

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U SENIORŮ
S PORUCHOU POHYBOVÉ AKTIVITY**

Bakalářská práce

JANA POLODNOVÁ

Stupeň klasifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Maříková

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Polodnová Jana
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 25. 10. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u seniorů s poruchou pohybové aktivity

Nursing Process for Geriatric People with Impaired Physical Activity

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lenka Maříková
Konzultant bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 31. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

Podpis:

ABSTRAKT

POLODNOVÁ, Jana. *Ošetrovatelský proces u seniorů s poruchou pohybové aktivity*. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Stupeň klasifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Lenka Maříková. Praha. 2013. 68 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u seniorů s poruchou pohybové aktivity. Teoretická část práce je rozdělena na čtyři okruhy. První okruh se zabývá gerontologií a geriatrií, druhý pohybovou aktivitu seniorů, třetí edukací seniorů a čtvrtý specifikou modelu Dorothey Elisabethy Orem. Praktickou část tvoří kazuistika pacienta s nekrózou hlavice pravého femuru, stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA taxonomie I., plánování, intervence, realizace, vyhodnocení a celkové zhodnocení ošetrovatelské péče.

Klíčová slova:

Edukace. Kompenzační pomůcky. Model D. E. Orem. Nemoci pohybového aparátu. Ošetrovatelský proces. Pohybová aktivita. Senior.

ABSTRACT

POLODNOVÁ, Jana. *Nursing Process for Retired People with Disorders of Movement*. The College of Nursing, o.p.s Degree: Bachelor (Bc) Tutor: Mgr. Lenka Maříková. Prague. 2013. 68 pages.

The topic of my bachelor thesis is the nursing process for retired people with disorders of movement. The theoretical part is divided into four parts. The first part deals with gerontology and geriatrics. The second part deals with movement activities of retired people. The third part deals with education for retired people and the fourth part deals with specific model by Dorothea Elisabeth Orem. The practical part creates casuistry about a patient with necrosis of the right head of femur, determination of nursing diagnosis according to NANDA taxonomy I., planning, intervention, implementation, evaluation and whole evaluation of nursing care.

Keywords:

Education. Compensatory Aid. Model by D.E. Orem. Disease of Movement Apparatus. Nursing Process. Movement Activities. Retired People.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM ZKRATEK

ÚVOD.....	10
1 Gerontologie a geriatrie.....	11
1.1 Rozdělení věku a zvláštnosti vyššího věku.....	12
1.2 Členění věkových kategorií.....	12
1.3 Zdravotní a duševní problémy u seniorů.....	13
1.4 Specifika ošetrovatelské péče u seniorů.....	15
2 Pohybová aktivita.....	18
2.1 Význam pohybu pro seniory.....	19
2.2 Nemoci pohybového aparátu.....	20
2.3 Syndrom hypomobility.....	21
2.4 Prevence úrazů u seniorů.....	23
2.5 Cvičení vhodná pro seniory.....	23
2.6 Rehabilitační prostředky v sesterské praxi.....	25
2.7 Kompenzační pomůcky usnadňující seniorům pohyb.....	27
3 Edukace seniorů.....	29
3.1 Specifika edukace seniorů.....	29
3.2 Fáze edukace.....	30
4 Ošetrovatelský proces podle modelu Dorothy Elisabethy Orem-Teorie deficitu sebepéče.....	32
4.1 Požadavky sebepéče.....	33
5 Aplikace teorie D. Oremové do ošetrovatelského procesu.....	34
5.1 Identifikační údaje.....	35
5.2 Vitální funkce seniora.....	36
5.3 Anamnéza.....	36

5.4 Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou provedené dne 14. 1. 2013.....	40
5.5 Objektívni pozorování při rozhovoru.....	41
5.6 Utřídění informací podle teorie D. Oremové ze dne 14. 1. 2013.....	42
5.7 Medicínský management.....	50
5.8 Situační analýza ze dne 14. 1. 2013.....	54
5.9 Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich uspořádání dle priorit.....	55
5.9.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	55
5.9.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy.....	56
5.10 Ošetrovatelské diagózy dle NANDA taxonomie I.....	57
6 Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče.....	63
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	64
ZÁVĚR.....	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Identifikační údaje.....	35
Tabulka 2 – Vitální funkce seniora.....	36
Tabulka 3 – Farmakologická anamnéza.....	37
Tabulka 4 – Klasifikace funkčních úrovní sebepěče podle M. Gordonové.....	41
Tabulka 5 – Utřídění informací podle teorie D. Oremové.....	42
Tabulka 6 – Výsledky biochemického vyšetření krve	51
Tabulka 7 – Výsledky krevního obrazu.....	52

SEZNAM ZKRATEK

ACD	arteria coronaria dextra
AIM	akutní infarkt myokardu
CT	počítačová tomografie
DM	diabetes mellitus
EKG	elektrokardiograf
ICHS	ischemická choroba srdeční
KO	krevní obraz
RMS	ramus marginalis sinister
RTG	rentgen
RTG S+P	rentgen srdce + plíce
TEP	totální endoprotéza
UZ	ultrazvuk

ÚVOD

K výběru bakalářské práce na téma „Ošetrovatelský proces u seniorů s poruchou pohybové aktivity“ mě inspirovalo mé přesvědčení, že péče o seniory není v dnešní společnosti taková, jaká by měla být.

Seniory většina z nás považuje za přítěž společnosti. Neuvědomujeme si, že ale nynější senioři byli také mladí a že se tedy s postupem času dostaneme do stejné situace jako oni.

Cílem této práce bylo seznámit a přiblížit problematiku pohybové aktivity seniorů. Pohybová aktivita se řadí mezi jeden z úspěšných faktorů dobrého stárnutí a zdravého stáří. Pravidelný pohyb zajišťuje seniorům, dosáhnout takové úrovně fyzické obratnosti a výkonnosti, která jim umožní soběstačnost.

Bakalářská práce má dvě části teoretickou a praktickou. V teoretické části se zaměřujeme na geriatrii a gerontologii, pohybovou aktivitu (její význam pro seniory, cvičení a rehabilitaci pro seniory, prevenci úrazů, kompenzační pomůcky usnadňující pohyb), edukaci a na model Dorothey Elisabethy Oremové. V praktické části aplikujeme teorii D. E. Oremové do ošetrovatelského procesu o pacienta s nekrózou hlavice pravého kyčelního kloubu.

Práce může být inspirací pro studenty oboru všeobecné sestry, dále pro laickou i odbornou veřejnost, kterou můžeme seznámit s problematikou pohybové aktivity seniorů.

1 Gerontologie a geriatric

Gerontologie je vědní obor, který definujeme jako multidisciplinární souhrn poznatků o stárnutí a stáří, nelze ji definovat jako samostatnou vědní disciplínu. Gerontologické ošetrovatelství se zabývá starým člověkem a zaměřuje se na uspokojování jeho potřeb. Je to komplexní ošetrovatelská péče vedoucí k upevnění zdraví, k dosažení soběstačnosti seniora a ke zmírnění choroby. Gerontologické ošetrovatelství má za cíl pomoci geriatrickému pacientovi a jeho rodině v činnostech vedoucích k uzdravení, přispívajících k podpoře zdraví nebo zajistit důstojné umírání, či smrt (MUHLPACHR, 2005; POLEDNÍKOVÁ, 2006).

Gerontologie je rozdělena na tři části:

- **gerontologie sociální**, která zkoumá dopady stáří a stárnutí na člověka. Sleduje sociální a společenské okolnosti, které stárnutí ovlivňují, a v neposlední řadě prošetřuje a zařazuje sociální potřeby stárnoucích lidí a seniorů. (MUHLPACHR, 2005; POLEDNÍKOVÁ, 2006).
- **gerontologie experimentální** studuje psychologické a biologické procesy stárnutí člověka, zabývá se biologickými studii tkání, orgánů, organismů a stárnutí buněk.
- **gerontologie klinická** zkoumá zvláštnosti chorob ve stáří a upřesňuje hlediska léčby. Bývá nazvána geriatricí (HAŠKOVCOVÁ, 2002).

Geriatric - je samostatný obor interdisciplinárního charakteru. Geriatric se zaměřuje na starého a stárnoucího člověka a to ať ve zdraví nebo v nemoci. Studuje rozdíly nemocí ve stáří a jejich důsledky, jedná se především o nemoci chronického rázu, spojené s úbytkem funkčního potenciálu, snížením soběstačnosti i narůstáním závislosti. Zabývá se prevencí, diagnostikou, rehabilitací, terapií a ošetrovatelskou péčí. Je v blízké spolupráci s jinými lékařskými obory a seskupuje jejich poznatky (WEBER, 2000).

Cílem geriatric je včasné objevení akutní nemoci a její léčba. Pozorování a léčba chronických nemocí, uplatňování primární, sekundární a terciární prevence i snaha

dosáhnout co nejvyšší soběstačnosti, nezávislosti a funkční zdatnosti seniora (NÉMETH, 2009).

1.1 Rozdělení věku a zvláštnosti vyššího věku

Věk můžeme dělit na kalendářní, funkční, sociální, biologický a psychologický, přičemž kalendářní udává skutečný prožitý čas (NÉMETH, 2009).

Funkční věk odpovídá funkčnímu potenciálu člověka. *Sociální věk* obsahuje přítomnost či nepřítomnost dlouhodobých životních plánů a životního programu. Stárnutí v oblasti sociální zapříčiňuje změna životního stylu, životního programu a do určité míry i změna finančních možností. *Biologický věk* je důsledkem genetické výbavy daného jedince, působením vnějších vlivů a nemocemi, které byly za život prodělány. V lidském organismu se dotýká všech systémů. *Psychologický věk* udává subjektivní pocity jednotlivce a jeho náladu. Projevem psychického stárnutí je, že dojde ke snížení poznávacích schopností, zhorší se paměť, sníží se koncentrace pozornosti a psychomotorické tempo (NÉMETH, 2009).

Není neobvyklé, že senior může vést plný, nezávislý a kvalitní život, ale na druhé straně je nutno si uvědomit, že stáří je stadium, kdy se určité nemoci a poruchy vyskytují častěji. Stárnutí je naprosto individuální. Dochází například u seniora k častým zlomeninám, z důvodu křehkosti kosti, která je důsledkem snížení kostní hustoty a zmenšení svalové hmoty. Dále senior může trpět podvýživou, senzoricou poruchou (porucha zraku, sluchu a chuti) a snížením průchodnosti cév. (HOLMEROVÁ et al., 2002).

1.2 Členění věkových kategorií

Život nás všech začíná narozením a končí smrtí v určitých vývojových etapách. Jakákoli etapa má své zákonitosti, které z ní plynou, mají vliv na kvalitu, rozsah a způsob našeho života. Kterýkoliv vývojové období nás v něčem limituje a v něčem nám naopak dává jisté možnosti. To se týká i období stáří a stárnutí. Stárnutí je chápáno spíše negativně, je s ním spojována nesoběstačnost, neschopnost vést samostatný život

a nutnost odkázání na pomoci druhých. Pro spoustu lidí je však stáří jedním z nejbáječnějších období. Mohou realizovat vše, co z různých příčin nestihli a využít šanci každého dne (MALÍKOVÁ, 2011).

Věkové kategorie dělíme:

dle světové zdravotnické organizace se věkové kategorie dělí takto:

30 - 44 let: dospělost

45 - 59: střední věk (nebo též zralý věk)

60 - 74: senescence (počínající, časné stáří)

75 - 89: kmetství (neboli senium, vlastní stáří)

90 let a více: patriarchum (dlouhověkost)

V současnosti je hodně užívané a rozšířené členění stáří podle Mühlpachra:

65 – 74 let: mladí senioři (problematika penzionování, volného času, aktivit)

75 – 84 let: staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh nemocí)

85 let a více: velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení)

1.3 Zdravotní a duševní problémy u seniorů

Do zdravotních problémů seniorů řadíme *geriatrickou křehkost*. U seniora dochází ke zhoršení stability, pohyblivosti, smyslového vnímání, jemné motoriky, kognitivních schopností a svalové síly. K hlavním příčinám patří involuční změny (ztráta svalové hmoty, svalová atrofie atd.), chorobné změny (osteoporóza, ateroskleróza atd.) a vliv životního způsobu (porucha výživy) (TOPINKOVÁ, 2005).

Typickým příznakem objevujícím se ve stáří je *instabilita*. Instabilita je důsledkem zeslabení prostorového a senzuálního vnímání a snížení funkce a koordinace muskuloskeletárního systému (TOPINKOVÁ, 2005).

U poloviny osob starších 65let se objevuje *nestabilita a závrať*. Závrať je, když senior vnímá zdánlivý pohyb okolí vůči sobě v různých směrech. Nastane ztráta přesného rozeznání polohy těla či jeho částí v prostoru, což může přispívat ke vzniku vrávoravé chůze nebo pádu (TOPINKOVÁ, 2005).

Imobilizační syndrom má vážné následky a vzniká v souvislosti s omezením pohybu seniora. Seniorsy ohrožuje vznik proleženin (ztráta kostní a svalové hmoty), zácpy (snížená motilita zažívacího traktu), sraženin (zpomalení krevního oběhu) a v neposlední řadě může nastat retence moči (HOLMEROVÁ et al., 2002).

Do dalších problémů, které seniora ohrožují, řadíme *pád a poruchu chůze*. Pád definujeme jako změnu polohy, končící dotykem těla a země. Doprovázený může být ztrátou vědomí a poraněním (HOLMEROVÁ et al., 2002; POLEDNÍKOVÁ, 2006).

Za součást běžného stárnutí můžeme považovat *smyslové poruchy*. U velké většiny seniorů dochází k poruše sluchu, tu lze kompenzovat pomůckami (sluchadlo) či odstraněním příčiny poruchy sluchu. U poruchy zraku se jedná o zhoršení poddajnosti čočky či zákalu čočky. Strava seniorů by měla být chuťově výrazná, jelikož ubývá také chuť a čich (HOLMEROVÁ et al., 2002).

