



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Ivana Kučerová

Aktivizace pacientů s imobilizačním syndromem
Activation of patients with immobilization syndrome

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Lukášová Jeřábková

Praha, 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 31. 03. 2017.

IVANA KUČEROVÁ

Podpis

Identifikační záznam

KUČEROVÁ, Ivana. Aktivizace pacientů s imobilizačním syndromem. [Activation of patients with immobilization syndrome]. Praha, 2017. 65 s., 3 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Lukášová Jeřábková, Lenka.

ABSTRAKT

Imobilizační syndrom neboli syndrom z inaktivity je sekundární porucha organismu. Příčiny imobilizačního syndromu mohou být silná bolest, poruchy nervového, kosterního a svalového systému, celková slabost, psychosociální problémy, infekční procesy a věk. Imobilizační syndrom postihuje nejen pohybový aparát, ale i kardiovaskulární systém, respirační systém, močový systém, kůži, nervový systém a celkový metabolismus.

Bakalářská práce na téma „Aktivizace pacientů s imobilizačním syndromem“ je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část pojednává o problematice imobilizačního syndromu a je zaměřena především na oblast aktivizace pacienta. V teoretické části dále uvádím způsoby vzdělávání sester v tomto oboru.

Praktická část se zabývá analyzováním a vyhodnocením výsledků kvantitativního výzkumu, získaného na základě dotazníkového šetření mezi všeobecnými sestrami z oddělení geriatrické, následné péče a léčebny dlouhodobě nemocných. Respondentky, které jsem zvolila, pocházejí jak z pracovišť státních zdravotnických zařízení, tak ze soukromého sektoru.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké se používají v Léčebnách dlouhodobě nemocných, na odděleních Následné péče a na oddělení Geriatrie aktivizační metody u pacientů s imobilizačním syndromem. Dílčími cíli bylo zjistit, jaký je obvyklý počet nelékařského zdravotnického personálu přítomného v jedné službě a jak často jsou pacienti s imobilizačním syndromem v rámci denní služby aktivizováni a které z aktivizačních pomůcek se pro aktivizaci pacienta v jednotlivých zařízeních používají. Posledním dílčím cílem bylo zjistit, zda existuje rozdíl mezi aktivizací pacientů s imobilizačním syndromem ve státním a soukromém sektoru v četnosti a metodách aktivizace.

V závěru uvádím doporučení aktivizačních technik pro praxi určené pro nelékařský zdravotnický personál. Dále jsem vytvořila edukační materiál aktivizace pacientů, který může sloužit jako podpůrný prostředek ke stanovení a dosažení edukačních cílů. Funkce edukačních prostředků by měla být motivační, informačně logická, názorná, aktivační a propojení teorie s praxí.

klíčová slova:

Aktivizace, pacient, geriatrické, následná péče, léčebna dlouhodobě nemocných, kompenzační pomůcky.

ABSTRACT

Immobilization syndrome or syndrome of inactivity is a secondary disorder of the body. Causes of immobilization syndrome may be severe pain, nervous, skeletal and muscular system, generalized weakness, psychosocial problems, infectious processes and age. Immobilization syndrome affects not only the musculoskeletal system, but also the cardiovascular system, respiratory system, urinary system, skin, nervous system and overall metabolism.

Thesis on "Activation patients with immobilization syndrome" is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with the problem of immobilization syndrome and is focused primarily on patient activation. The theoretical part also mentions education of nurses in this field.

The practical part deals with analyzing and evaluating the results of quantitative research obtained on the basis of a questionnaire survey among general nurses from the department of geriatrics, follow-up care and hospice. Responders, who I have chosen, come from both state departments of health facilities and the private sector.

The main aim of the thesis was to find out what is used in long-term care, for subsequent care departments and the Department of Geriatrics methods of activation in patients with immobilization syndrome. Individual objectives were to find out what is the usual number of paramedical staff present in one shift and how often patients with immobilization syndrome on a daily shift energize and which activation devices for activating the patient's individual devices use. The last objective was to determine whether there is a difference between the activities of patients with immobilization syndrome in the public and private sectors in the frequency and methods of activation.

In the conclusion I recommend activation techniques for practice intended for paramedical staff. It is also created educational material activation of patients, which will serve as a support tool for setting and achieving educational goals. The function of educational resources should be motivational, informational and logical, visual, activation and linking theory with practice.

keywords:

Activation of the patient, geriatrics, follow-up care, hospice, mobility aids.

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce paní magistře Lence Lukášové Jeřábkové za výborné vedení během vypracování mé bakalářské práce a za nemalou pomoc při finální kontrole práce před jejím tiskem. Děkuji za její trpělivost, vstřícnost a čas, který mé práci věnovala.

OBSAH

1	Úvod	7
2	Teoretická část	9
2.1	Imobilizační syndrom	9
2.1.1	Příčiny vzniku imobilizačního syndromu	10
2.1.2	Důsledky imobilizačního syndromu	10
2.1.3	Nejčastější komplikace – dekubity	12
2.1.4	Hygienická péče	13
2.1.5	Prevence imobilizačního syndromu	14
2.2	Aktivizace	16
2.2.1	Polohování	16
2.2.2	Pasivní cvičení	18
2.2.3	Aktivní cvičení	18
2.2.4	Dechová cvičení	18
2.2.5	Kondiční cvičení	19
2.2.6	Nácvik soběstačnosti	19
2.2.7	Aktivizační pomůcky – finanční náročnost a dostupnost pomůcek	20
2.3	Geriatric	21
2.3.1	Koncepce oboru	21
2.3.2	Funkční geriatrické diagnostiky	21
2.3.3	Geriatrické syndromy	25
2.3.4	Péče o geriatrického pacienta	25
2.4	Následná péče	26
2.4.1	Ambulantní a lůžkové zařízení následné péče	26
2.4.2	Služby následné péče	27
2.5	Léčebna dlouhodobě nemocných	28
2.5.1	Lékařský a nelékařský zdravotnický personál	29
2.6	Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků	30
2.6.1	Podmínky pro výkon povolání všeobecné zdravotní sestry	30
2.6.2	Podmínky pro výkon povolání ergoterapeuta	30
2.6.3	Podmínky pro výkon povolání fyzioterapeuta	31
2.6.4	Podmínky pro výkon povolání zdravotnického asistenta	31
2.6.5	Postgraduální studium	32
2.6.6	Celoživotní vzdělávání	32
3	Praktická část	33
3.1	Hlavní cíl a dílčí cíle	33
3.2	Výběr metody výzkumu a výzkumného vzorku	33
3.2.1	Výsledky dotazníkového šetření	34
3.3	Diskuze	49
3.4	Doporučení aktivizačních technik pro praxi určené pro nelékařský zdravotnický personál	52
3.5	Závěr	53
4	Seznam použité literatury:	55
	Přílohy:	58
1.	Dotazník	58
2.	Žádost o umožnění dotazníkového šetření pro studijní účely	63
3.	Edukační karta pro nelékařské zdravotnické pracovníky v adaptačním procesu	64

1 Úvod

Vlivem přirozeného civilizačního vývoje a zaváděním nových technologií dochází ke zvyšování hranice průměrného věku obyvatel. Současné snižování porodnosti vede k fenoménu stárnutí populace. Prodlužuje se střední délka života a vlivem tohoto faktoru se na oddělení geriatric, následné péče a léčebny dlouhodobě nemocných setkáváme převážně s pacienty starými a dlouhověkými. Vzhledem k tomu, že tito pacienti jsou často polymorbidní, vyžadují specifický přístup a to nejen v procesu rehabilitace.

Respektování celkového poklesu potenciálu zdraví, kreativní adaptability a odolnosti je důležitým aspektem u geriatrických pacientů při rehabilitaci.

U takto nemocných a křehkých lidí, kteří se následkem úrazu nebo zhoršení chronické nemoci, stanou nemohoucími, je velice důležitá včasná rehabilitace zaměřená na prevenci imobilizačního syndromu. Pacient, který ulehne na lůžko a je odkázán na kompletní ošetrovatelskou péči, potřebuje nejen podat léky, nakrmit a umýt, ale potřebuje hlavně pravidelnou péči o pohybový aparát a to především z důvodu prevence dekubitů a pravidelně provádět pasivní rehabilitaci jako prevenci flexních kontraktur. Považuji za nepřijatelné, pokud pacienti umírají z důvodu komplikací zapříčiněných infekcí ze vzniklých rozsáhlých dekubitů.

Má praxe na oddělení následné péče je dlouholetá a proto jsem si vybrala téma, které se zabývá problematikou imobilizačního syndromu. V mé bakalářské práci bylo hlavním cílem zjistit, jaké se používají v Léčebnách dlouhodobě nemocných, na odděleních Následné péče a na oddělení Geriatric aktivizační metody u pacientů s imobilizačním syndromem. Dílčími cíli bylo zjistit, jaký je obvyklý počet nelékařského zdravotnického personálu přítomného v jedné službě a jak často jsou pacienti s imobilizačním syndromem v rámci denní služby aktivizováni a které z aktivizačních pomůcek se pro aktivizaci pacienta v jednotlivých zařízeních používají. Posledním dílčím cílem bylo zjistit, zda existuje rozdíl mezi aktivizací pacientů s imobilizačním syndromem ve státním a soukromém sektoru v četnosti a metodách aktivizace.

Zajímalo mě, jak dlouhá je praxe všeobecných sester v oboru geriatric, následné péče a léčebně dlouhodobě nemocných. Dále mezi klíčové otázky pro mé výzkumné šetření patřila otázka na četnost polohování na všech zmíněných pracovištích, protože správné polohování vede k zabránění vzniku proleženin. Tázala jsem se také na posazování pacientů v lůžku a do křesla. Pacient, který leží, je nucen hledět na stále stejný prostor a stejné okolí. V rámci prevence pneumonie mě zajímalo provádění dechových cvičení, která jsou velmi důležitá pro uvolnění stagnujícího hlenu v plicích, který může zapříčinit závažné komplikace a zhoršení stavu pacienta. V prevenci svalových kontraktur jsem se ptala na provádění pasivní rehabilitace. Při nečinnosti svalů dochází ke kontrakturám velmi rychle. Dalším bodem bylo používání aktivizačních a polohovacích pomůcek, které má, alespoň myslím, každé zdravotnického zařízení zaměřeného na péči o pacienty s imobilizačním syndromem, k dispozici. Také jsem se ptala, jak často na oddělení dochází rehabilitační pracovník a na jak dlouhou dobu je na oddělení přítomen, protože péče

rehabilitačních pracovníků je nepostradatelná. Součástí dotazníku byla i otázka na edukaci rodinných příslušníků všeobecnými sestrami, zda rodinné příslušníky edukují v možných způsobech aktivizace, protože při možnosti propuštění pacienta do domácí péče je edukace součástí edukačního programu pečujících rodinných příslušníků. Mezi stěžejní otázky v mém dotazníku patřila otázka, jaké aktivizační metody sestry využívají na daném oddělení u pacientů s imobilizačním syndromem nejčastěji.

2 Teoretická část

Teoretickou část své bakalářské práce jsem rozdělila do několika kapitol, z nichž první kapitola se zabývá imobilizačním syndromem a druhá kapitola je zaměřena na aktivizaci pacientů. V dalších kapitolách teoretické části je popis zdravotnických zařízení, kde se nejčastěji setkáváme s imobilizačním syndromem a aktivizací pacientů. Pro svou práci jsem zvolila pracoviště Léčebny dlouhodobě nemocných, Geriatrie a Následné péče. Na závěr teoretické části uvádím způsoby vzdělávání nelékařského zdravotnického personálu.

2.1 Imobilizační syndrom

Mobilita znamená schopnost pohybovat se volně bez omezení. Imobilita je opak mobility a znamená neschopnost pohybu. Následkem neschopnosti pohybu dochází ke vzniku imobilizačního syndromu. Imobilizační syndrom je tedy syndrom způsobený inaktivitou pacienta. Vzniká jako reakce organismu na klidový režim pacienta. Již po týdnu upoutání na lůžku je imobilizační syndrom průkazný především u seniorů. (<https://www.hledamzdravi.cz/imobilizacni-syndrom/>).

K posuzování imobilních pacientů jsou důležitá také fyzikální šetření. V současnosti se lékařská společnost zabývá výzkumem interpersonálních aspektů, jakož i ekologických problémů spojených s nehybností. Nedílnou součástí je také prozkoumávání hlavních příčin nebo vnímání příčin z nehybnosti na straně pacienta a ze strany pečovatele. Specifické faktory, které přispívají k prozkoumání, zahrnují chorobné stavy, procedury (např. léky, lékařské zákroky, jako např. nitrožilní podání léků), bolest, psychické stavy (např. nálada a strach) a motivační faktory. Stav výživy, zejména množství bílkoviny a vyhodnocení vitamínu D jsou zvláště užitečné. Výše zmíněné je třeba zvážit při hodnocení starších pacientů, protože stav výživy je spojen se svalovou slabostí, špatným fyzickým výkonem, poruchou rovnováhy či pády. Posouzení životního prostředí je zásadní a mělo by zahrnovat jak pacientovo fyzické, tak sociální prostředí, zejména v oblasti poskytování kompletní ošetrovatelské péče. Veškeré tyto faktory mohou snížit ochotu pacientů zapojit se do jednotného systému zdravotní péče (např. do socioterapie či fyzioterapie). Neméně podstatné je také posouzení komplexního stavu kůže pacienta, které by mělo být provedeno se zvláštním zaměřením na kostní výrůstky v oblastech tlaku proti posteli, židli, dlaze, obuvi, nebo jakémukoliv typu imobilizačního zařízení. Kritické je také obvykle vyhodnocení stavu dolních končetin s arteriálními nedostatečnostmi a kardiopulmonální stav, zejména intravaskulární objem a posturální změny krevního tlaku a pulsu, které jsou také neméně důležité. Celkově by měla být provedena podrobná pohybová vyšetření, včetně hodnocení svalového tonu a pevnosti, vyhodnocování celkového rozsahu pohybu, a posouzení podiatrických problémů, které mohou způsobit bolest. Standardizovaná a opakovaná měření svalové síly mohou být užitečná při měření pacientova pokroku. Neurologické vyšetření by mělo určit ohniskovou slabost, stejně jako kognitivní, sensorické a vjemové problémy, které mohou narušit mobilitu a ovlivňovat rehabilitační

snahy. Důležité je, že pacienti s imobilizačním syndromem by měli být posuzováni a hodnoceni průběžně. Posuzování by měla zahrnovat mobilitu v posteli, přetáčení, včetně toaletních potřeb, schopnost chodit jak po rovině, tak po schodech. Při hodnocení imobility pacienta, by se měla brát na zřetel také bolest, strach, odpor k aktivitě a vytrvalost. Ostatní členové týmu zdravotní péče jako fyzioterapeuti, ergoterapeuti či sestry jsou odborníky v dokončování těchto hodnocení a jsou velmi důležití pro komplexní zhodnocení pacientova stavu. Cílem ošetrovatelského procesu je optimalizovat funkci a pohyblivost na jedincovu nejvyšší úroveň. Lékařská péče je pro zajištění tohoto cíle zásadní, už kvůli akutním a chronickým onemocněním a je nutná k zajištění úspěšné léčby a zlepšení (Kane, 2013).

2.1.1 Příčiny vzniku imobilizačního syndromu

Příčiny imobility pacientů jsou početné a velmi různorodé. Dají se rozdělit do několika skupin. Všeobecné rizikové faktory jsou polymorbidita se třemi aktivními lékařskými diagnózami a terminální stavy závažných onemocnění. Mezi nejčastější diagnózy patří diabetes mellitus, ischemické choroby srdeční, hypertenze, chronická obstrukční choroba bronchopulmonální, hypercholesterolemie a nádorová onemocnění. Mezi příčiny poruchy kosterního a svalového systému patří osteoporóza, pokročilá artróza, úbytek svalové síly, revmatoidní artritida, pády a úrazy. Příčinou poruchy nervového systému jsou náhlé cévní mozkové příhody, Parkinsonova choroba, centrální poruchy rovnováhy a skleróza multiplex. Psychickými příčinami jsou psychóza, demence a deprese. Poruchou smyslových orgánů je slepota. Příčinou imobilizačního syndromu je i nadužívání některých farmak, především psychofarmak. Dalšími příčinami jsou bolest, generalizovaná slabost, ztráta rovnováhy, psychologické problémy, ortostatická hypotenze, infekční procesy, maligní onemocnění a těžké anémie. Ke vzniku imobilizačního syndromu přispívá podvýživa, výrazné projevy celkové aterosklerózy a vyšší věk. Velkou pozornost by ošetřující personál měl věnovat hlavně pádům a úrazům. K pádům dochází v důsledku souhry vnitřních a vnějších rizikových faktorů. Mezi vnitřní rizikové faktory patří neurologické onemocnění a onemocnění pohybového systému, tedy se to týká dvou funkcí, stability a mobility. Mezi vnější rizikové faktory patří všechny okolnosti, které zvyšují možnost úrazu, a to jsou klouzavé podlahy, špatné osvětlení a neočekávané překážky (Dučalová, Litvínová, 2016).

2.1.2 Důsledky imobilizačního syndromu

Již od 2. až 3. dne upoutání na lůžko začínají procesy, které vedou k svalové hypotrofii, osteoporóze, demineralizaci kostní hmoty a dále dochází k úbytku svalové síly, ankylozám kloubů a svalovým kontrakturám, zejména flexorových skupin na dolních končetinách. Nemoci, jako kardiovaskulární choroby (např. vysoký krevní tlak, nemoci srdce a cév či dýchací potíže), se ve stáří mohou projevit imobilizačním syndromem. Je zde riziko

ortostatické hypotenze, což je krátkodobé snížení krevního tlaku způsobené změnou polohy z lehu do sedu. Je důležité pacienta poučit, jak má měnit polohu z lehu do sedu, případně do stoje. Ortostatická hypotenze může zapříčinit fyzický úraz pacienta. Při nedostatečné domykavosti žilních chlopní se v klidovém režimu zvyšuje riziko, které je příčinou plicní embolie. Důsledkem imobilizačního syndromu, který má vliv na dýchací systém je hypostatická pneumonie. Ke vzniku hypostatické pneumonie dochází vlivem stagnujícího sekretu v dýchacích cestách. Je to zápal plic, který vzniká u pacientů upoutaných dlouhodobě na lůžko, vznikající hromaděním hlenu v plicích a množením bakterií, hlavně stafylokoků. Na kosterní soustavě se imobilizační syndrom projevuje zvýšením vyplavování organických i anorganických složek kostí. Vzniká nedostatek vápníku, který je odplaven močí a vzniká imobilizační osteoporóza. U seniorů se mohou objevit osteomalacie vlivem nedostatku vitamínu D. U staršího pacienta se může stát, že ztratí až 1/3 své aktivní svalové hmoty. Důsledkem pak je svalová atrofie – zmenšení svalové hmoty, deformity končetin – kontraktury, které jsou výsledkem znehybnění svalu a deformity páteře. Větší svaly jsou postižené víc než ty menší. V gastrointestinální soustavě je z důsledku imobilizačního syndromu nerovnováha žaludečních tekutin i všech tělních roztoků. V moči je zvýšená hladina vápníku a v krvi je zvýšená hladina sodíku. Toto je příčinou změny chutí u seniorů, trpí nechutenstvím a odmítají dříve oblíbenou stravu. Je nutné i při nechuti k jídlu podávat seniorovi stravu bohatou na vlákninu, vitamíny, minerály a stravu správné skladby. Dále dochází k utlumení funkce trávicího traktu, tedy k oslabení peristaltiky a vzniká zácpa. Důsledkem imobilizačního syndromu, který má vliv na kůži a podkoží, je vznik otlaků a dekubitů. Dekubity vznikají působením tlaku a třením kůže. Ke vzniku přispívá i nedostatečná hygiena kůže, dále omezené prokrvení částí těla a nízké provzdušnění pokožky. Riziko proleženin začíná upoutáním pacienta na lůžko a tvorbou červených otlaků na kůži, které u starších pacientů vznikají snadno a rychle. Na močovém systému se imobilizační syndrom projevuje zvýšenou diurézou a poté dochází ke zvýšenému vyplavování vápníku a sodíku, moč stagnuje v ledvinové pánvičce, mění se pH moči na kyselé prostředí a vznikají krystalky a ledvinové kameny. Většinou se jedná o pacienta inkontinentního, a proto je nutné udržovat lůžko i pokožku pacienta neustále čistou a suchou. Může dojít i k omezení močení, tzv. močovou retenci, která se projevuje bolestí a zvětšením podbříšku. V této situaci je nutné zavedení permanentního močového katetru. Povinností sestry je sledovat barvu moči, příměsi moči - krev, krevní sraženiny, hnis a zápach. U žen seniorek je zvýšená hygiena nesmírně důležitá, může dojít k destrukci pokožky do krvavých ran a tím může dojít k usazení infekce. Mohou zde vzniknout i plísňe a jiné dermatózy. Velmi důležitý je psychologický přístup k pacientkám, protože mají trauma z vlastní nesoběstačnosti o hygienu a jsou deprimovány z vlastního selhání svěračů.

Neposledním projevem imobilizačního syndromu je důsledek vzniku psychických potíží, jako je například vznik depresí, změn nálad, apatie, zmatenosti, podrážděnosti a ztráta orientace v čase a prostoru. Dále je to snížená motivace ke všem běžným denním činnostem, pocit bezmocnosti, neochota komunikovat, snížená schopnost rozhodování a zhoršený spánek. Změny nervového systému souvisejí s psychikou. Jsou to smyslová deprivace, dráždivost, zmatenost, úzkost, strach, netrpělivost, agresivita a neklid. I když

jsou některé změny řešitelné řízenou medikací, je nutné se obrnit trpělivostí (<https://www.hledamzdravi.cz/imobilizacni-syndrom/>, Dučalová, Litvínová, 2016).

2.1.3 Nejčastější komplikace – dekubity

„Dekubity jsou stále aktuálním tématem. V nemocnicích a dalších lůžkových zařízeních patří sledování vzniku dekubitů mezi indikátory kvality ošetrovatelské péče. Problém dekubitů není jen záležitostí nemocnic, ale také léčen dlouhodobě nemocných“ (Zapletalová, Z., Diagnóza v ošetrovatelství, 2012, s. 43).

Je důležité sledovat vznik a výskyt dekubitů na všech pracovištích, zejména na odděleních, kde jsou hospitalizováni pacienti s imobilizačním syndromem. Snahou ošetrujícího personálu je dekubitům včas předcházet, protože prevence je mnohem levnější než léčba vzniklých dekubitů. Zásady účinné prevence vzniku dekubitů je hygiena, polohování, blokování nepříznivých zevních mechanických vlivů, normalizace celkového stavu, výživa a v neposlední řadě rehabilitace. Pro pacienty dekubity představují velice bolestivou a omezující komplikaci, jsou otevřenou bránou pro infekce a znamenají prodloužení hospitalizace. Může dojít až k ohrožení života z důvodu komplikací u pacienta s imobilizačním syndromem (Zapletalová, 2012).

