

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Táňa Marečková

Ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta

Nursing care of the geriatric patient

Bakalářská práce

Praha, květen 2025

Autor práce: Táňa Marečková

Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: **Mgr. Martina Lišková Dis.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 23. června 2025

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací.

V Praze dne 22. května 2025

Táňa Marečková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Martině Liškové Dis. za její odborné vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat svým rodičům a příteli za podporu během studia.

Obsah

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 GERONTOLOGIE A GERIATRIE	8
2 HISTORIE	9
2.1 NOVODOBÁ HISTORIE	9
2.2 DĚJINY ČESKÉ GERONTOLOGIE A GERIATRIE	10
3 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ	12
4 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	15
4.1 STÁŘÍ	15
4.2 ASPEKTY STÁRNUTÍ	15
4.2.1 <i>Biologické aspekty stáří</i>	16
4.2.2 <i>Psychologické aspekty stáří</i>	16
4.2.3 <i>Sociální aspekty stáří</i>	17
5 ONEMOCNĚNÍ SPOJENÉ S VYŠŠÍM VĚKEM	19
5.1 PRŮBĚH NEMOCI VE STÁŘÍ	19
6 FARMAKOTERAPIE VE STÁŘÍ	21
6.1 POLYPRAGMAZIE A NESPRÁVNÉ PRESKRIPCE U SENIORŮ	23
6.2 LÉKOVÉ INTERAKCE.....	24
6.3 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY LÉKŮ	24
7 GERIATRICKÝ PACIENT	25
7.1 GERIATRICKÉ SYNDROMY	25
8 KOMPLEXNÍ GERIATRICKÉ HODNOCENÍ	26
8.1 SOBĚSTAČNOST.....	26
8.2 MOBILITA	27
8.2.1 <i>Pády</i>	28
8.3 KOGNITIVNÍ FUNKCE.....	29
8.3.1 <i>Demence</i>	31
8.3.2 <i>Delirium</i>	31
8.4 EMOTIVITA, NÁLADA A MOTIVACE.....	32
8.5 NUTRICE	32

8.5.1	<i>Malnutrice</i>	33
8.6	RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ	34
8.6.1	<i>Inkontinence moči</i>	35
8.6.2	<i>Inkontinence stolice</i>	36
9	PÉČE V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ	37
9.1	NÁSLEDNÁ A DLOUHODOBÁ PÉČE	37
9.2	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U GERIATRICKÝCH PACIENTŮ	38
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	40
10	KAZUISTIKA.....	40
10.1	LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA	40
10.2	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	43
11	PRŮBĚH HOSPITALIZACE	48
12	OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY	53
12.1	PORUCHA INTEGRITY KŮŽE	53
12.2	PORUCHA MOBILITY S RIZIKEM ROZVOJE IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU	55
12.3	MALNUTRICE V DŮSLEDKU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	58
12.4	BOLEST	61
	DISKUSE	64
	ZÁVĚR.....	67
	SOUHRN.....	68
	SUMMARY	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	76
	SEZNAM TABULEK	79
	SEZNAM PŘÍLOH	80
	PŘÍLOHY	81

Úvod

Stárnutí populace představuje v současnosti jeden z nejvýznamnějších demografických trendů, který přináší řadu výzev nejen pro společnost jako celek, ale zejména pro zdravotnický systém. Péče o geriatrického pacienta je specifická a náročná oblast, která si navzdory své důležitosti často nezískává dostatečnou pozornost odborné ani laické veřejnosti. Kvalita péče o starší osoby přitom odráží hodnoty i úroveň vyspělosti celé společnosti.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila na základě osobní zkušenosti. Několik let jsem působila v rámci brigády na Oddělení dlouhodobě nemocných v Nemocnici Nové Město na Moravě. Praktická zkušenost mi poskytla příležitost lépe porozumět péči o seniory, jejich individuálním potřebám a obtížím, se kterými se zdravotnický personál běžně setkává.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy gerontologie a geriatrie, přiblížena je historie oboru, demografické změny, proces stárnutí a problematika stáří. Dále se zaměřuje na onemocnění ve vyšším věku, farmakoterapii u seniorů, charakteristiku geriatrického pacienta, geriatrické syndromy a komplexní geriatrické hodnocení. V závěru teoretické části je popsán rozdíl mezi následnou a dlouhodobou péčí a nastíněna je i ošetrovatelská péče o seniory. Praktická část práce se věnuje kazuistice konkrétního pacienta v zařízení následné péče.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Gerontologie a geriatrie

Pojmy gerontologie a geriatrie úzce souvisejí s procesem stárnutí a obdobím vyššího věku. Gerontologie je vědní disciplínou, která se věnuje fenoménu stárnutí, období stáří a problematice života seniorů. Tento obor se člení do tří základních směrů, z nichž se každý zaměřuje na jiný aspekt stárnutí.

Experimentální a biologická gerontologie zkoumá stárnutí z pohledu biologických procesů a snaží se odhalit jeho příčiny a mechanismy. Klinická gerontologie se věnuje zdravotním zvláštnostem u starší populace, zkoumá typická onemocnění, přístupy k léčbě a péči, zejména u pacientů, kteří jsou ohroženi tzv. geriatrickým syndromem křehkosti. Sociální gerontologie se orientuje na společenské souvislosti stáří, zabývá se mezilidskými vztahy seniorů, mezigeneračními interakcemi, ale i širšími otázkami, jako je demografický vývoj, sociologie, ekonomie či politické kontexty (Kalvach, 2004).

Geriatrie je naopak samostatným lékařským oborem. Soustředí se na celkový zdravotní a funkční stav starších osob. Reflektuje specifika péče o seniory, a to jak v oblasti prevence, diagnostiky a léčby, tak i v rámci sociálních dopadů nemocí ve stáří. V užším pojetí je geriatrie specializací v rámci klinické medicíny (Čeledová et al., 2016).

Oba přístupy se vzájemně doplňují díky svému mezioborovému charakteru. Gerontologické poznatky přispívají k hlubšímu porozumění individuálním potřebám seniorů, zatímco geriatrická praxe přináší zpětnou vazbu a využití vědeckých poznatků v každodenní péči o pacienty (Concordia University Chicago 2023).

2 Historie

Péče o staré osoby sahá do dávných dob, kdy společnost začala rozeznávat specifické potřeby stárnoucí populace. Ačkoliv geriatricie, jako lékařský obor, vznikla až ve 20. století, zájem o zdraví a kvalitu života starších osob je patrný již mnohem dříve. Lidé měli své vlastní přístupy k podpoře zdraví seniorů, které vycházely spíše ze zkušeností a tradic. S rozvojem medicíny a lepším porozuměním procesům stárnutí se postupně vytvořily systematické metody péče o seniory, což nakonec vedlo k ustanovení geriatricie jako specializovaného oboru zaměřeného na fyzické, psychické i sociální potřeby stárnoucích jedinců (Jarošová, 2006).

2.1 Novodobá historie

Za vznikem termínu gerontologie stojí Ilja Iljič Mečnikov, který termín nejspíše poprvé použil v roce 1903. V roce 1942 byla publikována zásadní monografie Edmunda Vincenta Cowdryho *Problems of Ageing*, která se zabývala problematikou stárnutí. V roce 1945 zřídil Vladimír Korenchevsky v britském Oxfordu Gerontologický ústav a Club for Research on Ageing. Ve Spojených státech vznikl klub o 6 let dříve tedy v roce 1939. O několik let později, v roce 1946 bylo při National Institute of Health zřízeno výzkumné centrum zaměřené na gerontologii, které dnes nese název National Institute on Ageing (Kalvach, 2004). V období roku 1942 byla ve Velké Británii zřízena geriatrická oddělení v nemocnicích a systém domácí ošetrovatelské péče – home care (Čeledová et al., 2016).

„Od roku 1958 v USA vznikla vlivová seniorská organizace AARP (American Association of Retired Persons) a prezident Dwight David Eisenhower v návaznosti na předchozí aktivitu prezidenta Harryho Trumana podepsal zákon, podle něhož se každou dekádu musí konat v Bílém domě Národní konference k seniorské problematice s doporučeními pro prezidenta i pro senát – tyto „White House Conference on Ageing“ jsou doposud zásadními impulsy formulujícími s mezinárodním dopadem priority zájmu“ (Čeledová et al., 2016, s. 18).

V 70. letech 20. století se začalo intenzivně zkoumat téma špatného zacházení se seniory a jejich zanedbávání. V roce 1979 přijala Organizace

spojených národů rezoluci reagující na měnící se demografické poměry, v níž vyzvala ke svolání mezinárodního shromáždění zaměřeného na otázky související se stárnutím populace. Toto historicky první světové shromáždění k problematice stárnutí se uskutečnilo v roce 1982 ve Vídni a vyústilo v přijetí Mezinárodního akčního plánu pro oblast stárnutí. V průběhu tzv. vídeňského dialogu, který probíhal v 80. letech, byly formulovány klíčové směry pro reformu zdravotní a sociální péče (Čeledová et al., 2016).

Tyto priority zahrnovaly přesun péče od ústavní ke komunitní, integraci zdravotních a sociálních služeb, zapojení rodinné péče, a zaměření na kvalitu života namísto pouhého zdravotnického přístupu k seniorům jako „doživotním pacientům.“ Z těchto základních principů následně vzešel koncept dlouhodobé péče (long-term care). Koncept „úspěšného stárnutí“ byl komplexně představen v roce 1987 Johnem Rowem a Robertem Kahnem. Tento přístup zdůrazňoval pozitivní aspekty života ve vyšším věku jako alternativu ke tradičnímu pohledu na stárnutí. V 90. letech se začal rozvíjet pojem geriatrické křehkosti. V roce 2005 představila Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) myšlenku dlouhodobé péče zaměřené na seniory, zatímco ve Spojených státech byla na White House Conference určena dlouhodobá péče za jednu z klíčových gerontologických priorit na další dekádu. Evropa následně v roce 2012 označila tento rok za Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (Čeledová et al., 2016).

2.2 Dějiny české gerontologie a geriatrie

V České republice se gerontologie a geriatrie začaly formovat jako samostatné vědní disciplíny zejména v reakci na rostoucí povědomí o potřebách stárnoucí populace. Péče o seniory a problematika stárnutí se začaly systematicky rozvíjet až ve 20. století. Tento přístup zahrnoval jak medicínskou, tak sociální oblast, přičemž důraz byl kladen na zlepšování kvality života seniorů a poskytování specializované péče přizpůsobené jejich specifickým potřebám (Pacovský, 2006).

Mezi první odborníky, kteří se začali systematicky zabývat onemocněními spojenými s vyšším věkem, patřil Josef Hamerník (1810–1887), jenž se později stal profesorem interního lékařství na lékařské fakultě v Praze. Za průkopníka české gerontologie je považován Rudolf Richard Eiselt (1881–1950). V roce 1924 mu

bylo svěřeno zřízení interního oddělení specializovaného na problematiku stáří, které v roce 1929 přetvořil na jednu z prvních geriatrických klinik na světové úrovni. Od roku 1925 rovněž zahájil výuku zaměřenou na nemoci stáří na pražské lékařské fakultě (Pacovský, 2006).

Významnou osobností v oblasti české experimentální gerontologie byl Vladislav Růžička (1870–1934) profesor všeobecné biologie a experimentální morfologie (Pacovský, 2006).

Sociální gerontologie byla v českém prostředí zásadně rozvíjena Rudolfem Burešem (1906–1980), který na LF UK v Plzni vychoval několik předních odborníků (V. Zaremba a H. Zavázalová). Po příchodu do Prahy se Bureš věnoval teoriím posudkového lékařství, zkoumání funkčního potenciálu seniorů, jejich schopnosti soběstačnosti a míry závislosti (Pacovský, 2006).

Internista Bohumil Prusík (1896–1964) v roce 1958 založil gerontologickou komisi České internistické společnosti, která se v roce 1960 stala samostatnou sekcí České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. O dva roky později byla přejmenována na Českou gerontologickou společnost, jejímž prvním předsedou byl profesor František Bláha (1915–1979), odborník na sociální lékařství a organizaci zdravotnictví, který stál i u založení Lékařské fakulty hygienické UK (dnešní 3. LF UK), kde působil jako děkan. Od roku 1977 byla díky profesoru Pacovskému zahájena postgraduální výuka v oblasti gerontologie, a geriatric se tak stala samostatným atestačním oborem. První česká učebnice gerontologie od autorů V. Pacovského a H. Heřmanové vyšla v roce 1981 v nakladatelství Avicenum (Pacovský, 2006). Během posledních desetiletí byly vytvořeny učebnice klinické gerontologie, které jsou určeny nejen pro studenty medicíny a praktické lékaře, ale také pro odborníky z jiných lékařských i nelékařských profesí (Holmerová et al., 2007).

3 Demografický vývoj

Stárnutí populace představuje dlouhodobý demografický jev, který ovlivňuje celou Evropu. Tento proces je způsoben především poklesem porodnosti a významným prodloužením průměrné délky života. To vede ke zvyšování podílu starších osob a současně k úbytku populace v produktivním věku. Znalost budoucích demografických změn je klíčová pro efektivní plánování zdravotní péče zaměřené na potřeby seniorů (Schoeni a Ofstedal, 2010).

Vývoj tohoto trendu lze doložit statistickými údaji z Evropské unie (EU). K 1. lednu 2021 dosáhl podíl obyvatel ve věku 65 let a více 20,8 % celkové populace EU, což znamená meziroční nárůst o 0,2 % oproti roku 2020 (20,6 %). Ve srovnání s obdobím před 10 lety se tento podíl zvýšil o 3 %. V roce 2021 připadali na jednu osobu starší 65 let přibližně tři ekonomicky aktivní obyvatelé. Prognózy naznačují, že do roku 2050 se poměr změní tak, že na jednoho seniora budou připadat méně než dva ekonomicky aktivní obyvatelé. To potvrzuje rostoucí nadcházející závislost ve stáří (Eurostat, 2023).

V České republice jsou oficiální odhady demografického vývoje pravidelně sestavovány Českým statistickým úřadem na základě legislativy upravené zákonem č. 89/1995 Sb., který se týká státní zdravotnické služby (Český statistický úřad, 2023a). Tyto celostátní populační prognózy jsou zveřejňovány v pětiletých cyklech (Český statistický úřad, 2023b).

V následujících letech se očekává výrazný nárůst počtu osob starších 80 let, a to jak u mužů, tak i žen. Tento demografický posun bude představovat značnou zátěž pro zdravotnický systém České republiky. Zároveň je nutné upozornit na skutečnost, že populace ve věkové skupině 65 až 75 let mírně klesá, přičemž právě lidé v tomto věku často sehrávají roli pečujících osob o nejstarší seniory nad 80 let. Tento vývoj tak může v budoucnu zkomplikovat dostupnost neformální péče a zvýšit tlak na zdravotnické a sociální služby (Pavlík et al., 2024).

Tab. 1 Demografická projekce obyvatelstva ČR – muži s procentuálními a absolutními změnami

Věková kategorie	Muži 2024	Muži 2030	Muži 2035	Muži % změna 2030/2024	Muži % změna 2035/2024	Muži Absolutní změna 2035/2024
0-20 let	1193925	1083703	1014763	-9.2	-15.0	-179162
20-50 let	2166236	2011098	1992250	-7.2	-8.0	-173986
50-55 let	399412	463015	390288	15.9	-2.3	-9124
55-60 let	341557	410219	451593	20.1	32.2	110036
60-65 let	300525	319956	392077	6.5	30.5	91552
65-70 let	299250	286148	297317	-4.4	-0.6	-1933
70-75 let	271260	254183	256455	-6.3	-5.5	-14805
75-80 let	204304	226092	214966	10.7	5.2	10662
80 a více let	169001	246123	300909	45.6	78.1	131908
Celkem	5345470	5300537	5310618	-0.8	-0.7	-34852

Vlastní zpracování podle: PAVLÍK, Tomáš, Aneta ŠIKYŇOVÁ, Zbyněk BORTLÍČEK, Viktorie KOKSOVÁ a Markéta BARTŮŇKOVÁ. Demografický vývoj obyvatelstva ČR dle geografických oblastí: metodický materiál projektu „Konstrukce modelů pro predikci regionálních potřeb a dostupnosti zdravotní péče a s tím souvisejících ekonomických a personálních ukazatelů“ [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), 2024, s. 16 [cit. 2025-04-07]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/file/projekty/modely-predicke/03-demograficky-vyvoj-obyvatelstva-cr.pdf>

Tab. 2 Demografická projekce obyvatelstva ČR – ženy s procentuálními a absolutními změnami

Věková kategorie	Ženy 2024	Ženy 2030	Ženy 2035	Ženy % změna 2030/2024	Ženy % změna 2035/2024	Ženy Absolutní změna 2035/2024
0-20 let	1131822	1033005	967715	-8.7	-14.5	-164107
20-50 let	2093707	1879895	1844180	-10.2	-11.9	-249527
50-55 let	390841	446087	371132	14.1	-5.0	-19709
55-60 let	341518	402638	441318	17.9	29.2	99800
60-65 let	309663	325796	394491	5.2	27.4	84828
65-70 let	338389	306222	315181	-9.5	-6.9	-23208

70-75 let	341246	302878	290707	-11.2	-14.8	-50539
75-80 let	292251	307041	276805	5.1	-5.3	-15446
80 a více let	324531	444253	523268	36.9	61.2	198737
Celkem	5563968	5447815	5424797	-2.1	-2.5	-139171

Vlastní zpracování podle: PAVLÍK, Tomáš, Aneta ŠIKYŇOVÁ, Zbyněk BORTLÍČEK, Viktorie KOKSOVÁ a Markéta BARTŮŇKOVÁ. Demografický vývoj obyvatelstva ČR dle geografických oblastí: metodický materiál projektu „Konstrukce modelů pro predikci regionálních potřeb a dostupnosti zdravotní péče a s tím souvisejících ekonomických a personálních ukazatelů“ [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), 2024, s. 16 [cit. 2025-04-07]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/file/projekty/modely-predikce/03-demograficky-vyvoj-obyvatelstva-cr.pdf>

Demografické stárnutí obyvatelstva s sebou přináší nové výzvy, které dosud nebyly plně identifikovány ani běžně řešeny, a to jak v oblasti zdravotní, tak i sociální péče (Ng et al., 2018).

Výdaje na zdravotní péči pro osoby starší 60 let již v současnosti představují 40 % celkových nákladů na zdravotnictví. Zároveň senioři, kteří dlouhodobě pobývají v institucionální péči, spotřebují přibližně trojnásobné množství léčiv oproti stejnému počtu osob v rámci celé populace. Očekává se, že objem nákladů v následujících desetiletích bude dosahovat přibližně dvojnásobek současnosti (Morley et al., 2014).

Moderní geriatrická medicína se snaží co nejdéle zachovat optimální úroveň fyzické i duševní aktivity seniorů. Předcházet ztrátě jejich soběstačnosti a zlepšit prognózu v případě onemocnění. Tento přístup je založen na preventivně-intervenčních opatřeních, která pomáhají efektivně zvládat specifické klinické projevy nemocí a zdravotně-sociální obtíže seniorů (Weber, 2018).

4 Stáří a stárnutí

Stáří a stárnutí jsou přirozenými fázemi života. Provázejí každého člověka bez ohledu na pohlaví, sociální postavení či životní okolnosti. Proces stárnutí probíhá již od narození, avšak jeho nejviditelnější projevy se objevují zejména v pozdějším věku.

4.1 Stáří

„Experti Světové zdravotnické organizace (WHO) navrhli v 60. letech 20. století následující věkové hranice pro období středního a vyššího věku:

- 45-59 let: střední věk
- 60-74 let: rané stáří
- 75-89 let: vlastní stáří
- 90 a více let: dlouhověkost“ (Zavázalová, 2001, s. 12-13)

Stáří představuje závěrečné období lidského života, které uzavírá ontogenetický vývoj jedince. Tato životní etapa je charakteristická postupným nástupem involučních procesů, jež ovlivňují jak funkční, tak strukturální vlastnosti lidského těla. Tempo těchto změn je ovšem individuální. Projevy stárnutí vytvářejí u každého člověka specifický soubor znaků, označovaný jako fenotyp stáří (Čevela et al., 2012). Podobu stáří a jeho projevy ovlivňuje řada faktorů, mezi které patří například genetická výbava, způsob života (včetně výživy, fyzické a duševní aktivity či jejich absence), schopnost přizpůsobit se změnám spojeným se stárnutím a následky úrazů. Významnou roli hrají i společenské představy o postavení staršího člověka, psychologické aspekty a osobnostní rysy jedince (Čevela et al., 2012).

4.2 Aspekty stárnutí

Proces stárnutí a samotné stáří jsou výsledkem souhry několika faktorů. Mezi ty nejvýznamnější patří tělesné proměny, psychologické změny a společenské vlivy. Tyto prvky zásadně ovlivňují, jakým způsobem jedinec prochází stárnutím a jak se s touto etapou života vyrovnává. Na základě uvedených okolností lze stárnutí

vnímat ze tří základních hledisek: biologického, psychologického a sociálního (Malíková, 2020).

