

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U GERIATRICKÉHO  
PACIENTA**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**LENKA ARNOLDOVÁ**

**Praha 2017**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U GERIATRICKÉHO  
PACIENTA**

Bakalářská práce

LENKA ARNOLDOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD.

Praha 2017



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

Arnoldová Lenka  
3VS2

**Schválení tématu bakalářské práce**


Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 10. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta

*The Nursing Process in a Geriatric Patient*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

V Praze dne: 25. 10. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

---

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2017

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych poděkovat Uherskohradištské nemocnici, zejména hlavní sestře, která mi umožnila zpracovávat pacienta k praktické části. Dále bych chtěla poděkovat pacientce za veškerý obětovaný čas a za získané informace, které jsou součástí praktické části bakalářské práce. Velké poděkování patří také mé rodině za velkou trpělivost, podporu a ochotu. Poděkování také patří všem mým kamarádům a známým, kteří mě v průběhu psaní bakalářské práce velmi podporovali.

## ABSTRAKT

ARNOLDOVÁ, Lenka. Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň klasifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD. Praha. 2017. 112 s.

Tématem bakalářské práce je Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje pojmy, jako je geriatrie, gerontologie, stáří a stárnutí. Dále se teoretická část zaměřuje na terapii, rizikové faktory, prevenci, diagnostiku, prognózu a nejčastější geriatrické syndromy. Teoretická část bakalářské práce obsahuje komunikaci se seniory s různým druhem postižení. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na ošetrovatelskou péči u geriatrického pacienta. Praktická část bakalářské práce je zaměřena na pacienta s vypracovaným ošetrovatelským procesem na otevřenou zlomeninu levého bérce. U pacienta byl zpracován ošetrovatelský proces formou anamnézy, diagnózy, plánování, realizaci a hodnocení. U pacienta byly dále zpracovány kategorie ošetrovatelských diagnóz podle Nandy definice a klasifikace 2015-2017.

### **Klíčová slova:**

Geriatrie. Ošetrovatelství. Ošetrovatelský proces.

## **ABSTRACT**

ARNOLDOVÁ, Lenka. Nursing Process of a Geriatric Patient. Medical College, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc.). Dissertation supervisor: PhDr. Dušan Sysel, PhD. Prague. 2017. 112 pp.

The topic of this bachelor dissertation is a Nursing Process of a Geriatric Patient. The dissertation is divided into two parts – theoretical and practical. The theoretical part contains a glossary of terminology such as geriatrics, gerontology, old age and aging. Furthermore, the theoretical part focuses on therapy, risk factors, prevention, diagnostics, prognosis and most frequent geriatric syndromes. The theoretical part of the dissertation also deals with the issues of communication with elderly patients suffering various types of disability. The last chapter of the theoretical part focuses on nursing care of a geriatric patient. The practical part of the dissertation concerns a patient with an open fracture of the left shinbone, for whom a nursing care process has been defined in the form of anamnesis, diagnosis, planning, implementation and evaluation. Moreover, formulated for the patient were categories of nursing diagnoses according to the NANDA Definitions and Classification 2015-2017.

### **Keywords**

Geriatrics Nursing. Nursing process.

## PŘEDMLUVA

Téma bakalářské práce jsem si zvolila: Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta. K volbě tématu mě přivedlo mnoho okolností. Téma gerontologie a geriatricie je mi velmi blízké, pracuji již 3 roky na oddělení následné péče a se starými lidmi jsem v neustálém kontaktu. Práce mě baví a naplňuje. Člověk si při své práci uvědomuje, že také jednou zestárne a bude potřebovat pomoc druhé osoby. Díky práci na geriatrickém oddělení jsem se setkala s řadou nepříjemných situací, kdy se rodina odmítla starat o své nejbližší a raději je umístila do domova důchodců. Práce se starými lidmi je sice velmi náročná a vyžaduje velkou trpělivost a spoustu času, ale právě nejbližší (rodina) je pro staré lidi velkou oporou.

V praktické části jsem si zvolila ošetrovatelský proces u pacienta s mnohočetnými otevřenými zlomeninami bérce na levé dolní končetině. Ošetrovatelský proces jsem si zvolila, aby šlo postupně vidět, jak postupovala ošetrovatelská péče, kterou popisuji v závěru ošetrovatelského procesu.

Na závěr bych chtěla poděkovat pacientce, která mi poskytla veškeré informace, které jsem zpracovávala do bakalářské práce. Velké poděkování patří také celé mé rodině, která mi po celou dobu psaní bakalářské práce byla velkou oporou.



# OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

|  |     |
|--|-----|
| ÚVOD.....  | 14  |
| 1 GERONTOLOGIE .....   | 16  |
| 1.1 GERIATRIE .....  | 16  |
| 1.1.1 CHARAKTERISTIKA GERIATRICKÉHO PACIENTA .....                       | 17  |
| 1.1.2 VYSVĚTLENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ V GERONTOLOGII A GERIATRII<br>18       |     |
| 1.1.3 WHO.....   | 21  |
| 1.2 STÁRNUTÍ.....  | 23  |
| 1.2.1 ZMĚNY VE STÁŘÍ .....   | 24  |
| 1.2.2 PSYCHICKÉ PROJEVY STÁRNUTÍ.....                                    | 27  |
| 1.3 TERAPIE.....   | 28  |
| 1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY .....   | 40  |
| 1.5 PREVENCE.....  | 44  |
| 1.6 DIAGNOSTIKA .....  | 45  |
| 1.7 PROGNOZA.....  | 50  |
| 2 NEJČASTĚJI SE VYSKYTUJÍCÍ GERIATRICKÉ SYNDROMY .....                   | 51  |
| 3 KOMUNIKACE SE SENIOREM.....  | 56  |
| 4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U GERIATRICKÉHO PACIENTA.....            | 60  |
| 4.1 ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE .....                                   | 60  |
| 4.2 SPECIALIZOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE .....                             | 62  |
| 4.3 INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE .....                                 | 67  |
| 4.4 NÁSLEDNÁ PÉČE .....  | 71  |
| 5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES ZAMĚŘENÝ NA PACIENTA S DANÝM<br>ONEMOCNĚNÍM..... | 80  |
| 5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....   | 124 |
| ZÁVĚR.....   | 125 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....  | 126 |
| PŘÍLOHY  |     |

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

|              |   |
|--------------|---|
| <b>ADL</b>   | Activities of Daily Living  |
| <b>CNS</b>   | centrální nervový systém  |
| <b>WHO</b>   | World Health Organization, Světová zdravotnická organizace          |
| <b>GIT</b>   | gastrointestinální trakt  |
| <b>CHOPN</b> | chronická obstrukční plicní nemoc                                   |
| <b>IADL</b>  | škála instrumentálních denních životních činností                   |
| <b>MMSE</b>  | Mini Mental State Examination, kognitivní škála k vyšetření demence |
| <b>PEG</b>   | perkutánní endoskopická gastrostomie                                |
| <b>SGA</b>   | subjektivní globální hodnocení nutričního stavu                     |
| <b>VAS</b>   | vizuální analogová škála  |

(VOKURKA a kol., 2002)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Arteterapie</b>        | léčba využívající výtvarného umění, malování a modelování   |
| <b>Aromaterapie</b>       | léčba vůněmi  |
| <b>Biblioterapie</b>      | psychoterapeutické a léčebně pedagogické využití vhodné literatury a práce s knihou za účelem rehabilitace, prevence, nápravy a léčby závad a poruch prožívání a chování                  |
| <b>bazální stimulace</b>  | vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující komunikaci, vnímání a pohybové schopnosti člověka a – týká se péče o osoby s těžkým kombinovaným mentálním a somatickým postižením |
| <b>canisterapie</b>       | léčebný kontakt člověka a psa   |
| <b>dramaterapie</b>       | expresivní psychoterapeutická disciplína, která využívá dramatických a divadelních postupů a prostředků   |
| <b>dolorimetrie</b>       | fyziologické a psychologické metody měření bolesti  |
| <b>farmakodynamika</b>    | účinek léčiva na organismus   |
| <b>farmakokinetika</b>    | osud léčiva v organismu v časovém průběhu   |
| <b>gerontologie</b>       | obor zabývající se studiem změn lidského organismu ve stáří, zdravotními, psychologickými a sociálními důsledky stárnutí  |
| <b>geriatrie</b>          | lékařský obor, zabývající se diagnózou a léčbou chorob starých osob a péči o ně   |
| <b>gerón</b>              | stařec  |
| <b>gerontopedagogika</b>  | nauka, věda o výchově a vzdělávání a o dukaci starých lidí  |
| <b>gerontopsychologie</b> | psychologie stáří a stárnutí  |
| <b>glykémie</b>           | koncentrace glukózy v krvi  |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>glykosurie</b>            | přítomnost cukru v moči  |
| <b>hyperglykémie</b>         | vysoká hladina glukózy v krvi  |
| <b>hypoglykémie</b>          | nízká koncentrace krevního cukru v krvi  |
| <b>hematokrit</b>            | objem erytrocytů v krvi, vyjádřený jako zlomek (%) celkového objemu krve                               |
| <b>hypoxie</b>               | nedostatek kyslíku ve tkáních či v celém organismu   |
| <b>hemodynamika</b>          | popis oběhu krve na základě fyzikálních principů včetně jejich zvláštností v lidském organismu         |
| <b>hospic</b>                | zařízení, sloužící k paliativní péči a osoby trpící závažnou chorobou, mnohdy nevléčitelnou            |
| <b>cholecholethiáza</b>      | přítomnost žlučových kamínků ve žlučovém vývodu  |
| <b>cholecystolithiáza</b>    | přítomnost žlučových kamínků ve žlučníku   |
| <b>ketonurie</b>             | přítomnost ketolátek v moči  |
| <b>malnutrice</b>            | podvýživa, zejména ve smyslu špatného složení stravy   |
| <b>muzikoterapie</b>         | léčba hudbou   |
| <b>nefrolithiáza</b>         | přítomnost kamenů v ledvině  |
| <b>nefrologie</b>            | lékařský obor, zabývající se výzkumem, diagnózou a léčbou nemocí ledvin včetně terapie umělou ledvinou |
| <b>oxygenoterapie</b>        | léčba kyslíkem   |
| <b>prognóza</b>              | předpověď průběhu a zakončení nemoci   |
| <b>reminiscenční terapie</b> | léčba vzpomínek např: (četba a prohlížení starých novin a poznávání starých fotografií)                |
| <b>senium</b>                | stáří  |

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>sarkopenie</b>     | geriatrický syndrom, který se projevuje redukcí svalové hmoty a síly u starších lidí  |
| <b>screening</b>      | použití diagnostických testů k vyhledávání rizikových nebo nemocných osob v exponované populaci zdánlivě zdravých osob bez příznaků daného onemocnění |
| <b>selfmonitoring</b> | vlastní sledování, monitorování prováděné pacientem   |
| <b>stomie</b>         | umělé vyústění dutého orgánu na povrch těla   |
| <b>zooterapie</b>     | léčba za pomoci zvířat  |

(VOKURKA a kol., 2002), (VOKURKA a kol., 2004)

## ÚVOD

Téma bakalářské práce je Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta. Obor gerontologie a geriatricie je mi velmi blízký. Práce se seniory je velmi náročná jak po stránce fyzické, tak i psychické. Ke každému klientovi musí být individuální přístup, musíme s nimi jednat vlídně, mile, empaticky, pomalu a srozumitelně. I přes veškerou náročnost, mě práce na geriatrickém oddělení naplňuje. Důležité je si uvědomit, že jednou budeme všichni staří a budeme potřebovat pomoc druhé osoby. Proto bychom měli ke starým lidem přistupovat se vši úctou a trpělivostí.

Novinkou v Uherskohradištské nemocnici je dobrovolnická činnost, kdy dvakrát týdně dochází na naše geriatrické oddělení dobrovolnice a povídají si s klienty, čtou jim, vyprávějí příběhy. Navštěvují zejména klienty, ke kterým rodina nedochází. Všichni jsme tuto novinku s velkou radostí uvítali. Dobrovolnická činnost by se mohla rozšířit do více nemocnic, kde tuto činnost sestry rády uvítají. Například do domovů pro seniory, hospiců, ústavní péče, domovů se zvláštním režimem.

Populace dnešních seniorů se stále dožívá vysokého věku a s tím přibývá mnohem více nemocí a sociálních problémů. Je velký nedostatek sociálních zařízení, jako jsou domovy pro seniory, hospice. Velká populace seniorů trpí Alzheimerovou chorobou – i těchto center je málo. Péče o takové klienty je velmi náročná a vyžaduje 24 hodinovou péči. Nedostatek je také pečovatelských služeb. Tomuto tématu je celospolečensky věnován zájem (vláda, parlament, komunální politika a multimédia).

Všeobecný pohled na stáří a seniory je rozšířen hodně jednostranně. Mnoho lidí si při zmínce o stáří představí osobu nesoběstačnou, která není schopna samostatného života a je závislá na pomoci jiné osoby při všech běžných činnostech, pro něž je ideální umístění do ústavní péče (MALÍKOVÁ, 2011).

Pro řadu lidí je však stáří jedním z nejkrásnějších životních událostí z důvodu volného prostoru k realizaci všeho, co zatím z různých důvodů v životě nestihli. Člověk, který umí využít šanci každého dne, umí pohodově, zdravě stárnout. Hovoříme o umění zdravě stárnout. Jde o záležitost, která se týká každého z nás. (Malíková, 2011).

**Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Seznámit studenty zdravotnických škol s problematikou gerontologie a geriatrie

**Cíl 2:** Zpracovat specifika ošetrovatelské péče o pacienta na geriatrickém pracovišti

**Cíl 3:** Poukázat na teoretická východiska ošetrovatelského procesu

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Vypracovat ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta na oddělení následné péče v Uherskohradištské nemocnici

**Vstupní literatura:**

HOLMEROVÁ, I. a kol., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vypracované vydání. EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.

KALVACH, Z a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2490-4.

SYSEL, D. a kol., 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. ISBN: 978-80-263-0001-4

# 1 GERONTOLOGIE

Gerontologie je obecný pojem pro nauku o stáří a stárnutí. Zkoumá je z pohledu sociálního, biologického, demografického a z řady dalších aspektů. Geriatrie (klinická gerontologie) je medicínou stáří, lékařským oborem, jenž se zabývá managementem onemocnění ve stáří a diagnostikou, také širšími souvislostmi z pohledu veřejného zdravotnictví (HOLMEROVÁ a kol., 2007).

Gerontologie je nauka a souhrn vědomostí o problematice starých lidí a života ve stáří. K průkopníkům patří ve 30. letech 20. století R. Pearl v USA. Gerontologie se dělí na tři hlavní proudy – experimentální gerontologie, klade si otázky, jak a proč živé organismy stárnou. Sociální gerontologie se zajímá o vzájemné vztahy starého člověka a společnosti, jaké jsou jeho potřeby, jak populační stárnutí ovlivňuje její rozvoj a společnost. Poslední kategorií je klinická gerontologie (geriatrie) - jedná se o oblast medicíny, která se zabývá funkčním a zdravotním stavem starých lidí. Geriatrická medicína zahrnuje specifické potřeby geriatrických pacientů, prevenci, vyšetřování, léčení a průběh chorob vyššího věku (ARCHMANOVÁ, 2015).

Pojem gerontologie je odvozen z řeckého slova gerontos, geron, tj. starý člověk a pojmu logos, tzn. nauka. Gerontologie je interdisciplinární věda a souhrn poznatků o starých lidech a stáří. Zkoumá zákonitosti, projevy a příčiny stárnutí, problematiku života starých lidí a života ve stáří. Ve světě vznikaly první gerontologické společnosti ve 40. letech 20. století. V České republice byla založena v roce 1958 gerontologická sekce a Česká gerontologická společnost v roce 1962. V posledních letech se gerontologie rozvíjí jako studijní vysokoškolský obor především pro nelékařské pečující profese (ČEVELA a kol., 2012).

## 1.1 GERIATRIE

Jde o samostatný lékařský obor, který poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným ve vyšším věku. Geriatrie je obor interdisciplinárního charakteru, který plní specifické úkoly léčebně preventivní, ale i integrační a metodické při vytváření systému zdravotních a zdravotně-sociálních služeb pro seniory. Cílem je optimalizace funkčního a zdravotního stavu seniorů, snižování chronické disability, zlepšování prognózy akutních dekompenzací zdravotního stavu. Předmětem zájmu geriatrie je starý a stárnoucí člověk ve zdraví, především v nemoci. Geriatrie úzce spolupracuje s řadou lékařských oborů, jako



jsou rehabilitace, psychiatrie, neurologie a praktický lékař. Geriatrie se zabývá otázkami kvality péče se zvláštním důrazem na zařízení péče o dlouhodobé. Geriatrie se obvykle zabývá pacienty staršími 70 let, jelikož většina z nich vykazuje typické změny pro stáří. Z preventivního pohledu je třeba zdůraznit, že moderní gerontologie a geriatrie se zejména orientují na tzv. mladé seniory, kteří se mohou, pro své zdraví ve stáří, pozitivní změnou životního stylu, mnohé učít (HOLMEROVÁ a kol., 2007).

Jádrem geriatrie jako oboru je všeobecná interna s přesahem do dalších oborů, jako je ošetrovatelství, rehabilitace, gerontopsychiatrie a neurologie. Geriatrická péče zahrnuje složku akutní a následnou, preventivní, paliativní, lůžkovou a ambulantní. Základním pracovištěm oboru by neměly být léčebny dlouhodobě nemocných, nýbrž geriatrické ambulance, geriatrická nemocniční oddělení (KALVACH a kol., 2008).

### **1.1.1 CHARAKTERISTIKA GERIATRICKÉHO PACIENTA**

Jedná se o pacienty, kteří jsou starší 70 let a více. Geriatrickí pacienti jsou ohroženi zejména zhoršením nebo ztrátou soběstačnosti, kvalitativními poruchami vědomí, geriatrickými komplikacemi jako například mobilitou, dehydratací, malnutricí apod. (HOLMEROVÁ a kol., 2007).

**V širším slova smyslu** hovoříme o nemocných starších určitého věku, v hospodářsky vyspělých zemích ve věku nad 75 let. V souvislosti se zlepšováním funkčního a zdravotního stavu seniorů se hranice stále posouvá na 80 let. Za nejnižší věk, který opravňuje začlenění pacienta do geriatrických programů je považován obvykle věk 65 let (KALVACH a kol., 2008).

**V užším slova smyslu** jde především pouze o seniory, kteří vykazují závažný pokles související s involucí potenciálu zdraví, který je disponuje ke zdravotním specifickým problémům, k potřebě upravených přístupů, režimů a služeb, který je v souvislosti se zdravotní péčí činí zranitelnějšími a znevýhodňuje je (KALVACH a kol., 2008).

Podle Kalvacha mohou být senioři členěni do tří skupin podle funkční zdatnosti, potřeby zdravotních služeb a rizikovitosti. První skupinou jsou jedinci s výbornou výkonností, kteří se ve zdravotnických terapeutických a diagnostických postupech nemusí lišit od postupů pro jedince mladší. Jedná se o skupinu **zdatných seniorů**. Jde o seniory, kteří nepotřebují

geriatrickou péči, ale měli by být edukováni a podrobni preventivním prohlídkám (HOLMEROVÁ a kol., 2007)

Druhou skupinou jsou **nezávislí senioři**, kteří nepotřebují za normálních okolností sledování, ani ošetrovatelskou a pečovatelskou službu. Dochází u nich k přechodnému zhoršení kondice vlivem operace, závažného onemocnění a infektu (HOLMEROVÁ a kol., 2007)

Třetí skupinu tvoří **křehčí senioři**. Jedná se o jedince s chronickým rizikem pádů, zhoršení kognitivních schopností jako je demence, psychická labilita (deprese), pacienti s nestabilním stavem při onemocnění kardiovaskulárního systému. Tito pacienti využívají zdravotních služeb, sociálních i domácí péči. Téměř **závislí senioři** jsou nesoběstační a vyžadují nepřetržitou pomoc pečovatelské organizace a rodiny. Využívají pobyt v léčebnách dlouhodobě nemocných (HOLMEROVÁ a kol., 2007)

## 1.1.2 VYSVĚTLENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ V GERONTOLOGII A GERIATRII

### GERONTOSOCIOLOGIE

Zabývá se stárnutím a stářím jako sociálními kategoriemi, které modifikují svůj obsah podle kulturního a společenského kontextu, skupinami starých lidí, jejich vnitřními problémy, jejich vztahem k jiným skupinám a pozicí ve společnosti. Gerontosociologie jako sociologická aplikovaná disciplína je některými autory ztotožňována s celou sociální gerontologií, obě tedy stojí na základě sociologickém (ČEVELA a kol., 2012).

### GERIATRIE

Je samostatný lékařský obor interdisciplinárního charakteru. Cílem je optimalizovat zdravotní stav pacienta. V hlavní roli je zde stárnoucí člověk ve zdraví, ale i v nemoci. Geriatrie poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku, zlepšuje prognózu seniorů v důsledku znalostí terapie a diagnostiky chorob, rozpoznání geriatrických rizik, velký důraz je kladen na fyzickou zdatnost pacienta a soběstačnost (KŘEPELKOVÁ, 2012).

## **GERIATRICKÝ PACIENT**

Jedná se o pacienta, který je starší 70 let. Jeho zdravotní stav je komplikován řadou syndromů a chorob, které zhoršují léčbu. Je ohrožen poruchami chování, ztrátou soběstačnosti, inkontinencí, dehydratací atd. Geriatrický pacient není senior, ale jedná se o pacienta, který potřebuje specializovanou péči, která může být lůžková nebo ambulantní. Zaměřuje se na potřeby bio-psycho-sociální a spirituální. Abychom mohli naplnit všechny tyto potřeby, je velmi důležitá spolupráce s pacientem. Toho se docílí jedině vytvořením vztahu bezpečí, jistoty a důvěry (KŘEPELKOVÁ, 2012).

## **GERIATRICKÝ TÝM**

Geriatrický tým je zdatný tým, dohromady tvoří celek a navzájem spolupracuje. Je tvořen pacientem, lékaři, rodinou, ošetřujícími a zdravotnickým personálem, pracovníkem duchovní péče, psychologem, sociální pracovníci a terapeutkami (fyzioterapeut a logoped). (KŘEPELKOVÁ, 2012).

## **GERONTOLOGIE**

Gerontologie je věda o stáří a stárnutí. Zaměřuje se na základní potřeby starého člověka, na udržení nezávislosti při běžných denních činnostech (hygiena, stravování), na udržení jeho soběstačnosti, na prevenci komplikací a jeho psychiku. Název je odvozen od řeckého slova gerón, což znamená starý člověk. Vznikl kolem roku 1939 jako samostatný interdisciplinární obor (KŘEPELKOVÁ, 2012).

## **EXPERIMENTÁLNÍ GERONTOLOGIE**

Zabývá se studiem příčin a procesů stárnutí, tím, jak a proč živé organismy stárnou. Je převážně zaměřena biologicky a chápe se jako přirozená součást biologie, její významnou součástí je výzkum psychických změn a schopností v průběhu stárnutí a ve stáří (ČEVELA a kol., 2012).

## **GERONTOLOGIE KLINICKÁ**

Zabývá se zvláštnostmi zdraví a jeho podpory ve stáří, především involučním poklesem potenciálu zdraví (adaptability, odolnosti a zdatnosti), funkčním zdravím, zdravotními problémy nad rámec biomedicínské orientace na choroby i zvláštnosti chorob, léčení,

diagnostiky, prevence a rehabilitace ve stáří, též se označuje jako geriatric (ČEVELA a kol., 2012).

## **GERONTOLOGIE SOCIÁLNÍ**

Zabývá se životem a existencialitou ve stáří, vztahy mezi společností a seniory a stárnutím společnosti. Jde o celou škálu aspektů ekonomických, sociologických, politologických, politických, demografických, právních, filozofických, etických, psychologických, spirituálních, ale také urbanistických, architektonických, technických (gerontotechnologie). Sociální gerontologie studuje vzájemné vztahy mezi společností a populací vyššího věku. Základní oblasti, kterým se věnuje, jsou demografické stárnutí, sociálně-ekonomická situace u starých lidí, nástup dlouhověké společnosti, sociologická problematika stárnutí, společenské prostředí, sociálně psychologické a lékařské aspekty stáří a podpory starých lidí, etické a právní aspekty, problematika individuální přípravy na stáří a společenské přípravy na populační stárnutí. K hlavním cílům patří předcházet patologickému a předčasnému stárnutí, usilovat o úspěšné zdravé stárnutí s aktivním i sociálně ekonomicky produktivním stářím, dostatečnou participací a seberealizací, prodlužovat plnou soběstačnost až do pozdního věku a zlepšovat kvalitu života lidí ve vyšším věku, vytvářet kvalifikované podklady pro tvorbu politik týkajících se populačního stárnutí, seniorské populace, mezigenerační stability a solidarity veřejných rozpočtů (ČEVELA a kol., 2012).

## **STÁŘÍ**

Jedná se o období člověka, které se vyznačuje psychickými, sociálními a biologickými změnami v jeho organismu a končí smrtí. Stáří se vyznačuje variabilitou, plasticitou mezi funkcemi a osobami s vysokou mírou biografické individuality. Teprve patologie, jako např.: stařecká demence, stanovuje této mnohotvárnosti hranice, zejména v oblasti dalšího vývoje. Dovednosti a vědomosti, které jedinec během mládí a dospělosti nabyt, mohou až do pozdního věku velmi dobře fungovat. Lidé starší mají oproti mladším obrovskou výhodu – životní zkušenost (DUFKOVÁ, 2015).

## STÁRNUTÍ

Stárnutí se považuje za přirozenou součást lidského života a neexistuje živý organismus, který by nepodléhal tomuto procesu. Stárnutí je univerzální multifaktorový proces, postihující živou hmotu, jehož výsledek se projevuje stářím. Stárnutí je provázeno psychickými, biologickými a sociálními změnami v organismu i psychice člověka, vzniká na základě poškození vnějšími i vnitřními faktory a má svoji vlastní dynamiku a to zcela mimo lidskou kontrolu. Procesem stáří a stárnutí se zabývá gerontologie a vzdělávání seniorů se věnuje gerontopedagogika (DUFKOVÁ, 2015).

## SENIOR

Patří mezi ně: přestárlý člověk, osoba seniorského věku, penzista, geront. Seniozem bývá nazýván starší člověk, ale také nejstarší, zpravidla vážený člen nějakého společenství. Senior je osoba jakéhokoliv etnika, pohlaví, genderu, rasy, náboženského vyznání, národnostního původu, mluvící jakýmkoliv jazykem, v jakémkoliv zdravotním stavu, s jakýmkoliv zdravotním postižením, jakéhokoliv socioekonomického, rodičovského či rodinného statutu, pobírající starobní důchod, nebo nikoliv, splňující jediný požadavek – požadavek na stáří daného jedince. Stáří jedince by mělo překročit 60., případně 65. rok kalendářního věku – jedná se o věk, kdy se člověk dle názoru psychologů, biologů a jiných odborníků stává seniorem (DUFKOVÁ, 2015).

### 1.1.3 WHO

Světová zdravotnická organizace je koordinujícím a řídicím orgánem pro mezinárodní spolupráci v oblasti péče o zdraví. Byla založena spojenými národy 7. 4. 1948 v New Yorku, v současné době má 192 členských států, každý z nich disponuje právem jednoho hlasu. Hlavní úloha Světové zdravotnické organizace je stanovena jejím statutem a to dosažení co nejvyšší úrovně zdraví pro všechny lidi na celém světě. WHO je mezinárodním koordinátorem zdravotních záležitostí. Jejím posláním je pomáhat všem vládám, nést odpovědnost za zdraví občanů, zvyšovat aktivní podíl veřejnosti na péči o zdraví a posilovat účast všech rezortů na plnění zdravotních programů. WHO organizuje konference a nepravidelná shromáždění, na kterých jsou definovány hlavní priority zaměření celosvětové zdravotní politiky a vyhlášovány strategické zdravotní programy. K nejdůležitějším setkáním patřila společná mezinárodní organizace Světové zdravotnické organizace a Dětského fondu Organizace spojených UNICEF v Alma-Atě, kde byla přijata deklaráce (JAROŠOVÁ, 2007).

## ČTYŘI HLAVNÍ FUNKCE WHO

- Šířit a rozvíjet vhodné zdravotnické technologie, standardy a informace,
- poskytování celosvětového poradenství v oblasti zdravotnictví,
- spolupracování s vládami při rozvoji národních zdravotních programů,
- ustanovovat globální standardy pro zdraví (JAROŠOVÁ, 2007).

## STRUKTURA WHO A HLAVNÍ ORGÁNY

**Světové zdravotnické shromáždění** – nejvyšší orgán, každoročně se schází, se sídlem v Ženevě, řeší klíčové otázky politiky WHO a schvaluje programový rozpočet.

**Výkonný výbor** – dvakrát ročně se schází, má 32 zvolených členů, hlavní funkcí je koordinovat činnost WHO, uvádět do praxe rozhodnutí a politiku shromáždění.

**Sekretariát** – tvořen je generálním ředitelem, přibližně 3800 zdravotnickými a jinými odborníky v jednotlivých zemích, členové sekretariátu pracují v 6 oblastních úřadovnách na území 6 států.

## ÚKOLY WHO

- Podpora výzkumu zdravotnické problematiky,
- pomoc při výchově zdravotnických pracovníků,
- zdravotní výchova obyvatelstva,
- péče o životní prostředí,
- sledování epidemiologické situace,
- boj proti infekčním chorobám,
- péče o dítě a o matku,
- poskytování školení zdravotnických pracovníků a stipendií,
- technická a materiální pomoc,
- vysílání odborníků do potřebných oblast (JAROŠOVÁ, 2007).

## ROZDĚLENÍ STÁŘÍ DLE WHO

- 30–44 dospělost,
- 45–59 let střední věk,
- 60–74 let časná stáří,

- 75–89 let senium,
- 90 let a více dlouhověkost (KŘEPELKOVÁ, 2012).

## 1.2 STÁRNUTÍ

Je přirozený proces, při kterém jsou ohroženy postupně orgány, funkce těla a psychika jednotlivce. Mluvíme o biologických hodinách, které nám naprogramovaly věk, kterého se dožijeme. Biologické hodiny můžeme do jisté míry ovlivnit omezením rizik, způsobem života, o kterých je prokázáno, že působí negativně na délku přežití jednotlivce. Stárnutí je důležitý děj v lidském životě, je předmětem mezinárodních studií. Obor, který se stárnutím zabývá, se nazývá gerontologie. Je důležité si neplést gerontologii s geriatrií. Geriatrie se zabývá chorobami ve stáří a jejich léčením. Rychlost stárnutí můžeme ovlivnit životosprávou, životním stylem a péčí o vlastní zdraví již v mládí (DIENSTBIER, 2009).

Proces stárnutí populace probíhá na úrovni celosvětové, nejrychleji v Evropě, kde se podíl osob starších 60 let zvýší na celých 35 % v roce 2050. Tento trend se nevyhne ani České republice. Podle projekce Českého statistického úřadu u nás bude v roce 2020 28 % seniorů, což představuje téměř třetinu obyvatelstva. Největší nárůst počtu seniorů se očekává v kategorii dlouhověkých – těch nejstarších. Odhaduje se, že v roce 2050 u nás bude žít asi půl milionu občanů ve věku nad 85 let. Termín aktivní stárnutí byl přijat Světovou zdravotnickou organizací koncem 90. let. Dvořáčková Dagmar poukazuje na to, že se jedná o pojem, který je širší než pouhé zdravé stárnutí, protože se týká pouze péče o zdraví a zdraví, je mnohem komplexnější. Aktivní stárnutí primárně k fyzické aktivitě neodkazuje, spíše k zajištění možnosti participovat na dění ve společnosti ve všech fázích života. Zahrnuje respektování práva starších lidí na rovnost příležitostí, účast na veřejných rozhodovacích a ostatních aspektech komunitního života, jejich zodpovědnost (ŠPATENKOVÁ a kol., 2015).

Koncept aktivního stárnutí je prezentován jako určité řešení nejen pro společnost, ale i pro samotné seniory. Není nutné se vzdávat ve vyšším věku aktivit, kterým se člověk dříve věnoval a rád by se jim věnoval i nadále. Velmi důležité je, aby člověk vyššího věku nacházel smysluplnost svého života, aby byla zachována co nejdéle jeho autonomie a byl mu vytvořen prostor pro sebeaktualizaci a seberealizaci. To však nezáleží jenom na seniorech, do značné míry je to záležitost veřejných činitelů a politiků. Člověk ve své společnosti stárne,

je její součástí, proto integrace seniorů do společnosti, je nedílnou součástí konceptu aktivního stárnutí (ŠPATENKOVÁ a kol., 2015).

Stárnutí je proces, který se projevuje u živých organismů postupným opotřebením těla a vnitřních orgánů. Postupně dochází ke snižování efektivity, účinnosti fungování organismu a hromadění defektů. Je zde vyšší náchylnost k nemocem, jež mohou skončit dřívejším úmrtím. Stárnutí se nedá časově ohraničit, organismus začíná stárnout již v okamžiku svého vzniku (PÍŠOVÁ, 2010).

### **1.2.1 ZMĚNY VE STÁŘÍ**

#### **NORMALITA STÁRNUTÍ – BIOLOGICKÉ ZMĚNY**

Stárnutí biologické označuje změny organismu, které probíhají na fyziologické úrovni. Změny postihují orgány a tělesné tkáně, avšak neprobíhají u každého jedince stejně. Jsou determinovány životním stylem a genetickými dispozicemi. Jednotlivé systémy v těle zaznamenávají oslabení a zpomalení dřívějších funkcí a pokles biologických adaptačních mechanismů. V. Pacovský rozlišuje 3 typy funkčních změn jako je zpomalení většiny funkcí, vyčerpání buněčných rezerv projevující se při reakci na zátěžovou situaci a úbytek funkcí na úrovni tkáňové, molekulární, systémové a orgánové. Kalvach Zdeněk hodnotí jako obecný rys stárnutí atrofii, která postihuje všechny tkáně a orgány. Nejvíce je ohrožen centrální řídicí orgán – mozek, specializovaná tkáň, která je nahrazována pojivovou tkání. Cvičením kognitivních funkcí a pohybových vzorců můžeme dosáhnout toho, že vyřazená nefunkční neuronová spojení převezmou jiné mozkové okruhy. Toho lze využít především při neurologických postiženích, cévních mozkových příhodách a u některých druhů demence. Existují speciální přístupy a cvičení v ošetrovatelské péči, které se můžeme naučit. Základem je, že motivační prvky přicházejí z periferie, využívají naučené stereotypy a zvyky sebeděče u konkrétního člověka, aby aktivovaly nevyužité mozkové okruhy k řízení celého organismu, aby opět fungoval. Musí se však začít ihned po projevech nemoci a je třeba vytvořit program, který je dlouhodobý – jediné to přináší úspěch (KLEVETOVÁ a kol., 2008).

