

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Hýsková Hana

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Hana Hýsková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DIABETES
MELLITUS V DOMÁCÍ PÉČI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Loudová

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 24. 3. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Soně Loudové za podporu, cenné rady a odbornou pomoc při vedení práce. Dále děkuji všeobecným sestřám a klientkám GARC Kladno s.r.o. za trpělivost a vstřícnost. Děkuji také svojí rodině a blízkým přátelům za oporu a toleranci.

Anotace

Příjmení a jméno: Hýsková Hana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s diabetes mellitus v domácí péči

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Loudová

Počet stran – číslované: 67

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 20

Počet příloh: 14

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: Diabetes mellitus, domácí péče, ošetrovatelský proces, ošetrovatelská péče

Souhrn:

Tato bakalářská práce zkoumá aspekty ošetrovatelství pacientů v domácí péči s diagnózou diabetes mellitus. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabývám popisem podstaty onemocnění diabetes mellitus, teorií ošetrovatelského procesu, popisem vybraného ošetrovatelského Marjory Gordon a charakteristikou podstaty domácí péče. V praktické části je popsán pomocí kazuistik a ošetrovatelského plánu ošetrovatelský proces o dvě vybrané klientky agentury domácí péče, které trpí onemocněním diabetes mellitus 2. typu.

Annotation

Surname and name: Hyskova Hana

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing process of a patient with diabetes mellitus in home care

Consultant: Mgr. Soňa Loudová

Number of pages – numbered: 67

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 20

Number of appendices: 14

Number of literature items used: 28

Keywords: Diabetes mellitus, home care, nursing process, nursing care

Summary:

This bachelor thesis examines aspects of nursing home care of patients with a diagnosis of diabetes mellitus. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with the summary of the diabetes mellitus, theories of nursing process, description of the selected nursing Marjory Gordon and the characteristic essence of home care. The practical part of thesis is described by means of case studies and nursing care plan nursing process on two selected clients home care agencies that suffer from diabetes mellitus type 2.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DIABETES MELLITUS	11
1.1 Historický přehled.....	11
1.2 Anatomie a patofyziologie	12
1.3 Klasifikace	13
1.3.1 DM 1. typu.....	13
1.3.2 DM 2. typu.....	13
1.3.3 Gestační diabetes mellitus	14
1.3.4 Ostatní specifické typy DM.....	14
1.4 Diagnostika	15
1.4.1 oGTT	15
1.5 Akutní komplikace.....	16
1.5.1 Hypoglykémie	16
1.5.2 Hyperglykemický hyperosmolární neketogenní syndrom.....	16
1.5.3 Diabetická ketoacidóza.....	16
1.5.4 Laktátová acidóza	17
1.6 Chronické komplikace	17
1.6.1 Diabetická retinopatie.....	17
1.6.2 Diabetická nefropatie.....	18
1.6.3 Diabetická neuropatie	19
1.6.4 Syndrom diabetické nohy	19
1.6.5 Kardiovaskulární komplikace.....	20
1.7 Terapie	20
1.7.1 Dieta a pohybový režim.....	20
1.7.2 Léčba perorálními antidiabetiky	20
1.7.3 Inzulinoterapie	21
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	22
2.1 Ošetřovatelský proces	22
2.1.1 Model Marjory Gordon:Model fungujícího zdraví	23
2.2 Edukace diabetika	25
2.2.1 Role sestry v edukaci.....	26
2.2.2 Edukační proces.....	26
2.2.3 Formy a metody edukace.....	27
2.2.4 Edukační témata pro diabetika	27

3	DOMÁCÍ PÉČE	28
3.1	Historický přehled.....	28
3.2	Charakteristika domácí péče	28
3.3	Formy domácí péče.....	29
	PRAKTICKÁ ČÁST	30
4	FORMULACE PROBLÉMU	30
5	CÍL PRÁCE	30
5.1	Dílčí cíle.....	30
5.2	Operacionalizace pojmů	31
5.3	Výzkumné otázky	31
6	DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY	31
6.1	Metoda sběru dat.....	31
6.2	Výběr případu	31
6.3	Způsob získávání informací.....	32
6.4	Organizace výzkumu	32
7	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES- KAZUISTIKA I.....	33
7.1	Katamnéza	33
7.2	Lékařské diagnózy	33
7.3	Anamnéza	33
7.4	Fyzikální vyšetření sestrou	35
7.5	Kompenzační pomůcky	36
7.6	Použité hodnotící škály	37
7.7	Ošetřovatelský model Marjory Gordon	37
7.8	Ošetřovatelské diagnózy	40
7.9	Ošetřovatelský plán.....	41
7.10	Edukace klientky o diabetické dietě.....	47
8	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES- KAZUISTIKA II.	48
8.1	Katamnéza	48
8.2	Lékařské diagnózy	48
8.3	Anamnéza	48
8.4	Fyzikální vyšetření sestrou	49
8.5	Kompenzační pomůcky	51
8.6	Použité hodnotící škály	51
8.7	Ošetřovatelský model Marjory Gordon	51
8.8	Ošetřovatelské diagnózy	54
8.9	Ošetřovatelský plán.....	55
8.10	Edukační plán klientky o režimu při zácpě	59

9 DISKUZE	61
ZÁVĚR.....	65
LITERATURA A PRAMENY.....	66
SEZNAM ZKRATEK	69
SEZNAM PŘÍLOH	71

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s onemocněním diabetes mellitus v domácí péči. Onemocnění diabetes mellitus se stalo celosvětovým a závažným medicínským problémem. Každým dnem přibývají noví nemocní, neboť 2. typ diabetu je spojen s neefektivním životním stylem a moderní způsob života v současném světě vzniku onemocnění výrazně napomáhá. Vzhledem k závažnosti onemocnění a jeho komplikacím, je důležité věnovat se problematice prevence a minimalizace poškození vzniklých komplikacemi onemocnění. Toto onemocnění zasahuje do mnoha medicínských oborů a vyžaduje velké množství odborných výkonů, jak lékařských, tak ošetrovatelských.

V průběhu odborných praxí jsem pracovala mimo jiné i na oddělení domácí péče. Tato forma ošetrovatelské péče mě velmi zaujala především svým koncipováním a nepopíratelnými výhodami pro klienta, který není vytržen ze svého sociálního prostředí. Z tohoto důvodu jsem si vybrala téma práce, které s tímto způsobem péče přímo souvisí. Velké množství klientů takovou péči využívajících jsou právě lidé s onemocněním diabetes mellitus.

Teoretická část této práce se bude věnovat onemocněním diabetes mellitus, historickým přehledem s ním souvisejícím, jeho anatomii a fyziologií, problematice diagnostiky a následné terapie samotného onemocnění i jeho komplikací. Dále budu popisovat teorii ošetrovatelské péče a v neposlední řadě se chci věnovat domácí péči jako takové.

Praktickou část vypracuji formou kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru se dvěma vybranými klientkami agentury domácí péče, v němž se budu soustředit především na jejich prožívání nemoci a následnou tvorbu ošetrovatelských plánů dle stanovených ošetrovatelských diagnóz. Následně bych pro každého klienta ráda vypracovala edukační plán o nejzávažnějším problému jeho péče a zdravotního stavu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DIABETES MELLITUS

1.1 Historický přehled

Diabetes mellitus je onemocnění známé již od starověku. První zmínky pocházejí z 16. století před naším letopočtem z Egypta, kde byly písemně v tzv. Ebersově papyru zaznamenány příznaky této choroby. Další záznamy pramení od indického lékaře Sushruty, který 400 let před naším letopočtem odhalil fakt, že diabetická moč chutná sladce. Ve druhém století byl v Řecku Hippokratovým žákem Aretaem z Kappadokie použit poprvé výraz diabetes, což je možno překládat jako „procházení něčím“. Tento výraz v roce 1674 doplňuje Thomas Willis o adjektivum „mellitus“, což v latinském jazyce znamená „sladké“. Spojení mezi diabetem mellitem a slinivkou prokazují pomocí pokusů na psech v roce 1889 němečtí lékaři Joseph von Mering a Oskar Minkowski. (1, s. 5-7)

Studie anglického fyziologa Sira Edwarda Alberta Sharpey-Scharfera vede v roce 1910 k objevu látky, jenž je za fyziologických okolností produkována slinivkou nedibetiků, tj. inzulinu. Název pochází z latinského „isolac“, což v překladu odkazuje na Langerhasovy ostrůvky. Rok 1921 je považován za mezník v léčbě diabetu mellitu. Lékaři Frederick Banting a Charles Best pod vedením profesora Macleoda extrahují ze slinivky psa inzulin, který aplikují jiným psům, kterým byla slinivka odstraněna. Zapojení chemika Jamese Collipa do pokusů přineslo očištění extraktu tak, aby mohl být použit u člověka. Za tuto práci byla Bantingovi a Macleodovi udělena roku 1923 Nobelova cena za fyziologii a medicínu. V témže roce začíná komerční výroba inzulinu. V 50. letech 20. století se zavádí plánování jídla diabetiků, které dělí do skupin dle výměnných jednotek na základě kalorií, sacharidů, bílkovin a tuků v tom kterém jídle. (2)

Další Nobelovou cenou udělenou v souvislosti s výzkumem diabetu mellitu získal v roce 1958 Frederic Sanger za studii struktury molekuly hovězího inzulinu. V roce 1959 vyvíjí Solomon Berson a Rosalyn Yalow metodu pro měření inzulinu v krvi pomocí radioizotopové metody, jenž prokazuje, že diabetes mellitus je heterogenní skupinou chorob. (3, s. 2)

První úspěšná transplantace diabetu proběhla v Minnesotě v roce 1966. V 70. letech 20. století je představen U100 inzulin. S dostupností tohoto inzulinu s injekčními stříkačkami na inzulin označených pouze U100 měřítkem se snižuje četnost chyb při dávkování. Začínají se také zavádět první inzulinové pumpy. Avšak vzhledem ke své velikosti jsou shledávány jako velmi nepraktické. V roce 1978 je započata výroba inzulinu identického s lidským inzulinem za pomoci bakterie *Escherichie coli*. V 90. letech 20. století se rozvíjí perorální antidiabetika, na trh s léčivy přichází například methformin, akarboza či repaglinide. Rozšiřuje se aplikace inzulinu inzulinovými pery. V roce 2006 byla představena aplikace inzulinu inhalačně. (4, s. 25)

V současné době se výzkumy snaží spíše orientovat na preventivní opatření vzniku onemocnění. (2)

1.2 Anatomie a patofyziologie

Diabetes je způsoben poruchou vylučování nebo účinku inzulinu, který snižuje hladinu glukózy v krvi. Při jeho nedostatku dochází k hyperglykémii. Inzulin, hormon slinivky břišní, je tvořen β buňkami Langerhansových ostrůvků. Tyto ostrůvky patří k endokrinní složce slinivky a u zdravého člověka se jejich celkový počet se blíží 1 milionu. V jednom ostrůvku se nachází přibližně 2500 β buněk produkujících inzulin, dále α buňky produkující glukagon, hormon působící opačně nežli inzulin, a buňky D tvořící somatostatin tlumící inzulin a pankreatický polypeptid, který má vliv na exogenní sekreci slinivky. Podněty pro tvorbu inzulinu jsou dvojího druhu a to jako sekreční odpověď na množství glukózy v organismu nebo reakce na množství glukagonu. Bazální sekrecí se denně kontinuálně vytvoří 20-40 jednotek inzulinu. Po stimulu například potravou se vytvoří přibližně 10-20 jednotek inzulinu. Tato sekrece je označována jako stimulovaná. (4, str. 30), (6, str. 25-28) Podstatou vzniku diabetu mellitu 1. typu je kongenitální odchylka obranyschopnosti organismu, kdy vyvolávající faktor aktivuje destrukci β buněk slinivky. Pro vznik diabetu mellitu 2. typu je základem inzulinová rezistence a vadná funkce β buněk. (5, s. 14-17)

1.3 Klasifikace

Nová klasifikace diabetu mellitu dle WHO (World Health Organisation) z roku 1997 je založena na nových poznatcích o diabetu, jeho vzniku, etiologii a dalších procesech. Dochází zde k zavedení termínů diabetes mellitus typu 1 a 2, namísto dříve používaných názvů inzulinodependentní a noninzulinodependentní diabetes mellitus. Kromě těchto dvou základních typů je rozeznáván gestační diabetes mellitus a ostatní specifické typy diabetu. (6, s. 11-13)

1.3.1 DM 1. typu

„Diabetes mellitus 1. typu je inzulinodependentní typ diabetu, jehož základní příčinou je postupné snižování vlastní sekrece β -buněk slinivky břišní“ (7, s. 10)

Vzhledem k snižování až vymizení sekrece inzulinu je nutná jeho substituce. Při diabetu mellitu 1. typu dochází k prudkému rozvoji klinického obrazu. Nedostatek inzulinu způsobuje polyurii (diuréza větší nežli 2500 ml/24 hod.), polydipsii, pokles tělesné hmotnosti, dehydrataci, ketózu až ketoacidózu a hyperglykémii. (6, s. 11-14) Nejčastěji se projeví v dětství a dospívání, ale může manifestovat i v dospělosti, a to obdobně akutně jako v dětském věku. Pokud se klinické příznaky objevují pomalu a nenápadně, je možná nesprávná záměna při diagnostice za druhý typ diabetu mellitu. Tento plíživě vyvíjející diabetes bývá označován názvem LADA (latent autoimmune diabetes in adults- latentní autoimunitní diabetes u dospělých). (7, s. 13)

Vznik onemocnění tohoto typu je způsoben imunitním procesem u geneticky predisponovaných osob. Mezi nedědičné složky etiologie se řadí virové infekce, především enterovirové, dále nutriční faktory a faktory perinatálního období a časného dětství, mezi které patří např. vyšší věk matky či omezený kontakt s jinými dětmi. Je důležité uvést, že význam rizika vzniku u jednotlivých negenetických faktorů je mnohem nižší nežli u genetických faktorů, které jsou rozhodující. (8, s. 81-82)

K 31. 12. 2012 bylo v České republice evidováno 55514 osob s diabetem mellitem 1. typu, přičemž výskyt mezi muži a ženami je vyrovnaný. (9, s. 11)

1.3.2 DM 2. typu

Diabetes mellitus 2. typu představuje nejméně 85 % z celkového počtu diabetiků. Dříve byl označován jako noninzulindependentní typ diabetu mellitu, neboť nemocní

nejsou závislí na inzulínoterapii, pokud nenastane vyčerpání rezerv sekrece inzulínu. (5, s. 81-83)

K manifestaci dochází ve většině případů po dosažení 40. roku života. Příčiny vzniku diabetu mellitu 2. typu mají multifaktoriální patogenezi kvůli složité interakci dědičnosti, nezdravého životního stylu a návyků (nadměrný přísun kalorií, nedostatek fyzické aktivity, konzumace alkoholu, atd.). Diabetes mellitus 2. typu podtrhují dvě fyziologické vady, které se vzájemně kombinují, a to inzulínová rezistence a vadná funkce β buněk, kdy je porušena sekrece inzulínu. (10, s. 10)

Hlavní příčinou poruchy působení inzulínu v cílových tkáních je inzulínová rezistence, při které je postupně navozen stav, kdy se β buňky nejsou schopny vyrovnat s vyššími nároky na vylučování inzulínu, dochází k poruše pozdní fáze sekrece, přičemž postupně dochází k poruše glukózové rovnováhy a poté k projevení diabetu mellitu 2. typu, velmi často až chronickými komplikacemi. (11, s. 41- 45)

K 31. 12. 2012 bylo v České republice evidováno 772585 osob s diabetem mellitem 2. typu, přičemž výskyt je častější mezi muži. (9, s. 11)

