

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

STUDIJNÍ PROGRAM: B 5341 Ošetrovatelství

STUDIJNÍ OBOR: 5341R009 Všeobecná sestra

Geriatrické syndromy – inkontinence, imobilita

Geriatrics syndroms – incontinence, immobility

Veronika Copová

Bakalářská práce

2010

P r o h l á š e n í

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Chtěla bych poděkovat prim.MUDr.Aleně Jiroudkové za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

Anotace

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou oblast. Teoretická část se zabývá geriatrickými syndromy. Pozornost je věnována zejména změnám v pohybové aktivitě a inkontinenci. Tato hlavní témata jsou rozepsaná do ošetrovatelského procesu. Další složky obsahují biopsychosociální změny stáří, ostatní časté geriatrické syndromy a komunikaci. Praktická část je zpracována metodou dotazníku, rozhovoru, pozorování a kazuistiky. Zaměřuje se na nejčastější geriatrické syndromy a kvalitu ošetrovatelské péče.

Klíčová slova:

dekubit, geriatrické syndromy, hypomobilita , imobilita, inkontinence

Annotation

Bachelor's work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with geriatric's syndromes. Attention is paid mainly to changes in physical activity and incontinence. The main topics are broken down into the nursing process. other folders contain text biopsychosocial exchange old, other frequent geriatric syndromes and communication. The practical part is processed using a questionnaire, interviews, comparisons and casuistics. It focuses on the most common geriatric syndromes and quality of nursing care.

Keywords:

dekubitus, geriatric syndroms, hypomobility, imobility, incontinence

OBSAH

Obsah.....	7
Seznam zkratek	8
Úvod	9
Hypotézy a cíle.....	10
I.TEXTOVÁ ČÁST	11
1.Gerontologie	11
1.1 Geriatrie	11
2.Rozdělení stáří.....	11
2.1 Stáří.....	11
2.2 Biologické změny ve stáří	12
2.3 Psychické změny ve stáří.....	13
2.4 Sociální změny ve stáří.....	13
2.5 Geriatrická křehkost.....	14
3.Geriatrické syndromy.....	15
3.1 Syndromy postihující pohybovou aktivitu ve stáří.....	16
3.1.1 Syndrom hypomobility	16
3.1.2 Instabilita.....	16
3.1.3 Syndrom imobility (Imobilizační syndrom)	18
3.1.3.1 Ošetrovatelský proces u syndromů postihující aktivitu.....	19
3.1.3.2 Dekubity jako nežádoucí vliv imobility	21
3.1.3.2.1 Dělení dekubitů dle C.Torrance a predilekční místa.....	21
3.1.3.2.2 Příčiny.....	22
3.1.3.2.3 Preventivní opatření.....	22
3.1.3.2.4 Léčba.....	23
3.1.3.2.5 Ošetrovatelský proces u dekubitů	24
3.2 Inkontinence moče.....	25
3.2.1 Klasifikace inkontinence.....	26
3.2.2 Klinický obraz.....	27
3.2.3 Určení diagnózy inkontinence	28
3.2.4 Terapie	29
3.2.5 Ošetrovatelský proces u inkontinence moče	29
3.3 Další geriatrické syndromy	31
3.3.1 Inkontinence stolice	31
3.3.2 Syndrom dehydratace.....	32
3.3.3 Syndrom maladaptace	33
3.3.4 Syndrom týrání starého člověka.....	33
3.3.5 Syndrom teplotní zátěže na organismus.....	33
3.3.6 Syndrom malnutrice.....	33
3.3.7 Syndrom demence.....	34
4.Komunikace	34
II. PRAKTICKÁ ČÁST	36
5.Metodika práce.....	36
6.Prezentace výsledků	38
7.Porovnání vybraných tabulek mezi ženským a mužským pohlavím	51
8.Diskuze.....	53
9.Návrh na řešení zjištěných nedostatků	53
10.Kazuistika.....	56
Závěr	61
Literatura.....	63
Seznam obrázků	66
Seznam příloh.....	67
Přílohy	

SEZNAM ZKRATEK

BMI	- Body mass index
CMP	- Cévní mozková příhoda
CNS	- Centrální nervový systém
CT	- Computerová tomografie
č.	- Číslo
DK	- Dolní končetiny
DNA	- Deoxyribonukleová kyselina
DPS	- Dům s pečovatelskou službou
event.	- Eventuelně
hod.	- Hodina
LDN	- Léčebna dlouhodobě nemocných (Oddělení geriatrické a následné péče)
max.	- Maximálně
Na	- Natrium = sodík
NANDA	- International- North American Association for Nursing Diagnosis International – Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku
NMR	- Nukleární magnetická resonance
TIA	- Tranzitorní ischemická ataka
ORL	- Otorinolaryngologie
P/K	- Pacient/klient
PEG	- Perkutánní endoskopická gastrostomie
pH	- Záporná hodnota dekadického logaritmu koncentrace vodíkových iontů
PMK	- Permanentní močový katétr
RTG	- Rentgen
TEN	- Trombembolická nemoc
TZV	- Takzvaný
VIZ	- videre licet (lze vidět)
WHO	- World Health Organization = Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Výběr mé bakalářské práce směřoval k tématu geriatrické syndromy -inkontinence, imobilita z důvodu zájmu o tuto problematiku a specifické péče o pacienty/klienty v seniorském věku. Geriatrické syndromy jsou soubory příznaků projevující se ve stáří. Hlavními předměty práce jsou syndromy ze snížené pohybové aktivity, což je hypomobilita neboli pokles pohybových schopností při vykonávání všedních denních činností. Instabilita s pády a imobilizační syndrom, který končí postupným upoutáním na lůžko jsou dalšími komplikujícími stavy. Pozornost je věnována i dekubitům, které mohou být vážným problémem imobility. Významnou část zahrnuje také inkontinence. Definuje se jako samovolný a neuvědomělý únik moče z močového měchýře. Jiná vybraná témata jsou vázaná k biopsychosociálním změnám stáří, geriatrické křehkosti, nejčastěji se vyskytujícím geriatrickým syndromům a k správné komunikaci s pacienty/klienty vyššího věku. Hlavní téma je rozděleno na dvě části. První oblast charakterizuje vlastní onemocnění s příčinami, příznaky, diagnostikou a léčbou. V druhé pasáži jsou vybrané diagnózy sestaveny dle Nanda Domén a rozpracovaný ošetrovatelský proces dané choroby. Také jsem se zabývala výzkumem, který jsem vedla pomocí metod dotazníku, rozhovoru, pozorování a kazuistiky. Předmětem zkoumání bylo zjistit kvalitu domácí i zdravotní ošetrovatelské péče a zda imobilita i inkontinence patří do nejčastějších geriatrických syndromů.

V dnešní době jsou geriatrické syndromy v popředí zájmu, ale vzhledem ke strachu a špatné informovanosti pacientů/klientů se většina případů vůbec neřeší. Východiskem je poučení a správné rady seniorům. Měli bychom vědět, že stáří není nemocí, ale přirozenou etapou života a je velmi důležité na něj včas pomýšlet. Senioři jsou součástí naší společnosti a významné je jejich zapojení do fyzické, psychické i sociální aktivity. Velmi to přispívá k osvěžení, obohacení a kvalitě života. Jejich zájmu využíváme i při ošetrovatelské péči. Spolupracující a motivovaný pacient/klient se lépe podílí na péči o sebe sama a také přispívá k úspěšné léčbě. Geriatřičtí pacienti/klienti se v mnohém liší od mladších nemocných. Choroby vznikají častěji s netypickými příznaky a s vyšší pravděpodobností komplikace stavu, proto je nutný specifický přístup a delší doba rekonvalescence. Znalost průběhu stáří, péče o seniory s geriatrickými syndromy i komunikace zvyšuje profesionalitu zdravotnických pracovníků a zároveň přispívá ke kvalitě života geriatrických pacientů/klientů. Cílem je uvést čtenáře do problematiky geriatrie, sdělit nejčastější geriatrické syndromy a péči o seniory s těmito syndromy.

HYPOTÉZY A CÍLE

Tři hypotézy:

1. Předpokládám, že péče rodiny o geriatrického pacienta je většinou nedostačující z důvodu neznalostí správné péče o takového pacienta.
2. Myslím si, že mezi nejčastější geriatrické syndromy patří imobilita a inkontinence.
3. Domnívám se, že kvalita péče je závislá na personálním vybavení, ochotě a vstřícnosti.

Tři cíle:

1. Úvod do problematiky geriatric.
2. Uvést nejčastější syndromy geriatrických pacientů (inkontinence, imobilita).
3. Péče o pacienty s těmito syndromy.

I.TEXTOVÁ ČÁST

Začátkem představuji geriatrii, gerontologii a rozdělení stáří i biopsychosociální změny v období stárnutí. Geriatrická křehkost je další složkou práce. Velká pozornost je věnována hypomobilitě, instabilitě a imobilizačnímu syndromu. Obsáhlou částí je i inkontinence. Poslední oblastí jsou ostatní vybrané geriatrické syndromy a správná komunikace se seniory.

1 Gerontologie

„Gerontologie z řeckého gerón neboli starý člověk a logos nauka,slovo. Zabývá se studiem stárnutí, vhodnými léky, léčebnými postupy pro běžné chorobné stavy lidí. Chce objevit prostředky k oddálení stáří nebo prodloužení života.“ [4]

Zahrnuje se sem lékařský obor geriatrie.

1.1 Geriatrie

„Geriatrie je samostatný lékařský obor poskytující zdravotní péči nemocným vyššího věku. Má interdisciplinární charakter, plní specifické úkoly léčebně preventivní, ale i integrační a metodické při vytváření uceleného systému zdravotních služeb pro seniory. Cílem je optimalizace zdravotních a funkčních stavů seniorů. Snížení chronické disability, komprese nemocnosti v pokročilém stáří, zvýšení soběstačnosti a zachování účinnosti léčebných metod až do nejvyššího věku.“ [3]

2 ROZDĚLENÍ STÁŘÍ

„Stáří dle WHO rozdělujeme následovně na stáří (65 - 74 let) = jung old , vlastní stáří (75 – 89 let)= old old a na dlouhověkost (90 let a více let). Jiné dělení dle WHO jsou mladí staří (65 – 74 let), staří lidé (75 -84 let) a velmi staří (85 – více).“ [3]

2.1 Stáří

Stáří je přirozenou etapou života. Za starého člověka považujeme s věkem nad 65let s již rozvinutými změnami stáří. Část změn, které jsou pro období stárnutí typické i na délku života má vliv genetická informace zakódovaná do molekuly DNA. Ta druhá část je na aktivním dodržování zdravého životního stylu (zdravá výživa, tělesná i duševní aktivita, zvládání stresu) a na prevenci. Významné je zachovat si své koníčky z mládí, přizpůsobit je svému věku a udržovat si vztahy mezi přáteli i rodinou. Pokud se dva senioři ve stejném věku chovají a vypadají různě je to důkazem, že stáří je individuální proces.

„Podle Haškovcové je stáří přirozeným obdobím lidského života a je vztahované k životnímu období dětství a k době zralosti. Je třeba si však uvědomit, že stáří není nemocí, ale přirozeným procesem změn, které trvají celý život, jsou však patrné až v průběhu pozdějšího věku.“ [2]

2.2 Biologické změny ve stáří

Stárnutím se člověk stává zranitelnější, zpomaluje se metabolismus a snižuje se imunita i adaptace organismu. Jedním z dalších rysů je zhoršená elasticita orgánů a tkání v důsledku úbytku kolagenu. Atrofie sliznice i kůže v oblasti vagíny, vulvy a sliznice močového měchýře, povolení svalstva pánevního dna a pokles dělohy provází ženy v období klimakteria. U mužů i žen se postupně snižuje reprodukční schopnost. Svaly ztrácejí svoji pružnost a sílu. Hladká svalovina si udržuje svoji aktivitu. Výrazným znakem je snížená funkce endokrinních žláz. Hlavně u žen po menopauze. Vlivem nedostatku estrogenu dochází k poruchám metabolismu kostí a vzniku osteoporózy. Kostní hmota ubývá a zvyšuje se množství tukové tkáně, která se hromadí hlavně ve vnitřních orgánech. Zmenšování meziobratlových plotének způsobuje vzhled shrbeného těla a celkově menší postavy. Kůže mění svůj vzhled v suchou, ztenčelou, vráscitou se zvýšenou pigmentací. Vlasy i chlupy šediví a jsou řidší. Během procesu stárnutí dochází ke značným přeměnám v lidském organismu, což může vést ke křehkosti a větší zranitelnosti seniora.

Oběhový systém

Srdeční svalovina slábne a ztrácí svoji výkonnost. Snižuje se krevní průtok, proto putuje do orgánů méně krve. Cévy jsou méně pružné a častěji vznikají sraženiny. V chlopních se ukládá vápník. Tímto nabývá tuhost a degenerace v rámci aterosklerózy.

Respirační systém

Vůči křehkosti skeletu ochabují mezižební svaly i bránice vyvíjí se tzv. stařecký hrudník. Plíce jsou méně poddajné a alveolární prostory nabývají na své velikosti. Z toho vyplývá, že se zmenšují místa výměny dýchacích plynů a snadněji dochází k dušnosti. Klesá vitální kapacita plic. Snižuje se funkce řasinkového epitelu a dochází častěji k infekcím dýchacího systému.

Vylučovací systém

Změny v ledvinách se týkají úbytku glomerulů a snížení koncentrační i filtrační schopnosti. Z tohoto důvodu jsou staří lidé citlivější na změny vnitřního prostředí a vedlejší účinky léků jsou častější. Močová trubice se stává méně pružnější, močový měchýř má nižší kapacitu a oslabuje se funkce svěračů.

Trávící systém

V dutině ústní dochází k postupnému úbytku zubů, k poklesu sekreci slin a v žaludku ke snížené aciditě žaludeční šťávy. Motilita trávicí trubice se zpomaluje, proto častěji vzniká obstipace. V rektu klesá vnímavost pro pocit vyprázdnění a snižuje se tonus svěračů. Atrofuje slinivka břišní a někdy s rozvojem stařeckého diabetu mellitu. Hladká svalovina žlučníku i žlučovýchodů ztrácí na své elasticitě.

Změny ve smyslovém vnímání způsobené stářím

Jejich výkonnost postupem času ubývá až na úplné minimum. Již po 45.roce života se ostrost zraku zhoršuje. Říkáme tomu stařecký zrak (presbyopie). Dojde ke sníženému zásobování oka krví, akomodace ztrácí svoji schopnost přizpůsobovat se světlu nebo tmě a je více postižena ostrost zraku do blízka než do dálky. Sluch postižený stářím se nazývá presbycusis. Vyhasíná citlivost receptorů na zvuky a degeneruje sluchová dráha. Další smysly jako je čich, hmat a chuť na své intenzitě také ubývají.

2.3 Psychické změny ve stáří

Psychika člověka je velmi důležitá pro kvalitu života. V období nemoci má svoji úlohu. Vyvíjí se již od samotného dětství působením podnětů a vzniku zkušeností. Každý senior se chová, myslí a pociťuje emotivní situace individuálně jako každý člověk různého věku. Stárnoucí lidé nechtějí být sami a nechtějí se ani sami cítit, ale touží po svém klidu a soukromí. Ze samoty mají obavy a přitom nechtějí být někomu na obtíž. Jaká je kvalita psychiky ve stáří rozhoduje osobnost a povahové rysy, které se mohou změnit i pořadí potřeb, hodnot a cílů. Můžeme doporučit kluby pro seniory nebo školy (Univerzita 3.věku). Staří lidé mají projevy poklesu psychické adaptability. Rádi žijí ve svém stereotypu a při změnách prostředí se hůře adaptují. Jejich paměť se mění. Krátkodobá se zhoršuje, ale dlouhodobá zůstává zachována (období jejich životních událostí). Citový život je také změněn. Potřebují více pozornosti, zvyšuje se egocentrismus, cítí se více zranitelnější a vyžadují porozumění druhých.

„ Přeju si , aby můj život a má rozhodnutí závisely na mně samotném, abych si byl vědom sebe sama jako myslící bytosti odpovědné za svá rozhodnutí a schopné vysvětlit je odkazem na své vlastní myšlenky a záměry.“ [14]

2.4 Sociální změny ve stáří

Zásadní proměnou v životě seniora je odchod z pracovního do prostředí klidného bez každodenních starostí se vstáváním, dopravou do zaměstnání a stíhání běžných denních

činností spolu s povinnostmi pracovního zařazení. Tyto změny mohou člověka významně ovlivnit. Muži hůře zvládají přechod do důchodu. Ženy se vyrovnají lépe (nákupy). Pro někoho je nejhorší osamělost, dostatek nevyužitého času a ztráta zažitého stereotypu. Přicházejí další sociální role. Při narození vnoučat se stávají dědečky a babičkami. V rodině bychom se měli o své rodiče, prarodiče nebo přátele zajímat a pomáhat jim. Nezaměstnaný a osamělý senior, který nemá svůj program velmi rychle strádá. V období stáří se vyskytuje i tzv. generační osamělost, kdy se musí smířovat se ztrátou svých vrstevníků a přátel.

2.5 Geriatrická křehkost

Stařecká křehkost vyplývá z anglického slova frailty. Vhodný čili doslovný překlad není k dispozici.

„Stařecká křehkost je s involucí související multikauzálně podmíněná a progresivně se zhoršující (deteriorující) nízká úroveň potencionálního zdraví (zdatnosti, odolnosti, adaptability organismu) s přibývajícími typickými multisystémovými funkčními deficity, celkovým zhoršováním stavu a narůstající disabilitou (interferující s nezávislostí, sociálními rolemi a zdravím podmíněnou kvalitou života daného pacienta) s narůstajícím rizikem opakovaných dekompenzací zdravotního nebo funkčního stavu, typických geriatrických komplikací, potřeby zdravotní péče a její geriatrické modifikace, ztráty soběstačnosti, institucionalizace a úmrtí.“ [5]

Tato definice se snažila vysvětlit co si pod tímto pojmem máme představit a pokusila se nastínit problémy geriatrické křehkosti. Takto popsal Zdeněk Kalvach a kolektiv příznaky geriatrické křehkosti. Stařecká křehkost je typická pro období vysokého stáří. Důsledkem rozvinutí křehkosti má za následek různá onemocnění. Ty nejčastější z nich jsou onkologické choroby, selhání srdeční či jiná orgánová selhání. Podíl na účasti vzniku mají rizikové faktory. Jako genetické dispozice, změny jak involuční tak i funkčního typu, nežádoucí účinky léků, depresivní stavy a chyby ve výživě. Významnou roli hraje i psychika a pohybová aktivita nemocného. Ty se vzájemně ovlivňují a pokud jeden nefunguje ten druhý se ztrácí s ním. Křehcí pacienti jsou tací, kteří vlivem nějakých příčin nezvládají aktivity běžného života. Vyšší riziko dekompenzace zdravotního stavu či snadný úpadek osobnosti postiženého je velmi častý.

První znak se projeví poklesem zdatnosti a odolnosti. Zhoršená adaptabilita na nové prostředí. Zvládá své stereotypy a nechce přijímat změny. S únavou se prolíná snížená pohybová aktivita, která začíná zpomalenou chůzí či její změnou, instabilitou s pády

a končí při upoutání nemocného na lůžko. Při hypomobilitě přirozeně ztrácí chuť k jídlu, která už sama v období stáří klesá. Výsledkem je menší příjem potravy a tekutin, hubnutí s malnutricí, dehydratace, dekondice a snížení svalové síly (sarkopenie). Dalšími projevy křehkosti starého člověka jsou senzorické deficity, apatie, chronická bolest (ne vždy) a recidivující infekty. Geriatrická křehkost může vyústit až v syndrom terminální geriatrické deteriorace. Tento soubor příznaků zahrnuje již imobilitu, inkontinenci moče i stolice, delirantní stavy, lhostejné chování vůči okolí a s tím spojená podvýživa.

