



**Univerzita Karlova v Praze  
Lékařská fakulta v Hradci Králové**

Studijní obor : Ošetrovatelství a pedagogika ve zdravotnictví

**B A K A L Á Ř S K Á P R Á C E**

**SOUČASNÁ KVALITA PÉČE O HOSPITALIZOVANÉ  
GERONTOLOGICKÉ PACIENTY**

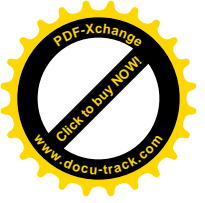
**( Quality of the contemporary care of the old patients )**

**Ivana Filipová**

Městská nemocnice a.s., Dvůr Králové nad Labem

Vedoucí bakalářské práce :  
**Mudr. Božena Jurášková, Ph.D**  
**Bc. Jitka Stárková**

Hradec Králové 2007



## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Současná kvalita péče o hospitalizované gerontologické pacienty“ vypracovala samostatně s použitím citované odborné literatury.

Datum odevzdání : 27. 4. 2007

.....



## ANOTACE

### **Současná kvalita péče o hospitalizované gerontologické pacienty.**

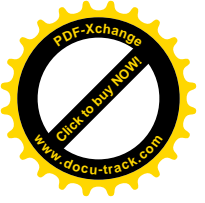
### **Quality of the contemporary care of the old patients.**

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane kvalitní a dostupná zdravotní a ošetrovatelská péče. Péče o starého člověka patří mezi fyzicky i psychicky nejnáročnější. Hospitalizovaní pacienti staršího věku mohou mít výrazný kognitivní, smyslový, pohybový nebo komunikační handicap. Nemohou sdělovat své potřeby, nereagují adekvátně na dotazy a výzvy, nejsou soběstační. Práce zdravotníků se tím výrazně ztěžuje. Kvalitní ošetrovatelskou péči tudíž nelze provádět bez pochopení problematiky stárnutí a stáří, bez empatie a úcty ke starým lidem.

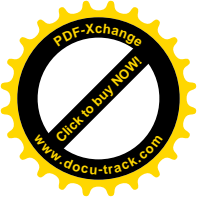
Empirická část se věnuje kvalitě poskytované ošetrovatelské péče hospitalizovaných gerontologických pacientů na oddělení následné péče. Střední zdravotnický personál, který je nejvíce v kontaktu s pacienty, je hodnocen většinou jako vstřícný, ochotný, projevující zájem o hospitalizované. Na oddělení jsou pravidelně sledovány indikátory výsledků ošetrovatelské péče

( dokumentace hojení ran, dekubitů, protokoly o pádech pacientů, edukační protokoly, denní záznamy ošetrovatelské péče, pravidelné vyhodnocování ošetrovatelského plánu ).

The probability of disease increases with the old age. It can happen, that it comes to the situation, when the man won't be able to lead full – value life. Thereby becomes quality and accessible health and social care more important. The care about old man belongs to the most physically and bodily demanding. Older sick patients can have considerable cognitive, sense, move or communication handicap. They are not able to tell their needs, they don't react appropriate on the questions and challenges, they are not self sufficient. Thus becomes the work of the health workers more difficult.. It is not possible to conduct quality health care without understanding of the problems of ageing and old age, without empathy and dignity to the old people.



Empirical part devotes to the quality of the provided health care of the hospitalized old people in the department of the resulting care. The secondary health care staff, that is mostly in the contact with the patients, is mostly evaluated as available, willing, taking concern of the hospitalized persons. There are regularly observed detectors of the results of the health care in the department ( the documentation of the wound – healing, the proceedings of the falls of patients, educational proceedings, the daily notices of the health care, regular evaluation of the health care plan ).



## OBSAH

### 1 ÚVOD

#### 1.1 Cíle práce

### 2 TEORETICKÁ ČÁST

#### 2.1 Co je kvalita péče ?

##### 2.1.1 Co je kvalitní ošetrovatelská praxe

##### 2.1.2 Indikátory kvality

#### 2.2 Stáří

#### 2.3 Nemocné stáří

##### 2.3.1 Nejčastější příčiny onemocnění ve stáří

#### 2.4 Hodnocení gerontologického pacienta dle „ Modelu funkčního zdraví Gordonové“

##### 2.4.1 Vnímání zdraví

##### 2.4.2 Výživa a metabolismus

##### 2.4.3 Vylučování

##### 2.4.4 Aktivita, cvičení

##### 2.4.5 Spánek, odpočinek

##### 2.4.6 Vnímání, poznávání

##### 2.4.7 Sebekoncepce, sebeúcta

##### 2.4.8 Role, mezilidské vztahy

##### 2.4.9 Sexualita, reprodukční schopnost

##### 2.4.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

##### 2.4.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty

##### 2.4.12 Jiné

#### 2.5 Komunikace se starými lidmi

#### 2.6 Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace

#### 2.7 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy u hospitalizovaných gerontologických pacientů

#### 2.8 Ošetrovatelská péče o hospitalizované gerontologické pacienty



### **3 EMPIRICKÁ ČÁST**

3.1 Cíle výzkumu

3.2 Metodika výzkumu

3.3 Identifikační údaje respondentů

3.4 Výsledky výzkumu

3.4.1 Věk

3.4.2 Délka hospitalizace

3.4.3 Stav výživy

3.4.4 Hodnocení soběstačnosti

3.4.5 Vyhodnocení stavu zmatenosti

3.4.6 Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů

3.4.7 Vyhodnocení ošetřovatelských diagnóz

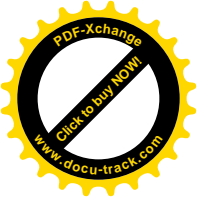
3.4.8 Vyhodnocení dotazníku spokojenosti

3.5 Diskuse

### **4 ZÁVĚR**

### **5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

### **6 PŘÍLOHY**



## 1 ÚVOD

Odborníci neustále zdůrazňují, že stáří není nemoc. Přesto se většina lidí mladších věkových kategorií panicky bojí stáří a často se od starých lidí odvrací, i když v obecné rovině panuje shoda v tom, že o staré spoluobčany by se měl někdo postarat, a to způsobem ohleduplným a kvalitním. Odmítání starých lidí i svého vlastního stáří je ve vztahu k vyznávaným hodnotám. V současnosti je ideálem homo faber, tedy člověk úspěchu. A protože starší a starý člověk zpravidla už nezvládá a nemůže zvládnout vysoké požadavky, které se váží k plnému (zejména ekonomickému) úspěchu, je obrazně i doslova odsunován na druhou kolej.

Mnoho starých lidí se v určité fázi života stává, ať již působením procesu stárnutí nebo vlivem chorobných jevů, částečně nebo plně imobilními a zůstává připoutáno na lůžko. V takových případech nejde o to, aby se lékaři a ostatní snažili „uzdravit stáří“, ale aby pomáhali starému člověku žít. Když se zeptáme lidí starších 70 let, co podle nich znamená „být zdravý“, uvádějí na prvním místě „mít radost ze života“, na druhém místě „moci dělat, co chci“, a až na třetím místě „nebýt nemocný“<sup>1</sup>.

Pokud je starý člověk nemocný a není schopen se sám o sebe v celém rozsahu postarat je třeba, aby ti, co o něj pečují měli na paměti, že péče nespočívá jenom v odborné technické manipulaci, na kterou je často redukována. Péče znamená také vztah. Pokud má být vztah opravdový, musí zahrnovat všechny oblasti jedince: fyzickou, psychickou, sociokulturní i duchovní. Člověk v něm musí být pojímán jako jedinečná, svobodná a odpovědná bytost. A zároveň jako bytost s něčím a s někým spojená – mající konkrétní místo v životě, příslušející k jedné nebo více sociálním skupinám, s vlastní historií.

V posledních letech medicína přinesla mnoho nových poznatků, léků, metod a přístrojů, kterými je schopna vyléčit mnoho dalších chorobných stavů a mírnit utrpení nemocným, kterým dříve nebylo pomoci. Je však velice důležité, aby tento rozvoj také přispěl ke zvýšení kvality života a to hlavně u starých lidí.

---

<sup>1)</sup> Soužití se staršími lidmi - Pichaud C., Thareanová I., Portál, 1998



## 1.1 Cíle práce

### Cíle teoretické části:

V části teoretické se zabývám charakteristikou kvality ošetrovatelské péče, problematikou stáří a změnami ve stáří. Na „*Modelu fungujícího zdraví podle Gordonové*“<sup>2</sup> jsou přiblíženy změny ve všech oblastech, ke kterým u starých lidí dochází a které možné ošetrovatelské diagnózy z těchto změn mohou vyplývat. Je zde též popsána péče o hospitalizované gerontologické pacienty z ošetrovatelského pohledu a charakteristické znaky v komunikaci se starými lidmi.

### Cíle empirické části:

Cílem druhé, empirické části je podle údajů, získaných v dotazníku, zhodnotit kvalitu ošetrovatelské péče, která je poskytována na konkrétním oddělení Městské nemocnice ve Dvoře Králové nad Labem, na oddělení následné ošetrovatelské péče. V této části je též sledován a zhodnocen vývoj zdravotního stavu klientů ve vztahu k ošetrovatelským diagnózám.

---

<sup>2)</sup> Přehled vybraných ošetrovatelských modelů - Archalousová, A., Nucleus HK, 2003





## 2. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Co je kvalita péče ?

Za kvalitní je považována taková péče, která uspokojuje individuální potřeby klientů. Lze ji také chápat jako stupeň či úroveň, v jaké je péče provedena podle platných odborných a technických norem. Velmi výstižná, i když příliš obecná je definice, která říká, že kvalita péče znamená „dělat správné věci správným způsobem“. Definovat pojem kvalitní péče je velmi obtížné. V literatuře existuje mnoho definic kvality.

Světová zdravotnická organizace ( WHO ) definovala kvalitu zdravotní péče již v roce 1966 jako „*souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.*“<sup>3</sup>

Donabedian definuje kvalitu zdravotní péče jako „takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu.“

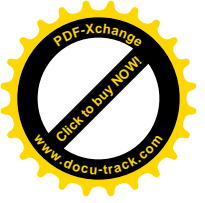
Podle Ovretveitovy definice znamená kvalita zdravotní péče „schopnost naplňovat potřeby těch, kteří jsou na péči závislí. Je to schopnost navracet funkce, odstraňovat bolest, prodlužovat produktivní nebo vůbec smysluplný život, odpovídat na otázky, respektovat lidskou důstojnost, atd.“

Systémový přístup k definici kvality zahrnuje Maxwellova teorie z roku 1984 a obsahuje šest níže jmenovaných parametrů, které se podílejí na kvalitě poskytovaných služeb:

- Dostupnost péče
- Relevance potřebám z hlediska celé komunity
- Účinnost z hlediska individuálního pacienta
- Spravedlnost péče
- Společenská přijatelnost
- Ekonomičnost

---

<sup>3)</sup> Lemon 1. Učební texty pro sestry a porodní asistentky - Staňková, M., IDVPZ 1997



Kvalitu lze definovat z různých hledisek:

1) definice kvality z hlediska klienta:

Z hlediska zákazníků (pacientů, rodin, plátců pojištění) byly definovány tyto oblasti jako důležité při posuzování kvalitních služeb:

- prevence zdravotních problémů
- schopnost diagnostikovat zdravotní problémy
- účinek na tělesné, biologické, duševní a společenské funkce člověka
- shoda mezi diagnózou, prognózou a léčbou
- trvání léčby
- dostupnost péče
- osobní interakce ( zájem, péče a profesionalita)
- úroveň obav ve vztahu k léčbě
- informace použitelné pro řízení individuální zdravotní péče

2) definice kvality z hlediska poskytovatele:

Z hlediska profesionálního musíme za účelem zjištění kvality péče položit tyto otázky:

- Naplňují služby potřeby, tak jak jsou definovány profesionály, kteří je realizují nebo kteří pacienty ke službám odesílají ?
- Obsahují služby vhodné techniky a procedury, které jsou považovány za nezbytné k naplnění klientových potřeb ?

3) definice kvality z hlediska řízení:

Z hlediska řízení je kvalita chápána jako nejekonomičtější a nejproduktivnější využití zdrojů v rámci limitů a direktiv, stanovených vyššími nařízeními nebo plátcí. Ke kvalitě můžeme přistupovat z několika pohledů:

- odvracení rizika a minimalizace zanedbání,
- pravidelné stanovování minimálních standardů,
- odborný rozvoj,
- služba klientům,
- rozvoj organizace,
- celkové řízení kvality – tj. komplexní přístup, který integruje různé aspekty s dlouhodobými strategiemi, včetně důrazu na soustavné zlepšování kvality.



Kvalita je pojem, který popisuje jak kvantitativními, tak kvalitativními prostředky úroveň poskytované péče nebo služeb. Tento pojem má dvě složky:

- 1) kvantitativní – měřitelnou
- 2) kvalitativní - hodnotitelnou, spojenou s hodnotovými soudy a hierarchií

Kvalita je relativní, nikoliv absolutní pojem. Nemůžeme ji proto zjišťovat pouze popisem a analýzou činností. Vždy ji musíme srovnávat s podobnou činností a se stejnou činností na jiném místě či v jiném čase.

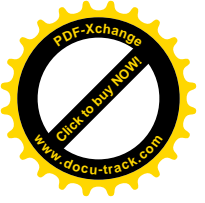
Protože je kvalita relativní, může být zlepšována, a to je jádrem všech iniciativ ke zvyšování kvality a jádrem procesu zajišťování a řízení kvality.

Pojetí kvality je dáno kulturním a sociálním prostředím. Představa kvality zdravotní péče je ovlivněna jednak hodnotami, které v dané společnosti převládají a jednak individuálními hodnotami těch, kteří kvalitu péče definují, např. politici, tvůrci zdravotnické legislativy a především sami zdravotničtí pracovníci.

V úsilí o zajištění kvalitní péče je nutné nejprve definovat kvalitní péči, tj. stanovit, co je pokládáno za dobrou, standardní kvalitní péči. Je zpravidla vyjádřena v tzv. standardech, podle nichž se pak poskytovaná péče posuzuje. Význam slova „kvalita“ ošetřovatelské péče tedy závisí na vymezení, co konkrétně znamená „kvalitní ( dobrá ) ošetřovatelská péče.“

Pro definování kvality ošetřovatelské péče jsou vytvořeny specifické ošetřovatelské standardy.

Ošetřovatelský standard je platná definice přijatelné úrovně ošetřovatelské péče v konkrétním zařízení, kde je určeno co je cílem kvalitní péče, jak má být cíle dosaženo a jak můžeme změřit, že ho skutečně dosaženo bylo. Cíl má být tedy jasný, reálný, srozumitelný a měřitelný.



### 2.1.1 Co je kvalitní ošetrovatelská praxe

Nejčastěji je kvalitní ošetrovatelská praxe charakterizována těmito znaky:

- v zemi, ale i v konkrétním zařízení existuje jasná koncepce ošetrovatelství,
- péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu,
- péče je odvozená od potřeb pacienta,
- práce ošetrovatelského personálu je týmová,
- ošetrovatelský personál je dobře motivovaný a odborně připravený,
- ošetrovatelský tým si stanovuje reálné cíle,
- ošetrovatelský personál dodržuje profesionální etický kodex,
- poskytovaná péče je vědecky podložená,
- do ošetrovatelské péče jsou aktivně zapojeni pacienti/klienti,
- existuje účinná mezioborová spolupráce.

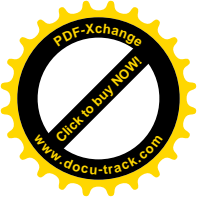
Na tyto oblasti se také zpravidla zaměřuje hodnocení kvality péče, a proto se pro ně vytvářejí standardy, které se snaží konkrétně vymezit, co je v dané oblasti pokládáno za kvalitní.

#### Ošetrovatelské standardy:

- 1) určují závaznou normu pro kvalitní ošetrovatelskou péči,
- 2) umožňují objektivní hodnocení poskytované péče ( např. provedení auditu kvality péče pro získání akreditace ),
- 3) poskytují pocit bezpečí a jistoty nemocným, kterým zajišťují nejméně minimální standard kvalitní péče,
- 4) chrání sestry před neoprávněným postihem, protože mohou prokázat, že dodržely příslušný standard.

#### Kvalitu ošetrovatelské péče můžeme hodnotit ze dvou hledisek:

- 1) jako ošetrovatelský audit hodnotící plnění jednotlivých standardů – chceme-li hodnotit míru splnění standardu, zaměříme se na to, zda byla splněna jeho jednotlivá strukturální, procesuální kritéria a kritéria stanovená pro výsledek. Nejdůležitějším ukazatelem kvality jsou vždy výsledky – splněné cíle.



2) jako ošetrovatelský audit hodnotící celkovou kvalitu ošetrovatelské péče.

Kromě dodržování standardů je třeba ještě monitorovat a hodnotit celkovou kvalitu ošetrovatelské péče pomocí následujících možných metod ( metody ošetrovatelského auditu ):

- pozorovat sestry při práci,
- kontrolovat ošetrovatelskou dokumentaci,
- sbírat statistické údaje,
- dotazovat se pacientů, kteří využívají ošetrovatelských služeb,
- zjistit, jak je péče hodnocena spolupracovníky,
- zjistit, jak sestra hodnotí vlastní práci,
- sledovat, jak si sestry předávají nemocné a službu,
- měřit účinnost péče např. podle délky jejího trvání nebo podle frekvence kontaktů mezi pacientem a sestrou,
- zjistit, jak hodnotí péči někdo zvnějšku,
- provádět inspekční kontroly, např. zástupci Ministerstva zdravotnictví.

### **2.1.2 Indikátory kvality**

Mezi indikátory kvality, které se pravidelně vyhodnocují patří:

- 1) Nozokomiální nákazy – vyhodnocení počtu nozokomiálních infekcí v daném zařízení.
- 2) Počet nehod pacientů – celkový počet pádů, zranění ( jejich iatropatogenní poškození, prodloužení hospitalizace, zvýšení nákladů na léčbu a na ošetrovatelské pomůcky).
- 3) Spokojenost pacientů – s ošetrovatelskou péčí, s kontrolou bolesti, s množstvím informací ( názor klienta na to, jak jsou sestry schopny edukovat a podávat informace ), s péčí.
- 4) Udržování kožní integrity – celkový počet dekubitů.
- 5) Stav hydratace a výživy.
- 6) Spokojenost sester.
- 7) Celkový počet hodin strávených péčí sestrami na jeden den.
- 8) Složení ošetrovatelského týmu – zastoupení sester bakalářek, specialistek, zdravotních sester, pomocného personálu.



## 2.2 Stáří

Stárnutím se rozumí souhrn pochodů, především biofyziologických, probíhajících v čase. Postupné biofyziologické změny, které jsou nezvratné, způsobují nakonec zánik organismu, jeho smrt. Stárnutí jako postupující řada změn má u člověka nejen stránku biologickou, ale i psychologickou a sociální. Stářím se potom označuje výsledný stav, který vznikl procesem stárnutí.

Stáří může nabývat velmi různorodé podoby. Jedná se o životní období nad 65 let. Toto období lze dále dělit. Současné orientační členění stáří je odvozeno z pojetí B. L.

Neugartenové<sup>4</sup>:

- 65 – 74 let: mladí senioři – v tomto věku je nejčastější problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace
- 75 – 84 let : staří senioři – problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti.
- 85 a více let : velmi staří senioři – problematika soběstačnosti a zabezpečení.

Během stárnutí ztrácí téměř každý orgán svoji funkční rezervu. Snížení kompenzačních mechanismů činí starého člověka méně přizpůsobivým k měnícím se podmínkám. Jeho organismus se stává méně odolným a náchylnějším k nemocem. Objevuje se též mnoho fyziologických změn organismu.

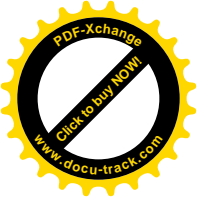
V dýchacím systému se snižuje vitální kapacita a elasticita plic. Zmenšuje se plocha kapilár v alveolech, oslabuje se reakce dýchacího centra na stimulaci, zhoršují se obranné mechanismy dýchacích cest ( kašlací reflex, samočisticí mechanismus epitelu aj.) Dýchací soustava se tudíž rychleji unaví, hlavně při námaze.

V kardiovaskulárním systému dochází ke snížení vzestupu tepové frekvence při zátěži, snižuje se srdeční výdej, ztlušťují se stěny cév a snižuje se elasticita tepen.

V gastrointestinálním traktu dochází ke snížení motility a sekrece trávicích šťáv, zhoršuje se vstřebávání potravy. Časté jsou poruchy vyprazdňování.

---

<sup>4</sup>Neugarten BL. Adult Personality. Human Development 1966, 9 : 61 – 73



V ledvinách klesá glomerulární filtrace, snižují se tubulární funkce, dochází k celkovému snížení funkční kapacity.

