

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Praha 5**

POHYBOVÝ REŽIM SENIORA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

SILVIE STÓJOVÁ

Praha 2013

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

POHYBOVÝ REŽIM SENIORA

Bakalářská práce

SILVIE STÓJOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2013



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

Stójová Silvie
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 16. 4. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Pohybový režim seniorů

Seniors Exercise Regimen

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 3. 9. 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

.....

Silvie Stójová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat své rodině za podporu, pomoc a velkou trpělivost. Nejdůležitější a největší poděkování bych chtěla dát své vedoucí PhDr. Ivaně Jahodové za trpělivý přístup, za své odborné znalosti, které jsem mohla zapracovat do své práce. Ještě jednou děkuji.

Abstrakt

STÓJOVÁ, Silvie. *Pohybový režim seniora*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, Praha 2013. 64 s.

Tématem bakalářské práce je pohybový režim seniora. Teoretická část práce charakterizuje jak pojmy stáří a stárnutí, tak i rehabilitaci spojenou s pohybem seniora. V praktické části jsme systematicky zhodnotili ošetrovatelské procesy v aplikaci modelu Virginie Henderson. Cílem pohybu u seniora je motivace k pravidelné rehabilitaci v domácím prostředí.

Klíčová slova

Pohyb. Rehabilitační ošetrovatelství. Senior.

Abstract

STÓJOVÁ, Silvie. *Seniors Exercise Regimen*. Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor (BA). Tutor: Mgr. Ivana Jahodová, Prague 2013. 64 pages.

The topic of this thesis is exercise regimen for seniors. The theoretical part of the thesis describes the classifications of ages and rehabilitation associated with the movement of seniors. The practical part systematically evaluates the nursing processes by the model of Virginia Henderson. The aim of the movement is to motivate seniors to work out regularly rehabilitation in their home environment.

Keywords

Movement. Rehabilitation Nursing. Senior.

Obsah

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 STÁRNUTÍ	11
1.1 Teorie stárnutí	12
1.2 Fyzická křehkost ve stáří.....	12
2 STÁŘÍ.....	14
2.1 Nejdůležitější způsoby, jak se vyrovnat se stářím.....	15
2.2 Jak se připravit na stáří.....	16
3 POHYBOVÁ AKTIVITA SENIORA	17
4 REHABILITACE	19
5 WHO A REHABILITACE	20
6 REHABILITAČNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ	21
6.1 Kondiční cvičení seniora.....	22
6.2 Polohování	23
6.3 Polohování, prevence vzniku dekubitů	23
6.4 Způsoby polohování.....	24
7 KINEZIOTERAPIE	26
8 ERGOTERAPIE	27
8.1 Hlavní aktivity geriatrické ergoterapie.....	28
8.2 Sociální a léčebná rehabilitace seniorů v ergoterapii	29
8.3 Ergoterapie provádí individuální a skupinovou formu.....	30
8.4 Hlavní zásady v geriatrické ergoterapii.....	31
PRAKTICKÁ ČÁST	33
9 APLIKACE TEORIE VIRGINIE HENDERSON DO OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU.....	33
10 KAZUISTIKA Č 1.	34
10.1 Anamnéza	35
10.2 Ústřední informace podle teorie V. Henderson.....	38
10.3 Aktuální ošetřovatelské diagnózy	44
11 KAZUISTIKA Č 2.	47
11.1 Anamnéza	48
11.2 Ústřední informace podle teorie V. Henderson.....	50
11.3 Aktuální ošetřovatelské diagnózy	57
12 KAZUISTIKA Č 3.	60
12.1 Anamnéza	61
12.2 Ústřední informace podle teorie V. Henderson.....	64
12.3 Aktuální ošetřovatelské diagnózy	69
13 DISKUZE.....	72
14 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	73
ZÁVĚR	74
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75
SEZNAM PŘÍLOH	

Seznam použitých zkratk

ADL	Barthelův test
BMI	Index tělesné hmotnosti
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Počítačové tomografické vyšetření
DKK	Obě dolní končetiny
EKG	Elektrokardiografické vyšetření
EMG	Elektromyografické vyšetření
Fr.	Fraktura
HDC	Horní dýchací cesty
ICHS	Ischemická choroba srdeční
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
P	Puls
p.	Pravá
RTG	Rentgenové vyšetření
TK	Tlak krve
UPV	Uměla plicní ventilace
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam použitých výrazů

Antiagregancia – léky které snižují agregaci destiček

Antiparkinsonikum – léky používané k léčbě Parkinsonovy nemoci

Antivarikózum – léky stabilizující funkci kapilár

Dislokace - posunutí

Fisura maxily – jemné nalomení horní čelisti

Fraktura – zlomenina

Hypertenze – vysoký tlak

Hypomobilita – snížená kloubní pohyblivost

Inkontinence – neschopnost udržet moč

Ischemická choroba srdeční – nedostatečné prokrvení srdečního svalu

Kardiotonikum – léky zlepšující a posilující srdeční činnost

Mozková atrofie – úbytek buněk nebo zmenšení jejich velikostí (například z důvodu strárnutí)

Obstrukce – překážka

Oftalmologikum – léky užívané v očním lékařství

Ontogeneze – vývoj jedince od oplození až po zánik

Polypektomie – odstranění polypů

Progrese – postup zhoršování nemoci

Proktokolitida – zánět konečníku a tlustého střeva

Proximální tibia – část kosti holenní

Rigidita – ztuhlost

Sacrum – kost křížová

Tonsilektomie – chirurgické odstranění krčních mandlí

Tonus – napětí

Vertigo - závrať

Vertikalizace – směřující z hora dolů

(VOKURKA, 2004)

Úvod

První myšlenka pod pojmem stáří se nám vybaví například: babička, dědeček, strach ze smrti, samota, nemoc, bolest, ale zároveň i moudrost, zkušenost, trpělivost. Stáří hodnotí každý jedinec individuálně, proto není zcela jasné, co si člověk pod pojmem stáří má představit. Stáří je biologicky nezvratný proces.

V dnešní době přibývá starých a velmi starých lidí po celém světě a stává se dalším světovým problémem. Ve státech s bohatým průmyslem se délka života prodlužuje. V minulosti byla průměrná délka života velmi krátká, pohybovala se kolem 25 let. Postupem času se délka života prodlužovala až na 50 let. V dnešní době dosáhne věk v České republice v průměru 75 let.

Bohužel v dnešní době je stáří zatíženo vysokou nemocností, jako jsou chronické nemoci, ztráta soběstačnosti, postupné zhoršování fyzické zdatnosti, a také dochází k poklesu rychlosti, obratnosti a nakonec síly a vytrvalosti. Stáří postihuje celý pohybový systém. Dle našeho úsudku, pohyb starších lidí má daleko vyšší význam než u mladší generace, protože aktivní pohyb u starších lidí může příznivě předejít různým chorobám, naopak nečinnost, nedostatek pohybu má nepříznivý dopad na tělesný a psychický proces.

Stáří a stárnutí je velice obtížně definováno. Existuje však mnoho definic - co je to stáří a stárnutí, ale žádná z nich není tak úplně jasná. Stáří a stárnutí je nezbytnou součástí průběhu života lidí, zvířata rostlin.

Teoretická část

1 Stárnutí

Stárnutí je proces, kdy v organismu dochází k degenerativním změnám ve tvaru a funkci buněk a působí v různou dobu života jedince a postupuje s individuální rychlostí. V širším pojetí je stárnutí proces, který postihuje živou formu (KALVACH, 2004).

U některých jedinců stárnutí postupuje pomaleji, jindy zase naopak rychleji. Je to ovlivněné různými faktory, jako jsou: genetické příčiny, životní styl, prostředí, fyzická i psychická pohoda, práce, kterou vykonává, strach, stres a podobně.

Hlavní znaky biologického stárnutí patří: Zhoršení funkčních smyslových orgánů, úbytek tělesné hmoty, zhoršená funkce imunitního systému, špatná adaptace, snížená tvorba hormonů, snížená odolnost různým zátěžím, úbytek kostní hmoty.

Hlavní znaky psychického stárnutí patří: Klesání fyzických výkonů a zpomalení motorického tempa, zhoršení schopnosti poznávání, snížení koncentrace a pozornosti. Naopak ve stáří zase přibývá touha po soukromí, klidu a pohody. Stálost v názorech.

Mezi hlavními problémy sociálního stárnutí patří: Zvládnutí adaptace, které ovlivňuje především rysy, povaha a city jedince. Lidé se špatně smiřují se změnami jak v mládí, v dospělosti tak i ve stáří. Pozitivní vliv na zvládnutí adaptace je rodina, práce, koníčky. Důležité ve stáří je si uvědomit, kolik sil a schopností máme (MARŠÁLEK, 2011).

1.1 Teorie stárnutí

Vědci, kteří se zabývají pojmem stárnutí, vypracovali teorie, které mohou pomoci vysvětlit, proč se buňky degenerují během stárnutí.

- **Genetická teorie:** Průběh a délka života je předem geneticky dána. Pokud se rodiče dožijí vyššího věku, je nejspíš jasné, že i jejich děti se dožijí vysokého věku.
- **Imunologická teorie:** Když se buňky dělí, nastávají chyby. Při tomto procesu není organismus schopen při narůstajícím věku rozpoznat a odstranit chyby, proto nastává autoimunitní systém, který má za příčinu i ničení zdravých buněk.
- **Teorie o působení zevních vlivů:** Tato teorie udává, že vlivy, a to hlavně zevní, můžou negativně nebo i pozitivně ovlivnit proces stárnutí. Vlivy, které hlavně ovlivňují stárnutí, jsou: chemické látky působící na lidský organismus, životní styl, stresové faktory, různé psychosociální faktory.
- **Teorie volných radikálů:** Volné radikály, které vznikají v organismu, poškozují membrány, a to i některé části buněk. Volné radikály jsou škodlivé, a proto degenerují organismus (MLÝNKOVÁ, 2011).

1.2 Fyzická křehkost ve stáří

Stárnutí je úzce spojeno s fyzickou křehkostí. Je to stav, který vede ke zvýšeným sklonům různých omezení. Jako příklad může být pád seniora. Může dojít ke fraktuře stehenní kosti a následně je senior uvězněn na lůžku, je zvýšená závislost na druhých, a tím i snížená schopnost sebe péče a soběstačnosti. Začnou se objevovat omezení, která senior doteď nepocíťoval.

Příčinami fyzické křehkosti mohou být:

- snížená imunita,
- špatná pohyblivost a tělesná rovnováha,
- ztráta kostní hmoty,
- snížená svalová hmota (MLÝNKOVÁ, 2011).

2 Stáří

Stáří je biologicky nezvratný proces. Je to pozdní fáze ontogeneze. Tento proces probíhá prakticky u všech orgánů s různou specifickou rychlostí, to znamená, že biologický organismus stárne a stává se méně přizpůsobivým k měnícím se podmínkám, jak vnějšího, tak vnitřního prostředí. Snadno ztrácí své adaptační schopnosti, a tím dochází k postupnému selhávání orgánových funkcí, návazně na to k organismu jako celku.

Stáří je konec etapy stárnutí a představuje konečnou kapitolu života jedince. Stáří prezentuje vyvrcholení celé životní etapy jedince (KALVACH, 2004).

Funkční věk je tvořen funkčním potenciálem jedince a dělíme ho:

- **Biologický** - je dán sestupnou vývojovou změnou.
- **Psychologický** - je dán individuálním rysem osobnosti, různými psychologickými reakcemi a subjektivním cítěním.
- **Sociální** - je dán pozicemi a rolemi jedince v práci, umístěním v osobním životě a také ve společnosti. Není správné ztotožňovat sociální věk s odchodem do důchodu (NEMÉTH, 2009).

Věk jedince dělíme na kalendářní a funkční. Kalendářní věk je tvořen datem narozením a podle Světové zdravotnické organizace se stáří dělí na:

- rané stáří – 60-74let,
- vlastní stáří - 75-89let,
- dlouhověkost – 90let a více.

Stáří v životě jedince představuje změnu. Každá změna, která nás během života potká, je zásah do života jedince a je třeba se s ní vyrovnat, zvyknout si na ni, přijmout ji takovou jaká je a žít s ní dál. Aby se jedinec vyrovnal se změnami během života, musí mít zkušenosti a svou vlastní životní filozofii. Jedním z nejdůležitějších faktorů pro adaptaci je osobnost člověka a jeho aktivita během života (MLÝNKOVÁ, 2011).

2.1 Nejdůležitější způsoby, jak se vyrovnat se stářím

Obranný postoj

Tato reakce je u lidí, kteří v minulosti byli aktivní, pracovali na vysokých pozicích, kde realizovali své postoje, nápady a snažili se vybudovat svou kariéru. Tito lidé se nemohou smířit se stářím, snaží se nevidět vlastní úbytky sil, mají strach, aby nebyli závislí na druhých. Pokud jsou nemocní, odmítají veškerou pomoc a snaží se s ní vyrovnat sami.

