



Financováno
Evropskou unií
NextGenerationEU



Problematika specializované ošetřovatelské péče s ohledem na věk

Lenka Vrlová, Andrea Hoffmannová

ADAPT UTB: **A**daptabilní, **D**igitální, **A**gilní, **P**rogresivní,
Transformace UTB ve Zlíně

reg. č. NPO_UTB_MSMT-16585/2022



CÍL PŘEDMĚTU

- Cílem předmětu je nastítnit specifika chirurgické ošetrovatelské péče u pacientů v různých vývojových etapách života.

FORMA ZPŮSOBU OVĚŘENÍ STUDIJNÍCH VÝSLEDKŮ A DALŠÍ POŽADAVKY NA STUDENTA

- Povinná účast na seminářích min. 80 %.
- Klasifikovaný zápočet – úspěšné splnění písemné zkoušky (min. 75 %) s jednou možností (i ústní) opravy.
- Splnění úkolů v rámci e-learningu.

Výstupní kompetence studenta

Odborné znalosti - po absolvování předmětu prokazuje student znalosti:

- rozlišit vývojové etapy života;
- objasnit specifika chirurgické ošetrovatelské péče;
- rozpoznat chirurgická onemocnění a úrazy v jednotlivých obdobích dětského věku;
- rozpoznat chirurgická onemocnění a úrazy u seniorů;
- zhodnotit strategii chirurgické intervence v různých vývojových etapách života.

Odborné dovednosti – po absolvování předmětu prokazuje student dovednosti:

- používat měřicí techniky k hodnocení stavu pacienta s chirurgickým onemocněním, vč. fyzikálního vyšetření sestrou;
- aplikovat ošetrovatelskou péči u náhlých příhod a krizových situací s použitím managementu komplikací a přístrojové techniky;
- rozpoznat specifické individuální potřeby pacientů s chirurgickým onemocněním a pacientů vyžadujících specializovanou ošetrovatelskou péči ve všech věkových kategoriích;
- zhodnotit potřeby pacienta s onemocněním vyžadujícím chirurgickou léčbu, sestavit plán ošetrovatelské péče vč. intervencí a vyhodnotit ve všech věkových kategoriích;
- provádět specializovanou ošetrovatelskou péči u pacientů s chirurgickou léčbou prostřednictvím ošetrovatelského procesu;
- navrhnout edukaci u pacientů a jím určeným osobám v přípravě na specializované diagnostické a léčebné postupy, v režimových opatřeních a v ošetrovatelské péči v ústavní péči a ve vlastním sociálním prostředí.

Povinná literatura:

Holmerová, I. (2015) *Dlouhodobá péče*. Praha: Grada.

Kozáková, R. (2018) *Ošetrovatelská péče v geriatрии*. Ostrava: OU.

Pokorná, A. (2013) *Ošetrovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. Praha: Grada.

Doporučená literatura:

Dragula, M. (2019) *Moderné trendy v dětských chirurgických oboroch – 1. díl.* Ostrava: Librex.

Dragula, M. (2019) *Moderné trendy v dětských chirurgických oboroch – 2. díl.* Ostrava: Librex.

Dragula, M. (2019) *Moderné trendy v dětských chirurgických oboroch – 3. díl.* Ostrava: Librex.

Fedora, M. (2012) *Dětská anesteziologie.* Brno: NCO NZO.

Fendrychová, J. (2018) *Ošetřování ran a stomií u novorozenců a kojenců.* Brno: NCO NZO.

Fillit, H., Rockwood, K. & Young, J. B. (2016). *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology.* 8th Edition. Philadelphia: Elsevier Books.

Hučín, B. (2012) *Dětská kardiochirurgie.* Praha: Grada.

Philipone, E. & Yoon, A. J. (2016) *Oral Pathology in the Pediatric Patient.* Switzerland: Springer International Publishing.

Odborná periodika:

Geriatric a Gerontologie.

Florence.

Ošetřovatelské perspektivy.

Pediatric pro praxi.

Sestra.

Zdravotnictví a medicína.

CHIRURGICKÁ ONEMOCNĚNÍ A ÚRAZY V DĚTSKÉM VĚKU, POPÁLENINY

PO SKONČENÍ VÝUKY BUDE student schopen:

- orientovat se v problematice nejčastějších chirurgických onemocnění v dětském věku;
 - orientovat se v oblasti úrazů v dětském věku ;
 - orientovat se v problematice POPÁLENIN v dětském věku;
- POSKYTNOUT ADEKVÁTNÍ OŠETŘOVATELSKOU PÉČI DĚTSKÝM PACIENTŮM S chirurgickým onemocněním, úrazy a POPÁLENINAMI.

Dětská chirurgie

- Samostatný medicínský obor
- Od novorozeneckého věku až do ukončení růstu
- Léčba vrozených vad (projeví se nejčastěji v novorozeneckém a kojeneckém věku)

Nejčastější deformity hrudníku

- Pectus carinatum (ptačí hrudník), operace až po 12 roce věku
- Pectus excavatum (vpáčený hrudník), operace mezi 6 – 12 rokem
- Obojí převážně u chlapců

Onemocnění plic

- Ageneze plíce – chybí parenchym, bronchy, plicní cévy
- Aplazie – vytvořeno jen bronchiální větvení
- Hypoplazie – rudimentární bronchy, parenchym, cévy
- Bronchogenní cysty – centrální i periferní, mohou komunikovat s dýchacími cestami
- Cystická sekvestrace – hmota plicní tkáně zásobena z anomálních cév

Tumory a pseudotumory mediastina

- Přední mediastinum (mezi sternem a předním okrajem srdce)
- hyperplazie thymu, cysta thymu, maligní thymom, teratom, lipom, hamartom, maligní lymfom, maligní lymfogranulom

- Střední mediastinum (po přední okraj obratlových těl)
- maligní lymfogranulom, maligní lymfom, Ewingův sarkom, embryom, leiomyosarkom, embryonální sarkom, hemangiom, cysta perikardu, enterogenní cysta, bronchogenní cysta

- Zadní mediastinum
- neuroblastom, ganglioneuroblastom, ganglioneurom, neurofibrom
- u dětí nejčastěji neurogenní nádory a nádory hematopoetického systému

Klinický obraz : tlak na okolí (trachea – stridor)

Terapie: chirurgická - exstirpace

Choroby jícnu

- Atrezie jícnu (klasifikace dle Vogta – 5 typů)
- Trésis = řec. Otvor, znamená úplnou neprůchodnost trubice GIT
- Nejčastější vrozená anomálie jícnu, manifestuje se záhy po narození
- Potvrdí rtg kontrastní vyšetření
- Terapie dle typu atrézie (vytvoření anastomózy)

Gastroezofageální reflux (GER)

- Návrat žaludeční tráveniny zpět do jícnu

symptomy- zvracení, neprospívání, anemie,
porucha růstu
recidivující bronchopneumonie,
astma, chronický kašel

Diagnostika – manometrie jícnu, 24hodinová
pH-metrie jícnu, scintigrafie,
esofagogram, endoskopie

terapie konzervativní – polohování,
úprava stravy, antacida, H2 blokátory

terapie operační – těžká ezofagitida,
striktura jícnu, aspirační komplikace

Achalazie jícnu

- funkční porucha dolního svěrače jícnu (zvracení, dysfagie), nedostatečná relaxace při polykání, častěji u dospělých