#### **POHYBOVÝ SYSTÉM**

Výška těla se snižuje, ubývá kostní hmoty, meziobratlové ploténky se oplošťují a vysychají. Vazivo se stává méně pružné, chrupavky tuhnou a to zejména v kloubech. Dochází k poklesu svalové síly a k ubývání svalové hmoty. Zpomaluje se rychlost nervových



vzruchů, což způsobuje zhoršení řízení svalové práce. Pohyby starých lidí jsou pomalejší, řídnu kosti a stávají se křehčími. Přibývá riziko úrazů a následně zlomenin. Páteř se více ohýbá a starý člověk se hrbí, to je především způsobeno ochabováním kosterních svalů a atrofií meziobratlových plotének. Klesá tak jejich pružnost, síla a rychlost svalových stažení. Činnost hladkých svalů, které jsou převážně součástí vnitřních orgánů, svou funkci plní až do vysokého věku. U hladkého svalstva cév tomu tak není, to se s věkem rapidně nemění, ale ke změnám přispívá především životní styl pohybu a stravování. V cévách dochází k ukládání nových látek a vápníku. Postupně dochází k jejich zužování s následnou nedokrevností příslušné části organismu. Nejvíce jsou postiženy mozkové tepny a věnčité tepny dolních končetin (KLEVETOVÁ a kol., 2008).

## **KARDIOPULMONÁLNÍ SYSTÉM**

Snižuje se funkce plic, starý člověk přijímá z prostředí méně kyslíku, protože pohyby hrudního koše jsou menší, dále klesá vitální kapacita plic. Srdce přečerpává menší množství krve, dochází tím ke sníženému průtoku krve ostatními důležitými orgány – projevuje se to nejvíce v ledvinách. Výrazné je snížení elasticity tkání, s tím jsou spojeny změny množství kolagenu. Ve stáří dochází často k plicnímu emfyzému. Má to za následek zvětšení alveolárních prostorů. Problémem v cévním řečišti je snížení elasticity cév. Tepny se prodlužují a zvětšují, jejich pružnost klesá, tím je narušena regulace krevního tlaku. Také klesá výkonnost řasinkového epitelu v plicních cestách, která způsobuje častější výskyt infekcí dýchacích cest. Člověk začíná být dušný při zvýšení námaze. Srdeční chlopně zaznamenávají změny, které způsobují ukládání vápníku do chlopní, tím zamezují kvalitnímu průtoku krve (KLEVETOVÁ a kol., 2008).

## **TRÁVICÍ SYSTÉM**

Snižuje se množství trávicích šťáv, potrava se pomaleji vstřebává a rozkládá. Klesá kapacita a pružnost močového měchýře. Slinivka břišní a játra jsou méně výkonné. Snížená svalová síla způsobuje pokles tlustého střeva, což se projevuje chronickou zácpou a bývá i příčinou bolestí v bederní oblasti páteře (KLEVETOVÁ a kol., 2008).

## **POHLAVNÍ ORGÁNY A VYLUČOVACÍ SYSTÉM**

Dochází k poklesu pohlavních činností, u žen končí menstruace, u mužů se začíná snižovat potence. Muži trpí zbytněním prostaty, ženy poklesem dělohy. Klesá koncentrační a očišťovací schopnost ledvin. Snižuje se elasticita močové trubice a v močovém měchýři, vlivem nižší kapacity, stoupá postmikční reziduum, klesá také síla svalových svěračů kolem močové trubice. Inkontinence močová postihuje 15–30 % osob starších 60 let. Močová inkontinence nepatří nutně ke stáří, důležité je vždy kvalitní vyšetření s objasněním příčin a návrhem možného řešení (KLEVETOVÁ a kol., 2008).

## **KOŽNÍ SYSTÉM**

Kůže se ztenčuje a ztrácí pružnost. Tvoří se vrásky, vlasy řídnou a šedivějí. Dále je snížený kožní turgor. Objevuje se zvýšená pigmentace, kožní barvivo se ukládá do určitých okrsků kůže a způsobuje stařecké skvrny, nebo naopak v určitých částech těla pigmentace chybí (KLEVETOVÁ a kol., 2008).

## **NERVOVÝ SYSTÉM**

Počet neuronů se nerovnoměrně snižuje. Výrazný projev stárnutí je ukládání lipofusinu, nahnědlého pigmentu, jenž vzniká z tuků. Hlavně se hromadí v nervových buňkách, ale také ve svalech a v játrech. V neuronech dochází k biochemickým změnám, které mají vliv na rychlost vedení vzruchů. Na obalech neuronů vznikají senilní plaky, které mohou způsobit demenci. (KLEVETOVÁ a kol., 2008).

Změny hlubokého čítí se projevují poruchami rovnováhy a chůze. Klesá tvorba obranného mechanismu a hormonů. Regulační mechanismy se zpomalují a tím se snižuje odolnost k zátěži a neschopnost adaptace a nové životní podmínky. Přibývají poruchy spánku, především kvalita a délka spánku. Hovoříme o spánkové inverzi, senioři spí přes den a v noci se budí, mají pocity mělkého nevyspání a spánku, špatně usínají. Dá se to řešit tím, že si po obědě odpočinou alespoň na dvě hodiny, aby se regulační systém zregeneroval a mohl dál fungovat při řízení celého organismu. Mnozí lidé odpolední odpočinek chápou za prohrěšek vůči aktivitám, tak si sami způsobují hlubší životní ztráty (KLEVETOVÁ a kol., 2008).

## **SMYSLOVÉ ORGÁNY**

Ve stáří dochází ke zhoršenému vnímání signálů z okolí a to prostřednictvím tzv. smyslových orgánů. Zhoršuje se zrak, sluch, snižují se čichové, chuťové a hmatové schopnosti. Ubývá i receptorů, které nám umožňují vnímat pohyb a polohu našeho těla, pocity síly, tepla, tlaku a chladu. Může to mít za následek problém odhadnout vzdálenosti a teplotu předmětů v prostoru kolem nás. Z těchto skutečností pramení mnoho úrazů (KLEVETOVÁ a kol., 2008).

Tyto všechny faktory ovlivňují hodnocení prostředí, ve kterém se senioři nalézají. Vytváří se prostor pro jejich nepochopenou nespokojenost s tím, co dostávají. Pokud se k tomu přidají ještě respirační a oběhové potíže, vše se znásobí a výsledkem je, že se senior obává situací, kde si nevěří, že by je zvládl. Před ostatními lidmi navenek většinou tvrdí, že nikam nechce, přiznává raději nezáměr o dění kolem, než aby přiznal svůj strach ze selhání – nezvládnutí konkrétní činnosti či akce. Senioři proto kladou důraz na stabilní prostředí, kde se cítí dobře, dokážou se v něm orientovat a zvládat vše kolem. Velké změny snášejí mnohem hůře než mladší lidé. Nutné je, abychom to viděli a přizpůsobili své chování a prostředí potřebám starých lidí. Již ve škole bychom se měli učit, co obnáší stáří, abychom byli připraveni je chápat (KLEVETOVÁ a kol., 2008).

### **1.2.2 PSYCHICKÉ PROJEVY STÁRNUTÍ**

K psychickým změnám může dojít zejména v poznávacích schopnostech, jako jsou pozornost, vnímání, myšlení nebo představy. U seniorů je snižená schopnost adaptace na nové životní situace. Úzkost, strach a nejistota jim přináší oslabení smyslů jako je sluch či zrak. Pak se raději ani nechtějí vydat ven a setkávat se s jinými lidmi, jsou nedůvěřiví a ostražití. V pozdějším věku se objevují poruchy osobnosti, poruchy paměti a rozhodovacích schopností. Změny nastávají v oblasti emocionální. Senioři jsou citlivější, snadněji se dojmou a situace prožívají více emotivně, proto očekávají od okolí větší náklonnost, porozumění a ohleduplnost (VAVŘÍKOVÁ, 2012).

### **SOCIÁLNÍ PROJEVY STÁRNUTÍ**

Se stoupajícím věkem většinou přibývají chronická onemocnění, která mohou vést ke zhoršení soběstačnosti seniora. Dochází k ovlivnění jeho účasti na společenském životě, člověk se ocitá v sociální izolaci. Fakt je ten, že ztrácí svoji identitu a je na někom závislý,

je pro něj obtížné toto přijmout. Senior mění nerad svůj navyký styl života. Jakmile se stane, že jeden z partnerů zemře, pozůstalý partner ztrácí chuť dál žít. Vyrovnává se špatně s novou rolí vdovy či vdovce, cítí se osaměle. Se změnami sociálního prostředí a novými situacemi v životě seniora se může měnit jeho pořadí hodnot, životních cílů a potřeb (VAVŘÍKOVÁ, 2012).

## **1.3 TERAPIE**

### **ERGOTERAPIE**

Ergoterapie je dnes nejen u nás, ale i ve světě považována za samostatnou disciplínu, která využívá specifické léčebné a diagnostické postupy, eventuálně činnosti při rehabilitaci jedinců každého věku s různým typem postižení, kteří jsou trvale nebo dočasně psychicky, fyzicky, mentálně nebo smyslově postiženi. Cílem ergoterapie je dosáhnout maximální nezávislosti a soběstačnosti klientů v domácím, sociálním a pracovním prostředí, a tím zvýšit kvality jejich života. V geriatрии mezi ergoterapeutické aktivity patří hodnocení funkční zdatnosti seniorů v rozsahu aktivit každodenního života pomocí testu základních všedních činností podle Barthelové, výkonových testů a testu instrumentálních všedních činností. Mezi ergoterapeutické aktivity patří nácvik všedních činností v rozsahu IADL a ADL s důsledným přihlédnutím ke konkrétnímu přirozenému prostředí daného klienta, dále testování, výběr, nácvik ověřování a používání účelnosti kompenzačních pomůcek s možností jejich denního použití v prostředí, kde senior žije (HOLCZEROVÁ a kol., 2013).

Významnou součástí je také komplexní práce s klienty, kteří trpí syndromem demence, což je mimořádně závažná a rozsáhlá oblast činností, která se dostává do popředí ergoterapie v komunitních centrech a v pobytových zařízeních. Dále provádění aktivit zaměřených na jemnou motoriku a pohybovou koordinaci, provádění kognitivní rehabilitace, podmiňování, stimulování mozkového tréninku a rehabilitace fatických poruch. Ergoterapie se snaží o zaškolení seniorů ve využívání nových technologií a netradičních technik a postupů včetně práce na počítači (HOLCZEROVÁ a kol., 2013).

Ergoterapie je léčba prací. Jejím cílem je dosáhnout maximální nezávislosti a soběstačnosti klientů a tím zvýšení kvality jejich života. Pro seniory má soběstačnost velký význam neboť se od ní odvíjí naplňování obvyklých sociálních rolí a sociálního fungování. Ergoterapii lze aplikovat formou individuální nebo skupinovou. Pro hodnocení schopnosti klientů ergoterapeuti využívají standardizovaných testů. Klientovi je zadán praktický úkol,

ke kterému získá instrukce. Po splnění úkolu hodnotí terapeut motoriku, gnostické funkce (pravolevou orientaci a prostorovou orientaci), fatické funkce (práce s čísly, psaní a čtení), kognitivní funkce (pochopení smyslu úkolu, paměť, myšlení), efektivitu, smyslové funkce, emoce, motivaci a strategii myšlení. V ergoterapii je nutné dodržování zásady dobrovolnosti, důstojnosti, pozitivnosti, individualizace, smysluplnosti, důrazu na sociální fungování a na kvalitu života. Ergoterapie u seniorů je především určena k léčbě porušených fyzických funkcí – zlepšování fyzické síly, koordinace pohybů, drobné motoriky, obnova popř. nácvik pohybových stereotypů v oblasti porušené i neporušené. Je dále určena k léčbě psychických poruch (deprese, nesoustředěnost, vytrvalost), k testování zbylých funkcí (co možná největší soběstačnost, nácvik náhradních činností), k obnově zapomenutých denních činností, k nácviku všedních denních činností, náhradních činností a k nácviku používání vhodných kompenzačních pomůcek (KLUBALOVÁ, 2008).

## **KONDIČNÍ ERGOTERAPIE**

Kondiční ergoterapie, také jinak ergoterapie zaměstnáváním, je historicky nejstarší oblastí ergoterapie, a proto je v laické i odborné veřejnosti nejznámější. Může být také nazývána jako ergoterapie psychologická. Jejím úkolem je posílit a udržet všechny zdravé funkce, podporovat psychickou a fyzickou aktivitu, motivovat k volnočasovým aktivitám, zejména u osob, které nemohou, nebo již nejsou v pracovním procesu. Cílem je zlepšení psychické a fyzické kondice a aktivní, spolupracující a spokojený jedinec (GRZNÁROVÁ, 2013).

## **KONDIČNÍ ERGOTERAPIE U SENIORŮ**

Kondiční ergoterapie využívá jako prostředek k pozitivnímu zaměstnání mysli, k odpoutání se od současného problému seniora, také napomáhá k duševní rovnováze. Ergoterapie u seniorů má za cíl obnovit, zachovat, nebo zlepšit jejich soběstačnost a zlepšit kvalitu jejich života a to, pokud možno, v domácím prostředí, za pomoci asistencí druhé osoby, nebo za pomoci různých kompenzačních pomůcek. Ergoterapie se zaměřuje na rozvoj oblastí všech denních činností a to jak činností instrumentálních, tak personálních. Ergoterapeut klientovi pomáhá s rozvojem náhradních činností, s úpravami domácího prostředí a s výběrem vhodných kompenzačních pomůcek (GRZNÁROVÁ, 2013).

Kondiční ergoterapie je velice významná v oblasti gerontologie. Při dlouhodobém pobytu v sociálním, nebo ve zdravotnickém zařízení, zbývá mnoho volného času, kdy staří lidé jen převážně pasivně leží, nebo si sami vyplňují volnou chvíli. Snadno pak může docházet k projevům negativního vlivu nemocničního prostředí na člověka. Klienti se zabývají více svými potížemi, což může vést k jejich zhoršení. Někdy může docházet i k nepříznivému ovlivňování mezi jednotlivými klienty. Ergoterapie v domovech pro seniory probíhá zaměstnáváním nejčastěji ve formě různých zájmových skupin. Kondiční ergoterapii můžeme provádět u jedinců v rekonvalescenci, kdy nehrozí nebezpečí podstatných následků onemocnění, došlo jen po dlouhodobém ležení k oslabení organismu, především svalstva. Nejdéle se tato terapie používá v psychiatrických ústavech a v tuberkulózních léčebnách. V psychiatrických ústavech pro chronicky nemocné klienty je kondiční terapie často jediným pojítkem s normálním životem. Kondiční ergoterapie je ve všech fázích onemocnění významná. Léčbu ordinuje lékař tak, aby nerušila vlastní léčebný proces a vyplnila volný čas. Osoby starší mají raději vhodně zvolenou pracovní činnost, než jen léčebný tělocvik. Vhodné je provádět terapii v menších kolektivech. Klienti si mohou společně povídat a u toho dělat zábavnou a zajímavou práci. V určitém smyslu můžeme pro terapii volit i činnosti, kdy nejde přímo o práci. Jedná se o sledování televize a filmů pro pamětníky, četba, nebo poslouchání hudby. Používáme činnosti, které jsou pro klienta nenáročné, jsou mu blízké a baví ho. Při výběru náplně terapie vycházíme ze zájmů klienta. Vhodné je vybírat takovou činnost, se kterou se jedinec dříve setkal, kterou dělá rád a zajímá jej. Zapomínat by se nemělo i na správnou motivaci klienta (GRZNÁROVÁ, 2013).

## **RUKODĚLNÉ ČINNOSTI**

Patří sem práce s papírem (vystřihování s papíru, pletení košíků z novinového papíru, tisk, roláž), práce se dřevem (pletení košíků z pedigu, broušení, vyřezávání), práce s kovem (ohýbání, pilování, svařování, vrtání, tavení a broušení), práce s textilem (šití na stroji i ručně, pletení, vyšívání, háčkování, paličkování), práce s přírodninami (sušené květy a ovoce, větve, listí, luštěniny, sušené ovocné kůry, sušené šípky), výtvarné techniky (grafika, kresba, malba), pečení a vaření, práce s keramickou hmotou (GRZNÁROVÁ., 2013).

## **SPOLEČENSKÉ HRY**

Řadíme sem deskové hry (člověče nezlob se, dáma, šachy), logické a vzdělávací hry, karetní hry (mariáš, žolíky) (GRZNÁROVÁ, 2013).

## **POHYBOVÉ A SPORTOVNÍ AKTIVITY**

Hřiště pro seniory, rekreační sporty, bowling, kuželky, plavání, šipky a míčové hry (badminton, odbíjená, kopaná, házená, stolní tenis, tenis) (GRZNÁROVÁ., 2013).

## **OSTATNÍ**

Čtení (skupinová četba, individuálně), sledování televize, vědeckých, dokumentárních a přírodopisných pořadů, poslech hudby (GRZNÁROVÁ., 2013).

## **ARTETERAPIE**

Výtvarná arteterapie je terapeutický cílený proces, zejména realizovaný individuálně, také ale skupinově, jež usměrňuje či řídí speciálně školená osoba – arteterapeut. Arteterapie je léčba výtvarným uměním, soubor uměleckých postupů a technik, které mají kromě jiného za cíl změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného naplnění života. Arteterapii je možno aplikovat formou skupinovou či individuální. Arteterapie individuální je tedy vhodná, pokud problém klienta vyžaduje celou pozornost terapeuta, nebo pokud by chování klienta mohlo mít pro druhé negativní následky. Arteterapie skupinová je mnohem náročnější především pro arteterapeuta, lze zde ale zařadit mnohem zajímavější techniky a cvičení, oproti individuální arteterapii. Arteterapie musí pro člověka především představovat smysluplnou činnost, která mu přináší radost a zábavu z tvorby. Je zde důležitá živá komunikace mezi lidmi, zábava a legrace. Interakce při výtvarné tvorbě zvyšuje sebedůvěru a sebehodnocení. Arteterapie seniorům napomáhá v přizpůsobení se nové životní situaci, ztrátě zdraví, poklesu fyzických sil, specifikům důchodového věku a s ním spojeným změnám v oblasti ekonomické a sociální. Hlavní strategie arteterapie se seniory jsou v práci s klientem, práce s technikami, v jeho momentálním aktuálním problému, které odpovídají věku klienta a především posílení smyslu pro důstojnost. Arteterapie se seniory usiluje o aktivizaci zbytků jejich flexibility, vitality a stimulaci jejich kreativity. Mezi charakteristické rysy výtvarného projevu klientů, kteří trpí Alzheimerovou nemocí, patří větší úspěchy v kolážových technikách, výrazně prodloužené tvary objektů, ornamentalizace a chaotické uspořádání objektů (KLUBALOVÁ, 2008).

Arteterapie využívá jako prostředek výtvarné umění k osobnímu vyjádření v rámci komunikace, než aby se snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty posuzované vnějšími měřítky. Rozvoj arteterapie byl a je velkým přínosem pro duševně nemocné pacienty. Cíle, které si arteterapie klade, souvisejí na jedné straně s tím, z jakých teoretických pozic vychází, na druhé straně s potřebami a se situací klientů, s nimiž pracuje, v neposlední řadě s jejich věkem (HOLCZEROVÁ, 2013).

K individuálním cílům patří sebevnímání a sebeprožívání, uvolnění, verbální a vizuální organizace zážitků, poznání vlastních možností, přiměřené sebehodnocení, motivace a růst osobní svobody, svoboda pro experimentování při hledání výrazů pocitů, konfliktů nebo emocí, nadhled, rozvoj fantazie a celkový rozvoj osobnosti. Mezi sociálními cíli se uvádí přijetí druhých lidí a vnímání, vytváření uznání jejich hodnoty, navázání kontaktů, jejich ocenění, kooperace a zapojení do skupiny, společné řešení problémů, komunikace, zkušenost, že druzí mají podobné zážitky jako já, reflexe vlastního fungování v rámci skupiny, vytváření sociální podpory, pochopení vztahů. Arteterapii lze aplikovat formou skupinové a individuální terapie (řadíme sem arteterapii rodinnou, v partnerském vztahu). (HOLCZEROVÁ a kol., 2013).

## **MUZIKOTERAPIE**

Muzikoterapie je léčení hudbou, psychoterapeutická technika, která pomocí hudby navozuje zážitky, které klienta, nebo pacienta přeladují do lepšího stavu. Je využívána také k odkrývání klientova či pacientova vědomí. Hartl muzikoterapii rozděluje na receptivní, která se uskutečňuje poslechem vybraných úryvků klasické i jiné hudby s následnou diskuzí o prožívaných pocitech a aktivní muzikoterapii, při níž se využívá zpěvu, hry na různé předměty a nástroje, práce s hlasem, s nimiž lze vyjadřovat alespoň rytmus, pomocí zvuku lze vyjadřovat pocity, vztahy k druhým lidem a k sobě samému, pocity žalu a radosti. Mezi hlavní cíle muzikoterapie podle Zeleiové patří udržení, obnovení a rozvoj zdraví, rozvoj komunikace a osobnosti, soulad se sebou samým a s okolím, odstranění způsobů chování bránící procesům učení, obohacení zkušeností a uvolnění a podpora sociální interakce. Všechny cíle muzikoterapie se navzájem prolínají a doplňují (KLUBALOVÁ, 2008).

Existují tři základní formy muzikoterapie – hromadná, individuální a skupinová. Forma individuální zahrnuje samostatnou práci klienta s terapeutem. U této formy dochází k zpracování životního tématu klienta pomocí zvukové projekce. Skupinové vedení



muzikoterapie vyžaduje od terapeuta hlubší znalost skupinové dynamiky. Při této formě se klienti navzájem doplňují a jejich vzájemné interakce se stávají slyšitelnými. Forma hromadná se využívá při společenských vystoupeních, kde je účast větší než třicet klientů. Terapeut společně s klientem rozhoduje, která z uvedených forem je pro klienta vzhledem k jeho možnostem a potřebám nejvhodnější. Poslech hudby je nenáročná činnost a v mysli lidí může vyvolat četné vzpomínky. Hudba podněcuje představivost a jediná skladba může stimulovat mnohé city a myšlenky. Schopnost vnímat hudbu, a mít z ní radost se mnohdy udrží i tehdy, když jiné schopnosti už vymizely v nenávratnu (KLUBALOVÁ, 2008).

Muzikoterapie je forma zvukové terapie, využívá přitažlivosti rytmického zvuku k relaxaci, komunikaci, k podpoře hojení a navození pocitu pohody. Terapie hudbou může mít formu: tvorby hudby, poslechu hudby, pohybu na hudbu, zpěvu, imaginárního a hudebního cvičení. Terapie hudbou se provozuje v mnoha zařízeních (psychiatrické kliniky, všeobecné nemocnice, centra duševního zdraví, rehabilitační zařízení, domovy pro seniory, centra pro seniory, hospice). Tato forma terapie může být účinná při snižování chronické bolesti a jako podpůrná terapie u pacientů s rakovinou, popáleninami, dětskou mozkovou obrnou, iktem a Parkinsonovou chorobou (HOLCZEROVÁ a kol., 2013).

## **TRÉNOVÁNÍ PAMĚTI**

Když zapomínáme, z hlavy se nám vytrácejí vzpomínky. Tyto vzpomínky jsou pro nás nadobro ztraceny, nebo si jenom přechodně v určitý moment nejsme schopni vybavit jméno, místo, událost? Zapomínání je stejně důležité jako pamatování. Je to forma zbavování se mentálního odpadu a úklidu. Spoustu věcí, které každý den vnímáme, si nepotřebujeme pamatovat. Jsou určité věci, na něž bychom všichni rádi zapomněli. Dobré by bylo, kdybychom si své mozky udrželi aktivní. Mohlo by se nám to podařit, budeme-li se neustále učit novým věcem (HOLCZEROVÁ a kol., 2013).

Trénování paměti u starších lidí je jeden z prostředků, zajišťující dostačující stupeň mentální nezávislosti pro jejich každodenní činnost. V ústavní péči trénování paměti pro seniory představuje kvalitnější využití jejich volného času. Aby bylo toto cvičení účinné, je nutné mít na zřeteli specifické rysy klientů seniorů. Žádné cvičení není stejně vhodné pro každého klienta – seniora. Úkolem terapeuta je, aby volil přiměřené a vhodné cvičení vzhledem k schopnostem a možnostem klientů seniorů. Cvičení všech schopností potřebných pro uchování sebejistoty je užitečné zejména při radikálních změnách způsobu života

a ustálené soustavy vžitých návyků a povinností. Zvláště v pokročilejším a vyšším věku (KLUBALOVÁ, 2008).

## **ZOOTERAPIE**

Zooterapie neboli zvířaty podporovaná terapie je souhrnný termín pro rehabilitační metody a metody pro psychosociální podpory zdraví, které jsou založeny na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi zvířetem a člověkem. Využívané metody zooterapie se dělí na aktivity za pomoci zvířat, terapie za pomoci zvířat, vzdělávání za pomoci zvířat a krizová intervence za pomoci zvířat. Zooterapie je vědní obor, který využívá zvířata k různým formám terapeutického kontaktu s člověkem, je považována za podpůrnou metodu psychoterapie. Zvíře zde působí jako koterapeut (prostředník klienta a terapeuta). Zooterapií rozumíme terapii za účasti zvířete. Zooterapie obecně používá zvířat k různým formám terapeutického kontaktu s člověkem. Základem léčby je poznatek, že nejspolehlivějším a často jediným přítelem člověka v nemoci a osamocení je zvíře. Vztah člověk – zvíře dokáže vyvolat pozitivní emocionální a sociální terapeutické afekty, které mohou přispět ke zlepšení zdravotního stavu. Zooterapie se prolíná do mnoha vědních oborů, hlavně do psychologie, pedagogiky, psychiatrie, gerontologie, humánní i veterinární medicíny. Pozitivní účinek zvířat je patrný v ústavních zařízeních (léčebny, domovy seniorů, dětské domovy, stacionáře a dětská centra), kde již pouhá přítomnost zvířete zpříjemní prostředí pacientům i personálu (HOLCZEROVÁ a kol., 2013), (TAPŠÍKOVÁ, 2009).

## **CANISTERAPIE**

Canisterapie je léčba pomocí psů, která má široké uplatnění. Je to metoda doplňková, podpůrná a alternativní, která se používá především v oblastech, které pečují o lidské zdraví. Tato metoda využívá pozitivního působení psa na zdravého člověka. Canisterapie může využít člověk v každém věku, žádné věkové omezení zde není. Zvířata obohacují život lidí a fungují jako terapeuti. Role zvířat – psů se svými charakteristickými rysy, uspokojuje základní psychické potřeby, dodání bezpečí a citové jistoty. Úzký kontakt se zvířaty má blahodárný vliv na lidi. V praxi se využívá dvou forem canisterapie – skupinová a individuální. Výběr formy terapie závisí na doporučení odborníka či lékaře, na možnostech, přáních a potřebách klienta. Mezi léčebné účinky canisterapie patří rozvíjení hrubé a jemné motoriky, rozvíjení orientace v čase a prostoru, podceňování verbální a neverbální komunikace, pomoc při nácviku paměti a koncentrace, rozvoj sociálního citění a přispívání

k motivaci a duševní rovnováze. Návštěvy psů v domovech pro seniory působí jako příjemné zpestření stereotypního dne. Seniori vzpomínají na své psy, i ti kteří běžně nechtějí komunikovat, vyprávějí příběhy ze svého života, když měli ještě svého čtyřnohého přítele. Tito lidé potřebují mít z něčeho radost, na něco se těšit. Návštěvy psů jsou pro ně příjemným rozptýlením (KLUBALOVÁ, 2008).

## **POHYBOVÁ TERAPIE VE STÁŘÍ**

Pohyb je nepostradatelný pro zlepšení či udržení sebeobsluhy a sociálních kontaktů. Pravidelný pohyb jim poskytuje získat takovou fyzickou kondici, která jim umožní být nezávislími na permanentní péči svého okolí. Lidi vyššího věku je k pohybu třeba přesvědčovat delší dobu, proto je zapotřebí dostatečná trpělivost. Většina těchto lidí je přesvědčena, že chronické nemoci a oslabení těla jsou přirozeným jevem, se kterým se nedá nic dělat. Opak je pravdou. Sedavý způsob života u seniorů podporuje vývoj a vznik chronických nemocí, které se vyskytují v tomto věku. Vhodně zvolené pohybové aktivity procesy stárnutí lidského organismu zpomalují a výrazně zlepšují kvalitu života seniorů (KLUBALOVÁ, 2008).

Lidem v období raného stáří je doporučováno cvičení, které podporuje fyzickou zdatnost. Lidem v pozdějším stáří se doporučují aktivity, které jsou ještě schopni provádět – práce na zahradě, domácí práce. Podle Vostrovské jsou pro seniory nejvhodnější následující pohybové aktivity – relaxace a odpočinek, výlety, vycházky, cvičení a chůze. Všechny pohybové aktivity je vhodné střídat během týdne. Střídáním těchto cviků je zabraňováno nudě. Na aktivní způsob života staršího člověka může mít výrazný vliv jeho rodina, pokud podporuje psychicky rozhodnutí seniora začít s cvičením a pomáhat mu s dodržováním zdravějšího životního stylu (KLUBALOVÁ, 2008).

## **AROMATERAPIE**

Aromaterapie je terapeutické ošetření, které podporuje zdraví, ulevuje při stresu a zátěži, harmonizuje duševní a tělesné pochody a posiluje imunitu organismu. Využívá vlastnosti přírodních éterických olejů – silic, působí při akutních stavech i preventivně. Aromaterapie využívá éterické oleje vybraných rostlin, aby posilovala harmonii a rovnováhu organismu po psychické a fyzické stránce. Blahodárný účinek těchto olejů může být důsledkem jejich působení na hormony, jiné chemické látky, které přenos v těle a mozku zprostředkovávají (LAKOMÁ, 2012).

Známe dva způsoby, jak éterické oleje použít. První způsob je inhalace – vůně éterických olejů, se dostává do čichového centra v mozku, odkud aktivní vonná látka ovlivňuje autonomní nervový systém. Vyvolává pocit osvěžení, úlevy, povzbuzení a uklidnění. Druhým způsobem je masáž, kdy rostlinné silice pronikají do kůže až ke krevním vlásečnicím a vyvolávají příznivou odezvu pro organismus. Vhodná je aplikace formou mastí, obkladů i balzámů při bolestivých stavech kloubů a svalů, při kožních onemocněních, nebo k běžnému dennímu ošetření (LAKOMÁ, 2012).

### **NEJČASTĚJŠÍ POUŽÍVANÉ VŮNĚ**

- Rozmarýn (povzbuzuje činnost a koncentraci mozku),
- máta (zvedá sebevědomí),
- citrón (zlepšuje a oživuje náladu a podporuje koncentraci),
- meduňka (působí proti depresím a stresu),
- santalové dřevo (harmonizuje duši a zlepšuje náladu),
- jasmín (zlepšuje náladu, povzbuzuje fantazii a odstraňuje strach) (BOHÁČOVÁ a kol., 2012).

### **POUŽITÍ AROMATERAPIE**

- Aromalampy,
- do sprchy,
- do koupelí,
- kloktání, k inhalacím,
- obkládání postižených míst, při masážích (MATUŠOVÁ, 2012).

### **TANEČNÍ TERAPIE**

Taneční terapie patří do pohybových aktivit, které jsou v zařízeních pro seniory obzvláště oblíbené. Pomáhají udržovat v rovnováze jejich duševní a společenský život. Během těchto terapií se starší lidé vracejí ve svých vzpomínkách do období mládí, kdy do něj tanec neodmyslitelně patřil. Bývá velkým zdrojem optimismu, inspirace, přispívá k celkové životní pohodě a k dobré náladě. Možnost tancovat lze především využít v průběhu pohybových aktivizačních činností, nebo v průběhu speciálních akcí, pořádaných v prostorách zařízení. Spousta seniorů provádí tyto činnosti improvizovaně s ohledem na svůj momentální zdravotní stav (MATUŠOVÁ., 2012).

## **BIBLIOTERAPIE**

Biblioterapie je léčba čtením, knihou. V seniorském věku dochází vlivem stárnutí k určitým omezením v oblasti aktivního trávení volného času, do popředí zájmu seniora se dostávají potřeby, které pro ně nejsou příliš náročné. Jednou z těchto možných aktivit je i čtení časopisů, knih a novin. Kniha a s ní související četba byla mnoho lidem po celý život dobrým a věrným společníkem. Spousta z nich se právě těšila na důchodový věk z důvodu, že již nebudou tak časově vytíženi a budou mít čas na četbu oblíbených knih. Nároky na výběr knih u jednotlivců záleží na více faktorech (vzdělání, pohlaví, věku, na zájmech a koníčcích). Pro mnohé se kniha stává zdrojem pobavení a získání nových poznatků a také prostředek k zapomenutí na starosti, které je denně obklopují (MATUŠOVÁ, 2012).

## **REMINISENČNÍ TERAPIE**

Vzpomínky seniorů jsou často přehlíženy, avšak vzpomínání může pomoci při hledání smyslu života a při adaptaci na stáří. Tento fakt pomohl přispět k tomu, že tzv. reminiscenční terapie, je uznávána jako metoda speciální při práci se seniory v rezidenčních zařízeních. Největším jejím přínosem je vytváření prostoru pro aktivní naslouchání seniorům a vnímání jejich individuálních potřeb. Nejčastěji bývá reminiscenční terapie vymezována jako proces, při kterém je ve skupinách podporováno vzpomínání na příjemné události z minulosti. K navození správné atmosféry mohou sloužit předměty, staré fotografie, filmy, hudební nahrávky. Přestože slyšíme v názvu slovo terapie, o terapii se v pravém slova smyslu nejedná. Termínem terapie v našich sociokulturních podmínkách označujeme vztah mezi klientem a psychoterapeutem (HOLCZEROVÁ a kol., 2013).

Reminiscenční terapie využívá vzpomínání jako terapeutického prostředku, je založena na faktu, že zůstávají nejdéle uchovány v mozku ty vzpomínky, návyky a vědomosti, které máme uloženy v dlouhodobé paměti. Práce se vzpomínkami napomáhá pracovníkům, kteří se seniory pracují, k lepšímu pochopení jejich osobnosti, upevnění vztahu mezi pomáhajícím pracovníkem a seniorem a smysluplnému plánování služby. Pracovníci, kteří se zabývají těmito metodami, musí být proškoleni, jak se vzpomínkami seniorů pracovat, aby věděli, jak mají vést rozhovor, navázat kontakt, poslouchat důvěrné vzpomínky, umět motivovat seniory a zvládnout emoční projevy. Nedílnou součástí tréninku pečovatelů je zvládnout umění naslouchat, zvládnout komunikaci s člověkem, který nekomunikuje, umět zachytit a vyvolat vzpomínku starého člověka (HOLCZEROVÁ a kol., 2013).

