

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2007

Iva Janoušková

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

ROLE SESTRY V REHABILITACI NA STANDARDNÍM A REHABILITAČNÍM  
ODDĚLENÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Marie Trešlová Mgr.,R.N

2007

Iva Janoušková

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Role sestry v rehabilitaci na standardním a rehabilitačním oddělení vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

V Českých Budějovicích dne 11.5. 2007

.....

## **Poděkování**

Zvláštní poděkování Mgr. Marii Trešlové za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní mé bakalářské práce.

## **THE ROLE OF A NURSE IN PHYSIOTHERAPY IN GENERAL AND PHYSIOTHERAPY WARDS**

This thesis describes the role of a nurse in physiotherapy and prevention of postoperative complications and moreover also about the lack of informations about physiotherapy among personnel.

Physiotherapy is important in increasing the quality of recovery of health after an illness or injury. The first steps are taken by a nurse. It is necessary for a nurse to have enough information and knowledge about physiotherapy and to apply these while taking care of patients and improving thus the quality and quantity of the care.

I chose three different hospital departments for my survey. These were the surgery and physiotherapy ward in České Budějovice General Hospital and the physiotherapy clinic in Kladruby u Vlašimi. I distributed one hundred questionnaires to the nursing personnel at these wards. All were fully answered and returned, so I could use them for my analysis.

The aim of my survey was to confirm the hypothesis that nurses at physiotherapy wards have more knowledge about physiotherapy than nurses at surgery. This hypothesis was confirmed. I used information from available literature and internet for the survey.

The results of the survey confirmed the hypothesis. Nurses working at physiotherapy wards have more knowledge about physiotherapy, but the difference is not that obvious, though in some CASE surgery nurses lack basic skills in physiotherapy. Within the analysis, both subjects showed the same level of approach, but physiotherapy work as such was closer to physiotherapy nurses mainly because of their knowledge.

The results of this survey can be applied by leading staff at different wards to increase the quality of physiotherapy care for patients. This thesis is also suitable for educational purposes.

# Obsah

ÚVOD .....	3
1. SOUČASNÝ STAV .....	5
1.1 Vývoj organizace rehabilitace .....	6
1.1.1 Rehabilitace .....	6
1.1.1.1 Součásti rehabilitace .....	7
1.2 Oblasti poskytování rehabilitace .....	8
1.2.1 Léčebné intervence rehabilitace .....	8
1.2.1.1 Fyzikální terapie .....	9
1.2.1.2 Léčebná tělesná výchova .....	9
1.2.1.3 Ergoterapie .....	10
1.2.1.4 Další specifické terapie .....	10
1.3 Rehabilitační ošetřování .....	12
1.3.1 Role sestry .....	12
1.3.2 Ošetřovatelství .....	13
1.3.3 Rehabilitační ošetřování a jeho uplatnění praxi.....	14
1.3.4 Rehabilitační prostředky v sesterské praxi .....	15
1.3.3.1 Polohování .....	15
1.3.3.2 Pasivní cvičení. ....	16
1.3.3.3 Kondiční cvičení .....	16
1.3.3.4 Dechová cvičení. ....	17
1.3.3.5 Návčik soběstačnosti .....	17
1.3.3.6 Prevence syndromu imobility .....	18
2. CÍLE A HYPOTÉZY .....	20
2.1 Cíl práce .....	20
2.2 Hypotézy práce .....	20
3. METODIKA .....	21
3.1 Použití metodiky .....	21
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku .....	22

4. VÝSLEDKY .....	23
5. DISKUZE .....	49
6. ZÁVĚR .....	56
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	57
8. KLÍČOVÁ SLOVA .....	59
9. PŘÍLOHY	

## ÚVOD

Stav nemoci je pro každého z nás zvláštním stavem. Cítíme ohrožení našeho trvalého zdraví nebo dokonce i ohrožení života. V nemoci jsme proto přecitlivělí. Máme tudíž touhu, aby o nás všichni pečovali, jak nejlépe dokáží a aby každého z nás si vážili jako jedinečné lidské bytosti s jeho hodnotou, důstojností a respektem jeho lidských práv bez ohledu na pohlaví, etnickou skupinu, rasu, kulturu, náboženství nebo ekonomické postavení.

Jakou roli tedy zaujímá sestra v systému všestranné péče? Sestra během klientovy hospitalizace prvotně zastává roli všeobecné sestry. Dále pomáhá dosahovat a udržovat optimální zdraví jedince k částečnému či úplnému uzdravení. O klienta pečuje po celou dobu jeho hospitalizace. Její ošetrovatelská péče zahrnuje všechny každodenní úkony v rámci hygieny a péče o celé tělo, stravování, vyprazdňování, oblékání a jiné úkony souvisejícími s potřebami klienta. Také využívá vědeckých poznatků jako základ pro rozhodování v ošetrovatelské praxi a vykonává zákroky a léčebné úkony, aby ulehčila období nemoci. Hodnotí účinnost poskytnuté péče na základě subjektivního a objektivního stavu pacienta a výsledků ošetrovatelského procesu. Konstatuje, zda jsou či nejsou uspokojené potřeby klienta a na základě toho stanovuje cíle ošetrovatelské péče a plánuje ošetrovatelský proces. Při poskytování péči se snaží ve všech situacích udržet ošetrovatelský standard na vysoké úrovni. Další roli, kterou sestra zastává je psychická podpora a pomoc. Snaží se klientovi zabezpečit klidné a útulné prostředí v rámci hospitalizace. V neposlední řadě je role sestry v rehabilitaci, která je důležitá pro částečné či úplné uzdravení a vede k navrácení do plnohodnotného života klientů. Za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání je sama zodpovědná (1).

Na všech pracovištích je rehabilitace na kvalitní úrovni, ale na jaké úrovni je rehabilitace na odděleních nemocnic? Sestra se snaží plnit rehabilitaci dle standardů ošetrovatelské rehabilitace, ve které je proškolená.

V dřívějších dobách byla rehabilitace více méně nevýznamná, ale v posledních letech se v naší zemi pro ni začíná vytvářet nový prostor z důvodu zájmu odborné i veřejné populace. O potřebnosti rehabilitace se dozvídáme v odborné literatuře, z médií, na studiích a z odborných seminářů. Rehabilitace se začíná dostávat do popředí zájmu veřejné populace. Rehabilitace vede ke snížení rizik celkových pooperačních komplikací a zároveň předchází různým typům přidružených nemocí a zároveň vede ke zvýšení kvality poskytované péče, k částečnému či úplnému uzdravení a navrácení do plnohodnotného života klientů.



Jaká je role sestry v rehabilitaci? Má sestra dostatek znalostí o rehabilitaci? V mé dlouhodobé praxi na chirurgickém oddělení mám možnost sledovat práci sester v rehabilitačním ošetřování a domnívám se, že jejich znalost o rehabilitačním ošetřování je nedostačující. Dále se domnívám, že následný problém spočívá v nedostatku času při výkonu rehabilitačního ošetřování u klientů a ve většině případů k nedostatku trpělivosti při vykonávání klientova úkonu v rámci rehabilitačních nácviků. V neposlední řadě bývá ve velké míře problém v nedostatku pracovních sil, ve smyslu sester na jednotlivých oddělení. Tyto domněnky vznikly na podkladě mého studia na vysoké škole.

V odborné literatuře se také dozvídáme nové poznatky a studie v provádění rehabilitačních úkonů s klientem (viz kapitola 1.3.1). Dozvídáme se o stále dokonalejších pomůckách pro usnadnění prováděných činností s klientem pro sestry či fyzioterapeuty z důvodu zlepšení kvality poskytované péče. Probíhá neustálé proškolení sester samotnými fyzioterapeuty na jednotlivých oddělení nebo celoplošným školením sester na úrovni krajů nebo republiky.

V mé práci bych chtěla zjistit, jaký je rozdíl v roli sestry na chirurgickém a rehabilitačním oddělení v rámci rehabilitačního ošetřování.

Věřím, že získané informace poslouží sestřím ke zkvalitnění ošetrovatelské péče v rámci rehabilitačního ošetřování u klientů.

## 1 SOUČASNÝ STAV

V kulturních zemích se odedávna společnost starala o postižené občany, kteří trpěli různými následky tělesných, smyslových nebo psychických onemocnění. Pojem rehabilitace se však nepoužíval a běžně se používalo názvu léčba mrzáků nebo zmrzačených, popřípadě válečných invalidů.

Společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně pomohla ke vzniku Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny. Důležitým přínosem je Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (International Classification of Diseases ICD). Tato klasifikace měla překlenout rozdíly mezi různými názvy nemocí v různých zemích.

Za první světové války prováděl u zraněných vojáků v ústavu určeném pro pohybově postižené děti velice moderní rehabilitaci prof. MUDr. R. Jedlička (7).

V Československé republice se pojem rehabilitace objevil až po 2. světové válce jako import z USA a velice rychle zdomácněl. Byla tady založena škola pro fyzioterapeuty, kde se mimo jiné vyučovalo využití metody aplikace tepla a chladu sestry Kennyové v rehabilitaci. Léčebné úspěchy fyzioterapeutek, které velmi dobře zvládaly poruchy periferního neuronu pomocí léčebného tělocviku se počaly nazývat rehabilitací. V roce 1951 byla všechna oddělení proti vůli fyziatřů přejmenována na rehabilitační, a byly zavedeny nové pracovní prostředky pro výcvik jednotlivce (jedince) k dosažení nejvyšší možné funkční schopnosti. Neustále je rehabilitace chápána převážně jako léčebný tělocvik nebo myoskeletární medicína. Také v žádné odborné literatuře k dané tématice, v názvu nebo ve věcných seznamech, slovo rehabilitace v té době nenacházíme (9,11).

Světová zdravotnická organizace (WHO) stanovila v roce 1969 definici rehabilitace: „Kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik jednotlivce (jedince) k nejvyšší možné funkční schopnosti“. Definice rehabilitace se později rozšířila: „O prostředky směřující ke zmenšení tlaku, překážek způsobených zdravotním stavem (omezená aktivita – disabilita) a usiluje o společenské začlenění postiženého jedince“ (7,s 62).

## 1.1 Vývoj rehabilitace

Na organizaci rehabilitace se od počátku podíleli jak odborníci, tak samotní rehabilitanti. Nejvýznamnější organizace vznikla na světovém kongresu v roce 1922 nazvaná „*For the welfare of cripples*“, která se později přejmenovala na: „International Society for Rehabilitation of the Disabled“ (ISRĐ). Později měla název: „Rehabilitation Internacional“ (RI). V naší zemi byl pověřen organizací rehabilitace bývalý *Svaz invalidů*, který byl kolektivním členem Rehabilitation Internacional a který také inicioval významnou „*Chartu na osmdesátá léta*“. Ta navazovala na Deklaraci OSN z roku 1975 „O právech občanů s disabilitou“. Další významnou událostí byl „objev“ tří nových pojmů, který velmi významně ovlivnil rehabilitaci z důvodu zjištění úrovně poruchy. V první řadě jde o poruchu na úrovni orgánu lidského těla, ke které dochází z důvodu úrazů, nemoci či vrozených poškození či neúplné vytvoření orgánů. Dále jde o disabilitu na úrovni jedince. Jde o zdravotní postižení v podobě defektů organismu nebo poruch jeho funkcí, které se projevují jako neschopnost postiženého jedince zvládat nejrůznější životní úkony. V poslední řadě jde o handicapovaného jedince versus společnost, které se projevují ve znevýhodnění a poškození v jeho postavení ve společnosti (9).

### 1.1.1 Rehabilitace

Rehabilitace znamená cílevědomý a časově omezený proces umožňující nemocnému a postiženému člověku dosáhnout optimální mentální, fyzické a sociální úrovně. Může zahrnout opatření na kompenzaci ztráty funkce či funkční omezení a nebo jiná opatření zaměřená na usnadnění sociálního zařazení nebo jeho změny. Cílem rehabilitace je zařadit člověka, postiženého na zdraví následkem nemoci, úrazu či vrozené vady do aktivního a jemu vlastního společenského života.

Ve slově rehabilitace jsou obsaženy dva latinské výrazy. Předpona „re“ je chápána nejen jako slovo opakování, ale také ve smyslu znovunabytí. Slovo „habilitace“- vhodný, zručný- je známé z akademického života. V tomto případě je však základem spíše „habitus“- držení těla či zevnějšek. Slovo rehabilitace by se tedy také dalo přeložit jako znovunabytí dřívějších schopností a sloveso rehabilitovat také jako – dostat do původního stavu držení těla.

Do procesu rehabilitace zahrnujeme jako jednu z jejích složek i léčebnou rehabilitaci, která směřuje k obnovení maximální funkční zdatnosti jedince postiženého na zdraví a vede

k nápravě poškození, substituce orgánu či funkce, popřípadě obojí a dále snížení či zpomalení progresu postižení, které obvykle vede k omezení. Způsobuje je obvykle onemocnění, úraz či vrozená vada a týká se nejen oblastí orgánů, orgánové soustavy, ale i psychiky, osobní péče a funkce organismu jako celku. Kvalitně prováděná rehabilitační péče přispívá ke zkrácení doby nemoci a urychluje návrat pacientů do normálního života (23).

#### 1.1.1.1 Součásti rehabilitace

*Léčebná rehabilitace* je komplex medicínských preventivních, diagnostických a terapeutických opatření, směřující k obnovení funkční zdatnosti jedince postiženého na zdraví. Směřuje k odstranění poškození, substituce orgánu či funkce, případně obojí a dále vede ke zpomalení progresu postižení, které obvykle vede k omezení či znemožnění vykonávání běžných denních činností (9).

*Sociální rehabilitací* v rámci lidské společnosti dochází u člověka k procesu humanizace, socializace a personalizace a velmi záleží na jeho společenském postavení, na roli, kterou ve společnosti zaujímá, a také jak ho společnost přijímá. Sociální rehabilitace se uplatňuje u postižených jedinců v reedukaci (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností), kompenzaci (náhrada postižené funkce nepoškozenou funkcí) a akceptaci (přijetí života postiženého) (9).

Následující nedílnou součástí je *pedagogická rehabilitace*, která při socializaci jedince hraje velmi významnou roli ve výchově (edukace), která je samozřejmě celoživotním procesem.

Pedagogická rehabilitace je prováděna u osob se získaným postižením a u lidí postižených od narození. Není to snadný proces, jde o postupné odbourávání odchylek způsobených daným postižením (11).

*Pracovní rehabilitace* zahrnuje soustavnou péči o klienty, aby se mohli co nejlépe uplatnit v pracovní činnosti. Předpokladem je obnovení pracovního potenciálu u lidí, kteří mají změněnou pracovní schopnost. Protože práce patří mezi základní potřeby člověka, stává se velmi důležitou v integraci. Vytváření nových pracovních míst je jednou z priorit vyspělých států světa (9,11).

## 1.2 Oblasti poskytování rehabilitace

Pojetí rehabilitace se dnes již netýká výhradně zdravotnické aktivity ve smyslu fyzioterapie, ale i jako interdisciplinární obor, který zahrnuje péči zdravotnickou a také sociálně právní, pedagogicko - psychologickou a pracovní. Na zásadní význam nově pojaté rehabilitace poukazuje Pfeiffer, který se snaží protlačit rehabilitaci do popředí zájmu našich politiků. Evropská unie všechny své členy stávající i budoucí vyzývá, aby chápali rehabilitaci jako nedílnou součást politiky státu. Právě tento typ informací nám otevírá oči a vysvětluje, že rehabilitace není tělocvik nebo fyzikální medicína, ale plynulé a koordinované úsilí o optimální integraci do života při využití všech dostupných prostředků léčebných, sociálních, výchovných a v neposlední řadě i pracovních (24).

Pro ucelenou rehabilitaci Jankovský užívá převzatého termínu „komprehensivní“ rehabilitace a člení ji nejen podle zaměření plněných úkolů, ale také podle jednotlivých institucí a prostředků, které jsou při ní aplikovány, na čtyři hlavní složky: *léčebná rehabilitace, pracovní rehabilitace, sociální rehabilitace a pedagogická rehabilitace*.

Rehabilitace se ovšem týká nejen lidí, kteří původně žili a vyvíjeli se jako zdraví jedinci a teprve v důsledku onemocnění či úrazu byli vyřazeni ze svých každodenních činností života, ale také těch jedinců, kteří se s postižením narodili, případně s ním žijí již od útlého věku. Rehabilitace má za hlavní cíl návrat ke stavu zdraví a upevnění celkové kondice, případně navazuje na léčení méně závažného onemocnění (6,7).

### 1.2.1 Intervence léčebné rehabilitace

Léčebné prostředky rehabilitace jsou zaměřeny (již výše uvedeno) jednak na odstranění postižení a funkčních poruch a dále na eliminaci následků zdravotního postižení (včetně jeho sociální dimenze). Léčebná rehabilitace je rozdělena na vertikální, která vede k obnovení původního stavu organismu, a horizontální, která je dlouhodobá a řeší problematiku poškození mající závažný chronický charakter (18).

Léčebná rehabilitace se tedy propojuje či prolíná s vlastním léčením, v důsledku čehož mezi nimi nelze stanovit přesné hranice, protože v rámci léčené rehabilitace nacházíme celou řadu aktivit, které mají zjevně interdisciplinární charakter. Jedná se o velmi obsáhlou kapitolu, která je především doménou medicíny, resp. Zdravotnictví. Proto nás nepřekvapuje, že se

v léčebné rehabilitaci můžeme setkat také s prvky psychoterapie (psychorehabilitace), arteterapie, muzikoterapie (6).

#### 1.2.1.1 Fyzikální terapie

Využívá fyzikálních stimulů prostředků k prevenci, diagnostice a terapii. Cílem je dosáhnout co nejlepšího stavu nemocného. Jako fyzikální podněty využívá přírodní i umělé zdroje, energie mechanické, tepelné, chemické, elektrické, světelné, akustické a jejich kombinací, dále terapii pohybovou, včetně reflexních. Metodami fyzikální terapie jsou například různé druhy masáže (klasická, reflexní, ale také např. podvodní), elektroléčba (nízkofrekvenčními, středně frekvenčními a vysokofrekvenčními proudy, tedy dyoterapie) (2,4).

Dalšími metodami je léčba ultrazvukem, magnetoterapie a léčba světlem (infrachervené a ultrafialové záření).

Specifickou kapitolou je laserové záření (např. stimulace akupunkturálních bodů v rámci léčby DMO), léčba teplem (termoterapie), vodoléčba (rehabilitační bazén - hydrokinezioterapie, perličková lázeň, vířivá lázeň), balneoterapii (léčbu přírodními léčivými prostředky) (3,8).

#### 1.2.1.2 Léčebná tělesná výchova (LTV)

Léčebná tělesná výchova je hlavní metodou fyzioterapie, která je zaměřena na pohybové ústrojí. Je velmi efektivní a představuje patrně nejúčinnější metodu léčebné rehabilitace. Její základní formou je tělesné cvičení. Realizováno je jak individuálně, tak skupinově. Jde především o terapii posturálních schopností (4,20).

Dle Gútha se v podstatě jedná o dva strategické léčebné přístupy. Jde o léčebné gymnastické prvky a reflexní motoriku. Je vhodné upozornit především na reflexní motoriku. V jejím rámci se využívá reflexů, které vyvolávají stah ochrnutých svalů nebo tento stah podporují, tedy facilitují. V praxi se však vedle facilitace užívá též inhibice, což je útlum svalů, které jsou ve zvýšeném napětí (15,16).

Velmi efektivní v rámci léčebné tělesné výchovy je Vojtova metoda reflexní lokomoce. Jejím základem jsou dva pohybové prvky reflexní plazení a reflexní otáčení (6).

Pozoruhodná je též metodika manželů Bobathových, kteří kladou důraz na charakteristické prvky (pojmy) své metody. Patří mezi ně technika držení a zacházení s dítětem, reflexní útlum a postižení způsobená v důsledku cévní mozkové příhody (19,21).

