

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U GERIATRICKÉHO
PACIENTA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JAKUB NOSEK

PRAHA 2012

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U GERIATRICKÉHO
PACIENTA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JAKUB NOSEK

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

Praha 2012



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Nosek Jakub
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

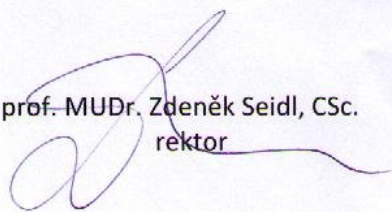
Na základě Vaší žádosti ze dne 28. 4. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta

The Nursing Process for the Geriatric Patient

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2011


prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl v seznamu použité literatury.

Souhlasím, aby moje bakalářská práce byla zpřístupněna ke studijním účelům a byla citována.

V Praze dne

podpis.....

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych rád vyjádřil poděkování za pedagogické vedení a podporu PhDr. Anně Mazalánové PhD., kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce. Poděkování patří také mému nejbližšímu okolí.

ABSTRAKT

NOSEK, Jakub. Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, PhD. Praha. 2012. s. 56.

Hlavní tématem této bakalářské práce je popsat realizaci ošetrovatelského procesu v geriatrii.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část pojednává o problémech starých lidí. Mohou to být problémy s vyprazdňováním, aktivitou, poruchy chování, problémy se stravováním a bolest.

Praktická část popisuje zkušenosti z odborné praxe na geriatrickém oddělení a tato část zahrnuje ošetrovatelský proces u pacienta po cévní mozkové příhodě, který trpí těmito problémy. Díky stanoveným ošetrovatelským diagnózám byly realizovány ošetrovatelské intervence a uplatněn ošetrovatelský proces.

Klíčová slova: Stáří. Bolest. Problémy. Cévní mozková příhoda. Ošetrovatelský proces. Sesterská diagnóza.

ABSTRAKT

The Nursing Process for a Geriatric Patient. Nursing College. Degree: Bachelor (Bc).
Tutor PhDr. Anna Mazalánová, PhD. Prague. 2012, 56 pages.

The underlying topic of this thesis is to describe implementation of nursing process in geriatrics.

The thesis is divided into theoretical and practical part. The first part deals with problems issues of geriatric people. The problems may be: voiding problems, activities, behavioral disorders, problems with eating habit and pain.

The second part describes experience from practice courses in geriatric department and this part includes the nursing process for a patient who suffers from this problem. The goal of this thesis is to tell public about these wide and complicated issues, and help them to better understand of old patients.

Keywords: Age. Pain. Stroke. Geriatrics. Nursing process. Nurse diagnosis.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	9
ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	11
1.1 Gerontologie a geriatric	11
1.2 Biologie stárnutí	11
1.3 Věkové členění	12
2 GERIATRICKÉ SYNDROMY A ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY	14
2.1 Psychické poruchy ve stáří	14
2.2 Problémy s aktivitou	18
2.3 Výživa a poruchy stravování	23
2.4 Fyziologie a patofyziologie močení (mikce)	26
2.5 Fyziologie a patofyziologie defekace	30
2.6 Bolest	31
PRAKTICKÁ ČÁST	36
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	36
3.1 ANAMNÉZA	36
3.2 Fyzikální vyšetření sestrou	38
3.3 Ošetrovatelská dokumentace dle M. Gordon rozpracovaná do NANDA II diagnostických domén	39
4 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN	42
4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie I.	42
4.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy	54
5 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	58
5.1 Doporučení pro praxi	58
ZÁVĚR	59
SEZNAM PŘÍLOH	63

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI body mass index

CMP cévní mozková příhoda

CT počítačová tomografie

DAD Disability Assessment in Dementia, hodnocení schopností provádět běžné aktivity denního života.

DM diabetes mellitus

MKCH mezinárodní klasifikace chorob

MMSE krátký test kognitivních funkcí

MR magnetická rezonance

WHO Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta. Geriatrie je medicínský obor zabývající se zdravotní problematikou seniorů.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části jsme se zaměřili na vymezení pojmu stáří, jeho projevy a věkové členění seniorů. Dále jsme se zabývali geriatrickými syndromy a zdravotními problémy. Tato problematika je velmi široká, a proto jsme se zaměřili hlavně na problémy, které se u starých lidí vyskytují nejčastěji. V práci jsme popsali psychické poruchy ve stáří, jakými jsou deprese a demence – nejznámější je Alzheimerova choroba. Dále jejich projevům, diagnostice a možnostem léčby. Mezi významné zdravotní problémy seniorů jsme zařadili problémy s aktivitou, kdy jsou senioři ohroženi imobilizačním syndromem a následným vznikem dekubitů. Dále v teoretické části popisujeme problémy s výživou a vyprazdňováním. V závěru jsme se zabývali problematikou bolesti.

V praktické části jsme uvedli případ pacienta s cévní mozkovou příhodou hospitalizovaného na geriatrickém oddělení. Součástí praktické části je ošetrovatelský proces.

Cílem práce je přiblížit tuto v některých případech opomíjenou, ale velmi důležitou problematiku laické veřejnosti, ale i těm, kteří se setkávají se seniory a jejich problémy každý den.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

„Stáří se týká celé společnosti, není pouze záležitostí osobní a rodinnou. Přestože můžeme ve stáří sledovat větší počet nemocí, než v jiných životních obdobích neznámá to, že stáří je nemoc. Stejně tak neplatí tvrzení, že každý ztrácí v průběhu stárnutí svoji soběstačnost.“ (MÜHLPACHR, 1999, s. 23)

1.1 Gerontologie a geriatric

„Začátky gerontologie - vědy o stárnutí a stáří a geriatric nauky o chorobách ve stáří sahají až do starověku. Již staří Řekové měli své představy o stárnutí a stáří. V průběhu staletí nalzáme v literatuře, umění a vědě představy, snahy či pokusy zjistit příčiny stárnutí, stáří a délky života. Zjistit a pozitivně ovlivnit pocit stárnutí a stáří-zachovat si věčné mládí je touhou lidstva od nepaměti. Změny, které nastupují okamžitě po narození, pokračují vývojem a zráním jedince všeobecně označujeme jako projevy stárnutí.“ (WEBER akol., 2000, s. 10-11)

1.2 Biologie stárnutí

Stárnutí obsahuje řadu změn, ke kterým dochází dříve, než si stačíme všimnout prvních příznaků. Řadu pochodů a změn způsobujících či provázejících stárnutí již známe, ale mnoho dalších nikoli. Víme, že s nastupujícím věkem se snižuje výměna látková, spotřeba kyslíku, zpomaluje se syntéza bílkovin, dochází ke změnám ribonukleové a deoxyribonukleové kyseliny.

Pro organismus starého člověka je charakteristický úbytek tkání a struktur. Dochází k involuci orgánově specifického parenchymu ve prospěch tukové a vazivové tkáně. Všeobecně lze konstatovat, že tyto změny postihují všechny orgány a tkáně charakteristickým způsobem a že jsou velmi rozdílné. Jako příklad můžeme uvést změny na oku (akomodace), různou produkci hormonů atd. Všechny funkce se s postupujícím věkem však nesnižují. Existují zjištění, že ve vyšším věku a ve stáří se některé funkce kvalitativně mění - zřejmě jako důsledek adaptačních mechanismů a jiné se dokonce zlepšují. Z tohoto pohledu je tedy stárnutí děj involuční, dezintegrovaný, ale také asynchronní a disociovaný. Uvedené morfologické změny vedou k funkčním

poruchám. V první řadě je to snížení výkonnosti, hlavně porucha adaptace na zátěž. Starý člověk se snáze unaví a jeho uklidnění po námaze trvá déle. Je u něho snížená odolnost proti infekcím, úprava zdravotního stavu po prodělaném onemocnění nebo operaci je mnohem zdlouhavější. „*Způsob života je mnohem důležitější než počet prožitých let*“. (Seneca)

Také reakce na léky jsou u starého člověka změněny. Všechny tyto morfologické a funkční změny určují vzhled a chování stárnoucího člověka. Podle těchto známek dovedeme, při jistých zkušenostech, odhadnout jeho stáří. Protože však existují v procesu stárnutí značné individuální rozdíly, neodpovídá tento funkční věk věku kalendářnímu. Z biologického hlediska bychom mohli sice určit funkční věk, avšak to je pro nedostatek kritérií ke zhodnocení funkcí orgánu, orgánových systémů funkčního potenciálu člověka ve vyšším věku nemožné. Při posuzování stáří vycházíme tedy z matričních údajů. (JEDLIČKA, 1999)

1.3 Věkové členění

Podle WHO

45- 59 let: střední věk

60- 74 let: vyšší (starší) věk, ranné stáří

75- 89 let: pokročilý (stařecký) věk vlastní stáří, senium

90 a více let: dlouhověkost

Z lékařského hlediska považujeme tedy osoby nad 75 let a starší za staré.

Znaky stáří

- Vzhled

Kůže starého člověka se stává vrásčitou, ztrácí elasticitu je suchá. Příčinou je úbytek vody, podkožního tuku, změn pojiva, objevují se pigmentové skvrny, kožní kapiláry jsou fragilní, takže i sebemenší pohmoždění způsobí podlitinu.

- Vlasy

Šedivění vlasů, jejich řidnutí nebo vypadávání (zvláště u mužů u nichž dochází k tvorbě pleše nebo úplné ztrátě vlasů), je jednou z nejčastějších a nejvýraznějších známek stárnutí. Je však nutno podotknout, že existují značné individuální rozdíly, které jsou zřejmě podmíněny dědičností. Proto se nezdívka setkáváme s bílými vlasy či s úplnou ztrátou vlasů u mladých lidí.

- **Svalstvo**

To zmenšuje svůj objem, ztrácí pružnost a sílu a snižuje se schopnost rychlé reakce. Částečně zde spolupůsobí cévní a nervový systém. Tyto změny jsou způsobeny úbytkem kontraktilních svalových vláken, neschopností regenerace a nahrazením vazivem. Tento proces se zvyrazňuje tendencí k nečinnosti u starých lidí. Pravidelné přiměřené cvičení pomáhá udržovat tonus svalstva.

- **Kosti a klouby**

Podléhají u starých lidí významným změnám. Ubývá kostních trámců, kostní buňky zpomalují svou činnost. Kost se stává řidší, křehčí a snadno zranitelná. Meziobratlové ploténky a kloubní chrupavky se snižují, stárnou vlákna kolagenu a kloubní vazy ztrácejí svou délku a pružnost.

- **Výška**

V důsledku změn na lokomočním aparátu (větší hrudní kyfóza a bederní lordóza) a zmenšením svalové hmoty sníženého napětí svalů se výška zmenšuje.

- **Hmotnost**

„V důsledku snížení svalové hmoty a úbytku podkožního tuku fyziologicky ubývá. Neplatí to samozřejmě u těch jedinců, kteří si zachovali velkou chuť k jídlu tam se samozřejmě jedná spíše o obezitu” (JEDLIČKA,1999).

Etika stáří

Světová populace stárne. Ošetřujeme stále více starých lidí. Vysoký věk byl dříve výjimkou, dnes je pravidlem. Lidstvo na to nebylo připraveno ani zdravotnický, ani společensky, ani eticky. Je nutné, abychom usilovali nejen o prodloužení života, ale i o jeho zlepšení-kvalitu. Senilita je synonymem pro stáří. Tento pojem má však hanlivý podtext. Slovo stařec nebo stařena v lidech většinou evokuje člověka těžce stářím zkušeného. Vztahy ke starým a nemocným lidem jsou etickým schématem a zatěžkávací zkouškou každého zdravotníka. Starci jsou dobří a zlí. Můžeme je vnímat ze dvou pohledů. Vnímáme je jako laskavé, vlídné, prozářené životní moudrostí a vše odpouštějící porozuměním, na druhé straně tvrdohlavé a mamonářské pedanty. Stáří je rigidní, nepřizpůsobivé. Tím vším se v ošetřování nesmíme nechat odradit. Při zakrnělém etickém schématu zdravotníka se odbrzdí nechuť o starého a bezmocného člověka pečovat (HAŠKOVCOVÁ, 2002).

2 GERIATRICKÉ SYNDROMY A ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY

2.1 Psychické poruchy ve stáří

Klasifikace duševních chorob ve stáří je velmi obtížná a dosud nedořešená. Nemožnost upřesnit diagnózu choroby je velmi častá a vychází z multimorbidity starého člověka a z komplexu vnějších a vnitřních vlivů, které utvářejí obraz choroby (BAŠTECKÝ, 1994).

2.1.1 Demence

Demence je syndrom, který vznikl na základě onemocnění mozku a vyznačuje se zhoršením vyšších kortikálních funkcí (paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení řeči a úsudku). Vědomí není porušené. Nejčastější příčinou je Alzheimerova choroba.

