



Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou  
Centrum pro vzdělávání a vědu

Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 - Krč

# Novinky v ošetrovatelské péči

*Skriptum pro inovační kurz Novinky v ošetrovatelské péči*

**TATO VZDĚLÁVACÍ AKCE JE FINANCOVÁNA Z EU**  
***Evropského sociálního fondu***  
**Komplexní systém celoživotního vzdělávání**  
**zdravotnických pracovníků nelékařů ve FTNsP**

CZ.2.17/1.1.00/31385

***Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti***

Mgr. Hana Kramperová a kolektiv

Novinky v ošetrovatelské péči

1.vydání

Určeno pro nelékařské zdravotnické pracovníky, účastníky kurzu Novinky v ošetrovatelské péči

Hrazeno z prostředků EU, ESF

Počet stran: 130

Vydáno 2010-01-20

Vytiskl: A.R.Garamond

Recenzi provedli:

PhDr. Karolína Friedlová

Bc. Hana Nedělková

PhDr. Pavla Pavlíková

JUDr. Milan Seiler

## Obsah

Úvod .....	2
Adaptační proces .....	3
Právní problematika .....	6
Kvalita péče .....	17
Holistické pojetí ošetrovatelské péče .....	25
Ošetrovatelský proces .....	26
Měřicí techniky v ošetrovatelské praxi .....	34
Koncepční modely v ošetrovatelství .....	49
Multikulturní ošetrovatelství .....	52
Imobilizační syndrom .....	72
Výživa pacientů .....	79
Péče o chronické rány jejich hodnocení a ošetrování poruch celistvosti kůže a chronických ran .....	92
Bazální stimulace .....	101
Základy kinestetická mobilizace .....	109
Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků .....	116
Bezpečnost a ochrana .....	121

## Úvod

Zdravotnictví prochází dlouhodobě rychlým vývojem, který přináší neustálé změny. Zdravotnický pracovník, který musí neustále sledovat vývoj v oboru, získávat nové znalosti a dovednosti, je nucen vyvinout nemalé úsilí, aby nové trendy do praxe aplikoval. Rychlý rozvoj s sebou mimo jiné přináší nutnost specializovat se na úzce vymezené činnosti. Nelékařští zdravotničtí pracovníci, kteří nebyli s profesí více než pět let v kontaktu, jsou postaveni před zcela jinou realitu, než kterou před časem opustili. V posledních letech se také zvyšuje fluktuace nelékařských zdravotnických pracovníků, což vede k potřebě neustále zaškolovat nové zaměstnance. Z těchto zcela praktických důvodů vznikl požadavek na organizaci inovačního kurzu, který by v komplexní podobě nabídl přehled nejzákladnějších nových trendů v českém ošetrovatelství pro ty, kteří se vrací k profesi po více než pěti letech a pro cizince, kteří se rozhodli pracovat v českém zdravotnictví. Hranici pěti let jsme si stanovili jako precedentní s vědomím, že jde o zcela subjektivní názor, byť podložený zkušeností velkého počtu nelékařských zdravotnických pracovníků. Kurz je otevřen pro všechny zájemce z řad nelékařských zdravotnických pracovníků bez jakýchkoliv rozdílů. Obsah kurzu vznikl po širší odborné diskusi. Jsme připraveni neustále aktualizovat vzdělávací program podle potřeb praxe.

Tato skripta vznikla za podpory Evropského sociálního fondu, Evropské Unie a Magistrátu hlavního města Prahy v rámci projektu Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou v Praze „Komplexní systém celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků nelékařů ve Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou“. Projekt je zaměřen na celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků.

# Adaptační proces nelékařských zdravotnických pracovníků

Mgr. Hana Kramperová

Najít a vybrat kvalitního zaměstnance je velice důležité, neméně důležité je kvalitně ho zapracovat. Fluktuace zdravotnických pracovníků je stále vysoká, určitý podíl na ni má i špatně vedený nebo zcela opomíjený adaptační proces nových zaměstnanců. Adaptační proces nelékařských zdravotnických pracovníků (NZP) legislativně ošetřuje Zákon č. 96/2004 Sb., novelizovaný v r. 2008 a Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NZP, č.j.18537/2009 MZČR.

## 1. Co je adaptační proces

- Proces začlenění nově nastupujícího zaměstnance
- Cílem je usnadnit období zapracování
- Seznámení s prostředím
- S novou prací
- Vytvořit vztahy ke spolupracovníkům, nadřízeným a podřízeným
- Pochopit styl a organizaci práce
- Formování zodpovědnosti, samostatnosti, sounáležitosti k zaměstnavateli

### 1.1 Nový zaměstnanec se adaptuje na

- Vlastní pracovní činnost - absolvent, změna pracovního zařazení v organizaci, návrat na původní místo – po MD, nemoc, inovace
- Na sociální podmínky práce – prostředí, pomůcky, vedoucí pracovník

### 1.2 Cíle adaptačního procesu

- Poznat, prověřit, zhodnotit, popř. doplnit, prohloubit a rozšířit schopnosti, znalosti a dovednosti NZP v praxi
- Usnadnit adaptaci novému zaměstnanci, zefektivnit ji
- Péče o zaměstnance
- Snížení fluktuace zaměstnanců
- Zlepšení péče

### Co správně vedený adaptační proces přinese

- Nižší fluktuaci
- Vyšší spokojenost obou stran
- Rychlejší dosažení požadovaných pracovních výkonů
- Snazší zapojení zaměstnance do týmu
- Přesnější sladění s firemní kulturou
- Využití zkušeností pracovníka z předchozích zaměstnání
- Nižší náklady na vyhledávání nových pracovníků
- Zpětnou vazbu na správnost formy výběrového řízení

### Co je důležité pro zaměstnance

- Sociální aspekty práce
- Vztahy se spolupracovníky
- Pocit sounáležitosti s pracovním prostředím

## **Co je důležité na začátku adaptačního procesu**

- Vjasnit si pracovní očekávání obou stran
- Od počátku nastavit jasné a otevřené standardy pro komunikaci a spolupráci
- Jít cestou řízeného AP
- Všichni vedoucí pracovníci musí pochopit význam AP, prakticky jej uplatňovat
- Informace rozložit v čase tak, aby nebyl zahlcen informacemi
- Vhodný je orientační balíček – obecné informace společné pro všechny zaměstnance organizace ( pracovní místo, podmínky, odměňování, vnitřní předpisy, zásady firemní kultury, stravování, závodní lékař, docházka a hlášení absence, předání svěřených předmětů, telefonování, potřebná školení, péče o zaměstnance apod.)

## **1.3 Legislativa**

- Zákon č. 96/2004 Sb., novelizovaný v r. 2008
- Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NZP, č.j.18537/2009 MZČR
- Směrnice zaměstnavatele
- AP by měl být zahrnut v auditu včetně kontrolních kritérií

## **1.4 Kdo musí absolvovat adaptační proces**

- NZP, který nastupuje po získání odborné způsobilosti dle zákona č.96/2004 Sb.
- NZP, který přerušil výkon povolání na dobu delší než 2 roky
- NZP, který přechází na jiné pracoviště, mění se výrazně charakter práce

## **1.5 Odpovědnost vrchní sestry/laborantky**

- odpovídá za kvalitu AP
- Navrhuje změny plánu AP
- Seznamuje nového zaměstnance s AP
- Určí školícího pracovníka (musí mít Osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu, event. Specializovanou způsobilost či zvláštní odbornou způsobilost)

## **1.6 Školící pracovník**

- Vede klinickou praxi
- Informuje staniční a vrchní sestru/laborantku
- Průběžně hodnotí
- Vede záznam do dokumentace AP

## **1.7 Fáze adaptačního procesu**

- Plán
- Realizace
- Hodnocení (+Ukončení)

## **Délka AP**

- Individuální dle osobnostních předpokladů
- Liší se u absolventů 3-12 měsíců (shoda se zkušební dobou)
- U přerušení výkonu povolání 2-6 měsíců
- Viz Metodický pokyn MZ

## **Průběh a hodnocení AP**

- **Průběh** pod dohledem vedoucího pracovníka a školícího pracovníka
- **Hodnocení**
  - a) **Průběžné** - hodnotící pohovor nebo
    - prověření praktických dovedností, 1x týdně, minim. 1x měsíčně
    - záznam do formulářů (Záznam adaptačního procesu, Plán AP)
  - b) **Závěrečné** - za přítomnosti vedoucích pracovníků
    - pohovor
    - obhajoba písemné práce (dle vedoucího pracovníka, směrnice)
    - záznam

## **Ukončení AP**

- Formou závěrečného pohovoru za přítomnosti vedoucího p., školícího pracovníka
- Pokud byla zadána písemná práce – její obhajoba
- Zápis do dokumentace
- Seznámení účastníka se závěrečným hodnocením
- Předání hodnocení minim. zaměstnanci a personálnímu odd.
- Vypracování nové náplně práce

## **1.8 Kompetence a pracovní náplň NZP**

- Jasně stanovené kompetence
- Podle vzdělání
- Podle zaměstnavatele, jeho poslání
- Specifických úkolů oddělení
- Osobnostních předpokladů
- Zdravotního stavu
- Kompetence musí být průběžně přehodnocovány
- Musí odpovídat platné legislativě
- Revize náplně 1x ročně a podle potřeb
- Náplně obdrží NZP, vrchní sestra/laborantka, personalista
- Je vhodné stanovit rozvojové cíle

## **1.9 Dokumentace**

- Záznam AP
- Plán AP
- Závěrečná písemná práce
- Pracovní náplň

Dokumentace podléhá archivaci podle platných zákonů a organizačních řádů zaměstnavatelů.

Literatura:

Zákon č. 96/2004 Sb., novelizovaný v r. 2008

Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NZP, č.j.18537/2009 MZČR

## 1. Úvod

Výkon práce zdravotníka, a tedy i zdravotní sestry, je spojen s velkou mírou osobní odpovědnosti a ne proti všem situacím se lze pojistit, ať již jako zaměstnavatel nebo jako zaměstnanec. Kromě odpovědnosti etické je každá činnost upravena právními předpisy. Ty nejsou pouze „strašákem“, mohou dobře posloužit i jako návod na bezchybný postup, ale i jako ochrana, samozřejmě za předpokladu, že dotyčný je s nimi obeznámen a umí je v praxi použít a využít, nejen v prospěch svůj, ale i svých pacientů.

Právní předpisy tvoří ucelený systém upravující veškeré lidské konání ve společnosti, všechny však nemají stejný význam. Kromě obecných zákonů (občanský, trestní a podobně) jsou i zákony upravující činnost jednotlivých profesí, ve zdravotnictví typicky zákon 20/1966S. o péči o zdraví lidu nebo zákon 48/1997Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Na ně potom navazují prováděcí vyhlášky, nařízení, metodické pokyny a další akty týkající se již speciálních problémů a otázek.

## 2. Závazné dokumenty

Platné právní předpisy mají různou právní sílu, to znamená, že některé mají závaznost všeobecnou a „platí“ více, jiné slouží jen k výkladu některých dílčích problémů nebo upravují konkrétní postup. Přistoupením naší země do Evropské Unie (EU) začaly na našem území automaticky platit i její předpisy, je proto dobré vědět, jakou mají právní sílu. Při sestavení „pyramidy“ závaznosti je na samém vrcholu Nařízení Rady Evropy jako předpis nejvyšší právní síly. Platí automaticky na celém území EU, všechny osoby nacházející se na území EU jsou povinny se jím řídit a má přednost před zákony konkrétní země. Nařízení je závazné bezprostředně a není třeba jeho obsah přepisovat do domácí právní úpravy. Poskytování zdravotních služeb na území EU upravuje Nařízení Rady č. 1408/71 o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství, resp. jeho novela 883/2004. Principy zde obsažené platí automaticky a pokud by české zákony postupy upravovaly odchylně platila by automaticky úprava obsažená v Nařízení. K uvedenému předpisu platí prováděcí Nařízení č. 574/72 stanovující postup provádění Nařízení 1408/71.

Další formou je Směrnice Rady Evropy, jde o jakousi „prováděcí vyhlášku“. Ta již na území EU neplatí automaticky, ale je třeba ji převést do národního práva. V hierarchii o něco níže stojí mezinárodní smlouvy (samozřejmě ty, které naše republika uzavřela), zdravotníkům se týká zejména tzv. Úmluva o lidských právech a biomedicíně, úplným názvem Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny číslo 96/2001Sb. mezinárodních smluv. Ačkoliv u nás platí od roku 2001, zatím do povědomí zdravotníků příliš nevstoupila.

Teprve pod těmito akty řízení stojí nejvyšší český zákon – Ústava a pod ní jednotlivé zákony, vyhlášky, směrnice, nařízení, pokyny a podobné právní normy. Pro úplnost uvádím „kuchařku“ upravující aplikaci práva EU na poskytování služeb v českých zdravotnických zařízeních – poručené administrativní postupy při provádění Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72 uveřejněné ve Věstníku MZ, částka 5, ročník 2004). Uvedené předpisy jsou obsáhlé svým rozsahem a obtížně uchopitelné čtenářem bez právnického vzdělání, proto v dalším textu bude pro pochopení jen stručné vysvětlení jednotlivých pojmů. Pro objasnění postupu při poskytování



zdravotnických služeb lze uvést 4 základní principy, když cílem EU není zdravotnictví jednotlivých států sjednotit, ale „pouze“ koordinovat. Jde o následující zásady upravené v Nařízení 1408/71:

- Princip rovného zacházení
- Princip aplikace právního řádu jediného státu
- Princip sčítání dob pojištění
- Princip zachování nabytých práv

### **3. Princip rovného zacházení**

Je upraven v článku 3 Nařízení, ve kterém se kromě jiného uvádí, že „osoby bydlící na území jednoho z členských států podléhají stejným povinnostem a mají stejná práva“. V praxi to tedy znamená, že ke všem (pacientům) občanům EU se chováme stejně a není možná žádná forma diskriminace, ať už pozitivní nebo negativní.

### **4. Aplikace právního řádu jediného státu**

Tento princip je uveden v článku 13 a dalších Nařízení, v zásadě platí, že přednost před bydlištěm má zaměstnání nebo podnikání. Na každého se tedy vztahuje právní řád toho státu, ve kterém pracuje nebo podniká a kde se za něj platí pojistné, nikoliv toho, kde bydlí.

Princip sčítání dob pojištění spočívá v tom, že je-li k přiznání dávky, např. starobního důchodu potřebná určitá doba, jednotlivé roky pojištění v jednotlivých zemích EU se rovnocenně sčítají. Princip zachování nabytých práv potom jednoduše znamená, že dávku je možno zasílat i do ciziny.

### **5. Úmluva o lidských právech a biomedicíně 96/2001 S.m.s**

Z toho, co již bylo řečeno, vyplývá, že Úmluva má přednost před našimi zákony, její ustanovení lze aplikovat přímo a nemusí být prováděna zvláštním českým zákonem. Zakládá široký okruh práv zejména pacientům, ale i účastníkům medicínského výzkumu. Důsledkem těchto práv jsou na druhé straně odpovídající povinnosti poskytovatelů zdravotní péče.

První část Úmluvy se zabývá základními pravidly obecně platnými ve zdravotnictví, druhá se týká výzkumu, moderních léčebných metod a nakládání s genetickým materiálem. Na tuto speciální část potom navazují postupně přijímané protokoly týkající se např. klonování nebo transplantací. V obsahu jsou jednak články přiznávající pacientům jejich vymahatelná práva, jiné potom ukládají státu usilovat o dosažení stanovených cílů. Výkonu zdravotnického povolání se týkají zejména:

Článek 2 - Nadřazenost lidské bytosti - zájmy a blaho lidí jsou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy

Článek 5 - Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést se svobodným a informovaným souhlasem dotčené osoby. Podle článku 35 Vysvětlující zprávy k Úmluvě Rady Evropy musí být souhlas svobodný a poučený, založený na objektivních informacích a podaný zodpovědným profesionálním zdravotnickým pracovníkem. Dále musí být prostý jakéhokoliv nátlaku od kohokoliv

Článek 6 - Ochrana osob neschopných dát souhlas - při nemožnosti dát souhlas lze provést zákrok pouze tehdy, pokud je to k přímému prospěchu pacienta. Jestliže nezletilá osoba není podle zákona způsobilá k udělení souhlasu, nelze ho provést bez svolení jejího zákonného

zástupce. Názor nezletilé osoby bude zohledněn jako faktor, jehož závaznost stoupá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti

Článek 8 - Stav nouze vyžadující nedokladná řešení – pokud v situaci nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby

Článek 10 - **Právo na informace** - každý je oprávněn znát veškeré informace shromážděné o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebýt takto informován je nutno respektovat. Pokud je to v zájmu pacienta, může ve výjimečných případech zákon toto právo omezit.

V české právní úpravě je problematika souhlasu upravena **zákonem 20/66Sb. O péči o zdraví lidu**, jehož § 23 zní takto:

### 5.1 Poučení a souhlas nemocného

1) Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání informuje pacienta, popřípadě další osoby v souladu s § 67b odst. 12 písm. d), o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je zdravotnický pracovník uvedený ve větě první oprávněn sdělit osobám blízkým 4b) pacientovi a členům jeho domácnosti 4c) , kteří nejsou osobami blízkými, též informace, které jsou pro ně nezbytné k zajištění péče o tohoto pacienta nebo pro ochranu jejich zdraví.

### 5.2 Souhlas nemocného

- 2) Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers).
- 3) Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou vzhledem k své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu.
- 4) Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče
  - a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,
  - b) jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo
  - c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,
  - d) jde-li o nosiče. 4d)

Jednou z mnoha novel **Zákona 20/1966Sb. O péči o zdraví lidu je doplnění § 55, odst. 2d)**. Podle ní povinností mlčenlivosti není zdravotnický pracovník vázán v rozsahu nezbytném pro obhajobu v trestním řízení a pro řízení před soudem nebo jiným orgánem, je-li předmětem řízení spor mezi ním, popřípadě jeho zaměstnavatelem a pacientem, nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody nebo na ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

Ve stejném zákoně jsou uvedena i další práva pacienta.

### 5.3 Pacient má právo

- a) na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě nebo v jiných zápisech vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu; v případě autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky má nárok na informace, jejichž obsahem je popis příznaků onemocnění, diagnóza, popis terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,
- b) v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do dokumentů uvedených v písmenu a); v případě záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky může nahlížet do záznamů týkajících se popisu příznaků onemocnění, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,
- c) na pořízení výpisů, opisů nebo kopií dokumentů uvedených v písmenu a)
  - určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu, nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě, a to při přijetí k poskytování

### 5.4 Právo na přístup k péči

- Jde o základní právo každého občana zakotvené v Listině základních práv a svobod. Prakticky je naplňováno v systému veřejného zdravotního pojištění a je upraveno zákonem 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. V čl. 31 Listiny je uvedeno, že: „Každý má právo **na ochranu zdraví**. Občané mají **na základě veřejného pojištění** právo na **bezplatnou** zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví **zákon**“. Z pojištění je obecně hrazená zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem **zachovat** nebo **zlepšit** jeho zdravotní stav. Rozsah takto definované péče je zakotven přímo v zákoně 20/1966 Sb. tak, že je povinností poskytovat péči na základě „**současných dostupných poznatků** medicínské vědy“. V praxi se hovoří o postupu lege artis, tedy o diagnostice a léčbě odpovídající této podmínce. Ta se často špatně naplňuje, jak z objektivních tak subjektivních důvodů. Je důležité si uvědomit, že to, co odpovídá postupe lege artis, je věcí odbornou, nikoliv právní a musí se jednat o standard zdravotní péče objektivní, nikoliv lokální. Až na nepatrné výjimky se nelze odvolávat na ekonomické podmínky a možnosti poskytovatele zdravotnických služeb, protože zákonem stanovená práva pacienta na péči nejsou závislá na úhradové regulaci. Takto podložená argumentace směrem k neposkytnutí potřebné péče by mohla být i předmětem žaloby o odškodnění při možném poškození na zdraví a nebo i předmětem trestního stíhání zdravotnického pracovníka.

Z platné právní úpravy vyplývá jednoznačně, že jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Zákrokem se potom rozumí jakýkoliv zdravotnický zásah, diagnostický nebo léčebný, tedy každé vyšetření, ošetření, podání léků atd. Čím je plánovaný zákrok riskantnější, s nejistým výsledkem, s možností poškození pacienta, tím větší důraz je třeba na poučení a souhlas dbát.


### 5.5 Forma souhlasu

Souhlas upravuje vyhláška 385/2006 s tím, že povinnost písemné formy souhlasu stanoví zvláštní právní předpis, tedy zákon 48/1997Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Jde zejména o situace odmítnutí volby zdravotnického zařízení pacientem pro přílišné vyčerpání, o nepřijetí do ústavní péče a jestliže s ohledem na charakter zdravotního výkonu byl souhlas v písemné formě zdravotnickým zařízením vyžádán. Povinná písemná forma negativního reversu – odmítá-li pacient přes poučení lékařský zákrok (§23 zák.20/1966 Sb.) Jinak forma není Úmluvou přímo předepsána, může být učiněna výslovně nebo konkludentně (předpokládaný souhlas - gesto).

Účelem poučení je poskytnout pacientovi takové informace o povaze onemocnění a možnostech léčby, aby se mohl rozhodnout pro postup, který považuje za pro sebe optimální. Pozor: ten nemusí být v souladu s názorem zdravotnického personálu a nemusí ani odpovídat poznatkům současné medicíny. Poučení musí být provedeno předem a řádně, tedy před provedením výkonu nebo zákroku a musí obsahovat informace o účelu, povaze a předpokládaném prospěchu (rozumí se pro pacienta, nikoliv pro zdravotníka). Pacient musí být dále informován o možných rizicích zdravotního výkonu s tím, že není možno popsat vždy všechna možná, i raritní rizika a komplikace, o možných alternativách vyšetření a léčby, o možných následcích a omezení v obvyklém způsobu života, o léčebném režimu, který by měl dodržovat, o preventivních opatřeních a kontrolách. Poučení je třeba provést nejen úplně, ale i prokazatelně, tedy zpravidla písemně. Nedostatečné (nebo v praxi neprokazatelné) poučení je považováno za neplatný souhlas, tedy za situaci, kdy pacient nebyl vůbec poučen. Každý zdravotnický zákrok by potom byl považován za protiprávní a mohl by vést až k trestnímu stíhání pro trestný čin omezování osobní svobody, a to i v situaci, kdy by zákrok byl indikován, byl by ku prospěchu pacienta a byl by proveden lege artis.

### 5.6 Odmítnutí souhlasu - negativní reverz

Pacient má samozřejmě plné právo s navrženým zákrokem nesouhlasit, což projeví nejčastěji tím, že souhlas neudělí. Je nejen v zájmu zdravotníka, ale je to přímo jeho povinností (opět § 23 odst. 2 zák.20/1966 Sb.) vypracovat v písemné formě neudělení souhlasu, tzv. negativní reverz. Ten má obligatorně tyto náležitosti:

- pis zdravotního stavu a následků odmítnutí (tedy např. byl jsem seznámen s tím, že pokud nebude provedena operace, může dojít k zásadnímu zhoršení zdravotního stavu až ke smrti, odmítnutím hospitalizace se vystavuji zhoršení stavu a podobně)
- vyjádření pacienta, že rozumí a odmítá
- místo, přesný čas a podpis zdravotnického pracovníka
- nechce-li pacient udělit souhlas k výkonu ani podepsat negativní reverz, podepíše se svědek (to bude v praxi nejčastěji právě zdravotní sestra, ta bývá většinou jednáni přítomna jako jediná) a uvedou se důvody, pro které pacient nepodepsal (někdy mohou být objektivní – zranění končetiny, obrna, potom je třeba zaznamenat, jakým jiným způsobem projevili pacient svoji vůli)

Při rozhodování o validitě negativního reverzu a při posuzování situací, kdy ho použije, musí zdravotnický pracovník vzít v úvahu jak možné omezení autonomie pacienta, tak na druhé straně riziko, že se sám vystaví trestnímu stíhání pro trestný čin neposkytnutí pomoci. Pacient totiž nemusí být aktuálně způsobilý validní souhlas poskytnout z důvodů typicky zdravotních (ebrieta na chirurgické ambulanci, komoce na neurologické ambulanci, akutní psychóza endogenní nebo toxická na psychiatrii). Je potom nutno pečlivě dokumentovat a objektivizovat zdravotní stav tak, aby si lékař obhájil jak provedení zákroku bez souhlasu pacienta při krajní nouzi, tak podepsání negativního reverzu pacientem zjevně nekompetentním. Zde je potom někdy svědectví přítomné zdravotní sestry jako dalšího zdravotnického profesionála klíčové.

Dalším problémem, který zdravotník musí řešit, je při povinnosti respektovat vůli způsobilého poučeného pacienta zajistit postup lege artis. Před jakýmkoliv rozhodnutím je třeba zjistit a prokazatelně doložit skutečnosti, které dokazují validitu projevu vůle pacienta, tedy platnost reversu. Jednoznačně je nutno objektivizovat a důsledně dokumentovat zejména zdravotní stav pacienta, ale i další důležité okolnosti, např. objektivní anamnézu, údaje dalších zdravotníků a podobně.

## 6. Další práva pacienta

Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, které mohou být o jeho zdravotním stavu informovány, mají právo na aktuální informace o jeho zdravotním stavu osoby blízké (ovšem jen tehdy, pokud pacient dříve přístup těchto osob nezakázal). Osoby blízké (neurčil-li pacient jinak) a další osoby určené pacientem mají právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, příčinách úmrtí a výsledku pitvy, byla-li provedena, dále mohou v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo do jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta. Jde-li o zemřelého pacienta, který byl osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům nebo nezletilou osobou, má toto právo zákonný zástupce tohoto pacienta, popřípadě osoba určená tímto zákonným zástupcem.

Jestliže zemřelý pacient za svého života vyslovil zákaz poskytování informací o svém zdravotním stavu, právo na informace o jeho zdravotním stavu, nahlížení do zdravotnické dokumentace a na kopie mají osoby blízké pouze v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob, a to v rozsahu nezbytném pro ochranu zdraví. Situace se může týkat např. dědičných chorob, některých infekcí a podobně.

Zdravotnický pracovník má právo v případě pochybností o totožnosti osoby, popřípadě jejího vztahu k pacientovi, která uplatňuje některá práva, požadovat, aby tato osoba prokázala svou totožnost. Zdravotnické zařízení je povinno zajistit, aby osoba nahlížející nezjistila osobní údaje třetích osob.

### 6.1 Výjimky z povinné mlčenlivosti

6.1.1. Nejčastější výjimkou je souhlas pacienta s poskytnutím informací o svém zdravotním stavu. Ten může být buď všeobecný, tedy zdravotnický pracovník může poskytnout všechny informace o zdravotním stavu, nebo omezený na určitou událost, např. následky úrazu pro pojišťovací spor. Vždy je vhodné, aby pacient souhlas udělil písemně a tento souhlas je založen ve zdravotnické dokumentaci. Při komunikaci s blízkými osobami je třeba postupovat přísně v rozsahu uděleného souhlasu, žádný příbuzný (ani manžel nebo manželka) nemá automaticky nárok na žádné informace. V praxi se osvědčilo vycházet ze souhlasu o informování, který je uveden v chorobopisu při příjmu. Obdobná opatrnost je na místě při poskytování telefonických informací, i zde je zdravotnický pracovník vázán rozsahem souhlasu. Osobám, které osobně neznáme, je lepší poskytovat jen velmi rámcové informace

6.1.2. Další výjimka je uvedena v § 67b odst. 10 zák. 20/1966Sb. Podle ní do zdravotnické dokumentace mohou nahlížet, a to v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence

- a) zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,
- b) pověření členové příslušné komory při šetření případů podléhajících disciplinární pravomoci příslušné komory,
- c) revizní lékaři zdravotních pojišťoven v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem,
- d) soudní znalci v oboru zdravotnictví v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku zadaného orgány činnými v trestním řízení nebo soudy,
- e) lékaři správních úřadů ve zdravotnictví pověřeni vyřizováním konkrétních stížností, návrhů na přezkoumání a podnětů ve správním řízení, a to v rozsahu vyplývajícím ze stížnosti, návrhu na přezkoumání nebo podnětu ve správním řízení,

- f) lékaři pověřeni ministerstvem zdravotnictví nebo krajem k vypracování odborného stanoviska k vyřizování konkrétních stížností, návrhů na přezkoumání a podnětů ve správním řízení, a to v rozsahu vyplývajícím ze stížnosti, návrhu na přezkoumání nebo podnětu ve správním řízení,
- g) lékaři Státního úřadu pro jadernou bezpečnost v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem,
- h) členové znaleckých komisí,
- i) pověřeni zdravotničtí pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví,
- j) lékaři orgánů sociálního zabezpečení při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pro účely dávek a služeb sociálního zabezpečení, důchodového pojištění, úrazového pojištění a státní sociální podpory, lékaři úřadů práce pro účely zaměstnanosti, lékaři odvodních a přezkumných komisí pro účely odvodního a přezkumného řízení a lékaři určené obecním úřadem obce s rozšířenou působností pro účely civilní služby; povinnosti zdravotnických zařízení vůči orgánům sociálního zabezpečení ve věcech zdravotnické dokumentace stanoví zvláštní právní předpis,
- k) zaměstnanci státu ve zdravotnických zařízeních, zaměstnanci příspěvkových organizací, které jsou zdravotnickými zařízeními, a zaměstnanci provozovatelů dalších zdravotnických zařízení zabezpečující pro tato zařízení zpracování osobních údajů při vedení a nakládání se zdravotnickou dokumentací nebo sledování a vyhodnocování kvality poskytované zdravotní péče,
- l) zaměstnanci státu v organizační složce státu, která zajišťuje plnění úkolů NZIS, kteří zabezpečují zpracování osobních údajů a informací o zdravotním stavu obyvatelstva, a zaměstnanci pověřené nebo stanovené zpracovatele, kteří zabezpečují zpracování osobních údajů a informací o zdravotním stavu obyvatelstva,
- m) pověřené zdravotnické zařízení v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem,
- n) Veřejný ochránce práv v souvislosti s šetřením podle zvláštního zákona tak, aby byla zajištěna ochrana citlivých údajů třetích osob,
- o) inspektoři Ústavu pro odborné zjišťování příčin leteckých nehod v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem,
- p) zaměstnanci Státního ústavu pro kontrolu léčiv a další fyzické osoby pověřené Státním ústavem pro kontrolu léčiv, kteří se podílejí na kontrolní činnosti, hodnocení a odborných činnostech v rámci své působnosti podle zvláštních právních předpisů,

Zákon dále stanoví, že osoby, které mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace, mají též právo na pořízení jejich výpisů, opisů nebo kopií v rozsahu nezbytně nutném pro potřeby splnění konkrétního úkolu.

### 3. Pověření soudu

### 4. Při oznámení vybraných trestných činů

## 6.2 Zásady prevence pochybení v ošetrovatelské praxi

### 1. Faktory ovlivňující pochybení

- Nedostatek kvalifikace

Zákon upravuje poskytování zdravotní péče tak, že musí být v souladu se současnými poznatky vědy. To není možné bez soustavného celoživotního vzdělávání, tedy bez neustálého obnovování a udržování dosažené kvalifikace. Přesto se v praxi často stane a stává, že zdravotník je nucen okamžitě řešit situace, na které není dostatečně teoreticky a prakticky připraven. Postup *lege artis* se vztahuje i na zdravotní sestry a i ony mají proto povinnost se neustále vzdělávat. Rozsah kvalifikace se hodnotí jednak podle teoreticky dosaženého vzdělání, jednak podle sku-

tečné praxe. Chyby způsobené tímto faktorem mohou mít někdy objektivní příčinu – atypický průběh, málo častý výskyt vzácných chorob

- Nesprávné postupy
  - nevyužití dg. testů, ať z důvodů ekonomických (kdo to zaplatí, pacient není pojištěn) nebo z neznalosti správné indikace
  - vědomé použití zastaralých metod
  - nesprávná reakce na výsledek vyšetření – jeho špatná interpretace, přecenění, nesouhlas s klinickým stavem
- Chyba při provedení zákroku – neznamená automaticky odpovědnost za chybu
- Špatné dávkování nebo lék
- Prodleva před akutním zákrokem – čekání na konzilia, na další doplňující vyšetření
- Nadbytečná léčba, defenzivní medicína – zejména z důvodů forezních a jako obrana proti možným stížnostem
- Záměna pacientů, záměna stran při operaci
- Organizační nedostatky
  - nedbalé vedení dokumentace, její neúplnost a zejména nečitelnost, používání málo rozšířených zkratk
  - selhání komunikace s pacientem – nelze nekomunikovat!
  - špatný servis přístrojů
  - nozokomiální nákazy a porušení hygienických postupů, které jim mají zabránit
  - pády pacientů
- Násilí mezi pacienty nebo vůči nim

Poznámka: v indikovaných případech je s výhodou přivolat Policii ČR. Půjde zejména o agresivní pacienty, ale i návštěvy. Policie je ze zákona oprávněna osobu, která fyzicky napadá jinou osobu nebo poškozuje majetek, omezit ve volném pohybu až připoutáním. V každém případě je třeba zavolat Policii v případě pacienta, kterého je třeba odzbrojit, to je pouze v její kompetenci.

### 6.2.1 Prevence pochybení

- Dodržovat platnou právní úpravu

K řádnému výkonu zdravotnického povolání je nezbytná znalost zákonů a ostatních předpisů, které upravují tuto oblast. Nestačí jen znalost teoretická, nejčastější situace je třeba umět řešit okamžitě, automaticky, s využitím zažitých stereotypů (samozřejmě právně nezávadných). K tomu je kromě jiného třeba neustále sledovat vývoj svého oboru i po stránce právní a pravidelně se i v této problematice proškolovat

Zdravotnický pracovník musí být schopen potřebné předpisy prakticky aplikovat a využít, včetně toho že má možnost odmítnout protiprávní postup, a to i tehdy, pokud by šlo o pokyn nadřízeného. Při poskytování zdravotní péče je povinen postupovat v souladu se současnými poznatky lékařské vědy, tedy musí dodržovat postup lege artis. Pozor: tato povinnost se v plné šíři vztahuje i na sestry! Od této zákonem stanovené povinnosti se odvíjí povinnost každého zdravotníka soustavně se vzdělávat.

Důležitou součástí eliminace možných chyb je i dodržování zásady o provádění jen těch výkonů, které bezpečně ovládá jak po stránce teoretické, tak i praktické. S tím úzce souvisí i řádné vedení dostatečné zdravotnické dokumentace, která musí být úplná, zejména však čitelná

Častým zdrojem konfliktů, stížností ze strany pacientů, ale i možných pochybení je nedostatečná komunikace mezi zdravotníky a s pacientem. Je součástí řádného výkonu zdravotnického povolání vést komunikaci na profesionální úrovni, nepoužívat zbytečně familiární oslovení, snažit se potlačit emoce, které někteří pacienti vyvolávají, a to zejména emoce negativní. V praxi se nelze vždy vyhnout kontaktu s konfliktním nebo agresivním pacientem a je proto součástí profesních dovedností umět s ním komunikovat. Mezi doporučené a praxí prověřené postupy patří:

- vhodná mimoslovní komunikace – dávat pozor na gesta, zejména taková, která může pacient vnímat jako možnou agresi, nepoužívat ironii, kterou může cítit jako zesměšňování a podobně
- nebýt s pacientem pokud možno o samotě, mít připravenou ústupovou cestu (volný přístup ke dveřím)
- nabídnout aby se posadil – z této pozice se hůře útočí
- zasahovat v dostatečném počtu – početní převah je nezbytná zejména u pacientů psychiatrických, s masivní úzkostí, intoxikovaných
- pacienta se fyzicky nedotýkat, resp. ho upozornit, že kontakt bude součástí vyšetření

Při praktickém výkonu zdravotnického povolání se může stát, že k chybě, resp. škodě na zdraví nebo majetku dojde, ať již z jakékoliv příčiny, zaviněně nebo nikoliv. K vzniku právní odpovědnosti musí být splněny určité podmínky, a to zpravidla současně. Podle toho, jaká právní norma byla porušena a o jakou škodu jde, se může jednat o právní odpovědnost trestní, občanskoprávní (za škodu), občanskoprávní za zásah do práva na ochranu osobnosti, pracovněprávní, správní, disciplinární, smluvní.

Ke vzniku právní odpovědnosti musí být prokázáno protiprávní jednání (porušení nějaké právní normy), které vede ke škodlivému následku – škodě – ve zdravotnictví zpravidla nemajetkové (pacient zemřel, je ochrnutý, má jizvy, kulhá a podobně). Protiprávního jednání se pachatel nebo přestupce musí dopustit zaviněně, zavinění má dvě formy – úmysl a nedbalost – každá z nich má potom dvě varianty. Úmysl přímý se vykládá tak, že pachatel věděl, že koná protiprávně, a chtěl to tak. Nepřímý úmysl spočívá v tom, že pachatel věděl, že koná protiprávně, a byl s tím srozuměn. Nedbalost vědomá je tehdy, jestliže pachatel nebo přestupce věděl, že koná protiprávně, ale nepřiměřeně spoléhal, že ke škodě nedojde. O nedbalost nevědomou půjde tehdy, když pachatel nevěděl, že koná protiprávně, ale vzhledem k okolnostem a osobním poměrům vědět měl a mohl.

Poslední podmínkou ke vzniku právní odpovědnosti musí být (ale jsou i výjimky, např. při odpovědnosti z povahy věci) příčinná souvislost (nexus causalis) mezi protiprávním jednáním a vznikem škody. Jinými slovy ke škodě vzniklo právě proto, že pachatel jednal protiprávně.

### 6.3 Odpovědnost trestní

Základní právní normou, která je při tomto typu odpovědnosti porušena, je zákon 140/61Sb., trestní zákon. Má ji pouze fyzická osoba, tedy vznikne-li škoda např. v nemocnici, nelze žalovat zdravotnické zařízení, ale je třeba určit konkrétní osobu. Cílem řízení je určit vinu, výsledkem je trest, nikoliv odškodnění. Pokud by se poškozený nebo příbuzní domáhali náhrady škody v penězích, musí vyvolat spor občansko právní.

Nejčastější trestné činy, které se mohou vyskytnout při poskytování zdravotní péče:

- Neposkytnutí pomoci
- Nepřekážení trestného činu
- Neoznámení trestného činu



- Neoprávněné nakládání s osobními údaji
- Týrání svěřené osoby
- Pohlavní zneužívání
- Ublížení na zdraví

V dalším textu pro lepší pochopení budou příslušné paragrafy přímo citovány, i když nejde o text právníký.

#### Neposkytnutí pomoci § 207 odst. 2

Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.

Příslušný paragraf má odstavec 1) týkající se nezdravotníků, resp. profesí, které poskytování zdravotní péče nemají v náplni práce a mohou se z této povinnosti za určitých podmínek vyvinut. Z hlediska zavinění jde vždy o trestný čin úmyslný, kterého se nelze dopustit z nedbalosti, v praxi ve valné většině případů půjde o úmysl nepřímý.

#### Neoprávněné nakládání s osobními údaji § 178, odst. 2

Odnětím svobody až na 3 léta nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem bude potrestán, kdo osobní údaje o jiném získané v souvislosti s výkonem svého povolání byť i z nedbalosti sdělí nebo zpřístupní a tím poruší právním předpisem stanovenou povinnost mlčenlivosti.

#### Ublížení na zdraví §§ 221 – 224, § 223

Kdo jinému z nedbalosti ublíží na zdraví tím, že poruší důležitou povinnost vyplývající z jeho povolání, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo zákazem činnosti.

Pro naplnění tohoto skutku je třeba prokázat porušení důležité povinnosti, a protože důkazní břemeno má žalobce (zpravidla pacient), může to být v praxi někdy spojeno s určitými obtížemi.

#### Nepřekážení trestného činu § 167 odst. 1 tr. zákona

Kdo se hodnověrným způsobem doví, že jiný připravuje nebo páchá trestný čin (...dále zde uvedený...) a spáchání nebo dokončení takového trestného činu nepřekazí..... bude potrestán odnětím svobody až na 3 léta.

Jde o průlom do povinné mlčenlivosti, jeho smyslem je přerušit páchání trestného činu (resp. příprav na něj), ten tedy musí právě probíhat.

#### Neoznámení trestného činu § 168 odst. 1 tr. zákona

Kdo se hodnověrným způsobem doví, že jiný spáchal trestný čin .....a takový čin neoznámí bez odkladu státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu.....až tři léta

Jde opět o průlom do povinné mlčenlivosti. V zákoně je uvedena celá řada trestných činů, na které se oznamovací povinnost vztahuje, při výkonu zdravotnických služeb půjde nejčastěji o trestné činy týrání svěřené osoby a neoprávněné nakládání s osobními údaji

#### Týrání svěřené osoby § 215 odst. 1

Kdo týrá osobu, která je v jeho péči nebo výchově, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až 3 léta

## Omezování osobní svobody § 231

Kdo jinému bez oprávnění brání užívat osobní svobody, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

- 2) Odnětím svobody až na tři léta bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 v úmyslu usnadnit jiný trestný čin.
- 3) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny.
- 4) Odnětím svobody na tři léta až deset let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví, smrt nebo jiný zvlášť závažný následek.

Spáchání tohoto trestného činu by přicházelo event. do úvahy při poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta, a to i v případě, že by péče byla indikovaná a poskytovaná lege artis.

## 6.4 Odpovědnost občanskoprávní

Základní právní normou, která může být porušena, je občanský zákoník, má ji vždy právnická osoba. Jde zejména o škodu majetkovou, primárně za ni odpovídá provozovatel a zaměstnanec se na vzniklé škodě podílí maximálně 4,5 násobkem svého hrubého měsíčního platu (pokud škodu nezpůsobil úmyslně). V tomto typu odpovědnosti jde většinou o škodu majetkovou, zejména za vnesené věci, může ale jít i o odškodnění škody na zdraví v podobě bolestného a ztížení společenského uplatnění. To se provádí pomocí vyhlášky 440/2001Sb. o odškodnění bolestného a ztížení společenského uplatnění.

## 6.5 Zásah do práva na ochranu osobnosti

Podle občanského zákoníku fyzická osoba má právo na ochranu své osobnosti, zejména života a zdraví, občanské cti a lidské důstojnosti, jakož i soukromí, svého jména a projevů osobní povahy ( § 11). Jde o tzv. objektivní odpovědnost, při které se nevyžaduje zavinění a žalobce tedy nemá důkazní břemeno. Tento typ odpovědnosti může mít i zaměstnanec, v praxi ale půjde o vzácné výjimky. Předmětem odškodnění je nemateriální škoda, a protože jde zpravidla o kauzy složité i z hlediska právního, je první instancí, tedy soudem, u kterého spor začíná, krajský soud.

## 6.6 Odpovědnost pracovněprávní

Příslušnou právní normou je zákon 262/2006 Sb. – zákoník práce, od 1.1.2007

Kromě jiného upravuje zákaz diskriminace v § 16, kde je dále odkaz na „antidiskriminační“ zákon. Zakázána je jakákoliv diskriminace, včetně z důvodu pohlaví. Norma dále upravuje zákaz požívání alkoholických nápojů - § 106/4e – a to na pracovišti a v pracovní době i mimo pracoviště. Odpovědnost za škodu je řešena v § 250 a následujících.

Další typy odpovědnosti se při práci sester uplatní spíše výjimečně. Většinou by šlo o odpovědnost správní a o přestupky, např. neprovedení povinného očkování, zmaření, ztížení nebo ohrožení poskytnutí zdravotnické služby, porušení povinnosti při zacházení s omamnými látkami, psychotropními látkami nebo jinými látkami škodlivými zdraví, padělání lékařského předpisu nebo poskytnutí tiskopisu lékařského předpisu jinému v úmyslu, aby ho bylo použito k padělání. Nejde o všechny situace uvedené v zákoně o přestupcích, pouze o ty, které by se mohly týkat činnosti sester. Sankcí je pokuta 10 000 Kč ve správním řízení.

## **Kvalita péče ve zdravotnických zařízeních**

### **1. Kvalita péče ve zdravotnických zařízeních**

#### 1.1 Kvalita v širším pojetí zdravotnického systému

Pojetí kvality/jakosti je dáno kulturním a sociálním prostředím. Představa kvality péče ve zdravotnických zařízeních je ovlivněna hodnotami, které v dané společnosti převládají, a individuálními hodnotami těch, již kvalitu definují (např. politici, tvůrci zdravotnické legislativy a také zdravotničtí pracovníci). Kvalitní zdravotní péče je proto výsledkem „dohody“ mezi zdravotníkem, pacientem a vládou.

Definice kvality zdravotní péče existuje několik. **Světová zdravotnická organizace (SZO, WHO) ve Směrnici pro vývoj strategií kvality a bezpečnosti v kontextu zdravotnického systému** definovala kvalitu jako službu „*kteřá co nejefektivnějším způsobem organizuje zdroje, aby se spolehlivě uspokojily zdravotní potřeby v oblasti prevence a péče u těch nejpotřebnějších, bez zbytečného plýtvání a v mezích požadavků vyšší úrovně*“.

Tato definice v sobě implikuje potřebu bezpečí, základní lidská práva a současné využití legislativních norem. Současně zahrnuje **tři základní pohledy na kvalitu:**

- kvalitu z pohledu pacienta (potřeby, přání pacienta),
- odbornou kvalitu (tzv. správná odborná praxe) a
- kvalitu řízení/managementu, tj. předepisování a dodržování předpisů.

Implementace kvality do zdravotnického zařízení vyžaduje použití specifických metod. SZO rozlišuje v této oblasti **čtyři základní kategorie:**

1. Posílení role pacientů/klientů a spotřebitelů zdravotní péče.
2. Regulace a hodnocení zdravotnických pracovníků a zdravotnických služeb.
3. Místní implementace standardů, norem.
4. Týmy zaměřené na řešení problémů kvality. Implementace kvality do zdravotnického systému v dané zemi, a tím i do zdravotnických zařízení, posilují zdravotní péči a podporu zdraví následujícím způsobem:
  - Zdravotnické služby dobré úrovně zajišťují efektivní a spolehlivou zdravotní péči efektivně, dle potřeby a při minimálním plýtvání zdroji (finanční zdroje, lidské zdroje,...).
  - Komunikační informační systém ve zdravotnictví zajišťuje tvorbu, analýzu a využití všech informací, týkajících se zdravotního systému a zdraví.
  - Kvalitně nastavené zdravotní služby zajišťují spravedlivý přístup k základní zdravotní péči.
  - Zdravotnický pracovník, který kvalitně vykonává své povolání, je vstřícný, pohotový a výkonný. V závislosti na dostupných zdrojích a podmínkách dosahuje nejlepších výsledků v poskytování zdravotní péče.
  - Správně fungující systém financování zdravotnictví zajišťuje pro zdravotnická zařízení finanční podporu.

## 1.2 Kvalita ošetrovatelské péče

Kvalita ošetrovatelské péče a její hodnocení je zakotveno ve **Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR – v Metodickém opatření č. 9. – Koncepce ošetrovatelství**. Je určena ošetrovatelskými standardy, jimž se rozumí „dohodnutá profesní norma kvality“. Pod standardy lze zařadit legislativní předpisy, metodická opatření, standardy vypracované zdravotnickým zařízením, profesní organizací apod. Zdravotnická zařízení v České republice jsou „*povinna dodržovat normy dané legislativou a přijmout vlastní standardy, které vycházejí z rámcových standardů doporučených Ministerstvem zdravotnictví*“. Vedoucí pracovníci ve zdravotnictví jsou na svém pracovišti povinni průběžně hodnotit kvalitu poskytované péče. Jsou tzv. garantem kvality poskytované péče.

Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo tzv. **Rámcové standardy ošetrovatelské péče podle zaměření**, které jsou dostupné na webových stránkách [www.portalkvality.mzcr.cz](http://www.portalkvality.mzcr.cz).

### a) Standardy zaměřené na strukturu, tj. manažerské standardy (směrnice),

jsou definované platnou legislativou ČR. Tyto standardy zahrnují:

- *kvalifikaci zdravotnických pracovníků a vydání k osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu*, tj. zákon č. 96/2004 Sb.,
- *celoživotní vzdělávání*, tj. vyhláška č. 423/2004 Sb.,
- *kompetence*, tj. vyhláška č. 424/2004 Sb.,
- *speciální kompetence*, tj. nařízení vlády č. 39/2005 Sb.,
- *kvalifikační vzdělávání*, tj. vyhláška č. 39/2005 Sb.,
- *počty zdravotnických pracovníků*, tj. vyhláška č. 331/2007 Sb.,
- *zajištění kvality ošetrovatelské péče*, tj. *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR* a
- *etické kodexy*.

**b) Standardy zaměřené na proces, tj. řídicí standardy**, které stanovují závazné postupy pro řízení lidí, pro pracovní postupy a vedení dokumentace ve zdravotnických zařízeních.

**c) Standardy zaměřené na výsledek, tj. monitorovací standardy**, které stanoví způsob hodnocení indikátorů léčebné a ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních.

## 2 Řízení kvality ve zdravotnických zařízeních

### 2.1 Od historie k současnosti

#### 2.1.1 Mezinárodní akreditační komise

Zavádění systému řízení kvality ve zdravotnických zařízeních začalo v USA na počátku 20. století. Zakladatelem systému řízení kvality je Ernest Codman. První standardy vyšly v roce 1917. Postupně od roku 1950 se v USA začalo řídit akreditačními standardy více než 3 000 zdravotnických zařízení. V roce 1951 byla zřízená **Společná komise pro akreditaci nemocnic**. Tato instituce začala vytvářet a publikovat standardy. Od roku 1970 se standardy staly optimálním stupněm zajištění kvality. V roce 1987 byl název této instituce změněn na **Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO)**. JCAHO v současnosti hodnotí více než 15 000 zdravotnických zařízení v USA. JCAHO je nezávislá, nezisková organizace. V roce 1998 byla vytvořena její mezinárodní odnož **Joint Commission International Accreditation (JCIA)**, která působí i v České republice.

## 2.1.2 Cena Malcolma Baldrige

Howard Malcolm Baldrige byl v letech 1922–1987 sekretářem Ministerstva obchodu v USA. Zabýval se obchodní politikou a jistou dobu působil i jako předseda vlády. Zasloužil se zvláště o podporu řízení kvality. **Cena H. M. Baldrige** se původně udělovala zdravotnickým zařízením poskytujícím primární péči. Dnes se tato cena uděluje s cílem zlepšovat národní ekonomiku, rozpoznat a zveřejnit kvalitní organizace a zvýšit konkurenceschopnost.

## 2.1.3 Evropská cena kvality (EQA – European Quality Award)

Evropskou cenu kvality uděluje **Evropská nadace pro řízení kvality (EFQM – European Foundation for Quality Management)**. Tato organizace byla založena v roce 1988 a původně ceny udělovala zvláště v USA a Japonsku pro podnikatelské subjekty v ekonomice a průmyslu za účelem zvyšování jejich konkurenceschopnosti. Dnes se EFQM zabývá průběžným zvyšováním kvality, má nekomerční charakter a sdružuje více než 800 firem organizací z celé Evropy.

## 2.1.4 Mezinárodní organizace pro normalizaci

**Mezinárodní organizace pro normalizaci (ISO – International Organization for Standardization)** je celosvětová federace národních normalizačních orgánů, tj. členů ISO. Tato organizace byla založena v roce 1947 a sídlí v Ženevě. Jejím hlavním cílem je zajistit jednotné podmínky pro tvorbu norem (tzv. EN – Evropská norma) a certifikaci organizací různého zaměření. V roce 1987 vydala první soubor mezinárodně platných norem. Dnes je ISO zastoupena ve více než 170 zemích světa. Členy této organizace lze najít na webových stránkách [www.iso.ch](http://www.iso.ch). V ČR se dostala tato organizace do povědomí již po 2. světové válce, a to díky **Ústavu pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví (ÚNMZ)** a **Českého normalizačního institutu (ČNI)**. ÚNMZ je organizační složkou Ministerstva průmyslu a obchodu ČR a jeho status a činnosti jsou uvedeny v *zákoně č. 20/1993 Sb., o zabezpečení výkonu státní správy v oblasti technické normalizace, metrologie a státního zkušebnictví*. ČNI je v ČR v současnosti jediná instituce, která je oprávněna vydávat tzv. ČSN normy (České technické normy).

## 2.1.5 Spojená akreditační komise

V roce 1997 vzniklo v ČR zájmové sdružení právnických osob pod názvem **Spojená akreditační komise (SAK)**. Jejimi zakladateli byly Asociace nemocnic ČR a Asociace českých a moravských nemocnic. V návaznosti na založení této komise vznikla v roce 2000 tzv. **Rada pro kvalitu ve zdravotnictví na Ministerstvu zdravotnictví ČR**. Spojená akreditační komise vydala v současné době již dvě verze *Národních akreditačních standardů pro nemocnice – Manuál a metodiku plnění*. Tato verze byla vydána v září 2009.

# 3. Systémy řízení kvality

## 3.1 Akreditace

**Akreditace** představuje oficiální uznání, že je zdravotnické zařízení způsobilé k poskytování kvalitní zdravotní péče a má vytvořen funkční a efektivní systém pro posuzování výkonnosti a pro kontinuální zvyšování kvality. Cílem akreditačního řízení je především standardizovat zdravotnická zařízení a poskytovanou zdravotní péči. Akreditace by měla zdravotnická zařízení motivovat k zavádění nových prvků řízení kvality. Akreditace v ČR je prozatím dobrovolná. Akreditační proces začíná podáním přihlášky příslušné akreditační instituci. Poté následuje

předakreditační a následné akreditační šetření ze strany této instituce. Pokud zdravotnické zařízení splní všechny požadavky, obdrží certifikát, který je platný 3 –5 let v závislosti od typu akreditační instituce.

### 3.1.1 Akreditace JCAHO/JCIA

Akreditační standardy, které se implementují v podmínkách ČR, byly vytvořeny JCAHO s využitím mezinárodní spolupráce. Jejich základní filosofie je založena na principech řízení kvality. Tyto standardy mají tzv. povinné a nepovinné části, které musí zdravotnické zařízení respektovat. **Akreditační proces dle JCAHO/JCIA** lze také přizpůsobit legislativním, náboženským a kulturním podmínkám dané země. Samotnou akreditaci provádí mezinárodní akreditační komise. Tato také uděluje zdravotnickému zařízení certifikát, který je platný tři roky.

### 3.1.2 Akreditace SAK

Pro akreditaci *Spojenou akreditační komisí* platí stejný postup jako u akreditace JCAHO/JCIA. Zdravotnické zařízení musí plnit podmínky akreditačních standardů, které jsou dostupné na webových stránkách [www.sak.cz](http://www.sak.cz). Po získání akreditace obdrží zdravotnické zařízení certifikát, který je platný 3 roky.

### 3.1.3 Akreditace ČIA

**Český institut pro akreditaci (ČIA)** byl založen jako národní akreditační orgán vládou ČR v roce 1998. Tento institut poskytuje své služby v souladu s právními předpisy státním i soukromým subjektům. V souladu s požadavky mezinárodních norem provádí ČIA akreditaci ve zdravotnictví pro zkušební a zdravotnické laboratoře a kalibrační laboratoře.

### 3.1.4 Akreditace NASKL

**Národní akreditační středisko pro laboratoře (NASKL)** vzniklo na základě jednání Rady pro akreditaci klinických laboratoří při České lékařské společnosti J. E. Purkyně v roce 2004. Tato organizace uděluje akreditaci zdravotnickým laboratořím v ČR. NASKL spolupracuje zejména se zdravotnickými pojišťovny a ČIA. Hlavním cílem této organizace je zejména harmonizace požadavků jednotlivých odborností laboratoří.

## 3.2 Certifikace

**Certifikace** je postup, kterým certifikační orgán (instituce) poskytuje písemné ubezpečení, že výrobek, proces nebo služba jsou ve shodě se specifikovanými požadavky. Tyto požadavky jsou dány normativním nebo jiným odborným předpisem. Průběh certifikace je obdobný jako u akreditačního šetření. Zařízení, které úspěšně absolvuje certifikaci, obdrží certifikát, který je platný obvykle tři roky v závislosti na certifikačním orgánu. Současně je prováděn každých šest měsíců tzv. dozorový audit, na jehož základě se ověřuje dodržování podmínek stanovených certifikací. Nejznámější a nejpoužívanější certifikace je certifikace dle ISO 9001:2001/2008, tj. *Požadavky managementu jakosti*.

### 3.2.1 Certifikace ISO

Certifikace podle normy ČSN EN ISO 9000 znamená, že zařízení (téměř jakéhokoliv typu) zvládá své postupy v oblasti, která je certifikována. **ISO řady 9000:2000 obsahuje tři základní normy:**

- ISO 9000 – základní norma,
- ISO 9001 – požadavková norma a
- ISO 9004 – způsob implementace normy.

*ISO 9001:2001*, a teď již nově revidovaná norma **9001:2008** (od srpna 2009), jsou základním modelem pro kontrolu kvality. Tato norma vyžaduje, aby zdravotnická i jiná zařízení:

1. Řekla, co dělají.
2. Dělala, co řekly.
3. Dokumentovala, co udělaly.
4. Zlepšovala výsledky.

Certifikace tohoto typu jsou ve zdravotnictví výhodná zvláště pro zdravotnická zařízení menšího typu a zdravotnické laboratoře.

### 3.3 EFQM Model

**EFQM model excellence** zahrnuje devět základních kritérií, která popisují způsob vedení, strategie a plánování, řízení pracovníků, zdroje, systém jakosti a procesy, spokojenost zákazníků a pracovníků, vliv na společnost a výsledky podnikání. Tento způsob řízení kvality je rozdělen na model pro organizaci do 250 zaměstnanců a nad 250 zaměstnanců. Model využívá zejména metody sebehodnocení a benchmarkingu. Důležitým charakteristickým prvkem tohoto systému řízení kvality je propojení lidí pomocí procesů, kteří dosahují pozitivních výsledků. Model má za cíl vést organizaci k dokonalosti za pomoci zaměření se na výsledky, zákazníka, vedení a stálosti procesů, řízení pomocí procesů a údajů, rozvoje a zaujetí lidí, neustálého učení a zlepšování, rozvoje partnerství a veřejné odpovědnosti. Tento systém kvality je prozatím pro zdravotnická zařízení v ČR nedosažitelný.

## 4. Hodnocení kvality ve zdravotnických zařízeních

### 4.1 Systém hodnocení kvality zdravotnické péče podle A. Donabediana

Americký profesor veřejného zdravotnictví **Avedis Donabedian** definoval kvalitní zdravotní péči, jako „druh péče, při kterém lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví, přičemž očekávaný užitek je ve srovnání s náklady ve všech fázích léčebného procesu vyšší.“

A. Donabedian vypracoval **systém hodnocení kvality zdravotní péče podle tří základních kritérií:**

- a) Strukturální**, které jsou zaměřené na strukturální procesy (např. počet personálu, infrastruktura, vzdělávací podmínky...).
- b) Procesuální**, zaměřené na samotné procesy, tj. činnosti (např. diagnostické výkony, léčebné výkony...).
- c) Výslední, tzv. hodnotící**, které nás informují o výsledků naplnění/nenaplnění kritérií strukturálních a procesových (např. statistické zpracování indikátorů léčebné péče).

Podle těchto kritérií lze vypracovávat i standardy zdravotnické péče.

### 4.2 Audit

**Audit** je podle normy ČSN EN ISO 19011 „*nezávislý, plánovaný a dokumentovaný proces pro získání důkazů o provádění správných činností správným způsobem.*“ Audit by v žádném případě neměl sloužit k zastrahování a trestání zaměstnanců. Naopak by měl poukázat na nale-

zené chyby a vést k neustálému zlepšování kvality poskytované péče. Používá se tak jako jeden z nástrojů způsobů hodnocení kvality.

Audity můžeme rozlišovat na audity *interní* (ze strany zdravotnického zařízení vlastními zaměstnanci) a *externí* (např. ze strany státních regulačních orgánů – Státní ústav pro kontrolu léčiv, Ministerstvo zdravotnictví ČR nebo akreditační/certifikační orgán). Audity můžeme také rozdělit podle časového provedení na *plánované* a *neplánované*. Jiný systém typologie auditů rozlišuje *audity systému managementu jakosti*, *audity produktu*, *procesu* a *audity zaměřené na personál*.

#### 4.2.1 Kritéria a plán auditu

Pod kritérii auditu rozumíme soubor politik, postupů nebo požadavků, podle kterých se zjišťuje shoda/neshoda při daném auditu. Tato kritéria jsou uvedena v tzv. *Kontrolním listu (Check list)*. U každého auditu by měl být znám *termínovaný* a *časový harmonogram*, *složení týmu* a *samotný předmět auditu*.

#### 4.2.2 Účastníci auditu a shromažďování informací

Účastníkem auditu je samotná prověřovaná organizace a její personál, auditor a někdy i tzv. technický expert, tj. osoba znalá problematiky. Informace při auditu získává auditor pomocí rozhovoru, pozorování a přezkoumávání dokumentů.

#### 4.3 Indikátory kvality

**Indikátor** je statistický ukazatel, který je vždy vyjádřen kvantitativně, tj. číslem, procentem. Jde o tzv. výstražný signál, který by nás měl varovat, že něco není v pořádku. Tyto údaje nás informují o kvalitě procesů ve zdravotnických zařízeních. Indikátor můžeme pojmut také jako tzv. riziko nebo mimořádnou událost. Hodnocení těchto ukazatelů je proces identifikování, vyhodnocování a řešení potenciálních nebo aktuálních problémů, které mohou být zdrojem zranění, poškození, finanční ztráty, apod. Sledovanými indikátory zdravotnické nebo léčebné péče ve zdravotnických zařízeních mohou být:

- pooperační komplikace,
- opakované rentgenologické snímky,
- medikační chyby,
- nozokomiální nákazy,
- spotřeba antibiotik,
- délka hospitalizace,
- dekubity,
- pády pacientů,
- spokojenost pacientů,
- spokojenost zaměstnanců,
- čekací lhůty na diagnostické a léčebné výkony,
- náklady na zdravotnickou péči,
- mortalita,
- neshody v laboratořích, atd.

Vlastním indikátorem kvality je i počet tzv. mimořádných událostí nebo neshod/rizik ve zdravotnickém zařízení. Právě výše vyjmenované příklady indikátorů jsou často obsahem mimořádných událostí či neshod/rizik. Cílem hlášení těchto událostí není sankce, ale prevence nebo redukce chyb. Příčinou těchto událostí/neshod může být např. nefunkční systém řízení či



kontroly, nedostatečné vzdělávání, nevhodná pracovní náplň, nefunkční technologie, atd. Je nutné si však uvědomit, že nelze monitorovat všechny procesy ve zdravotnickém zařízení, a tak je nevyhnutelné pečlivě vybírat právě ty indikátory, které nám poskytnou, co nejkvalitnější a nejrelevantnější informace. Každé zdravotnické zařízení by mělo mít vypracovaný systém hlášení/kontroly těchto mimořádných událostí/neshod či rizik. Indikátory lze sledovat nejenom v rámci zdravotnického zařízení, ale také v národním i mezinárodním srovnávání.

## 5. Závěr

Posláním zdravotnických institucí je poskytovat kvalitní, účinnou, hospodárnou a vysoce odbornou péči o pacienty. Za tímto účelem je proto nezbytné vytvářet prostředí, v němž lze takové cíle uskutečňovat.

Zvolený postup vedoucí k získání akreditace či certifikace vyžaduje hluboké, zásadní zásahy do struktury, provozu, financování a řízení organizace. Z těchto důvodů je příprava k akreditaci nebo certifikaci bez plné podpory nejvyššího vedení nesmyslná; vede totiž pouze k plýtvání svěřenými prostředky. Vrcholný management musí přijmout myšlenku nezbytnosti změn za vlastní, zasazovat se o prosazení a dotažení transformačních procesů a dynamicky se přizpůsobovat aktuálním podmínkám. Je proto nutné zvážit v jaké míře jsme ochotni zvýšené nároky v jednotlivých institucích akceptovat. Dosažení národních a mezinárodních standardů kvality je do budoucna procesem nezbytným a nutným. Vše záleží jen na našem přístupu a na schopnosti adaptovat sebe i své okolí na změny.

Literatura:

- ČSN normalizační institut *ISO/IWA 1:2001: Systém managementu kvality. Směrnice pro proces zlepšování služeb zdravotnických organizací*. Praha, Český normalizační institut 2004. 91414.
- Gladkij, I. a kol.: *Management ve zdravotnictví*. Brno, Computer Press 2003. ISBN 80-7226-996-8.
- Joint Commission International: *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice – Komentovaný oficiální překlad*. Praha, Grada Publishing 2004. ISBN 80-247-0629-6.
- Joint Commission Resources: *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení – cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha, Grada Publishing 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.
- Madar, J., a kol.: *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha, Grada Publishing 2004. ISBN 80-247-0585-0.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR *Věstník MZČR: Metodická opatření č. 9. Koncepce ošetřovatelství*. Praha, MZČR 2004.
- Světová zdravotnická organizace: *Směrnice pro vývoj strategií kvality a bezpečnosti v kontextu zdravotnického systému*. Regionální úřadovna pro Evropu, Copenhagen, Dánsko 2008.
- Škrála, P., Škrlová, M.: *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha, Grada Publishing 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

Internetové odkazy:

Český institut pro akreditaci, o. p. s. [online]. 2009. [cit. 2009-09-10]. Dostupné z: <http://www.cia.cz>.

Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví [online]. 2009. [cit. 2009-09-09]. Dostupné z: <http://www.unmz.cz>.

International Organization for Standardization. [online]. 2009. [cit. 2009-09-10]. Dostupné z: <http://www.iso.ch>.

Spojená akreditační komise České republiky [online]. 2009. [cit. 2009-09-08]. Dostupné z: <http://www.sak.cz>.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. 2009. [cit. 2009-09-08]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz>.

Světová zdravotnická organizace [online]. 2009. [cit. 2009-09-09]. Dostupné z: <http://www.who.cz>.

## Holistické pojetí ošetrovatelské péče

Jaroslava Poláková

Pojem holistické zdraví / **holismus** – z řec. Holos – **celek** / zahrnuje celou osobnost člověka; celistvou bytost a všechny stránky jejího životního stylu – tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládnání stresu, citlivost na prostředí, sebekoncepci a duchovno.

**Holistická péče** /v době zdraví i nemoci/ pomáhá lidem převzít odpovědnost za své zdraví, hledat alternativy, zdravý způsob života, sebeuspokojení a mobilizaci vnitřních sil.

Holistický pohled na člověka znamená především jiný způsob myšlení, a to se může zpočátku jevit jako obtížné, nicméně pochopení a akceptování tohoto přístupu je cestou, jak změnit současnou praxi u nás a poskytovat lidem kvalitní péči ve zdraví i v nemoci. Holistické pojetí péče znamená komplexní individualizovanou ošetrovatelskou péči zaměřenou na uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb ( včetně spirituálních potřeb).

**Psychika** / emoce / a **soma** / biologický a fyziologický stav/jsou citlivé na různé druhy stresu, existuje mezi nimi vzájemný psychosomatický vztah/somatické problémy vyvolávají psychické a naopak/.

Somatická nerovnováha vytváří psychickou nerovnováhu a psychická nerovnováha vytváří nerovnováhu somatickou. Pokud má ošetrovatelská intervence člověku pomoci, musí být zaměřena na fyziologické i psychologické potřeby.

### Důležité je především

Individualizovaná péče o celou osobnost

Profesionální přístup, komunikace

Aktivita nemocného

Spolupráce rodiny

V metodě ošetrovatelské praxe – ošetrovatelském procesu je jednou z jeho nejdůležitějších součástí určit správnou ošetrovatelskou diagnózu. Ošetrovatelský proces je vždy zaměřen více na celostní bytost člověka než na nemoc samotnou.

Literatura:

Mastiliaková, D.: Holistické přístupy v péči o zdraví. Brno, IPVZ 1999

Ošetrovatelský proces je vědecká metoda řešení problémů nemocných, které může profesionálně ovlivnit sestra, cílem tohoto postupu je zacházení a práce ošetrovatelským procesem, dále prevence, odstranění nebo zmírnění problémů při zajišťování individuálních potřeb pacientů. Je to metoda poskytování ošetrovatelské péče založena na sérii plánovaných činností:

- shromažďování údajů - anamnéza
- stanovení ošetrovatelských diagnóz - problémů
- plánování
- realizace ošetrovatelských intervencí
- hodnocení výsledků ošetrovatelských intervencí - vyhodnocení reakce nemocného na poskytovanou péči

Ošetrovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči.

Ošetrovatelský proces se především odráží v aktivních činnostech sestry, k nimž se sama rozhodne na základě poznání nemocného.

Ošetrovatelský proces potřebuje aktivní ošetrovatelskou péči, která se vyznačuje vnímavostí ošetrovatelského personálu k individuálním potřebám pacientů, aktivní péče je včasná péče, která je pro uspokojování potřeb pacientů metodou ošetrovatelského procesu nezbytná.

### 1. Význam ošetrovatelského procesu

**Ošetrovatelský proces je základem pro poskytování a zvyšování kvality ošetrovatelské péče.**

Sestry znají pacienty mnohem lépe než ostatní zdravotničtí pracovníci.

Ošetrovatelský proces zvyšuje profesní pravomoc a tvořivost sester a přináší jim lepší pocit pracovní spokojenosti a seberealizace.

Všechny složky péče jsou adresné, takže každý člen ošetrovatelského týmu nese konkrétní zodpovědnost za tu část péče, kterou je povinen u daného pacienta zajistit.

U pacientů, s nimiž se obtížně spolupracuje, pomáhá ošetrovatelský proces snáze pochopit příčiny jejich chování a najít způsob, jak k nim přistupovat.

Koncepce ošetrovatelského procesu vytváří základ správného přístupu ke zdravým či nemocným v průběhu profesní přípravy.

#### 1.1 Přínos individualizované ošetrovatelské péče

**pro nemocného,**

1. je ordinovaná a řízená sestrou
2. je „šitá na míru“, odpovídá potřebám nemocného
3. je systematická, založená na ošetrovatelském procesu
4. vyvolává aktivitu nemocného a jeho rodiny
5. udržuje /zvyšuje/ soběstačnost nemocného

**pro sestru**

1. zvyšuje samostatnost práce sestry
2. zvyšuje kompetenci a odpovědnost
3. vyvolává pozitivní zpětnou vazbu
4. zlepšuje sebereflexi a seberealizaci v profesi

**2.1 Systém skupinové péče** je systém, který odpovídá moderním požadavkům na zajišťování individuálních potřeb pacienta, skupinová sestra se stará během směny o skupinu pacientů, odpovídá za zajištění ošetrovatelského procesu a vedení zdravotnické dokumentace.

**2.2 Systém primárních sester** - sestra se stará o přiděleného pacienta od přijetí až do jeho propuštění

sestra při přijetí vyplní ošetrovatelskou dokumentaci, plánuje a poskytuje péči, pokud je ve službě sestra je hlavním koordinátorem ošetrovatelské péče u svých nemocných

sestra úzce spolupracuje s nemocným, ale i s jeho rodinou

sestra připravuje nemocného a jeho rodinu k propuštění a informuje o něm terénní sestru

sestra, vždy když je ve službě, pečuje o stejné pacienty, není-li ve službě, předává nemocné zástupné sestře

sestra sleduje vývoj pacientova stavu

sestra vystupuje jako „obhájce“ pacienta

### **3. Předávání pacienta**

porada ošetrovatelského týmu

návštěva nemocných ošetrovatelským týmem /ošetrovatelská vizita/

### **4. Fáze ošetrovatelského procesu**

#### **Zhodnocení nemocného**

- kdo bude hodnocení provádět primární- skupinová sestra
- jaké informace je třeba získat
- odkud informace získat
- jakými metodami je lze získat
- jak budou informace dokumentovány

**Na základě tohoto zhodnocení sestra stanoví nejzávažnější poruchy potřeb pacienta, problémy ošetrovatelské péče.**

#### **4.1 Ošetrovatelská anamnéza**

zhodnocení současného stavu pacienta

identifikační údaje

současný zdravotní stav

anamnestické údaje

#### **4.2 Ošetrovatelská diagnóza-problém**

vytřídění informací

verbalizace současných i potenciálních problémů pacienta

stanovení pořadí jejich priorit

provést za účasti pacienta

Ošetrovatelská diagnóza je závěr provedený sestrou na základě systematického a pečlivého sběru informací o pacientovi. Ošetrovatelská diagnóza zahrnuje pouze ty oblasti, které sestra zná, např. u DM nemůže sestra sama diagnostikovat tuto diagnózu, ale může pacienta informovat o výživě nebo komplikacích tohoto onemocnění.

Ošetrovatelská diagnóza může popisovat současné problémy pacienta, ale i ty, které mohou teprve nastat.

Za ošetrovatelskou diagnózu vždy odpovídá sestra, i když se na ní podílejí další členové týmu/ nutriční terapeut, fyzioterapeut, sociální pracovníce .../.

Ošetrovatelská diagnóza nekopíruje lékařskou, lékařská diagnóza označuje nemoc nebo poruchu zdraví, ošetrovatelská diagnóza určuje, jak a do jaké míry zasahuje do života postiženého člověka

#### 4.2.1 diagnostický proces

1. utřídění a vyhodnocení informací
2. stanovení zdravotních problémů a potřeb pacienta
3. formulování ošetrovatelské diagnózy
4. priority diagnózy

ad 1/ **vybrat ty které jsou pro pacienta nezbytné a potřebné**

určit informace - vybrat ty, které jsou neúplné a je třeba je doplnit  
předat informace, které jsou důležité pro ostatní členy svého týmu  
nakonec zůstanou informace, které jsou zajímavé, ale z hlediska ošetrovatelského procesu se není jimi nutno zabývat

ad 2/ **neexistuje žádný problém**, nemocný je v dobrém stavu

zatím neexistuje žádný problém, ale může nastat /potenciální problém/  
problém existuje, ale pacient ho účinně zvládá sám

problém existuje, ale pacient si s ním nestačí sám poradit, potřebuje pomoc

problém vyžaduje další podrobnější analýzu

problém v současné chvíli neovlivňuje pacientovu soběstačnost, ale v budoucnu na ni bude mít vliv

problém pacienta ohrožuje, je velmi závažný

problém je dlouhodobý a permanentní

ad 3/ **formulování ošetrovatelské diagnózy**

**typy ošetrovatelské diagnózy –**

- **dvojsložková PE** / problém – etiologie /

správná formulace dušnost z důvodu postižení plic, srdečního selhání, infekce

chybná formulace dušnost z důvodu potenciální pneumonie / lékařský termín /

- **trojsložková PES** / problém – etiologie – symptom /

správná formulace - dušnost z důvodu postižení plic, srdečního selhání, infekce

projevující se neefektivním dýcháním, cyanózou rtů, strachem, bolestí....

chybná formulace - dušnost z důvodu potenciální pneumonie /lékařský termín/

projevující nedostatečnou plicní ventilací / lékařský termín/

V moderním ošetrovatelství je také možno použít jednotnou terminologii, podobně jako je tomu v medicíně. Tyto snahy jsou koncentrovány v několika významných mezinárodních sesterských organizacích, které se propracováním **taxonomie ošetrovatelských diagnóz** /jednotné označování diagnóz podle dohodnutých seznamů/. Nejznámější je systém NANDA, vypracovaný a dlouhodobě korigovaný Americkou asociací pro ošetrovatelské diagnózy / North American Nursing Dignosis Association/. Tento systém pronikl i do Evropy a k účelu jeho modifikace pro evropské podmínky vznikla Evropská skupina pro ošetrovatelské diagnózy. Taxonomie se zatím používá jen v některých evropských zemích, ale i u nás v některých zdravotnických zařízeních.

#### 4.2.2 Výhody taxonomie

- Systém jednotné klasifikace je užitečný pro vytvoření společného odborného ošetřovatelského jazyka
- Má-li sestra k dispozici taxonomii, při hodnocení nemocného mnohem snadněji najde a definuje jeho problém
- Taxonomie umožňuje snazší dorozumění v ošetřovatelském týmu při informování o pacientech

Sestry si na tuto terminologii musejí v praxi zvykat a pro její použití se systematicky vzdělávají.

#### 4.2.3 Aktuální diagnóza

vyjadřuje skutečné problémy nemocného, např. bolest, váhový úbytek, dýchání

#### 4.2.4 Potenciální diagnóza

jsou to problémy, které se ještě nevyskytují, ale jejich pravděpodobnost výskytu je vysoká. Sestra zná potenciální nebezpečí, nemocný si je neuvědomuje.

**Nejčastější potenciální problémy:**

- **vycházející ze somatického stavu** u pacienta podvyživeného, zesláblého nebo oslabeného jiným onemocněním, lze očekávat komplikovanější průběh onemocnění.
- **vycházející z diagnózy, kdy** pacientův stav může být doprovázen různými komplikacemi, např. u diabetika mohou vzniknout nekrózy na dolních končetinách a tím nám vyplývají nové nároky na péči
- **související s léčebnými postupy**, některé způsoby léčby /chemoterapie/ mohou mít nežádoucí účinky a z toho vyplývají nové nároky na péči
- **vyplývající z nemocničního prostředí**, pobyt v nemocnici může mít pro pacienty se sníženou imunitou zvýšené riziko infekce
- **okolnosti ze strany pacienta mohou výrazně komplikovat průběh léčby/** osobní problémy, děti, rodiče, pobyt doma po propuštění u pacienta po amputaci aj.

**Včasná /aktivní / ošetřovatelská péče** může tyto rizika snížit nebo předejít.

Pokud chceme do vlastní ošetřovatelské péče zapojit pacienta, musíme ho s potenciálními problémy a plánovanými opatřeními seznámit a poučit /**EDUKOVAT**/ ho, jak účinně spolupracovat.

#### 4.2.5 Syndromová /kombinovaná / diagnóza

V některých situacích se aktuální i potenciální problémy sdružují a vytvářejí tzv. ošetřovatelský syndrom. Typickým příkladem této kombinované diagnózy je ztráta nebo porucha soběstačnosti.

Priority problémů /pořadí diagnóz/ jak je vidí sestra, se nemusí shodovat s hlediskem nemocného. Je to také příležitost jak zapojit rodinu k aktivní spolupráci.

**Priority problémů si stanovíme,**

a/ pro bezprostřední příští období

b/ z hlediska další perspektivy pacienta např. úprava životního stylu při dlouhodobém onemocnění / diabetes, onkologické onemocnění, dialýza/ či postižení /úrazy páteře, amputace/, udržení jeho nezávislosti na ostatních v nejvyšší možné míře. I zde je velmi vhodné vtáhnout do tohoto procesu rodinné příslušníky.

V ošetrovatelském plánu, který se opírá o pořadí diagnóz, můžeme navrhnout, že je možné řešit nejen momentální /aktuální / situaci, ale jakým způsobem můžeme předejít a chránit nemocného před problémy, kterými je potenciálně ohrožen. Všechny aktuální i potenciální problémy pacienta by měli být jasně a stručně zaznamenány v ošetrovatelském plánu.

### 4.3 Ošetrovatelský plán

Ošetrovatelský plán má 2 části

a) stanovení cílů /předpokládaných výsledků/ péče

b) plán ošetrovatelských činností / intervencí, výkony, zásahy/, které povedou k dosažení cílů.

Cíl vyjadřuje žádoucí tělesný, psychický a nebo sociální stav pacienta a v jaké míře ho chceme dosáhnout. Stanovené cíle tvoří **základ** pro pozdější **hodnocení poskytnuté péče**.

- směřují vždy k nemocnému hodnotíme podle naměřených hodnot **somatických** / soběstačnost, rány/ a **psychických** /je klidný, udává menší bolest apod./
- pacient se účastní stanovených cílů, pokud je to možné
- co může pro sebe udělat pacient sám a co lze očekávat od ošetrovatelské péče
- časový plán pro jeho dosažení a přehodnocení
- konkrétní a měřitelné, aby bylo možné objektivně zhodnotit dosažený efekt poskytnuté péče.
- jasný a srozumitelný pro sestry i pacienty
- reálné cíle, pro které máme podmínky

#### 4.3.1 Cíl krátkodobý, dlouhodobý

a) **krátkodobý cíl** se týká bezprostředně následujícího období / příštích hodin, dnů/

- specifické
- měřitelné
- realistické

b) **dlouhodobý cíl** se vztahuje k delšímu období / k propuštění do domácí péče/

- pacient s akutním onemocněním, u něhož se neočekává chronické ani trvalé postižení /pacient se vrací do normálního života - normální sociální role/
- pacient s chronickým onemocněním nebo s různými poruchami soběstačnosti/pacient se adaptoval na své onemocnění - konkrétní omezení/
- pacient s vážným onkologickým onemocněním /pacient bude mít zajištěno klidné a důstojné umírání a smrt, HOSPICE, Domácí péče apod./

#### 4.3.2 Plánování

Při plánování je sestra je schopna identifikovat správně problémy pacienta

- sestra při plánování bere v úvahu i ošetrovatelské problémy a rizika vyplývající z lékařské diagnózy
- sestra má dostatek odborných znalostí a zkušeností, aby plánovala skutečně to, co je pro pacienta nejprospěšnější

##### 4.3.2.1 Zápisy

- nesmí být časově náročné, aby sestru neodváděly od pacienta.
- jakým způsobem se bude zapisovat
- které informace se budou zaznamenávat
- kolik místa je potřeba pro záznam
- časování zápisů kdy se provede záznam, zda průběžně nebo ke konci služby



#### 4.3.2.2 Předávání informací

jednou ze základních podmínek je, aby s plánem každého nemocného byli seznámeni všichni členové ošetřovatelského týmu, kteří budou péči poskytovat přímo u lůžka nemocného. Každý pracovník by měl znát

**jaké pacient má hlavní problémy**

**jaké jsou krátkodobé a dlouhodobé cíle naplánované péče**

**jaká péče by se měla poskytnout k zajištění pacientových potřeb**

**jaké výkony již byly provedeny**

**jak daleko pacient pokročil ke stanovenému cíli /či naopak/**

Tyto informace jsou zachyceny v **písemných plánech** a sestry si je předávají při **předávání služeb** nebo na krátkých poradách ošetřovatelského týmu a přímo u lůžka nemocného / **sesterské vizity**/

Standardy ošetřovatelských plánů je plány, které nejsou zaměřeny na konkrétního pacienta, ale vychází se specifické problematiky u vymezené skupiny nemocných např., diabetes, pooperační péče aj.

#### 4.4 Realizace plánu

##### 3 okruhy

1. ošetřovatelský tým pod vedením skupinové nebo primární sestry poskytuje nemocnému individuální péči podle předem stanoveného plánu a dokumentuje jeho provedení
2. plán může být přehodnocen podle aktuálního stavu pacienta, plánované výkony nemohou být splněny, péče byla plánovaná, ale z různých důvodů nebyla poskytnuta
3. neplánovaná péče, která se často poskytuje, se dynamicky v průběhu procesu mění. O neplánované péči je také nutno vést záznam.

#### 4.5 Hodnocení poskytované péče

1. dosažené výsledky porovnáme s plánovanými cíli
  2. v případě, že nebylo dosaženo cíle, změníme na základě výsledků hodnocení plán.
- Pokud nebylo dosaženo očekávaných výsledků, je velmi vhodné diskutovat problematiku nemocného s ostatními členy zdravotnického týmu na pravidelných poradách. Jejich pohled na pacienta a jejich zkušenosti mohou přispět ke vhodné korekci zdravotnického týmu.

hodnocení termínované

hodnocení průběžné

hodnocení souhrnné /závěrečné/

**Kvalita ošetřovatelské péče závisí na tom, jak dobře byly všechny fáze ošetřovatelského procesu provedeny.** Souhrnné závěrečné hodnocení provádí v případě, že nemocného předává do péče jiné instituce nebo osobě . Zahrnuje celkový pohled sestry i pacienta na péči, která mu byla poskytnuta. Součástí hodnocení je jednak ošetřovatelský souhrn, který informuje příští sestru, rodinu, pečovatelskou službu apod., o nejdůležitějších ošetřovatelských problémech pacienta /**překladová zpráva**/, jednak přehled dlouhodobých cílů, na něž by se příští pečovatelé měli zaměřit. Tento přehled zajišťuje kontinuitu ošetřovatelské péče.

## **Abeceda zásad pro zavedení ošetrovatelského procesu**

- a/ získat ochotu sester k zavedení nového způsobu práce
- b/ odborná příprava ošetrovatelského týmu
- c/ vypracovat způsob, aby se sestry zapojily samy
- d/ podmínky a podpůrné prostředí-sociální odměna např. odlišné oblečení, publikace aj.
- e/ vyslat sestru na jiné pracoviště
- f/ stručný projekt
- g/ prodiskutovat s vedoucím oddělení a lékařským týmem
- h/ pilotní studie na krátké období, půl roku, apod.

### Literatura:

- Doenges, E.M., Moorhous, M.F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha, Grada Publishing 2001. ISBN 80-247-0242-8.
- Mikšová,Z., Froňková, M, Hernová, M., Zajíčková, M.: Kapitoly z ošetrovatelské péče I. Praha, Grada Publishing 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- Mikšová,Z., Froňková, M, Hernová, M., Zajíčková, M.: Kapitoly z ošetrovatelské péče II. Praha, Grada Publishing 2006. ISBN 80-247-1443-4.
- Staňková, M.: České ošetrovatelství 3. Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe. Brno, IDV PZ1999. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
- Staňková, M.: České ošetrovatelství 4. Jak provádět ošetrovatelský proces. Brno, IDV PZ 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
- Trachtová, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno, IDVPZ 1999. ISBN 80-70-13-285-X.



Klinika / oddělení: .....

**OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA pro následnou péči (dospělí)**

(vyplnit do 24 hodin po příjmu)

štítek

<p><b>Diagnóza:</b></p>		<p><b>Orientace na oddělení</b></p> <p><input type="checkbox"/> koupelna <input type="checkbox"/> vypínač světla <input type="checkbox"/> místa s omezeným vstupem (kuchyňka aj.)</p> <p><input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> signalizační <input type="checkbox"/> seznámen s domácím řádem</p> <p><input type="checkbox"/> telefon <input type="checkbox"/> zařízení <input type="checkbox"/> (doba podávání stravy a návštěvních hodin aj.)</p> <p><input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> zábrany lůžka <input type="checkbox"/> seznámen s právy pacientů</p> <p><input type="checkbox"/> pracovní sester</p>	
<p><b>Alergie:</b></p>		<p><b>Smyslové bariéry</b></p> <p><input type="checkbox"/> problémy se zrakem:</p> <p><input type="checkbox"/> problémy se sluchem:</p> <p><input type="checkbox"/> problémy s řečí:</p> <p><input type="checkbox"/> cizinec, který nerozumí česky</p>	
<p><b>Datum příjmu:</b></p>		<p><b>Riziko pádu</b></p> <p><b>Skóre rizika</b> (viz druhá strana):</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p>	
<p><b>Příjemci</b></p> <p><b>Přijat odkud:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Opakované přijetí:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Rodina informována:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Fyziologické funkce při přijetí</b></p> <p>Krevní tlak: Puls:</p> <p>Tělesná teplota:</p> <p><b>Vědomí</b></p> <p><b>Orientace</b> Kontakt</p> <p><input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> bez omezení</p> <p><input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> ztížený</p> <p><input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> nelze navázat</p> <p><b>Psychický stav</b></p> <p><input type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespolupracuje</p> <p><input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> rozrušený</p> <p><input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> zmatený</p> <p><b>Spánek</b></p> <p><input type="checkbox"/> bez poruchy <input type="checkbox"/> s poruchou</p> <p>Léky (jaké):</p> <p><b>Dýchání</b></p> <p><b>Potíže s dýcháním:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> dušnost (jaká):</p> <p><input type="checkbox"/> cyanóza</p> <p><input type="checkbox"/> kašel (jaký):</p> <p><input type="checkbox"/> jiné:</p>			
<p><b>Hodina příjmu:</b></p>		<p><b>Stav kůže</b></p> <p><b>Změny na kůži:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p><input type="checkbox"/> dekubity (lokalizace):</p> <p>stupeň: velikost:</p> <p><b>Riziko dle Nortonové:</b></p> <p>(viz druhá strana)</p> <p><b>Pohyblivost</b></p> <p><input type="checkbox"/> chodící sám</p> <p><input type="checkbox"/> chodící s pomocí</p> <p><input type="checkbox"/> ležící pohyblivý</p> <p><input type="checkbox"/> ležící nepohyblivý</p> <p><b>Soběstačnost</b></p> <p><input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný</p> <p><input type="checkbox"/> vysoce závislý</p> <p><input type="checkbox"/> závislost středního stupně</p> <p><input type="checkbox"/> lehká závislost</p> <p><input type="checkbox"/> nezávislý</p> <p>(dle testu ADL, viz druhá strana)</p> <p><b>Pomůcky</b></p> <p><input type="checkbox"/> brýle, čočky <input type="checkbox"/> naslouchátko</p> <p><input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> berle, hůl</p> <p><input type="checkbox"/> protéza <input type="checkbox"/> vozík, chodítka</p> <p><input type="checkbox"/> jiné:</p>	
<p><b>Bolest</b></p> <p>Lokalizace:</p> <p><b>Intenzita (dle škály):</b></p> <p>Co pomáhá:</p> <p><b>Hydratace / Výživa</b></p> <p>Hmotnost / výška:</p> <p><b>Dieta:</b></p> <p><b>Stav hydratace:</b></p> <p>Zvláštnosti:</p> <p><b>Nutriční screening:</b></p> <p>(viz druhá strana)</p> <p><b>Kontaktovat nutričního terapeuta:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Vyprazdňování moče</b></p> <p><b>Potíže s močením:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> retence</p> <p><input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p><input type="checkbox"/> permanentní katetr den:</p> <p><b>Vyprazdňování stolice</b></p> <p><b>Jak často chodí na toaletu:</b></p> <p><b>Datum poslední stolice:</b></p> <p><b>Potíže se stolicí:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem</p> <p><input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie</p> <p><input type="checkbox"/> jiné:</p>		<p><b>Plánované propuštění</b></p> <p><input type="checkbox"/> není schopen vykonávat ADL + sepečiči</p> <p><input type="checkbox"/> onemocnění s následky</p> <p><input type="checkbox"/> není orientován (čas, místo, osoba)</p> <p><input type="checkbox"/> vyžaduje následnou rehabilitaci</p> <p><input type="checkbox"/> bydlí sám</p> <p><input type="checkbox"/> v péči:</p> <p><b>Kontaktovat sociálního pracovníka:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Jméno a podpis sestry:</b></p> <p><b>Datum:</b> Čas:</p>	

V českém ošetrovatelství se vyšetřovací a měřicí techniky začínají objevovat teprve v posledním desetiletí. S rostoucí autonomií sestry v oblasti ošetrovatelského procesu se zvyšuje její odpovědnost a samostatnost. Sestra má získat a zhodnotit jednak vstupní informace z ošetrovatelské anamnézy, jednak hodnotí nemocného z hlediska jeho současného stavu, zajišťuje také parametry ordinované lékařem.

Ve světě bylo vypracováno a zpravidla také standardizováno mnoho ošetrovatelských metodik zaměřených např. na riziko vzniku dekubitů dle Nortonové, poruchu soběstačnosti dle Barthela, bolest, MMSE /Mini mental stat examination = test kognitivních funkcí/, geriatrickou škálu deprese, rizikové faktory pro vznik pádů, hodnocení nutričního stavu pacienta a mnoho dalších.

V současné době se tyto měřicí techniky používají v mnoha oborech a sestřím pomáhají k objektivizaci pacientových problémů, poruch či obtíží. Objektivní hodnocení je pro sestru důležitou pomůckou ke stanovení individuálního plánu ošetrovatelské péče vycházejícího z objektivních údajů o pacientovi.

Nejčastější metody, které se používají:

### 1. Hodnocení bolesti

S bolestí se setkáváme při ošetrování nemocných velmi často, je příznakem mnoha onemocnění, ale setkáváme se s ní i při různých léčebných či ošetrovatelských zákrocích, které mohou vyvolat menší nebo větší bolest, kterou nemocný prožívá velmi negativně a která zvyšuje jeho strádání. Odstraňování nebo zmírňování bolesti patří do základních intervencí v rámci ošetrovatelského procesu.

**Bolest je subjektivní příznak**, který zatěžuje celý organismus a současně ovlivňuje psychiku člověka a vyčerpává jej tělesně i duševně. Vyčerpání zpětně zvyšuje citlivost na bolest. Vnímání bolesti je velice individuální. Ovlivňují jej tyto faktory:

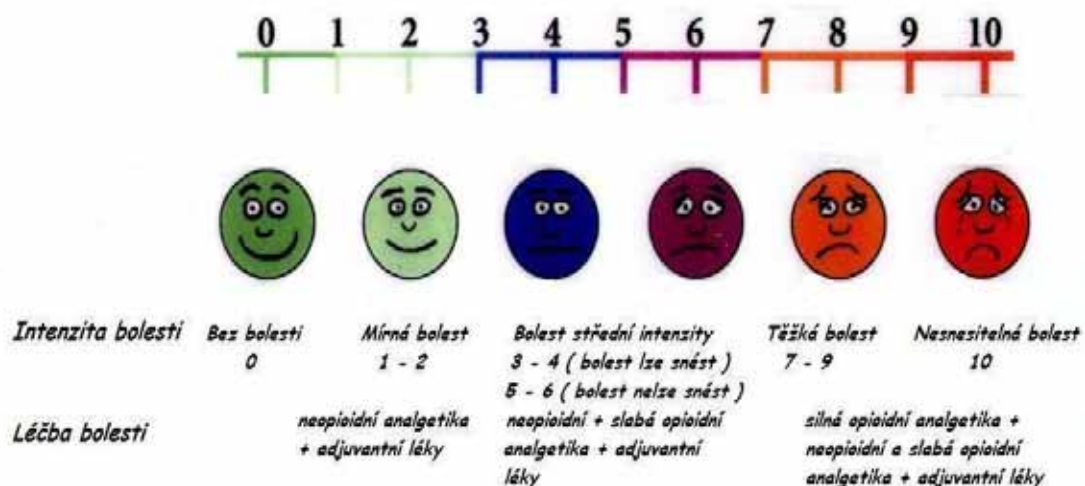
- Vrozený typ nervové soustavy
- Předchozí zkušenosti
- Psychický stav
- Pohlaví a věk
- Etnická skupina
- Nepohodlí, nedostatek spánku
- Ztráta pocitu jistoty /odloučení od matky/denní doba /dopoledne, večer/

Při ošetrování nemocných je potřeba zvážit veškeré uvedené faktory a změřit intenzitu bolesti.

Bolest je prožívaná a pociťována individuálně, jsou vyvinuty metody, napomáhající subjektivní pocit nemocného vyjádřit kvantitativně. Hodnotí se zpravidla individuální vnímání bolesti, její charakter a intenzita.

### Nejčastější hodnotící metody

- Verbální škály, kdy nemocný vyjadřuje pocit bolesti číslem na stupnici vyjádřené číselně od 1 do 10, slovně od slabé po nesnesitelnou
- Neverbální škály pomáhají sledovat neverbální projevy zejména u dětí a starých lidí
- Dotazníky, které hodnotí intenzitu a charakter bolesti, pacient škáluje své pocity, jednak odpovídá na otázky.



## 2. Měření soběstačnosti

Jedním se základních cílů moderního ošetřovatelství je pomoc nemocnému zůstat co nejdéle soběstačný, být nezávislý na pomoci druhých. Nemocní s porušenou soběstačností, kteří nejsou schopni si zajistit činnost běžného denního života bez pomoci druhých, pociťují subjektivně i objektivně nedostatky v základní péči velmi silně, dochází k výraznému snížení kvality života.

Z hlediska soběstačnosti v denních činnostech můžeme nemocné rozdělit do 4 skupin:

1. Nemocní zcela soběstační, nezávislí na pomoci sester
2. Nemocní částečně soběstační, schopni sebeobsluhy, lehce závislí
3. Nemocní zcela nebo částečně soběstační, závislost středního stupně
4. Nemocní nesoběstační, vysoce závislí

Stupeň soběstačnosti může sestra zjišťovat odhadem a pozorováním nemocného při provádění činností denního života a pomocí měřicí techniky.

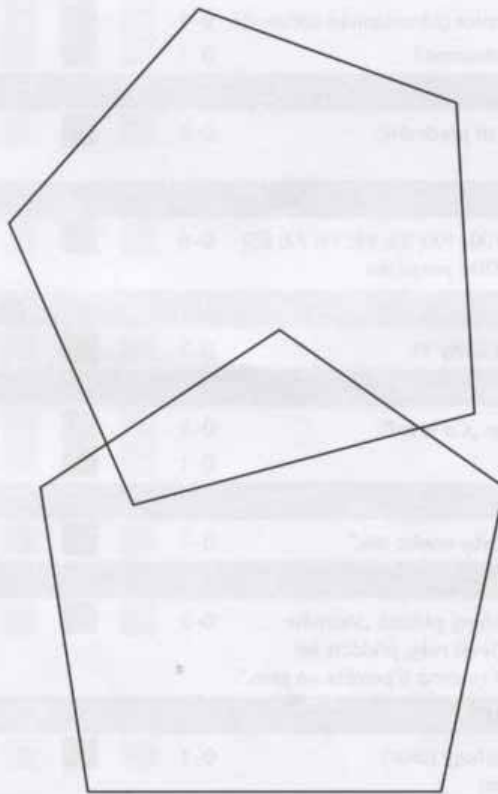
Souhrnné závěrečné hodnocení provádí sestra v případě, že nemocného předává do péče sestrám jiného oddělení, jiné instituci. Souhrnná zpráva musí obsahovat nejdůležitější informace, které pomohou zajistit kontinuitu ošetřovatelské péče. V závěrečné zprávě proto sestra nepakuje informace lékařské, ale zabývá se především, co může zajistit či ovlivnit pokračování dobrého ošetřování.

<b>PACIENT:</b>		1. / /	5. / /
Jméno	<input type="text"/>	2. / /	6. / /
		3. / /	7. / /
		4. / /	8. / /

**MINI-MENTAL STATE EXAMINATION – ZÁZNAMOVÝ LIST**

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
<b>I. ORIENTACE</b>									
1. Jaký den v týdnu je dnes?	0-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kolikátého je dnes? Jaké je dnes datum?	0-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Který měsíc v roce je nyní?	0-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Který rok je nyní?	0-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jaké je nyní roční období?	0-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ve kterém státě jsme?	0-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ve kterém okrese jsme?	0-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ve kterém městě jsme?	0-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jak se jmenuje tato nemocnice (zdravotnické zařízení)?	0-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ve kterém poschodí se nacházíme?	0-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>II. ZAPAMATOVÁNÍ</b>									
11. Bezprostřední reprodukce tří předmětů: míč auto člověk	0-3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>III. POZORNOST A POČÍTÁNÍ</b>									
12. Opakované odčítání 7 od 100 (100; 93; 86; 79; 72; 65) nebo hláskování slova POKRM pozpátku	0-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IV. PAMĚŤ, VÝBAVNOST</b>									
13. Reprodukce tří předmětů z úlohy 11	0-3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>V. POJMENOVÁNÍ</b>									
14. Ukažte náramkové hodinky: „Co je to?“	0-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ukažte tužku: „Co je to?“	0-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>VI. OPAKOVÁNÍ</b>									
16. Opakování věty: „Žádné kdyby anebo ale.“	0-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>VII. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ</b>									
17. Porozumění (sdělený 3stupňový příkaz): „Vezměte tento papír do vaší pravé (levé) ruky, přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama a položte na zem.“	0-3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>VIII. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU</b>									
18. Porozumění (písemný 1stupňový povel): ZAVŘETE OČI. (viz 2. strana)	0-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IX. PSANÍ</b>									
19. Napsání věty	0-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>X. OBKRESLOVÁNÍ</b>									
20. Obkreslení předlohy prúniku dvou pětiúhelníků (viz 2. strana)	0-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CELKOVÉ SKÓRE</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# ZAVŘETE OČI



# ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST

Jméno a příjmení	<input type="text"/>	Datum vyšetření	<input type="text"/>
Datum narození	<input type="text"/>	Administrátor	<input type="text"/>
Délka vzdělání (roky)	<input type="text"/>		
Dosažený stupeň vzdělání	<input type="text"/>	Lateralita	pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> ambidexter <input type="checkbox"/>

## 1. ORIENTACE

### Zeptejte se pacienta:

- |                            |                          |                                       |                          |                       |                          |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Který je dnes den v týdnu? | <input type="checkbox"/> | Jaké je roční období?                 | <input type="checkbox"/> | Ve kterém jsme městě? | <input type="checkbox"/> |
| Kolikátého je dnes?        | <input type="checkbox"/> | Jak se jmenuje budova, ve které jsme? | <input type="checkbox"/> | V jakém jsme kraji?   | <input type="checkbox"/> |
| Který máme nyní měsíc?     | <input type="checkbox"/> | V kolikátém jsme poschodí?            | <input type="checkbox"/> | V jaké jsme zemi?     | <input type="checkbox"/> |
| Který máme nyní rok?       | <input type="checkbox"/> |                                       |                          |                       |                          |

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.

(Skóre 0–10)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	MMSE

## 2. PAMĚT – ZAPAMATOVÁNÍ

### Řekněte pacientovi:

„Nyní vám řeknu tři slova a vaším úkolem bude je zopakovat“:

jablko  klíč  balón

### Poté, co je pacient zopakuje, řekněte další instrukci:

„Pokuste se zapamatovat si tato slova, protože se vás na ně budu později ptát.“

Po pacientovi požadujeme, aby si tato tři slova 3× zopakoval pro lepší zapamatování, avšak bodově hodnotíme pouze první pokus o opakování (přičemž nezáleží na tom, v jakém pořadí pacient slova zopakuje).

Za každé správně zopakované slovo z prvního pokusu přidělíme 1 bod. Počet opakování

(Skóre 0–3)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	MMSE

## 3. POZORNOST A POČTY

### Požádejte pacienta:

„Nyní odečtete číslo 7 od čísla 100“:

100 A | 93  T | 86  S | 79  E | 72  C | 65

Poté, co pacient odpoví, ho požádáme, aby takto odečetl 7 ještě 4× za sebou (tedy celkem 5×).

Pokud pacient udělá chybu, necháme ho pokračovat a počítáme následující správné odpovědi (např. 93, 84, 77, 70, 63 – celkové skóre 4 body). Skončíme po pěti odečtech (93, 86, 79, 72, 65).

Za každý správný výpočet přidělíme 1 bod.

### Pokud pacient nechce nebo není schopen počítat, požádejte jej:

„Hišskujte slovo CESTA“. Pak požádejte pacienta: „Hišskujte slovo CESTA pozpátku.“

Za každé správné písmeno přidělíme 1 bod.

(Skóre 0–5)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	MMSE

## 4. PAMĚŤ – VYBAVENÍ

### Zeptejte se pacienta:

„Která tři slova jste si před chvílí opakoval(a) a měl(a) si je zapamatovat?“

jablko  klíč  balón

Za každé správně vybavené slovo přidělíme 1 bod, přičemž nezáleží na pořadí vybavení slov.

(Skóre 0–3)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	MMSE

## 5. PAMĚŤ – ANTEROGRÁDNÍ PAMĚŤ

### Řekněte pacientovi:

„Nyní vám řeknu jméno a adresu a vaším úkolem bude tyto údaje zopakovat. Takto to provedeme 3×, abyste měl(a) možnost se je naučit. Později se vás na ně budu ptát.“

Do hodování započítáváme pouze třetí pokus, za každou správnou část odpovědi přidělíme 1 bod.

	1. pokus	2. pokus	3. pokus
Martin Dvořák	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sadová ulice 73	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hostěnice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Liberec	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Skóre 0–7)

<input type="text"/>
ACE

POZORNOST A ORIENTACE

PAMĚŤ



## 6. PAMĚT – RETROGRÁDNÍ PAMĚT

- Zeptejte se pacienta:

Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)?  
 Kdo byl prvním prezidentem naší republiky po revoluci v roce 1989?  
 Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických?  
 Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963?

(Skóre 0–4)

ACE

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.

PAMĚT

## 7. VERBÁLNÍ FLUENCE – slova začínající písmenem „P“ a zvířata

### 7a Písmena

- Řekněte pacientovi:

„Nyní vám řeknu jedno písmeno z abecedy a vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která začínají tímto písmenem. Slova, která budete říkat, nesmí začínat velkým písmenem, to znamená, že to nesmí být názvy, vlastní jména a nesmí jít o slova se stejným slovním základem. Jste připraven(a)? Můžeme začít? Máte nyní jednu minutu na to, abyste vyjmenoval(a) co nejvíce slov, která začínají na písmeno „P“.“

Časový limit jedna minuta. Přidělíme 1 bod za každé správně vybarvené slovo.

1	8	15	22
2	9	16	23
3	10	17	24
4	11	18	25
5	12	19	26
6	13	20	27
7	14	21	28

Počet slov      Odpovídá  
skóre

>17	7
14–17	6
11–13	5
8–10	4
6–7	3
4–5	2
2–3	1
<2	0

(Skóre 0–7)

ACE

### 7b Zvířata

- Řekněte pacientovi:

„Nyní je vaším úkolem vyjmenovat co nejvíce zvířat, která znáte. Slova mohou začínat jakýmkoliv písmenem. Na tuto úlohu máte nyní jednu minutu.“

Časový limit jedna minuta. Přidělíme 1 bod za každé správně vybarvené slovo.

1	9	17	25
2	10	18	26
3	11	19	27
4	12	20	28
5	13	21	29
6	14	22	30
7	15	23	31
8	16	24	32

Počet slov      Odpovídá  
skóre

>21	7
17–21	6
14–16	5
11–13	4
9–10	3
7–8	2
5–6	1
<5	0

(Skóre 0–7)

ACE

VERBÁLNÍ FLUENCE

## 8. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- 8a Pacientovi ukažte napsanou větu „Zavřete oči“ na Listu pro pacienta a požádejte ho/ji:

„Přečtěte nahlas, co je zde napsáno, a udělejte to.“

Přidělíme 1 bod za správné vykonání příkazu.

(Skóre 0–1)

ACE

MMSE

- 8b Dejte pacientovi list papíru a požádejte ho:

„Vezměte tento list papíru do vaší pravé ruky. Přeložte ho na půl. Položte ho na zem.“

Přidělíme 1 bod za každou správně vykonanou část požadavku.

(Skóre 0–3)

ACE

MMSE

JAZYK

### 9. JAZYK – PSANÍ

- Požádejte pacienta: „Nyní napište jakoukoliv větu do volného prostoru listu.“  
Použijte List pro pacienta.

Přidělíme 1 bod, pokud věta obsahuje podmět a přísudek a je logicky koherentní.

(Skóre 0–1)

ACE  MMSE

### 10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ

- Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující slova.“

10a nosorožec  výstřednost  nesrozumitelný  statistik

Hodnotíme:

2 body, pokud jsou zopakována všechna slova správně

1 bod, pokud jsou zopakována tři slova správně

0 bodů, pokud jsou správně zopakována dvě slova nebo méně slov

10b „Více než, naopak a podobně.“

10c „Ne jestliže, pokud nebo ale.“

Přidělíme 1 bod za každou správně zopakovanou větu.

(Skóre 0–2)

ACE

(Skóre 0–1)

ACE  MMSE

(Skóre 0–1)

ACE

### 11. JAZYK – POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ

- Požádejte pacienta: „Pojmenujte předměty na obrázcích.“

Použijte List pro pacienta.

Přidělíme 1 bod za každý správně pojmenovaný předmět.



tužka + hodinky  
(Skóre 0–2)

MMSE

všech 12 obrázků  
(Skóre 0–12)

ACE

### 12. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- Použijte obrázky z Listu pro pacienta z úlohy č. 11 a zeptejte se pacienta:

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s královstvím.

Ukažte jeden obrázek, na kterém je vačnatec.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s Afrikou.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s námořnictvím.

Přidělíme 1 bod za každou správnou odpověď.

(Skóre 0–4)

ACE

### 13. JAZYK – ČTENÍ

- Požádejte pacienta: „Nyní přečtete následující slova.“

Použijte List pro pacienta.

**šít litr saze těsto výška**

Přidělíme 1 bod, pokud pacient přečte správně všechna slova.

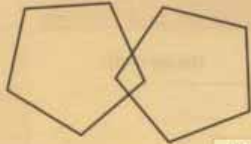
(Skóre 0–1)

ACE

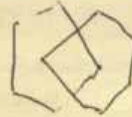
## 14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

### 14a Překrývající se pětiúhelníky

- Požádejte pacienta: „Překreslete následující **dvourozměrný** obrázek.“  
U pětiúhelníků by mělo být jasně rozpoznatelných jejich pět stran a překřížení.  
Použijte List pro pacienta.



Příklad:  
Správně = skóre 1



Příklad: Špatně = skóre 0



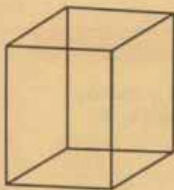
(Skóre 0–1)

ACE

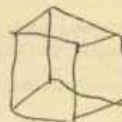
MMSE

### 14b Kostka

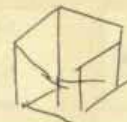
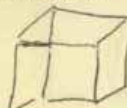
- Požádejte pacienta: „Nyní překreslete daný **trojrozměrný** obrázek.“  
U kostky by měly být rozpoznatelné všechny strany v adekvátních úhlech a vzájemných prostorových propojeních. Použijte List pro pacienta.



Příklad: Skóre 2



Příklad: Skóre 1



(Skóre 0–2)

ACE

### 14c Hodiny

- Požádejte pacienta: „Nakreslete hodiny, ciferník s číslicemi, a poté dokreslete ručičky, které ukazují 5 hodin 10 minut.“

Doplňující instrukce pro skórování naleznete na str. 6.

(Skóre 0–5)

ACE

Kruh (1) | jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 2



Kruh (1) | všechny číslice jsou napsány, ale nejsou umístěny v kruhu (1).

Skóre 2



Kruh (1) | všechny číslice, ale chybně rozmístěné (1), jedna ručička správně umístěná (1).

Skóre 3



Kruh (1) | všechny číslice, avšak neumístěné (1) v kruhu, jedna ručička správně umístěná (1).

Skóre 3



Kruh (1) | číslice nejsou umístěny v kruhu, 2x číslo 10 (0), ručičky správně umístěné (2).

Skóre 3



Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 4



Kruh (1) | všechny číslice, ale nesprávně rozmístěné (1), obě ručičky umístěné správně (2).

Skóre 4



Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 4



Kruh (1) | číslice správně rozmístěné po obou stranách ciferníku (2), obě ručičky správně umístěné (2).

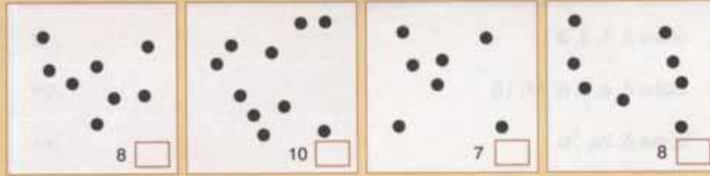
Skóre 5



### 15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Požádejte pacienta: „Spočítejte všechny tečky v daném obrázku bez toho, aniž byste si na ně ukazovali.“  
Použijte List pro pacienta.

Přidělíme 1 bod za každý správně určený počet teček ve čtverci.



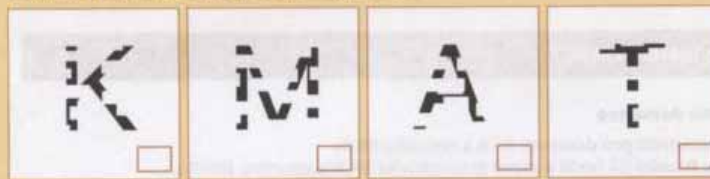
(Skóre 0–4)

AGE

### 16. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Požádejte pacienta: „Přečtěte následující písmena.“  
Použijte List pro pacienta.

Přidělíme 1 bod za každé správně rozpoznané písmeno.



(Skóre 0–4)

AGE

### 17. VYBAVENÍ (RECALL) – VYBAVENÍ ANTEROGRÁDNÍCH PAMĚTOVÝCH INFORMACÍ

- Řekněte pacientovi: „Před nějakou chvílí jste se učil(a) a měl(a) si zapamatovat adresu. Zkuste mi ji nyní zopakovat.“

Přidělíme 1 bod za každou správně vybavenou položku.

Martin	<input type="checkbox"/>	Dvořák	<input type="checkbox"/>		
Sadová	<input type="checkbox"/>	ulice	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>
Hostěnice	<input type="checkbox"/>				
Liberec	<input type="checkbox"/>				

(Skóre 0–7)

AGE

### 18. ZNOVUPOZNÁVÁNÍ (REKOGNICE)

Tato část je administrována, pokud pacient selže v předchozí zkoušce ve vybavení jedné nebo více položek. Pokud si pacient vybavi všechny položky předchozí zkoušky, přeskočíme tuto zkoušku a automaticky skórujeme 5 bodů. Testujeme pouze pacientem nevybavené položky.

- Pacientovi řekněte: „Dobře, nyní vám budu trochu napovídat. Například, řeknu vám tři jména a vy z nich zkusíte vybrat to, které bylo uvedeno na adrese. Takto budeme pokračovat i v dalších položkách.“

Každá správně rozpoznaná položka je hodnocena jedním bodem, který připočteme k bodům případně získaným automaticky správným spontánním vybavením v minulé zkoušce.

Pavel Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Doležel	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Květinová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová třída	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Pavlovice	<input type="checkbox"/>	Hostěnice	<input type="checkbox"/>	Smíchov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Liberec	<input type="checkbox"/>	Pižeň	<input type="checkbox"/>	Olomouc	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>

(Skóre 0–5)

AGE

## CELKOVÉ SKÓRE

ACE-R	<input type="text"/>	/100	MMSE	<input type="text"/>	/30
-------	----------------------	------	------	----------------------	-----

## SUBSKÓRE

<b>Pozornost a orientace</b>	úloha č. 1, 2, 3	<input type="text"/>	/18
<b>Paměť</b>	úloha č. 4, 5, 6, 17, 18	<input type="text"/>	/26
<b>Verbální fluence</b>	úloha č. 7a, 7b	<input type="text"/>	/14
<b>Jazyk</b>	úloha č. 8a, 8b, 9, 10a-c, 11, 12, 13	<input type="text"/>	/26
<b>Zrakově-prostorové schopnosti</b>	úloha č. 14a-c, 15, 16	<input type="text"/>	/16

SKÓRE

Normativní hodnoty jsou stanoveny na souboru demenčních pacientů ve věku 46–86 let a kontrolní skupině ve věku 52–75 let.

## VÝZNAM TESTU aneb Co jsme testem zjistili?

### I. Význam testu pro záchyt syndromu demence

Skóruje-li pacient 88 bodů a méně je senzitivita pro demenci 94 % a specifita 89 %.  
(Pokud zvolíme přísnější kritérium, tzn. hranici 82 bodů a méně je senzitivita 84 % a specifita 100 %).

### II. Význam pro odlišení Alzheimerovy choroby (ACH) a frontotemporální demence (FTD)

Pro výpočet poměru použijeme výsledky dosažené v uvedených oblastech – viz subscore, přičemž za paměť dosadíme pouze skóre získané v úloze č. 17 (vybavení – recall).

POMĚR	<i>(nezvládají pacienti s FTD)</i>		=		Jestliže < 2.2 = FTD Jestliže > 3.2 = ACH
	Verbální fluence <i>(viz subscore)</i>	+ Jazyk <i>(viz subscore)</i>			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	Orientace <i>(viz subscore)</i>	+ Paměť <i>(pouze úloha č. 17)</i>			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	<i>(nezvládají pacienti s ACH)</i>				

### III. Demence s Lewyho tělísky

Pacienti trpící demencí s Lewyho tělísky často selhávají ve zrakově-prostorových schopnostech (úlohy 14a-c, 15, 16).

### IV. Vaskulární demence

Typický je vícečetný různě vyjádřený defekt ve všech úlohách.

## Doplňující pravidla pro skórování hodin (úloha 14c, str. 4)

Hodnotíme bodově oddělené provedení kruhu, rozmístění číslic na ciferníku a umístění ručiček.

#### Kruh

1 bod – za rozpoznatelné provedení kruhu

#### Číslice

2 body – pokud jsou napsány všechny číslice a současně jsou správně rozmístěny

1 bod – pokud ciferník zahrnuje všechny číslice, ale tyto jsou nekvalitně či chybně rozmístěny

#### Umístění ručiček

2 body – obě ručičky jsou správně umístěny, mají odlišnou délku („malá“ a „velká“ ručička) a směřují ke správným číslicím (můžete se pacienta zeptat a ujasnit si, která z ručiček je velká a která malá)

1 bod – pokud jsou ručičky správně nasměrovány k číslicím, ale mají špatnou délku

nebo 1 bod – pokud je jedna ručička nasměrována ke správné číslici a má také správnou délku

nebo 1 bod – pokud je alespoň jedna ručička nasměrována ke správné číslici

INSTRUKCE

# List pro pacienta

8.

## ZAVŘETE OČI

9.



11.

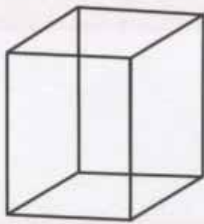
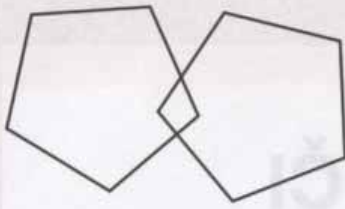


13.

šít      litr      těsto  
saze      výška

JAZYK

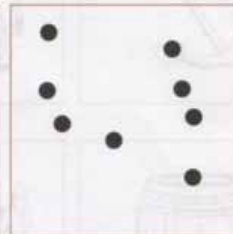
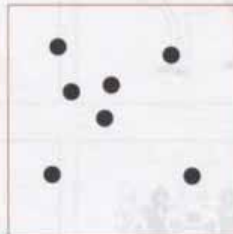
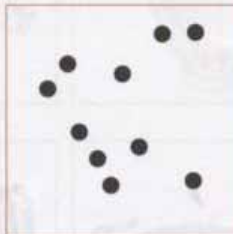
14.



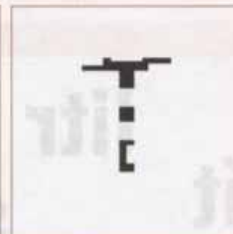
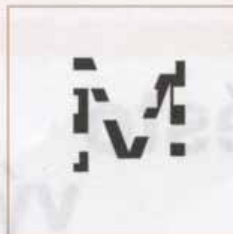
Hodiny



15.

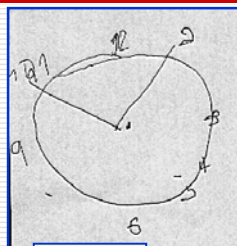


16.

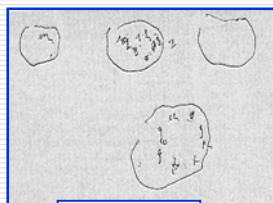


ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

## Test hodin u encefalopatie

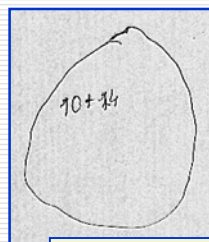


MUŽ  
Narozen 1929  
MMSE 28 bodů  
ADL 45 bodů  
Dg: CMP

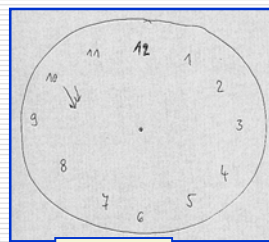


MUŽ  
Narozen 1930  
MMSE 22 bodů  
ADL 25 bodů  
Dg: tumor žlučníku  
ci hepatis

## Test hodin u středně těžké demence

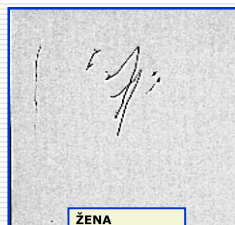


ŽENA  
Narozená 1917  
MMSE 12 bodů  
ADL 25 bodů  
Dg: fraktura krčku femuru

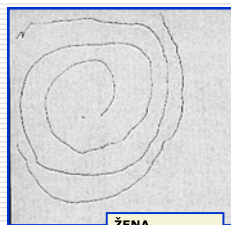


ŽENA  
Narozená 1927  
MMSE 11 bodů  
ADL 25 bodů  
Dg: fraktura L1

## Test hodin u těžké demence

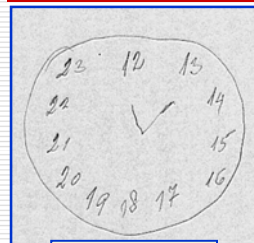


ŽENA  
Narozená 1916  
MMSE 3 body  
ADL 30 bodů  
Dg: demence

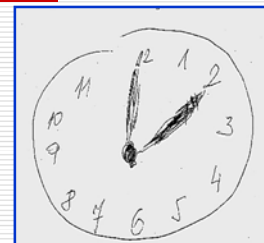


ŽENA  
Narozená 1908  
MMSE 4 body  
ADL 15 bodů  
Dg: demence

## Test hodin u lehké demence



ŽENA  
Narozená 1933  
MMSE 20 bodů  
ADL 65 bodů  
Dg: recidivující TIA při  
defektu septa siní



ŽENA  
Narozená 1922  
MMSE 19 bodů  
ADL 35 bodů  
Dg: st.p.pádu při decomp.  
hypertenzi

## TEST kreslení HODIN



Úkol: nakreslit hodiny  
s časem za 10 minut 2

□ Hodnotí – paměť,  
vizuálně konstrukční  
schopnosti, výkonné  
funkce (představitivost,  
provedení)

□ Společně s MMSE je  
senzitivita až 95%

### HODNOCENÍ

1 bod bezchybné provedení  
6 bodů –hodiny nejsou zakresleny

#### Lehké demence

- chyby v délce a umístění ručiček
- vzdálenost mezi číslicemi nerovnoměrná
- číslice vně kruhu

#### Středně těžké demence

- nepravdělné mezery
- zapomenuté číslice
- čas zaznamenán slovně, nebo vůbec
- číslice proti směru

<http://www.gerontologie.cz/files/mmse.pdf>



Barthelův test základních všedních činností (ADL - Activities of Daily Living)			Rozšířená stupnice Nortonové	
činnost	provedení činnosti	bodové skóre*	Stav kůže	Zvláštní rizika
1.	přijem potravy a tekutin	10	• normální	• žádné
	• samostatně bez pomoci	5	• suchá, šupinatá	• snížení imunity
	• neprovede	0	• vlhká	• horečka
2.	oblékání	10	• alergie, porušená	• diabetes mellitus
	• samostatně bez pomoci	5		• sklerosis multiplex
	• neprovede	0		• obezita
3.	koupaní	5		• anemie
	• samostatně nebo s pomoci	0		• onemocnění cév
4.	osobní hygiena	10		• kachexie
	• samostatně nebo s pomoci	5		• karcinom
	• neprovede	0		
5.	kontinence moči	10		
	• plně kontinentní	5		
	• občas inkontinentní trvale inkontinentní	0		
6.	kontinence stolice	10		
	• plně kontinentní	5		
	• občas inkontinentní trvale inkontinentní	0		
7.	použití WC	10		
	• samostatně bez pomoci	5		
	• s pomoci	0		
8.	přesun lůžko - židle	15		
	• samostatně bez pomoci	10		
	• s malou pomocí	5		
	• vydrží sedět neprovede	0		
9.	chůze po rovině	15		
	• samostatně nad 50 m	10		
	• s pomoci 50 m na vozíku 50 m	5		
	• neprovede	0		
10	chůze po schodech	10		
	• samostatně bez pomoci	5		
	• s pomoci	0		
	• neprovede	0		
Celkem				

Rozšířená stupnice Nortonové				
Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav
4	• do 10 let	• normální	• žádné	• dobrý
3	• do 30 let	• suchá, šupinatá	• snížení imunity	• zhoršený
2	• do 60 let	• vlhká	• sklerosis multiplex	• špatný
1	• 60 let +	• alergie, porušená	• onemocnění cév	• velmi špatný
			• kachexie	
			• karcinom	
Riziko vzniku dekubitu		nízké (25 - 24 bodů)	střední (23 - 19 bodů)	vyšoké (18 - 14 bodů)
				velmi vysoké (13 - 9 bodů)
Celkem				

Rizikové faktory pro vznik pádu	
<input type="checkbox"/>	věk 70 let a více
<input type="checkbox"/>	pád v anamnéze
<input type="checkbox"/>	pooperační období (prvních 24 hodin)
<input type="checkbox"/>	závrate
<input type="checkbox"/>	epilepsie
<input type="checkbox"/>	zrakový / sluchový problém
<input type="checkbox"/>	inkontinence
<input type="checkbox"/>	hypotenze
<input type="checkbox"/>	problém s pohyblivostí
<input type="checkbox"/>	dezorientace
<input type="checkbox"/>	užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizéry, antidepresiva, anthyper tensiva, laxantia)
Celkem	
* bez rizika (0 - 1 bodů)	
* zaškrtněte možnosti riziko vzniku pádu (2 - 11 bodů)	
* zaškrtněte možnosti	

Základní nutriční screening (dle Nottinghamského dotazníku)					
Věk	BMI*	Ztráta hmotnosti	Jídlo za poslední 3 týdny	Projevy nemoci	Faktor stresu
• do 65 let	• 20 - 35	• žádná	• beze změn množství	• žádné	• žádný
• nad 65 let	• 18 - 20	• více než 3 kg / 3 měsíce	• poloviční porce	• bolesti břicha	• střední (chronické onemocnění, DM, menší chirurgický výkon, nekomplikovaný chirurgický výkon)
	• nad 35		• ji občas	• nechutenství	• vysoký (akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popaleny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP / ARO)
	• pod 18	• 3 - 6 kg / 3 měsíce	• volně šatstvo	• zvracení	
		• více než 6 kg / 3 měsíce		• průjem nad 6x za den	
• nad 70 let					
Riziko malnutrice					
bez nutnosti intervence (0 - 3 bodů)					
nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta (4 - 7 bodů)					
malnutrice ohrožující život / průběh choroby, bezpodmínečné nutné nutriční léčba (8 bodů a více)					
Celkem					

Literatura:

Staňková, M.: České ošetřovatelství. Hodnotící měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno, IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6.

## Koncepční modely v ošetrovatelství

Jaroslava Poláková

Koncepční modely ošetrovatelství existují od doby, kdy Florence Nightingaleová začala poprvé prosazovat myšlenky ošetrovatelství. Její ošetrovatelství však není prezentované formálním způsobem jako model. Teprve skupina Johnson, Reilly a Roy na konferenci rozvoj ošetrovatelství /1973/ výslovně označila různé pohledy na ošetrovatelství jako koncepční modely. Toto označení a další rozvoj koncepčních modelů je možné považovat za podstatný krok pro etablování samostatné vědní disciplíny – **ošetrovatelství**.

### Koncepční modely ošetrovatelství definují:

Osobu – nejčastěji jako integrovanou bio-psycho-socio-spirituální bytost

Prostředí – jako vnitřní struktury a vnější vlivy, včetně vlivu členů rodiny, komunity, společnosti

Zdraví – nejčastěji jako kontinuitu na adaptaci k maladaptaci, behaviorální stálosti a nestálosti

Ošetrovatelství – prostřednictvím specifikace cílů ošetrovatelských činností a ošetrovatelského procesu / např. jedním z cílů ošetrovatelství je pomoc osobám dosáhnout, udržet, či znovu získat schopnost sebezpečí/

### 1. Koncepční modely

jsou prezentací názorů jednotlivců nebo skupin na to jak realizovat ošetrovatelství v praxi. Ukazují problémy, na které se máme při poskytování ošetrovatelské péče zaměřit jako na prioritní.

#### *Koncepční modely poskytují*

obecný rámec pro své stoupence, odráží názor a zkušenosti svých tvůrců, dávají směr při hledání důležitých otázek, ukazují jak řešit praktické problémy, dávají všeobecná pravidla, kdy je problém vyřešen. Koncepční modely ošetrovatelství zavedené do praxe umožňují systematický přístup k praxi, řízení a výzkumu a usnadňují komunikace mezi sestrami.

#### *1.1 Význam koncepčních modelů*

Poskytují vodítko pro ošetrovatelskou praxi, jsou funkční jen v ošetrovatelském procesu, Koncepční model je důležitý v každé fázi ošetrovatelského procesu, protože definuje:

Cíl ošetrovatelských činností

Úlohu sestry v ošetrovatelském procesu

Zdroj těžkostí pacienta

Zaměření ošetrovatelského zásahu

Důsledky ošetrovatelských činností

#### **1.2 Mezi světově uznávané koncepční modely patří**

##### *1.2.1 Koncepční model Hendersonové*

Hendersonová definovala 14 základních lidských potřeb.

1. Normální dýchání
2. Dostatečný příjem potravy tekutin
3. Vylučování
4. Pohyb a udržování vhodné polohy
5. Spánek a odpočinek

6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. Udržování fyziologické tělesné teploty
8. Udržování upravenosti a čistoty těla
9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých
10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. Vyznávání vlastní víry
12. Smysluplná práce
13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace
14. Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Cíl ošetřovatelství vidí v udržení člověka v maximální soběstačnosti. U sester klade důraz na schopnost empatie, nonverbální komunikace, navázání konstruktivního vztahu s pacientem a vlastní sebepoznání, což je základem k pochopení druhých a úcty k nim.

Ve světě je známá její definice ošetřovatelství:

Jedinečnou funkcí sestry je pomáhat nemocnému nebo zdravému provádět činnosti, které přispívají k jeho zdraví, které by si prováděl sám, kdyby měl potřebnou sílu, vůli nebo znalosti.

### **1.2.2 Koncepční model Oremové**

Oremová klade důraz na individuální odpovědnost člověka na své zdraví. Tvrdí, že člověk má přirozenou schopnost o sebe pečovat. Prosazuje prevenci, zdravotní výchovu jako základní prvky ošetřovatelské péče. Jedině v případě deficitu sebepéče je nutná kompenzace pomocí ošetřovatelských intervencí – závislá péče.

Být nemocný nebo handicapovaný není podle Oremové důvodem k ošetřovatelské péči, ne všichni lidé, kteří potřebují lékařskou péči, potřebují ošetřování. Potřeba ošetřovatelské péče závisí na deficitu kvality a kvantity péče. Cílem ošetřovatelství je uchovat či obnovit sebepéči. Podle oblasti sebepéče rozlišuje požadavky na sebepéči:

Univerzální – příjem stravy, tekutin, vyprazdňování

Vývojové – požadavky spojené s růstem, krizové situace narušující růst a vývoj /těhotenství, smrt v rodině/

Terapeutické – potřeby vznikající při poruchách zdraví a při léčbě

### **1.2.3 Model Kingové**

Kingová pokládá člověka za střed tří systémů

Personální - vnímání okolí a sebe sama

Interpersonální – vytváření vztahů

Sociální – vytváření sociálních skupin jedinců s určitými rolmi

Dominantní úlohu Kingová připisuje interpersonálnímu systému, v němž spočívá celý ošetřovatelský proces.

Cílem ošetřovatelství je pomoci jedinci, aby mohl fungovat ve svých rolích.

### **1.2.4 Model Royové**

Royová chápe člověka jako bio-psycho-sociální bytost s určitým adaptivním systémem, který se projevuje ve 4 oblastech

1. Fyziologické potřeby

2. Sebevnímání

3. Role

4. Vzájemná závislost

Cílem ošetrovatelství je podporovat klienta v jeho adaptaci na stimuly, které na člověka působí.

### **1.2.5 Model Neumannové**

Neumannová v každém jedinci indetifikuje 4 proměnné systémy

1. Fyziologický

2. Psychologický

3. Sociokulturní

4. Vývojový

Cílem ošetrovatelství je udržet systém klienta stabilní tím, že snížíme působení stresů.

### **1.2.6 Model Gordonové**

Udává oblasti, na které se má sestra zaměřit:

Vnímání zdraví a jeho udržování

Výživa - metabolismus

Vylučování

Aktivita, cvičení, způsob odpočinku

Spánek, odpočinek

Citlivost/vnímání/ - poznávání

Sebepojetí - sebeúcta

Role - vztahy

Sexualita

Adaptace na stresy

Vyznání víry a duchovních hodnot

Cílem ošetrovatelství je zdraví, zodpovědnost jedince za své zdraví, rovnováha bio-psycho-sociálních interakcí

Koncepční modely jsou důležité z hlediska akceptace ošetrovatelství jako samostatného oboru, jejich používání usnadňuje komunikaci mezi sestrami a poskytuje systematický přístup k ošetrovatelské praxi.

Literatura:

Archalousová, A., Slezáková, Z.: Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe. Hradec Králové, Nucleus HK 2005.

Pavlíková S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha, Grada 200. ISBN 80-247-12-3.

# Multikulturní ošetřovatelství

Mgr. et Mgr. Jana Mlýnková

## 1. Potřeba multikulturního přístupu v ošetřovatelství

Evropská Porada WHO o právech pacientů schválila v Amsterdamu 28.-30. března 1994 dokument „**Principy práv pacientů v Evropě**“: **Všeobecný rámeček**. Je to *soubor zásad na podporu a uplatňování práv pacientů členských zemí EU*. Dokument se zmiňuje o nutnosti respektovat kulturu pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

Vzhledem k tomu, že byla naše země přijata do EU, *předpokládá se, že se bude měnit národnostní, kulturní a etnická struktura populace*. V současné době se mění struktura i počet imigrantů, nejsme již zemí prvního kontaktu (s výjimkou letecké dopravy). Předpokládá se ale postupný nárůst cizinců legálně pobývajících na našem území – práce, studium, turistika.

*Lze též předpokládat podíl našich zdravotníků v různých mezinárodních pracovních skupinách, např. vojenských či humanitárních*. Tedy je důležité, aby se český zdravotnický systém připravil na větší diverzifikaci klientů (různorodost kulturní, národnostní, etnickou apod.). Tato připravenost se týká oblasti legislativní, politické, vzdělávací, ale i oblastí přímé péče o klienty různých etnik a kultur.

**V ČR se problematika transkulturního ošetřovatelství poprvé veřejně prezentovala v roce 2000 na druhé konferenci ošetřovatelství s mezinárodní účastí v Olomouci**, kterou pořádal Ústav teorie a praxe ošetřovatelství lékařské fakulty Univerzity Jana Evangelisty Purkyně. Konference nesla název „Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí“ a účastnili se jí profesionální oboru ze šesti evropských zemí.

Kvalita ošetřovatelské péče je založena na uspokojování individuálních potřeb pacientů, což vyžaduje ošetřovatelský personál, který má odpovídající znalosti a dovednosti. Sestry se musí také naučit kvalitně ošetřovat nemocné jiných kultur, jiných etnik, s odlišnými potřebami a prioritami.

## Vysvětlení pojmů multikulturní a transkulturní

Oba termíny se dříve používaly (i dnes se stále používají) k vyjádření téhož. Avšak mezi pojmy jsou specifické nuance.

### Koncept multikulturalismu

Vznikl ve světě v 60. a 70. letech 20. století. Předpokládá uchování kulturní identity migrantů. Jinými slovy, v jenom státě (nebo na určitém území) žije vedle sebe několik představitelů (skupin) různých kultur, která je plně zachována, jinými občany (skupinami) respektována a tolerována. Takže určité etnické, kulturní skupiny jsou homogenní, nepřebírají prvky jiných kultur, zároveň jim není odjímána jejich kultura.

V podmínkách globalizace a vysoké mobility je těžké zachovat tyto homogenní skupiny, aniž by byly ovlivněny děním v zemi, názory, postoji, sociokulturním prostředím.

### Koncept transkulturalismu

Můžeme říci, že mnohdy navazuje na fázi multikulturalismu, avšak nyní dochází k tomu, že se jednotlivé kultury mísí, vzájemně ovlivňují, přebírají do své kultury prvky kultur jiných. Jde o interakci mezi příslušníky majoritní a minoritních společností a skupin. Domnívám se, že transkulturnímu procesu se nelze v době migrace vyhnout.

## Multikulturní ošetrovatelství (MKO)

**Teoretický a praktický obor zaměřený na rozdíly v péči o jedince jednotlivých kultur, kteří mají své specifické hodnoty a životní zvyklosti.**

**Cílem MKO je poskytovat vhodnou a účinnou podporou a pomoc ve zdraví a nemoci při respektování specifik každého cizince. Účelem MKO je naplnit lidské potřeby tak, aby:**

- klient neměl potřebu odmítnout spolupráci
- nepocíťoval nespokojenost, pokoření, ponížení
- zachoval svou důstojnost, sebekoncepci.

**K tomu jsou potřeba:**

- vědomosti sestry o multikulturní oblasti
- citlivost a vnímavost vůči potřebám klientů z cizích zemí či odlišných etnik, pochopení klientů.

**Faktory, které ovlivňují MKO:**

- požadavky kulturních menšin na adekvátní péči
- zájem o zdraví, léčbu a pocit pohody u klienta/nemocného, rodin, skupin
- holistický přístup k nemocnému
- porozumění sobě samému/samé
- úzká spolupráce s nemocným, vzájemná interakce
- zhodnocení zdravotního stavu a očekávání nemocného.

## 2. Specifika komunikace v multikulturním ošetrovatelství

### 2.1. Komunikace s cizincem v češtině

K cizincům vždy přistupujeme jako k někomu, kdo přišel do našeho prostředí s jinými hodnotami, je zvyklý na odlišný způsob sdělování informací, např. pracují více s neverbální komunikací, přikládají informacím jiný význam apod.

Cizí jazyk je vždy náročný, zejména pro někoho, kdo je nedobrovolně v cizí zemi, musí jednat s úřady (neochotné úřednice, značné soustředění na obsah sděleného apod.).

#### **Zásady verbální komunikace**

- Hovořme pomalu a zřetelně, pečlivě vyslovujte.
- Vyhýbejte se složitým slovním obrátům – používejte krátké a obsahově jednoduché věty.
- Opakujte klíčové věty a slova.
- Vhodné je krátké průběžné shrnutí.
- Ověřovací otázky by neměly být zodpovězeny formou ano/ne.
- Využívejme pomlky, tak poskytujeme čas na rozmyšlenou, na uspořádání myšlenek...

#### **Zásady nonverbální komunikace**

- Používejme **zřetelná gesta**. Některé signály (úsměv, pohyb obočí) jsou většinou všem lidem srozumitelné, bez ohledu na jejich socio-kulturní původ. Jiným typem signálů jsou úmyslná gesta nahrazující význam slova. Tyto signály fungují jako cizí jazyk a my máme pocit, že jim každý rozumí. Gestu můžeme přepisovat jiný význam než partner.
- Používejme **graficky zpracované materiály** – tabulky, grafy, myšlenkové mapy.
- Vhodné jsou **přestávky**. Komunikace nemocného člověka je náročná pro cizince. Lepší je zařadit více krátkých přestávek než méně přestávek a časově delších.
- Využívejme **písemné shrnutí**, např. pokyny pro ošetřování rány, postup aplikace inzulínu, které můžeme nemocnému poskytnout jako edukační materiál.

Motivací pro cizince je **povzbuzování partnera** – pochvaly, gesta značící úspěch. Nechvalte „pro pochvalu“, ale např. po zvládnutí těžkého slovíčka, gramatických jevů....

## 2.2 Specifika verbální a neverbální komunikace u Romů

Přejímání komunikačních vzorců z okolí je pro Romy náročné a není jednotné.

- Za nezdvořilé považují vyjádření **otevřeného nesouhlasu a odmítnutí**.
- Nonverbální komunikace je obecně výraznější. **Za neutrální je Romy vnímán projev (ze strany Romů), který by byl v okolní společnosti chápán jako emotivní.** Chová-li se „Nerom“ neutrálně, můžou to Romové chápat jako odměřené, neochotné jednání.
- V komunikaci vystupuje **do popředí funkce konativní, kontaktní, expresivní**, a to na úkor informační. Jinak řečeno, Rom klade důraz na vztah k partnerovi, chce ovlivnit partnerův postoj ke sdělení a za třetí vyjadřuje svůj postoj ke sdělení.
- **Problémy v komunikaci zejména na úřadech** – Romové jsou v submisivním postavení, mají odlišnou představu o tom, kdo a proč rozhoduje o jejich problematice – považují úředníka za člověka s velkými kompetencemi, který může rozhodnout v jejich prospěch či opačně.

Úředník se řídí zákonem. Požadavkům zákona Rom mnoho nerozumí. Na tom se podílí **formulace i jazyková bariéra**. To, co pochopil, nespěňuje jeho očekávání. Nerozumí tomu a odpověď hledá u úředníka a v jeho výrazu tváře. **Ten se tváří ze svého pohledu neutrálně, z pohledu Roma je odměřený a značí protiromský stereotyp. Následuje reakce ze strany Roma – dle něj naprosto normální a standardní, podle úředníka nepřiměřená až agresivní.**

## 2.3 Specifika komunikace na Ukrajině

Komunikace Ukrajinců se od českých zvyklostí mnoho neliší, drobné odchylky zde jsou.

- **Ukrajinská společnost je** výrazně maskulinní. Muži kladou velký důraz na svou důstojnost, projevy úcty vůči své osobě, a to i v rámci např. dělnických skupin. Ve skupinách musí být uznávaný předák. Pokud se povyšuje nad ostatní, tak autoritu ztrácí.
- Specifické je jednání na úřadech, většina Ukrajinců nedůvěřuje úřadům.
- Při setkání si muži podávají ruce. Je to projev úcty, proto je nutné podat ruku všem, koho potkají. Muž může při setkání ignorovat ženy, při formálních příležitostech (oslavy...) je líbá na tvář. Totéž dělají ženy mezi sebou navzájem.
- Během posledních několika let se mezi Ukrajinci rozšířila znaková řeč, tzv. **rozpalcovka**. Původně to byla tajná řeč „profesionálních kriminálků“, nyní plní funkci poznávacího znamení mezi tzv. **drsnými hochy** („krutye parni“). Nemusí se jednat přímo o zločince, ale dávají tak najevo, že pro ránu nejdou daleko. Přesná pravidla jsou dost složitá, typický je vystrčený malíček a ukazováček na obou rukou.

## 3. Vietnamci

### 3.1 Historie země

Vietnam má starobyklou historii. V době bronzové se pravěké kmeny usadily na území dnešního severního a z části středního Vietnamu. Mnoho staletí byl Vietnam pod nadvládou Číny. Proto docházelo k mnoha povstáním. Ve 2. st. n. l. se do Vietnamu dostal buddhismus přímo z Indie přes Čínu. Dále začal pronikat i taoismus a konfucianství. Ve 13. st. byl Vietnam pod nadvládou Mongolů a od 15. století lze zaznamenat přítomnost evropských misionářů. V polovině 19. st. se ve Vietnamu usazují Francouzi, kteří z Vietnamu vytvořili kolonii. V září 1945 byla vyhlášena nezávislost Vietnamu a zároveň byla vyhlášena Vietnamská demokratická re-



publika. V letech 1963–1973 zde proběhla válka proti americkému vojsku. V roce 1976 byla vyhlášena Vietnamská socialistická republika, Vietnam se stal členským státem Rady vzájemné hospodářské pomoci (RVHP), proto počátkem padesátých let přijíždějí Vietnamci do členských států RVHP jako dělníci a učni. Vlády socialistických zemí se rozhodly takto řešit nezaměstnanost ve Vietnamu.

Česko-vietnamské vztahy byly mezi zeměmi navázány v únoru 1950, Československo se stalo čtvrtým státem, který navázal s Vietnamem diplomatické styky. V září 1956 byla podepsána dohoda o hospodářské a vědeckotechnické spolupráci.

Koncem 50. let se v Československu vzdělávali vietnamští občané ve strojírenství, lehkém průmyslu, např. v textilním, potravinářském, v obuvnictví....

Počátkem 60. let přicházeli do naší republiky vysokoškolští studenti ekonomického a technického směru.

Po vypuknutí americké války ve Vietnamu byli v Československu přijati sirotci do dětských domovů. Jejich další osud není mnoho znám, snad se většina dětí vrátila do vlasti.

### 3.2 Vietnamci v naší republice v 60.-70. letech

Vietnamci byli usměvaví a pilní lidé, kteří se pohybovali ve skupinkách, mnoho na sebe neupozorňovali. Studijní výsledky museli mít výborné. Málokdo věděl, že studenti byli pod kontrolou referenta pro studijní záležitosti na zastupitelském úřadě v Praze. Ten, kdo si neplnil řádně studijní povinnosti nebo měl špatné známky, byl poslán domů. Studijní výsledky byly chápány jako reklama vlasti. Proto nikdo ze studentů neopakoval ročník.

Zájem naší republiky o vietnamskou kulturu byl v této době zatím malý. Naši občané však registrovali válku ve Vietnamu a chápali jejich přítomnost v naší zemi jako pomoc z naší strany.

V letech 1967–1970 přijelo do Československa asi dva tisíce Vietnamců–praktikantů do strojírenství, hutnictví, textilního, sklářského, chemického, papírenského a stavebního průmyslu. Jejich příprava skončila v roce 1975.

Následující roky přijížděli další Vietnamci. Pobyť na šest let začal šestiměsíční jazykovou přípravou, poté následovala dvouletá až tříletá odborná výuka v učňovských zařízeních, nakonec probíhala výrobní praxe po dobu 2,5–3,5 roku. V Československu pracovalo a studovalo mnoho Vietnamců. Byla to velká pomoc ze strany tehdejší Československé socialistické republiky. V polovině 80. let pobývalo na území ČSSR asi 27 000 Vietnamců.

Postupně se měnil pohled československých občanů na vietnamské etnikum. Vietnamci začali intenzivně cestovat po celé republice, nakupovat určité druhy zboží – kola, mopedy, textilie (satén, umělé hedvábí, bavlna), šicí stroje, léky. Zboží nakupovali ve velkém množství a posílali jej do své vlasti. V této době nebyla vietnamská měna (dong) plně konvertibilní se zahraničními měnami. Během krátké doby byli Vietnamci považováni za etnikum skupující určité druhy zboží za jakoukoliv cenu a za velmi dobré obchodníky. V této době také vzrostl počet smíšených manželství, která však trvala krátkou dobu. Po roce 1985 se počet vietnamských pracujících v naší republice snižoval.

**Lze konstatovat, že československá společnost nebyla včas připravena na přijetí tak odlišného etnika.** Vietnamská strana také plně neodhadla počet vysílaných občanů do Československa.

Po vytvoření ČSFR došlo z naší strany k finanční kompenzaci pro nedodržení smlouvy o dočasném zaměstnávání vietnamských pracujících v Československu. Ve stejné době došlo k podobnému jevu v Německu, ale němečtí Vietnamci se nechtěli vrátit zpět do Vietnamu, tak ilegálně přešli do naší republiky.

### 3.3 Odlišné zvyky Vietnamců

#### **Pozdrav**

V souvislosti s tradicí se nejprve zdraví muž a poté žena. To platí i při oslovování skupiny lidí, např. při proslovu řečník přednese: „Vážení pánové, vážené dámy“. Chce-li Vietnamec při seznámení s důležitou osobou projevit úctu, stiskne ji ruku a na okamžik ji podrží v dlaních obou svých rukou.

#### **Ptáme se na zdraví a na rodinu**

Setkáme-li se s Vietnamcem, je samozřejmé, že obě strany zavedou hovor na téma zdraví a rodina. K dobrému společenskému chování patří, že se podrobně zajímáme o partnerův zdravotní stav, on se zajímá o to samé. Evropanům se mohou zdát konkrétní informace o zdravotním stavu důvěrné a osobní záležitosti. Vietnamec však chce dát najevo opravdový zájem o nás, zároveň chce i pomoci. Západní podnikatelé ve Vietnamu se dopouští zásadní chyby. Obchodní jednání se snaží omezit na konkrétní a praktická jednání a dialog na téma rodina a zdraví pokládají za zbytečný a zdržující. Na otázku vietnamského partnera: „Jak se daří vaší paní“? odpoví stručně jednou krátkou větou. Jestliže není vietnamský partner znalý evropské kultury a v Evropě nežil, vysvětlí si tuto reakci jako nezdvořilost. Krátký rozhovor na toto téma není promarněný čas. Dává se tak najevo úcta vůči partnerovi a jeho rodině.

#### **Paní, jste pěkná, tlustá**

Tato věta byla a je příčinou mnoha nepříjemností a nedorozumění a **překládá se jako „vypadáte blahobytně, jistě se vám vede dobře“**. Není myšlena v hanlivém slova smyslu. To Evropané vědí málo! Fráze pramení z tradiční představy, že ten, kdo má dostatek jídla, je na první pohled silnější než rolník denně pracující na poli nebo na rýžovišti. Současně je určitě více odolný vůči nemocím.

Pro subtilní Vietnamce býval (možná stále je) fascinující mohutný a obézní Evropan. S oblibou se nechávali fotografovat vedle silnějšího a vysokého „západáka“, kterému sahají pod ramena. Jsou fascinováni mohutnými rozměry, někteří Vietnamci si chtějí na velkého člověka i sáhnout, prý jim to přinese štěstí.

#### **Magický úsměv**

Vietnamci se často smějí, a to i v situacích, které Evropanovi nepřijdou směšné a považuje to za nepřiměřenou reakci. V okamžiku, kdy Vietnamec neví, „kudy kam“, nerozumí, co se po něm chce, je v dané situaci velmi nejistý, začne se usmívat nebo nahlas smát. Evropan si nemusí uvědomit, že jedná s člověkem z jiné kultury, a situaci si vyloží po svém, ve skutečnosti je to neadekvátní vysvětlení. Evropan se domnívá, že se mu Vietnamec vysmívá, začne na něj křičet a ztratí před partnerem tvář. Vzniká zbytečný konflikt. Úsměv Vietnamců je třeba brát v úvahu i při ošetrovatelské péči!

#### **Dlouhý nehet**

Někteří vietnamští muži si nechávají na jednom nebo na obou malíčcích narůst dlouhý nehet, který může být i několik centimetrů dlouhý. Na Evropany to může působit podivně až odpudivě. Původ je v historii. Učenci a později i bohatí obchodníci dávali dlouhým nehtem na malíčku najevo, že nemusí fyzicky pracovat (fyzickou práci jim nehet ani neumožňoval). Pro okolí je to znamení, kam jedince společensky zařadit. V současnosti tento zvyk mají zejména obchodníci.

## Jak můžeme ztratit tvář

Vietnamským tradicím zcela odporuje **veřejná kritika jedince před ostatními**. Ta se považuje za nejkrutější trest zaměstnavatele vůči zaměstnanci. Spory s vietnamskými osobami se musí řešit v soukromí beze svědků. **Nastalou situaci (nedorozumění, konflikt) je potřeba prodiskutovat mezi čtyřma očima, vysvětlit, proč jsme reagovali, tak, jak jsme reagovali a jaký je postoj Vietnamce.** Při řešení před ostatními lidmi by Vietnamec ztratil tvář. Ztratit tvář a autoritu můžeme i my, když začneme na Vietnamce křičet. Nemůžeme dát veřejně průchod svým negativním citům.

## Postavení učitele ve vietnamské společnosti

Vietnamská společnost si vždy vážila učitelů a vzdělaných lidí vůbec. I když v historii nebyli učitelé dobře placeni, vždy se těšili dobrému společenskému postavení. To platí i dnes.

Po skončení druhé světové války se ve Vietnamu dbalo na odstraňování negramotnosti. Problémem byl nedostatek papíru, psacích potřeb a učebních pomůcek. Proto měl rozhodující roli v šíření vzdělanosti učitel. To si celá společnost uvědomovala a chovala se k němu adekvátním způsobem.

## Stolování

Ve Vietnamu se jí tyčinkami. Když tyčinkami jíme rýži, stane se, že nám i Vietnamcům spadnou zrnka rýže na stůl a zašpiní ubrus. Tak se postupně vyvinul **zvyk, že pokud nám jídlo chutná a jíme-li s chutí, dáváme hostiteli zašpiněním ubrusu najevo, že nám jídlo chutná.** V závěru jídla je dobré nechat pár zrněk rýže v misce. Tak dáváme najevo, že jsme sytí. Pokud bychom snědli všechna zrnka, znamená to, že máme ještě hlad. Hostitel by předložil další chod nebo do misky přidal rýži. Tento zvyk si Vietnamci přinesli i k nám. **Když jedí české jídlo, nechají zbytek na talíři. Je to projev sytosti,** ne toho, že jim nechutná.

**Se stolováním souvisí mlaskání.** Nejedná se o akt proti společenské etice, ale o výraz uznání a lahodnosti pokrmu a pochvaly hostitele. **K jídlu patří říhání.** Ve Vietnamu se má po dobrém jídle řádně říhnout a nezatěžovat trávicí trakt vzduchem.

Tradiční stolování je vážná a časově náročná záležitost. Jí se pomalu, současně se hovoří, relaxuje. To vyplývá z následující skutečnosti. Ve Vietnamu je po většinu roku vlhkost vzduchu 60-80 % a 30°C ve stínu. Klimatizace v domácnostech či v restauracích není všude samozřejmostí. Při rychlé nebo fyzicky náročné práci se vydá značné množství energie a osoba se potí. Ztrácí tedy velké množství tekutin. Proto jsou místní obyvatelé, ale i dlouhodobě usazení cizinci navyklí vykonávat fyzické pohyby pomalu. Do kategorie fyzicky náročného úkonu patří i rychle snědené jídlo. Odtud tedy plyne snaha jíst pomalu. Na závěr se sní polévka (rozdíl od našeho zvyku). Tou se doplní tekutiny a soli.

Evropané si málo uvědomují, že na některé potraviny nejsou Vietnamci zvyklí, např. na mléko a mléčné výrobky, které jim páchnou a způsobují zažívací potíže. Několik měsíců si zvykají na evropskou stravu.

## Co je na nás překvapuje

Že rodinu chápeme pouze jako vztahy mezi rodiči a dětmi, ne v širších souvislostech.

### 3.4 Specifika komunikace

Pravidla slušného chování učí Vietnamce neztěžovat situaci svým blízkým stížnostmi na své problémy. Za nevhodné považují, pokud se muž dotkne cizí ženy, když si někdo položí nohy na nábytek. V naší kultuře se nohy položené na stůl nebo jinak ve vodorovné poloze považují

za prevenci nemocí žil dolních končetin (pochopitelně v soukromí). Vietnamci se často nahlas smějí, a to tehdy, když chtějí zmírnit nějakou nepříjemnou situaci, nesnáze či nerozumí sdělené informaci (viz výše). Při rozhovoru je pro ně nepříjemné hledět přímo do očí, mohou si to vykládat jako domýšlivost nebo povýšenost. Zde platí pro ošetřovatelství výjimka. Udržovat oční kontakt s příslušníkem vietnamské komunity není tak žádoucí, jako při kontaktu s ostatními nemocnými.

### 3.5 Zdraví a nemoc

Síly jing a jang ovlivňují rovnováhu a harmonii zdraví. Zdraví je vnímáno jako rovnováha mezi horkem a chladem, mezi suchem a vlhkem. Nerovnováha těchto sil způsobuje nemoc. Dosud jsou ve vietnamské medicíně vyhledáváni léčitelé, aby doporučili nějaké byliny či jiné alternativní způsoby pomoci. Vietnamci obvykle plní pokyny zdravotnického personálu.

**Při léčení vietnamského etnika je důležité pečlivě vysvětlovat postupy, vyšetření. Musíme se přesvědčit, zda-li pokynům dostatečně porozuměli.** Vždy požadujeme zpětnou vazbu, abychom se přesvědčili, že nemocní pokyny dostatečně chápou. Když pacient požádá o přítomnost člena rodiny během jeho vyšetření, je potřeba mu vyhovět.

Není vhodné sdělovat nemocnému závažnost zdravotního stavu bez konzultace s rodinou, většinou mužem. Rodina často nechce, aby byl jejich příbuzný stresován, depresivní, smutný.

Vietnamci jsou velmi stydliví (skromní), zejména ženy. Je proto nutné zajistit soukromí na prohlídku. Je-li to možné, upřednostňují sprchu každý den ráno. Preferují použití toalety před podložní mísou nebo močovou lahví.

**Smrkání do kapesníku** považují za neslušné a směšné. Oproti našemu zvyku posmrkávají i na veřejnosti, což naše kultura vnímá jako neslušné.

**Osobní hygiena** je pro vietnamské pacienty nesmírně důležitá. Raději si ji zajistí sami nebo s pomocí rodinných příslušníků, pokud možno stejného pohlaví.

**Při bolesti** obvykle nepožádá Vietnamec o analgetika, bojí se návyku a vedlejších účinků.

**Při zvracení** může Vietnamec z důvodu studu informovat personál poté, co sám zvratky uklidí. Antiemetika přijmou až po několika epizodách zvracení. Nejprve se snaží poradit sami.

**Zácpu nebo průjem** pacient oznámí tehdy, když se ho sestra zeptá nebo má sám již velké problémy s vyprazdňováním. Domácí léčebné praktiky, které Vietnamci používají, zahrnují velkou konzumaci zeleniny, tekutin. Klyzma představuje poslední možnost řešení zácpy.

**Únavu neoznamují a pomocí léků ji řešit nebudou.** Podle nich je spánek součástí údravy.

**Bude-li nemocný depresivní,** rodina se bude zpravidla snažit jej obveselit, vyprávět veselé historky, přivést jej na jiné myšlenky. **Duševní poruchy mají společenské stigma.** Vietnamci své depresivní rozpoložení oznámí až poté, když se jich zdravotnický personál zeptá. Pomoc vyhledávají v okamžiku, stanou-li se problémy neúnosné.

Vietnamci při potížích nejprve zkouší domácí léčení a pomoc. Problém přiznají tehdy, když je jim velmi „špatně“ a nemoc pokročila (velké bolesti).

**Velká pozornost se věnuje těhotným ženám.** Dbají na zdravá jídla a dostatek odpočinku. Namáhavá činnost je pro ně nemyslitelná, v posledním trimestru již vůbec ne. Těhotné ženy mají být v teple a dodržovat speciální hygienu, např. při péči o chrup mají používat slanou vodu. Pokud budoucí rodiče společně absolvují těhotenský kurz, otec se bude lépe cítit u porodu. **Rodičky trpí tiše, bolest snáší dobře, nenaříkají.** Přesto je třeba jim věnovat pozornost. Vždy je důležitá hygiena. Vaginální porod je upřednostňován před císařským řezem. Pokud se ukáží problémy s novorozencem, je lepší to prokonzultovat s otcem nebo jiným členem rodiny. Tato osoba rozhodne, kdo to oznámí matce. Je vhodná přítomnost lékaře při sdělování negativní informace.

Vietnamské ženy jsou zodpovědné za péči o nemocného člena rodiny. Poskytují zejména péči kolem lůžka nemocného. Nabízí denně koupel a jídlo.

Je-li nutná pitva zemřelého, rozhodne celá rodina.

Vietnamci mají respekt před lékaři. Předběžné prohlídky vyhledají, když to lékař či sestra doporučí.

### 3.6 Stravování

**Nejdůležitější plodinou pro Vietnamce je rýže.** Hlavně ženy ji pěstují na zaplavených rýžovištích. Rýže se připravuje na mnoho způsobů. Maso vietnamské kuchyně představují zejména ryby a drůbež. Potravinám je podle filozofie jing a jang přisuzována síla tepla nebo chladu. Teplé pokrmy jang jsou např. vejce, drůbeží maso, rýže, chladnými jing potravinami jsou karotka či fazolové klíčky. Potraviny musí být v rovnováze, to vede k udržení zdraví.

**Tradiční rituály při jídle používá vietnamská rodina též k uctívání předků.** V každé rodině je oltář s fotografiemi, ke kterému se pokládá ovoce a vonné tyčinky.

**Vietnamci jedí 3x denně.** Oběd a večeře jsou hlavní jídla. Mají rádi listovou zeleninu a ovoce. Rýži jedí s každým jídlem. Nic studeného ústy nepřijímají. Hodně pijí, hlavně nápoje pokojové teploty. **Jedí málo mléčných výrobků.** Domnívají se, že způsobují střevní potíže. Nemusí tolerovat laktózu. Strava bývá méně solená.

## 4. Romové

### 4.1 Historický pohled

Pocházejí z Indie a mezi první státy, které osídlili, patřila Arábie a Egypt. Dnes žijí po celém světě, převážně v Evropě.

Dějiny Romů v Evropě jsou složitou spleť řady příběhů a osudů mnoha různých skupin, jež se odlišovaly způsobem obživy, dialektem, kulturou i tím, jak vycházely s neromským obyvatelstvem, které se k nim v Evropě chovalo různě.

Na území střední Evropy přišli Romové ve 13. století. V Evropě se jich mnoho usídlilo v Polsku, Maďarsku, Itálii, Německu a Rumunsku. Po staletí provozovali svá kočovná řemesla, např. kovářství, řetězářství, korytářství, košíkářství, nožířství, výrobu metel a cihel, řeznictví, zvěrolékařství a hudbu.

Na naše území přišli na počátku 15. století. Podobně jako v jiných zemích, i u nás na základě královských nařízení byli Romové vypovídáni ze země, mučeni, zabíjeni, užíváni k nuceným pracím. Na Romy byly pořádány hony a zabít Roma bylo beztrestné. Děti byly dávány na výchovu do neromských rodin. Relativně lépe se měli Romové-kováři. Těm bylo povoleno i kočování, aby mohli svou práci nabízet tam, kde bylo třeba.

Na většině území Čech a Moravy byli Romové známí jako kočovníci. Používali typické vozy kryté plachtami nebo maríngotky tažené koňmi. Prodávali své zboží a výrobky. Na Slovensku měli Romové o něco lepší životní podmínky. Po druhé světové válce se přistěhovali slovenští Romové do Čech. Po zákazu kočování v roce 1959 se v Čechách usadili i Romové olašští, kteří k nám přišli z Rumunska, Valašska a Moldávie. Osud Romů jako etnika je velice pestrý. Existuje několik skupin, do kterých se Romové dělí, mají mnoho dialektů. Romové jsou nazýváni dvěma způsoby. První z nich pochází pravděpodobně z Konstantinopolu, kde se v 9. století objevuje název, který Romům dali ostatní obyvatelé – „Athinganoi“ (Acinganoi) – u nás cikáni. V současnosti je tento termín považován za pejorativní. Druhý název vychází z toho, že část Romů procházela Egyptem, byli nazýváni lidem egyptským, faraónským, z čehož vznikl starošpanělský název Egypcianos.

Nejrozšířenější je název Rom, Romové. Je to název pro skupinu romských etnických skupin, které mají společný původ, společné kulturní rysy a osobité charakteristiky. Náleží k europoidnímu plemeni, ale mají některé odlišné antropologické rysy: barvu pleti, četné odlišnosti morfoloické – tvar lebky, ruky, tělesné proporce, fyziologické – krevní skupiny. Tyto rysy mají vliv na zdravotní stav romské populace.

#### 4.2 Zdravotní stav romské populace

Působí lékařům vážné starosti. Romské děti jsou v mnohem horším zdravotní stavu než děti gádžovské, tedy neromské. Pracovní neschopnost dospělých Romů je podstatně vyšší, než je tomu u bělochů. Romských invalidních důchodců je 6x více, než by odpovídalo jejich zastoupení v populaci. Průměrný věk Romů je zřetelně nižší než u ostatního obyvatelstva.

**Příčiny špatného zdravotního stavu jsou:** nevyhovující bydlení, špatná životospráva, (kouření, alkohol) včetně matek během těhotenství, krátká doba kojení, hrubé prohřešky proti zásadám péče o kojence, nevhodná strava, nedostatečná hygiena, neschopnost a neochota o sebe pečovat.

Nízká úroveň dosaženého vzdělání umožňuje mužům vykonávat pouze hrubé manuální práce. Když už ji nezvládnou pro úraz, opotřebování organismu či z jiného důvodu, nezbyvá nic jiného než důchod. Navíc se mezi Romy šíří drogy (mezi zámožnějšími), chudší čichají zpravidla toluen.

#### 4.3 Romská rodina

Romové mají vánoční zvyk. Otec rozkrájí jablko na tolik kusů, kolik je účastníků u stolu. Každý sní svůj díl. Tento zvyk poukazuje na rodinnou pospolitost.

Tradiční romská rodina byla veliká, značně soudržná a vřelá k dětem. U romských dětí lze zřídka pozorovat neurotické rysy, protože nejsou pod tak velkým tlakem rodičů, jako děti ostatního obyvatelstva.

**Za poslední generace romská generace zeslábla.** Nesvědčí ji vytržení z tradiční velkorodiny a ze soudržné obce, která výborně fungovala i v nuzné osadě. Neštěstí pro velkou rodinu byly dobře míněné praktiky sociálních pracovníků. Když viděli hladové, špinavé a otrhané dítě v osadě, odebrali je z rodiny a umístili do dětských domovů.

V současnosti je velký počet romských dětí v dětských domovech.

Romská rodina si dosud udržuje patriarchální ráz. Žena byla vždy ceněna podle své plodnosti. Synům byla dávana přednost. Romské rodiny jsou i dnes početné, umělé potraty výjimečné. Jestliže žena nerodila, muž měl právo ji opustit. Nevěra ženy je nepřijatelná, nevěra muže je brána jako normální. Muž ženu bije, např. ze žárlivosti, což patří k lásce, takže ten, kdo nemiluje, nebije.

Od ženy se očekávalo, že obstará rodinu a zajistí potravu. Muž má jedinou povinnost – odevzdat peníze ženě, pokud pracuje. V dřívějších dobách se mnohdy nesnídalo, čekalo se, co matka sežene k jídlu. V některých osadách nechávali muži ženám hrubé práce – sekání dříví.

V současnosti je možné v romských rodinách zaznamenat násilí na dětech, např. v důsledku alkoholismu a jiných závislostí. V tísní se na sebe rodina může spolehnout. V Domovech pro seniory lze zcela výjimečně vidět romského klienta.

V současné době síla velkorodiny slábne. Schází se spíše o svatbách nebo o pohřbech.

#### 4.4 Romská kriminalita

Je to atraktivní téma gádžů. Kriminalita Romů je dle průzkumů mnohonásobně vyšší. Ve výchovných ústavech pro mládež je velký počet romských dětí. Problematikou je brzká

sexuální aktivita. Romové dozrávají pohlavně rychleji, proto pohlavní styk s dívkou, která nedosáhla 14 let, není výjimkou.

**Příčiny romské kriminality:** vysoká nezaměstnanost, která vede k sociální kriminalitě. Mnoho romských rodin se nedokáže uskromnit, neumí hospodařit, rodiny žijí ze sociálních dávek. Další příčinou jsou výsledky přístupu komunistického režimu, který se snažil eliminovat romský jazyk i jejich kulturu. Třetí příčinou se zdá trvalé napětí mezi romským a neromským obyvatelstvem.

#### 4.5 Romský exodus

V roce 1997 věnovala vláda pozornost romské otázce v souvislosti s romským exodem, kdy stovky Romů emigrovaly do ciziny. Romové mířili nejprve do Kanady a poté, co se Kanada začala bránit zavedením vízové povinnosti pro občany ČR, do Británie. Britové ztížili Romům přístup podáním žádosti o azyl. Naše vláda reagovala vlažně, i když nabádala Romy, aby neodcházel. Bylo vydáno „Prohlášení vlády k současné situaci v romské komunitě“, které vyjádřilo dobrou vůli udělat vše, co je možné udělat pro vzájemné soužití. V Prohlášení chyběl sebekritický postoj vlády, přiznání nesplněných slibů a odpovědnosti za to, že se podmínky, v nichž Romové žijí, v poslední době zhoršily.

#### **Kroky, které vláda chtěla přijmout:**

- zlepšení školního vzdělávání – zavedení funkce „romského pedagogického asistenta“
- zlepšení postavení a vzdělání romských poradců na okresních úradech – to mělo pomoci zlepšit sociální problémy Romů.

Situace Romů se vlastně dále neřešila.

#### 4.6 Romské dětství

**Romské dítě mívalo většinou těžký život.** Často hladovělo, trpělo, mrzlo, umíralo v důsledku nedostatečné zdravotní péče. Jeho vzdělání bylo bídné, vyhlídky na slušnou existenci z hledisky majority nebyly žádné. Jen výjimečně bylo dítě bito. **V současnosti je na tom romské dítě lépe,** pokud jde o stravování, vzdělávání, lékařskou péči. Horší pro dítě (ve srovnání s minulými léty) jsou vztahy romské menšiny s majoritní společností.

Ještě po válce romské rodiny na svých dětech velmi lpěly, bránily se jejich umístění do dětských domovů. A kdyby otec poslal svou dceru „na chodník“, byl by vyobcován z komunity. Dnes se romské matky vzdávají svých dětí snadněji než ženy majority. Osazenstvo v dětských domovech je více než z 50 % romské.

#### **Rozdíly mezi romským a „gádžovským“ dětstvím**

Romské dětství je kratší. Je to dáno biologicky, tedy časnější pubertou. V souladu s romskou tradicí dochází k brzkému zahájení sexuálního života. Děti bývají dříve zapojeny do aktivit dospělých.

Další podstatný rozdíl vychází z koheze romské rodiny. Děti se od malička účastní rozhovorů dospělých, když jednají o rodinných záležitostech. V tomto směru děti předčasně dospívají, avšak je to pro ně nezdravá zátěž. Toto sociální dospívání musíme chápat pouze ve vztahu k romské komunitě, ne ve vztahu ke společnosti.

Děti poměrně brzy identifikují vztahy mezi romskou menšinou a majoritní společností, včetně oboustranné nevraživosti. Malé dítě nezůstává ušetřeno ani fyzických útoků skinheadů.

Romské děti často nemají odpovídající životní úroveň, žijí v nehygienických podmínkách, jedí nevhodnou stravu, trpí nedostatečnou péčí, děti nemají školní potřeby a klidné místo k přípravě do školy ani vhodné podmínky pro duchovní, mravní a sociální vývoj. Předčasně jim bývá přístupný alkohol a kouření, drogy, sledují televizní pořady určené pro dospělé.

Finanční prostředky, které romská rodina dostává, bývají využívány jinak, se zneužíváním dávek se mnohdy kalkuluje při plození dětí.

#### 4.7 Romské dítě v české škole

Škola je Romy chápána víceméně jako represivní instituce. Mají k ní nedůvěru a přenáší to na dítě. Romové si cení vzdělání méně než majoritní společnost, i když lze v poslední době registrovat posun při hodnocení vzdělání v romské populaci.

Dítě často vynechává školu pro malichernosti – nechce se mu do školy, matka nepošle dítě do školy, protože nemá peníze na svačinu, nestačil uschnout oděv, který mu vyprala... Ve vzdělání vidí někteří Romové dokonce i nebezpečí, že by se jim mohly děti odcizit. Velmi málo romských dětí prochází mateřskou školou a výchova v romské rodině zpravidla není dobrou přípravou pro školní práci. Dítě zřídka získává zkušenost s knížkou, hračkami, tužkou a papírem, více zkušeností má s televizí a videem. Chybí omalovánky, doplňovačky, kvízy, stavebnice.

Pro školní výuku je nejdůležitější obecná inteligence, celková chápavost, která není vrozená, ale získaná. Romské děti bývají často stimulovány jinak, než děti neromské. Proto se jejich inteligence vyvíjí jiným směrem, který je pro školu méně užitečný.

Nedostatkem u romských dětí je nezvyk komunikovat s lidmi majority, např. položit jim otázku. Z hlediska majoritní společnosti jsou romské děti osobnostně nezralé. Nejsou zvyklé řešit individuálně úkoly, rozhodovat se. Bez zábran opisují. Mají návyk učit se z paměti.

Jazyková bariéra je častým problémem romských dětí. Málo rozumí česky a romsky ještě méně. Romské děti se musí naučit mnohá slova, která v rodinách neslyšely – ovoce, zelenina, nábytek apod. Nejen, že se je musí naučit vyslovovat, ale také porozumět smyslu slova.

Nápadné je nadání romských dětí pro hudbu a tanec. Toto nadání je patrně dědičné, je to pro děti kladný rodinný vzor.

Učitelé a dobrovolní pracovníci pečující o romské děti referují, že jsou bezprostřední, hlučné, hravé, mazlivé a přítulné. Rády vykládají o tom, kdo z příbuzných co vlastní, kdo co ukradl či jinak porušil zákon.

#### 4.8 Komunikace s Romy

Bývá v mnoha případech zcela odlišná od komunikace majority střední Evropy.

Rom se nebojí spravedlivého pokárání, je-li myšleno upřímně, veřejné zostuzení kritikou je však nepřijatelné (viz výše).

V komunikaci je vysoký podíl emocí při jednání (např. na již zmíněných úřadech, u lékaře apod.), chlad navenek Rom nezná. V rozčílení Romové nevidí věci, které jsou pozitivní, neohrožující, nejsou schopni náhledu, racionálního rozboru. Mají úžasně vyvinutý smysl pro poznání člověka pohledem a intuicí.

Při komunikaci zpracovává až 95 % neverbální komunikace, dokáží přečíst podtext sděleného, proto si musíme dávat pozor na to, co jim říkáme a jak. Mají vyšší **schopnost empatie** než v lidé v našich kulturách a v kulturách okolních zemí.

#### **Rady ke zdravému kontaktu s Romy:**

- **nespěchat, trpělivost, nečekat okamžité výsledky**
- vnímat mimoslovní komunikaci, umět dávat informace i řečí těla
- **nekritizovat negativně před svědky**, ale projevit nespokojenost v soukromí, kde není přítomna další osoba
- nebát se blízkosti, dotyku, emocí
- mluvit jasně, věcně, stručně, konkrétně



- používat zpětnou vazbu
- respektovat hodnotový systém romského etnika.

#### 4.9 Zdraví a nemoc

Zdraví představuje po lásce a rodině třetí příčku v hodnotovém žebříčku. Romové, zejména ženy, projevují značné emoce např. při vyšetření, ošetření, kdy se mohou cítit ohroženi. Často a nahlas sténají a naříkají. Rady od lékaře nebo sestry mohou pociťovat jako nespravedlnost a mohou se cítit dotčeni, když jim sdělujeme nedodržování léčebného režimu. Rom bude užívat léky do doby, než se mu uleví, pak ne, i když se mu dostane dostatečného poučení od lékaře. **Ošetření Romů je pro zdravotníky náročné, Romové jsou nedůvěřiví!!!** Bez rodiny bývají romští pacienti nesamostatní, mají strach, což se může projevovat zvýšenou agresivitou a neochotou vůči zdravotníkům. Romové mívají strach z bolesti, ze smrti, i když jejich stav není vážný. Ženy jsou úzkostné, špatně snášejí hospitalizaci, lékařská doporučení konzultují se svou rodinou. Naříkají při porodu.

Na návštěvy svých příbuzných chodí celé rodiny. To vede k jistému hluku na oddělení a nespokojenosti ostatních pacientů.

Romové se hůře orientují v hierarchii zdravotnických pracovníků. Tato skutečnost může být zdrojem nedorozumění, když vyžadují po sestře, aby např. změnila léčbu.

Při komunikaci s nemocným a s jeho rodinou si musíme zjistit, kdo bude za rodinu jednat se zdravotníky, komu poskytneme informace. Většinou to bývá muž – hlava rodiny, někdy dokonce i žena.

## 5. Specifika islámu

### 5.1 Vznik islámu

Zakladatelem islámu je Muhammad (narozen v roce 570 v Mekce). Když dovršil 40 let, dostalo se mu poprvé Božího zjevení prostřednictvím archanděla Gabriela. Tato zjevení pokračovala dalších 23 let a jsou známá v písemné podobě jako Korán. Muslimové věří, že byl Muhammad posledním prorokem, který ucelil poznání Božích zákonů. Tyto zákony předávali předchozí proroci, mezi nimi i Ježíš, který byl zohledňován jako prorok, ale ne jako Bůh.

První manželka Muhammada byla velice emancipovaná a bohatá obchodnice, která na něj měla velký vliv. Muhammad žil v polygamii. Někteří proroci ze Starého Zákona také žili v polygamii. V této době polygamie nikoho nepohoršovala.

Muhammad se na svých cestách po Arábii seznámil s učením křesťanů a Židů, svaté knihy však nikdy nečetl, neboť byl negramotný. Patrné analogie mezi Biblií a Koránem jsou připisovány jeho prorockým schopnostem. Počátky jeho zjevení se datují do roku 610. Ve svých veřejných vystoupeních narážel nejprve na posměch a lhostejnost obyvatel Mekky, později na otevřený odpor a byl nazýván bláznem. Muhammedovi stoupenci byli krutě pronásledováni, a proto roku 622 celá komunita emigrovala do města Mediny, kde vytvořila nové politické společenství založené na islámské soudržnosti, islámskou obec Ummu. Tato událost se nazývá **HIDŽRA** a je počátkem islámského letopočtu. V této době se vymezil islám oproti židovství a křesťanství. Až v roce 624 povolil Muhammad svým následovníkům vést válku, a to jen za znovunabytí svých majetků v Mekce. Sám se snažil o mírová řešení a Mekka se nakonec podrobila pod podmínkou milosti pro všechny, kdo složí zbraně. Muhammad učinil svatyni Kaabu v Mekce hlavním místem uctívání Boha. Nahradil tak dosavadní poutní místo a modlitební směr - Jeruzalém.

Brzy po jeho smrti ve věku 63 let zatoužili následovníci Muhammada zachytit písemně Prorokova zjevení, ponaučení, i jeho osobní příklad. Tak byly sjednoceny **súry** (oddíly), jež byly do té doby zachyceny na různých materiálech (kostech, kůži), do jedné knihy – **KORÁNU**.

Posvátným místem islámu s středem světa je svatyně KAABA v MEKCE, která je považována za zemský obraz dokonalé svatyně v nebi. Její centrum tvoří černý kámen, pravděpodobně meteorit. Arabové před Muhammadovým vystoupením v Kaabě uctívali svá božstva. Muhammad svatyni očistil od model a učinil ji nejposvátnějším místem islámu. Muslimové celého světa se při motlitbě obracejí jejím směrem.

## 5.2 Pilíře islámu

Slovo islám pochází z arabského kořene slm, který mimo jiné znamená mít, poslušnost, čistotu. Pouze podřízeností vůli Boží a zachováním Božích zákonů může člověk dosáhnout opravdového míru a těšit se z trvajících čistoty. Je nepřijatelné nazývat islám mohamedánstvím a jeho vyznavače mohamedány. Podřízenost Boží vůli a poslušnost neznamená ztrátu individuální svobody. Naopak, často užívané slovo **džihád** znamená pro muslimy „vykonávat úsilí“. Nejtěžší džihád je podle muslimů **boj se sebou samým**, proti svým chřtícím, hříchu a zlu. Zahrnuje i píli v práci, učení, v péči o rodiče, rodinu, jako poslední význam je mu přisouzena i sebeobrana při napadení.

**Život muslima tvoří pět pilířů víry:**

### 1. Víra v jedinečnost Boha a jeho proroka Muhammada

Bůh je nejmilosrdnější, nejvládnější stvořitel, který je ohleduplný vůči potřebám jedince.

„Není bohů kromě jediného Boha a Muhammad je jeho prorok“. Toto prohlášení víry se nazývá **ŠAHÁDA**, v němž je zohledněn podstatný bod islámu: jedinečnost Boha, kterému je možné se přiblížit následováním Muhammadova učení.

### 2. Každodenní vykonávání modliteb

**SALÁT** je název povinných modliteb, které muslimové vykonávají pětkrát denně a jsou jejich přímým spojením s Bohem. Konají se po ranním úsvitu, v poledne, odpoledne, po západu slunce a po setmění. Motlitby obsahují verše z Koránu, které se předřikávají v arabštině. Nejúčinnější je modlitba hromadná v mešitě, avšak muslimové se modlí kdekoli, v letadle, v kanceláři, na poli....

### 3. Rozdávání almužny

**Almužna – ZAKAT** je finanční povinnost muslimů. Významným principem islámu je, že vše patří Bohu a majetek je lidem pouze dočasně svěřený. Zakat znamená **očistění, růst**. Tím, že muslim odděluje část svého majetku a věnuje ho chudým a potřebným, očišťuje zbývající majetek. Každý muslim si počítá svůj zakat sám a představuje 2,5 % jeho ročního příjmu.

### 4. Sebeočista formou půstu

Muslimové se postí v měsíci ramadánu. Od úsvitu do západu slunce nepožívají jídlo, nápoje a zdržují se pohlavních styků. Mají se vyvarovat všech zlých úmyslů a tužeb.

Nemocní, staří lidé, cestující, těhotné či kojící ženy mohou přerušit půst a vykonat ho v jiné době během roku.

### 5. Pouť do Mekky

Pouť musí vykonat ti, kteří jsou toho fyzicky schopni a mají dostatek finančních prostředků. Každý rok navštíví Mekku asi 2 miliony poutníků. Poutníci mají na sobě jednoduchý speciální oděv, který odstraňuje jakékoliv sociální rozdíly. Rituál **HADŽ** znamená, že poutníci 7x obejdou svatyni Kaabu a 7x přejdou mezi vrchy Safa a Marwa, potom se shromáždí na planině

Rafat a modlí se za odpuštění. Následuje symbolické kamenování satana a obětování ovce, jejíž maso se pak rozdává potřebným lidem.

### 5.3 Korán

Arabské slovo Ku-rán znamená doslova „**čtení, četba, kniha**“. Korán je základní náboženskou knihou islámu. Židovské a křesťanské chápání původu Písma připouští vedle Božího zjevení také působení lidského faktoru. Ortodoxní učení islámu však chápe Korán pouze jako přímé slovo Boží.

Úcta ke Koránu je v islámských zemích patrná ve všech oblastech života. Po staletí byl základem vzdělávacích soustav, dodnes se ho mnozí učí nazpaměť. Pro mládež se v této oblasti pořádají i soutěže. Muslimové věří, že Korán byl napsán anděly v nebi na přímý diktát Boha a archanděl Gabriel ho poté sdělil Muhammadovi. Muhammad a jeho následovníci si zjevený text ponechali v paměti a také jej zaznamenávali na různé předměty. Až po Muhammadově smrti byl vytvořen závazný text.

Nejstarší dochovaná verze Koránu napsaná 18 let po smrti Muhammada je uložena ve svatyni Kaaba.

Korán obsahuje předpisy náboženské, rituální, občanské, státoprávní, trestní. Objevuje se v něm řada starozákonních příběhů (o Adamovi, Abrahamovi, Josefovi...) i novozákonních (o Janu Křtiteli, Panně Marii...). Muslimové věří, že podobnost těchto náboženství dokazuje, že pocházejí ze stejného zdroje.

### 5.4 Ženy v islámské společnosti

**Muhammadův osobní příklad a Korán poskytly ženám lepší postavení ve staré Arábii.** Islám dal podle Koránu ženám právo na dědictví, na vlastnění nemovitostí a snížil počet manželek na čtyři s podmínkou, že je manžel dokáže stejně zaopatřit. Muslimská žena však zůstává v očích Evropana utlačovaná.

V Koránu se praví, že obě pohlaví jsou si rovná, mají stejný podíl odpovědnosti a u obou pohlaví je stejný podíl lidskosti. Žena je rovnoprávná s mužem ve sdílení osobních a společenských záležitostí a povinností, v přístupu ke vzdělání a vědění. Žena má právo na svobodu názoru jako muž, islám zaručuje ženám stejná práva uzavírat smlouvy, podnikat, vydělávat a mít oddělené vlastnictví.

Nelze opomenout, že postavení ženy a muže v islámské společnosti se často neřídí koránskými ustanoveními. Muž je naprosto odpovědný za péči o ženu, svou rodinu a příbuzné. Z důvodů finančních a vyživovacích povinností získává muž větší dědictví než žena.

Některé diskriminační praktiky vůči ženám (zamezený přístup ke vzdělání, povinnost nosit zahalený obličej, nehovořit s nikým kromě rodiny a manžela, kruté tresty za přestupky, poprava za cizoložství atd.), jež jsou v euro-atlantické kultuře často využívány jako protiislámský argument, nemají ani tak původ v islámu, jako v patriarchálních předislámských tradicích mnoha arabských společností. V Koránu se hledá odůvodnění nerovnoprávného postavení žen a jsou činěny pokusy dát patriarchálním tradicím islámský háv. Korán např. nepřikazuje zahalování obličejů žen, pouze vyzývá k tomu, aby obě pohlaví cudně sklopila zraky, aby se ženy (stejně jako muži) oblékaly slušně a skromně a nechovaly se provokativně.

Verš „nechť spustí závoje na řadra svá“ dovoluje více interpretací. Spatřuje se v něm i příkaz k úplnému zahalení ženského těla. Tento požadavek podporuje i fakt, že Muhammadovy ženy nosily šátky. Zahalování zároveň vychází z tradice té či oné země.

Dalším tématem je pro Evropana polygynie, tzn. mít více manželek. V islámu je povolena tetragynie (čtyři manželky) za podmínky, že manželky dovede zaopatřit nejen materiálně, ale i svou přízní, což mnozí pokládají za nemožné.

V islámské kultuře jsou zakázány všechny výrobky z vepřového masa, někdy i alkoholické nápoje. V devátém měsíci roku (ramadán) nastává období hladovky. Nemocní tento rituál nemusí dodržovat.

Je-li lidský plod potracený 130 a více dní po početí, zachází se s ním jako s plně vyvinutým jedincem. Umělé přerušování těhotenství je zakázané.

Umírající se musí vyznat ze svých hříchů a prosit o odpuštění. Po smrti se tělo dotýká pouze rodina zemřelého. Umyjí ho, připraví a otočí směrem k Mekce. Islám podporuje prodlužování života i u nevléčitelně nemocných.

## 6. Ošetrovatelská péče dle modelu M. Leiningerové

Transkulturní ošetrovatelství se rozvíjí přes 50 let. U jeho zrodu stála (a stále je aktivní) **prof. Madeleine Leiningerová** (dále M. L.). Řada dalších teoretiků se zabývá transkulturním ošetrovatelstvím. M. Leiningerová je certifikovaná transkulturní sestra, získala doktorát z filozofie, humanitních věd, současně je činná jako vědecká pracovnice americké ošetrovatelské akademie, vědecká pracovnice australské ošetrovatelské Royal College. Má za sebou bohatou „sesterskou“ i výzkumnou minulost.

**Teorie kulturně diverzifikované (různorodé) a univerzální (shodné, všestranné) péče** se stala východiskem pro novou **ošetrovatelskou specializaci, kterou je transkulturní ošetrovatelství**. Teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče začala vznikat v 50. letech 20. století. M. L. napsala knihu „**Transkulturní ošetrovatelství, pojmy, teorie, výzkum a praxe**“.

V polovině 50. let začala pracovat jako sestra specialista na dětské psychiatrii, kde zjišťovala velké kulturní rozdíly mezi jednotlivými dětmi a jejich rodiči. Sama prožívala kulturní šok a pocit bezmoci, když chtěla dětem a jejich rodičům pomoci. Zjistila, že chybí kulturní dimenze ošetrovatelství i lékařství. M. L. pracovala s dětmi různých národností, jednalo se o africké, mexické, židovské, německé děti. Všimla si různých odlišností, např. různého původu, způsobu výchovy, postoje k lékům, léčbě; děti se lišily v oblíbených jídlech, spánkovém a odpočinkovém režimu, hrály rozmanité hry.

K uvažování nad nedostatkem kulturní dimenze v ošetrování dětí ji vedl i společensko-politický kontext doby a stav americké společnosti. Během 2. světové války a po ní výrazně stoupla migrace. Lidé ve zvýšené míře cestovali, pracovali na jiných místech, postupně se zvyšovala ekonomika a rasové konflikty. Zdravotní sestry byly nuceny se zabývat nejen vlastním ošetrováním a saturací potřeb nemocného, ale i jeho sociálním, rodinným pozadím.

M.L. nazvala svou teorii teorií kulturně diverzifikované (různorodé) a univerzální (shodné) péče. Myslí tím poznání, pochopení a využívání společenských a rozdílných znaků kultur při poskytování ošetrovatelské péče.

### **Klíčové pojmy a definice transkulturního ošetrovatelství**

Transkulturní ošetrovatelství je oblast studia a praxe orientovaná na pečování, víru, praktiky jednotlivců či skupin stejných nebo odlišných kultur.

**Cíl transkulturního ošetrovatelství:** poskytovat kulturně shodnou a diferencovanou ošetrovatelskou péči zdravým a nemocným jedincům nebo jim pomáhat čelit nepříznivým lidským podmínkám, nemoci a umírání kulturně vhodným způsobem.

#### **Definice ošetrovatelství dle M. L.**

Oficiálně stanovené definice odmítá pro jejich nedostatečnost. Proto stanovila novou definici. **Ošetrovatelství je naučená, humanitní a vědecká profese a disciplína, zaměřená na péči o člověka a na pečování, asistování jiným, na podporu, usnadňování jedincům a skupinám**

**udržovat nebo znovu získat jejich zdraví a pohodu kulturně vhodnou a prospěšnou cestou, nebo pomáhat jedinci čelit hendicapům nebo smrti.** Tato poměrně složitě formulovaná definice artikuluje požadavek respektovat zdravého i nemocného člověka ve všech jeho odlišnostech. Nejzásadnější myšlenkou je zde péče a pečování jako základu ošetrovatelství.

Definice ošetrovatelství dle WHO

**System typicky ošetrovatelských činností týkajících se zdraví jednotlivce, rodiny a skupiny, které jim pomáhají, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu.**

#### **Cíle ošetrovatelství:**

- pomáhat jednotlivci, rodině a skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním a ekologickým prostředím
- podpořit jejich pozitivní zdraví – člověk se stane aktivním účastníkem péče o vlastní zdraví
- maximalizovat lidský potenciál v péči o sebe sama – identifikovat, co je člověk schopen pro sebe udělat
- provádět prevenci onemocnění
- snižovat negativní vliv onemocnění na celkový stav člověka – prevence komplikací
- nacházet a uspokojovat potřeby lidí s narušeným zdravím, lidí zdravotně postižených a s nevyléčitelným onemocněním.

#### **Metaparadigma ošetrovatelství dle M. L.**

Odmítá široce pojaté metaparadigmatické pojmy – osoby, prostředí, zdraví a ošetrovatelské péče a jejich propojování. **Navrhla do metaparadigmatu zahrnout pojmy:**

- lidská bytost (člověk)
- humánní péče
- kontext prostředí
- pohoda nebo zdraví

#### **Charakteristika pojmů metaparadigmatu dle M. L.**

##### **Lidská bytost**

Z pohledu M. L. je to holistická bytost ovlivněná sociálním prostředím. Společenská struktura, pohled na svět a hodnoty lidí se liší dle jednotlivých kultur. Zdraví, nemoc, péči, léčbu, závislost a nezávislost lidé pojímají různě, protože pochází z různého kulturního prostředí.

##### **Prostředí**

Chápe jej jako vzájemně související a vzájemně závislý systém společnosti, který se skládá z politického, ekonomického, sociálního a vzdělávacího, technického, náboženského a kulturního systému, v jehož rámci člověk žije.

##### **Zdraví**

Představuje stav pohody odrážející schopnost jedinců nebo skupin vykonávat jejich denní činnosti způsobem, který zrcadlí jejich kulturu. Vnímání zdraví a nemoci je kulturně podmíněné, proto nemůže být univerzálně definováno. Světový názor, sociální struktura a víra ovlivňují vnímání zdraví tak hluboce, že je nelze od sebe oddělovat.

##### **Péče**

Péče a pečování jsou charakteristickým znakem ošetrovatelství.

**Péče** se vztahuje k pomáhání, podporování, k umožňování zkušeností, chování. Je to obecnější pojem než pečování.

**Pečování** odráží řízené akce a aktivity zaměřené na pomáhání, podporování či umožňování saturovat individuální či skupinové potřeby pohody, léčby, dosažení kondice a naplňování životní cesty. Péče o člověka je variabilní a v různých kulturách rozdílná, proto M. L. hovoří

o kulturní péči, která tvoří základní bázi pro porozumění a pomáhání lidem rozdílných kultur v transkulturním ošetřovatelství. Kultura a péče musí být vzájemně propojené, tedy musí být ve vzájemných vztazích jako základ nového oboru transkulturního ošetřovatelství.

## **Kultura**

M. L. se podrobně zabývá termínem kultura a jejími znaky. Pro zdravotníky je stěžejní ta skutečnost, že se kultura vyznačuje vnitřní (intrakulturní) a zevní (extrakulturní) variabilitou. Dovednost rozpoznat a zohlednit individuální a skupinové rozdíly je pro zdravotníky důležitá, protože jim umožňuje zbavit se stereotypů a neefektivního přístupu k ošetřovaným. Pracovala s následujícími pojmy:

- **Subkultura** – uzavřenější skupina, od dominantní skupiny se odlišuje v hodnotách, víře, normách, mravních zásadách apod.
- **Kulturní variace** – mohou vznikat míšením kultur.
- **Kulturní hodnoty** – jsou rozdílné a jejich priority jsou důležitým vodítkem při ošetřování nemocného.
- **Kulturní šok** – klíčový pojem užívaný v antropologii, který byl do transkulturního ošetřovatelství přejatý. Lidé se ocitnou v cizím prostředí a jsou dezorientováni a neschopni reagovat přiměřeně na neznámé situace, protože to neumí.
- **Etnocentrismus** – představuje problémem tehdy, jestliže sestra udržuje rigidní stereotypy ošetřovatelské péče a nerespektuje zvyky a odlišnosti jiných kultur.
- **Předpojatost, kulturní předsudek** – blízký etnocentrismu, oba pojmy silně narušují vztahy mezi sestrou a nemocným.
- **Kulturní relativismus** – v krajním případě se jedná až o popření kultury; umírněný relativismus ale otevírá cestu k objevování specifík a rysů v různých kulturách, neznamená však vzdát se vlastní kultury.
- **Kulturní vnučování** – nutíme víru, hodnoty a vzorce jiné kultury, např. sestra předkládá specifické způsoby péče pro českou kulturu např. pacientovi z Asie, což je možné hodnotit jako projev profesionální slepoty.
- **Kulturní slepota** – pojem se ujal v 50. letech 20. století a popisuje stav, kdy jedinec nedokáže vnímat, že jeho chování je kulturně předpojaté. Př. australská sestra pečující o arabského muslima si dlouho neuvědomovala, že nemá pacientovi nosit léky na pokoj v době, kdy se chodil modlit mimo pokoj. Trvala na svých kulturně podmíněných pracovních stereotypech.
- **Kulturní bolest** – relativně nový pojem zdravotní péče, který rozpracovala na základě práce s nemocnými jiných kultur, kteří si stěžovali na bolest – sestry a lékaři nedovedli identifikovat jejich kulturní diskomfort, ponížení při narážkách na jejich fyziognomické znaky – výška, barva pleti apod.

## Literatura:

Flejšmanová, Š., Cichá, M.: Těhotenství a porod – vybrané zvyklosti a rituály.

In: *Diagnoza v ošetřovatelství* 2007, roč. 3, č. 1, s. 20 – 21. ISSN 1801-464X.

Ivanová, K., Špirudová, L., Kutnohorská, J.: *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha, Grada 2005. ISBN 80-247-1212-1.

Kobler, L.: *Specifika ošetřovatelské péče o cizince*. In : *SESTRA*, roč. 18, č. 10, 2008. ISSN 1210-0404.

Kolektiv autorů: *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče. Respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. Ostrava, Ostravská univerzita 2003. ISBN 80-7042-344-7.

Lorenzová, D., Mareš, J., Měrka, V.: *Zdravotní péče o muslimské pacienty. Stručná příručka pro vojenské lékaře působící v zahraničí*. Hradec Králové, Vojenská lékařská akademie Jana Evangelisty Purkyně 1999. ISBN 80-85-109-10-7.

Malochová, J., Krátká, A.: *Žena romské kultury*. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 9, s. 368-371. ISSN 1801-1349.

Ošetrovatelství v multikulturní společnosti. Sborník 8. mezinárodní konference [Ed. Gombárová, J.]. Praha, Vysoká škola zdravotnická, 2008. ISBN 978-80-86277-60-8.

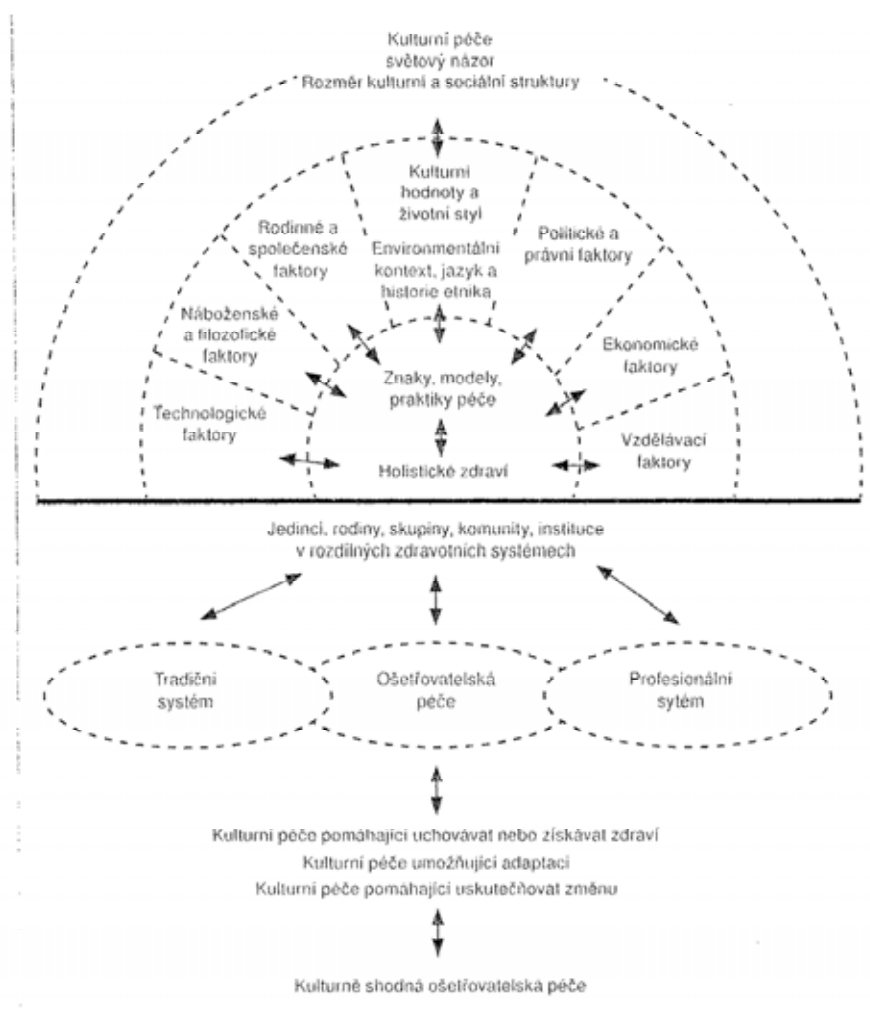
Říčan, P.: *S Romy žít budeme – jde o to jak*. Praha, Portál 1998. ISBN 80-7178-250-5.

Šišková, T. (ed.). : *Výchova k toleranci a proti rasismu*. Praha, Portál 1998. ISBN 80-7178-285-8.

Šišková, T.: *Menšiny a migranti v České republice*. Praha, Portál 2001.

Špirudová, L. a kol.: *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha, Grada 2006. ISBN 80-247-1213-X.

Internetové stránky odkazující na světová náboženství, romskou problematiku apod.



Obr. 3. Model „vycházejícího slunce“ (podle M. Leininger, 2002, s. 80)

Obrázek ošetrovatelského modelu „vycházejícího slunce“ vypracovaný M. L. převzat z publikace *Multikulturní ošetrovatelství*

Ošetrovatelský model není podrobně ve studijních skriptech popsán. Důvodů je několik. Významným důvodem je nepoužitelnost v ošetrovatelské praxi, která není dosud plně připravena pracovat s tak náročným modelem, jako je model vycházejícího slunce“. Navíc jsou rozsáhlé informace týkající se modelu nad rámec tohoto materiálu.

**Aktivita pro cvičení multikulturního vnímání**

(aktivita převzata z publikace „Intekturní vzdělávání nejen pro středoškolské pedagogy“, materiály s multikulturní tematikou jsou dostupné na [www.varianty.cz](http://www.varianty.cz))

## Vlakem po Evropě

Nasedli jste do rychlíku „Tuzemsko“ a vydali jste se na týdenní cestu z Lisabonu do Znojma. Kupé, ve kterém cestujete, musíte sdílet s dalšími cestujícími.

**Vyberte tři cestující, se kterými byste cestovali nejraději, a vyberte tři, se kterými by se vám nechtělo cestovat vůbec.**

### Cestující

1. srbský voják z Bosny
2. obézní švýcarský makléř
3. italský diskjockey, který má zřejmě spoustu dolarů
4. Afričanka, která prodává kožené zboží
5. HIV-pozitivní mladý umělec
6. Rom cestující na Slovensko
7. baskický nacionalista, který pravidelně jezdí do Ruska
8. německý rapper, který vede nezávislý způsob života
9. slepý muzikant z Rakouska, který neustále hraje na tahací harmoniku
10. ukrajinský dělník, který se nechce vrátit domů
11. Rumunka ve středních letech, je bez víza a s ročním dítětem v náručí
12. holandská svérázná feministka
13. skinhead ze Švédska, který je zřejmě pod vlivem alkoholu
14. fotbalový fanoušek z Belfastu, očividně jedoucí na fotbalové utkání
15. polská prostitutka z Berlína
16. francouzský farmář jedoucí s košíkem plným pořádně uleželého zapáchajícího sýra
17. kurdský uprchlík žijící v Německu, který je na cestě do Libye
18. český emigrant, kterého právě pustili z portugalského vězení

Zdůvodněte, proč jste se rozhodli pro cestující, se kterými byste chtěli cestovat.

Zdůvodněte, proč jste se rozhodli pro cestující, se kterými byste cestovat nechtěli.

Jaké jsou důvody?

Jaká je představa toho, když byste měli cestovat s těmi osobami, které odmítáte? Popište vnitřní pocity.



## 1. Fyzická mobilita a imobilita

### 1.1 Potřeba pohybu a tělesné aktivity

Pohyb je základní biologickou potřebou všech živých bytostí. Mnoho lidí se v současném přetechnizovaném světě příliš nepohybuje. Do zaměstnání nechodí pěšky, ale jezdí autem, nechodí po schodech, ale používají jezdící schody nebo výtah. Většinu svého života tráví v sedě. Podobně, jako u ostatních biologických potřeb, má každý člověk jiné nároky na množství pohybu i na způsoby, jak potřebu pohybovat se uspokojuje. Rozdílná je také psychická odezva jednotlivce na neuspokojenou potřebu pohybu.

Schopnost pohybovat se volně, lehce, rytmicky a účelně v prostředí je základní součástí života. „Pohyb znamená život“ a lidé se musí pohybovat, aby získali potravu a vodu, chránili se před poraněním a zabezpečovali si další životní potřeby. Pohyblivost je základem nezávislosti. Plně imobilní člověk je také zranitelný a nesamostatný jako malé dítě.

Lidé často definují svůj zdravotní a fyzický stav schopností pohybovat se, protože jejich duševní zdraví a efektivnost tělesných funkcí je velmi závislá na těchto vlastnostech. Například u člověka, který stojí, se plíce snadněji naplňují vzduchem, motorická aktivita střev je efektivnější a močový systém je schopný důkladněji se vyprazdňovat. A navíc je pohyb základní vlastností funkce kostí a svalů.

Možnost pohybu ovlivňuje sebeúctu i celkový vzhled těla. Osoby s poruchami hybnosti mohou mít pocit bezmocnosti a mohou se cítit jako zátěž pro jiné. Vzhled těla se může změnit ochrnutím, amputací nebo jiným poškozením motoriky. I reakce jiných lidí na poruchy mobility může negativně ovlivňovat lidskou psychiku.

### 1.2 Fyziologicko-biologické faktory

Pohybový aparát – svaly (aktivní pohybový aparát) a kosti, chrupavky a tkáně (pasivní pohybový aparát) umožňuje harmonickou souhrou každou aktivitu, kterou zahrnujeme pod pojmem pohybovat se. Svaly řízené CNS uvádějí do pohybu klouby, které vykonávají pohyby na zákonitosti mechaniky.

Pohybový aparát může vykonávat v každé rovině dva pohyby. Trojrozměrnost prostoru umožňuje celkem **šest základních pohybů**:

- **extenze** – natažení kloubu, zvětšení úhlu kloubu (např. vyrovnání kloubu v lokti),
- **flexe** – ohnutí kloubu, zmenšení úhlu kloubu,
- **abdukce** – upažení, pohyb kosti od střední čáry těla,
- **addukce** – připažení, pohyb kosti ke střední čáry těla,
- **pronace** – pohyb kostí předloktí při držení před tělem tak, že dlaně rukou směřují dolů,
- **supinace** – pohyb kostí předloktí při držení před tělem tak, že dlaně rukou směřují nahoru.

Ze šesti základních pohybů se skládá každá tělesná aktivita, bez které není možná žádná aktivita denního života (hygiena, oblékání, výživa, pití, dýchání, vyprazdňování ...), žádná lidská činnost (chůze, řízení automobilů, příprava jídla, psaní). Poruchy v oblasti pohybové aktivity ukazují na mnohostrannost různých životních omezení. Pohybovat se znamená měnit polohu a zahrnuje v sobě i aktivitu duševní. Pohyblivost a flexibilita (v nejširším slova smyslu) jsou kritéria pro výkon mnoha povolání.

## Fyziologie hybnosti

Pohybový projev člověka je vysoce organizovaná funkce, která zajišťuje vzpřímenou polohu, umožňuje změnu polohy, získávání potravy, rozmnožování, práci. Je spjata s psychickou činností, neboť řeč mluvená i psaná, gestikulace, mimika jsou pohybové aktivity., které jsou úzce spojeny s činností a rozvojem psychiky. Činnost kosterního svalstva je řízena všemi úseky CNS (centrálního nervového systému). Základem hybnosti je svalový tonus, který je zajišťovaný činností páteře.

### Pohybový systém můžeme rozdělit na:

- opěrný motorický systém (postojové a vzpřímovací reflexy),
- pohybový motorický systém (úmyslné pohyby).

## Mechanika těla

Mechanika těla zahrnuje postoj (stání, sezení), udržování rovnováhy a koordinovaný pohyb (chůze, zvedání předmětů). **Postoj** je určité prostorové, geometrické uspořádání jednotlivých částí těla v jejich vzájemném vztahu. Při správném postoji jsou svaly většinou v mírném napětí – tonusu. Vyžaduje jen minimální svalovou práci a je oporou vnitřních orgánů. **Správné držení těla** podporuje plicní ventilaci, činnost oběhového systému a zažívacího traktu. Špatné držení těla deformuje postavu a nepříznivě ovlivňuje funkce jednotlivých orgánů. **Rovnováha** je stav vyváženosti, ve kterém jedny síly vyvažují působení jiných sil. **Koordinovaný pohyb, úmyslný pohyb** je základním předpokladem existence vyšších organismů. U člověka je tento pohyb základem všech lidských funkcí (práce, řeč, písmo .....).

## Vývojové faktory

Vývoj člověka a proces stárnutí organismu znamenají také pohyb. Věk jedince, stadium vývoje jsou pro hodnocení pohybu a aktivity významné. Jiná je pohybová aktivita dítěte, jiná u dospívajícího, v dospělosti a ve stáří. Pohybové schopnosti ovlivňuje též tělesná konzistence.

## Smyslové orgány

Pohyb se uskutečňuje za aktivní účasti smyslových orgánů (senzomotorická koordinace). Smyslové deficity, zejména v oblasti zrakového, ale i sluchového vnímání omezují pohybové schopnosti člověka.

## Sociální kulturní vlivy

Pro vyjádření sociálně kulturních vlivů nám poslouží srovnání motoriky, popř. temperamentu obyvatel jižních zemí (Italů) a obyvatel severu zeměkoule. Mezi další aktivity patří status a role. Vlastnictví auta vyjadřuje určitou prestiž, ale vede k pasivitě jedince. Volný čas se může trávit aktivně pohybem, ale i pasivně u televize.

## Faktory životního prostředí

Geografické a klimatické podmínky ovlivňují aktivitu člověka. Je zřejmé, že v horku se lidé méně, popř. pomaleji pohybují než při chladném počasí. V hornaté krajině jsou lidé přinuceni k vyšší pohybové aktivitě než v nížinách.

## Nemoc a pohybová aktivita

Ke změně pohybové aktivity dochází vždy při onemocnění pohybového aparátu (poruchy kostněsvalové a neurosvalové). Onemocnění jiných systémů, dále diagnostické a terapeutické výkony (lumbální punkce, operace) mohou určitým způsobem změnit normální pohybovou aktivitu. Jedinec zdravý, bez pohybového omezení, je podle ošetřovatelské terminologie

schopný sebepečce (plně soběstačný). Znamená to, že je zcela nezávislý na pomoci druhé osoby. Nepohyblivý člověk je závislý na pomoci druhých.

## 1.2 Poruchy hybnosti

Poruchy hybnosti se týkají polohy, postoje, chůze nebo pohybové koordinace. Příčiny jsou různé, mohou být vrozené nebo získané. Omezení hybnosti, poškození funkce nebo její ztráta znamená pro člověka vždy změnu v identitě člověka a v oblasti sociálních vztahů. Závažnost změny je přímo úměrná organické bariéře, čím je porucha větší, tím je vážnější poškození psychiky, zejména v oblasti sebekoncepce. Vzhledem tomu, že naším tématem je imobilizační syndrom, budeme se podrobněji věnovat poruchám polohy.

### 1.3.1 Poloha nemocného

Poloha, kterou nemocný zaujímá, vychází z jeho celkového stavu. Zdravý člověk nebo nemocný s méně závažnou chorobou mohou měnit svoji polohu. U zesláblých lidí dochází ke snížení svalového tonusu, nemocný leží většinou na zádech, a svoji polohu nemění.

#### Poloha nemocného

- **Aktivní poloha**, kterou zaujímá zdravý člověk nebo lehce nemocný, mění ji sám, bez pomoci a podpory, změna polohy není ničím omezena.
- **Pasivní poloha**, která je typická pro nemocné v bezvědomí a ochrnuté pacienty. Nemohou si sami určit, v jaké poloze chtějí ležet, a nemohou ji sami měnit. U nemocného při plném vědomí je tato situace velmi psychicky náročná. Neschopnost zaujímat polohu v sobě nese různá rizika, s nimiž se seznámíte v následujících kapitolách.
- **Poloha vynucená, úlevová, pacient** vyhledává určitou polohu a tu úzkostlivě zachovává, protože mu vyhovuje (má menší bolesti, snadněji vykašlává). Mezi nejznámější úlevové polohy patří: ortopnoická (typická u kardiálního nebo bronchiálního astma), na boku (onemocnění břicha a plic) a poloha na břicho (bolestivé stádium vředové choroby žaludku). Vynucenou polohu respektujeme a snažíme se co nejrychleji ovlivnit léčebným zásahem příčinu, která k úlevové poloze vedla.

## 2. Syndrom z inaktivity – imobilizační syndrom

Syndrom z inaktivity je často používaným synonymem pro sekundární poruchu zapříčiněnou imobilitou. **Jsou to fyzické a psychické poruchy, které se vykytují ve všech orgánech a systémech těla následkem imobility.** Každá z těchto patologických změn začíná imobilitou. Onemocnění, jako např. sclerosis multiplex nebo poranění spinální míchy, může vážně ohrozit pohyblivost pacienta. Mobilitu může omezovat i strach anebo bolest. Pacient po chirurgickém výkonu může odmítat pohyb pro strach z otevřené rány anebo z bolesti.

**Hlavní příčinou imobility pacientů je:** silná bolest (akutní i chronické), paréza či jiné neuromuskulární onemocnění, léčbou předepsaná imobilizace, změna stavu vědomí, chronická somatická nebo duševní choroba a infekční procesy.

### 2.1 Stupně imobility

Existují různé stupně imobility. Člověk v bezvědomí je často **úplně imobilní**. Někdy jde jen o **částečnou nepohyblivost**, např. u pacienta se zlomenou nohou. Někteří lidé mají omezenou aktivitu ze zdravotních důvodů, např. u lidí s poruchou dýchání se nedoporučuje chůze do schodů.

V ošetřovatelství lze použít na rozlišení stupně imobility termín klid na lůžku. Tento pojem ale mívá různý význam. Někde **úplný klid na lůžku** znamená, že pacient lůžko vůbec neopouš-

tí, a někde znamená, že pacient je v lůžku, ale může přitom i sedět, případně vykonávat denně hygienickou činnost. Sestra by si měla vždy ověřit význam tohoto pojmu.

### 3. Fyziologická odpověď na imobilitu

Mnohé systémy těla fyziologicky reagují na imobilitu. Stupeň změn závisí zejména na různých rizikových faktorech.

#### 3.1 Pohybový systém

Nejvýraznější změny se během pohybové mobility projevují na kosterním a svalovém systému. Dochází k výraznému poklesu svalové síly, pokud si nemocný neudrží přiměřenou fyzickou aktivitu. Je zjištěno, že až 20% svalové síly se může ztratit už po prvním týdnu imobility. Fyzická vytrvalost se snižuje stejnou rychlostí.

Pokles svalové hmoty neboli **atrofie** vzniká, pokud svalová vlákna nekontrahují jako během normální fyzické aktivity. V důsledku svalové atrofie dochází ke snížení svalové síly a vytrvalosti.

**Osteoporóza z inaktivity** je výsledkem ztráty antigravitačního působení, snížení svalové hmoty a komplexních endokrinních a metabolických změn, které provázejí imobilizaci. V nehybnosti se vyplavuje zvýšené množství kalcia z kostí, čímž výrazně klesá kostní hmota. Demineralizace kostí začíná již 2. – 3. den imobilizace.

**Fibróza a ankylóza** kloubních struktur se vyskytuje, pokud se klouby nedostatečně pohybují. Kloub se stává ireverzibilně deformovaným, ztuhlým, příslušné svaly se zkracují a vzniká kontraktura. Nejčastěji se vyskytují flexní kontraktury na dolních končetinách. Výsledkem je fixovaný postoj, pacient nemůže paty opírat o podložku, a to stěžuje nebo znemožňuje jeho chůzi.

#### 3.2 Kardiovaskulární systém

Dlouhodobá mobilita oslabuje kardiovaskulární systém, který neplní dostatečně svoje funkce. Snížená pohyblivost vytváří nerovnováhu vegetativního nervového systému s výslednou převahou sympatické aktivity nad parasympatickou, což zvyšuje činnost srdce. V období imobility zvýšená srdeční frekvence snižuje diastolický tlak, koronární průtok krve a schopnost srdce odpovědět na vyšší metabolické požadavky. Následkem toho může mít pacient tachykardii.

**Ortostatická (posturální) hypotenze** je běžným důsledkem imobilizace. Vlivem dlouhodobé nepohyblivosti dochází k utlumení reflexního vyrovnávání optimálního prokrvení jednotlivých orgánových systémů. Při změně polohy (posazování, vstávání) se u dlouhodobě imobilizovaného člověka objevují závratě a mdloby. Stav je provázený náhlým a výrazným zvýšením srdeční frekvence.

**Insuficience žilních chlopní.** Kosterní svalstvo (svalová pumpa) na dolních končetinách společně se žilními chlopněmi usnadňují žilní návrat k srdci. U imobilního pacienta neplní kosterní svaly svojí funkci, krev se hromadí v dolních končetinách, a pokud stáza v žilách přetrvává, zvětšuje se jejich objem, stoupá venózní tlak a vznikají otoky. **Venózní stáza** je spolupůsobícím faktorem vzniku TEN (tromboembolické choroby).

#### 3.3 Respirační systém

Ve stoji mobilní osobě nic nebrání v dýchacích pohybech. Sekret z bronchů se běžně uvolňuje a odstraňuje pomocí řasinkového epitelu a kašlem. V průběhu normální aktivity člověk pravidelně stejně vdechuje a vydechuje. V ležící poloze je ventilace plic pasivně změněna.

Pevná podložka tlačí na tělo a **omezuje pohyby hrudníku**. Břišní orgány vytlačují bránici, čímž způsobují další omezení pohybů hrudníku a ztěžují expanzi plic. Nemocný **nevykonává hluboké vdechy** z důvodu svalové atrofie. Hrudník se fixuje ve výdechové poloze, což dále snižuje potenciál na zvětšení ventilace. Tyto změny jsou příčinou mělkého, povrchního dýchání, významně redukuje vitální kapacitu plic. Průtok krve plicemi se mění horizontální polohou a gravitací.

**Sekrece a odstraňování hlenu** jsou postiženy také vlivem gravitace a inaktivity. Sekrety se mají tendenci se shromažďovat v tzv. dependentních oblastech plic. Stoupá viskozita a přilnavost sekretu na stěny dýchacích cest. Je narušena samočisticí schopnost a kašlací mechanismus, **nemocný nemůže dostatečně odstraňování hlenu z bronchů**.

Změny regionálního průtoku krve, stagnace hlenu a nedostatečná ventilace mohou vyústit v **hypostatickou pneumonii** nebo v **plicní atelaktázu**.

### 3.4 Metabolický a výživový systém

U imobilních pacientů se snižuje bazální metabolismus a současně se snižují energetické nároky na organismus. Snižuje se motilita GIT a sekrece žláz trávicího traktu. U aktivní osoby existuje za normálních okolností rovnováha mezi syntézou bílkovin (anabolismus) a jejich odbouráváním (katabolismus). Imobilita způsobuje značnou nerovnováhu a dochází k převaze katabolismu (odbourávání bílkovin) nad anabolismem (syntéza bílkovin). Výdej dusíku z organismu je nižší než jeho příjem a dochází k **negativní dusíkové bilanci**. Zdrojem vylučovaného dusíku je katabolizovaná svalová hmota.

Problém dále zhoršuje **anorexie** (ztráta chuti k jídlu). Anorektický pacient redukuje příjem bílkovin a energie. Při sníženém přísunu bílkovin dochází ke zhoršení dusíkové bilance, a to může vést až k **malnutricii**.

**Hypoproteinemie** snižuje onkotický tlak v těle, a to způsobuje přesun tekutin z vaskulárního do intersticiálního prostoru. Výsledkem je edém dependentních částí těla.

### 3.5 Vylučování stolice

**Zácpa** je častým problémem u imobilních pacientů. Následkem zvýšené produkce adrenalinu je snížená peristaltika a celková motilita tenkého i tlustého střeva, sfinktery kontrahují. Celková slabost ovlivňuje funkci abdominálních a perineálních svalů používaných při defekaci. Změna konzistence stolice vyžaduje větší sílu při defekaci, ta však může pacientovi chybět. Nepřirozená a nepohodlná poloha při defekaci komplikuje vyprazdňování nemocného. Rozpaky, ztráta soukromí, závislost na jiných lidech a přerušování normálních stravovacích návyků znamená opakované oddalování defekace to, však vede k oslabení defekačního reflexu. Stav dále zhoršuje nedostatečný příjem tekutin.

### 3.6 Močový systém

V počátečních stádiích imobility vylučování se primárně vylučuje zvýšené množství moče – **diuréza**. Je to způsobené dočasným nárůstem cirkulujícího objemu krve a průtokem krve ledvinami. Dochází k inhibici antidiuretického hormonu. Diurézu provází dočasné zvýšení sodíku v moči - **natriuréza**. Jde o projev úsilí organismu udržet plazmatickou koncentraci na fyziologické úrovni. Později množství vylučované moči klesá a dochází ke změně koncentrace. Horizontální poloha vlivem gravitace vede k zhoršenému vyprazdňování moče, nekompletní vyprázdnění pánvičky a močového měchýře. To vše vede ke **stáze moči**. Moč se stává alkalickou a kalciové soli mohou vytvářet **močové kameny**.

Vznikají různé změny ve způsobu vyprazdňování moče, jako je retence **moče, dystenze močového měchýře, inkontinence, a paradoxní dysurie** (odkapávání moče při velkém rozpětí močového měchýře). Stagnující moč je vhodným prostředím pro vznik infekce. Častou komplikací imobility je zánětlivé onemocnění močových cest (cystitis, cystopyelitis aj.).

### 3.7 Kožní systém

Kůže při déletrvající imobilitě atrofuje, mění se její pevnost, struktura pokožky i subkutánních vrstev, postupně dochází ke **snížení kožního turgoru**. Častým důsledkem dlouhodobé mobility je vznik **dekubitů**.

## 4. Psychosociální reakce na imobilitu

Sociální, emocionální a intelektové změny přichází často skrytě a nepozorovaně. Souvisí většinou se snížením kvality a kvantity senzorického vnímání a s tím, jak si nemocný postupně více uvědomuje svoji omezenou pohyblivost a ztrátu nezávislosti. Tyto dva faktory primárně napomáhají ke vzniku **depresivně-anxióznímu syndromu**. Změna ve smyslovém vnímání a nové, neobvyklé prostředí vede ke strachu a **úzkosti**. U pacienta se často objevují změny ve vnímání sama sebe – v **sebekoncepci**. Nemocného znepokojují pracovní, rodinné, finanční problémy a závislost na jiných. Přicházejí pocity beznaděje, bezmocnosti, nepřátelství, izolace, apatie či úzkost. Nastávají i změny v sexuálním životě.

Intelektové schopnosti u dlouho imobilizovaných osob často klesají. Řešení problémů a rozhodovací schopnosti jsou nezdědka narušené. Pravděpodobně jde o výsledek ztráty intelektové stimulace a stres z choroby a imobility. Tento pokles často provází snížená schopnost koncentrace, přehnané obranné mechanismy a oslabená schopnost se vypořádat s problémy. Imobilita nejvíce ovlivňuje děti (zejména předškolního věku) a starší lidi. U dětí může zpomalit intelektový a sociální rozvoj a retardovat vývin motoriky. U starších osob může zvýšit jejich závislost na jiných.

## 5. Ošetřovatelský proces

### 5.1 Hodnocení nemocného ohroženého imobilizačním syndromem

K hodnocení pacienta, který je ohrožen imobilizačním syndromem, se používají kritéria, která naleznete v následující tabulce.

### Kritéria hodnocení nemocného ohroženého imobilizačním syndromem

<b>1. Osobní hygiena</b> 1 Jen malá nebo žádná asistence sestry 2 S pomocí sestry se myje na lůžku i v koupelně 3 S pomocí sestry se myje na lůžku, mytí v koupelně je obtížné 4 Péči přebírá sestra, nemocný mírně spolupracuje 5 Hygienickou péči provádí sestra	<b>2. Pohyblivost</b> 1 Chodí sám nebo s kompenzační pomůckou 2 Chodí s dopomocí jedné nebo dvou osob 3 Je schopen sedět na židli 4 Upoután na lůžko, je schopen sám měnit polohu 5 Upoután na lůžko, neschopen samostatného pohybu
<b>3. Spánek a odpočinek</b> 1 Klidný, spí málo 2 Pomalé usínání, přerušovaný spánek - přesto se cítí odpočatý 3 Pomalé usínání, přerušovaný spánek - cítí se unavený 4 Spatné usínání, přerušovaný spánek, občas neklid - cítí se unavený 5 Kvalitativní i kvantitativní poruchy spánku - cítí se velmi unavený	<b>4. Výživa</b> 1 Jí sám nebo s malou dopomocí 2 Jídlo přijímá s velkou dopomocí sestry 3 Nutno krmít 4 Zaludeční sonda 5 Uplňná nebo částečná parenterální výživa
<b>5. Vědomí, orientace</b> 1 Spavý, orientovaný 2 Spavý nebo neklidný, dezorientovaný v čase 3 Spavý, zmatený, dezorientovaný v čase a místě 4 Spavý, zmatený, tvralá dezorientace v místě, čase a osobě 5 Bezvědomí, sopor	<b>6. Verbální komunikace</b> 1 Komunikace bez větších problémů 2 Mluví málo, rozumí všemu 3 Nemluví, někdy rozumí 4 Mluví, ale nerozumí 5 Nemluví, nerozumí
<b>7. Oblékání, svlékání</b> 1 Samostatný s námahou 2 Na výzvu personálu 3 S malou dopomocí 4 S rozsáhlou pomocí další osoby 5 Zcela závislý	<b>8. Vyměšování moče a stolice</b> 1 Pokojový klozet nebo s dopomocí WC 2 Podložní mísa, pokojový klozet, močová láhev 3 Občasná inkontinence moče 4 Občasná inkontinence moče i stolice 5 Stálá inkontinence moče i stolice
<b>9. Zátěžové faktory</b> vyšší věk, anémie, kouření, nechutenství, obezita, kachexie, nedostatečné dýchání, poruchy kožního krytu (papírově suchá nebo edematózní, porucha barvy, narušení celistvosti), zvýšená teplota	<b>10. Zvláštní rizika</b> srdeční selhání, periferní vaskulární porucha, trauma, roztroušená skleróza, CMP, paraplegie, DM, prodělaná operace, medikace (vysoké dávky steroidů, protizánětlivé léky)

- 1 Přítomen 1 faktor
- 2 Přítomno 2 - 3 faktory
- 3 Přítomno 4 - 5 faktorů
- 4 Přítomno 6 - 7 faktorů
- 5 Přítomno 8 - 9 faktorů

10 - 20 bodů nízké riziko rozvoje IS
20 - 30 bodů vážné ohrožení IS
30 - 40 bodů vysoká míra ohrožení IS, rozvinutý IS

## 5.2 Návrh ošetrovatelských intervencí u nemocného ohroženého imobilizačním syndromem

Návrh ošetrovatelských intervencí vychází z celkového počtu bodů při hodnocení podle hodnotící škály (viz Kritéria hodnocení) a z individuálních zvláštností nemocného. Dlouhodobý ošetrovatelský plán vychází z cílů ošetrovatelské péče o nemocného ohroženého imobilizačním syndromem (IS) a vyžaduje konzultaci s ošetřujícím lékařem a sjednocení léčby základního onemocnění s prevencí imobilizačního syndromu. (úprava diety, laboratorní vyšetření, farmakoterapie atd....).

Dlouhodobý ošetrovatelský plán vychází z ošetrovatelské diagnózy, obsahuje dlouhodobé cíle a konkrétní rozsah ošetrovatelských intervencí. Je vyhodnocován jednou za 2–3 dny. Vyžaduje kvalifikované pozorování a hodnocení fyziologických funkcí, psychického stavu a všech eventuálních změn, úzkou spolupráci s rodinou a spolupacienty, v některých případech konzultaci psychiatra nebo psychologa.

Krátkodobý ošetrovatelský plán se sestavuje pro příštích 24 hodin, vychází z ošetrovatelské diagnózy, obsahuje konkrétní, měřitelné či jinak hodnotitelné cíle a konkrétní časově dané výkony. Hodnocení provádí vždy sestra při předání služby u lůžka nemocného. Krátkodobý ošetrovatelský plán se aktualizuje nejméně 1 x za 24 hodin.

### 5.2.1 Nízké riziko rozvoje imobilizačního syndromu – I. typ ohrožení

Celkový zisk bodů je **10 – 20 bodů**. Míra ošetrovatelské intervence se řídí obecně platnými ošetrovatelskými postupy. S přihlédnutím k individuálním fyzickým a psychickým a sociálním

odlišnostem klienta. Sestra informuje nemocného o možném ohrožení, o známkách zhoršení stavu a o prevenci komplikací z dlouhodobého léčení. Informuje o úpravě životosprávy, podporuje sebeobsluhu a spolupracuje s rodinou. Dále fyzicky a psychicky aktivizuje pacienta a řeší dílčí problémy jako je např. zácpa či porucha spánku. Ve spolupráci s fyzioterapeutem realizuje rehabilitační ošetřování.

### 5.2.2 Vážné ohrožení imobilizačním syndromem – II. typ ohrožení

Celkový zisk bodů je **20-30 bodů**. Sestra informuje nemocného o možném ohrožení, známkách zhoršení stavu a prevenci komplikací z dlouhodobého léčení. Informuje o úpravě životosprávy (zvýšit příjem bílkovin a vody, doplnit minerály a vitamíny). Dohlíží a případně pomáhá s fyzickou aktivitou, podporuje nácvik sebeobsluhy v běžných denních aktivitách. Také vytvoří podmínky k sezení pacienta, provádí prevence vzniku dekubitů, prevenci zácpy, poruch spánku a žilních komplikací (bandáže dolních končetin). Provádí zvýšenou hygienickou péči. Ve spolupráci s fyzioterapeutem realizuje rehabilitační ošetřování.

### 5.2.3 Vysoká míra ohrožení imobilizačním syndromem, rozvinutý IS – II. typ ohrožení

Celkový zisk bodů je 30-40 bodů. Sestra informuje nemocného o možném ohrožení, známkách zhoršení stavu a prevenci komplikací z dlouhodobého léčení. Dochází k úpravě životosprávy (aktivní zavodňování, dostatečný přívod bílkovin, minerálů vitamínů). Dohlíží a případně pomáhá s fyzickou aktivitou, podporuje nácvik sebeobsluhy v běžných denních aktivitách. Sestra doplní lůžko o pomůcky usnadňující pohyb, polohování a sebeobsluhu. Spolupracuje s rodinou, informuje ji a zapojuje do ošetřovatelského procesu. Fyzicky a psychicky aktivizuje nemocného, sociálně ho stimuluje. Provádí prevence: dekubitů, zácpy (podpora fyziologického vyprazdňování), poruch spánku, žilních komplikací a prevence nozokomiálních nákaz. Zvýšeně pečuje o celkovou hygienu pacienta

#### Literatura:

- Červinková, E.: Ošetřovatelské diagnózy. Brno, IDVPZ 2001.  
Doenges, E. M., Moorhousek M., F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha, Grada 2001.  
Kapounová, G.: Ošetřovatelství v intenzivní péči. Praha, Grada 2007.  
Kozierová, B., Erbová, G. Olivierová, R. Ošetřovatelství 2. Martin, Osveta 1995.  
Marečková, J.: Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách. Praha, Grada 2006.  
Trachtová, E.: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno, IDVPZ 2001.



## 1. Přehled diet I.

- 3 základní
- 2 šetřící
- 9 diabetická
- 4 se sníženým obsahem tuku
- 5 se sníženým obsahem zbytků
- 8 redukční
- Se sníženým množstvím cholesterolu(7)
- Vegetariánská
- 12 pro menší děti
- 13 pro starší děti

### Základní strava – dieta č. 3

- Běžná strava
- Energeticky normovaná pro jedince průměrného věku i hmotnosti
- Splňující základní trojpoměr živin pro průměrného jedince
- Nadýmavá
- Koření
- Technologické úpravy
- Nemusí být „racionální“

### Šetřící úprava stravy

- Indikace: pokud běžná strava znamená zátěž, ale není třeba jiný speciální režim
- Lehčí onemocnění zažívacího traktu, stavy, kdy je problém nadýmání, přechodná fáze po odeznění akutního onemocnění.
- Charakter: Strava je biologicky plnohodnotná, vhodná k dlouhodobému i přechodnému podávání. Strava je pestrá, lehce stravitelná (důležitý je výběr potravin a způsob jejich tepelného zpracování). Vhodné je podání v malých dávkách a častěji. Nejlépe 5 – 6 krát denně. Pokrmy by neměly být ani příliš horké, ani příliš studené.

### Technologická úprava:

- Vhodné:
  - vaření, dušení, dušení v páře, pečení v alobalu a bez tuku, v horkovzdušné troubě, speciálním nádobí (teflon).
  - Nepřepalujeme tuky.
  - Zahušťujeme: moukou opraženou na sucho nebo Solamylem, zálivkou z mouky, mixovanou zeleninou, strouhanými bramborami.
  - Maso restujeme na sucho
  - Tuk přidáváme do hotového pokrmu.
  - Cibule může být použita pouze na vydušení, poté je třeba ji z pokrmu odstranit.
- Nevhodné: smažení, **grilování, opékání na tuku**

### **Nevhodné potraviny:**

- Kroupy a krupky jako samostatný pokrm nebo příkrm.
- Čerstvé (teplé) pečivo všeho druhu, pečivo tukové, z listových, třených, kynutých těst. Celozrnný chléb.
- Tučné mléko, smetana, šlehačka, zrající sýry, sýry s pikantní příchutí, plísňové sýry, smetanové sýry, tučné jogurty, jogurty s müsli, smetanové krémy.
- Masa tučná, konzervovaná, uzená, nakládaná, smažená, uzeniny kromě povolených, vnitřnosti, slanina, husa, kachna, zvěřina, rybí konzervy (mimo ty ve vlastní šťávě), tlačěnka, kaviár.
- Rybíz, angrešt, maliny, ostružiny, rebarbora, hrušky, datle, fíky, hroznové víno, jahody dle snášenlivosti,
- ořechy dle snášenlivosti, mák.
- Lahůdky, chlebíčky, saláty,
- Tučné zákusky
- Nápoje syčené kysličníkem uhlíčitým, alkoholické nápoje, káva s kofeinem a sedlinou („turek“), kakao, teplé nápoje z nápojových automatů na lačno, vícestupňové pivo, destiláty.
- kapusta, hrách, fazole, čočka, česnek, cibule, pórek, ředkvičky, zelenina naložená v octě, oleji, dýně, zelí, zelená paprika, houby..
- Masox, hořčice, worcester, maggi, majonézy, ostré koření, sojová omáčka, instantní polévky, instantní pokrmy.

### **dieta č. 4 - stravovací režim s omezením tuku**

- důraz na množství a výběr tuků. Používáme malé množství nejlépe rostlinných tuků (např. Rama, Alfa, Perla, Flora) a podle potřeby vybíráme ty z nich, které mají snížený obsah tuku (například Flora Light).
- dodržovat pravidelnost v rozdělení denních jídel.
- častá nesnášenlivost mléka = zařazení podle individuální snášenlivosti
- nahrazení zakysanými mléčnými výrobky
- Př. dg: onemocnění žlučníku, pankreasu

### **dieta č. 5 - stravovací režim s omezením zbytků**

- Zbytky ve smyslu nestravitelných sacharidů = hrubé vlákniny
- Vyloučení slupek, zrníček, hrubé vlákniny
- Rozdíl hrubá x rozpustná vláknina
- ! Volné sacharidy dle tolerance
- Častá nesnášenlivost mléka
- Př.dg.: nespecifické střevní záněty, stp operaci na GIT

Strava při diabetu mellitu – dč 9

### **Režim pro onemocnění DM I, DM II, PGT, gestační DM**

#### **Pravidelnost + množství + kvalita!**

Cílem úpravy stravování je vyrovnaná hladina glykemií a pocit zdraví. Dodržování diety patří sice k nejjednodušším a velmi účinným léčebným prostředkům, v praxi je však často

obtížnější než užívání léků nebo aplikace inzulínu. Je třeba mít přehled, jaké množství a jaké druhy potravin je možno sníst a kdy, ale mimo to i upravit dřívější stravovací zvyklosti a případný nevhodný životní styl.

### Typy diabetických diet

- Výměnné jednotky 1j = 10g S x Chlebové jednotky 1j = 12g S
- Rozpis stravy dle sacharidové tolerance :  
9/175g – 225g – 275g - 325g S/den
- Glykemický index x Sacharidová zátěž
- Dle dalších onemocnění:  
9/2 – 9/4 – BLP/9 – 9/5
- Je třeba ??? - 1/9 – KH/9 - 0/9

## 2. Přehled diet II.

### Realimentační režimy

- Čaj (0-S) - krátkodobý, neplnohodnotný
- Bujon - krátkodobý, neplnohodnotný
- Šlem - krátkodobý, neplnohodnotný
- Suchá kaše (SK, NBK) - krátkodobý, neplnohodnotný
- Tekutá
- Kašovitá

Pankreatické postupy - krátkodobý, neplnohodnotný

### Příprava plnohodnotné tekuté stravy:

- Do měkka uvařené potraviny nebo pokrm se rozkrájí, smíchají s vhodnou tekutinou (bujón, omáčka, voda, mléko) a rozmixují se do hladké konzistence.
- Porci masa je vhodné rozmixovat a podávat v porci omáčky
- Vhodnou přílohu podat v druhé misce nebo na talíři. Přidáním tekutiny se totiž zvětší objem pokrmu a celková porce jídla se zvětší. Nemocný však dokáže ujíst jen určitý objem stravy (většinou okolo 300 ml), a tak se vlastní příjem živin sníží. To by mohlo vést k rozvoji malnutrice (nedostatečné výživy).
- Proto preferujeme, aby se jednotlivé potraviny neředily příliš a nemocný snědl vždy spíše pokrm, který obsahuje větší množství bílkovin

Příklady mixovaných pokrmů: rajská omáčka s hovězím masem, koprová omáčka s masem a smetanou, koprová polévka (kulajda) s vejcem, svíčková omáčka s masem, kuře na paprice, pečené kuře s masovou šťávou, přírodní pečeně s masovou šťávou, dietní guláš, filé s kaší, šunka s kaší, vepřová pečeně s dušenou mrkví, dušený špenát s vejcem;

**Nevhodná úprava pro peg a ngs!**

### 3. Přehled diet III.

#### Speciální režimy = různé druhy dle potřeby

Př.:

- 6 – se sníženým obsahem bílkovin
- VMK – pro stanovení vanilmandlové kyseliny
- OK – při stanovení okultního krvácení – již zastaralé
- 10 – se sníženým obsahem sodíku
- Mléčná kuchyně
- Batolecí strava
- Ketogenní dieta
- Individuál / výběr / (14)
- 2A – šetřící chirurgická (FTNsP)
- Při léčbě antikoagulancii

#### Individual / výběr

##### Princip:

**úprava stravování pacienta podle jeho individuální potřeby, v rámci možnosti zdravotnického zařízení.**

##### Výhody:

- zajištění dostatečného stravovacího a pitného režimu
- možnost doplnění potřebných individuálních živin
- snížení rizika malnutrice a s tím zvýšené ošetrovatelské péče (vyšší nemocnost, delší úzdrava ....)

##### Nevýhody:

- nutnost individuální péče
- falešně zvýšené náklady na stravu

##### Realizace:

- individuální stravování – dieta výběr / individuál- (výběr nebo sestavování jídelníčku)
- řízené zařazování bílkovinných a energetických přísad
- řízené zařazování definovaných doplňků stravy a doplňků výživy (sippingu a modulová dietetika)

##### Využití v praxi:

- Cokoli nejde zařadit pod dietu z dietního systému (alergie, nechutenství....)
- V rámci jídelního lístku a přísad zařízení

## **Základní sledování výživového stavu hospitalizovaného na oddělení**

- **Antropometricky** – hmotnost, výška, obvod paže
- **Laboratorně př.:**
  - Malnutrice: S -celková bílkovina, albumin, prealbumin, cholinesteráza, CRP
  - DM – glykémie
  - Metabolický syndrom: cholesterol – C, HDL, LDL, tryacylglyceroly, kys. Močová, kreatinin, CRP
- **Screening**
- **Zápisy stravy**

## **Co sledujeme**

- Podvýživa
- Nadvýživa
- Průběžný vývoj nutrice
- Metabolické změny
- Příprava k výkonu a vyšetření
- Realimentace
- Alergie a nesnášenlivost
- Pitný režim

Strava vnesená

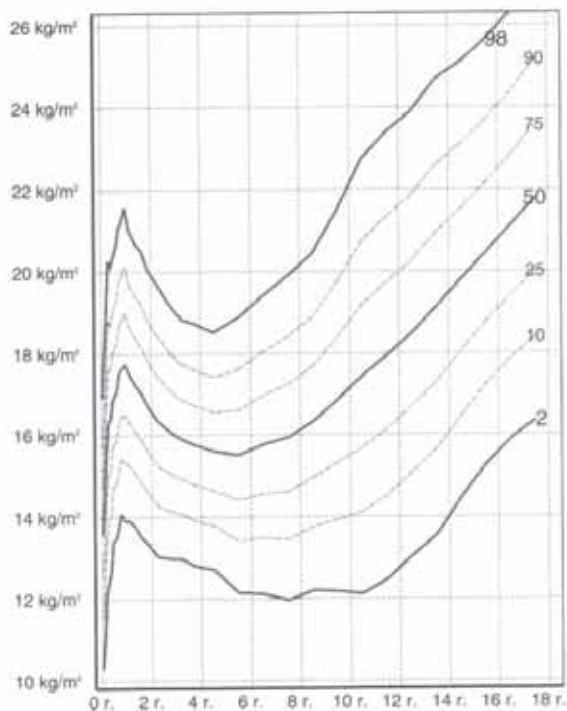
Sledování příjmu potravy - kompetence

## **Oddělení**

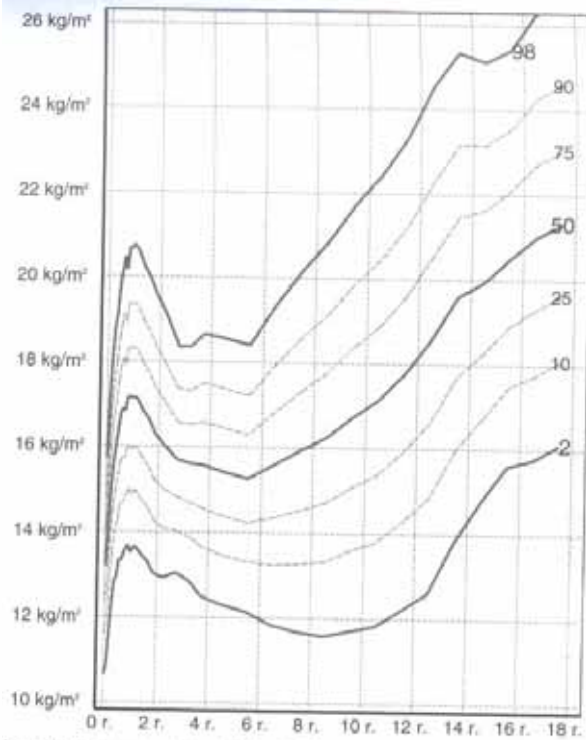
Záchyt pacienta a poskytnutí základní nutriční péče (screening)

## **NT**

- Zajištění péče o nutričně rizikové a komplikované pacienty
- Edukace stravovacích režimů - diet
- **Týmová spolupráce oddělení + OKV**



Obr. 20: Body mass index, chlapci, 0–18 r.  
CAV 1991



Obr. 22: Body mass index, dívky, 0–18 r.  
CAV 1991

Platba č. 3 PR-FTN-02

Fakultní Thomayerova nemocnice v poliklinice, Vidělská 800, Praha 4

Klinika / oddělení: .....

Štítek

**NUTRIČNÍ SCREENING**  
pro následnou péči o dospělé



OTÁZKY A ODPOVĚDI		KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ (DATUM)					
A	Odmitá V a Jste ze poslední 3 měsíce stravu pro nechutenství, zažívací potíže, potíže se žvýkáním nebo polykáním? 0 = normální chuť k jídlu 1 = mírné nechutenství nebo obtíže 2 = silné nechutenství nebo obtíže						
	B	Váhový úbytek za poslední měsíc? 0 = bez úbytku 1 = úbytek mezi 1-3 kg, volné šatstvo 2 = nevím 3 = více než 3 kg					
C	Pohyblivost 0 = bez omezení 1 = s omezenou pohyblivostí 2 = ležící pacient (připoutaný na lůžko či křeslo)						
D	Trpěl/a jste v posledních třech měsících fyzickým vypětím nebo akutním onemocněním? 0 = ne 1 = ano						
E	Neurovegetativní potíže 0 = žádné psychologické problémy 1 = mírná demence 2 = těžká demence nebo deprese						
F	BMI hmotnost: výška: 0 = 23 a více 1 = mezi 21-23 2 = mezi 19-21 3 = méně než 19						
CELKOVĚ	SCREENINGOVÉ SKÓRE (max. 14 bodů) <input type="checkbox"/> 0 - 2 normální, bez rizika, není třeba doplňujících vyšetření <input type="checkbox"/> 3 - 7 riziko malnutrice, doplňující vyšetření nutričním terapeutem <input type="checkbox"/> 8 - 14 jistá malnutrice, nutná nutriční léčba						

- podpis zpracovatele

© CAV FTNAP 11 2004

Vyskytující se chyby v hodnocení stavu

- Výška a váha dotazem či odhadem
- Pokud nelze změřit a zvážit vyplnění kolonek, které nemají být vyplněny. I u těchto pacientů je vyplněn váhový úbytek = ODHAD
- Subjektivní hodnocení tíže stresu (zejména chirurgické obory)

**pozor na:**

- na možné průvodní projevy NEMOCI A HOSPITALIZACE:
- na možné vedlejší účinky léčby
  - průjmy, nechutenství, vyloučení některých potravin
- Na možné alergie, potravinové nesnášenlivosti!
- Krátkodobé hospitalizace – obstipace, gastroenteritidy s dehydratací – edukace
- Realimentace po infekčních onemocněních
- Chronické kompenzované onemocnění bez jiných onemocnění (Crohnova choroba se zlomenou rukou)

#### **4. Péče sestry o výživu pacienta**

**Sledování:**

- Velikosti snědené porce
- Sledování chuti, nechutenství, zvracení...
- Vedení nutričního deníku = zápis stravy
- Krmení a usnadnění konzumace
- Sledování příjmu potravy
- Formuláře
  - evidence příjmu stravy
  - bilance příjmu stravy
- Záznamy o snědeném množství
  - pacient sám
  - kdokoli, kdo podá stravu
  - kdokoli, kdo vidí její konzumaci
- Forma záznamu!

NUTRICNÍ DENÍK

Štítek pacienta:

Datum: 21/11 2005				Datum: 22/11 2005			
Strava, nápoje, sipping		množství		Strava, nápoje, sipping		množství	
Snídavi: Tvarohová - 3/4 Zelná kaše				Snídavi: ☉ sone <u>Nutridrink solo 1x</u>			
Oběd: Tvarohová bramborová - celá Bramborová kaše - celá Kůra šleha - 1/2 porce				Oběd: Tvarohová - celá Tvarohy - 1/2 porce Mléko roztavené Ovocná - celá porce			
Večeře: 1 porce 100g sýr ztlukoný <u>Nutridrink fat free 1x</u>				Večeře: Filet Bramborová kaše - celá porce <u>Nutridrink fat free 1x</u>			
B g:	S g:	T g:	E kcal:	B g:	S g:	T g:	E kcal:
Datum: 23/11				Datum:			
Strava, nápoje, sipping		množství		Strava, nápoje, sipping		množství	
Snídavi 5 pítoků Tvarohová kaše - celá							
Oběd: Odmita <u>Nutridrink jogurtový 1x</u>							
Večeře: Kůra šleha - celá Tvaroh - 1/4 porce <u>100ml Nutridrink solo</u>							
B g:	S g:	T g:	E kcal:	B g:	S g:	T g:	E kcal:



NUTRIČNÍ DENÍK							
Stítek pacienta:							
Datum: 21/11 2005				Datum: 22/11 2005			
Strava, nápoje, sipping		5 + ND		Strava, nápoje, sipping		5 + ND	
		množství				množství	
Snídavek: Pečivo, džem				Snídavek: /			
Lze				Nutridrink			
Ověř: Zelená 7 sly				Ověř: Testoring, maso - 1/2			
Ověř: Kafe - 1/2				Kafe: Fik, kava - 1/2			
Kafe: Zelená				Nutridrink			
Lze							
Nutridrink							
B g:	S g:	T g:	E kcal:	B g:	S g:	T g:	E kcal:
Datum: 23/11				Datum:			
Strava, nápoje, sipping		5 + ND		Strava, nápoje, sipping			
		množství				množství	
Snídavek: Piskoty							
Zelená							
Ověř: /							
Nutridrink							
Kafe: 1/2 porce							
Nutridrink 1/2							
B g:	S g:	T g:	E kcal:	B g:	S g:	T g:	E kcal:

## 5. Jak sleduje výživový stav NT

### Nutriční anamnéza

- Antropometrická data
- Nutriční potřeba
- Diagnóza
- Objektivní a subjektivní stav pacienta
- Laboratorní hodnoty
- Stanovení problému
- Stanovení cíle
- Realizace
  - edukace

- individuální režim
- průběžné sledování a vyhodnocování stavu
- komunikace se SP
- komunikace s ošetřovatelským týmem

### Ukázka propočtu jídelníčku

The screenshot shows the DIETY2 software interface. The main window displays a list of food items with their nutritional values. Below this, a summary table shows the daily balance of nutrients. A red banner at the bottom provides keyboard shortcuts for navigating the menu.

NOVL							
Per os	SN	j.	MNOŽST.	BĚLK. g	CUKRY g	TUKY g	EH kcal
Mléko - egalizované 1.5% T		ml	100.0	3.2	4.4	1.5	35.8
SuE - Piškoty dětské Opavia		g	30.0	2.5	23.3	0.3	107.9
Polévka houřzı FNKV		ml	100.0	1.0	0.8	1.2	17.4
KaEe bramborová Knorr hotová FNKV		g	100.0	2.0	11.0	1.0	62.1
KaEe krupicová		g	100.0	3.8	19.2	8.7	171.6
NOVĚ JĚDLO							

Dennı jıdlo \Balance		BĚLK. g	CUKRY g	TUKY g	EH kcal
Per os	SN	12.5	58.7	12.7	394.8
	Pe	0.0	0.0	0.0	0.0
EV	OB	11.2	37.6	11.6	300.9
	Sv	0.0	0.0	0.0	0.0
i.v.	VE	48.0	187.5	50.0	1395.8
	VE II	0.0	0.0	0.0	0.0
celkem		71.7	283.8	74.3	2091.6

Enter(pısmena) - volba jıdla      Esc - pıedchozi menu    ↑↓↔ pohyb v tabulce  
 Tab - pıepınanı tabulek      Klávesa "-" ("+") - pıedeřlě(pıeřıtí) dennı jıdlo  
 PgUp(PgDn)-6 údajı nahoru(dolı)      Home(End) - začátek (konec) řádku

Pechmanová Helena  
 556013/0092  
 DOIK03.0 P03 111  
 01005238  
 01241 21H-31P

## PŘÍJEM VÝŽIVY

DATUM	BÍLKOVINY				SACHARIDY				TUKY				ENERGIE			
	PO	EV	PV	Σ	PO	EV	PV	Σ	PO	EV	PV	Σ	PO	EV	PV	Σ
20.11.05	9	✓	44	53	85	✓	160	245	10	✓	49	59	644	✓	1211	1800
22.11.05	21	12	44	77	72	37	160	269	11	12	49	72	510	500	1211	1800
23.11.05	10	12	44	66	98	37	160	295	11	12	49	72	524	300	1211	1800
24.11.05	17	16	44	77	49	70	160	286	11	12	49	72	574	450	1211	1800
25.11.05	17	20	44	81	41	104	160	305	12	12	49	72	614	600	1211	1800
26.11.05	18	3	44	65	87	67	160	314	20	-	49	78	669	300	1211	1800
27.11.05	14	1	44	59	60	67	160	287	10	✓	49	59	527	300	1211	1800

© MUDr. Milan Černík

### Nutričně definované doplňky stravy

- nápoje obsahující a doplňující všechny nebo některé složky základních živin a celé spektrum vitamínů, minerálních látek a stopových prvků.
- Podobají se mléčným koktejlům, ledové kávě, smetaně do kávy, jogurtovým nápojům nebo džusu
- Obsahem živin jsou však mnohem bohatší a koncentrovanější
- chlazené, za pokojové teploty, dají se i přehřát.
- určeny k přímé konzumaci, ale dají se smíchat s vodou, mlékem, tvarohem, pudinkem, některými typy omáček, polévek a kaší. Lze je použít přímo na vaření (pudink, omáčka)
- pravidla používání: Sipping = srkat, usrkávat a vypovídá přesně o způsobu, jakým je vhodné tyto nápoje konzumovat. Aby byl výživný i v malém objemu a stačilo pít jej malé množství, jde o koncentrát živin. Najednou vypitý nápoj by mohl být pro trávicí trakt zátěží. Proto je vhodné **upíjet je pomalu, postupně**.

### Nutričně definované doplňky stravy Sipping

Podle problému, pro který se tyto doplňky volí, je můžeme rozdělit:

- a) nápoje obsahující kompletně všechny základní živiny, vitamíny, minerální látky a stopové prvky. Tyto koktejly jsou vyráběny tak, že jedno balení 200 ml nahradí přibližně polovinu běžné porce jídla. Pokud by průměrný člověk pil jen tyto nápoje, potřeboval by k zajištění kompletního a vyváženého příjmu živin přibližně 6 balení denně. Jako doplněk výživy se dle potřeby nejčastěji konzumují 1 – 3 balení během dne.

Příklad.: Nutridrink (tropické ovocné, čokoláda, karamel nebo bez příchuti – neutral); Nutridrink multi fibre (s vlákninou) (jahoda, pomeranč, vanilka, banán) zajistí vyvážený příjem

všech živin a je vhodný u diabetu, zácpy, ale i při průjmech (podle indikace nutričního terapeuta, lékaře apod.); Nutridrink Yoghurt (chut' jogurtového malinového nebo citróno-vanilkového nápoje); Resource energy drink; Resource 2,0 kcal (ovoce, vanilka, čokoláda); Resource 2,0 kcal (ovoce, vanilka, čokoláda, neutral); Fresubin (oříšek, vanilka, čokoláda, kapučíno); Diasip (vanilka, jahoda) je výživa určená pro diabetiky; Diben, Supportan, Nutrilac (ovoce, vanilka, čokoláda, neutral)

b) nápoje obsahující některé základní živiny, vitamíny, minerální látky a stopové prvky. Jsou to nápoje pomáhající řešit doplnění živin u nemocných, kteří nemohou mít ve stravě kompletní obsah živin nebo potřebují naopak některé látky ve vyšší koncentraci.

- s vyloučením tuku- Chuťově se podobají džusu. Protože obsahují bílkoviny, mají trochu želatinový charakter. Je vhodné je podávat chlazené, mohou se smíchat s vodou nebo minerálkou, dohromady s ovocem lze připravit koktejl... (Nutridrink juice style - jahoda, jablko; Providextra - ananas, pomeranč;
- se zvýšeným obsahem bílkovin – při omezení masa a mléčných výrobků. (Fortimel - ledová káva, meruňka, lesní ovoce; Resource Protein drink (ovoce, vanilka, čokoláda);

c) cíleně mířená výživa - nápoje připravené přímo pro lepší hojení sliznic, proleženin, operačních ran, bércových vředů apod. Obsahuje kompletní složení živin a navíc speciální složení aminokyselin, vitamínů, minerálních látek a stopových prvků. (Cubitan - čokoláda, vanilka, jahoda).

### Nutričně definované doplňky stravy – modulová dietetika

přípravky zaměřené přímo na doplnění:

- jedné z živin
- úpravu konzistence tekutin a pokrmů:

bílkoviny lze doplnit přípravkem Protifar – instantní prášek obsahující vysoko koncentrovanou bílkovinu. Je vhodné přidávat jej do polévek, omáček, kaší, pomazánek, tvarohu, pudinku, jogurtu, mléka, případně vody. Lze jej zapracovat do jednotlivých porcí palačinek, lívanců, muffinů, bramborových placěk, bramboráků. Bujóny a šťávy k masu získají mléčnou barvu. Aby nebylo poznat, že je v pokrmu obsažený, je třeba jej pečlivě, postupně vmíchat až vešlehat vidličkou do pokrmu tak, aby netvořil hrudky, případně rozšlehat v tekutině, kterou do pokrmu přidáme. Pokrm by také neměl být úplně horký. Do jedné porce lze přidat cca 3 odměrky Protifaru, čímž obsah přirozeně obsažených bílkovin zvýšíme cca o 3,5g. Jedna odměrka Protifaru obsahuje 1,2 g bílkovin. Protifar není vhodné podat jen vmíchaný do čaje nebo vody!

**energii** lze pomocí modulových dietetik doplnit:

- **maltodextriny** - jde o sacharidy se stejnou energetickou hodnotou jako cukr, ale s daleko nižší sladivostí. Proto se maltodextriny hodí pro zvýšení energetické hodnoty v malém objemu, aniž by člověk vnímal tekutinu nebo pokrm jako přeslazený. Maltodextrin určený i pro výživu kojenců = **Fantomalt**. Vyrábí se ve formě instantního prášku, který se míchá do rozpuštění. Vzhled základní potraviny nebo tekutiny nijak nemění. Pozor na osmotické průjmy.
- modifikovanými **tuky**. Přípravek **Calogen**. Jde o speciálně upravený 100% tuk. Vypadá, chutná a chová se jako smetana do kávy, ale obsahuje podobné množství energie jako olej. Při nevhodném použití také stejně působí = průjem. Lze jej použít do všech pokrmů a nápojů, kam lze použít smetanu: do kávy nebo čaje, vmíchat do kaší, polévek, omáček, jogurtů, pudinků,

tvarohových dezertů, koktejlů... Úpravou se nijak nemění. Doporučená dávka na jednu porci pro dospělé je cca 30 ml = 1½ hluboké polévkové lžíce.

### Úprava konzistence:

- modifikované **škroby** - **Nutilis** nebo **Thicken'up**. Jsou vhodné pro dospělé i děti, kterým se špatně polyká. U dětí je lze použít i v případě, že odmítají tekutiny. Jde o instantní prášek, který zahustí tekutinu nebo „uhladí“ pokrm.
- Pokud je problémem polykání tekutin, lze podle množství vmíchaného prášku upravit konzistenci tekutiny. Např. džus **zahustit** do konzistence sirup – pyrė – pudink. To samé lze udělat s omáčkami, polévkami, kompoty, čajem, kávou...všemi tekutinami.
- Pokud je problémem polykání při bolestivých sliznicích (př.: mukozitida), kdy i mleté pokrmy dráždí sliznici svou hrubostí (mleté maso s omáčkou), lze přidáním těchto přípravků upravit konzistenci na hladkou, jakoby pudinkovou, která snadno vzlouzne do krku.

### 6. Enterální výživa

Nutriční přípravky obsahují všechny komponenty pro výživu ve správném poměru, včetně minerálů, vitamínů a stopových prvků

Polymerní – vysokomolekulární dietetika

nejvíce se podobají stravě

mohou sloužit jako jediný zdroj výživy

indikace = zachovalá digesce a resorpce GIT

Oligomerní/molekulární

B :Hydrolizovaná proteinová složka

S :Maltodextriny, oligosacharidy

T :MCT/LCT

Modulová – samostatné živiny B, S, T

# Péče o chronické rány, jejich hodnocení a ošetřování poruch celistvosti kůže a chronických ran

Vladimíra Šípková

**Rána** je porušení či ztráta kožního krytu vznikající v důsledku fyzikálního, mechanického nebo termického poškození či v důsledku patofyziologických poruch nebo jakékoliv poškození anatomických nebo fyziologických funkcí tkáně.

**Hojení rány** je přirozený proces obnovy integrity poškozené tkáně, který probíhá formou regenerace nebo reparace.

**Regenerace** znamená náhradu ztracené tkáně identickými plnohodnotnými tkáňovými strukturami.

**Reparace** znamená náhradu ztracené tkáně méněcennou vazivovou tkání – jizvou.

Rány dělíme podle vzniku, průběhu a rozsahu.

## 1. Třídění rány

### 1.1 Třídění rány podle vzniku

- **Rány vzniklé v důsledku traumatického poškození zdravé tkáně**

Do této skupiny řadíme rány traumatické a mechanické (rány řezné, střelné, operační, ...), rány termické (popáleniny, omrzliny), rány chemické (poleptání), rány aktinické (vzniklé radiací)

- **Rány vzniklé v důsledku patofyziologických změn v organismu nebo působením vnějších podnětů na patofyziologicky změněnou tkáň**

Do této skupiny patří rány, kterým říkáme ulcerace – plošné defekty, které mohou zasahovat do všech vrstev kůže (dekubity, bérkové vředy, diabetické defekty, exulcerované tumory, ...)

### 1.2 Třídění ran podle průběhu

- **Akutní rány**, které se hojí primárně v krátkém čase a bez komplikací.
- **Chronické rány** se hojí sekundárně a přes adekvátní léčbu nevykazují po dobu 6-8 týdnů tendenci k hojení.

### 1.3 Třídění ran podle rozsahu

- **Zavřené rány** – rány bez poškození integrity kůže
- **Povrchové rány** – poškození epidermis
- **Rány v částečné tloušťce kůže** – poškození a částečně i dermis
- **Rány v celkové tloušťce kůže** – poškození celé šíře až po subcutis
- **Komplikované rány** – komplexní rozsáhlá poranění s možným poškozením cév, nervů, svalů, kostí a orgánů

### 1.4 Rány podle vzhledu spodiny rány

- **Rány nekrotické** – nekróza zabraňuje hojení rány, může být zdrojem infekce – je ideální živnou půdou pro patogeny. Znepřehledňuje spodinu rány, může být povrchová nebo hluboká, suchá nebo exsudující, zapáchající. Nekróza = mrtvá tkáň, proto je nutné nekrózu odstranit a to buď rehydratací pomocí hydrogelů, enzymaticky nebo chirurgicky.
- **Rány povleklé** – povlak zabraňuje hojení rány, znepřehledňuje spodinu rány, může být zdrojem infekce, některé bakterie přítomné v povlaku mohou způsobovat zápach. Povleklá rána může být povrchová nebo hluboká, slabě nebo silně exsudující. Cílem léčby je odstranění,

odloučení povlaku a podpořit růst granulační tkáně. Odstranění povlaku se provádí pomocí vlhké terapie, enzymaticky nebo chirurgicky.

- **Rány komplikované zápachem** – zápach je vyvolán přítomností proteolytických bakterií v ráně, zhoršuje kvalitu pacientova života.
- **Infikované rány** – přítomnost velkého množství patogenních mikrobů, dochází k poškození vitální tkáně, infekce zabraňuje hojení rány a může vést k systémové sepsi. Infikované rány mohou být spojeny s tvorbou povlaků a zápachem. Při ošetření infikované rány si musíme uvědomit otok v okolí rány, zarudnutí, zápach, teplotu a bolest. Infikovaná rána může být povrchová i hluboká, suchá i secernující. Při léčbě je nutné odstranit infekci a zápach. Infekci v ráně je možno poznat i podle zbarvení sekretu: je-li v ráně sekret smetanově žlutý bez zápachu je v ráně přítomen stafylokok, je-li sekret řídký a žlutošedý, je v ráně streptokok, je-li sekret modrozelený a zelený, nasládlé páchnoucí je v ráně pseudomonás aeruginosa, je-li sekret nahnědlý páchnoucí po fekáliích jsou v ráně escherichia coli.
- **Granulující rány** – nahrazuje deficitní tkáň, vyplňuje ránu. Jde o nově vznikající dobře vaskularizovanou červenou tkáň, kterou je nutno chránit před traumatizací a infekcí. Může být povrchová nebo hluboká, slabě nebo silně exsudující.
- **Epitelizující rány** – epitel je růžovobílá vrstva tkáně, která vznikla dělením a migrací epitelálních buněk z tzv. epitelizačních ostrůvků a je základem pro vytvoření epidermální tkáně. Přemostují granulační tkáň, uzavírají a chrání ránu. Mohou být suché nebo mírně secernující.

## 2. Nejčastější chronické rány

- **Bércové vředy** – chronické onemocnění s dlouhou léčbou a častými recidivami. Mezi příčiny vzniku patří zevní vlivy – úraz, tlak, teplo, chlad, poleptání, erysipel, hluboké mykózy, vnitřní vlivy – žilní nedostatečnost nebo zúžení či uzávěr tepen, dále dědičná dispozice, obezita, nedostatek pohybu, sedavé zaměstnání, dlouhé stání, hormonální léčba, nevhodná obuv. Bércové vředy dělíme podle etiologie na žilní a tepenné. Žilní bércové vředy (ulcus cruris venosum) vznikají na podkladě chronické žilní nedostatečnosti, jejíž důsledkem dochází ke změnám na stěnách cév. Ulcerace bývají rozsáhlé, secernující, spíše mělké s povleklou spodinou a nepravidelnými okraji. Většinou jsou provázeny rozsáhlým otokem postižené oblasti a vyskytují se v oblasti bérce a kotníků. Tepenné bércové vředy (ulcus cruris arteriosum) vznikají na podkladě zúžení nebo úplném uzávěru tepen na dolních končetinách. Bývají menší, ale četnější, hluboké s výraznými navality okraji, hodně bolestivé. Nejčastější lokalizace jsou na nártách, na prstech a v oblasti zevního kotníku. Léčba musí být zaměřena na příčinu onemocnění a na stav rány, musí mít komplexní charakter. Systémová léčba je zaměřena na celkový stav pacienta, lokální léčba pak na použití vhodných materiálů. Vhodná je také fyzikální léčba – kompresivní terapie, manuální masáž okolí rány, mobilizace nemocného, rehabilitační gymnastika.
- **Syndrom diabetické nohy** – podle WHO ulcerace a nebo destrukce hlubokých tkání spojená s neurologickými abnormalitami a s různým stupněm ischemie a infekce. Defekty jsou lokalizovány na končetině distálně od kotníků včetně kotníku v podobě puchýřů, drobných erozí, lézí, malých poranění, ulcerací. Změny probíhají dlouhodobě a bez bolesti, často skryty pod nenápadným kalusem s drobnou ulcerací. Příčiny vzniku diabetické:
  - diabetická polyneuropatie, periferní neuropatie – vzniká na základě nezánětlivého onemocnění nervových vláken. Dochází ke ztrátě citlivosti, nemocní nevnímají chlad, teplo, bolest.

- ischemická choroba dolních končetin - dochází k nedostatečnému prokrvení dolních končetin, objevují se klaudikace, klidové bolesti, nehmavná periferní pulzace na dolních končetinách.
- neuroischemie – kombinace diabetické neuropatie a ischemické choroby dolních končetin.
- neuroosteoarthropatie – Charcotova noha, těžká forma neuropatie, postižení malých kloubů, trvalá deformita nohy.

- poranění – dochází k nim při chůzi naboso, otlaky ze špatné obuvi, ...

Léčba je zaměřena na kompenzaci diabetu, na správnou životosprávu, odstranění tlaku na postižené místo, omezení stoje a chůze, nošení speciální obuvi, individuálně tvarované vložky, obnovení průchodnosti cév, péče o kůži a nehty na dolních končetinách, výběr správného lokálního krytí, prevence a léčba infekce.

- **Dekubity** definujeme jako ohraničené odumření tkáně, ke kterému došlo následkem dlouhotrvajícího tlaku podložky na disponované oblasti těla. Tvoří se velice rychle, v některých případech vznikají řádově v hodinách. Mezi nejrizikovější predilekční lokalizace vzniku dekubitů patří sakrální a trochanterická oblast, kotníky a paty. Dekubity ale mohou vzniknout prakticky na všech oblastech těla, pokud není prováděna u rizikových pacientů dostatečná a kvalitní prevence.

Vznikající dekubity je někdy obtížné objevit, protože na povrchu vypadají podstatně jinak, než je skutečné vnitřní poškození tkání, podkoží, tukových vrstev a svalů.

Příčiny vzniku dekubitů jsou celkové nebo lokální. Mezi celkové patří mobilita, inkontinence, změny stavu vědomí, vyšší věk, souběžná nemoc, špatný stav výživy - malnutrice a dehydratace. Mezi lokální řadíme nepřerušovaný tlak, střížné síly, tření, vlhkost (zapaření, macerace kůže), neupravené lůžko.

U nepřerušovaného tlaku, ke kterému dochází mezi pacientem a tvrdou podložkou, nezáleží tolik na síle tlaku, jako na jeho délce. Střížné síly (tzv. nůžkový efekt) znamená, že se proti sobě pohybují vrstvy kůže s podkožím a svaloviny a zároveň se natahují a zužují cévy. Dochází tak k ischemii – špatnému prokrvení a následnému vzniku dekubitu. Ke střížným silám dochází při sesunu pacienta na lůžku, kdy má např. pacient vysoko zdviženou část lůžka pod hlavou, nemá zapřené končetiny a vahou svého těla se sune dolů. Střížné síly vznikají také při posunu („táhnutí“) pacienta na lůžku. Vlhkost kůže zvláště u inkontinentních pacientů přirozeně snižuje odolnost, může způsobit drobné eroze na kůži, které se infikují a vznikne rána.

Dekubity rozdělujeme do čtyř stupňů:

**I. stupeň** – postižené místo je začervenalé, mírně oteklé, teplejší proti okolí, pokožka není z vnějšku poškozena, změny jsou při včasné podchycení reverzibilní, tj. vratné. Při stisknutí začervenalé kůže na krátký okamžik kůže nezbělí, ale zůstane zarudlá.

**II. stupeň** – začínají se objevovat puchýře naplněné čirou tekutinou, zvětšují se, praskají a rána začíná secernovat. Okraje jsou naválité, vzniká zánět kůže. Anatomicky se jedná o poškození epidermis a dermis.

**III. stupeň** – často ještě při puchýřích spodina ztmavne až zčerná. Začíná se rozvíjet nekróza, defekt kráterovitě zasahuje do hloubky, okolí může být „podminované“. Tento stupeň dekubitu postihuje všechny vrstvy kůže a zasahuje i podkoží.

**IV. stupeň** – dochází k úplné ztrátě kůže s destrukcemi, nekróze tkáně, poškození svalových struktur, rány jsou infikované, hrozí nebezpečí osteomyelitidy (zánětu kostí).

Léčba dekubitů musí být jednak celková a jednak lokální.

Celková léčba zahrnuje zhodnocení celkového zdravotního stavu, vytvoření vhodných podmínek pro hojení, do kterých patří léčba základního onemocnění, úprava výživy, pitný režim, pohybový režim.



Do lokální léčby patří nutriční podpora, vhodně zvolené materiály pro vlhkou terapii, polohování.  
– Mezi další chronické rány ještě řadíme traumatické rány – úrazy, termické rány – popáleniny, onkologické rány – exulcerované tumory, dehiscence operačních ran.

### 3. Metoda vlhkého hojení – vlhká terapie

Jedná se o metodu, která využívá přirozeného, fyziologického hojení za vlhkých podmínek. Při této terapii dochází k ideálním podmínkám pro růst granulující tkáň a epitelu a k lepšímu využití živin. Důležitou úlohu při hojení ran hraje teplota (ideální je kolem 37°C), která se udrží při převazech za delší časový úsek. Je to metoda, která je šetrná k ráně a tudíž i k pacientovi. Správně zvolená terapie má za úkol úpravu fyziologických podmínek v ráně, zmírnit až odstranit bolestivost v ráně. Důležitý je také ekonomický aspekt – snížení počtu převazů, omezení převozů na specializovaná pracoviště k ošetření, ošetření v domácím prostředí.

Proces hojení ran je ovlivněn mnoha faktory, které dělíme na lokální, endogenní a exogenní.

- **Lokální faktory** – nekrotická tkáň, cizí tělesa v ráně, infekce, exsudát, teplota, prokrvení, pH, ...
- **Endogenní faktory** – věk, mobilita, bolest, psychický stav, motivace, inkontinence, obezita, malnutrice, dehydratace, ...
- **Exogenní faktory** – vliv celkové terapie, vliv lokální terapie, kvalita ošetrovatelské péče

### 4. Při léčbě chronické rány musíme znát:

- **Lokalizace rány** – kde se rána nachází
- **Etiologie a stáří rány**
- **Spodina rány** – nekrotická, povleklá, granulující, ...
- **Exsudát** – zbarvení, zápach
- **Monitoring okolí rány**
- **Přítomnost infekce v ráně**
- **Jaká je současná a minulá lokální léčba**
- **Velikost a hloubka rány**

### 5. Faktory hojení a základní fyziologické podmínky

**Léčba chronické rány** – fázové hojení – fáze se časově vzájemně překrývají a ovlivňují a nelze je od sebe oddělit

- **Fáze čistící** (zánětlivá/exsudativní) je charakterizována zástavou krvácení a vyčištěním rány od devitalizované tkáň a probíhá u:
  - ran nekrotických – nutno odstranit devitalizovanou tkáň
  - ran povleklých – nutno odstranit pevně ulpívající shluk mrtvých a poškozených buněk, fibrinu a popř. hnisu
  - ran komplikovaných zápachem – zápach vyvolává přítomnost proteolytických bakterií v ráně
  - ran infikovaných

Přítomnost mikroorganismů v ráně není nutně známkou infekce! Infekcí je přítomnost velkého množství patogenních mikroorganismů v systému, kde se aktivně pomnožují, způsobují poškození tkáň a vyvolávají imunitní odpověď organismu.

- **Fáze granulační** (proliferální) je charakterizována tvorbou granulační tkáň na spodině vyčištěné rány a současnou epitelizací a probíhá u:
  - ran granulujících – vzniká nová tkáň, která ránu vyplňuje a nahrazuje deficitní
  - ran epitelizujících – nový epitel je nutno podpořit a chránit před poškozením
- **Fáze maturační** je charakterizována změnou uspořádání kolagenních vláken, snížením počtu buněk a cév v reparované tkáni – vzniká relativně nebuněčná a necévní kolegenní jizva.

## 6. Zásady hojení ran

- vyčistit spodinu rány
- zabezpečit hojení ve vlhkém prostředí
- nepoškodit při převazech nově vznikající epitel

**6.1 Zásady ošetření chronických ran** – osprchování rány vodou cca 37°C, obklad po dobu minimálně 20 minut, ošetření úzkého okolí rány, aplikace vhodného materiálu.

Během převazu je nutné dodržovat zásady aseptického ošetření rány

Osprchování rány – odplavení a toaleta rány.

Obklad rány – obnovení optimálního pH, snížení nadměrné exsudace.

Ošetření úzkého okolí – ochrana před macerací okolí rány.

Aplikace vhodného materiálu – podpora hojení.

## 6.2 Příprava spodiny rány

Veškeré pochody, které se při léčbě chronické rány odehrávají, se projevují na její spodině. Proto Evropská asociace pro léčbu ran (EWMA) přikládá k přípravě spodiny velký význam. Pro její přípravu se ujal pojem TIME, který vznikl z počátečních písmen jednotlivých fází, kterými hojení rány probíhá:

**T**issue = příprava spodiny rány

**I**nfection, inflammation = řešení množství bakterií, zánětu

**M**oisture = zajištění vhodného prostředí

**E**dge = řešení okrajů a okolí rány

## 6.3 Správný postup při převazu chronické rány

Převaz rány je výkon, který významně ovlivňuje samotný proces hojení. Proto je nutné dodržovat správný postup, kterým se musí řídit všichni, kdo ránu ošetřují.

1. Příprava pacienta – seznámíme s výkonem, který budeme provádět, uložíme jej do vhodné polohy k převazu.
2. Podle ordinace lékaře podáme analgetika v dostatečném čase před převazem.
3. Provedeme hygienu rukou
4. Pracujeme v ochranných rukavicích, eventuelně použijeme ochranný oděv a roušku.
5. Musíme mít připravené veškeré pomůcky potřebné k převazu, abychom nikam neodbíhali
6. Sejmeme původní obvaz tak, abychom neporanili spodinu rány a její okolí. Přischlý materiál je nutno před odstraněním zvlhčit např. fyziologickým nebo oplachovým roztokem.
7. Zhodnotíme ránu a její okolí (velikost, hloubku, stav spodiny, sekrece, zápach, bolestivost, okolí rány, infekce,...)
8. Provedeme ošetření okolí rány – odstraníme zbytky indiferentní pasty, která chrání proti maceraci
9. Je-li to možné, ránu osprchujeme.
10. Přiložíme obklad na minimálně 15 minut.
11. Odstraníme eventuelní nekrózu, povlak, nánosy mastí, hyperkeratózy apod.
12. Znovu ránu opláchneme.
13. Ošetříme okolí rány.
14. Zvolíme a přiložíme vhodné primární krytí.
15. Překryjeme vhodným sekundárním krytím, provedeme fixaci materiálu, je-li potřeba naložíme správnou bandáž krátkotažnými obinadly.
16. Po ukončení převazu uložíme pacienta do jemu pohodlné polohy.

17. Vydezinfikujeme a uklidíme veškeré pomůcky potřebné k provedení převazu.
18. Provedeme kvalitní záznam do dokumentace.
19. Provedeme hygienickou dezinfekci rukou.
20. Po celou dobu převazu pracujeme za aseptických podmínek.

### **Účel výplachu – laváže – chronické rány**

- napomáhá čištění rány – vyplaví z rány zbytky nekrotické tkáně, krevní sraženiny a hnis, mikroorganismy
- potlačí infekci v ráně
- podpoří hojení ran

### **Požadavky na roztok k laváži rány**

- nesmí být cytotoxický vůči granulocytům a makrofágům, fibroblastům a epitelizačním buňkám
- nesmí alergizovat
- nesmí vyvolávat bakteriální rezistenci
- minimálně se resorbovat

### **Roztoky k laváži nevhodné**

- roztoky obsahující chlór, peroxid vodíku, Persteril0,01%, Jodisol, Rivanol, genciánová violeť, brilantová zeleň

### **Roztoky, které nejsou optimální**

- Betadine – dobrý baktericidní a fungicidní účinek, možnost vzniku alergie, je poměrně toxický
- fyziologický roztok – jen mechanický účinek, není cytotoxický, nealergizuje
- hypermangan 0,01% - mírný baktericidní účinek, minimálně cytotoxický, málo alergizující

### **Roztoky optimálně vhodné**

- Ringerův roztok, Dermacyn, Prontosan, Octenisept

### **Požadavky na ideální obvaz**

- zajištění vlhkého NE MOKRÉHO prostředí
- výměna plynů
- bariéra proti infekci
- nepřilnavý - netoxický, nesenzibilizující
- poskytuje optimální prostředí - eliminuje časté převazy
- je flexibilní
- je ekonomický

### **Generické rozdělení obvazů**

- **Hydrokoloidy** – nejstarší skupina obvazů pro vlhkou terapii
- Granuflex, Replicare - obsahují vnější oklusivní vrstvu, která je nepropustná pro plyny a vodní páry a vnitřní hydrokoloidní a hydroaktivní vrstvu, která je schopna vázat sekret z rány – vytváří hypoxické prostředí s nízkým pH a povzbuzují abiogenezi a granulaci – vytváří vhodné mikroklima
- **Hydrogely**
- Intrasite gel, Normlgel, Hypergel, Askina gel, Nu-gel, Flamigel, Flaminal hydro, Suprasorb gel, Intrasitecomformable
- amorfní nebo kompaktní gely, čiré, nebo s obsahem specifických látek, v aplikační tubě nebo na nosiči - vhodné k hydrataci rány, k odloučení nektróz, k čištění povleklých ran
- používají se přímo na ránu alespoň v 1/2 cm vrstvě překryté fólií nebo neadherentním obvazem, lze kombinovat i s jinými materiály, ne však s mulovým krytím
- **Algináty**

- Algisite M, Sorbalgon, Melgisorb, Curasorb, Suprasorb A - obsahují vysoce absorpční alginátová vlákna z hnědých mořských řas
- v ráně se mění v nepřílnavou gelovou hmotu - kromě sekretu pojmají i zbytky odumřelých buněk, hnis a bakterie, čímž ránu čistí
- vhodné na středně až silně secernující rány, nevhodné na suché rány
- používají se přímým vložením do rány
- jako sekundární krytí lze použít jakýkoliv savý obvaz - v ráně lze ponechat 2 – 5 dní
- **Antiseptické obvazy**
- Bactigras, Inadine, Xeroform
- obvazy napuštěné antiseptickou složkou
- vhodné k řešení infekce u mírně secernujících ran
- možné použít u povrchových defektů, popálenin, drenáží
- jako sekundární krytí je možné použít fólii nebo savé mulové krytí
- v ráně možno ponechat i více dní (Inadine a Xeroform po vyčerpání aktivní látky zbledí)
- **Obvazy s aktivním uhlím**
- Actisorb Plus, Carboflex, Estex
- obsahují aktivní uhlí - vhodné na silně a středně secernující rány, na rány zapáchající a se známkami infekce
- mohou se kombinovat s hydrogely
- vkládají se přímo do rány - v ráně možno ponechat 2 – 5 dnů, mění se pouze vrchní krytí
- **Obvazy se stříbrem – antiseptické materiály**
- Acticoat Absorbent, Aquacel Ag, Atrauman Ag, Askina Calgitrol, Wlivaktiv Ag, Mepilex Ag, Melgisorb Ag, Silvecel
- vhodné na středně a silně secernující rány
- vkládají se přímo do rány, některé se mění v gel
- v ráně možno ponechat až sedm dní, mění se pouze vrchní krytí
- čistí infikované rány, působí přímo proti patogenům v ráně
- **Polyuretanové pěny**
- CopaPlus, PermaFoam, Awelyn, Suprasorb P
- obsahují vnější vrstvu tvořenou vysoce absorpčním jádrem, absorbují sekret aniž by zkapalněl spolu s bakteriemi, odumřelými buňkami a toxiny
- vhodné mikroklima a stimulace čištění rány
- neulpívají na spodině rány
- jsou jako filmy odolné vůči vodě
- **Hydroaktivní krytí**
- TenderWet 24 – polštářky na rány složené z více vrstev
- určené k čištění chronických ran infikovaných i neinfikovaných
- uvnitř polštářků je superabsorbující polyakrylát, který se před použitím aktivuje příslušným množstvím Ringerova roztoku nebo Dermacynu, který se průběžně uvolňuje do rány
- permanentním přísunem roztoku se aktivně změkčují a rozpouštějí nekrózy a současně se do polštářků váže sekret s choroboplodnými zárodky, rána se tak vyplachuje a čistí
- **Bio-aktivní krytí**
- Chitoskin
- určen na rány akutní i chronické, hluboké i povrchové, na rány s velkou sekrecí a rány infikované
- v ráně se podle množství sekrece buď zcela rozpustí nebo zgelovatí
- působí velmi dobře na podporu granulace a také jako hemostatikum
- **Neadherentní materiály = nepřílnavé**
- Melolin, Solvalin – nepřílnavá savá krytí, vhodná ke krytí hydrogelů

- Mepitel – pro svou porézní strukturu umožňuje průchod exsudátu do vnějšího absorpčního krytí, k ráně se nepřilepí, je možno přes něj aplikovat masti a roztoky, na ráně může být až 10 dní
- Jelonet – speciálně tkané krytí napuštěné parafinem, vhodné na povrchové rány bez známek infekce
- Atruaman, Atrauman Ag, Lomatuel, Cuticerin,...
- **Dermacyn** – superoxidovaný roztok určený k ošetření akutních i chronických ran
- vhodný na rány v jakémkoliv stadiu, určen k likvidaci bakterií, sporů, kvasinek
- neobsahuje žádné chemické sloučeniny (je to pouze voda a sůl), není ani potenciálně karcinogenní
- v kontaktu s ránou probíhá pouze fyzikální proces – Dermacyn zničí DNA napadené bakterie a přemění se na plnohodnotný atom kyslíku
- vytváří v ráně potřebné vlhké prostředí, redukuje zápach v ráně a odstraňuje povrchové povlaky
- bez vedlejších účinků, nealergizuje, nedráždí pokožku, oči ani sliznice
- je nehořlavý, netoxický, ekologicky bezpečný
- **Hydrofiber**
- Aquacel, Aquacel Ag
- absorbují tekutiny do své vláknité struktury, čímž vykazují velkou absorpční kapacitu a retenci tekutin - při absorpci exsudátu se přeměňují na měkký kompaktní gel, čímž se drží v ráně vlhké prostředí a nemaceruje se okolní kůže
- **Materiály se 100% lékařským medem**
- Revamil gel, Revamil na nosiči
- vhodné na rány secernující, povleklé, granulující
- medicínální med , který je obsažen v Revamilu, zajišťuje na ráně dlouhodobou příznivou enzymovou aktivitu, má silné protizánětlivé účinky, je velmi účinný i proti velmi odolným až rezistentním bakteriím, ránu chrání před další bakteriální kontaminací
- je silným antioxidantem a snižuje bolestivost
- nealergizující, možno použít i u diabetiků - gel se aplikuje přímo na ránu a je možné ho překrýt alginátem, neadherentním krytím, nebo jen mulovými čtverci
- **Materiály určené k regulaci MMP v ráně**
- MelMax – obsahuje 75% pohankového medu a 25% PHI-5 a je určen na rány povleklé, DerMax – obsahuje 100% patentované směsi PHI-5 obsahující vybrané stopové prvky, které regulují mikroprostředí v ráně a je určen na rány čistá, ale stagnující
- **Kolageny**
- Catix – kolagenový prášek na krytí ran, 1g prášku absorbuje 3-4 ml tekutiny
- Collatamp EG – obsahuje Gentamicin
- Suprasorb C
- kolageny jsou materiály vhodné na bércové vředy, diabetické defekty, dekubity
- rány musí být čisté, převazy je možno provádět 2x týdně
- **Hydine**
- je určen pro krytí, čištění a hydrataci kožních defektů
- má antiadherezní účinky, přičemž současně zabraňuje maceraci okolní kůže a zlepšuje podmínky pro granulaci a epitelizaci rány
- **Prasečí dermis**
- Xenoderm, Xe-Derma
- na rány čisté, s minimální sekrecí, ve fázi epitelizace
- vhodné na krytí popálenin, po odběrech kožních štěpů
- **Fixační materiál**

- fixace je důležitým závěrečným úkolem každého převazu, protože drží na ráně použité materiály - patří sem řada náplastí, které jsou již většinou hypoalergenní, nebo fólií, které jsou omyvatelné, anebo slouží také jako prevence např. u dekubitů

Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují vývoj chronické rány. Zjištění příčiny vzniku a detailní zhodnocení takovéto rány je jedním z prvních předpokladů úspěchů léčby. Každá rána vyžaduje přísně individuální přístup a léčbu. Žádný léčebný prostředek není všemocný. Dobře zvolená kombinace léků a lokálního ošetření vytvoří potřebnou mozaiku která vede k vyhojení defektu.

## **Koncept bazální stimulace**

Bazální stimulace znamená uspokojovat základní potřeby každého jedince a to i člověka, který má tuto schopnost omezenou.

### **Po narození člověk instinktivně uspokojuje tyto potřeby:**

- 1) Potřeba stimulace – podněty (podnětné prostředí) a pohyb (akční radius)
- 2) Potřeba aktivity
- 3) Potřeba jednotčího principu – řád a struktura dne
- 4) Potřeba identity – vlastního já
- 5) Potřeby otevřené budoucnosti

Podporuje individualitu ruku v ruce s prováděním jednotlivých výkonů v práci zdravotnického personálu, ošetřujícího personálu v různých zřízeních, ale i v domácí péči. Dává klientovi naději na kvalitní péči, ale bohužel není zázrakem, který ze dne na den postaví na nohy koma-tózního pacienta. Jde o komplex ošetřovatelských metod, které zvyšují jejich komfort a dodávají jim dobrý pocit. Některé metody nám přijdou samozřejmé - být vlídný, vytvořit klientovi co nejpříjemnější prostředí. Jiné vycházejí z vědeckých poznatků v oboru fyziologie, anatomie, neurologie a dalších medicínských oborů. Bazální stimulace je do určité míry založena na znalostech konceptu, ale v nemalé míře je zde zastoupen lidský přístup a pochopení.

### **Bazální stimulace umožňuje člověku vnímat:**

- Hranice svého těla
- Prožitek ze sebe sama
- Okolní svět
- Přítomnost jiného člověka

## **1. Koncept bazální stimulace**

Autorem konceptu je Prof. Dr. Andrea Fröhlich, speciální pedagog. Od roku 1970 pracoval v Rehabilitačním centru Westpfalz/Landstuhl v Německu s dětmi, které se narodily s těžkými kombinovanými a intelektovými změnami, kterým umožnil rozvoj osobnosti a výrazné zlepšení komunikace se svým okolím.

Do ošetřovatelské péče se koncept bazální stimulace dostal v osmdesátých letech 20. století díky zdravotní sestře Christel Bienstein, vedoucí Katedry ošetřovatelství na univerzitě ve Witten/Herdeke. Tento koncept se zvláště osvědčil v oblasti ošetřovatelské péče a intenzivní medicíny.

V České republice koncept bazální stimulace představila PhDr. Karolína Friedlová prostřednictvím publikace článku v časopise Sestra v roce 2000. Je u nás první certifikovanou lektorkou konceptu bazální stimulace. V letech 1988-2003 působila jako zdravotní sestra na privátní klinice v Rakousku a Univerzitní klinice v Mnichově, kde se seznámila s konceptem bazální stimulace a aplikovala jej v klinické praxi.

Od roku 2000 publikuje v odborném tisku články o konceptu bazální stimulace. Od roku 2003 je lektorkou odborných kurzů s touto problematikou. První základní kurz bazální stimulace se konal v lednu 2003 na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

V roce 2005 založila Institut Bazální stimulace ve Frýdku-Místku. V současné době je odbornou asistentkou na Pedagogicko-filozofické fakultě Slezské univerzity v Opavě a patronkou Dětského domova pro děti do 3 let v Ostravě.

Od roku 2004 je koncept zařazen do tematických plánů pro studijní program zdravotnický asistent na středních zdravotnických školách. Koncept je také zohledněn ve Vyhlášce MZ ČR o stanovení činnosti všeobecné sestry ve Sbírce zákonů č. 424/2004, § 4.

Institut Bazální stimulace pořádá základní a nástavbové kurzy bazální stimulace. Kurzy již prošlo přes 4000 pracovníků a to nejen z oblasti ošetrovatelství, ale také učitelky ze zdravotnických škol, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, lékaři, logopedové a speciální pedagogové. Absolventi seminářů získají certifikát, který je platný v celé Evropské unii.

V dnešní době se koncept využívá v intenzivní péči, péči na standardních odděleních, v zařízeních pro seniory, ústavech sociální péče pro děti i dospělé a své místo má i v domácí péči a hospicích. V oblasti intenzivní medicíny má přínos nejen v péči o dospělé, ale také v neonatologické a dětské intenzivní péči. Koncept bazální stimulace bere klienta jako rovnocenného partnera, člověka s určitými schopnostmi, minulostí a vlastní individualitou. Poskytuje efektivní, terapeutickou, individuální a humánní ošetrovatelskou péči.

### **Koncept bazální stimulace vychází z těchto principů:**

- smysly vnímání se utvářejí postupně
- schopnosti a činnosti člověka mají společné neurální propojení
- člověka formují jeho zkušenosti
- člověk vnímá tak dlouho, pokud dýchá
- nejasné podněty vedou k snížené schopnosti reagovat = mrtvolný reflex

Základními prvky konceptu bazální stimulace jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení. Vychází z toho, že lidský mozek má schopnost uchovávat získané zkušenosti v paměťových stopách.

Správnou, včasnou a kontinuální stimulací smyslových orgánů dle konceptu umožňuje vznik nových dendritů v mozku. Ztráta schopnosti pohybu vede k senzoričké deprivaci a k následné nedostatečné vlastní organizaci neuronální sítě. Vznik nových dendrických spojení mezi neurony podmiňuje neustálý přísun podnětů z okolí i vlastního těla. Kvalita řídicích funkcí organismu je závislá na adekvátním podnětu, zpracování informace a jejím rozboru. Informace jak z vnitřního, tak i ze zevního prostředí určují další vhodné a adekvátní chování. Mohou být zrakové, sluchové, čichové, chuťové, taktilní, ale i informace o postavení našeho těla v prostoru a postavení kloubů.

### **Cíle bazální stimulace a ošetrovatelské péče :**

- 1) Zachovat život a zajistit vývoj
- 2) Umožnit pocítit vlastní život
- 3) Poskytnout jistotu a důvěru
- 4) Rozvíjet vlastní rytmus
- 5) Umožnit poznat okolní svět
- 6) Pomoci navázat vztah
- 7) Umožnit zažít smysl a význam věcí či činností
- 8) Pomoci uspořádat život
- 9) Poskytnout autonomii a odpovědnost za svůj život

## **2. Význam doteků v životě člověka**

Přes doteky získáváme impulsy ze zevního prostředí a jejich prostřednictvím komunikujeme se svým okolím. Doteky mají funkci poznávací a uplatňují se i v mezilidské komunikaci. Umíme využívat své ruce k vykonávání jednotlivých výkonů, nejen ošetrovatelských, ale musíme



se naučit, že jimi můžeme poskytnout i informaci klientovi o jeho těle. Koncept bazální stimulace klade velký zřetel na každý druh doteků, které ve své práci poskytuje zdravotnický tým.

### **Význam doteků :**

- Základní lidská schopnost
- Přijímání impulsů ze zevního prostředí a naopak
- Gnostické funkce
- Mezilidská komunikace
- Lokalita a intenzita doteků

Doteky proto musí být zřetelné a cíleně promyšlené, tak aby jejich sdílená informace byla jasná a pro klienta srozumitelná. Při dotýkání hraje velkou roli lokalita a doteků a jejich intenzita. Abychom klienta nevystavili nejistotě a obav z doteků měl by je očekávat a měli by být cílené. **Klientovi musíme dát vždy jasně najevo, kdy začíná a končí naše přítomnost a činnost u něho.** Tuto informaci mu můžeme poskytnout pomocí cíleného doteku tzv. iniciálního doteku. Iniciální dotek musíme podpořit verbálně a všichni, kteří přijdou do kontaktu s klientem ho musí před zahájením a po ukončení své činnosti poskytnout.

**Cílený dotek = INICIÁLNÍ DOTEK  
+ verbální podpora**

Místem tohoto doteku bývá centrální část těla, nejčastěji dominantní horní končetiny, rameno, paže nebo ruka, kdy pevným a zřetelným dotekem klienta informujeme o zahájení a ukončení naší přítomnosti u něho a činnosti s jeho tělem.

### **Pomocí doteků můžeme terapeuticky působit v těchto technikách:**

- metody polohování
- rehabilitační cvičení
- masážní techniky
- pomoc při pohybu a korekci polohy

V komunikaci jsou doteky mosty mezi dvěma světy. Jsme závislí na výměně informací se svým okolím, a to ve všech životních situacích. Dotek je nejjednodušší přirozená forma komunikace beze slov, kdy doteky utvářejí vztahy a dávají jim význam.

## **3. Komunikace a její význam**

Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují, a to proto, že vnímání umožňuje pohyb a komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání. Ztráta schopnosti pohybu vede k senzoricke deprivaci a k nedostatečnému vzniku nových dendrických spojení a organizace mozku.

### **3.1 Význam komunikace:**

- Velice náročné je pochopit potřeby klienta, poznat a porozumět jeho stylu komunikace
- Poskytnout prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj osobnosti
- Integrace do současného života
- Akceptovat minulé i budoucí životní potřeby


Dříve převládal názor, že klient v komatózním stavu není schopen vnímat, ale dnes bereme tento stav jako určitou obrannou strategii organismu, kterou tělo reaguje na extrémní životní situace. Koncept bazální stimulace uplatňujeme nejen u lidí, kteří jsou v komatózním stavu nebo

apaliky, ale i u tělesně nebo duševně postižených, mentálně postižených a také pro ty, u nichž je jakýmkoli způsobem narušeno vnímání. pracuje nejen s lidmi, kteří vykazují nějaké reakce, ale i u klientů u kterých se zdá, že nereagují. Někteří lidé mohou komunikovat pouze pomocí gest, které se učí ze zkušeností získaných během života. Prostředkem komunikace se svým okolím není jen řeč a písmo, ale i gesta a mimika.


### 3.2 Komunikace verbální a nonverbální

Při komunikaci s lidmi, jejichž vědomí či možnosti se vyjadřovat jsou omezené je nutné mít znalost dané problematiky a dostatečnou dávku intuice a citu zaznamenávat reakce klienta. Neboť pochopit potřeby klienta a poznat a porozumět jeho stylu komunikace je velice náročný úkol. Reakce klienta se mohou projevovat jen zcela nepatrně a schopnost je vůbec zaznamenat a adekvátně na ně reagovat je nenahraditelnou součástí tohoto konceptu.

#### Znaky příjemného pocitu, otevření se okolí:

-  kání očima
- hluboký dech, vzdychání, sténání, bručení
- otevírání očí a úst
- pousmání, úsměv
- uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů
- klidné pohledy do okolí a na poskytované stimulační elementy

#### Znaky nepříjemného pocitu, uzavření se do sebe:

-  írání očí a úst
- neklidné, nepravidelné dýchání
- pláč, křik, sténání
- zvýšení svalového tonu, křečovitě držení těla, křečovitá mimika a pohyby
- reakce signalizující obranu, odvrácení se a gesta proti osobám, předmětům
- všeobecný motorický neklid a stereotypní chování
- manipulace na vlastním těle a sebepoškozování se

Nesmíme opomenout fakt, že každý člověk je schopen komunikace na určité úrovni. Komunikace s klientem je možná teprve potom pokud zvolíme jeho komunikační formu. Jakékoli aktivity, kterých je klient schopen, a ta jsou někdy velmi redukovány, musíme vidět jako jeho jedinou možnost kontaktu se svým okolím.

Velmi důležité je, aby ošetrovatelská péče umožnila klientovi integraci do současného života s využitím jeho dřívějších životních návyků a zkušeností, a s přihlédnutím k jeho budoucím životním potřebám, a proto nesmíme opomenout ani spolupráci s příbuznými a rodinou. Komunikace potřebuje vždy určité medium, které převezme transportní roli v našich sděleních svému okolí. Možností komunikace je více a i lidé, kteří nejsou schopni projevit se slovem nebo písmem, mohou využít jiných druhů komunikace.

#### Druhy komunikace:

- Somatická komunikace - propriocepce - poskytuje nám vjemy z povrchu těla a z vnitřního prostředí organismu, kdy nejzákladnější formou je dotek
- Vibrační komunikace – ladička, hlas, ruce – vnímání vibrací se děje ze směru od periférie dovnitř těla
- Vestibulární komunikace – poloha a pohyb v prostoru, rovnovážné ústrojí

- Auditivní komunikace – sluchové vnímání, zvuky
- Olfaktorická komunikace – vůně, čich
- Orální komunikace – ústa, chuť
- Optická komunikace – oči, zrak
- Taktilní komunikace – hmat

#### 4. Somatická stimulace

Komunikaci se svým okolím lze umožnit somatickou stimulací, kterou klientovi zprostředkujeme pomocí vjemů ze svého těla prostřednictvím kůže a pohybu. Působí se na receptory obsahující čidla pro teplo, chlad, dotek, tlak a bolest, kdy jako médium slouží ruce terapeuta.

##### Možnosti somatické stimulace dle konceptu bazální stimulace:

1) Celková koupel zklidňující - pohyby ve směru chlupů podávají zcela přesnou informaci o tělesné formě a působí zklidnění, voda má teplotu 37°- 40°. Jejím cílem je tělesné uvolnění, redukce neklidných stavů a stimulace vnímání vlastního těla.

Příklady indikace – neklidní, hyperaktivní lidé, klienti s pocity úzkosti a strachu, klienti s tachykardií, se zvýšeným svalovým tonem, s poruchami spánku, při bolestech, při změnách vnímání tělesného obrazu aj.

2) Celková koupel osvěžující - pohyb proti směru růstu chlupů stimuluje  
- teplota vody 28°-23°

Cílem je zvýšení vědomí a pozornosti u klienta, zvýšení svalového tonu, zvýšení srdeční frekvence a TK, zlepšení klientovi aktivity a jako příprava na působení fyzioterapeuta nebo ergoterapeuta. Indikace – bezvědomí, somnolence, depresivní klienti, diabetici, pacienti se sníženým svalovým tonem, bradykardií a hypotonií. Dáváme pozor na hodnoty TK, neboť osvěžující koupel může zvýšit hodnotu systolického tlaku o 10-20 mmHg.

3) Celková bazálně stimuluje koupel dle konceptu Bobatha – neurofyziologická koupel, vychází z toho, že se nervová vlákna ve středu těla nepatrně překrývají a tím je tato oblast velice senzitivní, teplota vody 30° - medium, dle přání klienta

Využívá se u klientů s plegiemi, kdy cílenými dotyky a stimulací této oblasti jim napomáháme integrovat jejich postiženou stranu těla opět do jejich tělesného schématu. Klient musí nejprve vnímat svou zdravou stranu těla, aby si mohl představit, jak se cítí jeho druhá, postižená strana. Indikace u klientů s hemiplegiemi po CMP nebo klienti po kraniocerebrálním poranění, kteří vykazují symptomy vnímání jen jedné strany.

4) Rozvíjející koupel - při této stimulaci dochází ke zdůraznění symetrie a středu těla. Provádí se formou koupele u klientů, jejichž tělesné schéma není stabilizováno nebo je nutné ho ještě rozvíjet. Koupel se nejčastěji provádí u předčasně narozených novorozenců a u dětí do věku 4 let, které ještě nemají vyvinuto vnímání tělesného schématu. Může se aplikovat také u klientů ve vigilním kómatu, u kvadruplegiků a u klientů, kteří jsou dlouho imobilní a jejich tělesné schéma je narušeno.

5) Polohování - poskytuje informaci somatickou a vestibulární, také zraková stimulace je během polohování ovlivněna, neboť je rozdíl mezi sledováním okolí z pozice vleže na zádech, z pozice vleže na boku a z pozice vsedě.

Vnímání vlastního těla se mění již po deseti minutách, dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic. Pomocí polohování můžeme klientovi umožňují získat informace o svém těle.

#### 4.1 Možnosti změny tělesné pozice:

- Propletení prstů rukou
  - Položení rukou na hrudník
  - Ohnutí HK směrem k tělu
  - Překřížení DK
  - Polohování na různě tvrdých a měkkých matracích
  - Změna polohy pomocí srolovaných ručníků a malých polštářů - mikropolohování
  - Polohování pomocí perličkových polohovacích polštářů
  - Poloha mumie – poskytuje klientovi zprostředkování vjemů ze svého vlastního těla a umožňuje mu pocítit hranice svého těla, indikace – lidé, kteří jsou v dospávací fázi po narkóze nebo se probouzejí z komatu, neklidní, zmatení a agresivní klienti nebo dlouhodobě upoutaní na lůžko
  - Poloha hnízdo – odpočinek a navození příjemných pocitů, indikace – ve fázi odpočinku, během noci, po celkové zklidňující koupeli, po vyšetřeních, po masáži stimulující dýchání, k navození příjemného pocitu a stimulace vnímání tělesného schématu
- 6) Masáž stimulující dýchání – je součástí dechové gymnastiky, má vysokou komunikační hodnotu, jedná se o masáž provedenou kontinuálním tlakem našich rukou v oblasti zad nebo ventrální části hrudníku, cílem je přejít na klidné hluboké a pravidelné dýchání, indikace – bolest, depresivní stavy, poruchy spánku, ztráta schopnosti uvědomování si vlastního těla, klienti před těžkými operacemi, po sdělení maligní diagnózy nebo na UPV, povrchní dýchání, hyperventilace, bradypnoe aj.

#### 4.2. Vibrační stimulace

Vibrace v kostech působí velice stimulačně, cílem vibrační stimulace je stimulovat kožní receptory pro vnímání vibrací a proprioreceptory ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů, indikace – klienti s hemiplegií a poruchou vnímání svého těla, kontraindikace – krvácení a varixy

#### 4.3. Vestibulární stimulace

Pokud dochází ke změně polohy jen velice zřídka, ztrácí vestibulární aparát svou schopnost reagovat na změny polohy. Vestibulární stimulace aktivuje vestibulární aparát – informuje nás o naší poloze pohybu v prostoru. Usnadňuje orientaci na vlastním těle, zlepšuje prostorovou orientaci a vnímání pohybu.

#### 4.4. Auditivní stimulace

Cílem je stimulace sluchového vnímání, zvýšení rozlišovací schopnosti pro jednotlivé zvuky, navázání kontaktu s klientem, zprostředkovat klientovi informace o sobě a svém těle, mobilizace vzpomínek klienta, vybudovat pocit jistoty a umožnit klientovi orientaci. Vhodná je kombinace s iniciálním dotekem. Možnostmi auditivní stimulace jsou hudba, vyprávění, zpěv a hudební nástroje.

#### 4.5. Olfaktorická stimulace

Vůně a pachy jsou pro lidský organismus hlavními vyvolavateli vzpomínek a to pozitivních i negativních, a proto je nutné zjistit oblíbené vůně klienta. Pro olfaktorickou stimulaci jsou vhodné vůně osobních toaletních potřeb, deodorantů, parfémů, zcela nevhodné jsou vonné svíč-

ky. Aby byla stimulace účinná, neaplikujeme ji kontinuálně, ale v souvislosti s určitou situací např. toaleta klienta.

#### 4.6. Orální stimulace

Ústa jsou nejcitlivější a na vnímání neaktivnější tělesnou zónou, rozpoznávají chuť, vůni a konzistenci. Slouží také ke komunikaci, příjmu potravy, někdy i jako pracovní nástroj a také k polibkům. Správná péče o dutinu ústní je podstatnou součástí orální stimulace. Cílem je zprostředkovat klientovi vjemy ze svých úst a stimulovat jeho vnímání.

#### 4.7. Optická stimulace

Zrakový vjem umožňuje orientaci, schopnost vnímat a uspořádat okolní prostředí, pocit jistoty a také schopnost se učit. Prostředí v nemocnici bývá prosté vizuálních podnětů a dalo by se říci, že je destimulující. Pro optickou stimulaci je také důležitá jakákoli změna polohy, třeba jen malá změna polohy hlavy změní klientovo zorné pole.

#### 4.8. Taktilní stimulace

Lidská ruka má schopnost rozpoznávat předměty a tím nám umožňuje získávat během života zkušenosti, které uchováваме ve své paměti. Symptom nedostatku taktilně baltické stimulace a insuficience vlastní aktivity může vyvolávat neklid klientů, mohou si tahat za katetry, poklepávat prsty do matrace, popotahovat ložní prádlo atd. Taktilně – baltická stimulace umožňuje poskytnout smysluplnou stimulaci, a to ve formě jim známých materiálů a věcí.

### 5. Desatero bazální stimulace :

- Přivítejte a rozlučte se s klientem pokud možno vždy stejnými slovy
- Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě
- Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle
- Nezvyšujte hlas, mluďte přirozeným tónem
- Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov
- Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace na kterou byl zvyklý
- Nepoužívejte v řeči zdrobněliny
- Nehovořte s více osobami najednou
- Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí
- Umožněte klientovi reagovat na vaše slova

Literatura:

- Friedlová, K.: *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I. a II.díl.* 3. vydání. Frýdek-Místek, Institut Bazální stimulace 2007. 100s. ISBN 80-239-61-32-2.
- Friedlová, K.: *Bazální stimulace u pacientů na ARO a JIP.* Ročenka 78 intenzivní medicíny 2003. Praha, Galén 2003. s. 313-316. ISBN 80-72-62-227-7.
- Friedlová, K.: *Bazální stimulace v práci sestry.* Praha, Sestra 2003, 13, 1,s. 14-16. ISSN 1210-0404.
- Friedlová, K.: *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči.* Praha, Grada 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- Friedlová, K.: *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči.* 3. vydání. Frýdek - Místek 2005.
- Friedlová, K.: *Bobathův koncept v ošetrovatelské praxi – část 2.* Praha, Sestra, Sanoma Magazines s.r.o. 2003, 12, 7-8, s. 25-26. ISSN 1210-04-04.

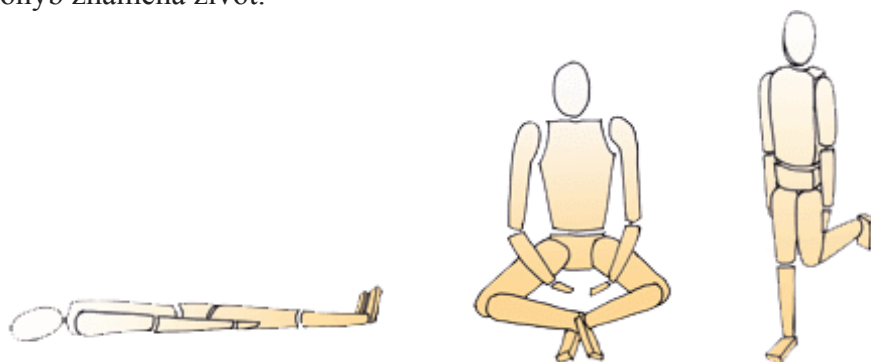
Kolektiv autorů: *Cesta k humánnímu ošetřovatelství – sborník příspěvků. Historicky II. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí.* Frýdek-Místek, Institut bazální stimulace 2007. 88. s. ISBN 978-80-254-0757-8.

Wolfová, V.: *Bazální stimulace – pohled ze zákulisí.* Praha, Sestra 2006. 16,6, s 26-27. ISSN 1210-04-04.

### 1. Kinestetika

Pojem kinestetika je složen ze dvou slov „**kinesis**“ neboli **pohyb** a „**aesthetics**“ neboli **vnímání**. Začal se používat v 70. letech 20. století pro popis lidského pohybu a funkce, a to zakladateli konceptu, kterými jsou Dr. Frank Hatch a Dr. Lenny Maieta. Tento pohybový koncept je uznáván a úspěšně prováděn více než patnáct let. Vychází z různých kinestetických programů, které byly ve 30. letech 20. století dále rozvinuty a sjednoceny, a to za spolupráce ošetřujících a pedagogů hlavně v USA. V roce 1998 ve spolupráci se zakladateli založila Heidi Bauder Mißbach pohybovou školu Viv-Arte®. Do ošetrovatelské péče koncept integrovala prof. Ch. Bienstein.

Nejdůležitější je pochopit, že i imobilní nebo pohybově omezený člověk má potřebu pohybu, neboť pohyb znamená život.



Kinestetika se zakládá na vědeckých poznatcích vycházejících ze tří určitých analýz nebo metodik:

- a) Poznatky z kybernetiky chování podle K. U. Smith a spol. – pohybový aparát působí na okolí a smyslové orgány registrují výsledky těchto operací, kdy zpětná vazba vytváří uzavřený kruh mezi organismem a prostředím.
- b) Feldenkreiseova metoda, jejímž autorem je M. Feldenkreis – metoda pohybové terapie, při níž si prostřednictvím cílených cvičení dotyčná osoba pohyby více uvědomuje, a díky tomu je pak schopen lépe provádět a korigovat své pohyby.
- c) Poznatky moderního tance a humánní psychologie.

Kinestetika není jen komunikační a pohybový koncept, v němž máme pevně stanovené postupy. Jde spíše o určitý model práce s klientem, kde každý může uplatnit svou kreativitu, tvořivost a také možnost improvizace.

Koncept nám umožní lépe uchopit základy pohybu, a tak využít všech pohybových rezerv klienta. Není pouhou formou terapie nebo metodou edukace správných hmatů, jedná se o pohybový program vývoje manipulačních schopností člověka, který využívá principy této metody. Ať už je to zdravotní sestra, fyzioterapeut nebo jiný ošetřující personál, je důležité osvojit si zásady, na základě kterých budou schopni využít vlastní pohyb na cílené organizování pohybu pacienta.

Kinestetikou je pozitivně ovlivňováno chování ve vztahu k pohybu, uvědomění si nejen sebe samého, ale také svého okolí, což působí na stav vědomí a psychiku. Důraz je kladen hlavně na rehabilitační a preventivní podporu pohybu, nácvik a zlepšení pohybové interakce. Pomocí znalosti kinestetiky lze nejen podpořit, ale i upevnit klientovy pohybové schopnosti, a to s vynaložením co nejmenší vlastní námahy.

Nesmíme ani opomenout fakt, že předchází vzniku komplikací z imobility, jako je trombóza, poruchy vyprazdňování, infekce močového ústrojí, svalová atrofie, snížení rozsahu pohybu v kloubu aj. Tento koncept lze také využít jako jedno z preventivních opatření proti vzniku imobilizačního syndromu.

Jde o komunikační a pohybový koncept, který je rozdělen do šesti kinestetických principů:

- Vztahující se ke komunikaci
  - Interakce – reakce na vnitřní a vnější skutečnost
  - Námaha - výkonnost
  - Okolí – a vlivy okolí
- Vztahující se k činnosti
  - Funkční anatomii – tato činnost může být pohybovým aparátem vykonávána různě
  - Lidskému pohybu – v odlišných pohybových vzorcích
  - Lidským funkcím – pohyb vykonaný s určitým záměrem

## 2. Kinestetické principy

Tyto principy umožňují sledovat pohybové aktivity, a to z různého úhlu pohledu, což nám usnadní jeho analýzu. K těmto principům se vztahují určité vzorce pro pohyb a interakci, které napomáhají ošetřujícím vykonávat pohybovou interakci v souladu s klientem. Rozdělení do těchto šesti kinestetických principů slouží k vytvoření srozumitelného a jednoduchého systému, na jehož základě bude možné naplánovat odpovídající péči o klienta v oblasti pohybové terapie, nácviku soběstačnosti v běžných denních aktivitách a v oblasti prevence imobility.

Kinestetické principy pomáhají chápat a strukturovat pohybovou situaci klienta a lépe plánovat ošetřovatelské intervence při mobilizaci, přijímání stravy, u péče o tělo, vyprazdňování aj. Každý kinestetický princip popisuje dílčí aspekty pohybu.

### 2.1 Interakce

Posuzují se smysly – stav vědomí, vnímání bolesti, komunikační problémy tj. poruchy řeči sensorické nebo motorické. Přizpůsobení se v čase, místě, námaze a aktuální situaci – pohyb ovlivňuje sociální chování každého člověka, které je odrazem fyziologických a psychických procesů. Stejně tak na nás působí i vnější prostředí, které se může promítat do vnitřního fungování organismu.

#### Pohybové prvky – elementy pohybu

- Každý pohyb znamená změnu v prostoru.
- Pohyb je prováděn za použití určité síly.
- Pro vykonání pohybu je zapotřebí určitého času.

Opakovat stejný pohyb není možné, a proto se pohybové interakce stávají neopakovatelným zážitkem. Vždy jsou ovlivněny časem, provedeny v určitém prostoru, a za použití určité síly.

Forma interakce se rozlišuje:

- v jednostrannou - akce bez ohledu na reakci
- postupnou, krok za krokem - akce a reakce se uskutečňuje se zpožděním
- společnou, současnou - akce a reakce jsou plynulé, bez časového průtahu

Vždy je důležité přihlídnout k aktuálnímu stavu a individuálním možnostem každého jedince a při sestavování každého pohybového vzorce je nutné vycházet z předchozích zkušeností.



## **Bezprostřední (průběžná) oprava chyb**

Abychom dosáhli co nejlepšího výsledku a provedli jsme účinný pohyb, měli bychom v průměrné době dosáhnout dobrého výsledku bez větší námahy. Při provádění každého pohybu nesmíme zapomenout na důležitost vnímání pohybu, zpětnou vazbu a korekci chyb. Proto je dobré využít vizuální kontroly průběhu pohybu, a také všech ostatních smyslů jako je sluch, čich a hmat. Kinestetický smyslový systém pomáhá vnímat protažení svalů, polohu kloubů, vnímání rovnováhy a koordinaci pohybu.

Pokud chceme posílit schopnost vnímání, musíme poskytnout dostatek podnětů ze zevního prostředí, ale nikoli přílišné množství. Vliv doteku na lidské chování bývá opomíjen, přitom taktilní prožitek hraje ve vývoji chování velmi důležitou roli. Taktilně – kinestetická výměna informací bývá často jedinou možností jak účinně podpořit mobilitu.

## **2.2 Funkční anatomie**

Posuzují se části těla (hmoty) a velké pohybové roviny (meziprostory) - pohyblivost a rozsah pohybu v kloubech, svalové napětí, změny na kůži, bolest a elasticita tkání. Také orientace (vnímání vlastního schématu). V konceptu je tělo rozdělené na tzv. pevné části (hmoty) a mezery (meziprostory).

### **Kosti a svaly**

Kosti tvoří stabilní a nejpevnější část lidského těla, jsou spojeny vazy a klouby, díky kterým lze změnit polohu a postavení částí těla. Svaly jsou aktivní součástí pohybového aparátu a pracují ve smyslu kontrakce a relaxace. Svalová kontrakce je řízena nervovým systémem. Pro správnou funkci pohybového aparátu je důležité svalové napětí neboli tonus. Hypertonus a hypotonus jsou pro účinné funkce nevýhodné.

### **Části těla (masy) a velké pohybové roviny (meziprostory)**

Tělesné části velmi zjednodušeně popisují skladbu lidského pohybového aparátu, ale berou zřetel na funkci mas a meziprostorů.

#### **Části těla (masy):**

##### **1. Centrální tělesné části**

- hlava
- hrudník
- pánev
- čtyři končetiny

##### **2. Velké pohybové roviny (meziprostory)**

- krk
  - ramenní kloub
  - pas
  - kyčelní klouby
- Nosné a transportní roviny

### **Končetiny a centrální části těla**

Končetiny – ruce a nohy mají velkou možnost pohybu, a proto jsou důležité pro posloupný pohyb vpřed a pro jemné motorické pohyby.

Centrální části těla mají relativně omezený pohyb a z tohoto důvodu zajišťují spíše klidovou polohu ve stabilních pozicích a také chrání orgány.

### **Velké pohybové roviny – meziprostory**

Naše tělo se skládá ze šesti velkých pohybových rovin, kdy některé mohou být maximálně flexibilní – ramenní a kyčelní kloub nebo částečně flexibilní – krk a pas. Tyto pohybové roviny zajišťují změnu pozice tělesných částí ve směru vertikálních a horizontálních os.

### **2.3 Lidský pohyb**

- pohybové zvyklosti, integrace nosných transportních a pohybových vzorů

Pohybové vzory popisují prostorový aspekt každé pohybové činnosti a rozdělují se na paralelní a spinální pohyb.

#### **Paralelní – rovnoběžný, souběžný pohyb**

Při paralelním pohybu se váha přemísťuje převážně na hlavní ose a zahrnuje zorné pole. Abychom tento pohyb provedli s co nejmenší silou, musí být současně tělesná váha přenesena doprava nebo doleva. Paralelní pohyb usnadňuje orientaci v prostoru.

#### **Spirální – šroubovitý pohyb**

Při spirálním pohybu se tělesná váha přemísťuje plynule z jedné strany na druhou nebo nahoru a dolů. Pro jeho provedení s co nejmenší námahou je nutné přenést tělesnou váhu nejenom do stran, ale i nahoru a dolů. Tento pohyb vede k rovnoměrnému rozložení váhy. Vyžaduje méně síly a více času na provedení pohybu než paralelní pohyb. Spirální pohyb potřebuje jen minimální nosné a opěrné funkce, a otevírá další zorné pole do prostoru. Spirální a paralelní pohybový vzorec se odlišuje tím, jak je v průběhu pohybu využito čtyř směrů – lineární, kruhovitý, diagonální, pohyb v ose.

### **3. Lidské funkce = pohyb s úmyslem, záměrem**

- vlastní kontrola v různých polohách a nad vlastním pohybem, míra samostatnosti při zaujímání jednotlivých poloh, tolerování jednotlivých poloh.

Základní polohy vychází z ontogenetického vývoje pohybu. Mezi principy lidské funkce je řazen i pohyb na místě a z místa. Jsou rozlišovány dvě možnosti pohybu z místa, přenášení váhy přes podložku (chůze) nebo přenášení váhy ve vzduchu (skákání).

Lidské tělo se pohybuje přes sedm základních pozic:

- vzpřímený stoj
- stoj na jedné noze
- klek na jednom kolenu
- poloha na všech čtyřech
- sed
- poloha na břiše
- poloha na zádech

Změnou směru při zaujmutí určité polohy dochází k rozložení tělesné váhy vždy přes všechny kostní struktury.

Během mobilizace klienta je nutné zohlednit tyto dvě pravidla:

- 1) Při každé změně pozice je nutná změna v rotaci těla, kdy se váha přesouvá od trupu ke končetinám nebo obráceně.
- 2) Před začátkem změny polohy je nutné sledovat dráhu přenesení váhy z hlavní nosné plochy výchozí pozice k vyšší nosné ploše.

### 3.1 Námaha

- podpurné a nosné funkce tj. kontrola jednotlivých částí těla v dané pozici, kondice.

#### Tah a tlak

- tah je námaha odstředivá – působí od kontaktní plochy pryč
- tlak je námaha dostředivá – působí směrem ke kontaktní ploše

Ošetřující dopomáhají klientovi do pohybu prostřednictvím cíleného tlaku nebo tahu. Jedním z komunikačních prostředků je vnímání tlaku a tahu. K udržení vztahu mezi účastníky interakce je nutné dostatečné vnímání tlaku nebo tahu. Účinná mobilizace vzniká při správném posunutí těžiště. Při podpoře (účinek tlaku) se těžiště přenáší k partnerovi. Při závěsu (účinek tahu) se těžiště přesunuje od partnera. Zesíleným tlakem na nosné (podpurné) plochy lze získat během pohybu jistotu a oporu. Tahem se lze lépe dostat do pohybu.

### 3.2 Okolí

- vlivy zevního prostředí na pohyb, kompenzační pomůcky

Zevní prostředí ovlivňuje každého z nás, ať už chceme nebo nechceme. Nevhodné okolí ztěžuje naši činnost a má negativní dopad na naše chování. Prostředí nemocnice nebo podobného zařízení v zásadě nebývá vnímáno příliš pozitivně, a proto je důležité uvědomit si, že ošetřující personál je pro klienta např. v nemocnici, tím nejdůležitějším okolím, které má možnost mu zprostředkovat vnímání vlastního těla a správného pohybu, a tím podpořit proces navrácení zdraví a soběstačnosti.

Ošetřující personál se smyslem pro vnímání pohybu a následnou kompetentní činností je velmi důležitým zdrojem adekvátních informací pro silně funkčně hendikepovaného člověka.

#### Pomůcky

- drsný materiál podporuje držení – postoj
- hladký materiál podporuje transport

Výběr a použití pomůcek je dobré zvážit předem, měkké, přizpůsobivé, pružné a poddajné okolí brzdí pohyb a také zkresluje vnímání vlastního těla ležícího klienta.

### 4. Kinestetická mobilizace

Mobilizace jako termín může být chápána zdravotnickými pracovníky rozdílně, nejedná se o mobilizaci, kterou provádí např. fyzioterapeut v rámci terapie, ale musíme ji brát v širším slova smyslu. Z pohledu kinestetiky se jedná hlavně o pomoc člověku s využitím a odhalením jeho pohybových rezerv.

Pohyby prováděné v malém rozsahu a s přenášením váhy jednotlivých částí těla se lépe registrují, jedná se i o formu somatické a vestibulární stimulace. Jde také o edukační proces, kdy se klient učí pohybovým vzorům odpovídající jeho situaci a snaží se zapojovat funkční části těla tak, aby zvládl běžné denní aktivity.

Kinestetická mobilizace podporuje fyziologický pohyb, metabolismus, vnímání těla a sociální chování, mobilizuje klouby a svaly. Každá mobilizace má dva důležité aspekty a to fyziologický a psychický. Vnitřní orgány a orgánové systémy jsou z důvodu procesů látkové výměny závislé na aktivním pohybu svalů, ale i naopak, dobře fungující metabolismus má pozitivní účinek na pohyb. Tělesný pohyb a metabolismus se neustále mění a navzájem se ovlivňují.

Při ošetřování klientů pomáhá kinestetická mobilizace personálu vykonávat pohyb společně s ním co nejmenší silou. S klientem se tak manipuluje mnohem šetrněji, nežli prostředky, které jsou běžně používané k dosažení změny polohy, jako je tahání a sunutí klienta po podložce

nebo dokonce zvedání nad podložku, což přispívá spíše k jeho nepohyblivosti. Koncept v praxi chrání nejen klienty, ale také ošetřující personál před přetížením z důvodů bolesti zad.

#### **4.1 Tři fáze kinestetické mobilizace**

Při kinestetické mobilizaci jde o změnu polohy, která se skládá ze tří fází a souvisí se zvyšováním pohybové aktivity klienta. Velkým problémem může být např. bolest při pohybu, oběhové potíže, proto je důležité přihlídnout k těmto faktům, a také neopomenout jistá pohybová omezení. Pokud bychom tyto fakta neakceptovali, mohlo by dojít k přetížení klienta. Dá se tomu předejít velice snadno a to tak, že každá mobilizace začíná malými pohyby, ze kterých později vznikne cílená změna polohy a místa, která je ukončena odpočinkovou fází.

Čím více byla prováděna důsledná mobilizace spojená s malými pohybovými aktivitami během pobytu klienta na lůžku, tím je snadnější následná mobilizace klienta z lůžka.

##### **4.1.1 Rozehřátí (Warm-up)**

První fází kinestetické mobilizace je rozehřátí a povzbuzení tělesného vnímání, zjišťujeme pohybové omezení i pohybové rezervy.

##### **Cíle rozehřátí:**

- zlepšit tělesné vnímání
- zjistit pohybové možnosti – rezervy klienta
- rozehřátí svalů a kloubů

Pozornost se obrací na klouby a svaly na končetinách, před tím než je s klientem manipulováno. Při mobilizaci jednotlivých kloubů je snaha dosáhnout, obnovit normální pohyblivost v kloubech, včetně kloubní vůle, eventuelně udržet rozsah pohybu a zabránit omezení hybnosti kloubů. Pohyb by měl být plynulý, pomalý, jemný a s malou intenzitou. Pohyb nikdy není veden přes bolest nebo jakoukoli jinou zábranu.

Mobilizace kloubů při rozehřívání je schopna zlepšit tělesné vnímání, zjistit a rozeznat překážku ve smyslu omezené pohyblivosti, svalového napětí, ale také rezervy klienta. Rovněž se docílí rozehřátí kloubů a svalů můžeme tak zabránit poranění a postupně zvýšit tělesnou kondici. Také se můžeme mentálně připravit na něco nového, odpoutat se a lépe se soustředit na svůj záměr.

##### **4.1.2 Změna pozice – funkční trénink**

Druhá fáze kinestetické mobilizace je charakterizována integrováním pohybových postupů a koordinací změny místa.

##### **Funkční trénink:**

- postup průběhu pohybu integrovat do běžných denních činností
- koordinovat změnu pozice

##### **4.1.3 Uvolnění stabilizace polohy (Cool-down)**

Třetí fáze kinestetické mobilizace je charakterizována dosažením nového místa, obsahem je rovnoměrné rozložení tělesné hmotnosti, zaujmutí co nepohodlnější pozice a uvolnění v klidové pozici.

## Uvolnění

- dosažení nové pozice
- zaujmutí pohodlné pozice
- rovnoměrné rozložení váhy
- uvolnění v klidové pozici

Nesmíme opomenout ani základní pravidla dodržovaná při polohování, protože v každé pozici jsou predilekční místa, která bývají velmi ohrožena vznikem dekubitů. Jestliže klouby nejsou udržovány v pohybu a pokud není polohování prováděno správně může docházet ke vzniku kontraktur.

## 5. Změna pozice

- Posunutí k hornímu lůžku
- Posunutí k okraji lůžka
- Posazení na kraj lůžka
- Posun v sedě na okraj lůžka
- Transfer na židli

## 6. Závěr

Kinestetická mobilizace je vhodnou metodou pro manipulaci s imobilními klienty nebo s lidmi, kteří jsou nějak pohybově omezení. Těmto osobám umožňuje vnímání pohybu a snadnější vnímání okolí, a tak zlepšení jejich hybnosti a zjednodušení integrace do společnosti.

Koncept kinestetiky je jeden z mála konceptů, který myslí i na pracovníky ve zdravotnictví, a to ve smyslu ulehčení manipulace s imobilními klienty, a tak pomáhá předcházet problémům s bolestmi zad, které jsou u těchto pracovníků velmi časté.

Kinestetická pohybová škola viv – arte nabízí řadu vzdělávacích možností, většina akcí probíhá ve vzdělávacím středisku Univerzitní kliniky Ulm.

Více informací najdete na stránkách [www.viv-arte.com](http://www.viv-arte.com), [www.kinestetika.cz](http://www.kinestetika.cz) a nebo [www.euroeduka.eu](http://www.euroeduka.eu).

## Literatura:

Halmo, R.: Kinestetická mobilizace. *Diagnóza v ošetrovatelství* 2005. roč. 1, č. 3, s. 133-135. ISSN 1801-1349.

Halmo, R.: Podpora vnímání a pohybu kinestetickou mobilizací. *Sborník přednášek I. Mostecké dny sester* 2006, s. 95-101.

Halmo, R.: *Úvod do základů kinestetiky v ošetrovatelské péči. Pracovní sešit kurzu*, Olomouc 2003.

Nedělková, H. – Halmo, R.: *Kinestetická mobilizace. Skriptum pro účastníky kurzu Kinestetická mobilizace*. Praha 2008.

Nedělková, H.: Ano, kinestetická mobilizace umožňuje snazší a efektivnější mobilizaci pacienta. *Sestra*, 2008, roč., č. 7–8, s. 23. ISSN 1210-0404.

Nedělková, H.: Kinestetická mobilizace. *Sestra* 2007. Roč. 17, č. 9, s. 44 ISSN 1210-0404.

# Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků

Mgr. Hana Kramperová

Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků prochází v posledních letech mnoha změnami. Týkají se jak kvalifikačního, tak celoživotního vzdělávání. Celoživotní vzdělávání provází člověka celý život, zdravotnického pracovníka nevyjímaje. Nelékařský zdravotnický pracovník je ze zákona povinen se celoživotně vzdělávat. Pokud výkon zdravotnického povolání vyžaduje práci bez odborného dohledu, je legislativně přesně stanoven minimální rozsah celoživotního vzdělávání. Viz Vyhláška č.321/2008 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

## 1. Kvalifikační studium

Získávání způsobilosti zdravotnického pracovníka upravuje Zákon 96/2004 Sb., novelizovaný v roce 2008.

### 1.1 Kvalifikační studium na středních zdravotnických školách ( SZŠ )

**V ČR je možné studovat tyto obory na SZŠ:**

Zdravotnický asistent  
Laboratorní asistent  
Ortopticko – protetický technik  
Nutriční asistent  
Asistent zubního technika

Absolventi pracují pod odborným dohledem. Kompetence absolventů upravuje Vyhláška č. 424, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Pokud chtějí absolventi pracovat bez odborného dohledu, musí získat další kvalifikaci, vystudovat vyšší odbornou školu nebo vysokou školu. Na vyšší odbornou školu a vysokou školu se mohou hlásit i absolventi jiných než zdravotnických škol.

V diskusi je změna názvu oboru Zdravotnický asistent na Praktickou sestru, která by přinesla také navýšení kompetencí absolventům.

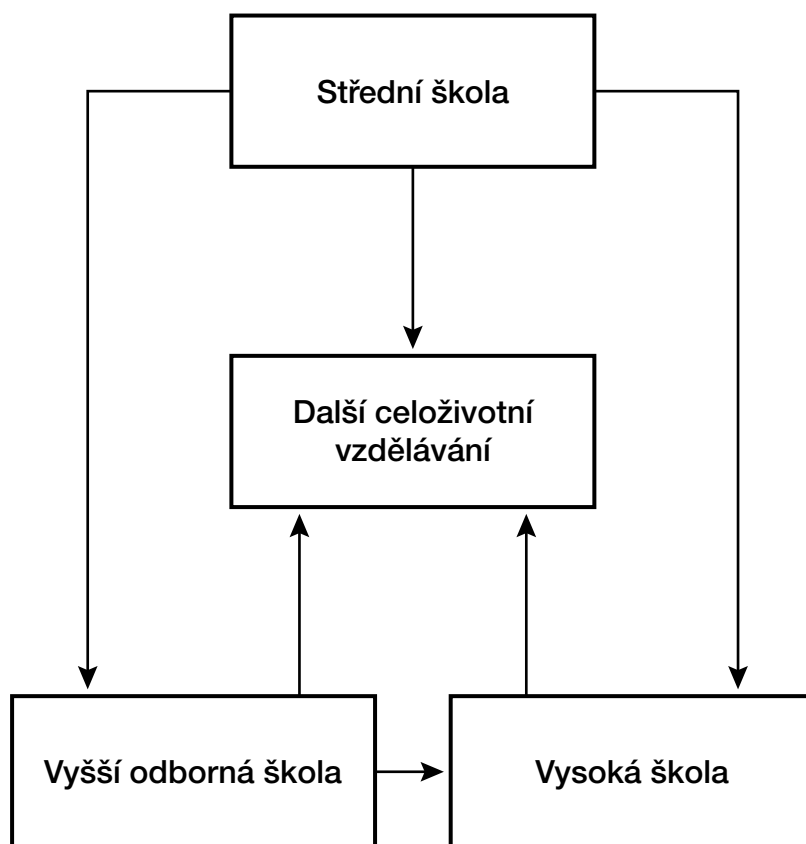
### 1.2 Kvalifikační studium na VOŠ, popř. VŠ( příklady)

Všeobecná sestra  
Zdravotní laborant  
Zdravotně sociální pracovník  
Ortotik – protetik  
Nutriční terapeut  
Zubní technik  
Dentální hygienista  
Farmaceutický asistent  
Zdravotnický záchranář atd.

### 1.3 Kvalifikační studium pouze na VŠ ( příklady)

Porodní asistentka  
Ergoterapeut  
Radiologický asistent  
Optometriska  
Ortoptista  
Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví  
Biomedicínský technik  
Radiologický technik  
Fyzioterapeut atd.

Schéma provázanosti vzdělávacího systému nelékařských zdravotnických pracovníků



## 2. Celoživotní vzdělávání

Nelékařský zdravotnický pracovník je ze zákona povinen se celoživotně vzdělávat dle zákona č. 96/2004 Sb., novelizovaného v r. 2008.

### 2.1 Formy celoživotního vzdělávání

Specializační vzdělávání  
Certifikované kurzy  
Inovační kurzy  
Odborné stáže v akreditovaných zařízeních

Školící akce, konference, kongresy, symposia  
Publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost  
Vypracování metodiky  
Samostatné studium literatury  
Vysokoškolské studium  
E-learningové kurzy

Jednotlivé formy celoživotního vzdělávání (vyjma studia literatury), mohou být zařazeny do kreditního systému. Kreditní systém upravuje Vyhláška č.321/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 423/2004 Sb, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

### **Změny oproti vyhlášce č. 423/2004 Sb.**

Zvýšení počtu kreditů u konferencí, kongresů, symposií, e-learningu  
Snížení počtu kreditů u přednesení přednášky a za spoluautorství  
Omezení celkového počtu kreditů u e-learningu, seminářů, pedagogické činnosti  
Za aktivní účast získává autor kreditní body za aktivní i pasivní účast, pokud se zúčastní celé vzdělávací akce.  
Kreditní ohodnocení vzdělávacích akcí, které se konaly do 19.srpna 2008 se řídí vyhláškou č. 423/2004 Sb. Od 19.srpna 2008 vyhláškou **č.321/2008 Sb.**

### **Vzdělávací akce organizuje**

Akreditované zařízení  
Zdravotnické zařízení  
Fyzická nebo právnická osoba

### Potvrzení o účasti na celoživotním vzdělávání a jeho náležitosti

Název akce  
Druh vzdělávací akce ( konference, seminář apod. )  
Datum konání akce  
Jméno účastníka  
Datum narození  
Souhlasné stanovisko odborné společnosti včetně čísla akce  
Délka akce  
Pro koho je akce určena ( musí odpovídat schválenému stanovisku odborné společnosti )  
Druh účasti ( aktivní/pasivní )  
Datum vydání  
Název organizátora

U akcí akreditovaných Ministerstvem zdravotnictví vydává na žádost organizátora certifikáty/osvědčení Ministerstvo zdravotnictví, organizátor zajistí jejich vyplnění a podepsání zodpovědnými osobami .

Souhlasné stanovisko u ostatních akcí vydává odborná společnost na žádost organizátora (např. ČAS, UNIPA, ČKPA, UNIFY, SRLA, ČAE atd.) vždy pro konkrétní nelékařská zdravotnická povolání a jiné odborné pracovníky dle zákona č. 96/2004 Sb.



## **2.2 Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu**

Zákon č. 96/2004 Sb.,

Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, opravňuje

- k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu
- vedení praktického vyučování ve studijních oborech a v akreditovaných kvalifikačních kurzech, ve specializačním vzdělávání a v certifikovaných kurzech

### **Podmínky získání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu**

Uchazeč musí podat písemnou žádost o vydání osvědčení. K žádosti dokládá

#### a) Po dokončení kvalifikačního studia – do 18 měsíců

Úředně ověřené doklady o získání způsobilosti k výkonu povolání v příslušném oboru

#### b) **U ostatních zdravotnických pracovníků**

- Úředně ověřené doklady o získání způsobilosti k výkonu povolání v příslušném oboru
- Přehled výkonu zdravotnického povolání potvrzený zaměstnavatelem - minimálně 1 rok z posledních 6 let minimálně polovinu týdenní pracovní doby nebo 2 roky pětinu doby
- Soupis vzdělávacích aktivit potvrzený zaměstnavatelem a kopie potvrzení o účasti na vzdělávacích akcích v hodnotě celkem 40 kreditů - získání 40 kreditních bodů z období posledních 6 let

Vyhláška č.321/2008 Sb.stanoví kreditní systém.

#### Nesplňuje-li uchazeč podmínky:

Může osvědčení získat složením zkoušky, kterou se ověřuje způsobilost k výkonu příslušného povolání bez odborného dohledu

Zkouška má část teoretickou a praktickou:

- nesplňuje-li uchazeč 40 kreditů – absolvuje teoretickou část
- nesplňuje-li uchazeč délku praxe – absolvuje praktickou část
- nesplňuje-li uchazeč oba parametry – absolvuje teoretickou i praktickou část zkoušky

#### Osvědčení

Vydává se na dobu 6 let. Je možné požádat o prodloužení při splnění podmínek podle zákona č.96/2004 Sb., novelizovaného v roce 2008.

MZ rozhodne o vydání osvědčení do 30 dnů.

Žádost o prodloužení je nutné podat nejpozději 60 dnů před skončením platnosti osvědčení.

#### Registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a hostujících osob

Je součástí Národního zdravotnického informačního systému

Registr spravuje ministerstvo, popř. pověřená organizace

Registr je veřejně přístupný

## **2.3 Specializační studium**

Specializační studium upravuje Vyhláška č.463/2004 Sb., kterou se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.

### Vstupní podmínky :

Způsobilost k výkonu povolání v daném oboru.

12 měsíců výkon povolání v oboru specializace

Zájemce posílá žádost o zařazení do specializačního vzdělávání na adresu NCONZO Brno, u některých oborů na adresu IPVZ Praha.

### Propojenost vzdělávacího systému

Pokud zájemce o studium v minulosti absolvoval vyšší odbornou školu, vysokou školu, certifikovaný kurz apod., ministerstvo zdravotnictví může uznat část dříve absolvovaného studia. O uznání je nutné žádat MZ na stanoveném formuláři „Žádost o započtení dříve absolvovaného studia nebo jeho části do specializačního vzdělávání pro zdravotnické pracovníky nelékařských zdravotnických povolání“.

## **2.4 Rezidenční místa**

Zákon č. 96/2004 Sb., novelizovaný v r. 2008.

Vyhláška č. 186/2009 Sb. o rezidenčních místech.

Rezidenční místo je školící místo ve zdravotnickém zařízení, které je účastníkovi specializačního vzdělávání spolufinancováno ze státního rozpočtu. O přidělení rezidenčního místa žádá zaměstnavatel pro své zaměstnance MZČR. MZČR zveřejní seznam přidělených rezidenčních míst do 30.6.příslušného roku na svých webových stránkách. Žadatel o rezidenční místo musí do 15.7.příslušného roku vyhlásit výběrové řízení na rezidenční místa. O výsledku výběrového řízení jsou seznámeni uchazeči a MZČR.

Rezident je účastník specializačního vzdělávání, který získal ve výběrovém řízení rezidenční místo. Rezident sepisuje s MZČR dohodu o setrvání v ČR po dobu pěti let od ukončení specializačního vzdělávání v oboru specializace.

## **3. Financování vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků**

### **Na financování se podílí:**

- Zaměstnavatel
- Stát formou dotací – kvalifikační studium, rezidenční místa apod.
- Nelékařský zdravotnický pracovník

### Literatura:

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

Vyhláška č. 321/2008 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

Vyhláška č. 463/2004 Sb., kterou se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), novelizovaný v roce 2008.

Vyhláška č. 186/2009 Sb., o rezidenčních místech.

## 1. Úvod

Ochrana před nebezpečími, kterým je člověk v pracovním prostředí vystaven a které i on sám jako jeho součást svou pracovní činností vytváří, patří k základním požadavkům na zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.

Nebezpečí je všude kolem nás, provází nás nepřetržitě doslova na každém kroku. To ovšem zdaleka neznamena, že každé nebezpečí vždy musí neodvratitelně vyvolat nehodu a být zdrojem neodvratitelného rizika.

Mnoho rizik vnímáme jako přijatelná a jsme připraveni brát je při práci či v běžném životě takovými, jaká jsou. Některá rizika byť je nepovažujeme za nikterak malá, jsme ochotni i tolerovat, v zájmu zajištění společného užitku a důvěře, že je to riziko řádným způsobem řízeno např. jaderné elektrárny, vodní přehrady, dopravní systémy, ve zdravotnictví jsou to zejména práce na rentgenových pracovištích, v laboratořích, infekčních provozech.

Předpokladem pro maximální snížení nebezpečí při práci je respektování obecně platných právních a technických předpisů, návodů k obsluze technických zařízení i vnitřních norem organizace (příkazy zaměstnavatele, pracovní postupy apod.).

## 2. Povinnosti zaměstnavatele – vedoucích zaměstnanců

Základní povinnosti vedoucích zaměstnanců na všech stupních řízení a zaměstnanců, jsou stanoveny v zákoníku práce. Podle tohoto zákona se vedoucím zaměstnancem rozumí zaměstnanec, který je oprávněn stanovit a ukládat podřízeným zaměstnancům pracovní úkoly, organizovat, řídit a kontrolovat jejich práci a dávat jim k tomu účelu závazné pokyny.

Zaměstnavatel je povinen přidělovat zaměstnanci práci podle pracovní smlouvy, vytvářet podmínky pro plnění jeho pracovních úkolů a dodržovat ostatní pracovní podmínky stanovené právními a vnitřními předpisy.

Vedoucí zaměstnanec je u jím podřízených zaměstnanců odpovědný za plnění následujících povinností:

- provádět nebo zajišťovat seznamování zaměstnanců s riziky na pracovišti a s předpisy k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, ověřovat znalosti těchto předpisů, informovat zaměstnance o tom, do jaké kategorie hygienického rizika je jimi vykonávaná práce zařazena, vyhledávat rizika ohrožení bezpečnosti a zdraví, a přijímat opatření k jejich odstranění nebo minimalizaci, v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem zajišťovat poskytování osobních ochranných pracovních prostředků a pomůcek, v součinnosti s odborně způsobilou osobou v bezpečnosti práce, případně i zástupcem (zaměstnanců) odborové organizace vyšetřovat příčiny pracovních úrazů, vést o nich evidenci a sepisovat příslušný záznam,
- nepřipustit, aby zaměstnanec vykonával práce, jejichž výkon by neodpovídal jeho schopnostem nebo zdravotní způsobilosti,
- sdělovat zaměstnancům jakým druhům očkování a jakým lékařským prohlídkám souvisejícím s výkonem práce jsou povinni se podrobit a ve stanovených termínech tyto prohlídky zajišťovat (zaměstnanec, který nemá v daném termínu předepsanou lékařskou prohlídku, není zdravotně způsobilý k výkonu rizikové práce),
- provozovat jen přístroje, prostředky a zařízení odpovídající požadavkům bezpečnosti práce a zajišťovat u nich předepsané prohlídky a revize,

- v součinnosti s odborně způsobilým zaměstnancem v bezpečnosti práce, závodním lékařem a hygienikem zjišťovat příčiny vzniku nemocí z povolání a navrhnout vedoucímu organizace opatření k jejich odstranění.

### 3. Práva a povinnosti zaměstnanců

Zaměstnanec má právo na zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, na informace o rizicích jeho práce. Je oprávněn odmítnout výkon práce o níž má důvodně za to, že bezprostředně a závažným způsobem ohrožuje jeho život nebo zdraví, popřípadě život nebo zdraví jiných osob: takové odmítnutí není možné posuzovat jako nesplnění povinností zaměstnance.

Každý zaměstnanec je povinen dbát o svou bezpečnost, o své zdraví a o bezpečnost a zdraví osob, kterých se bezprostředně dotýká jeho jednání.

Zaměstnanec je povinen:

- a) účastnit se školení zaměřených na bezpečnost a ochranu zdraví při práci včetně ověření svých znalostí,
- b) podrobit se stanoveným preventivním prohlídkám nebo očkovaním,
- c) dodržovat právní předpisy a pokyny zaměstnavatele k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci,
- d) používat stanovené pracovní prostředky, osobní ochranné pracovní pomůcky a svévolně je nevyřazovat z provozu,
- e) nepožívat alkoholické nápoje a návykové látky a nevstupovat pod jejich vlivem na pracoviště,
- f) oznamovat vedoucímu pracoviště nedostatky a závady, které by mohly ohrozit bezpečnost a zdraví přítomných osob,
- g) bezodkladně oznamovat svému nadřízenému svůj pracovní úraz a pracovní úraz jiného zaměstnance, popřípadě úraz jiné osoby, jehož byl svědkem, a spolupracovat při jeho objasňování,
- h) podrobit se na pokyn vedoucího zaměstnance zjištění, zda není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek.

- 
1. Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů
  2. Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci

### Prevence rizik

Součástí vytváření pracovních podmínek je eliminace rizik v pracovním prostředí. Souvisí to s povinností zaměstnavatele zajistit bezpečnost a ochranu zdraví zaměstnanců při práci se zřetelem na rizika možného ohrožení jejich života a zdraví, se kterými se během práce setkávají.

Rizikovými faktory pracovních podmínek se rozumí zejména faktory fyzikální (hluk, vibrace), chemické (karcinogeny), biologické činitele (viry, bakterie, plísně) a nepříznivé mikroklimatické podmínky (extrémní chlad, teplo, vlhkost, psychická a zraková zátěž).

Za plnění úkolů stanovených k prevenci rizik odpovídají vedoucí zaměstnanci všech stupňů řízení v rozsahu svých funkcí. Vedoucí zaměstnanci jsou povinni seznamovat zaměstnance s výsledky hodnocení rizik a o opatřeních přijatých na ochranu působení těchto rizik.

Žena, která vykonává rizikové práce otěhotní, kojí nebo je krátce po porodu, nesmí především vykonávat práce spojené s fyzickou zátěží, s karcinogeny a mutageny, s chemickými látkami a přípravky způsobujícími otravy, při ošetřování pacientů léčených cytostatiky, v kontro-

lovaných pásmech pracovišť se zdroji ionizujícího záření, v prostorách, kde jsou překračovány hodnoty elektromagnetického záření a v prostorách se zvýšeným rizikem úrazu.

- 
1. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví v platném znění
  2. Vyhláška č. 432/2003 Sb., kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, v platném znění
  3. Vyhláška č. 288/2003 Sb., práce a pracoviště zakázané těhotným ženám a mladistvým, v platném znění

## 5. Školení zaměstnanců

Orientace na člověka jako primární zdroj přínosů i rizik pracovních procesů je důležitým aspektem v řízení bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Spolehlivost lidského činitele má zásadní význam pro bezpečnou funkci celého pracovního systému. Prakticky každé selhání techniky je primárně způsobeno selháním lidské složky systému. V každém případě je potřebné tyto příčiny hledat a školit o nich zaměstnance:

### 5.1 Při přijetí do pracovního poměru

Informace a seznámení zaměstnance o právních aspektech bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Provádí odborně způsobilá osoba (technik BP) neprodleně po uzavření pracovní smlouvy. Součástí seznámení je ověření znalostí předpisů, o kterých byl zaměstnanec informován. Záznam o seznámení a ověření znalostí potvrdí svým podpisem zaměstnanec a osoba odborně způsobilá v bezpečnosti práce, a takto je založen v osobní dokumentaci uložené na personálním útvaru.

### 5.2 Při nástupu do práce

Seznámení na pracovišti - vedoucí zaměstnanec smí zaměstnávat jen osoby, které jsou prokazatelně seznámeny s příslušnými technickými a právními předpisy o bezpečnosti a ochraně zdraví, o požární ochraně, o možnými rizicích úrazu, nemocí z povolání nebo onemocnění vznikajícího vlivem pracovního prostředí (provádí je vedoucí pracoviště nebo jím pověřená osoba). Nejbližší nadřízený je rovněž povinen informovat zaměstnance o tom, do jaké hygienické kategorie byla jím vykonávaná práce zařazena (riziková pracoviště).

Seznámení se provádí při nástupu do práce, při převedení na jinou práci nebo jiné pracoviště a při změně pracovních postupů. O provedeném seznámení a poskytnutých informacích musí být na pracovišti vedena prokazatelná dokumentace.

Opakované seznámení na pracovišti se provádí ve lhůtách stanovených zaměstnavatelem (ve zdravotnictví se doporučuje jedenkrát za rok) s doplněním informací např. o vzniklých pracovních úrazech, nově vydaných předpisech souvisejících z pracovištěm, prací zaměstnanců apod.

Z hlediska bezpečnosti práce předpokládá právní řád u některých činností zvláštní odbornou způsobilost, která je zpravidla podmíněna zdravotní způsobilostí k výkonu dané činnosti, dosažení stanovené věkové hranice, příslušnou kvalifikací a dobou odborné praxe.

Úkony prováděné zdravotní sestrou např. aplikace injekcí nemohou být prováděny sanitářem a naopak opravy elektrických zařízení nemůže provádět zdravotní sestra.

Při přidělování práce takových činností je nejbližší nadřízený zaměstnanec povinen se přesvědčit zda zaměstnanec platné doklady (vysvědčení, osvědčení, průkaz) k práci kterou mu přiděluje vlastní. U dokladů s omezenou platností je vedoucí zaměstnanec povinen termíny sledovat a potřebnou kvalifikaci nebo způsobilost zaměstnanci zajišťovat nebo alespoň umožňovat.

## 6. Osobní ochranné pracovní prostředky a ochranné nápoje

Není-li možné rizika na pracovišti odstranit nebo dostatečně omezit prostředky kolektivní ochrany nebo opatřením v oblasti organizace práce, je zaměstnavatel povinen poskytnout zaměstnancům osobní ochranné pracovní prostředky.

Za ochranný prostředek se považuje zařízení nebo výstroj zaměstnance určený k ochraně před jedním nebo více pracovními riziky.

Poskytovat lze pouze ty ochranné prostředky, které byly schváleny autorizovanou zkušebnou.

Zaměstnavatel je povinen dávat zaměstnancům při činnostech uvedených v předchozích odstavcích k dispozici v dostatečném počtu kusů osobní ochranné pracovní prostředky a ochranné oblečení, jestliže se jejich vlastní nebo pracovní oblek může nadměrně opotřebit nebo znečistit.

Zaměstnavatel je rovněž povinen zapůjčit ochranné prostředky v dostatečném množství k dispozici také jiným osobám (např. studentům medicíny a žákyním ZŠ při odborné praxi nebo praktickém vyučování, osobám provádějícím servisní službu, kontrolní činnost apod.), jestliže vykonávají s tím související činnost na úsecích se zvýšeným ohrožením zdraví.

Osobní ochranné pracovní prostředky jsou vydávány podle seznamu vypracovaného na základě vyhodnocení rizik a schváleného vedoucím (ředitelem) zdravotnického zařízení.

Povinností zaměstnanců je používat ochranné prostředky jen při práci v prostoru rizik a v souladu s pokyny vedoucích zaměstnanců.

Zaměstnanci musí být s používáním ochranných prostředků seznamováni.

Zvláštností ve zdravotnických zařízeních jsou pracovní oblečení a obuv, které jsou povinni používat zaměstnanci při výkonu zdravotnických profesí. Jedná se proto o výstroj profesní, která nemusí splňovat podmínky schvalování a nošení. Profesní nebo jiné oblečení nesmí být vyrobeno z umělých tkanin.

V některých zdravotnických zařízeních jsou oblečení a pracovní obuv od ochranných prostředků odděleny (vydány pod názvem „profesní oblečení“). Služby spojené s praním, opravami a výměnou jsou v takovém případě i nadále zaměstnancům zajišťovány bezplatně.

### Jak je to s ochrannými nápoji?

Při tělesné námaze nebo v horku dochází k vyšším ztrátám tekutin a minerálů. To může mít za následek pokles fyzické a duševní výkonnosti, rychleji nastupuje únava, dochází k prodloužení reakčních časů, zhoršuje se koncentrace, zvyšuje se riziko chybných úkonů, klesá pracovní aktivita a je větší riziko pracovních úrazů.

Výňatek z nařízení vlády č. 361/2007 Sb.:

IIb	Převažující práce vstojí s trvalým zapojením obou rukou, paží a nohou - Práce vstojí s trvalým zapojením obou rukou, paží a nohou spojená s přenášením břemen do 10 kg, tažení nebo tlačení lehkých vozíků.	106 až 130 W.m <sup>2</sup>
W.m <sup>2</sup> = přípustné metabolické teplo krátkodobě únosné (hustota tepelného toku)		

Třídě IIb odpovídá práce lékařů, zdravotních sester a dalších zaměstnanců na nemocničních odděleních a operačních sálech, kde jsou překračovány maximální přípustné teploty (28 °C) a energetický výdej pracovníků je vyšší než 106 W.m<sup>2</sup>. nebo práce při kterých se měřením, příp. výpočtem prokáže, že ztráta tekutin potem a dýcháním zaměstnance za osmihodinovou směnu je vyšší než 1,25 litru.

K ochraně zdraví před účinky zátěže teplem je zaměstnavatel povinen poskytnout zaměstnancům ochranný nápoj. Ochranný nápoj musí být zdravotně nezávadný a nesmí obsahovat více než 6,5 hmotnostních procent cukru a musí mít vhodnou teplotu (cca 16 °C). Nevhodné jsou nápoje obsahující alkohol. Naopak za vhodné nápoje se považují stolní voda „bez bublinek“, ovocné a bylinkové čaje.

Hygienický limit ztráty tekutin z organismu potem a dýcháním činí 1,25 litru za osmihodinovou směnu.

Zaměstnavatelé jsou povinni činit proti nepříznivým účinkům tepelné zátěže i další opatření např. technická (větrání, snížení intenzity sálání zdroje tepla, stínění proti slunečnímu záření, instalace chladících panelů apod.) a organizační (vhodný režim práce a odpočinku).

Na každém pracovišti musí být vodovod s pitnou vodou.

- 
1. Nařízení vlády č. 21/2003 Sb., technické požadavky na ochranné pracovní prostředky, ve znění pozdějších předpisů
  2. Vyhláška č. 195/2005 Sb., podmínky pro předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění
  3. Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci
  4. Nařízení vlády č. 495/2001 Sb., o poskytování osobních ochranných prac. prostředků, ve znění pozdějších předpisů

## 7. Pracovní úrazy a nemoci z povolání

Pojem pracovního úrazu se ve smyslu zákoníku práce skládá ze dvou složek: z poškození na zdraví (z úrazu) a z plnění pracovních úkolů nebo přímé souvislosti s ním. Pojem úrazu ve smyslu „úrazového děje“ je vyjádřen jako porucha na zdraví, která byla zaměstnanci způsobena nezávisle na jeho vůli krátkodobým, náhlým a násilným působením zevních vlivů při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním. Pro vlastní úrazový děj je typická jeho neočekávanost, k úrazu dochází buď náhlým působením zevních sil (např. pádem břemena na zaměstnance) nebo působením chemických nebo jiných látek, s nimiž zaměstnanec přichází v pracovním procesu do styku (např. poleptání kyselinou, úpal apod.). Nemusí tedy jít výlučně o tělesné zranění, ale o jakékoliv porušení zdraví. Vždy však poškození zdraví musí být důsledkem náhlého vypětí fyzickým nebo psychickým při pracovním výkonu nebo důsledkem zvýšené duševní námahy, které byl zaměstnanec vystaven při plnění pracovních úkolů. Jako pracovní úraz se posuzuje též úraz, který zaměstnanec utrpěl pro plnění pracovních úkolů. Tím se rozumějí případy, kdy k poškození zdraví došlo nikoliv při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním, nýbrž kdy plnění pracovních úkolů bylo příčinou poškození zdraví, např. fyzickým napadením jiným zaměstnancem nebo osobou pro plnění pracovních úkolů.

Pro praxi je nutno vyjít ze zásady, že pracovním úrazem je jen taková událost, o které byl sepsán záznam o úrazu nebo který byl zaevidován v knize úrazu.

Plněním pracovních úkolů je výkon povinností vyplývajících z pracovního poměru, jiná činnost vykonávaná na příkaz zaměstnavatele a činnost, která je předmětem pracovní cesty.

Plněním pracovních úkolů je též činnost konaná pro zaměstnavatele na podnět odborové organizace, rady zaměstnanců, popřípadě zástupce pro oblast bezpečnosti a ochrany zdraví při práci nebo ostatních zaměstnanců, popřípadě i činnost konaná pro zaměstnavatele z vlastní iniciativy, pokud k ní zaměstnanec nepotřebuje zvláštní oprávnění nebo ji nekoná proti výslovnému zákazu zaměstnavatele, jakož i dobrovolná výpomoc organizovaná zaměstnavatelem.

Přímá souvislost s plněním pracovních úkolů jsou úkony potřebné k výkonu práce a úkony během práce obvyklé nebo nutné před počátkem práce nebo po jejím skončení a úkony obvyklé v době přestávky na jídlo a oddech konané v objektu zaměstnavatele. Takovými úkony však nejsou cesta do zaměstnání a zpět, stravování, ošetření, popřípadě vyšetření ve zdravotnickém zařízení, ani cesta k nim a zpět, pokud není konána v objektu zaměstnavatele. Vyšetření v jiném

zdravotnickém zařízení prováděné na příkaz zaměstnavatele nebo vyšetření v souvislosti s noční prací, ošetření při první pomoci a cesta k nim a zpět jsou úkony v přímé souvislosti s plněním pracovních úkolů. Za činnost v přímé souvislosti s plněním pracovních úkolů se považuje též školení zaměstnanců zaměstnavatele organizované zaměstnavatelem nebo odborovou organizací, popřípadě orgánem nadřízeným zaměstnavateli, kterým se sleduje zvyšování jejich odborné připravenosti.

- 
1. Nařízení vlády č. 494/2001 Sb., kterým se stanoví způsob evidence, hlášení a zasilání záznamu o úrazu
  2. Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, ve znění pozdějších předpisů.

## 7.1 Pracovní lékařská péče

Zdraví při práci je charakterizováno jako tělesná, duševní a sociální pohoda při práci. Požadavek na zajištění této pohody není však v každodenní realitě pocíťován jako priorita.

V souvislosti s legislativou Evropské unie i u nás vyhláška ukládá všem zaměstnavatelům zajistit pro své zaměstnance pracovní-lekářskou (závodní preventivní) péči. Do současné doby stále však přetrvává situace, že „závodní lékař“ vykonává především činnosti spadající do působnosti praktického lékaře a úkoly v pracovní-lekářské péči plní jen částečně.

Činnost spočívající v poskytování pracovní-lekářských služeb je dána Úmluvou Mezinárodní organizace práce vydanou u nás vyhláškou č. 145/1988 Sb.. Uvedeným předpisem jsou definovány úkoly, které má zajišťovat lékař pracovní-lekářské péče.

Jedná se především o:

- a) zjišťování zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti k práci prováděním vstupních, preventivních (periodické) nebo jiných lékařských prohlídek a na základě znalostí požadavků, jež na zaměstnance klade práce, kterou má vykonávat nebo vykonává,
- b) stanovení a vyhodnocování nebezpečí, která ohrožují zdraví na pracovištích, dohled nad činiteli v pracovním prostředí, které mohou ovlivňovat zdraví zaměstnanců, včetně hygienických zařízení, závodní jídelny a ubytoven.
- c) Navrhovat opatření pracovní rehabilitace.

- 
1. Vyhláška č. 145/1988 Sb., o Úmluvě o závodních zdravotních službách
  2. Směrnice MZ č. 49/1967, posuzování zdravotní způsobilosti k práci

## 8. Zdravotnické prostředky a technika

Zdravotnické prostředky (prostředky zdravotnické techniky) představují potenciálně vysokou míru nebezpečí a bezprostředně mohou být zdrojem ohrožení zdraví či života osob, a to nejen pacientů, ale i zdravotnického personálu. Opatření k zajištění bezpečnosti osob vyplývají zejména z nařízení vlády o technických požadavcích na zdravotnické prostředky a z atomového zákona.

Zaměstnavatel smí obsluhu zdravotnické techniky, která při svém používání může přivodit poškození zdraví zaměstnancům nebo pacientům, pověřit pouze osoby, které k tomu mají příslušnou kvalifikaci (pokud je předepsaná) nebo jsou prokazatelně seznámeny s obsluhou příslušného prostředku a poučeny o možných nebezpečích a způsobech jejich odvrácení.



Zaměstnavatel je povinen zabezpečit, aby zaměstnanci pověřeni obsluhou zdravotnické techniky mohli kdykoliv nahlédnout do příslušných návodů pro obsluhu. Návodů a jiná poučení musí být provedeny v českém jazyce.

#### a) Rentgenové přístroje - ionizující záření

Pojem ionizující záření se označuje jakékoliv záření schopné ionizovat atomy a molekuly prostředí. Ionizující záření vzniká uváděním radioaktivní látky do životního prostředí.

RTG – ionizující záření je elektromagnetické vlnění o velmi krátké vlnové délce. Toto záření se vytváří ve speciální lampě tzv. rentgence. Ta je součástí rentgenového přístroje. Při průchodu pacientem se zeslabuje úměrně tloušťce a hustotě prozařované hmoty. Prošlé záření je možné zachytit a zviditelnit. Výsledkem je RTG obraz. Při dlouhodobém působení poškozuje tkáň. Při absorbování vysoké dávky ionizujícího záření v buňce dojde k jejímu bezprostřednímu zániku. Při menší dávce nedojde ke zničení buňky, která je schopna dalšího života, ne však schopna dělení, proto zaniká při nejbližším buněčném dělení. Tento typ poškození postihuje především kostní dřeň, bazální vrstvy pokožky a sliznic. Při absorbování malé dávky dochází k mutacím, které se mohou projevit až v dalších buněčných generacích a mohou dát vznik zhoubnému bujení.

I když je rentgenové (ionizující) záření jen poměrně úzkou částí spektra elektromagnetických vln, má mnoho specifických vlastností, naše smysly záření neregistrují; záření není ani vidět, ani slyšet, ani cítit. Tím je velmi ztížená ochrana proti němu.

Kdybychom prověřovali zjištěné případy somatického poškození rentgenem u pracovníků s rentgenovým zářením, došli bychom k přesvědčení, že tyto případy byly zaviněny nedbalostí, neopatrností a podceňováním účinků záření.

Hlavní zásadou pro bezpečnost pracovníků v prostorách s rentgenovým zářením je zdržovat se na pracovišti a v okolí rentgenů při expozici jen při nutném výkonu práce a používat v nejbližším měřítku všech pomůcek chránících proti záření, jako závěsů, zástěn, osobního ochranného oblečení, stínidel apod.

#### b) Lasery - neionizující záření

Účinky záření laserů jsou tepelné a fotochemické. Tepelný účinek nastává tehdy, když je ve tkáni pohlceno dostatečné množství tepelné energie tak rychle, že dojde k vzestupu její teploty. Záleží hodně na možnostech odvádění tepla (cévami) a na velikosti zasažené plochy.

Zvláště citlivým orgánem na laserové záření je oko. Lidské oko je svou stavbou přizpůsobeno pro vnímání obrazu tvořeného viditelnou částí spektra tj. optickým zářením o vlnových délkách v rozsahu 400 nm až 720 nm. Jiné části optického spektra tj. ultrafialové nebo ultračervené, mohou negativně působit na jednotlivé tkáň oka. Záření o vlnových délkách menších než 400 nm je silně absorbované na vstupních částech oka a vyvolává zánět rohovky a šedý zákal.

Laserové záření v rozsahu viditelného světla prochází optickým systémem oka až na sítnici, kterou může poškodit (většinou tepelným mechanismem). Poškození je nenapravitelné a hojí se jizvou.

Lasery se podle výkonu a zdravotního rizika rozdělují do čtyř tříd, pro které se stanovují určité povinnosti uživatele. Základním parametrem pro rozdělení laserů do bezpečnostních tříd je limit přístupové energie, který vyjadřuje maximální úroveň emise povolené v dané třídě.

Lasery I. třídy nemohou vyvolat poškození zdraví ani při dlouhé době expozice. Pro práci s nimi nejsou stanovena žádná opatření.

Lasery II. třídy vydávají jen záření viditelného spektra o intenzitě, která vyvolává poškození zraku jen po dlouhé úmyslné expozici. Osoby musí být poučeny a laser označen výstražnou tabulkou.

Lasery třídy III.a jsou zraku nebezpečné, je-li svazek záření pozorován optickou pomůckou.

Lasery třídy III.b je skupina zařízení emitujících záření o různé vlnové délce, impulsní i spojitě, s výkony, které mohou poškodit zrak při nahodilém zásahu nebo zrcadlovém odrazu.

Lasery IV. třídy mají obdobné parametry jako III.b, ale podstatně vyšší výkon, takže ohrozí oko i difusně odraženým zářením.

Pro lasery III. a IV. třídy jsou stanovena opatření směřující k vyloučení zásahu oka pracovníků svazkem záření.

Pro práci s lasery (mimo třídy I.) musí být organizací zpracován provozní řád jehož znění musí být schváleno příslušným orgánem ochrany zdraví (hygiena).

Obsluhu laserů třídy III.a, III.b a 4 mohou provádět pouze osoby, které absolvovaly školení o bezpečnosti optických vláknových systémů.

Ve zdravotnictví (zejména na operačních sálech a v laboratořích) jsou ke sterilizaci vzduchu a povrchů předmětů používána zařízení s UVC zářením – germicidní lamy.

Přímé (otevřené) ozařování germicidními lampami lze z důvodu ozáření používat pouze bez přítomnosti osob. Stav uvedení do činnosti zářičů musí být jednoznačně patrný. Spínač zařízení musí být opatřen světelnou signalizací, počítadlem provozních hodin a automatickým vypnutím UVC zářivek.

O tom, že popsaná opatření nejsou samoúčelná svědčí případy, kdy byly bezpečnostní zásady porušeny a došlo k nenapravitelnému poškození očí zasažených osob.

Preventivní vyšetření při práci s lasery nejsou nutná protože poškození mají charakter úrazového děje, kterému nelze specificky orientovanou náplní preventivní prohlídky předejít. Žádné dlouhodobé účinky laserů nebyly zjištěny a žádná oční onemocnění, která by mohla být specificky laserovým zářením zhoršena, nejsou známa. Každý úraz oka laserovým zářením vyžaduje neprodlené ošetření očním lékařem.

### c) Kovové tlakové nádoby na plyny

jsou nádoby (láhve), na jejich vnitřní stěny po naplnění působí tlak plynu. Umístění láhví od topných těles a sálavých ploch musí být takové, aby povrchová teplota nepřekročila +40°C. Od zdrojů otevřeného ohně musí být láhve vzdáleny nejméně 3 m. Láhve musí být vždy zajištěny proti pádu. Zásobní láhve musí být opatřeny ochranným kloboučkem. Vyprazdňování láhví se nesmí urychlovat zahříváním. Při odběru musí být láhev ve svislé poloze nebo nakloněna ventilem vzhůru v úhlu min. 30 stupňů. Ventily láhví se smí otvírat jen rukou bez použití nářadí. Mastit ventily a příslušenství je zakázáno.

Láhve pro medicínální využití jsou možné dva druhy značení. Staré značení se pozná podle toho, že je válcová část barevná. Nové láhve mají válcovou část bílou v zaoblení jsou označeny písmenem N.

Vyprazdňovat tlakové nádoby (dále jen láhve) nebo jinak s nimi manipulovat (skladování, doprava apod.) smějí pouze osoby, které k této činnosti byly pověřeny a prokazatelně poučeny v rozsahu provozních pokynů.

Osoba manipulující s láhví, která obsahuje kyslík, nesmí mít oděv, ruce, čistící hadry a nářadí znečištěné mastnotou nebo tuky. K utěsnění spojů pro kyslík se nesmí používat kožených těsnění (smí se použít pouze fibrové) a je zakázáno mazat lahvévé ventily tukem nebo olejem (! KYSLÍK + MASTNOTA = VÝBUCH !).

### Značení láhví

- Barevné značení je předepsáno pouze pro horní zaoblenou část láhve. Pokud je normou vyžadováno označení dvěma barvami (např. směsi plynů pro medicínální použití), je toto označení provedeno pruhy nebo kvadranty na horní zaoblené části..

- Velké písmeno „N“ poukazuje na barevné značení podle uvedené normy a je na horní zaoblené části láhve provedeno dvakrát, na protilehlých stranách láhve. Barva označení „N“ je bílá, černá nebo modrá, podle barvy horní zaoblené části láhve a potřebného kontrastu. Pro označení láhví, jejichž barevné značení není změněno, např. vodík, není označení písmenem „N“ potřebné.
- Aby byly zřetelně odlišeny láhve s plyny pro inhalaci (dýchací plyny) a pro medicínální použití od plynů pro průmyslové použití, jsou tyto na válcové části opatřeny bílou barvou.

#### d) Zvedání pacientů

Ve zdravotnických zařízeních nebo v jejich částech musí být při zvedání a přemísťování pacientů ženami a mladistvými dodržovány přípustné hmotnostní limity jinak musí být k dispozici lehce ovladatelná stabilní i pojízdná zvedací zařízení a jiné vhodné pomůcky nebo musí být tato činnost zajišťována muži.

#### e) Elektrická zařízení

Některé druhy zdravotnické techniky patří mezi ty druhy zařízení, které jsou rizikem ohrožujícím zdraví zaměstnanců nebo pacientů. Za určitých okolností, jako jsou např. havarijní situace, je u elektrických zařízení a předmětů skryto nebezpečí úrazu a požáru a při určitých podmínkách v provozu, kde jsou používány hořlavé a výbušné látky i nebezpečí výbuchu.

Obsluha zařízení může provádět jen úkony spojené s provozem zařízení, přičemž obsluhující se dotýká pouze jemu k obsluze určených částí, neotevírá zařízení žádnými nástroji a nemění trvale zařízení ani jeho zapojení.

Obsluhu dělíme na obsluhu jednoduchých zařízení (pracovník seznámený), kterou lze provádět i bez zvláštního zácviku a poučení a na obsluhu složitých zařízení (pracovník poučený), kde se vyžaduje zvláštní instruktáž a zácvik pracovníků.

Ohrožení obsluhy elektrickým proudem lze výrazně omezit důsledností a opatrností při ovládání zařízení, dále vizuální kontrolou zařízení před jejím uvedením do provozu a zejména dodržováním nařízených opatření, která jsou výrobcem uvedena v jeho návodu. Zásadně k obsluhovaným zařízením musí být vždy volný přístup a před každým zařízením musí být minimální manipulační prostor 0,8m. Při přemísťování strojů, pokud nejsou pro tyto účely zvlášť konstruovány, musí být vždy důsledně provedeno odpojení od napájecí sítě a to i v případě, že se bude jednat pouze o malé posunutí.

Jakákoliv porucha, závada, nedostatek nebo i dojem o nesprávném chodu zařízení musí být ihned ohlášena příslušnému vedoucímu, který zajistí odstranění závady odborným pracovníkem. Stejně opatření musí být učiněno i v případě, že by dalším provozem zařízení vznikl požár nebo výbuch a tím možnosti popálení a vzniku hromadného úrazu.

Při obsluze zařízení musí být dodržována jedna z nejdůležitějších zásad a ta je, že se záměrně nedotýkáme žádné části spotřebičů, tedy ani jejich neživých částí - kostry těchto zařízení.

### Statická elektřina

Náboje se mohou vytvářet jak na pacientovi, tak na obsluze. Výboj nemůže ohrozit pracovníka elektrickým proudem. Vznikají zde však jiná nebezpečí a to úlek a elektrická jiskra. Elektrický výboj (jiskra) je schopen zapálit koncentraci hořlavých látek (hořlavá dezinfekce apod.).

(1) Nař. vlády č. 336/2004 Sb., o technických požadavcích na zdravotnické prostředky, ve znění pozdějších předpisů

(2) Zákon č. 18/1997 Sb., atomový zákon, ve znění pozdějších předpisů

(3) Zákon č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky, ve znění pozdějších předpisů

(4) Vyhláška č. 307/2002 Sb., o radiační ochraně, ve znění pozdějších předpisů

(5) Nař. vlády č. 1/2008 Sb., o ochraně zdraví před neionizujícím zářením

- (6) Vyhláška č. 18/1979 Sb., kterou se určují vyhrazená tlaková zařízení a stanoví podmínky k zajištění jejich bezpečnosti
- (7) Vyhláška č. 288/2003 Sb., práce a pracoviště zakázané těhotným ženám a mladistvým
- (8) Vyhláška č. 20/1979 Sb., kterou se určují vyhrazená elektrická zařízení a stanoví podmínky k zajištění jejich bezpečnosti
- (9) Vyhláška č. 50/1978 Sb., o odborné způsobilosti v elektrotechnice

#### Literatura:

- Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci
- Nařízení vlády č. 21/2003 Sb., technické požadavky na ochranné pracovní prostředky, ve znění pozdějších předpisů
- Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci
- Nařízení vlády č. 495/2001 Sb., o poskytování osobních ochranných prac. prostředků, ve znění pozdějších předpisů
- Nařízení vlády č. 494/2001 Sb., kterým se stanoví způsob evidence, hlášení a zasílání záznamu o úrazu
- Nařízení vlády č. 1/2008 Sb., o ochraně zdraví před neionizujícím zářením
- Nařízení vlády č. 336/2004 Sb., o technických požadavcích na zdravotnické prostředky, ve znění pozdějších předpisů
- Směrnice MZ č. 49/1967, posuzování zdravotní způsobilosti k práci
- Vyhláška č. 307/2002 Sb., o radiační ochraně, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 18/1979 Sb., kterou se určují vyhrazená tlaková zařízení a stanoví podmínky k zajištění jejich bezpečnosti
- Vyhláška č. 288/2003 Sb., práce a pracoviště zakázané těhotným ženám a mladistvým
- Vyhláška č. 20/1979 Sb., kterou se určují vyhrazená elektrická zařízení a stanoví podmínky k zajištění jejich bezpečnosti
- Vyhláška č. 50/1978 Sb., o odborné způsobilosti v elektrotechnice
- Vyhláška č. 432/2003 Sb., kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, v platném znění
- Vyhláška č. 288/2003 Sb., práce a pracoviště zakázané těhotným ženám a mladistvým, v platném znění
- Vyhláška č. 195/2005 Sb., podmínky pro předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění
- Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 145/1988 Sb., o Úmluvě o závodních zdravotních službách
- Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví v platném znění
- Zákon č. 18/1997 Sb., atomový zákon, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky, ve znění pozdějších předpisů