Porucha výživy tzv. malnutrice vzniká nevhodnou nebo nepostačující stravou, což vede ke snížení celkové tělesné váhy, k úbytku tukové tkáně a k metabolickým a somatickým změnám. U malnutrice klesá fyzická výkonnost, tím pádem senior nemá sílu pohybovou aktivitu provádět (HOLMEROVÁ et al., 2002; TOPINKOVÁ, 2005).

Jako poslední zdravotní problém seniorů uvedeme *bolest*. Je to nepříjemný citový a smyslový prožitek vytvořený eventuálním či opravdovým poškozením tkáně nebo psychologickými faktory (TOPINKOVÁ, 2005).

Do duševních poruch řadíme *demenci*, je to syndrom, který je příznačný poruchou pozornosti, myšlení, paměti, intelektových schopností, emotivity, osobnosti a vůle. U demencí se užívají různé druhy aktivizačních činností, jsou to například terapie pracovní, hrou, psychomotorická, literární, hudební, fyzioterapie, psychoterapie, terapie za účasti zvířete a jiné (PIDRMAN et al., 2005; SMÍTALOVÁ, 2009).

Delirium se řadí mezi kvalitativní poruchy vědomí. Jedná se o poruchu činnosti mozku. Příčinou může být srdeční selhání, infekční onemocnění, retence moči, bolest, hypoglykémie, imobilizace a další. Příznaky deliria jsou: bludy, halucinace, poškození

myšlení, pozornost, paměti, orientace a vnímání. Delirium je nezbytné správně odlišit od demence (HOLMEROVÁ et al., 2002).

Deprese je onemocnění, které se projevuje špatnou náladou a dlouhodobým smutkem. Senior trpící depresí se cítí opuštěně, bezvýznamně a beznadějně. Práce sestry také spočívá v tom umět rozpoznat začínající příznaky deprese. Svou pozornost zaměřit na pacienty, kteří jsou nemluvní, smutní, špatně se s nimi spolupracuje, hovoří o sebevraždě, a mnoho dalších (HOLMEROVÁ et al., 2002).

1.4 Specifika ošetrovatelské péče u seniorů

Poskytování péče seniorům je bezpochyby velmi obtížné, jak po stránce psychické, fyzické či sociální. V mnoha hlediskách se odlišuje péče o seniory od ošetřování ostatních věkových skupin. Každý pečovatel může vykonávat péči o seniory, avšak vhodným předpokladem by mělo být vnitřní naladění na pečování o seniory. Pečovatel musí být tolerantní, mít velkou dávku empatie a chápat problémy seniorů (MLÝNKOVÁ, 2011).

Péče o seniory je orientovaná na vyhodnocení zdraví a funkčních schopností seniora, na plánování a realizaci péče a služeb. Cílem poskytování péče o seniory je poskytnutí komplexní a všestranné péče seniorovi, jeho rodině nebo specifické komunitě včetně péče o prostředí, kde senior bydlí (MLÝNKOVÁ, 2011).

Ošetrovatelská péče u seniorů není vždy stejná, výrazně je péče ovlivněna zdravotním stavem seniora, bolestí, psychickou labilitou, plačtivostí, častými změnami nálad, předchozím stylem života, spoluprací ze strany seniora a jeho rodiny, finanční situací, schopnostmi sebezpěče, úrovni soběstačnosti, imobilitou, nechutí žít, převažujícím pesimismem, úmrtím životního partnera, častým neuspokojováním základních a vyšších potřeb (MLÝNKOVÁ, 2011).

Potřeby seniora závisí na závažnosti onemocnění a na jeho individualitě. Objektivní požadavky, vzniklé při chorobě, musí sestra určit a podle možnosti i uspokojit. Cílem jednání sestry je pomoci seniorovi se v co nejvyšší míře

a co v nejkratším čase přizpůsobit na změnu prostředí a dosáhnout nezávislosti v uspokojování potřeb (FARKAŠOVÁ, 2005).

Specifika péče můžeme rozdělit do tří oblastí. Na specifika v oblasti psychické, fyzické a sociální. Specifika v oblasti **psychické** - odvíjejí se od psychického stavu seniora, od onemocnění, ztráty funkce smyslů, z duševní poruchy, kterou senior trpí, od úbytku kognitivních funkcí. Náš přístup k seniorům by měl být vstřícný, klidný a především pozitivní. Pokud nebudeme pozitivní, nemůžeme dosáhnout plné spokojenosti seniora. Musíme být připraveni na okamžitou změnu nálad u seniorů. Zhoršená nálada může být i příčinou nevhodné péče (rychlá, pospícháme), kdy senior se cítí nejistě, dezorientovaně a může se stát agresivním (MLÝNKOVÁ, 2011).

Při ošetřování seniorů se vyhýbáme devalvací osobnosti seniora vlastním nevhodným chováním. Necháme seniora, aby vykonával činnosti, které zvládne sám, i když je to více časově náročné. Pokud to budeme vykonávat za ně, sice ušetříme čas, ale zároveň zapříčiníme ztrátu autonomie seniora (MLÝNKOVÁ, 2011).

Specifika v oblasti **fyzické** - při manipulaci se seniory musíme být opatrní, při uspokojování jejich potřeb postupujeme šetrně, pomalu a tak, abychom seniora neporanili. Nebezpečí fraktury a pádu je u seniorů častější. Neděláme rychlé a prudké pohyby. Seniora vždy předem ústně informujeme o následujících krocích (MLÝNKOVÁ, 2011).

Specifika v oblasti **sociální** - při ošetřování seniorů se často setkáváme s tím, že péče rodiny o seniora selhává a je nedostačující. V psychickém i somatickém stavu se negativně odráží omezení či ztráta sociálních vazeb na partnera, rodinu a přátele. Negativní důsledky odráží také obtížná finanční situace (MLÝNKOVÁ, 2011).

Pro specifickou ošetřovatelskou péči, která je velice psychicky i fyzicky náročná, se v nějakých situacích setkáváme s diskriminací starých lidí a to i u hospitalizovaných. Mezi nejběžnější formy ponižování geriatrických pacientů v sociálních a zdravotnických institucích řadíme tyto projevy:

- nevyhovující režim ústavní a sociální péče,

- nerespektování rozhodnutí seniora o velikosti péče,
- nedůstojné a nepřijatelné oficiální postupy,
- nevyhovující podávání informací seniorovi a upírání jeho práv na informace,
- nerozvinutí práv a mechanismů určených osob,
- upírání práva výslechu a možnosti podílet se na rozhodování o sobě samém.

Za nevhodné zacházení se seniory klasifikujeme tyto projevy - přebytečné a neordinované podání tlumivých psychofarmak, omezující hyperaktivní péče, nežádoucí formy ošetřování (POLEDNÍKOVÁ, 2006).

2 Pohybová aktivita

V této uspěchané době hraje pohybová aktivita významnou roli v životě každého člověka. Pohyb přiměřený fyzické kondici přináší radost, zvyšuje sebevědomí, zlepšuje zdravotní stav, zlepšuje spánek a hlavně snižuje riziko infarktu myokardu (KLEVETOVÁ et al., 2008).

Pravidelná pohybová aktivita má značný vliv na udržení optimální hmotnosti, zmírňuje či dokonce odstraňuje bolesti pohybového aparátu. Tím, že brání vzniku úzkostných stavů a depresí má blahodárný vliv na psychiku člověka. Pravidelné a dlouhodobé cvičení zvyšuje výkonnost orgánů, vede k vyšší tělesné zdatnosti a k větší tělesné kondici. Dlouhodobé cvičení má blahodárný účinek na lidský organismus, zlepšuje prokrvení kůže, má vliv na lepší pohyblivost kloubů, zlepšuje plicní ventilaci, udržuje a podporuje růst svalové síly. Svými účinky vyvolává v člověku pozitivní emoce, uvolňuje duševní napětí, je prostředkem relaxace a vylepšuje duševní zdraví. Pohyb prodlužuje délku života, je to prokázáno tím, že délka života průměrně zdatných jedinců je delší než u jedinců, kteří jsou zdatný méně. Asi dvojnásobně vyšší úmrtnost je u lidí s malou pohybovou aktivitou (KLEVETOVÁ et al., 2008; TRACHTOVÁ, 2008).

Při nedostatečné pohybové aktivitě, například u seniora upoutaného na lůžko, vzniká mnoho nepříznivých jevů ovlivňujících zdravotní stav. Dochází k ubývání objemu svalové hmoty, ke svalovému zkrácení a k řídnutí kostí. Senior může trpět závratěmi a omdlěním při vstávání z lůžka, což způsobuje nedostatečné prokrvení mozku. Vznikají otoky dolních končetin, jejichž vyvolávající příčinou jsou záněty žilních stěn a nefunkčnost žilních chlopní. Vážnou komplikací může být také zápal plic, který je způsobený bakteriemi v hlenu hromadícím se v dolních dýchacích cestách. Plíce mají omezené dýchací pohyby a tím nedochází k dostatečné výměně kyslíku a oxidu uhličitého (HOLEKSOVÁ, 2002).

2.1 Význam pohybu pro seniory

Starší lidé mohou pravidelným pohybem získat takovou úroveň fyzické výkonnosti a obratnosti, která jim umožňuje soběstačnost. Mezi jeden z úspěšných faktorů zdravého stáří a dobrého stárnutí řadíme vhodnou pohybovou aktivitu. Pokud tomu tak není, může u seniorů dojít k oslabení fyzické obratnosti, což může způsobit například sedavý způsob života. Vznikají svalové atrofie, závažné ztráty svalové síly a hmoty. Dochází k přetěžování některých svalových struktur a ochabují se břišní a zádové svaly. Úbytek zdatnosti bývá nenápadný a pomalý. Projevuje se při výjimečné zátěži, kterou nezdatný člověk nezvládne. Pomalý úbytek kondice vede k postupnému snižování aktivit, jenž se stávají nepříjemnými místo toho aby byly radostí. Nejprve seniora začnou unavovat činnosti běžně nárazové oddychové či pracovní zátěže, dále po určité době následují činnosti všedního dne a v pokročilém stáří pak může nastat situace, že senior není schopen základní soběstačnosti. Je nutno zdůraznit, že na vině není ani tak samotné stárnutí, nýbrž nečinnost seniora. Mezi obranné prostředky proti nečinnosti seniora řadíme kondiční a rekondiční programy, nebo alespoň udržování základních pohybových činností, hlavně svižnější chůze (KALVACH, 2008; ROSLAWSKI, 2005).

Léčení pohybem- k jeho uskutečnění je důležitý systematický přístup sestry a trpělivost seniora. Seniors je obtížné přesvědčit o nutnosti změny životního stylu. Je velmi důležité při aktivizaci seniorů znát různé problémy, které by mohly vzniknout při nesprávné aktivizaci a dbát na ně. Sestra seniora seznamuje s možnostmi léčby, snaží se ho dostatečně motivovat a dle svých kompetencí mu léčbu vysvětluje (ŠTILEC, 2004; ROSLAWSKI, 2005).

I přes fakt, že je dokázána nezbytnost pohybu, je nutno seniora ke cvičení přesvědčovat dlouho a trpělivě. Není neobvyklé, že se senioři rozhodnou cvičit v domácím prostředí, avšak poměrně brzy cvičit přestanou a vracejí se ke svému dřívějšímu způsobu života. Negativní vliv na aktivitu seniora může mít rodina, která seniorovi poskytuje nadbytek péče a omezuje ho při vykonávání běžných činností včetně těch nejlehčích (ŠTILEC, 2004; ROSLAWSKI, 2005).

2.2 Nemoci pohybového aparátu

S určitým stupněm omezení ať už psychické či fyzické výkonnosti je třeba počítat u všech stárnoucích lidí. Staří lidé se domnívají, že pohybové problémy jsou přirozeným jevem stárnutí, a proto často vyhledávají lékařskou pomoc až v pokročilém stádiu nemoci. Stárne celý pohybový aparát, nejprve nastává omezení pohyblivosti, pak pokles rychlosti, síly, obratnosti a vytrvalosti. Mezi degenerativní onemocnění starších lidí řadíme:

Osteoartrózu - patří k nejčastějším onemocněním pohybového ústrojí ve stáří. Jedná se o degenerativní onemocnění hyalinní chrupavky kloubu, kdy dochází ke snížení její pevnosti a elasticity. Zároveň vznikají reaktivní změny synovie, subchondrální kosti a periatikulární tkáň. Nepřetržité a neúměrné přetěžování kloubů je častou příčinou artrózy. Mezi klouby, které jsou často přetěžovány, patří klouby dolních končetin. Senior by měl redukovat svou hmotnost. Důležité u tohoto onemocnění je, aby senior postižený kloub odlehčoval a to za použití berle nebo hole. Nejvhodnější však je cvičení, které je zaměřené na udržení rozsahu pohybu v kloubech, na udržení svalové rovnováhy a které zamezuje svalovým atrofiím (TOPINKOVÁ, 2005).

Osteoporóza - je to onemocnění kostní tkáň, které způsobuje zvýšenou křehkost kostí. Kost se stává méně odolnou vůči zatížení a tím pádem se vytvářejí častěji zlomeniny. Okolnosti ovlivňující toto onemocnění jsou: alkoholismus, kouření, nízká maximální kostní hmota dosažená v časně dospělosti, časná menopauza, nedostatek pohybu a tělesné zátěže (po 40 dnech pohybového klidu vzniká ztráta až 50% kostní tkáň), genetické faktory, nesprávná výživa a to nedostatek vápníku, bílkovin, vitamínů (D, K, A). Pokud senior trpí osteoporózou, sestra mu doporučuje pravidelnou fyzickou aktivitu. Postačuje obyčejná chůze prováděná každý den po dobu 30 minut, nemusí se jednat o souhrn cviků. Dále sestra seniorům doporučí léčebnou tělesnou výchovu a masáže. Je samozřejmé, že by senior s osteoporózou měl využívat i vhodné kompenzační pomůcky. A to jsou pomůcky, které zlepšují stabilitu a předcházejí pádu, řadíme sem například správnou obuv, hůl a berle (TOPINKOVÁ, 2005; ŠTILEC, 2004).