Diagnostika - ezofagogram + manometrie

Léčba – podélná myotomie (+ fundoplikace)
(distální část zúženého jícnu, kardie)

Brániční kýly

- **Vrozená brániční kýla (Bochdalekova)**

klinický obraz: dyspnoe, cyanóza, posun
srdečních ozev, oslabené dýchání na
postižené straně, nápadně vpadlé
břicho

diagnóza: antenatálně pomocí UZ, postnatálně – rtg snímek hrudníku

Terapie

- vybavení útrob z kýly
- přešíť defektu event. překrytí umělým materiálem
- ECMO (extrakorporální membránová oxygenace)

Prognóza:

- mortalita pacientů, kteří mají klinickou symptomatologii vyjádřenou bezprostředně po narození je 60 – 65 %
- symptomatologie až po 24 hodinách - mortalita 20 – 30 %

Defekty břišní stěny

Laparoschisis

- výhřez střevních kliček defektem v břišní stěně (chybí kýlní vak), vzniká v intrauterinním životě
- Diagnostika – prenatální ultrasonografie
- Léčba – repozice s následnou suturou

Omfalokéla

- Kýla pupečního provazce, kryta průsvitnou jemnou membránou, velikost od několika centimetrů až po velikost dětské hlavy
- Léčba – u malých defektů repozice, uzávěr stěny břišní nebo umělý kryt. U větších defektů plastický kryt a závěs (útroby se vlastní vahou vrátí do břicha)
- Ve 40 % sdružena s jinými vývojovými vadami

Pupeční kýla

- Vzniká při neúplném uzávěru fascie v pupku
- U dětí se na rozdíl od dospělých neuskřinuje
- Léčba: zpočátku konzervativní, operační řešení před nástupem do školy

Tříselná kýla

- Otevřená peritoneální výchlípka po sestupu varlat u chlapců
- U dívek výchlípka podél ligamentum teres uteri

Klinický obraz

- Vyklenutí v třísle (v leže často zmizí)
- Obávanou komplikací je uskřinutí
- Obsahem bývá nejčastěji střevo, omentum, ovarium

Léčba

- Vždy operační řešení
- Repozice uskřínuté kýly a operační revize uskřínuté kýly

Vrozené vady trávicí trubice

Střevní malrotace

- Odchylky od fyziologického uložení střeva
- Fyziologicky normální uložení střeva je důsledkem rotace střevní prvkličky
- Většinou se projeví jako náhlá příhoda břišní u novorozence
- Mohou se projevit i v dětském věku nebo zůstat asymptomatické

ÚKOLY

Nastudujte:

Nonrotace, Kongenitální volvulus středního střeva, Laddův syndrom

Vrozené atrézie a stenózy

- v oblasti pyloru a duodena
- v oblasti tenkého střeva
- v oblasti tlustého střeva

Meckelův divertikl

- Střevní výchlipka o různě široké bázi
- Postihuje 1 – 2 % populace
- Většinou asymptomatický
- Komplikace: krvácení, invaginace, ileus, perforace

Další vrozené vady trávicí trubice

- Střevní duplikatury
- Mezenterické a omentální cysty
- Mekoniový ileus

Hirschprungova choroba

- Vrozené chybění gangliových buněk v části tlustého střeva (střevní aganglióza)
- Trvalé „stažení“ střeva
- Klinický obraz: dle rozsahu postižení střeva, porucha střevní pasáže, zvracení
- Léčba: resekce nefunkční části střeva a obnovení střevní kontinuity

Získané choroby trávicího traktu

- Krvácení (nekrotizující enterokolitida, invaginace, gastritida, Meckelův divertikl)
- Cizí tělesa
- Pylorostenóza
- Invaginace
- Akutní apendicitida
- Crohnova choroba

Pylorostenóza

- Zbytnělá svalovina pyloru
- Stav se manifestuje do cca 6. týdnů života kojence, dítě se rodí již s hypertrofickým pylorem, kdy hypertrofie po narození dále progreduje
- hlavní příznak: zvracení obloukem
- diagnóza: UZ, klasická pasáž, viditelný (hmatný) pylorický tumor
- terapie: pyloromyotomie

Invaginace

- Náhlá příhoda břišní kojeneckého a batolecího věku
- Neznámá etiologie
- Dochází ke vsunutí orálního úseku střeva do lumina aborálního segmentu, vzniká mechanický ileus

- Klinické příznaky: kolikovitě bolesti břicha, zblednutí, odchod krvavé stolice (vzhled „malinového želé“)
- Diagnostika: klinické vyšetření, sonografie, irigografie
- Léčba: dezinvacinace

Nekrotizující enterokolitida

- Velmi často u novorozenců nízké porodní hmotnosti
- Zhroucení ochranné střevní slizniční bariéry
- Těžká alterace stavu, rozvoj sepse
- Chirurgická léčba dle rozsahu postižení střeva
- Syndrom krátkého střeva po rozsáhlých resekcích

Choroby jater a žlučových cest

- Atrezie žlučových cest
- Cysty choledochu
- Nádory jater – hepatoblastom, hepatocelulární karcinom

Neuroblastom

- Vychází ze sympatické nervové tkáně
- Druhý nejčastější intraabdominální nádor dětského věku
- Léčba chirurgická včetně chemoterapie

Wilmsův tumor (nefroblastom)

- Nejčastější nádor dětského věku
- Klinické příznaky: chudá symptomatologie, nejčastěji nápadně zvětšené břicho
- Diagnostika: CT, angiografie
- Léčba: nefrektomie, chemoterapie, radioterapie

Popáleninové trauma

- Částečná nebo úplná destrukce kůže, eventuálně poškození hlubších tkání

Patofyziologie

- Přímé tepelné poškození tkání
- Popáleniny elektrickým proudem
- Poleptání – poškození chemikáliemi
- Inhalační trauma – poškození respiračního systému a intoxikace zplodinami hoření

Závažnost popálenin závisí na:

- Mechanismu úrazu
- Rozsahu popálenin
- Lokalizaci a hloubce popálenin
- Věku dítěte
- Přidružených úrazech
- Onemocnění v předchorobí

Rozsah popálenin

Rozsah popálenin tělesného povrchu u dětí se určuje podle Lundova Browderova diagramu nebo otiskem dlaně dítěte, která tvoří 1 % tělního povrchu.

Klasifikace mechanismů úrazu

- Trauma termické
- Trauma elektrické
- Trauma chemické
- Trauma radiační
- Trauma chladové

Stanovení rozsahu popálenin

- I. Stupeň – povrchní v epidermis, projeví se puchýřem
- IIa. Stupeň – povrchní vrstvy do úrovně mazových žláz
- IIb. Stupeň – postižení probíhá basemi vlasových folikulů, potními žlázami, narušuje koriotukové rozhraní
- III. Stupeň – úplná ztráta kůže v celé tloušťce, zasahuje do podkožního tuku

Klasifikace popálenin

- Těžké popáleniny
- Kritické popálení
- Středně těžké popáleniny
- Lehké popáleniny

První pomoc při popáleninovém úrazu

- Přerušit působení tepla
- Šetrně chladit popálené plochy (větší plochy nechladit, nebezpečí prohloubení šoku)
- Ranné plochy sterilně ošetřit, nestrhávat součásti oděvu
- Nic per os
- Zajistit žilní linku
- Infúzní terapie
- Zajistit dýchací cesty
- Zavést PMK
- Zabránit prochlazení

Nemocniční péče

- Zavedení centrálního žilního katetru
- U kritických popálenin zavedení nasogastrické sondy a enterální výživa
- Vasopresory, inotropika
- Monitorace bakteriologických nálezů, případné podávání ATB
- Péče o popálené plochy
- Důsledné dodržování hygienických zásad

Dle statistik WHO je nejčastější příčinou úmrtí dítěte úraz. Mezi úrazy se řadí také týrání dítěte, dále úrazy způsobené zvířetem, sportovní úrazy, pády z výšky, polytraumata, poranění hlavy, hrudníku, břicha, poranění velkých cév s krvácením a tepelné poranění. Popáleniny patří mezi nejzávažnější úrazy. Léčba popálenin vyžaduje komplexní a multidisciplinární přístup.