4.2.1 Biologické aspekty stáří

Biologické stárnutí zahrnuje změny, které postupně probíhají v organismu člověka během této životní etapy. Míra a intenzita těchto změn se liší podle individuálních predispozic a často bývají spojeny s vyšším výskytem onemocnění typických pro seniorský věk. Mezi běžné projevy patří například celkové snížení fyzické výkonnosti, úbytek svalové hmoty či zhoršená schopnost organismu reagovat na zátěž. K nejčastějším biologickým změnám se řadí atrofie orgánů a tkání, ztráta jejich pružnosti, snížení činnosti endokrinních žláz a hormonální dysbalance. Dochází rovněž k úpravám v distribuci tělesných tekutin, nárustu tělesného tuku a úbytku kostního vápníku. Snížování tělesné výšky bývá způsobeno zmenšením meziobratlových prostorů. Dalšími změnami mohou být omezení funkce pohybového aparátu, zhoršená činnost nervového systému, vylučovacích a dýchacích orgánů a úpadek funkcí smyslového vnímání (Jarošová, 2006).

4.2.2 Psychologické aspekty stáří

Psychická stránka jedince tvoří ve stáří významnou roli. U fyziologického stárnutí, které není zatíženo patologickými projevy, obvykle nedochází k výrazným negativním dopadům na psychickou pohodu a celkovou kvalitu života seniora. Biologické a psychické změny však spolu často úzce souvisejí. Tělesné oslabení nebo zhoršení zdravotního stavu může být subjektivně vnímáno negativně, což se následně může odrážet i na duševním stavu. V některých případech pak mohou mít fyzické změny vliv i na oblast kognitivních funkcí. Obecně se má za to, že základní osobnostní charakteristiky zůstávají v průběhu stárnutí relativně stabilní. Psychické proměny, které nastávají v rámci přirozeného procesu stárnutí, se objevují pozvolna (Malíková, 2020).

Mezi běžné projevy těchto změn mohou patřit:

- častější výpadky paměti, potíže se zapamatováním nových informací a snížená schopnost koncentrace

- úbytek schopnosti vyjadřování nebo zhoršená plynulost řeči
- emoční kolísavost či zvýšená citová zranitelnost
- mírné úpravy osobnostních rysů, případně jejich zesílení, často v negativním směru
- úbytek zájmů a aktivity
- proměna žebříčku životních hodnot, s důrazem na rodinné vztahy, zdraví nebo duchovní oblast
- nové uspořádání potřeb a preferencí
- nižší adaptabilita a obtížnější přizpůsobení se životním změnám (Jarošová, 2006)

4.2.3 Sociální aspekty stáří

Sociální aspekty představují při stárnutí velmi významnou roli a jejich spektrum je poměrně široké. Při pohledu na stáří skrze teorii psychosociálního vývoje Erika H. Eriksona je pro osoby starší šedesáti let zásadní zvládnutí vývojového úkolu směřujícího k dosažení pocitu životní celistvosti. V tomto období života senior čelí vnitřnímu rozporu mezi integritou a pocitem beznaděje. Pro dosažení pocitu integrity je podle Eriksonovy koncepce klíčové, aby si jedinec dokázal pravdivě zhodnotit svůj život, smířil se s tím, co v životě prožil, a udržel spojitost mezi minulostí a současností. Při úspěšném vyrovnání se s tímto konfliktem přijímá člověk svůj životní příběh takový, jaký byl včetně jeho chyb, neuskutečněných snů a nedosažených cílů. Tím dochází k sebepřijetí, uvolnění od pocitů viny a k otevření prostoru pro důstojné, svobodné stáří. Pokud se však senior s tímto obdobím nevyrovná, může převládnout pocit zoufalství. Nezvládnutí tohoto vývojového úkolu pak často vede ke zhoršení psychické pohody a proměnám osobnosti. Prožívání reality se může stát velmi obtížným (Malíková, 2020).

Mezi nejčastější sociální faktory, které negativně ovlivňují proces stárnutí, patří:

- přechod do důchodového věku (zejména obtížný u mužů bez zájmů a smysluplného využití času)
- omezení účasti na společenských, kulturních či jiných komunitních aktivitách

- zhoršené finanční podmínky
- osamělost napříč generacemi – často pramenící ze ztráty životního partnera nebo z absence blízkých vztahů
- narušené kontakty s přáteli a rodinou, což vede k sociálnímu vyloučení
- obavy z izolace, závislosti a ztráty autonomie
- tělesné omezení vyplývající ze zdravotních komplikací
- zhoršená mobilita nebo smyslové poruchy
- nutnost přizpůsobit se novým životním podmínkám
- věková diskriminace, tzv. ageismus (Malíková, 2020)

Tab. 3 Přehled změn ve stáří

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
změny vzhledu	zhoršení paměti	odchod do penze
úbytek svalové hmoty	obtížnější osvojování nového	změna životního stylu
změny termoregulace	nedůvěřivost	stěhování
změny činnosti smyslů	snížená sebedůvěra	ztráty blízkých lidí
degenerativní změny kloubů	sugestibilita	osamělost
kardiopulmonální změny	emoční labilita	finanční obtíže
změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování)	změny vnímání	
změny vylučování moči (častější nucení)	zhoršení úsudku	
změny sexuální aktivity		

Vlastní zpracování podle: VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007, s. 12. ISBN 978-80-247-2170-5.

5 Onemocnění spojené s vyšším věkem

Výskyt chronických onemocnění ve vyšším věku je velmi častý. Trápí až 95 % mužů a 97 % žen starších 60 let. Charakteristickým rysem stáří je multimorbidita, tedy současná přítomnost několika chorob u jednoho pacienta. Nejčastěji se vyskytují onemocnění kardiovaskulárního systému, poruchy pohybového aparátu a endokrinní dysfunkce, často doprovázené problémy s výživou a metabolismem. V oblasti srdečně-cévních nemocí jsou nejčastěji diagnostikovány vysoký krevní tlak, ischemická choroba srdeční a žilní onemocnění. Mezi potíže pohybového systému se nejčastěji řadí dorzopatie a osteoporóza, která je rovněž typická pro seniorský věk. V rámci endokrinních onemocnění pak dominuje diabetes mellitus. Často se objevují také poruchy trávicího traktu a dýchací soustavy (Kalvach, 2004).

5.1 Průběh nemoci ve stáří

Kromě specifických zdravotních obtíží spojených se stářím, jako je geriatrická křehkost (frailty), geriatrické syndromy, symptomy a funkční oslabení související s přirozenými změnami organismu, vyhledávají senioři lékařskou péči také kvůli běžným onemocněním (Kalvach et al., 2008).

Ve vyšším věku se onemocnění často vyznačují specifickými rysy, které mohou komplikovat diagnostiku i léčbu. Jak již bylo uvedeno multimorbidita patří mezi časté zdravotní problémy ve vyšším věku. S tím souvisí polypragmazie, tedy užívání více léků současně, což může vést k potlačení typických příznaků nemocí (např. bradykardizující efekt beta-blokátorů nebo účinek analgetik) a zároveň vyvolávat nežádoucí účinky, které mohou napodobovat jiné onemocnění (Kalvach et al., 2008; Kalvach, 2004; Matějovská Kubešová et al., 2018).

Další specifikou je vzájemné propojení zdravotního a sociálního stavu, to znamená, že jakákoliv změna zdravotního stavu seniora může významně ovlivnit jeho sociální situaci a naopak (Kalvach et al., 2008; Kalvach, 2004; Matějovská Kubešová et al., 2018).

Dominový efekt označuje situaci, kdy akutní onemocnění naruší rovnováhu organismu natolik, že dochází k dekompenzaci již existujících chronických chorob (Kalvach et al., 2008; Kalvach, 2004; Matějovská Kubešová et al., 2018).

Dekompenzace nejkřehčího orgánu může nastat při jakékoliv zátěži. Ať už v důsledku onemocnění nebo jiného stresového faktoru (např. adaptační reakce na stres). Dochází nejprve k selhání toho orgánového systému, který je u daného pacienta nejzranitelnější. Každé onemocnění se pak projevuje typickými příznaky právě v tomto oslabeném orgánu (Kalvach et al., 2008; Kalvach, 2004; Matějovská Kubešová et al., 2018).

U seniorů bývá častá nevýraznost klasických příznaků onemocnění (tzv. fenomén ledovce). Může dojít ke zmírnění nebo úplné absenci bolestivých projevů, například u infarktu myokardu či jiných ischemických stavů (Kalvach et al., 2008; Kalvach, 2004; Matějovská Kubešová et al., 2018).

Klinický obraz bývá často nespecifický. Mezi nejvýznamnější projevy patří neurologicko-psychiatrická symptomatologie. Méně odolný involuční mozek může být ve stáří postižen chorobnými změnami degenerativního nebo vaskulárního typu. K dekompenzaci dochází z důvodu hypoperfuze, hypoxémie, vlivem léků, iontovou dysbalancí, hypoglykemií nebo systémovou zánětovou reakcí. Mezi významné prediktory onemocnění patří apatie, slabost, únava a nechutenství, jejichž náhlý výskyt může být prvním příznakem akutního onemocnění. Tyto nenápadné projevy, spolu s dalšími faktory, často vedou k opožděné diagnostice či přehlédnutí závažných zdravotních problémů. To zvyšuje riziko nediagnostikovaných a neléčených nemocí v této populaci (Kalvach et al., 2008; Kalvach, 2004; Matějovská Kubešová et al., 2018).

6 Farmakoterapie ve stáří

Ve stáří se častěji objevují nežádoucí účinky léků, které představují jeden z hlavních důvodů hospitalizace starších pacientů. Pro zajištění bezpečné farmakoterapie v této věkové skupině byla vytvořena kritéria STOP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions). Jedná se o souhrn léčiv, která jsou na základě odborné shody nejčastěji považována za nevhodně předepisována starším osobám, a která mohou mít závažné nežádoucí účinky. Na druhé straně existuje problém nedostatečného předepisování určitých léků, které by přitom mohly mít pro seniory jednoznačně přínos, což vedlo ke vzniku kritérií START (Screening Tool to Alert to Right Treatment). Tento nástroj upozorňuje na léčivé přípravky, které by u starších pacientů měly být zvažovány, protože pro jejich účinnost a přínos existuje dostatek vědeckých důkazů (Holmerová et al., 2013).

Při podávání léků seniorům je nezbytné zohlednit změny, ke kterým dochází jak v organismu pacienta, tak ve způsobu, jakým tělo s léčivem zachází. Ve vyšším věku dochází především ke změnám v oblasti farmakokinetiky, tedy v procesech vstřebávání, distribuce, metabolismu a vylučování léčiv. Změny na úrovni farmakodynamiky, tedy v samotném účinku léčiva na cílové tkáně, jsou méně výrazné, ale i tak mohou ovlivnit výsledný efekt terapie (Suchý a Hromádka, 2011).

Tab. 4 Věkem podmíněné změny ve farmakokinetice léčiv a klinické důsledky

Farmakokinetická fáze	Věkem podmíněné změny	Klinické důsledky
Absorpce	snížené prokrvení splachniku a periferie, snížená motilita GIT, pokles absorpční plochy, vzestup pH žaludku	mírné prodloužení absorpční fáze u perorálně i intramuskulárně podaných léčiv (zpomalení nástupu účinku léčiv)
Distribuce	pokles celkové tělesné vody, zvýšení celkového	zvýšení plazmatických hladin hydrosolubilních

	tělesného tuku, hypalbuminémie	léciv, riziko toxicity při kumulaci liposolubilních léčiv v tukové tkáni, zvýšení volné frakce léčiv a vazbou na albumin
Metabolismus	snížení hmotnosti jater a průtoku krve játry, pokles funkce CYP3A4, snížená glukuronidace u velmi starých osob	mírné zpomalení biotransformace, zvýšené riziko NÚ léků především v důsledku lékových interakcí při polypragmzii
Vylučování	snížení průtoku krve ledvinou a pokles glomerulární filtrace, snížená tubulární sekrece	nebezpečí toxicity již při >> fyziologickém <<, tj. věkem podmíněném poklesu glomerulární filtrace u léčiv vylučovaných ledvinami

Vlastní zpracování podle: TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005, s. 13. ISBN 80-726-2365-6.

Tab. 5 Změny receptorů a cílových míst pro specifický účinek léčiv ve stáří

Léčivo	Změny ve stáří	Důsledek
warfarin, heparin	zvýšená citlivost receptorů	vyšší riziko krvácivých komplikací, ve stáří je snížena i schopnost syntézy koagulačních faktorů
digoxin	zvýšená senzitivita k nežádoucím účinkům digoxinu	toxické projevy u seniorů zaznamenány již při terapeutických koncentracích

benzodiazepiny, morphin, pentazocin	vyšší citlivost seniorů k sedativním účinkům těchto léčiv	sklon k sedaci a psychomotorickému útlumu
tolbutamid, glyburid	neznámé	snížená účinnost ve stáří
β-blokátory	snížená odpověď β- receptorů	snížená účinnost ve stáří
fenoterol	snížená odpověď na účinek fenoterolu u zdravých seniorů (nikoliv u pacientů s CHOPN nebo astmatem)	bez klinických důsledků
furosemid a dopamin	snížená odpověď renálních buněk na účinek těchto léčiv	účinnost vyšších dávek léčiva

Vlastní zpracování podle: TOPINKOVÁ, Eva. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005, s. 15. ISBN 80-726-2365-6.

6.1 Polypragmazie a nesprávné preskripce u seniorů

Polypragmazie, jak již bylo uvedeno, označuje současné užívání více léků. Často ve zbytečném množství nebo v kombinacích, které mohou být zdravotně rizikové. Odborná literatura zpravidla definuje tuto situaci jako užívání čtyř a více různých přípravků zároveň. U seniorů je tento jev poměrně častý a bývá doprovázen i chybami v preskripční praxi, a to jak ve formě nadměrného předepisování, tak i naopak v podobě nedostatečně zajištěné léčby. K příkladům léků, které bývají u starších pacientů opomíjeny navzdory doporučením, patří například hypolipidemika při poruchách metabolismu tuků, antikoagulační léčba u fibrilace síní, β-blokátory po infarktu myokardu, antidepresiva při přítomnosti depresivních stavů, analgetika u nádorové bolesti či inhibitory cholinesteráz u Alzheimerovy choroby. Na druhé straně spektra se mezi nejčastěji nadužívané nebo nevhodně předepisované léčivé přípravky u geriatrické populace řadí hypnotika, benzodiazepiny, periferní vazodilatancia a nootropika (Topinková, 2005).

6.2 Lékové interakce

Ve vyšším věku se lékové interakce vyskytují poměrně často. Podle dostupných údajů byly prokázány až u poloviny seniorů žijících v domácím prostředí. Pravděpodobnost vzniku interakcí významně stoupá s počtem současně užívaných přípravků. Při medikaci pěti léků je riziko odhadováno na 50 %, při osmi lécích dosahuje téměř 100 %. Je však důležité dodat, že ne všechny interakce jsou negativní. Některé jsou záměrně využívány v rámci léčby, například kombinace antihypertenziv, antidiabetik a analgetik (Zrubáková a Krajčák, 2016).

Terapeutický účinek léčiv může být ovlivněn řadou faktorů, které mohou způsobit jak snížení, tak i zesílení požadovaného efektu. Mezi hlavní vlivy patří především současné užívání více přípravků, které může vést ke vzniku lékových interakcí. Dále hraje roli přítomnost jiných onemocnění či poruch funkcí jednotlivých orgánů, což může ovlivnit působení léků. Významným faktorem je také složení stravy a druh konzumovaných potravin, které mohou ovlivnit vstřebávání, účinnost i bezpečnost podávaných léčiv (Topinková, 2005).

6.3 Nežádoucí účinky léků

U starších pacientů se v důsledku farmakoterapie často objevují nežádoucí účinky léků, které postihují různé orgánové systémy. Mezi nejčastější patří:

- *Kardiovaskulární projevy – ortostatická hypotenze, arytmie, synkopa, pády*
- *Gastrointestinální projevy – průjem, zácpa, nevolnost, zvracení, nechutenství s rizikem malnutrice*
- *Projevy ze strany centrálního nervového systému – zmatenost, sedace, delirium, deprese, extrapyramidové příznaky (Suchý a Hromádka, 2011, s. 112)*

7 Geriatrický pacient

Geriatrický pacient je obvykle definován jako člověk vyššího věku, u něhož se často objevuje morbidita a riziko nebo přítomnost funkčních omezení, která ovlivňují jeho každodenní schopnosti (Schuler a Oster, 2010). Specifický senior, tedy geriatrický pacient, není spojován s věkem, ale je identifikován funkčním stavem, především ve smyslu křehkosti (Ptáčková a Ptáček, 2021).

7.1 Geriatrické syndromy

Geriatrické syndromy (GS) mají obvykle mnohočetné příčiny a vyskytují se především u starších osob. Často bývají vnímány jako „přirozený důsledek stárnutí“, a proto mohou být přehlíženy. Pokud je diagnóza stanovena včas a je zahájena odpovídající léčba, lze v mnoha případech dosáhnout zmírnění obtíží, nebo dokonce jejich úplného ústupu (Topinková, 2005).

Mezi základní geriatrické syndromy patří původně definovaná skupina „5 I“, zahrnující: imobilitu, instabilitu, inkontinenci, intelektové poruchy a iatrogenní poškození. V průběhu času však odborníci rozšířili tento původní seznam o další syndromy, které jsou pro seniorský věk rovněž typické. Patří mezi ně například omezená pohyblivost (hypomobilita), celková fyzická de kondice, úbytek svalové hmoty (sarkopenie), poruchy příjmu potravy včetně nechutenství (anorexie) a podvýživy (malnutrice). Dále se jedná o kombinované smyslové postižení, stav dehydratace s hrozbou akutního selhání ledvin, poruchy tělesné termoregulace či závažné sociálně-patologické jevy, jako je týrání, zanedbávání nebo zneužívání seniorů. Mezi další významné syndromy pak patří snížená schopnost adaptace na nové prostředí a tzv. terminální geriatrická dezorientace.

Koncept GS se v posledních desetiletích stal zásadním milníkem v geriatrické medicíně (Weber et al., 2011). Dalším klíčovým pojmem v tomto oboru je syndrom geriatrické křehkosti (frailty), který představuje základní pilíř moderní geriatrické péče. Hlavním mechanismem, který stojí za jeho vznikem je sarkopenie. Tento syndrom je spojen s vyšším rizikem pádu, zvýšenou potřebou hospitalizace, rozvojem disability a vyšší úmrtností (Weber et al., 2011).

8 Komplexní geriatrické hodnocení

Péče o starší populaci představuje zásadní výzvu nejen v oblasti zdravotnictví, ale také z pohledu ekonomiky, a to zejména v kontextu současných demografických změn. V České republice stále chybí dostatek detailních informací o funkčním stavu seniorů, přestože právě tyto údaje jsou klíčové pro efektivní organizaci, financování a poskytování péče (Jedlinská, 2013).

K odhalení rizik, určení priorit a specifických potřeb starších pacientů se využívá tzv. komplexní geriatrické hodnocení (comprehensive geriatric assessment – CGA). Tento nástroj umožňuje spolupráci různých zdravotnických a sociálních odborníků, typicky se jedná o lékaře (nejlépe geriatra), všeobecnou sestru, ergoterapeuta, fyzioterapeuta, logopeda, sociálního pracovníka a případně další specialisty, jako je například gerontopsychiatr. Smyslem tohoto přístupu je nejen zvýšit kvalitu a bezpečnost poskytované péče, ale také lépe porozumět individuálním potřebám každého pacienta a přizpůsobit jim plán péče (Kalvach a Onderková, 2006).

Základní metodou získávání informací pro funkční geriatrické hodnocení je přímé sledování pacienta při poskytování základní péče nebo cílené dotazování samotného seniora, jeho rodiny či ostatních členů týmu podílejícího se na péči. K systematickému zjišťování informací o funkčním stavu je vhodné využívat standardizované hodnotící a měřící nástroje, které jsou jednoduché na použití a umožňují efektivní komunikaci mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu napříč obory a zároveň poskytují možnost dlouhodobého sledování a porovnávání získaných údajů. Nástroje níže uvedené byly postupně vyvíjeny a ověřovány v klinické praxi, a proto jsou považovány za validní a spolehlivé prostředky hodnocení funkčního stavu (Jedlinská, 2013).

8.1 Soběstačnost

Soběstačnost představuje schopnost člověka samostatně zvládat běžné každodenní činnosti a reagovat na požadavky okolního prostředí bez závislosti na pomoci druhých (Holmerová et al., 2007).

Dovednost člověka vykonávat každodenní činnosti se označuje jako aktivity denního života (Activities of Daily Living). Tyto činnosti se dělí do dvou kategorií: základní aktivity denního života (ADL – Activities of Daily Living), které zahrnují základní sebeobslužné úkony a na instrumentální aktivity denního života (IADL – Instrumental Activities of Daily Living), jež vyžadují vyšší úroveň samostatnosti (Kalvach, 2004).

Snižování soběstačnosti u starších osob je nejčastěji důsledkem chronických onemocnění a geriatrických syndromů. Pokles schopností se obvykle nejprve projeví v provádění IADL, které zahrnují například správu financí. Pokud dochází k dalšímu zhoršení zdravotního stavu jsou ovlivněné i ADL. Pacienti kromě podpory v každodenních aktivitách často vyžadují zdravotní péči, přičemž klíčovou roli hraje kvalifikované ošetřovatelství.

Hodnocení soběstačnosti v těchto oblastech lze provádět pomocí různých škál, jako je například Barthelová škála ADL, která vychází z objektivního posouzení pacientova stavu a jeho individuálních schopností (Kuckir et al., 2016).

8.2 Mobilita

Mobilita představuje aktivní pohyb, díky kterému se člověk dokáže samostatně přesouvat z místa na místo. Úroveň pohyblivosti úzce souvisí s mírou nezávislosti jednotlivce (Kalvach, 2004).