### 1.2.1.3 Ergoterapie

Ergoterapie je léčba smysluplnou činností a představuje jeden z prostředků léčebné rehabilitace. Jedná se o léčbu prací určenou osobám s nejrůznějšími formami zdravotního postižení. Vytváří se individuální léčebný program pro každého nemocného, který zároveň respektuje jeho zdravotní stav, typ a stupeň postižení (10).

V ergoterapii se rozlišují čtyři hlavní oblasti. 1. oblast - kondiční ergoterapii – usiluje především o psychickou rovnováhu nemocného. 2. oblast - ergoterapii cílenou na postiženou oblast – vykonávaná práce má obsahovat pohyby, které jsou přesné, cílené a dávkované. 3. oblast - ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění nemocného, neboť práce bývá pro člověka s postižením často smyslem jeho života a umožňuje mu komunikaci s okolím. 4. oblast - ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti – jedná se o zvládnutí běžných činností každodenního života (23).

Významnou součástí ergoterapie, a tím i léčebných prostředků rehabilitace, je hodnocení a přizpůsobování technických pomůcek, jejich indikace a nácvik jejich používání, především při nácviku soběstačnosti. Také je zde zahrnuto přizpůsobování životnímu prostředí. Značný rozvoj v této činnosti u nás zaznamenal vznik rehabilitačních center, kde pracují týmy odborníků.

Z výše uvedeného je zřejmé, že v oblasti ergoterapie zaujímá stále významnější úlohu ergodiagnostika. Jde jak o posouzení následků onemocnění či úrazu, tak i schopnosti pro eventuální zaměstnání, respektive o sociální začlenění jedince s postižením (10,12).

### 1.2.1.4 Další specifické terapie

*Aminoterapie* - terapie založená na principu léčby pomocí zvířete. Terapie s používá k léčbě nejrůznějších typů onemocnění. Zvířata ovlivňují psychický i fyzický život jedince již svou přítomností. Nejčastějším používaným zvířetem je pes, jedná se tedy o canisterapii - léčba pomocí kontaktu s ním. Tato metoda se používá pro zlepšení psychické pohody, komunikačních dovedností, pohybové schopnosti a citového strádání. Tato terapie je velmi dobře dostupná pro každého klienta, ale u hipoterapie je to již těžší. Jde o komplexní rehabilitační metodu, která vychází z neurofyziologických základů, při němž se využívá koní. Využívají se prvky nespecifické – vliv tepla zvířete, podpurné a obranné reakce, labyrintové reflexy, aj. a specifické – jež jsou podmíněny působením koně a jeho kroku. Dělí se na hipoterapii, léčebně pedagogickou, sportovní a rekreační jízdu (25).

*Arteterapie*- je léčba pomocí výtvarných prostředků, jsou to kresby, malby, výtvarná práce s jinými materiály zejména s keramickou hmotou, dále materiál dřevo, kámen, kov. Psychologický význam této metody je emoční ladění, estetické vnímání, sebereflexe, aj.(5)

*Muzikoterapie*- je léčba pomocí hudby a zpěvu. Jako mnohé hraniční disciplíny zaznamenává v poslední době pozoruhodný rozmach. Stala se součástí léčebného procesu v medicínských oborech. Pracuje s verbálními a neverbálními prostředky a využívá rytmu, nejrůznějších zvuků a tónů a pracuje se zpěvem. Muzikoterapie posiluje důvěru ve vlastní sílu, s ohledem na překonání deprese dokáže klienty vést ke ztrátě pocitu osamělosti. Upevňuje pocity vlastní hodnoty a seberealizace, učí čelit nepodařeným výkonům, akceptovat vlastní tělo, cvičit a v neposlední řadě také číst. Stává se významným prostředkem pro zlepšení komunikace, vyjadřování vnitřních pocitů a k uvolnění klientových emocí, způsobené hospitalizací na odděleních nemocnice (28).

*Psychoterapie*- léčba využívá psychologické prostředky, je vnímána jako léčebný prostředek rehabilitace a tím se jedná o psychorehabilitaci, a nebo jí můžeme vnímat jako svébytnou aplikovanou psychologickou disciplínu, která v sobě zahrnuje nejrůznější tvůrčí činnosti (5).

V neposlední řadě je léčebným prostředkem rehabilitace volena léčba pomocí chirurgických zákroků, v případě léčby onemocnění pohybového aparátu. Velký význam mají nejrůznější technické, respektive kompenzační pomůcky, a to jak pro lokomoci (vozíky, kárky, chodítka, ortézy), tak pro manipulaci (nejrůznější podavače, upravené příbory a další pomůcky) a úprava životosprávy (24).



## 1.3 Rehabilitační ošetřování

### 1.3.1 Role sestry

Sestra v systému zdravotnické péče zastává významnou a nezastupitelnou roli ve všech oblastech, které každý klient vyžaduje při hospitalizaci v nemocnici. Sestra během klientovy hospitalizace zastává roli všeobecné sestry. O klienta pečuje po celou dobu jeho hospitalizace. Její ošetrovatelská péče zahrnuje všechny každodenní úkony v rámci hygieny a péče o celé tělo, stravování, vyprazdňování, oblékání a jiné úkony souvisejícími s potřebami klienta. Z odborného hlediska se péče sestry skládá z podávání medikamentózních přípravků a přípravků sloužících k léčbě a proti bolesti daného onemocnění. Sestra je podává vždy dle ordinace lékaře.

Další roli, kterou sestra zastává je psychická podpora a pomoc. Snaží se klientovi zabezpečit klidné a útulné prostředí v rámci hospitalizace. Sestra se snaží klientovi být oporou a navodit u něho pocit jistoty a případného bezpečí. U většiny hospitalizovaných se po určité době projeví psychická úzkost a labilita. Od sestry se očekává psychická pomoc a podpora v tíživé situaci každého klienta. Velmi důležitá je komunikace s klientem, která slouží právě k uvolnění emocí a působí na klienta blahodárným způsobem.

V neposlední řadě je role sestry v rehabilitaci, která je důležitá pro částečné či úplné uzdravení a vede k navrácení do plnohodnotného života klientů. Sestra vykonává rehabilitační ošetřování u všech klientů v rámci snížení rizik celkových pooperačních komplikací a zároveň předchází různým typům přidružených onemocnění, kterými je každý hospitalizovaný klient ohrožen. U každého klienta je prováděno rehabilitační ošetřování individuálně a úkony jsou prováděny dle jeho zdravotního stavu. Každá sestra je dle standardů nemocnice rehabilitačního ošetřování seznámena a řádně proškolená v oblastech významu, obsahu a správného provádění rehabilitačního ošetřování u klientů.

V neposlední řadě je v roli sestry obsažena sociální sféra. V rámci jejích kompetencí pomáhá ve spolupráci se sociální sestrou, klientovi dosáhnout optimálního řešení následného propuštění z nemocnice například do jiného zařízení, dále vyřizuje písemnosti, peněžní záležitosti a jiné další věci, které se týkají dané problematiky. Tato role je důležitá pro pomoc hledání neoptimálnějšího řešení problému další existence klienta po odchodu z nemocničního zařízení.

Role sestry na rehabilitačním oddělení je zaměřena především na stránku zdravotní péče, která spočívá v podávání léku, ošetrovatelské péče, stanovení ošetrovatelských diagnóz a zároveň vytyčení cíle v komplexu ošetrovatelské péče, zabezpečení hygienických potřeb,

stravy, oblékání a jiné úkony spojené s potřebami každého pacienta. Role sestry na rehabilitačním oddělení v rámci rehabilitačního ošetřování spočívá v saturaci potřeb, sloužící k zajištění soběstačnosti a sebeobsluhy klientů tohoto oddělení a dále vykonávání aktivní rehabilitaci na lůžku i mimo něj, jako nácvik základních pohybových dovedností, například chůze. U imobilních pacientů sestra vykonává pasivní rehabilitaci cvičením pro zlepšení hybnosti kloubů a svalového tonu a polohování v rámci antidekubitární péče. Dechovou rehabilitaci sestra vykonává pro zlepšení vitální kapacity plic z důvodu dlouhodobého upoutání na lůžku a kondiční cvičení pro zvýšení svalového tonu u klientů dle jejich zdravotního stavu. Významnou roli v provádění rehabilitačního ošetřování je týmová spolupráce s fyzioterapeuty a ergoterapeuty pro zkvalitnění rehabilitační péče.

Porovnáním rolí sestry na standardním chirurgickém oddělení a na rehabilitačním oddělení zjišťujeme, že ošetrovatelská péče je ekvivalentní. Odlišnosti nacházíme v rámci rehabilitačního ošetřování a to z důvodu dlouhodobých pobytů klientů ve stabilním zdravotním stavu, sníženou náročností oddělení a menší časové náročnosti. Na chirurgickém oddělení sestra provádí u stabilizovaných i nestabilizovaných pacientů v prvotní fázi dechovou rehabilitaci a nácvik základních pohybových dovedností hned první den po operaci. U dlouhodobě ležících pacientů sestra vykonává polohování v rámci antidekubitární péče. Pasivní pohyby u imobilních klientů a kondiční cvičení v rámci zlepšení svalového tonu provádí fyzioterapeuti, kteří docházejí na chirurgické oddělení. Rehabilitační péče je prováděna individuálně nebo skupinově dle zdravotního stavu klienta.

### **1.3.2 Ošetrovatelství**

V roce 1988 se konala ve Vídni I. Evropská konference WHO s hlavním zaměřením na ošetrovatelství. Zabývala se stavem zdravotnictví v Evropě, postavení zdravotních sester ve společnosti a jejich vzděláváním, byl také zaznamenán vývoj ošetrovatelství v evropských regionech a v neposlední řadě byla zdůrazněna důležitost prevence.

Ošetrovatelství je obor v systému zdravotní péče, má svojí teorii, praxi a výzkum.

V minulosti se ošetrovatelství orientovalo jen na choroby. Dnes se stále více uznávají potřeby lidí na všeobecnou péči v době nemoci a na samostatnou úlohu sestry v této oblasti. Jejím posláním v ošetrovatelství je poskytnout péči lidem v nemoci i ve zdraví, dále jednotlivcům, rodinám, skupinám. V neposlední řadě zahrnuje ošetrovatelství péči v době rekonvalescence.

V moderním ošetrovatelství se uplatňuje holistická filozofie- sestra dnes přistupuje k pacientům nejen jako k fyzickým, ale i emociálním společenským bytostem. Cílem péče není jen určitý zdravotní problém, ale problém celé osoby jako celku. Rozšířený záběr péče vyžaduje od sester integraci zručností a kompetencí. V rámci ošetrovatelství sestra vždy přistupuje ke každému klientovi jako k jedinečné lidské bytosti, která má svou důstojnost, lidskou hodnotu a lidská práva. Při ošetrování se nesmí ohlížet na jeho rasu, náboženství, pohlaví, kulturu a ekonomické postavení. Dle svých možností se snaží dosahovat nebo udržovat optimální zdraví klienta a vést k jeho částečnému či úplnému uzdravení. Vykonává zákroky a léčebné úkony pro ulehčení klientova období nemoci a následně hodnotí účinnost poskytnuté péče dle předem stanoveného ošetrovatelského procesu. Dle subjektivního a objektivního stavu klienta si vytyčuje cíle ošetrovatelské péče a plánuje si ošetrovatelskou péči pro zkvalitnění ošetrovatelské péče. Za kvalitu poskytované péče odpovídá sama dle svých dosažených znalostí a vědomostí a neustálého vzdělávání.

V ošetrovatelské praxi je nesmírně důležitá týmová spolupráce. V oblasti péče o těžce zdravotně postižené a geriatrické pacienty, kteří jsou ohroženi negativními důsledky imobilizace, je naprosto nezbytná spolupráce zdravotních sester a rehabilitačních pracovníků (fyzio-ergoterapeutek). Při ošetrování těchto klientů sestry uplatňují řadu rehabilitačních prostředků jako preventivních opatření proti vzniku kardiovaskulárních, tromboembolických, dechových a svalových komplikací, které mohou vést ke vzniku sekundárních změn na celém organismu. Ke zlepšení a zkvalitnění ošetrovatelské péče o klienty mají sestry v nemocnicích ošetrovatelské standardy, se kterými jsou seznámeny a v nich i řádně proškoleny (13,14,17).

### **1.3.3 Rehabilitační ošetrování a jeho uplatnění v praxi**

Rehabilitační ošetrování je součástí komplexní ošetrovatelské péče, je to tedy činnost, způsob práce.

Rehabilitační ošetrování se dostalo do výuky zdravotních sester a na některá pracoviště zároveň do pracovní náplně již před mnoha lety. Je však málo pracovišť, kde je důsledně uplatňováno. Reálných příčin a důvodů je mnoho, ale především je to nedostatečné uplatňování teoretických znalostí, nedostatek dovedností, nedostatečné technické, materiální a personální vybavení, špatná organizace práce nedostačující podmínky k vykonávání péče a

v neposlední řadě nedostatečná kontrola vedoucích pracovníků. Předpokladem k vymizení příčin a důvodů je ve zvýšení zdělaní sester a přizpůsobení podmínek a vybavení k vykonávání rehabilitačního ošetřování.

Rehabilitační ošetřování je způsob aktivního ošetřování, kdy zdravotní sestra všemi dostupnými prostředky zamezuje vzniku komplikací a sekundárních změn. Charakteristickým rysem rehabilitačního ošetřování je každodenní a produktivní spolupráce sestry s rehabilitačními pracovníci (ergoterapeutkou, fyzioterapeutkou) a účelná dělba práce. Sestra nemůže nahrazovat práci rehabilitační pracovníce, ale může v běžné praxi vykonat pro pacienta s omezením pohybové aktivity velmi mnoho. Rehabilitační ošetřování se uplatňuje na všech pracovištích, kde jsou léčeni klienti s těžkým zdravotním postižením a následnými poruchami hybnosti (7,26).

### **1.3.4 Rehabilitační intervence v sesterské praxi**

Prevence komplikací a sekundárních změn

- Polohování a změny poloh
- Vertikalizace, aktivace fyzická i psychická
- Pasivní pohyby a dechová rehabilitace
- Dietoterapie a pitný režim
- Aktivní cvičení zdravých částí
- Péče o kůži, osobní hygiena a vyprazdňování

#### **1.3.3.1 Polohování**

Jde o uložení pacienta, změny poloh v určitých časových intervalech, uložení končetin a nápravu vznikajících nebo již vzniklých změn. Změn poloh znamená střídání lehu na zádech, na bokách, na břiše a v mezipolohách. Od 6 hodin ráno se mění poloha po dvou hodinách, od 24 hodin se poloha mění po třech hodinách. Preventivní polohování provádějí sestry jako opatření proti riziku vzniku dekubitů (viz příloha č.3 a 5). Poloha na břiše se vynechává u pacientů s respiračními potížemi nebo u dalších onemocnění, které tuto polohu nedovolují. Protiboletivé polohování zaujímá pacient ke zmírnění bolesti, tuto polohu si pacient vyhledává sám, sestra může klientovi polohu zpříjemnit podložením. Při výkonu mohou používat antidekubitární pomůcky (viz příloha č.6) a zároveň pečovat o kůži klienta.

Ke zlepšení polohování může sestra použít pískové vaky, dlahy nebo fixační pásy, polštáře, molitanové pomůcky různých tvarů (klín, čtverec, obdélník), nafukovací pomůcky (dlahy, válečky, kola), antidekubitární lůžko ( viz příloha č.4) a jiné (14,25).

#### 1.3.3.2 Pasivní cvičení

Pasivní pohyby jsou prováděné druhou osobou (fyzio-ergoterapeut, sestra, pečovatel) nebo přístrojem. Jejich hlavní význam tkví v udržení fyziologické délky svalů, hybnosti kloubů a navíc podporují i propriocepci. Mají být prováděny v plném rozsahu fyziologického pohybu, do mírné bolesti nebo pocitu tlaku.

V leže na zádech sestra provádí u klienta na jeho dolních končetinách například trojflexe, abdukce v kyčelním kloubu, flexe v kyčli, extenze kolenního kloubu. U horních končetin se provádějí zevní a vnitřní rotace a abdukce ramenního kloubu, flexe a extenze ramenního kloubu. Supinace a pronace předloktí, zakroužení zápěstím, ohnutí prstů, palce do zápěstí a jiné.

V leže na břiše se provádějí u dolních končetin extenze v kyčelním kloubu, flexe a extenze kolenního kloubu protažení. U horních končetin extenze v ramenním kloubu, zevní a vnitřní rotace v rameni. Toto celé cvičení se provádí z důvodu zamezení vznikání ztuhnutí kloubů a svalů z důvodu upoutání na lůžko nebo po dlouhodobé fixaci končetin v dané poloze.

Ve výběru cviků musíme zhodnotit, zda klient může chodit nebo se může jen posadit. Pokud je klient upoutaný na lůžko jsou možnosti cvičení omezené (13,8).

#### 1.3.3.3 Kondiční cvičení

Je zaměřeno na celkovou aktivitu klienta a na zvýšení tělesné zdatnosti a výkonnosti. Velmi důležité je jako preventivní opatření proti vzniku tromboembolických a kardiovaskulárních komplikací a sekundárních změn a to především atrofii svalstva. Cílem je udržení stávajícího fyzického stavu klienta, pohyblivost kloubů, svalové funkce a tonu, správné funkce vnitřních orgánů a nervosvalové koordinace. Vstupem do celodenního programu je ranní rozcvičení, které má velký význam na fyziologické funkce klienta, ale i na jeho psychický stav. Cviky jsou převážně zaměřené na udržení funkce nepostižených částí těla a dechovou gymnastiku. Tempo a rytmus cvičení určuje věk a celkový stav klienta (8,22). Aktivní cvičení se provádí dle způsobu a energetické náročnosti. Dělí se na aktivní pohyby kyvadlové ( uvolnění pohybu v kloubu), švihové (protážení svalů), tahové (zlepšení svalové síly a koordinace), asistované (dopomoc fyzioterapeuta či sestry) a proti odporu pohybu.

Aktivní pohyb vykonává klient vlastní silou a vůlí, bývá spojená s dopomocí sestry či fyzioterapeutů. Návčik stoje u lůžka, přesun na vozík, návčik chůze okolo lůžka jsou dalšími důležitými rehabilitačními úkony v rámci rehabilitačního ošetřování. Aktivní cvičení tedy znamená cvičení klientů jejich vlastní silou s mírnou dopomocí od sestry či fyzioterapeutů (18,19).

#### 1.3.3.4 Dechová cvičení

Správné dýchání ovlivňuje všechny funkce organismu, od mozkové činnosti a krevního oběhu, až po trávení a svalovou činnost a je velmi úzce spojeno s psychikou jedince. Předpokladem správného dýchání je dýchat nosem. Dechová cvičení mají velký význam v boji proti stresu, kterým je převážná část klientů v nemocnicích postižena. Klidný dech navozuje celkové uvolnění a zklidnění psychického stavu.

Dechové cvičení se rozděluje na dynamické a statické dechové cvičení. Dynamické dechové cvičení jsou cviky končetin a trupu, které jsou doprovázeny koordinovaným dýcháním ve správném rytmu. Při vykonávání dechového cvičení je nutné správné držení těla a správného používání bránice. U statického dechového cvičení se klient učí dýchat do dolní a horní hrudní a břišní dutiny. Efektivní je dýchání proti odporu, například vydechování se syčením.

Nesmíme opomenout, že imobilita (popsána níže) u pacientů vede ke značnému snížení plicní ventilace. Všechny polohy vleže omezují dýchací pohyby části hrudníku, na které pacient leží. Proto má dechové cvičení důležitý preventivní význam u všech imobilních pacientů.

V poslední době se poukazuje na větší význam dechové rehabilitace s nadechováním než vydechování proti odporu. Nejčastěji užívanou pomůckou pro nadechování jsou dechové kuličky (13).