úkoly

- 1) Nastudujte péči o popálené plochy.**
- 2) Popište možnosti krytí popálených ploch.**
- 3) Nastudujte základní prvky hydroterapie.**
- 4) Popište možnosti chirurgického řešení popálených ploch.**

Úrazy v dětském věku

Nejčastější příčiny úrazů v dětském věku

- Sportovní poranění
- Popáleniny
- Pády
- Úrazy elektrickým proudem
- Dopravní úrazy
- Mezi úrazy řadíme i týrání!

Typy úrazů dle věku

Kojenecký věk – v prvním půl roce života nejčastěji pády, později tržné rány, opařeniny, požití cizích těles, vypití roztoků

Batoletčí věk – otravy, pády, utonutí

Předškolní věk – úrazy při hrách, pády z tříkolek a kol, riziko utonutí

Školní věk – dopravní úrazy, úrazy při sportu

Úrazy hlavy a krku

- Komoce mozku
- Kontuze mozku
- Dilacerace mozku
- Nitrolební krvácení (epidurální, subdurální, subarachnoidální, intraparenchymové)

Poranění hrudníku

- Pneumothorax (zavřený, otevřený, tenzní)
- Hemothorax
- Tamponáda perikardu
- Kontuze plic
- Poranění bránice

Poranění břicha

- Tupá poranění
- Penetrující poranění

Příznaky při poranění břicha

- Rychlé, povrchní dýchání
- Palpační bolesti břicha
- Zhmoždění na stěně břišní
- Zvětšující se objem břicha
- Krvácení z urethry
- Změna zbarvení a otok genitálu

Poranění páteře

- Transverzální léze míšní

Příznaky: Absence všech pohybů a citlivosti pod místem léze, příznaky poškození neurologické funkce

Poranění dlouhých kostí

- Většinou konzervativní léčba přiložením sádrové fixace
- U polytraumat nejčastěji osteosyntézy dlouhých kostí (nitrodřeňová fixace, Kirschnerovy dráty, zevní fixátor, Küntscherův hřeb)
- Sledujeme prokrvení prstů, hybnost a citlivost periferie. Při sádrové fixaci sledujeme otok a cyanózu. Operační ránu a okolí vstupu šroubů u zevních fixátorů.

OTÁZKY

- 1) Jakým způsobem určujeme rozsah popálenin?**
- 2) První pomoc při popáleninovém úrazu?**
- 3) Jaké znáte druhy poranění břicha?**

PROBLEMATIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE A ÚRAZŮ U SENIORŮ

PO SKONČENÍ VÝUKY BUDE student schopen:

- periodizovat stáří;
- komplexně Popsat změny ve stáří;
- orientovat se v problematice úrazů a pádů u seniorů;
- navrhnout intervence pro prevenci pádů a úrazů.

Periodizace stáří

Senium – období od 60 let nahoru

- Mladí senioři – 65 – 74 let
- Staří senioři – 75 – 84 let
- Velmi staří senioři – nad 85 let

Období stáří bývá také často označováno jako tzv. třetí věk.
Někdy se také uvádí období čtvrtého věku.

Členění lidského života je **podle WHO**, která vychází z kalendářního (chronologického) věku a opírá se o tzv. patnáctileté periody lidského života.

- Věkové rozpětí mezi 45-59 lety je považováno za střední (zralý) věk.
- Období od 60 do 74 let definováno jako rané stáří (vyšší) věk.
- Za počátek vlastního stáří se pokládá sedmdesátý pátý rok života.
- Obdobím senescence (kmetství) je nazýván věk od 75 do 90 let.
- Senioři nad 90 let věku jsou považováni za dlouhověké.

Novým celosvětovým rozdělením se pravděpodobně stane rozdělení vyššího věku, které bylo prezentováno v roce 2002 na II. mezinárodním shromáždění o stárnutí a stáří v Madridu.

Za seniora by měl být pokládán jedinec ve věku 60 let a více a od 80 let pak za seniora starého.

Psychosomatické změny ve stáří

Somatické změny

- Změna tělesné hmotnosti - zároveň s BMI (body mass index) stoupá do 7.-8. decennia, pak klesá. Klesá podíl aktivní tělesné hmoty ve prospěch vaziva a tuku.

Poměr tuku a svalové hmoty je výrazně ovlivněn předchozím způsobem života, poměrem mezi příjmem a výdejem potravy, pohybovou aktivitou a zdravým způsobem života.

- Tělesná výška - výsledky antropometrických studií, prováděných v ČR ukazují, že nové generace dosahují vyšší tělesné výšky.

Přesto dochází v důsledku involučních změn ke snížení tělesné výšky u seniorů, především v trupové oblasti, které je způsobeno involučními změnami meziobratlových plotének, artrotickými změnami obratlů a změnami postury vlivem svalových dysbalancí.

- Antropometrické změny - mění se tvarové poměry těla, dochází ke změnám ve tvaru hrudníku, zvětšuje se obvod pasu, zmenšuje se povrch těla, mění se tělesné proporce např. poměr šířky ramen a pasu, nebo boků, poměr mezi celkovou tělesnou výškou, výškou trupu a délkou končetin.

- Posturální změny - většinou způsobené involučními změnami meziobratlových disků, dochází k úbytku vody a dále změnami na vazivové části páteře, dochází k tuhnutí vaziv.

Mění se biomechanika páteře, staří lidé zaujmají semiflekční (shrbené) postavení často vyúsťující v hyperkyfotické držení nebo až vytvoření gibu.

- Změny chůze - způsobeny stárnutím organismu jako celku – obecně dochází ke zpomalení chůze, výraznější nestabilitě vzhledem k terénu, po kterém se senioři pohybují, použití pomůcek (berle, vycházkové hole, chodítka apod.), zhoršené funkce smyslových orgánů (zrak, sluch).

Na typ chůze má také vliv další onemocnění, které může chůzi zhoršovat a tím zvyšuje riziko pádu. Pády patří k nejvýznamnějších rizikům ve starším věku.

- Změny výrazu obličeje - souvislost s hormonálními změnami, stírají se intersexuální odlišnosti. Stárnutím kůže – převislá oční víčka, zmenšené oční štěrbin, pokles napětí kůže obličeje, vznik hlubokých vrásek.

Ztráta zubů se výrazně podepisuje na změně fyziognomie obličeje a změně identifikačních znaků jedince.