„Dekubitus vzniká v místě přímého působení lokálního tlaku nebo třecích sil nad kostními prominencemi u imobilizovaných pacientů. Tento tlak komprimuje drobné cévy a v důsledku toho nemůže být postižená část těla v dostatečné míře prokrvována a zásobována kyslíkem. Snížené prokrvení vede k hromadění toxických produktů přeměny látkové ve tkáni s následujícím zvýšením permeability kapilár, rozšířením cév, tvorbou edému a celulární infiltrací. Často to jsou velmi hluboké ulcerace sahající až na periost. Dalším vyvolávajícím faktorem jsou střížné síly a tření, které vznikají při posouvání vrchních kožních vrstev proti podkoží (tah po podložce, nerovnosti lůžka). Dále se na vzniku dekubitů podílí lokální vlhkost a macerace např. při inkontinenci a infekcí změněná tkáň. Za predispoziční lokalizace lze považovat sakrální oblast, paty, sedací kosti, oblast nad velkými trochantery a také vnější kotníky“ (Švestková, S., Zdravotnictví a medicína, 2015, s. 23).

Dekubity se hodnotí podle rozsahu postižení kůže. Je velice důležité vést řádnou dokumentaci jak o dekubitu vzniklém na oddělení, tak o dekubitu, se kterým byl pacient na oddělení přijatý. Stupně dekubitu jsou: I. stupeň – zčervenání kůže a může být i změna teploty, II. stupeň - tvorba puchýřků, erozí a odřenin povrchového charakteru, III. stupeň - poškození až nekróza podkožních tkání, IV. stupeň - hluboké poškození tkáně, ztráta všech vrstev kůže, tkáňová nekróza, poškození svalů, kostí, vazů, šlach nebo kloubních pouzder. Důležitými ukazateli pro riziko vzniku dekubitů jsou stupnice rizika podle Nortonové nebo podle Bradena, které hodnotí fyzický stav, stav vědomí, aktivitu, pohyblivost a inkontinenci. U pacienta s imobilizačním syndromem je téměř vždy velké riziko vzniku dekubitů, proto je velmi důležité u pacienta provádět kompletní kvalitní ošetrovatelskou péči zaměřenou na prevenci dekubitů. Mezi hlavní ošetrovatelské úkony,

kteře zamezují vzniku dekubitů, patří péče o pokožku celého těla včetně predilekčních míst, polohování pacientů, využívání polohovacích pomůcek a speciálních antidekubitálních matrací. Součástí léčebných postupů je léčba základního onemocnění a komorbidit, odstranění působení tlaku, tření, prevence infekce, tlumení bolesti, lokální terapie a dostatečná hydratace a nutrice (Švestková, 2015).

„Pokud nemá pacient dostatečnou výživu, dostává se do katabolismu, vyčerpá se tuková tkáň, takže pak tělo využívá bílkoviny hlavně ze svalů, dochází ke zhoršení hypotrofie, následuje imobilita s obnažením kostních výčnělků a terén pro vznik dekubitů je připraven. Nesmíme zapomínat ani na přísun vitamínů: hlavně C, A, E – podporují hojení – a přísun minerálů a stopových prvků, jako jsou Zn, Cr, Mg, Fe. Důležité jsou také antioxidanty a nutriční podpora ve formě sippingu“ (Balnerová, E., Florence, 2012, s. 38).

Z nutričních přípravků pro podporu léčby dekubitů je k dispozici přípravek Cubitan, ve kterém se nachází zdroj bílkovin a energie. Jde o přípravek, který obsahuje zvýšené množství bílkovin, arginin, minerály, stopové prvky a vitamíny. Jsou vyráběny s různými příchutěmi. Doporučení je popíjet 1-3 Cubitany denně mezi jídly. Cubitan ovlivňuje pozitivně malnutrici, vede k hojení defektů, zlepšuje soběstačnost, zlepšuje chuť k jídlu a psychiku. Nejsou zaznamenány žádné vedlejší účinky a není odmítán pro špatnou chuť. Je součástí komplexní léčby dekubitů geriatrických pacientů (Balnerová, 2012).

2.1.4 Hygienická péče

Hygienická péče představuje u pacientů s imobilizačním syndromem důležitou složku v ošetrovatelské péči. Většinou je zcela v kompetenci zdravotnických pracovníků, protože pacient bývá částečně či plně imobilní. Hygienická péče se provádí na lůžku přímo na pokoji, anebo ve společné koupelně. Koupelna musí být dostatečně prostorná, aby měli zdravotníci možnost provádět hygienickou péči imobilním pacientům. Součástí koupelny je mobilní koupelnová technika. Patří sem speciální vana s evakuační podložkou pro přesun pacienta a zvedací zařízení, které umožňuje šetrný transport pacientů z lůžka do koupelny, dále optimální podmínky při sprchování a uložení pacienta zpět do lůžka. Kvalitní a systematické provádění hygieny je zaměřeno na preventivní opatření řady komplikací z imobility. Má pozitivní vliv na spokojenost pacienta. Na provedení osobní hygieny se používají pomůcky, mezi které patří jednorázové mycí žínky a speciální kosmetické přípravky pro inkontinentní pacienty. Tyto prostředky se používají i u pacientů s problematickou pokožkou. Dle rámcového standardu daného oddělení se pacientům osobní hygiena poskytuje pravidelně dvakrát denně a samozřejmě kdykoliv podle potřeby. Ranní a večerní hygiena zahrnuje mytí teplou vodou a mýdlem, úpravu vlasů a výměnu inkontinentních pomůcek s ošetřením pokožky přípravky tělové kosmetiky (pleťový krém, tělové mléko, přípravky k ošetření opruzenin, deodorant). Při každém provádění osobní hygieny zdravotníci kontrolují stav pokožky. Sledují a posuzují její vzhled, barvu a výskyt nových kožních lézí a hlavně riziko dekubitů. Nově zjištěné příznaky sestřička posoudí a řeší, eventuálně o nich informuje lékaře. Cílem je minimalizovat riziko jejich vzniku, a to

ošetřováním predilekčních míst vzniku dekubitů. Velkou pozornost musí zdravotničtí pracovníci věnovat péči o dutinu ústní, o zuby a o snímatelnou zubní protézu. Zdravotníci stanoveným postupem ošetřují sliznice celé dutiny ústní a používají speciální pomůcky – štětičky (lízátka), která sliznici dutiny ústní zvlhčují, mají léčivé účinky na defekty sliznice a hlavně působí i preventivně proti vzniku defektů sliznice. Celková koupel pacienta s mytím vlasů a s péčí o nehty na ruce i nohy se provádí minimálně jednou za týden. Pacientům-diabetikům stříhá nehty na nohy pouze profesionální pracovník, a tím je pedikérka. Součástí osobní hygieny je péče o oči, nos a uši. Pečovat o nos znamená udržovat průchodnost obou nosních průduchů. Při potřebě zdravotničtí pracovníci očistí pacientovi nos mechanicky a pozorují stav nosní sliznice. Provádění osobní hygieny u inkontinentních pacientů je specifická. Jedná se o pravidelnou výměnu vhodných inkontinentních pomůcek a zároveň současné provedení hygieny v oblasti genitálií. Je důležité respektovat stud pacientů, zbytečně je nevystavovat situacím obnažení s porušením soukromí. Vzhledem k pohlaví má pacient právo si určit, kdo mu bude hygienickou péči provádět, zda muž nebo žena. Požadavek pacienta musí být respektován a dodržován (Malíková, 2011).

2.1.5 Prevence imobilizačního syndromu

Prevenci imobilizačního syndromu dělíme na primární a sekundární. Zaměřuje se na eliminaci důsledků z imobility. Mezi primární prevenci patří edukování pacienta k aktivitě. Je velice důležité provádět u pacientů aktivní rehabilitaci, což představuje provádění cvičebních prvků na udržení rozsahu pohybu. Pacienta vedeme k co největší soběstačnosti v základní sebedpěči. V případě, že to pacientův zdravotní stav umožní a dovolí, pomáháme pacientovi nejdříve se na posteli posadit, pak vstát z postele a poté trénujeme chůzi s dopomocí rehabilitačního pracovníka. Součástí bývá aktivní cvičení, při kterých pacient pohybuje každým kloubem těla a při tom napíná všechny svalové skupiny v okolí kloubu. Dalším cvičením je cvičení pasivní, kdy zdravotnický pracovník spolu s rehabilitačním pracovníkem pohybuje se všemi klouby pacienta v jejich kompletním rozsahu, maximálně napíná všechny svalové skupiny každým směrem a nad každým kloubem. Další složkou primární prevence je povzbuzování pacienta k samostatnému vykonávání běžných denních aktivit, zajištění vhodného příjmu potravy a tekutin, péče o kůži, používání antidekubitálních podložek na oblasti predilekčních míst jako prevence vzniku otlaků a poté dekubitů a plánování stimulačních aktivit. V péči o seniora je důležité udržovat orientaci pacienta osobou, časem a místem. Stimulujeme pacienty pomocí hudby, rádia a televize, osobním posezením a fotografiemi. Nutné je podporovat normální spánek a udržovat cirkadiální rytmus dne. Vše co u pacienta provádíme, pacientovi vysvětlujeme. Vedeme rozhovor tak, aby měl pacient možnost vyjádřit své pocity. Součástí péče je používání pomůcek, které usnadňují a podporují komunikaci. Je to tabulka na psaní, abeceda a obrázky (Dučalová, Litvínová, 2016).

Sekundární prevence se zaměřuje na eliminaci důsledků z imobility. Jednotlivé systémy mají svá preventivní opatření a podílí se na nich sestra s ošetřujícím personálem, protože postupy rehabilitačního ošetřování jako je polohování, pasivní pohyby a posuny na lůžku jsou významnými prvky v boji proti všem změnám, které způsobuje imobilita. Prevence kardiovaskulárních komplikací zahrnuje cvičení jakéhokoli druhu, například různé pohyby a otáčení se na posteli. Těmito aktivitami dochází ke zpomalení srdeční frekvence, ke zvýšení jeho rezervy. Dále se stimuluje sympatický nervový systém ke znovuobnovení periferní vazokonstrikce během změny polohy, zlepšuje se svalový tonus a tím se zabrání vzniku edému, trombů a embolů. Prevencí plicní embolie je zvýšení tlaku pro žilní návrat krve bandážemi dolních končetin anebo elastickými punčochami. Tyto mechanismy napomáhají předcházet ortostatické hypotenzi a nahromadění krve v žilách dolních končetin, které způsobuje dilataci žil a jejich přeplnění vede ke vzniku edému a možnosti vzniku trombů. Elastické bandáže dolních končetin se musí sundat dvakrát denně na 30 minut. Součástí prevence tromboembolické choroby je aplikace nízkomolekulárního heparinu (Dučalová, Litvínová, 2016).

Prevencí hypostatické pneumonie je dechová rehabilitace, která spočívá v pobízení pacienta, aby v pravidelných intervalech zakašlal a zhluboka dýchal. Tím se podpoří funkce řasinkového epitelu. Důležitý je dostatečný příjem tekutin, který usnadňuje vykašlávání. Dále je součástí prevence polohování, poloha vsedě a poklepová masáž. To vše podporuje očistu bronchů plic a dochází k prodýchání všech plicních oddílů (<https://www.hledamzdravi.cz/imobilizacni-syndrom/>).

Prevencí metabolických a výživových problémů je příjem dostatečného množství proteinů, tuků a vlákniny ve stravě. Vysokoenergetická strava je zdrojem spotřebované energie a napomáhá hojení tkání. Dále pacient potřebuje dostatečné množství vitamínů a minerálních látek, které napomáhají obnovení bílkovinných zásob. Prevencí zácpy je do jídelníčku zařadit dostatek ovoce a zeleniny a potraviny s vysokým obsahem vlákniny. Další intervencí je u pacientů masáž břicha. Pozor na projímavé léky, nejsou vhodné pro imobilní pacienty a mohli by napáchat více škody než užitku. Velice důležité je dodržování dostatečného pitného režimu. Nebezpečná je dehydratace a ztráta pocitu žízně. Projevem dehydratace jsou suché sliznice, snížení kožního turgoru a to vede ke snadnějšímu poranění pokožky. Dochází také ke změně složení slin, která zvyšuje kyselost úst a rychleji dochází k poškození sliznic a k tvorbě aftů a ústních ran, které se velice špatně hojí. Proto je důležitá zvýšená hygiena dutiny ústní (<https://www.hledamzdravi.cz/imobilizacni-syndrom/>, Dučalová, Litvínová, 2016).

Prevencí močových a endokrinních problémů je časté otáčení a polohování, které snižuje množství stagnující moče v močovém měchýři. Pacient by měl vypít minimálně 2000 ml tekutin za den, protože tekutiny zvětšují objem moči, snižují její stagnaci a také zmenšují zvýšené riziko tvorby ledvinových kamenů a močových infekcí. Důležitá je zvýšená hygiena uro-rektální a u žen i genitální soustavy (Dučalová, Litvínová, 2016).

Mezi preventivní opatření na snížení rizika vzniku proleženin patří úprava prostředí, správné polohování, výživa, důsledná hygiena a pomůcky ke zmírnění tlaku. Je vhodná antidekubitální matrace, která chrání predilekční místa vzniku proleženin, ale samozřejmě

je velice důležité měnit polohu pacienta každé dvě hodiny a pokud je to potřeba, tak i častěji. Důležitá je důkladná péče o kůži, omytá místa se musí dobře osušit a namáhaná místa se jemně masírují a vtírají se prostředky, které povzbuzují prokrvení (Dučalová, Litvínová, 2016).

2.2 Aktivizace

Aktivizace pacientů je velmi důležitou složkou v péči o imobilního pacienta. Podílejí se na ní všeobecná sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, aktivizační sestra a další aktivizační pracovníci. Hlavní aktivizační metodou je rehabilitační ošetřovatelství jako takové. Rehabilitace je snaha o zachování nebo zlepšení porušených funkcí v holistické oblasti, tj. v oblasti biologické, psychické a sociální. Důležitý aspekt při rehabilitaci geriatrických pacientů je respekt celkového poklesu potenciálu zdraví, odolnosti a kreativní adaptace organismu, jedná se o geriatrickou křehkost (Mlčochová, Labáková, 2012).

2.2.1 Polohování

Imobilní pacient je odkázaný plně na péči ošetřovatelského personálu, protože nemůže samovolně změnit svou polohu. Interval mezi změnou polohy při pasivním polohování je po 2 hodinách během dne a každé 3- 4 hodiny v noci. U každé změny polohy je důležité pečovat o hygienu kůže a provádění masáží a cvičení. Při polohování je důležité vyvarovat se střižných a smykových sil. Při nadměrném tření mezi povrchem kůže pacienta a podložkou vede ke střižnému efektu, a tím dochází k zaškrcení cév vyživujících podkoží a svaly. Může dojít k natažení nebo deformaci cév, a to zvyšuje riziko trombózy a následuje vznik nekrózy. Adekvátní péče o imobilního pacienta zabrání rozvoji sekundárních změn pohybového aparátu. Neadekvátní péče ovlivní následnou rehabilitační péči (Tomsová, Zelená, 2014).

„Cílem polohování je zlepšit prokrvení jednotlivých částí těla, které vede ke snížení rizika vzniku embolie, pneumonie, edému, trombózy či dekubitů. Dále umožňuje regulaci svalového tonu, prevenci kontraktur, deformit kloubů, zabraňuje poškození periferních nervových struktur (útlak nervu váhou segmentů vlastního těla). Vyloučením nocicepce a zajištěním komfortu můžeme pozitivně ovlivnit psychiku pacienta a urychlit restituci jeho motorických funkcí“ (Tomsová, J., Zelená, A., Geriatrie a gerontologie, s. 119-120).

Zásadami polohování je zajištění péče po celých 24 hodin v pravidelných intervalech, bezpečí pacienta s využitím postranic a vhodných polohovacích pomůcek. Pozice celého těla musí být pohodlná a nebolestivá. Musíme mít na paměti, že pozice hlavy, trupu a pánve ovlivňuje respiraci, funkcí dolních končetin je chůze, horní končetiny slouží k manipulaci a sebeobsluze. Při každé manipulaci s pacientem je důležité sledovat změny na kůži a ohrožená místa pro vznik dekubitů. Mezi základní polohovací pozice patří poloha

na boku, na zádech, na břiše a polosed. Poloha na zádech, zvaná též supinační poloha, je pro pacienty nejpohodlnější, ale je nevhodná z důvodu respirace. Je zde vyšší riziko vzniku pneumonie a vyšší riziko vzniku dekubitů v sakrální oblasti a v oblasti pat. Hlava by měla být v mírné flexi nebo napřímená a podložena malým polštářem (Tomsová, Zelená, 2014).

„Při polohování horních končetin střídáme pozice jednotlivých kloubů, a to abdukci se zevní nebo extenční postavení v loketních kloubech (nikdy ne hyper-extenze u hypermobilních nebo plegických pacientů), předloktí v supinaci nebo pronaci a ruku modifikujeme do velkého válcového úchopu nebo středního postavení. Dolní končetiny mohou být podloženy klínem, válcem apod. do flexe, zevní rotace a abdukce v kyčelních kloubech, flexe v kolenních kloubech. Podložíme-li akra pod kotníky, zabezpečíme současně odlehčení pat“ (Tomsová, J., Zelená, A., Geriatrie a gerontologie, s. 120)“.

Poloha na břiše, nebo-li pronační poloha, se v praxi využívá u pacientů s respiračním problémem. Pro pacienty s tracheostomií musí být speciálně upravené lůžko s otvorem pro hlavu. Pokud není lůžko vybavené otvorem pro hlavu, volíme asymetrické postavení hlavy a střídáme otočení vpravo a vlevo. Poloha končetiny na straně rotace hlavy je vysunuta se zevní rotací, je provedena abdukce v ramenním kloubu a je opřena o loket a předloktí. Druhá horní končetina je ponechána podél těla. Poloha na boku je používána pro prevenci dekubitů v sakrální oblasti. Jedná se o polohu, která je důležitá pro změnu aktivity posturálních svalů (svalů pro vzpřímenou polohu těla) a bránice. Usnadňuje bronchopulmonální uvolnění hlenů, proto je odsávání vhodné před a po změně polohy. Působí jako prevence vzniku atelektáz. Poloha trupu je kolmo k podložce, trup by měl být napřímen a hlava by měla být podložena v prodloužení osy. Horní končetina na spodní části trupu je ve flexi v ramenním kloubu do 90°, loket je v semiflexi a předloktí s rukou je v neutrálním postavení nebo úchopu. Horní končetina na horní části trupu může ležet na boku nebo může být podložena do flexe v ramenním kloubu, dále semiflexe v loketním kloubu a pronačním postavení předloktí, ruka je neutrálně, anebo v úchopu. Dolní končetinu na spodní straně trupu polohujeme do semiflexe v kyčelním i kolenním kloubu a dolní končetinu na horní straně trupu polohujeme podložením do 90° flexe se zevní rotací v kyčli, 90° flexe kolene a nohu necháme v neutrálním postavení. Poloha semisupinační je poloha mezi polohou na boku a na zádech. Je to poloha nevýhodná pro výdech, protože je hrudník v inspiračním postavení. Trup je podložen klínem po celé délce zad až do oblasti pánve. Poloha semipronační je poloha mezi polohou na boku a na břiše. Při této poloze jsou trup a hrudník podloženy polštářem. Horní končetina na spodní části je za tělem, rameno je ve vnitřní rotaci a extenzi, loket je v extenzi a ruka je v neutrálním postavení. Horní končetina na horní části objímá polštář pod trupem, rameno je v abdukci a flexi, loket je v semiflexi, předloktí je v pronaci a ruka je v úchopu. Polosed je pasivní sed, kdy je trup ve flexi 30-45°, kyčelní klouby jsou také ve flexi a dolní končetiny jsou zajištěny proti skluzu trupu dolů. Musíme dbát na napřímení hlavy a trupu, poloha horních končetin je v mírné semiflexi, v zevní rotaci a abdukci v ramenních kloubech, loketní klouby jsou ve flexi, předloktí je v supinaci nebo pronaci a ruka je v neutrálním postavení. Při polohování je velice důležitý individuální přístup. V prevenci dekubitů je doporučována poloha na zádech s náklonem do 30°. Pro zlepšení ventilačních funkcí je doporučována poloha vyšší než 30°. Při zvýšené pozici hlavy dochází k nárůstu tlaku, tření a střížné síly,

a to vede ke vzniku dekubitů v sakrální oblasti a v oblasti sedacích kostí a velkých trochanterů. Dochází k většímu zatížení v oblasti pánevní (Tomsová, Zelená, 2014).

„Studie prokazují, že pozice se zvednutím hlavové opěrky do 30° snižuje riziko vzniku dekubitů, zlepšuje hemodynamickou stabilitu, zajišťuje stabilitu pánve a krční páteře. Pozice s opěrkou vyšší než 30°(nejčastěji 45°) snižuje riziko aspirace a pneumonie, zlepšuje oxygenaci a ventilaci, facilituje ventilační weaning, ale smykové síly zvyšují riziko vzniku dekubitu v sakrální oblasti, žilní městnání v dolních končetinách, a to zejména v pozici s flektovanými koleny“ (Tomsová, J., Zelená, A., Geriatrie a gerontologie, s. 122)“.

K prevenci otoků a žilních komplikací se používají elevační pozice. Znamená to, že ruka je výše než loket, loket je výše než rameno a noha je výše než koleno, koleno je výše než kyčel. U těchto kloubů je prioritní zajistit abdukcii a zevní rotaci pro usnadnění lymfatické drenáže. Používají se elastické bandáže dolních končetin, které mají za úkol omezit dilataci žil a zrychlují cirkulaci (Tomsová, Zelená, 2014).

2.2.2 Pasivní cvičení

Do pasivního cvičení patří všechny pohyby, které pacient neprovádí sám, ale pohyb vykonává druhá osoba nebo pacient za pomoci druhé zdravé končetiny. Cílem cvičení je udržovat rozsah pohybu v kloubu, zlepšení krevního oběhu a samozřejmě prevence kontraktur. Provádí se v plném rozsahu fyziologického pohybu, do mírné bolesti anebo pocitu tahu. Pasivní pohyby se provádějí při každé manipulaci s pacientem (Piecková, 2012).

