

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U GERIATRICKÉHO PACIENTA

Bakalářská práce

DITA NOVOTNÁ

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

Vedoucí práce: Mgr. Milena Borská

Komise pro studijní obor: všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení:

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

ABSTRAKT

NOVOTNÁ, Dita. *Ošetrovatelská péče u geriatrického pacienta*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: Mgr. Milena Borská. Praha 2010. s. 67.

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí u geriatrického pacienta. Práce je teoreticko-praktického charakteru. Teoretická část je věnována nezbytným základním pojmům pro orientaci v geriatrii, potřebám seniora, prioritám geriatrické péče, chorobám ve stáří, jejich zvláštnostem, možnostem komplexního zhodnocení geriatrického pacienta, komunikaci s ním a psychickým změnám ve stáří. Praktická část se zabývá geriatrickým pacientem samotným a individuální ošetrovatelskou péčí dle koncepčního modelu Majory Gordon.

Cílem mé bakalářské práce je objasnění somatických a především psychických změn starších pacientů a tím docílit zlepšení a ucelení ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty především ze strany všeobecných sester.

Klíčová slova: Geriatrie. Stáří. Komunikace. Ošetrovatelství.

ABSTRACT

Novotná, Dita. *Nursing Care of the Geriatric Patient*. The College of Nursing, o.p.s., Bachelor degree; Thesis supervisor: Mgr. Milena Borská. Prague 2010. p. 67.

This bachelor thesis is about the nursing care of geriatric patients. The work has a theoretical-practical aspect. The theoretical part is devoted to the essential basic concepts because of the orientation in geriatrics, senior's needs, priorities of care, diseases, their particularities, possibilities of a comprehensive assessment of geriatric patient, communication with the patient, and psychological changes at old age. The practical part is about geriatric patient alone and individual nursing care according to Marjory Gordon's model.

The purpose of this work is to explain somatic and psychological changes in the elderly, in order to summarize and improve nursing care of geriatric patients, particularly for nurses.

Keywords: Geriatrics. Age. Communication. Nursing care.

PŘEDMLUVA

Práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o geriatrického pacienta. Myšlenkou pro rozpracování zvoleného tématu mi byla vlastní nespokojenost, při pozorování ošetrovatelské péče o seniory během mé studijní praxe po pražských nemocnicích. Ošetrovatelská péče ze strany všeobecných sester je na velmi dobré úrovni po stránce odborné, avšak po komunikační a hlavně lidské k starým pacientům nedostatečná.

Dalším impulzem, který mě dovedl k myšlence aktivněji se zabývat právě touto problematikou mi byla studijní stáž ve Velké Británii. Kde ošetrovatelská péče po odborné stránce nebyla z mého pohledu na takové úrovni, jakou jsem mohla pozorovat v nemocnicích v České republice, ale komunikace s pacientem, empatie, respekt a úcta ze strany všeobecných sester byla na mnohem profesionálnější úrovni. Měřítkem správného způsobu chování a jednání všeobecných sester v nemocnici ve Velké Británii pro mě nebyl jen můj vlastní dobrý pocit, ale především úsměv na tváři a spokojenost každého geriatrického pacienta.

Cílem i smyslem mé bakalářské práce je věnovat se somatickým změnám ve stáří stejně jako změnám psychickým. Objasnit je a dokázat je uplatnit i v praxi.

Podklady pro práci jsem čerpala v odborné literatuře. Práce je určena všem, kteří se zajímají o obor ošetrovatelství v geriatrii.

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Mileně Borské za vedení práce, podnětné rady a podporu. Velké poděkování patří rovněž mé rodině a přátelům, za psychickou podporu pro dokončení této práce a za podporu po celou dobu mého studia.

Obsah

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 9 |
| Teoretická část..... | 10 |
| 1 Základní pojmy..... | 10 |
| 1.1 Definice typického geriatrického pacienta..... | 11 |
| 2 Cíle služeb pro seniory..... | 11 |
| 2.1 Význam podpory rodiny a komunity..... | 11 |
| 3 Senior a jeho tým..... | 12 |
| 4 Životní potřeby seniora..... | 14 |
| 5 Priority geriatrické péče..... | 15 |
| 6 Choroby a jejich zvláštnosti..... | 17 |
| 6.1 Choroby ve stáří..... | 17 |
| 6.2 Zvláštnosti chorob ve stáří..... | 17 |
| 6.2.1 Multimorbidita..... | 17 |
| 6.2.2 Chronická onemocnění..... | 18 |
| 6.2.3 Změněný klinický obraz..... | 18 |
| 6.2.4 Průběh choroby..... | 19 |
| 6.2.5 Komplikace..... | 19 |
| 7 Zhodnocení stavu geriatrického pacienta..... | 19 |
| 7.1 Stav soběstačnosti..... | 19 |
| 7.2 Stav kognitivních funkcí..... | 20 |
| 7.3 Psychický stav..... | 20 |
| 7.4 Výskyt proleženin..... | 21 |
| 7.5 Výskyt bolesti..... | 21 |
| 7.6 Riziko pádu..... | 21 |
| 7.7 Stav výživy..... | 21 |
| 8 Psychické změny starého člověka..... | 23 |
| 8.1 Psychické změny sestupné..... | 23 |
| 8.2 Setrvalé psychické změny..... | 24 |
| 8.3 Psychické změny vzestupné..... | 24 |
| 9 Nové životní situace a starý člověk..... | 25 |
| 9.1 Přizpůsobování v praxi..... | 26 |
| 10 Komunikace..... | 28 |
| 10.1 Roviny a druhy sesterské komunikace..... | 29 |
| 10.2 Kritéria úspěšné verbální komunikace..... | 30 |

| | | |
|--------|--|----|
| 10.3 | Speciální verbální komunikační dovednosti všeobecné sestry..... | 32 |
| 10.4 | Zásady komunikace se seniorem s poruchou zraku..... | 36 |
| 10.5 | Zásady komunikace se seniorem s poruchou sluchu..... | 37 |
| 10.6 | Komunikace se seniorem s demencí..... | 38 |
| | Praktická část..... | 39 |
| 11 | Kazuistika: ošetrovatelská péče u geriatrického pacienta..... | 39 |
| 11.1 | Majory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví..... | 39 |
| 11.2 | Ošetrovatelský proces..... | 41 |
| 11.3 | Holistická ošetrovatelská péče..... | 41 |
| 11.4 | Důvod přijetí pacientky..... | 42 |
| 11.4.1 | Ošetrovatelská anamnéza dle koncepčního modelu M. Gordon..... | 45 |
| 11.4.2 | Aktuální ošetrovatelské diagnózy a jejich uspořádání podle priorit..... | 49 |
| 11.4.3 | Potencionální ošetrovatelské diagnózy a jejich uspořádání podle priorit..... | 50 |
| 11.4.4 | Rozpracované aktuální ošetrovatelské diagnózy..... | 52 |
| 11.5 | Doporučení pro praxi..... | 65 |
| | Seznam použité literatury..... | 67 |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|-------------|--|
| BMI | - Body Mass Index, index tělesné hmotnosti |
| cps. | - kapsle |
| GCS | - Glasgow Coma Scale, škála k posouzení stavu vědomí |
| inh | - inhalace |
| LDN | - léčebna dlouhodobě nemocných |
| RHB | - rehabilitace |
| s.c. | - aplikace léku pod kůži |
| tbl. | - tablety |
| VAS | - vizuální analogová škála k posouzení míry bolesti |
| VFN | - všeobecná fakultní nemocnice |

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

| | |
|-------------------------------|--|
| ACE inhibitor | - inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu, výsledkem je rozšíření cév |
| afebrilní | - s tělesnou teplotou v mezích normy |
| analgetikum | - lék zmírňující bolest |
| antacidum | - lék, který snižuje překyselení žaludeční šťávy |
| antiastmatikum | - lék užívaný k léčbě astmatu |
| arteriální hypertenze | - onemocnění, při kterém je chronicky zvýšený tlak krve v cévním řečišti |
| ateroskleróza | - onemocnění tepen, kornatění |
| bilaterálně | - oboustranně |
| bronchodilatancium | - lék rozšiřující průdušky |
| cyanóza | - modravé až modrofialové zbarvení kůže a sliznic, které se objevuje při nedostatečném okysličení krve |
| dekubitus | - proleženina |
| endokrinní poruchy | - týkající se žláz s vnitřní sekrecí |
| eupnoe | - normální, pravidelné dýchání |
| expírium | - výdech |
| hemoragická gastritida | - zánět žaludku, projevující se krvácením |

| | |
|-----------------------------|--|
| hypertrofie prostaty | - zbytnění prostatické žlázy |
| ikterus | - žluté zbarvení kůže a sliznic |
| inkontinence | - neschopnost udržet moč nebo stolicí |
| kardiovaskulární | - týkající se srdce a cév |
| karotida | - krční tepna |
| klimakterium | - období postupného zániku pohlavní činnosti ženského organismu, přechod |
| kožní turgor | - napětí kůže v souvislosti s hydratací |
| malhygiena | - nedostatečná hygiena |
| neuroleptikum | - lék užívaný k léčbě psychických poruch |
| normocefalický | - střední velikost lebky, norma |
| nystagmus | - kmitavý pohyb očních bulbů |
| patologický | - chorobný |
| rehydratace | - zavodnění organismu po ztrátě tekutin |
| senilní | - stařecký |
| syndrom | - soubor příznaků |
| tapotement | - fyzikální vyšetření, poklep na ledviny |
| vaskulární | - cévní |
| vazodilatancium | - lék rozšiřující cévy |

ÚVOD

Lidská populace stárne a tím i přibývá více starých lidí, tedy i starých nemocných pacientů, se kterými se setkáváme v nejrůznějších zdravotnických zařízeních, téměř na každém oddělení pro dospělé.

K volbě daného tématu mě motivovala současná negativní zkušenost péče ve zdravotnictví o geriatrické pacienty, především ze strany všeobecných sester. Dalším velkým impulzem mi byla studijní stáž ve Velké Británii, kde jsem měla možnost pozorovat velmi rozdílný a pozitivní přístup v péči o staré lidi, který byl založený především na komunikaci, trpělivosti, respektu a dodržování myšlenky důstojného stáří .

A několik geriatrických odborníků a psychologů zdůrazňuje, že nelze řešit jen lékařský či ošetrovatelský problém, ale i podpořit a věnovat čas psychice každého pacienta, tedy i geriatrického. Protože často je právě psychická nepohoda příčinou nebo omezujícím faktorem celkového uzdravení.

Cílem a smyslem mojí bakalářské práce je zabývat se nejen somatickými změnami typickými pro geriatrické pacienty, ale především se věnovat změnám psychiky. Oběma oblastem dobře porozumět a následně je umět aplikovat v praxi. V tom vidím ucelenost geriatrické péče, věnujeme-li se všem potřebám, ne jen těm základním.

Teoretická část

1 Základní pojmy

Geront, česky stařec.

Gerontologie je věda, která se zabývá stárnutím organismu, rozdělujeme jí do tří skupin:

- *Gerontologie biologická* (experimentální) se zabývá otázkami proč a jak živé organismy stárnou.
- *Gerontologie sociální* zkoumá vzájemné vztahy starého člověka a společnosti, tím, co staří lidé od společnosti potřebují, i tím, jak populační stárnutí ovlivňuje společnost a její rozvoj.
- *Gerontologie klinická* = *geriatrie* je lékařský obor, zabývající se diagnostikou, léčbou a prevencí nemocí ve stáří.

Orientační členění stáří

65- 74let: **mladí senioři**- problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace

75- 84 let: **staří senioři**- problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti

85 a více let: **velmi staří senioři**- problematika soběstačnosti a zabezpečení

Geriatric se zabývá ve své péči obvykle pacienty staršími 76 let, a to z toho důvodu, že mnoho z nich má již změny pro stáří typické. Moderní geriatrie a gerontologie se z preventivních důvodů orientuje zejména na mladší seniory, kteří mohou změnou životního stylu pozitivně ovlivnit své stáří a zdraví v něm.

Geriatika jsou skupinou léků používaných pro staré lidi.

Proces stárnutí je přirozený proces, probíhá u každého odlišným způsobem. Je dán genetickými vlivy, obecně vlivy vnějšího prostředí, pohybovou aktivitou, životním způsobem a průběhem kritických vývojových období, k nimž patří období kojeneckého odstupu, období puberty a klimakteria (KALVACH, 1992 ; HOLMEROVÁ, 2003 ; KALVACH, 2004).

1.1 Definice typického geriatrického pacienta

Vytvoření obecné definice je velmi obtížné, protože jde o velmi rozmanité pacienty. Avšak nejvíce se mi líbila odpověď pana profesora W. R. Hazzarda (editor prestižních geriatrických učebnic a vedoucí geriatrického centra v Baltimore) na otázku, kdo je typickým geriatrickým pacientem: „Vzpomeňte si na svého nejstaršího, nejnemocnějšího, nejsložitějšího a nejkřehčího pacienta (KALVACH, 1992, s. 34)“.

2 Cíle služeb pro seniory

Cílem všech zdravotnických služeb pro seniory je co nejdéle zachování zdraví, soběstačnosti, zařazení do společnosti i při zhoršení zdravotního stavu a co nejdéle možné setrvání v rodinné a domácím prostředí. V nemoci je cílem přiměřené intenzivní a šetrné léčení a rehabilitace s ohledem na potřeby seniora.

U výše uvedených cílů se předpokládá takový systém služeb, jež na sebe budou plynule navazovat i přes hranice rezortů. Budou vytvářet podle potřeb seniorů v určité komunitě, regionu s ohledem upřednostnění prostého před složitým, zajištěním co nejvíce možných služeb co nejbližší pacientovi a jeho rodině.

2.1 Význam podpory rodiny a komunity

Rodina

Rodina je základním prvkem společnosti. Zahrnuje všechny věkové kategorie. Je nezbytné, aby byl vytvořen systém podpory pečujících rodin. Dojde-li k nemoci či zhoršení soběstačnosti seniora, je třeba nabídnout rodině takové možnosti, služby, které jí dovolí se o pacienta seniora dobře postarat.

Komunita

Pod pojmem komunita rozumíme obec, městskou část. Komunita by měla být schopna vytvořit podmínky pro bydlení všech seniorů. Tedy i těch, kteří jsou postiženi určitým zdravotním postižením. Dále opatřit dostupnost občanských služeb seniorům, přísun dostatečných informací, zajistit snadný přístup k těmto službám tak, aby senioři nebyli v jejich využívání diskriminováni. Komunita musí zohledňovat i seniory akutně či chronicky nemocné či seniory méně soběstačné. Je nutné zajistit systém služeb, který

bude zahrnovat nejen péči lékaře, ale také integrovaný a vzájemně komunikující systém domácích služeb, které zahrnují pomoc a ošetrovatelskou službu v domácnosti, rehabilitaci, sociální péči, poskytování kompenzačních pomůcek, nouzové volání, podpůrné programy pro pečující rodiny, osobní asistenci. Neméně důležitou formou péče jsou denní centra pro seniory i možnost krátkodobého či dlouhodobého ošetřování mimo domácnost. Obce mají možnost zajistit zmíněné služby s využitím kapacit rodin, občanů a poskytovatelů služeb ať už soukromých, státních či jiných. Některé služby může zajistit i několik komunit společně. Významná je však zodpovědnost obce za zajištění služeb pro všechny seniory a kvalifikovaná organizace služeb s ohledem na potřeby jednotlivých občanů (HOLMEROVÁ, 2003 ; JAROŠOVÁ 2006).

3 Senior a jeho tým

Jak uvádí Holmerová, jde o dosud neobvyklé spojení. Avšak navzdory neobvyklosti nejde o omyl, ale o naznačení, že nejdůležitějším a zásadním členem zdravotní péče je právě pacient, od jehož potřeb se odvíjí všechny činnosti.

