

VLIV BRONCHOPNEUMONIE A IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU NA ŽIVOT SENIORA

Bakalářská práce

LIBUŠE BERNATOVÁ

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

Vedoucí práce: MUDr. Petra Řeháčková

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010-03-31

Praha 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury. Souhlasím, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 31. března 2010

Libuše Bernatová

Abstrakt

BERNATOVÁ, Libuše. *Vliv bronchopneumonie a imobilizačního syndromu na život seniora*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: MUDr. Petra Řeháčková. Praha. 2010. s. 56.

Hlavním tématem bakalářské práce je zkoumání vlivu a negativních účinků bronchopneumonie a imobilizačního syndromu na kvalitu života seniora.

Teoretická část práce je věnována popisu tělesných a duševních změn ve stáří a dále požadavkům na výživu a nárokům na ošetrovatelskou péči o seniory a definuje pojmy bronchopneumonie a imobilizační syndrom.

Praktická část představuje humanistický model Dorothy Elisabeth Oremové: Teorii deficitu sebeděče. V duchu této teorie byly definovány problémy, sestavovány cíle a plánována i plněna ošetrovatelská péče ve vypracované kazuistice. Ošetrovatelská péče byla vedena snahou u pacientky dosáhnout co možná nejvyšší úrovně soběstačnosti, aby byla po propuštění z nemocnice schopna návratu do svého přirozeného prostředí. Přes její zpočátku závažný zdravotní stav, pozvolna docházelo k pokrokům v osamostatňování při úkonech sebeděče. Po dosažení maximální úrovně soběstačnosti pacientky a po ukončení léčby byla na své přání propuštěna domů.

Klíčová slova: Bronchopneumonie. Imobilizační syndrom. Stáří. Deficit sebeděče.

Abstract

BERNATOVÁ, Libuše. *The Influence of Bronchopneumonia and Immobilization Syndrome on Life of the Elderly*. The College of Nursing, o.p.s., Bachelor degree; Tutor: MUDr. Petra Řeháčková. Prague. 2010. 56 pages.

The purpose of this bachelor thesis is to find out the influence and negative effect of bronchopneumonia and immobilization syndrome on the quality of elderly patient's life.

In the theoretical part there is a description about the physical and psychical changes at old age, the nutritional and nursing requirements in the elderly and defines the terms of bronchopneumonia and immobilization syndrome.

In the practical part there is the introduction about the humanistic model by Dorothea Elisabeth Orem: The Self Care Deficit Nursing Theory. According to this theory the problems were defined, the purposes were stated and the nursing care was fixed up as well as fulfilled in the prepared casuistry. The nursing care was carried out with maximal self-sufficiency to lead the patient after hospital release to be able to get back to normal her home background. In spite of the initial serious health state, the patient made considerable progress in self care. After achieving the maximal level of self care and after termination of treatment, the patient was released from hospital by her request and returned to her home background.

Keywords: Bronchopneumonia. Immobilization syndrome. Old age. Self care deficit.

Předmluva

Poskytovat komplexní, individuální ošetrovatelskou péči a dosáhnout očekávaného efektu je uměním. Každé věkové období v životě člověka má svá specifika a ta je důležitá zohledňovat při plánování a poskytování ošetrovatelské péče.

S ošetrováním seniorů se v nemocničních zařízeních setkáváme často. Sníženou schopností přizpůsobit se v neznámém prostředí, orientovat se v prostoru a s vyskytující se emoční labilitou je často léčebný proces komplikován. Proto je nezbytné být obeznámen s problematikou stáří a možnými vedlejšími projevy, které se objevují v souvislosti s hospitalizací.

Vznik akutního onemocnění se zřetelem na chatrné zdraví, celkovou slabost, může být komplikován uvedeným imobilizačním syndromem. Ten způsobí, že z naprosto soběstačného člověka se stane jedinec závislý na profesionální ošetrovatelské péči, která má za cíl uspokojovat potřeby jedince a učít ho, aby byl schopen dosáhnout co nejvyšší možné úrovně sebepéče.

Výběr tématu byl ovlivněn studiem oboru všeobecná sestra a praxí vykonávanou na interním oddělení v Praze. Pro objasnění ošetrovatelských problémů a jejich řešení byla použita kazuistika. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak i z časopiseckých pramenů.

Práce je určena studentům oboru všeobecné sestry i odborné veřejnosti, která se věnuje péči o nemocné seniory zvláště na interních odděleních a LDN.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce MUDr. Petře Řeháčkové za podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání této práce.

Seznam zkratek a odborných výrazů

aa. = arterie, tepny

AIDS = acquired immunodeficiency syndrome, syndrom získané imunodeficiencie

amp. = skleněná baňka, obsahující léky k injekčnímu podání

bilat. = bilaterální, oboustranný, tj. týkající se pravé i levé strany

BMI = body mass index, index tělesné hmotnosti

ca = carcinoma, karcinom

CK = kreatinkináza, enzym důležitý zejména pro svalový metabolismus, jeho aktivitu lze vyšetřit v krevním séru

CMP = cévní mozková příhoda

CRP = C-reaktivní protein, vysoce citlivá bílkovina, jejíž hladina v krvi se prudce zvyšuje při zánětlivém onemocnění

DC = dlouhodobý cíl

dif. = diferenciální

DK = dolní končetiny

DM = diabetes mellitus, cukrovka

dx. = dexter, pravý

EKG = elektrokardiografie, standartní neinvazivní metoda funkčního vyšetření elektrické aktivity myokardu

fr. = fraktura, zlomenina

H+L = hepar + lien, játra a slezina

CHCE = cholecystektomie, chirurgické odstranění žlučníku

ICHS = ischemická choroba srdeční, srdeční onemocnění, srdeční sval trpí nedokrevností

IM = infarkt myokardu, odumření části srdečního svalu

imunomodulační léky = léky ovlivňující imunitní reakci organismu

i.v. = intravenózní, způsob aplikace do krevního oběhu

JT = jaterní testy, souhrn laboratorních biochemických vyšetření krve určených k posouzení stavu jater a odhalení event. jaterního onemocnění

KC = krátkodobý cíl

KO+diff = krevní obraz a diferenciální rozpočet, laboratorní hematologické vyšetření
komp. = kompenzovaný, vyvážený
Lab. = laboratorní
M+S = chemické vyšetření moči a vyšetření močového sedimentu pro orientační vyšetření metabolismu a pro vyšetření funkce ledvin, pro zjištění močové infekce
n. = nervus, nerv
NSA = nesteroidní antirevmatika, léky s protibolestivým, protihorečnatým a protizánětlivým účinkem
oš. = ošetřovatel/ka
palp. = palpačně, pohmatem
per rectum = vyšetření konečníku
PMK = parmanentní močový katétr
PŽK = periferní žilní katétr
rtg S+P = rentgenové, nativní vyšetření srdce a plic
RZP = rychlá záchranná pomoc
S = sestra
s.c. = subkutánní, způsob aplikace pod kůži
SD = starobní důchodce
sir. = sirup
stp. = status post, stav po
sym. = symetrický
TBC = tuberkulóza, chronické infekční onemocnění, vyvolané bakteriálními zárodky, nejčastěji napadá plíce
tbl. = tablety
TE = tonzilektomie, chirurgické odstranění krčních mandlí
TF = tepová frekvence
TK = tlak krve
TSH = tyreotropní hormon adenohipofýzy, řídí funkci štítné žlázy
TT = tělesná teplota
VCHGD = vředová choroba gastroduodena, týkající se sliznice žaludku či dvanáctníku
VK = výsledná kritéria

Obsah

Úvod.....	09
1 Teoretická část - patofyziologie.....	10
1.1 Změny ve stáří.....	10
1.2 Pneumonie a její jednotlivé formy.....	15
1.3 Syndrom imobility, klinické projevy a prevence.....	17
2 Praktická část - kazuistika.....	21
2.1 Posouzení stavu pacienta.....	21
2.1.1 D. E. Oremová: Teorie deficitu se­bepéče.....	23
2.1.2 Aplikace teorie deficitu se­bepéče do ošetřovatelského procesu.....	24
2.2 Formulace ošetřovatelských problémů a projekt ošetřovatelské péče.....	26
2.3 Shrnutí průběhu hospitalizace.....	51
2.4 Hodnocení ošetřovatelské péče.....	52
Závěr.....	53
Seznam informačních zdrojů.....	54
Seznam příloh.....	56

Úvod

Dnešní doba, která požaduje vysokou produktivitu práce, kde se čas stává měřítkem kvality, plně využívá ze života člověka jen ty etapy, které jsou pro ni přínosné. Už pak opomíjí citlivě jednat s těmi, kterým se životní tempo zpomaluje, nestíhají vnímat vývoj a nedokážou se mezi produktivní generaci zařadit.

Proto je téma práce spojené s ošetřováním nemocného seniora. Záměrem je vyzdvihnout hodnotu stáří a podílet se na specifitějším ošetřování než je ošetřování nemocného jinak tělesně a mentálně ještě věkem nezasazeného člověka. Snaha je docílit maximální možné úrovně soběstačnosti u pacientky, aby byla schopna s minimální pomocí uspokojovat své potřeby a měla tak větší předpoklady cítit se svobodnou bytostí.

V současnosti je ve zdravotnictví trend zkracovat dobu hospitalizace. Nemocniční, akutní péče má za úkol zajistit vyšetřovací program a léčbu, jež nelze řešit ambulantní cestou. Následná péče a rekonvalescence se přesouvá do domácího ošetřování nebo na lůžka k tomu určená. Vzhledem k tomu, že seniorů přibývá, mělo by být snahou zainteresovaných odborníků udržovat jejich maximální soběstačnost.

Práce je členěna na základní dvě části. Teoretická se zaměřuje na rozpracování problematiky stáří, popisuje změny tělesné i duševní, specifika ošetřování a výživy. Uvádí epidemiologii, patogenezi, klinické projevy, průběh a dělení pneumonií. Poukazuje na syndrom imobility, na změny v tělesných systémech, které postihuje a jak je mu možné předcházet. Praktickou částí je ošetřovatelská kazuistika pacientky zpracovaná jako ošetřovatelský proces podle humanistického modelu D. E. Oremové a její Teorie deficitu sebedpěče s nezbytnými lékařskými údaji. Záměrem bylo, aby informace uvedené v teoretické části práce se staly, spolu s ošetřovatelskou anamnézou, základem pro vyhledávání ošetřovatelských problémů. Aplikací teorie ošetřovatelského modelu má být rovněž dosaženo maximální možné úrovně soběstačnosti pacientky.

1 Teoretická část - patofyziologie

Patofyziologie je vzhledem k věku pacientky rozdělena na podkapitulu, která rozebírá obecně změny ve stáří se specifiky péče, komunikace a výživy. Další dvě podkapitoly se věnují pneumoniím a imobilizačnímu syndromu.

1.1 Změny ve stáří

Fyziologické stárnutí je proces, při kterém dochází k celé řadě involučních pochodů. Lze říci, že stárnutí a stáří je charakterizováno postupným úbytkem fyzických a psychických sil.

Morfologické změny mají za následek poruchy funkce orgánů. Dochází ke snížení výkonnosti, poruše adaptace na zátěž – starý člověk se snáze unaví a jeho uklidnění po námaze trvá déle. Projevuje se u něj snížená odolnost proti infekcím, rekonvalescence po prodělaném onemocnění, popř. operaci trvá déle, také reakce na léky bývá jiná než u mladého člověka. Jelikož stárnutí je proces individuální, často kalendářní věk neodpovídá věku funkčnímu. To znamená, že např. člověk, kterému je 65 let má organismus méně zasažen involučním procesem stáří než člověk, kterému je 50 let. Záleží tak na mnoha faktorech. Jedním z nich je dědičnost, životospráva, následky prodělaných onemocnění, stresy, zevní vlivy, mezi které patří kvalita životního prostředí, lékařské péče, hygiena, životní podmínky, vlivy záření apod.

Při posuzování stáří dělíme věk podle Světové zdravotnické organizace (WHO) na střední věk (45-59 let), vyšší, starší věk, ranné stáří (60-74 let), pokročilý, stařecký věk, vlastní stáří, senium (75-89 let) a dlouhověkost (90 a více let) [1].

Organické změny ve stáří jsou patrné na **kůži**, stává se vráscitá, ztrácí pružnost a je suchá. Příčinu toho nalézáme v úbytku vody, podkožního tuku, změn pojiva. Začínají být patrné pigmentové skvrny, kožní kapiláry jsou křehké, a proto sebemenší poškození způsobí podlitinu. **Vlasy** šediví, dochází k řídnutí a vypadávání typickému hlavně u mužů, kteří následkem toho mívají pleš nebo přijdou o všechny vlasy. Problematika týkající se vlasů je značně individuální. Setkáváme se totiž i se zcela mladými lidmi, kterým vlasy šediví a vypadávají. Příčinou toho je pravděpodobně dědičnost. **Svalstvo**

zmenšuje svůj objem, ztrácí pružnost a sílu a snižuje se také schopnost rychlé reakce. Na těchto změnách se částečně podílí i cévní a nervový systém, ale hlavně úbytek kontraktilních svalových vláken, neschopnost regenerace a nahrazování svalových vláken vazivem. To vše člověku odebírá chuť k namáhání svalů. Dobré je tedy pravidelné, ale ne příliš namáhavé cvičení, které pomáhá udržet svalové napětí. **Kosti a klouby** podléhají ve stáří významným změnám. Ubývá kostních trámčů, činnost kostních buněk je zpomalena, kost se stává řidší, křehčí a snadno zranitelná. Meziobratlové ploténky a kloubní chrupavky se snižují. Kloubní vazy ztrácejí svoji délku a pružnost nedostatkem kolagenu. **Výška** se zmenšuje v důsledku zvětšení hrudní kyfózy a bederní lordózy a zmenšením svalové hmoty vzhledem ke sníženému napětí svalů. **Hmotnost** fyziologicky ubývá, protože dochází ke snížení svalové hmoty a úbytku podkožního tuku. Samozřejmě u lidí, kteří si kaloricky přilepšují, se setkáváme spíše s obezitou. Změny **nervového systému** se týkají úbytku mozkových buněk, ztrátě pružnosti mozkových cév a snížení celkové váhy mozku. Následkem toho jsou poruchy hlavně krátkodobé paměti. Klesá rychlost vedení vzruchů a tak je prodloužena i doba reakce. Postižení **zraku** u starých lidí je závažné z důvodu, že snížení pocitu jistoty a suverenity může vést k úplné závislosti. Nejrozšířenějším projevem stárnutí je starozrakost, již kolem 50 let, často spojená s šedým zákalem. Současně nacházíme také sníženou adaptaci na tmou a ostrost vidění v noci. Zmenšuje se rozsah zorného pole, stoupá spodní práh vnímání světla, klesá akomodační schopnost a schopnost rozlišovat barvy. Někdy vzniká na rohovce na zevním okraji bělavý kruh, který je způsoben ukládáním tukových látek. Někdy je také snížená diferenciatní schopnost. Poruchy **sluchu** mohou mít za následek obtíže v komunikaci a později vést k úplné izolaci. Nejdříve se objevují poruchy vnímání vyšších tónů, později však i hlubších a hlubokých tónů. Úbytkem **čichových** vláken dochází ke snížení kvantitativní i kvalitativní funkce čichu. Vnímání **hmatu** a doteku se snižuje již po 50. roce. Nejprve na dolních končetinách. Také práh pro citění bolesti se zvyšuje, tudíž bolest je pocíťována později, méně a ve změněné formě. To je pak samozřejmě nebezpečné pro pozdní rozpoznání případné nemoci. Ubývá **chuťových** pohárků a chuť se výrazně mění. Setkáváme se s **poruchami rovnováhy**, se závratěmi, které jsou následkem degenerativních procesů vnitřního ucha, poruchami prokrvení mozku apod.. **Kardiovaskulární systém** je ve

