Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave
Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O GERIATRICKÉHO PACIENTA S IMOBILIZAČNÝM SYNDRÓMOM

Martina Nováková

Bratislava 2006

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave
Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

Študijný odbor: Ošetrovateľstvo

KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O GERIATRICKÉHO PACIENTA S IMOBILIZAČNÝM SYNDRÓMOM

BAKALÁRSKA PRÁCA

Vedúci práce: PhDr.Emília Miklovičová Autor: Martina Nováková

Úvod

TEORETICKÁ ČASŤ

1 Starnutie a staroba 7

1.1 Charakteristika starnutia, staroby, klasifikácia veku 7

1.2 Telesné zmeny v starobe 9

1.3 Psychické zmeny v starobe 11

1.4 Sociálne zmeny v starobe 14

2 Imobilizačný syndróm 16

2.1 Definícia, charakteristika a príčiny imobilizačného syndrómu 16

2.2 Prejavy imobilizačného syndrómu 18

2.3 Prevencia imobilizačného syndrómu 20

3 Kompletná ošetrovateľská starostlivosť o geriatrického pacienta s imobilizačným syndrómom 24

3.1 Charakteristika geriatrického ošetrovateľstva a ošetrovateľského procesu 24

3.2 Špecifiká ošetrovateľského procesu pri imobilizačnom syndróme 27

PRAKTICKÁ ČASŤ

4 Ošetrovateľský proces u geriatrického pacienta s imobilizačným syndrómom 36

Záver

Použitá literatúra

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1 Vitálne funkcie pri prijatí 38

Tabuľka 2 Posúdenie fyzického stavu zo dňa 23.2. 2006 41

Úvod

Blahoslavení, čo chápu
môj pomalý krok a chvejúcu sa ruku.
Blahoslavení, čo už vedia,
že moje uši s námahou rozoznávajú slová.
Blahoslavení, ktorí akoby prijímali
môj zoslabnutý zrak a ťažkopádneho ducha.
Blahoslavení, ktorí vidia vo mne
bytosť hodnú lásky a úcty,
a nie opusteného starca.
Blahoslavení, ktorí mi svojou láskou uľahčujú
dni, čo mi ešte zostávajú
na mojej ceste do Otcovho domu.

Ester Mary Walker

Demografický trend v Európe, ale i na Slovensku poukazuje na stále rastúci podiel seniorov a tým aj na zvyšujúci sa počet starých ľudí s poruchou pohyblivosti. Preto geriatrické ošetrovateľstvo, ktorého teoretickú problematiku spracúvame v jednej z kapitol, v budúcnosti môže plniť jednu z dôležitých úloh v poskytovaní pomoci pri vykonávaní aktivít a uspokojovaní potrieb, ktoré vedú k upevneniu zdravia, k zmierneniu choroby a k dosahovaniu sebestačnosti seniora.

Ak je seniorovi s poruchou pohyblivosti poskytnutá kvalitná a angažovaná starostlivosť, je možné zlepšiť jeho zdravotný stav. Pod angažovanou starostlivosťou rozumieme prácu sestry ako poslanie, v ktorom seba samú používa ako liečbu, ako nástroj pozitívnej zmeny u seniora. V úvode chceme upozorniť na slová svätého otca Jána Pavla II.: „v súčasnej kultúre ten, ktorý slúži je menej vážený. Ale služobník vie, že všetko čo má dostal, a preto je povolaný tým čo dostal – slúžiť iným. Služba preto predstavuje najvyššie uplatnenie ľudského stvorenia. Ľudské bytie je službou zo svojej prirodzenosti a služba výrazom slobody nad naliehavosťou vlastného „ja“ i znakom zodpovednosti voči druhému. Pravý služobník v sebadarovaní zakusuje radosť z nezištnosti, jeho služba napĺňa srdce a iba v nej sa v nás uskutoční to, čo nám Boh pripravil“.

Bakalárska práca je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. V teoretickej časti približujeme starnutie, starobu a imobilizačný syndróm. V ošetrovateľskom pohľade na

danú problematiku sprostredkovávame súčasné poznatky o komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti geriatrických pacientov s imobilizačným syndrómom prostredníctvom metódy ošetrovateľského procesu. V praktickej časti práce prezentujeme realizáciu ošetrovateľského procesu u pacienta s imobilizačným syndrómom.

Ciele práce:

- sprístupniť teoretické poznatky o starnutí a starobe;
- charakterizovať imobilizačný syndróm;
- analyzovať najčastejšie ošetrovateľské problémy geriatrických pacientov s imobilizačným syndrómom a navrhnúť ich riešenie;
- prezentovať ošetrovateľský proces u geriatrického pacienta s imobilizačným syndrómom.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 Starnutie a staroba

Starnutie a staroba ako prirodzená etapa života prináša veľa pozitívnych, ale aj negatívnych zmien. Zmenou štruktúry obyvateľstva sa mení i podiel starých ľudí v spoločnosti. Zvyšuje sa počet ľudí vyššieho veku a s pribúdajúcim vekom a ubúdajúcou pôrodnosťou v spoločnosti sa stávajú starí ľudia najrýchlejšie rastúcou časťou obyvateľstva. Preto je potrebné zodpovedne sa pripraviť na uvedenú situáciu.

Starnutie je všeobecná vlastnosť všetkého existujúceho, je to jednosmerný fyziologický proces, ktorý je nezvratný. Konečnou etapou tohto procesu je posledné obdobie života – staroba, ktorá je ukončená smrťou.

1.1 Charakteristika starnutia, staroby, klasifikácia veku

Starnutie nie je choroba a nie je možné mu predchádzať. Je to základný zákonitý biologický proces, ktorý prebieha nepretržite v živých organizmoch a je výsledkom pôsobenia genetického programu a faktorov prostredia (Hanzlíková, Králová, 2003, s. 19).

Hegyi (2001, s. 79) charakterizuje starnutie ako „prirodzený, nepretržitý a nezvratný proces, pri ktorom dochádza k zmenám organizmu v závislosti od pôsobenia mnohých vonkajších a vnútorných faktorov“.

Starnutie môžeme rozdeliť na starnutie biologické, psychické a sociálne.

Biologické starnutie je dôsledkom involúcie štruktúr a funkcií orgánov, zhoršenia perfúzie, zhoršenia adaptačných a regulačných funkcií. Tak isto aj poklesu imunity a zníženého zmyslového vnímania. ***Psychické starnutie*** sa prejavuje zmenou osobnostných rysov, znížením poznávacích schopností, spomalením psychomotorického tempa, zhoršením pamäti, nižšou koncentráciou pozornosti, ale i zvýšením vytrvalosti, stálosťou v názoroch, múdrosťou, rozvahou a toleranciou. ***Sociálne starnutie*** prebieha pod obrazom adaptácie na odchod do dôchodku, zmeny sociálneho postavenia, zmeny životného programu a akceptácie sociálnych dôsledkov poruchy zdravia (Hegyi, 2001, s. 11).

V minulom storočí sa mnoho odborníkov pokúšalo vysvetliť príčiny starnutia. Výsledkom ich úsilia je vznik viacerých teórií starnutia, ktoré prehľadne uvádza Jedlička (1991, s. 6) a zaraďuje k nim:

- *genetickú* teóriu - vychádza z poznatkov overených štatistickými údajmi, že ak sa rodičia dožili vysokého veku, je pravdepodobné, že sa vysokého veku dožijú i deti. K tomu prispievajú i poznatky o rovnakej dĺžke života jednovaječných dvojčiat. Táto teória predpokladá, že primárnym základom určenia veku je zdedený genetický materiál;
- *mutačnú* teóriu - považuje starnutie za výsledok somatických mutácií, a to predovšetkým spontánnych mutácií, mutácií spôsobených ionizujúcim žiarením a bližšie neurčenými faktormi;
- teóriu *omylu* - predpokladá nahromadenie metabolických odchyliek, ktoré sa objavujú predovšetkým v syntéze bielkovín. Tieto poškodené bielkoviny sú potom zabudované do nových štruktúr, čo neskôr vedie k metabolickej disharmónii a zániku bunky;
- *autoimúnnu* teóriu - tvrdí, že k zániku bunky a tým k prejavom starnutia dochádza na podklade autoimúnnych procesov – tvorbou protilátok proti vlastným bielkovinám (Jedlička, 1991, s. 6).

Uvedené teórie dopĺňa Mikeš (1995, s. 514) o teóriu *voľných radikálov*, podľa ktorej „voľné radikály menia chemické zloženie molekúl, a tým aj ich funkciu, čo sa prejavuje starnutím“.

Stupeň starnutia určujeme viacerými spôsobmi. Jeden zo spôsobov je určenie staroby na základe ch*ronologického veku*, čiže kalendárneho veku, ktorý zodpovedá skutočne prežitému času bez ohľadu na stav organizmu. *Biologický vek* je dôsledkom geneticky riadeného programu, pôsobenia vonkajšieho prostredia a spôsobu života a chorobných situácií. *Funkčný vek* zodpovedá funkčnému potenciálu človeka. Je daný súhrnom charakteristík biologických, psychologických a sociálnych. *Psychologický vek* je dôsledkom funkčných zmien v priebehu starnutia, individuálnych rysov a subjektívneho veku. *Sociálny vek* zahrňuje prítomnosť alebo neprítomnosť životného programu a do istej miery závisí od dôchodkového veku (Hegyi, 2001, s. 12).

Vzhľadom na skutočnosť, že diagnostika stupňa starnutia na podklade objektívnych údajov je nejednotná, používa sa v praxi na klasifikáciu starnutia a staroby kalendárny vek.

Arbitrálna klasifikácia Svetovej zdravotníckej organizácie rozoznáva na základe kalendárneho veku tieto skupiny (in Hegyi, 2001, s. 12):

- 45 – 59 rokov – stredný vek;

● 60 - 74 rokov – vyšší vek, starší vek alebo ranná staroba, presénium;
● 75 - 89 rokov – vysoký vek, starecký vek, vlastná staroba, sénium;
● 90 rokov a viac – dlhovekosť.

Zistilo sa, že starší človek vo veku 60 – 74 rokov, netrpí ešte závažnými chorobami skracujúcimi jeho život, je aktívny, integrovaný v spoločnosti, schopný cestovať a nie je viazaný len na svoje obydlie. Tomuto aktívnemu úseku života sa začalo hovoriť tretí vek. Štvrtý vek potom nastáva v dobe zhoršenia zdravia, obvykle po 75. roku života. Tento vek sa nesie v znamení choroby, úpadku telesných funkcií a blížiacej sa smrti (Hegyi, 2001, s. 16).

1.2 Telesné zmeny v starobe

Starnutie mení zloženie a funkciu živých organizmov od molekulárnej úrovne až po úroveň celého organizmu. Typickým prejavom starnutia je atrofia a involúcia orgánov a tkanív, ktorých výsledkom je tvorba väzivových štruktúr s poklesom bunkového objemu, znižovanie svalovej hmoty a hmotnosti parenchýmových orgánov. To vedie k poklesu kapacity všetkých systémov a k zhoršeniu perfúzie tkanív. V procese starnutia prekonáva organizmus mnohé telesné zmeny, niektoré sú viditeľné.

Následkom zníženej aktivity mazových žliaz, ako aj neschopnosti zostarnutej kože zadržiavať tekutiny, sa koža stáva suchou. Suchosť a poškodenie nervových vlákien a zmyslových zakončení spôsobuje svrbenie. Na rukách a ramenách, niekedy aj na tvári, sa bežne zjavujú hnedé starecké škvrny. Ide o prejav rozpadu melanocytov, buniek tvoriacich pigment. Koža sa stáva bledou, škvrnitou a stráca elastickosť. Plešivosť a vypadávanie vlasov sú spôsobené deštrukciou tkanivovej vrstvy, ktorá tvorí vlasové folikuly. Stratu farby vlasov spôsobuje zníženie počtu buniek tvoriacich pigment. Nechty na rukách a nohách hrubnú, stávajú sa krehkými a u žien nad 60 rokov sa zvyšuje ochlpenie na tvári. Turgor kože sa vekom znižuje v dôsledku úbytku podkožného tuku a znížením elastickosti kože. Všetko to vedie k prehlbovaniu vrások (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 666).

Typickým prejavom starnutia v *kardiovaskulárnom systéme* je, že krvný tlak má tendenciu k systolickej a niekedy aj diastolickej hypertenzii. Spomalená regulácia vyvoláva ortostatické problémy s rizikom pádov. Zhoršená kontraktilita myokardu so znížením minútového volumu umožňuje zvládanie záťažových stavov len zvýšením frekvencie, čo zvyšuje nároky myokardu na kyslík. Dochádza k involúcii prevodového systému (Hegyi, 2001, s.12).

V *dýchacom systéme* starnutie spôsobuje funkčné zmeny v pľúcach, ktoré spôsobujú pokles parciálneho tlaku kyslíka. Zvyšuje sa prah kašľového reflexu. V trachee a bronchoch sa ukladajú kalcifikáty, v parenchýme vznikajú bulby. Je znížená očistná činnosť pľúc a oslabená ventilačná odpoveď na hypoxiu. Znižuje sa výkonnosť dýchacieho svalstva (Hegyi, 2001, s.12).

V *urogenitálnom systéme* starnutie spôsobuje zníženú koncentračnú a dilatačnú schopnosť obličiek. Klesá glomerulárna filtrácia, zanikajú nefróny, znižuje sa tonus močového mechúra a jeho kapacita. Klesá množstvo vody a draslíka v organizme, vytvára sa tendencia k strate sodíka. U mužov dochádza k hypertrofii prostaty. U žien atrofuje vonkajšie ústie uretry (Hegyi, 2001, s.12).

Typickým prejavom starnutia v *gastrointestinálnom systéme* je vypadávanie zubov, zhoršenie žuvacej schopnosti, zníženie sekrécie slinných žliaz, žalúdočnej a pankreatickej šťavy a pravdepodobný pokles tvorby žlče. Toto všetko, spolu s redukciou prechodu potravy a zhoršením funkcie sfinkterov, znížením prekrvenia a poklesom bariérovej funkcie a zmenami črevnej flóry, vedie k vzniku tráviacich ťažkostí (Hegyi, 2001, s.12).

S postupujúcim vekom v *pohybovom systéme* klesá svalová hmota, sila a vytrvalosť. Klesá elastickosť a pevnosť väzov, svalov a šliach. Intraartikulárne dochádza k strate elasticity chrupavky, ktorá sa znižuje a vysušuje. Po 40. roku života klesá obsah minerálov v kostiach. Rozvíjajúca sa osteoporóza je výraznejšia u žien ako u mužov (Hegyi, 2001, s.12).

Pozvoľna sa redukuje rýchlosť a sila kontrakcií kostrového čiže vôľou ovládaného svalstva. Znižuje sa aj kapacita pretrvávajúcej svalovej činnosti. Badáme stabilný úbytok svalových vlákien, ktorý nakoniec vyúsťuje do schradnutého vzhľadu starého človeka (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 667). Ďalším prejavov staroby je pokles telesnej výšky v dôsledku atrofie medzistavcových platničiek a osteoporózy tiel stavcov (Mikeš, 2004, s. 139).

V *nervovom systéme sa* znižuje počet gangliových buniek a astrocytov. Do buniek sa ukladá pigment, mozgové blany fibroticky hrubnú, vznikajú poruchy v metabolizme glukózy a kalcia. Morfologické zmeny vedú k početným funkčným zmenám. S rastúcim vekom klesá zraková ostrosť v dôsledku zmien na retine a optických médiách. Zanikajú senzorické elementy najmä na periférii sietnice, zužuje sa zorné pole. Zhoršuje sa adaptácia na tmu a osvetlenie. Poruchy sluchu sa zreteľnejšie objavujú najmä po 60. roku života a dotýkajú sa najmä oblasti vyšších tónov. Z ostatných zmyslov je treba spomenúť pokles pocitu smädu, zhoršenie tepelnej regulácie. U niektorých starších ľudí sa redukuje vnímanie bolesti (Hegyi, 2001, s. 13).

V endokrinnom systéme sa vekom znižuje hladina trijódtyronínu, parathormónu, aldosterónu, adrenálnych androgénov, testosterónu a estrogénov. Klesá aj tolerancia glukózy (Mikeš, 2004, s. 139).

1.3 Psychické zmeny v starobe

Pre vznik psychických prejavov starnutia majú popri sociálnych vplyvoch najväčší význam štrukturálne zmeny v nervovej sústave, najmä v mozgu. Štrukturálne a funkčné zmeny nervovej sústavy podmienené fyzickým vekom, oslabujú funkčnú zdatnosť, koordinačný a regulačný vplyv centrálnej nervovej sústavy na činnosť ostatných orgánov. Oslabujú adaptačnú schopnosť organizmu a senzorické schopnosti. Tieto zmeny sa odrážajú v správaní a vo vlastnostiach osobnosti.

V starobe dochádza k spomaleniu psychomotorického tempa, k zmene emócií, pamäte, myslenia a konania, pozornosti a koncentrácie, k poklesu adaptability a zmenám osobnosti.

