

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.**

**Praha 5**

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA  
HOSPITALIZOVANÉHO V LÉČEBNĚ DLOUHODOBĚ  
NEMOCNÝCH**

**Bakalářská práce**

**ZDEŇKA HRSTKOVÁ**

Praha 2010

**KOMPLEXÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA  
HOSPITALIZOVANÉHO V LÉČEBNĚ DLOUHODOBĚ  
NEMOCNÝCH**

Bakalářská práce

ZDENKA HRSTKOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, Ph.D.

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Datum předložení: 2010-03-31

Praha 2010

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

Zdeňka Hrstková

V Praze dne 31.3.2010

.....

## **ABSTRAKT**

HRSTKOVÁ, Zdeňka. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta hospitalizovaného v léčebně dlouhodobě nemocných*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, Ph.D. Praha. 2010. s. 62.

Hlavní téma bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta v léčebně dlouhodobě nemocných. Teoretická část obsahuje všeobecné informace o léčebnách dlouhodobě nemocných. Průměrný věk všech pacientů je kolem 75 let, a tak je důležité se této problematice věnovat. V práci rozebírám problematiku stáří a stárnutí, predispozice stáří a změny podmíněné stářím. Důležitou roli v uspokojování potřeb seniorů hraje geriatrické ošetrovatelství a nejčastější problémy a poruchy ve stáří. Praktická část obsahuje ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta v léčebně dlouhodobě nemocných - Age Care.

Klíčová slova: Léčebny dlouhodobě nemocných. Stáří. Geriatrický pacient. Ošetrovatelská péče.

## **ABSTRAKT**

HRSTKOVÁ, Zdeňka. *Complex healthcare for patients hospitalized in a hospice*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., level of education: bachelor. Assignment director: PhDr. Anna Mazalánová, Ph.D. Praha 2010. s. 62.

The main focus of the assignment is the complex healthcare of patients hospitalized in a hospice. The theoretical part contains overall information about hospices, where the average age of patients is 75 years, thus making this an important issue. In this research I analyze the questions of old age, ageing and the accompanying effects. The physical changes involved in ageing are another important problem. Geriatric healthcare plays a pivotal role in satisfying the needs of the elderly and tending to their most common problems and illnesses. The practical part consists of the treatment of a geriatric patient in a hospice - Age Care.

Key words: Hospice. Old Age. Geriatric Patient. Healthcare.

## **PŘEDMLUVA**

Tato práce vznikla z mnoha důvodů. Téma této práce je pro mě zajímavé z důvodu častého setkávání se s geriatrickými pacienty. Nejdříve jsme v rámci praxe navštěvovali převážně geriatrické oddělení. Začátkem třetího ročníku jsem začala pracovat v léčebně dlouhodobě nemocných, kde se setkávám pouze s geriatrickými pacienty.

Tato práce by měla pomoci lépe pochopit a poznat geriatrického pacienta. Jeho specifické problémy a potřeby ve stáří. Poukázat na správné chování ke geriatrickým pacientům.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Anně Mazalánové, Ph.D. za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

## Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICÁ ČÁST.....	10
1 Léčebny dlouhodobě nemocných.....	10
1.1 Rozhodnutí o nástupu do léčebny dlouhodobě nemocných.....	10
1.2 Zdravotně výchovné působení v léčebně dlouhodobě nemocných.....	11
1.2.1 Vztah k pacientům.....	11
1.2.2 Vztah k rodinným příslušníkům.....	12
1.3 Vývoj léčeben dlouhodobě nemocných .....	12
1.3.1 Vývoj do roku 1997 .....	12
1.3.2 Vývoj od začátku roku 1998 .....	13
1.3.3 Postavení léčeben dlouhodobě nemocných.....	13
2 Stárnutí a Stáří.....	14
2.1 Predispozice stáří .....	14
2.2 Změny podmíněné stárnutím.....	16
2.2.1 Tělesné změny (biologické změny) .....	16
2.2.2 Psychické změny .....	17
2.2.3 Sociální změny .....	18
2.3 Potřeby seniorů.....	19
3 Geriatrické ošetřovatelství .....	21
3.1 Historie péče o starého člověka.....	21

3.2	Vývoj péče v České republice.....	22
3.3	Zaměření geriatrického ošetřovatelství.....	23
3.4	Nejčastější ošetřovatelské problémy a poruchy ve stáří .....	24
4	Hodnocení zdravotního stavu.....	28
4.1	Hodnocení zdravotního postižení, soběstačnosti a sebeobsluhy seniora .....	28
4.2	Hodnocení kognitivních funkcí seniora .....	29
4.3	Hodnocení stavu výživy seniora .....	29
4.4	Hodnocení bolesti u seniora.....	29
4.5	Hodnocení rizika vzniku dekubitů .....	30
	<b>EMPIRICKÁ ČÁST.....</b>	<b>31</b>
5	Ošetřovatelský Proces u pacientky v léčebně dlouhodobě nemocných.....	31
5.1	Identifikační údaje.....	31
5.2	Anamnéza.....	32
5.3	Stav při příjmu.....	32
5.4	Příjmové diagnózy .....	33
5.5	Medikace .....	33
5.6	Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou .....	34
5.7	Ošetřovatelská anamnéza dle M. Gordonové.....	35
5.7.1	Podpora zdraví .....	35
5.7.2	Výživa .....	35
5.7.3	Vylučování a výměna.....	35



5.7.4	Aktivita a odpočinek .....	36
5.7.5	Vnímání a poznávání.....	36
5.7.6	Vnímání sebe sama .....	36
5.7.7	Vztahy .....	36
5.7.8	Sexualita.....	36
5.7.9	Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu .....	37
5.7.10	Životní principy.....	37
5.7.11	Bezpečnost - ochrana .....	37
5.7.12	Růst a vývoj.....	37
5.8	Aktuální ošetrovatelské diagnózy: .....	38
5.9	Potencionální ošetrovatelské diagnózy: .....	38
	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ.....	49
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	50
	ZÁVĚR .....	51
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	52
	PŘÍLOHY	

## ÚVOD

Ocitli jsme se v době, kdy demografické křivky upozorňují na evidentní nárůst počtu starých lidí. Problematika stáří, stárnutí a života seniorů bude z politických, ekonomických, ale i sociálních důvodů stále aktuálnější a diskutovaným tématem.

Senioři se stávají důležitou a charakteristickou sociální skupinou společnosti. Mají své představy, přání, touhy, očekávání, pochází z rozličných sociálních, náboženských a společenských skupin, mají jedinečný životní styl, rodinné zvyky i tradice. Společnost často identitu a osobnost seniora potlačuje. Vnímá starého člověka jako nekompetentní, fyzicky slabou a neaktivní osobu. Není schopna chápat seniory jako důstojné a soběstačné spoluobčany. Důležité je zajistit, aby kvalita života seniorů byla odpovídající současnému vývoji společnosti. Proto je důležité věnovat stáří větší pozornost, poznat seniorskou populaci, umět rozeznat její potřeby. Snažit se, aby toto období života bylo možné prožít plnohodnotně.

V posledních letech jsme mohli zaznamenat výrazné zlepšení úrovně péče o seniory, ať už zdravotní nebo sociální, a to v přístupu, kdy je člověk vnímán jako individuální bytost se svými specifickými potřebami a zájmy. Zde se naskýtá prostor pro zdravotnický personál, především všeobecné sestry, aby svým empatickým, trpělivým a laskavým přístupem zmírnily úzkosti a obavy, strach a nejistotu, které v sobě bezesporu hospitalizovaný senior má. Sestry mohou významným způsobem přispět k pozitivnímu vnímání samotného léčebného prostředí, ve kterém se senior nachází.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 LÉČEBNY DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

Léčebny dlouhodobě nemocné jsou specializovaná lůžková zařízení pro poskytování dlouhodobé, komplexní a zvláště ošetrovatelské péče nemocným.

Průměrný věk pacientů se pohybuje okolo 75 let a více. Skoro polovina z nich je téměř nepohyblivá a u mnohých nemocných jsou přítomny změny psychického stavu jako demence a deprese. V ojedinělých případech se setkáváme s mladšími pacienty, jejichž stav vyžaduje ošetrovatelskou péči - paraplegici, cévní mozkové příhody nebo úrazy v mladším věku.

Léčebny dlouhodobě nemocných mohou poskytovat i tzv. respitní péči. Smyslem respitní péče je poskytnout komplexní ošetrovatelskou péči klientům, o které se dlouhodobě stará jim osoba blízká v domácím prostředí. Pečující si tak mohou odpočinout, načerpat energii, odjet na dovolenou apod. Repitní péče je důležitým prvkem v prevenci syndromu vyhoření pečujících osob, tedy stavu psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání. Tento stav může nastat při dlouhodobém setrvání v emocionálně náročných situacích, je v přímé souvislosti s pracovní zátěží u jinak zdravých osob (KALVACH, 1983; VENGLÁŘOVÁ, 2007).

### 1.1 Rozhodnutí o nástupu do léčebny dlouhodobě nemocných

Nástup pacienta do zařízení dlouhodobé péče ovlivňuje řada faktorů, jedná se například o funkční stav klienta, sebehodnocení a životní hodnoty, zdravotní stav, prognózu onemocnění, sociální podmínky a vztahy, postoje a zájmy klienta a další.

Mezi časté důvody přijetí do dlouhodobé ústavní péče patří:

- zhoršený zdravotní stav, ztráta soběstačnosti, imobilita, demence, nedostupnost terénních služeb,

- situace, kdy dojde k velkému snížení finančních prostředků pro placení nájemného nebo pokud dojde ke ztrátě bytu samotného,
- obavy, hodnocení a zájmy jiných osob (například členů rodiny, zdravotnických nebo sociálních pracovníků), které mnohdy neznají možnosti jiné než ústavní péče.

V procesu přijetí klienta do dlouhodobé péče by měly být uplatněny tyto prvky:

- dobrovolný vstup - z vlastní vůle a přesvědčení nemocného,
- znalost prostředí - poznat prostředí pobytu ještě před samotným nástupem,
- podpora orientace - v prostoru, čase i osobě,
- zachování lidské důstojnosti, přirozenost,
- informace o pravidlech života v daném zařízení,
- prevence nevhodného zacházení či šikany,
- nabídka aktivit,
- vstupní pohovor,
- cílevědomá spolupráce s klientem,
- vhodná dokumentace (KALVACH et aj., 2004).

## **1.2 Zdravotně výchovné působení v léčebně dlouhodobě nemocných**

Formy a metody zdravotní výchovy je vždy třeba přizpůsobovat prostředí a zejména osobám, pro něž je toto působení určeno. V podmínkách léčeben dlouhodobě nemocných přichází v úvahu působení na pacienty a jejich rodinné příslušníky.