Stárnoucí organismus prochází řadou regresivních změn, které mohou mít přímý i nepřímý dopad na pohyblivost seniora. Přítomnost polymorbidity se významně promítá do celkové mobility a často vede k hypomobilitě. Jedním z nejčastějších důvodů omezené pohyblivosti ve stáří bývá pohybový diskomfort, kdy se při fyzické aktivitě objevují různé nepříjemné pocity a drobné obtíže. K dalším faktorům, které přispívají k rozvoji hypomobility, patří například nestabilita spojená se zvýšeným rizikem pádů, bolest, úrazy, strach či úzkost, ale také vedlejší účinky některých léků a dechové obtíže (Kuckir et al., 2016).

Snížená úroveň pohybové aktivity představuje ve stáří závažný problém, protože s sebou nese řadu negativních zdravotních důsledků. Dochází mimo jiné k poklesu kardiopulmonální výkonnosti, poruchám svalového metabolismu, rozvoji sarkopenie a zhoršení stavu kostní tkáně, což může vést k osteoporóze.

Omezování mobility se promítá do celkové soběstačnosti a v krajních případech může vyústit až v imobilizační syndrom. Základem prevence i léčby je důsledná podpora a motivace k pravidelnému pohybu, který přispívá k udržení funkčních schopností a kvalitního života seniorů (Kuckir et al., 2016).

Pro získání podrobného přehledu o stavu pohyblivosti pacienta slouží odborné vyšetření prováděné fyzioterapeutem nebo neurologem. V běžné geriatrické praxi lze základní orientaci o pohybových schopnostech získat prostřednictvím neurologického vyšetření hybnosti, případně pomocí jednoduchých funkčních testů. Mezi tyto testy patří například zkouška vstávání ze židle, známá jako sit-to-stand test, nebo její varianty, jako je Get up and go test. V rámci testu Get up and go se hodnotí jednotlivé fáze pohybu pomocí bodového systému. Vyšší počet bodů značí lepší funkční stav pacienta. Součástí testu je zaznamenávání času potřebného k provedení úkolu. Interpretace výsledků závisí na individuálním posouzení celkového výkonu pacienta, s přihlédnutím k jeho věku, zdravotnímu stavu a případným kompenzačním mechanismům (Kuckir et al., 2016).

Jedním z důležitých ukazatelů pohyblivosti je také rychlost chůze, která slouží jako indikátor celkové fyzické kondice seniora (Pokorná, 2013).

Rostoucí význam má rovněž vyšetření svalové síly, například prostřednictvím handgrip nebo handheld testu. U handgrip testu se hodnotí maximální síla stisku ruky pomocí ručního dynamometru. Test se provádí v sedě nebo ve stoje, přičemž pacient drží dynamometr v dominantní ruce, loket je ohnutý v pravém úhlu a přitisknutý k tělu. Pacient je instruován, aby sevřel dynamometr co nejsilněji, obvykle po dobu několika sekund (Cruz-Jentof et al., 2019).

Tyto metody jsou klíčové pro diagnostiku a management sarkopenie (Kuckir et al., 2016).

8.2.1 Pády

Hodnocení mobility úzce souvisí s rizikem pádu u starších pacientů. Pád je definován jako neočekávaná změna polohy, která vede ke kontaktu těla se zemí a může být provázena poruchou vědomí či poraněním. Výskyt pádů je ve vyšším věku častý a s přibývajícím věkem narůstá. Postihuje přibližně 20-30 % osob ve věku

65-69 let a u seniorů nad 85 let se riziko zvyšuje až na 50 %. Zhruba 10-15 % jedinců utrpí v důsledku pádu poraněním měkkých tkání. U osaměle žijících seniorů hrozí, že po pádu zůstanou delší dobu bez pomoci na zemi, což je vystavuje riziku podchlazení, rozvoje pneumonie nebo rabdomyolýzy. Tyto komplikace často vedou k hospitalizaci a v mnoha případech k trvalé institucionální péči (Topinková, 2005).

K posouzení rizika pádu existuje několik hodnotících škál, které pomáhají identifikovat ohrožené pacienty. Mezi nejčastěji používané nástroje patří Morse Fall Scale a škála pro stanovení rizika pádu podle Conleyové (Kozáková, 2016).

Pro geriatrické pacienty lze využít Screening Fall(s) Questions, která je součástí Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons (Kuckir et al., 2016).

Každý pád je nutné důkladně zdokumentovat, přičemž ve zdravotnických zařízeních je klasifikován jako nežádoucí událost. Akutní péče po pádu zahrnuje vyhledávání případných poranění, poskytnutí ošetření a zahájení potřebné léčby. V případě potřeby se podávají analgetika a provádí se zobrazovací vyšetření. Důležité je identifikovat příčiny pádu, mezi které nejčastěji patří poruchy rovnováhy, zhoršený zrak, zmatenost, užívání centrálně působících léků, osteoporóza, hypotenze, dehydratace nebo strach z opakovaných pádů, který může vést ke snížené jistotě při pohybu a tím zvýšit riziko dalších pádů. Pro objasnění příčiny je nutné se zaměřit na minimalizaci rizikových faktorů. Prevence pádu zahrnuje:

- posilování svalstva a trénink rovnováhy
- používání vhodných kompenzačních pomůcek
- korekce zraku
- prevence osteoporózy
- chrániče kyčlí
- vybavení pacienta nouzovým volacím systémem (Schuler a Oster, 2010)

8.3 Kognitivní funkce

Kognitivní funkce představují souhrn mentálních schopností, které umožňují člověku vnímat své okolí, zpracovávat informace a chápat svět kolem

sebe, zároveň mu ale poskytují nástroje k reflexi vlastního vnitřního prožívání a psychologických pochodů (Kuckir et al., 2016).

Tato oblast zahrnuje například paměť a schopnost učit se nové informace, myšlení, verbální projev, orientaci v prostoru, pozornost, ale také schopnosti potřebné pro plánování a realizaci složitějších aktivit (Hort a Rusina, 2007).

Pro odhalení kognitivního deficitu se využívá klinické hodnocení, které kombinuje rozhovor s pacientem, pozorování jeho chování, základní klinické zkoušky, standardizované testy a posuzovací škály, stejně jako analýzu anamnestických dat. Nejvyšší přesnost poskytuje neuropsychologické vyšetření, které však není vždy snadno dostupné a často vyžaduje více času. U geriatrických pacientů se proto využívají jednodušší testy, které umožňují rychlé posouzení kognitivních funkcí (Kuckir et al., 2016).

Nejčastěji využívaný screeningový test v běžné praxi je MMSE – Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975). Slouží jako orientační pomůcka, nikoliv jako definitivní diagnostický nástroj (Konrád, 2018). V současnosti se stále více uplatňují i další screeningové testy, například Montrealský kognitivní test (MoCa). Hodnocení tohoto testu je následovné: po sečtení všech bodů můžeme získat maximální počet 30 bodů. Pokud je počet bodů více než 26 jedná se o normální výsledek. Tento test je oproti MMSE podrobnější, přičemž jeho provedení vyžaduje pouze mírně více času (Rektorová, 2011).

Jednoduchá a často využívaná metoda, která slouží ke screeningu a diagnostice raných stádií demence je test kreslení hodin. Tento test efektivně doplňuje MMSE a poskytuje informace o kognitivních schopnostech pacienta (Topinková, 2005).

Škála CAM – Confusion Assessment Method je jedna z nepoužívanějších testů pro identifikaci deliria u geriatricky nemocných hospitalizovaných v nemocnicích nebo pobývajících v ošetrovatelských zařízeních v anglicky mluvících zemích. Test je prováděn vyškoleným zdravotnickým personálem. V České republice se však široce nevyužívá a dosud nebyl oficiálně validován (Topinková, 2005).

8.3.1 Demence

K nejvyšším mozkovým funkcím řadíme především myšlení a kognitivní schopnosti. Tyto procesy však mohou být narušeny v důsledku různých onemocnění, která ovlivňují činnost mozku. U starší populace je častým projevem těchto poruch demence. Syndrom, jenž má chronický průběh a obvykle se rozvíjí postupně na podkladě neurodegenerativních změn. Demence se vyznačuje trvalým a progresivním poklesem kognitivních funkcí, ke kterému může docházet současně s proměnami v chování, změnami osobnostních rysů a dalšími psychickými projevy. Typickým doprovodným znakem je snižování soběstačnosti, které se s postupem onemocnění nadále zhoršuje (Kuckir et al., 2016).

8.3.2 Delirium

Delirium je syndrom, který může u geriatrických pacientů významně zhoršit jejich funkční stav a v některých případech vést až k úmrtí. Jedná se o akutní stav, který se nejčastěji vyskytuje u hospitalizovaných seniorů (Ressner et al., 2011).

Zvýšené riziko rozvoje deliria mají pacienti s demencí, oslabeným organismem nebo probíhající infekcí, přičemž nejčastěji se jedná o infekci močových a dýchacích cest. Mezi další rizikové faktory patří metabolické poruchy, dehydratace, stres a užívání některých skupin léků, jako jsou hypnotika, anticholinergika, kortikoidy nebo narkotika (Kuckir et al., 2016). Bolest je rovněž významným rizikovým faktorem, který je však často podceňován, zejména u pacientů s demencí (Ressner et al., 2011).

Delirium se projevuje kvalitativní poruchou vědomí. Myšlení může být zrychlené nebo zpomalené často doprovázené paranoidními myšlenkami až bludy. Bývá přítomna dezorientace místem, časem, situací a někdy i osobou. K poruchám vnímání se řadí iluze a halucinace. Pacienti mohou vykazovat zvýšenou aktivitu s neklidem, agresivitou a odporem k běžnému ošetřování, nebo naopak apatické chování s celkovým útlumem. U pacientů můžeme pozorovat nepředvídatelné střídání neklidu a apatie (Ressner et al., 2011).

Při diferenciální diagnostice je zásadní odlišit delirium od demence a deprese. U seniorů je nezbytné aktivně vyhledávat somatická onemocnění a další škodlivé

faktory, které mohou delirium vyvolat. Důležitou roli hraje prevence deliria, která může výrazně snížit jeho výskyt. Základem léčby je zajištění dostatečné hydratace, výživy, podpora pohyblivosti a reorientace pacienta. Součástí terapie je také přiměřené podávání antipsychotik (Ressner et al., 2011).

8.4 Emotivita, nálada a motivace

Kromě kognitivních schopností a jejich možných poruch sehrávají v životě seniorů významnou roli také emocionální stav a vnitřní motivace, které zásadním způsobem ovlivňují úroveň soběstačnosti a celkovou kvalitu života. U starších osob se poměrně často vyskytuje depresivní syndrom, jehož projevy se mohou lišit od symptomů obvyklých u mladších pacientů. Poškození některých oblastí mozku, zejména čelního laloku, může vést až k úplné ztrátě vnitřního podnětu k aktivitám.

Deprese ve stáří mívá mnohdy nenápadný průběh, což komplikuje její včasné rozpoznání. Často se manifestuje prostřednictvím různorodých tělesných obtíží a může být přítomna i paralelně se somatickými onemocněními. Velmi častá je její vazba na syndrom demence – někdy jej zhoršuje, jindy naopak zakrývá. U depresivních seniorů se často objevují subjektivní stížnosti na paměť a poruchy dalších kognitivních funkcí. Tyto obtíže mohou být objektivně zaznamenatelné při testování, avšak někdy deprese napodobuje obraz demence, což je označováno jako pseudodemence. Pacienti s tímto stavem vykazují zpomalené myšlení, potíže při rozhodování, nižší schopnost soustředění a horší orientaci. Na rozdíl od pravé demence si však tyto jedinci často své paměťové problémy plně uvědomují a aktivně na ně upozorňují (Kuckir et al., 2016).

U všech starších pacientů je vhodné provádět screening dotazem zaměřený na přítomnost depresivních příznaků. Pokud pacient odpoví pozitivně, je nutné pokračovat v dalším vyšetření. K tomuto účelu lze využít standardizovaný dotazník GDS – Geriatric Depression Scale podle Yesavage, který lze v případě potřeby doplnit podrobným rozhovorem pro hlubší posouzení stavu (Topinková, 2005).

8.5 Nutrice

Ve vyšším věku dochází ke změnám v tělesném složení, které je nutné zohlednit při stravování. Typickým znakem stárnutí je zvýšení podílu tukové tkáně

a současné snižování svalové hmoty a kostní denzity. Přestože je stáří často spojeno se sníženou chutí k jídlu, oslabeným pocitem žízně a menším důrazem na pestrost jídelníčku, je nezbytné zajistit, aby strava starších osob byla kvalitní a obsahovala dostatek bílkovin. Z nutričního hlediska je zásadní udržet optimální tělesnou hmotnost a zachovat zejména svalovou hmotu, která je klíčová pro zdraví a samostatnost seniora (Kuckir et al., 2016). V rámci klinické péče je důležité věnovat poruchám výživy zvýšenou pozornost a aktivně je sledovat. Zhoršení nutričního stavu představuje komplexní problém, který může mít různé příčiny a projevy ať už se jedná o podvýživu, nebo nadměrný příjem některých živin. Hodnocení výživového stavu zahrnuje podrobný záznam stravovacích návyků (nutriční anamnézu), vyšetření tělesných parametrů a fyzikálních znaků, laboratorní testy a využití standardizovaných nástrojů, které umožňují přesné a objektivní zhodnocení celkového nutričního profilu pacienta (Kozáková a Jarošová, 2010).

MNA – Mini Nutrition Assessment patří mezi standardizované nástroje používané k hodnocení nutričního stavu a představuje cenný doplněk při posuzování výživy pacienta (Kuckir et al., 2016). Tento test neslouží k identifikaci nedostatečné výživy, ale měří pravděpodobnost podvýživy (Schuler a Oster, 2010).

8.5.1 Malnutrice

Malnutrice obecně vzniká v důsledku nedostatečného nebo nevyváženého příjmu živin. Projevuje se úbytkem celkové tělesné hmotnosti, ztrátou tukové tkáně a řadou metabolických a somatických změn ovlivňujících celkový zdravotní stav. Ke stavu podvýživy dochází tehdy, když se současně objeví neúmyslný pokles tělesné hmotnosti, nedostatečný příjem potravy, nízká hodnota indexu tělesné hmotnosti (BMI) a odchylky v laboratorních a antropometrických ukazatelích (Topinková, 2005).

Mezi nejčastější příčiny malnutrice ve stáří patří snížená mobilita, deprese, demence, poškození nebo ztráta zubů, nechutenství, různá onemocnění dutiny ústní, jícnu, gastrointestinálního traktu a jater (Jurašková et al., 2007).

Nedostatečný příjem živin s sebou nese řadu negativních zdravotních dopadů. K nejvýznamnějším patří oslabení obranyschopnosti organismu, což vede ke zvýšené náchylnosti k infekčním onemocněním. Úbytek svalové hmoty

(sarkopenie) způsobuje pokles fyzické výkonnosti, omezuje mobilitu i soběstačnost a zároveň zvyšuje riziko pádů. Zhoršení funkce dýchacího systému má negativní vliv na plicní ventilaci, čímž se zvyšuje pravděpodobnost rozvoje respiračních infekcí. U pacientů s poruchou výživy bývá zpomalené hojení ran, častější vznik dekubitů a obtížnější průběh chronických onemocnění. Při déletrvajícím nutričním deficitu se mohou objevit otoky, anémie, snížení počtu lymfocytů, poruchy elektrolytové a tekutinové rovnováhy a atrofie střevní sliznice (Topinková, 2005).

Metodou první volby nutriční podpory je perorální podávání enterální výživy tzv. sipping. Enterální výživu dále můžeme aplikovat do žaludeční či jejunální sondy, tento způsob výživy je indikován ke krátkodobému podávání výživy. Pro dlouhodobé podávání enterální výživy se využívá PEG nebo PEJ (Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2021).

Podmínkou pro podávání enterální výživy je funkční gastrointestinální trakt (Jurašková et al., 2007).

Parenterální výživa se podává v situacích, kdy pacient není schopen přijímat stravu ústy ani prostřednictvím sondy. Krátkodobé podávání je možné do periferní žíly, avšak s rizikem flebitidy. Totální parenterální výživa se podává centrálním žilním katétre a může mít podobu all-in-one vaků nebo jednotlivých roztoků cukrů, aminokyselin a tukových emulzí (Jurašková et al., 2007).

8.6 Riziko vzniku dekubitů

Dekubity představují rány vznikající v důsledku tlaku na tkáň, přičemž jejich vznik je často ovlivněn dalšími faktory, jako jsou vlhkost, nedostatečné prokrvení a otoky, které přispívají k tvorbě defektů (Kalvach, 2004).

Dekubity se mohou vytvořit během krátké doby, avšak jejich vzniku obvykle předchází dlouhodobě působící faktory. Nejčastěji se objevují u kriticky nemocných, osob dlouhodobě upoutaných na lůžko a u jedinců s omezenou pohyblivostí. Typicky postihují predilekční místa, tedy oblasti, které jsou nejvíce vystaveny tlaku (Kuckir et al., 2016).

Vznik dekubitů ovlivňuje řada faktorů, které lze rozdělit na vnitřní a vnější. Mezi vnější faktory patří dlouhodobý tlak na tkáň, který vede ke zpomalení až zástavě krevního oběhu v postižené oblasti, což může způsobit ischemii až nekrózu.

Dalšími příčinami jsou mechanické vlivy, jako jsou střížné a třecí síly, neupravené lůžko, či přítomnost cizích těles v lůžku pacienta. Chemické látky jako pot, moč nebo stolice mohou narušovat přirozenou ochrannou funkci pokožky, což může vést k jejímu zapaření (maceraci) a zvýšit riziko vzniku infekce nebo mechanického poškození kůže. K vnitřním rizikovým faktorům přispívajícím ke vzniku dekubitů patří například pokročilý věk (zejména nad 70 let), inkontinence, nedostatečný nutriční stav, omezená pohyblivost, tělesná hmotnost, přítomnost chronických onemocnění, poruchy hydratace, užívaná medikace, celkový zdravotní stav i souběh více diagnóz (Stryja et al., 2016).

Posouzení pravděpodobnosti vzniku dekubitů by mělo být nedílnou součástí vstupního vyšetření při příjmu pacienta do nemocniční péče. Včasné rozpoznání přítomných rizik je zásadní pro účinnou prevenci proleženin. Tato rizika je vhodné v průběhu hospitalizace pravidelně přehodnocovat podle aktuálního stavu pacienta (Kuckir et al., 2016).

Podle výsledků projektu „Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni“, který byl v roce 2009 realizován Národním referenčním centrem na základě zadání Ministerstva zdravotnictví ČR, je výskyt dekubitů v průběhu hospitalizace považován za znak nedostatečné úrovně ošetrovatelské péče. Zhoršení již existujícího dekubitu je dokonce vnímáno jako vážné selhání v kvalitě poskytované péče (Kuckir et al., 2016).

Nezbytnou součástí prevence je i systematické zaznamenávání informací v rámci ošetrovatelské dokumentace. V klinické praxi se k hodnocení rizika využívají různé hodnoticí nástroje, z nichž první široce používanou metodou byla Nortonová škála. Ta je v současnosti využívána buď v původní podobě, nebo v různých modifikacích (Kuckir et al., 2016).

8.6.1 Inkontinence moči

Močová inkontinence představuje neúmyslný a nekontrolovatelný únik moči, který lze objektivně prokázat, a který pro pacienta nebo pečující osoby znamená sociální či hygienický problém.

Výskyt inkontinence se zvyšuje s přibývajícím věkem. Podle odhadů se v České republice týká přibližně 170 000 až 200 000 osob starších 65 let. Je důležité

aktivně vyhledávat přítomnost močové inkontinence, protože až polovina osob nevyhledá odbornou pomoc (Topinková, 2005).

Léčba inkontinence u seniorů má svá specifika a přináší určitá rizika. Vzhledem k polymorbiditě a zvýšenému riziku chirurgických zákroků je nutné přistupovat k pacientovi individuálně. U starších pacientů bývá nejvhodnější konzervativní léčba, která spočívá v doporučení inkontinenčních pomůcek. Tyto pomůcky často představují efektivní a důstojné řešení problémů (Inkontinence moči ve stáří jako nejfrekventovanější medicínský problém, 2020).

8.6.2 Inkontinence stolice

Inkontinence stolice je stav, při kterém dochází k nedobrovolnému a nekontrolovatelnému vyprazdňování stolice v situacích, které nejsou společensky přijatelné. Postihuje přibližně 1 % osob starších 65 let. Trvalá forma tohoto onemocnění je téměř vždy spojena také s močovou inkontinencí.

Ve srovnání s močovou inkontinencí je inkontinence stolice vnímána jako závažnější problém, který bývá obtížněji snášen jak pacientem, tak jeho okolím (Topinková, 2005).

Při léčbě inkontinence stolice se klade důraz především na odstranění příčiny, která tento stav vyvolala. Pokud však nelze přistoupit k cílené kauzální terapii, volí se přístup zaměřený na zvládnutí příznaků. Mezi základní režimová opatření patří úprava stravovacích návyků s cílem optimalizovat trávení, zajištění dostatečného příjmu tekutin, pravidelná fyzická aktivita, podpora pravidelného vyprazdňování, vytvoření vhodných podmínek pro defekaci, zařazení ergoterapie, kvalitní ošetrovatelská péče a využívání inkontinenčních pomůcek. V případě, že je inkontinence spojena s průjemovými stavy, mohou být podávána léčiva zpomalující pohyb střev. Naopak u pacientů trpících chronickou zácpou se často používají laxativa, která usnadňují vyprázdnění stolice (Topinková, 2005).