Osteomalacie - je onemocnění charakteristické poruchou mineralizace nově tvořené kosti. Je to stav, kdy množství základní kostní hmoty je normální nebo i zvýšené, ale je porušeno ukládání vápníku. Tato kost se pak stane poddajnou vůči tlaku, ohýbá se a deformuje. Důvodem onemocnění je nedostatek vitamínu D, získaného ze slunečního záření. Tento vitamín zajišťuje dostatečnou absorpci kalcia a fosforu střevem a má i přímý vliv na mineralizaci kosti. Rozdělujeme deficit, buď z nedostatku UV - záření, malabsorpční při onemocnění GIT, nutriční a poruchu metabolismu vitamínu D (TOPINKOVÁ et al., 2005).

Revmatoidní artritida - řadíme ji mezi systémová onemocnění pojiva, její příčina je neznámá. Revmatoidní artritida se vytváří ve vyšším věku. Její začátek je obvykle akutní, postiženy bývají drobné klouby na ruce, nohou, ale i ramenní klouby. Podstatný jsou i celkové symptomy, jako například úbytek na váze, únava, agrafie, subfebrilie a depresivní ladění (TOPINKOVÁ et al., 2005).

Polymyalgia rheumatica - neboli revmatická polymyalgie je onemocnění objevující se jenom ve vyšším věku. Onemocnění je charakteristické synoviálním zánětem postihujícím především ramenní a kyčelní klouby, ztuhlostí pletencových svalů, ztuhlostí a pozitivní odpovědí na léčbu kortikoidy (TOPINKOVÁ et al., 2005).

Syndrom bolestivého ramene - častokrát se vyskytující potíže, prevalence tohoto syndromu je obrovská (20-25% u osob starších 65 let). Zásadním příznakem u syndromu je difúzní bolest v oblasti ramene. Tato bolest vyzařuje do horní části paže. Bolest graduje při pohybu a mnohokrát ruší nemocného i ve spánku. Pro nedostatek spánku se nemocný stává podrážděným a depresivním (TOPINKOVÁ et al., 2005).

2.3 Syndrom hypomobility

Když se řekne slovo hypomobilita rozumíme tím jednak málo pohybových aktivit, dále také omezenou pohyblivost a omezení v rychlosti či výdrži chůze. Hypomobilita je závažným a častým jevem ve stáří. Řadíme ji do rizikového faktoru, který může zapříčinit až smrt (KALVACH et al., 2008).

Hypomobilita obsahuje faktory tělesné, sociální, psychické a faktory prostředí. Neochota přemoci tento dyskomfort a nechuť k pohybu jsou vlastnosti podobné mnoha seniorům. U hypomobility můžeme formulovat více jak 20 častých příčin. Mezi tyto příčiny můžeme zahrnout strach, úzkost, ztrátu motivace, stud za pohybové postižení, ubývání pohybové přirozenosti, pohybový dyskomfort, deprese, stabilní nevyrovnanost, nežádoucí účinky léků, bolest, svalovou slabost, únavu, pohybová omezení, dušnost, obezitu, otoky, náročnost a nebezpečnost vnějšího prostředí a spoustu dalších. Onemocnění se projevuje nenápadně, nejprve dochází k omezenému rozsahu pohybových aktivit, obzvláště chůze. Senior na prvním místě začne snižovat frekvenci a rozsah pohybu na delší vzdálenosti, poté se pohybuje jen v okolí blízkém svému domu, poté vychází jen před dům, potom se pohybuje jen po bytě a posléze omezí pohyb na místnost kolem lůžka. Jak postupně přibývá čas, senior začíná potřebovat pomoc od ostatních lidí. Následuje pohybový dyskomfort, zhoršená výkonnost dolních končetin, zpomalení chůze, nízká tělesná zdatnost, změna chodeckého stereotypu a problémy i s dalšími formami pohybu (KALVACH et al., 2008).

Zásadní pomůckou pro diagnostiku je anamnéza soustředěná na rozsah pohybových aktivit, konkrétně na chůzi. Sestra aktivně objevuje důvody, proč senior pohybovou aktivitu omezuje. Částí fyzikálního vyšetření je také vyhodnocení kvality a rychlosti chůze a také vyhodnocení opěrných pomůcek. Významný je kineziologický rozbor obvykle prováděný fyzioterapeutem. Vhodné je také přibližné odhadnutí míry deprese, kondičního deficitu a nutričního stavu (KALVACH et al., 2008).

Významné je ergoterapeutické poradenství, které by mělo zaručit, aby senior měl vhodné pomůcky (madla v bytě, hole, chodítko) a znal jejich správné použití. Pochopitelně je obvykle nezbytná i psychoterapeutická podpora, která spolu se sestrou motivuje seniora k pohybu. Z toho důvodu jsou vhodné jakékoliv kolektivní formy rekondičních programů (KALVACH et al., 2008).

2.4 Prevence úrazů u seniorů

Úrazy seniorů mají mnoho činitelů, které mohou být rozděleny na vnitřní a vnější. Vnitřní zahrnují psychickou a fyzickou nezpůsobilost, špatný zrak a sluch, sníženou mobilitu a jiné vady. Do vnějších můžeme zařadit špatné podmínky pro bydlení, malé osvětlení, klimatické podmínky, nevhodnou obuv a oblečení, překážky a nedostatek vhodných pomůcek (ŠTIKAR et al., 2007).

Na primární, sekundární a terciární dělíme prevenci nehod u seniorů. **Primární prevence** se zabývá tím, aby nenastala žádná situace, při které by mohl vzniknout úraz seniora. Mezi prostředky primární prevence patří například prevence a léčba pohybového aparátu, bezpečné prostředí, používání vhodného oblečení, vhodné obuvi a používání kompenzačních, ošetřovatelských a ochranných pomůcek. Hodnotný záchranný systém je součástí sekundární prevence. **Sekundární prevence** zaručuje vhodnou první pomoc, redukuje dopad úrazu, snižuje náklady, zkracuje léčbu, zrychluje návrat k plnému zdraví a snaží se předejít trvalým následkům. Do prostředků sekundární prevence zahrnujeme prevenci pádu seniora, dostupnost zdravotní péče, uskutečnění seniorské hospitalizace, účinné zotavení a rehabilitaci seniora. **Terciární prevence** by měla vyjít z analýzy příčin úrazu, rizikových činností, prostředí a charakteristik postižených seniorů (ŠTIKAR et al., 2007).

2.5 Cvičení vhodná pro seniory

Je důležité, aby sestra aktivizovala seniora a poskytla mu vhodnou pohybovou aktivitu. Toho docílí předešlou domluvou s fyzioterapeutem či lékařem. Výběr pohybové aktivity by měl být založen na předešlé sportovní činnosti a zároveň by měl respektovat současný stav kondice a zdraví seniorů. Správný výběr pohybové aktivity je prevencí nebo cestou k zmírnění zdravotních potíží (SVĚD SENIORŮ, 2009).

Aby seniora neodradila obtížnost a strach z úrazu při cvičení, měly by cviky být lehce pochopitelné. Je žádoucí si ustanovit reálné cíle. Cvičení ve skupině může pomoci seniorovi udržet odhodlání a pravidelnost (SVĚD SENIORŮ, 2009).

Aerobní trénink - zásadním pravidlem pro každý pohyb, tudíž i pro pohyb aerobní, je zachování intenzity zátěže. Pro správný výběr aerobního cvičení je důležité se zaměřit na to, zda senior tuto aktivitu vykonává dlouhodobě nebo zda s tímto druhem pohybu začíná. Senior začátečník by měl začít pomalu a měl by předcházet velkým výkyvům v náročnosti. Při těchto výkyvech v náročnosti může dojít k nevyrovnanosti, nadměrnému zatížení pohybového ústrojí, opotřebením kloubů a jiným zdravotním problémům. Senior by měl začít pozvolným pohybem, který mu vyhovuje a postupně nároky na kondici zvyšovat. Lepší je pokračovat v aktivitě, na kterou je zvyklý a tu stále rozvíjet. Jízda na kole, turistika, běh na lyžích, tanec a plavání jsou ideální způsoby pohybové aktivity seniorů, a zároveň patří mezi aerobní cvičení (ŠPONAR, 2009).

Posilování svalů - ke svému životu svaly potřebují všichni. Pokud nastane situace, že svaly nepracují tak jak by měly, může to zapříčinit nerovnováhu a poruchu chůze. Posilování svalů zvyšuje srdeční frekvenci a krevní tlak, tím pádem je pro seniora prospěšné a zároveň i předchází svalové ochablosti. Pro bezpečné posilování se senior musí soustředit na pomalé a pozvolné cvičení a vyvarovat se pohybům, při kterých by klouby mohly dosáhnout do krajních poloh (ŠPONAR, 2009).

Cvičení na rovnováhu - u seniorů je výrazné riziko pádu s následnými zlomeninami. Cvičení zdokonaluje kondici i soběstačnost a pomáhá tak snížit nebezpečí pádu. Rozvoj koordinace a rovnováhy se nemusí uskutečňovat pouze samotným cvičením, ale může být i součástí dalších pohybových aktivit. Jako i u jiných cvičení, tak i zde je nezbytné stupňovat obtížnost velmi pomalu a nezačínat cvičení hned složitými cviky (ŠPONAR, 2009).

Cvičení v bytě - je žádoucí, mít před cvičením připravený vhodný prostor, kde seniorovi nebudou v pohybu vadit žádné předměty. Než senior začne cvičit, je vyhovující vyvětrat místnost určenou ke cvičení nebo za teplého počasí cvičit u otevřeného okna. K cvičení si senior zvolí vhodný cvičební úbor a vhodnou obuv. Když jsou uskutečněny tyto podmínky, senior může začít s cvičením. Dopředu je nemožné určit množství opakování, protože počet se mění s ohledem na zvyšování svalstva a fyzické výkonnosti. Cvičení nikdy nemůže zapříčinit silnou bolest svalů ani kloubů. Senior by měl cítit pouze mírnou bolest při pohybu,

eventuálně do 2 hodin po skončení cvičení. Mělo by se jednat spíše o únavu, než o bolest. Je důležité, aby senior pravidelně navštěvoval lékaře, podle toho jak mu kontroly sám lékař doporučí (ROSLAWSKI, 2005).

Seniorům od 80- ti a více let sestra doporučuje aktivity, jenž jsou senioři schopni provozovat. Vyhovující jsou drobné domácí práce, kam můžeme zařadit uklízení, příprava jídla, utírání prachu, mytí nádobí atd. Doporučují se taktéž práce na zahradě, jako je sekání trávy, hrabání listí a jiné. Všechny pohybové aktivity je žádoucí během týdne střídat. Dostatečný vliv na seniora může mít také rodina, pokud seniora psychicky podporuje a pomáhá mu (ROSLAWSKI, 2005).

Bariéry u seniorů - i když by se dalo říci, že senioři mají na rozdíl od pracujících lidí na cvičení mnoho času, mají řadu specifických problémů. Jako argument proč senioři necvičí, uvádí až polovina seniorů to, že se cítí unavení a že daný cvik nemůžou provést. Proto je důležité, aby sestra doporučila seniorům, aby si přidávali zátěž podle toho, jak se v určitý den cítí. Do další bariéry, která se může objevit, je překonávání návyků u seniorů (ŠPONAR, 2009).

Projevy, při nichž je naléhavé s cvičením ihned skončit: bolest za hrudní kostí vystřelující do levé horní končetiny, čelisti a nadbřišku i u bolestí jiných částí těla, dále závratě, nepřiměřené oslabení, dušnost, pocit strachu, nevolnost a mnoho dalších projevů. Žádoucí je poradit se s praktickým lékařem (ROSLAWSKI, 2005).

2.6 Rehabilitační prostředky v sesterské praxi

Polohování - vystihuje správnou polohu pacienta, uskutečnění změny polohy v určitých časových intervalech a uložení končetin. Je vyloučené, aby polohování vyvolalo bolest. Máme tři druhy polohování, polohování preventivní, korekční (prováděno rehabilitačními pracovníky, tam kde již došlo k nežádoucím změnám), protibolestivé polohování. K polohování využíváme nejrůznější pomůcky, jako například polštáře, molitanové přirezy, pískové vaky, měkké válce, popruhy a další (KLUSOŇOVÁ et al., 2005).

Pasivní pohyby - jsou to pohyby, které provádí přístroj nebo druhá osoba. Mezi jejich hlavní význam patří to, že udržují hybnost kloubů, fyziologickou délku svalů a podporují propriocenci. Mají se provádět v plném rozsahu fyziologického pohybu, do pocitu tahu nebo mírné bolesti. Pohyby se provádějí pomalu, bez přirážení nebo pérování, v ose pohybu, ne přes dva klouby, důležitá je správná fixace. Cviky se 5-7x opakují (KLUSOŇOVÁ et al., 2005).

Kondiční cvičení - je zaměřeno na zvýšení tělesné zdatnosti, na celkovou aktivitu pacienta a zvýšení výkonnosti. Cílem je udržet současný fyzický stav pacienta, svalové funkce, pohyblivosti kloubů, správné funkce vnitřních orgánů, svalového tonu a nervosvalové koordinace (KLUSOŇOVÁ et al., 2005).

Aktivní cvičení - cvičení vykonává sám senior vlastní vůlí a silou. Pacient cviky, které má vykonávat dostává od fyzioterapeutky (KLUSOŇOVÁ et al., 2005).

Dechová cvičení - imobilita vede k výraznému snížení ventilace plic. Dechová cvičení mají pro imobilního pacienta preventivní smysl. V sesterské praxi je nejpoužívanější statické dýchání, kdy sestra otevře okno a vyzve pacienty k hlubokému dýchání, případně ke cvikům, které je naučil fyzioterapeut (KLUSOŇOVÁ et al., 2005).

Relaxace - slouží k navození duševního i tělesného uvolnění. Odstraňuje nevhodné a zbytečné napětí (KLUSOŇOVÁ et al., 2005).