### **1.2.1 Vztah k pacientům**

Vztah k pacientům je zdravotně výchovný a prolíná se základní, každodenní psychoterapií. Smyslem je pacienta motivovat, aktivovat a překonávat jeho negativismus. Na druhém místě je poskytování konkrétních informací, které se týkají přímo onemocnění daného pacienta nebo obecných zásad geriatrického ošetřovatelství a životosprávy ve stáří - dostatečný příjem tekutin, boj proti imobilizačnímu syndromu apod. Tyto znalosti a návyky musí být posilovány důsledným souhlasným režimem léčeben. Sem patří aktivizační skupiny, pracovní rehabilitace, pitný režim.

## **1.2.2 Vztah k rodinným příslušníkům**

Objasňovat psychické potřeby dlouhodobě nemocného člověka, s důrazem na potřebu rodinného zázemí a domácího ošetřování. Dále také objasňovat problematiku ošetřování závislého starého člověka v rodině, včetně možností ambulantních služeb, sociálně právních aspektů i eventuální sanace a přípravy rodiny. Vysvětlit důležitost správné životosprávy, specifický režim a zásady ošetřování ve stáří. Objasňovat problematiku chorob, kterými trpí konkrétní pacient - prognóza, ošetrovatelské nároky a problémy, kompenzační pomůcky apod. Geriatrická prevence musí být totiž cílena nejpozději do středního věku, spíše však do věku ještě mladšího, a jestliže se organizačně zajistí neobtěžování okolí - kouření, popřípadě se zamezí kázeňským přestupkům - alkohol, z „obecných“ důvodů nepovažujeme za správné zbavovat konkrétní osoby s limitovanou délkou života již beztak omezených „malých životních radostí“ (KALVACH, 1983).

## **1.3 Vývoj léčeben dlouhodobě nemocných**

Definice léčebny dlouhodobě nemocných není obsažena v žádné zákonné normě; tyto instituce jsou zmíněny pouze ve vyhlášce č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi. Léčebny dlouhodobě nemocných a odborné léčebné ústavy jsou zatím financovány podle zákona č. 48/1997 Sb. a podle vyhlášky MZ ČR č. 47/1997 Sb.,

### **1.3.1 Vývoj do roku 1997**

Léčebny dlouhodobě nemocných měly statut rozpočtové nebo příspěvkové organizace, jejichž zřizovateli jsou Ministerstvo zdravotnictví, okresní úřady a obce. Financování provozu bylo závislé na dotacích ze státního nebo místních rozpočtů, nově vznikající soukromé a církevní léčebny dlouhodobě nemocných byly financovány z veřejného zdravotního pojištění na základě bodového systému nebo na základě paušálů za poskytnuté služby. Některé zdravotní výkony jsou ve všech těchto zařízeních hrazeny zdravotními pojišťovnami.

### **1.3.2 Vývoj od začátku roku 1998**

Od 1. 1. 1998 se poskytovaná péče hradí podle zákona č. 48/1997 Sb., § 15, odst. 10, a podle vyhlášky MZ ČR č. 45/1997 Sb. z veřejného zdravotního pojištění. Způsob úhrady je stanoven ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a léčebnou dlouhodobě nemocných, a to buď na základě bodového hodnocení zdravotních výkonů, nebo na základě smluvních paušálů za poskytnuté služby. Do roku 1997 byla lůžky v léčebnách dlouhodobě nemocných kódována jako lůžka ošetrovatelské péče s délkou pobytu nad 3 měsíce.

### **1.3.3 Postavení léčeben dlouhodobě nemocných**

Tato zařízení mohou fungovat jako:

- samostatná léčebna zřízená ústředním orgánem státní správy nebo orgánem lokálním - město či obec,
- součást nemocnice např. fakultní, popř. nemocnice či zdravotního zařízení zřízeného městem,
- samostatná soukromá, církevní nebo „podnikatelská“ (UHLÍŘOVÁ, 2001).

## 2 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Stárnutí (gerontogeneze, involuce) je přirozený a biologicky zákonitý proces, během kterého se snižují adaptační schopnosti a ubývají funkční rezervy organismu. Probíhá již od početí, ale za skutečné projevy stárnutí považujeme až pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti.

Stáří (sénium) je označení posledních etap ontogenetického vývoje člověka. Jedná se o projev a důsledek involučních změn probíhajících různou rychlostí a s výraznou interindividuální variabilitou.

Na charakteru stáří se podílí řada faktorů, např. zdravotní stav, životní styl, vlivy sociálně ekonomické a psychické.

Stáří je podmíněno věkem jedince. Výši věku lze vymezit na základě několika kritérií. Rozlišujeme:

- kalendářní (chronologický) věk: je určen datem narození, lze jej přesně vymezit,
- sociální (sociálně-historický) věk: vyjadřuje, jak by se měl jedinec určitého biologického věku chovat dle společenských měřítek a zachycuje změny sociálních rolí, životního stylu, ekonomické situace apod.,
- biologický (funkční) věk: vystihuje biologické stárnutí organismu,
- psychologický věk: jedná se o subjektivní vnímání vlastního věku, poukazuje na psychický stav jedince (KALVACH et aj., 2004).

### 2.1 Predispozice stáří

Na to, kdy stáří nastává, se názory různí. V mnoha publikacích zaměřených na problematiku stárnutí a stáří se můžeme dočíst, že stáří a stárnutí je individuální a jeho průběh závisí na mnoha okolnostech. Věk je jednou ze základních charakteristik člověka, a ačkoliv každý individuálně stárne, z hlediska chronologického stárneme všichni stejně. Popisované známky stárnutí a stáří se však nemusí objevit standardně u každého člověka. Někdo si může uchovat bohatou tělesnou činnost a duševní svěžest

až do konce svého života, u jiného se zase mohou projevit příznaky bránící v aktivní činnosti mnohem dříve, než ukazuje jeho kalendářní věk (JAROŠOVÁ, 2006).

Průběh lidského života bývá různým způsobem periodizován a jednotlivých kategorizací existuje velké množství. Nejčastěji se vychází z kalendářního věku nazývaného také matriční nebo chronologický.

Nejběžnější je rozlišení:

- Mühlpachr uvádí

65-74 let - mladí senioři (adaptace na penzionování, volný čas, seberealizace)

75-84 let - staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh chorob)

85 a více let - velmi staří senioři (problémová soběstačnost a zabezpečení).

(MÚHLPACHR, 2004, s. 9)

- Světová zdravotnická organizace (WHO) se usnesla na členění:

45-60 let - střední věk

60-75 let - rané stáří

75-90 let - pokročilý věk

90 a více let - vysoký věk, dlouhověkost.

(ŘÍČAN, 2004, s. 332)

- Příhoda (1974) považuje za sénium období od 60 let. Rozčleňuje jej do tří fází:

60-74 let - časné stáří (stárnutí, senescence)

75-89 let - vlastní stáří (kmetství, sénium)

90 let a výše - dlouhověkost (patriarchum).



## 2.2 Změny podmíněné stárnutím

Starého člověka si lidé představují jako slabého, sehnutého, pomalu se pohybujícího, nepružně reagujícího a zapomínajícího (HAŠKOVCOVÁ, 1990). Jaké jsou však skutečné změny přicházející se stářím?

### 2.2.1 Tělesné změny (biologické změny)

Nejvýraznější tělesné změny stárnoucího organismu postihují pohybový aparát, což se projevuje především ve změnách postoje a chůze. Postupně dochází k omezování kloubní pohyblivosti a snižování počtu svalových vláken, v jejichž důsledku dochází k poklesu rychlosti, obratnosti a nakonec i síly a vytrvalosti. Obecně se krok zkracuje a chůze zpomaluje. Staří lidé často trpí změnami v oblasti kardiovaskulárního systému. Postiženy bývají především cévy, což má za následek např. arteriosklerózu, aterosklerózu nebo hypertenzi. Stárnutí má vliv na dýchání, kdy snížená funkce dýchacího ústrojí může vést k hypoxii. Změny postihují zažívací systém, což může způsobovat např. dyspeptický syndrom nebo zácpy. Dále dochází ke změnám v regulaci tělesné teploty - zimomřivost, snížení adaptace na změny teploty, mění se činnost žláz s vnitřní sekrecí např. porucha štítné žlázy, kostra začíná být křehčí, nastává osteoporóza a zlomeniny kostí, mění se celkový vzhled starších lidí, jako jsou vrásky, šedivé vlasy, druhá brada apod. Mimořádně problematické, především z hlediska sociálně-komunikačního, bývají pro starého člověka involuční změny smyslového vnímání. Následující postižení patří mezi nejčastější:

- zrak: presbyopie (stařecká dalekozrakost), zhoršená adaptace na tmou, změny vnímání barev,
- sluch: snížení citlivosti k vyšším zvukovým frekvencím, nedoslýchavost, šelesty,
- chuť: snížení percepce chuti pro slané a sladké podněty (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

## 2.2.2 Psychické změny

Stejně jako dochází ve stáří k tělesným změnám, dochází také ke změnám v psychické oblasti. Tyto dvě stránky člověka spolu úzce souvisejí a vzájemně se ovlivňují. Do psychologického stárnutí tedy zahrnujeme všechny změny psychiky, které se s rostoucím věkem vyskytují stále častěji. Mezi psychickými změnami a projevy ve stáří existují individuální rozdíly podmíněné probíhající biologickou involucí. Proces stárnutí je ovlivňován mnoha faktory např. genetickými, osobností jedince, jeho zdravotní historií, různými událostmi života.

Dále se v procesu stárnutí mění:

- aktivační úroveň: lidé jsou pomalejší, jejich volba i vykonání adekvátní reakce trvá déle, stejně jako se prodlužuje doba rozhodování,
- orientace v prostředí: staří lidé se hůře orientují v prostředí vlivem snížené zrakové a sluchové ostrosti a omezení některých kognitivních procesů, např. pozornosti,
- paměť a učení: postiženo je především ukládání nových informací, typické je snížení všípivosti a výbavnosti, učení bývá pomalejší, obtížnější, staří lidé mají vlivem těchto změn problémy s adaptací v nových situacích,
- intelektové funkce: změny v této oblasti jsou značně variabilní, závisí především na dědičných faktorech a na vzdělání, pokles fluidní inteligence je u seniorů vyvážen celoživotními zkušenostmi posilovanou krystalizovanou inteligencí, která může mít vzestupný trend i ve stáří,
- kognitivní funkce: narůstají obtíže s přijímáním nových podnětů, oslabuje se schopnost vytvářet nové spoje, snižuje se adaptabilita a flexibilita, zvyšuje se fixace a integrace,
- řeč: zpomaluje se tempo řeči, latence odpovědí se prodlužuje,
- osobnost: osobnost se formuje po celý život jedince, charakter osobnostních změn stárnoucího jedince závisí na jeho způsobu adaptace na vývojové změny, na proměnách osobnosti ve stáří se významně podílejí také vnější vlivy a stereotypy týkající se stáří, které mohou snižovat sebedůvěru seniorů, u stárnoucího člověka se často zvýrazňují osobnostní rysy, které byly dříve inhibovány nebo kompenzovány (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

### 2.2.3 Sociální změny

Sociální věk zahrnuje rozmanité stránky sociálního života člověka. Gerontologové velmi neradi vidí, že stáří se často nesprávně ztotožňuje se zákonným nárokem na starobní důchod, respektive s odchodem do starobního důchodu (důchodový věk). Důchodci mají ještě podstatnou část života před sebou („třetí věk“). Přesto „sociální stáří je vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria, nejčastěji penzionováním, respektive dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je vymezeno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Stáří je tak chápáno jako sociální událost“ (MÚHLPACHER, 2004, s. 15).