Na důležitosti nabývá včasné zhodnocení stavu. Hlavním bodem je zjištění příčiny poklesu váhy. V případě neschopnosti pacienta/klienta o poskytnutí informace musíme čerpat od jeho nejbližší rodiny. Základem je odběr anamnézy. Poté se provádí fyzikální vyšetření. Tím se zjistí subjektivní pocity a objektivní příznaky. Dle ordinace lékaře provádíme laboratorní vyšetření. Během hospitalizace se vede záznam o příjmu i výdeji tekutin a potravy. Fyzioterapeutové stejně jako ošetřující zdravotní sestra hodnotí mobilitu, stabilitu, soběstačnost a výkonnost. Dle zvyklostí se pacient/klient podrobí několika hodnocením. Ke zjištění míry kognitivního deficitu Mini mental test, test na demenci nebo depresi. Provádí se i další vyšetření.

Velmi důležitá je prevence tohoto stavu, neboť přímá léčba není. Podstatné je nemocnému zajistit výživu a dostatečně hydratovat. Motivovat ho a snažit se s ním o dostatečně úspěšnou fyzioterapii. V případě již hypomobility se podrobí rekondičnímu programu, kde se předpokládá zlepšení kondice, svalové síly a to i z pomoci opěrné pomůcky. Psychoterapie a zapojení rodiny i přátel do léčebného režimu je důležité. (5)

3 GERIATRICKÉ SYNDROMY

Soubory příznaků, které se mohou vyskytovat ve vyšším věku. Při správné diagnostice lze již vzniklé syndromy vyléčit úplně nebo alespoň výrazně zlepšit zdravotní i funkční stav pacienta/klienta. Příčin vzniku geriatrických syndromů je mnoho. Při již rozvinutých příznacích mají špatnou prognózu s řadou nežádoucích důsledků. Geriatrické syndromy se projevují ve složce somatické, psychické a sociální. Somatické obtíže jsou většinou poruchy chůze a pohyblivosti, nestabilita, pády, poruchy termoregulace, poruchy příjmu tekutin i potravin. Složka psychická zahrnuje demenci, deprese, delirium a poruchy chování. Snížená soběstačnost, adaptace, sebeobsluha, sociální izolace, týrání, nezájem a neochota rodiny patří do oblasti sociálních geriatrických syndromů.

Na prvním místě je zhodnocení zdravotního stavu a rozlišení o jaké onemocnění se jedná. Senior nemá charakteristické příznaky chorob jako je to u mladších jedinců. Velmi často dochází k tomu, že se příznaky neobjeví žádné a onemocnění probíhá asymptomaticky. Někdy se obtížně hledá správná diagnóza, proto se nemusí nemocnému dostat včasného léčení.

3.1 Syndromy postihující pohybovou aktivitu ve stáří

V této oblasti se vyskytují syndromy jako je hypomobilita, instabilita s pády a nejtěžší imobilizační syndrom. Velmi důležitá je prevence.

3.1.1 Syndrom hypomobility

Hypomobilita označuje snížení pohybových schopností při vykonávání všedních denních činností. Projevuje se zpomalenou chůzí, dochází k poklesu ušlé vzdálenosti a pohyb se omezuje na určitou oblast. Nejdříve si zkracuje vzdálenost chůze, pak se pohybuje jen na místě svého bydliště (na lavičce před domem). Nakonec se zdržuje jen v bytě. Hypomobilita je multikauzální etiologie. Většinou bývá hlavním důvodem bolestivý pohyb (artróza), svalová slabost, strach z pádu, obezita nebo chybění motivace, kdy mohl muž nebo žena ztratit celoživotního partnera a chybí jim chuť do aktivního života. Z dalších příčin je přerušení stereotypního pohybu vlivem zranění nebo CMP. Pacient/klient se tak může pohybovat atypickým způsobem. Patří sem i deprese, nežádoucí účinky léků (psychofarmaka), úzkost, senzorický deficit, instabilita, dušnost, inkontinence i bronchopulmonální a kardiální nemoci.

Pohybová činnost ve stáří je odrazem aktivního života provázeného v mladším věku a podílí se na mobilitě v postupujícím období. Základním parametrem zhodnocení pacientova stavu je odebrání anamnézy. Dále pak zjišťujeme rozsah chůze, procházky, jejich vzdálenost i změna stylu chůze. Ptáme se na pocity pacienta při pohybu (únava, bolest) a objektivně podáváme tzv. akcelerometry neboli krokoměry. Hypomobilního seniora podrobíme rehabilitačnímu programu a naučíme ho správné chůzi i s pomocí kompenzačních pomůcek (chodítko, berle, hůl). Důležitá je motivace. Preventivní doporučení je cvičení, pravidelné procházky, plavání.

3.1.2 Instabilita

Je charakteristickým příznakem pro stáří. Vzniká v důsledku zhoršené funkce pohybového, rovnovážného aparátu a snížením aktivit a koordinace muskuloskeletální oblasti způsobené stárnutím. Systém pro udržení rovnováhy je ve vnitřním uchu. Tvořen

váčky a kanálky. Informace se zpracují v mozkovém kmeni a mozečku. Instabilita neboli tzv. zavravorání se může kombinovat s pády. Příčinou jsou fyziologické změny stáří. Různé choroby mohou zapříčinit poruchu rovnováhy i s pády. Patří sem onemocnění, která postihují řídicí a koordinační centra. Jsou to ischemie či infarkty mozkového kmene, tumor mozečku, úrazy, léze zadní jámy, závratě při hypoperfúzi, nežádoucí účinky léků (antihypertenziva), alkohol, hypovolémie z dehydratace, útlum CNS či poruchy metabolismu cukru. Další řadou příčin mohou být zrakové vady a poruchy vestibulárního aparátu. Patří sem i závratě nepravé z výšek či psychogenního původu nebo závrativá onemocnění neurologické příčiny (CMP – parézy, Parkinsonova choroba, Roztroušená skleróza). K zavravorání dochází při poškození pohybového aparátu (revmatoidní artritida, osteoporóza) nebo s onemocněním kardiovaskulárním často s dušností, hypertenzí nebo srdeční nepravidelností. Při demenci může být také instabilita. Senioři se často bojí, že dojde k pádu a pocítují nejistotu v prostoru. Pády vznikají i z důvodu zevních příčin (nevhodná obuv, koberce, kluzká podlaha).

Nestabilitu a závratě diagnostikujeme pomocí anamnézy. Zajímá nás délka trvání, charakter, intenzita, vyvolávající podnět (změna polohy), doprovodné příznaky (poruchy sluchu, vědomí, diplopie), užívání léků a abusus alkoholu. Z fyzikálního vyšetření se zaměřujeme na hodnoty krevního tlaku vleže i v sedě a pulsu (arytmie). Důležité je i neurologické vyšetření. Orientačně se vyšetřuje zrak a sluch. Další vyšetření dle nálezu například RTG krční páteře, sonografie extra a intrakraniálních tepen, CT, NMR, angiografie, holterovské monitorování, ORL vyšetření a také jiné vyšetřovací metody. Terapie se odvíjí od vyvolávající etiologie.

Výsledkem instability mohou být pády. Ty představují hlavní riziko, neboť vzniká mnoho závažných úrazů. Při nemožnosti vstání u pádu se vyvíjí riziko podchlazení a pocit úzkosti, strachu i bezmoci. Pády vedou k různým zraněním. Jsou to podlitiny a nitrolební krvácení při úderu do hlavy. Vzhledem k častějšímu vzniku osteoporózy i úbytku kostní hmoty jsou kosti více křehké a snadno dochází ke zlomeninám. Nejčastěji ke kompresivním zlomeninám obratlů, zlomeninám krčku femuru, humeru nebo Collesově zlomenině. Zlomeniny ve stáří mohou vznikat nenápadně. Proto musíme po frakturách pátrat, kdy se pacient/klient podrobí vyšetření, hlavně rentgenu a computerové tomografii.

Důležitá je včasná rehabilitace, protože jinak se zde zvyšuje riziko vzniku imobilizačního syndromu. Cílem rehabilitace je obnovit fyzickou i psychickou zdatnost. Velký význam má i spoluúčast rodiny. Léčba je dána příčinou a druhem zlomeniny.

3.1.3 Syndrom imobility (Imobilizační syndrom)

Syndrom imobility je opačným dějem aktivního pohybu čili mobility. Zdravý člověk tak vykonává činnosti denního života a pečuje o sebe sama, což postižený tímto syndromem nezvládá. Pod tímto syndromem si představíme nemocného na lůžku a spoustu negativních důsledků. Imobilizační syndrom se vyvíjí postupně, kdy na začátku může být pouze hypomobilita a neschopnost pohybu je jejím vrcholem. Rychlý rozvoj je právě u těžce nemocných. Lidské tělo reaguje na imobilitu určitými projevy. Při změně polohy se snižuje tlak a dochází ke vzniku ortostatické hypotenze. Sledujeme u pacienta/klienta (dále také P/K) krevní tlak i puls při změnách polohy. Nejobávanejší komplikací je trombembolická nemoc a dále záněty žil s otoky dolních končetin. Podílí se na ni nepohyblivost dolních končetin, žilní insuficience, srdeční selhání. K zamezení vzniku TEN je proto důležitá včasná mobilizace, rehabilitační cvičení dolních končetin, bandáže a podání antikoagulačních léků (nízkomolekulární heparin).

Dlouhodobě ležící staří P/K mají riziko rozvoje pneumonie. Nemocný nezvládne vykašlat stagnující hlen v dýchacích cestách. Dochází k atrofii dýchacích svalů. Zde musíme sledovat saturaci kyslíku, puls. Kašel ani zvýšená tělesná teplota nemusí být. P/K pobízíme k dechovému cvičení, podporujeme odkашlávání hlenů nebo ho v případě nutnosti odsáváme. Snižuje se střevní motilita a zvyšují se rizika obstipace. Podáváme léky dle ordinace na změkčení stolice a podporu peristaltiky. Nutný je dohled na hydrataci P/K. Změníme skladbu stravy. Může být i inkontinence stolice. U močového systému se zvyšuje riziko infekce močových cest. Moč se může hromadit v ledvinné pánvičce, změna pH má za následek krystalky a ledvinné kameny. U inkontinentních udržujeme suchost lůžka, hygienu pokožky a používáme jednorázové plenkové kalhotky. Může se vyskytnout retence moče v močovém měchýři, která si vyžaduje zavést permanentní močový katétr. Sledujeme diurézu, barvu moče a známky infekce. Aktivně podáváme tekutiny. Vzhledem k svalové nečinnosti se svalová síla zmenší a klesá i svalová hmota s rozvojem kontraktur. Imobilita podmiňuje činnost osteoklastů, odplavuje se vápník do moči, do krve a dochází k imobilizační osteoporóze. Velmi často vznikají dekubity, dehydratace a malnutrice.

Při dlouhodobém upoutání nemocného na lůžku se často změní i jeho psychika. Mohou se dostat až do stavu deprese event. do apatie. Starší osoby mohou být zmatené a ztrácí orientaci v prostoru či čase, osoby a mají potíže se spánkem. Je důležité využívat jejich i co nejmenší aktivity.

3.1.3.1 Ošetrovatelský proces k syndromům postihující pohybovou aktivitu

A, Posouzení – získávání informací

Informace si získáme pomocí rozhovoru, pozorováním a z anamnézy. Zjistíme stupeň mobility, sebeděče a schopnost spolupráce (např.: Barthelův test základních všedních činností). Zajímáme se o používání kompenzačních pomůcek, pomocných zařízeních lůžka (hrazdička), antidekubitární matrace nebo jiné.

B, Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy geriatrických syndromů jsou zpracované dle Nanda Taxonomie a je nutné si tyto informace doplnit v knize „Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách“.

Doména č.3: Vylučování a výměna, Třída: vyprazdňování

-Riziko zácpy - 00015

Doména č.4: Aktivita – odpočinek, Třída: aktivita – pohyb

-Zhoršená pohyblivost – 00085

-Zhoršená pohyblivost na lůžku – 00091

-Zhoršená schopnost se přemístit – 00090

-Porušená chůze – 00088

-Sedavý životní styl – 00168

-Riziko imobilizačního syndromu (potencionální diagnóza) – 00040

Doména č.4: Aktivita – odpočinek, třída: energetická rovnováha

-Porušená energie – 00050

-Únava – 00093

Doména č.4: Aktivita – odpočinek, třída: sebeděče

-Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku – 00109

-Deficit při koupání a hygieně – 00108

-Deficit sebeděče při jídle – 00102

-Deficit sebeděče při vyprazdňování - 00110

(tyto ose diagnózy specifikovat s upřesněním)

Doména č.6: Vnímání sebe sama, třída: sebezpečí

-Riziko bezmocnosti – 00152

Doména č.7: Vztahy, třída: role pečovatele

-Riziko přetížení pečovatele - 00062

Doména č.11: Bezpečnost – ochrana, třída: tělesné poškození

-Riziko porušení kožní integrity – 00047 (potencionální diagnóza)

-Riziko pádů – 00155 (potencionální diagnóza)

Doména č.12: Komfort, třída: tělesný komfort

-Akutní bolest – 00132

-Chronická bolest - 00133

C, Ošetřovatelské cíle

1. P/K si udrží správnou polohu těla vleže, vsedě i za chůze.
2. P/K provozuje správný aktivní pohyb, udržuje si svalovou sílu a kondici.
3. Pohybová aktivita je vykonávána bez bolesti a strachu.
4. P/K umí správně používat kompenzační pomůcky.
5. P/K aktivně spolupracuje v péči o sebe sama nebo je schopen provádět činnosti všedního dne sám (hygiena, toaleta, oblékání se, stravování) .

D, Ošetřovatelský plán péče

Plán si zrealizujeme dle soběstačnosti P/K. Zajistíme rehabilitační péči dle individuálního stavu. Chodící P/K se mohou sejít ve společenské místnosti a pracovník z fyzioterapie předvádí jednoduché cviky. Jako pomůcky se mohou použít míče, balónky. Procvičí si tak celé tělo a motoriku. K P/K se sníženou hybností se chodí rehabilitovat na pokoj. P/K dostávají gumové míčky k cvičení a prokrvení rukou. Naučí se správně dýchat k lepšímu odkšlávání a prevenci pneumonie. Rehabilitují i na chodbě a nacvičují si správnou chůzi samostatně nebo s opěrnými pomůckami. S imobilními P/K pohybujeme dle pasivní rehabilitace na lůžku. Jde o správné polohování a provádění pasivních cviků pomocí rehabilitačního pracovníka nebo pomůcek (elektrické šlapadlo).

Hygienickou péči provádíme dle jednotlivých schopností P/K. Na soběstačné P/K dohlížíme, méně schopným P/K dopomůžeme a u imobilních seniorů přebíráme veškerou hygienickou péči. Vždy aktivně zapojujeme P/K do činnosti dle jeho rozsahu. Správná hygiena zahrnuje péči o celé tělo, dutinu ústní a dvakrát do týdne omytí vlasů. Pozornost věnujeme predilekčním místům, genitáliím, hýždím, u žen místům pod prsy a u obézních v podbřišku, kde se nejčastěji tvoří opruzeniny. P/K se myjí na lůžku s umyvadly nebo P/K se sníženou mobilitou vozíme do sprch na vozíku a ležící na speciální omyvatelné vaně. Po omytí dostatečně osušíme. Kůži zbytečně netřeme.

U některých seniorů může být křehká až tzv.papírová kůže. Namasírujeme záda a promastíme celé tělo. Aplikujeme ochranné masti na predilekční místa a oblasti vzniku opruzenin. P/K zajistíme čisté ložní i osobní prádlo.

Zhodnotíme úroveň v oblasti výživy. Dietní omezení dle zdravotního stavu P/K. Nesoběstační P/K se krmí. Jídlo porcujeme před P/K. Umožníme umytí rukou. Nabízíme dostatek tekutin. Schopnost vyprázdnění P/K dle míry soběstačnosti. Můžeme P/K doprovodit na WC, nechat u lůžka křeslo na vyprázdnění nebo podkládáme podložní mísu. Mužům dáme k vymočení močovou láhev. Po vyprázdnění dostatečně P/K omyjeme, osušíme a namažeme ochrannými krémy. U P/K s permanentní močovou cívkou pečujeme o tento invazivní vstup. Důležité je dostatečné omytí. U mužů se přetáhne předkožka, na okolí močového ústí můžeme aplikovat ochranné masti a ženám zajistíme správnou hygienu zevních pohlavních orgánů. Dohlížíme na dostatek spánku a odpočinku. Zajistíme klidné prostředí a pohodlnou polohu. Za každý pokrok chválíme a empatickým cítěním psychiku podporujeme.

E,Hodnocení

Zhodnotíme pohyblivost P/K, soběstačnost v denních činnostech a jeho podíl na spolupráci.

3.1.3.2 Dekubity jako nežádoucí vliv imobility

Vlivem imobilizačního syndromu nebo u P/K se sníženou pohyblivostí může dojít k dekubitům. Jinak řečeno k proleženinám čili otlakům. Dochází k místnímu buněčnému poškození tkáně. Začátkem se projeví trvalým začervenaním a může končit až nekrotickou ulcerací zasahující šlachy, svaly i kosti. Je to vážný problém, proto se stává pro zdravotní personál prioritou.

3.1.3.2.1 Dělení dekubitů do 5. stupňů podle klasifikace dle C.Torrance a predilekční místa

„ V prvním stupni se projeví blednoucím překrvením (hyperémií). Pokud místo začervenaní kůže stlačíme pomocí prstů, tak nedošlo k porušení mikrocirkulace krve. Kůže je celistvá. Po stlačení prsty začervenaní nemizí a celistvost kůže je porušena se označuje jako druhý stupeň (trvalá hyperémie). Třetí stupeň se vyznačuje zvředovatěním až ke škáře. Čtvrté stádium se rozšiřuje a vřed postupuje až do subkutánní fascie. Svalová hmota v místě defektu je oteklá a rudá. Pátý stupeň je infekční nekróza, která postupuje až do spodní fascie. Vzniká destrukce svalů do šířky i do hloubky.

Nejčastější tzv.predilekční místa vzniku proleženin jsou místa, kde kůže má malou tukovou vrstvu a je blízko kosti. V poloze na zádech na křížové oblasti, na patách, sedmém krční obratli, lopatkách a na loktech. V poloze na boku je nejsilnější tlak v oblasti nad hřebenem kosti kyčelní, nad velkým trochanterem, nad ramenním kloubem,

zevním tibiálním kondilem, v spánkové krajině a na zevním kotníku Poloha na břiše představuje predilekční místa na čele, ramenou, kolenech a trnech kosti kyčelní.“ [30]

3.1.3.2.2 Příčiny

Podíl na vzniku má mnoho faktorů a mohou se vzájemně kombinovat. Základem je ztráta hybnosti. Rozhodující je i věk pacienta. Čím je P/K starší, tím má vyšší riziko. Příčinu jsou různé chorobné stavy (Parkinsonova choroba, poruchy vědomí, diabetes mellitus) a úrazové stavy. Riziko se zvyšuje uložením P/K do neupraveného lůžka (mokrý povlečení, shrnuté prostěradlo, polohovací i gumová podložka). Přispívá i špatné zacházení s P/K. Tím je myšleno popotahování na lůžku a nenadzvednutí P/K. Kůže starých lidí je křehká a snadno dojde k traumatizaci. Tlak na predilekční místa u nedostatečného polohování je také častou příčinou. Vlhké prostředí způsobuje zapaření a maceraci pokožky, která lépe podlehně proleženinám (hlavně u inkontinentních a se zvýšeným pocením). Riziko rozvoje otlaků může ovlivnit i malnutrice, obezita, cévní onemocnění, stres, tlak ortopedických pomůcek, zubní protézy, permanentního katétru a jiné.

3.1.3.2.3 Preventivní opatření

Důležité je včasné zhodnotit P/K se sklony k proleženinám a brzy začít s prevencí. Hodnotíme podle stupnice Nortonové. Ležící nemocné polohujeme každé 2 hodiny přes den a každé 3 hodiny v noci. V poloze na zádech jsou horní končetiny mírně od těla s pokrčením v loktech a prsty svírají stočený obvaz nebo míček. Dolní končetiny jsou od sebe, kolena se mírně podkládají a kotník je flektovaný (nedojde ke zkrácení svalů). Tělo by mělo být v jedné ose. Druhá nejčastější poloha je na boku. Záda se podloží, aby se P/K mohl opřít. Obě dolní končetiny jsou pokrčené. Spodní noha může být před nebo za tělem. Prostor mezi koleny podložíme (polštář, stočená deka). Horní končetiny pokrčené v loktech jsou také podloženy. Méně používaná poloha je na břiše, spíše pro prodýchání zadních částí plic. Úhly v kloubech můžeme střídat. Všechna volná místa vypodložíme, aby nedošlo k prohýbání. P/K posazujeme do křesla nebo na lůžku dle jeho stability. Správná technika zvedání a přemísťování nejméně ve dvou osobách. Posouvání na lůžku pomocí podložky nebo uchopení P/K v podpaží (ne jen za paži). Zabraňujeme tření a napínání kůže.