Nácvik chůze - způsob jakým se nácvik chůze provádí je závislý na typu používané opory a na zdravotním stavu pacienta. Sestra musí znát způsob asistence při doprovázení pacienta a předpoklady bezpečné chůze. Je to především vhodná obuv. Nejbezpečnější je přidržování pacienta pomocí volnějšího opasku zezadu. Není-li přidržování nezbytné, musí být sestra pozorná a připravená při ztrátě rovnováhy ihned zasáhnout (KLUSOŇOVÁ et al., 2005).

2.7 Kompenzační pomůcky usnadňující seniorům pohyb

Kompenzační pomůcky se používají k usnadnění a k obnovení funkčních schopností, není-li možné jejich upravení jinými prostředky. Je velké množství kompenzačních pomůcek, které seniorovi usnadňují pohyb. Zahrnujeme sem invalidní vozíky, chodítka, berle a hole, zvedáky, polohovací postele, polohovací pomůcky, sprchové a vanové sedačky (KLUSOŇOVÁ et al., 2005; ORTOSERVIS, 2005).

Invalidní vozíky využívají osoby a senioři s výrazně sníženou pohyblivostí dolních končetin, avšak důležité je, aby byla zachována síla rukou, pomocí které se senior na vozíku pohybuje. Podle charakteru postižení, jeho proporcí a podle místa kde se vozík bude používat, se zvolí vhodný typ invalidního vozíku. Typ vozíku může být buď speciální, nebo základní (KALVACH, 2008; ORTOSERVIS, 2005).

Chodítka je určené k nácvičení chůze a zároveň také slouží jako opora při chůzi seniorů. Je určeno osobám a seniorům se sníženou hybností dolních končetin, eventuálně se zhoršenou stabilitou. Aby byl výběr chodítka správný, je vhodné si promyslet, kde bude chodítka používáno, jestli bude používáno doma nebo mimo byt a také jakým druhem postižení senior trpí. Existuje velké množství druhů chodítek, máme chodítka pohyblivá, kde se část chodítka posouvá v rozsahu jednoho kroku vpřed nebo pevná, které je uživatel nucen při každém kroku chodítka poponášet (KALVACH, 2008; ORTOSERVIS, 2005).

Hole i berle jsou určena k tomu, aby na dolní končetiny nebyla vyvíjena velká zátěž, případně ke zlepšení stability seniorů. U seniorů, kteří mají dostatečnou sílu v zápěstí, se stabilita může zajistit holí. U seniorů, kteří sílu v zápěstí nemají je vhodné použití tzv. francouzských berlí, které podepírají paži i předloktí. Pokud senior nemá sílu v celé paži, je příhodné zvolit berli podpažní. K holím i berlím je možné dokoupit spoustu příslušenství, jako například protiskluzové násadce na zimu, držák ke stolu či vozíku, nebo náhradní gumové násadce (KALVACH, 2008; ORTOSERVIS, 2005).

Zvedák umožňuje přemísťování imobilních seniorů z lůžka do vany, na sedačku, na toaletu (ORTOSERVIS, 2005).

Polohovací postele jsou určeny seniorům dlouhodobě upoutaným na lůžko. Pomocí polohovací postele můžeme měnit polohu ležícího seniora. Změna polohy má dobrý účinek na zdravotní stav (zlepšení prokrvení částí těla, snížení vzniku dekubitů), ale také ulehčuje každodenní činnost seniora (KALVACH, 2008; ORTOSERVIS, 2005).

Polohovací pomůcky mají odlišné tvary, podle toho, na jakou část těla jsou zaměřeny. Například to jsou kvádry, klíny, válce a mnoho dalších. Velmi používané jsou polštáře a zádové opěrky naplněné granulátem, který se dá vyformovat podle naší potřeby. Díky těmto pomůckám můžeme seniora polohovat do žádané polohy. Výhodou pomůcek je to, že se dají omývat a zároveň slouží proti vzniku proleženin (KALVACH, 2008; ORTOSERVIS, 2005).

Sprchové a vanové sedačky slouží k ulehčení osobní hygieny seniorům se sníženou pohyblivostí (ORTOSERVIS, 2005).

3 Edukace seniorů

Neoddělitelnou součástí ošetrovatelského procesu je edukace. Edukace je výchova pacienta k samostatnější péči, při které přebírá za vlastní zdraví větší odpovědnost. Edukace slouží k vylepšení spolupráce mezi zdravotnickým týmem a pacientem. Edukace je nedílnou součástí ošetrovatelství. V ošetrovatelství vyjadřuje edukační proces takový proces, kdy jedena osoba (edukátor) učí novým poznatkům druhou osobu (pacienta). Obecně se dá říct, že se jedná o proces celkového vzdělání a výchovy člověka, spolu s rozvíjením jeho osobnosti (MULTIMEDIÁLNÍ TRENAŽÉR PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE, 2013).

Edukace se může realizovat během hospitalizace, při rekondičních pobytech, ambulantně, během návštěv v rodinách, telefonicky nebo v lázních. Jejím cílem je dosáhnout změny v chování pacientů. Čím jsou cíle přesněji formulované, tím efektivněji může sestra řídit, plánovat a motivovat učební činnost (MULTIMEDIÁLNÍ TRENAŽÉR PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE, 2013).

3.1 Specifika edukace seniorů

Jsou podmíněné změnami v rozumových schopnostech, adaptaci, učení a smyslovém vnímání. Kdy změny v adaptaci souvisí s vyšším věkem, při kterém klesá schopnost adaptace organismu na změny v prostředí. Učení bývá specifické. Schopnost učení klesá se vzrůstajícím věkem. Senioři hůře vstřebávají teoretické vědomosti než praktické. V osvojení učební látky jim trvá déle a také se častěji vyskytují chyby. Ve stáří dochází ke změně smyslového vnímání, tedy zhoršuje se zraková ostrost, zhoršuje se výkonnost analyzátorů, ztrácí se periferní vidění, objevují se těžkosti při rozlišování podobných barev. Oproti změnám ve smyslových orgánech, se změny v rozumových schopnostech výrazně nemění. Zřetelně se tedy nemění jak sluchová a vizuální paměť. Senioři si snadněji zapamatují vizuální informaci, na což nesmíme při edukaci zapomenout. Krátkodobá paměť se zhoršuje a dlouhodobá paměť je zachována. Běžný je pokles pozornosti a zpomalené psychomotorické tempo. Při edukaci se seniory je důležitá tolerance, dostatek času, více pochopení a zvýšená trpělivost (EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ, 2008).

3.2 Fáze edukace

Edukace probíhá v pěti fázích:

1. *Anamnéza* – zahrnuje aktuální psychický stav, aktuální fyzický stav, osobnost seniora, motivaci, aktivitu a poddajnost

2. *Edukační diagnóza* – identifikuje problémy seniora, může mít spojitost s nedostatkem vědomostí, motivace a zručnosti.

3. *Edukační plán* – začleňuje:

- stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů edukace,
- stanovení priorit, je důležité si uvědomit, že naše priority se nemusejí shodovat, s prioritami seniora
- vybrání vhodné metody edukace, což závisí hlavně na tématu edukace a na vhodných podmínkách (nejčastěji přednáška, rozhovor, vysvětlování, cvičení, demonstrace, hraní rolí),
- zvolení obsahu edukace, je důležité si edukaci časově naplánovat,
- zvolení vhodné formy edukace, výběr skupinové či individuální formy závisí na počtu seniorů, charakteru skupiny, tématu adekvace, času a individuálních osobností.

4. *Realizace a její zásady:*

- zajistit vhodné prostředí k edukaci,
- nezahrnovat seniora naráz velkým množstvím informací,
- zvolit přiměřené tempo edukace,
- se seniorem se snažit spolupracovat,
- používat kompenzační pomůcky,
- do učení se snažit zapojit, co nejvíce smyslů,
- opakovat, opakovat, opakovat,
- nepoužívat odbornou terminologii,
- používat vhodné učební pomůcky,
- snažit se o návaznost učiva,
- poskytnout vhodnou literaturu, brožury a letáky.

5. Vyhodnocení

- při vyhodnocení edukačního procesu zjišťujeme, zda se povedlo či nepovedlo dosáhnout stanoveného cíle.

Úspěch edukace závisí na zájmu a kvalitě zdravotnického týmu, na povaze samotného onemocnění, na znalostech a disciplinovanosti seniora (EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ, 2008).

4 Ošetrovatelský proces podle modelu Dorothy Elisabethy Orem-Teorie deficitu sebeděče

Dorothea Elisabeth Orem se narodila v roce 1914 v USA v Baltimore. V roce 1930 získala základní ošetrovatelské vzdělání na Province Hospital School of Nursing ve Washingtonu D.C., v roce 1939 dosáhla bakalářského vzdělání na Catholic University of Amerika ve Washingtonu D. C., kde zároveň v roce 1945 dokončila magisterské studium. V roce 1976 získala titul doktora věd na Georgetown University ve Washingtonu. V průběhu své profesionální kariéry pracovala jako sestra v nemocnici, dále jako lektorka, privátní sestra a i jako ředitelka ošetrovatelské školy. Pracovala v oblasti managementu a administrativy, později vyučovala na univerzitní půdě. V roce 1970 založila poradenskou firmu „Orem a Shields“ a pracovala jako poradkyně pro ošetrovatelství v Marylandu. V roce 1971 poprvé publikovala svůj model sebeděče a deficitu sebeděče v díle Nursing: Concepts of practice. Postupně byla její teorie rozvinuta a opakovaně publikována roku 1980, 1985, 1991, 1995, 2000 (ALCHALOUSOVÁ et al., 2005; PAVLÍKOVÁ, 2005).

K vývoji modelu došlo v období, když Oremová vykonávala sesterskou praxi. Zjistila, že ne všichni lidé potřebují ošetrovatelskou péči oproti lékařské péči. Oremová vycházela z různých předpokladů. *Základním předpokladem* je lidská vrozená schopnost starat se o sebe, dále schopnost nezávislosti a sebekorekce. *Dalším předpokladem* je požadavek a potřeba člověka na homeostázu, v jejímž důsledku je buď člověk odkázaný na pomoc druhých, nebo se stará sám o sebe. *Třetím předpokladem* je, že se v životě člověka tvoří určité situace, které sebou přinášejí požadavky na péči, například nedodržování přijatelného způsobu života, stárnutí nebo nemoc. Takto vzniklou situaci poté člověk řeší tak, že si buďto péči zajistí sám nebo si ji zajistí částečně, popřípadě vůbec ne a pak je nezbytný a žádaný nástup ošetrovatelské péče. Další předpoklad nám sděluje, že specifickým zájmem ošetrovatelství je uspokojování potřeb jedinců mobilizováním sebeděče na podkladě lidské přirozenosti. Poslední předpoklad vystihuje to, jak ošetrovatelství poskytuje profesionální pomoc jedincům, kteří nejsou schopni si uspokojovat své základní potřeby sami, anebo v jejich uspokojování nejsou soběstační (ALCHALOUSOVÁ et al., 2005; PAVLÍKOVÁ, 2005).

Péče, která je poskytována ošetřujícím personálem může mít formu vybraného typu **ošetřovatelského systému**:

1) podpůrně-výchovného: jedinec se učí sám sebe ošetřovat, k čemuž ovšem potřebuje podporu

2) částečně kompenzujícího: sestra s jedincem uskutečňují péči na určité úrovni, některé činnosti vykonává jedinec spolu se sestrou a některé vykonává sám

3) celkově kompenzujícího: jedinec není schopen sebezpěče a je tudíž zcela závislý na pomoci druhé osoby a potřebuje úplnou péči sestry

Ošetřovatelská péče je tedy proměnlivá, od eventuality mírné stimulace aktivit sebezpěče u jedince až po celkovou péči. Celková péče se zakládá v nahrazení sebezpěče přiměřenými intervencemi. Ošetřovatelský systém je na jedné straně výsledkem vztahů mezi požadavky na ošetřování a deficitem v sebezpečí a na druhé straně ty které si jedinec může zajistit sám nebo jsou zajišťovány ošetřovatelskou činností.

4.1 Požadavky sebezpěče

Jedincova péče o sebe sama vychází z potřeb zachování normální funkce organismu, zachování zdraví a života. Oremová identifikovala tři druhy požadavků na schopnost sebezpěče jedince. Jde o následující požadavky:

- **univerzální požadavky sebezpěče** (požadavky spojené se základními životními funkcemi a procesy). Jsou to: správná funkce vylučování, rovnováha mezi sociálními interakcemi a samotou, podpora fyziologicky optimálního stavu, dostatečný příjem vzduchu, potravy a tekutin, rovnováha mezi odpočinkem a aktivitami, rovnováha mezi rizikovými a bezpečnými činnostmi, které ohrožují život a zdraví.

- **vývojové požadavky sebezpěče** (spojené s růstem, vývojem a životními etapami či obdobími jedince. Jsou to: zátěžové a krizové situace a události (narušený vývoj a růst jedince) a nynější životní fáze.

- **terapeutické požadavky sebezpěče** (obsahují požadavky při poruchách zdraví či odchylkách od normy). Souvisí s: diagnostickými, terapeutickými a rehabilitačními výkony, s adaptací organismu, s následky onemocnění a vědomostmi o patologickém stavu, s dyskomfortem a negativními následky lékařské péče, s edukací při trvalých vlivech nemocí a při terapeutických opatřeních (ALCHALOUSOVÁ et al., 2005; PAVLÍKOVÁ, 2005).

5 Aplikace teorie D. Oremové do ošetrovatelského procesu

V praktické části jsme vypracovali ošetrovatelský proces u seniorů s poruchou pohybové aktivity. Kdy jsme do ošetrovatelského procesu aplikovali ošetrovatelský model podle Dorothy Elisabethy Orem. Tento model se zabývá deficitem sebeděče, který se projevuje v situaci, kdy jsou nepřiměřené vztahy mezi požadavky sebeděče a působením sebeděče, což znamená, že se mezi nimi vytvoří nerovnováha a požadavky jsou neuspokojené (PAVLÍKOVÁ, 2005).