2.2.3 Aktivní cvičení

Aktivní cvičení znamená, že pohyby pacient vykonává sám. Zařadí se při zvětšení rozsahu pohybu nebo svalové síly. U aktivního cvičení je nutný kontakt s pacientem a instrukce – rehabilitační pracovník ukáže pohyb na sobě a pak ho provede s pacientem, po té pohyb kontroluje a slovně pacienta motivuje a chválí. I nepatrný pohyb při těžkém postižení pacienta je nesmírně cenný. Důležitou součástí aktivního cvičení je zaměstnávání a aktivizace psychických funkcí, které s pacientem provádí ergoterapeut (Piecková, 2012).

2.2.4 Dechová cvičení

Dechovým cvičením je vědomé prohloubené dýchání, které rehabilitační pracovník a pacient spojuje s pohybem trupu a končetin. Dechové cvičení má preventivní význam,

z toho plyne, že cílem dechového cvičení je zlepšení ventilace plic, žilního návratu, uvolnění sekretu v dýchacích cestách a působení na peristaltiku (Piecková, 2012).

2.2.5 Kondiční cvičení

Kondiční cvičení je cvičení, které je zaměřeno na zdravé nebo částečně hybné části těla, na celkovou aktivitu pacienta, na zvýšení tělesné zdatnosti a výkonnosti. Cílem kondičního cvičení je udržení fyzického stavu pacienta, pohyblivosti kloubů a svalových funkcí. Možnosti kondičního cvičení jsou individuální. Záleží na tom, zda je pacient upoutaný na lůžko, nebo se může posadit anebo může chodit (Piecková, 2012).

2.2.6 Nácvik soběstačnosti

Nácvik soběstačnosti znamená nacvičování úkonů na lůžku pacienta. Je to nácvik stravování, hygieny a oblékání. Musíme myslet na aktuální stav pacienta-stupeň vnímání, poruchy paměti a poruchy koncentrace. První předpoklad soběstačnosti je uložení pacienta do takové polohy, aby mohl úkon provést sám nebo za pomoci kompenzačních pomůcek (Piecková, 2012).

„Stupeň dosažení samostatnosti je závislý na rozsahu a závažnosti postižení, na psychice pacienta a v neposlední řadě na pochopení a vědomostech ošetřovatelského personálu. Výcvik soběstačnosti se týká oblasti sebesycení, osobní hygieny, oblékání, mobility, lokomoce. Jde o důležitý úsek spolupráce sester, rehabilitačních pracovníků a ergoterapeutů. Sestera musí být informována, za jakých podmínek a s jakými pomůckami je pacient schopen činnost zvládnout“ (Piecková, L., Sestra, 2012, s. 35).

Mezi kompenzační pomůcky řadíme pomůcky pro přemísťování. Jedná se o francouzské hole, podpažní berle, chodítka, vozíky elektrické a mechanické, koupelnové zvedáky a hrazdičky. Dále jsou to pomůcky pro osobní hygienu, a to znamená sedačky do vany a madla, nástavce na WC, protiskluzné podložky a kartáče a houby na tyči. Pomůcky pro sebesycení je nutné řešit individuálně. Mezi pomůcky pro oblékání patří obouvače ponožek a punčoch, podavač a dlouhá lžice na obouvání bot (Piecková, 2012).

Rehabilitační pracovníci sestru nahradit nemůže, ale může udělat pro pacienta s omezenými pohybovými aktivitami v každodenní praxi velmi mnoho. Pomáhá pacientovi v nácviku všedních denních činností (Piecková, 2012).

2.2.7 Aktivizační pomůcky – finanční náročnost a dostupnost pomůcek

Ve vyšším věku je nutno aktivitu podporovat. Nečinnost u staršího člověka způsobuje větší nesoběstačnost a závislost na péči.

„Starý člověk má nepochybně právo na odpočinek, ale oddá-li se nečinnosti, odsuzuje se k tělesnému, ale i duševnímu chátrání...“ / Josef Švancara /

Smyslem aktivizace je zachovat a zlepšovat soběstačnost. Společné aktivity jsou prevencí osamělosti a izolace. Při společných činnostech se dá i zapomenout na bolest a trápení, které člověk má. Aktivity slouží k neustálému ověřování si vlastních schopností a možností. Přináší do života potěšení, radost, zábavu, kontakt s druhými lidmi, zlepšení komunikace a pomáhá udržet psychické a fyzické schopnosti. Máme několik druhů aktivizačních činností. Jsou to terapeutické techniky – malování, kreslení, vytrhávání, textilní techniky – háčkování a pletení, práce s papírem – vystřihování a lepení, nácvik jemné motoriky – navlékání korálků a třídění luštěnin, mozkový trénink – trénování paměti, hudební programy – poslech hudby a zpěv, čtení, zooterapie – canisterapie, pohybové činnosti, společné akce jako společné oslavy narozenin, různá vystoupení dětí. Je důležité volit ke každému staršímu člověku individuální přístup, jinak aktivizace nebude mít význam. Senior má mít možnost vybrat si z nabízených aktivit. Aktivizace je individuální nebo skupinová. Cílem aktivizačních činností je udržet a zlepšit psychický a fyzický stav pacienta a zlepšit kvalitu života pacientů a navodit pocit pohody. Mezi aktivizační pomůcky patří dřevěný hlavolam, zvukový hudební nástroj, dřevěné velké kuličky, hudební dřívka, dřevěné pexeso, dřevěné domino, skupinové hry pro cvičení paměti v každém věku, dřevěné hmatové kostky, dřevěné puzzle, provlékač kostičky písmenka, logická hra šachy, člověče nezlob se, magnetický hlavolam a dřevěný xylofon (<https://detskepomucky.cz/kategorie-produktu/seniori/>).

Dalšími aktivizačními pomůckami, které pomáhají pacientovi k návratu jeho fyzické zdatnosti, jsou chodítka, která jsou k dispozici v několika alternativách. Tato chodítka jsou buď vysoká, nebo nízká a jsou vyráběna jako kolečkové chodítko, skládací krokovací chodítko, skládací tříkolové nebo čtyřkolové chodítko a pevné chodítko. U pacientů, kteří potřebují zpevnit kosterní svalstvo dolních končetin je výbornou pomůckou šlapací kolo, které se vkládá do lůžka pacienta. Velkou roli zde hraje finanční náročnost těchto pomůcek a v mnoha zařízeních je jich z tohoto důvodu nedostatek. Mezi pomůcky k prevenci zhoršení flexních kontraktur patří dlahy na polohování. Dostupnost pomůcek, které mají velký význam pro zlepšení motoriky horních končetin, na trhu není, ale dají se vyrobit a mají velký aktivizační význam. Jedná se o cvičný panel, na kterém je namontována zásuvka se šňůrou, vypínač, zvonek do bytu, klika, zámek s klíčem a klasické splachovací toaletě. Další vhodnou pomůckou je také starý kolečkový telefon, kdy pacienti silou otáčejí kolečkem. Na cvičení jemné motoriky se také může využít listování v knize, překládání předmětů, kdy se začíná od nejlustších předmětů k nejtenčím, dále držení hrnku od nejlehčího k nejtěžším a čárkování tužkou na papír. Tyto aktivizační metody jsou dostupné a málo finančně náročné.

2.3 Geriatrie

Geriatrie je obor medicíny, který se zabývá diagnostikou a léčbou specifických chorob seniorů. Je součástí gerontologie. Gerontologie je věda o aspektech stáří a stárnutí na úrovni klinické, sociální a populační. Všímá si systému péče o člověka a opírá se o poznatky z biologie, medicíny, psychologie a sociologie. Cílem geriatrie je zlepšení zdravotního a funkčního stavu seniorů, zejména se jedná o snižování chronické disability, potlačení nemocnosti v pokročilém stáří, zlepšování prognózy akutních dekompenzací zdravotního stavu, minimalizaci ztráty soběstačnosti a účelnosti léčebných metod (<http://www.cggs.cz/cz/koncepcegeriatrie/>).

2.3.1 Koncepce oboru

Obor Geriatrie se zabývá péčí o seniory a specifickými potřebami osob vyššího věku. Jednou z nejvýznamnějších pozic důležitých pro zdroj informací je každodenní kontakt se zdravotníkem. Nezastupitelným zdrojem informací jsou všeobecné sestry i ostatní nelékařští zdravotničtí pracovníci. Je to spojovací prvek, a pramen kontinuálně doplňovaných informací o aktuálním stavu každého seniora, kterému je péče poskytována. Je zaměřena na komplexní hodnocení geriatrického pacienta, na nejčastější potíže a na geriatrické syndromy. Patří sem hodnocení kognitivních funkcí seniorů a možnosti posouzení stavu výživy, schopnosti sebezpěče, omezení mobility a hodnocení bolesti u seniorů (Pokorná, 2013).

2.3.2 Funkční geriatrické diagnostiky

Mezi funkční geriatrické diagnostiky patří hodnocení kognitivních funkcí seniorů. Hodnocení je důležité pro pečovatele, sestru a rodinu pro zjištění zachovaných schopností. V jaké oblasti bude péče poskytnuta a jak je senior schopen komunikovat a chápat. Kognitivní funkce jsou poznávací procesy, pomocí nichž člověk přijímá, vnímá, ukládá, znovu vybavuje a užívá informace. Změny kognitivních funkcí jsou součástí normálního procesu stárnutí. Kognitivní poruchy jsou projevem postižení vyšších korových funkcí. Mezi vyšší korové funkce řadíme paměť, zpracování informací, logické a abstraktní myšlení a uvažování, chápání souvislostí, schopnost učení, poznání, používání předmětů, orientace v čase a prostoru, rozhodování, plánování a organizování činností. Kognitivní změny ovlivňují mnohé další funkce. Stavy, při nichž dochází k porušení kognice, jsou demence, delirium a deprese. Delirium a deprese patří mezi ovlivnitelné kognitivní poruchy, které mohou být způsobeny nevhodným užíváním léků. Při vysazení problematického léku dochází ke zlepšení. Je zde tedy nutnost efektivní farmakoterapie. Pro všeobecné sestry to znamená sledovat účinky léčby na nemocného a informovat lékaře při zjištění známek nežádoucích účinků z hlediska ošetrovatelské péče (Pokorná, 2013).

Požadavky na fyzické prostředí patří vhodná teplota prostředí v okolí, vhodné a přiměřené osvětlení, minimalizace rušivých vlivů a pohodlná pozice, která jedinci umožní maximalizovat smyslové schopnosti (Pokorná, 2013).

Mezi požadavky na interpersonální prostředí řadíme vztah vyšetřovaného a vyšetřující osoby. Je nutná příprava pacienta. To znamená, že při smyslové vadě je nutné použít kompenzační pomůcky. Rozhovor je důležité provádět v klidné atmosféře, pacient musí vyjadřovat bezpečné a klidné emoce. Pokud je nemocný v nevhodné kondici, provést záznam do dokumentace a opakovat hodnocení v časovém odstupu. Pacienta nehodnotíme v následujících situacích: po probuzení ze spánku, před a po jídle, při bolesti a nepohodlí, před a po lékařských diagnostických nebo léčebných postupech a při přítomnosti osob, které ovlivňují emocionální stav nemocného (Pokorná, 2013).

Posouzení kognitivních funkcí provádí kompetentní zdravotnický pracovník. Musí mít schopnost rozlišit stav deliria, demence a deprese, tedy mezi poruchou kognice a emocionální změnou. Zdravotnický pracovník umí a používá standardní kognitivní hodnotící protokoly a formuláře a zná jejich vyhodnocení. Kvalitně zaznamenává kognitivní hodnocení do dokumentace, postupuje dle individuálního plánu péče a komunikuje v rámci multidisciplinárního týmu (Pokorná, 2013).

Mezi screeningové nástroje pro hodnocení kognitivních funkcí patří Mini-Mental State Examination (MMSE), jedná se o krátkou škálu mentálního stavu, dále MoCA test (Montreal Cognitive Assessment), test kreslení hodin (Clock test, Clock Drawing test – CDT), Addenbrookský kognitivní test (Addenbrookes Cognitive Examination, ACE-R), Sedmiminutový screeningový test a zkrácený desetibodový test mentálních funkcí (Pokorná, 2013).

Vystudovaná všeobecná sestra předchází následnému postižení seniora a případnému trvalému postižení. V rámci své odbornosti používá adekvátní postupy péče, účelovou komunikaci. Dále zvyšuje pocit bezpečí seniora, preventivně působí proti deprivaci a eliminuje způsob péče, který traumatizuje nemocného. Jde o eliminaci omezovacích prostředků a nadměrné sedace. Nepostradatelnou součástí efektivní péče o seniory je spolupráce s rodinou a postupy v péči o seniora budou v přirozeném sociálním prostředí seniora, tedy v domácnosti (Pokorná, 2013).

Hodnocení nutričního stavu seniorů znamená denní sledování perorálního příjmu. Patří sem podávání a příjem nutričních přípravků, parenterální a enterální výživa. Úbytek hmotnosti u seniorů je často spojena se ztrátou svalové hmoty a může ovlivnit celkový funkční stav seniora. Dle Kubešové (2008) dochází k relativnímu vzrůstu podílu tuku v organismu na úkor svalové hmoty. Často se rozvíjí stav malnutrice. Podvýživa u seniorů je spojena s komplikacemi, s dopadem na úspěšnost celkového terapeutického procesu s komplikacemi v oblasti hojení ran a bývá také spojena s předčasnými úmrtími. Je dokázáno, že mírná nadváha nemá na zdravotní stav seniorů příliš velký negativní dopad. Avšak je důležité dalšímu zvyšování nadváhy zabránit. Podvýživou trpí až 80 % hospitalizovaných pacientů. Tento stav zhoršuje průběh samotného onemocnění a po propuštění do domácí péče zhoršuje kvalitu života a zhoršuje kvalitu života a zhoršuje morbiditu a mortalitu seniorů (Pokorná, 2013).

Sestra hraje důležitou roli v prevenci a zajišťuje včasné intervence při výskytu nutričních problémů sledováním rizikových oblastí. Aby sestra mohla efektivně hodnotit výživu seniorů, musí znát pojmy, které popisují stav výživy. Je to hyponutrice, což je celkově snížená potrava, malnutrice je špatné kvantitativní složení výživy, karence znamená nedostatek určité látky v potravě poškozující zdraví, marasmus je podvýživa s vyváženým nedostatkem základních živin a kwashiorkor znamená podvýživu se závažným nedostatkem bílkovin v potravě. Podstatné pro sestru, která pacientům stravu podala, je, aby sledovala, kolik pacienti snědí a jak velkou porci jídla vrací. Malnutrice je projev poklesu fyzické a mentální kondice, poklesu imunity, špatné hojivosti ran, respiračních komplikací, zhoršení základního onemocnění, zhoršené odpovědi na farmakoterapii, vyčerpání, rozvratu vnitřního prostředí až úmrtí. K posouzení nutričního stavu pacienta se využívají klinická, antropometrická, biochemická, hematologická, imunologická vyšetření a měří se energetický výdej. Sledují se čtyři základní oblasti. První oblastí je aktuální nutriční stav, kde je základem vyšetření stanovení hmotnosti a výšky s výpočtem indexu tělesné hmotnosti (BMI). Druhou oblastí je stabilita nutričního stavu, v této oblasti se sleduje úbytek hmotnosti o více než 5 % za 3 měsíce, který je považován za významný. Ve třetí oblasti se sleduje snížení příjmu potravy v době nutričního zhodnocení, jedná se o predikci potenciálního zhoršení nutričního stavu. A čtvrtá oblast sleduje vliv chorobného procesu na nutriční depleci, sledují se příčiny ovlivnění příjmu potravy – nechutenství, dysfágie a známky stresového metabolismu – velké operace, infekce, septické stavy. Hodnocení nutričního stavu je součástí komplexního funkčního geriatrického vyšetření. Včasná detekce malnutrice snižuje zhoršení funkční výkonnosti, snížení morbidity a mortality, předchází závažným komplikacím a zvyšuje kvalitu života seniorů. Mezi screeningové nástroje pro hodnocení nutričního stavu seniorů patří Mini Nutritional Assessment (MNA) – škála pro hodnocení stavu výživy, také nazývaný malý výživný test, dále Subjective Global Assessment (SGA) – subjektivní globální hodnocení nutričního stavu, Nutritional Risk Screening (NRS) – nutriční rizikový screening a Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) – universální screeningový nástroj k hodnocení malnutrice (Pokorná, 2013).

Důležitou součástí je sledování denní bilance tekutin. Příjem tekutin má být 2500 ml, z toho tekutiny 1500 ml, součást tuhé stravy je 700 ml a metabolická voda je 300 ml. Výdej tekutin je močením 1500 ml, plicemi 500 ml, kůží 400 ml a střevem 100 ml. Hodnocení stavu hydratace u seniorů má 4 oblasti. První oblastí jsou anamnestické údaje, druhá oblast je fyzikální vyšetření včetně indikátorů hydratace nebo dehydratace (kožní turgor, stav sliznic, přítomnost otoků, barva moči). Třetí oblastí je laboratorní vyšetření – barva moči a specifická hustota moči, urea, kreatinin, hladina sodíku, celková osmolalita krve, pH moče – je při dehydrataci vysoké a čtvrtá oblast je vlastní sledování příjmu a výdeje tekutin (Pokorná, 2013).

Hodnocení mobility, pohybu a sebepečce se používá ke zjištění míry samostatnosti vlastní sebepečce seniora při vykonávání denních aktivit. Nejdříve se hodnotí stupeň soběstačnosti seniorů, a to v ADL činnostech (běžných denních činnostech), jedná se o osobní hygienu, oblékání, příjem stravy, přesun z lůžka na židli, wc a jeho užití a kontinence. Po té se hodnotí test IADL (instrumentální aktivity denního života) – jsou složitější, vyžadují

psychickou i fyzickou zdatnost, patří sem cestování, telefonování, užívání léků, nakupování, manipulace s penězi, příprava stravy a péče o domácnost (Pokorná, 2013).

Hodnocení soběstačnosti se provádí testem zvaný Barthelové test základních všedních činností, test ADL. Dále sem patří Funkční míra nezávislosti (FIM – Functional Independence Measures), jedná se o sedmistupňovou bodovou škálu, další je Lawtonova škála instrumentálních denních činností – IADL (Activity of Daily Living). Pohybový režim či kategorie pacientů hodnotí stupeň soběstačnosti a je povinností lékaře touto kategorií pacienta označit. Ukládá ji lékaři plátce péče – smluvní zdravotní pojišťovna. Legislativně stanovené kategorie pacientů: kategorie 0 – pacient na propustce, kategorie 1 – pacient soběstačný, kategorie 2 – pacient částečně soběstačný, kategorie 3 – psychicky alterovaný pacient nebo lucidní pacient neschopný pohybu mimo lůžko, kategorie 4 – pacient imobilní a kategorie 5 – pacient v bezvědomí. Pohybové režimy pacientů: A1 – barva žlutá, pacient zcela soběstačný, chodící po areálu, B2 – barva zelená, chodící pacient, volný pohyb pouze po oddělení, C3 – barva modrá, částečně soběstačný pacient, soběstačný v rámci lůžka, nutná dopomoc a D4 – barva červená, nesoběstačný pacient, upoután na lůžko (Pokorná, 2013).

Hodnocení bolesti je nedílnou součástí hodnocení seniorů. Bolest je varovný signál a má ochranný charakter, je to vysoce subjektivní pocit každého jedince a je ovlivněna řadou faktorů, a to fyzických, psychických, duchovních a sociálně kulturních. Prožívání bolesti zasahuje do bio-psycho-sociální oblasti jedince. Též ovlivňuje kvalitu života. Bolest je individuálním prožitkem, má citovou a senzoricou složku a má časové charakteristiky a volné hranice. Geriatrická bolest je nepříjemný smyslový a citový zážitek spojený se skutečným či potencionálním poškozením tkáně, nebo bolest, která trvá déle než 3 měsíce. Diagnostika bolesti vyžaduje v klinické praxi vysoce profesionální a specifický přístup ze strany zdravotnických pracovníků. Primárním cílem je získat co největší množství dostupných informací, které se týkají aktuálního algického stavu. Diagnostika se skládá z anamnézy, fyzikálního vyšetření – cílem je získat informace o lokalizaci bolesti, intenzitě bolesti, kvalitě bolesti a časovém průběhu bolesti. Metody měření bolesti jsou biochemické – hladiny pohlavních hormonů a kůry nadledvin, dále fyziologické metody – elektroencefalograf, elektromyograf, měření teploty kůže a psychologické metody – hodnocení chování pacienta. Neverbální hodnocení bolesti znamená posuzování bolesti jinak než slovy – paralingvistické projevy, algické držení těla, mimika, aktivita nervového systému a změny vitálních funkcí. Do hodnotících technik patří Vizuální analogová škála (Visual Analogue Scale – VAS), Numerická hodnotící škála (Numeric Rating Scale – NRS), Stupnice grafických symbolů (obličejová – výrazová škála, Face Scale), mapy bolesti, Melzackova škála – slovní vyjádření intenzity bolesti do 5 stupňů, deskriptivní škála, komplexní hodnocení bolesti, Mc Gillský dotazník bolesti (Mc Gill Pain Questionary – MPQ), grafický záznam bolesti (podle Institutu Gustone Roussy), krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory – BPI), hodnocení bolesti dle Hospital Broussais, kalendář bolesti (diář nebo deník bolesti), dotazník interference bolestí s denními aktivitami (funkční škála bolesti), hodnocení chronické bolesti u psychicky a psychiatricky nemocných (škála PAINAD – 5 posuzovaných oblastí) a měření bolesti u nemocného s pokročilou demencí – Pain Assessment In Advanced Dementia (PAINAD) – škála

zahrnuje 5 položek: dýchání, bolestivá vokalizace, výraz obličeje, řeč těla a utěšování. Provádí se hodnocení pokrčení čela, sevření očí, bolestivé stažení kolem úst, hlasový projev a postavení horních a dolních končetin (Pokorná, 2013).

