

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA

V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Marie Marková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Marie Marková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V GERIATRII

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

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

V Plzni dne 28. 3. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Bc. Vladimíře Fremrové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Marková Marie

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Ošetrovatelská péče v geriatricii

Vedoucí práce: Bc. Fremrová Vladimíra

Počet stran: číslované 61, nečíslované 21

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: ošetrovatelská péče, geriatricie, gerontologie, stáří, stárnutí, potřeby nemocného

Souhrn:

Bakalářská práce pojednává o problematice geriatricie. Teoretická část informuje o stárnutí, stáří, nemocnosti a nejčastějším onemocněním ve stáří, geriatrickém hodnocení, geriatrických syndromech a ošetrovatelské péči v geriatricii. Praktická část zahrnuje kasuistiku nemocného seniora a jeho potřeby v ošetrovatelském procesu

Annotation

Surname and name: Marková Marie

Department: Nursing and obstetric assistance

Title of thesis: Nursing care in gerontology

Consultant: Bc. Fremrová Vladimíra

Number of pages: 61, 21

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 27

Key words: nursing care, geriatrics, gerontology, old age, ageing, patients needs

Summary:

The thesis deals with problems of geriatrics. The theoretical part of the information on aging, old age, sickness and the most common disease in old age, geriatric assessment, geriatric syndromes, and nursing care in geriatrics. The practical part includes casuistry ill elderly and their needs in the nursing process.

OBSAH

	ÚVOD	10
	TEORETICKÁ ČÁST	11
1.	GERONTOLOGIE	11
1.1	Stárnutí	11
1.1.1	Důsledky stárnutí	12
1.2	Stáří	13
1.2.1	Kalendářní stáří	13
1.2.2	Sociální stáří	14
1.2.3	Biologické stáří	14
2	GERIATRIE	15
2.1.	Nemocnost ve stáří	15
2.1.1	Onemocnění pohybového aparátu	15
2.1.1.1	Senilní osteoporóza	16
2.1.1.2	Osteoartróza	17
2.1.2	Onemocnění kardiovaskulárního systému	17
2.1.2.1	Arteriální hypertenze (HT)	18
2.1.2.2	Ischemická choroba srdeční (ICHS)	18
2.1.2.3	Arytmie ve stáří	19
2.1.3	Metabolická onemocnění ve stáří	20
2.1.3.1	Diabetes mellitus (DM)	20
2.1.4	Onemocnění gastrointestinálního traktu ve stáří	21
2.1.4.1	Peptický gastroduodenální vřed	21
2.1.5	Onemocnění respiračního traktu ve stáří	21
2.1.5.1	Pneumonie ve stáří	22
2.1.6	Demence	23
2.1.6.1	Alzheimerova demence (AD)	23
2.1.7	Parkinsonova nemoc (PN)	24
2.2	Komplexní geriatrické hodnocení (CGA)	25
2.2.1	Mini Mental State Examination (MMSE)	25
2.2.2	Activities of daily living (ADL)	26
2.3	Geriatrické syndromy	26
2.3.1	Syndrom instability s pády	26
2.3.2	Závratě – vertigo	27
3.	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	29
3.1	Ošetřovatelský proces	29
3.2	Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu	30

3.2.1	Soběstačnost a sebepéče v ošetrovatelském procesu	31
3.2.2	Hygiena a oblékání v ošetrovatelském procesu	32
3.2.3	Spánek a odpočinek v ošetrovatelském procesu	33
3.2.4	Výživa v ošetrovatelském procesu	34
3.2.5	Vyprazdňování v ošetrovatelském procesu	35
3.2.6	Dýchání v ošetrovatelském procesu	36
3.2.7	Bolest v ošetrovatelském procesu	37
3.2.8	Jistota a bezpečí v ošetrovatelském procesu	38
3.3	Komunikace se seniorem	39
	PRAKTICKÁ ČÁST	41
4.	FORMULACE PROBLÉMU	41
5.	CÍL A ÚKOL PRÁCE	41
6.	VZOREK (VÝBĚR JEDNOTLIVCE)	41
7.	VYPRACOVÁNÍ PLÁNU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	43
7.1	Výběr koncepčního modelu – Model životních aktivit	43
7.1.1	Udržování bezpečného prostředí	44
7.1.2	Komunikace	45
7.1.3	Dýchání	46
7.1.4	Jídlo a pití	46
7.1.5	Vylučování	46
7.1.6	Osobní hygiena a oblékání	47
7.1.7	Kontrola tělesné teploty	48
7.1.8	Pohyb	48
7.1.9	Práce a hry (zaměstnání)	49
7.1.10	Projevy sexuality	49
7.1.11	Spánek	49
7.1.12	Umírání	49
7.2	Fyzikální vyšetření sestrou	50
7.3	Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách	54
7.3.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy	55
7.3.2	Potencionální ošetrovatelské diagnózy	62
7.4	Edukační plán	64
8	DISKUZE	66
	ZÁVĚR	70
	POUŽITÁ LITERATURA	
	SEZNAM ZKRATEK	
	PŘÍLOHY	

ÚVOD

Stáří je neodmyslitelnou součástí našeho života, týká se nejen jednotlivců ale i celé populace. V dnešní době medicína dokáže prodloužit život mnoha lidem, ale teprve za posledních pár let se hovoří nejen o délce života ale hlavně o kvalitě života jedince. Změny v oblasti tělesné, psychické i sociální se navzájem propojují a jedna změna může zasahovat do jiných. Většina seniorů žije v domácím prostředí za pomoci blízkých lidí, ale pokud nastanou větší zdravotní problémy, osamělost nebo nemožnost pomoci ze strany blízkých nastává varianta institucionální péče. Vzhledem k narůstajícímu počtu starých lidí v současné populaci si myslím, že je tato problematika aktuální a je zapotřebí zdůraznit a zabývat se otázkami vztahující se ke stárnutí a stáří.

Důvodem výběru své bakalářské práce na téma: Ošetrovatelská péče v geriatrii je proto, že je toto téma velmi zajímavé a aktuální, také proto, že i ve své praxi se setkávám převážně se stárnoucími pacienty ale i z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, jak náročná je péče o seniora v domácím prostředí, který je nesoběstačný a vyžaduje pomoc druhé osoby a je důležité provádět kvalitní ošetrovatelskou péči o tyto lidi.

V této práci se zaměřuji na nemocného starého člověka a poskytování komplexní ošetrovatelské péče.

Cílem bakalářské práce je shrnout poznatky o geriatrii a na základě toho komplexně pojmut ošetrovatelskou péči o geriatrického pacienta.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V první teoretické části se věnuji stárnutí a stáří, nemocnosti ve stáří a teorii ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty. Ve druhé praktické části se věnuji kasuistice seniora a jeho potřebami v ošetrovatelském procesu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 GERONTOLOGIE

Gerontologie je nauka o stárnutí a stáří, je to multidisciplinární obor, který využívá poznatky a metody z jiných oborů (psychologie, biologie, lékařství, sociologie,...). Slovo pochází z řeckého geron, gerontos = starý člověk, logos = nauka. Předmětem studia jsou problémy spojené se stárnutím stáří. Zabývá se zkoumáním zákonitostí, příčin, mechanismů a projevů stárnutí. Gerontologie se rozděluje na tři části: teoretickou, klinickou a sociální.(26)

1.1. Stárnutí

Stárnutí jsou změny v oblasti biologické a fyziologické za probíhajícího času, tyto změny jsou nezvratné a končí zánikem organismu. Stárnutí má nejen stránku biologickou ale i psychologickou a sociální.(7)

Stárnutí jednotlivce je nezvratné ale je nutné si uvědomit, že populace má na rozdíl od jedinců schopnost nejen nestárnout ale dokonce mládnout. Jedinci stárnou biologicky a fatálně, populace stárnou strukturálně, tedy protože se mění jejich složení a narůstá podíl osob, které jsou považovány za „staré“.

Stárnutí z hlediska demografického se dá vyjádřit pomocí indexu stáří, který určuje podíl počtu obyvatel věkové hranice vyšší 65 let na sto dětí (0-14let). V roce 2002 byl index stáří v České republice 89,2 roku.(15)

Z pohledu biologického stárnutí jsou to změny, které probíhají za fyziologických podmínek, postihují tělesné tkáně a orgány s rozdílem u každého jedince, jsou podmíněny genetickými faktory a životním stylem.(10)

Psychosociální stárnutí je oblast zasahující do změn po stránce psychické a citové. V oblasti psychické se může projevit změna psychiky v poznávacích schopnostech.

Pacovský rozlišuje tři typy funkčních změn:

- úbytek funkcí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové,
- vyčerpání buněčných rezerv, které se projevují při reakci na zátěžovou situaci,
- zpomalení většiny funkcí.(12)

1.1.1. Důsledky stárnutí

Stárnutí je biologický proces postihující všechny orgány, které ztrácejí svou funkčnost, organismus je méně přizpůsobivý k podmínkám okolního i vnitřního prostředí, snadněji dochází k dekompenzaci orgánových funkcí i organismu. S přibývajícím věkem narůstá i nemocnost, chronické degenerativní onemocnění pohybového aparátu jako je osteoartróza, osteoporóza, kardiovaskulární onemocnění, cerebrovaskulární choroby jako je demence a další. Orgánová postižení se mohou kombinovat.(20)

Pohybový systém – dochází k úbytku svalové hmoty a poklesu síly. Vazivo je méně pružné, chrupavky v kloubech tuhnou. Snižuje se celková výška těla v důsledku ubývání kostní hmoty. Meziobratlové ploténky se oplošťují a vysychají, kosti řídnou a jsou křehčí. Zpomaluje se rychlost nervových vzruchů ve svalech.

Kardiopulmonální systém – snižuje se funkce plic a klesá vitální kapacita. Srdce dokáže přečerpávat menší množství krve a tím následně dochází ke sníženému průtoku krve dalšími důležitými orgány, zejména ledvinami. V cévách se ukládají tukové látky, vápník, dochází k zužování cév a nedokrevnosti postihující hlavně věčité a mozkové tepny. Stěna cév se stává nepružnou, cévy kornatí a jsou tenčí. Snižuje se elasticita tkání spojená se změnou množství kolagenu. Zvětšují se alveolární prostory v plicích, které mohou mít za následek plicní emfyzém. V důsledku snížení elasticity cév v cévním řečišti může docházet ve stáří k izolované systolické hypertenzi (dříve označované pružníkové), to znamená (dále jen tzn.), že je systolický tlak vyšší a diastolický tlak je normální. Je narušena regulace krevního tlaku protože tepny se zvětšují, prodlužují a zároveň klesá jejich pružnost, celkově se zhoršuje srdeční výkonnost. Také ubývá schopnost řasinkového epitelu v dýchacích cestách. Zaniká funkce převodního systému srdečního, který je ovlivňován vegetativním nervstvem.

Trávicí systém - ve stáří se snižuje střevní motilita, dochází k chronické zácpě a může být i příčinou bolesti. Celkově ubývá i množství trávicích šťáv. Játra a slinivka břišní ztrácejí svou výkonnost. Je prokázaná snížená motilita jícnu a pokles tonu dolního jícnového svěrače. Klesá pružnost i kapacita močového měchýře.

Pohlavní orgány – u mužů se snižuje potence a trpí zbytněním prostaty, u žen končí menstruace a dochází k poklesu dělohy. Snižuje se elasticita a ochabují svalové svěrače kolem uretry, v močovém měchýři stoupá postmikční reziduum (norma je 50 -

80ml), protože má menší kapacitu. Močová inkontinence postihuje osoby starších 60 let (15-30%).

Kožní systém – ve stáří se snižuje pružnost kůže, je tenčí a kožní turgor je snížený. Dochází k tvorbě vrásek, vlasy začínají šedivět a vypadávat. Zvyšuje se pigmentace, na určitých částech těla se mohou tvořit stařecké skvrny nebo naopak pigmentace chybí.

Nervový systém – počet neuronů se snižuje, nahnědlý pigment, který vzniká z tuků, nazývaný lipofuscin se hromadí v nervových buňkách. Biochemické změny v neuronech ovlivňují rychlost vedení vzruchů, vznikají senilní plaky na neuronových obalech a tím mohou způsobovat demenci. Změny hlubokého čítí se mohou projevit jako porucha chůze a rovnováhy. Odolnost organismu a tvorba hormonů klesá a objevují se poruchy spánku.

Smyslové orgány – dochází ke zhoršení zraku, sluchu ale také ubývá schopnosti chuťové, čichové a hmatové. Snižuje se schopnost vnímání polohy, pocitu tepla i chladu, vlivem ubývání receptorů.(8,10)

1.2 Stáří

Stáří (senium) lze definovat jako další vývojovou etapu v lidském životě, pro kterou je nutné zachování pohybových dovedností a psychosociálního rozvoje osobnosti. Není považováno za konec života, až smrt je takto považována.(10)

Stáří se rozlišuje na kalendářní, sociální a biologické. V dnešní době se považuje počátek stáří ve věku 65 let a vlastní stáří od věku 75let.

1.2.1 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je jednoznačně vymezitelné, současné orientační stáří dle Kalvacha je:

- 65 - 74let jsou mladí senioři, problematika penzionování, volného času, aktivit a seberealizace,
- 75 - 84let jsou staří senioři, problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání a osamělosti,
- 85let a více jsou velmi staří senioři, problematika soběstačnosti a zabezpečení.(8)

Rozdělení kalendářního stáří dle Světové zdravotnické organizace WHO:

- 60 - 74let Rané stáří
- 75 - 90let Vlastní stáří
- 90let a více Dlouhověkost

1.2.2 Sociální stáří

Sociální stáří postihuje proměnu sociální role a potřeb, životní styl a ekonomické zajištění. Pojem upozorňuje na společné zájmy i na rizika seniorů, například (dále jen např.) maladaptace na penzionování, ztráta životní a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace (ageismus). Za období počátku sociálního stáří se považuje vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování. Sociální periodizace života často užívá označení první věk = předproduktivní, období dětství a mládí, učení, profesní příprava a získávání sociálních zkušeností, druhý věk = produktivní, období dospělosti, produktivita biologická i ekonomicko-sociální, třetí věk = postproduktivní, období stáří, popřípadě čtvrtý věk = období závislosti.(8)

1.2.3 Biologické stáří

Biologické stáří se označuje jako konkrétní míra involučních změn daného jedince. Jeho přesný vymezení se nedaří a není shoda ani o tom, co by mělo vyjadřovat. Tento věk nemusí být v souladu s věkem skutečným, odpovídá skutečnému stavu organismu po stránce biologické, psychické a sociální. Při posuzování člověka bychom měli spíše brát zřetel na věk biologický než na věk skutečný – chronologický, kalendářní.(8)

2 GERIATRIE

Geriatric je samostatný medicínský obor zabývající se prevencí a léčbou chorob starých lidí. Zakladatelem tohoto oboru byl Leo Ignaz Nasher. Charakteristikou je interdisciplinární přístup léčby nemocí a řešení problémů.(26)

2.1 Nemocnost ve stáří

Nemocnost seniorů se vyznačuje vyšší celkovou morbiditou, především chronických a degenerativních nemocí ale i vyšší incidencí akutních zhoršení a dekompenzací. Narůstá celková prevalence s věkem a polymorbidita, mění se spektrum chorob, kdy je více chronických onemocnění a je častější celková dekompenzace a hospitalizace.

Mezi nejčastější choroby vyššího věku patří kardiovaskulární choroby (ischemická choroba srdeční, hypertenze,...), onemocnění pohybového aparátu (osteoporóza, artróza,...), metabolická onemocnění (Diabetes mellitus a porušená glukózová tolerance), gastrointestinální, respirační a cerebrovaskulární onemocnění. Polymorbidita je přítomnost více chorob vyskytujících se současně nebo jedna choroba může vyvolat vznik druhé. Dle epidemiologických studií trpí polymorbiditou ve stáří téměř 90% osob nad 75let.(20)

2.1.1 Onemocnění pohybového aparátu

Stárnutí postihuje celý pohybový aparát, dochází k omezování pohyblivosti, poklesu rychlosti, obratnosti, síly a vytrvalosti. Ve stáří dochází k degenerativním onemocněním, zejména u žen v období klimakteria a postklimakteria jsou artrózy a osteoporózy. Onemocnění pohybového aparátu jsou jednou z příčin poruchy mobility spojené s obtížnou nebo pomalou chůzí, která postihuje převážně osoby starších 65let.

Častou komplikací bývají také pády, které mohou být příčinou až smrtelných úrazů v tomto věku. Mezi onemocnění pohybového ústrojí ve stáří patří převážně kostní onemocnění, jako jsou osteoartróza, osteoporóza a osteomalacie a jsou nejčastější příčinou omezení soběstačnosti a nezávislosti starých lidí.(19)

2.1.1.1 Senilní osteoporóza

Osteoporóza je nejčastějším metabolickým onemocněním kostí, jde o degeneraci kostí, která má pozvolný a skrytý průběh. Výskyt je častější u žen. V důsledku snižování kostní hmoty dochází k zhoršování struktury kostí a tím i k snížení nosnosti kostí. Při pokročilém stádiu může dojít k zlomenině i při mírném zatížení nebo nárazu. Rizikové faktory osteoporózy lze rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné.

Ovlivnitelné faktory: nedostatečný příjem vápníku, alkohol a kouření a nedostatek pohybu.

Neovlivnitelné faktory: dědičnost, podváha, stáří-rychlejší destrukce než tvorba kostní hmoty (riziko fraktur), pohlaví a předčasná menopauza-u žen 4x vyšší riziko, vlivem snížené tvorby estrogenu.

Vzniklá zlomenina (fraktura), která je zapříčiněna osteoporózou se přičítá k pokročilému stáří. Nejčastěji dochází k zlomeninám v oblastech předloktí, páteře a krčku stehenní kosti. Nejzávažnější komplikací osteoporózy je zlomenina krčku kosti stehenní. K dosažení terapeutického úspěchu je velice důležitá včasná diagnostika osteoporózy a zahájení léčby. V etiologii se rozeznává primární a sekundární osteoporóza. Do primární se řadí idiopatická a involuční. Involuční lze ještě rozdělit na postmenopauzální a senilní. V patogenezi involuční osteoporózy je nedostatek vitamínu D, který senioři obtížně získávají. Kalcium a vitamín D omezují kostní ztrátu v krčku kosti stehenní ale i v obratlových tělech a snižují výskyt nevertebrálních zlomenin u starých lidí. Sekundární osteoporóza, kdy je příčinou endokrinní onemocnění, chronické onemocnění zejména jater a ledvin, Diabetes mellitus (zvláště 1. typu) a malnutrice. Také může být iatrogeně vyvolaná, především způsobená podáváním kortikoidů.

Základ léčby involuční osteoporózy spočívá v podávání vitamínu D a kalcia, rehabilitace a cvičení, odstranění malnutrice.

Účelem fyzikální léčby jako je rehabilitace a fyzioterapie je uvolnění a zbavení nemocného od bolesti ale většina seniorů dává přednost raději medikamentózní terapii, proto je vhodné doporučit procházky, plavání, jízdu na kole. Při kompresivních frakturách, které jsou neurologicky komplikované a nemocný trpí bolestí, je zapotřebí omezení mobilizace na co nejkratší dobu. Ve fyzikální terapii se využívá i podpůrných korzetů, které snižují bolestivost, především při chůzi nebo delším stání.(8,19)

2.1.1.2 Osteoartróza

Osteoartróza je nejčastější kloubní onemocnění ve stáří. Jde o degenerativní onemocnění hyalinní chrupavky kloubu se snížením její pevnosti a pružnosti (elasticity), kdy kloub selhává ve své biomechanické funkci. Znamky tohoto onemocnění lze diagnostikovat rentgenologicky. Postihuje především velké klouby ale i ostatní jakékoli klouby v těle, nejčastěji kloub kyčelní (koxartróza) a kolenní kloub (gonartróza).