Závislost

Je to opak obranného postoje. Tato reakce je u lidí, kteří se po celý život spoléhali na druhé. Byli závislí na názorech ostatních. Necháávají se vést od druhých, a proto i ve stáří počítají s tím, že jim bude někdo pomáhat a vyhová jeho každým požadavkům.

Sebe nenávisť

Někteří senioři mají sklony k sebelítosti, negativismu, jsou pesimističtí. Připadá jim jejich život nenaplněn, mají pocit, že ho celý promarnili. Mají pocit osamělosti, ale společnost nevyhledávají. U této skupiny hrozí, že si mohou ublížit, a proto je důležité včas zasáhnout např. lékař – psychiatr.

Nepřátelský postoj

Senioři s tímto postojem mají sklony vyhledávat problémy a ty potom svalují na druhé. Jsou agresivní, zlostní, mrzutí. Na okolí se chovají nepřátelsky, proto není výjimkou, že jsou často osamělí. Okolí, a to i včetně rodiny se jim straní.

Konstruktivní přístup

Jde o pozitivní přístup k životu. Senioři s tímto přístupem jsou optimističtí, přízpůsobivý, snaží se realizovat své plány, i když vědí, že mají různá omezení, a tím i méně možností. Snaží se vyhledávat aktivity, chtějí si udržet duševní i tělesnou svěžest (MLÝNKOVÁ, 2011).

2.2 Jak se připravit na stáří

Na stáří se nedá připravit během několika let před dosažením důchodového věku. Na stáří se musíme připravovat celý život.

Rozlišují se tři formy přípravy na stáří:

Dlouhodobá příprava

Začíná už v dětství, kdy se snažíme vést své děti ke správným formám chování k seniorům. Děti by měly znát praktické informace o tom, jak se mají správně chovat k seniorům a názorně jim to ukazují tím, jak se chovají k vlastním rodičům, jak o nich hovoří, jak se k nim chovají, komunikují a tváří.

Středně dlouhá příprava

Člověk ve středním věku by měl začít s přípravou na stáří, a to cíleně. Může začít tím, že bude v kontaktu s přáteli a rodinou, bude dodržovat správnou životosprávu, pravidelně cvičit a bude po většinu času v psychické a fyzické pohodě. Důležitým krokem je sociální příprava, která zahrnuje především finanční zajištění svého stáří, protože ne každý má výšku penze dostatečnou. Dospělí lidé často přemýšlí o tom, jak to bude v důchodu vypadat, jestli se někdo o ně postará, až nebudou mít dostatek sil. Uvažují o tom, kde budou žít po zbytek života a hlavně jestli nebudou sami, až budou umírat.

Krátkodobá příprava

Je to zhruba doba tří let před odchodem do důchodu. Tato doba je ryze praktická a měla by se zaměřit na úpravu bydlení pro seniory jako je například: výměna poškozených elektrospotřebičů, nevhodného nábytku a podobně. Součástí krátkodobé přípravy na penzi je i vymyslet a připravit plán na vyplnění volného času (MLÝNKOVÁ, 2011).

3 Pohybová aktivita seniora

Je dokázáno, že senioři, kteří jsou v pokročilém věku a jsou neustále aktivní, jsou i více spokojenější, lépe se přizpůsobují změnám, než jejich pasivní vrstevníci. Udržení aktivity seniora je klíčovým prvkem spokojenosti, jak fyzické, tak i psychické. Zároveň je velmi důležité, aby byl senior plně akceptován ve společnosti. (ZDRAŽILOVÁ, 2004)

Dalším důležitým cílem, aby se senior dožil pokročilého věku, měl dobrý zdravotnický stav, je zapojení do smysluplných a produktivních činností třeba i s rodinou nebo se svými vrstevníky.

Aktivity, které odpovídají představám seniora, by měly pomoci docílit spokojenosti seniora se sebou samým, měly by docílit sounáležitosti vůči svému okolí a měl by mít také pocit smysluplnosti své existence. Je známo, že činnosti celkově ovlivňují a hlavně podporují fyzickou a duševní spokojenost seniora, vyplňují jeho čas a posilují mezilidské vztahy (KALVACH, 2004).

Je nespočetné množství činností, kterým se mohou senioři věnovat. Každý jedinec je individuální, proto nelze přesně určit, kterým činnostem by se měl senior věnovat. Záleží jen na jeho volbě, která by měla být jeho blízkým akceptovaná a hlavně jeho volba by měla být okolí maximálně podporována, ale jen pokud je seniorovi zvolená činnost reálná prospěšná.

Množství aktivit a i jejich výběr jsou ovlivněny životními zkušenostmi seniora. Práce, zájmy, volnočasové aktivity, to vše v dospělosti je potom u seniora významným ukazatelem úspěšnosti aktivit. Senior, který byl v mládí aktivní, vyhledával společnost, pohyb a své zájmy, je velmi pravděpodobné, že bude usilovat o podobný životní styl i ve stáří.

V aktivitě, kterou jedinec vykonává, se projevuje jeho osobnost. Senior se nesmí nutit do žádných aktivit, které mu nevyhovují a přičí se mu. Každá fyzická nebo i smyslová omezení mohou vést ke značnému dopadu na většinu jeho aktivit.

Senior se snaží vykonávat své činnosti dle svého možného tempa, aby byla zvolená aktivita zajímavější, musí v ní najít smysl. Nejlepším řešením je vnitřní motivace. Senior musí mít podpůrný vliv na další aktivity. Je důležité, aby společnost kladně ohodnotila jeho výsledky v činnostech, které naplňují jeho volný čas, ale přesto je nejdůležitější, jak se hodnotí on sám (ZDRAŽILOVÁ, 2004).

Zásady pohybového režimu seniorů

- Před fyzickou aktivitou zhodnotit zdatnost, až poté stanovit individuální stupeň zátěže seniora.
- Nepřetěžovat pulzovou frekvenci u víc jak 50% maximální frekvence srdce, která se získá v čase zátěžového cvičení.
- Vyhýbat se cvičením, která způsobují zvýšení intraabdominálního tlaku, tím se omezí návrat krve do srdce.
- U všech možných cvičení se snažit měnit polohy.
- Nevykonávat náročné koordinační cvičení.
- Nezařazovat více nových cvičení do jednoho cvičebního programu (Snadno se přetěžuje CNS).
- Snažit se vynechat pohyby krční páteře, u seniorů je důležité brát ohledy na možné patologické změny v oblasti páteře (NÉMETH, 2009).

4 Rehabilitace

Je pojem širokého významu. Už v minulosti byla rehabilitace chápána jako koordinované a plynulé úsilí společnosti s cílem sociální integrace jedince. Proces zahrnuje vzdělávací, zdravotnickou, sociální, kulturní a organizační problematiku.

V dnešní době pro rehabilitaci jedinců se zdravotním postižením používá pojem ucelená rehabilitace. Je chápána jako koordinovaný a cílený proces, který má za náplň co nejvíce minimalizovat přímé a nepřímé důsledky trvalého nebo i dlouhodobého zdravotnického postižení jedince, která má za cíl dosáhnout optimálního začlenění do společnosti (KOLÁŘ, 2009).

V geriatrii je součástí rehabilitace i nácvik sebe péče a činností, které může senior vykonávat sám. Do těchto činností je zahrnuto například: oblékání, vyprazdňování, hygiena, pohyb.

Rehabilitace využívá různé pomůcky: držadla, zvýšené sedačky, pokojové WC, sprchovací stoličky a jiné.

Důležité je dodržování opatření k prevenci podklouznutí a pádu. V těchto případech je vhodné používat kompenzační pomůcky na hygienu, oblékání, WC a jiné. U seniorů, mající špatnou koordinaci pohybu při chůzi si mohou například ulehčit chůzi berlemi, francouzskými holemi, vysokým chodítkem, vozíkem (NÉMETH, 2009).

5 WHO a rehabilitace

WHO o rehabilitaci říká:

Je to kombinované a zároveň koordinované využití sociálních, výchovných, lékařských a pracovních prostředků pro znovuzískání nejvyššího stupně funkčních schopností.

Nehovoří záměrně o rehabilitaci, která by se měla dělit: na léčebnou, pedagogickou, sociální a pracovní, ale spíše ji vysvětluje, jako koordinované využívání daných prostředků dle potřeby.

V roce 1981 WHO rozšířila rehabilitaci jako:

Rehabilitace obsahující prostředky, které způsobují zlepšení psychického, fyzického nebo i sociálního stavu (KOLÁŘ, 2009).

U seniorů je nutno počítat s funkčními omezeními a problémy zaměřující se na fyzické aktivity. Ale naopak správný pohyb znamená obvykle návrat k primárním funkčním schopnostem seniora. (BOTTOMLEY, 2003).

V pokročilém věku se zhoršují všechny motorické schopnosti (pomalá svalová atrofie). Kolem 75. roku života jedince svaly představují 15% hmotnosti těla, důsledkem toho je zhoršená nervosvalová koordinace a rovnováha. Tyto uvedené problémy mají za následek zhoršení mobility, zvýšení rizika pádu, a to vše vede k následným orgánovým komplikacím. (NÉMETH, 2009).

6 Rehabilitační ošetřovatelství

Rehabilitační ošetřovatelství se snaží zabránit vzniku sekundárního poškození. Pokud chybí cílená, fyzioterapeutická intervence na prevenci sekundárních změn, jsou v rehabilitačním ošetřovatelství výsledky zhoršené. Zatěžují sekundární změny seniora více než základní onemocnění.

Aby se zabránilo vzniku těchto výše uvedených komplikací, musíme zahájit rehabilitační program. Nejdůležitějším terapeutickým prostředkem je polohování, mobilizace seniora a postupná vertikalizace.

Zaměřuje se na cílené tělesné pohyby, na zlepšení tělesných funkcí organismu poškozených různými zdravotními postiženími (KOLÁŘ, 2009).

Dále zahrnuje:

Pasivní cvičení – Cílem pasivního cvičení je dosáhnout zvýšení rozsahu pohyblivosti v kloubech a patří sem i polohování.

Aktivní cvičení – Cílem aktivního cvičení je dosáhnout zvýšení fyzické zdatnosti organismu, které slouží kondiční cvičení.

Dýchací cvičení – Dechová gymnastika (NÉMETH, 2009).

6.1 Kondiční cvičení seniora

Kvalitní výsledek mobilizace je správná mechanika těla. Měla by být efektivní, koordinovaná a bezpečná při postoji, pohybu a udržení rovnováhy po celou dobu aktivity.

Cílem kondičního cvičení je dosáhnout kvalitnější pohyblivosti kloubů, svalových funkcí, svalového tonusu. Dále se snažíme vlivem kondičního cvičení zlepšit funkci vnitřních orgánů a nervosvalové koordinace to znamená:

- zamezení vzniku zdravotní komplikace,
- zvýšení látkové výměny a fyzické zdatnosti organismu,
- snížení nebo úplného odstranění psychického traumatu při těžkých nemocech nebo úrazech.

Kondiční cvičení by vždy měl vést fyzioterapeut nebo odborně vyškolená všeobecná sestra.

Seniora nesmíme nechat podlehnout jakékoliv nemoci, proto je důležité, abychom ho motivovali ke zlepšení kondice (KALVACH, 2004).

Zvyšování intenzity zátěže v rámci kondičního cvičení:

- absolutní klid na lůžku,
- pasivní cvičení na posteli,
- dechová cvičení,
- aktivní cvičení na posteli,
- aktivní cvičení proti odporu,
- kondiční cvičení,
- cviky na zvýšení výkonů,
- návrat ke každodenní zátěži (NÉMETH, 2009).

6.2 Polohování

Pacienti, kteří mají z nějakého důvodu ztrátu hybnosti nebo poruchu hybnosti určitých částí těla či nějaké fyzické omezení, musíme dodržovat pravidelné polohování.

Motorickou ztrátu často doprovází sensorický deficit, který se může zhoršovat, pokud pacient leží na lůžku a nemá jakékoliv změny polohy několik hodin. Každá změna polohy dává vzniknout různé stimuly, které se snaží pomoci navrátit sensorické funkce, a tím i zlepšení motorických funkcí.

Správná volba polohování má důležitý vliv na funkční rehabilitaci pacienta. Polohují se pacienti s částečnou nebo úplnou ztrátou aktivního pohybu. Polohování pomáhá odlehčit kůži, a tím se zlepšuje prokrvení jednotlivých částí těla. Dále působí v prevenci nebo léčbě dekubitů, snaží zabránit vzniku svalových atrofií, deformaci kloubů, eliminuje bolest, a také zlepšuje psychickou pohodu. Polohování neprovádí jenom fyzioterapeut, ale musí se na správném polohování podílet i celý zdravotnický personál, který se podílí na péči o pacienta.