Kazuistika

Na Interní oddělení nemocnice v Písku byl přijat pan J.B. dne 13. 1. 2013 kvůli pozorování hladiny železa v krvi a předoperačnímu vyšetření k plánované TEP pravého kyčelního kloubu. Pacient je dlouhodobě sledovaný pro aortální vadu. V rozmezí mezi prosincem 2012 a lednem 2013 měla být naplánovaná TEP pravého kyčelního kloubu pro nekrózu hlavice kyčle. Při předoperačním vyšetření byla zjištěna progresivní aortální stenózy, proto byl pacient v období (14. 12. 2012 – 22. 12. 2012) hospitalizován na kardiologii v ČB s úvahou upřednostnit operaci srdce. Následně bylo rozhodnuto o vyřešení nejdříve kyčelního kloubu a poté kardiologického problému. Ošetrovatelská péče o pacienta byla prováděna ve dnech od 14. 1. 2013 do 18. 1. 2013. V čase od 7:00 - 14:30 (14. – 16. 1. 2013) a v čase 12:00 – 20:00 (17. – 18. 1. 2013). Na základě ošetrovatelské a lékařské dokumentace, pozorování a anamnestického rozhovoru s panem J.B. jsme za pomoci koncepčního modelu podle Dorothy Elisabethy Orem sestavili ošetrovatelský plán péče. Nejprve jsme zhodnotili celkový stav pacienta, následně jsme zformulovali ošetrovatelské diagnózy, které nám dopomohly k sestavení ošetrovatelské péče. Plán ošetrovatelské péče jsme pravidelně vyhodnocovali a aktualizovali podle současného stavu pacienta.

5.1 Identifikační údaje

Tabulka 1 - Identifikační údaje

Jméno a přímení: J.B.	Věk: 75	Pohlaví: muž
Datum narození:	Státní příslušnost: ČR	
Adresa pobytu:	Zaměstnání: důchodce	
Nejbližší příbuzní:	Vzdělání: učební obor- tesař	
Adresa příbuzných:	Pojišťovna: 111	
Rodné číslo: 000000/0000	Stav: ženatý	

Medicínská diagnóza hlavní:

I351- Těžká aortální stenóza s reg. II.st. asyptomatická

Medicínské diagnózy vedlejší:

I352- Stenóza aortální těžká

I259- Chronická ischemická nemoc- 70% stenóza ACD, RMS

M169- Nekróza hlavice P femuru

D649- Anemie chronických chorob

I10- Esenciální (primární hypertenze)

E789- Porucha metabolismu lipoproteinů

5.2 Vitální funkce seniora

Tabulka 2 - Vitální funkce seniora

TK: 140/80 torr	Výška: 165cm
P: 88´	Hmotnost: 90kg
D: 19	BMI: 33,06 - obezita
TT: 36, 2 °C	Pohyblivost: omezená
Stav vědomí: orientovaná	Krevní skupina: O Rh ⁺

Nynější onemocnění:

V 1/2013 byla plánovaná TEP levého kyčelního kloubu pro nekrózu hlavice kyčle (nález na kyčli zprogredoval během 6 měsíců, pacient výrazně omezen v pohybové aktivitě, bolesti kyčle při jakémkoliv pohybu, ale i klidové, budí ho ze spaní apod). Při předoperačním vyšetření zjištěna progresse aortální stenózy, proto byla ambulantním kardiologem operace kontraindikována.

Informační zdroje: Informace získány od pacienta, zdravotnického personálu a zdravotnické dokumentace.

5.3 Anamnéza

RODINNÁ ANAMNÉZA:

Otec: zemřel v 72 letech na AIM. Měl DM, artrózu a dyslipidemií. Byl obézní.

Matka: zemřela v 83letech. Trpěla anémií, obezitou a hypertenzí. Od 77 let potřebovala ošetřovatelku z důvodu neschopnosti sebezpečce.

Sourozenci: o 3 roky starší bratr, který zemřel před 2 roky ve věku 72 let, příčina úmrtí rakovina plic, která metastazovala do celého těla.

Děti:

- Syn 53 let: alergie na pyly, trpí hypercholesterolémií, obezitou, prodělal před 3 lety infarkt myokardu
- Dcera 51 let: bez výrazných zdravotních problémů

OSOBNÍ ANAMNÉZA:**Překonané a chronické onemocnění :** Stenóza aortální těžká

Chronická ischemická nemoc - 70% stenóza

ACD, RMS

Nekróza hlavice pravého femuru

Anemie chronických chorob

Esenciální (primární hypertenze)

Dyslipidemie

Hospitalizace a operace: tonsilektomie v devíti letech**Úrazy:** před 6-ti lety spadl ze žebříku a našťípl si L5 bederní obratel**Transfúze:** 0**Očkování:** 0***FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA:*****Tabulka 3 - Farmakologická anamnéza**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Apo-amlo	tablety	5mg	1-0-0	vazodilatans, antihypertenzivum
Apo-perindo	tablety	4mg	1-0-0	antihypertenzivum
Godasal	tablety	100mg	0-1-0	antiagregans
Hypotylin	tablety	2,5mg	1-0-0	hypotenzivum, diuretikum
Concor	tablety	5mg	½-0-0	antihypertenzivum, selektivní beta - blokátor

Helicid	kapsle	20mg	1-0-0	antiulcerózum
Atoris	tablety	20mg	0-0-1	hypolipidemikum
Aktiferrin compositum	kapsle	-	1-0-1	antianemikum
Zaldiar	tablety	-	dle potřeby	analgetikum
Tramobene	kapky	-	dle potřeby	analgetikum
Magnesii lactici	tablety	0.5g	1-0-0	minerální doplněk
Zenaro	tablety	5mg	dle potřeby	antihistaminikum
MaxiMag direct Mg+B6	tobolky		1-0-0	doplněk stravy

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA:

Léky: bez alergie

Potraviny: alergie na vlašské a lískové ořechy

Jiné: alergie na pyly

ABÚZY:

Kouření: 14 let exkuřák

Alkohol: příležitostně

Káva: 3x denně

Léky: 0

Jiné drogy: ne

UROLOGICKÁ ANAMNÉZA:

Pacient neprodělal žádné urologické onemocnění. Urologa navštěvuje pravidelně, poslední návštěva byla v listopadu 2012. Samovyšetření varlat neprovádí.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:

Stav: ženatý

Bytové podmínky: Bydlí na vesnici v chalupě s manželkou. Obě děti bydlí ve stejné vesnici.

Vztahy, role, a interakce v rodině: Pacient je ženatý, má 2 děti (syna a dceru), 4 vnoučata. Vztahy s rodinou jsou bezproblémové, pravidelně pacienta navštěvují a často si také telefonují. Pacient je optimistické a přátelské povahy, proto mu nedělá problém navazovat nové přátelské vztahy. Ve vesnici se pravidelně navštěvuje s přáteli. S nimiž si povídá, dívá na televizi, popíjí kávu nebo pivo.

Záliby: sledování televize, návštěva rodiny či kamarádů, luštění křížovek, společenské hry, zvířata.

Volnočasové aktivity: dříve velmi preferoval delší procházky, nyní ze zdravotních důvodů je odkázán na pomoc své manželky nebo dětí. Jeho denní pohyb je nyní pouze odchod do koupelny pomocí francouzských holí, kde mu manželka pomůže s hygienou a dále ještě návštěva toalety. Jinak buďto leží v posteli, anebo sedí na vyvýšené židli. Nemožnost dostatečné pohybové aktivity pacientovi dělá veliké starosti, jelikož mu pohyb chybí a vadí mu, že si nic nemůže udělat sám.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA:

Vzdělání: učební obor- tesař

Pracovní zařazení: tesař

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: do důchodu odešel v 60 letech (je v něm nyní 15let). Pracoval u firmy Vodní stavby Plzeň, jako tesař a to od vyučení až po důchod.

Vztahy na pracovišti: na pracovišti problémy neměl, považuje se za přátelského, ochotného, spolehlivého, pracovitého a bezkonfliktního.

Ekonomické podmínky: průměrné, s manželkou žijí ze dvou důchodů a na finanční nouzi si nestěžoval. O výši příjmů a pacient odmítl bavit.

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA:

Religiózní praktiky: pacient vyznává křesťanskou víru, dříve pravidelně (každý týden) navštěvoval kostel. Posledních pár let navštěvoval kostel nepravidelně pouze za pomoci rodiny, která ho tam odvezla. A nyní od září, kdy začali jeho problémy, kostel nenavštívil.

5.4 Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou provedené dne 14. 1. 2013 (druhý den hospitalizace)

Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena: pacient je upravený, čistě oblečený.

Dutina ústní a nos: dutina ústní bez defektů, růžové sliznice bez povlaku, ale sušší, nos bez sekrece.

Zuby: zubní náhrady - horní i dolní

Sluch: slyší dobře, kompenzační pomůcky nepoužívá

Zrak: nosí brýle na blízko, na dálku vidí dobře

Pulz: pravidelný, rychlost 88´
jakost (síla) - dobrá

Dýchání: pravidelné, 18 dechů/min
dýchací zvuky - žádné

Krevní tlak: 140/80 torrů

Schopnost uchopit předmět rukou, stisk ruky: Pacient může bez obtíží zvednout tužku ze stolu. Stisk ruky silný.

Rozsah pohybu kloubů: horní končetiny - normální

dolní končetiny - pravá dolní končetina hybnost minimálně omezena, hybnost levé dolní končetiny výrazně omezena a doprovázena nesnesitelnou bolestí

Kůže: kožní turgor snížený, bez známek cyanózy, vyrážky, ikteru, nehty jsou bez patologických změn, dolní končetiny oteklé (více vlevo), chronická žilní insuficience, kožní defekty-modřiny na rukou, nohou a v oblasti dolního okraje žeber - časté pády

Riziko dekubitů dle Northonové: 15bodů (střední riziko) viz. příloha A

Chůze: velmi obtížná a bolestivá, může se pohybovat pouze za pomoci francouzských holí.

Tabulka 4 – Klasifikace funkčních úrovní sebeděče podle M. Gordonové

Schopnost najíst se – 3	Schopnost umýt se - 1
Schopnost vykoupat se – 1	Celkový pohyb – 2
Schopnost dojít si na toaletu – 2	Pohyb na lůžku – 2
Schopnost obléknout se – 3	Schopnost uvařit si - 1
Schopnost nakoupit si – 1	Udržovat domácnost - 1

Jednotlivé činnosti jsou hodnoceny body **od 1 do 5**.

5 bodů znamená nezávislost a **1 bod** značí absolutní závislost na pomoci druhých osob

5.5 Objektivní pozorování při rozhovoru

Orientace: pacient je orientován prostorem, místem i časem

Chápe myšlenky a otázky: otázky chápe, své myšlenky dokáže vyjádřit

Řeč, způsob vyjadřování: nemá žádnou vadu řeči, řeč je plynulá, akorát hlasitá, způsob vyjadřování je dobrý

Hlas a způsob řeči: hlas má klidný

Úroveň slovní zásoby: úroveň je dobrá, nezapomíná ani nedrmolí slova

Oční kontakt: udržuje

Rozsah pozornosti: věnuje se rozhovoru, když se něco děje tak se samozřejmě podívá

Nervozita: od pacienta pociťuji mírnou nervozitu během začátku našeho rozhovoru, která postupně ustupuje

Pasivní, agresivní, asertivní projevy v komunikaci: bez těchto projevů

5.6 Utrídění informací podle teorie D. Oremové ze dne 14. 1. 2013

Tabulka 5 – Utrídění informací podle teorie D. Oremové

<i>1. UNIVERZÁLNÍ POŽADAVKY SEBEOPÉČE + PROBLÉM</i>	<i>AKTUÁLNÍ/POTENCIÁLNÍ DEFICIT A JEHO PŘÍČINA</i>	<i>OŠETŘOVATELSKÝ SYSTÉM</i>
Udržení a dostatečný příjem vzduchu:	<p>Subjektivní údaje: „Nemám výrazné problémy.“</p> <p>Objektivní údaje: tvar hrudníku hypersonický, bez deformit, dýchání bezproblémové s normální dechovou frekvencí. Dýchací pohyby symetrické, čisté bez vedlejších fenoménů. D: 18/min., SpO2 96%</p> <p>Měřicí technika: sledování dechů (frekvenci, hloubku), měření saturace, kontrola zbarvení kraniálních částí těla.</p> <p>DEFICIT NENALEZEN</p>	
Udržení a dostatečný příjem potravy:	<p>Subjektivní údaje: „ Jím asi tak 5x denně, pokud jsem celý den doma a nejezdím po doktorech. Manželka mi doma stravu připravuje až do postele a na noc mi dává sladkosti k posteli, kdybych dostal hlad. Je nyní mou velkou oporou a pomocí.“</p> <p>Objektivní údaje: břicho obtížně</p>	

	<p>prohmatné, palpačně nebolestivé, peristaltika přítomná, dýchací pohyby viditelné v celém rozsahu. Játra nepřesahují pravý žeberní oblouk, pankreas nezvětšený, hernie nepřítomné. Pacient jí minimálně 5x denně, někdy i více. Má rád sladké a smažené jídlo.</p> <p>Měřicí technika: BMI: 33,06 – obezita</p> <p>Priorita: střední</p> <p>Aktuální deficit: zvýšený příjem potravy, vyšší tělesná hmotnost</p>	<p>Podpůrně – výchovný systém</p>
<p>Udržení a dostatečný příjem tekutin:</p>	<p>Subjektivní údaje: „Nemám vůbec pocit žízně, většinou mě musí rodina, či sestry pobízet. Myslím, že tak 1,5 litru vypiji. Kávu si dávám v průměru, tak 3x denně.“</p> <p>Objektivní údaje: Ledviny na poklep nebolestivé, močový měchýř nezvětšen, na palpaci nebolestivý, utetra bez výtoku, scrotum nebolestivé, zduření 0, nykturie min. 3x za noc. Moč je čirá, bez zápachu.</p> <p>Příjem tekutin za 24 hodin činí asi 1litr. Pacient pije převážně čaje, vodu a třikrát denně si dává kávu.</p> <p>Nutné k pití pobízet.</p> <p>Měřicí technika: sledování příjmu a výdeje tekutin, provádění kožního turgoru, kontrola sliznic</p> <p>Priorita: vysoká</p> <p>Aktuální deficit: snížený příjem tekutin</p>	<p>Podpůrně – výchovný systém</p>