1.3.3 Gestační diabetes mellitus

Abnormální glukózová tolerance diagnostikovaná ženám v těhotenství je nazývána gestační diabetes mellitus. Tato porucha se projevuje jako diabetes mellitus nebo porušená glukózová tolerance a po porodu mizí. Může se však jednat i o jiný typ diabetu, který se poprvé projevil v těhotenství. Proto je důležité sledovat pacientky i nadále po skončení těhotenství. Screening tohoto onemocnění mezi 24. a 28. týdnem těhotenství a je založen na stanovení pozátěžové glykémie. Vyšetření probíhá formou orálního glukózového tolerančního testu (oGTT). Terapií je úprava stravy a úprava tělesné aktivity. Pokud nedochází k úpravě glykémie, jsou podávány malé dávky krátkodobě působícího inzulínu. Pokud je léčba správná, nemá onemocnění vliv na vývoj plodu. Přibližně 40 % žen, u kterých se v těhotenství projevil gestační diabetes mellitus, onemocní v budoucnu diabetem mellitem 2. typu. (3, s. 13; s. 330-363)

1.3.4 Ostatní specifické typy DM

Do této skupiny patří diabetes při onemocnění zevní části slinivky břišní a při endokrinopatiích (např. Cushingův syndrom, akromegalie). Dalším onemocněním této

skupiny je diabetes MODY (maturity-onset diabetes of the young- diabetes dospělých vzniklý v mládí). Při tomto dědičném onemocnění β buněk pankreatických ostrůvků jsou projevy podobné diabetu mellitu 2. typu, avšak liší se od něj svým původem a nikdy není provázen ketoacidózou. (3, s. 13)

1.4 Diagnostika

Vzhledem k nedostatečnému působení inzulínu převládají v organismu katabolické pochody podporované například glukagonem. V pozadí již zmíněných klinických příznaků tak dochází k hyperglykémii, zvyšuje se lipolýza a koncentrace ketolátů a triglyceridů v séru. (12, s. 25)

Ke stanovení diagnózy diabetu mellitu je nutno zaznamenat v anamnéze nejen klinické příznaky, ale základním kamenem je vyšetření hodnoty glykémie standardní laboratorní metodou. Dle současných standardů dle WHO je nutno splnit alespoň jeden ze tří uvedených předpokladů:

1. Náhodná glykémie vyšší nežli 11,1 mmol/l společně s klinickými příznaky diabetu mellitu.
2. Hodnota glykémie nalačno větší nežli 7,0 mmol/l.
3. Dvouhodinová glykémie větší nežli 11,1 mmol/l při oGTT. (11, s. 32)

1.4.1 oGTT

Orální glukózový toleranční test je užíván k ověření diagnózy diabetu mellitu v případě, kdy není jistě potvrzena výsledkem odběru u žilní krve nalačno glykemií vyšší než 7,0 mmol/l. oGTT se dále používá jako screening u těhotných mezi 24. - 28. týdnem gravidity. (11, s. 30-33)

Příjem sacharidů 3 dny před oGTT musí dosahovat minimálně 150 gramů. Pacient/ka před vyšetřením lační 10-12 hodin. Vyšetření se provádí ráno po fyzickém klidu. Je odebrána žilní krev nalačno a čeká se na výsledek hodnoty glykémie. Pokud je vyšší než 7,0 mmol/l (u gravidních 5,6 mmol/l), oGTT se neprovádí. Jestliže se hodnota pohybuje v rozmezí 5,6-7,0 mmol/l (u gravidních menší nežli 5,6 mmol/l), oGTT se provádí. Pacient/ka vypije 75 gramů glukózy v 250 ml roztoku. Hodnotícím kritériem této metody je hodnota glykémie po 2 hodinách od podání glukózy. (Příloha A- Tabulka pro hodnocení oGTT)

Gestační diabetes je diagnostikován, pokud po oGTT hodnota glykémie dosahuje hodnot vyšších než 7,7 mmol/l. (13, s. 1)

1.5 Akutní komplikace

V dřívějších dobách byly akutní komplikace diabetu častější. Před objevem inzulínu umírali diabetici 1. typu na následky vážné ketoacidózy. Akutní metabolická komplikace diabetu může potkat kteréhokoliv diabetika. (12, s. 95)

1.5.1 Hypoglykémie

Hypoglykémie je nejvíce frekventovanou komplikací inzulinoterapie. Při poklesu glykémie pod 3,0 mmol/l se dostávají autonomní příznaky- pocení, třes, palpitace. Pacient zbledne a pocítuje studené opocení. U diabetiků s dlouhodobě trvajícím onemocněním je běžná ztráta těchto typických syndromů a pocítují až těžší projevy. Těžké stadium hypoglykémie je snadno rozpoznatelné. U pacienta dochází ke změně chování, může být agresivní či podrážděný, má poruchy koordinace, cítí ospalost. Pokud nemocnému není poskytnuta pomoc, po této fázi rychle upadne do bezvědomí. Mírnou hypoglykémii pacienti zvládají sami konzumací sacharidů perorálně. Významnější epizody vyžadují podání glukózy parenterální cestou nebo glukagonu intramuskulárně. (12, s. 95-96)

1.5.2 Hyperglykemický hyperosmolární neketogenní syndrom

Bývá také označován jako hyperglykemický hyperosmolární syndrom (HHS). Dochází při něm k výrazné hyperosmolaritě (>320 mOsm/l), hyperglykémii vyšší než 33 mmol/l a k silné dehydrataci. V průběhu HHS jsou pacienti ohrožováni kardiovaskulárními komplikacemi. Rozpoznáváme různé neurologické abnormality, které mohou být zaměňovány při diferenciální diagnostice s cerebrovaskulární příhodou. Přibližně desetina pacientů upadá do komatu. Terapie spočívá v náhradě tekutin a iontů. (6, s.87-88)

1.5.3 Diabetická ketoacidóza

Stav zvaný diabetická ketoacidóza je způsoben relativním či absolutním deficitem inzulínu, který vede k hyperglykémii. K výskytu dochází obvykle u dosud

nediagnostikovaného diabetu, chybné terapii a změnách zdravotního stavu pacienta. (11, s. 124)

Mezi mnohé příznaky ketoaciózy patří polydipsie, polyurie, poruchy vědomí, nauzea, hypoventilace a zápach dechu po acetonu. V krvi se vždy vyskytují ketolátky, které vedou k poklesu pH krve a rozvoji ketoacidózy. (12, s. 88)

Laboratorní nálezy ukazují hyperglykemii, ketonurii, ketonemii, hodnotu bikarbonátů po 15 mmol/l a nízké pH krve. Limitní spodní hranice pro určení hyperglykemie je 13,9 mmol/l. Výška glykemie není určující pro míru závažnosti ketoacidózy. Pokud je tento život ohrožující stav spojen s poruchou vědomí, je užíváno označení hyperglykemické ketoacidotické koma. (11, s. 124-126) Při závažných stavech je nutná hospitalizace na jednotce intenzivní péče. Zde probíhá monitorace životních funkcí a laboratorních ukazatelů. Hlavním principem terapie hyperglykemických stavů je inzulinoterapie. Pacientům jsou nepřetržitě podávány intravenózní dávky krátkodobě působícího inzulinu- 0,1 jednotky na 1 kilogram pacienta za hodinu. Substituce je pravidelně upravována dle hodnoty glykémie. Dále je nezbytná hydratace organismu pacienta a úprava jeho elektrolytového rozvratu. (12, s. 88-91)

1.5.4 Laktátová acidóza

Laktátová acidóza je metabolickou acidózou, jež vzniká nahromaděním laktátu v organismu. Za normální hladinu laktátu je považováno 2 mmol/l, v případě laktátové acidózy hodnoty stoupají nad 5 mmol/l. (11, s. 132) Tento stav není typickým pouze pro diabetes mellitus, nýbrž je komplikací řady závažných onemocnění, mezi které v první řadě patří šokové stavy a selhání ledvin či jater. V případě diabetiků je laktátová acidóza komplikací terapie biguanidy. V současné době je využíván jejich zástupce methformin, u kterého je riziko laktacidózy nižší. Laktátová acidóza je léčena symptomaticky, rehydratací organismu a úpravou vnitřního prostředí. Mortalita u případů laktacidózy se pohybuje mezi 60-70 %. (12, s. 94)

1.6 Chronické komplikace

1.6.1 Diabetická retinopatie

Mezi nejobávanější chronické komplikace diabetu patří poškození zraku diabetickou retinopatií. Rizikovým faktorem pro toto onemocnění je typ diabetu, délka

jeho trvání, stupeň kompenzace, onemocnění kardiovaskulárního systému a nevhodný životní styl. Vznik diabetické retinopatie je spojen s dlouhodobě nevhodnou kompenzací onemocnění, kdy hyperglykémie vede k poškození mikrocirkulace a zvýšení permeability očních kapilár. Toto stádium je nazýváno neproliferativní. Objevují se sítnicové abnormality, mimo jiné dilatace cév, tvorba aneurysmat a cévní uzávěry. Poté nastává další stadium, které je nazýváno proliferativní. Jako náhrada za ischemickou tkáň jsou tvořeny nové cévy. Nově vytvořené cévy nemají pevnou stěnu a praskají. Takové místo se zahojí jizvou. Po mnohačetném svrašštění tkáně do jizvy dochází k odtržení sítnice oka od jeho zadního pólu, což v důsledku znamená ztrátu zraku. Výchozí prevencí diabetické retinopatie je správná kompenzace diabetu mellitu. Nejfrekventovanějším léčebným zákrokem je panretinální fotokoagulace, při které dochází k zabránění rozšiřování poškozených míst laserem. (5, s. 116-120)

Diabetickou retinopatií trpělo v roce 2012 12 % z celkového počtu diabetiků. Pouze ve 2,2 % onemocnění nastala krajní forma onemocnění, kdy pacient oslepl. (9, s. 14)

1.6.2 Diabetická nefropatie

Chronické postižení glomerulů ledvin diabetiků je nazýváno diabetická nefropatie. Toto onemocnění se vyznačuje poklesem funkce ledvin, hypertenzí a proteinurií. Mezi rizikové faktory patří hypertenze, hyperglykemie a kouření. Diabetická nefropatie postihuje přibližně 1/3 diabetiků. Dle zjištěné anamnézy, míře mikroalbuminurie či proteinurie a zvýšení krevního tlaku je dělena do 5 stadií. První, latentní stadium, je klinicky bezpříznakové. Ve druhém, incipientním, stadiu, je již možno laboratorně prokázat vylučování albuminu v moči. V závislosti na hodnotě albuminu je prokázána normoalbuminurie, mikroalbuminurie či manifestní proteinurie. V následujícím stadiu manifestní nefropatie již lze z laboratorních výsledků prokázat proteinurie přesahující 0,5 gramu/24 hodin. Glomerulární filtrace klesá, dochází k otokům a snížení hladiny proteinů v krvi. Toto stadium je možno prodloužit dietními opatřeními a monitoringem krevního tlaku, regulovaného zpravidla ACE inhibitory. Ve čtvrtém stadiu chronické renální insuficience již dochází k řadě aterosklerotických potíží na dolních končetinách a koronárních tepnách. Poškození tkáně vede ke gangrénám a následným amputacím. V posledním pátém stadiu již nastává chronické selhání ledvin, řešitelné dialýzou či transplantací. (11, s. 138-142)

Diabetickou nefropatií trpělo dle výzkumu z roku 2012 11,5 % pacientů z celkového počtu nemocných diabetem mellitem. (9, s. 14)

1.6.3 Diabetická neuropatie

Diabetická neuropatie je jednou z nejčastějších komplikací diabetu, trpí jí až 70% diabetiků. Výskyt komplikace je zhruba stejná u diabetiků 1. i 2. typu. Při tomto onemocnění dochází k poruše stavby a funkce periferních nervových vláken. Důsledkem takového poškození je zpomalení vodivosti vzruchu senzitivních i motorických nervů. Klinickým příznakem je ztráta citlivosti vibrační a teplotní. Pacient pociťuje brnění dolních či výjimečně horních končetin. Takováto ztráta citlivosti může vést k přehlédnutí a následnému zanedbání poranění na končetině. Poškození motorických nervů se projevuje svalovými deformitami. (12, s. 106-107)

1.6.4 Syndrom diabetické nohy

„Diabetická noha je označení pro všechny změny dolních končetin pod kotníkem, které vznikají v důsledku diabetu.“ (15, s. 60)

Jedná se o infekci, ulceraci či destrukci hlubokých tkání dolní končetiny, která je propojena s neurologickými odchylkami a určitým stupněm ischemické choroby dolních končetin. Pro klasifikaci stavu diabetické nohy je hojně používána Wagnerova klasifikace diabetické nohy (Příloha B- Wagnerova klasifikace diabetické nohy)

K syndromu diabetické nohy patří ischemická choroba dolních končetin (ICHDK). Za její příčinu je až v 95% případů oznaována ateroskleróza. Pro klasifikaci ICHDK je používána klasifikace Fontaina upravena Puchmayerem (Příloha C- Puchmayerova klasifikace ICHDK). (11, s. 152-154)

Mezi další klinické příznaky patří projevy již zmiňované diabetická neuropatie. V diagnostice se lékaři neřídí pouze klinickými příznaky, jako jsou dále například klaudikace či nehmatné pulzace na noze, ale velmi častou využívají vyšetření pomocí ultrazvuku. Léčba je zde preferována konzervativní, terapie infikovaných ran, elevace končetiny, použití elastických obinadel a sympatomimetik. K chirurgické léčbě je přistoupeno v případě gangrén, sepsí či nesnesitelných klidových bolestí. Diabetická noha patří k nejčastějším příčinám hospitalizace a náklady na léčbu jsou velmi vysoké. Při riziku této diagnózy je velmi důležitá prevence. Jejím základem je správná edukace diabetika v péči o nohy, jejich hygienu, pravidelnou kontrolu kůže, správně zvolenou obuv a ponožek. (12, s. 113-115)

K výskytu diabetické nohy došlo v roce 2012 u 5,1 % diabetiků. (9, s. 14)

1.6.5 Kardiovaskulární komplikace

Poruchy kardiovaskulárního systému zapříčiňují více než 30% všech úmrtí. Zatímco tato skutečnost má v současné době tendenci klesat, u diabetiků se tak neděje. U diabetu 1. i 2. typu je enormně zvýšené riziko vzniku kardiovaskulárních komplikací. Dle postižení je rozlišována mikroangiopatie, jejíž důsledky již byly popsány v předchozích odstavcích, a makroangiopatie projevující se formou aterosklerózy. Ta manifestuje jako ischemická choroba srdeční a cerebrovaskulární příhody, jejichž mortalita je u diabetiků až 3x vyšší, či jako ischemická choroba dolních končetin. (11, s. 145-148)

1.7 Terapie

Základními pilíři terapie diabetu jsou: dieta, pohybový režim a inzulinoterapie. Pro efektivitu léčby je však bezpodmínečně nutný aktivní přístup pacienta a jeho snaha o udržení dobrého zdravotního stavu, což zdravotníci podporují správnou edukací a podporou pacienta. (5, s. 27)

1.7.1 Dieta a pohybový režim

Hlavními zásadami správného stravování je výběr potravin pravidelná konzumace malých porcí. Vzestup hladiny glykémie závisí na obsahu sacharidů v potravine. Diabetici proto využívají systém výměnných jednotek, kdy 12 gramů sacharidů představuje jednu výměnnou jednotku. Hodnoty jsou zapsány v tabulce výměnných jednotek. Jako alternativní sladidla diabetici využívají aspartam, sacharin, fruktózu a jiné. Pro diabetes 2. typu je dietní režim základním kamenem terapie, neboť až v 90 % případů je jeho vznik spoje právě se zvýšenou tělesnou hmotností. Redukce hmotnosti vede ke snížení inzulinové rezistence, optimalizuje glykémii a hladinu krevních tuků. Ideální hmotnost je posuzována dle BMI, kdy pro ženy je ideální 19-24 kg/m² a pro muže do 25 kg/m². K rovnováze mezi příjmem a výdej energie dále přispívá pravidelná pohybová aktivita. Mezi vhodné aktivity lze zařadit chůze, cyklistika či plavání. Za nevhodné jsou považovány sportovní aktivity s nárazovým vypětím. (5, s. 27-32; s. 88-96), (14, s. 42)

