

Prevence imobilizačního syndromu z pohledu sestry

Jana Konečná

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana KONEČNÁ**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Prevence imobilizačního syndromu**

Zásady pro vypracování:

Zpracovat teoretickou část:

Vysvětlit a definovat pojmy mobilita a imobilita.

Objasnit pojem imobilizační syndrom, jeho rizikové faktory a následky.

Popsat prevenci imobilizačního syndromu a vysvětlit praktické využití v praxi.

Předložit soubor hodnotících škál a testů k praktickému použití u rizikových klientů.

Vytvořit soubor ošetrovatelských diagnóz dle NANDA domén související s imobilizačním syndromem.

Zpracovat praktickou část:

Analyzovat přístup sester k prevenci imobilizačního syndromu.

Provést dotazníkové šetření.

Vyhodnotit získané poznatky.

Závěr.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

POLEDNÍKOVÁ, L., a kol. Geriatrické a gerontologické ošetrovatelství. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

HERMANOVÁ, M., a kol. Vybrané kapitoly z péče o seniory. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 68 s. ISBN 978-80-7013-478-8.

TRACHTOVÁ, E., a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

WEBER, P., a kol. Minimum z klinické gerontologie. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. Geriatria pro praktického lékaře. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2004. 298 s. ISBN 80-89171-06-0.

HOLEKSOVÁ, T. Ležící nemocný člověk v domácím prostředí. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 92 s. ISBN 80-247-0212-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Barbora Zacharová**

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **5. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce: **5. června 2009**

Ve Zlíně dne 5. února 2009



L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně 27.2.2009

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Ve své bakalářské práci, jejímž tématem je „Prevence imobilizačního syndromu z pohledu sestry“, se zabývám pojmy mobilita a imobilita. Zaměřuji se na samotný imobilizační syndrom a způsoby prevence. Uvádím i své zamyšlení nad podnětným prostředím z důvodu vlivu imobilizačního syndromu na psychiku pacienta. Součástí teoretické části je ošetrovatelská diagnostika či objektivní zhodnocení stavu klienta.

V praktické části za pomoci dotazníkového šetření zkoumám získaná data a zpracovávám zjištěné výsledky. K vyhodnocení stanovených hypotéz používám statistické metody chí-kvadrát.

Klíčová slova: mobilita, imobilita, imobilizační syndrom, prevence, dotazník, statistika

ABSTRACT

In my bachelor work which theme is „The prevention of immobilization syndrome from look of nurse“ I deal with conceptions mobility and immobility. I target the immobilization syndrome by itself and forms of prevention. I feature my muse over stimulative surroundings by reason of effect of the immobilization syndrome for patient psyche. Part of the theoretical section is nursing diagnostics and objective evaluation of client status.

In practical section I inquire into obtained data by the help of questionnaire research and I process facts established by inquiry. I use statistic method chi-square for evaluation given hypothesis.

Keywords: mobility, immobility, immobilization syndrome, prevention, questionnaire, statistics

Touto cestou chci poděkovat Mgr. Barboře Zacharové za vedení mé práce, poskytování cenných rad a připomínek, které mi pomáhaly při tvorbě a vzniku práce. Také jí děkuji za její projevenou a nekonečnou trpělivost a rovněž čas, který mi věnovala.

Dále bych ráda poděkovala všem zdravotním sestřám, které věnovaly svůj drahocenný čas k vyplnění dotazníků, a tím mi pomohli k tvorbě praktické části bakalářské práce.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala rodině a přátelům za materiální a psychickou podporu po dobu mého studia.

Motto:

„Nemoc je zlá, ale horší je hrůza vyvolaná pohledem na nemoc druhých.“

Maurois André

Prohlášení

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

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 Zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

Ve Zlíně dne 30.5.2009

.....

Konečná Jana

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 MOBILITA	14
1.1 VÝZNAM TĚLESNÉ AKTIVITY	14
1.1.1 Význam pohybu na orgány.....	14
1.2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ POHYBOVOU AKTIVITU	15
2 IMOBILITA	16
2.1 STUPNĚ IMOBILITY	16
2.2 PŘÍČINY IMOBILITY	16
2.3 RIZIKOVÉ FAKTORY IMOBILITY DLE HEGYIHO (2001).....	17
2.4 NEJČASTĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ ČI STAVY VEDOUcí K IMOBILIZACI	17
3 IMOBILIZAČNÍ SYNDROM	20
3.1 SOUHRN POSTIŽENÝCH TĚLNÍCH SYSTÉMŮ A JEJICH NÁSLEDKY	20
3.1.1 Pohybový systém.....	21
3.1.1.1 Prevence.....	22
3.1.2 Kardiovaskulární systém	24
3.1.2.1 Prevence.....	24
3.1.3 Respirační systém.....	25
3.1.3.1 Prevence.....	26
3.1.4 Metabolický a trávicí systém.....	27
3.1.4.1 Prevence.....	28
3.1.5 Vylučovací systém.....	29
3.1.5.1 Prevence.....	29
3.1.6 Kožní systém	30
3.1.6.1 Prevence.....	30
3.1.7 Psychosociální reakce.....	31
3.1.7.1 Prevence.....	32
3.2 PODNĚTNÉ PROSTŘEDÍ.....	32
4 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA DLE NANDA SYSTÉMU	36
5 OBJEKTIVNÍ ZHODNOCENÍ RIZIK IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU	42
6 KOMPETENCE ZDRAVONICKÝCH PRACOVNÍKŮ	44
II PRAKTICKÁ ČÁST	46
7 METODIKA PRŮZKUMU	47

7.1	CÍLE A HYPOTÉZY	47
7.2	METODA SBĚRU DAT	48
7.3	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	48
7.4	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	49
8	VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ.....	50
8.1	GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKŮ	50
9	STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ HYPOTÉZ	76
10	DISKUSE	84
11	ZÁVĚR.....	87
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	90
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	92
	SEZNAM TABULEK.....	93
	SEZNAM GRAFŮ	94
	SEZNAM PŘÍLOH.....	95

ÚVOD

V mé bakalářské práci jsem se rozhodla zabývat tématem imobilizačního syndromu, zvláště z pohledu zdravotních sester. Zdravotní sestry tvoří nezastupitelnou úlohu v prevenci imobilizačního syndromu a je vizitkou sester, zda se na jejich oddělení rozvine syndrom z imobility. Důvod výběru tématu práce je, že mám určité zkušenosti z praxe, které mě ovlivnily jak v pozitivním tak i negativním smyslu. A proto bych chtěla své poznatky prezentovat v této práci, ale zvláště uvést doporučení pro možné řešení do praxe.

Samotnému tématu přikládám velký přínos pro mou osobu, z hlediska mého zájmu o péči plně imobilní či částečně imobilní klienty. Tato problematika mi dává podrobněji poznat všechny aspekty ovlivňující samotný rozvoj imobilizačního syndromu.

Cílem této mé práce je přinést nové a podnětné informace ze zjištěného průzkumu, které bude motivovat zdravotnické pracovníky k pozitivním změnám v přístupu o imobilní či potencionálně imobilní klienty.

Bakalářské práce se bude skládat s teoretické a praktické části. V teoretické části by práce měla objasnit základní pojmy mobilita, kde budu vyzdvihovat pozitivní vliv pohybu na náš organismus a pojem imobilita, ve které se zvláště zaměřím na rizikové onemocnění či stavy, které mohou urychlit vznik imobilizačního syndromu. V kapitole imobilizační syndrom rozpracuji jednotlivé oblasti, jenž mohou být postižené syndromem z imobility a posléze se zaměřím na samotnou prevenci, ve které bych chtěla uvést důležité způsoby předcházení následků z imobility, které by neměli být opomíjeny v práci sestry. Neméně důležitá bude i podkapitola, ve které se zamyslím nad podnětným prostředím, kde vložím své možné návrhy řešení na udržení klienta v realitě a doporučím zde změnu vybavení na pokojích, zvláště na LDN odděleních. Dle mého názoru bude tato kapitola jistě stát k zamyšlení, jelikož to budou mé názory a postřehy vypozerované z praxe. Čtenáře nezapomenu uvést i do ošetrovatelské diagnostiky dle NANDA systému a následně do objektivního zhodnocení klienta s možností rozvoje imobilizačního syndromu za pomoci různých shromážděných škál a testů, které by neměli chybět na žádném oddělení. Poslední kapitola v teoretické části by se měla zabývat kompetencemi zdravotní sestry a zdravotnického asistenta dle vyhlášky 424/2004 Sb. z pohledu jen těch činností, které se vztahují na samotnou prevenci. Tyto kompetence jsou neméně důležité, jelikož některé sestry zapomínají a neví co mohou,

nemohou, či dokonce odmítají tyto činnosti dělat z důvodem, že tohle jsou kompetence nižších pracovníků.

V praktické části si stanovím hypotézy na základě průzkumu metodou dotazníkového šetření. Tyto hypotézy dle výsledků šetření rozpracuji pomocí statistické metody chí-kvadrát. Průzkum pomocí dotazníkového šetření i graficky zpracuji k jednotlivým otázkám, jenž se ke každé otázce vyjádřím stručným komentářem.

Součástí této bakalářské práce je doporučení pros praxi, jejíž součástí bude brožura, v níž budou uvedeny použitelné možné škály a testy pro rizikového klienta. Tato brožura by měla sloužit sestřám jako návod k vyhodnocení rizika syndromu z imobility a na základě těchto zjištěných informací provést náležité opatření k zabránění vzniku imobilizačního syndromu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MOBILITA

Pohyb je základní potřebou všech živých organismů. Lidé se pohybují, aby získaly a uspokojily další své potřeby. Pohyb je obecně základem nezávislosti. Každý člověk má individuální nároky na kvalitu pohybové aktivity i na způsob tuto potřebu uspokojit. [4]

Definice mobility dle Webera (2000, s. 46): „*Mobilitu je možno charakterizovat jako schopnost nezávislého pohybu v prostředí. Je uskutečňována na základě kaskády za sebou jdoucích kontrakcí a relaxací velkého množství svalových vláken.*“

1.1 Význam tělesné aktivity

Pohyb má velký význam pro náš fyzický i psychický stav a pozitivně se podílí i na funkci tělesných orgánů a systémů v našem těle. Je zřejmé, že při porušení funkce hybného systému mohou vznikat různé zdravotní problémy či onemocnění, které mohou mít negativní vliv na naše zdraví. Proto zde zahrnuji kladné stránky pohybu na lidský organismus:

- a) **Zlepšuje zdravotní stav** – uvolňuje duševní napětí, zlepšuje spánek, zpevňuje pohybový aparát.
- b) **Ochrana před nemocemi** – snižuje riziko infarktu myokardu, zabraňuje obezitě, snižuje či odstraňuje bolesti pohybového aparátu, brání vzniku neuróz, úzkostných stavů, depresí, atd.
- c) **Zvyšuje výkonnost orgánů** – vede k vyšší tělesné zdatnosti, větší tělesné kondici,
- d) **Navozuje pozitivní emoce a zlepšuje duševní zdraví** – uvolňuje duševní napětí, působí jako prostředek relaxace.
- e) **Prodlužuje délku života** – úmrtnost lidí s malou pohybovou aktivitou je asi dvojnásobně vyšší. [17]

1.1.1 Význam pohybu na orgány

Neméně důležitý vliv má tělesná aktivita na činnost jednotlivých orgánů:

- **Na kůži** zlepšuje prokrvení, zachovává fyziologii kůže a udržují se obranné funkce.
- **Na svaly** působí tak, že pohybem vlákno neztrácí své schopnosti ke kontrakci.

- **Na kostech** se při pohybu mění zatížení a odlehčení těžiště těla, tím se posiluje kosterní aparát.
- **Na kloubech** se udržuje rozsah pohybu.
- **Na cévy** pohyb působí zlepšením látkové výměny, zkvalitněním difúze tekutin a plynů.
- **Na dýchací systém** se pohybem ovlivňuje ventilace, jelikož pohyby hrudníku jsou základním preventivním opatřením proti pneumonii.
- **Na játra, ledviny, střeva** mobilita působí aktivováním nadledvinových hormonů, v játrech se zvyšuje odbourávání tuků a zásobních cukrů a vzniklá energie je transportována ke kosterním svalům a srdečnímu svalu.
- **Na nervovou soustavu** má mobilita schopnost odpovídat změnami vnějšího a vnitřního prostředí, což je důležité pro samotnou kontrolu polohy a pohybu těla.
- **Na mozek** působí tělesná aktivita řízením mimovolních i chtěných pohybů. Na mobilitu reaguje pozitivně řídicí centrum pro dýchání, centrum pro řízení krevního tlaku, regulaci srdeční činnosti a dráždí se řízení žláz s vnitřní sekrecí. [19]

1.2 Faktory ovlivňující pohybovou aktivitu

Na pohybovou aktivitu má vliv celá řada faktorů. Tyto faktory jsou rozděleny do čtyř základních kategorií:

- 1) **fyziologicko-biologické** – věk a nemoc, deficity smyslového vnímání;
- 2) **psychicko-duchovní** – typ osobnosti, emocionální ladění, hierarchie hodnot, celkový vzhled;
- 3) **sociálně-kulturní** – finanční možnosti, způsob života, volný čas; [4]
- 4) **faktory životního prostředí** – geografické a klimatické podmínky [17]

2 IMOBILITA

Neschopnost pohybu představuje vážné zdravotní riziko pro jakoukoliv věkovou kategorii, ale riziko se zvláště zvyšuje u seniorů. [12] Imobilitu lze chápat jako poruchu schopnosti nezávislého pohybu ve volném prostoru. [18] Dle Poledníkové (2006, s. 62) jako: „*funkční stav, při kterém člověk není schopný volného, rytmického a účelného pohybu, následkem čehož je připoutaný na lůžko nebo odkázaný na invalidní vozík.*“ Nedostatek pohybu nepříznivě ovlivňuje všechny systémy lidského těla a způsobuje komplikace, které mohou až ohrozit život nemocného. [7]

2.1 Stupně imobility

Imobilitu lze rozdělit do tří stupňů. Tyto stupně jsou rozděleny dle onemocnění, léčebného režimu a zdravotního stavu (pooperační, horečnatý). Porušenou mobilitu lze rozdělit do těchto kategorií:

- a) **Přechodná (intermitentní).** Jde o krátkodobou záležitost, mohou sem patřit např. horečnaté stavy, pooperační stavy, kdy po vynuceném krátkodobém klidu na lůžku a běžné rehabilitaci nedochází k závažným změnám na organismu.
- b) **Dlouhodobá.** Většinou vzniká po vleklém závažném onemocnění či polytraumatu a může být příčinou různých komplikací a sekundárních změn z nedostatečného pohybu.
- c) **Trvalá.** Jedná se o stav, kdy po závažném onemocnění či úrazu dojde k poruše motorických funkcí různého rozsahu, a následně vzniku trvalé imobility. [7]

2.2 Příčiny imobility

Příčiny imobility dělíme do třech hlavních kategorií. Zahrnují fyzikální, psychologické, sociální a environmentální příčiny. Pro ukázkou uvádím i příklady ke každé položce obecných příčin z imobility. Všeobecné příčiny z poruch hybnosti jsou:

- 1) **Fyzikální** – dušnost, únava, bolesti kyčlí či kolenou, angina pectoris, klaudikace, závratě, poruchy zraku a sluchu, atd.
- 2) **Psychologické** – deprese, anxiózní stavy, agorafobie, strach z pádů, atd.

- 3) **Sociální – environmentální** – schody, doprava, nepříznivé počasí, nevhodná obuv, atd. [18]

2.3 Rizikové faktory imobility dle Hegyiho (2001)

Uvádím rizikové faktory, které jsem zpracovala do přehledné tabulky. Tyto rizikové faktory jsou důležité, protože umožňuje sestřám posoudit, zda je klient ohrožený vznikem syndromu z imobility. Poté navozuji tématem, které se zabývá nejčastějšími chorobami či stavy vedoucí k imobilitě. Následné onemocnění a stavy, které mohou vést k imobilizačnímu syndromu jsou zásadní pro sestry, proto aby dokázaly v brzké době provádět kvalitní prevenci.

Tab. č. 1 Rizikové faktory imobility dle Hegyiho [12]

Rizikové faktory imobility dle Hegyiho (2001)	
Všeobecné	věk nad 80 let, polymorbidita, terminální stadia různých onemocnění
Poškození pohybového systému	osteoporóza, pokročilá artróza, artritida, svalová slabost, pády, úrazy
Poškození CNS	náhlé cévní mozkové příhody, sclerosis multiplex, Parkinsonova choroba, centrální poruchy rovnováhy
Psychické poruchy	demence, deprese, psychóza
Poruchy smyslových orgánů	slepota, porucha statoakustiky
Léky a polygramázie	psychofarmaka
Jiné	ortostatická hypotenze, opakující se infekce, maligní onemocnění, těžká anémie
Vnější faktory	kluzká podlaha, špatné osvětlení, neznámé prostředí s nečekanými překážkami, nebezpečné veřejné komunikace, neužívání kompenzačních pomůcek, atd.

2.4 Nejčastější onemocnění či stavy vedoucí k imobilizaci

- **Stavy po cévních mozkových příhodách.** Důsledkem bývá omezení pohyblivosti horních či dolních končetin nebo obou, někdy se projevuje jako hemiplegie či hemiparéza. Tato porucha bývá často spojena se zhoršením řeči a následně obtížnou komunikací s postiženým. Onemocnění je často provázeno inkontinencí, ale záleží na lokalizaci a rozsahu postižení mozkové tkáně. Mnoho nemocných je poté závislá na pomoci druhých lidí.

- **Stavy po zlomeninách krčku stehenní kosti.** Může vznikat jak po léčbě operativní tak i konzervativní. Tento stav může být sdružen s kombinovanými zlomeninami krčku kosti pažní. Následná rehabilitace je dlouhodobá a záleží na celkovém stavu nemocného.
- **Stavy po náhradě kyčelního kloubu.** Nejčastějším důvodem pro náhradu kyčelního kloubu je při artróze kyčelního kloubu. Tento pooperační stav vede k nepohyblivosti kloubu, spojené s bolestmi, a tím vedoucí ke zhoršení pohyblivosti nemocného.
- **Demence.** U demence dochází k postupnému úbytku intelektových schopností jedince s postižením paměti, řeči, abstraktního myšlení atd., se změnami osobnosti, chování a i postupným tělesným chátráním. U nemocných nastává ztráta orientace, sebeobsluhy, nepoznávají své blízké, může se postupně objevit inkontinence, atd. Klient se stává plně závislý na pomoci druhých ve všech oblastech.
- **Diabetes mellitus s komplikacemi.** Jsou to stavy po amputaci končetiny, selháním ledvin, postižením nervů, slepotou a kožními defekty. V některých případech je nutné až trvalé ústavní umístění nemocného.
- **Nervová postižení.** Příkladem může být Parkinsonova choroba, kdy se objevuje hrubý třes horních končetin, poruchy chůze, poruchy rovnováhy, kdy hrozí opakované pády, s pozdějšími poruchami polykání s následným zavedením sondy a rozvojem demence. Tento stav může skončit úplnou ztrátou soběstačnosti.
- **Poruchy hybnosti při těžkém stupni artrózy velkých kloubů a při osteoporóze.** Nemocní mají velké bolesti v kloubech, páteři, s postupným omezením pohybu. Při některých revmatologických onemocnění může docházet k deformitám drobných kloubů rukou, poruchami hybnosti s omezením soběstačnosti.
- **Ztráta soběstačnosti.** Může vzniknout u osamělých starých osob, různě handicapovaných osob např. se ztrátou hybnosti dolních končetin, slepotou, mentálně zaostalých osob atd. Můžeme zde zařadit i děti, které jsou závislé na pomoci dospělých.
- **Nádorová onemocnění v terminálních obdobích.** Jsou to stavy, které jsou závislé na ústavní léčbě jak v nemocničních či hospicových zařízeních. Klientům je zrušena kurativní léčba a je prováděna paliativní péče, zaměřená na tišení bolesti a uspokojování základních potřeb.

- **Neurologická degenerativní onemocnění.** Postupně omezuje pohyblivost nemocného při znemožnění nervového přenosu na sval a vedoucí nakonec k poruchám dýchání a polykání.
- **Stavy po úrazech s přerušáním míchy.** U klientů např. po autohaváriích, po pádech z výšky atd. Nemocní jsou většinou upoutáni na invalidní vozík nebo na lůžko. Kvadruplegici jsou plně závislí na pomoci druhé osoby a jsou náchylnější na komplikace z imobility, proto je u nich častá mortalita. Paraplegici můžou být plně soběstační v uspokojování svých potřeb.
- **Ostatní.** Jsou to např. stavy po krvácení do mozku, po dlouhodobé resuscitaci s následným trvalým postižením, kdy jsou nemocní v tzv. apalickém syndromu. Tito nemocní jsou plně odkázáni na pomoci druhých. [14]

3 IMOBILIZAČNÍ SYNDROM

Imobilizační syndrom je velkým problémem v péči o velmi staré a dlouhodobě nemocné osoby. Dle Hermanové (2008, s. 36) je imobilizační syndrom: „ *fyziologickou odpovědí na imobilitu při dlouhodobém nebo trvalém upoutání na lůžko, popř. v křesle.*“ Již během 36 hodin upoutání na lůžko se začínají projevovat změny v pohybovém a kardiovaskulárním systému. V pozdějším období postihne další orgánové systémy. Výrazné patologické změny je možno sledovat již během prvních 7 – 10 dnů imobilizace. Na ztrátu pohybové aktivity reagují všechny orgánové systémy. [4] Pro přehled jsem zpracovala tabulku, kde uvádím tělesné systémy a jejich následky vzniklé z imobility. V následujících podkapitolách tyto jednotlivé systémy rozpracovávám a uvádím způsoby prevence k zabránění rozvoje imobilizačního syndromu.

3.1 Souhrn postižených tělních systémů a jejich následky

Tato kapitola je zvláště důležitá pro zdravotnické pracovníky hlavně pro zdravotní sestry, které provádí prevenci imobilizačního syndromu u rizikových klientů. Prevence by měla být prováděna pravidelně, důsledně a kvalitně. Pokud dojde ke vzniku imobilizačního syndromu je to známkou nekvalitně prováděné preventivní ošetrovatelské péče zdravotníky. Z praxe vím, že pokud vznikne jeden příznak z imobility, většinou dochází k rozvoji dalším projevům z mobility. Sestry by neměly opomíjet také psychickou stránku klienta, která je velmi důležitá a může mít velký vliv na vývoj a vznik imobilizačního syndromu.

V uvedené tabulce jsem vytvořila souhrn postižených tělních systémů a vznik jejich následků z poruch mobility. Posléze se ke každému systému vyjadřuji a uvádím různé preventivní metody zabráňující rozvoji imobilizačního syndromu.

Tab. č. 2 Následky IS na tělesný systém

NÁSLEDKY IS NA TĚLESNÝ SYSTÉM	
Pohybový systém	flekční kontraktury
	osteoporóza
	svalová atrofie
	fibróza a ankylóza
Kardiovaskulární systém	ortostatická (posturální) hypotenze
	trombembolická choroba
Respirační systém	hypostatická pneumonie
	plicní atelektáza
Metabolický a trávicí systém	anorexie
	malnutrice
	hypoproteinémie
	obstipace
	dehydratace
Vylučovací systém	uroлитиáza
	retence moči
	inkontinence
	uroinfekce
Kožní systém	atrofie kůže
	dekubity
Psychosociální reakce	depresivně - anxiózní syndrom
	psychické změny
	sociální změny

3.1.1 Pohybový systém

Během pohybové imobility se projevují změny jak na kosterním tak svalovém systému. [17] Jsou postiženy tedy kosti, klouby a svaly. [4] V důsledku těchto změn vzniká:

- **Osteoporóza z inaktivity**, pokud nejsou kosti dostatečně zatěžovány. Projevuje se postupným snížením normální mineralizované kostní hmoty a poškozením mikroarchitektoniky kosti a v důsledku těchto změn vzniká zvýšená lomivost kostí. [4] Demineralizace kostí začíná již 2.- 3. den upoutání klienta na lůžku. [8] Tento proces je výsledkem působení komplexních endokrinních a metabolických změn v organismu z důvodu nedostatečného zatěžování kostí. [17]

- **Fibróza a ankylóza kloubů** se objevuje, pokud se klouby nedostatečně pohybují. Silné flexory zůstávají u imobilizovaného často dlouhý čas kontrahované, slabší extenzory jsou bez aktivity. [17] Fibrózní tkáň svalu obalující kloub se postupně nahrazuje pojivovou tkání a kloub se stává tuhým a bolestivým. Následkem vznikají flekční kontraktury. [8]
- **Kontraktura** vzniká, když je kloub ireverzibilně deformovaným, ztuhlým a příslušné svaly a šlachy se zkracují. Často tak vznikají těžké a nenapravitelné kontraktury. [4] Typické jsou flekční kontraktury na dolních končetinách v kyčlích a kolenou, což znemožňuje stoj a samotnou chůzi, jelikož poloha, kterou klient zaujímal na posteli či na vozíku, se často zafixuje. Výsledkem je fixovaný postoj, kdy klient nemůže paty položit o podložku. [8]
- **Svalová atrofie** neboli pokles svalové hmoty vzniká, pokud svalová vlákna se nekontrahují jako při běžné fyzické aktivitě. V důsledku těchto změn dochází ke snížení svalové síly a vytrvalosti. [17] Během jednoho týdne ubývá téměř 1/3 svalové síly. Samotný návrat do původního stavu trvá většinou 2x déle, a to jen za přítomnosti pečlivé rehabilitace. [4] Nejnáchylnější k atrofii je m. quadriceps femoris, gluteus, deltoideus a svaly břišní. [6]

3.1.1.1 *Prevence*

Mezi preventivní opatření poruch pohybového systému zařazujeme:

- **Polohování** znamená správné uložení klienta ve fyziologické poloze. Jedná se o změny poloh v určitých časových intervalech a nápravu vznikajících či vzniklých změn. Zdravý člověk mění polohu těla automaticky po několika minutách jako odpověď na zvýšený tlak. Imobilizovaný klient je neschopný cítit tento tlak. Sestra by měla klienta učit jak se správně posouvat, upravovat či měnit polohu. Klienti upoutání na vozících se mají naučit přesouvat svou hmotnost z jedné hýždě na druhou každých 15 minut. [8] Přes den sestra mění polohu každé 2 hodiny, v noci každé 3 hodiny i dříve dle potřeby. Sestra polohuje klienta na záda, na boky, na břicho i do sedu či polosedu. Sestra dbá o fyziologické postavení končetin a celkové pohodlí

klienta. [14] Poloha na břicho se neprovádí u klientů s respiračními potížemi či jinými problémy. Plán polohování je vhodné upravit dle denního režimu tak, aby v době stravování byl klient v poloze podepřeného lehu až sedu. Sestra používá antidekubitární pomůcky a polohovací pomůcky. Při polohování nesmí být vyvolána bolest. Při jakýchkoliv problémech ve spojitosti s polohováním je nutná konzultace s fyzioterapeutem. [7]

- **Aktivní rehabilitace** znamená, když klient vykonává pohyb vlastní silou a vůlí. Klient dostává zadané úkoly od fyzioterapeuta. O všech aktivitách musí být sestra fyzioterapeutem informována, aby mohla klienta motivovat a kontrolovat zadané úkoly. [7]
- **Cviky na udržení rozsahu pohybu v kloubu.** Cviky se opakují 10 – 15x. U horní končetiny se provádí zatínání a povolování pěstí, protahování prstů tlakem na opačnou stranu, roztahování prstů od sebe, kroužení zápěstím či ohýbání dopředu a dozadu. V ramenním kloubu se dá využít všechny způsoby pohybů, např. rotace, předpažení, upažení, rozpažení. Na dolní končetině procvičujeme prsty a kotník stejně jak na horní končetině, koleno můžeme krčit a natahovat, u kyčelních kloubů přednožovat, zanožovat, kroužit. U krku využíváme úklony, předklony, záklony, kroužení hlavou. [5]
- **Pasivní rehabilitace** jsou pohyby prováděné druhou osobou či přístrojem. Je významné pro udržení fyziologické délky svalů, hybnosti kloubů a podporují propriocepci. Cviky mají být prováděny do plného rozsahu pohybu až do mírné bolesti či pocitu tahu. Pohyb je prováděn pomalu, v ose pohybu a bez přirážení nebo pérování, ne přes dva klouby, důležité je správné fixování. Každý cvik se opakuje 5 – 7krát. Sestra by tyto cviky měla provádět při každé manipulaci s klientem v rámci polohování či osobní hygieny. [7]
- **Kondiční cvičení** se využívá u zdravých či částečně hybných částí, které je zaměřeno na celkovou aktivitu klienta či na zvýšení tělesné zdatnosti a výkonnosti. Cílem je udržet stávající fyzický stav klienta, pohyblivost kloubů, svalové funkce, svalový tonus, správnou funkci vnitřních orgánů a nervosvalovou koordinaci. Cvičení se odvíjí od zdravotního stavu klienta. Zpravidla je toto cvičení realizováno ve formě ranní rozcvičky. Cvičení provádí dobře instruovaná sestra. Tempo a rytmus cvičení určuje věk a celkový stav klienta. [7] Cvičení je důležité

u lidí s onemocněním pohybového aparátu, ale i u nemocných v pooperačním období, ve fázi rekonvalescence a při mnoha dalších potížích. Zde řadíme izotonické a izometrické cvičení, které by měli provádět hlavně fyzioterapeuti. [17]

- **Strava** s dostatkem bílkovin, která je důležitá pro růst svalové hmoty. Strava by měla být obohacena o dostatek vitamínů ve formě ovoce a zeleniny. Dbáme o estetickou úpravu stravy a teplotu stravy.[4]

3.1.2 Kardiovaskulární systém

Při dlouhodobé imobilitě se oslabuje kardiovaskulární systém. Tato snížená pohyblivost vytváří nerovnováhu vegetativního nervového systému s výslednou převahou sympatické aktivity nad parasympatickou, která zvyšuje činnost srdce. [17] Z těchto změn na kardiovaskulární systém se rozvíjí:

- **Ortostatická (posturální) hypotenze** je provázena pocity slabosti, závratěmi, mžitkami před očima a synkopami s tachykardiemi. [4] Vzniká při změně polohy (posazování, vstávání). [17] Ve stáří se objevují příznaky již po několika hodinách na lůžku, např. při ranním vstávání. [6]
- **Trombembolická choroba** vzniká při nedostatku pohybu, kdy kosterní svaly neplní svoji funkci a dochází k městnání krve v žilním řečišti dolních končetin a k tvorbě otoků. Je zde následně riziko vzniku plicní embolie. [4]

3.1.2.1 Prevence

Do preventivních metod poruch kardiovaskulárního systému patří:

- **Bandáže dolních končetin**, jenž vážeme až do třísel. Provádíme u ležícího klienta. Největší tlak obinadla provádí sestra kolem kotníku. Místo obinadel můžeme použít i elastické punčochy. Obinadla či punčochy by měly být přiloženy před samotným vstáváním z lůžka. [13] Bandáže nahrazují činnost lýtkového svalu. [17]

- **Včasné vstávání.** Vstávání nacvičujeme postupně. Nejprve klienta pobídeme se posadit na okraj lůžka, poté se klient postaví vedle lůžka, dále se nemocný posadí v křesle a až potom samotná pomalá chůze kolem lůžka. Dbáme o přiložení bandáží či elastických punčoch před vstáváním z postele. [17]
- **Cvičení dolními končetinami.** Klient cvičí dolními končetinami tak, že podkolenní jamky tlačí k podložce. Klient může chodidly kroužit, cvičit plantární flexi a extenzi. Dolní končetiny se můžou natahovat a pokrčovat nebo střídavě natahovat a krčit prsty u nohou. [17]
- **Posilování pohybových stereotypů** způsoby pasivního vzpřimování, postavování, přešlapování na místě, stojí v chodítku, poloha na lůžku v polosedě či sedě, pohyby chodidly, plantární a dorzální flexe. [4]
- **Antitrombotická léčba.** Antitrombotika jsou důležité z hlediska prevence plicní embolie. Tyto léky ředí krev a brání srážení krve. Zvláště jsou tyto léky důležité užívat u imobilních klientů či klientů vyžadující klidový režim na lůžku, jelikož je tok krve z dolních končetin zpomalen a můžou vznikat drobné sraženiny. K antitrombotické léčbě patří přikládání vysokých bandáží na dolní končetiny. [6]
- **Elevace dolních končetin.** Leží-li klient na zádech, musí venózní tlak na dolních končetinách od kolen po třísla překonat gravitaci. Proto se doporučuje zvednout dolní končetiny o 20 stupňů. [17]

3.1.3 Respirační systém

Při normální pohybové aktivitě vykonává člověk hluboké, periodické vdechy a výdechy. Sekret z bronchů se běžně uvolňuje pomocí řasinkového epitelu a kašlem. U ležícího nemocného jsou tyto funkce omezeny. Celková ventilace a odstraňování sekretu z dýchacích cest je ztížena. [17] V důsledků těchto potíží vzniká:

- **Hypostatická pneumonie.** V této oblasti hrozí, že stagnující hlen je živnou půdou pro růst bakterií a již z banální infekce horních cest dýchacích může vzniknout tento druh pneumonie. Výrazně se zhoršuje výměna kyslíku a oxidu uhličitého v alveolách a je i častou příčinou úmrtí u slabých, imobilních klientů zejména kuřáků. [8]

- **Plicní atelektáza** vzniká při snížené ventilaci, kdy se sekrety hromadí v dependentních oblastech bronchiolů a blokují je. Zároveň se snižuje průtok krve plicemi a následkem těchto změn může vzniknout tato atelektáza, jenž může způsobit kolaps plicního laloku či celé plíce. Nejrizikovější jsou starší imobilizovaní klienti po operaci. [8]

3.1.3.1 Prevence

U poruch dýchacího systému z imobility jsou následující preventivní opatření:

- **Fowlerova poloha**, je uložení horní poloviny těla do zvýšené polohy, která usnadňuje vykašlávání a lepší ventilaci. [4]
- **Zvlhčování vdechovaného vzduchu**. Vzduch zvlhčujeme pravidelným větráním zvláště po ránu. Zvlhčovat vzduch můžeme mokrými ručníky položenými na topení. Má-li klient naordinovaný kyslík zvlhčujeme ho přes destilovanou vodu.[4]
- **Dechová rehabilitace**. Využívají se zejména rytmické, hluboké, pomalé a klidné vdechy a výdechy. Provádí se 4 – 5krát denně. Klient může využít i metody nafukování balónku či rukavice, probublávání vody slámkou (20 nádechů a výdechů). [4] Cvičení by mělo trvat asi 5 až 15 minut. [5]
- **Pokleповé a vibrační masáže** provádíme v oblasti hrudního koše. [4] Poklepáváme pomocí pěstí, dlaní či prsty, vždy od periferie ke středu – k plicnímu hilu. U starších nemocných provádíme poklepy opatrně. Doba trvání by měla být nejméně 5 minut. Při provádění vibrací zůstává ruka ležet na kůži, pouze se mění tlak. Nemocný zaujímá polohu na boku. Vibrace směřuje k plicnímu hilu, kdy jedna ruka leží na zádech a druhá na sternu, která vytváří tlak během dýchací pauzy. [17]
- **Dostatečná hydratace** minimálně 1500 ml/24 hod. Sestra sleduje příznaky dehydratace a zaznamenává příjem a výdej tekutin. Nezapomíná přičítat parenterální výživu či polévky. Klienta pobízíme k aktivnímu příjmu tekutin. [12]
- **Podpora expektorace** má sloužit k uvolnění sekretu. Využíváme roztoky, které vtíráme, mohou to být hyperanemizující roztoky, např. kafr, alpa či používáme masti, které podporují prokrvení. Užívání éterických olejů vyvolává pocit tepla a zmírnění bolesti. [17]

- **Inhalace** napomáhá zkapalnit hlen a následně ho odstranit z dýchacích cest pomocí vykašlání. K inhalaci můžeme použít i inhalátory. Inhalaci podáváme pomocí obličejové masky, která zajistí přímé vdechování do dýchacích cest. Využívají se různé inhalační roztoky, které napomáhají ke snadnějšímu vykašlávání. [14]

3.1.4 Metabolický a trávicí systém

U imobilních klientů se snižuje bazální metabolismus se současným snížením energetických nároků na organismus. Ovlivňuje a snižuje motilitu gastrointestinálního traktu a i sekreci žláz trávicího traktu. U imobilizovaného nemocného převažují katabolické procesy nad anabolickými. [17] Mezi příznaky syndromu z imobility řadíme na metabolický a trávicí systém:

- **Anorexie** se běžně vyskytuje u klientů upoutaných na lůžku. Z nečinnosti na lůžku vzniká nechutenství, které následně vede k malnutrici a obstipaci. Proto je důležité sledovat příjem stravy i tekutin a sledovat frekvenci stolice. [8]
- **Malnutrice** může vzniknout při sníženém přísunu bílkovin a následné dusíkové nerovnováze. [17]
- **Hypoproteinémie** snižuje onkotický tlak a to způsobuje přesun tekutin z vaskulárního do intersticiálního prostoru. Následkem jsou vzniklé edémy. [17]
- **Obstipace** je způsobená zpomalením střevní peristaltiky s nedostatečným příjmem tekutin a nepřírozenou polohou při defekaci na lůžku. Příčinou může být i nedostatek soukromí či závislost na druhé osobě nebo i změna stravovacích návyků. [4] A nezapomínejme i na vliv některých léků např. anticholinergika či hypnotika. [12]

- **Dehydratace** [6]. K rozvoji dehydratace jsou zvláště náchylní starší nemocní, jelikož mají snížený pocit žízně. Proto sestra musí aktivně pobízet klienta k příjmu tekutin. Sestra sleduje příznaky dehydratace a příjem tekutin.

3.1.4.1 *Prevence*

Do preventivních kroků poruch metabolického systému a trávicího systému patří:

- **Dostatečná hydratace.** Minimálně 1500 ml/24 hod. [12] Klientovi podáváme tekutiny dle jeho přání. Sestra při zapisování příjmu tekutin nezapomíná i na parenterální výživu, polévky či ovoce. Klient stejně jako rodina jsou poučeni o důležitosti příjmu tekutin.
- **Strava** by měla být energeticky bohatá na vlákninu, vitamíny a minerály (hlavně vitamín C, jenž pomáhá obnovit zásoby bílkovin). Sestra dbá o estetickou úpravu stravy a i stolování by mělo být na lidské úrovni. Klienta do stravy nenutíme. Sestra zajistí klientovi návštěvu nutriční terapeutky, která zjistí jaký má klient přání ohledně výběru stravy. [4]
- **Včasná vertikalizace** se nacvičuje postupně. Klient se nejprve posadí na okraj lůžka, poté provede stoj vedle lůžka, následně se posadí do křesla a potom začne pomalou chůzi kolem lůžka. Sestra nesmí zapomenout na přiložení bandáží či punčoch před vstáváním z lůžka. [17]
- **Rehabilitaci na lůžku** provádí sestra s klientem při každé příležitosti např. při hygieně, posazování, vyprazdňování, kdy klient může provést jednoduché pohyby s pomocí hrazdičky či postranic. Sestra nezapomíná klienta chválit a pobízet ho ke cvičení.
- **Vhodná defekační poloha.** Pokud je to možné vysazujeme klienta na defekační židli, což je pro nemocné snazší než použití podložní mísy. Sestra se snaží zajistit klientovi co nejpřirozenější polohu při vyprazdňování, dále nezapomene zajistit hygienu po vyprázdnění, a to jak genitálu, tak rukou. [6]
- **Podávání přírodních laxativ, glycerinových čípků a klyzmat.** Sestra nejprve zkusí změnit dietu klienta, než podá podpurné léčiva na vyprázdnění. V této oblasti sestra nesmí zapomínat i na dostatečný příjem tekutin klienta. [12]

3.1.5 Vylučovací systém

V počátečních fázích imobilizace se vylučuje zvýšené množství moče, později množství vylučované moče klesá a mění se i její koncentrace. U ležícího klienta se zhoršuje vyprazdňování moče. [17] Mohou vznikat následující problémy:

- **Urolitiáza.** U imobilizovaného klienta dochází k narušení rovnováhy ve složení moče, kdy moč se stává alkalickou a vzniklé kalciové soli mohou být příčinou tvorby močových kamenů. [17]
- **Retence moči.** Příčinou je malý svalový tonus spolu s nefyziologickou polohou při vyprazdňování. [4] Následkem retence moči je vznik infekce močových cest. U klienta tento problém může být i psychického rázu, např. při nedostatečném soukromí při vyprazdňování.
- **Inkontinence** může vznikat pro omezený pohyb bránice. [12] Příčinou může být i psychická alterace klienta. Pokud se má klientovi odstranit permanentní katetr provádíme nácvik močového měchýře.
- **Uroinfekce.** Stagnující moč vytváří vhodné prostředí pro vznik infekce (cystitis, cystopyelitis). [17] Příčinou může být i zavedený močový katetr nebo i nedostatečná hygiena genitálu, zvláště u žen. [4]

3.1.5.1 Prevence

Do preventivních opatřeních poruch na močový systém zařazujeme:

- **Dostatečný příjem tekutin**, který má za úkol zajistit adekvátní tvorbu moči. [4] Minimálně 1500 ml/24 hodin. Vhodné jsou zeleninové a ovocné šťávy ke snížení rizika močové infekce. Sestra sleduje a zaznamenává bilanci tekutin. [12]
- **Důsledná hygiena genitálu** má zamezit vzniku erytému nebo infekci močových cest. [4] Hygienu provádíme dle potřeby či přání klienta. U žen sestra provádí oplach

genitálu. K samotnému omývání genitálu nepoužíváme mýdla, které mohou vyvolat samotnou infekci či gynekologické potíže zvláště u žen. Zvláštní péči sestra věnuje inkontinentním klientům.

- **Vhodná poloha.** Fyziologická poloha je vsedě, kterou zajistíme pomocí toaletní židle. Při vyprazdňování na podložní míse zajistíme polohu v polosedě na lůžku. Muž má močovou láhev zavěšenou na lůžku, kterou může sám použít dle potřeby. Důležité je poskytnout klientům soukromí a dostatek času. [4]
- **Polohování a cvičení.** Časté otáčení a polohování snižuje množství stagnující moči a napomáhá lepšímu vyprázdnění. [8] Sestra učí klienta Cviky na posílení svalů břicha a malé pánve. Klienta pobízíme k aktivnímu cvičení a vysvětlíme mu důležitost a účel pohybové aktivity. [4]
- **Sledovat diurézu.** [12] Sestra sleduje jak příjem, tak výdej tekutin za 24/hod.

3.1.6 Kožní systém

Změny na kožním systému jsou nejčastější následky z imobility. Nejprve na kůži, zvláště na kostních výčnělky vzniká atrofie, která se může postupně rozvinout v dekubitus. Na kůži dochází vlivem tlaku ke stlačení vlásečnic a tím ke ztíženému okysličování tkáně. Tento jev znamená, že tkáň není zásobena živinami a ani nejsou odváděny odpadové produkty látkové přeměny, a následkem dochází k odumření tkáně. [14] V důsledku těchto změn dochází ke vzniku:

- **Atrofie kůže,** která vzniká při déletrvající imobilitě, kdy se mění její pevnost, struktura pokožky i podkoží a dochází ke snížení kožního turgoru. [17]
- **Dekubity** vznikají při dlouhodobém a trvalém tlaku na podložku. Jedná se o místní ischemické poškození až nekrózu kůže, podkoží i svalstva. Mohou být postiženy i sliznice (např. u dýchacích cest tlakem nasogastrické sondy). [4]

3.1.6.1 Prevence

Mezi metody prevence poškození kůže z nedostatečné imobility patří následující kroky:

- **Dostatečný příjem tekutin.** Minimálně 1500 ml/24 hodin. [12]
- **Polohování.** Imobilní klienty pravidelně polohujeme. Během dne každé 2 hodiny a každé 3 až 4 hodiny v noci. Vedeme si polohovací záznam. [4] Polohování tvoří nezastupitelnou úlohu v prevenci dekubitů.
- **Hygiena klienta i prostředí.** Kůži klienta udržujeme suchou a čistou, zvláště u inkontinentních či nadměrně potících se klientů. K ošetření kůže používáme speciální přípravky např. Menalindovou řadu. Kůži opatrně promašťujeme např. kakaovým máslem. Dle potřeby vyměňujeme osobní i ložní prádlo, které udržujeme čisté, suché a vždy upravené. Na predilekční místa můžeme přikládat teplé a studené obklady ke zvýšení prokrvení. [11]
- **Antidekubitární pomůcky.** Sestra využívá pěnové klíny, polštáře, molitanové podložky, podložky ze syntetického rouna, speciální matrace k tomu určené, přírodní ovčí rouno, chrániče na paty a lokty. [11] Podkládáme predilekční místa, které jsou nejvíce ohrožené vznikem dekubitů. [17]
- **Pokleповá masáž** kostních výčnělků se používá z důvodu zlepšení místního prokrvení tkáně. Masáž provádíme šetrně a mírně. [17] K masáži používáme speciální přípravky k tomu určené.
- **Výživa** bohatá na proteiny a vitamín C. [17] Zvláštní pozornost věnujeme obézním či kachektickým klientům, kde je zvláště důležité speciální dieta, jelikož tato skupina klientů je vysoce ohrožena rozvojem dekubitů.
- **Aktivizace a cvičení.** [11] Sestra aktivně pobízí klienta k pohybové aktivitě. Klienta sestra poučí o důležitosti a účelu pohybové aktivitě.

3.1.7 Psychosociální reakce

Omezená hybnost ovlivňuje také psychické rozpoložení člověka a jeho sociální vztahy. Nejohroženější skupinou jsou senioři, jelikož jsou závislí na druhých, mají omezenou soběstačnost a menší schopnost spolupráce. [4] U dětí může mít vliv na intelektový a sociální rozvoj a zpomalit vývoj motorických funkcí. [8] Každý jedinec reaguje na omezenou hybnost jinak. Zhoršuje se sluchové i zrakové vnímání. [12] Následně vznikají:

- **Psychické změny** mohou to být deprese, senzorická deprivace, strach, úzkost, porucha orientace časem, místem, situací a často také osobou, sluchové a zrakové halucinace, bezmocnost, beznaděj, pocity prázdnoty, zhoršená kvalita spánku, zhoršení intelektuálních schopností, zhoršená schopnost koncentrace. [4]
- **Sociální změny** může se vyskytovat pocity osobní bezcennosti, nepřátelství, verbální agresivita, apatie, nezájem o okolí. [4]

3.1.7.1 *Prevence*

Tyto psychické změny jdou zamezit následujícími preventivními kroky:

- **Komunikace a sociální kontakty.** Nezapomínáme se klienta ptát na jeho pocity a přání či odpovídat na jeho případné dotazy. [4] Dle přání klienta zajistíme návštěvu kněze. [12]
- **Vývoz klienta mimo pokoj** na pojízdném vozíku či na lůžku dle možností. Zajistíme klientovi výhled z okna. [4]
- **Udržení orientace.** Využíváme hodiny, kalendář, vhodná výzdoba pokoje, poslouchání radia, sledování televize, předčítání knih či novin, zajištění návštěv atd. [4]
- **Aktivizace.** Klienta vedeme k sebeděči a pohybové rehabilitaci. [4] Klient musí mít pocit, že je stále užitečný a potřebný, proto mu zajistíme nějakou vhodnou aktivitu či jednoduchou činnost.

3.2 **Podnětné prostředí**

Záměrně do práce uvádím podnětné prostředí, jelikož je často v této problematice opomíjeno. K tomuto tématu jsem nenalezla žádnou publikaci. Tato kapitola je mé vlastní zamyšlení tedy úvaha, která se např. bude zabývat způsoby zajišťování podnětného prostředí či vybavením pokojů na rizikových odděleních. Doufám, že tato má úvaha poslouží jako motivace či inspirace k rozšíření a prohloubení tohoto tématu.

Podnětné prostředí znamená zajišťovat příjem vnějších stimulů z prostředí, které mají udržovat klienta v realitě. Vytváření a udržování podnětného prostředí bychom měli chápat jako součást základní ošetrovatelské péče u všech hospitalizovaných, ale zvláště u rizikových klientů, kde je důležité udržet nemocného při reálném vědomí.

Při nezajišťování podnětného prostředí se může klientův stav výrazně zhoršit a tedy mít nepříznivou prognózu na jeho zdravotní stav. Ve zdravotním stavu postiženého začíná hrát roli špatný psychický stav s následným zhoršením fyzického stavu. Špatný psychický stav se může projevat introvertností, apatií, nezájmem o svou osobu i okolí, zmateností, depresi, nespolupráci s personálem, negativním slovním projevem, plačtivostí, slovní i někdy přímou agresivitou atd. Na tyto všechny negativní psychické příznaky nasedají tělesné komplikace v oblasti zdravotního stavu. Zhoršení fyzického stavu dává základ pro vznik imobilizačního syndromu.

Jak jsem se již výše zmínila, podnětné prostředí můžeme zajišťovat u všech nemocných. Ale zvláště důležité je toto prostředí vytvářet u rizikových klientů. Sestra musí umět zjistit, vyzorovat, zhodnotit, kteří nemocní jsou ohrožení. Sestra si může pomoci různými škálami či testy, které ji napomáhají ke zhodnocení zdravotního stavu. A samozřejmě záleží i na zájmu a přímém pozorování sestrou. Klienti, u kterých je nutno vytvářet podnětné prostředí jsou děti jakéhokoli věku, lidé pokročilého věku, dementní, osamělí, introvertní klienti, postižení po úrazech, po cévních mozkových příhodách, dlouhodobě hospitalizováni, lidé tělesně či psychicky postižených a samozřejmě u částečně či plně imobilních nemocných.

Na vytváření a udržování podnětného prostředí se může podílet každý. Důležité je získat rodinu, která by zde měla mít hlavní úlohu v této péči. Sestra rodinu řádně edukuje o důležitosti vytváření a udržování podnětného prostředí, o komplikacích související s nevytvářením podnětného prostředí, o pozitivě spojené ke zlepšení zdravotního stavu klienta a hlavně jak a čím zajišťovat podnětné prostředí. Podílet se na této péči mohou i spoluklienti sdílející pokoj s nemocným a vzájemně se tak udržovat i podporovat. Dále se na této péči podílí celý ošetrovatelský tým. Nejvíce záleží na zájmu a kreativitě sestry, které není lhostejné klientův zdravotní stav s uzdravením a zapojením se opět do koloběhu života a tím návrat do domácího prostředí.

Podnětné prostředí lze zajišťovat různými jednoduchými metodami. Hlavní metodou, která se může použít na prvním místě je rozhovor. Rozhovor jak ze strany ošetrovatelského týmu,

tak rodiny a hospitalizovaných sdílejí společně pokoj. Spoluklienty pobízet k vzájemnému rozhovoru na různá témata pokud to jejich zdravotní stav dovolí.

Nadále využíváme klientovi osobní hygienické pomůcky, zvláště nezapomínejme na krémy či spreje a parfémy. Pokud je to možné ponecháme nemocnému jeho domácí oděv či pyžamo, ve kterém se cítí dobře a připomíná mu domov. Zajistíme na pokoji s pomocí rodiny či dle možností oddělení televizi, cd přehrávač, DVD přehrávač, rádio atd. Hlavně tyto předměty využíváme. Nezapomínejme i na fotografie, které by měly být vystavené či vylepené, aby na ně dohlédl a zbytečně je neschováváme do nočního stolku, pokud si to sám nemocný nepřeje. Pokud na pokoji nejsou hodiny, požádáme rodinu např. o hodinky či budík a je vhodné umístit i velký kalendář na zeď. Toto jsou jednoduché běžné úkony či metody, které mohou výrazně přispět ke zlepšení zdravotního stavu.

Z mých poznatků z praxe si myslím, že pokoje na LDN i geriatrických odděleních by měly být specificky vybavené oproti jiným standardním oddělením. Je důležité si uvědomit, že lidé na těchto odděleních leží většinou dlouhodobě i několik měsíců. Běžný pokoj na tomto oddělení je vybavený postelí, skříní, stolkem, dvěma židlemi a to je tak většinou celé vybavení takového pokoje. Navíc pokoje mají bílou malbu stěn, které jsou většinou prázdné bez obrazů. Tyto pokoje vypadají a působí neútně a prázdně. Navíc po celý den je na tomto pokoji klid a i když je funkční rádio na signalizaci tak starší člověk to nemůže slyšet z důvodu malého rozsahu hlasitosti. S tohoto mého stručného popisu je zřejmé, že takové prostředí může negativně působit na klientův tělesný i psychický stav. Je důležité změnit přístupy zdravotnických pracovníků v této problematice.

Pokoje na těchto odděleních by se měly co nejvíce přiblížit domácímu prostředí. Pokoj by měl být prostorný kvůli klientovi např. při nácvičce chůze, rehabilitaci či posazování do křesla. Prostorné pokoje jsou neméně důležité i pro personál kvůli manipulaci s nemocným. I když by byl pokoj se dvěma lůžky, je nutné vytvořit možné soukromí např. paravanem či závěsem. To je důležité jak pro příchozí návštěvu, tak i pro různé ošetrovatelské výkony jako je např. cévkování, převazy, hygiena atd. S použitím této pomůcky respektujeme stud i soukromí klienta. Výmalba by měla být v teplých odstínech, které by navozovala příjemné a teplé prostředí. U každé postele na pokoji je na místě umístit nástěnku, kde by byly hodiny, kalendář, fotky, pohlednice či jiné předměty klientovi blízké. Součástí této nástěnky je i harmonogram oddělení, předpokládaná doba pobytu, jméno ošetřujícího lékaře či různé materiály týkající se klientova vyšetření, atd. Samozřejmě by nástěnka byla v dobrém

viditelném úhlu pro nemocného a písemné materiály s dostatečně velkým písmem. Samotné povlečení je barevné i nemocniční pyžamo či košile. Postele jsou automaticky polohovatelné a měla by být i přizpůsobená výška postele kvůli vstávání a posazování. Součástí pokoje musí být pojízdný stůl, křeslo pro každého klienta a televize. Na pokoji mohou být i květiny, které zpříjemňují prostředí. V dnešní době je vhodné, aby součástí každého pokoje byla koupelna s toaletou a nezapomínat na bezbariérový přístup. Popsaný návrh interiérů a vybavení pokojů je subjektivně jen můj názor.

Sami sestry se mohou pokusit navodit příjemné a podnětné prostředí kde se klient bude cítit dobře a pomůže mu k uzdravení a návratu do domácího prostředí. Je důležité, aby se sestry naučily vytvářet příjemné a podnětné prostředí pro nemocného zvláště u rizikových klientů, kteří jsou ohroženi vznikem imobilizačního syndromu.

4 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA DLE NANDA SYSTÉMU

Stanovení ošetřovatelských diagnóz je důležité z hlediska včasného zahájení prevence v různých oblastech, umožňuje přehlednost o změně stavu klienta, zabezpečuje přesné stanovení intervencí sestry, následně je větší přehled i přesnost k vyvíjejícímu se zdravotnímu stavu klienta a po právní stránce chrání i samotnou sestru.

Shromáždila jsem ošetřovatelské diagnózy, které mohou vzniknout u imobilizačního syndromu. Vycházela jsem z ošetřovatelských diagnóz dle NANDA taxonomie II. Podrobně jsem rozpracovala jen diagnózu riziko imobilizačního syndromu, ve které uvádím rizikové faktory, stanovení cílů a následně uvádím intervence k jednotlivým postiženým oblastem. Ostatní ošetřovatelské diagnózy jak aktuální, ale i potencionální jsem umístila do přehledné tabulky, které jsem rozdělila do jednotlivých systémů. Tato tabulka by měla sloužit jako návod k vytvoření diagnózy u rizikového klienta a posléze by měla sestra rozpracovat jednotlivé intervence vztahující se k danému klientovi.

Tab. č. 3 Souhrn diagnóz dle NANDA systému vztahující se k imobilizačnímu syndromu

Přehled diagnóz dle NANDA systému	
00040 Riziko imobilizačního syndromu	
Pohybový systém	Vylučovací systém
00092 Intolerance aktivity	00020 Funkční inkontinence moči
00085 Zhoršená pohyblivost	00018 Reflexní inkontinence moči
00038 Riziko traumatu	00019 Urgentní inkontinence moči
00109 Deficit sebepěče při oblékání a úpravě zevnějšku	00023 Retence moči
00108 Deficit sebepěče při koupání a hygieně	00016 Porušené vyprazdňování moči
00102 Deficit sebepěče při jídle	00004 Riziko infekce
00110 Deficit sebepěče při vyprazdňování	Kožní systém
Kardiovaskulární systém	00046 Porušená kožní integrita
00024 Neefektivní tkáňová perfuze periferní	00044 Porušená tkáňová integrita
00029 Snížený srdeční výdej	00047 Riziko porušení kožní integrity
Respirační systém	Psychosociální reakce
00031 Neefektivní průchodnost dýchacích cest	00128 Akutní zmatenost
00032 Neefektivní dýchání	00125 Bezmocnost
00030 Porušená výměna plynů	00124 Beznaděj
00039 Riziko aspirace	00120 Situačně snížená sebeúcta
Metabolický a trávicí systém	00052 Poškozená sociální interakce
00011 Zácpa	00073 Neschopnost rodiny zvládat zátěž
00027 Deficit tělesných tekutin	00126 Deficitní znalost o rizicích imobility
00002 Nedostatečná výživa	00148 Strach
00001 Nadměrná výživa	00146 Úzkost
	00097 Nedostatek zájmových aktivit
	00053 Sociální izolace

00040 Riziko imobilizačního syndromu

Doména: 4. Aktivita – Odpočinek

Třída: Aktivita – pohyb

Rizikové faktory: silná bolest, vynucené či předepsané upoutání na lůžko, změny vědomí, obrna [9] chronické tělesné či duševní onemocnění, neuromuskulární postižení [2]

Cíle zaměřené na klienta:

- u klienta je zachována celistvost kůže (tkání) či je dosaženo časného zhojení defektu
- u klienta je udržováno či obnoveno efektivní vyprazdňování a vylučování moče
- klient nemá příznaky infekce
- u klienta je zachována dle stavu fyzická aktivita a hybnost kloubů
- u klienta je udržováno adekvátní periferní prokrvení se stabilními základními fyziologickými parametry, teplotou a suchou kůží a hmatným periferním pulsem
- klient je udržován orientace ve všech oblastech
- u klienta udržujeme či obnovujeme kognitivní funkce

Sesterské intervence:**• V oblasti kůže:**

- zhodnot' celistvost kůže, její pevnost či poranění a zaznamenej do dokumentace
- vyhodnot' pomocí škál riziko vzniku dekubitů (Přílohy: P XV: Nortonova, P XIV: Bradenova, P XVI: Shannon, – viz. tab. č. 4, přílohy)
- kontroluj stav kůže nad kostními výčnělky
- polohuj dle polohovacího plánu a zaznamenej do dokumentace
- pečuj denně o kůži dle potřeby (omytá místa dobře osušit, namáhané oblasti jemně masírovat, používat prostředek povzbuzující prokrvení, atd.)
- používej pomůcky ke zmírnění tlaku

- sleduj stav výživy a příjem potravy
- edukuj klienta i rodinu o vhodném složení stravy, změnách polohy, nárocích na čistotu, ošetřování pokožky, prevenci dekubitů, atd.
- **V oblasti vyprazdňování a močení:**
 - zjisti od klienta frekvenci vyprazdňování, potíže s vyprazdňováním, dietu, příjem tekutin za den a zaznamenej do dokumentace
 - použij škály k vyhodnocení stavu výživy (viz. tab. č. 4, přílohy: P XII: Hodnocení nutričního stavu, P XXIV: Screening pro určení nutričního stavu)
 - zajisti a dbej o vyváženou stravu s dostatkem ovoce a zeleniny s vysokým obsahem vlákniny a přiměřeným příjmem tekutin
 - podávej ovocné a zeleninové ovocné šťávy (snížení rizika močové infekce)
 - začni se cvičením, jakmile je to možné, dle potřeby použij kompenzační pomůcky
 - zhodnoť, zda je nutné podávat léky na změkčení a zvětšení objemu stolice
 - zaveď dle indikace nácvik močení či vyprazdňování
 - sleduj diurézu i charakter močení
 - pátrej po příznacích infekce
 - edukuj klienta i rodinu o vhodnosti potravin (proti zácpě), o vhodnosti a příjmu tekutin, pravidelném vyprazdňování, posilovacích cviků pánevního dna, atd.
- **V oblasti dýchání:**
 - zhodnoť charakter dýchání, frekvenci, potíže s dýcháním, zvukové fenomény, potíže s dýcháním v závislosti na tělesné aktivitě atd. a zaznamenej do dokumentace
 - sleduj poslechový nález na plicích a charakter bronchiálních sekretů k zachycení počínající komplikace (např. pneumonie)
 - polohuj klienta, pobízej ke kašli, hlubokému dýchání v pravidelných intervalech
 - odsávej dle indikace či potřeby klienta

- asistuj při posturální drenáži
 - edukuj rodinu či zajisti konzultaci s odborníky zabývající se nácvikem bráničního dýchání k posílení ventilace při poranění páteřní míchy
 - asistuj či zajisti pomoc rodině s prováděním různých metod bráničního dýchání, posílení ventilace
 - edukuj klienta o škodlivém vliv, nabídni mu odbornou pomoc v problematice odvykání
 - zajisti podporu rodiny v problematice odvykání kouření
- **V oblasti prokrvení tkání:**
 - hodnot' teplotu těla a teplotu kůže
 - pátrej po psychických změnách jako projev zhoršené oxygenace (vznik cyanózy)
 - posuzuj pravidelně oběhové a nervové funkce postižených částí těla a všímej si, změň teploty, barvy, citlivosti a pohyblivosti
 - zajisti opatření na podporu periferního prokrvení (elastické kalhoty) se zvýšením venózního návratu
 - sleduj krevní tlak před a po zátěži i během ní (posazování, vstávání)
 - zaveď polohovací hodiny u imobilního klienta
 - vyhni se různým fixacím a úvazům klienta
 - **V oblasti pohyblivosti:**
 - zhodnot' rozsah soběstačnosti, schopnost chůze, fyzickou aktivitu v domácím prostředí, zájmy atd. a zaznamenej do dokumentace
 - použij škály k vyhodnocení rizika pádu, soběstačnosti atd. (viz. tab. č. 4, přílohy: P VII: Hodnocení rovnováhy a chůze, P VIII: ADL, P IX: IADL, P XXII: test rizika pádu)
 - konzultuj s rehabilitačním pracovníkem cviky (n rozsah pohybů, pasivní cviky)

- zapoj rodinu do rehabilitační péče
 - prováděj s nemocným cviky na udržení rozsahu pohybu a zapoj klienta do pracovní terapie
 - povzbuzuj klienta k co největší soběstačnosti
 - prováděj s klientem činnosti, které zvyšují sílu a vytrvalost svalů
 - monitoruj bolest, sleduj neverbální projevy bolesti, atd.
 - zajisti podporu rodinu a přátel při zvládnání bolesti
 - zhodnoť, jaký podíl na imobilizaci má bolest (škály bolesti, viz. tab. č. 4, přílohy:
P XXX: Melzeckova a numerická škála bolesti, P XXVIII: Deskriptivní škála bolesti,
P XXIX: Mapa bolesti)
 - realizuj dle indikace program na zvládnutí bolesti
- **V oblasti senzorio – percepční:**
 - zhodnoť mentální stav klienta, orientaci, komunikační úroveň, porozumění atd.
a zaznamenej do dokumentace
 - využij škály k vyhodnocení mentálního stavu klienta (viz. tab. č. 4, přílohy: P XVIII: MMSE, P XIXI: Mentální test)
 - udržuj orientaci klienta v místě, čase, osobě (dotazy, hodiny, kalendář, vizitky pracovníků, soubor informací o oddělení ve složce na pokoji)
 - zajisti podnětné prostředí (např. hudba, televize, rádio, hodiny, kalendář, návštěvy)
 - doporuč a nabídni pravidelné cvičení (kondiční, ranní, procházky, na rozsah pohybu v kloubu, izometrické cvičení, pomoc fyzioterapeuta)
 - podporuj navyklé rituály před spánkem klienta (sledování TV, četba, ruční práce)
- **V oblasti sebeúcty, bezmocnosti:**
 - komunikuj s klientem o jeho problémech či na běžná témata
 - vysvětli vše, co se bude provádět v rámci péče a léčby

- povzbuzuj klienta i jeho rodinu
- zjisti, zda klient je schopen říci co potřebuje (světelná signalizace, tabulka na psaní, tabule na malování či psaní, tlumočnick)
- pobízej klienta k slovnímu vyjádření pocitů či otázek [2]
- aktivizuj klient (četba, TV, drobné úkony)
- zajisti konzultaci s lékařem (průběh léčby, návrat do domácího prostředí)
- zajisti funkční signalizaci
- zajisti návštěvu rodiny či přátel
- psychicky klienta povzbuzuj (pochvala, snaha)

5 OBJEKTIVNÍ ZHODNOCENÍ RIZIK IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU

Pod slovním spojením objektivní zhodnocení klienta si můžeme představit rozmanité škály či testy, které napomáhají ke zhodnocení zdravotního stavu klienta. Škály bych popsala, jako pomůcku k objektivnímu zhodnocení stavu klienta. Lze je použít na různé oblasti zaměření např. k zjištění mobility klienta, k posouzení soběstačnosti klienta, na zhodnocení stavu výživy, k zjištění rizika pádu, posouzení kognitivních funkcí atd. Je mnoho škál převzatých ze zahraničí, které lze snadno aplikovat i v našich zařízeních. Bohužel v praxi se stále škály využívají minimálně. Ale věřím, že je jen otázkou času, kdy škály budou běžnou součástí práce na oddělení či v zařízení.