Při gonartróze je osteoartrózou postižen kolenní kloub s výskytem především u pacientů s nadváhou, prvním příznakem bývá bolest při námaze, později i v klidu spojená s ranní ztuhlostí. Příznakem pokročilejší gonartrózy je „kulhání“ a jako komplikací je instabilita. Progrese onemocnění je rychlejší u nemocných a nadváhou.

Při postižení kyčelního kloubu osteoartrózou tzv. koxartróza bývá nejčastějším příznakem bolest při chůzi a kulhání. Predisponujícím faktorem je především vrozená dysplazie kyčle a Perthesova nemoc ale i genetické dispozice. Objektivním nálezem je omezený pohyb vnitřní rotace.

Léčba osteoartrózy je hlavně správná a včasná diagnostika, klasifikace onemocnění a vyloučení nebo odstranění sekundárních příčin. Léčbu lze rozdělit na nefarmakologickou, farmakologickou a chirurgickou. Režimová opatření se vztahují na redukci hmotnosti (především u gonartrózy) a využívání opěrných pomůcek, např. vycházková hůl, odlehčují kloubu a tím snižují i bolest.

Dále se využívají protetické pomůcky, vhodná obuv, ortopedické vložky, speciální podrážky atd. V rehabilitační a fyzikální léčbě osteoartrózy se využívá celá řada metod, např. aplikace povrchového a hlubokého tepla, různé formy cvičení, akupunktura, vibrace, laser a pulzní elektromagnetické pole. Rehabilitační cvičení vede ke zmírnění bolesti, zlepšení funkce a psychického stavu nemocného.(8)

2.1.2 Onemocnění kardiovaskulárního systému

Kardiovaskulární systém ve stáří prochází různými involučními změnami. Fyziologické stárnutí srdce a oběhového ústrojí je spojena s řadou morfologických změn. Následkem tohoto procesu dochází k poklesu vnitřní srdeční frekvence a také tepové frekvence při zátěži. Zánikem svalových buněk v myokardu se zmnožuje podíl vazivového intersticia a výsledkem je, že myokard je méně poddajný. Příčinou zvýšení

tuhosti ve stěnách aorty a velkých tepen je úbytek elastinu a vzestup obsahu kolagenu.(8)

Mezi nejčastější onemocnění kardiovaskulárního systému v seniorském věku patří arteriální hypertenze (HT), ischemická choroba srdeční (ICHS), arytmie, srdeční insuficience, tromboembolická nemoc (TEN) a další.

2.1.2.1 Arteriální hypertenze (HT)

Arteriální hypertenze je nejčastější onemocnění kardiovaskulárního systému nejen ve stáří a je nejvýznamnějším rizikovým faktorem ischemické choroby srdeční. Je také jedním z rizikových faktorů aterosklerózy a hemoragické mozkové příhody. Incidence se zvyšuje s věkem. Onemocnění probíhá bez příznaků, až v pozdějších fázích jsou známky orgánového postižení. Arteriální hypertenze se rozděluje: primární (95%), sekundární (2-5%) a HT „bílého pláště“. Většina hypertenzí u starších osob je primární (esenciální) ale může být i sekundární povahy, nejčastěji renovaskulární HT aterosklerotické etiologie.(8)

Klasifikace HT dle WHO:

Optimální krevní tlak (TK) – s < 120, d < 80 mm Hg.

Normální TK – s 120-129, d 80-85 mm Hg.

Vysoký normální tlak – s 130-139, d 85-89 mm Hg.

Mírná HT – s 140-159, d 90-99 mm Hg.

Středně závažná HT – s 160-179, d 100-109 mm Hg.

Těžká HT – s > 180, d > 110 mm Hg.

Izolovaná systolická HT – s > 140, d < 90 mm Hg.

Léčba hypertenze ve stáří snižuje celkovou mortalitu, kardiovaskulární a cerebrovaskulární morbiditu i mortalitu. Snižuje riziko vzniku demence a vede k regresi některých orgánových komplikací (hypertrofii levé komory srdeční). Podrobná léčba HT je probrána v odborných literaturách kardiologie.(8,20,11)

2.1.2.2 Ischemická choroba srdeční (ICHS)

Ischemická choroba srdeční je ve stáří častá, její výskyt se zvyšuje s věkem a bývá častou příčinou úmrtí. Mezi rizikové faktory rozvoje patří, kouření, hypertenze, diabetes

mellitus, nadváha, hypertrofie levé komory srdeční a méně závažným rizikovým faktorem ve stáří se stává vysoká hladina cholesterolu.

ICHS je onemocnění charakterizované nedostatečným prokrvením myokardu až zástavou průtoku krve a tím dochází k nedostatečnému zásobení krve věnčitými tepnami až k uzávěru těchto tepen. ICHS lze klasifikovat následovně:

Akutní formy – akutní infarkt myokardu (AIM), nestabilní angina pectoris (NAP) a náhlá smrt

Chronické formy – stabilní angina pectoris, nemá ischemie myokardu, ICHS manifestovaná arytmiemi a srdečním selháním.

Ve stáří je v klinickém obrazu ICHS větší počet nebolestivé „němé ischemie“ projevující se pocitem dušnosti a/nebo známky poklesu minutového srdečního výdeje (závratě, „iktové příznaky“) a pocitem bolesti na hrudi, často mylně uvedený jako obtíž spondylogenního původu. Diagnostika ICHS u starších lidí spočívá více na objektivních metodách, v prokázání ischemie srdečního svalu. Provádí se vyšetření elektrokardiografie (EKG), ergometre (zátěžové EKG), a Holterovské monitorování (monitorace EKG 24 hodin).(8,11)

2.1.2.3 Arytmie ve stáří

Arytmie jsou ve stáří časté a s vyšším věkem jich přibývá. Většinou jsou symptomatické. Pro záznam arytmií je zásadně důležité EKG vyšetření. Jednou z nejčastějších arytmií vyššího věku je fibrilace síní, její prevalence se zvyšuje s věkem. U seniorů jsou arytmiie často bezpříznakové, což dokazují výsledky Holterovského monitorování. U symptomatických arytmií jsou známky nízkého minutového výdeje, což může mít za následek: Synkopální stavy, závratě a ortostatické kolapsy, známky mentální deteriorace a chronickou srdeční insuficienci nereagující na standardní léčbu.

Pro diagnostiku arytmií je zásadní Holterovské monitorování EKG.(8)

Nejčastější arytmiie je již zmíněná fibrilace síní. Riziko komplikací u starších jedinců narůstá, zejména riziko cévní mozkové příhody (CMP), kognitivní poruchy, strukturální změny myokardu a srdeční selhání.(20)

2.1.3 Metabolická onemocnění ve stáří

Mezi nejčastější metabolická onemocnění ve stáří patří diabetes mellitus a porušená glukózová tolerance. Ve vyšším věku se mohou vyskytovat oba typy diabetu, ale většinou se vyskytuje diabetes 2. typu. Mnohem častěji bývá porušená glukózová tolerance, která je ve většině případů náhodně diagnostikovaná. Typickými klinickými projevy diabetu je polydipsie(může u starých pacientů chybět) a polyurie.

2.1.3.1 Diabetes mellitus (DM)

Definice dle Topinkové: „Diabetes mellitus je chronické metabolické onemocnění provázené hypoglykemií, která je důsledkem nedostatečné sekrece inzulínu, jeho nedostatečné účinnosti nebo kombinací obou“. (20 str. 114)

Nejčastějšími příznaky jsou polyurie, polydipsie, slabost, pokles hmotnosti. U diabetu jsou velmi časté komplikace, které lze rozdělit na krátkodobé, neboli akutní kam patří hypoglykémie (nízká hladina cukru v krvi), která může být příčinou delirií, zhoršených kognitivních funkcí s následkem pádů a úrazů. Další akutní komplikací může být hyperglykemická krize (kóma), dehydratace, recidivující infekce a zhoršené hojení ran. Druhou skupinou jsou komplikace dlouhodobé (chronické), sem patří mikroangiopatie, ICHS, CMP, ICHDK v důsledku mikroangiopatie, orgánové selhání, infekce (diabetická gangréna), kognitivní poruchy a demence.

Léčba diabetu především u starších pacientů spočívá v zabránění komplikací a udržení normální hladiny glykémie. Je kladen důraz na edukaci pacienta nebo jeho rodiny Léčbu lze rozdělit na farmakologickou a nefarmakologickou. Do nefarmakologických opatření zahrnujeme dietní režim, pohybovou aktivitu a tím i optimalizaci hmotnosti, normalizaci krevního tlaku a krevních lipidů, vyšetření očního pozadí, screening – deprese, kognitivních poruch, pádů, inkontinence. Do farmakologické léčby diabetu 2. typu patří monoterapie perorálními antidiabetiky (PAD) Značným problémem u diabetika ve stáří může být i syndrom „diabetické nohy“, na jehož rozvoji se podílejí různé faktory např. snížená mobilita a psychické změny, které u pacienta mohou ovlivňovat péči o nohy a ty jsou náchylnější ke vzniku defektu, což zhoršuje prognózu diabetika.(8,20)

2.1.4 Onemocnění gastrointestinálního traktu ve stáří

Vlivem stáří dochází na trávicím traktu ke strukturálním změnám a poruchám motility trávicí trubice. Věkem se podmiňují změny gastrointestinálního (dále jen GIT) traktu, jsou to poruchy motility jícnu, snížená sekrece kyseliny solné, vznik divertiklů, snížená motilita tlustého střeva ale také ztráta chrupu a zhoršení smyslových vjemů chuti a čichu. Jedním z poměrně častých onemocnění trávicího traktu ve vyšším věku je vředová choroba gastroduodena.

2.1.4.1 Peptický gastroduodenální vřed

Peptický gastroduodenální vřed se rozlišuje na lézi žaludku a duodena, dle etiologie vzniku a pro volbu správné terapie se ještě rozděluje:

Vředovou chorobu, neboli gastroduodenální vředy, kdy je změna sliznice zapříčiněná přítomností bakterie *Helicobacter pylori*

Vředy sekundární, zde není hlavní příčinou helikobakterová infekce ale mohou být příčinou např. nesteroidní antirevmatika (gastropatie) nebo vředy endokrinního, stresového a/nebo hepatogenního původu či vředy při chronické respirační insuficienci a také vředy stařecké.

Až 50% starších nemocných má symptomatický průběh, dalších 50% udávají neurčité dyspeptické potíže. Na bolest v epigastriu si stěžuje jen 35% nemocných. Komplikace u starších nemocných jsou až v polovině případů, hrozí krvácení a perforace ale i riziko maligního zvratu. K diagnostice se využívá ureázového testu, dechového testu, endoskopie s biopsií a sérologie infekce *Helicobacter pylori* (HP). Základním terapeutickým postupem je léčba HP, podávání antisekrečních léků, mukoprotektiva, prevence a léčba gastropatie indukované nesteroidními antirevmatiky, prevence a léčba stresových vředů.(20)

Další onemocnění GIT je reflexní choroba jícnu, divertikulární choroba tlustého střeva a další funkční poruchy a změny na trávicím traktu, podmíněné stářím a jsou probrány v odborných literaturách geriatrie.

2.1.5 Onemocnění respiračního traktu ve stáří

Stárnutí respiračního systému je další involucí v geriatrii. V průběhu stárnutí dochází k poklesu parciálního tlaku kyslíku v arteriální krvi, k zhoršení očišťovací

schopnosti, k atrofii kosterního svalstva, hrudník je tužší a mění tvar, což zhoršuje podmínky dýchacích svalů. Změny mechanických vlastností hrudníku a oslabení dýchacích svalů zhoršuje účinnost kašle a tím i možnosti kompenzační hyperventilace a je snížena i ventilační odpověď na hypoxii. (8)

Mezi nejčastější onemocnění respiračního traktu ve stáří patří chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), astma bronchiale a pneumonie.

2.1.5.1 Pneumonie ve stáří

Pneumonie („zápal plic“) je zánětlivé onemocnění plic, je velmi závažné onemocnění, zejména ve stáří vyžaduje hospitalizaci. Topinková definuje pneumonii jako: „Zánětlivé onemocnění plicního parenchymu vyvolané infekčním agens manifestující se čerstvým infiltrátem a nejméně dvěma z následujících příznaků – horečka, dušnost s tachypnoí, kašel s produkcí sputa, bolestí na hrudi a leukocytózou“. (20 str. 185)

Pneumonie ve stáří je častější, rizikovým faktorem už je samotný věk nemocného, diabetes mellitus, chronická kardiální dekompenzace, CHOPN, malnutrice, poruchy imunity, alkoholismus, kouření a léčba kortikoidy nebo imunosupresivy. Specifickým rizikem je porucha vědomí s aspirací a následnou imobilizací.

Pneumonie se dělí dle místa vzniku na pneumonii komunitně získanou, dále nozokomiální pneumonie, kterou si nemocný přinese ze zdravotnického zařízení, pneumonie vyskytující se v ústavech dlouhodobé péče, pneumonie u imunokompromitovaných pacientů a pneumonie u ventilovaných pacientů.

Dle klinického obrazu se ještě rozděluje pneumonie na typickou, atypickou a aspirační. Ve stáří se setkáváme s netypickou symptomatologií, chybění auskultačního (poslechového) nálezu, nepřítomnost horečky a leukocytózy, často se objevuje kardiální dekompenzace, psychické změny nebo jen nespecifická ztráta soběstačnosti, zhoršení mobility a závratě. Cílem vyšetření je stanovit závažnost onemocnění s rozpoznáním etiologické agens. Dalším vyšetřením je anamnéza, fyzikální vyšetření, RTG plic, laboratorní vyšetření, mikroskopické s kultivací (odběr sputa, krve na hemokulturu). Léčba pneumonie spočívá hlavně v zahájení podávání antibiotik empiricky nebo dle kultivace a citlivosti, v léčbě symptomatické a preventivní (vakcinace).(20)

2.1.6 Demence

Demence je klinický syndrom charakterizovaný poklesem až ztrátou intelektových schopností s výraznými rysy horšení kognitivních funkcí a postižením emotivní složky osobnosti. Je klinickým syndromem u organických onemocnění bez ohledu na jejich etiologii (nádory, záněty,...).

Demence u degenerativních chorob postihuje převážně mozkovou kůru. Z hlediska etiopatogenetického a morfologického lze rozlišit demenci na dva typy, Alzheimerova a multiinfarktového. U metabolických a degenerativních onemocnění bývá demence jedním ze symptomů projevujících se v pokročilejších stádiích.

Ve věku 65 let trpí demencí až 15% seniorů a ve věku nad 80 let 40-50% osob. Topinková řadí demence mezi psychické geriatrické syndromy vzhledem k jejich vysokému výskytu. (20)

Jiráček dělí demence dle vyvolávající příčiny na atroficko-degenerativní proces mozku, který vede ke snížení nervových buněk, synapsí, poruše neuronů a ukládání patologických bílkovin.(8)

Mezi sekundární demence patří vaskulární, která je způsobena cévními poruchami a sníženým průtokem krve nebo úplnou zástavou krve mozkem (např. mnohočetný mikroinfarkt nebo rozsáhlý infarkt v oblasti pro paměť).

Ostatní sekundární demence vznikají na základě systémových chorob nebo poranění (infekční, metabolická,...). Demence by měla být diagnostikována až po zobrazovacím vyšetření mozku počítačovou tomografií (CT).(6,23)

2.1.6.1 Alzheimerova demence (AD)

AD se ve stáří vyskytuje nejčastěji, přibližně 5%. Jde o atroficko-degenerativní demenci a často v kombinaci s vaskulární. U žen asi 2 x častěji. AD rozlišujeme na 2 základní typy:

- Familiární forma s výskytem od 50 let (genetická dispozice)
- Senilní forma neboli sporadický typ

Pro AD je typický pomalý a nenápadný začátek. Předcházející stav, kterému se říká lehká porucha poznávacích funkcí (ne u všech případů) se vyznačuje přítomností subjektivních i objektivních poruch paměti ale nedosahuje stupně demence. Dle stupně postižení rozlišujeme stadia: Lehké stádium, střední stádium, těžké stádium demence (terminální fáze). Prvním krokem k diagnóze je zjištění syndromu demence, klinický

obraz průběhu choroby, anamnestické údaje, pomocná vyšetření, testové metody např. test kreslení hodin – MMSE (Mini-Mental State Examination) a výkonnostní testy. Testy nejsou specifické, proto se používají další metody. Terapie AD je velmi obtížná, spočívá spíše v ovlivnění symptomatické formy, nepříznivého průběhu a akutních komplikací.(27)

Farmakoterapie se rozděluje na kognitivní a nekognitivní. Kognitivní ovlivňuje paměť, intelekt a motivaci. Nekognitivní ovlivňuje chování, emoce a spánek.

V ošetrovatelské péči je důležitým úkolem udržet soběstačnost seniora v nejvyšší možné míře po nejdélejší dobu, musí být systematicky veden k pravidelným aktivitám podle jeho přání a způsobem, který bude respektovat, aktivita se individualizuje podle schopností. Holmerová uvádí, že při ošetrování je vhodné používat takzvanou (dále jen tzv.) reflektivní podporu, která zahrnuje holistický multidisciplinární přístup. U nefarmakologické terapie se užívá tzv. validace, znamená přijetí a respektování tématu, které si přeje nemocný a kdy mu jen nasloucháme. První dvě formy využívají kognitivní trénink, kdy úkoly mají být přiměřené, v některých zařízeních využívají ve spolupráci s rodinou metodu reminiscence (životopis sestavený rodinou a na jeho základě jednat a respektovat naučený postup zvyků a rituálů z domova). Průměrná doba trvání choroby je od objevení prvních příznaků k exitu (smrti) od 7 do 10 let, ale jsou popsány i případy pacientů s přežitím déle než 15 let. Roku 1997 vznikla Česká alzheimerovská společnost (ČASL) vzhledem k zvyšujícímu se počtu nemocných, která poskytuje praktické rady a pomoc při ošetrování seniora s AD, telefonické i osobní konzultace, další služby a projekty, letáky, brožury a informace na webových stránkách.(6)

2.1.7 Parkinsonova nemoc (PN)

Parkinsonova nemoc dle Topinkové je: „Chronické progredující onemocnění na podkladě neuronální degenerace substantia nigra a nedostatku dopaminu v bazálních gangliích, za příčinu se uplatňuje vliv genetiky, endotoxinů a exotoxinů“ (výskyt PN ve věku nad 65 let je 1-2%.(20, str. 155)

Začátek onemocnění probíhá většinou nenápadně s nespecifickými příznaky, obvykle začínající onemocnění provází 3 základní příznaky: hypokineze, rigidita a tremor.(1)

Dalšími příznaky jsou autonomní neuropatie (zácpa, inkontinence moči, pocení, ortostatická hypotenze, sexuální dysfunkce, dysfagie), demence u starších pacientů, poruchy spánku, deprese, psychotické symptomy.(20)

Psychické poruchy jsou poměrně časté, v počátečním stádiu onemocnění jsou neurotické příznaky, závažnějším a nejčastějším problémem jsou deprese (až 40%). Z počátku bývá spíše úzkost, podrážděnost, rozhněvanost a pesimismus, také poruchy vnímání až sebevražedné pokusy.(1)

Diagnostika PN – anamnéza, fyzikální vyšetření, zhodnocení kognitivních funkcí (MMSE a funkční schopnosti ADL/IADL), laboratorní, zobrazovací (CT, NMR, EEG) a další odborná vyšetření pro diferenciální diagnostiku.