1.7.2 Léčba perorálními antidiabetiky

Nedaří-li se režimovými opatřeními kompenzovat diabetes mellitus 2. typu, jsou nasazována perorální antidiabetika (PAD). Terapie je zahajována menší dávkou PAD, která se postupně upravuje. Často je předepsána i kombinace preparátů. Režimová opatření

je ovšem nutno dodržovat i nadále. V klinické praxi jsou užívána již od roku 1955, avšak jejich vývoj nadále probíhá. PAD jsou dělena do tří skupin. Tabulka dělení PAD uvedena v příloze D. (5, s. 96-97)

1.7.3 Inzulínoterapie

Inzulínem jsou léčeni všichni diabetici s 1. typem a někteří diabetici 2. typu. Slinivka zdravého člověka uvolňuje inzulín přibližně v 5-15 minutových časových úsecích. V současné době dostupné humánní analogy inzulínu nejsou schopny napodobit toto fyziologické uvolňování. Pro dosažení stále lepších výsledků jsou vyvíjena inzulínová analoga. Dle časového průběhu účinku jsou inzulíny děleny do 3 kategorií:

1. Krátce působící inzulíny- Insulin HM R, Actrapid HM, Humulin R, aj.
2. Středně dlouho působící inzulíny- Insulin HM NPH, Insuman Basal, aj.
3. Velmi dlouho působící inzulíny- Ultratard Hm (11, s. 65-67)

Inzulín je aplikován subkutánně injekční cestou nejčastěji na pažích, stehnech a bříše. Pro dávkování jsou používány inzulínové stříkačky, inzulínová pera či inzulínová pumpa. Podávání inzulínovou pumpou se nejvíce blíží dávkování zdravé slinivky. Dochází k podávání krátce působícího inzulínu kanylou do podkoží či peritoneální dutiny či katétrem do peritoneální dutiny. Mikrodávky inzulínu podávané kontinuálně 24 hodin denně doplňují bolusové dávky při dodání inzulínu k jídlu. Léčba inzulínovou pumpou klade na pacienta nároky, neboť při tomto způsobu podávání je velmi důležitá pravidelná monitorace. Proto jsou pumpy vhodné pro zodpovědné a správně edukované pacienty. Monitorace glykemií provádí v domácím prostředí pacient sám. Většina kompenzovaných pacientů měří glykémii na lačno a poté po každém jídle. U špatně kompenzovaných pacientů se hodnotí častěji dle potřeby. Pro tento výkon je používán glukometr společně s testovacími proužky. Naměřené hodnoty je vhodné zaznamenávat. (5, s. 43-53)

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Dle Světové zdravotnické organizace je ošetřovatelství definováno jako systém ošetřovatelských intervencí, které pomáhají jednotlivci, jeho rodině a okolí, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu. Po celou dobu je k jedinci přistupováno jako k individuální bytosti s určitými biologickými, psychologickými a sociálními potřebami. (16, s. 31)

2.1 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je složen z vzájemně navazujících kroků- posuzování, diagnostiky, plánování, realizace a hodnocení. Je možno jej definovat jako systematickou metodu, v rámci které zdravotní sestry plánují a poskytují péči. Celý tento proces je individuálně orientován na jedince a je možno ho poskytnout v ambulantní péči, ústavních zařízeních i domácím prostředí pacienta.

Při posuzování sestra shromažďuje informace o pacientovi, jeho aktuálních a potenciálních problémech. Získaná data dělíme na subjektivní a objektivní. Tato fáze by měla být rozdělena na vstupní, průběžnou a závěrečnou část. Zdroje údajů o posuzovaném pacientovi jsou rozlišována na primární, získaná přímo od pacienta, a na sekundární, kdy jsou informace získávány od rodiny, komunity či okolí. Mezi metody sběru dat a údajů řadíme pozorování, rozhovor a fyzikální vyšetření. (17, s. 105-112)

Ve fázi získávání ošetřovatelských diagnóz je cílem nalezení problémů pacienta a stanovení jejich významnosti pro následnou ošetřovatelskou péči. Dochází k vytřídění a verbalizaci problémů. Zdravotní sestra stanovuje ošetřovatelskou diagnózu dle taxonomie NANDA International.

Ve třetí fázi je tvořen plán činností, ve kterém se určují priority, stanovují cíle péče, určují ošetřovatelské intervence a je vytvořen ošetřovatelský plán. V něm je zvolen krátkodobý či dlouhodobý plán péče. Do plánu jsou dále zaznamenávány ošetřovatelské intervence, za jejichž pomoci má být dosaženo zvolených cílů.

K realizaci vlastního ošetřovatelského plánu dochází ve čtvrté fázi. Každý z členů ošetřovatelského týmu zde plní svou roli (16, s. 87-90)

Poslední fází ošetřovatelského procesu je vyhodnocení. Je popisováno jako organizovaná činnost, při které je zjišťováno, zda a v jakém rozsahu bylo dosaženo

stanovených cílů. Popisují se závěry o daném problému a zdůvodní se nesplněné cíle. Vyhodnocení je děleno na tři druhy- termínované, které je prováděno v určitém termínu uvedeném v cíli, průběžné vyhodnocení a závěrečné hodnocení při ukončování ošetrovatelské péče. Uskutečnění všech fází ošetrovatelského procesu je nutno zapsat v chronologické posloupnosti do ošetrovatelské dokumentace. (17, s. 126-128)

2.1.1 Model Marjory Gordon: Model fungujícího zdraví

Model Marjory Gordon je popisován s ohledem na holistickou filozofii jako nejkompexnější pojetí jedince v ošetrovatelství. Z tohoto důvodu jsem jej vybrala pro své klienty. Gordon se ve svém ošetrovatelském modelu zabývá funkčními typy zdraví jedince. Tyto typy jsou vyvozeny ze vzájemného působení člověka a prostředí. Zdraví člověka je dle Gordon vyjádřením bio – psycho – sociální integrace. Při kontaktu s klientem zdravotní sestra pomocí adekvátní úrovně znalostí označí funkční či dysfunkční vzorec zdraví. Funkční vzorec je ovlivněn biologickými, kulturními, sociálními a spirituálními faktory. U disfunkčního vzorce zdraví sestra určí ošetrovatelské diagnózy a zhotoví ošetrovatelský plán. (18, s. 167) Důsledkem intervence by mělo být navrácení k funkčnímu vzorci zdraví. Základem modelu je 12 oblastí, přičemž každá představuje funkční či dysfunkční část zdraví (19, s. 100):

1. Vnímání zdraví, udržování zdraví

V této oblasti je zájmem sestry pacientovo vnímání zdravotního stavu, jak o své zdraví pečuje a v jaké je pohodě. Obsahuje poznatky, jak pacient přijímá a zvládá rizika plynoucí z jeho zdravotního stavu a životního stylu. Zjišťujeme, zda pacient dodržuje doporučení ošetrovatelského týmu a lékařů. Je zde dbáno na osobní přání pacienta pro postup při terapii onemocnění. (18, s. 167-169)

2. Výživa a metabolismus

Tato oblast zahrnuje způsob přijímání stravy a tekutin v souvislosti s metabolickou potřebou organismu. (19, s. 101) Zjišťujeme individuální způsob stravování, kvalitu potravy, množství zkonsumované potravy a tekutin, preference pacienta, užívání potravinových doplňků. Dotazujeme se na změny hmotnosti, výrazné váhové výkyvy a ověřujeme pochopení dietních opatření. V tomto funkčním vzorci se dále zabýváme stavem kůže, defekty a poraněními na kůži, stavem nehtů, vlasů sliznic, chrupem, teplotou

těla, výškou a hmotností. Používáme zde měření pomocí BMI. Subklinické poruchy jsou posuzovány dle biochemických údajů. (18, s. 168)

3. Vylučování

V části zabývající se vylučováním se zabýváme exkrecí střev, močového měchýře a kůže. (19, s. 101) Dotazujeme se na pravidelnost ve vylučování, používání laxativ, potíže, kvalitu a kvantitu exkretů. Při posuzování vylučování je nutno k pacientovi přistupovat s maximální diskrétností a citlivostí, neboť při nevhodně zvolených otázkách či vedení rozhovoru si nezíská sestra pacientovu důvěru. (18, s. 168)

4. Aktivita a cvičení

Tato oblast popisuje způsoby udržování kondice a způsoby relaxace. Je nutno uvést případné faktory, které pacientovi v aktivitě zabraňují. Je pozorována chůze a pohybová koordinace pacienta, neboť schopnost pohybovat se a být aktivní je základním kamenem pro posouzení soběstačnosti a sebepečce. Jako odpověď na imobilitu je zde možný výskyt imobilního syndromu. (18, s. 168)

5. Spánek a odpočinek

V tomto vzorci je popisován způsob spánku a odpočinku, jež jsou základními předpoklady zdraví. Posuzují se způsoby relaxace. Při zkoumání spánku se soustředíme na délku spánku a bdění, kvalitu spánku, užívání medikamentů a spánkovou hygienu. (20, s. 165)

6. Vnímání a poznávání

V této oblasti je zjišťována schopnost smyslové percepce, poznávání a kognitivní funkce pacienta- orientace, paměť, řeč, schopnost rozhodovat, aj. Pomocí škál je vyhodnocována a zaznamenávána bolest a následně způsob jejího tlumení. (19, s. 101)

7. Sebekoncepce a sebeúcta

Popisuje vnímání sebe sama pacientem a jeho emocionální stav. Obsahuje individuální názor na sebe a své činy, schopnosti a záliby. Pozorujeme nonverbální projevy- držení těla, oční kontakt, způsob mluvy, aj. (18, s. 168)

8. Plnění rolí a mezilidské vztahy

Oblast zahrnující plnění a přijetí životních rolí s úrovní sociálních vztahů. Zkoumáme začlenění klienta do společnosti, pátráme, zda se necítí být izolován. Dotazujeme se na vztahy v rodině a způsoby zvládání souvisejících problémů. (18, s. 168)

9. Reprodukce a sexualita

Oblast soustředící se na problematiku sexuality a sexuálních vztahů, onemocnění pohlavních orgánů a jiné potíže. U žen je kladen důraz na začátek a konec menstruace, počet těhotenství, porodů a potratů. Při dotazování je nutné zvolit vhodně položené otázky, neboť se jedná o velmi citlivé téma. (18, s. 168)

10. Stres a zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Vzorec zahrnující celkový způsob snášenlivosti a zvládání stresových a zátěžových situací. (19, s. 101) Jak pacient reaguje na zvýšené napětí, jaké používá strategie pro jejich zvládání a jaké stresující životní situace zažívají. (18, s. 169)

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Zde je popisováno pacientovo osobní vnímání životních hodnot, včetně náboženského přesvědčení. Důležitou částí zkoumání je fakt, jak tyto skutečnosti pacienta ovlivňují. (19, s. 101)

12. Jiné

Do této oblasti jsou zařazovány informace, které nebylo možné zaznamenat k předchozím bodům. (18, s. 169)

2.2 Edukace diabetika

„Edukaci diabetika (případně jeho rodinných příslušníků) definujeme jako výchovu k samostatnému zvládání diabetu a k lepší spolupráci se zdravotníky.“ (11, s. 108)

Vzdělávání pacientů patří k důležitým součástem léčebné a ošetrovatelské péče. V současné době si již většina odborníků uvědomuje nutnost edukace jako základního kamene léčby diabetu. Na edukaci pacienta se podílí celý zdravotnický tým, tj. zdravotní sestra, lékař, dietní sestra, psycholog atd. Program pro edukaci nemocných s diabetem je podrobně vypracován lékaři České diabetologické komory. Je zde popsán komplexní

přístup k pacientovi zahrnující nejen nutnost získání informací o onemocnění a zručnosti při ošetřování, ale i pochopení a akceptaci nemocného a nezbytnost přizpůsobení se jeho životním podmínkám. Výběr formy výuky je individuálně přizpůsoben nemocnému a stanovený plán je nazýván edukační program. (5, s. 18-19)

2.2.1 Role sestry v edukaci

Diabetes mellitus patří k onemocněním, které je možné úspěšně léčit pouze za podmínek, kdy pacient aktivně a účinně spolupracuje. Proto je nutné předat nemocnému správné informace a naučit ho dovednostem nutným k dodržování léčebného režimu. Je proto nezbytné, aby sestra měla vysokou úroveň potřebných znalostí, dostatek trpělivosti, empatie a didaktické dovednosti. Hlavní informaci o onemocnění předává pacientovi lékař, sestra je zmocněna podávat poučení v rámci svých odborných profesních činností a kompetencí. Zdravotní sestra diagnostikuje problém pacienta, který se poté snaží edukací uvést do pořádku. Při tomto procesu hodnotí jeho schopnosti, snaží se mu poskytnout přiměřené informace a zaznamenává pokroky. Pro efektivnost celého programu vyžaduje od pacienta zpětnou vazbu. Dále se sestra snaží zavčas předvídat bariéry v edukaci a snažit se je odstranit. Může se jednat jak o překážky ze strany zdravotnického systému, jako je například nevhodná komunikace s pacientem či špatná týmová spolupráce, tak o překážky ze strany rodiny, mezi které patří například stres pacienta, jeho osobnostní rysy, kulturní bariéry či nízká motivace. (21, s. 36-50)

2.2.2 Edukační proces

Klíčová je zde pečlivá příprava. Usnadní práci sestře a motivuje pacienta. Edukační proces dělíme na tři fáze. Po prvozáchytu nastává počáteční fáze, kdy probíhá základní edukace. Měla by být zaměřena na nejdůležitější informace a dovednosti, což pro diabetika znamená znalost léčby diabetu, nutnost selfmonitoringu a kontroly hyperglykémie či hypoglykémie a základních režimových opatření.

Komplexní edukace nastává ve druhé fázi, kdy se rozšiřují témata z počáteční fáze, informace o prevenci komplikací a možnostech ve zvláštních životních situacích. Zahrnuty bývají i některé ošetřovatelské výkony.

V rozvíjející třetí fázi nastává reedukace, kdy se aktualizují již podané informace, a zaměřuje se na specifické problémy konkrétního pacienta. Diabetiky je potřeba edukovat nejen po zjištění onemocnění, ale i kdykoliv poté. (21, s. 34-49), (22, s. 2)

2.2.3 Formy a metody edukace

V začátcích edukačního procesu se koná posuzování pacienta. Sestra tuto činnost provádí při prostudování dokumentace a po rozhovoru s pacientem. Dle zjištěných informací si vytvoří edukační plán s edukačními diagnózami, cíli a obsahem edukace. Dále si zvolí metody edukace, například rozhovor, praktický nácvik či modelová situace.