2.3.3 Geriatrické syndromy

Geriatrické syndromy představují skupiny příznaků, které souvisí se stářím. Mají multifaktoriální etiologii a chronický průběh, špatně se léčí. Je to syndrom imobility, který znamená neschopnost pohybu, dochází při něm k atrofii kosterního svalstva a vzniká riziko dekubitů. Dále je to syndrom instability, který sestává z poruch stoje a chůze s pády, založen na poruše zraku, vestibulárního ústrojí, CNS – centrální nervové soustavy – stavy po iktu a také může být způsobena účinkem tlumících léků a léků, které způsobují ortostatickou hypotenzi. Mezi další medicínský problém řadíme syndrom inkontinence, který v dnešní době znamená také sociálně ekonomický dopad spojený s vysokými výdaji za inkontinentní pomůcky. Mezi intelektové poruchy patří demence, deprese a delirium. Demence znamená poškození paměti a poruchu v další kognitivní funkci včetně paměti, myšlení a orientace, může být neurodegenerativní, vaskulární nebo sekundární. Demence bývá z hlediska socio-ekonomického chronické progredující onemocnění s vysokým invalidizujícím potenciálem. Deprese je protrahovaná změna nálady nebo ztráta zájmu, potěšení v běžných denních činnostech. Delirium znamená poškození vědomí s poškozením pozornosti a poruchou myšlení. Jsou to stavy zmatenosti s iluzemi a halucinacemi. Jsou dva typy deliria a to hypoaktivní typ, který se vyznačuje zpomalením psychomotorické aktivity a sníženou bdělostí a hyperaktivní typ, který se projevuje zvýšenou bdělostí, agitovaností až agresivitou. Může být i typ smíšený, při kterém se střídají hypoaktivní a hyperaktivní typ. Dalším syndromem může být syndrom anorexie a malnutrice, která je příčinou zhoršení průběhu chorob, zhoršení hojení ran, zpomaluje uzdravování - prodlouží délku hospitalizace, zvýší počet komplikací, morbiditu a mortality. Syndrom dehydratace se ve stáří vyskytuje velmi často, protože senioři nepocítují fyziologicky žízeň a patří mezi časté příčiny dekompenzace chronických onemocnění. Dalším postižením pacienta může být iatrogenie, což v tomto případě znamená, že se jedná o polyfarmakoterapii, kdy pacient může být předávkován léky a nemá dostatečnou úroveň péče. Dalšími syndromy jsou syndrom hypomobility a dekondice, syndrom duálního kombinovaného senzorického deficitu (zrak a sluch), syndrom z poruchy termoregulace, syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání a syndrom geriatrické maladaptace na změnu prostředí (Pokorná, 2013).

2.3.4 Péče o geriatrického pacienta

Při péči o geriatrického pacienta bývá důležité jeho komplexní geriatrické zhodnocení, které se zaměřuje na stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a

případných dalších problémů pacientů. Je nutné vypracovat plán pro léčení a dlouhodobé sledování, kterým hodnotíme osobnost seniora, subjektivní kvalitu života, životní situaci a jeho priority. Dále hodnotíme tělesné zdraví, nemoc a funkční závažnost chorob. Mezi další hodnocení řadíme výkonnost, stabilitu chůze, soběstačnost a výživu. Mezi další testování duševního zdraví je hodnocení kognitivních a fatických poruch, afektivních poruch a delirantních stavů. A samozřejmě sem patří sociální souvislosti, sociální role seniora, vztahy, a jeho potřeby. V ošetrovatelské péči hraje velkou roli orientační zhodnocení celkového stavu seniora. Jedná se o formulář, který slouží jako vstupní informace o seniorovi. Sledují se poruchy spánku, poruchy s příjmem potravy anebo krmením, problémy s inkontinencí, známky zmatenosti a poruchy kognitivních funkcí, důkazy o pádech, poškození kůže a změny na kůži, mezi které ve stáří patří snížená elasticita kůže, nižší vlhkost kůže, snížená bakteriální odolnost, pergamenová kůže a zvýšený sklon ke vzniku dekubitů (Pokorná, 2013).

2.4 Následná péče

Cílem poskytování následné péče je zlepšení psychického, fyzického a nutričního stavu pacientů, zhojení defektů, nastavení léčby a návrat pacienta do domácího prostředí. Na oddělení následné péče bývají přijímáni pacienti z akutních lůžek nemocnice. Hlavní diagnózou přijetí pacientů bývá především interní onemocnění. Mezi další přijímané pacienty se obvykle řadí pacienti z neurologického, neurochirurgického a chirurgického oddělení (Vacková, 2012).

„Jedná se zejména o rehabilitaci a nutriční léčbu pacientů po prodělaném akutním onemocnění s přechodnou ztrátou svaloviny a soběstačnosti, léčbu dekubitů, kožních defektů, které vyžadují hospitalizaci a u nichž je reálný předpoklad brzkého zhojení“ (Vacková, V., Diagnóza v ošetrovatelství, 2012, roč. 8, č. 5, s. 43).

2.4.1 Ambulantní a lůžkové zařízení následné péče

Hlavní dobře známou překážkou rozvoje ambulantní geriatrické péče v České republice přetrvává separace pro zdravotní a sociální péči. Podle Průzkumu Geriatrických stanovisek by měl být další vývoj v první řadě podporován novým systémem financování a demontáží neoficiálního "stop stavu", který v současné době znamená nepodepisování žádné nové smlouvy v této oblasti. Rozhodování závisí na zdravotních pojišťovnách a to navzdory existujícímu zájmu ze strany geriatry k odborné veřejnosti. Dlouhodobá orientace na zvyšování úrovně společnosti s ohledem na geriatrický fenomén mezi lékařskou komunitou a širokou veřejností sestává ze zavedení účinných nízkonákladových léčebných a preventivních zásahů. Současně značí o podpoře terénní ambulantní a komunitní služby, které jsou vysoce doporučovány. Informacemi z mezinárodních projektů zaměřených na

péči o seniory lze prokázat, že se vyvíjí mimořádně dynamicky a je nutné metodicky plánovat jak péči, tak případně management. Mělo by dojít ke zhodnocení potřeb obou závislých skupin, a to jak osob, tak pečovatelské péče, inovativní praxe v oblasti podpůrné péče v domácím prostředí, aktivizace seniorů a sociální integrace, vývoje a aplikace informačních a komunikačních technologií, atd. Z tohoto důvodu pravděpodobně můžeme očekávat změny v poskytování a financování geriatrické dlouhodobé zdravotní a sociální péče i v českém prostředí. Objevují se úvahy, směřující zavést princip pojištění dlouhodobé péče systémem, který by pokryl všechny výdaje tohoto druhu namísto současného vícezdrojového financování, což se zdá být jednou z hlavních překážek pro lepší dostupnosti sociálních služeb (Škampová, Rogalewicz, Čeledová, 2014).

Lůžkové zařízení následné péče hospitalizuje pacienta obvykle v průměru na dobu třech měsíců. Tato doba je potřebná k adaptaci pacienta na nové prostředí, ke komplexnímu vyšetření pacienta, ke zhodnocení a stanovení reálného cíle. Na konci tohoto období by mělo být jasné, zda pacient bude schopen návratu do domácího prostředí či je schopen fyzických, psychických a sociálních dovedností, anebo bude nutné pro pacienta hledat jiné řešení (Nováková, 2013).

2.4.2 Služby následné péče

Následná lůžková zdravotní péče je poskytována pacientům, kteří mají stanovenou diagnózu, a došlo u nich ke zvládnutí akutního stavu. Před přijetím na oddělení následné péče musí být stanoven léčebný, ošetrovatelský, rehabilitační a nutriční plán. Musí být stanoveny cíle pobytu na oddělení následné péče. Pokud během hospitalizace dojde ke změně stavu, který vyžaduje diagnostické a náročné terapeutické postupy, pacient je přeložen na lůžka akutní péče spádové nemocnice. U pacientů po frakturách a s léčbou defektů se pobyt prodlužuje do úplného zhojení nebo do stavu, kdy je o pacienta schopna pečovat agentura domácí péče. V jiném případě se pacient ještě překládá na lůžka vybrané rehabilitační kliniky (Vacková, 2012).

Následnou lůžkovou péči dělíme do čtyř skupin. První skupinou je následná péče, kde léčebné ošetrovatelské postupy převažují nad metodami léčebné rehabilitace. Mezi druhou skupinou léčebné rehabilitace řadíme dominantní část léčebného programu, který je časově limitován (obvykle třemi měsíci) a významnou roli zde hraje aktivní spolupráce pacienta. Třetí skupinou je ošetrovatelská péče, která je základem péče, jak v ošetrovatelském procesu, tak v rehabilitačním ošetřování. Čtvrtou skupinou je hospicová péče, kde nedílnou součástí péče bývá ošetrovatelská péče, symptomatická léčba a možnosti kauzální léčby.

Léčebná rehabilitace tvoří komplex diagnostických, terapeutických a rehabilitačních opatření, které směřují k zabránění, minimalizaci následků onemocnění nebo úrazu. Tento proces provádí tým zdravotnických pracovníků, který se skládá z lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, všeobecné sestry, psychologa a logopeda. I sám pacient je aktivním členem týmu. Lékař indikuje rehabilitaci a stanovuje cíl, kterého má být dosaženo. Fyzioterapeut obvykle stanoví terapeutický plán a volí specifické fyzioterapeutické prostředky k dosažení

stanoveného cíle. Ergoterapeut realizuje plán specializovaných pracovních činností, které vedou ke stanovenému cíli. Všeobecná sestra se podílí na procesu rehabilitace rehabilitačním ošetřováním, jejímž cílem je prevence sekundárních změn, jako je svalová atrofie, kloubní ztuhlost, dekubity a cirkulační poruchy. Mezi další cíle prevence řadíme zpomalení a minimalizaci ztrát funkčních schopností pacienta v základních pohybových činnostech jako poloha na lůžku, vertikalizaci, sed, stoj a chůzi, a v sebeobsluze při jídle, pití, oblékání, česání a při hygieně. Mezi terapeutické prostředky, které se využívají při rehabilitaci na lůžkách následné péče, patří: pohybová terapie, reflexní a manuální terapie, měkké a mobilizační techniky, reflexní segmentové techniky. Dále se mezi terapeutické prostředky řadí fyzikální terapie, která má analgetické, stimulační a trofotropní účinky, elektroterapie, magnetoterapie, ultrasonoterapie, hydroterapie a termoterapie. Při rehabilitaci je důležité přihlížet na aktuální zdravotní stav, věk – musíme otestovat fyzickou zdatnost pacienta a porovnat výsledky s věkovou normou, a pohlaví – ženy mají větší sklon k osteoporóze a jsou kontraindikovány pohyby s nebezpečím pádu (Mlčochová, Labáková, 2012).

Součástí péče je spolupráce se sociálními pracovníky nebo oddělením sociálních pracovníků, jejichž úkolem je pomoc rodině v péči o pacienty v domácím prostředí a po propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení pomáhá s následnou ošetrovatelskou péčí. (Vacková, 2012).

2.5 Léčebna dlouhodobě nemocných

„Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách definuje následnou a dlouhodobou péči. Přesto však v praxi nejsou tyto dva typy služeb dostatečným a účelným způsobem vymezeny a mnoho zařízení poskytuje de facto jak péči následnou, tak péči dlouhodobou. Velmi dlouhou dobu proto existuje snaha formulovaná zejména ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnami tyto dva typy péče oddělit, lépe definovat jejich indikace a lépe definovat jejich klienty“ (Holmerová, I., Dlouhodobá péče geriatrické aspekty a kvalita péče, s. 41).

Jsou vyhledávány jednoduché charakteristiky pacientů a testy, které by pomohly toto rozdělení provést. Bylo zjištěno, že v zařízeních dlouhodobé péče je hospitalizován nejvyšší podíl pacientů s nejtěžším funkčním omezením. Dlouhodobá péče je zaměřena na pacienty s omezenou soběstačností. Tito pacienti potřebují více asistence v jednotlivých sebeobslužných aktivitách s vykonáváním těchto aktivit. Pacienti, kteří potřebují vysokou odbornou ošetrovatelskou péči, jsou ve výrazné většině nesoběstační pacienti a pacienti se syndromem demence. Důležitou složkou posuzování různých oblastí jsou testy, které se provádí u pacientů dlouhodobě nemocných. Jedná se o test běžných denních činností, tedy soběstačnosti - Bartelové test a test kognitivních funkcí a jejich poruch – test MMSE, tedy Mini-Mental State Examination (Holmerová, 2014).

O tom, zda pacient potřebuje dlouhodobou péči, rozhoduje CGA-Comprehensive Geriatric Assessment, tedy interprofesionální vyhodnocení stavu pacienta týmem kvalifikovaných

pracovníků, mezi které patří lékař, sestra a fyzioterapeut. Role lékaře spočívá ve stanovení diagnózy a prognózy daného onemocnění, lékař je seznámen o průběhu onemocnění a o výsledcích dosavadní léčby. Sestra umí poznat míru potřeby ošetrovatelské péče a její výsledky, dokáže odhadnout a určit potřebu budoucí ošetrovatelské péče. Fyzioterapeut zná průběh rehabilitační péče a umí odhadnout postup a výsledky rehabilitace v daném čase. Tito odborníci musejí společně a komplexně zhodnotit stav pacienta. Mezi vyšetření, které se pacientovi provádí, patří klinické a biochemické testy, zobrazovací metody, konziliární vyšetření a funkční hodnocení. Na základě tohoto vyhodnocení je tento tým pracovníků schopen spolupracovat s dalšími odborníky, hlavně sociálními pracovníky, navrhnout pacientovi a jeho blízkým další postup v péči a léčbě. Tento proces se nazývá „konference dlouhodobé péče“ (Holmerová, 2014).

I v léčebnách dlouhodobě nemocných se pacienti aktivizují, provádí se zde skupinové tréninky a samozřejmě je zde i individuální přístup k pacientům. Během skupinových tréninků se účastníci blíže poznají a i to napomáhá při aktivizačním cvičení. Pacienti jsou obvykle ergoterapeutkou dotazováni, zda se orientují v místě a čase, dále ergoterapeut zajišťuje co nejvyšší míru navození pocitu bezpečí ve skupině a pacienti jsou pak více otevření aktivizačnímu skupinovému cvičení. Skupinový trénink probíhá obvykle ve společenské místnosti, kde počet účastníků ve skupině je 8-12 pacientů a na hodinu tréninku mají možnost se přijít podívat i příbuzní. Ve skupině jsou pacienti mobilní i chodící s pomůckou nebo pacienti odkázáni na vozík. Na aktivizaci se ve společenské místnosti účastní jak ergoterapeutky, tak aktivizační sestry. (Pumrlová, 2012).

„Někteří senioři mají vysokoškolské vzdělání, třeba i profesuru, jiní jsou bývalí řemeslníci či tovární dělníci. Kdo byl například spisovatelem, může předčítat své povídky a je rád, že je ostatní chválí. Občas se ve skupině najde i alkoholik, pro toho má trenérka také připravený úkol“ „Vyjmenujte všechny kategorie alkoholických nápojů.“ Hry zkrátka dokáží seniory spojit bez ohledu na jejich minulost a situaci. Přizpůsobit se potřebám skupiny a upravovat program tak, aby byl u seniora vyvolán pocit úspěchu, sebevědomí a odraťování se, je základní a nezbytná dovednost trenéra“ (Pumrlová, M., Zdravotnické noviny, 2012, s. 17).

2.5.1 Lékařský a nelékařský zdravotnický personál

Mezi lékařský zdravotnický personál patří lékaři s různým stupněm atestace. Do nelékařského zdravotnického personálu řadíme vysokoškolsky vzdělané všeobecné sestry, všeobecné sestry specialistky, všeobecné sestry, zdravotnické asistenty, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, a nižší zdravotnický personál, jako sanitáři, ošetrovatelé. Tito výše zmínění pracovníci tvoří dohromady tým, který je nezastupitelný v péči o dlouhodobě nemocné pacienty. Celý ošetrovatelský tým spolu vzájemně komunikuje a spolupracuje mezi sebou. Cílem je plnění krátkodobých a dlouhodobých cílů, které plní potřeby daného pacienta a jsou pro něj přínosné.

2.6 Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků

Vzdělávání pracovníků je členěno do tří fází. První fáze je vzdělávání pregraduální a jeho absolventi získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Druhou fází nazýváme vzdělávání postgraduální nebo také specializační či kvalifikační. Poslední fází vzdělávání nazýváme vzdělávání kontinuální, permanentní, které je nejdelší (30-40 let praxe) a zároveň je považováno za nejdůležitější vzhledem k jeho vlivu na úroveň poskytované péče (Plevová a kol., 2012).

2.6.1 Podmínky pro výkon povolání všeobecné zdravotní sestry

Pro výkon povolání všeobecné zdravotní sestry je nezbytné splňovat zákonem č.96/2004 Sb. stanovená pravidla, která jsou dle §5: odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry na základě absolvování nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester, nebo nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách, nebo vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika - ošetřovatelství, pedagogika - péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004, nebo tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004, nebo studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004, nebo studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004. (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních 96/2004Sb., http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/zakon_96-2004-1.html).

2.6.2 Podmínky pro výkon povolání ergoterapeuta

Pro výkon povolání ergoterapeuta je dle zákona č.96/2004 Sb. §7 odborná způsobilost k výkonu povolání získána buď akreditovaným zdravotnickým bakalářským studijním oborem pro přípravu ergoterapeutů, nebo tříletým studiem v oboru diplomovaný ergoterapeut na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/2005, nebo střední zdravotnickou školou v oboru ergoterapeut, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním

roce 1998/1999, nebo střední zdravotnickou školou v oboru rehabilitační pracovník a pomaturitního specializačního studia léčba prací, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004, nebo ergoterapeut, který získal odbornou způsobilost dle předešlého bodu a může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po třech letech výkonu povolání ergoterapeuta. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem. Za výkon povolání ergoterapeuta se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické nebo léčebné a rehabilitační péče v oboru ergoterapie (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních 96/2004Sb., http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/zakon_96-2004-1.html).

2.6.3 Podmínky pro výkon povolání fyzioterapeuta

Odborná způsobilost k výkonu povolání fyzioterapeuta je zakotvena zákonem č.96/2004 Sb. §24, kdy odborná způsobilost k výkonu povolání fyzioterapeuta se získává absolvováním akreditovaného zdravotnického magisterského studijního oboru pro přípravu fyzioterapeutů, nebo akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu fyzioterapeutů, nebo tříletého studia v oboru diplomovaný fyzioterapeut na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004, nebo střední zdravotnické školy v oboru fyzioterapeut nebo v oboru rehabilitační pracovník, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo do doby získání specializované způsobilosti fyzioterapeutů, který získal odbornou způsobilost podle předešlého bodu, z toho prvních 6 měsíců pod jeho přímým vedením, nebo fyzioterapeut, který získal odbornou způsobilost podle splnění některého z výše jmenovaných bodů a k tomu prokáže výkon povolání v oboru minimálně jeden rok, dále se za výkon povolání fyzioterapeuta považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické, léčebné a rehabilitační péče v oboru fyzioterapie (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních 96/2004Sb., http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/zakon_96-2004-1.html).

2.6.4 Podmínky pro výkon povolání zdravotnického asistenta

Pro výkon povolání zdravotnického asistenta je dle zákona č.96/2004 Sb. §29 je nutná odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotnického asistenta a získává se absolvováním střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický asistent, nebo akreditovaným kvalifikačním kurzem zdravotnický asistent po získání úplného středního vzdělání nebo úplného středního odborného vzdělání a způsobilosti k výkonu povolání ošetřovatele podle § 36. Dále mají odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického asistenta zdravotničtí pracovníci, kteří získali způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře podle § 18, nebo porodní asistentky podle § 6. Za výkon povolání zdravotnického asistenta se považuje poskytování ošetřovatelské péče pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky. Dále se zdravotnický asistent ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, rehabilitační, neodkladné,

diagnostické a dispenzární péči (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních 96/2004Sb., http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/zakon_96-2004-1.html).

2.6.5 Postgraduální studium

Postgraduální studium tvoří výše zmíněné magisterské a doktorské programy. Specializační studium, které je zaměřeno na specifiku ošetrovatelské péče v různých klinických oborech, na různou terénní a nemocniční péči a na management. Prohlubuje v některém pracovním úseku všeobecnou kvalifikaci zdravotnického pracovníka. Specializační studium probíhá ve zdravotnických zařízeních a akreditovaných institucích podle vzdělávacího programu, který se skládá z modulů, a moduly tvoří ucelenou část vzdělávacího programu s daným počtem kreditů (Plevová a kol., 2012).

2.6.6 Celoživotní vzdělávání

Zdravotnická profese je velmi náročná a může být vykonávána pouze osobami, které odpovídají přísným kritériím vymezeným zákonnými a podzákonnými normami. Patří mezi tzv. regulovaná povolání. Jedná se o zdravotnické profese, u kterých je výkon spojen s možností ohrožení zdraví a životů jiných lidí: lékař, všeobecná sestra, ergoterapeut a fyzioterapeut. Mezi formy celoživotního vzdělávání patří specializační vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka, certifikované, inovační a odborné kurzy, inovační e-learningové kurzy – výuková metoda elektronického vzdělávání, odborné stáže v akreditovaných zařízeních, semináře a odborné konference. Za celoživotní vzdělávání se pro účely zákona č.96/2004 Sb. (novelizace č.105/2011 Sb.) považuje také studium navazujících vysokoškolských studijních programů (Plevová a kol., 2012).

3 Praktická část

Praktická část se zabývá vyhodnocením dotazníkového šetření, které se uskutečnilo v šesti zařízeních, z nichž polovina vybraných zdravotnických zařízení byla ze soukromého sektoru a druhá polovina zdravotnických zařízení byla ze státního sektoru. Celkem bylo distribuováno 120 dotazníků, z nichž 60 vyplňovaly všeobecné sestry státního sektoru a 60 dotazníků vyplňovaly všeobecné sestry soukromého sektoru. Z důvodu, že jsem si vybrala zařízení, kde pracují některé z mých nynějších či bývalých kolegyň, byla návratnost vyplněných dotazníků 100 %. Počet respondentů byl tedy 120 (100 %). Mezi dotazované zařízení ze soukromého sektoru jsem zařadila dvě oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných a oddělení Následné péče. Ze státního sektoru jsem zařadila Centrum následné péče, Léčebnu dlouhodobě nemocných a Geriatrii. Všechna tato zařízení se nacházejí v Praze a z důvodu zachování anonymity celé názvy zařízení neuvádím.

Dotazníkové šetření probíhalo od 1. prosince 2016 do 9. ledna 2017.

3.1 Hlavní cíl a dílčí cíle

V mé bakalářské práci bylo hlavním cílem zjistit, jaké se používají v Léčebnách dlouhodobě nemocných, na odděleních Následné péče a na oddělení Geriatrie aktivizační metody u pacientů s imobilizačním syndromem. Dílčími cíli bylo zjistit, jaký je obvyklý počet nelékařského zdravotnického personálu přítomného v jedné službě a jak často jsou pacienti s imobilizačním syndromem v rámci denní služby aktivizováni a které z aktivizačních pomůcek se pro aktivizaci pacienta v jednotlivých zařízeních používají. Posledním dílčím cílem bylo zjistit, zda existuje rozdíl mezi aktivizací pacientů s imobilizačním syndromem ve státním a soukromém sektoru v četnosti a metodách aktivizace.

