



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Fakulta – Zdravotně sociální

Katedra – Klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

**Prevence imobilizačního syndromu  
u seniorů hospitalizovaných na oddělení  
následné péče v kontextu  
multidisciplinárního přístupu**

Vypracoval: Králová Sommerová Jana

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice - 2014

## Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na aktuální téma v péči o seniory. Jedná se o prevenci imobilizačního syndromu u seniorů v kontextu multidisciplinárního přístupu. Cíleně je práce zaměřena na seniory hospitalizované na oddělení následné péče.

Práce je rozdělena na dvě části, kapitoly – teoretickou a výzkumnou. Teoretická část, která je označena jako první kapitola, je dále přehledně rozdělena na podkapitoly a oddíly. Jsou zde uvedeny znalosti z odborné literatury a na konci bakalářské práce zařazeny přílohy k daným tématům. V úvodu teoretické části je zhodnocen současný stav kvality života seniorů. Následně jsou definovány jednotlivé pojmy, vztahující se ke stáří a stárnutí. Jako nedílnou součástí hodnocení kvality života seniorů je klasifikace soběstačnosti a výkonnosti. Zde je zmíněna Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, jako smysluplný nástroj pro dostupnost služeb v oblasti sociální, ale také jako nástroj klinický. Další podkapitola je věnována imobilitě a jejím příčinám. Práce shrnuje také její důsledky. V definici imobilizačního syndromu je zdůrazněno, že se jedná o geriatrický syndrom, který úzce souvisí s hypomobilitou, dekoncidií, instabilitou, pády, sarkopenií a dalšími geriatrickými symptomy a syndromy. Oddíl této podkapitoly pak shrnuje fyziologické reakce na imobilitu.

V teoretické části se specifikuje pojem dlouhodobé péče a historický pohled na ni. V páté podkapitole a jejích oddílech je upřesněna gerontologická prevence, její cíl a jako hlavní faktor prevence duševní životosprávy ve stáří. Samostatnou podkapitolu tvoří prevence imobilizačního syndromu. Hlavní téma práce – multidisciplinární přístup - je shrnuto v sedmé podkapitole a jejích oddílech. Zde jsou definováni jednotliví členové týmu a jejich základní činnosti při práci s klientem. Teoretickou část uzavírá vizitka nemocnice Česká Lípa a charakteristika oddělení následné péče.

Výzkumná část práce je rozdělena na několik kapitol. Je zpracována formou kvalitativního výzkumu. Navazuje na teoretické poznatky a posuzuje práci jednotlivých členů multidisciplinárního týmu v praxi.

Úvodní kapitola obsahuje cíl práce a výzkumné otázky. Další kapitolu tvoří metodika a metody sběru dat. Základní metodou sběru dat je analýza dokumentů. Cíleně

byla použita analýza osobních dokumentů a jako zdroj zdravotní dokumentace vybraných klientů. Následně byly vytvořeny kazuistiky. Cílovou skupinu tvoří klienti oddělení následné péče v Nemocnici Česká Lípa a. s. s odlišností věku, pohlaví i typu diagnózy, v práci označování jako respondent A, B, C, a D. Data jsou v práci zpracována pomocí případové studie s cílem interpretovat interakce mezi případem a okolím s využitím velkého množství údajů z řady rozmanitých zdrojů.

Kazuistiky jsou zpracovány s použitím zdravotní dokumentace klientů oddělení následné péče. V každé z nich je kromě základních anamnestických údajů uveden stručně průběh hospitalizace a především faktory ošetrovatelské, rehabilitační, ergoterapeutické a sociální péče. Dále jsou doplněné o pohled klientů formou otázek v rámci polostrukturovaného rozhovoru. V průběhu kazuistik je vložen komentář ze zúčastněného pozorování. Závěr pak tvoří hodnotící tabulky. V těchto tabulkách je shrnutí ve dvou oblastech naplnění – a to naplnění v multidisciplinárním přístupu a v naplnění bio-psycho-sociálních potřeb respondentů.

Podrobné vyjádření, porovnání výsledků a celkové shrnutí je obsahem kapitoly Diskuse. Výzkumem měla být zodpovězena otázka, zda přístup ke klientům na oddělení následné péče je multidisciplinární a zda koresponduje s potřebami klientů. Nejdůležitějším zjištěním bakalářské práce bylo stanoveno, že hlavním faktorem je diagnóza klienta a přístup jednotlivých členů týmu ke klientovi. Ne vždy přístup jednotlivých členů korespondoval s potřebami klienta. Toto se potvrdilo u respondenta B, který byl hospitalizován s výrazně imobilizujícím onemocněním. Zde nejvíce selhala péče ošetrovatelská, která nebyla v koordinaci s rehabilitačním ošetřováním. U respondenta C byla slabým článkem v týmu samotná rodina. Nutno podotknout, že důležitým článkem v tomto týmu je samotný klient a jeho aktivní účast. Nespolupracující klient výrazně narušuje chod týmu a motivaci pomoci. Celkově byla patrná chybějící složka psychologické péče. V kapitole Diskuse je také dle dostupné odborné literatury provedeno porovnání, jak probíhá dlouhodobá péče v mezinárodním kontextu. V rámci Evropy je rozvíjena široká škála přístupů k poskytování dlouhodobé péče. Dlouhodobou péčí se zabývají tři společně odsouhlasené a navzájem propojené

cíle a oblasti poskytování služeb: všeobecný přístup, vysoká kvalita a dlouhodobá udržitelnost.

Práce nabízí aktuální pohled na přístup jednotlivých členů multidisciplinárního týmu v rámci oddělení následné péče v Nemocnici Česká Lípa. Výzkum lze využít jako zpětnou vazbu pro organizace poskytující dlouhodobou péči pro zajištění lepších podmínek kvality života seniorů. Zároveň ho lze využít jako podklad pro realizaci konkrétních preventivních opatření. Bylo by jistě přínosné zmapovat základní otázku výzkumu v jiných zdravotnických zařízeních či soukromých zařízeních poskytujících zdravotnické a sociální služby.

**Klíčová slova:** senior – imobilita – imobilizační syndrom – prevence - multidisciplinární přístup – multidisciplinární tým

## **Abstract**

This bachelor thesis focuses on an actual topic in the care of the elderly. It is prevention of immobilization syndrome of the elderly in context of a multidisciplinary approach. The thesis is focused on the elderly hospitalized at an after-care unit.

The work is divided into two parts, chapters – theoretical and practical. The theoretical part, which is labelled as Chapter One is further clearly divided into Subchapters and Sections. The first chapter presents theoretical background based on specialized literature. At the end of the bachelor thesis are listed appendices. In the introduction to the theoretical part the current state of a quality of an elderly life is assessed. Subsequently particular terms related to old age and senescence are defined. An inseparable part of the assessment of the quality of the elderly life is the classification of self-sufficiency and efficiency. Here the International Classification of Functioning, Disability and Health is mentioned as a meaningful tool for the availability of social services, but also as a clinical tool. Next subchapter is dedicated to immobility and its causes. The thesis also summarizes its consequences. The definition of immobilization syndrome emphasizes that this is a geriatric syndrome, which is closely connected to hypomobility, decondition, instability, falls, sarcopenia and other geriatric symptoms and syndromes. A section of this subchapter then summarizes the physiological response to immobility. The theoretical part specifies the notion of long-term care also from the historical point of view. The fifth sub-chapter and its sections specify gerontology prevention and its goals, and prevention of mental lifestyle in old age is discussed as the main factor. A separate subchapter deals with the prevention of immobilization syndrome. The main topic of the thesis – the multidisciplinary approach – is summarized in seventh subchapter and its sections. Individual team members and their basic activities while working with the client are defined here. The theoretical part concludes with a card of Česká Lípa hospital and with a characterization of the Department of aftercare.

The research part of the thesis is divided into several chapters. It is processed in a form of qualitative research. It follows the theoretical observations and assesses the work of particular members of the multidisciplinary team in practice.

The introductory chapter contains the goal of the thesis and research questions. Next chapter discusses methodology and data collection methods. The basic method of data collection is the analysis of documents. The analysis of personal documents was used on purpose, medical records of selected clients were used as source. Case reports were created afterwards. The target group consists of clients of the after-care unit in Česká Lípa Hospital Co., with differences in age, sex and type of diagnosis, in the thesis marked as respondent A, B, C and D. Data in the thesis are processed by means of case studies with the aim to interpret the interactions between the case and the surroundings, using large amount of data from a range of diverse sources.

Case reports are processed using the medical records of clients from the after-care unit. In each of them, in addition to the basic anamnestic data, a brief course of hospitalization is described, and especially factors of nursing, rehabilitation, ergotherapeutic and social care are discussed. They are also supplemented by the client's point of view, using questions within a semi-structured interview. In the course of case studies, commentary from involved observation is inserted. The conclusion consists of evaluation tables. In these tables two areas of fulfillment are summarized – fulfillment of multidisciplinary approach and fulfillment of bio-psycho-social needs of the respondents.

Detailed expression, comparison of the results and overall summary are in chapter "Discussion". The research question should be answered whether the attitude to clients of the after-care unit is multidisciplinary and whether it corresponds with the needs of clients. The most important finding of this bachelor thesis is that a major factor is the client's diagnosis, and the individual team member's approach to the client. The approach of the members did not always correspond to the needs of the client. This was confirmed by the respondent B, who was hospitalized with significant immobilising disease. The nursing care failed here most, because it was not coordinated with the physical therapy. Respondent C's weakest link was his/her own family. It should be noted that an important element in this team is the client himself/herself and his/her active participation. An uncooperative client significantly disrupts functioning of the team and motivation to help. Overall, the missing component of psychological

care was obvious. In “Discussion” chapter a comparison based on specialized literature is provided, discussing the long-term care in the international context. Within Europe a wide range of approaches for providing the long-term care is developed. Three generally agreed and interrelated goals and areas of service provision are dealing with long-term care: general approach, high quality and long-term sustainability.

The thesis offers an up-to-date view of the current approach of individual members of the multidisciplinary team within the after-care unit in the Česká Lípa hospital. Research may be used as feedback to organizations providing long-term care to ensure better conditions of quality of elderly life. It can also be used as a basis for the realization of specific preventive measures. It would definitely be useful to chart the basic research situation in other healthcare facilities or private facilities providing health and social services.

Keywords: the elderly – immobility – immobilization syndrome – prevention – a multidisciplinary approach – a multidisciplinary team

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. května 2014

.....

Jana Králová Sommerová



## **Poděkování**

Děkuji své vedoucí bakalářské práce Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za podnětné připomínky a kvalitní vedení při psaní mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala klientům oddělení následné péče, kteří se podíleli na výzkumné části bakalářské práce, za jejich ochotu a spolupráci.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat celé své rodině, která mi byla velkou oporou během studia.

# Obsah

<b>Úvod .....</b>	<b>12</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>13</b>
<hr/>	
<b>1.1 POJEM STÁRNUTÍ A STÁŘÍ .....</b>	<b>13</b>
1.1.2 KLASIFIKACE SOBĚSTAČNOSTI A VÝKONNOSTI .....	14
<b>1.2 IMOBILITA A JEJÍ PŘÍČINY .....</b>	<b>15</b>
1.2.1 DŮSLEDKY IMOBILITY .....	16
<b>1.3 IMOBILIZAČNÍ SYNDROM.....</b>	<b>17</b>
1.3.1 FYZIOLOGICKÉ REAKCE NA IMOBILITU .....	18
<b>1.4 DLOUHODOBÁ PÉČE.....</b>	<b>20</b>
1.4.1 HISTORICKÝ POHLED.....	20
1.4.2 NÁSLEDNÁ PÉČE .....	21
<b>1.5 PREVENCE.....</b>	<b>21</b>
1.5.1 CÍL PREVENCE.....	21
1.5.2 DUŠEVNÍ ŽIVOTOSPRAVA VE STÁŘÍ .....	22
<b>1.6 PREVENCE IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU .....</b>	<b>23</b>
<b>1.7 MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP – TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE .....</b>	<b>23</b>
1.7.1 ROLE OŠETŘUJÍCÍHO PERSONÁLU .....	24
1.7.1.1 Rehabilitační ošetřování .....	24
1.7.1.2 Rehabilitační prostředky v sesterské praxi .....	25
1.7.1.3 Bazální koncept.....	26
1.7.2 ROLE FYZIOTERAPEUTA .....	26
1.7.3 ROLE ERGOTERAPEUTA .....	27
1.7.3.1 Aktivizace imobilních seniorů .....	27
1.7.4 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA .....	28
1.7.4.1 Dobrovolnictví .....	28
1.7.5 OSTATNÍ ČLENOVÉ MULTIDISCIPLINÁRNÍHO PŘÍSTUPU.....	29
1.7.5.1 Klinická pastorační péče .....	30

1.7.5.2 Rodina – základní článek .....	30
<b>1.8 NEMOCNICE ČESKÁ LÍPA.....</b>	<b>31</b>
1.8.1 HISTORIE NEMOCNICE .....	31
1.8.2 ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE (LDN) .....	31
<b>2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>33</b>
<hr/>	
<b>2.1 CÍL PRÁCE.....</b>	<b>33</b>
<b>2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</b>	<b>33</b>
<b>3. METODIKA.....</b>	<b>34</b>
<hr/>	
<b>3.1 METODY SBĚRU DAT.....</b>	<b>34</b>
<b>3.2 CHARAKTERISTIKA CÍLOVÉ SKUPINY .....</b>	<b>35</b>
<b>3.3 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....</b>	<b>35</b>
<b>4. VÝSLEDKY .....</b>	<b>36</b>
<hr/>	
<b>4.1. KAZUISTIKA – RESPONDENT A.....</b>	<b>36</b>
<b>4.2. KAZUISTIKA – RESPONDENT B .....</b>	<b>43</b>
<b>4.3. KAZUISTIKA – RESPONDENT C.....</b>	<b>49</b>
<b>4.4 KAZUISTIKA – RESPONDENT D.....</b>	<b>55</b>
<b>5. DISKUSE.....</b>	<b>60</b>
<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>66</b>
<b>7. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ .....</b>	<b>68</b>
<b>8. PŘÍLOHY .....</b>	<b>72</b>
<hr/>	

## Úvod

Téma mé bakalářské práce se vztahuje k oblasti péče o seniory. Je všeobecně známo, že délka života se prodlužuje, zároveň se zlepšuje jeho kvalita, a to zejména díky medicínským pokrokům a změně životního stylu obyvatel. Z různých statistických výzkumů je již dnes patrný růst počtu obyvatel starších 65 let. Stárnutí populace je podle demografů nejzásadnější změnou, která čeká většinu vyspělých států. Podle propočtů by počet obyvatel ve věku 65 let a starších mohl v roce 2050 dosáhnout 2,96 miliónu lidí. Zvýšila se také doba odchodu do důchodu. Je mnoho lidí důchodového věku, kteří ještě pracují. S medicínským pokrokem však lze zaznamenat také vzrůst polymorbidity v seniorské populaci. Je tedy důležité přizpůsobit služby i produkty potřebám seniorské populace, díky nimž by lidé do vysokého věku byli soběstační a mohli zůstat v domácím prostředí. Pokud však nastane situace spojená se změnou zdravotního stavu v důsledku nemoci či úrazu a je nutná hospitalizace, je péče o seniory v rámci zdravotnických zařízení prioritní.

Vzhledem k růstu počtu seniorů, kteří jsou hospitalizováni (a často dochází také k rehospitalizacím) na odděleních následné či dlouhodobé péče ve zdravotnických zařízeních, jsem si vybrala téma prevence imobilizačního syndromu v kontextu multidisciplinárního přístupu. Kdo patří do tohoto týmu a jakým způsobem se podílí na péči? Jak vnímají klienti oddělení přístup jednotlivých členů týmu? Jak probíhá tato péče v jiných evropských státech? Toto byly základní otázky mé práce. Je třeba připomenout, že důležitou složkou péče je nejen prevence imobilizačního syndromu, ale přístup ke klientovi v celém kontextu bio-psycho-socio-spirituálním.

***„Lidská pomoc v nouzi obohacuje nejen toho, kdo ji dostává, ale i toho, kdo ji poskytuje.“ Václav Havel***

# 1. Současný stav

Zdraví je vysoká hodnota individuální i sociální a jeden z faktorů kvality života. Současně je celkovou kvalitou života a životního prostředí významně determinováno. Pro kvalitu života ve stáří jsou vedle zdraví a soběstačnosti důležité další faktory. Patří sem ekonomické zabezpečení, vstřícné prostředí, psychická pohoda, mobilita a využití volného času (Nováková, 2011).

## 1.1 Pojem stárnutí a stáří

**Stárnutí (involuce)** je univerzální proces probíhající kontinuálně od početí a postihující živou hmotu. Jde o složitý komplex dějů, které se vzájemně prolínají a podmiňují a to na úrovni molekulární, subcelulární, celulární, orgánové i celostní. Zároveň jde o proces multifaktorový. Výsledkem stárnutí je **stáří (senium)** (Kalvach, 2004).

