

**MASARYKOVA UNIVERZITA  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH VĚD**

Seminární práce z předmětu Individuální odborná ošetrovatelská praxe 1

**Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Dorothey Oremové u pacienta  
s diagnózou meléna na oddělení IGEK IMED**

Vypracovala: Anna Lenfeldová

Ročník: 1. ročník – 2. semestr

Studijní obor: Všeobecné ošetrovatelství

Forma studia: prezenční

Akademický rok: 2021/2022

Brno 2022

## Obsah

1	Základní informace o pacientovi .....	4
2	Ošetrovatelská anamnéza – sběr dat dle ošetrovatelského modelu Oremové .....	6
2.1	Univerzální požadavky sebedpěče .....	6
2.1.1	Dostatečný příjem tekutin, potravy, vzduchu .....	6
2.1.2	Uspokojivé funkce vylučování moče, stolice a potu.....	6
2.1.3	Rovnováha mezi aktivitami a odpočinkem.....	7
2.1.4	Rovnováha mezi sociálními interakcemi a samotou .....	7
2.1.5	Rovnováha mezi bezpečím a rizikovými činnostmi, které ohrožují zdraví a život.....	7
2.1.6	Normální chování, bytí, existence, podpora.....	8
2.2	Vývojové požadavky .....	9
2.2.1	Nynější fáze života .....	9
2.2.2	Krizové a zátěžové situace a události .....	9
2.3	Terapeutické požadavky sebedpěče.....	9
2.3.1	Následky onemocnění, vědomosti o patologickém stavu .....	9
2.3.2	Diagnostické, terapeutické a RHB výkony .....	9
2.3.3	Diskomfort a negativní následky lékařské péče .....	10
2.3.4	Adaptace organismu.....	10
2.3.5	Edukace při trvalých vlivech nemocí a při terapeutických opatřeních.....	10
3	Objektivní vyšetření a škály .....	11
3.1	Základní screeningové vyšetření sestrou .....	11
3.2	Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření.....	12
3.3	Barthelův test základních všedních činností (ADL – activity of daily living) .....	12
3.4	Glasgow coma scale .....	13
3.5	Hodnocení známek infekce periferního žilního katetru dle Madona.....	13
3.6	Hodnocení bolesti na VAS .....	14
3.7	Vizuální škála bolesti .....	14
3.8	Grafické zobrazení lokalizace rány a bolesti:.....	14
3.9	Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD) .....	15
3.10	Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové .....	16
3.11	Stupnice rizika pádu dle Morse – MFS .....	17
3.12	Klasifikace obezity a jejích rizik dle BMI = Body mass index .....	18
3.13	Mini nutritional assesment – hodnocení stavu výživy .....	18
	Seznam použité literatury .....	19

## Úvod

Dorothea Elizabeth Oremová se narodila 15. července roku 1914 v Baltimore ve státě Maryland, USA. Byla zdravotní sestrou, teoretičkou v oboru ošetřovatelství a tvůrkyní teorie deficitu se péče. Ve svých 16 letech roku 1930 vystudovala ošetřovatelství v Providence Hospital School of Nursing in Washington, D.C. Dále pokračovala ve studiu na Catholic University of America, kde roku 1939 získala bakalářský titul a o šest let později, roku 1945, se stala magistrou oboru ošetřovatelství. Dalším působením na akademické půdě získala doktorský titul na Georgetown University, Incarnate Word College a Illinois Wesleyan University.

Působila jako zdravotní sestra, soukromá sestra a lektor v administrativní sféře. Roku 1980 získala ocenění Alumni Achievement Award for Nursing Theory.

Dorothea Oremová zemřela ve věku 92 let 22. června 2007 ve městě Savannah ve státě Georgia.