3.2 Výběr metody výzkumu a výzkumného vzorku

K naplnění stanovených cílů jsem se rozhodla zvolit metodu kvantitativního výzkumu. Pro kvantitativní výzkum jsem vytvořila zcela anonymní dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval 16 otázek. Písemné dotazování umožňuje kontaktovat osoby, se kterými není nutný osobní kontakt. Dotazník pro svůj výzkum jsem koncipovala do 16 otázek, z nichž byly některé otázky uzavřené (3 otázky), polouzavřené (12 otázek) a jedna otázka byla otevřená. Ve všech dotaznicích byly otázky plnohodnotně zodpovězeny a i na otevřenou otázku byla uvedena odpověď. Otázky jsem formulovala tak, aby byl patrný případný rozdíl mezi státním a soukromým sektorem. Žádný dotazník jsem nemusela vyřadit, protože byly všechny dotazníky vyplněné správně.

Dotazník je přiložen v přílohách pod číslem 1.

3.2.1 Výsledky dotazníkového šetření

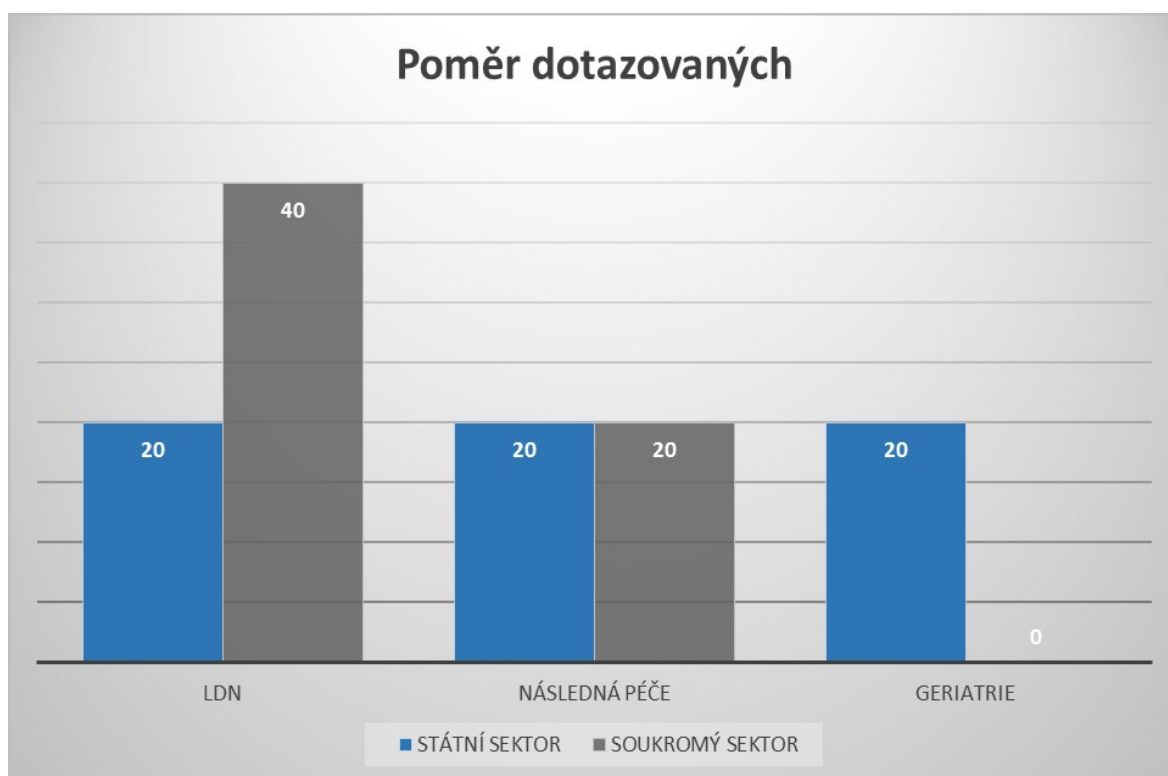
Otázka č. 1 V jakém typu zdravotnického zařízení pracujete?

Otázka č. 2 Pracujete na LDN, Následné péči nebo Geriatrii?

Dotazované respondentky a respondenti pochází nejvíce z Léčebny dlouhodobě nemocných, kde se dotazníkového šetření zúčastnilo 60 (50%) respondentů, z nichž 20 (17%) respondentů pochází ze státního sektoru a 40 (32%) respondentů pochází ze soukromého sektoru. Dále byly osloveny všeobecné sestry z Oddělení následné péče a to 20 (17%) respondentů ze státního sektoru a 20 (17%) ze soukromého sektoru. Třetím osloveným typem zařízení byla Geriatrie, kde jsem oslovila 20 (17%) respondentů ze státního sektoru.

Nejvíce respondentů spadá do skupiny Léčebny dlouhodobě nemocných v soukromém sektoru a nejméně na Geriatrii v soukromém sektoru.

Graf 1 Poměr dotazovaných

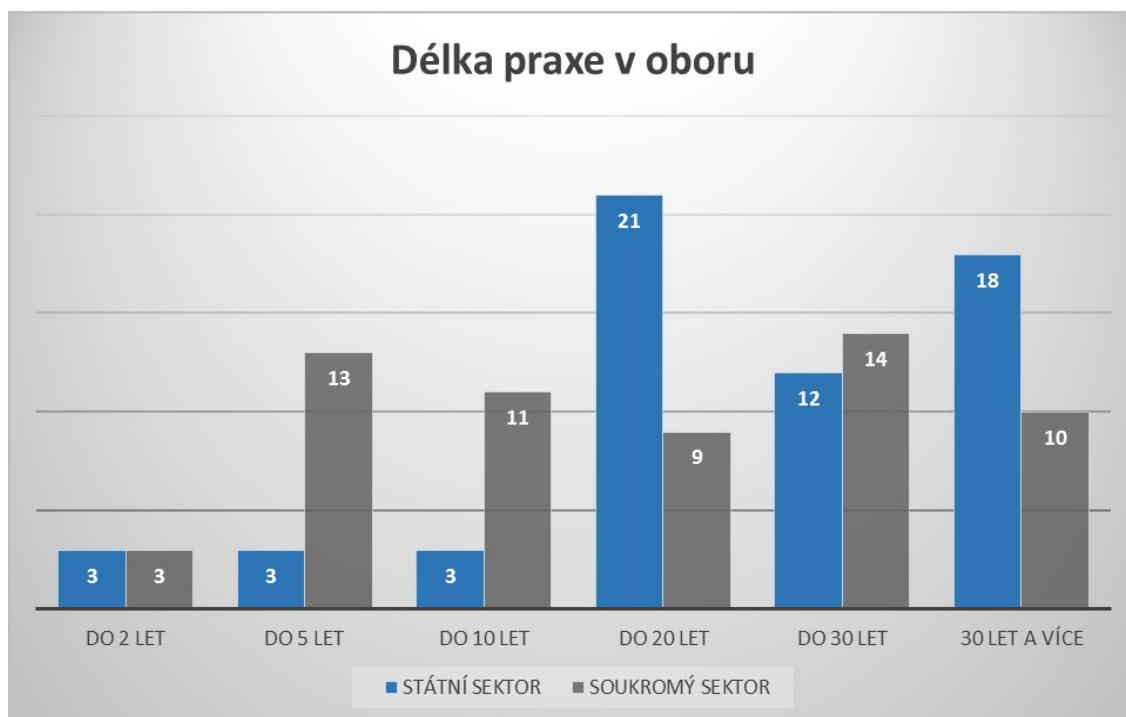


Otázka č. 3 Jak dlouhá je vaše praxe v oboru?

V oboru Geriatrie, Oddělení následné péče a v Léčebně dlouhodobě nemocných pracuje nejvíce všeobecných sester s praxí v oboru do 20 let. Z celého počtu dotazovaných se jedná o 30 (25%) všeobecných sester. Na druhém místě je praxe v oboru 30 let a více, zde odpovědělo 28 (23%) dotazovaných všeobecných sester. Na třetím místě je praxe v oboru do 30 let, odpovědělo zde 26 (22%) všeobecných sester. S praxí do 10 let odpovědělo 14 (12%) všeobecných sester. S praxí do 5 let odpovědělo 16 (13%) všeobecných sester. Nejméně všeobecných sester v tomto oboru jsou všeobecné sestry s praxí do 2 let, dotazovaných bylo 6 (5%).

Z toho vyplývá, že na těchto odděleních pracují převážně všeobecné sestry s delší praxí a to znamená i sestry staršího věkového zařazení. Dá se to přisuzovat i tomu, že péče o dlouhodobě nemocné pacienty není pro mladé všeobecné sestry příliš atraktivní obor.

Graf 2 Délka praxe v oboru



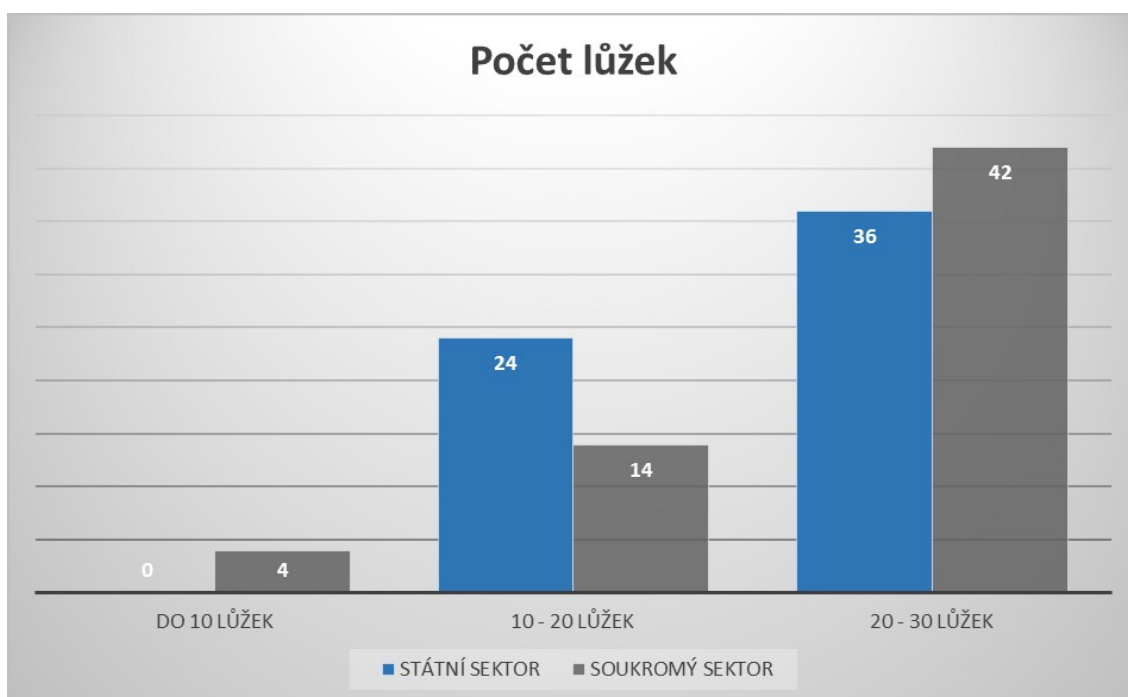
Otázka č. 4 Kolik lůžek máte na vašem oddělení?

Nejvíce zařízení má 20 až 30 lůžek. Na tuto otázku odpovědělo nejvíce všeobecných sester, a to 36 (30%) sester ze státního sektoru a 42 (35%) sester ze soukromého sektoru. V zařízení s 10 až 20 lůžky pracuje 24 (20%) všeobecných sester státního sektoru a 14 (12%) všeobecných sester soukromého sektoru. Do 10 lůžek je velmi málo zařízení, jedná se pouze o 4 (3%) dotazované všeobecné sestry.

Z výše uvedených výsledků lze vyvodit, že zařízení s četností 20 a více lůžek je nejčetnější a tudíž se jedná o oddělení s poměrně vysokým počtem pacientů. Vzhledem k tomu, že vysoký počet pacientů je jak v soukromém, tak ve státním sektoru, jsou výsledky v této otázce na podobné úrovni.

Někteří respondenti odpověděli, že je na oddělení méně, než deset lůžek. To však můžeme brát jako odchylku od dotazníkového šetření, neboť dotazovaní mohli špatně pochopit otázku a brali počet lůžek na oddělení pouze jako počet lůžek, které spravují v rámci své zodpovědnosti, nikoliv jako celkové oddělení.

Graf 3 Počet lůžek

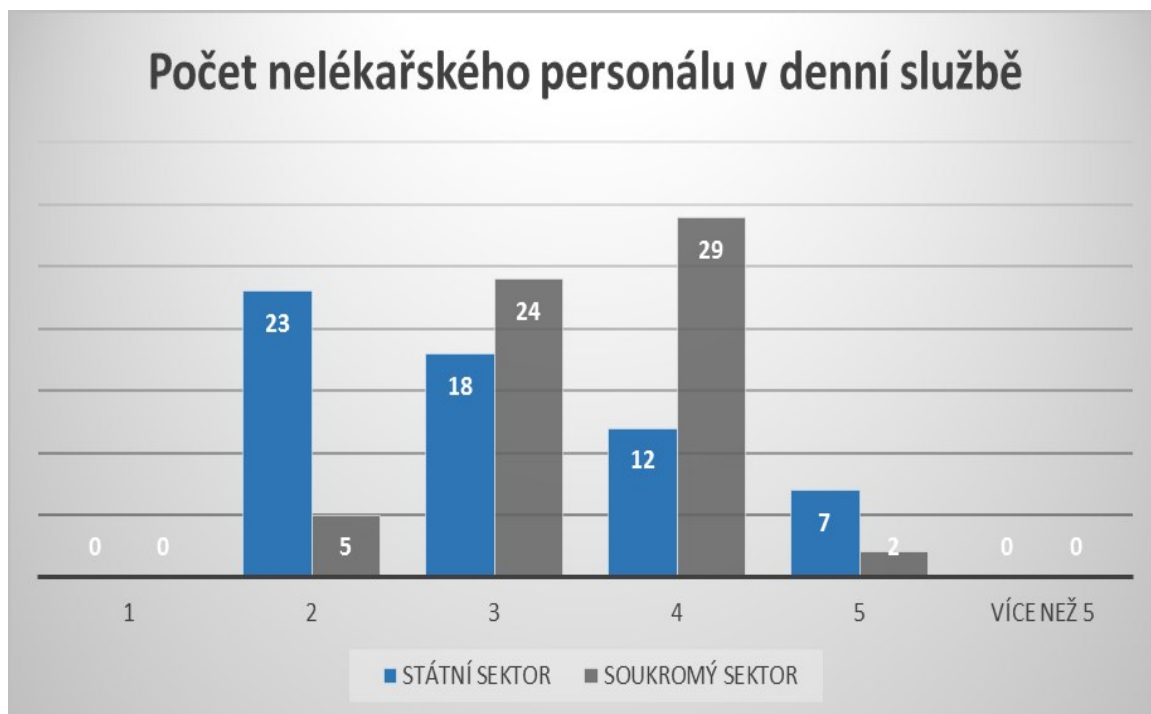


Otázka č. 5 Jaký je obvyklý počet nelékařského zdravotnického personálu v denní službě?

Nejvíce dotazovaných, kteří se starají o pacienty na odděleních Geriatrie, Následné péče a Léčebny dlouhodobě nemocných odpovědělo, že v denní službě jsou 3 nelékařští zdravotničtí pracovníci, a to v soukromém sektoru odpovědělo 23 (19%) respondentů a ve státním sektoru 18 (15%) respondentů. Zařízení, kde v denní službě slouží 4 pracovníci je také více v soukromém sektoru, na tuto otázku odpovědělo 29 (24%) respondentů, ve státním sektoru odpovědělo 12 (10%) všeobecných sester. Nejméně je v zařízení, kde je v denní službě přítomno 5 pracovníků, na tuto otázku odpovědělo 7 (6%) respondentů ze státního sektoru a 2 (2%) respondenti ze soukromého sektoru. V zařízení, kde slouží 2 nelékařští zdravotničtí pracovníci, odpovědělo 24 (20%) všeobecných sester ze státního sektoru a 5 (4%) všeobecných sester ze soukromého sektoru.

Jak ve státním sektoru, tak v soukromém sektoru je počet nelékařského personálu v denní službě dva až pět pracovníků. V soukromém sektoru jasně převažuje počet nelékařského personálu v denní službě, nejčastější odpovědi byly denní služba o třech až čtyřech pracovnících. Naopak ve státním sektoru je nejčtenější odpověď na počet nelékařského personálu v denní službě „dva“. Z toho lze vyvodit, že v soukromém sektoru je na denních službách k dispozici více nelékařského personálu než ve státním sektoru.

Graf 4 Počet nelékařského personálu v denní službě

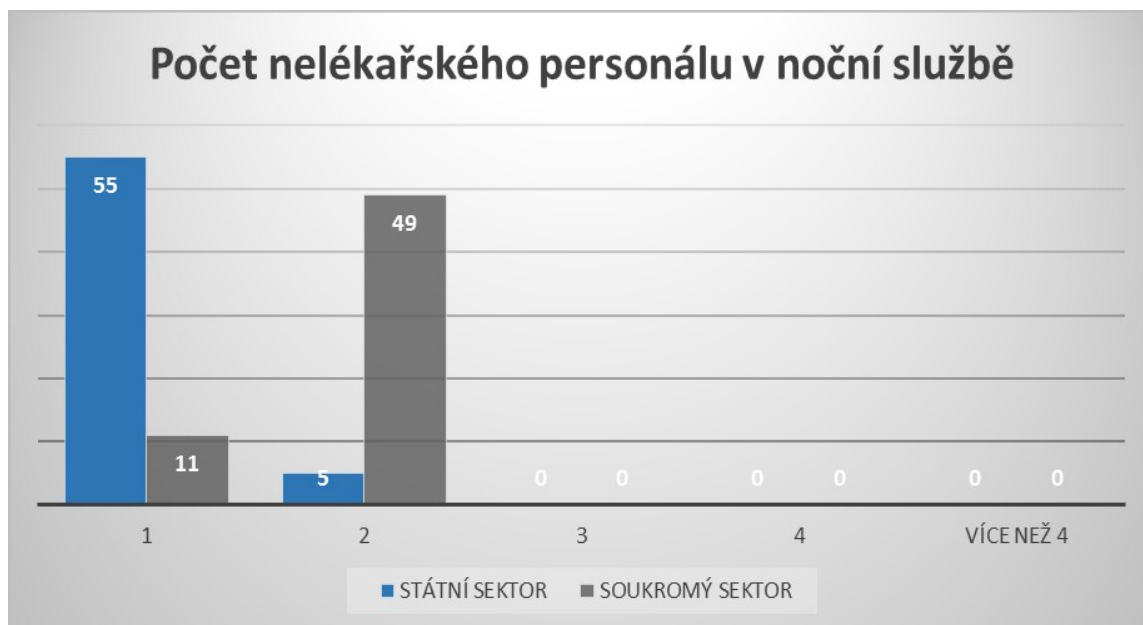


Otázka č. 6 Jaký je obvyklý počet nelékařského zdravotnického personálu v noční službě?

Odpovědi na tuto otázku byly velmi překvapivé. Domnívala jsem se, že není možné, aby v noční službě sloužil jeden nelékařský zdravotnický personál. Graf jasně ukázal, že ve státním sektoru je v noční službě přítomen pouze jeden nelékařský zdravotnický pracovník, přičemž přesně naopak je tomu v soukromém sektoru, kdy jsou na pracovišti v noční službě přítomni alespoň dva pracovníci.

Graficky je jasně znázorněno, že na odpověď, kdy je přítomen pouze jeden nelékařský pracovník na noční službě odpovědělo 55 (46%) dotazovaných ze státního sektoru a 11 (9%) dotazovaných ze soukromého sektoru. V noční službě o počtu 2 nelékařských zdravotnických pracovníků slouží 5 (4%) dotazovaných pracovníků ze státního sektoru a 49 (41%) dotazovaných pracovníků ze soukromého sektoru. Zde tedy soukromý sektor je jednoznačně lepší než sektor státní, protože jeden pracovník nemůže plnohodnotně zajistit ošetrovatelskou péči u imobilních pacientů.

Graf 5 Počet nelékařského personálu v noční službě

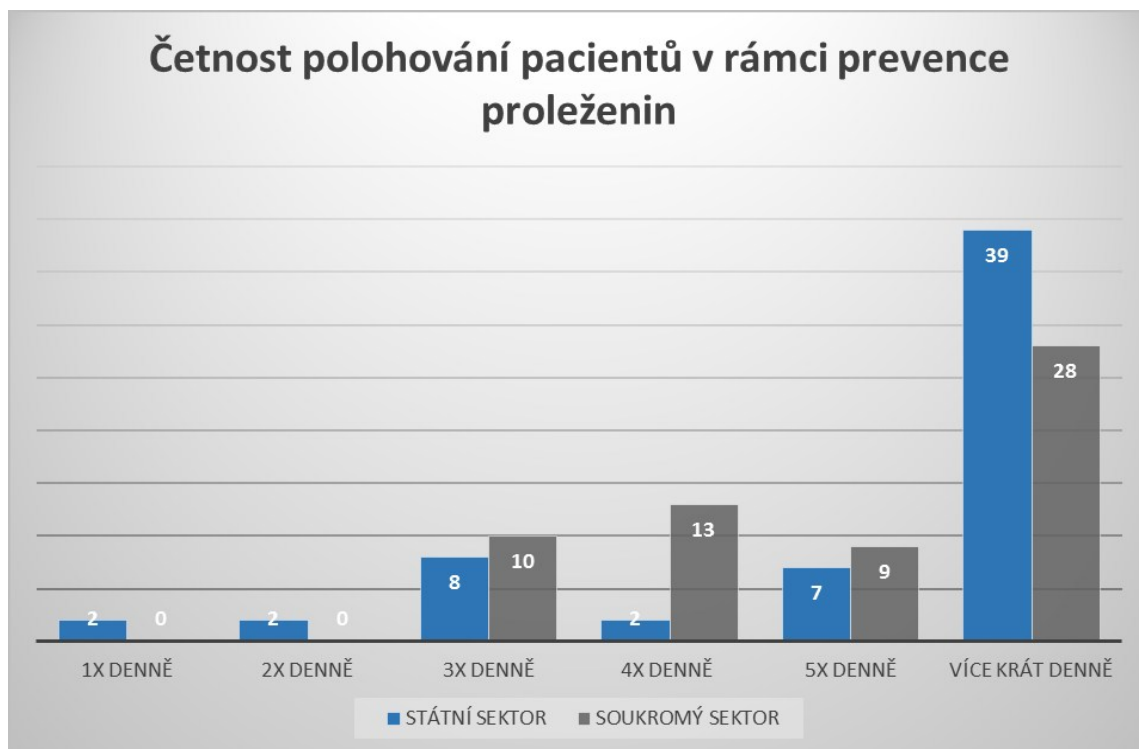


Otázka č. 7 Jak často pacienti v rámci prevence proleženin polohujete?