Pacient je základním členem. Od jeho vůle a přání se odvíjí další péče. Jeho právem je rozhodovat se pro jednotlivé nabízené možnosti, které má právo i odmítnout. Právo odmítnout má pacient ve všech případech kromě těch, kdy je v přímém ohrožení života nebo v situaci, kvůli níž se v důsledku nemoci není schopen v těchto otázkách rozhodovat. Soudem má pak v takové situaci ustanoveného opatrovníka, avšak i v těchto případech je třeba volit taková řešení, která budou co nejvíce respektovat jeho vůli.

Rodina je ve svém působení mnohdy nejednoznačná, protože může být jak milující a pečující, tak i vydírající a ubližující. I zde je třeba respektovat především přání starého člověka.

Profesionální pečující hraje velmi důležitou roli v situaci, kdy se o pacienta nechce nebo nemůže starat rodina v takovém rozsahu, který by potřeboval, nebo pacient rodinu vůbec nemá. Profesionální pečující tráví s pacientem většinu času a pomáhá mu při činnostech, které by sám nezvládl.

Lékař má hlavní úkol, posoudit zdravotní stav pacienta a stanovit správný diagnostický závěr. Spolu s ostatními členy pak vytváří léčebný a rehabilitační plán.

Všeobecná sestra je pracovníkem velmi blízkým, zajímá se o všechny potřeby geriatrického pacienta, pomáhá mu v průběhu ošetrovatelského procesu v péči jak o fyzické, tak o psychické blaho, a to v komunikaci s jinými členy i specialisty.

Fyzioterapeut má na starosti posouzení fyzické kondice pacienta, zejména jeho stavu hybnosti. Rehabilituje s pacientem. Specifickými postupy se snaží navrátit jeho původní stav hybnosti a fyzické kondice. Fyzioterapeut také navrhuje vhodné kompenzační pomůcky.

Ergoterapeut posuzuje stav soběstačnosti pacienta vzhledem k jeho původnímu prostředí, provádí nácvik sebeobslužných činností, zejména schopnosti orientovat se, obsloužit se a žít samostatně v původním prostředí. Doporučuje pomůcky a opatření, která povedou ke zvýšení soběstačnosti pacienta v jeho domácím prostředí.

Sociální pracovník zjišťuje stav sociálního prostředí pacienta a funkčnost rodiny. Navrhuje opatření, která umožní pacientovi co nejdéle setrvat v domácím prostředí. Není-li to možné, zařizuje pobyt pacienta v instituci.

Existence a funkčnost celého celku profesí, vzájemné respektování a partnerský vztah jsou základními východisky a předpoklady funkční péče o geriatrické pacienty, ale také o další, zejména chronicky nemocné a nesoběstačné osoby (HOLMEROVÁ, 2003).

4 Životní potřeby seniora

V souvislosti se zdravotní péčí o geriatrické pacienty je třeba zmínit teorii lidských potřeb, které jsou nejčastěji zobrazovány jako pyramida, Maslowova hierarchie potřeb (příloha A). Základnu pyramidu potřeb tvoří základní biologické potřeby, což zahrnuje nestrádat žizní, hladem, bolestí, chladem, uspokojovat sexuální pud apod. Střední patro patří vyšším psychosociálním potřebám zahrnujícím potřebu mít soukromí, moci komunikovat, poznávat, někam přináležet, zažívat úspěch, být pozitivně přijímán, uspokojovat potřebu lásky. A konečně k nejvyšší úrovni patří potřeby spirituální, nadosobní. Naplňování mravního ideálu, sounáležitost s vyššími principy, jako jsou božské, všelidské nebo nadčasové.

Proto je třeba zdůraznit, že k velmi závažným pochybením a k nízké kvalitě péče dochází při omezení zájmu pečujících osob, a to jak zdravotníků, tak laiků, převážně na základní biologické potřeby. Pacienti takové péče jsou sice zastláni v čistém lůžku a nakrmeni, ale strádají ztrátou kompetencí, životní smysluplností, chybí jim komunikace. Jejich život je omezen na přijímání potravy, vyměšování a „čekání na smrt“. Především s naplněním vyšších potřeb souvisí kvalita života (KALVACH, 2006).

5 Priority geriatrické péče

Obecně platné priority v geriatrické péči a všeobecně v přístupu ke starým lidem se odvinuly z teorie lidských potřeb. Od programů pro aktivně zdatné seniory žijící běžným životem v domácím prostředí po péči o nesoběstačné geriatrické pacienty, upoutané trvale na lůžko, tj. nehladě na zdravotní stav a funkční zdatnost seniorů, se celosvětově zdůrazňují následující principy.

Zabezpečení

Zahrnuje zajištění přístřeší, ošacení, dostupnost potravy, čisté vody, základní zdravotní péči. O problém jde především v rozvojových zemích, naopak v zemích hospodářsky vyspělých včetně České republiky o samozřejmost.

Autonomie

Autonomie zachovává rozhodovací kompetence jedince, kontrolu nad dnem, zachovává soukromí. Jedná se o závažný moment jak v upřednostňování domácí péče v přirozeném prostředí před péčí ústavní, tak v přístupu k pacientům v ústavní péči, jež se v jejím důsledku zcivilňuje.

Důstojnost

Jde o respektování osobnosti, zachování soukromí, ohled na stud a vyloučení takových forem péče a chování, které senior vnímá jako ponižující. Jde rovněž o předcházení nevhodnému zacházení, zanedbávání či dokonce násilí vůči pacientům.

Smysluplnost

Smysluplnost zahrnuje pomoc seniorům při hledání životní náplně, podřízení zdravotní péče sociální roli, zcivilnění dlouhodobé péče, animační programy, které příjemné a oživují zejména ústavní prostředí, prevenci komunikační a senzorické deprivace.

Participace

Je zapojení do života komunity, sdílení problémů, podíl seniora na rozhodování jak v rámci dlouhodobé péče, tak i v rodině; zahrnuje rovněž komunikaci.

Zdravotní péče o geriatrické pacienty, která se soustředí pouze na základní zabezpečení a odborné výkony a nebere ohled na důstojnost, autonomii a smysluplnost, nemůže být pokládána za péči kvalitní. Často taková péče může pacienta těžce a dlouhodobě poškodit.

Cestou k dosažení kvalitní péče je zájem o pacienta, respekt k jeho osobnosti a vůli. Co nejvíce kontroly nad děním, jež se ho týká, ponecháváme pacientovi, nejsou podceňovány jeho schopnosti, ale naopak posilována jeho zodpovědnost. Podmínkou je dále aktivní, vciťující se naslouchání, při němž dokážeme pacienta nejen slyšet, ale také vnímat a chápat jej. Pro dosažení takovéto kvalitní péče je ze strany ošetrovatelského personálu nezbytné být poučen a umět použít přiměřenou formu specifické komunikace (KALVACH, 2006).

6 Choroby a jejich zvláštnosti

Je zjevné, že ve stáří stoupá nemocnost a úmrtnost. Příčinou je kombinace fyziologických involučních změn s patologickými procesy. Téměř vždy je těžké určit přesnou hranici mezi změnami podmíněnými stářím a patologickým procesem.

6.1 Choroby ve stáří

Výskyt nemocí u starých lidí lze rozdělit do několika skupin.

- Choroby, se kterými se setkáváme především ve vysokém věku. Můžeme sem zařadit poruchy zrakové, sluchové, u mužů hypertrofii prostaty, senilní demenci a jiné.
- Choroby, které se vyskytují i v mladším a středním věku, ale právě vyšší a pokročilý věk je pro ně nejtypičtější. Patří sem arterioskleróza, kardiovaskulární onemocnění, onemocnění dýchacích cest, poruchy pohybového aparátu, tumory, endokrinní poruchy a jiné.
- Největší skupinu tvoří choroby, které jsou časté i v mládí a středním věku. Avšak v kombinaci s primárním fyziologickým involučním pochodem starého člověka a s patologickým procesem dochází v nich k řadě odchylek a zvláštností a tyto choroby mají zcela jiný, předvídatelný průběh.
- Zvláštní skupinu chorob tvoří geneticky zakódované poruchy – syndromy předčasného stárnutí. Tyto choroby jsou velmi vzácné (JEDLIČKA a kol., 1991).

6.2 Zvláštnosti chorob ve stáří

6.2.1 Multimorbidita

Charakteristickým znakem nemocnosti u starých lidí je výskyt několika, nezdědka i celé řady chorob současně. Při takovém stavu často dochází k vzájemnému negativnímu působení. Jedna choroba navazuje na druhou, často dochází ke spuštění dosud skrytého onemocnění a vzniká řetězová reakce.

6.2.2 Chronická onemocnění

Skutečnost, že řada chorob, které se ve stáří vyskytují, se úplně a bezzbytku nevyléčí, způsobuje, že dochází ke stále většímu nakučení různých poruch a onemocnění. Takové choroby, u kterých nedošlo k úplnému vyléčení anebo u nichž je průběh zvláště vleklý, přecházejí často do chronického stadia.

6.2.3 Změněný klinický obraz

- U akutních chorob je vzácný obvyklý bouřlivý průběh, často nacházíme neúplné formy onemocnění. Bolest bývá méně výrazná, někdy je nahrazena jiným příznakem, např. u bezbolestných srdečních infarktů dušností. Tělesná teplota nedosahuje výše, která bývá u příslušných chorob obvyklá. Spíše zaznamenáváme mírné zvýšení tělesné teploty, někdy je dokonce teplota normální. Vysvětluje se to jiným naladěním hypotalamického termostatu u starých nemocných lidí. Tyto nevýrazné či změněné klinické příznaky pak způsobují opoždění začátku diagnostiky onemocnění.
- U chronických chorob mnohdy i tato řídká symptomatologie mizí, takže jsou příznaky onemocnění často označovány jako projevy stáří.
- Příznaky chorob jsou nemocnými v souvislosti se změnou osobnosti ve stáří jinak hodnoceny. Na jedné straně někteří obtíže bagatelizují, skrývají, přijímají je s rezistencí. Na straně druhé projevují své obtíže formou hypochondrických a kverulantských stesků. Jako takové jsou bohužel tyto obtíže často přijímány zdravotníky, což může vést k závažným důsledkům.
- Někdy je těžké určit diagnózu, protože pozornost je věnována příznakům okalizovaným do jiného orgánu či oblasti. Některé příznaky se jeví jako éněcenné, zjišťujeme jich jen nepatrnou část, a přitom se za nimi skrývají závažné nálezy. Mluvíme o tzv. fenoménu ledovce.

6.2.4 Průběh choroby

Průběh choroby bývá rovněž odlišný od typického obrazu. Většinou má onemocnění pomalý, zdlouhavý průběh, je úpornější, nereaguje dostatečně na příslušnou léčbu. Velmi často je průběh nemoci provázen komplikacemi.

6.2.5 Komplikace

- Jedna choroba dává impuls ke vzniku další, komplikující dosavadní průběh. Hovoříme o komplikacích typu „řetězové reakce“.
- Komplikace, které se objevují bez přímého vztahu ke stávajícímu onemocnění, ale svou závažností překryjí a ovládnou klinický obraz nemoci, fenomén „vytěsnění“ (JEDLIČKA a kol., 1991 ; NAVRÁTIL a kol. 2008).

7 Zhodnocení stavu geriatrického pacienta

Do stáří si všichni neseme z mladého a středního věku soubor diagnóz, z nichž některé výrazně ovlivňují kvalitu života a soběstačnost pacienta, jiné nikoliv. Příznaky jednotlivých onemocnění se vzájemně prolínají a pozměňují, tím vzniká atypický obraz. Pouhý diagnostický závěr, který je běžně používán v jiných lékařských oborech, nám o funkčním stavu geriatrického pacienta mnoho nesdělí. Proto geriatricie používá své specifické nástroje k posouzení funkčního stavu pacienta.

7.1 Stav soběstačnosti

Tento okruh se zabývá soběstačností pacienta. „Soběstačnost je schopnost uspokojovat přiměřené životní potřeby v konkrétních životních podmínkách prostřednictvím tzv. aktivit denního života (ADL) (HOLMEROVÁ, 2003, s. 44)“. Aktivity denního života jsou definovány a lze je měřit pomocí jednotlivých, snadno použitelných testů, které se užívají jak v mezinárodním měřítku, tak i u nás. Například se jedná o Barthelův test základních aktivit denního života (napití, najedení, oblékání, osobní hygiena, koupání, kontinence stolice, kontinence moči, použití toalety, přesun z lůžka na židli nebo vozík, chůze po rovině, chůze po schodech) a dále o test instrumentálních aktivit denního života, ve zkratce IADL (jízda dopravním

prostředkem, nákup potravin, jednoduché domácí činnosti, vaření, vyprání osobního prádla, telefonování, užívání léků, zacházení s platební kartou, odeslání peněz na poště). Prostřednictvím testů ADL (příloha B) a IADL (příloha B) můžeme posoudit ztrátu soběstačnosti v základních či instrumentálních aktivitách denního života. Existuje více nástrojů pro posouzení soběstačnosti, tyto dva jsou však relativně jednoduché a nejčastěji používané.

Nejčastějšími psychickými problémy stáří jsou demence a deprese. Proto je nutné u geriatrických pacientů důkladně posoudit jejich psychický stav a soustředit se zejména na tyto dva problémy.

7.2 Stav kognitivních funkcí

Pro diagnostikování kognitivních poruch (poruchy paměti, soustředění, orientace) od mírné až po výraznou demenci používáme různé testy.

Newyorským větným testem můžeme zjistit velmi mírnou poruchu paměti. Praktickým a jednoduchým testem je test hodin. Poprosíme pacienta, aby do kruhu o průměru 10 cm zakreslil ciferník hodin a označil polohu ručiček v určitém čase. Mezinárodně srovnatelný, dobře standardizovaný a přitom snadný je Folsteinův test MMSE – Mini Mental State Examination, který používáme zejména u počínající a mírné demence (příloha D).

7.3 Psychický stav

U starého člověka musíme vždy myslet na možnost přítomnosti deprese. Jedná se o velmi častou poruchu ve stáří. Deprese, porucha emotivity, chorobně zhoršená nálada projevující se smutkem, bezradností, u starých lidí dále také apatií a zhoršeným myšlením. Ve vyšším věku je deprese velmi závažným onemocněním, která může pacienta ohrozit na zdraví, a to z důvodu zhoršení výživy, dehydratací v důsledku zhoršené sebepečce, prochladnutím, ale může ho také ohrozit na životě, sebevraždou. Pomůckami k diagnostice deprese jsou škály Hamiltonova a Yesavageova (příloha E).

7.4 Výskyt proleženin

Již v současnosti 70% ze všech proleženin se vyskytuje u lidí nad 70 let života. Až 60% proleženin vznikne během prvních dvou týdnů hospitalizace. Z těchto důvodů je nezbytně nutné, aby všeobecná sestra, stejně jako nemocniční personál, včas rozpoznali osoby náchylné k vzniku proleženin a uplatnili u nich možná preventivní opatření.

Pro předpoklad rizika vzniku proleženin je vhodné užívání škál. K nejužívanějším patří predikční dekubitární skóre podle Nortonové (příloha F) nebo Tradena.

7.5 Výskyt bolesti

Bolest mohou staří lidé cítit zejména v souvislosti s proleženinami či chorobou nebo stavem, v němž se právě nachází. Pro zhodnocení bolesti používá všeobecná sestra anamnézu bolesti a fyzikální vyšetření se zaměřením na pacientovi fyziologické a behaviorální odpovědi na bolest. Měřitelnost bolesti nám umožňuje vizuální analogová škála pro měření bolesti.

7.6 Riziko pádu

Pády jsou významným příznakem křehkosti pozdního stáří. Jejich příčina bývá ve vyšším věku převážně multifaktoriální, s působením vnitřních a vnějších faktorů. Představuje ve stáří velký zdravotnický problém, který má závažné medicínské i ekonomické důsledky. K hodnocení míry rizika vzniku pádů lze využít např. test k hodnocení rizika pádu z publikace Klevetové, Dlabalové (příloha G).

