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 ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Srovnání vybraných ošetřovatelských intervencí v prevenci imobilizačního syndromu v domově pro seniory ve Spolkové republice Německo a v České republice u ležících klientů

Vypracovala: Lucie Černá
Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2014/2015

Abstrakt

Srovnání vybraných ošetřovatelských intervencí v prevenci imobilizačního syndromu v domově pro seniory ve Spolkové republice Německo a v České republice u ležících klientů

Teoretická východiska

Se stárnutím populace vzrůstá počet geriatrických pacientů. Zvyšuje se také počet imobilních seniorů, kteří již nejsou schopni sebepéče. Komplexní zdravotní a sociální zabezpečení je poskytováno v domovech pro seniory, které plní roli dlouhodobé ústavní péče. Sestra v zařízeních tohoto typu zabezpečuje vysoce odbornou a erudovanou ošetřovatelskou péči zaměřenou na geriatrické problémy. U geriatrických klientů domova pro seniory je důležitá realizace preventivních, léčebných a sociálních opatření formou individuálního přístupu. Aby tato opatření mohla být provedena, je třeba zhodnotit zdravotní stav seniora, jeho fyzickou výkonnost, stav soběstačnosti a psychických funkcí v souvislosti s jeho sociální situací a zformulovat ošetřovatelské diagnózy. Nezastupitelnou úlohu v realizaci kvalitní ošetřovatelské péče má správné a systematické vedení ošetřovatelské dokumentace, které sestře umožní, co nejlépe se orientovat v péči o geriatrického pacienta. Zde sestra provádí záznam údajů aktuálního stavu, individuálních potřeb a ošetřovatelských problémů klienta, jeho rodiny, blízkých i popřípadě komunity. V důsledku dlouhodobého upoutání na lůžku může dojít ke zdravotním komplikacím postihující všechny tělesné systémy, k tzv. imobilizačnímu syndromu. Na prevenci sekundárních poškození, které ohrožují pacienta při jeho základním onemocnění, se zaměřuje rehabilitační ošetřovatelství. Mezi rehabilitační prostředky v prevenci imobilizačního syndromu v sesterské praxi patří polohování, vertikalizace a mobilizace, kam řadíme pasivní pohyby a kondiční cvičení. Dále sestra provádí fyzickou a psychickou aktivaci pacienta. V rehabilitačním ošetřování je důležitá efektivní spolupráce sestry s fyzioterapeutem. Nedílnou součástí preventivních opatření

vzniku zdravotních komplikací u imobilních klientů domova pro seniory jsou vhodně zvolené polohovací pomůcky, mobilizační prostředky, dobře vybavené lůžko s antidekubitním systémem.

Cíle práce

Porovnat dodržování preventivních opatření předcházejících vzniku dekubitů a svalových kontraktur v ošetřovatelské péči o imobilní pacienty v české a německém domově pro seniory. Zmapovat možnosti využití pomůcek k prevenci komplikací u imobilních klientů v českém a německém domově pro seniory. Byly zvoleny tyto výzkumné otázky:

1. Jaké jsou rozdíly v preventivních opatření předcházení vzniku dekubitů a svalových kontraktur v ošetřovatelské péči o imobilní klienty v českém a německém domově pro seniory?
2. Jaké jsou rozdíly ve využívání druhů pomůcek k prevenci komplikací u imobilních klientů v českém a německém domově pro seniory?

Použité metody

Bakalářské práce byla vypravována pomocí kvalitativního výzkumu. Ke sběru dat byla využita metoda hloubkových polostrukturovaných rozhovorů, se čtyřmi českými a čtyřmi německými sestrami. Tato metoda zahrnovala nestandardizované dotazování prostřednictvím otevřených otázek, které byly zaznamenány pomocí diktafonu a doslovně přepsány. Analýza získaných dat probíhala metodou kódování v ruce neboli metodou tužka a papír.

Výsledky

Analýzou získaných dat vznikly čtyři kategorie, vždy rozdělené na domov seniorů v ČR a domov seniorů v SRN:

1. Vědomosti sester
2. Realizace preventivních opatření
3. Vybavení pro imobilní klienty
4. Obecné poznatky týkající se imobilních klientů.

K jednotlivým kategoriím byly přiřazeny podkategorie, ve kterých jsou zakódována slovní spojení. Zjištěná fakta jsou znázorněna v přehledných schématech v jednotlivých kategoriích.

Závěr

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že není velký rozdíl v dodržování preventivních opatření předcházejících vzniku dekubitů a svalových kontraktur v ošetřovatelské péči o imobilní klienty v českém a německém domově pro seniory. Srovnatelné jsou i možnosti využití pomůcek v prevenci komplikací u imobilních klientů. Největší mezeru v ošetřovatelské péči o tyto klienty mají znalosti týkající se kontraktury a její profylaxe, což může být následkem nevyhovující spolupráce s fyzioterapeutem v německém domově. V českém domově tato spolupráce v současnosti zcela chybí. Také vedení dokumentace a záznamů, které jsou důležité pro realizaci preventivních opatření, není v českém domově vyhovující. Mobilizační záznam se nepíše a polohovací záznam by měl být podrobnější. Proto navrhujeme vytvoření polohovacího a mobilizačního záznamu podle vzoru německého domova a jeho předání vedení domova seniorů v ČR.

Klíčová slova: domov seniorů, klient, sestra, imobilita, imobilizační syndrom, dekubitus, kontraktura, polohování, mobilizace

Abstract

Comparison of chosen interventions in the prevention of immobilization syndrome in the homes for the elderly in Germany and in the Czech Republic in case of immobile clients.

Theoretical basis

As the population is getting older there is increased number of geriatric patients. However there is also increased number of immobile seniors, who are not able to take care of themselves. Comprehensive health and social security is being provided in homes for elderly, which fulfil the role of long-term institutional care. Nurses must be trained for this highly professional and knowledgeable nursing care aimed at geriatric problems. For geriatric clients of home for elderly it´s important realization of prevention, treatment and social measures in the form of an individual approach. That these measures can be implemented it is necessary to evaluate the health status of seniors, their physical performance, self-sufficiency and mental functions in connection with the social situation and to formulate a nursing diagnosis. Irreplaceable role in the implementation of quality nursing care is proper and orderly conduct of nursing documentation that allows the nurse effective orientation in the care of geriatric patients. There nurses writes down data of the current state of individual needs and nursing problems of the client, his family, relationships or even the community. As a result of long-term bed rest can lead to health complications affecting all body systems, so-called immobilization syndrome. How to prevent secondary damage that threatens the patients while they are already ill is focused rehabilitation nursing. Among rehabilitation resources in the prevention of immobilization syndrome in nursing practice are included: positioning, verticalization, mobilization, where we rank passive movements, fitness training, as well as the nurse performs physical and mental

activation of patients. In the rehabilitation treatment it is important that the nurse effectively cooperates with a physiotherapist. Inseparable part of prevention measures is preventing health complications in case of immobile clients homes for the elderly are suitably selected positioning aids, mobilizing resources, well-equipped bed with antidekubitus system.

Thesis goals

To Compare keeping preventive measures which prevent the formation of pressure ulcers and muscle contractures in nursing care for immobile patients in the Czech and German retirement homes. To map out the possibilities of aids in the prevention of complications in immobile clients in the Czech and German retirement homes following research questions were chosen:

1. What are the differences in prevention measures preventing dekubitus and muscle contractures in nursing care for immobile clients in the Czech and German home for eldery?
2. What are the differences in the use of a kind of tools to prevent complications in immobile clients in the Czech and German retirement home?

Applied methods

Bachelor thesis has been made by using qualitative research. For collection of data was used a method in-depth interviews with four Czech and four German nurses. This method involved non-standardized interviews through open-ended questions that were recorded by dictaphone and transcribed verbatim. The data analysis was carried out by hand coding or using a pencil and paper.

Results

By analyzing the data four categories were created, each divided into the home for the elderly in the Czech Republic and the home for the elderly in Germany:

1. Nurses knowledge
2. Implementation of preventive measures
3. Equipment for immobile clients
4. General knowledge related to immobile clients

Individual categories were assigned to sub categories, which are encoded in phrases. The ascertained facts are listed in clear diagrams in each category.

Conclusion

Research survey found out that there is not a big difference in adherence to preventive measures to prevent the formation of decubitus and muscle contractures in nursing care for immobile patients in Czech and German homes for the elderly and comparable are also the possibilities of using tools to prevent complications in case of immobile clients. The biggest gap in nursing care for clients is bad knowledge of contractures in both homes for the elderly. This is connected with bad prevention in case of contractures which can be a consequences of inappropriate cooperation with a physiotherapist in the German home for the elderly. In the Czech home for the elderly that cooperation does not work at all. Also keeping documentation and records relevant to the implementation of preventive measures in the Czech home for the elderly is not satisfactory. Mobilization record is missing and positioning record should be more detailed. We therefore propose the creation of positioning and mobilization recording modeled according to the German retirement home and handing it to the leadership of retirement home in the Czech.

Keywords: home of the elderly, client, nurse, immobility, immobilisation syndrome, decubitus, contracture, positioning, mobilization

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala 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 (datum) .....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat Mgr. Aleně Machové za odborné vedení, připomínky a cenné rady, které mi ochotně poskytla během tvorby této práce.

OBSAH

ÚVOD 13
1 SOUČASNÝ STAV 14
1.1 GERIATRIE 14
1.1.1 Zdravotně - sociální péče o geriatrické klienty 15
1.1.2 Geriatrický pacient 16
1.1.3 Geriatrické ošetřovatelství a jeho specifika 17
1.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O GERIATRICKÉHO KLIENTA S RIZIKEM IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU V DOMOVĚ PRO SENIORY 18
1.2.1 Imobilita a geriatrický pacient 18
1.2.2 Imobilizační syndrom 19
1.2.3 Nejčastější ošetřovatelské problémy u imobilního geriatrického klienta v domově pro seniory 19
1.2.3.1 Respirační systém 20
1.2.3.2 Kardiovaskulární systém 21
1.2.3.3 Močový systém 22
1.2.3.4 Zažívací trakt 24
1.2.3.5 Kůže 26
1.2.3.6 Dehydratace 29
1.2.3.7 Poruchy hybnosti 30
1.2.3.8 Psychické projevy 32
1.3 REHABILITAČNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ V PREVENCI 33
1.3.1 Polohování 34
1.3.2 Pasivní pohyby 36
1.3.3 Kondiční cvičení 37
1.3.4 Vertikalizace 38
1.4 PROSTŘEDKY PRO PREVENCI KOMPLIKACÍ U IMOBILNÍCH PACIENTŮ 38
1.4.1 Polohovací lůžka 38
1.4.2 Antidekubitní matrace 39
1.4.3 Polohovací pomůcky 40
1.4.4 Vozíky 40
2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY 41
2.1 CÍL PRÁCE 41
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY 41
3 METODIKA 42

3.1 METODIKA VÝZKUMU 42
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU 43
3.3 CHARAKTERISTIKA PROSTŘEDÍ VÝZKUMU 44
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU 46
5 DISKUZE 71
6 ZÁVĚR 80
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 82
8 SEZNAM PŘÍLOH 86

Seznam použitých zkratek

ARAS= ascendentní retikulární aktivační systém

BS= bazální stimulace

CNS= centrální nervová soustava

ČR = Česká republika

DC= dýchací cesty

IAG= International Association of Gerontology

LF MU=Lékařská fakulta Masarykovy univerzity

LDN= léčebna pro dlouhodobě nemocné

OSN= Organizace spojených národů

S= sestra

SRN= Spolková republika Německo

ÚVOD

Stárnutí populace je významným rysem vývoje České republiky i ostatních vyspělých států Evropy. Tento demografický vývoj bude mít i v následujících letech vzrůstající tendenci. Velký důraz je proto kladen na zlepšení úrovně zdravotní péče o seniory. Se zvyšující životní úrovní vzrůstá věková hranice přirozené smrti. Tím se také zvyšuje počet geriatrických klientů, kteří nejsou schopni sebepéče a jsou odkázáni na pomoc ošetřovatelského personálu v domovech pro seniory.

Velkou skupinu obyvatel domovů pro seniory tvoří klienti, kteří jsou upoutáni na lůžko. Imobilní klienti mají své specifické potřeby, tedy péče o ně klade na personál značné fyzické a psychické nároky. Proto je tak důležitá efektivní a správně poskytovaná ošetřovatelská péče, včasné rozpoznání problémů, které by mohly vést ke vzniku komplikací. Kvalitně vedená ošetřovatelská péče o imobilního geriatrického pacienta znamená správně zvolené ošetřovatelské postupy, volba vhodných materiálů a pomůcek, důsledně vedená ošetřovatelské dokumentace a záznamy péče.

Teoretická část bakalářské práce popisuje specifika péče o imobilního geriatrického pacienta v domově pro seniory, vliv imobility na jednotlivé tělesné systémy a zabývá se rehabilitačním ošetřováním se zdůrazněním na prevenci komplikací. Tato sekundární poškození mohou zatěžovat imobilního seniora více než základní onemocnění. Další část práce je věnovaná vybavení pro imobilní klienty domova pro seniory, které tvoří polohovací, mobilizační pomůcky, speciální lůžka a antidekubitní systémy pro imobilní seniory.

Empirická část se zabývá srovnáním preventivních opatření o imobilní klienty v českém a německém domově pro seniory. Autorka bakalářské práce vychází z analýzy hloubkových rozhovorů se sestrami pracujících v těchto domovech a z praktických zkušeností, které ji přinesla práce v obou domovech pro seniory. V českém domově pracovala před třemi lety jako zdravotní sestra, v německém pracuje na této pozici doposud. Výzkumné šetření se uskutečnilo v období březen až duben 2015.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 GERIATRIE

Geriatrie (klinická gerontologie, geriatrická medicína) je samostatný lékařský obor interdisciplinárního charakteru, jehož cílem je optimalizace zdravotního a funkčního stavu starých lidí. Zabývá se specifickými potřebami seniora, zvláštnostmi diagnostiky a léčby nemocí, určením rizikových faktorů ve stáří, které by mohly vést ke snížení soběstačnosti a fyzické kondice seniora a v případě onemocnění zhoršit jeho další vývoj. V moderní geriatrii je používán komplexní přístup formou koordinované týmové péče, lékařské, ošetřovatelské a rehabilitační (Topinková, 2005).

Samostatným lékařským oborem se geriatrie v ČR stala v roce 1983. Počátky geriatrie se datují již od roku 1848, kdy na pražské lékařské fakultě přednášel Josef Hammerník o nemocech stáří. Součástí těchto přednášek byly praktické ukázky u lůžek pacientů v chorobinci na Karlově. Další významnou osobností se stal František Procházka, který je považován za zakladatele tohoto oboru. František Procházka vedl přednášky na téma ,,Patologie a terapie nemocí pokročilého věku“ s demonstracemi od akademického roku 1904/1905 až do počátku 1. světové války (Holmerová a Jurášková, 2010).

V geriatrické tradici pokračoval profesor Rudolf Eiselt, který v r. 1929 založil pravděpodobně první geriatrické univerzitní pracoviště na světě. Tím se stala fakultní klinika, která vznikla z dřívějšího Ústavu pro nemoci stáří. Nacházela se v dnešní Thomayerově nemocnici. Dalším průkopníkem geriatrie se stal profesor pražské lékařské fakulty Bohumil Prusík, jež založil po 2. světové válce Českou gerontologickou společnost a byl zakládajícím členem Mezinárodní gerontologické asociace IAG (Kalvach et.al., 2004).

Od roku 1974 vznikaly v Československu léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). Cílem bylo zlepšit nevyhovující stav péče o dlouhodobě nemocné pacienty. Roku 1983 byla vydána koncepce geriatrie. V 80 letech 20. století začaly v Československu

pracovat geriatrické sestry**.** Tato služba rozšiřovala geriatrii o ošetřovatelský rozměr (Holmerová a Jurášková, 2010).

V 90. letech 20. století vznikaly z původních léčeben nebo v rámci nového konceptu komunitních služeb nová zařízení např. geriatrické oddělení při Fakultní nemocnici Brno, v současnosti Klinika interní, geriatrie a praktického lékařství LF MU. Významným dokumentem pro rozvoj geriatrie se stal Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří), přijatý vládou ČR v lednu 2008. Tento program zdůrazňuje nutnost kvalitní zdravotní péče o seniory, jehož podmínkou je poskytování specializované geriatrické péče a také zajištění odpovídající dlouhodobé péče. I přes tyto snahy se v roce 2008 ministerstvo zdravotnictví pod vedením Tomáše Julínka pokusilo o zrušení oboru geriatrie, naštěstí neúspěšně. Tento krok ostře kontrastuje se snahou našich předků, kteří si dobře uvědomovali, jak je geriatrický obor nepostradatelný (Holmerová a Jurášková, 2010).

1.1.1 Zdravotně - sociální péče o geriatrické klienty

Geriatričtí pacienti se mohou ocitnout v situaci, kdy již nejsou schopni sebepéče z důvodu určitého onemocnění. K tomuto účelu slouží ústavní geriatrická péče, která může mít podobu akutní, postakutní (rekonvalescentně rehabilitační, návratnou) nebo podobu dlouhodobou (ošetřovatelskou, ošetřovatelsko-sociální či paliativní). Cílem dlouhodobé ústavní péče je také demedicinace, to znamená, že role klienta by měla být zdůrazněna před rolí pacienta. Důležité je, aby byl kladen důraz na civilní prostředí a udržení kvality života seniora při současném poskytování kvalitních zdravotnických služeb (Kalvach et.al., 2004).

Dlouhodobou ústavní péči plní domovy seniorů. Klientům je zde poskytována komplexní zdravotní a sociální péče, bydlení, stravování, poradenství, zájmová i kulturní činnost. Sestra v zařízeních tohoto typu zabezpečuje vysoce odbornou a erudovanou ošetřovatelskou péči zaměřenou na geriatrické problémy, často u psychicky nemocných a umírajících seniorů. Provádí také činnosti, které jsou v kompetenci

pracovníků sociálních služeb. Velmi důležitá je spolupráce ošetřovatelského personálu s rodinou. Domovy seniorů mohou mít různého zřizovatele. Může se jednat o zařízení státní, soukromé nebo církevní. Tento typ zařízení však není příliš u seniorů oblíben. Volí toto možnost jen v případě, kdy již není jiná varianta zajištění komplexní péče. Mezi kritéria hodnocení přijetí klienta do domova seniorů patří kromě posouzení jeho individuální situace, možnosti příspěvků na péči také jeho věk (Poledníková a kol., 2006; Kalvach et.al., 2004)

1.1.2 Geriatrický pacient

Věková hranice, kdy se člověk stává seniorem, se v průběhu dějin měnila, což souvisí se zlepšujícím se zdravotním a funkčním stavem nově stárnoucích generací. Světová zdravotnická organizace rozděluje stáří na časné (60–74 let), vlastní stáří (75-89 let), 90 a více let jako dlouhověkost (Kalvach et.al, 2004).

Spolu se stárnutím populace se zvyšuje i počet geriatrických pacientů. V roce 2050 budou podle odhadů OSN tvořit až 1/3 evropské populace lidé ve věku nad 60 let (Hudáková a Majerníková, 2013)

V České republice pojetí „geriatrického pacienta“ a jeho specifických potřeb není doposud zcela vymezeno. V širším slova smyslu se jedná o staré nemocné lidi ve věku nad 75 let. Ve vyspělých zemích se tato hranice zvyšuje nad 80 let, což souvisí se stále zlepšující se úrovní zdravotního a funkčního stavu seniorů. Pro účast seniora v geriatrických programech je nejnižší věková hranice 65 let. V užším slova smyslu za geriatrického pacienta považujeme seniora, u kterého se objevily zdravotní problémy souvisejícími s involučními změnami (Kalvach et.al, 2008).

Kalvach (2008) dále uvádí, že ve stáří dochází ke snížení úrovně zdraví projevující se například chorobami, jejímiž příčinami jsou poruchy tělesné, psychické i imunitní regulace. U seniora se zhoršuje adaptační schopnost na větší zátěž, průběh akutních onemocnění a prognóza po operačních výkonech. Po úrazech jsou častější komplikace, mezi něž patří také rozvoj imobilizačního syndromu. Velkou zátěž pro seniora znamená

deficit v oblasti smyslových, kognitivních a pohybových funkcí. Dochází velmi často k projevům únavy a výraznému omezení všech aktivit.

1.1.3 Geriatrické ošetřovatelství a jeho specifika

Geriatrické ošetřovatelství je obor zabývající se komplexní péčí o nemocné seniory, která je zaměřena na potřeby související s chorobami vyššího a vysokého věku a jejich komplikacemi. Podstatou je uspokojení individuálních potřeb starého člověka a řešení jeho problémů. Tato péče zahrnuje ošetřovatelské činnosti směřující k podpoře a upevnění zdraví, k vyléčení. Na druhé straně v případě těžké nemoci jde o zajištění důstojného umírání. Cílem geriatrického ošetřovatelství je uspokojit bio - psycho - sociální a spirituální potřeby seniora realizací holistického přístupu (Poledníková et. al., 2006).

Podmínkou optimální péče je správně provedené zhodnocení aktuálního zdravotního stavu seniora, jeho schopností a případných omezení. Úkolem sestry je provést posouzení stavu schopnosti sebepéče, výživy, omezení mobility a hodnocení stupně bolesti pomocí screeningových nástrojů. Jen takto může být správně naplánována optimální péče. Sestra pracující v tomto oboru by měla znát běžné poruchy, které se vyskytují u geriatrických klientů. Správné zhodnocení schopností či omezení umožňuje sestře plánovat a poté realizovat preventivní a terapeutické intervence (Pokorná a kol., 2013).

Nezastupitelnou úlohu v realizaci kvalitní ošetřovatelské péče má správné a systematické vedení ošetřovatelské dokumentace, které sestře umožní, co nejlépe se orientovat v péči o geriatrického pacienta. Zde sestra provádí záznam údajů aktuálního stavu, individuálních potřeb a ošetřovatelských problémů klienta, jeho rodiny, blízkých i popřípadě komunity (Pochylá, 2005).

1.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O GERIATRICKÉHO KLIENTA S RIZIKEM IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU V DOMOVĚ PRO SENIORY

1.2.1 Imobilita a geriatrický pacient

Imobilita je stav organizmu, kdy dochází k přechodné nebo trvalé ztrátě pohybových schopností jedince jako důsledek postižení pohybového aparátu a vnitřního systému. Příčinou imobility je nemoc nebo úraz. Imobilitu rozdělujeme na dočasnou, dočasně dlouhodobou a trvalou. Dočasná imobilita znamená vynucený krátkodobý klid na lůžku, během kterého probíhá běžná rehabilitace a organizmus není postižen závažnými změnami. Dočasná dlouhodobá imobilita je stav, kdy nastávají závažné komplikace a sekundární změny, které souvisí s nedostatečnou ošetřovatelskou péčí a rehabilitací. Trvalá imobilita je spojena s postižením motorických funkcí různého rozsahu v důsledku závažného onemocnění, úrazu nebo při těžkém vrozeném onemocnění. Stupeň závislosti a ztráty soběstačnosti je určen typem a rozsahem postižení, celkovou kondicí pacienta, jeho konstitucí, věkem, psychickým stavem, kvalitou ošetřovatelské a rehabilitační péče, dostupností technických pomůcek (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

U geriatrických pacientů je důležitá realizace preventivních, léčebných a sociálních opatření formou individuálního přístupu. Aby tato opatření mohla být provedena, je třeba zhodnotit zdravotní stav seniora, jeho fyzickou výkonnost, stav soběstačnosti a psychických funkcí v souvislosti s jeho sociální situací a zformulovat ošetřovatelské diagnózy (Topinková, 2005).

Na začátku ošetřovatelského procesu je proveden zápis anamnestických údajů osobních, konkrétně výskyt onemocnění vedoucích k imobilitě (onemocnění pohybového ústrojí, neurologická, atrofickodegenerativní onemocnění, smyslové poruchy, onkologická onemocnění, úrazy) a farmakologická anamnéza, kdy zjišťujeme užívání léků ovlivňujících mobilitu. Dalším krokem je fyzikální vyšetření zahrnující posouzení funkce pohybového aparátu, kardiovaskulárního, dýchacího a vylučovacího systému, stavu kůže, metabolismu a výživy (Poledníková et.al., 2006).

U pacienta je nutné provést také funkční geriatrické vyšetření (FGV), které slouží k aktivnímu vyhledávání zdravotních a sociálních rizik. K tomuto účelu se používají standardizované testy a škály: Test instrumentálních všedních činností (IADL), Test základních sebeobslužných činností (ADL), Krátká škála mentálního stavu (MMSE), Škála deprese pro geriatrické pacienty (Topinková, 2005).

1.2.2 Imobilizační syndrom

„Imobilizační syndrom je nekonstantní označení souboru negativních důsledků a projevů dlouhodobého podstatného omezení pohybové aktivity, především ve smyslu upoutání na lůžko“ (Kalvach, et.al.,2004, str.229). Nejvíce jsou podle autorů ohroženi pacienti, u nichž je omezena adaptační kapacita, pacienti s poruchou regulačních mechanismů (např. ortostatických) a pacienti s významnou multimorbiditou. U těchto pacientů může dojít k rozvoji imobilizačního syndromu již za několik hodin. Během 24 hodin mohou vzniknout dekubity, ortostatická hypotenze, flebotrombóza a pneumonie. V horizontu týdnů dojde k přestavbě cirkulace. Zdeněk Kalvach (2004) poukazuje, že k získání důležitých poznatků o souvislostech imobilizace přispěl výzkum dlouhodobého pobytu v beztížném stavu.

1.2.3 Nejčastější ošetřovatelské problémy u imobilního geriatrického klienta v domově pro seniory

Po posouzení zdravotního stavu, získání ošetřovatelská anamnézy sestra určí aktuální a potencionální ošetřovatelské problémy imobilního seniora, tedy ošetřovatelské diagnózy. Ošetřovatelská diagnóza je součástí ošetřovatelského procesu, který slouží k systematickému hodnocení a plánovitému uspokojování potřeb zdravého i nemocného jedince (Trachtová a kol., 2013).

„Ošetřovatelská diagnóza je definována jako klinické posouzení zážitků/reakcí jedince, rodiny, skupiny nebo komunity na aktuální nebo potencionální zdravotní problémy/životní procesy…[a] poskytuje základ pro výběr ošetřovatelských intervencí k dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná“ (Herdman, 2013, str. 98).

Ošetřovatelské diagnózy mají u geriatrických pacientů svá specifika v souvislosti se změnami v oblasti tělesné, psychické i sociální a s projevy polymorbidity. V důsledku imobility dochází ke změnám ve všech orgánových systémech. (Poledníková, et al. 2006).

1.2.3.1 Respirační systém

Příčinou postižení respiračního aparátu je nedostatečná ventilace plic a špatná funkce odkašlávání, což má za následek hromadění sekretu v dýchacích cestách. V důsledku toho dochází k častým pneumoniím a atelektázám plic. Těmito komplikacemi jsou ohroženi především pacienti s chronickou bronchitidou, kuřáci a imobilizovaní pacienti (Kalvach et.al, 2011).

Při posuzování funkce respiračního aparátu sestra provede hodnocení normálního typu dýchání klienta, zjistí zdravotní problémy seniora ovlivňující jeho dýchání, posoudí užívání farmak ovlivňujících dýchání a onemocnění kardiovaskulárního aparátu. Poté sestra zhodnotí samotné dýchání seniora, jeho frekvenci, pravidelnost, hloubku a charakter. Jestliže je klient schopný rozhovoru, ptá se sestra seniora na jeho respirační problémy, respirační onemocnění, jeho životní styl (Trachtová a kol., 2013).

Mezi nejčastější ošetřovatelské diagnózy, které se vztahují k postižení dýchacího systému u imobilního seniora patří:

00032 Neefektivní dýchání v souvislosti se sníženým rozpínáním plic, atrofií dýchacích svalů projevující se mělkými, oslabenými, zkrácenými dechy

00031 Neefektivní průchodnost dýchacích v souvislosti se stagnací plicních sekretů projevující se stridorem, dráždivým kašlem, neklidem

00030 Porušená výměna plynů v souvislosti se sníženou ventilací plic projevující se lapavými dechy, cyanózou, neklidem, zmatenostní, somnolencí (Herdman, 2013).

Důležitou prevencí optimální funkce dýchacího systému je polohování a dechová cvičení. Sem patří aktivní dynamická dechová cvičení, zahrnující cviky končetin a trupu, doprovázená zkoordinovaným dýcháním ve správném rytmu. Sestra by měla pacienta pravidelně vyzývat k nácviku statického dýchání, které spočívá v provádění prohloubeného vdechu i výdechu, dlouhého vdechu a krátkého prudkého výdechu, krátkého vdechu a dlouhého výdechu, vdechu a přerušovaného výdechu, vdechu, výdechu proti odporu jako nafukování míčku, bublání do láhve atd. (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

U ležících klientů je potřeba odstranění sekretu z dýchacích cest, podpora expektorace. V tomto případě provádí sestra uvolnění sekretu pomocí poklepové a vibrační masáže, kterému předchází vtírání roztoků či olejů podporujících prokrvení (Trachtová a kol., 2013).

1.2.3.2 Kardiovaskulární systém

U disponovaných jedinců se může během jedné noci projevit ortostatická hypotenze, která se manifestuje jako ranní závrativost. Faktory přispívající k rozvoji ortostatické hypotenze jsou dehydratace organizmu a některé léky jako antihypertenziva a psychofarmaka. Dále dochází k hypokinetické cirkulaci. Při hypokinetické cirkulaci dochází ke zpomalení krevního oběhu jako důsledku stáří a klidu na lůžku. U tohoto klienta se objevuje vysoké riziko vzniku flebotrombózy, zvláště u jedinců, kteří jsou po operativním zákroku, ochrnutí, po srdečním selhání, s nádorovým onemocněním. Flebotrombóza se objevuje nejčastěji 3. den imobilizace pacienta (Kalvach et.al., 2004). „V nepohyblivých končetinách (zlomeniny, parézy) se nachází v 60 % případů, u geriatrických pacientů bez heparinové prevence je 10. den pobytu na lůžku rozvinuta až v 80 %“**(** Kalvach et.al.,2004,str.230). U imobilního pacienta dojde k přestavbě

cirkulace, která se projeví snížením systolického objemu, srdečního výdeje (Kalvach et.al., 2004).

Sestra v rámci sběru anamnestických údajů zjišťuje u klienta onemocnění kardiovaskulárního aparátu, užívání léků souvisejících s kardiovaskulárním aparátem, všímá si vyskytující se bolesti a její lokalizace, dýchacích potíží, stavu kůže a sliznic (barvy, teploty, edémů, ochlupení, křečových žil), hromadění tělesných tekutin (ascites, anasarka), zaznamenává hodnoty krevního tlaku, srdeční frekvence, srdeční rytmus (Poledníková a kol. 2006).

Nejčastějšími ošetřovatelskými diagnózami týkající se postižení kardiovaskulárního systému imobilního seniora jsou:

00029 Snížený srdeční výdej v souvislosti se základním onemocněním projevující se zkráceným dechem, změnou barvy kůže, otoky, vyčerpaností

00024 Neefektivní tkáňová perfuze v souvislosti s nedostatečným žilním návratem projevující se otokem dolních končetin (Herdman, 2013).

K preventivním opatřením prováděných sestrou náleží polohování, vertikalizace, mobilizace klienta, pravidelné cvičení dolních končetin, při objemnějších varixech bandážování dolních končetin. Rizikovým klientům se zánětlivým onemocnění nebo po operaci se podává injekčně nízkomolekulární heparin (Kalvach et.al., 2004).

1.2.3.3 Močový systém

V počátečním stádiu imobilizace dochází ke zvýšenému vylučování moči, pak se její množství snižuje a zvyšuje se koncentrace. Negativní účinek na vylučování moči má horizontální poloha (Trachtová a kol., 2013).

U klientů, dlouhodobě upoutaných na lůžku, hrozí nedostatečný odtok moči z močových cest a dochází k nedokonalému vyprazdňování močového měchýře. Retence moči se projevuje především u mužů, což může mít za následek vznik urolithiázy a urosepse. Retence moči může být příčinou neklidu s poruchami vědomí.

Inkontinence bývá způsobena především psychickou alterací pacienta (Kalvach, et.al. 2004).

V rámci screeningového vyšetření, které náleží do ošetřovatelské anamnézy hodnotí sestra soběstačnost klienta v oblasti vyprazdňování, dále provádí hodnocení frekvence, množství, barvy, čirosti a zápachu moče a dle ordinace lékaře odebírá moč na vyšetření (Trachtová a kol., 2013).

K nejčastějším ošetřovatelským diagnózám, které se vztahují k postižení močového systému u imobilního seniora řadíme:

00016 Porušené vyprazdňování moče v souvislosti s anatomickou obstrukcí, s infekcí močových cest projevující se naléhavý močením, verbalizací nepříjemných subjektivních pocitů

00023 Retence moči v souvislosti s blokováním močové trubice projevující se slabým častým močením, absencí močení, verbalizací pocitu plného močového měchýře

00021 Úplná inkontinence moči v souvislosti se základním onemocněním projevující se kontinuálním odtokem moči

00018 Reflexní inkontinence moči v souvislosti s neurologickým poškozením v oblasti mikčního centra projevující se mimovolní mikcí

00019 Urgentní inkontinence moči v souvislosti se sníženou kapacitou močového měchýře projevující se častým močením (Herdman, 2013).

Sestra by měla vždy přihlížet k tomu, že oblast vyprazdňování je pro klienta velice citlivá a přistupovat nanejvýš ohleduplně. U imobilního pacienta je důležité zajistit jeho soukromí, dostatečný čas a upravit polohu při močení. Sestra by měla dbát na dostatečný příjem tekutin během dne, provádět zápis příjmu tekutin, v případě zavedeného permanentního katétru i výdej tekutin. Důležitá je zvýšená hygienická péče po každém močení, neponechat klienta v mokrém prostředí, což by mohlo mít za následek vznik kožních lézí (Trachtová a kol., 2013).

1.2.3.4 Zažívací trakt

U imobilních klientů se mění metabolismus, katabolické procesy převládají nad anabolickými. Velkým nebezpečím při imobilizaci je vznik malnutrice, jejíž příčinou je snížený přísun bílkovin a současná negativní dusíková bilance, která vzniká rozpadem svalové hmoty. Důsledkem hypoproteinemie je tvorba edemů (Trachtová a kol., 2013).

Zažívací trakt reaguje na imobilizaci zpomalením střevní pasáže, projevující se obstipací. Nezřídka se objevuje u těchto pacientů pseudoprůjmy, které jsou způsobeny obtékáním tuhých skybal ve střevě. Tato komplikace nejvíce postihuje kachektické jedince. Distenze rekta může mít za následek povolení sfinkteru a samovolný odtok stolice, inkontinenci stolice (Kalvach, et.al. 2004).

V rámci ošetřovatelské anamnézy sestra zjišťuje u klienta jeho vyprazdňovací návyky, četnost, vzhled, konzistenci, příměsi stolice. Další vyšetření je zaměřeno na pohled, poslech, palpaci, poklep se zaměřením na zažívací trakt a vyšetření konečníku a análního otvoru pohledem, pohmatem (Trachtová a kol., 2013).

V oblasti výživy sestra provádí výživovou anamnézu, která zahrnuje stravovací návyky seniora a stravovací omezení, ptá se klienta na léky, zvláště na ty, které užívá v závislosti na jídle. Dále sestra provádí nutriční screening, antropometrická měření zahrnující váhu, výšku, body mass index (BMI), které pravidelně konzultuje s ošetřujícím lékařem. BMI slouží k měření podvýživy a obezity (Trachtová a kol., 2013).

„ U křehkých seniorů není náležitě přezkoumán a velká variační šíře ve vysokém věku není dostatečně zohledněna v normálních hodnotách. Při váznoucí výživě může být BMI zavádějící (příliš vody nebo tuku při současném nedostatku živin)“(Schuler a Oster, 2010, str.44).

K ošetřovatelským diagnózám onemocnění zažívacího traktu vyskytující se nejvíce u imobilního seniora patří:

00103 Porušené polykání v souvislosti se změnami na sliznici dutiny ústní, s nervově-svalovými poruchami projevující se kašláním, neklidem, známkami aspirace

00002 Nedostatečná výživa v souvislosti se snížením příjmu potravy projevující se váhovým úbytkem, nechutí k jídlu, nevolností

00001 Nadměrná výživa v souvislosti s nadměrným příjmem potravy, nedostatkem pohybu projevující se zvýšením tělesné hmotnosti

00011 Zácpa v souvislosti se sníženou motilitou trávicího traktu projevující se neschopností defekace

00014 Inkontinence stolice v souvislosti se ztrátou ovládání rektálního sfinkteru, zhoršením kognitivních funkcí projevující se kontinuálním samovolným odchodem stolice (Herdman, 2013).

Preventivní opatření či léčba již vzniklých potíží geriatrických pacientů spočívá především v zajištění příjmu plnohodnotné stravy bohaté na bílkoviny, vitamíny a minerály. Sestra provádí pravidelný záznam přijaté stravy. Sestra musí také dbát, aby přijímaná strava příliš nezatěžovala trávicí systém seniora a na dostatečnou hydrataci. Při potížích podává dle ordinace lékaře mnohdy nezbytná laxantiva. Vyprazdňování stolice je pro klienta upoutaného na lůžko velice obtížné. Úkolem sestry je zvolit, s ohledem na zdravotního stav seniora, co nejvhodnější polohu pro defekaci, zajištění soukromí a neoddalovat defekaci při požádání klienta. (Trachtová a kol., 2013).

Dlouhodoběji jsou vhodná objemová a osmotická laxantiva na rozdíl od stimulačních laxantiv. Někdy je nejúčinnější terapii až manuální vybavení stolice (Kalvach, et.al. 2004).

V případě inkontinence u imobilního seniora hraje velice důležitou úlohu správná volba vhodné inkontinentní pomůcky. V dnešní době je pro tyto klienty široká nabídka jednorázových pomůcek, které zvyšují komfort klienta a pomáhají předcházet vzniku komplikací. Úlohou sestry v domovech pro seniory je stanovit typ a stupeň inkontinence a pokud je to možné, dobře klienta edukovat. U lehké inkontinence se používají vložky podle pohlaví klienta, u středně těžké inkontinence vložné pleny nebo u částečně imobilních navlékací plenkové kalhotky. Podle typu pleny je také možné použít fixační kalhotky, které jsou určeny pro opakované nošení. U těžké inkontinence jsou nejvhodnější zalepovací plenkové kalhotky. Ochranu lůžka lze zvýšit speciální podložkou z materiálu na bázi superabsorbentu. Speciální ochranu kůže před kontaktem se sekrety a minimalizující zápach zajišťuje pomůcka tzv. Urinbleiter

(nalepovací sběrný sáček) který je určen pro ženy i muže. Tato pomůcka však není příliš používána (Köther,2007).

1.2.3.5 Kůže

S přibývajícím věkem postupně klesá elasticita kůže a její pevnost. Snižuje se prokrvení pokožky. Staří lidé často trpí, nedostatečnou výživou, dehydratací, inkontinencí. Častá jsou chronická postížení kardiovaskulárního systému, výskyt obezity, diabetu mellitu, celkově přibývá polymorbidních pacientů. To vše je podpůrným faktorem pro vznik kožních lézí (Mikula a Müllerová, 2008).

„U seniorů je 20krát vyšší pravděpodobnost vzniku dekubitů než u lidí ve stáří 20 – 40 let. Některé studie uvádějí, že nejvíce jsou ohroženi pacienti ve věkovém pásmu 71 - 90 let. Až 71 % pacientů je starších 70 let“ (Mikula a Müllerová, 2008, str.14). „V nemocnicích a sociálních ústavech vznikají dekubity asi u 3-12% hospitalizovaných, v závislosti na typu oddělení a ústavu. U plegiků je výskyt podstatně vyšší, pohybuje se mezi 20-25% “(Mikula a Müllerová, 2008, str.16).

„Dekubity můžeme nazývat jakékoli poškození kůže nebo tkání způsobené přímým tlakem, nebo třecími silami. Poškození tak nabývá různých klinických projevů (od erytému až po hluboké tkáňové léze), včetně postižení svalů, šlach a kostí. Jsou tak významně rizikovým stavem pro vznik infekce a ovlivňují celkový stav nemocného, délku a prognózu terapeutického procesu“ (Pokorná a Mrázová, 2012, str.113).

V prevenci vzniku dekubitů hraje významnou roli ošetřovatelská anamnéza, která spočívá v hodnocení stavu kůže a posouzení vnějších a vnitřních rizikových faktorů, které by mohly přispět ke vzniku dekubitů (Trachtová a kol., 2013).

Z vnějších faktorů sestra posuzuje u klienta věk, pohlaví, tělesnou hmotnost, hybnost, výživu, hydrataci, inkontinenci a cévní faktory. Z vnitřních faktorů onemocnění CNS, diabetes mellitus, psychická onemocnění, onemocnění s poruchou metabolismu, kardiovaskulární onemocnění, vliv léků (analgetika, sedativa, steroidy, chemoterapie), imunosuprese (Mikula a Müllerová, 2008).

Nejčastější ošetřovatelské diagnózy, které se vztahují k postižení kůže u imobilního seniora jsou:

00047 Riziko porušení kožní integrity v souvislosti s imobilitou

00044 Porušení kožní integrity v souvislosti s imobilitou projevující se kožním defektem (Herdman, 2013).

Pro vyhledávání rizikových pacientů, u kterých by mohlo dojít ke vzniku kožní léze slouží hodnotící škály. Ošetřující personál tak může naplánovat a realizovat efektivní péči o pacienta a zabránit vzniku komplikací. V České republice i v zahraničí se používá velká řada hodnotících škál pro prevenci vzniku dekubitů. U nás je nejvíce používaná škála dle Nortonové a škála dle Bradenové, kterou se nejvíce hodnotí na jednotkách intenzivní péče (Mikula a Müllerová, 2008).

Ve Spolkové republice Německo se nejvíce užívá škála dle Bradenové, kterou se hodnotí zdravotní stav klienta i v domovech pro seniory (Köther, 2007).

Podmínkou kvalitního plánování ošetřovatelské péče je, aby sestra uměla správně určit o jaký stupeň dekubitu se jedná. Léze jsou tak diferencovány do tří, čtyř a pěti stupňů. V tuzemských podmínkách (také v důsledku odborné záštity České společnosti pro léčbu rány) se ve většině zdravotnických zařízení užívá klasifikace Evropského poradního sboru pro otázky proleženin, který doporučil na kongresu v Tampere v roce 2003 jen čtyřstupňové rozdělení, jak uvádí Mrázová a Pokorná ve své knize „Kompendium hojení ran pro sestry“ (2008).

První stupeň se projevuje erytémem, kdy není porušena celistvost kůže. K počátečním příznakům patří bolest v postižených místech. V této oblasti dochází k ohraničenému zarudnutí. Zarudnutí při zatlačení prstem přechodně vybledne. První stupeň se projevuje také lehkým zduřením (Pokorná, a Mrázová, 2012).

Při druhém stupni postižení kůže se vytvoří puchýře naplněné čirou tekutinou, které se zvětšují, praskají, postižené místo secernuje, otéká, je přítomen zánět kůže. Dochází k poškození epidermis a dermis (Pokorná, a Mrázová, 2012).

Třetí stupeň se vyznačuje vznikem nekrotické tkáně, která je suchá nebo rozbředlá. Poškození zasahuje do hloubky s rozsáhle podminovanými okraji. Sekrece bývá

serózní, při infikování defektu purulentní. Proleženina postihuje anatomicky epidermis, dermis a subcutis (Pokorná, a Mrázová, 2012).

Dekubitus čtvrtého stupně zasahuje fascie pod podkožím a svalstvo, může pronikat až ke kosti. Vzniká obraz dekubitálního vředu (Pokorná, a Mrázová, 2012).

„ Pro klinické hodnocení dekubitů je velmi důležité vědět, že tlakové léze postupují z hloubky na povrch, a ne obráceně. Proto i nepatrné známky na povrchu kůže mohou znamenat již rozsáhlé poškození pod povrchem“(Mikula a Müllerová, 2008, str. 21)

Jak již bylo uvedeno úkolem sestry je realizovat u imobilních klientů především preventivní opatření vzniku dekubitů. Mezi ošetřovatelské intervence prevence vzniku dekubitu patří kontrola kůže a sliznic. Kontrolu kůže sestra provádí hlavně na predilekčních místech, kde dochází ke vzniku dekubitu nejčastěji. Jedná se kostní vyvýšeniny, které jsou kryty jen slabou vrstvou podkožního tuku a svalstva. Dekubity se nejčastěji nachází v oblasti týlní kosti, loktů, hřebenů lopatek, sakrální oblasti, na výběžcích páteřních obratlů, na patách, v krajině kyčelní, na sedacích hrbolech, kloubních hrbolech kosti stehenní a kolenní, na kotnících. Ochrana predilekčních míst patří mezi hlavní preventivní opatření vzniku dekubitů u imobilních klientů ((Mikula a Müllerová, 2008).

„V zahraniční literatuře jsou stále častěji prezentovány klinické studie potvrzující efektivitu využití silikonového krytí pro ochranu predilekčních míst vzniku dekubitů. Je-li u pacienta v riziku vzniku dekubitů (ověření běžnou škálou např. dle Nortonové a/nebo Bradenové) využito vícevrstevné silikonové krytí, dochází k: rozložení střižné síly a rozložení tlaku, redukci tření, zajištění vyrovnaného mikroklimatu“
(Pokorná, 2013, str.9).

Pro ochranu pokožky je také základní prevencí správné a pravidelné provádění hygienické péče, kam patří používání vhodně zvolených přípravků, jako jsou tělové krémy a oleje, ochranné krémy, speciální masti, ochranné pěny. Účinek těchto přípravků spočívá v uzavření defektu kůže, zabraňují tím zvýšeným ztrátám vody a průniku cizorodých látek a také vytváří tukovou zásobu, což přispívá k obnově kožní bariéry (Bošková, 2008).

Při již existujících dekubitech je důležitá správná volba terapeutického materiálu. Lokální léčení se odvíjí podle stupně dekubitu, jeho lokalizaci, velikosti, stavu spodiny, charakteru a množství exsudátu. Langová a Brabcová (2013) provedením výzkumu, jehož cílem bylo zjistit výběr materiálu pro hojení ran v České republice a ve Spolkové republice Německo zjistily, že se výběr terapeutického materiálu v obou zemích podstatně liší. Zatímco v České republice jsou používány více materiály se stříbrem a hydroaktivní superabsopční polštářky, v Německu to jsou hlavně transparentní polyuretanová krytí a polyuretanové pěny.

1.2.3.6 Dehydratace

Imobilní geriatričtí pacienti jsou značně ohroženi nedostatečným příjmem tekutin, vznikem dehydratace a jejími komplikacemi. Zároveň u starých lidí dochází ke snížení obsahu nitrobuněčné tekutiny, kdy se mění poměr elektrolytů, což se může projevit poruchou vodního a elektrolytového hospodářství a acidobazické rovnováhy (Navrátil a kolektiv, 2008).

Mezi ohrožené patří právě imobilní klienti, nejvíce dementní, kteří trpí často poruchou pocitu žízně (Kalvach et.al, 2004).

Při sběru anamnestických dat sestra pozoruje u klienta stav kůže, barvu, vlhkost, turgor, stav ústní sliznice, výkyvy tělesné hmotnosti, psychické změny, kontroluje vitální funkce. Sleduje množství a druh skutečně přijatých tekutin za 24 hodin a v případě, že má klient permanentní katétr, provádí záznam výdeje tekutin za 24 hodin (Poledníková, 2006).

Nejčastější ošetřovatelské diagnózy, které se vztahují k dehydrataci u imobilního seniora:

00028 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s nedostatečným příjmem tekutin, se zvýšenou ztrátou tekutin

00027 Deficit tělesných tekutin v souvislosti s nedostatečným příjmem tekutin, se zvýšenou ztrátou tekutin projevující snížením kožního turgoru, suchými sliznicemi, psychickými změnami (Herdman, 2013).

Prevence dehydratace spočívá v aktivním pobízení k příjmu tekutin, pravidelné sledování příznaků dehydratace, vedení záznamů příjmu a výdeje. Denní příjem tekutin by měl činit přibližně 1500 ml (Kalvach et.al, 2008).

1.2.3.7 Poruchy hybnosti

Sekundární změny na rozdíl od možných komplikací z imobility neohrožují pacienta bezprostředně na životě, ale jsou příčinou vzniku trvalých následků týkajících se pohybového aparátu a psychických funkcí. To má za následek zhoršení funkčního stavu seniora, stupně závislosti a kvality života (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

U imobilních pacientů je velké riziko deformit kloubů, omezení jejich hybnosti až ankylózy kloubů, které vznikají jako následek kontraktur způsobených dlouhodobým flekčním uložením končetin. „Jako kontrakturu označujeme všechny stavy fixovaného svalového zkrácení. Jedná se o změnu ve vazivové složce svalového napětí, tzn. jde o fibrózní přestavbu svalu“ (Kolář et al., 2009, str. 58).

Další sekundární změnou je rychlý nástup hypotrofie až atrofie svalu, projevující se výrazným oslabením svalové síly až afunkce svalu, která bývá často nenávratná. Příčinou je dlouhodobé přetažení svalů a tlak na bříška svalů. Dlouhodobá nehybnost má také za následek metabolické a endokrinní změny, vznik osteoporózy projevující se lomivostí kostí (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

Pro získání anamnestických údajů slouží vyšetření kloubní hybnosti aktivně či pasivně, při kterém sestra hodnotí stupeň rozsahu pohybu v kloubu, subjektivní pocity klienta, stav svalů příslušného kloubu, jejich velikost, symetrii, změnu barvy kůže nad kloubem, popřípadě otok (Trachtová a kol., 2013).

Nejčastější ošetřovatelské diagnózy, které se vztahují k poruchám hybnosti u imobilního seniora jsou:

00040 Riziko imobilizačního syndromu v souvislosti se základním onemocněním

00155 Riziko pádu v souvislosti se zhoršenou pohyblivostí, poruchou smyslových orgánů, s psychickým onemocněním

00085 Zhoršená pohyblivost v souvislosti se základním onemocněním projevující se omezeným rozsahem pohybu, nestabilitou

00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku v souvislosti s neuromuskulárním postižením, psychickým onemocněním projevující se zhoršenou schopností upravit si polohu v lůžku

00132 Akutní bolest v souvislosti se základním onemocněním projevující se úlevovou polohou, verbalizací subjektivních pocitů

00133 Chronická bolest v souvislosti se základním onemocněním projevující se podrážděností, verbalizací subjektivních pocitů (Herdman, 2013).

Nejdůležitějším léčebným principem u kontraktur je především prevence, tedy úkolem sestry je provádět pravidelné polohování, denní pohybování a terapii bolesti dle ordinace lékaře, která by zapříčinila upevňování kontraktury (Lippertová - Grünerová, 2005).

Mezi velice důležité úkoly v činnostech sestry s imobilními klienty patří prevence pádů, které patří mezi nejčastější nežádoucí události při pobytu ve zdravotnických i sociálních zařízeních. Pokud již k pádu seniora dojde, musí být věcně a podrobně zaznamenán. Slouží jako doklad, že sestra postupovala lege artis (Vondráček a kolektiv, 2003)

Prevence pádů v domovech pro seniory je stěžejní činností pro ošetřovatelský personál, jak uvádí Bundesministerium für Gesundheit (2014). Senioři zde alespoň jedenkrát týdně provádí tzv. Sturzprophylaxe (prevenci pádů), kde trénují sílu a koordinaci i ti částečně imobilní, např. cvičí s činkami či malými míčky. Vše probíhá za spoluúčasti fyzioterapeutů nebo odborně proškolených sociálních pracovníků.

1.2.3.8 Psychické projevy

Změny psychických funkcí v důsledku imobility způsobuje nedostatek podnětů a sociálních kontaktů, strach a úzkost, projevující se změnami chování. Symptomy zahrnují oblast fyziologickou, emocionální a kognitivní. Úkolem sestry je pozorovat u klienta možné projevy jako je bušení srdce, zvýšení TK, nespavost, únavu, nauzeu, závrať, změny gestikulace, zrudnutí nebo zblednutí. Dále si sestra všímá verbálních i neverbálních emocionálních projevů klienta, mezi něž patří například nervozita, vztek, lítostivost, přehnaná sebekritika, pocit bezmoci, ztráta sebedůvěry. V kognitivní oblasti sestra sleduje snížení koncentrace, změnu orientace, neschopnost vybavování, nadměrnou ostražitost klienta. U seniora může dojít až ke změně osobnosti, k urychlení aterosklerotických procesů a což přispěje ke vzniku demence. (Trachtová a kol., 2013).

Nejčastější ošetřovatelské diagnózy týkající se změn psychických funkcí u imobilního seniora jsou:

00146 Úzkost v souvislosti se změnou zdravotního stavu projevující se projevy vegetativního systému, verbalizací subjektivních pocitů

00148 Strach v souvislosti se ztrátou životních jistot projevující se projevy vegetativního systému, agresivitou, plačtivostí, nervozitou

00053 Sociální izolace v souvislosti s imobilizací projevující se negativními změnami v chování, smutkem, nekomunikativností, ztrátou zájmu

00125 Bezmocnost v souvislosti se změnou prostředí, s těžkou nemocí projevující se pasivitou, smutkem, apatií, hněvem

00130 Porušené myšlení v souvislosti s věkem, duševní poruchou, s medikací projevující se poruchami paměti, desorientací, konfabulacemi, bludy, asociálním chováním (Herdman, 2013).

Práce zdravotnického personálu spočívá v odstranění nebo snížení negativních psychických pocitů klienta. Důležitá je pravidelná komunikace s klientem, dle jeho věku, úrovně vzdělání, předchozích zkušeností s hospitalizací. Sestra by měla mluvit s klientem pomalu, srozumitelně a klidně. Velice důležité jsou neverbální projevy sestry, které podstatně ovlivňují vnímání a chování klienta. Klient by měl vždy cítit psychickou oporu zdravotnického personálu (Trachtová a kol., 2013).

Preventivním opatřením vzniku psychických alterací by mělo být také vysazování imobilních klientů do křesla, postavování, ale také kontakt s okolním světem prostřednictvím vyvážení tohoto křesla nebo lůžka k oknu, na chodbu a je-li to možné na balkon či zahradu. Nemožnost opustit lůžko a ztráta kontaktu s okolním světem může znamenat jeden z psychosociálních spouštěcích faktorů pro rozvoj těchto komplikací (Kalvach et.al., 2008).

Udržet seniora v dobré psychické kondici a jako prevence zhoršování se stavu demence pomáhá také realizace smyslové aktivizace. Jedná se o procvičování smyslových funkcí. Geriatrický klient tak zároveň aktivuje fyzické funkce, což prospívá k udržení stupně jeho soběstačnosti, u imobilního klienta při příjmu potravy a částečně při hygieně, oblékání (Wehner und Schwinghammer, 2013)

1.3 REHABILITAČNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ V PREVENCI IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU U GERIATRICKÝCH KLIENTŮ

„Rehabilitační ošetřovatelství je léčebná rehabilitace zaměřená na profylaxi sekundárních poškození, pneumonie, dekubitů, kontraktur, heterotopických osifikací atd., která ohrožují pacienta při jeho základním onemocnění“ (Kolář et al., 2009, str.15).

V rehabilitačním ošetřování je nezbytná každodenní a produktivní spolupráce sestry s fyzioterapeutem popřípadě s ergoterapeutem. Podmínkou dobrých výsledků je vzájemná komunikace o aktuálním stavu a schopnostech klienta. To vše ve spolupráci s ošetřujícím lékařem. Mezi rehabilitační prostředky v prevenci imobilizačního syndromu v sesterské praxi patří polohování, vertikalizace, mobilizace kam řadíme pasivní pohyby, kondiční cvičení, dále sestra provádí fyzickou a psychickou aktivaci pacienta (Klusoňová a Pitnerová, 2005; Kolář et al., 2009).

Mobilizace je uskutečňována také při vstávání z lůžka, nácviku chůze, posazováním do křesla a samotným pohybem na lůžku jako otáčení a zvedání klienta (Trachtová a kol., 2013).

Efektivnější a snazší provedení mobilizace geriatrického klienta umožňuje použití kinestetiky. Kinestetika je metoda, která usnadňuje manipulaci s klientem jak na lůžku, tak také při mobilizaci s lůžka. Podstatou je využívání postupného pohybu identického s fyziologickým, přenášení váhy. Kinestetika je metoda šetrná jak ke klientovi, tak šetří pohybový aparát ošetřujícího personálu, nepotřebuje nákladné polohovací prostředky (Nedělková, 2008).

1.3.1 Polohování

Mezi nejdůležitější preventivní opatření imobilizačního syndromu patří polohování, které znamená základ pro všechny léčebné aktivity. Jedná se o správné zvolení polohy pacienta, která se mění v určitých časových intervalech a správné ukládání končetin. Bezchybné polohování nesmí vyvolávat bolest. Proto je důležitá spolupráce sestry s fyzioterapeutem (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

Cílem správného polohování je zlepšení pulmonální funkce, oběhové cirkulace, bdělosti a pozornosti, podpora pohyblivosti páteře, regulace svalového napětí, prevence pneumonie, kontraktur, dekubitů, luxace kyčlí, poškození periférních nervů, vzniku spasticity (Lippertová - Grünerová, 2005).

Principem polohování je střídání polohy ve dne i v noci každé 2-3 hodiny, kontrola tzv. predilečních míst, udržení pacienta v suchu, správná úprava lůžka (Kolář,2009).

„Ani nejmodernější antidekubitní matrace nedokáže zabránit vzniku dekubitů, pokud se pacient pravidelně nepolohuje“(Kolář et al., 2009, str. 16).

V případě, že se u pacienta v nastaveném intervalu polohování dojde ke zhoršení stavu kůže nebo dokonce ke vzniku dekubitu, musí se interval změny polohy zkrátit. Polohování je činnost velice fyzicky náročná pro ošetřující personál, proto je velmi důležité vybavení oddělení antidekubitními pomůckami a transportními systémy ((Mikula a Müllerová, 2008).

Každá poloha i u geriatrického pacienta musí být určena s ohledem na fyziologické postavení kloubů a riziková místa. Při polohování sestra používá nejvíce

polohy supinační, semisupinační, polosed. Polohy na boku v 90°, semipronační a polohy na břiše se u geriatrických pacientů využívá méně. V německých domovech pro seniory je poloha na boku v 90° zcela zakázána z důvodu profylaxe poškození kyčelního kloubu a velkého rizika vzniku dekubitu, optimální je 30° (Piller a Gabauer, 2014).

Poloha supinační znamená polohu na zádech, a je pacienty nejvíce tolerována, může však přinášet riziko vzniku pneumonie a také riziko vzniku dekubitů v sakrální oblasti a pat. V poloze na zádech je nutné podložení hlavy a ramen, aby se krční páteř nedostala do hyperextenze, která by mohla být příčinou bolestí hlavy a bolestí v oblasti obličeje (Kolář,et al., 2009).

Poloha semisupinační je poloha střední mezi polohou na boku a na zádech, při které se musí dávat pozor, aby nedošlo ke stlačení spodního ramene. Trup je rotován dozadu a podepřen polštářem (Kolář,et al., 2009).

Při poloze na boku se nachází trup kolmo k podložce a hlava je s trupem v ose. Tato poloha je vhodná při prevenci dekubitů v sakrální oblasti. Poloha na boku usnadňuje drenáž bronchopulmonálních sekretů, proto je vhodné před změnou polohy a po ní provést odsávání (Kolář,et al., 2009).

Poloha semipronační je poloha mezi polohou na boku a na břiše, kdy je trup podložen polštářem a hlava malým polštářem, přičemž se nachází v mírné rotaci (Kolář,et al., 2009).

Poloha v polosedě povzbuzuje a motivuje pacienta. Každé opuštění lůžka má pro pacienta velký význam. Pacient sedí v úhlu 30 - 40° na lůžku nebo ve vozíku, kdy zádová opěrka a podpěrka hlavy je zakloněná a stupačky s podpěrou lýtek jsou pozvednuté (Kolář,et al., 2009).

Nejméně používaná je poloha na břiše. Kontraindikací polohy na břiše je umělá plicní ventilace. Tuto polohu je vhodné podle autora volit alespoň jednou denně (Kolář,et al., 2009)

Köther (2007) ve své knize poukazuje, že je velmi důležité při polohování dát přednost poloze, kterou senior často volil již v domácím prostředí, když se mohl ještě

samostatně pohybovat. To je například u polohy semipronační, tedy polohy v úhlu 135°. Tuto informaci sestra zjistí při vypracovávání tzv. biografie.

Péči o pacienta optimalizuje polohovací záznam, slouží jako kontrola četnosti a způsobů polohování. Některé záznamy podávají sestře další informace o aktuálním stavu pacienta, jako je pravidelné hodnocení stavu kůže na predilekčních místech, jestli bylo s pacientem na lůžku jinak manipulováno, četnost a charakter stolice a moče, čas a způsoby mobilizace (Piller a Gabauer, 2014).

1.3.2 Pasivní pohyby

Pasivní pohyby řadíme do způsobů mobilizace, což znamená aktivaci pacienta (Kolář,et al., 2009).

Cílem pasivních pohybů je zachování pohyblivosti kloubů, udržení fyziologické délky a elasticity svalů, podpora redukce spastického napětí a stabilizace oběhového a respirační ústrojí (Lippertová - Grünerová, 2005).

„Cílem včasného pasivního cvičení je také uchování pohybu v paměti“ (Kolář et al., 2009, str. 20).

O pasivní pohyby se jedná, jsou-li prováděny druhou osobou. V případě rehabilitačního ošetřovatelství je to sestra či pečovatel. Tyto pohyby jsou nejčastěji vykonávány při každé manipulaci s pacientem, při provádění osobní hygieny nebo v rámci polohování. Pasivní pohyby by měly být realizovány v plném rozsahu fyziologického pohybu, do pocitu tahu nebo mírné bolesti. Musí být prováděny pomalu bez pérování, v ose pohybu, v 5-7 opakováních (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

Do pasivních pohybů prováděných sestrou v leže na zádech na dolní končetině řadíme trojflexi, abdukci v kyčelním kloubu, flexi v kyčli s extenzí v kolenním kloubu, pokrčení dolní končetiny opřené o chodidla a rozevření kolen od sebe, zevní a vnitřní rotaci v kyčelním kloubu, strečink Achillovy šlachy. Na horní končetině je to anteflexe v ramením kloubu, abdukce v ramenním kloubu, zevní a vnitřní rotace v ramenním

kloubu, flexe a extenze loketního kloubu, supinace a pronace předloktí, zakroužení zápěstí, sevření a rozevření pěsti (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

Pasivními pohyby v leže na břiše na dolní končetině procvičuje sestra s klientem extenzi v kyčelním kloubu, flexi a extenzi v kolenním kloubu, protažení Achillovy šlachy (koleno v 90° ohnutí). Pasivními pohyby v leže na břiše na horní končetině extenzi v ramenním kloubu, zevní a vnitřní rotaci v rameni (Klusoňová a Pitnerová, 2005)

1.3.3 Kondiční cvičení

Program kondičního cvičení musí být zvolen individuálně, podle toho, zda je senior zcela upoután na lůžko nebo je schopný sedu či chůze. Cílem kondičního cvičení je udržení nebo zvýšení tělesné kondice, udržení pohyblivosti kloubů, svalové funkce, svalového napětí, nervosvalové koordinace a optimální funkce vnitřních orgánů. Dále má cvičení pozitivní účinek na psychický stav geriatrického klienta. Cvičení pro imobilní klienty obsahuje cviky na udržení funkce nepostižených částí těla a dechovou gymnastiku (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

Dechová gymnastika doplňující kondiční cvičení by měla být vždy přizpůsobena věku a celkovému stavu seniora. Správné provádění dechových cviků je důležitou prevencí zvláště u imobilních klientů např. vzniku pneumonie. Je důležité tyto cviky provádět v souladu se cvičením tělesným. Při vzdalování končetin od trupu je nutné provádět nádech. Naopak přiblížení končetin by mělo být doprovázeno výdechem. Předklon trupu znamená pro klienta výdech a záklon nádech. Správně a pravidelně prováděné kondiční cvičení spolu s dechovou gymnastikou může předejít mnoha komplikacím u ležících klientů (Klusoňová a Pitnerová, 2005).

1.3.4 Vertikalizace

Význam vertikalizace imobilního geriatrického pacienta spočívá především v prevenci pneumonie, oběhových komplikací, dekubitů, kontraktur, podporuje správnou funkci močového a trávicího ústrojí. Je důležitá z důvodů aktivace systému ARAS ve formacio retikularis a to způsobuje zlepšení bdělosti (Lippertová - Grünerová, 2005).

U zcela imobilního geriatrického pacienta se nejvíce využívá vysoký podepřený sed. Vertikalizaci pacienta by měla sestra začínat zvyšováním podpěry lůžka v lehu na zádech až do nejvyšší možné polohy. Tato poloha by však neměla u většiny geriatrických pacientů dosahovat až 90°. Pacient musí být také zapřen dolními končetinami o bedýnku, jak zdůrazňují Klusoňová a Pitnerová (2005) ve své knize „ Rehabibilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti“ a pokračují, že další možností je posadit pacienta do vozíku a v případě, kdyby kolaboval, překlopit vozík na zadní kola.

1.4 PROSTŘEDKY PRO PREVENCI KOMPLIKACÍ U IMOBILNÍCH PACIENTŮ

1.4.1 Polohovací lůžka

Vhodně zvolené lůžko, zvláště pro imobilní pacienty, je nedílnou součástí preventivních opatření vzniku zdravotních komplikací. „Dobře vybavené lůžko s antidekubitním systémem a čistým prádlem je účinnou prevencí proti proleženinám. A v neposlední řadě čistě ustlané lůžko je komfortem pro pacienta a působí esteticky“.(Šamánková a kol., 2006, str. 347).

Lůžka dělíme na mechanická nebo elektrická. Elektrická lůžka mají mnoho výhod jak pro pacienta, tak pro personál, především snadné polohování pacientů, nastavení výšky a sklonu lůžka, větší nezávislost pacienta, prevence úrazů, dekubitů. Elektrické

polohovací lůžko je vybaveno tzv. autoregresí, tedy pohybem zádového a popřípadě nožního dílu od středu lůžka k čelům. Při této poloze je snížen významně tlak na tkáň v oblasti hýždí. Nastavení lůžka má vliv na jednotlivé tělesné systémy. Zvýšení zádového dílu snižuje tlak na srdce a plíce, podporuje dýchání, zvyšuje srdeční výdej. Zvednutí lýtek zlepšuje zpětný návrat krve z končetin do srdce a snižuje rizika trombózy. Poloha křesla má vliv na rovnovážné ústrojí, snížení tlaku na srdce a plíce, zlepšení dechových a srdečních funkcí, peristaltiky a vylučování (Mikula a Müllerová, 2008).

1.4.2 Antidekubitní matrace

„ Z fyziologického hlediska tělo vyžaduje prostředí, které poskytuje adekvátní zdroje výživy a odvod metabolitů z různých tkání. Pro prevenci a terapii dekubitů existují dvě hlavní skupiny podpůrných povrchů. Všechny tyto povrchy jsou konstruovány tak, aby zajišťovaly redistribuci tlaků“ (Mikula a Müllerová, 2008, str. 39).

Mikula a Müllerová (2008) rozdělují antidekubitní matrace na pasivní a aktivní. Cílem pasivních matrací je rozložení tlaku na tkáň a zvětšení kontaktní plochy. Autoři však poukazují, že i působení neměnného tlaku o nízké intenzitě může být příčinnou částečného nebo úplného uzavření cév. Aktivní antidekubitní matrace odstraňují tlak z tzv. predilekčních míst na určitou dobu, což se děje střídavým nafukováním a vyfukováním. „ Úleva od tlakového zatížení tkání znamená dosažení tlaku nižšího, než je tlak uzavírající kapiláru.“ (Mikula a Müllerová, 2008, str.40).

Použití aktivní antidekubitní matrace má však také kontraindikace. Nesmí se používat u pacientů, kde by nestabilní povrch mohl snižovat jejich pohyblivost, tedy po cévní mozkové příhodě a po amputaci a v případě, že matrace není vybavena funkcí static u pacientů po zlomeninách páteře, při nestabilních zlomeninách (Mikula a Müllerová, 2008).

1.4.3 Polohovací pomůcky

Smyslem polohovacích pomůcek je především zvýšit komfort pacienta, zabránit tlaku na riziková místa a usnadnit práci ošetřovatelskému personálu. Vhodné jsou pomůcky, které mají vodovzdorný a paropropustný potah. Tak se sníží riziko pocení a tvorby vlhkého prostředí pod pacientem. ((Mikula a Müllerová, 2008).

Polohovací pomůcky dělíme na zařízení pomáhající nastavit polohu pacienta, usnadňující pohyb na lůžku a zařízení snižující tlak na tkáň (Šamánková a kol., 2006).

Zvolení příliš velkého počtu pomůcek u jednoho pacienta nebo nevhodná volba pomůcky, může mít však negativní dopad. Dojde tak ke znemožnění jakéhokoliv aktivního pohybu, což vede k jeho větší imobilitě. Rovněž negativní účinek může mít také špatné uložení polohovací pomůcky v podobě vznikajících otlaků (Mikula a Müllerová, 2008).

1.4.4 Vozíky

Pro těžce se pohybující nebo zcela imobilní geriatrické pacienty sestra využívá v domovech pro seniory vozíky, které by měly odpovídat jejich individuálním potřebám. Pro pacienty zcela odkázané na péči druhé osoby jsou určeny křesla pro vozíčkáře. Toto křeslo je opatřeno tvarovaným sedadlem, opěrkou hlavy a popruhy. Také jsou používány standartní vozíky, které mají jednodušší konstrukci a jsou méně komfortní. Jsou vyráběny i v odlehčené verzi. Dále vozíky dělíme na mechanické či elektrické (Gehart, Haase a Jödicke, 2007).

Při mobilizaci geriatrického klienta k sedu ve vozíku by měla sestra vždy dodržovat určitá opatření. Pacient by měl sedět zpříma s hýžděmi až vzadu, neměl by sklouzávat dopředu. Pacient optimálně sedí, jestliže úhel v kyčelním a kolenním kloubu dosahuje 90°, podmínkou je správné nastavení zařízení vozíku. Abnormální poloha pacienta po delší dobu může mít opačný efekt a být příčinou zvýšení spastického tonu svalstva a vzniku kontraktur (Lippertová - Grünerová, 2005)

2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 CÍL PRÁCE

Cíl 1: Porovnat dodržování preventivních opatření předcházejících vzniku dekubitů a svalových kontraktur v ošetřovatelské péči o imobilní pacienty v české a německém domově pro seniory

Cíl 2: Zmapovat možnosti využití pomůcek k prevenci komplikací u imobilních klientů v českém a německém domově pro seniory

2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaké jsou rozdíly v preventivních opatření předcházení vzniku dekubitů a svalových kontraktur v ošetřovatelské péči o imobilní klienty v českém a německém domově pro seniory?

2. Jaké jsou rozdíly ve využívání druhů pomůcek k prevenci komplikací u imobilních klientů v českém a německém domově pro seniory?

3 METODIKA

3.1 METODIKA VÝZKUMU

Podkladem bakalářské práce bylo studium literatury, které umožnilo zpracovat dané téma z pohledu interdisciplinárního. V bakalářské práci byla využita technika kvalitativního výzkumného šetření. „ Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založených na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu“ (Švaříček, Šeďová a kol., 2007, str.17).

Pro výzkumné šetření byly zvoleny dva domovy pro seniory, německý a český. Výzkum probíhal v období březen až duben 2015. Před jeho realizací bylo vedení obou domovů seznámeno s tématem a cíli bakalářské práce, objekty výzkumu, s metodami a předpokládaným přínosem tohoto výzkumu pro praxi. Proces podání žádosti a následné přijetí souhlasu proběhl v elektronické formě.

Ke sběru dat byla využita metoda hloubkových polostrukturovaných rozhovorů se čtyřmi českými a čtyřmi německými sestrami (příloha č. 2). Tato metoda zahrnuje nestandardizované dotazování prostřednictvím otevřených otázek (Švaříček, Šeďová a kol., 2007). Stěžejní metodou pro hodnocení ošetřovatelské péče o imobilní klienty měla být metoda pozorování. Z důvodu změny přístupu ředitelky českého domova pro seniory však nakonec nemohlo být pozorování uskutečněno. Role výzkumníka ve vztahu k terénu byla na německé straně „domorodec“ a na české „zasvěcený“ ((Švaříček, Šeďová a kol., 2007). Rozhovor byl uskutečněn individuálně většinou v domácím prostředí u každé ze sester, v klidné přátelské atmosféře. Na začátku rozhovoru byla sestra seznámena s tématem a obsahem rozhovoru a požádána o souhlas s účastí na výzkumu a nahráváním na diktafon. Po zapnutí diktafonu byla žádost znovu zopakována. Rozhovor byl veden anonymně. Skládal se ze 35 otázek (příloha č.1). Znění německých otázek bylo nezávisle zkontrolováno dvěma překladateli německého jazyka. Všechny účastnice výzkumu odpovídaly ochotně i na doplňující otázky.

Rozhovory byly z diktafonu doslovně přepsány, německé přeloženy do českého jazyka, znovu překontrolovány a vytisknuty. Jednotlivé rozhovory s respondentkami byly očíslovány. Analýza získaných dat probíhala metodou kódování v ruce neboli metodou tužka a papír. Byly vyhledány společné charakteristické znaky a seřazeny do jednotlivých podkategoriií a následně do kategorií (příloha č. 3). Podkategorie byly barevně rozlišeny.

3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumný vzorek tvořily 3 všeobecné sestry, 1 zdravotnický asistent pracující v českém domově pro seniory, 2 geriatrické sestry a 2 dětské sestry pracující v německém domově pro seniory.

Tabulka 1- Identifikační údaje sester

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Věk	34	44	28	23	25	65	28	24
Dosažené vzdělání	Střední s maturitou	Střední s maturitou + Arip	Vysoko-školské Titl.Bc	Střední s maturitou	3letá Odborná ošetřovat. škola	3letá Odborná ošetřovat. škola	3letá Odborná ošetřovat. škola + 1 rok gerontopsychiatrie	3letá Odborná ošetřovat. škola
Délka praxe ve zdravotnictví	15 let	20 let	7 let	2 roky	9 let	45 let	7 let	7 let
Délka praxe v domovech pro seniory	7 let	8 let	4 roky	2 roky	6 let	20 let	7 let	7 let
Délka praxe v nynějším domově	7 let	6 let	4 roky	2 roky	3 roky	20let	7 let	2 roky

Celkem se na výzkumu podílelo osm respondentek, čtyři české národnosti (S1-S4), čtyři německé národnosti (S5-S8). Věk respondentek se v českém domově pohyboval od 23 let do 44 let. Průměrný věk zde činil 32 let. Tři respondentky mají středoškolské vzdělání s maturitou, jedna vysokoškolské bakalářské. Průměrná délka praxe ve zdravotnictví je 11 let. Věk respondentek v německém domově byl v rozmezí od 24 let do 65 let. Průměrný věk byl 35 let. Všechny respondentky absolvovaly tříleté studium odborné ošetřovatelské školy v Německu. Průměrná délka praxe ve zdravotnictví je 17 let.

3.3 CHARAKTERISTIKA PROSTŘEDÍ VÝZKUMU

Český domov pro seniory, ve kterém probíhal výzkum, je příspěvková organizace zřizovaná Jihočeským krajem. Kapacita domova pro celoroční pobyt je 100 lůžek. V domově pracuje 53 zaměstnanců. Domov seniorů poskytuje pobytové sociální služby v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Posláním domova seniorů je podpora zachování fyzické a psychické soběstačnosti uživatele, s cílem umožnit v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a to s ohledem na zdravotní stav a osobní možnosti uživatele. Při poskytování služeb jsou podporovány vazby s rodinou a blízkými osobami. Jsou zde ubytováni především osoby se sníženou soběstačností, zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Věková hranice přijetí do domova seniorů je od 55 let. Uživatelům péče je poskytována pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu. Dále je klientům zprostředkováván kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutická činnost, aktivizační činnost, pomoc při obstarávání osobních záležitostí. Je zajišťováno stravování, praní prádla, úklid a další služby dle individuálních potřeb.

Německý domov pro seniory má soukromého zřizovatele. Kapacita domova je 115 lůžek. Pracuje zde 110 zaměstnanců. Domov seniorů umožňuje poskytování ústavní péče, respitní péče, ambulantní péče a denního stacionáře. Posláním domova je hlavně poskytování služeb na vysoké úrovni dle individuálních přání a potřeb klienta, při

současném zachování domácího prostředí. Domov je rozdělen do pěti oddělení podle soběstačnosti a zdravotního postižení klienta. Výzkumné šetření probíhalo se sestrami z oddělení, které se specializuje na klienty se sníženou nebo úplnou ztrátou sebepéče. Věková hranice pro přijetí do domova pro seniory není přesně určena. Domov poskytuje služby všem osobám se sníženou soběstačností odkázaných na pomoc druhé osoby, často také klientům s psychickým onemocněním. Domov zajišťuje rovněž doléčení po pobytu v nemocnici tam, kde je nutná intenzivní ošetřovatelská péče. Zabezpečuje i kulturní a sportovní vyžití jeho obyvatel. Domov disponuje dvěma vozy určených k nákupům a výletům pro své klienty, včetně částečně imobilních. Většina obyvatel domova jsou věřící, kteří mohou pravidelně navštěvovat bohoslužby v kapli, jež je také jeho součástí. Všude je bezbariérový přístup.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Schéma 1- Kategorie: Vědomosti sester jako podmínka efektivní prevence imobilizačního syndromu v České republice

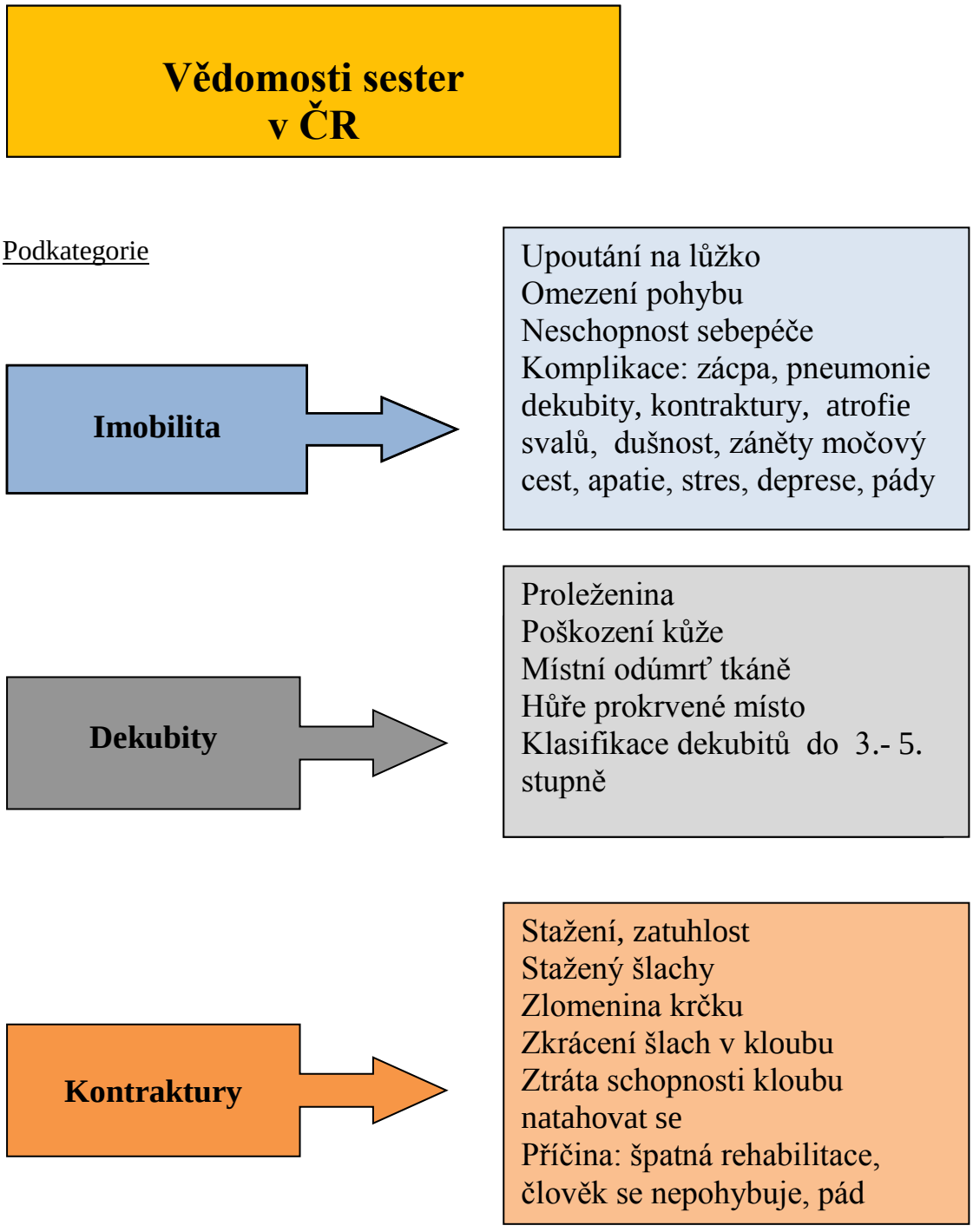
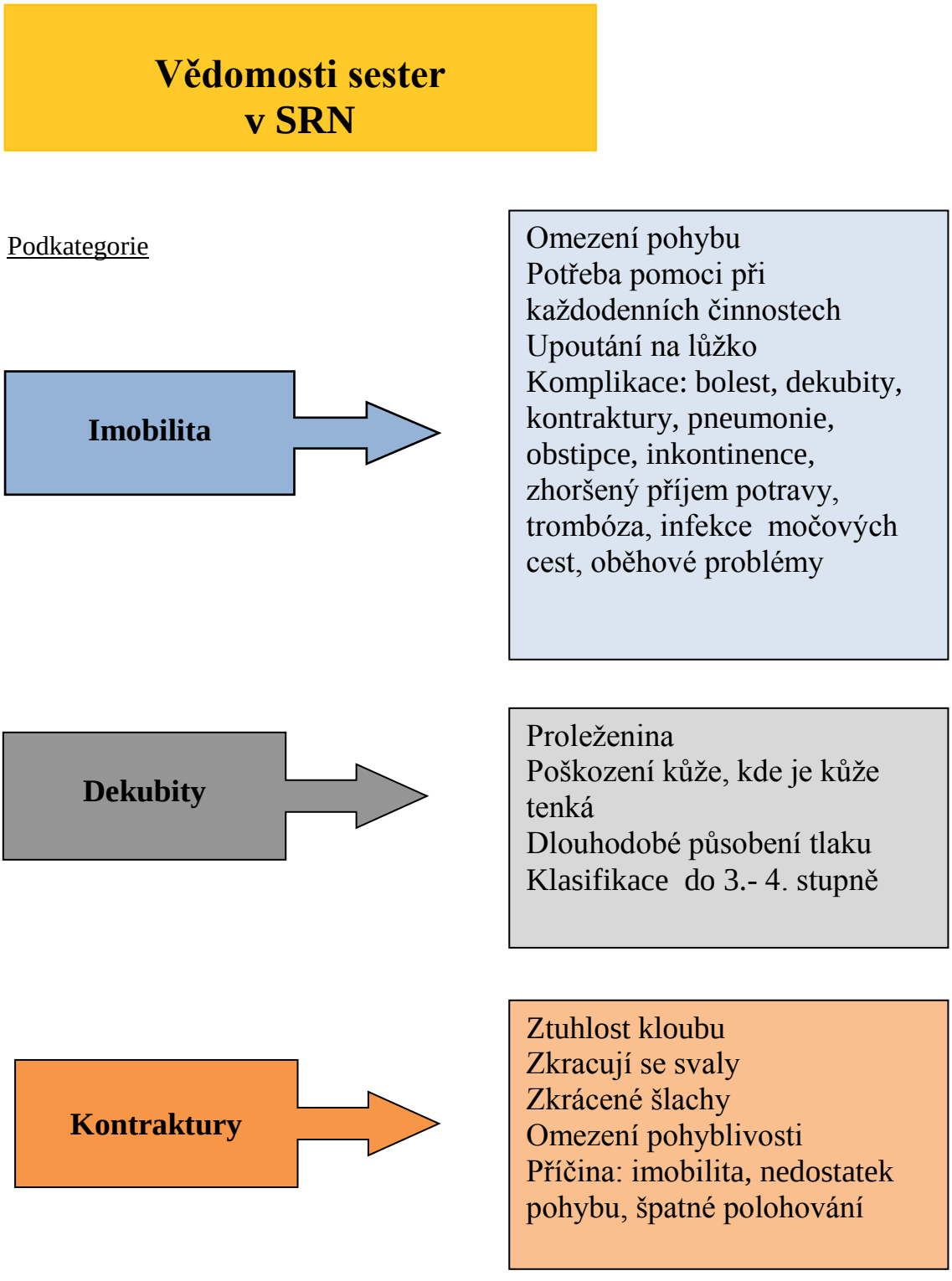


Schéma 2- Kategorie: Vědomosti sester jako podmínka efektivní prevence imobilizačního syndromu ve Spolkové republice Německo



Vědomosti sester v ČR a SRN

Kategorie vědomosti sester je zaměřena na znalosti sester, důležitých pro realizaci opatření vedoucích ke snížení rizika komplikací u imobilních klientů. Cílem bylo zjistit, co si sestry představují pod slovem imobilita a jaké z ní plynou komplikace. Dále sestry měly definovat dekubitus, příčinu vzniku, nejčastější místa vzniku a jeho stádia a definovat kontrakturu a příčiny jejího vzniku. Znalosti respondentek byly podrobeny analýze dat a na jejich základě byla zformulována kategorie Vědomosti sester v ČR (schéma 1) a kategorie Vědomosti sester v SRN (schéma 2). Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že znalosti sester týkající se imobility a jejích komplikací byly v obou zemích na velmi dobré úrovni. Totéž platí u znalostí ohledně dekubitů. Méně vědomostí projevily české i německé sestry v oblasti kontraktur. Německé sestry však definovaly kontrakturu přesněji.

Sestry v ČR se shodly, že imobilita je především omezení pohybu člověka a snížení nebo úplná neschopnost sebepéče. S1 odpověděla: *„Imobilita je vlastně klient, který nemůže chodit, je upoutanej na lůžko.“ S4 definovala imobilitu jako: „Neschopnost sebepéče, omezení pohybu.“* Z komplikací si sestry vzpomněly, že jsou tito klienti ohroženi především vznikem dekubitů, pneumonií, psychickými změnami, trávicími problémy. S3 na tuto otázku odpověděla**:** *„Těch je celá řada, nejohroženější jsou dekubity, které vznikají tím neustálým tlakem. Respirační choroby, ty lidi mívají, třeba zápal plic, kůže se jim tenčí, slábne, atrofie svalů, pak už nemaj sílu se na těch nohou udržet, je toho strašná spousta. Kontraktury, klouby přestávaj fungovat, ten člověk se skrčuje, pokud se tomu aktivně nebrání. Taky často bývají zácpy, je porušena motilita střev a průjmy nebejvaj, to spíš ty zácpy, z psychologického hlediska ztrácí zájem, když nemá podněty, které by jinak měl jako chodící, tak už začíná být apatickej.“*

Všechny sestry v SRN taktéž definovaly imobilitu jako omezení pohybu a snížení nebo ztrátu sebepéče. S6 řekla: *„Nemohou se již pohybovat, potřebují pomoc, například při pohybu, při podávání stravy, u každodenních činností.“* S7 si pod imobilitou představuje: *„ Imobilní jsou klienti, kteří se již nemohou sami polohovat, například provádět změnu polohy, přesun z postele.“* Na otázku častých komplikací sestry zpravidla odpovídaly, že to jsou dekubity, oběhové potíže, trávicí problémy. S5 řekla

tyto komplikace plynoucí z imobility: *„Bezmocnost, vznik dekubitu, polykací potíže, pohybová omezení, také například pneumonii, trombózu, zácpu, spojenou s pomalou peristaltikou, infekci močových cest, zánět močového měchýře.“*

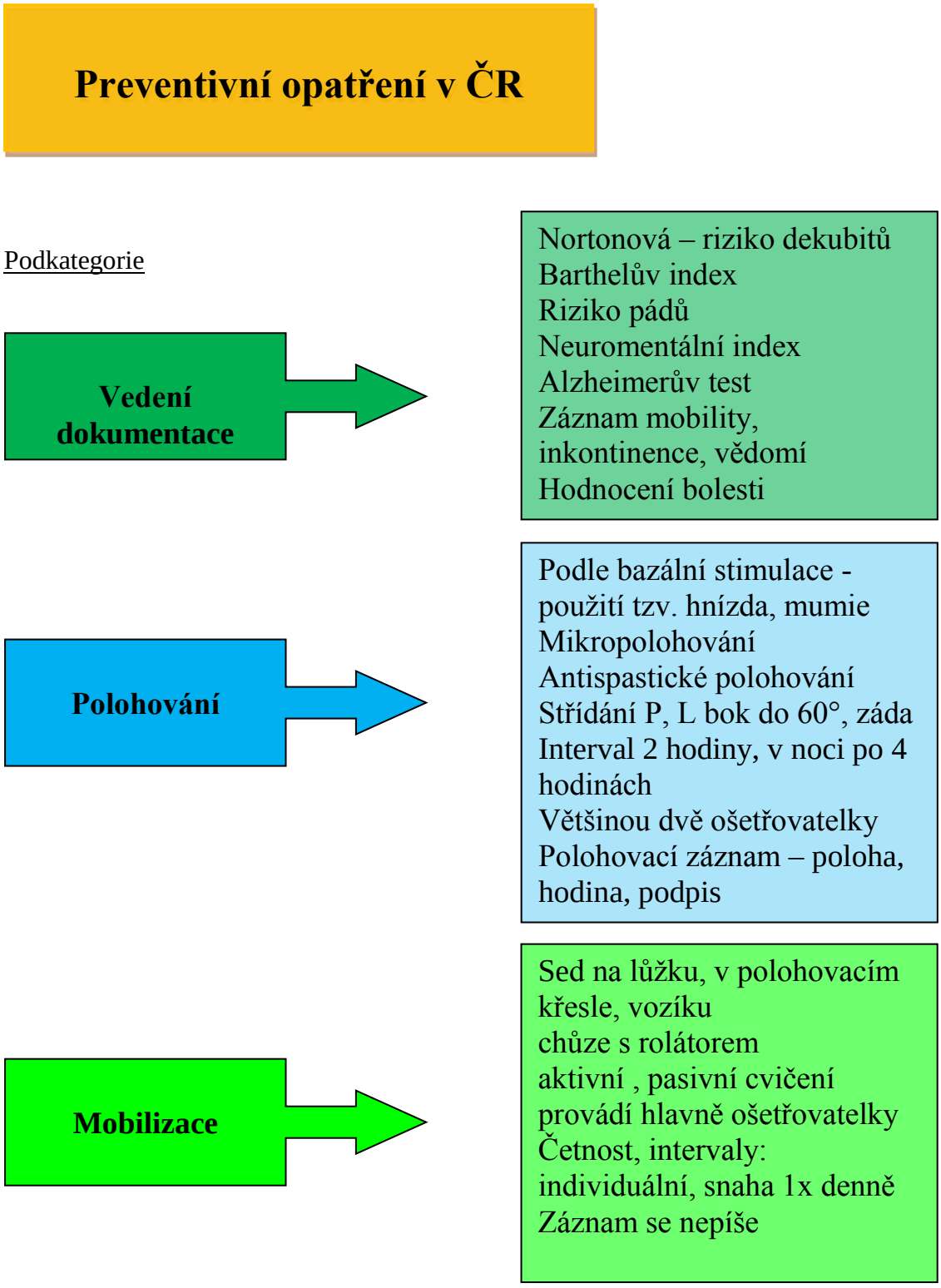
Dekubitus definovaly sestry v českém domově pro seniory jako poškození kůže, proleženinu, místní odúmrť tkáně. Dvě sestry rozdělily dekubitus do třech stupňů, S1 odpověděla: *„Je to vlastně poškození kůže, má to stupně, nejdřív je začervenání, pak puchýř, vlastně otevřená rána a může to být až nekrotický, nekrotická tkáň.“* S2 tvrdila: *„Jestliže člověk leží dlouhou dobu v jedné poloze, tak jsou potom místa, který jsou hůř prokrvený a tam vzniká dekubitus. Jsou tři stupně dekubitů. První stupeň zarudnutí. druhý stupeň puchýře a potom třetí stupeň, kdy praskne ten puchýř a už je to vlastně živá tkáň.“* Sestra S3 rozdělila dekubity do čtyř až pěti stupňů: *„Místní odúmrť tkáně, takhle to máme řečený ze školy, rozdělujeme je na několik stupňů, myslím, že se společnost ještě nedohodla, kolik těch stupňů je, někdy se udává čtyři a někdy pět. První stupeň je místní začervenání tkáně, ta tkáň je taková zatuhlá, je bolavá, nemá porušenou integritu. Druhý stupeň je integrita porušená, je otevřeno podkoží, a ta kůže může bejt až zafialovělá, můžou tam být puchýře, otevřený, zavřený. Třetí stupeň je zasažena svalovina. Čtvrtý stupeň po kost s nekrózama.“* S4 popsala čtyři stupně dekubitů: *„První stupeň začervenání, druhý puchýře, který praskne a třetí už je vlastně porušená pokožka, čtvrtý to už je nekróza.“*

Sestry v německém domově popsaly dekubitus jako poškození kůže, proleženinu, způsobenou dlouhodobým tlakem. Tři sestry dekubitus rozdělily do čtyř stupňů stejně, jako S8, která odpověděla: *„První.stadium zčervenání kůže, když po zatlačení zůstává, druhé stadium už je , když vrstva, dermis myslím, je postižena, pak je třetí stadium je postižena subkutis, a čtvrté stadium je pak postižena svalovina a šlachy.“* S6 popsala dekubitus jako: *„Poškození kůže. Dekubitus má různá stádia.“* Rozdělila ho do třech stupňů: *„ První stadium je zčervenání kůže, druhé je tvorba puchýřů, třetí stadium zasahuje sval.“*

V definování kontraktury a jejích příčin se české sestry rozcházely. S1 odpověděla: *„ Kontraktura jsou vlastně stažený šlachy. Způsobuje to špatná rehabilitace, ten člověk potom nenatáhne končetiny, je takovej jakoby zkroucenej, zkrátí se mu šlachy pod kolenama, v loktech.“* S2 popsala kontrakturu takto*: „Třeba zlomenina krčku. Většinou je to ten pád, kdy se lidem zatočí hlava, nejčastější jsou pády v noci, kdy ten klient užívá hypnotika.“* S3 řekla: *„Zkrácení šlach v kloubu. Ten kloub ztrácí svoji schopnost se natahovat, ohýbat a jsou u toho taky stupně. V posledním stupni má ty klouby už úplně tak ztuhlý, že už nejde jakoby pořádně narovnat ani masážema.“* Na otázku: „Jaké jsou příčiny?“ dodala: *„Pokud se nachází doma, tak je to z nevědomosti. Rodina můžou být laici a neví, že se tohle může stát.“* S4 odpověděla*: „Nevím.“*

Německé sestry definovaly kontrakturu a její příčinu lépe. Jejich odpovědi se příliš nelišily. S5 odpověděla: *„Omezení pohyblivosti, a když se již nemůže klient sám pohybovat, pak ztuhnou jeho klouby.“* S6 byla ve své odpovědi přesnější: *„Nejvíce jsou kontraktury zjištěny v oblasti kolen, nohou, zkracují se svaly. Je to způsobeno imobilitou, myslím špatným polohováním, pak nedostatečným pohybem, neustálým ležením.“* S7 řekla: *„Kontraktury jsou zkrácené šlachy končetin.“* S8 odpověděla: *„Tedy kontraktura je ztuhlý kloub, který se již nemůže úplně hýbat, jeho pohyb je omezený a při nadměrné zátěži je to doprovázeno bolestí.“* Jak předchází jejímu vzniku řekla: *„Prevencí kontraktur 2x týdně. Tam, kde klient vyjadřuje bolest při pohybu mimikou a gestikulací se dívám, jestli jsou klouby správně napolohovány"*

Schéma 3- Kategorie: Realizace preventivních opatření v oblasti prevence vzniku dekubitů a kontraktur v ČR



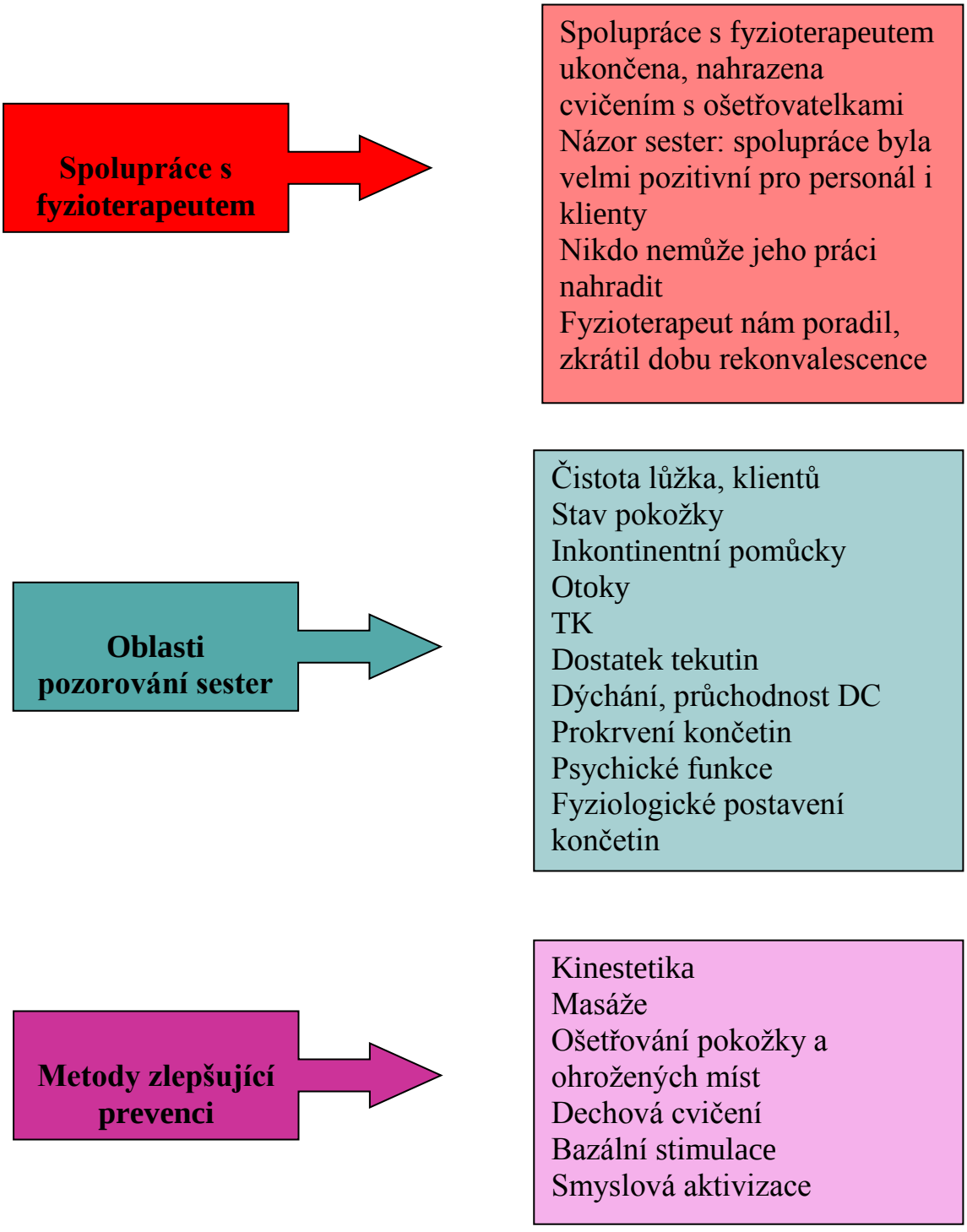
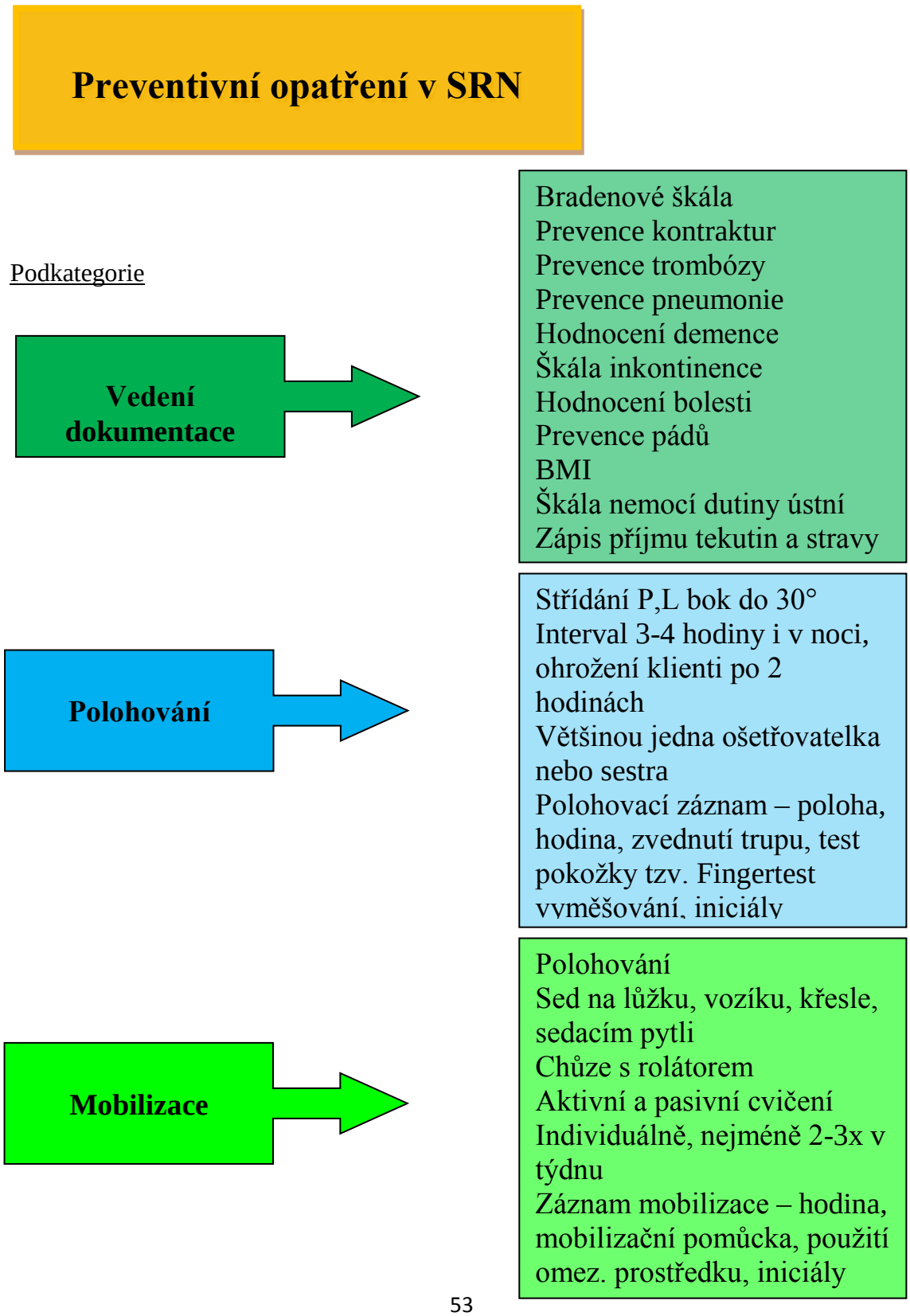
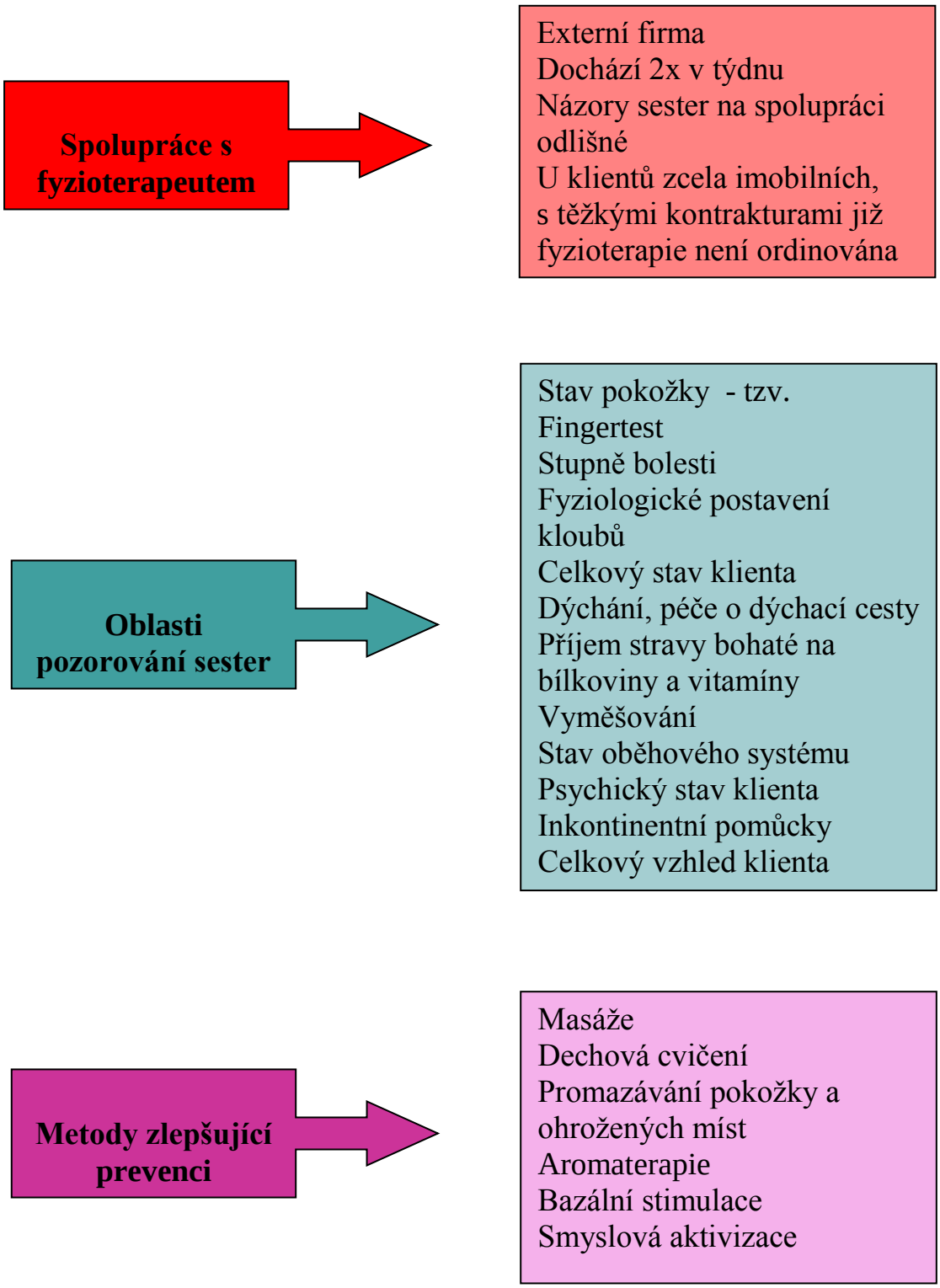

Spolupráce s fyzioterapeutem
Spolupráce s fyzioterapeutem ukončena, nahrazena cvičením s ošetřovatelkami
Názor sester: spolupráce byla velmi pozitivní pro personál i klienty
Nikdo nemůže jeho práci nahradit
Fyzioterapeut nám poradil, zkrátil dobu rekonvalescence
Oblasti pozorování sester
Čistota lůžka, klientů
Stav pokožky
Inkontinentní pomůcky
Otoky
TK
Dostatek tekutin
Dýchání, průchodnost DC
Prokrvení končetin
Psychické funkce
Fyziologické postavení končetin
Metody zlepšující prevenci
Kinestetika
Masáže
Ošetřování pokožky a ohrožených míst
Dechová cvičení
Bazální stimulace
Smyslová aktivizace

Schéma 4- Kategorie: Realizace preventivních opatření v oblasti prevence vzniku dekubitů a kontraktur v SRN




Spolupráce s fyzioterapeutem
Externí firma
Dochází 2x v týdnu
Názory sester na spolupráci odlišné
U klientů zcela imobilních, s těžkými kontrakturami již fyzioterapie není ordinována
Oblasti pozorování sester
Stav pokožky - tzv. Fingertest
Stupně bolesti
Fyziologické postavení kloubů
Celkový stav klienta
Dýchání, péče o dýchací cesty
Příjem stravy bohaté na bílkoviny a vitamíny
Vyměšování
Stav oběhového systému
Psychický stav klienta
Inkontinentní pomůcky
Celkový vzhled klienta
Metody zlepšující prevenci
Masáže
Dechová cvičení
Promazávání pokožky a ohrožených míst
Aromaterapie
Bazální stimulace
Smyslová aktivizace

Realizace preventivních opatření v ČR a SRN

Kategorie Realizace preventivních opatření poukazuje, která preventivní opatření vzniku dekubitů a kontraktur jsou skutečně prováděna v běžné ošetřovatelské praxi v domově pro seniory v ČR (schéma 3) a v SRN (schéma 4). Odpovědi sester týkající se této oblasti byly podrobeny podrobné analýze. Na základě rozboru byla vytvořena tato kategorie. Zahrnuje podkategorie vedení dokumentace, polohování, mobilizaci, spolupráce s fyzioterapeutem, oblasti pozorování sester u imobilních klientů a metody, které jsou přínosem při realizaci těchto preventivních opatření.

Ve vedení dokumentace se odpovědi sester z českého domova seniorů značně rozchází. Na otázku: „Jaké testovací škály u imobilních klientů používáte?“ S1 uvedla: *„Prevence dekubitů děláme u těch imobilních. My to máme právě že nazvaný tak, hodnocení dekubitů u imobilních klientů, my to nemáme jako podle nikoho.“* S2 odpověděla: *„Takže nově máme od začátku tohoto roku nově zavedený Alzheimerův test, kterej děláme při příjmu a pak ho opakujeme po tříměsíční adaptační době ještě jednou a potom máme neuromentální test, malnutriční test, test jaká je pravděpodobnost vzniku dekubitů u klienta. Zapisujeme mobilitu klienta, potom inkontinenci a jaký má vědomí, jestli je orientovaný.“* S3 řekla: *„Nortonová – riziko dekubitů, neuromentální, Barthelův index, riziko pádů, celkové posouzení soběstačnosti.“* A S4*: „Barthelův index. Neuromentální index, MNA, riziko pádů, riziko vzniku dekubitů, škály pokud maj bolesti.“*

Sestry z německého domova se shodly na odpovědích. S7 uvedla: *„Bradenové škála, prevence kontraktur, prevence pádů, BMI, prevence trombózy, pneumonie, škála nemocí dutiny ústní, škála inkontinence.“* Stejně odpověděly i ostatní sestry. S5 měla odpověď rozsáhlejší: *„Bradenovu škálu, hodnocení kontraktur, BMI, pak hodnocení demence, hodnocení inkontince, přesně, pak stupnice bolesti, riziko trombózy, riziko nemocí ustní dutiny a riziko pneumonie máme také a zápis o pádu, zápis příjmu stravy a tekutin.“*

S6 oproti tomu uvedla: *„To je škála Bradenové, většinou přijdou imobilní klienti se stupněm péče již z nemocnice nebo z domova, píše se ošetřovatelský proces, diagnózy*

od lékaře, samozřejmě se musejí klienti pozorovat, aby mohly být stanoveny ošetřovatelské diagnózy a provedeny ošetřovatelské intervence.“

Kvalita polohování dle analýzy rozhovorů je v obou domovech seniorů na dobré úrovni. V českém domově setry využívají více metod při polohování zlepšující komfort klienta. Německé oproti tomu mají kvalitněji vedený záznam polohování.

České sestry se shodly, že často používají polohování podle bazální stimulace, ukládají klienta do tzv. hnízda a mumie, používají mikropolohování, antispastické polohování. Při klasickém střídají pravý, levý bok a záda. Polohují téměř vždy ve dvou. Při polohování zapisují na předtištěný formulář hodinu, polohu a podepisují se. Na otázku: „Jaké způsoby používáte při polohování?“ S1 odpověděla: *„Polohujeme podle BS, když to nejde na boky, dáme mikropolohování, že se klient podloží jen mírně dekou nebo děláme hodně polohování hnízdo. Hnízdo je, že se klient dá na jeden bok, dá se vak, nebo jak to mám říct, takovej dlouhej valeček a dá se to za záda, mezi nohama a dopředu, až vlastně na břicho a on je v takovým jakoby hnízdečku, pak mezi kolena a kotníky.* S4 řekla: *„Používáme hodně mikropolohování, potom používáme klasický polohování, P bok, L bok, záda, vypokládáme končetiny, dáváme klínky mezi kolena, kotníky. Na boku klient leží v 60°. U mikropolohování tak na 40°, jenom lehce nadzvednutá polovina těla. Do 90° nedáváme, tam může hrozit přepadnutí.“* Sestry se však neshodly na četnosti polohování přes den a v noci. S1 na otázku četnosti polohování reagovala: *„Po dvou hodinách u klientů, který maj dekubity, to polohujeme kolikrát častějc, třeba i po hodině, hlavně velký dekubity a jinak polohujeme tak po třech, po třech a půl hodinách přes den a v noci taky.“* S2 odpověděla: *„Používáme pořád dvě hodiny, máme na to formuláře, zapisujeme, abychom věděly, jak se ty polohy střídají a používáme to i v noci. S3 tvrdila: „ Po dvou hodinách a v noci máme trochu delší prodlevy, aby se lidi trochu vyspali, ty čtyři hodiny, taky podle stavu, pokud je hodně špatný, tak po dvou.“* S4 odpověděla*: „U rizikových klientů 3x-4x denně a u těch, co mají již dekubity, po třech hodinách. V noci je to stejný u klientů, co už maj dekubitus, tak od toho třetího stupně, a ti co nemaj dekubit, ale jenom riziko, tak se v noci polohujou 2x, aby se vyspali.“* O polohovacím záznamu S2 řekla:

„ Zaznamenáváme pouze polohu v té hodině a samozřejmě iniciály, kdo napolohoval a podepíše se.“

Německé sestry používají pouze klasické polohování. Všechny odpověděly, že používají polohování na pravou, levou stranu a na zádech. Při riziku nebo vzniku dekubitu ohroženou stranu vynechají. Shodly se, že většinou polohují z časových důvodů v jedné v intervalu tří až čtyř hodin a u ohrožených klientů po dvou hodinách. Při polohování provádí záznam hodiny, polohy, zvednutí trupu, test zčervenání pokožky se zblednutím, bez zblednutí tzv. Fingertest, mikropolohování, vyměšování a iniciály na předtištěný formulář. S7 na otázku používaných způsobů polohování řekla: *„Polohování na stranu, pravou, levou a záda, na stranu do 30°, do 90° nepoužíváme.“ S8: „Podle polohovacího plánu obměnit polohu každé tři hodiny na levou, pravou stranu, záda. Na stranu do 30°. 90° je více nebezpečný pro dekubity.“ Na břicho polohujeme seniory zřídka, to je pro mladší.“* Na dotaz jak často polohuje a v jakém počtu S5 odpověděla: *„Každé tři až čtyři hodiny jsou klienti polohováni. Když někdo dostane jídlo, polohuji na záda, jinak na pravou nebo levou stranu, přes noc 3x, interval je stejný. Většinou jen jedna sestra, když je někdo těžký, pak to dělají dvě, vlastně je polohován dvěma osobami, protože je to pak lehčí, příjemnější pro klienty, není stále dost personálu kvůli časovému stresu.“* S8 zaznamenává při polohování následující: *„ Já píši hodinu, stranu pravou, levou, záda, zvednutí trupu, test zčervenání kůže se zblednutím, bez zblednutí, vyměšování nebo jestli měl bolesti, jestli si klient sám přeje jiné polohování, a pak se podepíšeme.“*

V oblasti mobilizace bylo analýzou rozhovorů zjištěno, že v obou domovech se sestry snaží klienty mobilizovat co nejčastěji s přihlédnutím na jejich aktuální zdravotní stav. Na otázku: „Jakými způsoby provádíte mobilizaci a jak často mobilizujete?“ české sestry většinou odpověděly, že posazují imobilní klienty na lůžku do sedu, tedy provádí vertikalizaci. Dále polohují či vysazují z lůžka na mobilizační prostředek nebo chodí s klientem pomocí rolátoru. S1 na tuto otázku konstatovala: *„My většinu těch imobilních klientů posazujeme do křesla. Na lůžku je posazujeme do sedu, má to určitě kladný psychický efekt, některý si dají i kafíčko.“* S3 zdůraznila: *„Provádíme vysazování do křesla, když nejsou schopni nic víc, když jsou, trénujeme stoj u lůžka, chůzi po pokoji. U*

zcela imobilních polohování a pasivní cvičeni. S4 na otázku týkající se četnosti mobilizace odpověděla: *„Mobilizuje se denně, hodně k jídlu, aby mohl u toho jídla sedět. Tak na 2 hodiny, oni většinou jsou pak unavený, chtějí zpátky do lůžka, usínají.“* S2 k otázce: „Jak ve své praxi předcházíte vzniku kontraktur?“ dodala: *„Ještě jsou vyškolený ošetřovatelky na cvičení se seniory, takže v těch odpoledních aktivitách každý den, jsou to ty ošetřovatelky, který maj ranní směny, jsou tam denně, ty s nima mají odpolední cvičení.“* V českém domově pro seniory není prováděn žádný záznam o mobilizaci klienta.

Analýzou rozhovorů se sestrami z německého domova vyplynulo, že se mobilizace klientů nijak neliší od českého. Sestry se shodly, že je prováděna taktéž polohováním, vertikalizací na lůžku a vysazováním klienta z lůžka na mobilizační prostředek a u částečně imobilních chůzí s rolátorem. S5 se na otázku týkající se způsobů a četnosti mobilizace vyjádřila takto: *„Polohování, sezení na vozíku, na lůžku, chůze s rolátorem. To je různé, někdo jednou denně, pak jiní klienti 2x-3x během týdne, jak byl každý naplánován, tedy podle plánu. Tento plán píší příslušné diplomované sestry, to se pak pevně dodržuje podle dokumentace nebo podle ošetřovatelského plánu, jak často bude klient mobilizován z lůžka.“* S5 na otázku: „Jak předcházíte ve své praxi vzniku kontraktur?“ reagovala: *„Pravidelným aktivním a pasivním pohybovým cvičením, dělá to ošetřující personál a aktivní provádí klienti ještě sami, když se mohou ještě sami pohybovat.“* S6 na stejnou otázku odpověděla: *„Když je to s ohledem na oběh možné, pacienty mobilizujeme, chvilku posedí, provádíme pohyb v kolenou u každého polohování.“* Z rozhovorů dále vyplývá, že četnost mobilizace se řídí dle ošetřovatelského plánu. Provádí se záznam o mobilizaci klienta.

Analýzou rozhovorů byla vyčleněna podkategorie spolupráce s fyzioterapeutem, která je předpokladem pro realizaci účinné prevence vzniku dekubitů, kontraktur a přínosem pro provádění co nejkvalitnější ošetřovatelské rehabilitace. Sestry z obou domovů také popsaly, jakým způsobem probíhá, či neprobíhá a jaký mají na tuto spolupráci názor.

V českém domově spolupráce s fyzioterapeutem již není realizována a jeho práci nahradily částečně sestry a ošetřovatelky. Pracoval zde jeden fyzioterapeut. Všechny sestry odpověděly, že spolupráce byla velice pozitivní, jak pro personál, tak hlavně pro

klienty. S1 se na tuto otázku vyjádřila: *„Když jme měly fyzioterapeutku, spolupráce byla dobrá, poradila nám. Měly jsme klienty, kteří upadli, zlomili si krček stehenní kosti a když nám ho vrátili z nemocnice, ona se snažila je postavovat, chodit s nima o berlích, aby nebyli imobilní. Poradila, jak je máme posadit, jak s nima chodit i o těch berličkách. Takže ta nám chybí hodně.“* S3 odpověděla: *„Plně nikdo fyzioterapeuta nedokáže nahradit, to vzdělání je hodně specifický. Teď má někdo z ošetřovatelského personálu kurz, ty se snaží s těma lidma chodit, pokud to jde nebo s nima trénujou se stroji, lidi šlapou rukama nebo nohama, je to na lůžku. Ty slouží ranní a jsou tam každý den. Mně se spolupráce s fyzioterapeutem hodně líbila, byla přínosná. Často řekl: „Teď jsem cvičil s tímhle člověkem a dělá se mu kontraktura nově.“ Takže nás upozornil, co s tím člověkem nedělat a co naopak u něj ještě podpořit. Mělo to veliký výhody, když tam byl.“*

Do německého domova dochází externí firma dvakrát týdně. Názor sester na spolupráci s fyzioterapeuty se rozchází. Všechny se shodují, že by se mělo věnovat více pozornosti i zcela imobilním klientům, kde je již imobilita nevratná, ale předešlo by se vzniku dalších možných komplikací. S5 vyjádřila takto svůj názor: *„Správná spolupráce není, my provádíme naší prevenci, on si dělá svoji práci. Společně nespolupracujeme.“* S7 si spolupráci chválila: *„Je dobrá, protože fyzioterapeuti dají zpětnou informaci, co se zlepšuje a co zhoršuje u klientů. Spolupráce je dobrá, já se mohu fyzioterapeuta včas zeptat na problém, on nám vše ukáže. U lidí s těžkými kontrakturami se již fyzioterapie neordinuje, recept musí být napsán od lékaře a kontraktura je již nevratný stav.“* S6 namítla: *Fyzioterapeut chodí 2x týdně. Kdyby chodil častěji, bylo by to pro lidi mnohem lepší. Lékař rozhoduje o návrhu. Velké kontraktury máme přibližně u osmi lidí. Ti jen leží. K těmto klientům již fyzioterapeut nepřijde, bohužel.“*

Analýzou rozhovorů dle klíčových slov bylo zjištěno, čeho si sestry nejvíce všímají u imobilních klientů a vytvořena podkategorie oblasti pozorování sester. V obou domovech sestry pečlivě pozorují zdravotní stav klientů, možný vznik komplikací z imobilizace. Německé sestry ve svých odpovědích jmenovaly více oblastí pozorování.

České sestry zmiňovaly nejvíce sledování stavu pokožky, sledování fyziologického postavení končetin, stavu inkontinentních pomůcek a dávají pozor na čistotu lůžka. Při položení otázky jaké krémy používá v péči o pokožku klienta S1 doplnila: *„Při polohování kontrolují inkontinentní pomůcky, jestli nejsou pomočený a pak kontroluju vlastně tu pokožku, jestli není začervenalá, jestli se nedělá nějakej dekubit, to vlastně všechno hlásí pečovatelky zdravotní sestře.“* S3 zmínila: *„Při polohování ještě kontrolujeme čistotu lůžka, vlhkost, jestli to nemají pod sebou zmuchlaný, no a tu kůži, jestli někde nevzniká to začervenání.“*

Sestry sledují stav klienta hlavně z hlediska stabilních oběhových funkcí a dýchání. S1 při otázce týkající se mobilizace dodala: *„Dáváme pozor, aby mu neotékaly nohy a na TK, lidi často kolabujou, právě proto máme ty polohovatelný křesla.“*

Sestry z německého domova také zmiňovaly především sledování stavu pokožky, sledování celkového stavu klienta, kladly důraz na správné polohování a vyměšování. S7 při položení otázky, jak vypadá správné polohování doplnila: *„Já kontroluji celkově klienty, jak se jim daří, pokožku, ohrožená místa, jak to vypadá, k tomu vyměšování. Dávám pozor na postranici, zvonek.“* S6 řekla: *Při polohování používáme zároveň čistou plenu, provádíme péči o tělo, češeme vlasy a kontrolujeme stav pokožky, jestli nejsou žádná červená nebo otlačená místa, to se kontroluje při každém polohování.“*

Podkategorie metody zlepšující prevenci byla vytvořena pomocí klíčových slov, kterými se sestry vyjadřovaly v rozhovorech k jednotlivým otázkám. Zahrnuje techniky, které pomáhají sestrám v realizaci preventivních opatření vzniku komplikací u imobilních klientů v domovech pro seniory. Analýzou bylo zjištěno, že sestry v obou domovech používají při své práci stejné metody jako masáže, dechová cvičení, promazávání pokožky a ohrožených míst, bazální stimulaci a smyslovou aktivizaci.

České sestry navíc používají ještě metodu významnou pro tuto skupinu klientů, kinestetiku. S1 na otázku: „Jakými opatřeními předcházíte vzniku dekubitů?“ mimo jiné odpověděla: *„Tak hlavně tou prevencí, vlastně že se ty části hodně promazávají. My používáme tu bazální stimulaci. Provádí ji většinou sestra nebo ošetřovatelka. Pak také děláme zklidňující BS, aby ten člověk, kterej je neklidnej, aby se zklidnil. Pak zase povzbuzující, aby se zase povzbudil, když je spavej.* Na konci rozhovoru ještě doplnila:

„Máme zavedenou smyslovou aktivizaci i pro imobilní, kdy děvčata s nima dělají skupinky, u imobilních individuálně. Např. si povídají o kytce, jakou má barvu, aby se zapojili do života, aby jen neleželi v posteli.“ Metodu nazývanou kinestetika zmiňovaly dvě sestry. S2 na otázku: „V jakém počtu polohujete klienta?“ také řekla: *„Ještě personál je školen v kinestetice. To je, abychom s tím imobilním člověkem, aby jsme ho mohly posunovat v lůžku, abychom ho mohly posazovat v lůžku i postavit, kterej je schopnej stát u lůžka, ne už chůze. Pak se jenom otočí a my ho posadíme do připravenýho lůžka. To je způsob velice šetřící toho člověka a i ten personál. Je to na bázi rozhoupávání toho člověka a že se vede ta váha těla, je to potom mnohem snažší s nim hýbnout, vyzvednout ho do stoje a děvčata přestaly používat polohovačky, jak bylo u nás zvykem, to je ta bavlněná podložka, která pomůže člověka posunou do prava do leva, takže nemusej používat tyhle pomůcky a opravdu s lehkostí, aniž by musely vynakládat nějakou fyzickou námahu s tím člověkem. Dá se to použít i u těžkýho člověka.“* S3 na otázku týkající se způsobů mobilizace odpověděla: *„Pokud se týká mobilizace z lůžka ven, tak používáme kinestetiku, ta má za efekt, že se snižuje to vertigo, že se mu netočí hlava, je to postupnější a příjemnější. Kinestetika obsahuje masáže jedna zahřívací, jedna zklidňující, zaměřuje se, jak na svaly, tak i na klouby a bazální stimulace se používá na ruce, kde jsou nějaké spasticidy, ty postupně taky povolujou.“*

Německé sestry se o těchto metodách hovořily během rozhovoru méně spontánně. Všechny se zmínily většinou při položení doplňující otázky na co jsme při rozhovoru zapomněli. S5 odpověděla: *„Bazální stimulaci, stimulaci dýchání, masáž provádíme během ranní péče. Provádím techniku zlepšení ventilace plic prostřednictvím plicní masáže. Používám vonné oleje.“* S6 zdůraznila: *„Já osobně považuji za důležité pozornost ošetřujícího personálu, lidé potřebují čas, jednoduše si zpívat, vyprávět, to je podle mého mínění velice důležité.“* S7 odpověděla: *„Bazální stimulace, máme vozík pro bazální stimulaci, se kterým můžeme přijet k ležícím a můžeme provádět terapii světlem, terapii hudbou, ale musí být čas.“* S8 reagovala: *„Když klient může dýchat, není zatěžován oběhový aparát. Stimulujeme dýchání třením nebo poklepáváním.“*

Schéma 5 – Kategorie: Vybavení pro imobilní klienty a jejich využití v ČR

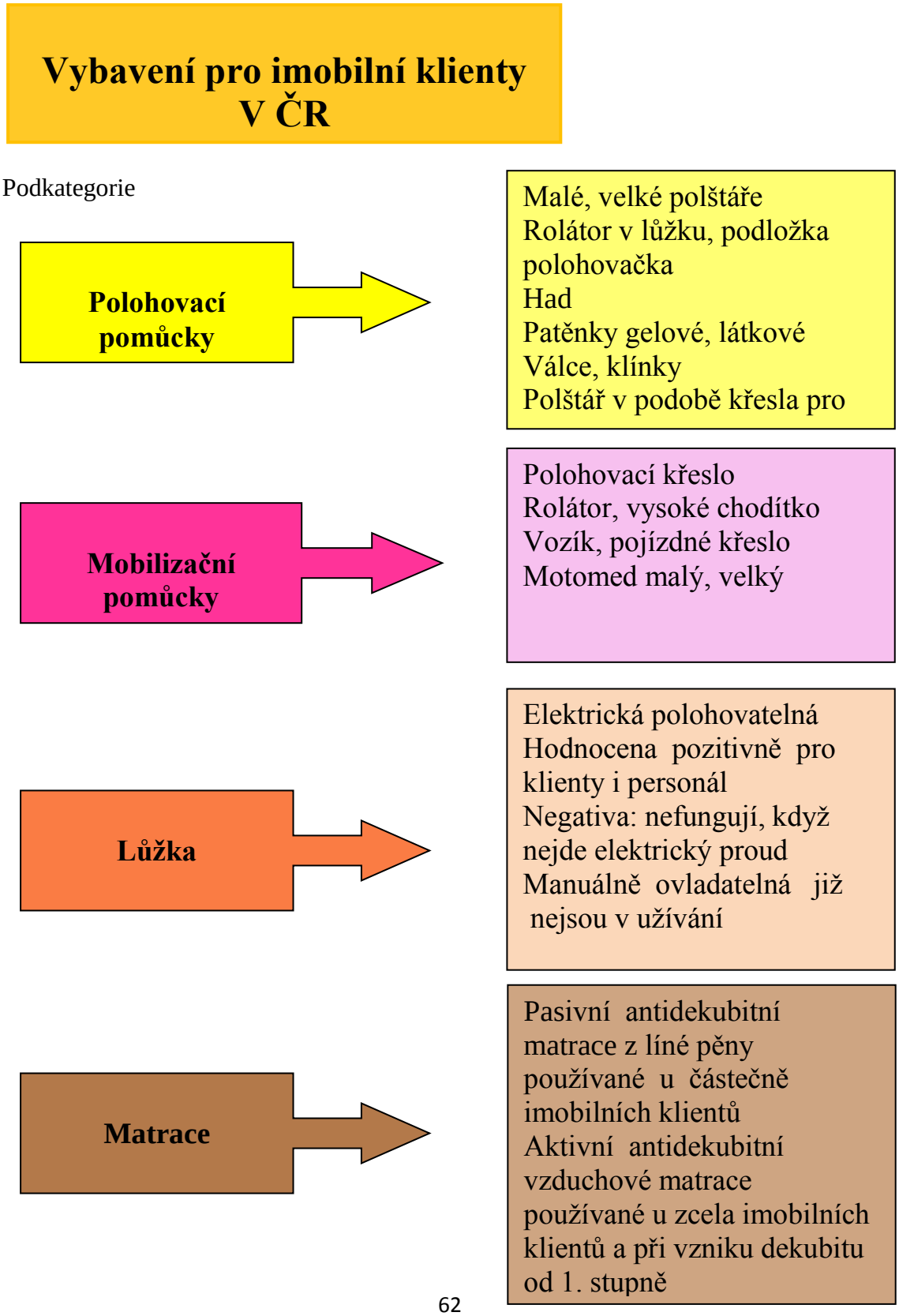
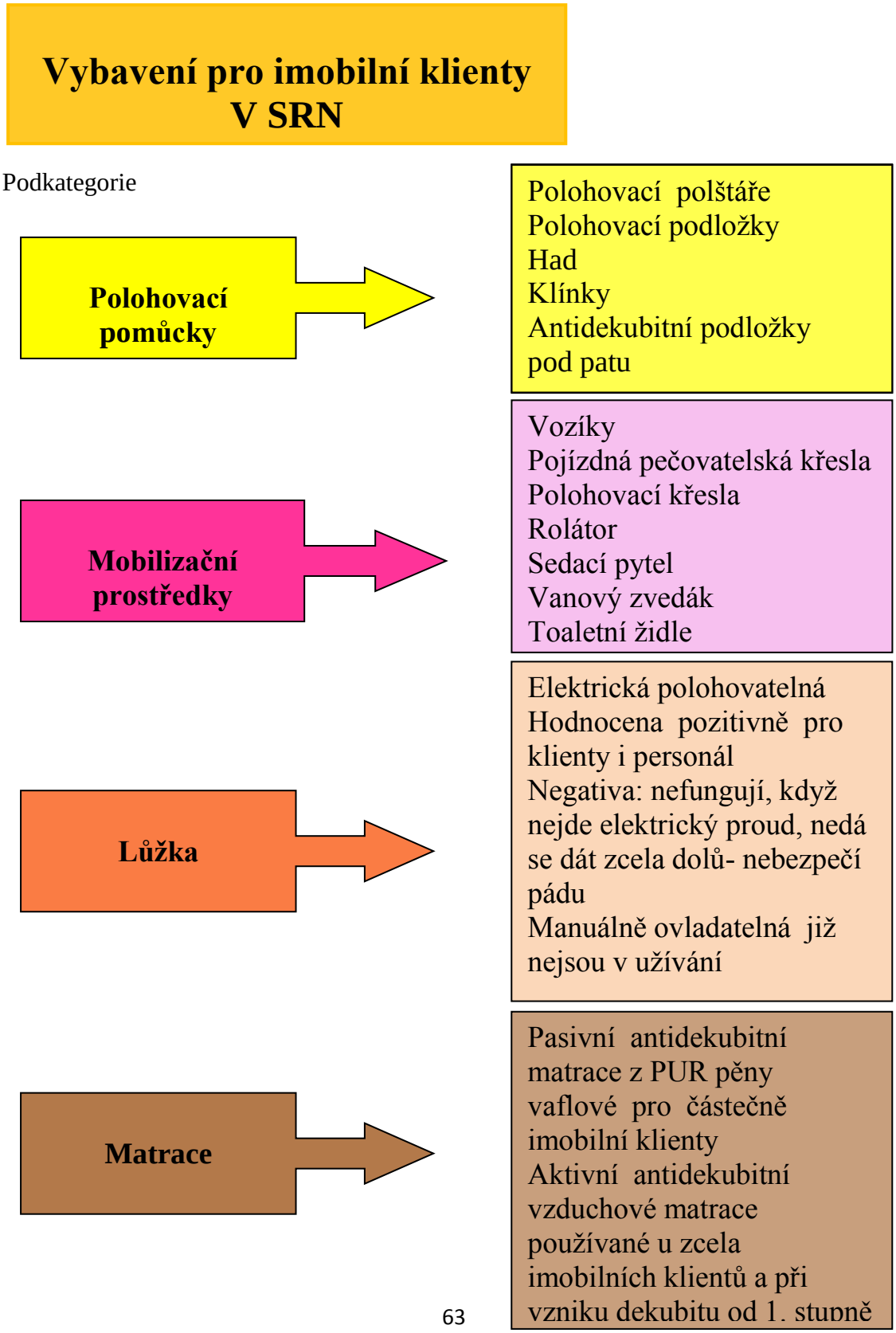


Schéma 6 – Kategorie: Vybavení pro imobilní klienty a jejich využití v SRN



Kategorie vybavení pro imobilní klienty se zaměřuje na pomůcky a prostředky, které se využívají při realizaci preventivních opatření komplikací z imobility v českém (schéma 5) a německém domově pro seniory (schéma 6). Identifikací klíčových slov, které sestry nejčastěji volily při rozhovoru, byly tyto prostředky rozděleny na podkategorie polohovací pomůcky, imobilizační prostředky, speciální matrace a lůžka pro imobilní klienty (příloha č. 3). Ve výsledku bylo zjištěno, že není značný rozdíl v sortimentu používaných pomůcek a prostředků.

Podkategorie polohovací prostředky ukazuje, že v českém i v německém domově používají stejné pomůcky k polohování, jako malé a velké polštáře, dále dlouhý polštář tzv. had nebo také banán, antidekubitní podložky pod paty tzv. patěnky, klínky a polohovací podložky. V českém se sestry ještě zmínily o využití rolátoru pro zlepšení pohybu na lůžku, o speciálním polštáři ve tvaru křesla pro sed na lůžku a protiskluzové podložce. S1 na otázku: „Jaké polohovací pomůcky používáte?“ odpověděla: *„Používáme hady, to je takovej dlouhej váleček, ten se používá hodně na ty hnízda, je to naplněný takovýma pěnovýma kuličkama, materiál na vrchu je omyvatelný, to dáváme ještě do bavlněných vaků, aby to sálo ten pot, když se klient potí a ještě hodně používáme polštářky mezi kolena, mezi nohy, válečky používáme, patěnky, když mám klienta v poloze v sedě, aby se udržel, tak máme takový speciální sedátko do půlkruhu, který se za něj posadí, on se tam krásně opře, vlastně, aby mohl sedět sám. Jinak používáme rolátor v lůžku nebo používáme podložku polohovačku, že si toho klienta můžeme nadzvednout.“* S4 na tuto otázku reagovala: *„Používáme hady, klínky mezi kolena, kotníky, patěnky, různý polštáře, polohovací válce. U rizikového volíme za zády hada, mezi koleny, kotníky antidekubitní polštářek a na paty patěnky.“*

V odpovědích sester ze SRN byl také velmi malý rozdíl. Používají především polštáře a tzv. hada. Na tuto otázku S6 odpověděla: *„Při polohování používáme polohovací polštáře, banán, normální malé polštáře mezi kolena, dlouhé polštáře jsou velmi dobré při polohování na bok.“* S7 řekla: *„Polohovací polštáře, polohovacího hada – banán, antidekubitní chránič na paty a polohovací podložku“*.

Podkategorie mobilizační prostředky nás informuje, které mobilizační prostředky sestry používají k mobilizaci klientů v české a německém domově pro seniory.

V českém domově dle analýzy rozhovorů sestry používají hlavně pojízdná křesla, vozíky, vysoké a nízké rolátory a polohovací křesla. Specialitou tohoto domova jsou motomedy, s kterými cvičí senioři přímo na lůžku. S4 odpověděla: *„Vysazujeme, u kterých je to možné, do křesel, pak cvičíme s těma motomedama. Máme taky klasický vozíky.“* S1 zmínila ještě tzv. zvedák, který se používá k přesunu klienta: *„Pak používáme, když chceme přesunout pacienta z postele na mycí lůžko, používáme zvedák.“*

Sestry z německého domova používají také pečovatelská křesla, vozíky, polohovací křesla, malý rolátor. Na rozdíl od českých sester jmenovaly ještě sedací pytel, vanový zvedák a toaletní židli. S8 na otázku: „Jaké pomůcky používáte k mobilizaci?“ reagovala: *„Tedy vozík, částečně vanový zvedák, ošetřovatelská pojízdná křesla pro klienty, kteří by již nemohli sedět na normální židli, sedací pytel.“* S6 v odpovědi doplnila: *„Popřípadě je ještě možné mobilizovat klienty pod dohledem na toaletní židli“.*

S analýzy rozhovorů dle klíčových slov dále vyplynula podkategorie speciální lůžka pro imobilní klienty a podkategorie matrace pro imobilní klienty, které poukazují jaký typ lůžek a matrací se používá u imobilních klientů v jednotlivých domovech v rámci prevence komplikací z imobility. V českém i německém domově se používají pasivní matrace pro částečně imobilní. Liší se materiálem. V české se používá líná pěna a v německém studená pěna, typ vaflové matrace. Sestry se také shodly, že pro plně imobilní nebo u klientů, u kterých došlo již k projevům poškození kůže, použijí aktivní antidekubitní matraci. Dle odpovědí jsou všechny lůžka v obou domovech polohovatelná, elektricky ovládaná. Sestry se také v doplňující otázce vyjadřovaly o výhodách či nevýhodách těchto prostředků. S2 na otázku týkající se typu lůžek odpověděla: *„Používáme polohovací lůžka s elektrickým ovladačem, takže se dá zvednout lůžko nahoru do zvýšený polohy, dolů, a potom se dá zvednout pod hlavou a nebo pod nohama. Negativa polohovací lůžko nemá, nesetkala jsem se s nima.“* Na otázku ohledně používaných matrací řekla: *„Základ je standartní matrace a potom*

buďto je ta líná pěna a nebo pro úplně imobilní aktivní matrace, protože tím se předchází dekubitům, máme to vyzkoušený, nestává se nám, že by byl proleženej.“ S3 také odpověděla: **„***Máme klasický matrace, ty maj ve vnitř ty zářezy, aby se ten tlak různě rozkládal, pak máme paměťovou pěnu, antidekubitární matrace, to jsou ty nafukovací.“* Na otázku: „Kdy volíte již aktivní antidekubitní matraci?“ řekla: „*Když ten člověk už něco má, nějakej dekubit se už u něj vyskytnul, abychom ho co nejmíň zatěžovaly a zároveň ta antidekubitární matrace to zajišťuje v noci, že toho člověka to nebudí. Člověku, který se ještě sám na lůžku pohybuje, bych jí nedala, protože my podporujeme, aby se ten člověk pohyboval sám. Dáváme ji lidem, který sami neudělají žádný aktivní pohyb.“* K elektrickým lůžkům S3 dodala: *„Ošetřovatelky si mohou sami nastavit výšku lůžka, protože pak si neničí záda. Má tu nevýhodu, pokud nefunguje elektrika, tak se nedá s tou postelí hnout.“*

Odpovědi německých sester se od českých příliš nelišily. S5 se k těmto otázkám vyjádřila: „*Ošetřovatelská lůžka s postranicemi na pravé a levé straně. Je to elektrické lůžko, může se s ní hýbat směrem dolů nebo zvednout pod hlavou, zvednout nohy nahoru, dolů nebo dát lůžko nízko.“* K pozitivním či negativním vlastnostem těchto lůžek řekla: *„ Někteří lidé jsou velcí, někteří malí, člověk může lůžko nastavit, jak potřebuje, to je výhoda pro záda při práci. S lůžkem nemůžeme sjet až úplně dolů, to je nebezpečné kvůli pádu.“* Na otázku: „Jaké typy matrací používáte pro imobilní pacienty?“ S5 odpověděla: „ *Antidekubitní matrace, které jsou se vzduchem, které jsou opakovaně pumpovány vzduchem nebo pasivní vaflové matrace, pak můžeme část kostek vyjmout.“* S7 reagovala stejně: „*Pečovatelská lůžka, to jsou lůžka, která se mohou nastavit nahoru a dolů, je to pozitivní pro nás, protože máme nastavenou správnou výšku, pro klienty také, protože můžeme dát výš hlavovou i nožní část lůžka.“* S6 svůj názor na volbu aktivní antidekubitní matrace vyjádřila takto: „*Tedy to musí být nějaké ohrožení, musí být diagnostikováno nebezpečí proleženiny, když se ještě trochu sami pohybují, otáčejí se, nejsou nutné.“* S8 měla stejný názor a ještě odpověděla: „ *U lidí, kteří mají demenci, se to dobře nehodí, protože ti nevnímají tělo.“*

Schéma 7 – Kategorie: Obecné poznatky týkající se imobilních klientů v ČR

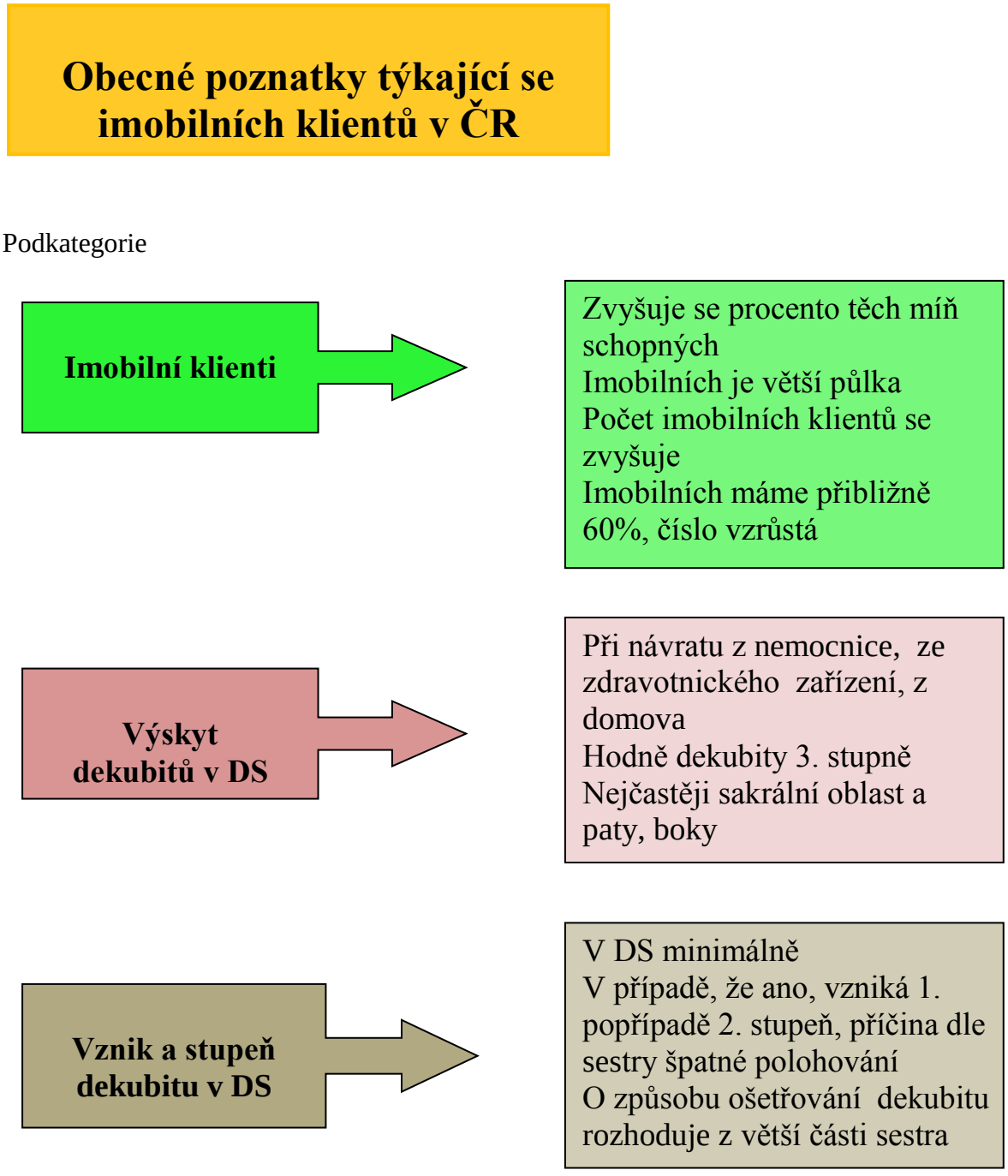
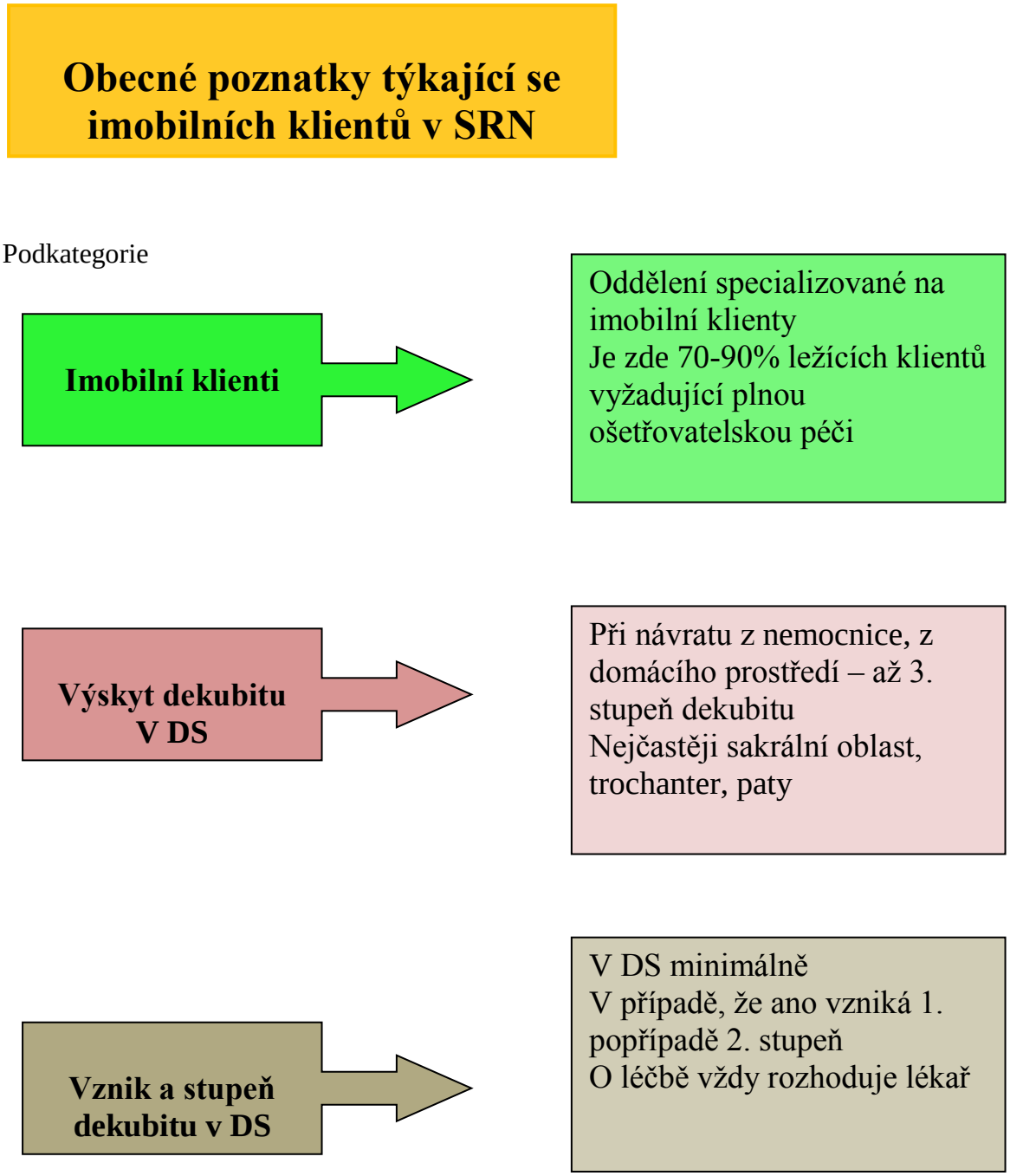


Schéma 8 – Kategorie: Obecné poznatky týkající se imobilních klientů v SRN



Obecné poznatky týkající se imobilních klientů domova pro seniory v ČR a SRN

Kategorie obecné poznatky týkající se imobilních klientů domova pro seniory v ČR a SRN zahrnuje poznatky, které vyplynuly z analýzy odpovědí sester. Kategorie byla dle klíčových slov rozdělena na podkategorie imobilní klienti, výskyt dekubitu v domově pro seniory a vznik a stupeň dekubitu v domově pro seniory v ČR (schéma 7) a v SRN (schéma 8). Bylo zjištěno, že vývoj a realizace péče o imobilní klienty je v obou domovech podobný.

Podkategorie imobilní klienti hovoří o nárůstu počtu imobilních klientů. V českém domově vstoupá počet těch méně schopných, domov v SRN má pro tyto klienty již specializované oddělení. S1 na otázku**: „**Jaké pacienty z hlediska pohyblivosti máte převážně na vašem oddělení?“ řekla: *„Takže v našem domově seniorů máme vlastně chodící, se sníženou imobilitou a zcela imobilní, máme vlastně všechny. Tak my máme celkový počet 95 klientů a těch imobilních je větší půlka. Tak 50 klientů určitě.“* S3 na tuto otázku odpověděla: *Úplně ležící klienti 15% a s částečně ležícíma bych řekla asi 80%„ zvyšuje se počet těch míň schopných.“* S4 reagovala: *„60% myslím, číslo vzrůstá.“* S5 z německého domova se vyjádřila že na oddělení mají:: *„10% mobilních, 90% ležících, máme 29 obyvatel“*. S7 zdůraznila : *„ Na našem oddělení jsou nejvíc případy, vyžadující úplnou ošetřovatelskou péči, 90%“*.

Dekubity se nejčastěji vyskytují v obou domovech při příchodu klientů z nemocnice nebo z domácího prostředí o čemž vypovídá podkategorie výskyt dekubitů v domově pro seniory. Také místo nejčastějšího výskytu dekubitů dle odpovědí sester je stejné, na kostrči a na patách, trochanteru. S1 na otázku: „Kde se dekubitus vyskytuje nejčastěji?“ řekla: „*Když k nám přijdou, tak většinou mají v sakrální oblasti a většinou na patách ze spoda a na bocích, to mají hodně.“* Ostatní odpověděly stejně, S2: **„***Vyskytuje se nejčastěji v křížový krajině a paty. Potom na bokách.“* Na otázku: „S jakými stupni dekubitů jste se již setkala?“ S2 dodala: *„Hodně se setkávám s dekubity 3. stupně a léčíme dekubity 3. stupně, jak právě u lidí převzatých ze zdravotnického zařízení, tak právě z domova, ze zdravotnického zařízení je to mnohem častěji.“* Německé sestry mají podobné zkušenosti. S6 řekla: *„ Nejčastěji ohrožená podle mého mínění je kostrč a také paty, tyto části těla. Na straně kyčle, trochanter samozřejmě. Vlastně 3. stupeň dekubitu*

mají klienti nejvíce, když přijdou z nemocnice nebo z domova.“ S8 odpověděla: *„Na kostrči a na patách musíme nejčastěji dávat pozor. Na straně na ramenech na trochanteru, mezi koleny, kosti na nohách.“*

O tom, jestli v obou domovech dojde ke vzniku dekubitu a jakého stupně dosáhnou, vypovídá podkategorie vznik a stupeň dekubitu v domově pro seniory. I zde se reakce sester téměř neliší. V obou domovech si sestry stojí za kvalitou své práce a shodují se v tom, že občas se dekubitus vyskytne, ale jen první, popřípadě druhý stupeň. Liší se však přístupem k léčbě. V českém je kompetence sester vyšší, o ošetřování dekubitu rozhodují převážně sestry, které se v případě komplikací radí s lékařem. V německém rozhoduje pouze lékař. S1 v otázce týkající se nejčastějšího výskytu dekubitů zdůraznila: *„My tedy klienty s dekubitama nemáme, na to dbáme hodně, aby se polohovaly.“* S3 na otázku: „S jakými stupni dekubitů jste se setkala?“ také řekla: *U nás se stává minimálně, že se pacient proleží.“* S4 přiznala, že: *„Taky se nám stalo, že i u nás, myslím si, že je to špatným polohováním, došlo k prvnímu, druhýmu stupni.“* Sestry z německého domova odpovídaly shodně, že klienta sledují a provádí pravidelně tzv. Fingertest (test zčervenání pokožky se zblednutím, bez zblednutí). S5 k otázce: „S jakými stupni dekubitů jste se již setkala?“ dodala: *Tedy u stadia jedna musíme dávat pozor, popřípadě provést test zčervenání kůže se zblednutím, bez zblednutí. Stadium dva představím již lékaři, protože sama nemůžu rozhodnout, jak bude léčba probíhat, musím se zeptat lékaře.* S6, když popisovala, kdy se vyskytuje třetí stupeň dekubitu, doplnila: *„Já sama jsem u nás nezažila, aby vzniknul tak vysoký stupeň dekubitu. Pak se musí léčit.“*

5 DISKUZE

Cílem této práce bylo zjistit, jaké jsou rozdíly v preventivních opatření předcházení vzniku dekubitů a svalových kontraktur v ošetřovatelské péči o imobilní klienty v českém a německém domově pro seniory a rozdíly ve využívání druhů pomůcek k prevenci komplikací u imobilních klientů českém a německém domově pro seniory. Byly osloveny dva domovy seniorů, v Bavorsku a v Jihočeském kraji a vedení těchto domovů seznámeno s cílem a metodami výzkumu. Jako výzkumné metody byly zvoleny hloubkové rozhovory se čtyřmi sestrami v ČR, čtyřmi sestrami v SRN a pozorování ošetřovatelské péče u vybraných klientů v ČR a SRN. Zatímco v německém domově probíhala realizace výzkumu bez komplikací, v českém domově vedení v průběhu výzkumu projevilo nesouhlas s metodou pozorování. Metoda pozorování měla být stěžejní pro potvrzení metody hloubkových rozhovorů se sestrami. Vedení dále odmítlo možnost pořízení fotodokumentace polohovacích pomůcek a mobilizačních prostředků pro výzkumnou práci. Fotodokumentace je tedy doložená pouze z německého domova pro seniory (příloha č.5). Hloubkové rozhovory se sestrami probíhaly na české straně v domácím prostředí, na německé většinou v zaměstnání po pracovní době.

První část výzkumného šetření se zaměřuje na znalosti sester z ČR a SRN. Sestry měly definovat termín imobilita, dekubitus a kontraktura. Znalost těchto oblastí je předpokladem poskytování kvalitní péče o imobilní klienty v domovech pro seniory. Znalosti sester obou domovů seniorů se ukázaly jako velmi dobré v oblasti imobility a dekubitů. Klusoňová a Pitnerová (2005) uvádí, že „imobilita je stav organizmu, kdy dochází k přechodné nebo trvalé ztrátě pohybových schopností jedince jako důsledek postižení pohybového aparátu a vnitřního systému. Stupeň závislosti a ztráty soběstačnosti je určen typem a rozsahem postižení, celkovou kondicí pacienta, jeho konstitucí, věkem, psychickým stavem, kvalitou ošetřovatelské a rehabilitační péče, dostupností technických pomůcek.“ Stejný názor měla S4, která definovala imobilitu jako: „*Neschopnost sebepéče, omezení pohybu.“* Také S6 reagovala podobně: „*Nemohou se již pohybovat, potřebují pomoc, například při pohybu, při podávání*

stravy, u každodenních činností.“ Sestry z českého i německého domova také kvalitně odpovídaly na otázku týkající se komplikací z imobility. Poledníková (2006) jako důsledek imobility jmenuje postižení pohybového, kardiovaskulárního, dýchacího, trávicího, vylučovacího nervového, kožního systému a psychické a sociální změny. S3 na tuto otázku odpověděla**:** *„Těch je celá řada, nejohroženější jsou dekubity, které vznikají tím neustálým tlakem. Respirační choroby, ty lidi mívají třeba zápal plic, kůže se jim tenčí slábne, atrofie svalů, pak už nemaj sílu se na těch nohou udržet, je toho strašná spousta. Kontraktury, klouby přestávaj fungovat, ten člověk se skrčuje, pokud se tomu aktivně nebrání. Taky často bývají zácpy, je porušena motilita střev a průjmy nebejvaj, to spíš ty zácpy, z psychologického hlediska ztrácí zájem, když nemá podněty, které by jinak měl jako chodící, tak už začíná být apatickej.“* S5 uvedla tyto komplikace plynoucí z imobility: *„Bezmocnost, vznik dekubitu, polykací potíže, pohybová omezení, také například pneumonii, trombózu, zácpu, spojenou s pomalou peristaltikou, infekci močových cest, zánět močového měchýře.“*

Sestry z obou domovů potvrdily dobré znalosti v oblasti dekubitů a definovaly dekubity podobně jako Pokorná a Mrázová, (2012, str.113): „Dekubity můžeme nazývat jakékoli poškození kůže nebo tkání způsobené přímým tlakem, nebo třecími silami.“ S1 měla tento názor: *„Je to vlastně poškození kůže.“* S2 řekla: *„Jestliže člověk leží dlouhou dobu v jedné poloze, tak jsou potom místa, který jsou hůř prokrvený a tam vzniká dekubitus.“* S6 definovala dekubitus jednoduše: *„Poškození kůže.“ A* S7 takto: *„Dekubitus je poškození kůže , kde působí dlouho tlak.“* Stejně jako se klasifikace dekubitů liší dle zdrojů, např: Trachtová (2013) uvádí rozdělení do pěti stupňů, Pokorná a Mrázová (2012), stejně jako Köther (2007) do čtyřech stupňů a někteří autoři do třech stupňů, tak se také sestry rozcházely v rozdělení dekubitů do stupňů. Bez ohledu na národnost starší sestry klasifikovaly do třetího stupně a sestry mladší do 4.-5. stupně.

Více problematická byla podkategorie kontraktury. Kolář (2009) definuje jako kontrakturu „...všechny stavy fixovaného svalového zkrácení, jedná se o změnu ve vazivové složce svalového napětí.“ Žádná ze sester z českého domova nedefinovala kontrakturu zcela správně (schéma 1). Sestra S1 odpověděla: „*Kontraktura jsou*

vlastně stažený šlachy.“ S3: *„Zkrácení šlach v kloubu.“* S2 dokonce měla tento názor: *„Třeba zlomenina krčku.“* S4 nevěděla. Sestry z německého domova na tom byly o něco lépe. Myslím si, že je to specifickým zaměřením tohoto oddělení na imobilní klienty. Názory sester jsou znázorněny ve schématu 2. Nejvíce se přiblížila S6, která odpověděla: „*Nejvíce jsou kontraktury zjištěny v oblasti kolen, nohou, zkracují se svaly.“*

Dotazováním sester bylo také zjištěno, jak je uskutečňována realizace preventivních opatření v jednotlivých domovech pro seniory v ČR (schéma 3) a v SRN (schéma 4). V první řadě bylo porovnáváno vedení dokumentace týkající se prevence komplikací u imobilních klientů domova pro seniory. Sestry v SRN mají jednoznačně kvalitněji vedenou dokumentaci o jednotlivých klientech. Záznam je systematický, pravidelný a přehledný. Německé sestry se také na rozdíl od českých sester v odpovědích shodují, jaké záznamy vedou. Podle Mikuly a Müllerové (2008) je v ČR využívána k hodnocení dekubitů především škála dle Nortonové a škálou dle Bradenové se hodnotí hlavně na jednotkách intenzivní péče. V SRN se využívá především škála dle Bradenové, také v domovech pro seniory, pak následuje škála dle Nortonové a dle Waterlové, jak uvádí Köther (2007). Jak již bylo řečeno české sestry se v odpovědích ohledně dokumentace příliš neshodly. S1 dokonce na otázku: „Jaké testovací škály u imobilních klientů používáte?“ nepřesně odpověděla: *„Prevence dekubitů děláme u těch imobilních. My to máme právě že nazvaný tak, hodnocení dekubitů u imobilních klientů, my to nemáme jako podle nikoho.“* Německé sestry se příliš nelišily v odpovědích, S7 uvedla: „ *Bradenové škála, prevence kontraktur, prevence pádů, BMI, prevence trombózy, pneumonie, škála nemocí dutiny ústní, škála inkontinence.“* Z výzkumu vyplývá, že český domov by měl zlepšit vedení dokumentace u imobilní klientů.

Výzkumné šetření také ukázalo velmi dobrou kvalitu preventivních ošetřovatelských opatření, jako je polohování a mobilizace ležících klientů v domově pro seniory. Polohování i mobilizace jsou prováděny v obou domovech na velice dobré úrovni. Sestry obou domovů používají u seniorů klasické polohování. Pravidelně střídají polohu na pravém a levém boku a na zádech. Kolář (2009) uvádí polohu na boku, kdy se nachází trup kolmo k podložce a hlava je s trupem v ose. Poloha je vhodná při

prevenci dekubitů v sakrální oblasti. Sestry obou domovů tuto polohu nevyužívají. V Německu polohují na boku do 30°. Poloha do 90° je nevhodná z důvodu vysokého rizika vzniku dekubitů v oblasti trochanteru (Piller a Gabauer, 2014). Sestry českého domova polohují na boku přibližně do 45-60°. V německé literatuře je ještě pro seniory uváděn stupeň 135°, přičemž autorka doporučuje, zeptat se seniora, kterou polohu upřednostňoval v domácím prostředí (Köther, 2007). Také oba domovy používají tzv. mikropolohování. To zahrnuje drobnou změnu polohy pomocí polštářku nebo jiné polohohovací pomůcky, jak uvádí Köther (2007). Sestry z českého domova využívají často oproti sestrám z německého domova prvky bazální stimulace. Myslím si, že právě při polohování je tato metoda velice přínosná pro imobilní seniory protože, bazální stimulace je důležitá pro uvolnění spastických částí těla a zlepšení jeho vnímání samotným imobilním klientem, jak uvádí Friedlová (2007). S1 odpověděla: *„Polohujeme podle BS, když to nejde na boky, dáme mikropolohování, že se klient podloží jen mírně dekou nebo děláme hodně polohování hnízdo, hnízdo je, že se klient dá na jeden bok, dá se vak, nebo jak to mám říct, takovej dlouhej váleček a dá se to za záda, mezi nohama a dopředu, až vlastně na břicho a on je v takovým jakoby hnízdečku, pak mezi kolena a kotníky.“* Velké rezervy se ukázaly v záznamu údajů o polohování. Zatímco české sestry píší pouze hodinu, polohu a podpis, německé na otázku: „Co zaznamenáváte při polohování?“ shodně odpověděly jako S8: *„Já píši hodinu, stranu pravou, levou, záda, zvednutí trupu, test zčervenání kůže se zblednutím, bez zblednutí, vyměšování nebo jestli měl bolesti, jestli si klient sám přeje jiné polohování a pak se podepíšeme.“* Polohovací záznam optimalizuje péči o pacienta, slouží jako kontrola četnosti a způsobů polohování. Některé záznamy podávají sestře další informace o aktuálním stavu pacienta, jako je pravidelné hodnocení stavu kůže na predilekčních místech, jestli bylo s pacientem na lůžku jinak manipulováno, četnost , charakter stolice a moče, čas a způsoby mobilizace (Piller a Gabauer, 2014).

Jak již udávají Piller a Gabauer (2014), také záznam o mobilizaci klienta má své místo. Poskytuje to opět ošetřovatelskému personálu v německém domově lepší přehled o preventivních opatřeních imobilizačního syndromu (schéma 4). Co se týče realizace samotné mobilizace, probíhá v obou domovech svědomitě. Sestry a ostatní ošetřující

personál se snaží klienty mobilizovat co nejčastěji s přihlédnutím na jeho celkový stav. Velice kladně hodnotím využití tzv. motomedu v českém domově pro seniory, který slouží jako šlapací kolo pro horní i dolní končetiny pro lidi upoutané na lůžku.

Jak uvádí Klusoňová a Pitnerová (2005) je u zdravotně postiženého jedince nezbytná spolupráce sester s fyzioterapeutem. Podle mého názoru to platí i u částečně a úplně imobilních klientů domova pro seniory. Avšak jak výzkum ukázal, spolupráce v německém domově není dle sester ideální a v českém již není vůbec. O zcela imobilní klienty se v německém domově z hlediska prevence kontraktur nepečuje a dochází ke zhoršování zdravotního stavu a vzniku komplikací, jako je špatná hybnost končetin, bolest, často se objevují kožní záněty, někdy i dekubity prvního až druhého stupně. Do německého domova dochází fyzioterapeut dvakrát týdně, avšak jen ke klientům alespoň částečně mobilním. Názor sester se na spolupráci rozchází (schéma 4). S5 se na tuto problematiku se vyjádřila: *„ Správná spolupráce není, my provádíme naší prevenci, on si dělá svoji práci. Společně nespolupracujeme.“* S6 měla jiný názor: *„Můžeme se fyzioterapeuta zeptat, pak dostaneme radu, jak to máme dělat, spolupráce funguje. Fyzioterapeut chodí 2x týdně. Kdyby chodil častěji, bylo by to pro lidi mnohem lepší. Lékař rozhoduje o návrhu. Velké kontraktury máme přibližně u osmi lidí. Ti jen leží. K těmto klientům již fyzioterapeut nepřijde, bohužel.“* V českém domově práci fyzioterapeuta nahradily ošetřovatelky, které absolvovaly několikadenní kurz. Může být však toto cvičení kvalitou i kvantitou srovnatelné s prací již většinou vysokoškolsky vzdělaného odborníka? Všechny sestry měly podobný názor jako S3: *„Plně nikdo fyzioterapeuta nedokáže nahradit, to vzdělání je hodně specifický. Teď má někdo z ošetřovatelského personálu kurs, ty se snaží s těma lidma chodit, pokud to jde nebo s nima trénujou se stroji, lidi šlapou rukama nebo nohama, je to na lůžku. Mně se spolupráce s fyzioterapeutem hodně líbila, byla přínosná, který řekl: „Teď jsem cvičil s tímhle člověkem a dělá se mu kontraktura nově.“ Takže nás upozornil, co s tím člověkem nedělat a co naopak u něj ještě podpořit.“* Jestliže v rehabilitačním ošetřovatelství schází fyzioterapeutická intervence, která se zaměřuje na prevenci sekundárních změn, nejsou výsledky rehabilitace ideální a vzniklé komplikace zatěžují klienta víc než základní onemocnění, zdůrazňuje Kolář (2009).

Předpokladem realizace preventivních opatření vzniku komplikací u imobilních seniorů je důsledné pozorování jeho aktuálního zdravotního stavu, správné vyhodnocení a provedení záznamu sestrou. Při sledování nemocného si sestra všímá jeho problémů a může takto doplnit stávající ošetřovatelskou diagnózu nebo vytvořit novou (Nejedlá, 2006). V obou domovech sestry pečlivě pozorují klienty a reagují na jejich zdravotní potíže. Nejčastěji sestry sledují celkový stav klienta a stav pokožky. Německé sestry ještě pravidelně zaznamenávají tzv. Fingertest - test reakce kůže na zatlačení prstem, tedy zčervenání kůže se zblednutím a bez zblednutí. To jim umožňuje co nejdříve zaznamenat počínající defekt kůže a možný vznik dekubitu. S8 na otázku: „Jakými opatřeními předcházíte ve své praxi dekubitům?“ mimo jiné odpověděla: *„Provádíme ošetřování pokožky, jednou v pracovní době Fingertest.“* Německé sestry provádí na rozdíl od sester českých také pečovatelskou práci. Spolu s ošetřovatelkami klienty polohují a myjí, což jim umožňuje užší kontakt a lepší pozorování aktuálního zdravotního stavu klienta. Naopak sestry české provádí pouze odbornou práci, při polohování pomáhají pouze v noci. S1 doplnila: *„Při polohování kontrolují inkontinentní pomůcky, jestli nejsou pomočený a pak kontrolují vlastně tu pokožku, jestli není začervenalá, jestli se nedělá nějakej dekubit, to vlastně všechno hlásí pečovatelky zdravotní sestře.“*

Analýzou hloubkových rozhovorů také vyplynuly metody, které sestry využívají při své práci o imobilní klienty. Slouží k zlepšení fyzického i duševního stavu seniora, pomáhají předcházet komplikacím a některé metody či techniky usnadňují sestrám práci. Oba domovy používají bazální stimulaci, smyslovou aktivizaci, masáže, dechová cvičení, ošetřování pokožky a ohrožených míst tělovými mléky a speciálními krémy. Domov v ČR na rozdíl od domova v SRN využívá metodu zvanou kinestetika, Kinestetika je metoda, která usnadňuje manipulaci s klientem, jak na lůžku, tak také při mobilizaci z lůžka. Podstatou je využívání postupného pohybu identického s fyziologickým, přenášení váhy (Nedělková, 2008). Tato metoda by mohla být zvláště na oddělení, které je specializované na seniory upoutané na lůžku, prospěšná pro klienty i pro personál. S3 o této metodě řekla: *Ještě personál je školen v kinestetice. To je způsob velice šetřící toho člověka a i ten personál. Je to na bázi rozhoupávání toho člověka a že*

se vede ta váha těla, je to potom mnohem snazší s nim hýbnout, vyzvednout ho do stoje.“

Výzkumným šetřením bylo také zmapováno využití pomůcek v jednotlivých domovech u imobilních klientů (schéma 5 a schéma 6) V obou domovech se používají téměř stejné pomůcky k polohování, tedy hlavně polštáře a dlouhé polštáře tzv. hady. Sestry z českého domova mají k dispozici ještě další druhy polohovacích pomůcek, jako rolátor v lůžku, polštář v podobě křesla, a protiskluzovou podložku. Je však větší sortiment druhů polohovacích pomůcek zárukou kvality polohování? Smyslem polohovacích pomůcek je především zvýšit komfort pacienta, zabránit tlaku na riziková místa a usnadnit práci ošetřovatelskému personálu. ((Mikula, Müllerová, 2008). S5 na otázku týkající se polohování, také odpověděla: *„Myslím, že je špatné, když má klient moc polštářů v lůžku, protože pak je uvězněn a už se nemůže sám pohybovat. Já dávám přednost dvěma polštářům, jeden za záda, jeden pro nohy.“* Názor sestry se shoduje s názory odborníků. Mikula a Müllerová (2008) se vyjádřili, že zvolení příliš velkého počtu pomůcek u jednoho pacienta nebo nevhodná volba pomůcky, může mít však negativní dopad. Dojde tak ke znemožnění jakéhokoliv aktivního pohybu, což vede k jeho větší imobilitě. Využití mobilizačních prostředků se v obou domovech také příliš neliší. Sestry mobilizují klienty na pojízdná křesla, vozíky, polohovací křesla a částečně imobilní pomocí rolátoru. Na tomto místě musím zdůraznit přednost českého domova nad německým ve využití tzv. motomedu. Tato pomůcka je dle mého názoru velmi prospěšná, protože v sobě sdružuje efekt kondičního cvičení a prevence kontraktur. Cílem kondičního cvičení je udržení nebo zvýšení tělesné kondice, udržení pohyblivosti kloubů, svalové funkce, svalového napětí, nervosvalové koordinace a optimální funkce vnitřních orgánů (Klusoňová a Pitnerová, 2005). S4 na otázku: „Jak předcházíte vzniku kontraktur?“ reagovala: „*Máme u imobilních klientů cvičení, používáme motomedy, máme velkej, malej, to je i na horní i na dolní končetiny.“*

Lůžka využívaná v domově v ČR a SRN jsou stejná. Jedná se o elektrická, polohovatelná lůžka. Sestry z obou domovů jsou s nimi spokojeny, vidí výhodu především v nastavení lůžka podle výšky personálu, manipulace s klientem je tedy snazší. I pro imobilní klienty jsou elektrická lůžka výhodná, jsou vice soběstační,

mohou si polohu upravit sami. Velice důležitou úlohu plní elektrické lůžko v prevenci dekubitů. Elektrické polohovací lůžko je vybaveno tzv. autoregresí, tedy pohybem zádového a popřípadě nožního dílu od středu lůžka k čelům. Při této poloze je snížen významně tlak na tkáň v oblasti hýždí (Mikula a Müllerová 2008). Jedním z mála negativ je nemožnost výškové manipulace v případě výpadku elektřiny. S5 vyslovila také tento názor: *„S lůžkem nemůžeme sjet až úplně dolů, to je nebezpečné kvůli pádu.“*

Matrace pro imobilní jsou voleny v obou domovech dle stupně imobility a stavu kůže klienta. Mikula a Müllerová (2008) poukazují, že cílem pasivních matrací je rozložení tlaku na tkáň a zvětšení kontaktní plochy. Sestry využívají pasivních matrací z rozdílného materiálu. V českém domově jsou to matrace z líné pěny. Jejich výhodou je, že nedochází u ležícího k narušení krevního oběhu a tím se snižuje riziko výskytu dekubitů. V Německu používají matrace ze studené pěny tzv. vaflové, které se také dobře přizpůsobují tělu a jsou prodyšné, dobře odvádí teplo. V obou domovech u zcela imobilních používají aktivní antidekubitní matrace. Aktivní antidekubitní matrace odstraňují tlak z tzv. predilekčních míst na určitou dobu, což se děje střídavým nafukováním a vyfukováním. Použití aktivní antidekubitní matrace má však také kontraindikace. Nesmí se používat u pacientů, kde by nestabilní povrch mohl snižovat jejich pohyblivost ((Mikula a Müllerová 2008). Sestry z obou domovů měly tentýž názor. S3 se vyjádřila: *„Člověku, který se ještě sám na lůžku pohybuje bych jí nedala, protože my podporujeme, aby se ten člověk pohyboval sám. Dáváme ji lidem, který sami neudělají žádný aktivní pohyb.“* S8 názor na aktivní antidekubitní matraci rozšířila: *„U lidí, kteří mají demenci, se to dobře nehodí, protože ti nevnímají tělo.“* Köther (2007) poukazuje také, že nebezpečí, na které by si sestry měly dávat pozor je výška matrace v poměru k výšce postranice, je zde vysoké nebezpečí pádu pacienta. Proto se u těchto klientů v německém domově přidává ještě nástavba postranice.

Další oblastí, která vyplynula z výzkumného šetření jsou důležitá fakta týkající se imobilních klientů v domovech pro seniory. Hudáková a Majerníková (2013) uvádí, že spolu se stárnutím populace se zvyšuje i počet geriatrických pacientů. Jak výzkumné šetření ukázalo, vzrůstá také počet imobilních klientů v domovech pro seniory. V českém je podle získaných informací nad 50% obyvatel domova imobilních. S4 na

otázku: „Jaké klienty z hlediska pohyblivost máte převážně ve vašem zařízení?“ řekla: *„60%, myslím, číslo vzrůstá.“* V SRN je přímo specializované oddělení pro imobilní klienty. S7 odpověděla*: „Na našem oddělení jsou nejvíc případy, vyžadující úplnou ošetřovatelskou péči, 90%.“*

Co se týká výskytu a vzniku dekubitů v domovech pro seniory, se sestry v ČR i SRN shodly, že vznik dekubitu v domovech je minimální a jestliže ano, tak do prvního až druhého stupně. S3 se vyjádřila: *U nás se stává minimálně, že se pacient proleží.“* V roce 2010 byl v německých domovech s pečovatelskou službou proveden široký výzkum zaměřený na četnost výskytu dekubitů. Do tohoto výzkumu bylo zapojeno 52 německých domovů pro seniory s celkem 3610 obyvateli. Výskyt dekubitů byl 3,9%. Poměr nově vzniklých dekubitů, nepočítaje zčervenání kůže činil 1,2 % za výzkumné období. Výskyt dekubitů v německých domovech s pečovatelskou službou může být kvalifikován jako velmi nízký (Kottner,2011). Mikula a Müllerová (2008, str.16) uvádí, že: „V nemocnicích a sociálních ústavech vznikají dekubity asi u 3-12% hospitalizovaných, v závislosti na typu oddělení a ústavu. U plegiků je výskyt podstatně vyšší, pohybuje se mezi 20-25% “.

Jestliže dojde ke vzniku dekubitu, okamžitě se v obou domovech zvyšují preventivní opatření, aby nedošlo ke zhoršení stavu klienta a v případě potřeby se zahájí léčba. V českém domově se sestry na rozhodnutí o léčbě podílejí více než sestry v německém domově. Mají k dispozici převazový vozík a s lékařem se radí v případě komplikací. V německém domově rozhoduje o případné léčbě dekubitu pouze lékař. Materiál objednávají sestry v lékárně individuálně pro klienta. Sestry obou domovů si stály za kvalitou své práce a byly také stejného názoru, že klient, který je postižen dekubitem vyššího stupně, přijde většinou z nemocnice či domova.

6 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo porovnat dodržování preventivních opatření předcházejících vzniku dekubitů a svalových kontraktur v ošetřovatelské péči o imobilní pacienty v české a německém domově pro seniory a zmapovat možnosti využití pomůcek k prevenci komplikací u imobilních klientů v českém a německém domově pro seniory. Oba cíle byly splněny.

Analýzou hloubkových rozhovorů se sestrami v domově pro seniory v České republice a ve Spolkové republice Německo byla zjištěna následující fakta.

Pro realizaci efektivní prevence u imobilních seniorů, je nutná znalost základních vědomostí v oblasti imobility, dekubitů a kontraktur. Sestry obou domovů potvrdily kvalitní vědomosti týkající se dekubitů a imobility. Rezervy mají v oblasti kontraktur. To se týká zejména českých sester. Proto bych doporučovala uspořádat školení s praktickými ukázkami vedené fyzioterapeutem.

Realizace preventivních opatření jsou v obou zařízeních na velice dobré úrovni. Rozdíly spočívají hlavně ve vedení dokumentace. V SRN je vedena kvalitněji. Při příjmu a následně každé tři měsíce nebo při změně stavu, sestry vyplňují testovací škály, které jim poskytují aktuální informace o klientovi po stránce zdravotní a sociální. Mají tedy pravidelný přehled o jeho potřebách z pohledu holistického a pomáhá jim to při doplňování současných ošetřovatelských diagnóz a při určování nových.

Kvalita polohování i mobilizace je v obou domovech také na dobré úrovni, jsou zde jen nepatrné rozdíly v technikách polohování. Opět se i v této oblasti ukázaly nedostatky v záznamech o polohování v českém domově. O mobilizaci klienta české sestry zatím záznam neprovádí.

Velkým nedostatkem je spolupráce sester s fyzioterapeutem, o čemž svědčí také znalosti sester v oblasti kontraktur. Je vidět, že tomuto problému se u klientů domova pro seniory v ČR i v SRN nevěnuje dostatek pozornosti. To má za následek zdravotní komplikace, přinášející zbytečně vyšší nároky na klienta i personál.

Oba domovy seniorů využívají různé metody a techniky, které jsou vhodné pro imobilní klienty, zlepšují jeho zdravotní stav a také pro práci sester při realizaci preventivních opatření.

Sestry v ČR i SRN si stojí za kvalitou své práce, což potvrzuje výskyt dekubitů vzniklých přímo v domově. V obou domovech se vyskytují dekubity minimálně, v případě, že se vyskytne, jde o první, popřípadě druhý stupeň.

Také sortiment používaných polohovacích a mobilizačních pomůcek, lůžek a matrací pro imobilní seniory je podobný. Předností českého domova jsou však ve využívání mobilizačního prostředku motomedu, který je velice vhodný právě pro ležící klienty domova seniorů. Tímto bylo odpovězeno na obě výzkumné otázky.

1. Jaké jsou rozdíly v preventivních opatření předcházení vzniku dekubitů a svalových kontraktur v ošetřovatelské péči o imobilní klienty v českém a německém domově pro seniory?

2. Jaké jsou rozdíly ve využívání druhů pomůcek k prevenci komplikací u imobilních klientů v českém a německém domově pro seniory?

Ze závěru výzkumného šetření vyplývají především nedostatky ve vedení ošetřovatelské dokumentace, polohovacího záznamu a absence mobilizačního záznamu v českém domově pro seniory. Navrhuji proto vyhotovení přehledného polohovacího a mobilizačního záznamu (příloha č.6) podle německého vzoru (příloha č.4), který bude předán vedení domova seniorů v ČR .

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BOŠKOVÁ, Hana 2008. Senior a ošetřovatelská péče při riziku porušení kožní integrity. *Zdraví E15.* [Citováno online 30.1.2014] Dostupné online <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/senior-a-osetrovatelska-pece-pri-riziku-poruseni-kozni-integrity-356467>

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2014. Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung. 6. vyd. Berlín

FRIEDLOVÁ, Karolína. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4

GEHART, Rosemarie. 2007. *Altenpflege konkret, Gesundheits-und Krankheitslehre.* 3.vyd. München: Elsevier. ISBN 978-3-437-27710-8

HERDMAN, Heather Tracy. 2013. *Ošetřovatelské diagnózy, Definice & klasifikace* 2012–2014, Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4328-8

HOLMEROVÁ, Iva a Božena JURÁŠKOVÁ. 2010. Geriatrie – historický exkurz a současnost. *Zdraví E15.* [Citováno online 20.2.2015] Dostupné online <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/geriatrie-historicky-exkurz-a-soucasnost-455455>

HUDÁKOVÁ, Anna a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ. 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.

KALVACH, Zdeněk et.al. 2004. *Geriatrie a gerontologie.* Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6

KALVACH, Zdeněk et.al. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247- 2490-4

KALVACH, Zdeněk et.al. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3

KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ. 2005. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti (určeno zdravotním sestrám).* 2. vyd. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-423-2.

KOLÁŘ, Pavel. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.

KÖTHER, Ilka. 2007. *Thiemes Altenpflege.* 2. vyd. Stuttgart: Thieme. ISBN 978-3-13-139132-2

KOTTNER, Jan. 2011. Dekubitus in deutschen Pflegeheimen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* [citováno online 01.10. 2011] Dostupné online <http://www.springermedizin.de/dekubitus-in-deutschen- legeheimen/884382.html>

LANGOVÁ, Petra a Iva BRABCOVÁ. 2013. Využití různých materiálů hojení ran u pacientů s dekubity ve vybraných zařízeních v české republice a ve Spolkové republice Německo. *Hojení ran*, roč.7, č.4, s.7. ISSN 1802-6400

LIPPERTOVÁ – GRUNEROVÁ, Marcela. 2005. *Neurorehabilitace.* Praha: Galén. ISBN 80-72-62-317-6

MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. 2008. *Prevence dekubitů.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2043-2

NAVRÁTIL, Leoš a kolektiv. 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8

NEDĚLKOVÁ, Hana**.** 2008. Ano, kinestetika umožňuje snazší a efektivnější mobilizaci pacienta. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 23. ISSN 1210-0404

NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada:
ISBN 80-247-1150-8

PILLER, Corinna a Dagmar GABAUER. 2014. Standart Dekubitusprophylaxe

POLEDNÍKOVÁ, Ľubica. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063- 208-1

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3371-5

POKORNÁ, Andrea a kolektiv, 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii,* Praha: Grada.
ISBN 978-80-247-4316-5

POKORNÁ, Andrea. 2013. Problematika prevence dekubitů s ohledem na soudobé poznatky a závěry empirických studií. *Hojení ran,* roč.7, č.4, s.7. ISSN 1802-6400

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. 2010. *Geriatrie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4

ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. 2006. *Základy ošetřovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4

ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára ŠEĎOVÁ et al, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

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

TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. 2013. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 3.vyd. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-553-2

VONDRÁČEK, Lubomír, Miroslav LUDVÍK a Jana NOVÁKOVÁ. 2003. *Ošetřovatelská dokumentace v praxi.* Praha. Grada. ISBN 80-247-0704-7

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí.* Praha.Grada. ISBN 978-80-247-4423-0

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1: Otázky k hloubkovému rozhovoru

Příloha č.2: Přepis rozhovorů (uloženo na CD)

Příloha č.3: Kategorizace výsledků hloubkových rozhovorů se sestrami technikou otevřeného kódování

Příloha č.4: Polohovací a mobilizační záznam německého domova seniorů

Příloha č.5: Fotodokumentace polohovacích a mobilizačních pomůcek z německého domova pro seniory

Příloha č.6: Polohovací a mobilizační záznam pro český domov seniorů

Příloha č. 1 – Otázky k hloubkovému rozhovoru

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?
4. Jaká je celková délka Vaší praxe v domovech pro seniory?
5. Co Vás přivedlo k rozhodnutí pracovat jako sestra v domově pro seniory? (co Vás přivedlo k rozhodnutí zvolit si profesi geriatrické sestry - varianta pro Německo)
6. Jak dlouho pracujete jako sestra v nynějším domově pro seniory?
7. Jaké pacienty z hlediska pohyblivosti máte převážně na vašem oddělení?
8. Jaké testovací škály u imobilních klientů používáte?
9. Jak byste definovala imobilitu?
10. Jaké komplikace může imobilita podle Vás způsobit?
11. Jak byste definovala dekubitus?
12. Kde se vyskytuje podle Vás nejčastěji?
13. S jakými stupni dekubitů jste se již setkala?
14. Můžete mi je popsat?
15. Jakými opatřeními předcházíte ve své praxi dekubitům?
16. Jak vypadá podle vás správné polohování klienta?
17. Jaké způsoby polohování používáte?
18. Jak často polohujete?
19. Co při polohování zaznamenáváte?
20. Jaké polohovací pomůcky používáte?
21. V jakém počtu polohujete u jednoho pacienta?
22. Jaké ochranné krémy používáte v péči o pokožku klienta?
23. Jak by jste popsala kontrakturu?
24. Jaké jsou podle Vás příčiny vzniku kontraktur u imobilního pacienta?
25. Jak předcházíte ve své praxi vzniku kontraktur?
26. Jaký máte názor na spolupráci sestry z fyzioterapeutem?
27. Můžete mi popsat, jak u vás probíhá?

28. Jaké typy lůžek používáte pro imobilní pacienty?
29. Můžete mi říci, jaká pozitiva či negativa tato lůžka podle Vás mají?
30. Jaké typy matrací používáte pro imobilní pacienty?
31. Kdy volíte již aktivní antidekubitní matraci?
32. Jakými způsoby provádíte ve vašem domově pro seniory mobilizaci klienta?
33. Jaké pomůcky či prostředky používáte při mobilizaci klienta?
34. Jak často klienta mobilizujete?
35. Je něco, na co jsme při rozhovoru zapomněli?

Příloha č. 2 – Přepis rozhovorů

Domov seniorů v ČR

Sestra 1

1. **Kolik je Vám let?** *„34 let.“*
2. **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?** *„Střední s maturitou.“*
3. **Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?** *„15 let.“*
4. **Jaká je celková délka vaší praxe v domovech pro seniory?** *„7 let.“*
5. **Co Vás přivedlo k rozhodnutí pracovat jako sestra v domově pro seniory?** *„První rozhodnutí bylo teda kvůli rodině, protože jsem měla malý děti, mám to hlavně blízko a druhý rozhodnutí, že je to tam domáčtější než v nemocnici, v nemocnici si na ty lidi ani nezvykneš, je to tam jak na běžícím páse, tady si ty lidi zvyknou na tebe, ty si zvykneš na ně.“*
6. **Jak dlouho pracujete jako sestra v nynějším domově pro seniory?** *„7 let.“*
7. **Jaké pacienty z hlediska pohyblivosti máte převážně na vašem oddělení?** *„Takže v našem domově seniorů máme vlastně chodící, se sníženou imobilitou a zcela imobilní, máme vlastně všechny. Tak my máme celkový počet 95 klientů a těch imobilních je větší půlka. Tak 50 klientů určitě.“*
8. **Jaké testovací škály u imobilních klientů používáte?** *„ Prevence dekubitů děláme u těch imobilních. My to máme právě že nazvaný tak, hodnocení dekubitů u imobilních klientů, my to nemáme jako podle nikoho.“*
9. **Jak by jste definovala imobilitu?** *„Imobilita je vlastně klient, který nemůže chodit, je upoutanej na lůžko, my teda ještě imobilní klienty vysazujeme do lůžka, ten klient nemůže vlastně nic, nemůže chodit o francouzských holích, ani se nepostaví, vlastně se ani sám neposadí.“*
10. **Jaké komplikace může imobilita podle Vás způsobit?** *„Hlavně dekubity, můžou dostat i zápal plic, ochabujou mu svaly, určitě nějaká deformita kloubů, šlach, že se vlastně ty nohy kroutí, jsou většinou inkontinentní, jak stolice i moče, jo, mají pomalý trávení, psychický dopad, oni se nemůžou smířit s tím, že zůstanou ležet, no někdy jsou projevy agresivní. Oni si často myslí, že za to můžeme my. Určitě kardiovaskulární systém, ten na to má, taky jsou tam změny,*

tlakově, ty lidi mají nízký tlak, když je po tom posadíme po dlouhé době, tak nám zkolabují.“

11. **Jak by jste definovala dekubitus?** *„Je to vlastně poškození kůže, má to stupně, nejdřív je začervenání, pak puchýř, vlastně otevřená rána a může to být až nekrotický, nekrotická tkáň.“*
12. **Kde se vyskytuje podle Vás nejčastěji?** *„My tedy klienty s dekubitama nemáme, na to dbáme hodně, aby se polohovaly, ale když k nám přijdou, tak většinou mají v sakrální oblasti a většinou na patách ze spoda a na bocích, to mají hodně. Měli jsme teda i jednu klientku, která měla i rameno proležený ze stran, to bylo hrozný.“*
13. **S jakými stupni dekubitů jste se již setkala?** *„V mojí praxi jsem se setkala se všema, vlastně i s tím nejhorším, s nekrotickou tkání, když je ten dekubitus až na kost. Všechny už jsme léčili.“*
14. **Můžete mi je popsat?** Pozn. již na toto otázku odpověděla
15. **Jakými opatřeními předcházíte ve své praxi dekubitům?** *„Tak hlavně tou prevencí, vlastně že se ty části hodně promazávají, vlastně se dbá v té sakrální oblasti, aby byli čistý, aby nebyli od stolice, od moče, aby nebyli furt v mokrým, polohováním hlavně. My používáme tu bazální stimulaci. Provádí ji většinou sestra nebo ošetřovatelka, no a vlastně bazální stimulace má určitý, má třeba MSD, to je podporování dýchání, když jsou klienti zahleněný, to hodně pomáhá, je to jako masáž, takový dechový cvičení. Pak také děláme zklidňující BS, aby ten člověk, kterej je neklidnej, aby se zklidnil. Pak zase povzbuzující, aby se zase povzbudil, když je spavej a pak provádíme hodně to polohování. Pak máme zkušenost, jmenuje se to mumie, to se ten klient zabalí celej do deky, i s rukama a je to proto, aby se ten člověk zklidnil a opravdu se ty lidi zklidní, s tím máme zkušenost. Já mám kurz BS.“*
16. **Jak vypadá podle vás správné polohování klienta?** *„Polohujeme podle BS, když to nejde na boky, dáme mikropolohování, že se klient podloží jen mírně dekou nebo děláme hodně polohování hnízdo, hnízdo je, že se klient dá na jeden bok, dá se vak, nebo jak to mám říct, takovej dlouhej valeček a dá se to za záda,*

mezi nohama a dopředu, až vlastně na břicho a on je v takovým jakoby hnízdečku, pak mezi kolena a kotníky. Tohle se všechno učí v kurzu BS.“

17. **Jaké způsoby polohování používáte?** *„Střídáme P a L bok, záda, a pak vlastně i to mikropolohování, že ho neotočíme úplně na ty boky, máme jakoby 5 poloh. Na boku polohujeme do 60°. Do 90° nepoužíváme, protože ti klenti by se nám neudrželi. Většinou jsou to imobilní klienti, kteří se potřebují zapřít těma zády, aby se nám nepřevalili na břicho.“*
18. **Jak často polohujete?** *„Po dvou hodinách u klientů, který maj dekubity,to polohujeme kolikrát častějc, třeba i po hodině, hlavně velký dekubity a jinak polohujeme tak po třech, po třech a půl hodinách přes den a v noci taky. My vlastně máme polohovací záznam, kde zaznamenáváme, kdy byli polohováni na tu stranu.“*
19. **Co při polohování zaznamenáváte?** *„Zaznamenáváme hodinu, polohu klienta, podpis sestry nebo ošetřovatelky, která ho napolohovala.“*
20. **Jaké polohovací pomůcky používáte?** *„Používáme hady, to je takovej dlouhej váleček, ten se používá hodně na ty hnízda, je to naplněný takovýma pěnovýma kuličkama, materiál na vrchu je omyvatelný, to dáváme ještě do bavlněných vaků, aby to sálo ten pot, když se klient potí a ještě hodně používáme polštářky mezi kolena, mezi nohy, válečky používáme, patěnky, když mám klienta v poloze v sedě, aby se udržel, tak máme takový speciální sedátko do půlkruhu, který se za něj posadí, on se tam krásně opře, vlastně, aby mohl sedět sám. Pak používáme, když chceme přesunout pacienta z postele na mycí lůžko, používáme zvedák, jinak používáme rolátor v lůžku nebo používáme podložku polohovačku, že si toho klienta můžeme nadzvednout. Podložky používáme vždycky a rolátor, když je opravdu těžkej pacient a zvedák taky denodenně, potože ty imobilní pacienty vysazujou do křesla na stravu, takže jinak by toho klienta nezvedli.“*
21. **V jakém počtu polohujete u jednoho pacienta?** *„Většinou ve dvou, taky se stane, že musí sestra sama, ale teď se hodně naučily, že provádí ve dvou hygienu i to polohování.“*

22. **Jaké ochranné krémy používáte v péči o pokožku klienta?** *„Takže většinou děvčata promazávají buď vazelínou nebo mají olejíček , promažou končetiny, paty, aby se neproležely, na sakrální oblast Menalind a nebo udělanou rybí mast. To je asi všechno. Používají to pravidelně každý den, někdy i několikrát denně. Při BS používají také krémy. Při polohování kontrolují inkontinentní pomůcky, jestli nejsou pomočený a pak kontrolujou vlastně tu pokožku, jestli není začervenalá„ jestli se nedělá nějakej dekubit, to vlastně všechno hlásí pečovatelky zdravotní sestře.“*
23. **Jak by jste popsala kontrakturu?** *„ Kontraktura jsou vlastně stažený šlachy.“*
24. **Jaké jsou podle Vás příčiny vzniku kontraktur u imobilního pacienta?** *„ Způsobuje to špatná rehabilitace, ten člověk potom nenatáhne končetiny, je takovej jakoby zkroucenej, zkrátí se mu šlachy pod kolenama v loktech.“*
25. **Jak předcházíte ve své praxi vzniku kontraktur?** *„Z klientama se cvičí, nemáme teďko rehabilitační sestru, máme ošetřovatelky, který maj rehabilitační kurz a ty si tyto klienty obchází a cvičí s nima, procvičujou ruce, že je třeba natahujou, přitáhnou k tělu nebo zase s končetiny dolní. Jak pravidelně neřeknu, protože oni mají každej den rozepsaný někoho jiného, jsou jenom dvě na 95 teda na 55 klientů, tak vono je toho docela dost. Jestli s nima cvičí 2x nebo 3x do tejdne, to ti neřeknu. Oni maj ty dvě ošetřovatelky rozepsaný mezi sebou, spolu mezi sebou komunikují, tak třeba v úterý budu cvičit já a ve středu ty, maj to rozvržený, ale cvičí s nima hodně. Příčinou kontraktur je špatná rehabilitace, že se s klientem necvičí, ruce má na hrudníku, kolena zkrčený.“*
26. **Jaký máte názor na spolupráci sestry z fyzioterapeutem?** *„Teď fyzioterapeutku nemáme a hodně nám chybí a většinou jsme řekli fyzioterapeutce koho potřebujeme procvičovat, měli jsme jednu pro celej DS. Dlouho se hledala rehabilitační sestra a žádná nebyla a těď to dělají ty dvě ošetřovatelky. Nemůžeme sehnat novou fyzioterapeutku. U imobilních klientů používala motomed, to je takový speciální kolo, který se vlastně upne na nohy toho klienta v posteli a to kolo vlastně za něj šlape a procvičuje dolní končetiny , může se to dát na ruce, takže i se i ruce procvičujou. Teď ten motomed*

používáme my zdravotní sestry, máme ho na starosti, takže imobilní klienty procvičujeme my.“

27. **Můžete mi popsat, jak u Vás probíhá?** *„ Když jme měli fyzioterapeutku, spolupráce byla dobrá, poradila nám. Měli jsme klienty, kteří upadli, zlomili si krček stehenní kosti a když nám ho vrátili z nemocnice, ona se snažila je postavovat, chodit s nima o berlích, aby nebyli imobilní. Poradila, jak je máme posadit, jak s nima chodit i o těch berličkách. Takže ta nám chybí hodně.“*
28. **Jaké typy lůžek používáte pro imobilní pacienty?** *„ Lůžka máme polohovatelný.“*
29. **Můžete mi říct, jaká pozitiva či negativa tato lůžka podle Vás mají?** *Dá se zvednout lůžko nahoru i dolu, podle výšky ošetřovatelky, to je pro její zdraví a pak používáme, že se jim zvedne horní část na stravování, tak si je děvčata posadí, nebo se zvednou končetiny. Jediný mínus, které má to lůžko, když má klient dekubity, tak musíme vkládat antidekubitární matraci, to by mohla mít ta matrace v sobě. U lůžka není speciální možnost na snížení tlaku v sakrální oblasti.“*
30. **Jaké typy matrací používáte pro imobilní pacienty?** *„Antidekubitární matrace, s kompresorem nafukovací, kde se nafukojou polštářky a nebo používáme antidekubitární matraci línou pěnu.“*
31. **Kdy volíte již aktivní antidekubitní matraci?** *„Používáme již při příjmu, když je opravdu imobilní, takže ji rovnou vkládáme do lůžka a když klient je částečně imobilní, tak se tam vkládá, když má již projev toho dekubitu, např. zčervenání v sakrální oblasti, tak se mu tam hned dá ta matrace. Klienta s kontraindikací aktivní antidekubitní matrace nemáme, my je používáme u všech imobilních klientů. Když se trošku pohybuje používáme línou pěnu, protože se klient ještě pohybuje sám, otočí se na bok, do sedu si pomůže.“*
32. **Jakými způsoby provádíte ve vašem domově pro seniory mobilizaci klienta?** *„My většinu těch imobilních klientů posazujeme do křesla, třeba na dopoledne, odpoledne bývá většinou unavenej, ale většinou snídani a oběd sní v tom křesle a oblékáme je. Máme křesla pro zcela imobilní klienty, jsou polohovatelný, takže*

když ten klient usíná, dá se napolohovat do polohy jakoby ležel. Dále invalidní vozíky, používali jsme křeslo pro kardiaky, to se zrušilo. Dáváme pozor, aby mu neotékaly nohy a na TK, lidi často kolabujou, právě proto máme ty polohovatelný křesla, který se dají položit, aby byly nohy výš a hlavu níž, aby se klienti probrali. Když kolabuje na normálním vozíku, dáváme je do postele, dáváme nohy do zvýšené polohy a dostatek tekutin. Na lůžku je posazujeme do sedu, má to určitě kladný psychický efekt, některý si dají i kafíčko. Je tam dobrý prokrvení končetin, líp se jim dýchá v sedě.“

33. **Jaké pomůcky či prostředky používáte při mobilizaci klienta?** Pozn. již odpověděla
34. **Jak často klienta mobilizujete?** *„ Každý den, každýho imobilního klienta.“*
35. **Je něco, na co jsme při rozhovoru zapomněli? „***Každý den oblékáme i imobilní klienty, aby poznali, že je ráno, že je den a když se slíkne do košile, že jde spát. Neviděla jsem to v hodně domovech. Jsou ve svým civilním oblečení. Máme zavedenou smyslovou aktivizaci i pro imobilní , kdy děvčata s nima dělají skupinky, u imobilních individuálně. Např. si povídají o kytce, jakou má barvu, aby se zapojili do života, aby jen neleželi v posteli.“*

Sestra 2

1. **Kolik je Vám let?** *„44 let.“*
2. **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?** *„Zdravotní sestra s maturitou a ARIP.“*
3. **Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?** *„20 let.“*
4. **Jaká je celková délka vaší praxe v domovech pro seniory?** *„ 8 let, 2 roky v Anglii a 6 let v DS v Prachaticích, v Anglii na pozici ošetřovatelky.“*
5. **Co Vás přivedlo k rozhodnutí pracovat jako sestra v domově pro seniory?** *„Chtěla jsem pracovat ve zdravotnictví po mateřský dovolený,já jsem si podala přihlášku do nemocnice i do hospice i do DS a vyšel mi DS, takže pracuju v DS.“*
6. **Jak dlouho pracujete jako sestra v nynějším domově pro seniory?** *„6 let.“*

7. **Jaké pacienty z hlediska pohyblivosti máte převážně na vašem oddělení?** *„U nás je to dost namíchaný, máme tam veškerou škálu a těch plně imobilních 15-20%. Počet imobilních klientů se zvyšuje. Většinou bereme klienty s LDN, ti většinou přichází imobilní nebo částečně imobilní. Řekla bych, že těch imobilních, co mají omezenou imobilitu a pohybují se jenom po pokoji je asi tak 50%.“*
8. **Jaké testovací škály u imobilních klientů používáte?** *„Takže nově máme od začátku tohoto roku nově zavedený Alzheimerův test, kterej děláme při příjmu a pak ho opakujeme po 3 měsíční adaptační době ještě jednou a potom máme neuromentální test, malnutriční test, test jaká je pravděpodobnost vzniku dekubitů u klienta.. Zapisujeme mobilitu klienta, potom inkontinenci a jaký má vědomí, jestli je orientovaný.“*
9. **Jak by jste definovala imobilitu? „***Imobilita je, když je člověk již částečně omezený v pohybu nebo v hygienické péči o svoje tělo.“*
10. **Jaké komplikace může imobilita podle Vás způsobit?** *„No podle mýho pády, změny s vyprazdňováním, nemá tu fyziologickou polohu, následkem jsou zácpy. Můžou vznikat záněty plic, jelikož ten člověk je ležící není v sedící poloze, ve zvýšené poloze a na tom u nás dbáme, aby byl ve zvýšené poloze, nemůže odkašlávat, hromadí se mu hleny v plicích a tam je potom riziko, že můžou dostat zápal plic, pak musí užívat antibiotika. U těch ležících imobilních tam se potom neprokrvujou určitý části těla, tam kde je ta kost, kde tlačí na ty svaly, tam kde je velkej tlak, můžou vznikat dekubity a taky můžou vznikat opruzeniny, takže lidi promazáváme 2x denně pokožku. Taky ta orientace bývá potom špatná, když nemaj okolo sebe žádný podněty, tak se taky stává , že ti lidé přestanou být orientovaní určitým směrem. Musí se dbát, aby si člověk udržel svoje schopnosti, který má a péči o svojí osobu a aby třeba pomáhal, když může při otáčení nebo polohování nebo sedání.“*
11. **Jak by jste definovala dekubitus?** *„Jestliže člověk leží dlouhou dobu v jedné poloze, tak jsou potom místa, který jsou hůř prokrvený a tam vzniká dekubitus.*

Jsou tři stupně dekubitů a první stupeň zarudnutí, druhý stupeň puchýře a potom třetí stupeň, kdy praskne ten puchýř a už je to vlastně živá tkáň.“

12. **Kde se vyskytuje podle Vás nejčastěji? „** *Vyskytuje se nejčastěji v křížový krajině a paty. Potom na bokách. U nás lidi dekubity nemaj, třeba přijde, že se objeví dekubitus 1. stupně, ale jakmile se objeví je zvýšená péče u toho klienta, dál už to nedojde.“*
13. **S jakými stupni dekubitů jste se již setkala?** *„Hodně se setkávám s dekubity 3. stupně a léčíme dekubity 3. stupně, jak právě u lidí převzatých ze zdravotnického zařízení, tak právě z domova, ze zdravotnického zařízení je to mnohem častěji. Při léčbě jsme úspěšný i s třetím stupněm, léčíme ho cca tři měsíce. Nejčastěji používáme Jarischův roztok a potom Braunovidon, to je gáza s dezinfekcí, je tam vazelína a potom sterilní krytí. Převazujeme jednou denně, podle toho, jak je potřeba, když to hodně mokvá i 2x denně. Ten materiál nakupuje DS a sestra má převazový vozík, kde má veškerej převazovej materiál, který potřebuje, když ošetří dekubitus, zaúčtuje to na zdravotní pojišťovnu.“*
14. **Můžete mi je popsat?** Pozn. již odpověděla
15. **Jakými opatřeními předcházíte ve své praxi dekubitům?** *„ Když je to částečně imobilní člověk, tak mu dáme do lůžka normální klasickou matraci, na standartní matraci dáme matraci s línou pěnou, která je antidekubitární, zároveň, jestli jsou ohrožený paty, dáváme jim paťenky gelové nebo vycpané látkové, vypodkládáme jim končetiny do fyziologické polohy, když je to plně imobilní člověk, tak mu dáváme standartně do lůžka aktivní antidekubitární matraci. Polohujeme klienty, jestliže je plně imobilní, polohujeme každý dvě hodiny. Používáme u nich i prvky z bazální stimulace, třeba u těch částečně imobilních bývá někdy neklidný, tam máme osvědčený hady. Je to válec, který je vycpaný kuličkama z polystyrenu a je 2m, 1,5m dlouhý a buďto je pokládáme , když je točíme na bok, tak jim je pokládáme za záda, okolo hýždí, když jsou na boku mají fyziologicky pokrčený nohy a ještě jim ho dáváme mezi nohy, mezi kolena. Zároveň jim dáváme polštářky mezi kotníky, aby neleželi kotníkama na sobě. Potom můžeme toho hada popondat, že mu uděláme mikropolohu, že je na*

boku a pak ho jenom malinko vyšoupneme, že leží v menším úhlu, nebo jsou ty lidi na zádech a my jim tohohle hada vypodkládáme pod kolena uděláme účko pod koleny a okolo těla, třeba že jim dáme ruce do zvýšené, fyziologický polohy na ty konce toho hada, kterej mu vede pod koleny, tomu se říká hnízdo a to máme osvědčený, že ty lidi bejvaj potom klidnější, že maj ten pocit ohraničenosti, že cejtěj sami sebe, to svoje tělo. To vycházíme z BS."

16. **Jak vypadá podle vás správné polohování klienta?** Pozn. již odpověděla a dodala: *„Vypokládáme končetiny, aby nešly do nesprávný polohy, aby byly ve fyziologické poloze, vypokládáme ruce, aby byly ve fyziologické poloze i dlaně, aby to vypodložení končilo v dlani."*
17. **Jaké způsoby polohování používáte?** *„ Používáme strany a záda. Točíme třeba P, L stranu a záda a v mezidobí, když polohujeme, polohujeme po 2 hodinách, když je na levou stranu přijdeme a vytáhneme mu hada ještě trošku dál aby byl v tom menším úhlu, aby změnil trošku tu polohu."*
18. **Jak často polohujete?** *„Používáme pořád 2 hodiny, máme na to formuláře, zapisujeme, abychom věděli, jak se ty polohy střídají a používáme to i v noci.*
19. **Co při polohování zaznamenáváte?** *„ Zaznamenáváme pouze polohu v té hodině a samozřejmě iniciály, kdo napolohoval a podepíše se."*
20. **Jaké polohovací pomůcky používáte?** Pozn. již odpověděla a dodala: *„Ještě taky používáme na polohu v sedě, s nohama z lůžka, když se neudrží sám, tak máme v podobě křesla takový polštáře polohovací, který se dávají za něj. Oni drží tvar. Klient musí sedět a ty co se neudrží v sedu poluhujeme s nohama v lůžku, tak máme protiskluzové podložky, který se jim daj pod hýždě a oni nesklouzávaj dolů, drží se pořád ve vzpřímené poloze."*
21. **V jakém počtu polohujete u jednoho pacienta?** *„Ve dvou. Standartně ve dvou i v noci, když jdeme na obchůzku a máme někoho napolohovat, jdeme ve dvou, když ošetřovatelky jsou sami a není u toho sestra, stane se, že napolohujou v jedné, ale snažíme se opravdu polohovat ve dvou. Je to dobrý pro toho člověka, že mu neublížíme a i pro ten personál, že neublíží sám sobě. Rozhodně preferujeme ve dvou. Ještě personál je školen v kinestetice. To je, abychom s tím*

imobilním člověkem, aby jsme ho mohli posunovat v lůžku, abychom ho mohli posazovat v lůžku i postavit, kterej je schopnej stát u lůžka, ne už chůze. Pak se jenom otočí a my ho posadíme do připravenýho lůžka. To je způsob velice šetřící toho člověka a i ten personál. Je to na bázi rozhoupávání toho člověka a že se vede ta váha těla, je to potom mnohem snažší s nim hýbnout, vyzvednout ho do stoje a děvčata přestaly používat polohovačky, jak bylo u nás zvykem, to je ta bavlněná podložka, která pomůže člověka posunou do prava do leva, takže nemusej používat tyhle pomůcky a opravdu s lehkostí, aniž by musely vynakládat nějakou fyzickou námahu s tím člověkem. Dá se to použít i u těžkýho člověka.“

22. **Jaké ochranné krémy používáte v péči o pokožku klienta?** *„V současný době používáme Menalind na hýždě, genitálie a taky používáme klasickou vazelínu na promašťování a hlavně nohou, chodidel. Na ošetření celýho těla, buďto má klient svůj krém od rodiny nebo ho obstará rodina nebo má náš, kterej koupí DS.“*
23. **Jak by jste popsala kontrakturu?** *„ Třeba zlomenina krčku. To je u nás nejčastější.*
24. **Jaké jsou podle Vás příčiny vzniku kontraktur u imobilního pacienta?** *„Většinou je to ten pád, kdy se lidem zatočí hlava, nejčastější jsou pády v noci, kdy ten klient užívá hypnotika.“*
25. **Jak předcházíte ve své praxi vzniku kontraktur?** Pozn. na opakovanou otázku a drobnou nápovědu, že kontraktura se týká svalu, sestra odpověděla: „ U *těch co jsou upoutáni na lůžko používáme motoped, kdy ten člověk leží a šlape na motomedu v leže. Jsou rozepsaný na tohle cvičení 3x týdně. Když v DS pracovala fyzioterapeutka, tak s nima cvičila ona. V současný době nemáme fyzioterapeutku, takže s nima cvičí zdravotní sestra. Pozice fyzioterapeutky byla zrušená. Klient, který je částečně imobilní, tak s nim chodíme denně. Tyto klienti jsou naplánovaný na odpoledne a ošetřovatelky s nima chodí po domově. Pozici fyzioterapeutky nahradily zdravotní sestry a ošetřovatelky. Ještě jsou vyškolený ošetřovatelky na cvičení se seniory, takže v těch odpoledních aktivitách každý*

den, jsou to ty ošetřovatelky, který maj ranní směny, jsou tam denně, ty s nima mají odpolední cvičení. V rámci BS se dělají masáže a tam se taky procvičujou horní a dolní končetiny.“

26. **Jaký máte názor na spolupráci sestry z fyzioterapeutem?** Pozn. již odpověděla
27. **Můžete mi popsat, jak u Vás probíhá?** *„Když byl u nás fyzioterapeut spolupráce byla prospěšná, mě by se to líbilo, aby tam byl fyzioterapeut, zdravotní personál ošetřuje a už není tolik toho času, ten motoped je v dopoledních hodinách, ale jinak ostatní cvičení jsou až v odpoledních hodinách. My máme každý den briefyng a tam taky docházel fyzioterapeut a vysvětloval, co který klient potřebuje, jak s ním cvičit. A jestliže byl klient po zlomenině krčku stehenní kosti, mohl se vrátit dřív do domova seniorů, do svého domácího prostředí, jelikož tam byl ten fyzioterapeut, který ho mohl vlastně rehabilitovat. Tu rehabilitaci, kvůli který ten člověk zůstává v nemocnici, tak už mohl podstoupit v domácím prostředí.“*
28. **Jaké typy lůžek používáte pro imobilní pacienty?** Pozn. již odpověděla
29. **Můžete mi říct, jaká pozitiva či negativa tato lůžka podle Vás mají?** *„Používáme polohovací lůžka s elektrickým ovladačem, takže se dá zvednout lůžko nahoru do zvýšený polohy , dolu a potom se dá zvednout pod hlavou a nebo pod nohama. Rádi používáme zvedání části nohou, protože potom docílíme toho, že má zvýšenou polohu nohou, protože většinou trpí bolestma dolních končetin.“*
30. **Jaké typy matrací používáte pro imobilní pacienty?** Pozn. již odpověděla a doplnila: *„Negativa polohovací lůžko nemá, nesetkala jsem se s nima.“*
31. **Kdy volíte již aktivní antidekubitní matraci?** *„Základ je standartní matrace a potom buďto je ta líná pěna a nebo pro úplně imobilní aktivní matrace, protože tím se předchází dekubitům, máme to vyzkoušený, nestává se nám, že by byl proleženej.“*
32. **Jakými způsoby provádíte ve vašem domově pro seniory mobilizaci klienta?** *„U těch plně imobilních, jestli se troch hýbou tak většinou ne.“*

33. **Jaké pomůcky či prostředky používáte při mobilizaci klienta?** *„To jsou ty denní nácviky chůze, plně imobilní vysazujeme do křesla. Máme polohovací křesla takže klienti jsou po ranní hygieně posazeni do polohovacího křesla na snídani, tak na dvě hodiny, pak si dou odpočinout do lůžka a jsou zase vysazený k obědu na dvě hodiny a pak znovu do lůžka a pak jsou vysazeni do polohovacího křesla a my je vyvezeme ven, když je hezký počasí, máme terasy, tak na terasu nebo i do zahrady nebo jsme s nimi ve vestibulu, povídáme si s nima, nebo jsou i ve skupinkách, který vede oš. personál a mají svoji skupinovou aktivizaci nebo individuální, podle toho, jestli je ten člověk orientovanej nebo jestli spolupracuje. Pro ty, který jsou částečně, tak máme chodítka, vysoký chodítko, kdy se člověk drží v úrovni ramen a nebo nízký chodítko tzv. rolátor, tam jsou držátka ve výši pasu. Na lůžku provádíme cvičení a nebo zvýšená poloha.“*
34. **Jak často klienta mobilizujete?** Pozn. již odpověděla
35. **Je něco, na co jsme při rozhovoru zapomněli „***Kanesterapie, ošetřovatelky cvičí se seniory, pak tam chodí paní pracující na městě, ta má taky 2x týdně cvičení se seniory a motomedy.“*

Sestra 3

1. **Kolik je Vám let?** *„28.“*
2. **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?** *„Všeobecná sestra Bc.“*
3. **Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?** *„7 let.“*
4. **Jaká je celková délka vaší praxe v domovech pro seniory? „** *4 roky.“*
5. **Co Vás přivedlo k rozhodnutí pracovat jako sestra v domově pro seniory? „***Je to nejčastější zastoupení, ty senioři a má tuhle část radši než jakoby s dětma pracovat, je mi to bližší.“*
6. **Jak dlouho pracujete jako sestra v nynějším domově pro seniory? „** 4 roky.“
7. **Jaké pacienty z hlediska pohyblivosti máte převážně na vašem oddělení?** *„Nejsou ani úplně ležící, ani úplně chodící, máme od všech, nejvíc zastoupení*

co jsou mezi. Úplně ležící klienti 15% a s částečně ležícíma bych řekla asi 80%,, zvyšuje se počet těch míň schopných.“

8. **Jaké testovací škály u imobilních klientů používáte?„***Nortonová – riziko dekubitů, neuromentální, Barthelův index, riziko pádů, celkové posouzení soběstačnosti.“*
9. **Jak by jste definovala imobilitu?„***Upoutání na lůžko, ten člověk není schopnej ho opustit, buď sám nebo s pomocí personálu, ale defakto ho to omezuje v životě, není schopnej se obsloužit.“*
10. **Jaké komplikace může imobilita podle Vás způsobit?***„Těch je celá řada, nejohroženější jsou ty dekubity, které vznikají tim neustálým tlakem. Respirační choroby, ty lidi mívají třeba zápal plic, kůže se jim tenčí slábne, atrofie svalů, pak už nemaj sílu se na těch nohou udržet, je toho strašná spousta. Kontraktury, klouby přestávaj fungovat, ten člověk se skrčuje, pokud se tomu aktivně nebrání. Taky často bývají zácpy, je porušena mobilita střev a průjmy nebejvaj, tospíš ty zácpy, z psychologického hlediska ztrácí zájem, když nemá podněty, které by jinak měl jako chodící, tak už začíná být apatickej.“*
11. **Jak by jste definovala dekubitus?** *„Místní odúmrť tkáně, takhle to máme řečený ze školy, rozdělujeme je na několik stupňů, myslím, že se společnost ještě nedohodla, kolik těch stupňů je, někdy se udává 4 a někdy 5. 1. Stupeň je místní začervenání tkáně, ta tkáň je taková zatuhlá, je bolavá, nemá porušenou integritu. 2. stupeň je integrita porušená, je otevřeno podkoží a ta kůže může bejt až zafialovělá, můžou tam být puchýře, otevřený, zavřený. 3. Stupeň je zasažena svalovina. 4. stupeň po kost s nekrózama.“*
12. **Kde se vyskytuje podle Vás nejčastěji? „** *Predilekční místa. To je sakrum, paty, boky ramena, týl.“*
13. **S jakými stupni dekubitů jste se již setkala?** *„ Úplně se všema, bohužel. Nejčastěji je mají, když je přebíráme z nemocnice.U nás se stává minimálně, že se pacient proleží.“*
14. **Můžete mi je popsat?** Pozn. již odpověděla

15. **Jakými opatřeními předcházíte ve své praxi dekubitům? „***Snažíme se klienty mobilizovat, pokud to trochu jde, pokud jsou alespoň schopný sedět v křesle, tak aspoň na 2 hodiny, tak se změní ten tlak na tu kůži, pokud nejsou schopni se udržet nastupuje polohování, pokud to nestačí máme různé typy matrací a potom jsou polohovací pomůcky.“*
16. **Jak vypadá podle vás správné polohování klienta?**,,*Musí být pravidelný, musí v tom být přehled, musí se dbát na to, když již vznikne 1. Stupeň, aby se přetáčel na ten 2. Bok a na záda, aby se co nejmíň snížil tlak na tu postiženou stranu. Je potřeba vést záznam, jak často se polohuje. Záznam vede ošetřovatelka, která je na té straně, ta si to hlídá, zapisuje a koriguje a sestra si to všechno kontroluje, aby to bylo zaznamenaný a oš. píše na jakou stranu byl otočenej a intervaly.“*
17. **Jaké způsoby polohování používáte?**,,*L bok, záda, P bok, záda, takhle po 2 hodinách a v noci máme trochu delší prodlevy, aby se lidi trochu vyspali, ty 4 hodiny, taky podle stavu, pokud je hodně špatný, tak po 2. Používáme taky antispastický polohování, snažíme se bránit kontrakturám, to používáme polohovací pomůcky do lůžka a toho člověka vypodložíme a snažíme se toho člověka dostat do takové polohy, aby se už svaly nezkracovaly, aby je to jakoby protahovalo. Děláme částečný polohování, to je že ho kousíček posunem mezi polohováním, pořád se trošku pootočí. Neprovádíme do úhlu 90°, protože to je pro lidi nepohodlná poloha. Pokládáme je asi do 45°. Na břicho je nedáváme. Při polohování také kontrolujeme inkontinentní pomůcky.“*
18. **Jak často polohujete?** Pozn. již odpověděla
19. **Co při polohování zaznamenáváte?** Pozn. již odpověděla
20. **Jaké polohovací pomůcky používáte?„***Trojúhelníky za záda a používáme taky hodně věci z BS, polohovací hady, naplněný kuličkama, potom máme matrace s paměťovou pěnou, tam se tlak lépe rozloží, pak paťenky a taková ty věnce, to je podobný.“*
21. **V jakém počtu polohujete u jednoho pacienta?„***Ve dvou, protože, když ten člověk je silnější, tak ta jedna sestra ho nemůže správně napolohovat. Stane se, musí jedna protože druhá sestra byla na zvonečku, ale snažíme ve dvou.“*

22. **Jaké ochranné krémy používáte v péči o pokožku klienta?„***Menalind na okolí genitálu, aby jsme zabránili opruzeninám, pak různý olejíčky, který zjemňujou kůži, promašťujou, paty hodně promazáváme, abychom předešli vysušení a popraskání a po koupeli jim promažou záda, nohy. Pokud semémí inkontinentní pomůcka, člověk se promaže rybinou nebo vazelínou. Při polohování ještě kontrolujeme čistotu lůžka, vlhkost, jestli to nemají pod sebou zmuchlaný, no a tu kůži, jestli někde nevzniká to začervenání.“*
23. **Jak by jste popsala kontrakturu?**„*Zkrácení šlach v kloubu, ten kloub ztrácí svoji schopnost se natahovat, ohýbat a jsou u toho taky stupně, v posledním stupni má ty klouby už úplně tak ztuhlý, že už nejde jakoby pořádně narovnat ani masážema.“*
24. **Jaké jsou podle Vás příčiny vzniku kontraktur u imobilního pacienta?**„ *Pokud se nachází doma, tak je to z nevědomosti. Rodina můžou být laici a neví, že se tohle může stát.“*
25. **Jak předcházíte ve své praxi vzniku kontraktur?„***Když máme imobilního klienta, tak u něj praktikujeme polohování, zahřívací masáže, které ty klouby hodně povolujou a pokud se to povede, že ten kloub hodně povolí tak se ten kloub zapolohuje, aby ho měl v té natažené poloze, do bolesti pochopitelně. Provádíme s ním pasivní cvičení s BS nebo s kinestetikou, tam to obsahuje jak klouby, tak svaly. Na kinestetiku jsme byli proškolovaný 3 dny a bazální stimulace má několik stupňů. Už ošetřovatelky každý den myjou podle BS.“*
26. **Jaký máte názor na spolupráci sestry z fyzioterapeutem?**„*Plně nikdo fyzioterapeuta nedokáže nahradit, to vzdělání je hodně specifický. Teď má někdo z ošetřovatelského personálu kurs, ty se snaží stěma lidma chodit, pokud to jde nebo s nima trénujou se stroji, lidi šlapou rukama nebo nohama, je to na lůžku. Ty slouží ranní a jsou tam každý den. Mě se spolupráce s fyzioterapeutem hodně líbila, byla přínosná, který řekl, teď jsem cvičil s tímhle člověkem a dělá se mu kontraktura nově, takže nás upozornil, co stím člověkem nedělat a co naopak u něj ještě podpořit. Mělo to veliký výhody, když tam byl.“*
27. **Můžete mi popsat, jak u Vás probíhá?** *„Již fyzioterapeuta nemáme.“*

28. **Jaké typy lůžek používáte pro imobilní pacienty?**,,*Pro všechny elektricky polohovatelný, jsou nastavitelný, jak pod hlavou, tak pod nohama a vejška toho lůžka se dá taky nastavit*.
29. **Můžete mi říct, jaká pozitiva či negativa tato lůžka podle Vás mají?** *Ošetřovatelky si mohou sami nastavit výšku lůžka, protože pak si neničí záda. Má tu nevýhodu, pokud nefunguje elektrika, tak se nedá s tou postelí hnout. To už se mi taky stalo a je to dost blbý.“*
30. **Jaké typy matrací používáte pro imobilní pacienty?„***Máme klasický matrace, ty maj ve vnitř ty zářezy, aby se ten tlak různě rozkládal, pak máme paměťovou pěnu, antidekubitární matrace, to jsou ty nafukovací.“*
31. **Kdy volíte již aktivní antidekubitní matraci?**,,*Když ten člověk už něco má, nějakej dekubit se už u něj vyskytnul, abychom ho co nejmíň zatěžovaly a zároveň ta antidekubitární matrace to zajišťuje v noci, že toho člověka to nebudí. Člověku, který se ještě sám na lůžku pohybuje bych jí nedala, protože my podporujeme, aby se ten člověk pohyboval sám. Dáváme ji lidem, který sami neudělají žádný aktivní pohyb.“*
32. **Jakými způsoby provádíte ve vašem domově pro seniory mobilizaci klienta?**„*Pokud se týká mobilizace z lůžka ven, tak používáme kinestetiku, ta má za efekt, že se snižuje to vertigo, že se mu netočí hlava, je to postupnější a příjemnější a potom provádáme vysazování do křesla, když nejsou schopni nic víc, když jsou trénujeme stoj u lůžka, chůzi po pokoj, máme na to rolátory nebo vysoký chodítka. U zcela imobilních polohování a pasivní cvičeni. Máme polohovatelný křesla, že tam člověk může i spát v leže. Kinestetika obsahuje masáže jedna zahřívací, jedna zklidňující, zaměřuje se, jak na svaly, tak i na klouby a BS se používá na ruce, kde jsou nějaké spasticidy, ty postupně taky povolujou.“*
33. **Jaké pomůcky či prostředky používáte při mobilizaci klienta?** Pozn. již odpověděla
34. **Jak často klienta mobilizujete?„** *Jak to jen jde. Třeba hned po ranní hygieně na snídani každý den, pak na oběd, večeři, pokud to nezvládají tak aspoň na to*

jídlo, na jak dlouho to je silně individuální. Někdo vydrží po celou dobu a někdo padá, nemaj sílu v těch svalech díky té atrofii, pak se zkroutí.“

35. **Je něco, na co jsme při rozhovoru zapomněli?** *„Já jsi myslím, že hodně používáme tu kinestetiku, to jsi myslím, jinde ksem ji moc neviděla, to je relativně nový trend a BS, ta se začíná hodně používat, lidi viděj ty efekty.“*

Sestra 4

1. **Kolik je Vám let?** *„23 let.“*
2. **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? „** *Středoškolské s maturitou.“*
3. **Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví? „** *2 roky.“*
4. **Jaká je celková délka vaší praxe v domovech pro seniory?** *„ 2 roky.“*
5. **Co Vás přivedlo k rozhodnutí pracovat jako sestra v domově pro seniory?** *„V praxi mě bavily ONP.“*
6. **Jak dlouho pracujete jako sestra v nynějším domově pro seniory? „** *2 roky.“*
7. **Jaké pacienty z hlediska pohyblivosti máte převážně na vašem oddělení?** *„60% myslím, číslo vzrůstá.“*
8. **Jaké testovací škály u imobilních klientů používáte?** *„Barthelův index. Neuromentální index, MNA, riziko pádů, riziko vzniku dekubitů. škály pokud maj bolesti.“*
9. **Jak by jste definovala imobilitu? „** *Neschopnost sebepéče, omezení pohybu.“*
10. **Jaké komplikace může imobilita podle Vás způsobit?** *„Riziko vzniku dekubitů, riziko pádů, zácpu, dušnosti pokud se nevyzvednou, záněty močových cest, uvědomujou si, že nejsou schopni sami pohybu, stres, možná i deprese.“*
11. **Jak by jste definovala dekubitus?** *„Proleženina, způsobuje to tlačení na místa, kde jsou kosti, vyvýšený jakoby k pokožce.“*
12. **Kde se vyskytuje podle Vás nejčastěji?** *„Kostrč lopatky, kotníky, tam kde je u kosti slabší kůže, kde ty kosti jsou víc vystoupnutý.“*
13. **S jakými stupni dekubitů jste se již setkala? „***Hodně se nám stává, když se vrátí z nemocnice, tak to máme hodně, ale taky se nám stalo, že i u nás, myslím si, že je to špatným polohováním, došlo k 1.,2. stupni. Setkala jsem se ve své*

praxi se všema stupni. Stane se nám, že je pošleme do nemocnice se zlomeninou a oni se nám vrátí proležený.“

14. **Můžete mi je popsat?** *„1. stupeň začervenání, 2. puchýře, který praskne a 3. už je vlastně porušená pokožka 4. to už je nekróza.“*
15. **Jakými opatřeními předcházíte ve své praxi dekubitům?** *„Imobilní klienty polohujeme, pokavaď jsou částečně mobilní, že se dokážou otočit, se polohujou na to mikropolohování, tzn. dáváme jim hady a že je nedáváme úplně na bok, ale že částečně jsou na boku a částečně leží. U kterých je to možný, tak je vysazujeme do křesel speciálních, ta jsou samopolohovací, že nejsou vyloženě na sezení, ale můžou se dát do polosedu.“*
16. **Jak vypadá podle vás správné polohování klienta?** *„Na bok, střídat na záda, vypokládat paty, končetiny a rizikových klientů, alespoň 4x denně polohovat.“*
17. ***Jaké způsoby polohování používáte?*** *„Používáme hodně mikropolohování, potom používáme klasický polohování, P bok, L bok, záda, vypokládáme končetiny, dáváme klínky mezi kolena , kotníky. Na boku klient leží v 60°. U mikropolohování tak na 40°, jenom lehce nadzvednutá polovina těla. Do 90° nedáváme, tam může hrozit přepadnutí.“*
18. **Jak často polohujete? „** *U rizikových klientů 3x-4x denně a u těch, co mají již dekubity po 3 hodinách. V noci je to stejný u klientů, co už maj dekubitus, tak od toho třetího stupně a ty co nemaj dekubit, jenom riziko, tak se v noci polohujou 2x, aby se vyspali.“*
19. **Co při polohování zaznamenáváte?** *„Zaznamenáváme hodinu, kdy se polohuje, to je vlastně rozepsaný po těch třech hodinách a tam píšeme, jaké je to polohování, jestli P.L bok, mikropolohování a pospis.“*
20. **Jaké polohovací pomůcky používáte?** *„Používáme hady, klínky mezi kolena, kotníky, patěnky, různý polštáře, polohovací válce. U rizikového volíme za zády hada, mezi koleny, kotníky antidekubitní polštářek a na paty patěnky.“*
21. **V jakém počtu polohujete u jednoho pacienta? „** *Většinou ve dvouch a u klientů s vyšší hmotností i ve třech. Může se stát, že musí v jedné, ale*

preferujeme ve dvou, je to snažší pro ten personál i pro toho klienta, ta manipulace je šetrnější.“

22. **Jaké ochranné krémy používáte v péči o pokožku klienta?** *,,Hodně Menalind krém, pokavaď tam je nějaký začervenání, preventivně hýždě a kostrč promazáváme rybinou a jinak používáme klasický krémy po ranní a večerní hygieně a po celkové koupeli taky.“*
23. **Jak by jste popsala kontrakturu?** *,,Nevím. Po nápovědě, že se to týká svalů a šlachových úponů, odpověděla. Stažení, zatuhlost, že zůstane ruka, není natažená a jak se to zkracuje je pokrčená, prsty do dlaní zarytý, my jich tam moc nemáme dva,tři.“*
24. **Jaké jsou podle Vás příčiny vzniku kontraktur u imobilního pacienta? ,,** *Jak se člověk nepohybuje, zatuhlost, jak se s tím nepracuje.“*
25. **Jak předcházíte ve své praxi vzniku kontraktur? ,,***Máme u imobilních klientů cvičení používáme motomedy, máme velkej, malej, velkej používáme my sestry a malej proškolený dvě ošetřovatelky, to je i na horní i na dolní končetiny. Času moc není, ale máme to ve směrnicích dáno, že musíme, máme rozpisy klientů po – pá. Každý den máme 3-4 klienty. Na malej je jich víc, přes ten den.“*
26. **Jaký máte názor na spolupráci sestry z fyzioterapeutem?** *,, Spolupráce byla dobrá, měl na to více času a myslím si, že u těch klientů je důležitý častější procvičování. Těď jezdíme my s tím motomedem a ošetřovatelky proškolený na tuhle rehabilitaci. Oni byly na kurzu, jak dlouho trval, nevím. Dostaly certifikát, ale myslím, že ten fyzioterapeut tam chybí.“*
27. **Můžete mi popsat, jak u Vás probíhá?** Pozn. již odpověděla
28. **Jaké typy lůžek používáte pro imobilní pacienty?** *,,Polohovací elektrický lůžka s antidekubitárními matracemi nebo líné pěny, je to na dolní i na horní část těla.“*
29. **Můžete mi říct, jaká pozitiva či negativa tato lůžka podle Vás mají? ,,** *Je práce snažší pro personál i klienta, Manuálně ovládaný už nemáme.“*
30. **Jaké typy matrací používáte pro imobilní pacienty?** Pozn. již odpověděla a dodala: *,,Antidekubitární se nafukují, je na to přístroj zastrčený do elektriky.“*

31. **Kdy volíte již aktivní antidekubitní matraci?** *,,Volíme ji u klientů, kteří nejsou schopni žádného pohybu, ani se otočit v lůžku, jako prevenci proti dekubitům, nevhodná je u klientů, kteří jsou schopni částečného pohybu.“*
32. **Jakými způsoby provádíte ve vašem domově pro seniory mobilizaci klienta?** *,,Vysazujeme, u kterých je to možné do křesel u částečně mobilních, tam se používaj hodně, u některých zcela imobilních, některý tam ale nevydrží, tam volíme polohování, pak cvičíme s těma motomedama, potom máme vyškolené děvčata na masáže. Máme taky klasický vozíky. I na lůžku jde mobilizovat, zkoušíme ho posadit s nohama dolů, dáme za něj takový, nevím, jak se to jmenuje, že ho to ovine a udrží ho to tam.“*
33. **Jaké pomůcky či prostředky používáte při mobilizaci klienta?** Pozn. již odpověděla
34. **Jak často klienta mobilizujete?** *,,Mobilizuje se denně, hodně k jídlu, aby mohl u toho jídla sedět. Tak na 2 hodiny, oni většinou jsou pak unavený, chtějí zpátky do lůžka, usínají.“*
35. **Je něco, na co jsme při rozhovoru zapomněli?** *,,BS, hodně děláme po koupelích, máme tam na to proškolený personál a každý den se snažíme dát do služeb, kdo je proškolený na BS. Děláme z BS jakoby masáže, kde mu hnětou končetiny, aby si uvědomil, že tu končetinu má.“*

Domov seniorů Německo

Sestra 5

1. **Wie alt sind Sie? / Kolik je Vám let? „***25 Jahre alt.“/,, Je mi 25 let.“*
2. **Welche ist Ihnen erreichte Ausbildung?/Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? „** *Ich habe eine dreijährige Ausbildung zu Altenpflegerin absolviert“ /,,Absolvovala jsem 3 leté vzdělání na geriatrickou sestru.“*
3. **Wie lange arbeiten Sie schon in der Pflege? / Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví? Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví? „***Circa 9 Jahre.“/ ,,Přibližně 9 let.“*

4. **Wie lange arbeiten Sie in die Altenheime? / Jaká je celková délka vaší praxe v domovech pro seniory? Jaká je celková délka vaší praxe v domovech pro seniory? „***6 Jahre.“ / „6 let.“*
5. **Warum haben Sie sich für Altenpflege entschieden? Co vás přivedlo k rozhodnutí zvolit si profesi geriatrické sestry?** *„ Weil ich gerne die Umgang die alten Leuten mag und weil ich es mag die Leuten zu helfen, wenn sie sich nicht selbst helfen können.“/ „Protože mám ráda kontakt se seniory a protože jim ráda pomáhám, když si nemohou pomoct sami.“*
6. **Wie lange arbeiten Sie in dieses Altenheim? / Jak dlouho pracujete jako sestra v nynějším domově pro seniory? „** *Das wird 3 Jahre.“/ „Bude to 3 roky.“*
7. **Jaké pacienty z hlediska pohyblivosti máte převážně na vašem oddělení? „** *10% mobile, 90 % bettliegende, wir haben 29 Bewohnern.“/ „10% mobilních, 90% ležících, máme 29 obyvatel.“*
8. **Welche Einschätzungen verwenden Sie bei immobilen Bewohnern? /Jaké testovací škály u imobilních klientů používáte? „** *Bradenskala, dann Kontrakturen Einschätzung, BMI, dann Demenzbogen, die Inkontinenz, welche Materialen, also Inkontinenzeinchätzung, genau, dann Schmerzerfassungprotokol, Tromboseeinschätzung, Munderkrankungen und Pneumonie wir haben auch und Schturzprotokoll, Ernährungsprotokoll, für Flüssigkeit.“/ „ Bradenovu škálu, hodnocení kontraktur, BMI, pak hodnocení demence, hodnocení inkontince, přesně, pak stupnice bolesti, riziko trombózy, riziko nemocí ustní dutiny a riziko pneumonie máme také a zápis o pádu, zápis příjmu stravy a tekutin.“*
9. **Wie können Sie Immobilität definieren? /Jak by jste definovala imobilitu? „** *Immobilit sind BW, die alleine nicht mehr selbständig bewegen können, die auf Hilfe eingewiesen sind.“/ „Imobilní jsou ti obyvatelé, kteří se nemohou samostatně pohybovat, kteří jsou odkázáni na cizí pomoc.“*
10. **Welche Komplikationen kann Immobilität verursachen? /Jaké komplikace může imobilita podle Vás způsobit? „***Hilflösigkeit, Dekubitus können sie*

bekommen, ja generele, Schluckbeschwerden, Bewegungseinschränkungen, Pneumonie zum Beispiele, dann Trombosen, Obstipationsprobleme, also bei Verstopfungen, über Harnwege Infektionen, also Blasenentzündungen.“/ ,,Bezmocnost, vznik dekubitu, polykací potíže, pohybová omezení, například pneumonii, trombózu, zácpu, spojenou s pomalou peristaltikou, infekci močových cest, zánět močového měchýře.“

11. **Wie können Sie Dekubitus definieren? /Jak by jste definovala dekubitus?** **„***Dekubitus ist eine Wundliegen bestimmt am Körperstellen, zum Beispiele Gessäsbereich, Trochanter, zwischen Knie, Zwischenräume, wo ganz dünne Haut liegt.“/ ,, Dekubitus je proleženina rozhodně na místech těla, jako například oblast hýždí, trochanteru, mezi koleny , meziprostory, kde se nachází zcela tenká kůže.“*
12. **Wo sieht man Dekubitus, nach Ihre Meinung, am häufigsten? Kde se vyskytuje podle Vás nejčastěji?** Již odpověděla a dodala: **„***Am häufigsten Steißbereich.“/ ,,Nejčastěji na kostrči.“*
13. **Mit welchen Dekubitusstadium sind Sie schon in Kontakt gekommen? / S jakými stupni dekubitů jste se již setkala? „** *Von 1 bis 4, eigentlich alles, die lezte Grad 4 ich habe auch gesehen.“/,,Od stupně 1 do 4, vlastně všechny, poslední stupeň jsem také viděla.“*
14. **Können Sie mir es beschreiben? S jakými stupni dekubitů jste se již setkala?**

    „ *Dekubitusstadium 1 ist eine Röttung, Dekubitus 2 wird dann eine Blasenbildung der Haut, Dekubitus Grad 3, das gehet schon in Geweberein, man sieht schon die Muskeln und der Grad 4 wäre dann schon bis Knochen, dann werde Knochen schon sehen oder nekrotisch Gewebe, ist dann abgestorben. Also Stadium 1 bei Rötung, wir müssen beobachten, eventuelle den Fingertest durchführen. Stadium 2 ich werde schon Arzt vorstellen , weil ich alleine nicht entscheiden darf, wie die Behandlung abläuft, ich muss Arzt fragen. Vor allem, ganz wichtig ist, wenn Dekubitus Grad 1 hat, BW regelmässig mobilisiert und Dekubitusprophylaxen durchgeführt. Ich schreibe Pflegebericht, dokumentiere*

ich das.“/ ,, Dekubitus 1. stupně je zčervenání, dekubitus 2. stupně pak tvorba puchýřů na kůži, dekubitus 3. stupně zasahuje už tkáně, jsou vidět již svaly a stupeň 4 by byl pak už do kostí, pak jsou vidět už kosti nebo nekrotická tkáň, odumřelá. Tedy u stadia 1 musíme dávat pozor, popřípadě provést test zčervenání kůže se zblednutím, bez zblednutí. Stadium 2 představím již lékaři, protože sama nemůžu rozhodnout, jak bude léčba probíhat, musím se zeptat lékaře. Především je zcela důležité, když má dekubitus 1. stupně pravidelně klienta mobilizovat a provádět preventivní opatření. Píši ošetřovatelský záznam, dokumentuji to.“

15. **Wie beugen Sie auf ihre Station Dekubitus vor? / Jakými opatřeními předcházíte ve své praxi dekubitům? „** *Durchlagerungen rechts und links, das ist nach wie den gefährliche Stelle sind, wenn jetzt jemand am Steiss hin gefährlich sind, dann lagere ich nur rechts und links und bei Hautpflege eine gute Beobachtung. Die Ernährung spielt auch eine Rolle, also Eiweiss und Vitamine, so beugen wir das vor.“/ „Polohováním na pravou, levou stranu, to je podle toho, kde jsou ohrožená místa, když má někdo ohroženou kostrč, pak polohuji jen na pravou a levou stranu a dobré sledování pokožky při její péči. Také strava hraje roli, tedy bílkoviny, vitamíny, tak se tomu předcházíme.“*
16. **Wie sieht nach Ihre Meinung richtige Lagerung aus? / Jak vypadá podle vás správné polohování klienta? „***Wenn wir jetzt jemanden auf R oder L lagern, das dann Trochanter frei liegt und nicht auf Bett liegt, das ein Druck entsteht, also immer die gefährdeten Stellen frei lagern, zwischen den Beinen Lagerungskissen legen.“/,, Když někoho nyní polohujeme na pravou nebo levou stranu, to pak trochanter leží volně, ne na lůžku, že nevzniká tlak, tedy stále polohovat ohrožená místa, tak aby zůstala volná.“*
17. **Welche Lagerungsmethoden verwenden Sie? / Jaké způsoby polohování používáte?** *30° Lagerungen, weil wenn 90° Grad liegen werde, überall Dekubitus bekommen - Schulterbereich, Trochanter, Knie, Vorfuss aus Seite. 30° Grad ist besser, dann die Stelle frei gelagert sind. Am Bauch benütze ich nicht.“ /,, 30-ti stupňové polohování, protože když bude ležet v 90° stupních, všude bude*

mít proleženiny - oblast ramen, trochanter,kolena, na straně nártu. 30-ti stupňové polohování je lepší, pak jsou ohrožená místa při polohování ponechána volná.“

18. **Wie oft wird es gelagert? / Jak často polohujete? „** *Alle 3-4 Stunden werden die BW gelagert. Wenn jemand Essen bekommt, lagere ich Rücken, sonst rechts oder links. über Nacht 3x lagern, Interval gleiche. Ob jede gefährliche Stelle frei gelagert sind und das BW gut liegt, ob liegt bequem, ich finde schlim, wenn BW viele Kissen drinnen haben, weil sie dann eingemauert sind, können sie selbst nicht mehr bewegen. Ich bevorzuge gebe zwei Kissen, ein Kissen für Rücken, ein für die Beinen.“/,, Každé 3-4 hodiny jsou klienti polohováni. Když někdo dostane jídlo, polohuji na záda, jinak na pravou nebo levou stranu, přes noc 3x, interval je stejný. Jestli je každé ohrožené místo při polohování ponecháno volné a klient leží dobře, jestli leží pohodlně, myslím, že je špatné, když má klient moc polštářů v lůžku, protože pak je uvězněn a už se nemůže sám pohybovat.“ Já dávám přednost dvěma polštářům, jeden za záda, jeden pro nohy.“*
19. **Was schreiben Sie beim Lagern? / Co při polohování zaznamenáváte**? *„Wir schreiben Stunde, Seite R, L, Rücken, Hochlagerung, Microbewegungen, Fingertest, Auscheidung und HZ.“/,, Píšeme hodinu, stranu pravou, levou, záda, zvednutí horní části trupu, mikropohyby, test zčervenání kůže, vyměšování a iniciály.“*
20. **Welche Hilfsmittel verwenden Sie beim Lagern? / Jaké polohovací pomůcky používáte? „** *Lagerungskissen, Lagerungsschlange, aber jeder BW hat keine Lagerungsschlange.“/,, Polohovací polštáře, polohovací hady, ale každý klient nemá polohovacího hada.“*
21. **Wieviel Pflegekräfte lagert ein Bewohner? / V jakém počtu polohujete u jednoho pacienta? „** *Meistens immer nur ein Pflegekraft, wenn jemand schwere ist, dann wir machen zwei, eigentlich ist lagern mit 2 Person, weil ist das leicht, angenehmer für BW, nicht immer genug Personal, wegen Zeitstress.“/,, Většinou jen jedna sestra, když je někdo těžký, pak to dělají dva, vlastně je polohován*

dvěma osobami, protože je to pak lehké, příjemnější pro klienty, není stále dost personálu kvůli časovému stresu.“

22. **Welche Schutzsalben oder Cremen verwenden Sie bei BW? / Jaké ochranné krémy používáte v péči o pokožku klienta? „***Wundschutzcreme speziell für Analbereich und Steißbereich, wir haben noch Mykundexsalbe eigentlich, für Pilze, aber der hat dann Wirkstoff, ich glaube Linola oder was ist drinnen, das kann gute Hautschutz verwenden. Wenn jemand WSC braucht, wir rufen Angehörigen, die besorgen das.“/„ Ochranné krémy, speciálně oblast konečníku a kostrče, máme ještě vlastně Mykundexsalbe na mykózy, ta má pak účinnou látku, myslím Linolu nebo co je v ní, to lze použít na dobrou ochranu pokožky.“ Když někdo potřebuje ochranný krém, zavoláme příbuzným, ti to obstarají.“*

23. **Wie beschreiben Sie Kontrakturen?/ Jak by jste popsala kontrakturu? „***Eine Versteifungen Gelenke.“/„ Ztuhnutí kloubu.“*

24. **Was verursacht die Kontrakturen bei immobilen Bewohnern? / Jaké jsou podle Vás příčiny vzniku kontraktur u imobilního pacienta? „***Bewegungseinschränkung und wenn BW nicht mehr sebst bewegen kann, dann versteifen seine Gelenke.“/ „ Omezení pohyblivosti a když se již nemůže klient sám pohybovat, pak ztuhnou jeho klouby,“*

25. **Wie beugen Sie Kontrakturen vor?/ Jak předcházíte ve své praxi vzniku kontraktur** *„Durch regelmässige aktive und pasive Bewegungsübungen. Die pasive Bewegungsübungen, macht das Pflegepersonal und die aktiven machen die BW noch selber, wenn sie selber Bewegungsübungen haben.“/„ Pravidelným aktivním a pasivním pohybovým cvičením, dělá to ošetřující personál a aktivní provádí klienti ještě sami, když se mohou ještě sami pohybovat.“*

26. **Ihre Meinung auf Zusammenarbeit PK und Krankengymnastik? / Jaký máte názor na spolupráci sestry z fyzioterapeutem? „** *Richtige Zusammenarbeit ist das nicht, wir machen unsere Prophylaxen , Krankengymnastik ist wieder schuld für das, der macht wieder anders. Arbeiten*

wir nicht zusammen.“/ „ Správná spolupráce není, my provádíme naší prevenci, , on si dělá svoji práci. Společně nespolupracujeme.“

27. **Können Sie mir beschreiben wie es bei euch auf der Station abläuft? / Můžete mi popsat, jak u Vás probíhá? „** *Unsere Krankengymnasten kommen 2x in der Woche, Di und Do und zum Beispiele zu Patienten nach Schlaganfall. Ich fordere vom Hausarzt ein Rezept an für Krankengymnastik, der Hausarzt stellt mir das aus, dann rufe ich Krankengymnasten Bescheid, ob wann kommen kann und Krankengymnastik durchfuhren kann. KG ich frage nicht, weil ich das selber weiß. Ich habe im Schulle gelernt.“/„ Naši fyzioterapeuti chodí 2x týdně, v úterý a ve čtvrtek, například k pacientům po mozkové mrtvici. Já požaduji od lékaře recept na fyzioterapii, lékař mi ho vystaví, pak zavolám a sdělím to fyziotrapeutovi, zeptám se kdy může přijít cvičit .“ Fyzioterapeuta se neptám, vím to sama. Učila jsem se to ve škole.“*

28. **Welche Betten benutzen Sie bei immobile BW? / Jaké typy lůžek používáte pro imobilní pacienty? „** *Pflegebetten mit Begitter L und R. Das ist elektrisches Bett, mann kann nieder fahren oder Kopf nach oben, unten Beine nach oben, unten oder niedrig Bett.“/„ Ošetřovatelská lůžka s postranicema na pravé a levé straně. Je to elektrické lůžko, může se s ní hýbat směrem dolů nebo zvednout pod hlavou, zvednout nohy nahoru, dolů nebo dát lůžko nízko.“*

29. **Können Sie mir sagen welche Vorteile diese Betten haben? / Můžete mi říct, jaká pozitiva či negativa tato lůžka podle Vás mají?** „ *Manche Leute sind groß, manche klein , man kann Bett verstellen, wie braucht und das ist für Rücken Vorteilen zu Arbeiten. Mit Bett können wir nicht ganz unten fahren, das ist für Sturz gefährlich.“/*

„ Někteří lidé jsou velcí , někteří malí, člověk může lůžko nastavit, jak potřebuje, to je pro záda výhoda při práci. S lůžkem nemůžeme jet až úplně dolů, to je nebezpečné kvůli pádu.“

30. **Welche Matratzen benutzen Sie bei immobile BW? / Jaké typy matrací používáte pro imobilní pacienty? „***Antidekubitusmatraze, die sind mit Luft, Luftpumpe Matrace, die wird automatisch immer wieder gepumpt oder*

Würfelmatrazen, dann können wir Würfelteile Matraze raus nehmen,“/,, Antidekubitní matrace, které jsou se vzduchem, které jsou opakovaně pumpovány vzduchem nebo pasivní waflové matrace, pak můžeme část kostek vyjmout.“

31. **Wann nehmen Sie Antidekubitusmatratze her? / Kdy volíte již aktivní antidekubitní matraci? „** *Antidekubitusmatraze darf man Artzt erfordern, wenn Bereitschon das Grad 1 bestehet. Wenn BW Rötunge am Steiß hat, stellt mir der Hausarzt Rezept für eine Dekubitus Matrace aus. Wenn BW noch bischen bewegt, er braucht keine Dekubitusmatrace, nur wenn jemand komplett imobill ist.“/,,Antidekubitní matraci se smí vyžádat u lékaře, když už již existuje stupeň 1. Když má klient červené místo na kostrči, vystaví mi lékař recept na matraci. Když se klient trochu pohybuje, nepotřebuje antidekubitní matraci, jen když je někdo kompletně imobilní.“*
32. **Wie mobilisieren Sie BW? / Jakými způsoby provádíte ve vašem domově pro seniory mobilizaci klienta? „***Lagerung, Sitz auf Rollstuhl, auch im Bett, Gang mit Rollator.“/,, Polohování, sezení na vozíku, na lůžku, chůze s rolátorem.“*
33. **Wie mobilisieren Sie BW? / Jakými způsoby provádíte ve vašem domově pro seniory mobilizaci klienta** *„Rollstuhl, Rollator, dann Gehestock und wenn will bewegen, er braucht uns dafür. Auf Pflegerollstuhl wir können BW auch hinlegen.“/*

   „ Vozík, rolátor, hůl a když se chce pohybovat, potřebuje nás k tomu. Na pojízdném křesle můžeme klienta položit.“
34. **Wie oft mobilisieren Sie BW? / Jak často klienta mobilizujete? „** *Das ist unterschiedlich, man jeden Tag, dann andere BW 2x-3x in der Woche, wie jeder geplant worden ist, also, nach Plan. Diese Plan schreiben jeweiligen examienerte Fachkräfte, das man haltet dann nach Dokumentation oder nach Pflegeplanung fest, wie oft raus BW mobilisieren wird.“/,, To je různé, někdo jednou denně, pak jiní klienti 2x-3x během týdne, jak byl každý naplánován, tedy podle plánu. Tento plán píší příslušné diplomované sestry, to se pak pevně dodržuje podle dokumentace nebo podle oštřovatelského plánu, jak často bude klient mobilizován z lůžka.“*

35. **Ist noch etwas, was wir beim Gespräch vergessen haben? / Je něco, na co jsme při rozhovoru zapomněli? „***BS, Atemstimulierend, die Einreibung wir machen während Grundpflege, das macht Pflegepersonal. Ich habe auch im Schule gelernt, das mach ich diese Technik - Lungenfunktionen, Ventilation die Lungen durch Lungenmassagen. Ich benütze Duftöilen.“/„ Bazální stimulaci, stimulaci dýchání, masáž provádíme během ranní péče, dělá to ošetřující personál. Já jsem se to taky učila ve škole. Provádí techniku zlepšení plicních funkcí, ventilace plic prostřednictvím plicní masáže. Používám vonné oleje.“*

Sestra 6

1. ***Wie alt sind Sie? / Kolik je Vám let? „****Ich bin 65.“/„ Je mi 65 let.“*
2. **Welche ist Ihnen erreichte Ausbildung? /Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? „***Meine Ausbildung ist Kinderkrankenschwester.“/„ Moje vzdělání je dětská sestra.“*
3. **Wie lange arbeiten Sie schon in der Pflege? / Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví? „***45 Jahren.“/„ 45 let.“*
4. **Wie lange arbeiten Sie in die Altenheime? / Jaká je celková délka vaší praxe v domovech pro seniory? „***Circa 20 Jahren.“/„Přibližně 20 let.“*
5. **Warum haben Sie sich für Altenpflege entschieden? / Co vás přivedlo k rozhodnutí zvolit si profesi geriatrické sestry? „***Weil die nächstes Einrichtung war zurück zu meinem Eltern im meine Heimat umgezogen, bin ich dort zu sofort anfangen könnte.“/„ Protože, příští zařízení bylo přestěhováno nazpět k mým rodičům do mého domova, mohla jsem tam hned začít.“*
6. **Wie lange arbeiten Sie in dieses Altenheim? / Jak dlouho pracujete jako sestra v nynějším domově pro seniory? „***Also, ich arbeite im dem selben Altenheim 20 Jahren circa.“/ Tedy, pracuji ve stejném domově pro seniory přibližně 20 let.“*
7. **Wie mobil haben Sie die Senioren auf ihre Station? / Jaké pacienty z hlediska pohyblivosti máte převážně na vašem oddělení? „***Bei uns würde*

ich sagen noch 20-30 % mobil sind noch, Rest ist Pflege.“/,, Řekla bych u nás je ještě 30% mobilních, zbytek jsou ležící.“

8. **Welche Einschätzungen verwenden Sie bei immobilen Bewohnern? / Jaké testovací škály u imobilních klientů používáte? „** *Das wird Bradenskala, die meistens immobilen BW kommen schon mit Pflegestufe von Krankenhaus oder von zu Hause, es wird der Pflegeplanung gemachten von Arzt, Einschätzungen und Diagnosen , dann muß natürlich BW erst beobachtet werden und mit Einschätzung zu können.“/,, To je škála Bradenové, většinou přijdou imobilní klienti se stupněm péče již z nemocnice nebo z domova, píše se ošetřovatelský proces, diagnózy od lékaře, samozřejmě se musejí klienti pozorovat, aby mohly být stanoveny ošetřovatelské diagnózy a provedeny ošetřovatelské intervence.“*
9. **Wie können Sie Immobilität definieren? / Jak by jste definovala imobilitu?** *,,Sie können nicht mehr bewegen, braucht Hilfe, zum Beispiele der Bewegung, im Essen verabreichen, bei pflegerichen Täglichkeiten.“/ ,, Nemohou se již pohybovat, potřebují pomoc, například při pohybu, při podávání stravy, u každodenních činností.“*
10. **Welche Komplikationen kann Immobilität verursachen? /Jaké komplikace může imobilita podle Vás způsobit? „** *Vor allem Dingen halt Lagerfeller, dann in durch zu wenig Bewegung Kontrakturen, Atmungs und Kreislaufprobleme, das ist sehr wichtig da drauf zu Sachen. Wie Prophylax ich soll Körper hochlagern, Lungenpflege betreiben, zum Beispiele abklopfen, achten, das der Patient nicht verschleimt ist, von Verdauungssystem her muss man drauf achten, das die Patienten regelmäßig Stuhlgang haben, am meistens ist Obstipation, dann wir müssen das auch dokumentieren, drauf achten, das gut Harnlassen können die Patienten, eventuell ist es noch möglich BW auf toalleten Stuhl unten Beaufsichtigung zum mobilisieren.“/*

    ,, Především chyby při polohování, pak nedostatek cvičení , respirační a oběhové problémy, což je velmi důležité, to náleží k top věcem. Jako preventivní opatření mám dát trup do zvýšené polohy, provádět péči o dýchací cesty, například odklepávat, dávat pozor, jestli pacient není zahleněný, dávat pozor na

funkci zažívacího systému, jestli mají pacienti pravidelně stolici, nejčastěji je obstipace, pak to musíme také dokumentovat, pozorovat, jestli dobře močí, popřípadě je ještě možné mobilizovat klienty pod dohledem na toaletní židli.“

11. **Wie können Sie Dekubitus definieren? / Jak by jste definovala dekubitus? „***Hautschäden. Dekubitus hat verschiedene Stadien, die Hautrötung, wir müssen sofort reagieren, öfter lagern, nicht auf gleiche Stelle immer liegen, bei beginnen Dekubitus alle zwei Stunde umgelagert und Arzt natürlich Bescheid sagen.“/*

„ Poškození kůže. Dekubitus má různá stádia, zčervenání kůže, musíme hned reagovat, častěji polohovat, nenechat ležet stále na stejné straně, u začínajících dekubitů polohovat každé dvě hodiny a samozřejmě informovat lékaře.“

12. **Wo sieht man Dekubitus, nach ihre Meinung, am häufigsten? / Kde se vyskytuje podle Vás nejčastěji? „***Am haüfigsten gefährdet nach meine Beobachtung ist die Steißbereich und auch die Fersen, diese Körperteile. Auf Seite Hüfte, Trochanter natürlich. Eigentlich wenn Dekubitus driten Grades BW haben, am meistens, wenn von Krankenhaus oder von zu Hause kommen, bei uns selber ich habe noch nicht erlebt so hoch gradider Dekubitus entstanden ist, dann muss behandelt werden.“/*

„ Nejčastěji ohrožená podle mého mínění je kostrč a také paty, tyto části těla. Na straně kyčle, trochanter samozřejmě. Vlastně 3. stupeň dekubitu mají klienti nejvíce, když přijdou z nemocnice nebo z domova, já sama jsem u nás nezažila, aby vzniknul tak vysoký stupeň dekubitu, pak se musí léčit.“

13. **Mit welchen Dekubitusstadium sind Sie schon in Kontakt gekommen? / S jakými stupni dekubitů jste se již setkala? „***Also bis Stadium drei, bis Muskeln. Zweite ist Blasenbildung.“/„ Tedy do 3. stadia, do svalu. Druhé je tvorba puchýřů.“*

14. **Können Sie mir es beschreiben? Můžete mi je popsat?** Pozn. již odpověděla a dodala: *„ Erste Stadium ist Hautrötung.“/„ První stadium je zčervenání kůže.“*

15. **Wie beugen Sie auf ihre Station Dekubitus vor? / Jakými opatřeními předcházíte ve své praxi dekubitům? „** *Durch häufiges lagern, normale 2-3*

Stunden sind die Lagerungsintervale und durch gute Hautpflege, dann Lagerungshilfen wie Kissen, Wechseldrückmatrazen, Würfelmatrazen, was gerade zu Angeboten ist.“/,, Častým polohováním, normální jsou 2-3 hodinové polohovací intervaly, dobrou péčí o kůži, pak polohovacími pomůckami, jako jsou polštáře, aktivní, pasivní matrace, co je právě v nabídce.“

16. **Wie sieht nach Ihre Meinung richtige Lagerung aus? / Jak vypadá podle vás správné polohování klienta? „***Bei uns wird lagert jetzt auf Seite, L und R, Rücken und wegen aussere Probleme nur teilweise, nicht Rücken nur L, R lagern kann. Auf Seite ich benütze 30°, 90° Grad ist für Dekubitus gefahr, man muss individuell verschieden machen, man muss mit Kissen unterstützen, man muss die Hüfte raus ziehen und Schulter auf der Seite, wo der Patient liegt. Oberkörper etwas hochgelagert wird, das die BW nicht auf die Seite Gesichtküppen kann, das Die Gelenke frei sind, Kissen oder Polsterung zwischen die Knie. Bei Lagerung gleichzeitig frische Einlage benützt, Körperpflege, Hare gekämmt und Hautzustand kontrollieren, ob keine roten Hautstellen oder Druckstellen sind, das ist bei jeder Lagerung kontrolliert.“/,, U nás se polohuje na levou, pravou stranu, záda a kvůli vnějším problémům se může jen částečně, ne na záda, jen na levo, pravo. Na straně používám 30°, 90° stupňů je nebezpečné pro vznik dekubitu, člověk to musí provádět individuálně, musí podepřít klienta polštářema, musí povytáhnout kyčel a rameno na té straně, kde pacient leží. Horní část těla trochu zvednout, nenechat lidi naklonit na obličej, aby byly volné klouby, dát polštář nebo vycpávku mezi kolena. Při polohování používáme zároveň čistou plenu, provádíme péči o tělo, češeme vlasy a kontrolujeme stav pokožky, jestli nejsou žádná červená nebo otlačená místa, to se kontroluje při každém polohování.“*

17. **Welche Lagerungsmethoden verwenden Sie? / Jaké způsoby polohování používáte?** Pozn. již odpověděla

18. **Wie oft wird es gelagert? / Jak často polohujete? „***Zwischen 2-3 Stunden. Also in der Nacht ist bischen länger, 3-4 Stunden. wird gelagert.“/,, Mezi 2-3 hodinama. Tedy přes noc jsou polohováni trochu déle 3-4 hodiny.“*

19. **Was schreiben Sie beim Lagern? / Co při polohování zaznamenáváte**? *„Wir schreiben Stunde, Seite R, L, Rücken, Hochlagerung, Microbewegungen, Fingertest, Auscheidung und HZ.“/„ Píšeme hodinu, stranu pravou, levou, záda, polohování trupu nahoru, mikropolohování, test zčervenání kůže, vyměšování a iniciály.“*
20. **Welche Hilfsmittel verwenden Sie beim Lagern? / Jaké polohovací pomůcky používáte? „** *Beim Lagern verwerden wir Lagerungskissen, diesen Bananenkissen, normale kleinen Kissen zwischen die Knie, lange Kissen bei Seitenlagerung sind ganz gut.“/„ Při polohování používáme polohovací polštáře, banán, normální malé polštáře mezi kolena, dlouhé polštáře jsou velmi dobré při polohování na bok.“*
21. **Wieviel Pflegekräfte lagert ein Bewohner? / V jakém počtu polohujete u jednoho pacienta? „***Also normalweise zwei lagern BW, kommt natürlich vor, wenn was los ist, dass eine lagern muss, aber grundsätzlich schwer zu lagern die schwere Patienten wird zu zwei gelagert, weil einfach nicht zu viele Reibungskräfte entstehen beim hochziehen für BW, schwer ist nicht auch für Personal, für Rücken.“/„ Tedy normálně polohují klienta dva, nastane přirozeně, že se něco stane, že musí polohovat jeden, ale v zásadě těžcí pacienti jsou polohováni dvěma, protože jednoduše nevzniká při zvedání klienta třecí síla, pro personál to také není tak těžké, na záda.“*
22. **Welche Schutzsalben oder Cremen verwenden Sie bei BW? / Jaké ochranné krémy používáte v péči o pokožku klienta? „** *Normal wir haben Körperpflegelotionen und speciall Salben, die von Arzt verschrieben werden müssen, Wundschutzsalben, Wundschutzsalben müssen Angehörige selber kaufen. spezielle Heilwundsalben schreibt Arzt. Körperpflege wir führen regelmässig durch, bei GKW und bei der Lagerun..“/„ Normálně máme tělová mléka a speciální masti, které musí být předepsány lékařem, ochranné krémy musejí příbuzní kupovat sami, léčivé masti píše lékař, Péči o tělo provádíme pravidelně u ranní hygieny a při polohování.“*

23. **Wie beschreiben Sie Kontrakturen?/ Jak by jste popsala kontrakturu? „***Die meistens Kontarkturen sind im Kniebereich, Beinbereich, die feststellen, die Muskeln kontrahieren.“ Nejvíce jsou kontraktury zjištěny v oblasti kolen, nohou, zkracují se svaly.“*

24. **Was verursacht die Kontrakturen bei immobilen Bewohnern? / Jaké jsou podle Vás příčiny vzniku kontraktur u imobilního pacienta? „***Das ist durch immobilität , ich meine durch verkehrte Lagerung, dann durch zu wenig Durchbewegung, ständige Liegen. durch zu wenig Durchbewegung.“/,, Je to způsobeno imobilitou, myslím špatným polohováním, pak nedostatečným pohybem, neustálým ležením.“*

25. **Wie beugen Sie Kontrakturen vor?/ Jak předcházíte ve své praxi vzniku kontraktur? „***Wenn über Kreislauf möglich ist, wir mobilisieren Patienten bisschen raus sitzen, durchbewegt beim jeder Lagern Gelenke, Beine nicht zu hoch lagern, nicht viele Kissen unten die Knie.“/,, Když je to s ohledem na oběh možné, pacienty mobilizujeme, chvilku posedět, provádíme pohyb v kolenou u každého polohování, nemají se polohovat nohy příliš vysoko, nedávat příliš mnoho polštářů pod kolena.“*

26. **Ihre Meinung auf Zusammenarbeit PK und Krankengymnastik? / Jaký máte názor na spolupráci sestry z fyzioterapeutem? „***Krankengymnastik wird regelmässig von Arzt verschrieben, Krankengymnastik kommt dann ins Haus zu BW. Das ist nicht bei allem BW, leider. Wir können Krankengymnastik fragen, dann wir kriegen Tips , wie wir machen sollen, Zusammenarbeit klappt. Physiotherapeut kommt 2x in der Woche. Wenn Krankengymnastik kommt öfter, es wäre für Leute viel besser. Das Arzt entscheidet wegen durch den Vorschlag. Wir haben mit starke Kontrakturen circa acht BW. Sie liegen einfach. Zu diese BW Krankengymnastik kommt nicht mehr, leider.“/,, Fyzioterapie je předepisována pravidelně lékařem, fyzioterapeut pak dochází do domova. Není to bohužel u všech klientů. Můžeme se fyzioterapeuta zeptat, pak dostaneme radu, jak to máme dělat, spolupráce funguje. Fyzioterapeut chodí 2x týdně. Kdyby chodil častěji, bylo by to pro lidi mnohem lepší. Lékař rozhoduje o*

návrhu. Velké kontraktury máme přibližně u osmi lidí. Ti jen leží. K těmto klientům již fyzioterapeut nepřijde, bohužel.“

27. **Können Sie mir beschreiben wie es bei euch auf der Station abläuft? / Můžete mi popsat, jak u Vás probíhá?** Pozn. již odpověděla
28. **Welche Betten benutzen Sie bei immobile BW? / Jaké typy lůžek používáte pro imobilní pacienty? „***Wir haben überall Pflegebetten, die verstellbar sind auf Kopfteil, Fussteil, elektrische Bette.“/„ Máme všude ošetřovatelská lůžka. Jsou nastavitelná pro horní část trupu a část nohou, elektrická lůžka.“*
29. **Können Sie mir sagen welche Vorteile diese Betten haben? / Můžete mi říct, jaká pozitiva či negativa tato lůžka podle Vás mají? „***Man kann Bett nachstellen. Negativ nichts.“ Člověk může lůžko nastavit. Negativního nic.“*
30. **Welche Matratzen benutzen Sie bei immobile BW? / Jaké typy matrací používáte pro imobilní pacienty? „** *Zum grösten Teil eben Wechseldruckmatrazen, die auch von Krankenkasse geliefert werden, Rezept verschreiben ist wichtigste. BW müssen nicht zahlen, das geht über Krankenkasse. Oder wir haben Würfelmatraze..“/*

   „ Z velké části právě aktivní matrace, které jsou dodávány prostřednictvím zdravotního pojištění, je důležité předepsat recept. Klienti to nemusejí platit. Nebo máme pasivní waflové matrace.“
31. **Wann nehmen Sie Antidekubitusmatratze her? / Kdy volíte již aktivní antidekubitní matraci? „** *Wechseldruckmatrazen, also schon muss eine Gefährdung sein, muss Dekubitusgefährdung diagnostiziert sein, wenn etwas noch selber bewegen, drehen, können ist nicht benötigt.“/„ Aktivní matraci, tedy to musí být nějaké ohrožení, musí být diagnostikováno nebezpečí proleženiny, když se ještě trochu sami pohybují, otáčejí se, nejsou nutné.“*
32. **Wie mobilisieren Sie BW? / Jakými způsoby provádíte ve vašem domově pro seniory mobilizaci klienta? „***Rollstuhl, dann wird die BW zu zwei aus Bett heben oder wir benützen verstellbare Sessel, im Bett hoch gesetzt, die Beine ausser Bett, das ist wichtig für die Atmung, für die Blutung , für die Psyche.“/„ Vozíky, pak jsou klienti zvedáni dvěma z lůžka nebo používáme polohovací*

křesla, v lůžku výš posadit, nohy z lůžka, to je důležité pro dýchání, oběh, psychiku.“

33. **Wie mobilisieren Sie BW? / Jakými způsoby provádíte ve vašem domově pro seniory mobilizaci klienta?** Pozn. již odpověděla
34. **Wie oft mobilisieren Sie BW? / Jak často klienta mobilizujete? „** *Das kommt nach wie schwer ist für Immobilitet, wie ist Kreislaufmässig. die BW auch verkraften kann, also einmal über Tag wenigsten, regelmässig, Vormittag oder Nachmittag 2-3 Stunden, oder für Beschäftigung. Für diese Leute das reicht, dann müde sind, wegen Kreislauf und wegen Dekubitus.“/„ To je podle toho jak, je to těžké pro imobilního klienta, podle oběhu, jak to klient zvládne, tedy nejméně jednou denně, pravidelně, dopoledne nebo odpoledne, 2-3 hodiny, nebo pro změstnávání. Pro lidi to stačí, pak jsou unavení, kvůli oběhu a dekubitům.“*
35. **Ist noch etwas, was wir beim Gespräch vergessen haben? / Je něco, na co jsme při rozhovoru zapomněli? „** *Ich finde persönlich wichtig Zuwendung von Pflegepersonal, BW brauchen Zeit, einfach vorsingen, erzählen, das ist nach meine Meinung sehr wichtig.“ /„ Já osobně považuji za důležité pozornost ošetřujícího personálu, lidé potřebují čas, jednoduše si zpívat, vyprávět, to je podle mého mínění velice důležité.“*

Sestra 7

1. **Wie alt sind Sie? / Kolik je Vám let?** „*28 Jahre Alt.“ / „ Je mi 28 let.“*
2. **Welche ist Ihnen erreichte Ausbildung? / Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?** „*Ich bin Kinderkrankenschwestr und ich habe weitere Gerontoausbildung gemacht ein Jahr.“/„ Jsem dětská sestra a dělala jsem jeden rok specializaci z gerontologie.“*
3. **Wie lange arbeiten Sie schon in der Pflege? / Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví? „***Von 2002 mit Praktikum und allem.“/ „Od roku 2002 s nástupní praxí a se vším.“*
4. **Wie lange arbeiten Sie in die Altenheime? / Jaká je celková délka vaší praxe v domovech pro seniory?** „*7 Jahren.“/„ 7 let.“*

5. **Warum haben Sie sich für Altenpflege entschieden? / Co vás přivedlo k rozhodnutí zvolit si profesi geriatrické sestry?** *„Weil mir die Kontakt mit BW sehr gut gefällt.“/ „ Protože se mi velmi líbí kontakt se seniory.“*
6. **Wie lange arbeiten Sie in dieses Altenheim? / Jak dlouho pracujete jako sestra v nynějším domově pro seniory?** *„7 Jahren,“/„7 let.“*
7. **Wie mobil haben Sie die Senioren auf ihre Station? / Jaké pacienty z hlediska pohyblivosti máte převážně na vašem oddělení?** *„ Die meistens Pflegefälle sind auf diese Station, 90%.“/„ Na našem oddělení jsou nejvíc případy, vyžadující úplnou ošetřovatelskou péči, 90%.“*
8. **Welche Einschätzungen verwenden Sie bei immobilen Bewohnern? / Jaké testovací škály u imobilních klientů používáte?** *„Bradenskala, Kontrakturenprophylaxe, Sturzprophylaxe, BMI, Trombose, Pneumonie, Munderkrankungskala, Inkontinensskala.“/„ Bradenové škála, prevence kontraktur, prevence pádů, BMI, prevence trombózy, pneumonie, škála nemocí dutiny ústní, škála inkontinence.“*
9. **Wie können Sie Immobilität definieren? / Jak by jste definovala imobilitu ?** *„Immobilitet sind BW, die nicht mehr gelagert sind selber, zum Beispiele Transfer aus Bett, eine Lagerungwechsel durchzuführen.“/„ Imobilní jsou klienti, kteří se již nemohou sami polohovat, například provádět změnu polohy, přesun z postele.“*
10. **Welche Komplikationen kann Immobilität verursachen? / Jaké komplikace může imobilita podle Vás způsobit?**
    „Das sind viele Komplikationen, Kontrakturen, Dekubitus, Schlaganfall, Herzinfarkt, Inkontinenz.“/„To je mnoho komplikací, kontraktury, dekubity, iktus, srdeční infarkt, inkontinenci.“
11. **Wie können Sie Dekubitus definieren? / Jak by jste definovala dekubitus?** *„Dekubitus ist Hautschädingung, wo länger Druck einwirkt.“/„ Dekubitus je poškození kůže, kde působí dlouho tlak.“*

12. **Wo sieht man Dekubitus, nach ihre Meinung, am häufigsten? / Kde se vyskytuje podle Vás nejčastěji?** *,,Steiss, Fussknöchel, zwischen den Knie wird oft, Finger.“/*
,, Kostrč, kotníky, mezi koleny bude často, prsty.“
13. **Mit welchen Dekubitusstadium sind Sie schon in Kontakt gekommen? / S jakými stupni dekubitů jste se již setkala?** *,,Mit Stadium 4, mit alle.“/ ,,Se stádiem 4, se všemi.“*
14. **Können Sie mir es beschreiben? Můžete mi je popsat?** *,,1. Hautrötung, 2. Blasebildung, 3. Muskeln, Sehnen 4. Sieht schon Knochen.“/,, 1.zčervenání kůže,2. tvorba puchýřů, 3. svaly, šlachy, 4.jsou již vidět kosti.“*
15. **Wie beugen Sie auf ihre Station Dekubitus vor? / Jakými opatřeními předcházíte ve své praxi dekubitům?** *,, Dekubitusprophylaxe durch Lagerungen, Hautinspektion tägliche.Wenn die gefährdeten Hautstellen zum Beispielle Steiss entlastet wird, das kein Druck entsteht.“/ ,,Prováděním prevenci dekubitů polohováním, kontrolou kůže, každodenně. Když jsou ohrožená místa na kůži volná, nevzniká tlak.“*
16. **Wie sieht nach Ihre Meinung richtige Lagerung aus? / Jak vypadá podle vás správné polohování klienta?** *Ich kontroliere generel BW, wie geht BW, die Haut, die gefährdeten Hautstellen, sieht man, wie sieht aus, dann Auscheidung ist dabei. Beobachtet, Begitter, Klingereinlage.“/ ,,Já kontroluji celkově klienty, jak se jim daří, pokožku, ohrožená místa, jak to vypadá, k tomu vyměšování. Dávat pozor na postranici, zvonek.“*
17. **Welche Lagerungsmethoden verwenden Sie? / Jaké způsoby polohování používáte?** *,,Lagerung in die Seite, R, L und Rückenlagerung, auf Seite bis 30°, 90° wir benützen nicht.“/,, Polohování na stranu, pravou, levou a záda, na stranu do 30°, do 90° nepoužíváme.“*
18. **Wie oft wird es gelagert? / Jak často polohujete?** *,,Alle 3-4 Stunde über Tag, ausser jemand ist ganz stark Dekubitusgefährdet, zum Beispiele Steissbereich , dann wir lagern jede zwei Stunden.“/,, Každé 3-4 hodiny přes den, kromě toho,*

kdo je velmi ohrožen vznikem dekubitů, například na kostrči, pak polohujeme každé 2 hodiny.“

19. **Was schreiben Sie beim Lagern? / Co při polohování zaznamenáváte?** *„Wir schreiben Stunde, Seite R, L, Rücken, Hochlagerung, Mikrobewegungen, Fingertest, Auscheidung und HZ.“/ „ Píšeme hodinu, stranu, pravou, levou, záda. zvednutí trupu, mikropohyby, test zčervenání kůže se zblednutím, bez zblednutí, vyměšování a iniciály.“*
20. **Welche Hilfsmittel verwenden Sie beim Lagern? / Jaké polohovací pomůcky používáte** *„Lagerungskissen, Lagerung Schlangen – Banane, das benütz hauptsächlich Wundsteiss gefährdet sind, antidekubitus Fersenschutz, Lagerungsunterlage.“ /„ Polohovací polštáře, polohovacího hada – banán, ten se používá především, když je kostrč ohrožená vznikem rány, antidekubitní chránič na paty a polohovací podložku.“*
21. **Wieviel Pflegekräfte lagert ein Bewohner? / V jakém počtu polohujete u jednoho pacienta?** *„Meistens ein Pflegekraft, ausser BW, die zu schwer sind zwei Pflegekräfte, mit zwei man kann schöne lagern und wegen die gefährdeten Hautstellen besser frei lagert.“/„ Většinou jeden pečovatel, kromě klientů, kteří jsou hodně těžký jsou dva pečovatelé, když jsou dva mohou lépe napolohovat a lépe ponechat ohrožená místa volná.“*
22. **Welche Schutzsalben oder Cremen verwenden Sie bei BW? / Jaké ochranné krémy používáte v péči o pokožku klienta?** *„Zum Beispiele Mykundexsalben für Steiss, Hautrötungen, das muss Arzt verordnen oder ganz normale Pflegelotion und Wundschutzcreme, muss Angehörige kaufen.“/„ Například mast Mykundex na kostrč, na zarudlou kůži, tu musí naordinovat lékař nebo obyčejné mléko na ošetření pokožky, ochranný krém, to musí koupit příbuzní.“*
23. **Wie beschreiben Sie Kontrakturen?/ Jak by jste popsala kontrakturu?** *„Kontrakturen sind Verkürzung der Sehnen von den Extremitäten.“ /„ Kontraktury jsou zkrácené šlachy končetin.“*

24. **Was verursacht die Kontrakturen bei immobilen Bewohnern? / Jaké jsou podle Vás příčiny vzniku kontraktur u imobilního pacienta?** *„Wenig Bewegung, die Beweglichkeit an den Kontrakturen gefährdeten Stellen- Arme, Beine gehet verloren.“/„ Nepohyblivost, když se na místech rukou a nohou, která jsou ohrožená vznikem kontraktur, ztrácí pohyblivost.“*
25. **Wie beugen Sie Kontrakturen vor?/ Jak předcházíte ve své praxi vzniku kontraktur?** *„Kontrakturenprophylaxe, zum Beispiele über bedrohte Gelenke durchgbewegen, genau, ist eigentlich bei jedem Lagerungswechsel, bei Grundpflege- Ausziehen, Anziehen, das machen Pflegekräfte, regelmässig.“ /„ Prevencí kontraktur, například se týká ohrožených kloubů, přesně, je prováděna při každém polohování, při péči, svlékání, oblékání, to dělají pečovatelé, pravidelně.“*
26. **Ihre Meinung auf Zusammenarbeit PK und Krankengymnastik? / Jaký máte názor na spolupráci sestry z fyzioterapeutem?** *„Ist gut, weil Krankengymnasten geben zurück Meldung, was besser bei BW ist, was verschlechtert bei BW, ist gute Zusammenarbeit, ich kann Krankengymnasten fragen rechtzeitig an einem Problem, er zeigt uns alle. Bei Leuten mit schweren Kontrakturen wird keine Krankengymnastik mehr verordnet, weil Rezept muss verordnet werden von Arzt und Kontrakturen kannst du nicht mehr wegkriegen. Krankengymnastik ist noch bei mobilen Leute, wie Prophylaxe, bei Bettlegenden ist keine Krankengymnastik verordnet.“/„ Je dobrá, protože fyzioterapeuti dají zpětnou informaci, so se zlepšuje a co zhoršuje u klientů. Spolupráce je dobrá, já se mohu fyzioterapeuta včas zeptat na problém, on nám vše ukáže.U lidí s těžkými kontrakturami se již fyzioterapie neordinuje, recept musí být napsán od lékaře a kontraktura je již nevratný stav.“*
27. **Können Sie mir beschreiben wie es bei euch auf der Station abläuft? / Můžete mi popsat, jak u Vás probíhá?** Pozn. již odpověděla
28. **Welche Betten benutzen Sie bei immobile BW? / Jaké typy lůžek používáte pro imobilní pacienty?** *„ Pflegebetten, das sind Betten, wo man kann höher oder nieder verstellen, das ist pozitiv für uns, weil die Betten auf richtige Höhe*

von uns, für BW auch, weil man kann Kopf verstellen, Fussteil.“/ „ Pečovatelská lůžka, to jsou lůžka, která se mohou nastavit nahoru a dolů, je to pozitivní pro nás, protože máme nastavenou správnou výšku, pro klienty také, protože můžeme dát výš hlavovou i nožní část lůžka.“

29. **Können Sie mir sagen welche Vorteile diese Betten haben? / Můžete mi říct, jaká pozitiva či negativa tato lůžka podle Vás mají?** Pozn. již odpověděla a dodala: *„Ich finde nichts negative.“/ „ Neshledávám nic nagativního.“*
30. **Welche Matratzen benutzen Sie bei immobile BW? / Jaké typy matrací používáte pro imobilní pacienty?** *„Es gibt Würfelmatratzen, das sind spezielle Antidekubitusmatratzen, des sind Würfel, die wo den Druck von Körper verringern, dann gibs noch Wechseldruckmatratzen.“/„ Máme waflové matrace, to jsou speciální antidekubitní matrace, které mají kostičky, které snižují tlak na tělo, pak jsou aktivní antidekubitní matrace.“*
31. **Wann nehmen Sie Antidekubitusmatratze her? / Kdy volíte již aktivní antidekubitní matraci?** *„ Diese Matraze muss von Arzt verordnet werden und er verordnet sie meisten dann, wenn schon Dekubitus ist, Stadium 1,2. Diese aktive Matratze ist nicht geeignet nicht bei Leute, die selber drehen im Bet , die wo noch aufstehen können.“/„ Tyto matrace musí být naordinovány lékařem a on je pak naordinuje většinou, když už je dekubitus, u stadia 1,2. Tyto matrace nejsou vhodné u lidí , kteří se sami na lůžku otáčejí, kteří mohou vstávat.“*
32. **Wie mobilisieren Sie BW? / Jakými způsoby provádíte ve vašem domově pro seniory mobilizaci klienta?** *„Bei schweren BW mit zwei Pflegekräften, bei leichten BW mit eine Pflegekraft. Wir mobilisieren auf Rollstuhl./„ U těžkých klientů pomocí dvou pečovatelů, u lehkého klienta pomocí jednoho pečovatele. Mobilizujeme na vozík.“*
33. **Welche Hilfsmittel verwenden Sie zur Mobilisation? / Jaké pomůcky či prostředky používáte při mobilizaci klienta?** *„Pflegerollstuhl, Polstersessel, Hebelifter, aber bei uns wir benützen nicht, er ist auf Stations 1.“/„*

Pečovatelský vozík, čalouněné křeslo, zvedák, ale u nás ho nepoužíváme, je na stanici 1.“

34. **Wie oft mobilisieren Sie BW? / Jak často klienta mobilizujete?** *„ Je nach Allgemeinzustand, wie gut es ist noch möglich für den BW, nach Kreislaufmäsig, alle 2-3 Tage, aber kommt BW drauf an, sie sitzen 3-4 Stunden, länger nicht oft wegen Kreisslauf.“/„ „ V závislosti na celkovém stavu, jak dobře je to ještě možné pro klienta, kvůli oběhu, každé 2-3 dny, ale záleží na stavu klienta. Sedí 3-4 hodiny, déle ne často, kvůli oběhu.“*
35. **Ist noch etwas, was wir beim Gespräch vergessen haben? / Je něco, na co jsme při rozhovoru zapomněli?** *„Basale Stimulation, gibt es Musselwagen auf Station, wir können zu diese Wagen zu liegende Leute fahren, Wir können Lichtterapie, Musikterapie durchgeführen, aber muss Zeit sein.“/„ Bazální stimulace, máme vozík pro BS, se kterým můžeme přijet k ležícím a můžeme provádět terapii světlem, terapii hudbou, ale musí být čas.“*

Sestra 8

1. **Wie alt sind Sie? / Kolik je Vám let?** *„ Ich bin 24.“/„ Je mi 24.“*
2. **Welche ist Ihnen erreichte Ausbildung? / Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? „** *Dreijärige Altenpflege, jetzt mache weitere Ausbildung zu Fachkraft, für geronto-psychiatrische Pflege.“/„ Tříleté studium pro gariatrickou sestru, nyní dělám další odbornou specializaci pro oblast gerontopsychiatrie.“*
3. **Wie lange arbeiten Sie schon in der Pflege? / Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví? „** *7 Jahre.“/„ 7 let.“*
4. **Wie lange arbeiten Sie in die Altenheime? / Jaká je celková délka vaší praxe v domovech pro seniory?** *„Auch 7 Jahre.“/„ Také 7 let.“*
5. **Warum haben Sie sich für Altenpflege entschieden? / Co vás přivedlo k rozhodnutí zvolit si profesi geriatrické sestry? „***Ich habe den Beruf durch ein Praktikum in der Schulle kennengelernt, ich hatte Umgang in dem Altensenioren gefallen und konnte mich vorstellen, dass auszuüben.“/„*

Seznámila jsem se s tímto povoláním při praxi na škole, navštívila jsem domov seniorů a líbilo se mi, uměla jsem si představit, že to budu vykonávat.“

6. **Wie lange arbeiten Sie in dieses Altenheim? / Jak dlouho pracujete jako sestra v nynějším domově pro seniory? „** *Circa 2 Jahre.“/„ Přibližně 2 roky.“*
7. **Wie mobil haben Sie die Senioren auf ihre Station? / Jaké pacienty z hlediska pohyblivosti máte převážně na vašem oddělení?** „ *Circa 70% imobill und 30% mobill, auf Rollstuhl oder teilweise noch gehen.“/„ Přibližně 70% imobilních a 30% mobilních.“*
8. **Welche Einschätzungen verwenden Sie bei immobilen Bewohnern? / Jaké testovací škály u imobilních klientů používáte?** „*Bradenskala, die Kontraktureneinschätzungen, Sturzprophylaxe, Tromboseeinschätzung, Schmerzeinchätzungskala ‚Pneumonieeischätzung, für Munderkrankungen, Inkontinensskala.“/„ Bradenové škála, prevence kontraktur, prevence pádů, prevence trombózy, škála bolesti, prevence pneumonie, škála nemocí dutiny ústní, škála inkontinence.“*
9. **Wie können Sie Immobilität definieren? / Jak by jste definovala imobilitu**? *„Für mich ist ein BW imobill, den selbständig nicht mehr aus dem Bett bewegen kann, für die grosses Schmerzen ‚wegen seine Kontrakturen, Bewegungseinchränkunge.“ Podle mě je klient imobilní, který se již nemůže samostatně pohybovat z lůžka, pro velké bolesti, kvůli jeho kontraktůrám, omezení pohybu.“*
10. **Welche Komplikationen kann Immobilität verursachen? / Jaké komplikace může imobilita podle Vás způsobit? „** *Dekubitusgefahr, Kontrakturengefahr, für Verdaung, Stullgang- Obstipation, Inkontinenz, auch Schmerzen dann, Ernährungs ist schlechte, weil im Bett schlechte essen kann.“/„ Nebezpečí dekubitů, nebezpečí kontraktur, pro zažívání, obstipace, inkontinence, pak také bolesti, příjem potravy je špatný, protože se mu v lůžku špatně jí.“*
11. **Wie können Sie Dekubitus definieren? / Jak by jste definovala dekubitus? „** *Man kann sehen, also die Fingertest, wenn die Rötung rückläufig ist oder*

bleibt, dann kann man Dekubitus einhalt, das verursacht die Druckstelle.“/,, Člověk může vidět, tedy provádění se test zatlačením na kůži prstem , když zčervenání klesá nebo zůstává, pak člověk může dekubitus zastavit, to způsobuje otlak.“

12. **Wo sieht man Dekubitus, nach Ihre Meinung, am häufigsten? / Kde se vyskytuje podle Vás nejčastěji? „** *Am Steiss, am den Fersen, wir müssen am häufigsten beobachtet. Auf Seite am Schultern, am Trochanter, zwischen Knee, Knöchel am dem Beinen.“/,, Na kostrči na patách, musíme nejčastěji dávat pozor. Na straně na ramenech na trochanteru, mezi koleny, kosti na nohách.“*
13. **Mit welchen Dekubitusstadium sind Sie schon in Kontakt gekommen? / S jakými stupni dekubitů jste se již setkala? „** *Mit dem 4. Stadium, mit dem schlimsten, das wurde Sehnen schon betrofen.“/,, Se 4.stadiem, s tím nejtěžším, byly již vidět šlachy.“*
14. **Können Sie mir es beschreiben? Můžete mi je popsat? „** *1. Stadium eine Rötung von der Haut, das ist nicht wegdrücken lässt, 2.Stadium ist das schon, wenn oberste Hautschicht, die Epidermis glaube ich, betrofen ist und dann ist 3. Stadium von dem Subkutis betrofen ist, 4. Stadium ist dann Muskeln und Sehnen betrofen ist:.,,První stadium zčervenání kůže, když po zatlačení zůstává, druhé stadium už je , když horní vrstva, dermis myslím, je postižena, pak je třetí stadium je postižena subkutis a čtvrté stadium je pak postižena svalovina a šlachy.“*
15. **Wie beugen Sie auf ihre Station Dekubitus vor? / Jakými opatřeními předcházíte ve své praxi dekubitům?** „ *Also wir machen Hautpflege und einmal im Schichte Fingertest, gelagern betrofene oder gefährliche Stellen frei, also wir lagern generell alle 3-4 Stunden, bei stärke gefährdeten BW alle 2 Stunden.“/,, Provádíme ošetřování pokožky, jednou v pracovní době test zčervenání kůže, polohujeme postižená nebo ohrožená místa volně, tedy polohujeme všeobecně každé 3-4 hodiny, u velmi ohrožených lidí každé 2 hodiny.“*

16. **Wie sieht nach Ihre Meinung richtige Lagerung aus? / Jak vypadá podle vás správné polohování klienta? „** *Wenn Betrofene Stellen frei gelagert sind, oder das keine Gelenke, also, hoch gelagert werden, wegen Kontrakturen gefahr, das Oberkörper leicht erhöht ist und wenn das BW bequem liegt.“/„ Když jsou ohrožená místa při polohování ponechána volná, když nejsou klouby zvednuty při polohování vysoko, kvůli nebezpečí kontraktur, když je horní část trupu mírně zvýšena, když klient pohodleně leží.“*
17. **Welche Lagerungsmethoden verwenden Sie? / Jaké způsoby polohování používáte?** *„ Nach Lagerungsplan alle 3 Stunden abwechselnd L, R, Rücken. Auf Seite bis 30°. 90° ist mehr gefährdete für Dekubitus. Senioren werden selten auf dem Bauch gelagert, das ist für jüngeren BW.“/„ Podle polohovacího plánu obměnit polohu každé 3 hodiny na levo, pravo, záda. Na stranu do 30°. 90° je více nebezpečný pro dekubity.“Na břicho polohujeme seniory zřídka, to je pro mladší.“*
18. **Wie oft wird es gelagert? / Jak často polohujete?** Pozn. již odpověděla.
19. **Was schreiben Sie beim Lagern? / Co při polohování zaznamenáváte?** *„Ich schreibe die Uhrzeit , Positionsseite R, L, Rücken, Hochlagerung, Fingertest ob positiv oder negativ ist, ob Auscheidung war ob, der BW Schmerzen hat oder ob der BW selber andere Lagerung wünscht und dann wir unterschreiben. “/„ Já píši hodinu stranu, pravou, levou, záda. zvednutí trupu, test zčervenání kůže se zblednutím, bez zblednutí, vyměšování nebo jestli měl bolesti, jestli si klient sám přeje jiné polohování a pak se podepíšeme.“*
20. **Welche Hilfsmittel verwenden Sie beim Lagern? / Jaké polohovací pomůcky používáte?/ „** *Wir verwerden Kissen, also eis für den Rücken und dann bischen gröseres für die Füsse, für Knie unterstücken frei gelagert sind.“/„ Používáme polštáře, tedy za záda a pak trochu větší pro nohy, pro kolena kousek, aby ležely volně.“*
21. **Wieviel Pflegekräfte lagert ein Bewohner? / V jakém počtu polohujete u jednoho pacienta? „** *Eine Pflegekraft lagert ein BW, aber besser ist oder mir lieber ist, wenn zwei Pflegekräfte ein BW. Das ist für Pflegekräfte für Rücken*

besser und für BW ebenfalls, weil man muss nicht BW so packen und hoch heben.“/,, Jedna pečovatelka polohuje jednoho klienta, ale lepší je nebo mám radši, když jsou dvě pečovatelky na jednoho klienta, Je to lepší pro personál pro záda a pro klienta rovněž, protože člověk nemusí klienta tak balit a vysoko zvedat.“

22. **Welche Schutzsalben oder Cremen verwenden Sie bei BW? / Jaké ochranné krémy používáte v péči o pokožku klienta? „** *Eine Wundschutzcrem, die eine kleine Kinder auch könnt auch getragen oder Hautöil oder bei auf ganz oberflächliche Rötungen eine Hautlotion. Wenn BW eine Pilze hat, dann wir verwerden die meistens die Mykundex Salbe, oder für einige BW Multilind Salbe oder die Mirfulan Salbe, das muss Artz verordenet. Haulotion ist von Haus gestelt und andere muss jeder bezahlen.“/,, Ochranný krém, který se může nanášet také malým dětem nebo pleťový olej nebo na zcela povrchová zčervenání tělové mléko. Když má klient mykózu, používáme nejvíce mast Mykundex nebo u někoho mast Multilind nebo Mirfulan. Tělové mléko objednává domov a ostatní si musí každý platit“*

23. **Wie beschreiben Sie Kontrakturen?/ Jak by jste popsala kontrakturu? „** *Also eine Kontrakturen ist versteiftes Gelenk, des man nicht mehr, also, vollständig bewegen kann, seine Bewegung eingeschränk ist und bei übermässige Belastung dem BW auch Schmerzen begleitet./,, Tedy kontraktura je ztuhlý kloub, který se již nemůže úplně hýbat, jeho pohyb je omezený a při nadměrné zátěži je to doprovázeno bolestí.“*

24. **Was verursacht die Kontrakturen bei immobilen Bewohnern? / Jaké jsou podle Vás příčiny vzniku kontraktur u imobilního pacienta? „** *Der Bewegungsmangel, oder die falsche Lagererung, wenn Gelenke hoch gelagert werden.“/,, Nedostatek pohybu nebo špatné polohování, když jsou klouby napolohovány vysoko.“*

25. **Wie beugen Sie Kontrakturen vor?/ Jak předcházíte ve své praxi vzniku kontraktur? „** *Mit dem Kontrakturenprophylaxe 2x am Tag, wo die Gelenke gerade durchbewegen bis BW Schmerzen äußert , wie Mimik und Gestik, damit*

ich schaue, dass die Gelenke richtig gelagert sind. Die BW mobilisiert werden, die wonoch gehen können oder sitzen.“/„ Prevencí kontraktur 2x týdně, tam kde klient právě vyjadřuje bolest při pohybu mimikou a gestikulací, dívám se, jestli jsou klouby správně napolohovány. Klienti jsou mobilizováni, když mohou jít nebo sedět.“

26. **Ihre Meinung auf Zusammenarbeit PK und Krankengymnastik? / Jaký máte názor na spolupráci sestry z fyzioterapeutem?** *„Ich finde, dass die Zussamenarbeit wenider gut funkzioniert, weil normal muss uns die Krankengymnastik die Übungen zeigen, die richtige Übungen machen und des wir halt selber gemacht.“/„Já myslím, že spolupráce nefunguje dobře, protože normálně musí fyzioterapeut cviky ukázat, správné cviky, abychom je mohli provádět sami.“*
27. **Können Sie mir beschreiben wie es bei euch auf der Station abläuft? / Můžete mi popsat, jak u Vás probíhá?** *„ Sie kommen zu allem Leute, die noch laufen können, oder wieder besser gefährdet sollte, dass die besser gehen können oder eine besser Beweglichkeit, sie kommt aber teilweise zu immobille BW und machen dann mit Gelenke Übungsbewegungen. Das ist wird schon gemischt.“/„ Přijdou ke všem lidem, kteří se mohou sami pohybovat nebo kteří se mohou zlepšit chodit nebo zlepšit pohyblivost, ale také přijdou k částečně imobilním klientům a pak provádí procvičování kloubů.“*
28. **Welche Betten benutzen Sie bei immobile BW? / Jaké typy lůžek používáte pro imobilní pacienty? „** *Also wir haben elektrische Pflegebetten.“/„ Tedy máme elektrická lůžka.“*
29. **Können Sie mir sagen welche Vorteile diese Betten haben? / Můžete mi říct, jaká pozitiva či negativa tato lůžka podle Vás mají?**/ „ *Wegen weniger Kraft Pflegepersonal benutzt werden, dann BW kann auch wegen dann die Demens oder selber benützen mit der Fernbedienung. Ich finde negative, wenn ist keine keine Stromversorgung“/„ Ošetřující personál používá méně síly, klient pak také kvůli demenci nebo může sám používat dálkový ovladač. Shledávám nagativním, když nejde proud.“*

30. **Welche Matratzen benutzen Sie bei immobile BW? / Jaké typy matrací používáte pro imobilní pacienty? „** *Wenn BW wegen Dekubitus gefährdet sind, dann wir haben eine Wechseldruckmatraze oder eine Würfelmatraze.“/„ Jestliže jsou klienti ohroženi dekubitem, pak máme aktivní matrace nebo pasivní waflové.“*
31. **Wann nehmen Sie Antidekubitusmatratze her? / Kdy volíte již aktivní antidekubitní matraci**? „ *Beim BW, die schon ein Dekubitus Grad 1 haben oder wenn hat Hautrötung. Bei BW, die schon Stand Demens haben, ist es das nicht gut geeignet, weil die sind Körper nicht gefühl.“/„ U klientů, kteří již mají první stupeň dekubitu nebo když mají zčervenání kůže. U lidí, kteří mají demenci, se to dobře nehodí, protože ti nevnímají tělo.“*
32. **Wie mobilisieren Sie BW? / Jakými způsoby provádíte ve vašem domově pro seniory mobilizaci klienta?** „ *Bei fitten BW, wir nehmen unterstützen stehen und begleiten, gehen oder bei BW, die nicht allein bewegen können, werden dann die meisten zu zwei auf Rollstuhl mobilisieren.“/„ Lidi, kteří jsou fit, s podporou vstávají a procházejí se nebo lidi, kteří se sami nepohybují, jsou mobilizováni pomocí dvou na vozík.“*
33. **Welche Hilfsmittel verwenden Sie zur Mobilisation? / Jaké pomůcky či prostředky používáte při mobilizaci klienta**? „ *Also den Rollstuhl, den Badenlifte teilweise, Pflegerollstühle für die BW, die nicht mehr auf normal Stuhl sitzen nicht könnten, Sitzsack. Das Bett - Oberkörper hoch machen.“/„Tedy vozík, částečně vanový zvedák, ošetřovatelská pojízdná křesla pro klienty, kteří by již nemohli sedět na normální židli, Lůžko - zvednout horní část.“*
34. **Wie oft mobilisieren Sie BW? / Jak často klienta mobilizujete**? „ *Manche BW kann man jeden Tag auf Rollstuhl mobilisieren, dann wir machen 2x-3x in der Woche oder die BW im Bett, die werden dann regelmassig für Mahlzeit mobilisiert, Nachmitags oder Vormitags kurzzeitig hoch, sie schauen Fernsehen oder wenn Besuch da ist. Ich mobilisiere von 3 bis 4 Stunden. Ich schaue auf algemaine Zustand, wie die geht es BW, ob Haut stark gerötet ist.“/„ Někteří*

klienti se mohou na vozík mobilizovat každý den, pak někteří 2x-3x v týdnu, ti kteří jsou v lůžku, jsou mobilizováni pravidelně k jídlu, odpoledne nebo dopoledne na krátký čas zvednuti v lůžku, dívají se na televizi nebo když mají návštěvu. Mobilizuji od 3 do 4 hodin. Sleduji celkový stav, jak se klientovi daří, jestli není pokožka silně červená.“

35. **Ist noch etwas, was wir beim Gespräch vergessen haben? / Je něco, na co jsme při rozhovoru zapomněli? „** *Wir achten auf Atmung, wie ist , wenn jemand sitzt. Das ist eine Pneumonie Prophylaxe. Wenn die BW durch atmen kann, die Kreisslauf wird nicht eingelegt. Wir Atem stimulieren durch Einreibung oder das Abklopfen.“/„ Dáváme pozor na dýchání, jaké je, když někdo sedí. To je prevence pneumonie. Když klient může dýchat, není zatěžován oběhový aparát. Stimulujeme dýchání třením nebo poklepáváním.“*

Příloha č. 3- Kategorizace výsledků hloubkových rozhovorů se sestrami technikou otevřeného kódování

Vědomosti sester v ČR a SRN

Imobilita

ČR	SRN
Upoutání na lůžko S1/19, S3/15	Upoutání na lůžko S7/ 15, S8/14
Omezení pohybu S1/18, S2/21, S4/12	Omezení pohybuS5/14, S6/15, S7/15, S8/15
Neschopnost sebepéče S2/21, S4/12, S3/17	Neschopnost sebepéče S5/15, S6/17
Komplikace:	Komplikace:
Dekubity S1/22, S2/28, S3/19, S4/13	Dekubity S5/16, S7/16, S8/16
Pneumonie S1/23, S2/24, S3/20	Pneumonie S5/17, S6/18
Dušnost S4/14	Bolest S8/17
Deformita kloubů S1/23, S3/21	Kontraktury S7/16, S8/17
Zácpa S1/25, S2/23, S3/23, S4/14	Zácpa S5/17, S6/22, S8/17
Záněty močový cest S4/14	Záněty močový cest S5/18
Psychic. změnyS1/25, S2/31, S3/24, S4/15	Inkontinence S7/17, S8/17
Oběhové potíže S1/27	Oběhové potíže S1/27, S5/17, S6/18, S7/16
Pády S2/22, S4/14	Zhoršený příjem potravy S8/17
Opruzeniny S2/29	Bezmocnost S5/16
Atrofie svalů S3/20	Polykací potíže S5/17
Kontraktury S3/21	

Dekubitus

ČR	SRN
Proleženina S4/16	Proleženina S5/19
Poškození kůže S1/29,	Poškození kůže S6/25, S7/19
Místní odúmrť tkáně S3/26	Dlouhodobé působení tlaku S7/19, S8/19

Hůře prokrvené místo S2/35

Klasifikace do 3.stupně S1/30, S2/36	Klasifikace do 3. stupně S6/32, S6/33
Klasifikace do 4.stupně S4/25	Klasifikace do 4. stupně S5/24, S7/22
Klasifikace do 4.-5.stupně S3/28	S8/25

Kontraktura

ČR	SRN
Ztuhlost kloubu S4/61	Ztuhlost kloubu S5/60
Zlomenina krčku S2/105	Zkracují se svaly S6/60
Zkrácení šlach v kloubu S1/89, S3/72	Omezení pohyblivosti S5/61
	Zkrácené šlachy S7/45
Příčina:	Příčina:
Špatná rehabilitace S1/90,	Imobilita S6/62
Nedostatek pohybu S4/61	Nedostatek pohybu S6/63, S7/46
Pád S2/107	Špatné polohování S6/63

Realizace preventivních opatření v oblasti prevence vzniku dekubitů a kontraktur v ČR a SRN

Vedení dokumentace

ČR	SRN
Nortonová – riziko dekubitů S1/15, S2/17 S3/13	Bradenové škála S5/10, S6/11, S7/11, S8/11
Barthelův index S3/14, S4/9	Prevence kontraktur S5/11, S7/11, S8/11
Celkové soběstačnosti S3/14	Škála nemocí dutiny ústní S5/12, S7/12, S8/12
Malnutriční test S2/17, S4/10	Prevence trombózy S5/12, S7/12, S8/12
Riziko pádů S3/14, S4/10	Prevence pneumonie S5/12, S7/12, S8/12
Neuromentální test S2/16, S3/14, S4/10	

Alzheimerův test S2/15
Záznam mobility S2/18
Inkontinence S2/18
Kvalita vědomí S2/18
Hodnocení bolesti S4/11

Hodnocení demenceS5/11
Škála inkontinence S5/11, S7/12, S8/13
Zápis příjmu tekutin a stravy S5/13
Hodnocení bolesti S5/12, S8/12
Prevence pádůS5/13, S7/12, S8/11
BMI S5/11, S7/12

Polohování

ČR
Podle BS S1/50, S2/68
Mikropolohování S1/51, S3/54, S4/35
Antispastické S3/51
Klasické S1/56, S2/72, S4/33
S3/49, S4/33
Polohování ve dvou S1/79, S2/86,S4/50
Vedení záznamu S1/65, S2/78, S3/48, S4/44

SRN
Klasické S5/32, S6/38, S7/79,S8/37
Polohování ve dvou S6/54
Polohování v jedné S5/53, S7/38, S8/46, S8/46
Vedení záznamu S5/49, S6/49, S7/33, S8/39

Mobilizace

ČR
Polohování S3/113,S4/82
Sed na lůžku S1/19,73,118,141
S3/112, S4/83,84
Mobilizace z lůžka S1/133, S2/140
S3/109,111,S4/80
Chůze s pomocí S2/140,S3/112
Aktivní a pasivní cvičení S1/92,93,
S2/116,118,119,149,151S3/107,108
S3/181,88, S4/63,69,82

SRN
Polohování S5/85, S6/65, S7/49
Sed na lůžku S5/85, S6/83, S8/60
S8/83,87
Mobilizace z lůžka S5/85, S6/23,24,65
S7/67, S8/79,80
Chůze s pomocí S5/85, S8/60
Aktivní a pasivní cvičení S5/64, S6/65
Denní činnosti S7/50

Spolupráce s fyzioterapeutem

Fyzioterapeuta nemáme S1/101,102, S3/93

Dělají to ošetřovatelky a sestry S1/92,104, S3/87, S4/69

Chybí nám S1/102, S4/71

Spolupráce byla prospěšná S2/12

Spolupráce se mi líbila S3/89

Nikdo ho nenahradí S3/86

Poradila nám S1/111

Spolupráce funguje S6/69

Spolupráce nefunguje S8/62

Cviky sám neukáže S8/62

Společně nespolupracujeme S5/67

Vše ukáže S7/53

Spolupráce je dobrá S7/52

Mohu se zeptat S7/52

Oblasti pozorování sester v prevenci

ČR

Čistota lůžka S1/87,S3/69,70

Čistota klienta S1/41

Úprava lůžka S3/70

Stav pokožky S1/87, S2/29, S3/70

Inkontinentní pomůcky S1/86, S3/57,58

Fyziologické postavení končetin S2/69,70 S3/51

Oběhové problémy S1/28,138

Otoky S1/137

TK S/137

Dostatek tekutin S1/140

Dýchání S1/142

Průchodnost dýchacích cest S2/25,26

Prokrvení končetin S1/142

Orientace S2/30,147

SRN

Čistota klienta, vzhled S1/44

Celkový stav S7/26, S8/88

Postranice, zvonek S7/28

Stav pokožky S5/27,28,34, S7/24 S6/25,26,45,88, S7/27, S8/20,29,88

Správné polohování S5/46, S7/25, S8/33,34,35

Vyměšování S6/21,S7/27

Močení S6/23, S7/27

Bolest S8/59

Únava S6/88

Psychika S6/84

Dýchání S6/84, S8/89

Průchodnost dýchacích cest S6/20

Oběhové problémy S6/64,68

Strava bohatá na vitamíny, bílkoviny S5/34

	Fyziologické postavení končetin S8/33,34,59,60

Metody zlepšující prevenci

ČR	SRN
Masáže S2/118,119,S3/79,S4/91	Masáže S5/92
Stimulace dýchání S1/44	Stimulace dýchání S8/90,91
Promazávání pokožky a ohrožených míst S1/40,82-85, S2/29,102,103, S2/65-69 S8/50,51,52,53,S4/53-56	Promazávání pokožky a ohrožených míst S5/56,57,58, S6/57,58,59 S7/41.42.43,
Kinestetika S2/150,S3/82,109-110,114	Aromaterapie S5/95
Bazální stimulace S1/45-55,85-86, S3/82 S3/84,115,116,121-122,S4/89-92	Bazální stimulace S5/92,S7/75-76
Smyslová aktivizace S1/147-149, S2/56-57 S2/68,132	Smyslová aktivizace S6/90-91

Vybavení pro imobilní klienty a jejich využití v ČR a SRN

Polohovací pomůcky

ČR	SRN
Polštáře S1/70, S2/61 S4/48-49,	Polštáře S5/51,47, S6/36,41,43,51-52 S7/36, S8/44
Had S1/67, S2/58,74, S3/60, S4/29,47	Had S5/51,S6/51,S7/36-37
Patěnky S1/71, S3/61, S4/48-49	Patěnky S7/37
Klínky S4/47-48	Klínky S6/43
Podložka polohovačka S1/75	Podložka polohovačka S7/37
Rolátor v lůžkuS1/74	
Válečky S1/71	
Polštář v podobě křesla S2/82	
Protiskluzová podložka S2/84	

Mobilizační pomůcky

ČR	SRN
Pojízdné křeslo S1/77,133-134	Pojízdné křeslo S5/86-87,S7/69-70
S3/39,S4/80	S8/82
Vozík S1/136,S4/83	Vozík S5/86,S6/82,S8/81
Rolátor S2/148,S3/112	Rolátor S5/86
Polohovací křeslo S2/140, S3/113	Polohovací křeslo S6/83,S7/70
Motomed S2/110, S4/63,69	Sedací pytel S7/68, S8/83
Vysoké chodítko S2/148,S3/112	Toaletní židle S6/24
Zvedák S1/74	Vanový zvedák S8/81
Mycí lůžko S1/74	

Lůžka a antidekubitní matrace

ČR	SRN
El.lůžka polohovací	El.lůžka polohovací
S1/115, S2/129-131, S3/94-95	S5/72-73, S673-74, S7/55-58
S4/72-73	S8/68-69
Pozitiva:	Pozitiva:
Nastavitelná dle personálu,	Nastavitelná dle personálu,
dle klienta	dle klienta
S1/116-119,S2/134,S3/95	S5/75-76. S6//75, S7/56-58
S4/74-75	S8/70-71
Negativa:	Negativa:
Nejde el. proud S3/99-100	Nejde el. proud S8/71-72
	Nebezpečí pádu S5/77
Matrace líná pěna S1/124,130, S2/136	Matrace PUR pěna S5/79-80
S3//60-61,102, S4/73	S6/86. S7/60-61. S8/74
Matrace aktivní S1/120,122-123	Matrace aktivní S5/778-79, S6/36,76

S2/55,136, S3/103, S4/73,76	S7/61-62, S8/74
Použití:	Použití:
Projev dekubitu, u zcela	Projev dekubitu, u zcela
imobilních S1/126-128	imobilních S5/81-84, S6/79-81
S2/54,136, S3/104-108. S4/77-78	S7/63-65, S8/73-76

Obecné poznatky týkající se imobilních klientů v ČR a v SRN

ČR	SRN
Nárůst imobilních S2/11,S3/11-12	70%-90% zcela imobilních
S4/8	S5/8, S6/10, S7/10, S8/9-10
Nad 50% S1/14	
Vznik dekubitu	Vznik dekubitu
Nemocnice, doma S1/33-34,	Nemocnice, doma S6/30
S3/42-43,36, S4/20-21	
Výskyt dekubitu v DS	Výskyt dekubitu v DS
Není S1/32-33	Fingertest (test zčervenání kůže)
Minimálně S3/36	S5/27-28,50, S6/50,S7/34, S8/29,40
Do 1-2. stupně S2/40, S4//21-22	Do 1-2. stupně S6/29-31

Příloha č. 4 – Polohovací a mobilizační záznam z německého domova pro seniory

Jahr: _____ SENIORENZENTRUM St. Josef Blatt Nr.: _____

Individueller Bewegungsplan

Name: _____ Vorname: _____ geb. Datum: _____

Lagerungsintervalle Tags alle _____ Stunden Lagerungsintervalle Nachts alle _____ Stunden

Dekubitusgefahr laut Braden - Skala ☐ Ja ☐ Nein

Hilfsmittel: ☐ WDM ☐ Lagerungskissen ☐ Würfelmatratze ☐ Antidekubituskissen ☐ Fersenschoner

Datum	Uhrzeit	Lagerung re. 30°	Lagerung li. 30°	rü.	Mobilisation am Bettrand	Oberkörper Hochlagerung	Mobilisation BL,RS,S,TS	Microbewe-gungen	Fingertest pos.	Fingertest neg.	Ausscheidung s	Ausscheidung d	Ausscheidung n	Ausscheidung t	Pflege GKW	Pflege Mpfl.	HZ

Legende: WDM=Wechseldruckmatratze BL=Badelifter RS=Rollstuhl S=St TS=Toilettenstuhl s=Stuhlgang d=Durchfall nenass t=tro 1 GKW=Ganzkörperwäsche Mpfl.=Mundpflege Seite 1 von 1

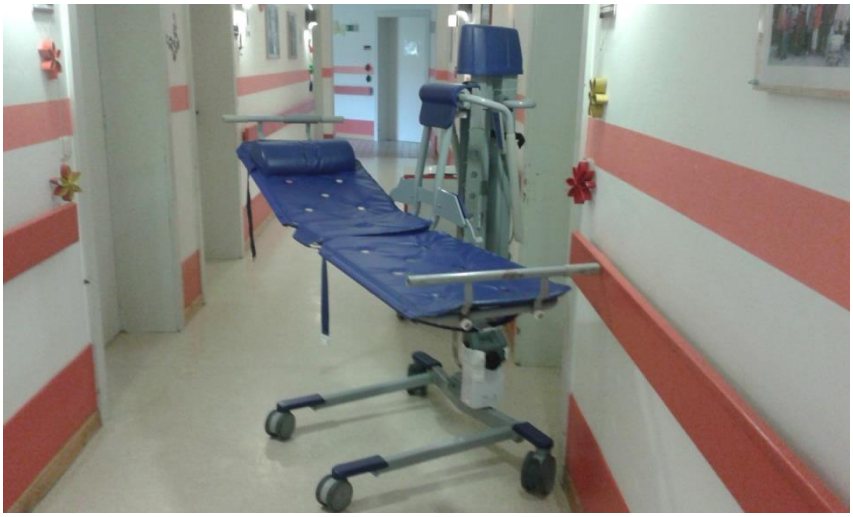
Příloha č. 5 – Fotodokumentace polohovacích a mobilizačních pomůcek německého domova pro seniory

Invalidní vozík

Invalidní křeslo

Rolátor

Vanový zvedák



Sedací pytel

Elektricky ovládané lůžko

Aktivní antidekubitární matrace

Polohovací pomůcka tzv. had

Polohovací elektrické křeslo

Antidekubitní pomůcky

Příloha č. 6 – Polohovací a mobilizační záznam zpracovaný pro český domov seniorů

Polohovací a mobilizační záznam

Rok: ______ Číslo záznamu: ______

Jméno: ______ Příjmení: ______ Datum narození: ______

Polohovací interval přes den: ______ Polohovací interval v noci: ______

Riziko dekubitů dle Nortonové: ☐ Ano ☐ Ne

Antidekubitní prostředky: ☐ AM ☐ Polohovací pomůcky ☐ PM ☐ Antidekubitní pomůcky ☐ Chrániče pat

Datum	Hodina	Poloha			Mobilizace na lůžku	Zvednutí trupu nahoru	Mobilizace VZ,IV, K, TŽ	Mikropo-loha	Test kůže		Vyměšování				Péče		Podpis
		Pravá	levá	záda					poz.	neg.	St.	P	M	S	MCT	DÚ	

Legenda: **AM** - aktivní matrace, **St** - stolice, **P** - průjem, **PM** - pasivní matrace, **M** - moč, **S** - suchý, **VZ** - vanový zvedák, **MCT** - mytí celého těla, **IV** - invalidní vozík, **DÚ** - dutina ústní, **K** - křeslo, **TŽ** - toaletní židle