**Stáří** můžeme označit jako pozdní fázi ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, uzavírající lidský život. Souhrnně jde o projev a důsledek involučních změn funkčních a morfológických, které probíhají druhotně specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucí k typickému obrazu označovanému jako **fenotyp stáří**. Ten je dále modifikován nejen vlivy prostředí, ale také zdravotním stavem, životním stylem a v neposlední řadě vlivy sociálně ekonomickými i psychickými (Čevela, 2012).

*Podle definice Světové zdravotnické organizace je „stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími“ (Haškovcová, 2010, str. 20).*

Populace seniorů je, zvláště z hlediska zdravotního stavu, velmi heterogenní. Oproti mladším věkovým skupinám se vyznačuje především vyšší celkovou morbiditou, vysokým výskytem chronických a degenerativních nemocí, ale i vyšší incidencí akutních zhoršení, dekompenzací a hospitalizací (Topinková, 2005).

### 1.1.2 Klasifikace soběstačnosti a výkonnosti

K základním konceptům patří hodnocení aktivit všedního života (ADL, activities of daily living), které vychází z přesvědčení, že u pacientů především se závažnou disabilitou není životně ani rehabilitačně rozhodující dílčí míra zlepšení zdatnosti, např. rozsahu pohybu či samotné svalové síly. Rozhodující je funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti. Mezi alternativní formu testů patří **Index podle Barthelové** (Příloha 1.), který kromě hodnocení základní sebeobsluhy zahrnuje také hodnocení upravenosti, chůze a stoupání do schodů (Kalvach, 2011).

V Evropě je rozšířené skandinávské **Hodnocení (míra) funkční nezávislosti – FIM** (Functional Independence Measure), které v 7 úrovních hodnotí 18 tělesných a fyzických složek sebeobsluhy, respektive ADL. V roce 1969 se objevila tzv. **Lawtonova IADL škála** (Philadelphia Geriatric Center IADL scale) (Příloha 2.). Instrumentální ADL (IADL) se týkají složitějších činností, které umožňují ve svém souhrnu nezávislou existenci, tedy plnou soběstačnost: nakupování, vaření, vedení domácnosti, běžný úklid, používání dopravních prostředků, nakládání s penězi či telefonování (Kalvach, 2011). Z mentálních testů se provádí například **Mini-Mental State Examination MMS** (Minimální hodnocení mentálního stavu).

Obecně můžeme z hlediska funkčního stavu rozdělit seniory na:

- **elitní** – schopní extrémních výkonů do vysokého věku,
- **zdatní (fit)** – zvládají život v náročném prostředí i náročné pohybové či pracovní aktivity,
- **nezávislí** – zvládají běžné životní nároky, mají však nižší míru funkčních rezerv, potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti, adaptability),
- **křehcí** – v labilním funkčním a zdravotním stavu, ohrožení opakovanými náhlými dekompenzacemi, potřebují včasné, pružné, šetrné, cílevědomé intervence včetně tísňové péče,
- **závislí** – s velmi nízkým potenciálem zdraví, vyžadují podporu druhé osoby, podpůrné služby, integrovaný systém dlouhodobé péče,

- **zcela závislí** – vyžadují často trvalý dohled, jsou trvale upoutáni na lůžko či trpí pokročilým syndromem demence, potřebují ošetrovatelskou péči, pečovatelskou službu, cílevědomou podporu důstojnosti,
- **umírající** – vyžadující paliativní péči (Čevela, 2012).

V četných vyspělých zemích je však funkční diagnostika značně pokročilá. V roce 2001 byla vydána Světovou organizací zdraví (WHO) **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, MKF)**. Základem této koncepce je konstrukce funkční diagnózy, která je podstatně odlišná od diagnózy etiologické. Funkční diagnóza je v průběhu porušeného zdravotního stavu (nemoci, úrazu, vrozené vady) stejně důležitá jako diagnóza etiologická a s odstupem času je v mnoha situacích i důležitější.

Tato klasifikace byla do češtiny přeložena v roce 2008 a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR oznámil 8. prosince 2009 v částce 137, Sdělení Českého statistického úřadu č.431/2009 Sb., její zavedení v ČR (Kalvach, 2011). Bohužel v praxi se tato klasifikace používá velmi sporadicky.

## 1.2 Imobilita a její příčiny

Schopnost pohybovat se volně bez omezení je především známá pod pojmem **mobilita**. Opakem mobility je neschopnost pohybu – **imobilita**. Neschopnost pohybu či slabost z psychických či fyzických příčin, která pacienta omezuje, se nazývá **disabilita**.

**Imobilita** může být buď primární, kdy se jedná o přímý následek choroby či úrazu (např. transversální míšní léze – úplná plegie i paréza, pacient je neschopen pohybu i vnímání), nebo sekundární, která se vyvíjí druhotně (např. stav po infarktu myokardu, úrazu a operaci apod.) (Minaříková, 2008). Celkově ohrožuje soběstačnost člověka v uspokojování základních potřeb, zhoršuje kvalitu jeho života. Je negativně ovlivňována smyslovými poruchami, chorobami pohybového aparátu, kardiopulmonálními a neurologickými chorobami, depresemi i vedlejšími účinky užívaných léků (Nováková, 2011).

**Příčiny imobility** lze rozdělit na:

- **Somatické** – zde se mohou na vzniku časově různě dlouhou dobu trvající imobilitě významně uplatňovat následující orgánově podmíněné symptomy:
  - dušnost
  - únava
  - bolesti kyčlí, kolenou
  - angina pectoris
  - klaudikace, závratě
  - poruchy zraku a sluchu
- **Psychologické** – sem patří především:
  - deprese
  - anxiózní stavy
  - agorafobie (strach z prostřanství, z davu)
  - strach z pádů
- **Sociální** – jsou vyjádřeny zejména těmito faktory:
  - environmentální (prostředí)
  - schody, doprava
  - nepříznivé počasí (barometrické obtíže)
  - špatně padnoucí boty (Weber, 2004).

### **1.2.1 Důsledky imobility**

V kontextu s příčinami imobility lze vyjádřit také její důsledky. Následky omezeného pohybu v prostoru vyvolávají **důsledky somatické**. K nim patří především:

- riziko vzniku „syndromu de kondice“
- vznik povšechné slabosti, únavy, pomalosti
- riziko zakopávání při chůzi
- riziko pádů
- přejídání se a s tím spojené riziko přibývání na váze
- omezení tekutin



- nadměrné kouření
- riziko tvorby edémů
- riziko inkontinence (špatná dosažitelnost toalety)
- ekzoriace kůže
- a v neposlední řadě vznik dekubitů

Mezi **psychologické důsledky** můžeme zařadit:

- frustraci
- iritabilitu
- zlost
- smutek
- depresi

**Sociální důsledky** jsou vyjádřeny požadavky na pomoc při realizaci aktivit denního života, což má vliv také na členy rodiny, případně jiné osoby, které žijí s imobilním (Weber, 2004).

### **1.3 Imobilizační syndrom**

Každý lidský organismus negativně reaguje na nedostatek pohybu a dlouhodobý pobyt na lůžku. Vážným důsledkem je vznik imobilizačního syndromu.

**Imobilizační syndrom** (též hypokinetický syndrom) se rozvíjí jako celková odezva organismu na klidový režim pacienta, který může být naordinovaný nebo nevyhnutelný. Může jít o krátkodobou záležitost, nebo se může jednat o dlouhodobý až trvalý stav (Minaříková, 2008). Imobilizační syndrom je klasický geriatrický syndrom, který postihuje patofyziologickou zákonitost a komplexnost změn a vede ke komplexní rehabilitačně ošetrovatelské i lékařské prevenci a intervenci. Úzce souvisí s hypomobilitou, dekondicí, instabilitou, pády, sarkopenií i dalšími geriatrickými symptomy a syndromy. Zvláště u křehkých geriatrických klientů s nízkým potenciálem zdraví, s omezenou adaptační kapacitou, s poruchou regulačních mechanismů a s významnou multimorbiditou je rozvoj negativních důsledků imobilizace na lůžku velmi rychlý (Formánková, 2011).

### **1.3.1 Fyziologické reakce na imobilitu**

Uložení pacienta/klienta na lůžku spustí mnoho procesů. Některé z nich pacient/klient cítí, jiné ne.

#### **Pohybový systém**

Studie Herttingera a Muellera ukazují, že se v prvním týdnu může svalová síla snížit až o 20%. Dále může klesat každých 7 dnů o stejné procento (Jurásková, 2007). Tento stav vede ke svalové atrofii, deformitám končetin a páteře, ke svalovým kontrakturám. Jednou z příčin je také bolest, která vede k vyhledávání úlevové polohy na lůžku.

#### **Kardiovaskulární systém**

Ortostatická hypotenze je běžným následkem imobilizace. Po dobu dlouhodobé imobilizace dojde k útlumu reflexů, které u zdravých lidí spouští zvýšenou sympatickou aktivitu v dolní polovině těla, a tím zamezuje hromadění krve v dolních končetinách. Zároveň udržuje centrální krevní tlak dostatečně vysoký pro dodávku potřebného množství kyslíku do mozku (Jurásková, 2007).

Avšak tyto nervové mechanismy jsou při imobilizaci narušeny a dochází k poruše adaptace na vzpřímenou polohu. Pacient/klient má mžitky před očima, závratě, je opocení, zrychluje se činnost srdce, krevní tlak je nízký a někdy může dojít až ke ztrátě vědomí. Další komplikací je insuficience žilních chlopní (nedostatečnost až neschopnost orgánu plnit svou funkci). Dochází k hromadění krve v žilách dolních končetin a ke vzniku otoků. Nebezpečným následkem dlouhotrvajícího pobytu na lůžku je žilní trombóza a plicní embolie (Mlýnková, 2009).

#### **Respirační systém**

V horizontální poloze je ztíženo dýchání, vzniká pokles respiračních a ventilačních funkcí. Sekret se hromadí v plicních cestách a je zhoršené odkašlávání. Snížením samočisticí schopnosti dýchacích cest se tvoří půda pro pomnožení řady virů a bakterií (Klevetová, 2011). Dolní plicní partie jsou ohroženy zánětlivými komplikacemi. Na tvorbě zánětu plic se podílí také nedostatečné odstraňování sekretu z dýchacích cest. Senior není schopen si řádně odkašlat.

### **Gastrointestinální systém**

Imobilita způsobuje značnou nerovnováhu, kdy převažují katabolické procesy nad anabolickými a tím vzniká negativní dusíková bilance. Zvýšené vylučování dusíku způsobuje nechutenství. Rozvoj nechutenství (anorexie) navíc v kombinaci s vyšším věkem má za následek redukci příjmu bílkovin a energie, a to vyústí v malnutrici (podvýživu) (Jurásková, 2007). Příčinou nechutenství může být i psychický faktor nebo chuťově nepřítažlivá strava. Utlumením mobility trávicího traktu je způsobena zácpa.

### **Urogenitální systém**

Gravitace u pohyblivého jedince hraje pozitivní roli při vyprazdňování močového měchýře. U imobilních pacientů v horizontální poloze je situace zcela jiná. Při močení vleže musí nemocný tlačit proti gravitační síle. Dochází tak pouze k tomu, že se ledvinné pánvičky vyprázdní jen z části a moč se zde začíná hromadit. Vyprazdňování moče z močového měchýře je navíc ztíženo celkovým snížením napětí svalstva podílejícího se na evakuaci moče. Imobilní senioři tak trpí retencí moče a stagnující moč roztahuje močový měchýř (Mlýnková, 2009). Stáza zahuštěné moče, trhlinky v močovém měchýři a opakované cévkování jsou ideálními podmínkami pro rozvoj infekce močových cest.

### **Kožní systém**

U ležícího seniora se brzy objeví atrofie kůže a podkožní tkáň. Pokles obranných funkcí kůže má vliv na výskyt dekubitů, otlaků, trofických kožních změn. To souvisí i se snížením kožního turgoru. Nejvíce jsou ohrožena tzv. predilekční místa (sakrum, trochantery, paty, kolena, kotníky, zátylí, lokty a lýtka) (Klevetová, 2011).

### **Nervový systém**

Centrální nervový systém je regulátorem pohybu. Zvýšení motorické aktivity má za následek zvýšení tepové i dechové frekvence. Imobilita způsobuje nedostatek podnětů. Neschopnost pohybu narušuje senzorickou stimulaci. Bez stimulace jsou proprioreceptory, taktické receptory, baroreceptory, termoreceptory a vzniká smyslová deprivace. Tento stav je popisován jako snížené vnímání těla a následkem toho vzniká apatie, ospalost, neklid, podrážděnost, zmatenost a poruchy vnímání (Jurásková, 2007).

## **1.4 Dlouhodobá péče**

Dlouhodobá péče (LTC, long-term care) je systém, který spojuje zdravotní a sociální péči pro osoby s dlouhodobým zdravotním postižením a pro starší lidi s dlouhodobě oslabeným zdravím. Tato péče se poskytuje po dobu více týdnů či měsíců, vyžaduje pravidelný lékařský dohled a odbornou ošetrovatelskou péči. Zdravotní stav vyžaduje léčbu, rehabilitaci, ošetřování a nácvik běžných denních činností (Čapská, 2013).

Podle definice OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj) z roku 2009 je dlouhodobá péče „souhrn služeb, které potřebují lidé s omezenou funkční kapacitou, tělesnou či duševní, kteří jsou setrvale po delší dobu závislí na pomoci při základních aktivitách denního života. Tato podpora sebeobsluhy se často poskytuje v kombinaci se základními zdravotnickými službami. Služby dlouhodobé péče se rovněž mohou kombinovat s jednodušší pomocí při instrumentálních aktivitách denního života“ (Čevela, 2012).

Dlouhodobá péče o seniory je tématem s narůstající důležitostí ve členských státech EU a současně také v rámci institucí EU. Důvody jsou dobře známé. Dlouhodobá péče je v první řadě okolnost (situace), jejíž důležitost stoupá se stářím. Ve střední a východní Evropě například nejstarší skupina populace (obvykle definována jako skupina lidí ve věku 80 let a více) roste nejrychleji, v mnohých zemích expanduje o 3-4% ročně. Tím je dáno, že poptávka po péči mezi staršími lidmi, včetně péče dlouhodobé, rapidně stoupá (Hrozenská, 2013).

### **1.4.1 Historický pohled**

Historicky je formování dlouhodobé péče závažnou a dlouhodobou záležitostí euroatlantského významu. Milníky v jeho vývoji jsou:

- Vídeňský dialog v osmdesátých letech (Eurosocial) – kritika neudržitelnosti historických modelů „starobinců a chudobinců“.
- Studie OECD o dlouhodobé péči a vývoji disability v devadesátých letech 20. století i po roce 2000.

- Koncept WHO o úspěšném stárnutí a zdravém stáří z roku 2002.
- White House Conference on Ageing v USA 2005 a Trans-atlantic Exchange – konference EU a AARP v Bruselu 2006 o konceptu LTC.
- Řetěz odborně politických konferencí (Praha 2009, Evropská konference o důstojnosti a ohroženosti seniorů.) (Čevela, 2012).

### **1.4.2 Následná péče**

Jedná se o péči, jejímž cílem je vrátit nebo zlepšit zdraví pacientů, jejichž zdravotní stav je stabilizován, a tudíž již nepotřebují akutní péči, ale delší čas k zotavení, aby mohli přejít do domácí péče. K takovému cíli vede léčebná, rehabilitační i ošetrovatelská ústavní péče s důrazem na nácvik denních dovedností (Haškovcová, 2012).

Někdy bývá úzce propojena péče následná a péče dlouhodobá v rámci jednoho oddělení dlouhodobé/následné péče.

## **1.5 Prevence**

Gerontologická prevence se potýká se dvěma zásadními problémy. Prvním je podceňování vycházející z domnělé nezlepšitelnosti nepříznivého zdravotního a funkčního stavu ve stáří. Druhým problémem je zaměňování geriatrické prevence s juvenilizací (omlazováním) a hledáním jakéhosi elixíru mládí a dlouhého života (Čevela, 2012).

### **1.5.1 Cíl prevence**

Obecnými cíli jsou zpomalení involučního poklesu potenciálu zdraví, předcházení nepřiměřené deterioraci funkčního stavu s ohrožením soběstačnosti, oddálení manifestace věkem podmíněných chorob, podpora úspěšného stárnutí, kvality života, seberealizace a sociální participace, snížení společenských výdajů na řešení závislosti a bezmocnosti.

**Primární gerontologická prevence** se může týkat jak celkového stavu organismu v jeho bio-psycho-socio-spirituální jednotě, tak věkem podmíněných a/nebo ve vyšším věku zvláště častých a závažných chorob a jejich vzájemné potenciace (multimorbidity). Touto prevencí se orientačně rozumí zabránění nežádoucímu, chorobnému jevu či jeho výrazné oddálení.

**Sekundární prevenci** se rozumí zabránění recidivy či další progresu již přítomného jevu. Jde především o sekundární prevenci geriatrické křehkosti (frailty). Její patogeneze se přirovnává k utahující se spirále neúspěšnosti tvořené řadou různých faktorů. Součástí této prevence je cílevědomé pátrání po časných stádiích nejvýznamnějších chorob stáří.