Dochází též k hematologickým změnám – klesá množství aktivní kostní dřeně, dochází k poklesu hemoglobinu a počtu trombocytů, vzrůstá tendence k hyperkoagulaci. Zhoršuje se též funkce leukocytů a snižuje se fibrinolytická aktivita séra.

Též se zvyšuje glykemie nalačno.

Časté jsou artrózy kloubů. Dochází i k úbytku svalové tkáně s přibýváním podílu tuku. Jsou pomalejší pohyby, zhoršuje se schopnost udržet rovnováhu a celkově klesá obratnost.

V psychické oblasti nabývají převahu sestupné změny. Klesá elán, vitalita, schopnost navazovat, později i udržovat interpersonální vztahy. Slábne tvůrčí schopnost, oslabuje se etické, sociální a estetické cítění. Klesá sebedůvěra. Snižuje se výbavnost a především vstřípivost paměti. Objevuje se rigidita v myšlení a jednání, ulpívání na tradicích a zvycích, idealizace „starých dobrých časů“, zvýšená únavnost s poruchou koncentrace a zvýšená zbytečná starostlivost, úzkostnost až deprese. Negativní povahové vlastnosti se ve stáří zvyrazňují ( lakota, sobectví, malichernost ). Bilanční sebevraždy nebývají vzácností. Smyslové poruchy ve stáří tento obraz ještě prohlubují.

S věkem naopak roste vytrvalost, trpělivost a zvyšuje se tolerance. Schopnost úsudku zpravidla bývá zachována, někdy se kultivuje až k rozvážnému náhledu ( moudrost stáří).

Změny nastávají zejména v oblasti percepce. U 30% starých lidí se objevuje zhoršení sluchové percepce, uši obtížně vnímají vysoké tóny, jsou citlivější na šumy. U 90% starých lidí se objevuje zhoršení zrakové percepce, zrak slábne, obtížně se adaptuje na tmou, dochází k zúžení vizuálního pole. Zhoršení zraku a sluchu s sebou nese omezení v pracovní a zájmové činnosti, ztrátu výkonu, ohrožení bezpečnosti starého člověka, sníženou schopnost komunikace s druhými lidmi.

Též v oblasti paměti a učení jsou pozorovatelné změny. Zhoršuje se paměť, zejména krátkodobá – starý člověk si hůře pamatuje nové události. Starší vzpomínky zůstávají zachovány, ale mohou být emočně i obsahově zkresleny.



## 2.3 Nemocné stáří

Choroby ve stáří vykazují určité zvláštnosti. U téhož jedince se ve vyšším věku může současně vyskytovat více chorob, mluvíme o polymorbiditě. S tím souvisí i zvýšení nežádoucích účinků léků a lékových interakcí.

Významné jsou též zvláštnosti klinického obrazu chorob. Časté jsou nevýrazné nebo netypické příznaky onemocnění. Ve stáří se též setkáváme s tzv. vzdálenými příznaky, kdy v popředí klinického obrazu bývají příznaky jiného orgánu než je postižený orgán. Nápadný je také sklon k protrahovanému průběhu a chronicitě. Podle dostupných klinických studií trpí téměř 90% osob starších 75 let jednou nebo více chronickými chorobami. Některé jsou považovány za „únosnou bídu“ a pokud umožňují soběstačný život, postižený člověk se s nimi naučí žít za současné přiměřené léčby. Obavy samotných pacientů však vzbuzují takové nemoci, které ohrožují jejich praktickou soběstačnost a nebo přímo vedou k plné závislosti na druhých lidech – rodině nebo profesionálech.

Kromě somatických nemocí nejrůznějšího druhu existují rizika celé řady psychických obtíží a nemocí. Ve stáří dochází častěji k poruchám chování, k úzkostem a depresím a také k rozvoji demencí. O demencích se hovoří jako o tiché epidemii 21. Století. Demence reprezentují závažná onemocnění s výraznými negativními důsledky pro postižené – pád pod lidskou důstojnost, dále pro starající se rodiny a konečně i pro společnost, která musí zajistit péči v případech, kdy se rodina nechce nebo nemůže postarat.





### 2.3.1 Nejčastější příčiny onemocnění ve stáří

Mezi nejčastější příčiny onemocnění ve stáří patří dehydratace, nadměrné užívání léků a nedostatečná výživa.

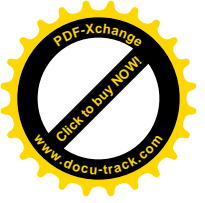
K dehydrataci ve stáří může docházet z několika příčin:

- 1) Věkem podmíněné příčiny – strach z většího přísunu tekutin, inkontinence, snížená mobilita, snížený pocit žízně.
- 2) Iatrogenní příčiny – polypragmazie, intoxikace léky
- 3) Psychologické příčiny – deprese, nezájem o rodinu, snížení psychomotorického tempa, poruchy koncentrace, ztráta zájmů.

Důsledky dehydratace jsou vážné a postihují téměř všechny tělesné systémy:

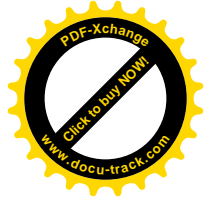
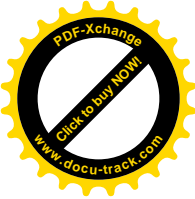
- Urologické - časté jsou infekce močových cest a lithiaza
- Gastrointestinální – vzniká chronická zácpa, subileózní až ileózní stavy
- Dyspeptické obtíže – při intoxikaci léky
- Kardiopulmonální – častější výskyt infarktu myokardu, plicní embolie a bronchopneumonie
- Postižení centrální nervové soustavy - vznik centrální mozkové příhody a tranzitorní ischemické ataky
- Lokomoční obtíže – výrazné snížení mobility, často dochází ke zhoršení artrózy a osteoporózy skeletu.

K dalším nejčastějším příčinám onemocnění ve stáří patří malnutrice. Jedná se o stav, k němuž dochází, pokud je příjem základních energetických substrátů a bílkovin nižší, než jejich potřeba. Mezi nejčastější příčiny malnutrice patří postižení slinných žláz, defekt chrupu, onemocnění dutiny ústní, jícnu, gastrointestinálního traktu, ale také psychické poruchy jako je demence či přítomnost depresí. Významnou roli zde také hraje snížená chuť k jídlu a omezená hybnost.



Mezi nejzávažnější důsledky poruch výživy patří:

- Postižení imunitního systému – nejprve buněčné složky, kdy dochází ke snížení absolutního počtu lymfocytů, později i postižení humorální složky, kdy dojde ke snížení sérových imunoglobulinů.
- Poruchy hojení ran – klesá schopnost organismu uvolnit aminokyseliny potřebné pro regeneraci.
- Postižení kardiovaskulárního systému – dochází k atrofii srdeční svaloviny, k depleci draslíku, fosforu a hořčíku, což představuje riziko vzniku arytmií.
- Plicní komplikace – dochází ke zvýšené slabosti dýchacích svalů – hypoventilaci a k postižení obranyschopnosti organismu, což vede k častějšímu výskytu bronchopneumonií.
- Poruchy gastrointestinálního traktu – vzniká střevní atrofie a snížený přívod substrátů způsobuje hladové průjmy.
- Renální poruchy – vzniká deplece draslíku a poruchy tubulárních funkcí, dochází ke snížené resorpci sodíku, k hypovolemii až šoku.



## **2.4 Hodnocení gerontologického pacienta dle ošetrovatelského „Modelu funkčního typu zdraví dle Gordonové“**

Základní strukturu modelu tvoří 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdraví (zdravotního stavu) člověka, podle nich sestra nebo porodní asistentka získává potřebné informace.

Model Gordonové vyhovuje ošetrovatelské praxi, ale i vzdělávání a výzkumu. Splňuje též požadavek na rámcový standard pro systematické ošetrovatelské zhodnocení zdravotního stavu klienta, v jakékoli oblasti systému péče – primární, sekundární a terciální.

### **2.4.1 Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví**

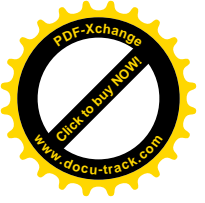
Popisuje, jak klient vnímá svůj zdravotní stav a pohodu a jakým způsobem o své zdraví pečuje. Obsahuje také informace o tom, jak si klient uvědomuje a zvládá rizika spojená se svým zdravotním stavem a životním stylem, jaká je úroveň jeho celkové péče o zdraví.

V procesu stárnutí nastává mnoho změn ve většině tělesných systémů, proto se s přibývajícím věkem snižuje počet zdravých lidí. Z hlediska tohoto problému se velmi často vyskytuje otázka, zda lze opravdu účinně něco udělat pro úspěšné stárnutí a zdravé stáří ?

I když neexistují žádné zázračné rady ani elixír mládí, lze potvrdit, že kvalitu života ve stáří je možné do značné míry příznivě ovlivnit.

K základním opatřením patří prevence nejčastějších a nejzávažnějších chorob stáří, které velmi významně ovlivňují zdatnost a navozují obtíže starých lidí. Proti projevům aterosklerózy ve stáří, včetně třeba mozkové příhody či demence lze bojovat účinnou prevencí již od středního věku – předcházet obezitě, starat se o přiměřené hodnoty krevních tuků, především cholesterolu, krevního cukru a krevního tlaku. Preventivními prohlídkami lze snížit i výskyt a závažnost některých nádorových onemocnění vyššího věku, např. nádorů střev, prostaty, mléčné žlázy, plic.

V tělesné oblasti jde především o udržení pohybové aktivity a tělesné zdatnosti. Pro zachování dobré pohyblivosti a také k prevenci tak častých obtíží s páteří je užitečná průběžná rehabilitace.



S psychikou je to stejné jako s tělesnou schránkou. Pasivita, nečinnost vedou k úpadku, včetně např. chudnutí slovníku. Je proto vhodné dbát v procesu stárnutí i ve vlastním stáří o přiměřenou psychickou a sociální aktivitu, kam patří komunikace, četba, luštění křížovek, stolní hry, vzdělávání apod.

## **2.4.2 Výživa a metabolismus**

Tato oblast popisuje způsob příjmu potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu. Zahrnuje individuální způsob stravování a příjmu tekutin, kvalitu a kvantitu konzumovaného jídla a tekutin. Hodnotí se zde také stav vlasů, nehtů, slizničních membrán, stav chrupu, tělesná teplota, výška a hmotnost. Velmi důležitá je schopnost hojení ran a přítomnost poranění či různých kožních defektů.

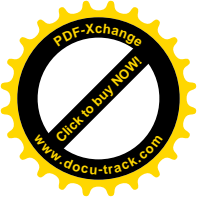
Se stoupajícím věkem dochází k fyziologickým změnám, které ovlivňují homeostázu a metabolické procesy. Charakteristickým rysem jsou změny složení těla a energetické potřeby. Obecně dochází ke snížení buněčné hmoty, k poklesu kostní denzity, hmotnosti svalstva a obsahu vody v organismu. Naopak stoupá celkový podíl tukové tkáně.

Souběžně se snížením energetické potřeby dochází ve stáří ve většině případů i ke snížení energetického příjmu. To má však za následek mnohdy i snížení přívodu biologicky hodnotných proteinů, vitaminů a stopových prvků. Důsledkem toho 6% jedinců starších 70 let, bez ohledu na socioekonomické postavení, trpí některou formou malnutrice – podvýživy. Malnutrice je u starých lidí častá a má zásadní vliv na snížení obranyschopnosti organismu, odolnosti k zátěži a hojení. Může být způsobena chorobami trávicího traktu, nevhodnou skladbou stravy, sníženou chutí k jídlu nebo špatným stavem chrupu. Malnutrice se vyskytuje u 19 – 80% hospitalizovaných pacientů.

Často se také setkáváme i s obezitou. Ve stáří se obvykle zpomaluje metabolismus a snižuje fyzická aktivita.

Na poruše výživy ve stáří se podílí několik faktorů:

- 1) Množství a kvalita potravy – je ovlivněna výběrem potravy, ekonomickou situací a přístupem k jídlu. Výběr potravy je často ovlivněn mentálním stavem starého člověka, obzvláště trpí-li demencí nebo depresemi. Významnou úlohu zde také hraje chuť k jídlu, která bývá ve stáří často snížena. Také výchova a tradice zaujímá významné místo. I stav pohyblivosti a sociální izolace může omezit přístup k jídlu.



- 2) Poruchy polykání a špatný stav chrupu či používání zubních protéz znesnadňují příjem potravy.
- 3) Narušené trávení a absorpce po chirurgických výkonech na gastrointestinálním traktu, při atrofické gastritidě a malabsorpci též vedou k poruše výživy ve stáří.

Vzhledem ke sníženému pocitu žízně a fyziologicky sníženému obsahu vody v organismu jsou staří lidé velmi náchylní k dehydrataci. Sliznice jsou suché, kožní turgor snížený a dochází i k psychické alteraci.

S přibývajícím věkem dochází vlivem snížení vlhkosti kůže a prodloužením obnovy buněk ke změnám ve všech vrstvách kůže. Tím dochází ke ztenčení a ztrátě elasticity kůže. Pokožka je proto křehčí a snáze zranitelná. Starší lidé mají též celkově méně prokrvenou pokožku, což snižuje možnost hojení. Stářím podmíněné, přirozené změny kůže vyvolávají sklon k poškození kůže i při určitých onemocněních, např. trvající inkontinenci. Z těchto důvodů jsou staří lidé více náchylní k různým kožním defektům a dekubitům.

V nemocnicích a sociálních ústavech vznikají dekubity asi u 3 – 12% hospitalizovaných, v závislosti na typu oddělení a ústavu. U plegiků je podstatně vyšší, pohybuje se mezi 20 – 25% <sup>5</sup>.

Pro častější výskyt dekubitů a jiných chronických ran ve stáří je na místě svědomitá péče a ochranné prostředky, které zde mají obzvlášť velký význam. Kromě péče o pokožku je stejně důležitá i vhodná výživa bohatá na bílkoviny a dobrý stav hydratace. Přístup k chronickým ranám, jejich ošetřování se liší podle příčiny vzniku.

Významným předpokladem hojení bércových vředů je pohyb – chůze ( chůzí se zapojuje svalová pumpa, která napomáhá průtoku žilní krve ). U otlaků ( dekubitů ) je stejnou nezbytností zrušení tlaku, polohování, nezatěžování poškozeného místa a používání antidekubitálních pomůcek. Důležité jsou i kvalitní převazy. V poslední době byly zavedeny moderní ošetřovatelské pomůcky, tzv. interaktivní léčebné obvazy pro vlhké hojení ran, které výrazně zlepšily výsledky léčby. Jejich použití se liší podle typu rány a fáze hojení.

Staří lidé mají též zhoršenou termoregulaci, proto jsou ohroženi jak přehřátím, tak i podchlazením. V chladném prostředí u nich snadno dochází k hypotermii, která může vést až ke smrti. Naopak horečka stoupá méně. Při vyšších teplotách je nemocný ohrožen rychlou dehydratací.

<sup>5)</sup> Dekubity - Riebelová, V., Válka, J., Franců, M., Galén, 2000



### **2.4.3 Vylučování**

Tato oblast obsahuje informace o způsobu vylučování (tlustého střeva, močového měchýře a kůže). Zahrnuje též pravidelnost vylučování, používání obvyklého postupu při vyprazdňování nebo používání projímadel, potíže nebo poruchy při vyprazdňování.

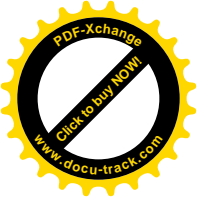
Věk je určujícím faktorem při vyprazdňování střeva a močového měchýře. Ovlivňuje nejenom charakter vyprazdňování, ale zejména jeho kontrolu. V období stáří bývají problémy s vyprazdňováním časté. Jejich příčinou je snížení nebo ztráta svalového tonu svěračů, omezení schopnosti vědomé kontroly svěračů, ale také snížená peristaltika, snížený přívod tekutin a špatné stravovací návyky. Vážné následky pro vyprazdňování moče a stolice má též nedostatek pohybu, popřípadě imobilita starého člověka. Pocit studu brání přirozenému vyprazdňování, nedostatek soukromí vede k potlačování nucení na stolicí a oddálení defekace. Také dostatečný objem stravy a tekutin bývá ve stáří často problematický a nezřídka je provázen zácpou i retencí moče. Častou příčinou obtížné defekace bývají ve stáří i některé patologické stavy, jako hemeroidy, nádorová onemocnění, dehydratace a jiná onemocnění tenkého a tlustého střeva a konečníku.

Velkým problémem mužů i žen ve starším věku je inkontinence. Inkontinence stoupá s věkem u obou pohlaví, více však u žen. Z důvodu oslabení tonu stěny močového měchýře a močovodů a oslabení pánevního dna dochází k mimovolnému odchodu moči. Inkontinence častěji doprovází demenci, mozkové příhody, Parkinsonův syndrom, imobilizaci a nežádoucí vliv řady farmak. Ve stáří je více infekčních komplikací, ale také pádů a zlomenin. Významné jsou psychosociální faktory jako nespavost, úzkost, deprese, pocit studu, zahanbení až sociální izolace, které se objevují až u dvou třetin starších inkontinentních osob.

U mužů bývají časté potíže s vylučováním moči spojené s hypertrofií prostaty a s nádorovým onemocněním prostaty a močového měchýře.

### **2.4.4 Aktivita, cvičení**

Popisuje způsoby udržování tělesné kondice. Zahrnuje základní denní životní aktivity, jako je např. hygiena, stravování, práce, udržování domácnosti apod. Obsahuje všechny druhy cviků a různých sportů, které jsou pro daného jednotlivce typické. Patří sem i způsob



trávení volného času. Zahrnuje též faktory, které jednotlivci brání v provozování těchto aktivit.

K základním rysům narůstajícího věku patří snižování tělesné aktivity projevující se sedavým způsobem života. Ten pak bývá spojen s většími zdravotními problémy a stává se i rizikem psychickým a sociálním. Také smyslové deficity, zejména v oblasti zrakového, ale i sluchového vnímání, které bývají ve stáří časté, omezují pohybové schopnosti. S věkem dochází ke snížení pohyblivosti i vlivem degenerativních změn na pohybovém aparátu. Časté bolesti zad a kloubů též výrazně omezují hybnost. Dochází k přetěžování některých kloubních struktur s důsledky např. pro rozvoj artrózy nosných kloubů.

Pro starého člověka je nejdůležitější zachování soběstačnosti v aktivitách denního života (hygiena, oblékání, výživa, vyprazdňování), být nezávislý na pomoci druhé osoby. Nepohyblivý člověk – imobilní – je ve větší míře závislý na pomoci druhých, je nesamostatný a zranitelný. Výrazně se tak snižuje kvalita jeho života.

V souvislosti s porušenou hybností ve stáří jsou velmi časté úrazy. Především zlomeniny jsou spojeny s dlouhou nemocností, se ztrátou soběstačnosti a často vedou i ke smrti starých lidí. Hlavní příčinou úrazů ve stáří jsou pády. Riziko pádu je dáno stabilitou klienta, kvantitou a kvalitou jeho vědomí a náročností prostředí na pohybové schopnosti.

Nepostradatelným pomocníkem v podpoře soběstačnosti, ke zmírnění zdravotních důsledků z imobilizace i k prevenci pádů jsou rehabilitační cvičení prováděná odbornými pracovníky. Z různých forem pohybových aktivit se ukazuje jako nejvhodnější chůze, která je často doporučována pro zvýšení tělesné zdatnosti jedince nebo pro potřeby pohybové rehabilitace i u vybraných skupin klientů. U ležících, imobilních pacientů je důležitá léčebná tělesná výchova na lůžku s možností a nácvikem vertikalizace.

S věkem též dochází ke snížení výkonnosti kardiovaskulárního systému a ke snížení vitální kapacity plic. Proto by aktivita starého člověka měla být přiměřena jeho možnostem.

#### **2.4.5 Spánek, odpočinek**

Popisuje způsob spánku, odpočinku a relaxace. Zahrnuje též trvání doby spánku, jeho kvalitu a kvantitu, potíže se spánkem a případné návyky před spaním. Zajímá nás též případné užívání léků na spaní.



Průměrná délka spánku starých lidí je šest až sedm hodin. Ve stáří dochází k tomu, že spánek neprobíhá v celku, ale bývá přerušovaný. Jsou časté tělové pohyby, které vedou ke krátkým probuzením. Starší lidé stráví více času na lůžku než mladší. Většinou se prodlužuje doba usínání ( toto je však značně individuální ). Dochází k častějším probuzením, způsobeným nucením na močení, dechovými obtížemi, bolestí a dalšími tělesnými potížemi. Ve stáří dochází často i k posunutí cyklu spánek – bdění.