7.7 Stav výživy

Podvýživa je ve stáří významnějším faktorem zvyšující úmrtnost než obezita. Jde o stav, k němuž dochází, pokud je příjem základních energetických hodnot včetně bílkovin nižší, než jejich potřeba. Vzniká při sníženém příjmu a neměnicích se potřebách a sníženém příjmu a zvýšených potřebách. Závisí na stavu nemocného. Nemocný člověk vyššího věku musí samozřejmě vyvinout daleko větší úsilí na zcela běžné úkony a tím dochází k většímu energetickému výdeji. Při neznalosti této skutečnosti, dochází řada zdravotnických pracovníků k mylnému názoru, že staří lidé již nepotřebují takový příjem energie.

Existuje celá řada ukazatelů stavu výživy. Pro praxi je nejjednodušším ukazatelem pokles hmotnosti za poslední dva měsíce o více jak 20%, nebo za poslední měsíc o 10% a více či využití šklálu pro hodnocení stavu výživy (příloha H).

Posouzení prostředí a zhodnocení celkového stavu geriatrického pacienta je jednou ze základních metod a je také nutným předpokladem k dosažení kvalitní péče o ně.

Metodika posouzení celkového stavu pacienta i s jeho prostředím je velmi komplexní. V praxi se můžeme setkat s použitím prostého empirismu, který se opírá pouze o zkušenost, dobrou vnímavost a cit sestry pro to, co vlastně pacient potřebuje. Bohužel výsledkem tohoto postupu často dochází k opomenutí některých důležitých aspektů a údajů. Následkem je zdržení péče, terapie i ošetrovatelského procesu. Pochopitelnou reakcí jsou snahy vytvořit určitou strukturu, nástroj, dotazník, pomocí něhož bychom získali o pacientovi co nejvíce informací a měli možnost je i snadno zapsat. Nevýhodou může být vznik dotazníku a formuláře typu „vše o všem“, kdy se zjišťují a zaznamenávají i údaje pro daného pacienta vzhledem k jeho stavu nepotřebné. Místo usnadnění práce se dostavuje opačný efekt.

Proto je třeba zdůraznit, že každý geriatrický pacient potřebuje i pro posouzení stavu zcela individuální přístup. Ošetrovatelský personál musí posuzovat ty funkce, u kterých je potřeba posouzení zřejmá, a naopak neposuzovat to, co je patrné na první pohled. Například u pacienta v bezvědomí nebudeme posuzovat stav paměti a u zcela soběstačného pacienta, který žije samostatně, nebudeme posuzovat základní aktivity denního života.

Z toho vyplývá, že je nutné definovat jednotlivé problémové okruhy, které jsou v posuzování celkového stavu geriatrického pacienta a jeho okolí klíčové, a dále vybírat jednotlivé škály, testy, dotazníky, s jejichž pomocí upřesníme odpověď na cílové kladené otázky (WEBER a kol., 2000 ; HOLMEROVÁ, 2003 ; KALVACH 2004 ; TRACHTOVÁ, 1998).

8 Psychické změny starého člověka

8.1 Psychické změny sestupné

Obecně s přibývajícím věkem klesá nadšení, životaschopnost, energičnost, zhoršuje se schopnost navazovat a časem i udržovat kvalitní mezilidské vztahy. Slábne vynalézavost, tvůrčí schopnosti bývají omezeny. Celkové psychomotorické tempo se zpomaluje, zvyšuje se nedůvěra a snižuje sebedůvěra. Tím zákonitě klesá sebehodnocení a vzrůstá nejistota. Staří lidé bývají nejistí až úzkostní jak v novém, neznámém prostředí, tak mezi neznámými lidmi. Psychická přizpůsobivost je pravidelně snižována. Dochází k etickému, sociálnímu i estetickému oslabení u jednotlivce.

Dále se u starých lidí snižuje výbavnost a především všípivost. Dostavuje se nepřizpůsobivost v myšlení, jednání, tyto osoby trvají na tradicích a zvycích. Ke vztahu k únavě je častá porucha soustředění a pozornosti. Výrazná bývá přehnaná starostlivost, někdy až úzkostnost. Dalším průvodním stavem vyššího věku bývá smutek, častěji se vyskytují rozmrzelé nálady, negativistické, pesimistické ladění, emoční labilita a s ní spojená plačtivost, lítostivost a vztahovačnost. Ta často vrcholí zlostným výbuchem a nesnášenlivostí.

Obecně se s věkem zvýrazňují záporné vlastnosti člověka. Kdo byl v mládí šetrný, bývá později až lakomý. Kdo si liboval ve slovních šarvátkách, dospívá ve stáří do podoby nesnášenlivého a vztahovačného kverulanta. Stárnoucí krasavice, které nejsou smířené s přirozeným procesem stárnutí, bývají hašteřivé, pomstychtivé a dokonce i zlé. Někdy taková žena nechce vzít na vědomí svůj věk a obléká se i líčí jako mladice. Ženy nesou obtížně ztrátu své atraktivity, muži ztrátu své prestiže.

Nelze opomenout ani poruchy čivosti. Vnímání je ztíženo a komunikace s okolím je omezena v důsledku sluchových, zrakových, čichových nebo chuťových vad těchto aparátů. Uvedené typy smyslových vad způsobují, že senior potřebuje delší čas na to, aby pochopil, o čem jde, s kým a o čem hovoří. Tomu to jevu se říká psychická nedoslýchavost.

Seznam negativních projevů psychiky ve stáří je obsáhlejší, avšak jistě není vyčerpávající. Dlužno dodat, že konkrétního starého člověka nepostihují všechny negativní vlastnosti ani najednou ani postupem času. Celá řada faktorů rozhoduje o tom, která z uvedených vlastností se rozvine. I ve stáří je zachována určitá hladina přizpůsobivosti a zejména kompenzace. Starý člověk, vědom si svého handicapu, může nedostatek efektivně a někdy i bezděčně určitým způsobem vyrovnat. Třeba nepřizpůsobivost myšlení svými zkušenostmi.

8.2 Setrvalé psychické změny

Slovní zásoba a jazykové znalosti jsou zpravidla zachovány. Každý z nás zná jistě situaci, kdy si starý člověk nemůže vzpomenout, co je dnes za den či co jedl včera k obědu, ale zároveň je na vás schopen například plyně hovořit německy nebo recitovat básně, které se naučil v mládí. Co se senior naučil v raném věku, dobře si pamatuje i ve stáří. Bohužel s přicházející poruchou vstřípivosti si hůře pamatuje aktuálnější informace. Důležité je zdůraznit, že intelekt dosažený ve zralém věku se nemění. To je třeba zmínit, protože dlouho panoval názor, že intelekt ve stáří s přibývajícím věkem klesá. Dnes je známo, že problém je jinde. V důsledku výše uvedených poruch a vad starý člověk pouze nemůže plně projevit svou zachovanou intelektuální úroveň. Proto se tomuto stavu říká skrytý intelekt.

8.3 Psychické změny vzestupné

Leží většinou na okraji zájmu. S přibývajícím věkem se obecně zvyšuje trpělivost, vytrvalost. Zvýšená bývá i tolerance k druhým lidem či k opačným názorům. Staří lidé jsou také na základě mnoha zkušeností opatrnější, mají zachovanou schopnost úsudku, někdy kultivovanou k rozvážnému nadhledu.

Méně je známo, že zájem jednotlivců o všeobecné společenské dění ve stáří stoupá. Dokonce mohou v tomto věku dovést svůj kulturní projev až na intelektuální úroveň, avšak zpravidla pouze v oboru, kterému se celý život věnovali. Staří lidé daleko více filozofují a jsou obohaceni letitými zkušenostmi a moudrostí, kterou jim dal život (JEDLIČKA a kol., 1991 ; RHEINWALDOVÁ, 1999).

9 Nové životní situace a starý člověk

Přestože život každého z nás probíhá jedinečným způsobem, lze se shodnout, že ve vyšším věku dochází u všech osob k určitým tělesným, psychickým i sociálním změnám. Všechny tyto tři roviny jsou navzájem propojené, ovlivňují se.

Základní změny:

- **Tělesné změny** zahrnují změny ve vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů, degenerativní změny kloubů, kardiopulmonální změny, změny trávicího systému, změny vylučování moči, změny sexuální aktivity.
- **Psychické změny** (viz kapitola Psychické změny ve stáří).
- **Sociálními změnami** jsou odchod člověka do penze, stěhování, ztráta blízkých osob, osamělost, změna životního stylu, finanční obtíže.

Změny doprovází celý náš život. Lidé se však liší v tom, jak změny přijmou, jak se s nimi vyrovnají a zda si zařídí nový život ke své spokojenosti. Adaptace umožňuje lidem zvládat i velmi obtížné situace, patří mezi základní lidské vlastnosti. I když budeme zvládat proces změny dobře, je žádoucí, aby změn *nebylo nad únosnou míru*; tato míra je pro každého z nás jiná. Změna musí mít pro člověka *smysl*, pak ji může lépe přijmout. Neposledním z předpokladů zdárného procesu adaptace je *pomoc okolí, tolerance a trpělivost* s člověkem, který se se změnou potýká.

Jestliže plánujeme zásadní životní změny, odborníci nám doporučují neměnit všechny věci najednou. V životě seniora nicméně často dochází přímo k smršti změn. To bychom jako sestry měly mít na vědomí. Naším úkolem je pomoci seniorům překonat obtíže s přivykáním nové životní situaci.

Všechny faktory – faktor změn biologických, psychických a sociálních – ovlivňují, jak senior hodnotí prostředí, ve kterém se nalézá. Pokud to ošetřující personál nevezme v úvahu, obtížně v určitých případech pochopí, proč je senior nespokojený, když se mu dostává objektivně kvalitních služeb, výhod, péče. Pokud se k ostatním změnám, které u seniora přicházejí s věkem, dále přidá nemoc, tendence k negativnímu hodnocení

okolí se ještě znásobí. Výsledkem je, že se senior obává určitých situací, nevěří, že by je zvládl. Navenek většinou tvrdí, že „nikam nechce“, raději konstatuje nezájem o dění kolem, než aby přiznal svůj strach z nezvládnutí konkrétní situace nebo činnosti.

Z těchto důvodů lpí senior na svém stabilním prostředí. V něm se cítí dobře, dokáže se zde orientovat a zvládat běžné i mimořádné situace lépe než kdekoli jinde. Staří lidé obecně snášejí velké změny i změny obvyklého rozsahu hůře než lidé mladí.

Jako všeobecné sestry jsme seniorům v určitých situacích nejbližší. Je nutné, abychom s jejich vztahem ke změnám počítaly. Právě od nás se očekává nejvíce schopnosti empatie, nejvíce pochopení. Potřebám starých lidí bychom měly přizpůsobit prostředí i své chování. Měly bychom si uvědomit, jak bylo nám, když jsme se ve svém životě musely něčeho vzdát, co jsme přitom prožívaly, jak dlouho nám trvalo novou situaci přijmout, jakým způsobem jsme se s ní vyrovnávaly, kdo při nás přitom stál a co jsme si přitom od svého okolí přály, komu jsme se mohly svěřit. Náš proces adaptace byl přitom už vzhledem k věku a s ním souvisejícím faktorům snazší. Nemáme to přeci jen jednodušší (VANGLÁŘOVÁ, 2007 ; KLEVETOVÁ aj., 2008)?

9.1 Přizpůsobování v praxi

Každý člověk je citelně zasažen, je-li omezována jeho nezávislost. Právě vstupem seniora do geriatrického zařízení mnohdy začíná období hlubokých zásahů do jeho nezávislosti.

Naším velkým úkolem je pomoci mu překonat obtíže se zvykáním si na nové prostředí a nové životní události. Na dobré přípravě seniora k souvisejícím změnám v jeho životě by se samozřejmě měla z velké části podílet i rodina.

Měli bychom seznámit seniora i jeho rodinu se zvyklostmi daného zařízení. Měly bychom se informovat i v opačném směru, poznat rituály a zvyky seniora. Na tomto základě můžeme zvyklosti daného zařízení co nejvíce přizpůsobit jeho potřebám.

Lidé, kteří přichází do našich zařízení, mají za sebou dlouhý život, v kterém vystřídali mnoho rolí. Byli zvyklí fungovat určitým způsobem a vesměs nemají zkušenost s rolí klienta geriatrického pracoviště. Při vstupu do nového prostředí

používají zákonitě způsoby chování, které jim byly celoživotně blízké a přinášely jim ocenění okolí. Na geriatrickém pracovišti nemusejí najednou tyto zkušenosti platit, senior je zaskočen a aby našel své místo v novém prostředí, potřebuje podporu od zdravotnického personálu i od svých blízkých.

Psychiku seniora i jeho adaptaci na novou situaci podpoří ponechání osobních věcí, kontakt se známým prostředím a lidmi, jež jim byli v dosavadním životě blízké.

Ke klientům bychom měli přistupovat jako k takovým osobnostem, jakými byli před vstupem do zařízení. Nejsou jen bezmocnými lidmi, odkázanými na pomoc druhých; mají svou minulost, radosti, úspěchy. V seniorském věku si nemůžeme činit nároky na změnu jejich povahy. Musíme akceptovat jejich povahové rysy. To my se musíme umět přizpůsobit jim, naučit se s nimi komunikovat.

Důležité také je nenutit nikoho zapojovat se do každodenních aktivit, i když víme, že nečinnost zhoršuje psychický a zdravotní stav. Vše, co v tomto ohledu pracoviště poskytuje, bereme jako nabídku a respektujeme rozhodnutí či přání klienta. Neznamená to ovšem nevšímat si seniorů, kteří o aktivity a společnost lidí nejeví zájem. Naším úkolem je individualizovat péči, umět nabídnout pestrou paletu aktivit a správným způsobem klienta motivovat.

10 Komunikace

Oblast sociálních dovedností je velmi důležitá pro všechny, kdo pracují v profesích, při nichž se setkávají s člověkem jako příjemcem své péče. Právě ošetrovatelská praxe klade na velmi významné místo schopnost interakce s nemocnými i s kolegy. Celé dění uvnitř i kontakt s okolím se odehrává formou interakcí a komunikace. Interakce je působení lidí na sebe navzájem, probíhá neustále. Někdy intenzivněji, jindy mimovolně. Jestliže dojde k výměně informací, jde o komunikaci.

V komunikaci využíváme nejen slov, ale také řeč svého těla. Mluvíme o řeči verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní). Každé vyřčené slovo, každá věta má nejen srozumitelný obsah, ale i citový výraz. Můžeme si myslet, že světem vládou slova, ať už vyslovená, či psaná, většinu informací však přijímáme mimoslovně. „Antropolog Albert Mehrabian prokázal, že slova nám sdělí informaci v 7 %, 38 % informace získáváme z tónu hlasu a z 55 % komunikujeme tělem (KLEVETOVÁ aj., 2008, s. 93)“. Mnohdy jsou tedy naše ruce, paže, nohy i výraz tváře výmluvnější než naše řeč.

Umíme-li dobře naslouchat, vždy to zahrnuje i vnímavost vůči mimořečovým signálům. Také z nich sestra pozná, zda se ptát, pokračovat v hovoru, ustát, mlčet, zůstat či odejít. Předpokladem jasné a příjemné komunikace je soulad slovních i mimoslovních sdělení. „Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem (VENGLÁŘOVÁ aj., 2006, s. 11)“. Lze se setkat s názorem, že jde o schopnost, kterou někdo nadán je, zatímco jiný nikoli. To je omyl. Komunikace je dovednost a jako takovou ji kdykoli v našem životě můžeme rozvíjet. Jen musíme splnit základní podmínku: chtít.

10.1 Roviny a druhy sesterské komunikace

S ohledem na zdravotnickou praxi musí sestra rozlišovat specifika komunikace ve dvou rovinách.

Komunikace sestry s pacienty a jejich okolím

V této oblasti sestra komunikuje s nemocným dítětem, dospělým, s nemocným se zvláštními potřebami, rodinou nemocného a s jeho blízkými a přáteli.