stáří značně změněn, snižuje se výkonnost srdce jako pumpy. Po 65. roce se výrazně snižuje srdeční výdej. Hlavním důvodem je vzestup rezistence artérií. Rizikovým faktorem je tzv. posturální hypotenze, která má příčinu v menší reflexní kontrole krevního tlaku, vzniká ve věku nad 65 let. Srdce starých lidí je citlivé na zátěž, proto bychom k nim měli přistupovat jako k potencionálním kardiakům. Funkce **dýchacího systému** je omezena sníženou výkonností hrudního svalstva, obezitou, deformitami hrudníku a páteře. Tyto vlivy se také podílejí na poklesu vitální kapacity plic. Dochází také k celkovému úbytku alveolů, snížení pružnosti plicní tkáně, způsobené změnami elastických vláken bronchiolů. Ztlustění membrán alveolů má za následek snížení objemu plynů v alveolech. V důsledku těchto změn se můžeme setkat s rozedmou plic, která není v tomto případě považována za patologickou. Na špatné funkci **zažívacího traktu** se podílí defektní chrup, paradentóza, nedokonalé zubní protézy, atrofie sliznic a ochabnutí svaloviny. Snížená motilita žaludku, střevní peristaltiky, kvalitativní a kvantitativní změny v produkci trávicích enzymů a nedostatečné využití minerálních látek. Následkem těchto změn vznikají neúplné malabsorbční syndromy, průjmy, úporné zácpy atd. Sníženou funkci jater doprovází poruchy detoxikační činnosti, jsou pomaleji odbourávány některé léky, alkohol a škodlivé látky, které se v organismu hromadí následkem stresu a zátěže. Ve slinivce břišní je snížena citlivost beta buněk, které mají za úkol regulaci krevního cukru a objevuje se tzv. stařecká cukrovka. Dochází ke snížené filtraci ledvin následkem úbytku nefronů, u mužů je častá noční polakisurie. V **krevním systému** nepozorujeme výrazné změny. Časté jsou však anemie perniciozní, hyposiderotické, vyvolané infekcí, nádory, krevními ztrátami apod. **Endokrinní systém** produkuje méně sexuálních hormonů, hormonů hypofýzy a štítné žlázy. Dochází k metabolickým odchylkám a chorobám jako je např. ateroskleróza, obezita, diabetes, osteoporóza. Organismus se hůře vyrovnává se stresem, ve stáří se často setkáváme se zimomřivostí. Funkční zkoušky a laboratorní hodnoty, které v mládí mohou vypovídat o nějaké patologii se ve stáří považují za normální. Tudiž i zde jako např. u hodnot krevního tlaku je hranice mezi normou a patologií posunuta [2,1].

K duševním změnám ve stáří dochází velmi individuálně. Záleží na duševní aktivitě člověka ve stáří. Velkým zlomem bývá pro většinu lidí odchod do důchodu. Je to období pro člověka velice náročné. Režim dne, který předtím určovala zejména doba strávená

v zaměstnání, se tak značně nabourá. Důležitá je včasná příprava na důchod. Jde tu opět o hledání a nalezení nového smyslu života. Stárnoucí lidé se začínají věnovat např. svým vnoučatům – jsou-li rodiči. V tomto období mají též pravý čas na hledání nových zálib, aby se měli po odchodu do důchodu čemu aktivně věnovat. Vstoupí-li člověk do důchodu absolutně nepřipraven, v domnění, že „se ukáže“, bývá potom značně psychicky rozhozen ze strávených dnů bez pevného řádu. Později si nějaký režim dne sice utvoří, ale často je určován aktivitami, které nijak člověka nerozvíjí. U těchto lidí rychleji postupuje proces stárnutí. Platí úsloví: co se nepoužívá, to chátrá. Mohou se u nich objevovat různé formy demence, často i hypochondrie, úzkostné stavy. Ve stáří se rozvíjí, předtím skryté psychózy aj. Patologie stárnutí je pak velmi četná a léčba je obtížná [3,4]. „Kromě toho se v duševním stárnutí prolínají vlivy biologického věku mozku i celého těla s vlivem zkrácené životní perspektivy, změněného vzhledu a dalších společenských faktorů, které sebou věk nese a které determinují duševní involuci“ [3, s. 375]. S věkem klesá elán a vitalita, možnost navazovat nebo i udržovat mezilidské vztahy. Snižují se tvůrčí schopnosti. Psychomotorické tempo se zpomaluje, snižuje se sebedůvěra a zvyšuje se nedůvěra. Klesá sebehodnocení a vzrůstá nejistota. Staří lidé bývají úzkostní a plačtiví. Schopnost adaptace je snížena, oplošťuje se emotivita, je oslabeno etické, sociální a estetické cítění. Všípivost a výbavnost je snižena. Objevuje se rigidita v myšlení a jednání, ulpívání na tradicích a zvycích. Porucha koncentrace pozornosti je často v souvislosti se zvýšenou únavností. Často mají sklon ke smutku, rozmrzelým náladám a depresím. Ve vysokém stáří dochází k rozvoji různých forem psychických poruch a k manifestním demencím. Emoční labilita se projeví ve známkách hypochondrie a negativistickém a pesimistickém ladění. Někdy bývají zlostně výbušní, egocentričtí a nesnášenliví. Objevují se i paranoidní známky. Negativní vlastnosti se zvýrazňují. S věkem se nemění jazykové a jiné znalosti, které si člověk osvojil v mládí. Psychické funkce ve stáří nemají jen sestupnou tendenci, některé se ještě i zdokonalují. Zvyšuje se vytrvalost, trpělivost, určitá pracovní a životní stereotypie a monotónnost, bývá zvýšena tolerance k druhým lidem i k opačným názorům. Někdy se můžeme setkat s altruistickým chováním. Zachována je i schopnost úsudku, zvyšuje se zdrženlivost, opatrnost, zájem o společenské dění, staří lidé více filozofují a tíhnou k introvertizaci [3,4].

Na vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří byla v roce 1982 navržena strategie péče o seniory (4xD). Demedicinalizace – komplexní péče o staré občany neřeší medicína, ale přenáší se do ambulantních zdravotnických služeb, sociálních služeb a celospolečenských sfér. Deinstitutionalizace – péče o seniory není poskytována jen v institucích, ale formou domácí a komunitní péče. Důraz je kladen na posilování partnerské role seniorských pacientů a výchova společnosti k přípravě na stáří. Deprofesionalizace – odpovědnost za péči o seniory nemají jen profesionálové, ale každý, kdo je ochoten a schopen se do péče zapojit. Deresortizace – celospolečenská zasvěcenost a zainteresovanost různých resortů do problematiky stáří [5].

Péče o starého člověka by měla obsahovat následující složky: individuální, sociální, zdravotní a hmotnou. Vychází z uspokojování fyziologických potřeb, potřeb bezpečí, sociální potřeby, potřeby autonomie, seberealizace a sebenaplnění (rozdělení dle A. H. Maslowa). Nemocniční pobyt velice ovlivňuje starého člověka, stoupají rizika spojená s hospitalizací. Mění se jeho role, ztrácí soukromí, pocity jistoty, je ohrožen fyzickým, dietetickým traumatem, dehydratací, nozokomiálními infekcemi a často je navíc vystaven nevhodnému chování ze strany zdravotnického personálu. Proto při jednání se starým člověkem dbáme, abychom navodili klidnou atmosféru. Při příjmu na oddělení ho seznámíme s jeho bezprostředním okolím a spolupacienty. Nové informace podáváme postupně. Při komunikaci s ním jednáme trpělivě, nespěcháme, mluvíme nahlas, opakujeme klidně příkazy. Posoudíme jeho fyzickou a psychickou soběstačnost, kterou po celou dobu hospitalizace podporujeme, ale zároveň mu aktivně nabízíme svou pomoc. Každou snahu a zlepšení oceníme pochvalou, snažíme se mu naslouchat. Neocenitelné při komunikaci se starým člověkem je naučit se vnímat i sebemenší náznaky, které svědčí o nedostatečném uspokojování některých jeho potřeb [6]. „Ideální stav nastane při provázené péči, kdy klient projde různými pečujícími institucemi s optimálně vynaloženými náklady a nezbytně nutnou hospitalizační dobou a je propuštěn, schopen se péče, domů“ [7, s. 48].

Výživa ve stáří obecně by měla být vyvážená, plnohodnotná a kaloricky střídá. Významná je přiměřená tělesná aktivita. Důležitou složkou potravy jsou sacharidy, vitamíny, nerostné látky, vláknina. Tuky slouží jako zásobárna energie a měly by být značně omezeny, zejména živočišné, které se podílejí na rozvoji aterosklerózy.

Doporučovány jsou rostlinné oleje. Z vitamínů jsou důležité vitamíny B, C, D, E a z minerálů vápník, fosfor, draslík a železo. Množství potravy by mělo odpovídat věku a aktivitě. Významná je kontrola příjmu tekutin, protože často ztrácí pocit žízně [8]. „Stav výživy vyšetřujeme pohledem na pacienta, můžeme také vypočítat jeho BMI (body mass index – vydělíte váhu v kg druhou mocninou výšky v m)“ [9, s. 57].

1.2 Pneumonie a její jednotlivé formy

Pneumonie je charakterizována jako zánět plicní tkáně. Akutní zánět je provázen tvorbou sekretu (exsudací), chronický vazivovým jizvením (proliferací), která postihuje alveoly, alveolární septa nebo vmezeřenou (intersticiální) tkáň. Jde o skupinu zánětů, které mají odlišnou epidemiologii, patogenezí, klinické projevy i průběh. Většinou je komplikací jiné základní choroby. V klinické praxi rozlišujeme **komunitní pneumonii**, což je onemocnění vzniklé povětšinou u jinak zdravého člověka, který přichází ze svého přirozeného prostředí. **Nozokomiální pneumonii** nacházíme u již jinak nemocného člověka v souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení. **Oporutunní pneumonie** se vyskytuje u pacienta s výrazným postižením imunity chorobou jako je AIDS, renální insuficience, diabetes, léčba kortikosteroidy, imunosupresivy, chemoterapie.

V literatuře se můžeme setkat se starším dělením pneumonie na **bronchopneumonii** tj. ložiskovou (lobulární), kde je postiženo více míst současně, **lobární**, postihující jeden lalok, **alární**, postihující celé plicní křídlo a **intersticiální pneumonii**. Lobární, alární pneumonie postihuje celý lalok, nebo křídla plíce, často bez zánětlivého postižení bronchů. Onemocnění má prudký průběh s výrazně vyjádřenými celkovými příznaky. Komplikacemi býval metastatický rozsev hnisavého procesu, vznik peritonitidy, meningitidy, abscesu mozku. Dnes se tento zánět vyskytuje oproti minulosti zřídka. Krupózní pneumonie (lobární pneumonie) a bronchopneumonie patří k typickým pneumoniím, zánětem jsou postiženy alveoly nebo alveolární septa, jsou vždy bakteriální. Exsudát u krupózní pneumonie obsahuje značné množství fibrinogenu, který se sráží ve vláknitý fibrin a má podobu pablán. Hepatizací plic se označuje stav, kdy v důsledku přeplnění alveolů fibrinem se stlačují septa tak silně, až anemizují a naopak se zvýší konzistence plicní tkáně. Sputum je s příměsí krve. Při procesu hojení

se vyplňují alveoly a bronchioly vazivem a stávají se tak dysfunkční. Intersticiální pneumonie (atypická pneumonie) postihuje kromě vmezeřeného vaziva, druhotně stěny alveolů. Dochází k olupování (deskvamaci) epitelu, vystýlající alveolus nebo k nekrotizaci alveolární stěny. K atypickým patogenům patří viry, chlamydie a mykoplazmata. Průběh onemocnění je neobvyklý. Po vyhojení většinou zůstávají ztluštělé plicní sklípky. V důsledku zániku alveolů se může objevit dušnost.

Patogeneze pneumonií – do plic se infekční agens dostává inhalační, aspirační cestou, hematogenně diseminací z jiného primárního infekčního ložiska, vzácně přímým průnikem např. poraněním hrudníku nebo neinfekčním poškozením např. chemickým. Infekční agens představují bakterie a patogeny blízké bakteriím (*Streptococcus pneumoniae* a *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Legionella pneumophila*, *Pneumocystis carinii*), viry – respirační viry – viry chřipky, rinoviry, adenoviry, cytomegalovirus, chlamydie a rickettsie, kvasinky a plísňe.

Klinický obraz bývá velmi různorodý. U lobární pneumonie je nejtypičtější náhlý začátek, který má nejčastěji bakteriální etiologii. Horečka, někdy i s třesavkou, schvácenost, dušnost, kašel, který se brzy mění v produktivní, přítomna může být i pleurální bolest.

U lobární bakteriální pneumonie při fyzikálním vyšetření zjišťujeme pokleповé přikrácení nad ložiskem, s oslabeným dýcháním s přítomností vlhkých vedlejších fenoménů (chrůpků), při rozsáhlém postižení plíce zánětem může být slyšitelné trubicovité dýchání. Hrudní hlas (bronchofonie), hrudní chvění (fremitus pectoralis) jsou zesílené. Laboratorně bývá patrná výrazná leukocytóza, vysoká sedimentace, vysoká hladina C – reaktivního proteinu.

S cílem postihnout pravděpodobné patogeny je volena antibiotická léčba na empirickém základě. Podávány jsou mukolytika, expektorancia, antipyretika při teplotách přesahující 38 °C, při hypoxemii kyslík a další symptomatická léčba. Zajištěna je dostatečná hydratace, dechová rehabilitace [1].

Bronchopneumonie se vyznačuje mírnějším začátkem. Zánětem jsou postiženy bronchy, bronchioly i alveoly. Alveolární kapiláry jsou překrvené a v plicích sklípcích

se hromadí zánětlivý exsudát. Vyskytuje se více v dětském věku a ve stáří. Může vzniknout z aspirační pneumonie, při atelektáze, po operaci nebo za zúžením (stenózou) bronchu. Tělesná teplota pozvolna stoupá, je různého charakteru, objevuje se produktivní kašel s vykašláváním hnisavého sputa, někdy s malou příměsí krve, dušností, pleurální bolestí (bolest v inspiriu) a obvykle s kardiální dekompenzací.

Při fyzikálním vyšetření sledujeme poklep zkrácený, dýchání sklípkové oslabené, chrůpky. Po rentgenologickém vyšetření plic na snímku pozorujeme skvrnité zastínění, které postihuje různé partie plicní tkáně, někdy i pleurální výpotek. Ten se může změnit v empyém. Léčba antibiotická, tekutiny, mukolytika, NSA imunomodulace. Většinou dochází k úplnému vyhojení „ad integrum“. Pokud zůstane exsudát v alveolech, vyplní se granulační nevzdušnou tkání a při rozsáhlejším postižení se projevuje dušností. Komplikací bronchopneumonie je vznik plicního abscesu, na jehož vytvoření se obvykle podílí i anaerobní bakteriální flóra [6, 10].