Častá je u seniorů též insomnie ( nespavost ). Na jejím vzniku se podílejí vlivy somatické, psychické, faktory zevního prostředí, ale i vlivy iatropatogenní. Ze somatických vlivů může jít např. o bolesti vertebrogenní či jiného původu, o dušnost při kardiální insuficienci nebo o poruchy srdečního rytmu. Z psychických příčin insomnie je velmi častá deprese. Převládá porucha usínání, někdy i s častým probouzením v průběhu noci. Příčinou nespavosti seniorů může být také úzkost. Někdy je spánek narušen i přítomností paranoidní psychózy. Z iatropatogenních vlivů je významná zvláště medikace. U pacientů vyššího věku bývají často během dne podávána neuroleptika nebo benzodiazepiny, které působí tlumivě, pacienti pak během dne pospávají, což může vést ke spánkové inverzi.

#### **2.4.6 Vnímání, poznávání**

Popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání. Hodnotí zrak, sluch, chuť, čich i hmat. Zároveň zjišťujeme, zda klient používá nějaké kompenzační pomůcky nebo protézy. Další součástí je zjišťování úrovně vědomí, mentálních funkcí, orientace místem, časem, osobou. Důležitá je též otázka bolesti a její tlumení. Patří zde i zhodnocení poznávacích schopností jako je např. schopnost učení, myšlení, rozhodování, paměť, atd.

K nejčastějším změnám ve smyslovém vnímání ve stáří dochází ve zhoršování zraku a sluchu.

Stárnutí způsobuje změnu lomivosti světla v oku a vzdalování bodu nejostřejšího vidění od sítnice ( presbyopie ), takže při čtení či ručních pracích musí starý člověk držet text či předměty dále od očí. Tuto poruchu, která se rozvíjí obvykle od věku 45 – 50 let, lze korigovat brýlemi. Asi nejsvízelnější z běžných onemocnění stáří je dnes degenerativní změna sítnice v místě nejostřejšího vidění, žluté skvrny ( jde o tzv. věkem podmíněnou makulární degeneraci sítnice ). I když téměř nikdy nevede ke slepotě, může podstatně omezit schopnost číst běžný text, případně vykonávat jemné ruční práce. Nelze ji korigovat





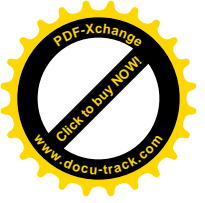
brýlemi. Šedý zákal ( katarakta ), dříve jedna z hlavních příčin ztráty zraku ve stáří, je dnes vesměs řešitelná ambulantní operací s vložením umělé oční čočky.

I sluch se s věkem přirozeně zhoršuje. Stařecká nedoslýchavost – presbyakuze, se nejvíce projevuje v hluku a při šepotu. Možnou pomocí jsou různá naslouchadla či jiné pomůcky. Svízelným problémem vyššího věku může být nepříjemné hučení či pískání v uších, kterému se říká tinnitus. Kromě konzultace s odborníkem v ORL bývá obvykle užitečné i vyšetření krční páteře fyzioterapeutem – uvolnění blokového postavení může překvapivě často přinést úlevu.

Stále více častým problémem starých lidí se stává syndrom demence. Nemocní s demencí, s poruchou úsudku, paměti a řady dalších duševních funkcí, tvoří velmi různorodou skupinu. Liší se nejen příčinou mozkového postižení ( nejčastěji jde o změny cévní v důsledku aterosklerózy a o Alzheimerovu nemoc ), ale také přidruženými chorobami, stupněm postižení, vzdělaností a sociální úrovní před vypuknutím choroby atd. U někoho je proto onemocnění v běžném kontaktu téměř nepostřehnutelné, u jiného jde o devastující postižení. Někteří nemocní jsou v pokročilém stádiu choroby nápadně apatičtí a pasivní, jiní naopak neklidní, agitovaní. Běžné je pak kolísání stavu se zhoršováním při různých zátěžích, při změnách prostředí či navyklých stereotypů.

Obecně lze říci, že nemocní potřebují především vlídné rodinné zázemí a trvalou podporu. Je potřebné, aby se naučili žít se syndromem demence, je třeba jim pomoci, aby i za této svízelné situace zůstávali co možná nejdéle sami sebou, aby neztráceli svou osobní identitu, aby se nezměnili v pasivně ošetřované pacienty. Důležitý je pro ně mozkový trénink jako určitá prevence – stimulovat mozek různými podněty. K základním patří prostá konverzace, čtení, luštění křížovek, pohybové aktivity, některé stolní hry. Pokud dochází k poruchám orientace s blouděním či k jiným poruchám chování, je nutný zvýšený dohled a mnohdy také úprava prostředí, ve kterém se nemocný pohybuje. Z hlediska ošetrovatelské péče je nutné dbát o bezpečnost pacienta, o jeho stravování ( při nechutenství jsou vhodné doplňkové nutriční přípravky ), o pitný režim ( zvláště v horkých letních dnech, při horečce či průjmech ), u nepohyblivých nemocných o prevenci proleženin, v zimním období o prevenci podchlazení.

Velmi důležitá je též otázka vnímání bolesti u starých lidí. Ve stáří dochází často k onemocnění, která jsou spojena s chronickou bolestí. Bezpečná a účinná léčba bolesti ve stáří je důležitá v péči o staré pacienty. U starých pacientů jsou použitelná analgetika jako u



mladší populace. Jejich bezpečné a efektivní použití však předpokládá dokonalou znalost zdravotního stavu pacienta a změn farmakokinetiky a farmakodynamiky v pokročilém věku. Používání nefarmakologických postupů v léčbě chronické bolesti může výrazně snížit spotřebu analgetik a tím i množství jejich vedlejších účinků. Používají se fyzikální postupy, např. léčba chladem, teplem, masáží, akupunktura apod.

#### **2.4.7 Sebekoncepce, sebeúcta**

Popisuje vnímání sebe sama a také emocionální ladění. Zahrnuje též individuální názor na sebe, vnímání svých zálib, celkového vzhledu, celkového pocitu vlastní hodnoty. Všímá si i nonverbálních projevů klienta jako je držení těla, způsob pohybu a chůze, hlas a způsob řeči, oční kontakt.

Období stárnutí a stáří je charakteristické egocentrickým zaměřením osobnosti, emocionální labilitou a zhoršenou schopností adaptace. Oblast sebeúcty a sebekoncepce bude v úzké závislosti zejména na zdravotním stavu člověka, na jeho soběstačnosti, funkci smyslových orgánů. Sebepojetí starého člověka ovlivňují vztahy s nejbližšími, zda žije s partnerem, dětmi, popř. žije sám v domově důchodců. Důležitou roli v oblasti sebeúcty hraje také uspokojení potřeby sociálního uznání spojeného s pocity potřebnosti nebo zbytečnosti.

Důležitým momentem, zlomem, který označuje konec jednoho období a počátek dalšího je odchod do důchodu. Vyrovnat se s touto chvílí není vždycky snadné, protože je plná nejistot. Odchodem do důchodu pak člověk mění svoji identitu. Předtím byl učitel, pečovatel, účetní, lékař, nyní je důchodce. S touto realitou se musí vyrovnat a přijmout ji. Odchod do důchodu nutí k novému uspořádání života. V aktivním životě je čas řízený prací, v důchodu je tomu naopak, každý si musí svůj čas organizovat sám. Takový problém může člověka děsit.

Někteří starší lidé začnou mít pocit užitečnosti, když se stanou prarodiči. Babičky hlídají vnoučata, dědečkové zase vědí, co dělat, když syn nebo zeť potřebuje něco opravit. Ztráta rodičovské role bývá kompenzována rolí prarodičů.

Staří lidé se snaží udržet si co nejdéle svou vlastní domácnost. Touží žít v blízkosti vlastních dětí a nebýt na nich závislí. Mnohé domácnosti starých lidí by však nemohly bez pomoci mladších rodinných příslušníků vůbec existovat.



## **2.4.8 Role, mezilidské vztahy**

Popisuje způsob přijímání a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů. Zahrnuje také soulad nebo narušení vztahů v rodině, ke společnosti a plnění povinností ve vztahu k rolím.

*„Starý člověk má v rodině svou úlohu. Očekává zájem o svou osobu a naopak se zajímá o problémy rodiny i ve vyšším věku. Zanedbatelná není ani materiální výpomoc starých lidí mladším generacím“<sup>6</sup>.* Žije –li starý člověk sám, ocitá se v sociální izolaci. Nesnáze přinášejí i vícegenerační soužití. Některá rodina pocituje tíživě materiální a psychické nároky, má-li pečovat o svého starého a ne již zcela soběstačného příslušníka. Občasná péče o starého člověka bývá pravidelná a většinou nepůsobí rodinám potíže. Náročnější je ovšem dlouhodobá nebo dokonce trvalá péče o starého nemocného člověka. Je možné se setkat i s rodinami, které jsou dysfunkční a nemohou se starat nebo vysloveně odmítají pečovat o starého člověka.

Ve stáří též klesá schopnost navazovat nebo i jenom udržovat interpersonální vztahy. Manželské vztahy v tomto období obvykle sílí a proto případná ztráta životního partnera se stává tragickou událostí, se kterou se starý člověk jen velice obtížně vyrovnává.

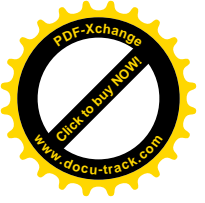
## **2.4.9 Sexualita, reprodukční schopnost**

Popisuje uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě. Zahrnuje poruchy nebo potíže v této oblasti, reprodukční období ženy a problémy s ním spojené.

Ve stáří dochází k celé řadě somatických změn a tělo se mění a stárne. Naše společnost uznává přehnaný kult mládí a krásy. I starý člověk se učí přijímat tyto hodnoty ( vše, co je mladé, je krásné ) a má tudíž sklon svou hodnotu ve vlastních očích snižovat. Pokládá se za toho, kdo už se nemůže líbit a někoho přitahovat. Od určitého věku se už nemluví o mužích a ženách, ale pouze o starých lidech. Sexualita je i u starých lidí zcela normálním a přirozeným jevem. Sexuální život jim pomáhá udržet si sebevědomí a sebeúctu. Skutečné překážky k sexuálnímu životu starších mužů a žen nejsou fyziologické, ale:

---

<sup>6)</sup> O stárnutí a stáří - Pacovský, V., Avicenum, 1990



- Demografické : věku nad 80 let se dožívá mnohem více žen Sociologické : sexualita starých lidí je ve společnosti tabu.
- Psychologické : staří lidé si myslí, že „se to v jejich věku nehodí“, také mají strach z neúspěchu.

Přesto všechno podle WHO je sexualita – stejně jako zdraví a bezpečí – jedním z elementů hodnotného života starých lidí. „*Staří lidé mají právo na něžná slova, na pohlázení. Touha nezná věk*“<sup>7</sup>.

#### **2.4.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance**

Popisuje způsob tolerance a zvládání stresových situací. Zahrnuje způsoby zvládání stresu, podporu rodiny či jiných podpůrných systémů a vnímání vlastní schopnosti zvládat situace.

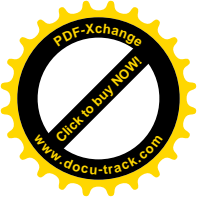
Od okamžiku, kdy si člověk poprvé uvědomí, že stárne, začíná problém jeho reakce a adaptace na stáří. Někomu se daří lépe a jinému hůře překonávat celou řadu zátěží i krizí, které se stářím souvisejí. Je to např. odchod do důchodu, změna společenského statutu, ztráta životního partnera. Významnou roli hraje osobnost jedince v průběhu celé životní dráhy. Jedinci, kteří „dovedou držet krok“, mají zpravidla schopnost vytěžít ze situací svého předcházejícího života co nejvíce. Naopak lidé, kteří se již v mládí obtížně přizpůsobovali, trpí špatnou adaptací i ve stáří. První začátek stárnutí bývá pro ně stresovou situací. Takový jedinec má najednou pocit, že je oddělen od předchozího života a ztrácí víru v budoucnost.

##### Modely vyrovnávání se se stářím<sup>8</sup>

- 1) **Konstruktivnost** : Člověk se smířil s faktem stárnutí a stáří, je soběstačný, realizuje přiměřené cíle a plány. Má vysokou schopnost přizpůsobivosti a tolerance. Se zájmem hledí do budoucnosti, navazuje srdečné osobní vztahy s ostatními lidmi.
- 2) **Závislost** : Tato strategie směřuje k pasivitě, krédem takového člověka je „*ať se ostatní postarají*“. Takový člověk je poměrně vyrovnaný, rád se vzdal své práce a odešel do důchodu.

<sup>7)</sup> Soužití se staršími lidmi - Pichaud C., Thareanová I., Portál, 1998

<sup>8)</sup> O stárnutí a stáří - Pacovský, V., Avicenum, 1990



- 3) Obranný postoj : Zaujímají jej lidé, kteří byli profesionálně i společensky úspěšní. Jsou soběstační a jsou na to hrdí. Často odmítají pomoc, aby ukázali, že nejsou závislí, že pomoc nepotřebují, nejsou vlastně staří.
- 4) Nepřátelství : Lidé patřící do této kategorie měli již během svého aktivního života tendence svalovat vinu za své neúspěchy na druhé, v jednání s lidmi byli agresivní a podezřívaví. Žijí v ústraní, hrozí jim izolace, dávají najevo svůj odpor k představě stáří. Na všechno reagují svou nevrlou mrzutostí. Závidí mladým lidem a jsou vůči nim nepřátelští.
- 5) Sebenenávisť : Reprezentanti této skupiny se liší od předcházející jen tím, že nepřátelství obracejí vůči sobě samým. Na svůj předcházející život hledí kriticky a pohrdavě. Zanedbávají společenské styly, cítí se osamělí a zbyteční. Mají pocit, že už dost užili života a nezávidí mladým lidem.

#### **2.4.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení včetně náboženské víry. Zahrnuje vše, co je v životě vnímáno jako důležité, např. kvalita života, hodnoty, prožívání konfliktů, očekávání.

Duchovní i náboženské přesvědčení má významné postavení v životě mnohých lidí. Ovlivňuje způsob života, postoje i pocity k nemoci, ke smrti, k narození. Nezastupitelná role víry se projevuje obzvláště v době nemoci a umírání. Víra v takových životních situacích poskytuje pomoc dát smysl životu, smrti, připravit se na smrt a akceptovat ji, je též zdrojem síly a pokoje. Víra dodává věřícím i pocit bezpečí a sociální opory.

Spirituální hodnoty, jejich podpora a komunikace o nich, umožňují mnoha lidem prožít smysluplně, užitečně a někdy i výslovně šťastně ty fáze života, které jsou jinak bolestné. Proto je důležité mít pro ně pochopení, a to i tehdy, když je vůbec nesdílíme.

*„Nemocný člověk potřebuje především člověka. Člověka spíše naslouchajícího, než všeznalého. Nemocný zpravidla nepotřebuje, aby mu jeho situaci někdo umně vysvětlil, ale potřebuje, aby nebyl ve své situaci zcela sám“<sup>9)</sup>.*

---

<sup>9)</sup> Malá příručka pastorační péče o nemocné – Opatrný, A., Pastorační středisko, 1995



### 2.4.12 Jiné

Do této oblasti je možné zařadit některé další důležité informace a pomocné charakteristiky jednotlivých výše uvedených bodů.

## 2.5 Komunikace se starými lidmi

Při komunikaci se starými lidmi přistupují k obecným komunikačním problémům navíc specifické obtíže.

Při komunikaci s nedoslýchavým člověkem je třeba se více soustředit na celý komunikační proces, tedy hledět druhému do tváře, mluvit pomalu a hlasitěji než obvykle, ale tónem co možná nejnižším, pečlivě artikulovat a tvořit krátké věty.

Starý člověk, zvláště když je unavený, velmi pomalu komunikuje. Potřebuje delší dobu na to, aby sdělený obsah slyšel a porozuměl mu, nalezl odpověď a vyjádřil ji slovy. Zpomalené reakce jsou u starého člověka způsobeny celkovým zpomalením fungování organismu. Jediná možnost, jak s takovým člověkem komunikovat, je přizpůsobit se jeho rytmu.

Počátek komunikace tvoří naslouchání. V naslouchání druhému člověku mohou bránit dvě různé situace, jsme-li moc blízko nebo příliš daleko. Moc vzdálení jsme také tehdy, když si neuděláme dost času, který starý člověk k rozhovoru potřebuje.

Starý člověk často sedí nebo leží, zatímco všichni ostatní kolem něj stojí. Nejčastěji se ostatní lidé (rodina, personál) nacházejí v nadřazené pozici. Právě oni navazují kontakt, začínají rozhovor, pokládají otázky, zakazují, dávají nejrůznější příkazy. Okolí starého člověka má snahu ho utěšovat, vměšovat se do jeho věci, radit mu, místo aby mu prostě naslouchalo.

Při komunikaci se starým člověkem je velmi důležité nezapomínat na prostředky neverbální komunikace. Mnoho lidí má strach z prostého mlčení, to však může být výmluvnější než všechna slova. Jsou chvíle, kdy nevíme co zrovna říct. Můžeme mlčet, protože vyřčená slova nemusí vyjadřovat naše pocity. Také pohled vyjádří víc než slova. Je mnohem pravdivější, protože slovy můžeme vyjádřit cokoliv, ale pohledem se klame hůře. Dotykem lze vyjádřit blízkost, uklidnit a ubezpečit, což právě pro starého člověka má obrovský význam.



## 2.6 Ošetřovatelský proces a jeho dokumentace

Ošetřovatelský proces je systematická metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Umožňuje specifický způsob individualizovaného přístupu k ošetřování každého nemocného/klienta v nemocniční i terénní péči. Cílem je uspokojení všech potřeb klienta v jeho bio – psycho – sociální jednotě.

Na základě zhodnocení pacienta a ve spolupráci s ním stanoví sestra nejzávažnější poruchy potřeb, problémy ošetřovatelské péče, ošetřovatelskou diagnózu a plánuje jejich uspokojování prostřednictvím aktivní ošetřovatelské péče. Plán a efekt poskytnuté péče společně s nemocným ( pokud to situace dovoluje ) zhodnotí a koriguje další postup v jeho ošetřování.

Ošetřovatelský proces probíhá v následujících fázích:

- Sběr dat a informací - sběr a ověření informací o fyzickém stavu, psychickém stavu, sociální situaci a duchovním životě klienta.
- Zhodnocení a analýza získaných informací - určení aktuálních i potenciálních problémů pacienta a jeho potřeb, vymezení priorit v ošetřování, stanovení aktuálních a potenciálních ošetřovatelských diagnóz, vyplývajících ze stanovených ošetřovatelských problémů. Správné stanovení diagnóz je důležité pro správné naplánování účinné ošetřovatelské péče. Nejnověji lze v současné době využít diagnóz dle druhé taxonomie NANDA – International <sup>10</sup> . Diagnózy již obsahují i číselné kódy.
- Plánování ošetřovatelské péče – představuje řadu aktivit sestry k vytyčení očekávaných výsledků ( cílů ), rozhodování o tom, které ošetřovatelské výkony pacient potřebuje, projednání plánu s pacientem a seznámení ostatních pracovníků s ošetřovatelským plánem.
- Realizace plánu ošetřovatelské péče – zajištění navržených ošetřovatelských zásahů ( intervencí ) podle schváleného plánu. Sestra provádí naplánované intervence za účelem splnění očekávaných výsledků. Velmi důležitá je dokumentace této péče a všech změn zdravotního stavu klienta.

---

<sup>10)</sup> Ošetřovatelské diagnózy v NANDA Doménách – Marečková, J.,Grada,2006



- Zhodnocení výsledků ošetrovatelské péče – v této fázi sestra porovnává do jaké míry bylo dosaženo výsledků s plánovanými cíli, reviduje jednotlivé intervence nebo celý plán. V případě, že nebylo dosaženo správného efektu poskytnuté péče, provádí nové zhodnocení pacienta a kritickou analýzu jednotlivých fází ošetrovatelského procesu a provádí nezbytné úpravy.

O ošetrovatelském procesu je vedena u každého nemocného/klienta samostatná ošetrovatelská dokumentace, která je součástí zdravotní dokumentace. Základní složky ošetrovatelské dokumentace tvoří formuláře :

- 1) Ošetrovatelská anamnéza
- 2) Plán ošetrovatelské péče
- 3) Vývoj stavu pacienta/pozorování
- 4) Překladová ( propouštěcí ) zpráva.

Podle potřeb jednotlivých pracovišť a podle druhu zařízení a péče jsou tyto základní formuláře doplněny dalšími ošetrovatelskými dokumenty – záznam o bolesti, edukační protokol, dokumentace rány, záznam o příjmu a výdeji tekutin aj.

Ošetrovatelská dokumentace zahrnuje všechny písemné, grafické a jiné záznamy prováděné sestrou, které se týkají nejen pacientů, ale které souvisejí s poskytováním ošetrovatelské péče. Pečlivé vedení ošetrovatelské dokumentace má zásadní význam, neboť tato dokumentace je též právním podkladem, který chrání pacienta, sestru, lékaře i zařízení





## **2.7 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy u hospitalizovaného gerontologického pacienta v NANDA doménách**

Názvy ošetrovatelských diagnóz s číselným kódem jsou zahrnuty v mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských diagnóz ( NANDA – International ). Lidské potřeby jsou ošetrovatelskými problémy, které jsou označeny pomocí standardizovaného názvu jednotlivých ošetrovatelských diagnóz a číselným kódem. Mezinárodní číselný kód je důležitou prevencí záměny jednotlivých diagnóz.