V tabulce uvádím škály, které lze využít ke zhodnocení klienta s rizikem imobilizačního syndromu. Tabulku jsem rozdělila do sedmi různých hodnotících kategorií. Některé škály jsou lépe použitelné do praxe některé méně. Záleží na samotném zařízení a hlavně jednotlivých sestřích, které škály jim budou lépe vyhovovat. Tato tabulka by měla posloužit jako návod pro sestry ke zhodnocení rizikové klienta. Nejvíce používané škály či testy uvádím v přílohách.

Tab. č. 4 Objektivní zhodnocení rizik imobilizačního syndromu

Objektivní zhodnocení rizik imobilizačního syndromu
Hodnocení soběstačnosti, sebeděče
Test základních všedních činností podle Barthelové (ADL)
Test ošetrovatelské zátěže
Test instrumentálních všedních činností (IADL)
Hodnocení kognitivních funkcí
Krátká škála mentálního stavu (MMSE)
Test kreslení hodin
Odhad zmatenosti
Rychlý screening demence
Škála pro hodnocení deliria (CAM)
Hodnocení afektivních funkcí seniora
Škála deprese pro geriatrické pacienty (GDS)
Hodnocení stavu výživy
Škála pro orientační hodnocení stavu výživy (MNA)
Nottinghamský screeningový systém pro hodnocení rizika malnutrice
Hodnocení mobility
Screeningový test mobility
Get up and go test
Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové
Hodnocení bolesti
Numerická škála bolesti
Melzackova škála bolesti
Mapa bolesti podle M. S. Margolese
Záznam jednorázového zhodnocení bolesti
Záznam hodnocení bolesti
Jednoduchá deskriptivní škála bolesti
Denní záznam bolesti podle Malzacka
Funkční škála bolesti
Vizuální analogová škála bolesti (VAS)
Škála obličejů pro měření bolesti
Hodnocení rizika vzniku komplikací
Hodnocení nutričního stavu
Hodnocení rizika vzniku dekubitů - Bradenova stupnice
Hodnocení rizika vzniku dekubitů - Knollova stupnice
Hodnocení rizika vzniku dekubitů - Nortonova stupnice
Hodnocení rizika vzniku dekubitů - Waterlowova škála
Škála k hodnocení rizika vzniku žilní trombózy
Jednoduchý "screeningový" nástroj pro určení rizika pádu
Jednoduchý "screeningový" nástroj pro určení nutričního stavu pacienta
Gaitův funkční test

6 KOMPETENCE ZDRAVONICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Kompetence jednotlivých zdravotnických pracovníků stanovuje vyhláška 424/2004 Sb. Tato vyhláška slouží k vytyčení kompetencí jednotlivých zdravotnických pracovníků, jednoduše řečeno co je náplní práce např. sestry.

Tuto kapitolu zde zařazuji kvůli porovnání kompetencí sestry a zdravotnického pracovníka. Každá sestra by měla znát tyto kompetence, jelikož se v praxi setkávám s případy, kdy sestra odmítne nějakou činnost vykonávat s odůvodněním, že toto není v její kompetenci, ale přitom skutečnost může být jiná.

Vytvořila jsem tabulku, k jejíž vytvoření jsem vycházela z vyhlášky a uvedla jsem pouze kompetence týkající se prevence imobilizačního syndromu. V prvním sloupci uvádím kompetence zdravotní sestry a v druhém sloupci kompetence zdravotnického asistenta. Je na místě po přečtení této tabulky se zamyslet, zda jsou vždy dodržovány kompetence zdravotnických pracovníků dle této vyhlášky. Pokud v některých případech nejsou tyto kompetence dodržovány tak jaký je možný důvod porušování těchto kompetencí?

Tab. č. 5 Kompetence zdravotnických pracovníků vztahující se k prevenci imobilizačního [20]

Kompetence zdravotnických pracovníků dle vyhlášky 424/2004 Sb. (výběr)	
Zdravotní sestra	Zdravotnický asistent
<i>Bez odborného dohledu a bez indikace</i>	<i>Bez odborného dohledu</i>
Poskytuje zdravotní péči v souladu s předpisy a standardy.	Poskytuje zdravotní péči v souladu s předpisy a standardy.
Vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci dle předpisů.	Pracuje se zdravotnickou dokumentací a s informačním systémem.
Poskytuje klientovi informace dle své odborné způsobilosti popř. pokyny lékaře.	<i>Pod odborným dohledem všeobecné sestry</i>
Vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti klientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů i za pomoci měřících technik.	Sleduje fyziologické funkce a stav klientů, zaznamenává je do dokumentace.
Sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce klientů.	Pečuje o vyprazdňování, provádí komplexní hygienickou péči, prevenci proleženin, rozděljuje stravu dle diet a dbá na jejich dodržování pitného režimu, zajišťuje aplikaci tepla a chladu.
Pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav klientů.	Provádí rehabilitační ošetřovatelství, včetně prevence poruch z imobility.
Provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost.	Provádí nácvik sebeobsluhy.
Hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány.	<i>Pod odborným dohledem sestry nebo lékaře</i>
Provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování (polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility.	Zavádí a udržuje kyslíkovou terapii.
Provádí nácvik sebeobsluhy.	Podílí se na ošetření akutní a chronické rány.
Edukuje klienty popř. jiné osoby v ošetřovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály.	
Orientačně hodnotí sociální situaci klienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně - sociálního pracovníka.	
Provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých.	
<i>Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře</i>	
Zavádí a udržuje kyslíkovou terapii.	
Provádí ošetření akutních a operačních ran.	
Provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katetry klientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře.	
Provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nasogastrické a jejunální sondy klientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou.	

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA PRŮZKUMU

Před samotným průzkumem jsem si stanovila 4 cíle, ke kterým jsem si následně zpracovala hypotézy. V dalších kapitolách jsem ověřovala hypotézy pomocí statistické metody chí-kvadrát. V některých hypotézách postačily jen výsledky samotného dotazníkového šetření.

7.1 Cíle a hypotézy

- **Cíl č. 1: Ověřit si znalosti zdravotních sester v problematice imobilizačního syndromu a její prevence.**

H1: Dosažené vzdělání nehraje z hlediska úrovně vědomostí zdravotních sester o prevenci imobilizačního syndromu žádnou roli.

H2: Zdravotní sestry mají znalosti o prevenci imobilizačního syndromu.

- **Cíl č. 2: Zjistit vzdělávání zdravotních sester v prevenci imobilizačního syndromu na jednotlivých odděleních či zařízeních.**

H1: Délka praxe neovlivňuje úroveň znalostí zdravotních sester o prevenci imobilizačního syndromu.

H2: Typ oddělení, na kterém zdravotní sestra pracuje, má vliv na frekvenci její edukace o prevenci imobilizačního syndromu.

H3: Úroveň dosaženého vzdělání nemá vliv na intenzitu sebevzdělávání v prevenci imobilizačního syndromu.

- **Cíl č. 3: Zjistit překážky aktivní péče z pohledu zdravotní sestry a rozdílnost v rámci jednotlivých odděleních či zařízeních.**

- **Cíl č. 4: Zjistit informovanost zdravotních sester o významu vytváření podnětného prostředí u rizikových klientů.**

H1: Většina dotazovaných zdravotních sester neví, jak vytvářet podnětné prostředí pro rizikového klienta.

H2: Mezi zdravotními sestrami pracujícími v domově pro seniory a sestrami pracujícími na nemocničních odděleních není z hlediska vytváření podnětného prostředí významný rozdíl.

7.2 Metoda sběru dat

Jako metodu sběru dat jsem si vybrala formu dotazníku. Dotazník patří mezi nejrozšířenější a nejpoblárnější techniku. Dotazník je standardizovaný soubor otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. [1] Metodicky je podobná metodě přímého ústního rozhovoru. Dotazník se skládá s tzv. dotazníkových položek. Každá položka je složená s částí otázkové a odpovědní. Důležitá je správná konstrukce a srozumitelnost dotazníku. [3]

Při sestavování dotazníků jsem se setkávala s různými problémy. Pro rozsáhlost tématu jsem si musela stanovit důležité otázky, které chci uvést v dotaznících. Nejtěžší část byla vůbec vyhodnotit dotazníky, jelikož bylo hodně otevřených otázek. Kdybych měla možnost opakovaně provádět průzkum dotazníkovou metodou, postupovala bych zcela jinak, hlavně bych dotazník zhotovila jednoduše s uzavřenými dotazy. Pozitivní stránky této metody je, že jsem se naučila pracovat s dotazníkovým šetřením a naučila jsem se základy statistiky.

7.3 Zpracování získaných dat

Průzkum byl prováděn ve dvou nemocnicích na interních, chirurgických, neurologických, LDN odděleních. Na neurologických odděleních nebyl vyplněný žádný dotazník. Dále byl průzkum prováděn ve dvou domovech pro seniory. Celkový počet rozdaných dotazníků činil 110 kusů. Počet vrácených dotazníků byl 73 kusů. Návratnost tedy činí 66% dotazníků. Počtem vybraných dotazníků jsem byla zklamaná, jelikož jsem čekala větší procento návratnosti a hlavně aktivnější zapojení sester do průzkumu. Malé procento návratnosti si vysvětluji buď nezájmem sester, nebo z důvodu mnoho práce na oddělení. Pro výsledné sečtení bylo použito 70 dotazníků. Průzkum trval 3 měsíce (prosinec až únor).

Pilotní studie byla provedena v prosinci na interním oddělení v počtu sedmi dotazníků. Na základě pilotní studie jsem upravila otázky 10 a 13. Při pilotní studii se nevyskytly žádné nejasnosti ze strany sester. Až v průběhu sběru dotazníků na odděleních mi byla občas sdělována nesrozumitelnost dotazů týkajících se podnětného prostředí.

Dotazník obsahuje 21 položek (příloha P I: Dotazník). Úvod dotazníku tvoří představení, téma šetření a postup vyplnění. Nezapomínám zde zdůraznit anonymitu dotazníku.

Formy položek v dotaznících:

- Úvodní položky: 1, 2, 3,
- Uzavřené položky dichotomické: 4, 7, 11, 14, 16, 17, 18,
- Otevřené položky: 8, 12, 19, 20, 21,
- Polootevřené položky s otevřeným výběrem: 5, 6, 9, 10, 13, 15.

Zpracované výsledky šetření jsou v kapitole 8, kde jsou tabulky s procentuálním vyjádřením možností odpovědí a jejich grafické znázornění s následným komentářem ke každé položce.

7.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Charakteristika zkoumaného vzorku v dotazníku tvořily zdravotní sestry všech věkových kategorií. Dotazníky vyplňovaly sestry ze dvou nemocnic z různých oddělení a sestry ze dvou domovů pro seniory.

8 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ

Tato kapitola se týká zpracování výsledků z dotazníkového šetření. Posléze předložením konečných výsledků v grafickém zpracování. Ke každé otázce se vyjadřují stručným komentářem.

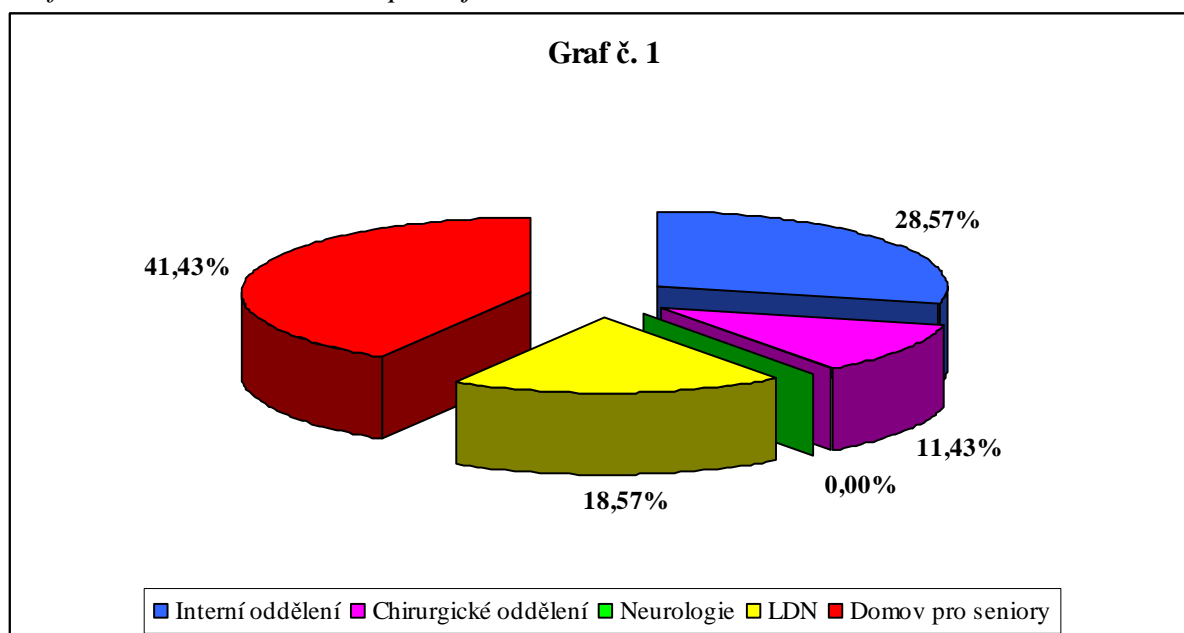
8.1 Grafické zpracování dotazníků

Otázka č. 1 Uveďte oddělení, na kterém pracujete

Tab. č. 6 Oddělení na kterém pracujete

Oddělení	Počet odpovědí	Procenta %
Interní oddělení	20	28,57%
Chirurgické oddělení	8	11,43%
Neurologické oddělení	0	0%
LDN oddělení	13	18,57%
Domov pro seniory	29	41,43%
CELKEM	70	100%

Graf č. 1 Oddělení, na kterém pracujete



Komentář:

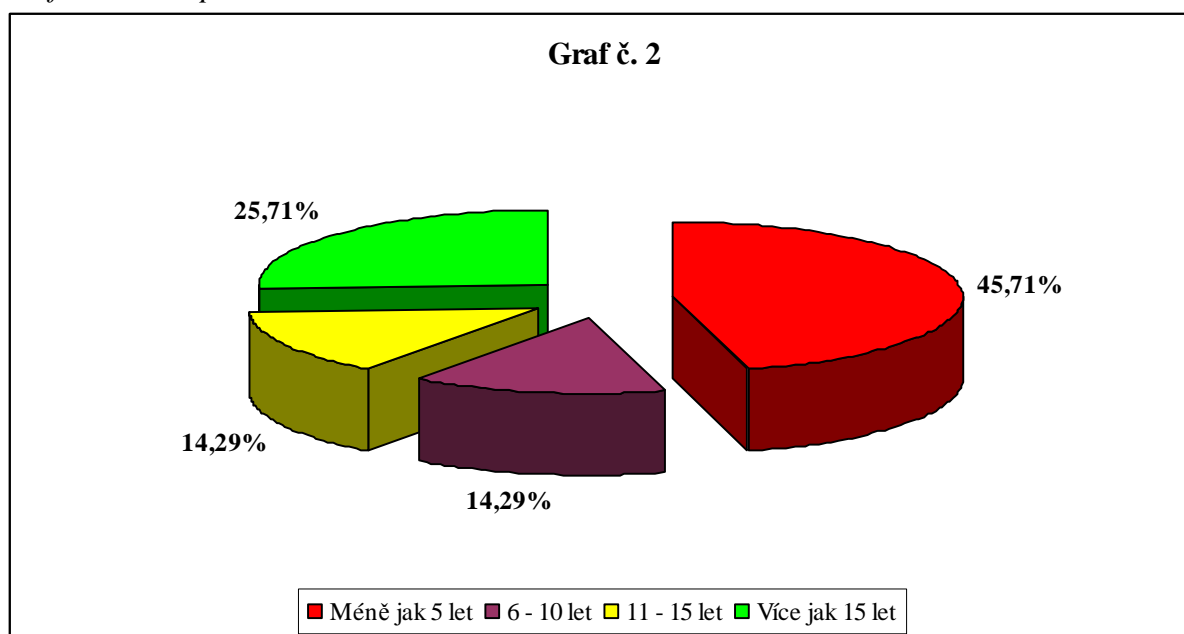
Průzkumem bylo zjištěno, že ze 70 respondentů nejvíce odpovědělo 29 zdravotních sester z Domovů pro seniory (41,43%). Druhou nejčetnější skupinu tvořily zdravotní sestry interních oddělení (28,57%). Z LDN oddělení jsou zdravotní sestry zastoupeny v počtu 18,57%. Menší zastoupení bylo na chirurgických odděleních v počtu 11,43%. Z neurologických oddělení nebyly žádné dotazníky vyplněné. Počet vyplněných dotazníků byl ovlivněn naléhavostí staničních či vrchních sester, ale jistě i samotným zájmem či nezájmem samotných sester.

Otázka č. 2 Jak dlouho pracujete na tomto oddělení

Tab. č. 7 Doba praxe

Doba praxe	Počet odpovědí	Procenta %
Méně jak 5 let	32	45,71%
6 - 10 let	10	14,29%
11 - 15 let	10	14,29%
Více jak 15 let	18	25,71%
CELKEM	70	100%

Graf č. 2 Doba praxe

**Komentář:**

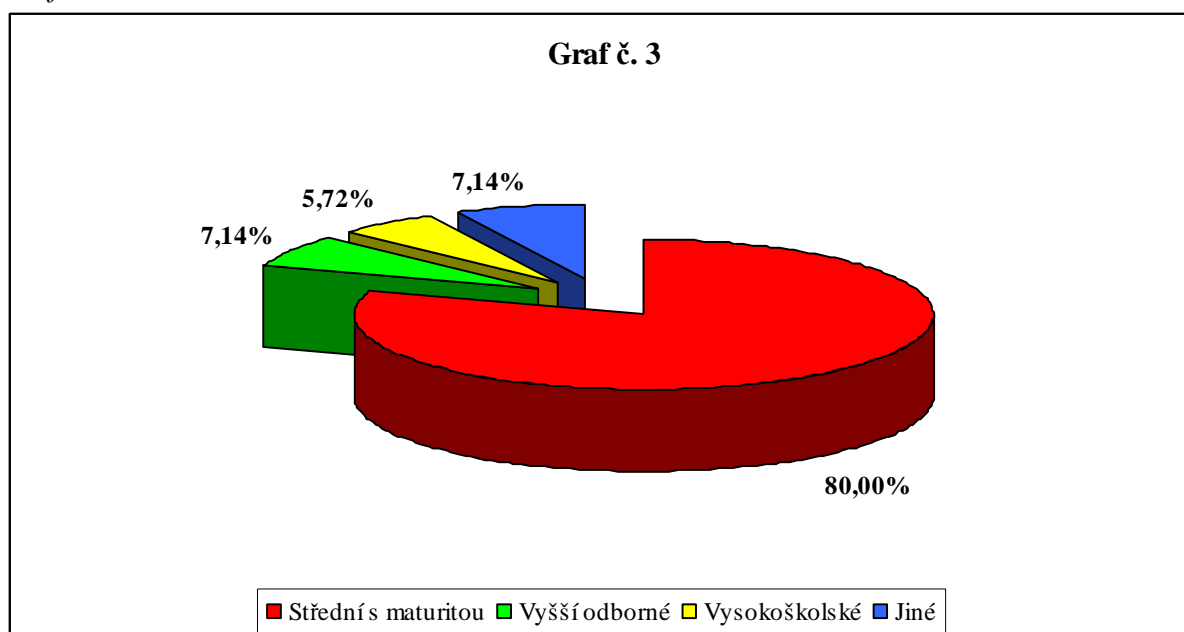
Z celkového počtu 70 respondentů tvoří největší skupinu zdravotní sestry pracující na oddělení méně jak 5 let (45,71%). Další nejpočetnější skupinu tvořily překvapivě zdravotní sestry pracující na oddělení více jak 15 let (25,71%). A zdravotní sestry pracují 6 - 10 let a pracující 11 – 15 let na oddělných se umístily stejně a to ve 14,29%.

Otázka č. 3 Jaké je Vaše dosažené vzdělání

Tab. č. 8 Dosažené vzdělání

Vzdělání	Počet odpovědí	Procenta %
Střední odborné s maturitou	56	80,00%
Vyšší odborné	5	7,14%
Vysokoškolské	4	5,72%
Jiné	5	7,14%
CELKEM	70	100%

Graf č. 3 Dosažené vzdělání

**Komentář:**

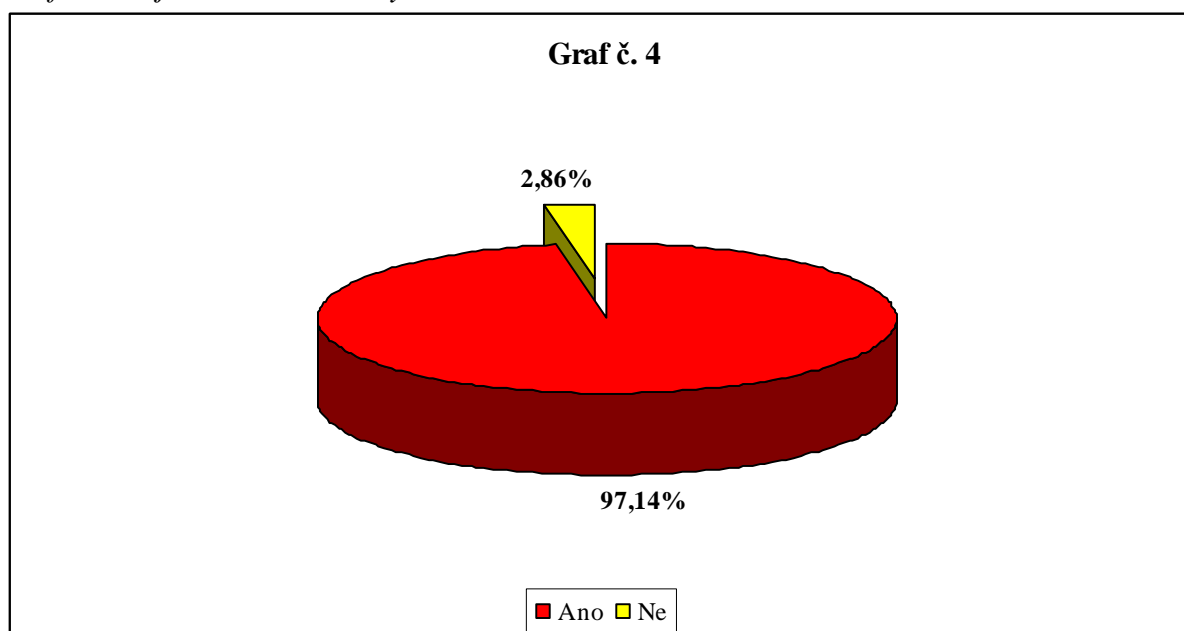
Z grafického znázornění je patrné, že ze 70 respondentů tvoří největší skupinu zdravotní sestry se středoškolským vzděláním (80%). Zdravotní sestry z vyšších odborných škol tvoří 7,14%. Zde stejnou hodnotou 7,14% tvoří respondenti, co uvedli položku v dotazníku jiné a to je pomaturitní specializační vzdělání. Nejmenší počet zastoupených respondentů je s vysokoškolským vzděláním (5,72%).

Otázka č. 4 Víte co to je imobilizační syndrom

Tab.č. 9 Pojem imobilizační syndrom

Odpověď	Počet odpovědí	Procenta %
Ano	68	97,14%
Ne	2	2,86%
CELKEM	70	100%

Graf č. 4 Pojem imobilizační syndrom

**Komentář:**

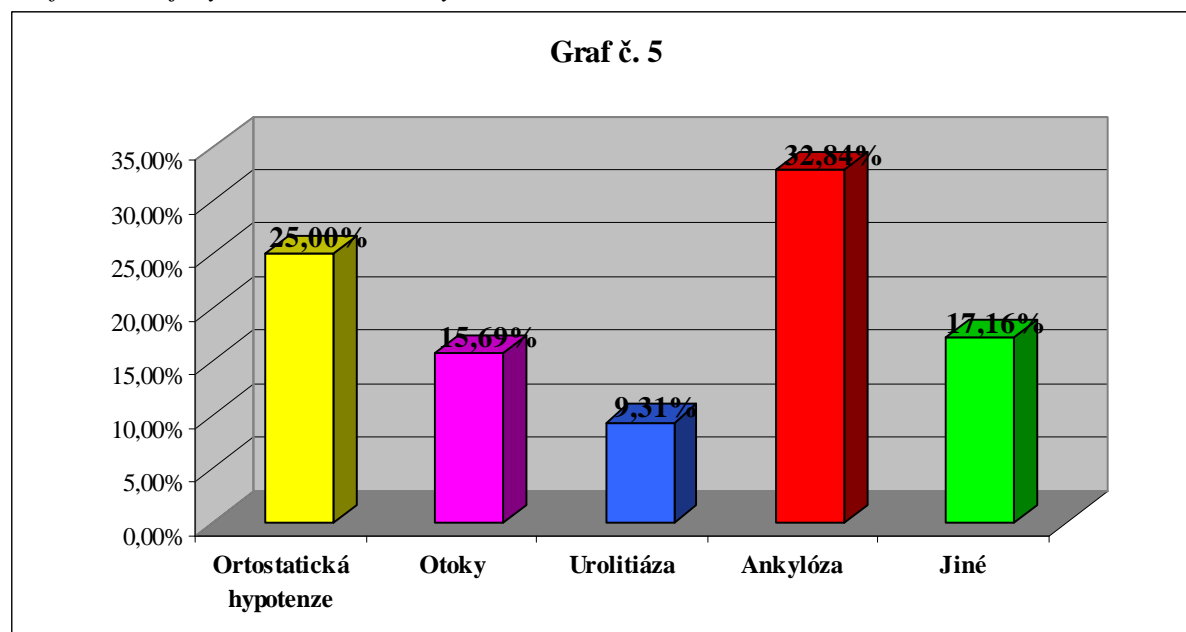
Ze 70 respondentů odpovědělo kladně 97,14%. Jen 2,86% respondentů uvedlo zápornou odpověď. Ve většině případů sestry ví co je imobilizační syndrom.

Otázka č. 5 Jaké jsou projevy imobilizačního syndromu (vícečetné odpovědi)

Tab. č. 10 Projevy imobilizačního syndromu

Projevy	Počet odpovědí	Procenta %
Ortostatická hypotenze	51	25%
Otoky	32	15,69%
Urolitiáza	19	9,31%
Ankylóza	67	32,84%
Jiné	35	17,16%
CELKEM	204	100%

Graf č. 5 Projevy imobilizačního syndromu



Komentář:

Tato otázka ověřuje, zda zdravotní sestry ví, jaké jsou projevy imobilizačního syndromu. Na tuto otázku odpovídalo 70 respondentů. Největší zastoupení tvoří odpověď ankylóza v 32,84%. Následně největší procentuální zastoupení má odpověď ortostatická hypotenze v 25%. V 17,16% označili odpověď jiné, kde nejčastěji uváděli psychické poruchy, dekubity, pneumonie, dehydrataci, zácpu, svalovou atrofii a inkontinenci. S těmito odpověďmi je patrné, že polovina dotazovaných sester ví i jiné projevy imobilizačního syndromu. Odpověď

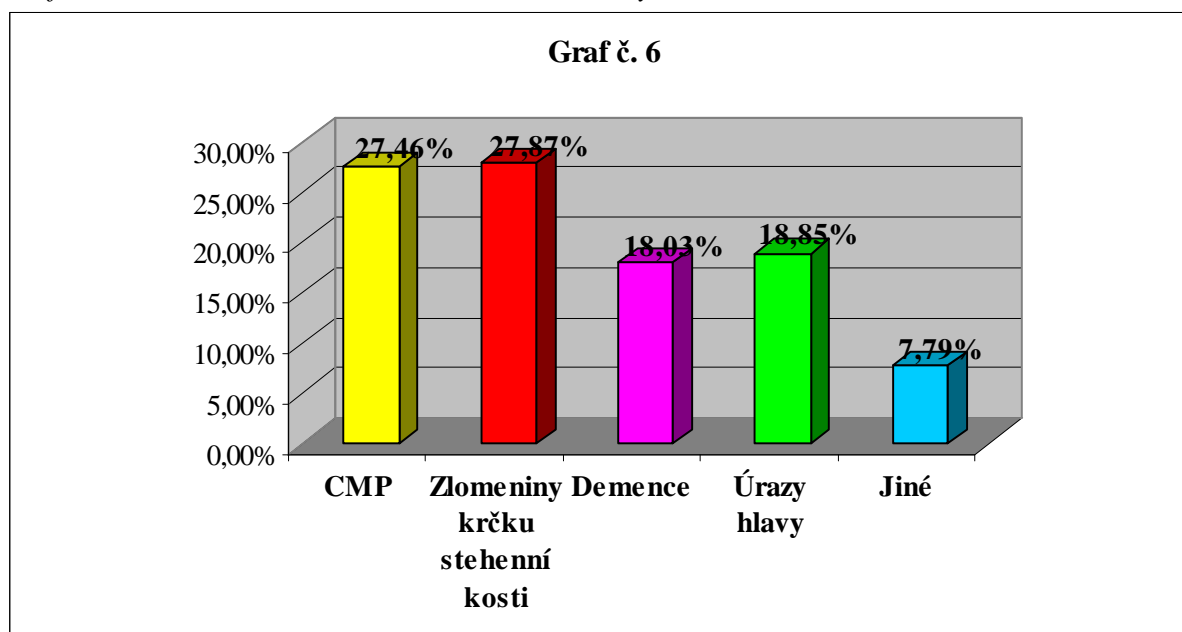
k projevu otoky odpovědělo 15,69%. A nejmenší zastoupení tvoří odpověď urolitiáza ve 9,31%. Tyto odpovědi mě v pozitivním slova smyslu překvapily.

Otázka č. 6 **Která onemocnění mohou vést k imobilizačnímu syndromu** (vícečetné odpovědi)

Tab. č. 11 Onemocnění vedoucí k imobilizačnímu syndromu

Onemocnění	Počet odpovědí	Procenta %
CMP	67	27,46%
Zlomeniny krčku stehenní kosti	68	27,87%
Demence	44	18,03%
Úrazy hlavy	46	18,85%
Jiné	19	7,79%
CELKEM	244	100%

Graf č. 6 Onemocnění vedoucí k imobilizačnímu syndromu



Komentář:

Ze 70 respondentů uvedlo v největším procentuálním zastoupení odpověď zlomeniny krčku stehenní kosti (27,87%). Následně je nejčtenější odpověď CMP z 27,46% dotazovaných. Jako třetí nejpočetnější odpověď byly úrazy hlavy (18,85%). Výsledky této odpovědi mě překvapily, jelikož tato jediná možnost přímo nepatřila do onemocnění, které můžou vést k imobilizačnímu syndromu. Odpověď demence se umístila ze 18,03%. V nejmenším procentuálním zastoupení se umístila položka jiné, ve které nejčastěji uváděli

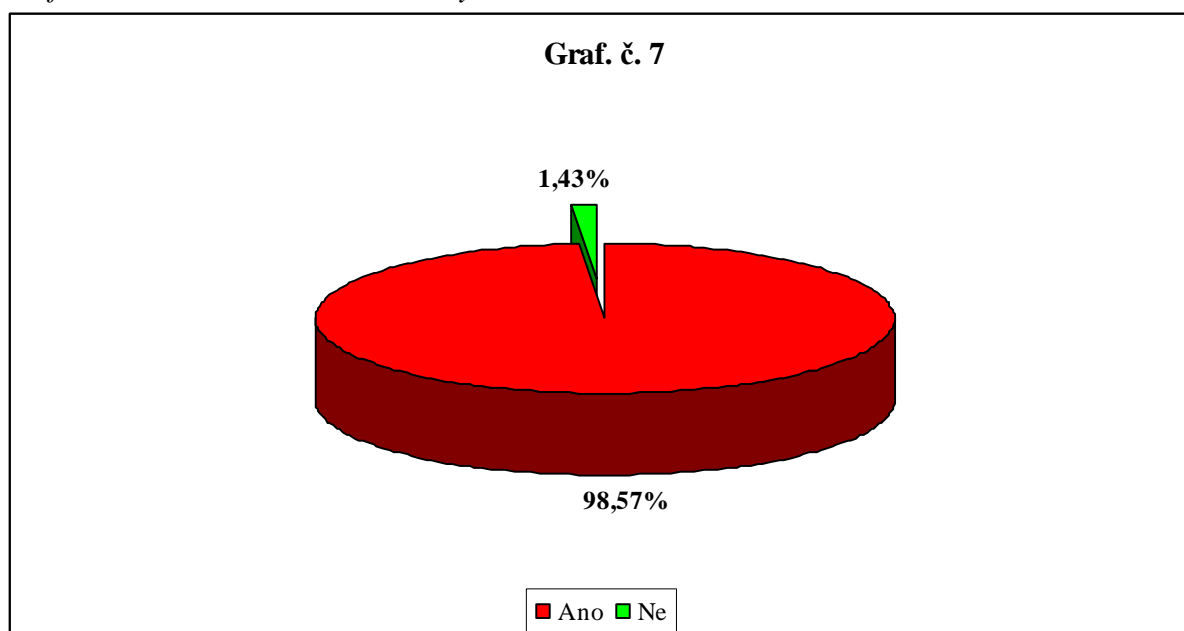
amputace dolních končetin, plegie či parézy, operace nebo úrazy pohybového systému, poranění páteře, pokročilé nádorové onemocnění, neurologické onemocnění a bezvědomí. I s této odpovědi je zřejmé, že zdravotní sestry ví, které onemocnění jsou rizikové ke vzniku imobilizačního syndromu, i když odpovědělo jen procentuálně 7,79%.