9 Péče v nemocničním zařízení

Geriatrická oddělení jsou určena především pro křehké starší pacienty, u nichž by pobyt na běžných interních odděleních mohl vést k závažným komplikacím spojených s geriatrickým hospitalismem. Mezi nejčastější problémy patří vznik imobilizačního syndromu způsobený nevhodným používáním omezovacích opatření a negativní vliv na pacientovo vnímání vlastní důstojnosti. Specializované jednotky by měly zajistit šetrný přístup, minimalizovat rizika komplikací spojených s hospitalizací a respektovat individuální potřeby geriatrických pacientů (Ptáčková a Ptáček, 2021).

Geriatrická oddělení a jejich režim by měly podporovat bezpečnost a efektivitu hospitalizace starších pacientů a současně minimalizovat riziko zhoršení jejich stavu během pobytu. Mezi hlavní cíle tohoto oddělení patří zejména včasné rozpoznání a léčba onemocnění s ohledem na specifika atypických projevů nemoci ve stáří. Komplexní geriatrické hodnocení křehkých pacientů s cílem identifikovat jejich omezení, rizika, potřeby a priority, včetně zhodnocení zbylého funkčního potenciálu a možností zapojení do rehabilitačních a rekonvalescentních aktivit. Prevence hospitalismu. Zajištění intenzivní fyzioterapie a ergoterapie, které jsou nad rámec běžné péče poskytované na standardních interních odděleních. Omezení nadměrného přesouvání pacientů mezi jednotlivými odbornými pracovišti, což je vzhledem k časté maladaptaci nežádoucí. Řešení problémů, které přímo nesouvisí s důvodem hospitalizace, ale lze je diagnostikovat a léčit během jednoho pobytu, čímž se zamezí dalším následným hospitalizacím a zvýšeným nákladům (Kalvach, 2004).

9.1 Následná a dlouhodobá péče

Následná a dlouhodobá péče jsou upraveny zákonem č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Definice následné lůžkové péče je upravená dle §9 odst. 2, písm. c) zákona č. 372/2011 Sb.: *„Následná lůžková péče, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož*

zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí.“

Definice dlouhodobé lůžkové péče je upravená dle §9 odst. 2, písm. d) zákona č. 372/2011 Sb.: *„Dlouhodobá lůžková péče, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí.“*

Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) jsou součástí systému následné a dlouhodobé lůžkové péče, jak ji definuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Veřejnost často LDN mylně zaměňuje s geriatrickým oddělením. LDN taktéž bývají veřejností často vnímány negativně, jako místa, kam jsou starší lidé „odkládáni“. Tento zakořeněný stereotyp se pak mnohdy nesprávně vztahuje i na geriatrická oddělení, která se ve skutečnosti zaměřují na aktivní péči.

9.2 Ošetrovatelská péče u geriatrických pacientů

Cílem geriatrického ošetrovatelství je zajistit komplexní, odborně kvalitní a citlivou péči, která zohledňuje potřeby starších pacientů (Jarošová, 2007). Péče je odlišná od ostatních oborů medicíny tím, že je komplexnější, je kladený důraz na koordinovanou týmovou péči a akceptování zdravotně sociální povahy onemocnění v síni (Hudáková a Majerníková, 2013). Sestry se o seniory starají v různých prostředích, včetně jejich domovů, nemocnic, zařízení dlouhodobé a specializované péče, ordinací praktických lékařů a agentur poskytující domácí zdravotní služby (Jarošová, 2006).

V procesu funkčního hodnocení má všeobecná sestra nezastupitelnou roli, protože s pacientem tráví značné množství času v rámci každodenní péče. Díky tomu má jedinečnou příležitost pozorovat a lépe identifikovat funkční schopnosti seniora. Každodenní a úzká interakce s pacientem sestře umožňuje včas rozpoznat změny funkčního stavu seniora, což je zásadní pro další plánování péče. Z hlediska ošetrovatelské praxe je funkční hodnocení pacienta součástí kompetencí všeobecné

sestry, která prostřednictvím standardizovaných škál zaznamenává úroveň soběstačnosti, mobility, či výživového stavu a přispívá tak k plánování individuální péče i včasné identifikaci změn zdravotního stavu.

Ošetrovatelská péče o seniory je velmi náročná po fyzické i psychické stránce. V mnoha směrech je také péče odlišná od jiných věkových kategorií. Předpokladem pro tuto práci je velká míra empatie, tolerance a porozumění problémů, které senior řeší (Mlýnková, 2011). Práce je často jednotvárná a monotónní. Sestry by měly dbát na dodržování zásad duševní hygieny, aby předcházely pocitu vyčerpání. Péče v této oblasti totiž zvyšuje riziko vzniku syndromu vyhoření (Šafránková a Nejedlá, 2006).

PRAKTICKÁ ČÁST

10 Kazuistika

Pro praktickou část své bakalářské práce jsem se rozhodla zpracovat případovou studii zaměřenou na poskytování ošetrovatelské péče pacientce po pádu v domácím prostředí. O pacientku jsem pečovala v době své brigády po dobu 2 měsíců. V následující části bude detailněji popsána anamnéza a průběh hospitalizační péče.

Základní údaje o pacientce:

Jméno a příjmení: v rámci zachování soukromí pacientky nezmiňuji jméno ani příjmení

Pohlaví: žena

Věk: 74 let

Datum přijetí: Oddělení dlouhodobě nemocných (ODN) Nemocnice Nové Město na Moravě – 1.7. 2024

10.1 Lékařská anamnéza

Anamnéza

RA: otec zemřel na karcinom jater v 66 letech

PA: důchodkyně, dříve prodavačka

OA: Mandelungova choroba – mnohočetná benigní symetrická lipomatóza

Cirrhosis hepatis, trombocytopenie, koagulopatie

St.p. virové hepatitidě A

Portální hypertenze, ascites

Pancreatitis chronica – kalcifikace 12 mm v hlavě pancreatu

Cholecystolithiasis

Vředová choroba gastroduodena – st.p. zhojení vředu antra 3/2009

CHŽI DKK C4 stádia dle CEAP praecip. I.sin.

Vertebrogenní algický syndrom víceetážový, dominující CC sy s iritací zadního krčního sympatiku

Osteoporosa

Hypertenze

St.p. operaci zlomeniny kyčle vlevo, st.p. operaci zlomeniny humeru a olecranu vpravo

St.p. operaci zlomenin kotníků

St.p. kompresi obratlů Th12, L1, L2

Anxiózně depresivní syndrom

Luxace art. GH I.dx. způsobená pádem 26.6. 2024 – st.p. repozici

Tržná rána ušního boltce vlevo – sutura

Četná pohmoždění hrudníku způsobená pádem

FA: NOLPAZA 20mg, TBL, p.o. 1-0-0; TANAKAN, p.o. 1-0-1; VEROSPIRON 25mg, TBL, p.o. 1-0-0; VEROSPIRON 25mg, TBL, p.o. 1-0-0; CONCOR 5mg, TBL, p.o. 1/5-0-0; BETAHISTIN 16mg, TBL, p.o. 1-0-1; CALTRATE, TBL, p.o. 1-0-1; GODASAL 100mg, TBL, p.o. 0-1-0; MIRZATEN 45mg, TBL, p.o. 0-0-0-1; DIAZEPAM 5mg, TBL, p.o. 0-0-0-1; MEDRACET 37/325mg, TBL, p.o. 1-0-1; RIVOTRIL 2mg, TBL, p.o. 1-0-0; LACIDOFIL, CPS, p.o. 1-1-0; AFEXIL 500mg, TBL, p.o. při bolesti; AUGMENTIN 1g, p.o. po 8 hodinách do 5.7.; CLEXANE 0,6ml, INJ, s.c. 1x denně

AA: intolerance Betasercu v anamnéze

EA: očkovaná proti COVID-19

Abusus: nekouří, nepije

CAVE: neudává

Měřené údaje:

Tlak syst: 130 mmHg; Tlak dia: 85 mmHg; Výška: 168,0 cm; Hmotnost: 125,0 kg; BMI: 44,29 kg/m²; BSA: 2,296 m²; IBW: 59,63 kg; Puls: 90/min

Nynější onemocnění:

Pacientka 74 let, přeložena z chirurgického oddělení nemocnice Nové Město na Moravě, kam byla přijata po pádu, při kterém si způsobila luxaci pravého ramenního kloubu a tržnou ránu levého ušního boltce, současně i četná pohmoždění hrudníku. Byla provedena repozice ramene, sutura levého ucha. Doplněno RTG

bolestivé Th a L páteře, kontrolní RTG pravého ramene. Observace na standardním oddělení, analgetika pravidelně, ATB profylaxe, zahájená rehabilitace. K pokračování rehabilitace s nácvikem vertikalizace a tréninkem soběstačnosti přeložena na ODN. Doporučen závěs na dobu 3 týdnů, klidový režim PHK s procvičováním lokte a zápěstí bez zatížení. Dále doporučeno pravidelné ošetření sutury levého ucha – krátký oplach, jinak ponechat v suchu a čistotě, stehy EX 5.7. + kontrolní RTG ramene vpravo, kontrola RTG hrudních orgánů v čase. Nemocná při překladu na oddělení udává praktickou imobilitu, neschopnost samostatného polohování pro významné bolesti hrudníku při jakémkoliv pohybu a při absenci pomoci PHK.

Stav při přijetí na ODN:

Datum a čas vyšetření: 1.7. 2024

Status Praesens: anikterická, bez klidové dušnosti a cyanózy, minimálně pohyblivá v rámci lůžka, limitovaná deformitou horní poloviny těla, bolestivostí hrudníku i nefunkčností PHK. Plně orientovaná, spolupracující, řeč srozumitelná.

Hlava: poklepově nebolestivá, výstupy trigeminu nebolestivé, inervace facialem správná, jazyk plazí středem, vlhký čistý, hrdlo klidné, zornice izokorické, reagující, scléry anikterické, spojivky prokrveny, levý ušní boltec ošetřen

Krk: krátký silný, pulzace karotid oboustranně, uzliny a štítnou žlázu lékařka nevyšetřuje

Hrudník: technicky není možné provést poklepové vyšetření, poslech pouze orientační – dýchání se zdá čisté sklípkové, bez známek městnání a spasticity, AS – 90/minprav., 130/85, intertrigo pod prsy, rozsáhlé hematomy oboustranně vpředu, především horní polovina hrudníku – oblast ramen – deformována pokročilou lipomatózou, vpravo jizva staršího data

Břicho: významně nad niveau, měkké, volně prohmatné, bez palpační citlivosti a hmatné rezistence, hepar 0, lien 0, peristaltika přítomna, hematom vpravo od pupku, intertrigo podbřišku

Páteř, bedra: t. č. nelze vyšetřit

Končetiny: orientačně bez lateralizace, omezené pohyblivost PHK v ramenním kloubu – PHK na závěsu, periferie dobře pohyblivá a prokrvená, prsty bez otoku

DKK bez otoků a známek flebitidy, pulzace do periferie hmatné oboustranně, postphlebitické změny bérců, zahojené ulcerace levého bérce, obvaz nad kolenním kloubem LDK

Per rectum: lékařka nevyšetřuje

Diagnostická rozvaha:

S430 vymknutí ramenního kloubu

W0100 Pád na rovině po uklouzení; zakopání; domov; sport

S004 Povrchní poranění ucha

Plán péče: účinná analgezie, šetrná postupná rehabilitace s klidovým režimem pro ramenní kloub a závěsem PHK na dobu 3 týdnů, lab. kontrola, nastavení vhodných kompenzačních pomůcek

10.2 Ošetrovatelská anamnéza

K získání anamnestických údajů jsem využila zdravotnickou dokumentaci pacientky a také jsem s pacientkou vedla rozhovor, během kterého jsem získala doplňující informace. Ošetrovatelskou anamnézu jsem od pacientky odebírala 7. den hospitalizace během mé směny. Pro zaznamenání údajů jsem použila formulář ošetrovatelské anamnézy 3. lékařské fakulty UK.

Oddělení: Oddělení dlouhodobě nemocných

Datum odběru anamnézy: 7.7. 2024

Pohlaví: žena

Věk: 74 let

Datum přijetí: 1.7. 2024

Stav: svobodná

Povolání: důchod, dříve pracovala jako prodavačka

Rodina informovaná o hospitalizaci: ano

Diagnóza při přijetí (základní): pádem v domácím prostředí způsobená luxace pravého ramenního kloubu, tržná rána levého ušního boltce a pohmoždění hrudníku

Chronická onemocnění: Mandelungova choroba, jaterní cirhóza, trombocytopenie, koagulopatie, portální hypertenze, ascites, chronická pankreatitida, cholecystolitiáza, chronická žilní insuficience DKK, vertebrogenní algický syndrom, osteoporóza, hypertenze, anxiózně depresivní syndrom

Infekční onemocnění: ne

Farmakoterapie: Nolpaza 20mg 1-0-0

Tanakan 1-0-1

Verospiron 25mg 1-0-0

Concor 5mg 1/5-0-0

Betahistin 16mg 1-0-1

Caltrate 1-0-1

Godasal 100mg 0-1-0

Mirzaten 45mg 0-0-0-1

Diazepam 5mg 0-0-0-1

Medracet 37/325mg 1-0-1

Rivotril 2mg 1-0-0

Lacidofil 1-1-0

Afexil 500mg při bolesti

Clexan 0,6ml s.c. 1x denně

Jiné léčebné metody: klidový režim s postupnou rehabilitací a nastavením vhodných kompenzačních pomůcek

Má nemocný informace o nemoci: ano

Alergie: intolerance Betasercu v anamnéze

Fyziologické funkce: P: 85, TK: 135/78, D: 16, SpO₂: 94 %, TT: 36,4 °C

Vědomí: při vědomí, orientovaná, spolupracující

Bolest: ano, chronická

Lokalizace: záda

Intenzita: VAS 3

Dýchání:

Potíže s dýcháním: ne; **Dušnost:** námahová; **Kuřák:** ne

Stav kůže:

Změny na kůži: ano – ragády; **Riziko vzniku dekubitů:** Nortonové skóre: 23 bodů, tabulka hodnocení viz příloha č. 14

Lokalizace: horní končetiny, záda, pod prsy, třísla

Hodnocení rány: ragády od 2 cm do 7 cm

Ošetření rány: oplach ran Actimaris roztokem, poté přiloženo antiseptické krytí Inadine a sterilně kryto

Vnímání zdraví: pacientka vnímá své zdraví jako značně oslabené, uvědomuje si přítomnost dlouhodobých a chronických onemocnění, která ji výrazně omezují v každodenním životě. Kvůli pokročilé Mandelungově chorobě a dalším obtížím je její soběstačnost značně narušená, potřebuje pomoc při běžných denních činnostech. Zdraví je pro ni zdrojem obav a nejistoty, často pociťuje únavu a obavy z dalšího zhoršování stavu. Myslí si však, že se její stav po návratu domůlepší.

Úrazy: pád

Výživa a metabolismus:

dieta: 3G; **nutriční skóre:** laboratorně malnutrice, tabulka hodnocení viz příloha č. 15

Hmotnost: 120 kg; **výška:** 168 cm; **BMI:** 42,52

Chuť k jídlu: ne

Potíže s přijímáním potravy: ano – nechutenství

Užívá doplňky výživy: ano – Nutridrink, Protifar

Enterální výživa: ne

Denní množství tekutin: 750ml denně – čaj, šťáva

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano – úbytek váhy o cca 10 kg

Umělý chrup: ne

Vyprazdňování:

Problémy s močením: kvůli snížené mobilitě a četným ložiskům intertriga zaveden PMK

Problémy se stolicí: zácpa, občasná inkontinence

Stolice pravidelná: ne

Datum poslední stolice: 3.7. 2024

Způsob vyprazdňování: PMK – zavedený 5. den, toaletní křeslo

Aktivita, cvičení:

Pohybový režim: pacientku je nutné pravidelně polohovat v lůžku, avšak polohování často odmítá. Do sedu se posazuje pouze s dopomocí, samostatně to nezvládá. Celkově je její mobilita výrazně omezena a veškerý pohyb probíhá s asistencí personálu. Pravidelná fyzioterapie.

Barthel test: 40 b. – vysoce závislý, tabulka hodnocení viz příloha č. 13

Riziko pádu: 11 b. – střední riziko, tabulka hodnocení viz příloha č. 16

Pohyblivost: chodící s velkou pomocí, v lůžku téměř nepohyblivá

Spánek, odpočinek: pacientka udává výrazné zhoršení kvality spánku, v noci se často budí i přes užívání léků na spaní (léky vnímá jako neúčinné). Přes den bývá výrazně unavená a spánek dohání formou opakovaných krátkých úseků spánku.

Vnímání, pozorování:

Potíže se zrakem: ne

Potíže se sluchem: ne

Porucha řeči: ne

Kompenzační pomůcky: francouzské hole

Orientace: orientovaná místem, časem, osobou

Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu: pacientka se v nemocničním prostředí cítí dobře, a to především díky dostupné pomoci personálu, která jí vzhledem k její omezené soběstačnosti výrazně ulehčuje každodenní fungování. Myslí si, že se její stav po návratu domů zlepší. Úroveň komunikace je dobrá, pacientka spolupracuje ochotně, avšak její spolupráce je částečně limitována sníženou mobilitou.

Plánování propuštění: pacientka žije sama, je svobodná a bezdětná. Má dvě sestry, z nichž jedna žije v Rakousku, avšak s oběma udržuje pravidelný kontakt. Vzhledem k její situaci bylo zahájeno sociální šetření. Byla jí nabídnuta možnost podat žádost o umístění do domova pro seniory, kde by jí byla zajištěna nepřetržitá péče. Pacientka s podáním žádosti souhlasí, nicméně předpokládá, že po propuštění z nemocnice se vrátí domů.

Invazivní vstupy: permanentní močový katétr, datum zavedení: 2.7.
periferní žilní katétr, datum zavedení: 2.7., kde: hřbet ruky

11 Průběh hospitalizace

1.7. byla pacientka přijata na Oddělení dlouhodobě nemocných k pokračování rehabilitace s nácvikem vertikalizace a tréninkem soběstačnosti. Pacientka je komunikativní. Již při příjmu je u pacientky identifikováno riziko pádu a riziko vzniku dekubitů. Přestože se pacientka vzezřením jeví jako obézní, laboratorní vyšetření poukazují na přítomnost malnutrice.

3.7. pacientka opakovaně odmítá ranní hygienu, i přes opětovnou snahu ošetřujícího personálu. Hygiena byla provedena alespoň v oblasti genitálu. Pacientka leží v polosedě, polohování odmítá. Nevhodná poloha pacientky přispívá k intenzitě bolesti zad. Změna polohy je výrazně omezena kvůli Mandelungově chorobě. V lůžku pacientka není schopná samostatného pohybu. Je nutné ji aktivně pobízet k příjmu tekutin. Z podávané stravy zkonsumuje méně než polovinu porce. Pacientku je nutné opakovaně edukovat o nutnosti stravy.

6.7. u pacientky byla zahájena fyzioterapie se zaměřením na podporu soběstačnosti, zlepšení mobility, celkové fyzické kondice a zmírnění bolesti. Dnes proběhla edukace pacientky fyzioterapeutem, následoval nácvik vertikalizace do sedu, postavení se a chůze po pokoji s využitím chodítka s vysokou oporou. Pacientka má chronické bolesti zad a ramene VAS 3 a více dle ordinace lékaře je pacientce podáván Novalgin.

12.7. nadále přetrvávající bolest, bez výrazné úlevy i po podání analgetik dle ordinace lékaře. Nově jí byla nasazena transdermální náplast Fentalis. Byla provedena celková hygiena na sprchovacím lůžku. Pacientka má četné opruzeniny a ragády, které jsou pravidelně ošetřovány oplachem Actimaris roztokem, kryty Inadine a sterilním krytím. Pacientka téměř odmítá veškerou stravu.

18.7. u pacientky probíhá konzultace s nutričním terapeutem zaměřená na stravování a výživu. Pacientka udává nechutenství, jídlo jí nechutná a má zájem pouze o sladké mléčné výrobky. Příležitostně zkonsumuje polévku, jinak však

veškerou stravu odmítá. Dnes nejedla nic, pouze sipping, který má ordinovaný 3x denně, avšak ani ten není schopna vypít v plné míře a uvádí, že jí nechutná. Součástí konzultace byla také edukace o důležitosti příjmu bílkovin a celkové výživy.

Jednání sociální pracovnice s pacientkou. Vzhledem k tomu, že pacientka bydlí sama a nemá se o ní kdo postarat je jí nabídnuta možnost podání žádosti do domova pro seniory, kde je trvale zajištěná pomoc. Pacientka s podáním žádosti souhlasí. Předpokládá ale, že z nemocnice půjde domů.

23.7. pacientka se cítí v klidu bez výraznějších bolestí, nezvrací ani nemá průjem, avšak přetrvává výrazné nechutenství. Na podnět k pohybové aktivitě (např. posazení na lůžku) reaguje odmítavě, požaduje plnou dopomoc a aktivně se nezapojuje, horní končetiny nevyužívá. Při asistenci do sedu reaguje téměř hystericky. Perorální příjem zůstává nadále velmi nízký. Je nutné přehodnocení analgetické terapie vzhledem k možnému vlivu na nechutenství. Indikováno ultrazvukové vyšetření břicha a RTG srdce, plíce a ramene PHK.