**Terciální prevence** spočívá v zabránění komplikacím nastalého nežádoucího či chorobného stavu či jejich výrazné oddálení. Týká se komplikací a maligního funkčního vyústění nevládnutelné involuční deteriorace či chorob stáří.

Jde především o prevenci ztráty soběstačnosti, autonomie, institucionalizace, ztráty důstojnosti, zoufalství a ztráty životního smyslu, tělesného utrpení, imobilizačního syndromu včetně dekubitů, nezabezpečení a nevhodného zacházení, zanedbávání a zneužívání (Čevela, 2012).

## 1.5.2 Duševní životospráva ve stáří

Tuto podkapitolu lze charakterizovat též jako zásady vztahující se k udržení hodnotného způsobu života ve stáří. Jedná se o **pět „pé“ optimální adaptace**. V nich jsou zahrnuty důležité předpoklady a vodítka pro duševní životosprávu ve vyšším věku, které mohou posloužit také lékařům a ostatním zdravotnickým pracovníkům pečujících o seniory.

Jsou to tato hesla:

- 1. perspektiva** – časová a věková, která úzce souvisí s hierarchií hodnot a kreativitou
- 2. pružnost** – udržení pružnosti chování a myšlení zajišťuje dobrou adaptaci v tom, že jedinec dovede přizpůsobit své prožívání, myšlení a jednání změnám situace, a že se neváhá pouštět do nových úkolů; svůj význam má tělesný pohyb a jeho vliv na udržení pružné adaptace

**3. prozíravost** – má nepochybně důležitý podíl na autodeterminaci a autoregulaci, to znamená na umění organizovat si život; prozíravost vede rovněž k uvážlivým formám kompenzace, vyrovnání dílčích deficitů, jako poklesu rychlosti a síly a to především cílevědomostí, úsporností postupu a opatrností

**4. porozumění pro druhé** – snaha porozumět zvláštnostem života a světa, který se od mladých let seniora tolik změnil; na druhé straně snaha mladých lidí, aby dovedli chápat potřeby seniorů

**5. potěšení** – dobře se zabydlet v podmínkách třetího věku znamená podržet si v žádoucí míře zdroje potěšení a radosti; obecně řečeno jde o kontakt s lidmi, s živou i neživou přírodou, umění, knihy, sbírky, rukodělné činnosti, ale třeba i pes, kočka nebo pták v bytě, nový oděv, zpestření jídelníčku, cestování a mnoho dalších (Kalvach, 2004).

## **1.6 Prevence imobilizačního syndromu**

O imobilní pacienty je třeba pečovat soustavně tak, aby se zapojili všichni pracovníci – sestry, ošetřovatelky, pečovatelky, terapeutky, fyzioterapeutky, sociální pracovníci, nutriční terapeut. Není možné zajistit pouze základní péči o fyzické potřeby a dále ponechat seniory půl dne bez povšimnutí.

Vždy musíme zaujmout individuální přístup. Každý člověk je jiný, jinak reaguje na své postižení, na omezení pohybu, na změnu životního stylu. Aby péče o seniory byla skutečně dostatečná a preventivně zaměřená, musí mít v první řadě ošetřující personál dostatek informací o imobilizačním syndromu a jeho důsledcích. Na základě těchto znalostí lze poskytovat takovou péči, jež povede k zabránění výskytu komplikací (Mlýnková, 2009).

## **1.7 Multidisciplinární přístup – týmová spolupráce**

Správná komplexní léčba geriatrického pacienta je možná jen tehdy, je-li ošetřující lékař podporován profesionálně zdatným a kvalitně pracujícím týmem. Komplexní charakter nemoci ve stáří vyžaduje širokou spolupráci, při níž se všechny profesionální skupiny snaží o ucelený přístup k pacientovi. Tento tým tvoří především

pacienti, rodinný příslušníci, lékaři, ošetřující personál, psychologové, pracovníci duchovní péče, sociální pracovníci, terapeuti (fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, nutriční terapeut), a v neposlední řadě pomocný ošetřující personál (Schuler, 2010). (Příloha 3.)

### **1.7.1 Role ošetřujícího personálu**

**Ošetřovatelská péče** v oblasti zvyšování kvality života by se měla zaměřovat nejen na fyzické aspekty, ale především na podporu návratu pacientů do běžného života, zvládnutí denních aktivit, využívání zdrojů sociální opory. Zjištění vnímání vlivu onemocnění na život pacientů může být východiskovou bází pro naplánování adekvátních intervencí, které vedou k vytvoření lepšího terapeutického vztahu s pacientem a zlepšení jeho kvality života (Gurková, 2011).

Ošetřovatelství je obor v systému zdravotní péče, má svoji teorii, praxi i výzkum. Zahrnuje péči v době nemoci a rekonvalescence, zabývá se fyzickými, duševními i sociálními důsledky nemocí a úrazů i umíráním. V oblasti péče o geriatrické pacienty, kteří jsou ohroženi negativními důsledky imobility, je naprosto nezbytná spolupráce sester a rehabilitačních pracovníků (fyzio-ergoterapeutek).

Bohužel v ošetřovatelské péči přetrvávají stále některé mýty a rituály, které neodpovídají současnému pojetí ošetřovatelské péče a nejsou schopny akceptovat strukturalizaci péče dle potřeb pacienta.

#### **1.7.1.1 Rehabilitační ošetřování**

**Rehabilitační ošetřování** je součástí komplexní ošetřovatelské péče. Nepředstavuje nový obor, je to způsob práce s uplatňováním rehabilitačních prostředků v rámci ošetřování imobilního pacienta (Klusoňová, 2005). Rehabilitační ošetřování je aktivní ošetřování, kdy sestra všemi dostupnými prostředky zamezuje vzniku komplikací a sekundárních změn. Je to každodenní spolupráce sestry s rehabilitačními pracovníky. (Příloha 4.)



### 1.7.1.2 Rehabilitační prostředky v sesterské praxi

**Polohování** – jedná se o správné uložení pacienta, změny poloh v určitých časových intervalech.

**Pasivní pohyby** – jsou prováděny v plném rozsahu fyziologického pohybu, do mírné bolesti nebo pocitu tahu. Sestry provádějí pasivní pohyby při každé manipulaci s pacientem v rámci polohování nebo osobní hygieny.

**Kondiční cvičení** – je zaměřeno na cvičení zdravých nebo částečně hybných částí, na celkovou aktivitu pacienta, zvýšení tělesné zdatnosti a výkonnosti. Cílem je udržení stávajícího fyzického stavu pacienta, pohyblivosti kloubů, svalové funkce atd. Tempo a rytmus cvičení určuje věk a celkový stav pacienta.

**Aktivní cvičení** – pacient dostává zadané úkoly od fyzioterapeuta; jde o jednoduché pohyby. Každý nepatrný pohyb při těžkém postižení je nesmírně cenný.

**Dechová cvičení** – mají preventivní význam, neboť imobilita vede ke snížení plicní ventilace. Aktivní dynamická dechová cvičení jsou cviky končetin a trupu provázené koordinovaným dýcháním ve správném rytmu.

**Relaxace** – navozuje tělesné a duševní uvolnění, odstraňuje zbytečné a nevhodné napětí.

**Vertikalizace** – začíná vleže na zádech zvyšováním podpěry postupně do nejvyšší možné polohy. V denním programu pacienta má být určený čas, kdy je uveden do sedu, i když je sed pouze pasivní. Vždy je důležitá bezpečnost pacienta.

Další fází je posazení pacienta na lůžku se spuštěnými bérce – tomu předchází bandážování dolních končetin jako prevence embolie, edému, ortostatického kolapsu. Postupně přecházíme na nácvik stoje u lůžka, přesunů na židli či vozík. Příprava a nácvik chůze závisí na stavu pacienta. Je důležité znát způsob asistence při doprovázení pacienta a podmínky bezpečné chůze.

**Výcvik a výchova k soběstačnosti** – využívá plně i částečně zachovalých funkcí i technických pomůcek. Stupeň dosažení samostatnosti je závislý na rozsahu a závažnosti postižení, na psychice pacienta a v neposlední řadě na pochopení a vědomostech ošetřujícího personálu (Piecková, 2012).

**Kompenzační pomůcky** – jsou využívány k obnovení a usnadnění funkčních schopností, není-li možné jejich obnovení jinými prostředky (návikem, trikem). Pro sesterskou praxi je nezbytné znát nejužívanější kompenzační pomůcky pro tělesné postižení, které zvyšují stupeň nezávislosti (Klusoňová, 2005).

### **1.7.1.3 Bazální koncept**

**Bazální stimulace** je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, pomocí kterých můžeme zároveň vnímat sebe sama a okolní svět. Díky schopnosti vnímat jsme se naučili pohybovat a komunikovat. Základními prvky bazálního konceptu jsou proto pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení.

Bazální stimulace je tedy komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a stavu pacienta, na kterého se pohlíží jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií a určitými schopnostmi a individualitou, kterou tělesně a psychicky manifestuje (Friedlová, 2007). Tento koncept dává ošetrovatelství zcela jiný rozměr a umožňuje ošetřujícím nově reflektovat svou práci. Nezastupitelný význam má práce s biografií klienta a integrace příbuzných do péče (Friedlová, 2009).

### **1.7.2 Role fyzioterapeuta**

Vycházíme-li z postulátu, že pohyb je základním projevem života, potažmo zdraví, pak fyzioterapie se svými fyzikálně léčebnými prostředky a metodami pohybové edukace a reedukace sehrává v procesu rehabilitace klíčovou roli.

Ve fyzioterapeutickém plánu u imobilních pacientů dominuje vertikalizačně-lokomoční program a reedukace pohybových funkcí. Do programu pohybové léčby – kinezioterapie – patří nácvik kompenzačních a substitučních mechanismů, trénink rovnováhy chůze, senzomotorický výcvik a výcvik stability pánve, aktivace svalů dna pánevního jako prevence inkontinence a úprava základních pohybových stereotypů, cévní gymnastika a bandáže dolních končetin (Mlčochová, 2012).

Rehabilitační aktivity není ve stáří třeba přizpůsobovat věku jako takovému, nýbrž konkrétnímu stavu rehabilitovaného – individualizace zdravotnických přístupů by měla s věkem narůstat, neboť narůstá heterogenita příslušné věkové skupiny. Rehabilitační procedury indikované z důvodu chorob je třeba přizpůsobovat komorbiditě. Hlavní limitací těchto procedur je i ve stáří závažný kognitivní deficit, kdy je důležité objektivní individuální posouzení a vstřícná modifikace rehabilitačních aktivit (Kolář, 2009).

### **1.7.3 Role ergoterapeuta**

**Ergoterapie** je léčebná metoda, která pracuje na zachování funkčních schopností nemocného a jejich návratu. Smysluplným zaměstnáváním postiženého se ergoterapeut snaží o jeho co největší aktivizaci a soběstačnost v běžných denních, zájmových i pracovních činnostech. Při ergoterapii terapeut používá a doporučuje kompenzační pomůcky a substituční mechanismy k usnadnění následného života pacienta. Použití speciálních kompenzačních pomůcek a zjednodušujících mechanismů při nácviu oblékání u pacientů s funkčními poruchami hybného systému je nedílnou součástí rehabilitačního ošetřování (Hrubá, 2012).

Ergoterapie také zahrnuje hodnocení a testování mentálních a fyzických schopností, včetně soběstačnosti. Navazuje a prolíná do oblasti pracovní a sociální rehabilitace.

#### **1.7.3.1 Aktivizace imobilních seniorů**

Aktivizace seniorů v širším slova smyslu zahrnuje smysluplné a uspokojující trávení volného času či udržování a rozvíjení pohybových aktivit, včetně vytrvalostní kondice. V užším slova smyslu zahrnuje problematiku osob s ohroženou nebo již ztracenou soběstačností (Holczerová, 2013). Při aktivizaci imobilních seniorů je nezbytné brát v úvahu jejich individuální možnosti, přání a zájmy. K dispozici by měly být jak skupinové, tak individuální aktivity, dále činnosti pro pohyblivé klienty i pro klienty upoutané na lůžko. Nejčastěji využívané terapie v rámci podpory aktivizace

seniorů jsou: arteterapie, canisterapie, muzikoterapie, pohybově relaxační programy (Formánková, 2011).

### **1.7.4 Role sociálního pracovníka**

Prakticky všude tam, kde je poskytována a zajišťována zdravotní péče, je nutné současně zajistit a poskytnout péči sociální. Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení má významnou úlohu v zahájení složitého procesu zdravotně sociální rehabilitace. Obsahem služeb sociální péče ve zdravotnických zařízeních jsou ty intervence, které pomáhají odstranit nebo alespoň mírnit negativní důsledky situace způsobené nemocí, hospitalizací, psycho-sociálně patologickými jevy apod. Náplň a obsah práce jsou zpracovány každým pracovištěm individuálně a průběžně aktualizovány (Kuzníková, 2011).

Vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků je dnes v České republice regulováno především zákonem č.96/2004 Sb. (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů (Česko).

#### **1.7.4.1 Dobrovolnictví**

Pojem dobrovolnictví je v českých realitách používán již delší dobu. I když bylo dobrovolnictví, zvláště v období první republiky, poměrně rozšířené, což dokladuje mimo jiné i veliký počet různých zájmových sdružení, nelze zatím ještě stále hovořit o jeho renesanci v České republice. Ačkoliv je situace s dobrovolnictvím a dobrovolníky daleko lepší než v první polovině 90. let, je tento pojem stále ještě vnímán spíše s negativními či pejorativními představami, ať již vědomými či nevědomými, a to zvláště u neodborné veřejnosti.

Dobrovolnictví lze rozdělit dle více kritérií. Podle místa a intenzity vykonávání této činnosti jej můžeme členit na dobrovolnictví v sociálních službách, ve zdravotnictví, u fyzických osob a v případě jednorázových a jedinečných událostí. Jako dobrovolníka můžeme označit člověka, který nad rámec svých každodenních povinností, ve svém volném čase využívá svých dovedností, znalostí a zkušeností k prospěchu ostatních, kteří potřebují naší pomoc (Horecký, 2010).

### 1.7.5 Ostatní členové multidisciplinárního přístupu

Mezi další členy multidisciplinárního týmu patří též klinický **psycholog a logoped**. Z hlediska psychických projevů je stáří typické zpomalením osobního tempa, někdy velice nápadným, změnou reaktivity, prodloužením reakčních časů, ale často i snížením intenzity reakcí. V emoční oblasti dochází naopak ke zvýšení lability a citlivosti, ke snížení emoční tolerance vůči různým podnětům, které jsou v této době často subjektivně prožívány jako rušivé či ohrožující. Snižuje se stabilita a vyrovnanost emočního prožívání, ale citové vztahy k lidem bývají hluboké a trvalé. Nové se už tak snadno nenavazují (Vágnerová, 2007).

**Úkoly psychologa** v geriatрии jsou rozmanité a četné, ale většinou omezené právě počtem psychologických pracovníků. Obvykle zahrnují neuropsychologickou diagnostiku, řešení speciálních otázek (např. v diagnostice: demence vs. deprese? začínající demence?) a v oblasti terapie kognitivní intervence a terapeutický rozhovor. Vedle práce s klientem je důležitá také práce s rodinou. Rozhovory s rodinnými příslušníky mají za cíl objasnit pacientovy obtíže. Kromě toho jsou příbuzní informováni o terapeutických možnostech, dostupné pomoci pro snazší vyrovnání se s nemocí a opětovné začlenění seniora do rodiny (Schuler, 2010).

**Logopedie** se zabývá hodnocením a nápravou komunikačních schopností, poruch jazyka a řeči. Jde především o projevy a důsledky úrazů hlavy, cévních mozkových příhod, mozkových degenerativních onemocnění či nádorů. Závažnost těchto poruch je dána tím, že komunikace je jednou z nejdůležitějších potřeb člověka. Jejich deficit negativně ovlivňuje kvantitu i kvalitu výměny informací, má pro pacienta závažné psychosociální důsledky a přímo souvisí s jeho seberealizací, autonomií, participací i soběstačností. Logopedická intervence by měla nastoupit co nejdříve, jakmile to umožní zdravotní stav pacienta a jeho schopnost aktivně spolupracovat. Rozsah a intenzita poskytování logopedické péče jsou individuální. Cílem je maximální možné obnovení komunikační schopnosti a její využití v reálném životě. Toho obvykle nelze dosáhnout, pokud zapojení klinického psychologa není, jak se bohužel často stává, samozřejmou součástí dlouhodobé komplexní péče (Kalvach, 2011).