Otázka č. 7 Víte jaká je prevence u imobilizačního syndromu

Tab. č. 12 Prevence imobilizačního syndromu

Prevence	Počet odpovědí	Procenta %
Ano	69	98,57%
Ne	1	1,43%
CELKEM	70	100%

Graf č. 7 Prevence imobilizačního syndromu

**Komentář:**

S tohoto grafického znázornění je na první pohled zřejmé, že ze 70 respondentů odpovědělo na otázku kladně většina respondentů (98,57%). A jen 1,43% odpovědělo záporně, což je jen jedna odpověď z celkového počtu dotazovaných.

Otázka č. 8 **Jaké metody prevence imobilizačního syndromu využíváte ve své praxi**

(Otevřená otázka, vícečetné odpovědi)

Tab. č. 13 *Metody prevence imobilizačního syndromu*

Metody prevence	Počet odpovědí	Procenta %
RHB	41	22,90%
Polohování	38	21,23%
Hydratace + výživa	24	13,40%
Aktivizace	26	14,53%
Pasivní cvičení	16	8,94%
Motivace + komunikace	17	9,50%
Vertikalizace, posazování	17	9,50%
CELKEM	179	100%

Komentář:

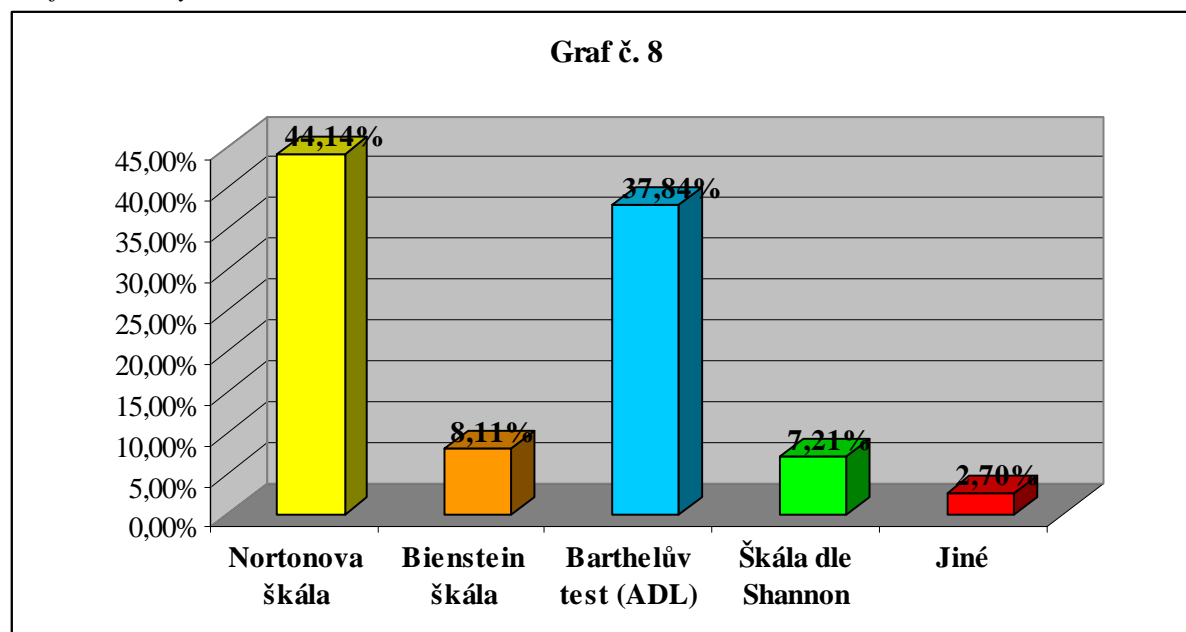
V této otázce odpovídalo 69 respondentů, jelikož v předchozí otázce 1 respondent odpověděl záporně, že neví jaká je prevence imobilizačního syndromu. S této otevřené otázky nejčastěji respondenti uváděli jako metodu prevence rehabilitaci (22,90%). Z 21,23% uvedli zdravotní sestry metodu polohování. Ve 14,53% uvedli jako důležité aktivizaci klienta. Odpověď hydratace a výživa se shodlo 13,40% respondentů. Se stejným procentuálním zastoupením se umístila položka motivace a komunikace s klientem, včasná vertikalizace a posazování, obě tyto položky se umístily ze 9,50%. Nejmenší procentuální zastoupení má položka pasivní rehabilitace (8,94%). I když to byla otevřená otázka bez možností výběru odpovědí, byla jsem příjemně překvapena, že respondenti uvedli velmi důležité způsoby prevence zvláště pasivní cvičení, aktivizací a motivací s komunikací.

Otázka č. 9 **Které škály či testy byste použila u rizikových klientů** (vícečetné odpovědi)

Tab. č. 14 Škály

Škály	Počet odpovědí	Procenta %
Nortonova škála	49	44,14%
Bienstein škála	9	8,11%
Barthelův test (ADL)	42	37,84%
Škála dle Shannon	8	7,21%
Jiné	3	2,70%
CELKEM	111	100%

Graf č. 8 Škály



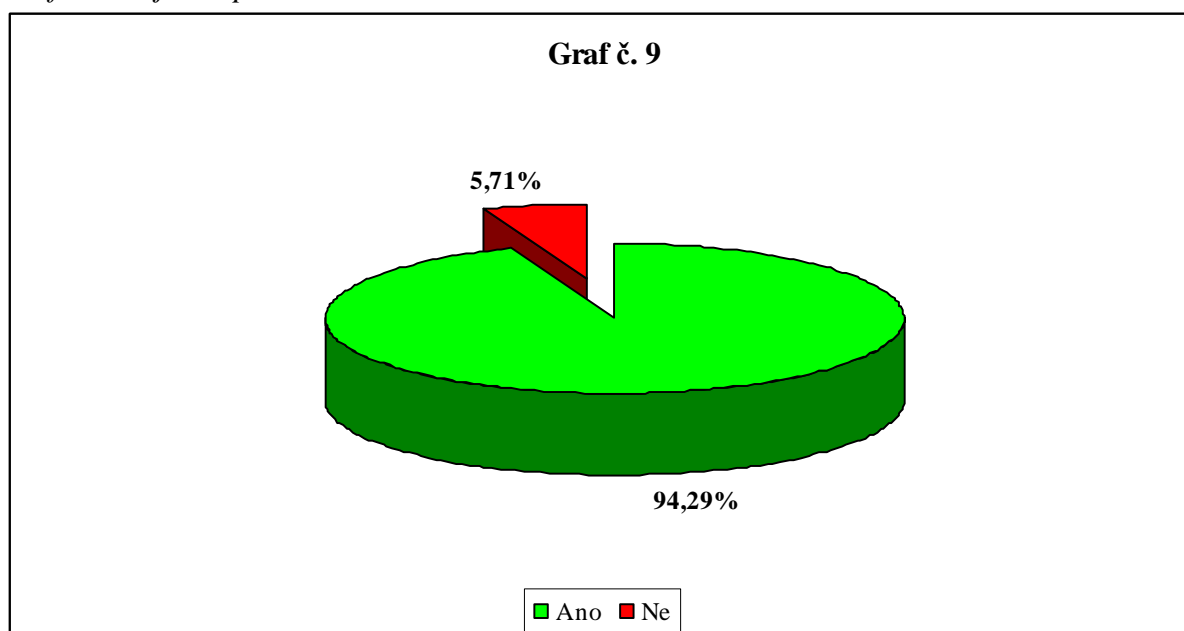
Komentář:

Ze 70 dotazovaných uvedlo, že by použila škálu dle Nortonové v 44,14%. Nejméně respondentů uvedlo, že by použili Barthelův test v 37,84%. 9 dotazovaných odpovědělo, že by použila Bienstein škálu, která nepatří do správných odpovědí (8,11%). Bienstein škála se týká oblasti dýchání, která tak úplně nepatří do škál, které by se dali přímo použít u rizikových klientů s možností rozvoje imobilizačního syndromu. Nejmenší procentuální zastoupení má položka odpovědi jiné (2,70%), kde odpověděli jen 3 respondenti, a uvedli škálu k určení bolesti a test pro hodnocení kognitivních funkcí

(MMSE test). I přes těchto málo uvedených odpovědí mě překvapilo, že jsou i zdravotní sestry, které ví jaké škály či testy by navíc použily k vyhodnocení rizikového klienta s možností rozvoje imobilizačního syndromu.

Otázka č. 10 **Zajímáte se sama o prevenci imobilizačního syndromu**Tab. č. 15 *Zájem o prevenci IS*

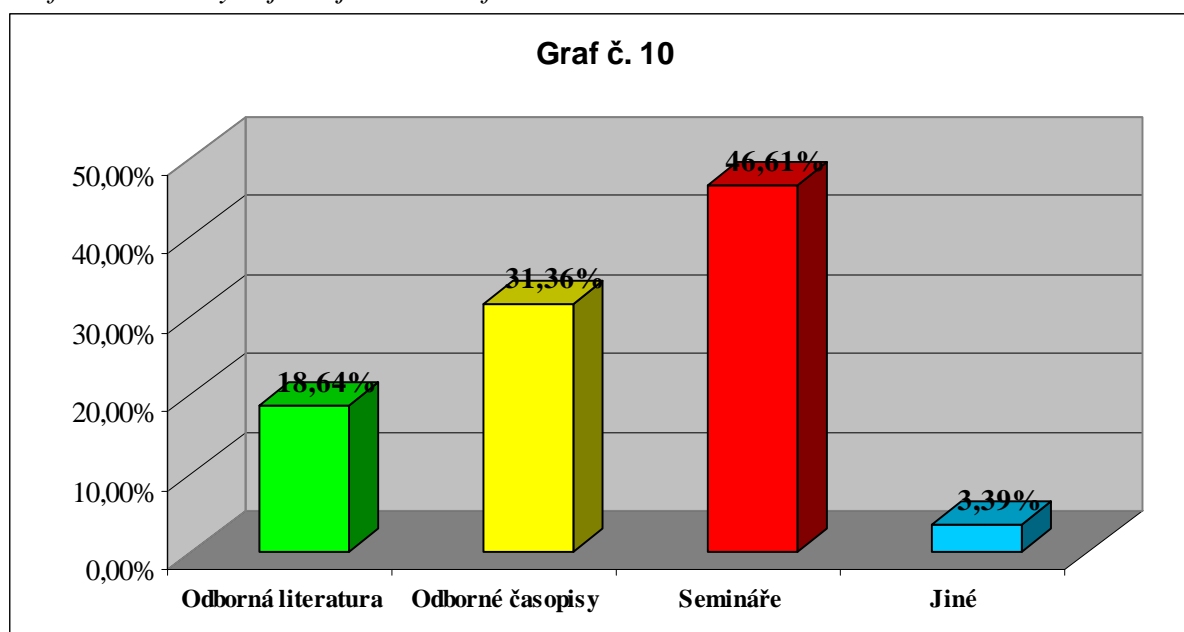
Zájem o prevenci	Počet odpovědí	Procenta %
Ano	66	94,29%
Ne	4	5,71%
CELKEM	70	100%

Graf č. 9 *Zájem o prevenci IS*

Tab. č. 16 Metody zájmu zjišťování informací

Metody zájmu	Počet odpovědí	Procenta %
Odborná literatura	22	18,64%
Odborné časopisy	37	31,36%
Semináře	55	46,61%
Jiné	4	3,39%
CELKEM	118	100%

Graf č. 10 Metody zájmu zjišťování informací

**Komentář:**

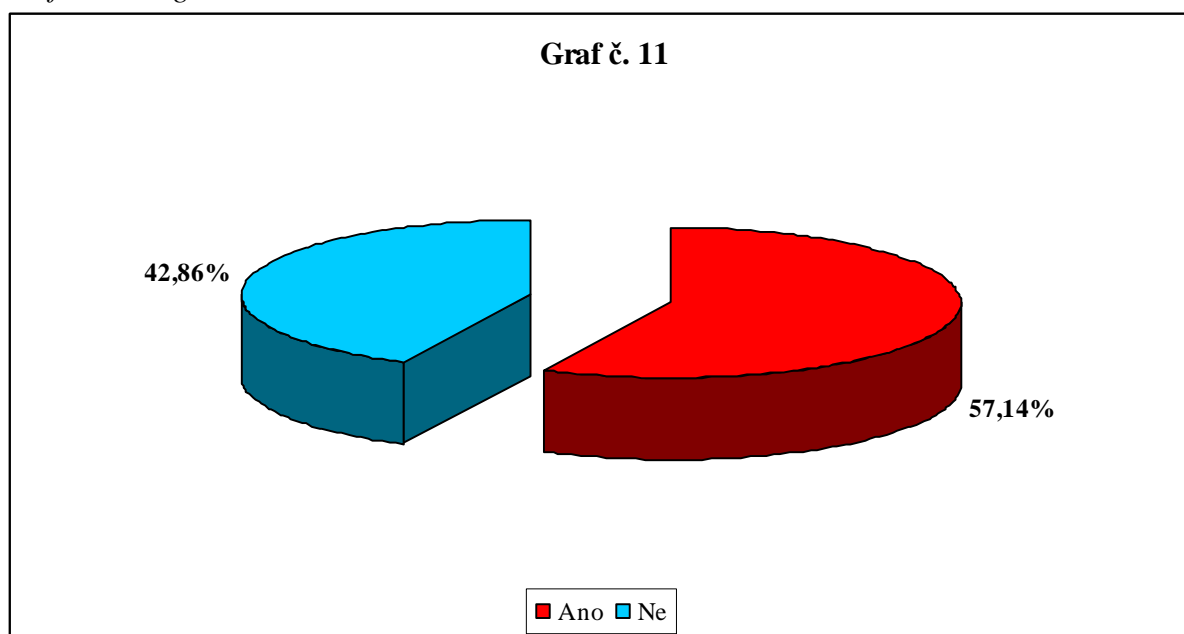
Z grafu je zřejmé že více jak polovina dotazovaných to je 66 respondentů (94,29%) odpovědělo kladně. Bohužel 4 respondenti to je 5,71% odpovědělo záporně. Respondenti, kteří odpověděli kladně, navíc označili metodu samovzdělávání. 55 respondentů, to je 46,61% odpovědělo formou seminářů. 37 respondentů, to je 31,36% odpovědělo vzdělávání formou odborných časopisů. 22 respondentů (18,64%) odpovědělo formou odborné literatury. A 4 respondenti (5,71%) zvolili položku jiné, tam uváděli hlavně internet. Tento výsledek je pro mě uspokojivý v rámci vzdělávání sester v této problematice.

Otázka č. 11 Jsou na vašem oddělení organizovány semináře na toto téma

Tab. č. 17 Organizace seminářů na oddělení

Semináře	Počet odpovědí	Procenta %
Ano	40	57,14%
Ne	30	42,86%
CELKEM	70	100%

Graf č. 11 Organizace seminářů na oddělení



Komentář:

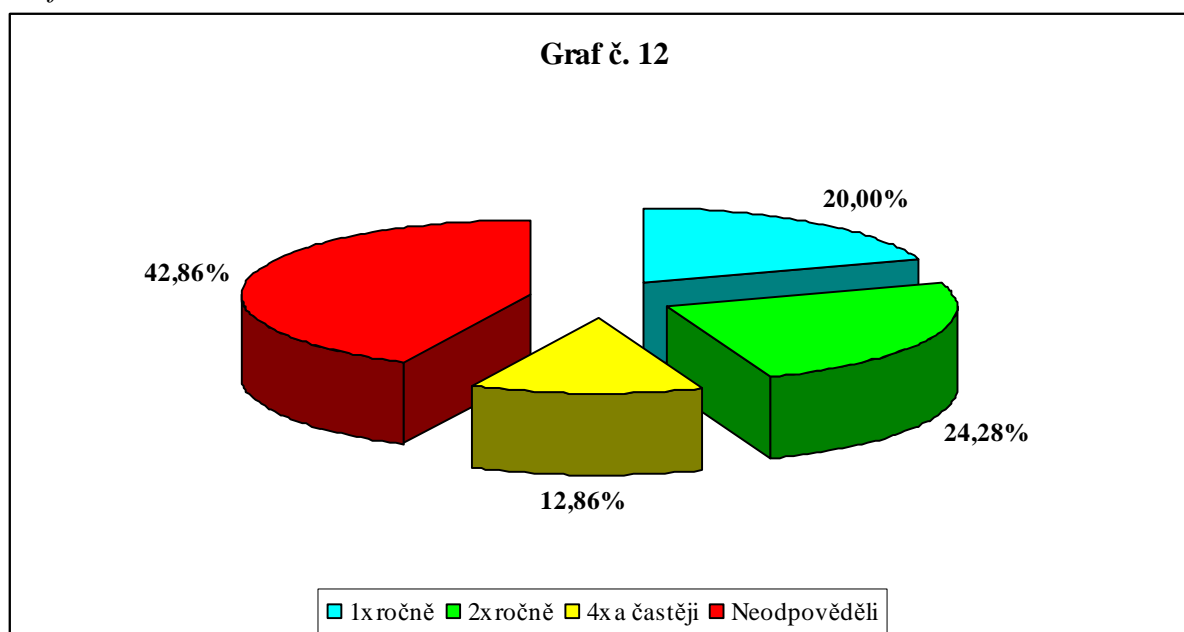
Překvapivě v této otázce zda se konají semináře na oddělení, kladně odpovědělo 40 respondentů, ze 70 dotazovaných sester, což je procentuálně 57,14%. Záporně odpovědělo 30 respondentů a to je 42,86%. V této otázce jsem myslela, že bude větší procento kladných odpovědí.

Otázka č. 12 Jak často se tyto semináře konají

Tab. č. 18 Konání seminářů

Konání seminářů	Počet odpovědí	Procenta %
1x ročně	14	20,00%
2x ročně	17	24,28%
4x a častěji	9	12,86%
Neodpověděli	30	42,86%
CELKEM	70	100%

Graf č. 12 Konání seminářů

**Komentář:**

V této otázce odpovědělo 40 respondentů, protože v předešlé otázce, zda se konají semináře na oddělení, odpovědělo 30 sester záporně. Na tuto otázku jak často se tyto semináře konají odpovědělo nejvíce, že 2x ročně, jenž odpovědělo 17 respondentů, to je 24,28%. 14 respondentů odpovědělo, že se konají semináře 1x ročně to je 20%. Ze 12,86% což je 9 respondentů odpovědělo, že semináře se konají 4x a častěji. Ve 42,86% nebyla žádná odpověď, jelikož v předchozí otázce zda se konají semináře na oddělení, odpověděli respondenti záporně, proto nemohli odpovídat na tuhle otázku

Otázka č. 13 **Jsou nějaké překážky, které Vám znemožňují aktivně pečovat o imobilní klienty**

Tab. č. 19 *Překážky*

Překážky	Počet odpovědí	Procenta %
Ne	6	8,57%
Mnoho administrativní práce	14	20,00%
Nedostatek personálu	16	22,86%
Mnoho jiné práce	2	2,86%
Malá finanční motivace	20	28,57%
Nedostatek času	7	10,00%
Jiné	5	7,14%
CELKEM	70	100%

Komentář:

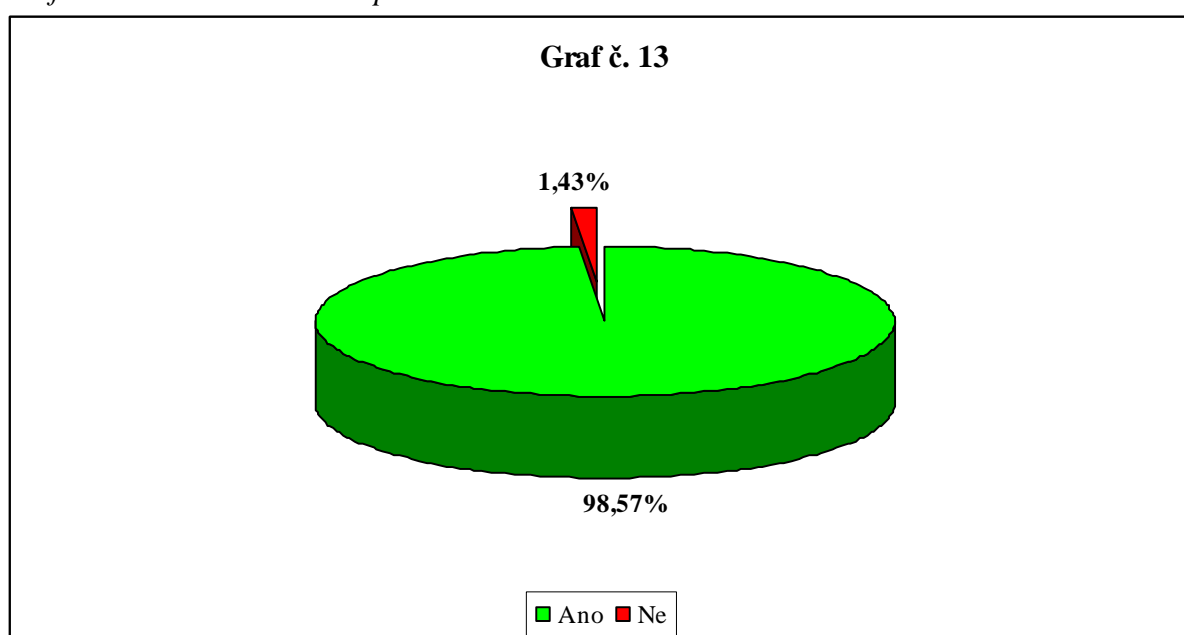
Na tuto otázku odpovědělo ze 70 respondentů, že největší překážkou, která jim brání aktivně pečovat o imobilní klienty je malá finanční motivace, jenž odpovědělo 20 respondentů, to je 28,57%. 16 respondentů, to je 22,86% odpovědělo, že nemůžou aktivně pečovat o imobilního klienta pro nedostatek personálu. Musím zde zmínit, že je to čistě subjektivní pocit každého respondenta, jelikož dle vyhlášky či směrnice může být na oddělení dostatek personálu, ale zdravotní sestra to může subjektivně cítit jako nedostatek personálu. 16 respondentů, to je 22,86% odpovědělo, že mají mnoho administrativní práce. 7 respondentů, to je 10% odpovědělo, že mají nedostatek času a proto nemůžou aktivně pečovat o imobilního klienta. 6 respondentů odpovědělo, to je 8,57%, že nejsou žádné překážky, které by jim bránily v aktivní péči o imobilního klienta. 5 respondentů to je 7,14% uvedlo jiné překážky než v možnostech uvedených a to byly nedostatek pomůcek a mnoho klientů na oddělení. Nad těmito výsledky je na místě se zamyslet, protože s tohoto dotazu je patrné s jakými problémy se sestra potýká ve své práci. A samozřejmě tyto překážky mohou ovlivňovat i kvalitu péče o klienty.

Otázka č. 14 **Kdyby se odstranily, výše zmíněné překážky prováděla byste aktivně prevenci**

Tab. č. 20 *Provádění aktivní prevence*

Aktivní prevence	Počet odpovědí	Procenta %
Ano	69	98,57%
Ne	1	1,43%
CELKEM	70	100%

Graf č. 13 *Provádění aktivní prevence*



Komentář:

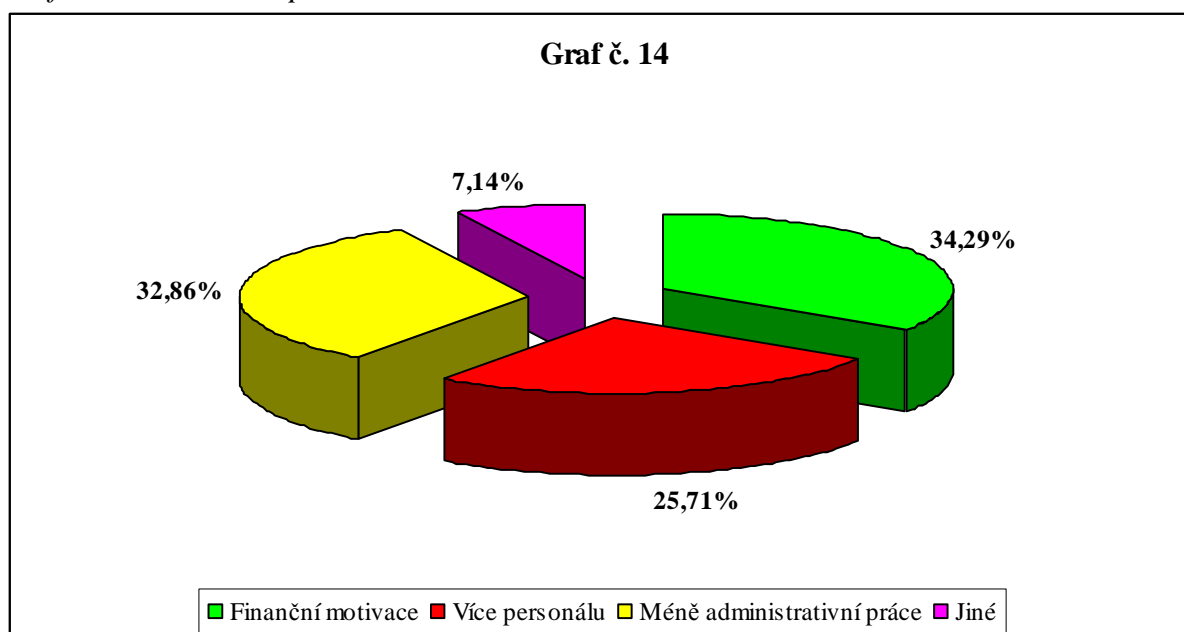
V této otázce odpověděli všichni respondenti (70) i když odpověděli v předešlé otázce, že žádné překážky nejsou, co by jim bránilo provádět aktivní péči o imobilního klienta. 69 respondentů to je 98,57% odpovědělo, že kdyby se výše zmíněné překážky odstranily, prováděly by aktivně péči o imobilního klienta. 1 respondent to je 1,43% odpověděl záporně, že i kdyby se zmíněné překážky odstranily, neprováděl by aktivně péči o imobilního klienta. S této otázky je zřejmé, že zdravotní sestry by více pečovaly o imobilní klienty, kdyby se výše zmíněné překážky odstranily. Ale otázkou zůstává, kdyby se tyto překážky opravdu odstranily, zda by sestry poskytovaly tuhle péči aktivně a kvalitně.

Otázka č. 15 Co byste udělala, aby tyto překážky nebyly

Tab. č. 21 Odstranění překážek

Odstranění překážek	Počet odpovědí	Procenta %
Finanční motivace	24	34,29%
Více personálu	18	25,71%
Méně administrativní práce	23	32,86%
Jiné	5	7,14%
CELKEM	70	100%

Graf č. 14 Odstranění překážek

**Komentář:**

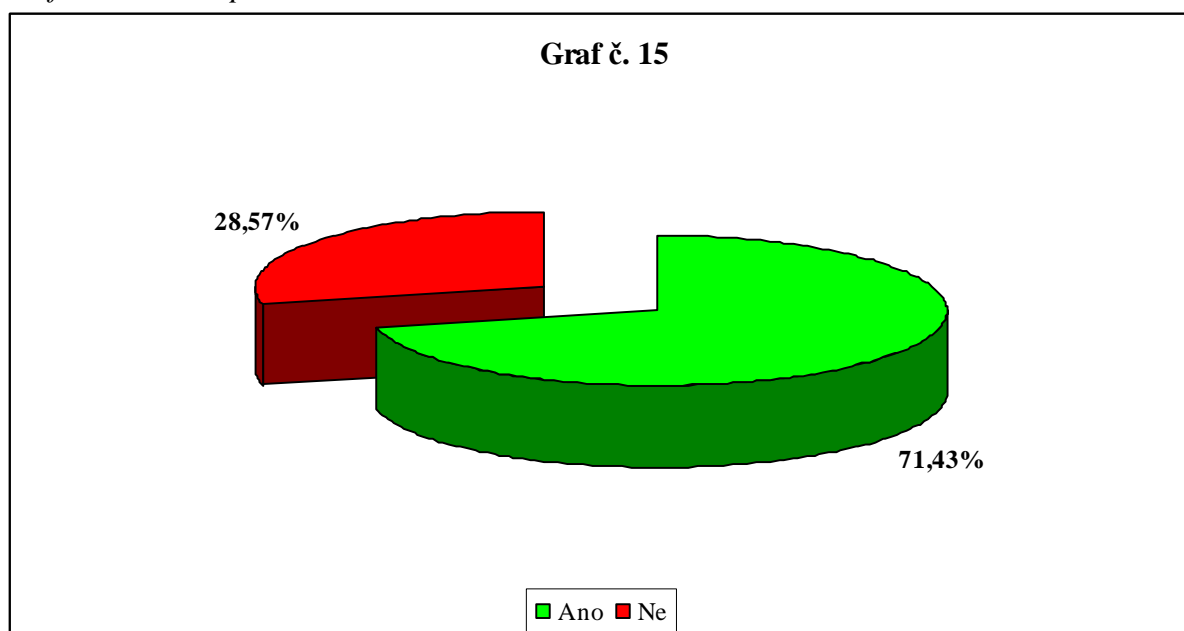
I na tuto otázku zodpovědělo všech 70 respondentů. Nejvíce respondentů to je 24, uvedlo položku finanční motivace (34,29%). 23 respondentů to je 32,86%, uvedlo položku méně administrativní práce. 18 respondentů to je 25,71%, opovědělo položku více personálu. Nejméně dotazovaných to je 5 (7,14%), uvedlo položku jiné, tam uváděli zredukování počtů klientů na oddělení, dobrovolníci a dostatek pomůcek na oddělení. S tohoto průzkumu je patrné, že velkým problémem stále zůstává nedostatečné finanční ohodnocení zdravotních sester.

Otázka č. 16 Řešila jste překážku(y) v rámci komunikace v týmu

Tab. č. 22 Řešení překážek

Řešení překážek	Počet odpovědí	Procenta %
Ano	50	71,43%
Ne	20	28,57%
CELKEM	70	100%

Graf č. 15 Řešení překážek

**Komentář:**

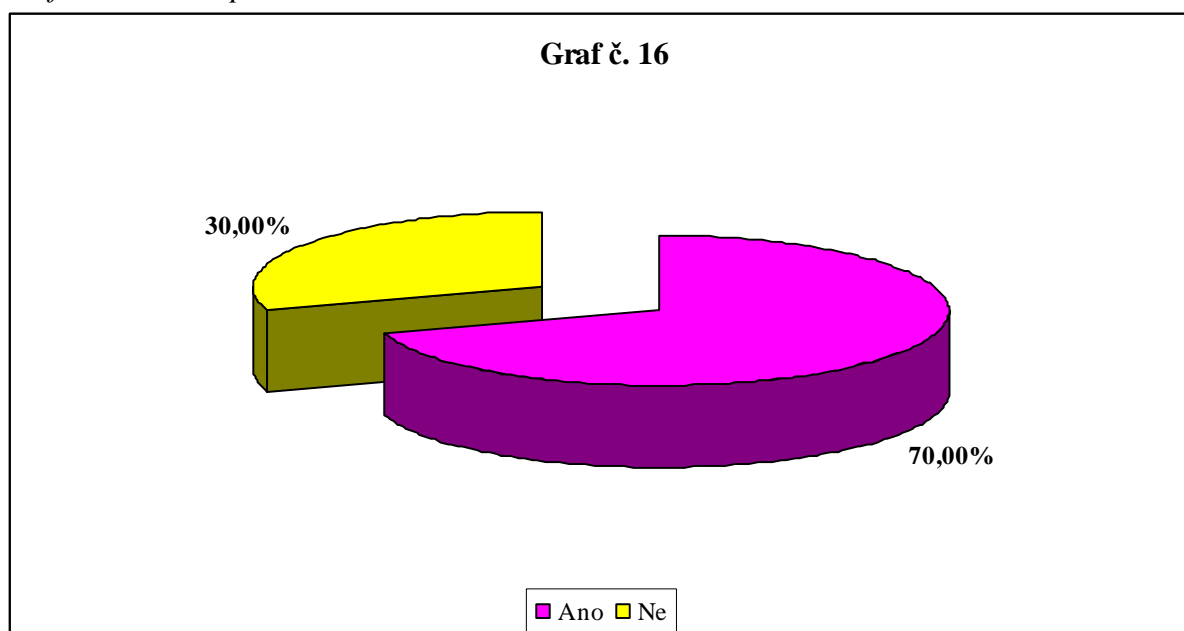
Touto otázkou jsem zjišťovala, zda se zdravotní sestry snaží tyto překážky řešit v rámci komunikace v týmu. Z grafického znázornění je patrné, že 50 respondentů uvádí kladnou odpověď (71,43%) ze 70 dotazovaných sester. 20 respondentů uvedlo zápornou odpověď (28,57%). S této otázky lze vypožorovat, že zdravotní sestry se snaží řešit tyto překážky.