[Masarykova univerzita, 2016]

[Gebiao Medical: Dorothea Orem]

## 1 Základní informace o pacientovi

Iniciály:	M. K.
Pohlaví:	žena
Věk:	92
Zaměstnání:	důchod, v minulosti účetní
Den hospitalizace:	2. den
Důvod hospitalizace:	vyšetření původu melény
Základní lékařská diagnóza:	meléna
Vedlejší diagnózy:	koagulopatie anemia posthemoragica akutní renální selhání hyperkalemie DM II. typu st. p. opakovaných plicních emboliích st. p. opakovaných trombózách DKK paroxysmální fibrilace síní varixy DKK s ulcerací na PDK hypertenze hypotyreóza demence
Pohybový režim:	4–D, červená – nesoběstačný pacient, upoután na lůžko, které neopouští
Dieta:	0S (čajová)
Alergie:	bez alergií
Dnes plánovaná a absolvovaná vyšetření:	odběr anamnézy výměna krytí na dekubitech
Invazivní vstupy:	PŽK – PHK – 2. den PŽK – LHK – 2. den PMK – 2. den
Výška:	173 cm
Váha:	89 kg
BMI:	29,7 – nadváha
Zdroj informací:	pacient, dokumentace, rodina (dcera)
Vitální funkce:	TK: 120/62 – normotenze P: 63 tepů/min – bradykardie D: 17 dechů/min – eupnoe TT: 36,8 °C – normotermie SpO <sub>2</sub> : 97 % Stav vědomí: bdělá, zmatená

Medikace v sociálním zařízení (farmakologická anamnéza):

<b>Medikace:</b>	<b>Dávkování:</b>
Letrox 75 mg	1 – 0 – 0
Agen 5 mg	1 – 0 – 0
Ebixa 20 mg	1 – 0 – 0
Betaloc ZOK 50 mg	1 – 0 – 0
Prestarium neo forte 10 mg	1 – 0 – 0
Xarelto 15 mg	1 – 0 – 0
Calcichew	0 – 0 – 1
Buronil 25 mg	0 – 0 – 0 – 1
Furon 40 mg	½ – 0 – 0
Milurit 100 mg	1 – 0 – 0
Novalgin 500 mg	1 – 0 – 1

Medikace v nemocnici:

Letrox 75 mg tbl. (6:00)	1 – 0 – 0
Buronil 25 mg tbl. (21:00)	0 – 0 – 1
Helicid 40 mg (14, 22, 06)	1 – 1 – 1
Tiapridal 1 amp	d. o.
Novalgin 2 ml (15, 22, 7)	1 – 1 – 1

## **2 Ošetřovatelská anamnéza – sběr dat dle ošetřovatelského modelu Oremové**

### **2.1 Univerzální požadavky sebek péče**

#### **2.1.1 Dostatečný příjem tekutin, potravy, vzduchu**

Pacientka byla hospitalizována kvůli rychle posuzované meléně z neznámé příčiny. Zvracení ani horečky se u pacientky neobjevily. Na základě této diagnózy byla pacientce naordinována dieta OS (čajová) a intravenózní výživa. Tekutiny přijímá pacientka ve formě i. v. výživy, infuzí a případně pitím za asistence zdravotnického personálu.

Dle zdravotnické dokumentace z pečovatelského zařízení, ze kterého byla pacientka převzata do péče nemocničního zařízení, neměla pacientka s příjmem stravy problémy. Strava byla podávána v mleté podobě (zejména maso) a upravena pro potřeby diety diabetické (9N). Potravu a tekutiny přijímala per os a jejich množství bylo v normě (1500 ml <).

Pro diabetes mellitus II. typu je pacientce podáván inzulin subkutánně a měřen glykemický profil třikrát denně. Cílem této intervence je dosažení glykémie 8-10 mmol/l.

Pacientka neměla dle předávací zprávy problémy s respirací. Při předání desaturovala na SpO<sub>2</sub> 84 %. Lékař stanovil oxygenoterapii na 2 litry kyslíku za minutu. Během hospitalizace bylo okysličení krve pacientky 97 % při oxygenoterapii, později i bez ní. Cílem této terapie bylo udržet pacientku při saturaci 94 % a vyšší. Lékař poslechově nezjistil respirační problémy a pacientka si na žádné nestěžovala. Kašel, sípání, dušení či jiný symptom nebyl u pacientky rozpoznán.