### 1.7.5.1 Klinická pastorační péče

Klinická pastorační péče umožňuje pacientovi, rodině či zaměstnanci nemocnice realizovat potřebu v oblasti spirituálních potřeb. Činnost nemocničních kaplanů je nastíněna v dokumentu, tzv. „White Paper“ deklarace pastorační služby. Ve 3. Části této deklarace se uvádějí aktivity profesionálních nemocničních kaplanů, např.:

- kaplani přesahují hranice mezi jednotlivými vyznáními; chovají se v zájmu instituce (nemocnice)
- poskytují podpůrnou duchovní péči prostřednictvím empatického naslouchání se zaměřením na lidi v životních problémech
- jsou členy ošetrovatelského týmu
- organizují náboženské programy v prostorách k tomu určených
- podílejí se na řešení etických problémů
- slouží jako kontaktní osoby (Kalvach, 2011).

### 1.7.5.2 Rodina – základní článek

Nepostradatelnou součástí efektivní péče o seniory je spolupráce s rodinou. Tato spolupráce je samozřejmě efektivní tam, kde jsou vztahy v rodině funkční. Získáme-li rodinu ke spolupráci, lze předpokládat, že požadované postupy v péči o seniora budou uplatňovány také v přirozeném sociálním prostředí seniora (Pokorná, 2013).

Osoba poskytující péči v rodině je na druhou stranu zvýšeně zranitelná v souvislosti s pociťovanými obtížemi v roli pečovatele.

Mezi rizikové faktory takto pečující osoby patří:

- **patofyziologický faktor** – např. závažnost nemoci příjemce péče, závislost nebo závislost podporující chování příjemce péče, zhoršení zdraví pečovatele atd.
- **vývojový faktor** – pečovatel není z hlediska své zralosti připraven pro roli pečujícího
- **psychický faktor** – slabá přizpůsobivost rodiny nebo její nefunkčnost již před situací potřeby péče

- **situační faktor** – např. přítomnost společenských stresorů, běžně postihujících rodiny, jako jsou neštěstí nebo krize, chudoba nebo ekonomická zranitelnost, trvání potřeby poskytovat péči, nezkušenost s pečováním atd. (Doenges, 2001).

## **1.8 Nemocnice Česká Lípa**

Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa (NsP) je významné zdravotnické zařízení ve vlastnictví Libereckého kraje a poskytuje lůžkovou i ambulantní péči. Nemocnice se 1. července 2007 transformovala na akciovou společnost. K dispozici má 379 akutních lůžek a 122 lůžek následné péče. Slouží nejen pro obyvatele okresu Česká Lípa (cca 110 000 obyvatel), ale ve vybraných odbornostech i pro oblast Varnsdorfu a Rumburku. Vzhledem k blízkosti hojně navštěvovaných rekreačních oblastí v okolí České Lípy (Máchovo jezero, Sloup v Čechách, Lužické hory) poskytuje základní ambulantní i hospitalizační péči zvýšenému počtu tuzemských i zahraničních rekreatantů (Nemocnice Česká Lípa, 2008).

### **1.8.1 Historie nemocnice**

Veřejná nemocnice byla v České Lípě založena v r. 1892 a provozována jako Městská nemocnice (nemocnice Pod Holým vrchem). V r. 1937 byl přistavěn infekční pavilon. Po 2. světové válce byl na nemocnici přeměněn bývalý okresní starobinec (stával v blízkosti současné nemocnice) a do něho byla umístěna chirurgie, gynekologie a porodnice. Tento objekt sloužil do r. 1981. Výstavba současné nemocnice začala v r. 1976, otevřena byla v r. 1981. Stavbu prováděly jugoslávské firmy. V současné době probíhá rekonstrukce budov. V areálu nemocnice naleznete i budovu hygienické služby a Zdravotnickou záchrannou službu Libereckého kraje (Nemocnice Česká Lípa, 2008).

### **1.8.2 Oddělení následné péče (LDN)**

Oddělení Následné péče (LDN) disponuje 122 lůžky umístěnými ve 4. a 9. patře českolipské nemocnice. Pět lůžek je v rámci nemocnice registrovaných pro poskytování sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení. Tři lůžka oddělení LDN jsou přednostně určena pro poskytování hospicové péče na Rodinných pokojích. Tato péče je

zajišťována v rámci Hospicové péče Svaté Zdislavy, kde je k dispozici také poradna Zdislava. Péče o pacienty je zajišťována odbornými týmy složenými z lékařů, sester specialistek, všeobecných sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, ošetrovatelek, sanitářek, sanitářů a zdravotně sociálních pracovníků. Odborné týmy doplňují externí specialisté – logoped, psycholog a psychiatr. Na oddělení dochází ve stanovené dny dobrovolníci. Dobrovolnická služba je smluvně zajištěna se Sdružením ADRA, o.p.s. a Maltézskou pomocí se sídlem v České Lípě.

Cílem péče je poskytování léčebné, léčebně - rehabilitační a ošetrovatelské služby, které jsou zaměřeny na zlepšení či udržení kvality života pacientů a dle možností zajištění následného pobytu v domácím prostředí. V této souvislosti oddělení úzce spolupracuje s terénní službou domácí péče. V případě potřeby se snaží, ve spolupráci se zdravotně sociálními pracovníky, zajistit umístění pacientů do ústavů sociální péče (ÚSP).

Na lůžka oddělení LDN jsou přijímáni pacienti se stanovenou diagnózou, u kterých došlo ke zvládnutí akutního onemocnění a u nichž nelze důvodně očekávat zvrát stability zdravotního stavu vyžadující akutní lůžkovou péči, a to do té doby nebo v těch případech, pokud tuto zdravotní péči nelze nebo není účelné poskytovat ambulantně či v lůžkovém zařízení sociální péče. Pacienti jsou přijímáni z akutních lůžek českolipské nemocnice, z oddělení jiných zdravotnických zařízení nebo na základě doporučení praktických lékařů (Nemocnice Česká Lípa, 2008).



## **2. Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem mé bakalářské práce bylo zhodnotit, jakým způsobem probíhá prevence imobilizačního syndromu u seniorů na oddělení následné péče a její posouzení v kontextu multidisciplinárního přístupu. Dále jsem se snažila zhodnotit jednotlivá specifika zdravotní a sociální péče v rámci prevence komplikací a sekundárních změn klientů oddělení následné péče. S použitím dostupné literatury jsem tuto péči porovnávala s některými státy EU.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Stanovenou hlavní otázkou v této práci bylo:

Je přístup ke klientům na oddělení následné péče multidisciplinární a koresponduje s potřebami klientů?

Při tvoření výzkumného procesu jsem čerpala z poznatků Hendla (2012), který uvádí, že výzkum sestává z určitých fází. Především je důležité určení oblasti výzkumu a výzkumných otázek, návrh plánu výzkumu, provedení sběru dat a jejich analýzy. Kvalitativní výzkum je proces hledání založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří kompletní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.

## 3. Metodika

### 3.1 Metody sběru dat

Pro svoji práci jsem si vybrala proces kvalitativního výzkumu. Výběr metod sběru dat se v procesu kvalitativního výzkumu nachází až po stanovení cílů výzkumu, vytvoření konceptuálního rámce, definování výzkumných otázek a uvažování nad kontrolou kvality zkoumání. Metody sběru dat jsou specifické postupy poznávání určitých jevů, které badatel užívá s cílem rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé interpretují a vytvářejí sociální realitu (Švaříček, 2007).

Jako základní metodu sběru dat jsem zvolila analýzu dokumentů, která patří ke standardní aktivitě v kvalitativním výzkumu. Dokumenty mohou tvořit jediný podklad studie nebo doplňují data získaná pozorováním a rozhovory. Jedná se o data, která vznikla v minulosti, byla pořízena někým jiným než výzkumníkem a pro jiný účel, než jaký má aktuální výzkum. K takovým dokumentům patří knihy, novinové články, záznamy projevů, deníky (Hendl, 2012).

Vzhledem ke stanovenému cíli jsem použila analýzu osobních dokumentů a jako zdroj jsem si vybrala zdravotní dokumentaci vybraných klientů. Následně jsem vytvořila kazuistiky. Tuto techniku jsem doplnila o zúčastněné pozorování a polostrukturovaný rozhovor s vybranými klienty.

Zúčastněné pozorování se v kvalitativních výzkumech používá nejčastěji. Badatel se pohybuje ve studovaném terénu a spíše jevy pozoruje, než aby je inicioval nebo se jich přímo účastnil. Pozorování bylo zaměřeno na práci a přístup ošetřujícího personálu, fyzioterapeutek, ergoterapeutek a dalšího personálu, pečujícího o jednotlivé klienty.

Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek. Používá se například v případové studii a zakotvené studii (Švaříček, 2007). Zvláštní formou rozhovoru je podle Miovského (2006) případ, kdy potřebujeme pouze upřesnit nějakou informaci a provést formou krátkého následného rozhovoru s účastníkem de facto pouze inquiry k již získanému materiálu. Tohoto přístupu jsem využila ve své práci.

### **3.2 Charakteristika cílové skupiny**

Cílovou skupinu tvořili klienti oddělení následné péče v Nemocnici Česká Lípa a. s. s odlišností věku, pohlaví i typu diagnózy. Na základě výběru a vzhledem k faktu, že vybranou metodou výzkumu jsou kazuistiky doplněné o polostrukturovaný rozhovor, byli v časovém období realizace výzkumu vybráni 4 klienti, dále označováni jako respondent A, B, C a D.

### **3.3 Způsob zpracování dat**

V rámci cíle bakalářské práce se zaměřením na prevenci a multidisciplinární přístup bylo přínosné zpracování dat pomocí případové studie, kdy badatel usiluje o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí. Cílem je interpretovat interakce mezi případem a okolím s využitím velkého množství údajů z řady rozmanitých zdrojů. Klíčové jsou pro případové studie kvalitativní techniky, tj. různé formy pozorování a rozhovorů, analýzy dokumentů apod. (Švaříček, 2007).

Jak jsem již uvedla v metodách sběru dat, jako prvotní byla analýza dokumentů. Tu jsem zpracovala formou kazuistik a následně doplnila o několik otázek formou polostrukturovaného rozhovoru.

Kazuistiky jsem zpracovala s použitím zdravotní dokumentace klientů oddělení následné péče a jejich svolením. U každé kazuistiky jsem uvedla pohlaví, věk, základní diagnózu, osobní, rodinnou a pracovně-sociální anamnézu. Stručně jsem popsala průběh hospitalizace a především faktory ošetrovatelské péče, rehabilitační a ergoterapeutické, sociální. Kazuistiky jsem doplnila o pohled klientů formou několika otázek, které jsou uvedené v příloze č. 5. Kazuistiky jsem doplnila o komentář ze zúčastněného pozorování. Součástí každé kazuistiky, doplněné o hodnotící komentář a polostrukturovaný rozhovor, jsou hodnotící tabulky. V těchto tabulkách je závěrečné shrnutí ve dvou oblastech naplnění – a to naplnění v multidisciplinárním přístupu a v naplnění bio-psycho-sociálních potřeb respondentů.

## 4. Výsledky

### 4.1. Kazuistika – respondent A

**Klientka, ročník 1943.** Na oddělení následné péče hospitalizovaná od 7/2013 – 2/2014.

#### **Anamnéza:**

Základní diagnóza.: Reimplantace a následná extrakce totální endoprotézy kyčelního kloubu

Osobní anamnéza: Osteoporóza; mnohočetné lokalizace

Stresová inkontinence

Depresivní porucha chování

Ochablý neuropatický měchýř

Operace: v roce 1995 pro vrozenou vývojovou dysplázií obou kyčelních kloubů, totální endoprotéza levého kolene, totální endoprotéza levého kyčelního kloubu , totální endoprotéza pravého kyčelního kloubu, reimplantace totální endoprotézy pravého kyčelního kloubu a následná extrakce této totální endoprotézy (6/2013)

Rodinná anamnéza: otec infarkt myokardu +76l, matka +95l

Farmakologická anamnéza: nastavena dle ordinace odborných lékařů

Pracovně sociální anamnéza: starobní důchodce, dříve pracovala jako učitelka v mateřské školce, žije sama v panelovém domě s výtahem (6 nadzemním podlaží), bezbariérový přístup k výtahu; blízká příbuzná osoba – syn, který žije v sousedství na témže sídlišti

Zájmy: četba, procházky

**Nynější stav:** Klientka byla na oddělení následné péče hospitalizována po reoperaci a následné extrakci pravého kyčle (byl vytvořen tzv. vlající kyčel) pro náhlé uvolnění implantátu. Původně klientku trápily potíže s levým kolenním kloubem, kdy mělo dojít k plánované reoperaci pro luxaci čéšky.

Vzhledem k akutnímu stavu pravého kyčle musel být proveden již výše zmíněný operační zákrok. Pro klientku to znamenalo nejen omezení v rámci mobility, ale také vzhledem k depresivní poruše chování, celkovou psychickou nepohodu a zhoršení stresové inkontinence. Před tímto zákrokem byla klientka soběstačná v rámci komplexní soběstačnosti. Samostatně se pohybovala mimo domov (nákupy, vyřízení osobních záležitostí, návštěvy známých), ale hlavně byla plně soběstačná v rámci sebestaršání a péče o domácnost. Mobilní byla s pomocí 2 francouzských holí. Postupně však došlo k bolestem levého kolene a omezení mobility.

#### **Průběh hospitalizace:**

Po základní pooperační době, kterou klientka strávila na chirurgické jednotce intenzivní péče a následně na ortopedickém oddělení, kde probíhala lékařská, ošetrovatelská péče a rehabilitace, byla klientka přeložena na lůžko následné péče.

#### **Průběh hospitalizace na oddělení následné péče:**

**Status preasens** – Klientka byla oběhově stabilní, orientovaná všemi kvalitami, bez klidové dušnosti, hydratace v normě, bez proleženin, inkontinentní – zaveden permanentní močový katétr. Hlava - pokleповě nebolestivá, foto +, spojivky klidné, plazí středem. Krk – šíje volná. Hrudník – souměrný, dýchání čisté sklípkové, poklep bez diferenciacie. Břicho – palpačně nebolestivé, inquiny tuhé pro zkrat adduktorů. Dolní končetiny -bez varixů, jizvy po předchozích operacích dobře zhojené, po extrakci totální endoprotézy jizvy rigidní, okolí sušší. Trofika přiměřená věku a aktivitě klientky. Klientka při přijetí na oddělení následné péče byla spíše imobilní. Na lůžku zaujímala šetřivou polohu vpolosedě, dolní končetiny byly zapolohovány abdukčním klínem. Na levé koleno, vzhledem k fixovanému flekčnímu držení a dle RTG snímku, které potvrdilo luxaci česky laterálně mimo kloub, byla naložena vysoká ortéza. Vertikalizace do sedu s dolními končetinami mimo lůžko byla možná pomocí ošetřujícího personálu, chůze pak s asistencí fyzioterapeuta v „U“ chodítku a to pouze na krátkou vzdálenost.

Hlavním cílem proto byla prevence pooperačních komplikací, zlepšení svalové aktivace a rozsahu pohybu. Motivace klientky k aktivitě na lůžku, pomoc při

vertikalizaci a základních sebeobslužných úkonech. Dále byla provedena indikace sociálního šetření se zaměřením na sociální problém klientky.

### **Role fyzioterapeuta**

Po podrobném kineziologickém vyšetření se fyzioterapeut zaměřil na techniky měkkých tkání dolní končetiny, s cílem uvolnění adduktorů a péče o jizvu. Byla prováděna facilitace oslabených svalů, mobilizace čéšky, kondiční cvičení na lůžku, cévní a dechová gymnastika, aktivní LTV neoperovaných končetin a asistované LTV operované končetiny. Pro cvičení se využívaly různé pomůcky – soft míček, overball apod.. Vertikalizace nejprve probíhala formou asistovaného sedu, stoje a chůze v odlehčení pomocí „U“ chodítka. Po pozvolném zlepšení kondice klientky se mohlo přejít na nízké chodítko a nácvik chůze o 2 francouzských holích.

***Komentář ze zúčastněného pozorování:*** Fyzioterapeutka za klientkou docházela pravidelně. Její přístup ke klientce byl profesionální a klientka vždy ožila. Při edukaci sester fyzioterapeutkou o dalších možnostech rehabilitačního ošetřování bylo poukázáno sestrami na nedostatek času. Zpočátku se u klientky objevoval strach z pádu, později spíše obavy z možné rehospitalizace.

### **Role ošetřujícího personálu**

U klientky vzhledem k její ztížené mobilitě bylo nutné vhodně zvoleným postupem zamezit vzniku sekundárních změn. V rámci práce ošetřujícího personálu šlo o medikamentózní léčbu dle ordinace lékaře, zabezpečení dobrého hojení operační rány, prevence dekubitů a prevence tromboembolické nemoci. Prvotní bylo také odstranění permanentního močového katétru z důvodu zabránění vzniku infekce. Klientka se učila nejdříve na mísu, WC křeslo a následně na toaletu.

Jak již bylo uvedeno v teoretické části, základním prvkem péče o imobilní klienty by měl být multidisciplinární přístup. Na oddělení následné péče v České Lípě je stanoven standard Rehabilitačního ošetřování u pacientů po totálních náhradách kloubů. Tento standard stanovuje základní pravidla pro péči o tyto klienty. Vzhledem k základní diagnóze byla pravidla upravena především v režimových opatřeních, která nemusela být tak přísná.