	- sliznice sušší, kožní turgor snížený Potencionální deficit: nebezpečí dehydratace	Podpůrně – výchovný systém
Vylučování: STOLICE	Subjektivní údaje: „Několik měsíců trpím zácpami. Snažím se jíst projímavé potraviny, lékům proti zácpě se snažím vyhnout.“ Objektivní údaje: Stolice nepravidelná, pacient trpí častou zácpou, na stolicí byl před 3 dny. Projímavé léky odmítá. Měřicí škála: denní zapisování stolice Priorita: střední Aktuální deficit: defekace stolice jednou za 2-3 dny - pacient trpí často zácpou - projímavé léky odmítá - nedostatečný pohyb	Podpůrně – výchovný systém
MOČ	Subjektivní údaje: „S močením nemám problémy, nic mě nebolí, ovšem přes noc musím na toaletu asi tak 3x.“ Objektivní údaje: inkontinencí pacient netrpí, nykturie 3x-4x, pálení a bolest neudává Měřicí škála: chemická kontrola moče, hodnocení barvy a hustoty moče DEFICIT NENALEZEN	
Samota a sociální interakce:	Subjektivní údaje: „Jsem spíše introvert, nerad se někomu svěřuji, ale jsem velmi rád ve společnosti.“ Objektivní údaje: Pacient je introvert, má rád společnost, verbální	

	<p>komunikace je přiměřená věku, je adekvátní a dobře srozumitelná.</p> <p>Neverbální komunikace je přiměřená, pacient udržuje oční kontakt, když se pacient v lůžku pohne, můžeme pozorovat bolest v mimice.</p> <p>Měřicí škála: 0</p> <p>Priorita: nízká</p> <p>Aktuální deficit: omezený kontakt s rodinou a přáteli</p> <p>- hospitalizace na dobu neurčitou</p>	<p>Podpůrně – výchovný systém</p>
<p>Aktivita – oddych:</p>	<p>Subjektivní údaje: „Již před 6-ti lety, co se mi stal úraz, jsem pociťoval bolet zad a nyní o bolesti ani nemluším, nemůžu se dočkat operace, je to nesnesitelné. Jsem odkázaný na lůžko, moc toho dělat nemohu, takže si čtu knihy, luštím křížovky, koukám na TV a pokud nastane období, že mě kyčel nebolí, tak si zdřímnu.“</p> <p>Objektivní údaje: omezená hybnost bederní páteře v místě úrazu, pohyb v kloubech vázne. Svaly a šlachy rovnoměrně vyvinuté. Na pravé dolní končetině nekróza hlavice femuru, což způsobuje nesnesitelnou bolest pravé kyčle, která omezuje pacienta ve veškerých činnostech běžného života. Pacient si čte knihy, luští křížovky, dívá na televizi, zdržuje se převážně v posteli, pohybuje se pomocí francouzských holí. Trpí velkou bolestí, tudíž chodí, pouze když je</p>	

	<p>to nutné (hygiena, toaleta).</p> <p>Spánek - pacient má problém s usínáním a nočním buzením se, spí průměrně 4-6 hodin denně, důvodem je bolest v pravé kyčli. Léky na spaní neužívá. Pokud pacient nepocítuje bolest, spí kvalitně.</p> <p>Měřící škála: záznam pádů, Barthelův test, test IADL</p> <p>Priorita: střední</p> <p>Aktuální deficit: výrazně omezená pohyblivost</p> <ul style="list-style-type: none"> - nesnesitelná bolest při jakémkoliv pohybu - časté vzbouzení v noci <p>Potencionální deficit: nebezpečí častých pádů</p>	Částečně kompenzující systém
Prevence hazardu se životem:	<p>Subjektivní údaje: „Snažím se chodit pravidelně na preventivní prohlídky a vyhýbám se tomu na, co jsem alergický.“</p> <p>Objektivní údaje: Pacient dodržuje preventivní prohlídky. Trpí pylovou a potravinovou alergií. Pacientovi nejprve oteče obličej (hlavně rty) a je nucen si vzít léky na alergii, které nosí neustále při sobě. Tato alergická reakce je vyvolána pokaždé po jiném jídle, proto se nedaří ho identifikovat.</p> <p>Měřící technika: 0</p> <p>DEFICIT NENALEZEN</p>	
Podpora fyziologicky optimálního stavu:	<p>Aktuální deficit: bolest kyčelního kloubu</p>	Částečně kompenzující systém

	<ul style="list-style-type: none"> - dyskomfort -sebepéče narušená -celková slabost, úbytek sil - IADL test – 70 bodů 	
2. VÝVOJOVÉ POŽADAVKY SEBEPÉČE		
Požadavky spojené s růstem a vývojem organismu	Muž, 75let, ženatý, hmotnost 90 kg, výška 165cm, nosí brýle na čtení, má těžkou aortální stenózu, ICHS a nekrózu P hlavice femuru, v současné době závislost na druhých	
Nynější životní fáze a přechod do následující:	<p>Subjektivní údaje: „V současné době svůj zdravotní stav vnímám kriticky, nic není horší než být odkázaný na ostatní. Za prvé mi to strašně vadí a za druhé ta bolest už by také mohla přestat.“</p> <p>Objektivní údaje: před 6 lety úraz (naštípnutí 5 bederního obratle)</p> <ul style="list-style-type: none"> - před 6 měsíci zprogredoval nález v pravé kyčli (bolestivost při jakémkoliv pohybu, výrazné omezení pacienta), operace byla odložena kvůli aortální stenóze, ale vzhledem k dominující ortopedické symptomatologii a další progresi jak RTG, tak i klinického nálezu na kyčli bylo rozhodnuto o upřednostnění operaci kyčelního kloubu a následně dle stavu kardiochirurgický výkon. <p>Měřicí škála: 0</p>	

	<p>Priorita: vysoká</p> <p>Aktuální deficit: reakce na onemocnění negativní</p> <ul style="list-style-type: none"> - v pacientovi vyvolává beznaděj, úzkost a strach z toho co bude - obtěžuje ho nesnesitelná bolest a má strach že se operace nedočká 	<p>Podpůrně – výchovný systém</p> <p>Částečně kompenzující systém</p>
Krizové situace:	<p>Subjektivní údaje: „Nyní je to pro mě onemocnění kyčle a zjištěná těžká aortální stenóza.“</p> <p>Objektivní údaje: Reakce na onemocnění negativní, v pacientovi vyvolává beznaděj, úzkost a strach. Pacient se neustále zmiňuje o bolesti, kterou pociťuje a vyjadřuje strach z toho, že se jí nezbaví.</p> <p>Měřící technika: 0</p> <p>Priorita: vysoká</p> <p>Aktuální deficit: zhoršení zdravotního stavu</p>	<p>Podpůrně – výchovný systém</p>
3. TERAPEUTICKÉ POŽADAVKY SEBEPÉČE		
Následky onemocnění:	<p>Aktuální deficit: nedostatek informací o následcích onemocnění a o nutné pooperační rehabilitaci</p>	<p>Podpůrně – výchovný systém</p>
Diagnostika, terapie a RHB:	<p>Subjektivní údaje: „O onemocnění kyčle jsem díky bolesti věděl, ale když mi řekli na předoperačním vyšetření, že mám ještě těžkou aortální stenózu, tak to hodně zaskočilo.“</p>	

	<p>Objektivní údaje: Pacient má diagnostikovanou nekrózu pravé hlavice femuru a dále těžkou aortální stenózu. Pacient v současné době čeká na TEP kyčelního kloubu. Tudíž rehabilitace zatím nezačala.</p> <p>Měřicí škála: 0</p> <p>Priorita: střední</p> <p>Aktuální deficit: neznalost a potřeba poučení z důvodu nedostatečné edukace</p>	<p>Podpůrně – výchovný systém</p> <p>Částečně kompenzující systém</p>
<p>Dyskomfort a škodlivé následky lékařské péče:</p>	<p>Subjektivní údaje: „Mám bolest pravé kyčle, která je při pohybu nesnesitelná, ale v klidu se bolest výrazně sníží.“</p> <p>Objektivní údaje: Pacient na bolest neustále upozorňuje. Při pohybu můžeme bolest na pacientovi pozorovat v mimice i verbálním projevu. Při hodnocení bolesti (dle jednoduché deskriptivní škály bolesti viz. přílohy D) pacient udává nesnesitelnou bolest při pohybu (číslo 5) a v klidu udává bolest mírnou (číslo 2). Dle medikace a potřeby jsou pacientovi podávány analgetika.</p> <p>Měřicí technika: škály bolesti (viz. přílohy D)</p> <p>Priorita: vysoká</p> <p>Aktuální deficit: akutní bolest v souvislosti s nekrózou pravé kyčle</p>	<p>Podpůrně – výchovný systém</p>
<p>Adaptace:</p>	<p>Subjektivní údaje: „Je to obtížné,</p>	

	<p>ale musím se s tím vším smířit.“</p> <p>Objektivní údaje: Pro pacienta je obtížné se adaptovat, vadí mu, že si nic nemůže udělat sám a potřebuje obtěžovat druhé. S personálem spolupracuje a snaží se mu vyhovět.</p> <p>Měřicí škála: 0</p> <p>DEFICIT NENALEZEN</p>	
Edukace:	<p>Subjektivní údaje: „Zatím se mnou nikdo moc o pohybu nemluvil.“</p> <p>Objektivní údaje: pacient byl zatím o pohybové aktivitě informován pouze sestrou, fyzioterapeut si s pacientem má promluvit v nejbližší době.</p> <p>Měřicí škála: 0</p> <p>Priorita: střední</p> <p>Aktuální deficit: nedostatek vědomostí o správné pohybové aktivitě při nekroze kyčelního kloubu</p>	Podpůrně – výchovný systém

5.7 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření: punkce kostní dřeně, koronarografie, gastrokopie, CT břicha, UZ, KO, RTG srdce + plíce, EKG

VÝSLEDKY:

Punkce kostní dřeně - nález: anémie chronických chorob se složkou sideropenie a poruchou resorbce železa

Koronarografie: těžká aortální stenóza, funkce LK dobrá, nemoc dvou tepen

RTG S+P: bez ložiska, masivnější hily na cévním podkladě. Bránice správně klenutá. Srdce zřetelně aortální, lehce masivnější. Aorta vinutá.

EKG: osa – 3st., PQ 0,19 QRS 0,16 QTC 0,49 RBBB + sek. repol. změny

UZ: aortální stenóza těžká, s indexovanou plochou ústí 0,4 cm²/m², gradienty PG/MG 64/41 mmHg, ale není kritická, funkce komory je dobrá

Gastroskopie: bez nálezu

Stolice na okultní krvácení: negativní

CT břicha: bez nálezu

Kolposkopie: neindikována pro neúnosnou bolest kyčle

Výsledky: odběr krve byl proveden již po 20-ti denním léčení anémie *Aktiferrinem kompositem*

Tabulka 6 – Výsledky biochemického vyšetření krve

Biochemické vyš.	Hodnota pacienta	jednotka	Referenční hodnota
Natrium (Na)	139	mmol/l	135 – 148
Kalium (K)	4,05	mmol/l	3,7 – 5,3
Chloridy (Cl)	103,4	mmol/l	96 – 106
Urea	8,3	mmol/l	2,5 – 8,3
Kreatinin	104	μmol/l	45 – 110
Vápník (Ca)	2,48	mmol/l	2,15 – 2,58
Bilirubin	8,2	μmol/l	4,7 – 24
Alaninaminotranferáza (ALT)	0,21	mmol/l	0,17 – 1,13
Aspartátaminotransferáza (AST)	0,33	mmol/l	0,23 – 0,75
Gamaglutamyltransferáza (GMT)	0,33	mmol/l	0,10 – 1,80
Alkalická fosfatáza (ALP)	1,57	mmol/l	0,60 – 1,80
Železo (FE)	6,7	μmol/l	9–29
Albumin	43,1	mmol/l	36,5 – 48
Ferritin	104,5	μg/l	10 – 200

Tabulka 7 – Výsledky krevního obrazu

Krevní obraz		
	Hodnota	Referenční hodnota + jednotka
Erytrocyty	4,5	4,0-5,8 x 10 ¹² /l
Leukocyty	9,8	3,8-10 x 10 ⁹ /l
Trombocyty	205	150-350 x 10 ⁹ /l
Hemoglobin	160	135-175 g/l
Hematokrit	0,512	0,40-0,54

Konzervativní léčba:

Dieta: redukční Pohybový režim: výrazně omezený RHB: neindikována

Medikamentózní léčba:**- Per os:**

- Apo-amlo 5g (tablety) 1-0-0
- Apo-perindo 4mg (tablety) 1-0-0
- Godasal 100mg (tablety) 0-1-0
- Hypotylin 2,5mg (tablety) 1-0-0
- Concor 5mg (tablety) ½-0-0
- Helicid 20mg (kapsle) 1-0-0
- Atoris 20mg (tablety) 0-0-1
- Aktiferrin compositum
(kapsle) 1-0-1
- Magnesii lactici 0.5g (tablety) 1-0-0
- MaxiMag direct Mg+B6
(tobolky) 1-0-0

- Intra venózní: 0

- Per rectum: 0

- Jiná: 0

Chirurgická léčba: 0

5.8 Situační analýza ze dne 14. 1. 2013

Pacient – 75let, přijat na Interní oddělení do Písku dne 13. 1. 2013. Pacient byl přijat kvůli pozorování hladiny Fe v krvi a za účelem předoperačních vyšetření k plánované TEP. Mezi hlavní diagnózy, kterými pacient trpí, řadíme těžkou aortální stenózu a nekrózou hlavice pravého femuru.

