Snižuje se počet receptorů, pomocí nichž vnímáme polohu a pohyb našeho těla. Důsledkem je nesprávný odhad vzdálenosti a větší riziko pádu.

(11,14,16)

1.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ

I fyziologické stárnutí, které je přirozenou etapou každého člověka přináší řadu změn v oblasti psychiky. Dochází ke snižování mozkových funkcí a psychomotorického tempa. Ve stáří jsou typické poruchy paměti, staří lidé si pamatují vzpomínky z dětství, ale mají problém s vybavováním blízké minulosti. Hůře si zapamatují nové informace. Klesá schopnost všípivosti, zapamatovatelnosti, vybavitelnosti a představivosti. Naopak slovní zásoba, kterou si člověk osvojil během života, zůstává většinou nezměněna. Starý člověk je snížene adaptabilní, opatrný, hůře a většinou nerad se přizpůsobuje čemukoli novému, častěji lpí na řadě zvyklostí. Typická je potřeba klidu a pohodlí.

Dochází ke změnám v citové oblasti, staří lidé mohou být citově labilní, bývají úzkostnější, plačtiví, lítostivější. Staří lidé jsou častěji depresivní nebo mohou být naopak zlostní a agresivní. Potřeby vyššího typu jsou nahrazovány nižšími. To znamená, že ve stáří ustupují potřeby růstu, seberealizace, osobního rozvoje, úspěchu, prestiže směrem k potřebám základním, to znamená k uspokojování potřeby hladu, žízně odpočinku a spánku. Mění se osobnost jedince, množstvím zkušeností se stávají moudřími a zkušenějšími. Někdy naopak dochází k umocňování negativních zkušeností či povahových rysů z mládí. Starý člověk je více stresován strachem z nemoci, smrti, odchodem blízkých osob či osamělostí. To vše může být častým důvodem k upínání se k duchovním hodnotám a odpoutání se od materiálních. Vše je velice individuální záležitostí každého jedince.

(9,14,16)

1.3 SOCIÁLNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ

Sociální změny ve stáří velice ovlivňuje schopnost seniora se adaptovat na změny, které život a stáří přináší. Velkou změnou je odchod do penze, kdy sice nastává velký prostor pro věnování se koníčkům, zálibám, rodině, ale na druhou stranu může vyvolat pocity

méněcennosti nebo pocity sociální izolace. S odchodem do důchodu je spojena změna v ekonomické oblasti a ekonomickém zabezpečení. Méně financí se utratí za ošacení či zábavu, ale výdaje stoupají za náklady na léky. Jedinci mohou mít pocit osamělosti, izolace a neprospěšnosti. Zásadní změnou v životě starého člověka bývá ztráta životního partnera. Pokud spolu strávili celý život a žili ve spokojeném soužití, často se po odchodu druhého jednice setkáváme s pocity osamělosti, bezradnosti, opuštěnosti nebo prázdnoty. Člověk si také uvědomí svoji nesmrtelnost. Někdo si na samotu zvykne, jiný se více upne na ostatní členy rodiny a jsou i jedinci, kteří uzavřou nový manželský svazek. Neocenitelnou hodnotou pak bývá fungující rodina a dobré vztahy s dětmi, vnoučaty či pravnoučaty. Pro seniory je vhodné přijmout svoji novou sociální roli a dokázat se jí přizpůsobit. Každý stárnoucí člověk je členem společnosti a společnost by jej měla brát jako normální součást života každého z nás.

(9,14,16)

2. STÁŘÍ A NEMOC

Každý orgán lidského těla podléhá stárnutí a ztrácí během života jedince svojí funkční rezervu. Organismus se tak stává křehčím, méně přizpůsobivým a více náchylnějším k nejrůznějším onemocněním. Nemoci mají většinou chronický charakter. Stáří je potom charakteristické řadou zvláštností, které jsou pro starší jedince typické.

(19,20)

2.1 POLYMORBIDITA

Ve stáří se velice často setkáváme s tzv. polymorbiditou nebo multimorbiditou, to znamená s výskytem více druhů nemocí najednou, což často vyvolává sumační efekt a choroby mají tendenci vyvolávat řetězovou reakci. Jedna z nich je často dominantní a ovládne klinický obraz. Ve stáří je velká prevalence chronických chorob.

(9,19,20)

2.2 ZVLÁŠTNOSTI CHOROB VE STÁŘÍ

Ve stáří probíhá řada nemocí zcela odlišně než u mladých jedinců. Mezi základní zvláštnosti klinického obrazu patří mikrosymptomatologie, kdy klinické symptomy bývají minimální a choroby se projevují méně nápadně. Příkladem může být u akutního zánětu pouze subfebrilie.

Řada nemocí má pouze nespecifické příznaky, které jsou vysílány z jiného orgánu, než který je primárně postižen. Příkladem mohou být kolapsové stavy u ischemické choroby srdeční.

Typická je monosymptomatologie nebo oligosymptomatologie. Nemoc se projevuje pouze jedním nebo více symptomy.

Dále bývá symptomatologie druhotného onemocnění. Na patologický stav často zareaguje jiný orgán než primárně postižený.

Ve stáří je mnohem častější sklon ke komplikacím, to znamená tzv. typ řetězové reakce, což všeobecně prodlužuje dobu hospitalizace. Často se klient stává nesoběstačným a závislým

na okolí a tím se zvyšují náklady na léčbu a hospitalizaci. Příkladem může být bronchopneumonie komplikovaná srdečním selháváním.

Stáří je spojeno i se zvýšenou mortalitou. I banální onemocnění může vést k riziku úmrtí.

(9,19,20)

3. SMYSLY

Orgány uzpůsobené k smyslové činnosti nazýváme smyslovými orgány. Rozlišuje se pět základních smyslů, mezi které patří chuť, čich, sluch, hmat a zrak.

3.1 SLUCH

3.1.1 Anatomické poznámky

Ucho je základním orgánem sluchového ústrojí a ústrojí rovnovážného. Je rovněž orgánem, v němž se zvukové signály zachycené z okolí mění v nervové vzruchy. Ty pak postupují sluchovým nervem a sluchovou drahou až do sluchového centra v mozkové kůře, kde si uvědomujeme charakter a intenzitu zvuku. Z hlediska anatomického i fyziologického rozlišujeme ucho zevní, střední a vnitřní, které tvoří periferní část. Centrální část je tvořena sluchovou a rovnovážnou drahou a centry.

Zevní ucho se skládá z boltce a zvukovodu. Boltec je tvořen chrupavčitou tkání a kůží. Zvukovod je asi 2 centimetry dlouhá, mírně esovitě prohnutá trubice, končící pružnou blankou zvanou bubínek, tympanum. Ten odděluje zevní ucho od ucha středního. Zvukovod obsahuje drobné žlázy produkující ušní maz. Součástí ušního mazu jsou i chemické látky schopné likvidovat bakterie, a tak bránit sluchové ústrojí před infekcemi. Bubínek je oválná blána, která je k ose zvukovodu postavena šikmo. Na bubínku rozdělujeme pars tensa a pars flaccida.

Hlavní částí středního ucha je středoušní dutina, cavum tympani, rozdělená na mezotympanum, do kterého se vpředu otvírá sluchová trubice, epitympanum a hypotympanum. Střední ucho obsahuje středoušní kůstky, kovádlíku, kladívko a třmínek, které jsou spojeny spolu navzájem i s bubínkem, a celý tento řetěz tvoří takzvaný převodní systém ucha. Třmínek je nejmenší kůstkou v celém těle, ale pro správnou funkci sluchového ústrojí má zásadní význam. Svými vibracemi v oválném okénku přenáší zvukové vlny ze vzdušného prostředí středního ucha do kapalného prostředí ucha vnitřního.

Vnitřní ucho přijímá vibrace z oválného okénka a přenáší je do hlemýžďe, kochley, který je součástí vestibula kostěného labyrintu spolu se třemi polokruhovitými kanálky.

Hlemýžď obsahuje vlastní smyslové sluchové ústrojí - tzv. Cortiho orgán, který mění zvukové vlny v nervové vzruchy. Je složen s buněk vláskových a buněk podpůrných. Střed hlemýždě je tvořen gangliovými buňkami, jejichž periferní vlákna jsou spojena se smyslovým epitelem, nejvíce s buňkami vláskovými. Centrální vlákna představují sluchovou část n. VIII.

Lidské ucho je schopno vnímat tóny od 16 do 20 000 Hz. Sluch je veden do vnitřního ucha vzdušným vedením. Nervové impulsy z Cortiho orgánu putují do mozku osmým hlavovým nervem, který pokračuje sluchovou drahou do mozkové kůry.

(1,7,21)

3.1.2 Nedoslýchavost a hluchota

Stářím zhoršený sluch nebo-li presbyakuze je častým steskem starších jedinců. Bývá často oboustranná. Porušené sluchové vnímání může mít původ centrální nebo periferní. Dalším důvodem může být nadměrné vystavení hluku ateroskleróza nebo toxické účinky léků.

Periferní nedoslýchavost dělíme na převodní a percepční. Převodní bývá způsobena poškozením převodního aparátu, nejčastěji v důsledku cerumen, dále pak při zánětu sluchové trubice, při zánětech středního ucha, po traumatech středouší a je vyjádřena ztrátou sluchu v celém sluchovém poli. Zlepšení nastává při zesílení intenzity zvuku. Naproti tomu percepční nedoslýchavost, neboli senzorineurální vzniká periferním poškozením nervové části sluchového ústrojí či poruchou sluchové dráhy. Percepční nedoslýchavost má zpravidla ztrátu nevyrovnané a je větší ztráta sluchu pro vysoké tóny. Jedinci špatně rozumějí i po zesílení intenzity řeči. Kochleární typ nedoslýchavosti je typický strmým nárůstem hlasitosti při menším vzrůstu intenzity zvuku. Nemocní si stěžují, že slyší ale nerozumí.

Příznakem doprovázející nedoslýchavost může být ušní šelest, neboli tinnitus. Sleduje se jeho intenzita, kolísavost, frekvence, zda je jednostranný nebo oboustranný. Pro převodní nedoslýchavost bývají typické šelesty typu šumění a hučení, pro percepční poruchu naopak syčení, bzučení, pískání nebo zvonění. Tinnitus může doprovázet kteroukoli ušní vadu a je subjektivně velice nepříjemně vnímán.

U nedoslýchavosti je nezbytná důkladná anamnéza, zejména vyvolávající činitel, průvodní jevy, povaha poruchy a prodromy, jako například tlak v uchu, šelest, bolest. Nedoslýchavost se ve stáří často projevuje v hlučném prostředí nebo naopak při šepotu.

Nedoslýchavost by neměla být podceňována, jelikož má nemalý vliv na oblast komunikace

a může vést k pocitům méněcennosti, ke sníženému navazování sociálních vazeb až k sociální izolaci. Nedoslýchavý klient může působit jako dementní, avšak příčinou stavu může být pouze nedoslýchavost. (1,2,7,19,20)

3.2. ZRAK

3.2.1 Anatomické poznámky

Zrak je jedním z nejdůležitějších smyslů, vnímáme jím až 80% všech informací. Zrak je zaměřen na vnímání kontrastu a kontur a má nemalý vliv na orientaci v prostoru. Smyslovým orgánem je oko, oculus, skládající se z oční koule a z přídatných orgánů. Oko a jeho části tvoří složitý optický systém, skládající se z rohovky, čočky, komorové vody a sklivce. Ten soustřeďuje paprsky tak, aby jejich ohnisko bylo vždy na sítnici. Pokud je porušena akomodace oka, na sítnici nemůže vzniknout jasný obraz a následkem toho vznikají nejrůznější refrakterní vady. Normální vidění je trichromatické. Vlastní světločivná vrstva oka, sítnice neboli retina, obsahuje ve svém pigmentovém epitelu vlastní fotoreceptory, tyčinky a čípky. Počet tyčinek je asi 120 miliónů a čípků přibližně 6-7 milionů. Fovea centralis je místo s nejvyšší hustotou čípků a naopak zcela bez tyčinek. Lidské oko obsahuje tři druhy čípku, zajišťující barevné vidění. Vlastní vnímání světla je založeno na citlivosti zrakových pigmentů na světlo. Světlem se zrakové pigmenty rozkládají, zahájí tím řetěz chemických reakcí, které vedou k převedení signálu na elektrický potenciál, který přenáší informaci do zrakových center mozku. Schopnost rozlišit dva body v prostoru je zraková ostrost. Závisí na schopnosti optického aparátu zaostřovat paprsky na sítnici, na intenzitě osvětlení, na průhlednosti oka a na zapojení foto receptorů v daném místě na sítnici.

Adaptace na tmou je delší než adaptace na světlo, která je okamžitá. Adaptace na tmou trvá většinou déle než 25 minut a je rozdělena do dvou fází. V první fázi adaptace na tmou je rychlejší adaptace čípků, pomalejší naopak tyčinek. Sítnice přitom mění svou funkci od vidění fotopického, za světla, na vidění skotopické to znamená za šera.

(1,21)

3.2.2 Poruchy zraku ve stáří

Stářím dochází v oku ke změnám, které mají vliv na život jedince a každá změna kvality zraku bývá vnímána negativně. Stařecky změněný zrak se nazývá presbyopie. Každé zhoršení zraku vyvolává pocity nejistoty a úzkosti. S pokročilým věkem stoupá strach z možné ztráty zraku. Obecně se snižuje zraková ostrost, zhoršené je rozlišování barev, klesá citlivost sítnice a často dochází k zužování zorného pole. Staří lidé se hůře adaptují na prudké světlo a tmu. Čočka postupně od 45. roku ztrácí schopnost zaostřovat blízké předměty, je snížena propustná pro modrou barvu a lidé začnou potřebovat na čtení brýle. S postupujícím věkem proces pokračuje. Ve stárnoucí čočce také rychleji vzniká tzv. senilní katarakta.

Ve stáří bývá nejčastěji zrak postižen refrakčními vadami, výše zmíněnou kataraktou, věkem podmíněnou makulární degenerací nebo glaukomem otevřeného úhlu. Pokud má senior diabetes mellitus, je ohrožen pozdní komplikací diabetické retinopatie.

Z důvodu ztráty elasticity kůže může docházet k poruše postavení víček, ektropiu, kdy nepřiléhá dolní okraj víčka nebo k obrácení víčka dovnitř k bulbu, nebo-li entropiu. Na kůži víček mohou být hyperkeratózy, papilomata a je potřeba myslet i na bazocelulární karcinom.

Vždy je nutná korekce poruchy zraku, užívání brýlí, které je možné kombinovat s používáním lupy a užívání speciálních pomůcek. Je nutné zvážit léčbu konzervativní nebo operační.

(3,9,19,20)

3.3 ČICH

3.3.1 Anatomické poznámky

Orgánem podílejícím se na schopnosti čichu je nos s čichovými receptory. Skelet nosu je tvořen chrupavkou v oblasti přední části nosních křídel a nosní přepážky. Hlavní ohraničení nosní dutiny tvoří kost čichová, os ethmoidale. Boční část kosti čichové je spjata s horní čelistí, dolní nosní skořepou, slznými a nosními kůstkami. Dutina nosní je ohraničena zepředu nosními vchody, nozdrami a je rozdělena pomocí nosní přepážky. Ta je doplňována kostí radličnou. V místě přechodu do nosohltanu je dutina nosní ohraničená choanami.

Rozlišujeme nosní předsíň vystlanou kůží s adnexy a vlastní dutinu nosní. Vedlejší nosní dutiny, sinus paranasales, jsou na každé straně tvořeny 8-10 sklípky čichové kosti a dutinami kosti čelní, kosti klínové a dutinou horní čelisti. Vedlejší dutiny společně s lamina cribrosa tvoří tzv. rinobazi.

Funkce nosu je především respirační. Vdechovaný vzduch je nosem ohříván, zvlhčován a částečně očišťován. Nos dále zajišťuje funkci čichovou, pomocí specializovaného smyslového epitelu s čichovými receptorovými buňkami a dále pomocí nn. olfaktorii.

částečně očišťován. Dále nos představuje funkci čichovou, která je zajišťována specializovaným smyslovým epitelem s čichovými receptorovými buňkami a dále pomocí nn. olfaktorii.

Sekreční žlázy a pohárkové buňky vytvářejí serózní a mucinózní vrstvu. V serózní kmitají řasinky a v mucinózní se zachycuje prach. Sekret představuje pro organismus ochranný systém, při kterém jsou škodliviny vyplaveny, zneutralizovány pomocí enzymů a zředěny. Nos je také součástí resonančních prostor a artikulačního ústrojí.

(1,7,21)

3.3.2 Změny čichu ve stáří

Citlivost vnímání čichu s věkem postupně ubývá, dochází k atrofii čichových vláken. Poruchy čichu jsou nazývány dysosmie. Jsou děleny na kvantitativní a kvalitativní. Nejčastěji se projevují sníženým vnímáním čichu, hyposmií nebo úplnou ztrátou čichu, anosmií. Parosmie je stav, kdy nemocný vnímá čichové podněty zkresleně. Kakosmií označujeme stav, kdy nemocný veškeré vůně i zápachy považuje za nepříjemné. Fantosmie je vnímání neexistujícího zápachu. Zvýšené vnímání zápachu, hyperosmie, bývá vzácná. Centrální poruchy čichu se často projevují kakosmií. Nosní neprůchodnost může být spojena s hyposmií. Mohou být způsobeny nádorovým procesem, iatrogeně či pouřazově.

(7,9,21)

3.4 CHUŤ

3.4.1 Anatomické poznámky

Chuť je smysl, který dovoluje vnímat chemické látky. Orgánem chuti je jazyk s receptory uloženými v podobě chuťových pohárků ve sliznici jazyka, v chuťových papilách. Existují chuťové receptory, chemoreceptory vnímající hořkou, sladkou, slanou a kyselou chuť. Centrum chuti leží v temenním laloku mozkové kůry.

(1,21)

3.4.2 Změny chuti ve stáří

Se stářím často souvisí snížené vnímání chutí. Poruchy chuti, neboli dysgeuzie, bývají poměrně vzácné. Mohou být kvalitativní a kvantitativní. Snížené vnímání chuti a ostrosti chuti je hypogeuzie. Ageuzie znamená ztrátu schopnosti vnímat chuťové podněty. Může být následkem nádorového onemocnění, následkem nežádoucích účinků léčby u onkologicky nemocných, nedostatečným příjmem vitaminů niklu či zinku. Změny v oblasti vnímání kvality chuti mohou být i v souvislosti s užíváním některých léků nebo poúrazové. Chuť i čich bývají zhoršeny u kuřáků. U onkologicky nemocných je popisováno snížené vnímání sladké chuti a naopak zvýšená vnímavost k chuti hořké. Proto je důležité respektovat změny v oblasti chutí a dbát na kvalitní přípravu stravy seniorů, která by měla být chuťově výraznější než u mladších jedinců.

(2,3,7,21)

3.5 HMAT

3.5.1 Anatomické poznámky

Hmat je jedním ze smyslů a umožňuje člověku pomocí signálů z receptorů v pokožce vnímat okolí. Největším receptivním povrchem lidského těla je kůže. Ta spolu s podkožím obsahuje receptory citlivé pro mechanické, termické a bolestivé podněty. Mezi mechanoreceptory patří Vater-Paciniho tělíska, Meissnerova a Ruffiniho tělíska. Termoreceptory pro vnímání chladu leží v epidermis a reakční doba pro uvědomění si pocitu chladu je kratší než na vnímání pocitu tepla. Tepelné receptory jsou v horní a střední škáře. Kožní receptory jsou schopny reagovat na změny zevního prostředí i okolních tkání. Hluboká citlivost je nazývána propriorepcí.

(1,21)

3.5.2 Změny hmatu ve stáří

S věkem se snižuje hmatová povrchová citlivost na nejrůznější podněty. Je snižené vnímání tlaku, vibrací, chladu, tepla a rozlišovací citlivost. Je uváděna i snížená reaktivita na bolestivé podněty.

(1,14,16)

4. VÝŽIVA

Geriatricí pacienti tvoří specifickou skupinu hospitalizovaných a je jim potřeba věnovat značnou pozornost. Optimální stav výživy významně ovlivňuje celkový stav organismu a v péči o seniora představuje velice významnou složku, kterou není možné opominout. Správný stav výživy, včetně dostatečného příjmu vitaminů, minerálů, stopových prvků a vlákniny ovlivňuje tělesnou a psychickou výkonnost, podílí se na lepším zvládnání stresu, boji proti infekcím, správné funkci orgánů. Pozitivně přispívá k lepšímu hojení ran, k prevenci dekubitů a ke kratší době hospitalizace a rekonvalescence.

Větší podíl na vzniku komplikací a úmrtnosti u seniorů má malnutrice než obezita. Velká část pacientů přicházejících do zdravotnického zařízení je ve stavu malnutrice a často se bohužel stav jejich výživy nezlepší, ale ještě zhorší. Ukazatelem malnutrice bývá jedinec s nízkým BMI, nejčastěji pod 18,5 nebo jedinec s nechtěným úbytkem hmotnosti 5 - 10% tělesné hmotnosti i s normálním BMI. Důležitý i ve stáří je dostatečný přísun vlákniny, nejlépe v podobě ovoce a zeleniny. Ta je jednou z prevencí zácpy spolu s dostatečným pitným režimem a pohybovou aktivitou, je-li možná.