„Management bolesti u seniorů obvykle kombinuje farmakologickou intervenci, kognitivně-behaviorální terapii a fyzioterapii. Změny ve fyziologii seniorů, ale představují speciální překážku při zvažování možných léků“ [11, s. 283].

1.3 Syndrom imobility, klinické projevy a prevence

„Imobilizační syndrom je klasický geriatrický syndrom, často projev závažné pokročilé deteriorace, závažné akutní dekompenzace zdravotního stavu či terminální fáze geriatrické křehkosti“ [12, s. 195]. Geriatrická křehkost je definována jako involuční, progresivní a celoživotní proces, povšechný úpadek se špatnou prognózou. Může se vyvíjet jako následek některých chorob, např. nádorových, pokročilých stádií orgánového selhání. Jinak též hypokinetický syndrom, vzniká jako následek akutního omezení pohybu (akutní imobilizační syndrom) nebo chronického omezení pohybu (chronický imobilizační syndrom) s bohatými klinickými příznaky, které jsou důsledky dlouhodobého podstatného omezení pohybové aktivity. Zvláště u starých lidí, u kterých se objevuje multimorbidita, omezená adaptační schopnost, porucha adaptačních mechanismů, nízký podíl zdraví, se rozvíjí negativní důsledky imobilizace velmi rychle.

Klinické příznaky imobilizačního syndromu jsou projevem poruch řady orgánů [12]. Některé projevy se objevují velmi rychle např. dekubity, ortostatická hypotenze, flebotrombóza a pneumonie. Markantní jsou např. dekubity, jiné probíhají skrytě a nebezpečné jsou právě proto, že mohou být zanedbány nebo zjištěny příliš pozdě např. přestavba cirkulace s atrofií myokardu. Proto se v dnešní době klade důraz na zkrácení pobytu na lůžku v nemocnici a poskytováním kvalitní základní ošetrovatelské péče předcházet komplikacím. U starých lidí vznikne velmi snadno na rozdíl od mladých a lidí ve středním věku. Zvláště pak, je-li uložen ve vodorovné poloze na lůžku, dochází rychleji k celkové regresi organismu.

Nejvýraznější změny nacházíme na pohybovém ústrojí. Velice rychle po znehybnění se začne uvolňovat vápník z kostí a vylučovat se močí. V prvním týdnu se kostra může ochudit o více jak 10 g vápníku. Současně se odbourávají i organické složky kosti a tlumí se jejich novotvorba. Při chronickém imobilizačním syndromu je pravidlem difúzní osteoporóza, jejíž následky se obtížně napravují. **Postihuje skelet.** Časté jsou komprese obratlů. Nevhodným volením rehabilitačních cviků, po dlouhém ležení, hrozí nebezpečí zlomeniny krčku stehenní kosti. Pokud je syndrom spojen s osteoporózou, jsou možnosti rehabilitace omezené. Současně se někdy můžeme setkat se skrytou formou osteomalacie, která vzniká nedostatkem vitamínu D. Pacient upoutaný na lůžko většinou nemá možnost dostat se mimo pokoj a trpí pak nedostatkem slunečního záření. Výrazné jsou **poruchy pohybového ústrojí**. Rychle dochází k atrofii svalstva z nečinnosti a následkem ke zhoršení cévního zásobení svalů, poklesu trofické funkce neuronů. Snížená pohyblivost svalů se odráží i ve funkci vnitřních orgánů. Nejzávažnějším důsledkem jsou těžké svalové atrofie a kontraktury. Vznik kontraktur není zcela objasněn, ale je prokázáno, že se na nich podílí bolest, která si vynucuje úlevovou polohu končetin, nepříznivě ovlivňuje cirkulaci krve a podílí se na vzniku útlumu v extenzorech. Kontraktury jsou nejčastější v lýtkovém svalu a ve flexorech kolenního kloubu. Kosterní svalstvo již během jednoho týdne ztrácí třetinu své maximální síly. Šlachy a fascie se zkracují a mohou vytvořit různé deformity končetin nebo páteře. **Poruchy močového ústrojí**, vleže na lůžku je ztíženo i vyprazdňování moči z ledvin. To má spolu s vylučováním velkého množství vápníku močí za následek tvorbu močových kamenů. U mužů je častá retence moči. **Poruchy dýchacího ústrojí**,

také v této poloze a poloze na levém boku klesá vitální kapacita plic asi o 10%. Dále sem patří atelektázy a hyperemie plic, atrofie dýchacích svalů. Venostáza v dolních partiích plic a stagnace hlenu mohou být příčinou tzv. hypostatické pneumonie. Jako patogeny se mohou uplatnit i mikroorganismy tvořící za normálních okolností běžnou saprofytickou flóru. Příznakem nejsou horečky a kašel, ale apatie nebo zmatenost, delirantní stav. Dostatečná hydratace je významná pro odkašlávání. **Poruchy krevního oběhu.** Klesá srdeční výdej, klesá objem srdeční komory na konci diastoly a zmenšuje se systolický výdej především ve stoji. Objevuje se klidová tachykardie, přes 90 tepů za minutu. Snižuje se sekrece antidiuretického hormonu (ADH) i aldosteronu a následkem je hypovolemie. Znehybnění v horizontální poloze vede velmi rychle k útlumu ortostatických reflexů. Při delší imobilizaci totiž dochází k narušení humorálních mechanismů a ke změně adaptace na vzpřímenou polohu. Vzniká syndrom ortostatické hypotenze (pacient má mžitky před očima, tachykardii, zpotí se, někdy vzniká i krátkodobé bezvědomí, nízký až neměřitelný tlak). Výskyt tohoto stavu stoupá s věkem a délkou pobytu na lůžku. Uzavření krevního oběhu popřípadě v kombinaci s přítomností nádoru či tkáňového zhmoždění (pády), stáří, primární varixy, levostranná srdeční nedostatečnost, venostáza dolních končetin jsou vysoce rizikové pro rozvoj žilní trombózy a nebezpečné komplikace plicní embolie. Nejčastěji se objevuje ve 3. dnu imobilizace, u nerehabilitovaných, nepohyblivých končetin je nacházena v 60% případů. **Z poruch gastrointestinálního traktu** se často setkáváme s nechutenstvím a zácpou. Ta je zpravidla nejen důsledkem zpomalené peristaltiky střev a případně nedostatečného příjmu tekutin a ovoce, ale vzniká především sekundárně jako následek silné stresové situace – vyprazdňování na lůžku. Nebezpečná pro organismus je ztráta pocitu žízně, která může způsobit **dehydrataci**. Nevhodná výživa a nedostatek pohybu může zapříčinit vznik **obezity**. Poruchy kůže a podkoží se projevují **otlaky a proleženinami** různého stupně. Rizikové faktory jsou snížená celková obranyschopnost organismu, vliv dlouhodobého tlaku při nedostatku pohybu, poškození centrální nervové soustavy a kombinace předešlých. Riziko vzniku dekubitů lze změřit pomocí stupnice podle Nortonové. **Poruchy psychiky.** Neschopnost samostatně uspokojovat základní životní potřeby a provádět činnosti denního života je u většiny nemocných provázena pocitem deprese, zhoršené nálady, smutku a apatie. Ty

zpětně negativně ovlivňují tělesný stav pacienta. Nepříznivý psychický stav může urychlit proces demence. Dochází k sensorické deprivaci se zhoršením orientace v čase a místě. [13]

Prognóza imobilizačního syndromu je závažná. Více než 50% geriatricky nemocných umírá do 1 roku imobilizace. Vemí důležité místo má zde **prevence**.

- Maximálně omezit klidový režim (povolit chůzi, vysazovat do křesla).
- Časná rehabilitace a mobilizace po operaci. V rámci aktivizačního rehabilitačního programu nemocné opakovaně během dne posazovat a postavovat u lůžka, ležící polohujeme, provádíme dechovou rehabilitaci s prodýcháváním a péčí o vykašlávání, při posazování je důležitý kontakt plosek nohou s podlahou či schůdkem, včetně nácviku přešlapování, zvláště vhodné je aktivní cvičení – použití šlapadel nebo potom kompenzace pasivním cvičením.
- Ukládání do Fowlerovy polohy.
- Aktivní zavodňování organismu.
- Správná výživa nemocného zaměřená na dostatečný přísun bílkovin, vápníku, zeleniny, popř. vitamínu D.
- Ke snižování rizika žilní trombózy provádíme pečlivou vysokou bandáž dolních končetin, podáváme nízkomolekulární Heparin, máme-li možnost, používáme hydraulické svalové pumpy na dolní končetiny, u spolupracujících nemocných je účinné provádět dorsální flexi nohou. Z pomocných vyšetření jde o průběžné zjišťování hladiny fibrin degradačních produktů (D-dimerů), dopplerovské vyšetření, brát v úvahu alarmující příznaky jako je kašel, pleurální bolest, hemoptýza, šokový stav, těžká dušnost s přeplněnými krčními žilami.
- Používání myostimulátorů na zpevnění zvláště břišních svalů.
- Prevence poruch vyprazdňování, jde-li to, dáváme přednost vysazením na defekační židli před použitím podložní mísy, opakovaně vyšetřujeme per rektum pro přítomnost tuhých skybal apod.
- Chránit před nozokomiální infekcí.
- Předcházet proleženinám.
- Psychicky stimulovat a vzbudit pocit sympatické odezvy v jednání s nemocným [2].

1 Praktická část - kazuistika

Použitou metodou je ošetrovatelský proces. Ten je definován jako: „...analyticko-syntetická metoda řešení problému nebo myšlenkový algoritmus, který používá kvalifikovaná sestra při hodnocení stavu klienta, plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti péče“ [14, s. 119]. Tato část sleduje vývoj zdravotního stavu a závislosti hospitalizované pacientky na poskytované profesionální ošetrovatelské péči.

Je členěna na podkapitulu posouzení stavu pacientky, na vlastní projekt ošetrovatelské péče, shrnutí průběhu hospitalizace z hlediska sestry a hodnocení poskytované ošetrovatelské péče.

1.1 Posouzení stavu pacienta

Identifikační údaje

Paní A. N., narozena 1920. Doposud žila sama v bytě činžovního domu v 1. patře bez výtahu.

Lékařská anamnéza

NO (nynější onemocnění): Pacientka přivezena vozem RZP ze svého bytu. Dva týdny kašle, nyní dráždivě. Od včerejška prudké zhoršení stavu, celková slabost, doma jen s obtížemi došla na WC, pocit zimnice, třesavky, schvácená. Teplotu si neměřila, zkoušela pít prsní čaj, kromě chronické medikace jiné léky neužívala.

RA (rodinná anamnéza): matka + 86 letech na CMP, v anamn. srdeční vada, otec + 76 letech na IM, léčil se s plicní tbc, sestra + v 88 letech na ca, snad mammy, bratr + 78 letech tragicky, léčil se s hypertenzí, 2 x IM

OA (osobní anamnéza): běžné dětské nemoci, v 10 letech prodělala tyfus, v mládí sledována pro sníženou funkci štítné žlázy, opakované tonsilitidy v mládí, od šedesáti let věku léčena pro hypertenzi, 2003 a 2005 hospitalizována pro kolapsové stavy nejasné etiologie, CMP 0, VCHGD 0, astma 0, DM 0, onkologické onemocnění 0, psychiatrické onemocnění 0, operace: 1955 tonsilektomie, 1986 CHCE, úrazy: 2003 fr.

distálního radia l.dx.

GA (gynekologická anamnéza): menses 12-51 let, těhotenství: 0 porodů: 0

FA (farmakologická anamnéza): Tritace 2.5 1-0-0, Rhefluin 1/2-0-0, Anopyrin 100 1-0-0

AA (alergická anamnéza): neudává

SPA (sociálně pracovní anamnéza): dříve v administrativě, nyní SD, žije sama, synovec s rodinou žije v Hradci Králové

Abusus: 0

Základní diagnóza:

Bronchopneumonie

Uroinfekce

Ostatní diagnóza:

ICHS, komp.

Arteriální hypertenze kompenzovaná terapií

Chronická žilní insuficience

Hypothyreóza anamn.

Minerálová dysbalance - hypokalemie, hyponatremie

Stp. CHCE, Stp. fr. radia l. dx

Stp. TE

Stresová inkontinence

Status praesens:

Pacientka při vědomí, orientovaná, astenická, výška 160 cm, váha: 47 kg, *BMI* 18,4 kg/m², podváha, *TK*: 90/60 torrů, *TF*: 90/min pravidl., klidově dušná 30 /min, ortopnoe, *TT*: 38 °C

Hlava: mesocefalická, pokleповě nebol., výstupy n.V nebolestivé., inervace n.VII správná, bulby ve středním postavení, zornice izo, foto +, skléry bílé, spojivky lehce překrvené, uši, nos bez výtoků, rty oschlé, bez cyanózy, hnědý povleklý jazyk plazí ve střední čáře

Krk: vážne anteflexe C-páteře, pulsace na aa.carotides sym., bez šelestu, náplň krčních žil nezvýšená, krční uzliny nezvětšené, štítná žláza nehmatná.

Hrudník: sym., plíce dýchání oslabené bilat., chrůpky při obou bazích, vlevo až

k úhlu lopatky, poklep vlevo při bazi zkrácený, akce pravidelná 90/min, 2 ozvy ohraničené, bez šelestu

Břicho: pod niveau, jizva po CHCE, měkké, palp. lehce citlivé v podbřišku, poklep dif. bubínkový, nebol., H+L nezvětšeny, peristaltika +, tapotment negat. bilat., v sakrální oblasti defekt 2 x 3cm

DK: bez otoků a zn. trombozy, pulsace hmatné do periferie, varixy klidné

Per rectum: ampula volná, v dosahu prstu bez hmatné rezistence, na rukavici hnědá stolice

Provedená vyšetření:

rtg S+P, EKG, Lab.: KO+diff, JT, urea, kreatinin, kys. močová, lipidy, CK, CRP, TSH, M+S, moč kultivace, hemokultura.

Přehled terapie: Ciphin 400mg i.v. po 12 hodinách, inhalace s Atroventem a Mucosolvanem 3x denně, Tiapra tbl. 1-1-1, po úpravě duševního stavu byla postupně vysazena, Buronil 50 mg 0-0-0-1 tbl., byl snížen na poloviční dávku, Codein 15 mg 0-0-0-1 tbl. při dráždivém kašli, Clexane 0,4 s.c. 1x denně ráno, Lactulosa sir. 1 lžice 3x denně, infúzní terapie dle laboratorních výsledků a bilancí tekutin, po dosažení optimální hydratace byl opět nasazen Rhefluin tbl. ½ -0-0, Tritace 1,25 mg tbl. 1-0-0, Ganaton 1tbl. 3x denně před jídlem, Novalgin amp. i.v. 4x denně při bolesti.