Stuart - Hamilton říká, že „Sociální věk se vztahuje ke společenskému očekávání určitého chování adekvátně k biologickému věku. Západní společnost očekává, že lidé, kteří překročili šedesátku, se budou chovat v zásadě klidně a usedle, a proto také není překvapivé, že za znak počátku stáří se považuje ukončení pracovního poměru a odchod do důchodu. V některých primitivních společnostech je stáří chápáno jako odměna za zbožný život“ (STUART - HAMILTON, 1999, s. 151).

V České republice je sociální stáří vymezeno odchodem do důchodu, na který mají v současné době nárok muži po dosažení hranice 63 let. U žen je odchod do důchodu odstupňován podle počtu vychovaných dětí. Žena, která nevychovala žádné dítě, odchází do důchodu ve věku 57 let. Pokud vychovala 1 dítě, hranice se snižuje na 56 let, pokud vychovala 2 děti, odchází v 55 letech, po vychování 3 nebo 4 dětí se věk stanoví na 54 let a pokud vychovala 5 a více dětí, hranice je stanovena na 53 let.

## 2.3 Potřeby seniorů

Nakonečný uvádí že „Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Něco, co živá bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Pobízí k vyhledání určité podmínky nezbytné k životu, případně vede k vyhýbání se určité podmínce“ (NAKONEČNÝ, 1997, s. 109).

Charakteristickým rysem dnešního ošetřovatelství je hodnocení a uspokojování potřeb zdravého i nemocného jedince každého věku. Nejrozšířenější a nejvíce akceptovaná je hierarchie podle názorů představitele humanistické psychologie Maslowa, který vytvořil teorii motivačního systému osobnosti - hierarchickou teorii potřeb - viz Příloha A.

- fyziologické potřeby: objevují se při poruše homeostázy, vyjadřují potřeby organismu a nemusí mít psychickou odezvu např. potřeba hygieny, výživy, vylučování, dýchání, spánku a pohybu,
- potřeba bezpečí: objevuje se v situacích ztráty pocitu životní jistoty, ekonomického selhání, jakéhokoliv nebezpečí, potřeby ekonomického, fyzického a sociálního bezpečí,
- potřeby sociální: vystupují v situaci osamělosti a projevují se jako snaha být milován a patřit do nějaké sociální skupiny, potřeba informovanosti, skupinové sounáležitosti, lásky a potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut,
- potřeba uznání a sebeúcty: vznikají v situaci ztráty respektu, kompetencí, důvěry a projevují se snahou získat ztracené sociální hodnoty,
- potřeba sebeaktualizace: projevuje se jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, nalézt smysl svého života (JAROŠOVÁ, 2006).

„Za Maslowův přínos lze považovat především odkazy na existenci tzv. metapotřeb. K vyšším potřebám řadí Maslow potřeby růstu, které vysvětlují různé specifické tendence seberealizující se osoby. Systém těchto rozvojově nejvyšších potřeb se vyjadřuje pojmem sebeaktualizace či sebeuskutečnění a znamená touhu člověka po zdokonalování a osobním růstu“ (KOZIEROVÁ; ERBOVÁ; OLIVOEROVÁ, 1996, s. 68).

Ve stáří se mění hodnotová orientace potřeb. Dochází ke větší fixaci na rodinu a senior potřebuje neustálé potvrzování především potřeb lásky a sounáležitosti existence citového vztahu a své pozice v rodině. Z psychologických potřeb nejsou dobře saturovány potřeby komunikace, staří lidé se cítí více osamoceni. Potřeby fyziologické se s přibývajícím věkem zvýrazňují. Senioři se dožadují tepla a pohody, ale je oslabeno jejich uvědomování si potřeby hydratace. Senioři se celkově cítí více ohroženi např. onemocněním, ovdověním, smiřují se s určitou mírou závislosti na jiných lidech - do popředí vstupuje potřeba podpory a bezpečí. Tato potřeba může být saturována funkční rodinou případně pečovatelkou nebo jiným člověkem, který je ve významné roli v životě starého člověka. Péče o seniora musí být zaměřena především na uspokojování jeho potřeb a řešení jeho problémů. Kritériem posuzování kvality poskytované péče musí být sám senior, jeho spokojenost a prospěch (VÁGNEROVÁ, 2000).

### 3 GERIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Současné moderní ošetřovatelství je založeno na holistickém přístupu člověka ve zdraví a nemoci. Je charakterizováno svým komplexním přístupem k člověku ve čtyřech základních oblastech. Podpora zdraví - uchovat a zlepšovat podpory zdraví. Zachování zdraví - ošetřovatelské činnosti pomáhající udržet zdravotní stav. Navrácení zdraví - pomáhat a překonávat zdravotní problémy a nemoc. Péče o umírající - laskavý doprovod v umírání (KOZIEROVÁ; ERBOVÁ; OLIVOEROVÁ, 1996).

#### 3.1 Historie péče o starého člověka

Péče o starou populaci se průběhu času měnily a úroveň poskytované péče vypovídala o dané kultuře. V dobách míru se péče rozvíjela více než v dobách válečných. V minulosti připadala starost o staré, hlavně nemohoucí, zejména rodině. V dobách raného středověku vznikaly první církevní instituce zabývající se pomocí starým lidem - gerontotrofium a chudým - ptochotrofium. Postupně byly zakládány chudobince a starobince, klášterní městské ošetřovatelské domy, které se v průběhu dějin proměnily na domovy důchodců známého typu. Již ve 14. a 15. století vznikaly na území pozdější Jugoslávie domovy pro staré lidi a v Nizozemí specifické objekty hofies s malými pokojíčky pro staré lidi. V Anglii vychází roku 1504 snad první zákon, který se pokoušel řešit problémy starých lidí. Následně pak bylo vydáno první chudinské právo, které deklarovalo vybírání poplatku na podporu starých lidí.

Podobný vývoj prodělal systém péče o seniory i v dalších zemích Evropy. Kromě chudobinců a starobinců vznikaly pro situované občany penziony pro staré pány a dámy či jejich obdoby. To byla předvěst systematické péče o seniory, která se začala intenzivně rozvíjet ve 20. století, kdy zejména po 2. světové válce vznikaly systémy sociální péče a v jejich rámci domovy pro seniory a další specializované péče (HAŠKOVCOVÁ, 2002).

### 3.2 Vývoj péče v České republice

Přibližně ve 12. století vznikaly špitály provozované církevními řády. Plnily funkci spíše sociální než léčebnou. V 15. a 16. století vznikají obecní ústavy pro zchudlé a staré občany na území Prahy.

V 17. století jsou na našem území zakládány klasické nemocnice. S rozvojem medicíny začíná postupně převládat léčebná složka, mizí jejich azylový charakter a staří lidé jsou pak po staletí umisťováni do starobinců a chudobinců.

Velký rozvoj nastal během první republiky. Začala vznikat nová zařízení pro staré lidi. Kromě institucionální a státní péče poskytovaly pomoc starým lidem různé dobročinné organizace a církve. Péče byla následně rozdělena na zdravotní a sociální.

V roce 1929 byla v Praze založena R. Eislem první specializovaná instituce pro seniory na světě – Klinika nemocí a stáří, která měla velký význam pro rozvoj specializované zdravotní péče pro seniory.

Po druhé světové válce dochází k masivnímu rozvoji ústavní péče zaměřené především na materiální a sociální zabezpečení. Po roce 1954 jsou stávající domy odpočinku přetransformovány na domovy důchodců. Dochází také k rozvoji pečovatelských služeb pro osamělé seniory. Budují se domy s pečovatelskou službou. V sedmdesátých letech vznikají první léčebny dlouhodobě nemocných, jejichž patientské centrum tvoří převážně staří lidé.

Od osmdesátých let jsou pak provozovány specializované geriatrické ordinace a oddělení. Se změnou politické situace po roce 1989 a vlivem iniciativ nestátních subjektů vznikají nové instituce a služby určené seniorům - domácí ošetrovatelská péče a první hospicové zařízení.

#### **Další významné světové i místní události:**

1997 - Evropská charta pacientů seniorů

1999 - Světový rok starších lidí - Mezinárodní rok seniorů

1999 - Montrealská deklarace

### **Významné dokumenty:**

Zdraví pro všechny do roku 2000

Stárnout zdravě v Evropě

Stárnout zdravě ČR

(HAŠKOVCOVÁ, 2002)

### **3.3 Zaměření geriatrického ošetřovatelství**

„Cílem jakékoliv geriatrické ošetřovatelské péče je zajistit všestrannou, vysoce odborně erudovanou a lidsky kultivovanou péči o staré nemocné“ (JEDLIČKA et. aj., 1991, s. 25).

Cílem geriatrické péče je zvýšit šance starého pacienta uchovat si dobré zdraví včasným rozpoznáním akutních onemocnění a jejich léčbu, monitorováním a léčbou chronických chorob. Dále také uplatňovat primární i sekundární prevenci u seniorů. Dosáhnout co nejvyšší aktivity, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí na které je pacient zvyklý. V neposlední řadě přispívat k udržení kvality života, především v souvislosti se zdravotním stavem seniora (TOPINKOVÁ, 2005).

Sestry poskytují péči seniorům v domácnostech, v nemocnicích, v institucích dlouhodobé a specializované péče, v ordinacích lékařů, v agenturách domácí péče. Zaměření práce sester je různorodé a vychází z potřeb klienta: ošetřovatelka, edukátorka, konzultantka, výzkumnice atd.

Z hlediska ošetřovatelské péče o seniory lze pak činnost rozdělit do dvou oblastí:

- Základní ošetřovatelská péče zaměřená především na udržení a podporu zdraví a na uspokojování základních životních potřeb člověka tj. péče o člověka a jeho prostředí. Bývá prováděna zejména v domácím prostředí starého člověka nebo ve specializovaných institucích - ošetřovatelské domy, léčebny dlouhodobě nemocných. Tato ošetřovatelská péče nemusí být vždy poskytována odborníkem, může být zajišťována také klientem samotným (sebepéče) nebo jeho blízkými osobami, rodinnými příslušníky, pečovatelkou.



- Specializovaná ošetrovatelská péče zahrnuje všechny odborné aktivity sester ošetrojících starého a nemocného člověka. V této oblasti je již role sestry jedinečná a nezastupitelná a ošetrovatelská péče musí být prováděna s vysokou profesionalitou. Jejím cílem je uspokojit potřeby a vyřešit problémy seniora, které se objevily v průběhu jeho onemocnění. Sestra je přitom součástí multidisciplinárního geriatrického týmu, jehož metody práce jsou vzhledem ke zvláštnostem chorob a problémů starých lidí specificky odlišné od odborných aktivit v jiných klinických oborech (JAROŠOVÁ, 2006).