Otázka č. 17 Řeší se překážky na vašem oddělení

Tab. č. 23 Řešení překážek na oddělení

Řešení překážek na oddělení	Počet odpovědí	Procenta %
Ano	49	70,00%
Ne	21	30,00%
CELKEM	70	100%

Graf č. 16 Řešení překážek na oddělení

**Komentář:**

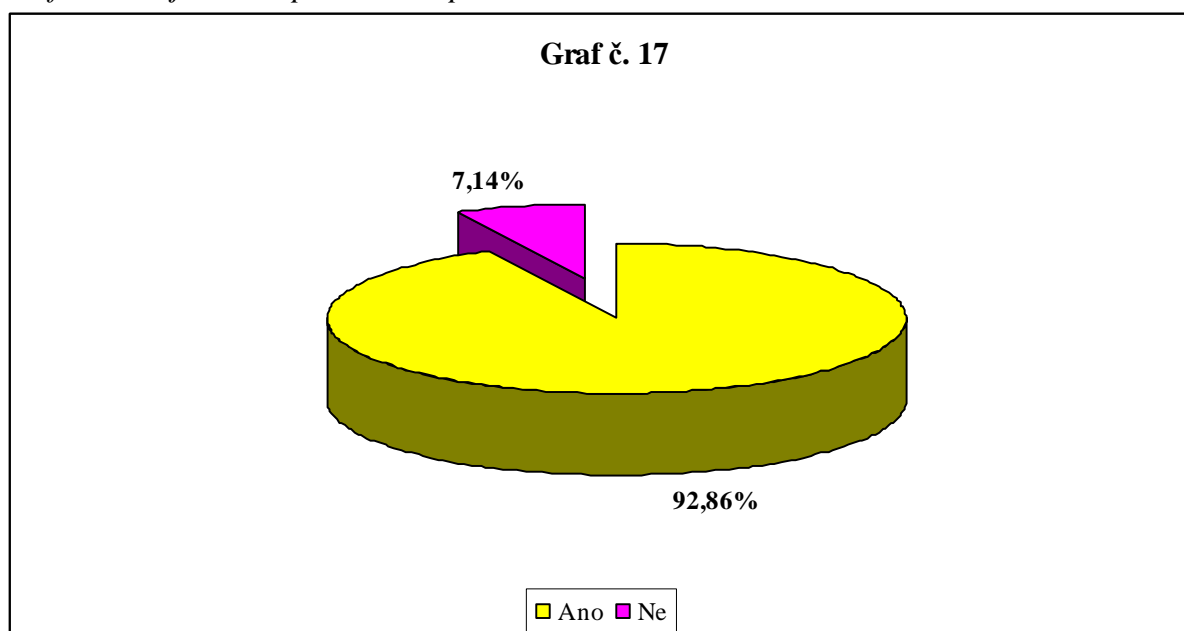
Na dotaz zda se řeší překážky na oddělení, uvedlo ze 70 respondentů, nejvíce kladnou odpověď 70% (49 dotazovaných). 30% to je 21 respondentů odpovědělo záporně. Nad touto otázkou se zamýšlím, kde je důvod příčiny, že se tyto problémy se kterými se sestry potýkají ve své práci, neřeší. Důvodem může být špatná komunikace v týmu či nezájem vrchní nebo staniční sestry řešit problémy sester.

Otázka č. 18 Zajišťujete rizikovému klientovi podnětné prostředí

Tab. č. 24 Zajišťování podnětného prostředí

Podnětné prostředí	Počet odpovědí	Procenta %
Ano	65	92,86%
Ne	5	7,14%
CELKEM	70	100%

Graf č. 17 Zajišťování podnětného prostředí

**Komentář:**

Tato otázka mě potěšila, jelikož ze 70 respondentů odpovědělo 65 kladně, to je 92,86%.

Otázkou ale zůstává, zda respondenti ví co je podnětné prostředí. 5 respondentů, to je 7,14% odpovědělo záporně, že nezajišťují podnětné prostředí.

Otázka č. 19 **Jakým způsobem lze zajistit podnětné prostředí** (otevřená otázka, vícečetné odpovědi)

Tab. č. 25 Vytvoření podnětného prostředí

Vytvoření prostředí	Počet odpovědí	Procenta %
Podněty, oblíbené předměty	12	12,37%
Aktivizace	13	13,40%
Nácvik soběstačnosti	4	4,12%
Kompenzační pomůcky	14	14,43%
Psychická pomoc + motivace	13	13,41%
RHB	11	11,34%
Nevztahující se k tématu	30	30,93%
CELKEM	97	100%

Komentář:

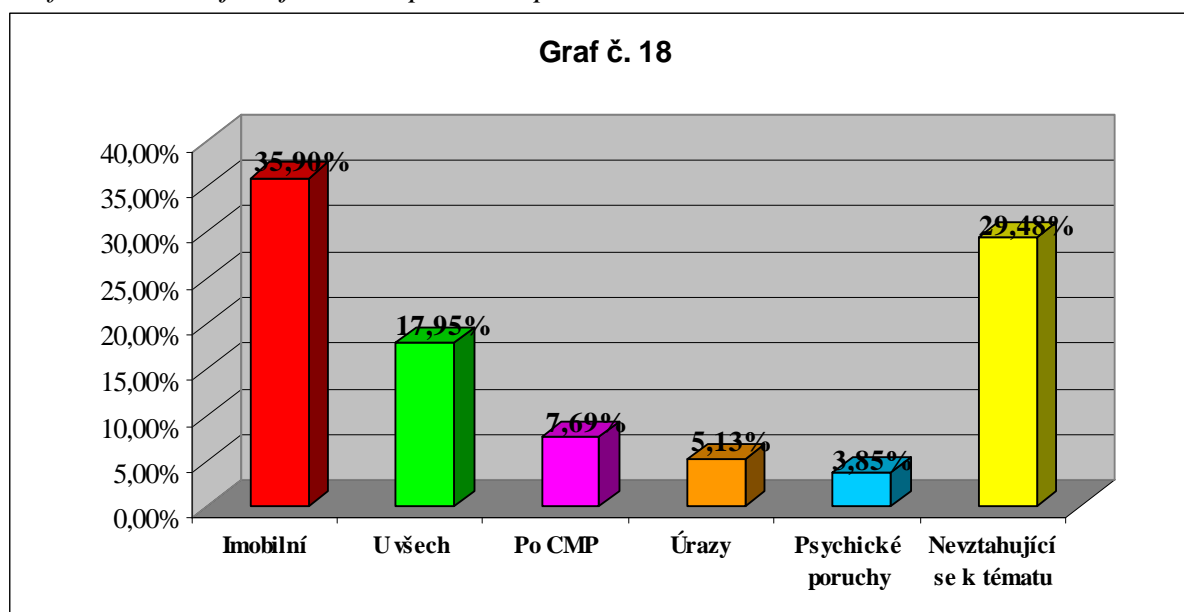
Respondenti této otázky zřejmě moc nerozuměli. Dle mého názoru většina dotazovaných neví co je podnětné prostředí a jak ho jednoduše zajišťovat, to je patrné i z výsledků této otázky. Danou otázku zodpovědělo 70 respondentů. 30 respondentů to je 30,93% neodpověděli nebo neodpověděli k tématu. 14 respondentů, to je 14,43% uvedlo, že k zajištění podnětného prostředí je třeba kompenzačních pomůcek. Se stejným počtem 13 respondentů, to je 13,41% uvedli respondenti psychickou pomoc a motivaci, aktivizaci. 12 respondentů, to je 12,37% uvedlo, že je důležité zajišťovat různé podněty, např. klientovými oblíbenými předměty. 11 respondentů, to je 11,34% uvedlo rehabilitaci. A 4 respondenti, to je 4,12% uvedlo nácvik soběstačnosti. Způsoby, které zde byly uvedeny a měly se týkat podnětného prostředí, je jistě zajišťování různých podnětů oblíbenými předměty klienta, motivace a psychická pomoc klienta a aktivizace. Ale jsem spokojená, že několik respondentů ví jak zajišťovat podnětné prostředí.

Otázka č. 20 U kterých klientů je zajišťováno podnětné prostředí (Otevřená otázka, vícečetné odpovědi)

Tab. č. 26 Komu je zajišťováno podnětné prostředí

Komu je zajišťováno	Počet odpovědí	Procenta %
Imobilních	28	35,90%
U všech	14	17,95%
Po CMP	6	7,69%
Úrazech	4	5,13%
Psychické poruchy	3	3,85%
Nevztahující se k tématu	23	29,48%
CELKEM	78	100%

Graf č. 18 Komu je zajišťováno podnětné prostředí



Komentář:

U této otázky si nejsem taky jistá zda ji respondenti plně porozuměli. Ze 70 dotazovaných sester, 28 odpovědělo, to je 35,90%, že podnětné prostředí se zajišťuje u imobilních klientů. 23 respondentů, to je 29,48% neodpověděli nebo neodpověděli k tématu. 14 respondentů, to je 17,95% odpovědělo, že podnětné prostředí se zajišťuje u všech klientů. 6 respondentů, to je 7,69% odpovědělo po CMP. 5,13%, to jsou 4 respondenti uvedli úrazy. A 3 respondenti, to je 3,85% odpověděli, že u klientů s psychickými poruchami

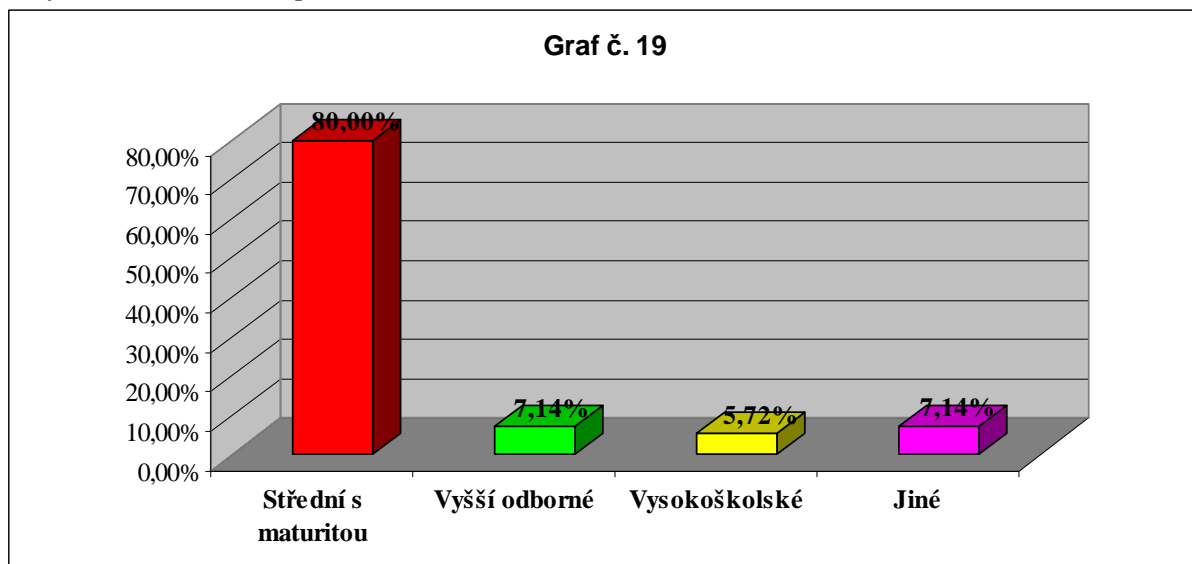
je zajišťováno podnětné prostředí. V této otázce bylo zajímavé, že podnětné prostředí by se mělo zajišťovat u klientů s psychickými poruchami a u všech klientů, to mě velmi překvapilo a potěšilo zároveň.

9 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ HYPOTÉZ

V práci jsem si stanovila 7 hypotéz, které budu statisticky ověřovat. Pro potvrzení či vyvrácení hypotéz v některých případech postačily samotné výsledky dotazníkového šetření. U ostatních hypotéz jsem použila statistickou metodu chí-kvadrát, která je v následující kapitole popsána a rozpracována.

H1 – Dosažené vzdělání nehraje z hlediska úrovně vědomostí sester o prevenci imobilizačního syndromu žádnou roli.

Graf č. 19 Vzdělání respondentů



Komentář:

Graf znázorňuje dosažené nejvyšší vzdělání respondentů. Střední odborné vzdělání s maturitou nám odpovědělo 56 sester. Vyšší vzdělání dosahuje pouze 5 sester. Nejméně respondentů zaujímá kategorie vysokoškolské vzdělání s počtem pouhých 4 respondentů. Stejný počet odpovědí jako vyšší vzdělání zaujímá kategorie jiné vzdělání, na které odpovědělo 5 sester. V kategorii jiné vzdělání, uváděli pomaturitní specializační vzdělání. Z těchto výsledků nelze použít statistickou metodu, proto jsem se rozhodla tuto hypotézu nevyhodnocovat z těchto důvodů.

H2 – Sestry mají znalosti o prevenci imobilizačního syndromu.

Formulovala jsem si nulovou a alternativní hypotézu:

H₀ – Sestry mají znalosti o prevenci imobilizačního syndromu.

H_A – Sestry nemají znalosti o prevenci imobilizačního syndromu.

Tab. č. 27 Kontingenční tabulka pro ověření platnosti H₂

Oddělení	Projevy	Onem.	Prevence	Škály	Σ	Počet r.
Interní odd.	53 O = 54,357	55 O = 52,246	42 O = 42,747	26 O = 26,651	176	20
Chirurgické odd.	27 O = 25,016	20 O = 24,045	19 O = 19,673	15 O = 12,265	81	8
LDN odd.	33 O = 34,282	34 O = 32,851	26 O = 26,960	18 O = 16,808	111	13
Domov seniorů	93 O = 92,345	89 O = 88,759	75 O = 72,621	42 O = 45,276	299	29
Σ	206	198	162	101	667	70

Test jsem provedla na hladině významnosti 0,05.

Hladinu významnosti (0,05) jsem použila z důvodu většiny prováděných výzkumů na této hladině.

V kontingenční tabulce k H₁ jsem porovnávala otázky č. 5, 6, 8, 9 s nejčastějšími odpověďmi, které jsem rozdělila do čtyř kategorií. Tyto odpovědi jsem srovnala s odděleními či zařízeními na kterých respondenti pracují.

Hodnoty v kontingenční tabulce jsou pozorované četnosti (tzn. četnost respondentů, kteří odpověděli určitým způsobem na danou otázku). V kontingenční tabulce např. číslo 53 znamená, že 20 respondentů s interního oddělení uvedlo dohromady 53 příznaků imobilizačního syndromu z nabízených správných odpovědí. Jelikož tato otázka v dotazníku měla neomezený počet odpovědí, vychází nám větší číslo než je respondentů. A touto metodou je to u všech uvedených čísel (pozorované četnosti) v kontingenční tabulce. Čísla, které jsou uvedené v symbolu suma (Σ) jsou marginální (okrajové) četnosti, které jsem vypočítala sečtením hodnot v každém řádku a sloupci.

V každém poli kontingenční tabulky jsem vypočítala očekávanou četnost (čísla označená O), které odpovídají platnosti nulové hypotézy. Tyto očekávané četnosti jsem vypočítala vynásobením marginální četnosti v tabulce a vydělila následně toto číslo celkovou četností.

Příklad pro první pole v kontingenční tabulce:

$$O = \frac{206 \times 176}{667}$$

Stejným způsobem jsem postupovala i u ostatních zjištěných čísel kontingenční tabulky.

Dále jsem postupovala dle následujícího vzorce:

$$\frac{(P - O)^2}{O}$$

Pro pole s četností 53 vyšel vzorec tedy takto:

$$\frac{(53 - 54,357)^2}{54,357} = 0,034$$

Tímto způsobem se pokračuje u všech zjištěných čísel kontingenční tabulky.

Testové kritérium chí-kvadrát χ^2 jsem vypočítala sečtením všech těchto hodnot pro všechny čísla tabulky:

$$\chi^2 = 0,034 + 0,145 + 0,013 + 0,016 + 0,157 + 0,681 + 0,023 + 0,610 + 0,048 + 0,033 + 0,034 + 0,085 + 0,005 + 0,001 + 0,078 + 0,237 = 2,2$$

Dle vzorce $f = (r - 1) \times (s - 1)$ jsem vypočítala stupeň volnosti:

$$f = (4 - 1) \times (4 - 1) = 9$$

f – počet stupňů volnosti

r – počet řádků kontingenční tabulky

s – počet sloupců kontingenční tabulky

Ve statických tabulkách pro počet stupňů volnosti 9 a zvolenou hladinu významnosti jsem našla kritickou hodnotu chí-kvadrátu $\chi^2_{0,05}(9) = 16,919$

Nalezená (kritická hodnota) je větší než vypočítaná, proto přijímám nulovou hypotézu a odmítám alternativní hypotézu.

Výsledek: Zdravotní sestry mají vědomosti o prevenci imobilizačního syndromu.

H3 – Délka praxe neovlivňuje úroveň znalostí sester o prevenci imobilizačního syndromu.

HO – Délka praxe neovlivňuje úroveň znalostí sester o prevenci imobilizačního syndromu.

HA – Délka praxe významně ovlivňuje úroveň znalostí sester o prevenci imobilizačního syndromu.

Tab. č. 28 Kontingenční tabulka pro ověření platnosti H3

Praxe	Projevy	Onem.	Prevence	Škály	Σ	Počet r.
Méně jak 5 let	85 O = 89,466	86 O = 85,440	75 O = 72,020	47 O = 46,075	293	32
6 - 10 let	27 O = 25,954	24 O = 24,786	18 O = 20,893	16 O = 13,366	85	10
11 - 15 let	30 O = 29,008	28 O = 27,702	25 O = 23,351	12 O = 14,939	95	10
Více jak 15 let	58 O = 55,573	53 O = 53,072	43 O = 44,736	28 O = 28,620	182	18
Σ	200	191	161	103	655	70

Test významnosti jsem provedla na hladině 0,05.

V kontingenční tabulce k H3 jsem vycházela z otázek č. 5, 6, 8 a 9.

Očekávané četnosti i hodnoty pro všechny pole kontingenční tabulky jsem vypočítala ze stejného vzorce jako u H2:

$$\frac{(P - O)^2}{O}$$

Testové kritérium χ^2 jsem získala sečtením všech hodnot:

$$\chi^2 = 0,123 + 0,019 + 0,223 + 0,004 + 0,401 + 0,519 + 0,042 + 0,025 + 0,116 + 0,578 + 0,034 + 0,003 + 0,067 + 0,013 + 0,106 + 0,000 = \mathbf{2,273}$$

Kontingenční tabulka má stupeň volnosti 9.

Pro hladinu významnosti 0,05 a pro 9 stupeň volnosti jsme ve statistických tabulkách našli kritickou hodnotu $\chi^2_{0,05}(9) = 19,919$

Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota kritická, proto přijímám nulovou hypotézu a odmítám alternativní hypotézu.

Výsledek: Délka praxe neovlivňuje úroveň vědomostí zdravotních sester o prevenci imobilizačního syndromu.

H4 – Typ oddělení, na kterém sestra pracuje, má vliv na frekvenci konání seminářů o prevenci imobilizačního syndromu na oddělení.

H0 – Typ oddělení, na kterém sestra pracuje, má vliv na frekvenci konání seminářů o prevenci imobilizačního syndromu.

HA – Sestry na různých odděleních jsou v prevenci imobilizačního syndromu vzdělávány stejně často, tzn. bez ohledu na oddělení, na němž pracují.

Tab. č. 29 Kontingenční tabulka pro ověření platnosti H4

Oddělení	1x ročně	2x ročně	4x a častěji	Σ	Počet r.
Interní odd.	4 O = 2,45	3 O = 2,975	0 O = 1,575	7	7
Chirurgické odd.	2 O = 2,1	3 O = 2,55	1 O = 1,35	6	6
LDN odd.	6 O = 4,2	3 O = 5,1	3 O = 2,7	12	12
Domov seniorů	2 O = 5,25	8 O = 6,375	5 O = 3,375	15	15
Σ	14	17	9	40	40

Test významnosti jsem provedla na hladině významnosti 0,05.

Pro ověření platnosti H4 jsem vycházela z otázky č. 12.

Hodnotu testového kritéria chí-kvadrát jsem vypočítala stejně jako u předchozích hypotéz.

$$x^2 = 8,319$$

Kontingenční tabulka má stupeň volnosti 6.

Pro hladinu významnosti 0,05 a pro 6 stupňů volnosti jsem ve statistických tabulkách našla kritickou hodnotu $x^2_{0,05}(6) = 12,59$

Vypočítaná hodnota chí-kvadrátu je menší, proto přijímám nulovou hypotézu a odmítám hypotézu alternativní.

Výsledek: Typ oddělení, na kterém sestra pracuje, má vliv na frekvenci konání seminářů o prevenci imobilizačního syndromu na oddělení.

H5 – Úroveň dosaženého vzdělání nemá vliv na intenzitu sebevzdělávání v prevenci imobilizačního syndromu.

Komentář:

Na tuto hypotézu jsem nemohla použít opět metodu chí-kvadrát, z důvodu opětovného malého počtu respondentů s jiným vzděláním než středním. Ze 70 respondentů vyšlo, že střední odborné vzdělání má 80% respondentů. Na vysokoškolské vzdělání odpovědělo pouze 5,71% tj. 4 respondenti. Se stejnou hodnotou 7,14% se umístilo vyšší odborné vzdělání a položka jiné vzdělání. Odkazuji na graf č. 22 na s. 80 u H1.

H6 – Většina dotazovaných sester neví, jak vytvářet podnětné prostředí pro rizikového klienta.

Formulovala jsem si opět nulovou a alternativní hypotézu:

HO – Většina dotazovaných sester neví, jak vytvářet podnětné prostředí pro rizikového klienta.

HA – Většina sester ví, jak vytvářet podnětné prostředí pro rizikového klienta.

Tab. č. 30 Kontingenční tabulka pro ověření platnosti H_6

Oddělení	Vytváření PP	Způsob PP	Σ	Počet r.
Interní odd.	17 O = 17,105	18 O = 17,895	35	17
Chirurgické odd.	8 O = 7,331	7 O = 7,669	15	8
LDN odd.	13 O = 10,263	8 O = 10,737	21	13
Domov seniorů	27 O = 30,301	35 O = 31,699	62	27
Σ	65	68	133	65

Test významnosti jsem provedla na hladině významnosti 0,05.

Použila jsem otázky č. 18 a 19 a srovnala jsem je s jednotlivými odděleními.

Hodnotu χ^2 jsem vypočítal jako u předchozích hypotéz:

$$\chi^2 = 0,001 + 0,001 + 0,061 + 0,058 + 0,730 + 0,698 + 0,360 + 0,344 = \mathbf{2,253}$$

Kontingenční tabulka je pro 3 stupně volnosti.

Pro $\chi^2_{(0,05)}(3)$ jsem ve statistických tabulkách našla kritickou hodnotu 7,815.

Vypočítaná hodnota je menší než hodnota kritická, proto přijímám nulovou hypotézu a odmítám hypotézu alternativní.

Výsledek: Většina dotazovaných sester neví, jak vytvářet podnětné prostředí pro rizikového klienta.

H7 – Mezi sestrami pracujícími v domově pro seniory a sestrami pracujícími na nemocničních odděleních není z hlediska vytváření podnětného prostředí významný rozdíl.

HO – Mezi sestrami pracujícími v domově pro seniory a sestrami pracujícími na nemocničních odděleních není z hlediska vytváření podnětného prostředí významný rozdíl.

HA – Mezi skupinami sester existuje z hlediska vytváření podnětného prostředí statisticky významný rozdíl.

Tab. č. 31 Kontingenční tabulka pro ověření platnosti H_7

	Vytváření PP	Způsob PP	Σ	Počet r.
Oddělení	38 O = 34,699	33 O = 35,767	71	38
Domov seniorů	27 O = 30,301	35 O = 31,233	62	27
Σ	65	67	133	65

Test významnosti jsem provedla na hladině významnosti 0,05.

Použila jsem opět otázky č. 18 a 19, a srovnala jsem je se všemi nemocničními odděleními a domovy pro seniory.

Hodnota χ^2 jsem vypočítala jako u ostatních hypotéz.

$$\chi^2 = 0,314 + 0,214 + 0,360 + 0,454 = \mathbf{1,342}$$

Kontingenční tabulka má stupeň volnosti 1.

Ve statistických tabulkách jsem našla kritickou hodnotu 3,841.

Vypočítaná hodnota je menší než hodnota kritická, proto přijímám nulovou hypotézu a odmítám alternativní hypotézu.

Výsledek: Mezi sestrami pracujícími v domově pro seniory a sestrami pracujícími na nemocničních odděleních není z hlediska vytváření podnětného prostředí významný rozdíl.

10 DISKUSE

Výsledky průzkumu v praktické části obsahuje zajímavé poznatky, které mohou sloužit jako inspirace pro další výzkumy v oblasti této problematiky. Nad některými výsledky průzkumu je vhodné se hlouběji zamyslet. Mezi nejzajímavější zjištěné odpovědi sester uvádím např. rozsah vědomostí sester v prevenci imobilizačního syndromu, překážky bránící sestře vykonávat aktivní péči o rizikového klienta nebo způsob vytváření podnětného prostředí sestrou.

Jaké jsou vědomosti sester týkající se syndromu z imobility? Dle výsledků průzkumu mají sestry dobré znalosti v této problematice. Tento fakt jsem si ověřila i pomocí metody chí-kvadrát, který ukázal, že sestry mají o této problematice znalosti v tomto tématu. Velké procento respondentů ví co je imobilizační syndrom, jak se projevuje, které onemocnění mohou vést k rozvoji tohoto syndromu. Překvapily mě i výsledky týkající se jak prevence, tak možných škál ke zhodnocení rizikových klientů. Mezi preventivní opatření sestry uváděly nejčastěji rehabilitaci, polohování a aktivizaci, nezapomínaly i na psychickou stránku klienta. V otázce, které škály by použily, u rizikového klienta se ve většině případů objevily škály dle Nortonové a dle Barthelové.

Na otázku, zda jsou nějaké překážky, znemožňující aktivní péči o rizikového klienta, odpovědělo přes 90% respondentů kladně. Sestry uvedly hlavně malou finanční motivaci (28,57%) a nedostatek personálu v procentuálním zastoupení 22,86%. Odpověď nedostatek personálu může být jen čistě subjektivní pocit každé sestry, jelikož dle právní normy se může jednat o dostatek či dokonce nadpočet personálu na oddělení. Příčinou této odpovědi může být např. špatná organizace práce na pracovišti.

Za zajímavou odpověď z dotazníkového průzkumu považuji otázku, která se ptá na způsoby zajišťování podnětného prostředí. U této otázky si nejsem zcela jistá zda ji respondenti správně porozuměli. Do dotazníku mi uváděli např. rehabilitaci, kompenzační pomůcky, nácvik soběstačnosti, atd. Objevily se i správné odpovědi, že je důležité zajistit různé podněty, využívat oblíbené předměty klienta (12,37%) či nemocného motivovat a poskytnou mu psychickou pomoc v procentuálním zastoupení 13,41%. Bohužel v této otevřené otázce bylo hodně odpovědí (30,93%), které se vůbec nevztahovali k tématu. Při provádění pilotní studie mi nikdo nesdělil nesrozumitelnost této otázky a až v průběhu samotného průzkumu jsem postupně zjišťovala, že sestry ani neví co je pojem podnětné prostředí.

Při statistické ověřování platnosti hypotéz, jsem měla potíže se dvěma hypotézami (H1, H5), které jsem nemohla vypočítat dle metody chí-kvadrátu. Tyto dvě hypotézy se týkaly vzdělání sester, ale jelikož mi většina respondentů (80%) odpověděla, že má střední vzdělání, nemohla jsem pro velmi malý počet dotazovaných sester s jiným vzděláním (VOŠ, VŠ) než středoškolským provést statistické vyhodnocení těchto hypotéz pomocí metody chí-kvadrátu.

Ve druhé hypotéze jsem si stanovila otázku, zda sestry mají znalosti o prevenci imobilizačního syndromu. K výsledku jsem se dopracovala, že jsem spočítala odpovědi z dotazníků na jednotlivých odděleních, které se zabývali projevy imobilizačního syndromu, onemocněním, které mohou vést k tomuto syndromu z imobility, dále prevencí a škálami, které lze použít u rizikových klientů. Odpovědi jsem zpracovala do kontingenční tabulky, jež jsem posléze pokračovala, pomocí statistické metody chí-kvadrát. Dle výsledků se mi potvrdila hypotéza, že sestry mají vědomosti o této problematice.

Třetí stanovená hypotéza se zabývá, zda délka praxe ovlivňuje úroveň znalostí sester o prevenci imobilizačního syndromu. Hypotézu jsem zpracovala stejně jako předchozí pomocí metody chí-kvadrát. Proto potvrzuji nulovou hypotézu, že délka praxe neovlivňuje znalostí sester o prevenci imobilizačního syndromu.

Ve čtvrté hypotéze jsem si ověřovala, jestli typ oddělení, na kterém sestra pracuje, má či nemá vliv na frekvenci konání seminářů o prevenci imobilizačního syndromu. A potvrdilo se, že typ oddělení má vliv na frekvenci konání seminářů. Zvláštní důraz na konání a častost seminářů na toto téma, by měl být kladen zvláště na rizikové oddělení což je např. LDN, geriatrické, neurologické oddělení či zařízení specializující se na těžce postižené klienty, atd.

Předposlední hypotéza (H6) nám potvrdila, že většina dotazovaných sester neví, jak vytvářet podnětné prostředí pro rizikového klienta. Snad tento špatný výsledek ovlivnila nesrozumitelnost dotazů na podnětné prostředí v dotaznících. Bohužel, mnoho sester ani neví co je pojem podnětné prostředí. Důvodem neznalosti pojmu a způsobu zajišťování podnětného prostředí je jistě minimální počet literatury na tuto problematiku. Při zpracovávání tohoto tématu jsem nenašla žádnou literaturu a vycházela jsem jen ze svých zkušeností a vědomostí z praxe. Dle tohoto zjištění bych doporučila publikování knih a článků v odborných časopisech na podnětné prostředí. A jistě zavést v rámci oddělení či zařízení nějaké kurzy, které by sestram vysvětlili tento pojem, důležitost zajišťování podnětného prostředí, vliv na fyzický a hlavně psychický stav klienta, ale hlavně naučit různé způsoby či metody zajišťování podnětného prostředí.

V poslední hypotéze (H7) se potvrdilo, že mezi sestrami pracujícími v domově pro seniory a sestrami pracujícími na nemocničních odděleních není z hlediska vytváření podnětného prostředí významný rozdíl. I tato hypotéza byla ovlivněna nesrozumitelností dotazů na toto téma.

Praktická část, které se věnovala grafickému a statistickému zpracování zjištěných výsledků a hypotéz, byla časově náročná. Potýkala jsem se s problémy týkající se grafiky, výpočtů výsledků a ověření platnosti hypotéz. Praktická část mě naučila pracovat ze zjištěných údajů a porozuměla jsem i základům statistiky. Doufám, že výsledky průzkumu budou inspirovat čtenáře k zamyšlení popř. čtenáře zaujme k dalšímu detailnějšímu průzkumu, hlavně týkající se podnětného prostředí.

11 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku související s poskytováním péče sester u rizikových klientů a zvláště na zajišťování podnětného prostředí u těchto ohrožených skupin klientů.