Nezbytný je důkladný nutriční screening včetně nutriční anamnézy a nutričních intervencí. Nutriční screening se zabývá hodnocením stavu výživy neboli nutričním stavem klienta. Lze jej provádět pomocí různých dotazníků a škál. Při příjmu nemocného do zdravotnického zařízení by měl být sledován údaj o jeho hmotnosti, jeho Body Mass Index (BMI), omezený příjem stravy a údaj o neúmyslném zhubnutí za určitý časový interval. Ne všude se tomu tak bohužel děje. Pro kvalitně a správně prováděný nutriční screening je nezbytné sledování množství přijímané stravy denně a mezioborová spolupráce. Při zjištění jakékoliv abnormality ve stavu výživy je vhodné stav klienta konzultovat s nutričním specialistou či lékařem nutricionistou. Ti jsou schopni zjistit skóre nutričního rizika s přesně stanoveným nutričním plánem a doporučeními k optimální výživě pacienta.

(2,3,11,20)

4.1 PORUCHY POLYKÁNÍ

S nemocnými, kteří trpí poruchou polykání se setkáváme poměrně často na odděleních neurologických, neurochirurgických, geriatrických či onkologických. Výjimku netvoří ani

oddělení otorinolaryngologická. Příčin poruchy polykání je celá řada. Důvodem může být rozsáhlý zánět, abscesy, divertikly, úrazy, nádorový proces nebo neurologická onemocnění typu myasthenia gravis, stavy po cévních mozkových příhodách nebo Parkinsonova nemoc. U takových nemocných je důležité sledovat množství přijímané stravy a formu stravy přizpůsobit možnostem nemocného. Seniorům, kteří jsou schopni perorálního příjmu doporučujeme perorální nutriční doplňky k popíjení, tzv. sipping. Klientům s poruchou polykání je nutné zajistit optimální stav výživy speciální mechanickou úpravou stravy. Stále více se do popředí dostávají instanční zahušťovadla, která jsou pro nemocné s poruchou polykání velice výhodná. Zahuštěním tekutiny se zabrání jejímu zpětnému vytékání nosem při pití tekutin. Navíc jimi lze namixovanou stravu, často nevzhledně vypadající, upravit do estetičtější podoby pomocí formiček nejrůznějších tvarů. Další možností dle stavu klienta je kašovitá forma stravy, tekutá formou či se zvažuje částečná nebo plná forma enterální či parenterální výživy. Pokud můžeme využít zažívací trakt nemocní jsou po výkonech zajištění sondami, do kterých dostávají přípravky enterální výživy. Pro zajištění dlouhodobé výživy je nejjednodušším řešením provedení perkutánní endoskopické gastrostomie či perkutánní endoskopická jejunostomie. Možné je i jejich zavedení chirurgicky. Těmito způsoby je možné dlouhodobé zajištění enterální výživy s výhodami využití zažívacího traktu.

(2,11,20)

4.2 NECHUTENSTVÍ

Stáří často doprovází nechutenství a snížená potřeba příjmu tekutin. Příčinou může být přímo stáří nebo podíl nemocí a užívaných léků. Dalšími možnými příčinami nechutenství mohou být nádory, vliv mohou mít i poranění, rozsáhlé záněty, píštěle, nežádoucí účinky léčby, bolest nebo pouze špatný psychický stav klienta. Vždy je nutné zhodnotit celkový stav seniora a jeho prognózu. Důležitá je celková aktivizace pacienta, vhodná dietní opatření dle jeho přání, je-li to možné a vysazení všech léků, bez kterých se klient obejde. Nechutenství je poměrně obtížně ovlivnitelné, nápomocná mohou být režimová opatření, kdy se doporučuje oddělovat tekutiny od jídla, neplnit si žaludek tekutinami před jídlem, konzumovat potraviny a nápoje s dostatečným kalorickým obsahem, rozdělovat si jídla na menší porce a nezaměnitelnou úlohu hraje estetická úprava pokrmu. Při významném a dlouhodobém nechutenství je vhodné zvážit podání stimulatorů chuti k jídlu.

Zvláště nemocní s nádorovým onemocněním v otorinolaryngologické oblasti trpí sníženou chutí k jídlu nebo nemohou přijímat stravu perorálně z důvodu patologického procesu v oblasti zažívacího traktu. Snížená chuť k jídlu se ztrátou hmotnosti může ještě přibývat z důvodu stomatitid, které se projevují bolestí, pálením, ztíženým polykáním, změnou chuťových vjemů a sníženou chutí k jídlu. Nemocní často kachektizují. Nemocný by měl být seznámen s režimovými opatřeními, která mohou problémy zmírnit. Potrava je doporučována vlažná, spíše studená, nedráždivá, hladká. Naprosto nevhodná jsou horká kořeněná nebo kyselá jídla a kouření. Klient musí dodržovat pitný režim buď perorálně nebo intravenózně. Nezbytná je maximální hygiena dutiny ústní, léčba antimykotiky, výplachy dutiny ústní anestetiky. Pokud nádor výrazně zasahuje hltan, zvažuje se perkutánní endoskopická či chirurgická gastrostomie.

(2,3,11,20,22,23)

5. BOLEST

Bolest je individuálně vnímaný subjektivní pocit, který negativně působí na stav jedince, ať už se jedná o bolest akutní či chronickou. Bolest by neměla být nikdy zdravotnickým personálem zlehčována a zdravotník by měl klientovi věřit pokaždé, když tvrdí, že bolest má. Tolerance k bolesti je individuální záležitostí a ovlivňuje ji řada okolností. Studie ukazují, že tolerance bolesti s přibývajícím věkem stoupá a bolest je lépe snášena. Výjimku tvoří chronická bolest kloubních struktur, u nichž se tolerance věkem nemění a jejichž četnost s věkem stoupá. V rámci ošetrovatelské péče na otorinolaryngologických odděleních se bolest vyskytuje nejčastěji jako součást zánětlivých, nádorových onemocnění nebo po operačním výkonu či poúrazově. Vždy je nutná pečlivá anamnéza, pravidelná a účelná monitorace bolesti a adekvátní řešení. Léčba může být farmakologická či využití nefarmakologických metod jako změna polohy, odvádění pozornosti četbou, televizí či relaxace. Zvláštní jednotkou je bolest nádorová.

(9,16,20,22)

6. ROVNOVÁŽNÁ FUNKCE

Rovnovážná funkce je zajišťována vzájemným propojením mezi zrakovým, propioceptivním a vestibulárním ústrojím. Receptory zrakového, propioceptivního a vestibulárního ústrojí reagují na určité podněty a díky příslušným nervům jsou informace předávány do center v mozgovém kmeni a mozečku, kde dochází k jejich zpracování. Vzpřímený postoj těla v klidu i pohybu a stabilní obraz při pohybech hlavou nám zajišťuje rovnovážný systém, uložený ve vnitřním uchu.

(7,9)

6.1 PORUCHY ROVNOVÁHY

Ve stáří dochází ke změněnému vnímání polohy a pohybu vlastního těla. Pro chůzi a udržení stability je nezbytná neporušená funkce smyslových orgánů, vestibulárního ústrojí, periferního a centrálního nervového systému včetně motorických funkcí. S přibývajícím věkem dochází ke snížené funkční rezervě orgánů podílejících se na udržení rovnováhy a starší lidé jsou méně stabilní i v klidném postavení. Každá porucha pohyblivosti je nepříjemně pocíťována, protože zasahuje do soběstačnosti klienta, ovlivňuje psychiku a podílí se na zhoršené kvalitě života. Nejzávažnější komplikací poruch rovnováhy jsou pády se všemi možnými důsledky zlomenin a poranění měkkých tkání. Každý pád zvyšuje nejistotu a strach z dalšího možného pádu, tudíž senioři často omezují svoji fyzickou aktivitu ve snaze pádu předejít.

(3,20)

6.2 ZÁVRATĚ, PÁDY

Závrať, vertigo je primárně točivá závrať, kdy jedinec ztrácí schopnost prostorové orientace. Tento termín je užíván i pro popis nejistoty v chůzi, tahů do stran, pocitu případného pádu.

Závratě bývají poměrně častým problémem u seniorů a často je přivádí za obvodním lékařem. Mohou být doprovázeny nauzeou, zvracením či palpitacemi. Stabilita závisí na

neporušené funkci vestibulárního systému, zraku a propriocepci. Doprovodným příznakem proto často bývá i porucha sluchu a zraku. S věkem postupně narůstá nestabilita, zhoršené smyslové vnímání, které ovlivňuje stoj a chůzi a různé typy poruch rovnováhy. Problémem je často dlouhotrvající horizontální poloha, která může mít za následek ortostatickou hypotenzi. Na nestabilitu a poruchy chůze mají vliv i neurologická onemocnění, nejčastěji parkinsonismus. Závratě spolu s nestabilitou se někdy společně shrnují pod syndrom nestability. Se závratěmi a nestabilitou souvisí hlavně pády i s jejich důsledky a následky. Pády končí až v 50 % úmrtím a postihují více ženské pohlaví než mužské. Na pádech mohou mít podíl jak zevní, tak vnitřní faktory. Mezi zevní patří nejčastěji kluzká, mokrá podlaha, neupevněné koberečky, prahy či nevhodná obuv. Dále léky, alkohol a bohužel by mělo být cizí zavinění. Mezi vnitřní příčiny patří závratě, synkopa, porušená pohybová koordinace, srdeční onemocnění, porušený zrak, neurologická onemocnění, farmaka, změněná prostorová orientace, malnutrice, hypovolemie, hypohydratace nebo infekce.

Důsledky pádu mohou být pouze povrchová zranění v podobě odřenin nebo častěji poranění hlavy s komocí či nitrolebečním poraněním. Dále poranění hrudníku, břicha a páteře. Nejzávažnější a poměrně časté bývají zlomeniny a kontuze měkkých tkání s hematomy. U seniorů jde nejčastěji o zlomeniny krčku stehenní kosti, o Collesovu zlomeninu předloktí nebo o zlomeniny obratlů. Nemožnost po pádu vstát vede často k dehydrataci, strachu, úzkosti i vzniku dekubitů. Pády jsou často spojeny se sociálními důsledky a ztrátou soběstačnosti. Proto je nutná eliminace ovlivnitelných příčin u osob s chronickou instabilitou. Základem je pevná obuv bez podpatků, protiskluzová a bezbariérová opatření, noční osvětlení a signalizace u každého nemocničního lůžka.

(9,10,18)

7. KOMUNIKACE SE SENIORY

Komunikace slouží k vzájemnému dorozumívání a výměně informací. Výměna informací může být verbální či nonverbální. V obou složkách komunikace zapojujeme řeč, mluvenou i psanou formu, motorickou činnost s užitím mimiky, gest, vzdáleností v prostoru, postojů nebo doteků. Stejně tak jsou v komunikaci zapojeny smysly, nejvíce zrak, sluch, čich a hmat. Každá komunikace by měla mít svůj cíl i účel.

Správná komunikace se seniory je stejně důležitá jako komunikace s ostatními věkovými skupinami. Má respektovat individualitu a důstojnost každého jedince. Senior se má oslovovat příjmením, popřípadě s užitím titulu, zdvořiliny jsou absolutně nevhodné. S klientem mluvíme jako s dospělým, vyhýbáme se zdětinšťování. Všechny podstatné informace několikrát zopakujeme, můžeme využít i písemnou formu. Sledujeme schopnost a úroveň komunikace jedince, pokud narazíme na komunikační bariéry, komunikaci se jim snažíme přizpůsobit. Vždy je nutné mluvit srozumitelně, v zorném poli klienta, udržovat oční kontakt a bezdůvodně, pokud není zhoršený sluch, nezvyšovat hlas. V rámci ošetřovatelství je cílem udržení a podpora soběstačnosti při jakémkoliv zdravotním postižení a zabránění imobilizace.

(8,10,12)

7.1 KOMUNIKACE SE SLUCHOVĚ POSTIŽENÝMI

Komunikace se seniory, kteří mají sluchové postižení se vždy řídí podle stupně jejich sluchové ztráty. S každým sluchově postiženým je velmi důležité udržovat oční kontakt. Přerušení očního kontaktu pro neslyšícího znamená ukončení komunikace. Na klienta mluvíme přirozeně, pomaleji, je nutné zřetelně artikulovat, ale zbytečně nepřehánět. Je lepší používat jednodušší věty bez cizích slov nebo zdvořilin. Jelikož bývá pro neslyšícího odezírání často náročné měly by personál stát ke klientovi čelem a obličej personálu by měl být dobře osvětlen. Při komunikaci není vhodné si zakrývat ústa, nosit ústenku, jíst, pít, žvýkat nebo si dávat ruce před ústa. Na klienta by nemělo mluvit více osob najednou, například při vizitě.

Pokud víme, že klient používá sluchadlo, snažíme se z prostředí odstranit zdroje hluku a bezdůvodně nezvyšujeme hlas. Soustředíme se na mimiku a gestikulaci a sledujeme klientovu neverbální komunikaci.

Má-li neslyšící tlumočníka, měli bychom mluvit pouze na neslyšícího, tlumočnick má pouze funkci tlumočit a to každé naše slovo. Proto je naprosto nevhodné užívat dvojsmyslné výrazy či ironii.

Všeobecně platí mít dostatek trpělivosti, opakovat a klienta neodsuzovat. Je dobré dát mu čas oddech a zeptat se, co z rozhovoru rozuměl.

Při úplné ztrátě sluchu je vhodné použít písemnou nebo jinou alternativní formu komunikace.

(10,11,12)

7.2 KOMUNIKACE SE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝMI

Nejprve je nutné si uvědomit, zda se jedná o klienta zcela nevidomého, se zbytky zraku, slabozrakého nebo s poruchou binokulárního vidění. Pokud má klient pouze zhoršený zrak a vada je vhodně kompenzovaná brýlemi, není potřeba dbát zvláštních specifik v oblasti komunikace.

Pokud se jedná o člověka nevidomého je potřeba se držet určitých zásad. Na začátku je důležité si uvědomit, že se jedná o zcela normálního člověka a je dobré s ním jednat přirozeně. Nevidomí mají poměrně často lépe vyvinutý sluch, hmat a čich než slyšící. Zdravotnický personál jde vždy o krok před nevidomým, nikdy ho netlačí před sebou. Pokud má nevidomý doprovod, tak doprovod otevírá dveře ordinace a vstupuje jako první. Dveře potom zavírá nevidomý. Pokud je nutné jít po schodech, před vstupem na schodiště doprovod upozorní na jeho směr. Dále informuje po prvním a posledním schodu. Zdravotník či jiná osoba, která s nevidomým jedná zdraví jako první, se představí a řekne svoje pracovní zařazení. Podání ruky nevidomému by mělo být samozřejmostí. Snažíme se udržovat oční kontakt, jelikož klient většinou vycítí, pokud odvracíme tvář. Hrubou chybou je mluvit na doprovod a nevidomého přehlížet. Pokud si chce nevidomý sednout, položí průvodce ruku nevidomého na opěradlo židle.

U hospitalizovaných nemocných je navíc nutné vše dopředu postupně vysvětlit a podrobně popsat. Je-li to možné je vhodné využít chybějící zrak nahrazením vhodnými slovy a hmatem.

Jedná se hlavně o diagnostické a léčebné metody. Spolu pacientům je vhodné předem ohlásit nemocného, aby se předešlo možným problémům. Klientovi popíšeme oddělení i samotný pokoj. Pokoj lze upravit podle možností klienta i možností oddělení. Nikdy nepřemísťujeme předměty bez vědomí nemocného. Je možné klientovi navést ruku na určité místo. Upozorňujeme na otevřené nebo zavřené dveře, a pokud vcházíme nebo opouštíme místnost, vždy klientovi tuto skutečnost sdělíme. Není vhodné se tiše pohybovat po místnosti. Nevidomý člověk má vždy přístup do zdravotnického zařízení i s vodícím psem.

Mělo by být snahou vytvářet příjemné akustické prostředí, jednat co nejpřirozeněji a vyvarovat se přehnanému soucitu.

(4,10,12)

7.3 HLUCHOSLEPOTA

Hluchoslepota je podle Světové zdravotnické organizace považována za nejtěžší zdravotní postižení. Může postihovat děti i jedince často nad 60 let věku. V České republice jsou v současné době za osoby hluchoslepe označovány osoby se současným postižením zraku a sluchu různého stupně. Mohou být označovány i jako slepohluché. Poznáme je podle červenobílé hole, často s doprovodem. Hluchoslepota znamená postižení způsobené vadou sluchu a zraku. Nemyslí se tím však člověk pouze úplně hluchý a slepý. Ve světě existují funkční vymezení hluchoslepoty, která jsou striktně určena lékařskými definicemi. V České republice dosud nebyla přijata pravá definice hluchoslepoty, jsou známy pouze její klasifikace. Hlediska klasifikace může být podle doby vzniku vady, podle dominance zrakové nebo sluchové vady a dle stupně vady.

Jelikož jsou postiženy oba smysly, je ztížená vzájemná kompenzace. To znamená, že jeden smysl je schopen kompenzovat deficit druhého pouze nedostatečně nebo vůbec. Kombinace poruchy zraku a sluchu má své specifické symptomy a důsledky. Hluchoslepota je řazena do tzv. multihandicapů neboli vícečetných postižení. Často je doprovázena poruchou rovnováhy. Neznamena pouhou vadu sluchu a zraku, protože často i relativně malé poškození sebou nese zhoršený celkový stav a nemalou zátěž pro jedince a jeho okolí. Míra soběstačnosti a samostatnosti je dána dobou vzniku hluchoslepoty a mírou poškození obou smyslů.

Hluchoslepota má vliv na celý život postiženého jedince. Přináší problematické aspekty ve výchově, vzdělávání, v pracovní i soukromé sféře. Je významně ovlivněná oblast komunikace a často dochází k omezení sociálních a interpersonálních vazeb.

(5,12,17)

7.4 KOMUNIKACE S PACIENTY SE SYNDROMEM DEMENCE

Na klienta se syndromem demence je dobré mluvit srozumitelně, pomalu, klidně a používat kratší věty. Nepoužíváme cizí, odborné výrazy nebo ironii. Je dobré předměty rozhovoru, ať už se jedná o osoby, věci nebo části těla, ukázat. V průběhu komunikace se snažíme eliminovat rušivé vlivy prostředí a snažíme se o vlídné, klidné chování s pozitivním výrazem obličeje. Navazujeme a udržujeme oční kontakt a zdržujeme se v zorném poli pacienta. Vždy používáme oslovení jménem nebo tak, jak si klient přeje. Komunikaci vždy přizpůsobujeme schopnostem klienta, nikdy ho nepodceňujeme. Pokud klienta se syndromem demence čeká diagnostický či terapeutický zákrok je nezbytně nutné mu vše předem vysvětlit, zodpovědět dotazy a výkon i v průběhu komentovat. Všímáme si projevů strachu, bolesti nebo úzkosti. V průběhu komunikace je dobré podporovat klientovu orientaci časem, místem i osobou.

Je dobré si všímat i známk nonverbální komunikace, nepodceňovat mimiku, dotek a tělesný kontakt. Vždy je nutné mít na paměti dodržování důstojnosti jednotlivce, posilovat jejich autonomii a zabránit jejich ponižování.

(10)

II. Praktická část

8. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cíle práce:

1. Vytipovat základní specifika a eventuální problémy ošetrovatelské péče u seniorů v otorinolaryngologii v následujících oblastech:
 - a) smysly (čich, chuť, hmat, sluch, zrak)
 - b) oblast výživy
 - c) bolest
 - d) poruchy rovnováhy
 - e) komunikace
2. Zjištění vlivu poruchy sluchu na oblast komunikace a dorozumívání se s ošetřujícím personálem.
3. Zjistit věkové rozložení jednotlivých poruch smyslů u seniorů.
4. Najít seniory nejhůře subjektivně vnímanou smyslovou poruchu.

Výzkumné otázky:

1. Souvisí subjektivní vnímání funkce smyslů (čich, zrak, sluch, chuť, hmat) s přibývajícím věkem?
2. Je souvislost potíží v komunikaci s přibývajícím věkem?
3. Existuje souvislost potíží v komunikaci a zhoršeným sluchem?
4. Souvisí míra vnímání bolesti s věkem?
5. Má souvislost bolest s podstoupenými chirurgickými výkony a proti nádorovou léčbou?

6. Je souvislost bolesti s přidruženým onemocněním pohybového aparátu?
7. Souvisí forma přijímané stravy s poruchou polykání?
8. Je souvislost mezi poruchou polykání a nechutenstvím?
9. Má vliv přítomnost nádorového onemocnění na sníženou chuť k jídlu?
10. Má souvislost věk a množství denního příjmu tekutin?
11. Souvisí nechutenství s poruchou chuti či čichu?
12. Je souvislost mezi onemocněním pohybového aparátu a závratěmi?
13. Mají souvislost věkové dekády s poruchou orientace v neznámém prostředí?
14. Jsou závratě častější u starších osob?
15. Mají souvislost závratě s pády?

9. METODIKA VÝZKUMU

Pro provedení výzkumu jsem zvolila metodu dotazníku. Dotazník obsahoval otázky otevřené i uzavřené. Nejprve jsem provedla pilotní výzkum a poté jsem upravené dotazníky osobně klientům rozdávala. Dotazníky byly vyplňovány klienty v Pardubické krajské nemocnici a.s. na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, a to na lůžkových odděleních.

Celkový počet pro zpracování činil 100 dotazníků a jejich návratnost byla stoprocentní. Vyhodnocení dotazníků jsem provedla od 55 mužů a od 45 žen. Nejvíce respondentů, kteří byli zařazeni do 1. věkové dekády bylo ve věku mezi 60 - 70 lety, 55 %. 31 % osob bylo ve věku 71 - 80 let, kteří spadali do 2. věkové dekády a dotázaných v třetí věkové dekádě, mezi 81 - 90 lety, bylo 14 %. Do studie nebyla zařazena žádná osoba nad 90 let věku.

10. ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

V následující stati 10.1. je uvedeno nejprve vyhodnocení jednotlivých otázek z dotazníku. Ukázka dotazníku přiložena v Příloze A. U každého dotazu je uvedena četnost odpovědí a případně rozdělení dle věkové kategorie.