### **3.4 Nejčastější ošetrovatelské problémy a poruchy ve stáří**

Pro stáří jsou charakteristické specifické změny, které se kumulují v čase. Tyto změny zvyšují vnímavost ke vzniku onemocnění, výrazně ovlivňují soběstačnost, kvalitu života a současně patří mezi základní ošetrovatelské problémy seniorů. Geriatrické syndromy a symptomy bývají většinou projevem patologické situace a představují pro seniora problémy, jež se musí řešit. Jsou komplexní povahy (biopsychosociální složky) a po jejich přesném rozpoznání musí následovat příslušná intervence ve prospěch starého člověka. Geriatrické symptomy mohou být specifické související s probíhajícím onemocněním a nespecifické, které nemají kauzální vztah k základnímu onemocnění.

#### **Alzheimerova choroba**

Je jedním z nejzávažnějších problémů starých lidí. Vzhledem k demografickému stárnutí populace její počet stále roste. Alzheimerova choroba je charakterizována globální poruchou intelektu se současnou deteriorací kognitivních funkcí, je progresivní a ireverzibilní. Deficit se projevuje v paměti, v komunikaci, percepci, praktických činnostech, v učení, řešení problémů, v abstraktním myšlení.

## **Delirium**

Je charakterizováno celkovým úpadkem kognitivních funkcí a při včasné intervenci je reverzibilní. Vyvolávající příčinou mohou být těžká somatická onemocnění, léky, onemocnění CNS, psychologické vlivy a vlivy prostředí. Je nejčastější kognitivní poruchou hospitalizovaných seniorů a má souvislost s vyšší mortalitou, prodlužováním hospitalizace, vyšší ošetrovatelskou zátěží. Projevuje se poruchami pozornosti, vigility, orientace, vnímání, myšlení.

## **Deprese**

Je závažná změna nálady, myšlení a chování. Je doprovázena změnami somatickými a vegetativními. U seniorů jsou více vyjádřeny somatické potíže, častěji se vyskytuje u polymorbidity a je zde nebezpečí zvýšené sebevraždy.

## **Smyslové poruchy**

Považujeme spíše za součást normálního stárnutí. Mají negativní vliv na kvalitu života seniora. Stařecká porucha zraku (presbyopie) je způsobena zhoršením elasticity čočky a začíná již přibližně kolem pětáctýřicátého roku věku. Častý výskyt má katarakta. Ve vysokém věku dochází ke zhoršení sluchu (presbyakuze) a ubývá také chuť a čich. Sníženo je vnímání vlastního těla (propriocepce), polohy a pohybu, což zvyšuje náchylnost k pádům.

## **Pády a porucha mobility**

Vede k poklesu funkčních schopností člověka, ohrožuje jeho soběstačnost a zhoršuje kvalitu jeho života. Mobilita je negativně ovlivňována smyslovými poruchami, chorobami pohybového aparátu, kardiopulmonálními a neurologickými chorobami, depresí a vedlejšími účinky léků. Poruchy mobility a rovnováhy zvyšují riziko pádů, které jsou nejčastější příčinou úmrtí osob starších šedesáti pěti let. Opakované pády mohou signalizovat začátek akutní epizody různých nemocí. Pády a relativně nenápadné úrazové děje ve stáří vedou k poranění, nejčastěji zlomeninám, s atypickým klinickým obrazem a komplikovaným průběhem. Závažným stavem vznikajícím jako důsledek omezení pohybu (zpravidla dlouhodobým pobytem na lůžku) je imobilizační syndrom. Staří lidé jsou ohroženi rychlým úbytkem svalové a kostní hmoty, jsou náchylnější ke

vzniku dekubitů. Imobilita může způsobit řadu závažných komplikací např. trombózy a embolie, retence moče, záněty pneumonie, zácpy, psychické změny.

### **Dekubity**

Jsou častou komplikací ve stáří (snížená hybnost, horší překrvení, špatný stav výživy). Riziko jejich vzniku je vyšší u terminálních stavů s celkovým metabolickým rozvratem. Časté jsou také místní příčiny vzniku jako např. nedostatečná hygiena, vlhkost, tlak, které považujeme za důsledek nedostatečné ošetrovatelské péče a prevence.

### **Inkontinence moči**

Za inkontinenci moči se pokládá každý mimovolný únik moči, který způsobuje seniorovi společenské a hygienické problémy. Starý člověk se za tuto poruchu stydí a často ji tají, což může zhoršovat její diagnostiku. Inkontinence je považována za velmi závažnou poruchu ve stáří.

### **Poruchy výživy**

Nejrozšířenější poruchou výživy je obezita způsobena přejídáním, snížením pohybové aktivity, případně psychosociálními faktory. Při obezitě stoupá riziko kloubních a kardiovaskulárních komplikací. Ve vyšším věku dochází často k podvýživě, která je často způsobena psychickými, sociálními a lékovými faktory, sníženou chutí k jídlu nebo poruchou polykání. Podvýživa může být příčinou snížené mobility a únavy.

### **Dehydratace**

Vyskytuje se často ve stáří a její důsledky bývají velmi závažné. Ve stáří je nejčastější příčinou dehydratace snížený pocit žízně, strach z inkontinence při větším přísunu tekutin, poruchy mobility, také psychické příčiny - pocit nepotřebnosti, deprese, sociální nejistota. Důsledky dehydratace se projeví nejčastěji na urologickém, trávicím a kardiopulmonálním systému. Projevuje se změnami fyzického stavu, změnou psychického stavu, bolestí hlavy, únavou, nestabilitou až pády.

## **Poruchy spánku**

Zpravidla se jedná o insomnii. Může vzniknout jako fyziologická změna projevu stárnutí nebo doprovází onemocnění. Poruchy spánku mají negativní dopad na denní aktivity seniora. V léčbě nespavosti je nutné pátrat po možné příčině, využívat nefarmakologické způsoby řešení spánkových poruch.

## **Bolest**

Nejčastějšími příčinami chronické bolesti ve stáří je onemocnění pohybového aparátu - osteoartróza, degenerativní změny páteře. Chronická bolest může vést k vážným emočním změnám - úzkost, deprese, sociální izolace, často se přidružují poruchy spánku, dyspeptické potíže. Ve stáří obecně stoupá tolerance bolesti s výjimkou bolestivosti kloubů, kde se nemění. Při hodnocení bolesti je třeba zachovávat holistický přístup a hodnotit všechny vlivy (somatické, psychické a sociální) (JAROŠOVÁ, 2006).

## 4 HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Geriatrické vyšetření, je komplexní zhodnocení zdravotního stavu geriatrického pacienta doplněné o posouzení soběstačnosti a zhodnocení psychických funkcí. Součástí geriatrického hodnocení je aktivní vyhledávání zdravotních rizik a návrh preventivních opatření. S maximálním přínosem pro pacienta. Zaměřuje se na specifické problémy rizikových seniorů, zdůrazňuje se komplexnost zaměřena na funkční stav, kvalitu života a používání standardizovaných testů a škál. Jde o posouzení celkové zdatnosti, soběstačnosti, psychosociální pohody a socioekonomické situace.

### 4.1 Hodnocení zdravotního postižení, soběstačnosti a sebeobsluhy seniora

Pro hodnocení funkčních schopností seniora, u něhož screeningové otázky potvrzují zdravotní postižení, se doporučuje podrobněji zhodnotit rozsah a stupeň postižení, samostatnosti a soběstačnosti za použití standardizovaných testů. U lehčího zdravotního postižení provádíme test instrumentálních činností (test IADL), hodnotíme komplexně celkový i funkční zdravotní stav i schopnost vykonávat konkrétní všední činnosti v prostředí ve kterém pacient žije - viz Příloha C. V případě těžšího postižení test základních všedních činností podle Barthelové (test ADL), který zahrnuje zhodnocení schopnosti provádět šest běžných činností spojených se sebeobsluhou a mobilitou podle Barthelové - viz příloha B.

V obou testech se hodnotí samostatnost provedení jednotlivých činností, popř. potřeba dopomoci. Celkové skóre pak slouží ke zhodnocení závažnosti postižení a potřeby pomoci a péče, v některých zemích i pro účely poskytování finančního příspěvku pro bezmocnost a indikování ústavní péče. Oba uvedené testy patří mezi standardizované a validní nástroje a jsou to nejčastěji používané testy v Evropě i USA (TOPINKOVÁ, 2005).

## **4.2 Hodnocení kognitivních funkcí seniora**

Krátká škála mentálního stavu (MMSE) je nejpoužívanější test pro hodnocení kognitivních funkcí starších osob. Test umožňuje zhodnocení v orientaci, okamžité paměti a vybavnosti, pozornosti, řeči, rozpoznání, zacházení s předměty a zrakově prostorové schopnosti - viz Příloha D.

Test obsahuje 30 otázek a činností. Tento test je zvláště vhodný pro časně odhalené demenčních poruch (TOPINKOVÁ, 2005).

## **4.3 Hodnocení stavu výživy seniora**

Cílem tohoto testu je identifikovat nemocné s již přítomnou malnutricí nebo s vysokým rizikem jeho vzniku. Test zahrnuje čtyři okruhy otázek a měření: antropometrické měření, celkové hodnocení, dotazy na dietní návyky a vlastní hodnocení stavu výživy.

U tohoto testu byla také ověřena zkrácená verze, která zahrnuje pouze šest otázek z původních osmnácti. Doporučuje se dvoustupňové zhodnocení stavu nutriční a to nejdříve použít zkrácenou verzi a v případě patologie použít kompletní test hodnocení stavu výživy - viz Příloha E (TOPINKOVÁ, 2005).

## **4.4 Hodnocení bolesti u seniora**

Pomocí tohoto testu zjišťujeme intenzitu bolesti, na stupnici od nuly po desítku nám pacient označí intenzitu prožívané bolesti. Přičemž na jedné straně je žádná/minimální bolest a na druhém konci úsečky je maximální/nesnesitelná bolest - viz Příloha F.

U nemocných afatických či demenčních, kteří nejsou schopni své pocity popsat, používáme škálu obličejů pro měření bolesti, původně určená dětem - viz Příloha F (TOPINKOVÁ, 2005).

## **4.5 Hodnocení rizika vzniku dekubitů**

Hodnocením testu se zjistí, zda je pacient bez rizika, s nízkým, středním, vysokým nebo velmi vysokým rizikem vzniku dekubitů. Na základě zjištěného stupně rizika je potom nutné zvolit vhodnou kombinaci preventivních opatření s nezbytnými ošetrovatelskými technikami - viz Příloha G.

U dlouhodobé péče (Léčebny dlouhodobě nemocných) - základní hodnocení se provádí při příjmu pacienta, opakuje se 1x týdně během 1. měsíce hospitalizace, dále měsíčně nebo čtvrtletně a také vždy, když dojde ke změně stavu pacienta (TOPINKOVÁ, 2005).