U klientky byla vzhledem k rehabilitačnímu ošetřování, po spolupráci s fyzioterapeutem, nastavena tato základní pravidla: bandážování dolních končetin, kontrola a úprava výšky lůžka klientky pod dolními končetinami a zády, při každém vstupu sestry na pokoj vyzvat klientku ke cvičení hlezen, jako prevence žilního onemocnění. V rámci včasné mobilizace po zácvičku fyzioterapeutem postupná vertikalizace přes sed se spuštěnými bércei, nácvik stoje a chůze s použitím kompenzačních pomůcek.

O víkendu cvičit asistovaně pohyby v operované i neoperované dolní končetině, procvičovat zádové a břišní svaly, hýžďové svaly a horní končetiny. Pokračovat v asistované vertikalizaci dle pokynů fyzioterapeuta a daného stavu klientky.

Na oddělení následné péče probíhají také aktivizační činnosti pro seniory, do kterých byla klientka postupně zařazena a kterých se ráda účastnila.

***Komentář ze zúčastněného pozorování:*** Rehabilitační ošetřování neprobíhalo v adekvátní míře. Sama klientka často poukazovala na nezáměr sester. Velkou psychickou podporu měla klientka v aktivizačních činnostech, na které pravidelně docházela. Z hlediska psychiky byla důležitá socializace v rámci dané skupiny.

### **Role ergoterapeuta**

Hlavním úkolem ergoterapeuta bylo řešení problémů soběstačnosti, nácvik oblékání, obouvání a osobní hygieny. Zde je také důležitá edukace v používání kompenzačních pomůcek – dlouhá lžice na boty, zouvák, navlékač ponožek a punčoch, využití podavače. Důležitý je nácvik správného ohýbání, podávání si předmětů ze země apod.. V domácím prostředí pak úprava koupelny a WC.

***Komentář ze zúčastněného pozorování:*** Ergoterapeutka docházela za klientkou dle lepšího se stavu. Provedla také nácvik na ergoterapeutické místnosti, kde je kuchyňka.

### **Role sociálního pracovníka**

V sociální oblasti se provedlo vstupní sociální šetření. Bylo zjištěno, že klientka pobírá starobní důchod a nepobírá Příspěvek na péči. Byl sepsán požadavek na přiznání tohoto příspěvku. Klientce dále byla nabídnuta možnost sepsání žádosti o umístění do Domova pro seniory či Domova s pečovatelskou službou a předány kontakty na tato zařízení.

***Komentář ze zúčastněného pozorování:*** Sociální pracovnice klientce poskytla informace dle daného stavu. Před propuštěním klientka odmítla možnost podání žádosti do některého ze zařízení sociálních služeb.

**Závěrečné zhodnocení při propuštění klienta:**

Klientka zhruba po osmiměsíčním pobytu na oddělení byla propuštěna do domácího prostředí v kompenzovaném stavu. Po této době byla schopna samostatné chůze na krátkou vzdálenost o 2 francouzských holí a asistovaně na delší vzdálenost. Při pokusu o nácvik chůze po schodech nebylo v silách klientky toto zvládnout. Jelikož klientka schody doma nemá a ani nejsou při vstupu do panelového domu, kde bydlí, nešlo v tomto směru o prioritu. Klientka plně zvládala sebepéči a byla zacvičena v základní soběstačnosti. Z ortopedického hlediska došlo k dohojení po extrakci a levé koleno bylo rigidně zpevněno. Před propuštěním sociální pracovnice domluvila klientce 3x týdně rehabilitaci přes službu Domácí péče a dovážku obědů. Kladně byla posouzena žádost na příspěvek na péči. Další péče byla zajištěna synem.



## **Rozhovor:**

### **1. Identifikační otázka:**

**Rok narození:** 1943

**Místo nynějšího pobytu:** „Nyní jsem na LDN“ – Myslíte oddělení následné péče? „To máte jedno, jak se tomu říká. Jsou tu prostě starý lidi“

### **2. Proč a jak dlouho jste hospitalizován/a na oddělení následné péče?**

„Já jsem byla na tohle oddělení přeložena po operaci k rehabilitaci. Chtěla bych jít už brzy domů. Jsem tady už půl roku. Noha mě ještě pořád bolí, ale dojdu s dohledem sester do předsíně a na toaletu. Se sestřičkou cvičitelkou, tedy fyzioterapeutkou, chodím po chodbě a pravidelně cvičíme.“

### **3. Jakým způsobem jste zvládal/a soběstačnost v rámci domácího prostředí?**

„Dělala jsem si všechno sama. Na větší nákupy se mnou jezdil syn a pak mi s tím pomohl domů. I když jsem chodila o dvou francouzských holích, tak jsem se snažila dojít na menší nákup a zařídit co bylo potřeba. Mám velkého vnuka a tak mě občas doprovázel. Doma to mám naučený i bez holí.“

### **4. Jak vnímáte přístup sester, fyzioterapeutů a dalšího ošetřujícího personálu?**

„Některé sestřičky jsou hodné a pomůžou, jiné ne. No, znáte to. Od lékařů se toho moc nedozvíte. Nejlepší je, když přijde sestřička na cvičení. Ta mě protrénuje a pak se jdeme projít. Jinak se z postele moc nedostanu. Hlavně, že chodím na toaletu a můžu se umýt. Snažím se jít už sama, ale sestřičky mi to nechtějí dovolit, abych neupadla. Jenže jak to mám tedy udělat? Občas mě některá pomůže. Ještě ke mně chodí ergoterapeutka, to je hrozné slovo. S ní také chodím a učí mě, jak se mám obléci a umýt a podobně.“

### **5. Myslíte si, že se budete moci vrátit zpět do domácího prostředí? Máte možnost pomoci blízké osoby, či využijete některé služby sociální péče?**

„Syn bydlí blízko mě a mám hodného vnuka. Doma je doma. Byla u mě sociální pracovnice a tak jsme to řešily. Nabízela mi Domov pro seniory, ale já chci být doma. Domluvily jsme se na využití pečovatelské služby a sepsaly jsme žádost o příspěvek na péči. Já myslím, že to zvládnou. Musím.“

## Shrnutí kazuistiky respondenta A.

Tabulka 1

Naplnění multidisciplinárního přístupu	+++	---
<b>Ošetrovatelská péče:</b>		
Základní péče	++	
Rehabilitační ošetřování		--
<b>Fyzioterapie a ergoterapeutická péče:</b>		
Nácvik vertikalizace a sebeobsluhy	+++	
<b>Sociální péče:</b>		
Zajištění Domácí péče a PnP	+++	

Zdroj: Vlastní výzkum

K naplnění multidisciplinárního přístupu došlo v péči fyzioterapeutické a ergoterapeutické a v sociální péči.

Tabulka 2

Naplnění bio-psycho-sociálních potřeb	+++	---
<b>Potřeby biologické:</b>		
Samostatný pohyb mimo lůžko	+++	
Odstranění permanentního močového katétru	+++	
<b>Potřeby psychologické:</b>		
Zachování sociálního kontaktu	++	
Strach, úzkost		--
<b>Potřeby sociální:</b>		
Návrat do domácího prostředí	+++	
Pomoc při řešení sociální situace	+++	

Zdroj: Vlastní výzkum

K naplnění bio-psych-sociálních potřeb došlo téměř plně. U klientky se v průběhu hospitalizace objevily obavy a strach z možné rehospitalizace.

**Hodnocení:** +++ (zcela naplněno), ++ (částečně naplněno), + (naplněno)

--- (zcela nenaplněno), -- (částečně nenaplněno), - (nenaplněno)

## 4.2. Kazuistika – respondent B

**Klient, ročník 1956.** Na oddělení následné péče hospitalizován od 6/2013 - doposud.

### **Anamnéza:**

Základní diagnóza.: Mozkový infarkt způsobený trombózou mozkových tepen, těžká kvadruparéza

Osobní anamnéza: Esenciální primární hypertenze

Selhání levé komory

Chronická ischemická choroba srdeční

Diabetes mellitus nezávislý na inzulínu bez komplikací

Dekubitus II. st. sakrum

Operace: Stp. operaci tříselné kýly vpravo, Stp. operaci varixů vpravo

Rodinná anamnéza: nevýznamná vzhledem k diagnóze

Farmakologická anamnéza: nastavena dle ordinace odborných lékařů

Pracovně sociální anamnéza: nyní pracovní neschopnost, pracoval jako strážný, žije s manželkou v panelovém domě

**Nynější stav:** Klient byl na oddělení následné péče přeložen po stabilizaci stavu z neurologického oddělení k další péči a rehabilitaci po čerstvé cévní mozkové příhodě s kvadruplegií, etiologie kardioembolizace. Klient je depresivně laděný, negativistický, spolupráce je obtížná na všech úrovních. Jeho přáním je návrat do domácího prostředí.

### **Průběh hospitalizace:**

Prvotní hospitalizace byla na neurologickém oddělení, kde po залéčení a zlepšení stavu byla snaha o umístění pacienta na Rehabilitační lůžka. Vzhledem ke kapacitě oddělení lůžkové rehabilitace byl klient umístěn na oddělení následné péče, kde probíhala rehabilitace.

### **Průběh hospitalizace na oddělení následné péče:**

**Status preasens** – Klient byl při příjmu na oddělení při vědomí, dobře orientovaný, kognice odpovídá vzdělání, lehká dysartrie, spolupracující. Hlava – pokleповě a pohmatově nebolestivá, plazí ve střední čáře, foto ++, frustní pokles koutku vlevo. Krk – náplň krčních žil nezvýšená, šíje volná. Hrudník – dýchání čisté bez vedlejších fenoménů, akce srdeční pravidelná. Břicho – měkké prohmatné, palpačně nebolestivé. Horní končetiny – ataxie, hypotonie, hypotrofie, Mingazziny – náznak pohybu po podložce. Dolní končetiny – hypotonie, Mingazziny – náznak sunutí po podložce, Lasseque volný, taktilní cití levostranně hemihypestezie. Na sakru zhojený defekt. Psoriatická exkoriace. Zavedený permanentní močový katétr, pleny.

### **Role ošetřujícího personálu**

Vzhledem k dané diagnóze bylo velice důležité polohování klienta, a to z důvodu již dohojeného dekubitu na hýždích. Ošetřující personál je v rámci rehabilitačního ošetřovatelství proškolen o polohování klientů po cévní mozkové příhodě, což je opět v souladu se standardy rehabilitačního ošetřování. Polohování má vždy preventivní charakter. Při polohování mají sestry možnost využít polohovací pomůcky. Klient byl po přijetí uložen na antidekubitní podložku a snahou ošetřujícího personálu bylo polohování po 2 hodinách v antispastických polohách. Zde došlo ke komplikacím při spolupráci s fyzioterapeutkou, neboť je obtížné správné zapolohování na antidekubitní podložce. Stejně problematickou se pak stává samotná fyzioterapie s postupným nácvikem vertikalizace.

Dalšími úkoly ošetřující personálu byla postupná vertikalizace do sedu – tolerance polohy trupu klienta při stravě a o víkendech pasivní cvičení hemiplegických končetin.

Překážkou při provádění polohování v antispastických vzorcích byl negativní přístup klienta, který postupem času odmítal polohy na boku.

**Komentář ze zúčastněného pozorování:** V prvopočátku bylo snahou ošetřujícího personálu polohování klienta. Vzhledem k jeho přístupu a netoleranci polohy na boku, však sestry od této snahy ustoupily. O víkendech však nedocházelo ani k pasivnímu

cvičení postižených končetin. Jejich přístup ke klientovi byl negativní a své povinnosti si plnily v rámci nutných ošetřovatelských úkonů – hygiena, strava.

### **Role fyzioterapeuta**

K aktivaci klienta došlo již na oddělení neurologie. Tady byl klient cvičen dle Bobath konceptu a postupně vertikalizován do sedu se spuštěnými dolními končetinami. Již zde byl klient depresivně ladění a plačtivý. Na oddělení následné péče fyzioterapeutka pokračovala v započaté rehabilitaci. Subjektivně klienta nebavilo ležet na zádech, poloha na boku mu nevyhovovala. Nejvíce se dožadoval masáže zádových svalů pro jejich ztuhlost. Fyzioterapeutka dle daného stavu prováděla měkké techniky končetin a hrudníku, kontaktní dechové cvičení, mobilizace drobných a kořenových kloubů končetin, pasivní cvičení horních i dolních končetin a ve spolupráci s ergoterapeutkou cvičení v závěsu. Docházelo k výcviku vertikalizace – pasivně vedený sed se spuštěnými dolními končetinami a přesuny do křesla dle tolerance klienta.

***Komentář ze zúčastněného pozorování:*** Práce fyzioterapeutky byla dobře vedená, s dostatečným časovým prostorem. Někdy klient rehabilitaci odmítl, jindy absolvoval také cvičení na přístrojích – motomed. Rehabilitace byla prováděna většinou v dopoledních hodinách a v odpoledních pak přicházela ergoterapeutka. Byl patrný nesoulad mezi zadáváním ošetřovatelské rehabilitace na víkendy a její neplnění ze strany sester.

### **Role ergoterapeuta**

Je stejně důležitá k dané diagnóze, jako role ostatních členů týmu. Cílem ergoterapie byl nácvik koordinace ruka – ústa; výcvik sebesycení. S tím souvisel vzhledem k částečné aktivaci ruky výcvik úchopu. Rozsah postižení pak dovolil nácvik vertikalizace a vedené přesuny do křesla. Kontrolním testem Barthelové byl klient vyhodnocen jako vysoce závislý.

***Komentář ze zúčastněného pozorování:*** Také ergoterapeutka se potýkala s negativním přístupem klienta a jeho častým odmítáním. Postupně, vzhledem k podání žádosti o Rehabilitační ústav, byl klient vstřícnější a spolupracující. Občas se zapojoval do volnočasových aktivit.

### **Role sociálního pracovníka**

Sociální pracovnice navštívila klienta během vstupního vyšetření. Další aktivity byly směřovány k rodině klienta – žádost o příspěvek na péči, využití dalších sociálních služeb.

***Komentář ze zúčastněného pozorování:*** Sociální pracovníci jsem během svého pozorování u klienta nezastihla.

### **Role dobrovolníka**

Na oddělení následné péče je veden Dobrovolnický program. Dobrovolník za klientem docházel jednou týdně a v rámci nespecifických dobrovolnických aktivit poskytoval klientovi společnost a doprovod na procházkách v rámci areálu nemocnice.

***Komentář ze zúčastněného pozorování:*** Vzhledem k docházení dobrovolníka v odpoledních hodinách jsem tuto činnost nemohla zaznamenat. Pozitivní byla zpětná vazba klienta.

### **Závěrečné zhodnocení**

Výrazným faktorem ovlivňující práci ošetřujícího týmu byl od počátku negativní přístup klienta, jeho depresivní nálada. Ze strany klienta bylo patrné jen pozvolné zlepšování stavu. Klient byl postupně schopen mobility na lůžku pouze asistovaně. Tento fakt jistě umocňoval klientovu pasivitu. Z tohoto důvodu mi chybělo konzilium psychologa a také návštěva logopeda pro lehkou dysartrii. V této fázi je velice důležitá také práce s rodinou, její příprava na možný pobyt klienta v domácím prostředí. Vzhledem k žádosti o Rehabilitační ústav byl klient aktivnější.

## **Rozhovor:**

Rozhovor s klientem byl obtížný. Na otázky odpovídal s nechutí.

### **1. Identifikační otázka:**

**Rok narození:** 1956

**Místo nynějšího pobytu:** „*Jsem v nemocnici na oddělení, kde jsou starý lidi.*“

### **2. Proč a jak dlouho jste hospitalizován/a na oddělení následné péče?**

„*Nemůžu sedět, stát ani chodit. Podívejte, jak jsem dopadl. Nejradši bych nebyl.*“

### **3. Jakým způsobem jste zvládal/a soběstačnost v rámci domácího prostředí?**

„*Chodil jsem do práce.*“

### **4. Jak vnímáte přístup sester, fyzioterapeutů a dalšího ošetřujícího personálu?**

„*Sestry se tu párkrát ukážou, aby mně daly najíst a tak. Chodí sestra na cvičení. To mě baví, ale někdy se mi nechce. Alespoň mě na chvíli posadí na posteli a potom do křesla. Když mě dá sanitář do vozíku, tak mě dobrovolník vyveze ven a objíždíme nemocnici. Ještě sem chodí ta sestra - ergoterapeutka a pomáhá mi někdy při jídle. Nedávno tu byli děti ze školky a zpívali nám. Někdy mě to baví a někdy ne.*“

### **5. Myslíte si, že se budete moci vrátit zpět do domácího prostředí? Máte možnost pomoci blízké osoby, či využijete některé služby sociální péče?**

„*Doma to sám přece nezvládnou, to snad vidíte.*“ Vaše manželka Vám může zajistit péči. Lze také využít služeb osobní asistence a zajištění domácí rehabilitace. „*No, já bych měl jet do Rehabilitačního ústavu. Pak se uvidí.*“

## Shrnutí kazuistiky respondenta B.

Tabulka 3

Naplnění multidisciplinárního přístupu	+++	---
<b>Ošetrovatelská péče:</b>		
Základní péče	++	
Rehabilitační ošetřování		---
<b>Fyzioterapie a ergoterapeutická péče:</b>		
Prováděná dle metodiky s klientem po cévní mozkové příhodě	+++	
<b>Sociální péče:</b>		
Práce s klientem a rodinou		--
<b>Psychologická péče a logopedie:</b>		
Práce s klientem a rodinou		---
<b>Dobrovolnická činnost:</b>		
Doprovod klienta	+++	

Zdroj: Vlastní výzkum

U klienta byla částečně naplněna základní péče ošetrovatelská, plně pak péče fyzioterapeutická a ergoterapeutická. Pozitivně ze strany klienta byla hodnocena činnost dobrovolníka. Celkově k naplnění multidisciplinárního přístupu došlo částečně.