## **BAZÁLNÍ STIMULACE**

Bazální stimulace vychází ze stavu, kdy je u pacienta porušena nebo omezena komunikace. Není často schopen žádné verbální komunikace. Neznamená to ovšem, že není schopen vnímat vůbec. Z vědeckých poznatků vyplývá, že člověk je schopen vnímat i ve stavu agonie či bezvědomí během umírání. Lidské vnímání lze pak určitými vhodnými způsoby ovlivňovat a stimulovat. Mozek má schopnost uchovávat své životní návyky v paměťových drahách v různých regionech. To mu dává šanci cílenou stimulací uložených vzpomínek aktivovat znovu jeho činnost. Bazální stimulace je koncept, který podporuje na nejzákladnější rovině lidské vnímání (KLÍČKOVÁ, 2007).

## **DESATERO BAZÁLNÍ STIMULACE**

- Vždy se přivítat a rozloučit s klientem stejnými slovy,
- dodržovat iniciální dotek,
- hovořit jasně, zřetelně, ne příliš rychle,
- hovořit přirozeným tónem a nezvyšovat hlas,
- dbát na to, aby nás tón hlasu, mimika a gestikulace odpovídaly významu našich slov,
- používat formu komunikace, na kterou klient byl zvyklý,
- nepoužívat zdrobněliny v řeči,
- nikdy nemluvit s více osobami najednou,
- při komunikaci eliminovat rušivý zvuk okolního prostředí,
- pacientovi umožnit reagovat na naše slova (BOHÁČOVÁ a kol., 2012).

## **DRAMATERAPIE**

Dramaterapie využívá dramatických postupů k vyjádření sebe samého, pochopení mezilidských vztahů a sebepoznání. Tuto činnost provádí dramaterapeut. Tato metoda se uplatňuje při řešení sociálních konfliktů a jejich prevence u dětí se speciálními poruchami chování, při vedení pochopení platností určitých pravidel a porozumění emocím druhých. Dramaterapie pro seniory má svá specifika, která vyplývají z involučních zákonitostí. K hlavním úkolům dramaterapie s geriatrickými klienty – kromě smysluplně využitého času a snahy o reedukaci těch psychosociálních funkcí, které involuce nejvíce zasáhla, patří snaha o posílení integrity ega spojená s budováním pocitu satisfakce či vyrovnání se s pohledem

zpět do osobní minulosti. Dramaterapeut, který pracuje se seniory, musí být poučen v oblasti gerontopsychologie a měl by mít zkušenost se zvláštnostmi osobní struktury starého člověka. Mnoho starých lidí se potřebuje vyrovnat s nevyřešenými konflikty, velkými změnami a skrytými traumaty. Prostřednictvím dramatické hry mohou lidé zprostředkovávat své přání a pocity, které nelze sdělit verbálním způsobem (HOLCZEROVÁ a kol., 2013).

## **VYUŽITÍ DRAMATERAPIE U SENIORŮ**

Senioři, stejně jako mládež a děti mají volný čas, který nechtějí, neumějí, nebo nemohou využít. Záleží na vhodné motivaci, která podnítí zájem člověka o určitou volnočasovou aktivitu. (PARTLOVÁ, 2011).

## **CÍLE DRAMATERAPEUTICKÉHO PROCESU U SENIORŮ**

Jedním z cílů dramaterapie je smysluplné využití volného času s použitím dramaterapeutických technik a prostředků, vhodných pro práci s gerontologickými klienty. Dramaterapie u seniorů je zaměřena na paměť, pozornost, myšlení, smysly, na mobilitu a sebeobsluhu. Úkolem či cílem dramaterapeutických sezení je reedukace psychosociálních funkcí klienta. V seniorském věku dochází k velkému množství bio-psycho-sociálních změn. Příchodem stáří dochází ke ztrátám a výměnám některých rolí. Ztráta pracovní role, změna role z rodiče na prarodiče. Cílem dramaterapie je proto také vyrovnání se s těmito změnami (PARTLOVÁ, 2011).

## **ZÁSADY PRÁCE SE SENIORY**

Při práci se seniory je nutné brát v úvahu, že kalendářní věk se může lišit od funkčního věku. Tento rozdíl je závislý na psychosociálních funkcích, které jsou ovlivňovány fyziologickým stárnutím, též ale pocitem uzavřenosti, nesoběstačnosti, úzkostí, strachem ze svého selhání, snížení až ztrátou sebeúcty a sebedůvěry. Chceme-li s touto klientskou skupinou pracovat, je nutné, abychom uznávali jejich životní role a styl vyplývající ze společenského postavení. Účastníky skupiny musíme respektovat a vážit si jich. Je velmi nutné dodržovat jednotlivé fáze sezení (PARTLOVÁ, 2011).

Z osobnosti dramaterapeuta, který pečuje o seniory, by měla vyzařovat otevřenost, vstřícnost, viditelné má být zájem a porozumění o projev klienta. Měl by umět naslouchat a vnímat a zapojovat všechny účastníky do činnosti bez rozdílu. Někteří klienti potřebují ke svému projevu více času. Dramaterapeut seniory povzbuzuje, mluví srozumitelně a pomalu

a bez odborných výrazů. Neznalost používaných výrazů vede u účastníků k úzkosti, strachu a neklidu. Velmi vhodné je u gerontů používat včetně verbální komunikace i komunikaci neverbální, zejména mimiku, doteky a gesta. To vše je nejlepší cestou k získání důvěry klienta a k odstranění bariér mezi účastníkem dramaterapeutického sezení a mezi terapeutem (PARTLOVÁ, 2011).

## **VALIDAČNÍ TERAPIE**

Je jedním z prvních specifických přístupů ke klientům postižených demencí. Při této terapii je kladen důraz na posílení a zachování lidské důstojnosti seniora s demencí, přijetí jeho tématu a práce s ním prostřednictvím pozorné empatie a naslouchání. Terapeut pracuje citlivě s původním tématem seniora a vede seniora postupnými kroky žádoucím směrem. Validační terapie je využívána zejména v případech, kdy by snaha o orientaci v realitě mohla vést ke zhoršení stavu seniora, agresivitě nebo neklidu (NIVNICKÁ, 2010).

## **1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY**

Mezi rizikové faktory ve stárnoucím organismu patří (dehydratace, stařecká křehkost, malnutrice).

### **KŘEHKOST VE STÁŘÍ**

Jde o syndrom křehkosti. U seniorů ve věku 65 let a více se tento syndrom a jeho komponenty vyskytují v 5–25 %. Tento syndrom představuje úbytek svalové síly a svalové hmoty, se kterou souvisí únava, slabost, nejistá a zpomalená chůze a následně zvýšené riziko pádů. Lidé, kteří trpí křehkostí ve stáří ztrácejí tělesnou hmotnost, také mají sníženou chuť k jídlu. Častěji než ostatní senioři ve stejném věku trpí zhoršováním kognitivních funkcí a depresemi. Lidé, kteří trpí syndromem křehkosti ve stáří, dříve umírají. Stařecká křehkost představuje rizika, která jsou dána samotnými fyziologickými změnami funkce jednotlivých orgánů ve stáří a následnou dekondukcí. Patří mezi ně (snížení svalové síly, kloubní pohyblivosti, pevnosti kostí, výkonnosti ostatních orgánů – funkce centrální nervové soustavy, kardiovaskulární aparát, jedince ohrožuje zhoršením soběstačnosti, zlomeninami, pády, poruchou pohybové koordinace a celkovým zhoršením stavu) (HOLMEROVÁ a kol., 2007).



## **SARKOPENIE**

Jedná se o progresivní redukci svalové síly a hmoty, postihuje zejména starší lidi. Často přichází společně se ztrátou kostní hmoty a s osteoporózou – způsobuje procento disability. Sarkopenie přispívá k mortalitě a morbiditě, ke zhoršení kvality života a ke zvyšování nákladů na zdravotní péči o seniory. Lidé, kteří trpí sarkopenií a jsou obézní, mají horší prognózu než křehčí senioři (HOLMEROVÁ a kol., 2007).

## **MALNUTRICE (PODVÝŽIVA)**

Jde o stav, ke kterému dochází, pokud je příjem základních energetických bílkovin a substrátů nižší než jejich potřeba. Malnutrice vzniká při sníženém příjmu a neměnicích se potřebách, tak při sníženém příjmu a zvýšených potřebách. Pokročilým stádiem energetické a bílkovinné malnutrice je tzv. kachexie (jde o silnou celkovou sešlost a patologické zhubnutí). Nejvyšším stupněm kachexie je marasmus (jedná se o těžkou energetickou podvýživu). (Holmerová a kol., 2007).

## **TYPY MALNUTRICE A NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY PORUCH VÝŽIVY VE STÁŘÍ**

Malnutrice je podle ESPEN Guidelines 2006 stav výživy, kdy přebytek, deficit (nebo nerovnováha) proteinů, energie a ostatních nutrientů způsobuje měřitelné vedlejší účinky na tkáň nebo formu těla (složení, tvar, velikost), funkce a výsledný klinický stav. K malnutrici dochází, pokud je příjem základních energetických bílkovin a substrátů nižší než jejich potřeba. Podle stavu, ve kterém se organismus nachází v době nouze, rozlišujeme dva typy hladovění: stresové a prosté. Příčina prostého hladovění je v nedostatečném a dlouhodobém přísunu energie a živin. Organismus energii čerpá nejprve ze zásobních zdrojů. Při stresovém hladovění dochází k současnému působení podvýživy a onemocnění – např. zranění, akutní infekce, kombinace více katabolických vlivů. Během prostého hladovění jsou za 40–50 dní vyčerpány všechny energetické a bílkovinné zdroje a nemocný umírá. Při hladovění stresovém dvakrát až třikrát častěji (JURAŠKOVÁ a kol., 2007).

## **NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY MALNUTRICE VE STÁŘÍ**

- Postižení slinných žláz,
- defekt chrupu,
- omezená hybnost,

- onemocnění jícnu, dutiny ústní, jater a gastrointestinálního traktu,
- demence, deprese,
- snížená chuť k jídlu,
- sociální faktory (JURÁŠKOVÁ a kol., 2007).

V příjmu živin se uplatňují ve stáří změny funkce jednotlivých orgánů a regulačních mechanismů. V gastrointestinálním traktu je nejčastějším problémem pokles tonu horního esofageálního svěrače a jeho opožděná relaxace, ztráta dentice, ochablost bránice, snížení motility žaludku a sekrece trávicích šťáv, častá bakteriální dysbalance, změny střevních klků, snížení tonu svěračů, snížená vnímavost receptorů rekta na náplň. Ve stáří mají vliv na snížený příjem potravy změny v endokrinní regulaci. Klesá hladina leptinu produkovaného tukovou tkání. Je to signál pro hypotalamus k zapojení mechanismů snížení příjmu potravy, zvýšení metabolického obrátu. Substituce testosteronem zvyšuje leptin a tím dochází ke korekci chuti k jídlu. Dalším regulátorem příjmu potravy je oxid dusnatý – má vliv na regulaci žaludečního fundu. Ve stáří jeho snížená tvorba způsobuje předčasnou relaxaci žaludku – tím i pocit nasycení žaludku. K pocitu sytosti ve stáří přispívá cholecystokinin – má přímý vliv na tonus antra a pyloru (JURÁŠKOVÁ a kol., 2007).

## **DIAGNOSTIKA MALNUTRICE VE STÁŘÍ**

Malnutrice je komplexní problém, který postihuje mnoho orgánových systémů, proto i při hodnocení stavu výživy neexistuje marker, který by sám o sobě prokázal jednoznačně malnutrici a je nutno použít kombinaci různých metod (nutriční anamnéza, antropometrická, funkční a laboratorní vyšetření). Ve stáří při diagnostice podvýživy je nutné vzít v úvahu, že geriatrický pacient se od mladšího dospělého člověka odlišuje, proto i používané metody mohou mít určitá omezení, o kterých je velmi nutné vědět, jiné nastavení patologických hodnot (JURÁŠKOVÁ a kol., 2007).

## **PŘÍČINY MALNUTRICE VE STÁŘÍ**

Patří sem onemocnění dutiny ústní, jícnu, jater a gastrointestinálního traktu. Dále psychické poruchy (demence a deprese), omezení hybnosti, snížení chuti k jídlu, postižení slinných žláz a defekt chrupu. Podvýživa se vyskytuje u mnoha hospitalizovaných pacientů. U 70 % nemocných, kteří do nemocnice přicházejí s různým stupněm malnutrice, se jejich stupeň zhorší. Pokud nenastane léčba umělou výživou, u 4 % dochází k závažným

komplikacím, které vedou až ke smrti nemocného. Malnutrice pokročilá se ve stáří vyskytuje v 50 % (HOLMEROVÁ a kol., 2007).

## **DIAGNOSTIKA MALNUTRICE**

Především je nutná nutriční anamnéza (zaměřuje se na odhalení rizik a etiologických faktorů – chuť k jídlu, výživové zvyklosti, vstřebávání atd.). O závažném stupni malnutrice s rizikem komplikací svědčí pokles hmotnosti více než 20 % za poslední dva měsíce a pokles hmotnosti více než 10 % za poslední měsíc. Malnutrice vede k mnoha komplikacím, které ovlivňují prognózu seniora (snížení svalové síly, dechového svalstva, dochází ke vzniku plicních infekcí). Malnutrice může způsobovat zhoršení střevní bariéry a zhoršení motility střeva (HOLMEROVÁ a kol., 2007).

## **DEHYDRATACE**

Je rizikovým faktorem determinujícím ve stáří řadu onemocnění, které jsou limitující pro jedince ve vyšším věku. Na dehydrataci se ve stáří podílí faktory dané věkem, vlivy psychologické a iatrogenní. Důvody dané věkem většinou spočívají ve strachu z většího množství příjmu tekutin z obavy inkontinence, zejména při omezené hybnosti. Důsledky dehydratace a hypohydratace se promítají v řadě různých onemocnění. Jakmile si uvědomíme, že v důsledku dehydratace dojde ke změnám hustoty sekretů a tekutin v těle, vyplývá z toho poškození jednotlivých orgánů. Je-li moč zahuštěná, dochází k pomnožení bakterií a vypadávání nadbytečných elementů do moči. Dochází k infekci močových cest, k poklesu dělohy u žen. Při déletrvající hypohydrataci dochází ke vzniku ledvinových kamenů (tzv. nefrolithiáza), dále může dojít ke vzniku choledocholithiázy, cholecystolithiázy. V oblasti GIT je důsledkem chronická zácpa, která může přejít v subileózní až ileózní stavy – může končit operačním zákrokem (HOLMEROVÁ a kol., 2007).

Dehydratace neprospívá ani oblasti centrálního nervového systému, v letních měsících především dochází ke vzniku cévních mozkových příhod a transitorním ischemickým atakám. Hypohydratace v předoperačním a pooperačním období může mít nepříznivý vliv na průběh rekonvalescence. Návrat do plnohodnotného života se může prodloužit. V rámci kvalitní péče o seniory by se mělo dbát na dostatečnou rehydrataci v domácím prostředí a během hospitalizace sledováním denní diurézy. Důležité je v ambulantní péči sledovat příčiny dehydratace (HOLMEROVÁ a kol., 2007).

## 1.5 PREVENCE

Vakcinace proti chřipce ve stáří – chřipka je nejčastější a velmi závažné infekční onemocnění, každoročně je příčinou úmrtí tisíců lidí na celém světě. Nejeftivnější prevence chřipky, je možná jen očkováním, dramaticky snižuje riziko hospitalizace a úmrtí především mezi chronicky nemocnými a seniory. Proočkovanost v naší populaci je nízká, navzdory skutečnosti, že až polovina osob je rizikových. Velmi žádoucí by bylo, aby praktičtí lékaři výrazně zvýšili proočkovanost proti chřipce u seniorů nebo chronicky nemocných, o které pečují ve své praxi. Chřipka je závažný zdravotní problém. I přesto, že je chřipka nejčastější lidské infekční onemocnění a byla mnohokrát prokázána vysoká efektivita různých chřipkových vakcín, je proočkovanost osob s chronickým onemocněním a seniorů v České republice stále nízká, z roku na rok kolísá, nejčastěji bývá v rozmezí od 4–7 % (BERAN, 2012).

Důvodem nízké proočkovanosti v naší republice je vlažný vztah praktických lékařů k tomuto opatření, protože rozsáhlé očkování proti chřipce je spojeno s prvotní finanční zátěží. Dalším důvodem je, že si jen málo uvědomují, jak je očkování proti chřipce účinné právě v rizikových skupinách. Například námi prováděné očkování u seniorů v domovech důchodců je v prevenci chřipkové infekce účinné ve 41,9 % případů, v prevenci úmrtí 87,7 % a v prevenci hospitalizací 74,8 %. Co to prakticky znamená: každý druhý senior, který je proti chřipce očkován, může sice chřipkou onemocnět, ale chřipková infekce je mírná. Osoby, které nejsou očkovány proti chřipce, jsou v porovnání s očkovánými častěji hospitalizovány (75 %), daleko častěji umírají (dvakrát častěji než očkované osoby) (BERAN, 2012).

### RIZIKO ÚMRTÍ NA CHŘIPKU A PNEUMINII U CHRONICKY NEMOCNÝCH

Je všeobecně známo, že lidé s chronickým kardiovaskulárním onemocněním, kteří nejsou proti chřipce očkováni, umírají na zápal plic a tuto nemoc 52krát častěji než osoby zdravé. Z obrázku je patrné, že ze 100 000 zdravých osob, které onemocní těžkou chřipkou zemřou na zápal plic nebo chřipku dvě osoby. Pokud by chřipkou onemocnělo 100 000 osob s plicním onemocněním a chronickým kardiovaskulárním onemocněním, přibližně 870 z nich zemře na pneumonii či na chřipku, jejich úmrtí je 435krát vyšší než u člověka zdravého (BERAN, 2012).

## **1.6 DIAGNOSTIKA**

### **SCREENINGOVÉ NÁSTROJE PRO HODNOCENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ**

Hodnocení kognitivních funkcí seniorů je v současné době běžnou součástí hospitalizace. V komunitní péči je hodnocení kognitivních funkcí v kompetenci praktických lékařů, ale stále mu ještě není poskytována dostatečná pozornost a lze usuzovat také na nedostatek zkušeností zdravotníků v první linii se seniory s poruchou kognitivních funkcí. V současné době jsou popisovány 3 cesty, jak je možné identifikovat nemocného s příznaky kognitivního poškození: pacient přijde sám k lékaři a stěžuje si na potíže s myšlením a pamětí, přátelé či rodina nemocného upozorní lékaře na problémy, kterých si všímají, zdravotnický personál nebo lékař při běžném vyšetření provádějí jednoduchý screeningový test, který odhalí dosud nepoznanou kognitivní poruchu. (POKORNÁ a kol., 2013).

#### **MINI-MENTAL EXAMINATION (MMSE) KRÁTKÁ ŠKÁLA MENTÁLNÍHO STAVU**

Je nejčastějším a nejznámějším používaným testem v tuzemských podmínkách. Jedná se o nástroj pro globální zhodnocení kognitivních funkcí u seniorů, které kvantifikuje kognitivní deficit. Je to nástroj stručný a spolehlivý. V praxi je využíván na screening, který odhaluje kognitivní deficit a jako primární indikátor stupně Alzheimerovy demence. Může být použit jako monitoring kognitivních funkcí a screening. V zahraničí patří také mezi nejčastěji používaný test kognitivních funkcí. Je používán vy výzkumu i v diagnostice. Standardizovaný test umožňuje ve 30 položkách hodnotit krátkodobou paměť, pozornost, vybavnost, orientaci, poznávací funkce, řeč, psaní, čtení a počítání. Každou položku lze ohodnotit 1 bodem, na splnění úkolů má pacient stanovený čas. Celkové bodové hodnocení je 0–30 bodů (POKORNÁ a kol., 2013).

#### **MoCA TEST (NASREDDINŮV TEST)**

Jde o vysoce senzitivní a specifický test, dokáže odlišit na věk vázaný kognitivní pokles, mírnou kognitivní poruchu a lehkou demenci. Je vhodný zejména k záchytu časných stádií demence. V testu prostřednictvím 13 bodovaných položek se hodnotí: prostorová orientace, zrková konstrukční zručnost, pozornost, paměť, opakování vět, písmen, odečítání, abstrakce, vybavování slov. Závěrečné skóre poskytuje informace o přítomnosti MCI nebo

lehké demence s možností zahájit léčbu. Maximální počet bodů je 30 (POKORNÁ a kol., 2013).

### **ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST**

Obsahuje upravený Mini-Mental State Examination, kopie krychle a test kresby hodin. Je testována pozornost, orientace, paměť, verbální, řečová fluence (pojmenování, četba, schopnost opakovat a porozumět, napsat) a schopnosti vizuospeciální. Je senzitivnější pro časná stádia demence. Rozlišuje určité typy demence (Alzheimerova a frontotemporální demence, vaskulární demence a demence s Lewyho tělísky). V testu se hodnotí celkem 18 položek s celkovým skórem 130 bodů. Česká verze zahrnuje formulář, který obsahuje 6 stran, obsahuje 26 úkolů v 5 doménách, maximální skóre je 100 bodů. Test trvá celkem 12–20 minut. Základní oblasti hodnocení jsou orientace a pozornost, paměť (vybavení, zapamatování, retrográdní a anterográdní paměť), plynulost řeči, jazyk (opakování, psaní, porozumění, čtení a pojmenování předmětů), zrakově-prostorové schopnosti (percepční schopnosti, test hodin), znovupoznávání a vybavení anterográdních paměťových informací (POKORNÁ a kol., 2013)

### **TEST KRESLENÍ HODIN**

Je zdánlivě jednoduchý, dokáže posoudit globálně kognitivní funkce (vizuálně-konstrukční schopnosti, paměť, exekutivní funkce – provedení úkolu a představivost), odhaluje lehkou formu demence. V tomto testu má pacient nakreslit kulatý ciferník hodin s číslicemi, hodinové ručičky umístit podle pokynů a to nejčastěji: za 10 minut 2 hodiny. Test hodnotí správné zakreslení, umístění číslic, polohu a délku ručiček. Bodové skóre se pohybuje od 1 do 6 bodů (POKORNÁ a kol., 2013).

### **SCREENINGOVÉ NÁSTROJE K POSOUZENÍ PACIENTA – IDENTIFIKACE DELÍRIA**

Delirantní stavy jsou neuropsychiatrickou nejčastější patologií u hospitalizovaných pacientů vyššího věku. Delírium ve stáří představuje akutní, život ohrožující stav, který přes svou závažnost nebývá správně a včas diagnostikován. Běžným vyšetřením mentálního stavu není možné odlišit demence od deliria a jiných kognitivních deficitů. Proto by pro diagnostiku deliria vytvořena specifická kritéria a speciální hodnotící monitorovací a screeningové nástroje (POKORNÁ a kol., 2013).

## THE COUFUSION ASSESMENT METHOD (CAM)

Skládá se z otázek, které hodnotí, zda je přítomen fluktuující průběh, nepozornost, jestli je přítomno dezorganizované myšlení nebo alterovaný stupeň vědomí (POKORNÁ a kol., 2013).

## THE DELIRIUM OBSERVATION SCREENING (DOS)

Škála k hodnocení časných známek deliria byla poprvé publikována v roce 2003. Obsahovala původně 25 položek. Nyní zahrnuje 13 položek, které jsou jednoduše identifikovatelné pečujícími osobami v klinické praxi podle DSM IV (POKORNÁ a kol., 2013).

## SCREENINGOVÉ NÁSTROJE PRO HODNOCENÍ MUTRIČNÍHO STAVU SENIORŮ

Nedostatečná výživa není průvodním přirozeným jevem stárnutí, starší dospělí jsou ale ohroženi podvýživou vzhledem k multifaktoriálním okolnostem: fyziologickým, sociálním, psychologickým, environmentálním a dietním. Ztráta hmotnosti u starších dospělých je spojena často se ztrátou svalové hmoty, může ovlivnit nakonec celkový funkční stav seniora (POKORNÁ a kol., 2013).

Test je vhodný především pro ambulantní screening rizika malnutrice. Nottinghamský screeningový dotazník je zejména používán u hospitalizovaných nemocných. Formulář zahrnuje 4 hlavní oblasti:

- **Antropometrická měření** – 4 otázky, které se týkají výšky, hmotnosti, obvodu lýtka a paže.
- **Stravovací návyky** – 6 otázek, které se týkají počtu jídel během dne, druhu jídla a množství tekutin.
- **Globální posouzení** – celkem obsahuje 6 otázek ohledně soběstačnosti pacienta, mobility, psychického stavu, pravidelné užívání léků a přítomnost vážného onemocnění za poslední 3 měsíce.
- **Subjektivní posouzení** – otázky jsou zaměřené na vnímání výživy a vlastního zdraví.

Celkové skóre je od 0–29 bodů (POKORNÁ a kol., 2013).

## **SUBJECTIVE GLOBAL ASSESMENT (SGA)- SUBJEKTIVNÍ GLOBÁLNÍ HODNOCENÍ NUTRIČNÍHO STAVU**

Jedná se o dotazníkovou metodu, která se opírá o jednoduché parametry klinického vyšetření a anamnézy. SGA je vhodný nástroj pro detekci probíhajícího nutričního deficitu, není vhodný pro identifikaci počínající malnutrice, nebo jednoznačného určení stupně malnutrice (POKORNÁ a kol., 2013).

## **MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL (MUST)- UNIVERSÁLNÍ SCREENINGOVÝ NÁSTROJ K HODNOCENÍ MALNUTRICE**

Je screeningový nástroj, který se skládá z 5 kroků k identifikaci dospělých, kteří jsou podvyživení, nebo jsou v riziku podvýživy, nebo obézní. Pacientů seniorů, u nichž přesně nelze provést zhodnocení výšky a hmotnosti je v nemocnicích mnoho, a proto se MUST jeví jako užitečný (POKORNÁ a kol., 2013).

## **HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI**

V současné době je hodnocení soběstačnosti u seniorů běžnou součástí hospitalizace. V komunitní péči je hodnocení soběstačnosti spíše v kompetenci sociálních pracovníků, kteří v domácím prostředí seniora provádějí šetření v ADL činnostech za účelem přiřazení stupně závislosti. Vyjádření soběstačnosti klienta je krédem ošetrovatelského oboru. Všeobecné sestry a další ošetrovatelský personál jsou hlavními aktéry, kteří hodnotí soběstačnost jedinců, kontrolují, dopomáhají a vyjadřují, či ji plně zajišťují (POKORNÁ a kol., 2013).

## **TEST ADL – BARTHELOVÉ TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ**

Je mezinárodně nejužívanější test k hodnocení soběstačnosti pacientů. Test slouží zejména k hodnocení funkční zdatnosti pacienta ve smyslu soběstačnosti a sebeobsluhy, byla prokázána silná spolehlivost, validita a citlivost. Jde o strukturovaný dotazník pro hodnocení stupně závislosti testovaných osob. ADL test je užíván v sociálních zařízeních, při rozhodování o návrhu kompenzačních pomůcek a cílené rehabilitační diagnostice. Klient je posuzován v 10 oblastech běžného života: napití, najedení, koupání, osobní hygiena, kontinence stolice, moči, chůze po schodech, po rovině a použití WC. Každá oblast je hodnocena 0, 5, 10 nebo 15 body (POKORNÁ a kol., 2013).



## **LAWTONOVA ŠKÁLA INSTRUMENTÁLNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ IADL**

Škála byla vytvořena pro testování soběstačnosti jedince ve složitějších činnostech. Je vhodná pro hodnocení seniora v nemocničním a domácím prostředí. Test není vhodný pro hodnocení soběstačnosti v IADL činnostech u jedinců, kteří žijí v institucích. Nástroj je vhodné užít pro zhodnocení výchozího stavu jedince, poté pravidelně v intervalech – umožňuje sledovat vývoj stavu jedince v čase (POKORNÁ a kol., 2013).

## **IADL ŠKÁLA DENNÍCH ČINNOSTÍ**

Tento test umožňuje zhodnotit a posoudit míru zvládnutí složitějších činností širší soběstačnosti. IADL stupnice koreluje s depresí jedince a kognitivními schopnostmi. Posuzuje se telefonování, vaření, nakupování, jízda dopravním prostředkem, práce kolem domu, domácí práce, finance a užívání léků. Každá oblast je hodnocena 10 body (POKORNÁ a kol., 2013).

## **DIAGNOSTIKA BOLESTI**

Hodnocení bolesti v klinické praxi vyžaduje vysoce profesionální a specifický přístup ze strany zdravotnických pacientů. Primárním cílem je získání největšího množství dostupných informací, které se týkají aktuálního algického stavu, na jejichž podkladě by bylo možno zhodnotit efektivně o jaký typ bolesti, s jakou intenzitou se jedná a co vlastní bolest ovlivňuje. Hodnocení bolesti je označováno jako dolorimetrie nebo algometrie. Bolest však lze vždy hodnotit pouze nepřímo podle neverbálních a verbálních projevů (POKORNÁ a kol., 2013).

## **VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA (VAS)**

Patří k nejčastějším způsobům měření intenzity bolesti. Řadí se mezi nejcitlivější a nejspolehlivější hodnotící nástroje. Vizuelní analogová škála se používá v podobě 10 cm dlouhé úsečky ve směru horizontálním (od žádné bolesti, po bolest nesnesitelnou a bolest nejhůře představitelnou), nebo v podobě pravitka bolesti, kdy bílá nebo světlá barva – žádná bolest a bolest silná – postupně se zvyšující intenzita barevného odstínu (POKORNÁ a kol., 2013).

## NUMERICKÁ HODNOTÍCÍ ŠKÁLA (NRS)

Používá se k subjektivnímu hodnocení intenzity bolesti. Měřicí nástroj je v podobě číselné hodnotící škály – ta vyjadřuje intenzitu bolesti číslem s bodovým rozhraním 0–10, nebo 0–100 (POKORNÁ a kol., 2013).

## STUPNICE GRAFICKÝCH SYMBOLŮ

Tato stupnice je využívána u osob se sníženou kognitivní schopností. Jedná se o alternativu číselné stupnice, která je vyjádřena pomocí výrazů obličeje. Doba administrace nepřesahuje 5 minut. Problematické je užití u seniorů s delirantními projevy a s postižením mimických svalů a jinými poruchami mentálních schopností (Parkinsonova choroba, demence různých etiologií) (POKORNÁ a kol., 2013).

**Existuje mnoho škál pro měření bolesti.**

- Měření bolesti u nemocného s pokročilou demencí.
- Grafický záznam bolesti.
- Krátký inventář bolesti, dotazník copingu bolesti (POKORNÁ a kol., 2013).

## 1.7 PROGNÓZA

Je pravděpodobná předpověď o vývoji nemoci. Stanovuje se vzhledem k výsledku léčby a vzhledem k zachování života (NOVÁKOVÁ, 2011).

Je pojem, kterým je označován pravděpodobný či možný vývoj choroby nebo pravděpodobný výsledek léčby. U onemocnění závažných je prognóza nejistá, ale ani u běžných onemocnění není možné jednoznačně stanovit další průběh zranění nebo onemocnění, ani výsledek hojení následkem správné léčby. Lékař je povinen prognózu pacientovi sdělit, pokud to pacient neodmítá. Sdělení prognózy bývá pacientem často bolestně vnímáno, to i za okolností, že bylo poučení sděleno šetrně s ohledem na zdravotní stav (VONDRÁČEK a kol., 2009).

## **2 NEJČASTĚJI SE VYSKYTUJÍCÍ GERIATRICKÉ SYNDROMY**

Geriatrické syndromy můžeme chápat jako klíčový geriatrický koncept, jako priority geriatrické medicíny, které významně doplňují léčbu a diagnostikování standardních chorob (ZAPLETALOVÁ, 2009).

### **SYNDROM HYPOMOBILITY, DEKONDICE A SVALOVÉ SLABOSTI**

Syndrom svalové slabosti, dekondice a omezené pohyblivosti kloubů se snaží postihnout komplexně jednu se základních oblastí multikauzálně podmíněné funkční detoriace a křehkosti ve stáří. Podstatou je vzájemně podmíněné omezení pohybových aktivit, mezi které řadíme chůzi, ubývání svalové hmoty a síly, schopnost a dovednost pohybu (KALVACH a kol., 2008).

Hypomobilita znamená malý objem pohybových aktivit, malá vzdálenost ušlá za časové období – například za týden). Dekondice je závažný pokles vytrvalostní zdatnosti. Postižena bývá také silová výkonnost svalů (KALVACH a kol., 2008).

### **SYNDROM IMOBILITY**

Jedná se o imobilizační syndrom, který se projevuje dlouhodobým omezením pohybové aktivity a to především ve smyslu upoutáním na lůžko. Jde o vystupňovanou problematiku omezení v pohyblivosti kloubů. Imobilizační syndrom je tzv. geriatrický syndrom s projevy závažné pokročilé detoriace, akutní závažné dekompenzace zdravotního stavu či terminální fáze geriatrické křehkosti. Souvisí s dekondicí, instabilitou, hypomobilitou, pády, s inkontinencí, dehydratací a delirantními stavy (KALVACH a kol., 2008).

### **SYNDROM DELIRIA**

Delirium je psychická porucha kratšího trvání, ve většině případů nerecidivující. Deliria jsou reakce nespecifické na různé příčinné faktory. Především se vyskytují u oslabených osob staršího věku. Opakovaná deliria signalizují jejich křehkost, adaptabilitu mozkové činnosti, sníženou odolnost. V průběhu hospitalizace postihují 60 % křehkých geriatrických pacientů. V mladším věku se deliria vyskytují u oslabených osob, těžce nemocných a umírajících. Předpokladem výskytu jsou organické mozkové změny, především se jedná o ty, které jsou

spojeny s poruchou poznávacích funkcí, zvláště s demencí. Deliria zhoršují kvalitu života. Výskyt představuje špatnou prognózu ve smyslu ztráty soběstačnosti a mortality (KALVACH a kol., 2008).

## **SYNDROM TÝRÁNÍ, ZANEDBÁVÁNÍ, ZNEUŽÍVÁNÍ STARÉHO ČLOVĚKA**

Jde o syndrom nevhodného zacházení. Tímto syndromem označujeme nevhodné a závažné jednání se starými lidmi, na nichž se významně podílí jejich funkční a zdravotní znevýhodnění (KALVACH a kol., 2008).