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY V LÉČEBNĚ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

V praktické části jsem rozpracovala ošetrovatelský proces u geriatrické pacientky ve věku 76 let, která byla přijata na naše oddělení k doléčení a mobilizaci po třech operacích páteře.

### 5.1 Identifikační údaje

Žena ve věku 76 let po operaci 9.10.2009 v Ústřední vojenské nemocnici - dekomprese a laminektomie TH11-L4 pro epidurální absces, 19.10.2009 seropurulentní sekrece z rány s následnou dehiscencí v rozsahu pooperační jizvy, 21.10.2009 revize rány, proplach, drenáž. Mikromol. nález pseudomonas dle citlivosti ATB - nyní Xorimax 6 den.

27.10.2009 revize operační rány, stěr již sterilní, odstraněn drén. Sacralní decubit vyhojen. Vzhledem k poruše topení pacientka propuštěna a přeložena k doléčení.

Na naše oddělení léčebny dlouhodobě nemocných, byla přijata 5.11.2009 k doléčení a rehabilitaci nejdříve pomocí rehabilitačního chodítka, následně francouzských holí až do úplné samostatnosti. Byla propuštěna do domácího léčení 21.12.2009.

Rehabilitační plán:

- polohování, dechová cvičení,
- masáž na lůžku,
- mobilizace pasivní DK na uvolnění blokády Si-kloubu,
- po odeznění bolesti mobilizace pacientky v chodítku a francouzských holích.



## 5.2 Anamnéza

RA:

- otec zemřel v 94 letech po GIT krvácení, byl celkem zdravý, matka zemřela v 81 letech po infarktu, měla ICHS, sourozence nemá,
- vdova 13 let, 2 synové, dcera před 6-ti lety zemřela, nádorové onemocnění.

OA:

- bývala zdravá, operace Ca mammy s následnou chemoterapií, od té doby pravidelně sledována, nyní 1x ročně,
- operace karpálního tunelu oboustranně ve Vysokém nad Jizerou v roce 2003,
- sledovaná pro glaukom v Krči, kape Xalatan a Carteol.

Alergie: na jod a náplast.

GA: porody 1957, 1964, 1965, přechod v souvislosti s léčbou cytostatiky.

AA: jod, náplast.

SPA: Matematicka, pracovala na Mat-fyz. fakultě, nyní v důchodu žije sama.

Abusus: nekouří.

## 5.3 Stav při příjmu

Celkový stav: při vědomí, komunikuje, orientována, spolupracuje, klidově eupnoe, bez ikteru a cyanózy, afebrilní. Hydratace v normě.

Hlava: oční bulvy ve středním postavení, bez nystagmu, spojivky překrvené, zornice izokorické, kape Xalatan a Carteol pro glaukom. Výstupy trigeminu nebolestivé, inervace n. VII. souměrná, rty suché jazyk plazí ve střední čáře, nepovlékly, hrdlo klidné. Uši a nos bez sekrece.

Krk: šíje volně pohyblivá, náplň krčních žil nezvětšena, karotidy tepou symetricky, bez šelestu. Štítná žláza, uzliny nehmatné.

Hrudník: na zádech jizva po operaci, okolí klidné. Jizva po ablaci mammy vlevo zhojená, srdce pokleповě nezvětšeno, akce srdeční pravidelná, ozvy oslabené čisté. Dýchání čisté sklípkové, bez vedlejších fenoménů.

Břicho: hematomy po aplikaci fraxiparinu, poklep bubínkový, palpačně měkké, nebolestivé, peristaltika +. Játra 4 pod oblouk, slezina nehmatná.

HK: bez otoků a zánětlivých změn.

DK: bez otoků a zánětlivých změn, bez varixů.

Per rectum: nevyšetřeno.

TK: 103/60 mmHg vleže, TF: 74/min., TT: 37,2 st..

## **5.4 Příjmové diagnózy**

- onemocnění meziobratlových plotének,
- arteriální hypertenze,
- hyperlipidemie, NS,
- zhoubný novotvar - prs, NS,
- alergie na jiné léky, léčiva, návykové a biologické látky v osobní anamnéze.

## **5.5 Medikace**

- Betaloc 200 mg tbl. (antihypertenzivum) ½ -0-0,
- Buronil 25 mg tbl. (neuroleptikum) 1-0-1,
- Anopyrin 100 mg tbl. (antitrombotikum) 0-1-0,
- Torvacard 20 mg tbl. (hypolipidemikum) 1-0-0,
- Novalgin tbl. (analgetikum) 0-0-1, nebo dle potřeby,
- Fraxiparine 0,4 ml inj. (antikoagulans) 1x za 24 hod. do 3.12.,
- Xorimax 500mg.tbl. po 12 hodinách do 19.11.,
- Smecta (diosmectitum) 1-1-1,
- Hypnogen tbl. 10mg. ½ ve 21. hod,
- Kapky do očí Xalatan gtts. večer 1 kapka do obou očí,
- Corteol 2% gtts. ráno 1 kapka do obou očí.

## 5.6 Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

Vědomí: jasné, Glasgow Coma Scale 15.

Orientace: orientována osobou, prostředím i časem.

Celkový vzhled: upravený.

Výška: 188 cm, váha - 80 kg, BMI - 25.

Dýchání: eupnoe - pravidelné s frekvencí 16 dechů za minutu, bez stridoru.

Puls: pravidelný, dobře hmatný, 74 tepů za minutu.

Tlak krevní: 103/60 mm Hg.

Tělesná teplota: 37,2°C.

Dutina nosní: bez sekrece.

Dutina ústní: rty suché, jazyk nepovlékly, chrup zdravý, bez zápachu z úst.

Řeč: plynulá.

Sluch: dobrý.

Zrak: glaukom, kape Xalatan a Corteol.

Kůže: na zádech jizva po operaci okolí rány klidné, hematomy po aplikaci fraxiparinu, jizva po ablaci mammy vlevo zhojená.

Poloha: aktivní.

Chůze: pomocí rehabilitačního chodítka a francouzských holí.

Postoj: vzpřímený.

Rozsah pohybu kloubů: neomezen.

Kompenzační pomůcky: rehabilitační chodítko a francouzské hole.

Chybění části těla: ne.

## **5.7 Ošetřovatelská anamnéza dle M. Gordonové**

Ošetřovatelský proces jsem rozpracovala dle Marjory Gordonové. Marjory Gordon stanovila základní strukturu modelu pomocí 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdraví - zdravotního stavu člověka, podle nich sestra získává potřebné informace.

### **5.7.1 Podpora zdraví**

Pacientka podle svých slov bývala zdravá. Operace Ca mammy s následnou chemoterapií, od té doby sledována. Operace karpálních tunelů oboustranně. Léčí se pro glaukom očí, pravidelně sledována třikrát ročně. Během posledního měsíce prodělala tři operace za sebou během 11 dnů, myslí si, že má trochu porušené vědomí kvůli narkózám.

Před posledními operacemi pravidelně navštěvovala lékaře a pro udržení svojí kondice pravidelně chodila na procházky a pro udržení paměti počítala matematické příklady.

### **5.7.2 Výživa**

Pacientka má předepsanou dietu č. 3 ale podle jejích slov jí jídlo zde připravované vůbec nechutná, je zde moc tučné a mastné. Syn jí pravidelně přináší domácí stravu a ovocné šťávy. Denně vypije 2 - 3 litry tekutin. Vlasy a nehty má upravené. Na břicho má hematomy po aplikaci fraxiparinu.

### **5.7.3 Vylučování a výměna**

Po operacích a následné antibiotické léčbě trpí pacientka nepříjemnými průjmy.

Močení je v pořádku, pacientka měla zavedený močový katétr, po zrušení cévky pacientka žádné potíže s močením neudávala, jen pár dnů na noc jsme jí dávali plenkové kalhotky jako prevenci.

#### **5.7.4 Aktivita a odpočinek**

Pacientka se po přetrvávajících průjmech cítí trochu slabá. Pravidelně dvakrát denně s rehabilitační sestrou cvičí, nacvičují chůzi v rehabilitačním chodítku a o francouzských holích. Její aktivita se postupně zlepšuje a stává se více samostatná ve všech činnostech a potřebuje méně pomoci. Udává mírné potíže se spánkem, ale to prý je v nemocnicích běžné. Večer je jí podávána ½ Hypnogenu. Během volné chvíle v nemocnici pacientka nedělá nic, udává, že je to moc dlouhé, jak tráví čas po nemocnicích, ale je ráda z pokroků rehabilitace a už se velmi těší domů.

#### **5.7.5 Vnímání a poznávání**

Pacientka udává bolest v oblasti operační rány VAS - 3. Dle ordinace lékaře jsou podávány analgetika. Se sluchem žádné potíže nemá, se zrakem se pacientka léčí pro glaukom. Před operacemi si pacientka nestihla vyzvednout nové brýle, s těmi současnými hůře vidí. Pacientka si myslí, že během krátkého období, kdy prodělala tři narkózy, má narušené vědomí, ale to se prý časem spraví. Je orientovaná osobou, časem, místem a s učením potíže neudává. Podle jejích slov je málo informovaná o délce hospitalizace a o tom jak bude pokračovat její rehabilitace.

#### **5.7.6 Vnímání sebe sama**

Sama sebe pacientka označuje za flegmatika. Pacientka má občasné pocity úzkosti, nechce totiž zůstat synovi na obtíž, ale zase jí těší pokroky v rehabilitaci.

#### **5.7.7 Vztahy**

Pacientka bydlí sama v bytě, má dva syny. Jeden jí často navštěvuje, druhý bydlí v USA, za kterým pacientka pravidelně 4x ročně jezdí. Žádné rodinné problémy neudává.

#### **5.7.8 Sexualita**

Pacientka prodělala tři fyziologické porody. Svůj sexuální život považuje za přiměřený svému věku.

### **5.7.9 Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu**

Stresové situace pacientka podle svých slov zvládá dobře, pokud se necítí dobře a má nějaké problémy, obrací se na rodinu. Uvolní se doma při poslechu oblíbené hudby nebo při čtení knih, udává, že už se velmi těší domů, je to už prý dlouhé.

### **5.7.10 Životní principy**

Víra byla pro ni vždy nevýznamná. Snaží se žít především pro svou rodinu. V současné době se pro ni prioritou stalo zdraví.

### **5.7.11 Bezpečnost - ochrana**

Pacientka leží na čtyřlůžkovém pokoji v bezprostřední blízkosti sesterny. Při přijetí byla edukována o signalizačním zařízení, které má na ruce a byla seznámena s jeho používáním. Pro riziko pádu jí bylo doporučeno, vždy když bude chtít vstávat z lůžka na toaletu, ať si zavolá sestru.

### **5.7.12 Růst a vývoj**

V této oblasti jsem nezaznamenala odchylky.