Komunikace sestry s kolegy

Do této oblasti spadá komunikace s kolegy, nadřízenými, jinými odborníky v rámci multidisciplinarity a také s institucemi.

Druhy profesionální komunikace

Z větší části vyplňuje práci zdravotní sestry komunikace s nemocnými. V praxi rozeznáváme tři druhy profesionální komunikace, každý druh má svůj účel i pravidla.

- **Sociální komunikace**

Jedná se o běžný hovor s pacientem, o kontakt s ním. Celkově je hovor laděn tak, abychom s pacientem navázali kontakt, blíže se seznámili, vytvořili vzájemnou důvěru. Člověk v nemocniční či domácí péči má omezenou možnost sociálních kontaktů. Uvítá možnost hovoru s dalšími lidmi, u ošetrovatelského týmu navíc navázání vztahu s nemocným usnadňuje další komunikaci v rámci ošetřování.

Vhodné příležitosti pro rozvoj sociální komunikace jsou při úpravě lůžka, hygieně, asistenci při jídle. Rozmlouvat s nemocným můžeme na pokoji, vhodné je nabídnout rozhovor na denní místnosti nebo jiném přátelském a nerušeném místě.

- **Specifická komunikace**

Jde o komunikaci, při níž sdělujeme nemocnému důležitá fakta, působíme edukačně, motivujeme pacienta k další léčbě, k dodržování léčebných režimů. Tento druh komunikace uplatňujeme například při sdělování postupu vyšetření, objasňování způsobu stravování odpovídajícího příslušnému onemocnění, informování o rizicích.

Jsou zde zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení a přijatelnost jeho formy s ohledem na aktuální stav pacienta. Na závěr je důležité ověřit si, zda nemocný sdělení rozuměl a akceptuje ho.

Ještě individuálnější přístup vyžadují nemocní se sníženou schopností komunikovat. Samozřejmě se to týká i geriatrických pacientů. Této problematice se budu věnovat dále.

- **Terapeutická komunikace**

Nejčastěji se odehrává formou rozhovoru s pacientem. „Při denním kontaktu s nemocným člověkem poskytujeme oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných či velmi závažných skutečností, pomoc při adaptaci na změnu. Podpurný terapeutický rozhovor s nemocným má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů u somaticky či psychosomaticky nemocných (VENGLÁŘOVÁ aj., 2006, s. 13)“.

Úspěšná komunikace všeobecné sestry je charakterizována tím, že příjemce dostává důležité informace ve srozumitelné formě. Zachována je důstojnost klienta. Sestra dává prostor dotazům i zopakování informace.

10.2 Kritéria úspěšné verbální komunikace

Chceme-li dosáhnout úspěšné verbální komunikace s pacientem, musíme v rozhovoru dodržovat tyto zásady.

- **Jednoduchost**

Sdělení musí být jasné, stručné, používáme běžné slovní obraty. Není vhodné používat odborné, posluchači neznámé výrazy, zdlouhavě situaci opisovat. Ověřujeme si, zda nemocný sdělovanému porozuměl. Tím předcházíme i situaci, kdy má nemocný obavy zeptat se, použijeme-li nevhodného obratu. Snadno pak může dojít k závažnému nedorozumění.

Už v úvodu rozhovoru je třeba ověřit si pacientovu aktuální schopnost porozumět a správně zvolit jednodušší či složitější formu rozhovoru. Kdybychom jednali příliš jednoduše, mohlo by naše sdělení působit devalvačně, což by znehodnotovalo nemocného a narušilo naši vzájemnou důvěru.

- **Stručnost**

V situaci, kdy je člověk nemocný, má obavy, strach, nejasná očekávání, je citlivý na čas. Zbytečnými oklikami vzbuzujeme nedůvěru, vyvoláváme váhání, zda vůbec víme, o čem mluvíme, zda se dostaneme k podstatě věci.

Schopnost stručně a podstatně informovat navíc zvyšuje naši profesionalitu. Nepleťme si ale stručnost se strohostí či neochotou mluvit. I čas, kdy podáváme informace, nemocný vnímá jako dobu, kdy je mu věnována pozornost.

Po stručném sdělení bychom měli ponechat prostor pro dotazy.

- **Zřetelnost**

V komunikaci s nemocným je velmi důležité jasně vyjádřit podstatu věci. Při pochybnostech o správném pochopení informace můžeme sdělení opakovat. Chybou jsou dvojsmyslná sdělení, přílišná zobecnění, osobní názory.

- **Vhodné načasování**

Při přípravě rozhovoru nezvažujeme pouze vhodnost obsahové stránky. Musíme zvážit všechny souvislosti. Vliv okolí, zda neruší naši komunikaci. Vhodnost chvíle a nutnost vést rozhovor nebo sdělovat informace právě teď. Ptáme se, je-li v zájmu pacienta slyšet tyto informace. Sestra by zároveň měla položit otázku i sobě: Mám čas vyslechnout odpověď?

Na správném načasování lpíme zvláště u závažných témat. Samozřejmostí by měl být klid pro sdělení, soukromí, nerušený prostor a dostatek času.

- **Přizpůsobivost**

Zde hraje důležitou roli empatie sestry. Sestra musí sledovat pacientovy odpovědi, všimnout si neverbálních projevů a včas reagovat přizpůsobením stylu hovoru. Pokud sdělením pacienta rozrušíme, poskytneme mu čas na oddech a pokračujeme v rozhovoru při jiné vhodné příležitosti.

10.3 Speciální verbální komunikační dovednosti všeobecné sestry

„Obecně platí, že nelze nekomunikovat. Aktivita i neaktivita, slova i mlčení, vše má význam sdělení. Jakékoliv sdělení ovlivňuje příjemce, a ten nemůže neodpovědět a tedy také komunikuje. Komunikace znamená jak sdělování, tak sdílení. Komunikují tedy i ti, kdo přihlížejí. Komunikaci vždy spoluvytváříme a ovlivňujeme (VENGLÁŘOVÁ aj., 2006, s. 24)“.

I když jsme jen přítomny u rozhovoru s lékařem nebo roznášíme léky a pacienti si povídají, stáváme se jako sestry součástí komunikace. „Z profesního hlediska je u verbální komunikace podstatná aktivita a osvojení si speciálních verbálních dovedností. Pacient a ten, kdo ho ošetřuje, jsou ve vzájemném vztahu a komunikace je druhem péče“ (VENGLÁŘOVÁ aj., 2006, s. 25). Jednou z nejdůležitějších dovedností v oblasti komunikace je naslouchání. Bývá označováno jako klíčová část rozhovoru. Je jeho aktivní složkou. V rozhovoru nejde jen o to, že slyšíme, ale také o to, že **chápeme a rozumíme**. Znamená to schopnost sestry správně interpretovat, co se v komunikaci dozvídá. Příkladem je neustálé naříkání pacienta, že chce domů. My ho můžeme jen slyšet, udělat si svou práci a odejít. Nebo naopak můžeme pochopit jeho strach a vyslechnout jeho obavy.

Správným nasloucháním vytváříme podmínky k dalšímu rozhovoru. Nasloucháním umožňujeme druhému, v našem případě nemocnému, splnit jeho přání, možnost svěřit se. Vyjadřujeme jím svoji ochotu pomoci.

Nasloucháme třemi hlavními způsoby

Ušima – slyšíme slova, uvědomujeme si jejich význam, vnímáme tón řeči, její rychlost, pomlky a pauzy. Dále **očima** – sledujeme výraz tváře, pohled hovořícího, jeho postoj, pohyby. A pak třetí neméně důležitý způsob naslouchání, **srdcem** – schopnost zapojit emoce.

Podpora v projevu

V komunikaci je kladen důraz na aktivitu. Na konkrétní situaci jsme dva, proto mluvíme o spolupodílení – participaci. Jestliže pacient sděluje problém, nemluví do prázdna: sestra mu naslouchá a může ho v projevu podpořit.

K podpoře při komunikaci s nemocným používáme techniky aktivního naslouchání.

Jejich součástí jsou:

Reflexe

Jde o to pochopit pocity člověka, umět jim dát slovní formu – reflektovat, dokázat zrcadlit, vyjádřit myšlenky a pocity slovy. Je třeba chápat myšlenky a projevy nemocného tak, jak jsou řečeny. Neměnit je a nekritizovat. Co jsme slyšeli, vyjádřit jinými slovy, hledat předpokládanou příčinu.

Vnímáme-li v rozhovoru s nemocným třeba neurčitý strach, potvrdíme pacientovi, že jeho obavy vnímáme, že cítíme, že se něčeho bojí. Tím mu nabídneme určité vyjádření pro pocit, který podle příslušných signálů prožívá. Pacient se následně může tento pocit snažit vyjádřit lépe a konkrétněji, více se rozhoří a my budeme vědět, co vnímá jako ohrožující fakt, jak svou situaci sám hodnotí. Ve výsledku pak dospějeme k návrhu pomoci a řešení.

Techniku reflexe ukazuje na výstižném příkladě Dana Klevetová: „Nemocný: Už zvoním aspoň hodinu a vy na mne nemáte vůbec čas! Co tam děláte? Sestra: A vy máte zlost, že nejdu, a možná si myslíte, že jsem na vás zapoměla. Rozumím vašemu naléhání dobře (KLEVETOVÁ aj., 2008, s. 102)“?

Příklad ukazuje, jak je ze strany sestry důležité přiznat skutečnost, že opravdu jdeme pozdě, přiznat ji klidně a bez negativních emocí. Chceme-li, můžeme nabídnout i zdůvodnění, ale většinou stačí jen podotknout, že pacient měl pravdu. Nemusíme sdělovat své důvody, máme ale povinnost potvrdit sám fakt. Musíme si přitom uvědomit, že nemocný se nezlobí na nás, ale na situace, které prožívá. Potvrzením skutečnosti dochází k odražení hněvivé energie, která je připravena bojovat s nepříznivou situací.

Tyto komunikační dovednosti bychom jako sestry měly zvládat a neustále cvičit. Neměly bychom sahat k nejobvyklejšímu řešení: jestliže totiž ošetřovatelský personál odpovídá v těchto situacích pacientovi slovy „Nejste tady sám!“, jedině, co dělá, je to, že nemocnému dokazuje svoji důležitost a moc.

Sumarizace

Sumarizací přehledně a stručněji shrneme rozsáhlé sdělení od nemocného. Tato technika jde tedy dál než reflexe, která reaguje jen na určité pocity z celého rozhovoru. Sumarizací se nevyjádříme k jedinému aspektu sdělení, ale k tomu, co podstatného jsme z celého sdělení vyrozuměli.

„Pacient vypráví o konzultaci s lékařem, mluví o cizích slovech a učenosti doktora. Můžeme shrnout – přemýšlím nad tím, jestli jste rozuměl všemu, co vám lékař říkal. Dozvíme se pak, že vše pacient opravdu nepochopil a styděl se to před lékařem přiznat (VENGLÁŘOVÁ aj., 2006, s. 26)“.

Parafráze, rezonance

Rezonance je ozvěnou, druhem zpětné vazby, při níž zopakujeme, co pacient řekl. Dáváme mu tím znát, že rozumíme významu toho, co říká a že ho vnímáme. Umožňujeme tím i další komunikaci. Rezonancí navíc v pacientovi provokujeme schopnost a vůli hlouběji prožít své pocity, přemýšlet o nich nahlas. Tím nejen nám, ale i sám sobě objasní, jak na něj konkrétní problém doléhá.

Povzbuzení

Znamená povzbudit pacienta, aby v komunikaci dále setrval. Dáváme najevo, že se mu snažíme rozumět. Povzbuzením v komunikaci opadne z nemocného napětí.

Drobné zdvořilosti

Vyjádříme jimi úctu, kterou si člověk zaslouží nejen dokud je zdravý a činný v běžném životě, ale právě i v nemoci a stáří. V proudu komunikace vyjadřujeme úctu například tímto způsobem: „Dovolte, mohu vás požádat o laskavost... Souhlasíte s tím, aby... (KLEVETOVÁ aj., 2008, s. 103)“.

Soucítění, empatie

Soucítění neboli empatie je vědomý příklon k citovému stavu druhého člověka, dobrá vůle citově porozumět druhému. V zdravotnickém povolání se často setkáváme se strachem, s bolestí lidí. Prostředkem k vyjádření naší empatie se může stát explicitní souhlas s pacientem. Pokud to je možné, chytíme nemocného za ruku, pohladíme ho. Důležité je uvědomit si, že soucítění není soucit. Zcela nepřijatelné je v těžkých chvílích situaci pacienta zlehčovat.

Mlčení

I mlčení je součástí komunikace a může mít více významů. V tichu můžeme přemýšlet a hledat, jak v komunikaci dále pokračovat. Nemocný a tím spíš starý člověk může potřebovat více prostoru k přemýšlení nad otázkou, kterou chce položit, nebo potřebovat víc času na zvážení odpovědi. Je potřeba, aby si sestra osvojila cit, kdy dát nemocnému prostor, aby si rozmyslel, co chce říct, a kdy ho povzbudit, aby pokračovat dál ve své výpovědi. Ticho může nastat z velkého šoku. Často se stává, že nemocný přestane mluvit po nepříjemné zprávě. Zasáhne ho natolik, že není schopen slova. V tuto chvíli bude potřebovat čas na vzpamatování se a zároveň podporu, aby se se zprávou vyrovnal. Mlčení plné rozpaků bude v naší praxi spojeno s rozhovory na choulostivá témata. Budeme se setkávat se studem nemocných. Měli bychom být k rozpačitému tichu velmi vnímavé a schopné pomoci pacientům rozpaky překonat.

Kde už bylo vše řečeno, tam nastává hluboké ticho. Jde o úzdravné ticho, ve kterém je dobré setrvat.

Shrnutí

Cítíme-li, že nemůžeme nemocného ve vyprávění dlouhého příběhu přerušit, shrneme stručně slyšené.

Vzájemné setkání

V okamžiku, kdy nám starý člověk sdělí své pocity, můžeme i my projevit vlastní pocity a názory, které v nás jeho řeč vyvolala. Sdělíme vlastní názor, jak bychom příslušný problém asi řešili my. Nutné však je nezaměňovat sdělení našeho názoru s hodnocením a zlehčováním situace. Naše návrhy musí být opatrné. Nesmí jít o příkazy, ale o šetrné návrhy. Starý člověk, a nejen on, může již v úvodu návrhy odmítat, ani je nevyslechne dokonce. To je signálem, že ještě není na změnu připraven. Dejme mu čas a poskytněme mu naši trpělivost.

Při navrhování nových řešení je důležité zdůvodnění, v čem je toto nové řešení lepší než řešení stávající. Měli bychom vyložit jeho výhody a vyjádřit naději, kterou nové řešení přináší. Musíme umět starého člověka motivovat, protože lidskou přirozeností je těšit se. To je správný stimul, který člověka povzbuzuje k volbě změny (VENGLÁŘOVÁ, 2007 ; KLEVETOVÁ aj., 2008 ; MINIBERGEROVÁ aj., 2006).

10.4 Zásady komunikace se seniorem s poruchou zraku

Komunikace s lidmi s poruchou zraku obnáší svá specifika, která je nutno dodržovat.