#### **2.1.2 Uspokojivé funkce vylučování moče, stolice a potu**

Pacientka je inkontinentní. Stolicí nezadrží a na její odchod nereaguje, vědomě nepocituje potřebu vylučovat. Stolica je vodnatá, zbytkově zabarvená krví do černa, největší zabarvení už pominulo. Příměs natrávené krve byl způsoben prasklým vředem v žaludku. Zápach je normální. Pacientka sama není schopna využívat inkontinenční pomůcky. Při hospitalizaci jsou využívány pleny a podložky, přičemž je nutná asistence druhé osoby. Frekvence stolice je nepravidelná.

Dle zdravotnické dokumentace pacientka byla inkontinentní dlouhodobě a melénou dříve netrpěla. Stolica byla nepravidelná, charakter byl řidší, hnědé barvy, normálního zápachu a bez příměsí.

Jelikož je pacientka inkontinentní i co se močení týče, byl jí při přijetí do nemocnice zaveden silikonový permanentní močový katetr velikosti 14. Pacientka byla intravenózně rehydratována, díky čemuž byl stabilizován tlak (byla přijata jako hypotenzní P/K – 80/50 mmHg). Moč byla žluté barvy bez příměsí nebo atypického zápachu. Pacientka byla bilančně v pozitivních hodnotách (příjem tekutin 1520 ml, výdej močí 800 ml, rozdíl = 720 ml). Míra příjmu tekutin bude v průběhu hospitalizace měněna na základě reakce organismu na akutní selhání ledvin a DM II. typu.

Dle zdravotnické dokumentace pečovatelského zařízení pacientka trpí inkontinencí moče III. stupně (těžká forma), při které dochází k úniku moče i při minimální námaze a odchod moče není kontrolován. Pacientka v posledních 3 měsících netrpěla dysurií, strangurií či jinými potížemi včetně infekcí močového traktu.

Pacientka si na zvýšené či snížené pocení nestěžovala. Na její kůži nebylo zvýšené pocení pozorováno, pacientka má kůži suchou, snadno podléhající poškození. Na vnějším i vnitřním kotníku levé dolní končetiny dekubitus III. stupně. První den hospitalizace byla rána povleklá s mírnou sekrecí. Mikrobiologický odběr nebyl proveden. Okolní tkáň jeví známky zánětu a byla na dotek bolestivá. Byla provedena dezinfekce debrieesanem, hydrocleanem a rána byla sterilně překryta. Druhý den byla rána stále povlečená s mírnou sekrecí, rána byla macerovaná, ale okolní tkáň už nejevila známky rozšiřujícího se zánětu. Dotek byl stále bolestivý, proto byly použity prontosanové obložky a sterilní krytí se stříbrnou složkou kvůli zánětu.

Dle přijímací zprávy bylo o dekubitus pečováno jako o bércový vřed a nebyly provedeny další preventivní intervence.

Vlasy i nehty jsou pacientce upravovány během hygieny, jejich kvalita odpovídá zdravotnímu stavu pacientky. Nehty i vlasy jsou křehké a lámavé.

### **2.1.3 Rovnováha mezi aktivitami a odpočinkem**

Pacientka má stanovený pohybový režim 4 – D (červená) – klid na lůžku. Kvůli demenci není pacientka schopna koordinovaného pohybu po pokoji. Po pokusu o útěk a vytažení si PŽK byla pacientka preventivně přikurtována. Její neklid se zvýšil ve chvíli, kdy bylo puštěno televizní zařízení a dožadovala se jejího vypnutí, sundání náramků, čidel a vyndání PŽK. Po několika hodinách byla pacientka zklidněna medikamenty a noc prospala. Po probuzení byla opět neklidná až agresivní.

S P/K byla každý den prováděna rehabilitace s fyzioterapeutem.

Dle předávací zprávy pacientka neměla v minulosti problémy se spánkem a medikaci neužívala. Pohyb po schodech neprovedla, ale další aktivity (oblékání, hygiena, výživa, sezení, WC) vykonávala sama a nebo s mírnou dopomocí ošetřovatelů. Po zařízení se pohybovala pomocí holí.

### **2.1.4 Rovnováha mezi sociálními interakcemi a samotou**

P/K v minulosti bydlela s rodinou, po rozvoji onemocnění byla hospitalizována v pečovatelském centru pro seniory, kde se pravidelně účastnila společenských aktivit. Bohoslužeb se pacientka neúčastnila, jelikož je nevěřící.