## **5.8 Aktuální ošetrovatelské diagnózy:**

- bolest akutní z důvodu operačního zákroku projevující se bolestivými stahy okolo páteře na stupnici 3,
- kožní integrita porušená z důvodu aplikace fraxiparinu projevující se hematomy na břiše,
- neznalost z důvodu nedostatku informací o léčbě projevující se žádostí o získání informací o délce hospitalizace a rehabilitaci,
- péče o sebe sama částečně nedostatečná z důvodu snížené pohyblivosti po operaci páteře projevující se částečnou nutností dopomoci při hygieně v koupelně,
- pohyblivost porušená z důvodu operace projevující se omezeným rozsahem pohybu a používáním kompenzačních pomůcek jako je rehabilitační chodítko a francouzské hole,
- průjem z důvodu nevhodné stravy projevující se zvýšenou frekvencí vyprazdňování stolice a slabostí,
- spánek porušený z důvodu změny prostředí projevující se přerušovaným spánkem,
- úzkost mírná z důvodu změny zdravotního stavu projevující se vyjadřováním obav o zvládnutí své soběstačnosti.

## **5.9 Potencionální ošetrovatelské diagnózy:**

- poranění zvýšené riziko z důvodu chůze v rehabilitačním chodítku a francouzských holích,
- infekce riziko vzniku ze zavedeného močového katétru.

*Pohyblivost porušená z důvodu operace projevující se omezeným rozsahem pohybu a používáním kompenzačních pomůcek jako je rehabilitační chodítko a francouzské hole.*

*Cíl: pacientka udržuje správnou polohu těla v poloze v leže, v sedě i v chůzi, má správné držení těla a je plně soběstačná v používání kompenzačních pomůcek do odchodu domácího léčení.*

*Priorita: střední.*

*Výsledná kritéria:*

- pacientka má kompenzační pomůcky vedle lůžka do 12 hodin,
- pacientka má zajištěný rehabilitační plán do 1 dne,
- pacientka se podílí na činnostech, které zvyšují její schopnost vykonávat denní aktivity do 1 dne.

*Plán intervencí:*

- zajisti kompenzační pomůcky - primární sestra,
- zajisti rehabilitační pracovníci - primární sestra,
- pravidelně cvič s pacientkou - rehabilitační sestra,
- dbej na bezpečnost včetně úpravy prostředí a prevenci pádu - všeobecná sestra ve službě,
- dbej na dostatek stravy a tekutin - všeobecná sestra ve službě,
- vysvětlí faktory, které namáhají páteř - rehabilitační sestra,
- vysvětlí jak se správně posazovat na lůžku, vstávat z lůžka a přesun do křesla - rehabilitační sestra,
- vysvětlí správnou techniku používání kompenzačních pomůcek - rehabilitační sestra.

*Realizace 5.11.2009:*

- 12:00 hod. rozhovor s pacientkou o nutnosti kompenzačních pomůcek,
- 13:00 hod. přichází na pokoj k pacientce rehabilitační sestra s kompenzačními pomůckami,



- 13:00 - 14:00 hod. rozhovor rehabilitační sestry s pacientkou o rehabilitačním plánu, správné technice používání pomůcek, správném posazování a dlouhodobém cílu ve kterém by pacientka měla být plně soběstačná.

*Zhodnocení:* po dobu hospitalizace se pacientka plně naučila používat kompenzační pomůcky, její pohyblivost se postupně stávala méně závislá na okolí a 21.12.2009 mohla být propuštěna do domácího léčení.

*Průjem z důvodu nevhodné stravy projevující se zvýšenou frekvencí vyprazdňování stolice a slabostí.*

*Cíl:* pacientka má pravidelnou formovanou stolicí do 1 týdne.

*Priorita:* střední.

*Výsledná kritéria:*

- pacientka má sníženou frekvenci a zlepšení konzistence stolice do 1 týdne,
- pacientka má zajištěnou farmakologickou léčbu do 1 hodiny,
- pacientka má zajištěnou vhodnou stravu do 1 dne.

*Plán intervencí:*

- zhodnot' příčiny vzniku průjmu a dobu trvání - primární sestra,
- zajisti konzultaci s lékařem nebo dietní sestrou - primární sestra,
- sleduj barvu, zápach, konzistenci, množství a četnost vyprazdňování stolice a zaznamenávej do dokumentace -všeobecná sestra ve službě,
- podávej farmakologickou léčbu dle ordinace lékaře - všeobecná sestra ve službě,
- sleduj příjem a výdej tekutin - všeobecná sestra ve službě,
- zajisti pacientce soukromí při defekaci - všeobecná sestra ve službě,
- pečuj o kůži v této oblasti po každé defekaci a aplikuj masti - všeobecná sestra ve službě,
- udržuj snadný přístup na toaletu - sestra ve službě.

*Realizace 7.11.2009:*

- 8:00 hod. při ranní hygieně pacientka udává, že trpí průjmovitými stolicemi, frekvence stolic je asi 5x za den,
- 8:30 hod. vizita s lékařem, předepisuje pacientce novou farmakologickou léčbu,
- 8:45 hod. podání terapie na základě ordinace lékaře.

*Realizace 7.11.2009 - 1.12.2009:*

- 8:00 hod. podání terapie na základě ordinace lékaře,
- 9:00 - 11:00 hod. udržuji snadný přístup na toaletu, po každé defekaci aplikuji masti, sleduji množství a četnost stolice. Pacientka udává, že postupně dochází ke snižování frekvence stolice, má i větší chuť k jídlu a cítí se o hodně lépe,
- 12:00 hod. podání terapie na základě ordinace lékaře,
- 17:00 hod. podání terapie na základě ordinace lékaře.

*Zhodnocení:* pacientka udává, že po týdnu už nemá průjmovité stolice. Cítí se lépe a má větší chuť jíst.

*Neznalost z důvodu nedostatku informací o léčbě projevující se žádostí o získání informací o délce hospitalizace a rehabilitaci.*

*Cíl:* pacientka má dostatek informací do 3 dnů.

*Priorita:* střední.

*Výsledná kritéria:*

- pacientka je informovaná do 1 dne,
- pacientka zná svůj rehabilitační program do 1 dne,
- pacientka chápe stav nemoci a léčbu do 3 dnů.

*Plán intervencí:*

- zajisti rehabilitační sestru a rozhovor se lékařem - primární sestra,
- zjisti úroveň znalostí pacientky - primární sestra,
- poskytni informace po malých částech - lékař/rehabilitační sestra,
- udržuj oční kontakt během podávání informací - lékař/rehabilitační sestra,
- poskytni časový prostor na otázky - lékař/rehabilitační sestra,
- podávej informace postupně a opakuj provádění jednotlivých cviků - lékař/rehabilitační sestra.

*Realizace 12.11.2009*

- 8:00 hod. rozhovor s lékařem o délce hospitalizace,
- 10:30 hod. při rehabilitačním cvičení vysvětluje rehabilitační sestra dlouhodobý plán cvičení,
- 14:30 hod. rehabilitační sestra dává prostor pacientce na otázky spojené s rehabilitací a vše znovu a srozumitelně vysvětluje,
- 16:00 hod. lékař při odpolední vizitě dává prostor na otázky a upřesňuje nesrozumitelné věci,
- 17:00 hod. primární sestra zjišťuje, že pacientka je informována, ale žádá o každé změně informovat.

*Zhodnocení:* cíl splněn, pacientka je informována.

*Péče o sebe sama částečně nedostatečná z důvodu snížené pohyblivosti po operaci páteře projevující se částečnou nutností dopomoci při hygieně v koupelně.*

*Cíl:* pacientka je schopna provádět hygienu samostatně do odchodu do domácího léčení.

*Priorita:* střední.

*Výsledná kritéria:*

- pacientka provádí optimálně hygienu s pomocí sestry dle očekávání do 1 hodiny,
- pacientka má pocit pohodlí a spokojenost z čistoty každý den,
- pacientka dokáže popsat problémy, které má v souvislosti s hygienou do 1 hodiny,
- pacientka je postupně schopna sama sebepéče při hygieně do 4 týdnů.

*Plán intervencí:*

- zjistí stupeň soběstačnosti při provádění jednotlivých úkonů - primární sestra,
- určí silné a slabé stránky pacientky - primární sestra,
- zajistí potřebné pomůcky - všeobecná sestra ve službě,
- zajistí soukromí pacientky - všeobecná sestra ve službě,
- povzbuzuj pacientku k soběstačnosti - všeobecná sestra ve službě,
- zajistí bezpečné prostředí koupelny - všeobecná sestra ve službě,
- dohlížej a pomáhej pacientce při hygieně - všeobecná sestra ve službě,
- podávej jednoduché a stručné instrukce - všeobecná sestra ve službě.

*Realizace 5.11.2009 - 5.12.2009:*

- 7:00 - 8:00 hod. příprava pomůcek při ranní hygieně a dopomoc,
- 19:00 - 20:00 hod. příprava pomůcek při večerní hygieně a dopomoc.

*Zhodnocení:* každé ráno a večer sestra ve službě pomáhala pacientce při hygieně. Během 4 týdnů pacientka potřebovala méně pomoci, jen při umývání zad a sušení, cíl splněn.

*Bolest akutní z důvodu operačního zákroku projevující se bolestivými stahy okolo páteře na stupnici 3.*

*Cíl: zmírnění bolesti a dodržování farmakologického režimu do 1 hodiny.*

*Priorita: střední.*

*Výsledná kritéria:*

- pacientce aplikujeme lék proti bolesti do 5 min,
- pacientka pociťuje zmírnění bolesti do 30 min,
- pacientce ukážeme úlevovou polohu do 15 min,
- pacientka nemá bolest do 1 hodiny.

*Plán intervencí:*

- posuď příčiny bolesti - primární sestra,
- proved' důkladné posouzení bolesti - všeobecná sestra ve službě,
- pečuj o klidné prostředí a pohodlí pacientky - všeobecná sestra ve službě,
- sleduj neverbální projevy bolesti - všeobecná sestra ve službě,
- posiluj vlastní aktivitu a iniciativu pacientky v boji proti bolesti - všeobecná sestra ve službě,
- podávej analgetika dle ordinace lékaře, 3xdenně a nebo dle potřeby - všeobecná sestra ve službě,
- pomoci stupně stupnice 0 - 10 zjišťuj jakou bolest pacientka zrovna má - všeobecná sestra ve službě,
- pomoz jak zvládat bolest - všeobecná sestra ve službě.

*Realizace 5.11.2009 - 21.12.2009:*

- 15:00 hod jsem při první návštěvě pacientce ukázala úlevovou polohu,
- dle potřeb pacientky jsem podávala lék proti bolesti dle ordinace lékaře,
- při podání analgetik jsem sledovala celkový stav pacientky,
- každý den jsem monitorovala bolest a zlepšování zdravotního stavu pacientky.

*Zhodnocení: po aplikaci Novalginu docházelo u pacientky ke zmírnění bolesti.*

*Kožní integrita porušená z důvodu aplikace fraxiparinu projevující se hematomy na břiše.*

*Cíl:* pacientka má obnovenou kožní integritu na břiše do odchodu do domácího léčení.