Polohování v rámci prevence proleženin je ve státním i soukromém sektoru podle mého názoru na dobré úrovni. Minimálně třikrát denně polohují pacienti, a to více v soukromém sektoru, kde odpovědělo 10 (8%) všeobecných sester. Ve státním sektoru odpovědělo 8 (7%) všeobecných sester. Nicméně nejčastěji je s pacienty polohováno více než pětikrát denně a to jak ve státním, kde odpovědělo 39 (33%) všeobecných sester, tak v soukromém sektoru, kde odpovědělo 28 (23%) všeobecných sester. Čtyřikrát denně polohování označily 2 (1,3%) všeobecné sestry ze státního sektoru a 13 (11%) všeobecných sester ze soukromého sektoru. Pětikrát denně polohování označilo 7 (6%) všeobecných sester ze státního sektoru a 9 (8%) všeobecných sester ze soukromého sektoru. U dotazovaných se objevily i odpovědi, že v rámci prevence proleženin polohují s pacienty pouze jednou či dvakrát denně, a to ve státním sektoru, což je velmi nedostačující. Polohování jednou denně označily ve státním sektoru 2 (1,3%) všeobecné sestry a polohování dvakrát denně označily také 2 (1,3%) všeobecné sestry.

Tito pacienti jsou velmi ohroženi vznikem imobilizačního syndromu, a proto polohování je nedílnou součástí této prevence. V soukromém sektoru se odpovědi na četnost polohování jednou či dvakrát denně vůbec neobjevily. Jasným vyhodnocením této otázky je, že v soukromém sektoru se na polohování pacientů dbá více.

Graf 6 Četnost polohování pacientů v rámci prevence proleženin



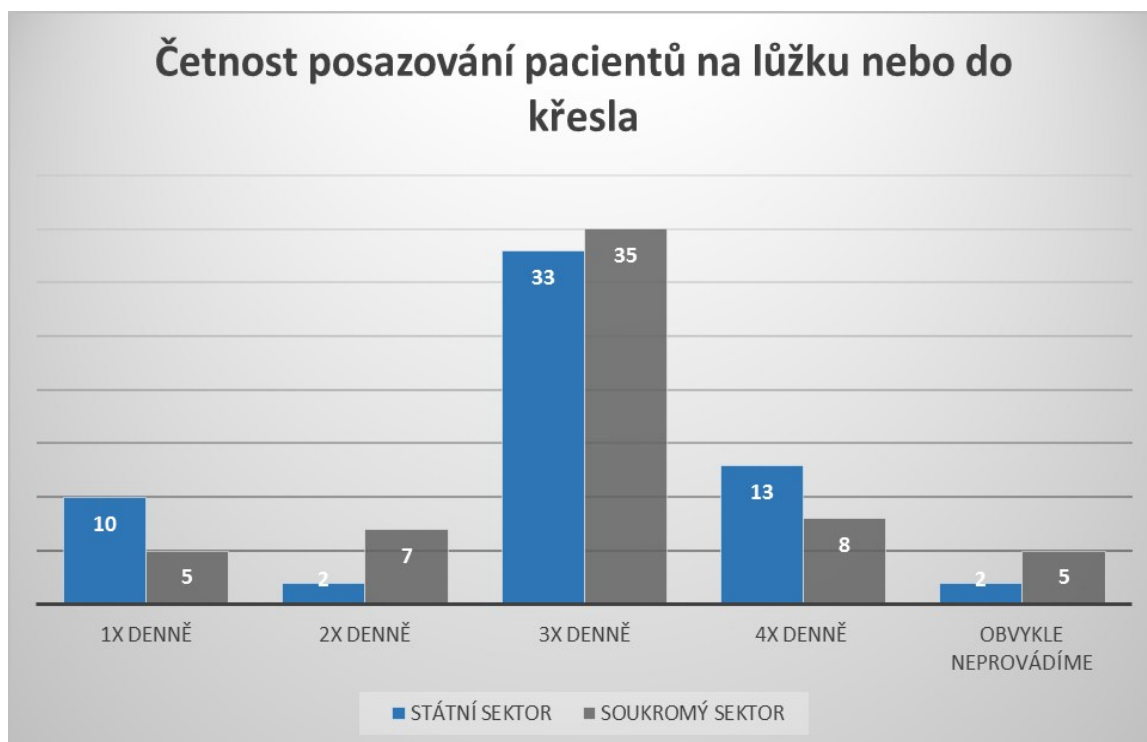
Otázka č. 8 Jak často pacienty posazujete v lůžku nebo do křesla?

Výsledek dotazování na posazování pacientů v lůžku nebo do křesla dopadl vcelku uspokojivě. Nejvíce dotazovaných odpovědělo ohledně posazování pacientů třikrát denně, a to jak sestry ze státního sektoru - 33 (28%) všeobecných sester, tak sestry ze soukromého sektoru – 35 (29%) všeobecných sester. Posazování jednou denně označilo 10 (8%) všeobecných sester ze státního sektoru a 5 (4%) všeobecných sester ze soukromého sektoru. Posazování dvakrát denně označily 2 (1,5%) všeobecné sestry ze státního sektoru a 7 (6%) všeobecných sester ze soukromého sektoru a posazování čtyřikrát denně označilo 13 (11%) všeobecných sester ze státního sektoru a 8 (7%) všeobecných sester ze soukromého sektoru.

Z grafu vyplývá, že tuto činnost neprovádí 2 (1,5%) všeobecné sestry ze státních zařízení a 5 (4%) všeobecných sester ze soukromých zařízení.

K této otázce se však objevilo několik dopsaných odpovědí, kdy respondenti na uvedenou otázku uvedli, že posazování neprovádí oni, nýbrž rehabilitační pracovník. Toto sdělení mohlo tedy celou otázku zkreslit a pouze poměrná část dotazovaných mohla odpovídat v rámci své pracovní náplně a další část respondentů mohla pojmout otázku jako dotaz pro rehabilitačního pracovníka a odpovídali tedy „jeho jménem“. A proto tento výsledek považují za nerelevantní.

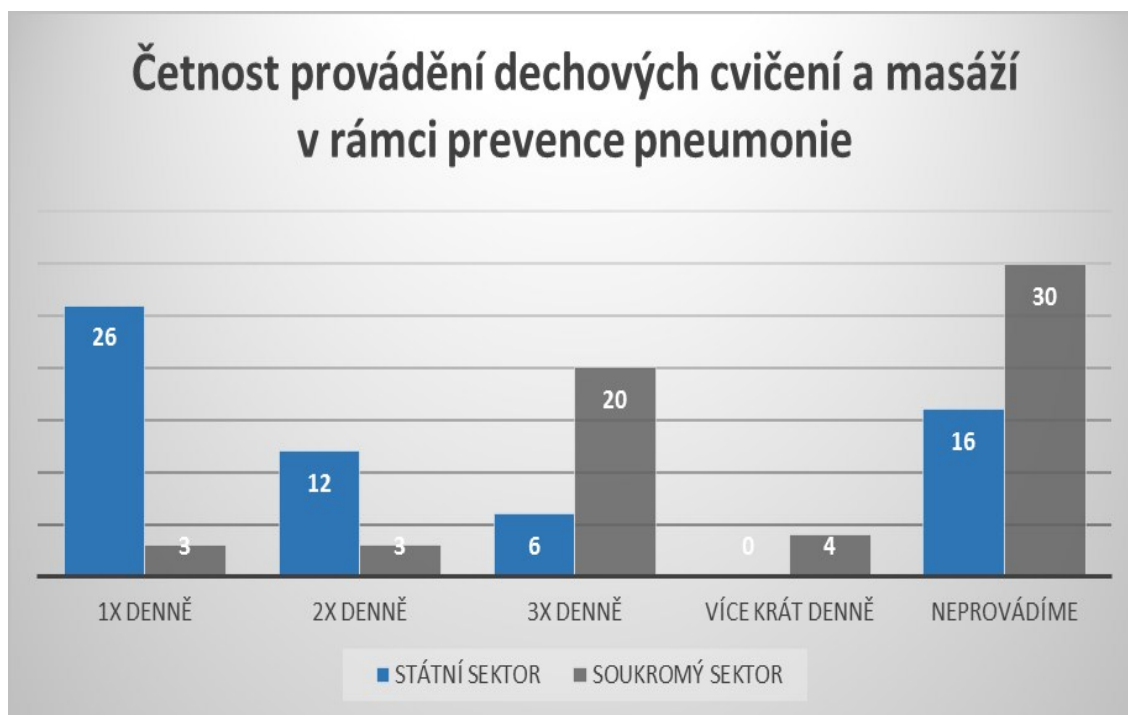
Graf 7 Četnost posazování pacientů na lůžku nebo do křesla



Otázka č. 9 Provádíte dechová cvičení a masáže v rámci prevence pneumonie?

Po zhodnocení výsledků na tuto otázku je patrné, že dechová cvičení a masáže provádí jednou denně 26 (22%) všeobecných sester ve státních zařízeních a 3 (2,5%) všeobecné sestry v soukromých zařízeních. 12 (10%) všeobecných sester ze státního sektoru provádí dechová cvičení a masáže dvakrát denně, oproti tomu v soukromém sektoru provádí masáže pouze 3 (2,5%) všeobecné sestry. Třikrát denně provádí dechová cvičení v rámci prevence pneumonie 20 (17%) všeobecných sester v soukromých zařízeních, zatímco ve státních zařízeních pouze 6 (5%) všeobecných sester. Více než třikrát denně provádějí dechová cvičení pouze 4 (3%) všeobecné sestry v soukromém sektoru. Z grafu vyplývá, že tuto činnost neprovádí 16 (13%) všeobecných sester ze státního zařízení a 30 (25%) ze soukromého sektoru. Ale znovu jako v otázce na posazování tuto činnost neprovádí všeobecné sestry, ale na prevenci pneumonie se často podílí rehabilitační pracovníci, kteří s pacienty provádí dechová cvičení a masáže v rámci prevence pneumonie. Nelze proto tvrdit, že péče o pacienta v tomto směru je na těchto odděleních zanedbávána.

Graf 8 Četnost provádění dechových cvičení a masáží v rámci prevence pneumonie



Otázka č. 10 Provádíte pasivní rehabilitace v rámci prevence svalových kontraktur?

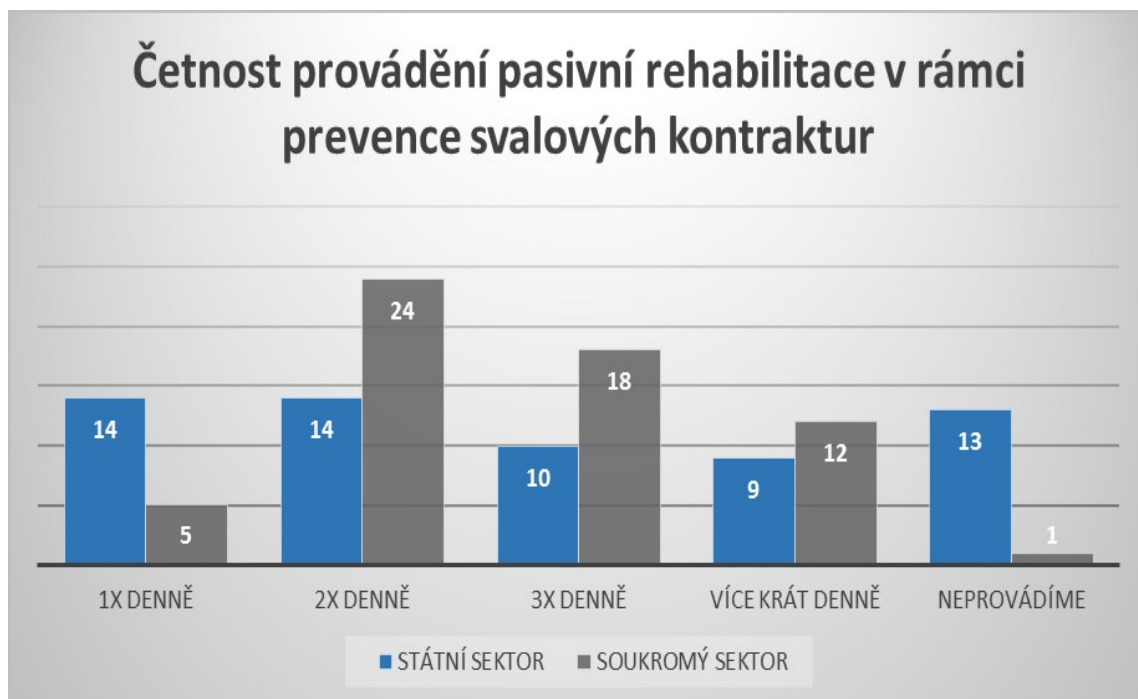
Pasivní rehabilitaci provádí jednou denně ve státním sektoru 14 (12%) dotázaných, oproti tomu 5 (4%) dotázaných ze státního sektoru. Dvakrát denně provádí pasivní rehabilitaci v rámci prevence svalových kontraktur více 24 (20%) respondentů v soukromém sektoru, oproti tomu pouze 14 (12%) respondentů ze státního sektoru. Třikrát denně provádí pasivní rehabilitaci v rámci prevence svalových kontraktur 18 (15%) respondentů ze soukromého sektoru, oproti tomu 10 (8%) ze státního sektoru. Více než třikrát denně provádí pasivní rehabilitaci v rámci prevence svalových kontraktur 9 (7%) z dotazovaných ze státního sektoru a 12 (10%) ze soukromého sektoru. Na možnost neprovádění pasivní rehabilitace odpovědělo nejvíce dotazovaných ze státního sektoru. Odpověď „neprovádíme“ označilo 13 (11%) respondentů ze státního sektoru a 1 (1%) respondent ze soukromého sektoru.

Z grafického znázornění je jasně patrné, že ve státním sektoru k provádění pasivní rehabilitace v rámci prevence svalových kontraktur dochází buď maximálně dvakrát denně, nebo vůbec. Je otázkou, zda toto nenahrazuje speciální rehabilitační pracovník.

Oproti tomu respondenti ze soukromého sektoru tuto činnost obvykle provádí dvakrát až vícekrát denně. Tuto činnost oproti státnímu sektoru zřejmě nesubstituuje rehabilitační pracovník.

Z výše zmíněného se domnívám, že ve státním sektoru se na provádění pasivní rehabilitace v rámci prevence svalových kontraktur podílí spíše rehabilitační pracovníci, přičemž v soukromém sektoru se na této činnosti více podílí všeobecné sestry.

Graf 9 Četnost provádění pasivní rehabilitace v rámci prevence svalových kontraktur



Otázka č. 11 Jaké používáte aktivizační pomůcky?

Aktivizační pomůcky jsou součástí prevence imobilizačního syndromu. Nejvíce se ve státním i soukromém sektoru používají míčky a plyšové hračky. 53 a 54 respondentů ze soukromého sektoru uvedlo, že mezi nejčastěji používané aktivizační pomůcky patří míčky a plyšové hračky. Dále v soukromém sektoru používání jiných aktivizačních pomůcek označilo 34 respondentů a „abecedu“ označilo 8 respondentů, zvukový hudební nástroj označil 1 respondent, dřevěné hmatové kostky označil 1 respondent a dřevěné kuličky také 1 respondent.

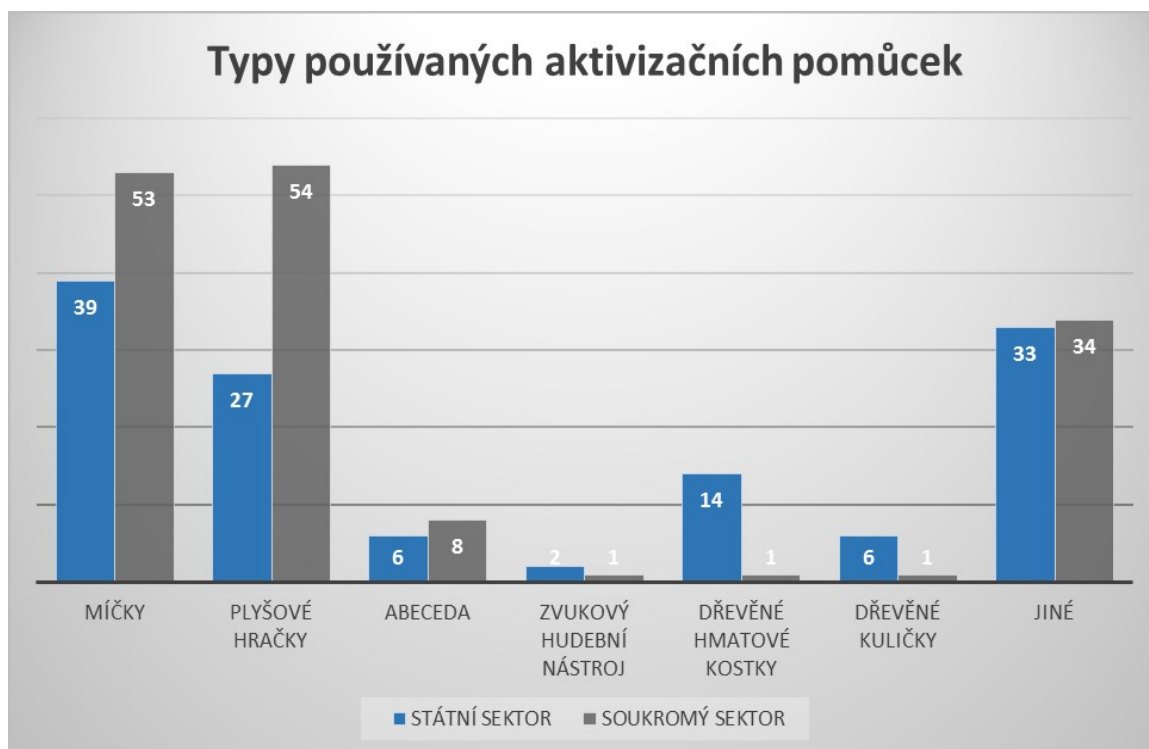
Oproti tomu ze státního sektoru označili respondenti za nejčastěji používané aktivizační pomůcky míčky 39 respondentů, jiné 33 respondentů a plyšové hračky 27 respondentů.

2 respondenti ze státního sektoru označili jako využívané pomůcky zvukové hudební nástroje, abecedu označilo 6 respondentů, dřevěné hmatové kostky 14 respondentů a dřevěné kuličky 6 respondentů.

Tento graf nelze procentuálně vyjádřit, neboť respondenti měli v dotazníku možnost označit více než jednu odpověď.

Z výše zmíněného vyplývá, že respondenti aktivizační pomůcky znají, používají je a jsou s nimi v kontaktu. Jak je graficky znázorněno, používání aktivizačních pomůcek v soukromém a státním sektoru je vyváжено a aktivizační pomůcky jsou využívány zcela běžně.

Graf 10 Typy používaných aktivizačních pomůcek



Otázka č. 12 Jaké používáte polohovací pomůcky?

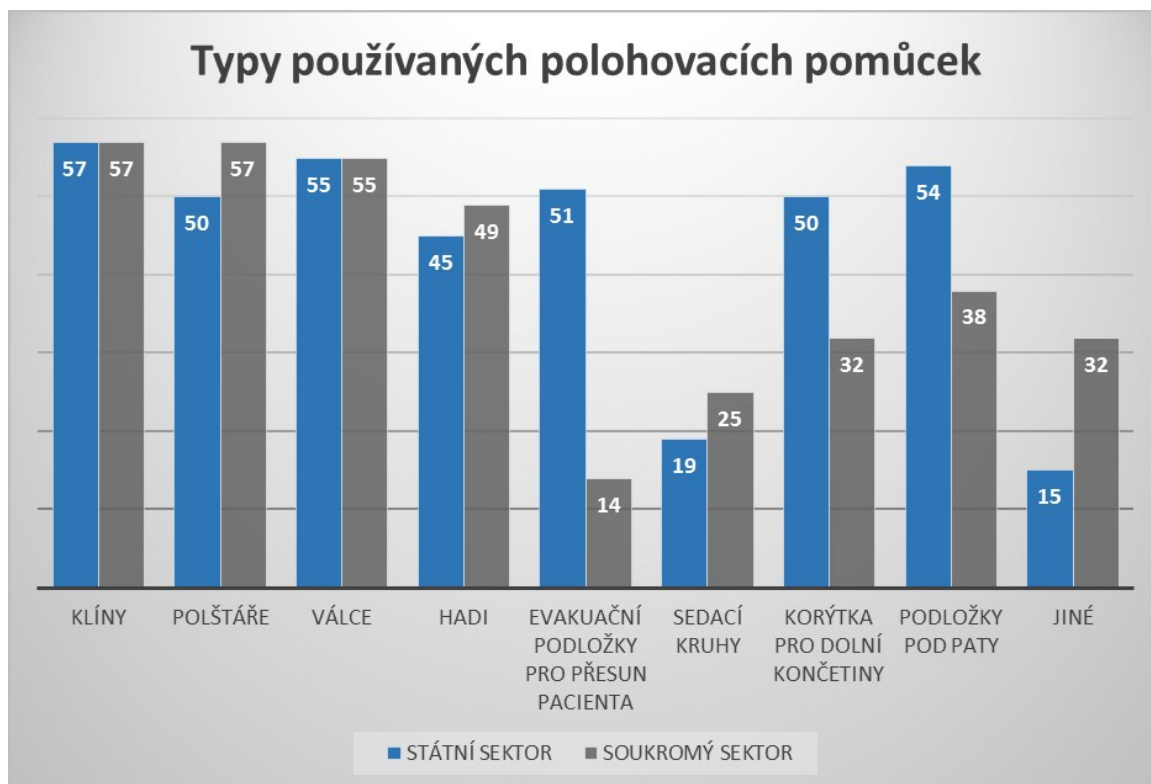
Polohovací pomůcky jsou součástí vybavení lůžka, ve kterém je uložený imobilní pacient. Jsou nedílnou součástí prevence vzniku imobilizačního syndromu. Dle zjištěných výsledků používá 57 respondentů klíny ze státního sektoru i 57 respondentů ze soukromého sektoru. Dále se používají polštáře, válce, hadi, sedací kruhy, kde je počet mezi státním a soukromým sektorem téměř vyrovnaný. Evakuační podložka pro přesun pacienta se používá více ve státním sektoru, to označilo 51 respondentů. Je to pomůcka, která sklouzí nejčastěji k přesunu pacienta z lůžka do jezdící koupací vany.