„Dementní syndrom je jednou z nejčastějších a nejzávažnějších překážek starého člověka, která mu znemožňuje samostatný život. Starý člověk přestává být schopen se sám o sebe postarat, ztrácí přiměřené sociální návyky a stává se lehce nebo těžce dezorientovaný ve svém sociálním prostředí. Dementní syndrom je závažný i ve svém klinickém průběhu“ (JEDLIČKA, 1999, s. 125-126).

Příznaky demence:

Úbytek paměti, což se nejnápadněji projevuje při učení nových věcí, postupně se hůře vybavují i vědomosti získané v minulosti, ubývají naučené dovednosti a návyky.

Zpomalené myšlení, kdy myšlení je pomalé, nevýbavné, stereotypní. Nemocný není schopen plánovat, rozhodovat se, organizovat, logicky myslet, dochází k celkovému úpadku myšlení až k projevům inkoherece, přechodně a nekonstantně se mohou vyskytnout bludy.

Oploštěním emocí dochází k jejich zchudnutí, objevují se afekty a výbuchy hněvu. Poruchy osobnosti jsou obzvlášť závažné. Velmi trpí celá osobnost, dochází k její degradaci, což se projeví v celkovém úpadku až neschopnosti základní péče o sama sebe.

Poruchy orientace v prostředí, nemocní nepoznávají jim dříve známá místa.

Diagnostika demence

- A) primárně degenerativní demence,
- B) ischemicko-vaskulární demence,
- C) symptomaticko sekundární demence.

Diagnostika demence je velice složitá. Existují však některé jednoduché testy, které mohou na poruchu kognitivních funkcí upozornit. Jedním z nich je i test hodin. Jeho podstatou je jednoduchý úkol, nakreslit hodiny (JEDLIČKA, 1991).

MMSE se zkouší paměťové a další funkce mozku vzhledem k možné demenci. Dalším testem je tzv. DAD test. Test slouží k ohodnocení schopností provádět běžné aktivity denního života. Tyto schopnosti se při poruše kognitivních funkcí (například při demenci) výrazně mění. (JIRÁK, 2003).

Světová zdravotnická organizace uvádí, že:

Jedna čtvrtina osob starších 85 let v Evropě je postižena demencí. Je to s 4,6 milionu nových případů demencí každý rok po celém světě (jeden nový případ každých 7 vteřin). Frekvence demence v zemích s nízkými a středními příjmy je nejistá. Lidí žijících s demencí bylo dle WHO v roce 2001 60 % a případů bude přibývat na 71 % do roku 2040. V důsledku stárnutí se očekává, že počet lidí s demencí se do roku 2040 zdvojnásobí na 81 milionů. Největšího nárůstu počtu postižených se očekává například v Indii, Číně a západním Pacifiku (WHO, 2011).

2.1.2 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je degenerativní onemocnění mozku. To znamená, že způsobuje poruchu nebo úpadek jeho činnosti. Dochází při ní k zániku některých mozkových buněk a ke změně látkové přeměny v mozku. Projevuje se poruchou tzv. kognitivních funkcí - myšlení, paměti a úsudku.

Nemoc poprvé popsal již na počátku 20. století německý lékař Alois Alzheimer. Dnes touto nemocí trpí minimálně každý dvacátý člověk starší 65 let. Po osmdesátém roce věku je to dokonce už každý pátý.

Alzheimerova choroba však není jen nemocí těch nejstarších. Může postihnout i lidi v mladším věku. Podle odhadu trpí v současné době tímto onemocněním 17-25 milionů lidí na celém světě, v České republice je to zhruba 50-70 tisíc osob. Odhaduje se, že počet nemocných v roce 2030 stoupne na 34 milionů. Souvisí to se stárnutím světové populace (KALVACH, 2006).

Příčiny

Přesné příčiny Alzheimerovy choroby nejsou zatím známy. Existuje však řada faktorů, které mohou zvýšit riziko jejího vzniku.

Věk - před 60. rokem věku se s chorobou setkáme jen vzácně. Zato nad 80 let jí trpí každý pátý.

Hormonální vlivy - způsobují častější výskyt Alzheimerovy choroby u žen.

Dědičnost – výskyt v rodině je velmi častou příčinou, musíme pátrat v rodinné anamnéze.

Nízký stupeň dosaženého vzdělání - trénovaný mozek je vůči této chorobě odolnější.

Poškození mozku - opakovanými údery či pády např. při sportu (box).

Virové infekce, toxické vlivy prostředí a poruchy imunity mohou být spouštějícími mechanismy nemoci po předchozích příčinách (JIRÁK, 1998).

Příznaky

V počátečním stadiu nemoci jsou často zaměňovány za běžné projevy stárnutí.

- poruchy paměti: především krátkodobé, pokles logického myšlení
- poruchy chování: ztrácí soudnost, později neklid, agresivita, neúčelná činnost, někdy deprese, posunutí cyklu spánek-bdění
- poruchy prostorové orientace: nemocný bloudí na méně známých místech, trpí také přechodnou časovou dezorientací. Není schopen vybavit si, jaký je den, měsíc nebo rok narození,
- brzy vypadávají schopnosti běžných aktivit všedního dne, gnostické poruchy (poruchy poznávání) a praktické poruchy - nejsou schopni provádět naučené činnosti (např. odemykat a zamykat klíčem). Klesá jejich celková aktivita, dochází k poklesu zájmů, Nemocný je zcela závislý na cizí pomoci (JIRÁK, 2011)

2.1.3 Deprese

Nemocný s depresí se vyznačuje skleslou náladou, smutným laděním, zpomalením aktivity. Jeho myšlení je zpomalené, mohou se objevovat bludy, sebeobviňování, sebepodceňování, nemocní jsou málo mluvní a mimika je chudá.

V gerontopsychiatrii je velmi důležitý příznak zpomaleného myšlení, který se projevuje i v poruše všípivosti a nemocní si pak stěžují na zhoršenou paměť.

Průvodním jevem závažných depresivních obrazů bývají sebevražedné tendence a různé vegetativní potíže jako jsou zácpa, nechutenství, poruchy spánku.

(VOJTĚCHOVSKÝ, 1994)

Deprese se dělí podle MKCH - 10 do těchto skupin:

- F30 – Manická epizoda, F31 – Bipolární afektivní porucha, F33 – Recidivující depresivní poruchy, F34 – Přetrvávající poruchy, F38-Jiné afektivní poruchy,
- F39 – Blíže neoznačené afektivní poruchy.

(POLEDNÍKOVÁ, 2006)

Depresivní syndrom

Vyskytuje se často ve stáří. Pokud ho provází úzkostný obraz, mluvíme potom o depresivně anxiózním syndromu. Tento syndrom se může vyskytovat u všech forem depresivních chorob. Ve stáří bývá anxióza často samostatná a může být podmíněna i některými somatickými chorobami (kardiovaskulárními, ledvinnými) nebo předávkováním některými léky, užívanými v interním lékařství např. nadměrné užívání diuretik. Starý, úzkostný člověk často reaguje na bezvýhodnost své situace sebevražedným jednáním, a proto anxiózní nebo anxióznědepresivní syndrom starého člověka vyžaduje neustálý dohled a sledování (JEDLIČKA, 1999).

Léčba

Hlavní lékovou skupinou jsou antidepresiva.

Při těžkých depresivních obrazech se úspěšně používá elektrošoková léčba.

Součástí každé léčby depresivně nemocných je intenzivní rehabilitace a sledování vegetativních projevů choroby (JEDLIČKA, 1999).

2.2 Problémy s aktivitou

Jsou ústředními problémy seniorů jak v domácím prostředí, tak v nemocniční péči. Včasná mobilizace předchází zhoršení stavu a vzniku dalších přidružených onemocnění. Podstatná je RHC poskytnuta odbornými fyzioterapeutickými pracovníky.

2.2.1 Imobilizační syndrom

Při dlouhodobém pobytu na lůžku, zvláště u seniorů, dochází ke vzniku imobilizačního syndromu, který se projevuje jako postižení všech orgánů a orgánových systémů.

Příznaky a projevy IS

- poruchy krevního oběhu - klesá výkonnost srdce, vzniká ortostatická hypotenze, zvýšené riziko tromboembolických příhod,
- poruchy dýchacího ústrojí – pokles respiračních a ventilačních funkcí, zadržování sekretu a vzniku následné hypostatické pneumonie,
- poruchy kostí a kloubů – zvýšeně se odplavuje vápník z kostí, imobilizační osteoporóza, někdy také dochází k osteomalácii, která vzniká nedostatkem vitamínu D, ankylóza,
- poruchy pohybového ústrojí – pokles svalové hmoty až o polovinu, atrofie z nečinnosti, svalové atrofie, svalové kontraktury,
- poruchy GIT traktu – nechutenství, zácpa, ztráta pocitu žízně, dehydratace,
- poruchy močového ústrojí – stáza moči, nebezpečí močové infekce, vznik urolitiázy,
- změny na kůži – dekubity různého stupně, pomalé hojení ran,
- psychické změny – smyslová deprivace, pokles intelektuální kapacity, anxiozita až deprese, patologické formy chování,
- sociální důsledky – ztráta soběstačnosti a vznik úplné závislosti, sociální izolace (POLEDNÍKOVÁ, 2006).

2.2.2 Dekubity

Proleženina (dekubitus, tlaková léze, vřed) je lokalizovaná oblast buněčného poškození způsobená poruchou mikrocirkulace, a z ní vyplývající hypoxie, vyvolané tlakem.

Je-li intenzita tlaku působící na tkáň vyšší než normální krevní tlak v kapilárách, dojde k zástavě krevního řečiště. Již po 2 hodinách poruchy mikrocirkulace dochází k ireverzibilním změnám v buňkách a tkáních. Nejčastěji dochází k poškození tkáně ležící mezi kostní vyvýšeninou a pokožkou s minimální vrstvou svalové hmoty, např. tkáň v křížové oblasti, nad kostí patní, lopatkou, v týlní oblasti apod., (MIKŠOVÁ, 2006).

A) Podle Torrancovy klasifikace rozlišujeme 5 stádií (stupňů) proleženin:

1. stupeň

Překrvení se zblednutím. Kůže je zarudlá, při mírném zatlačení prsty kůže zbledne. Nedošlo ještě k poruše mikrocirkulace. Příznaky: mírný otok, jemné zarudnutí kůže, které se hůře identifikuje u tmavé pleti s výraznou pigmentací.

2. stupeň

Neblednoucí překrvení. Kůže postiženého místa je zarudlá a mírně vystouplá, při zatlačení prsty nebledne. Může dojít k povrchovému poškození včetně zvředovatění kůže. Příznaky: zarudnutí místa, zduření postižené části na pohmat, někdy se objeví puchýř.

3. stupeň

Zvředovatění kůže. Ulcerace postupuje přes celou dermis až na rozhraní subkutánní facie. Příznaky: dochází k poškození kůže, což připomíná hlubokou oděrku.

4. stupeň

Zvředovatění subkutánní facie. Vřed je rozšířen do podkoží, dochází k poškození svalů, které jsou oteklé a zanícené. Příznaky: rozpad tkáně připomínající hlubokou otevřenou ránu.

5. stupeň

Nekróza svalů. Odumření svalové tkáně spojené s infekcí – Gangrenózní dekubitus. Příznaky: v místě dekubitu vidíme suchou černou nekrózu, nebo je nekrotická tkáň rozbledlá, hnilobně páchne, zbytky tkáně mají žlutozelenou barvu. Mezi svaly vznikají hluboké choboty vyplněné hnisem (MIKŠOVÁ, 2006).

B) Rizikové skupiny seniorů:

- věk – Nejvíce jsou ohroženi senioři ve věku 71 a výše, u starých lidí je 20krát vyšší pravděpodobnost vzniku než u mladých lidí,
- pohlaví – ženy jsou více náchylné než muži, protože u žen je silnější tuková vrstva
- chronicky nemocní,
- psychicky nemocní,
- inkontinentní nemocní,
- ochrnutí nemocní,
- nemocní se srdečními chorobami a hypertenzí – vzniká narušená cirkulace krve,
- diabetici,
- nemocní vyhublí nebo s nadváhou.

C) Příčiny vzniku proleženin

Všechny příčiny jsou primárně způsobeny nepřerušným tlakem, který poškozují i malé cévy, a dochází ke vzniku hypoxie a následnému odumření buněk. Tření a třecí síla pak působí souběžně.

D) Faktory ovlivňující vznik dekubitů

Tlak

Je to svislá síla působící na kůži gravitací. Pokožka a tkáň jsou stlačovány mezi kost a jiný tvrdý povrch (matrace, zubní protéza). Působením tlaku na kůži dochází vytlačení krve a místo na kůži zbledne. Po uvolnění tlaku dochází k překrvení, což se projevuje zčervenáním. Jedná se vlastně o obraný mechanismus organismu působící proti proleženinám. Zčervenání je způsobeno vasodilací, čímž organismus kompenzuje předcházející zhoršení krevního oběhu v tomto místě.