Základem léčby je včasná diagnostika a zjištění etiologie. Terapie nefarmakologická zahrnuje rehabilitační léčbu a režimová opatření, někdy lázeňská, důležitá je edukace nemocného a rodiny, podpora a sociální služby. Léčba medikamentózní je obtížná, nutný je individuální přístup, zpomaluje nebo zastavuje progresi onemocnění.(1,16,20)

2.2 Komplexní geriatrické hodnocení (CGA)

Komplexní geriatrické hodnocení (comprehensive geriatric assessment - CGA) je diagnostický proces zaměřený na stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů seniorů s cílem pro léčbu a sledování. Zahrnuje oblast zájmu a základní postupy k jejich posouzení. Jde o celkové pojetí zdravím podmíněné kvality života.

Oblast zájmu je osobnost pacienta, tělesné zdraví, funkční výkonnost, duševní zdraví, sociální souvislosti a základními postupy CGA jsou klinické vyšetření, posouzení duševního stavu pomocí testů a speciální hodnocení výkonnosti a tělesné zdatnosti.

2.2.1 Mini Mental State Examination (MMSE)

Mini Mental State Examination zkratka MMSE je takzvaný Folsteinův test (viz příloha č. 4) Sestra tento test využívá k hodnocení kognitivních funkcí u seniorů, jako orientační test ke zjištění demence. Hodnotí zde orientaci, zapamatování, pozornost a počítání, vybavnost paměti, pojmenování předmětů, opakování věty, třístupňový příkaz, čtení a vyhovění příkazu, psaní a obkreslování podle předlohy. Celkem hodnotí těchto

10 funkcí. Plný počet bodů je 30, méně než 10 bodů udává pokročilou formu demence. Dalším hodnotícím testem kognitivních funkcí je např. test kreslení hodin a další.(9)

2.2.2 Activities of daily living (ADL)

ADL test je test aktivit denního života (viz příloha č. 2), tento test sestra využívá k hodnocení soběstačnosti a výkonnosti nemocného, někdy je označován zkráceně Katz ADL nebo Katzův index ADL, k hodnocení soběstačnosti může sestra využít Barthelův index neboli Barthelův test aktivit denního života. Také může sestra využít instrumentální test IADL, test složitějších činností umožňující ve svém souhrnu plnou soběstačnost v oblasti nakupování, vaření, běžného úklidu, vedení domácnosti, používání dopravních prostředků, nakládání s penězi a telefonování.(9)

2.3 Geriatrické syndromy

Některé závažné zdravotní obtíže a symptomy (subjektivní i objektivní) se u geriatrických pacientů opakují velmi často a bez vazby na určité onemocnění. Ve většině případů se nejedná o jedno základní onemocnění ale o více poruch, které způsobují celek obtíží. Specifické geriatrické syndromy jsou obvykle multikauzální etiologie, bývají přehlíženy a považovány za důsledky stárnutí. Při správné diagnostice a léčbě lze dosáhnout zlepšení nebo ústupu potíží. Geriatrické syndromy se nachází v oblasti somatické, psychické a sociální.

V oblasti somatické (tělesné) jsou to poruchy chůze a pohyblivosti, závratě, nestabilita a pády, inkontinence (moče i stolice), poruchy termoregulace a poruchy příjmu potravy/tekutin.

V oblasti psychické (duševní) to je demence, deprese, delirium, poruchy chování a maladaptace.

V oblasti sociální (společenské) je to ztráta soběstačnosti, sociální izolace, týrání a zneužívání a dysfunkce rodiny. Přehled geriatrických syndromů je uveden v tabulce, viz příloha.(9,20)

2.3.1 Syndrom instability s pády

V geriatrické medicíně je instabilita považována dlouhodobě za jednu z klinických priorit, která se v rámci konceptu multikauzální geriatrické křehkosti vzájemně podmiňuje s hypomobilitou a depresí, také s malnutricí a sarkopenií. Svými

důsledky spoluvytváří celkový problém, jako jsou instabilita spojená s následkem pádů a zlomenin. Geriatrická instabilita má různou povahu. (9)

Pády spojené s instabilitou jsou hlavní příčinou většiny úrazů ve vyšším věku, mohou vést ke zhoršení kvality života (strach z pohybu, z omezení aktivity). Většina starších osob po traumatu způsobeného pádem vyžaduje ústavní péči.

Příčiny pádů ve stáří mohou být mechanické - způsobené doma zakopnutím, uklouznutím nebo v ústavní péči a symptomatické (cévní onemocnění mozku, kardiální příčiny, demence a delirantní stavy, nežádoucí účinky léků).

Následkem pádů ve stáří mohou být, v 25% závažná poranění, poranění měkkých částí (hlavy) v 15%, zlomeniny, hlavně krčku kosti stehenní. U osamělých osob, žijících v domácím prostředí je nebezpečí dekubitů, podchlazení a bronchopneumonie.

Preventivní opatření pádů je odstranění možné mechanické příčiny, zjištění základní příčiny, zlepšení kondice nemocného, psychická podpora vedoucí ke zmírnění strachu, minimalizace nebezpečné aktivity. U pacienta s omezenou hybností upozornit na možnost použití zvonku a zdravotnický personál vést k větší zodpovědnosti za prevenci pádů.

2.3.2 Závratě - vertigo

Vertigo lze popsat jako poruchu rovnováhy a pocit nejistoty při stoji nebo chůzi. Ve většině případů bývá provázena výraznou nevolí s nauzeou až zvracením, pocením, palpitacemi a dalšími vegetativními projevy. Schopnost udržení rovnováhy je závislá na správné funkci jednotlivých receptorů a na schopnosti centrálního nervového systému. Příčiny, které jsou časté ve stáří a geriatricky významné jsou nežádoucí účinky léků, hypovolemie, dehydratace, hemodynamicky významné poruchy srdečního rytmu, hematologické poruchy, útlum CNS, metabolické poruchy (hypoglykémie).

Nepravé závratě ve stáří jsou poměrně časté, podmíněné psychogenně. V této skupině pacienti podávají mnoho subjektivních obtíží, ale při vyšetření je prokázán minimální objektivní nález. Staří pacienti pojmem závratě popisují jako pocit nejistoty v prostoru, příčinou může být ztráta psychické rovnováhy spojená s úzkostí, strachem (z pádu), a depresí. V léčbě těchto pacientů se uplatňuje psychoterapeutická a psychofarmakologická podpora, opěrné pomůcky, optimalizace pohybu a nácvik chůze.

Nepravé závratě se rozdělují na výškové vertigo – závrat' z výšky při náhlé ztrátě zrakových informací a psychogenní vertigo – jako příznak anxiózních neuróz, deprese a jiných psychóz (např. klaustrofobie = strach z uzavřených prostor).(8,9)

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelství je samostatný obor, který je založen na vědeckých poznatcích. Je to multidisciplinární vědní obor, který je do značné míry determinovaný výsledky příbuzných oborů. Navazuje na všechny medicínské a humanitní obory. Hlavními vědními obory, z kterých ošetřovatelství čerpá, jsou jednotlivé medicínské disciplíny – poznatky o etiologii, patogenezi, projevy onemocnění, diagnostice, léčbě a prevenci a humanistické disciplíny – filozofie, etika, psychologie, sociologie a pedagogika. Poznatky z vědních disciplín nejen využívá, ale tvořivě rozpracovává. Zásahuje do oblasti prevence, ošetřovatelské diagnostiky, obnovy zdraví, psychosociální péče a edukační péče.

Základním rámcem je ošetřovatelský proces. Hlavní filozofií v ošetřovatelství je Holismus. Termín pochází z řeckého slova holos = celek. Holismus zavedl jihoafrický politik J. CH. Smuts poprvé ve své knize Holismus a evoluce. Holismus v ošetřovatelství zdůrazňuje pojetí člověka jako bio-psycho-sociální bytosti, bytostí holistickou zabývající se člověkem jako celkem kdy porucha jedné části celku znamená poruchu jiné části popřípadě celého systému.(18,17)

3.1 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je metoda poskytování ošetřovatelské péče, která je zaměřená na potřeby nemocného a zahrnuje systémový přístup a řešení problémů. Je to série plánovaných činností a myšlenkových algoritmů. Ošetřovatelský proces má 5 fází:

První fáze je **posuzování**. V této fázi sestra shromažďuje informace o nemocném a to formou rozhovoru s nemocným nebo rodinnými příslušníky ale i z dokumentace (ošetřovatelská anamnéza). Informace o nemocném sestra získává i pozorováním (celkového vzhledu, stavu), screeningovým vyšetřením (pohmatem) a užitím různých testů a škál.

Druhá fáze ošetřovatelského procesu je ošetřovatelská **diagnostika**. Pojmenování problému nemocného, důvody vzniku a jeho projevy. Sestra informace zaznamenává na základě získaných informací jako ošetřovatelské diagnózy, které se rozdělují na aktuální, potencionální a edukační.

Třetí fáze je **plánování** ošetřovatelské péče. Plánování lze rozlišit na plány dlouhodobé, střednědobé, krátkodobé a standardní. Plánování probíhá na základě zjištěného problému navržením ošetřovatelských intervencí a stanovením očekávaného

výsledku/cíle. Ošetrovatelské intervence jsou: Nezávislé, které jsou v kompetenci sestry. Závislé, které se odvíjejí na základě ordinace lékaře. Součinné, které se plánují společně s odborníky. Navržený ošetrovatelský plán sestra konzultuje s nemocným.

Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu je **realizace** naplánovaných ošetrovatelských činností. Realizace zahrnuje ověření ošetrovatelského plánu, sběr informací v průběhu ošetrovatelských intervencí. Vše sestra zaznamenává.

Pátá poslední fáze je **vyhodnocení** ošetrovatelského plánu, ukončení, eventuelně revize plánu. Sestra zhodnotí, zda bylo za určitou dobu dosaženo očekávaného výsledku/cíle poskytnutou ošetrovatelskou péčí, společně s potvrzením nemocného. Jestliže cíle/očekávaného výsledku bylo dosaženo, ukončí činnosti, ale pokud nebylo dosaženo cíle, následuje revize plánu a nový ošetrovatelský proces.(21)

3.2 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu

Lidská potřeba/y neboli potřeba/y člověka je projevem nějakého nedostatku, který je žádoucí odstranit. Pobízí k vyhledávání nebo vede k vyhýbání se určité podmínce. Uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Sestra se zabývá člověkem jako bytostí holistickou. Zdůrazněna je jednota vnitřního s vnějším, každá potřeba je potřebou něčeho. Lidské potřeby se mění, vyvíjejí a kultivují a každý jedinec je jinak vyjadřuje i uspokojuje. Určitý druh motivovaného chování se projevuje u každého jinak.

Potřeby lze uspokojovat žádoucím nebo nežádoucím způsobem. Žádoucím způsobem, ty které neškodí nám ani jiným, naopak nežádoucím způsobem, které mohou škodit dané i jiné osobě a jsou ve sporu se sociálně-kulturními hodnotami nebo nejsou v mezích zákona. Lidské potřeby jsou základními motivy, které vyjadřují nějaký nedostatek např. narušenou psychickou nebo psychofyziologickou rovnováhu.

Vztah motivace a lidských potřeb je nedílnou součástí v procesu uspokojování potřeb nemocného. Motivace může být vědomá i nevědomá. Motivační napětí vzniká z potřeb a je reakcí na nějaký nedostatek. Faktory, které mohou narušit průběh uspokojování potřeb, jsou: Základní obecné faktory (věk, pohlaví, psychické vlastnosti, tělesné dispozice), individuální osobnostní faktory (výchova, vzdělání, rodinný stav), společenské faktory (celkový životní standard), patologické stavy (imobilizace, nemoc, bolest).

Na základě těchto poznatků psychologové sestavují různé indexy potřeb. Americký psycholog Henry A. Murray sestavil teorii motivace, kde třídí potřeby z různých hledisek, především třídění na viscerogenní a psychogenní a na kladné a záporné. Americký psycholog Abraham H. Maslow vytvořil hierarchickou teorii potřeb vycházející z teorie motivace, kde podle Maslowa má každý člověk individuální systém motivů, které jsou uspořádaný hierarchickým systémem. Potřeby člověka rozděluje na nižší a vyšší. Označení pro nižší potřeby, též jako nedostatkové potřeby tam patří fyziologické potřeby a potřeba jistoty a bezpečí. Vyšší potřeby neboli takzvané metapotřeby, tam řadí potřebu sounáležitosti a lásky, uznání a sebeúcty a potřebu seberealizace.(21)

3.2.1 Soběstačnost a sebek péče v ošetrovatelském procesu

Soběstačnost vyjadřuje míru samostatnosti popřípadě účasti člověka ve vykonávání denních aktivit, kam patří stravování, oblékání, hygiena, vyprazdňování a pojem sebek péče je samostatné vykonávání těchto denních aktivit vlastními silami. Úroveň soběstačnosti jedince je ovlivněna různými faktory například věkem, zdravotním stavem, typem osobnosti atd. Hodnocení úrovně sebek péče a soběstačnosti nemocného je důležité pro stanovení ošetrovatelského plánu a intervence. Je třeba, aby sestra správně zhodnotila úroveň soběstačnosti při příjmu v rámci ošetrovatelské anamnézy (rozhovorem nebo pozorováním).(21)

K hodnocení soběstačnosti se nejčastěji využívá Barthelův test všedních činností, zde se hodnotí závislost na druhé osobě v aktivitách denního života. Hodnotí se konkrétně tyto činnosti: Najedení a napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moče a stolice, použití WC, přesun lůžko-židle, chůze po rovině a chůze po schodech. Celkový počet bodů je 100, značí, že je nemocný plně soběstačný. Rozmezí 65-95bodů znamená lehkou závislost na pomoci druhé osoby. Závislost středního stupně se pohybuje v rozmezí počtu bodů 45-60, počet 0-40bodů označuje plnou závislost na druhé osobě. Jako další využití klasifikace funkční úrovně sebek péče je hodnocení podle M. Gordonové, kde je procentuální vyjádření.

Testy, které jsou zaměřené na soběstačnost nemocného, jsou například: Test ošetrovatelské zátěže podle Svanborga modifikovaný Staňkovou. Testování vývoje soběstačnosti, má grafické znázornění a test instrumentálních denních činností, který je zaměřen na domácí péče. Nesprávné stanovení úrovně sebek péče může přinášet

komplikace až imobilizační syndrom, proto je nutné hodnotit úroveň sebepečce nemocného tak, aby se podporovala jeho nezávislost a provádět hodnocení vždy při změně klinického stavu.(18,21)

V období stáří dochází k involučním změnám a vlivem toho je i celkově snížen pohyb a senior se stává více či méně závislým až plně nesoběstačným. Pokud je to možné v rámci schopností a s ohledem na omezení a celkový zdravotní stav, je důležité nemocného aktivizovat a cvičit v rámci jeho možností. Především u starších a dlouhodobě nemocných je zapotřebí stanovení vhodné individualizované ošetrovatelské péče. U seniorů trpících demencí se úroveň soběstačnosti odlišuje podle stádia, v jakém se nemocný nachází. Z počátku může být soběstačný a postupně se omezuje až na úplnou nesoběstačnost, kdy už sestra nebo rodina musí převzít veškerou ošetrovatelskou péči o nemocného.

3.2.2 Hygiena a oblékání v ošetrovatelském procesu

Hygiena je soubor pravidel a postupů důležitých k podpoře a ochraně zdraví, její potřeba je základní biologickou potřebou. V péči o hygienu a oblékání u nemocného si sestra nejdříve určí míru soběstačnosti, co je schopen si sám zvládnout, podle toho zajistí náležitou pomoc.(21)

Nemocný, který je soběstačný si většinou zajistí hygienickou péči sám v plném rozsahu, důležité je zajištění maximální bezpečnosti. Sestra pomáhá jen při zajištění potřebných pomůcek a čistého ložního i osobního prádla. U pacienta na lůžku částečně soběstačného zajistí sestra dopomoc při umývání, přípravě všech pomůcek k hygieně tak, aby měl pacient dostupný přístup, pomáhá při oblékání a výměně ložního prádla. Důležité je podporovat pacienta v soběstačnosti, dbát aby se sám umyl, ale pokud to jeho zdravotní stav dovoluje.

Nesoběstačným pacientům upoutaným plně na lůžko zajišťuje kompletní hygienickou péči sestra nebo ošetrovatelka a u těchto pacientů dbá zvýšené pozornosti v hygienické péči. Hygiena na lůžku se provádí dvakrát denně, ráno a večer. Provádí se péče o obličej, oči, dutinu ústní a celkové umytí pacienta včetně hygieny genitálu, učesání pacienta, šetrné a správné polohování nebo manipulace s pacientem během hygieny a celková úprava lůžka. Sestra dbá na prevenci proleženin a opruzenin. Před provedením těchto aktivit sestra informuje a poučí pacienta o provedení hygienické péče a zajistí soukromí. Respektuje intimitu a stud pacienta! Toaleta začíná péčí o

obličej, oči, uši a vyčištění dutiny ústní, v oblasti dutiny ústní je třeba dbát i na čistotu umělého chrupu, dále krku, paží, hrudníku, zad až k nohám, nakonec hygiena genitálu. Součástí kompletní hygienické péče je i péče o nehty rukou i nohou.

Během hygienických činností sestra kontroluje stav pokožky pacienta. Sestra v průběhu vykonávání těchto činností pracuje šetrně, důkladně, rázně a používá ochranné pomůcky. Všechny provedené úkony vždy řádně zaznamenává do dokumentace se svým podpisem. "

Ošetrovatelské posouzení hygieny spočívá v hodnocení celkové úpravy a vzhledu nemocného, posouzení stavu kůže, identifikaci rizikových faktorů a hodnocení soběstačnosti za pomoci hodnotících škál.

3.2.3 Spánek a odpočinek v ošetrovatelském procesu

Spánek se ve stáří přirozeně mění, zkracuje se doba spaní, usínání trvá déle a probouzení nastává v časných ranních hodinách. Celková kvalita spánku se projevuje i v jiných zdravotních oblastech. U seniorů může zvyšovat výskyt poruch chování a další chorobný projevy.(2,8)

Jako léčebné nefarmakologické opatření spočívá v dodržování denního režimu, vyloučení z příjmu tekutin a potravy kofein, nikotin a těžkého jídla pře spaním a vytvořit podmínky ke klidnému spánku, také odstranění možných rušivých příznaků.

Spánek je základní biologickou potřebou člověka. Odpočinek je klid, relaxace bez emočního stresu, probíhá uvolnění napětí a úzkosti např. hudba, četba, procházka. Faktorů, které ovlivňují spánek a odpočinek může být několik např. bolest, nemoc, úzkost, strach a jiné. Poruchy spánku mohou být primární, hlavním problémem je nespavost nebo nadměrná spavost nebo mohou být sekundární poruchy, které jsou následkem onemocnění a depresí.(21)

Hodnocení spánku u nemocného je součástí ošetrovatelské anamnézy, sestra získává informace od nemocného při příjmu. V této oblasti sestra zjišťuje informace typu: jak nemocný dlouho spí, zda má nějaké problémy s usínáním a spaním, jestli užívá nějaké léky na spaní, zda má nějaké zvyklosti před spaním. Po zjištění potřebných informací následně identifikuje problém(pokud je u nemocného) a pomáhá najít způsob řešení který spočívá např. úpravou prostředí, vyvětráním pokoje, zajištěním klidného prostředí nebo umožněním aktivity na kterou je zvyklý před spaním, popřípadě vyžaduje-li to situace zajistí léky na spaní po domluvě s lékařem.