V teoretické části je zajímavé si pročíst kapitolu věnující se podnětnému prostředí, kde se zabývám samotnou definicí pojmu, ohroženými skupinami klientů, různými jednoduchými technikami k vytváření podnětného prostředí a nakonec samotným specifickým vybavením pokojů na LDN či podobných odděleních. Tato kapitola je sama o sobě zajímavá z hlediska mého osobního názoru a náhledu jak rozumím tomuto pojmu v praxi. Bohužel k tomuto tématu jsem nenašla žádnou literaturu a vycházela jsem jen ze svých vědomostí a zkušeností z praxe. Jako zajímavost v této teoretické části je jistě kapitola věnující se ošetrovatelským diagnózám dle NANDA taxonomie II. Zde jsem vytvořila názornou tabulku, ve které jsou ošetrovatelské diagnózy rozděleny do specifických tělních systémů týkající se problematiky syndromu z imobility. Podrobně rozpracovávám diagnózu rizika imobilizačního syndromu, kde jsou uvedeny sesterské intervence v jednotlivých oblastech tělních systémů. V práci jsem se zaměřila i na objektivní zhodnocení klienta pomocí různých měřících technik, které by měli pomoci sestře v péči o rizikového klienta a provést náležité preventivní kroky v péči o takového klienta. Poslední kapitola v teoretické části se věnuje kompetencemi zdravotních sester a zdravotnických asistentů dle platné vyhlášky 424/2004 Sb. Tuto kapitolu jsem zde dala účelně, jelikož patří k tomuto tématu z hlediska povinností zdravotnických pracovníků u těchto rizikových klientů s možností rozvoje imobilizačního syndromu. Teoretickou část týkající se prevencí imobilizačního syndromu jsem přednesla na I. mezinárodním kongresu – Integrovaný přístup k prevenci a péči o zdraví, kde jsem se ve studentské sekci umístila na prvním místě, což mě motivovalo pokračovat a hlouběji se věnovat této problematice.

V praktické části jsem se zaměřila na průzkum pomocí dotazníkového šetření. Konečné výsledky jednotlivých položek v dotazníku graficky rozpracovávám a dále ověřuji stanovené cíle a hypotézy pomocí statistické metody chí-kvadrát. Všechny získané údaje jsou zpracovány do přehledných tabulek a grafů.

Na základě těchto všech poznatků můžu konstatovat, že cíle bakalářské práce byly splněny. Samotné téma je natolik široké a rozsáhlé, že umožňuje vypracování dalších prací na toto

téma např. používání kompenzačních pomůcek u rizikových klientů nebo psychická péče o imobilní klienty.

Součástí bakalářské práce je informační brožura, která je určena zdravotním sestřám, zvláště na LDN či geriatrických odděleních, ale může být na kterémkoli pracovišti. Brožura se zabývá objektivnímu zhodnocení klienta pomocí různých škál či testů, u něhož hrozí vznik imobilizačního syndromu.

Bakalářská práce mě naučila pracovat s informacemi a následně je zpracovávat. V práci mám i úvahy na různá témata, které mi pomohli zamyslet se nad konkrétními problémy. Praktická část byla pro mě zvláště náročná z hlediska zpracování zjištěných informací. Musela jsem porozumět základům statistiky, abych mohla zpracovat zjištěné data. Musela jsem se naučit zpracovávat grafy a tabulky v programu Excel. Celá práce byla jak časově tak po psychické stránce náročná, ale zpracování bakalářské práce mě ovlivnila v pozitivním smyslu.

Dle zjištěných poznatků z provedeného průzkumu doporučuji následující opatření pro praxi:

- podporovat vzdělávání sester (kurzy, studium, semináře, atd.)
- pořádat semináře na téma imobilizační syndrom v rámci zařízení minimálně 2x ročně (zvláště na LDN, geriatrických, neurologických odděleních)
- dodržovat kompetence zdravotnických pracovníků dle vyhlášky
- používat na oddělení objektivní metody ke zhodnocení zdravotního stavu klienta (škály, testy)
- správná organizace práce na oddělení
- zajistit dostatek kompenzačních pomůcek na oddělení
- zajistit na oddělení speciální pracovníky (ergoterapeuty, psychology, fyzioterapeuty zvláště na geriatrických odděleních)
- zredukovat administrativní činnost sester
- dostatek kvalifikovaného a pomocného personálu
- zlepšit vztahy a komunikaci na pracovišti
- publikace knih a článků v odborných časopisech na podnětné prostředí

- zavést kurzy či semináře týkající se podnětného prostředí
- provést podobný a detailnější výzkum na podnětné prostředí

Předpokládám, že tato moje bakalářská práce i s jejími zjištěnými výsledky průzkumu bude přínosem a inspirací pro čtenáře, zdravotní sestry a další odborníky se zájmem o tuto problematiku. Věřím, že tyto mé poznatky budou uplatnitelné v praxi a poslouží k dalšímu hlubšímu výzkumu, zvláště na téma týkající se podnětného prostředí. Zpracování této práce mě motivuje k dalšímu studiu této problematiky. Mým přáním do budoucna je prosadit či změnit na rizikových nemocničních (LDN, geriatrické, neurologické, atd.) odděleních interiér a vybavení pokojů, které by se tím přiblížilo domácímu prostředí, čímž by se zlepšila psychická pohoda klientů se snadnější rekonvalescencí do domácího prostředí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

- [1] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2.
- [2] DOENGES, M., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
- [3] FARKAŠOVÁ, D., a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-229-4.
- [4] HERMANOVÁ, M., PROKOP, J., ONDRÁČKOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z péče o seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-478-8.
- [5] HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0212-6.
- [6] KALVACH, Z., a kol. *Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů II. díl*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-001-7.
- [7] KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-319-8.
- [8] KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo II*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
- [9] MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264s. ISBN 80-247-1399-3.
- [10] MATOUŠ, M., MATOUŠOVÁ, M., KALVACH, Z., RADVANSKÝ, J. *Pohyb ve stáří je šancí*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0331-9.
- [11] MIKŠOVÁ, Z., a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- [12] POLEDNÍKOVÁ, E., a kol. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-208-1.

[13] ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1148-6.

[14] ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M. MATOUŠOVIC, K. *Základy ošetřovatelství pro studující lékařských fakult*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0477-9.

[15] TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

[16] TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-099-6.

[17] TRACHTOVÁ, a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-324-4.

[18] WEBER, a kol. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000, ISBN 80-7013-314-7.

Časopisy:

[19] POLICHRONOVÁ, J. Rehabilitační ošetřování u imobilního pacienta. *Sestra*. 2004, č. 7-8, s. 57.

Internetové zdroje

[20] Vyhláška 242/2004 Sb. [online]. Praha: MZ 2004 [cit. 2009-05-11]. URL: <http://www.cszt.cz/96/424_znenie.htm>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

atd.	a tak dále
Sb.	Sbírka
např.	například
CNS	centrální nervová soustava
popř.	popřípadě
tzn.	to znamená
tab.	tabulka
č.	číslo
IS	imobilizační syndrom
Onem.	onemocnění
PP	podnětné prostředí
r.	respondenti
odd.	oddělení
CMP	cévní mozková příhoda
RHB	rehabilitace

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1 Rizikové faktory imobility dle Hegyiho	17
Tab. č. 2 Následky IS na tělesný systém.....	21
Tab.č. 3 Souhrn diagnóz dle NANDA systému vztahující se k IS.....	36
Tab. č. 4 Objektivní zhodnocení rizik imobilizačního syndromu	43
Tab. č. 5 Kompetence zdravotnických pracovníků	45
Tab. č. 6 Oddělení na kterém pracujete.....	50
Tab. č. 7 Doba praxe	52
Tab. č. 8 Dosažené vzdělání.....	53
Tab. č. 9 Pojem imobilizační syndrom.....	54
Tab. č. 10 Projevy imobilizačního syndromu.....	55
Tab. č. 11 Onemocnění vedoucí k imobilizačnímu syndromu.....	57
Tab. č. 12 Prevence imobilizačního syndromu	59
Tab. č. 13 Metody prevence imobilizačního syndromu	60
Tab. č. 14 Škály.....	61
Tab. č. 15 Zájem o prevenci IS.....	63
Tab. č. 16 Metody zájmu zjišťování informací	64
Tab. č. 17 Organizace seminářů na oddělení.....	65
Tab. č. 18 Konání seminářů.....	66
Tab. č. 19 Překážky	67
Tab. č. 20 Provádění aktivní prevence	68
Tab. č. 21 Odstranění překážek	69
Tab. č. 22 Řešení překážek.....	70
Tab. č. 23 Řešení překážek na oddělení	71
Tab. č. 24 Zajišťování podnětného prostředí.....	72
Tab. č. 25 Vytvoření podnětného prostředí	73
Tab. č. 26 Komu je zajišťováno podnětné prostředí	74
Tab. č. 27 Kontingenční tabulka pro ověření platnosti H2	77
Tab. č. 28 Kontingenční tabulka pro ověření platnosti H3	79
Tab. č. 29 Kontingenční tabulka pro ověření platnosti H4	80
Tab. č. 30 Kontingenční tabulka pro ověření platnosti H6	82
Tab. č. 31 Kontingenční tabulka pro ověření platnosti H7	83

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Oddělení, na kterém pracujete.....	50
Graf č. 2 Doba praxe	52
Graf č. 3 Dosažené vzdělání.....	53
Graf č. 4 Pojem imobilizační syndrom.....	54
Graf č. 5 Projevy imobilizačního syndromu.....	55
Graf č. 6 Onemocnění vedoucí k imobilizačnímu syndromu.....	57
Graf č. 7 Prevence imobilizačního syndromu	59
Graf č. 8 Škály.....	61
Graf č. 9 Zájem o prevenci IS	63
Graf č. 10 Metody zájmu zjišťování informací	64
Graf č. 11 Organizace seminářů na oddělení.....	65
Graf č. 12 Konání seminářů	66
Graf č. 13 Provádění aktivní prevence	68
Graf č. 14 Odstranění překážek	69
Graf č. 15 Řešení překážek.....	70
Graf č. 16 Řešení překážek na oddělení	71
Graf č. 17 Zajišťování podnětného prostředí	72
Graf č. 18 Komu je zajišťováno podnětné prostředí	74
Graf č. 19 Vzdělání respondentů	76

SEZNAM PŘÍLOH

- P I: Dotazník
- P II: Žádost o dotazníkové šetření
- P III: Žádost o dotazníkové šetření
- P IV: Žádost o dotazníkové šetření
- P V: Žádost o dotazníkové šetření
- P VI: Příklad dělby práce fyzioterapeuta a zdravotní sestry
- P VII: Hodnocení rovnováhy a chůze dle Tinettiové
- P VIII: Test základních všedních činností (ADL)
- P IX: Test instrumentálních všedních činností (IADL)
- P X: Škála pro hodnocení deliria
- P XI: Škála depresí pro geriatrické pacienty
- P XII: Screeningový test mobility
- P XIII: Funkční škála bolesti
- P XIV: Hodnocení rizika dekubitů dle Bradena
- P XV: Hodnocení rizika dekubitů dle Nortonové
- P XVI: Škála rizika dekubitů dle Shannon
- P XVII: Sledování projevů bolesti u dítěte
- P XVIII: Test kognitivních funkcí (MMSE)
- P XIX: Zkrácený mentální test dle Gajnda
- P XX: Škála k hodnocení rizika vzniku žilní trombózy
- P XXI: Test ošetřovatelské zátěže
- P XXII: Hodnocení nutričního stavu
- P XXIII: Screening pro určení rizika pádu
- P XXIV: Screening pro určení nutričního stavu
- P XXV: Gaitův funkční test rizika pádu

P XXVI: Get up and go test (hybnost klienta)

P XXVII: Denní záznam bolesti dle Malzacka

P XXVIII: Jednoduchá deskriptivní škála bolesti

P XXIX: Mapa bolesti

P XXX: Melzeckova škála bolesti, Numerická škála bolesti

P XXXI: Vizuální analogová škála bolesti, Škála výrazů obličeje pro měření bolesti

P XXXII: Záznam jednorázového zhodnocení bolesti

P XXXIII: Záznam hodnocení bolesti

P XXXIV: Kompetence zdravotnických pracovníků

P XXXV: Brožura k objektivnímu zhodnocení rizik imobilizačního syndromu

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Konečná Jana a jsem studentka 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Všeobecná sestra.

Ke zpracování mé bakalářské práce poslouží tento dotazník. Tématem je prevence imobilizačního syndromu z pohledu sestry. Účelem tohoto dotazníku je zjistit Vaše vědomosti tohoto tématu a úroveň poskytování prevence v rámci jednotlivých oddělení.

Dotazník je zcela anonymní a veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro účely mého výzkumu. Proto Vás prosím o pravdivé vyplnění všech položek. Na výběr máte jednu odpověď, pokud není u otázky uvedeno jinak.

Předem děkuji za Váš věnovaný čas.

Konečná Jana

1) Uveďte oddělení na kterém pracujete:

- a) interní oddělení
- b) chirurgické oddělení
- c) neurologie
- d) LDN
- e) domov pro seniory

2) Jak dlouho pracujete na tomto oddělení:

- a) méně jak 5 let
- b) 6 - 10 let
- c) 11 - 15 let
- d) více jak 15 let

3) Jaké je vaše dosažené vzdělání:

- a) střední odborné s maturitou
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské
- d) jiné.....

4) Víte co to je imobilizační syndrom (IS):

- a) ano (dopíšte).....
.....
- b) ne

5) Jaké jsou projevy imobilizačního syndromu (více odpovědí):

- a) ortostatická hypotenze
- b) otoky
- c) urolitiáza (tvorba a přítomnost kamenů v močových cestách)
- d) ankyloza (ztuhlost, zkostnatění kloubu)
- e) jiné (dopíšte).....

6) Která onemocnění mohou vést k imobilizačnímu syndromu (více odpovědí):

a) CMP

b) zlomeniny krčku stehenní kosti

c) demence

d) úrazy hlavy

e) jiné (dopíšte).....

7) Víte jaká je prevence u imobilizačního syndromu:

a) ano (napište).....

.....

b) ne

8) Jaké metody prevence IS využíváte ve své praxi:

(vypište).....

.....

9) Které škály či testy byste použila u rizikových pacientů (více odpovědí):

a) škála dle Nortonové

b) Bienstein škála

c) Barthelův (ADL) test

d) škála dle Shannon

e) jiné.....

10) Zajímáte se sama o prevenci imobilizačního syndromu:

a) ano, (označte metodu samovzdělávání)

x odborná literatura

x odborné časopisy

x semináře

x jiné.....

b) ne, proč.....

11) Jsou na vašem oddělení organizovány semináře na toto téma:

a) ano

b) ne

12) Jak často se tyto semináře konají:

(napíšte).....

13) Jsou nějaké překážky, které vám znemožňují aktivně pečovat o imobilní pacienty:

a) ne

b) mnoho administrativní práce

c) nedostatek personálu

d) mnoho jiné práce

e) malá finanční motivace

f) nedostatek času

g) jiné.....

14) Kdyby se odstranily výše zmíněné překážky prováděla byste aktivně prevenci:

a) ano, proč.....

b) ne, proč.....

15) Co byste udělala, aby tyto překážky nebyly:

a) finanční motivace

b) více personálu

c) méně administrativní práce

d) jiné.....

16) Řešila jste překážku(y) v rámci komunikace v týmu:

a) ano

b) ne

17) Řeší se překážka(y) na vašem oddělení:

a) ano, jak.....

b) ne

18) Zajišťujete rizikovému klientovi podnětné prostředí:

a) ano, jak.....

b) ne, proč.....

19) Jakým způsobem lze zajistit podnětné prostředí:

(napište).....

.....

20) U kterých pacientů je zajišťováno podnětné prostředí:

(napište).....

.....

21) Bylo by něco, co by vás ještě zajímalo v rámci tohoto tématu:

(napište).....

Místo pro vaše připomínky:

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Jana Konečná
Téma bakalářské práce	Prevence imobilizačního syndromu z pohledu sestry
Skupina respondentů	Zdravotní sestry
Pracoviště	Krajská Nemocnice T. Bati, Zlín

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 24. 11. 08

Mgr. Helena Fremlová, RM
ředitel ústavu zdravotnických studií

Bc. M. Hejtmánková
nám. ošetrovatelské péče
Krajská nemocnice T. Bati a.s.
Zlín

Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Jana Konečná
Téma bakalářské práce	Prevence imobilizačního syndromu z pohledu sestry
Skupina respondentů	Zdravotní sestry
Pracoviště	Domov pro seniory, Burešov 4884, Zlín

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 24.11.08

.....
Mgr. Helena Fremlová, RM
ředitel ústavu zdravotnických studií

Domov pro seniory Burešov
příspěvková organizace
Burešov 4884, 760 01 Zlín
IČO: 708 510 42 4
tel. 577 433 853, fax: 577 225 029

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P IV: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

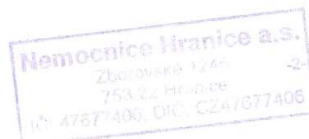
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Jana Konečná
Téma bakalářské práce	Prevence imobilizačního syndromu z pohledu sestry
Skupina respondentů	Zdravotní sestry
Pracoviště	Nemocnice Hranice, a.s., Zborovská 1245, 753 22

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 26.11.08

.....
Mgr. Helena Fremlová, RM
ředitel ústavu zdravotnických studií



.....
Alena Hlaváčová
náměstkyně OP

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P V: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Jana Konečná
Téma bakalářské práce	Prevence imobilizačního syndromu z pohledu sestry
Skupina respondentů	Zdravotní sestry
Pracoviště	Domov seniorů Hranice, Jungmannova 1805, 753 01

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 26. 11. 08

.....
Mgr. Helena Fremlová, RM
ředitel ústavu zdravotnických studií

Domov seniorů/Hranice
příspěvková organizace
Jungmannova 1805 • 753 01 Hranice
Tel.: 581 650 111 • Fax: 581 650 234
IČ: 70876594 ③

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P VI: PŘÍKLAD PRÁCE FYZIOTERAPEUTA A Z. SESTRY

Zdravotní sestra	Výkon	Fyzioterapeut-ergoterapeut
změny poloh po 2 hodinách, preventivní polohování při počínajících sekundárních změnách dle pokynů fyzioterap.	POLOHOVÁNÍ	korekční polohování, instruktáže sester, určit přesnou polohu, čas a frekvenci během dne, poskytnout speciální pomůcky
pasivní pohyby plegických částí při manipulaci s klientem (hygienické úkony, oblékání, polohování)	PASIVNÍ POHYBY	maximální exkurze ve všech kloubech plegických částí, protahování zkrácených struktur
kontrola zadaných úkolů, motivovat k opakování dle instrukce fyzioterapeuta	KONDIČNÍ CVIČENÍ	aktivní cvičení zdravých a pohyblivých částí, zadání úkolů, nácvik mobility a stability dle stanovené zátěže
kontrola zadaných úkolů dle instrukcí fyzioterapeuta, dezinfekce pomůcek, hygiena dýchacích cest, manuální pomoc při vykašlávání, větrání, inhalace, statické dýchání v různých polohách	DECHOVÁ GYMNASTIKA	nácvik dechové gymnastiky, dynamická dechová cvičení, statické dýchání, lokalizované dýchání, speciální metodiky u respiračních chorob, instruktáže sester
vertikalizace na lůžku dle instruktáže fyzioterapeuta a technických možností, zajištění bezpečnosti při nejisté chůzi, dopomoc při přisedání (židle, křeslo, vozík)	LOKOMOCE VERTIKALIZACE	přechod do stoje, nácvik přesunů, lokomoce na vozíku, nácvik chůze, zadat úkoly, vybavit technickými pomůckami
využívání zachovalých a obnovených funkcí při běžných denních činnostech	OBNOVENÍ POŠKOZENÝCH FUNKCÍ	posilování oslabených svalů, obnovení ztracených funkcí speciálními metodikami, informovat ZS o obnovených funkcích a schopnostech kl.
vyžadování aktivity a spoluúčasti při všech výkonech, vést k samostatnosti - vytvořit podmínky, využívat kompenzační pomůcky	VÝCHOVA K SOBĚSTAČNOSTI	nácvik soběstačnosti, informovat ZS o nacvičených dovednostech, doporučit kompenzační pomůcky, naučit ZS využívat techniku a triky
spolu s lékařem užívání léků, oš. chronických defektů, otázky stravy, vyprazdňování, životosprávy	INFORMACE (ÚSTNÍ) PRO KL. A RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY	denní pohybový režim, domácí RHB, úprava pomůcek, prostředí produktivní a přiměřená pomoc u trvale postižených, specifické informace a nácviky v poskytování produktivní pomoci

Převzato z: KLUSOŇOVÁ, a kol. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. s. 54. ISBN 80-7013-319-8.

Příloha P VII: HODNOCENÍ ROVNOVÁHY, CHŮZE

Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové		
I. Rovnováha		
Návod k provedení: pacient sedí na pevné židli bez opěrek pro ruce. Požádejte ho o provedení úkonů 1-9		
Činnost	Provedení	Bodové skóre
1. Rovnováha vsedě	Potíže s udržení rovnováhy (naklání se, sklouzává)	0
	Stabilní, jistý sed	1
2. Postavení ze sedu na židli	Neschopen bez pomoci	0
	Pomáhá si rukama	1
	Postaví se bez pomoci rukou	2
3. Postavení z lehu na lůžku	Neschopen bez pomoci	0
	Postaví se, ale potřebuje více pokusů	1
	Postaví se na první pokus	2
4. Rovnováha po postavení (prvních 5 sekund)	Nejistý (kolísá, oscilace trupu, pohyby nohou), neschopen	0
	Stabilní, ale používá hůl nebo se chytá předmětů	1
	Stoj jistý, bez pomůcky a opory	2
5. Rovnováha ve stoji	Nejistý, neschopen	0
	Stoj jistý, ale o širší bázi nebo s holí či chodítkem	1
	Stoj jistý o úzké bázi, bez opor	2
6. Stoj, udržení rovnováhy při tlaku na sternum (stoj o úzké bázi)	Začíná padat, neschopen	0
	Osciluje, nejistý, sám se udrží	1
	Stoj jistý	2
7. Stoj se zavřenýma očima (stoj o úzké bázi)	Nejistý, padá, titubuje, neschopen	0
	Jistý	1
8. Otáčení o 360 stupňů	Provede nesouvisle, přerušovaně, neprovede	0
	Provede plynule, souvislými kroky	1
	Nejistý, chytá se předmětů s oporou	0
9. Posazení zpět na židli	Bez poruchy rovnováhy	1
	Nejistý (neodhadne vzdálenost, dopadne na židli, pomáhá si rukama)	0
	S pomocí paží, přerušovaně s potížemi	1
	Provede plynule, jistě	2
Celkové skóre rovnováhy:		

Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiové - pokračování		
II. Chůze		
Návod k provedení: pacient stojí vedle vyšetřujícího, na jeho pokyn projde napříč pokojem/chodbou, nejprve obvyklým krokem, zpět co možná nejrychleji s dodržáním bezpečnosti. Může používat obvyklé pomůcky (hůl, berle, chodítko)		
Činnost	Provedení	Bodové skóre
10. Iniciace chůze (rozejít se ihned po pokynu)	Váhání, obtíže zahájit pohyb, přešlapování	0
	Rozejde se bez potíží	1
11. Délka a výška kroku	A Prává noha se švihem nedostává před levou	0
	Prává noha překročí levou	1
	Prává noha se úplně nezdvihne od podložky	0
	Normální pohyb	1
	B Levá noha se švihem nedostává před pravou	0
	Levá noha předkročí pravou	1
	Levá noha se úplně nezdvihne od podložky	0
	Normální pohyb	1
12. Souměrnost kroku	Pravý a levý krok nesouměrné	0
	Oba kroky souměrné	1
13. Plynulost kroku	Přerušování plynulosti kroku	0
	Plynulá chůze	1
14. Udržení směru chůze	Neudrží směr chůze	0
	Mírně vybočuje, používá hůl	1
	Chůze přímá, bez pomůcky	2
15. Rovnováha trupu	Oscilace trupu, užívá pomůcky	0
	Není kolísání, ale pokrčení v kyčlích, v kolenou, pomáhá si rukama	1
	Normální poloha trupu při chůzi	2
16. Chůze	Chůze o široké bázi, paty od sebe	0
	Normální chůze	1
Celkové skóre chůze:	(z 12 bodů)
Celkové skóre rovnováhy a cíl	(z 28 bodů)
Hodnocení:		
26 - 28 bodů - normální provedení, nezvýšené riziko pádů		
méně než 26 bodů - abnormální výsledek, nutné vyšetření, léčba příčiny, RHB, režimová op		
méně než 19 bodů - vysoce rizikové skóre, riziko pádu zvýšeno pětinašobně		

Převzato z: TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. s. 230. ISBN 80-7262-365-6.

Příloha P VIII: TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ DLE BARTHELOVÉ (ADL)

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 stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale 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 více než 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
Celkové skóre (0 až 100):		
0 - 40 bodů - vysoce závislý		
45 - 60 bodů - závislost středního stupně		
65 - 95 bodů - lehká závislost		
100 bodů - nezávislý		

Převzato z: TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. s. 214. ISBN 80-7262-365-6.

Příloha P IX: TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (IADL)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže použít telefon	0
2. transport	samostatně cestuje dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	0
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem nebo radou druhé osoby	5
	neschopen bez podstatné pomoci	0
4. vaření	samostatně uvaří celé jídlo	10
	ohřeje jídlo	5
	jídlo musí připravit druhá osoba	0
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce nebo je úklid nedostatečný	5
	potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
6. práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně	10
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. užívání léků	užívá samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	léky musejí být podány druhou osobou	0
8. finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
Celkové skóre (0 až 80): 0 - 40 bodů - závislý 45 - 75 bodů - částečně závislý 80 bodů - nezávislý		

Příloha P X: ŠKÁLA PRO HODNOCENÍ DELÍRIA

Škála pro hodnocení deliria
1. Akutní změna psychického stavu a jeho kolísání Došlo u nemocného k průkazné akutní změně kognitivních funkcí oproti jeho normálnímu stavu? Kolísá toto abnormální chování během dne (tedy objevuje se a zase ustupuje) nebo se snižuje či zvyšuje jeho závažnost?
2. Nesoustředěnost, nepozornost Má pacient problémy se soustředěním, například ztrácí souvislosti při řeči, lze snadno odvést jeho pozornost, zapomíná, o čem se hovořilo?
3. Roztříštěné (dezorganizované) myšlení Neudrží pacient souvislou věcnou konverzaci, má nelogický a nejasný tok myšlenek, přeskakuje v konverzaci z jedné věci na druhou?
4. Alterace vědomí Je vědomí pacienta porušené? Je bdělý, ale nadměrně citlivý k zevním podnětům a vzrušivý, nebo naopak letargický, somnolentní, soporózní nebo v kómatu?
Hodnocení: Je nutno uvažovat o deliriu, jestliže jsou současně přítomny pozitivní odpovědi na otázky 1 a 2 buď 3 nebo 4.

Převzato z: TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. s. 222. ISBN 80-7262-365-6.

Příloha P XI: ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY

Škála deprese pro geriatrické pacienty	
Otázka	Odpověď
1. Jste v podstatě spokojen/a se svým životem?	ano/NE
2. Vzdal/a jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ANO/ne
3. Máte pocit, že je Váš život prázdný?	ANO/ne
4. Nudíte se často?	ANO/ne
5. Máte většinou dobrou náladu?	ano/NE
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ANO/ne
7. Cítíte se převážně šťastný/á?	ano/NE
8. Cítíte se často bezmocný/á?	ANO/ne
9. Vysedáváte raději doma, než byste šel/šla mezi lidi a seznamoval/a se s novými věcmi?	ANO/ne
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci?	ANO/ne
11. Myslíte si, že je krásné žít?	ano/NE
12. Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic?	ANO/ne
13. Cítíte se plný/á elánu a energie?	ano/NE
14. Máte pocit, že je Vaše situace beznadějná?	ANO/ne
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ANO/ne
Celkové skóre:	
Hodnocení: za každou odpověď vytištěnou velkými písmeny se započítá 1 bod	
0 - 5 bodů - normální afekt bez deprese	
6 - 10 bodů - mírná deprese	
více než 10 bodů - manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření a léčbu	

Převzato z: TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. s. 224. ISBN 80-7262-365-6.

Příloha P XII: SCREENINGOVÝ TEST MOBILITY

Screeningový test mobility			
Návod k provedení: vyzvěte nemocného, aby postupně provedl aktivity 1 - 9 a u každé položky zhodnoťte, zda je provedení normální (N) nebo abnormální (A)			
Aktivita	Normální provedení	Hodnocení	
		N	A
1. Posazení na židli s opěrkami pro ruce	posazení provede hladce, koordinovaně bez pomoci rukou		
2. Vstávání ze židle	postavení provede na první pokus bez zaváhání, bez pomoci rukou jedním kontinuálním koordinovaným pohybem		
3. Stoj po postavení asi 30 sekund bez opory	klidný, jistý stoj bez opory		
4. Stoj se zavřenýma očima přibližně 15 sekund	klidný, jistý stoj bez ztráty rovnováhy		
5. Tlak na sternum v klidném stoji	vyrovná přiměřeně vychýlení těžiště bez ztráty rovnováhy		
6. Stoj za záklonem (jako při pokusu dosáhnout na předmět z vysoké police)	jistě, bez ztráty rovnováhy		
7. Zdvižení předmětu ze země	jistě, bez ztráty rovnováhy		
8. Chůze po rovině asi 15 m	chůze jistá, koordinované pohyby, přiměřenou rychlostí - s pomůckou		
	chůze jistá, koordinované pohyby, přiměřenou rychlostí - bez pomůcky		
9. Otočení při chůzi	otočení jisté, bez zaváhání a přešlapování - s pomůckou		
	otočení jisté, bez zaváhání a přešlapování - bez pomůcky		
Celkové skóre (počet abnormálně provedených aktivit)			

Převzato z: TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. s. 229. ISBN 80-7262-365-6.

Příloha P XIII: Funkční škála bolesti

Funkční škála bolesti	
Skóre/stupeň	Funkční dopad bolesti
0	bez bolesti
1	bolest snesitelná, nebrání v žádných činnostech a aktivitách
2	bolest snesitelná, brání v některých činnostech a aktivitách
3	nesnesitelná, ale pacient může telefonovat, číst nebo sledovat TV
4	nesnesitelná, pacient nemůže telefonovat, číst ani sledovat TV
5	nesnesitelná, pro bolest není pacient schopen slovní komunikace

Převzato z: TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. s. 232.
ISBN 80-7262-365-6.

PŘÍLOHA P XIV: HODNOCENÍ RIZIKA DEKUBITŮ DLE BRADENA

Sledovaná veličina /stupeň				
Citlivost	Vymizelá	Velmi omezená	Mírně snížená	Normální
Vlhkost	Neustále	Často	Občas	Zřídka
Aktivita	Upoután na lůžko	Neschopen chůze	Chodí zřídka	Chodí pravidelně
Mobilita	Imobilní	Velmi omezená	Lehce omezená	Bez omezení
Výživa	Velmi špatná	Slabší	Adekvátní	Výborná
Tření a stříh	Změna polohy s plnou asistencí	Neschopen chůze, minimální pomoc při změně polohy	Chodí zřídka, pohyb na lůžku bez dopomocí	Chodí
Skóre	1	2	3	4

Hodnocení:

Riziko vývoje dekubitů narůstá s klesajícím skóre.

15 – 16	Nízké riziko
12 - 14	Mírné riziko
Méně než 12	Vysoké riziko

Převzato z : Škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

<<http://www.uzs.tul.cz/index.cgi?fun=soubory>>.

PŘÍLOHA P XV: ROZŠÍŘENÁ STUPNICE DLE NORTONOVÉ

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
úplná	4 < 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 chodí	4 úplná	4 není
malá	3 < 30	3 alergie	3 DM, anemie	3 zhoršený	3 apatický	3 doprovo d	3 částečně omezená	3 občas
částečná	2 < 60	2 vlhká	2 kachexie, ucpávání tepen	2 špatný	2 zmatený	2 sedáčka	2 velmi omezená	2 převážně moč
žádná	1 > 60	1 suchá	1 obezita, karcinom	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 leží	1 žádná	1 moč + stolice

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ

Převzato z: Hodnotící škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

<<http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>.

PŘÍLOHA P XVI: ŠKÁLA RIZIKA DEKUBITŮ DLE SHANNON

Hodnocení rizika vzniku proleženin (Shannon, L., 1984)

Duševní stav	Body	Kontinence	Body	mobilita	Body	aktivita	Body	cirkulace	Body	Tělesná teplota	Body	Medikace	Body	Součet
Bdělост, čílost	4	Kontinence	4	Plná hybnost	4	Chodící	4	Normální prokrvení	4	Do 37,2°C	4	Bez steroidů, analgetik, trankvilizérů	4	4
Apatie	3	Inkontinence moče, bez katétru	3	Mírné omezení	3	Chůze s pomocí	3	Snižené prokrvení	3	37,3-37,7°C	3	Jedna z výše uvedených skupin	3	3
Zmatenost	2	Inkontinence stolice	2	Velmi omezená	2	Pouze na vozíku	2	Špatná	2	37,8-38,3°C	2	Dvě z výše uvedených skupin	2	2
Sopor, koma	1	Inkontinence moče a stolice	1	Imobilita	1	Ležící	1	Kachexie	1	Nad 38,4°C	1	Všechny uvedené skupiny	1	1
Celkem:														

Skóre 16 bodů a méně představuje významné riziko vzniku proleženin.