Diagnostické domény představují třináct specifických oblastí chování, projevů člověka.

### Podpora zdraví

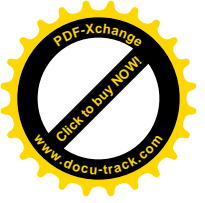
- Neefektivní léčebný režim – 00078
- Neefektivní podpora zdraví – 00099
- Ochota ke zlepšení léčebného režimu – 00162
- Hledání zdravého životního stylu – 00084

### Výživa

- Nedostatečná výživa – 00002
- Nadměrná výživa – 00001
- Porušené polykání – 00103
- Deficit tělesných tekutin – 00027

### Vylučování a výměna

- Porušené vyprazdňování moči – 00016
- Retence moči – 00023
- Úplná inkontinence moči – 00021
- Urgentní inkontinence moči – 00019
- Inkontinence stolice – 00014
- Zácpa – 00011
- Průjem – 00013



### Aktivita – odpočinek

- Zhoršená pohyblivost – 00085
- Zhoršená pohyblivost na lůžku – 00091
- Zhoršená schopnost se přemístit – 00090
- Porušená chůze – 00088
- Sedavý životní styl – 00168
- Riziko imobilizačního syndromu – 00040
- Únava – 00093
- Snížený srdeční výdej – 00029
- Oslabené dýchání – 00033
- Neefektivní dýchání – 00032
- Intolerance aktivity – 00092
- Deficit sebepěče při oblékání a úpravě zevnějšku – 00109
- Deficit sebepěče při koupání a hygieně – 00108
- Deficit sebepěče při jídle – 00102
- Deficit sebepěče při vyprazdňování – 00110
- Porušený spánek – 00095
- Spánková deprivace – 00096

### Vnímání – poznávání

- Porušená interpretace okolí – 00127
- Potulka – 00154
- Porucha smyslového vnímání ( zraku, sluchu, chuti, doteku, čichu ) – 00122
- Akutní zmatenost – 00128
- Chronická zmatenost – 00129
- Poškozená paměť – 00131
- Porušené myšlení – 00130
- Zhoršená verbální komunikace – 00051

### Vnímání sebe sama

- Porušená osobní identita – 00121



- Bezmocnost – 00125
- Beznaděj – 00124
- Chronicky nízká sebeúcta – 00119
- Situačně snížená sebeúcta – 00120
- Porušený obraz těla – 00118

#### Vztahy

- Přetížení pečovatele – 00061
- Neefektivní plnění role – 00055
- Poškozená sociální interakce – 00052

#### Sexualita

- Sexuální dysfunkce – 00059
- Neefektivní sexuální život – 00065

#### Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

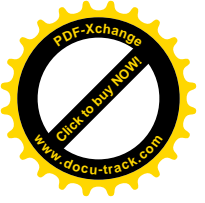
- Stresový syndrom po přemístění – 00114
- Strach – 00148
- Úzkost – 00146
- Úzkost ze smrti – 00147
- Oslabené přizpůsobení – 00070
- Neefektivní zvládání zátěže – 00069

#### Životní princip

- Duchovní nouze – 00066
- Konflikt v rozhodování – 00083
- Porušená religiozita – 00169

#### Bezpečnost – ochrana

- Riziko infekce – 00004
- Poškozená ústní sliznice – 00045



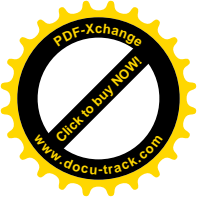
- Porušená kožní integrita – 00046
- Poškozená dentice – 00048
- Neefektivní odolnost – 00043
- Riziko pádů – 00155
- Riziko aspirace – 00039
- Sebepoškození – 00151
- Neefektivní termoregulace – 00008

#### Komfort

- Akutní bolest – 00132
- Chronická bolest – 00133
- Nausea – 00134
- Sociální izolace – 00053

#### Růst/vývoj

- Neprospívání dospělé osoby – 00101



## **2.8 Ošetrovatelská péče o hospitalizované gerontologické pacienty**

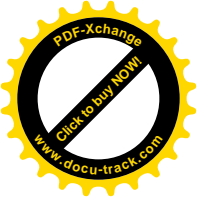
Mezi základní ošetrovatelské aspekty v péči o gerontologické pacienty patří:

- Podporovat pohyblivost - i přechodný, několikadenní pobyt na lůžku skrývá řadu nebezpečí. Lze hovořit o imobilizačním syndromu jako souhrnu negativních důsledků nepohyblivosti. Jde např. o obávané proleženiny ( dekubity ), o poklesy krevního tlaku se závratěmi a pády, o úbytek svalové síly, zkracování šlach (kontraktury), o záněty hlubokých žil s tvorbou krevních sraženin a s nebezpečím plicní embolie či o nebezpečí zápalu plic ( pneumonie ). Proto dáváme před klidem na lůžku přednost pohybovému režimu, vysazování do křesla ( ovšem při celodenním sezení v nezměněné poloze hrozí i v křesle otlaky či kontraktury ) a přecházení po místnosti či po chodbě s opěrnými pomůckami ( chodítka, hole, francouzské hole ) či s dopomocí rehabilitačního pracovníka. Ve složitějších případech, např. po cévní mozkové příhodě, po operacích či úrazech pohybového aparátu je obvykle na místě speciální nácvik chůze podle instruktáže rehabilitačních pracovníků.
- Používat jednoduché rehabilitační pomůcky ke stimulování a zlepšování pohyblivosti při ochrnutí končetin např. po mozkové příhodě (stimulační míčky, posilovací a protahovací gumy – tzv. Therabandy ).
- U ležících osob využívat pomůcky proti proleženinám – např. antidekubitální matrace a polohovací podložky, botičky ( chrání paty a kotníky ), polštáře pro sedící nemocné, klíny, kola a další antidekubitální pomůcky.
- Důsledně dbát na pitný režim, neboť pocit žízně se ve stáří, zvláště pak při nemoci či při postižení duševních schopností, často snižuje – denní potřeba tekutin by měla činit obvykle 1,5 – 2 litry. Při horečce, průjmech či v horkém letním počasí i dvakrát více. U ležících osob můžeme s výhodou využít různá lehká umělohmotná pítka – nádoby, z nichž lze pohodlně pít i vleže. Důležité je sledovat příjem a výdej tekutin, abychom předcházeli případné dehydrataci. Všechny údaje o bilanci tekutin je nutné přehledně a srozumitelně zaznamenávat do dokumentace.
- Zajistit dostatečný a bezpečný příjem potravy – dbát na hodnotu stravy, její mechanickou úpravu z důvodu častých problémů seniorů s chrupem a předcházet riziku vdechnutí potravy – u osob, které trpí poruchami polykání a které se při jídle

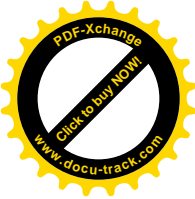


zakuckávají, vylučujeme drolivou potravu, jako pečivo, suché piškoty či rýže, naopak preferujeme úpravu kašovitou. Výhodné může být také doplňkové podávání definovaných nutričních přípravků v tekuté podobě, např. Nutridrink, Cubitan, či pro diabetiky Diazip, firmy Nutricia, Fresubin apod. Jedna krabička Nutridrinku obsahuje 300 kCal ( asi polovina porce ). Při těžším onemocnění či po operaci se obvykle doporučuje pít během dne po běžném jídle či mezi jídly dvě až tři krabičky po dobu dvou týdnů. Důležité je vést pečlivý záznam o množství snědené nebo odmítnuté stravy a tím předcházet dalším zdravotním potížím, jako je např. malnutrice.

- Zajistit suchost lůžka a nedráždění pokožky využíváním absorpčních pomůcek při častých, běžných problémech s inkontinencí. K dispozici jsou v různých velikostech vložné pleny, plenkové kalhotky i podložky řady výrobců. Pravidelně vést v dokumentaci záznam o častosti a konzistenci stolice. V případě zavedeného permanentního močového katetru zajistit jeho pravidelnou výměnu, sledovat zabarvení a množství moče či jiné případné problémy ( možnost vzniku infekce ). Vše zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace.
- Pečovat o pokožku jejím omýváním a promašťováním, především u dlouhodobě ležících a inkontinentních pacientů. Používá se především čistící pěna, mycí emulze, olejový sprej či ochranná pěna ( např. výrobky řady Menalind ). V případě výskytu kožních defektů, dekubitů či jiných chronických ran provádět pravidelné převazy, nejlépe moderními přípravky pro vlhké hojení ran. Všechny provedené převazy musí být pečlivě zdokumentovány, včetně zhodnocení vývoje hojení.
- Aktivně a cílevědomě s pacienty komunikovat, aby nedocházelo k izolaci a k pocitu osamělosti. Nejde však jen o „mluvení“, nýbrž také o „mlčení“ – tichá lidská blízkost může být mnohdy cennější než nucený hovor.
- Dbát na nabídku aktivit během dne – četba, poslech, výhled z okna, sledování televize či jednoduché ruční práce a tuto nabídku přizpůsobovat pacientovým limitacím, např. zrakovým.
- Řešit tlumení bolesti a jiných závažných obtíží, pokud se vyskytnou. Dle ordinace lékaře podáváme vhodná analgetika, ale lze využít i nefarmakologických postupů, které mnohdy přinášejí úlevu ( masáže, léčba teplem, chladem, atd.). Kromě běžných záznamů do dokumentace o aplikaci analgetik je velmi vhodné vést ošetrovatelský záznam o bolesti, který napomáhá správně nastavit léčbu a tím účinně zvládat bolest.



- Dbát na účinnou prevenci pádů. Úrazy představují závažnou seniorskou problematiku. Především zlomeniny jsou spojeny s dlouhou nemocností, se ztrátou soběstačnosti a často vedou i ke smrti starých lidí. Hlavní příčinou úrazů ve stáří jsou pády. Pokud jde o prevenci pádů jako takových, zdůrazňuje se především bezbariérová úprava prostředí, přehlednost prostředí ( dobré osvětlení, vhodné umístění nábytku ), protiskluzná opatření ( zvláště v koupelnách ), opěrné pomůcky ( madla u umyvadel, na WC, ve sprše a po stranách chodby, chodítka, hole s protiskluznými hroty ), pevné, dobře zavázané boty bez vysokého podpatku, opatrné vstávání zvláště po nočním klidu na lůžku, jako prevence pádu z poklesu krevního tlaku po postavení ( je vhodné se nejprve posadit a počkat, pak svésit nohy z lůžka a opět počkat, pak se postavit a počkat s přidržením o lůžko či stolec a teprve poté vykročit ).
- Péče o pohybový stereotyp – kvalitní rehabilitace páteře a kloubů dolních končetin včetně kotníků.
- Vést potřebnou edukaci – seznámit s právy pacientů, s domácím řádem, poučit o případných vyšetřeních, učit používat některé pomůcky ( inzulinové pero, rehabilitační pomůcky atd. ), ale i dávat cenné rady v běžných životních aktivitách. Důležitá poučení je vhodné zaznamenávat do edukačního protokolu.



### 3. EMPIRICKÁ ČÁST

#### 3.1. Cíle výzkumu

- Zmapovat nejčastější ošetrovatelské diagnózy u gerontologických pacientů na začátku a při ukončení hospitalizace.
- Zhodnotit stav výživy u vybraných klientů.
- Popsat úroveň soběstačnosti u těchto klientů.
- Vyhodnotit stav zmatenosti.
- Zhodnotit riziko dekubitů.
- Zjistit míru spokojenosti nemocných s kvalitou poskytované péče na dané lůžkové jednotce.
- Zjistit míru uspokojení jejich biologických potřeb a zjistit, zda ošetřující personál klade patřičný důraz na uspokojování psychosociálních potřeb.

#### 3.2. Metodika výzkumu

Do výzkumu byli zařazeni pacienti hospitalizovaní na oddělení následné ošetrovatelské péče Městské nemocnice ve Dvoře Králové nad Labem.

S vybranými pacienty byl při příjmu proveden rozhovor dle „Modelu fungujícího zdraví Gordonové“. Kazuistika konkrétního pacienta je uvedena v příloze č. 1. Dále byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy a sestaven ošetrovatelský plán. Též bylo provedeno zhodnocení úrovně soběstačnosti dle „Barthelova testu základních všedních činností ADL ( activity daily living )“, viz. příloha č. 6. Zároveň bylo i zhodnoceno riziko vzniku dekubitů podle škály Nortonové, viz. příloha č. 7. Dále byl proveden odhad zmatenosti pomocí zkráceného mentálního bodovacího testu, viz. příloha č. 8. Byl též posouzen stav výživy výpočtem BMI ( body mass index ).

Při ukončení hospitalizace byly opět zaznamenány ošetrovatelské diagnózy, proveden test zmatenosti a Barthelův test základních všedních činností.

Současně byl pacientům předložen dotazník spokojenosti. S některými staršími a těžce zdravotně postiženými gerontologickými pacienty jsem vedla rozhovor a odpovědi jsem





zaznamenávala do dotazníku. Otázky byly formulovány tak, aby byly jednoduché a srozumitelné pro všechny oslovené pacienty.

### **3.3. Identifikační údaje respondentů**

Soubor respondentů tvořilo 19 mužů a 31 žen, kteří byli hospitalizováni v období ledna až března na oddělení následné péče s diagnózami : stavy po CMP, úrazech pohybového aparátu, stavy po dekompenzacích chronických interních onemocnění, stavy po dehydrataci a neurologická degenerativní onemocnění. Část lůžkové kapacity slouží i k paliativní péči, zejména pro onkologické pacienty. Každý ze sledovaných klientů má také mnoho dalších vedlejších diagnóz, např. : AS cerebri, diabetes mellitus, arteriální hypertenze, artrózy kloubů apod. Přehled základních diagnóz je uveden v tab.1.

Věkové rozpětí zkoumaného vzorku pacientů se pohybovalo od 55 do 98 let. Nejpočetnější věkovou kategorií tvořili klienti mezi 71 – 80 let, viz. tab.2.

<b>DIAGNÓZA</b>	<b>MUŽI</b>	<b>ŽENY</b>	<b>CELKEM</b>	<b>%</b>
<b>Stavy po CMP</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>32</b>
<b>Stavy po úrazech pohybového aparátu</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>26</b>
<b>Stavy po dekompenzacích chronických interních onemocněních</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>20</b>
<b>Dehydratace</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
<b>Neurologická degenerativní onemocnění</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Paliativní péče-onkologická onemocnění</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>10</b>

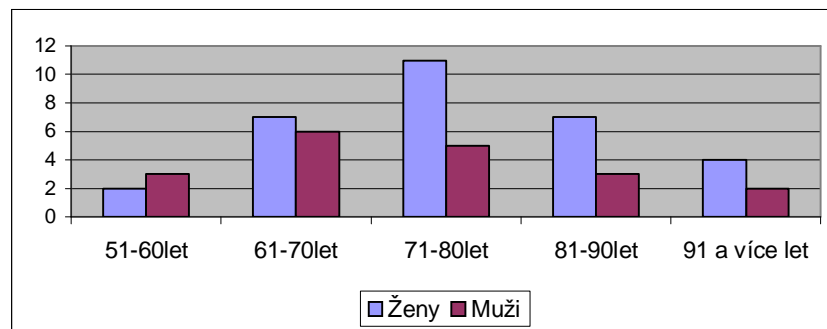
Tab.1

### 3.4. Výsledky výzkumu

#### 3.4.1 Věk

Věk	Ženy	Muži	Celkem	%
51-60let	2	3	5	10
61-70let	7	6	13	26
71-80let	11	5	16	32
81-90let	7	3	10	20
91 a více let	4	2	6	12

Tab.2



Graf 1

Žen bylo celkem 31. Nejmladší bylo 58 let, nejstarší 98 let. Průměrný věk žen byl 78 let. Mužů bylo celkem 19. Nejmladšímu bylo 55 let, nejstaršímu bylo 92 let. Průměrný věk mužů byl 76 let.

### 3.4.2 Délka hospitalizace

Průměrná délka hospitalizace celého souboru je 61 dní.

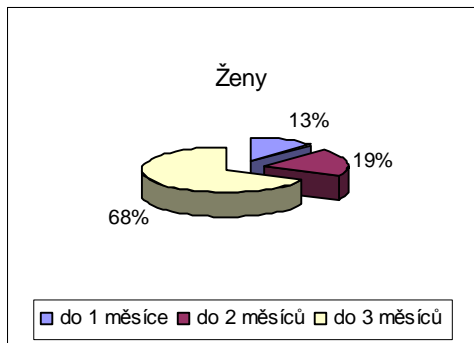
U žen je průměrná délka hospitalizace 58 dní. Nejkratší doba byla 14 dní, nejdelší 87 dní.

Muži měli průměrnou dobu hospitalizace 64 dní, nejkratší doba byla 11 dní, nejdelší 81 dní.

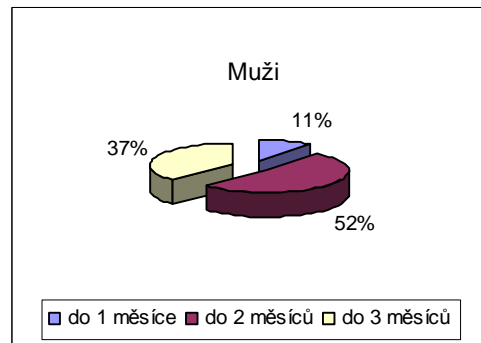
#### Délka hospitalizace:

Hospitalizace	Ženy	Muži	Celkem	%
do 1 měsíce	4	2	6	12
do 2 měsíců	6	10	16	32
do 3 měsíců	21	7	28	56

Tab.3



Graf 2



Graf 3

### 3.4.3 Stav výživy

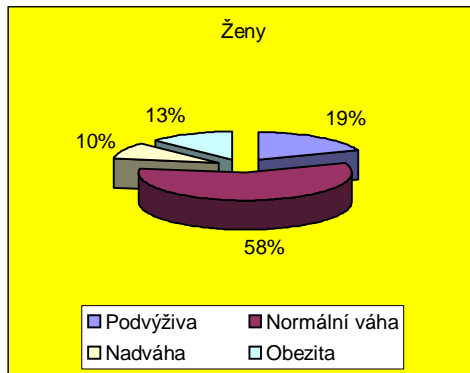
Z uvedeného souboru 50 osob po výpočtu BMI bylo v rozmezí normální váhy 18 žen a 12 mužů. Nadváhou trpěli 2 muži a 3 ženy, obezita byla u 4 žen a 1 muže a naopak podvýživa u 4 mužů a 6 žen.

#### Stav výživy:

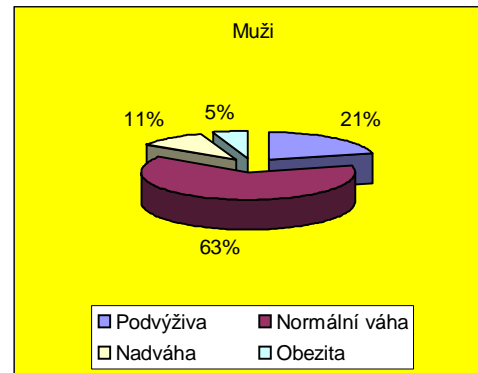
Stav výživy	Ženy	Muži	Celkem	%
Podvýživa	6	4	10	20
Normální váha	18	12	30	60
Nadváha	3	2	5	10
Obezita	4	1	5	10

Tab.4

### Stav výživy:



Graf 4



Graf 5

#### 3.4.4 Hodnocení soběstačnosti

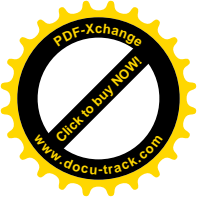
Při přijetí byla zjištěna vysoká závislost na pomoci druhých u 7 mužů a 9 žen. Střední závislost byla u 8 mužů a 16 žen. Lehkou závislost vykazali 4 muži a 6 žen. Zcela soběstačný nebyl ani jeden muž a žádná žena.

Při propuštění byla vysoká závislost na ošetrovatelské péči zjištěna u 5 mužů a 6 žen. Středně závislých bylo 6 mužů a 10 žen a lehce závislých mužů bylo 6 a 9 žen. Zcela soběstační při propuštění byli 2 muži a 6 žen.