Polohy pro pacienta musí být pohodlné, nebolestivé a měly by umožnit případný pohyb. Při polohování je důležité dodržovat stanovené postupy.

Poloha pacienta musí být přizpůsobená a upravená každé 2 – 3 hodiny, a to i v noci. U polohování se musí kontrolovat ohrožená místa: oblasti s tenkou vrstvou svalů, podkoží (kotníky, sacrum, lokty, lopatky, kyčle, kolena). K zamezení dekubitů je třeba dbát na to, aby byl pacient v suchu. U polohování pacienta se používá takzvaná „polohovačka“, která usnadní práci personálu v manipulaci (KOTLÁŘ, 2009).

6.3 Polohování, prevence vzniku dekubitů

V dnešní době ani nejmodernější antidekubitární matrace nedokáže zabránit vzniku dekubitů, jestliže se pacient pravidelně nepolohuje.

- prevence dekubitů,
- prevence pneumonie,
- prevence vzniku kloubních deformací,
- zlepšení oběhových funkcí.

Prevence dekubitů

Polohování se snaží odlehčit kůži a tím se zlepšuje prokrvení jednotlivých částí těla. Polohy pacienta jsou definovány na riziková místa (sacrum, paty, kotníky, lýtka, kyčle, kolena, týlní kost, lokty).

Na prevenci vzniku dekubitů jsou používány antidekubitární matrace. Také léčba vzniklých dekubitů spočívá v omezení tlakového zatížení. U některých případů je nutné řešit vzniklé dekubity chirurgicky.

Prevence pneumonie

Správným polohováním a s vhodnými technikami respirační fyzioterapie ovlivňujeme hromadění hlenů v dýchacích cestách, tím zabraňujeme rozvoji infekce.

Prevence vzniku kloubních deformací

Vznik kloubních deformací mají za následek spastické svaly. Cíleným polohováním pomocí ortéz se snažíme tyto důsledky zmírnit.

Zlepšení oběhových funkcí

Poruchy motorických funkcí, u nichž dochází také ke změnám vazomotoriky, vede ke snížení vzniku embolie edému a zlepšuje hojení ran (KOLÁŘ, 2009).

6.4 Způsoby polohování

Polohy pacienta jsou definovány na riziková místa a fyziologické postavení v kloubech.

Poloha na zádech

Je všeobecně nejlépe tolerována. Na druhé straně polohování na zádech přináší vyšší rizika pneumonie a vzniku dekubitů, a to hlavně v oblasti pat a sakrální oblasti. Pokud je špatně podložená hlava, krční páteř se nachází v hyperextenzi, což vede většinou k bolestem hlavy. Proto je nutné podložit nejen hlavu, ale i ramena.

Poloha mezi polohou na zádech a na boku

Je důležité se vyhýbat tonu, aby spodní rameno bylo stlačeno. Trup má být rotován dozadu a podepřen polštářem v celé jeho délce.

Poloha mezi polohou na boku a na bříše

Hrudník i hlava by měly být podloženy polštáři.

Polosed

Jedinec tuto polohu zaujímá na lůžku nebo ve vozíku se zakloněnou zádovou opěrou. Má výhodu, že pacient může opustit lůžko na krátký čas. Motivuje pacienta.

Poloha na bříše

Tuto polohu můžeme provádět, pokud pacient není odkázán na UPV. U každého pacienta je vhodné volit polohu na bříše alespoň jednou denně (KOLÁŘ, 2009).

Při delší imobilizaci je důležité se zaměřit postupně na:

- posazení se na okraj postele,
- vstávání vedle postele,
- sed do křesla,
- pomalá chůze kolem postele (NÉMETH, 2009).

7 Kinezioterapie

Je vhodná pohybová léčba pro seniory. Dále je jednou z nejhlavnějších a nejpoužívanějších metod v rehabilitaci. Jejím hlavním úkolem je snaha o dosažení správného provedení pohybu. Předpokladem je realizace motorických činností během života.

. Kinezioterapie se snaží udržet nebo obnovit tělesnou funkci za pomoci fyzioterapeuta. Tato forma je fyzikální terapie využívající pohybovou energii a fyzikální podněty k prevenci terapii a diagnostice.

Kinezioterapie má proces pedagogický, zdravotnický i psychologický, to znamená, že se snaží obnovit, upravit, zlepšit aktuální funkci v člověku. Pomáhá zlepšit motorické možnosti, návyky a pohybový stereotyp. Z toho vyplývá, že kinezioterapie ovlivňuje jedince jako celkovou biologicko – psycho – sociální jednotku se všemi jeho psychosomatickými dopady.

Fyzioterapeut se snaží při stanovené tělesné výchově vycházet ze zásad rehabilitačních postupů. Může se jednat o individuální, skupinovou léčebnou nebo tělesnou výchovu. U seniorů staršího věku je nutné přistupovat individuálně.

V kinezioterapii u seniorů se používají cvičení, která se všeobecně snaží udržet pohybovou výkonnost organismu na maximální úrovni. Seniora je důležité motivovat k pohybové aktivitě zajímavými cvičeními. Při cvičení se mohou začlenit hry v malých skupinkách, tím také dochází ke zlepšení komunikace a mezilidských vztahů (DVOŘÁK, 2007).

8 Ergoterapie

Ergoterapie je disciplína, která je zaměřena ve zdravotnictví na specifické a léčebné postupy nebo na činnosti při rehabilitaci. Cílem ergoterapie je docílit co možná maximální soběstačnosti a nezávislosti seniorů ať už v domácím, sociálním nebo pracovním prostředí, a tím i zvýšit kvalitu života.

V České republice se především ergoterapie zaměřuje na „léčbu prací“, to znamená, že se ergoterapie snaží obnovit průčeschnosti, začlenění do běžného života i do zaměstnání. Chybělo cílevědomé dosažení konkrétních zdatností, dovedností a především chybělo začlenění do pracovních rolí i ostatních sociálních rolí.

V Ergoterapii si pracovníci často hrají na role animátorů, organizátorů atd. V geriatrické ergoterapii je cílem dosáhnout co možná nejvíce zachování či zlepšení soběstačnosti nebo zlepšit kvalitu života s těžkým zdravotním postižením v domácím prostředí. Ergoterapie například pomáhá seniorům v domácím prostředí, kteří jsou závislí na okolí využívat správné kompenzační pomůcky, jako jsou (elektrické vozíky, chodítka, polohovací lůžka). Soběstačnost u seniorů je stejně důležitá, jako průčeschnost osob v mladším věku, kteří mají různá zdravotní postižení, neboť soběstačnost a průčeschnost je naplnění v sociálních rolích a v sociálním fungování.

Geriatrická medicína se spíše zaměřuje na rozvíjení jednotné ucelené rehabilitace a snaží se zachovat, obnovit a posílit funkční potenciály, tělesnou schopnost, což je (svalová síla, rozsah pohybů, tělesná výkonnost) kdežto ergoterapie se především zaměřuje na oblasti aktivit denního života seniorů. Pomáhá rozvíjet dovednosti, jak správně využívat kompenzační pomůcky, jak upravit domácí prostředí, aby správně odpovídalo schopnostem seniora (KALVACH, 2004).

8.1 Hlavní aktivity geriatrické ergoterapie

- Geriatrická ergoterapie hodnotí funkce zdatnosti v aktivitách běžného každodenního života seniora, zdatnost výkonných testů a plnění praktických úkolů.
- Ergoterapie hodnotí náročnost a bezpečnost domácího prostředí seniora návrhem jeho úprav.
- Návčik činností v běžném životě.
- Správný výběr, testování a návčik používání kompenzačních pomůcek s možností jejich využití v domácím prostředí seniora.
- Zapojení po hospitalizaci seniorů včetně rehabilitačního programu v domácím prostředí.
- Ergoterapie pomáhá obnovit soběstačnost seniorů, kteří prodělali cévní mozkovou příhodou nebo po amputacích končetin.
- Celková práce se seniorem trpícím syndromem demence – rozsáhlá oblast činností, která se dostává rychle dopředu v ústavní péči i v komunitních centrech.
- Hodnotí aktivity zaměřené na pohybovou koordinaci a jemnou motoriku.
- Provádění rehabilitace, zaměřenou na počítačové programy, kde se senior osvojuje slovní zásobu, řeší jednodušší hlavolamy, stavební skládačky (KALVACH, 2004).

8.2 Sociální a léčebná rehabilitace seniorů v ergoterapii

Ergoterapie v sociální a léčebné rehabilitaci seniorů má velké uplatnění. Nejdůležitějším cílem v geriatrické ergoterapii je obnovit narušené funkce způsobené nemocí nebo úrazem a udržet je co možná nejdéle zdraví.

Rehabilitační vnučování musí být zahájeno včas a prováděno dostatečně často a dlouho. Imobilita nastupuje velmi rychle a regenerace pomalu a nedostatečně. Ergoterapeut musí také velmi pečlivě zvážit úpravu prostředí a pomůcek tak, aby senior mohl žít plný a aktivní život ve svém domácím prostředí.

U seniorů závislých na okolí je nutné umožnit život v jejich přirozeném prostředí, kdy se z poskytovaných sociálních dávek je třeba zajistit pečovatelské služby, zdravotnickou péči nebo pomoc rodiny.

Pokud je senior hospitalizován kratší dobu na LDN, nebo je umístěn trvale v domově pro seniory nebo v domově s pečovatelskou službou, je úkolem ergoterapie udržet jeho pohybový systém, soběstačnou dovednost a nezávislost, zejména schopnost pohybu svalové činnosti.

Senior, který žije v domácím prostředí, se lépe motivuje k náročným aktivitám a má také více společnosti, (rodina, přátelé, sousedi, domácí mazlíčci) důležitou podmínkou jsou dobré vztahy.

Důležitou rolí kvalitního života seniora jsou různé kluby, společenské výlety, kulturně vzdělávací i organizované pohybové programy. Pro méně začleňující se seniory je významným a důležitým prvkem denní stacionář. Léčebnou rehabilitaci tvoří senioři skupinu se specifickými potřebami. Léčebné plány musí respektovat následky onemocnění nebo následky nějakého úrazu, ale i všechny změny v seniorském věku (KLUSOŇOVÁ, 2011).

8.3 Ergoterapie provádí individuální a skupinovou formu

Hrubá motorika

Pro seniora je důležité udržet schopnost bezpečné chůze, zvládat si sednout a vstávat, předklonit a zase se narovnat, v posteli se obrátit na druhý bok. To vše patří k základním pohybovým dovednostem. Ergoterapii podpoříme danými schopnostmi, kde dochází ke střídání sedu, stoje a přecházení na krátkou vzdálenost. (skládání a ukládání materiálu, vaření, starání se o květiny). Zařazovány jsou také malé pohybové hry nebo tanec u seniorů méně zdatných vsedě.

Jemná motorika

Snažit se zachovat koordinaci oko – ruka. Důležitost velkých segmentů horních končetin a prstů s percepčním fungováním, jsou nedílnou podmínkou fungování jemné motoriky.

Cvičení, stolní hry a další kreativní činnosti jako jsou ruční práce i pohybová – motorická způsobilost pro grafický výraz (kreslení, malování) poskytují velkou možnost terapeutických uplatnění.

Trénink kognitivních funkcí

Je u seniorů v ergoterapii velmi významný. Trénink kognitivních funkcí je trénink paměti, soustředěnosti, funkce si něco zapamatovat, pozornosti a orientace v čase. Terapie se uplatňuje ve skupinách šesti osob.

Je řada prostředků například cílené úkoly, hry, využití biografie (dětství, zážitky během života, rodina) nebo činnosti vyžadující pozornost a soustředěnost. Cvičení s kognitivními funkcemi se dá spojit i s pohybovými aktivitami jako jsou pohybové hry, vycházky a jiné.

Zájmové činnosti

Člověk v seniorském věku, kdy má dostatek volného času je významnou a důležitou činností tento volný čas zaplnit. Tím se udržuje aktivita a sociální kontakty. Ergoterapie má za úkol motivovat zájmové činnosti a snaží se pomoci najít vhodnou činnost a hlavně seniorům, kteří žijí samostatně.

V domovech pro seniory je možné nabízet činnosti, které jsou pro ně známé a oblíbené až potom je senior ochoten poznávat nové činnosti a postupy. Senioři rádi vyrábějí výrobky, které jsou pro něco užitečné: (krabičky na šicí potřeby, různé dárečky) pokud je některá z těchto činností baví, chtějí na výrobku pracovat co nejdéle a neradi do práce zapojují své okolí. Jestliže má senior problém s jemnou motorikou, musí se zvolit jiná činnost, kterou zvládne.