Tabulka 4

Naplnění bio-psycho-sociálních potřeb	+++	---
<b>Potřeby biologické:</b>		
Základní péče	++	
Samostatný pohyb na lůžku		--
Sebesycení		---
<b>Potřeby psychologické:</b>		
Zachování sociálního kontaktu	++	
<b>Potřeby sociální:</b>		
Návrat do domácího prostředí		--
Pomoc při řešení sociální situace	+	

Zdroj: Vlastní výzkum

V oblasti potřeb biologických došlo k částečnému naplnění v základní péči, ostatní potřeby zůstaly zcela nenaplněny. V oblasti potřeb psychologických došlo k částečnému naplnění – kontakt v rámci oddělení i mimo něj. Sociální potřeby byly nenaplněny.

**Hodnocení:** +++ (zcela naplněno), ++ (částečně naplněno), + (naplněno)

--- (zcela nenaplněno), -- (částečně nenaplněno), - (nenaplněno)



### 4.3. Kazuistika – respondent C

**Klient, ročník 1956.** Na oddělení následné péče hospitalizován od 1/2014 doposud.

#### **Anamnéza:**

Základní diagnóza: Hypertenze na medikaci, nyní kompenzovaná

Osobní anamnéza: Stp. cévní mozkové příhodě v povodí ACI vpravo, pravděpodobně kardioembolické etiologie, levostranné příznaky  
Snížená funkce ledvin

Abusus: v minulosti kouřil cca 40cig./den; nyní, protože se mu špatně chodí, cca 20cig./den; alkohol dle rodiny hojně

Rodinná anamnéza: nevýznamná

Farmakologická anamnéza: nastavena dle ordinace odborných lékařů

Pracovně sociální anamnéza: starobní důchodce, dříve pracoval jako stavební truhlář, žije s manželkou v rodinném domě, vstup do domu – 2 schody

**Nynější stav:** Klient byl na oddělení následné péče přeložen z neurologického oddělení. Po primární péči na tomto oddělení došlo ke zlepšení stavu, přetrvává mírná dezorientace, tlakově kompenzován. Klient je schopen samostatné vertikalizace sed, stoj. Chůze s doprovodem na WC a na delší vzdálenost s pomocí kompenzačních pomůcek. Rodina není schopna se o klienta postarat, manželka je vážně nemocná. Podána žádost do Domova pro seniory.

**Průběh hospitalizace:** Prvotní hospitalizace proběhla na oddělení neurologie, kam byl pacient odeslán z centrálního příjmu pro dekompenzaci arteriální hypertenze, stavy zmatenosti, závratě a opakované pády. Rodina uvedla asi 14 dní trvající obtíže – opakované pády, zhoršenou hybnost levé dolní končetiny, pokles levého koutku. Dva dny před hospitalizací byl klient na vyšetření ortopedem pro bolest levého kolene. Byl vyloučen pád na hlavu. Celkově klient nebyl asi 5 let u lékaře. K lékařům je nedůvěřivý,

vše si chce řešit sám. Vysadil antihypertenziva. Během hospitalizace došlo ke zhoršení stavu s prokázáním cévní mozkové příhody s levostrannou lateralizací.

### **Průběh hospitalizace na oddělení následné péče:**

**Status preasens** – Klient byl při příjmu na oddělení lucidní, orientovaný osobou, jinak desorientovaný, spolupracující. Hlava – bulby volně pohyblivé všemi směry, lícní nerv – frustní parézka vlevo, jazyk plazí středem. Šíje – krk volně pohyblivý všemi směry. Hrudník – dýchání oboustranně čisté. Horní končetiny – svalová síla přiměřená, cítí bez defektu, taxe na levé horní končetině s mírnou nepřesností, pokles asi o 20 cm. Dolní končetiny – Lasseque volný, Mingazziny na levé dolní končetině pokles asi o 20 cm. Při chůzi porucha motoriky levé dolní končetiny, musí se přidržovat, tendence k pádům. Zaveden permanentní močový katétr.

### **Role fyzioterapeuta**

Spolupráce při rehabilitaci byla ztížena o poruchu kognice klienta. Psychomotorické tempo bylo zpomalené a klient často nechápal, co má dělat. Pohyb na lůžku byl nekoordinovaně aktivní. Fyzioterapeutka prováděla aktivní cvičení pravostranných končetin. Levostranné končetiny cvičila asistovaně. Prioritní byl výcvik vertikalizace do sedu, kdy klient spolupracoval. Vsedě ovšem převažovala nestabilita. Stoj a chůze bylo nutné cvičit s pomocí „U“ chodítka a asistence ergoterapeutky pro instabilitu a tendence k pádu. Cíleně se provádělo cvičení levé dolní končetiny k nácviku kročné fáze. Klient získával jistotu a mohlo se přejít na nízké chodítko a cvičení na přístrojích – motomed.

**Komentář ze zúčastněného pozorování:** Fyzioterapeutka docházela za klientem denně. I přes sníženou toleranci klienta ke cvičení se snažila o motivaci ke správnému provádění cvičení. Největší potíže byly při nácviku chůze, kdy klient nedbal pokynů fyzioterapeutky. Kladně klient hodnotil cvičení na motomedu. Klient byl zadán k rehabilitačnímu ošetřovatelství na víkend. To bylo plněno občas.

### **Role ošetřujícího personálu**

U klienta bylo v počáteční fázi důležité zajištění bezpečnosti postranicemi. Jeho nekoordinovaná hybnost na lůžku a snaha o samostatný sed a stoj byla pro klienta

vyhodnocena jako riziková. Z hlediska rehabilitačního ošetřovatelství byl klient zadán na víkend k vertikalizaci do sedu – stabilita sedu u jídla, později asistovaná chůze. Po odstranění permanentního močového katétru pak byl důležitý doprovod klienta na WC. Časem byl klient jištěn plenami.

***Komentář ze zúčastněného pozorování:*** Pro ošetřující personál bylo obtížné zvládnout klienta pro jeho stavy zmatenosti a aktivitu mimo lůžko. Časem, když se klient zorientoval v prostředí, mohlo dojít k odstranění postranic. Přesto byl nutný zvýšený dohled. Z tohoto důvodu byl klient umístěn na pokoj blízko sesterny. Rehabilitační ošetřovatelství bylo plněno částečně.

### **Role ergoterapeuta**

Ergoterapeutka docházela za klientem obden. Podle zhodnocení vyšetření funkční míry nezávislosti se zaměřila na výcvik kognice – výbavnost paměti, interpretace textu. Dále s klientem prováděla výcvik všedních denních činností – hygiena na lůžku a později mimo lůžko, oblékání, obouvání. Po zvládnutí výcviku klient již přestal být aktivní a spolupráce k ergoterapii se zhoršila.

***Komentář ze zúčastněného pozorování:*** Při zvládnutí základních činností v rámci soběstačnosti bylo pro ergoterapeutku obtížné motivovat klienta k další činnosti. Postupně se zhoršila také soustředěnost klienta na prováděné činnosti. Jako jeden z faktorů se ukázal moment, kdy byla s klientem projednávána žádost o Domov pro seniory.

### **Role sociální pracovnice**

Sociální pracovnice provedla vstupní pohovor s klientem (který byl obtížný) a s rodinou. Po objasnění důvodů k nemožnosti další péče o klienta v rodinném prostředí, byla sepsána žádost o Domov pro seniory. Rodině byla předložena nabídka možných zařízení s dostupností k pravidelným návštěvám. Dále byl projednán další postup k podání žádosti příspěvku na péči a na možnost kompenzačních pomůcek pro klienta.

***Komentář ze zúčastněného pozorování:*** Byla mi umožněna (po souhlasu rodiny) přítomnost při jednání sociální pracovnice s rodinou. Sociální pracovnice rodině předala kontakty na Domovy pro seniory, které jsou blízko současného bydliště klienta. Rodině byl ponechán čas na rozmyšlenou a možnost osobní konzultace v daném zařízení.

### **Závěrečné zhodnocení**

Při práci s tímto klientem mi opět chybělo psychologické konzilium. Myslím si, že zde mohl hrát určitou roli i faktor abusu, který se mohl podchytit farmakologicky, v závislosti na nastavenou léčbu. Pro samotného klienta byl důležitý faktor mobility a rodinného zázemí. Při rehabilitaci došlo k postupné samostatnosti při chůzi. Klient byl schopný chůze o 2 francouzských holí, po pokoji pak zkoušel chůzi s oporou o postele a stěnu. Při změně zdravotního stavu po prodělaném onemocnění (viróza), byla patrná únava a zhoršená kvalita chůze. Ke zhoršení došlo také v oblasti sociálního kontaktu, kdy klient zůstával na lůžku.

## **Rozhovor:**

Během rozhovoru byl klient nesoustředěný, jevil známky únavy.

### **1. Identifikační otázka:**

**Rok narození:** 1946

**Místo nynějšího pobytu:** „*Jsem v nemocnici.*“ Víte na jakém oddělení? „*Já si to nepamatuji.*“ Jste na oddělení následné péče. „*Aha.*“

### **2. Proč a jak dlouho jste hospitalizován/a na oddělení následné péče?**

„*Špatně hejbám levou rukou a špatně chodím.*“ Víte, jak dlouho jste v nemocnici? (Vzhledem ke kognici klienta jsem otázku nespecifikovala na pobyt na oddělení následné péče.) „*Co je za měsíc? Asi tři měsíce.*“

### **3. Jakým způsobem jste zvládal/a soběstačnost v rámci domácího prostředí?**

„*Normálně jsem chodil a ležel na gauči. Ven jsem nechodil. Manželka je nemocná a tak nám pomáhá syn.*“

### **4. Jak vnímáte přístup sester, fyzioterapeutů a dalšího ošetřujícího personálu?**

„*Některý jsou hodný, jiný ne.*“ Co děláte během dne? „*Někdy cvičím a jezdím na kole (motomed). Jinak ležím a spím.*“

### **5. Myslíte si, že se budete moci vrátit zpět do domácího prostředí? Máte možnost pomoci blízké osoby, či využijete některé služby sociální péče?**

„*Já bych to doma zvládnul, ale syn říká, že ne. Tak mám jít do nějakého domova. To bych radši zůstal tady.*“

## Shrnutí kazuistiky respondenta C.

Tabulka 5

Naplnění multidisciplinárního přístupu	+++	---
<b>Ošetrovatelská péče:</b>		
Základní péče	++	
Rehabilitační ošetřování	+	
<b>Fyzioterapie a ergoterapeutická péče:</b>		
Prováděná dle metodiky s klientem po cévní mozkové příhodě	+++	
<b>Sociální péče:</b>		
Práce s klientem a rodinou	++	
<b>Psychologická péče:</b>		
Práce s klientem a rodinou		---

Zdroj: Vlastní výzkum

V celkovém hodnocení byla částečně naplněna ošetrovatelská a sociální péče, plně pak péče rehabilitační a ergoterapeutická.

Opět tu byl jako chybějící článek péče psychologická.

Tabulka 6

Naplnění bio-psycho-sociálních potřeb	+++	---
<b>Potřeby biologické:</b>		
Základní péče	++	
Samostatný pohyb na lůžku	++	
Samostatný pohyb mimo lůžko	++	
<b>Potřeby psychologické:</b>		
Zachování sociálního kontaktu		---
<b>Potřeby sociální:</b>		
Návrat do domácího prostředí		---
Pomoc při řešení sociální situace	+	

Zdroj: Vlastní výzkum

V oblasti potřeb biologických došlo celkově k částečnému naplnění. Zcela nenaplněny zůstaly potřeby v oblasti psychologických potřeb. Zde hrála roli i pasivita klienta. Částečně naplněny byly potřeby v oblasti sociální. Přání klienta zde zůstalo zcela nenaplněno.

**Hodnocení:** +++ (zcela naplněno), ++ (částečně naplněno), + (naplněno)

--- (zcela nenaplněno), -- (částečně nenaplněno), - (nenaplněno)

#### **4.4 Kazuistika – respondent D**

**Klientka, ročník 1943.** Na oddělení následné péče hospitalizována od 1/2014 doposud. Klientka je od roku 2011 pravidelně rehospitalizována na interním oddělení a oddělení následné péče.

##### **Anamnéza:**

Základní diagnóza: Progredující demence

Osobní anamnéza: Chronická srdeční nedostatečnost

Chronická fibrilace síní

Parkinsonova nemoc

Depresivní porucha

Polyartróza, Sekundární vertebrogenní algický syndrom bederní páteře

Operace: Stp. totální endoprotéze obou kolenních kloubů

Rodinná anamnéza: nevýznamná

Farmakologická anamnéza: nastavena dle ordinace odborných lékařů

Pracovně sociální anamnéza: starobní důchodce, ovdovělá, žije v Domě s pečovatelskou službou, příležitostně péči zajišťuje dcera

**Nynější stav:** Klientka byla přijata na oddělení následné péče na doporučení praktického lékaře z hospice pro celkové zhoršení mobility. Zde byla hospitalizována pro celkové zhoršení stavu a sklon k pádům. Již v Domě s pečovatelskou službou přestala chodit a subjektivně udávala bolesti dolních končetin od kolen dolů. Občas se jí hůře dýchá. Monstrózní obezita. Na oddělení následné péče se jedná o opakované rehospitalizace.

##### **Průběh hospitalizace na oddělení následné péče:**

**Status preasens** – Klientka byla při vstupním vyšetření při vědomí, orientovaná, hypomobilita při obezitě, hydratace přiměřená. Nebyly zjištěny žádné dekubity, pouze pod prsy opruzeniny. Bércové defekty zhojeny. Hlava – pokleповě nebolestivá, foto +,

bulby volné, plazí středem. Krk – šíje volná. Hrudník – souměrný, pod prsy ošetřeny opruzeniny, dýchání čisté, sklípkové, ozvy tiché, téměř nehodnotitelné. Břicho – špatně prohmatné, opakovaně kýla. Dolní končetiny – otoky minimální, místně varikozity, deformita kolenních kloubů. Zajištěna plenkovými kalhotkami. Monstrózní obezita.

### **Role ošetřujícího personálu**

U klientky bylo nutné zajistit základní péči k prevenci vzniku komplikací z imobility a to nejen z důvodu polymorbidity, ale především z důvodu monstrózní obezity. Snahou sester bylo zamezení všemi dostupnými prostředky vzniku komplikací a sekundárních změn. Důležitá byla péče o kůži, kdy dlouhodobý tlak způsobuje trofické změny a tím dochází ke vzniku dekubitů. Právě počáteční pasivita se u klientky projevila vznikem drobného dekubitu na pravé hýždi. Opět tedy bylo důležité propojit práci sester s rehabilitačním ošetřováním. Klientka byla pravidelně polohována a pomocí polohovacích pomůcek zastabilizována. Postupně si i sama nacházela protibolestivé polohy a sestry vypodkládaly dolní končetiny. Po domluvě a edukaci fyzioterapeutkou sestry prováděly o víkendu dechová cvičení a kontaktní dýchání. Zároveň aktivovaly klientku nejprve pasivním a později asistovaným cvičením končetin. Tím se zajistila prevence nedostatečné ventilace plic a embolie. Při zlepšení stavu klientky asistovaly u vertikalizace do sedu.

***Komentář ze zúčastněného pozorování:*** U této klientky došlo k dobrému propojení fyzioterapie a rehabilitačního ošetřování. Klientka se začala vzhledem k péči sester aktivizovat a tím byla potlačena její počáteční pasivita.

### **Role fyzioterapeuta**

Práce fyzioterapeutky spočívala především ve spolupráci se sestrami. Po edukaci sester v technikách respirační fyzioterapie byla zajištěna tato péče také o víkendu. Fyzioterapeutka vedla klientku k samostatné aktivitě na lůžku, což bylo zpočátku náročné. Klientka byla plačtivá, pasivní, negativistická. Docházelo k výkyvu nálad. Stále vyžadovala péči a obsluhu. Pozvolna se tento negativní přístup měnil a klientka se snažila o samostatnost. Při dosažení samostatného sedu byl prováděn nácvik chůze v „U“ chodítku, což vyvolávalo v klientce pocit bezpečí. Důvodem byla též přidružená diagnóza Parkinsonovy choroby.