Dobu, po kterou může být tkáň vystavena tlaku bez poškození, nelze přesně určit. Závisí to na dalších příčinných faktorech (celkový stav, hmotnost, vlhko), přičemž nízký tlak působící delší čas je zhoubnější než krátkodobý vysoký tlak. V extrémních případech se doba, kdy může dojít ke vzniku dekubitu, zkracuje na 20 – 30 minut.

Tření

Je to síla působící souběžně s kůží, např. tření kůže o prostěradla, pokud ležícího posouváme. Třením dochází k odírání kůže, která se pak stává náchylnější na vznik dekubitů.

Střižná síla

Vzniká kombinací tlaku a tření. Působí především při Fowlerově poloze. Pohyb se přenáší na kost křížovou a na hlubší vrstvy tkáně. Kůže nad kostí křížovou se nemůže pohybovat, protože dochází ke tření o podložku. Stává se tedy relativně nepohyblivou ve vztahu k lůžku, ale tkáně uložené v hloubce se pohybují směrem dolů. Síla, která působí na rozhraní povrchových a hlubokých tkání, se nazývá střižná síla. Poškozuje krevní řečiště a tkáně v dané oblasti (MIKULA, 2008).

Další faktory: vlhkost, mobilita, poruchy CNS, věk, výživa, tělesná teplota a souběžná nemoc.

E) Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů

Proleženiny přinášejí nesmírné utrpení a současně zvyšují náklady zdravotnického zařízení. Výskyt je možné snížit kvalitní ošetrovatelskou péčí, jejímž hlavním cílem není léčba již rozvinutých dekubitů, ale prevence. Největší zodpovědnost má sestra při identifikaci pacienta ohroženého vznikem dekubitů a při vypracovávání individuálních preventivních postupů. V praxi je možné používat vypracované způsoby rizik vzniku dekubitů. Tyto vyhodnocovací prostředky představují hodnocení pacienta v několika kategoriích a následné vypočítání dosaženého skóre ukáže na možnost vzniku proleženin.

Nejnámější a nejjednodušší tabulka pro vyhodnocení rizika byla vypracována Nortonovou. Zahrnuje hodnocení v kategoriích: schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, další onemocnění, fyzický stav, psychický stav, aktivita, pohyblivost, inkontinence. U pacienta s celkovým skóre 12 a méně vznikají dekubity v 50 %. Hodnocení rizika vzniku dekubitů provádí sestra každý týden nebo při změně stavu pacienta, jeho situace či podmínek, ve kterých se nachází.

F) Místa vzniku dekubitů

Proleženiny mohou vzniknout na kterémkoli místě těla, nejčastěji však vznikají na tzv. predilekčních místech. Jedná se o oblasti, kde jsou kosti blízko kožního povrchu a jsou málo izolovány vrstvou podkožního tuku a svalstva. Tato místa se liší podle polohy, v níž je člověk dlouhodobě uložen.

Predilekční místa v poloze na zádech: nad kostí týlní, nad trnem sedmého krčního obratle, nad hřebeny lopatek, nad loketními klouby, nad kostí křížovou, nad kostmi patními.

Predilekční místa v poloze na boku: nad kostí spánkovou, nad ramenním kloubem, nad hřebeny kyčelních kostí, nad velkým chocholíkem, nad koleními klouby, nad kotníky.

Predilekční místa v poloze na břiše: nad lící kostí, na uchu, na hřebeny kostí kyčelních, nad kolena, nad palci.

„V nemocnicích a ústavech vznikají dekubity asi u 3 – 12 % hospitalizovaných, v závislosti na typu oddělení a ústavu” (MIKŠOVÁ, 2006, s. 50).

G) Preventivní opatření

- denně sledovat stav kůže a sliznice,
- kontrolovat kostní výčnělky,
- aktivizovat nemocného, udržet rozsah pohyblivosti kloubů,
- minimalizovat poranění kůže,
- polohovat nemocného dle harmonogramu,
- používat statické matrace (vzduchové nebo dynamické - tlakové, s proudícím vzduchem),
- provádět hygienickou péči u nemocného dle jeho individuálních potřeb,
- minimalizovat kontakt nemocného s vlhkostí způsobenou inkontinencí či pocením,
- sledovat příjem potravy.
- dieta bohatá na bílkoviny a vitamíny.

„Ve zdravotnickém zařízení musí být péče vždy komplexní. Je nutné zajistit všechny potřeby pacienta, včetně psychických a sociálních. Velký význam má zapojení a edukace rodiny. Sestra při ošetřování postupuje metodou ošetřovatelského procesu s ohledem na jeho onemocnění a specifické potřeby” (MIKULA, 2008, s. 26).

H) Léčba proleženin

Terapie dekubitů je složitý komplex opatření, týkajících se jednak celkového stavu člověka a jednak tlakových lézí. V první řadě, se musí přistoupit k léčbě základního onemocnění a ke zlepšení celkového stavu. Jestliže došlo ke vzniku dekubitu, je v léčbě možné zvolit léčbu konzervativní nebo operační. Volba terapie spočívá v posouzení stupně dekubitu a základního onemocnění pacienta (MIKULA, 2008).

2.3 Výživa a poruchy stravování

Podle WHO, se podíl starších osob ve věku 60 let a více – rozrostl téměř ve všech zemích po celém světě. V roce 2002 bylo na světě podle odhadů 605 milionů starších osob. Téměř 400 milionů z nich žili v zemích s nízkými příjmy. Řecko a Itálie měla nejvyšší podíl starších osob (obě 24% v roce 2000). Do roku 2025 počet seniorů na celém světě dosáhne více než 1,2 miliardy starých osob, přičemž asi 840 milionů z nich v zemích s nízkými příjmy (WHO, 2004).

2.3.1 Malnutrice

Malnutrice je chorobný stav způsobený hladověním nebo nedostatkem základních živin. Jedná se o velice častou komplikaci základního onemocnění. Vede k výraznému vzestupu infekčních i tromboembolických příhod, ke zhoršenému hojení ran a vzniku dalších komplikací. Včasná diagnostika malnutrice a zahájení nutriční intervence může zlepšit prognózu nemocných. Nutriční intervence pomocí speciálně připravené diety a pomocí přídatků k dietě bývá často dostačující. Je však nutné ji přizpůsobit podle základní choroby a klinického stavu. Enterální výživa je další nutriční možností.

Senzitivita a specializace metod používaných k průkazu malnutrice se liší. Liší se rovněž i její definice. Malnutrice bývá definována, jako snížený stav výživy s

poklesem hmotnosti o 5-10 % v posledních 3 měsících. Pojem malnutrice je však nutno chápat v širším měřítku (KALVACH *akol.*, 2004).

Malnutrici lze rozdělit na 2 skupiny:

A) **Marantický typ** podvýživy způsobuje nedostatečný přívod energie a bílkovin při hladovění. Adaptační mechanismy organismu jsou zachovány. Zpomaluje se metabolismus a tělo spotřebovává podkožní tukovou zásobu. Kachektický vzhled je typický pro klinickou diagnózu.

B) **Kwashiorkorový typ** podvýživy je způsobuje nedostatek proteinů. Vzniká při stresovém hladovění s výrazným katabolismem nebo nedostatečným přívodem hodnotných bílkovin. V případech s akutními katabolickými stavy se rychle rozvíjí, zvláště ve spojení s hladověním. Příčinou je neschopnost efektivně využívat sacharidy i lipidy jako energetické zdroje. Dochází k čerpání energie z proteinových zásob nemocného, z proteinů plazmatických, viscerálních a svalových. Tuková zásoba zůstává nezměněna a nemocný dělá dojem dobře živeného i v situaci, kdy je těžkou podvýživou reálně ohrožen. Dochází ke špatnému hojení ran, rozvoji dekubitů, vznikají infekční komplikace. Při retenci tekutin nemusí být tělesná hmotnost snížena, ale výrazně se mění tělesná skladba.

Rozvoji těžké malnutrice lze předejít sledováním příjmu per os u rizikových pacientů.

Hodnocení stavu výživy

V současné době je odhadováno, že 20 % hospitalizovaných pacientů je v malnutrici. Monitorování stavu výživy umožňuje zahájit včas nutriční péči a zabránit tak rozvoji katabolismu a malnutrice.

Antropometrické testy

Antropometrické testy nejsou přínosné při sledování akutního stavu, ale jsou přínosné z dlouhodobého hlediska. Jejich vývoj lze sledovat až po několika týdnech.

A. BMI = hmotnost v kg/(výška v metrech)². Pokud klesá pod 17 kg/m², je třeba uvažovat o podvýživě. BMI však neodráží složení těla.

B. Měření složení těla a sledování procenta tuku pomocí **kaliperu** nebo **bioimpedance** je vhodným parametrem. Veškerá sledování antropometrických parametrů závisí na množství tělesné vody. Při retenci tekutin například po operaci nebo traumatu ztrácí tato vyšetření hodnotu (KALVACH *akol.*, 2004).

2.3.2 Obezita u seniorů

Obezita je chronické onemocnění. Se stoupající tělesnou hmotností jsou spojena závažná zdravotní rizika jako je cukrovka, srdečně - cévní onemocnění, problémy s dýcháním, vysoký krevní tlak, onemocnění kloubů a nádorová onemocnění. Obézní lidé mají kromě zdravotních problémů i problémy sociální a psychické. Vyskytují se u nich deprese, komplexovanost, často mají sníženou sebedůvěru.

Zdravotní rizika obezity

- Krevní tlak

Jednou z nejčastějších komplikací obezity je vysoký krevní tlak. Kolem 30 % jedinců, kteří mají nejméně 15 kg nadváhu, má mírně zvýšený krevní tlak.

- Cukrovka

Obezita je jednou z hlavních příčin vzniku cukrovky. Riziko vzniku cukrovky je u obézního člověka 53 krát vyšší, než u normálně vážícího člověka.

- Infarkt a mozková mrtvice

Obézní jedinci často trpí srdečními infarkty a mozkovými mrtvicemi. Toto vysoké riziko pramení ze zvýšeného krevního tlaku, cukrovky a zvýšeného cholesterolu, tj. z komplikací souvisejících obezitou. Obezita má často za následek předčasné úmrtí.

- Žlučové kameny

Obezita často přináší komplikace v podobě tvorby žlučových kamenů. Přibližně 25 % obézních jedinců má žlučové kameny, jež je nutno odstranit chirurgicky. Zvýšený cholesterol vznikající při obezitě, je jedním z hlavních důvodů pro zvýšení výskytu žlučových kamenů.

- **Artritida**

Obezita je často komplikována degenerativní artritidou. Vysoká tělesná váha způsobuje vyšší opotřebení kloubů - jejich chrupavky se doslova odrolí pod vlivem vysoké zátěže.

- **Rakovina**

Obezita často vede ke zvýšení rizika vzniku rakoviny. U žen je například až trojnásobně zvýšená incidence rakoviny prsů, dělohy a vaječníků. Riziko rakoviny endometria je pro obezní až sedminásobně vyšší. U mužů vzrůstá riziko výskytu rakoviny tlustého střeva a prostaty (VÍTEK, 2008).

Léčba obezity

Cílem léčby obezity 5-10 % snížení hmotnosti, které má výrazný pozitivní efekt na zdravotní stav pacienta. Pokles hmotnosti o 10 % vede k poklesu všech metabolických komplikací až o 40 %. Dlouhodobé snížení tělesné hmotnosti minimálně o 5 % snižuje riziko rozvoje srdečně-cévních onemocnění, bolestivost kloubních onemocnění, riziko předčasného úmrtí, nádorových onemocnění či riziko vzniku vysokého tlaku. Snížení hmotnosti má být pozvolné a postupné - v průměru 0,5 -1kg za týden. Snížení hmotnosti o 1kg prodlužuje život o 3 měsíce (VÍTEK, 2008).

2.4 Fyziologie a patofyziologie močení (mikce)

Vylučování moče zajišťuje močový systém, který tvoří ledviny, močovody, močový měchýř a močová trubice.

- **Močení (mikce)**

Je to vyprazdňování močového měchýře. Po naplnění měchýře dojde ke zvýšení tlaku a stimulaci nervových zakončení v jeho stěně. Pokud je vhodný čas močení, mozek vyšle impulsy do motorických neuronů v křížové oblasti, a dojde ke stimulaci parasympatických nervů. Moč se může uvolnit z močového měchýře, ale ještě ji v tom brání zevní svěrače. Bdělá část mozku ovlivňuje zevní svěrače, člověk může vůlí ovlivnit, zda dojde k vyprázdnění, nebo se mikce potlačí. Pokud dojde k uvolnění zevního svěrače, moč odtéká z těla ven, pokud se reflex močení přeruší, močový měchýř se dále plní, a následně je reflex vyvolán znovu. Mikce tedy začíná smrštěním detruzoru

močového měchýře, zkrácením hladké svaloviny močové trubice a rozšířením jejího vnitřního ústí. Za normálních okolností je moč z měchýře vyprázdněna bezzbytku. Volní kontrola močení je možná jen v případě, že nervy zásobující močový měchýř a močovou trubicí a všechny nervové dráhy včetně mozkových center jsou neporušené. Poranění kterékoliv části nervového systému má za následek nekontrolovaný odtok moči - inkontinenci.