Starnutiu podlieha aj ľudské vedomie, i keď aj tu pozorujeme individuálne odlišnosti. Niektorí ľudia si udržia mentálnu sviežosť až do vysokého veku. Ľudia, ktorí sú vysoko inteligentní a tvoriví, majú väčšiu šancu úspešne sa chrániť pred mentálnym starnutím (Litomerický, 1992, s. 63).

Spomalenie psychomotorického tempa vedie k pomalšej reakcii na podnety, ktorá sa prejavuje celkovou ťažkopádnosťou a nemotornosťou. Tempo práce sa spomaľuje, rovnako ako riešenie neštandardných problémov. Starí ľudia sú váhavejší, ťažšie sa rozhodujú a neradi pracujú pod časovým tlakom (Krajčík, 2000, s. 15).

Pre obdobie staroby je typická emočná labilita. Starý človek nie je schopný udržať svoje emočné prejavy v určitom smere a ľahko prechádza z jednej nálady do druhej. Časté sú i prejavy úzkosti a depresie. Celkovo dochádza k splošteniu emotivity (Bašecký, Krumpel, Vojtěchovský, 1994, s. 186).

Zo zmien pamäťových funkcií sa vyskytuje vo vyššom veku najmä porucha vštepivosti, oslabenie schopnosti prijímať nové informácie a ukladať ich do pamäti. Následkom toho dochádza k zhoršeniu novopamäte, ktorá je čiastočne kompenzovaná zvýraznením staropamäte. S vekom klesá i pozornosť a schopnosť koncentrácie. Veľmi často dochádza i k zmene osobnosti, niektoré črty sa v starobe zvýrazňujú, introverzia môže vyústiť až v samotárstvo, extroverzia zase v povrchnosť a táravosť. V štruktúre osobnosti sa môže posúvať poradie hodnôt, potrieb a cieľov (Bašecký, Krumpel, Vojtěchovský, 1994, s. 186).

Myslenie a konanie sa stávajú pomalšími a rigidnejšími. Klesá schopnosť adaptability, starý človek sa horšie prispôsobuje novým situáciám, je viac konzervatívny a lipne na zabehnutom stereotype (Gruberová, 2000, s. 22).

Inteligencia sa tiež mení, skôr sa zhoršujú tie schopnosti, ktoré vyžadujú zmenu postojov, rýchle riešenia, nové kombinácie, zatiaľ čo verbálne schopnosti sú často zachované. Výkon starých ľudí v časovo limitovaných inteligenčných testoch je často nízky (Bouchal, 1981).

U starého človeka sa ďalej mení schopnosť učiť sa. Učenie trvá dlhšie a chyby sú častejšie. Výučba musí byť uvážená, bez preťažovania pamäti. Vo vyššom veku sa ľahšie absorbujú praktické, než teoretické skúsenosti.

Seniori si pomerne dlho zachovávajú nacvičené zručnosti. Ak sa zručnosť naučí v mladosti a v priebehu života sa cibrí, môže sa zachovať navždy. Aj starší človek sa teší zo získavania skúseností, múdrostí, pohody a pokoja, z udržania inteligencie. Zostáva mu viac času na premýšľanie. Trvalý pokoj a pasivita je škodlivá. Pre starnúceho jedinca je dôležité osvojiť si filozofiu udržať si zdravie.

Štrukturálne zmeny nervovej sústavy môžu spôsobiť aj zmeny v osobnosti starého človeka. Hegyi (2001, s. 14) uvádza nasledujúce charakterové zmeny:

- snaha stáť v centre pozornosti;
- šporivosť až lakomstvo;
- pôžitkárstvo a utrácanie;
- rozvoj abúzu alkoholu;
- nedôvera voči okoliu;
- svojhlavosť;
- zdôraznený záujem o fyziologické funkcie.

Keď si človek uvedomí, že starne, začína sa problém, ako sa vyrovnať so starobou. Významnú úlohu v tejto situácii má osobnosť človeka, jeho schopnosť vyrovnávať sa s problémami a ťažkosťami v priebehu celého života. Podľa Bromleya (in Štúrovec, 1994, s. 216) existuje niekoľko spôsobov adaptácie na starobu:

- konštruktívnosť – človek sa so starnutím a starobou zmieri, k problémom staroby pristupuje konštruktívne, je prispôsobivý a tolerantný. Spokojne pozerá na prežitý život a jeho plány do budúcnosti sú reálne;

- závislosť – človek je viac pasívny a závislý. Jeho mottom je „nech sa starajú iní“. Ide o jedinca pomerne vyrovnaného, ale málo ctižiadostivého, rád odpočíva, má skôr pasívny vzťah k ľuďom, je podozrievavý a neochotne nadväzuje nové kontakty;
- obranný postoj – vyskytuje sa u ľudí, ktorí boli profesionálne a spoločensky úspešní. Sú samostatní a sú na to hrdí, odmietajú pomoc, aby dokázali, že nie sú závislí. Nechcú myslieť na starobu, prijať ju sú zväčša donútení objektívnymi okolnosťami;
- nepriateľstvo – hostilita – do tejto skupiny patria „rozhnevaní muži“. Už v minulosti mali sklon za svoje neúspechy obviňovať skôr iných, dávajú najavo svoj odpor k predstave staroby, odkladajú „čierny deň“ odchodu do dôchodku. Na všetko reagujú mrzuto, závidia mladým a sú k nim nepriateľskí;
- sebanenávisť – títo ľudia obracajú nepriateľstvo voči sebe, na svoj predchádzajúci život hľadia kriticky a pohŕdavo. Ich spoločensko-ekonomický štandard ustavične klesá, zmierňujú sa so starobou, ale nedokážu zaujať konštruktívny postoj. Zanedbávajú spoločenský život, cítia sa zbytoční a osamelí.

V starobe pomerne často vznikajú psychické poruchy. Jednou z najvážnejších je senilná demencia. Hegyi (2001, s. 37) definuje demenciu ako „syndróm, ktorý vznikol na základe ochorenia mozgu a vyznačuje sa zhoršením kortikálnych funkcií, ako je pamäť, myslenie, orientácia, chápanie, počítanie, schopnosť učenia, reči, úsudku“. Nástup demencie je pomalý a starý človek i jeho rodina si tento stav často nepripúšťajú. Niektoré demencie, napríklad vyvolané depresiou, infekciou alebo poruchou štítnej žľazy, sú reverzibilné, ak sa včas liečia. Alzheimerova choroba je najbežnejším typom ireverzibilnej demencie.

Najčastejším psychiatrickým problémom starých ľudí je depresia. Príčinou zvýšeného výskytu depresie sú sociálne, psychologické a biologické faktory. Z psychologických faktorov je najvýznamnejší pocit straty, napríklad empatie, zdravia, finančnej istoty a podobne. Depresiu môžu vyvolať i niektoré lieky, najmä hypotenzíva, psychofarmaká, antiparkinsoniká a steroidy. Asi 15% osôb vo veku nad 65 rokov trpí depresiou, z toho asi 4% jej ťažkou formou (Hegyi, 2001, s. 38).

S depresiou veľmi úzko súvisia suicidálne myšlienky, pokusy, či dokonalé samovraždy. Litomerický (1992, s. 173) zaraďuje suicídium medzi 10 hlavných príčin smrti starých ľudí. Preto každého pacienta s príznakmi depresie musíme starostlivo pozorovať. V anamnéze treba zisťovať abúzus liekov, alkoholizmus, impulzívne správanie, ktoré zvyšujú riziko samovraždy.

Závažným faktorom, vedúcim k zhoršovaniu somatického stavu a súčasne k zvýšenému riziku psychiatrických komplikácií vo vyššom veku predstavuje zneužívanie alkoholu a drogová závislosť.

Napriek vyššie opísaným psychickým zmenám, je potrebné podotknúť, že medzi jednotlivými ľuďmi existujú značné interindividuálne rozdiely. Pri pohľade do histórie nachádzame mnohé príklady obohacovania ľudskej kultúry a civilizácie, ktorých aktérmi boli starí ľudia. Pre lepšiu názornosť môžeme spomenúť Goetheho, ktorý dokončil „Fausta“ v 87 rokoch, Michelangela, ktorý sa zúčastňoval stavby chrámu svätého Petra v Ríme do 89 rokov a v neposlednom rade do tejto kategórie patrí aj osobnosť Florence Nightingale, ktorá až do svojej smrti bola aktívnou a tvorivou teoretičkou ošetrovateľstva.

1.4 Sociálne zmeny v starobe

Vďaka pokroku medicíny a výdobytku vedy v posledných desaťročiach došlo k predĺženiu priemernej dĺžky ľudského života. Toto všetko vedie k stále rastúcemu počtu starých ľudí a tým aj nutnosti primerane sa o nich postarať. Aj na Slovensku už v tejto súvislosti môžeme hovoriť o celospoločenskom probléme, ktorému sa treba s plnou vážnosťou venovať.

Najvýraznejším javom sociálneho starnutia je obdobie okolo odchodu do dôchodku. Patrí k najrizikovejším obdobiam starnúceho človeka s veľkými nárokmi na jeho adaptačné schopnosti. Odchodom do dôchodku trpia najmä muži, pretože strácajú sociálny status živiteľa rodiny, klesá ich spoločenská prestíž, prichádzajú o mnohoročné, niekedy celoživotné pracovné a priateľské kontakty, znižuje sa ich životný štandard, s prekvapením sa presviedčajú o svojej nahraditeľnosti a zisťujú, že si nevytvorili životný program, ktorý by im nahradil doterajšie zamestnanie a obvyklú prácu. Menej trpia odchodom do dôchodku ženy, ktorých novým a veľmi vítaným životným programom je starostlivosť o vnúčatá. I v tomto ale nastáva zmena, pretože moderná doba priniesla lepšie uplatnenie ženám, ktoré potom odchod do dôchodku môžu subjektívne prežívať podobne ako muži (Hegyi, 2001, s. 15).

U mnohých ľudí prichádza najväčšie uspokojenie života až v ich neskorších rokoch. Strach zo staroby je detskou chorobou, väčšinou keď príde, nie je taká zlá ako vyzerala. Starí ľudia majú už iné túžby a iné potreby, teda aj iný pohľad na svet. Podľa Butler a Lewisa (in Štúr, 2004, s. 27) majú starí ľudia tieto tri základné priania :

- môcť samostatne rozhodovať o vlastnom živote;
- pokračovať v spoločnom živote, nebyť vylúčení;

- aby sa s nimi jednalo s dôstojnosťou.

Staroba je zlá iba ak ju meriame mladistvými hodnotami. Prináša aj mnoho pozitívneho. Obdobie prázdneho hniezda, po odchode detí z rodiny, môže byť najkrajším obdobím vzájomného priateľstva a podpory. Staroba však nie je izolovaná od predchádzajúcich období života, priamo na ne nadväzuje a vychádza z nich. Platí jednoznačne – ako sme žili svoj život, tak budeme aj starnúť. Podoba starnutia sa pripravuje celý život. Niekto sa vracia k svojim detinskostiam, iný sa usiluje zachovať čo najviac dospelých síl. Staroba je špecifickým obdobím života a nemôže byť ničím iným (Štúr, 2004, s. 27).

Ekonomické ukazovatele potvrdzujú klesajúci význam a vážnosť seniorov v spoločnosti ako i neschopnosť spoločnosti postarať sa o dôstojnú starobu svojich starších príslušníkov (Hegyi, 2001, s. 16).

Uspokojovanie potrieb starších ľudí v Slovenskej republike je nasledovné:

- úroveň ich príjmov je asi 45% priemernej nominálnej mzdy;
- asi 70% dôchodcov uvádza, že ich uspokojovanie životných potrieb je na hranici životného minima;
- chudobu pociťuje 15 – 60% starších ľudí;
- uspokojivejší stav je v bývaní starých ľudí, kde asi 80% býva v bytoch 1. kategórie;
- zatiaľ uspokojivú dostupnosť zdravotníckych služieb udáva 84% dôchodcov.

Niet sporu o tom, že miesto starého človeka v spoločnosti 21. storočia bude závislé od toho, v akom rozsahu sa bude zúčastňovať spoločenského života a nakoľko bude schopný konať nielen vo svojom, ale aj celospoločenskom záujme. Iným problémom je, či spoločnosť využije túto ponuku, pretože – podľa jedného z publicistov – „súčasná spoločnosť je organizovaná ľuďmi v strednom veku a pre nich“ (Hegyi, 2001, s. 16).

Preto je nutné už dnes začať s profylaxiou sociálneho starnutia. Mala by chrániť starších ľudí pred nechcenými dôsledkami civilizácie budúceho storočia. To vyžaduje zmenu životného postoja seniorov, ale aj zmenu postoja celej spoločnosti. Miesto, ktoré budú mať v spoločnosti starší ľudia, závisí vo veľkej miere od aktívnej sebaorganizácie seniorov v rámci vlastnej generácie, napríklad vo svojpomocných spoločnostiach, seniorských kluboch, univerzitách tretieho veku a iných ustanovizniach. Dôležitá je i účasť seniorov na spoločenských aktivitách v záujme celej spoločnosti, ako sú dobrovoľná pomoc, skupiny pre medzigeneračnú prácu, rady seniorov v regionálnej správe a samospráve.

Súhrnne sa dá spolu s Pedichom povedať, že kým problémom 19. storočia bolo žiť až do staroby, problémom 20. storočia bolo starobu zabezpečiť a problémom 21. storočia bude naplniť ju obsahom (in Hegyi, 2001, s. 16).

2 Imobilizačný syndróm

Pohybovať sa voľne, ľahko, rytmicky a účelne v prostredí je základným atribútom života. Ľudia sa musia pohybovať, aby si zabezpečovali základné potreby a chránili sa pred poranením. Pohyblivosť je základom nezávislosti. Plne imobilný človek je taký zraniteľný a nesamostatný ako malé dieťa. Ľudia preto často určujú svoj zdravotný a fyzický stav od schopnosti pohybovať sa, pretože aj ich duševné zdravie a efektívnosť telesných funkcií veľmi závisia od týchto vlastností.

Schopnosť pohybovať sa ovplyvňuje sebaúctu i celkový vzhľad tela. U väčšiny ľudí sebaúcta závisí od pocitu samostatnosti a užitočnosti či potrebnosti existencie. Starí ľudia s poruchou hybnosti môžu mať pocit bezmocnosti a cítia sa ako záťaž pre druhých (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 840).

2.1 Definícia, charakteristika a príčiny imobilizačného syndrómu

Pri každom závažnejšom ochorení je pokoj na posteli dôležitou liečebnou metódou. Ak však pokoj na posteli a nečinnosť trvá viac dní, začne nastupovať opačný efekt inaktivity, najmä u starých ľudí. Postupne dochádza k zmenám viacerých orgánových systémov označovaných ako imobilizačný syndróm (Smoleňová, 1997, s. 557).

Mikeš (2001, s. 734) definuje imobilizačný syndróm ako „komplex príznakov, ktoré sa vyvíjajú následkom obmedzenia pohybu“. Príčinou môžu byť všetky stavy, pri ktorých musí pacient dodržiavať pokoj na posteli (napr. pooperačné stavy, akútny infarkt myokardu a i.), alebo pri ktorých sa nemôže aktívne pohybovať (napr. hemiplégia, paraplégia a i.). K vzniku imobilizačného syndrómu prispievajú i vyšší vek, polymorbidita, podvýživa, výrazné prejavy celkovej artériosklerózy (Mikeš, 2004, s.142).

Podľa Hegyiho (2001, s. 21) sa imobilita dá charakterizovať ako „funkčný stav, pri ktorom chorý nie je schopný stáť a chodiť a je upútaný na posteľ alebo invalidný vozík“. Imobilita je syndróm s variabilným klinickým obrazom, vždy je následkom vážnej poruchy zdravia, vždy predstavuje vážne zdravotné riziko. Obmedzenie pohybu vyvoláva patologický stav s možnými následkami pre organizmus. Klinickým prejavom tohto súboru patofyziologických zmien je imobilizačný syndróm. Už v klasických prácach o strese bolo publikované, že dvojhodinová imobilizácia potkana vyvolá u neho infarkt myokardu. Dlhodobá imobilizácia je silným stresorom i pre ľudský organizmus (Hegyi, 2001, s. 23).

Príčiny vzniku imobilizačného syndrómu sú početné a veľmi rôznorodé. Dajú sa rozdeliť do viacerých skupín:

- *všeobecné rizikové faktory* - polymorbidita s viac ako 3 aktívnymi lekárskymi diagnózami, terminálne stavy ťažkých ochorení;
- *rizikové faktory z lokomočného aparátu* - osteoporóza, pokročilá artróza, pády a úrazy, úbytok svalovej sily, reumatoidná artritída;
- *faktory vyplývajúce z nervového systému* - náhle cievne mozgové príhody, sclerosis multiplex, Parkinsonova choroba, centrálne poruchy rovnováhy;
- *psychické príčiny* - demencia, depresia, psychóza;
- *poruchy zmyslových orgánov* - slepota, lézia statoakustiku;
- *lieky a polypragmázia* - psychofarmaká;
- *iné rizikové faktory* - ortostatická hypotenzia, recidivujúce uroinfekty, malígne ochorenia a ťažké amémie.