Za pobytu v centru a při hospitalizaci P/K pravidelně navštěvuje dcera a s maminkou komunikuje. Manžel P/K zemřel před mnoha lety, se vzdálenějšími příbuznými nejsou v kontaktu. Vzhledem k demenci má pacientka problémy s rozpoznáváním tváří a přijetím změny prostředí.

Stresové situace v minulosti zvládala s rodinou a přáteli, dlouhodobě ji zneklidňuje změna prostředí a situace.

### **2.1.5 Rovnováha mezi bezpečím a rizikovými činnostmi, které ohrožují zdraví a život**

Pacientka negativně reaguje na hospitalizaci a nově nastavenou dietu OS, jelikož se dle vlastních slov potřebuje najíst. Opakovaně požadovala stravu i po vysvětlení, že je hospitalizovaná kvůli svému zdravotnímu problému (meléně). Dle vlastních slov žádný problém neměla a jsou jí poskytovány nepravdivé informace. Pacientka se opakovaně pokusila odejít z lůžka, odstranila si jeden invazivní

vstup a poté byla přikurtována pro vlastní bezpečí. P/K má obtíže s pohybem, bez vozíku není transport možný, riziko pádu a ublížení si na zdraví je tedy vysoké.

Pacientka si na bolesti sama slovně nestěžovala, při převazu dekubitů na LDK byla dotázána na míru bolesti, kterou určila na škále 0–10 jako 2, ale vzhledem ke stavu pacientky byla využita metoda vizuální škály bolesti a škála PAINAD.

### **2.1.6 Normální chování, bytí, existence, podpora**

Pacientčin stav neumožňuje běžnou komunikaci s pacientem a je nutný dozor a trpělivý přístup. Pacientka je zmatená a neorientovaná, po delší době agresivní. K projevu nespokojenosti využívala hlavně hlasitý zvukový projev a vulgarismy. Příčinou tohoto chování je demence a změna prostředí, která pacientku stresuje.



## **2.2 Vývojové požadavky**

### **2.2.1 Nynější fáze života**

Pacientka je ve vývojovém období stáří, přičemž je v pečovatelské péči druhých osob. Rodina se o pacientku nemohla dále plnohodnotně starat, a proto vyhledala pomoc domu pro seniory. Pacientka svůj věk ani zdravotní problémy kvůli degenerativnímu onemocnění mozku nevnímá a neuvědomuje si jejich důsledky. I přes to dle předávací zprávy dále tráví čas se svými vrstevníky v pečovatelském centru a účastní se společenských aktivit.

### **2.2.2 Krizové a zátěžové situace a události**

Pacientka nedobře reagovala na změnu prostředí a situaci při hospitalizaci. Jednalo se o stresor, který působil několik dní a jeho intenzita se nezmenšovala, naopak se pacientčin neklid a agresivita zvyšovaly. Dle slov dcery bylo pro pacientku nejtěžší období po smrti manžela, se kterou se vyrovnávala několik let až do zhoršení zdravotního stavu.

## **2.3 Terapeutické požadavky sebedpěče**

### **2.3.1 Následky onemocnění, vědomosti o patologickém stavu**

Pro značně pokročilou demenci nebylo možné pacientku obeznámit se situací při hospitalizaci kvůli meléně. Pacientka si svůj zdravotní problém neuvědomuje, je zmatená a neorientovaná v místě, čase, osobě a situaci. Ošetřovatelské intervence vnímala jako obtěžování či ubližování, na přítomnost dcery však reagovala pozitivně a mírně se zklidnila.

### **2.3.2 Diagnostické, terapeutické a RHB výkony**

Pacientce bylo provedeno fyzikální vyšetření při příjmu k hospitalizaci a dále každý den při vizitě. Při příjmu na nízkoprahovém urgentním příjmu bylo dále provedeno EKG a pacientka byla přeložena na jednotku intenzivní péče gastroenterologického metabolického oddělení FN Brno. Zde byla monitorovány pacientčiny vitální funkce (srdeční aktivita, krevní tlak, tělesná teplota, frekvence respirace a saturace krve kyslíkem). Pacientka byla připravována na gastrokopii pro vyšetření původu krvácení do GIT. Každé ráno byla pacientce odebrána krev na biochemické a hematologické (krevní obraz) vyšetření. Dále byl odebrán vzorek moči pro biochemické vyšetření.