## **SYNDROM TERMINÁLNÍ GERIATRICKÉ DETORIORACE**

U křehkých, multimorbidních geriatrických pacientů dochází poměrně rychle k progredující detoriaci stavu, která spěje neodvratně ke smrti. Tato trýznivá a pokročilá fáze geriatrické křehkosti by se měla stát indikací k zavedení úlevové paliativní péče (KALVACH a kol., 2008).

## **SYNDROM INSTABILITY S PÁDY**

Instabilita je hlavním geriatrickým syndromem, který působí nepříjemnosti a obavy u seniorů. Existuje vzácně jedna příčina instability, často může být obtížně léčena. V rámci multikauzální geriatrické křehkosti se vzájemně podmiňuje s malnutricí, sarkopenií, hypomobilitou, depresí. Jejím následkem je úzkost a dekondice, je součástí geriatrické detoriace. Řadíme sem instabilitu z vnějších příčin (kluzký povrch, nevodná obuv), dále závratě a bloudění a vstupování do nebezpečných prostorů (ZAPLETALOVÁ, 2009).

Pády jsou ve stáří časté, jejich výskyt se s věkem zvyšuje. Postihují 20–30 % osob a to ve věku 65–69 let. Ve věku nad 85 let až 50 % osob v daném kalendářním roce. Postiženy jsou více ženy a osoby v dlouhodobé ústavní péči (ZAPLETALOVÁ, 2009)

## **PŘÍČINY PÁDŮ**

- Svalová slabost, Parkinsonova choroba, poruchy chůze,
- deprese, demence a poruchy osobnosti,
- závratě, poruchy zrakové ostrosti,
- šedý a zelený zákal,
- nevhodná obuv, kluzká podlaha, nebezpečí zakopnutí,

- požívání alkoholických nápojů (Zapletalová, 2009).

### **Rizikové faktory pádů**

- delirium, demence, věk;
- lékové skupiny-antipsychotika, psychofarmaka, opioidy, hypnotika;
- alkoholické nápoje (ZAPLETALOVÁ, 2009).

### **SYNDROM INKONTINENCE**

Inkontinence moči je stav nedobrovolného úniku moči a představuje sociálně hygienický a zdravotně psychologický problém. V geriatricii se chápe jako jeden z nejvýznamnějších problémů, je prioritní ošetrovatelskou záležitostí, ukazatelem ošetrovatelské náročnosti, indikátorem dlouhodobé deteriorace, akutní dekompenzace křehkého geriatrického pacienta. Z hlediska geriatrického je nutné rozlišovat dvě různé situace (KALVACH a kol., 2008).

### **FARMAKODYNAMIKA**

Pod pojmem farmakodynamikou rozumíme citlivost cílových tkání na léčivo, která je dána citlivostí a množstvím receptorů i přítomnost patologie v cílovém orgánu nebo ve vzdálených orgánech. S vyšším věkem dochází ke zhoršení regulace tzv. homeostatických mechanismů: oběhová reakce na ortostázu, vzpřímené držení těla, funkce hladkých svalů, termoregulace, odpověď na integritu kognitivních funkcí a hypoxii. Tyto změny ve spojení s polymorbiditou vedou ke zvýšenému riziku neočekávaných a nežádoucích reakcí (HRNČIARIK a kol., 2010).

### **MEZI KLINICKY VÝZNAMNÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ PATŘÍ:**

- Zvýšená citlivost k heparinu a warfarinu (zvýšené riziko krvácení),
- zvýšená citlivost k nežádoucím účinkům digoxinu (toxické projevy byly zaznamenány u seniorů při terapeutických koncentracích),
- snížená citlivost beta-receptorů,
- zvýšená citlivost CNS na centrálně působící léčiva (analgetika opioidní, psychofarmaka) – vyvolají nežádoucí centrální projevy – delirium, poruchy koordinace a nadměrnou sedaci,

- snížená odpověď na dehydrataci a hyponatremii: s poklesem sekrece antidiuretického hormonu je sklon k renálním ztrátám sodíku a k projevům hyponatremie ve stáří,
- predispozice k ortostatické hypotenzii, úrazům a pádům: přispívá k nim snížená schopnost baroreceptorů reagovat na náhlý pokles TK při rychlých změnách polohy, poruchy prokrvení mozku, k dalším faktorům, které mají zvýšený sklon ke zlomeninám a pádům je zhoršená centrální kontrola posturálních reflexů, pokles periferní percepce a svalové koordinace,
- pokles funkce eliminačních orgánů s věkem: týká se to zejména enzymatických systémů cytochromu, demetylačních enzymů, renální eliminace a jaterního prokrvení (HRNČIARIK a kol., 2010).

## **LÉKOVÁ INTERAKCE**

Jsou především problémem u polypragmázie. Počet tzv. potencionálních lékových interakcí exponenciálně stoupá s počtem předepsaných léčiv. Faktory zvyšující riziko lékových interakcí patří: nesprávné dávkování, nízký terapeutický index léčiv, dlouhodobá léčba, nevhodná kombinace léčiv a kombinace léčiv s podobným účinkem (HRNČIARIK a kol., 2010).

## **FARMAKOKINETIKA**

Je především ovlivněna věkově podmíněnými fyziologickými a biologickými změnami ve funkci a struktuře orgánů a přidruženými chorobami. Dochází ke změnám ve fázi distribuce, absorpce, metabolismu a eliminace léčiva. Důsledkem těchto změn je vyšší ustálená hladina hydrofilních léčiv ve tkáních a v krvi v důsledku snížení celkové tělesné vody, dále zpomalení nástupu účinku léčiv a kumulace lipofilních léčiv v tukové tkáni a prodloužení jejich tzv. plazmatického poločasu (HRNČIARIK a kol., 2010).

## **CHYBY VE FARMAKOTERAPII U SENIORŮ**

Polypragmázie – s přibývajícím věkem počet užívaných léků stoupá, tím i možných lékových interakcí, dochází rovněž k podceňování a zanedbávání nefarmakologických postupů (HRNČIARIK a kol., 2010).

**Potencionální nebezpečnost podávání medikace – dávkování** nevhodné – interakce a předávkování (digoxin, antikoagulancia), výskyt nežádoucích účinků stoupá a jejich závažnost souvisejí s polypragmázií a s procesem stárnutí (HRNČIARIK a kol., 2010).

**Neúčinnost podávané léčby – nízké dávkování** léčiva je důležité konzultovat s lékařem (nasazení antibiotik), důvodem neúčinnosti medikace může také být chyba v indikaci léčiva nebo nepřesná diagnostika nemoci (HRNČIARIK a kol., 2010).

**Navržení optimálního dávkovacího schématu** (správné načasování vzhledem k jídlu, správná doba podání léčiva, vyvarovat se nevhodným kombinacím potrava – lék) vzhledem k prospěšnosti léčby a rostoucímu věku pacienta (HRNČIARIK a kol., 2010)

### **Faktory, které ovlivňují výsledný efekt farmakoterapie ve stáří**

Farmaceut by měl krom znalostí farmakologických zvažovat pečlivěji řadu nefarmakologických vlivů (mentální a funkční zdatnost pacienta a jeho soběstačnost). Poruchy poznávacích funkcí a paměti rozhodujícím způsobem ovlivňují schopnost nemocného samostatně a pravidelně léky užívat. Dalším faktorem, který hraje významnou roli je ekonomická a sociální situace geriatrického pacienta (neschopnost dopláctet na léky, sociální izolace a osamělost). Tyto faktory významně mohou ovlivnit compliance staršího pacienta. U 30–50 % starších nemocných bylo zjištěné, že dělají chyby v užívání léků:

- nezná medikamenty, které užívá,
- účel užívání léků si nepamatuje,
- svévolně mění druhy léků,
- svévolně mění dávkování léků,
- nezná nežádoucí účinky medikace (HRNČIARIK a kol., 2010).

Okolo 10–15 % seniorů vůbec neužívá předepsané léky. Spousta z nich není schopna otevřít a púlit léky, není schopna je správně aplikovat. Nezajímá je, co od léku mohou očekávat, a jaký je jeho benefit. Je třeba sledovat compliance a získat potřebné informace při další návštěvě pacientka v lékárně. Farmakologickou compliance lze zlepšit snížením počtu předepsaných léků, užívaných denních dávek a předepsáním vhodné lékové formy (HRNČIARIK a kol., 2010).

### **3 KOMUNIKACE SE SENIOREM**

Komunikace mezi pacientem, zdravotníky a příbuznými je významnou složkou ošetrovatelské a léčebné péče. Navozuje mezi zúčastněnými atmosféru bezpečí, důvěry a spokojenosti. Pacient má právo znát jméno svého ošetřujícího lékaře a zdravotnických pracovníků. Pacient má také právo získat od svého ošetřujícího lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého terapeutického a diagnostického postupu rozhodnout, zdali s ním souhlasí. Má také právo odmítnout léčbu a současně být informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí (KALÁBOVÁ, 2013).

#### **ZÁSADY PRO EFEKTIVNÍ KOMUNIKACI SE SENIOREM**

Ke starému člověku bychom měli přistupovat jako k neopakovatelné, jedinečné osobnosti, měli bychom se snažit respektovat změny, které s sebou přináší stáří a stárnutí. Vždy při tom vytvořit atmosféru porozumění a důvěry, přístup by měl vždy být aktivně naslouchající a empatický (KALÁBOVÁ, 2013).

#### **PŘÍKLADY SITUACÍ, KTERÝMI MŮŽEME PROJEVIT ÚCTU STARÉMU ČLOVĚKU**

Měli bychom ke starému člověku hovořit otevřeně, bez žádných postranních úmyslů. Starému člověku bychom měli odpouštět, velkoryse přehlédnout drobný nedostatek nebo chybu. Snažit se neudělat to, co by někomu blízkému mohlo uškodit. Co by jej mohlo ponížit, nebo se ho nepříjemně dotknout. Udělat si vždy dostatek času na rozhovor – tím dáme najevo, že nám na druhém záleží. Nikdy bychom neměli odvádět rozhovor k jinému tématu (KALÁBOVÁ., 2013).

#### **ZÁSADY VERBÁLNÍ KOMUNIKACE**

Vždy primárně komunikujeme s osobou, o kterou pečujeme, ne s doprovodem, ani jinou osobou. Musí být vždy jasné, ke komu směřuje naše sdělení. Důležité je zajistit prostředí bezpečí a jistoty. Přizpůsobte vždy komunikační styl naslouchající osobě – vzdělání, věku. Vhodná doporučení: nepoužívejte vágní a neurčitá slova. Snažte se sjednotit verbální a neverbální projevy. Nemluvte příliš hlasitě, nikdy nekřičte, pokud chcete, aby Vám druhá osoba naslouchala. Držte plynulé tempo řeči, nemluvte příliš pomalu, nevhodné je skákání do řeči. Pokud nerozumíte, nebojte se požádat o opakované vysvětlení (POKORNÁ, 2010).



## **ZÁSADY NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE**

Vyvarujte se rizikových gest, pokud si nejste jistí symbolem neverbálního projevu druhé osoby, ověřte si jej slovně. Nesuďte druhé na první pohled podle primárního neverbálního projevu, pokuste se o zjištění dalších podrobností. Snažte se o tzv. efektivní posouzení potřeby neverbální komunikace, ověřujte tuto potřebu verbálně. Snažte se sjednotit projevy verbální a neverbální (POKORNÁ, 2010).

Neverbální komunikace je důležitým aspektem při diagnostice a terapeutickém procesu obzvláště se staršími pacienty. Nevíme ale, jaký druh neverbální komunikace použít mezi doktorem a některým typem pacientů. Neverbální komunikace je nakloněna blízkému vztahu a důvěře mezi lékařem a pacientem. V působení na starší pacienty je umění neverbální komunikace obzvláště důležité. Mnoho starších pacientů trpí nedoslýchavostí a musí se spolehnout na, pro ně obtížnější, neverbální komunikaci. Ve studiích neverbální komunikace jsou lékaři víc dominantní, méně na pacienta koncentrovaní a méně pozitivní směrem Afroamerickým v porovnání s bílými pacienty (STEPANIKOVA a kol., 2011).

## **KOMUNIKAČNÍ ZLOZVYKY PŘI PÉČI O SENIORY**

Odsuzování způsobu chování a nevěnování dostatečné pozornosti tomu, proč to nemocný dělá. Radíme a hledáme řešení v okamžiku, kdy jej nemocný momentálně nepotřebuje. Vyhýbáme se rozhovoru, místo naslouchání nabízíme činnosti. Nereagujeme na sdělení druhého a odcházíme beze slov. Kritizujeme a moralizujeme způsob reakcí seniora, ukvapeně zklidňujeme nemocného, přesvědčujeme. Nabízíme jinou formu úlevy, než očekává nemocný (KLEVETOVÁ a kol., 2008).

## **KOMUNIKACE SE SENIOREM S PORUCHOU ZRAKU**

S nevidomým je důležité jednat přirozeně, před každým kontaktem se zrakově postiženým je důležité postiženého oslovit jeho jménem, aby věděl, že následující sdělení se týká jeho. Podání ruky na pozdrav nevidomému nahrazuje oční kontakt, při setkání stačí oznámit – podávám Vám ruku. Vždy je třeba představit se jménem, nebo se jinak identifikovat. Vždy je třeba mluvit přímo na postiženého, při pokynech či popisech pro přemístování či hledání je nutné důsledně používat pojmy: vpravo, vlevo, nahoře, dole. Nikdy nepřemísťujte zrakově postiženému věci. Důraz je kladen na oslovení a pevný dotyk (po rameni), dotyk vzbuzuje důvěru. Důležité je poskytování dostatečných informací

o prováděných výkonech. Dávat možnost využít hmatových schopností. Vždy jednat s osobou s poruchou zraku, ne s jeho průvodcem. Dávat pozor na vedlejší zvuky, udržovat stabilní prostředí pro orientaci v místnosti. Vždy musíme upozornit nemocného, že odcházíme z místnosti. Využití Brailova písma (KALÁBOVÁ, 2013).

## **KOMUNIKACE SE SENIOREM S PORUCHOU SLUCHU**

Mluvit pomalu a zřetelně vyslovovat. Zeptat se, ze které strany nemocný lépe slyší a z té strany k němu přistupovat. Používat jednoduché krátké věty. Mluvit vždy na jedno téma, nebo o jedné věci, až porozumí, můžeme se dále věnovat dalšímu tématu. Opakovaně se ptáme, zdali sdělení rozuměl a to tak, že nemocný slyšené sděluje. Zajistit dostatek světla, aby nemocný viděl na ústa mluvícího, důležité je mluvit tváří v tvář.

Udržujte oční kontakt, dbejte na shodu neverbální a verbální komunikace. Dejte postiženému dostatečné množství času a pochopení sdělení. Přesvědčujte postiženého, aby využíval kompenzačních pomůcek. Rozhovor provádět vsedě, pokud je to možné, nepřecházet, mluvit vždy jen s jednou osobou. Mějte trpělivost, používejte pochvalu (KLEVETOVÁ a kol., 2008).

Člověk neslyšící má omezený kontakt s okolním světem. Musí vynaložit velké úsilí, aby mohl řeč sledovat, což vede k jeho únavě. Může dojít k nedorozumění při odezírání z úst. Snaha o porozumění a obava z nepochopení u neslyšícího člověka může vyvolat napětí a úzkost. Zvláštní skupinou jsou lidé, kterým se sluch postupně zhoršuje. Odmítají používat naslouchadla a zastírají své obtíže. U člověka se získanou poruchou sluchu až po rozvoji řeči a nácviku psaní a čtení zůstává schopnost přijímat informace písemnou formou a schopnost komunikovat. Zůstává mu také schopnost správné, hlasité a srozumitelné odpovědi (KALÁBOVÁ, 2013).

## **ZÁSADY KOMUNIKACE S SPOLUPRÁCE S NEMOCNÝM S DEMENCÍ**

Nespoléhejte se na jeho krátkodobou paměť a využívejte jeho dlouhodobé paměti. Buďte důslední a nekárejte nemocného za jeho nedostatky. Vyhýbejte se otázkám s otevřeným koncem. Naučte se hovořit slovníkem postižené osoby. Používejte pouze ty výrazy, kterým osoba s velkou pravděpodobností rozumí, a které sama používá. Informace předávejte v malých dávkách a udržujte si pacientovu důvěru. Nesnažte se ho přesvědčit

a nepřete se s ním. Vždy zajistěte v místnosti kvalitní osvětlení. Činnosti začněte sami a nemocnému dovolte, aby aktivitu přirozeně převzal (KALÁBOVÁ, 2013).

## **4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U GERIATRICKÉHO PACIENTA**

### **4.1 ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

Cílem geriatrické péče a ošetrovatelské péče je zajistit všestrannou, vysoce odborně erudovanou a lidsky kultivovanou péči o staré nemocné. Sestry poskytují ošetrovatelskou péči starým nemocným v nemocnicích, domácnostech, v ordinacích praktických lékařů, v agenturách domácí péče a v institucích specializované a dlouhodobé péče. Zaměření jejich činností je různorodé, vychází z potřeb klienta: ošetrovatelka, manažerka, výzkumnice, edukátorka, obhájkyň práv nemocného, provozovatelka služeb a konzultantka. Postihnout roli sestry v péči o zdravého člověka a o starého nemocného je obtížné, protože sestry pracují v různorodých podmínkách ambulantní, terénní a ústavní péče. Toto mnohostranné zaměření sesterských činností lze obecně nazvat jako komplex sesterských rolí. Z hlediska náplně ošetrovatelské péče o seniory lze činnosti sester rozdělit do dvou velkých oblastí (JAROŠOVÁ, 2007).

#### **ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

Je především zaměřena na uspokojování základních životních potřeb člověka (péče o člověka a jeho prostředí) a bývá zejména prováděna ve specializovaných institucích (léčebny dlouhodobě nemocných a ošetrovatelské domy) a v domácím prostředí starého člověka. Základní ošetrovatelská péče nemusí vždy být poskytována odborníkem. Tato péče může být zajišťována klientem samotným (tzv. sebestarání) nebo jeho blízkými osobami, pečovatelkou, rodinnými příslušníky. Odborníci se v posledních letech přiklánějí k názoru, že laická neformální péče, vycházející z unikátních sociálních, emocionálních a morálních aspektů sociálního prostředí klienta, je nenahraditelná. Je založena na lidské blízkosti, na přímém a hlubokém vztahu se silnou motivací a případným morálním akcentem (JAROŠOVÁ, 2007).

#### **ODBORNÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

Odborná ošetrovatelská péče zahrnuje všechny odborné aktivity sester ošetřujících nemocného a starého člověka. V této oblasti je role sestry nezastupitelná a jedinečná a ošetrovatelská péče musí být prováděna s vysokou profesionalitou. Jejím cílem je vyřešit

problémy seniora a uspokojit potřeby, které se objevily v průběhu jeho onemocnění. Ošetrovatelská péče o seniory v komunitě je nejčastěji realizována formou komplexní domácí péče. Stěžejní praktické ošetrovatelské aktivity musí směřovat k podpoře zdraví a prevenci onemocnění s tím, že primárním cílem komunitní péče o seniory je usnadnění nebo udržení jejich soběstačnosti a sebepečce. Chronickým onemocněním, kterým většina seniorů trpí, omezují aktivity denního života. U řady starých lidí proto není možné jednoznačně aplikovat tradiční definici zdraví podle WHO. Vhodnější je pojímat zdraví seniora jako určitý stav psychiky a schopnosti člověka žít a fungovat uspokojivě ve společnosti. Mezi hlavní cíle ošetrovatelství v domácí péči patří snižování nemocnosti, maximalizace funkční nezávislosti, podpora nebo zlepšení kvality života, snižování úmrtnosti a podpora pozitivních změn chování. Ošetrovatelství pomáhá seniorům v aktivitách podporující zdraví, kam především patří fyzické aktivity, sebepečce, management stresu a informovanost o výživě (JAROŠOVÁ, 2007).

## **OŠETŘOVÁNÍ SENIORŮ**

Ošetrování seniorů je odlišné v mnoha směrech od ošetrování osob ostatních věkových skupin. Každopádně je to velmi náročné z psychického, fyzického a sociálního hlediska. Péče o seniory je náročná, ne každý pečovatel k ní má předpoklady. Podmínkou je jakási dávka vnitřního naladění na péči o seniory, velká dávka empatie, porozumění a respektování problémů starých lidí. Péče o seniory je specializovaná na posouzení zdraví a fungujících schopností seniora, na provedení, plánování ošetrování a služeb, na projevy porozumění a empatie starých osob (KOTRLOVÁ, 2014).

## **SPECIFIKA OŠETŘOVÁNÍ SENIORA**

Individuální péče o staré lidi je ovlivněna úrovní soběstačnosti, zdravotním stavem, pohyblivostí, bolestí, rozpoložením seniora, plačtivostí a psychikou, předešlým způsobem života, pesimistickým náhledem na svět, finančním stavem, smrtí životního partnera a opakovaným neuspokojováním vyšších a základních potřeb (KOTRLOVÁ, 2014).

## **PŘÍSTUP K SENIORŮM PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Jako opravdu účinné a maximálně efektivní poskytování komplexní ošetrovatelské péče můžeme definovat pouze takové, kdy je vytvořen správný vztah mezi klientem a sestrou na bázi důvěry, respektu, partnerství a zodpovědné oboustranné spolupráce. Obě strany

si musí uvědomovat, že jsou pro sebe navzájem partnery, kteří se společně podílejí na dosažení jednoho cíle, kterým je zlepšení situace klienta. Dosažení tohoto cíle je mnohdy velmi obtížné, vyžaduje velké schopnosti, znalosti a komunikační dovednosti ze strany sester. Předpoklady sestry pro správný přístup k seniorům při poskytování ošetrovatelské péče jsou schopnost empatie do situace seniorů, holistický přístup k seniorům, znalost psychologie, dobrá znalost neverbální i verbální komunikace, dobrá orientace v oboru geriatric, gerontologie, schopnost efektivního používání vhodných sociálních dovedností a komunikačních technik, ochota a trpělivost zabývat se řešením problémů, schopnost nevztahovat osobně negativní postoj klienta, důvěra v sebe, ve své schopnosti a v možnost změnit k lepšímu složité, nepříznivé a náročné situace při ošetrování klientů (MALÍKOVÁ, 2011).

## **4.2 SPECIALIZOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

### **DOMÁCÍ SELFMONITORING KREVNIHO TLAKU U SENIORŮ – HYPERTONIKŮ**

Pojem selfmonitoring představuje sebekontrolu v podobě měření stavu některých orgánů a tělesných ukazatelů. Samoměření je v dnešní době především známé u lidí s vysokým krevním tlakem a u diabetiků. Selfmonitoring je součástí preventivních a moderních léčebných metod. Jeho cílem je možnost zhodnotit a určit vlastní zdravotní stav. K pozitivním výsledkům patří zejména: pomoc při odhalení onemocnění v počáteční fázi, možnost rychlé cílené úpravy léčebného režimu a podpora motivace nemocných ke spolupráci. Selfmonitoring se v současné době využívá zejména ke kontrole stavu následujících skutečností a veličin (MÍČOVÁ, 2015).

- Krevní tlak – měření za pomoci tlakoměru,
- hladina glukózy v krvi – měření za pomoci glukometru,
- EKG – měření je prováděno domácím elektrokardiografem,
- u žen samovyšetření prsu,
- cukr a ketolátky v moči – měření se provádí pomocí diagnostických papírků,
- tělesná teplota – měření pomocí digitálního nebo rtuťového teploměru (MÍČOVÁ, 2015).

Měření krevního tlaku v domácím prostředí je mezi hypertoniky stále více rozšířené. Klienti, kteří provádí měření krevního tlaku podle doporučení praktického lékaře, hrají velkou roli při léčbě jejich onemocnění. Pacienti, kteří si provádějí měření krevního tlaku v domácím prostředí, mohou včas zjistit neočekávané a náhlé výkyvy krevního tlaku. V současné době je domácí selfmonitoring levnou metodou. Tato metoda poskytuje důležité informace pacientovi i lékaři, nemůže však plnohodnotně nahradit 24 hodinové monitorování. Aby mohla být hodnota naměřená v domácím prostředí považována za relevantní, pacient musí dodržovat mnoho základních pravidel. Hodnoty, které pacient naměří v domácím prostředí, jsou ve většině případů nižší, než hodnoty naměřené v ordinaci lékaře (MÍČOVÁ, 2015).

Při domácím monitorování krevního tlaku lze zachytit i fenomén bílého pláště. Jedná se o situaci, kdy krevní tlak u hypertoniků naměřený u lékaře je vyšší, než krevní tlak, který je naměřený v domácím prostředí. V souvislosti s domácím měřením krevního tlaku můžeme dále hovořit o syndromu bílého pláště. Syndrom lze popsat jako přítomnost hypertenze v ordinaci lékaře (hodnota TK je 140/90 mm Hg a vyšší). Při měření krevního tlaku mimo zdravotnické zařízení je pacientův TK normální. Je důležité odhalit tuto skutečnost co nejdříve, aby nebyla léčba u pacienta nastavena podle naměřených hodnot v ordinaci lékaře. Mohlo by v takovém případě dojít ke vzniku hypotenze. Za příčinu vzniku tohoto syndromu se nejčastěji považuje úzkost a stres pacienta při návštěvě lékaře (MÍČOVÁ, 2015).

V praxi může dojít k setkání s tzv. maskovanou hypertenzí. Představuje situaci, kdy má pacient normální krevní tlak u lékaře a vysoký krevní tlak naměřený v domácím prostředí. Vyskytuje se až u 10 % starších pacientů, je spojen s vyšším výskytem komplikací. Maskovaná hypertenze se může vyskytovat u pacientů, kteří mají někdy normální TK a jindy zvýšený krevní tlak. Na maskovanou hypertenzi by se nemělo zapomínat u pacientů, kteří mají v rodinné anamnéze uvedený výskyt hypertenze u obou rodičů a u diabetiků (MÍČOVÁ, 2015).

## **INDIKACE K MĚŘENÍ KREVNÍHO TLAKU V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ**

Měření krevního tlaku v domácím prostředí je vhodné pro všechny hypertoniky. Musí se ale zvážit, jestli osoby s vysokým krevním tlakem jsou schopné provádět selfmonitoring. V současné době existují velké skupiny onemocnění, u kterých se musí doporučit domácí měření. Do těchto skupin se řadí osoby s vysokým kardiovaskulárním rizikem a osoby s diabetem. Vysoké kardiovaskulární riziko je hlavně u osob, které prodělaly cévní mozkovou

příhodu nebo infarkt myokardu. Další skupinou, kde je nutné doporučit selfmonitoring krevního tlaku jsou osoby s chronickým postižením ledvin. Také se selfmonitoring doporučuje hypertonikům s mírnou hypertenzí - 1. stupně a nízkým kardiovaskulárním rizikem, u kterých se čeká na zahájení farmakologické léčby. U těchto jedinců nám opakované kontroly domácího měření TK napomáhají ke zvolení vhodného typu léčby (MÍČOVÁ, 2015).

### **ZÁSADY PRO MĚŘENÍ KREVNÍHO TLAKU V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ**

Aby bylo při měření krevního tlaku dosaženo co nejpřesnějších výsledků, je před samotným měřením potřeba dodržet několik základních pravidel. K pravidlům se řadí: zákaz tělesné aktivity před samotným měřením a vyloučení stresu, zákaz pití alkoholu a kouření. Nedílnou součástí je také dodržování zásad správného měření. Krevní tlak se měří vsedě po 5–10 minutách po tělesné zátěži. Měření krevního tlaku je vždy prováděno ve stejnou hodinu. V počáteční fázi léčby se krevní tlak měří 2krát denně (ráno a večer). Je důležité, aby měření proběhlo před užitím léků, které snižují krevní tlak. V průběhu měření se doporučuje nehýbat a nemluvit. Měření krevního tlaku se provádí na pravé i na levé horní končetině. Ve většině případů se doporučuje krevní tlak měřit na končetině, na které byla hodnota krevního tlaku vyšší. Před samotným měřením je důležité zkontrolovat, jestli vyhrnutý rukáv nezaškrcuje končetinu. Všechny naměřené hodnoty je důležité pečlivě zapisovat pro kontrolu lékařem (MÍČOVÁ, 2015).

### **ZÁSADY MĚŘENÍ PAŽNÍM TLAKOMĚREM**

Při výběru tlakoměru musíme zvolit vhodnou velikost manžety. Manžeta se umísťuje na tu paži, na které obvykle bývá vyšší tlak. Vhodné místo pro upevnění manžety je asi 2,5 cm nad loketní jamkou. Je důležité, aby hadička, která vychází z manžety, ležela uprostřed ohnutého lokte. Poté se horní končetina a tlakoměr položí na pevnou podložku ve výšce srdce (MÍČOVÁ, 2015).



## ZÁSADY MĚŘENÍ ZÁPĚSTNÍM TLAKOMĚREM

Dolní okraj manžety se přiloží 1 cm nad zápěstí. Displej tlakoměru se upevní na vnitřní stranu zápěstí a zápěstí se zvedne do výšky srdce (MÍČOVÁ, 2015).

## FREKVENCE MĚŘENÍ KREVNÍHO TLAKU V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Pro prvotní hodnocení vysokého krevního tlaku a při potřebě zjištění účinku antihypertenzní léčby se domácí monitorování krevního tlaku provádí alespoň 3 dny před návštěvou lékaře. Měření krevního tlaku probíhá dvakrát ráno mezi 6–9 hodinou a ve večerních hodinách mezi 18–21 hodinou. V průběhu měření je dodržována přestávka (1–2minutová) mezi jednotlivými měřeními. Výsledkem měření je průměrná hodnota ze všech měření, kromě výsledků z prvního dne. Větší rozdíly, které jsou při měření krevního tlaku zjištěny, jsou pravděpodobně způsobeny nedodržením klidového režimu před měřením. Hodnoty, které jsou naměřeny během prvního monitorovacího dne, často bývají nestabilní a vyšší. Tyto hodnoty se následně vyřazují z celkového hodnocení. U hypertoniků, kteří se již dlouhodobě léčí, se domácí selfmonitoring provádí 1–2 týdně. Při kontrole u praktického lékaře předkládá nemocný výsledky svých měření. Dochází často k situacím, kdy nemocní udávají falešně vysoké hodnoty krevního tlaku. Nejčastěji v situacích, kdy chtějí prodloužit pracovní neschopnost (MÍČOVÁ, 2015).

## CHYBY PŘI MĚŘENÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Při měření krevního tlaku je velmi důležité dodržovat přesná pravidla. K nejčastějším chybám při měření tlaku patří:

- pacient sedí na židli bez opěrky (hrozí riziko zvýšení diastolického krevního tlaku o 6 mm Hg,
- manžeta k měření tlaku je umístěna na oděvu (tzv. turniketový efekt),
- pacient má zkřížené nohy (hrozí riziko zvýšení systolického tlaku o 2–8 mm Hg),
- pacient má končetinu volně svěšenou (hrozí riziko zvýšení systolického tlaku až o 10 mm Hg),
- umístění manžety přes jamku loketní,
- hadička, která vychází z manžety je umístěna na opačné straně paže,
- nesprávné upevnění manžety a chybně zvolená velikost,

- hluk v místnosti, kde probíhá měření krevního tlaku (MÍČOVÁ, 2015).

## **VÝHODY A NEVÝHODY DOMÁCÍHO MĚŘENÍ**

Měření krevního tlaku v domácím prostředí má výhody a nevýhody. Správně prováděné domácí měření může pomoci rozeznat hypertenzi trvalou od hypertenze bílého pláště. Výhodou domácího měření je možnost zhodnotit účinek léčby, tím i zhodnotit celkové dodržování léčebného režimu. Domácí monitorování snižuje náklady na terapii. Můžeme říci, že domácí selfmonitoring svědčí o lepším celkovém přístupu nemocného k léčbě. Existuje velké množství přístrojů pro domácí monitorování krevního tlaku, které umožňují pacientům i ukládání naměřených hodnot do paměti přístroje. Za výhodu domácího měření považujeme i měření srdeční frekvence, které probíhá společně s měřením krevního tlaku. Pro řadu pacientů je domácí monitorování pohodlnější. Domácí monitorování krevního tlaku má i své nevýhody. Problém při měření tlaku může nastat u pacientů, kteří jsou úzkostliví a příliš se soustředí na výsledky. Další nevýhodou je, že domácí měření krevního tlaku pacientům umožňuje nekontrolované a samostatné zasahování do jejich léčby. Pro mnoho pacientů se jako nevýhoda může jevit vysoká pořizovací cena přístroje. Domácí selfmonitoring má však více výhod, než nevýhod, proto by hypertonici měli být více motivováni k tomu, aby se správně naučili měřit krevní tlak v domácnosti a pravidelně jej kontrolovali (MÍČOVÁ, 2015).

## **SELFMONITORING DIABETU MELLITU**

Selfmonitoring je definován jako monitorování svých metabolických a ostatních parametrů diabetu. Měření některých hodnot může provádět pacient sám za pomoci dostupných pomůcek. Patří mezi ně: glykémie, glykosurie, ketonemie a ketonurie, hmotnost, dávky inzulínu, krevní tlak a rozpoznání příznaků hyperglykémie a hypoglykémie. Cílem selfmonitoringu u diabetiků je dosažení optimálních metabolických hodnot i ostatních parametrů a snížení výskytu akutních a pozdních komplikací diabetu včetně kardiovaskulárních příhod (VAJSAROVÁ, 2013).

Selfmonitoring přispívá významně k zvýšení adherence k léčbě a zájmu o své zdraví. Umožňuje diabetikovi samostatné rozhodování o svém onemocnění a dosahování léčebných cílů přímou úpravou léčby. Základem selfmonitoringu u pacientů s diabetem je tzv. Desatero selfmonitoringu. Velmi důležitý je přístup lékaře, který by měl vést diskuze s pacientem nad jeho záznamy. Provádění selfmonitoringu ovlivňuje podstatně podmínky a materiální

vybavení, za kterých diabetik může či nemůže provádět sebesledování. Pomůcky k selfmonitoringu jsou hrazeny částečně pojistovnou (VAJSAROVÁ, 2013).

## **FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SELFMONITORING VE STÁŘÍ**

Stáří a stárnutí s sebou přináší řadu biopsychosociálních změn, které mohou ovlivňovat provádění i edukaci a vyhodnocování selfmonitoringu. Součástí edukace o sebesledování by mělo být posouzení všeobecné způsobilosti diabetika. Psychická, tělesná zdatnost a sociální prostředí ovlivňují soběstačnost seniora i schopnost provádět selfmonitoring. Velkou roli hraje soběstačnost, která je definována jako schopnost samostatně uspokojovat obvyklé potřeby v daném prostředí. Dva faktory, které ji ovlivňují – funkční zdatnost organismu včetně potřebných dovedností a znalostí, jež chybějí a náročnost prostředí. S přibývajícím věkem soběstačnost u seniora klesá. V České republice žije 80 % seniorů v domácím prostředí s větší či menší pomocí příbuzných a řada je jich osamělých. Ke zhodnocení míry soběstačnosti slouží řada testů (například Katzův index ADL, Lawtonova škála hodnocení IADL) (VAJSAROVÁ, 2013).