Forma edukace je zvolena dle stavu pacienta a možnostmi personálu. Je možno působit na pacienta individuálně rozhovorem, výkladem nebo konzultací. Skupinová forma edukace probíhá za pomoci besed a kurzů. V této době je možné i distanční učení s použitím e-learningu. (21, s. 38-42)

2.2.4 Edukační témata pro diabetika

Obsahem edukace pro diabetiky by měly být tyto informace, uzpůsobené individuálně pacientovi s přihlédnutím na způsob jeho léčby (inzulinoterapie, PAD...) a jeho stav:

1. Mechanismus efektu inzulínu, podstata a způsoby jeho užívání,
2. Praktické nacvičování aplikace inzulínu s poučením o možnostech jeho podávání,
3. Léčba diabetu dietou
4. Léčba perorálními antidiabetiky
5. Self-monitoring glykémie, glykosurie a krevního tlaku s praktickým nácvikem,
6. Úprava režimu dle glykémie- modelové situace,
7. Poučení o akutních a chronických komplikacích diabetu,
8. Režimová opatření- tj. dietní režim, fyzická aktivita, zdravý životní styl,
9. Diabetická noha,
10. Zásady péče o nohy,
11. Gravidita diabetiček,
12. Sociální problémy
13. Psychologické problémy u diabetiků
14. Novinky v léčbě. (11, s. 112-114)

3 DOMÁCÍ PÉČE

3.1 Historický přehled

První záznamy o domácí péči pochází z 12. století, kdy službu tohoto charakteru poskytovaly řády řeholnic. K masivnímu rozvoji ošetřovatelské péče došlo ve 13. století. V 15. století poskytovaly řády diakonek tzv. návštěvní opatrovnictví, při kterém ošetřovaly nemocné a praly jejich prádlo. Po zákazu této činnosti církví se ošetřovatelská činnost přesunula do lazaretů. Až Československý Červený kříž začal znovuobnovovat domácí péči zaměřenou na starší a chudé nemocné. Při prudkém rozvoji ošetřovatelství po 2. světové válce dochází i k vývoji úseku ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách. 19. 8. 1952 změnou legislativy přijímá odpovědnost za ošetřovatelství v domácí péči stát. Po revoluci v roce 1989 začíná v České republice období změn ve zdravotnictví. Roku 1991 je domácí péče právně legalizovaná Ministerstvem zdravotnictví. Téhož roku je založena v Pardubicích první agentura domácí péče. Po výrazním nárůstu agentur dochází v roce 1993 k založení Asociace domácí péče České republiky. (23, s. 59-63) Dle sekce domácí péče České asociace sester je v roce 2014 registrováno 390 agentur domácí péče. (24)

3.2 Charakteristika domácí péče

„Domácí péče je definována Světovou zdravotnickou organizací (WHO, 1993) jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech“ (23, s. 60)

Tato péče je poskytována na podkladě návrhu praktického lékaře či hospitalizujícího lékaře. Zaměřuje se na posílení a udržení zdraví, jeho navrácení a pomoci v oblasti soběstačnosti. Snaží se tlumit utrpení nevyléčitelně nemocného a zajišťovat klidné umírání. Cílem domácí péče je zajištění kvalitní a efektivní ošetřovatelské péče v sociálním prostředí klienta v maximálním možném rozsahu a dostupnosti 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. (24) Ošetřovatelská péče je poskytována multidisciplinárním týmem. Podstatou domácí péče je princip subsidiarity, kdy je aktivní péčí a podporou dopomáháno klientovi k rozvoji všech jeho zbytkových potenciálů. Mezi výhody domácí péče je řazena její ekonomičnost, víceoborovost, komplexnost a možnost dlouhodobé péče, jež je vystavěna přímo pro individuální potřeby klienta. Domácí péče je hrazena zdravotní pojišťovnou klienta, pouze nadstandardní péči hradí sám. (23, s. 60-61)

3.3 Formy domácí péče

V České republice je domácí péče rozdělena do pěti forem:

1. Domácí hospitalizace- akutní domácí péče

Tato podoba domácí péče je určena pro klienty s akutním krátkodobým onemocněním nevyžadujícím hospitalizaci. Nejčastěji je využívána klienty s kardiovaskulárními chorobami, akutní exacerbací, neurologickými potížemi, gastrointestinálními a urologickými onemocněními. Bývá poskytována po dobu dní až týdnů.

2. Dlouhodobá domácí péče

Dlouhodobá forma domácí péče je v České republice tou nejrozšířenější. Je indikována pro klienty chronicky nemocné, jež se neobejdou bez pravidelného ošetření zdravotníkem. Mezi nejčastější diagnózy těchto klientů patří cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza, diabetes mellitus a ochrnutí. Péče je poskytována až několika let.

3. Preventivní domácí péče

Tuto péči indikuje ošetřující lékař pro klienty s potřebou pravidelné monitorace fyziologických funkcí a celkového stavu. Frekvence návštěv určí lékař na podkladu potřeb klienta.

4. Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče je určena pro klienty v preterminálním či terminálním stadiu života. U takového klienta je nutné zajištění emocionální podpory a zmírnění utrpení a bolesti, jak pro něho, tak pro jeho rodinu.

5. Jednorázová domácí péče

Tato alternativní forma obsahuje provedení jednorázových úkonů zdravotní sestrou z ordinace praktického lékaře. Mezi takovéto výkony patří ve většině případů aplikace léku injekcí či oděr biologického materiálu. (23, s. 65-67)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

V současné době se setkáváme s pandemií diabetu, jež se stala závažným problémem vyspělé lidské společnosti. Počet diabetiků neustále stoupá. Jakožto jedna z nejzávažnějších nemocí zasahuje téměř do všech oborů medicíny. (11, s. 13) Tyto změny zdravotního stavu zasahují do oblasti biologické, psychické i sociální. V empirické části této práce se zaměřuji na ošetrovatelské problémy a diagnózy spojené s diabetem mellitem a následnou péčí v domácím prostředí. Ošetrovatelská péče o tyto klienty je velmi individuální, neboť komplikace onemocnění jsou velmi rozmanité. Výhodou mnou sledovaných pacientů je možnost využít pomoci agentury domácí péče GARC Kladno s.r.o., jež přispívá k větší psychické a sociální pohodě, neboť nedochází k hospitalizaci pacientů a zároveň je zajištěna kvalita a standardy ošetrovatelské péče na odpovídající úrovni.

5 CÍL PRÁCE

Cílem empirické části bakalářské práce na téma Ošetrovatelský proces u pacienta s diabetes mellitus v domácí péči je zmapování problematiky ošetrovatelské péče o vybraného pacienta, zjištění informací o jeho biologických, psychologických a sociálních potřebách a míře jejich uspokojení. Účelem zkoumání je následná identifikace a popis ošetrovatelských problémů, zpracování ošetrovatelského plánu dle vybraného ošetrovatelského modelu a porovnání případů vybraných pacientů.

5.1 Dílčí cíle

- 1) Zjištění ošetrovatelských diagnóz u vybraných klientek s diabetem mellitem využívajících pomoc agentury domácí péče.
- 2) Zmapování a porovnání biologicko-psychicko-sociálních potřeb a jejich uspokojování u vybraných klientek.
- 3) Zmapování a porovnání rozsahu péče u jednotlivých případů.

5.2 Operacionalizace pojmů

Diabetes mellitus = porucha vylučování nebo účinku inzulínu, který snižuje hladinu glukózy v krvi. Při jeho nedostatku dochází k hyperglykémii. (4, s. 11)

Domácí péče = libovolná podoba péče poskytovaná jedincům v jejich domovech. (23, s. 59)

5.3 Výzkumné otázky

- 1) Jak vybrané klientky prožívají svá onemocnění?
- 2) Jaké ošetrovatelské diagnózy patří k nejfrekventovanějším u diagnózy diabetes mellitus?
- 3) Jak vnímají klientky možnost využití služby agentury domácí péče?

6 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro získávání informací do empirické části mé bakalářské práce jsem si vybrala metodu kvalitativního výzkumu. Tento druh zkoumání umožňuje detailní studium mnou vybraných případů, proto považuji kvalitativní výzkum za vhodný vzhledem k tématu bakalářské práce, jež vyžaduje hloubkový průnik do dané problematiky. Zajímám se o biologické, psychologické a sociální potřeby pacientů a jejich sociální problémy.

6.1 Metoda sběru dat

V empirické části práce charakterizují stav vybraných klientek za pomoci anamnézy a zpracování informací do přehledné a ucelené kazuistiky. Kazuistikou se rozumí kompaktní studie jedné osoby. (25, s. 78) Pro tvorbu kompletní kazuistiky jsem zvolila ošetrovatelský model Marjory Gordon. Kladla jsem důraz na utříděný celkový pohled na klientky a soustředila se na popis daných případů, údaje o počátku a vývoji onemocnění a okolních situacích ovlivňujících stav případu. Informace jsem získávala přímo od pacientů pomocí rozhovoru, ze zdravotnické dokumentace, od zdravotnického personálu a vlastním pozorováním. K výzkumu jsem získala informovaný souhlas od obou vybraných klientek.

6.2 Výběr případu

Výběr případu byl záměrný, neboť pro problematiku, o kterou se zajímám, bylo nejvhodnější, abych vybrala klienty, kteří jsou postiženi diabetem mellitem a využívají

službu domácí péče. Dalším kritériem bylo onemocnění stejným druhem diabetu, v tomto případě diabetu mellitu druhého typu. Toto kritérium bylo nezbytné pro závěrečné porovnání obou případů. Obě dvě vybrané klientky kritéria splňovaly a souhlasily s mým výzkumem jejich případů.

6.3 Způsob získávání informací

Informace do odborné práce jsem získávala polostrukturovaným rozhovorem. Dotazovala jsem se dvou klientek a o ně pečujících všeobecných zdravotních sester z GARC Kladno s.r.o.. Obě dotazované klientky podepsaly informovaný souhlas s výzkumem, ve kterém se mimo jiné zmiňuji i o absolutní anonymitě. Vzor informovaného souhlasu je možno nalézt v příloze této bakalářské práce. Rozhovory jsem prováděla po dobu tří týdnů v domácím prostředí klientů. Před zahájením každého rozhovoru jsem klientky upozorňovala, že pokud jim bude některá z otázek nepříjemná, nemusí na ni nutně odpovídat. Rozhovor jsem se svolením zkoumaných osob nahrávala na diktafon. Zaznamenávala jsem i své objektivní poznatky. Jednotlivá setkání u klientů trvala přibližně 15 minut každý všední den.

6.4 Organizace výzkumu

Na začátku výzkumu jsem vytvořila anamnézu klientů. V této části jsem využila metodu rozhovoru s klientkami a nahlížena jsem do jejich zdravotnické dokumentace. Bylo mi také umožněno fyzikální vyšetření klientek. Ve své práci uvádím pouze relevantní údaje. Dále jsem pokračovala tvorbou katamnézy, kdy jsem se zaměřovala na konkrétní průběh celého onemocnění od prvozáhytu. Dbala jsem na časovou a logickou posloupnost obou případů. Popis je průběžně doplňován citacemi zkoumaných osob. Dále jsem analyzovala konkrétní případy a snažila se zdůvodnit jednotlivé skutečnosti. V části interpretace kazuistiky jsem aplikovala teoretické vědomosti na jednotlivé případy a využila ošetřovatelských diagnóz. V závěru jsem navrhla řešení zjištěných problémů.

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES- KAZUISTIKA I

7.1 Katamnéza

Klientce byl diagnostikován diabetes mellitus 2. typu v roce 1992. Zprvu léčena perorálními antidiabetiky, od roku 2000 závislá na inzulinoterapii. Tuto skutečnost dle svých slov přijala klientka klidně, neboť dle jejích slov „Nemoci patří k životu...“. Zprvu zvládala aplikaci inzulínu sama, později začala zapomínat na nutnost aplikace a po domluvě rodiny byla v roce 2011 s praktickým lékařem domluvena pomoc agentury domácí péče. K návštěvám všeobecných sester dochází třikrát denně, kdy aplikují inzulín a dohlédnou na konzumaci připraveného jídla. U pacientky je prováděno vyšetření glykemického profilu 1x za 14 dní. Toto vyšetření je spojeno s monitorací krevního tlaku. Glykémii před aplikováním inzulínu ve 22 hodin měří pravidelně rodina sama. Naměřená glykémie velmi kolísá, pravděpodobně z důvodu nedodržování dietního režimu klientkou.

7.2 Lékařské diagnózy

E 109 Diabetes mellitus 2. typu na inzulinoterapii a PAD

E780 Kombinovaná hyperlipidémie na terapii

G629 Těžká polyneuropatie DK jako komplikace DM

I10 Esenciální hypertenze na terapii

I509 Chronické srdeční selhání v terénu chlopenních vad

I059 Středně významná mitrální regurgitace

J448 Těžká restrikční ventilační porucha, bez obstrukce

K297 Chronická oesophagitis

K389 St. p. APPE (1959), st. p. HYE pro myomy (1983)

7.3 Anamnéza

Pohlaví: žena

Datum narození: 6. 4. 1940

Národnost: česká

Bydliště: Vinařice

Osobní anamnéza

Klientka prodělala běžná dětská onemocnění. V roce 1959 appendektomie, roku 1983 z důvodu výskytu děložních myomů absolvovala hysterektomii. Dlouhodobě léčena pro hypertenzi a hyperlipidémii. Diabetes mellitus 2. typu byl diagnostikován roku 1992. Chronická oesophagitis diagnostikována roku 1999, nyní se onemocnění závažněji neprojevuje. Jakožto komplikace onemocnění diabetes mellitus zjištěna neuropatie DK. V souvislosti s kardiologickým onemocněním a restričním onemocněním se u klientky objevuje dušnost.

Rodinná anamnéza

Matka zemřela v 60 letech pro karcinom plic. Trpěla také arteriální hypertenzí. Otec zemřel v 73 letech na plicní embolii. Dcera léčena pro hyperlipidémii, syn je zdravý.

Sociální anamnéza

Klientka ovdověla před 17 lety. Celý život žila na vesnici, avšak po projevu prvních potíží s dekompenzací diabetu po domluvě přestěhována do domu dcery, kde žije s její rodinou. Abúzus: Příjem alkoholu neguje, do roku 1995 kouřila 30 let asi 10 cigaret denně.

Farmakologická anamnéza

Godasal 100mg tbl 0-1-0

Digoxin 0,125mg tbl 1-0-0

Atram 6,25mg tbl 1-0-1/2

Tritace 2,5mg tbl 1-0-0

Furon 40mg tbl 2-0-0

Verospiron 25mg tbl 0-1-0

Atorvastatin 20mg tbl 0-1-1

Euphyllin 200mg tbl 1-0-1

Milurit 100mg tbl 0-1-0

Omeprazol 20mg tbl 1-0-0

Glucophage 500mg tbl 1-0-1

Inzulín: Actrapid s.c. 32-29-29 j.+ Lantus 0-0-0-25 j.

Alergická anamnéza

Alergie klientka neudává.

Gynekologická anamnéza

Klientka menstruovala pravidelně od 14 let, menopauza nastala po hysterektomii (1983). Byla dvakrát gravidní, porodila dvě zdravé děti. Na preventivní gynekologické prohlídky nechodí, poslední návštěva gynekologa proběhla přibližně před deseti lety.

Pracovní anamnéza

Klientka pracovala jako účetní v jednotném zemědělském družstvu, nyní je starobní důchodkyně.

7.4 Fyzikální vyšetření sestrou

Hmotnost: 72 kg

Výška: 163 cm

BMI: 27,1 (nadváha)

TK: 130/75

P: 76°

TT: 36,2 °C

Df: 24°

Celkový vzhled: Klientka vypadá čistě a upraveně.

Dutina ústní a nos: Bez patologických změn.

Zuby: Částečná horní snímatelná zubní náhrada.

Sluch: Klientka slyší dobře.

Zrak: Klientka používá brýle na blízko.

Kůže: Bez hematomů či defektů, přetrvávající otoky dolních končetin.

Mobilita: Klientka je mobilní, pohybuje se s pomocí chodítka.

Orientace: Klientka je orientována časem, místem i prostorem.

Porozumění: Klientka rozumí psanému i mluvenému slovu.

Oční kontakt: Klientka udržuje oční kontakt.

Stolice: Klientka má dle svého tvrzení pravidelnou formovanou stolicí bez příměsí.

Močení: Klientka trpí močovou inkontinencí, zvládá pomocí inkontinenčních pomůcek.

Zvracení: Klientka neudává.

Bolest: Klientka udává bolest dolních končetin v klidu i při pohybu.

Glykemický profil:

4. 11. 2014: ráno 10,4 mmol/l; odpoledne 8,1 mmol/l; večer 19,7 mmol/l; 22 hodin 18,4 mmol/l

18. 11. 2014: ráno 8,8 mmol/l; odpoledne 7,2 mmol/l; večer 9,6 mmol/l; 22 hodin 6,1 mmol/l

7.5 Kompenzační pomůcky

Klientka ke svému pohybu po domě používá chodítka, bez kterého se cítí velmi nejistě a hrozí riziko jejího pádu. Vlastní brýle na čtení, ale vzhledem k horšení jejího zraku nejsou dostatečně silné. Návštěvu očního lékaře prý rodina plánuje. Klientka dále užívá zubní náhradu.