Z uvedených rizík si zasluhujú mimoriadnu pozornosť *pády a úrazy*. Pády obvykle nastávajú v dôsledku súhry vonkajších a vnútorných rizikových faktorov. Vnútorné faktory sa dotýkajú dvoch kľúčových funkcií, stability a mobility. Patria k nim najmä neurologické ochorenia a postihnutia pohybového systému. K vonkajším rizikovým faktorom patria všetky okolnosti zvyšujúce možnosť úrazu: šmykľavé podlahy, zlé osvetlenie, neočakávané prekážky, pohyblivé schody, nebezpečné verejné komunikácie a ďalšie (Hedyi, Krajčík, 2004, s. 112).

Riziko pádu je veľmi závažné, pretože asi tretina zdravých osôb nad 65 rokov a polovica 80 a viacročných ľudí žijúcich v domácnosti najmenej raz za rok spadne. Bezmála k 95% pádov dochádza pri bežných činnostiach ako je napríklad chôdza po schodoch, pošmyknutie, stoj na stoličke, rebríku. Ženy padajú častejšie ako muži a výskyt závažných

komplikácií je u nich dvojnásobne vyšší. Zranenia pri pádoch sú 6. až 7. hlavnou príčinou smrti u osôb nad 65 rokov (Balková, Šuličová, Novotná, 2005, s. 22).

Potencionálne veľmi nebezpečnou sa môže stať i imobilizačná osteoporóza. Chorý je ohrozený kompresívnymi zlomeninami stavcov a patologickými zlomeninami vôbec. Opakovane sa tiež preukázal priamy vzťah medzi imobilitou, inkontinenciou a včasnou mortalitou. Prognózu starých ľudí zhoršuje i inkontinencia, ktorá sa vyskytuje až u 83% pacientov, zatiaľ čo u mobilných len u 11% (Hegyi, Krajčík, 2004, s.113).

Smoleňová (1997, s. 577) uvádza za najčastejšiu príčinu vzniku imobilizačného syndrómu „stavy po náhlych mozgových príhodách, fraktúry končatín (najmä krčka femuru) v dôsledku pádov a terminálne štádia onkologických ochorení. Ako bezprostredná príčina smrti bola v popredí hypostatická pneumónia, malnutrícia, kardiálna dekompenzácia a sepsa v dôsledku infekcie dekubitov“. Podľa Kopala a Bubelovej (2005, s. 21) je úmrtnosť pacientov s dekubitálnym vredom 4 - krát vyššia ako u rovnakej skupiny pacientov bez vredu.

Medzi ďalšie príčiny vzniku imobilizačného syndrómu patrí i slabosť, bolesť, strata rovnováhy a psychologické problémy. Príčinou slabosti môže byť i myopatia, podvýživa, ale aj ťažká obezita, poruchy elektrolytovej rovnováhy (Mikeš, 2001, s. 734).

2.2 Prejavy imobilizačného syndrómu

Následky imobilizačného syndrómu možno rozdeliť na psychické a somatické.

Psychické následky sa manifestujú apatiou, depresiou, alebo nepokojnosťou a podráždenosťou (Mikeš, 2001, s. 735).

Psychická reakcia na stratu fyzickej aktivity sa môže prejaviť ako (Smoleňová, 1997, s. 577):

- apatia, strata motivácie a neochota komunikovať;
- depresia a odmietnutie terapeutických postupov;
- strach, podráždenosť a nepokoj.

Hegyi a Krajčík, (2004, s. 113) dopĺňajú psychické následky imobilizačného syndrómu o poruchy správania a akceleráciu demencie.

Somatické následky imobility sa premietajú do celého radu orgánov a systémov.

Výrazné zmeny vznikajú v *svalovom systéme.* Svalová sila sa následkom nečinnosti zmenšuje, podľa správ je strata svalovej sily 1 až 3% denne alebo 10 až 15% za týždeň. Ak nehybnosť trvá dva mesiace, môže svalová hmota atrofovať na polovicu pôvodného objemu,

väčšie svaly sú pritom viac postihnuté ako menšie. Naviac svaly dolných končatín môžu strácať silu dvakrát rýchlejšie ako svaly horných končatín. Vznikajú kontraktúry, ktoré sú klinicky definované ako zníženie alebo nemožnosť plného pasívneho rozsahu pohybu. Kontraktúry sú výsledkom znehybnenia svalu v skrátenej polohe a môžu vzniknúť už po 8 hodinách. Nanešťastie sa kontraktúry vyskytujú i napriek preventívnym opatreniam a rozdeľujú sa do troch skupín na artrogénne, myogénne a kontraktúry mäkkých tkanív. Myogénne a kontraktúry mäkkých tkanív sú najčastejšie spojené s predĺženým pobytom na posteli (Rousseau, 1993, s. 558).

Funkcia *kardiovaskulárneho systému* sa následkom imobility zhoršuje, čo podporuje vznik štyroch nežiadúcich javov. Sú nimi ortostatická hypotenzia, zmeny v zložení telesných tekutín, zhoršenie kardiálnej funkcie a zvýšenie rizika tromboembolických príhod (Rousseau, 1993, s. 558).

Ortostatická hypotenzia sa môže u starších ľudí objaviť už po niekoľkých dňoch pobytu na posteli. Keď človek zaujme ležiacu polohu, presune sa 500 až 700 ml. krvi z dolných končatín do hrudníka a spôsobí tak zníženie pulzovej frekvencie a zvýšenie minútového objemu. V dolných končatinách sa potom znižuje hydrostatický tlak, čím sa stimulujú baroreceptory v pravej predsieni, ktoré znižujú sekréciu antidiuretického hormónu a aldosterónu a výsledkom je zvýšená diuréza. V priebehu prvých dvoch týždňoch pobytu na posteli vedie diuréza k strate 12% objemu plazmy. Proteíny plazmy a množstvo červených krviniek klesá, zatiaľ čo viskozita krvi a tendencia k trombom stúpa (Rousseau, 1993, s. 560).

Spomalenie venózneho návratu a aterosklerotické zmeny ciev vytvárajú podmienky pre vznik flebotrombóz a tromboflebitíd. Najčastejšie vznikajú na dolných končatinách, v kýpťoch po amputáciach a v malej panve (Mikeš, 2001. s. 735).

Zhoršenie srdcovej funkcie začína po 3 až 5 dňoch imobility. Dochádza k zníženiu pulzového a minútového objemu, k zníženiu periférneho cievneho odporu a systolického krvného tlaku. Často je treba 20 až 72 dní k obnoveniu kardiovaskulárnej rovnováhy na úroveň pred upútaním na posteľ (Rousseau, 1993, s. 560).

Respiračný systém je dlhodobou nepohyblivosťou veľmi zaťažený, čo má za následok vznik atelektáz, zhoršenie saturácie kyslíka a predispozíciu k vzniku pneumónie. Pri chronickom pobyte na posteli sa bránica posúva nahor, čím zmenšuje objem hrudníka a znižuje prúdenie krvi v pľúcnom riečišti. S tým súvisí i zníženie pohybu bránice a medzirebrových svalov, výsledkom je plytké dýchanie a väčšia účasť brušných svalov na dýchaní. Pri dlhodobom pobyte na posteli sa zhoršuje i funkcia cilií, schopnosť vykašliavať

hlien, čo prispieva k stagnácii bronchiálneho sekrétu a zvyšuje sa riziko zápalovej infiltrácie (Rousseau, 1993, s. 561). Pokles ventilácie pľúc a stáza krvi v pľúcach podporujú vznik hypostatickej pneumónie (Mikeš, 2001. s. 735).

V urogenitálnom systéme poloha v ľahu bráni primeranej drenáži obličkových panvičiek pomocou gravitácie a predisponuje tak starších ľudí k vzniku konkrementov, močových infekcií a urosepse. Zhoršuje sa vyprázdňovanie mechúra, následkom obmedzeného pohybu bránice, neúplnej relaxácie panvového dna a neschopnosti vyvinúť dostatočný brušný lis, čo všetko vedie k retencii moču, inkontinencii, tvorbe konkrementov v močovom mechúre, infekcii močového traktu a nevhodnej chronickej katetrizácii močového mechúra. Zadržaný moč je dobrou pôdou pre rast baktérií štiepiacich močovinu (Proteus), zvyšuje sa pH moču a podporuje tak vznik kalciovo - fosfátových kameňov (Rousseau, 1993, s. 561).

Najbežnejšími dôsledkami nepohyblivosti v *gastrointestinálnom systéme* sú zmenšená chuť do jedla, oslabenie peristaltiky so zápchou a zadržanie stolice. Obstipáciu podporuje taktiež užívanie anticholinergík a hypnotík, odmietanie sprievodu na toaletu a použitie spoločensky zahanbujúcich a nepohodlných podložných mís (Rousseau, 1993, s. 562).

Fyzická nečinnosť v *neurosenzitívnom systéme* podporuje senzorickú a psychosociálnu depriváciu, znižuje kvalitu života a bráni snahe o rehabilitáciu. Absencia fyzikálnej a psychosociálnej stimulácie vyvoláva zreteľný úpadok intelektuálnych i emocionálnych vlastností. Najviac sa pri zmyslovej izolácii objavuje nepokoj, úzkosť, depresia, strach, rýchle zmeny nálady, nespavosť, nepriateľské správanie a znížená schopnosť znášať bolesť (Rousseau, 1993, s. 562).

V *kožnom systéme* imobilita spôsobuje zníženú kapilárnu perfúziu nad kostnými výčnelkami a tak predisponuje k tvorbe dekubitálnych vredov. Naviac sa u starších ľudí pripútaných na posteľ často objavuje trhanie a trenie, čo zraňuje ich krehkú kožu a prispieva k jej poškodeniu. Tvorba preležanín je tiež spojená s suchou vločkovitou kožou s hypoalbuminémiou, inkontinenciou stolice a moču a so zlomeninami (Rousseau, 1993, s. 563).

Nehybnosť spôsobuje aj straty dusíka, bielkovín, sodíka, draslíka, fosforu, horčíka, síry a zinku, čo všetko vedie k zhoršeniu celkového zdravotného stavu pacienta upútaného na posteľ (Rousseau, 1993, s. 562).

2.3 Prevencia imobilizačného syndrómu

Imobilizačný syndróm je často spúšťacím mechanizmom pre celú reťaz komplikácií, ktorá môže viesť až k fatálnemu koncu. Z uvedeného vyplýva, že prevencia imobilizačného syndrómu je podstatne dôležitejšia a ľahšia ako samotná liečba (Smoleňová, 1997, s. 577).

Prevencia imobilizačného syndrómu spočíva aj v odstránení príčin, ktoré vedú k imobilizácii. Pobyt na posteli musí byť skrátený na nevyhnutný čas, treba sa vyvarovať zbytočným hospitalizáciám a ústavnému pobytu starých ľudí (Mikeš, 2001, s. 735).

Prevenciu imobilizačného syndrómu môžeme rozdeliť na primárnu prevenciu a sekundárnu prevenciu zameranú na prevenciu problémov z imobility.

Súčasťou ***primárnej prevencie*** je napríklad povzbudzovanie pacienta do aktivity spojených s prekonávaním tiaže. To znamená, že pacientovi pomáhame vstať s postele a chodiť čím skôr. Najprv pacient sedí na posteli, potom na jej boku. Neskôr mu pomôžeme vstať z postele a prejsť na stoličku. Napokon chodí s pomocou, pričom vzdialenosti postupne zvyšujeme. Státie alebo chôdza spôsobujú nielen úplnú extenziu bedrových a kolenných kĺbov, ale vyvolávajú aj gravitačné zaťaženie, ktoré zamedzuje strate kalcia z kostí. Pacientom, ktorí nemajú dosť síl na státie či chodenie alebo neudržia rovnováhu, môžeme pomôcť nácvikom pasívnej antigravitácie použitím sklopného stola alebo špeciálnej sklopnej postele. Posteľ sa postaví do vertikálnej polohy, čo umožňuje pacientovi stáť a niesť svoju hmotnosť (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 865).

Program fyzických cvičení zahŕňa izotonické, izometrické, pasívne a aktívne cvičenia na rozsah pohybu. Podstatou *izotonického* cvičenia je, že zvyšujú svalovú silu a vytrvalosť a môžu zlepšiť kardiorespiračné funkcie. Zvyšujú frekvenciu a vyvrhový objem srdca, čím sa zväčšuje prietok krvi vo všetkých častiach tela. Príkladom izotonického cvičenia je používanie trapézového závesu pri zdvíhaní tela z postele. Pri *izometrickom* cvičení sa mení svalové napätie bez zmeny dĺžky svalu. Sval ani kĺb sa nepohybujú. Cvičenia sú vhodné na zosilnenie abdominálnych, gluteálnych a štvorhlavých svalov používaných pri chôdzi. *Aktívne cvičenia na rozsah pohybu* sú cviky, pri ktorých pacient pohybuje každým kĺbom tela, pričom maximálne napína všetky svalové skupiny v okolí kĺbu. Tieto cvičenia udržiavajú alebo zvyšujú svalovú silu a vytrvalosť. Počas cvičenia pacient používa silnejšiu ruku alebo nohu opačnej strany na vykonávanie pohybu kĺbov končatiny neschopnej aktívnej činnosti. Počas *pasívnych cvičení na rozsah pohybov* iná osoba pohybuje so všetkými kĺbmi pacienta v ich kompletnom rozsahu, maximálne napína každú svalovú skupinu každým smerom a nad každým kĺbom. Keďže pacient nekontrahuje sval, pasívne pohyby nemajú význam pre

udržanie svalovej sily, ale sú vhodné na zachovanie flexibility kĺbu (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 866).

Do oblasti prevencie môžeme zahrnúť aj povzbudzovanie k samostatnému vykonávaniu bežných denných aktivít, zabezpečenie vhodného príjmu potravy a tekutín, starostlivosť o kožu tak, aby bola čistá a suchá, zabezpečovanie mechanických zariadení na zmenšenie tlaku podložky na oblasti výstupkov kostí, plánovanie stimulačných aktivít (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 864).

Sekundárna prevencia je zameraná na prevenciu problémov z imobility. V jednotlivých systémoch sa zameriavame na tieto preventívne opatrenia.

Na *prevenciu kardiovaskulárnych komplikácií* vyvolaných imobilitou sú vhodné pohyby a cvičenia každého druhu (najmä s dolnými končatinami), cviky na nezávislosť v bežných aktivitách, otáčanie sa a iné pohyby v posteli. Tieto aktivity spomaľujú frekvenciu srdca a zvyšujú jeho rezervu, stimulujú sympatikový nervový systém k znovuobnoveniu periférnej vazokonstrikcie počas zmien polohy, zlepšujú svalový tonus, a teda zabraňujú vzniku edému, ako aj trombov a embolov. Ďalším zásahom je posilňovanie periférnej vazokonstrikcie vertikálnou polohou. Patrí sem postupné zvyšovanie prednej časti postele. Sestra starostlivo sleduje prípadný pokles tlaku, sťažnosti pacienta na závrate či obavy vo vzpriamenej polohe. Ak sa tieto ťažkosti vyskytnú je nutné prednú časť postele znížiť (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 872).

Prevencia tromboembolickej choroby zahŕňa používanie elastických pančúch alebo bandáže, ktoré napomáhajú predchádzať ortostatickej hypotenzii a nahromadeniu krvi v žilách dolných končatín spôsobujúcemu dilatáciu žíl, ich preplnenie s následným edémom a možnosťou vzniku trombov. Zlepšujú i venózny návrat krvi do srdca. Ich dĺžka môže byť od palca po koleno alebo až po stehno. Pacient by si ich mal natiahnuť po predchádzajúcom ležaní v posteli s mierne zvýšenými končatinami. Pančuchy treba dvakrát denne sňať na 20 – 30 minút. Pri podozrení na trombózu pacientovi ukladáme dolné končatiny do zvýšenej polohy. Pacienta upozorníme, aby si nemasíroval lýtka, lebo masáž by mohla uvoľniť prípadný trombus (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 872). Súčasťou prevencie tromboembolickej príhody je i aplikácia nízkych dávok warfarinu alebo subkutánna aplikácia heparínu (Rousseau, 1993, s. 561).