3.2.4 Výživa v ošetrovatelském procesu

Výživa je biologickou potřebou člověka a je nezbytně nutná k udržování rovnováhy organismu. Výživa zajišťuje základní funkce organismu. Má vliv nejen na zdraví, duševní pohodu ale ovlivňuje i průběh některých onemocnění.

Vlivem různých faktorů může být uspokojování potřeb výživy narušeno. Tyto faktory mohou být biologické, kam patří změna funkce trávicího traktu ve vyšším věku vlivem involučních změn a změna zdravotního stavu, z psychických faktorů jsou to psychosomatické stavy, emocionální ladění a zvyky. Do sociálních a kulturních faktorů patří kulturní zvyky, víra a ekonomická situace. Staří lidé přijímají menší množství potravy vlivem zpomalené fyzické aktivity a metabolismu, kvalita potravy může být ovlivněna ekonomickými faktory.

Ve stáří se snižuje chuť k jídlu a pocit hladu. Pocit nasycení nastupuje brzy po jídle a trvá dlouho. Jako následek je snížení tělesné hmotnosti a svalové hmoty se ztrátou svalové síly (kachektizace). Následně se mohou objevit projevy jako malnutrice, hypomobilita a dekonidice, únava, instabilita s pády, otoky, zhoršené hojení ran, až imobilizační syndrom.(9)

Příjem potravy u starších lidí může být také ovlivněn ztrátou chrupu a změnou ve vnímání chuti a vůně ale také ztrátou soběstačnosti starého člověka v denních aktivitách, schopnosti najíst se. Zdravotní stav jedince, ovlivňuje stravovací návyky a celkový stav výživy, již zmíněná ztráta chrupu, špatný stav chrupu, onemocnění v dutině ústní nebo onemocnění jícnu, kdy nemocný trpí dysfagií (poruchou polykání) je dalším důležitým faktorem.(21)

Ve zdravotnických zařízeních je nemocnému určena dieta pro určitá onemocnění pokud je nemocný schopen přijímat per orální cestou. Pokud schopen není, přechází se na jiné možnosti zajištění výživy nemocnému formou nutriční výživy enterální cestou do nazogastrické (NGS), nazojejunální (NJS) sondy nebo přes PEG přímo do žaludku. Další variantou zajištění výživy je parenterální cestou, znamená výživa podávaná do žíly. V péči o výživu nemocného je důležité zhodnotit celkový zdravotní stav a úroveň soběstačnosti. Úroveň soběstačnosti si sestra stanoví za pomoci Barthelova testu. Podle úrovně jaké je nemocný schopen, zajistí výživu. Pokud je nemocný schopen se sám najíst a napít pouze sestra dohlédne, aby nemocnému byla podána správně naordinovaná dieta. U nemocného částečně soběstačného sestra nebo ošetrovatelka asistuje, popřípadě pomáhá při stravování, pokud nemocný není schopen vůbec, tak

v tomto případě plně přebírá zajištění výživy sestra a to formou ordinovanou lékařem, cestou enterální, parenterální nebo kombinací obou.

3.2.5 Vyprazdňování v ošetrovatelském procesu

Vyprazdňování střeva a močového měchýře je biologickou potřebou člověka a fyziologickou funkcí organismu. Faktory, které se podílejí ve vyprazdňování stolice jsou např. věk, ve stáří dochází ke ztrátě svalového tónu svěračů, potrava a tekutiny jsou také jsou také faktorem, které mají vliv ve vyprazdňování např. nedostatek vlákniny ve stravě, dietní chyba a nedostatečný příjem tekutin. Aktivita a pohyb mají vliv na střevní peristaltiku, nemoc a patologické stavy (onemocnění střev nebo konečníku). Imobilita má negativní vliv na vyprazdňování stolice i moče. Z psychologických faktorů hraje určitou roli životní styl člověka, osobnostní vlastnosti, strach, úzkost a stres. Sociálně-kulturními faktory mohou být nedostatečná intimita a soukromí při vyprazdňování.

Mezi poruchy vyprazdňování stolice patří obstipace (zácpa) a diarrhoea (průjem). Na vzniku obstipace se podílí i nadměrné užívání laxancií, psychický stres, nedostatečný příjem tekutin hlavně u starších pacientů, baryum a některé léky (morfin). U starých nemocných je obstipace mnohem častější, dochází ke zpomalení peristaltiky z důvodu celkového ochabnutí svalstva a dalších onemocnění. Při dlouhodobě trvající zácpě u imobilních pacientů může vzniknout tzv. paradoxní průjem. Jde o těžkou obstipaci a může dojít k mylnému dojmu průjmu nebo inkontinence. Z důvodu mylného nasazení režimu proti průjmu se tento stav může zkomplikovat.

Druhou poruchou ve vyprazdňování stolice je diarrhoea (průjem). Při průjmu může docházet zejména u starých lidí k velkým ztrátám tekutin a elektrolytů. Další poruchou ve vyprazdňování stolice je inkontinence, může být úplná nebo částečná.(21)

V rámci ošetrovatelské anamnézy sestra k nemocnému přistupuje diskrétně, citlivě a respektem aby mohla získat důvěru nemocného. Z fyziologického hlediska potřeba vyprazdňování zajišťuje rovnováhu v organismu (homeostázu). Způsob uspokojování v této potřebě je individuální, zejména u vyprazdňování střeva. Důležité v rámci ošetrovatelské péče, hlavně u imobilních pacientů upoutaných na lůžko je respektování intimity, diskrétnosti a studu při vyprazdňování.

Ošetrovatelská péče v oblasti vyprazdňování stolice je zaměřena na zjištění soběstačnosti nemocného, sestra v rámci ošetrovatelské anamnézy získává údaje o pravidelnosti, množství i čase defekace poté hodnotí množství, konzistenci, tvar,

zápach, barvu a eventuelně příměsí ve stolici. Intervence týkající se zjištěného problému s obstipací jsou podpora pravidelné defekace, doporučení cvičení, zajištění soukromí, dostatečná hydratace nemocného, popřípadě podání čípku nebo klyzmatu po domluvě s lékařem. Pokud nemocný trpí průjmem, sestra sleduje množství a frekvenci vylučování stolice, předchází vzniku dehydratace, zaznamenává do dokumentace a konzultuje s lékařem o možnosti podání léků. Z ošetrovatelského hlediska hlavně sestra dbá na prevenci opruzenin, především u imobilních pacientů, také dbá na dostatečnou hygienu, hlavně v okolí konečníku. U inkontinentních pacientů je hygienická péče a prevence vzniku opruzenin na prvním místě.

Mezi poruchy vyprazdňování močového měchýře patří poruchy tvorby moče a poruchy vylučování. Inkontinence je příznak nikoliv onemocnění, jedná se o samovolný odchod moče a rozděluje se na celkovou inkontinenci, stresovou inkontinenci, inkontinenci urgentní, funkční a reflexní.(21)

V ošetrovatelské péči vyprazdňování moče sestra hodnotí běžné způsoby, frekvenci, vzhled nebo problémy s močením. Vyšetření moče se týká měření objemu, sledování příjmu a výdeje tekutin (P+V tekutin, bilance tekutin) za určitou dobu, specifické hmotnosti moče, hodnocení barvy, zápach a příměsí v moči. Starší pacienti trpí většinou inkontinencí. V tomto případě sestra zjistí, o jaký druh inkontinence se jedná. Může být i důvodem k zavedení permanentního močového katétru (PMK). Při ošetřování nemocného s inkontinencí moče je důležité dbát na zvýšenou hygienu a prevenci opruzenin a dekubitů. Pokud je nutné zavést PMK, provádí se za přísně aseptických podmínek a řádná hygiena genitálií je prioritní. Velmi důležité je pacienta předem edukovat o postupu provedení výkonu.

3.2.6 Dýchání v ošetrovatelském procesu

Dýchání je proces nezbytný pro život a je biologickou potřebou člověka. Hodnotíme frekvenci, objem, rytmus, kvalitu, úsilí, kašel a sekrety, pohyby hrudníku, typ dýchání a vedlejší dechové jevy (pískoty).

Faktory, které mohou ovlivnit dýchání, jsou prostředí, pohybová aktivita, emoce, životní styl (kouření), zdravotní stav, narkotika. Stav dýchání sestra posuzuje anamnézou, zda má nějaké respirační problémy, jaký je životní styl, přítomností kašle nebo bolestí na hrudníku a fyzikálním vyšetřením. Při hodnocení dýchání sestrou musí nejdříve zjistit jaký je normální typ dýchání nemocného, vliv jeho zdravotního

problému na dýchání, vliv léků a léčby. Ošetrovatelská činnost sestry v péči o dýchání je naučit nemocného správně dýchat za pomoci dechových cvičení s ohledem na celkový zdravotní stav a naučit vědomému, zdravému dýchání. Sestra pomáhá nemocnému zaujmout odlehčující polohu. V terapii poruch dýchání nemocní provádějí dechovou gymnastiku, nácvik dýchání, má velký význam u dlouhodobě ležících pacientů a vede k snadnějšímu vykašlávání a tím k správnému dýchání ale také u chronických onemocnění je důležité nemocného naučit správně dýchat a dostatečně edukovat.

V rámci ošetrovatelského procesu je důležitá podpora expektorace za pomoci inhalace s následným vykašláváním. Při správné péči o dýchání u nemocného lze předcházet vzniku pneumonie, která je, hlavně u starších pacientů až v 80%, příčinou úmrtí.(21)

3.2.7 Bolest v ošetrovatelském procesu

Bolest je celkový jev, který má fyzickou a emocionální složku. Jedná se o subjektivní zkušenost člověka, jak člověk/pacient bolest prožívá je pod vlivem osobních i společenských faktorů a zároveň i biologického procesu. Bolest je nejčastěji příznakem onemocnění ale také působí jako ochranný mechanismus.(19)

Bolest u nemocného ovlivňuje kvalitu života. Povinností lékaře a sestry je věnovat pozornost bolesti a účinně ji tišit protože být bez bolesti je základní lidská potřeba a základní lidské právo.

Do základního klinického rozdělení se bolest dělí na akutní, která nepřesahuje dobu 3 měsíců a bolest chronickou, která trvá déle než 6 měsíců (při nádorovém onemocnění, onemocnění pohybového aparátu, neuralgie,...). Příznaky akutní bolesti jsou tachykardie, hypertenze, tachypnoe, mydriáza, pocení. Akutní bolest je ovlivnitelná farmakologicky. Projevy chronické bolesti se označují jako klinický syndrom bolesti (nechutenství, nespavost, váhový úbytek, sociální izolace...). Na chronickou bolest je pohlíženo jako na samostatnou nemoc. Bolest je tvořena složkou sensorickou a afektivní proto kromě analgetik se využívá, zejména u chronické bolesti psychofarmak. Sestra u nemocného hodnotí bolestivý práh, intenzitu, charakter a toleranci bolesti. Metody hodnocení bolesti jsou různé, sestra sleduje u nemocného bolestivé chování jako projev bolesti, který je objektivně pozorovatelný (grimasa, neklid, pláč, vyhledávání úlevové polohy, změny FF, opocení, nauzea, zvracení) nebo nemocný

verbálně vyjádří bolest dle škály např. Melzackovy (od mírné až po nesnesitelnou) nebo dotazníkem.

V rámci ošetrovatelského procesu je měření bolesti u nemocného velmi důležité, informuje o účinku analgetik nebo jiných postupů. V ošetrovatelském postupu sestra odebere anamnézu bolesti, zhodnotí bolest a provede charakteristiku bolestivého stavu: časovou závislost, lokalizaci a šíření, kvalitu (charakter) bolesti, určí faktory, které ovlivňují bolest, intenzitu a změny v časovém rozmezí a vliv bolesti na spánek nebo na denní aktivity. Dále sestra hodnotí reakce nemocného na bolest, monitoruje FF, zjistí specifické symptomy, které se k bolesti vztahují, odebere farmakologickou anamnézu, respektuje individuální citlivost, informuje lékaře, edukuje nemocného a vše zaznamenává do dokumentace.

Léčbu bolesti můžeme rozdělit na farmakologickou a nefarmakologickou. U nefarmakologické léčby využíváme postupy ergoterapie a fyzioterapie dle fyzického stavu nemocného, u imobilních pacientů provádíme polohování a pasivní procvičování, dále psychoterapii, kde využíváme relaxačních technik, muzikoterapie a biofeedback.

Při léčbě akutní bolesti mají dobrý účinek léky z řady analgetik jako je paracetamol a nesteroidní antirevmatika. U silných bolestí se využívá kombinace paracetamolu s kodeinem nebo tramadolem v dávkách a časových rozmezích ordinované ošetřujícím lékařem. U chronické bolesti se rozlišuje podání léčiv dle: Intenzity, délky trvání, charakteru bolesti a přidružením polymorbidit. Opioidy jsou indikací především při silných chronických nádorových bolestí, výjimkou jsou u silných bolestí nenádorových (pokročilé artrózy, bolesti zad), někdy u neuropatických bolestí a revmatoidní artritidě. Důležité při léčbě opioidy je stanovení léčebného plánu, pečlivá dokumentace, konzultace s psychologem, písemný informovaný souhlas pacienta a pravidelné kontroly. U pacientů léčených opioidy je nutné kontrolovat nežádoucí účinky (sedace, delirium, zácpa, retence moči, nauzea, deprese dechového centra).(21)

3.2.8 Jistota a bezpečí v ošetrovatelském procesu

Jistota a bezpečí jsou základní lidské potřeby a podle Maslowa jsou zařazeny na druhém místě v jeho pyramidě potřeb. Zasahují do oblasti psychiky a jejich míra má vliv na fyziologicko-biologickou stránku člověka. Nemocný člověk bývá provázen nepříjemnými pocity, nejistotou až úzkostí a strachem. Věk jedince je faktorem který hraje určitou roli ve vztahu k této potřebě.

Ve stáří pro uspokojení potřeby jistoty a bezpečí je skutečnost, zda je člověk sám nebo v rodině, zdravotní stav a soběstačnost. Osobnost člověka je dalším důležitým faktorem (introvert, extrovert), dále sebekoncepce a sebeúcta, socializace člověka a životní podmínky. Psychickou odezvou neuspokojení těchto potřeb je strach, úzkost, hněv a smutek.(21)

Především starý člověk se obává samoty, nesoběstačnosti a nemoci, může vyústit až v depresi. V přístupu a ošetřování nemocného je důležité, aby sestra s nemocným komunikovala, podala nemocnému dostatek informací například o výkonu, vysvětlila průběh a po celou dobu byla empatická

3.3 Komunikace se seniorem

Pod pojmem komunikace mezi lidmi si lze představit vzájemnou interakci informací, tato výměna probíhá pomocí verbální a nonverbální složky.(7)

V komunikaci se seniorem předáváme informace, pocity i city a svým vystupováním a prezentováním se ať už slovně nebo mimoslovně, pohledem z očí do očí, tónem řeči, plynulostí, mimikou ale i gestikulací sdělujeme tím, jak umíme naslouchat a pochopit druhého.(24).

Situace, kdy si v komunikaci při rozhovoru nerozumíme a nepochopíme se navzájem s protějškem, nastávají mnohem častěji u starého člověka, při čemž je nutné podotknout, že dobrá komunikace je základem pro úspěšnou léčbu ve zdravotnictví. Při komunikaci se mohou vyskytovat komunikační bariéry a to buď ze strany zdravotníka (nedostatek času), ze strany pacienta (nedůvěra, strach) nebo také vlivem prostředí (nedostatek soukromí). Z hlediska komunikace se starým člověkem je důležité brát zřetel také na určitá zdravotní omezení jako je porucha řeči, sluchu, zraku. Akceptovat tyto nesnáze a přizpůsobit jim rozhovor. Z výzkumu šetření spokojenosti geriatrických pacientů s komunikací se zdravotnickým personálem vyplývá, že nejčastější chyby v oblasti komunikace se seniory jsou: používání odborných slov, nesoulad mezi verbální a neverbální složkou komunikace, devalvační (hrubé až ponižující) chování, jednosměrná komunikace, autoritativní chování a nedostatek času. (22)

Zásad, které je vhodné dodržovat při komunikaci se starým člověkem je několik: Uvědomění si, než začneme rozhovor, jakého směru se bude týkat. Umět si odpovědět na otázky, zda-li chce, potřebuje nebo cítí potřebu mluvit o problému a za jakých podmínek. Také je nutné si vyhranit čas a prostor k vyslechnutí nebo naslouchání

pacienta. Další důležitou součástí je pozdravení a oslovení, který má zásadní význam v rozhovoru. Z pohledu profesionálního zdravotníka je nutné si ujasnit vymezení vzájemné role, přijímat a podávat pravdivé informace a v rámci svých možností poskytovat podporu. Do zásad také patří vytvoření vztahu na principu laskavosti a důvěry ke starému člověku. Aktivní naslouchání je jeden ze způsobů komunikace, kde věnujeme pozornost a zájem slovům a způsobu chování seniora. Součástí je také velice důležitá schopnost empatie, umět prožívat situaci, tím dáváme najevo důvěru a možnost více se otevřít a sdělit svoje starosti, obavy, problémy. (10)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

V dnešní době přibývá počet stárnoucích lidí, délka života se prodlužuje a lidé se dnes dožívají vyššího věku. Ve stáří dochází k různým involučním změnám a přibývá onemocnění, která jsou v tomto období specifická. Problematika v geriatrii je velmi širokým tématem a zasahuje do všech oblastí. Geriatrické ošetřovatelství se vyskytuje v sociální oblasti, zdravotnických zařízeních lůžkových i ambulantních a pečuje se o nemocné i zdravé. Největším problémem u starých lidí je soběstačnost, která může ovlivnit průběh péče o stárnoucí jedince. Ztráta soběstačnosti u starých lidí vede k neschopnosti a závislosti na péči. Náročnost a kvalita ošetřovatelské péče o tyto lidi je velmi důležitá a proto se zvyšuje zájem o možnost zkvalitnění ošetřovatelské i sociální péče.

5 CÍL A ÚKOL PRÁCE

Cílem bakalářské práce je navrhnout ošetřovatelský plán u nemocného, na podkladě zjištěných informací. Úkolem práce je získat dostatek informací v rámci rozhovoru s nemocným nebo rodinou, pozorováním nemocného, z dokumentace a od dalšího ošetřujícího personálu a zpracovat zjištěné informace pomocí ošetřovatelského procesu.

6 VZOREK (VÝBĚR JEDNOTLIVCE)

Do své práce jsem si vybrala klienta z neurologického oddělení Fakultní nemocnice v Plzni. Pan K.M. narozen v roce 1936 (76let) byl původně léčený na neurologické ambulanci pro dlouhodobě trvající bolesti (asi 5let) v oblasti LS (lumbosakrální) páteře s propagací do dolních končetin (DK). Lumboischadický syndrom je označení pro bolesti v kříži a bederní krajině s propagací do DK. Bolesti se postupně zhoršovaly, asi 3 týdny bolesti silnější, následně hospitalizován na neurologickém oddělení pro silné bolesti v klidu a hlavně při pohybu. Během hospitalizace došlo k paraparéze DK.

Pan K.M. pochází z menší rodiny. Matka dříve pracovala jako prodavačka, zemřela v 81 letech, posledních 5 let života trpěla Alzheimerovou nemocí. Otec dříve

pracoval jako dělník, zemřel v 78 letech na pneumonii. Má dva sourozence, bratra a sestru, kteří ještě žijí. Nemocný žije ve společné domácnosti s manželkou, mají jednoho syna a dvě vnoučata. Manželka se synem chodí pravidelně na návštěvy. Pan K.M. dříve pracoval jako truhlář, nyní je ve starobním důchodu. Léčí se na arteriální hypertenzi a DM 2.typu, který je kompenzován perorálními antidiabetiky.