7.6 Použité hodnotící škály

Barthelův test základních všedních činností (viz příloha G)- 75 bodů- lehká závislost

Hodnocení rizika pádu (viz příloha I) - 6 bodů- klientka je ohrožena rizikem pádu

Wagnerova klasifikace diabetické nohy (viz příloha B)- 0

Beinstein škála hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání (viz příloha H) 10 bodů- klientka je ohrožena rizikem v oblasti dýchání

Vizuální analogová škála bolesti (viz příloha CH) - Klientka udává silnou bolest.

7.7 Ošetřovatelský model Marjory Gordon

1. Vnímání zdraví, udržování zdraví

- Subjektivně: Klientka svůj zdravotní stav vnímá jako přiměřený věku. Způsob života hodnotí jako nepřiliš zdravý. Doporučení lékaře dle svých slov dodržuje, po otázce na dietetický režim uznává vědomé dietní chyby. Udává, že rizika nedodržování doporučení lékaře zná. Za vznik onemocnění diabetes mellitus viní ve svém případě hektický způsob života a nesprávné stravování. Tuto diagnózu přijímá jako součást života. Samotný diabetes mellitus ji v běžném životě neobtěžuje, vnímá však negativně jeho komplikace, v tomto případě otok a bolesti dolních končetin.
- Objektivně: Pokyny lékařů klientka zná, avšak nedodržuje dietetický režim. Verbalizuje znalost nutnosti dodržování ordinace lékaře. O inzulinoterapii byla proškolená, avšak nyní inzulin aplikují všeobecné sestry a rodina.

2. Výživa a metabolismus

- Subjektivně: Klientka udává, že v jídlu není vybíravá a sní vše, co jí rodina připraví. Obvykle má studenou snídani a oběd, večeři připravuje klientčina dcera teplou. Klientka přiznává, že v průběhu dne konzumuje

sladkosti a jiné potraviny, které najde v kuchyni, a nejsou určeny pro ni. Toto chování klientka komentuje slovy „*Nebudu se na stará kolena omezovat...*“. Má málokdy pocit žízně, k pití ji nutí dcera a upozorňují na něj všeobecné sestry. Jaké množství tekutin denně vypije, nedovede klientka určit.

- **Objektivně:** Klientka má lékařem určenou dietu číslo 9 (diabetická dieta). Tato dieta není příliš důsledně dodržována. BMI klientky 27,1 se pohybuje v rozmezí nadváhy. Kůže, vlasy i nehty jsou na pohled v pořádku. Je patrný otok dolních končetin.

3. Vylučování

- **Subjektivně:** Klientka udává pravidelnou stolici bez příměsí. Projímadla neužívá. Udává občasný únik moči. Problémy s pocením neguje.
- **Objektivně:** Klientka trpí inkontinencí moči, používá inkontinenční pomůcky.

4. Aktivita a cvičení

- **Subjektivně:** Klientka nepocítuje dostatek životní síly a energie, tento stav však přikládá vyššímu věku. Necvičí, občas se projde s chodítkem před dům na lavičku. Dříve luštila křížovky, dnes jako svůj koníček udává sledování seriálů v televizi v obývacím pokoji, kde tráví většinu dne na pohovce, na které v noci spí.
- **Objektivně:** Pacientka ochotně spolupracuje při ošetřovatelských výkonech. Dle Barthelova testu základních všedních činností klientka dosahuje 75 bodů, což značí lehkou závislost.

5. Spánek a odpočinek

- **Subjektivně:** Klientka udává časté noční buzení, po kterém má potíže s usínáním. Toto buzení zapříčiňuje bolest či pocit píchání v dolních končetinách. Spí přibližně 5 hodin. Usíná v půl desáté večer, dcera jí budí v půl šesté ráno. Po ranním vstávání se necítí odpočatě a přes den pospává na pohovce.

- Objektivně: Medikaci na spaní klientka neužívá. Polyneuropatie DK způsobuje časté noční buzení.

6. Vnímání a poznávání

- Subjektivně: Klientka neudává potíže se sluchem. Špatně vidí na blízkou vzdálenost. Poslední návštěvu očního lékaře si nepamatuje. Občas zapomíná nedávné události, staré vzpomínky si však pamatuje. S podáváním informací o vlastním zdravotním stavu je spokojená.
- Objektivně: Klientka nosí brýle na blízko.

7. Sebekoncepce a sebeúcta

- Subjektivně: Klientka se cítí nesamostatně z důvodu závislosti na okolí. Cíle do budoucna si nedává. Sama se sebou je nespokojená, jak se vzhledem, tak s kvalitou vlastního života. Sama sebe popsala jako starou ženu, kterou již nic nečeká. Diagnóza diabetu na pohledu na sebe sama dle pacientky nic nemění. Zneklidňuje ji narůstající bolest dolních končetin.
- Objektivně: Klientka je přátelská. Při povídání o sobě samotné se tváří smutně a odevzdaně.

8. Plnění rolí a mezilidské vztahy

- Subjektivně: Vztahy v rodině popisuje jako normální. Cítí se být rodině na obtíž. S přáteli se nestýká. Cítí se být izolována od okolí.
- Objektivně: Klientka žije u dcery a její rodiny. Rodina spolupracuje s agenturou domácí péče.

9. Reprodukce a sexualita

- Subjektivně: O sexuálním životě klientka odmítla hovořit.
- Objektivně: Pravidelná menstruace od 14 let, menopauza po hysterektomii v roce 1983. Byla dvakrát gravidní, porodila dvě zdravé děti. Gynekologa navštívila naposledy přibližně před deseti lety.

10. Stres a zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

- Subjektivně: Klientka udává, že dříve pocítovala stres téměř denně kvůli životu s manželem a rodinné situaci. Nyní výraznější zátěžové situace neprožívá. Má starosti kvůli bolestem dolních končetin.
- Objektivně: Neužívá medikaci pro snížení napětí.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

- Subjektivně: Klientka není věřící. Plány do budoucna nemá.
- Objektivně: Klientka je spíše pesimistická.

12. Jiné- domácí péče

- Subjektivně: Klientka pozitivně přijímá možnost využití služeb agentury domácí péče, má pocit, že tím ulehčuje starosti rodině. S ošetrovatelským týmem je spokojena. Problémy s péčí neudává.
- Objektivně: Klientka služby agentury domácí péče využívá po dobu téměř 4 let. Domácnost navštěvují 3x denně všeobecné sestry, které aplikují inzulin a kontrolují klientčin stav. Rodina spolupracuje, avšak nemíní řešit problém týkající se dietetických chyb.

7.8 Ošetrovatelské diagnózy

Se zřetelem na zhodnocení klientčina stavu jsem stanovila aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy dle klasifikace publikace NANDA International Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012-2014 (26):

- Chronická bolest (00133)
- Nevyvážená výživa: více než je potřeba organismu (00001)
- Stresová inkontinence moči (00017)
- Porušený spánek (00095)
- Neefektivní vzorec dýchání (00032)
- Zhoršená chůze (00088)

- Riziko pádu (00155)
- Riziko osamělosti (00054)

7.9 Ošetřovatelský plán

Pro vypracování ošetřovatelského plánu jsem čerpala z knihy NANDA International Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012-2014 (26).

1. Chronická bolest (00133) související s polyneuropatií dolních končetin

Projevující se:

- Subjektivně- zaujetím bolestí, poruchou spánku
- Objektivně- VAS- silná bolest, výrazem bolesti ve tváři, způsobem chůze, hledáním úlevové polohy

Očekávaný výsledek:

- Klientka bude cítit zmírnění bolesti do 30 minut po podání analgetik.
- Bude zajištěna vhodná medikace pro zmírnění bolesti- spolupráce s rodinou.
- Klientka bude využívat způsoby pro zmírnění bolesti- úlevová poloha.

Ošetřovatelské intervence:

- Posouzení faktorů vyvolávajících bolest.
- Zhodnocení současného užívání medikace proti bolesti.
- Sledování klientčinych verbálních i neverbálních projevů bolesti.
- Snaha o spolupráci s rodinou v zájmu zajištění úpravy medikace.
- Doporučení úlevové polohy.

Hodnocení:

- Klientka přibližně třetím měsícem trpí bolestí v této intenzitě, předtím byla bolest slabší. Po třech týdnech mého výzkumu našla úlevovou

polohu v elevaci končetiny spojené s chlazením. Dle údajů rodiny je klientka objednána k lékaři.

2. Nevyvážená výživa: více než je potřeba organismu (00001) související s nedodržíváním dietetického režimu

Projevující se:

- Subjektivně: přejídáním se v průběhu dne, sedavým způsobem života
- Objektivně: BMI 27,1- nadváha, dysfunkční vzorec přijímání potravy, časté výkyvy naměřené glykémie

Očekávaný výsledek:

- Rodina bude spolupracovat v otázce zabezpečení dietetického režimu.
- Dosažení stabilních výsledků naměřené hladiny glykemie.
- Snaha klientky o redukci hmotnosti.

Ošetrovatelské intervence:

- Posouzení udávaného množství konzumované potravy.
- Opakovaná diskuze s klientkou o nutnosti dodržování dietetického režimu.
- Opakované kontaktování rodiny s edukací o důležitosti dietetického režimu.

Hodnocení:

- Klientka má již od počátku využívání služeb agentury domácí péče problém s dekompenzovaným diabetem 2. typu a výkyvy naměřené glykémie, způsobenými dietetickými chybami. Rodina se zpočátku snažila o přísné dodržování diety, nyní v průběhu mého výzkumu zaujímají pasivní přístup. Ani po intervencích není zajištěno zabránění přístupu klientky k nevhodným potravinám v průběhu dne. Přesto se klientka nyní snaží dojídat připravené jídlo, což dříve nedělala. Hmotnostní úbytek po třech týdnech od začátku výzkumu nenastal.

3. Stresová inkontinence moči (00017) související se stavem svalů pánevního dna

Projevující se:

- Subjektivně: častým pocitem nucení na močení
- Objektivně: Odkapávání moči při zvýšeném tlaku v nitrobřišní oblasti

Očekávaný výsledek:

- Klientka bude dostatečně poučena o použití inkontinenčních pomůcek
- Klientka bude poučena o jednodušších způsobech posilování svalů pánevního dna.
- Kůže bez defektů (opruzeniny, atd.)

Ošetrovatelské intervence:

- Rozhovor o vhodnosti a vyhovování nyní používaných inkontinenčních pomůcek.
- Upozornění na nutnost dodržování zvýšené hygieny.
- Konzultace o způsobech posilování svalů pánevního dna s ohledem na pohybové možnosti klientky.

Hodnocení:

- Klientka používá vhodné inkontinenční pomůcky a není nutná jejich změna. Snahu o posílení svalů pánevního dna odmítá vyvíjet.

4. Porušený spánek (00095) související s noční bolestí dolních končetin

Projevující se:

- Subjektivně: častým nočním buzením (přibližně 3x za noc), únavou, usínáním přes den
- Objektivně: kruhy pod očima, zívání, málomluvnost

Očekávaný výsledek:

- Stav spánku bude zlepšen díky zmírnění příčin buzení- bolesti dolních končetin.

Ošetřovatelské intervence:

- Snaha o zmírnění bolesti dolních končetin.
- Rozhovor o dalších způsobech zlepšování stavu spánku (teplá koupel, rituály před usínáním)

Hodnocení:

- Po dobu pozorování a provádění intervencí klientka neudává změnu kvality spánku. Čeká na intervenci lékaře v otázce mírnění bolesti dolních končetin.

5. Neefektivní vzorec dýchání (00032) související s diagnostikovanou ventilační poruchou

Projevující se:

- Subjektivně: verbalizuje nedostatek kyslíku, dušnosti
- Objektivně: zvýšenou frekvencí dýchání, špulením rtů při výdechu

Očekávaný výsledek:

- Dojde ke zlepšení ventilace.
- Klientka bude mít znalost o dechovém cvičení a zvládne ho provádět pro mírnění dušnosti.

Ošetřovatelské intervence:

- Posouzení klientčina dýchání.
- Pravidelná kontrola a hodnocení fyziologických funkcí.
- Poučení o dechovém cvičení a jeho nácvik.

- Doporučení respiračních pomůcek- konzultace s rodinou.

Hodnocení:

- Klientčino dýchání je stále na stejné úrovni. Dechové cvičení si nechala ukázat, ale sama praktikovat nebude.

6. Zhoršená chůze (00088) související s bolestivostí a otokem dolních končetin

Projevující se:

- Subjektivně: po delší vzdálenosti klientka cítí bolest
- Objektivně: pomalá chůze, použití chodítka, neschopnost vyjít schody

Očekávaný výsledek:

- Klientka se s chodítkem bude cítit jistě.
- Bude minimalizováno riziko pádu.

Ošetřovatelské intervence:

- Posouzení faktorů zhoršujících klientčinu chůzi.
- Poskytování klientce dostatek času k přemístování.
- Snaha o zajištění bezpečného prostředí- kontakt s rodinou.

Hodnocení:

- Klientka chodítka využívá již delší dobu, bez něj se bojí pohybovat po domě. S chodítkem se cítí bezpečně. Prostředí přízemí obývaného domu je přizpůsobeno klientčinu pohybovému omezení.

7. Riziko pádu (00155) související se zhoršenou chůzí a používáním chodítka

Očekávaný výsledek:

- Klientka bude znát bezpečnostní opatření pro minimalizaci rizika pádu.
- Klientka bude správným způsobem využívat chodítka a při jeho používání se bude cítit jistě.

- Bude zajištěno maximálně možné bezpečné prostředí pro pohyb klientky.
- Nedojde k pádu klientky.

Ošetřovatelské intervence:

- Posouzení rizikových faktorů.
- Zajištění upozornění rodiny na případné zjištění rizikového faktoru pro pád.
- Ujištění se o znalostech a schopnostech klientky pro správné používání chodítka.

Hodnocení:

- Klientka zná rizikové faktory pádu a snaží se být opatrná. Rodina již dříve zajistila bezpečné prostředí pro klientčin pohyb po domě.

8. Riziko osamělosti (00054) související s minimem sociálních interakcí v průběhu dne

Očekávaný výsledek:

- Klientka se bude snažit provozovat aktivity, které jí zbaví pocitů samoty a izolace.

Ošetřovatelské intervence:

- Rozhovor s klientkou o jejím vnímání situace.
- Navrhnout klientce, aby se zkusila zapojit do sociální interakce, kterou je reálně možné zprostředkovat pomocí rodiny- kontaktování starých přátel.

Hodnocení:

- Klientka je přes den nadále sama doma a s výjimkou návštěv všeobecných sester z agentury domácí péče a rodiny se nikým nestýká.

Jiné členy rodiny či přátele kontaktovat nechce, přestože by si dle svých slov s někým občas ráda popovídala.

7.10 Edukace klientky o diabetické dietě

Účel: Poskytnutí klientce dostatek informací o správném stravování při diagnóze diabetes mellitus a nutnosti dodržování pitného režimu.

Cíl: Klientka bude chápat nutnost bezpodmínečného dodržování diabetické diety.

Oblast kognitivní:

- Očekávaný výsledek: Klientka bude mít dostatek informací o diabetické dietě a bude se ji snažit dodržovat.
- Hlavní body plánu: Vysvětlím klientce, jaké potraviny jsou vhodné a nevhodné při diabetické dietě a podám informace s dietou související.
- Časová dotace: 10 minut
- Hodnocení: Klientka má dostatek informací o tématu diabetické diety. Dovede vyjmenovat vhodné potraviny.