Bylo provedeno stanovení stupně dekubitů na LDK v oblasti vnitřního a vnějšího kotníku a dále bylo provedeno ošetření rány. Dále byly provedeny opatření pro vznik dalších nehojících se ran v sakrální oblasti a oblasti pat pacientky. Pacientka byla každé dvě hodiny polohována. Pokud byla pacientka schopna rehabilitovat, bylo prováděno cvičení s fyzioterapeutem.

Medikace byla pacientce upravena a byly podávány pouze Letrox 75 mg, Buronil 25 mg, Helicid 40 mg, Tiapridal 1 amp. a Novalgin 1 g.

### **2.3.3 Diskomfort a negativní následky lékařské péče**

Pacientka na celkovou změnu prostředí a situace reagovala velmi neklidně, později během hospitalizace agresivně. P/K si neuvědomovala své zdravotní komplikace a léčbu odmítala. Jelikož se jednalo o pacientku s demencí, nebylo možné nabídnutí reversu pro ukončení hospitalizace a byla přijata opatření pro ochranu pacientčina zdraví i zdraví zdravotnického personálu.

### **2.3.4 Adaptace organismu**

P/K je zmatená, neorientovaná místem, časem, osobou a situací. Nepodává adekvátní odpověď na dotaz, vůči zdravotnickému personálu je při intervencích vulgární a agresivní. Adaptace organismu na nové prostředí kvůli demenci probíhá velmi pomalu. Zdravotní komplikace, kvůli které byla pacientka hospitalizována, pominula a nyní probíhají došetření kvůli prevenci dalšího opakování komplikací.

### **2.3.5 Edukace při trvalých vlivech nemocí a při terapeutických opatřeních**

Pacientku není možné edukovat o diagnóze, ošetřovatelských a lékařských intervencích. Pacientka si neuvědomuje situaci, edukována byla dcera a v budoucnu budou předány informace personálu pečovatelského centra, kam se po ukončení hospitalizace pacientka vrátí.

### 3 Objektivní vyšetření a škály

#### 3.1 Základní screeningové vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava, hygiena:	pacientka čistá, hygienu provedl ošetřovatelský personál
Dutina ústní a nos:	bez sekretu a bez patologického nálezu, dutiny průchodné
Zuby:	bez zubní náhrady
Sluch:	pacientka slyší hůře, je nutné mluvit nahlas, šepot neslyší
Zrak:	problémy se zrakem – krátkozrakost (myopie), dalekozrakost (hypermetropie)
Pulz:	63 tepů/minuta – tachykardie
Dýchání:	17 dechů/minuta – eupnoe
Krevní tlak:	120/62 - normotenze
Tělesná teplota:	36,8 °C – normotermie
Hmotnost:	89 kg
Výška:	173 cm
BMI:	29,7 – nadváha
Stisk ruky:	slabý
Rozsah pohybu kloubů:	omezený, bolestivý pohyb levé ruky a kotníků
Svalová tuhost:	v normě
Kůže:	suchá, hematom na levé ruce, dekubity na LDK v oblasti vnitřního i vnějšího kotníku
Chůze:	nechodící
Držení těla:	ležící pacientka
Chybění části těla:	ne
Riziko vzniku dekubitů:	ano
PŽK:	pravá paže nad loketní jamkou (2. den), hřbet levé ruky (2. den)
PMK:	ano (2. den)
Odsávání:	ne
Pohybový režim:	4 – D - červená (klid na lůžku)

### 3.2 Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření

Orientace:	neorientovaná v místě, čase, situaci, osobě
Chápe myšlenky a otázky:	ne
Řeč, způsob vyjadřování:	řeč srozumitelná, agresivní vyjadřování
Hlas a způsob řeči:	hlas zvýšený, agresivní tón
Oční kontakt:	ano
Rozsah pozornosti:	neplná pozornost
Nervozita:	nervózní
Asertivita/pasivita:	pasivní
Spolupráce rodiny:	plná