Nemocný je menší postavy, samostatně mobilní ale pro stupňující se bolesti potřebuje částečnou dopomoc druhé osoby. Stav vědomí je dobrý, komunikuje verbálně, řeč je pomalá, na oslovení reaguje adekvátně, bez latence. Nemocný je orientován místem, časem i osobou. Nemocný trpí na deprese a špatně spí, myšlení je zpomalené a kognitivní funkce jsou narušené, hlavně poruchy paměti. Alergii neudává. Léky, které nemocný užívá, jsou léky na vysoký krevní tlak (antihypertenziva) už 6 let, perorální antidiabetika, nyní analgetika na bolesti, antidepresiva a občas hypnotika. Dříve prodělal běžné nemoci v dětství. V dřívější anamnéze má dlouhodobě naštípnutý obratel Lpáteře a potíže z Th páteří. Dřívější operace prodělal cholecystektomií, apendektomií a zlomeninu nosní přepážky.

Informace a data potřebné ke zpracování praktické části ve své bakalářské práci jsem získala přímo od nemocného pomocí rozhovoru a současně pozorováním, po předchozím souhlasu nemocného. Doplnující informace mi poskytla rodina (manželka a syn), ošetřující zdravotnický personál a z předchozí a současné dokumentace. Cílem praktické části je zjištění bio-psycho-sociálních potřeb nemocného.

Podávané léky dle ordinace lékaře:

Anopyrin 400mg ½-0-0

Fosinopril -1-0-0

Citalopram 1-0-0

Hydrochlorothiazid ½-0-0

Tulip 0-0-1

Ergotop 30mg 1-0-0

Siofor 500mg 1-1-0

Oikamid 400mg 2-2-1

Neurol 1mg na noc

7 VYPRACOVÁNÍ PLÁNU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

7.1 Výběr koncepčního modelu – Model životních aktivit

Koncepční model je kombinace pohledů, názorů a vědomostí na jevy světa, pozornost se soustřeďuje ne některé poznatky, skutečnosti a hlediska, poskytuje systém pro myšlení, pozorování a interpretaci, ukazuje směr hledání, poznávání a praktický řešení, má vliv na naše vnímání světa. (5)

Různé modely, které zkoumají určitý jev, vidí různé věci v některých souvislostech a v rozdílných vzájemných vztazích. Koncepční model v ošetrovatelství se může vyvíjet induktivně - zevšeobecněním různých pozorovaných jevů nebo deduktivně – odvozením ze všeobecných dějů a poznatků, definují: osobu, prostředí, zdraví a ošetrovatelství.(13)

Pro vypracování ošetrovatelského plánu ve své bakalářské práci jsem si zvolila model životních aktivit podle Nancy Roperové, který poprvé představila v roce 1976, kde popisovala základní aktivity lidí , kteří se projevují prostřednictvím typů chování a zdůraznila význam schopnosti pacientů samostatně vykonávat denní činnosti. Původní model obsahoval 16 aktivit denního života, rozdělené na aktivity důležité pro zachování lidského života a aktivity pro zvýšení kvality, později model přepracovala na 12 životních aktivit, které jsou projevem lidských potřeb a představila spolu s W. Logan a A. Tierney jako „Model životních aktivit“

Východiskem tohoto modelu je humanistická filozofie, poznatky z fyziologie a psychologie ale také práce A. Maslowa a teorie základní ošetrovatelské péče V. Hendersonové.

Předpokladem modelu je, že každý jedinec je ovlivněn schopností nezávislosti, protože je zapojen do životních aktivit prostřednictvím životního napětí. Během svého života od úplné závislosti k nezávislosti se každý jedinec pohybuje vpřed, nepřetržitost je ovlivněna některými faktory, např. věk, zdravotní stav, prostředí. Porozumět aktivitám, které lidé vykonávají je nejlepší způsob jak lidem porozumět.

Obsahem koncepčního modelu je, že každá aktivita se odvíjí od určité potřeby a jakým způsobem se realizují životní aktivity. Rozdíly jsou podmíněné vývojem a různými odlišnostmi. Mohou nastat problémové situace vyžadující ošetrovatelské intervence, kdy sestra společně s pacientem posoudí základní životní aktivity a chování při realizaci těchto aktivit v minulosti, dohodnou se na reálně dosažitelných cílů, které

zahrnují preventivní, povzbuzující a hledající chování. Sestra minimalizuje závislost pacienta a předchází problémům. Některé aktivity mají biologický základ, jiné jsou podmíněny společensky nebo kulturně. Základní životní aktivity jsou projevem lidských potřeb a u každého jedince se manifestují určitým typem chování. Základní životní aktivity modelu jsou:

Udržování bezpečného prostředí

Komunikace

Dýchání

Jídlo a pití

Vylučování

Osobní hygiena a oblékání

Kontrola tělesné teploty

Pohyb

Práce a hry (zaměstnání)

Projevy sexuality

Spánek

Umírání

K vypracování plánu ošetrovatelské péče jsem si zvolila model životních aktivit, kde v rámci ošetrovatelské anamnézy zjišťuji informace z každé oblasti se stručnou charakteristikou dané oblasti. Tito informace by mohly mít vztah ke zdravotnímu stavu pacienta. Následně navrhuji ošetrovatelský plán formou ošetrovatelského procesu

7.1.1 Udržování bezpečného prostředí

Sestra se v této oblasti zaměřuje na informace týkající se prostředí, ve kterém člověk žije. Tyto informace mají charakter preventivní. Životní prostředí, pracovní a společensko-ekonomické. Otázky kladené na pacienta typu: Zda se cítí bezpečně v prostředí, v kterém žije, jestli používá nějaké kompenzační pomůcky, sděluje aktivity a činnosti kterým se rád věnuje ve volném čase, kde a s kým žije, zda kouří a pokud ano, tak kolik za den, jestli je spokojený s poskytnutými informacemi o zdravotním stavu a léčbě. V této oblasti nemocný udává:

Subjektivně: Nemocný mi sděluje: „Cítím se dobře doma, mám tam pocit bezpečí, bydlím v panelákovém domě se svoji manželkou a máme pejska, spolehám se

na manželku, hodně mi pomáhá a stará se o mě, dříve jsem pracoval jako dělník ve výrobě ale nyní už jsem ve starobním důchodu, kouřil jsem více než 20 cigaret denně ale měl jsem zdravotní problémy tak jsem přestal a už asi 10 let nekouřím vůbec, ve volném čase jsem dříve chodil rád na procházky s pejskem, jako oblíbenou činnost („koníčky“) luštím křížovky také rád vařím, nosím brýle na čtení protože už špatně vidím, nyní se cítím bezpečně, věřím zdravotníkům ale mám obavy, že se nebudu moci o sebe postarat v plné míře a mám obavy abych se brzy vrátil domů, informace o svém zdravotním stavu jsem pochopil a byli pro mě dostatečné“.

Objektivně: Nemocný po odeznění bolestí působí klidně a spolupracuje se zdravotníky. Občas je smutný a zamlklý. Když měl bolesti byl neklidný, nedůvěřivý, projevoval známky nejistoty, nervozity a uzavíral se spíše sám do sebe. Manželka se synem chodí pravidelně na návštěvy, reakce nemocného je pozitivní. Snaží se spolupracovat, aby se brzy uzdravil a mohl jít domů. Z kompenzačních pomůcek nosí brýle na čtení. Vyjadřuje obavy z nesoběstačnosti.

7.1.2 Komunikace

Tato aktivita se věnuje oblasti komunikace, jak se nemocný dokáže dorozumět se svým okolím, zda využívá prvky nonverbální komunikace. Komunikace je důležitou složkou v sociální interakci. Otázky kladené na pacienta typu: Jestli má nějaké problémy s komunikací, jestli je rád sám nebo ve společnosti, zda je ženatý, jestli má nějaké problémy se sluchem nebo zrakem a další. V této oblasti nemocný udává:

Subjektivně: Nemocný mi sděluje: „Nemám problémy s komunikací, mám rád kolem sebe společnost, doma si povídám s manželkou a řeším s ní všechny situace a problémy, když mám bolesti tak jsem raději sám, manželka se synem za mnou pravidelně docházejí na návštěvu, ale jsem rád i ve společnosti ostatních nemocných, když si mohu popovídat, špatně vidím při čtení, proto nosím brýle, zubní protézu nemám, se zdravotnickým personálem nemám problém komunikovat, sestřičky jsou na mě hodné a ochotné ale i lékaři jsou vstřícní“.

Objektivně: Nemocný spolupracuje s ošetřujícím týmem. Při bolestech se pacient uzavírá sám do sebe a raději chce být sám a mít klid. Při verbální komunikaci s nemocným nemá velké problémy, ale řeč je pomalá.

7.1.3 Dýchání

Při pozorování a měření se hodnotí typ a rytmus dýchání, dechová frekvence, kvalita a vedlejší dechové jevy. Sestra v této aktivitě posuzuje stav dýchání za pomoci anamnestických údajů v rozhovoru nebo fyzikálním vyšetřením. Otázky kladené na pacienta typu: Jak se mu dýchá, jestli pociťuje dušnost, v jaké poloze spí, pokud má problémy s dýcháním, zda užívá nějaké léky atd. V této oblasti nemocný udává:

Subjektivně: Nemocný mi sděluje: „Nemám potíže s dýcháním, jen někdy a to když mám větší fyzickou námahu nebo při chůzi do schodů se mírně zadýchám, kašel mě netrápí.“

Objektivně: Nemocný dýchá klidně, 16-20 dechů za minutu, bez patologických jevů a bez přítomnosti cyanózy a kašle.

7.1.4 Jídlo a pití

V oblasti výživy zjišťujeme údaje o stravovacích návycích nemocného, preferenci jídla, dietní omezení, příjem tekutin za 24 hodin ale také problém s výživou v souvislosti s onemocněním nebo současně užívanými léky. Otázky na nemocného typu: Kolik vypije tekutin za den a jaké, jestli pije kávu nebo alkohol, zda má pocit žízně a chuť k jídlu, jestli má nějakou dietu v rámci léčebného režimu, zda netrpí nevolnostmi a další. V této oblasti nemocný udává:

Subjektivně: Nemocný mi sděluje: „Nemám hlad ale pociťuji častěji žízeň, chuť k jídlu mám dobrou, nechutenstvím ani zvracením netrpím, nejraději mám maso ale nesmí být moc tučné, raději mám malé porce častěji, dodržuji dietu diabetickou a piju neslazené nápoje, mám rád teplé ovocné čaje, bílou kávu ale popíjím i nutridrink který mi zde dávají, celkem vypiji asi 6 šálků denně, myslím, že alergii na potraviny nemám, nikdy jsem problém neměl, nemusím jíst moc ovoce a zeleninu, raději maso“.

Objektivně: Nemocný se stravuje 5x denně v menších porcích, mezi jídlem si popíjí nutridrinky, které mu prý chutnají. Dodržuje diabetickou dietu číslo 9, čaje si nedoslazuje a dle ordinace lékaře dostává perorální antidiabetika. Vypije celkem okolo 1,5 litru tekutin za den. Ovoce a zeleninu téměř nejí.

7.1.5 Vylučování

Oblast zahrnuje způsob a pravidelnost vylučování tlustého střeva a močového měchýře (zácpa může nemocnému způsobit bolest), problémy při vyprazdňování,

nedostatek soukromí a zajištění intimity nemocnému. Vylučování patří mezi základní biologické potřeby člověka, hodnotí se nejen pravidelnost ale také vzhled, barva, zápach, příměsi. Otázky kladené na pacienta typu: Zda má nějaké problémy s vyprazdňováním, jak často chodí na toaletu, jaký má vzhled, barvu, konzistenci, kdy byl naposledy, jestli má nějaké potíže při močení a jak se projevují atd. V této oblasti nemocný udává:

Subjektivně: Nemocný mi sděluje: „Mám nepravidelnou stolici, chodím asi tak jednou za tři dny ale léky na zácpu žádné neužívám, snažím se více pít a někdy si dám sušené ovoce, když se nemohu vyprázdnit tak mě trápí pocit plnosti a tlaku v břiše a nejde mi dostatečně se vyprázdnit a když ano tak odejde jen malé množství tuhé spíše bobkovité stolice, při močení jako je pálení nebo bolest takové potíže nemám, ale chodím častěji a někdy mě trápí únik moče proto občas používám (dodal tiše nemocný) plenkové kalhotky“.

Objektivně: Stolica u nemocného je nepravidelná, jednou za 4 dny, je tuhá, formovaná a bez příměsi. Nemocnému se aplikují glycerinové čípky podle potřeby dle ordinace lékaře. Nemocný má k dispozici dostatek jednorázových pomůcek z důvodu občasné inkontinence moče.

7.1.6 Osobní hygiena a oblékání

Zde sestra hodnotí celkovou úpravu, vzhled a soběstačnost nemocného. K hodnocení celkového vzhledu patří i hodnocení hygienické úrovně a posouzení stavu kůže, vlasů a nehtů. Identifikuje rizikové faktory, které by mohli mít vliv na poškození kůže a vznik proleženin. Sestra zde hodnotí soběstačnost nemocného pomocí hodnotících škál. Otázky kladené na pacienta typu: Zda je nemocný při vykonávání hygieny a koupání soběstačný nebo potřebuje pomoc, jak často provádí hygienu, jestli trpí nějakou alergií nebo ekzémy, zda používá bandáže apod. V této oblasti nemocný udává:

Subjektivně: Nemocný mi sděluje: „Doma jsem se dokázal umýt a obléknout sám ale teď potřebuji pomoc, snažím se, ale nejde mi to tak, jak bych si přál, mám suchou kůži a někdy mě až svědí a pálí ale jen když používám některá mýdla, bandáže nenosím, nepotřebuji je“.

Objektivně: Nemocný potřebuje pomoc od ošetřujícího personálu při hygieně i oblékání. Nemocný je čistý, upravený a má dostatek čistého osobního prádla a zajištěný dostatek inkontinentních pomůcek. Hygienické prostředky (mýdlo, šampón, holení) mu přinesla rodina. Stav pokožky nemocného je na pohled suchá se sklonem k ekzému.

7.1.7 Kontrola tělesné teploty

Kontrola a měření tělesné teploty nemocného je jedna ze základních činností sestry. Tělesnou teplotu sestra musí umět změřit, zhodnotit a zaznamenávat hodnoty a odchylky. Otázky kladené na pacienta typu: Jestli si měří tělesnou teplotu, v kterou denní dobu, na jakém místě a jaké jsou naměřené hodnoty, eventuálně kolik vypije tekutin za den. V této oblasti nemocný udává:

Subjektivně: Nemocný mi sděluje: „Nemám pocit, že bych měl zvýšenou teplotu, a když mám zvýšenou teplotu tak to na sobě poznám“.

Objektivně: Nemocnému se měří tělesná teplota dvakrát denně (ráno a večer) v axilární jamce a naměřená hodnota je subfebrilní.

7.1.8 Pohyb

Základním údajem v této oblasti je hybnost, sestra musí umět zhodnotit stav hybnosti nemocného, od které se odvíjí hodnocení sebepéče a soběstačnosti nemocného. Otázky kladené na pacienta typu: Jestli je při pohybu závislý na pomoci druhé osoby nebo používá kompenzační pomůcky, zda dokáže sám vstát z lůžka a jestli má potíže s chůzí. V této oblasti nemocný udává:

Subjektivně: Nemocný mi sděluje: „Mám problém při pohybu a jsem teď závislý na pomoci od sestřiček, nemohu se sám ani posadit v posteli a vstát už vůbec ne, z počátku kvůli bolesti a teď nemám žádnou sílu v nohou, dříve jsem tak rád chodil na procházky a teď už mi to nejde, pomůcky k pohybu jsem nepotřeboval“.

Objektivně: Nemocný potřebuje pomoc druhé osoby, sám z lůžka nevstane, má bolesti, které pohyb omezují a z důvodu paraparézy DK se pohybuje zatím na lůžku, dbá se u nemocného na bezpečnost a riziko pádu.

7.1.9 Práce a hry (zaměstnání)

V této oblasti zjišťujeme od nemocného, zda má nějaké záliby, aktivity nebo jiné denní zvyklosti. Otázky kladené na pacienta typu: Jak tráví volný čas, jestli má nějaké oblíbené činnosti, zvyklosti a jaké, zda má problémy s pohybovým aparátem atd.

V této oblasti nemocný udává:

Subjektivně: Nemocný mi sděluje: „Rád luštím křížovky, doma jsem rád vařil, tady v nemocnici si čtu nebo si povídám s rodinou, když přijdou na návštěvu“.

Objektivně: Nemocný odpočívá, a když se cítí lépe, sleduje televizi a někdy si čte. Rodina dochází pravidelně na návštěvy a s nemocným si povídají.

7.1.10 Projevy sexuality

V této aktivitě sestra získává informace v sexuální oblasti a problémy s ohledem na onemocnění. V případě geriatrického ošetřovatelství se mi tato oblast nezdá jako primární. Nemocný má jednoho syna a dvě vnoučata.

7.1.11 Spánek

Sestra v této oblasti zjišťuje, jestli nemocný má problémy s usínáním, spaním, předčasným probouzením, zda se přes den cítí odpočatý. Otázky na nemocného typu: Jestli má nějaké problémy se spánkem nebo s usínáním, zda přes den spí, zda užívá nějaké léky na spaní, zda nemá bolesti, které by narušovali spánek, apod. V této oblasti nemocný udává:

Subjektivně: Nemocný mi sděluje: „S usínáním problém nemám pokud nemám velké bolesti ale během noci se několikrát probudím a nemohu spát a přemýšlím nad různými věcmi, které mě trápí a potom jsem přes den unavený“.

Objektivně: Nemocný se v noci probouzí, nemůže spát a žádá léky na spaní. Dle ordinace lékaře je nemocnému podáván Neuro 1mg. Večer před spaním je nemocnému vyvětrán pokoj a upravené lůžko na spaní. Během dne odpočívá, ale nespí.

7.1.12 Umírání

Tato oblast se věnuje otázkám týkající se smrti a názoru nemocného na smrt. Otázky kladené na pacienta typu: Jaká má názor na smrt a posmrtný život, jestli se bojí

smrti, zda má nějakou víru a jestli má zájem o konzultaci s psychologem. V této oblasti nemocný udává:

Subjektivně: Nemocný mi sděluje: „Někdy na smrt pomyslím, ale patří přece k životu a potká nás jednou všechny, ale umřít se ještě nechystám, víru žádnou nemám“.

Objektivně: Neztrácí naději, spolupracuje a chce žít.

7.2 Fyzikální vyšetření sestrou

Sestra v rámci ošetrovatelského procesu provádí fyzikální vyšetření, aby shromáždila subjektivní a objektivní údaje a stanovila ošetrovatelské diagnózy, intervence a cíle. Do fyzikálního vyšetření prováděné sestrou patří sledování a zaznamenávání fyziologických funkcí (FF) nemocného, které jsou: krevní tlak (TK), puls (P), tělesná teplota (TT) a dech (D).