Ošetrovateľské zásahy týkajúce sa *respiračného systému* sa zameriavajú na zvýšenie expanzie alveol, prevenciu stagnácie sekrétov, udržiavanie priechodnosti dýchacích ciest a adekvátnu výmenu plynov v alveolách. Cvičenia hlbokého dýchania a kašlania predstavujú efektívny spôsob na dosiahnutie správneho dýchania. Príjem tekutín najmenej 2000 ml. denne

je základom znižovania viskozity pľúcnych sekrétov a uľahčuje expektoráciu. Bránicovobrušné dychové cvičenia znižujú množstvo nevymieňajúceho sa a stagnujúceho vzduchu v alveolách a redukujú úsilie potrebné na dýchanie. Pri týchto cvikoch pacient leží na chrbte a sleduje pohyby brucha, brucho dvíha s hlbokými vdychmi a klesá s pomalým úsilnými kontrakciami abdominálnych svalov. Zmeny polohy pacienta umožňujú stláčaným pľúcnym oblastiam rozvinúť sa a znížiť pôsobenie gravitácie. Sekréty v alveolách, bronchoch sa tak posúvajú pozdĺž dýchacích ciest až do miesta, odkiaľ sa dajú kašľom odstrániť. Tým sa znižuje možnosť rozmnožovania baktérií a vzniku hypostatickej pneumónie. Posturálna drenáž (technika pri ktorej pacient zaujíma rôzne polohy) podporuje odtok sekrétov gravitáciou z každého laloka pľúc (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 873).

Prevencia *metabolických a výživových problémov* vyžaduje, aby pacient prijímal dostatočné množstvo proteínov, tukov a vláknin. Vysokoenergetická strava napomáha znovuzískaniu spotrebovanej energie a hojeniu tkanív. Vláknina je dôležitá na prevenciu zápchy. Pacient tiež potrebuje dostatočné množstvo minerálnych látok a vitamínov, ktoré napomáhajú obnovenie bielkovinových zásob (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 873).

Na prevenciu *močových a endokrinných problémov* je vhodné časté otáčanie a polohovanie, ktoré znižuje množstvo stagnujúceho moču v obličkách a močovom mechúre a napomáha lepšie vyprázdňovanie pri každom močení. Pacientovi odporúčame piť aspoň 2000 ml. tekutín. Tekutiny zvyšujú objem moču, znižujú jeho stagnáciu a zmenšujú riziko tvorby obličkových kameňov a močových infekcií (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 874).

Preventívne opatrenia na *zníženie rizika vzniku preležanín* zahrňujú úpravu prostredia, správne polohovanie, výživu a úzkostlivú hygienu. Sestra ovplyvňuje prostredie tým, že upravuje posteľ pacienta, zabezpečuje hladkú a pevnú podložku bez záhybov, na ktorej leží. Sestra povzbudzuje pacienta k častej zmene polohy tela (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 865).

Úplne imobilnému pacientovi zabezpečuje zmenu polohy sestra. Poloha pacienta by sa mala meniť každé dve hodiny, ak je potrebné aj častejšie. Pacient sa musí dvíhať, nikdy nie ťahať do sediacej polohy. Ak je pacient v poloskrčenej polohe, je potrebné mu podložiť mäkkú podložku pod nohy, aby sa nezošmykoval. Ak je viacero predisponujúcich faktorov, je vhodný antidekubitový matrac (Smoleňová,1997,s. 578).

Sestra by sa mala starať aj o *intelektové problémy* pacienta. Časopisy, noviny, knihy, televízia a rádio pomáhajú pacientovi udržiavať intelektové schopnosti. Riešenie rozličných

domácich alebo pracovných úloh stimuluje intelektovú aktivitu pacienta a pomáha mu získať pocit užitočnosti a nezávislosti (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 875).

Všetko naše úsilie je zamerané na zvýšenie úrovne sebestačnosti seniora, podporu spokojnosti so životom, zvyšovanie pocitu sebaúcty a predchádzaniu stavu bezvládnosti a odkázanosti na druhú osobu.

3 Kompletná ošetrovateľská starostlivosť o geriatrického pacienta s imobilizačným syndrómom

Imobilizačný syndróm je v oblasti ošetrovateľstva, významným a závažným problémom, ktorý je zaťažujúci tak pre pacienta ako aj pre ošetrovateľský personál. Jeho významnosť podporuje i to, že u starších ľudí spôsobuje veľké množstvo komplikácií, často až smrť.

3.1 Charakteristika geriatrického ošetrovateľstva a ošetrovateľského procesu

Ošetrovateľstvo je utvárajúcou sa vednou disciplínou. Činnosť ošetrovateľstva je obsahovo i zameraním rozmanitá, preto bolo potrebné rozčleniť ho z hľadiska jeho zamerania na oblasti pôsobnosti. Jednou z oblastí pôsobnosti ošetrovateľstva je oblasť geriatrie, preto vznikol aplikovaný odbor geriatrické ošetrovateľstvo (Farkašová, 2005, s.14).

Geriatrické ošetrovateľstvo predstavuje komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť o chorých seniorov, ktorá zohľadňuje zvláštnosti ich potrieb. Tieto vznikajú v súvislosti s polymorbiditou, komplikáciami chorôb a špecifickými geriatrickými syndrómami, ako je imobilita, inkontinencia, demencia, maladaptácia. Potreby seniorov, ktoré boli starobou a chorobami zmenené alebo novovzniknuté, sa týkajú celej osobnosti seniora, jeho stránky fyzickej, psychickej a sociálnej. Sú mnohopočetné, vzájomne sa prelínajú a uspokojenie jednej potreby napomáha procesu uspokojovania tých ďalších. Starostlivosť o seniorov má svoje špecifiká, ktoré musia sestry veľmi dobre poznať, zvlášť keď pracujú na pracoviskách s prevahou pacientov v geriatrickom veku (Poledníková, Boledovičová, Líšková, 2004, s.89).

Ošetrovateľská prax, ktorá sa zameriava na starostlivosť o starých ľudí, si vyžaduje nielen základné vedomosti z ošetrovateľstva, ale aj špeciálne poznatky o odlišných potrebách

starnúcej populácie. Gerontologické ošetrovateľstvo je teda náuka o ošetrovateľskej starostlivosti zameranej na starých ľudí (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 666).

Farkašová (2005, s.15) definuje geriatrické ošetrovateľstvo ako „ošetrovateľstvo ktoré sa zaoberá komplexným ošetrovaním zdravých i chorých starých ľudí na všetkých úsekoch zdravotnej a sociálnej starostlivosti".

Gerontologické ošetrovateľstvo podľa Sušinkovej (2004, s. 26) môžeme definovať ako „vednú a praktickú disciplínu zameranú na pomoc pri vykonávaní aktivít a uspokojovaní potrieb, ktoré vedú k upevneniu zdravia, k zmierneniu choroby a k dosahovaniu sebestačnosti".

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je čo najdlhšie udržať starého človeka v pôvodnom prostredí, so zachovaním kvality života na maximálnej možnej úrovni. Ošetrovateľská starostlivosť predstavuje komplexnú starostlivosť o seniora s prihliadnutím na špecifické problémy staršieho veku (Sušinková, 2004, s. 26).

Podľa Kozoňa a Hanzlíkovej (2003, s. 19) je gerontologické ošetrovateľstvo „pomoc pri zvládaní činností, ktoré si starší človek nedokáže vykonať sám".

Ošetrovateľská starostlivosť o seniorov (Beharková 2004, s. 155):

- uplatňuje holistický prístup;
- rešpektuje špecifické zvláštnosti vyššieho veku, ako sú polymorbidita, zmenená symptomatológia a priebeh chorôb, sklon ku komplikáciám a adaptačnému zlyhaniu, zmenená reakcia na lieky, psychosociálne symptómy, biologický vek a špeciálne geriatrické syndrómy;
- je komplexná, kontinuálna, dostupná, diferencovaná, plánovaná, aktivujúca, poskytovaná kvalitne v súlade s platnými normami;
- uspokojuje potreby seniorov;
- zabezpečuje pokojné a dôstojné umieranie a smrť.

Proces uspokojovania potrieb seniorov môže prebiehať len premysleným plánovitým spôsobom, ktorého príkladom je starostlivosť aplikovaná metódou ošetrovateľského procesu (Poledníková, Boledovičová, Líšková, 2004, s. 89).

Pred vyvinutím ošetrovateľského procesu sa sestry prikláňali k poskytovaniu služieb na písomný príkaz lekára, zameraný viac na chorobu než na príjemcu starostlivosti. Ošetrovateľská prax poskytovaná nezávisle od lekára sa riadila viac intuíciou a skúsenosťou než vedeckou metódou.

Pojmy *ošetrovateľský proces* a jeho rámec prvý raz použila Hallová r. 1955. Odvtedy proces ošetrovateľstva opísali viaceré sestry rôznym spôsobom (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 165).

Podľa Kozierovej, Erbovej a Olivieriovej (1995, s. 166) je ošetrovateľský proces „systematická, racionálna metóda plánovania a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. *Jeho cieľom* je zhodnotiť pacientov zdravotný stav, skutočné či potenciálne problémy starostlivosti o zdravie, vytýčiť plány na zhodnotenie potrieb a poskytnúť špecifické ošetrovateľské zásahy na uspokojovanie týchto potrieb".

Zákon č. 576 z roku 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti definuje ošetrovateľský proces ako „systematickú, racionálnu a individualizovanú metódu plánovania. Jeho cieľom je určovať skutočné alebo predpokladané problémy osoby v súvislosti so starostlivosťou o zdravie, naplánovať uspokojenie zistených potrieb, vykonať, dokumentovať a vyhodnotiť špecifické ošetrovateľské zásahy na ich uspokojenie".

Ošetrovateľský proces je adaptáciou postupov riešiacich problém a je systémovou teóriou. Možno ho ponímať ako paralelný s medicínskym procesom, od ktorého je však oddelený. Zameraním ošetrovateľského procesu je zber dát, diagnostika, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie stupňa, do akého sa pacientove ciele dosiahli (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 169).

Posudzovanie je zber, overovanie a zaznamenávanie subjektívnych a objektívnych údajov o pacientovom zdravotnom stave. Základnými podmienkami posudzovania je zručnosť v pozorovaní, komunikácii, vedení rozhovoru a fyzikálne vyšetrenie. *Diagnostika* je proces vyúsťujúci do diagnostického záveru či sesterskej diagnózy. *Plánovanie* zahrňuje sériu krokov, v ktorých si sestra a pacient vytyčujú priority, zaznamenávajú ciele a očakávané výsledky, zakladajú písomný plán starostlivosti na odstránenie či zmenšenie zistených problémov pacienta. Plánovanie zabezpečuje i koordináciu starostlivosti poskytovanej všetkými členmi zdravotníckeho tímu. *Realizácia* znamená vykonanie ošetrovateľského plánu. Počas tejto fázy sestra neprestáva zhromažďovať údaje, vykonáva predpísané ošetrovateľské činnosti a deleguje starostlivosť na príslušné osoby a nakoniec schvaľuje plán starostlivosti. *Vyhodnotenie* je posúdenie pacientovej odpovede na ošetrovateľské zásahy a jej porovnanie so stanovenými normami. Sestra zisťuje rozsah, do akého sa ciele splnili, čiastočne splnili, alebo sa nesplnili vôbec. Ak sa ciele nedosiahli je nutné plán starostlivosti revidovať (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 169).

Ošetrovateľský proces zabezpečuje kvalitnú plánovanú starostlivosť, ktorá umožňuje aktívnu účasť pacienta alebo rodiny pri ovplyvňovaní stavu zdravia. Má interpersonálne zameranie, čo vyžaduje od sestry častú komunikáciu so seniorom, ktorá jej pomôže identifikovať jeho problémy, chráni ho pred sociálnou izoláciou, aktivizuje ho a pozitívne ovplyvňuje jeho vnútorné prežívanie (Poledníková, Boledovičová, Líšková, 2004, s. 89).

Ošetrovateľský proces je spôsob, ako odhaliť potreby pacienta pomocou vedeckého postupu a uspokojovať ich nielen na základe vedomostí, ale aj empatie a lásky. Tento proces preto nie je len vedeckým nástrojom, ale aj umením. Na to aby sestra dosiahla u chorého zmenu, musí vedome používať svoju osobnosť, seba samú ako liečbu (Husárová, 2004, s. 15).

3.2 Špecifiká ošetrovateľského procesu pri imobilizačnom syndróme

Posudzovanie predstavuje komplexné bio – psychosociálne zhodnotenie seniora, rešpektuje všetky zvláštnosti vyššieho a vysokého veku a orientuje sa na jeho potreby, ktoré boli starobou a chorobami modifikované, prípadne novovytvorené. Hlavnými metódami na zber údajov je rozhovor, pozorovanie a funkčné testovanie, ktoré slúži na zistenie fyzických a psychických schopností seniora a jeho sociálnej situácie (Poledníková, Boledovičová, Líšková, 2004, s. 89).

V **anamnéze** pacienta s imobilizačným syndrómom sestra zameriava pozornosť na:

- *terajšie ťažkosti* v časovom slede - druh, trvanie, osobitosti vzniku, vedľajšie ťažkosti a podobne;
- *osobnú anamnézu* - sestra zisťuje, či súčasnej chorobe predchádzalo v nedávnej alebo vzdialenej minulosti kostrovo-svalové ochorenie ako osteoporóza, pokročilá artróza, reumatoidná artritída, myopatia, úbytok svalovej sily, zlomeniny končatín, pády; neurologické ochorenie – cievna príhoda, Sclerosis multiplex, Parkinsonova choroba, centrálne poruchy rovnováhy, slepota, lézia statoakustiku, ďalej malígne ochorenie, ťažká anémia, porucha elektrolytovej rovnováhy, podvýživa alebo naopak ťažká obezita, recidivujúce uroinfekty, ochorenia srdca, či sa uplatnil alebo aj v súčasnosti existujú toxické vplyvy, ako abúzus alkoholu alebo psychofarmák a psychiatrické ochorenia ako demencia, depresia alebo psychóza. Ďalej sa sestra zaujíma, koľká v poradí je pacientova hospitalizácia;
- *rodinnú anamnézu* - výskyt chorôb pohybového systému, psychiatrické ochorenia, poruchy výživy;

- *sociálnu anamnézu* - vzdelanie, ekonomické možnosti, podmienky bývania, záľuby, vzťahy v rodine;
- *spirituálnu anamnézu* - vierovyznanie.

Fyzikálne vyšetrenie zahŕňa subjektívne údaje od pacienta, objektívne údaje získané inšpekciou, perkusiou, palpáciou a auskultáciou systematicky podľa systémov alebo cefalokaudálne (Miklovičová, 2004, s. 44).

Pri posudzovaní geriatrického pacienta musíme zohľadniť zmeny ktoré sú spojené z fyziologickým starnutím a starobou ktoré popisujeme v podkapitole 2.1. Okrem týchto zmien sa sestra pri fyzikálnom vyšetrení pacienta s imobilizačným syndrómom sústreďuje na systémy a problémy pacienta ktoré môžu byť spôsobené následkami imobilizačného syndrómu.

V oblasti *dýchacieho systému,* ktorý môže byť postihnutý jednou s najčastejších komplikácií - pneumóniou sestra zisťuje suchý dráždivý kašeľ, dýchavicu, bolesť na hrudníku ktorá je viazaná na dýchanie. V *neuro-senzitívnom systéme* sa pneumónia prejaví slabosťou a malátnosťou. *V imunologickom systéme* sa prejaví náhle zimnicou, triaškou, vysokými teplotami, ktoré však u starých ľudí nemusia byť prítomné (Redhammeová, 1999, s. 188).

Medzi najčastejšie komplikácie imobilizácie patrí i flebitída a tromboflebitída. Pri flebitíde sestra zisťuje zvýšenú teplotu, schvátenosť pacienta. V *kardiovaskulárnom systéme* sa môže prejaviť tachykardiou, ďalej leukocytózou a zvýšenou sedimentáciou erytrocytov. Tromboflebitída sa v *kožnom systéme* prejaví bolestivým začervenaním v priebehu žily. Ďalej sa manifestuje najmä bolesťou a opuchom postihnutého miesta a farba končatiny môže byť v dôsledku poruchy prekrvenia výrazne biela (Dúbrava, 1999, s.163).

V *močovo-pohlavnom* systéme je veľmi častou komplikáciou následkom dlhodobej nepohyblivosti a katetrizácie močového mechúra rozvoj uroinfekcie a retencie moču. Pri infekcii močového systému sestra zisťuje zvýšenú telesnú teplotu až hypertermiu a schvátenosť. Pri retencii moču zisťuje bolesť v pubickej oblasti, distenziu močového mechúra, neschopnosť vyprázdniť sa alebo časté močenie malých objemov. Môže sa objaviť i zvýšený nepokoj pacienta (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 1195).

V *kostrovo-svalový* systéme sestra môže zistiť prítomnosť svalovej atrofiie, kontraktúr končatín, svalovú slabosť a svalovú dystrofiiu (Rousseau, 1993, s.559).

V *tráviacom systéme* je veľmi častou komplikáciou zápcha. Pri zápche sestra zisťuje prítomnosť tvrdej suchej stolice, bolestivú defekáciu, namáhanie pri stolici, abdominálnu

bolesť, bolesť hlavy, narušenú chuť do jedla a hmatateľnú fekálnu hmotu (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 1159).