V další 10.2. jsou zpracovány souvislosti určitých onemocnění, léčby a věkových dekád s výživou, nechutenstvím, s komunikací, bolestí, poruchou polykání, závratěmi, smyslovými změnami.

10.1 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Otázka číslo 1 – Pohlaví a **otázka číslo 2** – Věk zpracovány viz. výše, v Metodice výzkumu.

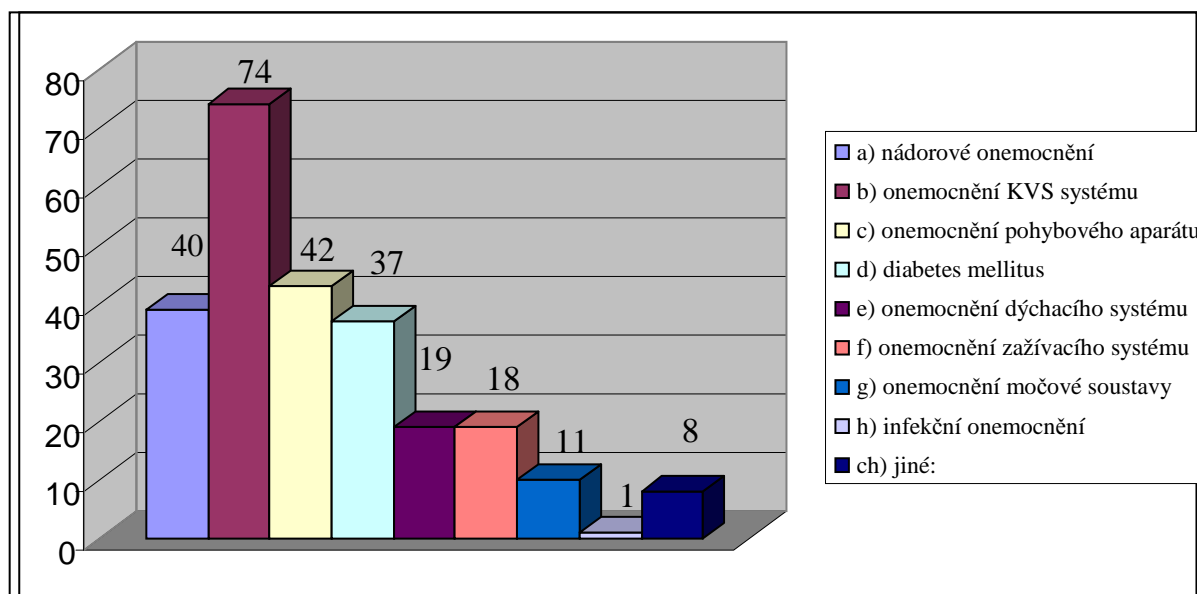
Otázka číslo 3: Přidružená onemocnění

- a) nádorové onemocnění
- b) onemocnění srdce a cév (infarkt myokardu, ischemická choroba srdeční, vysoký krevní tlak, cévní mozková příhoda)
- c) onemocnění pohybového aparátu (osteoporóza, artrózy)
- d) diabetes mellitus (cukrovka)
- e) onemocnění dýchacího systému (astma, chronická obstrukční plicní nemoc)
- f) onemocnění zažívacího traktu
- g) onemocnění močové soustavy
- h) infekční onemocnění
- ch) jiné:.....

Tabulka číslo 1: Přidružená onemocnění

| Možnosti odpovědí: | Absolutní četnost: |
|-----------------------------|--------------------|
| a) nádorové onemocnění | 40 |
| b) onemocnění KVS systému | 74 |
| c) onem. pohybového aparátu | 42 |

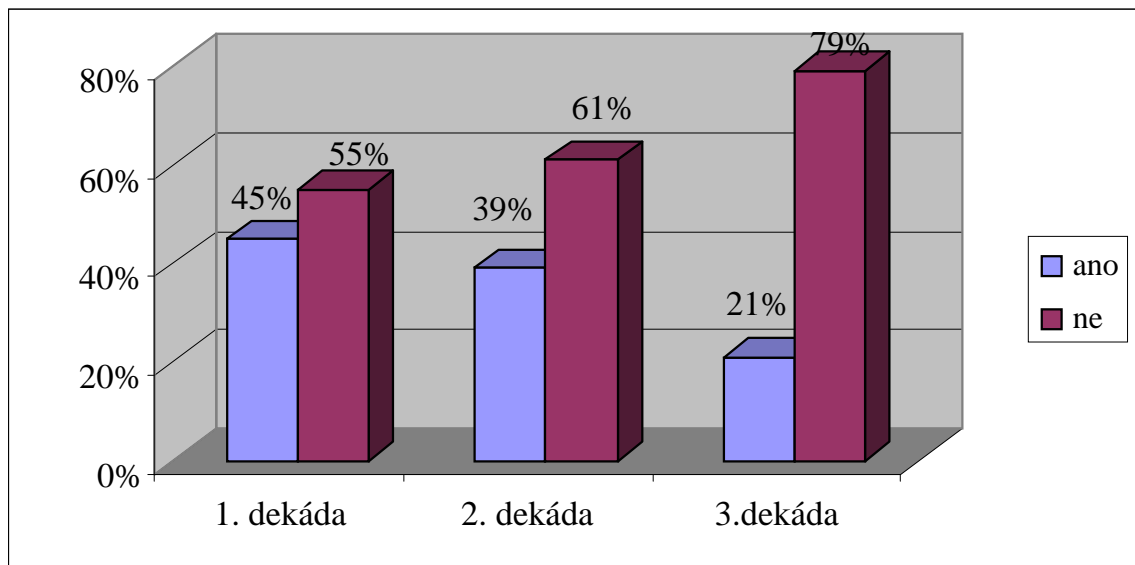
| | |
|-----------------------------|----|
| d) diabetes mellitus | 37 |
| e) onem. dýchacího systému | 19 |
| f) onem. zažívacího systému | 18 |
| g) onem. močové soustavy | 10 |
| h) infekční onemocnění | 1 |
| ch) jiné: | 8 |



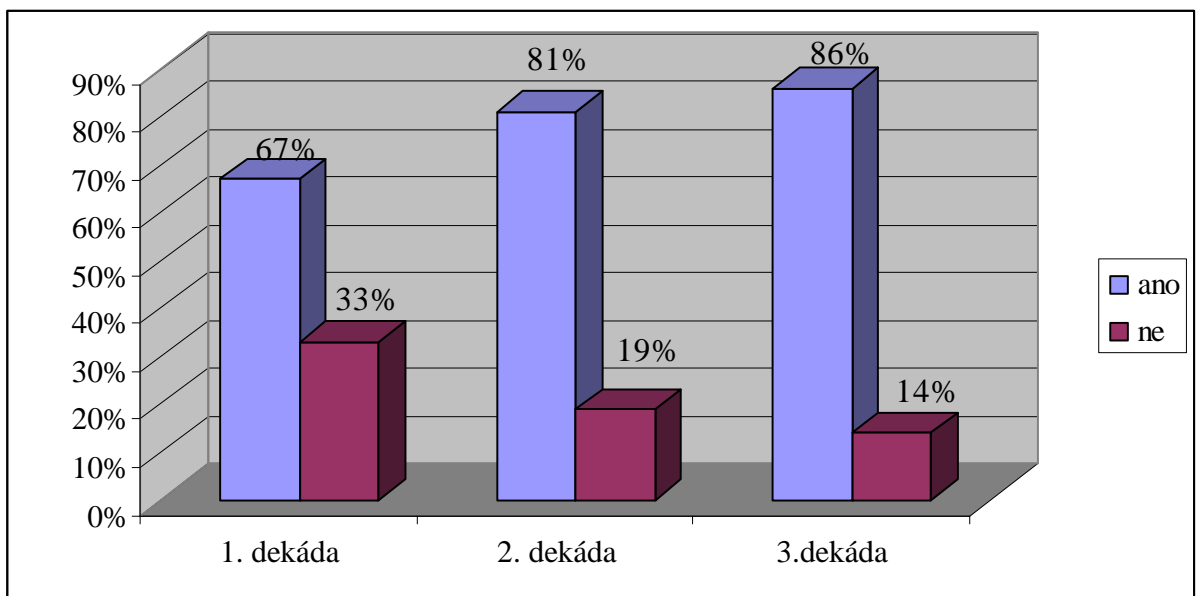
Obr. 1 Graf – Přidružená onemocnění

Nejvyšší četnost přidružených onemocnění u seniorů nad 60 let věku bylo jednoznačně onemocnění kardiovaskulárního systému, 74 %. 42 % respondentů uvedlo onemocnění pohybového aparátu a u 40 % bylo diagnostikováno již v minulosti nebo nově nádorové onemocnění. 37 % respondentů udalo diabetes mellitus. Onemocnění dýchacího systému mělo 19 % respondentů a onemocnění zažívacího systému mělo 18 % respondentů. 11 % respondentů bylo postiženo onemocněním močové soustavy. 1 respondent uvedl infekční onemocnění a 8 % vybralo možnost volného výběru. 3 % klientů se léčilo s neurologickým onemocněním, 2 % s endokrinním, 1 % zahrnovalo psychiatrické onemocnění, další 1 % gynekologickou anamnézu a poslední 1 % poruchy imunity.

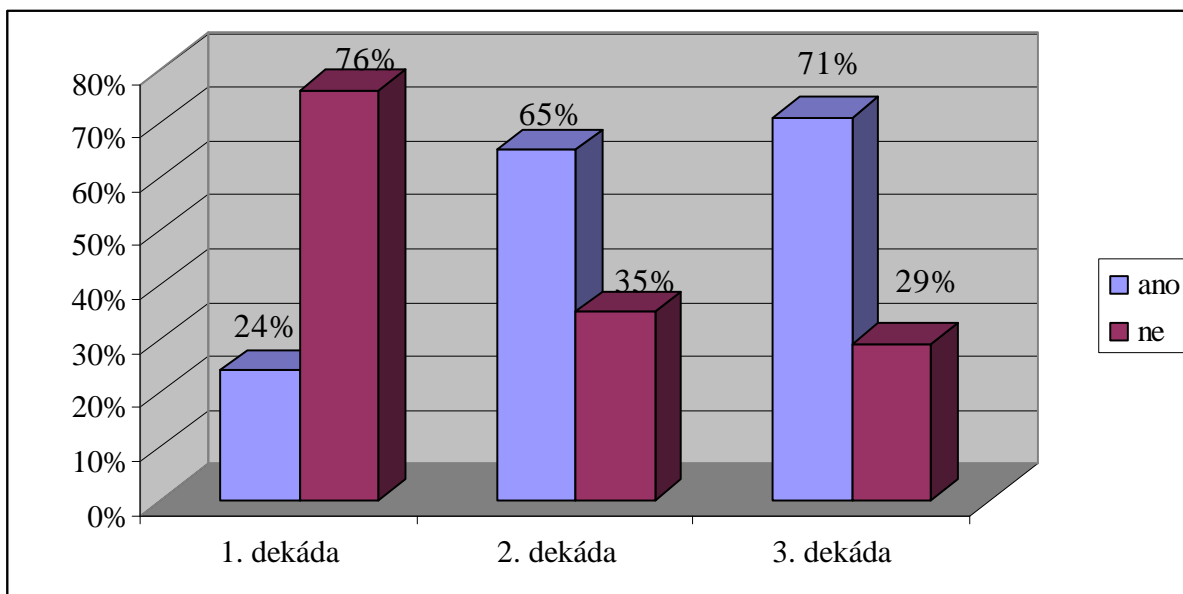
Srovnání všech typů nemocí se všemi dekádami



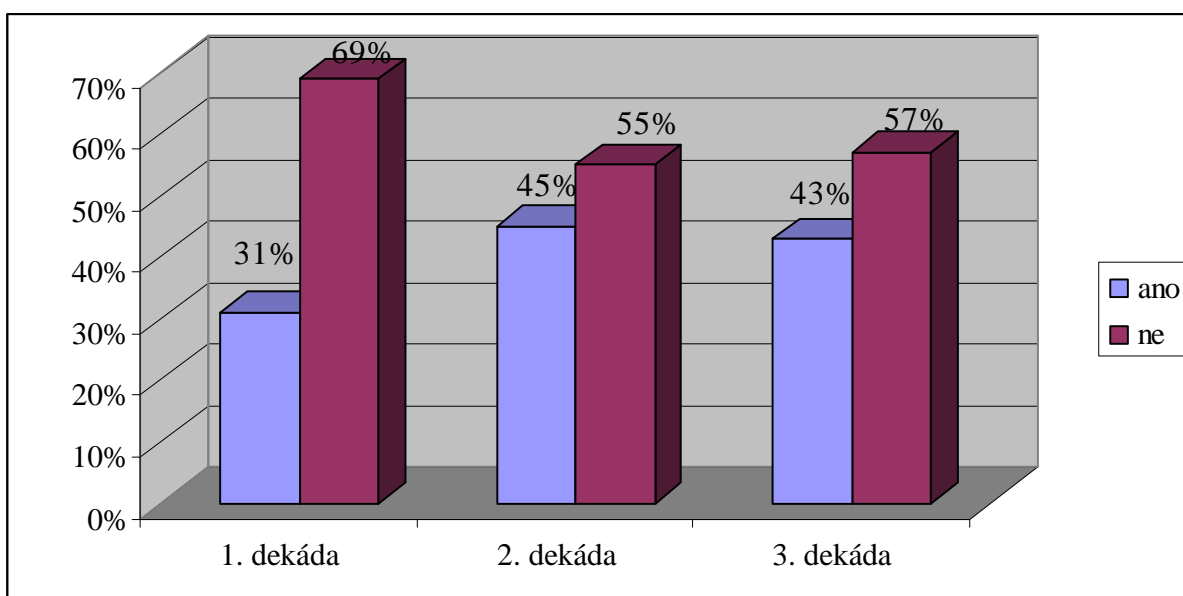
Obr.2 Graf - Přítomnost nádorového onemocnění v jednotlivých věkových dekádách



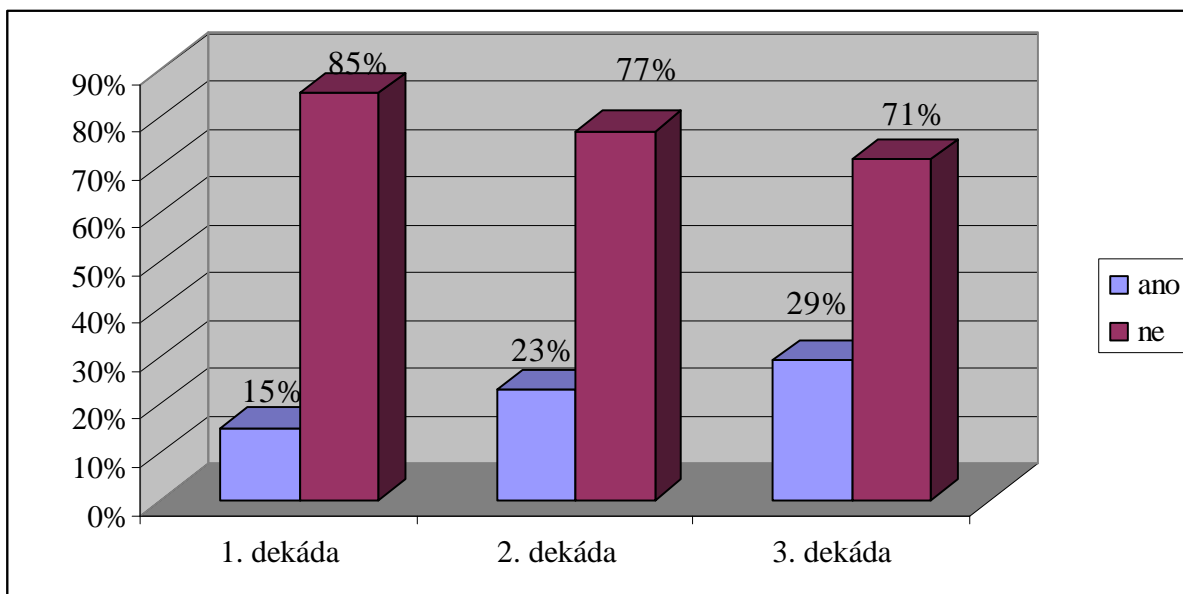
Obr. 3 Graf - Přítomnost kardiovaskulárního onemocnění v jednotlivých věkových dekádách



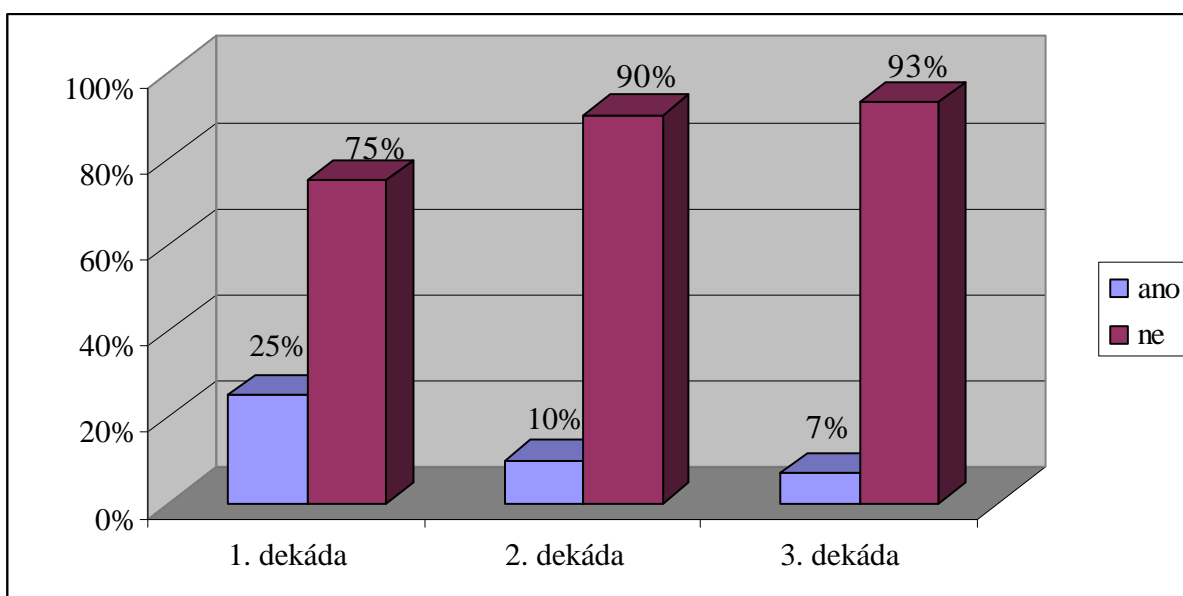
Obr. 4 Graf - Přítomnost onemocnění pohybového aparátu v jednotlivých věkových dekáдах



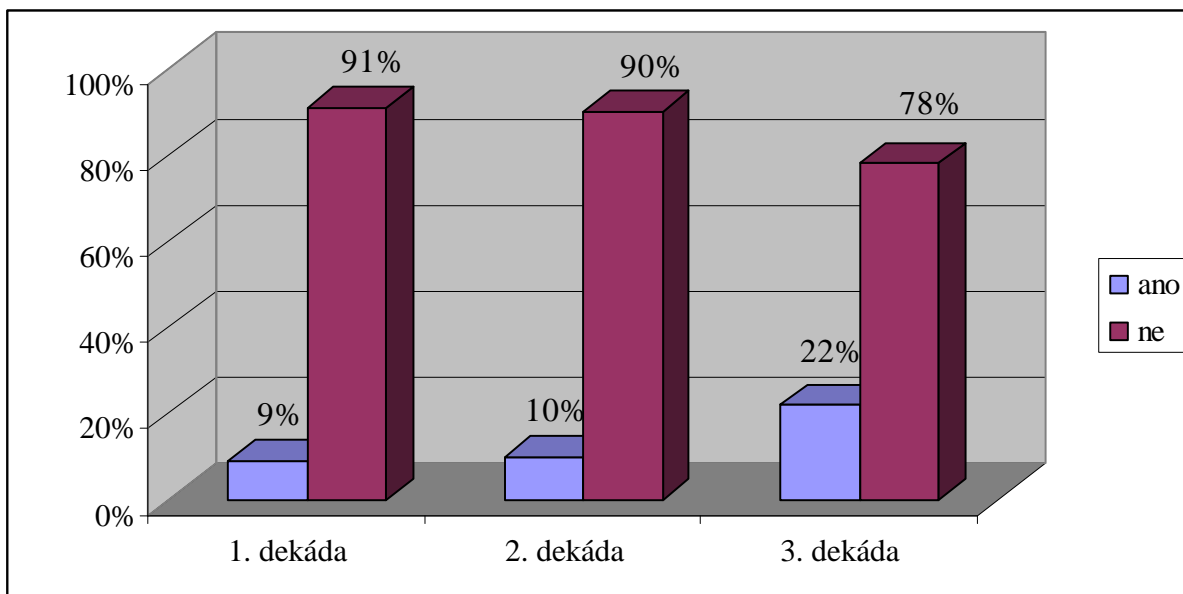
Obr. 5 Graf - Přítomnost diabetes mellitus v jednotlivých věkových dekáдах



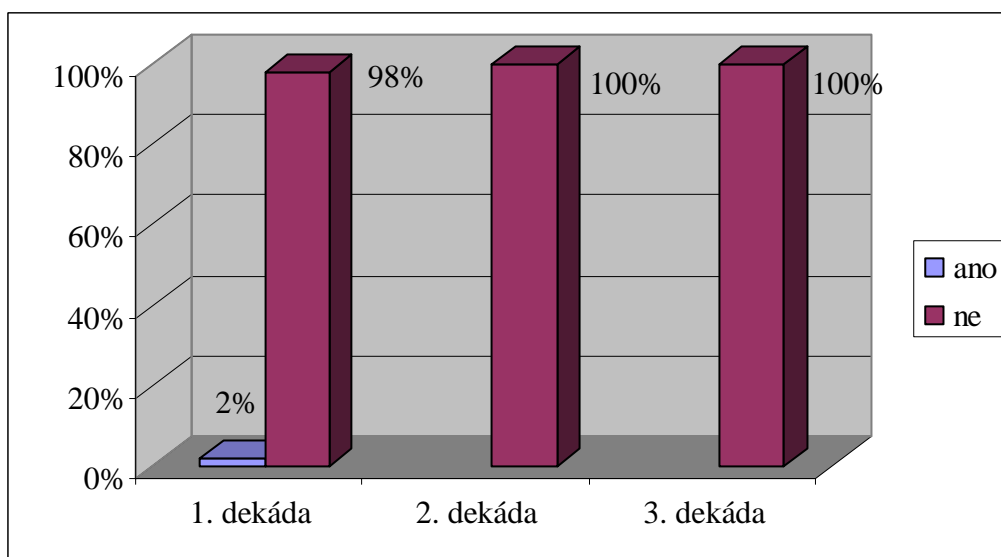
Obr. 6 Graf – Přítomnost onemocnění dýchacího systému v jednotlivých kategoriích



Obr. 7 Graf – Přítomnost onemocnění gastrointestinálního traktu v jednotlivých dekádách



Obr. 8 Graf – Přítomnost onemocnění močového systému v jednotlivých věkových kategoriích



Obr. 9 Graf - Přítomnost infekčního onemocnění v jednotlivých dekádách

Z uvedených grafů vyplývá, že starší osoby našeho souboru méně často trpěly nádorovým onemocněním či onemocněním zažívacího traktu ale více se u nich s narůstajícím věkem vyskytovalo onemocnění kardiovaskulárního systému, pohybového aparátu, diabetes mellitus, onemocnění dýchacího systému a onemocnění močové soustavy.