Již zmíněná nekróza hlavice pravého femuru, pacienta výrazně omezuje. Při předložení jednoduché deskriptivní škály bolesti (viz. příloha D) pacient označil bolest číslem 5, tedy, že trpí nesnesitelnou bolestí při pohybu a číslem 2 označil bolest v klidovém stavu. Následně jsme provedli test instrumentálních všedních činností - IADL (viz. příloha B), který se zaměřuje na dovednosti související s vedením domácnosti, s životem ve společnosti a zaměřujícím se na péči o zdraví, pacient získal 30bodů, což značí závislost na druhých.

V dalším testu zaměřujícím se na základní důležité funkce denního života v tzv. Barthelově testu (viz. příloha C) pacient dosáhl 70bodů, tedy lehké závislosti. Jak je vidět s předešlým testem se výsledek neshoduje, je to proto, že test IADL má otázky více zaměřené na činnosti spojené s chůzí a pohybem.

Pacient se pohybuje pomocí dvou francouzských holí, každý pohyb mu způsobuje značnou bolest. Bolest pacienta vzbouzí i v noci, již dlouho se dobře nevyspal. Po probuzení se cítí unavený. Denně pacient vypije asi 1-1,5 litru tekutin.

5.9 Stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA taxonomie I. a jejich uspořádání dle priorit

5.9.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

Bolest [akutní]

v souvislosti s nekrózou hlavice pravého femuru projevující se grimasy, stížnostmi a odmítáním pohybu.

Tělesné tekutiny, deficit

v souvislosti s nedostatečným příjmem tekutin projevující se suchými rty, sliznicemi a sníženým kožním turgorem.

Strach

z čekání na operaci projevující se zvýšeným psychickým napětím a negativismem.

Beznaděj

v souvislosti s dlouhodobou bolestivostí projevující se verbálním vyjádřením a ustaraností.

Spánek porušený

v souvislosti s bolestí projevující se buzením v průběhu noci, špatným usínáním a ranní únavou.

Spánková deprivace

v souvislosti s prolongovaným tělesným dyskomfortem projevující se unaveností, podrážděností a kruhy pod očima.

Zácpa

v souvislosti s nedostatečnou tělesnou aktivitou projevující se nepravidelnou stolicí a obtížnou defekací.

Výživa porušená, nadměrná

v souvislosti s nadměrným příjmem potravy v poměru k metabolickým požadavkům projevující se obezitou.

Péče o sebe sama nedostatečná [problémy s mytím/koupáním a osobní hygienou]

z důvodu bolesti projevující se neochotou spolupráce a verbálním projevem.

Pohyblivost porušená

v souvislosti s nekrózou hlavice pravého femuru projevující se chůzí za pomoci francouzských holí.

Chůze porušená

v souvislosti s bolestivými projevy při pohybu projevující se nestabilitou, kulháním a pohybovými pomůckami.

5.9.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy:**Poranění, zvýšené riziko**

v souvislosti se sníženou a bolestivou pohyblivostí.

Imobilizační syndrom, zvýšené riziko

v souvislosti s bolestí.

Aktivita, intolerance

v souvislosti se ztrátou fyzické zdatnosti.

5.10 Ošetrovatelské diagózy dle NANDA taxonomie I.

Uvádíme řešení tří aktuálních a jedné potencionální diagnózy.

Bolest [akutní]

v souvislosti s nekrózou hlavice pravého femuru projevující se grimasy, stížnostmi a odmítáním pohybu.

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacient má zmírněnou bolest na nejnižší možnou míru - do operace

Cíl krátkodobý: Pacient má zmírněnou bolest - do 24 hod

Výsledná kritéria:

Pacient zná příčinu bolesti - do 30 minut

Pacient umí určit stupeň bolesti - do 1 hodiny

Pacient zná úlevovou polohu - do 1 hodiny

Pacient ví účinky léků podávaných proti bolesti - do 1 dne

Plán intervencí:

Informuj pacienta o možnosti použití signalizačního zařízení na přivolání sestry
- ihned - sestra

Pozoruj neverbální projevy bolesti - vždy - sestra

Podávej analgetika dle ordinace lékaře - vždy - sestra

Zhodnot' intenzitu bolesti a proved' záznam – minimálně 2x denně - sestra

Dokumentuj vše o bolesti a odpověď na léčbu - denně - sestra

Sleduj vedlejší účinky léků - po 30 minutách od aplikace - sestra

Informuj lékaře při vzniku bolesti jiného typu - do 30 minut - sestra

Snaž se odvést pozornost od bolesti - do 1 hodiny - sestra, ošetrovatelka

Zjistí lokalizaci, charakter a častost bolesti - do 1 hod - sestra

Prováděj kontrolu bolesti po provedené intervenci - do 1 hodiny - sestra

Doporučuj úlevovou polohu - do 2 hodin - sestra

Nauč pacienta způsob správného otáčení a vstávání - do 48 hodin - sestra

Realizace: 14. 1. 2013 - 18. 1. 2013

Pacient si po přijetí na oddělení stěžoval na neustálou bolest v pravé kyčli, což vypovídá o stanovené diagnóze, která zní nekróza hlavice pravého femuru. Bolestí začal trpět v září, kdy se objevili první známky onemocnění. Bolest byla zpočátku mírná, ale jelikož během posledních 5 měsíců došlo k velmi výrazné progresi onemocnění, stala se nyní bolestí nesnesitelnou. Zhoršující faktor bolesti je jakýkoliv pohyb, hlavně chůze. Pacient si v lůžku sám aktivně vyhledává úlevovou polohu. Byl poučen o tom, že v případě zhoršení bolesti má informovat sestru, k tomuto účelu mu bylo k lůžku podáno signalizační zařízení. Při nastalé bolesti byla hodnocena její intenzita, lokalizace a charakter, dle škál bolesti (viz. příloha D). Veškeré poznatky se zaznamenávaly do zdravotnické dokumentace.

Jelikož jsme věděli, že bolest nepřestane do provedení operačního výkonu, snažili jsme se pacientovi od bolesti dostupnými prostředky pomoci. Snažili jsme se zajistit klidné prostředí, komfort, pohodlí, rozptýl od bolesti rozhovorem a dle ordinace lékaře jsme podávali analgetika.

Hodnocení: 18. 1. 2013

Cíl byl splněn částečně. Bolest se nám podařilo zmírnit většinou jen pomocí analgetik. Na nic jiného pacient převážně nereagoval. Při zhoršení bolesti nám to pacient oznámil, a pokud to bylo možné, podali jsme mu předepsané analgetikum (Zaldiar, Tramobene) nebo jsme informovali lékaře. Vše jsme důkladně zaznamenali do zdravotnické dokumentace. Ošetrovatelské intervence musí pokračovat.

Péče o sebe sama nedostatečná [problémy s mytím/koupáním a osobní hygienou]

z důvodu bolesti projevující se neochotou spolupráce a verbálním projevem.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient docílí maximální sebeděče při koupání a zajišťování osobní hygieny - do 14 dnů

Cíl krátkodobý: Pacient se bude zapojovat do osobní hygieny - do 2 dnů

Výsledná kritéria:

Pacient zná příčinu omezení při vykonávání hygieny - do 12 hodin

Pacient je seznámen s pomůckami usnadňujícími hygienu - do 24hodin

Plán intervencí:

Zajisti soukromí při úkonech osobní péče - vždy - sestra, ošetřovatelka

Pomoz pacientovi při vykonávání hygieny - vždy - sestra, ošetřovatelka

Umožni pacientovi dostatek času na provedení hygieny - vždy - sestra, ošetřovatelka

Zajisti pomůcky při realizaci hygienických výkonů - do 6 hodin - sestra, ošetřovatelka

Zjistí všechny příčiny, které omezují sebeděči nemocného - do 8 hodin - sestra

Informuj pacienta o způsobech hygienické péče - do 18 hodin - sestra

Zjistí stupeň omezení nemocného - do 24 hodin - sestra

Realizace: 14. 1. 2013 - 18. 1. 2013

Pacient v současné době je výrazně závislý s hygienou na zdravotnickém personálu. Koupání díky bolesti v kyčli nesvede, tím pádem ho neprovádí.

14. 1 - Při ranní hygieně si došel k umyvadlu a poprosil personál o umytí, jelikož se přidržel francouzských berlí, tento způsob mytí prováděl doma, kdy mu hygienu obstarávala manželka. Večerní hygienu ve sprše odmítl se slovy, že se do sprchy bojí, že upadne a personál ho nechytí.

15. 1 - Ranní hygienu prováděl na lůžku pomocí přenosné nádoby na mytí, snažili jsme se do hygieny pacienta zapojit, říkali jsme mu jak postupovat. Pacient se s malou pomocí umyl sám. Tato hygiena mu dle jeho slov vyhovovala více. Večerní hygienu provedl ve sprše pod dohledem sestry. Kdy mu do sprchy byla dána vyšší židle.

16. 1 - 18. 1 - Hygienu prováděl z velké části samostatně, pouze mu zdravotní personál pomohl přinést mycí nádobu a odnést nebo mu dopomohl do sprchy.

Hodnocení: 18. 1. 2013

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient se dokázal sám umýt na lůžku. Do sprchy došel s pomocí, kde se již sám umyl. Pacient byl spokojenější, než když musel s hygienou obtěžovat personál. Necítil se tak obtížný.

Spánek porušený

v souvislosti s bolestí projevující se buzením v průběhu noci, špatným usínáním a ranní únavou.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Prodloužit spánek alespoň na 6hod. denně - do 5 dnů

Cíl krátkodobý: Pacient našel vhodné způsoby podpory spánku - do 48 hodin

Výsledná kritéria:

Pacient zná důležitost dostatečného spánku - do 12 hodin

Pacient verbalizuje zlepšení svého spánku - do 48 hodin

Plán intervencí:

Zajisti zmírnění bolesti na noc - dle potřeby pacienta - sestra

Podej léky dle ordinace lékaře - vždy - sestra

Eliminuj rušivé podněty během noci - vždy - sestra

Sleduj účinnost podaných léků - do 30 minut po podání - sestra

Zjisti dřívější návyky pacienta před spaním - do 12 hodin - sestra

Snaž se zapojit pacienta do denních aktivit - do 24hod - sestra, ošetřovatelka

Zajisti pravidelnou dobu uložení ke spánku - dle zvyklosti oddělení - sestra

Sleduj průměrnou délku spánku - každou noc - sestra

Uprav pacientovi lůžko - před spaním - sestra, ošetřovatelka

Vyvětrej pacientovi pokoj - před spaním - sestra, ošetřovatelka

Realizace: 14. 1. 2013 - 18. 1. 2013

Při rozhovoru s pacientem zaměřeným na spánek, jsme se dozvěděli, že pacient se v noci budí kvůli bolesti a také kvůli ní špatně usíná. Při rozhovoru bylo vidět, že ho to trápí a bylo to znát i na jeho chování, byl podrážděný a zdatně unavený. Vysvětloval, že musí využít každé příležitosti ke spánku, tedy i přes den.

Přes den jsme se pacienta pokoušeli zabavit (rozhovorem, televizí, četbou, křížovkami), aby pacient přes den pospával minimálně. Před uložením ke spánku jsme mu vyvětrali, upravili lůžko, snažili jsme se zajistit klid na pokoji i oddělení. Při bolesti si mohl pacient kdykoliv požádat o analgetikum.

Hodnocení: 18. 1. 2013

Po první noci nám pacient řekl, že se mu spalo špatně, jelikož buď ho budil spolupacient, nebo bolest. Ještě si prý nezvykl na nové nemocniční prostředí. Pacient byl na první pohled unavený. V našich intervencích jsme pokračovali jako předešlý den. Po druhé noci pacient řekl, že to bylo lepší. Večer si řekl o analgetikum, které mu ihned zabralo. Odhaduje, že spal v noci okolo 6 hodin. Vypadá odpočinutěji. Následné noci udával, že spal okolo těch šesti hodin. **Cíl splněn.**

Poranění, zvýšené riziko

v souvislosti se sníženou a bolestivou pohyblivostí.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient není poraněn - po celou dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacient zná potenciální rizika v prostředí - do 4 hodin

Výsledná kritéria:

Pacient ví o nutnosti používání francouzských holí - do 1 hodiny

Pacient je poučen o používání signalizačního zařízení - ihned

Plán intervencí:

Podej pacientovi signalizační zařízení - ihned - sestra

Pomoz pacientovi při chůzi - vždy - sestra, ošetřovatelka

Informuj pacienta o technice správného držení holí - do 1 hodiny - sestra, fyzioterapeut

Vytvoř pacientovy vhodné podmínky pro chůzi - do 6 hodin - sestra, ošetřovatel

Odstraň z dosahu všechny potencionálně nebezpečné předměty - do 12 hodin - sestra, ošetřovatelka

Informuj pacienta o správném držení těla při chůzi - 24hodin - sestra, fyzioterapeut

Realizace: 14. 1. 2013 - 18. 1. 2013

Po příchodu pacienta na pokoj jsme ihned upozorovali jeho nejistou chůzi, pacient měl problém s pravou dolní končetinou, kterou nemohl úplně ovládat. Na pacientovi bylo vidět dle grimas v obličeji, jak je pro něho chůze bolestivá a vyčerpávající. Pacientovi jsme k lůžku podali signalizační zařízení spolu s vysvětlením, že nás má vždy zavolat, když bude chtít jít například na toaletu, abychom předcházeli poranění. Po rozhovoru s pacientem nám sdělil, že doma již několikrát upadl, když chtěl provádět hygienu nebo si dojít na toaletu. Na pacienta jsme se proto více zaměřili. Pokoj se uspořádal, aby mohl v klidu chodit s berlemi a nic mu v pohybu nebránilo, při chůzi jsme pacientovi pomáhali, vysvětlili jsme mu, jak správně má používat francouzské hole, aby měl větší stabilitu. Proti bolesti jsme podávali analgetika dle ordinace lékaře.

Hodnocení: 18. 1. 2013

Během prvního dne hospitalizace byl pacient námi několikrát přistihnut, že si na toaletu i po pokoji chodí sám, aniž by sestry informoval. Dle jeho vysvětlení to bylo proto, že nechtěl obtěžovat. Byla mu znova vysvětlena důležitost to oznámit sestřám z důvodu předcházení poranění, které by mohlo operaci ještě více oddálit. Při této edukaci to pacient pochopil, bylo na něm vidět, že by si v žádném případě odklad operace nepřál. Od druhého dne hospitalizace pacient signalizační zařízení používal. V období ošetřování tedy od 14. 1. – 18. 1. 2013 k poranění nedošlo.