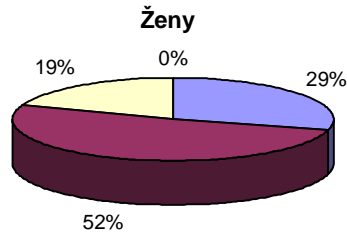
#### Hodnocení soběstačnosti na začátku hospitalizace:

Soběstačnost na začátku hospitalizace	Ženy	Muži	Celkem	%
Vysoká závislost	9	7	16	32
Střední závislost	16	8	24	48
Lehká závislost	6	4	10	20
Plná soběstačnost	0	0	0	0

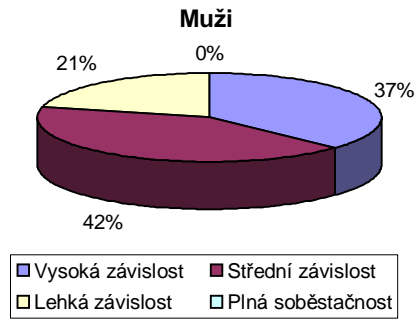
Tab.5



**Hodnocení soběstačnosti na začátku hospitalizace:**



Graf 6

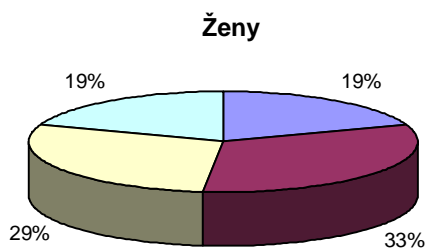


Graf 7

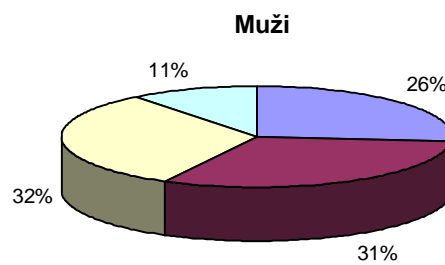
**Hodnocení soběstačnosti po propuštění:**

Soběstačnost po propuštění	Ženy	Muži	Celkem	%
Vysoká závislost	6	5	11	22
Střední závislost	10	6	16	32
Lehká závislost	9	6	15	30
Plná soběstačnost	6	2	8	16

Tab.6



Graf 8



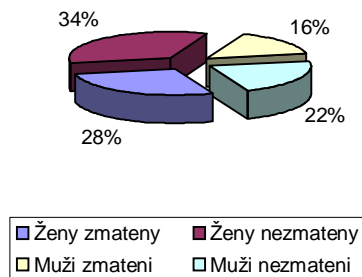
Graf 9



### 3.4.5 Vyhodnocení stavu zmatenosti

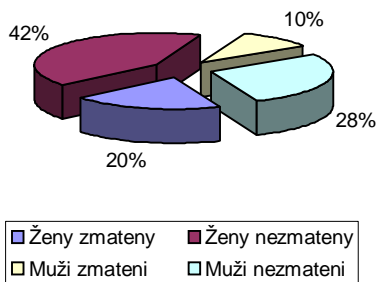
U celkem 22 osob byla zjištěna za pomoci testu zmatenosti zmatenost. Z toho bylo 8 mužů a 14 žen. Při propuštění stav zmatenosti přetrvával u 5 mužů a 10 žen.

#### Vyhodnocení stavu zmatenosti při příjmu:



Graf 10

#### Vyhodnocení stavu zmatenosti při propuštění:



Graf 11

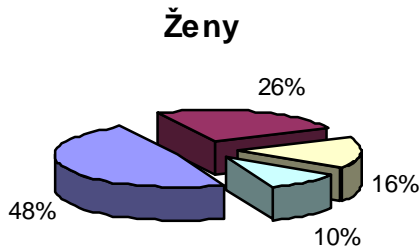
### 3.4.6 Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů

Riziko vzniku dekubitů podle škály Nortonové se uvádí při 25 bodech a méně. Nízké riziko vzniká při 24 – 25 bodech, střední při 17 – 23 bodech a vysoké při 9 – 18 bodech. Při výzkumu bylo zjištěno, že 15 žen nebylo v riziku, 8 mělo nízké riziko, 5 střední a 3 vysoké. Mužů bylo 7 bez rizika, 1 muž měl nízké riziko, 8 mělo střední a 3 muži vysoké riziko.

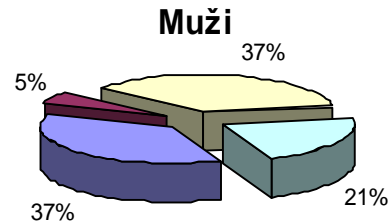
**Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů:**

Riziko vzniku dekubitů	Ženy	Muži	Celkem	%
<b>Bez rizika</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>22</b>	<b>44</b>
<b>Nízké riziko</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>18</b>
<b>Střední riziko</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>24</b>
<b>Vysoké riziko</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>14</b>

Tab.7



Graf 12



Graf 13



### 3.4.7 Vyhodnocení ošetrovatelských diagnóz

Číselný kód NANDA-Int.	Ošetrovatelská diagnóza	Při příjmu			Při propuštění		
		ženy	muži	celkem %	ženy	muži	celkem %
00092	Intolerance aktivity	19	11	<b>60</b>	17	8	<b>50</b>
00039	Riziko aspirace	8	4	<b>24</b>	7	4	<b>22</b>
00125	Bezmocnost	5	4	<b>18</b>	4	3	<b>14</b>
00124	Beznaděj	9	10	<b>38</b>	6	7	<b>26</b>
00133	Chronická bolest	22	11	<b>66</b>	18	9	<b>54</b>
00032	Neefektivní dýchání	11	9	<b>40</b>	9	8	<b>34</b>
00032	Oslabené dýchání	18	7	<b>50</b>	17	5	<b>44</b>
00088	Porušená chůze	21	10	<b>62</b>	20	10	<b>60</b>
00040	Riziko imobilizačního syndromu	4	3	<b>14</b>	3	2	<b>10</b>
00004	Riziko infekce	12	6	<b>36</b>	0	0	<b>0</b>
00021	Úplná inkontinence moči	13	8	<b>42</b>	13	8	<b>42</b>
00014	Inkontinence stolice	8	5	<b>26</b>	7	4	<b>22</b>
00127	Porušená interpretace okolí	9	4	<b>26</b>	6	3	<b>18</b>
00052	Poškozená sociální interakce	12	9	<b>42</b>	8	7	<b>30</b>
00051	Zhoršená verbální komunikace	10	6	<b>32</b>	8	5	<b>26</b>
00046	Porušená kožní integrita	8	6	<b>28</b>	3	4	<b>14</b>
00130	Porušené myšlení	13	9	<b>44</b>	12	7	<b>38</b>
00134	Nauzea	7	6	<b>26</b>	2	3	<b>10</b>
00101	Neprospívání dospělé osoby	3	1	<b>8</b>	1	0	<b>2</b>
00118	Porušený obraz těla	5	2	<b>14</b>	5	2	<b>14</b>
00054	Riziko osamělosti	8	12	<b>40</b>	5	9	<b>28</b>
00155	Riziko pádů	19	11	<b>60</b>	16	10	<b>52</b>
00085	Zhoršená pohyblivost	20	15	<b>70</b>	14	13	<b>54</b>
00091	Zhoršená pohyblivost na lůžku	4	3	<b>14</b>	3	2	<b>10</b>
00103	Porušené polykání	5	3	<b>16</b>	5	2	<b>14</b>
00035	Riziko poškození	11	5	<b>32</b>	10	5	<b>30</b>
00154	Potulka	7	4	<b>22</b>	6	2	<b>16</b>
00013	Průjem	9	4	<b>26</b>	2	1	<b>6</b>
00070	Oslabené přizpůsobení	10	7	<b>34</b>	8	6	<b>28</b>
00102	Deficit sebepečce při jídle	9	6	<b>30</b>	8	4	<b>24</b>
00108	Deficit sebepečce při koupání	11	10	<b>42</b>	7	9	<b>32</b>





Číselný kód NANDA-Int.	Ošetřovatelská diagnóza	Při příjmu			Při propuštění		
		ženy	muži	celkem %	ženy	muži	celkem %
00109	Deficit sebepěče při oblékání	10	8	<b>36</b>	6	6	<b>24</b>
00110	Deficit sebepěče při vyprazdňování	15	11	<b>52</b>	13	9	<b>44</b>
00119	Chronicky nízká sebeúcta	8	5	<b>26</b>	4	2	<b>12</b>
00135	Dysfunkční smutek	5	3	<b>16</b>	4	3	<b>14</b>
00122	Porucha smyslového vnímání	18	12	<b>60</b>	18	12	<b>60</b>
00053	Sociální izolace	4	2	<b>12</b>	1	1	<b>4</b>
00095	Porušený spánek	12	10	<b>44</b>	10	8	<b>36</b>
00019	Snížený srdeční výdej	25	15	<b>80</b>	25	15	<b>80</b>
00148	Strach	8	5	<b>26</b>	0	0	<b>0</b>
00027	Deficit tělesných tekutin	11	9	<b>40</b>	0	0	<b>0</b>
00024	Neefektivní tkáňová perfuze	22	14	<b>72</b>	20	11	<b>62</b>
00093	Únava	25	15	<b>80</b>	23	14	<b>74</b>
00146	Úzkost	16	12	<b>56</b>	9	7	<b>32</b>
00147	Úzkost ze smrti	8	4	<b>24</b>	7	3	<b>20</b>
00030	Porušená výměna plynů	19	11	<b>60</b>	17	10	<b>54</b>
00002	Nedostatečná výživa	9	5	<b>28</b>	3	1	<b>8</b>
00001	Nadměrná výživa	4	3	<b>14</b>	3	1	<b>8</b>
00011	Zácpa	16	10	<b>52</b>	11	6	<b>34</b>
00128	Akutní zmatenost	12	9	<b>42</b>	10	6	<b>32</b>
00168	Sedavý životní styl	19	12	<b>62</b>	15	9	<b>48</b>
00129	Chronická zmatenost	14	5	<b>38</b>	14	5	<b>38</b>

Tab.8



### 3.4.8 Vyhodnocení dotazníku spokojenosti

Dotazník v plném znění je uveden v příloze č.9

Otázka č.1 : Dotazník vyplnilo 19 mužů a 31 žen.

Otázka č.2 : Průměrný věk mužů byl 76 let, průměrný věk žen byl 78 let,viz.tab.2,graf 1.

Otázka č. 3 : Hodnocení opakované hospitalizace na oddělení následné péče

<b>Hospitalizace</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
První	12	38,7	7	36,8	19	<b>38</b>
Opakovaná	19	61,3	12	63,2	31	<b>62</b>

Tab.9

Z opakovaně hospitalizovaných na oddělení následné péče

<b>Z opakovaně hospitalizovaných</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
V této nemocnici	14	73,7	9	75	23	<b>46</b>
V jiném zařízení	5	26,3	3	25	8	<b>16</b>

Tab.10

Otázka č. 4 : Odkud jste byl/a přijat/a ?

<b>Přijetí</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Z domova	13	41,9	7	36,8	20	<b>40</b>
Z akutního lůžka	15	48,4	8	42,1	23	<b>46</b>
Z chronického lůžka – jiné zařízení	3	9,7	4	21,1	7	<b>14</b>

Tab.11



Otázka č. 5 : Délka hospitalizace : Do 1 měsíce byly hospitalizovány 4 ženy a 2 muži.

Do 2 měsíců bylo hospitalizováno 10 žen a 6 mužů.

Do 3 měsíců bylo hospitalizováno 17 žen a 11 mužů.

Podrobnější údaje viz. tab.3 a grafy 2,3

Otázka č. 6 : Změnil se dle Vašeho mínění Váš zdravotní stav během hospitalizace ?

<b>Zdravotní stav</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Zlepšen	20	64,5	9	47,3	29	<b>58</b>
Zhoršen	4	12,9	3	15,8	7	<b>14</b>
Stejný	5	16,1	6	31,6	11	<b>22</b>
Neví	2	6,5	1	5,3	3	<b>6</b>

Tab.12

Otázka č.7 : Byl/a jste při příjmu seznámen/a s Právy pacientů ?

<b>Seznámení s Právy pacientů</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Ano	14	45,2	10	52,6	24	<b>48</b>
Ne	9	29	4	21	13	<b>26</b>
Nevzpomíná si	8	25,8	5	26,4	13	<b>26</b>

Tab.13

Otázka č. 8 : Spokojenost s péčí a přístupem : - lékařů

<b>Spokojenost s péčí lékařů</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Velmi spokojen/a	19	61,3	13	68,4	32	<b>64</b>
Spokojen/a	10	32,3	6	31,6	16	<b>32</b>
Nespokojen/a	2	6,4	0	0	2	<b>4</b>
Velmi nespokojen/a	0	0	0	0	0	<b>0</b>

Tab.14

Spokojenost s péčí a přístupem : - sester

<b>Spokojenost s péčí sester</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Velmi spokojen/a	20	64,5	14	73,7	34	<b>68</b>
Spokojen/a	8	25,8	4	21	12	<b>24</b>
Nespokojen/a	3	9,7	1	5,3	4	<b>8</b>
Velmi nespokojen/a	0	0	0	0	0	<b>0</b>

Tab.15

Spokojenost s péčí a přístupem : - ostatního ošetrovatelského personálu

<b>Spokojenost s péčí ostatního personálu</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Velmi spokojen/a	15	48,4	11	57,9	26	<b>52</b>
Spokojen/a	9	29	6	31,6	15	<b>30</b>
Nespokojen/a	5	16,1	2	10,5	7	<b>14</b>
Velmi nespokojen/a	2	6,5	0	0	2	<b>4</b>

Tab.16

Otázka č.9 : Jak byste hodnotil/a prostředí Vašeho pokoje ?

<b>Prostředí pokoje</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Čisté	21	67,7	11	57,9	32	<b>64</b>
Harmonické	7	22,6	7	36,8	14	<b>28</b>
Špinavé	1	3,2	0	0	1	<b>2</b>
neuklizené	2	6,5	1	5,3	3	<b>6</b>

Tab.17

Otázka č. 10 : Spokojenost s čistotou a výměnou osobního a ložního prádla

<b>Spokojenost s výměnou prádla</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Ano	23	74,2	15	79	38	<b>76</b>
Ne	8	25,8	2	10,5	10	<b>20</b>
Nevím	0	0	2	10,5	2	<b>4</b>

Tab.18

Otázka č. 11 : Spokojenost s chutností, úpravou a teplotou stravy

<b>Spokojenost se stravou</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Ano	23	74,2	15	78,9	38	<b>76</b>
Ne	5	16,1	3	15,8	8	<b>16</b>
Pouze někdy	3	9,7	1	5,3	4	<b>8</b>

Tab.19

Otázka č. 12 : Jak byste hodnotil/a prováděnou hygienickou péči ?

<b>Spokojenost</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Plně spokojeni	22	71	10	52,6	32	<b>64</b>
Dostatečná péče	6	19,4	8	42,1	14	<b>28</b>
Spíše nespokojeni	2	6,4	0	0	2	<b>4</b>
Nedostačující péče	1	3,2	1	5,3	2	<b>4</b>

Tab.20

Otázka č. 13 : Je při provádění hygieny či jiných ošetrovatelských výkonů dbáno na Vaše soukromí?

<b>Dodržování soukromí</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Ano,vždy	20	64,5	10	52,6	30	<b>60</b>
Spíše ne	10	32,3	8	42,1	18	<b>36</b>
Vůbec ne	1	3,2	1	5,3	2	<b>4</b>

Tab.21

Otázka č. 14 : Jste informován/a o ošetrovatelských výkonech a případných lékařských vyšetřeních, které absolvujete?(např.aplikace injekcí,léků,infuzí,aj.)

<b>Informovanost o výkonech</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Ano,vždy	22	71	11	57,9	33	<b>66</b>
Většinou ano	4	12,9	5	26,3	9	<b>18</b>
Spíše ne	4	12,9	3	15,8	7	<b>14</b>
Většinou ne	1	3,2	0	0	1	<b>2</b>

Tab.22

Otázka č. 15 : Zajímá se ošetřující personál o Vaše potřeby a problémy a hovoří s Vámi o nich?

<b>Zájem o potřeby</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Ano	13	42	8	42,1	21	<b>42</b>
Většinou ano	12	38,7	5	26,3	17	<b>34</b>
Spíše ne	5	16,1	5	26,3	10	<b>20</b>
Vůbec ne	1	3,2	1	5,3	2	<b>4</b>

Tab.23

Otázka č. 16 : Je ošetřující personál v dosahu vždy,když je potřebujete?

<b>Dosah personálu</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Ano	12	38,7	10	52,6	22	<b>44</b>
Většinou ano	17	54,8	8	42,1	25	<b>50</b>
Spíše ne	2	6,5	1	5,3	3	<b>6</b>

Tab.24

Otázka č. 17 : Jak se k Vám ošetřující personál chová?

<b>Chování personálu</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Vždy vhodně a slušně	25	80,6	13	68,4	38	<b>76</b>
Většinou vhodně a slušně	5	16,1	5	26,3	10	<b>20</b>
Spíše nevhodně	1	3,3	1	5,3	2	<b>4</b>

Tab.25

Otázka č. 18 : Spokojenost s prací rehabilitačních sester

<b>Spokojenost s prací rehab. sester</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Ano	20	64,5	13	68,4	33	<b>66</b>
Ne vždy	9	29	6	31,6	15	<b>30</b>
Ne	2	6,5	0	0	2	<b>4</b>

Tab.26

Otázka č. 19 : Jaké máte problémy se spánkem?

<b>Problémy se spánkem</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Žádné problémy	7	22,6	4	21,1	11	<b>22</b>
Problémy s usínáním	16	51,6	3	15,8	19	<b>38</b>
Časté buzení v noci	3	9,7	7	36,8	10	<b>20</b>
Spánek pouze s léky	5	16,1	5	26,3	10	<b>20</b>

Tab.27

Otázka č. 20 : Máte bolesti?

<b>Bolesti</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Ano	21	67,7	11	57,9	33	<b>66</b>
Ne	4	12,9	3	15,8	7	<b>14</b>
Občas	6	19,4	5	26,3	11	<b>22</b>

Tab.28

V případě bolestí : Jsou Vám podávány léky na zmírnění bolesti?

<b>Podávání léků</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Ano	21	77,8	9	56,2	30	<b>69,8</b>
Ne	2	7,4	1	6,2	3	<b>7</b>
Pouze někdy	0	0	3	18,8	3	<b>7</b>
Nevím	4	14,8	3	18,8	7	<b>16,2</b>

Tab.29

Otázka č. 21 : Došlo během Vaší hospitalizace k pádu?

<b>Pády</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Ano,jednou	11	35,5	10	52,6	21	<b>42</b>
Ano,opakovaně	7	22,6	3	15,8	10	<b>20</b>
Ne	13	41,9	6	31,6	19	<b>48</b>

Tab.30

Pokud ano,uved'te,zda došlo k poranění

<b>Zranění</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Nutné ošetření	5	27,8	3	23,1	8	<b>25,8</b>
Bez zranění	13	72,2	10	76,9	23	<b>74,2</b>

Tab.31

Otázka č. 22 : Je Vám umožněno nějaké zaměstnání ve volné chvíli?

<b>Zaměstnání ve volné chvíli</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Ano	26	83,8	10	52,6	36	<b>72</b>
Pouze někdy	2	6,5	4	21,1	6	<b>12</b>
Ne	1	3,2	0	0	1	<b>2</b>
Nemám o nic zájem	2	6,5	5	26,3	7	<b>14</b>

Tab.32

Otázka č. 23 : Je Vám dostatečně poskytována pomoc při řešení další péče o Vás po propuštění?

<b>Řešení další péče</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Ano	28	90,3	14	73,7	42	<b>84</b>
Ne	3	9,7	2	10,5	5	<b>10</b>
Nevím	0	0	3	15,8	3	<b>6</b>

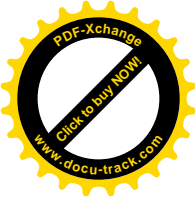
Tab.33

Otázka č. 24 : Kam se vrátíte po propuštění z následné péče?

<b>Návrat po propuštění</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>Muži</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Domů do svého bytu	5	16,1	2	10,5	7	<b>14</b>
K rodině	7	22,6	6	31,6	13	<b>26</b>
Do domova důchodců	5	16,1	3	15,8	8	<b>16</b>
Do domu s peč.službou	7	22,6	5	26,3	12	<b>24</b>
Do jiného zařízení	7	22,6	3	15,8	10	<b>20</b>

Tab.34





### 3.5 Diskuse

#### Výživa ve stáří

Dle výzkumu byla ve zkoumaném vzorku prokázána obezita u 13% žen a 5% mužů. Nadváha byla zjištěna u 10% žen a 11% mužů. Malnutricí bylo postiženo 19% žen a 21% mužů, viz. tab. 4, graf 4 a graf 5.

V literatuře se uvádí, že až 50% žen a 40% mužů ve stáří trpí obezitou. Naopak malnutricí trpí 10 – 20% osob. V případě obezity ve zkoumaném vzorku může být rozdíl mezi výsledky výzkumu a hodnotami uváděnými v literatuře způsoben vyšším počtem osob ve vysokém věku a přítomností většího množství přidružených chronických chorob. V případě malnutrice výsledek odpovídá stanovenému průměru.