Odmítá-li se senior zúčastnit jakýkoliv činností, je vhodné se ho snažit alespoň zapojit přihlížením, posléze ho požádat o radu, o jeho názor a nakonec o pomoc. Většinou se senioři sami zapojí. Senioři musí mít programy pestré i s odměnami, aby byli motivováni k dalším činnostem (KLUSOŇOVÁ, 2011).

8.4 Hlavní zásady v geriatrické ergoterapii

Hlavním cílem geriatrické ergoterapie je zajistit senioru tělesnou, duševní a sociální pohodu.

- V léčebných postupech respektovat všechny biologické postupy v seniorském věku a přihlídnout k individuálním potřebám.
- Snažit se udržovat co možná nejvíce dostupné prostředky, které by podporovaly nezávislost, hlavně v osobní obsluze.
- Udržet psychický a fyzický výkon. Seniorské motivovat k aktivnímu životu a také k sociálním kontaktům.

- Ergoterapie umožňuje pro klienta i rodinu upravit prostředí a zařídit vhodné pomůcky a vybavení. Upravit denní režim a zajistit bezpečnost seniora.
- V některých případech pomoci seniorům zajistit potřebnou zdravotní a sociální péči (KLUSOŇOVÁ, 2011).

Praktická část

9 Aplikace teorie Virginie Henderson do ošetrovatelského procesu

Zpracovali jsme tři ošetrovatelské procesy:

1. Pacient, který je nesoběstačný.
2. Pacient částečně soběstačný.
3. Úplně soběstačný pacient.

Tři kazuistiky jsme zpracovali, abychom posoudili, zjistili a popřípadě se snažili motivovat pacienta k fyzickým aktivitám i v domácím prostředí.

I když pacienti mají jako hlavní diagnózy například ICHS, hypertenzi nebo monstrózní obezitu, snažili jsme se vzhledem k tématu bakalářské práce vyhodnotit jejich problémy, týkající se následného omezeného pohybu a malé informovanosti o rehabilitačních a relaxačních programech.

Hlavním cílem ošetrovatelského procesu všech třech posuzovaných kazuistik je:

- Cílem je pravidelná aktivita v běžném životě seniora, protože pohyb je v seniorském věku velice důležitý.
- Zpestření rehabilitace pomocí různých rehabilitačních pomůcek (cvičební podložka, cvičební guma, cvičební míč, modelovací hmoty atd...)
- Individualizace rehabilitace níže uvedených pacientů.

10 Kazuistika č 1.

Pacientka byla přijata na interní oddělení Oblastní nemocnice Rychnov n. Kněžnou. Důvod přijetí je progredující porucha chůze, prehospitalizačně upadla na kolena. Pacientka 78let, důchodce, pracovala jako zdravotní sestra. Je vdaná žije s manželem. Kontakty s rodinou jsou dobré, má tři děti. Fyzickou aktivitu si neudrží. Pacientka má morbidní obezitu. Léčí s hypertenzí a s ischemickou chorobou srdeční. Dříve prodělala CMP 2004, polypektomie 2001, fraktura pravého předloktí 1989. Od hospitalizace očekává zlepšení zdravotního stavu a částečné nebo úplné navrácení mobility. Pacientka je pesimistická, negativistická a z hospitalizace má strach.

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: Ř. P.

Pohlaví: Žena

Datum narození: 1. 3. 1935

Věk: 78

Adresa, bydliště a telefon: -

Adresa bydliště příbuzných: -

RČ: -

Číslo pojišťovny: 111

Vzdělávání: Střední s maturitou

Zaměstnání: Všeobecná sestra, nyní důchodce

Stav: Vdaná

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 26. 12. 2012

Typ přijetí: Zlepšení zdravotního stavu

Oddělení: Interna – ženy

Ošetřující lékař: Štěpánová Michaela, MUDr.

Důvod přijetí udávaným pacientem: Zhoršená chůze, pád na kolena, celková slabost

Medicínská diagnóza hlavní: Těžká mozková atrofie s ventrikolomegalií.

Medicínské diagnózy hlavní: Hypomobilita, monstrózní obezita, okrajová abstrukce tibiálního plata pravé proximální tibie mediálně bez hrubší dislokace.

Vitální funkce při přijetí

TK:150/90

P: 80 nepravidelný

Hmotnost: 102 kg

D: 16/min

Výška: 154 cm

BMI: 43,1

TT: 36,8 °C

Pohyblivost: Imobilní

Stav vědomí: Při vědomí

Krevní skupina: A -

Nynější onemocnění: Pád na obě kolena bez poruch vědomí, slabost DKK.

Informační zdroje: Pacient, lékař, všeobecná sestra, lékařská zpráva od praktického lékaře, interní vyšetření, krevní odběry, rodina příbuzní

10.1 Anamnéza

Matka, otec: Nezjištěno

Sourozenci: Má sestru

Děti: Má tři dcery

Osobní anamnéza: Slabosti a ztuhlosti DKK vyšetřována neurology pro recesivní stavy ve VFN v Praze, polypektomie, fraktura pravého předloktí

Překonané a chronické onemocnění: Prodělané běžné nemoci v dětství. Nyní trpí slabostí obou DKK.

Hospitalizace a operace: Stav po polypektomii v roce 2001, prodělala CMP 2004

Úrazy: Fr. p. předloktí v roce 1989

Transfúze: Žádné

Očkování: Prodělala povinná očkování.

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Dapril	per os	10 mg	1 - 0 - 0	ACH inhibitory
Anopyrin	per os	100 mg	1 - 0 - 0	Antiagregancia
Doxium	per os	500 mg	1 - 0 - 0	Antivarikózum

Alergická anamnéza

Léky: Neguje

Potraviny: Neguje

Chemické látky: Neguje

Jiné: Neguje

Abúzy

Alkohol: Příležitostně

Kouření: Nekuřák

Káva: 1x denně

Léky: Viz. tabulka

Jiné drogy: Neužívá

Gynekologická anamnéza, urologická anamnéza:

Vzhledem k tomu, že se zabýváme problémem omezeného pohybu, neuvádíme gynekologickou a urologickou anamnézu.

Samo vyšetřování prsou: Neprovedí

Poslední gynekologická prohlídka: Přibližně před půl rokem

Sociální anamnéza

Sociální anamnéza: Žije s manželem v bytě.

Stav: Vdaná

Bytové podmínky: Bydlí s manželem v bytě 3 + 1, dobré vztahy se sousedy. Spíše nesoběstačná, vše obstarává manžel.

Vztahy, role a interakce v rodině: Vztahy v rodině jsou bez problémů, pravidelné návštěvy.

Vztahy mimo rodiny: S vrstevníky se nestýká, je neustále doma.

Záliby: Četba, luštění křížovek, hraní si s domácím mazlíčkem (pes), návštěvy rodiny

Volnočasové aktivity: Vzhledem k její hypomobilitě má omezené záliby.

Pracovní anamnéza

Pracovní anamnéza: Pracovala jako všeobecná sestra.

Vzdělání: Střední s maturitou

Pracovní zařazení: Celý život pracovala ve zdravotnictví, ale teď je v důchodu.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: Do důchodu odešla přibližně v 65 letech.

Vztahy na pracovišti: Nejsou

Ekonomické podmínky: Pobírá starobní důchod.

Spirituální anamnéza: Ateista

10.2 Ústřední informace podle teorie V. Henderson

Všeobecná sestra hodnotí tyto znaky:

DÝCHÁNÍ

Subjektivní

„S dýcháním nepociťuji žádné omezení. Při námaze se nezadýchávám.“

Objektivní

Pacientka je bez dušnosti. Frekvence 16/min, rytmus dýchání je nepravidelné, hloubka normální, sputum žádné. Není potřeba žádné podporující polohy pro dýchání.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

VÝŽIVA A HYDRATACE

Subjektivní

„S jídlem jsem neměla nikdy žádné problémy, právě naopak, mám velký apetit. Jím několikrát za den a nejvíce mám hlad večer kolem 21hod. Nejradyji mám smažená a tučná jídla. S tekutinami také nemám problémy, vypiji až 2,5 l za den.“

Objektivní

Váha pacientky je podle BMI 43,1 tedy morbidní obezita. Momentálně má dietu číslo 8 (redukční), doma žádná dietní opatření nedodrhuje. Pacientka je poučena o správné konzumaci potravy. Denně vypije okolo 2,5 l. Nejradyji pije obtížné tekutiny. Kožní turgor je přiměřený.

Použitá měřicí technika: BMI (43,1) – morbidní obezita

Ošetřovatelský problém: morbidní obezita, imobilita

VYLUČOVÁNÍ

Subjektivní

Vylučování moče je bez potíží. Obvykle se vyprazdňuje každý druhý den. Naposledy byla včera. Stolice je bez patologické příměsi, při defekaci nemá potíže. Vylučování stolice je v posledních dnech obtížná vzhledem upoutání na lůžku. Má sklony k zácpě a bojí se, že při dlouhodobé hospitalizaci se bude tento stav zhoršovat. Vzhledem k imobilitě se vyprazdňuje na lůžku pomocí podložních mís a plen.

Objektivní

Celé břicho je nebolestivé, měkké s přítomností břišních zvuků.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: riziko zácpy

POHYB

Subjektivní

Momentálně se cítí velmi unavená. „Volné chvíle si krátím čtením knih, luštěním, díváním se na televizi.“ Má ráda návštěvy rodiny, které ji dodávají hodně sil. „Poslední dobou jsem se cítila velmi vyčerpaná, nemohla jsem zastat běžné domácí práce.“

Objektivní

Aktivita dělá pacientce potíže, při nácviu stoje se rychle unaví. Je nutnost použití kompenzačních pomůcek (polohovací pomůcky, vozík, antidekubitární pomůcky). Je nutná pomoc při hygieně, přípravě jídla, oblékání a svlékání. U pacientky byla vyhodnocena Nortonova stupnice, kde pacientka dosáhla 18 bodů (riziko proleženin je při momentálním stavu vysoké). Byl proveden ADL test, hodnotící základní denní činnosti. Výsledek byl 30 bodů (vysoce závislý).

Použitá měřicí technika: Nortonova stupnice, ADL test

Ošetrovatelský problém: unavenost, neschopnost při hygieně, jídla, oblékání a svlékání, riziko imobilizačního syndromu

SPÁNEK A ODPOČINEK

Subjektivní

Denně spí 7-12hod. Léky žádné na spaní neužívá. Svůj spánek pokládá za nekvalitní, i po probuzení se stejně cítí unavená a nevyspalá.

Objektivní

Přes den spí 3hod a jeví známky únavy.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: hypersomnie

OBLÉKÁNÍ

Subjektivní

„Sama si vybírám oblečení, ale vzhledem k problému s chozením vždy řeknu manželovi, aby mně věci přinesl a pomohl mě obléci.“

Objektivní

Pomoc při výběru vhodného oblečení. Pacientka si sama řekne, co chce na sebe. Musí mít pomoc při oblékání a svlékání.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: neschopnost sebe obsluhy

REGULACE TĚLESNÉ TEPLoty

Subjektivní

„Celý život jsem nějak moc na teploty netrpěla. Zimu jsem nikdy nepociťovala.“

Objektivní

Pacientka si měří teplotu každé ráno digitálním teploměrem. Má vždy kolem 36,7 °C.