- Představme se nejen jménem, ale i naší funkcí. Pozdrav a vlastní představení je důležité spojit s oslovením pacienta. Aby starý člověk věděl, že oslovujeme právě jeho.
- Oslovení bychom měli spojit s pevným dotekem. Dotykem umožníme pacientovi získat informaci, kde jsme. Pacient si snadno zapamatuje náš specifický dotyk.
- Používejme přesné výrazy při popisu například směru chůze či pohledu, polohy předmětů apod.
- Dávejme pacientovi příležitost, aby využil své hmatové schopnosti. Pacienta takové poznání více uklidní.
- Poskytujeme dostatečné informace o prováděném výkonu. Informace se mají týkat nejen průběhu výkonu, ale i toho, jaké předměty budeme používat – je záhodno popsat jejich materiál, barvu, tvar.
- Má-li nemocný doprovod, jednejme vždy s nemocným. Není-li tomu tak, postižený se cítí vyřazen z komunikace i z rozhodování o sobě.
- Dávejme pozor na rušivé zvuky, při péči v neznámém prostředí vzbuzují úzkost.
- Nepřehánějme soucít a zároveň nepodceňujme pacienta se zrakovým postižením.
- Prostor, kde se pacient nachází, bychom měli zachovávat ve stejném uspořádání, a to z důvodu jeho dobré orientace v místnosti. Chceme-li nebo musíme-li něco přemístit, pak pouze s vědomím pacienta.
- Odcházíme-li od pacienta, upozorníme ho na to a rozlučme se stejným dotekem jako při oslovení.

10.5 Zásady komunikace se seniorem s poruchou sluchu

Rovněž komunikace s lidmi s poruchou zraku má svá specifika, která jsou pro dosažení kvalitní komunikace nutná dodržovat.

- Vyslovujeme zřetelně a mluvíme pomalu.
- Informujeme se, ze které strany pacient lépe slyší; z té pak k němu přistupujeme.
- Používáme krátké a jednoduché věty.
- Mluvíme vždy o jedné věci, až si ověříme, že ji nemocný pochopil, mluvíme o další.
- Ověřujeme si, zda komunikační partner našemu sdělení rozuměl. Nejvhodněji tak, že nám pacient na naše požádání sdělí, co slyšel, čemu rozuměl.
- Využíváme předměty k ukázkám, opakujeme sdělení jinými slovy, s jinou intonací.
- Důležitá je dostatečná osvětlení našich úst a komunikace tváří v tvář.
- Dbejme na shodu verbální a neverbální komunikace, udržujeme oční kontakt.
- Lidé s takovýmto postižením, navíc staří, potřebují více času k pochopení sdělení; namísto je zvýšená trpělivost.
- Rozhovor by měl probíhat v sedě, měli bychom při něm mluvit jen s jednou osobou a při komunikaci nepřecházet sem a tam.
- Projevujeme takt, zájem, vlídnost. Nezapomeňme hlavně chválit.

10.6 Komunikace se seniorem s demencí

Demence sníží nebo vyřadí některé z kognitivních funkcí. Podle stupně vyskytující se demence u pacienta volíme vhodný přístup. Silné životní emoční prožitky jsou uloženou vzpomínkou a přehrávají se nám zpět jako magnetofonová páska. Individuální prožitky, zůstávají jako uložené informace spojeny s určitými pocity a každá další reálná podobná životní situace, může v člověku vyvolat stejnou, již dávnou prožitou emoci, jejíž souvislosti si neuvědomujeme a nechápeme, proč u nemocného náhlá změna chování nastala.

Počínající demence

Naším cílem je pomoci lidem uchovat si základní informaci o sobě samém, o prostředí, kde se nalézá a o lidech, s kterými žije. Snažíme se nemocného opatrně vrátit do reality sdělením skutečnosti. Pomáháme udržet orientaci místem, časem a situací a procvičit krátkodobou paměť. Přínosem je využití nástěnky s uvedením aktuálního dne, měsíce, ročního období, počasí a dalších událostí. Svým přístupem můžeme zpomalit postupující příznaky demence. Uvádění do reality dne je neustále probíhající činnost při jakémkoliv kontaktu s nemocným. Stále a nenásilně připomínáme realitu skutečnosti. Své tempo přizpůsobujeme v prostoru a čase nemocnému.

Nemocnému sdělujeme, co děláme a proč, k čemu to vede. Opakovaně jej oslovujeme jménem. Cílem našeho snažení je upevňovat podvědomí nemocného, aby věděl o všem, co se právě kolem něj děje. Naše úsilí nesměruje k tomu, aby si nemocný něco zapamatoval, ale k tomu, aby dostatek potřebných informací zmírnil jeho strach a pocit selhání.

Pokročilá demence

Trpí-li nemocný pokročilou formou demence, uplatňujeme u něj stejné techniky, jako u pacientů s demencí počínající. Při pokročilé demenci nikdy nemocnému nevyvracíme jeho prožitky a vzpomínky. Naopak se musíme naučit potvrzovat vnitřní svět člověka s poruchou paměti a hledat souvislosti jeho chování s prožitými životními událostmi (ZGOLA, 1999 ; KLEVETOVÁ, 2008 ; MINIBERGEROVÁ, 2006).

Praktická část

11 Kazuistika: ošetrovatelská péče u geriatrického pacienta

Pro zpracování kazuistiky do mé bakalářské práce jsem si zvolila model Majory Gordon, Model funkčních vzorců zdraví, se kterým se mi po dobu studií pracovalo nejlépe a sama jej ráda volím pro jeho přehlednost, jednoduchost, komplexnost a holistický přístup k pacientovi.

Pacientku jsem si vybrala v léčebně dlouhodobě nemocných. Data jsem zpracovala s jejím souhlasem i se svolením vrchní sestry daného zdravotnického zařízení.

11.1 Majory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví

Biografické údaje M. Gordon

Své základní ošetrovatelské vzdělání získala na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku. Na Unter College of the City University v New Yorku ukončila bakalářské a později i magisterské studium. Doktorandskou práci z pedagogické psychologie na téma diagnostické hodnocení obhájila na Boston College. Roku 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců chování. V roce 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví. Je profesorkou a koordinátorkou ošetrovatelství dospělých na Boston College, Chesnut Hill. Do roku 2004 byla prezidentkou NANDA (North American Nursing Diagnostic Association). M. Gordon se i nadále věnuje výzkumu v oblasti ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče.

Vývoj modelu

Model je výsledkem grantu, zafinancovaného federální vládou v 80. letech minulého století. Teoretickými východisky jsou holistická a humanistická filozofie, koncepce hodnocení F. E. McCan a D. Smith, modely zdraví a ošetrovatelské modely a teorie různých autorek, především D. Orem, D. Johnson a C. Roy.

Obsah a koncepce modelu

Model reaguje na interakci osoby a prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Sestra identifikuje funkční či dysfunkční vzorce zdraví při kontaktu s pacientem.

Vzorce

Vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetrovatelské údaje v objektivní i subjektivní podobě.

Strukturu modelu vytváří dvanáct oblastí, autorkou označených jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být funkční či dysfunkční.

Dvanáct vzorců zdraví M. Gordon obsahuje:

- **Vnímání zdraví- udržování zdraví**
- **Výživa- metabolismus**
- **Vylučování**
- **Aktivita- cvičení**
- **Spánek- odpočinek**
- **Vnímání- poznávání**
- **Sebepojetí- sebeúcta**
- **Role- vztahy**
- **Reprodukce- sexualita**
- **Stres, zátěžové situace- zvládnání, tolerance**
- **Víra- životní hodnoty**
- **Jiné**

Popis a hodnocení dvanácti vzorců zdraví umožní pak sestře rozeznat, jedná-li se u pacienta o funkční či nefunkční chování.

Dysfunkční vzorec, který je projevem aktuálního onemocnění nebo je znakem potenciálního problému pak sestra identifikuje, označí jej a zformuluje jako ošetrovatelskou diagnózu.

Při posuzování vzorců pak sestra porovnává získané údaje s individuálním výchozím stavem pacienta, normami stanovenými pro danou věkovou skupinu nebo s normami kulturními a jinými.

Model M. Gordon je označován za model nejkompexnější v pojetí člověka v ošetřovatelství z hlediska holistické filozofie. Splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetřovatelské hodnocení zdravotního stavu pacienta v jakémkoliv systému zdravotní péče (PAVLÍKOVÁ, 2006).

11.2 Ošetřovatelský proces

Moderní ošetřovatelství je charakterizováno systematickým hodnocením a plánovitým uspokojováním potřeb zdravého i nemocného člověka. Prostřednictvím ošetřovatelského procesu se uspokojování lidských potřeb realizuje.

Ošetřovatelský proces vyžaduje systematické shromažďování údajů o pacientovi a jeho problémech, rozpoznání problémů, plánování, realizaci a hodnocení. Všechny tyto dovednosti spolu úzce souvisí a vytváří neustálý koloběh myšlení a jednání od zdravotní sestry (TRACHTOVÁ, 1998 ; DOENGES aj., 2001).

11.3 Holistická ošetřovatelská péče

Takový druh péče akceptuje práva pacienta, která jsou nedílnou součástí ošetřování a léčebného procesu. Neoddělitelnou součástí holistického ošetřovatelství je ošetřovatelský proces, který ukazuje systémový přístup a komplexní řešení problémů pacienta. Není zaměřený pouze na vlastní nemoc, ale zaměřuje se na celého člověka.

„Aplikace holistické filozofie na péči o lidi a jejich zdraví zdůrazňuje, že sestra musí brát na zřetel osobu jako celek a musí se snažit pochopit současně vztah částí ve vztahu k interakcím celku a vztah celku k jeho částem (PAVLÍKOVÁ, 2006, s. 15)“.

11.4 Důvod přijetí pacientky

Paní E. V., 85ti letá pacientka, vdova, byla 25. 11. 2009 přeložena z III. interní kliniky VFN k nám na kliniku LDN k ošetrovatelské péči a RHB. Na pracoviště LDN byla paní E. V. přeložena k získání soběstačnosti pro pobyt v domácím prostředí, rehabilitaci stoje, chůze a samozřejmě k ošetrovatelské péči.

Před hospitalizací byla pacientka ve svém domácím prostředí soběstačná, pomoc v domácnosti zajišťovali vnuci a pečovatelka, která docházela do bytu k pacientce 2x týdně. Paní E. V. žije sama v bytě v činžovním domě s výtahem v 1. patře.

Na interní klinice VFN byla hospitalizována pro dehydrataci a totální zmatenost po pádu doma, kdy ji našel vnuk za dveřmi, jak dlouho tam ležela neví. Přestože měla pečovatelku, která k pacientce docházela 2x týdně, byla přivezena do VFN nesmírně zanedbaná s malhygienou.

Během hospitalizace na interní klinice ve VFN byla paní E. V. rehydratována, dle citlivosti přeléčena na infekci močových cest, pro melénu ordinována gastrokopie, kde byl nález hemoragické gastritidy.

Její stav se zlepšil, stabilizoval, proto byla na žádost vnuka přeložena k nám na kliniku dlouhodobě nemocných.

Lékařské příjmové diagnózy:

- Jiné vaskulární demence
- Arteriální hypertenze
- Dekubitus v oblasti sakra a na obou patách
- Erozivní gastritida, stav po krvácení

Lékařská anamnéza

RA: Nepamatuje si v kolika zemřeli rodiče, ani na co zemřeli, jaká měli onemocnění.

OA: Složitá, má velké výpadky paměti, kterých si je ale vědoma. Je poloviční židovka, během války byla v 18ti letech tři roky v koncentračním táboře v Osvětimi. Měla syna, měl vrozenou srdeční vadu, v kolika letech zemřel si už nepamatuje, má po něm dva vnuky. Nikdy nebyla vážněji nemocná, měla výbornou paměť, která ji až nyní zrazuje. Ví, že měla v dětství časté angíny, více si nepamatuje. Cítí se unavená, stará, chce jen odpočívat.

PA: Dříve pracovala jako redaktorka, překladatelka. Od 51 let je ve starobním důchodu.

SA: Vdova, žije sama, pečovatelská služba 2x týdně, soběstačná do pádu, starají se o ní vnuci.

AA: Neguje.

Abusus: Dříve kouřila 20 cigaret denně.

FA za hospitalizace ve VFN: Fraxiparine 0, 3 ml s.c. 1x denně, Tiapridal 100 mg tbl. 0- 0- 1, Buronil 25 mg tbl. 0- 0- 1, Nutridrink 1- 1- 1, Helicid 20 mg cps. 1- 0- 1, Atrovent inh. 2 vdechy 1- 1- 1

Stav pacientky při přijetí

Celkový stav: při vědomí, orientovaná, ale s výpadky paměti, se smyslem pro humor, spolupracuje, klidově eupnoe, ale výrazně prodloužené expírium, bez ikteru, cyanozy, afebrilní, jen lehká dehydratace.

Hlava: normocefalická, oční bulby ve středním postavení, bez nystagmu, spojivky růžové, bledší, skléry bílé, zornice okrouhlé, izokorické, reagující na obě kvality. Výstupy trigeminu nebolestivé, inervace n. VII. Souměrná, jazyk plazí ve střední čáře, čistý, hrdlo klidné.

Krk: náplň krčních žil nezvětšena, symetrické karotídy, bez šelestu, štítná žláza, uzliny nehmatné.

Hrudník: souměrný, akce srdeční pravidelná, ozvy 2 ohraničení, bez šelestu, dýchání s prodlouženým expíriem, vzadu čisté sklípkové, vpředu a v I. Axile pleurální šelest, ojediněle pískoty.

Břicho: v úrovni hrudníku, dýchá v celém rozsahu, poklep diferenciálně bubínkový, palpačně měkké, nebolestivé, peristaltika +, játra nezvětšena, slezina nehmatná, tapotement bilaterálně negativní.

Dolní končetiny: bez otoků, hojící se dekubitus na obou patách a v sakrální krajině.

11.4.1 Ošetrovatelská anamnéza dle koncepčního modelu M. Gordon

Zpracovaná ke dni 28. 11. 2009, zdrojem informací k vytvoření ošetrovatelské anamnézy dle koncepčního modelu M. Gordon mi byl samotný rozhovor s pacientkou, zdravotnickým personálem, ošetrovatelská dokumentace a vlastní pozorování pacientky.

Vnímání zdraví, udržování zdraví

V současné době se pacientka cítí unavená stářím, chtěla by odpočívat. Má problémy s pamětí, které si dobře uvědomuje. Svě zdraví vnímá přiměřeně svému věku, za celý svůj život nebyvala vážněji nemocná, pamatuje si pouze na angíny v mládí, které ji trápily. Na lékařské prohlídky chodila pravidelně, ale při akutně vzniklém onemocnění raději zůstala co nejdéle doma, než aby musela k lékaři.

Pro podporu zdraví každý den ráno přibližně 30 minut cvičila.

Výživa, metabolismus

Pacientka nyní nepocituje výraznou chuť k jídlu, co jí uvaří, to sní, ale pouze půlku porce, nemá příliš hlad a nechce se zbytečně přejídat. Zde v nemocničním zařízení dostává dietu číslo 3, mletou. Problémy s polykáním nemá. Příjem tekutin má snížený, nerada vypije přes litr tekutin. Nemá pocit žízně. Pacientka udává, že doma si vařila sama. Dle vnuků vaření dostatečně nezvládala, jídlo jí nosili v krabičkách na každý den, snažili se o výběr pestré stravy. Výrazné váhové změny na babičce nezaznamenali. Problémy s dostatečným příjmem tekutin měla již doma, ráda pila čaje a ovocné šťávy. Se zubními náhradami pacientka nepocituje žádné problémy. Kožní turgor má snížený, rty suché. Vlasy prořídle přiměřeně jejímu věku, nehty čisté, upravené. Na patách a v sakrální krajině má dobře hojící se dekubitus.

Vylučování

Na stolici chodí pacientka obden, problémy neudává. Zatím pro přesun na toaletu vyžaduje pomoc, sama se na to ještě necítí. Projímadla nikdy nebrala.

V oblasti močení má pacientka problémy s nechtěným únikem moči, nedaří se jí včas dosáhnout toalety. Preventivně i pro vlastní klid nosí přes noc plenkové kalhoty. Moč je jantarově žlutá, bez příměsy, nezapáchá. Množství moče odpovídá příjmu tekutin. Potí se v normě.

Aktivita, cvičení

Pacientka během dne sedí na židli u okna, moc ráda si čte knížky, časopisy, noviny nebo se kouká na televizi. Dvakrát denně cvičí chůzi s rehabilitačním pracovníkem v chodítku. V budoucnu chce chůzi zvládat sama. Nechce chodit s chodítkem ani s hůlkou. Přejde jí to ponižující. Dále s asistencí rehabilitačního pracovníka cvičí dechová cvičení, při zvýšené únavě pacientky cvičí na lůžku. Dobře spolupracuje. Cítí se spíše unavená.