Zajistíme antidekubitární matrace naplněné vodou nebo vzduchem pro středně rizikové pacienty s již vytvořenými dekubity. Jako prevence proleženin slouží matrace s polyuretanové pěny. Účinnější jsou dynamické matrace využívající cirkulace vzduchu a vody, avšak jejich pořízení je nákladné. Z dalších pomůcek používáme chrániče pat,

loktů ve tvaru kolečka, tzv.botičky na paty a jiné obrazce z pěny sloužící k lepšímu napolohování. Zmenší tlak na riziková místa. K udržení P/K v žádoucí poloze můžeme použít také povlečené polštáře a deky. Velmi užitečná jsou často nazývaná „hád'átka“, která jsou naplněná kuličkami. Ty slouží jako polohovací pomůcka a forma bazální stimulace. Pokožka musí být čistá a suchá, proto dodržujeme hygienu znečištěné kůže a aplikujeme ochranné krémy. Hlavně v oblasti genitálu, hýždí a v místech nejčastějšího vzniku opruzenin. Záda promažeme nejlépe mentolovou masťou. Začervenalá predilekční místa masírujeme. U inkontinentních P/K péči o genitál zvyšujeme podáním absorpčních pomůcek, častého mytí a aplikací krémů. Při nehojících se defektech nebo již rozvinutých dekubitů se nemocnému zavádí PMK.

3.1.3.2.4 Léčba dekubitů

Dodržuje se vše jako u prevence a přidá se terapie o dekubit. Velké a hluboké dekubity se projevují dekubitální bolestí a někdy mohou přejít do dekubitální sepse. Důležitá je správná diagnóza dekubitů, včasné zahájení léčby a zlepšení celkového stavu. Záleží zda je spodina nekrotická, povleklá, granulující, epitelizující. Vliv má i velikost, exudace (barva, množství), stav kůže v okolí i okrajů rány a přítomnost infekce. V začátcích tvorby dekubitů je vhodné mazat začervenala místa silnější vrstvou masťou a past (Lavarisin, Menalind). Účinné je rychlé odstranění tlaku. Ve druhém stupni se snažíme o epitelizaci. Rána je pokryta epitelovými buňkami s tkání chudou na cévy, nervy i kožní žlázy. Třetí stupeň podporujeme v procesu granulace. Vytváří se nová tkáň s cévami, vazivem a nahrazuje poškozenou tkáň. Pokud se dekubitus dlouhodobě nehojí je na řadě konzultace s chirurgem o případné nekrektomii. Existuje alternativní léčba, což je čištění infikovaných a nekrotických ran pomocí sterilních larev mouchy bzučivky zelené. Další léčení podporujeme pomocí laseru (protizánětlivý a analgetický účinek), biolampy (podpora granulace, analgetický účinek) a hyperbarické komory.

Léčba dekubitů se vyvíjí. Firmy vyrábí čím dál kvalitnější a účinnější výrobky. Novější materiály jsou nepropustné pro mikroorganismy, udržují stejnou teplotu a snižuje se kontaminace rány i zápach. Mohou mít i analgetický účinek. Vhodná je i terapie dekubitů zevnitř. Tzv.sipping je popíjení speciálního nápoje (Cubitan), který má zajistit energii s přísunem bílkovin, minerálů, vitamínů a stopových prvků. Tím je léčba dekubitů efektivnější. Doporučuje se i u P/K bez obtíží přijímání stravy per os. Nesmíme zapomenout na dostatečnou hydrataci P/K. Svou důležitost má i pohoda P/K. Zajistíme spolupráci s rodinou.

3.1.3.2.5 Ošetřovatelský proces u dekubitů

A, Posouzení – získávání informací

Informace o změnách na kůži zjistíme hlavně pozorováním a vyčtením i porovnáním současného stavu s minulým stavem ze zápisů z dokumentace.

B, Ošetřovatelské diagnózy

Doména č.4: Aktivita – odpočinek, Třída: aktivita – pohyb

-Zhoršená pohyblivost na lůžku - 00091

-Riziko imobilizačního syndromu (potencionální diagnóza) – 00040

Doména č.6: Vnímání sebe sama, Třída: tělesný obraz

-Porušený obraz těla - 00118

Doména č.11: Bezpečnost – ochrana, Třída: infekce

-Riziko infekce – 00004 (potencionální diagnóza)

Doména č.11: Bezpečnost – ochrana, Třída: tělesné poškození

-Porušení kožní integrity – 00046

Doména č.12: Komfort, Třída: tělesný komfort

-Chronická bolest - 00133

C, Ošetřovatelské cíle

- 1.P/K má dostatek informací.
- 2.P/K má čistou a neporušenou kůži.
- 3.P/K nepocítuje bolest.
- 4.Péče o dekubit je provedená asepticky, bezpečně a dle pokynů lékaře.
5. Ošetřovatelská péče probíhá bez komplikací.

D, Ošetřovatelský plán péče

V případě prevence dekubitů zajistíme správné polohování imobilního nemocného s antidekubitární matrací i pomůckami. Pravidelná výměna osobního a ložního prádla. Dodržujeme čistou, suchou a krémem ošetřenou pokožku. Masáž zad i predilekčních míst. Denně kontrolujeme kůži i dekubity. Před ošetřením dekubitů si připravíme potřebné pomůcky a P/K s místem defektu. Ošetření okolí i rány dle indikací lékaře. Přistupujeme k dekubitu jako k ráně, asepticky. Dezinfikujeme si ruce a chráníme se ochrannými pomůckami (rukavice, ústenka). Převazujeme dle ordinací ošetřujícího lékaře a dle potřeby. Odstraníme stávající obvaz s opatrností na nově vytvořenou tkáň. Pokud je obvaz přilepený zvlhčíme určeným roztokem. Náplast šetrně odlepíme,

abychom nepoškodili křehkou kůži. Defekt opláchneme roztokem (fyziologický, Ringerův roztok) nebo osprchujeme. Setřeme zvlhčeným tampónem povleklá místa. Očistíme dezinfekcí okolí rány. U infikovaných směrem k ráně (dle ordinace vzorek na mikrobiologické vyšetření) a u aseptických od rány ven. U dekubitu hodnotíme stav a zaznamenáváme jeho velikost, hloubku, okolí rány, změnu od poslední kontroly, povrch (nekróza, hnisavý povlak), charakter a množství sekretu (seriózní nebo hnisavý) a přítomnost granulací a epitelizací. Při zhoršení či naopak zlepšení průběhu dekubitu provedeme Nortonovu stupnici. Zjišťuje celkový tělesný stav, psychický stav, aktivitu, mobilitu a inkontinenci. Ptáme se P/K na bolest a dle lékaře aplikujeme analgetika. O velkých změnách a komplikacích informujeme lékaře. Ošetření zaznamenáme do dokumentace (plán prevence a péče o dekubity, komplikace, podpis).

E,Hodnocení

Provedeme všechna hodnocení u dekubitu a zaznamenáme. Rozhovorem zjišťujeme subjektivní pocity P/K (bolest).

3.2 Inkontinence moče

Inkontinence moče se definuje jako samovolný a neuvědomělý únik moči z močového měchýře. Představuje komplikace sociální, psychologické a zdravotní a ovlivňuje tak kvalitu života. Na udržení moči v močovém měchýři a následném vyprázdnění se podílí mnoho faktorů. Mezi ně patří nervový systém (křížová oblast míchy S1-S3 a impulzy pokračují do mozkové kůry), procesy v malé pánvi, stav močových cest a vlastní vůle k močení. Většinou je to problém žen nad 50 let a nejvíce nad 80 let. Vyskytuje se i u mužského pohlaví. Staří lidé si mohou myslet, že je běžnou součástí jejich věku. Z tohoto důvodu i ze studu nemusí vyhledat lékařskou pomoc.

K příčinám inkontinence ve stáří řadíme stav močových cest, které se vlivem přibývajícího věku mění. Dochází ke zvýšení činnosti musculus detruzor vesicae (většina hladké svaloviny močového měchýře podílející se na vypuzení moče), mírně snížené kapacitě močového měchýře a k zhoršenému vyprázdnění. Postmikční reziduum může být větší než norma, to je do 90 ml. Jisté choroby a onemocnění urogenitálního traktu mají významný podíl na vzniku močové inkontinence. Obstrukce v močových cestách brání odtoku moče ven z těla (nádor, kameny). Infekce močových cest i dráždění z okolních míst (například nahromaděná stolice v rektu) způsobují zvýšenou dráždivost močového měchýře. Poruchy uzávěrového mechanismu

způsobují změny v období postmenopauzy, porucha funkce pánevního dna, cystokéla, prolaps dělohy (většinou u ženy po porodech) také mají spojitost s problémy močení.

Nechtěné pomočování může být příznakem těžkého onemocnění. Máme tím na mysli cerebrovaskulární onemocnění (CMP, TIA), Parkinsonovu chorobu, míšní traumata (úraz, onkologická onemocnění), záněty, roztroušená skleróza i diabetes mellitus. K dalším příčinám patří stavy po operacích (prostaty). Určitý vliv mají nežádoucí účinky některých léků. Inkontinence u psychických onemocnění jako je demence, delirium, psychózy je jeden z několika projevů těchto chorob. Tito P/K necítí potřebu močit, nemohou se svléct, najít toaletu nebo zde mohou být předešlé příčiny (různá onemocnění). Samovolné močení může vzniknout i z důvodu, který se odstraňuje se spoluprací nemocného snadněji než ostatní zmiňované. Myslíme tím doprovod P/K pravidelných časových intervalech na WC neschopných samostatného pohybu i dopomoc při svlékání a u imobilních P/K, kteří jsou schopní si říct o podložní mísu.

3.2.1 Klasifikace inkontinence

Inkontinenci močovou rozdělujeme do několika skupin, které charakterizují vlastní příčinu onemocnění a z toho se vyvozuje i řešení a léčení problému.

Stresová inkontinence (sfinkterová)

K úniku dochází při zvýšeném nitrobršním tlaku bez kontrakce musculus detruzor vesicae a bez pocitu na močení. Dělí se do několika stupňů dle množství uniklé moči a dle faktorů, které ji způsobí. První stupeň je nejlehčím postižením s únikem několika kapek v důsledku smíchu, kašle, kýchání. Druhým stupněm se myslí únik ve vyšším množství při pohybu bez zvýšeného intraabdominálního tlaku (běh). Nejtěžším stupněm je pomočení v klidu. Častěji postihuje ženy než muže.

Urgentní inkontinence (Syndrom hyperaktivního močového měchýře)

Projevuje se nucením na močení několikrát během dne tzv.urgence a obvykle se objevuje polakisurie, nykturie i pocity tlaku v podbřišku. Z důvodu zvýšeného rezidua vznikají častěji infekce. Množství nechtěně vymočené moči se může pohybovat od zanedbatelného množství až po několik stovek mililitrů. Tento typ se ještě může rozdělit na motorickou a senzorickou příčinu inkontinence. U motorické je patologická kontrakce detruzoru a centrální řízení mikce může být utlumené nebo až porušené. Senzorický typ spustí mikci vlivem impulsů ve stěně močového měchýře (zánětlivá, nádorová onemocnění nebo idiopatická příčina).

Kombinovaný typ inkontinence

P/K postihly oba typy inkontinence a to stresová i urgentní. Představuje opravdu nepříjemné pocity a častější vznik inkontinence.

Inkontinence z přetékání

Tato inkontinence je typická hromaděním moče v močovém měchýři bez schopnosti jeho vyprázdnění. Moč pouze odtéká v malém množství nebo dokonce jen odkapává. Vyloučení moči po kapkách se nazývá paradoxní ischurie. Vzniká z důvodu porušeného odtoku moče (tumor) či z poruchy kontraktility.

Inkontinence reflexní

P/K nepociťuje naplněný močový měchýř. Neuvědomuje si ani, že k pomočení došlo, protože zde chybí centrální kontrola o vyprázdnění (sclerosis multiplex, transverzální léze míšní, afekce CNS). Schopnější P/K se mohou vyprazdňovat pomocí cévky v pravidelných časových intervalech, kterou si zavádějí močovou trubicí do močového měchýře (čistá intermitentní katetrizace).

Inkontinence funkčního typu

Není zde onemocnění močových cest, ale P/K si nedokáže včas dojet na toaletu. Nelze to z důvodu imobility nebo ani neví, že se má vymočit (dementia).

Inkontinence jako nežádoucí účinek léků

Vlivem některých léků může dojít k samovolnému úniku vzhledem k jejím vedlejším účinkům. Patří sem psychofarmaka, která vyvolávají ospalost, sníženou mobilitu a tedy také funkční inkontinenci. Diuretika a antihypertenziva mohou způsobit pomočení vzhledem k častějšímu pocitu k močení a zvýšenému množství moči.

Permanentní inkontinence (trvalá)

Vyskytuje se vlivem vrozených onemocnění močových cest (epispadie i jiné) nebo po získaných chorobách (píštěle – extrauretrální inkontinence, po prostatektomii).

3.2.2 Klinický obraz

Příznakem je náhlý mimovolný únik moče z močového měchýře nebo nepřetržité odtékání u permanentní inkontinence. Příčina těchto stavů je u každého typu jiná a již je uvedena v klasifikaci inkontinence. Projevem inkontinence je ztráta moče a zápach. Mohou se objevit i poruchy průběhu močení. K těmto potížím patří zpomalený proud moči, přerušovaný proud moči, problémy se zahájením močení, namáhavé močení nebo

koncové domočování (při ukončování močení moč jen odkapává). Po mikci může dojít k pocitům nekompletního vymočení nebo k dalšímu samovolnému odchodu moči. Tyto příznaky převážně vyvolají strach, stud a nepohodlí, proto se nemocným o potížích těžko hovoří. Vlivem inkontinence omezují pitný režim, vyhýbají se společnosti a zůstávají doma, aby si včas došli na WC. Také většinou používají menstruační vložky, které ovšem problém neřeší. Opruzeniny mohou vzniknout z důvodu častého pomočení hlavně u imobilních nemocných a v případě dekubitu v této oblasti může dojít ke zhoršenému hojení. Při zjištění inkontinence u P/K doporučíme konzultaci s lékařem.

3.2.3 Určení diagnózy inkontinence

Prvním krokem je návštěva lékaře a sběr důležitých informací. Ptáme se co inkontinenci způsobuje, s čím má souvislost, z jakého důvodu k ní dochází (skákání, kašel). Kdy se objevil začátek onemocnění a jestli ho vyvolal nějaký podnět (porod, úraz). Odebíráme jak osobní anamnézu o lécích, veškerých onemocněních, tak anamnézu gynekologickou. Zde nás zajímají porody, operační zákroky, menstruace. Z urologické anamnézy zjišťujeme tlak, bolestivost v podbřišku a močení.

Z fyzikálního vyšetření se zaměříme na pohmat per rektum a sledujeme stav genitálu. Laboratorně se zajímáme o moč biochemicky, bakteriologicky, moč a sediment a z krevních testů zánětlivé markery, ureu i kreatinin. Schopné P/K informujeme o psaní tzv. mikčnického deníku po určitou dobu asi 48-72 hodin. Zapisuje se příjem a výdej tekutin, epizody inkontinence a pocity k močení. Typickým vyšetřením je test vážení vložek tzv. PAD TEST. P/K nosí vložku jednu nebo dvě hodiny za různé fyzické zátěže, potom se vložky zváží a zjistíme míru postižení. Dalším testem může být Marshallův test. Po naplnění močového měchýře 200 ml roztoku se P/K vyzve ke kašli a pak se hodnotí množství uniklé moče na papírové podložce. K přiblížení obtíží P/K může být vyplněn dotazník. Ke speciálnímu vyšetření patří urodynamické hodnocení. Jsou to nejpřesnější metody a odhalí dysfunkce dolních močových cest. Pod pojmem urodynamická vyšetření si můžeme představit uroflowmetrii (zjišťuje analýzu proudu moče), profilometrii (měří uretrální tlak) a elektromyografii (zaznamená elektrické potenciály svalstva pánevního dna). Mikční cystometrie zjišťuje aktivitu detruzoru během močení (u P/K s benigní hyperplázií prostaty). K vyloučení nemoci urogenitálního traktu provádíme ultrasonografii, uretrocystoskopii, rentgenová vyšetření, neurologickou a gynekologickou prohlídku.

3.2.4 Terapie

Cílem léčebného režimu je vyřešit stávající problém pacienta nebo zlepšit kvalitu života. Terapie inkontinence má multidisciplinární charakter. Metody léčby nejsou stejné pro všechny typy inkontinence a mohou se kombinovat. Začátkem je dodržení určitého režimu. Nepít kávu, snížit hmotnost a omezit náročnou fyzickou zátěž. Z konzervativní léčby doporučujeme posilování pánevního dna a nácvik močení v pravidelných intervalech. P/K s funkční inkontinencí podporujeme v sebeobsluze a nácviku chůze na WC. Z farmakoterapie se podávají léky na ovlivnění funkce dolních močových cest a ty snižují aktivitu močového měchýře ke kontrakcím. Mohou mít jen pomocný význam. Užívají se pro léčbu stresové a urgentní inkontinence. Jsou to hlavně parasymphatolytika a spasmolytika. Využívá se i elektrostimulace aferentních vláken nervus pudendus. To vyvolá stažení uretrálního příčně pruhovaného svalstva i svalů dna pánevního. Tyto dávky elektrických stimulů mohou posílit svaly dolní pánve. U středně závažné až závažné inkontinence a při selhání neinvazivních metod se přistupuje k operačnímu řešení. U stresové inkontinence se reponuje uretrovezikální spojení a zafixuje se tzv. ureteroplastika. Chirurgická léčba urgentní inkontinence je zaměřena na citlivost močového měchýře roztažením. Inkontinence z přetékání se léčí odstraněním obstrukce močových cest a poruchy kontraktility také operačním výkonem. Jsou i jiné invazivní metody.

Pokud došlo k selhání všech léčebných metod, příčina není léčitelná nebo přímo v době léčení můžeme nabídnout P/K jednorázové absorpční pomůcky. Liší se dle soběstačnosti, mobility a míry inkontinence. Chodící a soběstační P/K mohou využít vložky pro ženy i pro muže. Mají speciální savé jádro, které při pomočení uzamkne tekutinu i zápach uvnitř. V nabídce jsou i vložné pleny nebo plenkové kalhotky vhodné spíše pro ležící a nesoběstačné nemocné.

3.2.5 Ošetřovatelský proces u inkontinence

A, Posouzení-získávání informací

Informace získáme rozhovorem s P/K a dle jednotlivých vyšetření. Pokládáme P/K jednoduché otázky pro doplnění informací.

B, Ošetřovatelské diagnózy

Doména č.3: Vylučování a výměna, Třída: Vyprazdňování moči

-Porušené vyprazdňování – 00016

- Retence moči – 00023
- Úplná inkontinence moči – 00021
- Funkční inkontinence moči – 00020
- Stresová inkontinence moči – 00017
- Reflexní inkontinence moči – 00018
- Urgentní inkontinence moči - 00019
- Ochota ke zlepšení vyprazdňování moči - 00166

Doména č.4:Aktivita-Odpočinek, Třída: spánek - odpočinek

- Porušený spánek-00095

Doména č.11: Bezpečnost – ochrana, Třída: tělesné poškození

- Porušená kožní integrita – 00046
- Riziko porušení kožní integrity – 00047 (potencionální diagnóza)
- Riziko pádů – 00155 – u urgentní inkontinence (potencionální diagnóza)

C,Cíle ošetrovatelské péče

- 1.P/K má obnovené normální nebo neoptimálnější vylučování moče.
- 2.P/K volně hovoří o svých obtížích.
- 3.P/K má neporušenou kůži i sliznici v oblasti genitálu.
- 4.Nedojde ke zhoršení dekubitu a ke komplikacím.
- 5.Nedošlo ke vzniku infekce močových cest.
- 6.P/K je dostatečně informovaný.
- 7.Známe příčinu inkontinence.
- 8.Dodrží a správně provádí posilování pánevního dna.