Otázka číslo 4: Prošel/prošla jste ozařováním či chemoterapií? Nebo Vás čeká?

- a) ano
- b) ne

Při dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že 40 % respondentů prošlo ozařováním či chemoterapií nebo je teprve tyto modalitty čekají. 60 % jedinců tuto léčbu neprodělalo a ani u nich nebyla naplánována.

Otázka číslo 5: Prodělal/a jste nebo Vás čeká operační výkon v oblasti ORL (hlavy a krku)?

- a) ano
- b) ne

Četnost operačních výkonů v oblasti hlavy a krku byla u 79 % hospitalizovaných seniorů. 21 % osob operaci hlavy a krku nepodstoupilo a ani u nich nebyla naplánována.

Otázka číslo 6: Můžete mluvit?

- a) ano, mohu mluvit bez obtíží
- b) mívám chrapot
- c) nemohu mluvit (z důvodu operačního výkonu, vlastního onemocnění)
- d) jiné?.....

Mluvit bez obtíží bylo schopno 67 % hospitalizovaných seniorů, 20 % jedinců si stěžovalo na chrapot. 13 % seniorů nebylo schopno verbální komunikace, nejčastěji následkem onemocnění, které si vyžádalo operační řešení s následkem ztráty hlasové funkce.

Otázka číslo 7: Pokud ne, jakou náhradní formu komunikace používáte?

- a) používám písemnou formu = tužka a papír
- b) používám pouze mluvidla
- c) naučil/a jsem se tzv. jícnovou řeč
- d) mám elektrolarynx („slavík“)

e) **mám zavedenou hlasovou protézu**

f) **jiné:.....**

13 % osob odpovídalo na tuto otázku. Při ztrátě možnosti verbální komunikace 12 % všech respondentů využívalo možnosti písemné formy. To znamenalo, že se s ošetřujícím personálem i svým okolím dorozumívali pomocí tužky a papíru. 1 % z respondentů používal k dorozumívání se mluvidla. Jícnovou řeč nebo elektrolarynx nikdo se seniorů bez hlasu nepoužíval.

Otázka číslo 8: Pociťujete nějaké změny v oblasti vnímání chutí?

a) **ano**

b) **ne**

Na otázku, zda senioři pociťují nějaké změny v oblasti vnímání chutí, odpovědělo 22 % osob kladně. 78 % seniorů změny nepozorovalo.

Otázka číslo 9: Pokud ano, jak vnímáte snížené vnímání chutí?

a) **nepochutnám si na jídle tak jako dřív**

b) **nemám takovou chuť k jídlu**

c) **nijak mi to nevadí**

d) **jiné:.....**

Tabulka číslo 2: Subjektivní vnímání porušené chuti v jednotlivých dekádách

| Možnosti odpovědí: | 1. dekáda | 2. dekáda | 3. dekáda | Celkem: |
|--|-----------|-----------|-----------|---------|
| a) nepochutnám si na jídle tak jako dřív | 7 | 7 | 3 | 17 |
| b) nemám takovou chuť k jídlu | 4 | 1 | 0 | 5 |
| c) nijak mi to nevadí | 0 | 0 | 0 | 0 |
| d) jiné: | 0 | 0 | 0 | 0 |

22 seniorů uvedlo změny ve vnímání chuti, z toho pro 17 jedinců to znamenalo, že si na jídle tolik nepochutnají. U 5 toto snížení vedlo k tomu, že nemají k jídlu takovou chuť.

V první dekádě seniorů si na jídle nepochutnalo 13 % seniorů, v druhé a třetí dekádě to bylo 22 % respondentů.

Otázka číslo 10: Musíte si více solit či kořenit?

- a) ano
- b) ne

Co se týká zvýšeného solení či kořenění, 22 % jej upřednostňovalo. 78 % však nikoliv.

Otázka číslo 11: Kterou chuť cítíte nejméně?

- a) kyselou
- b) sladkou
- c) slanou
- d) chutě rozlišuji bez obtíží

Tabulka číslo 3: Kterou chuť cítíte nejméně?

| Možnosti odpovědí: | Absolutní četnost: |
|-------------------------------|--------------------|
| a) kyselá | 1 |
| b) sladká | 13 |
| c) slaná | 6 |
| d) chutě rozlišuji bez obtíží | 80 |
| Celkem: | 100 |

80 % dotázaných seniorů bylo schopno rozlišit chutě bez obtíží. 13 % nebylo schopno rozlišit sladkou chuť a 6 % slanou. 1 % respondentů uvedlo neschopnost poznat chuť kyselou. Hořkou chuť jsme do dotazníku nezařadili, poněvadž z empirických zkušeností vyplývá, že nejčastěji dochází u starých osob k poruše vnímání chuti sladké, slané a kyselé.

Otázka číslo 12: Máte sníženou chuť k jídlu, nechutenství?

- a) ano
- b) ne

c) občas

Sníženou chutí k jídlu trpělo až 43 % seniorů. Občasné nechutenství uvedlo 8 % a 49 % seniorů tento problém vůbec nemělo.

Otázka číslo 13: Máte potíže s polykáním?

- a) ano, hůře se mi polyká**
- b) hůře se mi polyká tužší strava**
- c) nemohu polykat velká sousta**
- d) ne, polyká se mi dobře**

55 respondentů nemělo problémy s polykáním, 23 seniorů naopak uvedlo fakt, že se jim hůře polyká. 16 jedinců nemohlo polykat velká sousta a 6 osob tužší stravu.

Otázka číslo 14: Jaký typ stravy přijímáte?

- a) pevnou stravu**
- b) kašovitou stravu**
- c) tekutou formu stravy**
- d) jiné:.....**

Strava byla u více než poloviny oslovených seniorů, tedy u 52 %, v pevné formě. 34 % respondentů se stravovalo kašovitou formou stravy a 9 % přijímalo stravu v tekuté formě. 5 % respondentů zvolilo možnost jiné, to znamená, 3 % se stravovali do sondy, 1 % bylo živeno do PEGu a 1 % parenterálně.

Otázka číslo 15: Máte pocit žízně?

- a) ano**
- b) ne**
- c) ano, ale snížený**

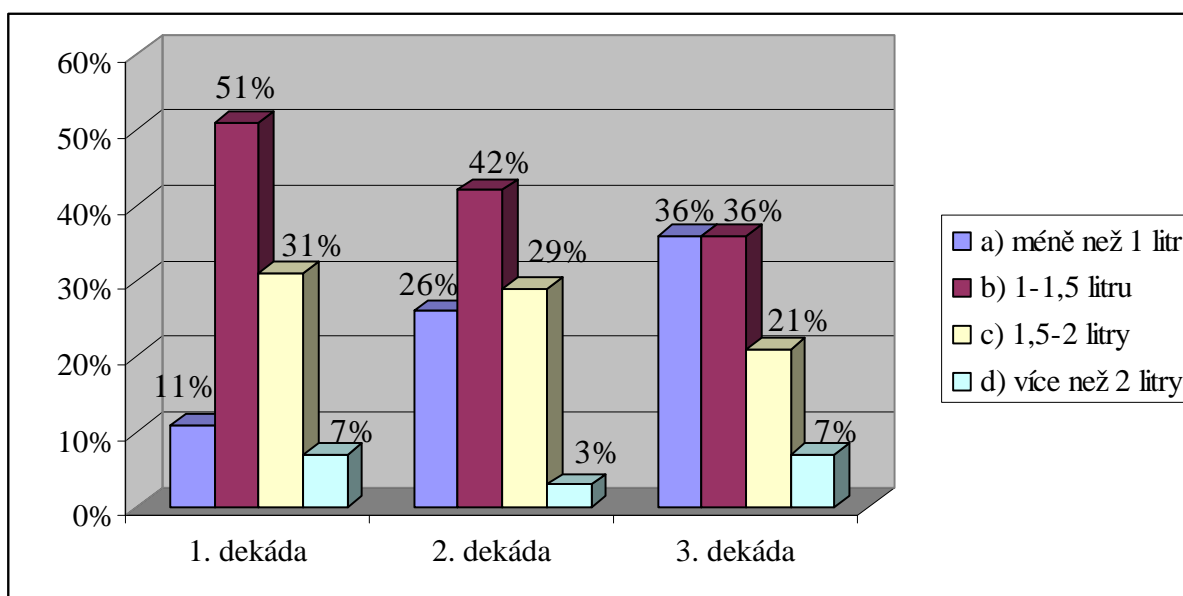
Pocit žízně mělo pouhých 40 % hospitalizovaných respondentů. 33 % mělo pocit žízně snížený a u 27 % chyběl úplně.

Otázka číslo 16. Kolik tekutin denně vypijete?

- a) méně než 1 litr
- b) 1 litr – 1,5 litru za den
- c) 1,5 – 2 litry
- d) více než 2 litry tekutin za den

Tabulka číslo 4: Denní příjem tekutin v souvislosti s věkovými dekádami

| Možnosti odpovědí: | 1. dekáda | 2. dekáda | 3. dekáda |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|
| a) méně než 1 litr | 6 | 8 | 5 |
| b) 1-1,5 litru | 28 | 13 | 5 |
| c) 1,5-2 litry | 17 | 9 | 3 |
| d) více než 2 litry | 4 | 1 | 1 |



Obr. 10 Graf - Denní příjem tekutin v souvislosti s věkovými dekádami

Pitný režim byla schopna dodržet pouze malá část respondentů. Pouhých 6 % dotázaných seniorů vypilo více než 2 litry denně. 29 % jedinců přijímalo 1,5 až 2 litry tekutin a největší

počet (46 %) pouze 1 až 1,5 litru denně. 19 % dotázaných seniorů dokonce nevpilo ani litr tekutin za den, což je výsledek alarmující. Více než 1,5 litru tekutiny v první dekádě vypilo 38 % osob, ve druhé 32 % a ve třetí 28 %. Denní příjem tekutin ve vztahu k jednotlivým věkovým dekádám ukazuje, že čím starší klient, tím méně tekutin denně přijímá.

Otázka číslo 17: Máte nějaké potíže se sluchem?

- a) **ne, sluch mám v pořádku**
- b) **ano, hůře slyším**
- c) **slyším méně na jedno ucho**
- d) **neslyším vůbec**
- e) **na jedno ucho neslyším vůbec, na druhé částečně**

Tabulka číslo 5: Potíže se sluchem

| Možnosti odpovědí: | Absolutní četnost: |
|--|--------------------|
| a) ne, sluch mám v pořádku | 45 |
| b) ano, hůře slyším | 32 |
| c) slyším méně na jedno ucho | 15 |
| d) neslyším vůbec | 2 |
| e) na jedno ucho neslyším vůbec, na druhé částečně | 6 |
| Celkem: | 100 |

Sluch zcela v pořádku udalo 45 % hospitalizovaných seniorů. Pocity zhoršeného sluchu udávalo 32 % respondentů. Na jedno ucho slyšelo méně 15 % seniorů a 6 % na jedno ucho neslyšelo vůbec a na druhé částečně. 2 % respondentů, to znamená 2 respondenti neslyšeli vůbec.

Otázka číslo 18. Zaznamenal jste ve svém uchu ušní šelest – hučení, bzučení nebo jiné zvuky?

- a) **ano**
- b) **ne**

c) občas

S přítomností ušního šelestu se setkala 29 % seniorů a 15 % trápil občasně. 56 % dotázaných se s tinnitem neseťkalo.

Otázka číslo 19: Nosíte naslouchací aparát – sluchadlo?

- a) ano**
- b) ne**
- c) používal jsem ho, ale nevyhovovalo mi**

Co se týče užívání kompenzačních pomůcek při poruše sluchu, využívalo tuto možnost pouze 19 % seniorů z celkového počtu 66 % respondentů, kteří udávali zhoršený sluch. 3 % osob uvedli, že sluchadlo používali, ale nevyhovovalo jim. 78 % osob se sluchadlem žádnou zkušenost nemělo.

Otázka číslo 20: Míváte někdy problém dorozumět se s ošetřujícím personálem?

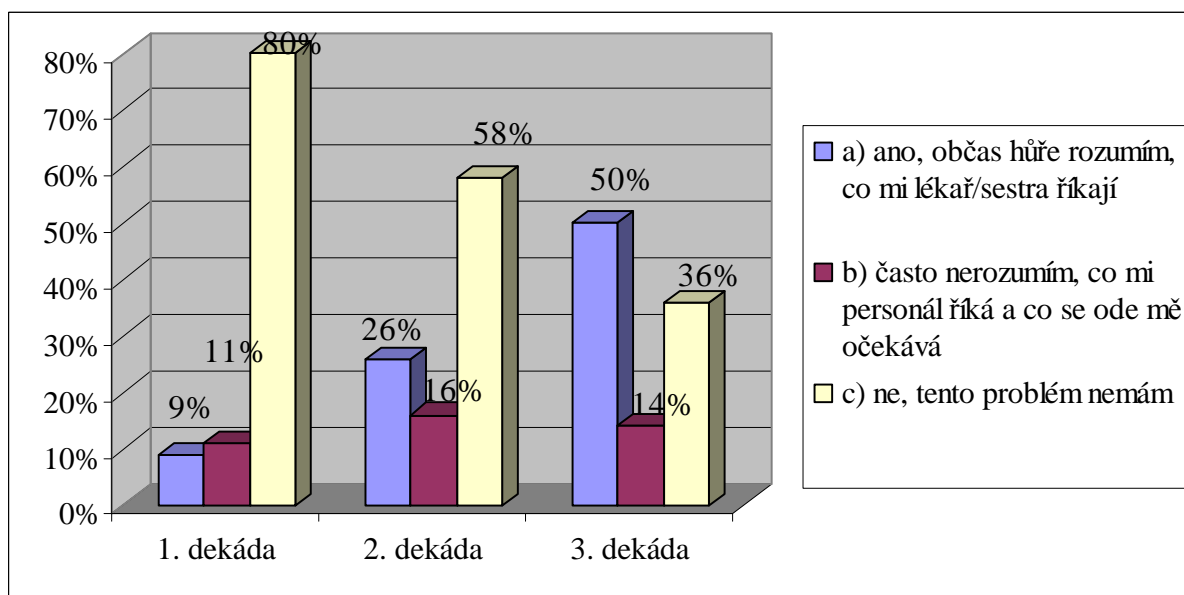
- a) ano, občas hůře rozumím, co mi lékař/sestra říká**
- b) často nerozumím, co mi personál říká a co se ode mě očekává**
- c) ne, tento problém nemám**

67 % seniorů nemělo problémy s dorozumíváním se s ošetřujícím personálem. 20 % jedinců občas nerozumělo, co jim personál říkal a 13 % jedinců často nerozuměli co jim personál říkal či co se od nich očekávalo.

Tabulka číslo 6: Potíže v komunikaci v souvislosti s přibývajícím věkem

| Možnosti odpovědí: | 1. dekáda | 2. dekáda | 3. dekáda | Celkem: |
|--|--------------|--------------|--------------|---------|
| a) ano, občas hůře rozumím, co mi lékař/sestra říká | 5 | 8 | 7 | 20 |
| b) často nerozumím, co mi personál říká a co se ode mě očekává | 6 | 5 | 2 | 13 |

| | | | | |
|----------------------------|----|----|---|----|
| c) ne, tento problém nemám | 44 | 18 | 5 | 67 |
|----------------------------|----|----|---|----|



Obr. 11 Graf - Potíže v komunikaci v souvislosti s přibývajícím věkem

Špatné porozumění personálu se zvyšovalo vzhledem k vyšším věkovým dekádam.

Otázka číslo 21: Pokud hůře slyšíte, vyhoví Vám personál a zeptá se znovu či přidá na intenzitě hlasu, aby jste rozuměl/a?

- a) ano
- b) pouze někdy
- c) ne
- d) tento problém nemám, slyším dobře

Co se týká zpětné vazby personálu, ani jeden respondent se nesetkal s negativní reakcí personálu, naopak 32 % respondentů se zhoršeným sluchem uvedlo pozitivní reakci, to znamená, že jim personál v komunikaci vyhovoval. Našel se pouze 1 respondent s opačným názorem. 67 % osob tento problém nemělo vůbec, slyšelo dobře.

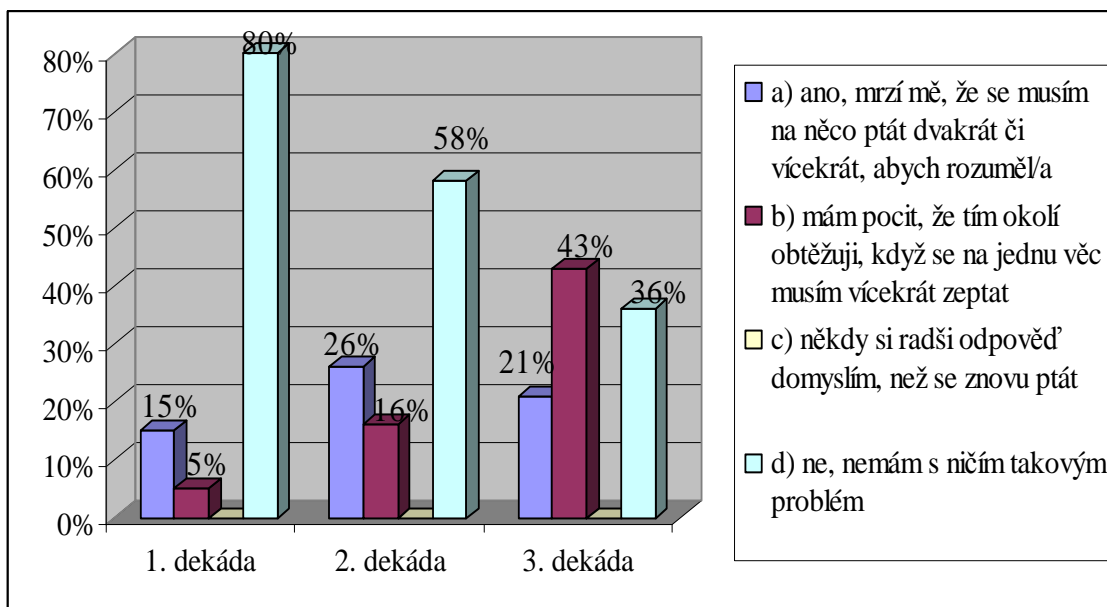
Otázka číslo 22: Stresuje Vás nebo omezuje v dorozumívání se a navazování kontaktů Vaše smyslová porucha sluchu?

- a) ano, mrzí mě, že se musím na něco ptát dvakrát či vícekrát, abych rozuměl/a
- b) mám pocit, že tím okolí obtěžuji, když se na jednu věc musím vícekrát zeptat
- c) někdy si radši odpověď domyslím, než se znovu ptát
- d) ne, nemám s ničím takovým problém
- e) jiné:.....

Co se týče dorozumívání se a navazování kontaktů v rámci komunikace u seniorů se smyslovým postižením sluchu, 67 % seniorů tento problém neudávalo. 19 % respondentů mrzelo, že se v rámci komunikace musí na něco zeptat dvakrát, někdy i vícekrát, aby porozuměli. 14 % seniorů mělo pocit, že opakovaným ptaním okolí obtěžuje. Ani jeden respondent nevedl, že by si odpovědi radši domýšlel.

Tabulka číslo 7: Subjektivní vnímání porušeného sluchu v jednotlivých věkových dekádách

| Možnosti odpovědí: | 1. dekáda | 2. dekáda | 3. dekáda | Celkem: |
|---|--------------|--------------|--------------|---------|
| a) ano, mrzí mě, že se musím na něco ptát dvakrát či vícekrát, abych rozuměl/a | 8 | 8 | 3 | 19 |
| b) mám pocit, že tím okolí obtěžuji, když se na jednu věc musím vícekrát zeptat | 3 | 5 | 6 | 14 |
| c) někdy si radši odpověď domyslím, než se znovu ptát | 0 | 0 | 0 | 0 |
| d) ne, nemám s ničím takovým problém | 44 | 18 | 5 | 67 |
| e) jiné: | 0 | 0 | 0 | 0 |



Obr. 12 Graf - Subjektivní vnímání porušeného sluchu v jednotlivých věkových dekádách

Co se týče souvislostí s věkem, je významný nárůst pocitu ve třetí dekádě, že opakovaným ptáním senioři ve třetí dekádě okolí obtěžují.