V **aktivitách denného života** sestra zbiera údaje o pacientových ťažkostiach pri:

- *stravovaní a príjme tekutín* - znížený pocit smädu, zmenšená chuť do jedla, poruchy trávenia (Rousseau, 1993, s. 562);
- *spánku a bdení* - zvýšená potreba spánku, spánok aj počas dňa, poruchy spánku v zmysle – včasného zobúdzania a spánková inverzia (Hanzlíková, Králová, 2003, s. 19);
- *vylučovaní* - zápcha, zadržanie stolice, zhoršené vylučovanie moču s možnou retenciou, distenzia močového mechúra, prípadne inkontinencia moču a stolice (Rousseau, 1993, s.561);
- *aktivite a odpočinku* - znížená fyzická výkonnosť, obmedzená pohyblivosť až celková závislosť na inej osobe (Hanzlíková, Králová, 2003, s. 19);
- v *hygiene* - potrebná pomoc v rôznom rozsahu;
- v *samostatnosti* - rôzny stupeň zmien a obmedzení.

Psychologické údaje. Pri zbere dát o psychickom stave pacienta sa sestra najčastejšie stretáva s nasledujúcimi údajmi. *Myslenie* je pomalšie a rigidnejšie často sa vyskytuje konzervativizmus a lipnutie na zabehnutom stereotype (Gruberová, 2000, s. 22). *Pamäť* môže byť s poruchou vštepivosti, oslabenou schopnosťou prijímať nové informácie a ukladať ich do pamäti, zhoršovanie novopamäte, ktorá je kompenzovaná zvýraznením staropamäte. Môže byť prítomná znížená schopnosťou koncentrácie. *Nálada* môže byť s prejavmi úzkosti, depresie a typická je emočná labilita (Bašecký, Krumpel, Vojtěchovský, 1994, s. 186). V oblasti *sebahodnotenia a sebaúcty* je častý komplex menejcennosti. *Reakcia na chorobu a adaptácia na chorobu* môže byť znížená s prejavmi negativizmu. Môže sa prejavovať maladaptácia ako *reakcia na hospitalizáciu.*. V *správaní* sa objavuje mrzutosť, povrchnosť, obťažujúca zhovorčivosť, vzťahovačnosť, konfliktnosť, alebo apatia a vyvolávanie malicherných sporov (Hanzlíková, Králová, 2003, s. 19). *Istota prípadne neistota* závisí od podpory rodinných príslušníkov.

Sociálne údaje. Pri zbere sociálnych údajov sa sestra stretáva s nasledujúcimi zmenami. V oblasti *sociálnych rolí* dochádza k postupnému obmedzovaniu schopnosti ich napĺňania, v oblasti *sociálnych interakcií* dominuje osamelosť a izolovanosť, pocit

opustenosti, závislosť na inej osobe (Hanzlíková, Králová, 2003, s. 20). *Informovanosť* môže byť nedostatočná.

V **duchovnej oblasti** je v niektorých prípadoch typický zvýšený záujem o uspokojovanie spirituálnych potrieb (Sušinková, 2004.s. 27).

Informácie z ordinácie lekára:

- *diagnostika:* fyzikálne vyšetrenie, RTG kostrového systému;
- *farmakoterapia:* nízke dávky warfarinu alebo podkožná aplikácia heparínu, vitamíny C, D, E a kyselina listová, liečba sprievodných ochorení;
- *dietoterapia:* vysokoenergetická diéta s dennou dávkou bielkovín 1g/kg., zníženým príjmom živočíšnych tukov a jednoduchých cukrov, obsahujúca väčšie množstvo vlákniny s dennou dávkou vápnika 1,5g. a s nižším obsahom soli (Krajčík, 2002, s. 30);
- *pohybový režim:* rehabilitácia s izotonickými a izometrickými cvikmi, zvýšená poloha a bandáž dolných končatín, nácvik hlbokého dýchania a kašlania poklepová drenáž hrudníka, zmena polohy pacienta každé 2 hodiny, včasná vertikalizácia pacienta (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 873).

Situačná analýza. V situačnej analýze sestra zhrnie informácie o aktuálnom stave pacienta s cieľom sformulovať konkrétny problém a naplánovať primerané sesterské intervencie (Miklovičová, 2004, s. 45).

V rámci ***diagnostického procesu*** sestra analyzuje zozbierané údaje a formuluje aktuálne či potencionálne problémy, ktorých výsledkom je sformulovanie sesterskej diagnózy (Miklovičová, 2004, s. 45).

V *dýchacom systéme* stanovuje nasledujúce aktuálne a potencionálne diagnózy (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 864):

1. Nedostatočné dýchanie v súvislosti so zníženou expanziou pľúc následkom horizontálnej polohy a atrofie svalov hrudníka pri dlhodobom ležaní, prejavujúce sa kašľom, plytkým dýchaním, hyperventiláciou, chvením nosových krídel, tachykardiou, predĺženým výdychom.

2. Narušená výmena plynov v súvislosti so stagnáciou sekrétov v dýchacích cestách, prejavujúca sa dýchavicou, zmätenosťou, nervozitou, podráždenosťou, cyanózou, letargiou a poruchami srdcového rytmu.
3. Riziko aspirácie v súvislosti s utlmením kašľacieho reflexu a poruchou prehĺtania.

V *kardiovaskulárnom systéme* môže sestra stanoviť nasledujúce aktuálne a potencionálne sesterské diagnózy:

4. Intolerancia aktivity v súvislosti s dlhotrvajúcim pobytom na posteli, prejavujúca sa pocitmi únavy a slabosti.
5. Zmenená perfúzia periférnych tkanív v súvislosti s narušeným prúdením krvi vo vénach a sekundárne s hĺbkovou venóznou trombózou spojenou s tlakom a dlhodobou imobilizáciou, prejavujúca sa opuchom, cyanózou, nitkovitým pulzom na postihnutej končatine.

V *tráviacom systéme* môže stanoviť nasledujúce diagnózy:

6. Výživa narušená nedostatočná v súvislosti s negatívnou dusíkovou bilanciou a katabolizmom svalovej hmoty, prejavujúca sa poklesom telesnej hmotnosti, znížením hladiny proteínov v sére, zníženým turgorom kože, sťažnosťami na nechutenstvo.
7. Zápcha v súvislosti so znížením fyzickej aktivity, nižším príjmom potravy a stratou súkromia, prejavujúca sa tvrdou formovanou stolicou, bolesťou pri defekácii a znížením frekvencie stolíc.

V *močovom systéme* môže stanoviť potencionálnu diagnózu:

8. Riziko infekcie močového systému v súvislosti so stagnáciou moču a obštrukciou odtoku moču.

V *kožnom systéme* môže stanoviť nasledujúcu diagnózu:

9. Riziko narušenia kožnej integrity v súvislosti s fyzickou imobilizáciou, tlakom a trhacou silou.

V *kostrovo-svalovom* systéme môže stanoviť nasledujúce diagnózy:

10. Nedostatočná sebestačnosť v aktivitách denného života v súvislosti s dlhodobou nepohyblivosťou, obmedzenou svalovou silou, stuhnutosťou kĺbov, prejavujúca sa zníženou úrovňou hygieny, obliekania i stravovania.
11. Riziko úrazu v súvislosti s obmedzenou vytrvalosťou, zmenšením veľkosti a sily svalov, stuhnutosťou kĺbov s bolesťou a ortostatickou hypotenziou.

V *psychosociálnej oblasti* môže stanoviť nasledujúce diagnózy:

12. Sociálna izolácia v súvislosti so zmeneným zdravotným stavom a fyzickým postihnutím, prejavujúca sa pocitmi osamelosti, pocitmi odlišnosti od ostatných, prejavmi odmietania.
13. Bezmocnosť v súvislosti s neschopnosťou vykonávať bežné, každodenné aktivity, prejavujúca sa depresívnymi myšlienkami, pocitmi nespokojnosti, plačom, hnevom, uzavretosťou, apatiou.
14. Nedostatok náhradných aktivít v súvislosti s dlhotrvajúcou hospitalizáciou, nedostatkom stimulov z vonkajšieho prostredia, prejavujúci sa mrzutosťou, obťažujúcou zhovorčivosťou, vzťahovačnosťou, a vyvolávaním malicherných sporov.

Plánovanie zahŕňa určenie priorít, stanovenie cieľov pre pacienta, výsledných kritérií a plánovanie ošetrovateľských intervencií (Miklovičová, 2004, s. 46).
U pacienta s imobilizačným syndrómom môže sestra stanoviť nasledujúce ciele:

- pacient si obnoví dostatočné dýchanie;
- pacient si zlepší ventiláciu pľúc a odstráni prejavy dychovej tiesne;
- pacient predíde riziku aspirácie;
- pacient si zvýši toleranciu k aktivite;
- pacient si primerane upraví oxygenáciu periférnych tkanív;
- pacient si osvojí návyky i zmenu životosprávy vedúce k dosiahnutiu a udržaniu primeranej telesnej hmotnosti;
- pacient si obnoví normálny spôsob vyprázdňovania stolice;
- pacient predíde riziku infekcie močového systému;
- pacient si zachová neporušenú kožu najmä na predilekčných miestach;
- pacient si zvýši úroveň sebestačnosti;
- pacient predíde úrazu;
- pacient zistí príčiny i prostriedky k prekonaniu izolácie;
- pacient voľne vyjadruje svoje pocity súvisiace s bezmocnosťou;
- pacient sa podľa svojich schopností zapája do činností, ktoré ho uspokojujú.

Kozierová, Erbová a Olivieriová (1995, s. 864) odporúčajú vytýčiť u pacienta s imobilizačným syndrómom nasledujúce výsledné kritériá:

- pacient každú hodinu v bdelom stave päťkrát zhlboka vydýchne a zakašle;
- pacient má auskultačne normálne dýchacie šelesty;
- pacient nemá bolesť na hrudníku, teplotu ani iné príznaky, ktoré by svedčili o infekcii pľúc, embolizácií alebo pľúcnej atelektáze;

- pacient má základné kardiovaskulárne parametre v normálnom rozsahu;
- pacient má prejavy adekvátneho venózneho prietoku krvi (nemá edémy, bolesti v lýtkach, zápal, rozšírenie žíl, kožné zmeny);
- pacient si udržiava základnú hmotnosť a má normálne hladiny proteínov v sére;
- pacient má primeraný turgor kože;
- pacient vylučuje formovanú polotuhú stolicu najmenej každý 2. alebo 3. deň;
- pacient nemá príznaky hromadenia stolice;
- pacient má vyvážený príjem a výdaj tekutín;
- pacient vylučuje najmenej 1500ml. moču denne;
- pacient nemá príznaky retencie moču, infekcie ani močových kameňov a má kyslý moč;
- pacient má čistú neporušenú, dobre hydratovanú kožu;
- pacient nemá príznaky nadmerného pôsobenia tlaku (bledosť, sčervenanie, zvýšená teplota alebo bolestivosť pri tlaku);
- pacient má zvyčajný rozsah pohybov vo všetkých kĺboch;
- pacient robí vopred nacvičené izotonické alebo izometrické cviky určitých kĺbov;
- pacient aktívne a neúnavne sa podieľa na starostlivosti o seba;
- pacient bezpečne sa premiestňuje z ležiacej polohy do sedu a stojí pri posteli dvakrát denne 3 minúty;
- pacient prekonáva nudu a aktívne sa podieľa na rozhodovaní o ošetrovaní;
- pacient rozpráva o svojich záujmoch a pocitoch;
- pacient akceptuje pomoc od druhých.

V *dýchacom systéme* plánuje sestra nasledujúce **intervencie** (Doenges, Moorhouse, 1996, s. 171):

- zhodnoť kvalitu, typ dýchania, sleduje prejavy periférnej i centrálnej cyanózy;
- sleduj stav vedomia, poruchy psychiky a prejavmi somnolencie, nepokoja a bolesť hlavy;
- monitoruj vitálne funkcie pacienta;
- udržuj priechodnosť dýchacích ciest, povzbudzuj pacienta k odkašliavaniu, polohovaniu;
- v prípade potreby zabezpeč aplikáciu O2 a povzbudzuj pacienta k prehĺbenému dychu s predĺženým výdychom;
- dbaj o správne flekčné postavenie hlavy i o včasné odsávanie sekrétov z dýchacích ciest;
- zdôrazňuj význam hlbokého dýchania a dychových cvičení pre uľahčenie expektorácie;
- staraj sa o dodržiavanie primeranej telesnej teploty a zvlhčuj vzduch v izbe;

- podľa ordinácie lekára podávaj expektorancia a bronchodilatancia a zabezpeč príjem tekutín pacienta viac ako 2000ml. na deň;
- pri príjme tekutín a jedla, alebo kŕmení sondou zabezpeč pacientovi Fowlerovu polohu ako prevenciu aspirácie;
- kŕm pacienta pomaly a pouč ho, aby dôkladne prežúval a pomaly prehĺtal;
- podávaj polotuhú stravu, vyhýbaj sa strave rozmixovanej a strave, ktorá vyvoláva zvýšenú tvorbu hlienov.

V *kardiovaskulárnom systéme* sestra plánuje nasledujúce intervencie (Doenges, Moorhouse, 1996, s. 349):

- zhodnoť reakciu pacienta na telesnú záťaž, zmeraj vitálne funkcie na začiatku v priebehu i po skončení činnosti;
- zvyšuj pracovnú záťaž pacienta postupne, aby nedochádzalo k jeho preťaženiu a staraj sa o bezpečnosť pacienta pri aktivite;
- kontroluj prítomnosť i kvalitu periférneho pulzu, farbu i teplotu postihnutej končatiny a výsledok porovnaj s druhou končatinou;
- zisti prítomnosť a rozsah edémov, zmeraj obvod postihnutej končatiny a výsledok porovnaj s druhou stranou a na miesto postihnutia aplikuj vrecká s ľadom;
- pouč pacienta aby prudko nemenil svoju polohu a aby si nemasíroval lýtka;
- podľa ordinácie lekára zabezpeč bandáž dolných končatín a aplikáciu antitrombotickej liečby.

V *tráviacom systéme* sestra stanovuje nasledujúce intervencie (Doenges, Moorhouse, 1996, s. 275:

- sleduj a zaznamenávaj množstvo prijatej potravy;
- zabezpeč vysokoenergetickú diétu s dennou dávkou bielkovín 1g/ kg., so zníženým príjmom živočíšnych tukov a jednoduchých cukrov, s vyšším množstvom vlákniny;
- pristupuj k pacientovi ohľaduplne, citlivo, povzbudzuj ho k spolupráci, ak pacient nemôže prijať stravu sám, zabezpeč kŕmenie;
- podporuj chuť k jedlu – stravu podávaj teplú, chutnú, esteticky upravenú, uprav prostredie, odstráň nepríjemné zápachy, umožni pacientovi výber vhodných jedál podľa jeho chuti, hodinu pred jedlom nepodávaj tekutiny;
- meraj hmotnosť pacienta 1x za týždeň a množstvo podkožného tuku;
- zisti stravovacie zvyklosti pacienta a pouč pacienta o potrebe zvýšeného príjmu vlákniny a nutnosti zvýšenej fyzickej aktivity;

- nauč pacienta kroky k prevencii zápchy (masírovanie brucha, polohovanie, ráno na lačno užiť teplú vodu, dostatočný príjem teplých tekutín a ovocných štiav, surové ovocie);
- sleduj vyprázdňovanie (farbu, množstvo, konzistenciu, frekvenciu stolice) a zaznamenávaj stolicu do dekurzu;
- podľa ordinácie lekára aplikuj klyzmu, čapíky alebo laxatíva a sleduj ich účinok.

V *močovom systéme* sestra vykonáva nasledujúce intervencie (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 1209):

- zabezpeč súkromie pacienta počas močenia, nechaj mu dostatok času na močenie;
- zisti pacientove vylučovacie návyky a nabádaj ho aby močil práve počas nich, alebo urči pravidelný čas močenia každé 1-2 hodiny cez deň, á 4 hodiny v noci;
- pomôž pacientke použiť podložnú misu, zdvihni prednú časť postele do Fowlerovej polohy, vlož vankúšik pod chrbát na zlepšenie pohodlia a upozorni pacientku, aby mal zohnuté kolená;
- povzbudzuj pacienta, aby prijímal aspoň 2000 ml. tekutín a vynechal pitie 2 hodiny pred spaním;
- pouč pacienta o cvikoch na posilnenie panvového dna a zvýšenie tonusu brušných svalov a povzbudzuj ho k aktívnemu cvičeniu.

V *kožnom systéme* stanovuje nasledujúce intervencie (Doenges, Moorhouse, 1996, s. 199):

- vysvetli pacientovi význam pravidelnej starostlivosti o kožu a dôležitosť častej zmeny polohy;
- podľa potreby zabezpeč zmenu polohy pacienta každé 2. hodiny a v noci á 3 hodiny podľa polohovacieho plánu;
- pomáhaj pacientovi pri vykonávaní hygieny, odporuč používať jemné mydlá, dôkladne ale jemne vysušuj pokožku, používaj hydratačné mlieko;
- pravidelne kontroluj povrch kože, pátraj po začervenalých alebo bledších miestach a ihneď aplikuj liečbu podľa ordinácie lekára;
- udržuj posteľ čistú, suchú, upravenú, dbaj na suchú a čistú osobnú bielizeň;
- zabezpeč antidekubitové pomôcky a vysvetli ich význam.

V *kostrovo-svalovom* stanovuje nasledujúce intervencie (Poledníková, Boledovičová, Líšková, 2004, s. 91):

- pomáhaj pacientovi v aktivitách, ktoré nezvláda sám;
- umožni pacientovi dostatok času, aby mohol čo najlepšie plniť svoje úlohy;

- vysvetli pacientovi presný postup jednotlivých krokov pri zmene polohy, pri posadzovaní, vstávaní;
- zabezpeč pomocné zariadenia postele, ktoré uľahčujú pohyb a udržujú polohu (hrazdička, uzdička, rebríček, jedálny stolík, schodíky);
- pouč pacienta o používaní podporných pomôcok a zabezpeč ich na dosah ruky;
- zabezpeč signalizačné zariadenie na dosah ruky a bezpečnosť pacienta;
- zabezpeč individuálnu inštruktáž fyzioterapeutom podľa ordinácie lekára;
- 2 krát denne cvič s pacientom dychové, izotonické a izometrické cvičenia.

V *psychosociálnej oblasti* môže sestra stanoviť nasledujúce intervencie (Doenges, Moorhouse, 1996, s. 64):

- zisti prítomnosť vyvolávajúcich príčin pocitov bezmocnosti, sociálnej izolácie;
- pristupuj k pacientovi vždy ako k plnohodnotnej osobe a snaž sa o vytvorenie čo najlepšieho liečebno-ošetrovateľského vzťahu;
- dbaj o telesné a duševné zapojenie pacienta za účelom jeho rozptýlenia pomocou hudby, televízie, magnetofónovej pásky;
- umožni pacientovi verbalizovať jeho pocity a zabezpeč, aby bol v stálom osobnom kontakte s rodinou;
- zabezpeč terapeutické služby – psychológa, sociálnu sestru.

V ***realizácii*** sestra realizuje, zabezpečuje a deleguje jednotlivé naplánované nezávislé, závislé a súčinné ošetrovateľské intervencie a zaznamenáva ich podľa možností aj s efektom danej činnosti v časovej a logickej postupnosti (Miklovičová, 2004, s. 49).

Sestra ***vyhodnocuje*** splnenie cieľov na základe porovnania s výslednými kritériami stanovenými vo fáze plánovania. V určenom časovom pláne zisťuje, či sa splnili ciele stanovené v pláne ošetrovateľskej starostlivosti, pričom porovnáva odpovede pacienta s výslednými kritériami a presne vyjadruje, ako bol cieľ splnený. Po splnení cieľov navrhuje naplánovanú ošetrovateľskú starostlivosť ukončiť. Pri nesplnených cieľoch plán prehodnocuje, modifikuje a navrhuje pokračovať v ošetrovateľskej starostlivosti (Miklovičová, 2004, s. 49).

PRAKTICKÁ ČASŤ

4 Ošetrovateľský proces u geriatrického pacienta s imobilizačným syndrómom

IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE

Meno a priezvisko: J. Ď.
Pohlavie: muž
Dátum narodenia: 1921
Vek: 84 rokov
Adresa bydliska a telefón: Bratislava
Adresa príbuzných (vzťah), číslo telefónu: dcéra, Bratislava
RČ: 21.....
Číslo poisťovne: 01- 61
Číslo OP: /
Stav: vdovec
Vzdelanie: učňovské
Zamestnanie: dôchodca
Národnosť: slovenská
Štátna príslušnosť: SR
Vierovyznanie: Rím. – katolík
Typ prijatia: plánované
Dátum prijatia: 20.2.2006
Ošetrujúci lekár: M. M.
Obvodný lekár: A. V.
Oddelenie: Liečebňa sv. Františka - LDCH

Dôvod prijatia udávaný pacientom / klientom: „Prišiel som na preliečenie“.

Medicínska diagnóza hlavná: Imobilizačný syndróm.

Medicínske diagnózy vedľajšie: Multiinfarktová encefalopatia s kvadruspastickým postihnutím s prevahou vpravo, Arteriálna hypertenzia III št. WHO, ICHS nebolestivá forma, Hypertrofia prostaty, DM na diéte, Deformujúca artróza TC kĺbov DK bilaterálne, Inkontinencia moču.

Tabuľka 1:Vitálne funkcie pri prijatí

Výška: 175 cm.	**D:** 19/ min. pravidelné eupnoe
Hmotnosť: 70 kg.	**TT:** 36, 4 °C – afebrilný
BMI: 22,8 – normálna hodnota	**Stav vedomia:** pri vedomí, orientovaný
TK: 130/80 mm Hg. – normotenzia	**Pohyblivosť:** imobilný
P: 78' – tvrdý, pravidelný	**Krvná skupina:** nevyšetrovaná

Terajšie ochorenie: 84 ročný pacient prijatý do Liečebne sv. Františka dňa 20. 2. 2006 ako plánovaný príjem s hlavnou medicínskou diagnózou Imobilizačný syndróm a vedľajšími diagnózami Multiinfarktová encefalopatia s kvadruspastickým postihnutím s prevahou vpravo, Arteriálna hypertenzia III št. WHO, ICHS nebolestivá forma, Hypertrofia prostaty, DM na diéte, Deformujúca artróza TC kĺbov DK bilaterálne, Inkontinencia moču.

Pacient už niekoľko rokov cítil slabosť dolných končatín, čo postupne vyústilo v imobilizačný syndróm. Pacient nie je schopný chôdze, ani sa postaviť. Bol prijatý za účelom intenzívnej rehabilitačnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Do liečebne bol privezený sanitkou v sprievode dcéry.

Informačné zdroje: pacient, zdravotná dokumentácia.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: zomrela ako 90 ročná na starobu.

Otec: zomrel ako 64 ročný na infarkt myokardu.

Súrodenci: má jednu sestru, ktorá sa lieči na vysoký TK a dvoch bratov, ktorí už zomreli.

Deti: má jednu dcéru a jedného syna, obaja sú zdraví.

Osobná anamnéza

Prekonané a chronické ochorenia: Recidivujúce infekcie močových ciest, DM na diéte, Artériová hypertenzia WHO III.

Hospitalizácie a operácie: 05. 2004 INT. ODD. Milosrdní bratia, 08. 2004 LDCH- Milosrdní bratia.

Úrazy: neudáva.

Transfúzie: zatiaľ nemal.

Očkovania: bežné detské očkovania + tetanové očkovanie.

Lieková anamnéza

Nitro-Mack retard 2,5 mg. 1-1- 0, Tralgit SR 100 mg. 1-1- 0, Digoxín 0, 125 mg. 1R (So, Ne – ex), Lucetam1200 mg. 1-1 - 0, Anopyrin100 mg. 0 -1- 0.

Alergologická anamnéza

Pacient neudáva alergiu na lieky, potraviny, ani chemické látky.

Abúzy

Alkohol: „neznášam alkohol“.

Fajčenie: pred 10 rokmi prestal fajčiť, vyfajčil asi 10 cigariet denne.

Káva: „kávu nepijem“.

Lieky: neudáva.

Drogy: neudáva.

Iné: neudáva.

Urologická anamnéza

Prekonané urologické ochorenia: recidivujúce uroinfekty, hypertrofia prostaty.

Posledná návšteva u urológa: 12. 2. 2006

Sociálna anamnéza

Stav: vdovec.

Bytové podmienky: býva v rodinnom dome spolu s dcérou a jej rodinou, domáce zviera nemajú, v dome nie je výťah.

Vzťahy, roly a interakcie v rodine: vzťahy v rodine dobré, stará sa o neho dcéra;

mimo rodiny: navštevuje ho jeden dobrý priateľ.

Záľuby: čítanie románov a počúvanie rádia, pozeranie televízie.

Voľnočasové aktivity: pozerá televíziu, počúva rádio.

Pracovná anamnéza

Vzdelanie: učňovské.

Pracovné zaradenie: dôchodca, predtým pracoval v mlyne ako pomocný robotník.

Čas pôsobenia, čas odchodu do dôchodku, akého: do starobného dôchodku odišiel ako 60 ročný.

Ekonomické podmienky: dobré.

Spirituálna anamnéza

Vierovyznanie: rímsko – katolícke.

Religiózne praktiky: „odkedy nemôžem dobre chodiť, nechodím do kostola, ale počúvam omšu v rádiu a pravidelne sa modlím“.

Tabuľka 2: Posúdenie fyzického stavu zo dňa 23.2. 2006

	Subjektívne údaje	**Objektívne údaje**
Hlava a krk	„Hlava ma nebolí, ani oči ma nebolia. Nosím okuliare na čítanie a už horšie počujem“.	Hlava normocefalická, na poklop nebolestivá. Oči v strednom postavení, zrenice izokorické, fotoreakcia +/+, bez nystagmu. Pacient je krátkozraký, pravé i ľavé oko 2 dioptrie. Dutina ústna vlhká, chrup protetický. Jazyk plazí v strednej rovine, bez povlaku. Uši bez výtoku, orientačne počuje horšie. Nos bez výtoku. Pulzácie na artérie carotis obojstranne hmatné. Štítna žľaza nezväčšená.
Hrudník a dýchací systém	„S dýchaním nemám problém“.	Hrudník bez deformít, súmerne klenutý, poklop plný a jasný. Dýchanie vezikulárne, čisté bez vedľajších počuteľných fenoménov s frekvenciou 19/ min. Dýchacie pohyby v plnom rozsahu, pacient nekašle.

Srdcovo-cievny systém	„Občas mám vyšší tlak krvi a liečim sa na to“.	TK: 130/80 mm Hg – normotenzia. P: 78' – tvrdý, pravidelný. Periférna cyanóza neprítomná, akcia srdca pravidelná. Dolné končatiny bez opuchu a varixov. Pulzácie na dolných končatinách hmatné.
Brucho a GIT	„Brucho ma nebolí. Ani sa nepamätám, že by som mal problémy s trávením“.	Brucho v úrovni hrudníka, ťažšie priehmatné, nebolestivé. Pečeň a slezina nezväčšená, bez patologickej rezistencie. Peristaltika čriev prítomná.
Močovo-pohlavný systém	„Už asi dva roky mám cievku, pretože nedokážem udržať moč“.	Moč jantárovo žltej farby, bez patologického zápachu. Genitálie mužské, ochlpené. Tapottement obojstranne nebolestivý. Pacient má PK, posledná výmena 12. 2. 2006.
Kostrovo-svalový systém	„Už asi dva roky nemôžem chodiť, nedokážem sa ani postaviť“.	Stoj a chôdza nemožná. Kontraktúry flexorov dolných končatín a pravej hornej končatiny. Obmedzená dynamika krčnej chrbtice vo všetkých smeroch. Artróza členkového kĺbu s deformáciou obojstranne. Členky vo valgóznom postavení. Deformácie malých kĺbov na horných končatinách.
Nervovo-zmyslový systém	„Používam okuliare na čítanie a už aj slabšie počujem. Niekedy cítim bolesť celého tela“.	Vedomie plné, jasné. Orientácia v čase, priestore a osobách dobrá. Orientačne počuje horšie. Komunikačná schopnosť dobrá, bez dysfagických a dysartrických ťažkostí. Zrak s kompenzačnou pomôckou – okuliarmi 2 dioptrie na blízko. Porucha motoriky na oboch horných končatinách. Pacient udáva bolesti celého tela.

Endokrinný systém	„Nemám problémy so štítnou žľazou“.	Štítna žľaza špeciálne nevyšetrovaná, struma neprítomná. Lymfatické uzliny nezväčšené. Hodnota glykémie – 5,38 mmol/l.
Imunologický systém	„Neviem o tom že by som mal alergiu na čokoľvek“.	Momentálne bez prejavov alergie. FW – 90/100 TT – 36,4 °C
Koža a jej adnexá	„S kožou nemám problémy“.	Koža anikterická, bez cyanózy. Turgor kože primeraný veku. Koža čistá, vlasy šedivé. Nechty dlhé, neostrihané, ružové bez cyanózy.

AKTIVITY DENNÉHO ŽIVOTA

SPÁNOK A BDENIE

Subjektívne - doma: „doma spávam dobre“.

- ***v nemocnici:*** „tu sa často budím, lebo sused vykrikuje zo sna a toto nie je moja posteľ “.

***Objektívne*:** pacient spí aj počas dňa, prítomné známky ospalosti.

AKTIVITA A ODPOČINOK

Subjektívne - doma: „najlepšie si odpočiniem pri počúvaní rádia a čítaní“.

- ***v nemocnici:*** „čas si krátim rozhovormi s ostatnými pacientmi a počúvaním rádia“.

Objektívne: pacient je komunikatívny, na stolíku má zapnuté rádio.

HYGIENA

Subjektívne - doma: „starala sa o mňa moja dcéra“.

- ***v nemocnici:*** „každé ráno ma sestrička poumýva a niekedy idem aj do sprchy“.

Objektívne: hygienu vykonáva ošetrujúci personál.

SAMOSTATNOSŤ

Subjektívne - doma: „už tri roky sa o mňa stará dcéra“.

- v nemocnici: „neviem sám skoro nič urobiť“.

Objektívne: Barthelov test 20 bodov – závislosť ťažkého stupňa v hygiene, obliekaní a čiastočne i pri stravovaní. IADL 15 bodov – závislý.

STRAVOVANIE

Subjektívne - doma: „kvôli cukrovke mám diétu a najradšej mám kysnuté koláče“.

- v nemocnici: „zjem všetko čo mi prinesú“.

***Objektívne*:** Naordinovaná diéta číslo 9N – diabetická nesolená. Výživa primeraná. BMI 22,08 – norma. Pri príjme potravy je pacient samostatný, ak je strava vopred pripravená.

PRÍJEM TEKUTÍN

Subjektívne - doma: „doma pijem najviac čaj a minerálky“.

- v nemocnici: „najradšej mám džús zmiešaný s Korytnicou. Vypijem asi dva litre“.

Objektívne: Turgor kože primeraný. Sliznice dutiny ústnej vlhké, jazyk bez povlaku. Pacient vypije 2000 – 2500ml. tekutín denne.

VYLUČOVANIE MOČU

Subjektívne - doma: „už dva roky mám zavedený katéter, lebo nedokážem udržať moč“.

- v nemocnici: „cikám cez katéter“.

Objektívne: Moč jantárovo žltej farby, bez patologického zápachu, pH 5,5, glukóza +, ostatné hodnoty negatívne. Pacient má zavedený permanentný katéter s poslednou výmenou na urologickej ambulancii dňa 12. 2. 2006. Denná diuréza 1800 – 2000 ml moču.

VYLUČOVANIE STOLICE

Subjektívne – doma: „mám problém ísť na záchod“.

- v nemocnici: „stolicu som mal asi pred štyrmi dňami. Keď mám ísť na záchod, veľmi ma to bolí“.

Objektívne: Posledná stolica v druhý deň hospitalizácie, hnedej farby a tuhej konzistencie. Pacient pociťuje bolesť pri defekácií, máva zápchu.

POSÚDENIE PSYCHICKÉHO STAVU

Vedomie: plné, jasné, bez kvalitatívnych a kvantitatívnych porúch, celostný typ vedomia.

Orientácia: pacient je orientovaný v čase, priestore, situácii a osobách.

Nálada: ***subjektívne*** **-** „som vďačný za všetko“. ***Objektívne*** **-** bez poruchy nálady.

Pamäť: ***subjektívne*** **–** „na dávnejšie veci si pamätám veľmi dobre, s novšími informáciami je to horšie“. ***Objektívne*** – staropamäť bez poruchy pamätania a vybavovania, čiastočná porucha zapamätávania nových udalostí, prevládajúci typ: názorná pamäť.

Myslenie: reálne, logické a spomalené myslenie, prevládajúci druh myslenia – praktické myslenie.

Temperament: pacient sa javí ako flegmatik, introvert, emocionálne stabilný typ osobnosti.

Sebahodnotenie: ***subjektívne*** **-** „som len taký obyčajný človek“. ***Objektívne*** **–** pacient vníma svoje telo i osobnosť pozitívne.

Vnímanie zdravia: ***subjektívne*** - „je veľmi dôležité“. ***Objektívne*** **-** vníma zdravie ako významnú hodnotu vo svojom živote.

Vnímanie zdravotného stavu: ***subjektívne*** - „bolo by dobré, keby som mohol chodiť, ale už asi nikdy nebudem“. ***Objektívne*** **-** realistické vnímanie zdravotného stavu.

Reakcia na ochorenie a prežívanie ochorenia: ***subjektívne*** -„čo sa dá robiť, i keď doma je vždy lepšie“. ***Objektívne*** **-** primeraná reakcia na ochorenie, má záujem o informácie o chorobe.

Reakcia na hospitalizáciu: ***subjektívne*** -„tu sa o mňa dobre starajú a dcéra si oddýchne“. ***Objektívne*** **-** reakcia na hospitalizáciu primeraná, bez prejavov hospitalizmu a maladaptácie. Pacient spolupracuje pri liečbe.

Adaptácia na ochorenie, adaptačná fáza: ***subjektívne*** – „už som si zvykol, lebo som bol už vo viacerých nemocniciach“. ***Objektívne*** **-** realistická adaptácia, obdobie aktívnej adaptácie.

Skúsenosti z predchádzajúcich hospitalizácií: ***subjektívne*** - „mám dobré skúsenosti“. ***Objektívne*** **–** pacient udáva pozitívne skúsenosti s hospitalizáciami.

Prejavy istoty a neistoty: ***subjektívne*** - „mám strach, aby sa to všetko ešte nezhoršilo“. ***Objektívne*** **–** pacient verbalizuje strach z vývoja svojho ochorenia.

POSÚDENIE SOCIÁLNEHO STAVU

Komunikácia: ***verbálna komunikácia*** je plne možná, pacient komunikuje jasne, zreteľne, bez porúch reči; ***neverbálna komunikácia*** vhodne dopĺňa verbálnu, u pacienta pozorovať bohatú mimiku tváre, nevyhýba sa očnému kontaktu.

Informovanosť: ***subjektívne*** **–** „viem, čo mi je, prišiel som sem na preliečenie, viem, že nesmiem jesť sladké a o lieky sa starajú sestričky, dcéra mi povedala, že tu budem asi mesiac“. ***Objektívne*** **–** pacient oznamuje dostatok informácií o chorobe, diagnostických metódach, liečbe, diéte a dĺžke hospitalizácie. Vzhľadom k veku nie je schopný postarať sa samostatne o užívanie liekov.

Sociálne role a ich ovplyvnenie chorobou, hospitalizáciou a zmenou životného štýlu počas choroby a hospitalizácie:

- *primárne role:* 84 ročný muž;
- *sekundárne role:* ***subjektívne*** **-**„rodina je pre mňa veľmi dôležitá“. ***Objektívne*** **-** otec, ktorému hospitalizácia neumožňuje plniť svoje role.
- *terciárne role:* ***subjektívne*** **-**„tu tiež môžem počúvať rádio“. ***Objektívne*** **-** v Liečebni môže pacient realizovať svoju záľubu.

Sociálne interakcie a ich ovplyvnenie chorobou a hospitalizáciu: ***subjektívne*** **-** „dcéra chodí na návštevu dvakrát za týždeň, ale radšej by som bol doma“. ***Objektívne*** **-** hospitalizácia obmedzila kontakt pacienta s rodinou len na návštevné hodiny.

Zamestnávanie sa počas ochorenia a hospitalizácie: ***subjektívne*** **-** „počúvam rádio a čítam časopisy“. ***Objektívne*** **-** v izbe je zapnuté rádio a na stolíku sú položené časopisy.

Kto po prepustení poskytne starostlivosť: rodina.

POPIS SPIRITUÁLNEHO STAVU

Subjektívne údaje: „viem, že ma môže navštíviť kňaz, aj to, že mi prinesie sväté prijímanie“.

Objektívne údaje: pacient bol informovaný o možnosti duchovnej služby a želá si návštevu kňaza.

Informácie z ordinácie lekára dôležité pre sestru

1. **Diagnostické metódy a postupy, sledovania:** TK 1x denne, TT 2x denne, bandáž dolných končatín. 6.3. 2006 kontrola na urologickej ambulancii.
2. **Liečba:**
   diéta: 9N,
   medikamentózna: Anopyrin 100mg. 0-1-0, Nitromack 1-1-0, Lucetam 1200mg. 1-1-0, Digoxin 0,125mg. 1R (So., Ne. – ex), Duphalac 2x týždenne 10 ml. p.p
   Pohybový režim: imobilný

Rehabilitácia: na posteli

3. **Výsledky vyšetrení:** Le- 5,55 x10 ^{9} / l, Ery - 3,74 x10^{12} / l, Hgb – 115 g / l, Tr –343 x10 ^{9} / l, HTK - 0,3, Gluk. 5,38 mmol / l, ALT- 0,05µmol / l, AST- 0,22 µmpl / l, Kreatinín - 76,7 µmol / l Celkové bielkoviny –67,28 g / l, Urea - 6,75 mmol / l, Bilirubín celkový – 5, 41 µmol / l

   Kultivačné vyšetrenie moču: prítomné viac ako 3 bakteriálne druhy.

   Močový sediment: 6- 8 Ery., 18-20 Le, ploché epitélie.

   RTG hrudníka – bez čerstvých ložiskových zmien na pľúcach, bránice klenuté uhly voľné, srdce je primeranej veľkosti.

   USG abdomenu – hepar primeranej veľkosti, bez ložiskových zmien. Pankreas zvýšenej echogenicity bez ložiskových zmien.

SITUAČNÁ ANALÝZA zo dňa 23.2 2006

84 ročný pacient, dôchodca, prijatý do Liečebne sv. Františka ako plánovaný príjem s hlavnou medicínskou dg. Imobilizačný syndróm a vedľajšími dg.: Multiinfarktová encefalopatia s kvadruspastickým postihnutím s prevahou vpravo, Deformujúca artróza TC kĺbov DK bilaterálne, Arteriálna hypertenzia III št. WHO, ICHS nebolestivá forma, Hypertrofia prostaty, DM na diéte a Inkontinencia moču. Pacient udáva: „Prišiel som na preliečenie."

V štvrtý deň hospitalizácie pacient verbalizuje strach z vývoja svojho ochorenia. Podľa Barthelovho testu bežných denných činností dosiahol skóre 20 bodov, čo je závislosť ťažkého stupňa. Pacient potrebuje pomoc pri hygiene, obliekaní a čiastočne i pri stravovaní. V súvislosti s rušivým vplyvom spolupacienta a zmenou domáceho prostredia za nemocničné, verbalizuje nedostatok spánku, spí počas dňa a pôsobí ospalým dojmom. Vzhľadom k kvadruspastickému postihnutiu pacient nie je schopný chôdze, postavenia, je prítomná porucha motoriky v horných končatinách. Niekedy pociťuje bolesti celého tela. Vzhľadom k hospitalizácii pacient verbalizuje nedostatok kontaktu so svojou dcérou. Pociťuje bolesť pri defekácií, máva zápchu s tvrdou formovanou stolicou.

Pacient je ohrozený rizikom úrazu v súvislosti s poruchou telesnej hybnosti, rizikom infekcie v súvislosti so zavedeným PK. Taktiež je ohrozený rizikom narušenej kožnej integrity v súvislosti s kvadruspastickým postihnutím.

Stanovenie sesterských diagnóz a ich usporiadanie podľa priorít

Aktuálne sesterské diagnózy

1. Nedostatočná sebestačnosť v aktivitách denného života súvisiaca s kostrovo-svalovým postihnutím, prejavujúca sa zníženou úrovňou sebestačnosti v hygiene, obliekaní a čiastočne i pri stravovaní.
2. Chronická bolesť v súvislosti s dlhotrvajúcou nepohyblivosťou pacienta, prejavujúca sa verbalizáciou pacientových ťažkostí.
3. Narušený spánok v súvislosti s rušivým vplyvom spolupacienta a zmenou domáceho prostredia za nemocničné, prejavujúci sa verbalizáciou nedostatku spánku, spánkom počas dňa a známkami ospalosti.
4. Zápcha vo vzťahu k neadekvátnej fyzickej aktivite, prejavujúca sa tvrdou formovanou stolicou a bolesťou pri defekácií.
5. Obmedzená pohyblivosť v súvislosti s kvadruspastickým postihnutím končatín, prejavujúca sa poruchou motoriky, neschopnosťou chôdze ani postavenia sa.
6. Strach z vývoja ochorenia v súvislosti s možným zhoršením zdravotného stavu, prejavujúci sa verbalizáciou pacientových obáv.
7. Sociálna izolácia v súvislosti s hospitalizáciou, prejavujúca sa verbalizáciou nedostatku kontaktu s dcérou.

Potencionálne sesterské diagnózy

8. Riziko úrazu v súvislosti s poruchou telesnej hybnosti.
9. Riziko infekcie v súvislosti s zavedeným PK.
10. Riziko narušenia kožnej integrity v súvislosti s kvadruspastickým postihnutím.

Riešenie sesterských diagnóz

Sesterská diagnóza: ***Nedostatočná sebestačnosť v aktivitách denného života súvisiaca s kostrovo-svalovým postihnutím, prejavujúca sa zníženou úrovňou sebestačnosti v hygiene, obliekaní a čiastočne i pri stravovaní.***

Cieľ: pacient dosiahne maximálnu mieru sebestačnosťi.

Priorita: stredná

Výsledné kritériá:

- pacient popisuje faktory, ktoré mu bránia, aby sa stal sebestačným do 2 dní;
- pacient plne využíva všetky svoje telesné i duševné rezervy do 5 dní;
- pacient sa aktívne zúčastňuje na vykonávaní ADŽ do 6 dní.

Plán ošetrovateľských intervencií: zo dňa 23.2. 2006:

- ihneď posúď a zaznamenaj stupeň závislosti v aktivitách denného života podľa dostupných škál (Barthel, IADL) – sestra;
- ihneď zabezpeč bezpečnosť pacienta pri hygienickej starostlivosti s cieľom prevencie úrazu – sestra;
- dbaj, aby pacient čo najviac starostlivosti o seba vykonával sám – celý oš. tím;
- dopraj pacientovi dostatok času na vykonávanie starostlivosti o seba - celý oš. tím;
- pochváľ pacienta hneď ako skončí starostlivosť o seba - celý oš. tím;
- využívaj všetky podporné pomôcky (hrazdička, zábrany), uprav prostredie, v ktorom pacient žije – sestra, sanitár;
- trikrát denne pomáhaj pacientovi pri stravovaní – upraviť polohu do sedu, nakrájať jedlo, naliať pohár vody – celý ošetrovateľský tím;
- dvakrát týždenne zabezpeč pomoc pacientovi pri sprchovaní a každý deň toaletu – sestra, sanitár;
- podľa ordinácie lekára zabezpeč konzultáciu s fyzioterapeutom - sestra;
- denne spolupracuj s fyzioterapeutom – sestra;
- čo najskôr upozorni rodinu na možnosti spolupráce s agentúrou domácej starostlivosti – sestra.

Plán intervencií zostavila: Martina Nováková

Realizácia dňa 23.2. 2006

7,30 Posúdenie stupňa závislosti Barthelov test 20 bodov – závislosť ťažkého stupňa, IADL 15 bodov – závislý.

8.00 Pomoc pacientovi vstať z postele, úprava postele, transport pacienta na vozíku do sprchy – pacient je osprchovaný vyjadruje spokojnosť, cíti sa svieži.

8,30 Pacient raňajkuje vopred pripravený a nakrájaný krajec chleba, sedí na posteli, má prisunutý jedálenský vozík – zjedol tri krajce chleba a vypil šálku mlieka.

10,00 Posteľ pacienta doplnená o hrazdičku a bočnicu na pravú stranu.

12,00 Obed, mäso pokrájané – zjedol polovicu polievky a celé druhé jedlo.

13,00 Rozhovor s pacientom, pochvala a povzbudenie pri opätovnom nadobúdaní stratených funkcií tela – pacient sa usmieval.

14,30 Rehabilitačné konzílium – naordinované pasívne cvičenia na rozsah pohybov dvakrát denne.

Martina Nováková

Realizácia dňa 24.2. 2006

7,00 Toaleta pacienta na posteli, výmena osobného prádla – pacient verbalizuje spokojnosť

8,30 Pacient raňajkuje vopred pripravený a nakrájaný bochník, sedí na posteli, má prisunutý jedálenský vozík – zjedol celú porciu raňajok a vypil šálku mlieka.

11,00 Rozhovor s pacientom, pochvala a povzbudenie k sebestačnosti – pacient sa usmieval.

12,00 Obed, mäso a zemiaky pokrájané – zjedol celú porciu obeda.

13,00 Rozhovor zameraný na zistenie príčin ktoré mu bránia byť sebestačným – je to najmä deformácia kĺbov a kontraktúry dolných končatín.

14,00 Po dohovore so staničnou sestrou pacientovi zabezpečená nižšia posteľ – pacient verbalizuje spokojnosť. Martina Nováková

Hodnotenie zo dňa 28. 2. 2006 po 6 dňoch.

Pacient popisuje faktory, ktoré mu bránia, aby sa stal sebestačným. V rámci svojich možností sa zúčastňuje na starostlivosti o seba. Po úprave stravy je schopný samostatne sa najesť, ale pri hygienickej starostlivosti je nutné naďalej mu pomáhať. Cieľ bol čiastočne splnený a vzhľadom na pokračujúcu hospitalizáciu je nutné v naplánovaných aktivitách pokračovať.

Hodnotenie vykonala: Martina Nováková

Sesterská diagnóza: ***Narušený spánok v súvislosti s rušivým vplyvom spolupacienta a zmenou domáceho prostredia za nemocničné prejavujúci sa verbalizáciou nedostatku spánku, spánkom počas dňa a známkami ospalosti.***

Cieľ: pacient dosiahne plnohodnotný spánok prinášajúci oddych.

Priorita: stredná

Výsledné kritéria:

- pacient zaspáva do 30 minút po uložení sa do postele do 3 dní;
- pacient spí najmenej 6 hodín bez prerušenia do 2 dní;
- pacient sa zobúdza oddýchnutý do 2 dní;
- pacient opisuje faktory, ktoré mu bránia spať, alebo mu skracujú spánok do 2 hodín.

Plán ošetrovateľských intervencií zo dňa 23.2. 2006

- ihneď zisti príčinu nespavosti pacienta a zabezpeč pokojné prostredie a obmedz rušivé vplyvy – sestra;

- vyvetraj izbu vždy pred uložením sa pacienta na spánok – sanitár;
- uprav posteľ pred spaním, pomôž pacientovi vykonať si hygienu večer pred spaním – sestra, sanitár;
- zabezpeč pohodu a relaxáciu – pohodlné nočné oblečenie, masáž chrbta, vhodná poloha, vyprázdnenie pacienta – sestra, sanitár;
- doporuč pacientovi aby nepospával počas dňa a zamestnávaj ho aktivitami počas dňa – sestra;
- konzultuj stav pacienta s lekárom – sestra;
- podávaj hypnotiká podľa ordinácie lekára a sleduj ich účinok, upozorni pacienta na vedľajšie účinky a riziko závislosti – sestra.

Plán intervencií zostavila: Martina Nováková

Realizácia zo dňa 23.2. 2006

7,30 Rozhovor zameraný na zistenie príčin nespavosti pacienta – pacient nemôže spať, pretože nie je zvyknutý na nemocničné prostredie a vyrušovanie počas noci.

9,00 Pacientovi odporučené, aby nepospával počas dňa, pacient si požiadal knihu na čítanie.

11,00 Po konzultácií s lekárom bol pacient preložený na inú izbu.

19,00 Večer pred spaním vyvetraná izba, vykonaná toaleta na posteli + masáž chrbta Mentol – Alkoholom.

Martina Nováková

Realizácia zo dňa 24.2 2006

7,45 Rozhovor zameraný na kontrolu kvality spánku – pacient verbalizuje zlepšenie kvality spánku, zobudil sa iba 1x za noc.

13,30 Aktivizácia pacienta - pacient sledoval v spoločenskej miestnosti televízny program.

18,30 Vykonaná toaleta na posteli + masáž chrbta Mentol – Alkoholom.

19,30 Večer pred spánkom zabezpečené nočné svetlo, zatvorené dvere pacientovej izby, umiestnenie signalizačného zariadenia tak, aby sa dalo ľahko dočiahnuť.

Martina Nováková

Hodnotenie zo dňa 24. 2. 2006 po 2 dňoch.

Pacient voľne popisuje faktory ktoré mu bránia späť. Po preložení na inú izbu pacient prespí 6 hodín bez prerušenia. Pacient verbalizuje spokojnosť s kvalitou spánku. Cieľ bol splnený, ale vzhľadom na pokračujúcu hospitalizáciu je nutné v naplánovaných aktivitách pokračovať.

Hodnotenie vykonala: Martina Nováková

Sesterská diagnóza: ***Zápcha vo vzťahu k neadekvátnej fyzickej aktivite, prejavujúca sa tvrdou formovanou stolicou a bolesťou pri defekácií.***

Cieľ: pacient si obnoví pravidelnosť stolice.

Priorita: stredná

Výsledné kritériá:

- pacient nemá pocity bolesti ani nadmernej námahy pri defekácii do 3 dní;
- pacient vie vymenovať päť potravín bohatých na vlákniny 4 hod.;
- pacient vyjadruje spokojnosť so súčasnými defekačnými návykmi do 2 dní;
- pacient prijíma stravu so zvýšeným objemom vlákniny do 1 dňa.