- Smyslové změny

Zrak – změny akomodace, zúžení zorniček, změny ostrosti zraku a rozlišení barev

Sluch – ubývá sluchové ostrosti především pro vysoké tóny

Hmat – ubývá koncentrace hmatových tělísek na konečcích prstů.

Čich, chuť – změny jsou výraznější u kuřáků, oba typy smyslových buněk podléhají involučním změnám až ve vyšším věku.

Psychické změny

- Zhoršení paměti - zážitky (s dětství či dospívání) zůstávají v paměti dobře uchovány, zatímco nové události si pamatují hůře, často jsou obsahově a nebo emočně zkresleny. Minulé zážitky jsou hodnoceny spíše pozitivně a starý člověk lpí na tom, čím byl a co měl (postavení, majetek, zvyklosti,...).

Nové zážitky jsou brány s neporozuměním a jako nepříznivé. Tento postoj je dán určitou obranou proti pocitu ohrožení ze strany mladších.

- Zhoršení inteligence - inteligence zřetelně klesá ve vyšším věku. Ve velmi vysokém věku dochází k závěrečnému celkovému úpadku sil a schopností, to je však dáno individuálními vlohami jedinců. Mnozí lidé se však ve velmi vysokém věku učí zcela novým věcem – cizímu jazyku, slepeckému písmu, či práci s počítačem, nebo psaní na stroji.

Osobní růst každého seniora je velmi individuální a záleží na jejich motivaci a snaze učit se novým věcem.

- Změny v afektivním prožívání - méně bezprostředním se stává citové prožívání, snížena je intenzita emocí. Snadno se nenadchnou pro nové nápady, podněty a situace. Řadu situací řeší a hodnotí racionálněji a klidněji.

Velmi záleží na hodnotové orientaci daného seniora – delší život je příležitostí k tomu, aby přehodnotil svůj dosavadní život a dosáhl pochopení smyslu svých činů. Vlastní přecitlivělost je vystupňována a to až do stádií převládající v hypochondrii.

- Tvořivost - schopnost klesá dle počtu významnějších uměleckých, vědeckých i jiných prací již od střední dospělosti. Podle výzkumů dosahuje vrchol lidské tvořivosti mezi 25. a 40. rokem, pak produktivita klesá.

Jde spíše o motivaci seniorů, vytrvalost a entuziasmus – pak člověk zůstává tvořivým po celý svůj život.

- Citové vztahy - ve stáří se cítí více ohroženi sociální izolací či emoční deprivací. Dochází k zesílení vztahů k blízkým lidem, narůstá význam rodiny. Starý člověk v širší rodině zastává důležitou roli prarodiče. Také styl hry prarodičů s dítětem je tolerantnější. Prarodiče hrají také významnou roli při vytváření rodinné historie. Se svými vnoučaty často hovoří o jejich vlastním dětství, či o dětství jejich rodičů.

Nezastupitelná je také „výuková“ role – staří lidé učí děti nejen tím, co o minulosti vyprávějí, ale učí je i hlubším hodnotám, postojům. Senioři své mladší generaci poskytují důležitý model stáří a prarodičovské role. V období stáří narůstá síla manželských vztahů, a ztráta životního partnera je velmi závažnou událostí, s níž se starý člověk velmi těžce vyrovnává. U seniorů nepřetrvávají pouze potřeby citové, ale také potřeby sexuální.

Sexuální apetence klesá, nemizí úplně. Mnozí senioři žijí sexuálním životem ještě ve vysokém věku. Tato stránka bývá často tabuizována, zejména ze strany mladších osob (především vlastními dětmi). Sex je ve stáří považován za méně významný, i když při hodnocení života a jeho kvality může sehrát významnou roli i tato stránka života. Konflikty nastávají, pokud vlivem postižení kognitivních funkcí dojde k demenci a následně k odbourání zábran sociálních a sexuálních.

- Změny intelektu - Intelektové schopnosti zůstávají dobře zachovány. Přirozená involuce nevede k syndromu demence. Z hlediska psychického výkonu je u seniorů potřeba zajistit dostatečný odpočinek, klid a vlastní tempo. Nepřítelem seniorů bývá obava z neúspěchu, která je velmi často způsobena právě časovým stresem. Při učení je potřeba respektovat zhoršení vstřípivosti. Ve srovnání s mladšími lidmi potřebují senioři při stejném obsahu informací větší počet opakování a pomalejší tempo.

V průběhu raného stáří dochází ke zklidnění emočního prožívání, klesá frekvence a intenzita některých emocí, narůstá citová dráždivost, špatné ovlivňování nálad a snížení koncentrace na prevenci nepříjemných pocitů. Mění se způsob uspokojování potřeb. Může docházet ke změně některých osobnostních vlastností.

Největším životním mezníkem tohoto období je bezesporu odchod do starobního důchodu. Adaptace na důchod ovlivňují různé faktory, např. zda člověk odešel do důchodu ve standardním období, zda odešel dobrovolně, zda je zdravý a nechybí mu rodinné zázemí a zda má dostatek finančních prostředků.

Adaptace na odchod do důchodu trvá určitou dobu a probíhá v několika fázích.

Fáze adaptace na odchod do důchodu

- Fáze přípravy na důchod - V průměru se lidé na odchod do důchodu připravují dva roky předem. Samotný odchod do důchodu je pak provázen rozdílnými pocity. Na jedné straně se nastávající důchodci těší na klid, možnost věnovat se vlastním koníčkům, na druhé straně jsou si vědomi, že odchodem do důchodu mohou ztratit kontakty, přístup do společnosti nebo sociální pozici. Pokud je člověk příliš fixován na svou práci, může se s odchodem do důchodu zhoršit sebeúcta nebo pocit možnosti seberealizace.

- Fáze bezprostřední reakce na změnu - období nazýváme taktéž obdobím přechodu – člověk opustil dosavadní styl života a nový styl života si ještě nevytvořil. V závislosti na očekávání mohou být lidé příjemně i nepříjemně překvapeni. Proces adaptace na novou životní roli trvá zpravidla až jeden rok.

- Fáze deziluze a postupného přizpůsobování se- po odeznění prvních emočních reakcí může přijít rozčarování, s nímž mnozí důchodci nepočítají. Začínají pociťovat nudu, prázdnotu, chybí jim pravidelná smysluplná činnost a sociální kontakty. Doba přizpůsobování je nejlepším obdobím pro vytvoření trvalejšího denního programu, nového životního stereotypu. Jeho absence a pocity bezmoci mohou vést až k depresím a tzv. syndromu čtyř stěn, kdy se senioři uzavírají doma a nejsou motivováni k žádné aktivitě.

- Fáze adaptace na životní styl důchodce a stabilizace nového stereotypu – dochází ke stabilizaci nové životní role a jednotlivých hodnot. Dochází k zafixování nového denního/týdenního programu, který získává trvalejší strukturu a přispívá tak k udržení dlouhodobější životní spokojenosti. Senioři si většinou vytyčí nějaký cíl, většinou se v tomto věku jedná pouze o cíl soukromý.

Pády u seniorů – příčiny a důsledky

Pro seniory jsou pády vysokým rizikem a vyskytují se u seniorů ve věku 65- 69 let ve 20 – 30 %, ve vyšším věku nad 85 let až v 50 % (Topinková, 2005).