D,Ošetrovatelský plán péče

Plán si zrealizujeme dle typu inkontinence a individuálních potřeb P/K. Sledujeme fyziologické funkce (TK, TT), příjem a výdej tekutin (vedeme si záznam, P/K mikční deník), charakter moči, stav a napětí kůže i sliznic, účinky některých léků. Poloha i pohybový režim jsou přirozené a inkontinence je nijak neomezuje. Aktivní pohyblivost je na místě. U stresové inkontinence doporučíme cvičení jako hluboké dýchání, vtahování pochvy, cvičení s míčem a posilování pánevního dna. Edukujeme P/K o trpělivosti. Důležité je informovat o možnosti použití brožurek spolu s názornou ukázkou a využití služeb Pelvis klubu. Výsledky se mohou objevit až za 3 měsíce. Zvolíme WC v blízkosti P/K a méně soběstačným pomůžeme na toaletu. Trénování

chůze a blízkost WC je výhodná u funkční inkontinence. Na WC jsou madla a nástavec pro lepší vstávání. U lůžka zajistíme mužům močovou láhev a ženám podložní mísu, event. klozetové křeslo. Důležitá je pravidelná výměna, aby se P/K mohl vždy při potřebě vymočit. V dosahu zajistíme signalizační zařízení. V oblasti hygieny zhodnotíme stupeň soběstačnosti. Poskytneme dostatek absorpčních pomůcek. Chodícím P/K vločky s absorpčním jádrem. Imobilním P/K podáme vložné pleny nebo plenkové kalhotky dle individuálních potřeb (míra inkontinence, velikost). Při výměně dostatečně umyjeme, osušíme genitál a namažeme ochrannými krémy (například řadou Menalind). Zajistíme dostatek tekutin alespoň 2-3litry denně (1xdenně urologický čaj) a sledujeme výživu (množství stravy, BMI). Zhodnotíme kvalitu odpočinku a spánku. Před spaním lépe méně pít a dojít si na toaletu. P/K podáme dostatek informací o inkontinenci a její léčbě. Nemocný se tak lépe zapojí do aktivního léčebného režimu. U demence připomínáme vyprázdnění. Zajistíme kontakt s rodinou P/K a edukujeme o plánu péče.

E, Hodnocení

Provádíme dle stanovených cílů. Po rozhovoru s P/K zjistíme účinky léčby, zmírnění nebo upravení inkontinence. Ujistíme se zda je P/K informován. Pohledem sledujeme (u nesoběstačných P/K) genitál a okolí. Provedeme záznam do dokumentace.

3.3 Další geriatrické syndromy

Jen krátce zmiňujeme charakteristiku jiných geriatrických syndromů, které se v období stáří mohou vyskytnout. Jedná se pouze o výběr.

3.3.1 Inkontinence stolice

Inkontinence stolice se definuje jako vůlí neovlivnitelné vyprázdnění stolice. Aby vyprázdnění správně fungovalo existují faktory udržující kontinenci stolice. Mezi ně patří neporušená peristaltika střeva, vnímavost konečníku a rekta při naplnění stolicí či plynem, umožnění vyprázdnění při potřebě na stolicí pomocí svěračů, svalstva pánevního dna, břišních svalů nebo zadržení defekace v nevhodné situaci. Také sem řadíme psychické faktory (demence, deprese). Důležitá je i blízkost toalety, pohyblivost i soukromí k vyprázdnění. Inkontinenci stolice můžeme rozdělit do tří stupňů. V prvním případě nemocný neudrží plyny, u druhého stupně ani řídkou stolicí a nejtěžším stádiem se projeví neudržením tuhé stolice.

Etiologií inkontinence je porušená střevní motilita. Může být zpomalená činnost střev z důvodu atonie svalů, snížený příjem vlákniny i tekutin, v souvislosti z chorobami

i s léky. Urychlená peristaltika střev vzniká při silných průjmech, některých lécích a u některých onemocněních (poranění CNS). Defekace probíhá míšním reflexem v oblasti S2-S4, podřízeno centru v mozkové kůře. Při stavech delší imobility dochází k oslabení svalstva břišní stěny, bránice, pánve a svěračů. Může vznikat po operacích gynekologických, konečníku a prostaty. Léčba inkontinence je u nemocného velmi důležitá, neboť projevy poruchy defekace jsou nepříjemnou záležitostí. Zaměříme se na odstranění vyvolávající příčiny nebo se pokusíme o snížení projevů. U P/K upravíme jídelníček na vhodnou stravu, kdy nepodáváme velmi tučná jídla, špatně stravitelná či nadýmavá. Zvýšíme příjem vlákniny, ovoce nebo zeleniny. Z tekutin vyřadit alkohol a nápoje s kofeinem. Z důvodů zlepšení fyzické zdatnosti a schopnosti pečovat o sebe sama se doporučuje dodržovat pohybový režim, který udržuje sílu břišního lisu, tonu análního svěrače a také zlepšuje střevní pasáž. Zajistit pravidelnou dobu k vyprazdňování a pokusit se o tzv. defekační reflex. V určitou dobu dáme nemocnému vypít na lačno sklenici vody nebo minerálky. Pokud opakuje vypití tekutin ve stejnou dobu každý den dojde k vyprázdnění stolice. Při nedodržení se defekace naruší. Při inkontinenci způsobené průjmy lékař ordinuje medikaci ke snížení jeho projevů (Imodium). Při selhání všech způsobů zábrany inkontinence stolice edukujeme nemocného nebo rodinu o možnosti absorpčních pomůcek, které zachytí uniklou stolicí a částečně i zápach. Novinkou u fekální inkontinence ležících P/K je Flexi seal. Odvádí tekutou stolicí do sběrného sáčku a chrání P/K před znečištěním i kontaminací ran.

3.3.2 Syndrom dehydratace

Je u starší populace častým problémem. Dojde k poklesu tělesné vody z důvodu sníženého příjmu tekutin do organismu. Normální příjem se pohybuje kolem 2-2,5litrů. Přirozené ztráty jsou ledvinami, plícemi, gastrointestinálním traktem a kůží. Starým lidem vyhasíná pocit žízně, proto dochází snadno k dehydrataci, která vzniká často v souladu se syndromem imobility, deprese a demence. Mozek jim „zapomene“ poslat signál o žízni. Při některých onemocněních (průjmy, zvracení, pocení, diabetes insipidus) dochází ke zvýšeným ztrátám tekutin. Jedna z dalších příčin je strach z pomoci (inkontinence) i některé léky (diuretika) způsobující zvýšený výdej moče.

Rozdělujeme ji na hypertonickou. Zde je nedostatek vody a Na je v normě. Na izotonickou, která se typizuje ztrátou vody i sodíku. Dehydratace hypotonická vzniká při větších ztrátách elektrolytů než vody. Projevují se sníženým turgorem kůže, oschlými sliznicemi a rty, suchou kůží, neklidem, únavou, oligurií, tachykardií.

Příznaky mohou vystupňovat až v renální nedostatečnost, apatii, křeče, svalovou slabost i komatózní stav. Léčba dle druhu dehydratace. Doplníme tekutiny nebo sodík. Per os tekutiny (čaj). Intravenózně infúze s chloridem sodným, 5% glukóza nebo minerály.

3.3.3 Syndrom maladaptace

Klesá zdatnost a odolnost vůči neznámému prostředí a ztrátě vlastního stereotypu. Projeví se ztrátou psychické rovnováhy, emoční labilitou, úzkostí, depresi, poruchami spánku, nechutenstvím, únavou i palpitacemi. Je tedy důležité při přesunutí P/K do ústavní péče ho se vším seznámit, zapojit ho do současných činností, vše vysvětlovat a věnovat mu zvýšenou pozornost při přijetí.

3.3.4 Syndrom týrání starého člověka

Dále se může vyskytnout syndrom týrání. Projevuje se velmi nevhodným chováním jako je bolestivé zraňování, duševní týrání a ponižování, odpírání stravy, léků a jiné pro seniora deprivující záležitosti. Většinou se tak děje v domácím prostředí.

3.3.5 Syndrom teplotní zátěže na organismus

Termoreceptory v hypotalamu ztrácí involučním procesem citlivost. Je porušená vazokonstrikce, vazodilatace a atrofuje i kůže. Snadno dojde u seniorů při přehřátí k labilitě (hlavně srdeční choroby). Od kolapsu může přejít k úžehu s multiorgánovým poškozením. Urychleně postiženého přesuneme do stinné místnosti, ponoříme předloktí do vody s teplotou 20 °C , podáváme tekutiny. Při úžehu ledové infúze fyziologického roztoku, vaky s ledem do třísel, na krk až ponoření celého těla do chladné vody. Preventivně poučíme seniory, aby v horkých dnech omezili aktivní pohyb a pobyt na slunci, lehce se oblékali a popíjeli tekutiny.

Opakem je hypotermie. Příčinou je chladné prostředí, selhání termoregulace (transverzální léze míšní, poškození jader hypothalamu), při srdečních selháních, krvácivých stavech nebo při hypoglykémii. Projeví se třesem, pocitem chladu, spavostí a zmateností. Později se snižuje krevní tlak a dech. Může se rozvinout až v bezvědomí a smrt. Nemocného přesuneme na teplý pokoj, podáme teplé nápoje, termofory s teplou vodou 40°C. Při pokročilém stavu ohříváme infúze nebo se stav řeší hemodialýzou.

3.3.6 Syndrom malnutrice

Je to stav k němuž dochází, pokud je příjem energie a bílkovin nižší než jejich potřeba, ale i vitaminů, minerálů a stopových prvků. Příčinou jsou i choroby (deprese, demence, srdeční selhání, jaterní cirhóza), psychika (osamělost), nežádoucí účinky léků,

fyziologicky snížená chuť k jídlu (pomalé vyprázdnění žaludku, snížení motilita trávicího systému). Klinickým obrazem se stává časný pocit sytosti a mizí pocit hladu. Později vznik dekonidice, snížení aktivního pohybu, instabilita s pády až imobilizační syndrom. Léčíme příčinu malnutrice. Zjistíme příčiny hubnutí a zhodnotíme BMI. Nemocnému upravíme jídelníček, redukujeme léky s nežádoucím účinkem, odstraníme zácpu při její přítomnosti (projímadla, vláknina), ovlivníme pomalé vyprázdnění žaludku (prokinetika), upravíme střevní flóru (jogurty s živou kulturou). Pokud P/K nepřijímá stravu per os zajistíme jinou cestu výživy. Doplnit výživu doporučujeme pomocí popíjení nutričních přípravků = sipping (Resource, Nutridrink). Potom až enterální podpora pomocí nasogastrické sondy nebo PEG až parenterální výživa.

3.3.7 Syndrom demence

Demence má více příznaků. Mezi ně patří porucha chování, řeči, intelektu, nálady a paměti. Nejčastějším typem demence je Alzheimerova demence, kdy speciální bílkovina amyloid ničí neurony, jejich komunikaci a dochází k atrofii mozku. Má pomalý nástup. Postižená krátkodobá paměť a postihuje hlavně ženy. V prvním stádiu jsou příznaky mnohdy přehlédnuty. Postupně dochází ke zhoršení stavu. Snižuje se soběstačnost a ztrácí se ve známém prostředí. Dochází k bloudění. Nejtěžší stupeň se projevuje poruchami hybnosti, inkontinencí, nepoznává své blízké a výpadky v paměti se více prohlubují (zapomene i na příjem potravy).

4 KOMUNIKACE

Verbální komunikace se děje pomocí slov a s lidmi ve vyšším věku není snadná. Na prvním místě je trpělivost. Staří lidé v nás mohou často vzbuzovat soucit a strach. Jsou křehcí a zranitelní. U geriatrických P/K je významná empatie. Dodržujeme vhodnou vzdálenost od P/K asi 50cm nevstupujeme do intimní zóny (každému je příjemná jiná vzdálenost). Hovoříme tváří v tvář. Respektujeme celé jméno, příjmení a titul. Samotné se mi podařilo být svědkem nevhodného oslovení „babi“, „dědo“. Nikdy zbytečně nezvyšujeme hlas, jednáme profesionálně. Komunikační bariéry si nejprve ověříme (nedoslýchavost, ztráta zraku). Snažíme se nespěchat. Jejich tempo psychické i fyzické je pomalejší. Potřebují povzbuzení, pochvalu za každý úspěch i uznání. Vždy jsme slušní a taktní. Vše P/K vysvětlíme (postup vyšetření, léky a názvy onemocnění). Nacházíme si vhodné termíny, kterým je schopen porozumět. Zbytečně nezatěžujeme P/K dlouhými rozhovory. Snažíme se být P/K partnerem.

Další složkou je neverbální komunikace. Sem patří mimika (výraz tváře), proxemika, haptika (dotyk) , posturologie (poloha těla) , kinezika (pohyby těla), pohledy očí, paralingvistika (použití lidského hlasu – tón, výška hlasu, rychlost řeči) a gesta. Tento způsob komunikace je klíčový pro nemocné se smyslovými deficity. Mnohdy pomáhá více nežli slova u vážně nemocných. Můžeme si dopomoci i psaním na papír nebo tabulkami s abecedou. Velmi důležité je naslouchání.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část je zpracována dle jednotlivých metod. Mezi použité metody patří dotazník, rozhovor, pozorování a kazuistika. Výzkumné šetření probíhalo na oddělení geriatrické a následné péče v Liberci a v Domě s pečovatelskou službou Hodkovice nad Mohelkou. Průzkum byl určen pro seniory a probíhal zcela anonymně. V dotazníku bylo celkem 20 dotazů původu otevřeného i uzavřeného. Rozhovor i pozorování probíhalo během sbírání dotazníků. Kazuistika je zaměřena na P/K s onemocněním týkající se hypomobility a inkontinence. Ošetrovatelské diagnózy jsou sestaveny dle Nanda domén. Cílem bylo zjistit zda jsou senioři spokojeni s kvalitou domácí ošetrovatelské péče. Jestli do nejčastějších geriatrických syndromů patří inkontinence a imobilita. Poslední hypotézou jsem chtěla zjistit spokojenost geriatrických pacientů/klientů se zdravotní ošetrovatelskou péčí a přístup, kterým zdravotnický personál spolupracuje se seniory za hospitalizace.

5 METODIKA PRÁCE

Praktická část je zpracována metodou dotazníku, rozhovoru, pozorování a kazuistiky. Dotazník je formulář, který obsahuje několik otázek. Cílem je zjištění daného problému a zhodnocení vlastních předpokladů. Zkoumala jsem nejčastější geriatrické syndromy, spokojenost a kvalitu ošetrovatelské péče. Toto téma by mělo být stále aktuální, protože lidé ve vyšším věku potřebují ve zvýšené míře odbornou zdravotní pomoc. Na základě toho je důležitá dostupná kvalitní ošetrovatelská péče a spokojenost seniorů. Dotazníky jsem rozdávala na oddělení geriatrické a následné péče v Liberci a v domově s pečovatelskou službou v Hodkovicích nad Mohelkou. Léčebna dlouhodobě nemocných poskytuje následnou péči většinou seniorům po proběhlém akutním i chronickém onemocnění, po úrazech, při poruchách soběstačnosti i demenci. Zahrnuje tedy péči léčebně-rehabilitační, ošetrovatelskou a gerontopsychiatrickou. U každého pacienta/klienta je uplatňován specifický geriatrický režim. Významnou částí je rehabilitace, která využívá vodoléčby, tělocvičny, fyzikální terapie a rehabilitačních pomůcek. Provozují se zde různé aktivity jako ergoterapie, psychoterapie, jóga, logopedie, muzikoterapie a trénování paměti. Velmi oblíbenou metodou je canisterapie, což je přítomnost vycvičeného psa. Toto oddělení se zabývá i paliativní péčí. Dům

s pečovatelskou službou je vhodný pro občany vyššího věku, kteří potřebují bydlení a pomoc při běžných denních činnostech. Funguje zde hygienické centrum a umožňuje seniorům pomoc při koupání. Zajišťuje různé služby nutné k vykonávání běžných denních činností (donáška a podávání obědů, nákupy, úklid a mnoho dalších).

Výzkum probíhal od listopadu roku 2009 a pokračoval do února 2010. Dotazník byl určen pro seniory a byl zcela anonymní. Obsahoval 20 otázek. Otázky byly různého charakteru. Objevují se otevřeného původu, ale většinou jsou uvedené ve způsobu uzavřeném. Složkou dotazníku je i škála od 1 – 10. Ta slouží k ohodnocení spokojenosti ošetrovatelské péče. Pilotní studie proběhla na deseti respondentech. Na tomto základě byly zjištěny některé špatně formulované otázky. Z toho důvodu byl dotazník přepsán a znovu otestován na geriatrických pacientech/klientech. Rozdala jsem postupně 150 formulářů a jejich návratnost byla 82,14%. V dotazníku se mohou vyskytnout mylné odpovědi, proto jsem zejména u méně soběstačných až imobilních pacientů/klientů sbírala informace pomocí dalších metod. Mezi ně patří rozhovor a pozorování. Konverzací došlo k ujasnění jednotlivých položek dotazníku a tak k dosažení správných odpovědí. Dotazník je k nahlédnutí v přílohách. Tabulky s výsledky výzkumu jsou zpracovány v programu Microsoft office Excel 2003. Během získávání důležitých údajů jsem sledovala celkový stav, pohyblivost, charakter a změny kůže, potíže s močením, se stolicí, dodržování pitného režimu a frekvenci stravování. Ptala jsem se i na spokojenost s ošetrovatelskou péčí a společně jsme ji vyhodnotili dle stupnice uvedené v dotazníku. Převážně jsem mohla pacienty/klienty kontrolovat během své praxe na oddělení geriatrické a následné péče. V domově s pečovatelskou službou jsem spolupracovala s vedoucí zařízení a s klíčovými pracovníky, kteří klienty velmi dobře znají. Součástí metod praktické části je i kazuistika. Zde také probíhala metoda rozhovoru a pozorování. Kazuistika znamená výklad a popis jednotlivých údajů konkrétního P/K. Zaměřila jsem se na jednoho seniora s onemocněním souvisejícím s hlavním tématem. Jednalo se o poruchu mobility a inkontinenci. Všechny získané informace jsou zpracovány do ošetrovatelských diagnóz dle Nanda domén a dále do ošetrovatelského procesu.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Tab.č.1: Jste muž - žena?

Pohlaví	Počet	
	Absolutní	Relativní
Ženy	80	69,57%
Muži	35	30,43%
Celkem	115	100,00%

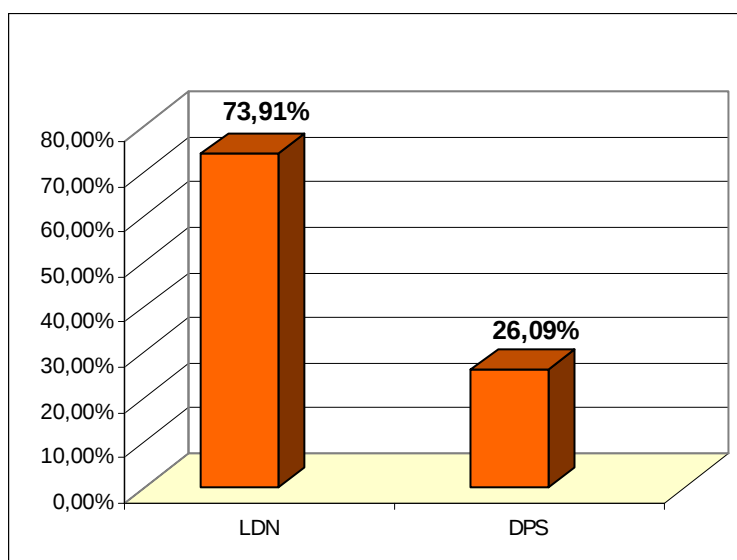
Tabulka ukazuje na pohlaví respondentů. Na výzkumu se podílelo 80 (69,57%) žen a menší počet 35 (30,43%) mužů

Tab.č.2: V jaké se nacházíte nemocnici či zařízení?