Z grafického znázornění je patrné, že používání klínů, polštářů, válců a hadů je ve státním a soukromém sektoru téměř na stejné úrovni. Mírnější rozdíl je v používání korýtek pro dolní končetiny a podložek pod paty, kdy je četnější využití ve státním sektoru.

Tento graf také nelze procentuálně vyjádřit, neboť respondenti měli v dotazníku možnost označit více než jednu odpověď.

Celkově lze z grafického znázornění usoudit, že ve státním sektoru dochází k využívání polohovacích pomůcek ve vyšším poměru než v soukromém sektoru.

Graf 11 Typy používaných polohovacích pomůcek



Otázka č. 13 Jak často na vaše oddělení dochází rehabilitační pracovník?

Ohledně dotazu na docházku rehabilitačního pracovníka odpověděli respondenti následovně: 10 (8%) z nich odpovědělo, že rehabilitační pracovník dochází pouze jednou denně, a to ve státním sektoru, v soukromém sektoru je to také 10 (8%), 20 (17%) respondentů ze státního sektoru odpovědělo, že rehabilitační pracovník dochází dvakrát denně, kdežto ze soukromého sektoru na tuto otázku odpovědělo o devět respondentů více, tedy 29 (24%).

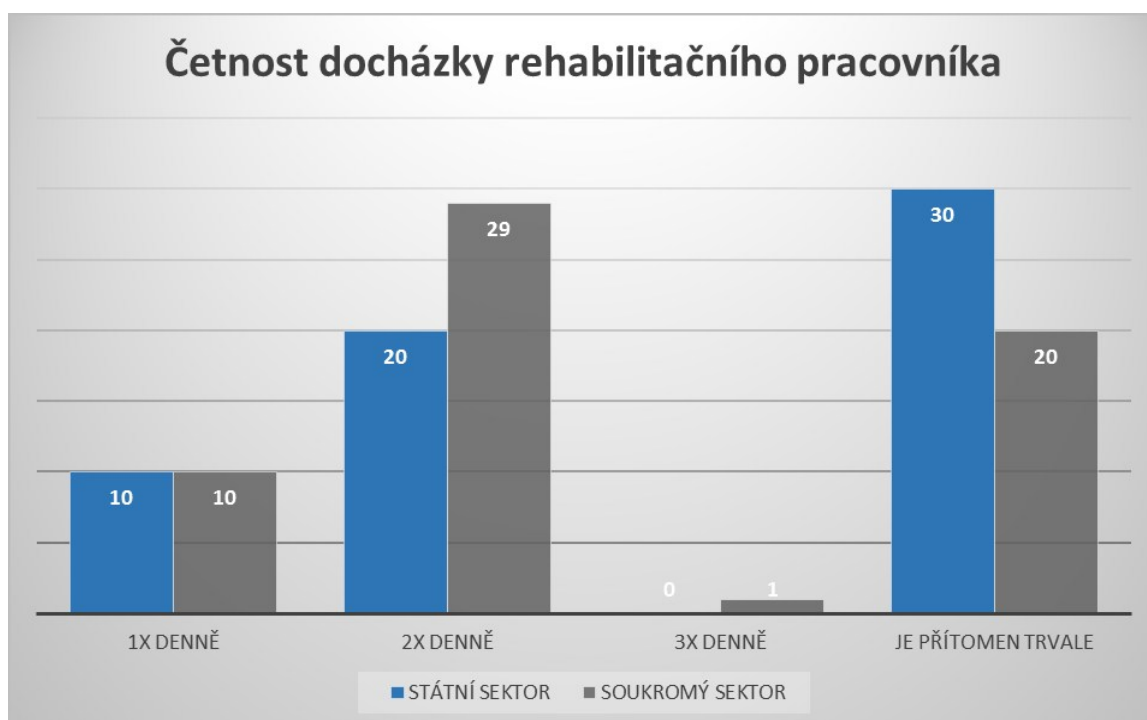
Nejvíce respondentů, a to 30 (25%) ze státního sektoru odpovědělo, že je rehabilitační pracovník na pracovišti přítomen trvale. Na tuto otázku odpovědělo o deset respondentů méně ze soukromého sektoru, tedy 20 (17%).

Rehabilitačního pracovníka, který dochází na oddělení třikrát denně, označil 1 (1%) respondent.

Z výše zmíněného vyplývá, že s pacienty se rehabilituje jednou, či dvakrát denně. V případě, že je tomu jinak, je na pracovišti přítomen trvale rehabilitační pracovník.

V této otázce je poměr dotazovaných mezi státním a soukromým sektorem vcelku vyrovnaný.

Graf 12 Četnost docházky rehabilitačního pracovníka



Otázka č. 14 Na jak dlouhou dobu je obvykle rehabilitační pracovník při své návštěvě na oddělení k dispozici?

57 (47%) respondentů ze státního sektoru odpovědělo, že je délka návštěvy rehabilitačního pracovníka na pracovišti delší než dvě hodiny, obdobně tomu bylo v soukromém sektoru, kdy na tuto možnost odpovědělo 43 (36%) respondentů. Domnívám se, že je to uspokojivý výsledek, je však otázkou, zda je přítomnost rehabilitačního pracovníka na pracovišti využívána efektivně a není rozložena mezi příliš mnoho pacientů, a jak průkazné jsou výsledky jeho práce.

2 (2%) respondenti ze státního sektoru uvedli, že rehabilitační pracovník je na pracovišti přítomen méně než jednu hodinu, oproti tomu v soukromém sektoru tuto možnost zvolilo 8 (7%) respondentů. 3 (2%) respondenti ze soukromého sektoru zvolili délku návštěvy rehabilitačního pracovníka na pracovišti jednu hodinu. Ve státním sektoru pro možnost návštěvy rehabilitačního pracovníka na pracovišti v délce dvou hodin se vyslovil pouze 1 (1%) respondent, oproti tomu v soukromém sektoru označilo tuto možnost 6 (5%) respondentů.

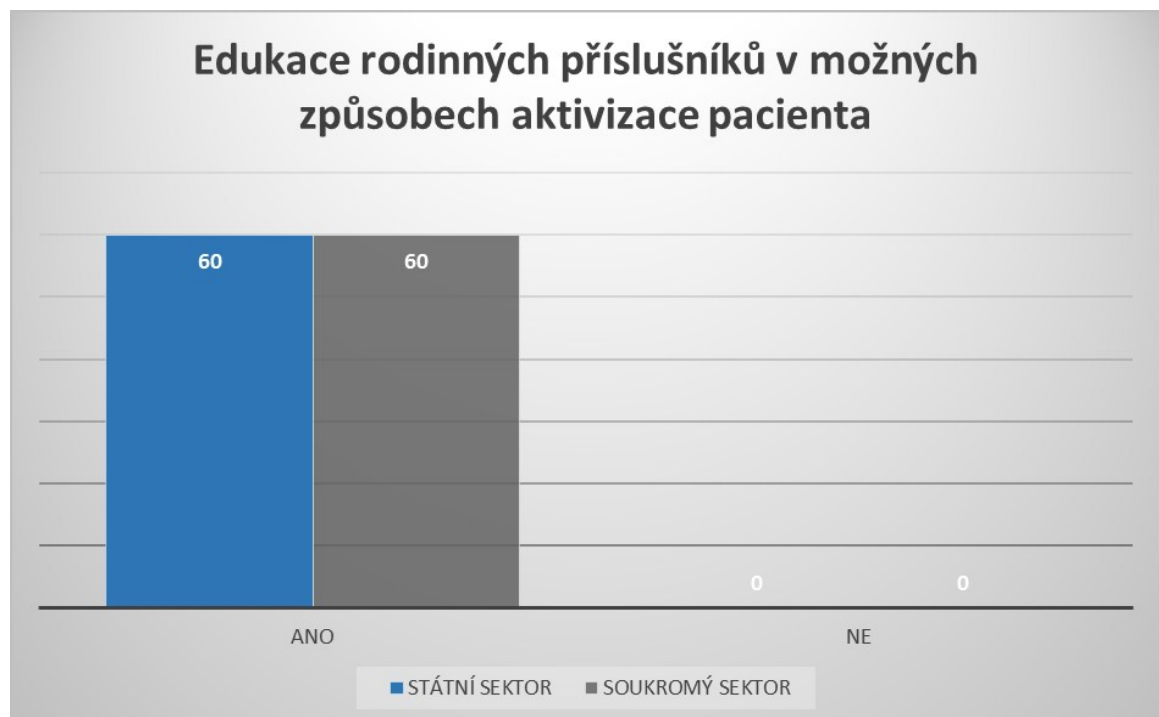
Graf 13 Délka návštěvy rehabilitačního pracovníka na pracovišti



Otázka č. 15 Edukujete rodinné příslušníky v možných způsobech aktivizace pacienta?

Edukaci rodinných příslušníků v možných způsobech aktivizace pacienta provádí všechny všeobecné sestry, tedy 100 % jak v soukromém, tak ve státním sektoru. Edukace rodinných příslušníků je velice důležitá, protože aktivizace pacientů rodinnými příslušníky je přípravou na propuštění pacienta do domácí péče. V takovém případě je výborné, že dle respondentů jsou výsledky dotazování ohledně edukace rodinných příslušníků jednotné a to jak v soukromém, tak státním sektoru.

Graf 14 Edukace rodinných příslušníků v možných způsobech aktivizace pacienta



Otázka č. 16 Jaké aktivizační metody využíváte u pacientů s imobilizačním syndromem na vašem oddělení nejčastěji?

V dotazu ohledně nejčastější aktivizační metody používané u pacientů s imobilizačním syndromem jsem graficky znázornila následující: používání televize (TV), rádia, zpívání, cviky na lůžku, skupinová cvičení, polohování, posazování ergoterapie, četba na lůžku, bazální stimulace, nácvik soběstačnosti denních činností, nácvik stoje a nácvik chůze.

Mezi nejčastěji uvedenou aktivizační metodu u pacientů s imobilizačním syndromem je ve státním sektoru posazování a v soukromém sektoru polohování. Dalšími aktivizačními metodami, které se používají ve státním sektoru je polohování, nácvik soběstačnosti v denních činnostech, cviky na lůžku, TV, skupinová cvičení, rádio, nácvik stoje, zpívání a četba na lůžku, ergoterapie, bazální stimulace a nejméně nácvik chůze. Mezi aktivizační metody, které se používají v soukromém sektoru, patří polohování, nácvik soběstačnosti v denních činnostech, cviky na lůžku, TV, nácvik stoje, rádio, ergoterapie, skupinová cvičení, nácvik chůze, četba na lůžku, bazální stimulace a nejméně zpívání.

Pozitivním výsledkem je, že všechny oslovené všeobecné sestry znají a provádějí aktivizační metody u pacientů s imobilizačním syndromem. Jak v soukromém, tak ve státním sektoru je používání aktivizačních pomůcek častou metodou práce s pacientem, což je bezesporu výborná informace. Mezi nejméně čtené aktivizační metody patří u pacientů s imobilizačním syndromem nácvik chůze, neboť imobilní pacient obvykle není schopen chůze, dále mezi nejméně používané metody patří bazální stimulace, jelikož se domnívám, že tato metoda není příliš všeobecně známá a třetí nejméně používanou metodou je zpívání, kdy často závisí na náladě pacientů, zda se touto metodou chtějí zabývat. Tento graf nelze procentuálně vyjádřit, neboť respondenti měli v dotazníku možnost označit více než jednu odpověď.

Graf 15 Nejčastěji aktivizační metody používané u pacientů s imobilizačním syndromem



3.3 Diskuze

Ve své práci jsem se zaměřovala na práci s imobilními pacienty a srovnávala jsem především úroveň a míru práce s pacienty v soukromých a státních zařízeních.

Jelikož bydlím v hlavním městě, měla jsem možnost vybrat si z velkého počtu zařízení, jak státních, tak soukromých, pečujících o pacienty s imobilizačním syndromem. Je otázkou, zda v jiných méně urbanisticky velkých městech by výsledky mého výzkumného šetření dopadly stejně s ohledem na počet zdravotnických zařízení či s ohledem na velikost jednotlivých oddělení a počtu pacientů těchto oddělení.

Vzhledem k tomu, že jsem si zvolila pracoviště s nemalým počtem lůžek a počtem pacientů, kteří potřebují intenzivnější péči jak od všeobecných sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů či lékařů, je možné, že se výsledky mého výzkumu budou lišit od výsledků soukromých zařízení s menším počtem pacientů.

Na rozdíl od výše zmíněných možných diskrepancí se nedomnívám, že by se výsledky mého šetření lišily ve smyslu času, neboť se nedomnívám, že na pracovištích se projevuje jakási „sezónnost“ či odlišnost v ročních obdobích, která by byla v práci s imobilními pacienty méně náročná či více náročná. V tomto ohledu si myslím, že výsledky mého šetření by byly neměnné.

Jako podstatné ovšem vnímám fakt, že jsem prováděla výzkum na pracovištích, kde jsem dříve byla zaměstnána, anebo na pracovištích, kde jsem měla možnost znát osoby, které na něm působí, a proto se mi podařil ucelený sběr dat (dotazníků), se stoprocentní úspěšností zaškrtnutí či vyplnění všech uzavřených, polouzavřených či otevřených odpovědí. Žádný dotazník jsem nemusela vyřadit, protože byly všechny dotazníky vyplněné správně. Věřím, že výše zmíněné bylo právě podstatnou součástí tohoto úspěchu, neboť se domnívám, že pokud bych dotazník dávala na jiná, mně neznámá oddělení, sestry by mu nevěnovaly dostatečný čas a pozornost, neboť je všeobecně známo, že mají během svých směn nedostatek času a prostoru k takovýmto činnostem. Jsem velice ráda, že mnou oslovené všeobecné sestry si na vyplnění dotazníku dostatek času našly a právě díky tomuto sběru s velkou účastí jsem mohla uceleně vyhodnotit výsledky a porovnat daná pracoviště.

Svůj výzkum jsem situovala na území České Republiky, neboť nemám možnost a kontakty jej rozšířit mimo naši zemi. Věřím ale, že v případě výzkumu v širším nadnárodním měřítku by byly výsledky odlišné. Dle mého názoru nejsou oddělení jako léčebna dlouhodobě nemocných, následná péče a geriatric v České Republice favorizovanými a atraktivními pracovišti. Jsou to pracoviště, kde výkon povolání je psychicky i fyzicky náročný a bývá mzdově podhodnocený, a proto je těchto pracovníků na území Čech velký nedostatek.

Některá pracoviště v současnosti lákají nové pracovníky na náborové příspěvky či na možnost získání bydlení, včetně nabídky dalších benefitů. I přes tyto nabídky často nejsou kvalifikovaní pracovníci ochotni změnit například své bydliště nebo vůbec se o tyto pozice ucházet.

Oproti tomu, je nemálo sester, které vystudovaly na území České Republiky a nyní působí v příhraničních oblastech, zejména v Německu a Rakousku, kde mají několikanásobně vyšší mzdové ohodnocení. Domnívám se, že toto je právě faktor, který by podle mého názoru řešil otázku nedostatku pracovníků na zmíněných odděleních. Tato problematika by mohla vést k dalším diskuzím na téma zdravotnických systémů ve světě. Proto jsem se touto problematikou již dále podrobněji nezabývala.

Z výsledků mého šetření mě zaujal fakt, že téměř jednotně reagují sestry ze státního a soukromého sektoru na edukaci rodinných příslušníků v možných způsobech aktivizace pracovníka. Toto mi navozuje dva směry úvahy, jedním z nich je, že sestry chtějí část svého časového prostoru a nedostatku přenést na rodinné příslušníky a dopřát tak pacientům s imobilizačním syndromem dostatečnou a adekvátní péči, prováděnou jejich nejbližšími. Druhým faktorem může být to, že důležitou oblastí u pacienta s imobilizačním syndromem je i psychický stav, který může ovlivňovat výsledek péče zdravotnického personálu, stejně tak jako jejich ochotu být soběstační či spolupracovat na léčbě.

Jako velmi pozitivní vnímám výsledky mého výzkumného šetření v oblasti aktivizace pacientů s imobilizačním syndromem, při němž nedochází v oblasti péče jen o polohování, ale i o aktivizaci za pomoci aktivizačních pomůcek a využívání nejnovějších metod jako ergoterapie, terapie hudbou apod.

Překvapujícím výsledkem, který vzešel z mého dotazníkového šetření, byla délka návštěvy, kterou strávil rehabilitační pracovník na daném oddělení. Je s podivem, že ve dvaceti případech ve státním i soukromém sektoru se zdržuje rehabilitační pracovník méně než dvě hodiny. Domnívám se, že zde hraje důležitou roli možný nedostatek rehabilitačních pracovníků v tomto oboru.

Podle Bukovjanové (2013), která se ve své bakalářské práci zabývala prevencí imobilizačního syndromu, bylo na základě jejího dotazníkového šetření zjištěno, že sestry mají dobré znalosti a informace o prevenci imobilizačního syndromu. Součástí autorčina dotazníkového šetření byly také otázky obdobné jako v mém dotazníkovém šetření, týkajících se délky ošetrovatelské praxe, u které autorce z výzkumu odpovědělo nejvíce respondentů, že nejvíce sester je s ošetrovatelskou praxí 4-10 let a 11-20 let, oproti mému dotazníkovému šetření, kdy odpovědělo nejvíce respondentů, že délka praxe je více jak 20 let. Dalším obdobným dotazem v autorčině dotazníkovém šetření bylo, jaké jsou základní opatření v prevenci imobilizačního syndromu, kde nejvíce respondentů odpovědělo, že sestry s pacienty polohují a pak časně vertikalizují a dostatečně hydratují pacienty. Z mého dotazníkového šetření také vyplynulo, že sestry s pacienty také polohují, dále je posazují, provádí s nimi dechová cvičení a masáže a pokud je neprovádí přímo ony, provádí tyto úkony rehabilitační pracovníci. Nedílnou součástí autorčina dotazníkového šetření bylo také zaměření na aktivizační pomůcky, kde stejně jako v mém dotazníkovém šetření došla autorka k závěru, že mezi nejčastěji používané aktivizační metody patří terapie hudbou, rádiem a televizí. Autorka se také tázala na používání antidekubitálních pomůcek u imobilních pacientů a nejvíce respondentů označilo pomůcky jako polštáře, molitanové podložky a chrániče na paty a boky. V mém dotazníkovém šetření nejvíce respondentů označilo pomůcky jako klíny, polštáře, válce, hady, evakuační podložky, sedací kruhy,

korýtka pro dolní končetiny a podložky pod paty. Z toho usuzuji, že jak v autorčině dotazníkovém šetření, tak v mém dotazníkovém šetření jsme došli k závěru, že sestry jsou na používání aktivizačních pomůcek zvyklé a patří k jejich každodenní činnosti (Bukovjanová, L., Prevence imobilizačního syndromu, 2013, file:///C:/Users/Petr/Downloads/bukovjanov%C3%A1_2013_bp.pdf).

Dále se problematikou aktivizace zabývala Duchková (2007), která ve své bakalářské práci porovnávala aktivizaci imobilních pacientů. Dotazníkové šetření bylo určeno všeobecným sestrám, a tázala se v něm také na délku praxe v oboru, kdy nejvíce respondentů odpovědělo v rozmezí 5 – 20 let, oproti tomu v mém dotazníkovém šetření byl počet nejčastějších odpovědí nad 20 let. Což je velmi rozporuplné. Autorka se také dotazovala na počet pacientů a nejvíce jejich respondentů odpovědělo 21 a více. V mém dotazníkovém šetření jsem se dotazovala na počet lůžek na oddělení, což úzce souvisí s počtem pacientů a dá se tedy dovodit, že počet lůžek je roven počtu pacientů. V této otázce odpovědělo nejvíce respondentů v mém dotazníkovém šetření 20 až 30 lůžek, což je téměř identické. Autorka se také ve své práci zabývala metodami aktivizace, mezi jejíž druhy nejčastěji patřily kognitivní rehabilitace, stimulace, trénování paměti, ergoterapie, muzikoterapie a bazální stimulace. V mém dotazníkovém šetření respondenti uvedli jako nejčastěji používané aktivizační metody u pacientů s imobilizačním syndromem televizi, rádio, zpívání, cviky na lůžku, skupinová cvičení, polohování, posazování, ergoterapii, četbu na lůžku, bazální stimulaci, nácvik soběstačnosti denních činností, nácvik stoje a nácvik chůze. Z mého dotazníkového šetření tedy vyplývá, že respondenti využívají více čtených aktivizačních metod. Autorka ve svém dotazníkovém šetření také došla ke stejnému závěru ohledně zapojení rodiny do aktivizace pacienta, kde stejně jako v mém dotazníkovém šetření vyšlo najevo, že rodina je zapojována do aktivizace (Duchková, A., Aktivizace imobilních pacientů v různých zdravotnických zařízeních, 2007, file:///C:/Users/Petr/Downloads/document.pdf).

Na závěr své diskuse bych ráda upozornila na to, že ačkoliv je celkově nastaven daný standard péče o pacienty s imobilizačním syndromem, ne každý vykonává své povolání stejně profesionálně a jelikož se jedná čistě o péči ovlivněnou lidským faktorem, i toto se samozřejmě odráží na výsledcích práce sester s pacienty.

Domnívám se, že výše zmíněná problémová část spočívá čistě v ohledu a návaznosti na financování péče o pacienty s imobilizačním syndromem a to jak v ohledu mzdového ohodnocení, tak i finančního zajištění chodu jednotlivých oddělení ať už v rámci soukromého či státního sektoru. Záleží na rozpočtu daných oddělení. Myslím si, že výrazné investice do tohoto sektoru, byť jen do vybavení oddělení, pokojů a s tím souvisejících zařízení by zvýšily úroveň zajištění služeb pacientům s imobilizačním syndromem a zároveň poukázaly na to, že tito pacienti nejsou řazeni do okrajové části obyvatel a není třeba se jim stranit.