1.1.1 D. E. Oremová: Teorie deficitu sebeděče

Humanistický model Dorothei Elisabeth Oremové a její Teorie deficitu sebeděče obohatila koncepci ošetrovatelské péče zaměřením na rozvoj aktivit sebeděče. Vychází z toho, že člověk má vrozenou schopnost pečovat o sebe, sebenápravy, touží být nezávislý. Péče o sebe vychází z potřeb udržení fyziologické funkce organismu, zachování života a zdraví. D. E. Oremová rozdělila požadavky sebeděče na univerzální, vývojové a terapeutické. V životě člověka nastávají situace, kdy následkem dlouhotrvající nemoci, věku, nedodržováním požadovaného způsobu života, nedostatkem schopností, sil, vůle a podmínek je nutné, aby potřeby jedince byly uspokojovány formou profesionální ošetrovatelské péče. Tato péče je poskytována tzv.

podpůrně-výchovným, částečně kompenzačním, případně též plně kompenzačním ošetrovatelským systémem. Podpůrně-výchovný ošetrovatelský systém je aplikován tehdy, kdy je nutné člověka, který se učí sebepěči podpořit. Částečně kompenzační ošetrovatelský systém vyžaduje od sestry pomoc pacientovi poskytováním ošetrovatelské péče, ale zároveň je pacient ještě schopný některé činnosti sebepěče provádět sám. V případě, je-li pacient zcela závislý na druhých, není schopný vykonávat sebepěči, poskytuje sestra úkony plně kompenzačního ošetrovatelského systému. Cílem ošetrovatelské péče u jedince je nabytí maximální možné úrovně sebepěče, zachování zdraví, ochrana před onemocněním nebo poraněním [15].

Tímto modelem poskytovaná ošetrovatelské péče je kreativní, individuálně přistupuje k jedinci a svými postupy, podporuje rozvoj schopností a samostatnost jedince. Vnáší tak do ošetrovatelství světlo a naději.

2.1.2 Aplikace teorie deficitu sebepěče do ošetrovatelského procesu

Univerzální požadavky sebepěče

Dostatečný příjem vzduchu, potravy a tekutin

Pacientce se těžce dýchá, pociťuje tlakovou bolest na hrudi, nemá už 14 dní chuť k jídlu, jí nedostatečně, žízeň nepociťuje.

Ošetrovatelský systém: částečně kompenzační

Správná funkce vylučování

Pacientka udává, že na stolici nebyla asi 5 dní, pociťuje pálení při močení, při úporném kašli trpí únikem moče. Udává noční pocení.

Ošetrovatelský systém: částečně kompenzační

Rovnováha mezi aktivitami a odpočinkem

Celý týden paní A. N. ležela ve svém lůžku doma, často pospávala během dne. V noci trpěla úpornými záchvaty kašle. Léky na spaní neužívala.

Ošetrovatelský systém: částečně kompenzační

Rovnováha mezi sociálními interakcemi a samotou

Už 3 týdny nevycházela z bytu, na návštěvy nikdo nedocházel. Děti nemá, rodina bydlí daleko a o její hospitalizaci neví. Paní A. N. v boha věří, nehlásí se k žádné církvi.

Ošetrovatelský systém: částečně kompenzační

Rovnováha mezi bezpečím a rizikovými činnostmi, které ohrožují život a zdraví

Po 2 týdnech ležení doma, pacientka pociťovala slabost nohou a po vstání z lůžka závrať. Chtěla by chodit, ale necítí se toho schopna. Nikdy nekouřila, alkohol pila výjimečně.

Ošetrovatelský systém: plně kompenzační

Podpora fyziologicky optimálního stavu

Pacientka již není schopna se o sebe postarat, vnímá velkou únavu a pociťuje bolest při dýchání.

Ošetrovatelský systém: plně kompenzační

Vývojové požadavky sebepéče

Nynější životní fáze a přechod do následující

Do současné doby pacientka žila sama doma, téměř od nikoho nic nepotřebovala a nyní neví, jak to všechno bude dál sama zvládat.

Ošetrovatelský systém: částečně kompenzační

Krizové a zátěžové situace a události

Pacientka cítí, že už nemá energii vypořádat se s nemocí, byla zvyklá vždy všechna úskalí života překonávat sama, v současnosti ji už dochází síly.

Ošetrovatelský systém: částečně kompenzační

Terapeutické požadavky sebepéče

Následky onemocnění, vědomosti o patologickém stavu

Paní A. N. si je vědoma své aktuální hlavní lékařské diagnózy a její závažnosti.

Ošetrovatelský systém: popůrně-výchovný

Diagnostické, terapeutické a rehabilitační výkony

Pacientka tvrdí, že všechny její léčebné metody selhaly, už neví, jak by si sama pomohla.

Ošetrovatelský systém: plně kompenzační

Dyskomfort a negativní následky lékařské péče

Pacientka nebyla zvyklá na závislost na péči druhých, bojí se délky hospitalizace, denního režimu v nemocnici a ztráty soukromí.

Ošetrovatelský systém: částečně kompenzační

Adaptace organismu

Těžko si zvyká v cizím prostředí, dříve ráda cestovala a měla ráda společnost.

Ošetrovatelský systém: částečně kompenzační

Edukací při trvalých vlivech nemocí a při terapeutických opatřeních

Pacientka zná své chronické obtíže, doposud se s nimi dokázala vypořádat sama, nyní neví, co nového tato nemoc sebou přinese.

Ošetrovatelský systém: popůrně-výchovný

2.2 Formulace ošetrovatelských problémů a projekt ošetrovatelské péče

SEZNAM OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ (VÝČET, SEŘAZENO DLE PRIORITY)

Dýchání nedostatečné v souvislosti s únavou dýchacích svalů, projevující se zapojováním pomocných dýchacích svalů

Bolest akutní, související s namáhavým dýcháním, s koncentrovanou močí s porušeným podkožím v sakrální části zad, projevující se mělkým dýcháním, pálením při močení, expresivním chováním

Močení porušené v souvislosti se sníženým příjmem tělesných tekutin, projevující se pálením při močení

Tělesné tekutiny, deficit hypotonický v souvislosti se ztrátou pocitu žízně, s úporným kašlem, se strachem z nutkavého pocitu močit, projevující se sníženým kožním turgorem, suchostí kůže a sliznic, posturální hypotenzí

Hypertermie v souvislosti se zánětlivým onemocněním, projevující se zčervenalou, na dotyk zvýšeně teplou kůží, tělesnou teplotou zvýšenou nad horní hranicí normy.

Kožní integrita porušená v souvislosti se sníženou hygienou, suchou, neošetřovanou pokožkou, únikem moči, oslabením organismu nemocí, sníženou pohyblivostí, projevující se porušeným podkožím v sakrální části zad

Spánková deprivace v souvislosti s úporným kašlem, s rušivými vlivy, projevující se sníženou soustředěností, pasivitou, emoční labilitou

Zácpa v souvislosti se sníženým příjmem tekutin a stravy, s upoutáním na lůžko, projevující se namáhavou defekací a nepravidelným vyprazdňováním

Výživa porušená, nedostatečná, související s nechutenstvím, nemožností si obstarat stravu, projevující se pacientkou hlášeným nedostatečným příjmem potravy, úbytkem podkožního tuku a svalové hmoty

Péče o sebe sama nedostatečná při příjmu potravy, osobní hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a v péči o vyprazdňování v souvislosti se zadýcháváním, s pocitem slabosti

Strach z nejisté budoucnosti, související s uvědoměním si své slabosti a nemohoucnosti, projevující se potlačením vlastní aktivity

Inkontinence moči stresová v souvislosti s vysokým nitrobřišním tlakem, projevující se únikem moči při úporném dráždivém kašli

Zmatenost akutní v souvislosti s věkem, se změnou prostředí, nedostatkem kvalitního odpočinku v průběhu noci, projevující se zvýšenou agitovaností, falešnými vjemy,

nedostatečnou motivací aktivně se podílet na léčbě

Přesun, porušená schopnost v souvislosti se sníženou svalovou silou, projevující se neschopností se samostatně, bezpečně přesunout z lůžka na toaletní židli

Chůze porušená v souvislosti s ochablým svalstvem dolních končetin a zhoršenou celkovou fyzickou kondicí, projevující se neschopností bezpečně ujít požadovanou vzdálenost

Průchodnost dýchacích cest zhoršená v souvislosti s nadměrnou produkcí hlenu, projevující se neefektivním kašlem

Zvládání situace rodinou neúčinné, ohrožující, související se vzdáleným bydlištěm blízkých osob, neznalostí problematiky stáří, projevující se bagatelizací nutného, pravidelného kontaktování pacientky

Infekce, riziko vzniku související s defektem v sakrální části zad, se zavedenými invazivními vstupy

Poranění zvýšené riziko v související s únavou, celkovou slabostí [16]

PROJEKT OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 17.10. - 6.11. 2009

Dýchání nedostatečné v souvislosti s únavou dýchacích svalů, projevující se zapojováním pomocných dýchacích svalů

KC: Pacientka nebude trpět , úporným, dráždivým kašlem do 4 dnů

Pacientka bude prakticky obeznámena s technikami dechového cvičení, bude si je pamatovat a aktivně spolupracovat při jejich plnění do 5 dnů

DC: Pacientka nemá žádné potíže s dýcháním do 2 týdnů

VK: Pacientka zaujímá Fowlerovu polohu v lůžku ihned

Pacientka souhlasí se všemi metodami léčebných postupů ordinovaných lékařem do

24 hodin a přijímá je

Pacientka udává zmírnění dráždivého kašle do 2 dnů,

Pacientka se necítí vyčerpaná nucením ke kašli do 3 dnů

Intervence: Vysvětlí pacientce význam Fowlerovy polohy v lůžku a pomoz ji zaujmout ihned

Kontroluj setrvání pacientky v této poloze každou hodinu, pomáhej ji tuto polohu zaujmout (S, oš.)

Podávej léky k utišení dráždivého kašle a zlepšení dýchání ihned a dále dle ordinace lékaře (S)

Zvlhči vdechovaný vzduch na pokoji natažením čistého, mokrého prostěradla na radiátor ústředního topení ihned (S, oš.)

Sleduj, zda prostěradlo na radiátoru je stále mokré každou hodinu (S, oš.)

Zajisti na pokoji optimální denní a noční teplotu 2 x denně – ráno a večer pootočením regulačního kohoutu topného tělesa dle uvedeného doporučení (S, oš.)

S vědomím lékaře zkontaktuj rehabilitační pracovníci, aby edukovala pacientku o možnostech a technikách dechového cvičení a 1 x denně toto cvičení s ní prováděla do 24 hodin (S)

Realizace: Od 17.10. - 25.11. 2009. Hned při přijetí byl pacientce vysvětlen význam dodržování všech léčebných postupů ordinovaných ošetřujícím lékařem. Byly zmíněny nežádoucí účinky léčby a zdůrazněno, že pokud se některé objeví, je nutné informovat sestru a lékaře. Ve spolupráci s oš. týmem byla pacientka ukládána do Fowlerovy polohy. Pod vedením rehabilitační sestry se s pacientkou každé odpoledne prováděla dechová cvičení. Pro nespolečnou spolupráci došlo k nutnému přerušení od 19. - 21. 11. 2009. Byla kontrolována pokojová teplota a zvlhčování vzduchu. Dbalo se na pravidelné užívání léků na tlumení kašle a léků rozšiřujících svalovinu dýchacích cest.

Hodnocení: Efektu bylo dosaženo jen částečně. U pacientky došlo ke zlepšení dráždivého kašle již 3. den, pacientka se všemi léčebnými postupy souhlasila, z nežádoucích účinků se objevilo jen mírné zčervenání v obličeji po inhalaci bronchodilatačních léků, pacientka se aktivně podílela na zaujímání Fowlerovy polohy od 2. dne, dechová cvičení si nebyla schopna zapamatovat do 6 dnů, dle svých možností spolupracovala při jejich plnění. Dechové obtíže ještě přetrvávaly do poloviny druhého

týdne.

Bolest akutní, související s namáhavým dýcháním, s koncentrovanou močí s porušeným podkožím v sakrální části zad, projevující se mělkým dýcháním, pálením při močení, expresivním chováním

KC: Lékař bude informován o obtížích pacientky ihned

V chování pacientky nebude náznak, že pociťuje bolest do 4 hodin

DC: Pacientka nebude mít koncentrovanou moč do 2 dnů

Defekt v sakrální části zad se bude hojit do 4 dní

VK: Pacientka pociťuje úlevu od bolesti do 2 hodin

Pacientka vyjadřuje, že se jí snáze dýchá do 4 dnů

Pacientka se cítí psychicky odolnější do 8 dnů

Intervence: Informuj lékaře o bolesti pacientky ihned (S)

Podávej a zprostředkuj pacientce veškerou léčbu ordinovanou lékařem v pravidelných intervalech ihned (S)

Sleduj úlevu od bolesti, na škále bolesti [tabulka 3] do 2 hodin (S)

Podávej aktivně perorálně tekutiny v celkovém množství 500 – 1000 ml/24 hod. Dle ordinace lékaře (S, oš.)

Sleduj a zapisuj do terapeutické karty bilance tekutin po 12 hodinách (S)

Udržuj pacientku ve Fowlerově poloze po celých 24 hodin (S, oš.)

Polohuj pacientku střídavě na pravý a levý bok dle skóre Hodnocení rizika vzniku proleženin [tabulka č. 1] (S, oš.)

Projev pacientce náklonnost, buď jejím společníkem, důvěrníkem po celou dobu hospitalizace (S, oš.)

Veškeré verbalizované pocity pacientky přijímej, hledej mezi nimi souvislosti, nevyvracej jí je po celou dobu hospitalizace (S)

Odváděj pozornost pacientky od bolesti vždy (S)

Realizace: Od 17.10. - 24.10.2009. O obtížích pacientky byl lékař informován. Ve spolupráci s ošetřujícím personálem byla zprostředkována a podávána v pravidelných intervalech veškerá léčba lékařem ordinovaná. Do uspokojivých výsledků se sledovala bolest pacientky na škále Hodnocení bolesti [tabulka č. 3]. Aktivně byly podávány

perorálně tekutiny dle ordinace lékaře, sledovaly a zapisovaly se do terapeutické karty bilance tekutin v intervalech určených lékařem. Dbalo se, aby pacientka byla ve Fowlerově poloze po celých 24 hodin s obměnou střídavě na pravém a levém boku. Interval polohování byly určovány podle výsledků Hodnocení rizika vzniku proleženin [tabulka č. 1]. Pacientce byla projevována náklonnost a snaha být jejím společníkem, důvěrníkem. Usilovalo se o to, aby všechny pocity, které pacientka sdělovala, se dávaly do souvislostí a nevyvracely se jí. Byla snaha odvádět pozornost pacientky od bolesti.

Hodnocení: Efekt částečný. Lékař byl informován o bolesti ihned, v chování pacientky byly patrné známky bolesti 5 dní, 2 hodiny po podání analgetik pacientka pociťovala úlevu, která byla vázána na pravidelné podávání analgetik 7 dní. Snaha odvádět pozornost pacientky od bolesti nebyla příliš úspěšná. Moč přestala být koncentrovaná až koncem prvního týdne, defekt v sakrální části zad se začal hojit 5. den, pacientka sdělila 8. den, že se jí snáze dýchá a cítí se psychicky odolnější.

Močení porušené v souvislosti se sníženým příjmem tělesných tekutin, projevující se pálením při močení

KC: Pacientka vymočí nejméně 600 ml do 12 hodin

DC: Moč pacientky bude slámově žluté barvy, bilance tekutin budou vyrovnané do 10 dnů

VK: Pacientka nepociťuje obtíže při močení do 4 dnů

Pacientka se snaží dodržovat pitný režim do 24 hodin

Pacientka verbalizuje význam pitného režimu do 6 hodin

Intervence: Zajisti podání tekutin a léků interavenózní cestou dle ordinace lékaře ihned (S)

Zaveď PMK za aseptických podmínek dle ordinace lékaře pro přesnou kontrolu výdeje tekutin ihned (S)

Edukuj pacientku o významu pitného režimu v souvislosti s obtížemi při močení ihned (S)

Sleduj a ved' záznam v ošetrovatelské dokumentaci o příjmu a výdeji tekutin a měř bilance tekutin každých 6 hodin (S)

Podávej pacientce aktivně tekutiny ústy každou hodinu (S, oš.)