***Komentář ze zúčastněného pozorování:*** Práci fyzioterapeutky zde kladně hodnotím z hlediska spolupráce se sestrami. Ke klientce chodila obden a věnovala se spíše vertikalizaci do sedu a chůzi.

### **Role ergoterapeuta**

Ergoterapeutka docházela ke klientce obden a prováděla výcvik aktivizačních činností a výcvik kognice. Zpočátku dělala pasivní čtení textu a aktivizovala klientku, aby vyprávěla, co slyšela či jinak reagovala na daný text. Postupně pracovala s klientkou vsedě a při nácviu chůze v „U“ chodítku prováděly základní hygienu v koupelně. Dále se klientka účastnila aktivizačních činností ve skupině.

***Komentář ze zúčastněného pozorování:*** Ergoterapeutka se klientce věnovala podle nejlepšího se zdravotního stavu a její postupné samostatnosti. Přínosem pro klientku byl nácviu osobní hygieny v koupelně.

### **Role sociální pracovnice**

Při prvním kontaktu s klientkou došlo ke vstupnímu šetření. Sociální pracovnice se také zkontaktovala s dcerou klientky a společně se domluvily, že pokud to zdravotní stav dovolí, klientka by se vrátila zpět do Domu s pečovatelskou službou. Sociální pracovnice kontaktovala také sociální pracovníci v příslušném zařízení. Jako další možné řešení by bylo podání žádosti o Domov pro seniory.

***Komentář ze zúčastněného pozorování:*** Při rozhovoru s klientkou bylo patrné, že by se vrátila zpět do Domu s pečovatelskou službou. Rozhodující je zdravotní stav klientky. Sociální pracovnice tuto možnost nevyloučila.

### **Závěrečné zhodnocení**

U této klientky hrála důležitou roli postupná návaznost a spolupráce všech složek týmu, především ošetrovatelské péče a fyzioterapie. Zda se bude moci klientka vrátit do Domu s pečovatelskou službou nebo dojde k umístění do Domu pro seniory, záleží na zdravotním stavu klientky a na její mobilitě.

## **Rozhovor:**

Během rozhovoru byla klientka zadýchaná.

### **1. Identifikační otázka:**

**Rok narození:** 1943

**Místo nynějšího pobytu:** „Já jsem v léčebně, kde jsou starý lidi. Už jsem tady po několikáté. Já mám pořád potíže s tím dechem a pak mi moc nejde chodit.“

### **2. Proč a jak dlouho jste hospitalizován/a na oddělení následné péče?**

„Jak jsem Vám už řekla, špatně se mi dýchá a nemůžu chodit, protože nohy si řeknou, že nebudou poslouchat. Ono to zase přejde. No, a jsem tady měsíc a něco. Až se dám do kupy, tak půjdu zase domů. Já bydlím v pečovatelském domě a tam se o mě starají.“

### **3. Jakým způsobem jste zvládal/a soběstačnost v rámci domácího prostředí?**

„Moc toho už nenachodím, protože mě bolí kolena. Vidíte, jak je mám oteklé? V tom domově mi pomůžou, všechno donesou a udělají. Sama si o francouzských holí dojdu na záchod a tak.“

### **4. Jak vnímáte přístup sester, fyzioterapeutů a dalšího ošetřujícího personálu?**

„Oni jsou tady všichni moc hodní. Já jsem tady už byla. Vždycky se to o chlup zlepší. Dneska jsem už došla ve velkém chodítku na jídelnu a tam se najedla. To půjdu brzy domů. Mám nízko postel tak se mi dobře vstává a můžu i sama takhle sedět na posteli. Já vím, že mám nadváhu.“

### **5. Myslíte si, že se budete moci vrátit zpět do domácího prostředí? Máte možnost pomoci blízké osoby, či využijete některé služby sociální péče?**

„Jak jsem řekla, jsem v tom domově a tam mám všechno zařízený. Dcera bydlí kousek a chodí na návštěvy. Už mi to tak nejde jako dřív. Snad zase neupadnu, aby mě nedali zase do toho hospice.“

## Shrnutí kazuistiky respondenta D.

Tabulka 7

Naplnění multidisciplinárního přístupu	+++	---
<b>Ošetrovatelská péče:</b>		
Základní péče	++	
Rehabilitační ošetřování	+++	
<b>Fyzioterapie a ergoterapeutická péče:</b>		
Nácvik vertikalizace a sebeobsluhy	++	
<b>Sociální péče:</b>		
Práce s klientem	++	

Zdroj: Vlastní výzkum

V celkovém hodnocení byla částečně naplněna ošetrovatelská a sociální péče a fyzioterapie a péče ergoterapeutická. Zcela naplněno bylo rehabilitační ošetřování.

Tabulka 8

Naplnění bio-psycho-sociálních potřeb	+++	---
<b>Potřeby biologické:</b>		
Základní péče, hygiena	++	
Samostatný pohyb na lůžku	++	
<b>Potřeby psychologické:</b>		
Zachování sociálního kontaktu	++	
<b>Potřeby sociální:</b>		
Návrat do známého prostředí	+	

Zdroj: Vlastní výzkum

V oblasti potřeb biologických došlo celkově k částečnému naplnění v oblasti základní péče a mobility. V oblasti psychologických potřeb došlo k částečnému naplnění z hlediska sociálního kontaktu, které bylo udržováno v rámci aktivizačních činností na lůžku klientky a postupně mimo lůžko. Naplněny byly potřeby v oblasti sociální. Zde byl důležitý zdravotní stav klientky pro možný návrat do Domu s pečovatelskou službou.

**Hodnocení:** +++ (zcela naplněno), ++ (částečně naplněno), + (naplněno)

--- (zcela nenaplněno), -- (částečně nenaplněno), - (nenaplněno)

## 5. Diskuse

Přestože každý člověk prožívá svůj život originálním způsobem, obecně se lze shodnout na významných faktorech, které přicházejí s vyšším věkem. Jak uvádí Hudáková (2013), kvalita života seniorů závisí na fyzickém zdraví, míře závislosti, psychickém fungování v poznávání a adaptaci, na převládajícím emocionálním prožívání. Zdraví a funkční kapacitu organismu považuje za intraindividuální determinanty kvality života. Zdravotní stav seniora, ale hlavně úroveň mobility a nezávislosti, jsou činiteli kvality života v senu.

Pokud starší člověk onemocní, je třeba dodržovat zásady, které respektují zvláštnosti vyššího věku. Nejlépe tyto zásady shrnuje Evropská charta pacientů seniorů (1999). Tato výsadní listina se týká starších pacientů, kdy se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění, a tím dochází k vzniku situací, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím nejdůležitějším se pak stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče.

Ve své práci uvádím pojmy, jako jsou prevence, dlouhodobá péče, imobilita, multidisciplinární přístup. Zároveň v práci sleduji propojenost a kvalitu zdravotní a sociální péče ve vztahu ke konkrétním diagnózám. Podle Kalvacha (2004) hlavním úkolem gerontologie a geriatrie není samoučelné prodlužování života, ale především zvyšování jeho kvality. Těžiště gerontologické problematiky spočívá v prevenci, v intervenčních zásadách, v rehabilitaci, ve vytváření podmínek pro smysluplnost a seberealizaci života ve stáří. Také Čevela (2012) uvádí, že prevence potřeby dlouhodobé péče je předcházení, odvracení, léčení, časná rehabilitace poklesu potenciálu zdraví a ztráty soběstačnosti.

Starší lidé se závažným zdravotním postižením a omezením soběstačnosti se mohou stát klienty tzv. dlouhodobé péče (LTC – long-term care). Pojem dlouhodobá péče má několik definic, ale podstata je vždy stejná. Dlouhodobou péči definuje Holmerová (2011), jako péči o osoby, které vyžadují zdravotní a sociální péči a jsou závislé na pomoci v některých ze základních sebeobslužných aktivit. Spektrum služeb (zdravotních a sociálních) tedy potřebují lidé, kteří mají omezenou soběstačnost zejména v základních sebeobslužných aktivitách a tento stav je setrvalý; může být způsoben jednak chronickými onemocněními, jednak může být důsledkem zdravotního

postižení, ať již tělesného či duševního. Čeledová (2013) v článku o Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD – Organizace práce a sociálních věcí, pak tuto péči ještě dělí na „formální“ a „neformální“. „Formální péče“ označuje služby poskytované v rámci zaměstnaneckého vztahu, za „neformální péči“ se považuje péče poskytovaná rodinnými příslušníky, přáteli apod. Podíl příjemců formální dlouhodobé péče v populaci se v různých zemích značně liší. Tyto rozdíly jsou dány rozvinutostí systémů dlouhodobé péče, jejich dostupností a kulturními odlišnostmi.

Dlouhodobá dočasná či následná péče je zajišťována na odděleních LDN či v zařízeních podobného typu. Jedná se o péči pacientů, kteří jsou ve stabilizovaném stavu, ale nemohou být propuštěni do domácího prostředí. Výzkumná část práce se zabývá zodpovězením základní otázky – zda přístup ke klientům na oddělení následné péče je multidisciplinární a zda koresponduje s potřebami klientů. Kvalitativní sonda prokázala důležitost propojení jednotlivých členů týmu. Při péči o klienta nelze striktně oddělit ošetrovatelskou péči od rehabilitace, ergoterapie a sociální péče. Naopak je zde důležitá provázanost spolupráce v rámci tzv. rehabilitačního ošetřování. Jak uvádí Klusoňová (2005), rehabilitační ošetřování se uplatňuje všude tam, kde jsou léčeni pacienti s těžkým zdravotním postižením a následnými poruchami hybnosti, geriatričtí pacienti a nemocní s chronickými chorobami, u nichž došlo k omezení hybnosti v důsledku snížení energetických zdrojů organismu. K základním prvkům a složkám této integrované péče Čevela (2012) řadí především klienta – jeho volby, priority, možnosti, sny, jeho vůli. Jako další prvek uvádí laickou podporu a zdravotní péči v rámci rodiny a sousedství, dále všeobecného lékaře, služby zabezpečující nesoběstačného člověka v domácím prostředí, služby usilující o zlepšení adaptace na zdravotní postižení, o zlepšení funkčního stavu a soběstačnosti. Dále uvádí služby řešící sociální důsledky zdravotního postižení, sociální potřeby a specializované zdravotnické služby, které dostupností na komunitní úrovni dále snižují potřebu ústavní péče. V tomto výčtu nelze opomenout služby respitní, podporující pečovatelské rodiny a mnohé další včetně Veřejné správy.

Ve svém výzkumu jsem data zpracovala formou případové studie s cílem interpretovat interakce mezi případem a okolím s využitím velkého množství údajů

z řady rozmanitých zdrojů. Ke shrnutí výzkumu jsem použila hodnotící tabulky a v nich uvedla naplnění mutlidisciplinárního přístupu, ale také naplnění bio-psycho-sociálních potřeb klientů. Jak uvádí Mlýnková (2010), péče o klienty vychází právě z hodnocení jejich potřeb a jejich saturace = uspokojování. Potřeba pobízí k vyhledávání nějaké podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Potřeby se během života kvalitativně i kvantitativně mění. Podle Hrozenské (2013) neuspokojování potřeb vede k deprivaci a ke strádání. K hodnotám, které jsou pro seniory důležité, patří zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická pohoda. Nejdůležitější jsou pro seniory tedy potřeby fyziologické, potřeby bezpečí a sociální potřeby. Senioři nejčastěji zdůrazňují ty hodnoty a potřeby, které pocítují jako ohrožené. Hrozenská (2013) dále uvádí, že v souvislosti s vymezením jejich potřeb se jeví jako významný koncept sociálního fungování. Sociální fungování je proces, uskutečňující se na základě interakcí mezi nároky jedince a nároky prostředí, ve kterém jedinec žije. Tam, kde je porušena rovnováha mezi nároky prostředí a schopností jedince tyto nároky zvládat, nastávají problémy v oblasti sociálního fungování.

Jako důležitou složku naplňování potřeb klientů a tím zabránění vzniku imobility, je motivace klienta. Motivace je psychický proces, který podle Šamánkové (2011) aktivuje naše chování a dává mu účel a směr. Je to vůle něčeho dosáhnout. Pocit životního optima je naprosto a bezvýhradně individuální. Motivaci nemocných k překonávání zdravotních problémů by měl každý poskytovatel jakéhokoliv typu péče intenzivně vyhledávat, podporovat a pomáhat hledat nové cesty v naplnění potřeby. Za optimální situaci považujeme tu, kdy dojde k souladu intenzity potřeby člověka s mírou jejího naplnění. Tento aspekt byl naplněn především u respondenta A. Vzhledem ke kladné motivaci klientky byly zcela naplněny bio-psycho-sociální potřeby této klientky.

V rámci výzkumu byly položeny otázky s cílem zhodnotit, zda je prevence imobilizačního syndromu na oddělení následné péče dostatečná a jaké je vzájemné propojení koordinované péče o klienty zde hospitalizované. Z výše uvedeného vyplývá, že důležitým faktorem v péči o seniory hospitalizované na oddělení následné péče je především motivace klienta a správné zhodnocení potřeb. Jak uvádí Nováková (2011),

při péči o seniory na kterémkoliv oddělení nemocnice, v domácí péči a v dalších zařízeních se dodržují tyto zásady: uvědomění si specifických změn souvisejících se stárnutím a stářím, trpělivost v komunikaci, srozumitelná komunikace s ohledem na zhoršující se zrak a sluch, klidné opakování příkazů, které má klient provést, pochvala a podpora za snahu a aktivitu, naslouchání a zajišťování kontaktu s rodinou, příbuznými. V naší nemocnici došlo v rámci zlepšení kontaktu s rodinou k prodloužení návštěvní doby na oddělení následné péče.

Koordinovanost jednotlivých složek multidisciplinárního týmu pak vyplívá z jejich vzájemné komunikace a etických norem, které jsou významné při poskytování služeb seniorům. Jakákoliv činnost vykonávaná člověkem by podle Malíkové (2011) měla být prováděna zcela přirozeně a synchronně s vnitřními morálními zásadami a principy, které máme v sobě zakotveny. To vyžaduje uvědomit si jedinečnost každého klienta, jeho osobnost a vše co k němu patří.

V této diskusi bych chtěla v krátkosti zhodnotit dlouhodobou péči v mezinárodním kontextu. Jak uvádí Čevela (2012), s prodlužováním délky života poroste poptávka po poskytování služeb dlouhodobé péče, a to jak v domácím, tak v ústavním prostředí. Všeobecnou tendencí je odklon od ústavní péče, s výjimkou těžce postižených osob, a její nahrazování rozvojem individuálně přizpůsobených domácích a komunitních podpůrných služeb. Současné mezinárodní komparace v oblasti struktury poskytovatelů dlouhodobé sociální a zdravotní péče ukazují, že neexistuje univerzálně platný model na ose veřejný – neziskový – soukromý poskytovatel. V konkrétních zemích jsou voleny různé kombinace poskytovatelů a metod financování. Např. v Německu je poměr neziskových a ziskových poskytovatelů 50 : 50, zatímco ve Švédsku 80 : 20 a ve Velké Británii naopak 20 : 80. Pokud se vrátím k poskytování dlouhodobé péče v Německu, jsou podle Hudákové (2013) základními principy německé politiky tyto: občané, kteří potřebují péči, by měli využívat hlavně domácí péči. Tu mají poskytovat neformální pečovatelé, nebo by ji měli alespoň doplňovat. Místo poskytování dlouhodobé péče je třeba zavádět do praxe nejdříve rehabilitaci. Hudáková dále uvádí, že v Rakousku dosahuje péče o geriatrické pacienty standardní úroveň. Na péči se podílejí mnohé složky. Geriatřiční pacienti jsou umisťováni do

různých zařízení, v největší míře do domů s pečovatelskou službou, výjimečně na oddělení nemocnic. Pobyt pacienta v nemocnici většinou není dlouhý a zdravotníci se snaží o navrácení samostatnosti v nejvyšší možné míře. Dr. Daniel Raspini (2011) shrnuje dlouhodobou péči v Itálii, v závislosti na stále se zlepšující úrovni života a lékařské péče. Pomoc populaci nad 65 let, nebo spíše nad 85 let, tak zvaná „long term care“ zaujímá pozici velké zátěže pro rozpočet nejen sociálních, ale i zdravotnických služeb. Rozsah pečovatelských služeb se v Itálii pohybuje čtyřmi směry: domácí péče, rodinná péče, rezidenční péče a hospodaření s penězi, příspěvek na péči a další dávky. Cílem Ministerstva zdravotnictví Slovenské republiky je podle Hrozenské (2013) účinně a efektivně kombinovat personální, materiální a finanční zdroje rodiny, nevládních organizací, obce, samosprávného kraje a státu, k čemuž zákon upraví zvláštní systém dlouhodobé koordinace uspokojování individuálních zdravotních a sociálních potřeb starších osob na základě jejich svobodné volby.