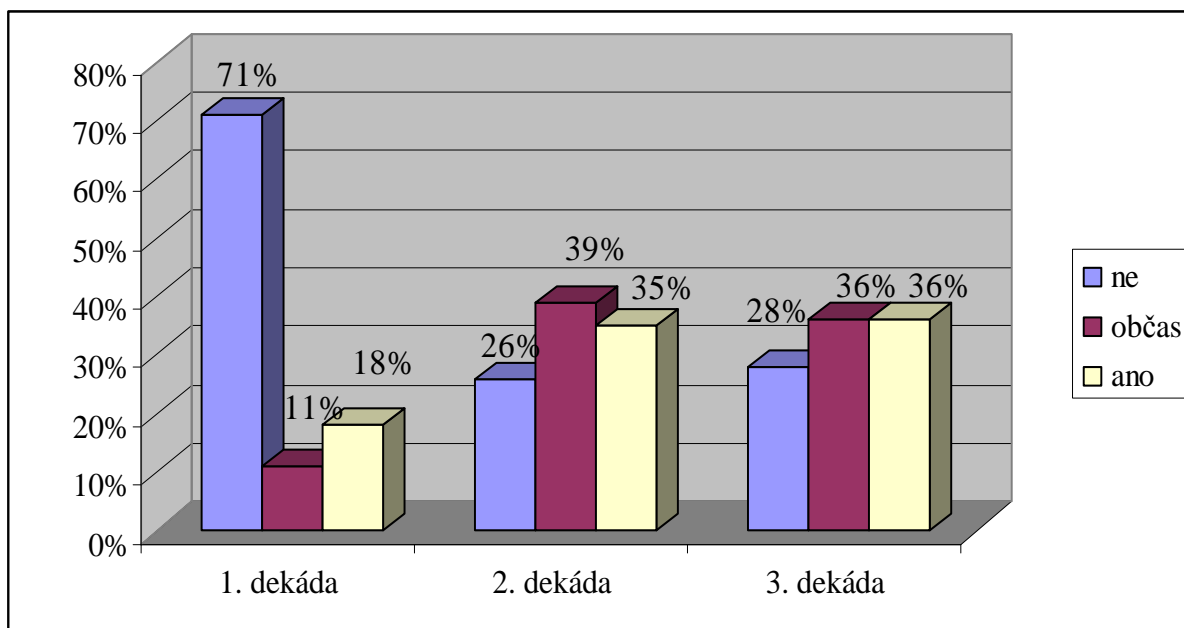
Otázka číslo 23: Míváte závratě?

- a) ano
- b) ne
- c) občas

Výskyt závratí potvrdilo 26 % respondentů, 23 % seniorů se s nimi potýkalo občas. 51 % jedinců závratě nemávalo.

Tabulka číslo 8: Výskyt závratí v jednotlivých věkových kategoriích

| Možnosti odpovědí: | 1. dekáda | 2. dekáda | 3. dekáda | Celkem: |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|---------|
| a) ano | 10 | 11 | 5 | 26 |
| b) občas | 6 | 12 | 5 | 23 |
| c) ne | 39 | 18 | 4 | 51 |



Obr. 13 Graf - Výskyt závratí v jednotlivých věkových kategoriích

Z výsledků vyplývá, že výskyt závratí se postupně s narůstajícím věkem zvyšuje. Závratě ve třetí dekádě tvoří násobek závratí z první dekády.

Otázka číslo 24: Stalo se Vám někdy, že jste doma nebo v nemocnici upadl/a?

- a) ano
- b) ne

Dle dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 28 % seniorů mělo v minulosti zkušenosti s pádem či pády. 72 % respondentů se s pádem dosud osobně nesetkali.

Otázka číslo 25: Pokud ano, kde? (pokud jste pád nezažil/a, nevyplňujte tuto otázku)

- a) v domácím prostředí
- b) v nemocničním prostředí
- c) v nemocnici i doma

28 % seniorů mělo osobní zkušenost s pádem či opakovanými pády. Z toho 24 % seniorů potkal pád v domácím prostředí. Pád v nemocničním prostředí uvedli 3 % respondentů a 1 % zažilo pád v domácím i nemocničním prostředí.

Otázka číslo 26: Používáte k chůzi a pohybu nějakou kompenzační pomůcku? Hůl, chodítka nebo něco podobného?

- a) ano
- b) ne
- c) občas

Kompenzační pomůcky k chůzi a pohybu byly používány pravidelně 24 % respondenty, občasně 6 % seniorů. 70 % hospitalizovaných seniorů se obešlo bez kompenzačních pomůcek určených k chůzi.

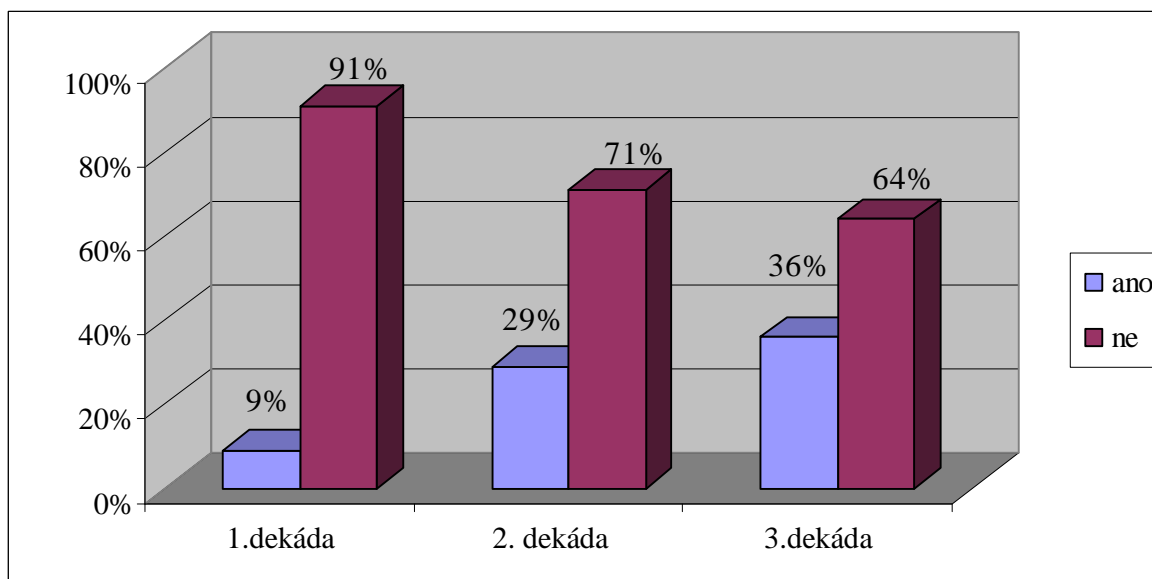
Otázka číslo 27: Míváte problém s orientací v neznámém prostředí?

- a) ano
- b) ne

Problémy s orientací mělo 19 seniorů, většina tedy 81 tento problém neudává.

Tabulka číslo 9: Problémy s orientací v neznámém prostředí vzhledem k jednotlivým věkovým dekádam

| Možnosti odpovědí: | 1. dekáda | 2. dekáda | 3. dekáda |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| a) ano | 5 | 9 | 5 |
| b) ne | 50 | 22 | 9 |



Obr. 14 Graf - Problémy s orientací v neznámém prostředí vzhledem k jednotlivým věkovým dekádám

Vzhledem k jednotlivým věkovým dekádám docházelo k nárůstu problémů s orientací v neznámém prostředí.

Otázka číslo 28: Jak cítíte (pomocí čichu)?

- a) dobře
- b) hůře
- c) vůbec

Čich mělo v pořádku 82 % oslovených seniorů. 8 % seniorů cítilo hůře a 10 % seniorů nemělo čich zachován vůbec.

Otázka číslo 29: Jste schopen/schopna rozeznávat různé vůně?

- a) ano
- b) ne
- c) částečně

Schopnost rozeznat nejrozličnější vůně mělo 82 % dotázaných seniorů. 10 % seniorů nebylo schopných rozeznání a 8 % dokázalo rozeznávat vůně pouze částečně.

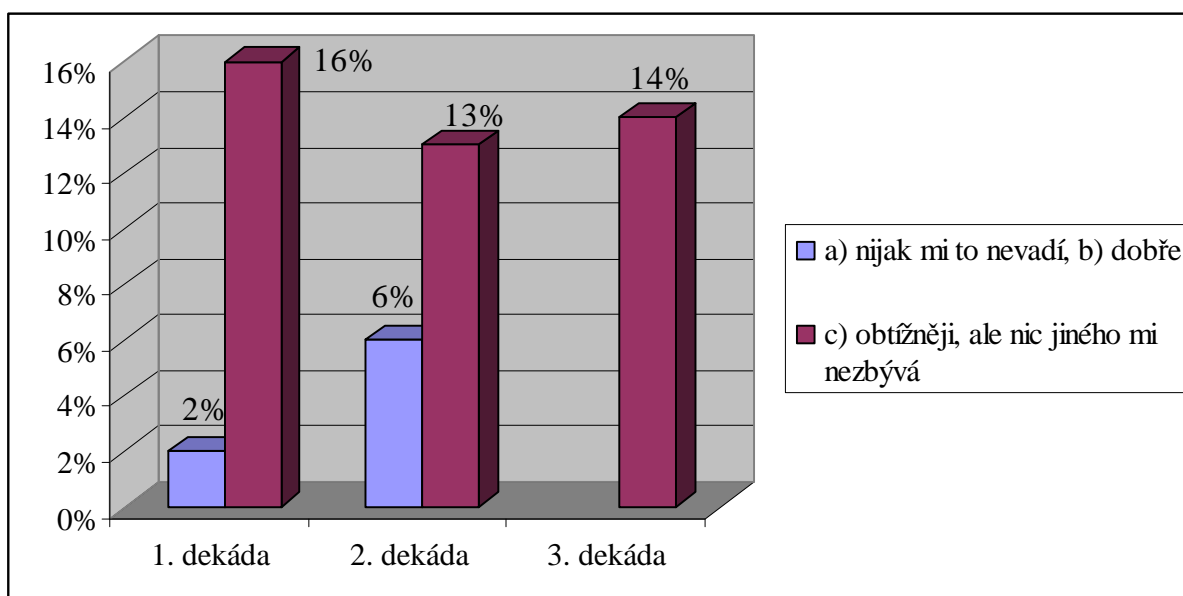
Otázka číslo 30: Pokud máte zhoršený čich, jak se s tím vyrovnáváte?

- a) nijak mi to nevadí
- b) dobře
- c) obtížněji, ale nic jiného mi nezbývá
- d) jiné:.....

Tabulka číslo 10: Subjektivní vnímání porušeného čichu v jednotlivých věkových dekádách

| | | | |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| Možnosti odpovědí: | 1. dekáda | 2. dekáda | 3. dekáda |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|

| | | | |
|--|------------------|-----------------|-----------------|
| a) nijak mi to nevadí, b) dobře | 1 (2 %) | 2 (6 %) | 0 (0 %) |
| c) obtížněji, ale nic jiného mi nezbyvá | 9 (16 %) | 4 (13 %) | 2 (14 %) |
| Celkem: | 10 (18 %) | 6 (19 %) | 2 (14 %) |



Obr. 15 Graf – Subjektivní vnímání porušeného čichu v jednotlivých věkových dekáдах

Co se týká vyrovnávání se se zhoršeným čichem, či úplně ztraceným, pro většinu seniorů, bylo vyrovnávání se s takovou skutečností obtížné, ale vzhledem k jejich stavu se jiná možnost nenabízela. Pouze 2 % respondentů v první dekádě ztráta čichu nevadila a 6 % respondentů z druhé dekády se se ztrátou vyrovnávalo dobře. Podíl vyššího věku se na subjektivním vnímání porušeného čichu výrazně neprojevil.

Otázka číslo 31: Zaznamenal/a jste změny v hmatovém vnímání?

- a) ano
- b) ne

Změny v hmatovém vnímání nezpozorovalo 71 % respondentů. 29 % seniorů si naopak změn v hmatovém vnímání všimlo.

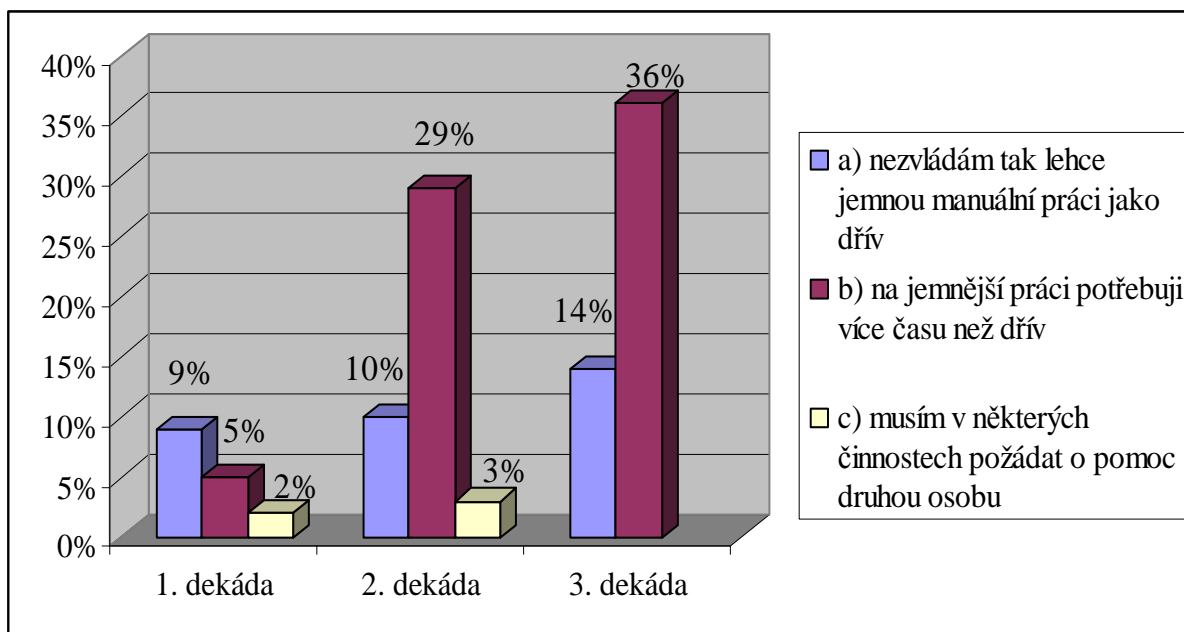
Otázka číslo 32: Pokud ano, co to pro Vás znamená?

- a) nezvládám tak lehce jemnou manuální práci jako dřív
- b) na jemnější práci potřebuji více času než dřív
- c) musím v některých činnostech požádat o pomoc druhou osobu
- d) hůře rozlišuji rozdíl mezi studenou, vlahou a teplou vodou
- e) nic se tím pro mě nemění
- f) jiné:.....

29 % dotázaných seniorů uvedlo, že mají zhoršený hmat. U 17 % seniorů se tento problém projevoval tím, že na jemnější, drobnou práci potřebovali více času než dřív. 10 % respondentů nezvládalo tak lehce manuální práci jako v mladším věku a 2 % seniorů musela při některých úkonech požádat o pomoc druhou osobu. Žádný z respondentů neměl problémy s rozlišováním různé teploty vody a ani jeden nevěděl, že by se změnou hmatu tím pro něj nic neměnilo.

Tabulka číslo 11: Subjektivní vnímání porušeného hmatu v jednotlivých věkových dekádách

| Možnosti odpovědí: | 1. dekáda | 2. dekáda | 3. dekáda | Celkem: |
|---|--------------|--------------|--------------|---------|
| a) nezvládám tak lehce jemnou manuální práci jako dřív | 5 | 3 | 2 | 10 |
| b) na jemnější práci potřebuji více času než dřív | 3 | 9 | 5 | 17 |
| c) musím v některých činnostech požádat o pomoc druhou osobu | 1 | 1 | 0 | 2 |
| d) hůře rozlišuji rozdíl mezi studenou, vlahou a teplou vodou | 0 | 0 | 0 | 0 |
| e) nic se tím pro mě nemění | 0 | 0 | 0 | 0 |
| f) jiné: | 0 | 0 | 0 | 0 |



Obr. 16 Graf – Subjektivní vnímání porušeného hmatu v jednotlivých věkových dekáдах –

Co se týkalo subjektivního vnímání porušeného hmatu, byl zřejmý nárůst vzhledem k vyšším věkovým dekádam. Vzhledem k vyššímu věku potřebovali senioři více času na jemnější manuální práci a věkem klesala i lehkost zvládnání jemné manuální práce.

Otázka číslo 33: Používáte při jemné manuální práci nebo čtení lupy?

- a) ano
- b) ne
- c) občas, záleží na činnosti

Užívání lupy při čtení či jemné manuální práci nebylo využíváno v 92 %. Pomoc lupy využívalo 7 % seniorů a 1 % respondentů dle typu činnosti.

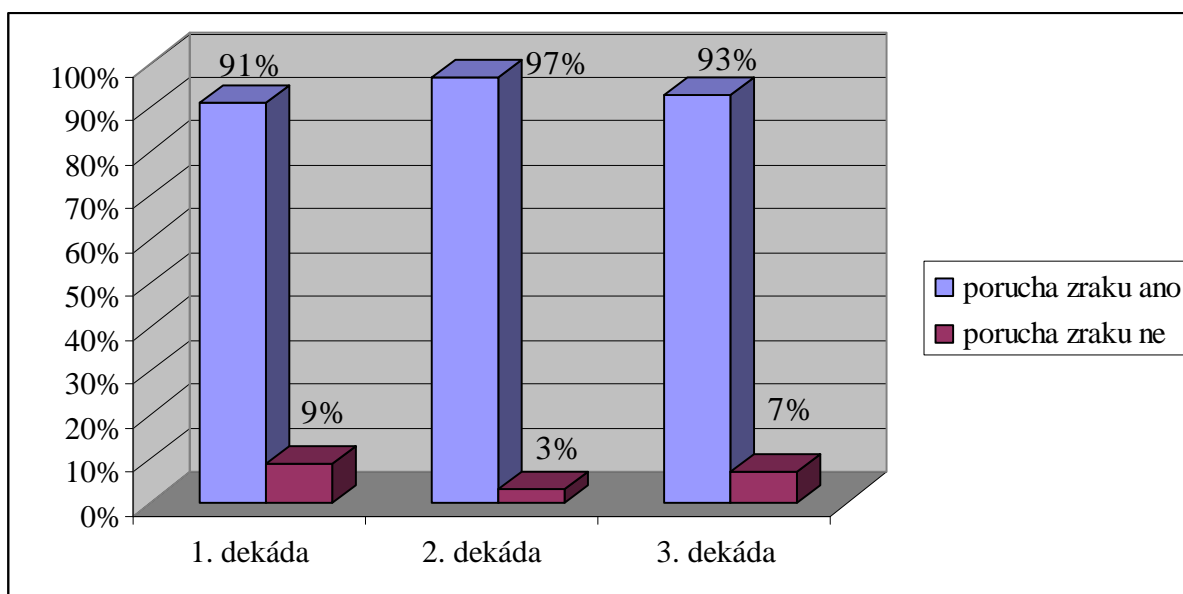
Otázka číslo 34: Máte nějaké problémy se zrakem?

- a) ano, mám zhoršený zrak
- b) ne, vidím dobře
- c) nevidím vůbec

Podle dotazníkového šetření vyšlo najevo, že celých 93 % seniorů má zhoršený zrak. Pouhých 7 % respondentů mělo zrak v pořádku. Žádná z dotázaných osob neudala odpověď c) nevidím vůbec.

Tabulka číslo 12: Porušený zrak v jednotlivých věkových dekádách

| | 1. dekáda | 2. dekáda | 3. dekáda |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|
| Porucha zraku ano | 50 | 30 | 13 |
| Porucha zraku ne | 5 | 1 | 1 |



Obr. 17 Graf - Porušený zrak v jednotlivých věkových dekádách

Vzhledem k vyššímu věku nedocházelo k nárůstu porušeného zraku, lehce zvýšená porucha zraku byla ve druhé dekádě, ne však nijak výrazně.

Otázka číslo 35: Nosíte brýle (je jedno zda na dálku či na blízko) nebo kontaktní čočky?

- a) ano
- b) ne

Vadu zraku mělo nejčastěji brýlemi korigováno 91 % tázaných seniorů. 2 % respondentů s poruchou zraku brýle nenosili. Pouze 7 %, kteří neudávali poruchu zraku, brýle ani kontaktní čočky nenosili.

Otázka číslo 36: Pociťoval/a jste někdy rozostřené vidění, dvojité vidění, kmitání viděného obrazu, světelné kruhy nebo skvrny v zorném poli, popřípadě citlivost na světlo?

- a) ano, setkal/a jsem se s tím
- b) ne, nikdy se mi nic takového nestalo
- c) občas se s těmito jevy ve svém vidění setkávám

Rozostřené vidění, dvojité vidění, kmitání viděného obrazu, světelné kruhy nebo skvrny v zorném poli, popřípadě citlivost na světlo. S těmito jevy se setkala 12 % respondentů a 17 % seniorů tyto obtíže udávalo občasně. 71 % klientů se s ničím takovým nikdy nesešlo.

Otázka číslo 37: Jak vnímáte zhoršený zrak?