*Priorita:* střední.

*Výsledná kritéria:*

- pacientka zná důvody antikoagulační terapie do 10 minut,
- pacientka má po vysazení antikoagulační terapie zlepšenou integritu kůže,
- pacientka při odchodu do domácího léčení je bez hematomů na břiše.

*Plán intervencí:*

- vysvětlí důvody antikoagulační terapie - primární sestra,
- určí velikost poškozené tkáně - primární sestra,
- kontroluj denně kůži, popisuj hematomy a změny - všeobecná sestra ve službě,
- dbej na časnou imobilizaci pacienta - všeobecná sestra ve službě,
- posud' krevní zásoben' - všeobecná sestra ve službě,
- kontroluj po každé aplikaci fraxiparinu stav kůže - všeobecná sestra ve službě,
- postiženou oblast udržuj čistou a suchou - všeobecná sestra ve službě,
- sleduj zlepšení pokožky po vysazení antikoagulační terapie - všeobecná sestra ve službě.

*Realizace 5.11.2009:*

- 18:00 hod. vysvětlila jsem pacientce nutnost antikoagulační terapie, po aplikaci fraxiparinu jsem sledovala stav pokožky.

*Realizace 6.1.2009 - 3.12.2009:*

- 18:00 hod. aplikace fraxiparinu, sledování stavu pokožky, aplikace mastí hodinu po podání antikoagulační terapie.

*Realizace 4.12.2009 - 21.12.2009:*

- 8:00 hod. po ranní hygieně aplikace mastí na zmírnění hematomu.

*Zhodnocení:* cíl splněn, pacientka při odchodu domu je bez hematomů na břiše.

*Spánek porušený z důvodu změny prostředí projevující se přerušovaným spánkem.*

*Cíl:* pacientka má pravidelný spánek do 2 týdnů.

*Priorita:* střední.

*Výsledná kritéria:*

- pacientka pravidelně usíná do 30 minut po uložení do lůžka do 1 týdne,
- pacientka spí nejméně 6 hodin bez problémů do 1 týdne,
- pacientka zná relaxační techniky, které navozují spánek do 1 dne,
- pacientka je schopna popsat faktory, které brání spánku nebo zkracují spánek do 1 hodiny.

*Plán intervencí:*

- zajisti klidné prostředí před spánkem - všeobecná sestra ve službě,
- zhodnot' normální způsob pacientova spánku - primární sestra,
- zjisti přítomnost vnitřních a vnějších faktorů, které brání spokojenému spánku - primární sestra,
- udržuj rovnováhu mezi aktivitou a odpočinkem - všeobecná sestra ve službě,
- sniž množství rušivých elementů z okolí - všeobecná sestra ve službě,
- udržuj čisté a pohodlné lůžko - všeobecná sestra ve službě,
- podávej medikace dle lékaře - všeobecná sestra ve službě,
- sleduj a zaznamenávej reakci na podanou medikaci - všeobecná sestra ve službě.

*Realizace 6.12.2009 - 20.12.2009:*

- 8:00 hod. rozhovor s pacientkou, pacientka nespala dobře, usnula až 12:30, ráno byla probuzena v 5:30,
- 9:00 hod. edukování pacientky o relaxačních technikách,
- 21:00 hod. podání hypnogenu, vyvětrání pokoje, ustlání lůžka,
- 23:00 hod. sledování účinků léku.

*Zhodnocení:* cíl částečně splněn, pacientka zná relaxační techniky, každý večer dostává ½ hypnogenu, ale stejně spí nepravidelně, udává, že se těší domu a spánek prý bude lepší.



*Úzkost mírná z důvodu změny zdravotního stavu projevující se vyjadřováním obav o zvládnání své soběstačnosti*

*Cíl: pacientka má zvýšené sebehodnocení díky zlepšení své soběstačnosti do 2 měsíců.*

*Priorita: střední.*

*Výsledná kritéria:*

- pacientka udává zvýšení svého sebevědomí do 1 měsíce,
- pacientka prožívá pocity spojené se zmírněním úzkosti do 14 dnů,
- pacientka má zajištěný rehabilitační plán na zlepšení soběstačnosti do 1 dne.

*Plán intervencí:*

- urči intenzitu úzkosti - primární sestra,
- zajisti rehabilitační pracovníci - primární sestra,
- dávej najevo empatické pochopení - primární sestra,
- pravidelně cvič s pacientkou - rehabilitační sestra,
- povzbuzuj pacientku v aktivitách vedoucích ke změně soběstačnosti - všeobecná sestra ve službě,
- podporuj pacientku - všeobecná sestra ve službě,
- nauč pacientku chápat, že mírná úzkost je normální součást života - všeobecná sestra ve službě,
- umožni navrácení pocitu jistoty a bezpečí - všeobecná sestra ve službě.

*Realizace 6.12.2009:*

- 8:00 hod. rozhovor pacientky s rehabilitační sestrou, vysvětlení rehabilitace,
- 10:00 hod. cvičení s pacientkou,
- 15:00 hod. cvičení s pacientkou.

*Realizace 7.11.2009 - 21.12.2009:*

- 10:00 hod. cvičení s pacientkou,
- 15:00 hod. cvičení s pacientkou.

*Zhodnocení: pacientka se postupně stávala více soběstačná a tím se tedy snižovala její úzkost a zvyšovalo se sebevědomí a radost z brzkého návratu domu.*

## CELKOVÉ ZHODNOCENÍ

Pacientka na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných byla přijata 5.11.2009 a propuštěna 21.12.2009 do domácího léčení. Hlavním důvodem přijetí bylo doléčení a rehabilitace. Rehabilitace začínala polohováním, masážemi na lůžku a mobilizace pasivní dolní končetiny na uvolnění Si-kloubu. Pacientka trpěla bolestmi páteře, ale po odeznění bolestí, které ustoupily po aplikaci analgetik mohla rehabilitace pokračovat pomocí rehabilitačního chodítka a francouzských holí. Pokroky z rehabilitace pacientku velmi těšily. Sama vyhledávala rehabilitační cvičení, byla velmi aktivní a večer vždy žádala sestry o chvilku času, aby se s ní prošly.

Velkým problémem byly pro pacientku průjmy. Cítila se slabá a jídlo připravované v léčebně jí nechutnalo, zdálo se jí tučné a mastné. Pacientce byly předepsány léky na zlepšení konzistence stolice. Syn jí pravidelně nosil domácí stravu a ovocné šťávy po konzultaci s lékařem. Po léčbě a domácí stravě došlo ke snížení frekvence stolice, pacientka měla větší chuť k jídlu, cítila se lépe a měla více energie. Nakonec jí zachutnalo jídlo v léčebně.

U prvního pohovoru s pacientkou jsem se dozvěděla, že je málo informována o délce hospitalizace a o rehabilitaci. Zajistila jsem rozhovor s lékařem a rehabilitační sestrou. Pacientka se vše dověděla a hned se aktivně zapojila do rehabilitace.

Díky úsilí, vytrvalosti, snaze a aktivnímu cvičení se pacientka stávala méně závislá na sestřích při ranní a večerní hygieně. Před vánoci byla pacientka propuštěna domů. Myslím, že za to mohla hlavně její pevná vůle a touha být co nejdříve doma ve svém prostředí, pobyt v léčebně jí nesvědčil.

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Geriatrického pacienta v léčebnách dlouhodobě nemocných by sestra měla informovat v oblasti výživy. Důležitým faktorem je příjem vlákniny, která zabraňuje vzniku zácpy. U imobilních pacientů sestra zajistí dostatek tekutin. Při problémech s polykáním zajistí kašovitou stravu. Před i po krmení sestra kontroluje dutinu ústní, zda je čistá a bez zbytků potravy. Při poruchách pohyblivosti by sestra měla pacienta motivovat ke zvýšenému úsilí při změně polohy a vysvětlit mu všechny kroky. Pohyb na lůžku pacientovy ulehčují pomocná zařízení. U imobilního pacienta sestra polohuje po dvou hodinách. Před propuštěním do domácího léčení informuje rodinu o existujícím riziku pádu. Při poruchách soběstačnosti přebírá sestra tu část aktivit, které není schopen pacient sám. Sestra by měla pacienta motivovat a podporovat ho trpělivým přístupem. U ležících pacientů sestra pravidelně kontroluje kůži a důkladnou ošetrovatelskou péčí předchází problémům. Pokožka musí být suchá, čistá a nesmí být otlačená. Na zmírnění tlaku sestra musí používat antidekubitární pomůcky. Při vzniku dekubitu sestra musí postižené místo pravidelně ošetřovat. U pacientů, kteří trpí bolestmi, musí sestra plnit nařízení lékaře při podávání analgetik. Pacient pak může plně vykonávat aktivity denního života, či se pohybovat pomocí kompenzačních pomůcek. U geriatrického pacienta je důležitá komunikace. Sestra by měla s pacientem vhodně komunikovat při každém kontaktu, hovořit jasně, zřetelně, udržovat oční kontakt. Povinností sestry je, aby pacient správně porozuměl podávaným informacím.

U hospitalizovaných geriatrických pacientů je důležité, aby sestra zapojila rodinu do řešení problémů a zajistila co nejčastější kontakt s rodinou.

## ZÁVĚR

Pobyt v léčebnách dlouhodobě nemocných se stává stále běžnější součástí života starých lidí. Pro stáří je charakteristické řada zvláštností a specifik, a proto na ně musí být pamatováno při uskutečňování ošetrovatelské péče. Ta by měla být efektivní, kvalitní a měla by respektovat zvláštnosti a specifika potřeb starého člověka. Součástí léčebného procesu je motivace. Jak po stránce fyzické tak i psychické. Fyzická vede ke zlepšení kondice a soběstačnosti. Psychická je důležitá pro navrácení radosti z úspěchů léčby a zlepšování zdravotního stavu. Důležité je u pacientů posilovat důvěru v sebe sama a své schopnosti. V péči o seniory by měla být respektována úcta a důstojnost ke starému člověku.

Cílem mé práce bylo seznámit čtenáře s geriatrickým pacientem a jeho problémy v poskytování ošetrovatelské péče. V teoretické části jsme se dověděli o léčebnách dlouhodobě nemocných, důvodech přijetí a vývoj léčeben. Poukázala jsem na změny spojené se stárnutím, stářím a potřeby seniorů. Zaměření geriatrického ošetrovatelství a poruch ve stáří. Praktická část je zaměřena na řešení konkrétní pacientky hospitalizované v léčebně dlouhodobě nemocných, metodu ošetrovatelského procesu a zaměřila jsem se na problémy související s geriatrickým pacientem.