Někdy se člověk není schopen vymočit ani při nadměrné náplni močového měchýře. Tento stav doprovázený nepříjemnými až bolestivými pocity označujeme jako retenci moče. Stav, kdy člověk také není schopen vyloučit moč z důvodu netvoření moče v ledvinách, označujeme jako anurii (MIKŠOVÁ, 2006).

- **Ledviny**

Filtrují z krve látky, které tělo už nemůže využívat. Děje se tak v základní funkční jednotce ledvin v nefronu. Konkrétní filtrace probíhá v glomerulu. Všechna krev projde ledvinami asi 12krát za hodinu.

- **Močovody**

Vystupují z ledviny v podobě pánvičky ledvinné a v zadních rozích spodiny močového měchýře do něj vstupují. Močovody dospělého člověka jsou dlouhé 25 – 30 cm a mají průměr 1, 25 cm.

- **Močový měchýř**

Je to dutý svalový orgán uložený za kostí stydkou, který plní funkci reservoáru moči před vyprázdněním. Množství moče, které pojme močový měchýř je individuální, dospělý člověk začne pociťovat nutkání na močení při náplni 250 – 400 ml.

- **Močová trubice**

Je to vývodná močová cesta začínající v předním dolním rohu močového měchýře a končící močovým vývodem mezi stydkými pysky pod klitorisem u žen a na distálním konci penisu u mužů (MIKŠOVÁ., 2006).

2.4.1 Faktory ovlivňující mikci

Věk

U starších dospělých nad 80 let se setkáváme s nadměrným močením a jeho zvýšenou frekvencí v noci. Toto je způsobené vlivem omezené schopnosti koncentrace moče a sníženému tonu svalstva močového měchýře, který vede také ke zvýšení objemu residuální moči.

Psychosociální faktory

Faktory, které ovlivňují mikci, např. potřeba soukromí při močení, vhodná poloha, dostatek času, návyky.

Příjem tekutin a potravy

Zdraví organismus je schopen udržet rovnováhu mezi množstvím přijatých a vyloučených tekutin. Některé tekutiny zvyšují výdej např. alkohol, káva, čaj. Také potraviny s vysokým obsahem tekutin vedou ke zvýšené tvorbě a výdeji moči. Naopak tekutiny a potraviny obsahující velké množství sodíku mohou způsobit retenci tekutin.

Léky ovlivňující množství moče

Diuretika – zvyšují tvorbu moče a zamezují zpětnému vstřebávání vody.

Svalový tonus

Snížený svalový tonus může narušit kontrakci svalů močového měchýře i snížit kontrolu zevního svěrače.

Patologické stavy

Tvorbu či vylučování moče mohou ovlivňovat např. onemocnění ledvin, hypertrofie prostaty, diabetes insipidus.

Chirurgické výkony a diagnostické postupy

Léčebné a terapeutické výkony mohou narušit tvorbu a vylučování moče, např. cystoskopie a obecně zákroky v malé pánvi (MIKŠOVÁ, 2006).

2.4.2 Poruchy tvorby moči

Normální množství moče za 24 hod (diuréza) je dle příjmu tekutin asi 1500 – 2000 ml. Vyprázdnění probíhá zpravidla 5 – 6krát za den.

Polyurie

Je zvýšená tvorba moče, nad 2500 ml. Vzniká v souvislosti s vyšším příjmem tekutin, u látek s kofeinem a u lidí s cukrovkou.

Oligurie

Je snížená tvorba moče, 100 – 500 ml. Vzniká ve vztahu s nízkým příjmem tekutin, horečkou, pocením apod.

Anurie

Je tvorba moče menší než 100 ml denně

2.4.3 Poruchy vylučování moči

Retence

- zadržování moče v močovém měchýři, spojené s neschopností jeho samostatného vyprázdnění – zástava močení,

Polakysurie

- časté močení kdy močový měchýř se vyprazdňuje častěji než obvykle,

Nykturie

- zvýšená frekvence močení v noci,

Dysurie

- je stav charakterizovaný obtížemi při močení, bolestivostí,

Strangurie

- řezání a pálení při močení,

Urgentní močení

- je silný pocit nucení na močení i při malé náplni močového měchýře,

Ureterostomie

- je umělé vyústění močovodu,

Inkontinence

- je spontánní odchod moči.

Typy inkontinence moči

- urgentní – mimovolní únik moči, k němuž dochází krátce po silném nucení na moč,
- stresová – dochází k úniku malého množství moči (do 50 ml) za zvýšeného nitrobřišního tlaku,
- reflexní – mimovolní únik moči v částečně odhadnutelných intervalech po dosažení určitého objemu močového měchýře,
- funkční – neschopnost osoby, která obvykle moč udrží, dosáhnout záchodu natolik v čas, aby nedošlo k nechtěnému úniku,
- úplná – stav trvalého a nepředvídatelného úniku moči (MIKŠOVÁ, 2006).

2.5 Fyziologie a patofyziologie defekace

Normální defekace závisí na odpovídající konzistenci stolice, kontrakcích svalů tračnicku a pasáži bez překážek.

2.5.1 Defekace

Defekační reflex se dostavuje při dostatečné náplni konečníku. Zevní svěrač z příčně pruhovaného svalstva je ovládán naší vůlí. Množství stolice závisí na množství přijaté stravy.

Stolice obsahuje:

10 – 15 % nestrávených zbytků potravy

10 – 15 % hlenu a odloupaných epitelíí

75 % vody

2.5.2 Faktory ovlivňující defekaci

Defekaci ovlivňují věk a vývojové stadium jedince, strava, příjem tekutin, aktivita, způsob života, soukromí při vyprazdňování. Důležité jsou psychologické faktory. Úzkostní lidé mají zvýšenou peristaltiku vedoucí k průjmům. U depresivních stavů je peristaltika zpomalená, dochází k zácpě.

Léky ovlivňující defekaci:

- laxativa (stimulují aktivitu tlustého střeva a napomáhají vyprazdňování).
- antidiarhoika (působí proti průjmům)

(LUKÁŠ, 2010)

2.5.3 Patologické změny při vyprazdňování stolice

Zácpa (obstipace) je vylučování malého množství tvrdé stolice nebo úplná zástava vylučování stolice.

Průjem (diarea) je vylučování tekuté stolice se zvýšenou frekvencí defekace, často provázená křečemi, bolestmi břicha, nauzeou a zvracením, nebezpečí dehydratace zejména u dětí a starších pacientů.

Inkontinence stolice je samovolný odchod stolice přes anální svěrače

Inkontinence částečná je neschopnost kontrolovat odchod plynů či zabránit odchodu malého množství stolice.

Inkontinence celková je neschopnost kontrolovat odchod stolice normální konzistence.

Paradoxní vyprazdňování stolice je nahromadění ztvrdnuté stolice v záhybech konečníku. Pacientovi však odchází tekutá stolice, která obtéká kolem zatvrdlé hmoty. Někdy omylem považována za průjem.

Plynatost (meteorismus) je nadměrné množství plynů ve střevech, které způsobuje jejich rozpínání.

Bolestivé vyprazdňování stolice z důvodu hemeroidů, fisur apod. (LUKÁŠ, 2010).

2.6 Bolest

Bolest je komplexní fenomén, který má jak fyzickou, tak emocionální složku. Jde o velmi nepříjemný subjektivní pocit, který prožívá člověk individuálně. Bolest může nabýt silné intenzity a tím ovlivnit člověka a celý jeho život.

Bolest je důležitým příznakem, patologických procesů. Pro člověka je významná, protože postiženého donutí vyhledat odbornou pomoc.

Bolest existuje vždy, když pacient říká, že bolest má. Jde o subjektivní pocit. Není možné objektivně změřit, intenzitu pociťované bolesti. Prožívání bolesti je ovlivněno osobními i společenskými faktory, stejně jako biologickými procesy (MIKŠOVÁ, 2006).

2.6.1 Fyziologie bolesti

Vznik bolesti je dán drážděním periferních nervových vláken citlivých na bolest. Receptor bolesti (nociceptor) může stimulovat přímé poškozením receptorové buňky. Bolest nevzniká při každém podráždění nociceptoru. Bolest, tak jak ji člověk pociťuje, se objeví jen tehdy, když se informace o bolesti přenesou přes spinální míchu do mozku, který rozpoznává jednotlivé stimuly (MIKŠOVÁ, 2006).

2.6.2 Typy bolestivých stimulů

Podnět mechanický – může vyvolat poranění tkání, např. chirurgický výkon (přímé dráždění receptoru bolesti), narušení tkáně např. otokem (tlak na receptory), blokáda vývodu, nádor (tlak na receptory), spasmus svalstva (stimulace receptorů bolesti).

Podnět tepelný – může vyvolat extrémní teplo nebo chlad, např. popálení (stimulace receptorů).

Podnět chemický – může vyvolat ischemii tkání (stimulace receptorů bolesti nahromaděnou kyselinou mléčnou) nebo svalový spasmus (MIKŠOVÁ, 2006).

2.6.3 Typy bolestí

A) Podle místa vzniku

Somatická bolest – podnět vychází z kůže, mluvíme tedy o povrchové somatické bolesti, nebo podnět vychází z pohybového aparátu, vazivové tkáně, pak mluvíme o hluboké somatické bolesti.

Viscerální (útrobní) bolest – vychází z orgánů dutiny břišní a hrudní. Vzniká při spasmech hladkého svalstva, při nedostatečném prokrvení, při zánětu atd.

Neurogenní bolest – vzniká drážděním nervových vláken a drah, má vystřelující charakter.

Biofasciální bolest – spouštěcí oblast je umístěna jinde než místo, které je bolestí postiženo tzn. jinde bolí a jinde je zdroj bolesti.

Analogie – zranění, která jsou podle všech obdobných případů pociťována velmi intenzivně a bolestivě, jsou za určitých okolností a situací vnímána jako nebolestivá. Jde např. o válečná zranění, zranění při sportovních závodech.

Procedurální bolest – bolest způsobená instrumentálními bolestivými výkony např. injekcemi, cévkováním, ošetřování ran. Jedná se o krátkou a intenzivní bolest.

B) Z hlediska průběhu

Akutní bolest

Trvá omezenou dobu a rychle odezní. Je kratší než 6 měsíců. Při větší intenzitě představuje velkou psychickou zátěž, která může vést k agresivitě. Bolest se dá dobře lokalizovat, má ostrý charakter a ochranný význam.

Chronická bolest

Je buď trvalá, nebo opakující se. Rozvíjí se pomaleji a trvá delší dobu (více než 6 měsíců). Způsobuje změny celého životního stylu, narušuje rodinný a pracovní život pacienta. Těžko se určuje počátek bolesti. Jde o tupou, difúzní bolest.

Rekurentní bolest

Tvoří přechod mezi akutní a chronickou bolestí. Zdrojem bývají oblasti hlavy, břicha, hrudníku, páteře. Mění se v čase (SLEZÁKOVÁ, 2010).

2.6.4 Faktory ovlivňující vnímání bolesti

Vnímání bolesti ovlivňuje:

- osobnostní charakteristika pacienta a jeho sensitivita,
- typ osobnosti (extrovert, introvert),
- vrozený typ nervové soustavy,
- momentální psychický stav a nálada,
- prostředí, okolnosti a situace,
- denní doba,
- pohlaví,
- věk,
- příslušnost k etnické skupině.

2.6.5 Posuzování bolesti

A) Umístění bolesti

Lokalizace bolesti na ohraničené místo. Bolest může být difúzně rozšířená, vystřelující či vyzařující proximálně, distálně, mediálně nebo laterálně (SLEZÁKOVÁ, 2010).

B) Intenzita

Intenzita může být:

- slabá,
- střední,
- silná,
- nesnesitelná.

Určení intenzity bolesti

a) Srovnávací metoda

Tourniquetové vyšetření. Využívá manžety, běžně používané při měření krevního tlaku.

b) Využití analogové stupnice intenzity bolesti (VAS).

Slouží pro zjištění momentálního stavu, jak moc to právě bolí, a pro sledování dynamických změn v čase.

c) Využití mapy bolesti

Jedná se o mapy bolesti, na kterých pacient znázorní bolestivou oblast a intenzitu bolesti vyjádří barevně (Margelosoova mapa bolesti)

d) Verbální metody diagnostikování intenzity bolesti

- 0: žádná bolest,
- 1: nepatrná bolest,
- 2: mírná bolest,
- 3: střední bolest,
- 4: mučivá a týrající bolest,
- 5: zcela nesnesitelná bolest.

(SLEZÁKOVÁ, 2010)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

„Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetrovatelské práce. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav. Skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, vytyčit plány na posouzení potřeb a poskytování konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojení těchto potřeb“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 66).