Asi nejvýznamnější je pohled na dlouhodobou péči přes její financování. Čeledová (2013) uvádí v článku Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD následující zhodnocení. Celkové výdaje na dlouhodobou péči představují v 25 zemích OECD v průměru 1,5% HDP, přičemž mezi jednotlivými zeměmi existují velké rozdíly. Nejvyšší podíl výdajů dosahují Švédsko a Nizozemsko – kolem 3,5%, Švýcarsko asi 2% HDP, Francie, Island a Japonsko vydávají zhruba 1,6-1,7% HDP. V České republice podíl výdajů na dlouhodobou péči činil zhruba 1,2% HDP. Přestože uživatelé obecně preferují péči v domácím prostředí, větší podíl výdajů směřuje do oblasti ústavní péče mimo jiné v důsledku většího počtu pracovníků a nákladnější péči v tomto resortu.

V rámci kvalitativního výzkumu byla prokázána nutnost multidisciplinární péče o seniory hospitalizované na oddělení následné péče. Péče správně spolupracujícího týmu dokáže výrazně ovlivnit klienta jak po stránce psychické, tak po stránce fyzické. I přes snahy zajištění primární péče o seniory v domácím prostředí, zůstává ústavní péče nedílnou součástí dlouhodobé péče. Jedním z významných faktorů je také snížená dostupnost péče poskytovaná rodinnými příslušníky v důsledku zvyšování počtu dospělých dětí v produktivním věku, klesající velikost rodiny, rostoucí bezdětnost nebo



snížení počtu seniorů ve společné domácnosti s ostatními členy rodiny. Řešení problematiky dlouhodobé péče a zajištění dostupnosti kvalifikovaných pracovníků vyžaduje podle Čeledové (2013) dlouhodobé plánování a jasnou strategii dlouhodobé péče, včetně motivace obyvatel k přípravě a zajištění se na budoucí potřebu dlouhodobé péče.

## 6. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se snažila postihnout význam prevence imobilizačního syndromu u seniorů hospitalizovaných na oddělení následné péče. Hlavním cílem bylo zhodnotit tuto prevenci v rámci multidisciplinárního přístupu, s důrazem na potřeby klientů.

V teoretické části jsem s pomocí odborné literatury vysvětlila důležité pojmy, které se vztahují k tématu bakalářské práce. Kromě vymezení pojmu stárnutí a stáří, jsem se snažila o vymezení imobility, jejích příčin a důsledků. V této části nelze opomenout prevenci péče o seniory s imobilitou a problematiku dlouhodobé péče. Jednou z důležitých podkapitol je členění multidisciplinárního týmu a jejich kompetencí.

Ve výzkumné části jsem zhodnotila přístup jednotlivých členů multidisciplinárního týmu v péči o klienty oddělení následné péče v nemocnici Česká Lípa. Na základě vypracování kazuistik čtyř respondentů, kdy jako základní zdroj byla použita analýza osobních dokumentů, jsem následně vyhodnotila naplnění jednak koordinované péče o dané respondenty a jednak naplnění základních bio-psycho-sociálních potřeb jednotlivých respondentů. Důležitou složkou výzkumné části bylo zhodnocení této péče samotnými respondenty a to formou polostrukturovaného rozhovoru na základě předem připravených otázek. V této fázi výzkumu bylo patrné, jak je důležitý rozsah onemocnění, motivace a specifika potřeb jednotlivých respondentů. Jednotným motivačním faktorem respondentů byla rodina a rodinné zázemí. Tento faktor sehrál významnou roli u respondenta C, kdy rodina nebyla schopna se o klienta postarat.

Výzkum mi také potvrdil důležitou roli jednotlivých členů týmu a jako jednotící složku péče rehabilitační ošetřování. Nejlépe vnímaným článkem týmu byla pro respondenty fyzioterapie jako výrazný aktivační prvek. To se nejvíce projevilo u respondentky A. Dalším důležitým činitelem pro respondenty, ale také pro rodinné příslušníky, byla práce sociálního pracovníka. Zde jsem tento článek týmu vnímala jako slabší. Jako nejslabší článek týmu mohu stanovit psychologickou intervenci.

Závěr mé práce v kapitole Diskuse hodnotí dlouhodobou péči v mezinárodním srovnání. V rámci Evropy je jedním z ústředních cílů zajišťovat pro občany vysokou úroveň preventivní péče před rizikem nemoci a odkázanosti na cizí pomoci. Jedním ze základních přístupů je rozvíjení široké škály služeb dlouhodobé péče v dobré kvalitě a těm, kteří ji potřebují. Jako primární se do budoucna jeví péče v domácím prostředí či komunity. Přesto i nadále zůstává ústavní péče základním činitelem v péči o imobilní seniory.

Bakalářská práce může být využita jako zpětná vazba pro organizace poskytující dlouhodobou péči. Přínosem pro tuto problematiku by bylo zmapování výzkumných otázek v jiných zdravotnických zařízeních či soukromých zařízeních poskytujících zdravotnické a sociální služby.

## 7. Seznam informačních zdrojů

- ČAPSKÁ, Jana, 2013. Hodnotící nástroje úrovně sebezpečí. *Sestra*, roč. 23, č. 5, s. 30 – 30. ISSN 1210 – 0404.
- ČELEDOVÁ Libuše, Rostislav ČEVELA, Petr WIJA a Iva HOLMEROVÁ, 2013. *Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD*. [online]. [cit. 2014-04-03]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20130619092125852475.pdf>.
- Česko. Zákon č. 96/2004 Sb. (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ve znění zákona 189/2008 Sb.
- ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
- DOENGES, Marilyn E, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- FORMÁNKOVÁ, P., L. MOTLOVÁ a K. SVĚCENÁ, 2011. Aktivizace imobilních seniorů v rezidenčních zařízeních jako součást komprehenzivní rehabilitace. *Rehabilitácia*, č. 2, s. 109 - 115. ISSN 0375 - 0922.
- FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1314-4.
- FRIEDLOVÁ, Karolína, 2009. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I*. Vyd. 3. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 50, 50 s. ISBN 80-239-6132-2.
- GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 223 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HENDL, Jan, 2012. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.

- HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 96 s., iv s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-4697-5.
- HOLMEROVÁ, Iva, Monika VÁLKOVÁ a Tomáš ROUBAL, 2011. *Zákon o dlouhodobé péči: systémová změna poskytovaných sociálních a zdravotnických služeb v České republice*. [online]. [cit.2014-04-02]. Dostupné z: [http://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1357573898\\_sociln-sluby-67-2011-final-s.1-3.pdf](http://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1357573898_sociln-sluby-67-2011-final-s.1-3.pdf).
- HORECKÝ, Jiří, 2010. *Dobrovolnictví v sociálních službách*. [online]. [cit. 2014- 03-13]. Dostupné z: [http://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1357573339\\_socialni-sluzby-6-7-2010.pdf](http://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1357573339_socialni-sluzby-6-7-2010.pdf).
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- HRUBÁ Magdaléna a Jarmila SIVEROVÁ, 2012. *Aplikace prvků ergoterapie v rehabilitačním ošetřování*. [online]. [cit. 2014-03-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/aplikace-prvku-ergoterapie-v-rehabilitacnim-osetrovani-463448>.
- HUDÁKOVÁ, Anna a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 115 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
- JURÁSKOVÁ, Dana, 2007. *Hospitalizace pacienta a jeho bezpečnost*. V Praze: EuroProfis, 44 s. ISBN 978-80-239-8838-3.
- KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KLEVETOVÁ, Dana, 2011. Nebezpečí imobility. *Sestra*, roč. 21, č. 10, s.77 - 78. ISSN 1212 - 0404.
- KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ, 2005. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti: (určeno zdravotním sestram)*. 2. dopl. vyd. Brno: NCONZO, 117 s. ISBN 80-7013-423-2.

- KOLÁŘ, Pavel, c2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, xxxi, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MINAŘÍKOVÁ, Petra. 2008. Imobilizační syndrom. *Sestra*, roč. 18, č. 9, s. 17-19. ISSN 1213 - 2330.
- MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MLČOCHOVÁ, Eva a Martina LABÁKOVÁ, 2012. Role fyzioterapeuta v následné zdravotní péči. *Sestra*, roč. 22, č. 2, s. 51 – 53. ISSN 1210 – 0404.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2009. Rizika dlouhodobého pobytu seniora na lůžku: Imobilizační syndrom. *Sociální péče*, č. 2, s. 17 – 19. ISSN 1213 – 2330.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 269 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
- Nemocnice, Česká Lípa. 2008 [on-line] [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://www.nemcl.cz/cz/uvodni-strana/>
- Nemocnice, Česká Lípa. 2008 [on-line] [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://www.nemcl.cz/cz/oddeleni-nemocnice/lu>
- NOVÁKOVÁ, Iva, 2011-2012. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 3 sv. (187, 204, 137 s.). ISBN 978-80-247-3709-6.
- PIECKOVÁ, Lenka, 2012. Rehabilitační ošetřovatelství v práci sestry. *Sestra*, roč. 22, č. 6, s. 34 – 35. ISSN 1210 – 0404.
- POKORNÁ, Andrea, 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada, 193 s., ii s. obr. příl. *Sestra* (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.
- RASPINI, Daniel, 2011. Kam se ubírá dlouhodobá péče v Itálii?. *Sociální služby*, roč. 13, č. 4, s. 18 – 20. ISSN 1803 – 7348.
- SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 336 s. *Sestra*. ISBN 978-80-247-3013-4.

- ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 134 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TOPINKOVÁ, Eva, c2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 270 s. ISBN 80-726-2365-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Základy psychologie*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 356 s. ISBN 978-80-246-0841-9.
- WEBER, Pavel, 2004. Velké geriatrické syndromy – vztah k polymorbiditě a dysaptibilitě v seniu. *Postgraduální medicína*, roč. 6, č. 3, s. 13 – 17. ISSN 1212 – 4184.

## **8. Přílohy**

**Příloha č. 1** – Index Barthelové

**Příloha č. 2** – Lawtonova škála hodnocení IADL

**Příloha č. 3** – Schéma spolupráce terapeutického týmu

**Příloha č. 4** – Příklady dělby práce fyzioterapeuta – ergoterapeuta a zdravotní sestry

**Příloha č. 5** – Otázky



## Příloha č. 1 – Index Barthelové

položka	hodnocení (počet bodů)
1. najedení, napití	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
2. oblékání	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
3. osobní hygiena	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
4. koupání	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
5. kontinence moči	kontinentní (10), občas inkontinentní (5), trvale inkontinentní (0)
6. kontinence stolice	kontinentní (10), občas inkontinentní (5), trvale inkontinentní (0)
7. použití WC	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
8. chůze po schodech	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
9. přesun z lůžka na židli, event. vozík	sám (15), s malou pomocí (10), s dopomocí, vydrží sedět (5), nelze (0)
10. chůze či přesun po rovině	nad 50 m (15), s pomocí (10), na vozíku (5), neprovede (0)
<b>HODNOCENÍ:</b>	
0–40 bodů:	vysoce závislý v bazálních všedních činnostech
45–60 bodů:	závislý
nad 60 bodů:	závislost lehčího stupně

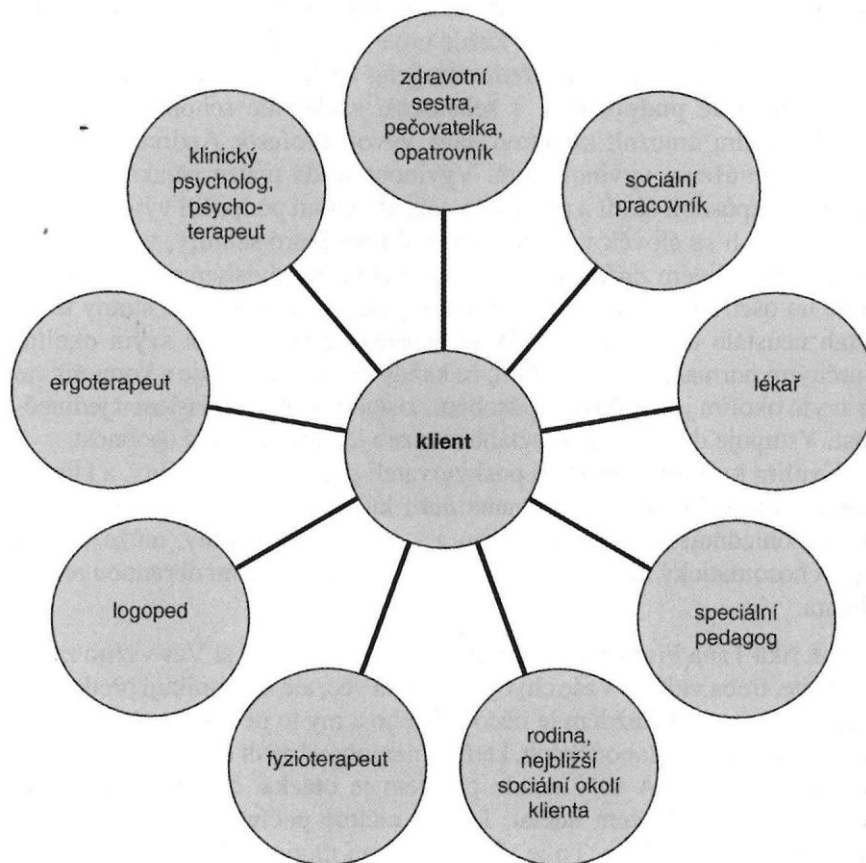
Zdroj: (Kalvach, 2011)

## Příloha č. 2 – Lawtonova škála hodnocení IADL

ÚROVNĚ	7 Úplná nezávislost	nevyžaduje asistenci		
	6 Modifikovaná nezávislost (kompenzační pomůcky)			
	Modifikovaná závislost	vyžaduje asistenci		
	5 Supervize (dohled)			
	4 Minimální závislost (klient: $\geq 75\%$ )			
	3 Mírná závislost (klient: 50–75 %)			
	Úplná závislost			
	2 Maximální závislost (klient: 25–50 %)			
	1 Úplná závislost (klient: 0–25 %)			
		Příjem	Propuštění	Následná péče
<b>Osobní hygiena:</b>				
A.	Příjem jídla	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B.	Osobní hygiena	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.	Koupání	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D.	Oblékání – horní polovina těla	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E.	Oblékání – dolní polovina těla	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F.	Použití WC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Ovládání sfinkterů:</b>				
G.	Kontrola močení, část I	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	část II	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H.	Kontrola vyprazdňování, část I	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	část II	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Přesuny:</b>				
I.	Postel, židle, vozík	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J.	Toaleta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
K.	Vana/sprchový kout	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Lokomoce:</b>				
L.	Chůze (ch), jízda na vozíku (v)	ch <input type="text"/> v <input type="text"/>	ch <input type="text"/> v <input type="text"/>	ch <input type="text"/> v <input type="text"/>
M.	Schody	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Komunikace:</b>				
N.	Rozumění sluchové (s), zrakové (z)	s <input type="text"/> z <input type="text"/>	s <input type="text"/> z <input type="text"/>	s <input type="text"/> z <input type="text"/>
O.	Expres (vyjadřování) verbální (v), non-verbální (n)	v <input type="text"/> n <input type="text"/>	v <input type="text"/> n <input type="text"/>	v <input type="text"/> n <input type="text"/>
<b>Sociální schopnosti:</b>				
P.	Sociální interakce	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q.	Řešení problémů	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R.	Paměť	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Celkově FIM</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zdroj: (Kalvach, 2011)

### Příloha č. 3 – Schéma spolupráce terapeutického týmu



Zdroj: (Friedlová, 2007)

## Příloha č. 4 – Příklady dělby práce fyzioterapeuta – ergoterapeuta a zdravotní sestry

Zdravotní sestra	Výkon	Fyzioterapeut - ergoterapeut
změny poloh po 2 hodinách, preventivní polohování při počínajících sekundárních změnách dle pokynů fyzioterapeuta	POLOHOVÁNÍ	korekční polohování, instruktáže sester, určit přesnou polohu, čas a frekvenci během dne, poskytnout speciální pomůcky,
pasivní pohyby plegických částí při manipulaci s pacientem (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 instrukce fyzioterapeuta a technických možností, zajištění bezpečnosti při nejisté chůzi, dopomoc při přesezení (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 pacienta
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, ošetřování chronických defektů, otázky stravy, vyprazdňování, životospráva	INFORMACE (ÚSTNÍ) PRO PACIENTY A RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY	denní pohybový režim, domácí rehabilitace, úprava pomůcek, prostředí, produktivní a přiměřená pomoc u trvale postižených, specifické informace a nácviky v poskytování produktivní pomoci

Zdroj: (Klusoňová, 2005)

## **Příloha č. 5**

Otázky:

1. Identifikační otázka – věk, místo nynějšího pobytu.
2. Proč a jak dlouho jste hospitalizován/a na oddělení následné péče?
3. Jakým způsobem jste zvládal/a soběstačnost v rámci domácího prostředí?
4. Jak vnímáte přístup sester, fyzioterapeutů a dalšího ošetrujícího personálu?
5. Myslíte si, že se budete moci vrátit zpět do domácího prostředí? Máte možnost pomoci blízké osoby, či využijete některé služby sociální péče?

Zdroj: Vlastní