Práce se seniory v léčebnách dlouhodobě nemocných je v mnohém inspirující a naplňující. Ne všechny momenty zdravotník vnímá jako šťastné, ale pokud chápeme smrt jako součást života a umíme se s tímto faktem vyrovnat, můžeme tuto práci vykonávat. Důležité je pochopení a úcta k lidem.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. DOENGES, M. E; MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. Ivana Suchardová. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 1990. *Fenomén stáří*. Praha : Panorama.1990. ISBN 80-7038-158-2.
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví,2002. ISBN 80-7013-363-5.
4. JAROŠOVÁ, Darja. 2006. *Péče o seniory*. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
5. JEDLIČKA,V. aj. 1991. *Praktická gerontologie*. 2. přeprac. vyd. Brno : IDV PZ, 1991. ISBN 80-7013-109-8.
6. KALVACH, Z. aj. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
7. KALVACH, Zdeňek. 1983. *Zdravotní výchova v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v doléčovacích jednotkách*. Praha : Ústav zdravotní výchovy, 1983.
8. KOZIEROVÁ, B; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R.1995. *Ošetrovatel'stvo : koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax, díl 1*. Z angl. orig. přel. Baška, T. aj. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
9. KOZIEROVÁ, B; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R.1995. *Ošetrovatel'stvo : koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax, díl 2*. Z angl. orig. přel. Baška, T. aj. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada 2002. ISBN 80-247-0179-0.

11. MASTILIÁKOVÁ, Dagmar. 2002. *Úvod do ošetrovatelství : systémový přístup*. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0428-0.
12. MÜHLPACHR, Pavel. 2004. *Gerontopedagogika*. Brno : Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
13. NAKONEČNÝ, Milan. 1997. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha : Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7
14. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3
15. PŘÍHODA, Václav. 1974. *Ontogeneze lidské psychiky: vývoj člověka v druhé polovině života*. Praha : Pedagogické nakladatelství, 1974.
16. ŘÍČAN, Pavel. 2004. *Cesta životem. 2. přeprac. vyd.* Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.
17. STUART-HAMILTON, Ian. 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
18. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatricie pro praxi*. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
19. TRACHTOVÁ, E. aj. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285.
20. UHLÍŘOVÁ, J. 2001. *Zdravotní politika a ekonomika sborník č.2/2001:ekonomická analýza provozu léčeben dlouhodobě nemocných*. Praha : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2001.
21. VÁGNEROVÁ, Marie. 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-308-0.
22. VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha : Grada Publishing ,2007. ISBN. 978-80-247-2187.

## **SEZNAM PŘÍLOH:**

Příloha A - Máslovova hierarchie potřeb	I
Příloha B - Test základních všedních činností podle Barthelové	II
Příloha C - Test instrumentálních všedních činností	III
Příloha D - Krátká škála mentálního stavu	IV
Příloha E - Nottinghamský screeningový systém pro hodn. rizika malnutrice	VI
Příloha F - Vizuální analogová škála bolesti, Škála obličejů pro měření bolesti	VII
Příloha G - Rozšířená stupnice Nortonové	VIII

# PŘÍLOHY

## Příloha A – Máslowova hierarchie potřeb



Zdroj: Topinková, 2005, s132



Příloha B - Test základních všedních činností podle Barthelové

Test základních všedních činností podle Barthelové		
Činnost	Provedení činností	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně více než 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>Celkové skóre (0 až 100):</b>		
Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:		
0-40 bodů	vysoce závislý	
45-60 bodů	závislost středního stupně	
65-95 bodů	lehká závislost	
100 bodů	nezávislý	

Zdroj: Topinková, 2005, s214

## Příloha C - Test instrumentálních všedních činností

Test instrumentálních všedních činností		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže použít telefon	0
2. transport	samostatně cestuje dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	0
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem nebo radou druhé osoby	5
	neschopen bez podstatné pomoci	0
4. vaření	samostatně uvaří celé jídlo	10
	ohřeje jídlo	5
	jídlo musí připravit druhá osoba	0
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce nebo je úklid nedostatečný	5
	potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
6. práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně	10
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. užívání léků	užívá samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	léky musejí být podány druhou osobou	0
8. finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
<b>Celkové skóre (0 až 80):</b>		
Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:		
0-40 bodů	závislý	
45-75 bodů	částečně závislý	
80 bodů	nezávislý	

Zdroj: Topinková, 2005, s215

## Příloha D - Krátká škála mentálního stavu

Krátká škála mentálního stavu
<b>Orientace</b>
<b>Položím Vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.</b>
<b>Jaké je dnešní datum?</b> <i>Pokud je odpověď nesprávná nebo neúplná, zeptejte se na chybný údaj znovu, v následujícím pořadí:</i>
1. Který je rok? 2. Které je roční období? 3. Který je měsíc? 4. Kolikátého je dnes? 5. Který je den v týdnu?
<b>Nyní se Vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.</b>
6. Jak se jmenuje nemocnice, ve které jsme? 7. Ve kterém městě jsme? 8. Jak se jmenuje čtvrť, kde je naše nemocnice? 9. Ve kterém státě jsme? 10. Ve kterém jsme poschodí?
<b>Registrace</b>
<b>Řeknu Vám tři slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se Vás na ně zeptám později ještě jednou.</b>
11. klobouk 12. citrón 13. auto
<b>Pozornost a počty</b>
<b>Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.</b>
14. 93 15. 86 16. 79 17. 72 18. 65
<b>Paměť</b>
<b>Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl(a) opakovat a zapamatovat si.</b>
19. klobouk 20. citrón 21. auto
<b>Jazyk</b>
22. Ukažte pacientovi tužku. <b>Můžete mi říci, co to je?</b> 23. Ukažte pacientovi hodinky. Můžete mi říci, co to je? 24. Pozorně poslouchajte a opakujte po mně: <b>Žádná jestli, ano, nebo ale.</b> 25. Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu: <b>Pozorně poslouchajte, co Vám teď řeknu:</b> <b>Vezměte papír do pravé ruky.</b> 26. Přeložte ho napolovic. 27. a hodte ho na podlahu. 28. Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno

»Zavřete oči«, a řekněte pacientovi:

**Prosím udělejte to, co je zde napsáno.**

29. Podejte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu:

**Napište prosím nějakou větu.**

**Může být o čemkoliv, ale musí být úplná.**

**Praxe**

30. Podejte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky, a řekněte mu:

**Prosím nakreslete stejný obrázek.**



Vzor k úkolu

**Celkové skóre (0 až 30):**

**Hodnocení:**

25-30 bodů.....bez poruchy kognitivních funkcí

18-24 bodů.....lehká demence

9-17 bodů.....středně těžká demence

< 9 bodů.....těžká demence

Zdroj: Topinková, 2005, s217

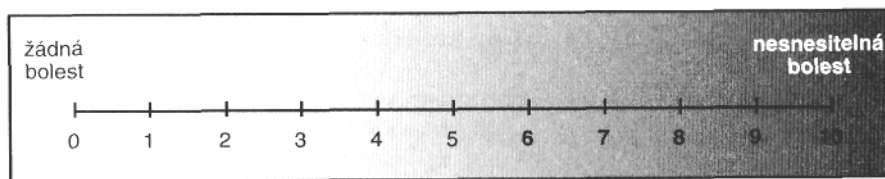
Příloha E - Nottinghamský screeningový systém pro hodnocení rizika malnutrice

Nottinghamský screeningový systém pro hodnocení rizika malnutrice	
Položka	Body
<b>1. BMI (body mass index)*</b>	
• BMI < 18	2
• BMI 18-20	1
• BMI > 20	0
hmotnost (kg):..... tělesná výška (m):.....	
* BMI = hmotnost / (tělesná výška) <sup>2</sup> v kg/m <sup>2</sup>	
<b>2. Nechtěný úbytek hmotnosti v posledních třech měsících</b>	
• více než 3 kg	2
• do 3 kg	1
• žádný, hmotnost stálé	0
<b>3. Snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací</b>	
• ano	2
• ne	0
<b>4. Stresový faktor / závažnost základního onemocnění</b>	
• závažný (polytrauma, rozsáhlé popáleniny, poranění hlavy, rozsáhlé dekubity, těžká sepse, malignita, pankreatitida, velký chirurgický výkon, pooperační komplikace)	2
• mírně až středně závažný (nekomplikovaný chirurgický výkon, lehká infekce, chronická onemocnění, proleženiny, cirhóza, renální selhání, diabetes mellitus, CHOPN, nespecifické střevní záněty)	1
• žádný	0
<b>celkové skóre:</b>	
<b>Hodnocení:</b>	
2 body.....stav výživy velmi dobrý/dobrý, bez další intervence	
4 body.....nutné monitorování stavu výživy, kontrola s odstupem 1 týdne	
5 a více bodů.....vysoké riziko podvýživy, indikováno cílené vyšetření nutričního stavu a intervence	

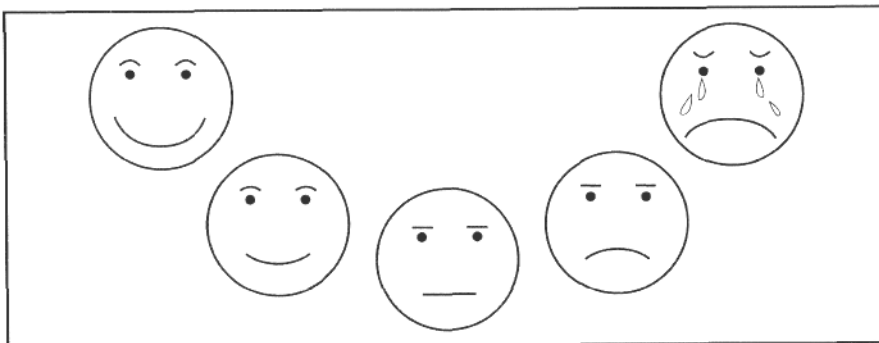
Zdroj: Topinková, 2005, s228

Příloha F – Vizuální analogová škála bolesti a Škála obličejů pro měření bolesti

**Vizuální analogová škála bolesti**



**Škála obličejů pro měření bolesti**



Zdroj: Topinková, 2005, s.233

## Příloha G – Rozšířená stupnice Nortonové

Rozšířená stupnice Nortonové									
Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	
4	• úplná	• do 10 let	• normální	• žádné	• dobrý	• bdělý	• chodící samostatný	• úplná	• kontinentní
3	• malá	• do 30 let	• suchá, šupinatá	• snížení imunity • horečka • diabetes mellitus	• zhoršený	• apatický	• chodící s doprovodem	• částečně omezená	• občasná inkontinence
2	• částečná	• do 60 let	• vlhká	• sklerosis multiplex • obezita • anemie	• špatný	• zmatený	• sedící na lůžku, v křesle	• velmi omezená	• inkontinence převážně moče
1	• žádná	• 60 let +	• alergie, porušená	• onemocnění cév • kachexie • karcinom	• velmi špatný	• bezvědomí	• ležící	• žádná	• inkontinence moče a stolice
									Celkem
Riziko vzniku dekubitu		nízké (25 - 24 bodů)		střední (23 - 19 bodů)		vysoké (18 - 14 bodů)		velmi vysoké (13 - 9 bodů)	

Zdroj: dokumentace zdravotnického zařízení