Chůze pacientky je zatím nejistá, zvládá ji pouze s pomocí a malou vzdálenost, jen kolem lůžka, do koupelny na toaletu. Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech dle Barthel testu- vysoce závislý (30b).

Spánek, odpočinek

Paní E. V. udává, že problémy se spánkem jí doprovází celý život, avšak už je natolik zvyklá, že v běžném životě to neudává ani za problém. Má problémy s usínáním, ale když už usne, už se během spánku neprobouzí, ale budí se přibližně po šesti hodinách. Léky na spaní doma občas užívala, nepamatuje si jaké. Pravidelně odpočívá během dne na chvílku po obědě.

Zde vnímá intenzivnější problém s usínáním, příčinu vidí ve změně prostředí a bolesti z dekubitů.

Vnímání, poznávání

Používá brýle na čtení, jinak vidí a slyší dobře vzhledem ke svému věku. Problémy jí dělá paměť, ráda si povídá, vypráví, ale pak si najednou nemůže vzpomenout. Tyto výpadky paměti si uvědomuje. Celý život s pamětí problémy neměla, naopak, během života se věnovala překladatelské činnosti, jazykům. Chápe myšlenky, rozumí otázkám, úkolům.

Pacientka je orientovaná místem, časem, ale občas nějaké souvislosti neví, nepamatuje si je. Problémy jí dělá spíše krátkodobá paměť, než dlouhodobá. Řeč plynulá, vyjadřuje se velmi pěkně, studovala český jazyk.

Bolest pociťuje v oblasti dekubitů- VAS 3.

Sebepojetí, sebeúcta

Vnímá se jako optimistka, extrovert. Má ráda společnost lidí, je většinu času usměvavá, dobře naladěná. Strach z ničeho nemá, důvěřuje svému okolí i sobě a svým schopnostem.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka je vdova, bydlí sama v bytě, v prvním patře s výtahem. Syn jí zemřel, navštěvují ji a starají se o ní její dva vnuci a pečovatelka, která docházela za pacientkou 2x týdně. Necítí se osamělá. Vztahy v rodině má a měla dobré. Vnuci se o babičku starají i po dobu hospitalizace, často jí navštěvují.

Sexualita, reprodukční schopnost

Na preventivní gynekologické prohlídky docházela pravidelně. Má za sebou jeden fyziologický porod. Výrazné problémy v klimakteriu neměla, nepamatuje si více.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Pacientka udává, že stres má jako každý jiný člověk, který patří k životu. Říká, že pokud nejde o život, nejde o nic.

Sama si myslím, že paní E. V. zvládá stresové situace velmi dobře, už jen fakt, že v mládí strávila tři roky v Osvětimi pro židovský původ jí natolik zocelil a vybavil do života, že jí v běžném životě už jen těžko něco zaskočí. Alkoholem nikdy těžké situace neřešila, ani drogami.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Věřící nebyla, až po čase se věřící stala. Věří v římskokatolickou církev. Důvod proč začala věřit, si nepamatuje. Potřeby spirituálních služeb při hospitalizaci nevyžaduje.

Jiné

Žádné jiné informace a problémy jsem neshledala, které by nešly zařadit do výše jmenovaných potřeb.

Medikace

- Atrovent inhalace (bronchodilatancium, antiasmatikum) 3x 2 vdechy
- Buronil 25 mg tbl. (neuroleptikum) 0- 0- 1
- Euphyllin 200 mg cps. (bronchodilatancium, antiastmatikum) 1- 0- 1
- Helicid 20 mg cps. (antacidum) 1- 0- 1
- Novalgin tbl. (analgetikum) 1- 0- 1, dle potřeby
- Pentomer retard 400 mg tbl. (vazodilatancium) 1- 0- 1
- Prestarium neo 5 mg tbl. (ACE inhibitor) 1- 0- 0

Základní fyzikální a screeningové vyšetření sestrou ke dni 28. 11. 2009

Pacientka při vědomí, **GCS 15 bodů**, orientovaná místem, časem, osobou, avšak s výpadky paměti. Komunikace je bez problémů. Poloha aktivní, chůze pouze s doprovodem na krátkou vzdálenost. Držení těla je nesymetrické, shrbené. Vizually je pacientka upravená, čistá. Tělesná teplota 36,4 °C, výška 163 cm, váha 50 kg, **pulz** 74', pravidelný, jasný, **krevní tlak** 122/ 67 mm Hg, **tělesná teplota** 36,4 °C, eupnoická 15', řeč plynulá.

Hlava: normocefalická, pokleповě nebolestivá, výstupy trigeminu nebolestivé, vlasy upravené, prořídle. Oči, uši, nos bez patologických změn, bez výtoku, bez sekrece. Rty růžové, suché, bez cyanózy, souměrné, dásně a sliznice dutiny ústní sušší, růžové. Jazyk růžový, lehce povleklý, plazí ve střední čáře. Snímatelná protéza, funkční.

Krk: krční páteř dobře pohyblivá, pulzace karotid oboustranně nezvětšená, náplň krčních žil nezvětšená, štítná žláza a krční uzliny nezvětšeny.

Hrudník: souměrný, prsy bez hmatné rezistence, plíce poslechově s prodlouženým expirací, vzadu čisté sklípkové, vpředu šelest, ojediněle pískoty. Akce srdeční pravidelná.

Břicho: měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence, jizvy 0, poklep bubínkový, peristaltika +, játra, slezina nezvětšena, tapotement 0.

Končetiny: bez otoků, kůže suchá, hojící se dekubitus na obou patách a v sakrální krajině.

Kůže: prokrvená, bez ikteru, bez jizev, suchá, čistá, kožní turgor snížený.

Dietní opatření: dieta číslo 3, mletá.

Pohybový režim: rehabilitace stoje, chůze, nácvik soběstačnosti.

Smyslová omezení: brýle na čtení.

Invazivní vstupy: nemá.

Použité hodnotící škály ke dni 28. 11. 2009

- GCS: 15 bodů (norma)
- BMI: 18, 82 (norma)
- Skóre Norton: 19 bodů (riziko vzniku dekubitů)
- Hodnocení rizika pádu: 7 bodů (riziko pádu)
- Skóre VAS: 3 body
- Barthel test: 30 bodů (vysoce závislý)

11.4.2 Aktuální ošetřovatelské diagnózy a jejich uspořádání podle priorit

Bolest akutní z důvodu proleženin na patách dolních končetin a v sakrální oblasti, projevující se verbálním sdělením pacientky, mimickými projevy, úlevovou polohou.

Kožní integrita porušena z důvodu proleženin na patách dolních končetin a v sakrální oblasti pacientky, projevující se narušením tělesných struktur, bolestí.

Spánek porušený v souvislosti s akutní bolestí, změnou prostředí a nedostatečnou aktivitou, projevující se pospáváním během dne, únavou, verbálním sdělením pacientky.

Inkontinence moči funkční z důvodu neschopnosti dosáhnout toalety natolik včas, aby nedošlo k nechtěnému úniku moči, projevující se předčasným únikem moči.

Péče o sebe sama nedostatečná v oblasti osobní hygieny, samostatného oblékání a v péči o vyprazdňování, v souvislosti s bolestí, se sníženou svalovou silou, zhoršenou pohyblivostí, projevující se nejistotou, nespokojeností, potřebou asistence při běžných denních úkonech.

Pohyblivost porušená v souvislosti se snížením svalové síly, bolestí a únavou, projevující se nechotou k pohybu, neschopností provádět samostatně běžné denní úkony.

Paměť porušená v souvislosti s diagnostikovaným onemocněním- jiné vaskulární demence, projevující se zhoršenou výbavností a občasnými výpadky paměti pacientky.

11.4.3 Potencionální ošetřovatelské diagnózy a jejich uspořádání podle priorit

Infekce, riziko vzniku v souvislosti s proleženinami na patách dolních končetin a oblasti sakra.

Tělesné tekutiny, riziko deficitu v souvislosti se sníženým příjmem tekutin pacientky, a sníženým pocitem žízně.

Poranění, zvýšené riziko v souvislosti se zhoršenou pohyblivostí pacientky, sníženou svalovou silou, senzorickeou poruchou.

11.4.4 Rozpracované aktuální ošetrovatelské diagnózy

Bolest akutní z důvodu proleženin na patách dolních končetin a v sakrální oblasti, projevující se verbálním sdělením pacientky, mimickými projevy, úlevovou polohou.

Cíl:

- u pacientky dojde ke zmírnění bolesti do 30ti minut po ošetrovatelských intervencích (krátkodobý)

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacientka udá zmírnění bolesti na škále VAS ze stupně 3 na stupeň 1-0 do 30ti minut po ošetrovatelských intervencích
- pacientka verbálně sdělí zmírnění bolesti do 30ti minut po ošetrovatelských intervencích
- pacientka při pohybu neverbálně neprojevuje bolestivé pocity do 30ti minut po ošetrovatelských intervencích
- pacientka se naučí předcházet bolesti a zvládat techniky zmírnění bolesti do 4 dnů

Intervence:

- proved' důkladné posouzení bolesti, zhodnot' její intenzitu na škále VAS včetně lokalizace, charakteru, závažnosti a ovlivňujících faktorů (příjmová sestra, dále sestra ve službě každý den)
- posud' fyziologicko-psychologickou příčinu bolesti (příjmová sestra)
- pouč pacientku o způsobech prevence bolesti- úlevové polohy, relaxační cviky (příjmová sestra, rehabilitační sestra, sestra ve službě dle potřeby)
- monitoruj bolest vždy, když se znovu objeví a znovu ji důkladně posud' (sestra ve službě)
- denně pozoruj neverbální projevy pacienta a další objektivní příznaky bolesti (sestra ve službě)
- 3x denně monitoruj fyziologické funkce (sestra ve službě)
- denně pečuj o pohodlí nemocného (sestra ve službě, ošetrovatelka)
- podávej léky dle ordinace lékaře (sestra ve službě)

Realizace:

- při prvním kontaktu s pacientkou jsem posoudila lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti na škále VAS spolu s faktory ovlivňující bolest
- dle ordinace lékaře jsem aplikovala analgetika, po 10ti minutách po aplikaci jsem zkontrolovala účinek analgetik
- pacientku jsem edukovala o možných způsobech předcházení bolesti (úlevové poloze, relaxačních cvicích)
- každé tři hodiny jsem se pacientky ptala, zda-li nepocit'uje bolest a sledovala během dne neverbální projevy bolesti

Zhodnocení:

Od stanovení ošetrovatelské diagnózy a realizace ošetrovatelských intervencí pacientka udávala zmírnění bolesti z VAS 3 na VAS 1-0, neprojevovala neverbální bolestivé pocity, bolesti se naučila během týdne předcházet a je schopna bezbolestně vykonávat běžné denní aktivity vzhledem k jejímu současnému stavu.

Kožní integrita porušena z důvodu proleženin na patách dolních končetin a v sakrální oblasti pacientky, projevující se narušením tělesných struktur, bolestí.

Cíl:

- kožní integrita bude obnovena do jednoho měsíce (krátkodobý)
- zhojení ran proběhne bez komplikací po celou dobu hospitalizace (dlouhodobý)

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- kožní defekt jeví známky hojení do jednoho týdne
- proces hojení probíhá po celou dobu léčby bez vzniku komplikací

Intervence:

- povšimni si celkového stavu pacientky, omezené mobility, změn kůže, svalové hmoty, nutričního stavu v souvislosti s věkem pacientky, inkontinence, péči o sebe sama (příjmová sestra)
- denně urči hloubku defektu, změř délku, šířku a zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace pro možnost srovnání (staniční sestra, příjmová sestra, sestra ve službě)
- vyšetři okolní kůži, zda není zarudlá, zduřelá či macerovaná (příjmová sestra a dále denně sestra ve službě)
- denně kontroluj defekt a zaznamenávej změny (sestra ve službě)
- denně defekt měř, hodnot' a pátrej po vývoji komplikací (sestra ve službě)
- postiženou oblast denně udržuj čistou, suchou, rány převazuj za aseptických podmínek, podporuj prokrvení sousedních oblastí, aby se podpořil přirozený proces hojení (sestra ve službě)
- používej vhodné obvazové materiály a krytí ran a látky na ochranu kůže k ochraně rány i okolní kůže, dle indikace vystavuj ránu vzduchu a světlu (sestra ve službě)
- omezte užívání gumových podložek, okamžitě vyměňujte vlhké nebo zmuchlané prádlo (sestra ve službě, ošetrovatelka)
- vypracuj rozvrh polohování pacientky (staniční sestra, příjmová sestra)
- používej vhodné antidekubitární pomůcky (příjmová sestra, sestra ve službě)

- podávej optimální výživu se zvýšeným obsahem bílkovin důležité k hojení ran a udržení dobrého celkového stavu
- sleduj laboratorní výsledky, ukazující celkový stav i vývoj specifického problému (sestra ve službě)
- povzbuzuj pacienta, poskytni psychologickou podporu a akceptuj pacienta (ošetřovatelský personál)

Realizace:

- příjmová sestra při prvním shledání pacientky a určení této ošetřovatelské diagnózy zhodnotila celkový stav pacientky, zhodnotila a zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace stav defektu a okolí rány, spolu s lékařem a staniční sestrou navrhla způsob léčby defektů, zahájila antidekubitární opatření a vypracovala polohovací plán
- se zdravotní sestrou ve službě jsem defekt dle ordinace lékaře převazovala za aseptických podmínek, všímala si změn, hodnotila defekty a zaznamenávala do ošetřovatelské dokumentace

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, defekty jevíly známky hojení a léčba probíhala bez komplikací. Pacientka se cítila lépe, měla více chuti do denních aktivit, protože s hojící se ránou ustupovala i bolest.

Spánek porušený v souvislosti s akutní bolestí, změnou prostředí a nedostatečnou aktivitou, projevující pospáváním během dne, únavou, verbálním sdělením pacientky.

Cíl:

- u pacienta dojde ke zlepšení spánku a odpočinku do 7 dnů (dlouhodobý)
- pacient si osvojí techniky navození kvalitního spánku do 24 hodin (krátkodobý)

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacientka verbálně sdělí, že má pocit uspokojivého spánku do 2. dne
- pacientka chápe techniky vedoucí ke kvalitnímu spánku a odpočinku do 3 dnů
- pacientka spí přes noc minimálně 6 hodin do 7 dnů

Intervence:

- zjistí faktory přispívající k nespavosti (příjmová sestra)
- posuď souvislost poruchy spánku a aktuálním fyzickým a psychickým stavem (příjmová sestra)
- zeptej se pacienta na okolnosti, které ruší spánek a klidné prostředí (příjmová sestra, sestra ve službě)
- před spaním se postarej o klidné prostředí a komfort (sestra ve službě)
- doporuč pacientovi způsoby jak zlepšit spánek (příjmová sestra, sestra ve službě)
- podávej léky proti bolesti dle ordinace lékaře 1 hodinu před spaním, aby se maximálně využilo jejich zklidňujícího a sedativního účinku (sestra ve službě)
- pobízej pacienta k pravidelnému cvičení a aktivitě během dne (příjmová sestra, sestra ve službě)

Realizace:

- po identifikaci problému se určily příčiny poruchy spánku a denně se pracovalo na jejich odstranění či úplné eliminaci
- pacientka měla každý den dostatek aktivit, neodpočívala v nadměrné míře, před spaním jí byl vyvětrán pokoj, případně upravená poloha pro spánek a dle ordinace lékaře či potřeby pacientky, aplikována analgetika

Zhodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, dlouhodobý jen částečně vzhledem k problémům se spánkem, které pacientku doprovází celý život.