Faktory fyzické, které mohou seniora limitovat při provádění selfmonitoringu mohou být způsobeny chorobnými změnami (artritida, tremor, katarakta) a involučními změnami (sarkopenie, snížení akomodace, hmatu), zároveň i změnami, které souvisejí se životním stylem (inaktivita). Soubor těchto faktorů je rozsáhlý a jednotlivé problémy se vzájemně prolínají. Vliv na provádění selfmonitoringu má přístup ošetřujícího lékaře, který by měl vést s pacientem diskuzi nad jeho záznamy, a tím ho kladně motivovat. V neposlední řadě sledování jednotlivých parametrů podstatně ovlivňuje podmínky a vybavení, za kterých diabetik může či nemůže provádět selfmonitoring (sebedůvěra ve vlastní schopnosti a spolupráce rodiny) (VAJSAROVÁ, 2013).

## **4.3 INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

Intenzivní medicína je v současné době důležitou a uznanou specializací, jejichž přítomnost je pro většinu nemocnic nepostradatelná. Zaměřuje se na kritické pacienty, kteří jsou ohroženi na životě, vyžadující kontinuální sledování stavu, rovněž i léčbu, která není dostupná na standardních odděleních. Dle množství a rozsahu poskytované péče se jednotky intenzivní péče dělí do 3 stupňů (ŠRUBAŘOVÁ, 2014).

## **INTENZIVNÍ PÉČE I. STUPNĚ**

Je poskytována v menších nemocnicích, zajišťuje zvýšenou sesterskou péči, neustálé sledování, možnost krátkodobé ventilace a okamžité resuscitace (ŠRUBAŘOVÁ, 2014).

## **INTENZIVNÍ PÉČE II. STUPNĚ**

Péče je poskytována ve větších regionálních nemocnicích. Jsou schopni zajistit invazivní monitorování, základní kontinuální monitoraci, zajišťovat dlouhodobou umělou plicní ventilaci a měřit srdeční výdej. Vždy je zde přítomen stabilní lékařský tým. Jednotky II. stupně zajišťují zvýšenou sesterskou péči, k dispozici mají 24 hodin možnost použití zobrazovací metody (ŠRUBAŘOVÁ, 2014).

## **INTENZIVNÍ PÉČE III. STUPNĚ**

Péče je poskytována ve velkých fakultních a oblastních nemocnicích. Zaměřuje se na kritické stavy různé příčiny, poskytuje celý rozsah intenzivní péče. Přítomni jsou specialisté z oboru intenzivní medicíny, jsou trvale dostupní 24 hodin na oddělení. Zajišťuje se speciální sesterská péče a personál, který provádí rehabilitační a nutriční péči. Jednotky intenzivní péče III. stupně mají k dispozici zobrazovací jednotky a rychlou dostupnost specialistů z různého spektra oborů, k dispozici mají i komplexní vyšetření. Na těchto jednotkách musí být lékař okamžitě dostupný na zavolání. Součástí organizačního řádu na oddělení jednotky intenzivní péče je efektivní nastavení rozhodovacího procesu včetně vizit všech specialistů. Vedoucí lékař jednotky intenzivní péče musí dosáhnout nejvyšší kvalifikace v intenzivní péči dané země. Vedoucí lékař JIP má mít plnou odpovědnost za provoz jednotky intenzivní péče, nemá podléhat žádnému jinému lékaři z jiného oddělení (BARTŮNĚK a kol., 2016), (ŠRUBAŘOVÁ, 2014).

Ošetrovatelská péče je vyhláškou o činnostech rozdělena na základní, specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči. Kritériem rozdělení zde není náročnost jednotlivých výkonů, ale stav pacientů, jimž je poskytována ošetrovatelská péče (BARTŮNĚK a kol., 2016).

## **ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

Za základní ošetrovatelskou péči se považuje ošetrovatelská péče, která je poskytována pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo diagnostický a léčebný postup umožňuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko ohrožení základních životních funkcí, zejména vědomí, krevního oběhu, dýchání a vylučování je minimální, a kteří jsou bez patologických změn psychického stavu (BARTŮŇEK a kol., 2016).

## **SPECIALIZOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

Za specializovanou ošetrovatelskou péči se považuje ošetrovatelská péče, která je poskytována pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo diagnostický a léčebný postup výrazně omezuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko narušení základních životních funkcí nebo selhání je reálné, nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež nevyžaduje použití omezujících prostředků nebo stálý dozor z důvodu ohrožení zdraví nebo života pacienta nebo jeho okolí. Za specializovanou ošetrovatelskou péči se také považuje péče, která je poskytována pacientům se závažnými poruchami imunity, pacientům v terminálním stavu chronického onemocnění, kde se resuscitace nepředpokládá – tyto stavy jsou výslovně uvedeny z důvodu, že by jinak spadly do definice vysoce specializované ošetrovatelské péče (BARTŮŇEK a kol., 2016).

## **VYSOCE SPECIALIZOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

Za vysoce specializovanou péči považujeme ošetrovatelskou péči, která je poskytována pacientům, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí, nebo toto selhání bezprostředně hrozí, popřípadě těm, kteří mají patologické změny psychického stavu, kteří vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení zdraví nebo života pacienta nebo jeho okolí. Význam rozčlenění je v obecném vymezení vysoce specializované ošetrovatelské péče o pacienty, kterou může pouze poskytovat sestra se specializovanou způsobilostí v daném oboru, respektive sestra bez specializované způsobilosti pod jejím dohledem. Sestra bez specializované způsobilosti může bez odborného dohledu poskytovat základní i specializovanou ošetrovatelskou péči. Sestry se specializovanou způsobilostí mají některé obecně formulované kompetence společné. Patří sem koordinace práce členů ošetrovatelského týmu v oblasti dané specializace, provádění ošetrovatelského výzkumu, hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče, vedení specializačního vzdělávání v oboru dané specializace, příprava standardů specializovaných

postupů v rozsahu dané způsobilosti. Z toho lze dovodit, že kvalitu ošetrovatelské péče jsou oprávněny hodnotit sestry se specializovanou způsobilostí (BARTŮNĚK a kol., 2016).

## MONITORING V INTENZIVNÍ PÉČI

Sledování dospělých pacientů v intenzivní péči zahrnuje velké spektrum techniky, které je důležité pravidelně zaznamenávat, sledovat, v případě velkých změn informovat lékaře. Nezbytnou součástí monitorování je pozorovat pacienta pohledem, pohmatem, poslechem, čichem (ŠRUBAŘOVÁ, 2014).

## MONITORING

Pojem monitorování pochází z latinského slova *monere*, což znamená připomínat nebo varovat. Sledování fyziologických funkcí tvoří podstatnou součást intenzivní medicíny. Sledováním můžeme přispět ke zlepšení prognózy kriticky nemocných. Jednou z nejčastějších indikací k přijetí na pracoviště intenzivní medicíny je požadavek k neustálému sledování životně důležitých funkcí pacienta. Mezi vitální funkce patří vědomí, krevní oběh a dýchání. Sledování v intenzivní péči může být definováno jako trvalé či opakované sledování fyziologických funkcí pacienta a činnosti přístrojů sloužících k podpoře těchto funkcí s cílem včasné detekce abnormalit, k usnadnění rozvahy o terapeutické intervenci a ke zhodnocení účinnosti této intervence v případě jeho použití (ŠRUBAŘOVÁ, 2014).

Obsahem sledování nemocných v intenzivní péči, je jejich sledování prostřednictvím sester a lékařů, přičemž by měla mezi nimi fungovat vzájemná spolupráce. Důležité je monitorování pacientů pomocí přístrojů (v určitých časových intervalech či kontinuální), nezbytné je sledování trendů. Důležité je pravidelné sledování a zaznamenávání naměřených parametrů do dokumentace pacienta, na které nesmíme zapomínat. Monitoring v intenzivní péči je nezbytný při každodenní péči o pacienty na jednotce intenzivní péče stejně jako optimalizace pacientovy hemodynamiky, teploty, ventilace, metabolismu a výživy, což je klíčem ke zvýšení šance na přežití pacientů. Rozhodující je dodávka kyslíku do tkání v závislosti na jejich metabolické potřebě. Pacient přežije, pokud je toto splněno. V tomto duchu musí být prokrvení i okysličení sledováno při provádění jakéhokoliv resuscitačního postupu. Udržení normální tělesné teploty je rozhodující. Musí být pravidelně sledována. Respirační monitoring ventilových pacientů na JIP zahrnuje opakované posouzení výměnných plynů, osvobození pacienta od invazivní přetlakové ventilace a mechaniky respiračního systému. Sledování metabolické a nutriční péče by měla umožnit kontrolu dodávky živin,

adekvátně mezi dodávkou a energetickými potřebami a glukózy v krvi (ŠRUBAŘOVÁ, 2014).

## **CÍLE MONITOROVÁNÍ V INTENZIVNÍ MEDICÍNĚ**

Mezi hlavní cíle sledování v intenzivní péči patří posoudit stav životně důležitých funkcí a průběh onemocnění. Včasné odhalit stav, jenž vede ke zhoršení prognózy až k ohrožení života pacienta. Umožnit určité léčebné postupy, které vedou k ovlivnění vitálních funkcí. Posoudit funkce všech přístrojů, které slouží k podpoře životních funkcí a posoudit účinnost léčby (ŠRUBAŘOVÁ, 2014).

## **4.4 NÁSLEDNÁ PÉČE**

### **SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O SENIORA V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ**

Člověku je nejlépe v rodině – ve zdraví i v nemoci. Domácí prostředí má příznivé účinky na fyzický a psychický stav seniora. Senioři si přejí žít co nejdéle ve svém přirozeném prostředí. Nejrozšířenější formou péče o seniory je rodinná péče. Se vzrůstající nesoběstačností seniorů v rodině vzrůstají nároky na péči a to jak emocionální, tak i finanční a časové. Pečovat o seniora neznamena pouze vykonávat činnosti, které ke svému zdravotnímu stavu již vykonávat nemůže, ale také doprovázet ho v těch posledních chvílích života. Důležité je rozpoznat, co senior nezvládne a co už jen dělat nechce (ZEMANOVÁ, 2015).

Domácí péče je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě indikace lékaře v jejich vlastním sociálním prostředí. Tento typ péče je poskytován pacientům, jejichž pobyt ve zdravotnickém zařízení není pro léčení a udržování stability zdravotního stavu nutný. Domácí péče je poskytována jako diagnostická, ošetrovatelská, léčebná, integrovaná a paliativní péče, jako rehabilitační léčebná péče. Může být poskytována formami akutní domácí péče, dlouhodobé péče a domácí hospicové péče (ELIÁŠOVÁ, 2009).

Domácí zdravotní péči indikují praktičtí lékaři – prvních 14 dní po ukončení hospitalizace ošetřujícím lékařem. Je vykonávána agenturami domácí péče. K výkonům domácí zdravotní péče, které vykonávají všeobecné sestry, patří aplikace léků, převazy ran, rehabilitační péče po operačních zákrocích, rehydratace parenterální cestou. Dojde-li

ke zhoršení stavu nemocného, který je v domácí péči, je možná konzultace s praktickým lékařem během dne (HOLMEROVÁ a kol., 2014).

Domácí péče je zdravotní péče, která je poskytována klientům v jejich sociálním zařízení. U seniorů je tato péče indikována ošetřujícím lékařem nebo praktickým lékařem. Díky domácí péči dochází k podpoře a udržování zdraví, podpoře soběstačnosti a navrácení zdraví. Tento typ péče se snaží zmírnit utrpení, které vzniká u nevyléčitelně nemocného a zajistit klidné umírání. Pracovníci, kteří poskytují domácí péči, spolupracují s praktickým lékařem a dalšími subjekty sociální a zdravotní sféry (RŮŽIČKOVÁ, 2009).

### **AKUTNÍ DOMÁCÍ PÉČE**

Je indikována u pacientů s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje hospitalizaci. Nejčastější indikací jsou nemoci neurologické, kardiovaskulární, urologické a gastrointestinální. Tento typ domácí péče zahrnuje specializovanou péči a je určena zejména klientům v poúrazovém a pooperačním stavu. Je poskytována převážně v krátkodobém období v rozsahu dnů nebo týdnů (JAROŠOVÁ, 2007).

### **DLOUHODOBÁ DOMÁCÍ PÉČE**

Je nejrozšířenější formou domácí péče. Tato forma péče je určena chronicky nemocným pacientům, jejichž duševní a zdravotní stav vyžaduje pravidelnou a dlouhodobou domácí péči kvalifikovaného personálu. Jde o klienty po cévních mozkových příhodách, komplikovanou cukrovkou, roztroušenou sklerózou, klienti s částečným i plným ochrnutím, chronickými bolestmi a duševními chorobami. Jedná se o integrovanou formu domácí péče nazývanou komplexní domácí péče, která je poskytována v rozsahu měsíců až let (JAROŠOVÁ, 2007).

### **PREVENTIVNÍ DOMÁCÍ PÉČE**

Tato forma péče je určena klientům, u nichž ošetřující lékař doporučí v pravidelných intervalech preventivní monitorování duševního a zdravotního stavu. Pracovníci provádějí měření fyziologických funkcí, monitorování celkového zdravotního stavu, případné změny ihned hlásí ošetřujícímu lékaři. Preventivní domácí péče je poskytována ve frekvenci týdně nebo měsíčně, jakou na základě celkového zdravotního stavu určí ošetřující lékař (JAROŠOVÁ, 2007).



## **DEFINICE A VYMEZENÍ DLOUHODOBÉ PÉČE**

Dlouhodobá péče je meziresortní disciplínou, nachází se na určité hranici mezi sociální a zdravotní péčí. Jde o komplex služeb, které potřebují lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností. Cílem je navrácení zdraví a soběstačnosti. Péče se orientuje na všechny pacientovi potřeby bio-psycho-sociální a spirituální. Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj dlouhodobou péči definuje jako soubor služeb, který je určený lidem závislých na pomoci v některých základních aktivitách (schopnost najít se, oblékání, hygiena). Tento stav může být způsoben zdravotním postižením – tělesným, duševním, chronickým onemocněním. Pro zlepšení lékařské péče pro lékaře vznikl nový specializovaný obor tzv. medicína dlouhodobé péče. Velmi důležitá je zde týmová práce a stanovení ošetrovatelského procesu. Lůžka dlouhodobé péče se zaměřují na ošetrovatelskou specializovanou péči, která se soustřeďuje na aktivní rehabilitaci (KŘEPELKOVÁ, 2012).

## **SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA LDN ODDĚLENÍ**

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou lůžková zařízení, slouží převážně k léčení dlouhodobě nemocných a starých lidí. Tito lidé jsou buď nesoběstační, nebo zcela soběstační. Dlouhodobá hospitalizace vede k nepříznivému duševnímu stavu, který se projevuje psychickou deprivací. Nemůže-li se člověk pohybovat a tráví většinu svého času na lůžku, dostává se mu málo podnětů i ze svého vlastního těla. Ztrácí orientaci v okolí a také na svém těle. Taková situace vede k pocitům strachu a nejistoty a ke ztrátě schopnosti vnímání sebe sama. Imobilní pacienti s nedostatečnou aktivitou mohou reagovat zmateným chováním a jednáním, neschopností vyjádřit své pocity a kvalitně komunikovat se svým okolím. Prožívají pocity úzkosti a strachu, nastává u nich motorický neklid (odepínání plenkových kalhotek, svlékáním se) a velmi těsným přitlačením těla k postranici (tlak jim umožňuje vnímat hranice jejich vlastního těla). (JUREČKOVÁ, 2011).

Pokud je senior hospitalizován v léčebně dlouhodobě nemocných, potřebuje ošetrovatelskou specifickou péči, která respektuje zvláštnosti jeho onemocnění, psychické změny, změny tělesných funkcí a tzv. sociální status. Zvláštnosti ošetrovatelské péče jsou orientovány na řadu požadavků:

- udržet pacienta co nejdéle soběstačným a uspokojit jeho základní potřeby,
- zvýšit fyzickou a psychickou kapacitu člověka,

- urychlit léčebný proces a zároveň předcházet komplikacím jako například proleženinám,
- udržovat práva pacientů a spolupracovat s nimi, i s jejich rodinou a známými (JUREČKOVÁ, 2011).

Základní ošetrovatelská péče zajistí pacientovi komfort, urychlí uzdravování a léčení, zajistí prevenci komplikací. Mezi základní ošetrovatelskou péčí patří: péče o kůži, hygienická péče, péče o prádlo a o lůžko nemocného, prevence dekubitů a jejich léčení, prevence pitného režimu a stravování, prevence komplikací z důvodu imobility, nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti pacienta, fyzická a psychická aktivizace a péče o prostředí. Důležité je si uvědomit, že poskytování ošetrovatelské péče je podstatně odlišné u soběstačných pacientů a pacientů zcela nesoběstačných, kteří jsou odkázáni na pomoc druhé osoby (vždy vycházíme z úrovně soběstačnosti pacienta). Při hygienické péči se u toalety zaměřujeme na hygienu dutiny ústní, péče o kůži a nehty a mytí vlasů. Při vyprazdňování se řídíme soběstačností pacienta. Zajistíme dostupnost toalety, podkládáme pod nemocného podložní mísu nebo dáme WC křeslo k lůžku. Používáme jednorázové kompenzační hygienické pomůcky (podložky, plenkové kalhotky). K zajištění bezpečnosti a pohodlí, k nastavení polohy pacienta a k usnadnění jeho pohybu používáme různé zařízení a pomůcky (žebříček, hrazda, postranice, matrace antidekubitní, rehabilitační vozík, berle, stolek k jídlu, ke čtení). Velmi důležité je stravování, základem je dietní systém. Zdravotní sestra je neustále v kontaktu s nutričním terapeutem a domlouvá s ním jídelníček. Strava pro dlouhodobě nemocné a pro seniory je rozdělena do pěti dávek. Velmi důležitá je aktivizace seniora. Napomáhá k prevenci kontraktur, dekubitů, infekcí, trombóz a pádů. V posledních letech jsou v nemocnicích zaváděny různé aktivizační techniky (ergoterapie, muzikoterapie, biblioterapie, zooterapie a řada dalších technik) (JUREČKOVÁ, 2011).

## **SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V DOMOVECH SENIORŮ**

Domov pro seniory patří mezi zařízení sociální, kde si pobyt hradí senior sám. Pobyt v domově seniorů je většinou trvalý a zdravotní péče patří mezi tzv. doplňkové služby. I zde jsou klienti s vážnými zdravotními problémy (s akutními i chronickými chorobami, klienti s různým stupněm demence, imobilní, zmatení a inkontinentní). Základní zdravotní péči v domovech pro seniory poskytují zdravotní sestry, lékaři a fyzioterapeuti. Mezi odborné lékaře, kteří se sociálním zařízením spolupracují, jsou: psychologové, logopedi, neurologové, urologové, psychiatři. Vždy záleží na možnosti jednotlivých zařízení. Klienti mají právo

ponechat si svého praktického lékaře, mají také možnost zaregistrovat se u lékaře, se kterým pobytové zařízení má smlouvu. Lékařská péče v domovech pro seniory je hrazena z veřejného zdravotního pojištění a lékař, který poskytl péči, ji musí také vykázat. U všech klientů musí být vedena zdravotnická dokumentace, kde musí být chronologické záznamy péče, provedené u pacienta (MARKOVÁ, 2014).

## **OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V DOMOVECH PRO SENIORY**

Ošetrovatelská péče je soubor odborných činností, které se zaměřují na udržení, prevenci, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin. Součástí ošetrovatelství je rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení, zajištění klidného umírání a důstojné smrti a péče o nevléčitelně nemocné. Ošetrovatelství se podílí na terapii, rehabilitaci a diagnostice. Ošetrovatelská péče zahrnuje zajištění pitného režimu, příjmu potravy, komplexní hygienickou péči, vyprazdňování, péče o dutinu ústní a pokožku, péče o odpočinek a spánek klienta, ošetrovatelská péče spočívá také v prevenci dekubitů, polohování, k opatření ke snížení bolesti, péče o umírající a zemřelé (MARKOVÁ, 2014).

Domovy pro seniory, nazývané dříve domov důchodců, je zařízení s celodenní péčí, ubytováním a stravou. Tato pobytová služba je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby, zejména při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu. V domově pro seniory je zajištěna zdravotní a sociální péče. Součástí služby je i péče lékaře, který pravidelně do zařízení dochází. Domovy pro seniory klientům nabízí aktivizační činnosti (účast na společenských a kulturních akcích, zájmové aktivity) (HOLMEROVÁ a kol., 2014)

Domov pro seniory je rozdělen zpravidla do několika částí dle soběstačnosti své klientely. Žijí zde klienti, kteří se dokáží o sebe částečně postarat sami, ale také i klienti, kteří jsou odkázáni na péči a pomoc personálu. Klient z domova důchodců hradí stravu, ubytování a péči, která je mu zde poskytována. Úhrada za péči je hrazena z příspěvku na péči, který domovu náleží a bývá zpravidla podmínkou přijetí do služby. V případech, kdy nepostačuje výše důchodu klienta na úhradu služeb, očekává se finanční pomoc rodiny klienta. Zdravotní péče klienta je poskytována na základě zdravotního pojištění (HOLMEROVÁ a kol., 2014).

## **SPECIFICKÉ LÉČEBNÉ POSTUPY POSKYTOVANÉ V DOMOVECH PRO SENIORY**

- Péče o PMK (permanentní močový katétr),
- péče o PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie),
- péče o pacienty s poruchou výživy, s kachexií,
- péče o dekubity, o rány,
- péče o klienty s onkologickým onemocněním, s hemodialyzační léčbou,
- péče o klienty s bércovými vředy,
- aplikace injekcí, podávání léků (MARKOVÁ, 2014).

Do zdravotní ošetrovatelské péče o klienty patří neustálé sledování, zaznamenávání a vyhodnocování změn ve zdravotním stavu, psychice a chování. Sestra posoudí tyto informace, informuje lékaře a postupuje dle jeho ordinace. Informace o poskytnuté ošetrovatelské péči se předávají písemnou a ústní formou na začátku a na konci služby (MARKOVÁ, 2014).

### **DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM**

Je označení pro celoroční pobytové zařízení pro lidi, kteří z důvodu svého postižení či onemocnění potřebují přizpůsobit služby tomuto omezení. Zaměřují se na poskytování služeb lidem se syndromem demence a to nejčastěji s Alzheimerovou chorobou, osobám se závislostí na alkoholu nebo pacientům s psychiatrickým onemocněním ve stádiu stabilizovaném. Domovy se zvláštním režimem fungují podobně jako domovy pro seniory. Především je rozdíl v tom, že jsou přizpůsobeny specifickým potřebám klientů. Je tím myšleno uzpůsobení pohybu v domově. V domovech pro seniory mají senioři volný pohyb, v domovech se zvláštním režimem je pohyb omezen z důvodu jejich bezpečnosti. Kromě stravy a ubytování nabízejí domovy se zvláštním režimem aktivity, které vedou k udržení soběstačnosti, dále vycházky, cvičení, poslech četby (HOLMEROVÁ a kol., 2014).

### **OŠETŘOVATELSKÁ ODDĚLENÍ**

Jedná se o oddělení, kde je především poskytována ošetrovatelská péče u klientů ve stabilizovaném zdravotním stavu nebo trvale progredujícím. Senioři, kteří jsou hospitalizováni na tomto oddělení, mají přesně stanovenou diagnózu, léčebný postup – základ tvoří ošetrovatelská péče, která nemůže být poskytována v domácím prostředí z důvodu

náročnosti. V rámci této péče je zde zajišťována toaleta pacientů, výživa (podávání stravy ústy, nebo za pomoci nazogastrické sondy, nebo cestou parenterální). Dále péče o vyprazdňování, péče o dekubity, o rány, o stomie. Je zde zajišťována oxygenoterapie, polohování klientů a jejich vertikalizace, sledování fyziologických funkcí, odběry biologického materiálu. Multidisciplinární tým, který pečuje o klienty na tomto oddělení, se především snaží o udržení stavu soběstačnosti. U seniorů s progredujícím onemocněním je kladen důraz na snahu udržet lidskou důstojnost, kvalitu života a kvalitní terminální péči (RŮŽIČKOVÁ, 2009).

## **PENZIONY PRO SENIORY**

Tato zařízení jsou určena invalidním osobám a seniorům, kteří jsou natolik soběstační a jsou schopni bydlet v bezbariérovém bytě, ve kterém jsou zřízeny potřebné služby, které si klienti hradí sami. Jakmile dojde u seniora ke zhoršení zdravotního stavu a stane se závislý na péči o okolí, musí být umístěn například do domova seniorů, kde mu bude poskytnuta potřebná péče (RŮŽIČKOVÁ, 2009).

## **ÚSTAVNÍ PÉČE**

Dojde-li k akutnímu zhoršení zdravotního stavu, který nelze v domácím prostředí zvládnout, dostává se senior do nemocničního zařízení. Geriatrická oddělení nejsou ve všech nemocnicích zřizována. Počet akutních geriatrických lůžek ve srovnání s ostatními obory a s ohledem na narůstající stárnoucí populaci je zcela nedostatečný. Ošetrovatelská, následná a dlouhodobá péče je poskytována v léčebnách dlouhodobě nemocných, v nemocnicích a rehabilitačních zařízeních. Podle zákona o sociálních službách se ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se mohou poskytovat pobytové sociální služby pacientům, kteří nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem k zdravotnímu stavu se nejsou schopni obejít bez pomoci fyzické osoby. Nemohou být propuštěni ze zdravotnického zařízení ústavní péče do té doby, než jim je zajištěna pomoc fyzickou osobou či osobou blízkou. Tato služba může poskytovat poskytnutí stravy, ubytování, pomoc při osobní hygieně, při zvládání běžných úkonů péče, dále kontakt se společenským prostředím, aktivizační činnosti, terapeutické činnosti (HOLMEROVÁ a kol., 2014).

## **PÉČE O KLIENTY V HOSPOCOVĚ PÉČI**

Hospicová péče se dělí na 3 základní formy a je organizována v hospici (v lůžkovém zařízení), ve stacionáři (je součástí hospice) a v domácím prostředí umírajícího (NESTROJLOVÁ, 2011).

Zakladatelkou hospicového hnutí v naší republice MUDr. Marie Svatošová. Prvním hospicem byl Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který byl otevřen 8. 12. 1995 s kapacitou 30 lůžek (RŮŽIČKOVÁ, 2009).

Hospicové zařízení se skládá z malé lůžkové části – do 25 lůžek a ze stacionáře (činnost je rozsáhlá a kombinovaná s agenturní domácí péčí). Jednolůžkové pokoje mají i přistýlku pro člena rodiny, který může být po celou dobu hospitalizace přítomen. Prostředí v hospicovém zařízení je velmi příjemné, interiér připomíná domov, než nemocnici. Hospicový režim se od nemocničního liší a je přizpůsoben potřebám umírajících. Pacienti uléhají a vstávají, kdy chtějí. Je-li to možné, pacient se hned ráno oblékne do civilních šatů a zapojuje se do života v hospici. Denní hygiena je prováděna podle přání nemocného. Stravovací režim je volný a nemocný si může zvolit hodinu, kdy bude chtít jíst. Každý hospitalizovaný má osobní pečovatelku nebo sestru a péče o nemocné je plně individualizovaná. Návštěvy jsou povoleny 7 dní v týdnu a 365 dní v roce. Je možná trvalá přítomnost jednoho z příbuzných. Její fyzická přítomnost je velikou psychickou podporou pro umírajícího (NESTROJLOVÁ, 2011).

V hospicovém zařízení s klienty pracuje multidisciplinární tým, který se specializuje na péči o umírající. Dokáže zhodnotit aktuální situaci, umí naslouchat a komunikovat s umírajícím i s doprovázejícími. Pracovníci v tomto zařízení na klienty pohlíží jako na jedince se svými bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami. Členové týmu spolu úzce spolupracují a snaží se zapojit do péče o umírající nejbližší dobrovolníky a rodinu. Tímto způsobem vytváří ideální podmínky, aby umírající mohl v posledním období svého života prožít ve společnosti blízkých s maximální péčí v důstojném prostředí (RŮŽIČKOVÁ, 2009).

## **LŮŽKOVÁ HOSPICOVA PÉČE**

Je určena pacientům, u kterých nejsou vhodné podmínky pro pobyt a umírání v domácím prostředí. V lůžkové hospicové péči se stará o pacienty tým lůžkového hospice, rodina se může také podílet na péči, ale nemusí. V hospicích je péče náročnější a nebylo

by ji možné zajistit v domácím prostředí. Součástí je také paliativní medicína, jenž se zabývá tlumením bolesti pacienta (ČASOPIS SESTRA, 2008).

## **DOMÁCÍ HOSPICOVA PÉČE**

Zahrnuje péči o klienty v preterminálním a terminálním stádiu života. Tato forma péče je poskytována klientům, u kterých ošetřující lékař předpokládá ukončení jejich terminálního stavu do následujících šesti měsíců. Pracovníci zajišťují odbornou péči, která zahrnuje management bolesti a emocionální podporu a mírní tak utrpení klienta a jeho blízkých v procesu umírání (JAROŠOVÁ, 2007).

Účastníci domácí péče v Anglii mají různý způsob přístupu k zdravotním službám. V současné době není žádný promyšlený způsob ohledně nejlepšího uspořádání těchto potřeb. Účel výzkumu byl probádat důkazy o tom, jak různé jsou modely domácích pobytů a služeb v závěru života a při umírání (GOODMAN, 2016).

## 5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES ZAMĚŘENÝ NA PACIENTA S DANÝM ONEMOCNĚNÍM

### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

**Jméno a příjmení:** X.X.

**Pohlaví:** žena

**Datum narození:** XXYY

**Věk:** 68 let

**Adresa bydliště a telefon:** XXYY

**Adresa příbuzných:** XXYY

**Rodné číslo:** XXYY

**Číslo pojišťovny:** 111

**Vzdělání:** střední odborná škola

**Zaměstnání:** důchodce

**Stav:** vdova

**Státní příslušnost:** česká

**Datum přijetí:** 10. 3. 2017

**Typ přijetí:** vícečetné otevřené zlomeniny bérce  
levé dolní končetiny

**Oddělení:** následná péče Z

**Ošetřující lékař:** XXYY

**Dorozumívací jazyk:** čeština

#### **Důvod přijetí udávaný pacientem:**

Pacientka udává, že upadla na zem, podjely jí nohy a byla přijata na traumatologickou ambulanci, kde jí bylo řečeno, že bude přijata k operaci a pak na traumatologické oddělení, po 7 dnech byla přeložena na následnou péči.

**Medicínská diagnóza hlavní:** S 8271 Fraktura bimalleolar. I sin. Lux. Tali aperta-zevní  
fixátor

#### **Medicínské diagnózy vedlejší:**

- Hypertenze I. stupeň
- DM II. typu na dietě a PAD (perorální antidiabetika)



## VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

**TK:** 140/90 mmHg

**Výška:** 168 cm

**P:** 56/min.

**Hmotnost:** 96 kg

**D:** 24/min.

**BMI:** 32 (nadváha)

**TT:** 37,0 C

**Pohyblivost:** nyní snižená mobilita

**Stav vědomí:** orientovaná (v čase, místě i prostoru)

**Krevní skupina:** AB, Rh negativní

### Nynější onemocnění:

Pacientka byla přijata k operačnímu řešení pro mnohočetné otevřené zlomeniny bérce levé dolní končetiny, kde byla pacientce zavedena dvojkombinace antibiotik Gentamycin a Klindamycin intravenózně. Pacientce byl z důvodu mnohočetných otevřených zlomenin v celkové anestezii navrtán zevní fixátor do kosti. Průběh hospitalizace bez komplikací. Den před propuštěním převaz rány (rána je klidná, bez patologické sekrece, na okrajích rány nekróza). Při propuštění je pacientka orientována, afebrilní, břicho měkké. Pacientka byla po telefonické domluvě přeložena nejprve na oddělení následné péče X, po týdnu hospitalizace na následné péči X byla pacientka přeložena k nám na oddělení následné péče na přání rodinných příslušníků.

### Informační zdroje:

Informace jsem získala od pacientky, zdravotního personálu, z dokumentace a od příbuzných pacientky.