Pro tuto bakalářskou práci byl zvolen model funkčního zdraví dle M. Gordon. Tento model slouží k celkovému zhodnocení pacientova zdravotního stavu sestrou. Proces byl vypracován na geriatrickém oddělení u pacienta po cévní mozkové příhodě s levostrannou hemiplegií.

Pacient přijat dne 10.7. 2011 pro CMP s levostrannou hemiplegií ischemické etiologie, c.léze n. VII.

Pacient byl přeložen z neurologického oddělení.

Pacient souhlasí se sběrem informací a použitím materiálů do bakalářské práce.

O pacienta jsem se staral od: 10.7. 2011 do 15.7. 2011

3.1 ANAMNÉZA

Základní údaje o nemocném

Pacient: J.M.

Pohlaví: mužské

Věk: 72

Stav: ovdovělý

Povolání: důchodce

Oddělení: geriatrické

Typ přijetí: překlad z neurologické kliniky

Stav při přijetí: bez ikteru, cyanózy, klidové dušnosti, podrážděný

Lékařské diagnózy hlavní: CMP s levostrannou hemiplegií ischemické etiologie, c.léze n. VII.

Lékařské diagnózy vedlejší: Vředová choroba

Prostatektomie 5/2008

Pravá polovina těla ochnutá

Pacient byl řádně očkovan a prodělal běžná dětská onemocnění. Dále trpí vředovou chorobou, a má cystu na pravé ledvině. IM, TU, TBC, RH, plicní onemocnění neguje. Dvakrát prodělal operaci hlasivek, operace v krční krajině pro časté angíny, prostatektomie 83. Alergie neguje.

Vyšetření

Při předchozí hospitalizaci provedeno akutní CT mozku, nenalezen žádný patologický nález. Dále bylo provedeno RTG plic a MR mozku, také bez patologického nálezu.

Stav při přijetí

Bez ikteru, cyanózy, klidové dušnosti

PDK – varixy

PHK – bez patologického nálezu

LDK – patrná plegie (mírná flexe tahem)

LHK – plegická včetně prstů ruky

ANAMNÉZA

Osobní anamnéza

Pacientovi je 72 let momentálně je v důchodu. Dříve pracoval jako řidič z povolání. Pacient pochází z prvního těhotenství, byl řádně očkovan a prodělal běžná dětská onemocnění. Dále trpí vředovou chorobou, a má cystu na pravé ledvině. IM, TU, TBC, plicní onemocnění neguje, operace v krční krajině pro časté angíny, prostatektomie 83. Alergie neguje.

Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 60 letech na IM, matka v 77 letech na CA jater, sestra zemřela na IM, dcera zdravá.

Sociální anamnéza

Pacient bydlí sám v panelovém bytě ve čtvrtém patře. Často ho navštěvuje dcera, která bydlí v blízkosti v rodinném domku. Dcera chodí pacienta pravidelně navštěvovat i do nemocnice. Dříve pracoval jako řidič z povolání, nyní důchodce.

Nynější onemocnění

Stav po CMP při levostranné hemiplégii ischemické etiologie, c. léze n. VII. Pacient udává občasné točení hlavy a vertigo.

Abusus

Před 40 lety přestal kouřit, předtím kouřil až 20 cigaret denně někdy i více, alkohol pije pouze příležitostně, kávu nejuje, drogy nikdy neužíval.

3.2 Fyzikální vyšetření sestrou

TK: 140/100 torrů,

Puls: 80/min, pravidelný, hmatatelný

Výška: 175cm

D: 18/minutu Hmotnost: 77 kg

TT: 36,7, v normě

BMI: 25 (normální váha)

Saturace kyslíku: 97 % bez O₂

Krevní skupina: A Rh negativní

Bez ikteru, cyanózy, klidové dušnosti

PDK – varixy

PHK – bez patologického nálezu

LDK – patrná plegie (mírná flexe tahem)

LHK – plegická včetně prstů ruky

Stav: plně při vědomí, orientovaný v čase, místě a osobě, Stažený levý koutek úst, nehybná levá polovina těla.

3.3 Ošetřovatelská dokumentace dle M. Gordon rozpracovaná do NANDA II diagnostických domén

1. Vnímání zdravotního stavu.

Po psychické stránce se pacient necítí dobře. Má velké obavy o svou budoucnost, do této chvíle byl zcela soběstačný. Momentálně si není jistý, zda by dcera byla schopna se o něho postarat. Patrný je deficit v samoobsluze. Komunikace je trochu zhoršená vlivem staženého levého koutku. S informacemi o svém zdravotním stavu je seznámena. Je si vědom, že jeho stav se může, jak zlepšit tak i zhoršit. Jedná se o opakovanou hospitalizaci. Pacient je bývalý kuřák, alkohol pije pouze příležitostně, užívání omamných látek neguje. V současné době ho nejvíce trápí bolesti, značně omezená pohyblivost a obavy, jak se bude nemoc dále vyvíjet.

Použita měřicí technika: Melzackova škála č. 3

Ošetřovatelský problém: akutní bolest z důvodu stavu po cmp, obava, zhoršená komunikace.

2. Výživa a metabolismus

Pacientovi byla stanovena redukční dieta.. V době hospitalizace uvádí, že chuť k jídlu má, ale občas se objevují problémy se zpracováním potravy v důsledku pokleslého levého koutku. Potravinové alergie neudává.

Použita měřicí technika: Body Mass index – 25 (v normě)

Ošetřovatelský problém: nedostatečné zpracování potravy

3. Vylučování

Pacientovi je velmi nepříjemná potřeba asistence při vyprazdňování. Má zavedený močový katétr a při stolici se používá mísa. Bolesti při vyprazdňování moče ani stolice neuvádí.

Použita měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

4. Aktivita a volný čas

Před hospitalizací trávil pacient svůj volný čas většinou pasivně. Rád si přečte dobrou knihu, pravidelně sleduje soutěžní pořady v televizi. Za pěkného počasí rád chodí na krátké procházky. Nyní se jen velmi těžko srovnává s nastalou situací, pocitem bezmoci a sníženou hybností. Je pro něj velmi těžké být celý den na lůžku. Velké naděje vkládá do návštěv fyzioterapeutky, která mu alespoň částečně pomáhá obnovit hybnost v končetinách.

Použita měřicí technika: Barthelův test – stupeň č.3 (vysoce závislý)

Ošetřovatelský problém: pohyblivost porušená

5. Spánek a odpočinek

V domácím prostředí spí pacient obvykle 6 hodin denně. V průběhu hospitalizace pospává většinou i přes den. Občas se mu večer nedaří usnout a v noci se noci budí. Tento jev připisuje zhoršenému zdravotnímu a psychickému stavu. Neustále se cítí unavená, a jak sám uvedl bez energie a chuti do života.

Použita měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: spánek narušený

6. Vnímání a poznávání

Pacient používá brýle na blízko i na dálku. Očního lékaře navštěvuje pravidelně. Brýle má sebou v nemocnici. Neudává žádné problémy se sluchem. Je orientován časem i místem. Poslední dobou uvádí častější problémy s pamětí. Změny v chuťové ani čichové oblasti nepozoruje. Pociťuje bolesti zad a nepříjemné pnutí v postižených končetinách.

Použita měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: bolest, vnímání jedné strany těla porušené

7. Sebepojetí a sebeúcta

Pacienta velice trápí jeho onemocnění. Není si jistý budoucností a neví, co s ním bude dál, což má patně vliv na jeho celkovou skleslost a někdy až depresivní chování se sklony agresivitě a nespolupráci. Obává se také zhoršení onemocnění a nutnosti další dlouhodobé hospitalizace. Ve své uzdravení vůbec nevěří. To dokazuje odmítavý postoj k pohybové terapii a celková nespolupráce.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: strach z budoucnosti, vnímání jedné strany těla porušené

8. Plnění rolí a mezilidské vztahy

Od smrti manželky žije pacient v panelovém bytě. Byl zcela soběstačný. Několikrát do týdne za ním domů docházela dcera. Momentálně ho také velmi často navštěvuje v nemocnici, což je pro něj velmi pozitivní. Uvádí, že po návštěvě dcery se cítí po psychické stránce o trochu lépe. Pacient je v důchodu. Informace o jeho stavu mají být podávány dceři.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: péče o sebe sama nedostatečná

9. Sexualita a reprodukční schopnost

Pacient žije sám. V roce 1983 prodělal prostatektomii. Pohlavní choroby neguje.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

10. Stres

Zátěžové situace pacient řeší diskusí se svými blízkými. Pře 40 lety přestal kouřit ani nadměrně nepije alkohol. Užívání omamných látek včetně psychiatrických léků neguje.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

11. Víra

Pacient nevyznává žádné náboženství.

4 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

4.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie I.

4.1.1 Seznam aktuálních diagnóz

- akutní bolest z důvodu CMP,
- vnímání jedné strany těla porušené,
- péče o sebe sama nedostatečná,
- pohyblivost porušená,
- spánek porušený,
- strach.

AKUTNÍ BOLEST Z DŮVODU CMP

projevující se verbální stížností na bolest, mimikou, zaujímáním úlevové polohy.

Priorita: Vysoká

Krátkodobý cíl: Nemocný neudává verbálně i neverbálně žádnou bolest do 30 minut.

Dlouhodobý cíl: Nemocný nepocituje žádnou bolest po dobu hospitalizace

Výsledná kritéria:

- pacient je poučen o možnostech podání analgetik - do 5 minut,
- pacient má zmírněnou bolest - do 10 minut,
- pacient verbalizuje nepřítomnost bolesti - do 4 dnů,
- pacient je klidný do - 2 dnů.

Plán intervencí

- proved' důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace Melzackova škála (č. 3, VAS č.7),
- ihned lokalizuj bolest – všeobecná sestra,
- ihned zjistí intenzitu bolesti, posud' škálování pacienta– všeobecná sestra,
- ihned podej analgetika dle ordinace lékaře– všeobecná sestra,
- pečuj o pohodlí nemocného - vždy (namazání, změny polohy, aplikace tepla,chladu),
- posuzuj bolest vždy znovu, kdykoli se objeví,
- pozorujete neverbální projevy (např. způsob chůze a sezení, držení těla, výraz v obličeji) – všeobecná sestra,

- podávejte analgetika dle indikace až po maximální dávky, vyzoomějte lékaře v případě, že léčba není dostatečně účinná. – všeobecná sestra.

Realizace: 10. 7. 2011 – 14. 7. 2011

V den přijetí jsem u pacienta provedl hodnocení bolesti. Pacient určoval bolest na stupnici od 0 - 10 s tím, že číslice 0 označovala nejnižší stupeň a 10 stupeň nejvyšší. Pacient uvedl bolest na úrovni čísla 7. Pacienta jsem každé dvě hodiny polohoval a aplikoval jsem na záda a končetiny masti a gely ordinované lékařem. Společně s pacientem jsme se snažili najít nejpohodlnější polohu, při současném používání antidekubitních pomůcek k vypodložení končetin. Dodržoval jsem ordinace lékaře při aplikaci léků. Dne 14. 7. 2011 jsem test VAS opakoval stupně 7 na stupeň 3.

Hodnocení

Cíl byl splněn částečně:

Pacient uvedl, že při kombinaci úlevových poloh, antidekubitních pomůcek a farmakologického režimu se bolest snížila ze stupně 7 na stupeň 3.

VNÍMÁNÍ JEDNÉ STRANY TĚLA PORUŠENÉ

z důvodu neurologického deficitu projevující se úzkostí a pocitem méněcennosti

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacient má snížený pocit úzkosti - do 1 hodiny

Cíl dlouhodobý: Pacient má zlepšení psychického stavu - do 4 dnů

Výsledná kritéria:

- pacient je informován o svém zdravotním stavu do 1 hodiny,
- pacient je informován o možnosti užití léků na úzkostné stavy do 10 minut,
- pacient prokazuje aktivní účast při terapeutickém režimu do 2 dnů,
- nemocný má lepší náladu a začne komunikovat do 4 hodin,
- nemocný vypadá uvolněně a jeho pocit úzkosti je zmírněný do 30 minut,
- pacient má zmírněný pocit úzkosti do 1 hodiny,
- adaptace na stávající/narušený obraz těla,
- pochopení tělesných změn.

Plán intervencí:

- posuď pacientovu znalost situace a míru úzkosti – denně – všeobecná sestra,
- všiměj si emočních změn – denně – všeobecná sestra, ošetřovatelka,
- všimni si chování, které ukazuje na silné znepokojení tělem
a jeho procesy – denně - všeobecná sestra, ošetřovatelka,
- pomoz nemocnému s péčí o sebe – denně - všeobecná sestra, ošetřovatelka,
- při práci s pacientem se vyhněte kritickým posudkům jeho
úsilí – vždy - všeobecná sestra, ošetřovatelka,
- pohovoř s pacientem o všem, co ho tíží a povzbuzuj ho k vyjádření všech i
negativních pocitů – denně - všeobecná sestra, ošetřovatelka,
- zapoj nemocného do rozhodování a řešení problémů – denně - všeobecná
sestra,
- dodržuj farmakologický režim – denně - všeobecná sestra,
- při přijetí seznam nemocného s chodem oddělení – všeobecná sestra,
ošetřovatelka.