Převzato z: Hodnotící škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

<<http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>.

PŘÍLOHA P XVII: SLEDOVÁNÍ PROJEVŮ BOLESTI U DÍTĚTE

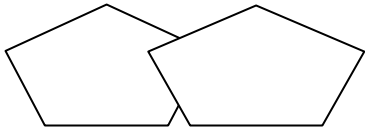
	0	1	2	3
I. Tvář	relaxace	vystrašenost	sklíčenost	rezignace
	relaxovaná	vystrašená	sklíčená bolestí	strnulá
	svalstvo tváře bez vrásek	zamračený	tichý pláč	vyhýbavý pohled
	hluboký spánek	bloudivý pohled	útrpný výraz	pohled fixovaný na 1. místo
	klidné bdění	otevřená ústa	svraštělé rty, obočí	nepláče
II. Pohyby	relaxované končetiny	neklid	opistotonus	rigidita
	ruce volně v pěst	trhavé pohyby	šetření bolestivé oblasti	imobilita
		zvýšen MORO reflex		
III. Barva	růžová	červená	bledá	různá
			mramorovaná	
Hodnocení:				
Hodnocení:	0	Relaxované dítě bez projevů bolesti		
	01 - 02	Přechodné projevy bolesti		
	03 - 04	Přechodná bolest, dobře reaguje na utišování		
	05	Dítě vnímá bolest, na utišování reaguje slabě		
	06	Dítě je sklíčené, iritované, má intenzivní, trvalou bolest		
Sledování mimických projevů v obličeji dítěte				
Čelo	Přítomny vrásky			
Obočí	Svraštělé, příčné brázdý nad a mezi obočím			
Víčka	Vyklenutá, svraštělá			
Nasolabiální rýhy	Zvýrazněné, nad rýhami se vytvořily valy			
Ústa	Otevřená, skleslé koutky, křivé rty			
Jazyk	Napjatý, vyhrnutý nahoru, z jazyka se vytvořil žlábek			
Brada	Chvěje se			
Dále sledujeme: podávání analgetik, provedení délka výkonů, saturace kyslíkem				

Převzato z: Škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

<<http://www.uzs.tul.cz/index.cgi?fun=soubory>>.

PŘÍLOHA P XVIII: TEST KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
<p>1. Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek.</p> <p>Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none">- Který je teď rok? 1- Které je roční období? 1- Můžete mi říci dnešní datum? 1- Který je den v týdnu? 1- Který je teď měsíc? 1- Ve kterém jsme státě? 1- Ve které jsme zemi? 1- Ve kterém jsme městě? 1- Jak se jmenuje tato nemocnice? (toto oddělení?, tato ordinace?) 1- Ve kterém jsme poschodí? (pokoji?) 1	
<p>2. Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta-například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval.</p> <p>Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě.</p> <p>Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (= výbavnost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3

<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti:</p> <p>(správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz:</p> <p>„<i>Vezměte</i> papír do pravé ruky, <i>přeložte</i> ho na půl a <i>položte</i> jej na podlahu.“</p> <p>Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl)</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy.</p> <p>1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha</p> <p>11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha</p> <p>21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha</p> <p>24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Převzato z: Škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:
 <<http://www.uzs.tul.cz/index.cgi?fun=soubory>>.

PŘÍLOHA P XIX: ZKRÁCENY MENTÁLNÍ TEST DLE GAINDA

Zjistěte u klienta otázkami a úkoly:

		Odpověď	
		Správná	Špatná
1.	Věk	1	0
2.	Kolik je asi hodin?	1	0
3.	Adresu?*	1	0
4.	Současný rok?	1	0
5.	Kde je hospitalizovaný?	1	0
6.	Poznání alespoň dvou osob.	1	0
7.	Datum narození?	1	0
8.	Jméno současného presidenta? (rok ukončení II. světové války,...)	1	0
9.	Odečítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat pozpátku měsíce v roce od prosince k lednu	1	0
Celkem:			

* CAVE-Pozor! Na konci testu by měla být adresa nemocným zopakována ,abychom se ujistili,že dobře slyší.

Hodnocení:

Za každou správnou odpověď má klient 1 bod.Nedosáhne-li ani 7 bodů jedná se o zmatenost.

Převzato z: Škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

<<http://www.uzs.tul.cz/index.cgi?fun=soubory>>.

PŘÍLOHA P XX: ŠKÁLA K HODNOCENÍ VZNIKU ŽILNÍ TROMBÓZY

Škála k hodnocení vzniku žilní trombózy

OHROŽENÍ PŘI ZMĚNĚ RYCHLOSTI PROUDU KRVE	OHROŽENÍ PŘI ZMĚNĚ SLOŽENÍ KRVE	OHROŽENÍ PŘI PORUŠENÍ CÉVNÍ STĚNY
A - Imobilizace Body Např.: klid na lůžku, fraktury, ochrnutí, sádrový obvaz - žádný klid na lůžku 0 - klid na lůžku déle než 12 hodin 2 - klid na lůžku déle než 72 hodin 4	A - Prodělané tromboembolické nemoci, rodinná zátěž 4	A -Věk Body - do 40 let 0 - 41-60 let 1 - 61-70 let 2 - nad 70 let 3
B - Aktivita Pouze při A 2 či 4 - provádí samostatné aktivní pohyby a změnu polohy 0 - cvičení a změnu polohy provádí pouze na vyzvání nebo instruktáž 2 - pacient je imobilní a inaktivní 4	B - Operace - chirurgické zákroky 4 - operace kostí, pooperační infekce rány 7 - operace kostí v blízkosti kyč. kloubu 8	B - Cévní mozková příhoda 5
C - Posttrombotický syndrom Varikóza 3	C - Metastazující nádory 2	C - Infarkt myokardu 5
D - Obezita 3	D - Cirhóza jater, DM, nefrotický syndrom, poruchy výměny tuků 2	
E - Gravidita - šestinedělí 4	E - Dehydratace/Polyglobulie/Popálení - koncentrovaná moč 1 - suchý jazyk, rty a sliznice, dutina ústní 2 - zvýšený hematokrit 3	
F - Chronická srdeční insuficience, onemocnění plic 5	F - Léčebné přípravky - estrogeny, diuretika, kortikosteroidy, krevní transfuze 2	

Nebezpečí vzniku žilní trombózy **od 6 bodů**

Velké nebezpečí vzniku žilní trombózy **od 10 bodů**

Převzato z: Hodnotící škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

<<http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>.

PŘÍLOHA XXI: TEST OŠETŘOVATELSKÉ ZÁTĚŽE

Test ošetřovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)

- slouží ke zhodnocení pacientovy soběstačnosti

ČINNOST	PROVEDENÍ ČINNOSTI	SKÓRE
1. Pohybová schopnost	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	omezený na lůžko, zcela závislý	5
2. Osobní hygiena	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	úplně závislý	5
3. Jídlo	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	úplně závislý (krmení, sonda)	4
4. Inkontinence moči	občas	3
	stále	5
	permanentní katétr	2
5. Inkontinence stolice	občas	3
	stále	5
6. Návštěva toalety	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	5
	pokojevý klozet, podložní mísa	4
7. Dekubity	malé	1
	velké	4
8. Spolupráce s nemocným	občas obtížná	2
	bezvědomí	3
	velmi obtížná	5

Hodnocení:

0 bodů - zcela soběstačný

38 bodů - zcela závislý

Převzato z: Hodnotící škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

<<http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>.

PŘÍLOHA P XXII: HODNOCENÍ NUTRIČNÍHO STAVU

Hodnocení nutričního stavu

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

Nejdříve proveďte screening, dále postupujte dle jeho výsledku

Screening:

A. Jíte méně v posledních 3 měsících?

(například pro menší chuť k jídlu, zažívací potíže, potíže s kousáním či polykáním)

- 0 - ano, výrazně méně
- 1 - ano, trochu méně
- 2 - ne, jím pořád stejně

B. Zhubnul jste v posledních měsících? O kolik kilogramů?

- 0 - více než o 3 kg
- 1 - nevím
- 2 - úbytek mezi 1-3 kg
- 3 - žádný úbytek na váze

C. Stav hybnosti

- 0 - upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík
- 1 - schopen vstát, ale většinu dne tráví na lůžku či vozíku
- 2 - samostatně se pohybuje

D. Prodělal jste v posledních 3 měsících nějaké akutní onemocnění nebo výrazný stres?

- 0 - ano
- 1 - ne

E. Neuropsychologický stav pacienta

- 0 - deprese nebo těžká demence
- 1 - mírná a střední demence (pacient je schopen komunikovat, může být dezorientovaný, ale není agresivní či neklidný, v noci převážně spí)
- 3 - bez těchto problémů

F. BMI – Body Mass Index

- 0 - BMI méně než 19
- 1 - BMI 19 až méně než 21
- 2 - BMI 21 až méně než 23
- 3 - BMI 23 či vyšší

Výsledek screeningu (maximální počet bodů 14)

12 bodů a více - PACIENT NENÍ OHROŽEN MALNUTRICÍ (není třeba pokračovat ve vyšetření)

11 bodů a méně - RIZIKO MALNUTRICE – (pokračujte ve vyšetření)

Doplňující vyšetření

G. Žije samostatně v domácím prostředí (není nikde dlouhodobě umístěn či hospitalizován)

- 0 - ne
- 1 - ano

H. Užívá více než tři druhy léků denně (dlouhodobá medikace)

- 0 - ano
- 1 - ne

I. Dekubity či jiné výrazné kožní defekty

- 0 - ano
- 1 - ne

J. Kolik plnohodnotných jídel sní pacient za den?

- 0 - jedno
- 1 - dvě
- 2 - tři

Převzato z: [http: Hodnotící škály \[online\].](http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly) [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

<<http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>.

PŘÍLOHA P XXIII: SCREENING PRO URČENÍ RIZIKA PÁDU

Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

Během příjmového vyhodnocení vyhodnoťte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte stav pacienta podle potřeby.

Aktivita		Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny: - diuretik - antikonvulziv - antiparkinsonik - antihypertenziv - psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální stav	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18-75	0
	75 a výše	1
Celkové skóre:		

PROTOKOL:

1. Umístěte nad lůžko výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“
2. Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy, zvedněte postranice
3. Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety
4. Umístěte signalizační panel tak, aby jej měl pacient po ruce, a vysvětlete jeho funkci
5. Zajistěte vhodnou obuv
6. Zajistěte WC režim 3x/24 hodin nebo podle potřeby a před spánkem
7. Odstraňte překážky v okolí pacienta
8. Zajistěte vhodné noční osvětlení
9. Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v dosahu

Převzato z: Hodnotící škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

<<http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>.

PŘÍLOHA P XXIV: SCREENING PRO URČENÍ NUTRIČNÍHO STAVU

Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení nutričního stavu (skóre) pacienta

- slouží ke zhodnocení nutričního stavu pacienta

„Screeningový“ nástroj	odpověď	skóre	Aktuální skóre pacienta
Otázka A: Ztratil pacient v poslední době váhu, aniž by se o to aktivně pokoušel?*	ano – jděte k otázce B ne – jděte k otázce C neví – jděte k otázce C	0 0 2	
Otázka B: Kolik kilogramů váhy pacient ztratil?	0,5-5 5-10 10-15 více než 15 není si jist	1 2 3 4 2	
Otázka C: Jí pacient v současné době méně, protože ztratil chuť k jídlu?	ne ano	1 2	
	CELKOVÉ SKÓRE		

V případě, že nutriční skóre pacienta je vyšší než 3, volejte _____

* Období posledních 3-6 měsíců

Převzato z: Hodnotící škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

<<http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>.

PŘÍLOHA P XXV: GAITŮV FUNKČNÍ TEST – RIZIKO PÁDŮ

Gaitův funkční test (určení rovnováhy / prevence pádů)

- slouží ke zhodnocení rizika pádu

1. Požádejte pacienta, aby se posadil na židli na 60 vteřin.
2. Požádejte pacienta, aby se postavil a stál na místě 30 vteřin.
3. Požádejte pacienta, aby přešel napříč místností, a aby se otočil.
4. Požádejte pacienta, aby se vrátil ke své židli, a aby se na ni opět posadil.

Je-li pacient schopen provést všechny 4 úkony, aniž by ztratil rovnováhu, potácel se, upadl nebo hledal předměty, o které by se mohl opřít, Gaitův test je negativní. Jestli pacient není schopen test dokončit nebo má výše uvedené problémy, je nutné, aby sestra iniciovala protokol pro prevenci pádu.

Převzato z: Hodnotící škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

<<http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>.

PŘÍLOHA P XXVI: GET UP AND GO TEST – HYBNOST KLIENTA

GET UP AND GO TEST- Vstaňte, jděte, otočte se

- slouží k získání informací o hybnosti a stabilitě pacienta

Pacienta posadíme na přiměřeně vysokou židli (výška je taková, aby při flexi cca 90 stupňů v kolenech spočívala jeho chodidla pohodlně na podložce). Požádáme jej, aby vstal, ušel cca 5 metrů k vyznačenému místu, otočil se, vrátil se a znovu se posadil na židli.

	3 body	2 body	1 bod	0 bodů
Vstane	bez pomoci	s pomocí rukou	pouze s dopomocí	nesvede
Chůze	stabilní	s pomůckou nebo vrávorá	pouze s dopomocí, výr. nestabilita	nesvede
Otočení	jisté	nejisté, zavravorání	výrazně nejisté, potřeba dopomoci	nesvede
Usednutí	bez pomoci	s pomocí rukou či opření	výrazně nejisté, potřeba dopomoci	nesvede

CELKEM:(max. 12 bodů)

Převzato z: Hodnotící škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

<<http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>.

PŘÍLOHA P XXVII: DENNÍ ZÁZNAM BOLESTI DLE MALZACKA

Denní záznam bolesti podle Melzacka

NÁVOD: Zaznamenejte intenzitu bolesti číslem v příslušné kolonce

- 0 - žádná
- 1 - mírná
- 2 - nepříjemná
- 3 - intenzivní
- 4 - krutá
- 5 - nesnesitelná

Uvedte počet hodin spánku a počet tablet, které jste užili na tišení bolesti.

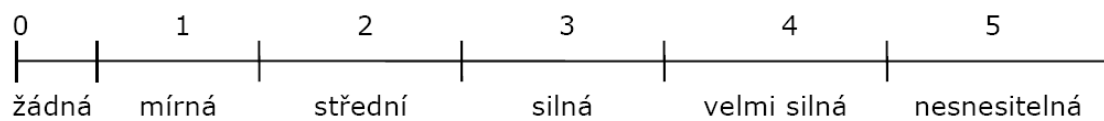
	Ráno	Poledne	Večer	Noc	Léky	Spánek
Pondělí						
Úterý						
Středa						
Čtvrtek						
Pátek						
Sobota						
Neděle						

Převzato z: Hodnotící škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

<<http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>.

PŘÍLOHA P XXVIII: JEDNODUCHÁ DESKRIPTIVNÍ ŠKÁLA BOLESTI

Jednoduchá deskriptivní škála bolesti

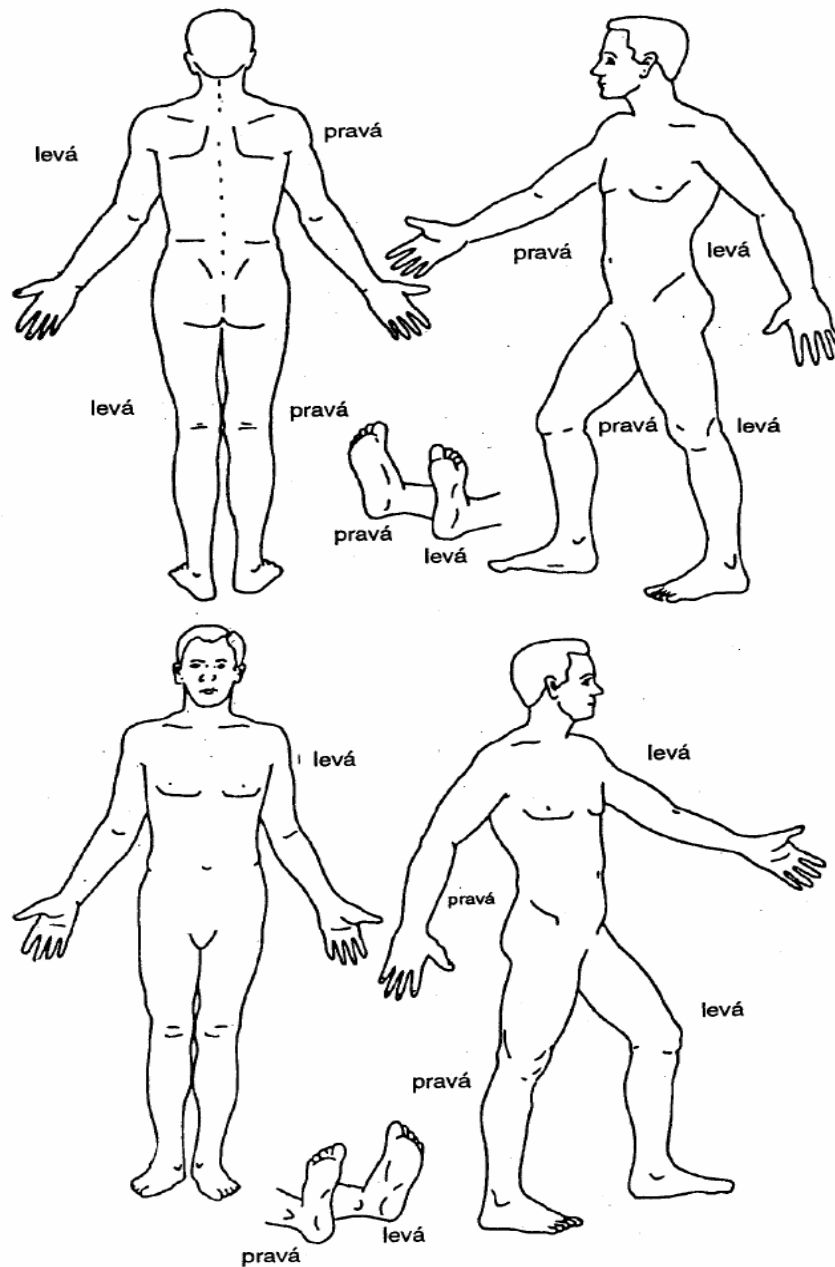


Převzato z: Hodnotící škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

<<http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>.

PŘÍLOHA P XXIX: MAPA BOLESTI

Mapa bolesti (M. S. Margoles, 1983)



Převzato z :Hodnotící škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

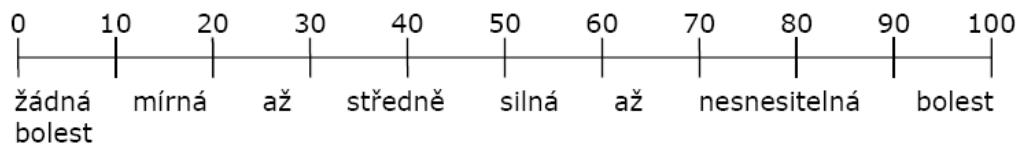
<<http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>.

PŘÍLOHA P XXX: MELZECKOVA ŠKÁLA BOLESTI, NUMERICKÁ ŠKÁLA BOLESTI

Melzackova škála bolesti



Numerická škála bolesti



Převzato z: Hodnotící škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

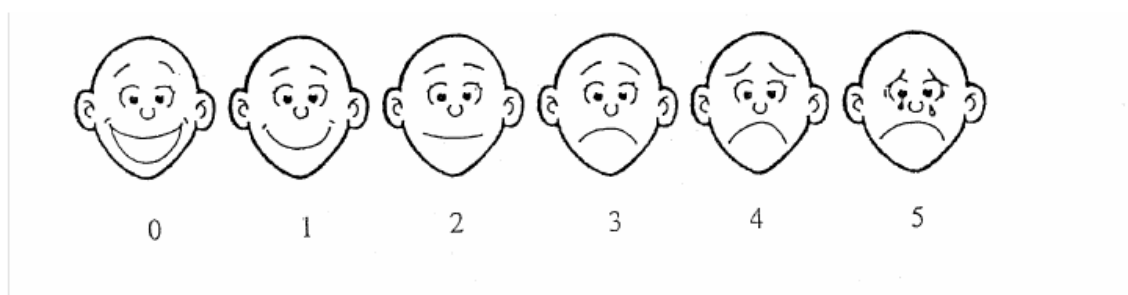
<<http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>.

PŘÍLOHA P XXXI: VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA BOLESTI, ŠKÁLA VÝRAZŮ OBLIČEJE PRO MĚŘENÍ BOLESTI

Vizuální analogová škála bolesti



Škála výrazů obličeje pro měření bolesti



Převzato z: Hodnotící škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

<<http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>.

PŘÍLOHA P XXXII: ZÁZNAM JEDNORÁZOVÉHO ZHODNOCENÍ BOLESTI

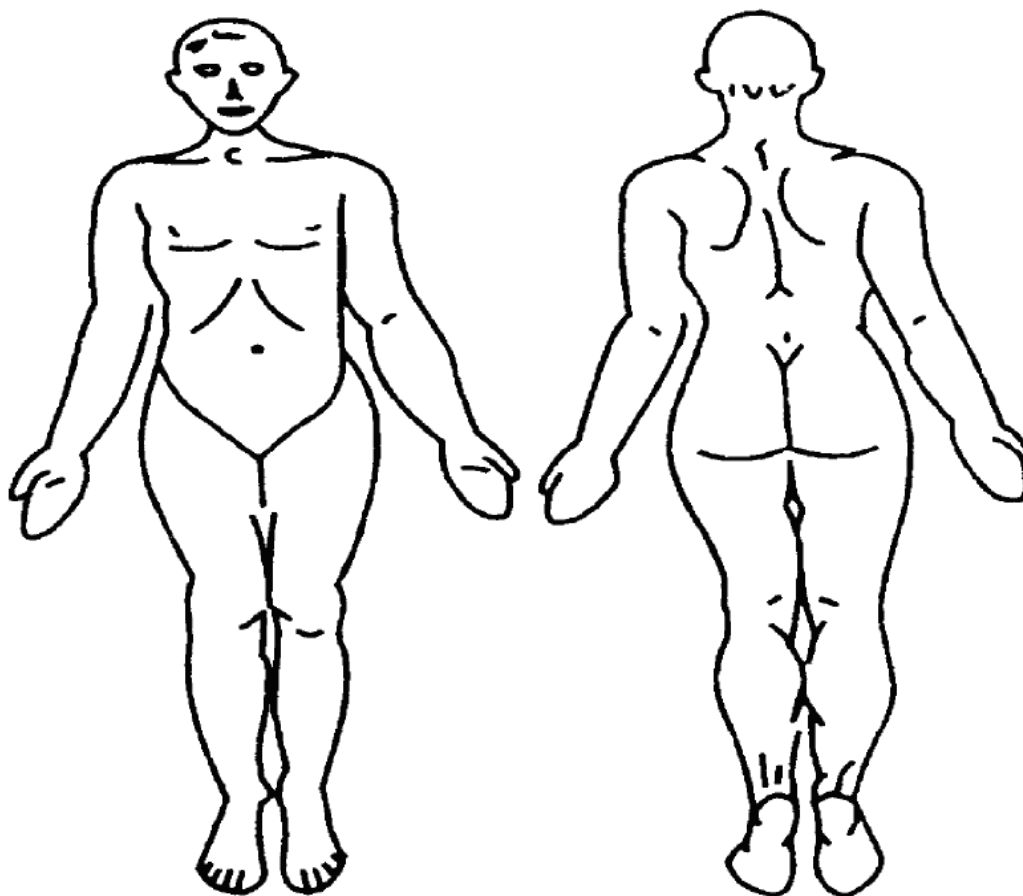
ZÁZNAM JEDNORÁZOVÉHO ZHODNOCENÍ BOLESTI

1. TOPOLOGIE

Kde to bolí

.....
.....

Zakreslete do lidské postavy, kde nemocný bolest udává, šipkami kam bolest vystřeluje. Eventuelně může provést zakreslení i nemocný sám.

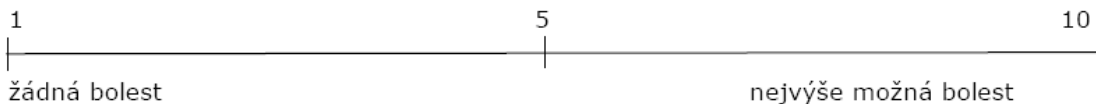


Propagace bolesti:

.....
.....

2. INTENZITA

Jak moc to bolí?

**3. KVALITA**

Jak to bolí?

- pulsující řezavá kolikovitá intenzívní dusivá tupá
nesnesitelná pálivá krutá trýznivá

4. ČAS

Kdy to bolí?

Na čem je bolest závislá?

Jak dlouho trvá?

5. OVLIVNITELNOST

Co zmírňuje bolest?

- klid úlevová poloha komprese rukama zaměření pozornosti jiným směrem
relaxace sugesce

stimulace kůže: chladem teplem mastí

Léky (jaké, kolik, jak dlouho, jak často):

.....

.....

Co zesiluje bolest?

.....

.....





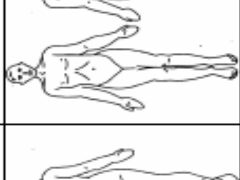

6. REAKCE NEMOCNÉHO NA BOLESTpláč křik strach úzkost dobrá tolerance bolestišpatná spolupráce agresivita.....**DATUM:****PODPIS SESTRY:**

Převzato z: Hodnotící škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

<<http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>.

PŘÍLOHA P XXXIII: ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

DATUM						
ANALGETIKA						
TOPOLOGIE Kde to bolí? Propagace bolesti (zakresli šipkou)						
INTENZITA Jak moc to bolí? (označ číslicí na stupnici, např. 7)	nejvýše možná bolest 10 5 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 5 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 5 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 5 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 5 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 5 1 žádná bolest
KVALITA Jak to bolí? (pulzující, řezavá, tupá, pálivá, apod.)						
ČAS Kdy to bolí?						
OVLIVNITELNOST Co zmiřuje bolest? Co zesiluje bolest?						
REAKCE NEMOCÉHO NA BOLEST						
PODPIS SESTRY						

Převzato z: Hodnotící škály [online]. [cit. 2009-05-16]. Dostupný z WWW:

<<http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>.

PŘÍLOHA P XXXIV: KOMPETENCE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Vyhláška č. 424/2004 Sb. kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

§ 3

Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí

(1) Zdravotnický pracovník uvedený v § 4 až 20 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti

- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- b) dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu se zvláštními právními předpisy⁸⁾,
- c) vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních právních předpisů⁹⁾, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení,
- d) poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,
podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v
- e) akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů,
- f) podílí se na přípravě standardů.

(2) Zdravotnický pracovník uvedený v § 21 až 26 do doby získání specializované způsobilosti nebo prokázání výkonu praxe podle zvláštního právního předpisu¹⁰⁾ v rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti uvedené v odstavci 1 pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v příslušném oboru.

(3) Zdravotnický pracovník uvedený v § 27 až 40 po získání odborné způsobilosti¹¹⁾ pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v rozsahu své odborné způsobilosti

- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
 - b) pracuje se zdravotnickou dokumentací a s informačním systémem zdravotnického zařízení.
- (4) Pokud zdravotnický pracovník vykonává činnosti zvláště důležité z hlediska radiální ochrany, musí splňovat zvláštní požadavky stanovené zvláštním právním předpisem¹²⁾.

§ 4

Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména

- a) vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových

g) provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře

a) aplikuje nitrožilně krevní deriváty¹⁵⁾,

b) spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků¹⁶⁾ a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.

§ 27

Zdravotnický asistent

(1) Zdravotnický asistent vykonává činnosti podle § 3 odst. 3 a dále pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky poskytuje základní ošetrovatelskou péči a specializovanou ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu, podílí se na získávání informací nutných k určení ošetrovatelských diagnóz, v míře určené všeobecnou sestrou nebo porodní asistentkou plní ošetrovatelský plán a provádí ošetrovatelské výkony. Přitom zejména pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky

- a) sleduje fyziologické funkce a stav pacientů, zaznamenává je do dokumentace, pečuje o vyprazdňování, provádí komplexní hygienickou péči, prevenci proleženin, rozděljuje stravu pacientům podle diet a dbá na jejich dodržování, dohlíží na dodržování pitného režimu, zajišťuje aplikaci tepla a chladu,
 - b) provádí rehabilitační ošetrovatelství, včetně prevence poruch z imobility,
 - c) provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta,
 - d) podílí se na zajištění herních aktivit dětí,
 - e) podílí se na přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků¹³⁾,
 - f) podílí se na přejímání, kontrole, manipulaci a uložení zdravotnických prostředků¹⁴⁾ a prádla, na jejich dezinfekci a sterilizaci a zajištění jejich dostatečné zásoby.
- (2) Zdravotnický asistent pod odborným dohledem všeobecné sestry, porodní asistentky nebo lékaře

- a) podává léčivé přípravky¹³⁾, s výjimkou aplikace nitrožilně a do epidurálních katétrů a intramuskulárních injekcí u novorozenců a dětí do 3 let věku,
 - b) odebírá biologický materiál, provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
 - c) zavádí a udržuje kyslíkovou terapii,
 - d) podílí se na ošetření akutní a chronické rány,
 - e) připravuje pacienty k diagnostickým nebo léčebným výkonům, podle rozhodnutí lékaře, všeobecné sestry nebo porodní asistentky při nich asistuje, poskytuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich,
 - f) podílí se na činnostech spojených s přijetím, přemísťováním, propuštěním a úmrtím pacientů.
- (3) Zdravotnický asistent se podílí pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom vykonává činnosti podle odstavce 1.

- faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- b) sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
 - c) pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta,
 - d) zajišťuje herní aktivity dětí,
 - e) zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
 - f) provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost,
 - g) hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy, provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility,
 - h) provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
 - i) edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály,
 - j) orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
 - k) zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů,
 - m) provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem <? breakb b16>zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta./td>
 - n) zajišťuje přejímání, kontrolu, uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek¹³⁾, (dále jen "léčivé přípravky") a manipulaci s nimi a dále zajišťuje jejich dostatečnou zásobu,
 - o) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků¹⁴⁾ a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.
- (2) Všeobecná sestra se podílí pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom zejména vykonává činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i).
- (3) Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména
- a) podává léčivé přípravky¹³⁾ s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,
 - b) zavádí a udržuje kyslíkovou terapii,
 - c) provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické,
 - d) provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
 - e) provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře, provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické a jejunální sondy
 - f) pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečnými nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,

Převzato z: Vyhláška 242/2004 Sb. [online]. [cit. 2009-05-11]. Dostupný z WWW:

<http://www.cszt.cz/96/424_znenie.htm>

MANUÁL

k objektivnímu zhodnocení rizik imobilizačního syndromu



PŘÍLOHA P XXXIV: BROŽURA

Obsah:

ÚVOD.....	1
HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI.....	2
HODNOCENÍ MOBILITY, RIZIKA PADŮ.....	6
HODNOCENÍ RIZIKA DEKUBITŮ.....	12
HODNOCENÍ STAVU VÝŽIVY.....	16
HODNOCENÍ BOLESTI.....	19
HODNOCENÍ RIZIKA ŽILNÍ TROMBÓZY.....	29
HODNOCENÍ KONGNITIVNÍCH FUNKCÍ.....	31

ÚVOD

Tato brožura má sloužit k objektivnímu zhodnocení klienta, a zvláště pomoci určit zda klient je ohrožený rozvojem imobilizačního syndromu. Mámál je určený pro jakékoli oddělení, ale hlavně tam, kde je velké riziko vzniku syndromu z imobility, tj. např. LDN, geriatrické, neurologické oddělení či domovy pro seniory. V brožurě jsou různé testy a škály, které jsou rozděleny do 6 oblastí tj. hodnocení soběstačnosti, mobility, rizika pádu, hodnocení rizika dekubitů, stavu výživy, bolesti a hodnocení kognitivních funkcí. Vybrala jsem škály a testy, které jsou ověřené. Doufám, že tato brožura Vám poslouží jako pomůcka k včasnému zahájení kvalitní a důsledné prevence u rizikových nemocných s možným vznikem imobilizačního syndromu, ale zvláště pomůže samotným klientům k uzdravení a návratu do domácího prostředí.