24.7. dle RTG vyšetření je humerus v GH (glenohumerální kloub) kloubu ventrálně luxován, hlavice humeru uložena pod glenoidem, fragment velkého tubercula odlomen a dislokován. Zlomenina diafýzy humeru přehojena kostěným svalkem. RTG nález levého hemithoraxu: skelet zachycen od 4. žebra, zlomenina 8. a 9. žebra ve střední axilární čáře, zhojená zlomenina 6. žebra, 8. žebro posunuto o šíři kortikalis (cca několik milimetrů), 9. žebro s posunem o 1/2 šíře kosti. Nález pravého hemitoraxu: susp. Nedislokovaná zlomenina ventrálního konce 9. a 10. žebra jinak bez zřejmého čerstvého dislokovaného traumatu. St.p. zhojené zlomenině 6.-8. žebra. RTG nález srdce, plíce: vpravo nově pruhovité zastření plicního parenchymu – zřejmě na podkladě infiltrativních změn či dystelektatických změn. Malý oběh bez překrvení. Brániční kopule klenuté, ostře konturované, brániční úhly volné. Jinak plicní parenchym bez zřejmých ložiskových změn. Pruhovité zastření plicního parenchymu v dolním plicním poli. Srdeční stín zvětšen – rozšířen doleva. Ultrazvukové vyšetření břicha bez nových patologických změn. Dle doporučení chirurga PHK ponechat v klidu, pohyb v lokti a distálně bez omezení. Klidový režim pro rameno, závěs šátku, poloha v polosedě,

dechová rehabilitace. Při neurocirkulačním deficitu na PHK kontrola chirurgem.

28.7. pacientka nadále setrvává v poloze na zádech a je obtížně polohovatelná. S dopomocí zvládne vertikalizaci a krátkou chůzi po chodbě s využitím vysokého chodítka. Perorální příjem zůstává minimální, a to i přes pravidelné intervence nutričního terapeuta a podávání výběrové diety. Dosavadní edukace zatím nepřinesla žádný efekt. U pacientky nadále přetrvává absence náhledu na vlastní zdravotní stav a nutriční potřeby. Dochází k progresi otoků pravé horní končetiny, zejména v oblasti periferie a nově se objevují i otoky bérců. U pacientky je sledována přesná bilance tekutin. Byla dohodnuta intervence klinického psychologa.

2.8. u pacientky není technicky možné provést odběr žilní krve. Diuréza je výrazně snižená. Přetrvává prosáknutí periferie. Perorální příjem zůstává nadále nedostatečný. Zítra je plánované psychiatrické vyšetření. Za účelem podávání parenterální výživy proběhne zítra kanylace centrální žíly. Dle psychologického vyšetření je pacientka orientovaná osobou, místem, časem. Aktuální úroveň kognitivních funkcí se nachází v pásmu mírné demence. MMSE 22/30.

3.8. po kanylaci v. jugularis I.dx. pacientku bolí za krkem, špatně se jí polyká. Pacientka opět odmítá oběd s odůvodněním bolesti za krkem. Laboratorně další významný pokles nutrice (albumin 26,4, celková bílkovina 56, progrese makrocytární anémie). Veden důkladný a důvěrný rozhovor s psychiatrem. Nyní podpora nutrice Nutriflex Peri, objednaná parenterální výživa Olimel N12E.

4.8. pacientka nadále odmítá jíst, udává velké nechutenství i když popírá zažívací potíže ve smyslu bolestí žaludku, břicha, zvracení, pyrózy. Pacientka souhlasí s návrhem enterální výživy cestou nazogastrické sondy a následně se založením PEG sondy. Pacientce je ponechána parenterální výživa pro podporu hydratace a výživy. I nadále probíhá snaha o bazální perorální příjem stravy a tekutin. Dnes proběhly telefonické konzultace s mnoha pracovišti psychiatrické nemocnice v Jihlavě, které byly bohužel bez přínosného řešení situace.

7.8. zavedení NGS s postupným podáváním enterální výživy. U pacientky pokus o vyprázdnění, podány glycerinové čípky, bohužel bez efektu. Dle indikace lékaře podáno kapací klyzma. Dochází k samovolnému úniku stolice.

8.8. pacientka dnes absolvovala gastrokopii, která proběhla bez komplikací. Endoskopické vyšetření prokázalo normální nález v oblasti jícnu, žaludku i bulbu duodena, bez známek patologie, která by bránila perorálnímu příjmu. Na základě doporučení se u pacientky nadále pokračuje v enterální výživě sondou. Gastroenterolog doporučuje ponechat NGS co nejdéle, předpokládá obtížné zavedení PEG z důvodu základního onemocnění Mandelungovy choroby.

9.8. v důsledku prosaků horních končetin a minimální změny polohy na lůžku se objevují četné puchýře, ragády a intertrigo. K ošetření defektů jsou denně aplikovány obklady s použitím Actimaris roztoku.

Pacientka je schopna samostatně přivolat sestru, s dopomocí se přesouvá ve vysokém chodítku na přenosné WC, kde je schopna se sama očistit a postavit se do chodítka. O aktivní účast na cvičení však neprojevuje zájem. Návčik vertikalizace probíhá již více než měsíc, přesto pacientka nadále vyžaduje asistenci sestry při posazování a dalších úkonech. O nutnosti fyzioterapie je pacientka pravidelně edukována.

15.8. pacientka uvádí, že je spokojená pouze po injekci Tramadolu. Odmítá perorální příjem a rehabilitaci. Vzhledem k jejímu odmítavému postoji k navrhovaným terapeutickým postupům není v současné době možné dosáhnout zlepšení celkového zdravotního stavu. U pacientky je nově potvrzen uroinfekt, nález *Klebsiella pneumoniae*. Nově do medikace zařazena ATB terapie – Acefa 1 g.

20.8. v dalším postupu je plánována laboratorní kontrola, zavedení PEG a podpora nutričního stavu. Spolu se sociálním pracovníkem a rodinou je nadále řešena otázka další péče a budoucího umístění pacientky.

24.8. provedeno zavedení PEG. Enterální výživa je pacientkou dobře tolerovaná, postupně dochází k navyšování dávek definované stravy. V současnosti pacientka odmítá hygienickou péči v koupacím lůžku, vyjadřuje přání vykoupat se na sedačce ve sprchovém koutě. Spolupráce je obtížná, zejména s ohledem na onemocnění, tělesné proporce, kognitivní poruchy a změny chování.

31.8. pacientka neudává bolest, nadále však není schopna perorálního příjmu ani samostatného posazení na lůžku. Pokračuje pravidelná rehabilitace a snaha o motivaci k perorálnímu příjmu, nicméně spolupráce zůstává minimální. V oblasti hrudníku, zad a horních končetin se nachází velké množství povrchových kožných defektů. Opakovaně byla podána žádost na umístění pacientky na gerontopsychiatrické oddělení z důvodu poruchy příjmu potravy, avšak dosud nebylo žádné z těchto žádostí vyhověno.

Shrnutí:

Pacientka byla přeložena z chirurgického oddělení nemocnice Nové Město na Moravě, kam byla přijata po pádu, při kterém si způsobila luxaci pravého ramenního kloubu, frakturu žeber a ránu levého ušního boltce. Dle doporučení chirurga konzervativní postup s ohledem na Mandelungovu chorobu.

Při hospitalizaci na ODN byla pacientce zjištěna těžká malnutrice, porucha perorálního příjmu. Opakované intervence nutričního terapeuta i psychologa byly bez efektu. Opakované konzultace na psychiatrii se žádostí o převzetí do péče z důvodu poruchy příjmu potravy, vstupně při anorexii, byly bez výsledku.

Pacientce byla zajištěna CŽK a byla zahájeno parenterální podávání výživy. Následně byla podávání enterální výživa pomocí NGS. Enterální výživu pacientka snášela dobře, podávání definované stravy mělo příznivý efekt. Bylo vyloučeno onemocnění žaludku při gastroskopii, kdy byl pacientce zaveden PEG. U pacientky pravidelně probíhala rehabilitace a ošetřování kožních defektů.

Při propuštění domova pro seniory pacientka zůstávala i nadále špatně mobilní a nesoběstačná v základních denních činnostech. Stav pacientky byl ale stabilizovaný. Trvalým řešením nutrice a hydratace byla aplikace enterální výživy a tekutin PEG sondou. Pacientka navštěvuje nutriční ambulanci.

12 Ošetrovatelské problémy

V průběhu hospitalizace se u pacientky objevilo více ošetrovatelských problémů, které bylo nutné komplexně řešit, a to:

- porucha integrity kůže
- porucha mobility s rizikem rozvoje imobilizačního syndromu
- malnutrice v důsledku poruchy příjmu potravy
- bolest
- porucha sebepěče
- riziko pádu
- úzkost
- riziko infekce
- poruchy vyprazdňování
- porucha spánku

Z několika identifikovaných ošetrovatelských problémů jsem se rozhodla zaměřit na čtyři problémy, které považuji za nejzávažnější v kontextu celkového zdravotního stavu pacientky. Konkrétně se jednalo o poruchu integrity kůže, porucha mobility s rizikem rozvojem imobilizačního syndromu, malnutrice v důsledku poruchy příjmu potravy a bolest. Tyto obtíže měly zásadní vliv na pobyt pacientky v nemocničním zařízení a kvalitu života pacientky v průběhu hospitalizace a byly zároveň těmi, kterým byla v rámci ošetrovatelské péče věnována největší pozornost ze strany zdravotnického personálu.

Každý z ošetrovatelských problémů je zpracován v šesti hlavních bodech. Úvodní část, tedy specifický problém a souvislosti problému, se vztahuje ke geriatrické populaci obecně, zatímco části věnující se stanovení cíle, příčině, intervencím a hodnocení vycházejí z individuální situace konkrétní pacientky.

12.1 Porucha integrity kůže

Specifický problém:

Porucha integrity kůže představuje narušení její přirozené celistvosti, ke kterému může dojít v důsledku vnějšího poranění, tlaku, vlhkosti, tření nebo

infekce. Tento stav zahrnuje jak akutní rány např. chirurgické nebo traumatické, tak i chronické defekty, jako jsou dekubity, bércové vředy nebo diabetické ulcerace. Porušená integrita kůže je spojena s vyšším rizikem infekce, ztrátou tekutin a zhoršeným hojením (Stryja et al., 2016).

Souvislosti problému:

U geriatrických pacientů představuje porucha integrity kůže významný klinický problém s řadou komplikací. S věkem dochází k fyziologickým změnám kůže, jako je ztenčení epidermis, snížená elasticita a snížená produkce kožního mazu, což zvyšuje riziko vzniku kožních defektů. U starších osob je hojení ran často zpomaleno kvůli snížené buněčné aktivitě a regeneraci tkání. Tyto faktory, spolu s přítomností chronických onemocnění a imobilitou, přispívají k vyšší incidenci poruch integrity kůže (Stryja et al., 2016).

Stanovení cíle:

Prioritou ošetrovatelské péče bylo zabránit dalšímu poškozování kožního krytu a podpořit hojení již vzniklých defektů, zejména v rizikových oblastech. Důraz byl kladen na pečlivou hygienickou péči s cílem udržení čistoty, suchosti a ochrany pokožky. Předcházení vzniku dekubitů a prevence infekce. Vzhledem k celkově zhoršenému výživovému stavu a omezené mobilitě bylo cílem zajistit co největší možný komfort a důstojnost.

Příčina:

Porucha integrity kůže u pacientky vznikla v důsledku několika faktorů. Významnou roli hrála Mandelungova choroba, která způsobovala extrémní objem horní části těla a vedla k tvorbě kožních záhybů. Právě v těchto místech docházelo ke vzniku ragád a intertriga. Pacientka zároveň trpěla malnutricí s hypoproteinémií, která vedla ke vzniku generalizovaných otoků a postupnému prosakování tekutiny přes pokožku, především v oblasti zad a horních končetin. Tyto vlhké plochy byly náchylné k poranění, vznikaly zde puchýře, ragády a povrchové defekty, které se obtížně hojily. Hojení kožních lézí bylo dále komplikováno nízkým příjmem bílkovin a nízkou fyzickou aktivitou. K dalším negativním vlivům patřil samovolný únik stolice, který způsoboval podráždění a opruzeniny v oblasti hýždí.

Intervence:

Pacientce byla zajištěna pravidelná denní péče o kůži se zaměřením na oblasti se zvýšeným rizikem poruchy integrity kůže. Kůže byla každý den omývaná a ošetřovaná Actimaris roztokem a kryta sterilním krytím s použitím Inadine. Při výskytu nových defektů byly aplikované obklady s Actimaris roztokem dle potřeby. U pacientky probíhala v denním režimu celková hygiena na lůžku a 1x týdně koupel ve sprchovém lůžku. Kromě lokální péče byla prováděná prevence dekubitů s použitím antidekubitální matrace. Polohování bylo prováděno s ohledem na pacientky aktuální celkový stav. Kůže byla sledovaná pravidelně každý den u ranní hygieny.

Pacientka byla několikrát denně motivovaná ke zvýšení pohybové aktivity, nicméně spolupráce byla omezená. Důraz byl kladen také na zajištění hygieny v oblasti hýždí kvůli úniku stolice. Péče byla zaměřena i na hodnocení stavu výživy.

Hodnocení:

Přes důslednou ošetrovatelskou péči a pravidelné ošetřování problematických oblastí se nepodařilo dosáhnout úplného zhojení kožních defektů. Na kvalitě hojení se podílela přetrvávající malnutrice, omezená soběstačnost, únik stolice, vlhkost kůže a celkové oslabení organismu. Nejproblematičtějšími oblastmi zůstávaly kožní záhyby, oblast pod prsy, oblast třísel a genitálu. Při propuštění však bylo zaznamenáno částečné zlepšení stavu kůže.

12.2 Porucha mobility s rizikem rozvoje imobilizačního syndromu**Specifický problém:**

Imobilizační syndrom představuje soubor nepříznivých důsledků a klinických projevů, které vznikají na podkladě výrazného a dlouhodobého omezení pohybu, nejčastěji při trvalém upoutání na lůžko. Tento stav odráží složité patofyziologické mechanismy a širokou škálu změn v organismu, které zdaleka nespočívají pouze ve vzniku dekubitů. Vyžaduje proto komplexní přístup zahrnující jak rehabilitační, tak ošetrovatelská opatření zaměřená na prevenci i zvládnutí těchto komplikací (Kalvach, 2004).

Souvislosti problému:

V teoretické části práce se věnuji problematice mobility a soběstačnosti, imobilizační syndrom zde není detailně rozebrán. Z tohoto důvodu je mu v praktické části věnován prostor, protože u pacientky představoval jednoznačné riziko, kterému bylo třeba v rámci ošetrovatelské péče aktivně předcházet.

Imobilizační syndrom zahrnuje soubor různorodých změn, které určují klinický obraz tohoto stavu a zároveň představují varovné příznaky, na něž je třeba se při hodnocení pacienta cíleně zaměřit. Patří sem například porucha schopnosti udržet posturální a ortostatickou stabilitu, která může vést ke vzniku ortostatické hypotenze. V důsledku zpomalení krevního oběhu hrozí vznik hluboké žilní trombózy a následně i plicní embolie. Dochází rovněž k oběhové dekonkci a přestavbě kardiiovaskulárního systému, která se projevuje snížením maximálního kyslíkového využití ($VO_2 \text{ max}$). Častým nálezem je plicní hypoventilace s hromaděním hlenu a zvýšeným rizikem pneumonie. Další komplikací jsou poškození kůže v podobě dekubitů, svalová atrofie vedoucí k poklesu síly, vznik flekčních kontraktur, porucha koordinace pohybu, úbytek kostní hmoty a rozvoj osteoporózy. Objevit se mohou i trávicí potíže, jako je zácpa nebo naopak inkontinence stolice, poruchy močení, psychické obtíže (zejména depresivní stavy a pocity deprivace), a v neposlední řadě také dehydratace nebo podvýživa (Kalvach, 2004).

Stanovení cíle:

Cílem ošetrovatelské péče bylo zabránit zhoršování tělesných funkcí v důsledku omezené mobility a aktivně předcházet imobilizačnímu syndromu. Podpora zachování stávající pohyblivosti a zlepšení celkové soběstačnosti pacientky. Zapojení pacientky do pravidelné mobilizace. Snahou bylo také minimalizovat riziko komplikací jako jsou dekubity, hypoventilace, žilní trombóza, kontraktury nebo zácpa. Důraz byl kladen na zachování psychické pohody, předcházení projevům deprese a na zajištění výživy a hydratace.

Příčina:

Riziko imobilizační syndrom u sledované pacientky bylo výsledkem kombinace více rizikových faktorů, které se navzájem ovlivňovaly a zhoršovaly její celkový stav. Zásadní roli hrála především neochota k pohybu a nízká vnitřní

motivace ke spolupráci a rehabilitaci. Pacientku bylo nutné pravidelně edukovat o důležitosti pravidelné fyzické aktivity a fyzioterapii, na kterou reagovala pasivně. Výrazné omezení mobility bylo dále podmíněno tělesným habitem. Horní polovina těla byla vzhledem k Mandelungově chorobě významně objemná, což fyzickou aktivitu výrazně komplikovalo. K omezení hybnosti přispívaly i strukturální poškození pohybového aparátu, která vznikly v důsledku pádu. Konkrétně se jednalo o fraktury žeber a luxace ramenního kloubu, které byly řešeny konzervativně. Dalším faktorem byla porucha náhledu na vlastní zdravotní stav. Pacientka byla přesvědčená, že se její zdravotní stav po návratu domů samovolně zlepší. Anxiózně depresivní syndrom hrál také významnou roli a v neposlední řadě také výživa. Ačkoli pacientka vážila 120 kg, trpěla závažnou formou malnutrice a poruchou příjmu potravy, což přispívalo k celkové slabosti a zhoršené regeneraci.

Intervence:

Ošetrovatelské intervence u pacientky s rizikem imobilizačního syndromu zahrnovaly edukaci o důsledcích imobility. Důraz byl kladený na srozumitelnost a opakování informací. Důležité bylo vysvětlit rizika spojená s dlouhodobým ležením a přizpůsobení komunikace schopnostem pacientky vnímat realitu jejího zdravotního stavu.

Dále motivace k aktivní spolupráci a rehabilitaci. S pacientkou probíhaly každodenní rozhovory/edukace ze strany lékařky, sester, fyzioterapeuta a sociální pracovnice. Cílem byla podpora pozitivního přístupu, ocenění i drobného pokroku, podpora vnímání smyslu cvičení. Spolupráce s fyzioterapeutem při sestavení reálného a dosažitelného pohybového plánu. Asistence při pohybu a cvičení na lůžku. Fyzioterapie u pacientky probíhala 2x denně, dopoledne a odpoledne po dobu 30–45 min. Podpora v rámci možností pacientky, respektování bolesti (před fyzioterapií podání analgetik). Pomoc při přetáčení, polohování, nácvik sedu na lůžku, vertikalizace. Zajištění bezpečného prostředí pro pohyb. Upravení lůžka a okolí s ohledem na habitus pacientky, zabránit riziku pádu či úrazu při pokusech o přesuny. Monitoring výživového stavu a spolupráce s nutričním terapeutem. U pacientky došlo k zavedení individuálního nutričního plánu, sledování hmotnosti, příjmu tekutin a známek dehydratace. Podpora příjmu bílkovin prostřednictvím podávání sippingu a Protifarů.

Péče o psychickou podporu pacientky ze strany lékaře, ošetřujícího personálu a psychologa.

V neposlední řadě se jednalo o prevenci komplikací z imobility. U pacientky byla snaha o pravidelné polohování, sledování kůže a prevence dekubitů, podpora dostatečného příjmu tekutin a kontrola vyprazdňování.

Hodnocení:

Navzdory opakovaným rozhovorům a edukaci zůstávala spolupráce pacientky výrazně omezená. Aktivita probíhala pouze pod vedením fyzioterapeutky a rehabilitační sestry, při individuálním přístupu a přímé motivaci. Pacientka sama nevyvíjela žádnou snahu o zapojení do pohybových aktivit a vyžadovala trvalou přítomnost personálu.

Zdravotnický tým se snažil přizpůsobit prostředí její situaci. Pokoj měla pacientka v rámci možností upravený tak, aby odpovídal jejím tělesným proporcím a umožňoval bezpečný pohyb.

Přes veškerou snahu se však nepodařilo zlepšit perorální příjem stravy a bylo nutné přistoupit k aplikaci enterální výživy prostřednictvím PEG. Každé ráno byla pečlivě kontrolována kůže za účelem včasného odhalení známek poškození. Současně byla pravidelně sledovaná bilance tekutin a vyprazdňování.

S ohledem na celkový stav pacientky, její závislost na péči a neschopnost návratu do domácího prostředí, byla umístěna do domova pro seniory, kde jí mohla být zajištěna potřebná komplexní péče.

12.3 Malnutrice v důsledku poruchy příjmu potravy

Specifický problém:

Ztráta chuti k jídlu spojená s úbytkem hmotnosti a vznikem malnutrice, označovaná jako tzv. anorexia of ageing, má často mnohočetné příčiny a není zpravidla vysvětlitelná jediným konkrétním onemocněním. Tento stav je považován za jeden ze základních znaků geriatrické křehkosti a významně přispívá k rozvoji omezené pohyblivosti, svalové slabosti, poruch rovnováhy vedoucích k pádům, chronické únavě, snížené výkonnosti a dalším projevům souvisejícím se syndromem křehkosti. Anorexie ve stáří a s ní spojená podvýživa jsou spjaty s nepříznivým vývojem zdravotního stavu. Mohou vést k rozvoji disabilit,

komplikacím základních onemocnění, zhoršenému hojení ran nebo zvýšenému riziku úmrtí. Významným faktem zůstává, že tento stav často vzniká nebo se dále zhoršuje právě během pobytu ve zdravotnickém zařízení (Kalvach et al., 2008).