- a) je mi nepříjemné, že si špatně vidím a nepřečtu si vše, co bych potřeboval/a, chtěl/a
- b) mrzí mě, že nepoznám na dálku i známé osoby
- c) obtěžuje mě, že jsem občas vázán/a na pomoc druhé osoby
- d) mám pocit, že tím okolí obtěžuji
- e) nijak mě to neomezuje
- f) jiné:.....

Tabulka číslo 13: Subjektivní vnímání zhoršeného zraku

| Možnosti odpovědí: | Absolutní četnost: |
|--|--------------------|
| a) je mi nepříjemné, že špatně vidím a nepřečtu si vše co by chtěl/a | 27 |
| b) mrzí mě, že nepoznám na dálku i známé osoby | 20 |
| c) obtěžuje mě, že jsem občas vázán/a na pomoc druhé osoby | 8 |
| d) mám pocit, že tím okolí obtěžuji | 2 |
| e) nijak mě to neomezuje | 36 |
| f) jiné: | 0 |
| Celkem: | 93 |

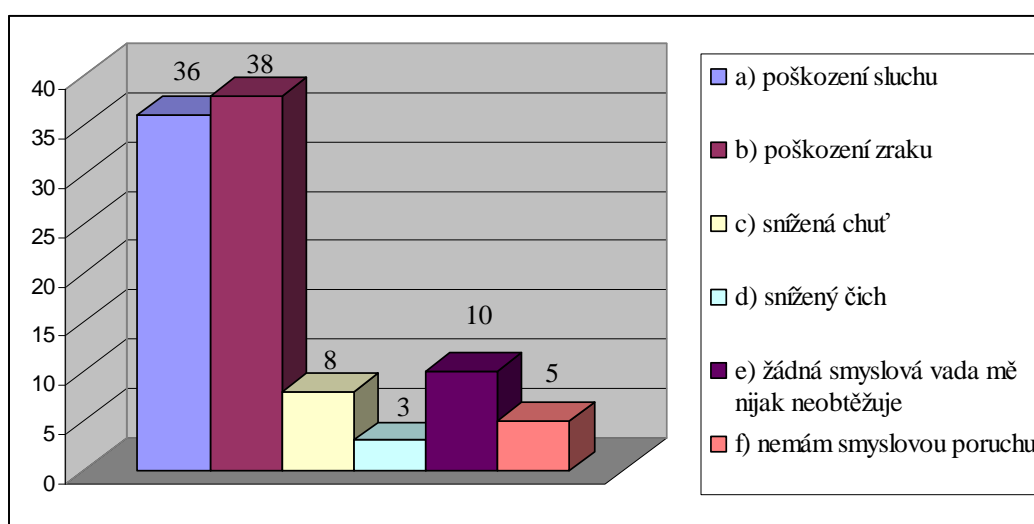
Senioři se zhoršeným zrakem v 36 % uváděli, že je zhoršený zrak nijak neomezuje a vadu měli dobře korigovanou nejčastěji brýlemi. Pro 27 % seniorů bylo nepříjemné, že špatně vidí

a nemohou si přečíst vše co by potřebovali nebo chtěli. 20 % respondentů mrzelo, že na dálku nepoznají sobě známé osoby. 8 % klientů bylo občas vázáno na pomoc druhé osoby a 2 % seniorů měli dokonce pocit, že svou smyslovou vadou zraku okolí obtěžují.

Otázka číslo 38: Co vnímáte nejhůře?

- a) poškození sluchu
- b) poškození zraku
- c) sníženou chuť
- d) snížený čich
- e) žádná smyslová vada mě nijak neobtěžuje
- f) nemám smyslovou poruchu

Jakou smyslovou vadu senioři vnímali jako nejnepříjemnější? Pro 38 % seniorů byl nejhůře vnímanou smyslovou vadou zhoršený zrak. Podobně byl vnímán zhoršený sluch, ten považovalo za nejnepříjemnější 36 % seniorů. 8 % seniorů se špatně vyrovnávalo se změnami v chuťovém vnímání, přesněji se ztrátou chuti. 3 % respondentů špatně snášelo ztrátu čichu. Žádná smyslová vada nebyla obtíží pro 10 % jedinců a 5 % z celkového počtu žádnou smyslovou poruchu neudávalo.



Obr. 18 Graf - Jaká smyslová porucha je nejhůře seniory vnímána

Otázka číslo 39: Jak byste se hodnotil/a?

- a) jsem převážně šťastná
- b) jsem častěji smutný/á
- c) někdy pocítuji sklíčenost, úzkost
- d) můj život mi občas připadá prázdný

Co se týká psychického stavu seniorů, dle dotazníkového šetření 41 % seniorů, tedy menší polovina udávala, že jsou spíše šťastní, převažuje u nich dobrá nálada. 26 % seniorů někdy pocívalo úzkost, sklíčenost. 22 % jedinců bylo převážně smutných a celým 11 % seniorů připadal jejich život prázdný, což je výsledek negativní.

Tabulka číslo 14: Psychický stav seniorů

| Možnosti odpovědí: | Absolutní četnost: |
|---------------------------------------|--------------------|
| a) jsem převážně šťastná | 41 |
| b) jsem častěji smutný/á | 22 |
| c) někdy pocítuji sklíčenost, úzkost | 26 |
| d) můj život mi občas připadá prázdný | 11 |
| Celkem: | 100 |

Otázka číslo 40. Bolí Vás něco? Máte bolest?

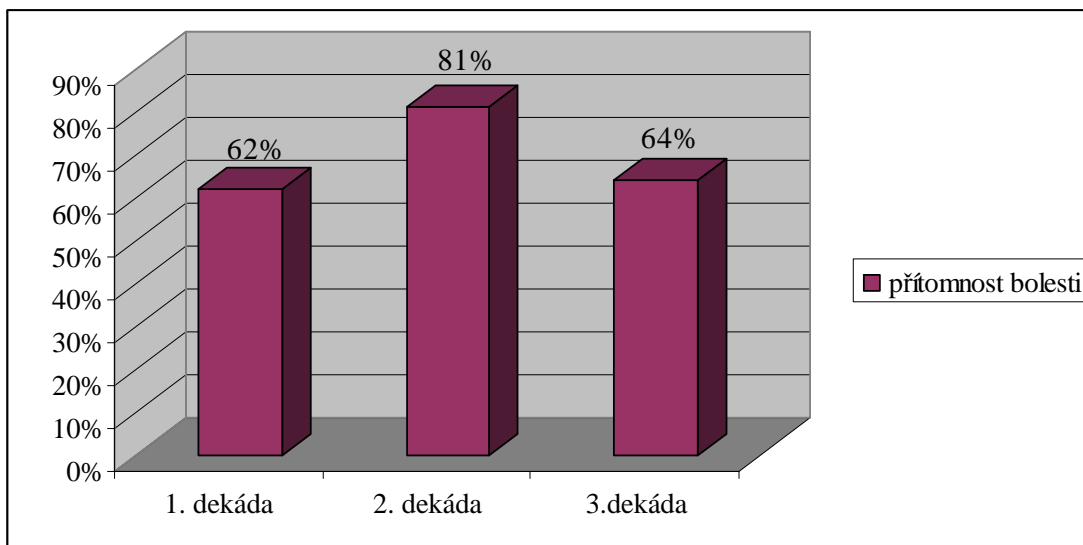
- a) ano
- b) ne

Přítomnost bolesti nebyla dle dotazníkového šetření ojedinělý problém, stěžovalo si na ni 68 % seniorů. Pouhých 32 % osob bylo bez bolesti.

Tabulka číslo 15: Výskyt bolesti v jednotlivých dekádách

| Bolest | 1. dekáda | 2. dekáda | 3. dekáda | Celkem: |
|--------|-----------|-----------|-----------|---------|
| ano | 34 | 25 | 9 | 68 |

| | | | | |
|--|-----|-----|-----|--|
| Výsledek v procentech z celkového počtu respondentů: | 62% | 81% | 64% | |
|--|-----|-----|-----|--|

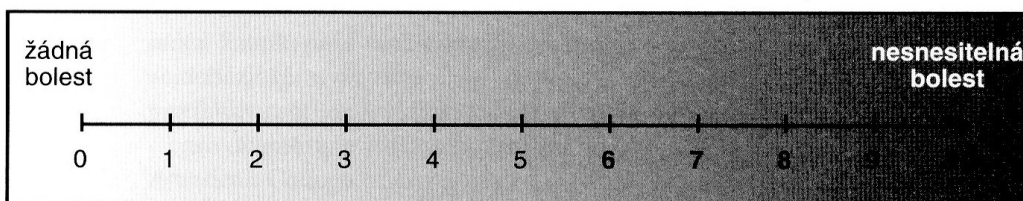


Obr. 19 Graf - Výskyt bolesti v jednotlivých dekádách

Výskyt bolesti byl nejvyšší v druhé věkové dekádě, to znamená u seniorů mezi 71- 80 lety. Činil 81 %. V 1. dekádě se bolest vyskytovala u 62 % seniorů a ve 3. dekádě u 64 % osob.

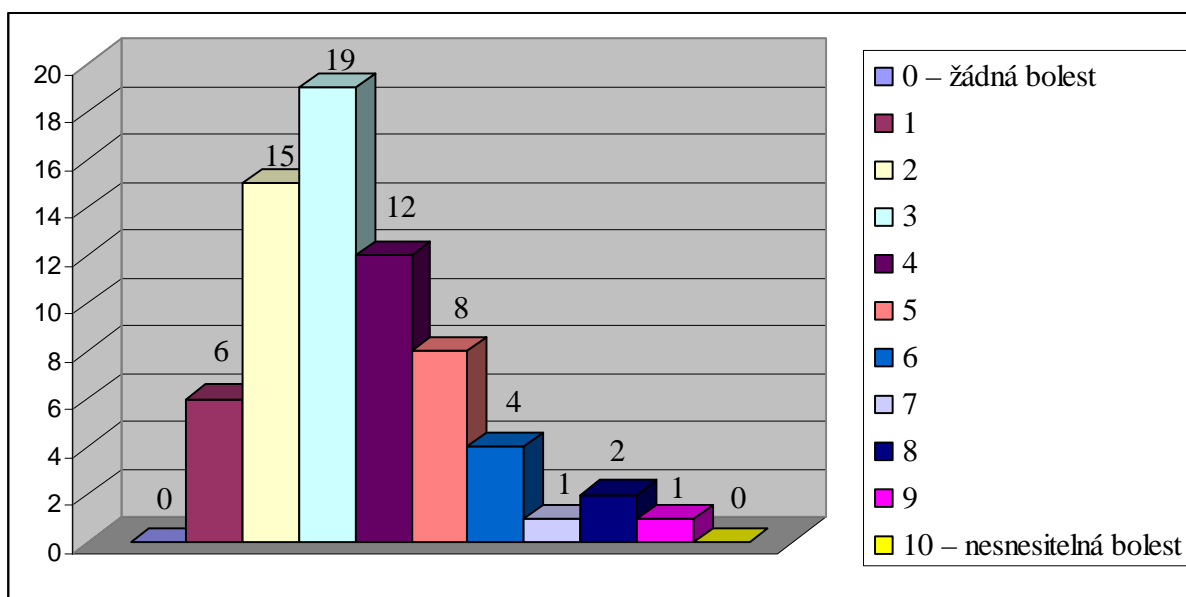
Otázka číslo 41: Pokud ano, vyznačte prosím sílu – intenzitu Vaší bolesti na následující škále:

Vizuální analogová škála bolesti



Tabulka číslo 16: Intenzita bolesti u seniorů

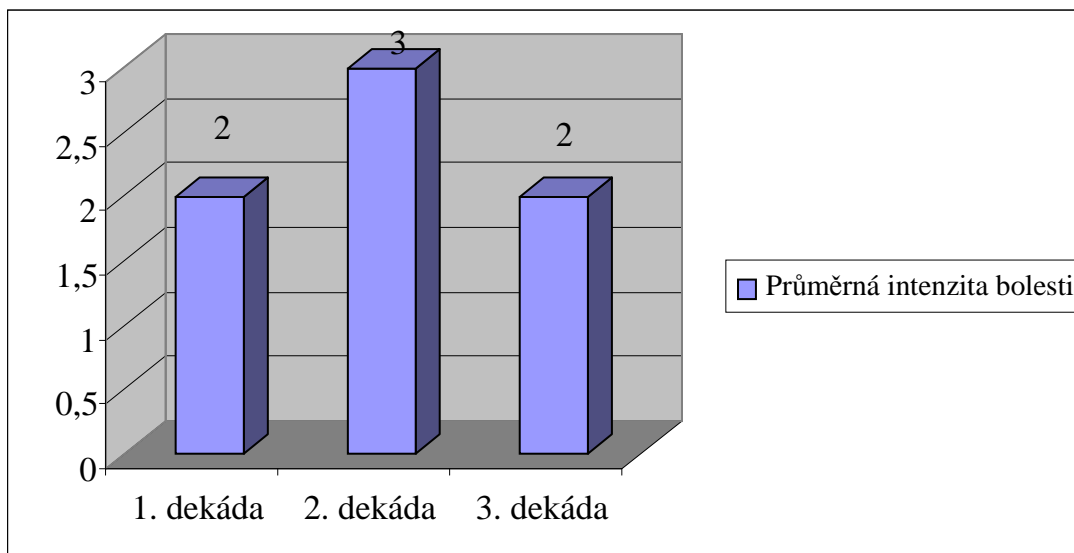
| Možnosti odpovědí: | Absolutní četnost: |
|--------------------------|--------------------|
| 0 – žádná bolest | 0 |
| 1 | 6 |
| 2 | 15 |
| 3 | 19 |
| 4 | 12 |
| 5 | 8 |
| 6 | 4 |
| 7 | 1 |
| 8 | 2 |
| 9 | 1 |
| 10 – nesnesitelná bolest | 0 |
| Celkem: | 68 |



Obr. 20 Graf – Intenzita bolesti u seniorů

Tabulka číslo 17: Průměrná intenzita bolesti pro jednotlivé dekády

| | 1. dekáda | 2. dekáda | 3. dekáda |
|----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Průměrná intenzita bolesti | 2 | 3 | 2 |



Obr. 21 Graf - Průměrná intenzita bolesti pro jednotlivé dekády

Intenzita bolesti je velice individuálně vnímaný problém. Nejvíce seniorů, 19 % udávalo dle vizuální analogové škály stupeň intenzity 3. 15 % jedinců stupeň 2. 12 % seniorů bylo sužováno bolestí stupně 4 a 8 % stupněm 5. 6 % jedinců udávalo bolest 1 stupně, naopak 4 % stupeň 6. Stupeň 7 zvolil 1 respondent, stupeň 8 2 % seniorů. 1% respondentů uvedl bolest 9. stupně, to znamená bolest velmi silné intenzity. Bolest nesnesitelnou, to znamená stupeň 10 ne zvolil žádný ze zodpovídajících.

Otázka číslo 42: Užíváte analgetika – léky na tišení bolesti?

- a) ano
- b) ne
- c) pouze občas

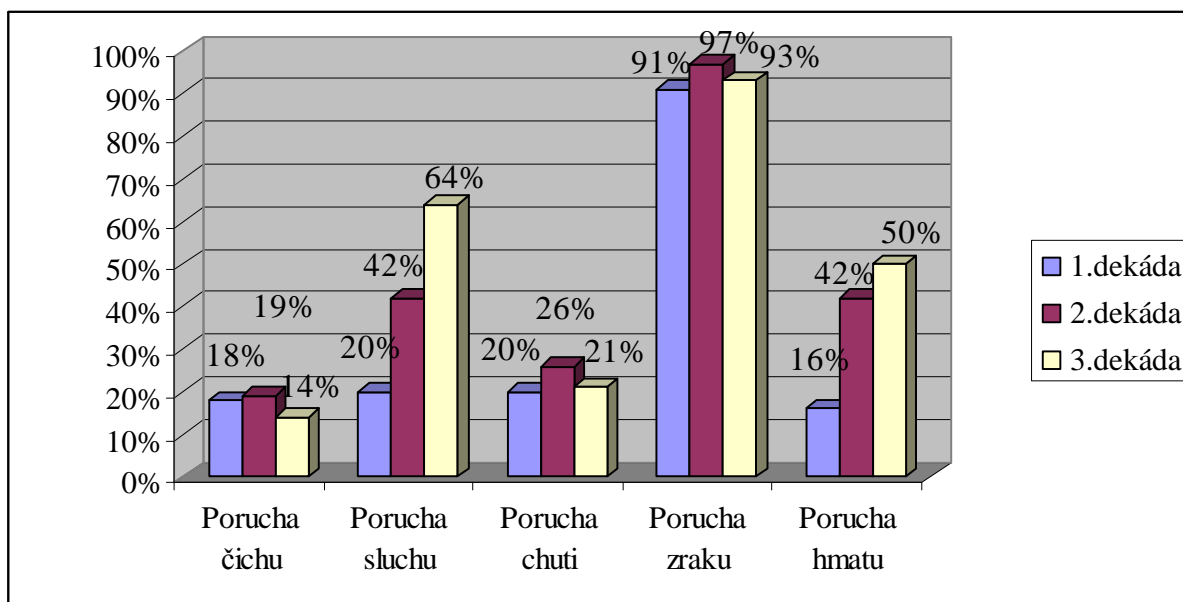
Celá polovina seniorů, to znamená 50 % užívala analgetika. Pouze občasně je využívalo dalších 21 % jedinců. Pouhých 29 % seniorů léky na tišení bolesti ne užívalo.

10.2. SOUVISLOSTI ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ

1. Souvislost - Subjektivní vnímání poruch funkce smyslů v souvislosti s věkem

Tabulka číslo 18: Subjektivní vnímání poruch smyslů dle dekád

| | 1. dekáda | 2. dekáda | 3. dekáda |
|----------------|-----------|-----------|-----------|
| Porucha čichu | 18 % | 19 % | 14 % |
| Porucha sluchu | 20 % | 42 % | 64 % |
| Porucha chuti | 20 % | 26 % | 21 % |
| Porucha zraku | 91 % | 97 % | 93 % |
| Porucha hmatu | 16 % | 42 % | 50 % |



Obr. 22 Graf - Subjektivní vnímání poruch smyslů dle dekád

Co se týká souvislosti subjektivně vnímané poruchy čichu, tak ta nebyla věkem jednoznačně ovlivňována. Z dotazníkového šetření vyplývalo, že se pouze malá část se ztrátou čichu vyrovnává lehce. Naopak je sžívání se s porušeným čichem či úplně ztraceným pro seniory obtížné. Subjektivně vnímaná porucha zraku nebyla ovlivněna věkovými kategoriemi. Porušený sluch a jeho subjektivní vnímání seniory mělo značnou souvislost s věkem. Chuť a subjektivní vnímání její poruchy bylo ovlivněno věkovými dekádami ve smyslu, že senioři mladší, to znamená 1. a 2. dekády se s porušenou chutí vyrovnávali obtížněji. Nejvíce seniorů s porušeným hmatem bylo ve druhé dekádě. Subjektivně se

nejčastěji objevovaly problémy ve třetí věkové dekádě, kde senioři uváděli, že na jemnou manuální práci potřebovali více času než dřív nebo ji vůbec tak lehce nezvládali jako v mladším věku.

2. Souvislost - Souvislost potíží v komunikaci s přibývajícím věkem

Zhodnocení v části 10.1 – otázka číslo 20.

3. Souvislost - Souvislost mezi potížemi v komunikaci a zhoršeným sluchem

V souvislosti mezi potížemi v komunikaci a zhoršeným sluchem byla provedena korelace mezi subjektivním vnímáním poruchy sluchu a komunikací. Korelační koeficient byl 0,57, tedy pozitivní. Dokládá, že čím osoby hůře subjektivně slyšely, tím měly větší potíže s komunikací.

4. Souvislost – Souvislost míry vnímání bolesti s věkem

Korelační koeficient intenzity bolesti na VAS a věkové dekády byl 0,1, což dokládá minimální závislost věku na intenzitě bolesti.

5. Souvislost – Souvislost bolesti s podstoupenými chirurgickými výkony a proti nádorovou léčbou

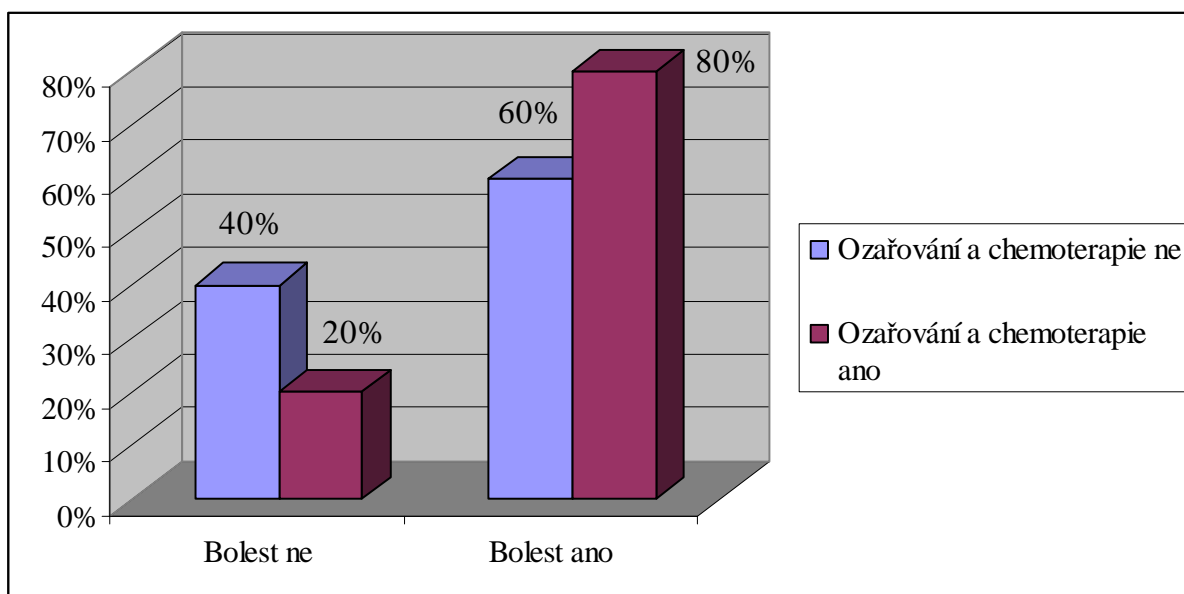
Tabulka číslo 19: Bolest v souvislosti s podstoupenými chirurgickými výkony

| | Bolest ne | Bolest ano | Celkem |
|------------------------|-----------|------------|--------|
| Výkon v ORL oblasti ne | 5 | 16 | 21 |
| ano | 27 | 52 | 79 |

Ze 79 seniorů, kteří prodělali výkon v oblasti hlavy a krku, mělo 66 % osob bolest. U jedinců bez operačního výklonu v oblasti hlavy a krku se bolest vyskytovala v 76 %. U seniorů, kterým byl prováděn výkon nemělo bolest pouze 34 % z nich.