Realizace: 12. 7. 2011 – 14. 7. 2011

S pacientem jsem se snažil mluvit o jeho pocitech a obavách. Velmi často odmítal hovory o jeho nemoci, další léčbě a prognóze do budoucna. Ve své uzdravení zřejmě

vůbec nevěřil. Jen někdy se během péče zeptal, jestli daný úkol zvládne někdy v budoucnu sám. Někdy se choval odmítavě až agresivně, jindy byl lítostivý až plačtivý. Nejhorší pro něho je, jak se sám vyjádřil, bezmocnost, nehybnost a potřeba pomoci při základních úkonech. U pacienta jsem dodržoval ordinace lékaře, byly mu předepsány anxiolytika a antipsychotika.

Hodnocení

Cíl byl splněn částečně

Rozhovorem s nemocným byla odstraněna úzkost. Pacient uvedl, že mu levá polovina těla připadá cizí, že nemůže být jeho vlastní. Se svým tělem je nespokojený. Nevěří ve zlepšení své situace. Pocit méněcennosti přetrvává. Ošetrovatelské intervence musí pokračovat

PÉČE O SEBE SAMA NEDOSTATEČNÁ

z důvodu neuromuskulárního postižení projevující se potřebou pomoci při hygieně, stravování a negativním postojem

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacient má snahu se o sebe postarat nebo se více zapojit do péče o sebe sama

Cíl dlouhodobý: Pacient má zajištěné bio-psycho-sociální potřeby po dobu hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- pacient zná příčiny porušené soběstačnosti – do 1 dne,
- pacient se aktivně zapojí do sebestarání – do 4 dnů,
- pacient umí používat vhodné pomůcky k zvládnutí hygieny do 2 dne,
- pacient má zmírněný pocit úzkosti - do 7 dnů,
- pacient spolupracuje s rehabilitačními pracovníky – denně.

Plán intervencí:

- zjistí míru soběstačnosti (Barthelův test) – do 3 hodin - všeobecná sestra,
- dopomoz s adaptací na běžné každodenní aktivity – denně- všeobecná sestra,
- ved' pacienta k aktivní úloze v péči o zdraví a pomozte mu pečovat o sebe tak, aby bylo chráněno jeho zdraví. – denně- ošetřovatelka,
- zajisti potřebné pomůcky k lůžku (sklenička s čajem, signalizační zařízení) vždy - ošetřovatelka,
- vyhrad'te si čas na vyslechnutí pacienta a rodiny – do 3 dnů. –všeobecná sestra,
- asistuj při rehabilitačním programu ke zlepšení schopností-denně-ošetřovatelka-všeobecná sestra,
- obstaraj pomůcky dle potřeby (např. zvýšené záchodové sedátko, madla, háček na zapínání knoflíků, speciálně upravené nádobí/přístroje -denně-ošetřovatelka-všeobecná sestra,
- hodnot' pravidelně míru sebestarání – denně - všeobecná sestra,
- sleduj průběžně psychický stav pacienta (úroveň myšlení, psychické poruchy) – denně- ošetřovatelka.

Realizace: 11. 7. 2011 – 14. 7. 2011

Stupeň nepohyblivosti jsem určoval podle funkční klasifikace, kdy pacient je dle mého hodnocení na stupni 3 (vyžaduje pomoc druhé osoby a podpůrné vybavení). S pacientem jsem se snažil o spolupráci na úrovni jeho momentálních možností. Snažil jsem ho přimět, aby se sám pokusil alespoň z části najíst, či učesat. Zajistil jsem jí umyvadlo, hygienické potřeby a čisté osobní prádlo. Pacienta jsem aktivizoval spolu s fyzioterapeutem nebo ošetřovatelkou. Čtvrtý den jsem s pomocí ošetřovatelky pomohl s hygienou ve sprše na křesle. Dodal jsem pomůcky k lůžku (noční stolek, skleničku s pitím a signalizační zařízení). Pacient tyto mé snahy vytrvale odmítal jen občas se chtěl do péče nějakým způsobem zapojit. Spíše u něho byly patrná celková rezignace ohledně jeho stavu, nevěřil v možné zlepšení.

Barthelův test byl opakován 14. 7. 2011 s hodnocením na stupni 3 (vyžaduje pomoc druhé osoby a podpůrné vybavení).

Hodnocení: 14. 7. 2011

Cíl nebyl splněn: Pacient uvedl, že nevěří ve zlepšení svého stavu ani v to, že by v budoucnu mohl některé úkony provádět úplně sám. Také uvedl, že ho tento fakt velmi trápí. U pacienta ovšem není znatelná žádná individuální snaha ohledně zlepšení stavu. V Barthelovu testu stále hodnocení na stupni 3 (vyžaduje pomoc druhé osoby a podpůrné vybavení).

POHYBLIVOST PORUŠENÁ

z důvodu levostranné hemiplegie

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Vyjádřit ochotu projevít účast na aktivitách – do 4 dnů

Cíl dlouhodobý: Pacient má snahu zachovat a zvýšit sílu a funkci postižené a/nebo kompenzující části těla - do 1 týdne

Pacient si osvojí způsoby/postupy, umožňující opětovné provádění činností - do 1 týdne

Výsledná kritéria:

- pacient vyjádří ochotu a projevít účast na aktivitách – denně,
- pacient udržuje svalovou hmotu v přiměřené kondici – denně,
- pacient osvojí si postupy/způsoby, umožňující opětovné provádění činností
- pacient si zachová funkční stav a kožní integritu bez kontraktur a dekubitů – denně,
- pacient zachová a zvýší sílu a funkci postižené nebo kompenzující části těla do 1 týdne,
- pacient vyjádří pochopení situace vzniku rizikových faktorů, léčebného režimu a zajištění bezpečnosti - do 4 dnů.

Plán intervencí:

- urči stupeň nepohyblivosti ve vztahu k funkční klasifikaci – do 3 hodin všeobecná sestra,
- využij různých polohovacích a ortopedických pomůcek na podporu postižené části těla/klobů (polštáře, opěry, podložky) aby se co nejvíce, udržela funkce a zabránilo vzniku otlaků – vždy – všeobecná sestra – ošetřovatelka,
- podávej léky dle ordinace lékaře - do 1 hodiny - všeobecná sestra,
- pobízej pacienta k účasti na péči o sebe sama. – vždy – všeobecná sestra,
- dbej na bezpečnost včetně úpravy prostředí a prevence pádů – vždy všeobecná sestra – ošetřovatelka,
- pečuj pravidelně o kůži, včetně ošetřování oblastí vystavených tlaku – 2x denně - všeobecná sestra – ošetřovatelka,
- pobízej nemocného k pití a příjmu výživných potravin – všeobecná sestra – ošetřovatelka,

- pozoruj jak se pacient pohybuje, aniž by věděl, že je sledován. Může být patrný nesoulad s uváděnou mírou neschopnosti - všeobecná sestra – ošetřovatelka,
- zapoj blízké pacienta do péče a nauč je, jak zvládat problémy s mobilitou
- pobízej nemocného k pití a příjmu výživných potravin - všeobecná sestra – ošetřovatelka.

Realizace: 10. 7. 2011 – 13. 7. 2011

V den přijetí jsem určoval stupeň nepohyblivosti podle funkční klasifikace, kterou jsem již použil u předchozí ošetřovatelské diagnózy. Stupeň nepohyblivosti je 3 (vyžaduje pomoc druhé osoby a podpůrné vybavení). Pacient ležel na posteli s hrazdičkou na antidekubitární matraci a byly u něho používány pomůcky z molitanu jako prevence vzniku dekubitů. Od fyzioterapeuta dostal dne 11.7. 2011 k dispozici rehabilitační míček, aby s ním ve volném čase cvičil. Pacient tuto možnost využíval jen velmi omezeně. Jak jsem již několikrát uvedl pacient neprojevoval velkou snahu při zapojování do sebestarší, většinou se choval odmítavě. U pacienta jsem dodržoval ordinace lékaře. O pacientovu kůži jsem pravidelně pečoval pomocí dostupných prostředků a také pravidelně kontroloval oblasti vystavené tlaku. Dále mu byl předepsán přídavek stravy Nutridrink, který jsem většinou pacientovi podával společně s obědem.

Hodnocení: 13. 7. 2011

Pacient uvádí, že hybnost levé strany poloviny těla se nezlepšuje, i když spolupracuje s fyzioterapeutem.

SPÁNEK PORUŠENÝ

z důvodu nejisté prognózy a změny prostředí projevující se konstatováním nedostatečného spánku, spánkem během dne a zhoršenou náladou

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacient udá zlepšení spánku - do 2 dnů

Cíl dlouhodobý: Zlepšení a prodloužení spánku během noci - do 1 týdne. Zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti - do 1 týdne

Výsledná kritéria:

- pacient je dobře informován o vývoji nemoci a možnosti další léčby – do 1 dne,
- pacient konstatuje zlepšení spánku – do 2 dnů,
- pacient se zúčastní denních aktivit – do 5 dnů,
- pacient ví, že nemá pospávat pře den – do 1 den,
- pacient je informován o nevhodné dietě – do 1 den.

Plán intervencí:

- zjistí přítomnost faktorů uvedených v oddíle Související faktory, včetně stavů přispívajících k nespavosti (např. chronická bolest), metabolických onemocnění (např. hyperthyreóza a diabetes), užívaných léků předepsaných i zakoupených bez předpisu – do 1 dne – všeobecná sestra,
- posuď souvislost spánkové poruchy se základním onemocněním – do 2 dnů – všeobecná sestra,
- sleduj nebo zjistí od pacienta a příbuzných, kdy obvykle pacient chodí spát, jaké rituály/návyky běžně před spaním provádí, kolik hodin průměrně spí, kdy vstává a jaké má nároky na místo ke spaní – do 3 dnů – všeobecná sestra
- pozoruj fyzické známky únavy (např. neklid, třes rukou, zastřený hlas – vždy – všeobecná sestra,
- proved' většinu ošetřování tak, aby nebylo nutno pacienta budít
 - vždy – všeobecná sestra, ošetřovatelka,
- zajisti pacientovi před spaním klidné prostředí a přiměřený komfort (masáž zad, omytí rukou a obličeje, vypnutí prostěradla a urovnání lůžka)
 - vždy – všeobecná sestra, ošetřovatelka,

- doporuč omezení příjmu čokolády, kofeinu/alkoholických nápojů, zejména v době před spaním – všeobecná sestra, ošetřovatelka ,
- podávej léky proti bolesti (jsou-li indikovány) jednu hodinu před požadovaným usnutím, aby se maximálně využilo jejich zklidňujícího a sedativního účinku – dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

Realizace: 12.7. 2011 – 14.7. 2011

Pacient uvedl, že mu nevyhovuje nemocniční prostředí a též se po psychické stránce necítí příliš dobře. Pacientovi jsem doporučil snížit příjem kofeinu a čokolády a také omezit spánek během dne. S pacientem jsem probíral otázky jeho onemocnění a budoucnosti a zajistil návštěvu lékaře. Poučil jsem dceru pacienta a doporučil denní aktivity 12.7.2011. Pacientovi jsem před spaním vyvětral pokoj, upravil lůžko a ztlumil světlo na minimum. Poučil jsem pacienty na pokoji, aby se snažili dodržet noční klid. Podával jsem léky dle ordinace lékaře.

Hodnocení: 14.7.2011

Cíle bylo dosaženo. Pacient uvedl, že lépe spí. Rušivé faktory byly eliminovány. Pacient zlepšil stravu a snažil se zapojit do denních aktivit v rámci možností. Psychický stav se zlepšil.

STRACH

z důvodu nejisté prognózy onemocnění projevující se verbálními projevy

Cíl krátkodobý: Zmírnění strachu u pacienta do – 2 dnů

Cíl dlouhodobý: Pacient je dostatečně obeznámen se zdravotním stavem a nepociťuje strach – do propuštění

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- pacient pochopí strach a diskutuje o něm – do 2 dnů,
- pacient je informována o zdravotním stavu – do 12 hodin,
- pacient projevuje lepší psychický stav – do 1 týdne.

Plán intervencí:

- naslouchej pacientovi, jeho obavám – denně – všeobecná sestra – ošetřovatelka,
- poskytni ústní a písemné informace. Mluv v jednoduchých větách a konkrétních termínech. Usnadněte pochopení a zapamatování si informací.
- podpoř pacienta ve volném vyjadřování citů,
- zjisti případné smyslové poruchy – do 12 hodin – všeobecná sestra,
- srovnej slovní a mimoslovní odpovědi – do 3 dnů – všeobecná sestra,
- vyšetři základní fyziologické parametry – do 1 hodiny – všeobecná sestra,
- zkus být pacientovi nablízku nebo zaříd'te, aby s ním někdo stále byl – vždy – sestra – ošetřovatelka,
- povzbuzuj nemocného ke kontaktu s pacienty na pokoji a na oddělení – vždy – sestra – ošetřovatelka,
- zkontroluj užívání léků proti úzkosti a zdůrazněte nutnost jejich braní přesně podle předpisu – do 1 hodiny – všeobecná sestra,
- vysvětli pacientovi formy relaxace – do 4 dnů,
– všeobecná sestra ergoterapeut - fyzioterapeut
- zajisti setkání s psychologem – do 2 dnů.