Dělení příčin pádů

- **Endogenní příčiny** - poruchy chůze v souvislosti s onemocněním, synkopy (kardiální, vazovagální, vagové, cervikální atd.), vertebrogenní závrať.

- **Exogenní příčiny** – příčiny zevní, lze je ovlivnit

Nevhodná obuv - bezpečná obuv, která zajišťuje stabilitu hlezna a nohy a zabezpečuje adekvátní stabilitu při chůzi po různém typu terénu.

Nevhodná je obuv bez pevné paty, na vyšších podpatcích, nebo se sešlápnutou patou.

Nebezpečný povrch - kluzký povrch v koupelnách (podlaha, vana), shrnuté koberce, které nepokrývají celou podlahu pokoje. Žádoucí protiskluzové úpravy povrchu.

Architektonické bariéry v bytech – volné kabely spotřebičů, prahy, příliš mnoho menšího nábytku. Mimo byt - schody, dopravní prostředky, obrubníky.

Léky a alkohol – farmaka navozující útlum (psychofarmaka, hypnotika, antihypertenziva).

Hlavní mechanismy pádů

- Pády zhroucením – senior náhle ztratí svalový tonus, příčiny jsou většinou cerebrální či extracerebrální.
- Pády zakopnutím – z různých příčin – spasticita nebo slabost svalů distální části dolní končetiny, znemožňuje dostatečnou dorzální flexi nohy. Další velmi častou příčinou bývá nedostatečná hybnost celé dolní končetiny nebo změny stereotypu chůze (chůze hemiparetiků, chůze parkinsonská).

- **Pády „zamrznutím“** - vyskytují se nejčastěji u parkinsoniků, kdy dojde ke znemožnění pohybu dolní končetinou, pacient se zastavuje, ale tělo setrvačně směřuje vpřed a následuje pád dopředu.
- **Nediferencované pády** – příčinou je většinou nepozornost nebo nedostatečná adaptace na charakter terénu.

Důsledky pádů

- **Poranění, zlomeniny** - nejčastější jsou zlomeniny krčku stehenní kosti , Collesova zlomenina, zlomeniny obratlů, popáleniny, opařeniny, kontuze měkkých tkání, zlomeniny nebo kontuze kostrče, úrazy hlavy, intrakraniální hematomy apod.
- **Nemožnost postavení** – senior zůstane po pádu ležet na zemi, je otřesen, bolestivý, může být v zaklíněné poloze delší dobu – hrozí renální selhání, kompartment syndrom, podchlazení. Zvláště nebezpečná je situace pro obézní pacienty, s osteoartrózou, fyzicky dekompenzované a pro pacienty se zhoršenou pohyblivostí.

- **Deprese, úzkost** – především u seniorů, kteří padají opakovaně. Strach z pádu výrazně snižuje soběstačnost, celkovou mobilitu a opakované pády s rizikem delší nemožnosti se postavit bez pomoci se často vyskytují u seniorů žijících osaměle.
- **Ztráta soběstačnosti** – opakované pády jsou častým důvodem umístění seniora do některého ze sociálních zařízení.

Prevence pádů

- **Pravidelná pohybová aktivita**

Posilování adaptačních mechanismů pro stabilitu – balanční plochy, udržování přiměřeného mechanismu chůze v různých podmínkách.

Posilování posturálních svalů a „nácvik“ pádů a postavování po pádu.

Udržování kloubní hybnosti a dostatečné svalové síly.

- **Vyhodnocení každého pádu** – nutnost v každém sociálním zařízení. Provést analýzu pádu a vyvodit z něj preventivní strategie, které by ovšem neměly seniora omezovat v možnosti pohybu.
- **Zajištění bezpečnosti prostředí** – bezbariérové prostředí (madla, dostatečné osvětlení, bezpečností zábradlí, vyhovující podlahové krytiny, úpravy koupelen a WC, odstranění prahů, instalace a používání bezpečnostní signalizace).
- **Používání asistivních pomůcek** – berle, chodítka, hole
- **Používání bezpečné obuvi**

ÚKOLY

Nastudujte v odborných licencovaných databázích, jaká preventivní opatření proti pádům u seniorů používají v zahraničí a s jakým efektem?

OTÁZKY

- 1) Vyjmenujte somatické změny ve stáří.
- 2) Vyjmenujte psychické změny ve stáří.
- 3) Jaké jsou exogenní příčiny pádů u seniorů?
- 4) Jaké jsou hlavní mechanismy pádů u seniorů?
- 5) Vyjmenujte hlavní intervence v rámci prevence pádů u seniorů?

HODNOTÍCÍ A MĚŘÍCÍ NÁSTROJE V GERIATRII

PO SKONČENÍ VÝUKY BUDE student schopen:

- CHARAKTERIZOVAT SOUČÁSTI ANAMNÉZY;
- POPSAT FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ;
- SPECIFIKOVAT FUNKČNÍ GERIATRICKÉ VYŠETŘENÍ ;
VYJMENOVAT NEJČASTĚJŠÍ TESTY A ŠKÁLY K HODNOCENÍ
RŮZNÝCH OBLASTÍ U SENIORŮ.

Cílem posouzení je zjistit stav seniora, fyziologické změny stárnutí a zdravotní obtíže.

Posouzení stavu se týká každodenního života, zdravotní, psychosociální, emocionální, socioekonomické, kulturní a náboženské oblasti.

Posuzování jako součást ošetřovatelského procesu představuje komplexní biopsychosociální a spirituální zhodnocení člověka s respektováním zvláštností vyššího věku. K získání údajů používá sestra pozorování, rozhovor, fyzikální vyšetření a funkční testy.

Anamnéza

Anamnéza je první fází posouzení a základním způsobem získávání základních údajů o pacientovi. Zvláštní pozornost je třeba věnovat pacientům s komunikačními bariérami (fatické poruchy, dysartrie, kombinovaná postižení sluchové, zrakové, kognitivní deficit).

Na komunikaci je potřeba mít vyhrazeno dostatek času, staří lidé se pomaleji vyjadřují, mohou mít změněné sluchové a zrakové vnímání, poruchy paměti a jiné další poruchy.

Sestra by měla hovořit pomalu a nahlas, měla by sedět čelem k pacientovi, používat jednoduché otázky a některé otázky zopakovat víckrát. Protože pacienti mohou některé informace opomenout, je dobré zjistit také informace od rodinných příslušníků, jiných zdravotnických pracovníků, ze zdravotních záznamů a z dalších zdrojů. Verbální projev sestry by měla provázet také přiměřená neverbální komunikace.

Při anamnestickém rozhovoru je nutné chránit pacientovu důstojnost, osobnost a kompetence – respektovat jejich rozhodnutí, diskutovat postup s pacientem nikoliv s doprovodem, předcházet infantilizaci, dodržovat korektní oslovování.

Základním předpokladem efektivního rozhovoru je důvěra. Čím intimnější témata jsou řešena (inkontinence, kognitivní poruchy, týrání, sexuální problémy), tím nutnější je uzavřené prostředí, bez přítomnosti dalších osob. Ošetřovatelská anamnéza by měla obsahovat všechny součásti běžné anamnézy.

Od pacienta zjišťujeme základní demografické a identifikační údaje: jméno, příjmení, rodné příjmení, adresu, věk, datum a místo narození, pojišťovnu a kontaktní osoby.