Konečná Jana

HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI



Test základních vědních činností dle Barthelové (ADL)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0
5. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
8. přesun nížho - židle	samostatně bez pomoci s malou pomoci vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně více než 50 m s pomoci 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
Celkové skóre (0 až 100):		
0 - 40 bodů - vysoce závislý		
45 - 60 bodů - závislost středního stupně		
65 - 95 bodů - lehká závislost		
100 bodů - nezávislý		

Test instrumentálních vědních činností (IADL)

Činnost	Provedení činnosti	Bodv
1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytvoří je zná několik čísel, odpovídá na zavolání nedokáže použít telefon	10 5 0
2. transport	samostatně cestuje dopravním prostředkem cestuje, je-li doprovázen vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	10 5 0
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit nakoupí s doprovodem nebo radou druhého neschopen bez podstatné pomoci	10 5 0
4. vaření	samostatně uvaří celé jídlo obědne jídlo jídlo musí připravit druhá osoba	10 5 0
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací provede pouze lehčí práce nebo je úplně nedostatečný	10 5 0
6. práce kolem domu	potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní provádí samostatně a pravidelně provede pod dohledem vyžaduje pomoc, neprovede	10 5 0
7. užívání léků	užívá samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků užívá, jsou-li připraveny a připomenuty léky musejí být podány druhou osobou	10 5 0
8. finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi neschopen bez pomoci zacházet s penězi	10 5 0
Celkové skóre (0 až 80):		
0 - 40 bodů - závislý		
45 - 75 bodů - částečně závislý		
80 bodů - nezávislý		

Test ošetrovateľské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)

- slouží ke zhodnocení pacientovy soběstačnosti

ČINNOST	PROVEDENÍ ČINNOSTI	SKÓRE
1. Pohybová schopnost	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	omezený na lůžko, zcela závislý	5
2. Osobní hygiena	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	úplně závislý	5
3. Jídlo	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	úplně závislý (krmění, sonda)	4
	občas stále	3
4. Inkontinence moči	stále	5
	permanentní katétr	2
	občas stále	3
5. Inkontinence stolice	stále	5
	občas stále	3
	permanentní katétr	2
6. Návštěva toalety	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	pokořový klozet, podložní mísa	4
	malé velké	1 4
8. Spolupráce s nemocným	občas obtížná bezvědomí	2
	velmi obtížná	3
	velmi obtížná	5

Hodnocení:
0 bodů - zcela soběstačný
38 bodů - zcela závislý

HODNOCENÍ MOBILITY, RIZIKA PÁDŮ



Hodnocení rovnováhy a chůze dle Tinettiho

Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiho		
Cinnost	Provedení	Bodové skóre
I. Rovnováha		
Návod k provedení: pacient sedí na první židli bez opěrák pro ruce. Požadujte ho o provedení úkonů 1-9		
1. Rovnováha v sedě	Použije i udržet rovnováhu (uklání se, sklouzává) Stabilita, jistý sed	0 1
2. Postavení ze sedu na židli	Neschopen bez pomoci Pomáhá si rukama Postaví se bez pomoci rukou	0 1 2
3. Postavení z lehu na židli	Neschopen bez pomoci Postaví se, ale potřebuje více pomoci	0 1 2
4. Rovnováha po postavení (průměr 3 sekund)	Nejistý (kolísá, oscilace trupu, pohyby nohou), neschopen Stabilita, ale používá ruce nebo se chytá předmětů	0 1 2
5. Rovnováha ve stoji	Nejistý, neschopen Stoj jistý, ale o širší bázi nebo s kůl či chodítkem Stoj jistý o užší bázi, bez opory	0 1 2
6. Stoj, udržení rovnováhy při fluku na sternum (stoj o užší bázi)	Začíná padat, neschopen Osciluje, nejistý, sam se udrží Stoj jistý	0 1 2
7. Stoj se zavřenými očima (stoj o užší bázi)	Nejistý, padá, trnebně, neschopen	0 1
8. Otáčení o 360 stupňů	Provede nesouhlasně, přerušovavě neprovede Provede plyvně, soustředěně kroky	0 1 1
9. Postavení zpět na židli	Nejistý, chytá se předmětů s oporou Bez pomoci rovnováhy Nejistý (neodhadne vzdálenost, dopadne na židli, pomáhá si rukama) S pomocí paží, přerušovavě s porušením Provede plyvně, jistě	0 0 1 2
Celkové skóre rovnováhy:		

(z 16 bodů)

Hodnocení rovnováhy a chůze podle Tinettiho - pokračování		
Cinnost	Provedení	Bodové skóre
II. Chůze		
Návod k provedení: pacient stojí ve své vyšetřovací, na jeho pokyn projde napříč pokojem chůzou, nejprve obvyklým krokem, zpět co možná nejrychleji s dodržáním bezpečnosti. Může používat obvyklé pomůcky (nář. berle, chodítko)		
10. Inicivace chůze (recejit se ihned po pokynu)	Váham, obrátí zakončit pohyb, přešlappování Rozesíle se bez potíží	0 1
11. Délka a výška kroku	A Pravá noha se s výštem nedostává před levou Pravá noha přeskočí levou Pravá noha se úplně nezdvihne od podlahy Normální pohyb	0 1 0 1
	B Levá noha se s výštem nedostává před pravou Levá noha se úplně nezdvihne od podlahy Normální pohyb	0 1 1
12. Souměrnost kroku	Pravý a levý krok nesouměrné Oba kroky souměrné	0 1
13. Plynulost kroku	Přerušování plynulosti kroku Plynulá chůze	0 1
14. Udržení směru chůze	Neudrží směr chůze Mávně vybočuje, používá ruce Chůze přímá, bez pomůcky	0 1 2
15. Rovnováha trupu	Oscilace trupu, užívá pomůcky Neu kolísání, ale pokrčen v kyčlích, v kolennou, pomáhá si rukama Normální poloha trupu při chůzi	0 1 2
16. Chůze	Chůze o širší bázi, pať od sebe Normální chůze	0 1
Celkové skóre chůze:		
Celkové skóre rovnováhy a chůze:		
Hodnocení:		
26 - 28 bodů - normální provedení, nezvýšené riziko pádu		
menší než 26 bodů - abnormální výsledky, nutné vyšetření, léčba příčiny, RHB, režimová opatření		
menší než 19 bodů - vysoké rizikové skóre, riziko pádu zvýšeno pětinásobně		

(z 12 bodů)

(z 28 bodů)

.....

.....

.....

.....

Screeningový test mobility

Screeningový test mobility		Hodnocení	
Aktivita	Normální provedení	N	A
Návod k provedení: vyzvěte nemocného, aby postupně provedl aktivity 1 - 9 a u každé položky zhodnotíte, zda je provedení normální (N) nebo abnormální (A)			
1. Posazení na židli s opěrkami pro ruce	posazení provede hladce, koordinovaně bez pomoci rukou		
2. Vstávání ze židle	postavení provede na první pokus bez zaváhání, bez pomoci rukou, jedním kontinuálním koordinovaným pohybem		
3. Stoj po postavení asi 30 sekund bez opory	klidný, jistý stoj bez opory		
4. Stoj se zavřenýma očima přibližně 15 sekund	klidný, jistý stoj bez ztráty rovnováhy		
5. Tlak na sternum v klidném stoji	vyrovná přiměřené vychýlení režisérské bez ztráty rovnováhy		
6. Stoj za zaklonem (jako při pokusu dosáhnout na přednět z vysoké police)	jistě, bez ztráty rovnováhy		
7. Zdvížení předmětu ze země	jistě, bez ztráty rovnováhy		
8. Chůze po rovině asi 15 m	chůze jistá, koordinované pohyby, přiměřenou rychlostí - s pomůckou		
	chůze jistá, koordinované pohyby, přiměřenou rychlostí - bez pomůcky		
9. Otočení při chůzi	otočení jisté, bez zaváhání a přešlapování - s pomůckou		
	otočení jisté, bez zaváhání a přešlapování - bez pomůcky		
Celkové skóre (počet abnormálně provedených aktivit)			

Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

Během příjmového vyhodnocení vyhodnotíte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehledněta stav pacienta podle potřeby.

Aktivita	Skóre	Skóre
Pohyb	Neomezený Použití pomůček Potřebyje pomoc k pohybu Neschopen přesunu	0 1 1 1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc Historie nokturie/inkontinence Výžaduje pomoc	0 1 1
Medikace	Neužívá rizikové léky Užívá léky ze skupiny: - diuretik - antikonvulziv - antiparkinsonik - antihypertenziv - psychotropní léky nebo benzodiazepiny	0 1
Smyslové poruchy	Žádné Vizuální, sluchové, smyslový deficit	0 1
Mentální stav	Orientován Občasná/noční dezorientace Historie dezorientace/demence	0 1 1
Věk	18-75 75 a výše	0 1
Celkové skóre:		

PROTOKOL:

- Umístěte nad lůžko výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“
- Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy, zvedněte postranice
- Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety
- Umístěte signalizační panel tak, aby jej měl pacient po ruce, a vysvětlíte jeho funkci
- Zajistěte vhodnou obuv
- Zajistěte WC režim 3x/24 hodin nebo podle potřeby a před spánkem
- Odstraňte překážky v okolí pacienta
- Zajistěte vhodné noční osvětlení
- Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v dosahu

Gaitův funkční test (určení rovnováhy / prevence pádů)

- slouží ke zhodnocení rizika pádu

1. Požádejte pacienta, aby se posadil na židli na 60 vteřin.
2. Požádejte pacienta, aby se postavil a stál na místě 30 vteřin.
3. Požádejte pacienta, aby přešel napříč místností, a aby se otočil.
4. Požádejte pacienta, aby se vrátil ke své židli, a aby se na ni opět posadil.

Je-li pacient schopen provést všechny 4 úkony, aniž by ztratil rovnováhu, potácel se, upadl nebo hledal předměty, o které by se mohl opřít; Gaitův test je negativní. Jestli pacient není schopen test dokončit nebo má výše uvedené problémy, je nutné, aby sestra iniciovala protokol pro prevenci pádu.

GET UP AND GO TEST- Vstaňte, jděte, otočte se

- slouží k získání informací o hybnosti a stabilitě pacienta

Pacienta posadíme na přiměřeně vysokou židli (výška je taková, aby při flexi cca 90 stupňů v kolenech spočívala jeho chodidla pohodlně na podložce). Požádáme je, aby vstal, ušel cca 5 metrů k vyznačenému místu, otočil se, vrátil se a znovu se posadil na židli.

	3 body	2 body	1 bod	0 bodů
Vstane	bez pomoci	s pomocí rukou	pouze s dopomocí	nesvede
Chůze	stabilní	s pomůckou nebo vrávorá	pouze s dopomocí, výr. nestabilita	nesvede
Otočení	jisté	nejisté, zavrátování	výrazně nejisté, potřeba dopomoci	nesvede
Usednutí	bez pomoci	s pomocí rukou či opření	výrazně nejisté, potřeba dopomoci	nesvede

CELKEM:(max. 12 bodů)

HODNOCENÍ RIZIKA DEKUBITŮ



Hodnocení rizika dekulbitů dle Bradena

Sledovaná veličina / stupeň				
Čitelnost	Vymizelá	Velmi omezená	Mírně snižená	Normální
Vlhkost	Nestálá	Často	Občas	Zřídka
Aktivita	Upoután na hláčko	Neschopen chůze	Chodí zřídka	Chodí pravidelně
Mobilita	Imobilní	Velmi omezená	Lehce omezená	Bez omezení
Výživa	Velmi špatná	Slabší	Adekvátní	Výborná
Tření a střih	Změna polohy s plnou asistencí	Neschopen chůze, minimální pomoc při změně polohy	Chodí zřídka, pohyb na lůžku bez dopomoci	Chodí
Skóre	1	2	3	4

Hodnocení:

Riziko vývoje dekulbitů narůstá s klesajícím skóre.

15 - 16	Nizké riziko
12 - 14	Mírné riziko
Méně než 12	Vysoké riziko

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Každé další omezení		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Polyblivost		Inkontinence	
úplná	4 < 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 dobrý	4 dobrý	4 dobrý	4 chodí	4 uplná	4 není	4 není	4 není	4 není	4 není	4 není	4 není
malá	3 < 30	3 alergie	3 žádné	3 zhoršený	3 apodily	3 zhoršený	3 apodily	3 zhoršený	3 apodily	3 doprovod	3 částečně omezená	3 částečně omezená	3 částečně omezená	3 částečně omezená	3 částečně omezená	3 částečně omezená	3 částečně omezená
částečná	2 < 60	2 vlhka	2 žádné	2 špatný	2 změtený	2 špatný	2 změtený	2 špatný	2 změtený	2 sedáčka	2 velmi omezená	2 velmi omezená	2 velmi omezená	2 převážně omezená	2 převážně omezená	2 převážně omezená	2 převážně omezená
žádná	1 > 60	1 suchá	1 žádné	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 bezvědomí	1 leží	1 bezvědomí	1 leží	1 leží	1 leží	1 leží	1 leží	1 leží	1 leží	1 leží	1 leží

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MĚNĚ

Hodnocení nutričního stavu

Jméno pacienta:
Datum:
Test provedl:

Nejdříve proveďte screening, dále postupujte dle jeho výsledku

Screening:

- A. Jíte méně v posledních 3 měsících?**
(příklad pro menší chuť k jídlu, zadržací potíže, potíže s kousáním či polykáním)
0 - ano, výrazně méně
1 - ano, trochu méně
2 - ne, jím pořád stejně
0 - více než 0-3 kg
1 - nevím
2 - úbytek mezi 1-3 kg
3 - žádný úbytek na váze
- C. Stav hybnosti**
0 - upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík
1 - schopen stát, ale většinu dne tráví na lůžku či vozíku
2 - samostatně se pohybuje
- D. Prodělali jste v posledních 3 měsících nějaké akutní onemocnění nebo výrazný stres?**
0 - ano
1 - ne
- E. Neuropsychologický stav pacienta**
0 - deprese nebo těžká demence
1 - mírná a střední demence (pacient je schopen komunikovat, může být dezorientovaný, ale není agresivní či neklidný, v noci převážně spí)
3 - bez těchto problémů
- F. BMI – Body Mass Index**
0 - BMI méně než 19
1 - BMI 19 až méně než 21
2 - BMI 21 až méně než 23
3 - BMI 23 či vyšší

Výsledek screeningu (maximální počet bodů 14)

12 bodů a více - PACIENT NĚNÍ OHROŽEN MALNUTRICÍ (není třeba pokračovat ve vyšetření)
11 bodů a méně - RIZIKO MALNUTRICE - (pokračujte ve vyšetření)

Doplnující vyšetření

G. Žije samostatně v domácím prostředí (není nikdy dlouhodobě umístěn či hospitalizován)

0 - ne
1 - ano
0 - ano
1 - ne

H. Užívá více než tři druhy léků denně (dlouhodobá medikace)

0 - ano
1 - ne

I. Dekubity či jiné výrazné kožní defekty

0 - ano
1 - ne

3. Kolik plnohodnotných jídel sni pacient za den?

0 - jedno
1 - dvě
2 - tři

Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení nutričního stavu (skóre) pacienta

- slouží ke zhodnocení nutričního stavu pacienta

„Screeningový“ nástroj	odpověď	skóre	Aktuální skóre pacienta
Otázka A: Ztratil pacient v poslední době váhu, aniž by se o to aktivně pokoušel?*	ano – jděte k otázce B ne – jděte k otázce C neví – jděte k otázce C	0 0 2	
Otázka B: Kolik kilogramů váhy pacient ztratil?	0,5-5 5-10 10-15 více než 15 není si jist	1 2 3 4 2	
Otázka C: Ji pacient v současné době méně, protože ztratil chuť k jídlu?	ne ano	1 2	
	CELKOVÉ SKÓRE		

V případě, že nutriční skóre pacienta je vyšší než 3, volejte _____

* Období posledních 3-6 měsíců

HODNOCENÍ BOLESTI



Funkční škála bolesti	
Skóre/stupeň	Funkční dopad bolesti
0	bez bolesti
1	bolest snesitelná, nebrání v záadných činnostech a aktivitách
2	bolest snesitelná, brání v některých činnostech a aktivitách
3	nesnesitelná, ale pacient může telefonovat, číst nebo sledovat TV
4	nesnesitelná, pacient nemůže telefonovat, číst ani sledovat TV
5	nesnesitelná, pro bolest není pacient schopen slovní komunikace

Jednoduchá deskriptivní škála bolesti



Denní záznam bolesti podle Melzacka

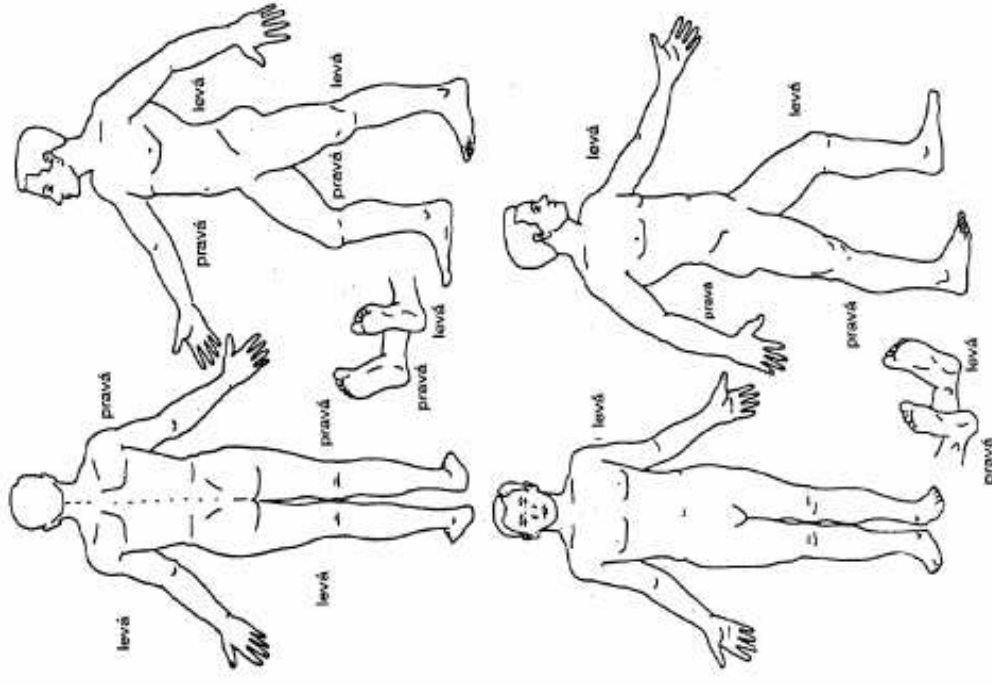
NÁVOD: Zaznamenejte intenzitu bolesti číslem v příslušné kolonce

- 0 - žádná
- 1 - mírná
- 2 - nepříjemná
- 3 - intenzivní
- 4 - krutá
- 5 - nesnesitelná

Uveďte počet hodin spánku a počet tablet, které jste užili na tlášení bolesti.

	Ráno	Poledne	Večer	Noc	Léky	Spánek
Pondělí						
Úterý						
Středa						
Čtvrtek						
Pátek						
Sobota						
Neděle						

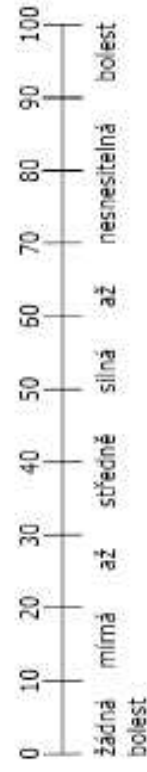
Mapa bolesti (M. S. Margoles, 1983)



Melzackova škála bolesti



Numerická škála bolesti



Vizuální analogová škála bolesti



Škála výrazů obličejů pro měření bolesti



Sledování projevů bolesti u dítěte

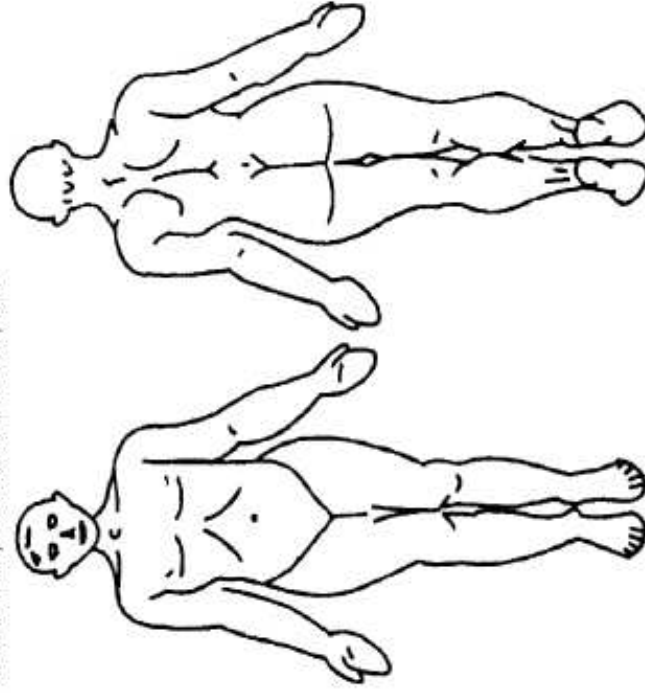
0	1	2	3	
I. Tvář	Relaxace	Vystrašenost	Sklíčenost	Reznouce
	relaxovaná	vystražená	sklíčená bolestí	stříbná
	Svalstvo tváře bez	Zamračeno	Tvářní pátč	Výhravný pohled
	Hluboký spánek	Blouznivý pohled	Úpurný výraz	Pohled fixovaný na l. místo
II. Polyky	Klíče bílé	Pootvřena ústa	Svrásené rty, obočí	Nepřáče
	Relaxované končetiny	Neklid	Opystotomus	Rugulita
	Ruce volně v pěst	Třásné pohyby	Seřazené oblasti	bolestivé imobilita
		Zvýšený MORO reflex		
III. Barva	ružová	červená	Bledá	ružná
			paranormalní	
Hodnocení:				
Hodnocení:	0	Relaxované dítě bez projevů bolesti		
	1.II	Přechodné projevy bolesti		
	3.IV	Přechodná bolest, dobře reaguje na ušišování		
	5	Dítě vnímá bolest, na ušišování reaguje slabě		
	6	Dítě je sklíčené, intenzivně má intenzivní trvalou bolest		
Sledování mimických projevů v oblasti dítěte				
Celo	Fritonný vrasky			
Obočí	Svrásené příčné brázdý nos a mezi obočím			
Věčka	Vydělaná, svrásěla			
Nasolabní rýhy	Zvrazněné, nos rthann se vytvořily valy			
Ústa	Otevřená, skleslé koutky, křivé rty			
Jazyk	Napjatý, vyhrnutý nahoru, z jazyka se vytvořil zážbek			
Brada	Chvěje se			
Dále sledujeme počávkami analgetik, provedení dělna vyškou, saturace kyslíkem.				

ZÁZNAM JEDNORÁZOVÉHO ZHODNOCENÍ BOLESTI

1. TOPOLOGIE

Kde to bolí

Zakrešete do lidské postavy, kde nemocný bolest udává, šipkami kam bolest vyšetřuje. Eventuelně může provést zakrešení i nemocný sám.



Propagace bolesti:

2. INTENZITA
Jak moc to bolí?
1 ————— 5 ————— 10
žádná bolest nejvýše možná bolest

3. KVALITA
Jak to bolí?
 pulsuující řezavé kolikovitá intenzivní dusivé drupé
 nesnesitelná palivá krutá trýznivá

4. ČAS
Kdy to bolí?

Na čem je bolest závislá?

Jak dlouho trvá?

5. OVLIVNITELNOST
Co zmírňuje bolest?
 klid úlevová poloha komprese rukama zaměření pozornosti jiným směrem
 relaxace sugesce
stimulace kůže: chladem teplem masáží
Léky (jaké, kolik, jak často):

Co zesiluje bolest?

6. REAKCE NEMOCNÉHO NA BOLEST
 pláč křik strach úzkost dobrá tolerance bolesti
 špatná spolupráce agresivita

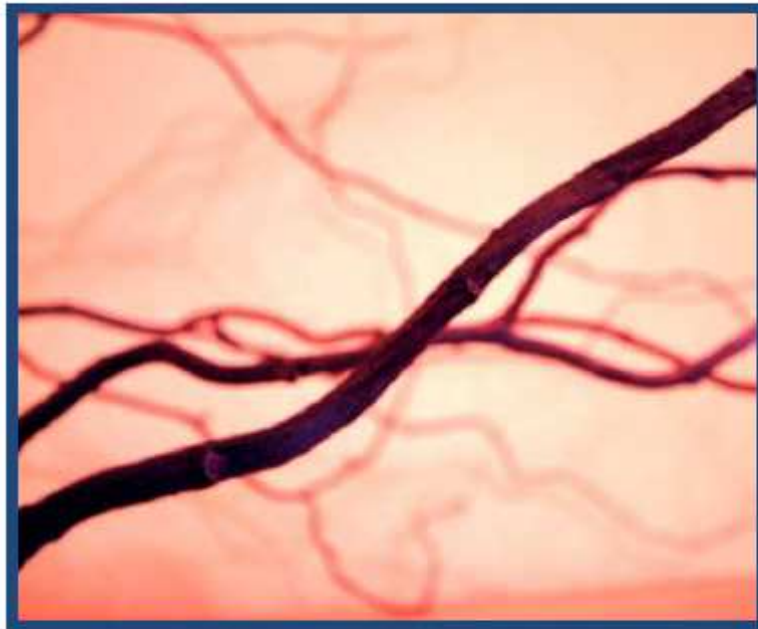
DATUM: **PODPIS SESTRY:**

Záznam hodnocení bolesti

DATUM	ANALGETIKA	TOPOLOGIE Kde to bolí? Popište bolest (zakreš šipkou)	INTENZITA Jak moc to bolí? (označ šipkou na stupnici, např. 7)	KVALITA Jak to bolí? (puzující, řezavé, růpá, palivá, apod.)	ČAS Kdy to bolí?	OVLIVNITELNOST Co zmírňuje bolest?	REAKCE NEMOCNÉHO NA BOLEST	PODPIS SESTRY
			žádná bolest 1 ————— 5 ————— 10 nejvýše možná bolest	žádná bolest				
			žádná bolest 1 ————— 5 ————— 10 nejvýše možná bolest	žádná bolest				
			žádná bolest 1 ————— 5 ————— 10 nejvýše možná bolest	žádná bolest				
			žádná bolest 1 ————— 5 ————— 10 nejvýše možná bolest	žádná bolest				
			žádná bolest 1 ————— 5 ————— 10 nejvýše možná bolest	žádná bolest				

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

HODNOCENÍ RIZIKA ŽILNÍ TROMBÓZY



Škála k hodnocení vzniku žilní trombózy

OHROŽENÍ PŘI ZMĚNĚ RYCHLOSTI PROUDU KRVE	OHROŽENÍ PŘI ZMĚNĚ SLOŽENÍ KRVE	OHROŽENÍ PŘI PORUŠENÍ CÉVNÍ STĚNY
A - Imobilizace Body např.: klid na lůžku, fraktury, ochrnutí, sedřivý obvaz - žádný klid na lůžku 0 - klid na lůžku déle než 12 hodin 2 - klid na lůžku déle než 72 hodin 4	A - Prodělané tromboembolické nemoci, rodinná zátěž 4 B - Operace - chirurgické zákroky 4 - operace kostí, pooperační infekce rány 7 - operace kostí v blízkosti kyč. kloubu 8	A - Věk - do 40 let 0 - 41-60 let 1 - 61-70 let 2 - nad 70 let 3
B - Aktivita Pouze při A 2 či 4 - provádí samostatné aktivní pohyby a změnu polohy 0 - cvičení a změnu polohy provádí pouze na vyzvání nebo instruktáž 2 - pacient je imobilní a inaktivní 4	C - Metastazující nádory 2 D - Círnóza jater, DN, nefrotický syndrom, paruchy výměny tuků 2	B - Cévní mozková příhoda 5
C - Posttrombotický syndrom Varikóza 3 D - Obezita 3	E - Dehydratace/Polyglobulie/Popálení - koncentrována moč 1 - suchý jazyk, rty a sliznice, dužina ústní 2 - zvýšený hematokrit 3	C - Infarkt myokardu 5
E - Gravidita - šestinedělí 4	F - Léčebné přípravky - estrogeny, diuretika, kortikosteroidy, krevní transfuze 2	
F - Chronická srdeční insuficience, onemocnění plic 5		

Nebezpečí vzniku žilní trombózy od 6 bodů
 Velké nebezpečí vzniku žilní trombózy od 10 bodů

HODNOCENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ



Skála deprese pro geriatrické pacienty

Skála deprese pro geriatrické pacienty		Odpověď
Otázka		
1. Jste v podstatě spokojen/a se svým životem?		ano/NE
2. Vzdal/a jste se v poslední době mnoha činnosti a zájmů?		ANO/ne
3. Máte pocit, že je Váš život prázdný?		ANO/ne
4. Nudíte se často?		ANO/ne
5. Máte většinou dobrou náladu?		ano/NE
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?		ANO/ne
7. Cítíte se převážně šťastný/á?		ano/NE
8. Cítíte se často bezmocný/á?		ANO/ne
9. Vysedáváte raději doma, než byste šel/šla mezi lidi a seznamoval/a se s novými věcmi?		ANO/ne
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci?		ANO/ne
11. Myslíte si, že je krásné žít?		ano/NE
12. Nepadá Vám někdy, že Váš život nestojí za nic?		ANO/ne
13. Cítíte se plný/á elánu a energie?		ano/NE
14. Máte pocit, že je Vaše situace beznadějná?		ANO/ne
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?		ANO/ne
Celkové skóre:		
Hodnocení: za každou odpověď vyznačenou velkými písmeny se započítá 1 bod		
0 - 5 bodů - normální afekt bez deprese		
6 - 10 bodů - mírná deprese		
více než 10 bodů - manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření a léčbu		

Skála pro hodnocení deliria

Skála pro hodnocení deliria
<p>1. Akutní změna psychického stavu a jeho kolísání Došlo u nemocného k průkazné akutní změně kognitivních funkcí oproti jeho normálnímu stavu? Kolísá toto abnormální chování během dne (tedy objevuje se a zase ustupuje) nebo se snižuje či zvyšuje jeho závažnost?</p>
<p>2. Nepochopitelnost, nepozornost Má pacient problémy se soustředěním, například ztrácí souvislosti při řeči, lze snadno odvést jeho pozornost, zapomíná, o čem se hovořilo?</p>
<p>3. Roztříštěné (dezorganizované) myšlení Neudrží pacient souvislou věcnou konverzaci, má nelogický a nejasný tok myšlenek, přeskákuje v konverzaci z jedné věci na druhou?</p>
<p>4. Alterace vědomí Je vědomí pacienta porušeno? Je bdělý, ale nadměrně citlivý k zevním podnětům a vzrušivý, nebo usopak letargický, somnolentní, soporózní nebo v kómatu?</p>
<p>Hodnocení: Je nutno uvažovat o deliriu, jestliže jsou současně přítomny pozitivní odpovědi na otázky 1 a 2 nebo 3 nebo 4.</p>

ZKRÁCENÝ MENTÁLNÍ TEST DLE GAINDA

Zjistěte u klienta otázkami a úkoly:

		Odpověď	
		Správná	Špatná
1.	Věk	1	0
2.	Kolik je asi hodin?	1	0
3.	Adresa?*	1	0
4.	Současný rok?	1	0
5.	Kde je hospitalizovaný?	1	0
6.	Poznání alespoň dvou osob.	1	0
7.	Datum narození?	1	0
8.	Jméno současného prezidenta? (rok ukončení II. světové války...)	1	0
9.	Odečkat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat po zpátku měsíce v roce od prosince k lednu	1	0
Celkem:			


* CAVE-Pozor! Na konci testu by měla být adresa nemocným zapakována, abychom se ujistili, že dobře slyší.

Hodnocení

Za každou správnou odpověď má klient 1 bod. Nedostátně-li ani 7 bodů jedná se o zmatenost.

Test kognitivních funkcí

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
<p>1. Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek.</p> <p>Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice? (toto oddělení?, tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí? (pokoj?) 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>2. Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta-například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval.</p> <p>Za každou správnou odpověď je dán 1 bod.</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván, aby odečetl 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě.</p> <p>Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (= vybavenost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3

<p>5. Řeš, komunikace a konstruktivní schopnosti:</p> <p>(správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žadná ale - Jeslíže - Kdyby <p>Dějte nemocnému třístopový příkaz:</p> <p>„<i>Vezměte</i> papír do pravé ruky, <i>přeložte</i> ho na půl a <i>položte</i> jej na podlahu.“</p> <p>Dějte nemocnému přecházi pípsím s napsím „Zavřete oči“.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podnět a přísudek, která dává smysl).</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrázek podle předlohy.</p> <p>1 bod jsou li zachovány všechny úhly a průtmy vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha</p> <p>11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha</p> <p>21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha</p> <p>24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Převzato z:

Hodnotící škály [online]. [cit. 2009-05-16].
Dostupný z WWW: <<http://www.ose.muniw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>.

Škály [online]. [cit. 2009-05-16].
Dostupný z WWW: <<http://www.uzs.tul.cz/index.cgi?fm=soubory>>.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