## ANAMNÉZA

### Rodinná anamnéza:

**Matka:** zemřela v 92 letech na neprůchodnost cév, byla po amputaci levé dolní končetiny

**Otec:** zemřel v 72 letech na zápal plic

**Sourozenci:** bratr 70 let – důchodce, pracoval v letu

**Děti:** syn: 44 let – povoláním strojař

dcera: 48 let – povoláním úřednice

### Osobní anamnéza:

**Překonané a chronické onemocnění:** pacientka chronické onemocnění neudává

**Hospitalizace a operace:** operace žlučníku: nemocnice Zlín, chirurgické oddělení

operace kýly: nemocnice Zlín, chirurgické oddělení

operace křečových žil: nemocnice Kroměříž, chirurgické odd.

operace mnohočetných zlomenin holenní kosti: nemocnice Uherské Hradiště, traumatologické oddělení a poté oddělení následné péče

**Úrazy:** mnohočetné otevřené zlomeniny holenní kosti

**Transfuze:** pacientka podstoupila pouze 1 transfuzi po porodu dcery

**Očkování:** pacientka absolvovala pouze všechna povinná očkování podle očkovacího kalendáře.

### Léková anamnéza:

| Název léku               | Forma | Síla   | Dávkování                          | Skupina           |
|--------------------------|-------|--------|------------------------------------|-------------------|
| <b>Amloratio</b>         | tbl.  | 10 mg  | 1-0-0                              | antihypertenziiva |
| <b>Glucophage XR</b>     | tbl.  | 750 mg | 1-0-1                              | antidiabetika     |
| <b>Ultracod</b>          | tbl.  | 500 mg | 1-0-1                              | analgetika        |
| <b>Novalgin</b>          | inj.  | 2 ml   | a 6 hodin                          | analgetika        |
| <b>Klindamycin</b>       | inj.  | 600 mg | 1-1-1-1                            | antibiotika       |
| <b>Fraxiparine Multi</b> | inj.  | 0,6 ml | 0-0-1                              | antikoagulancia   |
| <b>Dalacin</b>           | tbl.  | 600 mg | 1-0-1                              | antibiotika       |
| <b>Dipidolor</b>         | Inj.  | 7,5 mg | při bolestech nad VAS 4 a 4 hodiny | opiát             |

### Alergologická anamnéza:

**Léky:** Brufen, Mironal, penicilin

**Potraviny:** neguje

**Chemické látky:** neguje

**Jiné:** neudává

#### Abúzy:

**Alkohol:** příležitostně

**Kouření:** nekuřák

**Káva:** pacientka již kávu 5 let nepije, udává, že dříve 4–5 denně

**Léky:** neudává

**Jiné návykové látky:** neudává

| <b>Gynekologická anamnéza:</b><br>(u žen)   | <b>Urologická anamnéza:</b><br>(u mužů)   |
|---|---|
| Menarche: od 14 let<br>Cyklus: pravidelný<br>Trvání: 39 let<br>Intenzita, bolesti:<br>PM: v 54 letech<br><br>UPT: 0<br>Antikoncepce: neužívala<br>Menopauza: v 54 letech<br>Potíže klimakteria: bez potíží<br><br>Samovyšetřování prsou: pacientka si samovyšetření prsou neprovádí, chodí pravidelně na mamografické vyšetření každé | Překonané urologické onemocnění:<br><br>Pacientka nemá urologické potíže<br><br><br><br><br><br><br>Poslední návštěva u urologa:<br>Samovyšetřování varlat: |

|   |  |
|---|--|
| 2 roky<br>Poslední gynekologická prohlídka: před 10<br>lety |  |
|---|--|

### **Sociální anamnéza:**

**Stav:** vdova

**Bytové podmínky:** bydlí v rodinném domě

**Vztahy, role a interakce v rodině:** vztahy v rodině má pacientka velmi dobré, dcera a syn se o ni starají, pravidelně se navštěvují, do nemocnice na návštěvu za matkou chodí každý den

**Vztahy, role a interakce mimo rodinu:** vztahy se sousedy a okolím má pacientka bezproblémové, pacientka je velmi tolerantní, ochotná a dokáže se hodně přizpůsobit

**Záliby:** zahrádka, čtení knížek a časopisů

**Volnočasové aktivity:** kulturní akce, pravidelně chodí do divadla

### **Pracovní anamnéza:**

**Vzdělání:** vyučena

**Pracovní zařazení:** důchodce

**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého:** 48 let působila v zaměstnání, odchod do starobního důchodu byl v 58 letech

**Vztahy na pracovišti:** bezproblémové, velmi přátelské

**Ekonomické podmínky:** standardní

### **Spirituální anamnéza:**

**Religiózní praktiky:** pacientka je věřící a pravidelně chodí do kostela, účastní se svateb i pohřbů

**POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 10. 3. 2017**

| <b>Popis fyzického stavu:</b>    |  |   |
|----------------------------------|--|---|
| <b>SYSTÉM:</b>                   | <b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:</b>  | <b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:</b>  |
| <b>Hlava a krk:</b>              | Občas mě bolí hlava.<br>Poslední dobou mě hodně bolí zuby, občas na to trpím.<br>Nemám ráda průvan, trpím poté na bolest obou uší.   | Hlava pacientky na poklep nebolestivá, inervace v normě, jazyk plazí středem, bez povlaku, zornice jsou izokorické, reagují na osvit, bulby ve středním postavení, bez nystagmu, skléry anikterické, spojivky růžové, šije volná, meningeální není, pulsace karotid symetrická, štítnou žlázu nehmatám. |
| <b>Hrudník a dýchací systém:</b> | Potíže s dýcháním nemám, ani bolest na hrudníku.   | Hrudník je symetrický, dýchání čisté, 24 dechů za minutu. Pacientka bez dýchacích potíží.   |
| <b>Srdečně cévní systém:</b>     | Léčím se na vysoký krevní tlak, ale výrazné potíže nemám. Se srdcem potíže nejsou.   | Srdeční ozvy pravidelné. Hodnoty krevního tlaku vyšší:150/70 - pacientka se léčí pro vysoký krevní tlak. Pulz 80 za minutu.   |
| <b>Břicho a GIT:</b>             | Občas mě bolí břicho, ale pouze v malé intenzitě.<br>Někdy trpím průjemem, ale to většinou když vypiji hrnek podmásli. Stolicí mám pravidelnou, zácpou netrpím.<br>Zpočátku na začátku hospitalizace jsem nebyla 3 dny na stolicí, ale důvodem byla změna prostředí. | Břicho je na poklep měkké, pro obezitu hůře prohmatané, pokleповě nebolestivé, játra a slezinu nehmatám. Na břichu viditelné hematomy po injekcích fraxiparinem.  |
| <b>Močový a pohlavní systém:</b> | Potíže s močením nemám, pálením a řezáním při močení netrpím. S onemocněním ledvin se nelčím.  | Ledviny jsou pokleповě nebolestivé. Bez patologického nálezu. Močový systém je bez známek infekce. Moč je bez zápachu, bez patolog. nálezu.   |

| <b>SYSTÉM:</b>                    | <b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:</b>  | <b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:</b>   |
|-----------------------------------|--|--|
| <b>Kosterní a svalový systém:</b> | Na bolesti kloubů a svalů jsem si do úrazu nestěžovala, občas mě klouby bolely, ale to k mému věku patří. Po úraze mě klouby a svaly bolí ve větší intenzitě díky úraze a také díky snížené mobilitě.        | Pacientka zaujímá polohu vleže na zádech, s dolními končetinami přes okraj lůžka a chůze ve vysokém chodítku a podpažních berlič. Páteř pacientky bez patologického nálezu, skoliózou netrpí. Svaly pacientky jsou oslabené po úraze.                                      |
| <b>Nervový systém a smysly:</b>   | Nepocítuji výrazné potíže v oblasti nervového systému. Zrak a sluch mám v normě.   | Pacientka je lucidní, při vědomí. Orientovaná je v čase, místě a prostoru. Všechny reflexy jsou zachované. Vidí velmi dobře. Nosí jen občas brýle na čtení. Se sluchem nemá problémy. Nemusím zvyšovat na pacientku hlas.  |
| <b>Endokrinní systém:</b>         | Výrazné potíže endokrinního systému nemám. Léčím se s cukrovou – léčba probíhá tabletkami a dietou. Problémy se štítnou žlázou nemám.  | Viditelně i palpačně nehmatám zvětšení štítné žlázy. Pacientka je diabetička na dietě a PAD (perorální antidiabetika). Endokrinní systém je bez patologického nálezu.  |
| <b>Imunologický systém:</b>       | Zásadní potíže v oblasti imunologického systému nemám. Mám pouze pozitivní alergickou anamnézu na léky (brufen, mironal a penicilin)   | Pacientka má pouze pozitivní lékovou anamnézu – brufen, mironal a penicilin. Imunologický systém jinak téměř bez potíží  |
| <b>Kůže a její adnexa:</b>        | Trpím na suchou pokožku, denně si ji promazávám indulónou. Také se mi velmi často mastí vlasy, používám šampón na mastné vlasy. Momentálně mám porušenou kožní integritu z důvodu zlomeniny a následné zevní | Kůže pacientky je velmi suchá, šupinatá. Kožní turgor je v normě. Pacientka má nehty krátké, ostříhané, čisté. Vlasy pacientky jsou vždy učesané, upravené, pouze trpí na mastnotu vlasů. Operační rána pacientky je bez sekrece, vstupy operační rány jsou zarudlé, lehce |

|  |                                 |   |
|--|---------------------------------|---|
|  | fixace na levé dolní končetině. | strupy – černá nekróza – končetina prokrvená, bez otoků, lehce bolestivá na pohmat. Na břicho pacientky drobné hematomy po aplikacích fraxiparinem. |
|--|---------------------------------|---|

### Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacientka po celou dobu rozhovoru spolupracuje, odpovídá na všechny kladené otázky. Fyziologické funkce pacientky měřeny v pravidelných intervalech. Denně probíhá kontrola operační rány a zevního fixátoru.

| Aktivity denního života |                    |  |  |
|-------------------------|--------------------|--|--|
|                         |                    | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE  | OBJEKTIVNÍ ÚDAJE   |
| <b>Stravování:</b>      | <b>doma</b>        | Stravuji se zdravě, jím dostatek ovoce a zeleniny, mléčné výrobky, dostatek vlákniny, luštěnin. Kořeněným, mastným a tučným jídlům se vyhýbám. Stravuji se 4–5 denně po menších dávkách. | Stav výživy u pacientky je velmi dobrý, stravuje se zdravě.  |
|                         | <b>v nemocnici</b> | V nemocnici jím všechno jídlo, také se stravuji zdravě s dostatkem ovoce a zeleniny. V pravidelných intervalech jím 4–5 denně. Na nemocniční stravu si nestěžuji.                        | V nemocnici se pacientka stravuje 4–5 denně v menších dávkách, každý den jí ovoce i zeleninu. Pije jemně perlivou neochucenou minerálu, čaje a na svačinu vždy hrnek podmáslí. Diabetickou dietu č. 9 pacientka zodpovědně dodržuje. |

|                            |                    |   |  |
|----------------------------|--------------------|---|--|
| <b>Příjem tekutin:</b>     | <b>doma</b>        | Doma vypiji denně 2–3 litry tekutin. Mám raději jemně perlivé neochucené minerální vody, také mám velmi ráda čaje – černý i zelený čaj.   | U pacientky se neprojevují sklony k dehydrataci. Kožní turgor je v normě.  |
|                            | <b>v nemocnici</b> | V nemocnici vypiji stejné množství tekutin okolo 2–3 litrů denně. Hlavně také jemně perlivé neochucené minerálky, čaje a podmásli na svačinu denně.   | V nemocnici pacientka vypije okolo 2–3 litrů denně. Pije minerálku, čaje a podmásli. Pacientka dehydrataci netrpí, kožní turgor v normě.   |
| <b>Vylučování moče:</b>    | <b>doma</b>        | Chodím na záchod doma 6krát denně. Problémy s močením nemám.  | Pacientka chodí doma na záchod 6krát denně. Potíže neudává. U pacientky se neprojevily známky infekce.   |
|                            | <b>v nemocnici</b> | V nemocnici jsem se z počátku vyprazdňovala na podložní mísu, díky zhoršenému zdravotnímu stavu a snížené mobilitě, nyní zvládám chůzi o vysokém chodítka a o 2 podpažních berličích a chodím na WC s doprovodem zdravotního personálu. | V nemocnici se pacientka z počátku vyprazdňovala do podložní mísy zhruba 4–5krát denně. Nyní chodí za pomoci podpažních berlí a za pomoci vysokého chodítka na WC. Moč je bez zápachu, bez příměsí a bez patologického nálezu. |
| <b>Vylučování stolice:</b> | <b>doma</b>        | Stolice je doma pravidelná a tuhá, chodím denně, zácpou ani průjmem netrpím.  | Pacientka má stolicí pravidelnou, vyprazdňuje se denně. Zácpou pacientka netrpí.   |



|                        |                    |  |  |
|------------------------|--------------------|--|--|
|                        | <b>v nemocnici</b> | V nemocnici jsem se také zpočátku vyprazdňovala do podložní mísy, nyní také chodím již na WC, neustále pod dohledem personálu. Zpočátku při nástupu do nemocnice jsem trpěla zácpou díky změně prostředí, občas i průjmem díky podmáslí, které dostaneme na svačinu, ale nyní problémy se stolicí již nemám. | Vyprazdňování stolice u pacientky v nemocnici je bez potíží. Pacientka má stolicí pravidelnou, tuhou, bez patologického nálezu. Občas po jogurtech a podmáslí lehce průjem. Pacientka zácpou netrpí. Zpočátku probíhalo vyprazdňování do podložní mísy, nyní pacientka chodí na WC o podpažních berličích i za pomoci vysokého chodítka s doprovodem ošetřujícího personálu. |
| <b>Spánek a bdění:</b> | <b>doma</b>        | Výrazné potíže se spánkem doma nemám, jen občas nemohu usnout. Spánek mám pravidelný, spím 7–8 hodin.  | Pacientka je viditelně bez známek únavy.   |
|                        | <b>v nemocnici</b> | V nemocnici jsem zpočátku trpěla nespavostí, ale přisuzovala jsem to změnou prostředí. Užívala jsem tabletku na spaní, ale nyní mám spánek nenarušený, tabletky momentálně neužívám.   | Pacientka si na výrazné problémy se spánkem nestěžuje, v noci spí. Spánek pacientky v nemocnici je pravidelný, bez jakéhokoliv narušení.   |

|                              |                    |  |  |
|------------------------------|--------------------|--|--|
| <b>Aktivita a odpočinek:</b> | <b>doma</b>        | Než se mi stal úraz, věnovala jsem se práci na zahrádce, je to můj největší koníček. Doma přes den chvíli odpočívám na pohovce díváním se na televizi, čtením a luštěním křížovek. Také jsem pravidelně chodila do divadla a na kulturní akce. Momentálně se zahrádce již nevěnuji díky zhoršenému zdravotnímu stavu a snížené mobilitě. | Pacientka před úrazem plně soběstačná. Její největší aktivitou, zálibou a koníčkem je zahrádka.  |
|                              | <b>v nemocnici</b> | V nemocnici přes den sedím s nohama dole a čtu si knížky a luštím křížovky, dívám se na televizi. Také chodím s rehabilitační sestrou a fyzioterapeutkou po chodbě ve vysokém chodítku a o podpažních berlích, pořád musím chodit s doprovodem sestry nebo fyzioterapeutky.  | Pacientka v nemocnici přes den odpočívá, většinou po obědě. Poté si čte a luští křížovky a sleduje televizi. Přes den chodí po chodbě pod dohledem fyzioterapeutky nebo všeobecné sestry ve vysokém chodítku a o podpažních berlích alespoň 2–3krát denně. Pacientka cvičí také vleže v lůžku lehce zvedáním operované levé dolní končetiny. Chůze pacientky je stále nejistá. |

|                      |                    |  |  |
|----------------------|--------------------|--|--|
| <b>Hygiena:</b>      | <b>doma</b>        | Doma mám sprchový kout i vanu, využívám obojí. Po příchodu domů si budu muset pořídit madla do vany a protiskluzovou podložku jako prevenci pádu.  | Pacientka má své hygienické návyky. Doma má sprchový kout i vanu.  |
|                      | <b>v nemocnici</b> | V nemocnici probíhala zpočátku hygiena většinou na lůžku s dopomocí sestry. Momentálně se můj zdravotní stav a mobilita postupně velmi zlepšuje a hygiena si provádím sama na lůžku s malou dopomocí personálu. Také do sprchy chodím pouze s doprovodem sestry. | V nemocnici probíhá hygiena pacientky na lůžku. Pacientka pod dohledem ošetřujícího personálu chodí do sprchy za pomoci vysokého chodítka a 2 podpažních berlí. Zpočátku byla hygiena prováděna ošetřujícím personálem, nyní se mobilita u pacientky velmi zlepšila a hygiena na lůžku provádí s malou dopomocí.                                   |
| <b>Soběstačnost:</b> | <b>doma</b>        | Před úrazem jsem byla plně soběstačná, pracovala jsem na zahrádce. Kolem sebe jsem si vždy udělala všechno sama.   | Před úrazem byla pacientka plně soběstačná. Po úrazu byla mobilita pacientky snižena. Nyní si pacientka kolem sebe udělá všechno potřebné, ale ještě s malou dopomocí personálu. Pacientka stále potřebuje dohled druhé osoby. Barthelův test před úrazem 100 bodů. Barthelův test při přijetí 65bodů. Barthelův test během hospitalizace 85 bodů. |

|  |                    |   |   |
|--|--------------------|---|---|
|  | <b>v nemocnici</b> | <p>V nemocnici díky úrazu a snížené mobilitě jsem zpočátku potřebovala pomoc sestry při hygieně a oblékání. Momentálně hygienu zvládám pouze s malou pomocí, poprosím sestřičky, aby mi umyly záda. Při chůzi musím mít neustále doprovod sestry.</p> | <p>Zpočátku byla soběstačnost pacientky snižená, potřebovala pomoc druhé osoby při osobní hygieně. Nyní hygienu na lůžku zvládá s malou pomocí. Hygienu v koupelně pacientka ještě sama nezvládne, potřebuje doprovod a pomoc personálu. Pacientka je den ode dne šikovnější. Sedí s nohama dole přes okraj lůžka. S pomocí sester chodí za pomoci podpažních berlí a vysokého chodítka na WC. Snaží se spoustu věcí kolem sebe zvládnout sama.</p> |
|--|--------------------|---|---|

| Posouzení psychického stavu |  |  |
|-----------------------------|--|--|
|                             | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE  | OBJEKTIVNÍ ÚDAJE   |
| <b>Vědomí:</b>              | Jsem plně orientovaná.   | Pacientka je po celou dobu hospitalizace při vědomí.   |
| <b>Orientace:</b>           | Jsem orientovaná v čase, místě i prostoru.   | Pacientka je orientovaná v čase, místě a prostoru.   |
| <b>Nálada:</b>              | Většinou mám pozitivní, veselou náladu, ale občas na mě přijde smutek. Dokáži se i pořádně rozčlít, když mě něco nebo někdo hodně naštvě. Ale převažuje u mě pozitivní nálada. | U pacientky převažuje pozitivní nálada. Ze začátku byla velmi nervózní, bezradná a smutná hlavně z důvodu, co s ní bude dál a jak se bude zlomenina vyvíjet. |
| <b>Paměť:</b>               | <b>staropaměť</b>  | Pamatuji si na všechno, co se událo v mém životě, všechny zážitky, vzpomínky i události – někdy si říkám, jako by to bylo dnes.                              |
|                             | <b>novopaměť</b>   | I nyní si všechno velmi dobře pamatuji.  |
| <b>Myšlení:</b>             | V mém věku si myslím, že mi to ještě velmi dobře myslí.  | Pacientka nemá problémy s myšlením. Na všechny otázky srozumitelně a jasně odpovídá. Všem kladeným otázkám rozumí.   |
| <b>Temperament:</b>         | Jsem přátelská, veselá, usměvavá a mám ráda kolem sebe lidi.   | Pacientka je extrovert.  |
| <b>Sebehodnocení:</b>       | Nad nikým a ničím se nepovyšuji, na nic nehraji.   | Pacientka se hodnotí průměrně.   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Vnímání zdraví:</b>   | Moje moto zní: Jak není člověk zdravý, nemá nic.   | Pacientka své zdraví vnímá za velmi důležité a zodpovědné. Zdraví je pro ni prioritou.  |
| <b>Vnímání zdravotního stavu:</b>                                  | Svůj zdravotní stav vnímám už mnohem lépe. Zpočátku jsem byla uvnitř bezradná, že si kolem sebe neudělám to, co jsem doteď zvládla, a že budu odkázaná na pomoc druhých. Brala jsem to jako přítěž, že budu druhým na obtíž. | Z počátku z důvodu strachu svůj zdravotní stav nevnímala pozitivně. Nyní vidí, že zdravotní stav se velmi zlepšuje a pacientka věří, že všechno velmi dobře dopadne a vidí všechno velmi pozitivně.                           |
| <b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:</b>                | Ze začátku to byl pro mě hodně velký šok, nikdy jsem neměla nic zlomeného, doteď jsem se starala o sebe sama, všechno jsem zvládala, špatně jsem nesla situaci, že budu odkázaná na péči a druzí se o mě budou starat.       | Ze začátku reagovala pacientka na svoje onemocnění negativně, neprožívala své onemocnění s pozitivní náladou, měla o své zdraví strach. Momentálně vidí, že se každý den zlepšuje v rámci mobility, spoustu věcí zvládá sama. |
| <b>Reakce na hospitalizaci:</b>                                    | První dny byly nejhorsí, poté jsem si zvykla.  | První dny byly pro pacientku děsivé, nyní si již zvykla i na personál, který si velmi chválí.   |
| <b>Adaptace na onemocnění:</b>                                     | Z počátku jsem se s tím smířovala velmi těžko. Postupem času už to bylo lepší.   | Pacientce trvala zpočátku adaptace na své onemocnění, nedokázala se s tím hned smířit, nyní se však již kladně adaptovala na své onemocnění.  |
| <b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):</b> | Trpěla jsem obavami, strachem i stresem, co všechno mě čeká, ale nyní všechnen stres a obavy ze mě spadly.   | V prvních dnech hospitalizace u pacientky převládala úzkost, strach, nejistota, co bude dál. Momentálně vidí vše pozitivně.   |
| <b>Zkušenosti z předcházejících</b>                                | Zkušenosti z předcházejících hospitalizací mám velmi dobré.  | Zkušenosti z předcházejících oddělení jsou ze strany  |

|   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| <p><b>hospitalizací</b><br/>(iatropatogenie,<br/>sorrorigenie):</p> | <p>Byla jsem na operaci s kýlou a žlučníkem ve Zlínské nemocnici na chirurgickém oddělení a hospitalizace proběhla v naprostém pořádku, zdravotnický personál byl velmi milý a ochotný. Na operaci křečových žil jsem byla v Kroměřížské nemocnici na chirurgickém oddělení a také jsem byla velmi spokojená. I Uherskohradišťská nemocnice a oddělení traumatologie a následné péče hodnotím velmi kladně.</p> | <p>pacientky velmi pozitivní.</p> |
|---|---|-----------------------------------|

**Posouzení sociálního stavu**

|                              |                            | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE  | OBJEKTIVNÍ ÚDAJE   |
|------------------------------|----------------------------|--|--|
| <p><b>Komunikace:</b></p>    | <p><b>verbální</b></p>     | <p>Jsem velmi komunikativní a přátelská.</p>                               | <p>Pacientka je velmi komunikativní, otevřená a přátelská. Na pokoji je celkem se dvěma pacientkami, se kterými si neustále povídá, vyprávějí si příběhy z minulých dob, ze současnosti.</p> |
|                              | <p><b>neverbální</b></p>   |  |  |
| <p><b>Informovanost:</b></p> | <p><b>o onemocnění</b></p> | <p>Jsem velmi dobře informovaná o svém onemocnění ošetřujícím lékařem.</p> | <p>Pacientka byla informovaná o onemocnění lékařem u vizity.</p>   |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <b>o diagnostických metodách</b>  | Také o diagnostických metodách jsem byla svým ošetřujícím lékařem informována.   | Také o diagnostických metodách ji ošetřující lékař informoval.   |
|  | <b>o specifikách ošetrovatelské péče</b>                                    | O specifikách ošetrovatelské péče jsem byla informována lékařem, staniční sestrou, všeobecnými sestrami, fyzioterapeutem.                          | O specifikách ošetrovatelské péče byla pacientka informována staniční sestrou, fyzioterapeutem a všeobecnými sestrami. |
|  | <b>o léčbě a dietě</b>  | O léčbě jsem byla informována lékařem, primářkou oddělení. O dietě mě informoval také lékař a celý ošetřující personál včetně nutriční terapeutky. | O léčbě byla pacientka informována lékařem a primářkou oddělení. O dietě lékařem a hlavně nutriční terapeutkou.        |
|  | <b>o délce hospitalizace</b>  | O délce hospitalizace mě informoval lékař a primářka oddělení.   | O délce hospitalizace pacientku informoval její ošetřující lékař a primářka oddělení.                                  |
| <b>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:</b> | <b>primární role</b><br>(související s věkem a pohlavím):                   | Jsem žena a je mi 68 let.  | Primární role není hospitalizací ovlivněna.  |
|  | <b>sekundární role</b><br>(související s rodinou a společenskými funkcemi): | Jsem sestra, matka, švagrová, babička.   | Sekundární role je lehce narušena hospitalizací.   |
|  | <b>terciální role</b><br>(související s volným časem a zálibami):           | Moje největší záliba je zahrádka, na které jsem do svého úrazu trávila hodně svého času.   |  |



## MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

### Ordinovaná vyšetření:

#### Konzervativní léčba:

**Dieta:** 9 **Pohybový režim:** snížená mobilita, omezená pohyblivost **Fyzioterapie:** chůze ve vysokém chodítku a podpažních berlič s doprovodem

**Výživa:** 9

#### Medikamentózní léčba:

- **per os:** Glucophage 750 mg, Amloratio 5mg, Bisoprolol 5 mg, Analergin 10 mg, Dalacin 600 mg
- **intravenózní:** na oddělení následné péče intravenózní léčba nebyla
- **per rectum:** Paralen supp.
- **jiná:** Novalgin 2 ml i.m. při bolestech nad VAS 4  
Fraxiparine Multi 0,6 ml s.c jako prevence tromboembolické nemoci po operaci

**Chirurgická léčba:** Operace otevřené zlomeniny bérce na levé dolní končetině

### SITUAČNÍ ANALÝZA:

Pacientka 67 let, momentálně již v důchodu byla přijata z traumatologického oddělení na následnou péči X a poté na žádost rodinných příslušníků byla přijata na naše oddělení následné péče Z.

Pacientka je při přijetí orientovaná (v čase, místě a prostoru), spolupracovala. Pacientka je hospitalizovaná pro mnohočetné otevřené zlomeniny hlezenní kosti levé dolní končetiny, kde jí byl do kosti navrtán zevní fixátor ze 4 invazivními vstupy. U pacientky jsou pravidelně odebírány odběry krve. Pravidelně se jí měří krevní tlak, pacientka se léčí s vysokým krevním tlakem. Pravidelně jí jsou podávány léky dle ordinace lékaře a podle potřeby pacientky při bolesti nad VAS 4 analgetika. Jednou za 14 dní chodí pravidelně na traumatologické kontroly, kde probíhá převaz a toaleta rány a další doporučení, jak se bude rána dále převazovat. U pacientky se denně kontrolují invazivní vstupy a okolí zevního fixátoru. Rána

je bez sekrece, krváčení, pouze v okolí invazivních vstupů lehce černé nekrotické strupy. Denně u pacientky probíhá převaz operační rány u nás na oddělení následné péče Z.

Mobilita pacientky probíhá postupně. Z počátku byla u pacientky lehce snížená sebepéče v oblasti hygieny na lůžku, pacientka potřebovala zpočátku dopomoc druhé osoby. Co se týká hygieny v koupelně, zde je u pacientky deficit sebepéče snížený. Pacientka potřebuje dohled nad koupelí a doprovod do koupelny. Pacientka se zapojovala do sebepéče již na předchozím oddělení následné péče X, kde probíhala u pacientky rehabilitace. Denně k nám chodí rehabilitační sestra, která má pacientku na starosti. Z počátku jako i na předchozím oddělení probíhá rehabilitace v lůžku, poté pacientka sedí s nohama dole přes okraj lůžka. Postupně probíhá rehabilitace mimo lůžko. Stoj schůze ve vysokém chodítku na pokoji a poté po chodbě. Po zvládnutí vysokého chodítka probíhá rehabilitace o dvou podpažních berlích první na pokoji a poté na chodbě. Pacientka po celou dobu rehabilitace spolupracuje. Pacientka chodí do sprchy za pomoci vysokého chodítka a o podpažních berlích za doprovodu ošetřujícího personálu. Také na toaletu pacientka chodí již na WC s vysokým chodítkem a o podpažních berlích, ale musí být pod dohledem sester a fyzioterapeutky, chůze pacientky je stále nejistá. Pacientka po celou dobu hospitalizace spolupracuje, je velmi ochotná, vstřícná a ošetřující personál si velmi chválí. Postupně personál zapojuje do sebepéče i rodinné příslušníky pacientky, personál rodinně vysvětluje, jak správně chodit s pacientkou o podpažních berlích, do koupelny, rodina je informovaná, jak se s pacientkou pohybovat v domácím prostředí a jak se vyvarovat pádu. Personál rodinně zdůrazňuje důležitost používání kompenzačních pomůcek. Rodina od personálu dostala informační letáky. Průběh hospitalizace u pacientky probíhá bez komplikací. V průběhu dalšího měsíce je u pacientky plánováno propuštění do domácí péče.

## OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY PODLE NANDA TAXONOMIE 2015-2017

### Stanovení ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:

#### Aktuální diagnózy

**Akutní bolest** (00132) z důvodu operačního zákroku, projevující se vyhledáváním úlevové polohy.

**Deficit sebeděče při koupání** (00108) z důvodu snížené mobility, projevující se sníženou schopností dostat se do vany, do sprchy.

**Zhoršená chůze** (00088) z důvodu zevního fixátoru na levé dolní končetině, projevující se nejistou chůzí.

**Narušená integrita kůže** (00046) z důvodu invazivního vstupu, cizího tělesa v kůži (zevní fixátor), projevující se začervenáním v okolí invazivních vstupů.

#### Potencionální diagnózy

**Riziko infekce** (00004) z důvodu cizího tělesa v ráně (zevní fixátor) na levé dolní končetině

**Riziko pádu** (00155) z důvodu snížené mobility

**Riziko krváčení** (00206) z důvodu aplikace nízkomolekulárního heparinu

#### Ošetřovatelská diagnóza:

**Akutní bolest** z důvodu operačního zákroku, projevující se na stupnici VAS škále č. 6 a vyhledáváním úlevové polohy

**Název, kód:** 00132

**Doména:** 12. Komfort

**Třída:** 1. Tělesný komfort

**Definice:** Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození

(Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírného po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

**Určující znaky:** vyhledávání antalgické polohy, výraz bolesti v obličeji (grimasa), nesoustředěné chování, ochranné chování

**Související faktory:** fyzikální původci zranění (operace)

**Rizikové faktory:** deprese, narušený spánek, riziko pádu

**Priorita:** střední

**Cíl (krátkodobý, dlouhodobý):**

**krátkodobý:** U pacientky dojde po podání analgetik ke snížení bolesti podle vizuální analogové škály z VAS 6 na VAS 4 do 1 hodiny.

**dlouhodobý:** Do ukončení hospitalizace a po jejím propuštění z nemocnice škála bolesti u pacienta bude na hodnotě VAS3.

**Očekávané výsledky:**

- U pacientky dojde ke snížení bolesti vyhledáním úlevové polohy do 15 minut.
- U pacientky dojde ke snížení bolesti na VAS škále po podání analgetické léčby do 1 hodiny na hodnotu 4.
- U pacientky budou fyziologické funkce měřeny v pravidelných intervalech co 15 minut.
- U pacientky budou fyziologické funkce v normě do 1 hodiny.
- Pacientka nebude pociťovat výrazný strach a úzkost do 1 hodiny.
- Pacientka bude verbalizovat výraznou úlevu od bolesti do 1 hodiny.
- Pacientka do konce hospitalizace bude mít škálu bolesti na hodnotě VAS 3.

**Plán intervencí:**

1. Sleduj verbální i neverbální projevy bolesti u pacientky (sestra, fyzioterapeutka).
2. Posuď bolest pacienta (nástup, trvání, charakter, lokalizace a stupnice bolesti od 0–10 (sestra).
3. Podporuj pacienta při vyhledávání úlevové polohy (sestra, fyzioterapeutka ošetrovatelka).
4. Pacientku edukuj o využívání vizuální analogové škály (sestra).
5. Podávej analgetika podle ordinace lékaře (sestra).
6. Sleduj vedlejší účinky podávaných léků, případné komplikace zapisuj do dokumentace (sestra).
7. Kontroluj a pravidelně prováděj zápis do dokumentace o výsledcích fyziologických funkcí (sestra).

**Realizace ze dne 10. 3. 2015:**

- 7:00 pacientka udává bolest podle vizuální analogové škály na VAS 6 (sestra)
- 7:05 podány analgetika podle ordinace lékaře a sledovány vedlejší účinky léků (sestra)
- 7:07 pacientka lehce pociťuje strach a úzkost (sestra)
- 7:10 pacientka vyhledává úlevovou polohu (sestra)
- 7:15 změřeny fyziologické funkce a ihned proveden personálem zápis do dokumentace (datum, čas a podpis) - sestra
- 7:20 sledovány verbální a neverbální projevy u pacientky (sestra)
- 7:25 pacientka cítí úlevu od bolesti po úlevové poloze (sestra)
- 7:30 změřeny fyziologické funkce (v normě) a ihned proveden personálem zápis do dokumentace (datum, čas a podpis) – sestra

- 7:35 pacientka po podání analgetické léčby cítí výraznou úlevu od bolesti podle vizuální analogové škály na stupnici č. 5 (sestra)
- 7:40 sledovány verbální a neverbální projevy u pacientky (sestra)
- 7:45 změřeny fyziologické funkce (v normě) a ihned proveden personálem zápis do dokumentace (datum, čas a podpis) – sestra
- 7:50 pacientka lehce zaujímá úlevovou polohu (sestra)
- 7:55 pacientka cítí výraznou úlevu od bolesti podle vizuální analogové škály na stupnici VAS 4 (sestra)
- 8:00 změřeny fyziologické funkce (v normě) a ihned proveden personálem zápis do dokumentace (datum, čas a podpis) - sestra

**Hodnocení:** U pacientky došlo po podání analgetik ke snížení bolesti podle vizuální analogové škály z VAS 6 na VAS 4 do 1hodiny. Cíl byl splněn.

Vzhledem na probíhající hospitalizaci není možné dlouhodobý cíl vyhodnotit.

**Ošetrovatelská diagnóza:**

**Deficit sebeděče při koupání** z důvodu snížené mobility, projevující se sníženou schopností dostat se do vany, sprchového koutu.

**Název, kód:** 00108

**Doména:** 4. Aktivita/odpočinek

**Třída:** 5. Sebeděče

**Definice:** Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

**Určující znaky:** zhoršená schopnost dostat se do koupelny

**Související faktory:** úzkost, překážky v prostředí, bolest, slabost

**Rizikové faktory:** riziko pádu, riziko dalšího poranění, úrazu

**Priorita:** střední

**Cíl:**

**krátkodobý:** Pacientka za doprovodu ošetřujícího personálu, fyzioterapeutek a za pomoci vysokého chodítka a 2 podpažních berlí, bude zvládat hygienu v koupelně do 3 dnů.

**dlouhodobý:** Do ukončení hospitalizace bude pacientka zvládat hygienickou péči za pomoci rodinných příslušníků.

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka se naučí způsobu, jak provádět hygienu v koupelně – dle svých možností a schopností do 3 dnů.
- Rodinní příslušníci budou informováni personálem do 3 dnů, jak provádět celkovou hygienu v koupelně.
- Pacientka bude aktivní, snaživá a co nejdříve se zapojí do sebeděče do 3 dnů.
- Pacientka umí využívat pomůcky k osobní hygieně do konce hospitalizace.