Realizace: Od 17.10. - 24.10. 2009. Pacientce byly podávány tekutiny ústy každou hodinu, pacientka dostávala veškerou lékařem ordinovanou léčbu v pravidelných intervalech. Po důkladné hygieně genitálu byl pacientce zaveden PMK za aseptických podmínek. Byly počítány bilance tekutin po 6 hodinách a zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace. Pacientka byla edukována o významu pitného režimu.

Hodnocení: Efekt částečný – pacientka vymočila do 12 hodin jen 300ml, močový katetr odváděl moč slámově žluté barvy a bilance byly vyrovnané osmý den, pacientka nepocítovala obtíže při močení už třetí den, verbalizovala význam pitného režimu 2. den, ve stejný den se snažila dodržovat pitný režim s neuspokojivým výsledkem.

Tělesné tekutiny, deficit hypotonický v souvislosti se ztrátou pocitu žízně, s úporným kašlem, se strachem z nutkavého pocitu močit, projevující se sníženým kožním turgorem, suchostí kůže a sliznic, posturální hypotenzí

KC: Pacientka bude znát rizika spojená se sníženým příjmem tělesných tekutin a bude verbalizovat pochopení do 5 dnů

DC: Pacientka bude samostatně, aktivně přijímat tekutiny perorálně v minimálním množství 1 500 ml denně do 3 týdnů

VK: Pacientka přijímá intravenózně tekutiny v množství určené lékařem bez obav z nechtěného úniku moče do 3 dnů

Pacientka přijímá perorálně tekutiny po lžičkách do 2 dnů

Pacientka si hlídá svůj denní příjem tekutin racionálně, nespolehá až pocítí žízeň do 10 dnů

Intervence: Vyzdvihuj v komunikaci s pacientkou význam zvýšeného příjmu tekutin, nepostradatelnost intravenózního podávání tekutin 3xdenně (S)

Podávej vlažný čaj po lžičkách, tzn. 5 lžiček každou hodinu od 6 do 21 hodin ihned (S,oš.)

Zdůrazňuj výhody zavedeného PMK v souvislosti s intravenózním příjmem tekutin (S)

Veď záznam o perorálním příjmu tekutin, zapisuj každé podání ve lžičkách, skleničkách (S, oš.)

Sleduj a zapisuj do chorobopisu příjem a výdej tekutin každých 12 hodin (S)

Aktivně zapojuj pacientku při každém perorálním podávání tekutin (S, oš.)

Edukuj pacientku, že ztráta pocitu žízně, může být spojena s věkem, a proto je nutné, aby si svůj denní příjem tekutin měřila ihned (S)

Realizace: Od 17.10. - 6.11. 2009. Pacientka byla edukována o nepostradatelnosti pitného režimu a o rizicích, spojených s jeho nedodržením. Bylo ji vysvětlováno, že zavedený PMK zajistí samovolný odtok moče, umožní přijímat tekutiny v potřebném množství dle ordinace lékaře a přispěje jako prevence vzniku macerace kůže močí a nepříjemným pocitům vlhka. Bylo ji zdůrazněno, že ve stáří se vytrácí pocit žízně a je proto nutné si denní příjem tekutin měřit. Zpočátku byly pacientce podávány tekutiny v předepsaných intervalech po lžičkách, při ústupu uporného kašle byla pacientka schopna najednou vypít 150 ml čaje. Byl veden denní záznam u pacientky i v ošetrovatelské dokumentaci o příjmu a výdeji tekutin. Pacientka byla podporována k aktivitě pochvalou. Každý krok, který směřoval k její samostatnosti byl pro mne velkou odměnou.

Hodnocení: Efektu bylo dosaženo, v průběhu 3. týdne hospitalizace, pacientka bez obtíží přijímala perorálně 1500 ml tekutin denně.

Hypertermie v souvislosti se zánětlivým onemocněním, projevující se zčervenalou, na dotyk zvýšeně teplou kůží, tělesnou teplotou zvýšenou nad horní hranicí normy

KC: Tělesná teplota u pacientky bude nižší než 37,5 °C do 2 hodin pod zahájení léčby ke snížení TT ordinované lékařem

DC: U pacientky nebude naměřena TT nad 37,4 °C do 2 dnů

VK: Pacientka verbalizuje příznaky rostoucí tělesné teploty do 2 hodin

Pacientka příznaky zvyšující se teploty na sobě rozpoznává a oznámí to sestře do 12 hodin

Intervence: Měř u pacientky tělesnou teplotu digitálním teploměrem 3 x denně (S)

Při každém kontaktu s pacientkou si všímej, zda kůže není zčervenalá, na dotyk zvýšeně teplá (S, oš.)

Obeznam pacientku s příznaky rostoucí tělesné teploty a zdůrazni jí, aby vždy informovala ošetřující personál, bude-li tyto známky na sobě pozorovat ihned (S)

Změř pacientce tělesnou teplotu digitálním teploměrem pokaždé, když budeš mít podezření ty, nebo pacientka na rostoucí tělesnou teplotu (S)

Při naměření TT vyšší než 37,4 °C informuj lékaře (S)

Dle ordinace lékaře podávej léky snižující tělesnou teplotu a fyzikálně ochlazuj tělo pacientky ihned (S)

Hlídej, aby lůžko a oblečení pacientky bylo suché, v případě potřeby vyměňuj prádlo za suché (S, oš.)

Dbej o zvýšenou hygienu a péči o kůži pacientky (S, oš.)

Sleduj bilance tekutin po 12 hodinách a informuj lékaře (S)

Realizace: Od 17.10. - 20.10. 2009. Ve spolupráci s ošetřujícím personálem se měřila TT pacientce 3 x denně digitálním teploměrem, byly sledovány příznaky rostoucí TT. O těchto příznacích a o nutnosti je hlásit zdravotnickému personálu, byla paní A. N. informována. Při podezření na zvyšující se tělesnou teplotu, bylo provedeno měření digitálním teploměrem. Při naměření TT vyšší než 37,4 °C, byl informován lékař a byla plněna jeho ordinace. Ve spolupráci s ošetřujícím personálem se kontrolovala suchost lůžka a oblečení pacientky. V případě potřeby se vyměňovalo prádlo za suché, dbalo se o zvýšenou hygienu a péči o kůži pacientky. Byly sledovány bilance tekutin po 12 hodinách, o kterých byl lékař informován.

Hodnocení: Efekt žádný. Za 2 hodiny po zahájení léčby ordinované lékařem ke snížení TT pod 37,5 °C nedošlo. Tělesná teplota během dne kolísala , vyšší než 37,4 °C nebyla naměřena až 5. den hospitalizace. Pacientka verbalizovala příznaky rostoucí tělesné teploty, ale nedokázala je na sobě rozpoznat.

Kožní integrita porušená v souvislosti se sníženou hygienou, suchou, neošetřovanou pokožkou, únikem moči, oslabením organismu nemocí, sníženou pohyblivostí, projevující se porušeným podkožím v sakrální části zad

KC: Pacientka bude umyta do 1 hodiny

Pacientka bude mít ošetřenou kůži do 2 hodin

Pacientka bude mít ošetřený defekt v sakrální části zad do 2 hodin

Pacientka bude mít polohovací pomůcky v lůžku do 3 hodin

DC: Defekt v sakrální části zad bude zhojen do 7 dnů

VK: Pacientka se sama pohybuje v lůžku do 8 dnů

Aktivně spolupracuje při hygieně do 8 dnů

Intervence: Proved' celkovou očistu těla pacientky ihned a dále 2 x denně a dle potřeby (S, oš.)

Kontroluj, aby moč neobtékala permanentní močový katetr, při každé manipulaci s pacientkou (S)

Promašťuj pokožku celého těla 3 x denně (S, oš.)

Ošetřuj dle doporučení lékaře defekt v sakrální části zad v intervalech určených (S, oš.)

Polohuj pacientku střídavě na pravý a levý bok minimálně 6 x za 24 hodin a dále dle reakcí jednotlivých částí těla na tlak a dle výsledků Hodnocení rizika vzniku proleženin [tabulka č. 1.] (S, oš.)

Využívej při každém polohování všechny dostupné antidekubitální pomůcky (S, oš.)

Motivuj pacientku k samostatnému pohybu v lůžku, k aktivní spolupráci při každém kontaktu s ní (S, oš.)

Realizace: Od 17.10. - 25.10. 2009. Ve spolupráci s ošetřujícím personálem bylo pečováno o důkladnou hygienu, kontrolovala se funkčnost permanentního močového katetru, pečovalo se o kůži, defekt v sakrální části zad byl převazován dle ordinace lékaře, důsledně se dodržoval antidekubitální režim s využitím dostupných pomůcek, pacientka se motivovala k aktivní spolupráci a samostatnosti.

Hodnocení: Efekt částečný. Pacientka byla umyta do 1 hodiny, kůže pacientky a defekt v sakrální části zad byl ošetřen do 2 hodin, pacientka měla polohovací pomůcky v lůžku do 3 hodin, defekt se hojil devět dnů, pacientka se začala sama pohybovat v lůžku a aktivně spolupracovala při hygieně 22.10. 2009.

Spánková deprivace v souvislosti s úporným kašlem, s rušivými vlivy, projevující se sníženou soustředěností, pasivitou, emoční labilitou

KC: Rušivé vlivy budou eliminovány do 24 hodin

DC: Pacientku kašel nebude rušit ve spánku do 5 dnů

Pacientka bude mít nerušený noční spánek do 7 dnů

VK: Pacientka udává, že se cítí odpočatá do 4 dnů

Pacientka je v průběhu dne aktivní a spolupracuje do 5 dnů

Jeví známky emoční stability do 5 dnů

Intervence: Zdůrazni při předávání hlášení noční sestře, aby si časově zorganizovala práci na pokojích i mimo ně tak, aby nerušila noční klid každý den (S)

Podávej léky na tlumení kašle dle ordinace lékaře v pravidelných intervalech (S)

Edukuj všechny pacienty na pokoji, že musí dodržovat noční klid, pokud se jim nechce spát a jejich zdravotní stav to dovolí, tak mají možnost zdržovat se mimo pokoj (S)

Aktivizuj pacientku, udržuj ji bdělou v průběhu celého dne (S)

Psychicky podporuj pacientku, buď jí oporou při každém kontaktu s ní (S,oš.)

Pozornost pacientky vyžaduj raději častěji, kratší dobu, aby se předešlo únavě a nepozornosti (S)

Realizace: Od 18.10. - 26.10.2009. Na pokoji, kde ležela paní A. N., se dbalo na dodržování nočního klidu ze strany sestry i spolupacientů. Ve spolupráci s ošetřujícím personálem se podávaly léky na tlumení kašle dle ordinace lékaře, byla snaha udržovat pacientku bdělou v průběhu dne, rozptýlit její pocity méněcennosti. V rámci rehabilitace byla vysazována do křesla. Pozornost pacientky se vyžadovala na nutné úkony několikrát během dne.

Hodnocení: Efekt částečný. Rušivé vlivy byly eliminovány do 2 dnů, kašel nerušil pacientku ve spánku 6. den, nerušeného spánku bylo docíleno 7. den, pacientka byla aktivní, spolupracovala a cítila se odpočatá až 9. den.

Zácpa v souvislosti se sníženým příjmem tekutin a stravy, s upoutáním na lůžko, projevující se namáhavou defekací a nepravidelným vyprazdňováním

KC: Pacientka bude přijímat tekutiny v dostatečném množství do 24 hodin

DC: Pacientka bude v pravidelných intervalech přijímat stravu, z každé porce sní více než polovinu do 6 dnů

Pacientka nebude mít tuhou stolicí do 8 dnů

VK: Pacientka se sama pohybuje mimo lůžko do 5 dnů

Pacientka si nestěžuje na namáhavou defekaci do 7 dnů

Pacientka se vyprazdňuje pravidelně do 8 dnů

Intervence: Podávej aktivně tekutiny perorálně, sleduj a zapisuj do chorobopisu po 12 hodinách celkové množství ihned (S)

Podávej pacientce stravu v určených intervalech a sleduj a zapisuj do zdravotnické dokumentace, kolik toho snědla pokaždé (S)

Po domluvě s dietní sestrou podávej kompotované ovoce ke svačině (S, oš.)

Podávej projímadla dle ordinace lékaře v určených intervalech (S)

Zajisti pacientce při defekaci klid, intimitu pokaždé (S, oš.)

Vysvětli pacientce, aby si vyprazdňování spojila s rituálem a vyprazdňovala se tak denně v přibližně stejný čas, např. po snídani, kdy vypije hrneček teplého nápoje (S, oš.)

Vysvětli pacientce, aby se pohybovala denně dle svých možností v lůžku, mimo lůžko do 2 hodin (S)

Pomáhej pacientce při pohybu, vždy, když bude potřebovat (S, oš.)

Realizace: Od 17.10. - 27.10.2009. Pacientce byly aktivně podávány tekutiny perorálně, sledovalo se množství a zapisovalo po 12 hodinách do zdravotnické dokumentace. Paní A. N. byla podávána strava v určených intervalech, sledovalo se a zapisovalo, kolik toho snědla. Ke svačině dostávala kompotované ovoce po doporučení dietní sestry. Dle ordinace lékaře byla paní A. N. podávána 3x denně Lactulosa sir. 1 lžice. Před každou defekací, byl u pacientky zatažen závěs, aby nebyla nikým rušena. Byl ji zdůrazněn význam rituálů a pohybu, které jsou prospěšné pro vyprazdňování. Při pohybu byla pacientce zajistěna asistence.

Hodnocení: Efekt částečný. Pacientka přijímala tekutiny v dostatečném množství prostřednictvím intravenózního podávání do 24 hodin. Pacientka snědla z každé podané porce více než polovinu až 9. den., tuhou stolicí neměla 6. den. Mimo lůžko se pohybovala až 11 den. Na namáhavou defekaci si neztěžovala 6. den. Pacientka se začala pravidelně vyprazdňovat až 11. den.

Výživa porušená, nedostatečná, související s nechutenstvím, nemožností si obstarat stravu, projevující se pacientkou hlášeným nedostatečným příjmem potravy, úbytkem podkožního tuku a svalové hmoty

KC: Pacientka bude dostávat lehkou stravitelnou, mletou, pestrou, na živiny bohatou a esteticky upravenou stravu do 3 hodin

DC: U pacientky nebude patrný úbytek podkožního tuku a svalové hmoty do 5 dnů

Pacientka bude mít BMI v hranici normy do 15 dnů

VK: Pacientka netrpí nechutenstvím do 5 dnů

Pacientka sní více než ½ porce z každého podávaného jídla do 10 dnů

Pacientka udává, že jí jídlo chutná do 10 dnů

Intervence: Zohleďňuj výsledky Hodnocení BMI a Rizikový nutriční screening pro dospělé vždy [tabulka 5, 6] (S)

Se souhlasem lékaře informuj dietní sestru o obtížích pacientky ihned (S)

Po doporučení lékaře, podávej léky, které pomohou zvyšovat chuť k jídlu a nutriční nápoje (S)

Zjistí od pacientky, která jídla nemá ráda, těžko je tráví, má-li na nějaká alergii ihned (S)

Stravu podávej v menších porcích, v intervalech určených lékařem dle doporučení dietní sestry (S, oš.)