Osobní anamnéza a nynější onemocnění obsahuje informace o prodělaných onemocněních, úrazech a hospitalizaci, dispenzarizace u lékaře a předchozí medikace a léčba včetně jejich efektu, dietní režim a zjištění všech kompenzačních pomůcek, které pacient užívá (hůl, chodítko, naslouchátko aj).

Součástí komplexní osobní anamnézy by měla být:

- nutriční anamnéza – chuť k jídlu, hmotnostní křivka, stravovací zvyklosti, průjmy či jiné obtíže spojené s výživou
- mikční anamnéza – typ inkontinence, nykturie; prostatické obtíže, dysurické obtíže
- pohybová anamnéza – rozsah chůze, frekvence vycházení z domu, pohybová omezení (pády a jiné), kompenzační pomůcky

- anamnéza psychických obtíží – problémy s pamětí, poruchy spánku, kognitivní deficit, úzkosti a deprese, komunikační deprivace, od blízkých osob zjišťujeme údaje o delirantních stavech, poruchách paměti, chování nebo vědomí
- farmakologická anamnéza – léky, které pacient užívá, polypragmazií, včetně posouzení léků, které si kupuje sám, pátráme po nežádoucích účincích léků, ověřujeme správné dávkování a spolehlivost užívání
- ostatní geriatrické aspekty – subjektivní pocit zdraví, bolesti, projevy zanedbávání, týrání a zneužívání.

Rodinná anamnéza:

- získání údajů o výskytu dědičných onemocnění a civilizačních chorobách v rodině.
- výskyt dlouhověkosti nebo naopak rozvoj stařecké křehkosti, závislosti a funkční deficity u rodičů a sourozenců.

Sociální anamnéza:

- sociální vztahy seniora – míra osamělosti pacienta a kdo je pro pacienta hlavní sociální oporou (člen rodiny, přítel, sousedka apod.), s kým je možno spolupracovat při plánování a zajišťování pacientova propuštění z nemocnice, při vytváření podmínek k domácí péči, při rozhodování o dlouhodobé ústavní péči; společenské aktivity a kontakty, rozsah vycházení z bytu; ptáme se také na používání mobilu a internetu
- sociální patologie – nevhodné zacházení se seniorem, zanedbávání, týrání a sociální vyloučení

- sociální role – postavení pacienta v rodině, životní náplň – jak tráví volný čas, znalost profesní a vzdělanostní úrovně, odborných znalostí, dovedností a návyků
- náročnost bydlení – jedná se o důležitou informaci k posuzování pacientovy soběstačnosti a cílů rehabilitace. Kvalita bydlení, dostupnost, vzdálenost od služeb, bezbariérovost a vybavenost kompenzačními pomůckami, napojení na systém tísňové péče.

- soběstačnost v domácích podmínkách – zvládnutí instrumentálních aktivit denního života, identifikace, ve kterých činnostech klient potřebuje pomoci.
- čerpání či potřeba zdravotně sociální pomoci, dávek a služeb – zavedení pečovatelské služby, domácí péče, podání žádosti do Domova pro seniory, míra sociální nouze, pobírání dávek a podpor.

Spirituální anamnéza zahrnuje komplexní údaje o vyznání víry a náboženství, rovněž se zaměřuje na vztahy k druhým osobám, lásku, naději, hodnoty a smysl života.

Anamnestické údaje sestru doplňuje údaji, které získává prostřednictvím fyzikálního vyšetření.

Fyzikální vyšetření

Při fyzikálním vyšetření by sestra měla postupovat systematicky od „hlavy k patě“ nebo podle systémů těla. Vyšetřování by mělo probíhat v intimním prostředí, nejlépe pouze za přítomnosti sestry a pacienta, při vhodné okolní teplotě a při postupném obnažování části těla. Ke shromáždění objektivních dat sestra používá metody aspekce, palpace, perkuse a auskultace.

Celkový vzhled

Sestra hodnotí zevnějšek seniora - upravenost nebo zanedbanost, kůži, dodržování hygieny, mobilitu a polohu těla, stupeň vědomí, náladu a stav výživy.

Fyziologické funkce

Hodnotí se krevní tlak, puls, dechová frekvence a tělesná teplota.

Vyšetření kůže a přídatných orgánů

Sestra se zaměřuje na kůži celého těla, vlasy, nehty. Sleduje barvu kůže, teplotu, strukturu, tloušťku, vlhkost, kožní turgor a přítomnost kožních lézí. Kůže u starých lidí je většinou bledá se žlutým odstínem, tenká, průsvitná, vrásčitá, suchá a šupinatá. Kožní turgor je snížený.

Typické jsou stařecké skvrny, bradavicové útvary, nitkovité bradavice a jemné rozšířené krevní cévy. V místech vystavených opakovaně nadměrnému tlaku a tření mohou být otlaky a hyperkeratózy, na patách se vyskytují ragády.

Pozornost je také třeba věnovat místům, na kterých často vznikají opruzeniny a u ležících predilekční místa vzniku dekubitů.

Nehty jsou často zhrubnuté, mohou se štěpit, zarůstat a mohou být napadnuty mykózou.

Vlasy jsou prořidnuté a šedivé a u mužů se zvyšuje hustota obočí a ochlupení v nose, u žen se může objevit hirzutismus nad horním rtem.

Vyšetření hlavy

Hodnotí se tvar a velikost lebky.

Vyšetření očí

U zdravých osob jsou oční bulby ve středním postavení. Oči ve stáří jsou uloženy hlouběji v orbitě, zdají se sušší a bez lesku, okolo rohovky může být patrný šedý prstenec (gerontoxon), spojivka je na pohled bledší. Zraková ostrost je snižena, zpomaluje se adaptace na světlo a tmu a zhoršuje se rozlišení barev.

Vyšetření uší

Kůže ucha se zdá na pohled sušší. Maz je taky sušší. Pokud pacient nosí naslouchadla, sestra by měla vyzkoušet jejich funkčnost a zjistit, zda pacient přístroj ovládá.

Vyšetření rtů

Zhodnotíme barvu rtů. Porucha souměrnosti rtů může být způsobena obrnou lícního nervu. Dále také sledujeme přítomnost oparů, trhlin rtů.

Vyšetření dutiny ústní

Před vyšetřením dutiny ústní sestra požádá pacienta, aby si vyjmul zubní protézu. Hodnotí dásně a vlhkost sliznic (určení hydratace). Sleduje povlak na jazyku a jeho vlhkost. Chrup může mít změněnou barvu a zuby mohou být opotřebované a defektní. Hodnotíme zápach z úst, hodnotíme také velikost mandlí a případný povlak.

Vyšetření hrudníku

Hodnotíme tvar a symetrii hrudníku a sledujeme pohyblivost a symetrii dýchacích pohybů. V klidu bývá frekvence dýchání nezměněna, při fyzické zátěži se může dechová frekvence zvýšit a trvá delší čas, než se dýchání upraví. Častým nálezem jsou systolické šelesty a extrasystoly. Frekvence srdeční akce se upravuje pomaleji stejně jako dechová frekvence.

Vyšetření břicha

Hodnotíme tvar břicha a symetrii, podkožní tuk a jizevy po operacích. Při kašli nebo při posazení se může objevit kýla. Břišní stěna bývá ochabnutá. Při zácpě je možno někdy nahmatat skybalu.