Oblast afektivní:

- Očekávaný výsledek: Klientka bude chápat nutnost dodržování diabetické diety a bude pozitivně vnímat účel dietoterapie.
- Hlavní body plánu: Vysvětlím klientce význam diabetické diety a rizika vznikající jejím nedodržováním.
- Časová dotace: 10 minut.
- Hodnocení: Klientka nadále vnímá bezpodmínečné dodržování dietoterapie jako zbytečně omezující.

8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES- KAZUISTIKA II.

8.1 Katamnéza

Klientka trpí onemocněním diabetes mellitus již od roku 1984. Zpočátku byla léčena pouze perorálními antidiabetiky a dietetickým režimem, v roce 1995 ordinována inzulinoterapie. Onemocnění ji dle jejích slov neobtěžuje. Klientkou domácí péče je nově od října roku 2014, neboť žije sama a díky občasné projevující se zmatenosti si klientka zapomínala aplikovat inzulin, či si aplikovala vyšší dávku. Všeobecné sestry dochází klientce aplikovat inzulin 3x denně, inzulin ve 22 hodin aplikuje dcera klientky, která za ní večer dochází. U pacientky je prováděno vyšetření glykemického profilu 1x za měsíc.

8.2 Lékařské diagnózy

E109 DM na inzulinu dekompenzovaný

I10 Hypertenzní choroba na terapii

E031 Hypothyreóza nedostatečné kompenzace

N393 Stresová inkontinence moči

8.3 Anamnéza

Pohlaví: žena

Datum narození: 7. 9. 1937

Národnost: česká

Bydliště: Kladno

Osobní anamnéza

Klientka dle svých slov prodělala běžné dětské nemoci. Dlouhodobě léčena pro hypertenzi a hypothyreózu. U klientky se občas projevuje zmatené chování. Trpí stresovou inkontinencí.

Rodinná anamnéza

Matka zemřela ve 41 letech pro kolorektální karcinom. Otec zemřel při nehodě v zaměstnání v 54 letech. Dcera i vnučky jsou zdravé.

Sociální anamnéza

Klientka ovdověla před 9 lety. Život prožila v bytě v centru Kladna, kde žije sama i nadále. Dcera či vnučka navštěvují klientku každý večer. Abúzus: klientka neguje příjem alkoholu či cigaret.

Farmakologická anamnéza

Tezeo 40mg tbl 1-0-0

Kapidin 10mg tbl 0-0-1

Moxostad 0,3mg tbl 1-0-0

Euthyrox 100µg tbl 1-0-0

B-komplex forte tbl 1-0-1

Inzulin: Novorapid s.c. 16-9-6 j. + Levemir s.c. 0-0-0-16 j.

Alergická anamnéza

Klientka udává alergii na nikl.

Gynekologická anamnéza

Klientka menstruovala od 13 let. Menopauzu prodělala ve 46 letech. Byla 3x gravidní, porodila dvě zdravé děti, jedenkrát potratila v průběhu 5. měsíce těhotenství. Na preventivní gynekologické prohlídky nechodí, poslední návštěvu gynekologa si nepamatuje.

Pracovní anamnéza

Klientka se vyučila švadlenou, toto povolání vykonávala celý život, nyní je ve starobním důchodu.

8.4 Fyzikální vyšetření sestrou

Hmotnost: 70 kg

Výška: 160 cm

BMI: 27,37 (nadváha)

TK: 125/80

P: 82°

TT: 36,7 °C

Df: 21°

Celkový vzhled: Klientka je čistá, s neupravenými vlasy.

Dutina ústní a nos: Bez patologických změn.

Zuby: Horní a dolní zubní náhrada.

Sluch: Klientčin sluch je v normě.

Zrak: Klientka používá brýle na blízko.

Kůže: Bez hematomů či defektů, otoky kotníků obou dolních končetin, varixy dolních končetin.

Mobilita: Klientka je mobilní, pohybuje se s pomocí francouzské hole.

Orientace: Klientka je orientována časem, místem i prostorem.

Porozumění: Klientka rozumí psanému i mluvenému slovu.

Oční kontakt: Klientka udržuje oční kontakt.

Stolice: Klientka udává nepravidelnou formovanou stolici, často obstipace, bez příměsí.

Močení: Klientka trpí stresovou inkontinencí moče, zvládá pomocí inkontinenčních pomůcek.

Zvracení: Neudává.

Bolest: Neudává.

Glykemický profil:

6. 11. 2014: ráno 9,4 mmol/l; odpoledne 9,9 mmol/l; večer 11,6 mmol/l; 22 hodin 8,2 mmol/l

4. 12. 2014: ráno 9,2 mmol/l; odpoledne 10,3 mmol/l; večer 8,1 mmol/l; 22 hodin 8,6 mmol/l

8.5 Kompenzační pomůcky

Klientka je mobilní, pohybuje se s pomocí francouzské hole držené v levé ruce. Bez této kompenzační pomůcky se cítí velmi nejistá. Používá brýle na čtení. Další kompenzační pomůckou je zubní náhrada. Inkontinenci zvládá pomocí inkontinenčních pomůcek.

8.6 Použité hodnotící škály

- Barthellův test základních všedních činností (viz příloha G)- 95 bodů- lehká závislost
- Hodnocení rizika pádu (viz příloha I)- 5 bodů- klientka je ohrožena rizikem pádu
- Vizuální analogová škála bolesti (viz příloha CH)- Klientka necítí žádnou bolest
- Test kognitivních funkcí Mini Mental State Exam (viz příloha J)- 26 bodů- pásmo normy

8.7 Ošetřovatelský model Marjory Gordon

1. Vnímání zdraví, udržování zdraví

- Subjektivně: Klientka se cítí dobře. Občas chodí na malou vycházku před dům, když je hezké počasí. V zimě raději nevychází, má strach z pádu na kluzkém povrchu. Nekouří cigarety a nepije alkohol. Doporučení lékaře pro udržení stability zdravotního stavu se vždy snažila dodržovat. O rizicích nedodržování režimu byla poučena. Uznává, že výjimečně poruší dietu. Co mohlo v jejím případě zapříčinit vznik onemocnění diabetes mellitus, netuší. Jak přijala tuto diagnózu, si již nepamatuje. Život jí nyní onemocnění příliš nekomplikuje. O užívání inzulinu byla dle svých slov dostatečně proškolená.

- Objektivně: Klientka působí příjemně, je aktivní. Inzulin by si dovedla aplikovat sama, avšak často zapomíná a sama uznává tento důvod jako nutný pro aplikaci inzulínu od druhých osob.

2. Výživa a metabolismus

- Subjektivně: Snaží se jíst pravidelně, občas se zapomene naobědvat či přes den napít. Jídlo si někdy připravuje sama, někdy s dcerou, která za ní dochází každý večer. V poslední době se jí zvýšila hmotnost, ale řící přesný údaj nedovede.
- Objektivně: BMI 27,37- klientka má nadváhu. Pohledem nezjištěny patologické změny na vlasech či nehtech. Na lýtkách varixy. Kůži má klientka v pořádku. Zjištěny mírné otoky kotníků. Zubního lékaře klientka již delší dobu nenavštěvuje, zubní náhradu má horní i dolní.

3. Vylučování

- Subjektivně: Klientka má nepravidelnou stolici, bez příměsí. Často trpí obtipací. Projímadla však neužívá. Trpí stresovou inkontinencí moče.
- Objektivně: Klientka užívá pomůcky pro inkontinenci moče. Pocení v normě.

4. Aktivita a cvičení

- Subjektivně: Klientka pocítuje dostatek energie. Pohyb má nepravidelný, avšak je aktivní. Jako své koníčky udává sledování televizních pořadů a seriálů, občas i vaření. Volný čas tráví ve svém bytě či na lavičce před domem.
- Objektivně: Klientka má dle Barthelova testu běžných denních činností 95 bodů, což ji klasifikuje jako lehce závislou. Působí aktivně, občas zmateně. Při ošetrovatelských výkonech spolupracuje.

5. Spánek a odpočinek

- Subjektivně: Klientka má potíže s brzkým ranním probouzením. Budí se v půl čtvrté ráno a nemůže již usnout. Spát chodí pravidelně po deváté hodně večerní.
- Objektivně: Léky na spaní neužívá. Nevypadá unaveně.

6. Vnímání a poznávání

- Subjektivně: Klientka vidí špatně na blízkou vzdálenost, nosí proto brýle. U očního lékaře již dlouho nebyla. Potíže se sluchem nemá. Často zapomíná, nedovede si vybavit nedávné události. Obtížně si zapamatovává nové informace. O svém onemocnění má dle svého názoru dostatek informací. Žádné bolesti nepocítuje.
- Objektivně: Klientka trpí občasnou zmateností a zapomínáním. Přibližně 1x týdně si zabouchne dveře od bytu. Pro tento důvod má sousedka telefonní číslo na agenturu domácí péče i na dceru klientky. Časem i prostorem je však většinou orientována. Dle testu kognitivních funkcí je klientka v pásmu normy.

7. Sebekoncepce a sebeúcta

- Subjektivně: Momentálně se v rámci možností cítí samostatně, s výjimkou aplikací inzulínu. Životní cíle do budoucna nemá. Diagnóza diabetes mellitus její pohled na sebe sama nijak nemění. Zneklidňuje ji myšlenka, že by se o ni dcera z nějakého důvodu přestala starat.
- Objektivně: O vzhled se příliš nestará, oblečení jí pere dcera, po celý den je většinou neučesaná.

8. Plnění rolí a mezilidské vztahy

- Subjektivně: Vztahy v rodině klientka popisuje jako bezproblémové. Rodinné problémy nemají. Uznává závislost na dceři a všeobecných sestřích z agentury domácí péče. Zná se se sousedkami, ale nepřáteli se s nimi. Osaměle se cítí občas, když na ni dcera nemá mnoho času.
- Objektivně: Klientka bydlí sama ve svém bytě. Je komunikativní.

9. Reprodukce a sexualita

- Subjektivně: Potíže v této oblasti klientka nemá.
- Objektivně: Klientka menstruovala od 13 let, menopauzu měla ve 46 letech. Byla 3x gravidní, 2x porodila zdravé děti, 1x potratila. Gynekologa nenavštěvuje.

10. Stres a zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

- Subjektivně: Jako stresující momenty klientka popisuje situace, kdy zapomene něco důležitého a nemůže si vzpomenout, o co se jednalo. Jak řešit stres neví. Onemocnění diabetes mellitus jí stres nepřináší.
- Objektivně: Medikaci pro snížení napětí neužívá.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

- Subjektivně: Klientka je nevěřící. Plány do budoucna nemá.
- Objektivně: Klientka působí realisticky a vyrovnaně.

12. Jiné- domácí péče

- Subjektivně: Klientka je ráda, že může využívat služby agentury domácí péče. Sestry si rychle oblíbila a žádné problémy s péčí neudává.
- Objektivně: Klientka služby agentury domácí péče využívá od října 2014. Za krátkou dobu došlo ke stabilizaci, za což klientka i její dcera vyjádřily vděčnost. Dcera s agenturou spolupracuje, je pravidelně ve spojení s vedoucí sestrou.

8.8 Ošetřovatelské diagnózy

- Zácpa (00011)
- Stresová inkontinence moči (00017)
- Akutní zmatenost (00128)
- Zhoršená paměť (00131)

- Riziko pádu (00155)
- Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028)

8.9 Ošetřovatelský plán

Pro vypracování ošetřovatelského plánu jsem čerpala z publikace NANDA International Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012-2014 (26).

1. Zácpa (00011) související s návykem na nepravidelnou stolici

Projevující se:

- Subjektivně: zvýšeným tlakem v břiše, pocity plnosti
- Objektivně: málo častou stolicí

Očekávaný výsledek:

- Klientka bude znát vztah mezi dietou a vyprazdňováním.
- Klientka bude znát alternativní způsoby pro vyvolání stolice.
- Klientka bude mít pravidelnou stolici.
- Klientka bude nacvičovat defekační reflex.

Ošetřovatelské intervence:

- Zjištění a posouzení objektivních příčin zácpy, průběžný monitoring.
- Diskuze s klientkou o vztahu mezi dietou, dostatkem tekutin a vyprazdňováním.
- Vysvětlení alternativních způsobů vyvolávání stolice a edukace o defekačním reflexu.

Hodnocení:

- Klientka zná vztah mezi dietou a vylučováním. Snaží se alternativními způsoby vyvolávat stolici. Ke konci výzkumu udává zmírnění zácpy.

2. Stresová inkontinence moči (00017) související s degenerativními změnami svalstva pánevního dna

Projevující se:

- Subjektivně: pociťování úniku moči při zvýšeném tlaku v nitrobřišní dutině
- Objektivně: pozorovatelná inkontinence

Očekávaný výsledek:

- Odkapávání moči bude zmírněno pomocí posílení svalů pánevního dna.
- Klientka bude používat vyhovující inkontinenční pomůcky.

Ošetrovatelské intervence:

- Posouzení vhodnosti momentálně používaných inkontinenčních pomůcek.
- Poučení o jednodušších cvicích pro posílení pánevního dna a svalů podílejících se na močení.
- Zdůraznění nutnosti dodržovat hygienická opatření.

Hodnocení:

- Klientka se dle svého tvrzení pokouší přerušovat tlak během močení pro posílení svalstva. Po třech týdnech výzkumu nepozoruje změnu. Inkontinenční pomůcky, které klientka používá, jsou vhodné.

3. Akutní zmatenost (00128) související s vysokým věkem

Projevující se:

- Subjektivně: vypjatým emočním prožíváním situace
- Objektivně: opakovanými stavy chaotického jednání pacientky

Očekávaný výsledek:

- Klientčina úroveň orientace v času, prostoru a situaci bude udržována na přijatelné úrovni.

Ošetrovateľské intervence:

- Posouzení míry zmatenosti.
- Provedení testu kognitivních funkcí a jeho vyhodnocení.
- Rozmluva s dcerou kvůli zajištění vyšetření kognitivních funkcí klientky.

Hodnocení:

- Dle testu kognitivních funkcí dosahuje klientka 26 bodů, což značí pásmo normy. Klientčina dcera zajistí další vyšetření.

4. Zhoršená paměť (00131) související s vysokým věkem

Projevující se:

- Subjektivně: častým zapomínáním
- Objektivně: prokazatelnými důsledky zapomínání

Očekávaný výsledek:

- Klientka si bude uvědomovat problémy s pamětí.
- Klientka bude používat metody pro trénink paměti.
- Klientka nalezne způsob, jak si vzpomenout na základní věci.

Ošetrovateľské intervence:

- Posouzení stavu paměti klientky.
- Sledování chování klientky.
- Zajištění dostatečného odpočinku klientky.
- Poučení o možnostech tréninku paměti (mnemotechnické pomůcky, logické hry).

Hodnocení:

- Klientka byla poučena o způsobech tréninku paměti. Zatím však nemá zájem tyto metody využívat.

5. Riziko pádu (00155) v souvislosti s používáním francouzské hole

Očekávaný výsledek:

- Prostředí klientky bude zabezpečeno pro minimalizaci pádu.
- Klientka bude dodržovat opatrné chování při pohybu.

Ošetřovatelské intervence:

- Kontrola správného využívání francouzské hole.
- Kontrola a posouzení bezpečnosti klientčina prostředí. Průběžná kontrola.
- Poučení klientky o bezpečném pohybu v jejím prostředí.

Hodnocení:

- Klientka se s jistotou pohybuje pomocí francouzské hole. Byt je přiměřeně bezpečný.

6. Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028) související s nedodržováním pitného režimu

Očekávaný výsledek:

- Klientka si bude vědoma nutnosti dodržovat pitný režim a zlepší svůj příjem tekutin.

Ošetřovatelské intervence:

- Posouzení pitného režimu klientky.
- Poučení o důležitosti pitného režimu.
- Doporučení vedení si deníku příjmu tekutin.

Hodnocení:

- Klientka si je vědoma nutnosti dodržování pitného režimu. Za pomoci dcery si vede deník příjmu tekutin. Po třech týdnech sledování je její příjem tekutin v normě.

8.10 Edukační plán klientky o režimu při zácpě

Účel: Poskytnutí klientce dostatku informací o zácpě a možnostech jejího zmírnění.