Zjistí, zda pacientku nevyčerpává podávání si stravy do úst ihned (S)

Pokud se pacientka cítí slabá, podávej ji stravu ihned (S, oš.)

Zjistí, zda pacientka má rituály spojené s jídlem, pokud ano, snaž se ji vyhovět ihned (S)

Sleduj a zapisuj do zdravotnické dokumentace váhu pacientky každé ráno před snídaní (S)

Sleduj a zapisuj do zdravotnické dokumentace bilance tekutin po 12 hodinách (S)

Motivuj pacientku k dostatečnému příjmu potravy do 3 hodin (S)

Realizace: Od 17.10. - 2.11.2009. Po dobu hospitalizace byly zohleďňovány výsledky Hodnocení BMI [tabulka 5] a Rizikový nutriční screening pro dospělé [tabulka 6]. Se souhlasem lékaře byla dietní sestra informována o stavu výživy pacientky. Dle ordinace lékaře se jí podávaly léky a zjišťovalo se, která jídla nemá ráda, těžko tráví, má-li na některá alergii. Nutriční nápoje nebyly podávány, protože je pacientka špatně snášela. Dle doporučení lékaře po konzultaci s dietní sestrou se podávala strava v připravených porcích v určených časových intervalech. Ve spolupráci s ošetřujícím personálem, vždy po uvážení a domluvě s pacientkou, byla paní A. N. krmena, byla snaha dodržovat naučené rituály, které měla spojené s jídlem. Vážila se každé ráno před snídaní až když

byla schopna udržet se s minimální pomocí na váze. Byly sledovány bilance tekutin po 12 hodinách a vše se zaznamenávalo do zdravotnické dokumentace. Pacientka se k jídlu motivovala poukazováním na pozitiva, která sebou přináší uspokojivá výživa.

Hodnocení: Efekt částečný. Pacientka dostávala lehkou stravitelnou, mletou, pestrou, na živiny bohatou, esteticky upravenou stravu 2. den, úbytek podkožního tuku a svalové hmoty nebyl patrný až 8. den, BMI index byl v hranici normy až 17. den, pacientka trpěla nechutensvím do 6. dne, z každého podávaného jídle snědla vždy více než ½ 9. den. Pacientka si pochvalovala, že jí jídlo chutná 7. den.

Péče o sebe sama nedostatečná při příjmu potravy, osobní hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a v péči o vyprazdňování v souvislosti se zadýcháváním, s pocitem slabosti

KC: Pacientka si bude schopna umýt ruce navlhčenou žínkou do 2 hodin

DC: Pacientka se bude schopna sama najíst bez asistence ošetřujícího personálu do 7 dnů

Pacientka bude zcela samostatná při vyprazdňování do 10 dnů

Pacientka bude samostatně zvládat osobní hygienu, péči o svůj zevnějšek a oblékání se do 16 dnů

Pacientka se nebude zadýchávat do 17 dnů

VK: Pacientka signalizuje ošetřujícímu personálu potřebu vyprázdnit se do 24 hodin

Pacientka pomáhá při hygieně do 3 dnů

Pacientka si samostatně vkládá připravená sousta do úst do 3 dnů

Pacientka verbalizuje, že se cítí v dobré kondici do 19 dnů

Intervence: Zohledňuj výsledky Barthelova testu základních všedních činností [tabulka 2] vždy (S)

Pacientce navlhči žínku, aby si mohla otřít ruce před každým jídlem (S, oš.)

Před každým jídlem ulož paní A. N. do vhodné polohy a připrav noční stoleček k servírování, předkládej nakrájené jídlo spolu s teplým nápojem (S, oš.)

Dopomáhej pacientce, vkládat si stravu do úst, bude-li potřebovat (S, oš.)

Při krmení sleduj, zda pacientka sousta polyká (S, oš.)

Nebude-li chtít jíst, nenuť ji (S, oš.)

Vysvětlí pacientce, kde je signalizační zařízení, v případě, že bude pociťovat nucení na stolicí ihned (S, oš.)

Bude-li mít pacientka sílu, pomáhej jí, přesunout se na toaletní židli, pokaždé, když bude potřebovat a připrav ji na dosah signalizační zařízení (S, oš.)

Pacientku motivuj k samostatnému pohybu vždy (S, oš.)

Ve spolupráci s rehabilitační sestrou nacvičuj sebeobsahu a prováděj dechová cvičení dle ordinace lékaře (S, oš.)

Realizace: Od 17.10. - 4.11.2009. Byly zohledňovány výsledky hodnocení Barthelova testu základních všedních činností [tabulka 2]. Ve spolupráci s ošetřujícím personálem se pacientce před každým jídlem navlhčila žínka, aby si mohla otřít ruce. Byla uložena do vhodné polohy a stravu a tekutiny měla přímo před sebou naservírovanou. Paní A. N. byla krmena, když neměla sílu si stravu sama vkládat do úst. Kontrolovalo se, zda sousta polyká. K jídlu nebyla nucena pokud nepociťovala hlad. Poukázalo se na výhody signalizačního zařízení i v souvislosti s nucením na stolicí. Pomáhalo se jí při přesunu na toaletní židli až poté co toho byla fyzicky sama schopna. Na dosah měla připraveno signalizační zařízení. Paní A. N. byla motivována k pohybu. Ve spolupráci s rehabilitační sestrou byl prováděn nácvik sebeobsluhy a dechová cvičení dle ordinace lékaře.

Hodnocení: Efekt částečný. Pacientka si sama otřela ruce navlhčenou žínkou do 2 hodin, byla se sama schopna najíst bez asistence ošetřujícího personálu 8. den, připravená sousta si vkládala do úst 7. den, zcela samostatná při vyprazdňování začala být až 15. den, kdy jí byl vyndán PMK, signalizační zařízení při potřebě vyprázdnit se, začala používat až 7. den, ve stejný den začala pomáhat při hygieně. Zcela samostatně začala zvládat osobní hygienu, oblékání a péči o svůj zevnějšek až 18. den, kdy se také přestala zadýchávat. Verbalizovala, že se cítí v dobré kondici 19. den.

Strach z nejisté budoucnosti, související s uvědoměním si své slabosti a nemohoucnosti, projevující se potlačením vlastní aktivity

KC: Pacientka bude obeznámena s negativními účinky strachu ihned

DC: Pacientka nebude pociťovat strach do 15 dnů

VK: Pacientka ví, že je nutné, aby zmobilizovala všechny své síly a soustředila se na

přítomnost do 15 minut

Pacientka se aktivně zapojuje do léčebného procesu do 3 dnů

Pacientka je v pravidelném kontaktu s rodinou do 2 dnů

Pacientka verbalizuje své pocity strachu do 6 hodin

Intervence: Vysvětlí pacientce ochromující účinky strachu ihned (S)

Vyptej se pacientky čeho se strach týká, pokus se s ní nalézt východisko do 3 hodin (S)

Zdůrazni ji pozitivní účinky hospitalizace v souvislosti s přítomností odborníků, kteří ji pomohou vyvést z nejistot (S)

Po domluvě s lékařem zkontaktuj psychoterapeutku ihned (S)

Podporuj vlastní aktivitu pacientky pochvalou a povzbuzením (S, oš.)

Zdůrazni pacientce, že je nutné, aby se maximálně snažila spolupracovat při léčbě ihned (S)

Pomoz pacientce zkontaktovat se s rodinou do 6 hodin (S)

Realizace: Od 17.10. - 27.10.2009. Pacientce bylo vysvětleno, že strach zpomaluje léčebný proces, může být i kontraproduktivní, uvádí člověka do sklíčenosti a pasivity. Zjišťovalo se, čeho se strach týká a hledala se východiska, nabízel se jí pohled na nemocnici, jako na zařízení, kde jsou soustředěni různí odborníci, připraveni jí pomoci. Po doporučení lékaře byla zkontaktována psychoterapeutka. Zdůrazňovalo se nezastupitelné místo jejího aktivního přístupu k léčbě. Každý náznak aktivity byl oceněn pochvalou a povzbuzením. Byla projevena snaha pacientku zkontaktovat s rodinou.

Hodnocení: Efekt částečný. Pacientka byla seznámena s negativními účinky strachu ihned, 11. den pacientka nepocítovala strach, což souviselo s výrazným vylepšením její celkové kondice. Pacientka verbalizovala čeho se strach týká 2. den. Zmínila se, že se musí sama hodně snažit, aby bylo možné dosáhnout uspokojivého léčebného účinku 7. den. V kontaktu s rodinou začala být až 8. den, kdy ji zavolal synovec do nemocnice.

Inkontinence moči stresová v souvislosti s vysokým nitrobřišním tlakem, projevující se únikem moči při úporném dráždivém kašli

KC: Kůže pacientky nebude drážděna močí do 2 hodin

Pacientka nebude trpět úporným kašlem do 2 dnů

DC: Pacientka nebude mít problémy s únikem moči po ukončení hospitalizace

VK: Pacientka zná kondiční cviky na posílení pánevního dna do 5 dnů

Pacientka sama cvičí kondiční cviky na posílení pánevního dna do 10 dnů

Intervence: Podávej dle ordinace lékaře v pravidelném intervalu lék tlumící dráždivý kašel ihned (S)

Kontroluj, každou hodinu, aby prostěradlo rozložené na radiátoru topení bylo stále vlhké (S, oš.)

Po konzultaci s rehabilitační sestrou prováděj s pacientkou cvičení na posílení pánevního dna do 2 dnů denně (S)

Dej pacientce prostor, aby si na nějaké cviky sama zkusila vzpomenout denně (S)

Informuj pacientku o druzích hygienických pomůcek, vhodných při inkontinenci do 14 dnů (S)

Realizace: Od 17.10.2009 – 6.11.2009. Pacientka měla zavedený permanentní močový katetr, byl jí v pravidelném intervalu podáván lék tlumící dráždivý kašel dle ordinace lékaře. Bylo zajištěno trvalé zvlhčení vzduchu na pokoji. S pacientkou se 2x denně prováděla cvičení na posílení pánevního dna. Ta byla na tři dny přerušena zhoršením duševní kondice pacientky. Obezámila se s důležitými hygienickými opatřeními při úniku moči, byly jí nabídnuty druhy pomůcek spolu s uvedením cenové kategorie.

Hodnocení: Efekt částečný – kůže pacientky nebyla močí drážděna do dvou hodin pro zavedený močový katetr, úlevu od dráždivého kašle pocítila třetí den, při dimisi pacientka trpěla občasným únikem moči, postačila jí vložka s minimální absorbční schopností, cviky na posílení pánevního dna prováděla do 10 dnů sama. Pamatovala si většinu z nich 8. den.

Zmatenost akutní v souvislosti s věkem, se změnou prostředí, nedostatkem kvalitního odpočinku v průběhu noci, projevující se zvýšenou agitovaností, falešnými vjemy, nedostatečnou motivací aktivně se podílet na léčbě

KC: Pacientka bude klidná, motorický neklid odezní do 2 hodin, nebude rušit ostatní pacienty

DC: Pacientka bude do dimise plně orientována a bude se aktivně podílet na léčbě

VK: Pacientka se necítí unavená do 2 dnů

Pacientka jedná účelně do 2 dnů

Pacientka spolupracuje při péči o sebe do 2 dnů

Intervence: Popiš lékaři významné změny v chování pacientky ihned (S)

Dle doporučení ošetřujícího lékaře zajisti psychiatrické konzilium do 2 hodin (S)

Plň lékařem ordinovanou léčbu v pravidelných intervalech ihned (S)

Sleduj, zda není pacientka během dne spavá, pokud ano, informuj lékaře ihned (S)

Pacientku se pokus zorientovat v místě, čase do 30 minut (S)

Pacientce ostře nevyvracej její zkreslené vnímání reality, ale projev s ním nesouhlas pokaždé (S, oš.)

Zohleďňuj výsledek skóre Posouzení rizika pádu [tabulka 4] pokaždé (S)

Dbej o bezpečnost pacientky, zvedni postranice a sniž výšku lůžka ihned (S,oš.)

Zdůrazni noční sestře, aby se soustředila na zvýšenou bezpečnost pacientky při každém předávání hlášení (S)

Krm pacientku, kontroluj a zapisuj do chorobopisu množství podané stravy a schopnost polykat ji (S, oš)

Zajisti nerušený spánek v noci (S)

Realizace: Od 19.10. - 26.10. 2009. Lékaři byly popsány typické projevy změn v chování pacientky, bylo zprostředkováno psychiatrické konzilium. Ve spolupráci s ošetřujícím personálem byly plněny ordinace lékaře v pravidelných intervalech, sledovalo se, zda pacientka není během dne spavá, vysazovala se do křesla, krmila se a do ošetřovatelské dokumentace se zapisovalo množství podané stravy a schopnost polykat ji. Byla snaha pacientce citlivě nastínit realitu a zorientovat ji časem a místem. Zohleďňovány byly výsledky skóre Posouzení rizika pádu [tabulka 4] a bylo dbáno o její bezpečnost. Sestře příchozí do služby se zdůrazňovala rizika spojená s ohrožením bezpečnosti paní A. N. Od 21 hodin byl na pokoji klid, svítilo jen noční světlo, které neosvěcovalo pacientku.

Hodnocení: efekt částečný – pacientka byla dezorientovaná 3 dny, nebyla schopna nijak spolupracovat, motorický neklid začal být výrazný vždy odpoledne, v noci z 19. - 20.10.2009 byla pacientka velmi agitovaná a rušila noční klid na pokoji, osmý

den se pacientka cítila odpočatá.

Přesun, porušená schopnost v souvislosti se sníženou svalovou silou, projevující se neschopností se samostatně, bezpečně přesunout z lůžka na toaletní židli

KC: Pacientka bude edukována o možnosti využití zařízení lůžka, která usnadní pohyb v něm do 3 hodin

DC: Pacientka se bude bez obtíží sama přesouvat z lůžka na toaletní židli do 6 dnů

VK: Pacientka se v lůžku hýbe sama, využívá všech přídatných zařízení lůžka do 6 hodin

Pacientka se sama posadí s nohama spuštěnými mimo lůžko do 2 dnů

Pacientka se sama postaví u lůžka vydrží stát a pochoduje na místě do 4 dnů

Intervence: Edukuj pacientku o způsobech využití pomocných zařízení lůžka, aby byla schopna samostatného pohybu v lůžku do 2 hodin (S)

Zohleďňuj výsledky skóre Posouzení rizika pádu [tabulka 4] pokaždé (S)

Ve spolupráci s rehabilitační sestrou procvičuj techniky, jejichž prostřednictvím se pacientka posadí v lůžku a spustí nohy přes okraj lůžka 2 x denně (S, oš.)

Se souhlasem lékaře a dle výsledku nutričního rizika [tabulka 6] zkontaktuj dietní sestru, která sestaví dietní plán, jenž bude plně saturovat nároky nemocného a zesláblého organismu paní A. N. ihned (S)

Pomáhej pacientce se postavit u lůžka 3 x denně (S, oš.)

Informuj ji o pomůckách, které zajistí její bezpečnost při pohybu mimo lůžko, nauč ji s nimi zacházet do 3 hodin (S)

Zajisti, aby pacientka měla toaletní židli v blízkosti lůžka ihned (S, oš.)

Pomáhej ji přesunout se na toaletní židli 2x denně (S, oš.)