Místa	Počet	
	Absolutní	Relativní
LDN	85	73,91%
DPS	30	26,09%
Celkem	115	100,00%

Poznámka: LDN = Léčebna dlouhodobě nemocných
DPS = Dům s pečovatelskou službou

Výzkum byl zaměřen na dvě oblasti. Oddělení geriatrické a následné péče v Liberci v množství dotazovaných 85 (73,91%) pacientů/klientů a druhou částí je Dům s pečovatelskou službou v Hodkovicích nad Mohelkou s 30 (26,09%) klienty.



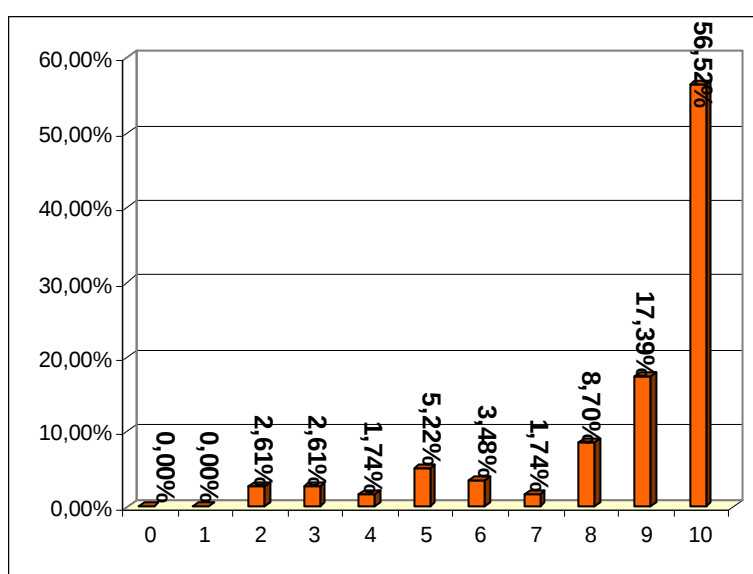
Graf č.1: Množství respondentů na LDN a v DPS.

Tab.č.3: Jak jste spokojen/a s ošetrovatelskou péčí?

Hodnocení	Počet	
	Absolutní	Relativní
0	0	0,00%
1	0	0,00%
2	3	2,61%
3	3	2,61%
4	2	1,74%
5	6	5,22%
6	4	3,47%
7	2	1,74%
8	10	8,70%
9	20	17,39%
10	65	56,52%
Celkem	115	100,00%

Poznámka: 0 = nejhorší hodnocení
10 = nejlepší hodnocení

Zde jsem chtěla zjistit pomocí jednoduché škály spokojenost geriatrických pacientů/klientů a z tabulky plyne, že číslem nula a jedna hodnotilo 0 (0,00%) lidí. Číslo 2 i 3 bylo použito třikrát (2,61%). Dvakrát bylo udáno číslo 4 (1,74%) a číslo 5 šestkrát (5,22%). Šestku uvedli čtyři (3,47%) pacienti/klienti a sedmičku dva (1,74%). Nejlepší ohodnocení ošetrovatelské péče získalo nejvíce bodů. Číslo osm 10 (8,70%), devět 20 (17,39%) a číslo 10 napsala převážná většina 65 (56,52%) respondentů .

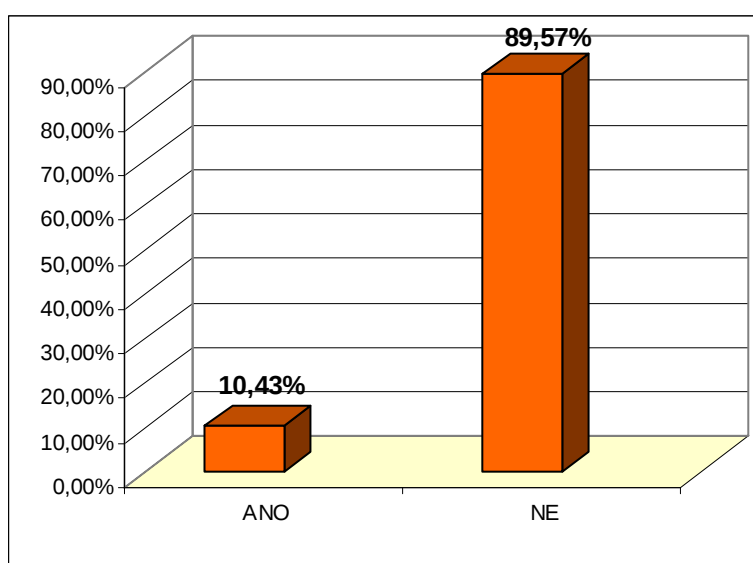


Graf č.2: Spokojenost s ošetrovatelskou péčí

Tab.č 4: Myslíte si, že domácí ošetrovatelská péče se shoduje se zdravotní ošetrovatelskou péčí?

	Počet	
	Absolutní	Relativní
ANO	12	10,43%
NE	103	89,57%
Celkem	115	100,00%

Tabulka poukazuje na zhodnocení domácí ošetrovatelské péče se zdravotní ošetrovatelskou péčí. ANO odpovědělo 12 (10,43%) a NE 103 (89,57%) lidí. Z toho vyplývá, že lépe vyhovuje geriatrickým P/K zdravotnická ošetrovatelská péče. Za hospitalizace se zvyšuje kvalita ošetrovatelské péče na rozdíl od domácí ošetrovatelské péče pomocí kompenzačních pomůcek, bezbariérového prostředí, znalost správného ošetrování a společnost spolupacientů i zdravotnického personálu.



Graf č.3: Srovnání domácí ošetrovatelské péče se zdravotní ošetrovatelskou péčí

Tab.č.5: Kolik je vám let?

Věk	Počet	
	Absolutní	Relativní
60-79 let	45	39,13%
80-90 let	64	55,65%
91 let a více	6	5,22%
Jinak	0	0,00%
Celkem	115	100,00%

Tato tabulka ukazuje na rozdělení věku. Nejvíce bylo dotazováno 64 (55,65%) seniorů v rozmezí 80 – 90 let. Dále ve věku 60 – 79 let odpovědělo 45 (39,13%) a nejméně 6 (5,22%) lidí v 91 letech i starších. Na možnost jinak neodpovídal nikdo. Rozdělení věku jsem uspořádala dle svého uvážení pro zjednodušení a snadnější možnosti odpovědí.

Tab.č.6: Máte pocit žízně?

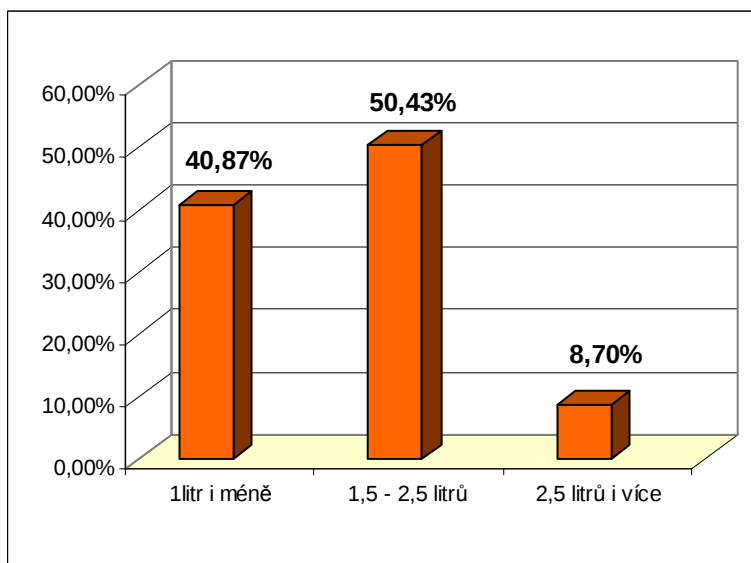
	Počet	
Pocit žízně	Absolutní	Relativní
ANO	38	33,04%
NE	77	66,96%
Celkem	115	100,00%

Tabulka určuje pocit žízně. Z počtu 115 lidí zodpovědělo 38 (33,04%) pacientů / klientů, že má pocit žízně a většina 77 (66,96%) žížeň nepociťuje. Dle teoretické části je normální příjem tekutin kolem 2-2,5litrů. Přirozené ztráty jsou ledvinami, plícemi, gastrointestinálním traktem, kůží a ty je nutné během dne znovu doplnit. Starým lidem vyhasíná pocit žízně. Mozek jim „zapomene“ poslat signál o žízni, proto může dojít k snadnějšímu rozvoji dehydratace.

Tab.č.7: Kolik vypijete za den tekutin?

	Počet	
Množství tekutin	Absolutní	Relativní
1litr i méně	47	40,87%
1,5 - 2,5 litrů	58	50,43%
2,5 litrů i více	10	8,70%
Celkem	115	100,00%

V této tabulce se zaměřuji na množství vypitých tekutin během dne. Nejpočetnější skupinou je 58 (50,43%) respondentů, kteří uvedli množství tekutin od 1,5 litrů do 2,5 litrů. Další je hodnota 1 litru s odpovědí 47 (40,87%) seniorů a nejméně uváděná skupina je 2,5 litrů i více. Tuto možnost uvedlo 10 (8,70%) pacientů/ klientů.



Graf č.4: Množství vypitých tekutin během

Tab.č.8: Je vaše kůže ?

	Počet	
Stav kůže	Absolutní	Relativní
Suchá	49	42,61%
Normální	60	52,17%
Vlhká	6	5,22%
Celkem	115	100,00%

Tady se zajímám o druh kůže. Z tohoto výsledku vidíme, že nejčastější je normální kůže v 60 (52,17%) případech. Suchou kůží má 49 (42,61%) a vlhkou jen 6 (5,22%) pacientů/klientů. Suchá kůže vzniká i vlivem nedostatku tekutin, proto může být jedním ze symptomů dehydratace.

Tab.č.9: Máte chuť k jídlu?

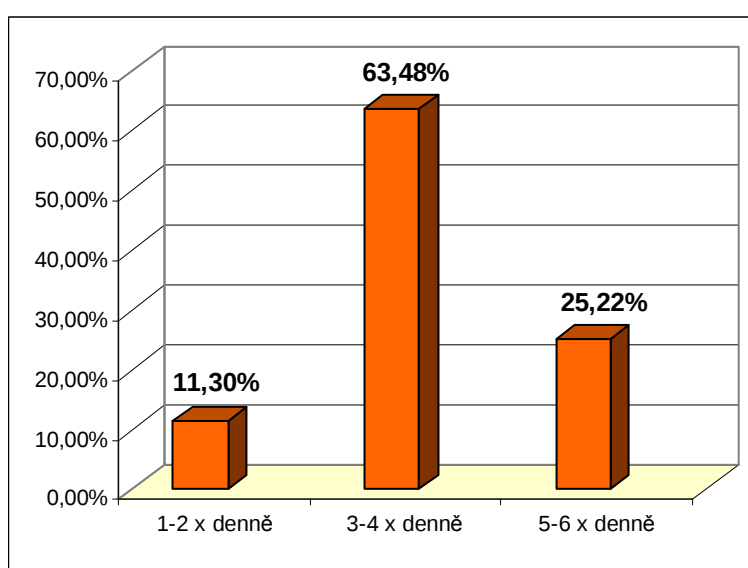
	Počet	
Chuť k jídlu	Absolutní	Relativní
ANO	60	52,17%
NE	55	47,83%
Celkem	115	100,00%

V tomto schématu je uvedena chuť k jídlu u seniorů. Odpověď ANO uvedlo 60 (52,17%) a NE 55 (47,83%) respondentů.

Tab.č.10: Kolikrát denně jíte?

	Počet	
Počet jídla	Absolutní	Relativní
1-2 x denně	13	11,30%
3-4 x denně	73	63,48%
5-6 x denně	29	25,22%
Celkem	115	100,00%

Předmětem tabulky je počet porcí za jeden den. Možnost 1 - 2x denně napsalo 13 (11,30%), 3 – 4x denně 73 (63,48%) a 5 – 6x denně se stravuje 29 (25,22%) dotazovaných.



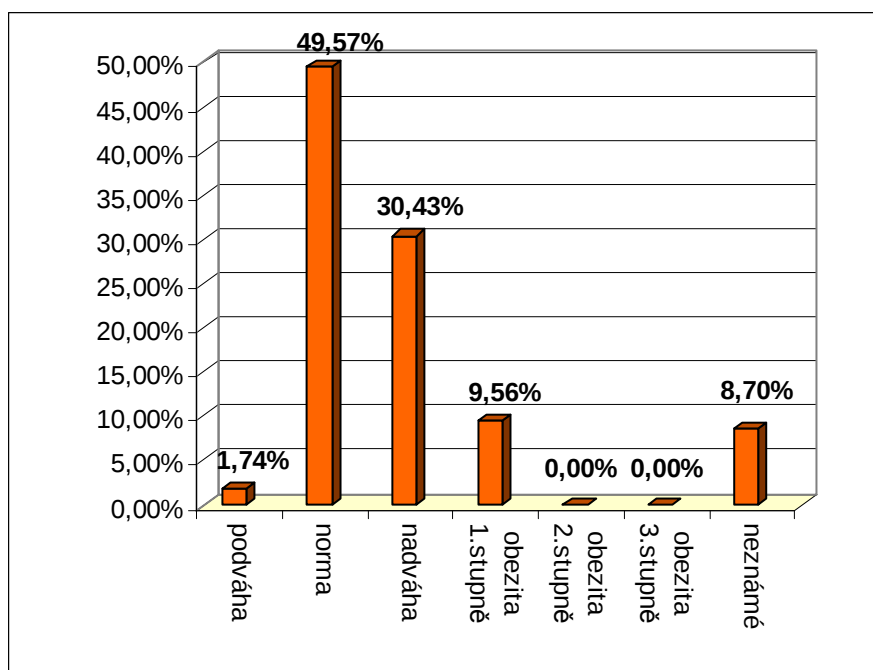
Graf č.5: Množství stravy během dne.

Tab.č.11: Kolik měříte a vážíte?

	Počet		
BMI	Hodnocení	Absolutní	Relativní
méně než 18,5	podváha	2	1,74%
18,5 - 24,9	norma	57	49,57%
25,0 - 29,9	nadváha	35	30,43%
30,0 - 34,9	obezita 1.stupně	11	9,56%
35,0- 39,9	obezita 2.stupně	0	0,00%
40,0 a více	obezita 3.stupně	0	0,00%
neodpovědělo	-	10	8,70%
Celkem	-	115	100,00%

Poznámka: BMI = Body mass index neboli index tělesné hmotnosti je číslo používané jako měřítko obezity. Je pouze orientační.

Tabulka odhaluje hmotnost člověka dle BMI. Z celkové počtu 115 P/K jich spadá nejvíce 57 (49,57%) do normy a nejméně do 2. i 3. stupně v množství 0 (0,00%). V podvaze se vyskytli 2 (1,74%), v nadvaze 35 (30,43 %) a v 1.stupni obezity 11 (9,56%) pacientů/klientů. Na dotaz ohledně jejich výšky a váhy neopovědělo 10 (8,70%) lidí.



Graf č.6: Hodnoty BMI u dotazovaných seniorů

Tab.č.12: Co nejčastěji zařazujete do svého jídelníčku?

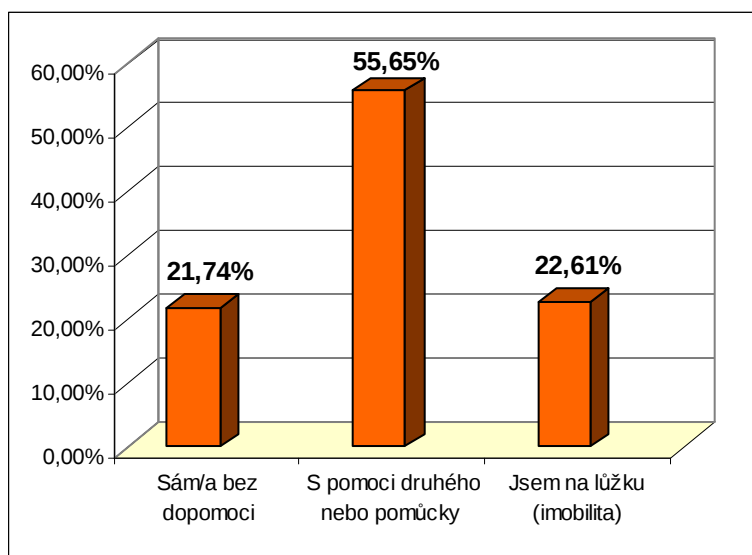
Druh stravy	Počet	
	Absolutní	Relativní
Vše	23	20,00%
Pečivo se sýrem	19	16,52%
Polévka	15	13,04%
Omáčky s přílohou	14	12,17%
Brambory	8	6,96%
Pečivo se salámem	7	6,09%
Jogurty	6	5,22%
Tmavé pečivo	5	4,35%
Maso	5	4,35%
Sladkosti	5	4,35%
Luštěniny	4	3,48%
Knedlík	2	1,74%
Neodpovědělo	2	1,74%
Celkem	115	100,00%

Předmětem schématu je nejčastější strava zařazená do jídelníčku. Všechny druhy potravin uvedlo 23 (20,00%) seniorů. Množství 19 (16,52%) respondentů napsalo pečivo se sýrem. Další stravou jsou polévky u 15 (13,04%) dotazovaných a u 14 (12,17%) jsou to omáčky s přílohou. Brambory jsou oblíbené u 8 (6,96%) pacientů/klientů a u 7 (6,09%) je to pečivo se salámem. V pěti (4,35%) případech je uvedeno maso, tmavé pečivo a sladkosti. Luštěniny psali 4 (3,48%) lidé. Menšina v množství dvou (1,74%) seniorů se rozhodla pro knedlík a ve stejném množství neopověděli na otázku vůbec. Důvodem dotazu jsou stravovací návyky starších lidí.

Tab.č.13: Pohybujete se:

Pohyblivost	Počet	
	Absolutní	Relativní
Sám/a bez dopomoci	25	21,74%
S pomocí druhého nebo pomůcky	64	55,65%
Jsem na lůžku (imobilita)	26	22,61%
Celkem	115	100,00%

Z této tabulky nám plyne aktivita lidí ve věku nad 60 let. Sám/a bez dopomoci se pohybuje 25 (21,74%), s pomocí druhého nebo pomůcky je to 64 (55,65%) a 26 (22,61%) pacientů/klientů je imobilních.



Graf č.7: Pohyblivost seniorů

Tab.č.14: Omezuje vás něco v pohybu?

Omezení v pohybu	Počet	
	Absolutní	Relativní
Celkový stav	31	26,96%
Bolest DK	15	13,04%
Slabost	16	13,91%
Stabilita	8	6,96%
Dušnost	9	7,83%
Obezita	1	0,87%
Nevidomost	1	0,87%
Bolest DK +stabilita	3	2,61%
Slabost+stabilita	4	3,48%
Dušnost + bolest DK	2	1,74%
Žádné omezení	25	21,74%
Celkem	115	100,00%

Poznámka: DK=Dolní končetiny

Zde zjistíme nejčastější vlivy, které omezují seniory v aktivitě. Nejpočetnějším zástupcem je celkový stav v množství 31 (26,96%) pacientů/klientů. Druhým místem jsou bolesti dolních končetin u 15 (13,04%) a slabost u 16 (13,91%) respondentů. Ostatní místa obsadila stabilita 8 (6,96%) a dušnost 9 (7,83%). Jedním případem (0,87%) byla obezita i nevidomost. Společnými vlivy jsou bolest DK, stabilita 3 (2,61%), slabost, stabilita 4 (3,48%) a dušnost, bolest DK 2 (1,74%). U 25 (21,74%) dotazovaných nebyla žádná omezení.

Tab.č.15: 1.část - Máte výrazné změny na kůži?

Změny kůže	Počet	
	Absolutní	Relativní
ANO	52	45,22%
NE	63	54,78%
Celkem	115	100,00%

Tabulka ukazuje nejpočetnější změny na kůži. Většina 63 (54,78%) udala, že nemá na těle výrazné změny na kůži. V počtu 52 (45,22%) se objevily patologické kožní defekty.

Tab.č.15: 2.část - Jaké změny?