Cíl: Klientka změní své návyky, jež podporují zácpu.

Oblast kognitivní

- Očekávaný výsledek: Klientka bude znát příčiny zácpy a možnosti, jak ji minimalizovat.
- Hlavní body plánu: Vysvětlení klientce vhodné složení potravy a pitného režimu. Vysvětlení pojmu defekační reflex.
- Časová dotace: 15 minut
- Hodnocení: Klientka dovede vyjmenovat příklady vhodných potravin a vhodné množství tekutin pro denní spotřebu. Chápe pojem defekační reflex.

Oblast psychomotorická

- Očekávaný výsledek: Klientka bude schopna samostatně nacvičovat defekační reflex.
- Hlavní body plánu: Popis a ukázka materiálů zobrazujících nácviku defekačního reflexu. Samotný nácvik defekačního reflexu.
- Časová dotace: 15 minut.
- Hodnocení: Klientka dovede samostatně každé ráno nacvičovat defekační reflex.

Oblast afektivní

- Očekávaný výsledek: Klientka bude pozitivně vnímat možnosti změny stavu vylučování stolice.
- Hlavní body plánu: Diskuze o pozitivním vlivu odstranění zácpy.

- Časová dotace: 5 minut
- Hodnocení: Klientka je ráda, že má možnosti k odstranění zácpy.

9 DISKUZE

Praktická část mé bakalářské práce je založena na kvalitativním výzkumu, jehož hodnocením bych se v tomto oddílu práce zabývala. Hlavním cílem práce bylo zmapování problematiky ošetrovatelské péče o vybrané klientky a zjištění informací o jejich biologicko- psychologicko- sociálních potřebách a míře jejich uspokojování. Na začátku zkoumání jsem si zvolila 3 dílčí cíle, jejichž výsledky bych nyní ráda analyzovala.

1. Dílčí cíl: Zjištění ošetrovatelských diagnóz u vybraných klientek s diabetes mellitus využívajících pomoc agentury domácí péče.

Oběma vybraným klientkám byla doporučena pomoc domácí péče z důvodu dekompenzace svého onemocnění. Nestálost a výkyvy hladiny glykémie byly v obou případech způsobeny především nevhodným režimem a dietetickými chybami. Po odebrání anamnézy a každodenních rozhovorech s klientkami jsem pomocí ošetrovatelského modelu Marjory Gordon stanovila ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II. U obou klientek jsem stanovila shodně diagnózy 00017 Stresová inkontinence moči a 00155 Riziko pádu. První zmiňovaná diagnóza souvisí s ochabnutím svalstva pánevního dna, které v některých případech přirozeně nastává v tomto věku. Obě klientky tento problém řeší samy pomocí inkontinenčních vložek. Tuto skutečnost nepovažují klientky za příliš obtěžující. Druhou shodnou diagnózou bylo u obou klientek shledáno riziko pádu. V případě první klientky tato skutečnost souvisí s polyneuropatií dolních končetin jakožto komplikací diabetu způsobující jejich bolestivost, dále je spojena s otoky dolních končetin a používáním chodítka. Rodina klientky se snažila uzpůsobit přízemí společně obývaného domu pro její bezpečný pohyb s chodítkem. Klientka však neustále pociťuje obavy a snaží se chodit maximálně opatrně. U druhé klientky je riziko pádu spojeno s používáním francouzské hole. Obavy z pádu však nepociťuje. Její byt nijak zvlášť zabezpečen nebyl.

Další diagnózy klientek již nejsou shodné, mají však spojitost s chybnými stravovacími návyky. Konkrétně je těmito diagnózami míněna u první klientky diagnóza 0001 Nevyvážená výživa: více než je potřeba organismu a u druhé klientky diagnózy 00011 Zácpa a 00028 Riziko sníženého objemu tekutin v organismu. První klientka, ač v době výzkumu spolupracovala s agenturou již třetím rokem, dietní chyby koriguje minimálně. Právě u problému nepřiměřenému stravování vůči diagnóze spatřuji nedostatek intervencí rodiny, které by zabránily klientce konzumovat nevhodné potraviny v době jejich nepřítomnosti. V oblasti výživy byla jedinou intervencí ze strany rodiny žádost o

dohled nad započítáním klientčiny konzumace jídla po aplikaci inzulínu. Rozdíl přístupu rodin jednotlivých klientek k dietoterapii a jejich režimu se dá považovat za velmi rozdílný. Vzhledem k zjištění výrazného problému souvisejícího se stravováním klientek jsem vytvořila pro rodiny pečující o rodinného příslušníka s onemocněním diabetes mellitus informační leták se zaměřením na dietoterapii člověka s tímto onemocněním.

Další diagnózou první klientky je 00133 Chronická bolest související s polyneuropatií dolních končetin, která se následně promítá i do dalších diagnóz- 00088 Zhoršená chuť a 0095 Porušený spánek. Tyto diagnózy se pomocí ošetrovatelských intervencí nedaří výrazněji zlepšit. Dále jsem zaznamenala diagnózu související s klientčinou dušností 00032 Neefektivní vzorec dýchání v souvislosti s těžkou ventilační restriční poruchou. Poslední mnou stanovenou diagnózou klientky je 00054 riziko osamělosti, neboť klientka je doma sama celý den a ani večer po příchodu rodiny domů nedochází k výraznějším sociálním interakcím.

Zbývající stanovené diagnózy u druhé klientky souvisí s jejími zhoršenými kognitivními funkcemi. Diagnózy jsem vyhodnotila jako 00128 Akutní zmatenost a 00131 Zhoršená paměť. Jako problematické spatřuji v této problematice samostatné bydlení klientky, která v případných atacích zmatenosti může způsobit případnou větší nehodu, než jsou současné drobné incidenty typu zabouchnutí dveří od bytu. Česká diabetologická společnost ve svých doporučených postupech léčby starších pacientů s onemocněním diabetes mellitus v České republice uvádí nutný pravidelný screening demence a úbytku kognitivních funkcí u diabetiků, vzhledem k neurodegenerativním změnám, které toto onemocnění způsobuje. Přes toto doporučení není u klientky kognitivní stav pravidelně kontrolován. MMSE jí byl mou osobou prováděn poprvé. Doporučila bych pravidelnější kontrolu této oblasti.

Výsledky prvního cíle bych ráda porovnávala s údaji v bakalářské práci Bc. Adély Tutkové na téma Ošetrovatelská péče o nemocné s pozdními komplikacemi diabetu mellitu. V této práci jsou popsány ošetrovatelské diagnózy dvou vybraných nemocných. Ráda bych zde zdůraznila, že u obou byly taktéž popsány potíže se správným stravováním, které Bc. Tutková označila diagnózami 00001 Nadměrná výživa, 00003 Riziko nadměrné výživy a 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin. Nesprávnou výživu diabetiků je tedy nutné považovat za palčivý problém, ze kterého přirozeně vyplývají další komplikace.

Z pohledu sestry domácí péče spatřuji jako velmi obtížné stanovování ošetrovatelských diagnóz a snahu o realizaci intervencí, neboť vzhledem k předem dané frekvenci a délce návštěv není možné realizovat ošetrovatelské plány v takové míře, jako při hospitalizaci či jiné ústavní péči. Nezbytnou složkou domácího ošetrování je spolupráce samotného klienta či jeho rodiny a blízkého okolí.

2. Dílčí cíl: Zmapování a porovnání biologicky-psychicko-sociálních potřeb a jejich uspokojování u vybraných klientek.

Výhodou domácí péče v oblasti biologicko-psychologicko- sociálních potřeb je možnost komunikace s klientem v jeho přirozeném prostředí, kde se všechny potřeby mohou projevit bez omezení, na rozdíl od ústavní péče, kde je klient vytržen ze své sociální role a běžného života. Domácí péče brání odloučení klienta od jeho role i jeho rodiny, která v domácím ošetrování hraje nezastupitelnou roli, kdy v ideálním případě pomáhá uspokojovat všechny klientovy potřeby.

Biologické a fyziologické potřeby jsou dle subjektivních i objektivních projevů přijatelně uspokojovány u obou klientek, s výjimkou potřeby potravy, kdy první klientka není spokojena s dietním omezením. Při rozhovorech vyšla najevo skutečnost zvýšené potřeby jistoty a bezpečí obou klientek, které verbalizovaly potřebu patřit k rodině, na níž si zároveň vytvořily závislost, jež si ale uvědomují. Ač jsou obě klientky v domácím prostředí, cítí se často osaměle až izolovaně od okolí. Se svými rodinami se vidí na krátkou dobu ráno a večer. První klientka se stýká pouze s rodinou a všeobecnými sestrami. Druhá klientka si navíc občas popovídá se sousedkami. Právě tuto redukci sociálních vztahů a komunikace s okolím považují za velký problém. Klientky mají potřebu vyjádřit se k situaci a psychickou pomoc se zvládáním přibývajících obtíží. Potřebují s někým sdílet své starosti a obavy. Bylo by vhodné klientky stimulovat, podporovat jejich zájmy a koníčky. Tuto problematiku nemohou z již zmíněných důvodů zastat všeobecné sestry z agentury domácí péče, nýbrž závisí na blízkém okolí klientek. V případě druhé klientky shledávám lepší uspokojování potřeb.

3. Dílčí cíl: Zmapování a porovnání rozsahu péče u jednotlivých případů.

Péče zdravotních sester u mnou vybraných klientek je rozložena v 15 minutových návštěvách 3x denně, kdy sestra zkontroluje klientčin zdravotní stav, případně změří a vyhodnotí hladinu glykémie, pokud je v určitý den indikováno měření glykemického

profilu. V neposlední řadě aplikuje dávku inzulínu klientčiným inzulínovým perem. V těchto úkonech se ošetrovatelská péče u jednotlivých klientek neliší. U druhé klientky je navíc v případě opakovaných zabouchnutí dveří klientkou domluveno opětovné otevření v průběhu dne. Ani jedna z klientek nevyužívá výpomoc pečovatelské služby. Potřebnou péči nad rámec předepsaných ošetrovatelských vykonává v obou případech rodina. První klientka je dle Barthellova testu základních všedních činností více závislá na pomoci okolí. Rodina jí připravuje jídlo, jehož započítí konzumace je kontrolována sestrou, pere prádlo, dohlíží na hygienu a obstarává potřebné nákupy. Druhá klientka je soběstačnější, z tohoto důvodu stále žije sama. Dle mého názoru je péče o druhou klientku rodinou lépe pojata. Z chování dcery je cítit zájem o udržení úrovně zdravotního stabilního stavu své maminky. Pomáhá mamince s nákupy, praním prádla, vaří společně a snaží se ji pravidelně informovat o rodinných událostech. Intervence v hygieně neprovádí.

Péče o první klientku je tedy dle mého názoru srovnatelná s péčí o druhou klientku v ohledu ošetrovatelské péče ze strany všeobecných sester, avšak péče o ni ze strany rodiny je v prvním případě méně kvalitní jak z hlediska fyziologického, kterým mám na mysli nevhodnou životosprávu klientky, tak z pohledu psychologicko-sociálního.

ZÁVĚR

V závěru mé bakalářské práce bych se ráda zabývala celkovým zrekapitulováním práce a výsledků vyplývajících ze stanovených cílů výzkumu. Cílem této bakalářské práce bylo zmapování a problematiky ošetrovatelské péče o vybrané klientky s diabetem v domácí péči, zjištění jejich biologicko-psychologicko-sociálních potřeb a zhodnocení míry jejich uspokojování. Záměrem tohoto zkoumání byl popis ošetrovatelských problémů, diagnóz a jejich zpracování dle ošetrovatelského modelu Marjory Gordon s následným vytvořením ošetrovatelských plánů a porovnání péče u dvou vybraných klientek.

Jak jsem již v úvodu zmiňovala, toto téma jsem si vybrala ze dvou důvodů. Prvním bylo zvyšování počtu pacientů s diabetem, druhým můj zájem o domácí péči. Zvolené téma považuji za vysoce aktuální, neboť s výrazným nárůstem výskytu onemocnění se přirozeně zvýší i podíl diabetiků vyžadující péči nejen v ústavní péči, ale především již od prvozáhytu onemocnění takovíto pacienti budou pečovat sami o sebe či s pomocí druhých ve svých domovech. Mnou vybrané klientky přijímají péči jak od blízkých, tak od agentury domácí péče. Z údajů vyplývajících z výzkumu se jasně ukazuje, že klíčovou oblastí je přístup rodinných příslušníků, kteří figurují téměř v každém aspektu života klientek. Postoj obou rodin se dle mého pozorování značně lišil, což se pochopitelně projevilo na kompenzaci onemocnění jednotlivých klientek a jejich uspokojování potřeb. Případ druhé klientky ukázal, jak je možné díky spojení intervencí rodinného příslušníka a všeobecné sestry zapůsobit kladně na průběh onemocnění.

Během mého shromažďování dat jsem si uvědomila, jak může nemoc a její nestabilní vývoj zatížit běžný život člověka, ovlivnit jeho sociální pouta a způsob myšlení. Druhá z klientek, které jsem měla tu možnost ošetřovat, pochopila, jak je důležitá kompenzace jejího onemocnění, a nyní je již její onemocnění pod kontrolou a klientka v lepším stavu. Potvrdilo se, že za její nestálou zdravotní kondicí byl nedostatek informací a nesplněná potřeba pomoci okolí a všeobecných sester z agentury domácí péče.

LITERATURA A PRAMENY

1. **MUNSIF, Anand.** *Diabetes mellitus handbook*. 1. ed. New Jersey: Morristown Publishing company, 2006. 978-0-9792485-0-4.
2. **America Diabetes Association:** *History of Diabetes* [Online]. America diabetes association: 2014 [Citace: 10. 10 2014.]. Dostupné z: <http://www.diabetes.org/research-and-practice/student-resources/history-of-diabetes.html>
3. **ŠKRHA, Jan et al.** *Diabetologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. 978-80-7262-607-6.
4. **PERUŠČINOVÁ, Jindra.** *Diabetes mellitus v kostce (přůvodce pro každodenní praxi)*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2012. 978-80-7345-303-9.
5. **BĚLOBRÁDKOVÁ, Jana. BRÁZDOVÁ Ludmila.** *Diabetes mellitus*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 80-7013-446-1.
6. **RYBKA, Jaroslav.** *Diabetes mellitus- komplikace a přidružená onemocnění*. 1. vyd. Praha : Grada publishing a.s., 2007. 978-80-247-1671-8.
7. **ŠTECHOVÁ, Kateřina, PERUŠČINOVÁ, Jindra a HONKA, Marek.** *Diabetes mellitus 1. typu*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2014. 978-80-7345-377-0.
8. **PELIKÁNOVÁ, Terezie a BARTOŠ, Vladimír.** *Praktická diabetologie*. 5., aktualiz. vyd. Brno : Maxdorf, 2011. 978-80-7345-244-5.
9. **ÚZIS ČR.** *Péče o nemocné cukrovkou* [Online] 2013. [Citace: 2014. 10 3.] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/pece-nemocne-cukrovkou-2012>. 978-80-7472-082-6
10. **RÍOS, José Manuel a FUENTES, José A. Gutiérrez.** *Type 2. Diabetes Mellitus*. 1. ed. Barcelona: Elsevier España, 2010. 978-84-8086-683-5.
11. **RYBKA, Jaroslav a kol.** *Diabetologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 80-24-1612-7.
12. **SVÁČINA, Štěpán.** *Diabetologie*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2010. 978-80-7387-348-6.
13. **FN Ostrava.** *Informace pro pacienta o provedení oGTT* [Online]. 2009. [Citace: 29. 9 2014]. Dostupné z: <http://www.fno.cz/interni-klinika/odberove-centrum>

14. **Brázdová, Ludmila.** *Průvodce diabetologií pro zdravotní sestry.* 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 8070133058.
15. **ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a NEJEDLÁ, Marie.** *Interní ošetřovatelství II.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 978-80-247-1777-7.
16. **STAŇKOVÁ, Marta.** *Základy teorie ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 80-7184-243-5.
17. **PLEVOVÁ, Ilona a kol.** *Ošetřovatelství I.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 978-80-247-3557-3.
18. **TRACHTOVÁ, Eva a kol.** *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 80-7013-324-4.
19. **PAVLÍKOVÁ, Slavomíra.** *Modely ošetřovatelství v kostce.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 80-247-1211-3.
20. **BOROŇOVÁ, Jana.** *Kapitoly z ošetřovatelství I.* 1. vyd. Praha: Maurea, s.r.o., 2010. 978-80-902876-4-8.
21. **SVĚRÁKOVÁ, Marcela.** *Edukační činnost sestry.* 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 978-80-7262-845-2 .
22. **Česká diabetologická společnost: Standardy a jiná doporučení.** [Online]. 2012. [Citace: 10. 6 2014]. Dostupné z: http://www.diab.cz/dokumenty/Standard_edukace_diabetika_2012.pdf
23. **JAROŠOVÁ, Darja.** *Úvod do komunitního ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 2007. 978-80-247-2150-7.
24. **Česká asociace sester. Sekce domácí péče** [Online]. [Citace: 8. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.sekcedomacipece.cz/>.
25. **KUTNOHORSKÁ, Jana.** *Výzkum v ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha : Grada publishing a.s., 2009. 8024727137.
26. **NANDA International.** *Ošetřovatelské diagnózy- definice a klasifikace 2012-2014.* 1. české vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. 8024743280.