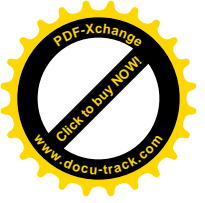
#### Soběstačnost ve stáří

Dle různých studií je ve věku nad 65 let 25 – 65% osob lehce omezeno v soběstačnosti a 10 – 12% osob je plně závislých na pomoci druhých.

Při výzkumu byla zjištěna při přijetí vysoká závislost na pomoci druhých celkem u 32% hospitalizovaných klientů. Lehkou závislost vykazalo celkem 20% klientů, viz. tab. 5, graf 6 a graf 7. Plně soběstačný nebyl ani jeden muž a ani jedna žena. Tato skutečnost vyplývá z toho, že na oddělení následné péče jsou přijímáni polymorbidní pacienti vyššího věku, kteří jsou nesoběstační již delší dobu nebo přechodně závislí na pomoci druhých po zhoršení jejich zdravotního stavu či po úrazech a operacích.

Při ukončení hospitalizace byla vysoká závislost na ošetrovatelské péči zjištěna celkem u 22% osob, lehce závislých bylo celkem 30%. Zcela soběstačných při propuštění bylo 16% klientů, viz. tab.6, graf 8 a graf 9.

Z uvedených výsledků vyplývá, že i přes vyšší věkový průměr došlo během hospitalizace ke zvýšení soběstačnosti u většiny klientů.



### Vyhodnocení stavu zmatenosti

Při příjmu byla zjištěna zmatenost celkem u 44% klientů, viz graf 10. Při propuštění byla zmatenost zjištěna dle zkráceného mentálního bodovacího testu celkem u 30% klientů, viz. graf 11. Stále více častým problémem starých lidí se stává syndrom demence. Nemocní s tímto syndromem se často projevují zmateností, čemuž i poté odpovídá výsledek výzkumu.

### Riziko vzniku dekubitů

Zjišťování míry rizika vzniku dekubitů bylo prováděno pomocí škály Nortonové. Podle tohoto hodnocení vzniká riziko dekubitů při 25 bodech a méně.

Téměř polovina žen ve výzkumu ( 48,4% ) vykazala riziko vzniku dekubitů, z toho vysoké riziko bylo u téměř 10% , viz. tab.7, graf 12.

Z mužů jich bylo v riziku více než polovina ( 63,2% ), z toho ve vysokém riziku asi 1/5 mužů (21,1%), viz. tab.7, graf 13.

Odborná literatura uvádí, že až 2/3 dekubitů vznikají v prvním týdnu hospitalizace a více než 60% osob, které dekubity mají je starších 70 let.

U zkoumaného vzorku pacientů byl zjištěn při průměrné ošetrovací době 61 dnů vznik dekubitů u dvou žen starších 80 let ( 81 a 89 let ). U těchto žen bylo při příjmu zjištěno vysoké riziko vzniku dekubitu. Dekubitální léze u nich vznikla v prvním a druhém týdnu hospitalizace, což zhruba odpovídá tvrzení v odborné literatuře.

### Vyhodnocení ošetrovatelských diagnóz

Ošetrovatelské diagnózy jsou stanoveny u všech pacientů při příjmu. K výzkumnému účelu pro porovnání byly stanoveny i při propuštění. Ošetrovatelské diagnózy byly sestaveny dle druhé taxonomie NANDA – Int.

Z výsledků uvedených v tab.8 je zřejmé, že u gerontologických pacientů, z důvodu přítomnosti většího množství chronických onemocnění a vysokého věku, většina ošetrovatelských diagnóz při propuštění zůstává, některé se mění na diagnózy potenciální. Celkově se však množství diagnóz u jednotlivých pacientů při propuštění snížilo.



## Vyhodnocení dotazníku spokojenosti s péčí

Vyhodnocení dotazníku je rozděleno na tři části. Péče o biologické potřeby klientů, péče o psychosociální potřeby a přístup a chování ošetrovatelského personálu.

S prováděnou hygienickou péčí bylo spokojeno až 92% klientů, viz. tab.20. S čistotou a výměnou osobního a ložního prádla bylo spokojeno 76% klientů, 20% klientů uvedlo nespokojenost, viz. tab.18. V těchto oblastech nebyly zjištěny žádné závažné nedostatky v práci ošetřujícího personálu.

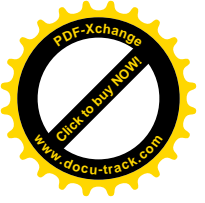
S chutností, teplotou a úpravou stravy bylo plně spokojeno 72% klientů, 8% uvedlo pouze občasnou spokojenost a 20% bylo nespokojeno, viz. tab.19. Nespokojenost vyplývá z rozdílné preference určitých jídel. Muži více preferují stravu masitou, zatímco ženy by uvítaly více zeleniny, ovoce, mléčných výrobků a sladkých jídel.

Problémy se spánkem měly více než 3/4 oslovených klientů ( 78% ), viz. tab.27. Nejčastěji byly uváděny problémy s usínáním ( 38% ), časté buzení v noci ( 20% ) a spánek pouze s léky na spaní ( 20% ). Při rozhovoru s těmito klienty bylo zjištěno, že nejčastějšími příčinami problémů se spánkem bylo pospávání přes den, starosti, bolesti, rušivé prostředí. Problémy s častým buzením v noci byly nejčastěji způsobeny nucením na močení. Všechny tyto problémy se spánkem jsou pro stáří zcela typické.

Bolesti ve výzkumu uvedla více než polovina klientů ( 58% ). 1/5 klientů uvedla bolesti občasné ( 20% ), viz. tab.28. Jednalo se především o bolesti svalů, kloubů, zad a gastrointestinální potíže, které jsou právě ve stáří více zvýrazněny, což souvisí s celkovým stárnutím organismu. V případě bolestí byly léky dle výzkumu podávány téměř 70% klientů. 16% klientů nevědělo, zda léky na bolest dostává, což bývá způsobeno tím, že v tom velkém množství léků, které starý pacient užívá, často neví, na co který lék je podáván. Podrobnější údaje jsou zaznamenány v tab. 29.

Ve stáří bývají časté pády. 62% klientů uvedlo, že u nich během hospitalizace došlo k pádu. Z toho 20% uvedlo, že pády se opakovaly, viz. tab.30. Ke zraněním, která si vyžádala ošetření došlo asi v 26% případů, viz. tab.31. Z těchto výsledků vyplývá, že je potřeba zvýšit bezpečnost klientů použitím různých bezpečnostních opatření ( postranice k lůžkům, madla v koupelnách a na WC, na chodbách, pevná obuv, apod.)

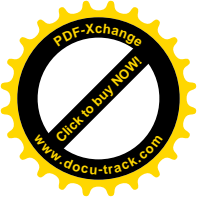
Největší nedostatky byly zjištěny při seznamování klientů s Právy pacientů a v informovanosti o poskytovaných vyšetřeních a léčbě, viz. tab.13 a tab. 22.



Dle výzkumu odpovědělo celkem 48% klientů, že s Právy pacientů seznámena byla, 26% dotazovaných odpověděla negativně a zbylých 26% si nevzpomíná. Průběžně informováno o vyšetřeních a léčbě bylo 66% klientů, 18% klientů odpovědělo většinou ano.

Pomoc při řešení další péče po propuštění jako zcela dostatečnou hodnotilo 84% klientů, což nevykazuje závažnější nedostatky. Podrobněji je uvedeno v tab. 33.

S přístupem a péčí lékařů, sester i ostatního ošetrovatelského personálu byly spokojeny 3/4 klientů, zbylá 1/4 měla k péči určité výhrady, viz. tab.14, 15, 16. Vysoké procento ( 96% ) dotázaných klientů uvedlo, že se k nim ošetrující personál chová vhodně a slušně. Takový výsledek přispívá k vysoké kvalitě péče o klienty a svědčí i o empatickém přístupu ke starým lidem.



## 4 ZÁVĚR

V dnešní době dochází s prodlužováním věku lidí k významnému nárůstu počtu starších osob.

Do r. 2020 by mělo dojít ke zvýšení počtu osob nad 65 let o 31%. Proto se stává problematika stárnutí a stáří aktuálním problémem celé společnosti.

Kvalita života starých lidí s přibývajícím věkem a doprovodnými projevy stáří většinou klesá.

Aby mohla být zajištěna kvalitní ošetrovatelská péče o tyto klienty, je nutné, aby tato péče vycházela ze současné koncepce, která dbá na holistický ( celostní ) přístup k pacientům. Jenom taková péče je zárukou kvality, neboť se zaměřuje na uspokojování potřeb člověka nejenom fyzických, ale i psychických, sociálních a spirituálních. Využívá metodu ošetrovatelského procesu a také „Model fungujícího zdraví podle Gordonové“, který se stal standardním modelem v poskytované ošetrovatelské péči. Používá se i na našem oddělení následné péče a v praxi se osvědčil.

Ze zjištěných údajů v rámci výzkumu vyplývá, že péče o biologické potřeby klientů ( hygiena, čistota, strava, vylučování aj.) je na daném oddělení následné péče na velmi dobré úrovni. Ve stáří jsou biologické potřeby zvýrazněny, i ošetroující personál je zaměřen na jejich uspokojení.

Z psychosociálních potřeb jsou však některé uspokojovány jenom částečně. Komunikace mezi ošetrojícím personálem a klienty není zcela dostačující ke klientovým potřebám. Také informovanost klientů, týkající se jejich léčby by bylo vhodné zlepšit. Tyto nedostatky jsou podmíněny hlavně omezeným počtem personálu a tudíž nedostatkem času. Dle mého názoru je to také dosavadní výchovou zdravotnických pracovníků, jejich postojem k nemocnému a nedostatečnou finanční motivací.

Z uvedeného je patrné, že je nutná změna dosavadního způsobu ošetrování starých lidí, které je zaměřeno hlavně na uspokojování základních potřeb.

Řešením by mohlo být zvýšení počtu nižšího zdravotnického personálu tak, aby se zdravotní sestry mohly více zabývat i uspokojováním psychosociálních potřeb a též se více věnovat i edukaci pacientů. Dále je nutné dbát na to, aby se sestry dále vzdělávaly v oblasti komunikace a psychologie.



*„Medicína neumí zabránit stárnutí, ale může zabezpečit důstojnost stáří a jeho kvalitu. Poslední týdny života mohou být prožity bez fyzické bolesti, v relativním fyzickém a psychickém komfortu. To by mělo být jednou z hlavních rolí péče o gerontologické pacienty“.<sup>11</sup>*

---

<sup>11)</sup> Vybrané kapitoly z gerontologie - Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K. GEMA 2002



## 5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Archalousová, A. : Přehled vybraných ošetrovatelských modelů, Hradec Králové Nucleus HK 2003, 104 s., ISBN 80-86225-33-X
2. Frankl, V. : Lékařská péče o duši, Brno Cesta 1996, 237 s., ISBN 80-85319-50-0
3. Grohar – Murray M.E., DiCroce H.R. : Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče, Praha Grada 2003, 320 s., ISBN 80-247-0267-3
4. Haškovcová, H. : Manuálek sociální gerontologie, Brno IDVPZ 2002, 72 s., ISBN 80-7013-363-5
5. Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K. : Vybrané kapitoly z gerontologie, s.l. GEMA 2002, 110s., ISBN 80-86541-12-6
6. Kalvach, Z. et.al. : Geriatrie a gerontologie, Praha Grada 2004, 864 s., ISBN 80-247-0548-6
7. Lány, J. : Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky sv. 5, Praha Ministerstvo zdravotnictví 2003, 320 s., ISBN 80-85047-25-X
8. Marečková, J. : Ošetrovatelské diagnózy v NANDA Doménách, Praha Grada 2006, 264 s., ISBN 80-247-1399-3
9. Mastiliaková, D. : Holistické přístupy v péči o zdraví, Bno IDVPZ 1999, 164 s., ISBN 80-7013-277-9
10. Mastiliaková, D. : Úvod do ošetrovatelství I. díl – Systémový přístup, Praha Karolinum 2005, 187 s., ISBN 80-246-0429-9
11. Neugarten BL. Adult Personality. Human Development 1966, 9 : 61 – 73
12. Opatrný, A., : Malá příručka pastorační péče o nemocné, Praha Pastorační středisko 1995, 27 s.
13. Pacovský, V. : O stárnutí a stáří, Praha Avicenum 1990, 326 s., ISBN 80-85426-32-8
14. Pátková, D. : Pády pacientů z pohledu sestry. ( Bakalářská práce ), Hradec Králové 2006, 42 s., LF UK
15. Pichaud C., Thareanová I., Soužití se staršími lidmi, Praha Portál 1998, 156 s., ISBN 80-6531-321-8
16. Riebelová, V., Válka, J., Franců, M. : Dekubity, Praha Galén 2000, 180 s., ISBN 80-7124-687-3
17. Staňková, M. : Lemon 1. Učební texty pro sestry a porodní asistentky, Brno IDVPZ



1997, 184 s., ISBN 80-7013-234-5

18. Šauer, K. : Kvalita péče o gerontologické pacienty. ( Bakalářská práce ), Hradec Králové 2001, 38 s., LF UK
19. Topinková, E. : Geriatrie pro praxi, Praha Galén 2005, 386 s., ISBN 80-7262-356-6
20. Trachtová, E. a kol. :Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, Brno IDVPZ 2003, 186 s.,ISBN 80-7013-324-4
21. Vondráček, L., Ludvík, M., Nováková, J. : Ošetrovatelská dokumentace v praxi, Praha Grada 2003, 72 s., ISBN 80-247-0704-7
22. Weber, P. a kol. : Minimum z klinické gerontologie, Brno IDVPZ 2000, 156 s., ISBN 80-7013-314-7





## 6 PŘÍLOHY

1. Kazuistika
2. Ošetrovatelská anamnéza
3. Ošetrovatelský plán
4. Ošetrovatelská péče
5. Ošetrovatelská překladová zpráva
6. Barthelův test všedních činností ADL
7. Hodnocení rizika vzniku dekubitů – Rozšířená Nortonova stupnice
8. Odhad zmatenosti – Zkrácený mentální bodovací test
9. Dotazník spokojenosti
10. Protokol o pádu pacienta
11. Plán péče o dekubity
12. Dokumentace rány
13. Kontrola bolesti
14. Protokol o edukaci
15. Monitorování a měření procesů



## 1. Záznam informací z rozhovoru s pacientem

75-letá paní J.H. s dg. Atero cerebri při dekompenzaci mozkové aterosklerózy s recid. stavy zmatenosti, s.t.p. dehydrataci, ischemická choroba srdeční, levostranná lumboischialgie a chronické změny ledvin, 20.den hospitalizace, přeložena z interního oddělení na následnou péči k nácviu sebedpěče, chůze a zajištění další ošetrovatelské péče, důchodkyně, původním povoláním sekretářka, 8 let vdova, 2 děti.

### 1. *Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví*

Pacientka vnímá svůj celkový zdravotní stav jako velice zhoršený. Její hospitalizace na interním oddělení byly opakované, během posledních dvou let byla hospitalizována celkem 9x pro celkové zhoršení stavu při dekompenzaci svého onemocnění. Na oddělení ošetrovatelské péče je nyní poprvé. Před zhoršením svého celkového zdravotního stavu se cítila celkem dobře, i když občas trpěla bolestmi zad a kloubů. Byla šťastná, že se mohla pohybovat a obstarávat drobné domácí práce. Všechno se ale zcela změnilo po nedávné smrti jejího syna, který zemřel před půl rokem na následky zhoubného onemocnění. Má v očích slzy, když o něm vypráví, dosud se s jeho smrtí nesmířila a ztratila chuť do života. Nemá zájem o rehabilitaci, nechce provádět nácviu chůze, zdá se to pro ni bezpředmětné. Tvrdí, že nic takového pro ni nemá už „žádnou cenu“.

### 2. *Výživa - metabolismus*

Doma jí hodně, asi 4-5x denně, má ráda zeleninu, mléčné výrobky a maso. Denní příjem tekutin se pohybuje jen kolem asi 1-1,5l tekutin. Pije hlavně vodu, bylinkové čaje a někdy i ovocné šťávy. V posledních dvou letech se jí však neustále více zhoršovala paměť, a tak se stávalo, že se v jídle a pití spíše odbývala. I nyní v nemocnici stále více jídlo odmítá, vybírá si, tvrdí, že na něj nemá chuť. Raději má ovocné přesnídávky, jogurty a pudinky, proto jsme nemocné zajistili 2x denně mléčné přídavky. Nemocná má náhradní chrup, hůře se jí rozkousává potrava, proto byla naordinována mletá dieta. Dle sdělení pacientky, navštěvuje zubního lékaře spíše podle vlastní potřeby, poslední kontrola byla před rokem. U nemocné se musí sledovat i denní příjem tekutin. Denně vypije jen asi 1l tekutin, tvrdí, že nemá žízeň a zdejší čaj jí nechutná. Pije spíše minerálky. Občas dostává i infuze, za poslední rok zhubla o 12 kg.



Nepotí se, je spíše zimomřivá. Má suchou kůži, bez napětí, bez poranění. Vlasy jsou jemné, suché, prošedivělé. Nehty vyžadují pravidelnou péči, na dolních končetinách zarůstají, jsou velmi tvrdé.

### *3. Vylučování*

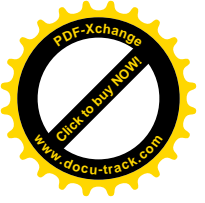
Nemocná udává, že se doma vyprazdňuje někdy s potížemi, ale protože měla pohyb, dalo se to celkem dobře zvládat. Občas použila nějaké projímavé čaje, ale spíše vyjíměčně. Po celou dobu hospitalizace trpí zácpou a pro vyprázdnění je potřeba častěji používat projímadla a čípky. Naposledy byla stolice minulý den ráno, tuhé konzistence, normální barvy. Má zaveden permanentní močový katetr. Moč má spíše tmavší barvu, bez příměsí. Měří se jí příjem a výdej tekutin. Téměř se nepotí, více vyhledává teplo.

### *4. Aktivita – cvičení*

Cítí, že má mnohem méně energie než dříve, proto odmítá cvičit. Tráví většinu času na svém lůžku. Sama se posadí, ale mimo lůžko se bez doprovodu nepohybuje. Pouze v případě potřeby si sama slézá na gramofon, umístěný u jejího lůžka. Často vzpomíná na dobu, kdy chodila a dokázala být soběstačná. Nyní leží na lůžku a v denních životních aktivitách soběstačná není, potřebuje pomoc sestery. Chůze v chodítku s rehabilitačním pracovníkem po chodbě se za dobu hospitalizace podařila pouze 6x. Ráda sleduje televizi, kterou má umístěnou na pokoji. Když má lepší náladu, čte knihy a někdy i luští křížovky. Jindy zase zcela bez zájmu leží celé dny na lůžku a příliš nekomunikuje. Dechové potíže nemá.

### *5. Spánek – odpočinek*

Doma neměla s usínáním žádné vážnější problémy. Spí až 10 hod. denně. Za hospitalizace často spí i přes den, někdy i 2-3 hodiny, většinou po obědě. Nemůže potom večer usnout, i její spánek je narušený, často se v noci budí. Pro zlepšení spánku používá hypnotika. Usíná většinou až kolem 22. hodiny, ale asi hodinu po půlnoci se vzbudí a nemůže opět chvíli usnout. Ráno, kolem šesté hodiny, to by ještě spala, ale probudí ji sestry, které musí provádět hygienickou péči. Po probuzení se však necítí odpočatá, spíše malátná a rozladěná. Vadí ji nemocniční prostředí.



### *6. Vnímání – poznávání*

Trochu hůře slyší, ale nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Domluva je celkem dobře možná. Již několik let používá brýle, hlavně na čtení. Před týdnem prodělala zánět očních spojivek, proto u ní probíhají pravidelné oční kontroly. Používá oční kapky a mast do očí. Nemocná má častější výpadky paměti, občas hovoří o něčem, co již několikrát sdělovala a není schopna si spoustu věcí vybavit. Hlavně večer bývá zmatená, dezorientovaná, neví, proč tu je a kde se vůbec nachází. Během dne se tento stav mírně upravuje. V řeči používá dlouhých pomlk, někdy větu nedokončí, nemůže si vzpomenout na původní obsah sdělení. Bolest silněji pociťuje v zádech.

### *7. Sebepečení – sebeúcta*

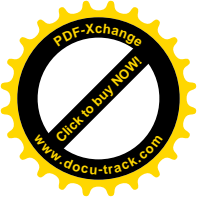
Pobyt v nemocnici v ní vzbuzuje nepříjemné pocity. Není soběstačná v hygieně, oblékání, vyprazdňování, je odkázána na cizí pomoc, nemá zrovna nejlepší náladu. Převládají u ní spíše depresivní a úzkostné stavy. Někdy dokáže plakat i několikrát za den. Ztráta jejího syna ji velice bolí, nedokáže se s touto situací vyrovnávat. Nemá chuť do života, je málo komunikativní a uzavřená. Má velkou nejistotu budoucnosti. Odmítá skutečnost, že se již nebude moci vrátit do svého domácího prostředí, neboť je již zcela úplně odkázána na trvalou Ústavní péči.