	Počet	
	Absolutní	Relativní
Změny kůže		
Hematom	13	25,00%
Dekubit sacrum	7	13,46%
Bércový vřed	8	15,38%
Opruzeniny	8	15,38%
Dekubit paty	5	9,62%
Pigmentové skvrny	3	5,77%
Diabetická noha	2	3,85%
Operační rána	1	1,92%
Lupénka	1	1,92%
Dekubit sacrum + opruzeniny	2	3,85%
Hematom +operační rána	2	3,85%
Celkem	52	100,00%

Zde se zabývám konkrétními změnami kůže. Nejpočetnější druhem defektu kůže je hematom u 13 (25,00%%). Dekubit sacrum u 7 (13,46%) geriatrických pacientů/klientů. Bércový vřed i opruzeniny se vyskytly v 8 (15,38%) a dekubit paty v 5 (9,62%) případech. K méně častým změnám kůže patří pigmentové skvrny 3 (5,77%), diabetická noha 2 (3,85%), operační rána 1 (3,85%) a poslední je lupénka u 1 (1,92%) P/K. Společnými uvedenými kožními defekty jsou dekubit sacrum, opruzeniny 2 (3,85%) a hematom, operační rána 2 (3,85%).

Tab.č.16: Máte potíže s močením?

	Počet	
	Absolutní	Relativní
Potíže s močením		
ANO	70	60,87%
NE	45	39,13%
Celkem	115	100,00%

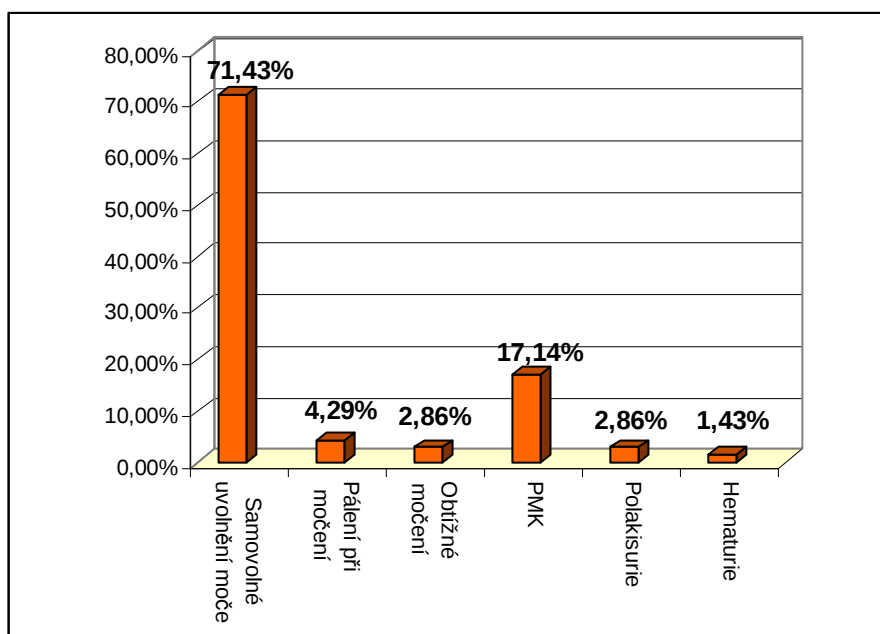
Tady se zaměřuji na potíže se močením. Z celkového počtu 115 oslovených má potíže s vylučováním moče 70 (60,87%) a problémy nemělo 45 (39,13%) seniorů.

Tab č.17: Pokud ANO patří k nim:

	Počet	
	Absolutní	Relativní
Potíže s močením		
Samovolné uvolnění moče	50	71,43%
Pálení při močení	3	4,29%
Obtížné močení	2	2,86%
PMK	12	17,14%
Polakisurie	2	2,86%
Hematurie	1	1,43%
Celkem	70	100,00%

Poznámka: PMK=Permanentní močový katétr

Předmětem této tabulky jsou jednotlivé potíže s močením. Z celkového množství 115 uvedlo obtíže s močením 70 respondentů. Hlavně je to samovolné uvolnění moče 50 (71,43%). K dalším problémům se řadí pálení u 3 (4,29%), obtížné močení u 2 (2,86%), PMK u 12 (17,14%), polakisurie u 2 (2,86%) a hematurie u 1 (1,43%) P/K.



Graf č.8: Typy obtíží s močením

Tab.č.18 : Vyskytují se u vás problémy s vyprazdňováním stolice?

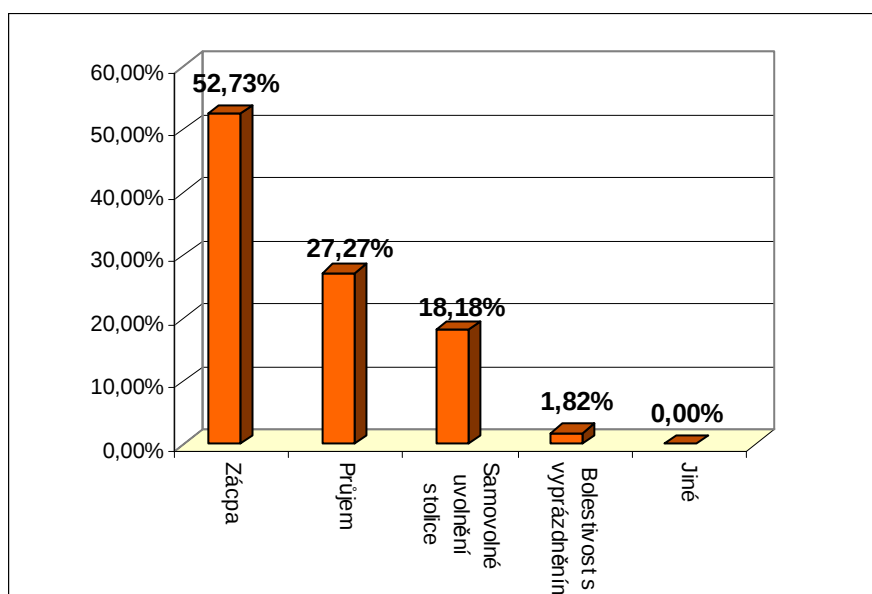
	Počet	
	Absolutní	Relativní
Problémy se stolicí		
ANO	55	47,83%
NE	60	52,17%
Celkem	115	100,00%

Záměrem této tabulky je zjistit problémy s vyprazdňováním stolice. ANO odpovědělo 55 (47,83%) a NE 60 (52,17%) oslovených.

Tab.č.19: Pokud ANO patří mezi ně:

Problémy se stolicí	Počet	
	Absolutní	Relativní
Zácpa	29	52,73%
Průjem	15	27,27%
Samovolné uvolnění stolice	10	18,18%
Bolestivost s vyprázdněním	1	1,82%
Jiné	0	0,00%
Celkem	55	100,00%

Zde proběhl výskyt uvedených jednotlivých typů onemocnění. Ze 115 respondentů má problémy s vyprazdňováním 55. Zácpou trpí 29 (52,73%) a průjem 15 (27,27%) geriatrických pacientů/klientů. V četnosti 10 (18,18%) napsalo samovolné uvolnění stolice a 1 (1,82%) klient pociťoval bolest u vyprázdnění. Dle teoretické části se zácpa i inkontinence objevuje u imobilních pacientů/klientů.



Graf č.9 : Konkrétní problémy s vyprázdněním stolice

Tab.č.20 Vědomosti:

Vědomosti	Počet	
	Absolutní	Relativní
Správně odpovědělo	89	77,39%
Špatně odpovědělo	26	22,61%
Celkem	115	100,00%

Tato tabulka je zpracována z jednoduchých otázek pro zjištění správné orientace v čase, schopnosti počítání a kreslení. Správně odpovědělo 89 (77,39%) a špatná odpověď se vyskytla v 26 (22,61%) případech.

7 POROVNÁNÍ VYBRANÝCH TABULEK MEZI ŽENSKÝM A MUŽSKÝM POHLAVÍM

1. Inkontinence u žen a mužů:

	Počet	
Inkontinence	Absolutní	Relativní
Ženy	40	80,00%
Muži	10	20,00%
Celkem	50	100,00%

Z této tabulky je znatelné, že u žen se vyskytuje z celkového množství 115 respondentů inkontinence moči častěji 40 (80,00%) a méně u mužů 10 (20,00%). Podle teoretické je to většinou problém žen nad 50 let a nejvíce nad 80 let.

2. Pocit žízně:

	Počet	
Pocit žízně u <u>žen</u>	Absolutní	Relativní
ANO	31	38,75%
NE	49	61,25%
Celkem	80	100,00%

Zde vidíme, že u žen se vyskytuje pocit žízně u 31 (38,75%) a bez pocitu žízně 49 (61,25%) pacientek/klientek.

	Počet	
Pocit žízně u <u>mužů</u>	Absolutní	Relativní
ANO	7	20,00%
NE	28	80,00%
Celkem	35	100,00%

Tabulka ukazuje, že muži mají pocit žízně v 7 (20,00%) a nemají pocit žízně v 28 (80,00%) případech.

3. Chut' k jídlu:

	Počet	
Chut' k jídlu u <u>žen</u>	Absolutní	Relativní
ANO	36	45,00%
NE	44	55,00%
Celkem	80	100,00%

Předmětem této tabulky je chuť k jídlu u žen, která se vyskytuje u 36 (45,00%) a není u 44 (55,00%) oslovených žen.

	Počet	
	Absolutní	Relativní
Chuť k jídlu u mužů		
ANO	24	68,57%
NE	11	31,43%
Celkem	35	100,00%

Toto schéma určuje chuť k jídlu u mužů. Většina 24 (68,57%) odpovědělo, že mají chuť k jídlu a 11 (31,43%) ji nemá.

4. Pohyblivost:

	Počet	
	Absolutní	Relativní
Pohyblivost u žen		
Sám/a bez dopomoc	19	23,75%
S pomocí druhého nebo pomůcky	45	56,25%
Jsem na lůžku (imobilita)	16	20,00%
Celkem	80	100,00%

Z tabulky vyplývá pohyblivost vázaná na ženské pohlaví. Sama bez dopomocí se pohybuje 19 (23,75%), s pomocí druhého nebo pomůcky 45 (56,25%) a na lůžku je 16 (20,00%) respondentek.

	Počet	
	Absolutní	Relativní
Pohyblivost u mužů		
Sám/a bez dopomoc	6	17,14%
S pomocí druhého nebo pomůcky	19	54,29%
Jsem na lůžku (imobilita)	10	28,57%
Celkem	35	100,00%

Tabulka poukazuje na pohyblivost u mužského pohlaví. Sám bez domoci se pohybuje 6 (17,14%), s pomocí druhého nebo pomůcky 19 (54,29%) a imobilních je 10 (28,57%) seniorů.

8 DISKUZE

Celkem jsem využila ke zpracování výzkumu tři své předpoklady:

1. Předpokládám, že péče rodiny o geriatrického pacienta je většinou nedostačující z důvodu neznalostí správné péče o takového pacienta.
2. Myslím si, že mezi nejčastější geriatrické syndromy patří imobilita a inkontinence.
3. Domnívám se, že kvalita péče je závislá na personálním vybavení, ochotě a vstřícnosti.

První hypotéza zní, že péče rodiny o geriatrického pacienta je většinou nedostačující z důvodu neznalosti správné péče o takového pacienta. Vybrala jsem ji, protože si myslím, že většina rodin není připravená pečovat o svého nemocného člena. Tato starost je velmi náročná na čas, na vybavení a přizpůsobení prostoru. Hypotéza se mi potvrdila. Většině seniorům vyhovuje ošetrovatelská zdravotnická péče v počtu 103 (89,57%). V dotazníku otázka číslo 4. Rozhovorem jsem dotaz doplnila. Domácí péče je pro respondenty lepší jen kvůli známému prostředí a lidem, ale nevhodné bylo bariérové prostředí, nedostatek kompenzačních pomůcek, nedostatečná společnost a někdy péče. I domácí ošetrovatelská péče poskytovaná rodinnými příslušníky může být na dobré úrovni. Odpovědělo tak 12 (10,43%) seniorů, kteří jsou více spokojeni s domácí ošetrovatelskou péčí.

Myslím si, že mezi nejčastější geriatrické syndromy patří imobilita a inkontinence. Toto je hypotéza číslo dvě, která se mi potvrdila pouze částečně. V dotazníku jsou to otázky č. 6- 20. Imobilitu postihuje 26 (22,61%) oslovených. K častějšímu geriatrickému syndromu se řadí hypomobilita, která se vyskytla u 64 (55,65%) respondentů. Ti potřebují k pohybové aktivitě pomůcky nebo dopomoc druhé osoby. Pravidelná rehabilitace snižuje riziko vzniku úplné nehybnosti. Potíže s močením uvedla více než polovina 70 (60,87%) a z toho inkontinencí moče trpí 50 (71,43%). Zde je správný předpoklad. Problémy s vyprazdňováním stolice jsou sice u 55 (47,83%) případů, ale samovolným uvolněním stolice je postiženo jen 10 (18,18%).

Další třetí hypotézou je kvalita péče, která je závislá na personálním vybavení, ochotě a vstřícnosti. Hypotéza je potvrzena. Velké množství 65 (56,52%) geriatrických pacientů/klientů je spokojeno s kvalitou ošetrovatelské péče vzhledem k počtu personálu, jejich ochotě a vstřícnosti. Údaje jsem sbírala pomocí rozhovoru a z toho jsem si vedla zápis. Respondenti jsou vděční za milý a ochotný přístup, za možnost komunikace a za vzornou ošetrovatelskou péči. Velmi si pochvalovali společnost, nemají rádi samotu (socioterapie). Naopak menšina uvedla, že personál na ně příliš

spěchá v základních denních činnostech. Myslím si, že je to právě z důvodu nízkého personálního vybavení a individuálního přístupu.

Cíle jsem uvedla tři:

- 1.Úvod do problematiky geriatric
- 2.Uvést nejčastější syndromy geriatrických pacientů (inkontinence, imobilita).
- 3.Péče o pacienty s těmito syndromy.

Myslím, že jsem se k cílům bakalářské práce dostatečně přiblížila. V úvodu do geriatric jsem nastínila definice geriatric i gerontologie a uvedla biopsychosociální změny stáří i geriatrickou křehkost. Zaměřila jsem se na geriatrické syndromy inkontinence, hypomobilita až imobilita a stručně jsem popsala ostatní nejčastější geriatrické syndromy. Vybrané ošetrovatelské diagnózy jsou zpracované pomocí Nanda domén a dále je vytvořen kompletní ošetrovatelský proces.

9 NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ

Určitě bych změnila postavení dotazníku. Hlavní nedostatky považuji v oblasti otázek. Některé z uvedených dotazů mohli být více rozvedené a ve větším množství, tak lépe pochopitelné výsledky zpracovaného výzkumu. Zjistit co je pro jednotlivého respondenta důležité v oblasti péče, aby se pro něho stala kvalitní. Každý si představuje hodnotu života odlišnou. Jeden člověk může být se vším spokojený a naopak druhému to nemusí vyhovovat. Tyto informace jsem většinou sbírala pomocí rozhovoru. Na základě zkušeností je lepší zpracování dotazů přímo do otázek dotazníku. Určitě by to usnadnilo výzkum a bylo by to méně náročné na čas.

Velmi dobrý by byl druhý dotazník pro osobu blízkou seniora, která se o nemocného stará a dobře ho zná. Lépe by se zjistily podmínky, které mu poskytuje domácí ošetrovatelská péče a konkrétně proč je pro něho vhodnější péče v nemocnici či sociálním zařízení. Podat otázky, které zjistí informovanost osoby blízké pacienta/klienta o správné péči nemocného seniora a režimu dne. Možné by byly otázky za zjištěním náročnosti této péče. I přesto si myslím, že zpracováním tohoto dotazníku je dostačující pro zhodnocení výsledků průzkumu.

10 KAZUISTIKA

Na ortopedické oddělení měl být přijat starší muž ve věku 82 let. Je vdovec a má tři děti. Hospitalizace je plánovaná pro totální endoprotézu kolenního kloubu. Pacient/klient trpí bolestmi levého kolene z důvodu pokročilé gonartrózy. Námaha limitována bolestmi kolene. Koleno je oteklé. Několikrát podstoupil punkci kolenního kloubu pro přítomnost patologické tekutiny. Orientovaný časem i prostorem. Bez dušnosti a cyanózy. Mezi další onemocnění patří hypertenze. Před přijetím do nemocnice jsou provedena potřebná předoperační vyšetření. Na kardiologické ambulanci byla zachycena fibrilace síní. Na základě kardiologické a anesteziologického konsilia je operace odložena na neurčitou dobu.

Nyní je P/K v domácí péči. Vzhledem k zhoršení samostatného pohybu dostal pacient/klient francouzské berle. Po určité době se vše naučil a snaží se sám rehabilitovat. U P/K je objeven kombinovaný typ inkontinence moči. Inkontinence je způsobena pomalou chůzí a vedlejším účinkem léků, kdy během cesty na toaletu dochází k pomočení. Trpí i průjmem a následnou mírnou inkontinencí stolice.

P/K je sledován. Jednou týdně se provádí krevní odběr na krevní srážlivost (INR). Farmakoterapii si hlídá důsledně. Léky má rozdělené do týdenního pořadače. Pravidelně užívá: Warfarin 5mg 1-0-0, Kalnormin 1-0-1, Rytmonorm 1-1-1, Tulip 1-0-0, Inhibace Plus 1-0-0, Agen 0-0-1, Novalgin při bolestech, Furon ½ - 0-0. Alergickou reakci neudává. Nekouří. Pije jen příležitostně pivo.

10.1 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je zpracován dle této kazuistiky a diagnózy sestaveny dle Nanda domén.