Plán ošetrovateľských intervencií zo dňa 23. 2. 2006

- počas dňa zisti stravovacie zvyklosti pacienta – sestra;
- počas dňa pouč pacienta o potrebe zvýšeného príjmu vlákniny – sestra;
- ihneď vysvetli pacientovi nutnosť zvýšenej fyzickej aktivity – sestra;
- nauč pacienta počas hospitalizácie kroky k prevencii zápchy (masírovanie brucha, polohovanie, ráno na lačno užiť teplú vodu) - sestra;
- počas celej hospitalizácie zabezpeč hydratáciu pacienta – sestra;
- sleduj každý deň vyprázdňovanie - farbu, množstvo, konzistenciu, frekvenciu stolice a zaznamenávaj stolicu do dekurzu – sestra;
- hneď pouč pacienta pri sťaženej defekácii o správnej životospráve - kompóty, ovocné šťavy - sestra;
- podľa ordinácie lekára aplikuj klyzmu, čapíky alebo laxatíva a sleduj ich účinok – sestra.

Plán intervencií zostavila: Martina Nováková

Realizácia zo dňa 23. 2. 2006

9,30 Rozhovor zameraný na zistenie stravovacích zvyklostí pacienta – pacient preferuje múčne jedlá.

9,40 Rozhovor zameraný na potrebu zvýšeného príjmu vlákniny a potrebu pohybu – pac. verbalizoval pochopenie.

11,00 Počas celého dňa pacientovi ponúkané tekutiny – pacient vypije na jeden raz polovicu pohára.

12,45 Konzultácia pacientovho stavu s lekárom – lekár naordinoval 10ml. Duphalacu na lačno 2x týždenne.

15,30 Rozhovor s dcérou pacienta o vhodnosti priniesť pacientovi potraviny, ktoré podporujú defekáciu.

Martina Nováková

Realizácia zo dňa 24. 2. 2006

8,20 Pacientovi ponúknutý pohár teplej vody a 10ml. Duphalacu – pacient užil ponúknutý liek.

11,00 Pacientovi ponúkané tekutiny – pacient vypil jeden pohár minerálky s džúsom.

12,20 Pacientovi ponúknutý čerešňový kompót, ktorý priniesla jeho dcéra – pacient zjedol celú misku kompótu.

13,00 Pomoc pacientovi pri použití prenosné WC – stolica je tuhej konzistencie, hnedej farby.

13,30 Záznam stolice do dekurzu a teplotnej tabuľky.

Martina Nováková

Hodnotenie: zo dňa 1. 3. 2006 po 7 dňoch.

Pacient nepociťuje bolesť pri defekácií, vie vymenovať päť potravín, ktoré podporujú defekáciu. Podľa ordinácie lekára užíva 2x do týždňa 10ml Duphalacu. Stolica je formovaná, hnedej farby. Cieľ bol splnený, ale vzhľadom na pokračujúcu hospitalizáciu je nutné v naplánovaných aktivitách pokračovať.

Hodnotenie vykonala: Martina Nováková

Sesterská diagnóza: ***Riziko infekcie v súvislosti s zavedeným pernamentným katétrom***.

Cieľ: pacient predíde riziku vzniku infekcie močových ciest.

Priorita: stredná

Výsledné kritériá:

- pacient pozná všetky príznaky infekcie močových ciest do 1 hodiny;
- pacient má dennú diurézu od 1500 – 2000 ml;
- pacient má hodnoty TT v fyziologickom rozmedzí počas času zavedenia PK.

Plán ošetrovateľských intervencií zo dňa 23.2. 2006

- 1x denne, vykonaj hygienickú starostlivosť genitálií vlažnou vodou a mydlom – sestra, sanitár;
- hneď vysvetli pacientovi, aby oznámil prípadné pálenie alebo bolesť pri močení – sestra;
- 1x za týždeň vyšetri moč chemicky – sestra;
- počas celého dňa zabezpeč dostatočnú hydratáciu pacienta – celý ošetrovateľský tím;
- podľa ordinácie lekára sleduj 24 hodinovú diurézu – sestra;
- v prípade potreby zabezpeč výplach močového katétra FR – sestra;
- pokles diurézy oznám lekárovi a podľa jeho ordinácie podávaj pacientovi infúzne roztoky – sestra.

Plán intervencií zostavila: Martina Nováková

Realizácia zo dňa 23. 2. 2006

6,30 TT : 36,6 °C, zaznamenanie do teplotnej tabuľky.

8.00 Pomoc pacientovi vstať z postele, úprava postele, transport pacienta na vozíku do sprchy – pacient je osprchovaný vyjadruje spokojnosť, cíti sa svieži.

9,00 Rozhovor zameraný na poučenie pacienta a vysvetlenie, aby oznámil prípadné pálenie alebo bolesť pri močení.

11.30 Vyšetrený moč chemicky - pH 5,5.

18,30 Kontrola diurézy – denná diuréza 1900 ml. moču.

Martina Nováková

Realizácia zo dňa 24. 2. 2006

6,30 TT: 36,4 °C, zaznamenanie do teplotnej tabuľky.

7,00 Toaleta pacienta na posteli, výmena osobného prádla – pacient verbalizuje spokojnosť.

11,00 Pacientovi ponúkané tekutiny – pacient vypil jeden pohár minerálky s džúsom.

18,30 Kontrola diurézy – denná diuréza 1800 ml.

19,00 Toaleta genitálu na posteli + masáž chrbta Mentol – Alkoholom.

Martina Nováková

Hodnotenie zo dňa 24. 2. 2006 po 2 dňoch.

Pacient má hodnoty TT vo fyziologickom rozpätí, pozná prípadné prejavy infekcie močových ciest. Denná diuréza bola počas dvoch predchádzajúcich dní 1900 ml a 1800ml, pH moču 5,5. Cieľ bol splnený, ale vzhľadom na pretrvávajúcu hospitalizáciu je nutné v naplánovaných intervenciách pokračovať.

Hodnotenie vykonala: Martina Nováková

Sesterská diagnóza: ***Riziko narušenej kožnej integrity v súvislosti s kvadruspastickým postihnutím.***

Cieľ: pacient predíde riziku narušenia kožnej integrity.

Priorita: stredná

Výsledné kritériá:

- pacient používa správnu techniku polohovania a používa pomôcky na prevenciu dekubitov do 2 dní;
- pacient pri prepúšťaní z nemocnice nemá nijaké začervenenie ani podráždenie kože v oblasti predilekčných miest;
- pacient používa 2 metódy na zníženie tlaku na predilekčných miestach do 2 dní.

Plán intervencií zo dňa 23. 2. 2006

- vysvetli pacientovi význam pravidelnej starostlivosti o kožu pri prevencií problémov - sestra;
- vysvetli pacientovi dôležitosť častej zmeny polohy v prevencií narušenia kože - sestra;
- pomáhaj pacientovi pri vykonávaní hygienickej starostlivosti, odporuč mu používať jemné mydlá, dôkladne, ale jemne vysušiť pokožku a používať hydratačné mlieko – sestra, sanitár;
- pravidelne kontroluj povrch kože, aktívne pátraj po začervenaných alebo bledších miestach, ihneď aplikuj liečbu ordinovanú lekárom - sestra;
- premasíruj jemne ohrozené miesta, pri manipulácii s pacientom sa vyhýbaj treniu – sestra, sanitár;
- pravidelne polohuj pacienta podľa polohovacieho plánu, povzbudzuj ho k spolupráci – sestra, sanitár;
- udržuj posteľ pacienta čistú, suchú, dbaj na čistú a suchú osobnú bielizeň - sanitár;
- zabezpeč pacientovi antidekubitové pomôcky a vysvetli ich význam – sestra, sanitár.

Plán intervencií zostavila: Martina Nováková

Realizácia zo dňa 23. 2. 2006

8,00 Pomoc pacientovi vstať z postele, úprava postele, transport pacienta na vozíku do sprchy – aktívne vyhľadávanie začervenaných alebo bledších miest – pacient nemá narušenú kožnú integritu, vyjadruje spokojnosť, cíti sa svieži.

9,00 Rozhovor zameraný na význam pravidelnej starostlivosti o kožu pri prevencii problémov.

9,10 Rozhovor zameraný dôležitosť častej zmeny polohy v prevencii narušenia kože - pacient verbalizoval pochopenie.

9,15 Aktívna pomoc pacientovi pri zmene polohy – pacient leží na ľavom boku.

11,30 Posteľ doplnená o antidekubitový matrac a hrazdu.

11,45 Príprava pacienta na obed – pacient sedí na posteli.

13,30 Zmena polohy pacienta - pacient leží na pravom boku. Martina Nováková

Realizácia zo dňa 24. 2. 2006

7,00 Toaleta pacienta na posteli, výmena osobného prádla a aktívne vyhľadávanie začervenaných alebo bledších miest – pacient nemá narušenú kožnú integritu a verbalizuje spokojnosť s polohou.

9,00 Aktívna pomoc pacientovi pri zmene polohy – pacient je polohovaný na ľavom boku.

11,30 Príprava pacienta na obed – pacient sedí na posteli.

13,30 Aktivizácia pacienta - pacient sledoval v spoločenskej miestnosti televízny program.

Martina Nováková

Hodnotenie zo dňa 28. 2. 2006 po 6 dňoch.

Pacient aktívne spolupracuje pri zmene polohy a využíva hrazdu na zmenu polohy. Pacient chápe význam častej zmeny polohy. Do dňa hodnotenia pacient nemá začervenanie ani podráždenie kože. Cieľ bol splnený, ale vzhľadom na pokračujúcu hospitalizáciu je nutné v naplánovaných intervenciách pokračovať.

Hodnotenie vykonala Martina Nováková

Sesterská diagnóza: ***Riziko úrazu v súvislosti s poruchou telesnej hybnosti.***

Cieľ: pacient predíde riziku úrazu.

Priorita: stredná

Výsledné kritériá:

- pacient pozná riziká úrazu do ½ hodiny;
- pacient má zachovanú celistvosť kože počas celej hospitalizácie;

- pacient správne používa podporné pomôcky na zmenu polohy tela do 2 dní.

Plán ošetrovateľských intervencií zo dňa 23. 2. 2006

- ihneď vysvetli pacientovi riziká úrazu – sestra;
- ihneď zabezpeč bezpečnosť prostredia v ktorom sa pacient nachádza – sestra, sanitár;
- ihneď zabezpeč signalizačné zariadenie, vysvetli mu ako ho má používať, a umiestni ho tak, aby naň dočiahol – sestra, sanitár;
- v prípade potreby nastav posteľ pacienta do nízkej polohy a zabezpeč posteľ zábranami – sanitár;
- počas celej hospitalizácie pomáhaj pacientovi pri aktivitách, ktoré sám nezvláda – celý ošetrovateľský tím.

Plán intervencií zostavila: Martina Nováková

Realizácia zo dňa 23. 2. 2006

7,30 Rozhovor zameraný na edukáciu pacienta o rizikách úrazu a spôsobe používania signalizačného zariadenia - pacient verbalizoval pochopenie a aktívne používa signalizáciu.

8,00 Pomoc pacientovi vstať z postele, úprava postele, transport pacienta na vozíku do sprchy – bezpečnosť zabezpečená prítomnosťou sestry a sanitára.

10,00 Po dohovore s staničnou sestrou pacient preložený na nižšiu posteľ – pacient vyjadruje spokojnosť.

11,30 Posteľ vybavená zábranou z pravej strany – pacient používa zábranu na zmenu polohy tela.

Martina Nováková

Realizácia zo dňa 24. 2. 2006

7,00 Toaleta pacienta na posteli, výmena osobného prádla – bezpečnosť zabezpečená prítomnosťou sestry a sanitára.

9,20 Úprava signalizačného zariadenia tak, aby pacient naň ľahko dočiahol – pacient aktívne používa signalizačné zariadenie.

13,00 Pomoc pacientovi pri použití prenosné WC – bezpečnosť zabezpečená prítomnosťou sanitára.

13,30 Pacient sledoval v spoločenskej miestnosti televízny program – bezpečnosť pacienta zabezpečená ochranným pruhom okolo pása.

Martina Nováková

Hodnotenie zo dňa 24. 2. 2006 po 2 dňoch.

Pacient pozná riziká úrazu, aktívne využíva podporné pomôcky na zmenu polohy. Počas doterajšej hospitalizácie sa úraz nestal a pacient má zachovanú neporušenú celistvosť kože. Cieľ bol splnený, ale vzhľadom na pokračujúcu hospitalizáciu je nutné v naplánovaných intervenciách pokračovať.

Hodnotenie vykonala Martina Nováková

Celkové hodnotenie zo dňa 3. 3. 2006 po 12 dňoch hospitalizácie.

U pacienta sa zlepšila sebestačnosť o 5 bodov v Barthelovom teste, ale stále je to ťažký stupeň závislosti. Narušený spánok zo zmeneného prostredia a rušivých vplyvov spolupacienta sa po preložení pacienta na inú izbu upravil, pacient prespí bez prebudenia 6 hodín. Strach z vývoja ochorenia sa čiastočne vytratil. Vitálne funkcie a hodnoty TT boli vo fyziologickom rozpätí, hodnota glykémie bola stabilizovaná. Počas doterajšej hospitalizácie nebol zaznamenaný výskyt infekcie a úraz sa taktiež nestal. Do dňa hodnotenia pacient nemá začervenanú ani podráždenú kože v oblasti predilekčných miest. Po úprave stravy a rehabilitácií na posteli máva pacient každé 2 dni stolicu a po týždni nebolo potrebné podávať Duphalac 10ml. 2x týždenne. Po rozhovore s dcérou, dcéra prisľúbila častejší kontakt so svojim otcom. Na bolesť bol pacientovi naordinovaný Novalgin 500mg. 1 tabletka podľa potreby. Po vykonávaní dvojfázovej rehabilitačnej starostlivosti došlo k čiastočnému zlepšeniu pohyblivosť v dolných končatinách. Hospitalizácia je plánovaná na 30 dní a potom má byť pacient prepustený do domácej starostlivosti, ktorú mu poskytne dcéra.
Naplánované intervencie boli vhodne zvolené, správne realizované a účinné.

Celkové hodnotenie vykonala: Martina Nováková

Záver

Imobilizačný syndróm je jedna s najnáročnejších diagnóz geriatrického pacienta s hľadiska ošetrovateľskej starostlivosti. Od personálu ošetrovacej jednotky vyžaduje fyzickú i duševnú zdatnosť pri riešení problémov pacienta. Pacient s imobilizačným syndrómom môže byť testom, v ktorom sa preukáže, nakoľko je rodina a nemocničná jednotka schopná postarať sa o človeka, ktorý sa stal imobilným a potrebuje často krát starostlivosť v plnom rozsahu.

Ak platí myšlienka, že spoločnosť je natoľko vyspelá, nakoľko je schopná postarať sa o svojich slabších, starších a bezbrannejších členov, môžeme konštatovať, že to z našou spoločnosťou nevyzerá práve najlepšie. Opierame sa o vlastné skúsenosti na klinických pracoviskách, ktoré sme získali počas štúdia. Geriatrický pacient s poruchou pohyblivosti je veľmi nevítaným hosťom na akomkoľvek pracovisku. Jednou s príčin prečo je to tak, vidíme i v tom, že naše pracoviská nie sú dostatočne materiálne i personálne vybavené, aby túto starostlivosť zvládli bez chyby. Systém starostlivosti je rozdrobený medzi viacerých členov ošetrovateľského tímu a sestry často plnia úlohy lekára a nakoniec nezostáva čas na základné ošetrovateľské činnosti. Na druhej strane však môžeme povedať, že ak je personál profesionálne a ľudsky na vysokej úrovni, dokáže zabezpečiť kvalitnú starostlivosť i s nedostatkom materiálu a personálu. Každý z nás raz môže byť v položení imobilného, či už prechodne alebo trvalo, ale hlavne nechcene. A preto iba ten, kto sa vie vžiť do položenia chorého, dokáže s radosťou a láskou prehliadať všetky nepríjemné chvíle a prekážky nielen zo svojej strany, ako je únava, nechuť alebo choroba, ale aj zo strany organizácie práce.

Každý človek je originálna individualita, má určitý postoj k sebe, spôsob konania a komunikácie, s ktorým sa nie vždy stotožňujeme. To nás ale nesmie viesť k odmietaniu pacienta, ale naopak k snahe pochopiť ho a rešpektovať. Ľudská zrelosť sa vyžaduje od oboch stránok. Nikto z nás nedokáže plniť tieto požiadavky ihneď, dozrievať budeme v stálom vzájomnom kontakte.

Jedným z možných riešení danej situácie vidíme v dôslednom uplatňovaní ošetrovateľského procesu ako metódy starostlivosti o pacienta. Ošetrovateľský proces ale musí byť prispôsobený na možnosti daného pracoviska, inak plní úlohu „papierovania navyše“, čo sestry vo väčšine prípadov odmietajú. Sestra je tá, ktorá na jednej strane svojím ľudským prístupom uľahčuje problémy, bolesť, duševné utrpenie a na strane druhej sa svojimi schopnosťami, vedomosťami a zručnosťou podieľa na procese uzdravovania.