3.4 Doporučení aktivizačních technik pro praxi určené pro nelékařský zdravotnický personál

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že k nejčastějším aktivizačním technikám patří polohování, posazování a nácvik soběstačnosti denních činností. Mezi další aktivizační techniky, které používají sestry u pacientů s imobilizačním syndromem, patří skupinová cvičení, cviky na lůžku, ergoterapie, četba na lůžku, sledování televize, poslech rádia, zpívání, nácvik stoje, nácvik chůze a v neposlední řadě bazální stimulace. Nejzákladnějším a zároveň z mého pohledu nejlepším konceptem v péči o imobilního pacienta je koncept bazální stimulace. Z toho vyplývá moje doporučení pro praxi, kde by bylo vhodné, aby všeobecné sestry zařadily do péče o pacienty s imobilizačním syndromem i základy bazální stimulace. Týká se to především podpory zachovalých schopností a to komunikačních i pohybových a zařazení rodiny do ošetrovatelského procesu. U pacientů s nezvratnými změnami tělesného a duševního stavu bazální stimulace podporuje výrazně kvalitu jejich života. Při vykonávání péče o pacienta s imobilizačním syndromem je potřeba si uvědomit, že je nutné přistupovat k pacientovi holisticky, tedy jako k biologické, psychické a sociální bytosti. Ve všech těchto rovinách by základní zásady měly být dodržovány nejen veškerým personálem zařízení, ale také všemi osobami, které k pacientovi přistupují. Mezi základní prvky konceptu bazální stimulace patří komunikace, pohyb a vnímání a samozřejmě jejich vzájemné propojení. Nelékařský zdravotnický personál se s pacientem upoutaným na lůžko setkává ve všech každodenních činnostech. Jedná se o činnosti spojené s péčí o pacienta, jako je hygiena a s ní spojené přesuny na lůžku, či z lůžka na koupací lůžko, polohování, oblékání, výměna inkontinentních pomůcek, sycení, napájení, ale také rehabilitace, bazální stimulace, nácvik sebeobsluhy, pokud to umožňuje pacientův stav, čištění chrupu atp. Pro podporu komunikace může podle druhu postižení pomáhat sociální kontakt s rodinou, aktivizace pomocí ergoterapie, činnost podporující zejména kognitivní funkce pacienta (paměť, pozornost, vnímání, myšlení) a to sledováním televize nebo poslechem rozhlasu, komunikační dovednosti (např. četba, poslech textu s jeho porozuměním, dialog) a dle možností skupinová terapie, popřípadě klinický logoped.

V příloze č. 3 přikládám edukační kartu, která může sloužit jako podpůrný prostředek ke stanovení a dosažení edukačních cílů a je určena pro nelékařské zdravotnické pracovníky v adaptačním procesu.

3.5 Závěr

Hlavním cílem mého dotazníkového šetření bylo zjistit, jaké se používají v Léčebnách dlouhodobě nemocných, na odděleních Následné péče a na odděleních Geriatrie aktivizační metody.

Dle výsledků mého výzkumného šetření se na výše zmíněných oddělení používají aktivizační metody jako polohování, posazování, nácvik stoje, nácvik chůze, cviky na lůžku, skupinová cvičení, nácvik soběstačnosti v denních činnostech, sledování televize, poslech rádia, četba na lůžku, zpívání, ergoterapie a bazální stimulace. Aktivizační metody jsou na všech oslovených odděleních rozmanité a tato zařízení jsou na základě vyhodnocení výsledků dle mého názoru a několikaleté praxe v oboru na velmi dobré úrovni. Stanovený hlavní cíl byl splněn.

Dílčími cíli mého výzkumného šetření bylo zjistit, jaký je obvyklý počet nelékařského zdravotnického personálu v jedné službě a jak často jsou pacienti s imobilizačním syndromem v rámci denní služby aktivizováni a které z aktivizačních pomůcek se pro aktivizaci pacienta v jednotlivých zařízeních používají.

Počet nelékařského zdravotnického personálu je v denní službě u všech zdravotnických zařízeních uspokojující. O pacienty v denní službě pečuje tým o dvou až pěti členech nelékařského zdravotnického personálu. Domnívám se, že v denní službě je počet dvou nelékařských zdravotnických pracovníků nedostatečný, protože u dvaceti imobilních pacientů nemůže tým dvou pracovníků plnohodnotně zajistit kompletní ošetrovatelskou péči. Pacienty s imobilizačním syndromem aktivizují nejčastěji polohováním, posazováním a nácvikem soběstačnosti v denních činnostech. V soukromém sektoru se prokázalo, že aktivizují častěji než ve státním sektoru, ale to může být ovlivněno tím, že ve státním zařízení většinu aktivizačních metod provádí rehabilitační pracovníci a rehabilitační pracovníci dotazník nevyplňovali. Dotazník byl určen pouze pro všeobecné sestry. Zároveň je možné, že některé sestry vyplnily dotazník mylně, protože ony tu aktivizaci neprovádí, ale aktivizace je prováděna rehabilitačními pracovníky. Alarmující je počet nelékařského zdravotnického personálu v noční směně. Graficky bylo prokázáno, že převážně slouží pouze jedna sestra. Je znepokojivé, že pouze jedna sestra má na starost celé oddělení během své noční služby a není tedy možné, aby plnohodnotně obstarala všechny pacienty s imobilizačním syndromem kompletně a zároveň všechny pacienty napoložovala. K imobilnímu pacientovi by měly přistupovat dle mého názoru dvě sestry nebo sestra a sanitář, ale sama sestra, i přes veškerou snahu, nemá možnost takového pacienta správně napoložovat. Tím vzniká nepřetržitý kolotoč problémů s imobilními pacienty. Pokud se s pacienty v noci nepoložuje, dochází ke vzniku proleženin a následná denní rehabilitace či polohování jsou značně ovlivněny a vzhledem k nutnému hojení ran je občas i rehabilitace vyloučena. Sestry, které přes den s pacienty polohují pravidelně, nemohou ovlivnit nedostatečné polohování pacientů během noční směny a mají pak ztíženou práci během

následné denní směny, a právě kvůli nedostatečnému polohování je pacient ohrožen vznikem dekubitů. Tento cíl byl také splněn.

Dle výzkumného šetření jsou pacienti s imobilizačním syndromem aktivizováni polohováním, a to více než pětkrát denně, posazováním třikrát denně a dechovými cviky a masážemi minimálně jednou denně. Aktivizačními pomůckami, které všeobecné sestry využívají k aktivizaci pacienta s imobilizačním syndromem, jsou míčky, plyšové hračky, abeceda, zvukový hudební nástroj, dřevěné hmatové kostky a dřevěné kuličky. Všeobecné sestry zde také uváděly a jiné aktivizační pomůcky. Tyto stanovené dílčí cíle byly také splněny.

Nedílnou součástí mého výzkumného šetření bylo také zjistit, zda existují rozdíly mezi aktivizací pacientů s imobilizačním syndromem ve státním a soukromém sektoru v četnosti a metodách aktivizace.

Rozdíl mezi aktivizací pacientů s imobilizačním syndromem ve státním a soukromém sektoru existuje. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že v aktivizaci polohováním v rámci prevence proleženin lépe vychází státní sektor. Co se týče aktivizace posazováním, zde rozdíl mezi státním a soukromým sektorem není. Četnost aktivizace dechovými cvičeními v rámci prevence pneumonie je vyšší ve státním sektoru a aktivizace pasivních rehabilitací v rámci prevence svalových kontraktur je častěji prováděna v soukromém sektoru. Tyto výsledky však nepovažuji za relevantní z důvodu možnosti provádění těchto činností rehabilitačním pracovníkem.

Na závěr považuji za nutné zmínit, že důležitou složkou v péči o pacienty s imobilizačním syndromem na oddělení Geriatrie, oddělení Následné péče a v Léčebnách dlouhodobě nemocných je bezesporu komplexní péče lékařského i nelékařského zdravotnického personálu. Nelékařský zdravotnický personál bývá však často dle mého názoru mzdově podhodnocen, uchazečů o zaměstnání v tomto oboru není mnoho a nelékařský personál není ke své práci dostatečně motivován. I přes tyto negativní aspekty vyhodnocuji svůj kvantitativní výzkum pozitivně.

Jsem velmi ráda, že jsem měla možnost zhodnotit, jak aktivizují pacienty s imobilizačním syndromem i v jiných zařízeních a mohla jsem porovnat, zda se aktivizace pacientů liší ve státním a soukromém sektoru. Tím jsem naplnila všechny mé cíle výzkumné práce.

4 Seznam použité literatury:

1. BALNEROVÁ, Eva, Komplexní léčba dekubitů u geriatrických pacientů, Florence. 2012, roč. 8, č. 3, s. 38-39. ISSN: 1801-464X.
2. BERÁNKOVÁ, Dagmar, KRULOVÁ, Petra, MINARČÍKOVÁ, Jana, NILIUS, Petr, POUCHLÝ, Jan, RESSNER, Pavel, ZAPLETALOVÁ, Olga, Sledování efektu kognitivní rehabilitace u pacientů s mírnou kognitivní poruchou a zjištěnou vzniklou atrofií mozku, Central European Journal of Nursing and Midwifery. 2015, roč. 6, č. 4, s. 360-366. ISSN: 2336-3517 (online).
3. BLACK, Joyce, Dressing for the prevention of pressure ulcers: what is the evidence?, Léčba ran. 2015, roč. 2, č. 3, s. 8-11. ISSN: 2336-520X; (OCOLC)900134358.
4. BÝMA, Svatopluk, ČERVENÝ, Rudolf, TOPINKOVÁ, Eva, Geriatrie: novelizace 2014, Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, c2014. 29 s.: tab.; 30 cm. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře.
5. ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav, ROGALEWICZ, Vladimír, ŠKAMPOVÁ, Venuše, Ambulatory geriatrics in the Czech Republic: A survey of geriatricians' opinions, Kontakt. 2014, roč. 16, č. 2, s. 143-155. ISSN: 1212-4117; 1804-7122 (elektronická verze).
6. DORKOVÁ, Zlatica, HERÁNKOVÁ, Eva, KALA, Miroslav, SNOPEK, Petr, Polohování dlouhodobě imobilních a terminálních pacientů, Rehabilitace a fyzikální lékařství. 2016, roč. 23, č. 2, s. 96-100. ISSN: 1211-2658; 1805-4552 (elektronická verze).
7. DUČALOVÁ, Jarmila, LITVÍNOVÁ, Blažena, Imobilizační syndróm a možnosti prevencie, Zdravotníctví a medicína. 2016, roč. 2016, č. 4 (Sestra), s. 30-31. ISSN: 2336-2987. Sestra. 2016, s. 30-31. ISSN: 1210-0404.
8. EHRLICHOVÁ, J, HLADÍKOVÁ, M., STEPÁN, J, Therapieergebnisse und Anwendungssicherheit von Symphytum-Herba-Extrakt-Creme in der Behandlung von Dekubitus, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2014, roč. 47, č. 3, s. 228-35. ISSN: 0948-6704; 1435-1269 (elektronická verze).
9. HOFŠTETROVÁ – KNOTKOVÁ, Michaela, MULLEROVÁ, Nina, ŠMÍDOVÁ, Alena - Nový portál pro prevenci dekubitů - dekubity.eu, Zdravotníctví a medicína.

- 2015, roč. 2015, č. 3 (Sestra), s. 21. ISSN: 2336-2987. Sestra. 2015, s. 21. ISSN: 1210-0404.
10. HOLANOVÁ, Zuzana, JURAŠKOVÁ, Božena, - Efektivita a návaznost jednotlivých systémů péče o geriatrického pacienta, Geriatrie a gerontologie. 2014, roč. 3, č. 2, s. 71-81. ISSN: (OCOLC)798991883; 1805-4684.
 11. HOLMEROVÁ, Iva, Kam směřuje evropská geriatrie, Geriatrie a gerontologie. 2014, roč. 3, č. 2, s. 100-102. ISSN: (OCOLC)798991883; 1805-4684.
 12. HOLMEROVÁ, Iva et al., Dlouhodobá péče geriatrické aspekty a kvalita péče, 1. Vydání, Praha: Grada, 2014, 176 s., ISBN 978-80-247-5439-0.
 13. HOŠKOVÁ, Květoslava, Následná péče o pacienty po CMP ve Švýcarsku, Florence. 2016, roč. 12, č. 11, s. 42-45. ISSN: 1801-464X.
 14. KANE, Robert, L., Essentials of clinical geriatrics, 7th ed. New York, N.Y.: McGraw-Hill, c2013. xvii, 506 s.: il. (některé barev.), tab.; 23 cm., McGraw-Hill education.
 15. LABÁKOVÁ, Martina, MLČOCHOVÁ, Eva, Role fyzioterapeuta v následné zdravotní péči, Sestra. 2012, roč. 22, č. 2, s. 51-53. ISSN: 1210-0404.
 16. MALÍKOVÁ, Eva, Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních, 1. Vydání, Praha: Grada, 2011, 328 s., ISBN 978-80-247-3148-3.
 17. MLČOCHOVÁ, Denisa, MURÍNOVÁ, Irena, Prevence deliria u geriatrických pacientů, Gerontologie. 1. vyd.. Praha: Karolinum, 2014. 2014, s. 93-102. ISBN: 978-80-246-2628-4.
 18. NOVÁKOVÁ, Martina, Péče o seniory, následná péče - z pohledu geriatra, Zdravotnické fórum. 2013, roč. 2013, č. 4, s. 25-27. ISSN: 1804-9664.
 19. PIECKOVÁ, Lenka, Rehabilitační ošetřovatelství v práci sestry, Sestra. 2012, roč. 22, č. 6, s. 34-35. ISSN: 1210-0404.
 20. PLEVOVÁ, Ilona et al. *Management v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
 21. POKORNÁ, Andrea, Ošetřovatelství v geriatrii, 1. Vydání. Praha: Grada, 2013, 202 s., ISBN 978-80-247-4316-5.
 22. POKORNÁ, Andrea, Komunikace se seniory, 1. Vydání, Praha: Grada, 2010, 160 s., ISBN 978-80-247-3271-8.
 23. PUMRLOVÁ, Martina, Trénování paměti aneb aktivizace seniorů v LDN, Zdravotnické noviny. 2012, roč. 61, č. 7, s. 17. ISSN: 1805-2355; 1214-7664 (elektronická verze).

24. STARNOVSKÁ, Tamara, Výživa, nedílná součást léčby ran, Léčba ran. 2015, roč. 2, č. 2, s. 8-9. ISSN: 2336-520X; (OCoLC)900134358.
25. ŠÁTEKOVÁ, Lenka, ŽIAKOVA, Katarina, Validity of pressure ulcer risk assesment scales: review, Central European Journal of Nursing and Midwifery. 2014, roč. 5, č. 2, s. 85-92. ISSN: 2336-3517 (online).
26. ŠVESTKOVÁ, Sabina, Léčba nehojících se ran u geriatrických pacientů, Zdravotnictví a medicína. 2015, roč. 2015, č. 3 (Sestra), s. 22-24. ISSN: 2336-2987. Sestra. 2015, s. 22-24. ISSN: 1210-0404.
27. TOMSOVÁ, Jana, ZELENÁ, Anna, Polohování - nedílná součást terapie a každodenní péče o pacienta, Geriatrie a gerontologie. 2014, roč. 3, č. 3, s. 118-122. ISSN: (OCoLC)798991883; 1805-4684.
28. VACKOVÁ, Věra, Oddělení následné péče ve FN Hradec Králové, Diagnóza v ošetrovatelství. 2012, roč. 8, č. 5 (Diagnóza na konferenci), s. 43-44. ISSN: 1801-1349.
29. ZAPLETALOVÁ, Zuzana, Léčba a prevence dekubitů, Diagnóza v ošetrovatelství. 2012, roč. 8, č. 4 (Diagnóza na konferenci), s. 43-44 příl. ISSN: 1801-1349.
30. <http://www.cggs.cz/cz/koncepcegeriatrie/>
31. http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/zakon_96-2004-1.html
32. <https://detskepomucky.cz/kategorie-produktu/seniori/>
33. <https://www.hledamzdravi.cz/imobilizacni-syndrom/>
34. <http://www.medvik.cz/link/bmc14055533>
35. <http://www.medvik.cz/link/bmc16005329>
36. file:///C:/Users/Petr/Downloads/bukovjanov%C3%A1_2013_bp.pdf
37. <file:///C:/Users/Petr/Downloads/document.pdf>

Přílohy:

1. Dotazník

Dotazník pro všeobecné sestry na téma:

„AKTIVIZACE PACIENTŮ S IMOBILIZAČNÍM SYNDROMEM“

Vážené kolegyně, jmenuji se Ivana Kučerová a jsem studentkou 3. ročníku 1. LF UK.

Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku, týkající se kvantitativního výzkumu na téma „Aktivizace pacientů s imobilizačním syndromem“. **Dotazník je zcela anonymní.**

Velice Vám děkuji za spolupráci.

1. V jakém typu zdravotního zařízení pracujete?
 - Ve státním zařízení
 - V soukromém zařízení
2. Pracujete na:
 - LDN
 - Následné péči
 - Geriatrii
3. Jak dlouhá je Vaše praxe v oboru?
 - Do 2 let
 - Do 5 let
 - Do 10 let
 - Do 20 let
 - Do 30 let
 - 30 let a více
4. Kolik lůžek máte na Vašem oddělení?
 - Do 10 lůžek
 - 10-20 lůžek
 - 20-30 lůžek
5. Jaký je obvyklý počet nelékařského zdravotnického personálu v denní službě?
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - Více

6. Jaký je obvyklý počet nelékařského zdravotnického personálu v noční službě?
- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - Více
7. Jak často pacienty v rámci prevence proleženin polohujete?
- 1xdenně
 - 2xdenně
 - 3xdenně
 - 4xdenně
 - 5xdenně
 - Více krát denně
8. Jak často pacienty posazujete – v lůžku nebo do křesla?
- 1xdenně
 - 2xdenně
 - 3xdenně
 - 4xdenně
 - Obvykle neprovádíme
9. Provádíte dechová cvičení a masáže v rámci prevence pneumonie?
- Ano
 - 1xdenně
 - 2xdenně
 - 3xdenně
 - Více krát denně
 - Ne
10. Provádíte pasivní rehabilitaci v rámci prevence svalových kontraktur?
- Ano
 - 1xdenně
 - 2xdenně
 - 3xdenně
 - Více krát denně
 - Ne
11. Jaké používáte aktivizační pomůcky? Můžete zaškrtnout i více odpovědí.
- Míčky
 - Plyšové hračky
 - Abecedu
 - Zvukový hudební nástroj
 - Dřevěné hmatové kostky
 - Dřevěné kuličky
 - Jiné

12. Jaké používáte polohovací pomůcky? Můžete zaškrtnout i více odpovědí.

- Klíny
- Polštáře
- Válce
- Hady
- Evakuační podložka pro přesun pacienta
- Sedací kruhy
- Korýtka pro dolní končetiny
- Podložky pod paty
- Jiné

13. Jak často na Vaše oddělení dochází RHB pracovník?

- 1xdenně
- 2xdenně
- 3xdenně
- Je přítomen trvale

14. Na jak dlouhou dobu je obvykle RHB pracovník při své návštěvě na oddělení k dispozici? (Jak dlouho se na oddělení obvykle zdrží?)

- Méně než 1hodinu
- 1hodinu
- 2hodiny
- Více

15. Edukujete rodinné příslušníky v možných způsobech aktivizace pacienta?

- Ano
- Ne

16. Jaké aktivizační metody využíváte u pacientů s imobilizačním syndromem na Vašem oddělení nejčastěji? Prosím uveďte.

.....
.....
.....
.....

Hlavním cílem mého dotazníkového šetření je zjistit, jaké se používají v Léčebnách dlouhodobě nemocných, na odděleních Následné péče a na odděleních Geriatrie aktivizační metody.

Dílními cíli je zjistit, kolik nelékařského zdravotnického personálu slouží v jedné službě a jak často jsou pacienti s imobilizačním syndromem v rámci denní služby aktivizováni. Dalším dílním cílem je zjistit, zda existuje rozdíl mezi aktivizací pacientů s imobilizačním syndromem ve státním a soukromém sektoru v četnosti a metodách aktivizace.

2. Žádost o umožnění dotazníkového šetření pro studijní účely

Žádost o umožnění dotazníkového šetření pro studijní účely			
Příjmení, jméno, titul, podpis žadatele			
Kontaktní adresa			
Telefon			
E-mail			
Škola/fakulta			
Obor studia			
Téma práce			
Vedoucí práce			
Termín sběru dat			
Počet dotazníků			
Pracoviště, kde bude šetření probíhat			
Zjišťované informace			
Forma prezentace dat			
Poučení pro žadatele:	Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech zjištěných dotazníkovým šetřením. Dotazníky musí být anonymní formou. Se žádostí nutno doložit vzor dotazníku.		
Vyjádření vedení nemocnice			
Vyjádření hlavní sestry	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Datum		Razítko, podpis	

3. Edukační karta pro nelékařské zdravotnické pracovníky v adaptačním procesu

EDUKAČNÍ KARTA PRO NELÉKAŘSKÉ ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY V ADAPTAČNÍM PROCESU		
1.	EDUKOVAT RODINU	Seznámit pacienta a jeho rodinné příslušníky s problematikou imobilizačního syndromu, ošetrovatelskou péčí, aktivizačními metodami a možnými aktivizačními a polohovacími pomůckami
2.	POLOHOVÁNÍ	Vykonávat přes den po 2 hodinách, v noci po 3 až 4 hodinách a to střídat polohu na zádech, na levém boku, na pravém boku, polohu semisupinační, polohu semipronační a dle stavu pacienta
3.	POSAZOVÁNÍ	Provádět min. 3 x denně a to v lůžku či do křesla dle stavu pacienta
4.	DECHOVÁ CVIČENÍ A MASÁŽE	Provádět min. 3 x denně a to dýchání nosem a břišní dýchání (provádí se vleže na zádech, pacienta vyzvěte k provedení pomalého hlubokého nádechu a sledujte, jak se břicho při nádechu zvedá a při výdechu klesá), poklepové masáže hrudníku a zad provádět pomocí kloubů ruky a masáže s mentolovým krémem vtíravými pohyby v oblasti hrudníku a zad a dle stavu pacienta
5.	POLOHOVACÍ POMŮCKY	Používat při polohování (klíny, polštáře, válce, hady, evakuační podložka pro přesun pacienta, sedací kruhy, korýtka pro dolní končetiny, podložky pod paty)
6.	AKTIVIZAČNÍ METODY	Používat min. 2x denně (míčky, plyšové hračky, abeceda, zvukové hudební nástroje, dřevěné hmatové kostky, dřevěné kuličky)
7.	BAZÁLNÍ STIMULACE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Přivítat se a rozloučit s osobou vždy stejnými slovy ✓ Dodržovat iniciální dotek ✓ Hovořit zřetelně, jasně a ne příliš rychle ✓ Nezvyšovat hlas a hovořit přirozeným tónem ✓ Dbát, aby naše mimika, tón našeho hlasu a gestikulace odpovídaly významu našich slov ✓ Používat takovou formu komunikace, na kterou byl náš pacient zvyklý ✓ Nepoužívat v řeči zdrobněliny ✓ Nehovořit s více osobami najednou ✓ Při komunikaci redukovat rušivý zvuk okolního prostředí ✓ Umožnit reagovat pacientovi na naše slova