Použitá měřicí technika: měření tělesné teploty digitálním teploměrem

Ošetřovatelský problém: 0

HYGIENA

Subjektivní

„Jak už jsem říkala, že se nemohu pohybovat, tak jak bych chtěla, tak mně se vším musí pomáhat manžel a pečovatelka, která každé ráno dochází. Sama pouze obleču a umyji určité partie těla, vše ostatní je na okolí.“

Objektivní

Koupel se musí provádět ve sprše na židličce. Česání vlasů, čištění zubů, to vše si pacientka provede sama. Vylepšení vzhledu s dopomocí pečovatelky a manžela.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: péče o sebe sama nedostatečná

OCHRANA PŘED NEBEZPEČÍM

Subjektivní

„Máme v bytě psa. Když se začnu pohybovat, musí manžel psa ohlídat.“

Objektivní

Před hospitalizací pacientka zvládala chůzi s dopomocí chodítka a manžela po bytě. Musela mít z dosahu psa, který by se pacientce pletl pod nohy.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: riziko pádu

KOMUNIKACE, KONTAKT

Subjektivní

„Mám ráda lidi a nikdy mně nedělá problém navázat jakýkoliv kontakt.“

Objektivní

Má důvěru k zdravotnickému personálu. Rodina s pacientem pracuje na výbornou a nejsou s nimi žádné problémy.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

VÍRA

Subjektivní

„Jsem ateistka, a proto nepotřebuji žádná zvláštní zacházení. Nepotřebuji žádnou duchovní podporu.“

Objektivní

Není nábožensky založená a odmítá náboženskou podporu.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

PRÁCE

Subjektivní

„Vše co na mě rodina nebo zdravotní sestra vymyslí, se snažím splnit.“

Objektivní

Pacientka nemá snahu o zlepšení svého zdravotního stavu. Svůj volný čas by nejraději prospala.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Žádná známka snahy v pohybu pacientky

AKTIVITY, ZÁJMY

Subjektivní

„Nejraději mám odpolední návštěvy. Dopoledne ráda svůj klid a také si ráda přispím.“

Objektivní

Pro zábavu je nejvhodnější pro pacienta odpolední čas, protože dopoledne vyžaduje klid a spánek. Vzhledem k jejímu věku a zdravotnímu stavu se snaží být v obraze a vítá každou návštěvu s rodinou a hlavně s vnoučaty. Ráda sleduje dokumentární pořady. Snaží se i sama cvičit na lůžku.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

UČENÍ

Subjektivní

„Svůj zdravotní stav beru plně na vědomí a jsem si vědoma mého zdravotního stavu. S nohama mám zdravotní problémy již několik let. Psychicky a fyzicky mě vyčerpává moje odkázanost na lůžko a pomoc svého blízkého okolí. Plně si uvědomuji, že již pravděpodobně nebudu bez pomoci chodit, ale budu se alespoň snažit, aby se můj zdravotní stav zlepšil.“

Objektivní

Pacientka se nesnaží s obnovou soběstačnosti, dá přednost spánku.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: žádná známka snahy o soběstačnost

Medicínský management

Ordinována vyšetření: RTG obou končetin, CT mozku, EMG vyšetření, biochemické vyšetření krve, interní vyšetření.

Výsledky

Konzervativní léčba

Dieta: Redukční (8).

Výživa: Stravuje se 5x denně. Důležité je mít dostatek vitaminů a minerálních látek.

Pohybový režim: Upoutána na lůžku.

RHB: Provádí se 1x denně s fyzioterapeutem, jinak pacientka se snaží ještě během dne cvičit s manželem nebo se všeobecnou sestrou.

Medikamentózní léčba

- **Per os**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Dapril	Tbl	10 mg	1 - 0 - 0	ACH inhibitory
Anopyrin	Tbl	100 mg	1 - 0 - 0	Antiagregancia
Doxium	Tbl	500 mg	1 - 0 - 0	Antivarikózum

- **Intra venózní:** Není

- **Per rektum:** Není

- **Jiná:** Není

Chirurgická léčba: -

Situační analýza

Lékař doporučuje přijetí pacientky do domácí péče. Manžel domácí péči odmítá a chce se o manželku postarat sám s pomocí pečovatelek a zdravotních sester. Z důvodu morbidní obezity by bez rehabilitace, diety a snahy o soběstačnost pacientka už nikdy nevstala z postele a nezvládala všední činnosti, co sama dříve běžně prováděla.

Od doby, co ji všeobecné sestry rehabilitují a drží pod kontrolou její jídelníček, který ji doporučil lékař, si vychvaluje zlepšení zdravotního stavu.

10.3 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Imobilizační syndrom, riziko vzniku v souvislosti s morbidní obezitou a tělesnou imobilizací

Kožní integrita, riziko vzniku v souvislosti s morbidní obezitou a tělesnou imobilizací.

Péče o sebe sama nedostatečná při osobní hygieně, oblékání v souvislosti s poruchou mobility, projevující se neschopností umýt a osušit jednotlivé části těla, porušenou schopností obléknout si přes hlavu svetr nebo navléknout ponožky.

Zácpa z důvodu snížené fyzické aktivity a upoutání na lůžku, projevující se chozením na stolicí jednou za pět dní.

Výživa porušená, nadměrná v souvislosti s nadměrným příjmem v poměru k metabolickým požadavkům, projevující se hmotností vztažené k tělesné výšce (index tělesné hmotnosti BMI 43.1) morbidní obezita.

Pohyblivost porušená v souvislosti ze snížení svalové síly, snížení fyzické aktivity, projevující se omezenou schopností vykonávat hrubé motorické dovednosti, obtíže při otáčení se na lůžku.

Dlouhodobý cíl: Pacientka zvýší sílu a funkci celého těla do 1 měsíce.

Krátkodobý cíl: Pacientka vyjadřuje ochotu a projevuje účast na aktivitách do 48 hodin.

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

- Pacientka se učí metodám, jak správně cvičit – do 3 dnů
- Pacientka ví, co obnáší rehabilitační program – do 24 hodin
- Pacientka dodržuje předepsaný rehabilitační program, denně
- Pacientka správně provádí dechová cvičení – do 3 dnů

- Pacientka umí správně manipulovat s rehabilitačními pomůckami – do 3 dnů

Plán intervencí: 26. 12. 2012 – 29. 12. 2012

- Seznam pacientku, co obnáší rehabilitační program – do 24 hodin – fyzioterapeut, všeobecná sestra (1).
- Nauč pacientku metodám, jak správně má cvičit – do 3 dnů – fyzioterapeut, všeobecná sestra (2).
- Informuj pacientku o dodržování předepsaného rehabilitačního programu – do 24 hodin – fyzioterapeut, všeobecná sestra (3).
- Dbej na to, jak pacientka správně provádí dechová cvičení – denně – fyzioterapeut, všeobecná sestra (4).
- Edukuj pacientku, jak má správně manipulovat s rehabilitačními pomůckami – do 3 dnů – fyzioterapeut, všeobecná sestra (5).

Realizace: 26. 12. 2012 – 29. 12. 2012

- Promluvila jsem si s pacientkou o průběhu rehabilitačního programu. Co bude vykonávat, kolikrát denně bude zaplňovat svůj čas rehabilitacemi, jaké cviky jsou pro ni vhodné a jakým cviků by se měla vyvarovat.
- Jelikož má problémy s pohyblivostí dolních končetin více než s pohyblivostí horní polovinou těla, doporučila a poučila jsem ji o tom, že by se měla více zaměřovat na rehabilitaci s dolními končetinami. Má raději rehabilitaci s míčem, s kterým posiluje svalovou sílu dolních končetin.
- Informovala jsem pacientku o nutnosti pravidelného rehabilitačního programu a poučila jsem ji, že když nebude pravidelně cvičit, mohla by být nadále nepohyblivá, a to by vedlo k dalším komplikacím jejího zdravotního stavu.
- Doporučila jsem pacientce, než začne s rehabilitací a s dechovým cvičením, aby měla v místnosti vyvětráno a měla čerstvý vzduch.
- Informovala jsem pacientku, jaké by měla používat pomůcky při cvičení v leže a v sedě. Poučila jsem ji o tom, jak s nimi správně zacházet, aby měly největší pozitivní vliv na její rehabilitaci.

Vyhodnocení:

Pacientka zná rizika spojená se zhoršenou pohyblivostí a snaží se udržovat správný rehabilitační program, s kterým mu pomáhá zdravotnický personál a rodina.

Dodržuje také předepsaný dietní systém, s kterým pomáhá nutriční terapeut a hlavně rodina, která ji motivuje. Oba cíle byly částečně splněny.

11 Kazuistika č 2.

Pacient byl přijat na interní oddělení Oblastní nemocnice Rychnov n. Kněžnou. Důvod přijetí je odeznělé vertigo se zhoršením mobility. Prehospitalizačně měl prekolapsový stav bez ztráty vědomí. Pacient 94let, důchodce, pracovala jako dělník v nejmenované firmě. Je ženatý žije s manželkou v pečovatelském domě. Kontakty s rodinou jsou dobré, má dvě děti. Fyzickou aktivitu si neudrzuje. Pacient se léčí se statickou vadou páteře. Dříve prodělal frakturu jařmové kosti vlevo 2007, fissura maxily vlevo 2007. Od hospitalizace očekává zlepšení zdravotního stavu a úplné navrácení mobility. Pacient je introvert, jinak celkem optimistický.

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: R. J.

Pohlaví: Muž

Datum narození: 2. 7. 1918

Věk: 94

Adresa, bydliště a telefon: -

Adresa bydliště příbuzných: -

RČ: -

Číslo pojišťovny: 111

Vzdělávání: Střední odborné učiliště

Zaměstnání: Dělník

Stav: Ženatý

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 21. 1. 2013

Typ přijetí: Navrácení úplné mobility

Oddělení: Interna – muži

Ošetřující lékař: Vondruška Richard, MUDr.

Důvod přijetí udávaným pacientem: Prekolapsový stav bez ztráty vědomí.

Medicínská diagnóza hlavní: Odeznělé vertigo se zhoršením mobility.

Medicínské diagnózy hlavní: Mírná progrese v čase, rigidita, fisura maxily vlevo

Vitální funkce při přijetí

Výška: 176 cm

P: 76 pravidelný

Hmotnost: 58kg

D: 15/min

TK: 70/40

BMI: 18,7

TT: 36,3 °C

Pohyblivost: Částečně mobilní

Stav vědomí: Při vědomí

Krevní skupina: A +

Nynější onemocnění: Kolaps v sedě u stolu, bez ztráty vědomí, se slabostí a náhlým vertigem.

Informační zdroje: Pacient, lékař, všeobecná sestra, lékařská zpráva od praktického lékaře, interní vyšetření, krevní odběry, manželka

11.1 Anamnéza

Matka, otec: Nezjištěno

Sourozenci: Nezjištěno

Děti: Má dvě děti, dva syny

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění: Prodělané běžné nemoci v dětství. Nyní trpí náhlou slabostí.

Hospitalizace a operace: Zde hospitalizován z důvodu infekce močových cest 2012

Úrazy: Fr. jařmové kosti vlevo 2007

Transfúze: Žádné

Očkování: Prodělal povinná očkování.

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Betoptic	Kapky		1 - 0 - 1	Oftalmologikum
Nakom	per os	100 mg	1 - 1 - 1	Antiparkinsonikum

Alergická anamnéza

Léky: Neguje.

Potraviny: Neguje.

Chemické látky: Neguje.

Jiné: Neguje.

Abúzy

Alkohol: Ne

Kouření: Nekuřák

Káva: Ne

Léky: Viz. tabulka

Jiné drogy: Neužívá

Urologická anamnéza:

Překonané urologické onemocnění: Nepamatuje si.

Poslední návštěva u urologa: 2012

Samo vyšetřování varlat: Neprovádí.

Sociální anamnéza

Sociální anamnéza: Žije s manželkou v pečovatelském domě.

Stav: Ženatý

Bytové podmínky: Bydlí s manželkou v bytě 2 + 1, dobré vztahy se sousedy. Částečně soběstačný, jinak většinu věcí obstarává žena.

Vztahy, role a interakce v rodině: Vztahy v rodině jsou bez problémů, pravidelné návštěvy.

Vztahy mimo rodiny: S vrstevníky se stýká s manželkou. 2x týdně chodí do domovinky, kde vždy pro ně pečovatelky přichystají nějaký zábavný program.

Záliby: Četba, sledování televizních novin vždy v 19:30, odpočinek po obědě, návštěvy rodiny atd.

Volnočasové aktivity: Krátké procházky s manželkou.

Pracovní anamnéza

Pracovní anamnéza: Pracoval jako dělník v nejmenované firmě.

Vzdělání: Střední odborné učiliště.

Pracovní zařazení: Celý život pracoval ve stavebnictví, ale teď je v důchodu.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: Do důchodu odešel přibližně v 73 letech.

Vztahy na pracovišti: Nejsou

Ekonomické podmínky: Pobírá starobní důchod.

Spirituální anamnéza: Ateista

11.2 Ústřední informace podle teorie V. Henderson

Všeobecná sestra hodnotí tyto znaky:

DÝCHÁNÍ

Subjektivní

„S dýcháním nemám žádné velké potíže, ale při námaze se mírně zadýchám.“

Objektivní

Pacient je bez dušnosti. Frekvence 15/min, rytmus dýchání je pravidelný, hloubka normální, sputum žádné. Není potřeba žádné podporující polohy pro dýchání.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: při námaze se mírně zadýchává.

VÝŽIVA A HYDRATAČE

Subjektivní

„S jídlem jsem neměl nikdy problém, za mlada jsem rád sportoval a v rodině jsme nikdy neměli žádné tloušťky, ale poslední dobou nemám chuť k jídlu. Do jídla se musím nutit stejně jako do pití. S tekutinami mám problémy, nemám pocit žízně, vypiji kolem 1000 ml za den. Hlavně piju čaj a vodu z kohoutku.“

Objektivní

Váha pacienta je podle BMI 18,7 tedy na hranici podváhy. Momentálně má dietu číslo 11 (výživná), doma žádná dietní opatření nedodrží. Denně vypije okolo 1000 ml. Nejraději pije jednoduché tekutiny. Dehydratace, kožní turgor je snížený, jazyk mírně suchý, proto se u něj kontroluje příjem a výdej. Pacient je poučen o nutnosti příjmu tekutin.