Tabulka číslo 20: Bolest v souvislosti s ozařováním a chemoterapií

| | Bolest ne | Bolest ano | Celkem |
|------------------------------|-----------|------------|--------|
| Ozařování a chemoterapie ne | 24 | 36 | 60 |
| Ozařování a chemoterapie ano | 8 | 32 | 40 |



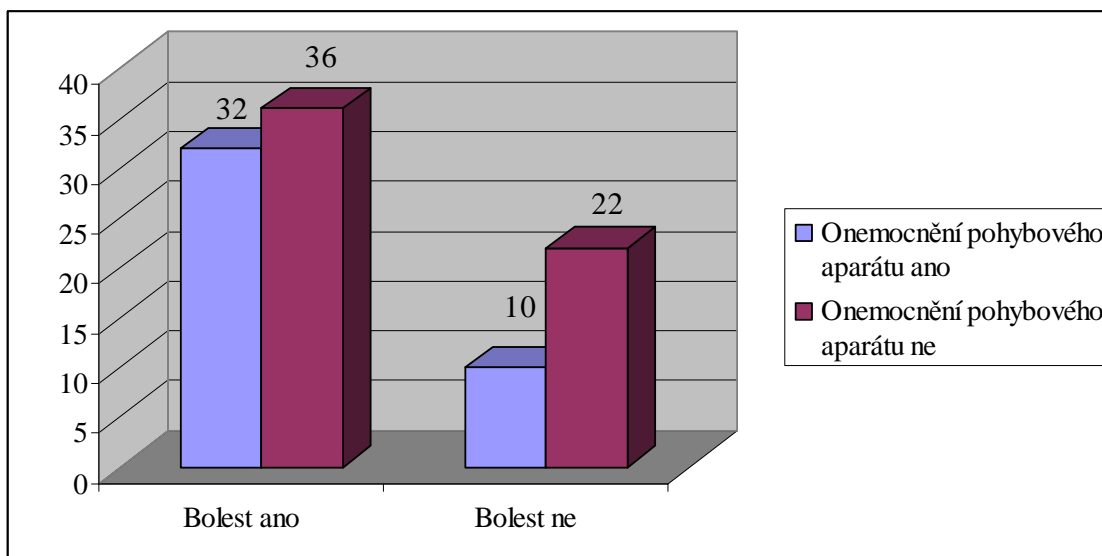
Obr. 23 Graf - Bolest v souvislosti s ozařováním a chemoterapií

Co se týká vztahu ozařování a chemoterapie s bolestí, byla jednoznačně zjištěna značná souvislost. 80 % ozařovaných seniorů či seniorů s chemoterapií mělo bolest. 60 % neozařovaných jedinců nebo s chemoterapií mělo bolest rovněž. Průměrná hodnota bolesti dle VAS u neozařovaných byla 3,0, u ozařovaných 3,9.

6. Souvislost – Souvislost bolesti s přidruženým onemocněním pohybového aparátu

Tabulka číslo 21: Bolest v souvislosti s onemocněním pohybového aparátu

| | Bolest ano | Bolest ne | celkem |
|-----------------------------------|------------|-----------|--------|
| Onemocnění pohybového aparátu ano | 32 | 10 | 42 |
| Onemocnění pohybového aparátu ne | 36 | 22 | 58 |



Obr. 24 Graf - Bolest v souvislosti s onemocněním pohybového aparátu

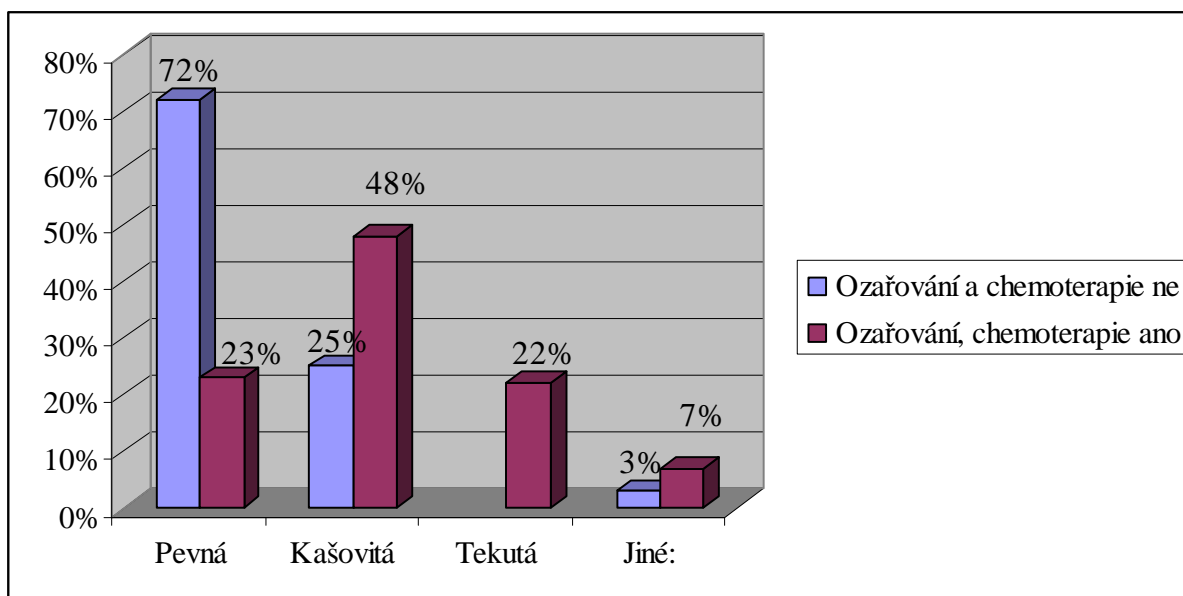
Bolest se v souvislosti s onemocněním pohybového aparátu vyskytovala u 76 % seniorů. U jedinců bez onemocnění pohybového aparátu byla v 62 %. Průměrná intenzita bolesti u jedinců s onemocněním pohybového aparátu byla 3,6 dle VAS a u seniorů bez onemocnění pohybového aparátu 3,3.

7. Souvislost – Souvislost formy přijímané stravy s poruchou polykání

Z 45 osob s poruchou polykání přijímalo kašovitou stravu 28 osob (62 %), tekutou formu stravy 8 osob (18 %). Pevnou formu stravy požívalo pouze 4 seniorů (9 %) a 5 jedinců (11 %) zvolilo možnost jiné, to znamená parenterální formu, do PEGu a živení sondou. U osob bez poruchy polykání mělo 48 osob (87 %) pevnou formu stravy, 6 osob (11 %) kašovitou a 1 osoba (2 %) tekutou formu stravy.

Tabulka číslo 22: Proti nádorová léčba a typ přijímané stravy

| Forma stravy | Pevná | Kašovitá | Tekutá | Jiné: |
|------------------------------|-------|----------|--------|-------|
| Ozařování a chemoterapie ne | 72% | 25% | 0% | 3% |
| Ozařování a chemoterapie ano | 23 % | 48 % | 22 % | 7 % |



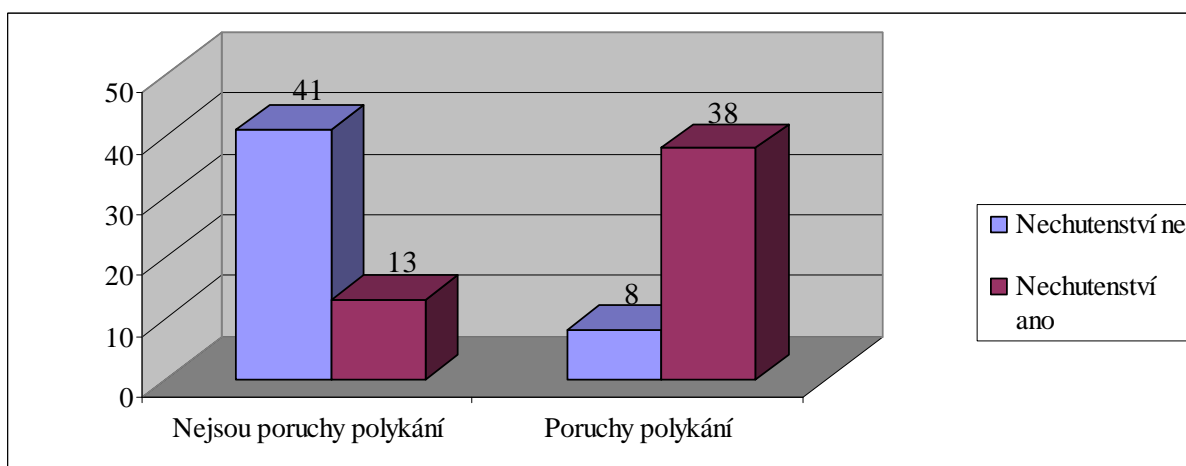
Obr. 25 Graf – Proti nádorová léčba a typ přijímané stravy

Další zajímavá souvislost je mezi typem přijímané stravy a ozařovanými seniory nebo seniory s chemoterapií. 40 ze 100 seniorů prošlo nebo je čeká ozařování či chemoterapie a z toho 48 % upřednostňovalo kašovitou stravu. 23 % seniorů přijímalo stravu pevnou a 22 % stravu tekutou. Naopak u seniorů bez ozařování či chemoterapie pevnou formu stravy zvolilo 72 % a kašovitou 25 % osob.

8. Souvislost – Souvislost mezi poruchou polykání a nechutenstvím

Tabulka číslo 23: Nechutenství a současná porucha polykání

| n=100 | Nejsou poruchy polykání | Poruchy polykání | Celkem |
|-----------------------|-------------------------|------------------|--------|
| Není nechutenství | 41 | 8 | 49 |
| Nechutenství přítomno | 13 | 38 | 51 |
| celkem | 54 | 46 | 100 |



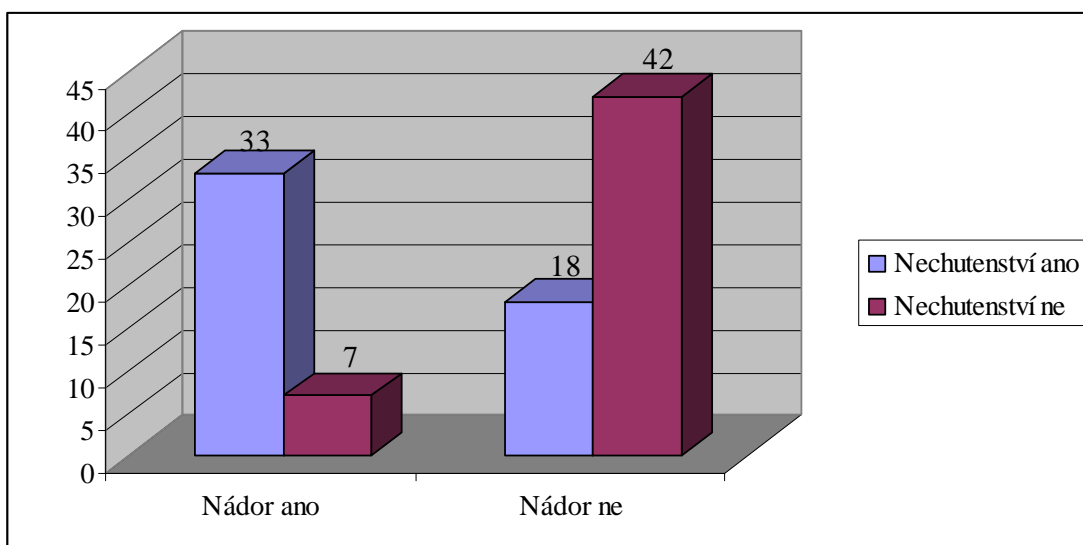
Obr. 26 Graf - Nechutenství a současná porucha polykání

Celkem 75 % osob, které udalo nechutenství, mělo potíže s polykáním. Naopak pouze 16 % osob bez nechutenství mělo přítomnou poruchu polykání. Klinický dopad tohoto výsledku lze sledovat v možnosti příznivého ovlivnění polykání působením na nechutenství (např. vysazením léků zhoršující nechutenství, přípravou vhodných pokrmů).

9. Souvislost – Souvislost přítomnosti nádorového onemocnění a snížené chuti k jídlu

Tabulka číslo 24: Nechutenství a současná přítomnost nádorového onemocnění

| n=100 | Nádor ano | Nádor ne | Celkem |
|------------------|-----------|----------|--------|
| Nechutenství ano | 33 | 18 | 51 |
| Nechutenství ne | 7 | 42 | 49 |



Obr. 27 Graf - Nechutenství a současná přítomnost nádorového onemocnění

83 % osob s nádory trpělo současně i nechutenstvím a jen 30 % respondentů bez nádorového onemocnění trpí nechutenstvím. Všichni senioři, kteří trpěli nádorovým onemocněním měli nebo čekali na ozáření či aktinoterapii nebo obojí.

10. Souvislost – Souvislost věku a množství přijímaných tekutin za den

Zhodnocení v části 10.1 – otázka číslo 16.

11. Souvislost – Souvislost nechutenství a poruchou chuti a čichu

Tabulka číslo 25: Souvislost nechutenství s poruchou čichu

| n=100 | Cítí dobře | Cítí špatně | Celkem |
|-----------------------|------------|-------------|--------|
| Není nechutenství | 42 | 7 | 49 |
| Nechutenství přítomno | 40 | 11 | 51 |
| Celkem | 82 | 18 | 100 |

Četnější byla subjektivní porucha čichu u osob udávajících nechutenství (22 %), než u osob bez nechutenství (14 %).

Tabulka číslo 26: Souvislost nechutenství s poruchou chuti

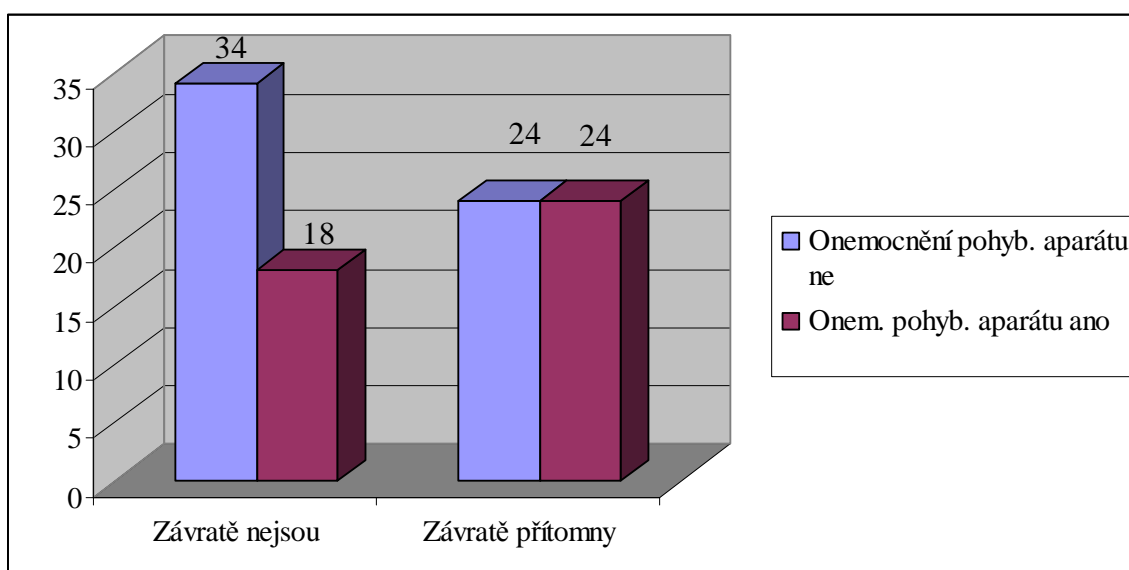
| n=100 | Není porucha chuti | Je porucha chuti | Celkem |
|-----------------------|--------------------|------------------|--------|
| Není nechutenství | 45 | 4 | 49 |
| Nechutenství přítomno | 33 | 18 | 51 |

Četnější byla subjektivní porucha chuti u osob udávajících nechutenství (35 %), než u osob bez nechutenství (8 %).

12. Souvislost – Souvislost mezi onemocněním pohybového aparátu a závratěmi

Tabulka číslo 27: Onemocnění pohybového aparátu a závratě

| n=100 | Závratě nejsou | Závratě přítomny | Celkem |
|------------------------------|----------------|------------------|--------|
| Onemocnění pohyb. aparátu ne | 34 | 24 | 58 |
| Onem. pohyb. aparátu ano | 18 | 24 | 42 |



Obr. 28 Graf - Onemocnění pohybového aparátu a závratě

Zajímavé je zjištění souvislosti mezi závratěmi a současným onemocněním pohybového aparátu. Z 42 seniorů., kteří mají onemocnění pohybového aparátu má současně 24 seniorů, tedy 57 % závratě. Naopak u osob bez onemocnění pohybového aparátu má závratě pouze 41 % respondentů.

13. Souvislost – Souvislost věkových dekád a poruch orientace v neznámém prostředí

Zhodnocení v části 10.1 – otázka číslo 27.

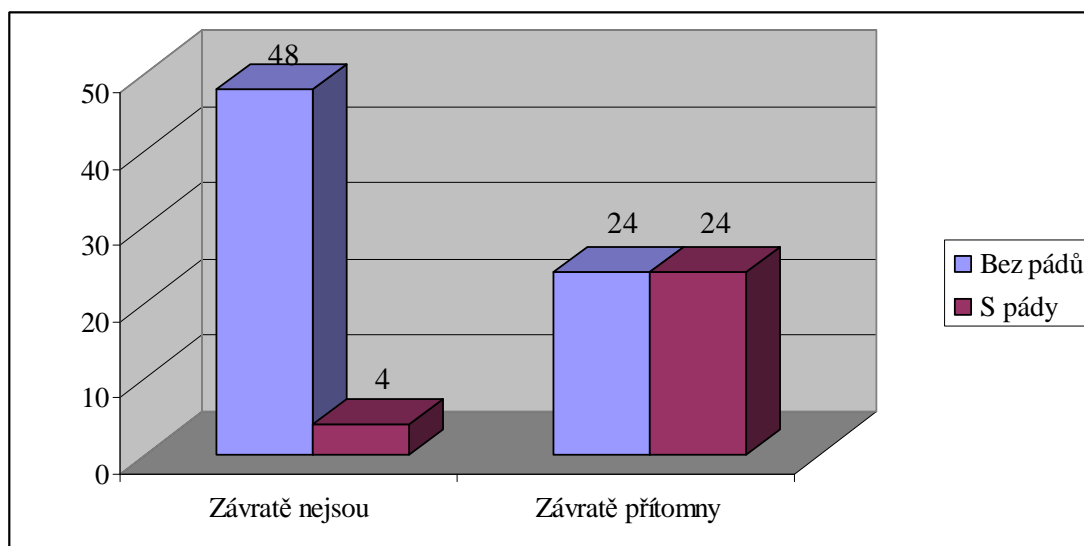
14. Souvislost – Souvislost mezi závratěmi a vyšším věkem

Zhodnocení v části 10.1 – otázka číslo 23.

15. Souvislost – Souvislost mezi závratěmi a pády

Tabulka číslo 28: Souvislost závratí a pádů

| n=100 | Závratě nejsou | Závratě přítomny | Celkem |
|----------|----------------|------------------|--------|
| Bez pádů | 48 | 24 | 72 |
| S pády | 4 | 24 | 28 |



Obr. 29 Graf - Souvislost závratí a pádů

U seniorů, kteří udávali závrať, bylo 86 % závratí doprovázeno pádem. Co se týkalo jedinců bez závratí, u těch pád udávalo 14 % osob.

11. DISKUZE

Na podkladě svého tématu a svých cílů jsem si stanovila 15 výzkumných otázek.

Výzkumná otázka číslo 1:

1. Souvisí subjektivní vnímání poruchy funkce smyslů s přibývajícím věkem?

Co se týká souvislosti subjektivně vnímané poruchy čichu, tak ta nebyla věkem jednoznačně ovlivňována. Nejvíce jedinců s porušeným či ztraceným čichem bylo v první dekádě a všeobecně z dotazníkového šetření vyplývalo, že se pouze malá část se ztrátou čichu vyrovnává lehce. Naopak je sžívání se s porušeným čichem či úplně ztraceným pro seniory obtížné.

Subjektivně vnímaná porucha zraku nebyla ovlivněna věkovými kategoriemi. Porušený sluch a jeho subjektivní vnímání seniory mělo souvislost s věkem, hlavně ve třetí dekádě, kdy senioři uváděli, že mají pocit, že okolí svým opakovaným ptaním obtěžují.