Realizace: Od 22.10. - 27.10. 2009. Pacientka byla edukována o přídatných zařízeních lůžka, která usnadní pohyb v něm. Zohleďňovaly se výsledky skóre Posouzení rizika pádu [tabulka 4]. S rehabilitační sestrou byl prováděn nácvik posazení se v lůžku a s nohama spuštěnými mimo lůžko. Na doporučení lékaře a dle výsledku nutričního rizika [tabulka 6] se zkontaktovala dietní sestra, která sestavila pacientce dietní plán. Ve spolupráci s ošetřujícím personálem se pomáhalo paní A. N. postavit se u lůžka a byla s ní procvičována chůze na místě. Pacientka dostala informace

o pomůckách, které zajistí bezpečnost při pohybu mimo lůžko a učila se s nimi pracovat. Toaletní židli měla umístěnou u lůžka a asistovalo se jí při přesunu na ni.

Hodnocení: Efekt částečný. Pacientka byla edukována o využívání přídatných zařízení lůžka, která usnadní pohyb v lůžku až 22.10.2009, kdy se jí plně navrátila duševní kondice, posadila se samostatně v lůžku s nohama spuštěnými přes jeho okraj až 3. den, u lůžka se sama postavila a pochodovala na místě 5. den, na toaletní židli se bezpečně přesunula 6. den., pacientka začala využívat přídatných zařízení lůžka ke zlepšení mobility 2. den.

Chůze porušená v souvislosti s ochablým svalstvem dolních končetin a zhoršenou celkovou fyzickou kondicí, projevující se neschopností bezpečně ujít požadovanou vzdálenost

KC: S pacientkou bude každý den rehabilitační sestra provádět cvičení na posílení DK do 24 hodin

DC: Pacientka nebude mít obtíže s chůzí do 14 dnů

VK: Pacientka posiluje sama obě DK dle doporučení do 3 dnů

Pacientka pociťuje při chůzi jistotu, je schopna chůze po oddělení s oporou do 10 dnů

Pociťuje celkově zlepšení fyzické kondice do 10 dnů

Intervence: Se souhlasem lékaře zkontaktuj rehabilitační sestru ihned (S)

Zohleďňuj výsledky skóre Posouzení rizika pádu [tabulka 4] pokaždé (S)

Motivuj pacientku k samostatnosti, při náročnějších fyzických úkonech ji dopomáhej pokaždé (S, oš.)

Zdůrazni ji, že některé cviky k posílení DK může provádět sama 3 x denně ihned po domluvě s rehabilitační sestrou (S)

Připrav k lůžku chodítko ihned (S, oš.)

S pacientkou se 2 x denně procházej, dbej o její bezpečnost (S, oš.)

Realizace: Od 23.10. - 5.11. 2009. Na doporučení lékaře docházela k paní A. N. denně rehabilitační sestra a prováděla s ní cvičení na posílení DK. Zohleďňovaly se výsledky skóre Posouzení rizika pádu [tabulka 4]. Ve spolupráci s ošetřujícím personálem byla pacientka motivována k samostatnosti a pomáhalo se jí při úkonech,

kteřé sama zcela nezvládala. Po domluvě s rehabilitační sestrou byly paní A. N. doporučeny cviky na posílení DK, které mohla provádět sama. Pacientka měla u lůžka chodítka a 2 x denně se s ním, později bez něho procházela v přítomnosti ošetřujícího personálu.

Hodnocení: Efekt úplný. Do 24 hodin k pacientce začala denně docházet rehabilitační sestra a posilovala s ní DK. Pacientka začala sama provádět doporučené cviky 3. den, neměla žádné obtíže s chůzí do 14 dnů. Schopna chůze s oporou po oddělení a pociťovat jistotu při chůzi a celkové zlepšení fyzické kondice začala již 9. den.

Průchodnost dýchacích cest zhoršená v souvislosti s nadměrnou produkcí hlenu, projevující se neefektivním kašlem

KC: Pacientka dostává léky dle ordinace lékaře na podporu vykašlávání a zředění sputa ihned

DC: Kašel u pacientky bude produktivní a pacientka bude pociťovat zlepšení průchodnosti dýchacích cest do 5 dnů

VK: Pacientka vnímá svůj kašel jako produktivní do 3 dnů

Pacientka udává, že se jí lépe dýchá po odkašlání do 3 dnů

Pacientka zaujímá při odkašlávání vhodnou polohu do 24 hodin

Intervence: Informuj lékaře o obtížích pacientky ihned (S)

Podávej v předepsaných intervalech léky dle ordinace lékaře na podporu produktivního kašle (S)

Edukuj pacientku, že při pokusu o odkašlání je třeba zaujmout polohu v polosedě, nejlépe v sedě ihned (S)

Informuj pacientku o nevhodnosti pití mléčných nápojů, které podporují tvorbu hlenu do 24 hodin (S)

Pomáhej pacientce zaujímat vhodnou polohu k vykašlávání na její přání kdykoli (S, oš.)

Zajisti, aby pacientka měla na nočním stolku termosku s teplým čajem ihned (S, oš.)

Realizace: Od 24.10. - 31.10.2009. Lékař byl informován o vzniklých obtížích pacientky. Byly podávány léky dle ordinace v pravidelných intervalech. Pacientka byla

edukována o vhodné poloze k odkašlávání a pomáhalo se jí tuto polohu zaujímat. Bylo jí vysvětleno, že mléčné nápoje podporují tvorbu hlenů, proto jsou pro ni nevhodné. Tyto nápoje se jí nepodávaly. Pacientce byla zajištěna termoska s teplým čajem, kterou měla stále u sebe.

Hodnocení: Efekt – částečný. Léčbu ordinovanou lékařem pacientka dostávala ihned, kašel u pacientky začal být produktivní třetí den, ve stejný den pocítovala, že se jí lépe dýchá po odkašlání. Vhodnou polohu k odkašlávání začala sama zaujímat 2. den. Pacientka pocítovala úlevu při dýchání až osmý den od vzniku obtíží, které jsou součástí této ošetrovatelské diagnózy.

Zvládání situace rodinou neúčinné, ohrožující, související se vzdáleným bydlištěm blízkých osob, neznalostí problematiky stáří, projevující se bagatelizací nutného, pravidelného kontaktování pacientky

KC: Rodina pacientky bude informována o současné situaci paní A. N. do 24 hodin

Rodina pacientky bude seznámena s problematikou stáří do 2 dnů

DC: Rodina pacientky projeví zřetelný zájem o paní A. N. do 3 dnů

Rodina pacientky přislíbí, že zintenzivní kontakt s paní A. N. do 4 dnů

Pacientka bude mít zajištěnou domácí sociální a zdravotní službu před ukončením hospitalizace

VK: Pacientka touží po propuštění z nemocnice jít domů do 2 dnů

Pacientka s radostí přijímá telefonické hovory se svou rodinou do 3 dnů

Pacientka je aktivní, snaží se o maximální soběstačnost ihned

Pacientka souhlasí, že po propuštění z nemocnice bude rodina s ní v intenzivnějším kontaktu do 2 dnů

Pacientka souhlasí se zavedením sociální a zdravotní domácí služby při propuštění domů do 2 dnů

Intervence: Zohledňuj výsledky hodnocení Barthelova testu základních všedních činností [tabulka 2] vždy (S)

S vědomím lékaře, ve spolupráci se sociální pracovníci zkontaktuj rodinu pacientky ihned (S)

Seznam rodinu pacientky s problematikou stáří, se současnou situací paní A. N. do

2 hodin (S)

Zjisti, zda po propuštění pacientky domů bude o ni rodina projevovat zájem tím, že s ní bude v denním telefonickém kontaktu do 3 dnů (S)

Motivuj pacientku k samostatnosti ihned (S, oš.)

Zjisti, zda pacientka má představu o tom, kam půjde po propuštění z nemocnice do 2 dnů (S)

Zjisti od pacientky, zda má důvěru k rodině, zda by si přála se s ní častěji kontaktovat do 3 hodin (S)

Zprostředkuj pacientce kontakt s rodinou ihned (S)

S vědomím lékaře a ve spolupráci se sociální pracovnící zjisti od pacientky, zda by souhlasila s péčí domácí sociální a zdravotní služby po propuštění do 4 hodin (S)

Realizace: Od 31.10. - 2.11.2009. Byly zohledňovány výsledky hodnocení Barthelova testu základních všedních činností [tabulka 2]. S vědomím lékaře a ve spolupráci se sociální pracovnící byla zkontaktoována rodina, seznámena s problematikou stáří a se současnou situací pacientky. Byl jí ponechán čas na rozmyšlení, zda s pacientkou po propuštění z nemocnice zintenzivní telefonický kontakt a tím se i zaváže k důslednější péči o ni. Pacientka byla motivována k samostatnosti a k vytvoření si reálné představy, kam by chtěla jít po propuštění z nemocnice. Zjišťovalo se, zda má pacientka důvěru k rodině, zda by si s ní přála udržovat častější kontakt. Usilovalo se o zprostředkování kontaktu s rodinou. Ve spolupráci se sociální pracovnící a s vědomím lékaře bylo zjišťováno, zda by pacientka souhlasila s následnou péčí domácí sociální a zdravotní služby po ukončení hospitalizace.

Hodnocení: Efekt úplný. Rodinu se podařilo zkontaktovat, informovat ji o problematice stáří třetí den. Ten samý den rodina jasně projevila zájem o pacientku. Přislíbila, že po propuštění paní A. N. z nemocnice, s ní bude udržovat každodenní telefonický kontakt. Zavázala se, že tímto způsobem bude mít o ní přehled. V případě podezření, že by mohlo být něco v nepořádku, by podnikala další kroky, k zajištění jejího optimálního stavu. Pacientka toužila jít po ukončení hospitalizace domů už 26.10.2009, telefonické hovory s rodinou přijímala s radostí. Byla aktivní a snažila se o maximální soběstačnost ihned. Souhlasila, že po propuštění z nemocnice bude doma rodinou důsledněji kontrolována. Třetí den vyslovila přání o zavedení domácí sociální

a zdravotní služby po ukončení hospitalizace.

Infekce, riziko vzniku související s defektem v sakrální části zad, se zavedenými invazivními vstupy

KC: Defekt v sakrální části zad bude převázán do 1 hod.

DC: Defekt v sakrální části zad bude zhojen do 7 dnů

Pacientka a lůžko pacientky bude čisté a suché po celou dobu hospitalizace

Okolí místa vpichu periferního žilního katetru nebude jevit známky zánětu po celou dobu jeho zavedení

Po vyléčení močové infekce, pacientka nebude nově infikována cestou PMK

Intervence: Prováděj u pacientky důslednou hygienu a výměnu ložního a osobního prádla denně a v případě znečištění, zpocení vždy (S, oš.)

Ošetřuj defekt v sakrální části zad dle ordinace lékaře a při znečištění pokaždé (S)

Sleduj a zapisuj do zdravotnické dokumentace vývoj hojení defektu denně (S)

Sleduj a zapisuj pozorování okolí místa zavedeného PŽK denně (S)

V intervalech určených a dle nutnosti proved' výměnu PŽK nebo PMK vždy (S)

Naslouchej pacientce, zda si neztěžuje na bolest vždy (S, oš.)

Dbej, aby pacientka měnila polohu dle výsledků Hodnocení rizika vzniku proleženin [tabulka 1] (S, oš.)

Realizace: Od 17.10. - 31.10.2009. Pacientka byla důsledně myta, bylo jí vyměňováno ložní i osobní prádlo denně a při znečištění, zpocení vždy. Pravidelně, dle ordinace lékaře byl ošetřován defekt v sakrální části zad. Sledovalo se a zapisovalo do zdravotnické dokumentace pozorování okolí místa zavedeného PŽK a vývoj hojení defektu v sakrální části zad denně. V obvyklém intervalu a v případě nutnosti byla provedena výměna PŽK i PMK. Stížnosti pacientky na bolest se zaznamenávaly a paní A. N. byla polohována dle výsledků Hodnocení rizika vzniku proleženin [tabulka 1].

Hodnocení: Efekt částečný. Defekt v sakrální části zad byl převázán do 1 hod., zhojen byl až 25.10.2009. Pacientka a lůžko pacientky bylo trvale udržováno v suchu a čistotě. Za hospitalizace se objevily 2krát příznaky zánětu při zavedeném PŽK. Po vyléčené močové infekci se nová neobjevila.

Poranění zvýšené riziko v souvislosti s únavou, celkovou slabostí

KC: Pacientka nebude ohrožena náhodným pádem z lůžka ihned

Pacientka bude využívat dostupné pomůcky zajišťující její bezpečnost do 24 hod.

DC: Pacientka neutrpí poranění do konce hospitalizace

Intervence: Kontroluj, zda postranice lůžka jsou zvednuté vždy, když odcházíš od pacientky (S, oš.)

Zohleď výsledky skóre Posouzení rizika pádu [tabulka 4] vždy (S)

Edukuj pacientku, že opatrností, rozvahou a klidem může předejít vystavenému nebezpečí (S)

Vysvětluj jí, jak má bezpečně používat všechny pomůcky včetně chodítka průběžně ihned (S)

Nikdy nedávej před pacientku vřelé nápoje a stravu (S)

Realizace: Od 17.10. - 6.11.2010. Před odchodem od pacientky byly zvednuty postranice lůžka. Zohledňovaly se výsledky skóre Posouzení rizika pádu [tabulka 4]. Pacientka byla edukována, že opatrností, rozvahou a klidem se může vyvarovat ohrožení poranění. Bylo jí vysvětleno, jak využívat všechny pomůcky. Pacientka nebyla v kontaktu s vřelými nápoji ani stravou.

Hodnocení: Efekt úplný. Pacientka neutrpěla v průběhu hospitalizace žádné poranění, dostupné pomůcky zajišťující její bezpečnost byla schopna používat od šestého dne.

2.3 Shrnutí průběhu hospitalizace

Pacientka měla obtíže s dodržováním pitného režimu už před onemocněním. Pocit žízně téměř nepocítovala. Spíše se musela k pití nutit. V průběhu nemoci pila paní A. N. ještě méně, neboť ji každý doušek dráždil ke kašli. Bylo nutno pacientku edukovat o nezbytnosti pitného režimu a postupně ji přivykat na optimální denní příjem tekutin, který byl uspokojivý v průběhu třetího týdne hospitalizace. V souvislosti s dehydratací měla pacientka obtíže při močení, které odezněly třetí den. K přesnému sledování objemu moče ji byl první den zaveden permanentní močový katetr. Moč byla koncentrovaná a množství měřené za 24 hodin bylo neuspokojivé do konce prvního týdne. Obtíže s dýcháním přetrvávaly devět dní od přijetí, dráždivý kašel se zmínil třetí den. V tento den se objevil u pacientky stav zmatenosti, motorický neklid. Zhoršoval se odpoledne a vrcholu dosáhl v noci. Po podání zklidňujících léků, odezněl šestý den. Poté se paní A. N. opět snažila aktivně zapojovat do léčebného režimu. Od prvního dne hospitalizace pacientku sužovaly horečky a až pátý den klesla tělesná teplota pod 37,5 °C. V den přijetí, byl objeven defekt v sakrální části zad, který po pečlivém ošetřování po dobu devíti dnů se zhojil. Pro bolesti, které paní A. N. pocítovala při dýchání, v místě porušené celistvosti kůže a jež byly průvodním projevem infekce močových cest, užívala analgetika v rozepsaném dávkování prvních sedm dní. Osmý den hospitalizace začala být silně zahleněná, ale produktivní kašel se dostavil až desátý den. Pacientka trpěla podvýživou z důvodu nechutenství a obtížemi s dýcháním. BMI byl v hranici normy až sedmnáctý den. Dlouhodobě narušený spánek zapříčinil, že se paní A. N. devět dní cítila unavená. Od šestého dne, bylo možné pacientce vysvětlit některé techniky, usnadňující pohyb v lůžku a nacvičovat s ní sed a vést ji k větší samostatnosti. Sedmý den začala pomáhat při hygieně a používat signalizační zařízení při potřebě vyprázdnit se. Osmý den se byla schopna samostatně najíst bez asistence ošetřujícího personálu. Kontakt s rodinou se podařilo obnovit osmý den. Od devátého dne pacientka prováděla některé kondiční cviky sama a následující den projevila přání jít po propuštění z nemocnice domů. Přesun z lůžka na toaletní židli zvládala jedenáctý den hospitalizace, kdy také přestala pocítovat strach a začala mít pravidelnou stolici. Postupně byl prováděn nácvik chůze nejdříve s oporou chodítka

a od patnáctého dne zvládala sama, bez opory, chůzi po oddělení. Ve stejný den ji přestal sužovat kašel, byl ji zrušen permanentní močový katetr a stala se tak naprosto samostatná v péči o vyprazdňování. Sedmnáctý den paní A. N. souhlasila se zavedením domácí zdravotní a sociální služby po ukončení hospitalizace. O den později zcela samostatně zvládala osobní hygienu, oblékání se a péči o svůj zevnějšek a přestala se zadýchávat. Devatenáctý den se cítila v dobré kondici. U pacientky bylo zohledněno riziko vzniku proleženin [tabulka 1], hodnocení stupně závislosti [tabulka 2], posouzení bolesti [tabulka 3], hodnocení rizika pádu [tabulka 4], hodnocení BMI [tabulka 5], posouzení nutričního rizika [tabulka 6]. Do patnáctého dne hospitalizace se objevil 2x zánět v okolí PŽK.