Použitá měřicí technika: BMI (18,7) – hranice podváhy, Příjem + výdej - dehydratace

Ošetrovatelský problém: částečná imobilita, dehydratace, zhoršení celkového stavu, podváha, kožní turgor snížený

VYLUČOVÁNÍ

Subjektivní

Pacient je mírně inkontinentní. Obvykle se vyprazdňuje každý den. Naposledy byl dnes. Stolice je bez patologické příměsi, při defekaci nemá potíže. Jelikož je mírně inkontinentní používá plenky.

Objektivní

Celé břicho je nebolestivé, měkké s přítomností břišních zvuků.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: inkontinence

POHYB

Subjektivní

Momentálně se cítí slabý. „Volné chvíle si krátím sledováním televize.“ Má rád návštěvy své manželky se syny, které mu udělají vždy radost a navrátí mu částečně optimismus. „Poslední dobou se cítím slabý a je mně líto, že nemohu pomáhat manželce se všedními činnostmi.“

Objektivní

Aktivita dělá pacientovi malé potíže, nácvik chůze zvládá s dopomocí jedné osoby a s chodítkem. Rychle se unaví. Je nutnost použití kompenzačních pomůcek (chodítko, 2 francouzské hole). Dále je nutná pomoc při hygieně, ostatní činnosti zvládá sám. U pacienta byla vyhodnocena Nortonova stupnice, kde pacient dosáhl 21 bodů (riziko proleženin je při momentálním stavu střední), bylo vyhodnoceno riziko pádu, kde dosáhl více jak 3bodů (vysoké riziko pádu). Byl proveden ADL test, hodnotící základní denní činnosti. Výsledek byl 60 bodů (závislost středního stupně).

Použitá měřicí technika: Nortonova stupnice, ADL test, Zhodnocení rizika pádu

Ošetrovatelský problém: unavenost, nestabilita při chůzi, riziko pádu

SPÁNEK A ODPOČINEK

Subjektivní

Denně spí 10 hod. Léky žádné na spaní neužívá. Svůj spánek pokládá za kvalitní, ale po probuzení se cítí mírně unavený. „Mám rád spánek, mohl bych spát i celý den.“

Objektivní

Přes den spí 4 – 5 hodin, které má rozložené během celého dne.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: po spánku se cítí unavený.

OBLÉKÁNÍ

Subjektivní

„Oblečení mě vybírá manželka. Přinese mně ho, ale obleču se sám.“

Objektivní

Pomoc při výběru vhodného oblečení. Pacientovi vybírá oblečení manželka. Pacient nemusí mít žádnou pomoc při oblékání a svlékání.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: mírná neschopnost při oblékání.

REGULACE TĚLESNÉ TEPLoty

Subjektivní

„Celý život mně je zima na nohy a proto to předcházím tím, že si vezmu tlusté ponožky a to i přes léto.“

Objektivní

Pacient si měří teplotu každé ráno digitálním teploměrem. Má vždy kolem 36,3 °C.

Použitá měřicí technika: měření tělesné teploty digitálním teploměrem.

Ošetrovatelský problém: 0

HYGIENA

Subjektivní

„S koupáním mě pomáhá pečovatelka každé ráno, jinak se sám obleču a umyji určité partie, vyčistím zuby a učešu.“

Objektivní

Koupel se musí provádět ve sprše na židličce. Česání vlasů, čištění zubů, oblékání, to vše si pacient udělá sám. Vylepšení vzhledu s dopomocí pečovatelky a manželky.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: péče o sebe sama mírně nedostatečná.

OCHRANA PŘED NEBEZPEČÍM

Subjektivní

„Při chůzi používám chodítko, mám větší jistotu a oporu. Týdenní medikaci do dávkovače mně chystá manželka, protože už mně tak neslouží paměť, měl bych s tím velké problémy. Také mně každé ráno musí připomenout, že si mám vzít léky, 4asto zapomínám.“

Objektivní

Pacient potřebuje chodítko, které mu pomáhá v chůzi. Manželka mu chystá týdenní medikaci, protože si nepamatuje léky, které užívá a zapomněl by si je nachystat. Také mu manželka musí každé ráno připomínat léky, které užívá. Chrání se proti virovým nákazám mytí rukou.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: riziko pádu

KOMUNIKA, KONTAKT

Subjektivní

„Nezapojuji se moc do konverzací, vždycky jsem měl rád samotu, takže konverzaci nevyhledávám.“

Objektivní

Jelikož nerad komunikuje a je introvert, důvěru ke zdravotnickému personálu má až po určité době. Rodina s pacientem pracuje na výbornou a nejsou s nimi žádné problémy.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: nedůvěra, špatně navazuje komunikaci

VÍRA

Subjektivní

„Jsem ateista, takže nepotřebuji žádná zvláštní zacházení. Nepotřebuji žádnou duchovní změnu.“

Objektivní

I když není nábožensky založen, tak pokládá za nejdůležitější svou manželku a své dva syny.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

PRÁCE

Subjektivní

„Vše co na mě rodina nebo zdravotní sestra vymyslí, se snažím splnit, ale někdy to je nad mé síly.“

Objektivní

Pacient má velkou snahu a vůli zdolat svůj zdravotnický stav. Spolupráce s fyzioterapeutem účelně zaplní pacienta volný čas.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

AKTIVITY, ZÁJMY

Subjektivní

„Jak už jsem říkal, tak jsem za mlada rád sportoval. Můj koníček byl běh na dlouhé vzdálenosti. Teď, když už mně nohy tak neslouží jako za mlada, se aspoň rád projdu s manželkou v parku, když je teplo. Poslední dobou, kdy mám problémy s koordinací, si musím na procházky a vlastně při každé chůzi brát chodítka, ve kterém mám aspoň nějakou oporu.“

Objektivní

Pro zábavu pacienta je nejvhodnější fyzická aktivita. Udělá mu radost každá aktivita, kterou s jeho věkem zvládne.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: riziko pádu, porušená chůze, neschopnost ujít 5m bez chodítka.

UČENÍ

Subjektivní

„Svůj zdravotní stav si uvědomím, kdykoliv vstanu a mám pocit, že spadnu. Nikdy jsem nebyl zvyklý na cizí pomoc a teď, když někam chci jít, musím si vzít s sebou i chodítka. Je to pro mě ponižující a těžké se s tím vyrovnat. Ve svém věku už mně taky moc dobře neslouží paměť, proto mně manželka neustále připomíná, abych při chůzi na sebe dával velký pozor.“

Objektivní

Pacient se snaží s obnovou úplné soběstačnosti. Snaží se obnovit svojí nezávislost a žít tak jako dřív.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: riziko pádu, pocit beznaděje a zoufalství z důvodu nutnosti pomoci při chůzi

Medicínský management

Ordinována vyšetření: EKG, CT mozku, biochemické vyšetření krve, interní vyšetření.

Výsledky

Konzervativní léčba:

Dieta: Výživná (11).

Výživa: Stravuje se 7x denně. Důležité je mít dostatek vitaminů a minerálních látek.

Pohybový režim: Částečně mobilní, nutná dopomoc a nutný dohled při chůzi.

RHB: Provádí se 1x denně s fyzioterapeutem nebo se všeobecnou sestrou, jinak pacient se snaží ještě během dne chodit s chodítkem a s dohledem svých dvou synů.

Medikamentózní léčba

- **Per os**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Nakom	per os	100 mg	1 - 1 - 1	Antiparkinsonikum

- **Intra venózní:** Není

- **Per rektum:** Není

- **Jiná:**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Betoptic	Kapky		1 - 0 - 1	Oftalmologikum

Chirurgická léčba: -

Situační analýza

Lékař doporučuje neurologické vyšetření do 3 měsíců, dále kontrolovat TK 3x v týdnu. Jelikož pán se svojí manželkou bydlí v pečovatelském domě a je na ně každý den dohled zdravotnického personálu, doporučil bych 1x denně rehabilitaci pod odborným dohledem z důvodu navrácení úplné nebo alespoň částečné soběstačnosti. Dále bych kontroloval každý den příjem a výdej tekutin, z důvodu dehydratace, která celkově zapříčinila kolaps pacienta.

Od doby, co se mu zdravotnický personál věnuje, si vychvaluje zlepšení zdravotního stavu.

11.3 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Chůze porušena z důvodu dehydratace, projevující se vertigem a slabostí dolních končetin.

Zmatenost chronická z důvodu pokročilého věku pacienta, projevující se dezorientací v čase.

Únava z důvodu pokročilého věku pacienta, projevující se nedostatkem spánku.

Tělesná teplota, riziko poruchy regulace z důvodů pokročilého věku pacienta, nízké tělesné hmotnosti, dehydratace, projevující se studenými končetinami.

Tělesné tekutiny, riziko deficitu v souvislosti pokročilého věku pacienta.

Dlouhodobý cíl: Pacient ví, jak se chovat, aby zabránil snížení objemu tělesných tekutin – do 5 dnů

Krátkodobý cíl: Pacient nemá známky dehydratace – do 48hodin

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

- Pacient je seznámen, co obnáší dehydratace – do 24 hodin
- Pacient se učí metodám, jak správně rozvrhnout potřeby tekutin – do 3 dnů
- Pacient je seznámen o tom, že dehydratace zapříčinila jeho zhoršenou pohyblivost – do 24 hodin
- Pacient umí správně vést deník příjmu tekutin a jídla – do 48 hodin
- Pacient se učí metodám, aby rozpoznal stav dehydratace – do 24 hodin

Plán intervencí: 21. 1. 2013 – 24. 1. 2013

- Seznam pacienta, co obnáší dehydratace – do 24 hodin – všeobecná sestra (1)
- Nauč pacienta metodám, jak správně rozvrhnout potřeby tekutin – do 3 dnů – všeobecná sestra (2)
- Seznam pacienta o tom, že dehydratace zapříčinila jeho celkový kolaps a zhoršenou pohyblivost – do 24 hodin – všeobecná sestra (3)
- Dbej na to, jak pacient správně vede deník příjmu tekutin a jídla a počtu močení za den – denně – všeobecná sestra (4)
- Nauč pacienta metodám, aby rozpoznal stav dehydratace a následně se vyhnul závratí a nakonec pádu – do 24 hodin – všeobecná sestra (5)
- Nauč metodám jak navrátit soběstačnost a posílit sníženou svalovou hmotu, která zapříčinila právě dehydratace (6)

Realizace: 21. 1. 2013 – 24. 1. 2013

- Pacient je obeznámen, co znamená dehydratace, jaké komplikace zapříčiní dehydratace a je informovaný, že dehydratace je životu ohrožující stav.
- Pacient je poučený, kolikrát denně má vypít tekutiny. Je informovaný, že obtížné tekutiny jsou nevhodné pro jeho organismus. Doporučila jsem mu jednoduché tekutiny, nejlépe neslazená minerálka bez bublinek.
- Je informovaný, že dehydratace zapříčinila jeho náhlou slabost a zhoršení stavu.
- Pacient je informovaný, jak má vést příjem a výdej tekutin. Má mít hrníček o obsahu 250ml, který když vypije, si udělá čárku na papíru příjmu a výdeje a druhý den sečíst ml a napsat celkový příjem z předchozího dne.
- Pacient je informovaný o tom, jak rozpoznat dehydrataci a jak jí předejít.
- Pacient je seznámen s rehabilitačním programem, s kterým mu bude pomáhat všeobecné sestry v domácí péči. Je obeznámen, jaké pomůcky má užívat. Je poučený jak má správně užívat chodítko, které mu pomůže zajistit oporu a jistotu při chůzi.

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn. Pacientovi byla navrácena hydratace a zná rizika spojená s dehydratací. Je obeznámen, že jeho dehydratace zapříčinila zhoršenou pohyblivost a snaží se udržovat správný rehabilitační program, s kterým mu pomáhá zdravotnický personál a rodina.

12 Kazuistika č 3.

Pacientka byla přijata na interní oddělení Oblastní nemocnice Rychnov n. Kněžnou. Důvod přijetí je častý pád, prehospitalizačně upadla venku při procházce. Pacientka 80let, důchodkyně, pracovala jako švadlena. Je vdova. Kontakty s rodinou jsou dobré, žádné děti nemá. Fyzickou aktivitu si udržuje. Pacientka ráda chodí na různé túry. Léčí se arteriální hypertenzí, s ischemickou chorobou srdeční a s chronickou venosní insuficiencí. Má mírnou progresi v čase a prostoru., Dříve prodělala tonsilektomii 1989, proktokolitidu 2000 a fraktura pravého femuru 2011. Od hospitalizace očekává příčinu svých častých pádů. Pacientka je optimistická, veselá, vtipná a hospitalizace se nebojí.