27. **TUTKOVÁ, Adéla.** *Ošetrovatelská péče o nemocné s pozdními komplikacemi diabetu mellitu.* Plzeň, 2014. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni.

28. **VČELÁK, Petr.** Studijní materiály. *Informatika a výpočetní technika* [Online] 20. 2. 2012. [Citace: 29. 9 2014] Dostupné z: <http://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-materialy.php>.

SEZNAM ZKRATEK

ACE- Angiotensin-konvertující enzym

APPE- Appendektomie

BMI- Body mass index

Df.- Dechová frekvence

DK- Dolní končetina

DM- Diabetes mellitus

HHS- hyperglykemický hyperosmolární syndrom

HYE- Hysterektomie

ICHDK- Ischemická choroba dolních končetin

j.- jednotka

Kg/m²- Kilogram na metr na druhou

LADA- Latent autoimmune diabetes in the adult

ml- mililitr

mm Hg- milimetr rtuťového sloupce

mmol/l- milimol na litr

MODY- Maturity-Onset Diabetes of the Young

mOsm/l- miliosmol na litr

oGTT- Orální glukózový toleranční test

P- Puls

PAD- Perorální antidiabetika

s.c.- subkutánní

St. p.- Status post

Tbl.- Tableta

TK- Krevní tlak

TT- Teplota těla

U100- 100 units (jednotek)

WHO- World Health Organization

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A: Tabulka 1: Hodnocení oGTT

PŘÍLOHA B: Tabulka 2: Wagnerova klasifikace diabetické nohy

PŘÍLOHA C: Tabulka 3: Puchmayerova klasifikace ICHDK

PŘÍLOHA D: Tabulka 4: Dělení PAD

PŘÍLOHA E: Diabetická noha

PŘÍLOHA F: Diabetická retinopatie

PŘÍLOHA G: Barthelův test základních všedních činností

PŘÍLOHA H: Beinsteinova škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání

PŘÍLOHA CH: Vizuální analogová škála bolesti

PŘÍLOHA I: Hodnocení rizika pádů

PŘÍLOHA J: Test kognitivních funkcí- Mini Mental State Examination

PŘÍLOHA K: Vzor souhlasu klienta s výzkumem

PŘÍLOHA L: Souhlas s výzkumem agentury domácí péče

PŘÍLOHA M: Leták- dietní doporučení pro diabetiky

PŘÍLOHA A- Tabulka 1: HODNOCENÍ OGTT

Závěr vyšetření	Hodnota glykémie
Vyloučení diagnózy diabetes mellitus	$< 7,8$ mmol/l
Porušená glukózová tolerance	$> 7,8$ mmol/l a $< 11,1$ mmol/l
Diabetes mellitus	$\geq 11,1$ mmol/l

Zdroj (13)

PŘÍLOHA B: Tabulka 2: Wagnerova klasifikace diabetické nohy

Stupeň	Stav nohy
0	Noha s vysokým rizikem vzniku ulcerací.
1	Výskyt povrchové ulcerace.
2	Výskyt hluboké ulcerace, která zasahuje šlachy či kloubní pouzdro.
3	Výskyt hluboké ulcerace s flegmónou, abscesem či osteomyelitidou.
4	Nález lokalizované gangrény.
5	Nález extenzivní gangrény.

Zdroj (11)

PŘÍLOHA C: Tabulka 3: Puchmayerova klasifikace ICHDK

Stádium	Projevy
1.	Bez klinických příznaků.
2a	Klaudikace vyskytující se nad 200 m.
2b	Klaudikace vyskytující se pod 200 m.
2c	Klaudikace vyskytující se pod 50 m.
3a	Výskyt klidových ischemických bolestí s kotníkovým tlakem vyšším než 50 mm Hg.
3b	Výskyt klidových ischemických bolestí s kotníkovým tlakem nižším než 50 mm Hg.
4a	Výskyt ohraničené nekrózy či trofického defektu.
4b	Výskyt nekrózy se šířením.

Zdroj (11)

PŘÍLOHA D: Tabulka 4: Dělení PAD

Skupina	Účinek	Zástupci
Deriváty sulfonylurey	Léky 1. a 2. generace zvyšující sekreci inzulínu a citlivost periferních receptorů.	Dirastan, Maninil, Euglucon
Biguanidy	Snižují vstřebávání sacharidů v tenkém střevě a omezují periferní inzulínorezistenci.	Methformin, Buformin
Inhibitory trávení škrobu	Zpomalují resorpci glukózy.	Akarbóza

Zdroj (14)

PŘÍLOHA E: Diabetická noha



Zdroj: <http://www.wikiskripta.eu/images/thumb/2/29/ULCERCELLULITIS1.JPG/300px-ULCERCELLULITIS1.JPG>

PŘÍLOHA F: Diabetická retinopatie



Zdroj: <http://www.wikiskripta.eu/images/thumb/2/29/ULCERCELLULITIS1.JPG/300px-ULCERCELLULITIS1.JPG>

PŘÍLOHA G: Barthelův test základních všedních činností

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
8. přesun lůžka - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomoci	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomoci 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

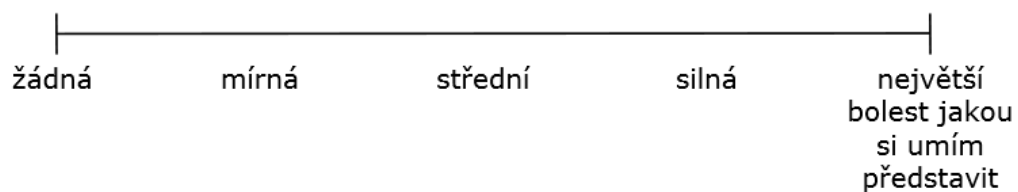
PŘÍLOHA H: Beinsteinova škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání

Ochota spolupracovat	0 ochoten kontinuálně spolupracovat 1 spolupracuje na požádání 2 občas spolupracuje 3 nechce nebo nemůže spolupracovat
Současné plicní onemocnění	0 nemá žádné 1 lehká infekce v oblasti nosu a úst 2 infekce v průdušcích 3 plicní onemocnění
Prodělané plicní onemocnění	0 neprodělal žádné 1 v posledních 3 měsících prodělal lehké plicní onemocnění 2 v posledních 3 měsících prodělal plicní onemocnění s těžším průběhem 3 plicní onemocnění s následky na dýchacích cestách
Porucha imunity	0 není 1 lehké oslabení imunity, které nesouvisí s generalizovanou infekcí 2 výraznější porucha imunity 3 úplné selhání imunity
Orotracheální manipulace	0 žádné výkony v dýchacích cestách 1 ošetrovatelské výkony v nose a ústech 2 oronazální odsávání 3 endotracheální odsávání
Kuřák/pasivní kuřák	0 nekouří a nebývá v zakouřené místnosti 1 kouří méně než 6 cigaret denně (bývá v zakouřené místnosti) 2 kouří denně 6-15 cigaret, v blízkém okolí jsou kuřáci 3 intenzivní kuřák
Bolest	0 nemá 1 lehká trvalá bolest 2 silnější bolest bez vlivu na dýchání 3 silná bolest ovlivňující dýchání
Porucha polykání	0 žádné 1 porucha polykání tekutin 2 porucha polykání tekuté i kašovitě stravy 3 porucha polykání veškeré stravy a slin
Omezení pohybu	0 žádné 1 porucha kompenzovaná holfí či změnou držení těla 2 pobyt na lůžku, pouze sezení v křesle 3 úplné omezení pohybu - pouze na lůžku
Ohrožující povolání	0 nevykonává takové povolání 1 pracoval 1-2 roky v zaměstnání ohrožujícím plíce 2 pracoval 2-10 let v zaměstnání ohrožujícím plíce 3 více než 10 let ve zvláště exponovaném prostředí
Intubační narkóza/respirátor	0 nebyla v posledních 3 týdnech 1 krátká intubační narkóza (do 2 hod.) 2 déletrvající narkóza (nad 2 hod.) 3 několik narkóz nebo napojení delší než 12 hod.
Stav vědomí	0 při vědomí 1 somnolence 2 sopor 3 kóma

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5815.pdf>

PŘÍLOHA CH: Vizuální analogová škála bolesti

Vizuální analogová škála bolesti



Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5835.pdf>

PŘÍLOHA: I: Hodnocení rizika pádu

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

PACIENT _____ ROČNÍK _____ DATUM _____


HODNOCENÝ ASPEKT	POPIS	BODOVACÍ SKÓRE
POHYB	NEOMEZENÝ	0
	POUŽÍVÁ POMŮCKY	2
	PTŘEBUJE POMOC K POHYBU	1
	NECHOPEN PŘESUNU	1
VYPRAZDŇOVÁNÍ	NEVYŽADUJE POMOC	0
	NYKTURIE / INKONTINENCE	1
	VYŽADUJE POMOC	1
MEDIKACE	NEUŽÍVÁ RIZIKOVÉ LÉKY	0
	UŽÍVÁ NÁSLEDUJÍCÍ LÉKY: DIURETIKA, ANTIEPILEPTIKA, ANTIPARKINSONIKA, ANTIHYPERTENZIVA, PSYCHOTROPNÍ LÉTKY, BENZODIAZEPINY	1
SMYSLOVÉ PORUCHY	ŽÁDNÉ	0
	VIZUÁLNÍ, SMYSLOVÝ DEFICIT	1
MENTÁLNÍ STATUS	ORIENTOVÁN	0
	OBČASNÁ NOČNÍ DESORIENTACE	1
	DŘÍVĚJŠÍ DESORIENTACE / DEMENCE	1
VĚK	18 - 75 LET	0
	NAD 75 LET	1
PÁD V ANAMNÉZE	NE	0
	ANO	1

HODNOCENÍ STUPNĚ RIZIKA PÁDU	
SKÓRE 3 A VYŠŠÍ	PACIENT JE OHROŽEN RIZIKEM PÁDU

ZDROJ: VITAE VĚSTNÍK VE STÁRNĚVÍ A VĚKOVÉM ZDRAVÍ 22

Zdroj: http://www.vitae.ic.cz/files/hodnoceni_rizika_padu.pdf

PŘÍLOHA J: Test kognitivních funkcí- Mini Mental State Examination

Úkol	Instrukce	Způsob vyhodnocení	Body
Orientace v čase	„Kolikátého je dnes?“ Zeptejte se na chybějící údaje	Jeden bod za správný: den, měsíc, rok, datum a sezóna	5
Orientace v prostoru	„Kde jste?“ Zeptejte se na chybějící údaje	Jeden bod za správný: stát, okres, město, budova a poschodí	5
Zapamatování 3 předmětů	Imenujte pomalu a jasně 3 předměty. Požádejte pacienta, aby je opakoval.	Jeden bod za každý správně pojmenovaný předmět	3
Série 7	Pacient odečítá od 100 sedmičky nebo hláskuje pozpátku slovo „racek“ (5 pokusů)	Jeden bod za každou správnou odpověď nebo písmeno	5
Vybavení 3 předmětů	Požádejte pacienta o vybavení 3 předmětů uvedených ve třetí otázce	Jeden bod za každý zapamatovaný předmět	3
Pojmenování předmětů	Ukažte pacientovi hodinky a tužku a požádejte jej, ať tyto předměty pojmenuje	Jeden bod za každou správnou odpověď	2
Opakování fráze	Požádejte pacienta, aby po vás opakoval větu: „Máš pas? Snad. Sám si jej vezmí!“	Za správnou odpověď na první pokus jeden bod	1
Verbální příkaz	Řekněte pacientovi: „Vezměte si tento papír do pravé ruky, přeložte jej napůl a položte.“	Za korektní splnění každého ze tří úkolů jeden bod	3
Psaný příkaz	Ukažte pacientovi kartu s příkazem: „Prosím, zavřete oči.“	Jeden bod, jestliže pacient zavře oči	1
Psaní	Požádejte pacienta, aby napsal krátkou větu.	Jeden bod, jestliže má věta předmět, sloveso a dává smysl	1
Kreslení	Požádejte pacienta, aby nakreslil následující obrázek: 	Jeden bod, má-li kresba 10 rohů a dvě protínající se linie	1
vyhodnocení	Skóre 24 a vyšší je považováno za normální		30

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5806.pdf>

PŘÍLOHA K: Vzor souhlasu klienta s výzkumem

Informovaný souhlas

Ošetrovatelský proces u pacienta s diabetes mellitus v domácí péči

STUDENT:

Hana Hýsková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
Hyskova.Hanna@seznam.cz

Vedoucí BP:

Mgr. Loudová Soňa
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
loudovas@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem práce je zmapování problematiky ošetrovatelské péče o vybraného pacienta, zjištění informací o jeho biologických, psychologických a sociálních potřebách a míře jejich uspokojení.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi o Vašem onemocnění. Pořízený záznam nebude sdílen s nikým jiným než se studentkou a její vedoucí bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít. Můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru či studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já.....

Souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně a nebudu ve studii identifikován.

Podpis účastníka výzkumu..... Datum:

Podpis studenta:..... Datum:

Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHA L: Souhlas s výzkumem agentury domácí péče- vzor

Udělují souhlas s kvalitativním výzkumem případu dvou vybraných klientů GARC Kladno s.r.o. k bakalářské práci na téma Ošetrovatelský proces u pacienta s diabetes mellitus v domácí péči.

.....

(podpis a razítko)

Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHA M: Leták- dietní doporučení pro diabetiky

DIETNÍ DOPORUČENÍ PRO OSOBY S ONEMOCNĚNÍM DIABETES MELLITUS



Pokud trpíte obezitou, snižte svoji hmotnost.

Pravidelně jezte 5x-6x denně.

Omezte potraviny z bílé mouky, nahraďte je celozrnnými.

Konzumujte pravidelně ovoce a zeleninu.

Dodržujte pitný režim 2 litry neslazených tekutin denně.

Omezte tučné potraviny.

Omezte příjem jednoduchých cukrů- nepijete slazené nápoje,
nejezte sladkosti...

Nekonzumujte alkoholické nápoje.

Sledujte glykemický index potravin.

ZÁKLAD JÍDELNÍČKU= ZELENINA A LIBOVÉ MASO

Úspěšnou dietoterapii nezapomínejte doplnit vhodnou fyzickou
aktivitou.

 FAKULTA
ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ
UNIVERZITY
V PLZNI



Zdroj: <httpwww.toplekar.cz/cukrovka/cukrovka-a-zdrava-vyziva>