Souvislosti problému:

Ačkoli je malnutrice částečně popsána v teoretické části práce, zde ji uvádím v širším kontextu ve vztahu k jejímu výskytu u sledované pacientky.

Příčiny rozvoje syndromu spojeného s nechutenstvím a podvýživou jsou obvykle mnohostranné a vznikají kombinací fyziologických, psychosociálních, sociálních i chorobných faktorů. Na centrální úrovni se uplatňují především věkem podmíněné změny v neuroendokrinním řízení chuti k jídlu, příjmu potravy a regulaci energetické rovnováhy. Tyto mechanismy jsou výrazně ovlivněny psychickými a imunitními vlivy. Významné změny se týkají také trávicího systému, zejména zpomalené motility, kdy je typickým nálezem prodloužené vyprazdňování žaludku. Fyziologické procesy bývají dále zhoršovány přítomností onemocnění, vedlejšími účinky léčiv a dalšími vnějšími faktory. Nemoci mohou působit buď cíleně, nebo zesilují již probíhající involuční změny jak v oblasti centrální nervové soustavy, tak v zažívacím traktu. Z hlediska geriatrické je důležité i chování starších osob při jídle. Výzkumy ukazují, že senioři reagují na vnější podněty při jídle výrazněji než mladší lidé. Pokud přijímají stravu o samotě, jejich celkový příjem může být až o polovinu nižší než při jídle ve společnosti. Sociální izolace tak představuje významný rizikový faktor pro vznik a zhoršování nechutenství a malnutrice ve vyšším věku (Kalvach et al., 2008).

Stanovení cíle:

Zlepšení výživového stavu pacientky a minimalizace důsledků malnutrice. Podpořit pacientku v perorálním příjmu potravy a tekutin prostřednictvím empatického přístupu, pravidelné edukace a vytvořením bezpečného a podpůrného prostředí. Snažit se posílit její motivaci ke spolupráci a zlepšit psychický stav s cílem zvýšit její ochotu k příjmu potravy. Zajistit adekvátní nutriční příjem. Prevence komplikací spojených s malnutricí (otoky, dekubity, poruchy hojení ran).

Příčina:

Porucha příjmu potravy v kontextu anxiózně depresivního syndromu, která vedla k nechutenství a dlouhodobému odmítání stravy. Snížený příjem potravy

navzdory opakované edukaci a podpoře ze strany ošetrovatelského personálu i nutričního terapeuta. Dále vliv omezené mobility a demotivace. Nechutenství mohlo být zčásti ovlivněno i medikací, nicméně nebyly prokázány objektivní trávicí obtíže. Celkový psychický a fyzický stav pacientky přispěl k prohlubující se malnutrici.

Intervence:

V rámci ošetrovatelské péče bylo u pacientky nezbytné pravidelně monitorovat perorální příjem potravy a tekutin. Ošetřující personál pacientku opakovaně pobízel k jídlu, nabízel jí stravu a tekutiny, včetně podpory při krmení, vždy s důrazem na trpělivý a empatický přístup.

Edukace o důležitosti dostatečné výživy pro celkové zlepšení zdravotního stavu probíhala opakovaně ze strany lékařky, sester i nutričního terapeuta, přesto se pacientku nepodařilo k perorálnímu příjmu potravy namotivovat. Nutriční terapeut pacientce sestavil individuální výživový plán. Intervence psychologa měla podpořit psychický stav pacientky. Do péče byla zapojena také rodina, konkrétně pacientky sestra, která se pacientku také snažila podpořit a přesvědčit jí k jídlu.

Ze strany lékařky proběhla revize medikace, která mohla mít vliv na nechutenství. Pro podporu perorálního příjmu byly dle ordinace lékařky nasazeny doplňky enterální výživy (sipping, Protifar). Později u pacientky došlo k zavedení centrálního žilního katétru a zahájení parenterální výživy (Nutriflex Peri poté Olimel N12E).

V důsledku neúspěšných pokusů o obnovení perorálního příjmu byla pacientce nejprve zavedená NGS a následně PEG.

Hodnocení:

Stav pacientky byl i nadále ovlivněn celkovou pasivitou, nízkou motivací ke spolupráci a trvajícím nechutenstvím. Přes veškeré intervence zdravotnického týmu a rodiny nedošlo ke zlepšení jejího přístupu k výživě. Výživový stav bylo nutné stabilizovat formou umělé výživy. Došlo k rozvoji edémů a poruše integrity kůže, což si vyžádalo další ošetrovatelské intervence. Ačkoliv nebylo dosaženo plného naplnění cíle ve smyslu obnovení perorálního příjmu, podařilo se částečně stabilizovat nutriční stav pacientky prostřednictvím enterální výživy. Pacientce bylo také zajištěno sledování v nutriční ambulanci.

12.4 Bolest

Specifický problém:

Bolest představuje důležitý varovný signál upozorňující na aktuální nebo hrozící poškození tkání. Na rozdíl od jiných tělesných vjemů má výraznou emocionální složku. Právě nelibost, kterou s sebou bolest přináší, zdůrazňuje její regulační funkci a ovlivňuje chování člověka (Kalvach, 2004).

Z pohledu medicíny je bolest cenným diagnostickým ukazatelem a pravděpodobně i nejčastějším subjektivním projevem, který přivádí pacienta k lékaři. Bolest má různorodý charakter a zahrnuje více složek, které spolu úzce souvisejí. Vyžaduje široký terapeutický přístup přesahující čistě biomedicínský rámec (Kalvach, 2004).

V případě geriatrické je význam bolesti umocněn skutečností, že analgetika patří dlouhodobě mezi nejčastěji užívané léky u osob starších 65 let (Kalvach, 2004).

Klinicky rozlišujeme dva základní typy bolesti. Akutní bolest často spontánně odeznívá nebo ustupuje po jednorázovém odstranění příčiny. Pokud je třeba podávání léků, bývají běžná analgetika účinná. Nejčastějšími příčinami bývají úrazy, chirurgické zákroky, zánětlivé procesy, koliky a další akutní stavy. Chronická bolest je definovaná jako bolest přetrvávající déle než 3 měsíce. Obvykle má složitější charakter a rozvíjí se jako tzv. syndrom chronické bolesti, často v souvislosti s psychickými a sociálními faktory. Léčba tohoto typu bolesti je mnohem náročnější, vyžaduje komplexní přístup, a ne vždy je účinná i při podávání silných analgetik (Kalvach, 2004).

Souvislosti problému:

Bolest může mít u geriatrických pacientů odlišné projevy, a proto je důležité chápat její širší souvislosti v rámci geriatrické péče. U starších osob představuje bolest častý a významný problém, který může mít různorodé projevy a dopady na kvalitu života. Akutní bolest u seniorů se často projevuje méně výrazně než u mladších jedinců, což může vést k jejímu podcenění. Chronická bolest je u této populace běžná a může být spojena s degenerativními změnami, jako je osteoartróza, nebo s neuropatickými stavy. Bolest může vést k omezení mobility, poruchám spánku, depresivním stavům a celkovému zhoršení funkčního stavu. Je

důležité, aby zdravotnický personál věnoval pozornost i méně zjevným projevům bolesti, jako jsou změny chování, apatie nebo snížená aktivita, které mohou signalizovat přítomnost bolesti u geriatrických pacientů (Kalvach, 2004).

Stanovení cíle:

Hlavní snahou ošetrovatelského personálu bylo snížit intenzitu bolesti na takovou úroveň, která by pacientce umožnila alespoň částečnou aktivitu a spolupráci při rehabilitaci. Zároveň bylo cílem přispět ke zlepšení celkového komfortu pacientky, poskytnout dostatečnou analgezii dle ordinace lékaře a podporovat psychickou pohodu pacientky, která byla bolestí výrazně ovlivněna.

Příčina:

Příčinou bolesti u pacientky byla kombinace více faktorů. V době přijetí byla pacientka po pádu s diagnózou luxace ramenního kloubu a následně byly u pacientky zjištěny fraktury žeber. Obě poranění byla řešena konzervativně. Dále trpěla chronickými bolestmi zad, která se zhoršovaly v důsledku dlouhodobého pobytu na lůžku a snížené mobility. Přetrvávající bolest mohla být částečně ovlivněna i psychickým stavem.

Intervence:

U pacientky byla pravidelně monitorovaná intenzita bolesti pomocí vizuální analogové škály (VAS) a výsledky byly zaznamenávány do zdravotnické dokumentace. Analgetická terapie byla zajištěna dle ordinace lékaře. Pacientce byl podáván Afexil, Novalgin a poté i transdermální náplasti Fentalis. V případě potřeby a podle aktuálního stavu pacientky byla aplikovaná injekční forma Tramadolu, která vedla k výraznějšímu subjektivnímu pocitu úlevy.

Před zahájením fyzioterapie byly pacientce podávány analgetika, aby byla minimalizovaná bolest a zvýšila se její ochota ke spolupráci. Sestry úzce spolupracovali s fyzioterapeutem a přizpůsobovali péči aktuálním potřebám pacientky. Edukace ohledně důležitosti pohybu a změny polohy na lůžku probíhala ze stran celého zdravotnického týmu.

Velká pozornost byla věnována sledování nežádoucích účinků analgetik, především na možný vliv na perorální příjem.

Důraz byl kladen také na vytvoření psychického komfortu prostřednictvím klidného prostředí a empatického přístupu.

Hodnocení:

Přestože byla pacientce při přijetí nasazena analgetická terapie zahrnující Medracet a Afexil podle potřeby, bolest přetrvávala bez výraznější úlevy. Vzhledem k tomu, že stávající léčba nebyla dostatečně účinná, došlo k úpravě farmakoterapie. Byla nasazena transdermální náplast Fentalis a v případě potřeby injekčně Tramadol, po kterém pacientka udávala největší úlevu. Zároveň užívala psychofarmaka, která mohla mírně ovlivňovat vnímání bolesti, nicméně analgetický efekt těchto léčiv nebyl u pacientky dostatečný.

Po úpravě medikace došlo k celkovému zlepšení vnímání bolesti. Pacientka udávala nižší intenzitu bolesti. Z hlediska cílů ošetrovatelské péče bylo dosaženo zmírnění bolesti, avšak ke zvýšení spolupráce a samostatnosti při aktivitách u pacientky nedošlo.

Diskuse

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala pacientce, která byla přijata po pádu v domácím prostředí. Pacientka trpěla Mangelungovou chorobou. Tento stav vedl k extrémnímu objemu horní poloviny těla, což na první pohled působilo dojmem obezity. Laboratorním vyšetřením krve však byla zjištěna těžká malnutrice.

Vzhledem k masivní horní části těla, významně omezené mobilitě, malnutrici a celkově zhoršenému zdravotnímu stavu byla pacientka ohrožená rozvojem imobilizačního syndromu. Tento stav vyžadoval zvýšenou pozornost zdravotnického týmu. V souvislosti s omezenou mobilitou u pacientky hrozilo také riziko poruchy integrity kůže. Pacientka pohyb často odmítala a preferovala setrvání v lůžku, což rizika zvyšovalo.

Výrazná malnutrice, způsobená poruchou příjmu potravy a nechutenstvím s přetrvávajícím odmítáním perorální výživy, negativně ovlivňovala regeneraci tkání a přispívala k oslabení pacientky. V důsledku kombinace nepříznivých faktorů, jako byla nízká mobilita, malnutrice a hypoproteinémie s prosáknutím edematózní tekutiny, nakonec skutečně došlo k rozvoji poruchy integrity kůže, zejména v oblastech kožních záhybů a zad.

Bolest představovala další zásadní ošetrovatelský problém, byla u pacientky přítomna nejen v důsledku úrazu – konkrétně luxace ramenního kloubu a fraktur žeber, ale její intenzitu dále zvyšovala i omezená mobilita a dlouhodobé setrvávání v poloze na zádech.

V odborné literatuře je opakovaně poukazováno na to, že geriatrická populace je v důsledku fyziologických involučních změn kůže, snížené elasticity, přítomnosti otoků a malnutrice výrazně ohrožena vznikem kožních defektů a zpomaleným hojením ran (Kalvach, 2004; Topinková 2005). Tyto faktory byly patrné také u sledované pacientky, u které došlo k rozvoji kožních lézí zejména v oblastech kožních záhybů, zad a třísel. Význam prevence vzniku kožních poškození a potřeba systematické péče o pokožku geriatrických pacientů jsou v literatuře zdůrazňovány jako zásadní součást ošetrovatelské péče (Skryja et al., 2016).

Snížená mobilita a neochota k pohybu jsou v literatuře uváděny jako hlavní rizikové faktory vedoucí k rozvoji imobilizačního syndromu, který negativně ovlivňuje kardiovaskulární, respirační i pohybový aparát (Kalvach, 2004; Topinková 2005). V souladu s těmito poznatky byla i situace u pacientky, která dlouhodobě preferovala setrvání v lůžku a pouze s výraznou pomocí byla schopna fyzické aktivity. Ošetrovatelská péče směřovala k udržení stávající úrovně mobility a prevenci komplikací spojených s imobilitou.

Topinková (2005) i Kalvach (2004) zdůrazňují, že malnutrice u seniorů je častým a závažným problémem, který zvyšuje riziko infekcí, zpomaluje hojení ran, zhoršuje svalovou sílu a celkově snižuje kvalitu života. Tento stav byl u pacientky výrazně patrný, a to jak ve formě úbytku tělesné hmotnosti, tak ve výrazné hypoproteinémii a následném rozvoji generalizovaných otoků. Malnutrice přispěla také ke snížené imunitní odpovědi pacientky, což se projevilo vznikem močové infekce během hospitalizace. Po zavedení enterální výživy se výživový stav pacientky podařilo částečně stabilizovat, přičemž komplikace spojené s podvýživou přetrvávaly po celou dobu hospitalizace.

Bolest je u geriatrických pacientů často nedostatečně rozpoznána a není adekvátně léčena, což vede k omezení mobility, zhoršení soběstačnosti a negativnímu vlivu na psychický stav pacienta (Kalvach, 2004; Topinková 2005). U pacientky byla bolest přítomna jak v souvislosti s primárním poraněním, tak v důsledku dlouhodobého setrvávání v jedné poloze. Zpočátku byla bolest nedostatečně kontrolována běžnou analgetickou terapií. Teprve po úpravě léčby došlo k dosažení plné analgezie. Dosažení plné analgezie bylo obtížné, což odpovídá popisovaným specifikům léčby bolesti u geriatrických pacientů (Kalvach, 2004; Topinková 2005).

Z hlediska poruchy integrity kůže byla péče o pacientku velmi náročná. Přes veškerou snahu o prevenci docházelo k dalším poškozením kůže. Teprve po zahájení enterální výživy, nejprve prostřednictvím NGS a následně PEG, došlo ke zlepšení nutričního stavu pacientky, což se pozitivně odrazilo i na hojení kožních defektů. Přesto se nepodařilo dosáhnout úplného zhojení všech postižených oblastí. V případě mobility bylo patrné, že pacientka vyžadovala intenzivní podporu a motivaci. Rehabilitace probíhala, nicméně byla limitována absencí ergoterapie,

kteřá v dané době na Oddělení dlouhodobě nemocných nebyla dostupná. Ergoterapeutická intervence by mohla významně přispět k rozvoji funkční soběstačnosti pacientky. Stejně tak by byla vhodná pravidelná psychologická péče, vzhledem k přítomnému anxiózně depresivnímu syndromu a velmi nízké motivaci pacientky k jakékoliv aktivitě. Stabilizace výživového stavu bylo dosaženo prostřednictvím zavedení PEG. Nicméně perorální příjem se nepodařilo obnovit. Pacientka nadále odmítala jakoukoliv stravu per os, a to i přes pravidelné návštěvy nutričního terapeuta. Tento problém by pravděpodobně vyžadoval intenzivnější psychologickou intervenci. Jako negativní můžeme hodnotit skutečnost, že pacientka nebyla přeložena na psychiatrické oddělení, kde by bylo možné lépe cíleně řešit poruchu příjmu potravy a její psychický stav. V oblasti zvládnání bolesti byla péče úspěšná. Po úpravě analgetické terapie, která zahrnovala nasazení transdermální náplasti Fentalis a podávání injekcí Tramadolu dle potřeby, došlo k výraznému zmírnění bolesti až k jejímu téměř úplnému zmírnění. Při propuštění do domova pro seniory bylo doporučeno postupné snižování až ukončení opioidní analgezie.

Během hospitalizace byla ošetrovatelská péče zaměřena nejen na řešení somatických problémů pacientky, ale také na komplexní posouzení její sociální situace. Již od počátku hospitalizace byla pacientka v kontaktu se sociální pracovníci, se kterou bylo zahájeno řešení následné sociální péče. Vzhledem k tomu, že pacientka žila sama a její zdravotní stav jí neumožňoval návrat do domácího prostředí, byly vypracovány a zaslány žádosti do domova pro seniory. Ačkoliv pacientka původně doufala v návrat domů, její stav vyžadoval trvalou péči, kterou nebylo možné v domácím prostředí zajistit.

Celkově lze péči o pacientku hodnotit jako velmi složitou a náročnou pro celý zdravotnický tým. Hospitalizace trvala tři měsíce. Velkou slabinou v průběhu péče bylo nedostatečné řešení psychického stavu pacientky, zejména poruchy příjmu potravy a anxiózně depresivního syndromu. Přestože pacientka hospitalizaci subjektivně snášela relativně dobře, její zdravotní stav vyžadoval péči, která by mohla být efektivněji poskytnuta na specializovaném gerontopsychiatrickém oddělení.

Závěr

Bakalářská práce se věnovala problematice geriatrických pacientů a stárnutí se zaměřením na význam komplexního geriatrického hodnocení. Praktická část prostřednictvím kazuistiky ukázala průběh ošetrovatelské péče o geriatrického pacienta s kombinovanými zdravotními obtížemi. Výsledky práce ukázaly, že ošetrovatelská péče o geriatrické pacienty je vysoce náročná jak po fyzické, tak po psychické stránce. Praktická část zároveň ukázala konkrétní obtíže a potřeby, se kterými se zdravotnický personál setkává při poskytování péče geriatrickým pacientům.

Cílem práce bylo zdůraznit význam včasného komplexního hodnocení zdravotního stavu, individuálního přístupu k pacientovi a potřebu podpory zdravotnického personálu v péči o seniorskou populaci. Vzhledem k demografickému vývoji společnosti bude význam geriatrické péče i nadále narůstat. Výsledky práce mohou sloužit jako podklad pro zlepšení ošetrovatelské péče v zařízeních následné péče.

Souhrn

Teoretická část mé bakalářské práce v úvodu vysvětluje pojem gerontologie a geriatrie. Věnuje se historii geriatrie a gerontologie ve světě i v České republice. Dále v práci zmiňuji demografický vývoj v kontextu stárnutí populace. Následující kapitola se věnuje stárnutí – biologickým, psychologickým a sociálním aspektům stáří. Navazují kapitolou věnovanou onemocněním spojeným s vyšším věkem a farmakoterapií ve stáří. Důraz je kladen na komplexní geriatrické hodnocení, které je dále podrobně rozpracováno v jednotlivých oblastech, a to: soběstačnost; mobilita a s ní spojené pády; kognitivní funkce a související problematika demence a deliria; emotivita, nálada a motivace; nutriční a malnutriční; dále riziko vzniku dekubitů spolu s problematikou inkontinence moči a stolice. V práci je zahrnuta péče v nemocničním zařízení a definice následné a dlouhodobé péče. Teoretická část je ukončena obecnou charakteristikou ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty.

Praktická část práce se věnuje kazuistice geriatrické pacientky, která je po pádu hospitalizovaná na Oddělení dlouhodobě nemocných. Je zde podrobně rozepsaná lékařská anamnéza a ošetrovatelská anamnéza, pro kterou jsem využila formulář 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Formulář je uveden v příloze mé bakalářské práce. Dále je zpracován průběh hospitalizace a následně jsou stanovené ošetrovatelské problémy. Z ošetrovatelských problémů jsem vybrala čtyři problémy, které jsem dále rozpracovala a detailně rozebrala. U každého problému jsou popsána jeho specifika a souvislosti obecně. Následně je u každého problému stanoven cíl, příčina, intervence a hodnocení, které se vztahují ke konkrétní pacientce.

Diskuse se věnuje rozboru ošetrovatelské péče. Na základě porovnání s odbornou literaturou práce ukázala, jak jednotlivé problémy souvisejí s průběhem hospitalizace a péče. Je zde zhodnocena efektivita přijatých opatření, úspěchy i slabá místa péče. Diskuse reflektuje náročnost péče o geriatrického pacienta a zdůrazňuje potřebu komplexního a individuálního přístupu.

Summary

The theoretical part of my bachelor thesis explains the concept of gerontology and geriatrics in the introduction. It deals with the history of geriatrics and gerontology in the world and in the Czech Republic. Furthermore, the thesis mentions demographic development in the context of population ageing. The following chapter deals with ageing – biological, psychological and social aspects of old age. I continue with a chapter devoted to diseases associated with older age and pharmacotherapy in old age. The emphasis is on the comprehensive geriatric assessment, which is further elaborated in detail in the following areas: self-sufficiency; mobility and associated falls; cognitive function and related issues of dementia and delirium; emotionality, mood and motivation; nutrition and malnutrition; and risk of decubitus along with issues of urinary and faecal incontinence. Care in a hospital setting and definitions of follow-up and long-term care are included. The theoretical section concludes with a general description of nursing care of geriatric patients.