Chuť a subjektivní vnímání její poruchy bylo ovlivněno věkovými dekadami ve smyslu, že senioři mladší, to znamená 1. a 2. dekády se s porušenou chutí vyrovnávali obtížněji. Nejčastějším projevem bylo, že si na jídle nepochutnali tak jako dřív s nezměněnou či zachovalou chutí.

Nejvíce seniorů s porušeným hmatem bylo ve druhé dekádě. Subjektivně se nejčastěji objevovaly problémy ve třetí věkové dekádě, kde senioři uváděli, že na jemnou manuální práci potřebovali více času než dřív nebo ji vůbec tak lehce nezvládali jako v mladším věku.

2. Je souvislost potíží v komunikaci s přibývajícím věkem?

Problémy s dorozuměním se s personálem mělo celkem 33 % seniorů. 20 % seniorů občas hůře rozumělo, co jim ošetřující personál říkal a 13 % seniorů vynesným požadavkům často nerozumělo vůbec. Špatné porozumění personálu se zvyšovalo vzhledem k vyšším věkovým dekadám. V 1. věkové dekádě mělo určitý problém v komunikaci 20 %, ve 2. dekádě 42 % a

ve 3. věkové dekádě 64 % jedinců. Současně v 1. věkové dekádě 9 % osob občas hůře rozumělo vneseným požadavkům, ve třetí dekádě bylo již 50 % osob se stejným problémem.

3. Existuje souvislost potíží v komunikaci a zhoršeným sluchem?

Mírná korelace mezi potížemi v komunikaci a zhoršeným sluchem existovala, byla 0,57, tedy pozitivní. To znamenalo, čím osoby hůře subjektivně slyšely, tím měly větší potíže s komunikací. Lze konstatovat, že ve třetí dekádě mělo z 11 seniorů, kteří udali subjektivně zhoršený sluch, 9 z nich problém se dorozumět s okolím a ošetřujícím personálem.

4. Souvisí míra vnímání bolesti s věkem?

Bolest se vyskytovala ve všech třech dekádách, nejvíce bolest uváděli senioři 2. dekády a to v 81 %. Senioři 1. dekády udávali bolest v 62 % a osoby 3. dekády v 64 %. Co se týká intenzity vnímání bolesti, ta byla v 1. dekádě 2. stupně dle vizuální analogové škály, ve 2. dekádě 3. stupně a respondenti 3. dekády uváděly opět nejčastěji intenzitu číslo 2. Je zajímavé, že bolest udalo nejvíce osob v dekádě od 70 do 79 let. Korelační koeficient intenzity bolesti na VAS a věkové dekády byl 0,1, což dokládá minimální závislost věku na intenzitě bolesti.

5. Má souvislost bolest s podstoupenými chirurgickými výkony a protinádorovou léčbou?

Ano, bolest má značnou souvislost s prodělanými výkony v orl oblasti. Uvedlo ji 66 % seniorů, kterým byl proveden chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku. Rovněž se bolest velice často vyskytovala u seniorů onkologicky nemocných, podstupujících radioterapii či chemoterapii. Tou trpělo 80 % osob. Průměrná intenzita bolesti u ozařovaných dle VAS byla 3,9. U ostatních osob byla průměrná hodnota intenzity bolesti 3,0.

6. Je souvislost bolesti s přidruženým onemocněním pohybového aparátu?

Tato myšlenka byla potvrzena. Bolest se v souvislosti s onemocněním pohybového aparátu vyskytovala velice často, v 76 %. Průměrná intenzita jejich bolesti byla kolem stupně 3,6. Senioři bez onemocnění pohybového aparátu udávali bolest v 62 % a průměrná intenzita byla 3,3 stupně dle VAS.

7. Souvisí forma přijímané stravy s poruchou polykání?

Souvislost přijímané stravy s poruchou polykání zajisté souvisela. Z 45 seniorů, kteří měli poruchu polykání upřednostňovalo 62 % kašovitou formu stravy. 18 % osob vyhovovala tekutá forma stravy. Typ stravy byl závislý i na současné protinádorové léčbě, při které, až 48 % seniorů přijímalo kašovitou formu stravy a 22 % osob tekutou.

8. Je souvislost mezi poruchou polykání a nechutenstvím?

75 % seniorů, kteří udali nechutenství, měli současně i potíže s polykáním. Naopak pouze 16 % osob bez nechutenství mělo přítomnou poruchu polykání. Lze tedy tvrdit, že nechutenství výrazně souviselo s poruchou polykání.

9. Má vliv přítomnost nádorového onemocnění na sníženou chuť k jídlu?

Ano, nádorové onemocnění mělo výrazný vliv na přítomnost nechutenství. Nechutenství udávalo 83 % seniorů s přítomností nádorového onemocnění. Nechutenstvím i bez přítomného nádorového onemocnění trpělo 30 % osob.

10. Má souvislost věk a množství denního příjmu tekutin?

Ve studii bylo potvrzeno, že čím starší klient, tím méně tekutin je schopný přijmout. Více než 1,5 litru tekutin vypilo v 1. dekádě pouze 38 %, ve 2. dekádě 32 % a ve 3. dekádě pouze

28 % seniorů. Pocit žízně udávalo pouze 40 % seniorů. 19 % seniorů nebylo schopných vypít za den ani litr tekutin, což je výsledek značně neuspokojivý.

11. Souvisí nechutenství s poruchou chuti či čichu?

Nechutenství souviselo s poruchou chuti i poruchou čichu. Porucha čichu se více vyskytovala u osob, které udávaly nechutenství, v 22 %. Senioři bez nechutenství měli poruchu čichu v 14 %.

Porucha chuti byla více u seniorů s nechutenstvím, 35 %, než u seniorů bez nechutenství. Těch bylo pouze 8 %.

12. Je souvislost mezi onemocněním pohybového aparátu a závratěmi?

Lze tvrdit, že ano, jelikož z 42 seniorů, kteří měli onemocnění pohybového aparátu, mělo současně 57 % klientů závratě. U osob bez onemocnění pohybového aparátu mělo závratě 41%.

13: Mají souvislost věkové dekády s poruchou orientace v neznámém prostředí?

Problémy s orientací mělo 19 % seniorů. Vzhledem k narůstajícímu věku docházelo k výraznému nárůstu poruch orientace. Zatímco v 1. věkové dekádě mělo problém s orientací v neznámém prostředí pouze 9 %, ve třetí dekádě tento problém udávalo 36 % osob.

14. Jsou závratě častější u starších osob?

Ano, výskyt závratí se s narůstajícím věkem výrazně zvyšoval. V 1. dekádě udávalo závratě 29 % osob, ve 3. dekádě 72 % osob.

15. Mají souvislost závratě s pády?

S pádem se setkala 28 % seniorů. U seniorů udávajících závrat' bylo 86 % závratí doprovázeno pádem. Bez výskytu závratí uvedlo přítomnost pádu 14 % osob.

ZÁVĚR

Jedním z cílů práce bylo vytipovat základní specifika ošetrovatelské péče seniorů v otorinolaryngologii. Mezi nejzákladnější patřily poruchy smyslů (zraku, sluchu, čichu, chuti a hmatu). Tyto subjektivní potíže se vyskytovaly u většiny seniorů. Nejčastěji vnímanou smyslovou poruchou byl u 38 % respondentů zhoršený zrak. Pro 36 % seniorů je nejčastěji vnímanou poruchou zhoršení sluchu. 33 % seniorů má následkem porušeného sluchového vnímání problémy v komunikaci a dorozumívání se. Značná část seniorů občas nerozuměla vynesnému požadavku ze strany ošetrojícího personálu a zejména seniori 3. věkové dekády měli často pocit, že svým opakovaným ptaním okolí obtěžují. U ošetrování seniorů je proto důležité dbát na dodržování základů verbální i nonverbální komunikace, dodržovat zásady komunikace u sluchově postižených a při sdělování důležitých informací či požadavků sledovat zpětnou vazbu seniorů. Pro 8 % seniorů bylo nejhorší porušené vnímání chuti či její úplná ztráta. 3 % seniorů nejčastěji ze smyslových poruch vnímali porušený čich či jeho úplnou ztrátu s neschopností rozlišovat různé vůně. Hmat pro žádného z respondentů neznamenal výraznější problém.

Dalším specifickým problémem byla u seniorů oblast výživy. Vzhledem k častým problémům s polykáním, které uvedlo 45 % seniorů, k chirurgické a protinádorové léčbě je nutné dbát na dostatečný příjem potravy a na její vhodnou formu. V tom případě je nutné zajistit kašovitou formu stravy, která byla u nemocných s poruchou polykání užívána až v 62 %. Pokud není možné přijímání stravy per os, je na základě funkčnosti zažívacího traktu zvolena buď enterální forma stravy, to znamená přirozenější pro lidský organismus, nebo parenterální forma. Seniori udávali v 43 % zároveň nechutenství, tudíž je vhodná monitorace množství jejich přijímané stravy. U seniorů je nezbytné i sledování množství přijímaných tekutin, protože pouhých 6 % seniorů bylo schopných přijmout během dne více než 2 litry tekutin. Naopak 19 % seniorů nevypilo ani 1 litr tekutin za den, což je výsledek alarmující. Dehydratace je často skrytým problémem řady seniorů, kteří jí nevěnují dostatečnou pozornost a podceňují ji.

Bolest se u seniorů vyskytovala v 68 %. Nejvíce se u seniorů vyskytovala bolest v souvislosti s onemocněním pohybového aparátu, kterou uvedlo 76 % seniorů. Bolest je často spojená s prodělanými výkony v oblasti hlavy a krku, stěžovalo si na ní 66 % seniorů a často s následnou protinádorovou léčbou, ať již radioterapií nebo chemoterapií. Bolestí v souvislosti s protinádorovou léčbou trpělo 80 % seniorů. Je nezbytné sledovat přítomnost

bolesti u každé věkové kategorie, i u seniorů, ač všeobecně vzato citlivost k bolesti s věkem často postupně klesá.

Dalším specifickým u seniorů v otorinolaryngologii byly poruchy rovnováhy a výskyt závratí. Závratě udávalo 49 % seniorů. Byla prokázána značná souvislost mezi závratěmi a současným onemocněním pohybového aparátu. Seniori s onemocněním pohybového aparátu udávali v 57 % závratě. Ty jsou velmi často doprovázeny pády, a to v 86 %. Je nutné monitorovat výskyt závratí u klientů a při jejich výskytu dbát na potřebná opatření, která mají sloužit k minimalizaci rizika pádu. Vhodné i pro domácí použití je využívání kompenzačních pomůcek určených k chůzi a pohybu, které dle této studie využívá pouze 30 % seniorů. Při pobytu v nemocničním zařízení je nutné dodržovat režimová opatření, která minimalizují riziko pádu.

Poslední velkou oblastí zájmu byla problematika komunikace. Seniori ve třetí dekádě měli v 81 % problém se dorozumět s ošetřujícím personálem či okolím. Proto by měla být správná a efektivní komunikace základním předpokladem každého zdravotnického personálu a její zvládnutí s použitím v praxi má svůj nezastupitelný význam u ošetřování všech nemocných.

Na závěr je nutné si uvědomit, jak důležitá je znalost rozdílů specifík péče u mladších věkových kategorií a seniorů. To, co u mladého člověka nemusí být problém, neplatí pro seniora a odhalení problémů v jakékoli složce při jeho ošetřování má svůj nezastupitelný význam.

Soupis bibliografických citací

1. ČIHÁK, R. *Anatomie*. 3. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-1132-X.
2. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora Praktický rádce pro sestry*. 2 vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.
3. HOLMEROVÁ, I. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vyd. Česká alzheimerská společnost, 2003. ISBN 80-86541-12-6.
4. <<http://ruce.cz/>>
5. <<http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl98/studie4.htm>>
6. <<http://www.czso.cz>>
7. HYBÁŠEK, I.; VOKURKA, J. *Otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1019-1.
8. JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: NCONZO, 2006. ISBN 80-7013-390-2.
9. KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6.
10. KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. *Stáří. (Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi)*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
11. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

12. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
13. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2008. ISBN 978-80-7013-466-5.
14. POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Osveta, 2006. ISBN 80-8063-208-1.
15. SOFAER, B. *BOLEST Příručka pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 1997. ISBN 80-7169-309-X.
16. ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha : Graha Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1777-8.
17. ŠTĚRBOVÁ, D. a kol. *Hluchoslepota – lidé s ní a kolem ní*. 1. vyd. Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1244-6.
18. ŠVÁB, J. a kol. *Chirurgie vyššího věku*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2604-5.
19. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
20. TOPINKOVÁ, E.; NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 1995. ISBN 80-7169-099-6.
21. TROJAN, S. a kol. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. ISBN 80-247-0512-5.
22. VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMOVÁ, H.; VORLÍČKOVÁ, H. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praga: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1716-6.

23. VORLÍČEK, J.; ADAM, ZDENĚK. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-437-1.

Přílohy

Příloha A.....Dotazník.....strana 87

Příloha A – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Klára Jarkovská a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia, oboru Ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Ráda bych Vás poprosila o vyplnění následujícího dotazníku, který se týká Specifik ošetrovatelské péče seniorů v otorinolaryngologii (ORL). Je zaměřen především obecně na ošetrovatelskou péči a na výskyt smyslových poruch, jejich vnímání. Dotazník je anonymní a získané výsledky budou využity pouze pro potřebu mé diplomové práce. Vámi zvolenou odpověď prosím zakroužkujte.

Předem Vám děkuji za čas, který jste věnoval/a vyplnění tohoto dotazníku.

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Věk:

- a) 60-70
- b) 71-80
- c) 81-90
- d) 91 a více

3. Přidružená onemocnění:

- a) nádorové onemocnění
- b) onemocnění srdce a cév (infarkt myokardu, ischemická choroba srdeční, vysoký krevní tlak, cévní mozková příhoda)
- c) onemocnění pohybového aparátu (osteoporóza, artrózy)
- d) diabetes mellitus (cukrovka)
- e) onemocnění dýchacího systému (astma, chronická obstrukční plicní nemoc)
- f) onemocnění zažívacího traktu
- g) onemocnění močové soustavy
- h) infekční onemocnění

ch) jiné.....

4. Prošel/prošla jste ozařováním či chemoterapií? Nebo vás čeká?

- a) ano
- b) ne

5. Prodělal/a jste nebo Vás čeká operační výkon v oblasti ORL (hlavy a krku)?

- a) ano
- b) ne

6. Můžete mluvit?

- a) ano, mohu mluvit bez obtíží
- b) mívám chrapot
- c) nemohu mluvit (z důvodu operačního výkonu, vlastního onemocnění atd.)
- d) jiné:.....

7. Pokud ne, jakou náhradní formu komunikace používáte?

- a) používám písemnou formu = tužka a papír
- b) používám pouze mluvidla
- c) naučil/a jsem se tzv. jícnovou řeč
- d) mám elektrolarynx („slavík“)
- e) mám zavedenou hlasovou protézu
- f) jiné:.....

8. Pociťujete nějaké změny v oblasti vnímání chutí?

- a) ano
- b) ne

9. Pokud ano, jak vnímáte snížené vnímání chutí?

- a) nepochutnám si na jídle, tak jako dřív
- b) nemám takovou chuť k jídlu
- c) nijak mi to nevadí
- d) jiné:.....

10. Musíte si více solit, sladit či kořenit?

- a) ano
- b) ne

11. Kterou chuť cítíte nejméně?

- a) kyselou
- b) sladkou
- c) slanou
- d) chutě rozlišuji bez obtíží

12. Máte sníženou chuť k jídlu, nechutenství?

- a) ano
- b) ne
- c) občas

13. Máte potíže s polykáním?

- a) ano, hůře se mi polyká
- b) hůře se mi polyká tužší strava
- c) nemohu polykat velká sousta
- d) ne, polyká se mi dobře

14. Jaký typ stravy přijímáte?

- a) pevnou stravu
- b) kašovitou stravu
- c) tekutou formu stravy
- d) jiné:.....

15. Máte pocit žízně?

- a) ano
- b) ne
- c) ano, ale snížený

16. Kolik tekutin denně přijmete?

- a) méně než 1 litr

- b) 1 – 1,5 litru za den
- c) 1,5 – 2 litry
- d) více než 2 litry tekutin za den

17. Máte nějaké potíže se sluchem?

- a) ne, sluch mám v pořádku
- b) ano, hůře slyším
- c) slyším méně na jedno ucho
- d) neslyším vůbec
- e) na jedno ucho neslyším vůbec, na druhé částečně

18. Zaznamenal/a jste ve svém uchu ušní šelest – hučení v uších, bzučení nebo jiné zvuky?

- a) ano
- b) ne
- c) občas

19. Nosíte naslouchací aparát – sluchadlo?

- a) ano
- b) ne
- c) používal jsem ho, ale nevyhovovalo mi

20. Míváte někdy problém dorozumět se s ošetřujícími personálem?

- a) ano, občas hůře rozumím co mi lékař/sestra říkají
- b) často nerozumím, co mi personál říká a co se ode mě očekává
- c) ne, tento problém nemám

21. Pokud hůře slyšíte, vyhoví Vám ošetřující personál a zeptá se znovu nebo přidá na intenzitě hlasu, aby jste rozuměl/a?

- a) ano
- b) pouze někdy
- c) ne
- d) tento problém nemám, slyším dobře

22. Stresuje Vás nebo omezuje v dorozumívání se a navazování kontaktů Vaše smyslová porucha sluchu?

- a) ano, mrzí mě, že se musím na něco ptát dvakrát i vícekrát, abych rozuměl/a atd.
- b) mám pocit, že tím okolí obtěžuji, když se na jednu věc musím vícekrát zeptat
- c) někdy si radši odpověď domyslím, než se znovu ptát
- d) ne, nemám s ničím takovým problém
- e) jiné:.....

23. Míváte závratě?

- a) ano
- b) ne
- c) občas

24. Stalo se Vám někdy, že jste doma nebo v nemocnici upadl?

- a) ano
- b) ne

25. Pokud ano, kde? (pokud jste pád nezažil/a, nevyplňujte tuto otázku)

- a) v domácím prostředí
- b) v nemocničním prostředí
- c) v nemocnici i doma

26. Používáte k chůzi a pohybu nějakou kompenzační pomůcku? Hůl, chodítka nebo něco podobného?

- a) ano
- b) ne
- c) občas

27. Míváte problémy s orientací v neznámém prostředí?

- a) ano
- b) ne

28. Jak cítíte (pomocí čichu)?

- a) dobře

- b) hůře
- c) vůbec

29. Jste schopen/schopna rozeznávat různé vůně?

- a) ano
- b) ne
- c) částečně

30. Pokud máte porušený čich, jak se s tím vyrovnáváte?

- a) nijak mi to nevadí
- b) dobře
- c) obtížněji, ale nic jiného mi nezbyvá
- d) jiné:.....

31. Zaznamenal/a jste změny v hmatovém vnímání?

- a) ano
- b) ne

32. Pokud ano, co to pro Vás znamená?

- a) nezvládám tak lehce jemnou manuální práci jako dřív
- b) na jemnější práci potřebuji více času než dřív
- c) musím v některých činnostech požádat o pomoc druhou osobu
- d) hůře rozlišuji rozdíl mezi studenou, vlhkou a teplou vodou
- e) nic se tím pro mě nemění
- f) jiné:.....

33. Používáte při jemné manuální práci nebo čtení lupu?

- a) ano
- b) ne
- c) občas, záleží na činnosti

34. Máte nějaké problémy se zrakem?

- a) ano, mám zhoršený zrak

- b) ne, vidím dobře
- c) nevidím vůbec

35. Nosíte brýle (je jedno zda na blízko nebo na dálku) nebo kontaktní čočky?

- a) ano
- b) ne

36. Pociťoval jste někdy rozostřené vidění, dvojitě vidění, kmitání viděného obrazu, světelné kruhy nebo skvrny v zorném poli, popřípadě citlivost na světlo?

- a) ano, setkal jsem se s tím
- b) ne, nikdy se mi nic takového nestalo
- c) občas se s těmito jevy ve vidění setkávám

37. Jak vnímáte zhoršený zrak?

- a) je mi nepříjemné, že špatně vidím a nepřečtu si, vše co bych potřeboval/a, chtěl/a
- b) mrzí mě, že nepoznám na dálku i známé osoby
- c) obtěžuje mě, že jsem občas vázán/a na pomoc druhé osoby
- d) mám pocit, že tím okolí obtěžuji
- e) nijak mě to neomezuje
- f) jiné:.....

38. Co vnímáte nejhůře?

- a) poškození sluchu
- b) poškození zraku
- c) sníženou chuť
- d) snížený čich
- e) žádná smyslová porucha mě nijak neobtěžuje
- f) nemám smyslovou poruchu

39. Jak byste se hodnotil/a?

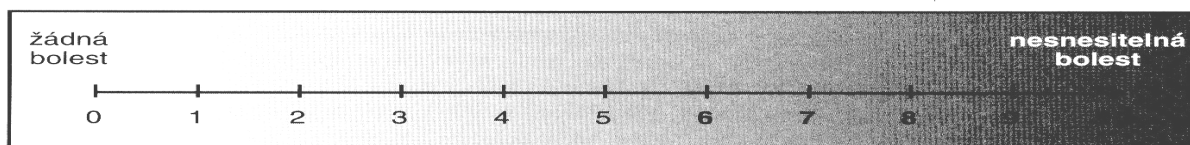
- a) jsem převážně šťastný/á
- b) jsem častěji smutný/á
- c) někdy pociťuji sklíčenost, úzkost
- d) můj život mi občas připadá prázdný

40. Bolí Vás něco? Máte bolest?

- a) ano
- b) ne

41. Pokud ano, vyznačte prosím sílu-intenzitu Vaší bolesti na následující škále:

Vizuální analogová škála bolesti



42. Užíváte analgetika - léky na tlášení bolesti?

- a) ano
- b) ne
- c) pouze občas