2.4 Hodnocení ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče o seniora s bronchopneumonií, komplikovaná imobilizačním syndromem je velmi náročná. Při ošetřování je nutné zohlednit pokročilý věk, základní onemocnění, už samo o sobě dosti závažné a přidružený syndrom imobility. Na ošetrovatelský personál jsou kladeny nároky znalostní z oboru medicíny, psychologie, gerontologie. Z vlastností je nepostradatelná trpělivost, obětavost, vytrvalost. Psychická odolnost a zralost, schopnost vychovávat a učit spojená s úctou ke stáří je obdivuhodná.

Je oprávněné domnívat se proto, že vývoj tělesného i duševního zdravotního stavu a sociální situace pacientky, přes komplikace, které vznikaly v průběhu léčby, dosáhly takových pozitivních léčebných výsledků.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo praktické využití uvedených teoretických poznatků z medicíny, psychologie a ošetřovatelství do uvedené kazuistiky s dosažením maximální možné úrovně soběstačnosti pacientky. Systémy poskytované ošetřovatelské péče se měnily podle aktuálního zdravotního stavu. Ač byla hospitalizace dlouhá, průběh nemoci nelehký, tak soustavným, racionálním přístupem sester k ošetřovatelským problémům a laskavou péčí zdravotnického i pomocného personálu, bylo dosaženo stanoveného cíle.

Domnívám se, že je významné, aby zdravotníci, nejen pečující o seniory, byli přesvědčeni o smyslu své práce a kreativně hledali východiska z ošetřovatelských problémů.

Seznam informačních zdrojů

1. NAVRÁTIL, L. a kol. 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.
2. KALVACH, Z. a kol. 1995. *Vybrané kapitoly z geriatry a medicíny chronických stavů - II. díl*. Praha: UK, Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-001-7.
3. ŘÍČAN, P. 1990. *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-078-0.
4. ČECHOVÁ, V.; MELLANOVÁ, A.; ROZSYPALOVÁ, M. 2004. *Speciální psychologie*. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7103-386-4.
5. MLČOCHOVÁ, R. 2009. Sestra. *Geriatrizace ošetrovatelství a medicíny -realita, nebo fikce?*. 2009, roč. 19, č. 1, s. 42. ISSN 1210-0404.
6. ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1777-8.
7. BAUMANOVÁ, Z. 2009. Sestra. *Chronicky nemocný – domácí a ústavní péče*. 2009, roč. 19, č. 11, s. 47-48. ISSN 1210-0404.
8. GROFOVÁ, Z. 2007. *Nutriční podpora*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.
9. NEJEDLÁ, M. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1150-8.
10. ČERNÝ, Z. a kol. 2008. *Infekční nemoci – jak pečovat o pacienty s infekčním onemocněním*. Brno: NCO NZO, 2008. ISBN 978-80-7013-480-1.
11. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. 2006. Z ang. orig. přel. Veronika Di Cara. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1720-4.

12. KALVACH, Z. a kol. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
13. KALVACH, Z. aj. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6.
14. MASTILIAKOVÁ, D. 2005. *Úvod do ošetrovatelství – systémový přístup I. díl*. Praha: UK, Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9.
15. PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1211-3.
16. DOENGES, E. Marilyn; MOORHOUSE, Frances Mary. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001. ISBN 80-247-0242-8.
17. STAŇKOVÁ, M. 2006. *České ošetrovatelství 6*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-323-6.
18. Ošetrovatelství [online]. Posouzení rizika pádu, dospělé nutriční skóre [cit. 2009-9-10].
Dostupné z WWW: <http://www.vnl.xf.cz/ose/ose-nutricni_skore.php>.
19. Tabulka BMI a váhy. [online]. BMI (Body Mass Index) – Index tělesné hmotnosti [cit. 2009-9-11].
Dostupné na WWW: <<http://info.hubnout.kvalitne.sweb.cz/tabulky.htm>>.

Seznam příloh

Tabulka 1 - Hodnocení rizika vzniku proleženin (Shannon, M., L., 1984)

Tabulka 2 - Barthelův test základních všedních činností (ADL- activity daily living)

Tabulka 3 - Hodnocení bolesti (podle Institutu Gustave Roussy)

Tabulka 4 - Posouzení rizika pádu

Tabulka 5 - Hodnocení BMI

Tabulka 6 - Rizikový nutriční screening pro dospělé

Tabulka 1 - Hodnocení rizika vzniku proleženin (Shannon, M., L., 1984) [17]

Duševní stav		kontinence		mobilita		aktivita		výživa		cirkulace		tělesná teplota		medikace	
bdělost, čilost	4	kontinence	4	plná pohyblivost	4	chodící	4	dobrá	4	normální prokrvení	4	do 37,2 °C	4	bez steroidů, analgetik, trankvilizérů	4
apatie	3	inkontinence moče, bez katétru	3	mírné omezení	3	chůze s pomocí	3	uspokojivá	3	snížené prokrvení	3	37,3 – 37,7 °C	3	jedna z uvedených skupin	3
zmatenost	2	inkontinence stolice	2	velmi omezená	2	pouze na vozíku	2	špatná	2	mírné otoky	2	37,8 – 38,3 °C	2	dvě z uvedených skupin	2
supor, koma	1	inkontinence moče a stolice	1	imobilita	1	ležící	1	kachexie	1	střední a velké otoky	1	nad 38,4 °C	1	všechny uvedené skupiny	1

Skóre 16 bodů a méně představuje významné riziko vzniku proleženin

Celkové bodové hodnocení: 17.10.2009 apatická, inkontinence moče, mobilita velmi omezená, ležící, kachetická, normální prokrvení, TT 37,8 – 38,3 °C, jedna z uvedených skupin medikace - **20 bodů**, **20.10.2009** zmatená, inkontinence moče, imobilní, ležící, kachetická, normální prokrvení, TT 37,8 – 38,3 °C, dvě medikace z uvedených skupin - **16 bodů**, **26.10.2009** bdělá, inkontinence moče bez katétru, mobilita velmi omezená, ležící, výživa uspokojivá, normální prokrvení, TT do 37,2 °C, jedna z uvedených skupin medikace - **24 bodů**

Tabulka 2 - Barthelův test základních všedních činností (ADL- activity daily living) [17]

činnost	provedení činnosti	Bodové skóre	17.10.	27.10.	5.10
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10		10	10
	s pomoci	5	5		
	neprovede	0			
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10			10
	s pomoci	5		5	
	neprovede	0	0		
3. koupání	samostatně nebo s pomoci	5			
	neprovede	0	0	0	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	5		5	5
	neprovede	0	0		
5. kontinence moči	plně kontinentní	10			
	občas inkontinentní	5	5	5	5
	trvale inkontinentní	0			
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10	10	10	10
	občas inkontinentní	5			
	trvale inkontinentní	0			
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10			10
	s pomoci	5			
	neprovede	0	0	0	
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15		15	15
	s malou pomoci	10			
	vydrží sedět	5			
	neprovede	0	0		
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15			15
	s pomoci 50 m	10			
	na vozíku 50 m	5			
	neprovede	0	0	0	
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10			10
	s pomoci	5			
	neprovede	0	0	0	

Hodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů vysoce závislý, 45 – 60 bodů závislost středního stupně, 65 – 95 bodů lehká závislost, 96 – 100 bodů nezávislý

17.10.2009 20 bodů – vysoce závislý, 27.10. 2009 50 bodů – závislost středního stupně, 5.10. 2009 90 bodů – lehká závislost

Tabulka 3 - Hodnocení bolesti (podle Institutu Gustave Roussy) [17]

Jméno:

Datum:

Posouzení bolesti pacientem

1. Uveďte, jak silné bolesti jste pocítoval během posledních 48 hodi.?	žádné mírné střední silné
2. Kolik hodin během dne pocítujete bolest?	
3. Jak dlouho v průběhu 24 hod. spíte?	
4. Pozorujete zmenšení bolestí po předepsané léčbě?	ano ne

Označte na přímce místo, které odpovídá snížení vašich bolestí:

0/-----/10

17.10.2009 – posledních 48 hodin pocítovala střední až silné bolesti po celých 24 hodin, udávala, že v průběhu 24 hodin spala asi 3 hodiny, po předepsané léčbě pozorovala zmenšení bolestí

0/-----√-----/10

18.10.2009 – posledních 48 hodin pocítovala bolesti střední, i v noci, udávala, že spala asi 3 hodiny, 2 hodiny po podání léků pocítovala výraznou úlevu

0/-----√-----/10

19.10. - 21.10.2009 – vzhledem k výraznému zhoršení duševní kondice, nebylo možné s pacientkou spolupracovat.

24.10.2009 - posledních 48 hodin pacientka pocítovala mírné bolesti, dohromady asi 2 hodiny, v noci nekašlala, spala lépe, po předepsané léčbě pocítuje úlevu.

0/----√-----/10

25.10.2009 – pacientka nepocítuje bolesti, v noci měla nerušený spánek, snáze se jí dýchalo.

Tabulka 4 - Posouzení rizika pádu [18]

		skóre
pohyb	neomezený	0
	používá pomůcky	1
	potřebuje doprovod, pomoc k pohybu	1
	neschopen pohybu	1
vyprazdňování	nevyžaduje pomoc	0
	v anamnéze nykturie, inkontinence	1
	vyžaduje pomoc	1
medikace	neužívá rizikové léky	0
	užívá diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
smyslové poruchy	žádné	0
	vizuální, sluchové, jiný smyslový deficit	1
mentální status	orientován	0
	občasná / noční dezorientace	1
	zmatenost, demence	1
věk	18 – 75 let	0
	75 a více let	1
pád v anamnéze		1
celkové skóre		

Riziko pádu: skóre vyšší než 3 body

Celkové bodové skóre bylo: **17.10.2009** neschopna pohybu, v anamnéze inkontinence, užívá rizikové léky, smyslové poruchy žádné, orientována, věk nad 75 let - **4 body**, **20.10.2009** neschopna pohybu, v anamnéze inkontinence, užívá rizikové léky, smyslové poruchy deficitní, zmatená, věk nad 75 let - **6 bodů**, **27.10.2009** potřebuje pomoc k pohybu, v anamnéze inkontinence, užívá rizikové léky, smyslové poruchy žádné, orientována, věk nad 75 let - **4 body**, **5.11.2009** pohyb neomezený, v anamnéze inkontinence, užívá rizikové léky, smyslové poruchy žádné, orientována, věk nad 75 let – **3 body**.

Tabulka 5 - Hodnocení BMI [19]

BMI	váhová kategorie	zdravotní rizika
pod 18,5	podváha	nebezpečí anorexie
18,5 - 24,9	normální rozmezí	minimální
25 - 29,9	nadváha	středně vysoká
30 - 39,9	obezita	vysoká
40 a více	těžká obezita	velmi vysoká

Hodnocení BMI bylo: **17.10.2009 18,4 kg/m²**, **22.10.2009 17,8 kg/m²**, **26.10.2009 18,9 kg/m²**, **2.11.2009 19,5 kg/m²**.

Tabulka 6 - Rizikový nutriční screening pro dospělé [18]

DOSPĚLÉ NUTRIČNÍ SKÓRE	
<input type="checkbox"/> 0 b. věk do 65 let	<input type="checkbox"/> 1 b. věk nad 65 let
<input type="checkbox"/> 0 b. BMI 20 – 35	<input type="checkbox"/> 1 b. BMI 18 – 20; nad 35
<input type="checkbox"/> 2 b. BMI pod 18	
ztráta hmotnosti za 3 měsíce	
<input type="checkbox"/> 1 b. 0 – 3 kg	<input type="checkbox"/> 2 b. 3 – 6 kg
<input type="checkbox"/> 3 b. nad 6 kg	
množství jídla za poslední 3 týdny	
<input type="checkbox"/> 0 b. bez změny	<input type="checkbox"/> 1 b. poloviční porce
<input type="checkbox"/> 2 b. jí občas nebo nejlí	
projevy nemoci v současné době	
<input type="checkbox"/> 0 b. žádné	<input type="checkbox"/> 1 b. nechutenství, bolesti břicha
<input type="checkbox"/> 2 b. zvracení, průjem > 6x za den	
stres	
<input type="checkbox"/> 0 b. žádný	<input type="checkbox"/> 1 b. střední – chronická nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok
<input type="checkbox"/> 2 b. vysoký – akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, UPV, pooperační trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení z GIT	
Nelze	
<input type="checkbox"/> 2 b. nelze změřit a zvážit	
<input type="checkbox"/> 3 b. nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny	
Nutriční riziko (celkový počet bodů)	
<input type="checkbox"/> 0 – 3 body nízké – není nutná nutriční intervence	
<input type="checkbox"/> 4 – 7 bodů střední – nutné vyšetření dietní sestrou	
<input type="checkbox"/> 8 – 12 bodů vysoké – nutná speciální nutriční intervence	

17.10.2009 věk nad 65 let, BMI 18 – 20, ztráta hmotnosti za 3 měsíce 3 – 6 kg, jí občas, nechutenství, stres střední – **8 bodů**, **22.10.2009** věk nad 65 let, BMI pod 18, ztráta hmotnosti za 3 měsíce 3 – 6 kg, občas jí, nechutenství, stres střední – **9 bodů**, **26.10.2009** věk nad 65 let, BMI 18 – 20, ztráta hmotnosti za poslední 3 měsíce 3 – 6 kg, sní polovinu z porce, projevy nemoci žádné, stres střední – **6 bodů** **2.11.2009** věk nad 65 let, BMI 18 – 20, ztráta hmotnosti za poslední 3 měsíce 3 – 6 kg, množství jídla beze změny, projevy nemoci žádné, stres střední – **5 body**.