- Pacientka bude pociťovat verbálně spokojenost se schopností sebepéče do konce hospitalizace

#### **Plán intervencí:**

1. Umožni pacientce dostatek času a prostoru (sestra, fyzioterapeutka).
2. Dbej na bezpečnost pacientky-prevence riziko pádu (sestra, fyzioterapeutka).
3. Respektuj stud pacientky (sestra, fyzioterapeutka).
4. Nespěchej na pacientku, respektuj momentální stav snížené sebepéče (sestra, fyzioterapeutka).
5. Informuj pacientku o nutnosti používání madel v koupelně a protiskluzové podložky (sestra, fyzioterapeutka).
6. Vždy zajisti vhodné prostředí (sestra, fyzioterapeutka).
7. Zajisti pacientce doprovod do koupelny za pomoci vysokého chodítka nebo dvou podpažních berlí, zajisti pacientce dopomoc při koupání (sestra, fyzioterapeutka).

#### **Realizace ze dne 10. 3. 2017:**

- 8:00 ranní toaleta provedena dnes u lůžka pacientky (sestra)
- 8:05 dopomoc pacientce při vykonávání ranní hygieny a zapojení pacientky co nejvíce do sebepéče (sestra)
- 8:25 kompletně převlečeno lůžko pacientky – provedena výměna ložního prádla (sestra)
- 8:45 pacientce promazáno celé tělo kafrovým olejem (sestra)
- 9:00 pacientka se po vykonání ranní toalety cítí spokojená a svěží, neverbálně pacientka vyzařuje pozitivní výraz v obličejí (sestra)
- 16:30 příchod personálu na pokoj pacientky (sestra, fyzioterapeutka)
- 16:35 edukace pacientky personálem o večerní hygieně v koupelně (sestra, fyzioterapeutka)



- 16:45 pacientka si za pomoci personálu sedá s nohama dole přes okraj lůžka (sestra, fyzioterapeutka)
- 16:50 pacientka si nachystá hygienické potřeby a ručník s malou dopomoci personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 16:55 pacientka za dopomoci personálu si stoupá do vysokého chodítka (sestra, fyzioterapeutka)
- 17:00 pacientka odchází z pokoje do koupelny pod dohledem personál a za pomoci vysokého chodítka (sestra, fyzioterapeutka)
- 17:10 příchod pacientky do koupelny (sestra, fyzioterapeutka)
- 17:15 edukace pacientky personálem o riziku pádu, o důležitosti používání kompenzačních pomůcek (sestra, fyzioterapeutka)
- 17:20 pacientka si sedá na sedačku ve sprchovém koutě za pomoci personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 17:25 provedena celková hygiena u pacientky s dopomoci personálu, pacientka sama hygienu v koupelně bez dopomoci personálu nezvládne (sestra, fyzioterapeutka)
- 17:30 personál se pacientku snaží zapojovat co nejvíce do sebeděče v oblasti hygieny v koupelně (sestra, fyzioterapeutka)
- 17:40 po ukončení hygieny, personál pacientce natře záda kafrovým olejem (sestra, fyzioterapeutka)
- 17:45 personál pacientce pomáhá postavit se do vysokého chodítka (sestra, fyzioterapeutka)
- 17:50 pacientka odchází z koupelny pod neustálým dohledem personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 18:00 příchod pacientky na pokoj (sestra, fyzioterapeutka)
- 18:05 personál pacientce pomáhá z vysokého chodítka do lůžka (sestra, fyzioterapeutka)

- 18:10 pacientka neverbálně vyzařuje pozitivní náladu a úsměv obličejí (sestra, fyzioterapeutka)

### **Realizace ze dne 11. 3. 2017:**

- 8:00 příchod rodinných příslušníků a personálu na pokoj pacientky (sestra, fyzioterapeutka)
- 8:10 edukace rodinných příslušníků personálem v oblasti hygieny v koupelně a nutnosti používání kompenzačních pomůcek (sestra, fyzioterapeutka)
- 8:15 pacientka za pomoci personálu si sedá nejprve s nohama přes okraj lůžka (sestra, fyzioterapeutka)
- 8:17 pacientka si nachystá veškeré hygienické potřeby, rodina se zapojuje do činností (sestra, fyzioterapeutka)
- 8:20 poté pacientka za pomoci fyzioterapeutky jde do stoje o 2 podpažních berlích (sestra, fyzioterapeutka)
- 8:20 personál zapojuje rodinné příslušníky do veškerých činností a podává rodinně důležité informace v dané oblasti (sestra, fyzioterapeutka)
- 8:25 pacientka jde za pomoci 2 podpažních berlí a za doprovodu personálu a rodinných příslušníků do koupelny (sestra, fyzioterapeutka)
- 8:35 příchod pacientky do koupelny (sestra, fyzioterapeutka)
- 8:40 personál pacientce pomáhá na sedačku umístěnou ve sprchovém koutě (sestra, fyzioterapeutka)
- 8:43 pacientka provádí celkovou hygienu v koupelně pod dohledem personálu, rodina pacientky se zapojuje do činností, pomáhá pacientce s celkovou koupelí (sestra, fyzioterapeutka, rodinní příslušníci)
- 8:55 personál edukuje rodinu o nutnosti používání kompenzačních pomůcek, dále personál edukuje rodinu, jak se orientovat v koupelně, rodina je informovaná i o prevenci pádu (sestra, fyzioterapeutka)

- 9:10 rodina pacientce promastí celé tělo kafrovým olejem
- 9:15 rodina pacientce pomůže uklidit hygienické potřeby
- 9:18 personál pacientce pomáhá ze sedačky do stoje (sestra, fyzioterapeutka)
- 9:22 pacientka pomalu odchází z koupelny za pomoci 2 podpažních berlí a za doprovodu personálu a rodinných příslušníků (sestra, fyzioterapeutka)
- 9:30 příchod pacientky na pokoj (sestra, fyzioterapeutka)
- 9:40 rodina je personálem dostatečně informovaná, personál rodině nabízí informační letáky, jak se pohybovat v koupelně pomocí kompenzačních pomůcek, jak se vyvarovat pádům, jak postupovat při celkové hygieně (sestra, fyzioterapeutka)
- 17:00 provedena večerní toaleta u lůžka pacientky (sestra)
- 17:05 pacientka si sedá s nohama přes okraj lůžka (sestra)
- 17:10 pacientka si nachystá všechny hygienické potřeby s malou dopomocí personálu (sestra)
- 17:15 pacientka zahajuje večerní hygienu na lůžku s malou dopomocí personálu (sestra)
- 17:30 personál pacientce promastí celé tělo kafrovým olejem (sestra)
- 17:35 personál pacientce nachystá čisté osobní prádlo
- 17:40 pacientka se cítí svěží a spokojená, neverbálně vyzařuje pozitivní výraz v obličeji (sestra)

**Realizace ze dne 12. 3. 2017:**

- 8:00 ranní toaleta provedena u lůžka pacientky (sestra)
- 8:05 pacientka si sedá s nohama přes okraj lůžka s malou dopomocí personálu (sestra)
- 8:15 pacientka si nachystá všechny hygienické potřeby (sestra)
- 8:20 zahájena ranní toaleta s malou dopomocí personálu (sestra)

- 8:35 personál pacientce promastí celé tělo kafrovým olejem (sestra)
- 8:40 personál pacientce provede kompletní výměnu ložního prádla (sestra)
- 8:45 pacientka se cítí svěží, neverbálně vyzařuje pozitivní výraz v obličeji (sestra)
- 16:30 celková večerní hygiena provedena v koupelně (sestra, fyzioterapeutka)
- 16:35 pacientka si nachystá všechny hygienické potřeby s malou dopomocí personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 16:40 pacientka si nejprve sedá s nohama dole přes okraj lůžka s malou dopomocí (sestra, fyzioterapeutka)
- 16:45 personál pacientce pomáhá do stoje o 2 podpažních berlích (sestra, fyzioterapeutka)
- 16:50 pacientka odchází o 2 podpažních berlích do koupelny za doprovodu personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 17:57 příchod pacientky do koupelny (sestra, fyzioterapeutka)
- 18:05 personál pacientce pomůže si sednout na sedačku, umístěnou ve sprchovém koutě (sestra, fyzioterapeutka)
- 18:10 zahájena celková hygiena u pacientky (sestra, fyzioterapeutka)
- 18:25 po ukončení celkové hygieny personál pacientce promastí celé tělo kafrovým olejem (sestra, fyzioterapeutka)
- 18:30 personál pacientce pomáhá do stoje (sestra, fyzioterapeutka)
- 18:35 pacientka odchází z koupelny o 2 podpažních berlích za doprovodu personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 18:45 personál pacientce pomůže posadit se do lůžka (sestra, fyzioterapeutka)
- 18:50 pacientka se cítí svěží, neverbálně projevuje pozitivní výraz v obličeji (sestra, fyzioterapeutka)

**Hodnocení:**

Pacientka za doprovodu ošetřujícího personálu, fyzioterapeutek a za pomoci vysokého chodítka a 2 podpažních berlí zvládá hygienu v koupelně do 3 dnů. Cíl byl splněn.

Vzhledem na probíhající hospitalizaci není možné dlouhodobý cíl vyhodnotit..

**Ošetrovatelská diagnóza:**

**Zhoršená chůze** z důvodu zevního fixátoru na levé dolní končetině, projevující se nejistou chůzí ve vysokém chodítku a podpažních berlích.

**Název, kód:** 00088

**Doména:** 4. Aktivita/odpočinek

**Třída:** 2. Aktivita/cvičení

**Definice:** Omezení nezávislého pohybu v prostředí při chůzi.

**Určující znaky:** zhoršená schopnost zdolávat schody, zhoršená schopnost překonávat obrubníky, zhoršená schopnost chodit z kopce, zhoršená schopnost chodit do kopce, zhoršená schopnost chodit po nerovném povrchu

**Související faktory:** změny nálad, omezení prostředím (schody, překážky), zhoršená rovnováha, obezita, bolest, nedostatečná svalová síla, ztráta kondice

**Rizikové faktory:** riziko pádu, riziko poranění, úrazu

**Priorita:** střední

**Cíl:**

**krátkodobý:** Pacientka bude zvládat chůzi ve vysokém chodítku a o 2 podpažních berlích do 3 dnů

**dlouhodobý:** Pacientka po propuštění do domácí péče bude zvládat chůzi o podpažních berličích za doprovodu rodinných příslušníků a později bez doprovodu druhé osoby do ukončení hospitalizace.

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka je schopna přemísťovat se z pokoje na toaletu za doprovodu personálu ve vysokém chodítku a o 2 podpažních berličích do 3 dnů.
- Pacientka je schopna chůze ve vysokém chodítku a o dvou podpažních berličích po pokoji a po chodbě do 3 dnů.
- Seznámit rodinné příslušníky s technikou chůze o podpažních berličích do 3 dnů.
- Připravit rodinné příslušníky a pacienta s kompenzačními pomůckami na pohyb v domácím prostředí do konce hospitalizace.

**Plán intervencí:**

1. Konzultuj s fyzioterapeutem veškerý program mobility (sestra).
2. Posud' pacientovi schopnosti a dovednosti (sestra).
3. Nepřeceňuj pacientovi síly (sestra).
4. Pacientovi poskytni dostatek času na nácvik chůze (sestra, fyzioterapeutka).
5. Sleduj pacientovi verbální a neverbální projevy při chůzi (sestra, fyzioterapeutka).
6. Pacienta neustále podporuj, povzbuzuj v chůzi a cvičení (sestra, fyzioterapeutka).
7. Sestav s fyzioterapeutem rozvrh, aby se střídala cvičení a chůze s odpočinkem (sestra, fyzioterapeutka).
8. Neustále dbej na bezpečnost pacientky při chůzi a na prevenci pádu (sestra, fyzioterapeut).
9. Neustále sleduj verbální a neverbální projevy pacienta (sestra, fyzioterapeut).

### **Realizace ze dne 10. 3. 2017:**

- 10:00 příchod personálu na pokoj pacientky (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:05 personál pacientku seznamuje s dnešním plánem rehabilitace (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:08 personál pacientce pomalu pomáhá do vysokého chodítka (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:10 pacientka nejprve trénuje stabilitu a rovnováhu, stojí u lůžka (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:20 personál pacientce vysvětluje správnou techniku chůze ve vysokém chodítku (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:25 pacientka pod dohledem personálu chodí pomalými kroky po pokoji (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:40 pacientka za doprovodu personálu jde pomalu k lůžku (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:45 pacientka za pomoci personálu si sedá do lůžka s nohama dole (sestra, fyzioterapeutka)
- 11:00 personál pacientce pomáhá postavit se opět do vysokého chodítka, pacientka trénuje stabilitu a rovnováhu u lůžka (sestra, fyzioterapeutka)
- 11:10 pacientka za doprovodu personálu jde opět pomalou chůzí v chodítku po pokoji (sestra, fyzioterapeutka)
- 11:20 pacientka jde opatrně a pomalu za doprovodu personálu k lůžku (sestra, fyzioterapeutka)
- 11:25 pacientka pod dohledem personálu trénuje rovnováhu a stabilitu ve vysokém chodítku (sestra, fyzioterapeutka)
- 11:30 personál pacientce pomáhá si sednout do lůžka s nohama dole (sestra, fyzioterapeutka)

- 11:35 ihned proveden personálem zápis do dokumentace a rehabilitační karty (datum, čas a podpis) – sestra, fyzioterapeutka
- 14:30 příchod personálu na pokoj pacientky (sestra, fyzioterapeutka)
- 14:35 personál pacientce vysvětluje plán rehabilitace (sestra, fyzioterapeutka)
- 14:40 personál pacientce s malou dopomocí pomůže do sedu na lůžku (sestra, fyzioterapeutka)
- 14:45 personál pacientce pomůže se postavit do vysokého chodítka (sestra, fyzioterapeutka)
- 14:47 pacientka nejprve trénuje u lůžka stabilitu a rovnováhu pod dohledem personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 14:55 pacientka jde pomalou chůzí ve vysokém chodítku na chodbu za doprovodu personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 14:57 pacientka chodí ve vysokém chodítku po chodbě pod dohledem personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 15:15 pacientka jde pomalou a opatrnou chůzí na pokoj, neustále pod dohledem a doprovodem personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 15:25 příchod pacientky na pokoj (sestra, fyzioterapeutka)
- 15:27 personál s pacientkou u lůžka trénuje rovnováhu a stabilitu v chodítku (sestra, fyzioterapeutka)
- 15:45 pacientka si pomalu sedá s nohama dole přes okraj lůžka s dopomocí personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 15:55 pacientka se cítí lehce unavená (sestra, fyzioterapeutka)
- 16:00 pacientka neverbálně vyzařuje pozitivní náladu, pouze lehce cítí únavu (sestra, fyzioterapeutka)



- 16:05 ihned proveden personálem zápis do dokumentace a rehabilitační karty (datum, čas a podpis) – sestra, fyzioterapeutka

**Realizace ze dne 11. 3. 2017:**

- 10:00 příchod personálu na pokoj pacientky (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:02 personál pacientce vysvětlí dnešní plán rehabilitace (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:05 personál pacientce s malou dopomocí pomůže sednout na lůžko (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:10 personál pacientce pomůže stoupnout do vysokého chodítka (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:15 pacientka nejprve pod dohledem personálu trénuje rovnováhu a stabilitu v chodítku u lůžka (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:25 pacientka jde pomalu za pomoci vysokého chodítka pod dohledem personálu na toaletu (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:35 příchod pacientky na toaletu (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:37 personál pacientce podává důležité informace, jak se pohybovat za pomoci kompenzačních pomůcek na toaletě (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:40 personál pacientce pomáhá z vysokého chodítka na toaletu (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:50 po toaletě personál pacientce pomáhá si opět stoupnout do vysokého chodítka (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:55 pacientka odchází z toalety na pokoj za doprovodu personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 11:05 pacientka přichází na pokoj za doprovodu personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 11:10 pacientka pod dohledem personálu opět trénuje rovnováhu a stabilitu v chodítku (sestra, fyzioterapeutka)

- 11:20 pacientka si pomalu sedá do lůžka s nohama dole přes okraj lůžka (sestra, fyzioterapeutka)
- 11:30 personál provede ihned zápis do dokumentace a do rehabilitační karty (datum, čas a podpis) – sestra, fyzioterapeutka
- 14:30 příchod personálu na pokoj pacientky (sestra, fyzioterapeutka)
- 14:35 personál pacientce vysvětluje plán rehabilitace (sestra, fyzioterapeutka)
- 14:40 pacientka s malou dopomocí personálu si sedá s nohama dolů přes okraj lůžka (sestra, fyzioterapeutka)
- 14:43 personál pacientce pomáhá stoupnout do stoje o 2 podpažních berlích (sestra, fyzioterapeutka)
- 14:48 pacientka nejprve trénuje stabilitu a rovnováhu s 2 podpažními berlemi u lůžka (sestra, fyzioterapeutka)
- 14:55 personál pacientce vysvětluje jak se pohybovat o 2 podpažních berlích (sestra, fyzioterapeutka)
- 15:05 pacientka za pomoci podpažních berlí chodí pomalu po pokoji pod dohledem personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 15:15 pacientka po ukončení chůze po pokoji jde za doprovodu personálu na chodbu (sestra, fyzioterapeutka)
- 15:20 pacientka chodí o 2 podpažních berlích po chodbě za doprovodu personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 15:45 pacientka jde za doprovodu personálu opatrně a pomalu na toaletu (sestra, fyzioterapeutka)
- 15:50 personál pacientce vysvětluje, jak správně postupovat a pohybovat na toaletě s podpažními berlemi (sestra, fyzioterapeutka)
- 15:55 personál pacientce pomáhá dostat se z podpažních berlí do sedu na toaletu (sestra, fyzioterapeutka)

- 16:05 personál pacientka vysvětluje a pomáhá si stoupnout opět do podpažních berlí (sestra, fyzioterapeutka)
- 16:10 pacientka pomalu odchází z toalety na pokoj za doprovodu personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 16:17 příchod pacientky na pokoj (sestra, fyzioterapeutka)
- 16:20 personál trénuje s pacientkou opět stabilitu a rovnováhu u lůžka (sestra, fyzioterapeutka)
- 16:25 personál pacientce pomáhá si sednout do lůžka (sestra, fyzioterapeutka)
- 16:30 ihned proveden personálem zápis do dokumentace a do rehabilitační karty (datum, čas a podpis) – sestra, fyzioterapeutka

**Realizace ze dne 12. 3. 2017:**

- 9:15 příchod personálu na pokoj pacientky (sestra, fyzioterapeutka)
- 9:18 personál pacientce vysvětluje plán rehabilitace (sestra, fyzioterapeutka)
- 9:20 pacientka s malou dopomocí personálu si pomalu sedá s nohama dolů přes okraj lůžka (sestra, fyzioterapeutka)
- 9:23 rehabilitace u pacientky nejprve proběhne ve vysokém chodítku (sestra, fyzioterapeutka)
- 9:28 pacientka nejprve rehabilituje ve vysokém chodítku po pokoji za doprovodu personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 9:45 pacientka poté jde pomalu na chodbu v chodítku za doprovodu personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 9:50 pacientka rehabilituje ve vysokém chodítku po chodbě pod dohledem personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:10 pacientka jde pomalu na pokoj za doprovodu personálu (sestra, fyzioterapeutka)

- 10:15 příchod pacientky na pokoj (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:18 pacientka po rehabilitaci v chodítku za pomoci personálu pokračuje v rehabilitaci o 2 podpažních berlích (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:20 pacientka nejprve s podpažními berlemi chodí po pokoji pod dohledem personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:35 po rehabilitaci na pokoji pacientka rehabilituje s podpažními berlemi po chodbě pod dohledem personálu (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:55 pacientka jde pomalu za doprovodu personálu na pokoj (sestra, fyzioterapeutka)
- 11:00 příchod pacientky na pokoj, personál pacientce pomáhá sednout si na lůžko (sestra, fyzioterapeutka)
- 11:10 ihned proveden personálem zápis do dokumentace (datum, čas a podpis) – sestra, fyzioterapeutka
- 14:30 příchod personálu a rodinných příslušníků na pokoj pacientky (sestra, fyzioterapeutka)
- 14:35 personál seznámí rodinu i pacientku s plánem další rehabilitace a podává rodině důležité informace (sestra, fyzioterapeutka)
- 14:40 personál rodině ukazuje a vysvětluje postup, jak se pacientka sedne na lůžko a postaví se do stoje o 2 podpažních berlích (sestra, fyzioterapeutka)
- 14:45 personál rodině popisuje, vysvětluje a názorně ukazuje u pacientky stoj o 2 podpažních berlí u lůžka – ukazuje, jak je důležité trénovat stabilitu a rovnováhu (sestra, fyzioterapeutka)
- 14:50 následuje rehabilitace s podpažními berlemi po pokoji, personál neustále popisuje, vysvětluje a názorně ukazuje, jak se pohybovat s berlemi po pokoji (sestra, fyzioterapeutka)
- 15:05 po ukončení rehabilitace po pokoji se pacientka za doprovodu personálu a rodiny přemístí s podpažními berlemi na chodbu (sestra, fyzioterapeutka)

- 15:08 pacientka chodí s berlemi po chodbě pod neustálým dohledem personálu, personál rodině po celou dobu rehabilitace podává důležité informace v rámci chůze s berlemi (sestra, fyzioterapeutka)
- 15:20 personál se přemístí z chodby na toaletu, kde rodině vysvětluje, jak se s kompenzačními pomůckami pohybovat na toaletě, jak se pacientka s berlí posadí na toaletu (sestra, fyzioterapeutka)
- 15:40 pacientka se pomalu přemístí z toalety opět na pokoj za doprovodu personálu a rodiny (sestra, fyzioterapeutka)
- 15:50 příchod pacientky na pokoj (sestra, fyzioterapeutka)
- 15:55 personál rodině vysvětluje a názorně ukazuje, jak se pacientka přemístí o podpažních berlích do sedu na lůžko (sestra, fyzioterapeutka)
- 16:00 personál rodinným příslušníkům podává důležité informace a dává rodině prostor pro možné dotazy, rodina od personálu dostane informační leták (sestra, fyzioterapeutka)
- 10:05 ihned proveden personálem zápis do dokumentace a rehabilitační karty (datum, čas a podpis) – sestra, fyzioterapeutka

**Hodnocení:**

Pacientka zvládat chůzi ve vysokém chodítku a o 2 podpažních berlích do 3 dnů. Cíl byl splněn.

Vzhledem na probíhající hospitalizaci není možné dlouhodobý cíl vyhodnotit.

**Ošetrovatelská diagnóza:**

Narušená integrita kůže z důvodu invazivního vstupu, cizího tělesa v kůži (zevní fixátor), projevující se jejím začervenaním v okolí vstupů.

**Název, kód:** 00046

**Doména:** 11. Bezpečnost/ochrana

**Třída:** 2. Tělesné poškození

**Definice:** Změna v epidermis a nebo dermis.

**Určující znaky:** změny integrity, průnik cizího tělesa kůží

**Související faktory:** mechanické faktory (snížená mobilita), změny citlivosti (diabetes mellitus)

**Rizikové faktory:** riziko infekce, bolest, necitlivost v oblasti vstupu, necitlivost v končetině, svědění v dané oblasti

**Priorita:** střední

**Cíl:**

**krátkodobý:** U pacientky nedojde k infekci, otoku, svědění a necitlivosti v dané končetině a v okolí invazivních vstupů do 3 dnů.

**dlouhodobý:** U pacientky po propuštění do domácí péče neproběhne infekce, nedojde k necitlivosti v levé dolní končetině a v oblasti invazivních vstupů. Pacientka v domácím prostředí nebude pociťovat svědění v končetině, končetina bude bez otoků, zarudnutí.

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka bude mít končetinu vyživenou, prokrvenou a hydratovanou do 3 dnů.
- Pacientka nepociťuje bolest v místě invazivních vstupů do 3 dnů.
- Pacientka se účastní léčebného programu a preventivních opatření do 3 dnů.

– U pacientky nedojde ke komplikacím do konce hospitalizace.

**Plán intervencí:**

1. Denně prováděj kontrolu kůže a okolí invazivních vstupů (sestra).
2. Denně sleduj proces hojení rány (sestra, lékař).
3. Denně prováděj toaletu rány a převaz rány (sestra).
4. Denně vyměňuj čisté prádlo, při prosáknutí rány přes obvaz i 3 denně (sestra).
5. Zajisti dostatečné množství výživy bohaté na bílkoviny (sestra).
6. Zajisti dostatečný příjem tekutin (sestra, sanitář).
7. Předcházej riziku infekce (sestra).
8. Prováděj převaz za přísných aseptických podmínek (sestra).
9. Dohlížej na pravidelné polohování končetiny (sestra).
10. Při zarudnutí, otoku, bolesti, vysokých teplotách informuj vždy lékaře (sestra).

**Realizace ze dne 10. 3. 2017:**

- 13:00 příchod personálu na pokoj pacientky (sestra)
- 13:05 zahájen převaz rány za přísných aseptických podmínek (sestra)
- 13:07 provedena kontrola zevního krytí (bez prosaku) – sestra
- 13:10 provedeno sundání obvazu a převazového materiálu (Inadine) – sestra
- 13:14 proveden popis a zhodnocení rány (rána bez sekrece, bez výrazného zarudnutí, bez otoku, bez patologických změn, lehce u 1 invazivního vstupu černá krusta, rána bolestivá) –sestra
- 13:20 za přísných aseptických podmínek provedena dezinfekce rány (Aquitoq roztok) - sestra

- 13:25 provedeno osušení rány sterilními bílými čtverečky – sestra
- 13:30 do okolí 4 invazivních vstupů přiložena nastřížená Inadine a bílé sterilní čtverečky – sestra
- 13:35 na závěr namotán obvaz – sestra
- 13:40 personál se pacientky ptá, zda převaz nebyl bolestivý, a jak se cítí – sestra
- 13:45 pacientka udává bolest v operované končetina, ale tvrdí, že se bolest dá zvládnout – sestra
- 13:50 personál pacientku edukuje o pravidelném polohování končetiny a dodržování pitného režimu – sestra
- 14:00 ihned proveden personálem zápis do dokumentace a do převazového listu (datum, čas a podpis) - sestra

**Realizace ze dne 11. 3. 2017:**

- 13:00 příchod personálu na pokoj pacientky (sestra)
- 13:05 zahájen převaz rány za přísných aseptických podmínek (sestra)
- 13:10 provedeno zhodnocení sekundárního krytí (bez prosaku) - sestra
- 13:15 provedeno sundání obvazu a převazového materiálu (Inadine) ze 4 okolních invazivních vstupů (sestra)
- 13:18 provedena dezinfekce rány (Aquitox roztok) - sestra
- 13:20 po dezinfekci rány provedeno osušení rány sterilními bílými čtverečky (sestra)
- 13:25 na ránu za přísných aseptických podmínek přiložena Inadine a sterilní čtverečky (sestra)
- 13:30 na závěr přiložen obvaz (sestra)
- 13:35 personál se pacientky ptá, zda končetina je bolestivá a jak se cítí, zdali byl převaz nebolestivý (sestra)



- 13:40 pacientka udává opět bolestivost v operované končetině, ale bolest se dle pacientky dá zvládnout (sestra)
- 13:45 personál pacientku edukuje o pravidelném polohování končetiny a dodržování pitného režimu (sestra)
- 13:50 personál odchází z pokoje (sestra)
- 14:00 ihned proveden personálem zápis do dokumentace (datum, čas a podpis) a do převazového listu (datum, čas a podpis) - sestra

**Realizace ze dne 12. 3. 2017:**

- 13:00 příchod personálu na pokoj pacientky (sestra, převazová sestra)
- 13:05 zahájen převaz rány za přísných aseptických podmínek (sestra, převazová sestra)
- 13:10 provedeno zhodnocení sekundárního krytí (bez prosaku) - sestra, převazová sestra
- 13:15 provedeno sundání obvazu, sekundárního krytí a převazového materiálu (Inadine) – sestra, převazová sestra
- 13:17 proveden popis a zhodnocení rány (rána je bez výrazného zarudnutí, bez sekrece, bez patologického nálezu) - sestra, převazová sestra
- 13:20 provedena dezinfekce rány (Aquitoq roztok) - sestra, převazová sestra
- 13:25 provedeno osušení rány sterilními bílými čtverečky (sestra, převazová sestra)
- 13:30 na ránu do 4 invazivních vstupů přiložena Inadine a sterilní bílé čtverečky (sestra, převazová sestra)
- 13:35 na závěr na ránu namotán obvaz (sestra, převazová sestra)
- 13:40 personál se pacientky ptá, jak se cítí, jestli pociťuje bolestivost v operované končetině (sestra, převazová sestra)
- 13:45 pacientka udává bolestivost v operované končetině, ale dnes je bolest mírnější (sestra, převazová sestra)

- 13:55 personál pacientku edukuje o pravidelném polohování operované končetiny a dodržování pitného režimu (sestra, převazová sestra)
- 14:00 ihned proveden personálem zápis do dokumentace a do převazového listu pacientky (datum, čas a podpis) - sestra, převazová sestra

### **Hodnocení:**

U pacientky nedošlo k infekci, otoku, svědění a necitlivosti v dané končetině a v okolí invazivních vstupů do 3 dnů. Cíl byl splněn.

Vzhledem na probíhající hospitalizaci není možné dlouhodobý cíl vyhodnotit.

## **ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Pacientka byla přijata na traumatologii pro mnohočetné otevřené zlomeniny bérce na levé dolní končetině, kde pacientce byl v celkové anestezii navrtán zevní fixátor do kosti se 4 invazivními vstupy. Po ukončení hospitalizace na traumatologickém oddělení byla přijata na oddělení následné péče X, po týdnu na žádost rodinných příslušníků byla pacientka přijata na naše oddělení následné péče Z.

Ihned při přijetí byla odebrána sesterská i lékařská anamnéza. Pacientka je při přijetí při vědomí (orientovaná v čase, místě i prostoru), komunikuje s personálem. Fyziologické funkce – při přijetí v normě, pouze zvýšený krevní tlak (pacientka se léčí s vysokým krevním tlakem). Pacientka je velmi snaživá, komunikativní, tolerantní, byla s ní velmi dobrá spolupráce.

Pacientka měla zpočátku hospitalizace díky momentálnímu úrazu sníženou mobilitu. Zpočátku byl u pacientky lehce snížený deficit sebekpěče při hygieně na lůžku – pacientka zpočátku potřebovala pouze malou dopomoc personálu. Ke zlepšování sebekpěče došlo u pacientky na předchozím oddělení (následná péče X). Již na našem oddělení následné péče Z se pacientka umývala na lůžku s malou dopomocí personálu, vždy potřebovala pomoc při umytí zad. Pouze byl u pacientky deficit sebekpěče při koupání. Pacientka mohla jít do koupelny pouze pod dohledem personálu buď ve vysokém chodítku, nebo o 2 podpažních berlích. Personál pacientce pomáhal s orientací v koupelně a zdůrazňoval pacientce důležitost

používání kompenzačních pomůcek (používání madel v koupelně po obou stranách, protiskluzové podložky a nástavec na WC jako prevence pádu). Co se týká oblasti vyprazdňování, pacientka chodila sama na podložní mísu, za pomoci personálu pacientka chodila na toaletu o 2 podpažních berlích a o vysokém chodítku – neustále pod dohledem druhé osoby, chůze pacientky je stále nejistá.

Rehabilitace u pacientky probíhala již na předchozím oddělení. Pacientka zvládala stoj ve vysokém chodítku, chůzi v chodítku po pokoji a po chodbě. Také již zvládala stoj o 2 podpažních berlích, chůzi o berlích po pokoji a po chodbě. Stabilita a rovnováha pacientky byla i přes veškerou rehabilitaci stále nejistá, pacientka potřebuje neustále dohled personálu a dopomoc při chůzi. I chůze pacientky byla stále nejistá. Fyzioterapeutka z těchto důvodů s mobilitou pacientky začínala na našem oddělení postupně. Nejprve probíhala rehabilitace u lůžka pacientky. Pacientka od začátku hospitalizace byla velmi snaživá, s fyzioterapeutkou spolupracovala a snažila co co nejdříve získat stabilitu v chůzi. Pacientka chodila na toaletu neustále pod dohledem fyzioterapeutky. Chůze pacientky byla stále nejistá.

Ošetrovatelskou péči u pacientky hodnotím velmi kladně, pacientka byla snaživá, šikovná, vstřícná a tolerantní. Velmi rychle se zapojovala do sebepečce v oblasti hygieny, vyprazdňování a rehabilitace. Také rodina je na pacientku pyšná a má radost, jak všechno zvládá. Rodina je informovaná o péči pacientky v domácím prostředí, hlavně co se týká chůze o podpažních berlích a orientace v koupelně. Rodina je také informována o nutnosti používání kompenzačních pomůcek jako prevence pádu.

## 5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě vytyčených cílů jsme dospěli k následujícím doporučením, které mohou prohloubit vědomosti a dovednosti aplikované pro praxi následovně:

### Doporučení pro pacienty:

- Nebát se příchodu na oddělení (eliminace strachu).
- Poučit pacienta o bezpečnosti na oddělení (poučení o prevenci a riziku pádu, využívání signalizačního zařízení).
- Optimistický náhled na zlepšení zdravotního stavu.
- Zajištění přítomnosti rodinných příslušníků na oddělení, a to kdykoliv.
- Kdykoliv zajistit přítomnost psychologa, psychiatra na vyžádání pacienta.
- Kdykoliv být pacientovi na blízku.

### Doporučení pro rodinu:

- Neustále pacienta aktivně podporovat v léčbě.
- Tolerovat pacientovi změny v náladě.
- Důležité je zajistit pacientovi kontakt s okolním světem.
- Být tolerantní, chápavý a obětavý.
- Zajistit, aby se pacient co nejdříve zapojil do každodenních všedních činností.

### Doporučení pro ošetřovatelský personál:

- Odhalit včas pooperační komplikace.
- Zajistit pacientovi klidné prostředí.
- Zajistit pacientovi klid a trpělivě zodpovídat na všechny pacientovy kladené otázky.
- Zajistit pacientovi veškeré informace o chodu na oddělení, seznámit je s právy pacientů a zpětně se ujistit, zdali všemu porozuměl.
- Respektovat soukromí a stud pacienta.
- Velmi důležité je respektovat denní návyky a aktivity pacienta, pokud nejsou v rozporu s denním chodem oddělení.

## ZÁVĚR

Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta je velmi rozsáhlé téma s širokou problematikou. Práce s geriatrickým pacientem a následné zpracování bylo velmi náročné. Bylo potřeba pacienta zpracovat ze všech stránek bio – psycho – sociální – spirituální. Podařilo se nám prokázat náročnost jednotlivých činností, které souvisejí s geriatrickým pacientem. Gerontologie a geriatrie je téma velmi rozsáhlé a rozšířené i v oblasti literatury, kdy bylo náročné z každé části vybrat nejdůležitější informace, které jsme poté aplikovali do ošetrovatelského procesu. Cílem bakalářské práce bylo vypracování ošetrovatelského procesu u pacienta s daným onemocněním a s doporučením pro praxi. Byly stanoveny aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. Všechny cíle bakalářské práce se nám podařilo splnit.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARCHMANOVÁ, N., 2015. *Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s demencí*. Plzeň, Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Vladimíra Fremrová.