Realizace: 12.7. 2011 – 14. 7. 2011

S pacientem jsem se snažil komunikovat a podpořit ho v tom, aby se mi svěřil s tím, co ho trápí. Pacient měl ve většinou negativní postoje a odmítal se mnou na téma týkající se jeho onemocnění a postižení komunikovat. Pouze jednou mě požádal o detailnější informace o průběhu léčby a jakou má šanci na vrácení se do normálního života. Donesl jsem mu nějaké informační letáky, které byly k dispozici na oddělení a také jsem společně se staniční sestrou zařídili návštěvu lékaře u pacienta. Konzultovat svůj stav s psychologem odmítal a uráželo ho to. Dne 12.7. jsem hovořil s dcerou pacienta o možných původech strachu z pacientovi minulosti a poučil ji o citové podpoře a o potřebě povídat si s pacientem co nejosobněji a nebát se jeho reakcí.

Hodnocení: 14.7.2011

Cíl byl splněn částečně: Pacient zná odpovědi na otázky které mu působily strach a obavy. Je dobře informovat. S dcerou se vídá častěji a hovoří rád.

Pacient uvedl, že po návštěvě lékaře se cítil o trochu lépe, ale jeho obavy a strach přetrvávají i nadále.

4.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

4.2.1 Seznam potenciálních ošetrovatelských diagnóz

- Chůze porušená z důvodu snížené hybnosti dolní končetiny
- Imobilizační syndrom z důvodu neuromuskulárního postižení
- Riziko porušení kožní integrity z důvodu snížené mobility.

CHŮZE PORUŠENÁ

z důvodu snížené hybnosti dolní končetiny

Priorita: Střední

Cíl :

- Pacient se bude schopen pohybovat v prostředí dle potřeby bez omezení nebo s pomůckami
- Pacient slovně vyjádří chápání situace rizikových faktorů a bezpečnostních opatření

Plán intervencí:

- vezmi v úvahu onemocnění stavu, které přispívají k obtížné chůzi (např. pokročilý věk, akutní nebo chronická nemoc. Postižení nebo poranění mozku, bolest),
- posuď stupeň postižení na funkční stupnici (0-4) a povšimněte si, zda jde o poruchu dočasnou nebo trvalou,
- dbej na bezpečnost, věnujte pozornost prostředí a prevenci pádů,
- zapoj pacienta do péče a ukažte mu, jak zvládnout problémy.

Realizace:

Pacient momentálně trpí levostrannou hemiplegií.

Na funkční stupnici od 0 – 4 bych označil stupeň 4. Levá končetina je zatím zcela nehybná a bez citlivosti.

Při každodenní ošetrovatelské péči o pacienta jsem mu nohu masíroval a snažil jsem se s končetinou cvičit.

Každý den pacienta také navštěvoval fyzioterapeut.

Pacientovi bylo několikrát připomínáno, že by mohl cvičit i po odchodu fyzioterapeuta sám, byl mu vysvětlen nejvhodnější postup, ale pacient tvrdošijně odmítal a sám necvičil.

Pacientovi byly hned na začátku pobytu dány na postel postranice, jako prevence možného pádu.

Hodnocení:

Pacient uvedl, že i přes snahu fyzioterapeuta a ošetrovatelského personálu se jeho stav vůbec nezlepšil.

IMOBILIZAČNÍ SYNDROM

z důvodu neuromuskulárního postižení

Priorita: Střední

Cíl :

- Pacient si zachová celistvost kůže/tkání nebo dosáhne časného zhojení defektu.
- Pacient si udrží, obnoví efektivní vyprazdňování a vylučování moče.
- Pacient si udrží normální orientaci v realitě
- Pacient si udrží optimální úroveň kognitivních a neurosenzorických funkcí a stavu svalově-kosterního systému.

Plán intervencí:

- zajisti dostupnost a využívání podpůrných systému,
- kontroluj stav kůže nad kostními výčnělky,
- polohuj dle indikace pacienta, aby se ulevilo tlaku,
- pečuj o kůži denně a vždy, když je zapotřebí, omytá místa dobře osušte, namáhané oblasti jemně masírujte a vetřete prostředek povzbuzující prokrvení,
- používej pomůcky ke zmírnění tlaku (speciální matrace nebo polštáře z různých materiálů),
- sleduj stav výživy a příjem potravy,
- sleduj vyprazdňování moče a stolice,
- prováděj s nemocným cviky na udržení rozsahu pohybu a zapojte ho do terapie (např. posilování svalů),

- povzbuzuj ho co k největší soběstačnosti v základní péči,
- pobízej pacienta k slovním vyjádření pocitů/otázek.

Realizace:

U pacienta jsem provedl hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové. Pacient získal 22 bodů. Riziko vzniku dekubitů je pod 25 bodů, proto musela být zvýšena pozornost na čistotu lůžka, při polohování a hygieně.

Pacientovi jsem při ranní hygieně kontroloval stav kůže, a při polohování jsem kůži ošetřil dostupnými prostředky. Pacient ležel na antidekubitární matraci a prediklekční místa měl vypodložena pomůckami z molitanu. U pacienta jsem kontroloval vyprazdňování moči a stav permanentního močového katétru a také vyprazdňování stolice, jež jsem každý den zapisoval do dokumentace. Jako přídavek ke stravě měl naordinovaný Nutridrink. Pacienta pravidelně navštěvoval fyzioterapeut, který s ním prováděl různé cviky za účelem procvičování a zlepšení hybnosti končetin. Při snaze pacienta zapojit do péče jsem se nejdříve setkal s jeho negativním postojem, později alespoň minimálně projevil snahu pokusit se zvládnout některé úkony sám a nebo se na jejich provádění alespoň podílet.

Hodnocení:

Pacient uvádí, že při jeho snaze a pomoci ošetrovatelského personálu, je schopen některé základní výkony zvládnout jen s minimální dopomocí.

RIZIKO PORUŠENÍ KOŽNÍ INTEGRITY

z důvodu snížené mobility.

Priorita: Střední

Cíl :

- Pacient si uvědomí individuálních rizikové faktory
- Pacient si osvojí návyky, chování a techniky s preventivním účinkem na porušení kůže

Plán intervencí:

- všiměj si celkového oslabení, snížení mobility, změn kůže a svalové hmoty,
- pečuj striktně o hygienu kůže, důkladně kůži osušte a vetřete krémy nebo masti,
- dodržuj polohování pacienta na lůžku,

- udržuj lůžko čisté a suché,
- kontroluj pravidelně povrch kůže a predilekční místa,
- dbej na bezpečnost pacienta,
- povzbuzuj pacienta k tomu, aby cvičil (aktivně i s dopomocí).

Realizace:

U pacienta jsem prováděl ranní hygienu, během tohoto jsem kontroloval stav pacientovi kůže. Pozornost jsem věnoval místům se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů (predilekční místa). Po hygieně jsem pacientovi namasíroval dolní končetiny a do kůže vetřel zvláčňující krémy. Pacient byl polohován každé dvě hodiny, při polohování jsem sledoval stav lůžka a v případě potřeby jsem lůžko převlékla upravil. Po celou dobu jsem se pacienta snažil povzbuzovat k tomu, aby necvičil jen s fyzioterapeutem, ale snažil se cvičit i sám.

Hodnocení:

Pacient uvedl, že se po ranní hygieně a ošetření kůže se vždy cítí lépe. Po dobu mé praxe byla pacientova kůže v dobrém stavu, byla hydratovaná, bez zarudnutí, otlačení, odřenin a otoků.

5 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

O pacienta jsem se staral během týdenní praxe na geriatrickém oddělení. Týden je velice krátká doba pro rozpoznání účinku léčby a pohybové terapie. Cévní mozková příhoda je velice závažné onemocnění, které vyžaduje dlouhodobou léčbu a spolupráci ošetrovatelského týmu s pacientem. Pacient měl k jakékoli spolupráci negativní postoj. Sám nebyl ochotný realizovat jakoukoli činnost. Pouze v ojedinělých případech, především po návštěvě dcery, byl ochotný alespoň k minimální spolupráci. I přes snahu celého týmu geriatrického oddělení se nepodařilo pacienta přimět k absolutní možné spolupráci a docílit tak oboustranné spokojenosti.

5.1 Doporučení pro praxi

Důležitá je péče o pacientův fyzický, ale i psychický stav. Po psychické stránce se pacient necítil příliš dobře, často udával stavy úzkosti, bezmoci a trpí velkými obavami vzhledem k dalšímu vývoji onemocnění. Pacient by měl být povzbuzován k činnosti a k sebepečí. Měl by si uvědomit, že ke zlepšení jeho stavu nedojde, pokud se sám nebude snažit.

Doporučení pro všeobecné sestry

Základem kvalitní ošetrovatelské péče je schopnost navázání vztahu mezi sestrou a pacientem. Charakterové, osobnostní předpoklady a schopnost asertivního chování hraje velkou roli ve zvládnutí vztahu s pacientem, zejména při delší hospitalizaci. To platí především u negativních postojů ze strany pacienta. Důležité je ověření informovanosti pacienta a seznámení s možným edukačním materiálem. Při realizaci za aktivní snahy pacienta je důležitá pochvala a povzbuzení. Samozřejmý by měl být kontakt s rodinou a edukace pokud je to možné.

Doporučení pro pacienta

U pacienta je důležitá prevence imobilizačního syndromu, vzniku dekubitů, malnutrice nebo později obezity. Rehabilitace a aktivita související s prevencí embolií a dodržování medikace ošetřujícího lékaře.

Doporučení pro rodinu

Rodinným příslušníkům, v tomto případě dceři, doporučuji podporovat psychicky pacienta. Naučit se velké trpělivosti. Kontrolovat pacienta v dodržování režimu pokud je to časově možné. Informovat se o jeho onemocnění, problémech a nových možnostech. Také bych ji doporučil organizace zabývající se pacienty se stejnou či podobnou diagnózou a poukázal bych na denní stacionáře.

ZÁVĚR

V mé bakalářské práci jsem se zabýval zdravotní problematikou seniorů. Zaměřil jsem se na problémy, které seniory nejvíce ohrožují. V úvodu práce jsem uvedl několik základních pojmů pro objasnění této problematiky. Dále jsem v textu uvedl zdravotní problémy související s aktivitou, výživou, vyprazdňováním a bolestí. Též jsem se zmínil o psychických poruchách ve stáří.

V praktické části je uveden ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou, který byl hospitalizovaný na geriatrickém oddělení. Ošetrovatelský proces zahrnuje 5- ti denní pozorování pacienta a popisuje spolupráci s ním. Z popisu je patrné, že pacientův postoj k léčbě byl negativní. Pacient se jen minimálně podílel na péči o sebe samého a neměl žádnou snahu při léčbě a rehabilitačním cvičení. Z toho vyplývá, že péče o seniory je péčí specifickou a složitou. V geriatrickém ošetrovatelství je potřeba vysoce dbát na psychický stav pacienta, umět ho vyslechnout a věnovat se věcem, kterého ho trápí. Péče o geriatrické pacienty by měla být komplexní a dostatečně empatická.

V úvodu jsem si dal za cíl přiblížit geriatrické ošetrovatelství veřejnosti a také těm, kteří se seniory pracují každý den. V závěru doufám, že se mi to alespoň z části povedlo a že práce bude prospěšná jak pro seniory tak i pro ty, kteří o ně pečují.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

(zpracováno dle ČSN 690: 2, 1997)

BAŠTECKÝ, J. aj. Gerontopsychiatrie. Praha: Grada Avicenum, 1994. 311s. ISBN 80-7169070-8.

BOROŇOVÁ, Jana. 2010. Kapitoly z ošetrovatelství. 1. vyd. Plzeň: NAVA TISK, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

DOENGES, Marilyn - MOOEHOUSE, Mary. 2001. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

DYLEVSKÝ, Ivan. 2000. Anatomie. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Manuálek sociální gerontologie. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002, s. 14. ISBN 80-7013-363-5.

JEDLIČKA, V. aj. 1991. Praktická gerontologie. Brno: IDVPZ, 1991, ISBN 80-7013-109-8

JIRÁK, R., KOUKOLÍK Fr. Demence – neurobiologie, klinický obraz, terapie. Galén, Praha, 2004, ISBN 80-7262-237-4

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. Stáří :pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

KOZIEROVÁ, Barbara; ERBOVÁ, Glenora; OLIVIEROVÁ, Rita. 1995. Ošetrovateľstvo 1. Martin: Osveta 1995. 834s. ISBN 80-217-0528-0

LUKÁŠ, K. aj. 2010. Chorobné znaky a príznaky. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 520 s. ISBN 978-80-247-2764-6.