### 3.3 Barthelův test základních všedních činností (ADL – activity of daily living)

Činnost	Provedení činnosti/hodnocení	Bodové skóre
<b>1. příjem potravy a tekutin</b>	<b>samostatně bez pomoci</b>	<b>10</b>
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>2. oblékání</b>	samostatně bez pomoci	10
	<b>s pomocí</b>	<b>5</b>
	neprovede	0
<b>3. osobní hygiena</b>	<b>samostatně nebo s pomocí</b>	<b>5</b>
	neprovede	0
<b>4. koupání</b>	samostatně nebo s pomocí	5
	<b>neprovede</b>	<b>0</b>
<b>5. použití WC</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	<b>neprovede</b>	<b>0</b>
<b>6. kontinence moči</b>	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	<b>neprovede</b>	<b>0</b>
<b>7. kontinence stolice</b>	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	<b>neprovede</b>	<b>0</b>
<b>8. přesun lůžko-židle</b>	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	dokáže/vydrží sedět	5
	<b>neprovede</b>	<b>0</b>
<b>9. chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	<b>neprovede</b>	<b>0</b>
<b>10. chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	<b>neprovede</b>	<b>0</b>
<b>Celkové bodové ohodnocení:</b>		<b>20</b>

Hodnocení stupně závislosti v ADL:

<b>Bodové ohodnocení:</b>	<b>Stupeň závislosti:</b>
<b>0–40</b>	<b>vysoká závislost</b>
45-60	střední závislost
65-95	lehká závislost
100	nezávislý

### 3.4 Glasgow coma scale

<b>Činnost:</b>		<b>Bodové ohodnocení:</b>
Otevření očí	<b>spontánně</b>	<b>4</b>
	na oslovení	3
	na algický podnět	2
	žádná odpověď	1
Slovní odpověď	orientovaná	5
	zmatená	4
	<b>neadekvátní odpověď</b>	<b>3</b>
	nesrozumitelná	2
	žádná odpověď	1
Reakce na algický podnět	pohyb na příkaz	6
	<b>lokalizace podnětu</b>	<b>5</b>
	flexe od podnětu	4
	necílená flexe	3
	necílená extenze	2
	bez reakce	1
<b>Celkové bodové ohodnocení:</b>		<b>12</b>

Hodnocení Glasgow coma scale:

do 8 bodů – závažná porucha vědomí

**12-9 bodů – středně závažná porucha vědomí**

15-13 bodů – žádná nebo lehká porucha vědomí

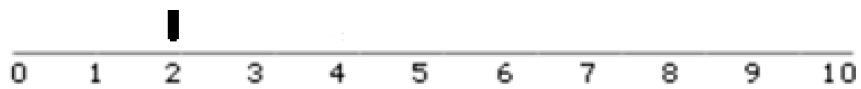
### 3.5 Hodnocení známek infekce periferního žilního katetru dle Madona

<b>Známky infekce PŽK</b>	<b>Bodové ohodnocení</b>
<b>bez bolesti a reakce v okolí</b>	<b>0</b>
bolest, bez další reakce	1
bolest a zarudnutí	2
Bolest, zarudnutí, otok nebo pruh v průběh žíly	3
zarudnutí, hnis, otok a bolest v průběhu žíly	4
<b>Vyhodnocení:</b>	<b>Bez infekce</b>