Vyšetření konečníku

Anální oblast se vyšetřuje pohledem (hemoroidy, intertigo, trhliny) a digitálně. Sestra sleduje, zda nejsou přítomny stopy krve a hnisu.

Vyšetření končetin a páteře

Zaměřujeme se na aktivní a pasivní pohyby v kloubech a jejich rozsah. Sledujeme změny tvaru kloubů, přítomnost bolestivých projevů. Svalstvo u seniorů má změněný tonus, kontraktilitu a sílu. Typický je úbytek svalové hmoty. Na dolních končetinách je třeba věnovat pozornost otokům, varixům, trofickým změnám, vředům nebo otlakům. Pohmatem se měří puls na periferních cévách. U páteře se hodnotí její zakřivení.

ÚKOL

V rámci praxe odeberte ošetrovatelskou anamnézu a provedte fyzikální vyšetření u vybraného pacienta.

Funkční geriatrické vyšetření

Komplexní zhodnocení zdravotního stavu seniora, doplněno o posouzení fyzické výkonnosti, soběstačnosti, zhodnocení psychických funkcí ve spojení se sociální situací seniora.

Zaměřuje na specifické potřeby rizikových seniorů, kteří pro ohroženou nebo ztracenou soběstačnost vyžadují individuální přístup a péči. Důraz se klade na komplexnost, zaměření na funkční stav a kvalitu života.

K hodnocení funkčního stavu seniora se používají standardizované testy a škály.

Posuzujeme:

Zdravotní stav, zdravotní rizika a komorbiditu – komplexní klinické vyšetření doplněno o cílený screening rizikových faktorů (zrak a sluch, inkontinence, poruchy rovnováhy, malnutrice), hodnotí se imunizace, compliance, medikace z pohledu bezpečnosti a účelnosti.

Fyzickou výkonnost a soběstačnost – hodnotí se mobilita, schopnost sebeobsluhy. Využívá se standardizovaných testů na hodnocení celkového funkčního stavu a schopnosti vykonávat běžné denní činnosti spojené se sebeobsluhou a mobilitou v prostředí, ve kterém senior žije.

Rozlišují se dva testy – Test instrumentálních činností (IADL) a Test základních všedních činností podle Barthelové (ADL). V obou testech se hodnotí samostatné provedení činností a eventuální potřeba pomoci.

Duševní zdraví a psychickou pohodu – vyšetření slouží k odhalení kognitivních poruch – demence, poruchy nálady a afektu – deprese, ke zhodnocení psychosociální pohody a životní spokojenosti. Pro zhodnocení se používá Mini mental state examination (MMSE) a Škála deprese pro geriatrické pacienty.

Sociální status a ekonomické zajištění – hodnotíme sociální kontakty seniora, pomoc rodiny, pečovatelů, hodnotíme rizika bydlení, ekonomické zabezpečení a poskytované sociální služby.

Cílem funkčního geriatrického vyšetření je zlepšit celkovou kvalitu života seniora. Zhodnocení zdravotního stavu seniora je důležité pro posuzování účinku léčby, rehabilitace a rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, pro indikaci ošetrovatelské péče, pečovatelské služby nebo pro umístění do dlouhodobé ústavní péče.

Standardní klinická vyšetření provádí v podmínkách ČR lékař. Nezbytnou složkou vyšetřování starého člověka je diagnostika funkčních dopadů nemoci na starého člověka, které významným způsobem ovlivňují jeho život. Funkční stav seniora musí být hodnocen individuálně a zároveň komplexně (ve všech aspektech jeho života, včetně prostředí).

Sestra hodnotí vstupní informace a také hodnotí nemocného z hlediska současného stavu. Ve světě bylo vypracováno a zpravidla také standardizováno mnoho ošetrovatelských metodik zaměřených např. na bolest, na soběstačnost, na výživu, dekubity apod. Na našich pracovištích se setkáváme většinou s převzatými, různě modifikovanými metodami.

Měření soběstačnosti

Cílem moderního ošetřovatelství je pomoci nemocnému zůstat soběstačný, být nezávislý na druhých lidech. Sestra zjišťuje funkční schopnost každého klienta a využívá jeho lidský potenciál, takovým způsobem, aby byl schopen žít dlouhodobě nezávisle ve svém navyklém (domácím) prostředí.

Stupeň soběstačnosti pacienta může sestra zjišťovat pozorováním při všedních činnostech běžného denního života. K přesnému stanovení funkčních schopností seniora se doporučuje podrobněji zhodnotit rozsah a stupeň postižení, samostatnosti a soběstačnosti za použití standardizovaných testů. U lehčího stupně postižení provádíme Test instrumentálních činností (IADL), v případě těžšího postižení provádíme test základních všedních činností podle Barthelové (ADL).

Aktivity každodenního života (ADL - activities of daily living)

Aktivity každodenního života jsou běžné základní činnosti a úkoly plněné v průběhu dne. Původní **index vytvořil Katz** v r. 1964. Zahrnuje samoobslužné úkony jako je najedení, napití, koupání, udržení moči a stolice, oblékání a přesuny.

Alternativní **Barthelův index** zahrnuje navíc hodnocení chůze a stoupání do schodů.

ÚKOLY

Nastudujte testy Katzův index a Barthelův test.

Instrumentální aktivity denního života (IADL) se týkají složitějších činností, které umožňují ve svém souhrnu nezávislou existenci, tedy plnou soběstačnost: nakupování, vaření, vedení domácnosti, používání dopravních prostředků, nakládání s penězi a telefonování.

ÚKOL

Nastudujte Test instrumentálních všedních činností - podle Lawtona (IADL-Instrumental Activity DailyLiving).

Test ošetrovateľskej zátěže je využívaný pro nepřímé zhodnocení funkčního stavu a potřeb pacienta, pro výpočet časového zatížení ošetrovateľského personálu a pro zjištění mezi teoretickou potrebou a skutečnou spotřebou poskytované péče. Je vhodný pouze pro pracoviště s převažující ošetrovateľskou péčí.

ÚKOLY

Nastudujte Test ošetrovateľskej zátěže (podle Svanborba, modifikovaný Staňkovou)

Měření kvality psychiky

Krátká škála mentálního stavu – Mini-Mental State Examination (MMSE) je nejpoužívanější test pro hodnocení kognitivních funkcí starších osob. Objektivizuje a kvantifikuje kognitivní poruchu ve více oblastech. Test umožňuje zhodnocení:

- orientace,
- okamžité paměti a výbavnosti,
- pozornosti
- fatických, gnostických a praktických funkcí včetně zrakově – prostorové schopnosti (kreslení), čtení, psaní a počítání.

Test kreslení hodin – Clock Drawing Test (CDT)

Jedná se o jednoduchý a v praxi běžně používaný test pro screening a diagnózu časných fází demencí i pro sledování časných fází progresu poruchy.

Umožňuje komplexně zhodnotit kognitivní funkce:

- paměť,
- vizuálně – konstrukční schopnosti,
- výkonné funkce (představivost a vlastní provedení).

Škála deprese pro geriatrické pacienty (Geriatric Depression Scale GDS)

Standardizovaný dotazník s 15 otázkami. V praxi se využívá také jeho zkrácená verze (5 otázek).

K hodnocení stupně hloubky bezvědomí se v našich podmínkách užívá **GCS (Glasgow Coma Scale)** – Glasgovská stupnice hloubky bezvědomí.