Seznam diagnóz v pořadí dle jejich priorit :

1. OSE DG: Chronická bolest – 00133
2. OSE DG: Strach - 00148
3. OSE DG: Zhoršená pohyblivost – 00085
4. OSE DG: Inkontinence stolice – 00014
5. OSE DG: Průjem - 00013
6. OSE DG: Funkční inkontinence – 00020
7. OSE DG: Porušený spánek - 00095
8. Potencionální DG: Riziko pádů – 00155

1.Chronická bolest – 00133

Určující znaky - verbální projevy, maska v obličeji, změny spánku, strach z nového poškození, omezená schopnost vykonávat předchozí činnosti

Související znaky – chronická tělesná/psychosociální nezpůsobilost (disabilita)

Ošetrovatelský cíl – neverbální doklady úlevy bolesti a/nebo zvládnutí bolesti/dosažení pohody

Intervence – proveďte důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, nástupu/trvání, častosti, závažnosti (stupnice 0-10) a zhoršujících faktorů

- povzbuzovat k pozitivním výrokům, převést pozornost k aktuálním věcem
- analgetika dle ordinace lékaře

Hodnocení – jeden den je bolest a další den se intenzita zvyšuje, nepřekračuje nejvyšší práh bolesti, který P/K již pociťoval

2. Strach – 00148

Určující znaky – má předtuchu, že se něco stane, obává se zhoršující se bolesti neupravení současného stavu a pádu, zvýšené napětí

Související znaky – přirozený / instinktivní zdroj strachu (bolest)

Ošetrovatelský cíl – zmírnění pocitu strachu nebo jeho odstranění

Intervence - zhodnotit stupeň strachu

- buďte P/K na blízku, naslouchejte mu, upřímně zodpovězte otázky
- poskytněte dostatek informací
- naučte P/K relaxaci

Hodnocení – pocit strachu je nyní snížen, ale úzkost se někdy objeví – udává P/K

3. Zhoršená pohyblivost – 00085

Určující znaky – nestabilita vzpřímené polohy těla při každodenních činnostech, omezený rozsah pohybu, změny chůze (zpomalení)

Související znaky – bolest levého kolene, strach z pádu

Ošetrovatelský cíl – P/K vyjadřuje ochotu a projevuje se účastí na denních aktivitách

- zachovat funkční stav a svalovou sílu

Intervence – pobízet P/K k pravidelnému programu dle individuálních možností a k péči o sebe sama

- poučit o správném užívání kompenzačních pomůcek (francouzské berle)

- dbejte na bezpečnost včetně úpravy prostředí a prevenci pádů
- pečujete o jeho pohodu
- pobízejte k pití a příjmu výživných potravin

Hodnocení – P/K snížil svoji mobilitu ve venkovním prostředí z důvodu nebezpečného prostředí (náledí), snaží se provozovat běžné denní činnosti, které zvládá bez pomoci kromě přemísťování předmětů

4. Inkontinence stolice – 00014

Určující znaky – fekální zápach, znečištění oděvu od stolice

Související znaky – řídká stolice, toaleta špatně dostupná (pod schody), zpomalená chůze, dietní chyba

Ošetrovatelský cíl – aktivní účast na léčebném režimu na kontrolu inkontinence

- zmírnění nebo odstranění projevů inkontinence

Intervence - zjistit spouštěcí moment inkontinence (průjem, nevčasné dojití na toaletu)

- všímat si charakteru stolice (barva, zápach, příměsi, frekvence, konzistence)
- medikace dle ordinace lékaře
- sledujte účinky léků
- podávejte vhodnou stravu (dostatek vlákniny)
- pečujte o okolí konečníku – dostatečně umýt a ošetřit ochranným krémem
- doporučit nemocnému vhodné absorpční pomůcky než dojde k úpravě stavu

Hodnocení – po úpravě dietní chyby a průjmu, který inkontinenci způsoboval došlo ke zlepšení kontinence

5. Průjem – 00013

Určující znaky – řídká stolice minimálně třikrát za den, velmi naléhavá potřeba vyprázdnit se, střevní zvuky

Související znaky – dietní chyba

Ošetrovatelský cíl – obnovení a udržení normálního fungování střev

Intervence - ověřte a zaznamenejte charakter průjmu, frekvenci, množství stolice, obvyklou denní dobu a vyvolávající faktory

- všímejte si doprovodných příznaků (bolesti, střevní zvuky)
- posuďte anamnézu stravovacích návyků, povzbuzujte k příjmu stravy, která

nedráždí (přírodní dietní vláknina) a podporuje obnovení střevní flóry (bílý jogurt)

- zvýšte příjem tekutin (prevence dehydratace)
- poučit o ošetření konečníku – správné omytí a aplikace ochranných krémů
- doporučit volná a bavlněná oblečení

Hodnocení – vzhledem k důslednému dodržování intervencí došlo k úpravě v oblasti vyprazdňování stolice

6. Funkční inkontinence – 00020

Určující znaky - moč uniká před dosažením toalety, pociťuje potřebu vymočít se, má zachovanou schopnost úplného vyprázdnění močového měchýře

Související znaky - špatně dosažitelná toaleta, pomalá chůze

Ošetrovatelský cíl - močit po individuálně vhodných množstvích

- úprava prostředí dle individuálních potřeb

Intervence - upřesněte anamnézu nemoci a léků

- věnujte pozornost podmínkám prostředí, které mohou bránit včasnému dosažení toalety a jeho úspěšnému použití (snazší dostupnost WC – popř. křeslo)
- poučte o pravidelném užívání toalety v určitých intervalech (každé 3h.)
- zvolte oblečení, které lze rychle svléknout (kalhoty na gumu)
- upravte cestu na toaletu (odstranit rohože)
- zavést posilování pánevního dna
- před ulehnutím (asi 2h.) nepít a dojít si na toaletu
- nabídnout absorpční pomůcky po dobu inkontinence
- poučit o dostatečné péči a osobní hygieně (suché a čisté spodní prádlo, omytí genitálu)
- sledovat správný pitný režim

Hodnocení – P/K se snaží o dodržení všech intervencí, používá inkontinentní vložky

7. Porušený spánek – 00095

Určující znaky - nespokojenost se spánkem, trojí i vícečetné probuzení během noci

Související znaky - strach, bolest, inkontinence

Ošetrovatelský cíl - zlepšení spánku, odpočinku a celkové pohody

Intervence - vyslechněte subjektivní stížnosti na kvalitu spánku

- omezit spánek během dne (max.1hod. po obědě), pravidelná doba k spánku
- aktivizace a relaxace během dne (hudba, teplá sprcha)
- postarejte se o klidné prostředí a dodržení spánkových rituálů
- omezte příjem tekutin večer před spaním
- zajistit pohodlné lůžko (naklepat polštář, čisté ložní prádlo)
- podávejte léky proti bolesti nebo na spaní dle ordinace lékaře
- sledujte účinky léků

Hodnocení - P/K někdy během dne spí, v noci usíná – občas se vzbudí na toaletu, snaží se dodržovat intervence

8. Potencionální DG: Riziko pádů – 00155

Rizikové faktory - věk nad 65 let, používání kompenzačních pomůcek, smyslový deficit (brýle), inkontinence, léky (antihypertenziva, diuretika)

Ošetřovatelský cíl – zamezení pádu

Intervence - zajistit bezpečné prostředí (odstranit z cesty bariéry, rohože, koberce, mokrá podlaha)

- zkontrolovat správný pohyb s kompenzační pomůckou
- zajistit správnou obuv, dostatečné osvětlení místnosti
- zajistit madla (v koupelně, na WC) pro lepší stabilitu

Hodnocení - u P/K nedošlo k pádu, kompenzační pomůcku používá dle rad odborníků, obuv má pevnou, madla zajištěna, dává pozor na kluzkou podlahu

ZÁVĚR

Účelem bakalářské práce bylo uvedení do problematiky geriatric, vymezit nejčastější geriatrické syndromy a popsat péči o pacienty/klienty s těmito syndromy. V počátku teoretické části jsem uvedla definice geriatric a gerontologie. Geriatrické syndromy jsem si vybírala z pohledu jejich častého výskytu. Podrobně popisované oblasti jsou zaměřeny na inkontinenci a imobilitu i jiné poruchy pohybu jako je hypomobilita a instabilita. Tyto příznaky jsou obecně zpracovány do ošetrovatelského procesu, který je velmi potřebný pro hodnotnou ošetrovatelskou péči. Důležité je zachycení geriatrických syndromů ze strany praktického lékaře i pacienta/klienta. Včasná diagnóza, intervence, komplexní přístup k této problematice, včetně sociálního poradenství, může prodloužit kvalitu života seniorské populace. Biopsychosociální změny stárání, geriatrická křehkost, ostatní vybrané geriatrické syndromy a správná komunikace patří k dalším složkám, které jsou důležité z hlediska přiblížení se k specifické péči o seniory. Myslím, že jsem se k určeným cílům dostatečně přiblížila.

Metodou dotazníku, rozhovoru, pozorování a kazuistiky je vypracovaná praktická část. Zaměření průzkumu se týkalo vybraných zařízení. Jednalo se o oddělení geriatrické a následné péče a o Dům s pečovatelskou službou. Cílem studie bylo si ověřit pravdivost hypotéz a celkem jsem využila ke zpracování tři předpoklady. První domněnkou je, že péče rodiny o geriatrického pacienta je většinou nedostačující z důvodu neznalostí správné péče o takového pacienta. Vlivem dotazníku a po doplnění rozhovorem jsem zjistila, že většině pacientům/klientům vyhovuje ošetrovatelská péče spíše za hospitalizace nežli v domácím prostředí. Převážné množství respondentů určilo, že ošetrovatelská zdravotní péče je lepší a více vyhovující než domácí ošetrovatelská péče poskytována osobou blízkou. Částečně se mi potvrdila druhá hypotéza, že mezi nejčastější geriatrické syndromy patří inkontinence a imobilita. Informace byli zjišťovány otázkami v dotazníku. Z celkového počtu uvedlo mnoho seniorů potíže s močením. Z toho se převážně vyskytovala inkontinence moči. O poznání méně se objevuje inkontinence stolice. Imobilita se rehabilitací zlepšila. Zcela imobilních pacientů/klientů se účastnilo výzkumu v nižším množství než seniorů se sníženou pohybovou aktivitou. Častěji se tedy objevuje hypomobilita a to více než u poloviny respondentů, kterou senioři kompenzují hlavně pomocí rehabilitačních pomůcek a odborné intervence zdravotních i rehabilitačních pracovníků. Pomocí rozhovoru se mi potvrdila poslední třetí hypotéza, že kvalita péče je závislá na personálním vybavení,

ochotě a vstřícnosti. Většina seniorů je spokojena s ošetrovatelskou péčí. Ohodnocení ošetrovatelské zdravotní péče vyjadřující spokojenost uvedla více než polovina respondentů. Senioři jsou vděční za milý a ochotný přístup, za možnost komunikace a za vzornou péči. Mají rádi společenské dění a nechtějí trávit chvíle doma o samotě (socioterapie). V menším množství se vyjádřili, že personál na ně příliš spěchá v základních denních činnostech. Myslím, že je to právě z důvodu nízkého personálního vybavení a individuálního přístupu. Někdy samozřejmě chybí rodinné zázemí. V péči o seniora doma považují za nutné zajistit poradenství rodině event. pomoc terénních služeb, aby co nejdéle mohl setrvat v navykklém domácím prostředí.

Komunikací a pozorováním došlo k ujasnění jednotlivých položek dotazníku a k získání doplňujících informací. Poslední metoda praktické části je kazuistika, která obsahuje danou problematiku, zejména hypomobilitu a inkontinenci. Ukazuje na konkrétní zapojení daného onemocnění do ošetrovatelské procesu. Zpracování diagnóz je dle moderní Nanda Taxonomie. Informace vyplývající z této práce považují za významné, neboť jejich znalost je potřebná k vykonávání specifické ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty/klienty a zvyšuje profesionalitu pečujícího personálu. Pokud se ještě chováme k lidem vyššího věku ochotně a vstřícně bude nám odměnou jejich spokojenost.

LITERATURA

Knihy

1. EXNEROVÁ S., *Komunikace pro zdravotní sestry*, 1.vyd., Liberec: Technická univerzita, 2006, s. 146, ISBN 80-7372-096-5
2. HAŠKOVCOVÁ H., *Fenomén stáří*, 1.vyd., Praha: Panorama, 1990, s.407, ISBN 80-7038-158-2
3. HOLMEROVÁ I., JURAŠKOVÁ B., ZIMUNDOVÁ K. a kolektiv, *Vybrané kapitoly z gerontologie*, 3.vyd. Praha: EV public relations, 2007, s.143, ISBN 978-80-254-0179-8
4. HOŘEJŠÍ J., PRAHL R., *Lidské tělo*, 3.vyd., Cesty, 1996, ISBN 80-7181-093-2
5. KALVACH Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H., HOLMEROVÁ I., WEBER P. a kolektiv, *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s.336, ISBN 978-80-247-2490-4
6. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*, 1.vyd. Praha : Grada Publishinhg, a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
7. MARTAN A. a kol., *Inkontinence moči a ultrazvukového vyšetření dolního močového ústrojí u žen*, 1.vyd. Praha: PanMed, 2001, s.190 ISBN 80-903049-0-7
8. MARTAN A. a kol., *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*, 2.vyd., Maxdorf, 2006, s.83, ISBN 80-7345-094-1
9. MARILYN E.DOENGES, MARY FRANCES MOORHOUSE, *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, 2.vyd., Praha: Grada Publishing, 2001, s.568, ISBN 80-247-0242-8
10. MIKŠOVÁ Z., FROŇKOVÁ M., HERNOVÁ R., ZAJÍČKOVÁ M., *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*, 1.vyd., Praha : Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1442-6
11. MIKULA J., MÜLLEROVÁ N., *Prevence dekubitů*, 1.vyd., Praha : Grada Publishing, a.s., 2008, s.96, ISBN 978-80-247-2043-2
12. NEJEDLÁ M., SVOBODOVÁ H., ŠAFRÁNKOVÁ A., *Ošetrovatelství III/1*, 1.vyd., Praha: INFORMATORIUM, spol.s.r.o., 2004, s.245, ISBN 80-7333-030-X
13. PIDRMAN V., KOLIBÁŠ E., *Změny jednání seniorů*, 1.vyd. Praha: Galén, 2005, s.170, ISBN 80-7262-363-X
14. SÝKOROVÁ D., *Autonomie ve stáří*, 1.vyd., Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2007, s.285, ISBN 978-80-86429-62-5
15. ŠAFRÁNKOVÁ A., NEJEDLÁ M., *Interní ošetrovatelství I*, 1.vyd., Praha : Grada Publishing, a.s., 2006, s.280 , ISBN 80-247-1148-6

16.ŠAFRÁNKOVÁ A., NEJEDLÁ M., *Interní ošetřovatelství II.* ,1.vyd. Praha : Grada Publishinhg, a.s., 2006, s.212 ,ISBN 80-247-1777-8.

17.TOPINKOVÁ E.,*Geriatric pro praxi*, 1.vyd., Praha Galén, 2005, ISBN 80-7262-365-6

18.ZIKMUND J., HANUŠ T., *Inkontinence moči u žen*, 1.vyd.:Brno Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993,s.60, ISBN 80-7013-142-X

Časopisy

19.FATROVÁ M., DONOVALOVÁ D., *Inkontinence moči jako geriatrický syndrom*, Sestra, 2009, roč.19, č.2, s.68-69

20.HOŘČICKA, Lukáš . *Sestra v primární linii a její role v péči o inkontinentní pacientku*. Sestra. 2009, roč.19, č.2, s. 67-68

21.KLEVETOVÁ D., ČERVINKOVÁ E., *Ošetřovatelské přístupy k poruchám močení u osob vyššího věku*, Sestra, 2009, roč.19, č.2, s.70-71

22.MINAŘÍKOVÁ P., *Imobilizační syndrom*, Sestra, roč.18, č. 9, s.4-5

23.MLČOCHOVÁ R., *Geriatrize ošetřovatelství a medicíny – realita, nebo fikce?*, Sestra, roč.19, č.1, s.42

24. STAŇKOVÁ G., KOVAŘÍKOVÁ A., *Kazuistika – Edukace ženy se stresovou inkontinencí moči*, Sestra, roč.19, č. 2, s

Elektronické stránky

25. [Http://cz.hartmann.info/](http://cz.hartmann.info/) [online]. 2003 [cit. 2010-03-28]. Hartmann. Dostupné z WWW: <<http://cz.hartmann.info/72924.htm>>.

26.HERÁČEK J., URBAN M. a kol., *Urologie pro studenty* [online]. [cit. 2010-01-19]. Androgeos, [2010]. Dostupné z WWW: <[http:// www.urologieprostudenty.cz](http://www.urologieprostudenty.cz)>. Verze 2.0 [2010], ISBN 978-80-254-1859-8

27.[Www.hodkovicenm.cz](http://www.hodkovicenm.cz) [online]. 2002 [cit. 2010-03-28]. Hodkovice nad Mohelkou. Dostupné z WWW: <http://www.hodkovicenm.cz/index.php?id=11&id_sp=2>.

28.[Www.nemlib.cz](http://www.nemlib.cz) [online]. [cit. 2010-03-28]. Krajská nemocnice Liberec, a.s. Dostupné z WWW: http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1_33_6.

Ostatní zdroje

29.Praktická příručka pro pacienty – JANÁKOVÁ A. a kol., *Výživa v prevenci a léčbě dekubitů*, Nutricia - Advanced Medical Nutrition, 2009/3, s.16

30. JUŘENÍKOVÁ P., HŮSTKOVÁ J., PETROVÁ V., TOMÁNKOVÁ D.,
Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy –2.část chirurgie, pediatrie, gerontologie,
1.vyd., Uherské hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 1999, s.236

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č.1: Graf č.1

Obrázek č.2: Graf č.2

Obrázek č.3: Graf č.3

Obrázek č.4: Graf č.4

Obrázek č.5: Graf č.5

Obrázek č.6: Graf č.6

Obrázek č.7: Graf č.7

Obrázek č.8: Graf č.8

Obrázek č.9: Graf č.9

Obrázek č.10: Klasifikace dekubitů dle C. Torrance

Obrázek č.11: Cviky vhodné na posílení pánevního dna

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1: Dotazník

Příloha č.2: Protokol k provádění výzkumu v rámci bakalářské práce (LDN)

Příloha č.3: Protokol k provádění výzkumu v rámci bakalářské práce (DPS)

Příloha č.4: Barthelův test

Příloha č.5: Klasifikace dekubitů dle C. Torrance

Příloha č.6: Rozšířená stupnice podle Nortonové

Příloha č.7: Cviky vhodné na posílení pánevního dna

Příloha č.8: Zjištění rizika pádu

Příloha č.9: Leták – Geriatrické syndromy

PŘÍLOHY

Příloha č.1:



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studentská 2, 461 17 LIBEREC I

Tel.:485 353 722, fax: 485 353 721

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Copová a jsem studentkou *Technické univerzity v Liberci v oboru Všeobecná sestra*. Tento dotazník bude sloužit pro vypracování mé bakalářské práce na téma : **Geriatrické syndromy – inkontinence, imobilita.**

Výsledkem je zjištění výskytu nejčastějších syndromů a spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí. Prosím vás o jeho vyplnění. Dotazník vám zabere jen krátký čas a je anonymní, tak odpovídejte pravdivě. U otázek bez daných možností odpovězte krátkou větou. Ostatní můžete zakroužkovat.

Děkuji za váš čas a vyplnění dotazníku.

Otázky:

1.Jste muž-žena?

2.V jaké se nacházíte nemocnici či zařízení?

3. Jak jste spokojen/a s ošetrovatelskou péčí:

(0 nejhorší, 10 nejlepší hodnocení)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4.Myslíte si, že domácí ošetrovatelská péče se shoduje se zdravotní ošetrovatelskou péčí?

A.ANO, myslím si, že se domácí ošetrovatelská péče shoduje se zdravotní ošetrovatelskou péčí.

B.NE, nemyslím si to.

5.Kolik je vám let?

A.60-79 let

B.80-90 let

C.91 a více let

D.Jinak:

6. Máte pocit žízně?

- A.ANO
- B.NE

7. Kolik vypijete za den tekutin?

- A.1 litr i méně
- B.1,5 -2,5 litrů
- C.2,5 litru i více

8.Je vaše kůže:

- A.suchá
- B.normální
- C.vlhká

9.Máte chuť k jídlu?

- A.ANO
- B.NE

10.Kolikrát denně jíte?

- A.1 - 2x denně
- B.3 - 4x denně
- C.5 - 6x denně

11.Kolik měříte a vážíte?

VÝŠKA:

BMI (nevyplňujte):

VÁHA:

12.Co nejčastěji zařazujete do svého jídelníčku?

13.Pohybujete se:

- A.Sám/a bez dopomoci
- B.S pomocí druhého nebo pomůcky
- C.Jsem na lůžku (imobilita)

14.Omezuje vás něco v pohybu?

15.Máte výrazné změny na kůži?

- A.ANO
- B.NE

Jaké:

Kde:

16.Máte potíže s močením?

- A.ANO
- B.NE

17. Pokud ANO patří k nim:

- A.samovolné uvolnění moče (inkontinence)
- B.pálení při močení
- C.obtížné vymočení
- D.jiné:

18.Vykytují se u vás problémy s vyprazdňováním stolice?