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: J. B.

Pohlaví: Žena

Datum narození: 5. 11. 1932

Věk: 80

Adresa, bydliště a telefon: -

Adresa bydliště příbuzných: -

RČ: -

Číslo pojišťovny: 209

Vzdělávání: Střední odborné učiliště

Zaměstnání: Švadlena, nyní důchodce

Stav: Vdova

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 21. 1. 2013

Typ přijetí: Zjištění příčiny jejich pádů

Oddělení: Interna – ženy

Ošetřující lékař: Josef Fajstauer, MUDr.

Důvod přijetí udávaným pacientem: Časté pády, celková slabost

Medicínská diagnóza hlavní: ICHS

Medicínské diagnózy hlavní: Arteriální hypertenze, chronická venosní insuficience,
Mírná progresse v čase a prostoru

Vitální funkce při přijetí

Výška: 152 cm

P: 80 nepravidelný

TK: 180/80

Hmotnost: 66kg

D: 18/min

BMI: 28,6

TT: 36,6 °C

Pohyblivost: Mobilní

Stav vědomí: Při vědomí

Krevní skupina: A -

Nynější onemocnění: Pád, slabost DKK

Informační zdroje: Pacient, lékař, všeobecná sestra, lékařská zpráva od praktického lékaře, interní vyšetření, krevní odběry

12.1 Anamnéza

Matka, otec: Nežjištěno

Sourozenci: Má dva bratry

Děti: Nemá

Osobní anamnéza: Slabosti DKK vyšetřována neurology pro recesivní pády v Oblastní nemocnici Rychnov nad Kněžnou.

Překonané a chronické onemocnění: Prodělané běžné nemoci v dětství. Nyní trpí častými pády a slabosti DKK.

Hospitalizace a operace: Stav po tonsilektomii 1989, proktokolitida 2000

Úrazy: Fr. p. femuru v roce 2011

Transfúze: Žádné

Očkování: Provedla povinná očkování.

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Digoxin	Tbl	0,25 mg	1 - 0 - 0	Kardiotonikum
Euthyrox 50 žlázu	Tbl	50 mg	1/2 - 0 - 0	Léky na štítnou
Caltrate	Tbl		1 - 0 - 0	Soli a ionty

Alergická anamnéza

Léky: Neguje

Potraviny: Neguje

Chemické látky: Neguje

Jiné: Neguje

Abúzy

Alkohol: Příležitostně

Kouření: 10 – 15 cigaret denně

Káva: 2x denně

Léky: Viz. tabulka

Jiné drogy: Neužívá

Gynekologická anamnéza, urologická anamnéza:

Vzhledem k tomu, že se zabýváme problémem omezeného pohybu, neuvádíme gynekologickou a urologickou anamnézu.

Samo vyšetřování prsou: neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: přibližně před půl rokem

Sociální anamnéza

Sociální anamnéza: Žije sama v bytě.

Stav: Vdova.

Bytové podmínky: Bydlí sama v bytě 1 + 1, dobré vztahy se sousedy. Plně soběstačná, vše si obstará sama.

Vztahy, role a interakce v rodině: Vztahy v rodině jsou bez problémů, pravidelné návštěvy svých bratrů a jejich rodin.

Vztahy mimo rodiny: S vrstevníky se stýká pravidelně.

Záliby: Procházky, dlouhé túry (zvládnou až 4km denně), četba, dýchánky se svými vrstevníky.

Volnočasové aktivity: Ráda chodí na různé aktivity pro seniory.

Pracovní anamnéza

Pracovní anamnéza: Pracovala jako švadlena.

Vzdělání: Střední odborné učiliště.

Pracovní zařazení: Celý život pracovala jako švadlena, ale teď je v důchodu.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: Do důchodu odešla přibližně v 65 letech.

Vztahy na pracovišti: Nejsou

Ekonomické podmínky: Pobírá starobní důchod.

Spirituální anamnéza: Ateista

12.2 Ústřední informace podle teorie V. Henderson

Všeobecná sestra hodnotí tyto znaky:

DÝCHÁNÍ

Subjektivní

„S dýcháním nepociťuji žádná omezení. Při námaze se nezadýchávám.“

Objektivní

Pacientka je bez dušnosti. Frekvence 18/min, rytmus dýchání je pravidelný, hloubka normální, sputum žádné. Není potřeba žádné podporující polohy pro dýchání.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

VÝŽIVA A HYDRATAČE

Subjektivní

„S jídlem nemám žádné problémy, ale musím se hlídat, abych nepřibrala. Naposledy večeřím okolo 18 hod, což je přibližně 3 hodiny před spánkem. Nejraději mám zeleninu a ryby. Vypiji 2 l tekutin denně. Hlavně neslazené minerálky.“

Objektivní

Váha pacientky je podle BMI 28,6 tedy mírná nadváha. Momentálně má dietu číslo 3 (racionální), doma dodržuje mírná dietní opatření. Denně vypije okolo 2 l tekutin. Nejraději pije jednoduché tekutiny. Kožní turgor je přiměřený.

Použitá měřicí technika: BMI (28,6) – mírná nadváha

Ošetrovatelský problém: nadváha

VYLUČOVÁNÍ

Subjektivní

Vylučování moče je bez potíží. Obvykle se vyprazdňuje každý den. Naposledy byla dnes ráno. Stolice je bez patologické příměsi, při defekaci nemá potíže.

Objektivní

Celé břicho je nebolestivé, měkké s přítomností břišních zvuků.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

POHYB

Subjektivní

Momentálně se cítí trochu unavená. „Volné chvíle si krátím četbou, chozením po oddělení, povídáním si s ostatními hospitalizovanými pacienty.“

Objektivní

Aktivita pacientce nedělá téměř žádné potíže, ale při rychlém vstávání z křesla, se občas zamotá hlava a má tendenci padat zpět do křesla. Při chůzi si pomáhá trekovými hůlkami. Nepotřebuje pomoc při hygieně, přípravě jídla, oblékání a svlékání, ale musí být alespoň dohled při koupání. U pacientky byla vyhodnocena Nortonova stupnice, kde pacientka dosáhla 18 bodů (riziko proleženin je při momentálním stavu vysoké). Byl proveden ADL test, hodnotící základní denní činnosti. Výsledek byl 85 bodů (lehká závislost). Bylo vyhodnoceno riziko pádu, kde pacientka dosáhla více jak 3 bodů (tedy riziko pádu).

Použitá měřicí technika: Nortonova stupnice, ADL test, vyhodnocen test na riziko pádu

Ošetrovatelský problém: riziko pádu

SPÁNEK A ODPOČINEK

Subjektivní

Denně spí 6 – 8 hodin. Léky žádné na spaní neužívá. Svůj spánek pokládá za kvalitní, i po probuzení se stejně cítí vyspalá.

Objektivní

Přes den nespí a nejeví ani žádné známky únavy.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

OBLÉKÁNÍ

Subjektivní

„Sama si vybírám oblečení. Je důležité, jestli je pohodlné.“

Objektivní

Nepotřebuje pomoc při výběru vhodného oblečení.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

REGULACE TĚLESNÉ TEPLoty

Subjektivní

„Celý život jsem nějak moc na teploty netrpěla. Zimu jsem nikdy nepociťovala.“

Objektivní

Pacientka si měří teplotu každé ráno digitálním teploměrem. Má vždy kolem 36,6 °C.

Použitá měřicí technika: měření tělesné teploty digitálním teploměrem.

Ošetrovatelský problém: 0

HYGIENA

Subjektivní

„Vše se snažím dělat sama, a to i koupání, ale jak už jsem říkala, občas se zamotám a mám pocit, že každou chvíli spadnu. Největším problémem je vstávání z vany. To mám největší strach, že se sklouznu a upadnu.“

Objektivní

Koupel se provádí ve sprše s dohledem ošetrovatelky.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: dohled při koupání

OCHRANA PŘED NEBEZPEČÍM

Subjektivní

„Nepotřebuji žádná ochranná zabezpečení. Dávkovač s léky si připravuji sama.“

Objektivní

Pacientka nepotřebuje žádná ochranná zabezpečení. Chrání se proti virovým infekcím mytí rukou. Má lékový dávkovač uložený v šuplíku.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

KOMUNIKA, KONTAKT

Subjektivní

„Mám ráda společnost, nikdy mně nedělalo problém navázat jakýkoliv kontakt. Ráda si povídám a jsem ráda středem pozornosti.“

Objektivní

Má důvěru k zdravotnickému personálu, je velice komunikativní.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

VÍRA

Subjektivní

„Jsem nevěřící, takže nepotřebuji žádné zvláštní zacházení. Nepotřebuji žádnou duchovní změnu.“

Objektivní

Není nábožensky založená a odmítá náboženskou podporu.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

PRÁCE

Subjektivní

„Plním vše, co mně sestřička nařídí. Pokud je to nad mé síly, alespoň to zkusím, protože ráda zdolávám překážky.“

Objektivní

Pacientka má velkou vůli zlepšit svůj zdravotní stav. Rehabilitace jsou pro pacientku příjemné a ráda se zapojuje, spolupracuje na 100 %.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

AKTIVITY, ZÁJMY

Subjektivní

„Mám ráda návštěvy svých přátel a příbuzných“

Objektivní

Pro aktivitu pacientky je jedno jaký zvolí sestra čas, protože pacientka nevyžaduje dopolední ani odpolední klid. Vzhledem k jejímu věku se snaží být aktivní. Má velmi ráda hudbu a tanec. Snaží se cvičit každý den, protože pohyb má ráda.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

UČENÍ

Subjektivní

„Svůj věk si plně uvědomuje. Někdy mě okolí upozorní, že už nejsem nejmladší, a proto bych se měla více šetřit. Já se na svůj věk vůbec necítím a chci žít naplno.“

Objektivní

Pacientka se snaží s obnovou úplné soběstačnosti, nezávislosti, chce žít naplno.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Medicínský management

Ordinována vyšetření: RTG obou končetin, CT mozku, EKG, biochemické vyšetření krve, interní vyšetření.

Výsledky

Konzervativní léčba

Dieta: Racionální (3)

Výživa: Stravuje se 6x denně. Důležité je mít dostatek vitaminů a minerálních látek.

Pohybový režim: Soběstačná

RHB: Provádí se 1x denně s fyzioterapeutem, jinak pacientka se snaží ještě během dne cvičit. Je poučena, že při chůzi musí mít dohled.

Medikamentózní léčba

- Per os

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Digoxin	Tbl	0,25 mg	1 - 0 - 0	Kardiotonikum
Euthyrox 50	Tbl	50 mg	1/2 - 0 - 0	Léky na štítnou žlázu
Caltrate	Tbl		1 - 0 - 0	Soli a ionty

- **Intra venózní:** Není
- **Per rektum:** Není
- **Jiná:** Není

Chirurgická léčba: -

Situační analýza

Lékař doporučuje přijetí pacientky do domácí péče, z důvodu progresu v čase a prostoru. Pacientka souhlasí a těší se z nového prostředí a z navázání nových kontaktů se svými vrstevníky.

Od doby, co je v domácí péči, si vychvaluje, že už konečně není sama, má nové přátele. Je ráda, že se jí zlepšil i zdravotní stav.

12.3 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Strach z traumatu, z důvodu špatné koordinace pohybů projevující se častými pády.

Zmatenost chronická, z důvodu pokročilého věku pacienta, projevující se dezorientací v čase a mírnou dezorientací v prostoru.

Trauma, zvýšené riziko v souvislosti s potížemi s rovnováhou a z narušení koordinace velkých svalů.

Dlouhodobý cíl: Pacientka se nezraní.

Krátkodobý cíl: Pacientka se učí metodám, jak předcházet závratím a následnému pádu – do 24 hodin.