Krevní tlak je tlak, který vyvíjí proudící krev na stěny cév, v tepnách kolísá v důsledku stahu a ochabnutí srdce. Tepenný tlak dosahuje nejvyšších hodnot při systole (tlak systolický) a nejnižších hodnot při diastole (tlak diastolický). Rozdíl mezi nimi se nazývá tlaková amplituda. Normální hodnota krevního tlaku je 120/80 mmHg (Torr) u dospělého zdravého člověka. Odchylkami TK jsou hypotenze (nízký TK) a hypertenze (vysoký TK). Příčiny, které mohou TK ovlivňovat, jsou fyziologické, např. fyzická a psychická námaha, některé potraviny, léky, nápoje s kofeinem a poloha těla, ale také souběžně s věkem se TK zvyšuje. Z patologických příčin jsou to onemocnění kardiovaskulární, respirační, renální a další. Hypertenzní krize je samostatné onemocnění. TK se měří neinvazivně nebo invazivně. Neinvazivní metoda měření TK je častější a měří se za pomoci tonometru a fonendoskopu. Pro správné měření TK je důležité zachování několika podmínek. Jednou z podmínek správného měření je vhodná šířka manžety, dále poloha nemocného, vsedě nebo vleže přičemž by měl tonometr být v úrovni srdce na vodorovné podložce, nemocný by měl být v klidu a měření se provádí alespoň třikrát po sobě, nejlépe každý den ve stejnou dobu. První naměřená hodnota je systolická a diastolická je poslední naměřená hodnota.

Měření pulsu (tepu) sestra provádí pohmatem, nejčastěji na zápěstí na tepně vřetení (a. radialis) ale také na pažní tepně (a. brachialis), stehenní tepně (a. femoralis), spánkové (a. temporalis) a na krkavici (a. carotis). Tep je objemová změna cévy, ke které dochází vypuzením krve do soustavy. Sestra při vyšetřování tepu hodnotí frekvenci, rytmus a kvalitu. Frekvence tepu za minutu u dospělého člověka je 60-80

pulsů, pomalejší frekvence je označována jako bradykardie (nízká tepová frekvence), vyskytuje se ve spánku a při patologických stavech, např. při zvýšeném nitrolebním tlaku v bezvědomí, naopak rychlejší tepová frekvence, označována jako tachykardie (vyšší tepová frekvence) se vyskytuje při zvýšené fyzické a psychické námaze, horečce, při onemocnění srdce a plic ale také po některých nápojích (káva) a lécích. Rytmus tepu může být pravidelný a nepravidelný (arytmie). Kvalita tepu se hodnotí jako tep plný, velký, nitkovitý nebo tep tvrdý, který se vyskytuje na sklerotických tepnách, protože jsou nepružné.

Dýchání je základní fyziologickou funkcí organismu a životní potřebou člověka. Při sledování dechu nemocného sestra hodnotí typ dýchání, které je hrudní (kostální), břišní (abdominální) a smíšený (abdominokostální), dále hodnotí rytmus dýchání, který je eupnoe, dyspnoe, Cheynovo-Stokesovo, Biotovo a Kussmaulovo dýchání. Dechová frekvence u dospělého zdravého člověka je 16-18 dechů za minutu. Tachypnoe je zrychlené dýchání a vyskytuje se při zvýšené tělesné a duševní námaze, při bolesti, horečce a při onemocnění respiračního a kardiálního systému, naopak bradypnoe je zpomalené dýchání, které se objevuje v klidu, ve spánku, při relaxaci ale také patologicky při onemocnění a při otravě alkoholem. Apnoe je zástava dechu, přechodná je jako apnoická pauza a/nebo trvalá, definitivní (terminální). Sledování dechu zahrnuje i projevy vedlejších dechových jevů a přítomnost kašle (produktivní, neproduktivní). Dechovou frekvenci sestra zjišťuje pohledem a přiložením ruky na hrudník nebo za pomoci monitorace (JIP). Osvědčeným postupem měření dechu je v návaznosti s měřením tepu.

Tělesná teplota (TT), měření TT je dalším fyzikálním vyšetřením sestry, její hodnoty a odchylky jsou projevem zdravotního stavu člověka. Normální TT se pohybuje v rozmezí 36-37°C, teplota subnormální (hypotermie) je do 36°C, zvýšená teplota (subfebris) je 37-38°C, horečka (febris) je 38-40°C a nadměrná horečka (hyperpyrexie) je více než 40°C. Příčina zvyšování TT je přítomnost pyrogenů a bakteriálních toxinů v krvi. Zvýšená TT u nemocného je provázena únavou, celkovou slabostí, bolestí hlavy, svalů a kloubů. Horečka je navíc provázena třesavkou, zimnicí a pocením, někdy zčervenáním v obličeji. TT sestra měří teploměrem, nejčastěji rtuťovým nebo digitálním, která má k dispozici. Nejčastější místo měření TT je v podpažní jamce (axilární) ale lze TT měřit v třísele, konečnicku, ústech, pochvě. TT v konečnicku je o 0,5°C vyšší a v ústech je vyšší o 0,3°C.

Součástí fyzikálního vyšetření sestrou je hodnocení celkového vzhledu nemocného. Sestra hodnotí pohledem nebo v rozhovoru s nemocným. Pohledem hodnotí celkový stav, stav kůže, vlasů, nehtů, stav výživy, případné defekty na kůži např. dekubity, odřeniny, hematomy, stav pokožky (suchá, vlhká, normální). Na dolních končetinách (DK) hodnotí, jestli jsou přítomny známky neuropatie, traumat, infekce, plísňe nebo mechanického poškození. Při hodnocení stavu kůže sestra hodnotí celkový vzhled kůže, bledost, začervenání (celkové, lokální), cyanózu, ikterus, změny pigmentace, strie, kožní turgor (ve stáří snížené napětí kůže a při dehydrataci, zvýšené napětí kůže může být lokální např. při zánětu, hematomu nebo generalizovaný při edému), hodnotí kožní léze, pokud je přítomna, otok, dále lomivost a barvu nehtů, u vlasů si všímá šedivění a alopecie. Sestra hodnotí, posuzuje a identifikuje rizikové faktory. Také sestra u nemocného hodnotí soběstačnost a sebezpečí za pomoci škál např. Barthelova testu (ADL), testu instrumentálních všedních činností (IADL), hodnotí riziko vzniku dekubitu pomocí škály dle Nortonové. V případě přítomnosti bolesti určuje stupeň za pomoci škály např. Melzackovy škály bolesti a hodnotí úroveň pohyblivosti. Vyšetřuje psychický stav nemocného (vnímání, pochopení, odpověď na otázky, paměť, apatie, zmatenost, agresivita a deprese). Při poruše vnímání má význam test kognitivních funkcí MMSE. Fyzikální vyšetření také zahrnuje využívání kompenzačních pomůcek (brýle, naslouchátko, zubní protézu, hůl,...). Sestra zjišťuje váhu a výšku nemocného a pomocí BMI (body mass index) si vypočte orientační stav výživy a zaznamenává do dokumentace. Sleduje a hodnotí stolici a moč, popřípadě bilanci tekutin. U moče sestra sleduje množství, barvu, zápach, hustotu a eventuelně příměsi. U stolice sleduje pravidelnost, barvu, formu, zápach a příměsi. Vše sestra zaznamenává do dokumentace, případný patologický nález hlásí lékaři.

Hodnoty naměřené u nemocného jsou:

TK měřený neinvazivně na levé horní končetině (LHK) v ranních hodinách je 145/80, odpoledne 130/80 a večer 140/85 mmHg.

Hodnoty naměřené u nemocného jsou: 80 pulsů/minutu měřené pohmatem na arteria radialis.

Hodnoty naměřené u nemocného jsou: 18 dechů/minutu měřené pohledem na hrudník souběžně s měřením tepu.

Hodnoty naměřené u nemocného jsou: 36,6°C ráno, odpoledne i večer, měřené v axilární jamce.

Kompenzační pomůcky, které nemocný využívá, jsou: brýle na čtení.

Prostředky k řešení zdravotního problému jsou: permanentní žilní katétr na PHK.

Kožní léze: žádné

Stav kůže: suchá, čistá, drobné hematomy

Výška: 170 cm

Váha: 65 kg

BMI: 22,49 (norma)

Norton Score: 20 - střední riziko (příloha č. 1)

Barthelův test ADL: 40 – vysoká závislost, 65 – lehká závislost (po 10 týdnech)
(příloha č. 2)

Test IADL: 65 - částečně závislý (příloha č. 3)

Melzackova škála: 3, dále 1 - 2 (příloha č. 6)

Test MMSE: 23 - lehká porucha (příloha č. 4)

GDS-škála deprese: 8 - mírná deprese (příloha č. 7)

7.3 Ošetřovatelské diagnózy v nanda doménách

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Akutní bolest (NANDA 00132)
2. Deficit sebeděže při koupání a hygieně (NANDA 00108)
3. Zhoršená pohyblivost (NANDA 00085)
4. Zácpa (NANDA 00011)
5. Porušené vyprazdňování moči (NANDA 00016)
6. Porušený spánek (NANDA 00095)
7. Strach (NANDA 00148)

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

1. Riziko pádů (NANDA 00155)
2. Riziko porušení kožní integrity (NANDA 00047)
3. Riziko infekce (NANDA 00004)

7.3.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. **Akutní bolest (00132)** související s lumboischiadickým syndromem projevující se:

Subjektivně – nemocný verbalizuje bolest, lokalizuje v oblasti zad a vyzařuje do DK, hodnotí bolest číslem 3 (silná) dle Melzackovy škály.

Objektivně – nemocný je neklidný, snaží se vyhledávat úlevovou polohu. Při pohybu má výrazy bolesti v obličeji (grimasy), je bledý, opocení a nařiká.

Očekávaný výsledek/Cíl:

- Nemocnému bude zmírněna bolest do 30 minut po podání medikace dle ordinace lékaře.
- Nemocný chápe příčinu bolesti a dokáže popsat situaci, které mu bolest zhoršují/zmírňují.

Ošetřovatelské intervence:

- Zhodnot' stupeň bolesti podle Melzackovy škály, lokalizaci a typ.
- Podej analgetika dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinek analgetik a zaznamenávej průběžně intenzitu bolesti.
- Buď empatická a naslouchej nemocnému.
- Sleduj verbální a neverbální projevy nemocného.
- Pomáhej nemocnému najít způsob jak zmírnit bolest.
- Pečuj o pohodlí nemocného – nefarmakologické způsoby mírnění bolesti (změna polohy, aplikace tepla, masáž).
- Vše zaznamenávej do dokumentace.
- Seznam nemocného se zákroky a včas upozorni na bolestivé okamžiky.
- Zhodnot' vliv bolesti na spánek.

Hodnocení péče:

V akutní fázi bolesti byla nemocnému aplikována parenterálně analgetika a lokálně anestetika. Z počátku nemocný hodnotí bolest v číselné škále dle Melzacka číslem 3. po úlevě hodnotí 1 - 2. Bolest u nemocného byla zmírněna, ale nebyla odstraněna.

2. **Deficit sebeděče při koupání a hygieně (00108)** v souvislosti s neuromuskulárním poškozením a poruchou mobility projevující se:

Subjektivně – verbalizuje, že potřebuje pomoc, hygienu sám nezvládá.

Objektivně – deficit sebeděče při hygieně a oblékání, pomoc při provedení hygienické péče musí zajistit ošetřující personál.

Očekávaný výsledek/Cíl:

- N provádí hygienickou péči a oblékání sám na úrovni svých schopností nebo s mírnou dopomocí.

Ošetřovatelské intervence:

- Zhodnot' stupeň soběstačnosti pomocí Barthelova testu.
- Navrhni individuální léčebný plán, který bude odpovídat možnostem N a zároveň jej povede k sebeděči.
- Zajisti bezpečnost N s ohledem na prevenci úrazů.
- Pobízej N k zapojení do běžných denních aktivit.
- Zajisti vhodné pomůcky k usnadnění sebeděče.
- Seznam N s používáním kompenzačních pomůcek.
- Poskytni N dostatek času k provedení potřebného úkonu.
- Respektuj soukromí a intimitu N.
- Povzbuzuj N a používej jednoduché a stručné instrukce.
- Prováděj nácvik sebeobsluhy a pochval N za každý pokrok.
- Asistuj/dohlížej na N, v případě potřeby pomáhej.

Hodnocení péče: (po 10 týdnech)

U nemocného byla hygienická péče odkázána na ošetřující personál, nebyl schopen samotného vykonání. Dle Barthelova testu vykazoval 40 bodů (vysoká závislost). Nemocný je po 10 týdnech schopen s dopomocí ošetřujícího personálu zvládnout hygienickou péči v koupelně na křesle. Dle Barthelova testu s hodnocením 65 bodů (lehká závislost).

3. **Zhoršená pohyblivost (00085)** související s neuromuskulárním poškozením projevující se:

Subjektivně – nemocný udává, že potřebuje pomoc při posazování nebo při polohování na lůžku, při přemísťování a při vyprazdňování.

Objektivně – nemocný není schopen se sám pohybovat (v oblasti DK) a měnit polohy na lůžku, potřebuje pomoc ošetřujícího personálu při pohybu na i mimo lůžko.

Očekávaný výsledek/Cíl:

- Nemocný zná svou situaci, princip léčby i bezpečnostní opatření.
- Nemocný udržuje správnou polohu těla a umí využívat mechaniku pohybu při změně polohy těla, umí se sám posazovat na lůžku.

Ošetřovatelské intervence:

- Urči rozsah omezení (stupeň nepohyblivosti)
- Ber na vědomí možné komplikace – poruchy vyprazdňování, kontraktury, dekubity, úzkost, strach až imobilizační syndrom.
- Založ preventivní plán/péče o dekubit a zhodnoť dle Nortonové.
- Zajisti N potřebné pomůcky na dosah.
- Asistuj N při pohybu a polohování.
- Využívej různých polohovacích nebo ortopedických pomůcek na podporu postižené části těla.
- Pravidelně pečuj o kůži, hlavně v oblastech vystavených tlaku.
- Pobízej N k účasti na péči o sebe sám.
- Dbej na bezpečnost, úpravu prostředí a prevenci pádu.
- Poskytni N dostatek času.
- Dle ordinace lékaře zajisti rehabilitaci (RHB), naplánujte společně individuální cvičení a léčebnou výchovu k sebeobsluze.
- Doporuč N kompenzační pomůcky a předveď N jak pomůcky používat (viz plán edukační péče)

Hodnocení péče: (po 6 týdnech)

Nemocný se dokáže sám posazovat na lůžku, dokáže sám měnit polohy a s pomocí ošetřujícího personálu a kompenzačních pomůcek se dokáže přemístit do křesla. Zná bezpečnostní opatření a svou situaci.

4. **Zácpa (00011)** související se sníženou mobilitou a vlivem užívání analgetik projevující se:

Subjektivně – nemocný udává, že trpí na nepravidelnou stolici, stěžuje si na pocit plnosti a nadmutého břicha.

Objektivně – stolice je nepravidelná, jednou za 5 dní, defekace je namáhavá a stolice je suchá, tvrdá, bobkovitá a je bez příměsi.

Očekávaný výsledek/Cíl:

- N bude mít stolici alespoň jednou za 3 dny, defekace nebude namáhavá a nebude mít pocit plnosti a nadmutého břicha.
- N vyjádří spokojenost ve vyprazdňování stolice.

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistí dobu trvání zácpy a obtíže s ní spojené.
- Zjistí, zda léky, které užívá, nezpůsobují zácpu.
- Zajisti klid a soukromí při vyprazdňování.
- Podávej stravu bohatou na vlákninu.
- Zajisti dostatečný příjem tekutin (alespoň 1500-2000ml/den)
- Dbej o zvýšenou hygienu po vyprázdnění.
- Dle ordinace lékaře aplikuj čípky nebo klyzma, event. laxativa a sleduj účinek.
- Hodnoť barvu, množství, konzistenci, příměsi ve stolici a zaznamenávej do dokumentace.
- Zjistí způsob, kterým se N dříve vyprazdňoval a faktory které vyprazdňování podporovaly.

Hodnocení péče: (po 14 dnech)

Nemocný se vyprazdňuje jednou za 3 dny, bez namáhavé defekace. Nemá pocit plnosti a nadmutého břicha. Stolice není tuhá ani bobkovitá, je formovaná a bez příměsí. Pokud se nemocný nemůže vyprázdnit je mu aplikován dle ordinace lékaře glycerinový čípek. Nemocný vyjadřuje spokojenost ve vyprazdňování stolice.

5. **Porušené vyprazdňování moči (00016)** související s degenerativními změnami pánevního svalstva a oslabení pánevní struktury vlivem involučních změn projevující se:

Subjektivně – nemocný si je vědom, že k občasnému úniku moče dochází, ale nepocítuje, kdy k úniku dojde.

Objektivně – dochází k občasnému úniku moči, aniž by si N byl vědom, že k úniku došlo. Využívá inkontinentní pomůcky.

Očekávaný výsledek/Cíl:

- Nemocný pochopí příčinu inkontinence a naučí se využívat vhodné inkontinentní pomůcky dle individuálních potřeb.
- Nemocný bude mít zajištěnou dostatečnou hygienu, bude v čistotě, suchu a bez opruzenin.

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistí od N jak si je vědom své inkontinence, do jaké míry.
- Doporuč N používání pomůcek pro inkontinenci.
- Zdůrazni N nutnost zvýšené hygienické péče s používáním ochranných krémů (nejlépe bez alkoholu).
- Poskytni N psychologickou podporu.
- Ošetřuj kůži N v rámci prevence výskytu erytémů a jiných kožních lézí.
- Zajisti N dostatek inkontinentních pomůcek.
- Sleduj charakter moče – barvu, zápach, příměsí a množství.

Hodnocení péče:

Nemocný chápe příčiny inkontinence, zná a umí využívat inkontinenční pomůcky. Nemocný má zajištěnou dostatečnou hygienu, je bez opruzenin. Má dostatek inkontinenčních pomůcek.

6. **Porušený spánek (00095)** související se změnou psychického prožívání (depresemi) projevující se:

Subjektivně – nemocný udává, že s usínáním problém nemá, ale během noci se probouzí a nemůže spát, během dne se cítí unavený.

Objektivně – Nemocný se v noci probouzí a nemůže spát, občas žádá léky na spaní, během dne je unavený, často zívá a má tmavé kruhy pod očima.

Očekávaný výsledek/Cíl:

- Nemocný konstatuje zlepšení svého spánku a pociťuje zlepšení celkové pohody a odpočatosti.

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistí rizikové faktory způsobující poruch spánku.
- Vyslechni subjektivní stížnosti i objektivní zprávy o kvalitě spánku.
- Informuj nemocného o rovnováze mezi aktivitou a odpočinkem v průběhu dne.
- Umožni N před spaním činnosti, na které je zvyklý.
- Věnuj pozornost faktorům prostředí s vlivem na spánek.
- Udržuj klidné a tiché prostředí.
- Zbytečně neruš spánek nemocného.
- Sleduj délku a kvalitu spánku.
- Podávej léky na spaní (sedativa, hypnotika) dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinnost a efektivnost léků na spaní.
- Vše zaznamenávej do dokumentace.

Hodnocení péče: (po 2 týdnech)

Nemocný dostává pravidelně léky na spaní dle ordinace lékaře. Spí celou noc, během noci se neprobouzí a celková délka spánku je 8 hodin. Nemocný vyjadřuje spokojenost se spánkem.

7. **Strach (00148)** v souvislosti se změnou ve zdravotním stavu projevující se:

Subjektivně – nemocný má obavy z budoucnosti, má starost o zdravotní stav.

Objektivně – nemocný je zamyšlený, soustředí se na zdroj strachu, uzavírá se sám do sebe a má sníženou sebejistotu.

Očekávaný výsledek/Cíl:

- U nemocného je zmírněn strach na zvladatelnou míru, hodnotí reálně danou situaci i všechny okolnosti.

Ošetřovatelské intervence:

- Sleduj chování nemocného
- Poskytni dostatek informací o situaci (ústně i písemně) v rámci své kompetence.
- Sděluj informace v krátkých větách a vol jednoduchá slova.
- Ujisti se, že nemocný sdělovanému porozuměl.
- Zajisti příjemné prostředí.
- Podej medikace dle ordinace lékaře, sleduj účinek a zaznamenávej do dokumentace.
- Pobízej nemocného, aby slovně (verbálně) vyjádřil své pocity.
- Zjisti, zda nemocný strach popírá a do jaké míry je depresivní (viz. příloha škála deprese).
- Sleduj verbální a neverbální reakce nemocného na strach a jejich vzájemnou souhru.

Hodnocení péče:

U nemocného byl zmírněn strach, ale stále ještě přetrvává strach a obavy o budoucí zdravotní stav.

7.3.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

1. **Riziko pádů (00155)** v souvislosti s porušenou tělesnou mobilitou a vlivem medikací.

Očekávaný výsledek/Cíl:

- U nemocného nedojde k pádu

Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnot' soběstačnost dle Barthelova testu.
- Upozorni ostatní ošetrující personál o možném riziku pádu.
- Pomáhej nemocnému při manipulaci a přemísťování.
- Zajisti bezpečnost nemocného.
- Potřebné kompenzační pomůcky zajisti na dosah nemocnému.

Hodnocení péče: (po 10 týdnech)

U nemocného nedošlo k pádu.

2. **Riziko porušení kožní integrity (00047)** v souvislosti se sníženou mobilitou.

Očekávaný výsledek/Cíl:

- Nedojde k porušení kožní integrity

Ošetrovatelské intervence:

- Založ plán prevence/péče o dekubity a jiné rány dle Nortonové a zhodnot' riziko vzniku u nemocného.
- Sleduj pravidelně ohrožená místa, která jsou vystavená tlaku (predilekční místa).
- Kůži nemocného udržuj v suchu a čistotě.
- Pomáhej nemocnému se změnou polohy.
- V případě ztráty soběstačnosti/neschopnosti se polohovat sám, ulož nemocného na antidekubitní (ATD) matraci a polohuj nemocného.

Hodnocení péče:

U nemocného nedošlo k porušení kožní integrity.

3. **Riziko infekce (00004)** v souvislosti se zavedeným permanentním žilním katétrem (PŽK)

Očekávaný výsledek/Cíl:

- Nemocný nemá známky infekce v okolí žilního vstupu po celou dobu jeho zavedení.

Ošetřovatelské intervence:

- Pravidelně kontroluj místo vpichu a jeho okolí.
- Dodržuj zásady asepsy při zavádění jehly, převazu místa vpichu a při i.v. podání.
- Zajisti včasnou výměnu.
- Pouč nemocného o možných komplikacích.
- Chraň nemocného před nozokomiální nákazou (NN).

Hodnocení péče:

Nedošlo ke vzniku infekce.

7.4 Edukační plán

Účel edukačního plánu:

Poskytnout nemocnému dostatek informací o důležitosti, významu a provádění léčebné rehabilitace.

Cíl edukačního plánu:

Během 30 minut nemocný pochopí význam rehabilitace a je schopen demonstrovat sestavený cvičební plán.

Očekávaný výsledek:

Oblast kognitivní – nemocný pochopí význam a důležitost léčebné rehabilitace.

Oblast psychomotorická – nemocný se naučí správnému provádění léčebného rehabilitačního plánu.

Oblast afektivní – nemocný vyjádří své obavy a pocity.

Hlavní body plánu:

- Vysvětlí nemocnému význam správného a pravidelného provádění LTV (léčebná tělesná výchova) se zaměřením na posílení a zpevnění svalstva.
- Názorně nemocnému ukaž správnou techniku provádění jednotlivých cviků.
- Vyzvi nemocného k vyjádření obav.

Metoda prezentace:

- Rozhovor, popis.
- Názorná ukázka, předvedení jednotlivých cviků.
- Diskuze

Časová dotace:

Celkem 30 minut (oblast kognitivní-10minut, oblast psychomotorická-10minut, oblast afektivní-10minut).

Pomůcky:

- Edukační materiály – letáky, brožury, video
- Rehabilitační pomůcky
- Sám nemocný

Metoda hodnocení:

- Nemocný pochopil důležitost a význam pravidelného provádění LTV ve smyslu prevence dalších komplikací, ověření pochopení otázkou a následnou odpovědí.

- Předvedením jednotlivých cviků, které demonstruje nemocný.
- Nemocný nemá obavy ani strach, zná celý cvičební plán, je klidný.

8 DISKUZE

Do své bakalářské práce Ošetrovatelská péče v geriatrici jsem si vybrala pacienta-seniora pana K.M., který byl hospitalizován na neurologickém oddělení pro Lumboischiadický syndrom („ischias“) hlavně z důvodu zhoršujících se bolestí v oblasti lumbosakrální páteře, která vyzařuje do dolních končetin. U pacienta došlo k paraparéze DK. S pacientem jsem se seznámila v době, kdy byl přijat k hospitalizaci. Měla jsem možnost pacienta ošetřovat celkem tři týdny, z toho první dva a jeden týden v průběhu hospitalizace. V době kdy byl pacient přijímán na oddělení, měl silné bolesti, a proto jsem sběr dat uskutečnila minimální a většinu informací jsem získala od pacienta až po úlevě akutní bolesti. Sběr dat jsem získala přímo od pacienta v rozhovoru, později mi doplňující informace poskytla rodina pacienta, hlavně manželka a ostatní data potřebné ke zpracování mi poskytl ošetřující personál. Stanovila jsem aktuální ošetrovatelské diagnózy od nejzávažnějších po méně závažné a potencionální (rizikové) ošetrovatelské diagnózy. Navrhla jsem ošetrovatelský plán, který jsem konzultovala s pacientem a poté jsem zpracovala hodnocení péče s očekávaným výsledkem/cílem.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza Akutní bolest související s Lumboischiadickým syndromem s očekávaným výsledkem zmírnění akutní bolesti do 30 minut po podání analgetik a pochopení příčiny bolesti. Nemocnému byla v akutní fázi bolesti aplikována analgetika parenterálně a lokálně anestetika a došlo k ústupu bolesti, ale nedošlo k úplnému odstranění proto následovala analgetická léčba podle potřeby. Jelikož je nemocný trvale léčen (5 let) na neurologické ambulanci pro chronické bolesti kam dříve docházel neuvádím ošetrovatelskou diagnózu chronické bolesti, jen akutní, která je momentálně pro pacienta aktuální. Ošetrovatelskou diagnózu chronické bolesti a intervence bych uvedla v rámci chronické léčby. Ošetrovatelská diagnóza akutní bolesti byla splněna .

Aktuální ošetrovatelská diagnóza Deficit sebepěče při koupání a hygieně v souvislosti s neuromuskulárním poškozením a poruchou mobility s očekávaným výsledkem pacient provede hygienickou péči o sebe sám na úrovni svých schopností nebo s mírnou dopomocí. Z počátku byl nemocný omezen v této oblasti z důvodu akutní bolesti a bylo nutné zajistit dopomoc ošetřujícím personálem. V průběhu hospitalizace došlo k úplné závislosti v souvislosti s paraparézou DK. Dle Barthelova testu v době příjmu nemocný splnil 80 bodů, což značí lehkou závislost, v průběhu hospitalizace došlo ke zhoršení stavu vzhledem k paraparéze a počet bodů byl 40 a znamená to

vysokou závislost. Nemocný je schopen sedět v křesle a sám si provést hygienu pod dohledem a s mírnou dopomocí sestry. Ošetrovatelská diagnóza deficit sebeděče při koupání a hygieně byla ukončena 10 týden. Dle Barthelova testu 65 bodů znamená lehkou závislost.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza Zhoršená pohyblivost související s neuromuskulárním poškozením s očekávaným výsledkem nemocný udržuje správnou polohu těla, umí využívat mechaniku pohybu při změně polohy a dokáže se sám posazovat na lůžku. Nemocný potřeboval pomoc při změně polohy, při vyprazdňování, při manipulaci na lůžku. Byla individuálně naplánovaná rehabilitace a léčebná výchova k sebeobsluze a doporučené vhodné kompenzační pomůcky. S postupným zlepšováním fyzického i psychického stavu se začínalo s dalšími postupy ke zvýšení mobilizace, aby se docílilo maximální možné míry soběstačnosti a sebeděče s ohledem na zdravotní stav a věk nemocného. Nemocný byl seznámen se svou situací, principem léčby i bezpečnostním opatřením. Včasným zahájením rehabilitace nedošlo ke komplikacím.

Ošetrovatelská diagnóza zhoršená pohyblivost byla ukončena 6 týden

Aktuální ošetrovatelská diagnóza Zácpa související se sníženou a vlivem užívání analgetik s očekávaným výsledkem že nemocný bude mít stolicí alespoň jednou za tři dny, přičemž nebude defekace namáhavá, nemocný nebude trpět pocitem plnosti a nadmutého břicha a celkově nemocný vyjádří spokojenost s vyprazdňováním stolice. Nemocný trpěl na nepravidelnou stolicí již dříve. Analgetika, které užívá, mají vliv na vznik zácpy. Bylo zajištěno soukromí s respektem na jeho intimitu při vyprazdňování. Doporučila jsem nemocnému, aby dostatečně pil tekutiny v množství alespoň dva litry za den a přijímal ve stravě dostatek vlákniny a jedl sušené ovoce, které mělo dříve pozitivní vliv. Přesto bylo vyprazdňování obtížné. Nemocnému byly podávány glycerinové čípky, po kterých se dokázal vyprázdnit. Následně se vyprazdňuje nejdéle jedenkrát za tři dny bez bolestivé a namáhavé defekace a nemá pocit plnosti a nadmutého břicha. Vyjadřuje spokojenost v této oblasti. Ošetrovatelská diagnóza zácpa byla ukončena 14 den.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza porušené vyprazdňování moči související s degenerativními změnami pánevního svalstva a oslabením pánevní struktury vlivem involučních změn s očekávaným výsledkem pochopit příčiny inkontinence a naučit nemocného využívat vhodné inkontinenční pomůcky a zároveň bude mít nemocný zajištěnou dostatečnou hygienu. Nemocnému byly vysvětleny příčiny inkontinence a bylo mu doporučeno využívání vhodných inkontinenčních pomůcek i přes to, že

k inkontinenci dochází občas a odchází jen malé množství moče. Po dobu hospitalizace má zajištěný dostatek pomůcek a také byla nemocnému zdůrazněna nutnost zvýšení hygienické péče, hlavně v okolí genitálu. Nedošlo ke vzniku opruzenin ani erytémů. Ošetrovatelská diagnóza byla splněna

Aktuální ošetrovatelská diagnóza Porušený spánek v souvislosti se změnou psychického prožívání (depresemi) s očekávaným výsledkem nemocný vyjádří zlepšení spánku a pocit zlepšení celkové pohody a odpočinku. Nemocný trpěl na poruchy spánku už dříve a má problémy se spaním, léčí se na deprese. Bylo zajištěné klidné prostředí ale přesto se i několikrát za noc probouzel a nemohl spát. Po domluvě s lékařem byla nemocnému naordinována hypnotika, po kterých spal celou noc a druhý den se cítil odpočatý. Dostával hypnotika pravidelně na každou noc. Nemocný konstatoval zlepšení spánku a celkového odpočinku. Ošetrovatelská diagnóza porušený spánek byla splněna 10. den.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza Strach v souvislosti se změnou ve zdravotním stavu s očekávaným výsledkem zmírnění strachu na zvladatelnou míru. Nemocný byl informován sestrou i lékařem srozumitelně a dostatečně, měl i dostatek prostoru a času pro své vyjádření obav ale stále přetrvávají obavy a strach o budoucí zdravotní stav. Ošetrovatelská diagnóza strach nebyla ukončena, protože strach u nemocného stále přetrvává.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza Riziko pádů v souvislosti s porušenou tělesnou mobilitou a vlivem medikací s očekávaným výsledkem nedojde k pádu u nemocného. Nemocný dle Barthelova testu vykazuje 65 bodů (lehká závislost) a vyžaduje pomoc. Bezpečnost nemocného byla zajištěna pomocí kompenzačních pomůcek na dosah jeho ruky. Při potřebě zavolání pomoci má k dispozici zvonek. Ostatní ošetřující pracovníci jsou informováni o možném riziku pádu u nemocného. U nemocného nedošlo k pádu. Ošetrovatelská diagnóza byla ukončena 10 týden.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza Riziko porušení kožní integrity v souvislosti se sníženou mobilitou s očekávaným výsledkem nedojde k porušení kožní integrity. Hodnocení dle Nortonové nemocný vykazoval 20 bodů a znamená střední riziko vývoje dekubitu. Ze začátku nemocný potřeboval pomoci při změně polohy, později dokázal měnit polohy na lůžku sám, dokázal se sám posadit a přemísťovat z lůžka do křesla. Kůže byla pravidelně kontrolována a ošetřována v rámci prevence aby nedošlo ke vzniku dekubitu či jiných lézí. Nedošlo k poruše integrity kůže. Ošetrovatelská diagnóza byla splněna 10 týden.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza Riziko infekce v souvislosti se zavedeným permanentním žilním katétrem s očekávaným výsledkem nemocný nemá známky infekce v okolí žilního vstupu po celou dobu jeho zavedení. Každý den se prováděl převaz kanyly ze aseptických podmínek. Při aplikaci léků a infúzí byli dodržovány aseptické postupy. Kanyla se pravidelně měnila po 72 hodinách a kontrola se prováděla dle klasifikace Maddona. Nemocný byl poučen o možných komplikacích. Nedošlo ke vzniku infekce. Ošetrovatelská diagnóza byla splněna 10 týden.

Celkem jsem stanovila 10 ošetrovatelských diagnóz, z toho 7 aktuálních a 3 potencionální. Bylo dosaženo cíle u 6 aktuálních a 3 potencionálních. Jedna aktuální ošetrovatelská diagnóza (strach) nebyla splněna, a jelikož ošetrovatelský proces je proces, který prakticky nikdy nekončí, protože ukončením jednoho problému může následovat další a znovu následuje nový ošetrovatelský proces nebo naplánováním nepřiměřeného cíle taktéž vzniká nový ošetrovatelský proces. U ošetrovatelské diagnózy akutní bolesti, která byla splněna dle očekávaného výsledku, bych následovně naplánovala diagnózu chronické bolesti s dlouhodobým cílem a vzhledem k diagnóze zhoršené pohyblivosti, která byla splněna jsem navrhla edukační plán s cílem zlepšení pohyblivosti vedoucí k zachování soběstačnosti nemocného vedoucí k postupnému vykonávání aktivit denního života v rámci možností nemocného.

Celkem jsem stanovila 10 ošetrovatelských diagnóz, z toho bylo 7 aktuálních a 3 potencionální. Bylo dosaženo cíle u 6 aktuálních a 3 potencionálních. Jedna aktuální ošetrovatelská diagnóza (strach) splněna nebyla.

Jelikož ošetrovatelský proces nikdy nekončí, protože ukončením jednoho problém může vzniknout další problém/y a následuje nový ošetrovatelský proces, nebo při nesplnění očekávaného výsledku musí sestra zvážit, zda byli cíle přiměřené a znovu naplánuje nový ošetrovatelský plán.

Ve své práci jsem použila ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách, které zatím ve své praxi nepoužívám ale v budoucnu bych je v naší nemocnici ocenila protože usnadní ošetrovatelskou diagnostiku jednoduše a srozumitelně a tím usnadní i vzájemnou spolupráci mezi sestrami.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se snažím objasnit pojem gerontologie a geriatrie, dále se zabývám stárnutím, stářím, nemocnosti ve stáří, některým nejčastějším onemocněním, která se vyskytují převážně ve stáří a ošetrovatelské péči se zaměřením na potřeby nemocného. V praktické části se věnuji kasuistice, vypracovávám plán ošetrovatelské péče, hodnotím poskytnutou ošetrovatelskou péči a navrhuji edukační plán. Cílem praktické části je zajištění bio-psycho-sociálních potřeb nemocného v ošetrovatelském procesu. Pro sběr dat a zpracování ošetrovatelského procesu jsem si vybrala humanistický model – Model životních aktivit podle Nancy Roperové proto, že cílem tohoto modelu je dosažení a zachování samostatnosti a maximální nezávislosti v každé prováděné činnosti a zdůrazňuje aktivity osob. V ošetrovatelské péči jsem k nemocnému přistupovala holisticky. V přístupu k nemocnému se mi potvrdilo, že geriatrický nemocný vyžaduje ohleduplnou, citlivou péči. Péče o nemocného seniora/y je náročná po všech stránkách a vyžaduje individuální přístup, protože každý je jiný a i jeho potřeby jsou jiné. V rámci zkušeností ze své praxe v akutní péči si myslím, že není věnována dostatečná psychologická podpora nemocným.

Gerontologické ošetrovatelství je speciální část ošetrovatelství, zabývající se hodnocením zdraví a funkčního stavu starých lidí se zaměřením na péči zdravých i nemocných, důvody pro přijetí do péče hospitalizační nebo následné či ústavní sociální jsou různé. Přibližně třetina jsou mladí senioři, kteří vyžadují zdravotní péči, další třetinu tvoří staří pacienti z důvodu ztráty soběstačnosti, kdy je plnění role více sociální a ošetrovatelské a poslední třetina je pravých geriatrických pacientů.

Sestra je pro seniora nejbližším zdravotnickým pracovníkem, je s ním v nejčastějším kontaktu, proto jsou odborné znalosti sestry velmi důležité, zajišťuje ošetrovatelskou péči a snaží se preventivně předcházet vzniku komplikací. Sestry pečují o seniory v ambulantních, lůžkových zdravotnických zařízeních i v sociální oblasti, pečují o nemocné i zdravé ale pečují o seniory i na lůžkách akutní péče a proto by se měli vzdělávat v oboru geriatrie, cílem by mělo být poskytnutí péče na odborné úrovni se zajištěním bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb a aktivizace seniora s respektováním celkového zdravotního stavu s možností návratu do komunity.