#### 1.3.3.5 Návčik soběstačnosti

Každé závažné onemocnění výrazně ovlivní funkční stav, výkonnost a i jeho kvalitu života. Závislost na pomoci další osoby znamená značné omezení v osobním i společenském životě. Návčik soběstačnosti využívá všech plně či částečně zbylých funkcí i náhradní funkce k umožnění sebeobslužných úkonů běžných denních činností. Využívají se i technické (kompenzační) pomůcky v případě zlepšení k dopomoci provádění určitých úkonů. Stupeň možného dosažení soběstačnosti u klientů závisí na rozsahu a závažnosti postižení, psychickém stavu a v neposlední řadě i na pochopení, vědomostech a dovednostech ošetřujícího personálu. Sestra u každého klienta provádí návčik soběstačnosti individuálně dle stupně onemocnění. Ke každému z klientů sestra přistupuje s trpělivostí, nevykonává úkony

sama za klienta, ale nechává mu dostatek času k jeho provedení. Je zapotřebí každého klienta pochválit za provedený úkon, byť by nebyl proveden zcela přesně. Pro klienta je ohodnocení velmi důležité, poněvadž působí pozitivně na jeho psychickou stránku.

Nácvik soběstačnosti se týká oblastí sebesycení, osobní hygieny, oblékání, komunikačních schopností a mobility. Dále můžeme do této oblasti zahrnout vertikalizaci v nácviku obratnosti pacienta na lůžku za pomoci hrazdičky. Nácvik sedu a chůze s pomocí sestry či fyzioterapeuta. Sestra musí být informována, za jakých podmínek a s jakými kompenzačními pomůckami je klient schopen činnost vykonat. Kompenzační pomůcky jsou využívány k obnovení a usnadnění funkčních schopností, není-li možné jinak a které navrhuje ergoterapeut (16).

#### 1.3.3.6 Prevence syndromu imobility

Imobilita je stav, kdy dochází vlivem nemoci, úrazu k přechodné nebo trvalé ztrátě hybnosti nebo omezení pohybových schopností.

Přechodná imobilita je krátkodobá, bývá například u pooperačních stavů, kdy po vynuceném krátkodobém klidu na lůžku a běžné rehabilitaci nedochází k závažným změnám.

Dlouhodobá imobilita bývá u závažných onemocnění a může být příčinou zdravotních komplikací a sekundárních změn na různých částí těla (17).

Trvalá imobilita je stav, kdy po závažném onemocnění, úrazu dojde k úpadku motorických funkcí různého rozsahu. Stupeň závislosti je dán závažností a rozsahem postižení, věkem, konstitucí pacienta, kvalitou ošetrovatelské a následné rehabilitační péče, dostupností technických pomůcek a psychickým stavem postiženého. Rozdíl mezi dlouhodobou a trvalou mobilitou je takový, že dlouhodobá trvá po určitou dobu a dojde pomocí rehabilitací k částečnému či trvalému uzdravení v rámci mobility. Trvalá imobilita je stav, který již nelze rehabilitací navrátit do uspokojujícího stavu pro klienta.

U imobility se setkáváme s dalším pojmem a to s neschopností – disability. Znamená přetrvávající duševní nebo fyzickou poruchu činnosti, případně slabost, která brání člověku ve vykonávání všech typů aktivit. Rozdělení disability je dvojího typu – primární – je přímým výsledkem nemoci či úrazu a sekundární – bývá následkem poruchy zapříčiněné primární disability. Často používaným synonymem pro sekundární poruchu zapříčiněnou imobilitou je syndrom z inaktivity, vyskytující se na všech orgánech a systému těla následkem snížené aktivity a imobility.

Hlavní příčinou imobility u klientů je silná bolest, porucha kosterního, svalového nebo nervového systému, dále je to generalizovaná bolest, psychosociální problém (deprese) a infekční procesy.

Imobilita nepříznivě ovlivňuje všechny systémy lidského těla a způsobuje komplikace, které ohrožují život. Z primárních změn vzniklé sekundární změny způsobují trvalé následky, které zhoršují funkční stav postiženého jedince, zhoršují stupeň závislosti a tím i kvalitu jeho života (13,14).



## **2 CÍLE A HYPOTÉZY**

### ***2.1 Cíl práce***

Cílem práce bylo zjistit rozdíl znalostí sester na rehabilitačním a chirurgickém oddělení v rámci rehabilitačního ošetřování.

### ***2.2 Hypotézy práce***

1. O roli sestry v rehabilitačním ošetřování mají více znalostí sestry na rehabilitačních odděleních, než na standardních chirurgických odděleních.

## 3 METODIKA

### 3.1 Použitá metodika

Ke zpracování práce jsem použila v rámci kvantitativního výzkumu techniku dotazníku (viz příloha č.1 a 2), který jsem sestavila na základě otázek směřující ke zjištění znalostí sester v oblasti rehabilitačního ošetřování. Dotazník byl anonymní a obsahoval celkem 24 otázek pro sestry z obou uvedených oddělení, které byly totožné, jen v jedné z otázek se lišily.

V první oblasti dotazníku jsou respondentky blíže charakterizovány v identifikačních údajích o věku, vzdělání a délky praxe v oboru všeobecná sestra. Na dostatek informovanosti o rehabilitačním ošetřování, následné rozšiřování znalostí a vědomosti o pojmech týkajících se rehabilitace a rehabilitačního ošetřování odpovídá druhá oblast otázek. Třetí oblast otázek zahrnuje dotazování respondentek v rámci provádění rehabilitačního ošetřování na odděleních ve spolupráci s klientem, které jsou především zaměřeny na sekundární prevenci a na sebepěči klienta. Poslední oblast otázek zahrnuje vybrané možnosti léčby fyzioterapie a vlastní názor sester na rehabilitační ošetřování.

Dotazník byl sestaven z otázek uzavřených a z polootevřených, které nabízely výběr z konkrétních odpovědí a zároveň dávaly možnost doplnění vlastních názorů a připomínek.

### **3.2. Charakteristika zkoumaného vzorku**

Výzkumný soubor tvořily sestry z chirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Oslovila a požádala jsem všech 50 sester, které mi po dobu jednoho týdne měly dotazník vyplnit. Ke zpracování se mi vrátily všechny rozdané a vyplněné dotazníky.

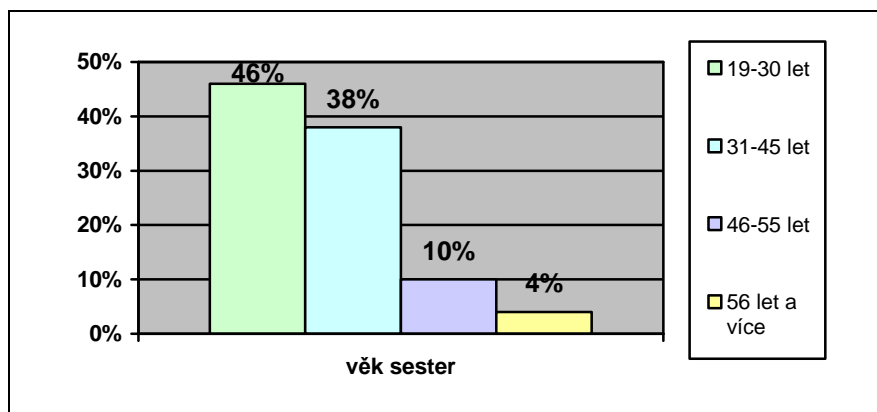
Druhým výzkumným souborem pro práci jsem zvolila sestry z rehabilitačního oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Oslovila a požádala jsem 16 sester o vyplnění mého dotazníku. Po týdnu se mi vrátily ke zpracování všechny vyplněné dotazníky. Část dotazníků byla poslána do Rehabilitačního ústavu Kladruby u Vlašimi z důvodu doplnění počtu chybějících sester. Zde jsem oslovila a požádala 34 sester o vyplnění mého dotazníku. Ke zpracování se mi vrátily všechny rozdané a vyplněné dotazníky.

Celkový počet tvořil 100 dotazníků. Všechny rozeslané dotazníky se mi vrátily řádně vyplněné. Návratnost tvořila 100 %. Výzkumný vzorek tedy tvořilo 100 respondentek.

### 3 VÝSLEDKY

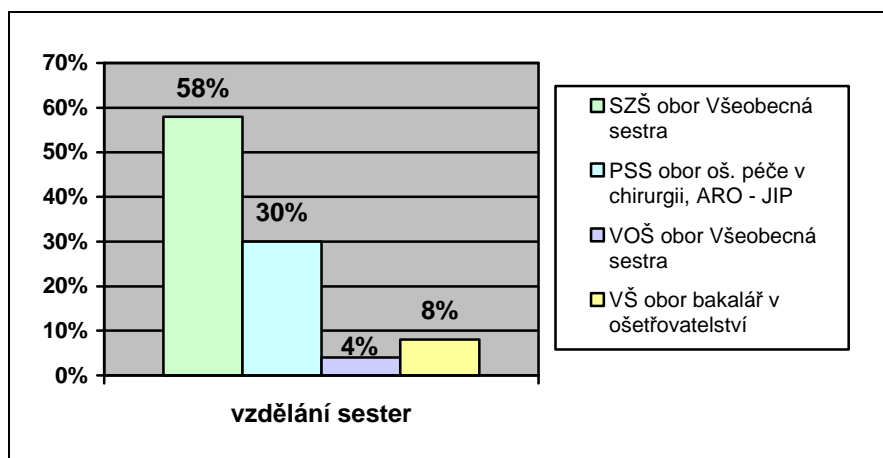
#### 4.1 Výsledky z chirurgického oddělení

Graf 1 Věk sester



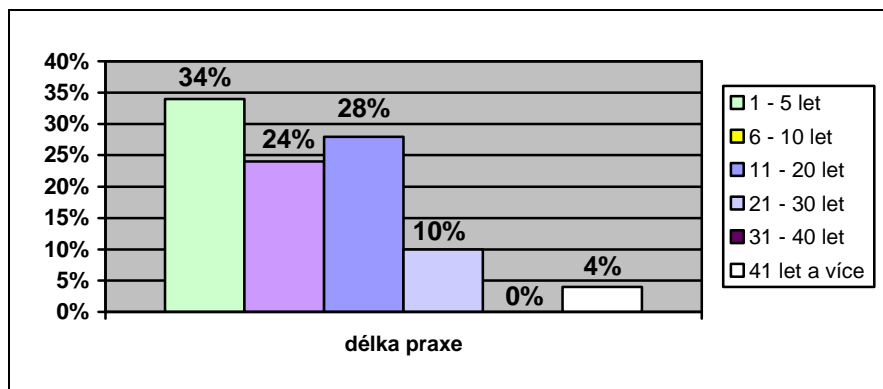
23 respondentek (46%) bylo ve věku 19-30 let, 19 respondentkám (38%) bylo 31- 45 let, 5 respondentkám bylo 46-55 let a 2 respondentkám (4%) bylo 56 let a více.

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání



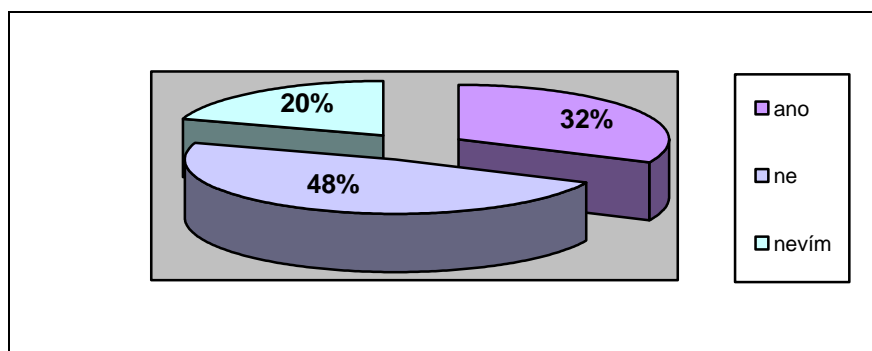
29 respondentek (58%) má SZŠ v oboru Všeobecná sestra, 15 respondentek (30%) dosáhlo PSS v oboru ošetřovatelská péče v chirurgii a ARO JIP. 2 respondentky (4%) mají VŠ v oboru Všeobecná sestra a 4 respondentky (8%) dosáhly VŠ v oboru bakalář v ošetřovatelství.

**Graf 3 Délka praxe**



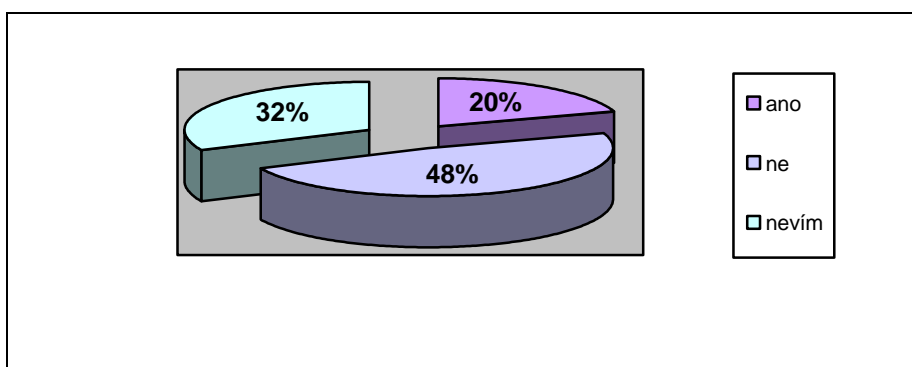
U délky praxe tvořilo nejvyšší počet 17 respondentek (34%) rozmezí 1-5 let praxe, 14 respondentek (28%) mělo 11-20 let praxe, u rozmezí 6-10 let praxe tvořilo 12 respondentek (24%) , 5 respondentek (10%) mělo 21-30 let praxe, pouze 2 respondentky (4%) mělo praxi 41 let a více a praxi v rozmezí 31- 40 let praxe neměla žádná z respondentek (0%).

**Graf 4 Informace o rehabilitačním ošetřování**



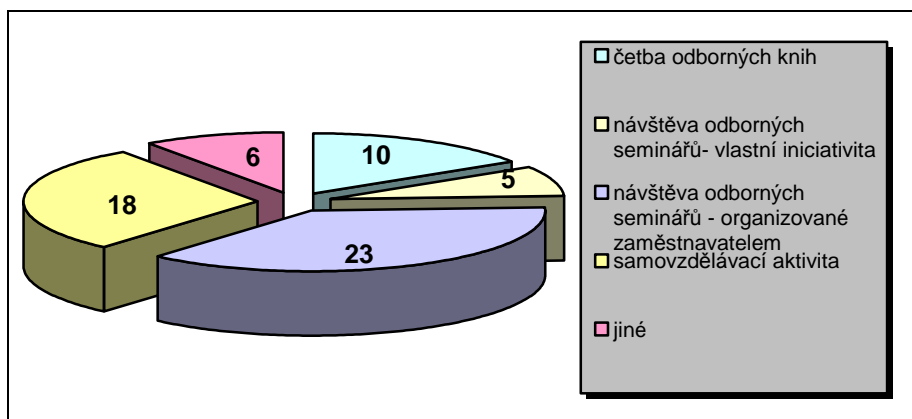
16 respondentek (32%) má dostatek informací, 24 respondentek (48%) nemá dostatek informací a 10 respondentek (20%) neví.

**Graf 5 Znalosti o rehabilitačním ošetřování získané dosaženým vzděláním**



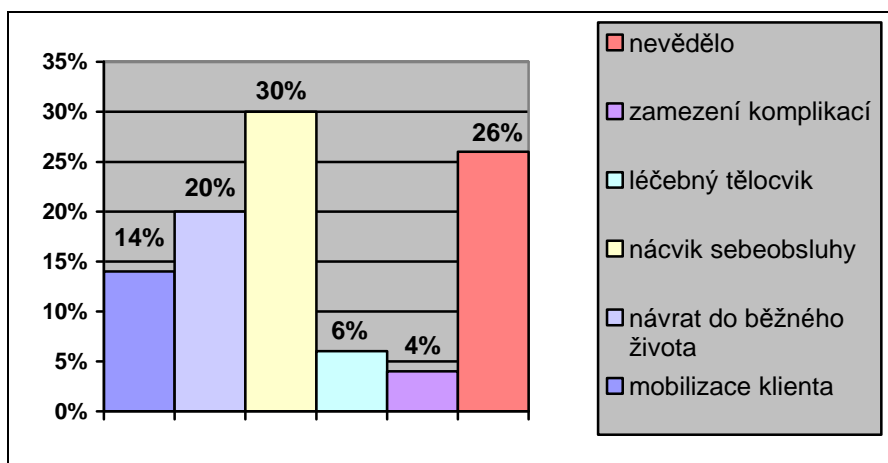
Zda mají dostačující znalosti získané dosaženým vzděláním uvedlo 10 respondentek (20%), 24 respondentek (48%) uvedlo, že nemá dostatek znalostí získané vzděláním a 16 respondentek (32%) nevědělo.

**Graf 6 Rozšíření znalostí**



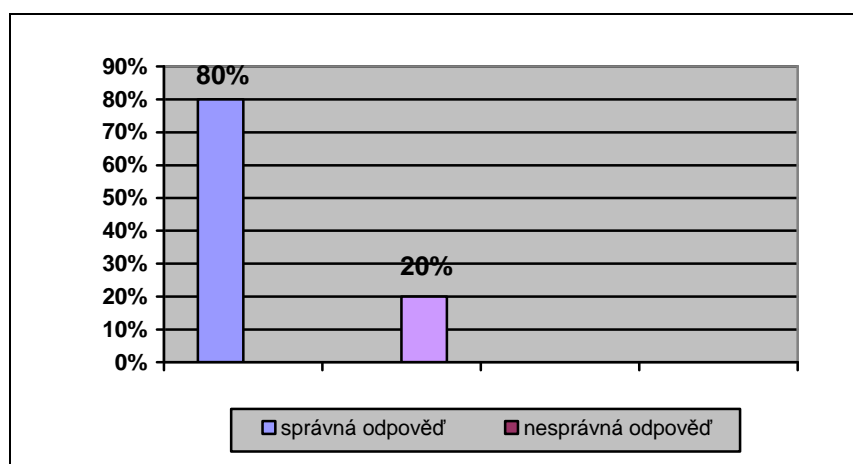
Respondentky měly možnost vybrat z více možností. 10krát respondentky uvádí rozšiřování znalostí četbou odborných knih, 5krát bylo uvedeno návštěva odborných seminářů z vlastní iniciativity, 23krát byla napsána návštěva seminářů organizovaných zaměstnavatelem a 18krát uvádějí samovzdělávací aktivity a 6krát bylo uvedlo „jiné“.

**Graf 7 Pojem rehabilitační ošetřování**



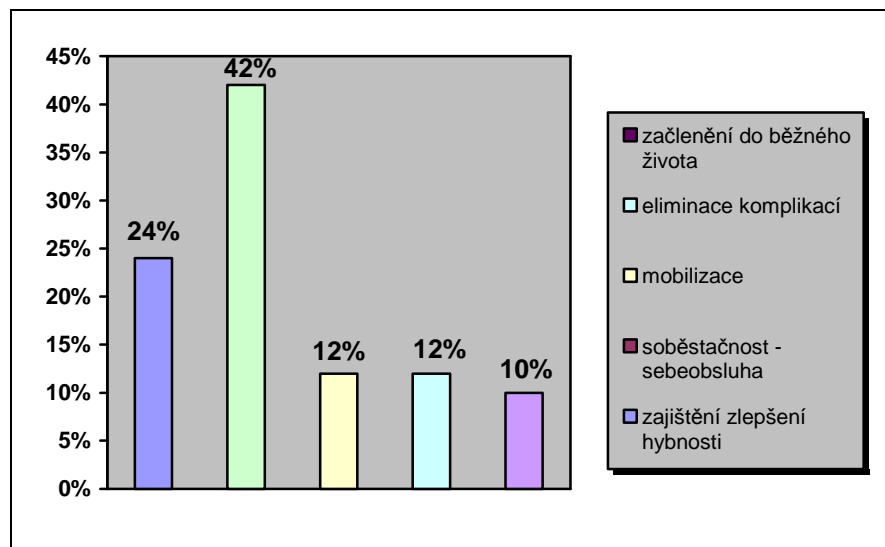
K vysvětlení pojmu řadí 7 respondentek (14%) mobilizaci klienta, 10 (20%) je pojmem návrat do běžného života, pro 15 respondentek (30%) je nácvik sebeobsluhy. K léčebnému tělocviku se řadí 3 respondentky (6%), k zamezení pooperačních komplikací udaly 2 respondentky (4%) a 13 respondentek (26%) nevědělo.