The practical part of the thesis is devoted to a case study of a geriatric patient admitted to the Long-Term Care Unit after a fall. The medical and nursing history is detailed, for which I used the form of the 3rd Medical Faculty of Charles University. The form is attached to my bachelor thesis. Furthermore, the course of hospitalization is elaborated and then the nursing problems are determined. From the nursing problems I selected four problems, on which I further elaborated and discussed in detail. For each problem, its specifics and context in general are described. Then, for each problem, the goal, cause, intervention, and evaluation are established as they relate to the specific patient.

The discussion revolves around the topic of nursing care. Based on comparison with the bibliography, the thesis shows how each problem relates to the course of hospitalization and care. The effectiveness of the measures taken the successes and the weaknesses of the care are evaluated. The discussion reflects the complexity of caring for the geriatric patient and highlights the need for a comprehensive and individual approach.

Seznam použité literatury

1. CONCORDIA UNIVERSITY CHICAGO. Gerontology vs. Geriatrics. *Concordia University Chicago – Gerontology* [online]. 2023 [cit. 2025-04-08]. Dostupné z: <https://gero.cuchicago.edu/gerontology-vs-geriatrics/gerontology-vs-geriatrics-the-differences-similarities/>
2. CRUZ-JENTOFT, Alfonso J., Gülgün BAHAT a Jean-Yves REGINSTER, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing* [online]. 2019, **48**(1), 16-31 [cit. 2025-04-26]. ISSN 0002-0729. DOI:10.1093/ageing/afy169.
3. ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.
4. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST JANA EVANGELISTY PURKYNĚ. Enterální výživa. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Datum poslední aktualizace 18.6. 2021 [cit. 2025-04-09]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/570-enteralni-vyziva>
5. ČESKO. Zákon č. 372/2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů*. 2011.
6. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Počet obyvatel – Metodika. *Český statistický úřad* [online]. 2023a [cit. 2025-04-07]. Dostupné z: https://csu.gov.cz/pocet_obyvatel_m
7. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Projekce obyvatelstva České republiky - 2023–2100. *Český statistický úřad* [online]. 2023b [cit. 2025-04-07]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2023-2100>
8. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
9. EUROSTAT. Ageing Europe – looking at the lives of older people. *Eurostat regional yearbook* [online]. Lucembursko: Publications Office of the European Union, 2023, **2023**, neuvedeno [cit. 2025-04-07]. ISSN 2363-

1716. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
10. FOLSTEIN, Marshal F., Susan E. FOLSTEIN a Paul R. MCHUGH. "Minimal state." *Journal of Psychiatric Research* [online]. 1975, 12(3), 189-198 [cit. 2025-04-09]. ISSN 00223956. DOI:10.1016/0022-3956(75)90026-6
 11. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: Praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-80-247-1868-2.
 12. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
 13. HOLMEROVÁ, Iva, Michaela BAUMANOVÁ, Hana VAŇKOVÁ a Petr WIJA. Geriatrický pacient, geriatrická farmakoterapie a kvalita života. *Praktické lékařství* [online]. 2013, 9(3), 114-117 [cit. 2025-04-08]. ISSN 2788-1717. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2013/03/03.pdf>
 14. HORT, Jakub a Robert RUSINA. *Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického*. Praha: Maxdorf, 2007. Jessenius. ISBN 978-80-7345-004-5.
 15. HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-4772-9.
 16. Inkontinence moči ve stáří jako nejfrekventovanější medicínský problém. *ProLékaře.cz* [online]. 2020 [cit. 2025-04-09]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/tema/inkontinence/detail/inkontinence-moci-ve-stari-jako-nejfrekventovanejsi-medicinsky-problem-123656>
 17. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-736-8110-2.
 18. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-80-247-2150-7.
 19. JEDLINSKÁ, Martina. Funkční hodnocení seniorů, teorie a praxe. *Geriatric a Gerontologie* [online]. 2013, 2(3), 134-137 [cit. 2025-04-

- 09]. ISSN 1805-4684. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatrie-gerontologie/2013-3/funkcni-hodnoceni-senioru-teorie-a-praxe-41566/download?hl=cs>
20. JURÁSKOVÁ, Ilona. *Hodnocení rizika pádu u pacienta dle Conleyové – upraveno 2006. Doporučeno Českou asociací sester*. Praha: Česká asociace sester, 2006. Interní materiál.
21. JURAŠKOVÁ, Božena, Dana HRNČIARIKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ a Zdeněk KALVACH. Poruchy výživy ve stáří. *Medicína pro praxi* [online]. 2007, 4(11), 443-446 [cit. 2025-04-09]. ISSN 18035310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/11/02.pdf>
22. KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 80-726-2455-5.
23. KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Iva HOLMEROVÁ a Pavel WEBER. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
24. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
25. KOZÁKOVÁ, Radka a Darja JAROŠOVÁ. Metody hodnocení stavu výživy seniorů. *Medicína pro praxi* [online]. 2010, 7(10), 396-397 [cit. 2025-04-09]. ISSN 18035310. Dostupné z: <https://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/08/12.pdf>
26. KOZÁKOVÁ, Radka. Hodnocení rizika pádů u seniorů. *Senior zone* [online]. 2016 [cit. 2025-04-09]. Dostupné z: https://www.seniorzone.cz/33/hodnoceni-rizika-padu-u-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErXKYmfTDcoC5n1jOGfwopQ/?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR3nblt28wt2qaLXNSdxZumcfI7tPYszyxjWMVVRm3ggm_pgmLZfmn Cqwms0_aem_LqK7XBd4UdbLVJI3enkpkQ
27. KUCKIR, Martina, Hana VAŇKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Slávka VÍTEČKOVÁ, Eva JAROLÍMOVÁ, Radim KRUPIČKA a Zoltán

- SZABÓ. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0054-5.
28. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb: 2., aktualizované a doplněné vydání*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.
29. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
30. MORLEY, John E., Gideon CAPLAN, Matteo CESARI, et al. International Survey of Nursing Home Research Priorities. *Journal of the American Medical Directors Association* [online]. 2014, **15**(5), 309-312 [cit. 2025-04-08]. ISSN 15258610. DOI: 10.1016/j.jamda.2014.03.003
31. NG, Shu Kay, Richard TAWIAH, Michael SAWYER a Paul SCUFFHAM. Patterns of multimorbid health conditions: a systematic review of analytical methods and comparison analysis. *International Journal of Epidemiology* [online]. 2018, 2018-10-01, **47**(5), 1687-1704 [cit. 2025-04-08]. ISSN 0300-5771. DOI:10.1093/ije/dyy134
32. PACOVSKÝ, Vladimír. *Z dějin české gerontologie a geriatric* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2006 [cit. 2025-04-07]. ISSN 0008-7335. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2006-9/z-dejin-ceske-gerontologie-a-geriatric-3149>
33. PAVLÍK, Tomáš, Aneta ŠIKYŇOVÁ, Zbyněk BORTLÍČEK, Viktorie KOKSOVÁ a Markéta BARTUŇKOVÁ. Konstrukce modelů pro predikci regionálních potřeb a dostupnosti zdravotní péče a s tím souvisejících ekonomických a personálních ukazatelů. In: *Demografický vývoj obyvatelstva ČR dle geografických oblastí* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), 2024, s. 1-79 [cit. 2025-04-07]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/file/projekty/modely-predikce/03-demograficky-vyvoj-obyvatelstva-cr.pdf>
34. POKORNÁ, Andrea. *Ošetřovatelství v geriatric: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-4316-5.
35. PTÁČKOVÁ, Hana a Radek PTÁČEK. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada, 2021. Psyché. ISBN 978-80-271-0876-3.

36. REKTOROVÁ, Irena. Screeningové škály pro hodnocení demence. *Neurologie pro praxi* [online]. 2011, **12**(Suppl. G), 37-45 [cit. 2025-04-09]. ISSN 1213-1814. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/11.pdf>
37. RESSNER, Pavel, Jiří KONRÁD a Petra BÁRTOVÁ. Delirium u geriatrických nemocných. *Neurologie pro praxi* [online]. 2011, **12**(5), 311-316 [cit. 2025-04-09]. ISSN 1213-1814. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/05/05.pdf>
38. SCHOENI, Robert F. a Mary Beth OFSTEDAL. Key themes in research on the demography of aging. *Demography* [online]. 2010, 2010-03-01, **47**(Suppl 1), S5-S15 [cit. 2025-04-07]. ISSN 0070-3370. DOI:10.1353/dem.2010.0001
39. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-3013-4.
40. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 6 – Hodnoticí a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6
41. STRYJA, Jan, Petr KRAWCZYK, Michal HÁJEK a František JALŮVKA. *Repetitorium hojení ran 2*. Vydání 2. Semily: Geum, 2016. ISBN 978-80-87969-18-2.
42. SUCHÝ, David a Milan HROMÁDKA. Příspěvek k problematice geriatrické farmakoterapie. *Praktické lékařství* [online]. 2011, **7**(3), 111-114 [cit. 2025-04-08]. ISSN 2788-1717. Dostupné z: <https://farmaciepropraxi.cz/pdfs/lek/2011/03/05.pdf>
43. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství II*. Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1777-7.
44. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2365-6.
45. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

46. VÖRÖSOVÁ, Gabriela, Andrea SOLGAJOVÁ a Alexandra ARCHALOUSOVÁ. *Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu*. Praha: Grada, 2015. Sestra. ISBN 978-80-247-5304-1.
47. WEBER, Pavel, Petronela AMBROŠOVÁ, Dana WEBEROVÁ a Katarína BIELAKOVÁ. Geriatrické syndromy a syndrom frailty – zlatý grál geriatrické medicíny. *ProLekáře.cz* [online]. 2011 [cit. 2025-04-08]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitni-lekarstvi/2011-11/geriatricke-syndromy-a-syndrom-frailty-zlaty-gral-geriatricke-mediciny-36460>
48. WEBER, Pavel. Stárnutí staré společnosti (seniorizace) a geriatrizace medicíny. *Geriatric a Gerontologie* [online]. 2018, 7(4), 152-155 [cit. 2025-04-08]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2018-4-29/starnuti-stare-spolecnost-seniorizace-a-geriatrizace-mediciny-113136>
49. ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.
50. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana, Katarína BIELAKOVÁ, Ondřej VÝŠKA, Silvie ŠURKOVÁ, Vadim PRUDIUS a Kamila GREPLOVÁ. Specifika diagnostiky a léčby ve stáří. *Kardiologická revue – Interní medicína* [online]. 2018, 20(1), 6-10 [cit. 2025-04-08]. ISSN 2336-2898. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2018-1-31/specifika-diagnostiky-a-lecby-ve-stari-63357/download?hl=cs>
51. ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Štefan KRAJČÍK. *Farmakoterapie v geriatrii*. Praha: Grada, 2016. Sestra. ISBN 978-80-247-5229-7.

Seznam použitých zkratek

AA – alergická anamnéza

art. – kloub

ATB – antibiotika

CAVE – varování

CC – cervikokraniální

CEAP – klasifikační systém chronického žilního onemocnění

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

CHŽI – chronická žilní insuficience

CYP3A4 – enzym cytochromu P450 podtřídy 3A4

CŽK – centrální žilní katétr

D – dechová frekvence

dia. – diastola

dieta 3G – racionální geriatrická

DKK – dolní končetiny

EA – epidemiologická anamnéza

EX – ukončení podání

FA – farmakologická anamnéza

g – gram

GH – ramenní kloub

GIT – gastrointestinální trakt

HO – hrudní orgány

i.dx. – pravá strana

i.sin. – levá strana

INJ – injekčně

kg – kilogram

kg/m² – kilogram na metr čtvereční

L – bederní obratel

lab. – laboratoř

LDK – levá dolní končetina

min. – minuta

ml – mililitr

mg – miligram

NGS – nazogastrická sonda

NÚ – nežádoucí účinek

OA – osobní anamnéza

P – puls

PA – pracovní anamnéza

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

PEJ – perkutánní endoskopická jejunostomie

PHK – pravá horní končetina

PMK – permanentní močový katétr

p.o. – per os (podání ústy)

RA – rodinná anamnéza

RTG – rentgen

SpO₂ – saturace kyslíku v krvi

st. p. – stav po

syst. – systolický

sy – syndrom

TBL – tableta

t. č. – toho času

Th – hrudní obratel

TK – tlak krevní

TT – tělesná teplota

VAS – vizuální analogová škála

WC – toaleta

°C – stupně celsia

Seznam tabulek

Tab. 1 Demografická projekce obyvatelstva ČR – muži s procentuálními a absolutními změnami	13
Tab. 2 Demografická projekce obyvatelstva ČR – ženy s procentuálními a absolutními změnami	13
Tab. 3 Přehled změn ve stáří	18
Tab. 4 Věkem podmíněné změny ve farmakokinetice léčiv a klinické důsledky	21
Tab. 5 Změny receptorů a cílových míst pro specifický účinek léčiv ve stáří.....	22

Seznam příloh

- Příloha č. 1** – Ošetřovatelská anamnéza
- Příloha č. 2** – Test základních všedních činností podle Barthelové
- Příloha č. 3** – Test instrumentálních všedních činností
- Příloha č. 4** – Get up and go test
- Příloha č. 5** – Screening rizika pádu
- Příloha č. 6** – Krátká škála mentálního stavu (MMSE)
- Příloha č. 7** – Montreálský kognitivní test (MoCa)
- Příloha č. 8** – Test kreslení hodin
- Příloha č. 9** – Škála pro hodnocení deliria (CAM)
- Příloha č. 10** – Škála deprese pro geriatrické pacienty (GDS)
- Příloha č. 11** – Škála pro orientační hodnocení stavu výživy (MNA)
- Příloha č. 12** – Stupnice rizika vzniku dekubitů dle Nortonové
- Příloha č. 13** – Hodnocení Barthelové testu základních všedních činností
- Příloha č. 14** – Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice dle Nortonové
- Příloha č. 15** – Hodnocení nutričního stavu
- Příloha č. 16** – Hodnocení rizika pádu u pacientů
- Příloha č. 17** – Žádost o schválení šetření v rámci bakalářské práce

Přílohy

Příloha č. 1

Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení : oddělení dlouhodobě nemocných NMAH

Datum a čas odběru anamnézy : 7.7.21

Jméno (iniciály) : Pohlaví : žena Věk : 74

Datum přijetí : 17

Stav : ndava Povolání : ne dýchá, dříve psolavařka

Rodina informována o hospitalizaci : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní) : šedá domo - luvace ramene, luhmostij luhduř

Chronická onemocnění : HAUDELUNGONA CHOROBA, JATERNÍ CIRHÓZA, TROMBOCITOPENIE, KOAGULOPATIE, PORTÁLNÍ HYPERTENZE, ASCITES, CH. PANCREATITIDA, CHOLECYSTOLITÁZA, CHIZI DKK, VERTEBROGENNÍ ALGICKÝ SYNDROM, OSTEOPORÓZA, HYPERTENZE, ANXIÓZNE DEPRESNÍ SYNDROM

Infekční onemocnění : NE ANO

Režimová opatření :

Léčba : glukozový režim, PNB, ventilizace, vhodné kompenzační korigace

Operační výkon : Pooperační den :

Farmakoterapie : NOVAPRA, JANAKAN, VEROSPIRON, CONCOR, BETAHISTIN, CALTRATE, GUDASAL, MIRZATEL, DIAZEPAM, PEPRALET, RIVOTRIL, LACIDOFIL, AFEXIL, CLEXAN

Jiné léčebné metody :

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké : intolerance BETA LACTAM

Fyziologické funkce : P : 85 TK : 155/78 D : 16 SpO2 : TT : 36,4°C

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC :

Orientovaný Dezorientovaný

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba): *znatelné oslabení zdraví, Händelkem gorta chudota je oslabuje, není k nim přibírána, útrava a obay se klesá*
myšl si, že to doma bude lepší

Úrazy: ano ne jaké: *pad*

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *SB* Nutriční skóre: *laboratorní malnutrice*

Hmotnost: *120 kg* Výška: *168 cm* BMI: *42,52*

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké: *nechutná*

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké: *vitamin, multivitamin*

Enterální výživa: *?* Parenterální výživa: *?*

Denní množství tekutin: *50 ml?* Druh tekutin: *čaj, voda*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: *cca 10 kg*

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne PMK → *spatná motilita, opuzení*

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne

datum poslední stolice: *3.7.21*

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: *5*

Rektální odvodný systém: *?*

Stomie: *?*

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *polohovní rehabilitace, sed s dotykem, fyziotherapie*

Barthel test: *106*

Riziko pádu: ANO skóre: *146*

NE

Pohyblivost: chodící samostatně

chodící s pomocí

ležící pohyblivý

ležící nepohyblivý

pomůcky

jaké :
Máše nepohyblivý

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : hodina usnutí :

poruchy spánku : ano ne jaké : *šlábní se v noci má*

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem :

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké :

potíže se sluchem: ano ne jaké :

porucha řeči: ano ne jaká :

kompenzační pomůcky: ano ne jaké : *pramocizní hole*

orientace : orientován

dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: klidný rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti : ano ne *NĚKOM*

Úroveň komunikace a spolupráce: dobrá obtížná... *OPOTE*

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : *situace řešena se dot. pracovní*

kontakt s rodinou : ano ne

řiz sama, matka v Rakousku, družá 20 let

12) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení:

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení: *27* kde: *líhel kuf*

Stav :

centrální datum zavedení: kde:

stav :

ne

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká : stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení:

Tracheotomie : ano ne č.: od kdy:

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr: ano ne

Jiné invazivní vstupy:.....

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najezení, napití	<input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input checked="" type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neprovede	10 5 0
2. oblékání	<input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input checked="" type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neprovede	10 5 0
3. koupání	<input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input checked="" type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	<input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input checked="" type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neprovede	10 5 0
5.kontinence moči	<input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input checked="" type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neprovede	10 5 0
6.kontinence stolice	<input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input checked="" type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neprovede	10 5 0
7.použití WC	<input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input checked="" type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	<input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input checked="" type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neprovede	10 5 0
9.chůze po rovině	<input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input checked="" type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	<input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input checked="" type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neprovede	10 5 0

406

Zdroj: Staňková,M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

- 0-40 bodů: vysoce závislý
- 45-60 bodů: závislost středního stupně
- 65-95 bodů: lehce závislý
- 100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. Brno: IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input checked="" type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input checked="" type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespoupracující	2b
Prímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
<input checked="" type="checkbox"/> Míváte někdy závrať?	ANO 3 body
<input checked="" type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout?	ANO 1 bod
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5 - 13 bodů	Střední riziko
14 - 19 bodů	Vysoké riziko

Příloha č. 2

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


Převzato z: TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatry pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2365-6.

Příloha č. 3

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


Převzato z: TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2365-6.

Příloha č. 4

Identifikační číslo: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Oddělení: <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	 TUG010	
Get up and go test			
<p>Pacienta posadíme na přiměřeně vysokou židli (výška židle je taková, aby při flexi cca 90 stupňů v kolenou spočívala jeho chodidla pohodlně na podložce). Požádáme jej, aby vstal, ušel přesně 3 metry k vyznačenému místu, otočil se, vrátil se a znovu se posadil na židli.</p>			
Datum vstupu: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			
3 body	2 body	1 bod	0 bodů
Vstane <input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí rukou	<input type="checkbox"/> s dopomocí druhé osoby	<input type="checkbox"/> nesvede
Chůze <input type="checkbox"/> stabilní	<input type="checkbox"/> s pomůckou nebo vrávoravá	<input type="checkbox"/> pouze s dopomocí, výrazná nestabilita	<input type="checkbox"/> nesvede
Otočení <input type="checkbox"/> jisté	<input type="checkbox"/> nejisté, zavravorání	<input type="checkbox"/> velmi nejisté, potřeba dopomoci	<input type="checkbox"/> nesvede
Usednutí <input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí rukou nebo opření	<input type="checkbox"/> s dopomocí	<input type="checkbox"/> nesvede
Zde zaznamenejte potřebný čas ve vteřinách, od začátku vstávání do usednutí:			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Celkem bodů (max 12):			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Datum kontroly: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			
3 body	2 body	1 bod	0 bodů
Vstane <input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí rukou	<input type="checkbox"/> s dopomocí druhé osoby	<input type="checkbox"/> nesvede
Chůze <input type="checkbox"/> stabilní	<input type="checkbox"/> s pomůckou nebo vrávoravá	<input type="checkbox"/> pouze s dopomocí, výrazná nestabilita	<input type="checkbox"/> nesvede
Otočení <input type="checkbox"/> jisté	<input type="checkbox"/> nejisté, zavravorání	<input type="checkbox"/> velmi nejisté, potřeba dopomoci	<input type="checkbox"/> nesvede
Usednutí <input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí rukou nebo opření	<input type="checkbox"/> s dopomocí	<input type="checkbox"/> nesvede
Zde zaznamenejte potřebný čas ve vteřinách, od začátku vstávání do usednutí:			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Celkem bodů (max 12):			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

Převzato z: KUCKIR, Martina, Hana VAŇKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Slávka VÍTEČKOVÁ, Eva JAROLÍMOVÁ, Radim KRUPÍČKA a Zoltán SZABÓ. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení.* Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0054-5.