### *8. Role – mezilidské vztahy*

Než-li zemřel její manžel, bydleli společně v malém domku na vesnici. Po smrti manžela se odstěhovala ke svému synovi. V této době byla ještě soběstačná a zvládala i drobné domácí práce. Její syn s rodinou jí v případech potřeby pomáhaly. Vycházeli spolu dobře. V době, kdy syn těžce onemocněl, začala fyzicky i psychicky chátrat. Přestala vycházet z domu, nedokázala se sama o sebe postarat. Odmítala jakékoliv hospitalizace, i když si to její zdravotní stav vyžadoval. Snacha jí zajistila alespoň pečovatelskou službu, ale ani to nedokázalo úplně pokrýt uspokojení jejích potřeb. Má ještě dceru, ale ta bydlí příliš daleko. Chodí ji navštěvovat 1x za 2 týdny. Vždy se na ni velice těší.

### *9. Sexualita – reprodukční schopnost*

Vzhledem k věku nemocné a situaci, ve které se nachází, se mi tato otázka jeví jako nevhodná.



## 10. Stres – tolerance, zvládání

Její život v poslední době změnila spousta nepříjemných věcí a hlavně tragédie, kdy ztratila svého syna. S jeho odchodem ztratila i chuť do života a při řešení svých stresových situací je odkázána na pomoc odborníků.

## 11. Víra/přesvědčení – životní hodnoty

Celý život byla věřící, chodila do kostela. I v nemocnici si předčítá z bible. Kdyby to šlo, přála by si některé věci vrátit zpátky. Také by si přála dožít svůj život doma, se svými blízkými.

## 2. Záznam fyzikálního (screeningového) vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava zevnějšku : *upravena*

Slizniční membrány: *v normě, vlhké, bez viditelných defektů*

Zuby: *umělý chrup, udržovaný*

Slyší šepot: *ne*

Přečte novinové písmo: *ne, pouze s brýlemi*

Puls/počet: *72/min.*

Pravidelnost: *ano*

Jakost/síla : *hůře hmatný*

Dýchání: *18/min.*

Pravidelnost :*ano*

Hloubka : *hluboké*

Dýchací zvuky : *bez vedlejších fenoménů*

Krevní tlak: *115/70*

Stisk ruky: *volný*

Může zvednout tužku: *ano*

Rozsah pohybu v kloubech : *omezený*

Svalová pevnost: *volná*

Kůže/kostní výběžky : *bledá, na těle beze změn, na PHK pouze drobná kožní pigmentace.*

Chůze: *nehodnocena*

## Kódy pro funkční úroveň soběstačnosti 0-5:

Schopnost najít se: *3*

Umýt se: *3*

Okoupat se: *5*

Celkový pohyb: *4*

Dojít si na toaletu : *5*

Pohyb na lůžku: *2*

Obléknout se: *5*

Uvařit si: *nehodnoceno*

Nakoupit si: *nehodnoceno*

Udržovat domácnost: *nehodnoceno*

Kanyly intravenózní: *na LHK i.v. flexila, místo vpichu kryté průhlednou folií, klidné,*

Močový katetr: *permanentní, zaveden 15.den,*



Hmotnost : 52kg

Výška: 161cm

Tělesná teplota: 36,4°C

**Projevy (verbální i nonverbální) v průběhu rozhovoru:**

Orientace: *zachována*

Rozumí otázkám: *ne všem, některé znovu vysvětleny*

Hlas a způsob řeči: *přerušovaný*

Úroveň slovní zásoby : *základní*

Oční kontakt : *většinou udržuje*

Rozsah pozornosti: *zpočátku soustředěná, později ne*

Nervozita: *většinou klidná*

Asertivní: *ne*

**3. Analýza získaných informací**

Žena

75 let

důchodkyně

vdova

20. den hospitalizace

20. den přeložena z interního oddělení

DG.: Atero cerebri, s.t.p. dehydrataci, s.t.p. léčbě hypothyreosy, t.č. eufunkční,  
Ischemická choroba srdeční, Levostranná lumboischialgie, Hiátová hernie, Chronické  
změny ledvin

*Terapie:*

Geratam 1200mg 1tbl ráno a v poledne

Agapurin ret 1 tbl 3x denně

Anopyrin 100mg 1tbl v poledne

Tiapridal 1tbl večer

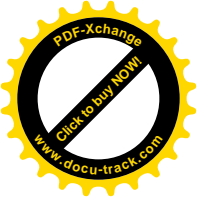
Medrin 1/2 tbl ráno a večer

Euthyrox 50mg 1tbl ráno

Tramal 100mg tbl při bolesti dle potřeby

Infadin kapky – 3 kapky ráno

T. č. 2. Den infuze: F 1/1 500 ml 1 x denně



*Monitoring (naordinován lékařem):*

KO, minerály, jaterní testy

P/V za 24 hod.

TK,P 1x denně

TT 2x denně

Péče o permanentní cévku

Kontrola i.v.flexily

RHB : LTV na lůžku, vertikalizace chůze v chodítku

*Zjištěné problémy a nepohodlí pacienta:*

- vnímá zhoršení svého zdravotního stavu
- nemá chuť k jídlu a pití
- infuze
- potřeba sledování příjmu a výdeje tekutin
- i.v.flexila
- permanentní katetr
- nechodí, je více upoutána na lůžko
- nesoběstačná v základních životních aktivitách
- vyprazdňuje se na gramofon
- občas silnější bolesti zad a kloubů
- necítí se odpočatá po probuzení, budí se v noci, má pocit snížené životní energie
- cítí se malátná, smutná, bez zájmu o okolí
- pobyt v nemocnici v ní vzbuzuje nepříjemné pocity
- cítí se osamocena, o svých pocitech se jí příliš hovořit nechce
- nejvíce by si přála být soběstačnější, vrátit se domů a strávit zbytek života se svými blízkými
- výpadky paměti
- bývá zmatená, dezorientovaná
- depresivní
- úzkostná
- suchá kůže
- mletá dieta
- zácpa



#### 4. Záznam fyzikálního (screeningového) vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava zevnějšku : *upravena*

Slizniční membrány: *v normě, vlhké, bez viditelných defektů*

Zuby: *umělý chrup, udržovaný*

Slyší šepot: *ne*

Přečte novinové písmo: *ne, pouze s brýlemi*

Puls/počet: *72/min.*

Pravidelnost: *ano*

Jakost/síla : *hůře hmatný*

Dýchání: *18/min.*

Pravidelnost :*ano*

Hloubka : *hluboké*

Dýchací zvuky : *bez vedlejších fenoménů*

Krevní tlak: *115/70*

Stisk ruky: *volný*

Může zvednout tužku: *ano*

Rozsah pohybu v kloubech : *omezený*

Svalová pevnost: *volná*

Kůže/kostní výběžky : *bledá, na těle beze změn, na PHK pouze drobná kožní pigmentace.*

Chůze: *nehodnocena*

#### Kódy pro funkční úroveň soběstačnosti 0-5:

Schopnost najít se: *3*

Umýt se: *3*

Okoupat se: *5*

Celkový pohyb: *4*

Dojít si na toaletu : *5*

Pohyb na lůžku: *2*

Obléknout se: *5*

Uvařit si: *nehodnoceno*

Nakoupit si: *nehodnoceno*

Udržovat domácnost: *nehodnoceno*

Kanyly intravenózní: *na LHK i.v. flexila, místo vpichu kryté průhlednou folií, klidné,*

Močový katetr: *permanentní, zaveden 15.den,*

Hmotnost : *52kg*

Výška: *161cm*

Tělesná teplota: *36,4°C*

#### Projevy (verbální i nonverbální) v průběhu rozhovoru:

Orientace: *zachována*

Rozumí otázkám: *ne všem, některé znovu vysvětleny*

Hlas a způsob řeči: *přerušovaný*

Úroveň slovní zásoby : *základní*

Oční kontakt : *většinou udržuje*

Rozsah pozornosti: *zpočátku soustředěná, později ne*

Nervozita: *většinou klidná*

Asertivní: *ne*





## 5. Analýza získaných informací

Žena

75 let

důchodkyně

vdova

20. den hospitalizace

20. den přeložena z interního oddělení

DG.: Atero cerebri, s.t.p. dehydrataci, s.t.p. léčbě hypothyreosy, t.č. eufunkční, Ischemická choroba srdeční, Levostranná lumboischialgie, Hiátová hernie, Chronické změny ledvin

### *Terapie:*

Geratam 1200mg 1tbl ráno a v poledne

Agapurin ret 1 tbl 3x denně

Anopyrin 100mg 1tbl v poledne

Tiapridal 1tbl večer

Medrin 1/2 tbl ráno a večer

Euthyrox 50mg 1tbl ráno

Tramal 100mg tbl při bolesti dle potřeby

Infadin kapky – 3 kapky ráno

T. č. 2. Den infuze: F 1/1 500 ml 1 x denně

### *Monitoring (naordinován lékařem):*

KO, minerály, jaterní testy

P/V za 24 hod.

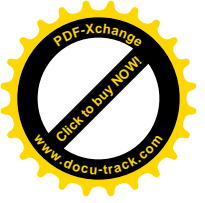
TK,P 1x denně

TT 2x denně

Péče o permanentní cévku

Kontrola i.v.flexily

RHB : LTV na lůžku, vertikalizace chůze v chodítku



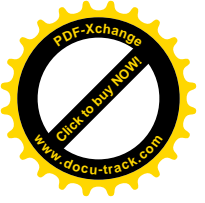
*Zjištěné problémy a nepohodlí pacienta:*

- vnímá zhoršení svého zdravotního stavu
- nemá chuť k jídlu a pití
- infuze
- potřeba sledování příjmu a výdeje tekutin
- i.v.flexila
- permanentní katetr
- nechodí, je více upoutána na lůžko
- nesoběstačná v základních životních aktivitách
- vyprazdňuje se na gramofon
- občas silnější bolesti zad a kloubů
- necítí se odpočatá po probuzení, budí se v noci, má pocit snížené životní energie
- cítí se malátná, smutná, bez zájmu o okolí
- pobyt v nemocnici v ní vzbuzuje nepříjemné pocity
- cítí se osamocena, o svých pocitech se jí příliš hovořit nechce
- nejvíce by si přála být soběstačnější, vrátit se domů a strávit zbytek života se svými blízkými
- výpadky paměti
- bývá zmatená, dezorientovaná
- depresivní
- úzkostná
- suchá kůže
- mletá dieta
- zácpa



#### 4. Plán ošetrovateľskej péče

Ošetrovateľská diagnóza	Očakávané výsledky,kritéria	Ošetrovateľské zásahy
1. Nedostatečná výživa - 00002	<p>Cíl: pac. má zajištěný potřebný kalorický příjem a složení potravy</p> <p>Kritérium: hmotnost pac. se adekvátně zvyšuje dle potřeb organismu</p> <p>Cíl: projevuje znalost a pochopení souvislosti vzniku deficitu ve své výživě</p> <p>Kritérium: pac. je poučena o správném složení a množství stravy vzhledem ke svému věku a onemocnění</p>	<p><b>Zhodnoťte</b> stav výživy, stravovací návyky a medikaci</p> <p><b>Zhodnoťte</b> možné související faktory: věk, dysfagie, změna chuti</p> <p><b>Zhodnoťte</b> pacientovy preference v jídle, jídla oblíbená, neoblíbená</p> <p><b>Monitorujte</b> denně příjem potravy a hmotnost</p> <p><b>Zhodnoťte</b> stav dutiny ústní, stav umělého chrupu, schopnost žvýkat a polykat</p> <p><b>Nabízejte</b> jídlo v klidném prostředí a povzbuzujte pacientku, aby jedla pomalu a dobře žvýkala</p> <p><b>Udržujte</b> pohodlnou tělesnou polohu během jídla</p> <p><b>Zajistěte</b> pacientce kontakt s dietní sestrou a kontrolujte dodržování předepsané stravy</p> <p><b>Zjistěte</b>, co ovlivňuje stravovací návyky, poruchy psychiky, náboženské zvyklosti</p> <p><b>Zaznamenejte</b> do dokumentace</p>



Ošetrovatelská diagnóza	Očekávané výsledky,kritéria	Ošetrovatelské zásahy
2. Zácpa - 00011	<p>Cíl: pravidelné vyprazdňování Kritérium: pac. se vyprazdňuje nejdéle 1 x za 3 dny</p> <p>Cíl: vyjadřuje znalosti o příčinách vzniku obstipace</p> <p>Kritérium: pac. je dostatečně informována o důležitosti vhodné stravy s dostatečným obsahem vláknin a tekutin a o nutnosti pohybu a cvičení. Denně vypije 1500 – 2000 ml tekutin.</p> <p>Cíl: nepocítuje bolesti ani nadměrnou námahu při defekaci.</p> <p>Krit.:pac.je poučena o možnosti použití laxancií jen ve výjimečných případech</p>	<p><b>Zjistěte</b> příčiny zácpy a poruch ve vylučování stolice <b>Informujte</b> pacientku o škodlivosti pravidelného užívání projímadel a aplikaci klyzmatu <b>Zjistěte</b> způsob, kterým se pacientka dříve vyprazdňovala a všechny faktory, které u ní vyprazdňování podporovaly <b>Zajistěte</b> soukromí při defekaci pac. <b>Zajistěte</b> dostatečnou hygienu po vyprázdnění a ošetření konečníku při podráždění zvláčňujícími krémy <b>Zjistěte</b> všechny léky, které pac. užívá, jejich vedlejší účinky, které by mohly způsobit zácpu nebo poruchu ve vyprazdňování stolice <b>Zjistěte</b> konzistenci, barvu, množství a frekvenci vyprazdňování stolice <b>Zaznamenávejte</b> do dokumentace</p>



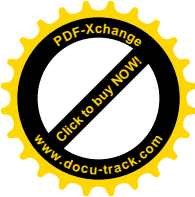
Ošetrovatelská diagnóza	Očekávané výsledky, kritéria	Ošetrovatelské zásahy
3.Zhoršená pohyblivost - 00085	<p>Cíl: pac. je schopna postupně vykonávat alespoň některé aktivity denního života</p> <p>Kritérium: podílí se na činnostech, které zvyšují její schopnost vykonávat denní životní aktivity – pac. umí využívat správně mechaniku pohybu při změně polohy těla, umí se sama posazovat na lůžku, vstávat z lůžka, přesunout se do křesla. Zná a používá správnou techniku chůze o berlích</p>	<p><b>Určete</b> rozsah imobility dle používané klasifikace</p> <p><b>Předcházejte</b> vzniku komplikací které vznikají v důsledku imobility</p> <p><b>Zjistěte</b> přítomnost komplikací, které jsou s imobilizací spojeny (pneumonie, poruchy vyprazdňování, vznik kontraktur, dekubitů, úzkostných stavů apod.)</p> <p><b>Monitorujte</b> bolest pacientky</p> <p><b>Zajistěte</b> vhodnou polohu pac.</p> <p><b>Seznamte</b> pacientku s možnostmi používání pomůcek, které usnadňují pohyb</p> <p><b>Zajistěte</b> pacientce vhodné pomůcky které zabraňují vzniku komplikací vznikajících z imobility (vodní lůžka, vzduchové matrace a jiné pomůcky)</p> <p><b>Vybízejte</b> pacientku ke cvičení</p> <p><b>Ved'te</b> pacientku k soběstačnosti nebo k udržení částečné soběstačnosti</p> <p><b>Pečujte</b> o bezpečnost pacientky (zabránění pádu z lůžka apod.)</p> <p><b>Informujte</b> lékaře o změnách v mobilitě – imobilitě pacientky</p> <p><b>Zaznamenejte</b> do dokumentace</p>



Ošetrovatelská diagnóza	Očekávané výsledky, kritéria	Ošetrovatelské zásahy
4. Oslabené přizpůsobení - 00070	<p>Cíl: nemocná je soběstačná v činnostech denního života</p> <p>Kritérium: pac. zvyšuje účast na vlastní ošetrovatelské péči</p> <p>Cíl: pac. je schopna zvládnout stressové situace bez použití násilí vůči své osobě</p> <p>Kritérium: pac. spolupracuje s personálem na plánování svého propuštění</p>	<p><b>Zjistěte</b>, zda si nemocná uvědomuje svoji životní situaci</p> <p><b>Pomozte</b> nemocnému popsat událost, která jeho situaci vyvolala</p> <p><b>Ptejte se</b> nemocné, jak se cítí a pomozte jí verbalizovat její citové rozpoložení</p> <p><b>Akceptujte a uznajte</b> pocity nemocné, které se týkají její současné poruchy adaptace</p> <p><b>Informujte</b> nemocnou o důsledcích chronického stresu na fyziologický a psychický stav</p> <p><b>Zaznamenejte</b> do dokumentace</p>



Ošetřovatelská diagnóza	Očekávané výsledky, kritéria	Ošetřovatelské zásahy
5. Porušený spánek - 00095	<p>Cíl: zlepšení spánku a odpočinku</p> <p>Kritérium: pac.bude mít noční nerušený spánek,ve dne prospí pouze 2-3 hod.dopoledne</p> <p>Cíl: zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti</p> <p>Kritérium: pac.se bude cítit odpočatý,ve dne se bude více věnovat rehabilitaci a svým zájmům</p>	<p><b>Posuďte</b> souvislost spánkové poruchy se zákl. onemocněním</p> <p><b>Zjistěte</b> návyky a rituály, které pac. prováděla v dom. prostředí před spaním (kdy chodí spát, kolik hodin průměrně spí,kdy vstává a jaké má nároky na místo ke spaní)</p> <p><b>Vypjte se</b> na okolnosti, které ruší spánek, a jak často se vyskytují</p> <p><b>Pozorujte</b> fyzické známky únavy (např. neklid, třes rukou, zastřený hlas..)</p> <p><b>Uspořádejte</b> péči tak, aby měla pac.k dispozici nepřerušované období pro odpočinek, zejména delší období pro spánek v noční době</p> <p><b>Postarejte se</b> před spaním o klidné prostředí a přiměřený komfort (omytí rukou a obličeje, vypnutí prostěradla a urovnání lůžka)</p> <p><b>Doporučte</b> omezení tekutin v době před spaním</p> <p><b>Sledujte</b> účinky léků, barbituráty i další léky na spaní <b>užívejte</b> střídmě</p> <p><b>Pobízejte</b> pac.k pravidelnému cvičení během dne</p> <p><b>Zaznamenávejte</b> do dokumentace</p>



Ošetrovatelská diagnóza	Očekávané výsledky, kritéria	Ošetrovatelské zásahy
6. Riziko infekce - 00004	<p>Cíl: určit způsob, jak předejít infekci nebo snížit riziko jejího vzniku</p> <p>Kritérium: pravidelné převazy a kontrola zavedené kanyly</p> <p>Cíl: poučit pac., jak se zavedenou kanylou zacházet a jak se zachovat v případě jejího poškození</p>	<p><b>Pátrejte</b> po místních známkách infekce v místě vstupu kanyly</p> <p><b>Zhodnoťte a dokumentujte</b> stav kůže v místě zavedené kanyly</p> <p><b>Dodržujte</b> pečlivě sterilní techniku při zavádění kanyly</p> <p><b>Provádějte</b> denně převaz a dezinfekci místa zavedené kanyly</p> <p><b>Poučte</b> pac., jak pečovat o kanylu a zabránit rozšíření infekce</p> <p><b>Zaznamenávejte</b> veškeré úkony spojené s péčí</p>

**Další ošetrovatelské diagnózy:**

**Deficit sebeděže při koupání a hygieně – 00108**

**Deficit sebeděže při oblékání a úpravě zevnějšku – 00109**

**Deficit sebeděže při vyprazdňování – 00110**

**Riziko porušení kožní integrity – 00047**

**Poškozená paměť – 00131**

**Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028**

**Únava – 00093**

**Riziko poškození - 00035**

Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz byla použita druhá taxonomie NANDA – Int.





## OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Důvod k přijetí: Lékařská dg.: Ošetřující lékař: Souhlas pacienta k podání informací, vztah, adresa, telefon:	
<b>Jak chcete být osloven:</b>	
<b>Příjem</b> <input type="checkbox"/> l. přijetí <input type="checkbox"/> přeložen <input type="checkbox"/> opak. přijetí odkud:	
<b>Alergie</b> <input type="checkbox"/> ne ano, jaká: Oš. dg.:	
<b>1. Vnímání zdraví</b> Jak se cítíte? <input type="checkbox"/> dobře <input type="checkbox"/> špatně <input type="checkbox"/> nevím <input type="checkbox"/> : Důležité změny ve zdravotním stavu za poslední rok: Oš. dg.:	
<b>2. Výživa – metabolismus</b> Dieta <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, jaká: <span style="float: right;">Porucha polykání <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</span> Forma stravy <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> kašovitá <input type="checkbox"/> tekutá <span style="float: right;">Stav chrupu <input type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> umělá protéza</span> Způsob přijímání potravy <input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> pumpa <input type="checkbox"/> stomie: Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> inzulin, jaký: Příjem tekutin za 24 hod <input type="checkbox"/> < 0,5l <input type="checkbox"/> < 1 l <input type="checkbox"/> 2l <input type="checkbox"/> > 2l Pocit žízně <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/> nemá Stav kůže <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> vlhká <input type="checkbox"/> otoky, kde: Dekubity <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, lokalizace: <span style="float: right;">Léze <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, kde:</span> způsob ošetřování: : Kanyla <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> periferní <input type="checkbox"/> centrální kanylace dne: umístění: Stav sliznic <input type="checkbox"/> růžové <input type="checkbox"/> bledé <input type="checkbox"/> soor <input type="checkbox"/> afty <input type="checkbox"/> suché <input type="checkbox"/> jiné Oš. dg.:	
<b>3. Vylučování</b> Vyprazdňování střeva <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí na WC <input type="checkbox"/> na posteli <input type="checkbox"/> stomie: Stolice <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> zácpa....x za týden <input type="checkbox"/> průjem....x za týden Barva: Inkontinence <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná Užívané pomůcky: Užívané prostředky k vyprazdňování: Vylučování moče <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> na posteli <input type="checkbox"/> stomie: <input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> přes den <input type="checkbox"/> v noci <input type="checkbox"/> v menších porcích <input type="checkbox"/> se zvýšeným tlakem <input type="checkbox"/> bolestivé močení <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> katétr, jaký: od: Inkontinence <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná Užívané pomůcky: Počení <input type="checkbox"/> přiměřené <input type="checkbox"/> nadměrné <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> nepotí se Oděr <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Oš. dg.:	
<b>4. Aktivita, cvičení</b> Faktory bránící tělesné aktivitě <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> srdeční onemocnění <input type="checkbox"/> plicní onemocnění <input type="checkbox"/> onemocnění pohybového ap. <input type="checkbox"/> bolest <input type="checkbox"/> nezáměr o pohybovou aktivitu <input type="checkbox"/> svalové křeče, kde: <input type="checkbox"/> parézy/plegie, kde: Chybění části těla: <span style="float: right;">Kompenzační pomůcky:</span> Úroveň soběstačnosti (funkční úroveň. 0 – nezávislý, 1 – využívá pomocný prostředek, 2 – potřebuje minimální pomoc/dohled jiné osoby, 3 – potřebuje pomoc, pomůcky, zařízení, 4 – potřebuje úplný dohled, 5 – potřebuje úplnou pomoc, sám není schopen) .. najíst se .. umýt se .. vykoupat s .. obléci se .. pohybovat se .. uvařit si .. nakoupit si .. udržovat domácnost Oš. dg.:	



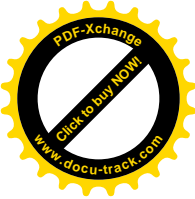




## MĚSTSKÁ NEMOCNICE a.s. – Dvůr Králové nad Labem – ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE

Ošetrovatelská péče	
	CHARAKTERISTIKA
1. POKYBY	sanitaci doprovodí leževní s holi, běh, čistička evakuací vozík - sanitární nevalidní vozík - 6 dopomocí
2. PŮHYB NA LŮŽKU & VIMD LŮŽKA	sanitární nutná pomoc - 1, 2 osoby staly pohyb na lůžku polohování a antidekubitní pomůcky dekubity převazy
3. OBLEKÁNÍ	sanitární nutná pomoc mimo lůžko - 1, 2 osoby nutná pomoc na lůžku - 1, 2 osoby
4. JÍDLA	haji se bez pomoci nutná pomoc přesvědčení vyživa
5. HYGIENA	sanitární kouzelná - nutná pomoc - 1, 2 osoby lůžko - nutná pomoc - 1, 2 osoby
6. VÁŽENÍ	MC - sanitární MC - nutný přesun, persozáření (tlač. židle) na lůžku - buzení, podl. mísa nutné pleny permanente katetr. očištěním gramofon u lůžka sám
7. STOLICE & POMOČI	MC - sanitární MC - nutný přesun, persozáření (tlač. židle) na lůžku - podl. mísa nutné pleny nutné manuální vyčevení
8. PSYCHICKÁ POMOC	komunikace necitlivě se povozat občas by hovořily u lůžka nutná psychoterapie





## Ošetrovatelská prekladová zpráva

Městská nemocnice, a. s.  
Dvůr Králové n. L.

Jméno a příjmení	Rodné číslo	Zdrav. poj.
------------------	-------------	-------------

Datum prekladu:

Schopnost sebeobsluhy	schopen	s pomoci	neschopen
-----------------------	---------	----------	-----------

Úroveň kontaktu	dobrá	obtížná	neklid
-----------------	-------	---------	--------

Pohyblivost	chodící	s pomoci	ležící
-------------	---------	----------	--------

Příjem potravy	Dieta č.	sám	s pomoci	krmem	sonda
----------------	----------	-----	----------	-------	-------

Vyprazdňování	kontinentní	inkontinen.	PK zaveden dne:	stolice dne:
---------------	-------------	-------------	-----------------	--------------

Převazy	poslední dne:
---------	---------------

Kanyla, cévka, sonda	zavedena dne:
----------------------	---------------

Poslední provedená ordinace:

(s ohledem na ATB, inzulin a časované léky)

Sociální šetření:	ano	ne	Zájem příbuzných
-------------------	-----	----	------------------

Významný handicap	smyslový:	tělesný:	
	vada zraku		amputace
	vada sluchu		protěza
	vada řeči		obrna, ochrnutí

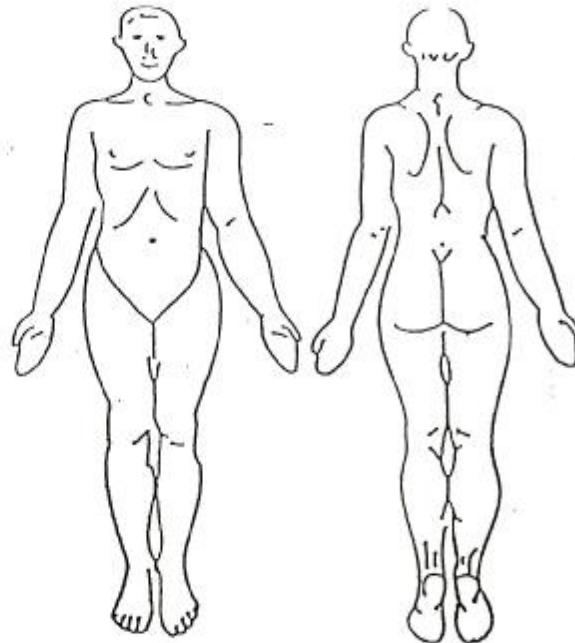
Cennost:		
RHB péče	zahájena	nezahájena
Objednaná vyšetření		
Dokumentace		

## Dekubity

Stupeň zakreslete na příslušné místo červeně

Stupeň + velikost

- I. zčervenání
- II. tvorba puchýřů
- III. poškození kůže
- IV. hluboké poškození tkáně
- V. dekubitus na kost – nekroza

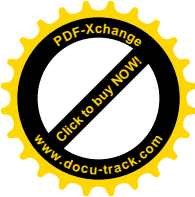


Zvláštní upozornění na:  
(ordinované léky)

Datum:

Název oddělení

Podpis sestry:

**Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)**

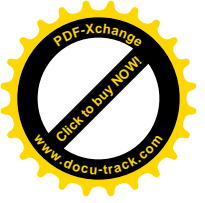
<b>činnost</b>	<b>provedení činnosti</b>	<b>bodové skóre</b>
1. Najedni, napiti	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
3. Osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
4. Koupání	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
5. Kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
8. Přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomoci	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. Chůze po schodech	samostatně nad 50 m	15
	s pomoci 50 m	10
	na vozíku	5
	neprovede	0
10. Chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0

**HODNOCENÍ:** 0 - 40 bodů vysoce závislý  
45 - 60 bodů závislost středního stupně  
nad 60 bodů lehká závislost  
100bodů nezávislý



### Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Připravená Nortonova stupnice		NEBEZPEČÍ DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 BODECÍCH A MĚNĚ							Součet
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	každé další onem. dle odpov. st.	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	
úplná 4	<10 4	normální 4	žádná 4	dobry 4	dobry 4	chodi 4	úplná 4	neni 4	
malá 3	<30 3	alergie 3	diabet., teplota, anemie, kachexie 3	zhoršený 3	apatický 3	Doprovod 3	čast.omez 3	občas 3	
částečná 2	<60 2	vlhká 2	ucpávání tepen obezita 2	špatný 2	zmatený 2	sedáčka 2	velmi ome. 2	přev.mož 2	
žádná 1	60 a více 1	suchá 1	karcinom 1	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leži 1	žádná 1	mož+stol. 1	



O D H A D ' Z M A T E N O S T I

/vyvinuto Dr.R.Gaind - Guy's Hospital,1981/

ZKRÁCENÝ MENTÁLNÍ BODOVACÍ TEST pro ošetřovatelské zhodnocení

/ 1 bod za každou správnou odpověď. Jestli je počet pod 7 bodů ,  
jedná se o zmatenost/

Zeptejte se nemocného na:

1. Věk
2. Čas do nejbližší hodiny
3. Adresu /pro připomenutí: Na konci testu adresa by měla  
být pacientem zopakována,abychom se ujistili,že  
pacient dobře slyšel./
4. Rok
5. Jméno nemocnice
6. Poznání alespoň dvou osob /např.lékař,sestra/
7. Datum narození
8. Rok první světové války
9. Jméno současného presidenta nebo vládce
10. Odečítat zpět od 20 - 1 nebo vyjmenovat zpětně měsíce  
v roce Prosinec - Leden



## **DOTAZNÍK**

Vážený pane, paní,

Jmenuji se Ivana Filipová a studuji 4. ročník bakalářského studia ošetrovatelství. Moje závěrečná bakalářská práce má téma : „Současná kvalita péče o hospitalizované gerontologické pacienty“. Proto si Vás dovoluji požádat o spolupráci při vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Dotazník vyplňte tak, že z uvedených možností zakroužkujete tu odpověď, která nejmóvístížněji vyjadřuje Váš názor na danou otázku.

Děkuji za spolupráci

Ivana Filipová

- 1) **Jste :** a) muž  
b) žena

2) **Kolik je Vám let ?**

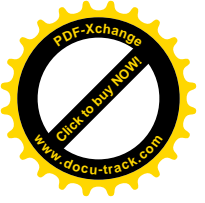
- a) 51 – 60 let  
b) 61 – 70 let  
c) 71 – 80 let  
d) 81 – 90 let  
e) 91 let a více

3) **Na oddělení následné péče jste hospitalizován/a :**

- a) poprvé  
b) opakovaně

V případě opakované hospitalizace:

- na následné péči v této nemocnici
- na následné péči v jiném zařízení



**4) Odkud jste byl/a přijat/a ?**

- a) z domova
- b) z akutního lůžka ( interna, chirurgie, urologie )
- c) z chronického lůžka – jiné zařízení ( LDN, rehabilitační ústav aj.)

**5) Jak dlouho jste zde hospitalizován/a ?**

- a) do 1 měsíce
- b) do 2 měsíců
- c) do 3 měsíců

**6) Změnil se dle Vašeho mínění Váš zdravotní stav během této hospitalizace ?**

- a) zlepšil
- b) zhoršil
- c) je stejný
- d) nevím

**7) Byl/a jste při příjmu seznámena s Právy pacientů ?**

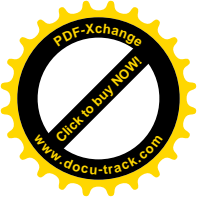
- a) ano
- b) ne
- c) nevzpomínám si

**8) Jak jste spokojen/a s péčí a přístupem : - lékařů :**

- a) velmi spokojen/a
- b) spokojen/a
- c) nespokojen/a
- d) velmi nespokojen/a

**- sester :**

- a) velmi spokojen/a
- b) spokojen/a
- c) nespokojen/a
- d) velmi nespokojen/a



- ostatního personálu :
- a) velmi spokojen/a
  - b) spokojen/a
  - c) nespokojen/a
  - d) velmi nespokojen/a

**9) Jak byste hodnotil/a prostředí Vašeho pokoje ?**

- a) čisté
- b) harmonické
- c) špinavé
- d) neuklizené

**10) Jste spokojen/a s čistotou a výměnou osobního a ložního prádla ?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**11) Jste spokojen/a s chutností, úpravou a teplotou podávané stravy ?**

- a) ano
- b) ne
- c) pouze někdy

**12) Jak byste hodnotil/a prováděnou hygienickou péči ?**

- a) jsem plně spokojen/a
- b) je dostačující
- c) jsem spíše nespokojen/a
- d) hygienická péče je nedostačující

**13) Je při provádění hygieny či jiných ošetrovatelských výkonů dbáno na Vaše soukromí ?**

- a) ano, vždy
- b) spíše ne
- c) vůbec ne



**14) Jste informován/a o ošetrovatelských výkonech a případných lékařských vyšetřeních, které absolvujete ?** ( např. aplikace injekcí, léků, infuzí, lékařských konziliích apod.)

- a) ano, vždy
- b) většinou ano
- c) spíše ne
- d) většinou ne

**15) Zajímá se ošetřující personál o Vaše potřeby a problémy a hovoří s Vámi o nich ?**

- a) ano
- b) většinou ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

**16) Je ošetřující personál v dosahu vždy, když je potřebujete ?**

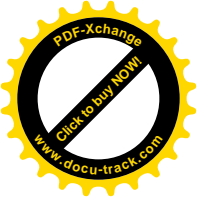
- a) ano, vždy
- b) většinou ano
- c) spíše ne

**17) Jak se k Vám ošetřující personál chová ?**

- a) vždy vhodně a slušně
- b) většinou vhodně a slušně
- c) spíše nevhodně

**18) Jste spokojen/a s prací rehabilitačních sester, které s Vámi cvičí?**

- a) ano, cvičí se mnou dostatečně
- b) ne vždy, cvičí se mnou málo
- c) ne, téměř vůbec se mnou necvičí



**19) Jaké máte problémy se spánkem ?**

- a) nemám žádné problémy
- b) mám problémy s usínáním
- c) v noci se často budím
- d) spím pouze s léky na spaní

**20) Máte bolesti ?**

- a) ano
- b) ne
- c) občas

- V případě bolesti : Jsou Vám podávány léky na zmírnění bolesti?

- a) ano
- b) ne
- c) pouze někdy
- d) nevím

**21) Došlo během Vaší hospitalizace k pádu ?**

- a) ano, jednou
- b) ano, opakovaně
- c) ne

- Pokud ano, uveďte, zda došlo k poranění :

- a) ano, musel/a jsem být ošetřen/a
- b) nedošlo ke zranění

**22) Je Vám umožněno nějaké zaměstnání ve volné chvíli ? ( např. televize, poslouchání rádia, čtení, ruční práce, vycházky apod. )**

- a) ano
- b) pouze někdy
- c) ne
- d) nemám o nic zájem



**23) Je Vám dostatečně poskytována pomoc při řešení další péče o Vás po propuštění ?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**24) Kam se vrátíte po propuštění z následné péče ?**

- a) domů do svého bytu
- b) k rodině
- c) do domova důchodců
- d) do domu s pečovatelskou službou
- e) do jiného zařízení





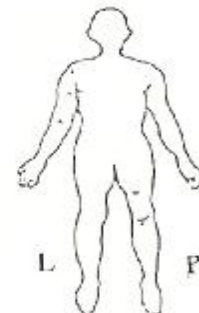
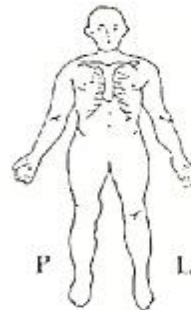


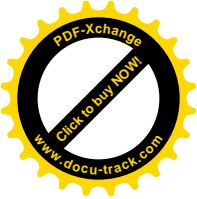




KONTROLA BOLESTI									
Příjmení a jméno:					Pokoj/lůžko:				
týden od	do	po	út	stř	čt	pá	so	ne	
bolest ruší i spánek									
brání v odpočinku									
jen při pohybu									
prakticky neomezuje									
zešla vymizela									
<i>24 hod. monitorování</i>									
týden od	do	po	út	stř	čt	pa	so	ne	
bolest ruší i spánek									
brání v odpočinku									
jen při pohybu									
prakticky neomezuje									
zešla vymizela									
<i>24 hod. monitorování</i>									
týden od	do	po	út	stř	čt	pa	so	ne	
bolest ruší i spánek									
brání v odpočinku									
jen při pohybu									
prakticky neomezuje									
zešla vymizela									
<i>24 hod. monitorování</i>									

Charakteristika bolesti			
1	tupá	6	tahavá
2	boklavá	7	neuralgická
3	křečovitá	8	neurčitá
4	vysítlující	9	
5	svíravá	10	





Městská nemocnice Dvůr Králové nad Labem	<b>EDUKAČNÍ PROTOKOL</b>	Datum: _____ / 200_____
	<b>k terapeutickému výkonu</b>	Čas: _____ : _____
	Razítko oddělení	Štítek pacienta
<b>Předmět edukace:</b>		
Edukační screening:		
Zdravotní stav: <input type="checkbox"/> *) <sup>1</sup> dobrý <input type="checkbox"/> zhoršený <input type="checkbox"/> špatný <input type="checkbox"/> velmi špatný <input type="checkbox"/> kritický		
Vědomí: <input type="checkbox"/> orientovaný/á <input type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> dezorientace <input type="checkbox"/> zmatenost <input type="checkbox"/> nespolupracuje <input type="checkbox"/> somnolence		
<input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> koma		
Emoční stav: <input type="checkbox"/> optimální <input type="checkbox"/> neklid <input type="checkbox"/> úzkost, strach <input type="checkbox"/> zlost, vztek <input type="checkbox"/> euforie <input type="checkbox"/> apatie		
Soustředěnost: <input type="checkbox"/> soustředí se <input type="checkbox"/> nesoustředěný/á		
Senzorické poruchy: <input type="checkbox"/> porucha zraku: <input type="checkbox"/> *) <sup>2</sup> lehká, <input type="checkbox"/> středně těžká, <input type="checkbox"/> těžká, <input type="checkbox"/> slepota <input type="checkbox"/> porucha sluchu: <input type="checkbox"/> lehká, <input type="checkbox"/> středně těžká, <input type="checkbox"/> těžká, <input type="checkbox"/> hluchota <input type="checkbox"/>		
má naslouchadlo		
Úroveň komunikace: <input type="checkbox"/> optimální <input type="checkbox"/> částečně omezená <input type="checkbox"/> omezená <input type="checkbox"/> neschopen/a komunikace		
Bariéry edukace: <input type="checkbox"/> fyzický stav:..... <input type="checkbox"/> senzorická, mentální <input type="checkbox"/> psychická, emoční <input type="checkbox"/> kulturní, jazyková		
Schopnost podepsat se: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Edukace formou: <input type="checkbox"/> rozhovor <input type="checkbox"/> názorná ukázka <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> projekce		
Edukační pomůcky: <input type="checkbox"/> tiskopis <input type="checkbox"/> obrázek, brožura <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> jiné ..... <input type="checkbox"/> předmět .....		
Edukace dalších osob: <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> rodina, zákon. zástupce: ..... <input type="checkbox"/> zdravotnický personál <input type="checkbox"/> jiné:..... <input type="checkbox"/> ne		
<b>Výsledek edukace:</b> <input type="checkbox"/> pacient srozuměn s výkonem v požadovaném rozsahu: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Pacient podepsal informovaný souhlas za plného vědomí: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> nepodepsal: <input type="checkbox"/> výkon z vitální indikace <input type="checkbox"/> podepsal zákonný zástupce		
<b>Edukaci provedl/a:</b>		*) <sup>1</sup> : hodící se vyplň křížkem  *) <sup>2</sup> : hodící se zakroužkuj



Městská nemocnice a. s.  
Dvůr Králové n.L.

**Monitorování a měření procesů**  
podle směrnice č.8 kapitola PJ 8.2.3

Proces : léčení

Vyhodnocuje :

Období :

OJ :

<b>Znaky procesů a jejich hodnocení</b>	<b>hodnocení</b>
<b>A</b> odborná úroveň zaměstnanců	
<b>B</b> bezpečnost klienta – důsledné dodržování zásad hygieny , sterilizace na všech pracovištích	
<b>C</b> kvalita dodavatelů služby a produktů	
<b>D</b> důsledné dodržování právních a jiných požadavků	

**Monitorování nozokomiálních inf., dekubitů a pádů na oddělení**

nozokomiálních inf.	s dekubity přijaté	dekubity nově vzniklé	pády
počet :	počet z naší nemocnice:	počet:	počet:
opatření:	počet odjinud :		opatření:

Výsledné hodnocení :

Navržená opatření :



## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé práce Mudr. Boženě Juráškové, Ph.D a paní Bc. Jitce Starkové za odborné vedení. Dále děkuji své rodině za jejich pomoc, podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.