### 3.6 Hodnocení bolesti na VAS

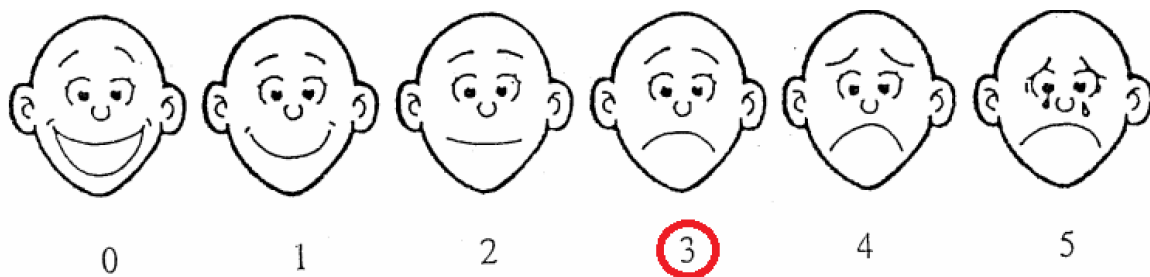
0 = žádná bolest

10 = nezvladatelná bolest

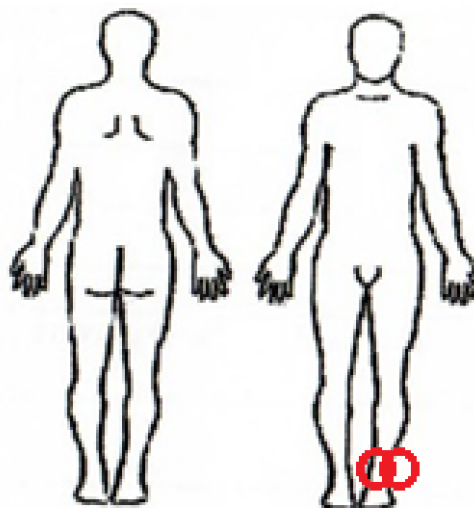


Hodnocení bolesti dekubitu při převazu: 2

### 3.7 Vizuální škála bolesti



### 3.8 Grafické zobrazení lokalizace rány a bolesti:



### 3.9 Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)

	0	1	2	Počet bodů
Dýchání nezávisle na vokalizaci	normální	občasné, namáhavé, krátká období hyperventilace	hlučné, ztížené dýchání, dlouhá období hyperventilace, Cheyne-Stokesovo dýchání	0
Bolestivá vokalizace	<b>žádná</b>	občasný sten nebo záupění, normální, negativní nebo odmítavá řeč	opakované utrápené volání, hlasité sténání nebo úpění, pláč	0
Výraz obličeje	úsměv nebo neutrální	<b>smutný, vyděšený, zamračený</b>	bolestivé grimasy	1
Řeč těla	relaxovanost	<b>napjatost, neklidné přecházení, neklid</b>	strnulost, sevřené pěsti, kolena přitažená k tělu, tahání nebo odtlačování, udeření	1
Utěšování	<b>není nutné</b>	je možné rozptýlit nebo uklidnit hlasem či dotekem	není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit	0
Součet	<b>2</b>			

Hodnocení bolesti u pacientů s pokročilou demencí:

0 bodů – žádná bolest

**1-3 body – mírná bolest**

4-6 bodů – střední bolest

7-10 bodů – velká bolest

### 3.10 Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Hodnocený faktor		Bodové ohodnocení
Schopnost spolupráce	úplná	4
	malá	3
	částečná	2
	<b>žádná</b>	<b>1</b>
Věk	< 10	4
	< 30	3
	< 60	2
	<b>&gt; 60</b>	<b>1</b>
Stav pokožky	normální	4
	alergie	3
	vlhká	2
	<b>suchá</b>	<b>1</b>
Další nemoci	žádné	4
	<b>DM, anemie</b>	<b>3</b>
	kachexie, ucpání tepen	2
	obezita, karcinom	1
Fyzický stav	dobrý	4
	zhoršený	3
	<b>špatný</b>	<b>2</b>
	velmi špatný	1
Stav vědomí	dobrý	4
	apatický	3
	<b>zmatený</b>	<b>2</b>
	bezvědomí	1
Pohyblivost	úplná	4
	částečně omezená	3
	<b>velmi omezená</b>	<b>2</b>
	žádná	1
Inkontinence	žádná	4
	občas	3
	převážně moč	2
	<b>moč i stolice</b>	<b>1</b>
Aktivita	chodí	4
	doprovod	3
	sedačka	2
	<b>leží</b>	<b>1</b>
<b>Celkové hodnocení:</b>		<b>14</b>