POUŽITÁ LITERATURA

1. BERGER, J., KALITA Z., ULČ I., *Parkinsonova choroba*. Praha: Maxdorf, 2000, 147 str., ISBN 80-85912-13-9
2. BORZOVÁ, C. A KOL., *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Praha: Grada, 2009, 139 str., ISBN 978-80-247-2978-7
3. ČERVINKOVÁ, E. A KOL., *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: IDV PZ, 2002, 165 str., ISBN 80-7013-358-9
4. DOENGES MARILYNN, E., MOORHOUSE MARY, F., *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2001, 565 str., ISBN 80-247-0242-8
5. FARKAŠOVÁ, D. A KOL., *Ošetrovatelstvo-teória*. SR Martin: Osveta, 2005, 215 str., ISBN 80-8063-182-4
6. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ C., *Demence a jiné poruchy paměti*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 176 str., ISBN 978-80-247-2454-6
7. JOBÁNKOVÁ, M. A KOL., *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: IDV PZ, 2002, 225 str., ISBN 80-7013-365-1
8. KALVACH Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H., SUCHARDA P. A KOL., *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, 825 str., ISBN 80-247-0548-6
9. KALVACH Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H., HOLMEROVÁ I., WEBER P. A KOL., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008, 336 str., ISBN 978-80-247-2490-4
10. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, 208 str., ISBN 978-80-247-2169-9
11. KOLÁŘ, J., A KOL., *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. Praha: Galén, 2009, 475 str., ISBN 978-80-7262-604-5
12. PACOVSKÝ, V., *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990, 129 str., ISBN 80-201-0076-8
13. PAVLÍKOVÁ, S., *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006, 152 str., ISBN 80-247-1211-3
14. PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E., *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005, 189 str., ISBN 80-7262-363-X

15. POKORNÁ, A., *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010, 160 str., ISBN 978-80-247-3271-8
16. REKTOR I., REKTOROVÁ I., *Parkinsonova nemoc a příbuzná onemocnění v praxi*. Praha: Triton, 1999, 152 str., ISBN 80-7254-026-2
17. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A KOL., *Ošetřovatelství I*. 1.vyd., Praha: Informatorium, 2002, 231 str., ISBN 80-86073-96-3
18. STAŇKOVÁ, M., *Lemon 1, učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Brno: IDV PZ, 1997, 184 str., ISBN 80-7013-234-5
19. ŠTILEC, M., *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. Praha: Karolinum, 2004, 94 str., ISBN 80-246-0788-3
20. TOPINKOVÁ, E., *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005, 270 str., ISBN 80-7262-365-6
21. TRACHTOVÁ, E. A KOL., *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2008, 185 str., ISBN 80-7013-324-4
22. TYRLÍKOVÁ, I. A KOL., *Neurologie pro sestry*. Brno: NCO NZO, 2005, 287 str., ISBN 80-7013-287-6
23. URBÁNEK, K., *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Triton, 2000, 223 str., ISBN 80-7254-078-5
24. VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007, 96 str., ISBN 978-80-247-2170-5
25. VOKURKA M., HUGO J. A KOL., *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2000, 490 str., ISBN 80-85912-38-4
26. WEBER, P., *Geriatric jako interdisciplinární vědní obor na prahu 21. století, Vnitřní lékařství*, 2005, ročník 51, č. 2, 198-205 str., ISSN 0042-773X
27. WEBER, P., *Minimum z klinické gerontologie*. 1.vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 151 str., ISBN 80-7013-34-7

SEZNAM ZKRATEK

AD – Alzheimerova demence
ADL – activities of daily living
AIM – akutní infarkt myokardu
ATD – antidekubitní
CGA – comprehensive geriatric assessment
CMP – cévní mozková příhoda
CNS – centrální nervový soustava
CT – computer tomografie (výpočetní tomografie)
ČASL – Česká Alzheimerovská společnost
D - dech
DK – dolní končetina/y
DM – Diabetes Mellitus
EEG - elektroencefalografie
EKG – elektroencefalografie
FF – fyziologické funkce
FN – Fakultní nemocnice
GIT – gastrointestinální
HT – Hypertenze
HP – Helicobacter pylori
CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc
IADL – test instrumentálních všedních činností
ICHDK – ischemická choroba dolních končetin
ICHS – ischemická choroba srdeční
JIP – jednotka intenzivní péče
LHK – levá horní končetina
LTV – léčebná tělesná výchova
MMSE – Mini-Mental State Examination
NN – nozokomiální nákaza
NGS – nasogastrická sonda
NJS – nasojejunální sonda
NAP – nestabilní angina pectoris

NMR – nukleární magnetická rezonance

P - puls

PAD – perorální antidiabetika

PEG – perkutánní endoskopická gastrektomie

PHK – pravá horní končetina

PN – Parkinsonova nemoc

RHB – rehabilitace

TK – tlak krve

TT – tělesná teplota

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

aj – a jiné

apod – a podobně

např. – například

tzv. – takzvané

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Plán prevence / péče o dekubity a jiné rány (Norton Score).

Příloha č. 2: ADL – Barthelův test základních všedních činností.

Příloha č. 3: IADL – Test Instrumentálních aktivit denního života.

Příloha č. 4: MMSE – Mini-Mental State Examination (test kognitivních funkcí)

Příloha č. 5: Maslowova hierarchie potřeb

Příloha č. 6: Melzackova škála bolesti

Příloha č. 7: GDS – Geriatric depression scale (geriatrická škála deprese)

Příloha č. 1: Plán prevence / péče o dekubity a jiné rány (Norton Score).

PLÁN PREVENCE / PÉČE O DEKUBITY □ A JINÉ RÁNY □

List č.:

Zkratky:

LB levý bok ATD antidekubitní
 PB pravý bok BE Betadin
 Z záda BV borová voda
 L sed na lůžku PE Persteril
 K sed v křesle SK sterilní krytí
 S stoj
 CH chůze
 B břicho

Původ dekubitu

- mateřské oddělení
 jiné oddělení FN Plzeň
 mimo FN Plzeň

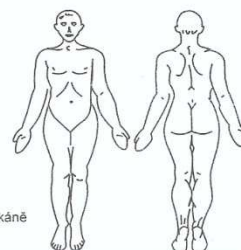
Stupeň a pořadové číslo zakreslit
 na příslušné místo
 červeně

Riziko vývoje dekubitů:

- 25 - 21 nízké
 20 - 19 střední
 18 - 15 vysoké
 14 a ↓ velmi vysoké

Stupeň

- I. nereverzibilní začervenání
 porušená kůže - epidermis,
 dermis nebo obojí
 (puchýř nebo měkký důlek)
 III. hluboké poškození podkoží,
 nekróza
 IV. poškození fascie, svalu, nekróza tkáně



Číslo základní dg.:

Datum zavedení:

Rozšířená stupnice Nortonové										NEBEZPEČÍ DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MĚNĚ									
Datum	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Součet									
	úplná 4	<10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	bdělý 4	chodí bez pomoci 4	úplná 4	není 4										
	částečně omezená 3	<30 3	suchá šupinatá 3	DM, ↑ TT, anémie, 3	zhoršený 3	apatický 3	s doprov. 3	částečně omezená 3	občas 3										
	velmi omezená 2	<60 2	vlhká 2	kachexie, karcinom, trombóza, obezita 2	špatný 2	zmatený 2	sedáčka 2	velmi omezená 2	moč 2										
	žádná 1	>60 1	alergie, rány ragády 1	koma, paréza 1	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leží 1	žádná 1	moč+stolice 1										

PROBLÉM					CÍL					
Porušená integrita kůže					zhojení rány					
□ aktuálně □ potencionálně					□ prevence vzniku rány □ ↑ pohyblivost					
dat.:		analýza rány		ošetřovatelské zásahy		frekv.		polohování		podpis
stav léze: □ čistá □ granulující □ epitelizující □ infikovaná □ zápach □ sekret: □ bílý □ žlutý □ zelený velikost rány: □ bolest: 1 2 3 4 5 mírná nepříjemná intenzivní krutá nesnesitelná		□ rána ošetřena (čím): □ edukace: □ v léčbě □ v prevenci □ další převaz (kdy): podpis sestry:		□ polohovat □ rehabilitace: □ sed v křesle / na lůžku □ stoj □ chůze □ ATD matrace, typ: ATD pomůcky:		hodina poloha		hodina poloha		Ranní směna
stav léze: □ čistá □ granulující □ epitelizující □ infikovaná □ zápach □ sekret: □ bílý □ žlutý □ zelený velikost rány: □ bolest: 1 2 3 4 5 mírná nepříjemná intenzivní krutá nesnesitelná		□ rána ošetřena (čím): □ edukace: □ v léčbě □ v prevenci □ další převaz (kdy): podpis sestry:		□ polohovat □ rehabilitace: □ sed v křesle / na lůžku □ stoj □ chůze □ ATD matrace, typ: ATD pomůcky:		hodina poloha		hodina poloha		Odpolední směna
stav léze: □ čistá □ granulující □ epitelizující □ infikovaná □ zápach □ sekret: □ bílý □ žlutý □ zelený velikost rány: □ bolest: 1 2 3 4 5 mírná nepříjemná intenzivní krutá nesnesitelná		□ rána ošetřena (čím): □ edukace: □ v léčbě □ v prevenci □ další převaz (kdy): podpis sestry:		□ polohovat □ rehabilitace: □ sed v křesle / na lůžku □ stoj □ chůze □ ATD matrace, typ: ATD pomůcky:		hodina poloha		hodina poloha		Noční sm.
stav léze: □ čistá □ granulující □ epitelizující □ infikovaná □ zápach □ sekret: □ bílý □ žlutý □ zelený velikost rány: □ bolest: 1 2 3 4 5 mírná nepříjemná intenzivní krutá nesnesitelná		□ rána ošetřena (čím): □ edukace: □ v léčbě □ v prevenci □ další převaz (kdy): podpis sestry:		□ polohovat □ rehabilitace: □ sed v křesle / na lůžku □ stoj □ chůze □ ATD matrace, typ: ATD pomůcky:		hodina poloha		hodina poloha		Ranní směna
stav léze: □ čistá □ granulující □ epitelizující □ infikovaná □ zápach □ sekret: □ bílý □ žlutý □ zelený velikost rány: □ bolest: 1 2 3 4 5 mírná nepříjemná intenzivní krutá nesnesitelná		□ rána ošetřena (čím): □ edukace: □ v léčbě □ v prevenci □ další převaz (kdy): podpis sestry:		□ polohovat □ rehabilitace: □ sed v křesle / na lůžku □ stoj □ chůze □ ATD matrace, typ: ATD pomůcky:		hodina poloha		hodina poloha		Odpolední směna
stav léze: □ čistá □ granulující □ epitelizující □ infikovaná □ zápach □ sekret: □ bílý □ žlutý □ zelený velikost rány: □ bolest: 1 2 3 4 5 mírná nepříjemná intenzivní krutá nesnesitelná		□ rána ošetřena (čím): □ edukace: □ v léčbě □ v prevenci □ další převaz (kdy): podpis sestry:		□ polohovat □ rehabilitace: □ sed v křesle / na lůžku □ stoj □ chůze □ ATD matrace, typ: ATD pomůcky:		hodina poloha		hodina poloha		Noční sm.

Příloha č. 2: ADL – Barthelův test základních všedních činností.

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- přiřazení bodů 0-10

Činnosti	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. Najedení, napití	- samostatně bez pomoci	10
	- s pomocí	5
	- neprovede	0
2. Oblékání	- samostatně bez pomoci	10
	- s pomocí	5
	- neprovede	0
3. Koupání	- samostatně bez pomoci	10
	- s pomocí	5
	- neprovede	0
4. Osobní hygiena	- samostatně nebo s pomocí	5
	- neprovede	0
5. Kontinence moči	- plně kontinentní	10
	- občas inkontinentní	5
	- inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	- plně kontinentní	10
	- občas inkontinentní	5
	- inkontinentní	0
7. Použití WC	- samostatně bez pomoci	10
	- s pomocí	5
	- neprovede	0
8. Přesun lůžko – židle	- samostatně bez pomoci	15
	- s malou pomocí	10
	- vydrží sedět	5
	- neprovede	0
9. Chůze po rovině	- samostatně nad 50m	15
	- s pomocí 50m	10
	- na vozíku 50m	5
	- neprovede	0
10. Chůze po schodech	- samostatně bez pomoci	10
	- s pomocí	5
	- neprovede	0

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

Test Instrumentálních aktivit denního života (IADL)

Oblast	Body
1. Telefonování <ul style="list-style-type: none"> • vyhledá samostatně číslo, vytočí je • zná několik čísel, odpovídá na zavolání • nedokáže používat telefon 	 10 5 0
13. Transport <ul style="list-style-type: none"> • cestuje samostatně dopravním prostředkem • cestuje s doprovodem • vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz 	 10 5 0
14. Nakupování <ul style="list-style-type: none"> • dojde samostatně nakoupit • nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby • neschopen bez podstatné pomoci 	 10 5 0
15. Vaření <ul style="list-style-type: none"> • uvaří samostatně celé jídlo • jídlo ohřeje • jídlo musí být připraveno druhou osobou 	 10 5 0
16. Vedení domácnosti <ul style="list-style-type: none"> • udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací • provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu • potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce neúčastní 	 10 5 0
17. Práce kolem domu <ul style="list-style-type: none"> • provádí samostatně a pravidelně • provede pod dohledem • vyžaduje pomoc, neprovede 	 10 5 0
18. Užívání léků <ul style="list-style-type: none"> • samostatně v určenou dobu správnou dávku • užívá, jsou-li připraveny a připomenuty • léky musí být podány druhou osobou 	 10 5 0
19. Finance <ul style="list-style-type: none"> • spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje • zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi • neschopen bez pomoci zacházet s penězi 	 10 5 0

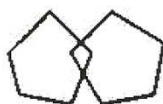
Hodnocení závislosti:

- | | |
|--------------|------------------|
| 0 – 40 bodů | závislý |
| 41 – 75 bodů | částečně závislý |
| 76 – 80 bodů | nezávislý |

Příloha č. 4: MMSE – Mini-Mental State Examination (test kognitivních funkcí)

Test kognitivních funkcí – MMSE:

položka	skóre			
1. ORIENTACE				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jaký je rok/období/měsíc/den v týdnu/datum? ▪ Kde nyní jste? Země/oblast/město/ulice/číslo domu event. podlaží v budově 	0-5 0-5			
2. OPAKOVÁNÍ A PAMĚT - upozorněte pacienta, že budete vyšetřovat paměť.				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jmenujte pomalu a zřetelně 3 předměty strom/okno/kniha a vyzvěte ho, aby je opakoval. Počet správně jmenovaných určuje bodové skóre. Pokud si pacient předměty nezapamatoval, opakujte je tak dlouho (max. 5x), dokud si je nezapamatuje. 	0-3			
3. POZORNOST A POCÍTÁNÍ				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vyzvěte pacienta, aby odečítal 7 od čísla 100. Ukončete po 5 odpovědích. Každá správná odpověď 1 bod. 	0-5			
4. KRÁTKODOBÁ PAMĚT				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vyzvěte pacienta, aby sdělil 3 dřívě jmenované předměty. Za každou správnou odpověď 1 bod. 	0-3			
5. POZNÁNÍ PŘEDMETŮ				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ukažte pacientovi 2 předměty - hodinky/tužku a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. 	0-2			
6. OPAKOVÁNÍ				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vyzvěte pacienta, aby po Vás opakoval následující větu: "Žádná ale, jestliže a kdyby" 	0-1			
7. TRISTUPŇOVÝ POKYN				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sdělte pacientovi, aby postupně po sobě provedl tyto úkony: <ul style="list-style-type: none"> ▪ vezměte papír do ruky ▪ přeložte ho napůl ▪ položte ho napůl Za každý správně provedený úkon 1 bod. 	0-3			
8. REAKCE NA PSANÝ POKYN				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacient dostane do ruky lístek s napsaným pokynem - "zavřete oči". Požádejte ho, aby pokyn přečetl a provedl. Bod je počítán pouze za zavření očí. 	0-1			
9. PSANÍ				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Požádejte pacienta, aby napsal na čistý papír větu obsahující podmět a přísudek. Věta musí být smysluplná a napsaná spontánně, gramatické chyby jsou povoleny. 	0-1			
10. MALOVÁNÍ PODLE PŘEDLOHY				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Požádejte pacienta, aby podle předlohy nakreslil následující obrazec. Pro započítávání bodů musí být zachováno všech 10 úhlů a dva musí být v překřížení. Tremor (třes svalů) a rotace obrazce nerozhodují. 				

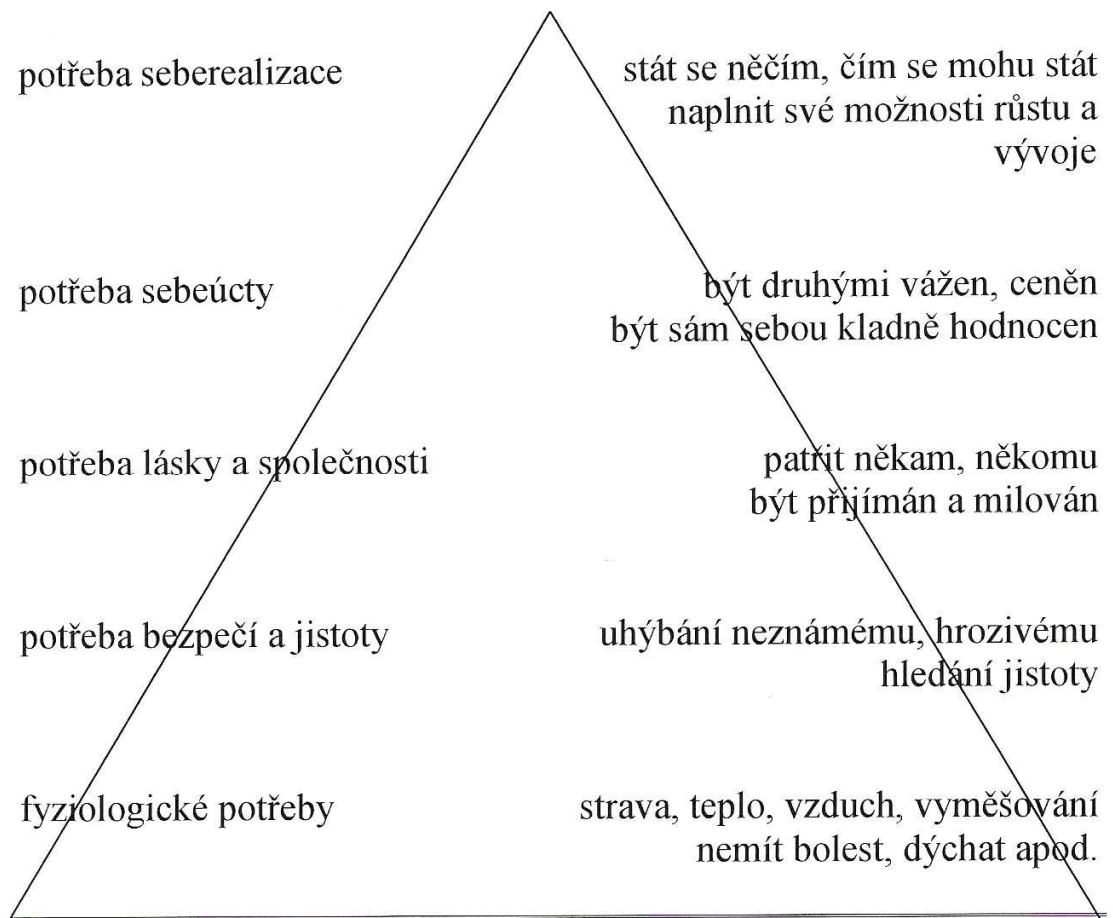


HODNOCENÍ:

0-10 bodů těžká kognitivní porucha
11-20 bodů porucha středního stupně

21-23 bodů lehká porucha
24 a více norma

Příloha č. 5: Maslowova hierarchie potřeb



Melzackova škála bolesti



Příloha č. 7: GDS – Geriatric depression scale (geriatrická škála deprese)

Škála deprese pro geriatrické pacienty-Geriatric depression scale.

Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtnete!

01.	Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano	ne	
02.	Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano	ne	
03.	Máte pocit, že váš život je prázdný?	ano	ne	
04.	Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano	ne	
05.	Máte vesměs dobrou náladu?	ano	ne	
06.	Obáváte se že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne	
07.	Cítíte se převážně šťastný?	ano	ne	
08.	Cítíte se často bezmocný?	ano	ne	
09.	Vysedáváte raději doma, než by jste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano	ne	
10.	Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ano	ne	
11.	Myslíte si že je krásné být na živu?	ano	ne	
12.	Napadá Vás někdy, že život nestojí za nic?	ano	ne	
13.	Cítíte se plný elánu a energie?	ano	ne	
14.	Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?	ano	ne	
15.	Myslíte si že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano	ne	

Hodnocení:

1 bod za každou odpověď „ano“ u otázek		2	3	4	6	8	9	10		12		14	15
1 bod za každou odpověď „ne“ u otázek	1			5	7				11		13		
Bez deprese	00 – 05 bodů												
Mírná deprese	06 – 10 bodů												
Manifestní deprese vyžadující odborníka	Nad 10 bodů												