- A.ANO

B.NE

19.Pokud ANO patří mezi ně:

- A.zácpa
- B.průjem
- C.samovolné uvolnění stolice (inkontinence)
- D.bolestivost při vyprázdnění
- E.jiné:

20.Vědomosti:

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| A.Který je rok? | C.Napište čísla od 1-5: |
| B.Jaké je roční období? | D.Nakreslete čtverec: |

Příloha č.2



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Studentská 2, Liberec 1

tel.: 485 353 722

Protokol k provádění výzkumu v rámci bakalářské práce

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	EOPROVA, VERONIKA
Osobní číslo studenta	204000005
Studijní obor, ročník	VŠEOBECNÁ SESTRA 3. ročník
Téma bakalářské práce	GERIATRICKÉ SYNDROMY - IMOBILITA, INKONTINENCE
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ A GERIATRICKÉ PÉČE
Jméno vedoucího bakalářské práce	Prim. MUDr. ALENA ŽIROUDKOVÁ
Vyjádření vedoucího bakalářské práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	☐ výzkum ☐ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ☐ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis
Souhlas vedoucího bakalářské práce	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	☐ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis
Datum zahájení výzkumu	
Datum ukončení výzkumu	
Počet oslovených respondentů (personálu)	
Počet oslovených respondentů (klientů)	

V Liberci dne

podpis studenta

EOPROVA

Příloha č.3:



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Studentská 2, Liberec 1

tel.: 485 353 722

Protokol k provádění výzkumu v rámci bakalářské práce

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	EOPROVA' VERONICA
Osobní číslo studenta	207000005
Studijní obor, ročník	VŠEOBECNÁ' SESTRA 3. ročník
Téma bakalářské práce	GERIATRICKÉ' SYNDROMY IMOBILITA, INKONTINENCE
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	DŮM S PÉČOVATELSKOU SLUŽBOU
Jméno vedoucího bakalářské práce	Prim. MUDr. ALENA ŠIROUKOVÁ'
Vyjádření vedoucího bakalářské práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	výzkum ☐ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ☐ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis
Souhlas vedoucího bakalářské práce	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis
Datum zahájení výzkumu	
Datum ukončení výzkumu	
Počet oslovených respondentů (personálu)	
Počet oslovených respondentů (klientů)	

V Liberci dne

podpis studenta EOPROVA'

Příloha č.4:

**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)**

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti:

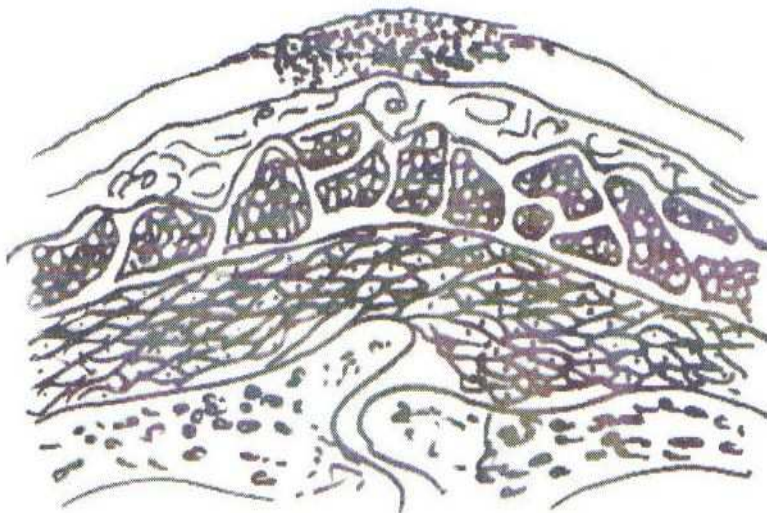
ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

Příloha č.5:

1. Klasifikace dekubitů (dle C. Torrance)

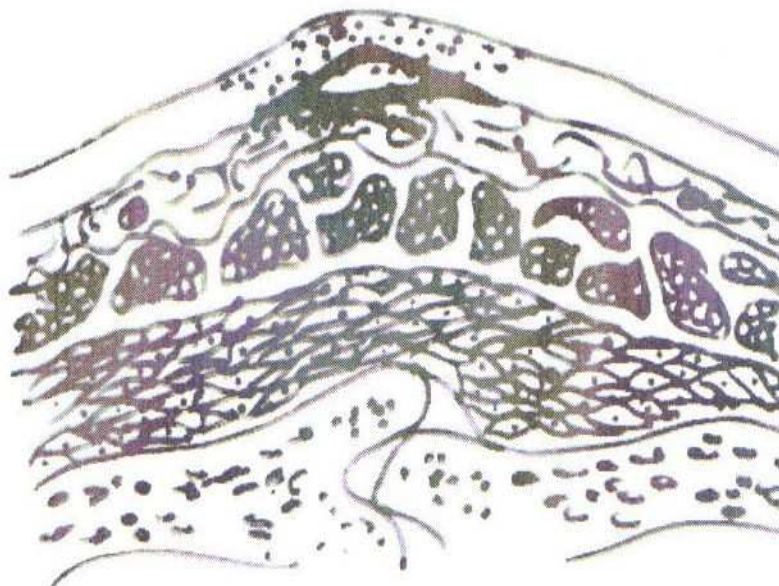
1. stupeň (stádium) - hyperémie (blednoucí překrvení, pasivní hyperémie)

- zčervenání (erytému) kůže - pokud místo zčervenání stlačíme prsty, objeví se v tomto místě viditelné zblednutí kůže (není porušena mikrocirkulace krve)
- kůže je celistvá



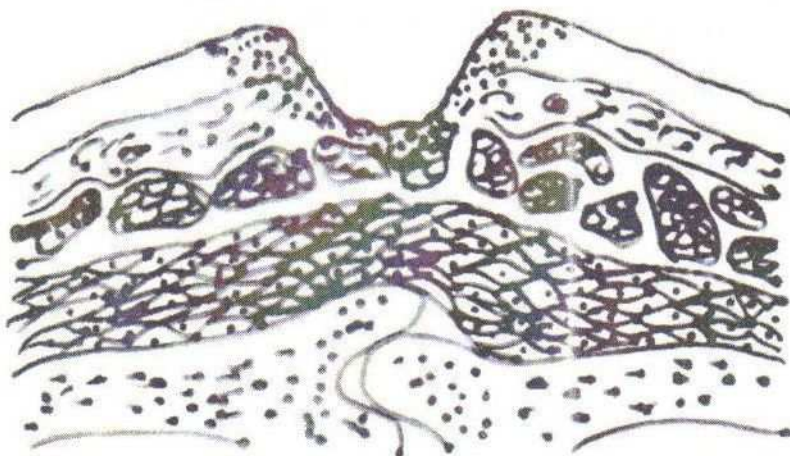
2. stupeň - trvalá hyperémie

- po stlačení prsty zčervenání přetrvává
- porušení celistvosti kůže (možnost zvrédování kůže)



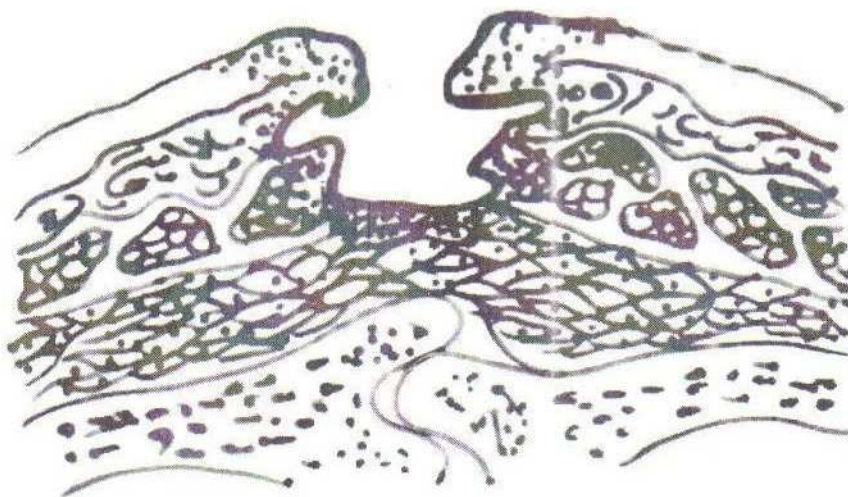
3. stupeň - zvrédování postupuje přes škáru

- postižení postupuje až k hranici subkutánní fascie



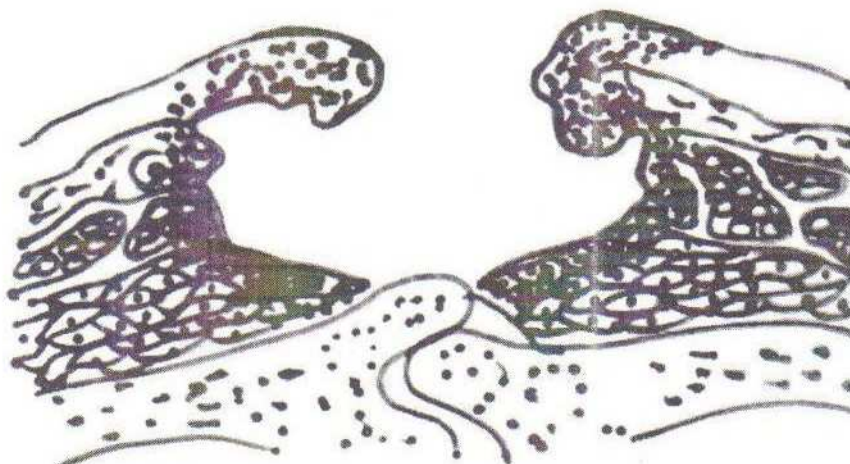
4. stupeň - vřed se rozšiřuje do subkutánní fascie

- *hluboké fascie nejsou zasaženy*
- *tendence šířit se hlouběji*
- *svalová hmota v místě defektu je oteklá a rudá*



5. stupeň - infekční nekróza postupuje do spodní fascie

- *rychlá destrukce svalů do šířky i hloubky*



Příloha č.6

Rozšířená stupnice podle Nortonové

Body	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění
1	Úplná	<10	normální	Žádné
2	Malá	<30	alergie	DM, kachexie, anémie, teplota
3	Částečná	<60	vlhká	Ucpávání tepen, obezita
4	Žádná	>60	suchá	karcinom

Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Dobrý	Dobrý	Chodí	Úplná	Není
Zhoršený	Apatický	S doprovodem	Částečně omezená	Občas
Špatný	Zmatený	Sedačka	Velmi omezená	Převážně moč
Velmi špatný	Bezvědomí	Leží	Žádná	Moč+stolice

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko)

Příloha č.7

Cviky vhodné k posílení pánevního dna

Cvičení vleže na zádech

1. Dýchání:

- Bez míče. Poloha: základní, ruce složené pod hlavou. Pohyb: nádech nosem do celého těla až do chodidel, výdech ústy delší než nádech.
- S míčem. Poloha: základní, ruce položíme na břicho, pod pasem, a malým míčkem podložíme dolní část hýždí (bederní páteř je přitisknutá k podložce). Pohyb: nádech do břicha, zvětšíme břicho a postupně při výdechu podsadíme pánev a vtahujeme pochvu, konečník a močovou trubici – vtahujeme je dovnitř těla, pak uvolníme a opakuje.



- 2. Vtahování pochvy:** Poloha: základní, ruce položíme volně podél těla, malý míček dáme mezi kolena. Pohyb: s nádechem vtahujeme pochvu, močovou trubici a kolena tlačíme k sobě, vydržíme 3–5 vteřin a s výdechem uvolníme.



- 3. Most bez míče:** Poloha: základní, ruce podél těla. Pohyb: nadechneme se, podsadíme pánev a postupně obrátíme po obrátli zvedáme pánev (jako bychom chtěly přitáhnout konečník směrem k hlavě). S výdechem se postupně stejným způsobem vracíme do původní polohy, uvolnění.

- 4. Most s velkým míčem:** Poloha: základní, ruce podél těla nohy opřené o velký míč (židle, gauč). Pohyb: podsadíme pánev, vtáhneme pochvu a konečník a postupně obrátíme po obrátli zvedáme pánev. Vydržíme 3–5 vteřin a postupně se pomalu stejným způsobem vracíme do původní polohy, uvolnění.

Cvičení vleže na boku

Základní poloha: leh na boku, trup rovně, hlava v prodloužení trupu, nohy mírně pokrčíme, spodní rukou pod hlavou a druhou rukou se volně opírá-

me o podložku, nebo si můžeme hlavu podepřít malým míčkem.

- 5. „Fajfky“:** Poloha: základní. Pohyb: nádech, chodidla jdou nahoru, současně vtahujeme pochvu, močovou trubici, půlky stáhneme, kolena zatlačíme k sobě a vydržíme 3–5 vteřin, pak vše povolíme a vydechneme.



- 6. Okénko:** Poloha: základní. Pohyb: provedeme hluboký nádech a s výdechem oddálíme horní koleno, rozevřeme špičky nohou (chodidla jsou do fajfky), paty současně tlačíme k sobě, podsadíme pánev, stáhneme pochvu a močovou trubici. Uvolníme a vrátíme se do původní polohy.



Cviky na kolenou

- 7. Dynamická kočka:** Poloha: vzpor klečmo. Pohyb: vyhrbíme záda a podsadíme pánev, pomalu přecházíme do sedu na paty a protažení, nosem po podložce jedeme k rukám a přecházíme zpět do základní polohy.

Cvičení na židli nebo na gymnastickém míči

Základní poloha: sed vzpřímený na židli nebo na velkém míči, kolena volně, chodidla opřená o zem a pánev lehce nakloněná dopředu, ruce položené na stehnech.

- 8. Cvik:** Poloha: základní na židli, mezi kolena vložíme malý míček. Pohyb: nadechneme se, vtahujeme pochvu a močovou trubici, zatlačíme kolena k sobě, pak výdech a povolíme.

- 9. Špagetka:** Poloha: základní. Pohyb: vyšpulíme rty a vtahujeme vzduch (jako když vtahujeme špagetku), současně cítíme, jak vtahujeme pochvu, vydržíme 3–5 vteřin a krátce vydechneme ústy.



- 10. Prstíky nahoru:** Poloha: základní. Pohyb: zvedneme palec a prsty u nohou nahoru, současně vtáhneme pochvu, močovou trubici, držíme 3–5 vteřin a povolíme.

11. Cvik: Sed na okraji židle, záda vyhrbená, zatížíme konečník, ruce volně položené na stehnech. Opakovaně vtahujeme konečník dovnitř těla.



12. Cvik: Tlačíme dlaněmi proti kolenům, špičky nohou se zvedají nahoru a zároveň stáhneme pochvu a močovou trubici, následně uvolníme.

13. S jednou nohou:

Poloha: stoj u židle, rukama se držíme okraje, jedna noha pokrčená a na špičce. Pohyb: špičku tlačíme do podložky, současně podsadíme pánev, stáhneme pochvu a močovou trubici, pak uvolníme a následně nohy vyměníme.



14. S oběma nohama: Poloha: stoj u židle, rukama se držíme okraje, obě nohy pokrčené a na špičkách. Pohyb: špičky tlačíme do podložky, současně podsadíme pánev, stáhneme pochvu a močovou trubici, pak uvolníme a opakujeme.

Příloha č.8

Zjištění rizika pádu

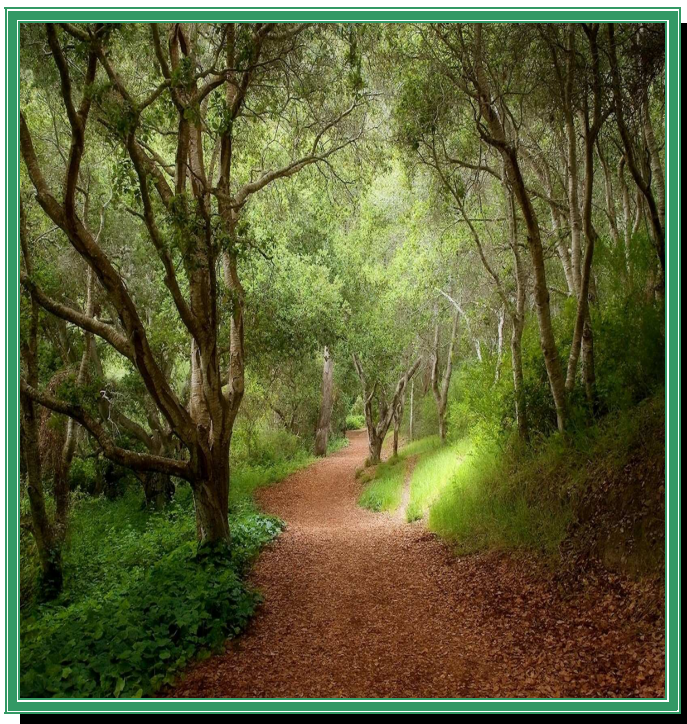
Pohyb	Neomezený	0	Smyslové poruchy	Žádné	0		
	Používání pomůcek	1		Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1		
	Potřebuje pomoc k pohybu	1					
	Neschopen přesunu	1					
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0	Mentální status	Orientován	0		
	V anamnéze nykturie/ inkontinence	1		Občasná noční desorientace	1		
Medikace	Vyžaduje pomoc	1	Historie desorientace/ demence			1	
	Neužívá rizikové léky	0					
	Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypert., psychotrop. látek nebo benzodiazepinů			Věk	18 - 65		0
				≥ 65	1		
		1	Pád v anamnéze	1			
Hodnocení rizika:		bez rizika 0	střední r. 4 až 6		Celkem:		
		↓ riziko 1 až 3	↑ riziko 7				

Příloha č.9:

Leták – Geriatrické syndromy

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií

Geriatrické syndromy



Autor: Veronika Copová
Kontakt: Copova.veronika@email.cz

Geriatrické syndromy

Jsou to soubory symptomů projevující se v období stáří. Je dobré vědět, že nejsou přirozenou součástí procesu stárnutí a jsou považovány za patologii. Velmi důležitá je prevence či včasná diagnostika, neboť jejich léčba se skládá z náročnosti a dlouhé rekonvalescence. Již při prvních příznacích bychom měli vyhledat odbornou pomoc.

Zde je pouze přehled vybraných geriatrických syndromů:

1. Biologickou složku

postihuje velmi často, hlavně u žen, **močová inkontinence**. Je to neuvědomělý únik moče z močového měchýře. Rozděluje se dle příčin na stresovou (při zvýšeném nitrobršním tlaku), urgentní (náhlá potřeba na močení během dne), kombinaci těchto dvou možností, inkontinenci z přetékání (z důvodu překážky v močových cestách), reflexní (nepocítění plného močového měchýře) či funkčního typu (nevčasné docílení WC) nebo může vzniknout pomocení jako nežádoucí účinek léků. Vlivem prostatektomie (odstranění prostaty), epispadie (vyústění močové trubice na horní straně mužského pohlavního ústrojí) i jiných vrozených vad močového systému či píštěle může vzniknout trvalá inkotinence. Méně často se může vyskytnout **inkontinence stolice**, která se definuje jako vůli neovlivnitelné vyprázdnění stolice. Také jsem patří poruchy pohyblivost ve smyslu **hypomobility** až **imobility** či **poruchy rovnováhy** (instabilita). Hypomobilita označuje snížení pohybových schopností při vykonávání běžných denních činností. Projevuje se zpomalenou chůzí, dochází k poklesu ušlé vzdálenosti a pohyb se omezuje na určitou oblast.

Imobilizační syndrom je opačným dějem aktivního pohybu čili mobility. Zdravý člověk tak vykonává činnosti denního života a pečuje o sebe sama, což postižený tímto syndromem nezvládá. Pod tímto syndromem si představíme nemocného upoutaného na lůžko. Závažnou komplikací nepohyblivosti mohou být dekubity (proleženiny). Instabilita (zavrávorání) je charakteristickým příznakem pro stáří. Vzniká v důsledku zhoršené funkce pohybového, rovnovážného aparátu a snížením aktivit i koordinace.

Častým problémem starších lidí je nedodržování pitného režimu a následně dochází ke vzniku **syndromu dehydratace**. Je dobré si uvědomit, že přirozené ztráty tekutin jsou nejen ledvinami, ale i kůží, gastrointestinálním traktem a plícemi, proto je doplňování tekutin důležité. Dalším syndromem v období stáří může být **malnutrice** (podvýživa). Je to stav k němuž dochází, pokud je příjem energie a bílkovin nižší než jejich potřeba, ale i vitaminů, minerálů a stopových prvků. U seniorů dochází snadněji k labilitě při přehřátí a naopak vlivem chladného počasí či onemocnění i k podchlazení. Tyto obtíže se nazývají **syndromy teplotní zátěže na organismus**.



2. Psychická složka

Nejčastější psychickou poruchou ve vyšším věku je **syndrom demence**. Má více příznaků. Mezi ně patří porucha chování, řeči, intelektu, nálady a paměti. Nejčastějším typem demence je Alzheimerova demence. Má pomalý nástup. Postižená je krátkodobá paměť a objevuje se více u žen.

3. Sociální složka

Jsem patří například **syndrom maladaptace**, kdy klesá schopnost zvykat si na neznámé prostředí a dochází k narušení vlastního stereotypu. Dále se může vyskytnout **syndrom týrání starého člověka**. Projevuje se velmi nevhodným chováním jako je bolestivé zraňování, duševní týrání a ponižování, odpírání stravy, léků a jiné pro seniora deprivující záležitosti.

Zdroje obrázků:

1.http://www.wallpaper.cz/priroda/krajina/les_15/c1600xc1200

2.<http://monalisa12.blog.cz/>