MIKŠOVÁ, Z. aj. Kapitoly z ošetrovateľskej péče I. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6

MIKŠOVÁ, Z. aj. 2006 Kapitoly z ošetrovateľskej péče, 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 171 s. ISBN 80-247-1443-4.

MIKULA, Jan; Millerová, Nina. 2008, Prevence dekubitů. Praha: Grada, 2008, 72 s. ISBN 978-80-247-2043-2.

MÜHLPACHR, P., Sociální a postpenitenciální péče. Brno: Institut mezioborových studií 1999. 80 s. ISBN 80-85931-48-6. 27.

NĚMCOVÁ, Jitka - MAURITZOVÁ, Ilona. 2011. Manuál k úpravě písemných prací. Praha: Maurea, s.r.o., 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6

PACOVSKÝ, Vladimír. O stárnutí a stáří I.vyd. Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8

POLEDNÍKOVÁ, L. aj. 2006, Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo. 1.vyd. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN-10: 80-8063-208-1.

SLEZÁKOVÁ, L. aj. 2010, Ošetrovateľství v chirurgii. 2. vyd. Praha : Grada, 2010. 308 s. 978-80-247-3130-8

TRACHTOVÁ, E. aj. 2004. Potřeby nemocného v ošetrovateľském procese. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2004. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

VÍTEK, Libor. 2008. Jak ovlivnit nadváhu a obezitu. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-2247-4

WEBER, P. aj. Minimum z klinické gerontologie. Brno, IPVZ 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7

WHO, Palliative care for older people. World Health Organization, 2011. 56s. ISBN 978-92-890-0224-0

ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE

Stupně dekubitů [online]. [cit.2012-03-22]. Dostupné z WWW: < <http://compex.zdravi-cz.eu/dekubity-prolezeniny.php> .>

Barthelův test základních všedních činností. [online]. [cit. 2012-03-24]. Dostupné z WWW: < <http://www.skripta.kachitta.net/tul/uzs/test-barthel.doc>>.

Metody určení intenzity bolesti. [online]. [cit. 2012-03-24]. Dostupné z WWW: < <http://www.sciencedirect.com>>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové	I
Příloha B – Stupně dekubitů	II
Příloha C – Metody určení intenzity bolesti	III
Příloha D – Test hodin pro odhalení počátečních stádií demence	IV
Příloha E – Barthelův test základních všedních činností	V
Příloha F – Nutriční parametry	VI
Příloha G – Protokol podkladu pro zpracování bakalářské práce	VII

Příloha A - Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Tabulka č.1 - Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

<i>schopnost spolupráce</i>	<i>věk</i>		<i>pokožka</i>		<i>další onemocnění podle odp. stupně</i>		<i>fyzický stav</i>		<i>psychický stav</i>		<i>aktivita</i>		<i>mobilita</i>		<i>inkontinence</i>		
úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobry	4	čilý	4	chodící	4	plná	4	žádná	4
malá	3	< 30	3	alergie	3	diabetes, teplota, anemie	3	vcelku dobrý	3	apatický	3	chodící s dopomocí	3	mírně omezená	3	občasná	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpaní tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedící	2	velmi omezená	2	inkontinence moče	2
žádná	1	< 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	strnulý	1	ležící	1	nepohyblivý	1	inkontinence moče a stolice	1

Celkové bodové hodnocení K/P:
 Nebezpečí dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Datum:

Zdroj: MIKŠOVÁ, Z. aj. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče* I. vyd.

Příloha B – Stupně dekubitů

Obr. č. 1 - Stupně proleženin



1.stupeň - erytém



2.stupeň - puchýř



3. stupeň – nekróza

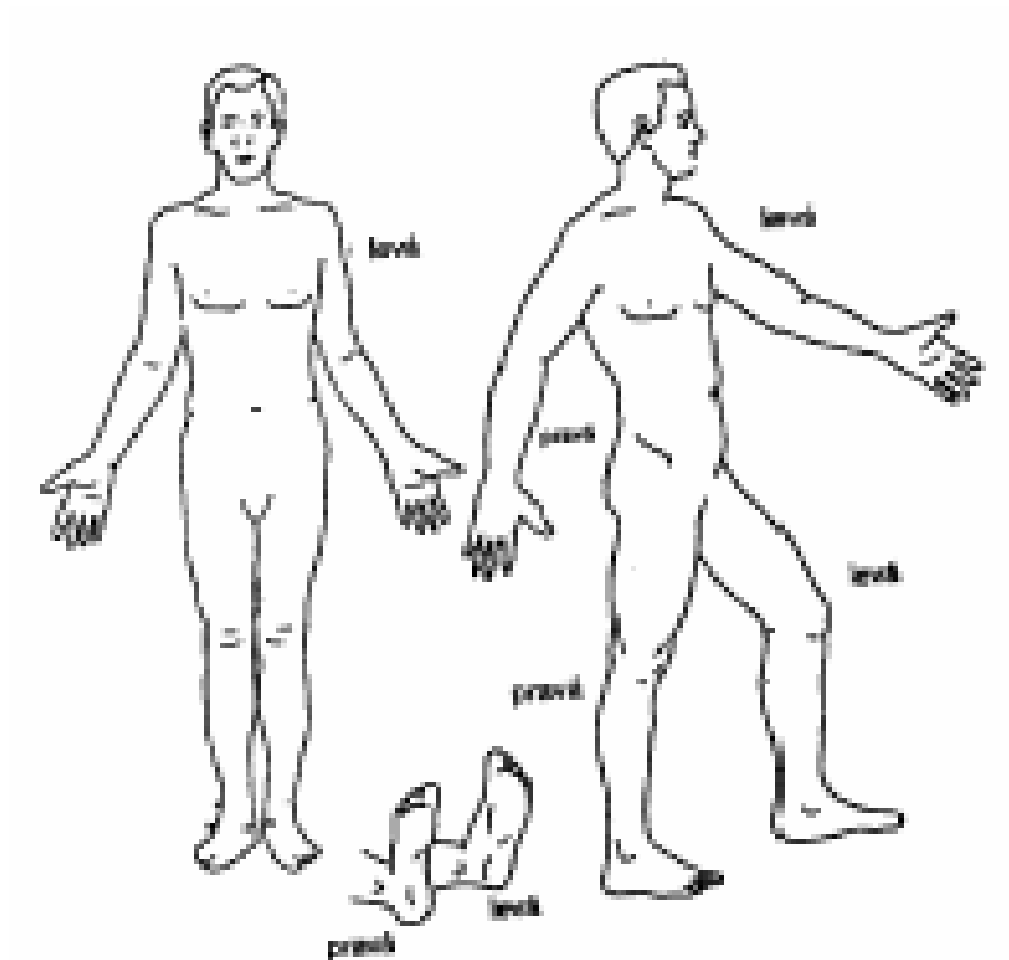


4.stupeň - vřed

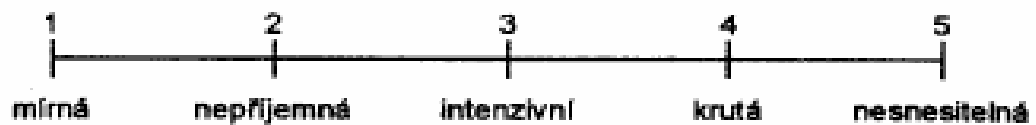
Zdroj: www.compexzdravi.cz

Příloha C – Metody určení pro určení intenzity bolesti

Obr. č. 2 - Mapa bolesti podle M.S. Margolese



Obr.č.3 - Melzackova škála



Obr.č. 4 - Numerická škála 0 – 100



Zdroj:www.sciencedirect.com

Příloha D - Test hodin

Obr. č.5 - Test hodin

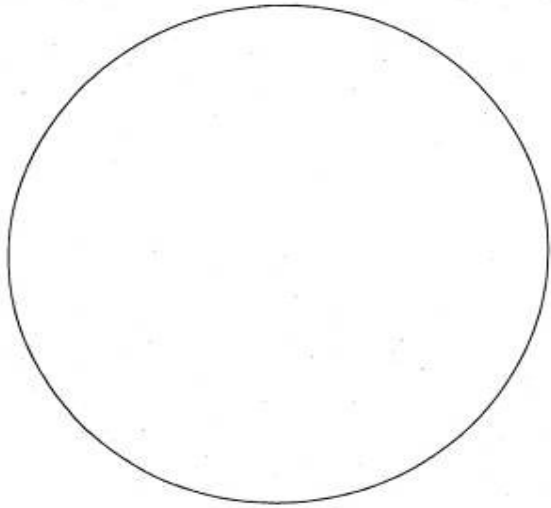
Test hodin

Jméno pacienta.....Datum Test provedl

TESTHODIN

Je používán jako relativně citlivý test pro Alzheimerovu chorobu a jiné typy demence, které se zejména v počátečních stádiích projevují poruchami prostorového cítění

Test je jednoduchý. Požádáte pacienta, aby nakreslil do vyznačeného kruhu ciferník hodin a vyznačil určitou hodinu (například tři čtvrtě na tři).



Bodové hodnocení není vždy nutné, protože normou je správný ciferník a správně vyznačená hodina. Jakékoli odchylky, které nebyly pacientem opraveny je třeba považovat jako minimálně hraniční, ale spíše již patologický nález. Významné je zejména sledování vývoje tohoto testu.

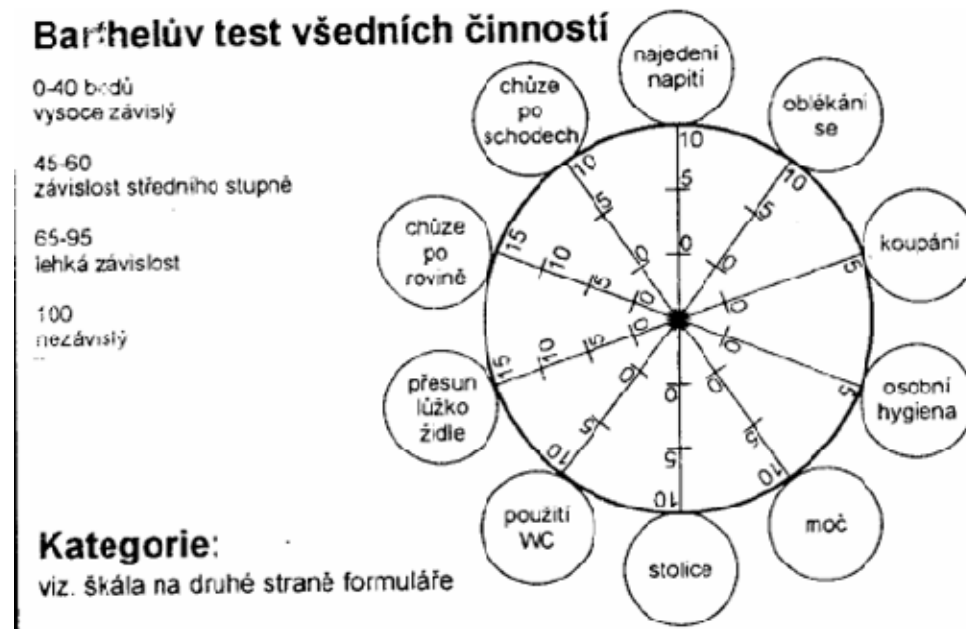
(Shulman, K. L. - Gold, D. P.: 1983)

testovník

Ždroj: Shulman, K.L – Gold, 1983

Příloha E – Bathelův test všedních činností

Obr. č.6 - Barthelův test všedních činností



Zdroj: www.skripta.kachitta.net

Příloha F – Nutriční parametry

Tab. č.2 - Sledování nutričních parametrů

Tab. 1 – Sledování nutričních parametrů	
Způsob sledování	Sledované parametry
Anamnéza	Hmotnost v mládí, hmotnost v předchorobí, nutriční zvyklosti (např. vegetarián), složení potravy (karence). Základní onemocnění. Zvracení, průjmy, příjem per os.
Fyzikální vyšetření	Dehydratace, otoky, febrilie, soor v dutině ústní, kvalita chrupu.
Antropometrie	BMI, složení těla (kaliper, bioimpedance).
Biochemie	Cholinesteráza, albumin, prealbumin, transferin, INR, mineralogram, KO + lymfocyty.
Svalová síla	Stisk ruky, dynamometr.
Vyhodnocení jídelníčku za 3 dny	Energie, biologické složení stravy.
Energetický výdej	Výpočet podle Harrise a Benedikta, lépe pomocí nepřímé kalorimetrie
Rozhovor s rodinou nebo ošetřujícím lékařem	Psychický stav pacienta.

Zdroj: www.zdn.cz

Příloha G – Protokol provádění sběru podkladu pro
zpracování bakalářské práce