BARTŮNĚK, P. a kol., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. První vydání. Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-9328-8. Dostupné na: <https://www.grada.cz/vybrane-kapitoly-z-intenzivni-pece-7307>

BERAN, J., 1/12 Vakcinace proti chřipce ve stáří – Důležitý nástroj prevence hospitalizace a úmrtí. Kapitoly z kardiologie Subkatedra tropické a cestovní medicíny IPVZ, Centrum očkování a cestovní medicíny, Poliklinika II., Hradec Králové. [online] 2017 [cit. 2016-15-12]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/2604>.

BOHÁČOVÁ, Z., a kol., 2012. *Studijní materiál pro CK: Ošetrovatelská péče v geriatrii*. Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Zlín. - skripta

ČEVELA, R. a kol., 2012. *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN: 978-80-247-3901-4.

DIENSTBIER, Z., 2009. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit*. Praha: Radix ISBN 978-80-86013-88-0.

DUFKOVÁ, D., 2015. *Volný čas seniorů v rámci adaptace na rezidenční péči*. Masarykova univerzita. Filozofická fakulta. Ústav pedagogických věd. Sociální pedagogika a poradenství.

ELIÁŠOVÁ, L., 2009. *Péče o seniora v domácím prostředí*. Masarykova univerzita Brno. Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Syrovátka Tomáš.

GOODMAN, C. et al. Effective health care for older people living and dying in care homes: a realist review. *BMC Health Services Research*. DOI: 10.1186/s12913-016-1493-4. ISSN 1472-6963.

GRZNÁROVÁ, J., 2013. *Kondiční ergoterapie jako součást volnočasových aktivit v domovech pro seniory*. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Šrytrová Michaela.

HOLCZEROVÁ, V., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-8891-3.

HOLMEROVÁ, I. a kol., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vypracované vydání. EV public relations ISBN 978-80-254-0179-8.

HOLMEROVÁ, I. a kol., 2014. *Průvodce vyšším věkem. Manuál pro sestry a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta a.s. ISBN 978-80-204-3119-6.

HRNČIARIK, K. a kol., 2010. *Poradenství při farmakoterapii u seniorů*. Slezská nemocnice Opava, nemocniční lékárna. [online] 2016 [cit. 2017-02-25]. Dostupné z: [https://www.tevapoint.cz/wp-content/uploads/2016/09/DP\\_geria1-1.pdf](https://www.tevapoint.cz/wp-content/uploads/2016/09/DP_geria1-1.pdf)

JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2150-7.

JURAŠKOVÁ, B. a kol., 2007. Poruchy výživy ve stáří. In: *Medicína Pro Praxi*. 4(11): 443–446.

JUREČKOVÁ, M., 2011. Hospitalizace seniora v léčebně dlouhodobě nemocných. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Krátká Anna. Dostupné z: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/16554/jure%C4%8Dkov%C3%A1\\_2011\\_bp.pdf?sequence=1](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/16554/jure%C4%8Dkov%C3%A1_2011_bp.pdf?sequence=1)

KALÁBOVÁ, M., 2013. *Rady pro komunikaci. Rady pro pečující*. Praha. ISBN 978-80-904711-8-4.

KALVACH, Z. a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KLEVETOVÁ, D. a kol., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s. Praha. ISBN 978-80-247-2169-9.

KLÍČKOVÁ, H., 2007. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u nemocného na anesteziologicko resuscitačním oddělení*. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Juřeniková Petra.

KLUBALOVÁ, L., 2008. *Život a volný čas klientů v domově pro seniory Telč*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce Motlová Lenka.

KOTRLOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelská péče pohledem uživatelů v Domově pro seniory Karolinka*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Anna Krátká Fakulta humanitních studií.

Dostupné na:

[http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/28025/kotrlov%C3%A1\\_2014\\_dp.pdf?sequence=1](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/28025/kotrlov%C3%A1_2014_dp.pdf?sequence=1)

KŘEPELKOVÁ, G., 2012. *Léčebna dlouhodobě nemocných z pohledu studenta*. Zlín. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Krátká Anna.

Dostupné na:

[http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/19622/k%C5%99epelkov%C3%A1\\_2012\\_bp.pdf?sequence=1](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/19622/k%C5%99epelkov%C3%A1_2012_bp.pdf?sequence=1)

LAKOMÁ, I., 2012. *Volný čas klientů v domově pro seniory*. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Ústav pedagogiky a sociálních studií. Vedoucí práce Vyhnálková Pavla.

MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN: 978-80-247-3148-3

MARKOVÁ, Š., 2014. *Problematika ošetrovatelské péče v domovech pro seniory*. České Budějovice, Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Nováková Dita.

Dostupné na:

[https://theses.cz/id/u3t2u9/Problematika\\_oetovatelisk\\_pe\\_v\\_domovech\\_pro\\_seniory.pdf](https://theses.cz/id/u3t2u9/Problematika_oetovatelisk_pe_v_domovech_pro_seniory.pdf)

MATUŠOVÁ, M., 2012. *Možnosti aktivizace v pobytových zařízeních pro seniory*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Šelenová Eva.



MÍČOVÁ, B., 2015. *Domácí selfmonitoring krevního tlaku u seniorů -hypertoniků*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Kala Miroslav. Dostupné na:

[http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/31726/m%c3%ad%c4%8dov%c3%a1\\_2015\\_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/31726/m%c3%ad%c4%8dov%c3%a1_2015_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Nanda International, Inc., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy, Definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání, 1. české vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-271-9008-9.

NESTROJILOVÁ., P., 2011. *Specifika péče o terminálně nemocné*. Brno. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Prášilová Halka na: Dostupné na: <http://docplayer.cz/7338031-Specifika-pece-o-terminalne-nemocne.html>

NIVNICKÁ, K., 2010. *Aktivizace seniorů s Alzheimerovou demencí*. Brno. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Institut mezioborových studií Brno. Vedoucí práce Prášilová Halka.

NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotnická nauka II. díl. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing ISBN 978-80-247-7101-4.

PARTLOVÁ, I., 2011. *Dramaterapie a její využití seniorů jako možnost smysluplného vyplnění volného času, zejména v domovech pro seniory*. České Budějovice. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra pedagogiky. Vedoucí práce Pokorný Jiří.

PÍŠOVÁ, M., 2010. *Fyziologické a patofyziologické procesy stárnutí*. Brno, Masarykova univerzita v Brně. Přírodovědecká fakulta. Vedoucí práce Vácha Martin.

POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN: 978-80-247-3271-8.

POKORNÁ, A. a kol., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrici. Hodnotící nástroje*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4316-5.

RŮŽIČKOVÁ, E., 2009. *Etické aspekty péče o seniory v ošetrovatelské péči*. Brno. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Pokorná Dostupné na: [https://is.muni.cz/th/72246/lf\\_m/DIPLOMOVA\\_PRACE\\_-\\_Eva\\_Ruzickova.pdf](https://is.muni.cz/th/72246/lf_m/DIPLOMOVA_PRACE_-_Eva_Ruzickova.pdf)

SESTRA, 2008. Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky. Vydalo Mladá fronta a.s. ISSN 1210-0404, Evidenční číslo MK ČR: E 15721

STEPANIKOVA., I., -. Department of Sociology, Sloan College of South Carolina, Columbia, SC 20208, USA

SYSEL, D. a kol., 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. ISBN: 978-80-263-0001-4.

ŠPATENKOVÁ, N., 2015. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Grada Publishing, a.s. Praha 7 ISBN 978-80-247-9916-2.

ŠRUBAŘOVÁ, B., 2014 Monitoring v intenzivní péči. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Hrenáková Eva. Dostupné na: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/27972/%c5%a1ruba%c5%99o%c3%a1\\_2014\\_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/27972/%c5%a1ruba%c5%99o%c3%a1_2014_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

TAPŠÍKOVÁ, M., 2009. *Zooterapie v zařízeních pro péči o seniory*. Univerzita Karlova v Praze. Filozofická fakulta v Praze. Katedra sociální práce. Vedoucí práce Kodymová Pavla

VAJSAROVÁ, D., 2013. Informovanost diabetiků v seniorském věku o selfmonitoringu. Brno. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Schneiderová Michael.

Dostupné na:

[https://is.muni.cz/th/398060/lf\\_m/Diana\\_Vajsarova\\_\\_Selfmonitoring\\_DM\\_pdf.pdf](https://is.muni.cz/th/398060/lf_m/Diana_Vajsarova__Selfmonitoring_DM_pdf.pdf)

VAVŘÍKOVÁ, V., 2012. *Představa seniorů o důstojném stáří*. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Neklová Lenka.

VONDRÁČEK, J., 2009. *Medicínsko-právní terminologie. Příručka pro právní praxi*. První vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-31-51-3.

ZAPLETALOVÁ, K., 2009. *Velké geriatrické syndromy – výskyt u obyvatel domovů pro seniory*. Brno, Masarykova univerzita Brno. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Weber Pavel.

VOKURKA., M., 2002. *Velký lékařský slovník*, Praha: Maxdorf. ISBN: 80-85912-43-0.


VOKURKA M., 2004. *Praktický slovník medicíny*. 7. roz. vyd., Praha: Maxdorf. ISBN:80-7345-009-7

ZEMANOVÁ, J., 2015. *Péče o seniory v domácím prostředí. Čelákovice*. Vyšší odborná škola, střední škola, jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky a základní škola „MILLS“, s.r.o. Čelákovice. Vedoucí práce Bicanová Alena. Dostupné na: <file:///C:/Users/alena/Downloads/AP-ZEMANOVA.pdf>.

## PŘÍLOHY

|   |       |
|---|-------|
| Příloha A Hodnotící tabulka .....   | I     |
| Příloha B Mini Mental State Examination (MMSE) .....                                | II    |
| Příloha C Test kreslení hodin .....   | IV    |
| Příloha D Plán péče o dekubity a jiné kožní defekty .....                           | V     |
| Příloha E Sledování a hodnocení bolesti .....                                       | VI    |
| Příloha F Záznam o průběhu rehabilitace a fyzioterapie .....                        | VII   |
| Příloha G Záznam rehabilitačního ošetřování .....                                   | VIII  |
| Příloha H Seznam vybraných hospiců v ČR .....                                       | IX    |
| Příloha I Převazové vozy a materiál .....   | XIII  |
| Příloha J Popis rešeršní strategie .....  | XV    |
| Příloha K Rešerše .....   | XVI   |
| Příloha L Protokol o provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce ..... | XVII  |
| Příloha M Čestné prohlášení .....   | XVIII |

Příloha A Hodnotící tabulka

|   |  |  |   |   |                    |
|---|--|--|---|---|--------------------|
| METO PRO MĚŘENÍ/IDENTIFIKAČNÍ STÍTKU<br>   |  | <b>HODNOTÍCÍ TABULKA</b><br>Uherskohradištská nemocnice a. s.<br>J. E. Purkyně 365, 686 68 Uherské Hradiště<br>telefon: 572 529 111, e-mail: nemuh@nemuh.cz, IČ: 27 66 09 15<br>www.nemuh.cz |   |   |                    |
| <b>Datum:</b>   |  |  |   |   |                    |
| <b>Určení nutričního stavu</b>  |  |  |   |   |                    |
|   | <b>3 body</b>  | <b>1 bod</b>   | <b>2 body</b>                                 | <b>3 body</b>   | <b>celkem</b>      |
| BMI pod 18,5 let  | pod 19   | 19 - 21  | nad 21  |   |                    |
| BMI nad 18,5 let  | pod 20   | nad 21   |   |   |                    |
| Sníží se za poslední 3 měsíce příjem stravy v důsledku nechtěného úbytku závažných poklidí (včetně postižení žvýkacím, případně polykacím)  | Silně nechtěná, výrazně snížený příjem stravy  | Mírně nechtěná, mírně snížený příjem stravy  | Normální chuť k jídlu, normální příjem stravy |   |                    |
| Váhový úbytek za poslední 3 měsíce  | Váhový úbytek větší než 5 kg   | Nevim  | Váhový úbytek mezi 1 - 5 kg                   | Bez váhového úbytku   |                    |
| Vyhodnocení:<br>Hodnota BMI de měření OP (obvod paže): OP - 5 = BMI    □ - 5 = □<br>Boreningové skóre: 3 a méně bodů - Informaž NT  |  |  |   |   |                    |
| <b>Barthelův test základních všedních činností</b>  |  |  |   |   |                    |
| přijem potravy a tekutin  | - samostatně bez pomoci<br>- s pomocí<br>- neprovede   | 10<br>5<br>0   | kontinence stolice                            | - plně kontinentní<br>- občas inkontinentní<br>- trvale inkontinentní                 | 10<br>5<br>0       |
| oblékání samostatně   | - bez pomoci<br>- s pomocí<br>- neprovede  | 10<br>5<br>0   | použití WC                                    | - samostatně bez pomoci<br>- s pomocí<br>- neprovede                                  | 10<br>5<br>0       |
| koupání   | - samostatně nebo s pomocí<br>- neprovede  | 5<br>0   | přesun na lůžku<br>- židli                    | - samostatně bez pomoci<br>- s malou pomocí<br>- vyžítel sedět<br>- neprovede         | 15<br>10<br>5<br>0 |
| osobní hygiena  | - samostatně nebo s pomocí<br>- neprovede  | 5<br>0   | chůze po rovině                               | - samostatně nad 50 m<br>- s pomocí 50 m<br>- na vozíku<br>- neprovede                | 15<br>10<br>5<br>0 |
| kontinence moči   | - plně kontinentní<br>- občas inkontinentní<br>- trvale inkontinentní  | 10<br>5<br>0   | chůze po schodech                             | - samostatně bez pomoci<br>- s pomocí<br>- neprovede                                  | 10<br>5<br>0       |
| Hodnocení stupně závislosti :   |  |  |   |   | <b>CELKEM</b>      |
| <input type="checkbox"/> 0 - 40 výsoce závislý <input type="checkbox"/> 45 - 60 závislost středního stupně <input type="checkbox"/> 65 - 95 lehká závislost <input type="checkbox"/> 96 - 100 nezávislý |  |  |   |   |                    |
| <b>Zjištění rizika pádu</b>   |  |  |   |   |                    |
| Pohyb   | Neomázaný<br>Používá pomůcku<br>Potřebuje pomoc k pohybu<br>Neschopen přesunu  | 0<br>1<br>1<br>1   | Smyslové poruchy                              | Žádné<br>Vizuální, sluchové,<br>smyslový deficit                                      | 0<br>1             |
| Vyprazdňování   | Nevyžaduje pomoc<br>V anamnéze nykturie/inkontinence<br>Vyžaduje pomoc   | 0<br>1<br>1  | Mentální status                               | Orientován<br>Občasná/částečná desorientace<br>Historie desorientace/dementie         | 0<br>1<br>1        |
| Medikace  | Neužívá rizikové léky<br>Užívá léky ze skupiny diuretik,<br>antiepileptik, antiparkinsonik,<br>antihipertenziv, psychotropní léky<br>nebo benzodiazepiny | 0<br>1   | Věk   | 18 - 65<br>65 a výše  | 0<br>1             |
|   |  |  | Pád v anamnéze                                |   | 1                  |
|   |  |  | <b>Celkové skóre</b>                          |   |                    |
|   |  |  | Hodnocení rizika:                             | 0    Bez rizika<br>1 - 3    + Riziko<br>4 - 6    Střední riziko<br>7    + Riziko pádu |                    |

Zdroj: Uherskohradištská nemocnice

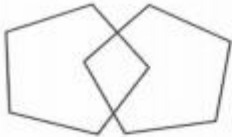
Příloha B Mini Mental State Examination (MMSE)

|  |   |
|--|---|
| Místo pro napsání identifikačního štítku | <b>MINI - MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)</b><br>Uherskohradištská nemocnice a.s.<br>J.E. Purkyně 365, 686 68 Uherské Hradiště<br>telefon: 572 529 111, e-mail: nemuh@nemuh.cz, IČ: 27 66 09 15<br><a href="http://www.nemuh.cz">www.nemuh.cz</a> |
|--|---|

|   |  |
|---|--|
| <p><b>1. ORIENTACE - odpověď do 10 s</b></p> <p><input type="checkbox"/> Který je dnes den v týdnu?<br/> <input type="checkbox"/> Kolikátého je dnes?<br/> <input type="checkbox"/> Který je měsíc?<br/> <input type="checkbox"/> Který máme nyní rok?<br/> <input type="checkbox"/> Které je roční období?<br/> <input type="checkbox"/> Ve kterém státě se nacházíme?<br/> <input type="checkbox"/> Ve kterém jsme městě?<br/> <input type="checkbox"/> Ve kterém jsme kraji nebo oblasti?<br/> <input type="checkbox"/> Jak se jmenuje tato nemocnice / budova?<br/> <input type="checkbox"/> Na kterém poschodí se nacházíme?<br/>         (body.....)</p> <p><b>2. ZAPAMATOVÁNÍ</b></p> <p>„Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakovali. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se vás na tyto předměty znovu zeptám.“</p> <p>LOPATA      ŠÁTEK      VÁZA</p> <p>„A nyní prosím tato slova opakuje.“</p> <p><input type="checkbox"/> LOPATA    <input type="checkbox"/> ŠÁTEK    <input type="checkbox"/> VÁZA</p> <p>Bod přičítejte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výňazy, dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. Vybavování.<br/>         (body.....)</p> <p><b>3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ</b></p> <p>„Nyní odečtete od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete.“</p> <p>Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dále odečítá správně, počítáje pouze tuto chybu.</p> <p><input type="checkbox"/> 93    <input type="checkbox"/> 86    <input type="checkbox"/> 79    <input type="checkbox"/> 72    <input type="checkbox"/> 65 (body.....)</p> <p>Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej:<br/>         „Hláskujte pozpátku slovo POKRM.“</p> <p><input type="checkbox"/> M    <input type="checkbox"/> R    <input type="checkbox"/> K    <input type="checkbox"/> O    <input type="checkbox"/> P (body.....)</p> <p>Dejte vždy bod za každé správné písmeno.</p> <p><b>4. VYBAVOVÁNÍ</b></p> <p>„A teď, prosím zopakujte slova, která jsem vám před chvílí říkal.“ Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.</p> <p><input type="checkbox"/> LOPATA    <input type="checkbox"/> ŠÁTEK    <input type="checkbox"/> VÁZA (body.....)</p> | <p><b>5. POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU</b></p> <p>„Co je to?“    <input type="checkbox"/> ukažte hodinky<br/>         „Co je to?“    <input type="checkbox"/> ukažte tužku (body.....)</p> <p><b>6. OPAKOVÁNÍ</b></p> <p>Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval následující větu:<br/>         „Prostě tak a ne jinak.“ (body.....)</p> <p>Za odpověď celou větou přičítejte pacientovi jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.</p> <p><b>7. STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ</b></p> <p>Předložte před pacienta čistý papír a dejte mu tento úkol:<br/>         „Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přiložte jej oběma rukama na půl a položte ho na zem.“</p> <p>1. stupeň : <input type="checkbox"/> uchopení papíru do pravice (body.....)<br/>         2. stupeň : <input type="checkbox"/> přiložení papíru na polovinu (body.....)<br/>         3. stupeň : <input type="checkbox"/> položení papíru na zem (body.....)</p> <p><b>8. ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU</b></p> <p>Pacientovi ukažte kartičku s nápisem: ZAVŘETE OČI.<br/>         Zároveň ho vyzvěte:<br/>         „Přečtěte, co je tady napsáno a udělejte to!“</p> <p>Jeden bod přičítejte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy. (body.....)</p> <p><b>9. PSANÍ</b></p> <p>Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:<br/>         „Napište libovolnou větu, která dává smysl.“</p> <p>Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.<br/>         (body.....)</p> <p><b>10. OBKRESLOVÁNÍ</b></p> <p>Dejte pacientovi bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej, aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jedné minuty. Nevadí rotace ani rozlišenost. Musí být ale zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.</p> |
|---|--|

Překreslete obrázek co nejpozději podle předlohy:



(body...)

Dosažené skóre celkem:.....

**HODNOCENÍ**

Maximální počet je 30 bodů

27 - 30 bodů    normální stav

25 - 26 bodů    hraniční nález, možnost demence

10 - 24 bodů    patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně

6 - 9 bodů       demence středního až těžkého stupně

5 a méně bodů   demence těžkého stupně

**POZNÁMKY**

---



---



---



---



---

Zdroj: Uherskohradištská nemocnice










Příloha F Záznam o průběhu rehabilitace a fyzioterapie

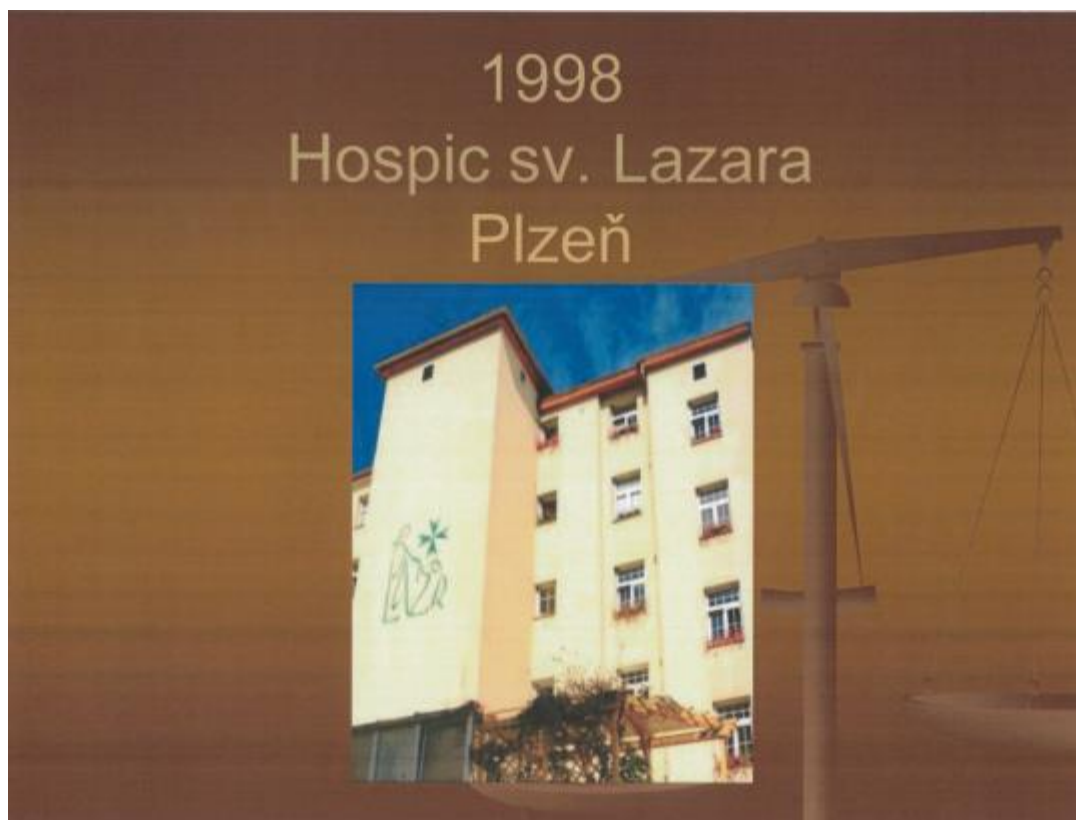
|  |  |               |
|--|--|---------------|
| <br>Uherskohradištská nemocnice a. s. | <b>ZÁZNAM O PRŮBĚHU REHABILITACE A FYZIOTERAPIE</b>  |               |
|  | Uherskohradištská nemocnice a. s., J. E. Purkyně 365, 686 68 Uherské Hradiště<br>telefon: 572 529 111, e-mail: nemuh@nemuh.cz, IČ: 27 66 09 15 |               |
| Pracoviště: <b>ONP-Z</b>   |  |               |
| Jméno a příjmení:  | Telefon:   |               |
| Rodné číslo:   | ZP:  |               |
| Bydliště:  | Zaměstnavatel:   |               |
| Začátek PH:  | Zahájení RHB:  | Ukončení RHB: |
| Dg., požadavek lékaře  | Evid. č.:  |               |
|  | Razítko, podpis, IČ lékaře/ oddělení   |               |

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|
| měsíc/rok: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |  |
|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |
|            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |

Zdroj: Uherskohradištská nemocnice





2001  
Hospic sv. Štěpána  
Litoměřice

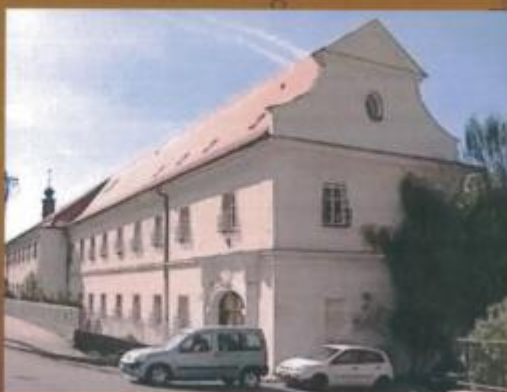


2002  
Hospic na sv. Kopečku  
Olomouc



2004 (do r. 2001 v rámci MOÚ)

# Hospic sv. Alžběty Brno

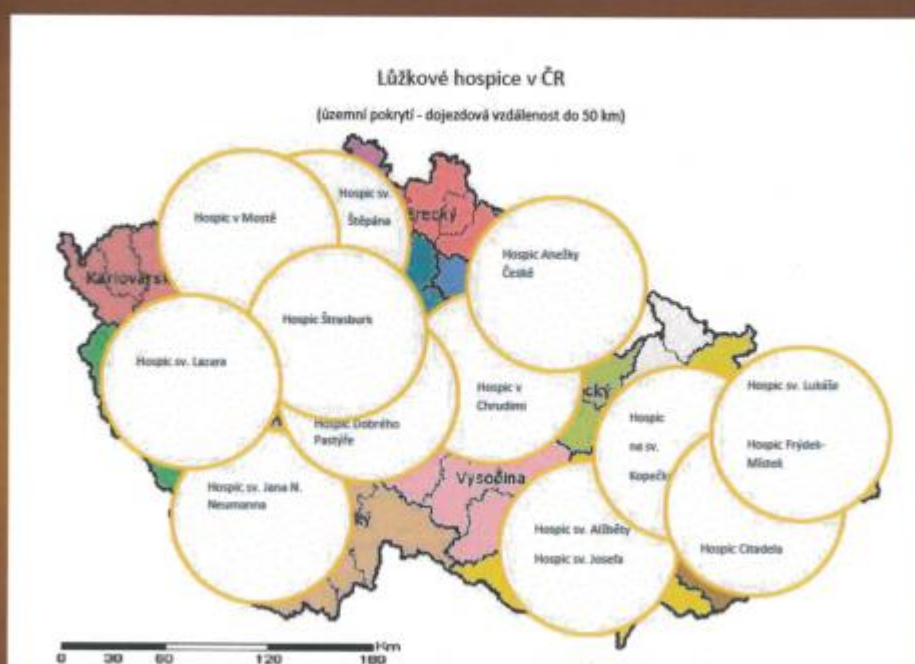
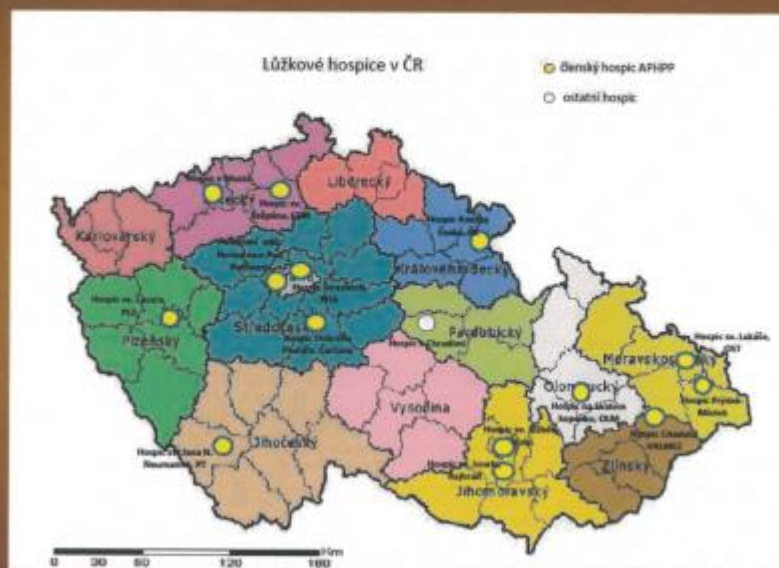


2004

# Hospic Citadela Valašské Meziříčí



# LŮŽKOVÉ HOSPICE V ČR - r. 2015

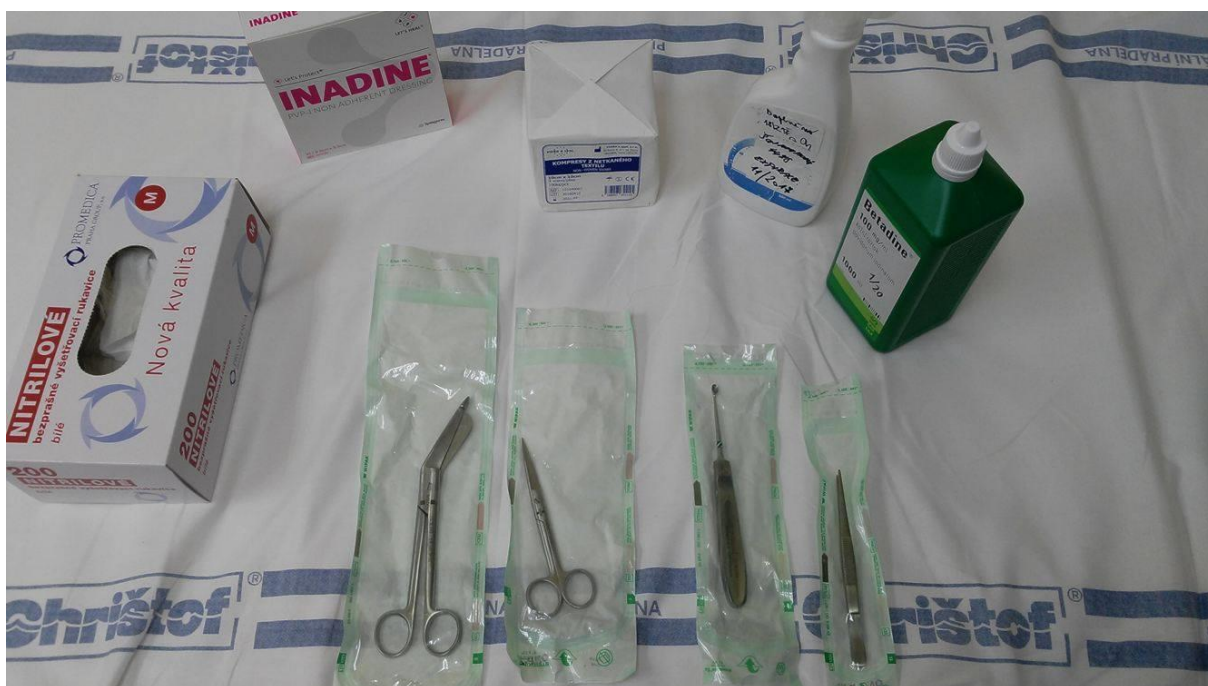


Zdroj: [www.asociacehospicu.cz](http://www.asociacehospicu.cz), [www.hospice.cz](http://www.hospice.cz)



Příloha I Převozové vozy a materiál





Zdroj: vlastní

## **POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE**

Vyhledávané období odborných publikací pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta bylo určeno od roku 2007 do roku 2017. Klíčová slova byla stanovena následovně: ošetrovatelství, gerontologie, geriatrie, stáří, stárnutí, demence, komunikace se seniory, ošetrovatelská péče o seniory v jednotlivých zařízeních a specifika ošetrovatelské péče. Pro vyhledávání odborných článků byl zvolen český a anglický jazyk. Rešerše byla vypracována Moravskoslezskou vědeckou knihovnou v Ostravě. Proběhlo nejprve vyplnění osobních údajů a poté zadání klíčových slov. Odborné publikace mi přišly poštou ve formě CD. Pro zpracování bakalářské práce bylo použito 15 odborných publikací.

**Moravskoslezská  
vědecká knihovna  
v Ostravě**

**Číslo rešerše:** 8058  
**Název rešerše:** Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta  
**Jazykové omezení:** český jazyk, anglický jazyk  
**Časové omezení:** 2007-2016  
**Klíčová slova:** ošetrovatelství, geriatric, gerontologie, stáří, stárumů, demence, komunikace se seniory, ošetrovatelská péče o seniory v jednotlivých zařizzeních

**Zpracovala:** Mgr. Pavlína Szóke

Záznamy jsou řazený v pořadí monografie, články (z tisku, z časopisů) - abecedně dle autorů. U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz [http://aleph.nkp.cz/F/CAS1791QRXK8C16H8VKASQU532X3FRTG9214CXE8F5M2HDAJ-18714?func=file&file\\_name=ind-b&local\\_base=SRK](http://aleph.nkp.cz/F/CAS1791QRXK8C16H8VKASQU532X3FRTG9214CXE8F5M2HDAJ-18714?func=file&file_name=ind-b&local_base=SRK); Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovní vypůjční služby v naší knihovně). U článků je nutné vyhledat celý časopis.

[www.svkos.cz](http://www.svkos.cz)

Průběžná spolupráce  
Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě

Příloha L Protokol o provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Dušková 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ  
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

|  |  |          |
|--|--|----------|
| Příjmení a jméno studenta  | Arnoldová Lenka  |          |
| Studijní obor  | Všeobecná sestra   | Ročník 3 |
| Téma práce   | Ošetrovatelský proces u generického pacienta   |          |
| Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů                              | Oddělení národní péče 12 <sup>1</sup>  |          |
| Jméno vedoucího práce  | PhDr. Dušan Špaňhel, M. D. j.  |          |
| Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu | Výzkum<br><input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště<br><input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště |          |
| Souhlas vedoucího práce  | <input checked="" type="radio"/> souhlasím<br><input type="radio"/> nesouhlasím  | podpis   |
| Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči                                      | <input checked="" type="radio"/> souhlasím<br><input type="radio"/> nesouhlasím  | podpis   |

Uherádkradělská nemocnice s.r.l.  
J. E. Purkyně 385  
836 68 Uherčák Hradištsko  
hlavní sestra

v Ústí nad Labem dne 20.11.2017

.....  
studenta

podpis

Arnoldová  
Lenka

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem **Ošetrovatelský proces u geristrického pacienta** v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31. 5. 2017

.....  
Lenka Arnoldová