Priorita: vysoká

Plán intervencí: 26. 12. 2012 – 29. 12. 2012

- Doporuč pacientce relaxační lázně speciálně pro seniory, které by mohly pomoci navázat nové kontakty se svými vrstevníky – do 3 dnů – fyzioterapeut, všeobecná sestra (1)
- Seznam pacientku, co obnáší relaxační programy – do 24 hodin – fyzioterapeut, všeobecná sestra (2)
- Informuj pacientku o tom, jaké vhodné oblečení a obuv by měla nosit – do 3 dnů – všeobecná sestra (3)
- Uprav pacientce nové domácí prostředí, aby zabránilo co možná nejméně závažnému poranění před pádem do týdne – všeobecná sestra, domácí péče
- Edukuj pacientku, jak správně má užívat trekové hůlky při chůzi – do 48 hodin – fyzioterapeut, všeobecná sestra (5)
- Informuj pacientku, jak se vyvarovat závratěmi a následnému pádu – do 24 hodin – fyzioterapeut, všeobecná sestra (6)

Realizace: 26. 12. 2012 – 29. 12. 2012

- Pacientce jsou doporučeny relaxační lázně speciálně pro seniory z důvodu navázání nových kontaktů a nabití nových sil, ať už fyzických, tak i psychických.
- Pacientka má dostatek informací o relaxačních programech a je následně poučená, jak prospěšné pro ni budou. Pacientka se velmi těší, udává, že už velmi dlouho nikde nebyla a že to bude po několika letech příjemné zpestření.
- Pacientka je seznámena, že při chůzi by měla mít kvalitní a pohodlnou obuv.
- Pacientce zajistit domácí prostředí, aby zabránilo co možná nejmenšímu zranění před pádem: (vstup do bytu s co nejmenším počtem schodů, podlahy rovné s protiskluzovým povrchem, v koupelně podlaha s protiskluzovým povrchem, na WC madla nejlépe z obou stran, úložné prostory, aby se na ně dalo pohodlně dosáhnout ze země, postel dostatečně vysoká a s bradly nejlépe z obou stran upravená aby se při neklidném spánku zabránilo následnému pádu).
- Pacientka je obeznámena o správném užívání trekových hůl.

- Pacientka je informována jak předejít následnému pádu: (Vstávat ať už z postele nebo z křesla pomalu, z důvodu zamotání hlavy a následnému pádu. Při chůzi být opatrná. Aktivitu vykonávat s rozvahou a věkem nám přizpůsobené.)

Vyhodnocení: Cíl nesplněn, pacientka zná rizika pádu a je informována, jak jím předcházet.

13 Diskuze

Cílem této práce je poukázat na civilizační problém u seniorů, a to je nedostatek pohybu a následná imobilizace, která vede k dalším komplikacím. Ke zjištění těchto problémů jsme zvolili metodu aplikace Virginie Henderson a systematicky jsme zhodnotili tři kazuistiky, kde jsme vypracovala u každého pacienta ošetrovatelskou diagnózu, která pojednává právě ve výše uvedených problémech seniora.

Z procesů vyplývá, že pacienti seniorského věku mají opravdu nedostatek informací o nutnosti aktivního pohybu. Nejsou dostatečně informováni, že musí dodržovat pitný režim, protože nedostatek příjmu tekutin vede k dehydrataci, což má za následek zhoršení zdravotního stavu, špatnou koordinaci celého těla a v neposlední řadě to může vést až k ohrožení života.

Dalším problémem seniorů je nedodržování správné životosprávy, což často vede až k morbidní obezitě, upoutání na lůžku, s rizikem dekubitů a následnou imobilizací.

Částečným nebo úplným zamezením výše uvedených problémů seniorů, můžeme předcházet aktivním pohybem, který je v seniorském věku velice důležitý.

Pacienti:

Všechny pacienty, které zmiňujeme v této práci, byli s péčí zdravotnického personálu velice spokojeni. Chválili profesionální přístup, vstřícnost a ohleduplnost celého zdravotnického personálu na interním oddělení v Oblastní nemocnici Rychnova nad Kněžnou. Jsme rádi, že jsme si vybrali pacienty, kteří byli ochotní spolupracovat, byli velice vstřícní a snažili se dodržovat a lnit rehabilitační programy.

Přáním všech pacientů je se co nejrychleji vrátit k rodinám a začít pracovat na navrácení se plnohodnotné soběstačnosti.

14 Doporučení pro praxi

Doporučení pro pacienta

- Snažit se vyvarovat pocitu méněcennosti, beznaděje.
- Vyplnit volný čas prospěšnými aktivitami.
- Pokračovat v rehabilitačním programu.
- Dodržovat dostatek spánku.
- Dodržovat správnou životosprávu, dechová cvičení, která jsou prospěšná na odbourání stresu a zvládání těžkých chvil.
- Dostatečně relaxovat.
- Dostatek tekutin.

Doporučení pro rodinu

- Podporovat osobnost seniora, jako plnohodnotného člena rodiny.
- Zapojování seniora do různých rodinných úkolů (přiměřených jeho zdravotního stavu).
- Motivace, pochvaly a povzbuzování v aktivitách, které senior vykonává.
- Nutnost skrytého dohledu nad jeho bezpečností (vhodná oblečení a obuv, zajistit bezbariérová opatření, pomůcky při chůzi atd.)
- Udržovat seniora v kontaktu se svými vrstevníky a přáteli
- Zajistit vhodné rehabilitační pomůcky.
- Dohled nad správnou životosprávu a dostatkem příjmu tekutin.

Závěr

Pohyb seniorů patří mezi nejdůležitější potřeby. Jeho nedostatek může mít velký dopad na fyzický a psychický stav seniora. Nedostatek pohybu vede k vážným onemocněním, které můžou seniora ohrozit na životě.

Cílem této bakalářské práce je porovnat seniory s problémem nedostatku pohybu pomocí využití systematického zhodnocení s aplikací teorie Virginie Henderson a zjištěním individuálního rehabilitačního programu u každého z nich.

V teoretické části jsme charakterizovali pojmy stáří a stárnutí, dále pojem rehabilitace a rehabilitační ošetřovatelství.

Nejdůležitějším cílem byl postup, jak seniory motivovat a poskytnout jim vyčerpávající informace o nutnosti dodržování pohybu v jejich věku. Náš cíl byl přiměřeně k daným situacím splněn. K dosažení tohoto cíle jsme se snažili využít následující možnosti. Vyhledali jsme a zpracovali jsme množství informací s výše uvedenou problematikou, které jsme propojili s vlastními zkušenostmi a zpracovali je do praktické části.

V práci jsme se snažili poukázat na význam pohybový režim u seniorů a ukázat tak i na problémy v naší společnosti. Zjistili jsme, že nejdůležitějším rizikovým faktorem u seniorů je nedostatek pohybu.

Správným životním stylem, optimismem, dostatkem pohybu můžeme nejen předejít různým kloubním deficitům, ale i k mnoha civilizačním onemocněním.

Seznam použité literatury

BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I.* Plzeň: Maurea, 193 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

BOTTOMLEY, Jennifer M, Carole Bernstein LEWIS a Carole Bernstein LEWIS. *Geriatric rehabilitation: a clinical approach.* 2nd ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall, c2003, xvii, 716 p. ISBN 08-385-2284-X.

DOENGES, Marilyn E. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: GradaPublishing, 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

DVOŘÁK, Radmil. 2007. *Základy kinezioterapie.* 3. vyd., (2. přeprac.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 104 s. ISBN 978-80-244-1656-4.

KALVACH, Zdeněk. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient.* Vyd. 1. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk. 2004. *Geriatric a gerontologie.* 1. vyd. Praha: Grada, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KLUSOŇOVÁ, Eva. 2011. *Ergoterapie v praxi.* Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 264 s. ISBN 978-807-0135-358.

KOCINOVÁ, Svatava a Zdeňka ŠTERBÁKOVÁ. 2003. *Přehled nejužívanějších léčiv: příručka pro střední zdravotnické školy.* 4., aktualiz. vyd. Praha: Informatorium, 93 s. ISBN 80-733-3012-1.

KOLÁŘ, Pavel. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi.* 1. vyd. Praha: Galén, xxxi, 713 s. ISBN 978-807-2626-571.

KREJSOVÁ, Marie. 2005. *Přehled nejužívanějších lékařských pojmů: příručka pro střední a vyšší zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: INFORMATORIUM, 100 s. ISBN 80-733-3037-7.

KUDLÁČKOVÁ, Eva, 2012. *Komplexní ošetrovatelský proces u pacienta s kardiostimulátorem*. Praha 5, Bakalářská práce, Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., vedoucí práce PhDr. Jana Hlinovská, Ph.D.

MARŠÁLEK, Pavel. 2011. *Interna a geriatric pro fyzioterapeuty a ergoterapeuty*. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Ústav zdravotních studií, katedra fyzioterapie a ergoterapie, KZ a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem o.z., Rehabilitační oddělení, 1. vydání, 116 s.

MLÝNKOVÁ, Jana. 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 192 s. ISBN 978-802-4738-727.

NĚMCOVÁ, Jitka. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. Praha [i.e. Plzeň]: Maurea, 2012, 114 s. ISBN 978-80-904955-5-5.

NĚMETH, František. 2009. *Geriatric a geriatrické ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 193 s. ISBN 978-808-0633-141.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

POLEDNÍKOVÁ, Ľubica. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 216 s. ISBN 80-806-3208-1.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 336 s. Sestra. ISBN 978-802-4730-134.

ŠTILEC, Miroslav. 2003. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 94 s. ISBN 80-246-0788-3.

TOPINKOVÁ, Eva. 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 270 s. ISBN 80-726-2365-6.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. c2004. *Praktický slovník medicíny*. 7., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, xv, 490 s. ISBN 80-734-5009-7.

ZDRAŽILOVÁ, Lenka, 2007. *Determinanty tvořivé činnosti ve stáří*. Brno, Diplomová práce, Filozofická fakulta Masarykovy univerzity, vedoucí práce Prof. PhDr. Josef Švancara, Csc.

ZUMROVÁ, Zuzana, 2012. *Ošetrovatelský proces u nemocného s aterosklerózou v domácí péči*. Praha 5, Bakalářská práce, Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., vedoucí práce PhDr. Ivana Jahodová

Seznam příloh

Příloha A – Hodnocení rizika pádu	I
Příloha B – Barthelův test	II
Příloha C – Stupnice hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové	IV
Příloha D – Čestné prohlášení	V

Příloha A

Hodnocení rizika pádu.

- Pohyb
 - 0 - neomezený
 - 2 - používá pomůcky
 - 1 - potřebuje pomoc k pohybu
 - 1 - neschopen přesunu
- Vyprazdňování
 - 0 - nevyžaduje pomoc
 - 1 - nykturie / inkontinence
 - 1 - vyžaduje pomoc
- Medikace
 - 0 - neužívá rizikové léky
 - 1 - Užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny
- Smyslové poruchy
 - 0 - žádné
 - 1 - vizuální, smyslový deficit
- Mentální status
 - 0 - orientován
 - 1 - občasná noční dezorientace
 - 1 - dřívější dezorientace / demence
- Věk
 - 0 - 18 až 75 let
 - 1 - nad 75 let
- Pád v anamnéze
 - 1 - ano
- Vyhodnocení:
 - zaškrtneme a sečteme body
 - skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

http://vnl.xf.cz/ose/ose-riziko_padu.php

Příloha B

Barthelův test základních všedních činností ADL (activitydailyliving)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech
činnost provedení činnosti bodové skóre

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. najedení, napití | samostatně bez pomoci 10
s pomocí 5
neprovede 0 |
| 2. oblékání | samostatně bez pomoci 10
s pomocí 5
neprovede 0 |
| 3. koupání | samostatně nebo s pomocí 5
neprovede 0 |
| 4. osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí 5
neprovede 0 |
| 5. kontinence moči | plně kontinentní 10
občas inkontinentní 5
trvale inkontinentní 0 |
| 6. kontinence stolice | plně kontinentní 10
občas inkontinentní 5
inkontinentní 0 |

- 7. použití WC** samostatně bez pomoci 10
 s pomocí 5
 neprovede 0
- 8. přesun lůžko – židle** samostatně bez pomoci 15
 s malou pomocí 10
 vydrží sedět 5
 neprovede 0
- 9. chůze po rovině** samostatně nad 50 m 15
 s pomocí 50 m 10
 na vozíku 50 m 5
 neprovede 0
- 10. chůze po schodech** samostatně bez pomoci 10
 s pomocí 5
 neprovede 0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů vysoce závislý

45-60 bodů závislost středního stupně

65-95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý

<http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

Příloha C

Stupnice hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

schopnost spolupráce	věk	pokožka	další onemocnění dle odp. stupně	fyzický stav
úplná	4 <10	4 normální	4 žádné	4 dobrý
malá	3 <30	3 alergie	3 diabetes, teplota, anémie	3 vcelku dobrý
částečná	2 <60	2 vlhká	2 kachexie, ucpání tepen	2 špatný
žádná	1 >60	1 suchá	1 obezita, karcinom	1 velmi špatný

psychický stav	aktivita	mobilita	inkontinence
čilý	4 chodící	4 plná	4 žádná
apatický	3 chodící s dopom.	3 mírně omezená	3 občasná
zmatený	2 sedící	2 velmi omezená	2 inkont.moče
strnulý	1 ležící	1 nepohyblivý	1 obojí inkontinentní

Celkové bodové hodnocení nemocného:

http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=4&kod_kurzu=kos_392

Příloha D

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem veškeré informace pro zpracování praktické části bakalářské práce s názvem Pohybový režim seniora v průběhu odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta