

Ošetrovatelský proces při zajištění  
tělesné aktivity, potřeby sebepéče a  
soběstačnosti

---

# Hodnocení soběstačnosti a sebepečce

---

- schopnost pohybu je základní lidská potřeba – umožňuje člověku jeho soběstačnost
  - v průběhu ontogeneze období přirozené nesoběstačnosti,
  - patologické ovlivnění sebepečce onemocněním
  - soběstačný jedinec zvládá „Aktivity běžného života“ – ADL (Activity of Daily Living)
- ADL** – „Personální (bazální) běžné denní činnosti“ – PADL
- - „Instrumentální aktivity denního života“ - IADL

# PADL

---

Aktivity často intimního charakteru.

7 komplexních aktivit:

1. Celková hygiena
2. Osobní hygiena, péče o vzhled,
3. Oblékání,
4. Příjem stravy,
5. Přesun z lůžka na židli,
6. WC a jeho použití,
7. Kontinence.

# IADL

---

Složitější a komplexnější činnosti. Různé varianty členění.

1. Cestování – chůze po schodech, otevírání dveří, odemykání, užívání a orientace v osobní a veřejné dopravě.
2. Telefonování.
3. Užívání léků – správná doba, dávka, typ.
4. Nakupování.
5. Manipulace s penězi – schopnost chápání peněz, fyzická manipulace.
6. Příprava stravy.
7. Péče o domácnost.

PADL



ADL



IADL



Aktivity denného života „Activity of Daily Living – ADL

# Soběstačnost

---

= míra samostatnosti vlastní sebepéče.

- ovlivněna biologicko-fyzickým stavem jedince.

**Soběstačný jedinec - ?**

# Sebepéče

---

= samostatné vykonávání denních aktivit vlastními silami.

- ovlivněna socio-ekonomicko-environmentálním standardem jedince,

- regulatorní funkce k zajištění a udržení určitého stavu materiálních věcí a podmínek k zachování života.

# Objektivní hodnocení míry sebeděče a stupně soběstačnosti

- Klasifikace funkčních úrovní sebeděče dle M. Gordonové,
- Test ADL - Activity Daily Living podle Barthelové,
- Test IADL – Instrumental Activity of Daily Living (Lawton-Brodyho test) test instrumentálních činností.

Tabulka 1 Klasifikace funkčních úrovní sebeděče v modelu M. Gordonové




KLASIFIKACE FUNKČNÍCH ÚROVNÍ SEBEDĚČE DLE GORDONOVÉ	
0	Nezávislý.
1	Potřebuje minimální pomoc, sám používá pomůcky, sám zvládá 75 % činností.
2	Potřebuje menší pomoc, dohled, sám zvládá 50 % činností.
3	Potřebuje velkou pomoc (sestra, přístroj), sám zvládá méně než 25 % činností.
4	Celkově závislý na pomoci druhých, potřebuje stálý dohled.
5	Absolutní deficit sebeděče, žádná aktivita, není si schopný sám pomáhat, potřebuje pomoc 24 hodin denně nutná komplexní péče.



## Barthelové test ADL

Činnost	Provedení činnosti/hodnocení	Bodové skóre
Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moče	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
Kontinence stolice	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
Přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	dokáže/vydrží sedět	5
Chůze po rovině	neprovede	0
	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
Chůze po schodech	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
	samostatně bez pomoci	10
Chůze po schodech	s pomocí	5
	neprovede	0




### Hodnocení stupně závislosti

-  0-40 bodů: vysoce závislý
-  45-60 bodů: závislost středního stupně
-  65-95 bodů: lehká závislost 100 bodů: nezávislý

## Lawton-Brody test IADL

Činnost	Provedení činnosti/hodnocení	Bodové skóre
Telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže použít telefon	0
Transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje s doprovodem	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby nebo speciální podmínky (speciálně upravený vůz)	0
Nakupování	samostatně nakoupí	10
	nakoupí s doprovodem/radou druhé osoby	5
	není schopen nakoupit	0
Domácí práce	provádí samostatně nebo s pomocí u těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce	5
	neprovede	0
Práce kolem domu	provádí samostatně	10
	provede s pomocí nebo pod dohledem	5
	neprovede	0
Vaření	samostatně uvaří celé jídlo	10
	jídlo si ohřeje	5
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
Užívání léků	užívá samostatně, správně dává, zná názvy léků	10
	užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	léky musí být podány druhou osobou	0
Finance	spravuje samostatně, zná příjmy a výdaje, platí účty	10
	zvládá drobné výdaje, potřebuje pomoc při složitějších operacích	5
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0

### Hodnocení stupně závislosti

-  0-40 bodů: závislý
-  45-75 bodů: částečně závislý
-  80 bodů: nezávislý

Zdroj:

[https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps16/osetrovatelske\\_postupy/web/pages/06-sobestacnost.html](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps16/osetrovatelske_postupy/web/pages/06-sobestacnost.html)

# Testy duševního stavu

---

Geriatrická škála deprese- chybění otázek které jsou prakticky pravidelně u depresí ve stáří.

Test kognitivních funkcí- MMSE (Mini-mental state examination) hodnotí:

1. orientaci,
2. paměť,
3. pozornost,
4. mluvené i psané slovo,
5. konstruktivní schopnosti.

# Význam přiměřené tělesné aktivity

---

- zlepšuje zdravotní stav,
- chrání před nemocemi,
- zvyšuje výkonnost orgánů,
- zlepšuje duševní zdraví.

# Faktory ovlivňující pohybovou aktivitu

---

- fyziologicko-biologické (věk, zdraví, genetika, ...)
- psychologicko-duchovní (emocionální napětí, typ osobnosti, sebeúcta, ...)
- sociálně-kulturní (povolání, role, finance, ...)
- faktory životního prostředí geografické a klimatické podmínky)

# Pohybový režim

---

- vyšetření hybnosti při příjmu – přidělení příslušného pohybového režimu,

Označení	Konkretizace pohybového režimu
A - 1	Pacient zcela soběstačný, chodící, volný pohyb po areálu nemocnice (barevné označení – žlutá)
B - 2	Chodící nemocný, volný pohyb po oddělení (zelená)
C - 3	Částečně soběstačný pacient, soběstačný v rámci lůžka, nutná dopomoc, neopouští pokoj (modrá)
D - 4	Nesoběstačný pacient, upoután na lůžko, neopouští lůžko (červená)

- kategorizace dle platné legislativy, která by měla být dodržována.

# Kategorizace pacienta

- dle platné legislativy, která by měla být dodržována,
- Zákon č.467/2012 Sb., částka 174.

Kategorie	Konkretizace kategorie dle legislativy
0	<b>Pacient na propustce.</b>
1	<b>Pacient soběstačný</b> , nezávislý na základní ošetrovatelské péči, nebo obdobně soběstačné dítě nad 10 let věku.
2	<b>Pacient částečně soběstačný</b> , nebo spolupracující dítě od 6 do 10 let věku včetně, sebeobsluha s dopomocí, schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či na invalidním vozíku, pacient vykazující mírné příznaky duševní poruchy.
3	<b>Lucidní pacient</b> neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně či samostatně na invalidním vozíku, vyžadující téměř úplnou obsluhu, nebo psychicky alterovaný pacient nebo pacient vykazující středně těžké příznaky duševní poruchy vyžadující zvýšený dohled, případně přechodné omezení pohybu či farmakologické zklidnění. Také dítě od 2 do 6 let věku.
4	<b>Pacient imobilní</b> , lucidní pacient zcela imobilní, příp. inkontinentní, vyžadující ošetrovatelskou pomoc při všech i nejběžnějších úkonech, pacient vykazující příznaky závažné duševní poruchy vyžadující omezení pohybu a farmakologické zklidnění. Dítě od 0 do 2 let věku.
5	<b>Pacient v bezvědomí</b> , případně v delirantním stavu, pacient vykazující příznaky těžké duševní poruchy, nebezpečný sobě či okolí, vyžadující trvalý ošetrovatelský dohled, případně použití omezovacích prostředků intenzivní psychiatrické péče.

# Imobilizační syndrom

---

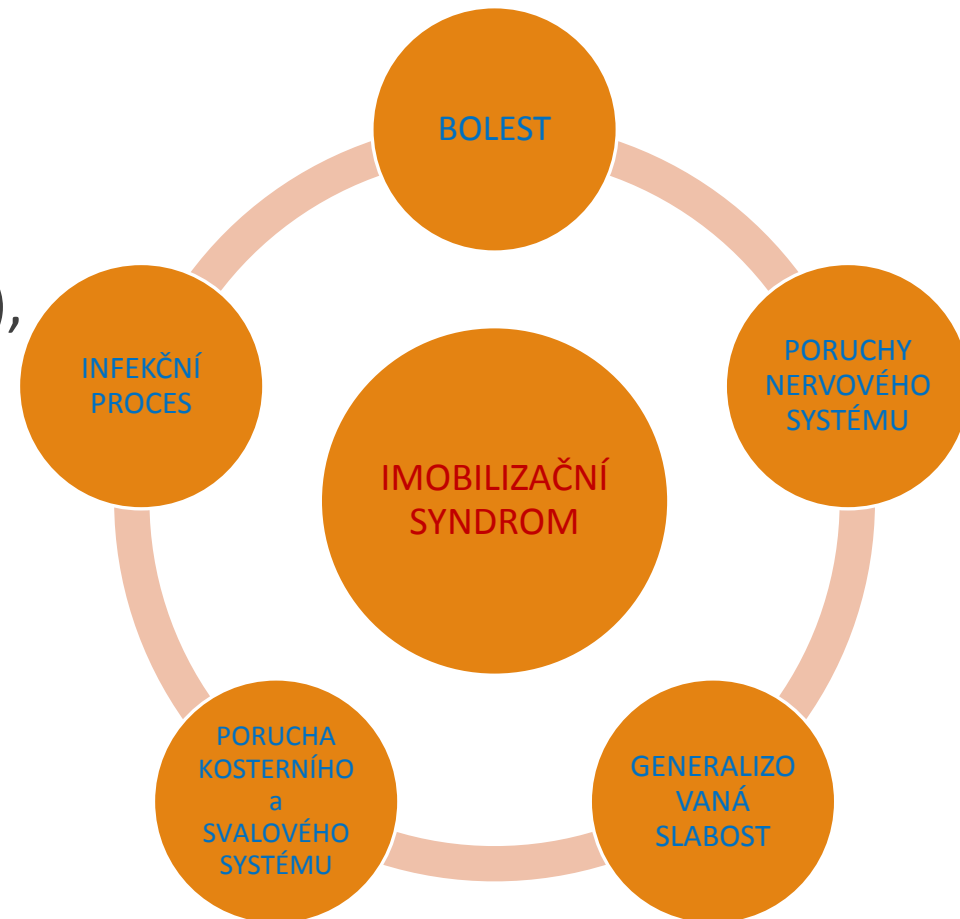
= hypokinetický syndrom - celková odezva organismu na klidový režim pacienta, který může být naordinovaný nebo nevyhnutelný.

Může jít o krátkodobou záležitost, nebo se může jednat o dlouhodobý až trvalý stav.

# Příčiny imobility

---

- bolest,
- poruchy kosterního a svalového systému,
- poruchy nervového systému,
- generalizovaná slabost (psychosociální problémy),
- infekční procesy.





# Typy imobility

---

**Primární** - přímý následek choroby, úrazu (např. transverzální míšní léze - úplná plegie i paréza, pacient je neschopen pohybu i vnímání),

**Sekundární** - se vyvíjí druhotně (např. stav po infarktu myokardu, úrazu, operaci, apod.).

# Kardiovaskulární systém

---

Při změně polohy nastává z důvodu poklesu TK ortostatická hypotenze. Je důležité sledovat TK před zátěží, po ní i v jejím průběhu (při posazování, vstávání, lehání), aby byla zřejmá odpověď na aktivitu nebo toleranci aktivity.

**Ošetřovatelský plán:** Pacienta při vertikalizaci necháme nejprve prodýchat vsedě, pobízíme jej, aby se nedíval dolů a postupně jej zvedáme. Ortostatická hypotenze může zapříčinit úraz.

Vlivem insuficience žilních chlopní se při klidovém režimu zvyšuje riziko TEN (trombembolické nemoci), která může vést k plicní embolii. Důležitým opatřením je podpora periferního prokrvení se zvýšením venózního návratu (např. elastické kalhoty, bandáže dolních končetin, cvičení DK).

# Dýchací systém

---

U starých lidí se často vlivem stagnujícího sekretu v dýchacích cestách může rozvinout hypostatická pneumonie. Velmi závažné jsou u starých lidí atelektázy (nevzdušná plicní ložiska).

## **Ošetrovatelský plán:**

Důležitá je dechová rehabilitace, tzn. pacienta v pravidelných intervalech pobízet ke kašli a hlubokému dýchání, aby se podpořila funkce řasinkového epitelu v dýchacích cestách. Tím se povzbudí jejich očista a dojde k prodýchání všech plicních oddílů. Podle potřeby pacienta odsáváme, proklepáváme hrudník, provádíme masáž – tzv. míčkování. ([mickovani.wz.cz](http://mickovani.wz.cz))

# Kosterní soustava

---

Klid na lůžku znamená hrubý zásah do metabolické přestavby kostí. Dochází ke zvýšenému odplavování organické i anorganické složky kostí. Důsledkem je imobilizační osteoporóza. Zvýšeně se odplavuje vápník (močí). U starších osob se vlivem nedostatku vitamínu D může objevit osteomalacie.

# Pohybová soustava

---

Za týden klidového režimu může pacient ztratit až 1/3 své aktivní svalové hmoty, což vede ke svalové atrofii, deformitám končetin a páteře, svalovým kontrakturám. Další příčinou těchto změn může být i bolest vedoucí k vyhledávání úlevové polohy.

## **Ošetřovatelský plán:**

U pacienta podle možností provádíme nejdříve pasivní, později aktivní rehabilitaci. Ta spočívá v provádění cviků na udržení rozsahu pohybu. Dále jej povzbuzujeme k co největší soběstačnosti v základní péči. Stále monitorujeme podíl bolesti na imobilizaci. Podle potřeby fixujeme při cvičení určitou část těla pacienta.

# Gastrointestinální trakt

---

Imobilita způsobuje značnou nerovnováhu, kdy převažují katabolické procesy nad anabolickými. Pokles bílkovin v séru (hypoproteinemie) vede ke změně onkotického tlaku, a tím ke vzniku edémů. Nechutenství může být způsobeno i psychickými faktory, chuťově nepřítažlivou stravou. Nutná je správná skladba potravy, popř. výběrová dieta zvolená po konzultaci s dietní sestrou.

Utlumením mobility trávicího traktu je způsobena zácpa. Zde opět hrají velkou roli psychické vlivy, správná skladby stravy (dostatek ovoce, zeleniny s vysokým obsahem vlákniny) a aktivní pohyb, popř. podle ordinace podáváme látky ke změkčení a zvětšení objemu stolice. Dehydratace a ztráta pocitu žízně se projevuje suchými sliznicemi, sníženým kožním turgorem, což vede ke snazšímu poranění pokožky.

# Kůže a podkoží

---

Snížený kožní turgor je podpůrný faktor pro vznik otlaků a dekubitů různého stupně. Proleženiny vznikají při působení tlaku, tření a trhacích sil. K hodnocení stupně rizika vzniku dekubitů používáme různé stupnice (např. podle Nortonové, podle Guttmana).

## **Ošetřovatelský plán:**

U pacienta provádíme péči o kůži vždy, když je zapotřebí. Omytá místa dobře osušíme, namáhané oblasti jemně masírujeme a vtíráme prostředky povzbuzující prokrvení. Používáme pomůcky ke zmírnění tlaku (speciální matrace, polštáře), často měníme polohu (vedeme polohovací záznam).

# Močový systém

---

V prvních dnech imobility se může objevit zvýšená diuréza. Dále může být zvýšeně vyplavován sodík (natriuréza). Dochází ke stagnování moči v ledvinné pánvičce. Mění se pH moči, která je spíše kyselejší, a mohou vznikat krystalky a ledvinové kameny. Pokud se jedná o inkontinentního pacienta, je nutné udržovat suché lůžko. Po vytažení permanentního katétru (PK) může nastat retence moči. Pak je nutné jednorázové vycévkování nebo opětovné zavedení PK. Zde je důležitý psychologický přístup a nácvik mikce. Při retenci moči může dojít k refluxu moči, tzn. ke zpětnému toku moči do pánvičky a riziku vzniku infekce.

## **Ošetřovatelský plán:**

Sledování diurézy, charakteru močení, barvy moči, případných známek infekce.



# Nervový systém

---

CNS je primární regulátor a koordinátor pohybu. Snížení motorické aktivity a hyperaktivita sympatiku mohou vyvolat různé efekty, např. tachykardii.

Dále se může rozvinout akutní smyslová deprivace, neklid, dráždivost, zmatenost.

# Psychika

---

Imobilita silně zasahuje do psychiky každého pacienta. Mohou se objevit deprese, změny nálad, apatie. U starších osob často zmatenost, ztráta orientace v prostoru, čase. Mezi změny v mentálních funkcích patří snížená motivace ke všem činnostem, pocit bezmocnosti, zhoršený spánek, snížená schopnost rozhodování.

## **Ošetřovatelský plán:**

Udržujeme orientaci pacienta časem, místem, osobami. Usnadňujeme orientaci např. hodinami, kalendářem. Umožňujeme přiměřenou úroveň stimulace pomocí hudby, televize, rádia, osobním posezením, fotografiemi.

Podporujeme normální spánek např. prováděním rituálů před usnutím. Pacientovi vysvětlujeme vše, co budeme provádět v rámci péče a léčby. Pacienta pobízíme ke slovnímu vyjádření pocitů, otázek. Používáme pomůcky usnadňující a podporující komunikaci, jako jsou tabulka na psaní, obrázky. Pacient musí mít v dosahu signalizační zařízení, pokud je schopen je používat. Pokud došlo ke změnám na jeho těle, povzbuzujeme jej k pohledu na změněnou část těla a debatě o ní, aby došlo k akceptování změny.

# Prevence imobilizačního syndromu

---

Do prevence imobilizačního syndromu patří:

1. časná vertikalizace (vstávání z lůžka),
2. trvalá RHB: pasivní, aktivní, dechová cvičení,
3. podle možností Fowlerova poloha (lepší rozhled, komunikace, orientace, dechová RHB).
4. ochrana pacienta před HCAI/HAI (péče o invazivní vstupy).
5. správná výživa: dostatek tekutin, bílkovin, vápníku, ovoce, zeleniny, vlákniny, vitamínu D, vzhledově a chuťově přitažlivá strava.
6. prevence proleženin: hygienická péče, péče o pokožku, využívání polohovacích pomůcek, antidekubitálních matrací.
7. prevence poruch vyprazdňování, sledování diurézy.
8. psychická stimulace: rozhovor, hodiny, rádio, TV, fotografie
9. medikace podle ordinace lékaře: antikoagulancia, vazodilatancia, mukolytika.
10. individuální přístup, pro člověka upoutaného na lůžko je ošetřující tým, kdo jej spojuje s ostatním světem.