### Hodnocení rizika vzniku dekubitů:

26 a více bodů – žádné riziko

24-25 – nízké

19-23 – střední

**14-18 – vysoké**

9-13 bodů – velmi vysoké

### **3.11 Stupnice rizika pádu dle Morse – MFS**

Hodnocený faktor		Hodnocení
Pád v anamnéze	ne	<b>0</b>
	ano	25
Přidružená diagnóza	ne	0
	ano	<b>15</b>
Pomůcky k chůzi	<b>žádné/klid na lůžku/pomoc sestry</b>	<b>0</b>
	berle/hůl/chodítka	15
	nábytek	30
Intravenózní terapie	ne	0
	ano	<b>15</b>
Pohyb	<b>normální/klid na lůžku/vozík</b>	<b>0</b>
	chabá	10
	narušená	20
Psychický stav	orientovaný ve vlastních schopnostech	0
	<b>přeceňuje se/zapomíná na omezení</b>	<b>15</b>
<b>Celkové hodnocení:</b>		<b>45</b>

### Hodnocení rizika pádu:

0 – bez rizika pádu

<25 – nízké riziko

**25-45 – střední riziko**

> 45 – vysoké riziko

### 3.12 Klasifikace obezity a jejích rizik dle BMI = Body mass index

BMI	Klasifikace	Riziko komplikací
<18,5	podváha	malnutrice
18,5-24,9	normální váha	nízké
≤25,0	zvýšená váha	průměrné
<b>25,0-29,9</b>	<b>nadváha</b>	<b>mírně zvýšené</b>
30,0-34,9	obezita I. stupně	středně zvýšené
35,0-39,9	obezita II. stupně	velmi zvýšené
≥40,0	obezita III. stupně	vysoké

Hodnota BMI: 29,7

Klasifikace: nadváha

Riziko komplikací: mírně zvýšené

### 3.13 Mini nutritional assesment – hodnocení stavu výživy

Hodnocený faktor		Bodové hodnocení
Ztráta chuti k jídlu, zažívací potíže nebo poruchy přijímání stravy poslední 3 měsíce	<b>ano</b>	<b>0</b>
	mírně	1
	ne	2
Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce	<b>více než 3 kg</b>	<b>0</b>
	údaj chybí	1
	1-3 kg	2
Pohyblivost/mobilita	<b>lůžko/vozík</b>	<b>0</b>
	pohyb pouze po pokoji	1
	vychází z bytu	2
Akutní onemocnění, úraz, psychické trauma	<b>ano</b>	<b>0</b>
	ne	2
Psychický stav	<b>těžká demence, deprese</b>	<b>0</b>
	mírná demence, deprese	1
	normální stav	2
BMI	<19	0
	19-21	1
	21-23	2
	<b>&gt;23</b>	<b>3</b>
	<b>Celkové bodové hodnocení:</b>	<b>3</b>

Hodnocení stavu výživy:

12-14 = stav výživy dobrá, není nutné další vyšetření

**11 a méně = možná porucha výživy, nutné další vyšetření ke zhodnocení stavu výživy**

## Seznam použité literatury

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing 2018, 288 stran, ISBN 978-80-271-0888-6

POKORNÁ, Andrea, KOMÍNKOVÁ, Alena, MENŠÍKOVÁ, Andrea, ŠENKYŘÍKOVÁ, Marta. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. 2. vydání, doplněné a přepracované. Brno: Masarykova univerzita, 2019. ISBN 978-80-210-9297-6.

Masarykova univerzita, 2016: [https://is.muni.cz/el/med/podzim2016/BDTO0121/um/11 -  
\\_Osetrovatelsky model Oremove Roper.pdf](https://is.muni.cz/el/med/podzim2016/BDTO0121/um/11_-_Osetrovatelsky_model_Oremove_Roper.pdf)

Gebiao Medical: Dorothea Orem: [https://gebiao-medical.com/ru-decs/wiki/Dorothea\\_Orem](https://gebiao-medical.com/ru-decs/wiki/Dorothea_Orem)

KOLAŘÍKOVÁ, Marta, *Psychologie stárnutí a stáří*, Slezská univerzita, Opava 2019:  
[https://is.slu.cz/publication/38960/Psychologie\\_starnuti\\_a\\_stari.pdf](https://is.slu.cz/publication/38960/Psychologie_starnuti_a_stari.pdf)