**Graf 8 Pojem LTV**



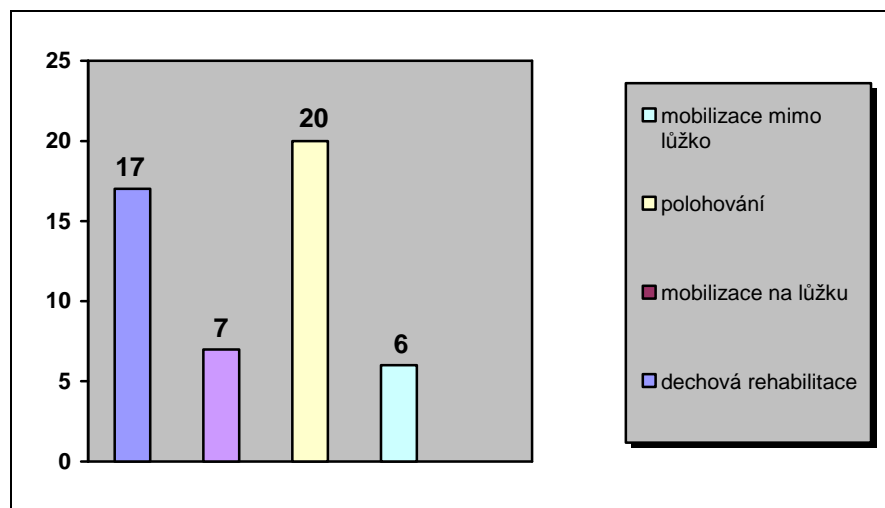
40 respondentek (80%) uvedlo správný termín a 10 respondentek (20%) uvedlo nesprávný termín.

**Graf 9 Hlavní cíl rehabilitačního ošetřování**



Zajištění zlepšení hybnosti pacienta uvedlo 12 respondentek (24%), soběstačnost a sebeobsluhu u klientů uvedlo 21 respondentek (42%), 6 (12%) uvedlo mobilizaci, taktéž 6 respondentek (12%) uvedlo eliminaci pooperačních komplikací a 5 (10%) začlenění do života.

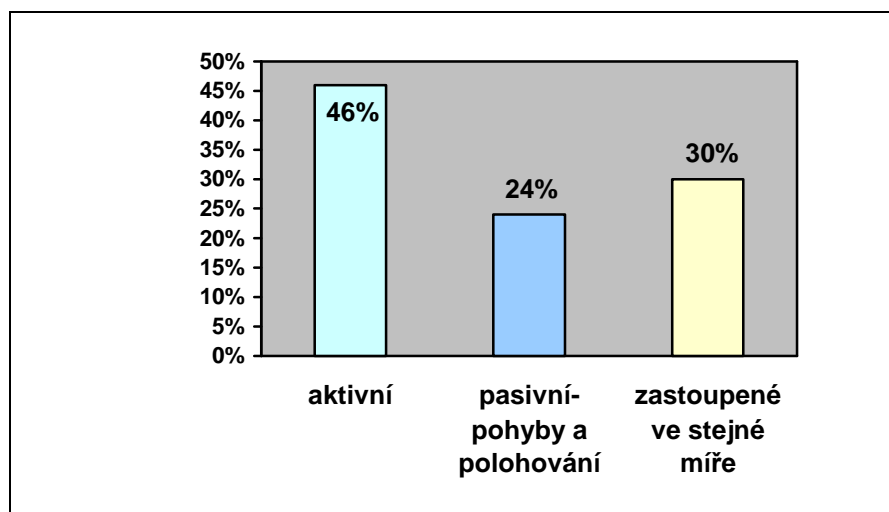
**Graf 10 Použití rehabilitačních ošetřovatelských intervencí na odděleních**



Dechová rehabilitace byla uvedena 17krát respondentkami, 7krát byla uvedena mobilizace na lůžku, 20krát bylo uvedeno polohování a 6krát byla napsána mobilizace mimo lůžko.

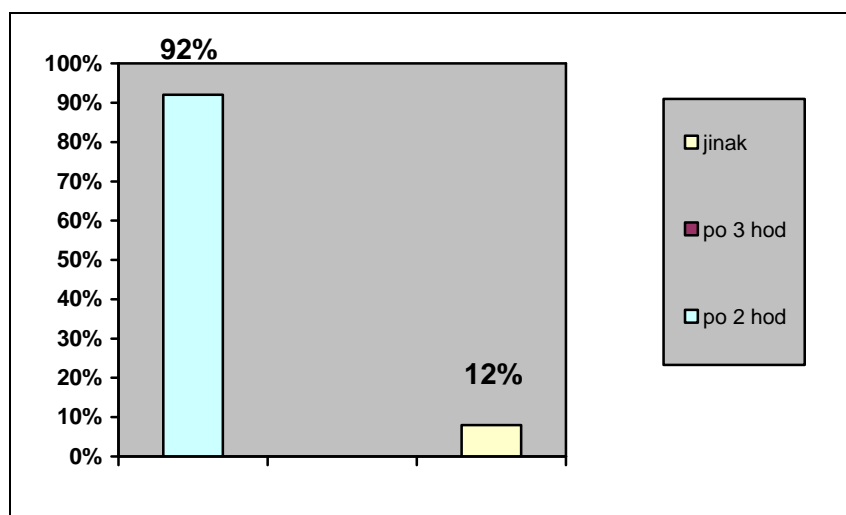


**Graf 11 Cvičení s klientem na oddělení**



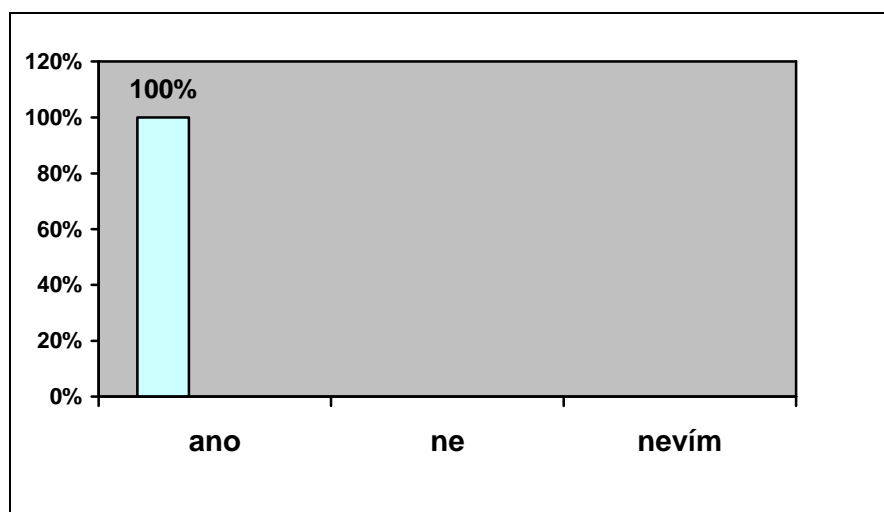
23 respondentek (46%) provádí aktivní cvičení s klientem, pasivní rehabilitaci provádí u klientů 12 respondentek (24%) a 30 (60%) provádí cvičení zastoupené ve stejné míře.

**Graf 12 Polohování klienta**



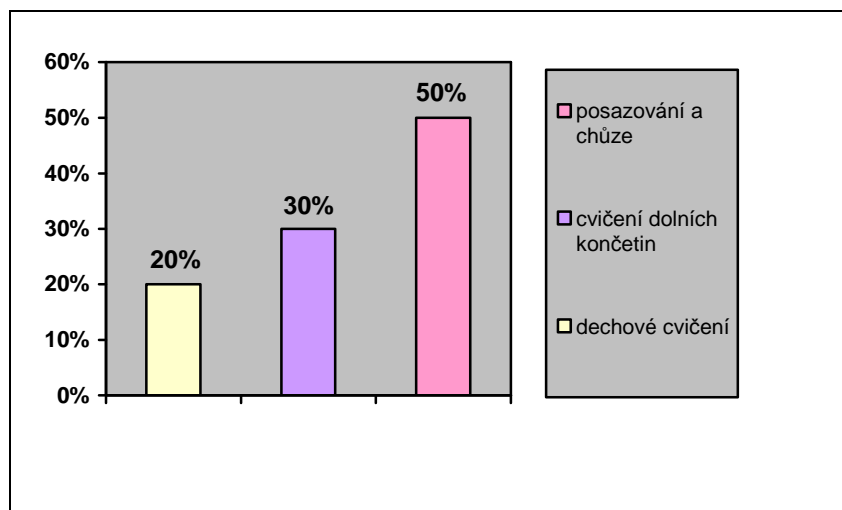
46 respondentek (92%) uvedlo polohování klienta po 2 hodinách, k odpovědi „jinak“ 6 respondentek (12%) připsalo polohování klientů v noci. Polohování po 3 hodinách neuvedla žádná respondentka.

**Graf 13 Spolupráce s fyzioterapeutem při RHB**



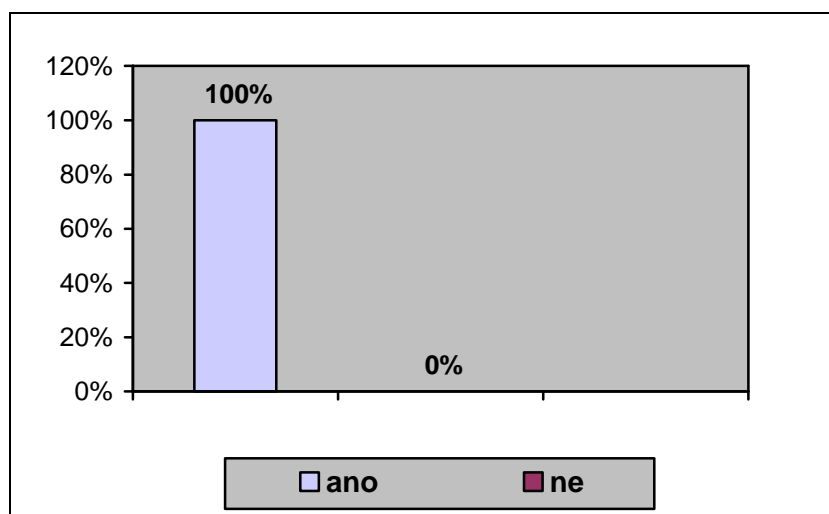
Všech 50 dotazovaných respondentek (100%) odpovědělo kladně na spolupráci s fyzioterapeutem na oddělení při vykonávání rehabilitace.

**Graf 14 Zahájení rehabilitace u klientů po operaci**



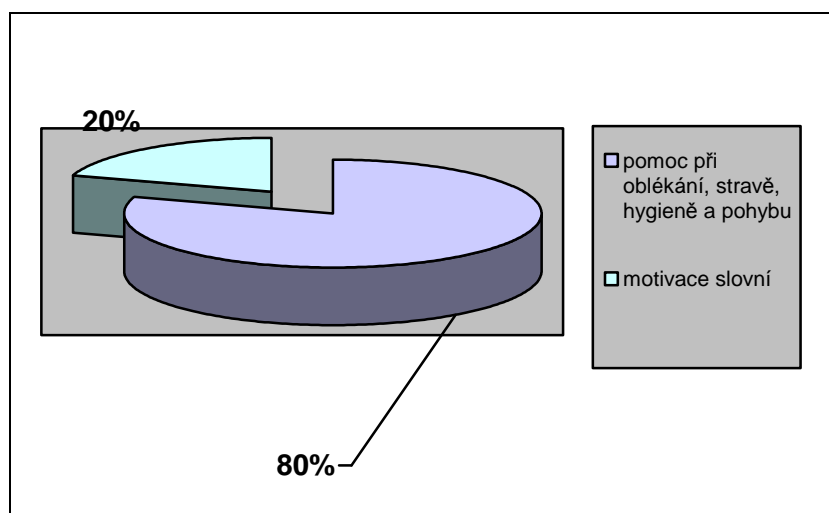
Dechová cvičení zahajuje 10 respondentek (20%) u pacientů po operaci, cvičení dolních končetin uvedlo 15 dotazovaných (30%) a posazování a chůzi uvedlo 25 dotazovaných (50%).

**Graf 15 Návčik sebeobsluhy u klientů**



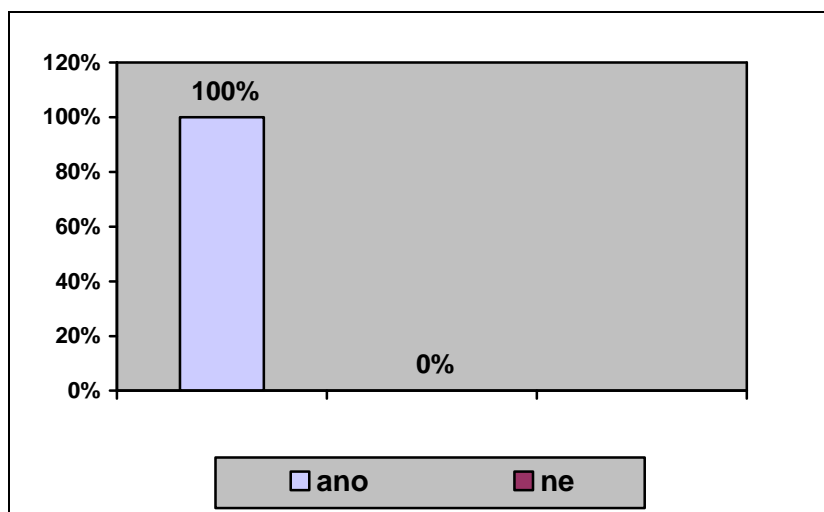
Všech 50 dotazovaných (100%) odpovědělo, že nacvičuje s klientem sebeobsluhu.

**Graf 16 Možnosti návčiku sebeobsluhy**



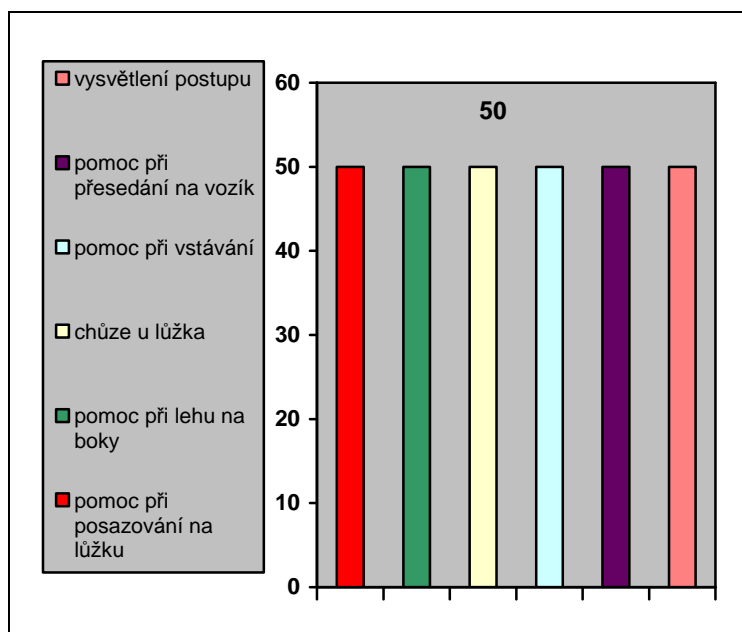
Slovní motivaci u klientů při návčiku sebeobsluhy uvedlo 10 respondentek (20%) a 40 respondentek (80%) uvádí pomoc klientovi při oblékání, stravě, hygieně a pohybu u klienta.

**Graf 17 Návuk základních pohybových dovedností u klienta**



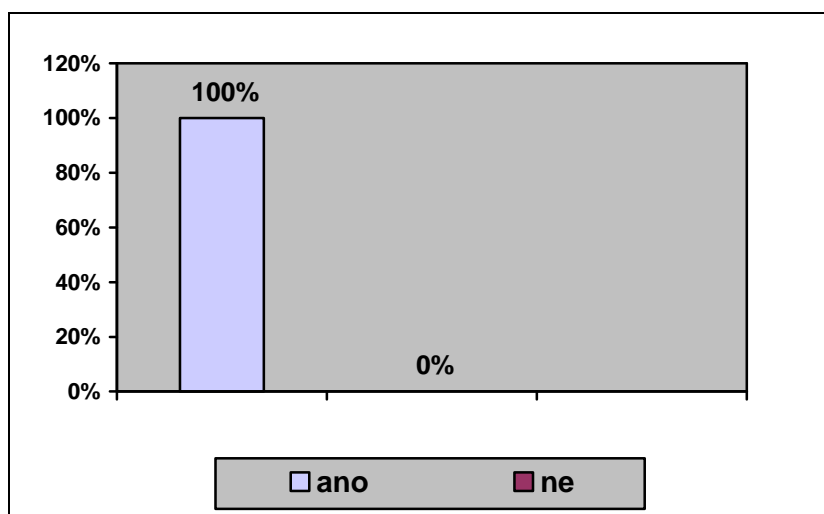
50 respondentek (100%) odpovědělo, že pomáhají klientovi s nácvikem pohybových dovedností.

**Graf 18 Způsob nácviku základních pohybových dovedností**



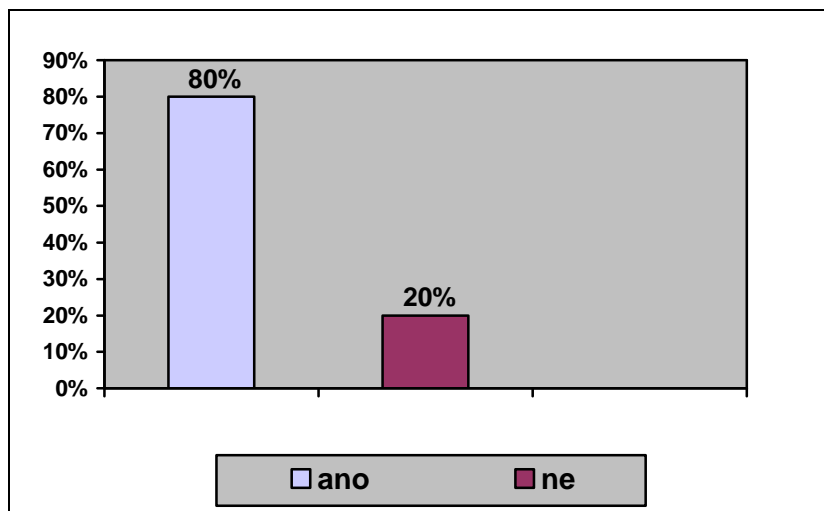
Všech 50 respondentek se shodlo na vysvětlení postupů a následné pomoci při posazování, lehu na boky, chůzi u lůžka, při vstávání z lůžka, při sedu na vozík.

**Graf 19 Dechová rehabilitace**



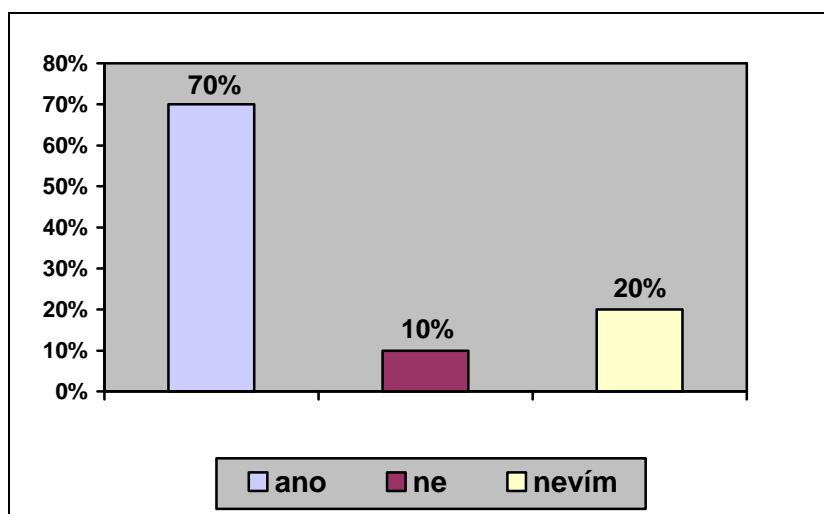
50 respondentek (100%) odpovědělo, že provádí u klienta dechovou rehabilitaci.

**Graf 20 Kondiční cvičení**



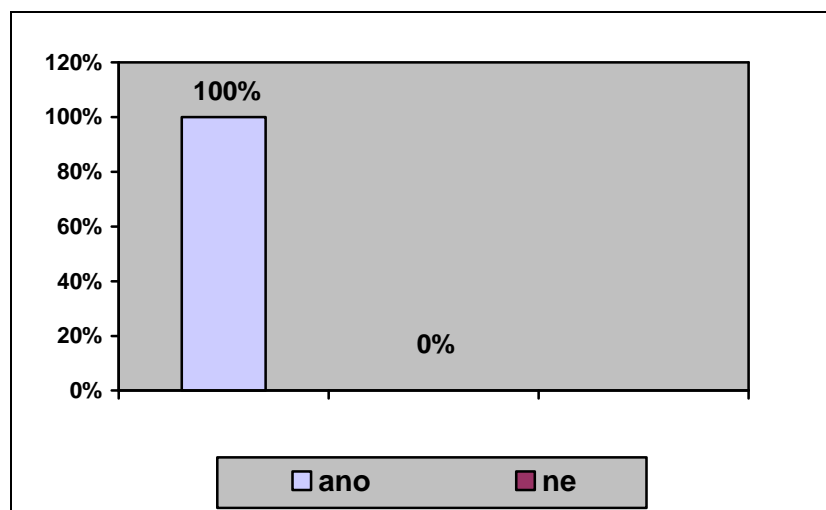
40 respondentek (80%) odpovědělo, že provádí s klientem kondiční cvičení, 10 respondentek (20%) uvedlo odpověď, že neprovádí.

**Graf 21 Využití kondičního cvičení u nechodícího klienta**



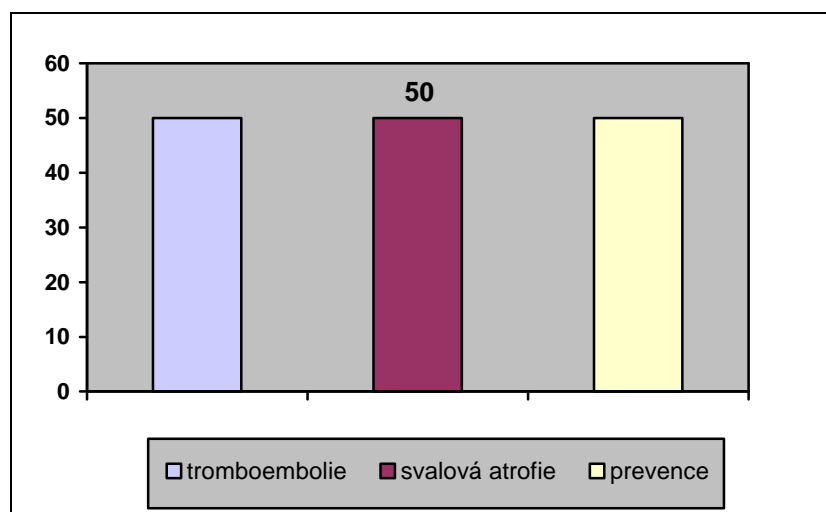
Využívání kondičního cvičení u nechodícího klienta bylo 35 respondentek (70%), k záporné odpovědi bylo napsáno 5 respondentek (10%) a nevědělo 10 (20%) respondentek.

**Graf 22 Náзор na cvičení a bandážování dolních končetin u nechodících klientů**



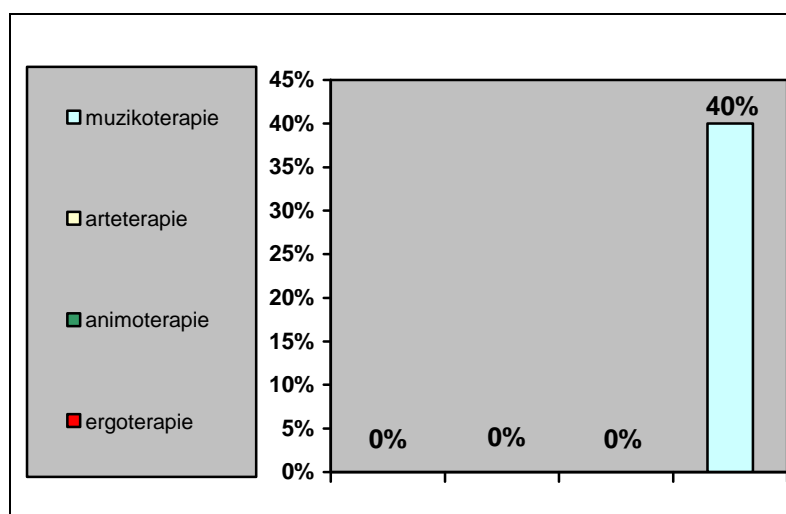
50 respondentek (100%) se domnívá, že je důležité cvičení a bandážování dolních končetin u nechodících klientů.

**Graf 23 Význam cvičení a bandážování dolních končetin**



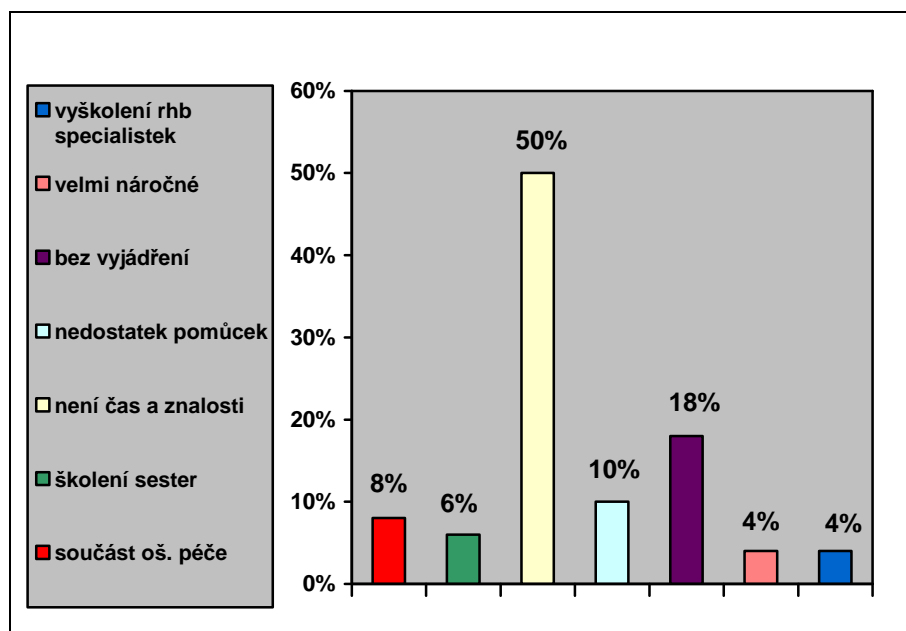
Všech 50 respondentek se shoduje na významu důležitosti cvičení a bandážování dolních končetin u nechodících klientů v prevenci obecně, dále v tromboembolii a svalové atrofii.

**Graf 24 Možnosti použití forem fyzioterapie**



Na otázku odpovědělo pouze 20 respondentek (40%), které uvedly možnost využití muzikoterapie na jejich oddělení.

**Graf 25** Názor sester na rehabilitační ošetřování

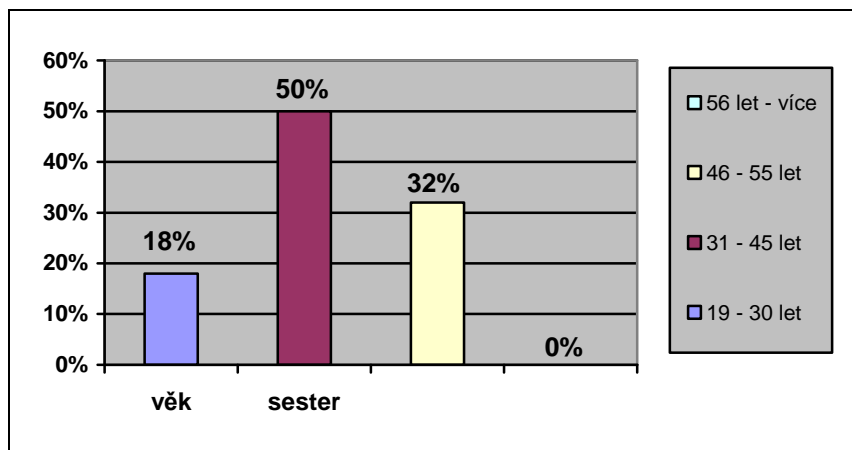


4 respondentky (8%) uvedly názor na rehabilitační ošetřování, že je součástí rehabilitace, 3 respondentky (6%) by chtěly školení pro sestry, 25 respondentek (50%) uvedlo, že není dostatek času a znalostí, 5 (10%) poukazuje na nedostatek pomůcek, 9 (18%) je bez vyjádření k dané otázce. 2 respondentky (4%) uvádějí náročnost péče a 2 (4%) požadovaly vyškolení rehabilitačních specialistek.



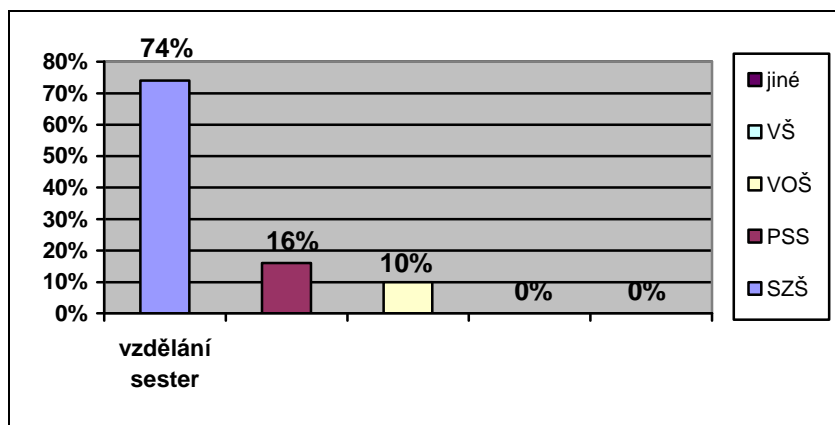
## 4.2 Výsledky z rehabilitačního oddělení

Graf 1 Věk sester



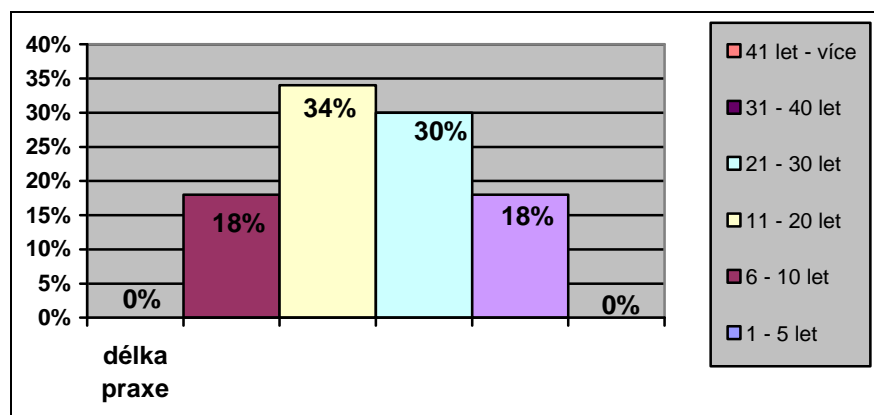
9 respondentek (18%) bylo ve věku od 19-30 let, 25 (50%) tvořilo věkovou hranici 31-45 let, 16 respondentek (32%) měly věk 46-55 let a rozmezí 56 let- více neměla žádná z respondentek (0%).

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání



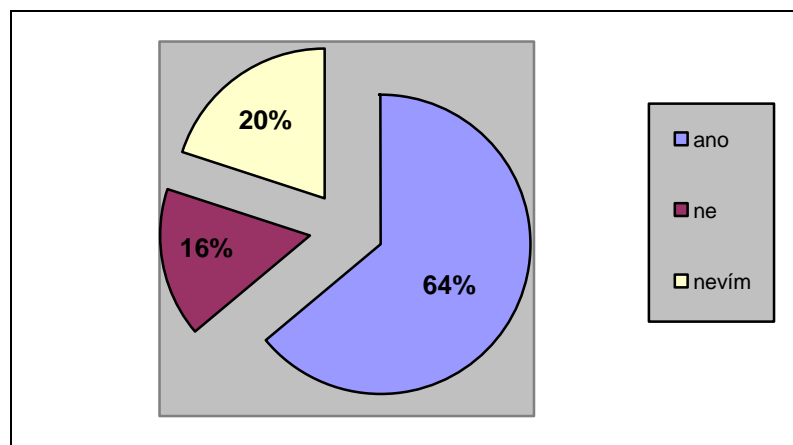
37 respondentek (74%) dosáhlo vzdělání středoškolského v oboru - zdravotní sestra, 8 respondentek (16%) dosáhlo PSS v oboru – ošetrovatelství, 5 (10%) mělo VOŠ v oboru - diplomovaná sestra. VŠ nebyla uvedena u žádné z respondentek (0%), v „jiné“ nebyla taktéž žádná respondentka (0%).

**Graf 3 Délka praxe**



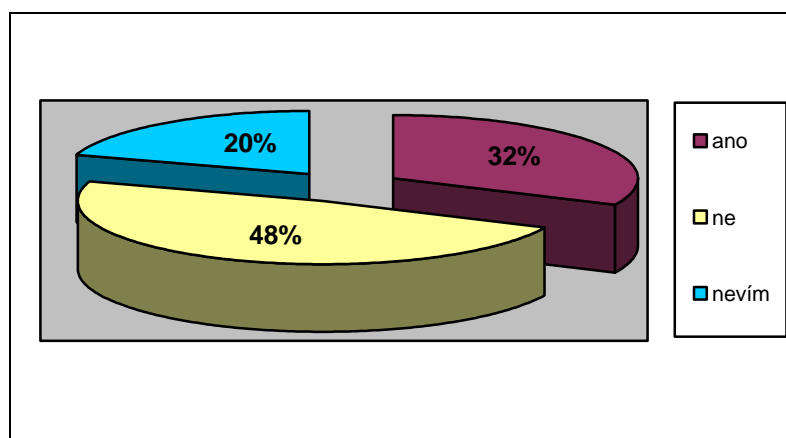
U délky praxe tvořilo nejvyšší počet 17 respondentek (34%) rozmezí 11-20 let praxe, 15 respondentek (30%) mělo 21-30 let praxe, stejný počet 9 respondentů (18%) bylo uvedeno v rozmezí 6-10 let i 31-40 let a žádné respondentky (0%) netvořily rozmezí 1-5 let a také 41 let- více.

**Graf 4 Informace o rehabilitačním ošetřování**



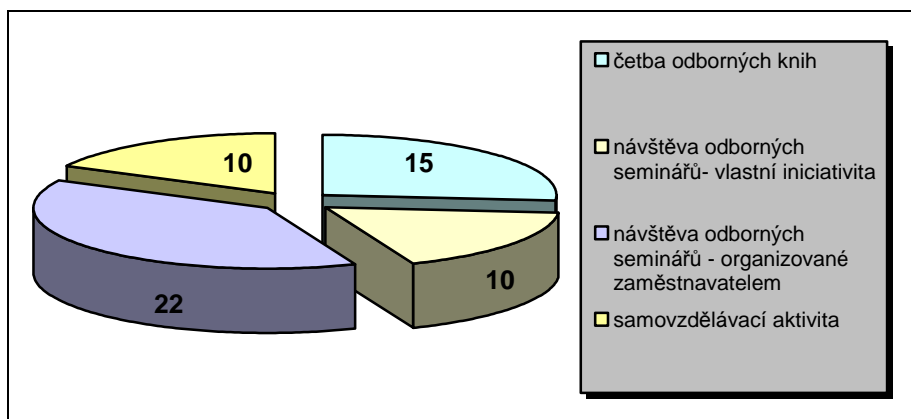
Zda mají respondentky dostatek informací o rehabilitačním ošetřování uvedlo 32 dotazovaných (64%) odpověď kladnou, 8 (16%) uvedly zápornou odpověď a 10 dotazovaných (20%) uvedly odpověď, že neví.

**Graf 5 Znalosti o rehabilitačním ošetřování získané dosaženým vzděláním**



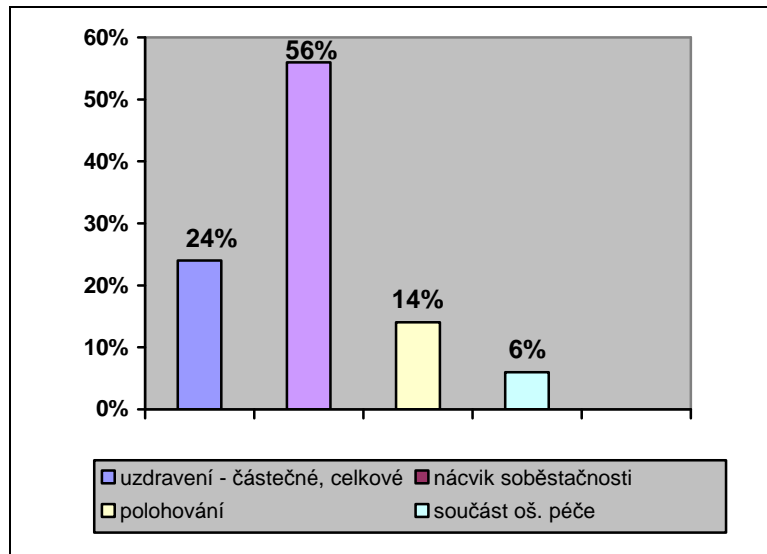
16 respondentkám (32%) postačily informace získané dosaženým vzděláním, 24 (48%) nestačily získané informace a 10 respondentek (20%) uvedlo odpověď „nevím“.

**Graf 6 Rozšíření znalostí**



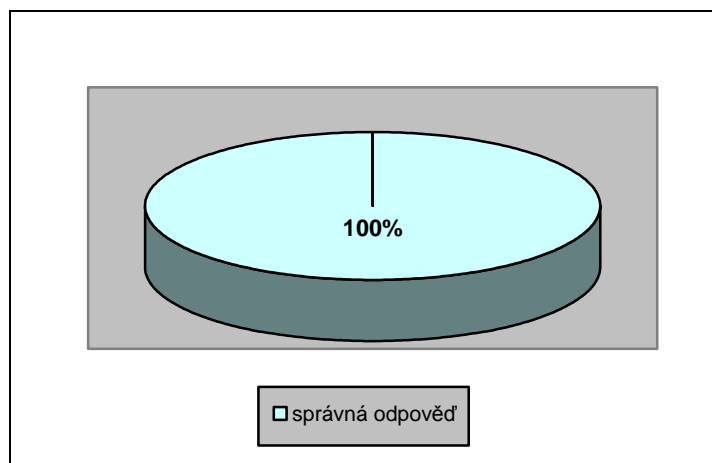
Respondentky měly možnost vybrat z více možností. 15krát respondentky uvádí rozšiřování znalostí četbou odborných knih, 10krát bylo uvedeno návštěva odborných seminářů z vlastní iniciativy, 22krát byla napsána návštěva seminářů organizovaných zaměstnavatelem a 10krát uvádějí samovzdělávací aktivity a 0krát bylo uvedlo „jiné“.

**Graf 7 Pojem rehabilitační ošetřování**



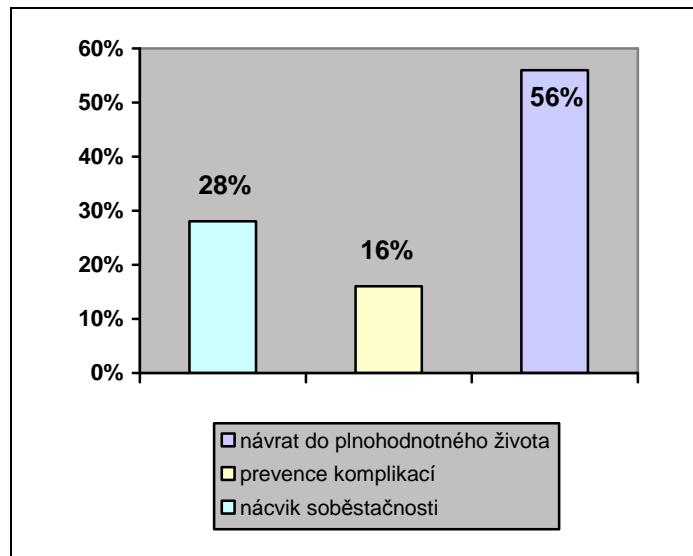
K vysvětlení pojmu rehabilitační ošetřování 12 dotazovaných (24%) připisuje uzdravení částečné či celkové, 28 (56%) uvádí návčik soběstačnosti, 7 dotazovaných (14%) se zmiňují o polohování a 3 (6%) uvádí pojem jako součást ošetřovatelské péče.

**Graf 8 Pojem LTV**



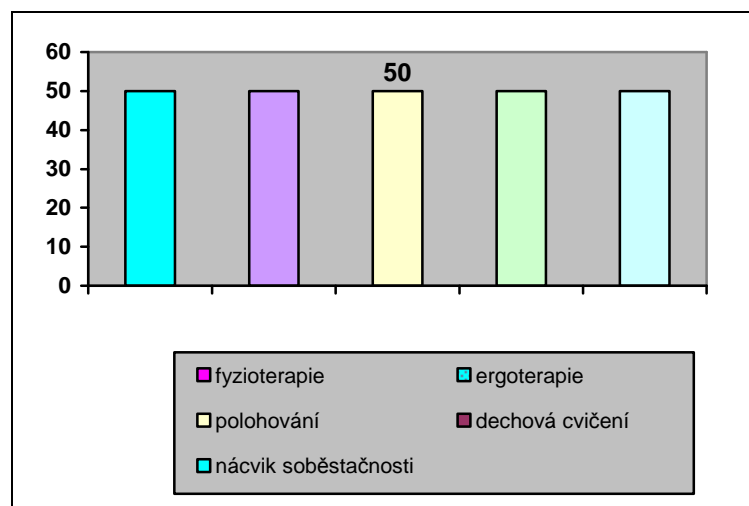
K vysvětlení pojmu LTV uvedlo 50 dotazovaných (100%) správnou odpověď.

**Graf 9 Hlavní cíl rehabilitace**



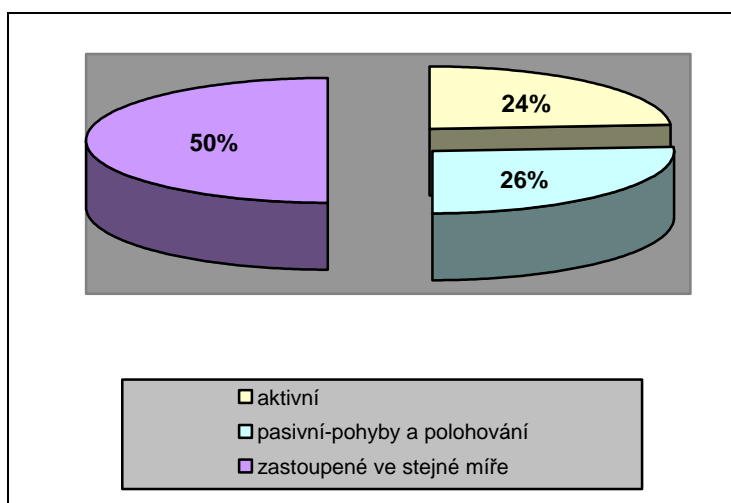
Návrat do plnohodnotného života považuje 28 respondentek (56%) za hlavní cíl rehabilitace, 8 (16%) uvádí prevenci komplikací a 14 (28%) se přiklání k návčiku soběštačnosti.

**Graf 10 Použití léčebných prvků na oddělení**



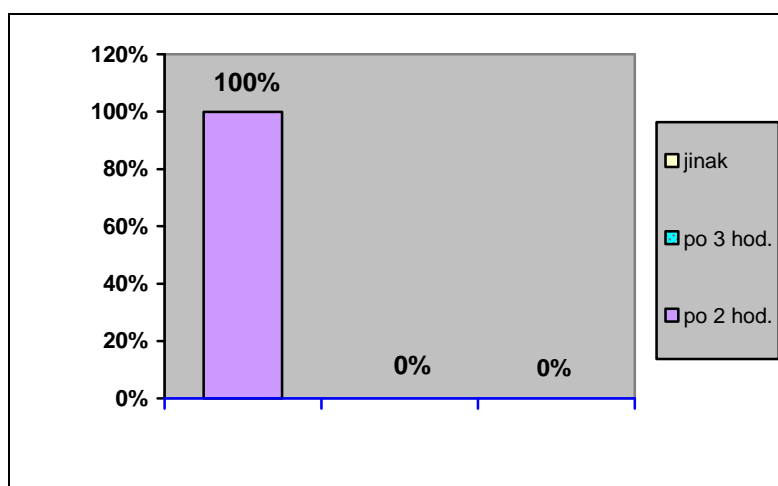
Dotazované respondentky uvádějí ve stejné míře fyzioterapii, ergoterapii, polohování, dechová cvičení a návčik soběštačnosti k používání léčebných prvků rehabilitace.

**Graf 11 Cvičení s klientem na oddělení**



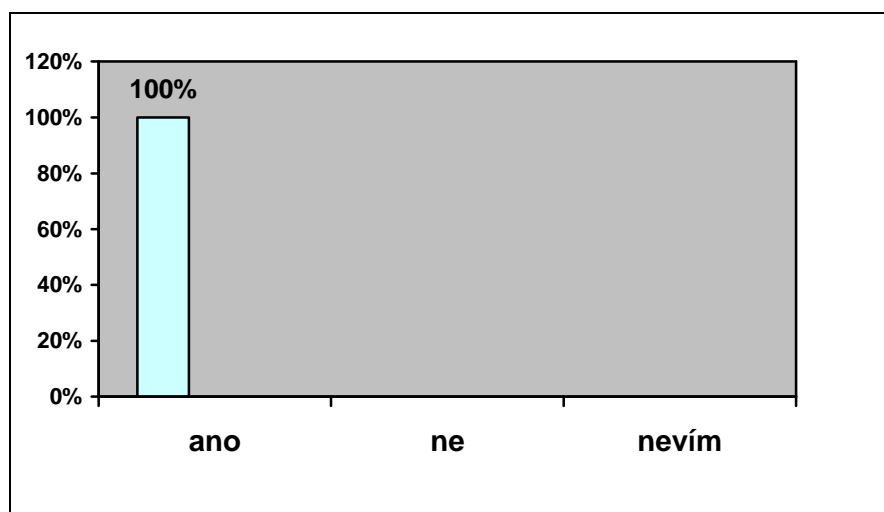
V rámci rehabilitačního ošetřování cvičením provádí 12 respondentek (24%) aktivní cvičení, 13 (26%) pasivní cvičení a 25 respondentek (50%) obojí zastoupené ve stejné míře.

**Graf 12 Polohování klienta**



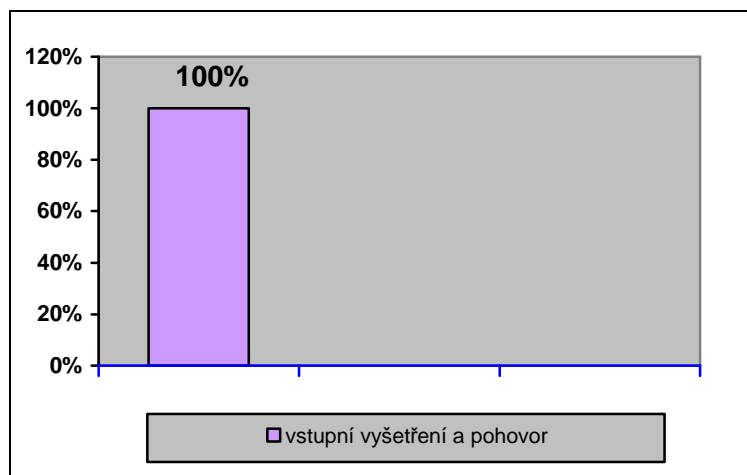
Polohování imobilního klienta provádí 50 respondentek (100%) po dvou hodinách.

**Graf 13 Spolupráce s fyzioterapeutem při RHB**



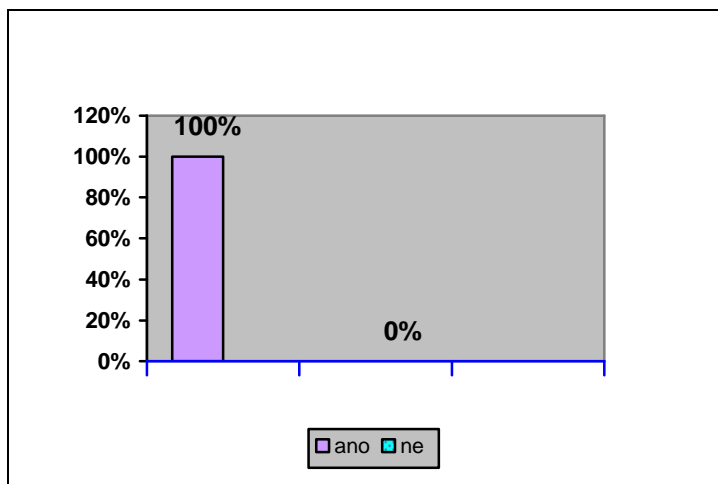
Všech 50 dotazovaných respondentek (100%) odpovědělo kladně, že požadují spolupráci s fyzioterapeutem na oddělení při vykonávání rehabilitace.

**Graf 14 Zahájení rehabilitace u klientů při příjmu na oddělení rehabilitace**



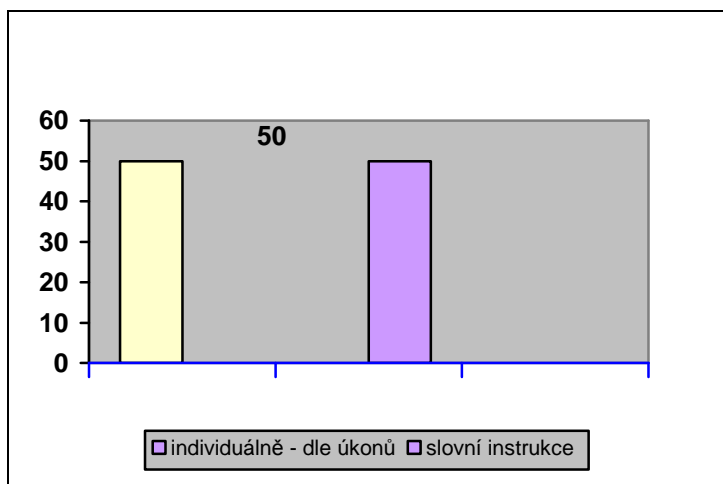
Dotazovaných 50 respondentek (100%) uvedlo po příjmu na oddělení zahájením vstupní pohovor a vyšetření.

**Graf 15 Návnik sebeobsluhy u klientů**



50 dotazovaných (100%) pomáhá klientovi s návnikem sebeobsluhy.

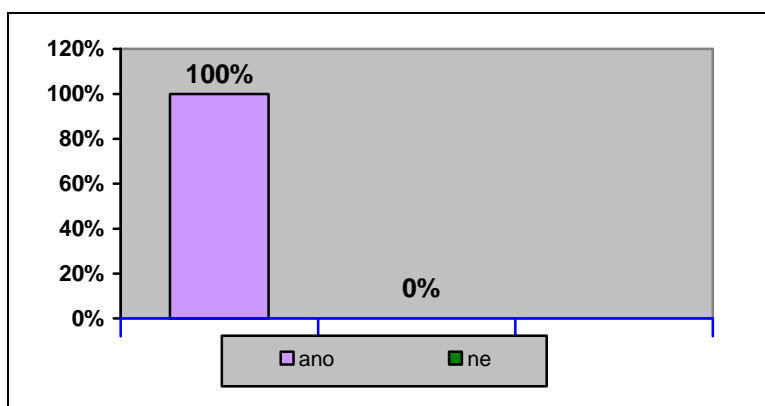
**Graf 16 Možnosti návniku sebeobsluhy**



Za způsob návniku sebeobsluhy u klienta uvedlo 50 respondentek slovní instrukci a individuální přístup – dle úkonů.

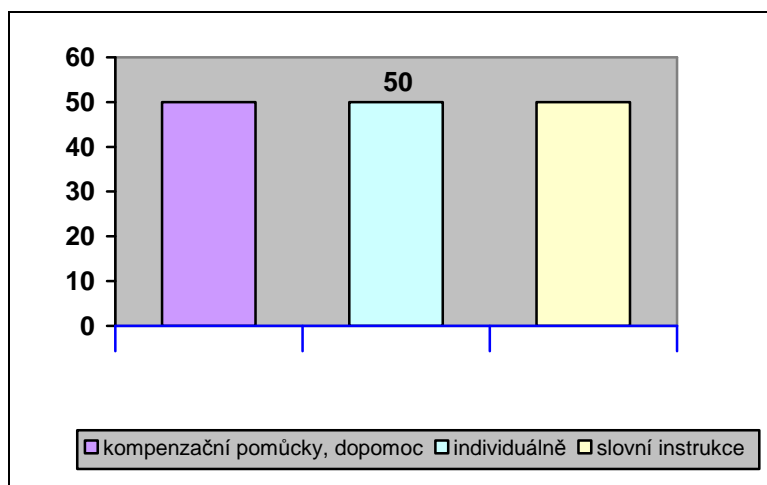


**Graf 17 Návuk základních pohybových dovedností u klienta**



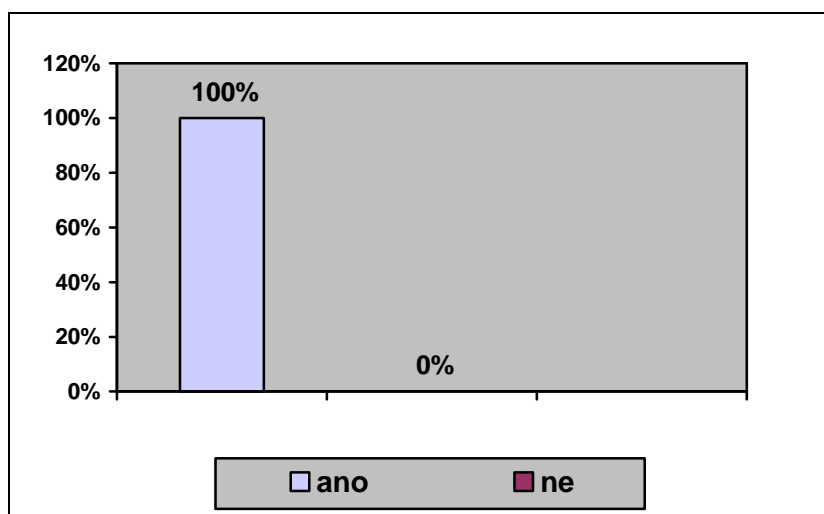
V provádění návuku základních pohybových dovedností u klienta uvádí 50 respondentek (100%) kladnou odpověď.

**Graf 18 Způsob návuku základních pohybových dovedností**



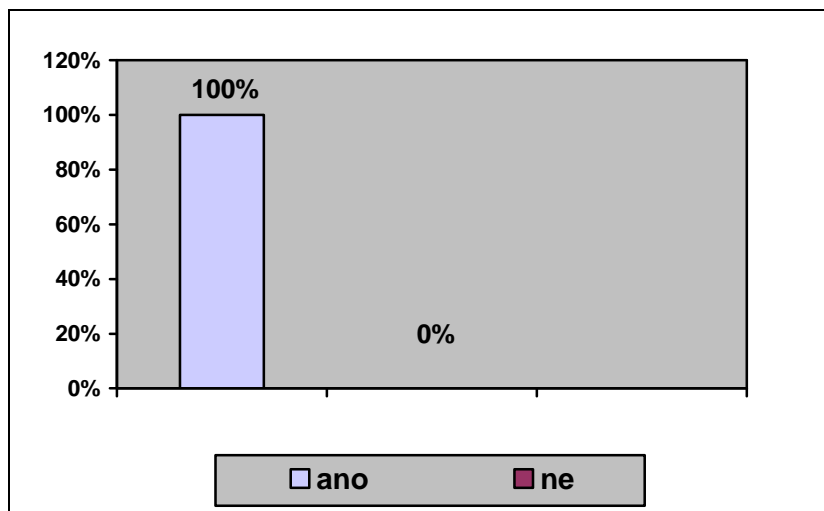
Využití kompenzačních pomůcek a dopomoc klientovi, provádění návuku pohybových dovedností individuálně dle klienta a využití slovních instrukcí uvádí 50 respondentek.

### Graf 19 Dechová rehabilitace



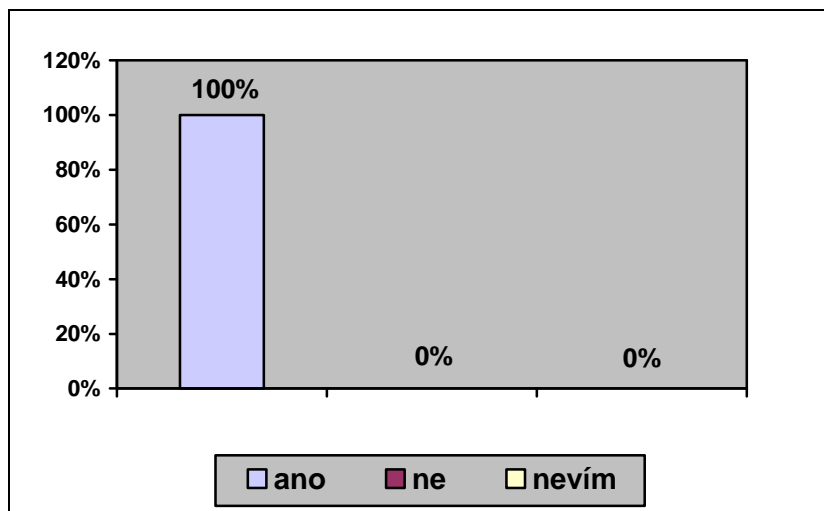
50 respondentek (100%) odpovědělo, že provádí u klienta dechovou rehabilitaci.

### Graf 20 Kondiční cvičení



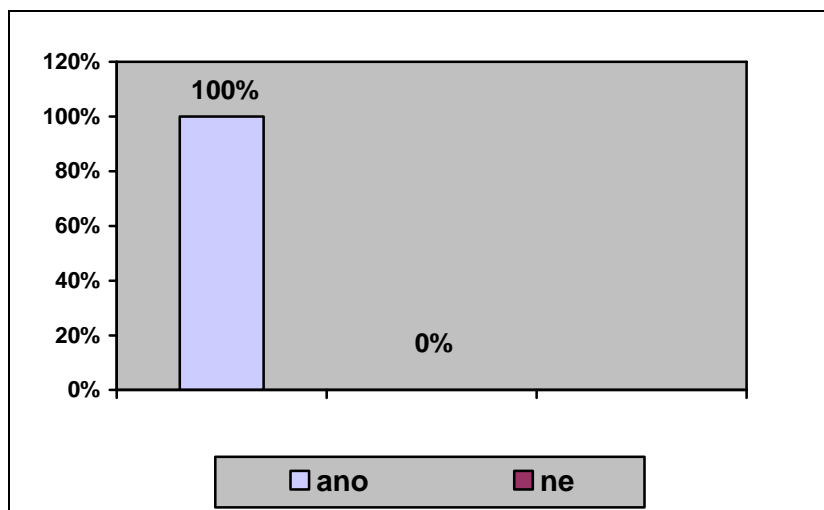
50 respondentek (100%) odpovědělo, že provádí s klientem kondiční cvičení.

**Graf 21 Využití kondičního cvičení u nechodícího klienta**



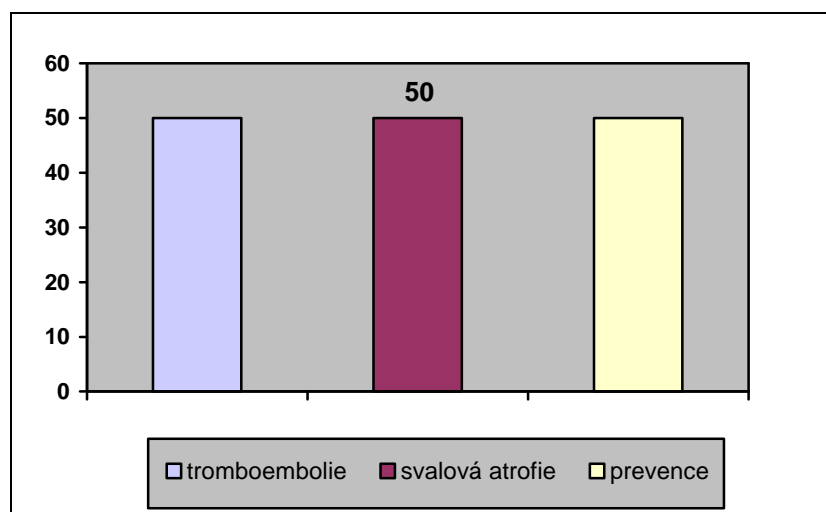
Využívání kondičního cvičení u nechodícího klienta se označilo 50 respondentek (100%).

**Graf 22 Názor na cvičení a bandážování dolních končetin u nechodících klientů**



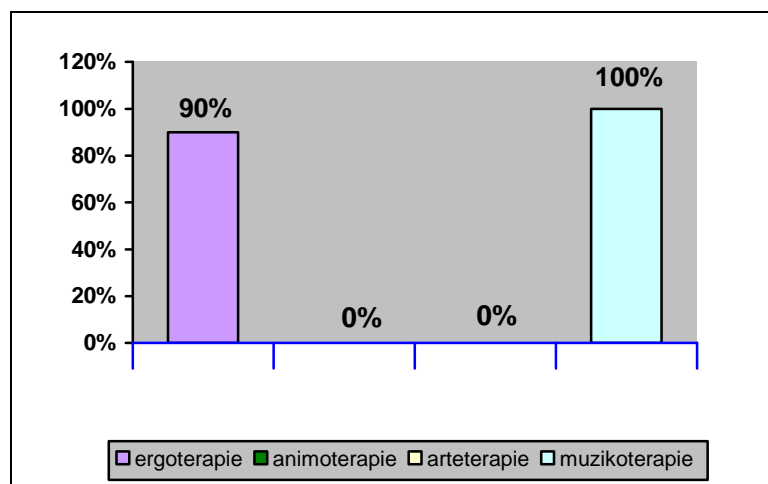
50 respondentek (100%) se domnívá, že je důležité cvičení a bandážování dolních končetin u nechodících klientů.

**Graf 23 Význam cvičení a bandážování dolních končetin**



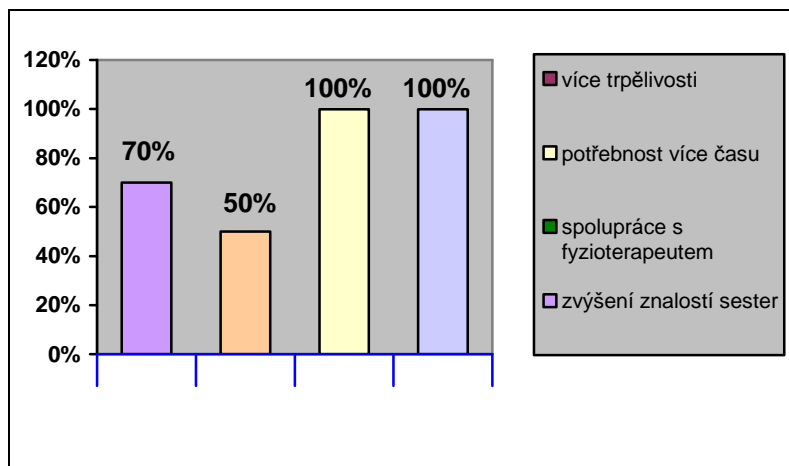
Všech 50 respondentek se shoduje na významu důležitosti cvičení a bandážování dolních končetin u nechodících klientů v prevenci obecně, dále v tromboembolii a svalové atrofii.

**Graf 24 Možnosti použití forem fyzioterapie**



45 respondentek (90%) označilo vybranou možnost léčby fyzioterapie ergoterapii a 50 (100%) označilo muzikoterapii. Arteterapie a animoterapie označilo 0 respondentek (0%).

**Graf 25** Názor sester na rehabilitační ošetřování



50 respondentek (100%) se shodlo na potřebě větší trpělivosti s klientem, za potřeby více času se zapsalo taktéž všech 50 respondentek (100%). Spolupráci s fyzioterapeutem zaujímá 25 respondentek (50%) a zvýšení znalostí sester označilo 35 respondentek (70%).

## 5 DISKUSE

Ve své bakalářské práci jsem se snažila zjistit, jaký je rozdíl znalostí o pojmu rehabilitace a rehabilitačního ošetřování u sester na chirurgickém a rehabilitačním oddělení. Zda provádějí rehabilitační ošetřování chirurgické sestry podobně jako sestry na rehabilitačním oddělení.

Věkovou hranici u zkoumaného vzorku jsem v otázce č. 1 rozdělila na intervaly od 19 – 30 let, 31 – 45 let, 46 – 55 let a 56 let – více (viz graf č. 1). U nejnižšího rozmezí věku je 46% chirurgických sester a z rehabilitačního oddělení 18%. Od 31 – 45 let uvedlo 38% dotazovaných chirurgických sester a 50% rehabilitačních sester. U věkové hranice 46 – 55 let je 10% chirurgických sester a 32% sester z rehabilitace. Zbývající 4% tvoří chirurgické sestry u horní hranice kategorie věku. Evidentně vyšší věková hranice vyplývá u sester z rehabilitačního oddělení, která byla i námi předpokládána. Domníváme se, že sestry pracující na rehabilitačním oddělení mají více let praxe a tím získané zkušenosti, které jsou na jejich oddělení potřebné v rámci dlouhodobých pobytů klientů, ale dosahují nižší vysokoškolské vzdělání (viz graf č. 2) než sestry z chirurgického oddělení, a to z důvodu vyšší věkové kategorie. Na chirurgickém oddělení je u sester nižší průměrná věková hranice vzhledem k akutním a život ohrožujícím stavům u klientů, proto se toto oddělení řadí mezi náročná oddělení v rámci ošetřování klientů. To potvrzují ze své praxe na tomto oddělení. K dotazu nejvyššího dosaženého vzdělání v kategorii SZŠ (viz graf č. 2) se vyjádřilo 74% sester pracujících na rehabilitačním oddělení a 54% sester z chirurgického oddělení. Oba zkoumané vzorky uvedly za vystudovaný obor zdravotní sestra. V kategorii PSS je uvedeno 16% rehabilitačních sester v oboru ošetřovatelství. 30% chirurgických sester dosáhlo této kategorie v oboru ošetřovatelská péče v chirurgii a ARO – JIP. Rehabilitačních sester vystudovalo 10% VOŠ v oboru diplomovaná sestra a z chirurgických sester jich tvoří jen 4%, v oboru všeobecná sestra. U sester na rehabilitačním oddělení nedosáhla žádná z dotazovaných vysokoškolského vzdělání, u sester z chirurgického oddělení je to 8% v oboru všeobecná sestra – bakalář. Z toho vyplývá, že sestry z chirurgického oddělení dosáhli vyšší vzdělanosti, ale mají méně let praxe na oddělení. Rehabilitační sestry dosáhli nižšího dosaženého vzdělání, ale mají více let praxe. Ve výsledku to znamená, že kvalita poskytované péče se tímto vyrovnává. Dále nám z výsledků vyplývá, že vyšší vzdělanost předpokládá kvalitní provádění rehabilitačního ošetřování u sester z chirurgického oddělení a tudíž nízká věková hranice má nesporný vliv na vyšší vzdělanost sester na zmíněném oddělení.

Graf č. 3 znázorňuje délku praxe v zaměstnání zdravotní sestry. Na chirurgickém oddělení uvedlo v otázce č. 3 v kategorii praxe do 5 let 34% sester. Na rehabilitačním oddělení není uvedena žádná sestra. K horní hranici 10 let na chirurgickém oddělení je zastoupeno 24% sester a na rehabilitaci je uvedeno 18% sester. Do 20 let praxe se hlásí 34% sester z rehabilitačního oddělení a 28% z chirurgického oddělení. Kategorie praxe do 30 let jsou sestry z chirurgického oddělení tvořeny 10% a 30% sester má praxi v dané kategorii na rehabilitačním oddělení. V rozmezí do 40 let není na chirurgickém oddělení žádná sestra, ale na rehabilitačním oddělení jich tvoří 18%. V nejvyšší hranici praxe jako zdravotní sestra uvádějí 4% z chirurgie a na rehabilitaci nespadá žádná sestra do této hranice. Z daných odpovědí velmi jednoznačně můžeme poukázat na delší praxi ve funkci zdravotní sestry u rehabilitačních sester. To potvrzují výsledky z otázky č.1 (graf. č.1) u věkové kategorie, kde sestry z rehabilitace tvoří v daných rozmezích větší procenta u vyššího věku. Dále poukazujeme na otázky č. 4 a 5, ze kterých jednoznačně vyplývá, že dosažením delších let praxe u rehabilitačních sester má vliv na dostačující informace o rehabilitačním ošetřování (graf č.4) a na rozsah znalostí o rehabilitačním ošetřování (graf č.5) než u chirurgických sester.

Otázka č. 4 byla zaměřena na dostačující informace o rehabilitačním ošetřování klientů. Na kladnou odpověď poukazuje 32% sester z chirurgie a 64% z rehabilitace. Zápornou odpověď zvolilo 48% chirurgických sester a pouhých 16% z rehabilitace. Stejný počet odpovědí 20% u možnosti „nevím“ (graf č.4). Větší informovanost o rehabilitačním ošetřování mají sestry z rehabilitace a to o celých 32%, což vyplývá z oddělení, na kterém pracují.

Na dostačující rozsah znalostí o rehabilitačním ošetřování dosažené nejvyšším vzděláním (znázorněno v grafu č. 5) odpovědělo kladně 32% rehabilitačních sester a 20% chirurgických sester. 48% dotázaných obou respondentů odpovědělo záporně a odpověď „nevím“ označilo 20% respondentů rehabilitačního oddělení a 32% respondentů chirurgického oddělení. Domníváme se, že výsledky z grafů č. 4 a č.5 mají velký význam v ošetrovatelském procesu v rámci saturaci potřeb klientů.

V otázce č. 6 sestry uváděly jakým způsobem si rozšiřují znalosti o rehabilitačním ošetřování (graf č. 6). Shodně u chirurgických sester 46% a u rehabilitačních sester 44% bylo nejvíce odpovědí o rozšíření znalostí návštěvou odborných seminářů organizovaných zaměstnavatelem. Dále 36% chirurgických sester, ale jen 20% sester z rehabilitace uvádí samovzdělávací aktivity (například z médií, kurzy). Vzdělávání návštěvou odborných seminářů z vlastní iniciativy uskutečňuje z rehabilitačních sester 20%, to znamená více než u sester z chirurgie, které volí za tuto možnost pouhých 10%. 12% sester z chirurgie se označilo

u odpovědi „jiné“, z rehabilitace není žádná ze sester. Odbornou četbou se vzdělává více sester z rehabilitace (30%), 20% sester z chirurgie. Z výsledků je evidentní, že nejvíce sester z obou oddělení se vzdělává při seminářích, které organizuje zaměstnavatel. Jedním z důvodů návštěv těchto seminářů je získání kreditů, které sestry potřebují pro vykonávání svého povolání. Bohužel, vzdělávání odbornou literaturou není příliš populární, přestože na každém oddělení mají sestry k dispozici standardy nemocnice o rehabilitačním ošetřování č. 33, 34, kterými jsou sestry proškoleny. Z toho vyplývá, že mnohé sestry nepovažují standardy jako literární zdroj. Každé oddělení nemocnice odebírá měsíčník Sestra, který poskytuje vždy zajímavé a naučné články s aktuální tematikou a navíc odkazuje na další literaturu. V nemocniční knihovně, která je denně otevřena a je k dispozici všem zaměstnancům, najdeme mnoho zajímavých literárních publikací.

Jaký význam má pojem rehabilitační ošetřování pro sestry, jsme se tázali v otázce č. 7 (znázornění v grafu č. 7). Pro 30% chirurgických sester znamená pojem rehabilitační ošetřování pouze nácvik sebeobsluhy, u 56% rehabilitačních sester vévodil nácvik soběstačnosti a dále 24% rehabilitačních sester uvedlo „uzdravení“ částečné či celkové, 20% chirurgických sester si myslí, že je to návrat do běžného života a 14% rehabilitačních sester označuje tímto polohování klienta. Stejný počet chirurgických sester uvádí pojem mobilizace klienta. Jako součásti ošetrovatelské péče připisují nejmenší počet odpovědí rehabilitačnímu ošetřování 6% rehabilitačních sester. Chirurgické sestry jen v 6% označily léčebný tělocvik a pouze 4% jako zamezení pooperačních komplikací. Z daných výsledků vyplývá, že námi daná hypotéza, že o roli sestry v rehabilitačním ošetřování mají více znalostí sestry na rehabilitačním oddělení, než na standardním chirurgickém oddělení, je potvrzena. Dále poukážeme na otázku č. 4 (graf č. 4), kde 46% sester z chirurgie uvádí, že mají nedostačující informace o rehabilitačním ošetřování, což je evidentní z grafu č. 7.

Na vysvětlení pojmu LTV (léčebně tělesná výchova), který znázorňuje graf č. 8, bylo u sester v otázce č. 8 z rehabilitace 100% správných odpovědí, ale u sester z chirurgie pouhých 80%. Zbylých 20% uvedlo „nevím“ nebo odpověď nebyla správná. Výsledek se rovná našemu předpokládanému výsledku. Domníváme se, že o tomto pojmu, který je velmi užívaný, by mělo vědět více sester z chirurgie, neboť LTV je jedním z hlavních pilířů rehabilitačního ošetřování. Což je evidentní z předchozí otázky č. 7 (graf č.7), kde pouze v 6 % sestry z chirurgie uvádějí LTV.

Hlavní cíl rehabilitačního ošetřování mapuje otázka č. 9, která byla založena na domněnce dotazovaných sester. Za hlavní cíl považují chirurgické sestry v 42% soběstačnost a sebeobsluhu u klientů, což vyplývá z jejich typu oddělení. 56% rehabilitačních sester



považuje za cíl návrat do běžného života. Sestry z rehabilitace uvedly soběstačnost pouze v 28%. V 16% sestry z rehabilitace označily prevenci komplikací, podobně jako sestry z chirurgie, kterých bylo 12%. Chirurgické sestry ve 12 % udávají mobilizaci u klienta a v 10% začlenění do běžného života. Z výsledků vyplývá, že daná oddělení mají za hlavní cíl odlišné priority. Na rehabilitačním oddělení považují za cíl návrat klienta do života a do běžných denních aktivit z důvodu dlouhodobé hospitalizace klientů. Sestry z chirurgie považují jako cíl co nejrychlejší návrat do běžných denních činností, proto označily soběstačnost a sebeobsahu jako prioritu. Právě na chirurgickém oddělení se setkávají s klienty, u kterých se předpokládá co nejrychlejší mobilizace, ať už jsou to klienti po lehčích či těžších operačních výkonech.

Otázka č. 10 zkoumala využití prvků léčebné rehabilitace (znázorněno v grafu č. 10) na oddělení. Chirurgické sestry označily 20krát polohování, provádění dechové rehabilitace se objevilo 17krát, mobilizaci mimo lůžko 6krát a 7krát mobilizace klientů na lůžku. U rehabilitačních sester ve stejné míře 100% jsou fyzioterapie, polohování, ergoterapie, dechového cvičení a nácvik soběstačnosti. Zde nacházíme rozdílnost v používání prvků léčebné rehabilitace na rehabilitačním a chirurgickém oddělení z důvodu jejich rozdílné specifikace a to v používání ergoterapie. Předpokládali jsme, že fyzioterapie a polohování se provádí na obou oddělení a budou zmíněny v odpovědích, což se potvrdilo.

V otázce č 11 (graf č. 11) provádí 24% sester na rehabilitačním oddělení a sestry z chirurgie 46% aktivní rehabilitaci. Pasivní rehabilitaci – polohy a pohyby vykonává 24% chirurgických sester a o něco více 26% sester z rehabilitace. Možnost zastoupení cvičení aktivní i pasivní ve stejné míře je u rehabilitačních sester 50% a 30% u chirurgických sester. Zde zaznamenáváme rozdílnost v provádění aktivní rehabilitace o 22% u chirurgických sester, ale o 20% více uvádějí odpověď cvičení - zastoupené ve stejné míře. Na závěr zkoumané otázky můžeme ohodnotit kladný přístup chirurgických sester (46%) k aktivnímu cvičení u klientů, které je ovlivněno skladbou daných klientů na jejich oddělení, čímž je ovlivněno vykonávání ve větší míře aktivní cvičení. Na rozdíl od rehabilitačních sester (50%), které uvedly jak aktivní, tak pasivní cvičení na svém oddělení, což je taktéž ovlivněno skladbou daných klientů na jejich oddělení.

Otázka č. 12 navazuje na předchozí odpovědi –b) pasivní rehabilitace a c) zastoupení ve stejné míře (graf č. 12), ve které sestry označovaly dobu polohování imobilního klienta. Sestry z chirurgie označily v 92% polohování po 2 hodinách a sestry z rehabilitace ve 100%. 12 % sester z chirurgie označilo odpověď jinak a vepsaly polohování po 3 hodinách pouze v noci. Z ošetrovatelských standardů polohování dle p. Nortové (viz příloha č.5), které jsou na

každém oddělení nemocnic, se uvádí polohování přes den po 2 hodinách a přes noc po 3 hodinách z důvodu klidnějšího klientova spánku. Z výsledků vyplývá, že sestry z chirurgie dodržují standardy v polohování a u rehabilitačních sester se domníváme, že opomenuly tuto možnost v polohování v noci po 3 hodinách. Je tedy jednoznačné, že každá sestra je proškolená v rámci preventivní péče, kde je polohování důležité nejenom jako prevence antidekubitárního opatření.

Spolupráci sester a fyzioterapeutů v rámci vykonávání rehabilitace na oddělení obsahuje otázka č.13. Sestry z rehabilitace i chirurgie se shodují v kladné odpovědi ve 100 % (graf č.13). Přesto si myslíme, že větší týmová spolupráce (lékař, sestra, fyzioterapeut) by mohla být zkvalitněna z důvodu zlepšení informovanosti a komunikace celého zdravotnického personálu na chirurgickém oddělení o provádění rehabilitačního ošetřování u klientů. Dále z vlastní praxe vím, že fyzioterapeuti docházejí na chirurgické oddělení pouze 1-2krát denně v určitém časovém úseku, což se domníváme, že je někdy nedostačující na provádění rehabilitace na tak rozsáhlý počet klientů. Kladně hodnotíme týmovou spolupráci v rámci komunikace a informovanost na rehabilitačním oddělení, která je zaměřena na denní režim, zdravotní stav a schopnosti klienta, dále aby rehabilitační program nenarušoval ostatní terapeutické plány a veškerá činnost byla prováděna v souladu s ordinací lékaře.

Otázka č. 14 je zaměřena na způsob zahájení rehabilitace po operacích. Na chirurgickém oddělení (graf č.14) zakreslují 50% odpovědí posazování a chůze, 30% sester uvádí cvičení dolních končetin a 20% sester zahajuje rehabilitaci dechovým cvičením. Na rehabilitačním oddělení se 100% dotazovaných sester shoduje v zahájení rehabilitace po příjmu klienta na oddělení rehabilitaci tím, že probíhá vstupní vyšetření a pohovor s klientem a následuje vyšetření lékařem. Z odborné literatury se můžeme dozvědět o způsobech prevence tromboembolie z důvodu upoutání na lůžko v rámci pooperačního stavu. Nejúčinnější prevencí je cvičení dolních končetin a posléze posazování a vstávání z lůžka v ranné době po operacích. Z toho vyplývá, že sestry z chirurgie v 70% odpověděly správně na dotazovanou otázku. Domníváme se, že sestry z rehabilitace mají svůj způsob zahájení rehabilitace po příjmu klienta na jejich oddělení ve vyšetření a pohovoru, po kterém následuje od lékaře určení způsobu vykonávání rehabilitace. To se provádí z důvodu zjištění rizikových faktorů u přijímaných klientů na jejich oddělení.

Pomoc klientovi s nácivkem sebeobsluhy a základních denních činností a jakým způsobem, jsou položeny v otázkách č. 15 - 18. 100 % sester z oddělení rehabilitace i chirurgie pomáhá klientovi s nácivkem sebeobsluhy i pohybových dovedností (graf. č. 15, 17). U způsobu vykonávání sebeobsluhy uvádí 80 % sester z chirurgie pomoc při oblékání, stravě, hygieně a

pohybu, 20 % používá slovní motivaci. Z rehabilitačních sester bylo uvedeno ve 100% shodných odpovědí použití pomoci individuálně – dle úkonů a podává slovní instrukce, popřípadě dopomáhá klientovi (graf č.16). Způsob nácviku základních pohybových dovedností sestry z rehabilitace uvádí 100% upřednostnění ve stejné míře kompenzační pomůcky a dopomoc, dále uvádí slovní instrukce a typ provádění nácviku vykonává individuálně u každého klienta. Chirurgické sestry (100%) uvedly všechny odpovědi shodné, a to ve všech odpovědích – vysvětlení postupu, pomáhání při vstávání klientů z lůžka, lehu na boky, posazování u lůžka, při chůzi u lůžka a přisedání na vozík (graf č.18). Domníváme se, že rehabilitační sestry provádějí u klientů nácvik základních pohybových dovedností ve smyslu dopomáhání a slovní instruktáži rozsáhleji než sestry z chirurgie. Z daných odpovědí je jednoznačné, že stanovená hypotéza o roli sestry v rehabilitačním ošetřování mají více znalostí sestry na rehabilitačním oddělení, než na standardním chirurgickém oddělení, je opět potvrzena.

Na otázku č. 19, která se týká dechové rehabilitace u každého klienta, odpovědi obou zkoumaných vzorků byly totožné ve 100% (graf č. 19). V rámci prevence a léčby respirační insuficience se domníváme, že je velmi důležité a potřebné u každého klienta provádět dechovou rehabilitaci (odkaz kapitola 1.3.3.4).

Otázky č. 20 a 21 se dotazují na provádění a používání kondičního cvičení. Graf č. 20 znázorňuje 80% sester z chirurgie, které provádějí kondiční cvičení u klientů a 20% představují záporné odpovědi. U rehabilitačních sester se provádí ve 100% kondiční cvičení. Zda je možné provádět kondiční cvičení u nechodících klientů znázorňuje graf č. 21. Chirurgické sestry odpověděly v 70% kladně, 10% záporně a 20% odpovědělo „nevím“. Tyto odpovědi dokazují, že sestry z chirurgie jsou nedostatečně informovány nebo si neuvědomují možnosti cvičení u nechodících klientů. Za to sestry z rehabilitace odpověděly ve 100% kladnou odpověď. Zde je rozdíl znalostí velmi patrný. Správný způsob vykonávání kondičního cvičení u klientů je uvedeno v teoretické části (odkaz kapitola 1.3.3.3).

Otázky č. 22 a 23 se ptají na důležitost cvičení dolních končetin u nechodících pacientů, jejich bandážování a důvod prevence bandážování končetin. Graf č. 22 je znázorněn 100% kladných odpovědí u obou dotazovaných vzorků. V grafu č. 23 je znázorněn důvod cvičení dolních končetin a jejich bandážování ve 100% obou dotazovaných vzorků a to - tromboembolie, svalová atrofie a prevence. Z těchto odpovědí je u obou zkoumaných vzorků evidentní znalost prevence u nechodících klientů, na který se klade velký důraz na všech oddělení nemocnice a nutnost proškolení sester o důsledcích nesprávného ošetřování klientů.

Na otázku č. 24 - zda sestry provádějí na jejich oddělení vybrané možnosti fyzioterapie označily ve 40% sestry z chirurgie pouze muzikoterapii. Domníváme se, že sestry neznají správný výraz tohoto termínu a jeho použití. U rehabilitačních sester byla v 90% označena ergoterapie a ve 100% muzikoterapie. U animoterapie a arteterapie nebyla respondentkami označena žádná odpověď (graf. č. 24). Využití ergoterapie a dalších specifických terapií je uvedeno v teoretické části (odkaz kapitola 1.2.1.3 a 1.2.1.4).

Graf č. 25 znázorňuje odpovědi vlastního názoru na rehabilitační ošetřování sester z chirurgie i rehabilitace. Oba zkoumané vzorky se shodují v odpovědích o nedostatku času u sester z rehabilitace ve 100% a v 50% u sester z chirurgie. Rehabilitační sestry uvedly 100% potřebnost více trpělivosti a zlepšení spolupráce z fyzioterapeutem uvedlo 50% sester. Domnívali jsme se, že na rehabilitaci spolupráce s fyzioterapeutem je samozřejmá v rámci týmové spolupráce na oddělení. Dále uváděly v 70% zlepšení vzdělání v rámci rehabilitačního ošetřování. Z chirurgických sester by chtělo v 6% školení v rámci rehabilitačního ošetřování a 4% by přijalo vyškolení rehabilitačních „specialistů“. Tato odpověď je sporná v důsledku toho, že jsou sestry vyškoleny v rehabilitačním ošetřování a mají kompetenci v jeho vykonávání. Dále chirurgické sestry v 10% poukazují na nedostatek pomůcek k rehabilitaci, 4% mluví o náročnosti péče, 8% zdůrazňuje rehabilitační ošetřování jako součást ošetřovatelské péče, což se domníváme, že tento počet je nedostačující v rámci znalostí sester o rehabilitačním ošetřování. Zbýlých 18% bylo bez vyjádření.

Z výsledků vyplývá, že stanovená hypotéza ve znění, že o pojmu v rehabilitačním ošetřování a rehabilitaci mají více znalostí sestry z rehabilitačního oddělení než sestry z chirurgického oddělení, byla potvrzena. Rehabilitační sestry mají dostatečné znalosti o pojmu rehabilitační ošetřování a o rehabilitaci jako celku. U chirurgických sester se objevují některé nedostatky ve znalostech rehabilitace a rehabilitačního ošetřování, avšak rozdílnost znalostí mezi sestrami není příliš velká.

## 6 ZÁVĚR

Poskytování kvalitního rehabilitačního ošetřování klientům by mělo být jednou z priorit každé sestry. Cílem práce bylo zjistit rozdíl znalostí sester na rehabilitačním a chirurgickém oddělení v rámci rehabilitačního ošetřování. Ze zhodnocení výsledků, které jsem pečlivě porovnávala, byla hypotéza, ve znění o roli sestry v rehabilitačním ošetřování mají více znalostí sestry na rehabilitačních odděleních, než na standardních chirurgických odděleních, potvrzena.

Tato práce ukazuje, že rozdíl znalostí sester není tak markantní. U rehabilitačních sester neshledávám nedostatky na poli informovanosti o rehabilitačním ošetřování, ani o rehabilitačních pojmech. U chirurgických sester jsou shledávány nedostatky o pojmech rehabilitace, u rehabilitačního ošetřování neshledávám nedostatky. Domnívám se, že výsledky jsou převážně podmíněné prioritou daného oddělení v rámci cílů rehabilitačního ošetřování u klientů.

Ke zkvalitnění provádění rehabilitačního ošetřování klientů nacházím oblasti, které by jistě byly nápomocné ke zdokonalení péče, je to mentor v oblastech ošetrovatelské péče, který by byl nápomocný v řešení otázek vedoucích ke zkvalitnění rehabilitačního ošetřování na daných oddělení nemocnice, zvýšení kvality a kvantity znalostí o pojmu rehabilitace a rehabilitačního ošetřování, zajištění dostatku kompenzačních pomůcek pro klienty, úprava časového harmonogramu v rámci rehabilitačního ošetřování, zlepšení spolupráce s fyzioterapeuty, kteří docházejí na oddělení, zavedení a využívání nových rehabilitačních prvků a terapií u klientů.

Poznatky práce budou prezentovány na standardním oddělení chirurgie a poskytnuty vedoucím pracovníkům ke zvýšení kvality standardní rehabilitační péče u klientů. Dále by mohla být práce použita pro studenty jako edukační materiál.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) BĚLÍK, J. *Čítanka pocitů*. 1 vyd., Praha: 1995. 175 s. ISBN 80-7187-036-6
- 2) DVOŘÁK, R. VAŘEKA, I. *Vývoj schopnosti ovládat opěrnou bázi a jeho těžiště těla a objektivizace*. 1.vyd., Olomouc:1999. 159 s. ISBN 80-224-0044-9.
- 3) HROMÁDKOVÁ, J. *Fyzioterapie*. 1.vyd. H+H: 2002. 428 s. ISBN 80-96022-45-5
- 4) CHALOUPKA, R. A KOLEKTIV AUTORU. *Vybrané kapitoly z LTV v ortopedii a traumatologii*. 1. vyd. Brno: 2001. 186 s. ISBN 57-867-01.
- 5) JANČA, J. *Reflexní terapie*. 1. vyd. Praha: 1991. 203 s. ISBN 80-900176-1-4.
- 6) JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: 2001. 159 s. ISBN 80-7254-192-7.
- 7) JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Karolinum: 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
- 8) KABELÍKOVÁ, K. VÁVROVÁ, M. *Cvičení k obnovení a udržování svalové rovnováhy*. 1. vyd., Praha: 1997. ISBN 80-7169-384-7.
- 9) KASÍK, J. A KOLEKTIV. *Vertebrogenní kořenové syndromy*. 1. vyd., Praha: 2002. 224 s. ISBN 80-247-0142-1.
- 10) KLUSOŇOVÁ, E. ŠPIČKOVÁ, J. *Ergoterapie*. 1. vyd., Praha: 1988. 184 s. ISBN 80-201-0030-x.
- 11) KOLEKTIV AUTORŮ. *Léčebné rehabilitační postupy Ludmily Mojžíšové*. 1. vyd., Grada: 1996. 216 s. ISBN 80-7169-187-9.
- 12) KOMAČENKOVÁ, D. A KOLEKTIV. *Fyzikální terapie*. 1. vyd. Martin: 2003. 362 s. ISBN 80-8063-133-6.
- 13) KOZIEROVÁ, B. ERBOVÁ, G. OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I*. 1. vyd. Martin: 1995. 635 s. ISBN 80-217-0528-0

- 14) KOZIEROVÁ, B. ERBOVÁ, G. OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 2*. 1. vyd. Martin: 1995. 635 s. ISBN 80-217-0528-0
- 15) LÁNIK, V. *Léčebná tělesná výchova II*. 1. vyd. Praha: 1987. 412 s. ISBN 08-057-87.
- 16) LÁNIK, V. A KOLEKTIV. *Léčebná tělesná výchova I*. 1. vyd. Praha: 1986. 240 s. ISBN 08-070-86.
- 17) PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
- 18) PECHOVÁ, J. *Cvičení pro zdraví s balančními míči a dalšími pomůckami*. 1.vyd. Praha: 2000. 136 s. ISBN 80-7178-448-6.
- 19) PITNEROVÁ, J. KLUSOŇOVÁ, E. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1.vyd., Brno: 2000. 107s. ISBN 80-7013-319-8.
- 20) RYCHLÍKOVÁ, E. *Funkční poruchy kloubů končetin*. 1. vyd., Praha: 2002. 256 s. ISBN 80-247-0237-1.
- 21) TICHÝ, M. *Funkční diagnostika pohybového aparátu*. 1. vyd., Triton: 2000. 94 s. ISBN 80-7254-022-x.
- 22) TRNAVSKÝ, K. A KOLEKTIV. *Léčebná péče v revmatologii*. 1. vyd. Grada: 1993. 168 s. ISBN 80-7169-030-9.
- 23) TROJAN, S. DRUGA, R. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. přepracované vyd. Grada: 2000. 228s. ISBN 80-247-0031-X.
- 24) TROJAN, S. DRUGA, R. PFEIFFER, J. VOTAVA, J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 2. vyd. Praha: 2001. 228 s. ISBN 80-2470-031-X.
- 25) STANDARDY NEMOCNICE a.s. *Rehabilitační ošetřování č.33,34*
- 26) WENDSCHE, P. A KOLEKTIV, *Poranění páteře a míchy*. 1. vyd., Brno: 1993. 83 s. ISBN 80-7013-159-4.
- 27) Dostupné z internetu: <http://www.animoterapie.cz>
- 28) Dostupné z internetu: <http://www.muzikoterapie.cz/muziko/lipsky.htm>

## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

REHABILITACE

REHABILITAČNÍ OŠETŘOVÁNÍ

SESTRA

KLIENT

ZNALOSTI

REHABILITAČNÍ INTERVENCE

NEMOC



## **9 PŘÍLOHY**

příloha 1- Dotazník pro rehabilitační sestry

příloha 2- Dotazník pro chirurgické sestry

příloha 3- Stupně dekubitů

příloha 4- Antidekubitární lůžko

příloha 5- Hodnocení rizika vzniku dekubitů – chirurgie JIP

příloha 6- Antidekubitární pomůcky

## Příloha 1.

### Dotazník pro rehabilitační oddělení

Vážená sestro,  
jmenuji se Iva Janoušková a jsem studentkou oboru Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Právě jste obdržela dotazník, jehož cílem je získat informace týkající se kompetencí zdravotních sester při rehabilitačním ošetřování. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity ke zpracování mé bakalářské práce. Proto bych Vás chtěla touto cestou požádat o jeho vyplnění. Prosím přečtěte si všechny otázky a odpověď zakroužkujte, popřípadě vypište na připravené místo. Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte pouze jednu odpověď. Děkuji.

Iva Janoušková  
Zdravotně sociální fakulta  
České Budějovice

1. Kolik je Vám let?

- |            |              |
|------------|--------------|
| a) 19 – 30 | c) 46 – 55   |
| b) 31 – 45 | d) 56 a více |

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SZŠ obor.....
- b) PSS obor.....
- c) VOŠ obor.....
- d) VŠ obor.....
- e) jiné – uveďte jaké.....

3. Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra?

- |                |                  |
|----------------|------------------|
| a) 1-5 let     | d) 21 – 30 let   |
| b) 6 – 10 let  | e) 31 – 40 let   |
| c) 11 – 20 let | f) 41 let a více |



12. Pokud jste označily odpovědi „b,c“, po kolika hodinách polohujete imobilního klienta?

- a) po 2 hodinách
- b) po 3 hodinách
- c) jinak.....

13. Spolupracujete na Vaše oddělení při vykonávání rehabilitace s fyzioterapeutem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Čím zahajujete u klientů při příjmu na Vaše oddělení rehabilitaci?

Vypište.....  
.....  
.....

15. Pomáháte klientovi s nácvikem sebeobsluhy?

- a) ano
- b) ne

16. Pokud ano, uveďte jakým způsobem.....

.....

17. Pomáháte klientovi v nácviku základních pohybových dovedností?

- a) ano
- b) ne

18. Pokud ano, uveďte jakým způsobem.....

.....

.....

19. Provádíte u každého klienta dechovou rehabilitaci?

- a) ano
- b) ne

20. Provádíte na Vašem oddělení s klientem kondiční cvičení?

- a) ano
- b) ne

21. Myslíte si, že je možné použít kondiční cvičení u nechodícího klienta?

a) ano

b) ne

c) nevím

22. Domníváte se, že u nechodícího klienta je důležité cvičení dolních končetin a jejich bandážování?

a) ano

b) ne

Pokud ano, vypište jaký .....

23. Myslíte si, že můžete použít na Vašem oddělení s klientem: */lze označit více možností/*

a) ergoterapii

b) animoterapii

c) arteterapii

d) muzikoterapii

Pokud ano, kdy .....

24. Prosím uveďte svůj názor na rehabilitační ošetřování pro zdravotní sestry.

.....  
.....  
.....

Děkuji za spolupráci

## Příloha 2.

### Dotazník pro chirurgické oddělení

Vážená sestro,  
jmenuji se Iva Janoušková a jsem studentkou oboru Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Právě jste obdržela dotazník, jehož cílem je získat informace týkající se kompetencí zdravotních sester při rehabilitačním ošetřování. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity ke zpracování mé bakalářské práce. Proto bych Vás chtěla touto cestou požádat o jeho vyplnění. Prosím přečtěte si všechny otázky a odpověď zakroužkujte, popřípadě vypište na připravené místo. Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte pouze jednu odpověď. Děkuji.

Iva Janoušková  
Zdravotně sociální fakulta  
České Budějovice

1. Kolik je Vám let?

- |            |              |
|------------|--------------|
| a) 19 – 30 | c) 46 – 55   |
| b) 31 – 45 | d) 56 a více |

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- c) SZŠ obor.....
- d) PSS obor.....
- e) VOŠ obor.....
- f) VŠ obor.....
- g) jiné – uveďte jaké.....

3. Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra?

- |                |                  |
|----------------|------------------|
| h) 1-5 let     | d) 21 – 30 let   |
| i) 6 – 10 let  | e) 31 – 40 let   |
| j) 11 – 20 let | f) 41 let a více |



12. Pokud jste označily odpovědi „b,c“, po kolika hodinách polohujete imobilního klienta?

- p) po 2 hodinách
- q) po 3 hodinách
- r) jinak.....

13. Spolupracujete na Vaše oddělení při vykonávání rehabilitace s fyzioterapeutem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Čím zahajujete u klientů po operaci na Vaše oddělení rehabilitaci?

Vypište.....  
.....  
.....

15. Pomáháte klientovi s nácvikem sebeobsluhy?

- a) ano
- b) ne

16. Pokud ano, uveďte jakým způsobem.....

.....

17. Pomáháte klientovi v nácviku základních pohybových dovedností?

- a) ano
- b) ne

18. Pokud ano, uveďte jakým způsobem.....

.....

.....

19. Provádíte u každého klienta dechovou rehabilitaci?

- a) ano
- b) ne

20. Provádíte na Vašem oddělení s klientem kondiční cvičení?

- a) ano
- b) ne



21. Myslíte si, že je možné použít kondiční cvičení u nechodícího klienta?

a) ano

b) ne

c) nevím

22. Domníváte se, že u nechodícího klienta je důležité cvičení dolních končetin a jejich bandážování?

a) ano

b) ne

Pokud ano, vypište jaký význam .....

23. Myslíte si, že můžete použít na Vašem oddělení s klientem: */lze označit více možností/*

s) ergoterapii

t) animoterapii

u) arteterapii

v) muzikoterapii

24. Pokud ano, kdy .....

25. Prosím uveďte svůj názor na rehabilitační ošetřování pro zdravotní sestry.

.....  
.....  
.....

Děkuji za spolupráci

### **Příloha 3. Stupně dekubitů**

#### **I. stupeň**



#### **II. stupeň**



### III. stupeň



### IV. stupeň



zdroj – [www.rany.cz](http://www.rany.cz)

#### Příloha 4. Antidekubitární lůžko



zdroj – [www.hospiclitomerice.cz](http://www.hospiclitomerice.cz)



## Příloha 6. Antidekubitární pomůcky



Zdroj: [www.dekubity.cz](http://www.dekubity.cz)