Inkontinence moči funkční z důvodu neschopnosti dosáhnout toalety natolik včas, aby nedošlo k nechtěnému úniku moči, projevující se předčasným únikem moči.

Cíl:

- pacientka zvládne močit ve vhodnou dobu a na vhodném místě do jednoho měsíce (dlouhodobý)
- pacientka slovně vyjádří chápání stavu a seznámení se se zákroky, jak inkontinenci předcházet do jednoho týdne (krátkodobý)

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacientce bude upraveno prostředí podle individuálních potřeb po celou dobu hospitalizace
- pacientka opakovaně verbálně sdělí, že rozumí významu intervencí do jednoho týdne
- pacientka se naučí včas upozornit zdravotnický personál na nutkání na močení do dvou týdnů
- pacientce neunikne moč před dosažením toalety do jednoho měsíce

Intervence:

- posuď příčiny a vyvolávající faktory inkontinence moči pacientky (příjmová sestra)
- zvol možnosti použití kompenzačních pomůcek (staniční sestra, příjmová sestra, rehabilitační sestra)
- věnuj pozornost podmínkám prostředí, které mohou bránit včasnému dosažení toalety a jeho úspěšnému použití (příjmová sestra, rehabilitační sestra)
- nemůže-li sama pacientka, veď denní záznamy o močení, urči frekvenci a denní dobu kontrolovatelného a inkontinentního močení (sestra ve službě)
- vybav pacientku světelnou signalizací nebo zvonkem (příjmová sestra, ošetřovatelka)
- zvol oblečení, které jde snadno a rychle svléknout (sestra ve službě, ošetřovatelka)
- ponechej přes noc rozsvícená světla na cestu k toaletě či pro přesun na gramofon

(sestra ve službě)

- uprav cestu tak, aby byla dostatečně široká, pohodlná a odstraňte předměty, které by se mohly smeknout (sestra ve službě, rehabilitační sestra)
- naplánujte močení každé 3 hodiny, aby se předešlo nadměrnému naplnění měchýře (sestra ve službě)
- dvě až tři hodiny před ulehnutím ke spánku již nepodávejte žádné tekutiny, aby se omezilo noční močení (sestra ve službě)
- nauč nemocného cvikům k posílení pánevního dna (rehabilitační sestra)
- požádej fyzioterapeuta o radu, jak upravit prostředí a doporučení pomůcek podle individuálních potřeb nemocného (staniční sestra, příjmová sestra)
- opakovaně prodiskutujte nutnost ihned reagovat na nucení na močení (sestra ve službě dle potřeby)
- dejte najevo pozitivní přístup k nemocnému, podpoř ho a motivuj, aby se zmírnily jeho rozpaky plynoucí z inkontinence (všechn zdravotnický personál)
- pobízej pacientku k účasti na dlouhodobém ošetrovatelském plánu (všechn zdravotnický personál)

Realizace:

- při prvním kontaktu s pacientkou příjmová sestra zhodnotila příčiny inkontinence
- spolu s rehabilitační sestrou příjmová sestra zhodnotila podmínky pokoje pacientky pro včasné, bezpečné a nejsnazší dosažení toalety a individuálně upravila prostředí a použila vhodné kompenzační pomůcky
- příjmová sestra a dále dle potřeby sestry ve službě poučili pacientku o možnostech předcházení inkontinence, o nutnosti reagovat ihned při prvním nutkání na močení
- ošetrovatelský personál projevoval pozitivní přístup a vytvářel vhodnou atmosféru k podpoře stavu pacientky

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl za mé přítomnosti splněn, pacientka porozuměla významu intervencí a měla chuť zvládnout předcházet inkontinenci moči, k dosažení dlouhodobého cíle má vzhledem k rehabilitaci chůze stále lepší předpoklady.

Péče o sebe sama nedostatečná v oblasti osobní hygieny, samostatného oblékání a v péči o vyprazdňování, v souvislosti s bolestí, se sníženou svalovou silou, zhoršenou pohyblivostí, projevující se nejistotou, nespokojeností, potřebou asistence při běžných denních úkonech.

Cíl: Provádět péči o sebe sama na úrovni svých schopností do jednoho měsíce (dlouhodobý)

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacientka se naučí novým způsobům jak dosáhnout uspokojující péči o sebe sama do 1 měsíce
- pacientka verbálně sdělí, že chce zvládnout péči o sebe sama na úrovni svých schopností do jednoho týdne

Intervence:

- povšimni si souběžných zdravotních problémů, které mohou mít vliv na péči (příjmová sestra)
- zhodnot' silné stránky a dovednosti pacientky (příjmová sestra, sestra ve službě)
- vybuduj s pacientkou blízký vztah, založený na dohodě (ošetřující personál)
- vypracuj ošetřovatelský plán podle individuální situace, uprav rozvrh tak, aby se přiblížil běžnému režimu pacientky (staniční sestra, příjmová sestra)
- vyhrad' si čas na vyslechnutí pacientky, aby bylo možno včas zjistit případné překážky účasti v režimu (příjmová sestra)
- umožni komunikaci mezi osobami ošetřujícími pacientku, zlepši se tak komunikace a kontinuita péče (staniční sestra)
- motivuj pacientku k dosahování lepších výsledků, podporuj a vysvětlí význam rehabilitace (ošetřovatelský personál)
- při úkonech osobní péče dbej na soukromí pacientky (ošetřovatelský personál)
- poskytni nemocnému dostatek času, aby mohl dokončit úkol v celém rozsahu svých schopností (sestra ve službě, ošetřovatelka)
- pomoz s adaptací na běžné denní aktivity, začni se známými a snažšími úkoly, jejichž zvládnutí bude pro pacientku motivací dále se snažit (sestra ve službě,

rehabilitační sestra)

- dle potřeby obstaraj vhodné pomůcky pro snažší zvládnání aktivit (příjmová sestra, rehabilitační sestra)
- dle nutnosti nauč pacientku jak šetřit energií pro efektivnější zvládnání denních aktivit (příjmová sestra, rehabilitační sestra, sestra ve službě)

Realizace:

- při prvních kontaktech s pacientkou byl zhodnocen její celkový stav a faktory bránící péči o sebe sama
- individuálně se upravilo prostředí pacientky, pro snadnější zvládnání aktivit, rehabilitační sestra doporučila speciální techniky
- k dosažení cílů byla důležitá především vhodná motivace pacientky, vybudování přátelského vztahu a pocitu důvěry mezi pacientkou a ošetřujícím personálem

Zhodnocení:

Pacientka je na dobré cestě k splnění dlouhodobého cíle, protože získala chuť zvládat sama činnosti, které povedou k její samostatnosti.

Pohyblivost porušená v souvislosti se snížením svalové síly, bolestí a únavou, projevující se neochotou k pohybu, neschopností provádět některé samostatně běžné denní úkony.

Cíl:

- pacientka se bude samostatně a aktivně pohybovat do 1 měsíce (dlouhodobý)
- pacientka vyjádří ochotu pohybovat se a provádět běžné denní úkony do 48 hodin (krátkodobý)

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacientka aktivně a s ochotou provádí RHB cviky do 48 hodin
- pacientka ujde vzdálenost mezi postelí a koupelnou a zvládne s minimální pomocí ranní hygienu do 1 měsíce
- pacient ujde potřebné vzdálenosti a provádí běžné každodenní úkony do 1 měsíce

Intervence:

- urči příčinu porušené pohyblivosti a urči vlivy, které negativně působí na pohyblivost pacienta (příjmová sestra)
- posuď, které pohyby pacientovi způsobují bolest a pouč pacienta, jak je eliminovat (příjmová sestra, rehabilitační sestra)
- upozorni pacienta na komplikace v důsledku imobility (příjmová sestra, sestra ve službě)
- zajisti rehabilitační sestru (staniční sestra, příjmová sestra)
- pouč pacienta, jak správně využívat pomůcek pro nácvik chůze (rehabilitační sestra, sestra ve službě dle potřeby)
- denně dbej na bezpečnost pacientky včetně úpravy prostředí a prevence pádů (sestra ve službě)
- denně motivuj a pobízej pacientku vhodnými způsoby k pohybu
- denně pečuj o pohodu a odpočinek pacientky (ošetřovatelský personál)

Realizace:

- na začátku hospitalizace byly určeny příčiny poruchy pohyblivosti a aktuální fyzická a psychická kondice
- zajištěna rehabilitační sestra, která seznámila pacientku s plánem a cílem rehabilitační péče, doporučila a přinesla pacientce vhodné kompenzační pomůcky a denně s pacientkou nacvičovala chůzi, stoj.

Zhodnocení:

Ze začátku bylo nutné opakovat s pacientkou rozhovor o výhodách nacvičovat chůzi s kompenzačními pomůckami, pacientce přišla chůze s nimi potupná. Dobře mířeným rozhovorem, časem, motivací a podporou ze strany ošetřujícího personálu, rodiny a po objasnění, že jde jen o počáteční podporu pro získání jistoty a svalové síly, nakonec pacientka pomůcky uvítala a později si je i chválila, jako dobré pomocníky.

Krátkodobý cíl byl splněn, k dlouhodobému má dobré předpoklady.

Paměť porušená v souvislosti s diagnostikovaným onemocněním- jiné vaskulární demence, projevující se zhoršenou výbavností a občasnými výpadky paměti pacientky, stížností na zapomínání.

Cíl:

- u pacientky nedojde k výraznému zhoršení paměti po dobu hospitalizace

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacientka si osvojí metody na pomoc zapamatování si nejdůležitějších věcí do dvou týdnů
- pacientka jednou denně vyluští jednoduché paměťové cvičení

Intervence:

- zhodnot' kognitivní funkce pacientky (příjmová sestra)
- zaved' vhodné techniky trénování paměti (staniční sestra, příjmová sestra)
- přizpůsob edukační metody a intervence funkčnímu stavu pacientky a jeho šanci na zlepšení (staniční sestra, příjmová sestra)
- podle potřeby povzbuzuj pacientku k vyjádření pocitů frustrace, bezmocnosti a odkloň její pozornost k oblastem, v nichž je úspěšná, aby se zmírnily její pocity bezmoci a beznaděje (staniční sestra, příjmová sestra, sestra ve službě)

Realizace:

- Příjmová sestra zhodnotila při příjmu úroveň kognitivních funkcí pacientky, spolu se staniční sestrou zavedly vhodné techniky trénování paměti. Pacientka si denně ráda četla, od sester ve službě dostávala za úkol přečíst si určitý článek v časopise a později jím říci stručný obsah. Trénovala si tak paměť i to bylo pro pacientku samotnou příjemné oživení dne. Vnuci přinesli křížovky a nejlehčí stupeň hry sudoku pro rozmanitost aktivit k cvičení paměti.

Ošetřovatelské diagnózy jsem zpracovala pomocí Kapesního průvodce zdravotní sestry, druhého přepracovaného a rozšířeného vydání z roku 2001.

11.5 Doporučení pro praxi

Setkáváme-li se se starými lidmi a chceme-li se o ne umět dobře starat a vidět jak efektivní péči tak spokojené je samotné, měli bychom se zamyslet nad změnou v oblasti našeho přístupu k nim a tento přístup umět uplatnit i v ošetrovatelské praxi.

Přistupovat ke starým lidem lidsky, slušně a nebrat staré nemocné jen jako pacienty, ale i jako lidi se všemi potřebami.

Den starého člověka strávený ve zdravotnickém zařízení by neměl být jen o jeho kvalitním ošetření, nasycení, napití a zástlání do čistého lůžka, ale i o vyjádření úcty, pochopení, o respektování jeho individuality, porozumění, ochraně intimity, o akceptování jeho studu, o prostoru pro vyslechnutí jeho obav a podpoře jeho psychického stavu.

Takový to směr chování bychom neměli brát jako marnění našim časem, ale jako dovednosti, které významně přispívají k dosahování vytyčených cílů jak v ošetrovatelské, tak i medicínské péči a zároveň posouvají profesionalitu všeobecné sestry o významný stupeň výš.

Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zabývat se geriatrickým pacientem, snažit se ucelit ošetrovatelskou péči o ně tím, že nebudeme řešit jen fyzickou nepohodu, ale zabývat se i jejich psychickým stavem, který je nezbytnou složkou pro vytvoření komplexní ošetrovatelské péče.

Stárnoucích a starých lidí na celém světě trvale přibývá. V porovnání s touto zkušeností a stavem profesionality pečujících o starší populaci nacházíme určitý nepoměr vzhledem k reálným potřebám a skutečnosti. Nemocnice i ostatní zdravotnická zařízení jimi budou stále více navštěvovány a naše profesionalita by proto neměla být na dobré úrovni jen po odborné stránce, ale předností by pro všeobecnou sestru měla být dovednost umět správně komunikovat, být dobrým psychologem a individualizovat nejen péči, ale i přístup k pacientovi. „Když se zeptáme lidí starších sedmdesáti let, co znamená podle nich „být zdravý“, uvádějí na prvním místě „mít radost ze života“, na druhém místě „moci si dělat co chci“ a až na třetím místě „nebýt nemocný (MINIBERGEROVÁ aj., 2006, s. 8)“. Z toho vyplývá, že prioritou v péči o geriatrické pacienty nemá být na prvním místě snaha o „uzdravení stáří“ a věnovat se jen somatickým problémům pacienta, ale naopak umět pomoci a zpříjemnit těmto lidem cestu stářím i při pobytu v nemocnici, kde se samota, nejistota a strach, daleko více umocňují.

Seznam použité literatury

1. DOENGES, Marilyn E.; MOOEHOUSE, Mary Frances. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry 2. vydání*. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 1989. *Fenomén stáří*. Praha : Panorama, 1989. ISBN 80-7038-158-2
3. HOLMEROVÁ, I.; JURÁŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. 2003. *Výbrané kapitoly z gerontologie*. ČALS, 2003. ISBN 80-86541-12-6
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*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 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, Zdeněk; ONDERKOVÁ, Alice. 2006. *Stáří : pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5
8. KALVACH, Z. aj. 1992. *Výbrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů I. : pro studující lékařských fakult a praktické lékaře*. Praha : Karolinum, 1992. ISBN 80-7066-702-8
9. KLEVETOVÁ, Dana; DLABALOVÁ, Irena. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9
10. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVEROVÁ, R.; 1995. *Ošetrovatelstvo 1. Vydání*. Osveta. 1995. ISBN 80-217-0528-6.
11. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVEROVÁ, R.; 1995. *Ošetrovatelstvo 2. Vydání*. Osveta. 1995. ISBN 80-217-0528-0.
12. MATOUŠ, M. aj. 2002. *Pohyb ve stáří je šancí*. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0331-9
13. MINIBERGEROVÁ, Lenka; DUŠEK, Jiří. 2006. *Výbrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-436-4
14. NAVRÁTIL, L. aj. 2008. *Vnitřní lékařství : pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2319-8
15. NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada

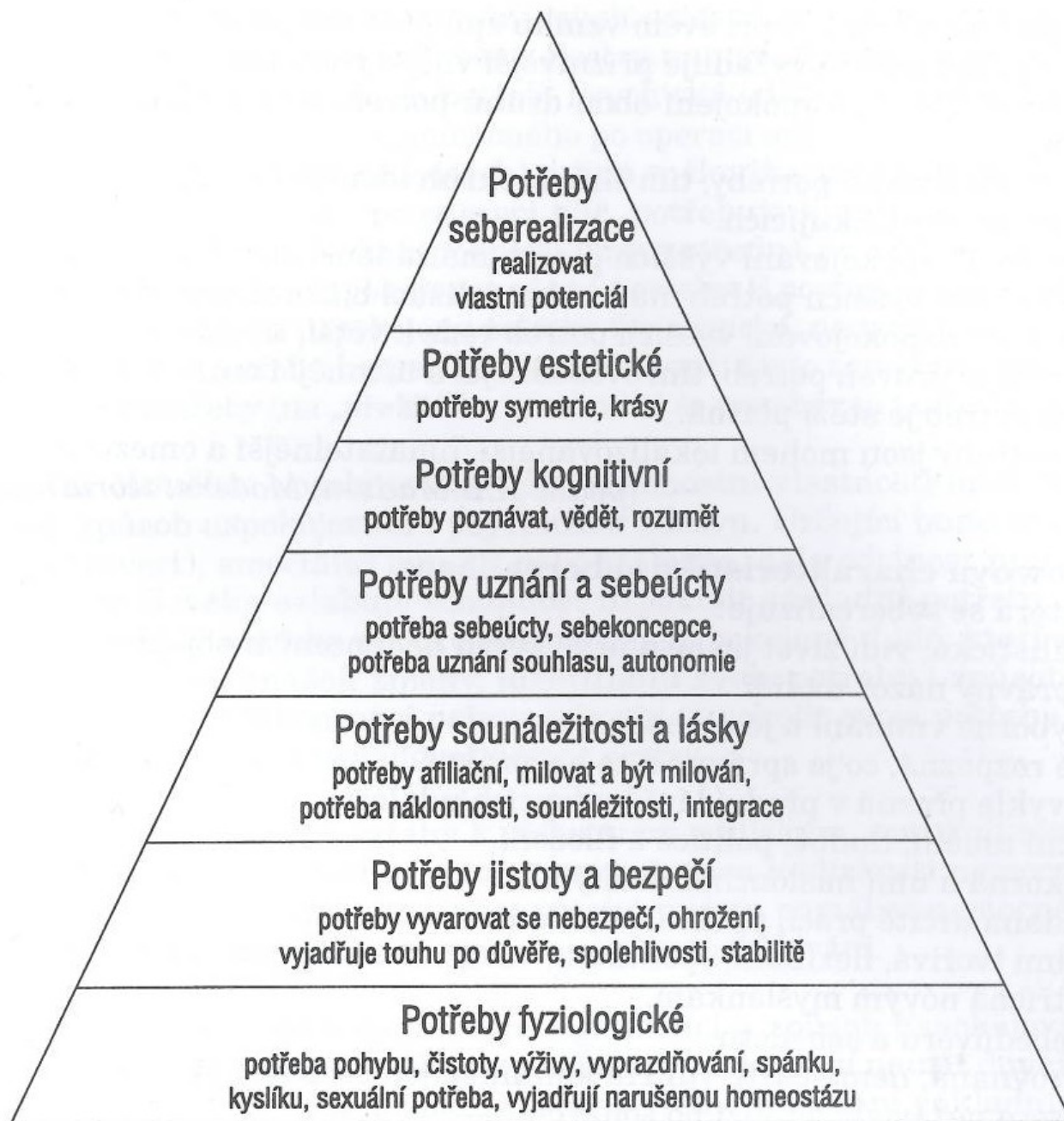
- Publishing, 2006. ISBN 80-247-1150-8
16. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
 17. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3
 18. RHEINWALDOVÁ, Eva. 1999. *Novodobá péče o seniory*. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-8
 19. SÝKOROVÁ, D. 2007. *Autonomie ve stáří : kapitoly z gerontosociologie*. Praha : Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5
 20. TRACHTOVÁ, E. aj. 2003. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. ISBN 80-7013-324-4
 21. VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8
 22. VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5
 23. WEBER, P. aj. 2000. *Minimum z klinické gerontologie : pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. ISBN 80-7013-314-7
 24. ZGOLA, J., M. 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha : Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9

Seznam příloh

| | |
|--|-------|
| Příloha A - Maslowova hierarchie potřeb..... | I |
| Příloha B - Barthelův test základních všedních činností (ADL)..... | II |
| Příloha C - Test instrumentálních všedních činností (IADL)..... | III |
| Příloha D - Mini-Mental State Examination (MMSE)..... | IV, V |
| Příloha E - Geriatrická škála deprese dle Yessavage- krátká verze..... | VI |
| Příloha F - Rozšířená stupnice podle Nortonové..... | VII |
| Příloha G - Hodnocení rizika pádu..... | VIII |
| Příloha H - Škála pro hodnocení stavu výživy- krátká verze (MNA-SF)..... | IX |

PŘÍLOHA A

Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: TRACHTOVÁ, 1998, s. 15

PŘÍLOHA B

Barthelův test základních všedních činností (ADL)

| <i>Činnost</i> | <i>Provedení činnosti</i> | <i>Bodové skóre</i> |
|---|---------------------------|---------------------|
| najedení, napití | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| oblékání | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| koupání | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| kontinence stolice | plně kontinentní | 10 |
| | občas inkontinentní | 5 |
| | trvale inkontinentní | 0 |
| kontinence moči | plně kontinentní | 10 |
| | občas inkontinentní | 5 |
| | trvale inkontinentní | 0 |
| použití WC | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| přesun lůžko – židle | samostatně bez pomoci | 15 |
| | s malou pomocí | 10 |
| | vydrží sedět | 5 |
| | neprovede | 0 |
| chůze po rovině | samostatně nad 50 m | 15 |
| | s pomocí 50 m | 10 |
| | na vozíku 50 m | 5 |
| | neprovede | 0 |
| chůze po schodech | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| Celkové skóre | | |
| Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech | | |
| 0–40 bodů – vysoká závislost | | |
| 45–60 bodů – závislost středního stupně | | |
| 65–95 bodů – lehká závislost | | |
| 100 bodů – nezávislý | | |

Zdroj: KLEVETOVÁ, 2008, s. 182

PŘÍLOHA C

Test instrumentálních všedních činností (IADL)

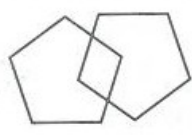
| <i>Činnost</i> | <i>Hodnocení</i> | <i>Bodové skóre</i> |
|---|---|---------------------|
| telefonování | vyhledá samostatně číslo, vytočí je zná několik čísel, odpovídá na zavolání nedokáže použít telefon | 10 5 0 |
| transport | cestuje samostatně dopravním prostředkem cestuje, je-li doprovázen vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod. | 10 5 0 |
| nakupování | dojde samostatně nakoupit nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby není schopen nakoupit bez podstatné pomoci | 10 5 0 |
| vaření | uvaří samostatně celé jídlo jídlo ohřeje jídlo musí být připraveno druhou osobou | 10 5 0 |
| domácí práce | udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní | 10 5 0 |
| práce kolem domu | práce provádí samostatně a pravidelně práce provede pod dohledem vyžaduje pomoc, neprovede | 10 5 0 |
| užívání léků | užívá samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků užívá léky, jsou-li mu připraveny a připomenuty léky musí být podány druhou osobou | 10 5 0 |
| finance | spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi není schopen bez pomoci zacházet s penězi | 10 5 0 |
| Celkové skóre | | |
| Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech | | |
| 0–40 bodů – závislý v IADL | | |
| 45–75 bodů – částečně závislý v IADL | | |
| 80 bodů – nezávislý v IADL | | |

Zdroj: KLEVETOVÁ, 2008, s. 183

PŘÍLOHA D

Mini-Mental State Examination (MMSE)

| Orientace | |
|---|----------------------|
| Položím Vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete. | |
| Jaké je dnešní datum? <i>Pokud je odpověď nesprávná nebo neúplná, zeptejte se na chybný údaj znovu, v následujícím pořadí:</i> | |
| | 0 ~ 1 |
| 1. Který je rok? | <input type="text"/> |
| 2. Které je roční období? | <input type="text"/> |
| 3. Který je měsíc? | <input type="text"/> |
| 4. Kolikátého je dnes? | <input type="text"/> |
| 5. Který je den v týdnu? | <input type="text"/> |
| Nyní se Vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme. | |
| 6. Jak se jmenuje nemocnice, ve které jsme? | <input type="text"/> |
| 7. Ve kterém městě jsme? | <input type="text"/> |
| 8. Jak se jmenuje čtvrť, kde je naše nemocnice? | <input type="text"/> |
| 9. Ve kterém státě jsme? | <input type="text"/> |
| 10. Ve kterém jsme poschodí? | <input type="text"/> |
| Registrace | |
| 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. | |
| 11. klobouk | <input type="text"/> |
| 12. citrón | <input type="text"/> |
| 13. auto | <input type="text"/> |
| Pozornost a počty | |
| Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm. | |
| 14. 93 | <input type="text"/> |
| 15. 86 | <input type="text"/> |
| 16. 79 | <input type="text"/> |
| 17. 72 | <input type="text"/> |
| 18. 65 | <input type="text"/> |
| Paměť | |
| Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl(a) opakovat a zapamatovat si. | |
| 19. klobouk | <input type="text"/> |
| 20. citrón | <input type="text"/> |
| 21. auto | <input type="text"/> |

| Jazyk | |
|---|--|
| 22. Ukažte pacientovi tužku. Můžete mi říci, co to je?* | <input type="checkbox"/> |
| 23. Ukažte pacientovi hodinky. Můžete mi říci, co to je?* | <input type="checkbox"/> |
| 24. Pozorně poslouchajte a opakujte po mně: Žádná jestli, ano, nebo ale.*** | <input type="checkbox"/> |
| 25. Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu: Pozorně poslouchajte, co Vám teď řeknu: Vezměte papír do pravé ruky. | <input type="checkbox"/> |
| 26. Přeložte ho napolovic. | <input type="checkbox"/> |
| 27. A hodte ho na podlahu.**** | <input type="checkbox"/> |
| 28. Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno »Zavřete oči«, a řekněte pacientovi: Prosím udělejte to, co je zde napsáno. | <input type="checkbox"/> |
| 29. Podejte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu: Napište prosím nějakou větu. Může být o čemkoliv, ale musí být úplná.***** | <input type="checkbox"/> |
| <p>* Je třeba použít tužku (nikoli pero nebo kuličkové pero). Jakákoli jiná odpověď než »tužka« je považována za nesprávnou.</p> <p>** Jakákoli jiná odpověď než »hodinky« nebo »náramkové hodinky« je považována za nesprávnou.</p> <p>*** (místně přizpůsobeno) Větu vyslovte hlasitě, tak, aby ji pacient jasně slyšel, a dívejte se přitom na něj. Povolen je pouze jeden pokus. Počítejte 1 bod pouze tehdy, jestliže pacient větu zopakoval naprosto správně.</p> <p>**** Povel, skládající se ze tří částí: počítejte 1 bod za každou část, jež byla správně vykonána. Pokud pacient přeruší úkol a zeptá se vás, co má dělat, neopakujte instrukci, pouze řekněte: »Udělejte to, co jsem vám řekl(a).«</p> <p>***** Větu nediktujte, pacient ji musí napsat spontánně. Počítejte 1 bod, jestliže věta obsahuje podmět a přísudek. Nezáleží na pravopisu ani syntaxi. Vymezený čas je 30 sekund.</p> | |
| Praxe | |
| 30. Podejte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky, a řekněte mu: Prosím nakreslete stejný obrázek. | <input type="checkbox"/> |
| 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 | |

PŘÍLOHA E

Geriatrická šklála deprese dle Yessavage- krátká verze

| Otázka | Odpověď |
|--|----------|
| Jste v zásadě spokojen(a) se svým životem? | Ano – NE |
| Opustil(a) jste mnoho ze svých aktivit a zájmů? | ANO – Ne |
| Máte pocit, že váš život je prázdný? | ANO – Ne |
| Pocítujete často nudu, prázdnotu? | ANO – Ne |
| Máte většinou dobrou náladu? | Ano – NE |
| Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého? | ANO – Ne |
| Jste většinou šťastný (šťastná)? | Ano – NE |
| Cítíte se často bezmocný (bezmocná)? | ANO – Ne |
| Zůstáváte raději doma, než byste šel (šla) ven a podnikal(a) nové věci? | ANO – Ne |
| Máte pocit, že máte více problémů s pamětí než ostatní? | ANO – Ne |
| Myslíte, že je pěkné žít v této době? | Ano – NE |
| Tak jak jste na tom právě nyní, připadáte si bezcenný? | ANO – Ne |
| Cítíte se plný (plná) energie? | Ano – NE |
| Pocítujete svou situaci jako beznadějnou? | ANO – Ne |
| Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy? | ANO – Ne |
| Hodnocení (každá odpověď výtiskovaná velkými písmeny = 1 bod): 0–5 bodů: norma > 5 bodů: suspektní deprese Česká standardizace: 0–7 norma, 8–12 mírná deprese, 13–15 těžká deprese (podle: TOŠNEROVÁ, T., BAHBOUH, R. <i>Orientační vyšetření deprese a demence v ordinaci praktického lékaře. Opomíjené diagnózy ve stáří</i> . Praha : Beaufour-Ipsen International, 1999) | |

Zdroj: KALVACH, 2006, s. 21

PŘÍLOHA F

Rozšířená stupnice podle Nortonové

| Bodů | Schopnost spolupráce | Věk | Stav pokožky | Každé další onemocnění dle odpov. stupně | Fyzický stav | Stav vědomí | Aktivita | Pohyblivost | Inkontinence |
|------|----------------------|------|--------------|---|--------------|-------------|--------------|------------------|---------------|
| 4 | úplná | < 10 | normální | žádné | dobrý | dobrý | chodí | úplná | není |
| 3 | malá | < 30 | alergie | diabetes, teplota, kachexie | zhoršený | apatický | s doprovodem | částečně omezená | občas |
| 2 | částečná | < 60 | vlhká | anémie, ucpávání tepen, obezita, karcinom | špatný | zmatený | sedačka | velmi omezená | převážně moč |
| 1 | žádná | > 60 | suchá | | velmi špatný | bezvědomí | leží | žádná | moč + stolice |

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Zdroj: TRACHTOVÁ, 1998, s. 65

PŘÍLOHA G

Hodnocení rizika pádu

| | |
|--|---|
| Pohyb | 0 – neomezený 2 – používá pomůcky 1 – potřebuje pomoc k pohybu 1 – neschopen přesunu |
| Vyprazdňování | 0 – nevyžaduje pomoc 1 – nykturie/inkontinence 1 – vyžaduje pomoc |
| Medikace | 0 – neužívá rizikové léky 1 – užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny |
| Smyslové poruchy | 0 – žádné 1 – vizuální, smyslový deficit |
| Mentální status | 0 – orientován 1 – občasná noční dezorientace 1 – dřívější dezorientace/demence |
| Věk | 0 – 18 až 75 let 1 – nad 75 let |
| Pád v anamnéze | 1 – ano |
| Vyhodnocení: Zaškrtneme a sečteme body. Jestliže je skóre 3 a vyšší, je pacient ohrožen rizikem pádu. | |

Zdroj: KLEVETOVÁ, 2008, s.190

PŘÍLOHA H

Škála pro hodnocení stavu výživy- krátká verze (MNA-SF)

| <i>Položky</i> | <i>Bodové skóre</i> |
|---|---------------------|
| Došlo v posledních třech měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání potravy (obtíže žvýkat nebo polykat)? – ano, výrazně – jen mírně – ne | 0 1 2 |
| Úbytek hmotnosti za poslední tři měsíce: – více než 3 kg – není přesný údaj – 1–3 kg – nebyl úbytek hmotnosti | 0 1 2 3 |
| Pohyblivost/mobilita: – upoután na lůžko/vozík – pohyb jen po místnosti – vychází z bytu | 0 1 2 |
| Prodělal v posledních třech měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma? – ano – ne | 0 2 |
| Psychický stav: – těžká demence nebo deprese – mírná demence nebo deprese – normální stav, bez psychické poruchy | 0 1 2 |
| BMI*: – < 19 – 19 až < 21 – 21 až < 23 – ≥ 23 hmotnost (kg) tělesná výška (m)..... * BMI (Body Mass Index) = hmotnost/(tělesná výška) ² v kg/m ² | 0 1 2 3 |
| Celkové skóre | |
| Celkové hodnocení | |
| 12–14 bodů – stav výživy dobrý, normální nález, není nutné další vyšetření 11 bodů a méně – možná porucha výživy/podvýživa, nutno doplnit další vyšetření ke zhodnocení stavu výživy | |

Zdroj: KLEVETOVÁ, 2008, s. 191