ÚKOL

Vyhledejte výše uvedené škály a testy na hodnocení kvality psychiky.

Hodnocení bolesti

S hodnocením bolesti se sestra při ošetřování nemocných setkává velmi často. Bolest je častým příznakem mnoha onemocnění. Rovněž řada léčebných a ošetřovatelských zákroků vyvolává bolest. Odstranění bolesti nebo alespoň její zmírnění tvoří základní pilíř ošetřovatelského procesu. Bolest zatěžuje celý organismus člověka. Dochází k projevům jak na stránce fyzické, tak i na stránce psychické.

Vnímání bolesti je velmi individuální. Citlivost k vnímání bolesti ovlivňují tyto faktory:

- vrožený typ nervové soustavy,
- předchozí zkušenosti s bolestí,
- momentální psychický stav,
- pohlaví a věk člověka,
- příslušnost k etnické skupině,
- nedostatek spánku, nepohodlí, špatná nálada
- ztráta pocitu jistoty,
- denní doba.

Lokalizace bolesti

Používají se tzv. mapy bolesti.

Charakteristika bolesti

Podle orgánových soustav (srdeční, kloubní, bolest zubů apod.) nebo podle subjektivních pocitů nemocného (ostrá, tupá, palčivá, bodavá, svědivá atd.)

Pro bolest je charakteristický její nástup a průběh. Může vzniknout náhle nebo pozvolna, mění se nebo je pořád stejná.

Hodnocení intenzity bolesti

Intenzita bolesti je hlavním faktorem, který rozhoduje o celkovém vlivu bolesti na pacienta. Na základě intenzity bolesti se rozhoduje o vhodném léčebném postupu.

Existuje řada metod měření intenzity bolesti. Nástroje můžeme rozdělit do dvou skupin:

- 1. jednoduché (unidimenzionální)
- 2. vícerozměrné (multidimenzionální).

Nejčastější nástroje k měření bolesti

- **Verbální škála bolesti**

Při použití této škály hodnotí pacient intenzitu bolesti pomocí nabídnutých kategorií (např. žádná-mírná-středně silná-silná-nesnesitelná).

- **Vizuální analogová škála**

Pacient vyznačí intenzitu své bolesti na úsečce, znázorňující kontinuum intenzity bolesti od „žádné bolesti“ až po „bolest nejhorší, jakou si umí představit.“

- **Numerická škála**

Pacient přiřadí intenzitě své bolesti číslo (v rozmezí 0-10). Větší číslo znamená větší bolest.

Vícerozměrné nástroje měření bolesti

Dotazníková hodnocení bolesti využívají principu numerické nebo verbální škály ke zhodnocení různých charakteristik bolesti, účinku léčby a vlivu bolesti na denní aktivity a také na pacientovy emoce.

Hodnocení bolesti u starých lidí a u dětí:

Neverbální:

- a) paralingvické projevy: pláč, sykání, naříkání
- b) mimika – obličej
- c) pohyby končetin: ustrnutí, ucuknutí
- d) aktivita nervového systému: zarudnutí obličej, bušení srdce

U dětí Škála hodnocení bolesti pomocí obličejů

ÚKOLY

- 1) Vyhledejte příklady verbální, vizuální a numerické škály bolesti.**
- 2) Vyhledejte škály k hodnocení bolesti u dětí.**

Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Dekubity patří k významným problémům v ošetřování nemocných. Téměř 70 % ze všech vzniklých proleženin se objevuje u osob nad 70 let.

Vznikem dekubitů jsou ohroženy především osoby s postižením kognitivních funkcí, sníženou pohyblivostí nebo oběma těmito rizikovými faktory. Výskyt dekubitů v konkrétním zdravotnickém zařízení bývá považován za ukazatel kvality ošetrovatelské péče.

Nejčastěji užívané škály

- Bradenova stupnice
- Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové
- Škála Waterlow – riziko vzniku dekubitů
- Hodnocení rizika vzniku proleženin dle Shannon, L.

ÚKOL

Vyhledejte výše uvedené škály k hodnocení rizika vzniku dekubitů.

Hodnocení stavu výživy

Vyšší věk se sebou přináší polymorbiditu, časté zdravotní problémy, snížení fyzické zdatnosti a omezení soběstačnosti. Každý senior reaguje na spektrum přijímané potravy odlišně, má rozdílné možnosti, jiná onemocnění a životní styl, výživa je značně individuální. Ve stáří jde především o složení přijímané stravy než o samotné množství. Oblast výživy u seniorů má především tyto aspekty: obezita, celková podvýživa, nedostatek některých důležitých látek a dehydratace. Výzkumy ukázaly, že v důsledku nedostatečné výživy jsou rizikovou skupinou seniorů osoby hospitalizované a dlouhodobě žijící v ústavní péči.

Doporučené screeningové nástroje v oblasti výživy

- MUST (Malnutrition Universal Screening Tool for adults)
- MNA (Mini Nutritional assessment)
- SGA (Subjective global assessment)
- NRS (Nutritional Risk Screening)

ÚKOL

Vyhledejte výše uvedené škály k hodnocení stavu výživy.

Hodnocení kvality života

WHO definuje kvalitu života „ jak lidé vnímají své místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí, a ve vztazích ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům“.

Kvalitu života určuje šest oblastí (Farský, 2007):

- tělesné zdraví,
- psychické funkce,
- úroveň nezávislosti,
- sociální vztahy,
- prostředí,
- spiritualita.

K měření kvality života se nejčastěji používají dotazníky

- generické (všeobecné) dotazníky
- specifické (specifické pro dané onemocnění, pro daný aspekt kvality života)

Generické dotazníky jsou široce použitelné u jakékoliv skupiny populace, bez ohledu na pohlaví, věk či onemocnění. Specifické dotazníky jsou vytvořené pro jednotlivé typy onemocnění nebo specifický aspekt kvality života.

ÚKOL

Nastudujte nejčastěji užívané škály k hodnocení kvality života v ČR a v zahraničí.

OTÁZKY

- 1) Vyjmenujte škály k hodnocení rizika vzniku dekubitů.
- 2) Co znamená zkratka ADL a IADL?
- 3) Jaké oblasti/systémy vyšetřujeme v rámci fyzikálního vyšetření?
- 4) Jaké položky obsahuje anamnéza?
- 5) Co je to funkční geriatrické vyšetření?

POUŽITÉ ZDROJE:

Farský, I., Ondrejka, I. & Žiaková, K. (2007) *Problematika kvality života v séniu*. Martin: Profa.

Hlávková, M. & Coufalová, J. (2020) *Intenzivní ošetrovatelská péče o děti*. Ostrava: Ostravská univerzita.

Jarošová, D. (2019) *Ošetrovatelská péče o seniory*. Ostrava: OU.

Kozáková, R. (2018) *Ošetrovatelská péče v geriatrici*. Ostrava: OU.

Königová, R. & Bláha, J. (2010) *Komplexní léčba popáleninového traumatu*. Praha: Karolinum.

Kristiníková, J. (2011) *Rehabilitace v geriatrici*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.

Pokorná, A. (2013) *Ošetrovatelství v geriatrici: hodnotící nástroje*. Praha: Grada.

Slaný, J. (2008) *Speciální pediatrie pro posluchače zdravotně sociálních fakult*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta.

Topinková, E. (2005) *Geriatricie pro praxi*. Galén.