Příloha č. 5

Identifikační číslo: □ □ □ □ □ □ □ □	Oddělení: □ □ □ □	 SRP014
Screening rizika pádu		
Datum vstupu: □ □ □ □ □ □ □ □	Datum kontroly: □ □ □ □ □ □ □ □	
Vstup		
Hodnocené rizikové faktory		
2 a více pádů za posledních 12 měsíců	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Současný akutní pád (pacient/klient aktuálně vyhledal lékařskou pomoc nebo byl ošetřen na pohotovosti a přijat k hospitalizaci kvůli pádu a jeho následkům)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Poruchy chůze a rovnováhy (nejistota v chůzi a poruchy rovnováhy – pro vyšší míru objektivity je doporučeno posouzení této oblasti na základě výsledků Get up and go testu)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Při výskytu minimálně jedné kladné odpovědi je pacient zařazen do rizika pádu	RIZIKO	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Kontrola		
Hodnocené rizikové faktory		
2 a více pádů za posledních 12 měsíců	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Současný akutní pád (pacient/klient aktuálně vyhledal lékařskou pomoc nebo byl ošetřen na pohotovosti a přijat k hospitalizaci kvůli pádu a jeho následkům)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Poruchy chůze a rovnováhy (nejistota v chůzi a poruchy rovnováhy – pro vyšší míru objektivity je doporučeno posouzení této oblasti na základě výsledků Get up and go testu)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Při výskytu minimálně jedné kladné odpovědi je pacient zařazen do rizika pádu	RIZIKO	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pád během pobytu	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Jeden <input type="checkbox"/> Více <input type="checkbox"/> Ne

Převzato z: KUCKIR, Martina, Hana VAŇKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Slávka VÍTEČKOVÁ, Eva JAROLÍMOVÁ, Radim KRUPÍČKA a Zoltán SZABÓ. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0054-5.

Příloha č. 6

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

KRÁTKÁ ŠKÁLA MENTÁLNÍHO STAVU – pokračování

Jazyk

22. Ukažte pacientovi tužku.
Můžete mi říci, co to je?*
23. Ukažte pacientovi hodinky.
Můžete mi říci, co to je?*
24. Pozorně poslouchajte a opakujte po mně:
Žádná jestli, ano, nebo ale.***
25. Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu:
**Pozorně poslouchajte, co Vám teď řeknu:
Vezměte papír do pravé ruky.**
26. Přeložte ho napolovic.
27. **A hodte ho na podlahu.******
28. Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno
»Zavřete oči«, a řekněte pacientovi:
Prosím udělejte to, co je zde napsáno.
29. Podejte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu:
**Napište prosím nějakou větu.
Může být o čemkoliv, ale musí být úplná.*******

* Je třeba použít tužku (nikoli pero nebo kuličkové pero). Jakákoli jiná odpověď než »tužka« je považována za nesprávnou.

** Jakákoli jiná odpověď než »hodinky« nebo »náramkové hodinky« je považována za nesprávnou.

*** (místně přizpůsobeno) Větu vyslovte hlasitě, tak, aby ji pacient jasně slyšel, a dívejte se přitom na něj. Povolen je pouze jeden pokus. Počítejte 1 bod pouze tehdy, jestliže pacient větu zopakoval naprosto správně.

**** Povel, skládající se ze tří částí: počítejte 1 bod za každou část, jež byla správně vykonána. Pokud pacient přerušil úkol a zeptá se vás, co má dělat, neopakujte instrukci, pouze řekněte: »Udělejte to, co jsem vám řekl(a).«

***** Větu nediktujte, pacient ji musí napsat spontánně. Počítejte 1 bod, jestliže věta obsahuje podmět a přísudek. Nezáleží na pravopisu ani syntaxi. Vymezený čas je 30 sekund.

Praxe

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

Vzor k úkolu



Celkové skóre (0 až 30):

Hodnocení:

25–30 bodů bez poruchy kognitivních funkcí

18–24 bodů lehká demence

9–17 bodů středně těžká demence

< 9 bodů těžká demence

Příloha č. 7

Identifikační číslo:

Datum:

Oddělení:

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST

<p>Prostorová orientace / zručnost</p> <p>Okopírujte krychli</p>	<p>Namalujte ciferník a označte 11 hodin 10 minut (3 body)</p> <p><input type="checkbox"/> kontura <input type="checkbox"/> číslice <input type="checkbox"/> ručičky</p>	<p>BODY</p> <p style="font-size: 2em;">5</p>																		
<p>Pojmenování zvířete</p>			<p>BODY</p> <p style="font-size: 2em;">3</p>																	
<p>Paměť</p> <p>Přečtěte řadu slov. Testovaný je musí opakovat. Zopakujte je ještě jednou. Po 5 minutách požádejte o opakování slov.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>TVÁŘ</td> <td>SAMET</td> <td>KOSTEL</td> <td>KOPRETINA</td> <td>ČERVENÁ</td> </tr> <tr> <td>1.pokus</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2.pokus</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	1.pokus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.pokus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>žádný bod</p>
	TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ															
1.pokus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
2.pokus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<p>Pozornost</p> <p>Přečtěte řadu čísel (1 za sekundu). Testovaný je má zopakovat, jak šla za sebou: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Testovaný je má zopakovat pozpátku: <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>BODY</p> <p style="font-size: 2em;">2</p>																			
<p>Čtěte řadu písmen. Testovaný musí klepnout prstem pokaždé, když uslyší A. Při 2 a více chybách nedostane žádný bod.</p> <p><input type="checkbox"/> F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B</p>			<p>BODY</p> <p style="font-size: 2em;">1</p>																	
<p>Množina odečtů 7 od 100 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65</p> <p>4-5 správných odečtů - 3 body 2-3 správně = 2 body 1 správný = 1 bod 0 správný = 0 bodů</p>			<p>BODY</p> <p style="font-size: 2em;">3</p>																	
<p>Řeč</p> <p>Opakujte po mně: Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat. <input type="checkbox"/></p> <p>Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč. <input type="checkbox"/></p>	<p>BODY</p> <p style="font-size: 2em;">3</p>																			
<p>Vybavování slov: Řekněte co nejvíce slov, která začínají písmenem K, během 1 minuty. (N > 11 slov) <input type="checkbox"/></p>			<p>BODY</p> <p style="font-size: 2em;">1</p>																	
<p>Abstrakce</p> <p>Podobnost mezi např. banán-pomeranč = ovoce <input type="checkbox"/> vlak - bicykl <input type="checkbox"/> hodinky - pravítka</p>	<p>BODY</p> <p style="font-size: 2em;">2</p>																			
<p>Pozdější vybavení slov</p> <p>Vybavení slov bez NÁPOVĚDY</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>TVÁŘ</td> <td>SAMET</td> <td>KOSTEL</td> <td>KOPRETINA</td> <td>ČERVENÁ</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>BODY</p> <p style="font-size: 2em;">5</p>						
	TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ															
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<p>Orientace</p> <p><input type="checkbox"/> datum <input type="checkbox"/> měsíc <input type="checkbox"/> rok <input type="checkbox"/> den <input type="checkbox"/> místo <input type="checkbox"/> město</p>			<p>BODY</p> <p style="font-size: 2em;">6</p>																	
<p>NORMA >= 26/30</p>			<p>CELKEM (30) <input type="text"/></p> <p>Přidejte 1 bod všem, kteří nemají 12 leté školní vzdělání</p>																	

Převzato z: KUCKIR, Martina, Hana VAŇKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Slávka VÍTEČKOVÁ, Eva JAROLÍMOVÁ, Radim KRUPÍČKA a Zoltán SZABÓ. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení.* Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0054-5.

Příloha č. 8

Skóre	Popis	Příklady
1	Bezchybné provedení: <ul style="list-style-type: none"> • číslice 1–12 ve správném pořadí i místě • dvě ručičky ve správné poloze 	
2	Lehká prostorová chyba ciferníku hodin: <ul style="list-style-type: none"> • vzdálenosti mezi číslicemi nerovnoměrné • číslice mimo kruh • otočení papíru s otočením číslic • použití pomocných čar pro lepší orientaci 	
3	Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin: <ul style="list-style-type: none"> • pouze jedna ručička • čas zaznamenán slovně »10 hodin, 10 minut« • čas vůbec nezaznamenán 	
4	Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné: <ul style="list-style-type: none"> • nepravidelné mezery • zapomenutí čísel • perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 • záměna pravý–levý (čísllice proti směru) • dysgrafie – chybějící čitelné číslice 	
5	Těžká prostorová dezorganizace: <ul style="list-style-type: none"> • jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno 	
6	Chybí zakreslení hodin (cave: vyloučit depresi/delirium): <ul style="list-style-type: none"> • žádný pokus zakreslit hodiny • ani vzdálená podobnost s hodinami • napsáno slovo nebo jméno 	

Převzato z: TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2365-6.

Příloha č. 9

ŠKÁLA PRO HODNOCENÍ DELIRIA
1. Akutní změna psychického stavu a jeho kolísání <ul style="list-style-type: none">• Došlo u nemocného k průkazné akutní změně kognitivních funkcí oproti jeho normálnímu stavu?• Kolísá toto abnormální chování během dne (tedy objevuje se a zase ustupuje) nebo se snižuje či zvyšuje jeho závažnost?
2. Nesoustředěnost, nepozornost <ul style="list-style-type: none">• Má pacient problémy se soustředěním, například ztrácí souvislost při řeči, lze snadno odvést jeho pozornost, zapomíná, o čem se hovořilo?
3. Roztříštěné (dezorganizované) myšlení <ul style="list-style-type: none">• Neudrží pacient souvislou věcnou konverzaci, má nelogický a nejasný tok myšlenek, přeskakuje v konverzaci z jedné věci na druhou?
4. Alterace vědomí <ul style="list-style-type: none">• Je vědomí pacienta porušené? Je bdělý, ale nadměrně citlivý k zevním podnětům a vzrušivý, nebo naopak letargický, somnolentní, soporózní nebo v kómatu?
Hodnocení: Je nutno uvažovat o deliriu, jestliže jsou současně přítomny pozitivní odpovědi na otázky 1 a 2 a buď 3, nebo 4.

Převzato z: TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2365-6.

Příloha č. 10

ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY	
Otázka	Odpověď
1. <i>Jste v podstatě spokojen/a se svým životem?</i>	ano/NE
2. <i>Vzdal/a jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?</i>	ANO/ne
3. <i>Máte pocit, že je Váš život prázdný?</i>	ANO/ne
4. <i>Nudíte se často?</i>	ANO/ne
5. <i>Máte většinou dobrou náladu?</i>	ano/NE
6. <i>Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?</i>	ANO/ne
7. <i>Cítíte se převážně šťastný/á?</i>	ano/NE
8. <i>Cítíte se často bezmocný/á?</i>	ANO/ne
9. <i>Vysedáváte raději doma, než byste šel/šla mezi lidi a seznamoval/a se s novými věcmi?</i>	ANO/ne
10. <i>Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci?</i>	ANO/ne
11. <i>Myslíte si, že je krásné žít?</i>	ano/NE
12. <i>Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic?</i>	ANO/ne
13. <i>Cítíte se plný/á elánu a energie?</i>	ano/NE
14. <i>Máte pocit, že je Vaše situace beznadějná?</i>	ANO/ne
15. <i>Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?</i>	ANO/ne
Celkové skóre:	
Hodnocení: za každou odpověď vytištěnou velkými písmeny se započítá 1 bod 0–5 bodů normální afekt bez deprese 6–10 bodů mírná deprese > 10 bodů manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření a léčbu	

Převzato z: TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2365-6.

Příloha č. 11

ŠKÁLA PRO ORIENTAČNÍ HODNOCENÍ STAVU VÝŽIVY	
I. Antropometrické hodnocení	Bodové skóre
1. BMI (body mass index)* <ul style="list-style-type: none"> ● BMI < 19 ● 19 ≤ BMI < 21 ● 21 ≤ BMI < 23 ● BMI ≥ 23 hmotnost (kg): tělesná výška (m):	0 1 2 3
* BMI = hmotnost / (tělesná výška) ² v kg/m ²	
2. Obvod středu paže <ul style="list-style-type: none"> ● pod 21 cm ● 21–22 cm ● nad 22 cm 	0 0,5 1
3. Obvod lýtka <ul style="list-style-type: none"> ● pod 31 cm ● 31 cm a více 	0 1
4. Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce <ul style="list-style-type: none"> ● více než 3 kg ● není přesný údaj ● 1–3 kg ● nebyl úbytek hmotnosti 	0 1 2 3
II. Celkové hodnocení	Bodové skóre
5. Je pacient nezávislý v IADL?* <ul style="list-style-type: none"> ● ne ● ano 	0 1
* IADL = instrumentální aktivity, všední činnosti	
6. Užívá denně více než tři druhy léků? <ul style="list-style-type: none"> ● ano ● ne 	0 1
7. Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma? <ul style="list-style-type: none"> ● ano ● ne 	0 1
8. Pohyblivost/mobilita <ul style="list-style-type: none"> ● upoután na lůžko/vozík ● pohyb jen po místnosti ● vychází z bytu 	0 1 2
9. Psychický stav <ul style="list-style-type: none"> ● těžká demence nebo deprese ● mírná demence nebo deprese ● normální stav, bez psychické poruchy 	0 1 2
10. Proleženiny, bércové vředy, jiné kožní ulcerace <ul style="list-style-type: none"> ● přítomny ● nepřítomny 	0 1

ŠKÁLA PRO ORIENTAČNÍ HODNOCENÍ STAVU VÝŽIVY – pokračování				
III. Stravovací návyky				Bodové skóre
11. Kolik jídel jí pacient za den?				
• jen jedno jídlo				0
• dvě jídla				1
• tři a více jídel				2
12. Konzumuje:				
- denně mléčný produkt	ano – ne	1x ano		0
- denně maso, ryby, drůbež	ano – ne	2x ano		0,5
- týdně alespoň dvakrát vejce nebo fazole	ano – ne	3x ano		1
13. Konzumuje denně ovoce/zeleninu?				
• ne				0
• ano				1
14. Došlo v posledních třech měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zaživacím potížím nebo poruchám přijímání potravy (obtíže žvýkat nebo polykat)?				
• ano, výrazně				0
• jen mírně				1
• ne				2
15. Jaký je denní příjem všech tekutin?				
• pod 600 ml				0
• 600–1000 ml				0,5
• nad 1000 ml				1
16. Schopnost najíst se				
• pomoc při najedení nutná				0
• nají se sám, ale s obtížemi				1
• nají se samostatně bez obtíží				2
IV. Subjektivní posouzení				Bodové skóre
17. Domnívá se pacient, že má se svojí výživou nějaké problémy?				
• ano, hodnotí se jako podvyživený				0
• neví, snad má problémy				1
• ne, nemá žádné problémy				2
18. Ve srovnání s osobami téhož věku hodnotí pacient své zdraví jako:				
• horší				0
• neví				0,5
• dobré, stejné				1
• lepší				2
Celkové skóre:				
Hodnocení:				
24–30 bodů stav výživy velmi dobrý/dobry				
17–23,5 bodu riziko podvýživy				
< 17 bodů podvýživa				

Převzato z: TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2365-6.

Příloha č. 12

Rodné číslo:

Oddělení:

DNU003

Modifikovaná stupnice rizika vzniku dekubitů

Datum vstupu:

dle Nortonové

Datum výstupu:

Vstup

Motivace a ochota ke spolupráci	Věk	Stav kůže	Souběžná onemocnění	Somatický stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
<input type="checkbox"/> Plná	<input type="checkbox"/> do 10	<input type="checkbox"/> Intaktní	<input type="checkbox"/> Žádná	<input type="checkbox"/> Dobrý	<input type="checkbox"/> Jasně vědomí	<input type="checkbox"/> Chodící bez pomoci	<input type="checkbox"/> Plná	<input type="checkbox"/> Žádná	4
<input type="checkbox"/> Malá	<input type="checkbox"/> 10-30	<input type="checkbox"/> Lehké změny	<input type="checkbox"/> Lehká forma	<input type="checkbox"/> Obstojný	<input type="checkbox"/> Apatie	<input type="checkbox"/> Chodící s pomoci	<input type="checkbox"/> Částečně omezená	<input type="checkbox"/> Občasná	3
<input type="checkbox"/> Částečná	<input type="checkbox"/> 30-60	<input type="checkbox"/> Střední změny	<input type="checkbox"/> Střední forma	<input type="checkbox"/> Špatný	<input type="checkbox"/> Zmatený	<input type="checkbox"/> Závislý na invalidním vozíku	<input type="checkbox"/> Velmi omezená	<input type="checkbox"/> Převážně moč	2
<input type="checkbox"/> Žádná	<input type="checkbox"/> od 60	<input type="checkbox"/> Těžké změny	<input type="checkbox"/> Těžká forma	<input type="checkbox"/> Velmi špatný	<input type="checkbox"/> Stupor až bezvědomí	<input type="checkbox"/> Ležící	<input type="checkbox"/> Zcela omezená	<input type="checkbox"/> Moč i stolice	1

Dekubitus při přijetí Ano Ne

Riziko dekubitu (Při 25 bodech či méně zaškrtněte "Ano") Ano Ne

Celkem

Slovní hodnocení:

Výstup

Motivace a ochota ke spolupráci	Věk	Stav kůže	Souběžná onemocnění	Somatický stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
<input type="checkbox"/> Plná	<input type="checkbox"/> do 10	<input type="checkbox"/> Intaktní	<input type="checkbox"/> Žádná	<input type="checkbox"/> Dobrý	<input type="checkbox"/> Jasně vědomí	<input type="checkbox"/> Chodící bez pomoci	<input type="checkbox"/> Plná	<input type="checkbox"/> Žádná	4
<input type="checkbox"/> Malá	<input type="checkbox"/> 10-30	<input type="checkbox"/> Lehké změny	<input type="checkbox"/> Lehká forma	<input type="checkbox"/> Obstojný	<input type="checkbox"/> Apatie	<input type="checkbox"/> Chodící s pomoci	<input type="checkbox"/> Částečně omezená	<input type="checkbox"/> Občasná	3
<input type="checkbox"/> Částečná	<input type="checkbox"/> 30-60	<input type="checkbox"/> Střední změny	<input type="checkbox"/> Střední forma	<input type="checkbox"/> Špatný	<input type="checkbox"/> Zmatený	<input type="checkbox"/> Závislý na invalidním vozíku	<input type="checkbox"/> Velmi omezená	<input type="checkbox"/> Převážně moč	2
<input type="checkbox"/> Žádná	<input type="checkbox"/> od 60	<input type="checkbox"/> Těžké změny	<input type="checkbox"/> Těžká forma	<input type="checkbox"/> Velmi špatný	<input type="checkbox"/> Stupor až bezvědomí	<input type="checkbox"/> Ležící	<input type="checkbox"/> Zcela omezená	<input type="checkbox"/> Moč i stolice	1

Dekubitus při propuštění Ano Ne

Riziko dekubitu (Při 25 bodech či méně zaškrtněte "Ano") Ano Ne

Celkem

Slovní hodnocení:

Převzato z: KUCKIR, Martina, Hana VAŇKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Slávka VÍTEČKOVÁ, Eva JAROLÍMOVÁ, Radim KRUPÍČKA a Zoltán SZABÓ. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení.* Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0054-5.

Příloha č. 13

činnosti	provedení činnosti	body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4.osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7.použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Vlastní zpracování podle: STAŇKOVÁ, Marta. České ošetřovatelství 6 - Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6.

Hodnocení stupnice závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

Příloha č. 14

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolic

Vlastní zpracování podle: STAŇKOVÁ, Marta. České ošetřovatelství 6 - Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6.

Nebezpečí vzniku dekubitů je významné při 25 bodech a méně.

Příloha č. 15

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Vlastní zpracování podle: GROFOVÁ, Zuzana. Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-80-247-1868-2.

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Příloha č. 16

Rizikové faktory pro vznik pádu
Anamnéza:
<ul style="list-style-type: none">▪ DDD (dezorientace, demence, deprese) 3 body▪ věk 65 let a více 2 body▪ pád v anamnéze 1 bod▪ pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd. 1 bod▪ zrakový/sluchový problém 1 bod▪ užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa) 1 bod
Vyšetření
<ul style="list-style-type: none">▪ Soběstačnost <p>- úplná 0 b</p> <p>- částečná 2 b</p> <p>- nesoběstačnost 3 b</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Schopnost spolupráce <p>- spolupracující 0 b</p> <p>- částečně 1 b</p> <p>- nespupracující 2 b</p>
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)
<ul style="list-style-type: none">▪ Míváte někdy závratě? ANO 3 body▪ Máte v noci nucení na močení? ANO 1 bod▪ Budíte se v noci a nemůžete usnout? ANO 1 bod
Celkem:
0-4 body bez rizika
5-13 bodů střední riziko
14-19 bodů vysoké riziko

Vlastní zpracování podle: JURÁSKOVÁ, Ilona. Hodnocení rizika pádu u pacienta dle Conleyové – upraveno 2006. Doporučeno Českou asociací sester. Praha: Česká asociace sester, 2006. Interní materiál.

Příloha 17.

Věc: Žádost o schválení šetření v rámci bakalářské práce

Vážená paní magistro,

dovoluji si Vás požádat touto cestou, jako studentka 2. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetrovatelství na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, o možnost provedení šetření, v termínu od 1.7. – 31.8. 2024, které bych ráda uskutečnila na *Oddělení dlouhodobě nemocných* pro účely zpracování mé bakalářské práce.

Název bakalářské práce: Ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta

Práce se zabývá geriatrií, komplexním hodnocením geriatrického pacienta a ošetrovatelskou péčí. Vedoucí mé bakalářské práce je: Mgr. Martina Lišková, Dis.

Email: martina.liskova1@lf3.cuni.cz; Telefon: +420 267102945

Za projednání a umožnění mého šetření předem děkuji.

V Praze, dne 1.6. 2024

Táňa Marečková

Mgr. Bohdana Marečková