Cíl byl splněn.

6 Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče

V rámci ošetrovatelské a lékařské péče se celkový stav pacienta zlepšil. Pacient hospitalizaci snášel poměrně dobře. Se zdravotnickým personálem spolupracoval a snažil se mu vyhovět. Pacient byl seznámen se svým onemocněním a následnou léčbou. Vzhledem k diagnóze se některé problémy nedají zcela odstranit (bolest, porucha chůze), takže ošetrovatelské zásahy musí pokračovat nadále do operace, která je naplánovaná do 14 dnů. Během 5 dnů hospitalizace pacient udělal výrazný pokrok v sebepéči hlavně při hygieně, kdy se stal na zdravotnickém personálu skoro nezávislý a snažil se být soběstačný. Co se týče chůze, ke zlepšení nedošlo, kvůli vzrůstající bolesti. Pacient hodnotí ošetrovatelskou péči kladně.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro pacienta:

- snažit se o pravidelnou pohybovou aktivitu
- snažit se být soběstačný a nenechat o sebe pečovat druhé pokud to není nezbytné
- vést aktivní život
- dodržovat zásady správné výživy
- nepodléhat obtížím předčasně
- jste tak staří na kolik se cítíte
- mít zájem o zlepšení svého zdravotního stavu
- snažit se předcházet nemocím
- pečovat o svou duševní kondici

Doporučení pro rodinu

- podporovat seniora v pohybové aktivitě
- pozitivně motivovat a chválit
- být trpělivý a snažit se seniorovi zvýšit soběstačnost
- podílet se na pohybové aktivitě spolu se seniorem
- zajistit vhodné prostředí
- zajistit potřebné kompenzační pomůcky
- zařídit kontakt s vrstevníky se stejnou diagnózou

Doporučení pro zdravotnický personál:

- osvojit si základy správné edukace se seniorem
- motivovat seniora, ale zároveň nevzbuzovat falešné naděje
- zajistit vhodné kompenzační pomůcky
- podporovat a chválit seniora
- komunikovat s ním i s jeho rodinou
- zajistit mu dostatek času na sebekéči
- věřit seniorovi jeho potíže (bolest, nevolnost)
- být empatický, trpělivý, ochotný a optimistický

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se snažili vyjasnit problematiku pohybové aktivity u seniorů. Je důležité, aby si zdravotničtí pracovníci, studenti ošetrovatelství či laici uvědomili důležitost pohybové aktivity u seniorů.

Při zpracovávání této práce, bylo překvapivé, že touto problematikou se odborníci málo zaobírají. Jejich zájem sahá spíše ke karcinomům, k obezitě, k diabetu mellitu, k onemocněním žlučníku a jiným nemocem. Přijde nám zarážející, že o důležitosti pohybové aktivity u seniorů nebo o nemocech pohybové aktivity, kterou senioři trpí je velmi málo materiálů. Byly prozkoumány zdroje (Zdravotnické noviny, Sestra, Diagnóza v ošetrovatelství, Florence) za rok 2010, 2011, 2012 a je překvapující, že v takové kvantitě zdrojů bylo objeveno pouze 16 zdrojů zabývajících se problémy seniorů (týrání, kognitivní poruchy, intimita v domovech pro seniory, poruchy chování) a z toho 1 zabývající se výzkumem o soběstačnosti seniorů nad 80 let. Na tomto případě můžeme vidět fakt, že senioři nejsou zrovna oblíbené téma a ve spojení s pohybovou aktivitou, už vůbec ne. Proto jsme rádi, že toto zajímavé téma pomůže k vyjasnění některých otázek týkajících se pohybové aktivity ve spojení se seniory.

Tato práce se zabývá pacientem, kterému byla diagnostikována nekróza hlavice pravého femuru. Pacient měl výrazné problémy s bolestivostí při jakémkoliv pohybu, převážně při chůzi. Kvůli omezení pohyblivosti a bolesti, byly omezeny i činnosti s ní spojené a to deficit hygieny, vylučování, porucha a deficit spánku, riziko hypomobility, riziko pádu a jiné. Pacient se snažil spolupracovat a jeho sebepéče se zlepšila. Ovšem bolest a potíže s ní spojené, alespoň minimálně zůstali. Pacient čekal na TEP pravého kyčelního kloubu. Bylo mu tedy od bolesti pomáháno analgetiky.

Cílem bylo seznámit a přiblížit problematiku pohybové aktivity seniorů. Tato práce má význam jak pro studenty zdravotnictví, tak pro laickou i odbornou veřejnost zajímající se o tuto problematiku. Proto si myslím, že **cíl byl splněn.**

POUŽITÁ LITERATURA

1. ALCHALOUSOVÁ A. et al., 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. ISBN 80-86225-63-1.
2. DOENGES, M.E. a M.F. MOORHOUSE, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
3. *Edukace v ošetrovatelství: specifika edukace seniorů* [online]. [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>
4. FARKAŠOVÁ, D. et al, 2005. *Ošetrovatelstvo – teória*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-182-4.
5. HAŠKOVCOVÁ, H., 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-363-5.
6. HOLMEROVÁ, I., B. JURAŠKOVÁ a K. ZIKMUNDOVÁ, 2002. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 1. vyd. Praha: Gema, 2002. ISBN neuvedeno
7. HOLEKSOVÁ, T., 2002. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0212.
8. KALVACH, Z., 2008. *Úspěšné stárnutí a aktivní stáří*. 2. vyd. Liberec: Geoprint, 2008. ISBN- neuvedeno
9. KALVACH, Z. et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
10. KLEVETOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
11. KLUSOŇOVÁ, E. a J. PITNEROVÁ, 2005. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-423-2.
12. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
13. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
14. MUHLPACHR, P., 2005. *Schola gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1.

15. *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče* [online]. Edukace [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>
16. NÉMETH, F., 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Osveta: Martin, 2009. ISBN 978-80-8063-314-1.
17. *Ortoservis: Ortoservis zůstanete v pohybu* [online]. [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: <http://www.ortoservis.cz>.
18. PAVLÍKOVÁ, S., 2005. *Modely ošetrovatel'ství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-1211-6.
19. PIDRMAN, V. a E. KOLIBÁŠ, 2005. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-X.
20. POLEDNÍKOVÁ, L., 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-208-1.
21. ROSLAWSKI, A., 2005. *Jak zůstat fit ve stáří*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2005. ISBN 80-251-0774-4.
22. SMÍTALOVÁ, K. *Možnosti aktivizace seniorů s demencí v pobytových zařízeních celoročního typu: diplomová práce* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta pedagogická, 2009 [cit. 2012-12-20]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ycxnsj/51544-887104771.pdf>
23. *Svět seniorů: Cvičení pro každého - nejen pro seniory* [online]. [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: www.svetsenioru.cz/blogy/redakce/cviceni-pro-kazdeho-nejen-pro-seniory.
24. ŠPONAR, D., 2009. *Cvičení seniorů* [online]. [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: <http://www.cvicime.cz/cviky/cviceni-senioru/vsechny-strany>.
25. ŠTIKAR, J., J. HOSKOVEC a J. ŠMOLÍKOVÁ, 2007. *Bezpečná mobilita ve stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1339-0.
26. ŠTILEC, M., 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.
27. ŠTILEC, M., 2004. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0788-3.
28. TOPINKOVÁ, E. a J. Neuwirth, 2005. *Geriatríe pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
29. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatríe pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

30. TRACHTOVÁ, E., 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 80-7013-324-4.
31. WEBER, P., 2000. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-314-7.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Northon scale – škála rizika pro vznik dekubitů dle Nortonové.....	II
Příloha B – Test instrumentálních všedních činností IADL.....	III
Příloha C – Barthelův test všedních činností.....	V
Příloha D – Škály bolesti.....	VII
Příloha E – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	VIII

Příloha A - Northon scale – škála rizika pro vznik dekubitů dle Northonové

Tělesný stav	Duševní stav	Aktivita	Mobilita	Inkontinece
dobrý - 4	normální stav, bdělý, čilý - 4	samostatně chodící - 4	plná - 4	není přítomna - 4
slušný - 3	apatický - 3	chůze s dopomocí - 3	mírně omezená - 3	občasná - 3
špatný - 2	zmatený - 2	trvale v křesle - 2	velmi omezená - 2	obvyklá - 2
velmi špatný - 1	v bezvědomí - 1	trvale na lůžku - 1	imobilní - 1	moči i stolice - 1
HODNOCENÍ: 15 bodů < 12 = vysoké riziko 12-13 = střední riziko ≥ 14 = nízké riziko				

Podle: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., et al. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004

Příloha B – Test instrumentálních všedních činností IADL

Test instrumentálních všedních činností IADL

Činnost	Hodnocení	Skóre
1. telefonování	a) vyhledává samostatně číslo, vytočí je b) zná několik čísel, odpovídá na zavolání c) nedokáže použít telefon	10b 5b 0b
2. transport	a) cestuje samostatně dopravním prostředkem b) cestuje, je-li doprovázen c) vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	10b 5b 0b
3. nakupování	a) dojde samostatně nakoupit b) nakoupí s doprovodem a radou druhé osob c) neschopen bez podstatné pomoci	10b 5b 0b
4. vaření	a) uvaří samostatně celé jídlo b) jídlo ohřeje c) jídlo musí být připraveno druhou osobou	10b 5b 0b
5. domácí práce	a) udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací b) provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu c) potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	10b 5b 0b
6. práce kolem domu	a) provádí samostatně a pravidelně b) provede pod dohledem c) vyžaduje pomoc, neprovede	10b 5b 0b
7. užívání léků	a) samostatně v určenou dobu, správnou dávku, zná názvy léků	10b

	b) užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5b
	c) léky musí být podány druhou osobou	0b
8. finance	a) spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10b
	b) zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5b
	c) neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0b
<p>Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech: 30 bodů</p> <p><u>0-40 bodů: závislý v IADL</u></p> <p>45-75 bodů: částečně závislý v IADL</p> <p>80bodů: nezávislý v AIDL</p>		

Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5812.pdf>

Příloha C – Barthelův test všedních činností

Barthelův test všedních činností

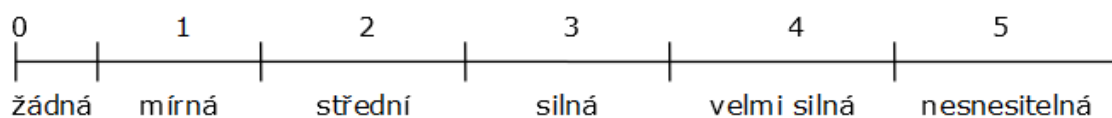
Činnost	Úroveň	Skóre
1. jídlo, pití	sám bez pomoci	10b
	s pomocí	5b
	neprovede	0b
2. oblékání	sám bez pomoci	10b
	s pomocí	5b
	neprovede	0b
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5b
	neprovede	0b
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5b
	neprovede	0b
5. kontinence moče	plně kontinentní (celý den)	10b
	občas inkontinentní (1x týdně)	5b
	inkontinentní, katetrizován	0b
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10b
	občas inkontinentní (1x týdně)	5b
	inkontinentní	0b
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10b
	s pomocí	5b
	neprovede	0b
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15b
	s malou pomocí	10b
	vydrží sedět	5b
	neprovede	0b
9. chůze po rovině	samostatně více než 50m	15b
	s pomocí 50m	10b
	na vozíku 50m	5b
	neprovede	0b

10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10b
	s pomocí	5b
	neprovede	0b
<u>Výsledek: 70bodů</u>		
0 – 40 bodů = vysoká závislost, 45 – 60 bodů = střední závislost, <u>65 – 95 bodů = lehká závislost</u> , 100 bodů = nezávislý		

Podle TOPINKOVÁ, E. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005

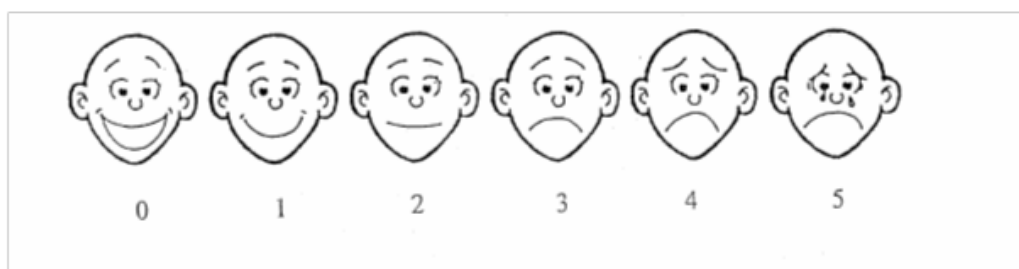
Příloha D – Škály bolesti

Jednoduchá deskriptivní škála bolesti



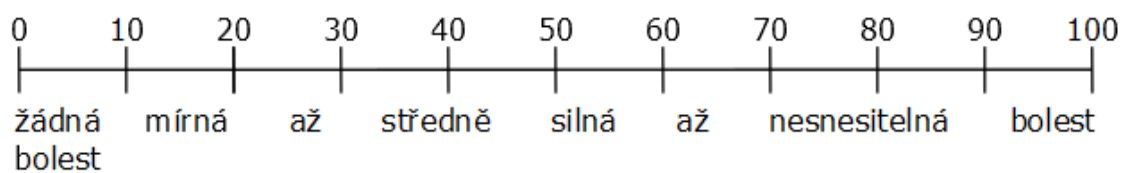
Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5830.pdf>

Škála výrazů obličeje pro měření bolesti



Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5837.pdf>

Numerická škála bolesti



Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5833.pdf>

**Příloha E – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování
bakalářské práce**

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem získala veškeré informace a podklady pro zpracování bakalářské práce s názvem Ošetřovatelský proces u seniorů s poruchou pohybové aktivity v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha5.

V Praze dne

Podpis: