

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**REHABILITAČNÍ OŠETŘOVÁNÍ JAKO SOUČÁST
HOLISTICKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ**

Diplomová práce

Vedoucí práce:
Mgr. Marie Schusterová

2007

Autorka práce:
Bc. Michaela Bicanová

Rehabilitative nursing as a part of the holistic nursing

Abstract

The essential topic of the graduation thesis was to aim at rehabilitative nursing as a part of the holistic nursing. The main thought was especially the practical application of rehabilitative nursing in terms of providing high-quality and holistic nursing care. Rehabilitative nursing is one of general nurses' duties. However, this term is not very spread among nurses and is rather unknown to them. Hereat nurses perform rehabilitative nursing during their profession, frequently unaware of its meaning.

Therefore, the first aim of the graduation thesis was to find out if the knowledge of rehabilitative nursing utilization increases with education of general nurses. The second goal was to determine whether nursing standards concerning rehabilitative nursing are at nursing unities' disposal. Hence if general nurses can use it in holistic nursing scope.

Quantitative research was realized through questionnaires. This questionnaire was made for general nurses and included 30 questions. The research was assembled together with vice-chancellors for nursing care, head nurses, departmental sisters and ward sisters of Fakultni nemocnice Plzen, Nemocnice Ceske Budejovice, Inc.; Nemocnice Pisek, Inc.; and Okresni nemocnice Tabor, Inc.; rather among surgical departments, internal medicine, neurological and orthopedic departments.

Total number of inquired was 150 people. 149 questionnaires from general nurses were returned, thus makes 99.3 percent. Nurses had 2 weeks for completion. The questions were listed, so that it came to proving or disproving given hypothesis. The first hypothesis (included in first goal), were supposed to verify whether the number of nursing interventions within rehabilitative nursing increases with higher specialist education. According to results the hypothesis was proved, since it was showed that interventions actually increase altogether with raising education of general nurses. Next three hypotheses were related to second goal: nursing standards - rather its availability for nurses at nursing utilities, standards in use by general nurses and practice required units according to rehabilitative nursing standards. These hypothesis were also proved, which is very propitious. Nevertheless, it still can be thought that along these results the

knowledge and attainments about rehabilitative nursing should be higher. Since not all findings are completely convincing. Arousing interest among nurses about practical rehabilitative nursing and especially realizing that right practical use of rehabilitative nursing leads to increasing quality of provided holistic nursing care would definitely be huge benefit.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Rehabilitační ošetřování jako součást holistického ošetřovatelství vypracovala samostatně a použila jsem pouze pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 20.5.2007

.....

vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ

Velice děkuji Mgr. Marii Schusterové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování diplomové práce. Dále děkuji za spolupráci náměstkyním pro ošetrovatelskou péči a sestřám Fakultní nemocnice Plzeň, Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Písek a.s. a Okresní nemocnice Tábor a.s. za spolupráci při získávání údajů potřebných k provedení výzkumu, který je součástí této diplomové práce.

V Českých Budějovicích dne 20.5.2007

.....

vlastnoruční podpis

OBSAH

Úvod	3
1. Současný stav	4
<i>1.1 Ošetřovatelství</i>	<i>4</i>
1.1.1 Definice ošetřovatelství	4
1.1.2 Cíle ošetřovatelství	4
1.1.3 Charakteristické rysy ošetřovatelství	5
1.1.4 Holistické ošetřovatelství	6
1.1.5 Ošetřovatelský proces	7
1.1.6 Ošetřovatelství a lidské potřeby	11
1.1.7 Multidisciplinární zdravotnický a ošetřovatelský tým	12
<i>1.2 Ucelený systém rehabilitace</i>	<i>15</i>
1.2.1 Definice rehabilitace	15
1.2.2 Léčebné prostředky rehabilitace	16
1.2.3 Sociální prostředky rehabilitace	24
1.2.4 Pedagogické prostředky rehabilitace	25
1.2.5 Pracovní prostředky rehabilitace	25
<i>1.3 Rehabilitační ošetřování</i>	<i>27</i>
1.3.1 Definice rehabilitačního ošetřování	27
1.3.2 Imobilizační syndrom	27
1.3.3 Polohování	29
1.3.4 Pasivní pohyby	32
1.3.5 Dechová gymnastika	33
1.3.6 Aktivní pohyby a kondiční cvičení	34
1.3.7 Vertikalizace a změny polohy	38
1.3.8 Návčik sebeobsluhy	42
1.3.9 Návčik komunikace	45
1.3.10 Užití tepla a chladu	46

2. Cíle a hypotézy výzkumu	48
2.1 Cíle výzkumu	48
2.2 Hypotézy výzkumu	48
3. Metodika	49
3.1 Popis metodiky	49
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	49
4. Výsledky	50
5. Diskuze	107
6. Závěr	113
7. Seznam použité literatury	115
8. Klíčová slova	122
9. Přílohy	123
9.1 Seznam příloh	123

Úvod

Každá nemoc narušuje život člověka. Každá nemoc limituje nemocné v jejich aktivitách běžného života. Každá nemoc mění jejich vztahy k lidem a společnosti. A právě tehdy má v péči o nemocného své nezastupitelné místo všeobecná sestra. Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči všem nemocným. Poskytuje péči kvalitní, hodnotnou a především holistickou, zaměřenou na celistvost jedince a jeho potřeby. Uspokojování biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb tvoří základ holistického ošetrovatelství. A rehabilitační ošetrování je jednou z jeho nedílných součástí. Tento pojem však není mezi sestrami příliš rozšířen a je jim často zcela neznámý. Přitom sestry vykonávají rehabilitační ošetrování při výkonu své profese a častokrát si tuto skutečnost neuvědomují. Proto jsem si zvolila ke zpracování diplomové práce právě téma rehabilitační ošetrování jakou součástí holistického ošetrovatelství.

Hlavním cílem práce bude shromáždit co nejvíce poznatků o rehabilitačním ošetrování a snažit se nalézt to, co by všeobecným sestram mohlo pomoci pozměnit a rozšířit pohled na problematiku rehabilitačního ošetrování.

Práce bude rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části bude jedním z cílů podat co nejpřesnější přehled o ošetrovatelství se zaměřením na jeho definici, cíle a charakteristické rysy. Opomenout nemohu pojem holistického ošetrovatelství, ošetrovatelský proces, potřeby člověka a význam multidisciplinárního zdravotnického a ošetrovatelského týmu v péči o nemocné. Zmíním se také o uceleném systému rehabilitace a o jeho léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředcích. V rámci rehabilitačního ošetrování blíže objasním všechny jeho prvky a metody.

V praktické části se zaměřím na zpracování kvantitativního výzkumu k potvrzení či vyvrácení stanovených cílů a hypotéz. Zaměřen bude na všeobecné sestry s různým stupněm vzdělání, na jejich znalosti o rehabilitačním ošetrování a na ošetrovatelské standardy, které se rehabilitačním ošetrováním zabývají.

1. Současný stav

1.1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství má nezastupitelné postavení v péči o člověka. Navazuje na téměř všechny medicínské a především klinické a humanitní obory. Zasahuje jak do oblastí prevence, diagnostiky, terapie, tak do psychosociální a výchovné péče. Poznatky z jednotlivých vědních disciplín nejen využívá, ale také je rozpracovává a přetváří přímo v závislosti na potřeby ošetřovatelské teorie a praxe.

1.1.1 Definice ošetřovatelství

Ošetřovatelství je samostatná vědní disciplína. Je to systém typicky ošetřovatelských činností, týkající se jednotlivce, rodin i skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu. Tyto činnosti vykonává všeobecná sestra ve spolupráci s nemocným nebo samostatně v jeho zájmu. Ošetřovatelství má svou vlastní teoretickou základnu a její praktické využití. Podílí se na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Sestra zajišťuje těm, kteří nemohou, neumějí nebo nechtějí o sebe pečovat, vždy profesionální ošetřovatelskou péči (30).

1.1.2 Cíle ošetřovatelství

Hlavním cílem ošetřovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeby vzniklé či pozměněné onemocněním. Při dosahování tohoto cíle všeobecná sestra úzce spolupracuje s lékaři a dalšími kategoriemi zdravotnických a jiným odborných pracovníků, především s fyzioterapeuty/tkami, ergoterapeuty/tkami, sociálními pracovníky, dietními sestrami a dalšími členy multidisciplinárního týmu. Mezi další cíle se řadí udržení a podpora zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.

Specifika udržení a podpory zdraví tkví v pomoci člověku rozvíjet, uchovávat a zlepšovat zdroje jejich spokojenosti a pohody. Cílem upevňování zdraví je nasměrovat jedince k jeho optimální úrovni zdraví. Důležité je také provádění periodického hodnocení zdravotního stavu jedince, aktivní dispenzarizace chorob a jejich prevence.

Do další oblasti navrácení zdraví a rozvoje soběstačnosti spadají aktivity spojené s pomocí zlepšit lidem jejich zdraví po překonání zdravotních potíží nebo nemoci. Patří sem přímá péče o jedince, poskytování kvalifikované péče, edukace, provádění rehabilitace u pacientů/klientů i aktivní účast na programech týkajících se duševního zdraví. Sestra však také vede nemocné k sebepěči a edukuje jejich okolí o poskytování péče laické.

Oblast zmírňování utrpení nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti zahrnuje poskytování útěchy a laskavé péče nemocným v době jejich umírání. Tato péče se vztahuje také na pozůstalé (17).

Při dosahování těchto cílů je nezbytné, aby ošetrovatelská péče měla preventivní charakter, aby respektovala vědecký přístup a aby byla poskytována individuálně, komplexně, aktivně a týmově (35).

S výše zmíněnými cíly a s jejich efektivním plněním souvisí také činnost všeobecných sester. Mezi jejich hlavní úkoly patří pomáhat jedinci, rodině a skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich prostředím. Dále pak vytvářet z člověka aktivního účastníka při péči o vlastní zdraví, podporovat soběstačnost člověka v péči o sebe sama, provádět prevenci onemocnění, spolehlivě zajišťovat ordinace lékaře, snižovat negativní vliv onemocnění, předcházet komplikacím a v neposlední řadě, jak již bylo zmíněné, nacházet a plánovaně uspokojovat potřeby u osob s porušeným zdravím, se zdravotním postižením a u lidí nevléčitelně nemocných.

1.1.3 Charakteristické rysy ošetrovatelství

Jedním z charakteristických rysů ošetrovatelství je poskytování aktivní ošetrovatelské péče. Ta je zaměřena na tělesnou a duševní pohodu nemocného. Tuto

péči je možné rozdělit na aktivní péči přímou, kam patří všímavost a zájem sestry a na aktivní péči nepřímou. Tam lze zařadit znalost diagnózy a aktuálního stavu nemocného, znalost výsledků vyšetření a terapie, předávání informací o nemocném a spolupráce s rodinou. Mezi další rysy ošetrovatelství patří poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu, poskytování ošetrovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem a získaných sebevzděláváním, holistický přístup k nemocnému, preventivní charakter péče se zaměřením na prevenci primární, sekundární i terciální a poskytování péče ošetrovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků (30).

1.1.4 Holistické ošetrovatelství

Termín holismus je odvozen z řeckého slova *holos*, které lze přeložit jako úplný, celý, neporušený, celek. Výraz holismus poprvé použil jihoafrický politik a generál J. Ch. Smuts v roce 1926 ve své knize „Holismus a evoluce“. Uvádí zde, že holismus nelze chápat pouze jako souhrn jednotlivých částí, ale především jako nehmotný a mnohdy až nepoznatelný činitel celistvosti (21).

Holistická filosofie se zabývá celkem a především jeho celostností. Popírá názor, že celek je pouhý souhrn částí, ale popisuje mezi těmito částmi vzájemný vztah a ovlivnitelnost (25). Každý živý organismus je jednotným celkem v neustálé interakci s prostředím. V interakci jsou také jednotlivé části celku mezi sebou navzájem.

Holistický přístup ke zdraví vyžaduje orientaci na aspekty a potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální (17). Mezi *biologické* aspekty je možné zahrnout všechny fyziologické procesy jako je dýchání, vylučování, srdeční nebo oběhová činnost, dále pak pudy, instinkty, zdraví, tišení bolesti, potřeba fyzického kontaktu, uspokojení potřeb sexuálních (33). *Psychické* potřeby vycházejí z individuálního vnímání světa, týkají se rozvoje osobnosti, osobních pocitů, citů a prožitků jako strach, úzkost, osamělost nebo také radost a štěstí (17). *Sociální* aspekty mají vztah ke vzájemné interakci a ke vzájemnému spojení s jinými lidmi, ke komunikaci, společenským rolím, k pocitu začlenění do určité společenské skupiny či k pocitu

milovat a být milován. *Spirituální* potřeby se projevují v oblasti duchovního života, religiozity. Jedná se o potřeby víry a vyznání, potřeby příslušenství do náboženských společenství nebo do společenství sekt (33). Holistický přístup tedy zahrnuje skutečně celou osobu jedince, celistvost jeho osobnosti a obecně všechny stránky jeho životního stylu, kam patří mimo jiné primární prevence negativních fyzických a psychických stavů, zvládnání stresu nebo tělesná zdatnost jedince. Holistická péče pomáhá lidem v době zdraví i nemoci převzít odpovědnost za své zdraví, hledat různé alternativy podporující zdravý životní styl, sebeuspokojení a vede k mobilizaci vnitřních hojivých sil (17).

Holistické ošetřovatelství chápe člověka jako bio - psycho - socio - spirituální bytost. Tyto jednotlivé dimenze tvoří integrální jednotu. Aplikace holistického ošetřovatelství do praxe je důležitá především v současném pochopení vztahu jednotlivých částí k interakcím celku a vztah celku k jeho částem. Jelikož pokud dojde ke změně jedné části z celku, vyvolá se tím změna celku jako takového a dochází k narušení systému. V rámci holistické ošetřovatelské péče vnímají všeobecné sestry osobu pacienta/klienta vždy jako celek a akceptují jeho práva, jelikož ta jsou nedílnou součástí ošetřování a léčebného postupu. Při poskytování holistické péče je potřeba brát v úvahu také prostředí, ve kterém pacient/klient žije, vztahy s lidmi a to především se členy jeho rodiny. Neoddělitelnou součástí holistického ošetřovatelství je ošetřovatelský proces. Ten představuje systémový přístup k pacientovi/klientovi a komplexně řeší jeho individuální problémy a potřeby. Vždy je zaměřený na celého člověka, nikoliv pouze na vlastní nemoc, se kterou pacient/klient přichází (25).

Holismus je tedy koncepce zaměřující se na pacienta/klienta a práce sestry s pacientem/klientem je založena na zájmu, vzájemném porozumění a spolupráci (26).

1.1.5 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče usnadňující klinické rozhodování a řešení problematických situací (28). Je dynamický a odvíjí se od zdraví a aktuálního stavu pacienta/klienta (35).

Termín ošetrovatelský proces byl zaveden v 50. letech 20. století a byl všeobecně přijat jako základ ošetrovatelské péče (28). Tento proces vyžaduje od sester dostatečné znalosti, nejen však o nemocích a jejich projevech, diagnostice a terapii, ale také o tom, jak nemocný prožívá svou chorobu, jak se chová a jaké jsou jeho potřeby (35). Mezi další předpoklady, které vedou k efektivní realizaci ošetrovatelského procesu, dále patří tvůrčí přístup, přizpůsobivost, zaujetí a také důvěra ve vztahu k práci, umění vycházet s lidmi, schopnost spolupráce a vedení týmu. Důležitou součástí procesu je terapeutický vztah a interakce mezi sestrou a pacientem/klientem. Tento vztah zpravidla zahrnuje rovněž interakci s dalšími osobami, jako jsou ostatní členové rodiny, přátelé a blízcí nemocného, ale také interakci s jinými zdravotnickými spolupracovníky (28).

Ošetrovatelský proces se skládá z pěti částí, posouzení a zhodnocení nemocného, ošetrovatelské diagnostiky, plánování ošetrovatelské péče, realizace plánu ošetrovatelské péče a vyhodnocení výsledků péče (viz příloha č. 1). Sestra musí nejprve nemocného poznat, zjistit jeho základní aktuální i potenciální problémy z ošetrovatelského hlediska, rozhodnout se pro správnou strategii ošetrovatelské péče, tu efektivně realizovat a nakonec zhodnotit. Každá tato fáze je sice samostatná, ale přístup k ošetrovatelské péči musí být uplatněn jako celek (32). Jednotlivé části se neustále vzájemně ovlivňují a propojují. Kritickým momentem prolínajícím se do všech fází procesu je rozhodování, při němž sestra vždy musí brát v úvahu, že pacient/klient je lidskou bytostí se svébytnou hodnotou a důstojností. Nesmí zapomínat na jeho základní lidské potřeby, které musí být vždy plněny, protože nejsou-li uspokojeny, vzniká další problém. Stále uvědomovat si musí také skutečnost, že pacient/klient má právo na kvalitní medicínskou a ošetrovatelskou péči, poskytovanou se zájmem, soucitem a zaměřenou na dobrou celkovou pohodu a prevenci nemoci (28).

První fází je *zhodnocení a posouzení nemocného*. Sestra by před rozhodnutím o nevhodnějším způsobu ošetřování měla vědět „kdo je můj nemocný“. Tato fáze zahrnuje sběr informací o nemocném a jeho zdravotním stavu, jejich třídění a ověřování (32). Při sběru sestra vychází z určitého teoretického modelu ošetrovatelství (35). Důležité je provést kvalitní zhodnocení pacienta/klienta s cílem získat to nejvíce potřebných informací. Při hodnocení je potřeba si určit, kdo jej bude provádět, jaké

informace je třeba zjišťovat, odkud je možné informace získat, jakými metodami je lze získat a jak budou tyto informace dokumentovány. Posouzení nemocného má dvě základní části a to ošetřovatelskou anamnézu a zhodnocení současného stavu nemocného. Konkrétně se shromažďují především identifikační údaje o nemocném, informace o současném zdravotním stavu a vlastní anamnestické údaje z oblasti zdravotní, sociální, psychologické a duchovní. K získávání těchto informací je zdrojem především sám nemocný, dále pak jeho dokumentace, rodinní příslušníci, případně blízké osoby, ale také ostatní členové zdravotnického týmu a spolupacienti (32). Zručnost v pozorování, komunikaci, vedení rozhovoru a fyzikálním vyšetření jsou základními podmínkami této fáze (17). Ke zhodnocení informací potřebných k uspokojování denních životních potřeb nemocného člověka a jeho reakcí na aktuální zdravotní situaci lze použít i rámcové screeningové vyšetření. Všechny získané informace je nutné a velmi důležité zaznamenávat přesně, aby nedošlo ke zkreslení jejich významu a smyslu informací.

Cílem *ošetřovatelské diagnostiky*, druhé fáze ošetřovatelského procesu, je najít „co pacienta/klienta trápí“, čím je ohrožen a stanovit naléhavost a významnost těchto problémů pro ošetřovatelskou péči jak z hlediska nemocného, tak z hlediska sestry. Získané informace se analyzují, z nich se identifikují problémy a ty jsou následně formulovány do ošetřovatelských diagnóz. Ošetřovatelská diagnóza je standardní pojmenování ošetřovatelského problému (35). Identifikují se jí potřeby nemocného, které jsou onemocněním narušeny, nebo které porucha zdravotního stavu vyvolala (32). Sesterské diagnózy jsou aktuální nebo potenciální. Aktuální ošetřovatelský problém je ten, který existuje v současné chvíli. Ten potenciální spočívá ve výskytu a odhalení rizikových faktorů, které mohou u jednotlivce nebo jeho rodiny zdravotní komplikace a těžkosti vyvolat (17). Ošetřovatelská diagnóza by měla být krátká, specifická a měla by vyjadřovat pouze jeden problém. Je základním podkladem pro plánování, realizaci a hodnocení ošetřovatelské péče (35).

Třetí krok ošetřovatelského procesu tvoří *plánování ošetřovatelské péče*. Důležité je položit si otázku „co mohu pro pacienta/klienta udělat“ (32). Sestra by ve spolupráci s pacientem/klientem měla stanovit priority a pořadí ošetřovatelských strategií. Ty se

liší dle toho, v jaké oblasti péče o zdraví je ošetrovatelská péče poskytována. Preferenční pořadí stanoví sestra podle pacientova/klientova aktuálního stavu a stavu soběstačnosti (35). Pokud dojde k rozdílu v názoru na priority mezi sestrou a pacientem/klientem, je velmi důležité o této nastalé situaci otevřeně diskutovat. Prostor v diskusi musí mít sestra i pacient/klient rozdělen stejným dílem (22). Podstatné je také myslet na to, aby stanovené priority nebyly v rozporu s lékařským postupem (35). Součástí sestavení plánu ošetrovatelské péče je také stanovení cílů péče, kterých lze dosáhnout plánovaným zásahem. Cíl může být krátkodobý, tedy týkající se bezprostředně následujícího období. Stanovit lze také cíl dlouhodobý, který se vztahuje k delšímu období a směřovat může až k domácí péči. Cíle by měly být reálné, konkrétní, individuální, měřitelné, udávající časový rámec a především respektující přání pacienta/klienta. Po stanovení cílů navrhne sestra vlastní ošetrovatelský plán, který tvoří vhodně volené ošetrovatelské intervence (32). Jsou stanoveny tak, aby bylo dosaženo očekávané změny stavu pacienta/klienta a představují činnosti sester, které musí být provedeny (22).

Realizace ošetrovatelské péče, tedy čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu, zahrnuje vykonávání stanovených ošetrovatelských intervencí. Tyto intervence je nutné individuálně přizpůsobovat a při jejich realizaci si uchovávat individuální přístup. Ošetrovatelské činnosti musí být vždy bezpečné a především holistické (17). Musí respektovat důstojnost pacienta/klienta, poskytnout mu psychickou podporu a zvyšovat jeho sebevědomí. Aktivní spolupráce a účast pacienta/klienta při realizaci ošetrovatelských intervencí je, pokud je to možné, nevyhnutelná a velmi potřebná (22). V průběhu praktické aplikace ošetrovatelských činností získává sestra další důležité informace a poznatky o pacientovi/klientovi a díky jim je poté schopna lépe specifikovat ošetrovatelskou diagnózu a následně operativně pozměnit další ošetrovatelskou péči (17).

Poslední fází ošetrovatelského procesu je *vyhodnocení výsledků péče*, s otázkou „pomohla jsem nemocnému?“. V této fázi sestra zjišťuje, zda bylo dosaženo stanoveného cíle zcela, částečně nebo vůbec a zda by měla plán péče a stanovené

ošetřovatelské intervence případně pozměnit. Jde tedy o objektivní zhodnocení účinku ošetřovatelské péče (22).

1.1.6 Ošetřovatelství a lidské potřeby

Potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku něčeho zcela konkrétního a pro člověka jednoznačně potřebného, užitečného a nevyhnutelného (39). Hlavním cílem holistického ošetřovatelství je právě vyhledávání a uspokojování bio - psycho - socio - spirituálních potřeb člověka a tato činnost, tvořící podstavu základní ošetřovatelské péče, vyplňuje více než polovinu náplně činností sester. Pojetí základní ošetřovatelské péče vychází z charakteristik základních životních potřeb člověka (35). Humanista Abraham Maslow sestavil ve 40. letech minulého století teorii lidských potřeb. Podle jeho teorie je třeba uspokojit potřeby na jedné úrovni, než se započne s uspokojováním potřeb na úrovni následující. Sestavil tedy jejich klasifikaci do hierarchického uspořádání (viz příloha č. 3) (41). Základními potřebami jsou *potřeby fyziologické*, vzduch, potrava, teplo, vylučování, odpočinek nebo spánek. Pokud člověk dosáhne splnění těchto potřeb, vytváří se *potřeba bezpečí a jistoty*, člověk chce být v bezpečí, cítit se v bezpečí a to jak fyzickém, tak citovém. Třetí úroveň potřeb je *potřeba lásky, náklonnosti a sounáležitosti*, potřeba někam a někomu patřit, být přijímán a milován. *Potřeba úcty a sebeúcty* je v pořadí čtvrtou lidskou potřebou, potřebou být druhými vážen, ceněn, být hodnocen kladně i sám sebou. Pokud je uspokojena i tato potřeba, usiluje člověk o *seberealizaci*, potřebu stát se tím, čím se stát mohu, naplnit své možnosti růstu a vývoje. Maslow udává ještě některé potřeby, které mají, dá se říci, individuální charakter a to *potřebu poznávání a porozumění* a *potřebu estetických prožitků* (17).

Škála potřeb je u každého jedince zcela individuální. Je ovlivňována aktuální zdravotním stavem, věkem, pohlavím jedince, psychickými a fyzickými vlastnostmi, vzděláním a výchovou, rodinným stavem nebo celkovým životním standardem (28).

Dostatečná znalost lidských potřeb je základním předpokladem pro úspěšnou realizaci individuální a holistické ošetřovatelské péče (35). Poznatky o potřebách

člověka pomáhají sestřám v pochopení sebe samých, v pochopení potřeb druhých a s tím související pochopení jejich chování a jednání (17). Z ošetrovatelského hlediska musí sestra vědět o potřebách tolik, aby je dokázala rozpoznat a zajistit jejich uspokojení. Cílem činnosti je pomoci pacientovi/klientovi se co nejdříve a v co nejvyšší míře adaptovat na změněné prostředí a posléze získat samostatnost v uspokojování individuálních potřeb. Dalším cílem je také seřadit potřeby podle aktuálních priorit, a právě k tomu je velice důležité umět se orientovat v pocitech nemocného a v jeho chování, které signalizuje tyto neuspokojené potřeby. Každý pacient/klient má svou vlastní hierarchii potřeb, která by měla být, pokud je to možné, ve spolupráci sestry a pacienta/klienta respektována, jelikož významným předpokladem této spolupráce je akceptování subjektivního prožívání nemocného. Právě to si vyžaduje od sestry holistický přístup k nemocnému (4).

1.1.7 Multidisciplinární zdravotnický a ošetrovatelský tým

Multidisciplinární zdravotnický tým tvoří všechny kategorie zdravotnických pracovníků, kteří se buď přímo, nebo nepřímo podílejí na zdravotnické péči o pacienta/klienta. Podstatou jejich činností a současně společným cílem je kvalitní péče o nemocného. Výběr pracovníků pro konkrétního pacienta/klienta je závislý od jeho individuálních potřeb. Mezi všemi členy týmu musí být především profesionální důvěra, souhra, informovanost a vzájemná komunikace. Každý jednotlivý člen kolektivu, ať je to sestra, lékař, fyzioterapeut/ka, ergoterapeut/ka či sociální pracovník, má vymezeny specifické úkoly a činnosti (39). Úlohou *sestry* je poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, respektive ošetrovatelské péče základní a specializované. Provádí mnoho rozličných činností, ke kterým je zapotřebí psychomotorické, afektivní a kognitivní zručnosti (17). S rozvojem ošetrovatelství se sestra stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu, schopnou samostatně pracovat s nemocným i zdravým člověkem (32). *Lékař* je zodpovědný za stanovení lékařské diagnózy a následnou ordinaci potřebné léčby. Své kompetence často, a velmi vhodně, rozšiřuje také na prevenci chorob a upevňování zdraví jedince (17). *Fyzioterapeut/ka*, dříve také

nazýván/a jako rehabilitační pracovník nebo rehabilitační instruktor, se zabývá pohybovým ústrojím, používá speciální metody pro jeho vyšetřování i léčbu, dále pak posuzuje a ovlivňuje poruchy pohybu. Jeho/její práce navazuje na práci rehabilitačního lékaře a ergoterapeuta/ky, z části se tato práce může i překrývat. Fyzioterapeut/ka diagnostikuje pomocí smyslů, použití pomůcek a speciálních testů. Hlavním léčebným prostředkem je cílený pohyb, souhrnně nazýván jako léčebná tělesná výchova. Fyzioterapeut/ka využívá dle indikací lékaře kromě léčebné tělesné výchovy řadu dalších léčebných prostředků, z nichž mnohé jsou i pasivní (37). *Ergoterapeut/ka*, provádí ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu činností pacienta/klienta, provádí analýzu běžných denních činností a jejich následné hodnocení a nácvik, orientačně vyšetřuje kognitivní funkce. Na základě tohoto ergoterapeutického vyšetření sestavuje krátkodobý či dlouhodobý plán terapie. Prakticky aplikuje ergoterapeutické postupy a metodiky, navrhuje kompenzační a technické pomůcky a v neposlední řadě se zabývá poradenstvím v otázkách adaptace a úprav domácího prostředí (46). *Sociální pracovník* radí pacientům/klientům a jejich rodině a blízkým v otázkách sociálních potíží, jako jsou finanční, bytové, ale také manželské problémy. Zdravotní problémy totiž mohou často vyústit právě do těchto sociálních potíží.

Součástí multidisciplinárního zdravotnického týmu je *tým ošetřovatelský*, který zajišťuje individuální ošetřovatelskou péči. Je tvořen sestrami s různým stupněm kvalifikace, ošetřovatelkami a sanitárkami. Týmové ošetřovatelství je jedním z charakteristických znaků moderního ošetřovatelství a je základem pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče (17). V dobře organizovaném ošetřovatelském týmu má každý člen přesně vymezenou odpovědnost a zná svou úlohu a povinnosti (28). Pokud sestry pracují v dobrém týmu, jsou ve své práci daleko úspěšnější a efektivnější (34). Výsledky týmového ošetřovatelství závisí jak od míry osvojení si a realizace členy týmu koncepce týmového ošetřování, tak také od řídicích schopností vedoucího pracovníka týmu. Vedoucím týmu je sestra, která zodpovídá za rozhodování o prioritách uspokojování pacientových/klientových potřeb, dále za plánování, dohled a vyhodnocování ošetřovatelské péče, popřípadě následnou úpravu ošetřovatelských plánů (4).

Při praktické aplikaci rehabilitačního ošetřování je nutná spolupráce se členy multidisciplinárního týmu, především spolupráce sestry s fyzioterapeutem/škou, ergoterapeutem/škou. Důležité je především předávání informací o stavu a schopnostech pacienta/klienta. Informovanost musí být také v otázkách denního režimu nemocného, aby rehabilitační program nenarušoval ostatní terapeutický plán. Veškerá činnost musí být v souladu s ordinacemi lékaře. U některých pacientů/klientů je žádoucí také spolupráce s psychologem, logopedem nebo sociální pracovnící (14).

1.2 Ucelený systém rehabilitace

Slovo rehabilitace je odvozeno z latinského „*habilitas*“, které v překladu znamená schopný, způsobilý. Předpona „*re*“ značí opětovné dosažení nějakého stavu. Rehabilitace je tedy proces obnovy schopnosti, přičemž tuto schopnost, zdatnost je potřeba chápat jako shrnující pojem (38).

1.2.1 Definice rehabilitace

Světová zdravotnická organizace v roce 1969 definovala rehabilitaci jako kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovuzískání co možná nejvyššího stupně funkční schopnosti (12). Definici rehabilitace ustanovila také Organizace spojených národů v roce 1993 v mezinárodním dokumentu „Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením“ tak, že rehabilitace je procesem, jehož cílem je umožnit osobám se zdravotním postižením, aby dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí, tedy poskytnout jim prostředky pro změnu jejich života k dosažení vyšší úrovně nezávislosti. Rehabilitace může zahrnovat opatření k zajištění a obnově funkcí nebo opatření kompenzující ztrátu nebo absenci funkce či funkčního omezení (11).

Rehabilitace je vědní zdravotnický obor, který má specifický okruh nemocných. Netýká se pouze jedinců, kteří se vyvíjeli jako zdraví a teprve v důsledku onemocnění či úrazu byli vyřazeni ze svých každodenních činností, ale také jedinců, kteří se s určitým postižením již narodili, či s ním žijí již od útlého věku (10). Sleduje funkční kompenzaci poškozených částí těla a orgánů a usiluje o vypracovávání funkční schopnosti nepostižených částí těla a orgánů, které by byly v maximální možné míře schopny kompenzovat poškození těchto funkcí (38). Cíleně a záměrně působí na jedince tak, aby se co nejlépe adaptoval na svůj aktuální zdravotní stav, znovu či nově nabyl určité dovednosti, které mu umožní vést co nejkvalitněji samostatný život a aby získal pracovní dovednosti, které mu umožní návrat, respektive opětovné zapojení

do pracovního procesu. Ucelenost v rehabilitaci znamená především včasnost jejího užití, návaznost jednotlivých složek (léčebné, sociální, pedagogické, pracovní) na sebe a také jejich komplexnost. Poskytování ucelené rehabilitace musí být včasné, plynulé a koordinované. Pouze tak může směřovat k zamezení či omezení vzniku zdravotního postižení či minimalizaci jeho negativních důsledků (11).

1.2.2. Léčebné prostředky rehabilitace

Léčebná fyzioterapie je soustava lékařských, diagnostických a léčebných metod a prostředků (12). Tyto metody a prostředky jsou zaměřené na odstranění postižení a funkčních poruch a dále na eliminaci následků zdravotního postižení. Má interdisciplinární charakter, což znamená, že se prolíná s jinými léčebnými postupy a procesy (11).

Fyzikální terapie

Fyzikální terapií se rozumí využívání některých druhů fyzikálních energií k léčebným účelům. V rehabilitačním programu se tyto prvky nejčastěji používají k odstranění bolesti, zlepšení trofiky tkání a také k různým druhům reflexního dráždění. Aby měla fyzikální léčba smysl, musí být především vhodně indikována. Moderní rehabilitace usiluje o to, aby byl pacient/klient co nejvíce samostatný a spoluzodpovědný za svůj zdravotní stav. Tato terapie má však tu nevýhodu, že pacienta/klienta k vlastní iniciativě příliš nevede (10).

Elektroterapie je část fyzikální léčby, při které je využíván léčebný účinek různých forem elektrické energie (2). Využívá aplikace elektrických proudů a/nebo impulsů na lidský organismus. Vlivem elektroléčby dochází k lokálnímu zvýšení teploty tkání. To má za následek zlepšení metabolismu, zvýšení propustnosti kapilár a zlepšení regeneračních schopností tkáně (44). Do elektroléčby patří například impulzoterapie či galvanoterapie.

Akustoterapie je léčení zvukem. Ultrazvuk se užívá u poruch pohybového ústrojí k uvolnění srůstů a tuhostí (př. Dupuitrenova kontraktura), dále pak k uvolnění svalového napětí, ovlivnění lokálního metabolismu a k útlumu bolesti (38).

Fototerapie představuje využití léčebného účinku optického spektra. K léčbě se využívají rentgenové paprsky a paprsky gama. Svě místo zde mají také alfa paprsky, jejichž zdrojem je radon, respektive radonové koupele, při nichž se použitá nepatrná dávka vstřebává do těla přímo kůží, dále pak také ústy a dechem. Léčba probíhá také pomocí mikrovln a ultrafialových paprsků. Infračervené záření se užívá ke zlepšení prokrvení, lokálního metabolismu a k reflexnímu uvolnění svalstva. Zdrojem infračerveného záření jsou lampy „Solux“, které se obvykle aplikují 5 - 15 minut. Viditelné světlo, jako další metoda fototerapie, má vliv na biorytmus a psychiku člověka a je součástí klimatoterapie (6). Moderní metodou ve fototerapii je biolampa a laser (2).

Magnetoterapie je dalším metodou fyzikální léčby. Princip magnetoterapie spočívá v působení umělého magnetického pole určitých parametrů na lidský organismus (50). Důležitá je znalost kontraindikací aplikace magnetoterapie, mezi které patří gravidita, krvácivé stavy, nádorová onemocnění, hyperthyreóza, hypofunkce nadledvin, umístění kardiostimulátoru, myasthenia gravis či těžké formy ischemické choroby srdeční. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat také hypertonikům, hypotonikům a epileptikům, u kterých může aplikace vyprovokovat záchvat (2).

Termoterapie zahrnuje léčebné působení tepla a chladu (38). Termoterapie pozitivní je metoda, při které je teplo přiváděno a při termoterapii negativní je teplo odváděno. Hlavním prostředkem působení tepla a chladu je vodoléčba, kde se mnohdy teplo a chlad střídají. Celkově působí vířivé, sedací a masážní koupele, perličková lázeň, lázně přísadové, sauna, skotské stříky. Běžné jsou ale i další metody termoterapie, které působí především lokálně, a to například termofory, elektrické zahřívací dečky či zábaly, obklady (Priessnitzovy, Tripesovy, atd.) nebo klasicky používané vaky s ledem či ochlazené gelové aplikátory (2).

Mechanoterapie není přesně vymezená a svým působením zasahuje do léčebné tělesné výchovy. K léčebným účelům využívá statických a dynamických sil. Zařadit sem lze aktivní a pasivní pohyby těla, trakce, prostředky manuální medicíny - manipulace a mobilizace, mechanické vibrace, vakuově kompresivní terapie, masáže. Aktivní a pasivní pohyby jsou náplní právě léčebné tělesné výchovy. Při trakci působí na poddajné tkáně tah, který je vyvolán buď tahem motoru, druhou osobou, vahou jiné části těla či závaží. Manipulace a mobilizace slouží k uvolnění blokády. Manipulace je prudký, ale šetrný a cílený pohyb, který vede k uvolnění a často bývá spojen se zvukovým fenoménem, loupnutím. Provádí jej lékař. Při praktické aplikaci je pacient/klient zcela pasivní, relaxuje. Mobilizace značí opakování pasivních pohybů, které vedou k uvolnění blokády postupně. Pacient/klient při ní spolupracuje s fyzioterapeutem/škou. Mechanické vibrace využívají rytmických pohybů o malém rozsahu, ale vysoké frekvenci. Využívají se u centrálních paréz různého typu. Vakuově kompresivní terapie je metoda založená na principu střídání podtlaku a přetlaku (38) Masáž je zcela běžný prostředek mechanoterapie. Manuální masáž se provádí výhradně rukama. Přístrojové masáže jsou masáže vibrační, masáže proudem vody, vakuové, vakuově - přetlakové a přetlakové (2).

Léčebná tělesná výchova

Léčebná tělesná výchova je hlavní metodou fyzioterapie. Její základní formou je tělesné cvičení, které se zabývá pohybovým ústrojím, především posturálními schopnostmi. Lze ji definovat jako využití cvičení k udržení tělesných funkcí nebo jejich znovuzískání pod odborným dohledem. Léčebnou tělesnou výchovu nejčastěji provádí fyzioterapeut/ka a to jak na nemocničním lůžku, cvičebním lehátku, tělocvičně, tak také ve vodě nebo venku. Realizována je individuálně, v úzké spolupráci s fyzioterapeutem/škou dle jeho/jejích pokynů, pod jeho/její zrakovou kontrolou, nebo fyzioterapeut/ka provádí sám/a pasivní pohyby, dává pacientovi/klientovi odpor či vyvolává reflexní odpovědi. Provádět se však může také cvičení skupinové. To se využívá tehdy, kdy jde o osoby s podobným typem postižení a stejným či podobným terapeutickým cílem. Doba cvičení je zcela individuální a je vždy přizpůsobena

fyzioterapeutem/tkou podle aktuálního stavu a reakcí pacienta/klienta. Obvyklá doba cvičení je 5 - 45 minut, i několikrát denně. Cvičení by nemělo probíhat po hlavním jídle, avšak nemocným nemusí dělat dobře cvičení ani zcela nalačno. Cvičení by mělo probíhat ve volném oděvu a část těla, kterou se cvičí, by měla být odhalena, aby ji mohl/a terapeut/ka zrakem kontrolovat. Využívané pohyby se dělí na aktivní a pasivní. V léčebné tělesné výchově se používají především ty aktivní, kdy síla vyvolává svalovou kontrakci. Pohyby pasivní provádí terapeut/ka nebo přístroj za naprosté relaxace svalstva pacienta/klienta (38) Pohyb se vykonává s uvolněným svalstvem, pouze do pocitu bolesti a je často prováděn za současného tahu do délky. Návlek chůze je základním prvkem léčebné tělesné výchovy. Léčebný efekt má také polohování, jelikož správným napolohováním nemocného je zabráněno vzniku deformit, svalovým kontrakturám, omezenému pohybu v kloubech i vzniku dekubitů (8). Kondiční cvičení je nejdostupnější formou skupinového cvičení, která se často kombinuje s jinými druhy cvičení (38). Dechová gymnastika je součástí každého systému tělesných cvičení a využívá se v řadě klinických oborů.

Mezi stěžejní a ucelené metody patří Metoda sestry Kenny, Vojtova metoda a Koncept manželů Bobathových.

Metoda sestry Kenny je ucelenou metodou, která spadá do léčebné tělesné výchovy. Jde o metodu využívající se při obrně periferních nervů. Princip spočívá ve stimulaci kožních receptorů chvěním nebo drážděním pomocí kartáčování nebo míčkování. Tato stimulace probouzí k činnosti nervová zakončení v kloubech, šlachách a svalech. Má velký význam v časném stádiu pro ochrnutý sval, a proto se s její realizací začíná co nejdříve je to možné. Po několikrát opakovaném stimulačním pohybu se začíná s návletem počátečního pohybu. Pacient/klient si musí uvědomit přesné provedení pohybu a sval, který má pohyb provést. Poté je vyzván, aby se pokusil pohyb provést společně s terapeutem/tkou. Pohyb se provádí pasivně nebo s dopomocí. Mezi jednotlivými cviky je důležitá relaxace, která vede k zotavení cvičených svalů (8).

Vojtova metoda (reflexní lokomoce) je určena převážně pro děti s dětskou mozkovou obrnou, ale byla modifikována i pro jiné typy pacientů/klientů, například u posturálních vad a centrálních paréz. Využívá poznatků, že pohyb se děje v pohybových vzorech,

kteře jsou vrozené. Vojtova metoda tyto pohybové vzory provokuje z nastavené polohy těla drážděním určitých spoušřových zón (dráždění vzniká tlakem na periost, fascii, protažením svalů). Používá-li se toto specifické cvičení pravidelně, lze dosáhnout velmi dobrých výsledků. Princip reflexní lokomoce může při včasné aplikaci zabránit patologickému motorickému, event. i mentálnímu vývoji. Vyškolený/á fyzioterapeut/ka zaučí i rodinné příslušníky, aby se docílilo větší úspěšnosti v léčbě (47).

Koncept manželů Bobathových se užívá také při cvičení dětí s DMO, dále pak u dospělých po cévní mozkové příhodě. Cílem konceptu je ovlivnění automatických posturálních reakcí, které umožňují pohyb hlavy a trupu vůči končetinám, udržet nebo znovu získat rovnováhu. Cvičení probíhající ve zvláštních polohách tlumí svalový tonus a v takto navozeném uvolnění se snaží aktivovat pohyb správným způsobem, aby byla překonána patologická hybnost. Výsledek cvičení vždy navazuje na konkrétní funkce, lze tedy tento bobathovský koncept použít i při nácviku denních činností a při rehabilitačním ošetřování (38).

Bazální stimulace

Koncept bazální stimulace je jednou z léčebných metod užívaných v praxi již od 70. let 20. století. Umožňuje jedincům s postiženým vnímáním a poruchami hybnosti zlepšovat jejich zdravotní stav pomocí cílené stimulace smyslových orgánů (52). Tento koncept péče o pacienta/klienta je konceptem otevřeným a je možné jej zakomponovat a využívat ve všech výše zmíněných metodikách a konceptech. Základní myšlenkou bazální stimulace je holistický pohled na pacienta/klienta a úzké propojení pohybu, vnímání a komunikace. Nezbytné je také chápání nemocného jako jedince s vlastní historií a určitými schopnostmi. Techniky, které se v rámci bazální stimulace užívají, vedou k podpoře vnímání pacienta/klienta. Nejprve je nutné stimulovat vnímání vlastního těla, což je předpokladem k následnému vnímání okolí a navázání komunikace s nemocným (6). Bazální stimulace vyžaduje čas, chuť a vzájemnou souhru mezi všemi členy multidisciplinárního týmu. Nezbytná je však spolupráce s rodinou, která může velmi pomoci (42).

Nejpoužívanějšími prvky konceptu bazální stimulace jsou dotek, polohování a koupele (52).

Dotek je nejjednodušší přirozená forma komunikace beze slov. Díky dotekům může člověk získat mnoho impulsů ze zevního prostředí, ale také jimi může se svým okolím komunikovat. Doteky by měly být zřetelné a cíleně promyšlené (6). Nečekané a necílené dotyky mohou vyvolat u pacienta/klienta pocity nejistoty, strachu a ohrožení. Vhodné je tedy dát najevo, kdy začíná a kdy končí přítomnost a činnost druhé osoby. Využívá se tzv. iniciální dotek. Vhodným místem je rameno, paže nebo ruka nemocného. Iniciální dotek by měl být podpořený vhodným verbálním oslovením. Všichni, kteří přicházejí s nemocným do kontaktu, musí být o tomto doteku informováni, musí ho respektovat a před zahájením a po ukončení své činnosti jej pacientovi/klientovi poskytnout (53).

Polohování pomáhá nemocnému získat informace o svém těle a předchází také veškerým komplikacím. Jedním z druhů polohování je polohování částečné, tedy mikropolohování. Toho lze dosáhnout použitím srolovaného ručníku nebo polohovacích polštářků. Pokud to zdravotní stav dovolí, je upřednostňováno užití standardních matrací (6). Velmi výrazně stimulující jsou polohy „mumie“ a „hnízdo“. Při poloze mumie je tělo nemocného obloženo tak, aby vznikl obrys těla. To umožní zprostředkovat pacientovi/klientovi vjemy ze svého těla a umožnit mu tak vnímat jeho hranice. Poloha „hnízdo“ patří mezi velmi oblíbené především při neklidu ke zklidnění nebo při odpočinku, jelikož u nemocných navozuje příjemné pocity jistoty a bezpečí (43).

Během *koupele* je možné dosáhnout intenzivního kontaktu žínkou nebo ručníkem, jelikož i jimi je možné dosáhnout kvalitního vjemu velkoplošným drážděním. Pohybem žínky nebo ručníku získává nemocný informaci o velikosti, hranicích a formě svého těla (6). Umývání se provádí oběma rukama pouze jednoho ošetřujícího, pohyby se vedou po směru nebo v protisměru růstu chloupků a koupel se může provádět na lůžku i ve vaně (52).

Bazální stimulaci je velmi vhodné začlenit do ošetrovatelských aktivit (5). Smysl je v pravidelném provádění určitých ošetrovatelských činností, které jsou prováděny

denně ve stejný čas, stejným postupem a obsahují stejné určité prvky. Díky tomuto si na daným způsobem prováděné činnosti může nemocný zvyknout a nalézt v nich orientaci, jistotu a bezpečí (19).

Ergoterapie

Ergoterapie má v léčebné rehabilitaci významné postavení (38). Dle České asociace ergoterapeutů lze ergoterapii definovat jako zdravotnickou profesi, která využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy a činnosti při léčbě jedinců každého věku, s různým typem postižení, kteří jsou dočasně nebo trvale fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi (46). Ergoterapie je léčebná činnost indikována lékařem, kterou vede ergoterapeut/ka (20). Je chápána jako léčba smysluplnou prací (11). Jejím cílem je zachování maximální soběstačnosti v běžných denních a pracovních činnostech a aktivitách volného času. Primárním zájmem ergoterapie je umožnit jedinci, aby mohl provádět činnosti, které považuje za důležité a prospěšné pro svůj život. Návčik činností, ve kterých je jedinec limitován, probíhá v reálných situacích, a pokud je to možné, i ve vlastním domácím prostředí. K omezení dochází vlivem onemocnění, úrazu, vývojové vady či procesu stárnutí (46). Ergoterapie má velmi povzbudivý účinek na udržení nebo znovuzískání ztraceným sil a sebedůvěry, odpoutává pozornost od onemocnění, pomáhá nalézat způsoby, jak trvalé poruchy zdraví obejít, porušené funkce kompenzovat a tím co nejlépe znovu zapojit pacienta/klienta do plnohodnotného života (20). Léčebný ergoterapeutický program je vypracováván pro každého nemocného zcela individuálně, především aby respektoval jeho zdravotní stav, typ a stupeň postižení (38). Hlavním terapeutickým prostředkem v ergoterapii je smysluplná činnost nebo zaměstnání, které pomáhá k obnově postižených fyziologických, společenských a pracovních funkcí tak, aby se pacient/klient mohl úspěšně začlenit do plnohodnotného života (46). V ergoterapii rozdělujeme užívané činnosti na čtyři oblasti. *Ergoterapie kondiční* usiluje především o psychickou rovnováhu nemocného (10). Snaží se odpoutat pozornost pacienta/klienta od nepříznivého vlivu onemocnění. Hlavním cílem je tedy, aby nemocného činnost bavila a aby jej

zaměstnávala ve volném čase (38). Zahrnuje ruční práce, pletení, vyšívání, práce s hlínou, četbu, společenské hry, práce na zahradě. *Ergoterapie cílená na postiženou oblast* obsahuje pohyby, které jsou přesné, cílené a dávkované. Cvičení se většinou provádí s nějakým nástrojem nebo cvičebním náčiním (20). Úkolem *ergoterapie zaměřené na pracovní začlenění* je stanovení případných změn, dále pak zlepšení síly a koordinace, které jsou nutné pro opětovné pracovní zařazení. Hlavním cílem *ergoterapie zaměřené na výchovu k soběstačnosti* je nácvik zvládnání běžných činností každodenního života. Jde zejména o oblékání a svlékání, osobní péči a hygienu, použití WC, jídlo a pití, potřeby v domácnosti, orientace ve veřejných prostorech, nácvik kompenzačních a substitučních mechanismů. Velmi významné je zde využití technických kompenzačních pomůcek, které usnadňují život postiženým osobám (7).

Hipoterapie

Hipoterapie je komplexní rehabilitační metoda, která k léčebným účelům využívá koně (10). Hlavní princip je v tom, že fyziologická chůze koně ovlivňuje patologickou chůzi člověka. Při hipoterapii je důležité pracovat v týmu. Ten tvoří vyškolení fyzioterapeut, hipolog a lékař, který hipoterapii doporučí a provádí pravidelné lékařské prohlídky nemocného (51).

Canisterapie

Canisterapie je léčba, při které se využívá kontaktu se psem a jeho pozitivního působení ke zlepšení zdravotního stavu pacienta/klienta (10). U dětí je touto metodou možné zlepšit jejich psychickou pohodu, komunikační dovednosti, pohybové schopnosti a citové zrání. Využívat ji lze u postižení mentálních, tělesných i smyslových (49).

Arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie

Arteterapie je specifický terapeutický přístup využívající při práci s pacientem/klientem různých uměleckých činností. Kromě nejrozšířenější výtvarné činnosti se jedná např. o práci s hlínou, kůží, textilem a dalšími materiály, dále tanec, práci s tělem apod. Arteterapie může probíhat formou pravidelné skupinové a individuální práce s pacienty/klienty. Velmi důležité je zvýšení sebevědomí a pocit uspokojení z vytvořeného díla, které roste se stále se zvyšující zručností a motivací (48). *Muzikoterapie* je synonymem pro léčbu pomocí hudby. Má podobný význam i efekt jako arteterapie. Pracuje především s hudbou, rytmem, písní a její účinek je také psychologický. *Psychoterapie* je léčebná metoda, která využívá různých psychologických prostředků. Hlavními cíly psychoterapie jsou odstranění symptomů nebo naučení se s nimi žít, pomoc člověku rozhodnout se, nést důsledky svého rozhodnutí a poskytnout pomoc pacientovi/klientovi v hledání, co se za symptomem skrývá. Jednotně lze říci, že jde o znovuoobnovení integrity osobnosti (10).

1.2.3 Sociální prostředky rehabilitace

Sociální prostředky rehabilitace jsou vedle léčebné nejčastěji využívané složky rehabilitace, jelikož společenské vazby jsou důležité a nezbytné pro každého jedince (38). Řeší problémy, které mají obecně všechny skupiny lidí se zdravotním postižením, ale také problémy, které se specificky týkají určitého druhu a stupně postižení (11). Jejím cílem je především usnadnit pacientům/klientům návrat k jejich tělesné, duševní i pracovní výkonnosti, a tak jim umožnit, aby se stali platnými členy společnosti. Působí na rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností, dále se uplatňuje metoda kompenzace, tedy náhrada postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí, a důležité je bezesporu přijetí života s postižením. Pacient/klient by měl být však schopen nejen akceptovat své postižení, nemoc či znevýhodnění, ale také se v maximální možné míře integrovat zpět do společnosti. Sociální rehabilitace je celoživotním procesem a prolíná se všemi ostatními druhy rehabilitace (10). Odborníky,

kteří s touto rehabilitací zabývají, jsou sociální pracovníci, posudkový lékař, podílejí se na ní také neziskové organizace pro osoby se zdravotním postižením i poradenská centra (38).

1.2.4 Pedagogické prostředky rehabilitace

Pedagogická rehabilitace je cílená výchovná a vzdělávací péče zaměřená na získání vhodné kvalifikace s cílem uplatnit postižené jedince v pracovním procesu i společnosti (12). Působení pedagogické rehabilitace lze rozdělit na osoby se získaným postižením a na osoby, jejichž zdravotní postižení je vrozené. U osob se získaným postižením jde především o návrat k původnímu rozvoji osobnosti až ke znovuzískání své vlastní identity. Na druhé straně člověk, který je zdravotně postižený již od narození může zcela zaostávat v dílčích nebo celkových schopnostech, a proto je rehabilitace zaměřená tímto směrem (11). V obou případech je však pedagogická rehabilitace vnímána jako proces usilující o obnovu normálního vývoje osobnosti a k tomu využívá pedagogickopsychologických prostředků. Jejich hlavním cílem je dosažení maximálního možného vzdělání (10). Pedagogické prostředky rehabilitace mají široký záběr, a proto je velmi důležitá týmová spolupráce, resp. kruhová péče, jejímž hlavním smyslem je, že komunikace mezi jednotlivými účastníky probíhá všemi směry (11). Odborníky v této oblasti jsou speciální pedagogové (38).

1.2.5 Pracovní prostředky rehabilitace

Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání jedinců se zdravotním postižením. Předpokladem toho, aby se lidé s postižením a následně změněnou pracovní schopností mohli uplatnit v pracovním procesu, je obnovení pracovního potenciálu (10). Dále zahrnuje poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, samotnou volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti a vytváření vhodných podmínek pro tuto činnost, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání (23). Frustraci a stresovým stavům, které mohou vzniknout z důvodu

neuspokojení základní potřeby aktivity a práce, lze předcházet pracovní integrací osob s postižením, a to je také smyslem praktické aplikace prostředků pracovní rehabilitace (11).

1.3 Rehabilitační ošetřování

Rehabilitační ošetřování patří dle vyhlášky č. 424/2004 do náplně činností všeobecných sester (24). Ty jej provádějí ve spolupráci s fyzioterapeutem/tkou a ergoterapeutem/tkou na základě indikace ošetřujícího lékaře bez ohledu na charakter lůžka a možnost spolupráce pacienta/klienta (29).

1.3.1 Definice rehabilitačního ošetřování

Rehabilitační ošetřování je součástí komplexní ošetrovatelské péče. Při ošetřování pacientů/klientů všeobecné sestry uplatňují řadu rehabilitačních prostředků v rámci preventivních opatření vzniku komplikací a sekundárních změn (14). V nemocničním, ale také v domácím prostředí zabraňuje rehabilitační ošetřování a jeho aplikace v praxi vzniku imobilizačního syndromu, deformit a kontraktur svalů a šlach (27). Dále provádí fyzickou a psychickou aktivizaci pacienta/klienta a vede ho k soběstačnosti v rámci sebeobsluhy a v aktivitách denního života. Obsah rehabilitačního ošetřování tvoří část pasivní, respektive polohování, pasivní cvičení a část aktivní, kam patří dechová gymnastika, aktivní a kondiční cvičení, vertikalizace, nácvik sebeobsluhy. Náplní je také komunikace a termoterapie (40). Všeobecné sestry by měly být obeznámeny s těmito základními fyzioterapeutickými postupy z hlediska kontinuity ošetrovatelské péče (19). Rehabilitační ošetřování je nutné uplatňovat nepřetržitě a vždy s ohledem na aktuální stav pacienta/klienta (33).

1.3.2 Imobilizační syndrom

Pohyb patří k základním projevům každého živého organismu. Pokud se člověk z nějakého důvodu nemůže pohybovat, je imobilní, hrozí u něj tzv. imobilizační syndrom (15). Ten se rozvíjí jako celková reakce organismu na klidový režim pacienta/klienta (32). Příčinami imobility mohou být poruchy kosterního, svalového nebo nervového systému, silná bolest, celková slabost způsobená onemocněním,

psychosociální a psychiatrické problémy. Úlohou ošetrovatelského týmu je zabránit jeho vzniku vhodnými ošetrovatelskými intervencemi (15). Významnou úlohu v prevenci imobilizačního syndromu hraje také technické vybavení ošetrovací jednotky. Imobilizační syndrom se projevuje různorodými poruchami orgánů lidského těla. *Poruchy pohybového ústrojí* jsou nejvýraznějšími změnami během dlouhodobé imobility pacienta/klienta. Svaly, klouby a kosti rychle reagují na imobilitu a vytvářejí se různé patologické procesy, jako například svalová atrofie z nečinnosti, osteoporóza kostí, zkrácení svalů, kontraktury nejčastěji na dolních končetinách či patologické změny na kloubech (35). Kloub se stává ireverzibilně deformovaným a ztuhlým (7). Výsledkem těchto patologií je ztížená schopnost stát, chodit a koordinovat pohyby (15). Dlouhodobá imobilita oslabuje také *kardiovaskulární systém*. Projevuje se změnami pulsní frekvence a změnami v cévním systému, především dolních končetin, kde dochází k hromadění krve a následnému vzniku otoku (14). Dolní končetiny jsou tak bolestivé a náchylnější na poranění (15). Riziko hrozí také z možného vzniku krevní sraženiny a jejím nebezpečným důsledkem je například plicní embolie (32). Následkem další poruchy krevního oběhu je ortostatická hypotenze, která je zapříčiněna prudkým poklesem tlaku a následným snížením prokrvení mozku při změně polohy. Projevuje se bledostí, pocením, mžítka před očima, tachykardií, závratí, nízkým až neměřitelným tlakem, celkovou nevolností až mdlobou a krátkodobým bezvědomím (15). Porucha hybnosti má za následek bezesporu i *poruchy dýchacího ústrojí*. U imobilního pacienta/klienta dochází ke změně ventilace plic (35). Plíce jsou vlivem polohy vleže stlačeny a tím je ztížena výměna dýchacích plynů mezi plícemi a krví. Zvyšuje se tvorba i hustota hlenu v dýchacích cestách, jehož vykašlávání je obtížné, hlen se hromadí a umožňuje tak růst patologických mikroorganismů (15). I menší infekty v dýchacích cestách mohou rychle vyústit až v zápal plic, resp. hypostatickou pneumonii (32). Imobilita působí také *poruchy trávicího traktu*. Kromě častého nechutenství je následkem nehybnosti snížení motility trávicích orgánů a pokles sekrece žláz (15). U imobilních pacientů/klientů dochází též ke snížení hmotnosti, nelze však opomenout také naopak riziko obezity při nevhodně zvolené výživě. Snížení pocitu žízně je také určitým rizikem, kdy následkem může být až těžká dehydratace

organismu (32). Mezi nejčastější *poruchy vylučovacího systému*, respektive vylučování stolice z důvodu nepohyblivosti patří zácpa, způsobena zpomalením střevní peristaltiky, ale také zácpa vznikající v důsledku stresové situace, kterou vyprazdňování se na lůžku je pro velmi mnoho nemocných (15). U vylučování moče je možné se setkat se sníženou tvorbou moče, s neúplným vyprazdňováním močového měchýře, močovou inkontinencí či s psychickými potížemi souvisejícími s vyprazdňováním na lůžku (35). Negativně působí také *poruchy kožního systému*. Mezi změny, které mohou nastat v souvislosti s mobilitou, patří atrofie pokožky, snížený kožní turgor, otlaky a především vznik proleženin. Ty vznikají jednak vlivem snížené celkové obranyschopnosti organismu a jednak vlivem dlouhodobého tlaku na predilekční místa při nedostatku pohybu, dále pak v důsledku nedostatečné hygieny, nedostatečné výživy či horečky (15). Imobilizace zasahuje i do *psychiky*. Mnohdy působí pocity deprese, zhoršení nálady, smutek a ty zpětně negativně ovlivňují tělesný stav nemocného.

Mezi základní opatření v prevenci imobilizačního syndromu patří časné vstávání, vhodné polohování, trvalá a systematická rehabilitace zaměřená na prevenci poruch pohybového ústrojí, dýchacího i kardiovaskulárního systému, která není prováděna pouze fyzioterapeutem/tkou nebo ergoterapeutem/tkou, ale je součástí práce i všeobecné sestry v rámci rehabilitačního ošetřování (32). Důležité je dbát především na ochranu nemocného před nozokomiální infekcí, prevenci proleženin a poruch vyprazdňování, správnou výživu a zlepšení hydratace, používání elastických bandáží, punčoch a na dechová cvičení (35).

1.3.3 Polohování

Polohováním se rozumí správné uložení pacienta/klienta, změny poloh v určitých časových intervalech a uložení končetin (14). Polohování je primární péčí především u dlouhodobě hospitalizovaného, imobilního pacienta/klienta (19). Rozeznává se polohování *antalgické*, které nemocný zaujímá ke snížení bolesti. Zvolená poloha často není fyziologická, a proto může dlouhodobé přetrvávání v této poloze vést k vývoji sekundárních změn na pohybovém aparátu (8). Polohu často pacient/klient zaujímá sám,

sestra mu tuto polohu může zpříjemnit například podložením určité části těla nebo končetiny a zabrání tím i vzniku případných komplikací (14). *Preventivní* polohování napomáhá fyziologickému postavení těla a končetin, brání vzniku deformit, kontraktur, omezení rozsahu pohybu v kloubech a vzniku dekubitů (33). *Korekční* polohování je prováděno fyzioterapeutem/tkou v případě, že již nežádoucí změny vznikají. Má za úkol upravit nefyziologické postavení končetin. Sestra musí být podrobně instruována o tom, jakým způsobem, jak často a jak dlouho má být polohování prováděno (14).

U každého nemocného je sestaven přesný polohovací plán (35). Jeho průběh sestra pravidelně zaznamenává do polohovacího záznamu (viz příloha č. 4). Pokud je možné využití všech poloh, střídá se leh na zádech, na boku, na břiše, na druhém boku a v mezipolohách. Poloha na břiše se vynechává například u pacientů/klientů s respiračními potížemi. Do programu dále patří také posazování, pokud to zdravotní stav nemocného dovolí. Plán polohování je vhodné přizpůsobit dennímu režimu tak, aby například v době stravy byl pacient/klient ve vhodné poloze (14). Polohuje se celých 24 hodin, v jedné poloze setrvává pacient/klient během dne 2 hodiny, přes noc 3 hodiny. Při každé změně polohy je potřeba všimnout si barvy kůže nemocného. Každé, byť malé, začervenání může být předzvěstí vzniku dekubitů a je proto nutné intervaly mezi změnami poloh zkrátit (8). Polohování nesmí vyvolat bolest (14).

Při *poloze vleže na zádech* (viz příloha č. 5, obr. 1, 2, 3), se podkládá hlava tak, aby páteř zůstala napříměná, hlava nesmí být zvrácená, ale také nesmí být přitisknutá na hrudník. Ramenní kloub je střídavě v zevní nebo vnitřní rotaci, polohu lokte se mění od flexe (ohnutí) k extenzi (natažení), předloktí střídá supinaci (dlaní vzhůru) a pronaci (dlaní dolů), stejně tak jako zápěstí a ruka. Do dlaně je možné vložit stočený ručník nebo molitanový míček. Palec je v opozici (33). Dolní končetiny musí být nataženy, kyčelní kloub je ve středním postavení a nesmí se vytáčet ven. Předcházet tomu je možné zakládáním z vnější strany končetiny. Pod kolena je vhodné vložit stočený ručník, česka směřuje ke stropu. Plosky nohou se opírají o desku nebo bedýnku a jejich postavení je v pravém úhlu k bérce (8).

Nemocnému při *poloze na boku* je nutné nejprve přiměřeně snížit horní část lůžka, tak, aby byla v prodloužení páteře. Pokud se polohuje na zdravou stranu (viz příloha

č. 5, obr. 4), pod hlavu je vhodné vložit malý polštářek a trup zezadu podepřít po celé délce polohovací pomůckou. Spodní horní končetina je uložena vedle hlavy, vrchní postižená paže volně spočívá na polštáři před tělem pacienta/klienta v předpažení. Loket je v natažení a ruka otočena dlaní dolů. Spodní dolní končetina je natažena v prodloužení trupu, svrchní postižená končetina je mírně pokrčena v kyčli i koleni, uložena před tělem pacienta/klienta a podložena po celé své délce včetně špičky. Ta nesmí viset přes podložení (16). Polohování na straně postižené (viz příloha č. 5, obr. 5) je pro pacienta/klienta výhodné, jelikož má volné zdravé končetiny a je soběstačnější. Postižená horní končetina je položena v předpažení a dlaň je otočena vzhůru. Postižená dolní končetina je natažena s mírně ohnutým kolenem, zdravá dolní končetina je ve flexi (ohnutí) v kyčelním i kolenním kloubu a je podložena polštářem (33).

U *polohování na břicho* (viz příloha č. 5, obr. 6) nesmí být hlava podložena polštářem, je otočena ke straně a strany se v kratších intervalech střídají. Pod břicho se možné uložit malý polštářek, aby bylo zabráněno velkému a bolestivému prohnutí v bedrech. Pod ramena se vkládá malý polštářek, aby nedošlo k vtáčení ramen dovnitř. Polohy horních končetin se mění, obě paže mohou být v zevní rotaci s nataženými či pokrčenými lokty. Dolní končetiny zachovávají extenzi (natažení) v kyčelních i kolenních kloubech a jsou zapřené o bedýnku či o desku. Mezi hřbetem nohy a bérceem je malý polštářek a špičky visí přes podložení (8).

Poloha v sedu nebo v polosedu (na lůžku) (viz příloha č. 5, obr. 7) je specifická tím, že nemocný se opírá o zvednutou zádovou část nemocničního lůžka. Hlava nesmí padat vzad, a pokud ji nemocný neudrží, je potřeba vypodložit záhlaví. Sesunu pacienta/klienta zabrání zapření chodidel, kolena jsou v postavení mírné flexe podložena polštářkem.

V případech speciálního typu polohování, například u centrálních nebo periferních paréz či u polytraumat je nezbytné způsob individuálního polohování konzultovat s fyzioterapeutem/kou (33).

Pro zabezpečení bezpečné a správné polohy se využívají *polohovací pomůcky*. Základní pomůckou je polohovací lůžko (viz příloha č. 5, obr. 8). K polohování jsou používány polštáře, podpěry, bednička, válce pod kolena, nožní panely a špalíčky (35).

Molitanové přřezy se užívají na podložení dolních končetin vleže na boku (14). Sáčky s pískem a dlahy mají své využití při udržení správného postavení končetin (8). Měkký válec se používá k podkládání kolen vleže na zádech a nohou vleže na břiše. Popruhy jsou vhodné pro korekční polohování kyčelních a kolenních kloubů (14). Jako prevence proleženin je kromě pravidelného polohování možné využít antidekubitární matraci, anidekubitární podložky i různá podložní molitanová kolečka a válce. Veškeré polohovací pomůcky musí mít vyměnitelné bavlněné potahy (8).

1.3.4 Pasivní pohyby

Účelem provádění pasivních pohybů je udržení nebo zvětšení kloubní pohyblivosti, protažení zkrácených svalů a zamezení vzniku kontraktur. Tento druh pohybů je praktikován přístroji nebo druhou osobou, ale může se také aktivně zapojit samotný pacient/klient a to pomocí zdravé končetiny (40). Pasivní pohyby mají být prováděny v plném rozsahu fyziologického pohybu do pocitu napětí za lehkého tahu, ale nesmí bolet. Musí být vedeny pomalu, šetrně a plynule, v přesné ose pohybu, bez přirážení nebo pérování. Neprovádí se přes dva klouby. Podle doby trvání se rozlišují pasivní pohyby na stálé, přerušované nebo opakovací. Velmi důležitá je správná fixace. Končetinu je nutné správně držet, úchop musí být měkký, avšak pevný (8). Sestry provádějí pasivní pohyby několikrát denně při manipulaci s pacientem/klientem v rámci polohování nebo osobní hygieny. Důležité je soustředit se především na ty pohyby, které jsou více omezeny nebo mají sklon k omezování (27). Pasivní pohyby se provádějí zejména v oblasti hlavy, trupu, horních a dolních končetin. V oblasti hlavy je velmi důležité, aby byla hlava správně polohována a aby byly pohyby prováděny do všech fyziologických směrů. Pasivní pohyby trupem musí být součástí každého rehabilitačního plánu a jsou praktikovány mobilizací jednotlivých žeber při polohování pacienta/klienta na boku a tlakem a pohybem kostosternálních kloubů při poloze na zádech. Pasivní pohyby horních a dolních končetin (viz příloha č. 5, obr. 9, 10) jsou spolu se správným polohováním nejúčinnější prevencí kontraktur a usilují o zachování pohyblivosti kloubů (7).

1.3.5 Dechová gymnastika

Dechová cvičení jsou součástí každého systému tělesného cvičení jak pro zdravé, tak i pro nemocné jedince v řadě klinických oborů (8). Jsou jednak součástí kondičního či jinak speciálně zaměřeného cvičení, a jednak se využívají jako samostatné cvičení u nemocných, kde hrozí dechové komplikace, především bronchopneumonie. U imobilních pacientů/klientů dochází v krátkém časovém období k výraznému snížení rozsahu dýchání. Poloha vleže omezuje dýchací pohyby hrudníku, dýchání je tak povrchní, plicní laloky jsou nedostatečně prodýchávány a tím vážne plicní ventilace (27). Cílem dechové gymnastiky je zlepšení plicní ventilace, usnadnění vykašlávání, prevence dechových komplikací, prevence obstrukce, ovlivnění metabolismu, urychlení regenerace a zlepšení fyzické kondice (40). Dechovou gymnastiku je možné rozdělit na základní a speciální, ta se dále dělí na statickou, dynamickou a lokalizované dýchání.

Dechová gymnastika základní je zaměřená na přirozený rytmus dýchání v koordinaci s pohybem, zlepšení pohyblivosti hrudníku a ke zvýšení provzdušnění plic. Při její realizaci je možné využít i některého náčiní. Cvičí se nádech a výdech nosem, při zvýšené námaze se používá výdech ústy (8).

Speciální dechová gymnastika jsou speciálně sestavené cviky zaměřené na hloubku dechu a tím zvětšení rozdílu mezi nádechem a výdechem. Klidové dýchání, statické je prováděno v různých polohách, bez zapojení trupu a končetin (40). Toto cvičení je časově nenáročné a je často uplatňováno v sesterské praxi. Sestry vyzývají pacienty/klienty k prohloubenému dýchání a eventuálně po zaškolení fyzioterapeutem/tkou provádějí dechové cviky. Velmi vhodné je dýchání proti odporu pomocí dechového trenažeru TRIFLO II. (viz příloha č. 5, obr. 11), vydechování syčícím, bublání hadičkou do láhve s vodou nebo nafukování balónků či jiných gumových předmětů (14). Nejčastější polohou pro nácvik klidového dýchání je poloha vleže na zádech, cvičit je však možné také na boku, vsedě nebo ve stoji (8). Dýchání dynamické je spojené s pohyby trupu a končetin (40). Hlavním úkolem je nacvičit správný stereotyp dýchání při pohybu. V průběhu cvičení nesmí pacient/klient dech

zadržovat (8). Jedna fáze cvičení, tedy oddalování končetin od trupu (vzpažení, upažení horní končetiny, natažení dolní končetiny), je spojena s nádechem a druhá jeho fáze, tedy přiblížení končetin (zkřížení horních končetin na hrudníku, jejich připažení, přitažení dolních končetin k břichu), je spojená s výdechem. Při pohybu trupu se vdech provádí při napřímení nebo záklonu, výdech při předklonu nebo úklonu (14). Každý prováděný cvik musí být předveden, vysvětlen a především zkontrolován, zda jej pacient/klient správně pochopil. Nemocnému není určována rychlost dechu, ale respektuje se jeho přirozený rytmus dýchání. Vědomé prohloubení dýchání, nazývané také jako dýchání lokalizované, je dýchání pro určité části hrudníku (horní, střední, dolní a zadní část, oblast bránice) s jeho prodýcháváním a uvolněním pohybu hrudního koše a bránice (8). Fyzioterapeut/ka provede úvodní seznámení pacienta/klienta s cvičeními a instruuje všeobecné sestry k jejich provádění. Cvičení se provádí proti odporu dlaní fyzioterapeuta/tky nebo sestry, který je kladený proti hrudní stěně.

Před započatím dechového cvičení je důležité poučit pacienta/klienta o důvodu provádění dechových cviků a taktéž o jejich správném způsobu provádění. Pro správný a žádoucí efekt cvičení je neméně důležité zajištění průchodných dýchacích cest, ať již vysmrkáním, odkašláním nebo případným odsátím. Cvičení se provádí za kontroly fyzioterapeuta/tky nebo proškolené všeobecné sestry alespoň 2x denně po dobu 10 - 15 minut, probíhá v pomalém tempu a pokud u pacienta/klienta nastanou potíže nebo komplikace, je velmi důležité zaznamenat je do dokumentace a informovat o těchto ošetřujícího lékaře (40).

1.3.6 Aktivní pohyby a kondiční cvičení

Aktivní pohyby

Aktivní pohyby vykonává pacient/klient svou vlastní silou a vůlí. Podílí se na nich řada svalů. Součástí jsou také dílčí pohyby pasivní, vznikající vlivem setrvačnosti či gravitace (38). Každý, byť nepatrný aktivní pohyb, je u nemocného velice důležitý a cenný. Aktivní pohyby se dělí na několik druhů. *Kyvadlové pohyby* jsou pohyby

opakující se, jejichž hlavním účelem je uvolnění pohybu v daném kloubu. Rychlé pohyby, prováděné v maximálním rozsahu vedoucí ke zvětšení rozsahu v kloubech, protažení svalů a aktivizaci pacienta/klienta jsou *pohyby švihové*. *Tahové pohyby* jsou prováděny v maximální kontrakci a jejich cílem je získání svalové síly a zlepšení koordinace. S doprovodem nebo s dopomocí druhé osoby jsou prováděny *pohyby asistované*. Základním principem *pohybů proti odporu* je, že sval překonává tíhu závaží nebo odpor, který je kladený silou druhé osoby (14). K aktivním pohybům, které se nacvičují především u nemocných s paretickou (ochrnutou) jednou stranou těla, patří v první řadě zvedání na podložní mísu na lůžku, posouvání na lůžku a obracení se na zdravý bok (35). Sestra musí být fyzioterapeutem/tkou seznámena o všech možných pohybech a aktivitách, především z důvodu motivace pacienta/klienta a kontroly správnosti úkonů (14). Nemocnému je potřeba popsat, co má dělat a jak přesně má pohyb vypadat. Velmi důležité pro správnost provedení je zadávat jednotlivé pokyny postupně (35).

Kondiční cvičení

Kondiční cvičení je nejjednodušší formou tělesného pohybu u ležících i chodících nemocných (27). Cvičení zdravých nebo částečně hybných části těla nemocného je zaměřeno na celkovou aktivitu a na zvýšení tělesné zdatnosti a výkonnosti (14). Základním principem jsou záměrně volené cviky, které jsou správně lokalizované a dobře kontrolovatelné (8). Účel kondičního cvičení je především preventivní. Konkrétně lze hovořit o zamezení vzniku komplikací, jako je svalová atrofie, omezení hybnosti v nepostižených kloubech a atonická zácpa, zvýšení látkové výměny, celkového výdeje energie, urychlení regeneračního pochodu ve tkáních, snížení stupně psychického traumatu vlivem onemocnění či hospitalizace a v neposlední řadě také vypěstování kázně a dodržování denního režimu (27). Kondiční cvičení indikuje ošetřující lékař nemocného. Možnosti kondičního cvičení se odvíjejí od jeho mobility. Pokud je pacient /klient upoutaný na lůžko, cvičí se pouze vleže, používají se jednoduché pohyby bez námahy a cviky jsou zaměřené na udržení funkce

nepostižených částí těla. U nemocných, kteří se mohou posadit, se provádí řada cviků v sedu s mírným zatížením. Chodící pacienti/klienti mohou provádět cvičení ve všech polohách a cvičení je zaměřené především na znovuzískání kondice. Kondiční cvičení vede fyzioterapeut/ka nebo dostatečně instruovaná všeobecná sestra. Cvičení se provádí 1 - 2x denně a jeho délka by neměla přesahovat 10 - 15 minut na jedno cvičení. Probíhat může individuálně nebo ve skupinách, ve formě ranní rozcvičky nebo kdykoliv poté během dne. Všichni pacienti/klienti musí být před zahájením kondičního cvičení připraveni a seznámeni s významem cvičení. Samotné cvičení probíhá na pokojích pacientů/klientů, které jsou dostatečně vyvětrané, praktikovat se však může také na chodbách, v tělocvičně, eventuelně ve venkovním prostředí nebo ve vodě. Důležitý je vhodný výběr cviků, vzhledem k věku nemocných a typu jejich onemocnění. Je třeba se vyvarovat velkých změn poloh (ze sedu do lehu apod.), předklonů a cviků, které pacienti/klienti provést nemohou (8). Cvičení se provádí v určitém tempu, pro udržení rytmu je vhodné cvičení oživit hudbou nebo zpěvem. Náročnost a tempo cvičení je důležité řídit podle těch, kteří jsou méně schopní. Mezi jednotlivé cviky patří i časté odpočinky a dechová cvičení (27). Pro zpestření cvičení je dobré využití pomůcek, jako jsou ručníky, tyče, míče, gumové hadice nebo činky a jiné zátěže. Možné je také cvičení ve dvojicích (38). Kondiční cvičení má některé kontraindikace a mezi ty patří těžký stav pacienta/klienta, velká ztráta krve, zvýšená tělesná teplota, bolest zvyšující se pohybem, šokový stav a nebezpečí vzniku embolie (40).

Kondiční cvičení pro ležící pacienty/klienty začíná úvodním cvičením na zádech ohnutím končetin v hlezenných kloubech a v zápěstí. Poté se provádějí cviky na protažení, kdy pacient/klient vzpaží paže a špičky nohou protáhne do dálky. Dále navazuje cvičení dolních končetin, pacient/klient střídavě krčí nohy v koleni a kyčli tahem po podložce. Zádové a břišní svaly jsou procvičovány v poloze na zádech s pokrčenými dolními končetinami, plosky nohou se opírají o podložku a pánev se střídavě zvedá a pokládá nazpět. Cviky horních končetin a pažního pletence jsou následně praktikovány střídavým protahováním prstů a zavíráním dlaně, současně jsou obě paže vzpažovány do protažení. Princip rychlého cvičení spočívá ve střídavém trčení a krčení paží před sebou, jako boxování. Uklidňující cvičení je praktikováno taktéž na

zádech, hlava je protažena do dálky, břicho stáhnuté, bedra jsou přitisknuta k podložce, poté se svaly uvolní a cvik se několikrát opakuje (27).

Kondiční cvičení pro chodící pacienty/klienty začíná stojem rozkročným, vzpažením levé paže, pravá zapaží, provede se kmit a paže se vymění. Cviky k protažení se provádějí ve stoji spatném, ruce jsou sepnuté v týle a trup se uklání doprava a doleva. Ze stoje spatného pacienti/klienti praktikují také cviky dolních končetin. Unožuje se pravá a levá dolní končetina, přitom se mohou držet čela lůžka a nebo stěny. Procvičování zádových a břišních svalů má být ze stoje rozkročného, ruce jsou sepnuty v týle nebo jsou ponechány volně podél těla a krouží se trupem na obě strany. Ve stoji rozkročeném se pokračuje také při cvičení horních končetin a pletence ramenního. Rukama se tleská před a za tělem. Rychlé cvičení se provádí ve stoji spatném, paže jsou pokrčeny a napodobován je běh na místě s vysokým skrčováním kolen a paží. Ve stoje dále probíhají dechová cvičení, kdy se s nádechem vzpaží a výdech se provede v následném předklonu. Mírný stoj rozkročný je potřebný pro uklidňující cvičení, zároveň dojde k vytočení dlaní dopředu, s pomalým nádechem se „rozevře“ hrudník a s výdechem dojde k uvolnění (29).

Důležitou součástí každého cvičení je *relaxace*. Relaxace je navození tělesného a duševního uvolnění a jejím cílem je odstranit zbytečné a nevhodné napětí (14). Je využívána v léčebné tělesné výchově, před cvičením nebo po něm, kombinuje se také s dechovou gymnastikou (8). Relaxace může být buď celková, nebo místní. *Celková relaxace* je využívána v rámci léčebné tělesné výchovy méně často. Užívá se spíše k uvolnění organismu po tělesné nebo duševní námaze (14). Používány jsou základní cviky z jógy nebo cviky navozující relaxaci určitých svalových skupin. Z aktivních pohybů zde mají své uplatnění kmity a kyvy a relaxačně působí také pomalé pohyby pasivní. Poloha nejvíce vhodná pro relaxaci je leh na zádech, hlavu je možné podložit polštářkem, horní končetiny leží volně podél těla, dolní končetiny mohou být mírně pokrčené v kolenou, pod která může být též vložen malý polštářek. Pacient/klient má během relaxace zavřené oči, klidně a volně dýchá a jeho myšlenky by se měly směřovat na samotné cvičení (8). Velmi účinné je doplnění relaxace hudbou, aromaterapií nebo navození vizí, například příjemné představy přírody nebo oblíbeného místa (14).

Z celkové relaxace se užívají v praxi dvě metody a to metoda Jacobsonova a Schultzův autogenní trénink. Princip Jacobsonovy metody tkví v uvědomění si rozdílu mezi svalovým stahem a jeho následným uvolněním. Nacvičování probíhá vždy od malých svalových skupin k těm větším. Schultzův trénink se používá spíše jako psychoterapeutická metoda, vede ji tedy zkušený/á terapeut/ka a nemocný při ní musí velmi dobře spolupracovat. Při nácviku *místní relaxace* se nejprve nemocný naučí rozpoznávat rozdíl mezi svalstvem napjatým a uvolněným. Nejprve sleduje pohyb zrakem, cítí svalovou kontrakci a uvědomuje si pohyb. Následně přichází uvolnění a znovu pocítí těžké končetiny. Místní relaxace se provádí na horní končetině, dolní končetině i trupu (8).

1.3.7 Vertikalizace a změny polohy

Dojde-li ke zlepšení stavu nemocného upoutaného na lůžko, je veden z klidového režimu k větší pohyblivosti. Mobilita musí probíhat postupně, jelikož při náhlých změnách polohy, především po déletrvajících nehybnosti, se mohou objevit nepříjemné pocity a komplikace (35). Provádí se posouvání a obracení na lůžku, nacvičování sedu, stoje a chůze (27). Cílem je dosažení maximální možné soběstačnosti pacienta/klienta v běžných pohybových aktivitách při uspokojování individuálních základních potřeb (29).

Při *posouvání na lůžku* je velmi důležitá spolupráce všeobecné sestry s pacientem/klientem. Pokud je potřebné nemocného vysunout v lůžku výše, uchopí nemocný hrazdičku, pokrčí dolní končetiny v kolenou, zapře se o chodidla, nadzvedne hýždě, sestra mu vsune jednu svou ruku pod záda a druhou pod hýždě a ve stejnou chvíli se pacient/klient vysune. Vysouvání může také probíhat technikou z boku na bok (35).

Při *obracení na lůžku* se nemocný uchopí nejlépe za postranice lůžka a postupně otáčí hlavu, ramena, trup a posléze dolní končetiny (29).

Posazování na lůžku s nataženými dolními končetinami se provádí tím způsobem, že nemocný se posazuje pomocí pomůcek do lůžka (hrazdička, žebříček, uzdička) nebo mu

fyzioterapeut/ka či sestra mohou dopomoci tahem za obě ramena dopředu (35). Pod zády pacienta/klienta se zdvihne zádová část lůžka do úrovně 30 - 45%, nemocný si pokrčí dolní končetiny v kolenou, ta je možné vypodložit molitanovým válcem. Aby se pacient/klient nesesunul dolů, do nohou je mu vložena bedýnka (14).

Před *posazováním na lůžku se spuštěnými dolními končetinami z lůžka* (viz příloha č. 5, obr. 12) je zpravidla vždy provedena bandáž dolních končetin jako prevence embolie, křečových žil, edémů nebo ortostatického kolapsu (27). Přitažením za hrazdičku nebo žebříček se pacient/klient částečně posadí, jednou uvolněnou horní končetinou se zapře za zády a uvolní i druhou horní končetinu, kterou si vloží taktéž za záda. Sunutím dolních končetin po podložce spustí poté obě dolní končetiny volně z lůžka (40). Sestra může nemocnému pomoci uchopením za ramena, pánev, případně stehno nemocného. Pro udržení rovnováhy je možné pacientovi/klientovi pod nohy vsunout malou stoličku nebo schůdky a posadí se tak, aby se mohl jednou rukou přidržovat dolního čela lůžka (27). Doba setrvání v této poloze je ovlivňována podle pocitů pacienta/klienta, nicméně neměla by být příliš dlouhá, přibližně do 30.-ti minut (14). V této poloze je možné zahájit aktivní cvičení horních a dolních končetin, dále pak cvičení hlavou a trupem. Důležitý je nácvik rovnováhy (8). Poloha vsedě se spuštěnými končetinami může být také přechodem k sedu na židli, křesle nebo na vozíku a dále pak je přípravou k následnému stoji (14).

Při *přemístění nemocného z lůžka na vozík, křeslo nebo židli* se fyzioterapeut/ka či sestra postaví na postiženou nebo slabší stranu pacienta/klienta, jednou svou rukou jej uchopí kolem pasu, jednu horní končetinu nemocného si položí přes své rameno a tu druhou svou rukou přidržuje za zápěstí. Posléze se nemocný postaví. Pokud by mohlo u pacienta/klienta dojít k poklesnutí v kolenou, fixuje je fyzioterapeut/ka nebo sestra zapřením své končetiny v postavení před koleny nemocného (8). Tato stabilizace je nutná jak u zvedání nemocného, tak u samotného přesunu na vozík, křeslo nebo židli. Tyto pomůcky musí být již před zahájením úkonu připraveny vedle lůžka nemocného po délce v jeho opačném směru (35). Velmi důležité je dbát na dodržování zásad správného sedu mimo lůžko, to znamená, že záda se musí opírat o opěradlo židle, vozíku nebo křesla a délka sedadla odpovídá délce stehen. Kyčel, kolena a hlezna jsou

postavena v pravém úhlu a plošky nohou jsou opřeny o podložku. Horní končetiny jsou volně uloženy podél těla. Výhodou je, pokud má židle opěrky, horní končetiny položit na ně. Opora hlavy není většinou bezpodmínečně nutná. Nedoporučuje se posazování na nízké židle nebo do hlubokých křesel, do kterých se nemocný tzv. zanoří. Jsou velmi nepraktické pro vstávání osobám především starším a s omezeným pohybem (27). Než dlouhodobé posazování do křesla, vozíku nebo židle, je přínosnější posazování častější během dne v souladu s denním režimem, především s ranní hygienou, stravováním či v návštěvních hodinách. Při vstávání z křesla, vozíku nebo židle položí pacient/klient fyzioterapeutovi/tce či sestře stojící před ním ruce na ramena, fyzioterapeut/ka nebo sestra položí své ruce na lopatky nemocného, opře se svými koleny o kolena nemocného a ten se vzpřímí (viz příloha č. 5, obr. 13, 14). Otočením se dokončí přesun zpět na lůžko (14).

Nácvik stoje u lůžka je možné nacvičovat až tehdy, pokud pacient/klient zvládne stabilní sed (29). Nemocný se nejprve na lůžku posadí se spuštěnými dolními končetinami, a pokud v této poloze vydrží alespoň 15 minut bez obtíží, jako jsou bolest hlavy nebo nevolnost, je možné jej postavit. Při tomto úkonu se pacient/klient přidržuje čela lůžka nebo hole. Fyzioterapeut/ka nebo sestra se postaví tak, aby zajistili bezpečný stoj a stabilitu (27). Podle postižení je pacient/klient držen kolem pasu nebo v podpaží. Důležité je rozlišit poruchu statiky končetin u poúrazových stavů, kdy nemocný nemůže plně postiženou končetinu zatížit, jelikož v tomto případě se druhá osoba staví ke straně postižené. U poruch stability z důvodu porušení nervosvalové koordinace nebo narušené rovnováhy stojí fyzioterapeut/ka či sestra na straně zdravé, protože nemocný má v tomto případě tendenci sklánět se ke straně postižené (14). Ve stoje je možné s nemocným procvičovat udržení rovnováhy, je-li to možné také přenášení hmotnosti z jedné strany na druhou, do stran, zepředu dozadu a přešlapování (27). Teprve ve chvíli, kdy je stoj pacienta/klienta jistý, může být zahájen nácvik chůze (14).

Nácvik chůze je zahájen, pokud pacient/klient získá stabilitu ve stoji (27). Cílem nácviku je znovunabytí správného vzorce chůze, ta musí být efektivní a bezpečná. Důležité je naučit pacienta/klienta udržet rovnováhu v každé poloze chůze. Pokud nemocný rovnováhu neudrží, nebude schopen pohybu a správné stabilní chůze (16). Při

absolvování chůze na kratší úsek asistuje nemocnému sestra (14). Při delším úseku lze využít například ohrádku nebo chodítko. Mezi další pomůcky, které je možné k chůzi využít patří bradla pro chůzi, vysoké podpažní berle, předloketní francouzské nebo kanadské berle či hole (viz příloha č. 5, obr. 15). Chůze může být buď s plným odlehčením, většinou s užitím podpažních berlí, chůze s francouzskými berlemi s částečným odlehčením, chůze s plnou zátěží, chůze švihem či kmitem, chůze přísunem a chůze po schodech (14).

Před zahájením *nácviku chůze o berlích* je nutné vysvětlit nemocnému, že berle jsou pouze pomůckou k jistější a pevné chůzi. Začíná se tréninkem správného stoje s berlemi, pokračuje se posouváním berlemi dopředu a zpět, také do strany a zpět. Velice důležitý je rytmus chůze, který se dělí na chůzi čtyřdobou, třídobou a dvoudobou (8). Při chůzi čtyřdobé pacient/klient vykročí levou berlí, poté posune vpřed pravou berli, následně nemocnou a nakonec zdravou dolní končetinu. Chůze třídobá začíná vykročením najednou oběma berlemi, pak následuje nemocná a po ní zdravá dolní končetina. Při dvoudobé chůzi vysune vpřed pacient/klient obě berle najednou spolu s nemocnou končetinou, pokračuje zdravou dolní končetinou nebo levou berlí a pravou dolní končetinou, poté pravou berli a levou končetinu (14). U pacientů/klientů s amputací, nebo s poruchou spasticity se využívá nácvik chůze pomocí švihu nebo přísunu (8).

Trénování *chůze po schodech s berlemi* začíná nejprve nácvikem chůze do schodů, až posléze chůze ze schodů. Při chůzi do schodů vykračuje zdravá dolní končetina, následuje postižená a nakonec berle. Chůze ze schodů má opačný postup, tedy začíná se předsunutím berlí, poté postižené a nakonec zdravé dolní končetiny (40).

Při *nácviku chůze bez berlí* do schodů (viz příloha č. 5, obr. 16) stojí fyzioterapeut/ka nebo sestra za nemocným, při chůzi ze schodů (viz příloha č. 5, obr. 17) je před ním (8).

Pro sesterskou praxi je důležité především mít znalosti o asistenci při doprovázení pacienta/klienta. Pro zajištění větší bezpečnosti se sestra postaví na postiženou stranu. Nemá-li pacient/klient žádné postižení, například jedná-li se o zesláblého nemocného, postaví se sestra na stranu, která zajišťuje větší bezpečnost (27). Dalšími důležitými znalostmi pro všeobecné sestry jsou podmínky bezpečné chůze. Konkrétně mezi tyto

podmínky patří především použití správné obuvi, která na noze skutečně drží, ale nesmí tlačit. Velmi vhodná je pevná pata, zcela nevhodné jsou pantofle, především při chůzi o berlích. Při doprovodu není přípustné držet pacienta/klienta za paži nebo berli (14). Chyby se objevují také v samotném provedení chůze. Jde například o chybu při kladení chodidel. Noha musí být pokládána patou na zem a odraz se provádí ze špičky. Souběžně se nohy pokládají mírně zevně stočené. Délka kroků obou dolních končetin musí být stejně dlouhé, i když je tendence provedení delšího kroku postiženou dolní končetinou a pouze přisunutí té zdravé. Nemocný by také neměl chodit se sklopenou hlavou, vhodné je napřímít trup, správně se vzepřít a dívat se během chůze před sebe. Před zahájením chůze o berlích musí být také zkontrolovány samotné berle, především musí být utaženy všechny šroubky, nesmí chybět gumové nástavce a je důležité správně nastavit jejich výšku. Ta se měří od podpaží nemocného po podložku. Pacient/klient se na berlích musí vzpírat, nesmí ho tlačit a také vytažená ramena jsou známkou špatného nastavení jejich délky (8).

Během této manipulace s pacientem/klientem hrozí zdravotnickým pracovníkům fyzické zatížení, především zad. Nejčastější příčinou je nadměrné napínání svalů. K tomu dochází nesprávným postavením vlastního těla při zdvihání pacienta/klienta na lůžku při pomoci nemocnému z lůžka nebo při nácvičku mobility. Tomuto zatížení lze předejít především správným držením těla při zdvihání a manipulaci s pacientem/klientem (viz příloha č. 5, obr. 18, 19), vhodným užíváním dostupným pomůcek nebo spoluprací s ostatním zdravotnickým personálem (viz příloha č. 5, obr. 20, 21) (17).

1.3.8 Nácvička sebeobsluhy a soběstačnosti

Omezení v sebeobsluze a soběstačnosti způsobí každé závažnější onemocnění, úraz nebo postižení. Tímto omezením v osobních i společenských záležitostech a vznikem závislosti na druhé osobě klesá kvalita života pacienta/klienta (14). Cílem nácvičky sebeobsluhy a soběstačnosti je zvládnutí základních sebeobslužných úkonů, a to osobní hygieny, svlékání a oblékání a přijímání potravy (40). Především však musí být

nacvičovaná samostatnost adaptována na osobní potřeby pacienta/klienta v jeho domácím, popřípadě pracovním prostředí (7). Počáteční nácvik úkonů provádí nejprve fyzioterapeut/ka nebo ergoterapeut/ka. Poté se na nácviku podílí všeobecná sestra v rámci komplexní ošetrovatelské péče (35). Při provádění jednotlivých úkonů je potřebná empatie, trpělivost a důslednost ze strany ošetřujícího personálu, důležité jsou také pochvaly i za nepatrná zlepšení (29). Zásadní je postupovat vpřed podle schopností pacienta/klienta a tím předejít a vyvarovat se možné frustrace ze selhání. Aktivitu v denních činnostech je možné zhodnotit pomocí Barthelova testu (viz příloha č. 2) (16).

Osobní hygiena

Před zahájením umývání je nutné připravit vše potřebné, důležité je informovat nemocného ohledně postupu při mytí, holení, čištění zubů nebo česání (29). Potřebné při provádění těchto činností je především respektování ze strany ošetřujícího personálu intimity nemocného a jeho studu, osobních přání pacienta/klienta, jeho zvyklostí a podporovat pohyby, například formou pohybu vedeného. Asistence druhé osoby se odvíjí od stavu nemocného (16). Umývání může probíhat na lůžku, u umyvadla či na koupelně. U nemocných s omezenou hybností je vhodné používání kompenzačních pomůcek. Při umývání patří mezi nejčastěji užívané kartáče a houbičky na tyči, dávkovače pasty a mýdla. K čištění zubů napomáhá například elektrický kartáček nebo prodloužená rukojeť kartáčku. Pokud se provádí koupel ve vaně, používají se sedačky do vany (viz příloha č. 5, obr. 22), protiskluzové podložky, různá madla (viz příloha č. 5, obr. 23) a vhodné jsou také pákové baterie ve vaně i na umyvadle (viz příloha č. 5, obr. 24, 25). Ve sprchovém koutě je též potřebné umístit madla a sedačku. Na toaletě je opět potřeba madel nebo zábradlí (viz příloha č. 5, obr. 26, 27), u pacientů/klientů s omezenou hybností v kyčelním kloubu je nutný nástavec na WC (viz příloha č. 5, obr. 28) (40). Důležitou zásadou je, aby měl pacient/klient vše potřebné snadno dosažitelné jak při umývání, tak při použití toalety.

Oblékání a svlékání

Samostatné oblékání a svlékání by se mělo stát co nejdříve součástí plánu nácviku soběstačnosti a sebeobsluhy (16). Pro většinu nemocných je velmi namáhavé, zabírá mnoho času a vyžaduje od pacienta/klienta i terapeuta/tky či sestry velkou trpělivost (7). Při oblékání horní části těla, košile apod. si nemocný obléká nejprve končetinu méně pohyblivou (viz příloha č. 5, obr. 29). Při svlékání je tomu naopak, svléká si tedy nejdříve končetinu zdravou (29). Vhodné je nošení volného oblečení, které se vpředu snadno rozepíná, například na patentky nebo cvočky. U žen může být mírně problematické zapínání podprsenky, dobré je zapínat ji vpředu, poté posunout a provléknout ruce ramínky. Nejlepší je však pořídit si prádlo se zapínáním zepředu. Při oblékání kalhot (viz příloha č. 5, obr. 30) je dobré, pokud nemocný sedí na lůžku, překřížit si dolní končetiny, začít s navlékáním nohavice nepostiženou rukou na postiženou nebo oslabenou končetinu, poté ji položit na zem a navléknout druhou nohavici na končetinu zdravou (16). Z kompenzačních pomůcek potřebných při oblékání a svlékání jsou nejčastěji používány navlékače ponožek a punčoch (viz příloha č. 5, obr. 31), dlouhé lžice na obouvání bot a různé podavače (14). Výhodné jsou také elastické tkaničky nebo boty zcela bez zavazování či na suchý zip (40). Potíže s oblékáním pomáhají řešit zapínače knoflíků, uzávěry s poutky nebo suché zipy (14).

Přijímání potravy

Při přijímání potravy je velmi důležité v první řadě zaujmout správnou polohu vhodnou k jídlu. Není dovoleno jíst ani pít vleže, jelikož polykání je tak velmi obtížné a mohlo by dojít ke zbytečným komplikacím (7). Správné polohy jsou v polosedu, v sedu s dolními končetinami na lůžku nebo spuštěnými z lůžka, jelikož napomáhají jak při polykání, tak také při kousání stravy (29). Základní pomůckou je servírovací stůl (viz příloha č. 5, obr. 32), na kterém má nemocný stravu a pití připravené. Na něj je možné položit prostírání z neklouzavého materiálu, například gumovou podložku nebo vlhkou látku, které zabrání pohybu talíře. Užívané talíře mohou mít také zvýšené okraje

(viz příloha č. 5, obr. 33). U příboru je důležité jeho individuální přizpůsobení tak, aby vyhovoval úchopu pacienta/klienta (viz příloha č. 5, obr. 34). Provádí se rozšíření či prodloužení rukojeti nebo úprava dolní části příboru tak, aby tato část byla otočná. Pokud nemocný používá při jídle pouze jednu horní končetinu, je možné použití příboru, kdy je nůž a vidlička jako jeden kus (40). Pokud je jedna horní končetina slabá, může pacient/klient využít speciálně tvarované kelímky s odlehčeného skla, brčko nebo šálek se dvěma oušky (viz příloha č. 5, obr. 35).

Všechny výše zmíněné potřeby a kompenzační pomůcky je možné a především vhodné aplikovat také do domácího prostředí pacienta/klienta, jelikož nácvik jejich využívání ve vlastní domácnosti je jeden z důležitých kroků ke znovuzískání samostatnosti. Nemocný si tak může sestavit pomůcky individuálně dle situace ve svém domácím prostředí (7).

1.3.9 Nácvik komunikace

Především u pacientů/klientů, kteří mají poškozený centrální nervový systém, se projevují poruchy řeči. Ztráta možnosti komunikace znamená pro pacienta/klienta snížení kvality života, ztrátu kontaktů, až narůstající sociální izolaci. Mezi nejčastější poruchy patří afázie. Pod pojmem afázie se rozumí částečná nebo úplná ztráta řeči, souviset může také porucha porozumění, čtení, psaní i počítání (7). Existují její různé druhy. Sensorická afázie je ztráta schopnosti rozumět mluvené řeči, avšak zůstává schopnost mluvit. Motorická afázie je ztráta schopnosti mluvit, i když mluvené řeči nemocný rozumí. Objevují se také potíže s artikulací slov. Na reedukaci pracuje především foniatr a logoped, na nácviku se podílí také ošetřující personál (35). Důležitý je především neustálý slovní kontakt mezi ošetřujícím personálem a nemocným, používání řečových stereotypů, zabránění sociální izolace pacienta/klienta a zjišťování jeho potřeb (29). Nemocnému je důležité dát dostatek času na nalezení slov, která potřebuje a na pomalé a zřetelné vyjádření. Otázky je dobré klást v takovém tvaru, kdy je možné odpovídat pouze „ano“ a „ne“ (16). U úplné neschopnosti verbální komunikace je možné využití nejrůznějších metod a pomůcek. Může jít například

o kartičky s napsanými písmeny, slovy či větami, dále pak jsou využívány komunikační tabulky nebo piktogramy (7). Ty jsou tvořeny obrázky s různými předměty, které může nemocný potřebovat a nebo obrázky, kde jsou znázorněny denní aktivity. Pacient/klient pak své potřeby vyjádří tím, že je ukáže na tabulce (16). Piktogramy vyjadřují nejen pojmenování předmětů, ale znázorněna jsou zde také dějová slovesa a slova citově zabarvená (37). Důležitou složkou každé komunikace je její neverbální složka. Ta nesmí být opomíjena ani v tomto případě, jelikož v určitých situacích je možné s nemocným komunikovat a porozumět jeho potřebám právě pouze pomocí neverbální komunikace (16).

1.3.10 Užití tepla a chladu

Aplikace tepla a chladu je součástí komplexní péče a léčebných opatření. *Pozitivní termoterapie*, tedy dodávání tepla, působí proti bolesti, urychluje zánětlivé procesy a uvolňuje svalové napětí. Teplo se však nesmí podávat tam, kde hrozí nebezpečí šíření infekce do volných prostor (35). Formou terapie je buď lokální působení a nebo působení celkové. Mezi lokální patří teplé a horké obklady (33). Obklady se přikládají na určitou část těla nemocného. Obkladová látka se namočí do obkladové tekutiny, kterou je nejčastěji voda, léčebný roztok nebo bylinný odvar. Poté se vyždímá, uloží na tělo pacienta/klienta a překryje se suchou tenkou vrstvou. Působit se nechá 20 minut, i déle. Užívá se také termofor, což je gumový vak, který se naplní horkou vodou o teplotě 50 - 60 °C, před použitím se vloží do plátěného povlaku a přiloží na určené místo. Mezi další způsoby lokální aplikace pozitivní termoterapie patří elektrické podušky, fén nebo termogelové polštářky (35). Celkové působení tepla je možné aplikovat pomocí teplých zábalů, termopozitivních sprch či koupelí. Tyto techniky se užívají, pokud je účelem dosáhnout prohřátí celého organismu (33). *Negativní termoterapie* zpomaluje metabolické děje a celkově ochlazuje organismus. Užívá se jak celkově, tak také místně. K lokálnímu působení se využívají vaky s ledem, častěji se však lze setkat s termogelovými polštářky, které se skladují v chladničce a bezprostředně po vyjmutí a po vložení do plátěného obalu jsou použitelné jako studené obklady. Mezi další

místně působící negativní termoterapii patří studené nebo chladné obklady. Z celkově působících metod je důležité zmínit studené zábaly, studené sprchy a koupele a díky jejich účinku dochází k celkovému ochlazení organismu (35).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Byly stanoveny dva cíle výzkumu. *Cílem č. 1* bylo zjistit, zda se zvyšuje znalost využití rehabilitačního ošetřování s vyšší dosaženého odborného vzdělání všeobecných sester. *Cílem č. 2* bylo zjistit, zda na ošetrovacích jednotkách jsou k dispozici ošetrovatelské standardy týkající se rehabilitačního ošetřování a zda je všeobecné sestry v rámci holistického ošetrovatelství využívají.

2.2 Hypotézy

Hypotézy byly stanoveny takto:

Hypotéza č. 1: Počet ošetrovatelských intervencí v rehabilitačním ošetřování narůstá se zvyšujícím se odborným vzděláním všeobecných sester.

Hypotéza č. 2 : Všeobecné sestry mají na ošetrovacích jednotkách k dispozici standardy rehabilitačního ošetřování.

Hypotéza č. 3: Všeobecné sestry využívají ošetrovatelské standardy týkající se rehabilitačního ošetřování.

Hypotéza č. 4: Všeobecné sestry vykonávají dle ošetrovatelských standardů požadované postupy rehabilitačního ošetřování, které jsou nedílnou součástí holistického ošetrovatelství.

3. Metodika

3.1 Popis metodiky

Kvantitativní výzkum, ověřující stanovené hypotézy, byl proveden pomocí dotazníku. Tento dotazník byl sestaven pro všeobecné sestry a obsahuje 30 otázek. Otázky jsou rozděleny do třech základních oblastí. Toto rozdělení není zvýrazněno v samotném dotazníku, jelikož se domnívám, že pro potřeby respondentů nebylo toto prioritní. V první části se dotazují na obecné otázky, týkající se identifikace respondentů. Druhá část dotazníku je věnována zjišťování informací o rehabilitačním ošetřování a jeho využívání v praxi všeobecných sester, u kterých zohledňuji vzhledem k hypotézám jejich odborné vzdělání, ať již vystudované nebo studované v současnosti. Třetí část otázek v dotazníku se vztahuje k ošetrovatelským standardům týkajících se rehabilitačního ošetřování a mimo jiné také jejich využívání v praxi dotazovaných všeobecných sester. Z celkového množství 30 otázek je 19 uzavřených, 9 polouzavřených s možností vlastního doplnění nebo upřesnění a 2 otázky jsou zcela otevřené.

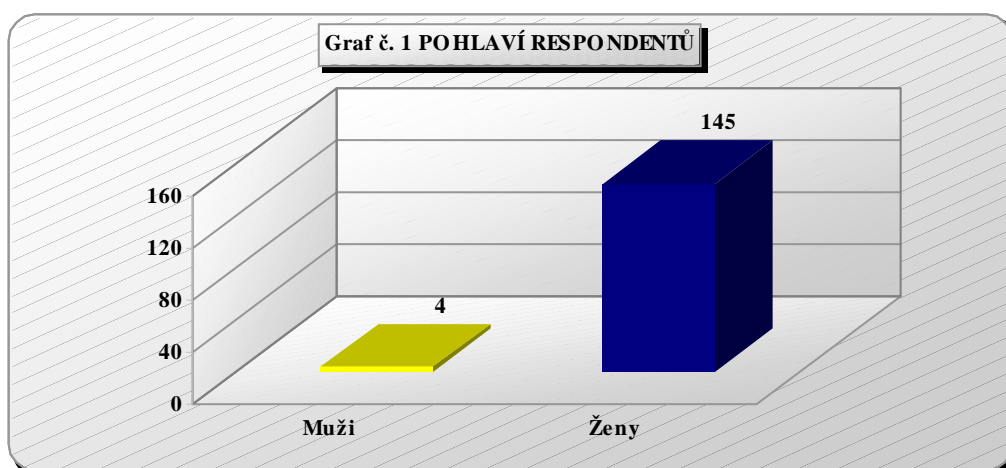
3.2 Výzkumný soubor

Výzkum byl proveden ve spolupráci s náměstkyněmi pro ošetrovatelskou péči, vrchními, staničními i všeobecnými sestrami z Fakultní nemocnice Plzeň, Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Písek a.s. a Okresní nemocnice Tábor a.s. Pro výzkum byly zvoleny chirurgická, interní, neurologická a ortopedická oddělení vyjmenovaných nemocnic. Celkový počet respondentů byl 150, kdy návratnost dotazníků byla od 149 všeobecných sester, tedy 99,3 % z celkového počtu.

4. Výsledky výzkumu

Otázka č. 1 - Rozdělení respondentů podle pohlaví

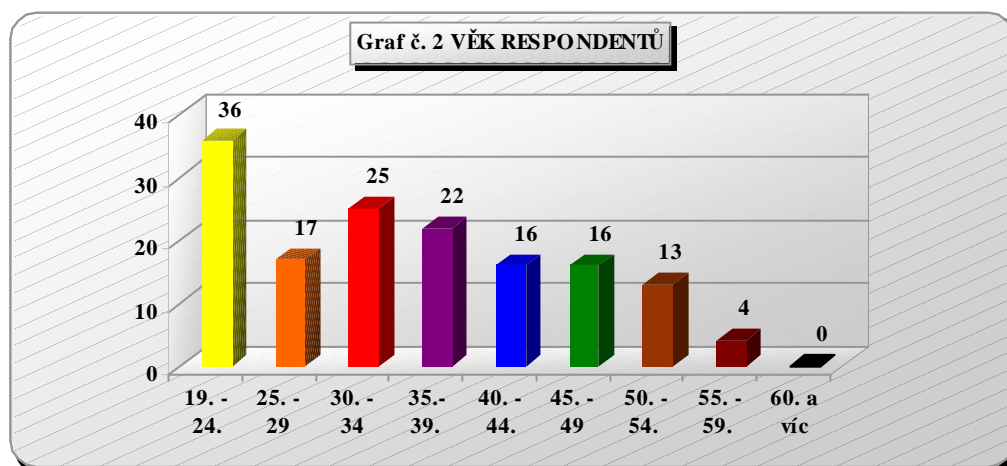
Otázka je uzavřená s možností volby odpovídajícího pohlaví respondentů.



V otázce č. 1 jsem se dotazovala na pohlaví respondentů. Ze 149 dotazovaných je 145 (97,3 %) žen a 4 (2,7 %) muži.

Otázka č. 2 - Věk respondentů

Otázka je uzavřená s možností volby vyhovující věkové skupiny respondentů.

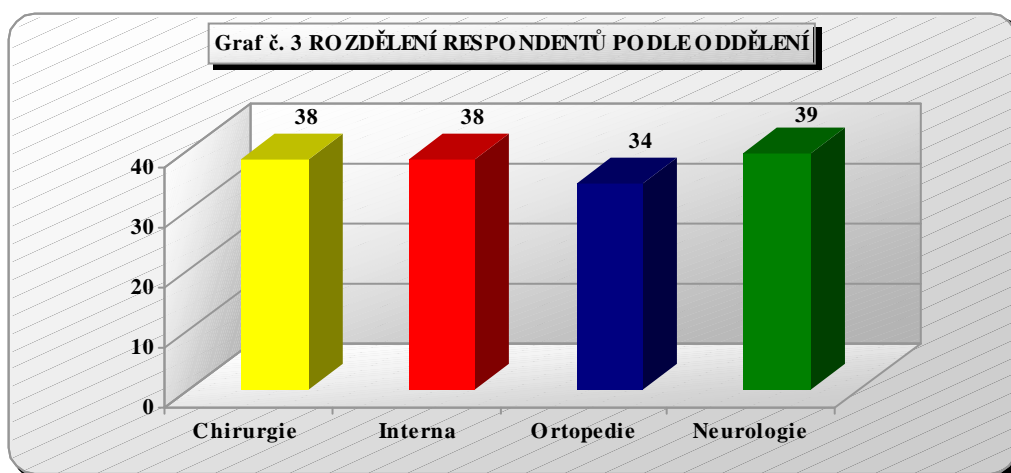


Otázka č. 2 byla otázkou, ve které jsem se dotazovala na věk respondentů. 36 respondentů (24,2 %) podílejících se na výzkumu je ve věkové skupině 19. - 24. let, 17

dotazových (11,4 %) se zařadilo do skupiny ve věku 25. - 29. let. 25 respondentů (16,8 %) udalo věk v rozmezí 30. - 34. let, o 3 respondenty méně, tedy 22 dotazovaných (14,8 %) patří do věkového souboru 35. - 39. let. Ve věku 40. - 44. let na otázky odpovídalo 16 sester (10,7 %) a stejný počet, tedy 16 respondentů (10,7 %), je také ve věkové skupině 45. - 49. let. 13 dotazovaných (8,7 %) spadá do skupiny 50. - 54. let a 4 respondenti (2,7 %) jsou zahrnuti ve věkovém rozmezí 55. - 59. let. 60. a více let neuvedl žádný z respondentů.

Otázka č. 3 - Rozdělení respondentů podle oddělení vykonávání své profese

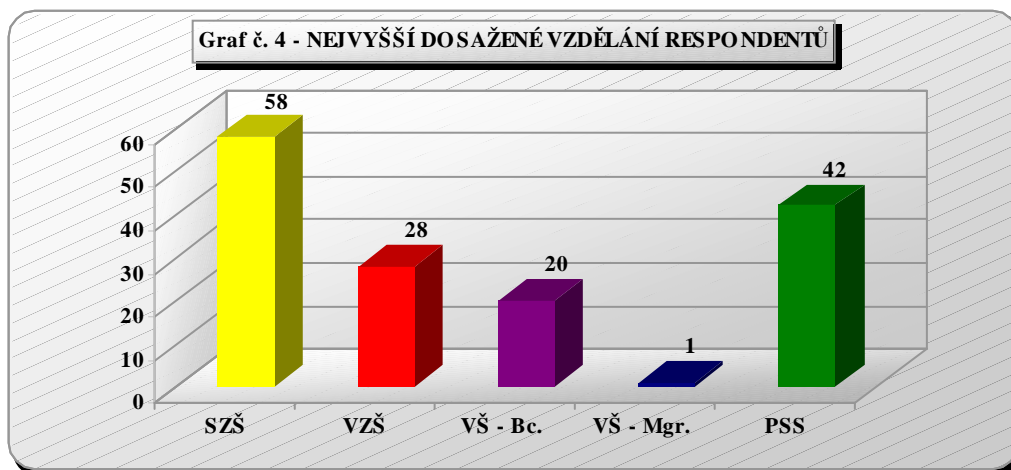
Otázka je otevřená s možností vlastního doplnění.



Otázka č. 3 rozděluje respondenty podle oborové zaměření, respektive podle oddělení, na kterých vykonávají svou odbornou praxi a profesi. Ze čtyř oddělení, na která byly dotazníky předány, vyplnilo dotazník 38 respondentů (25,5 %) na oddělení chirurgie, stejný počet, tedy 38 dotazovaných (25,5 %), jej zpracovalo na interním oddělení. Z ortopedie se do výzkumu vyplněním dotazníku zapojilo 34 respondentů (22,8 %) a na neurologii jej zpracovalo 39 sester (26,2 %).

Otázka č. 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

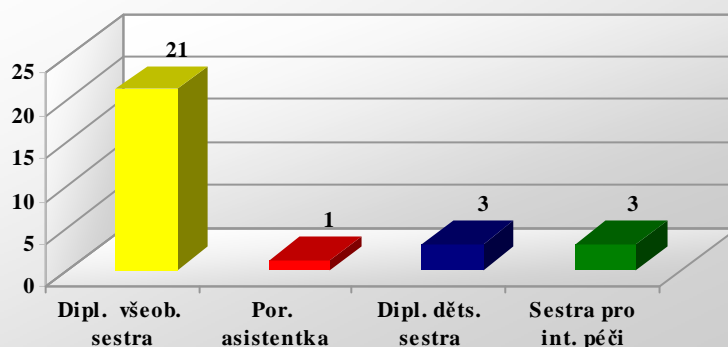
Otázka je polouzavřená s možností upřesnění oboru



Otázka č. 4 patří mezi stěžejní otázky k zodpovězení jedné ze stanovených hypotéz. Jejím prostřednictvím jsem zjišťovala, jakého nejvyššího vzdělání dosáhli respondenti podílející se na výzkumu. Nejvyšší počet, respektive 58 respondentů (38,9 %) je vzdělání úplného středního odborného, jsou tedy absolventy střední zdravotnické školy. Na otázky v dotazníku odpovídalo 28 respondentů (18,8 %) s ukončeným vyšším odborným vzděláním na vyšší zdravotnické škole. 21 dotazovaných (14,1 %) odpovědělo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je vzdělání vysokoškolské, z toho 20 (13,4 %) jich vystudovalo bakalářské studium a 1 z respondentů (0,7 %) ukončil studium magisterské. Druhé nejpočetnější vzdělání u respondentů se ukázalo pomaturitní specializační studium, které ukončilo 42 sester (28,2 %).

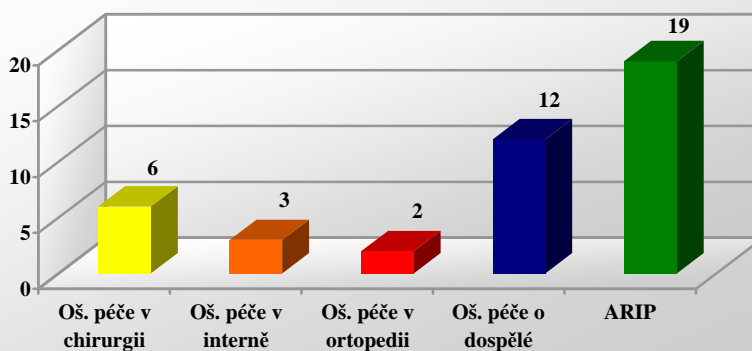
Jelikož jsem v dotazníku zmínila možnost upřesnění vystudovaného oboru, doplňuji tuto otázku dvěma grafy rozdělující blíže obory VZŠ a PSS.

Graf č. 4a OBOROVÉ ROZDĚLENÍ VZŠ VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ



Tento graf, patřící k otázce č. 4, upřesňuje obory vystudované respondenty na vyšší zdravotnické škole. 21 respondentů (75 %) z celkových 28 vystudovalo obor diplomovaná všeobecná sestra, 1 z dotazovaných (3,6 %) má specializaci jako porodní asistentka. Mezi sestrami s vyšším odborným vzděláním jsou také 3 diplomované dětské sestry (10,7 %) a 3 diplomované sestry pro intenzivní péči (10,7 %).

Graf č. 4b OBOROVÉ ROZDĚLENÍ PSS VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ

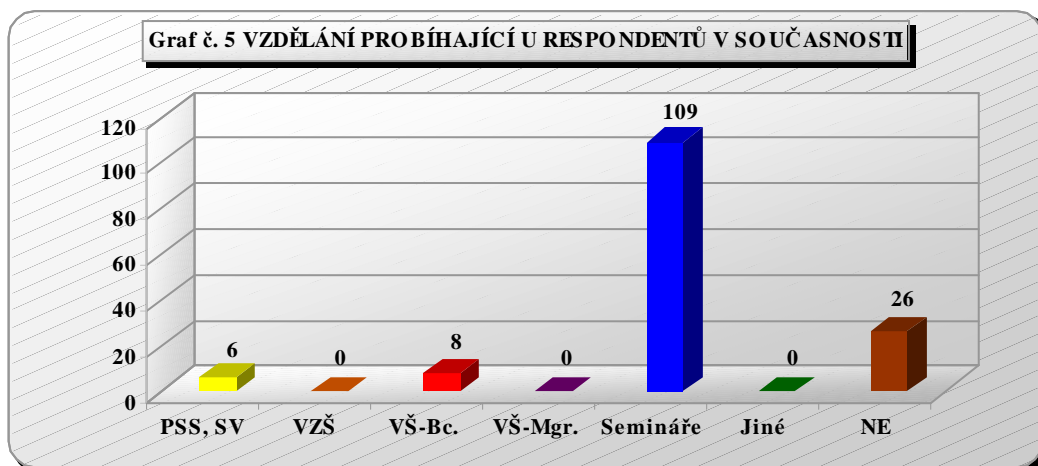


Stejně tak, jako předchozí graf, i tento patří k otázce č. 4 a upřesňuje oborové rozdělení respondentů s ukončeným PSS vzděláním. 6 respondentů (14,3 %) vystudovalo obor ošetrovatelská péče v chirurgii, 3 dotazovaní (7,1 %) jsou vzděláni v oboru ošetrovatelská péče v interně. O jednoho méně, tedy 2 respondenti (4,8 %), udali vystudovaný obor ošetrovatelská péče v ortopedii a ošetrovatelskou péči o dospělé

v rámci pomaturitního specializačního studia ukončilo 12 sester (28,6 %). Specializaci v oblasti anestezie, resuscitace a intenzivní péče získalo 19 dotazovaných (45,2 %).

Otázka č. 5 - Zvyšování vzdělání respondentů v současné době

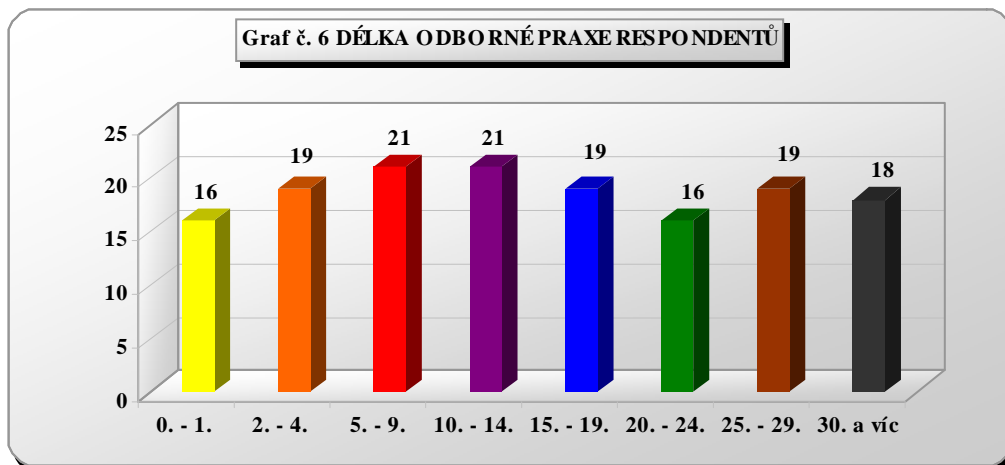
Otázka je polouzavřená s možností vlastního doplnění.



Otázka č. 5 upřesňuje vzdělávání respondentů v současnosti, mimo jejich dosavadní vzdělání. Pomaturitnímu specializačnímu studiu, dle vyhlášky č. 96/2004 specializačnímu vzdělávání, se věnuje 6 respondentů (4 %) z celkového počtu 145, vyšší odborné vzdělání si nedoplňuje žádný z dotazovaných. Pro vysokoškolské, respektive bakalářské studium, se rozhodlo 8 respondentů (5,4 %), magisterskému studiu se v současné době nevěnuje žádná ze sester. Největší zastoupení ve vzdělávání má účast na seminářích, kterých se zúčastní 109 sester (73,2 %). 26 dotazovaných (17,4 %) vybralo z nabízených alternativ možnost ne, tudíž se v současnosti se nevzdělávají žádným způsobem.

Otázka č. 6 - Délka odborné praxe respondentů

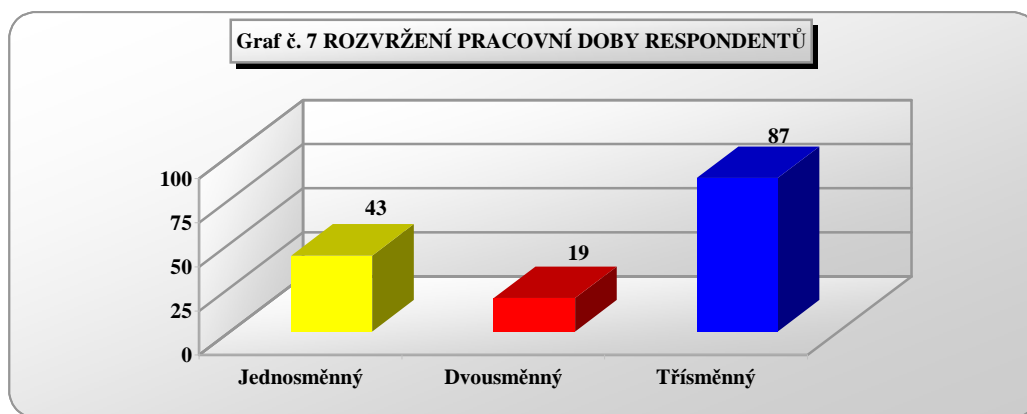
Otázka je uzavřená s možností volby jedné z nabízených možností.



Skupinu respondentů s délkou praxe 0. - 1. rok tvoří 16 sester (10,7 %), odbornou praxi 2.- 4. letou má 19 z dotazovaných (12,8 %). Shodně, tedy 21 respondentů (14,1 %), disponuje praxí v rozmezí 5. - 9. a 10. - 14. lety. 19 dotazovaných (12,8 %) se v profesi pohybuje 15. - 19. let, 16 sester (10,7 %) patří do skupiny s 20. - 24.letou odbornou praxí. 19 respondentů (12,8 %) spadá do souboru s praxí o délce 25. - 29. let a s praxí nad 30. let je 18 dotazovaných sester (12 %)

Otázka č. 7 - Provoz na oddělení respondentů

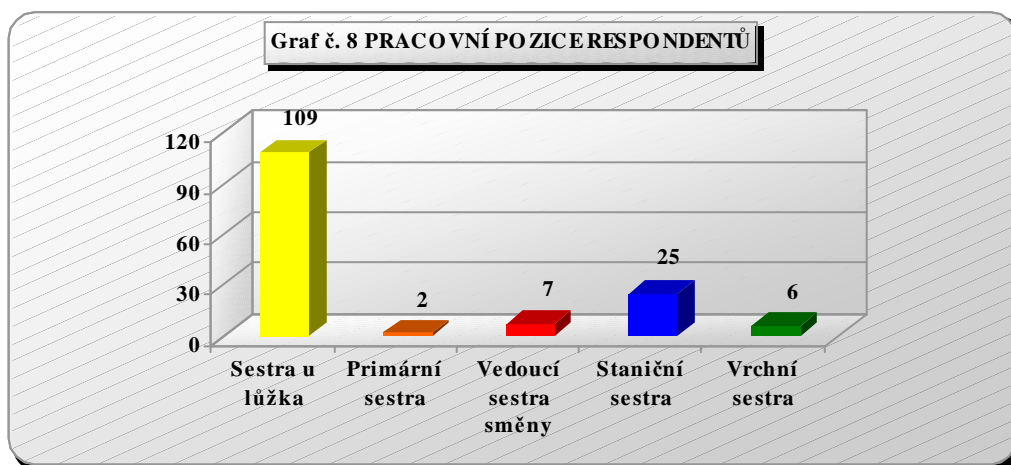
Otázka je uzavřená s volbou zvolit si jednu ze tří možností.



Ve skupině respondentů pracujících na jednosměnný provoz je 43 sester (28,8 %), na dvousměnný provoz vykonává své povolání 19 dotazovaných (12,8 %). Největší skupinu respondentů, respektive 87 (58,4 %), tvoří sestry pracující na provoz třisměnný.

Otázka č. 8 - Pracovní pozice respondentů

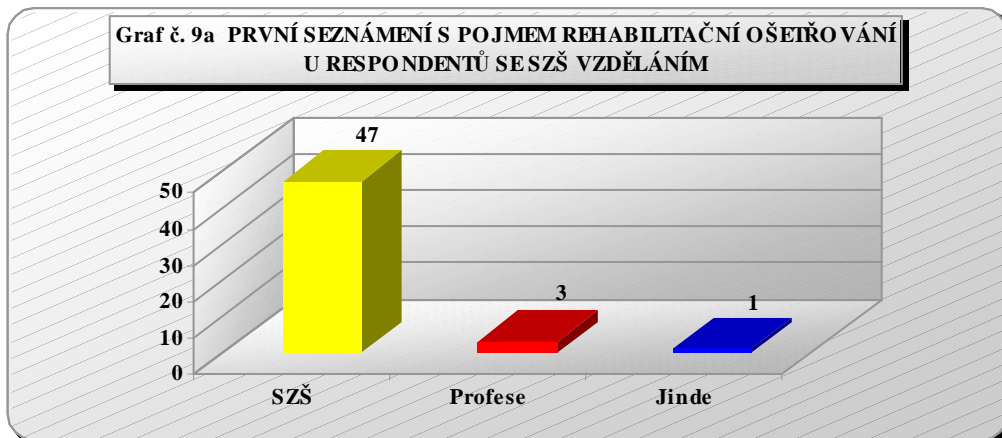
Otázka je uzavřená s volbou ze tří nabízených možností.



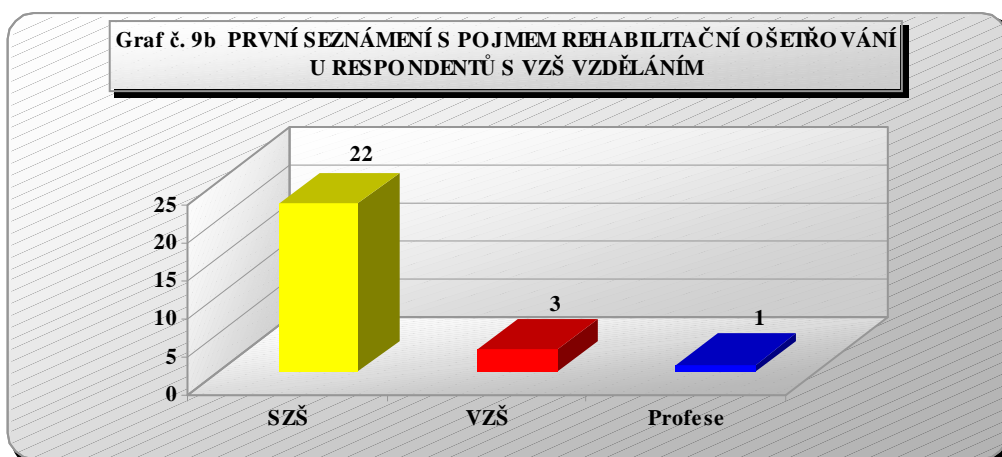
V této otázce, tedy v otázce č. 8, jsem se dotazovala na pracovní pozici respondentů. Stejně jako otázka předchozí, tak i tato byla nabídnuta jako otázka uzavřená a respondenti měli možnost zvolit si z pěti možností. 109 respondentů (73,2 %), tedy největší zastoupení, se zařadilo do skupiny pracovní pozice sestry u lůžka. 2 dotazovaní (1,3 %) vykonávají funkci primární sestry. Na výzkumu se vyplněním dotazníku podílelo také 7 vedoucích sester směny (4,7 %), 25 sester staničních (16,8 %) a také 6 sester vrchních (4 %).

Otázka č. 9 - První seznámení s pojmem rehabilitační ošetřování

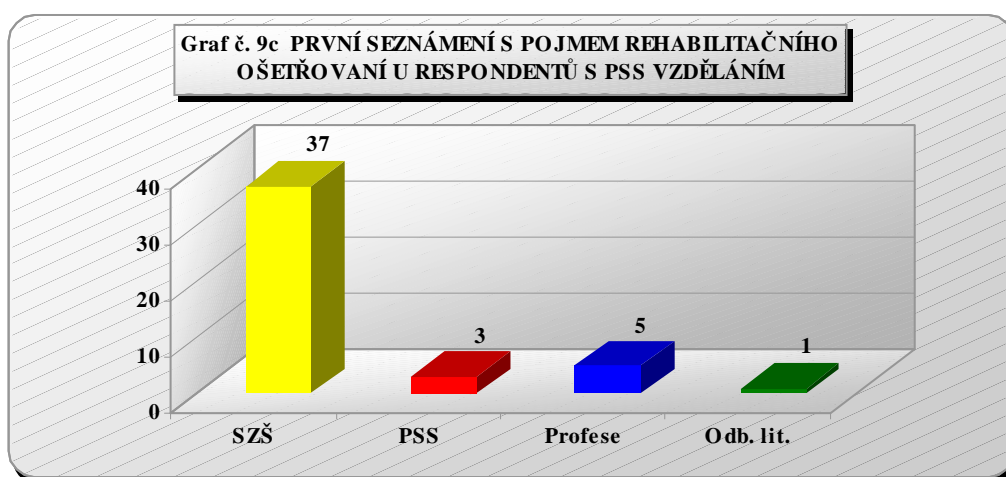
Otázka č. 9 je otázkou polouzavřenou, jelikož si respondenti mohli zvolit jak z nabízených možností, tak mohli sami doplnit a upřesnit svou odpověď. Otázky jsou rozpracovány do jednotlivých grafů dle stupně vzdělání a vzdělávání respondentů



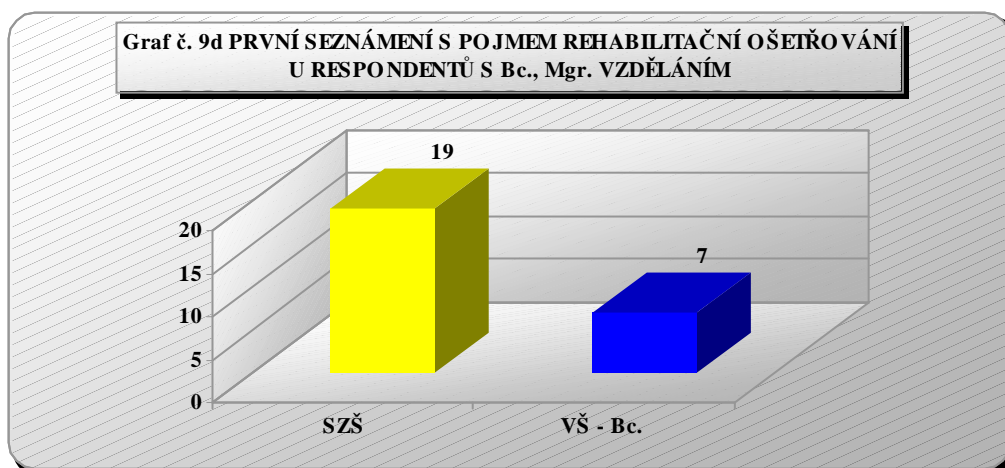
Graf č. 9a patří k otázce č. 9. Celkový počet respondentů se SZŠ vzděláním v této skupině je 51. 47 z nich (92,1 %) zvolilo odpověď na otázku, kde se poprvé setkali s pojmem rehabilitačním ošetřování, na střední zdravotnické škole. 3 dotazovaní (5,9 %) pojem poznali při výkonu odborné profese a 1 dotazovaný (2 %) z této skupiny odpověděl, že se s pojmem seznámil v Rehabilitačním centru u Sv. Anny v Brně.



Graf č. 9b, náleží taktéž k otázce č. 9 a upřesňuje určení prvního seznámení s pojmem rehabilitačního ošetřování u respondentů s vyšším odborným vzděláním. Celkový počet respondentů v této skupině je 26 sester s VZŠ vzděláním. 22 z nich (84,6 %) se poprvé s pojmem setkala při studiu na střední zdravotnické škole, 3 dotazovaní (11,5 %) poznali pojem rehabilitační ošetřování na vyšší zdravotnické škole a 1 z respondentů (3,9 %) se s ním seznámil při výkonu svého povolání.



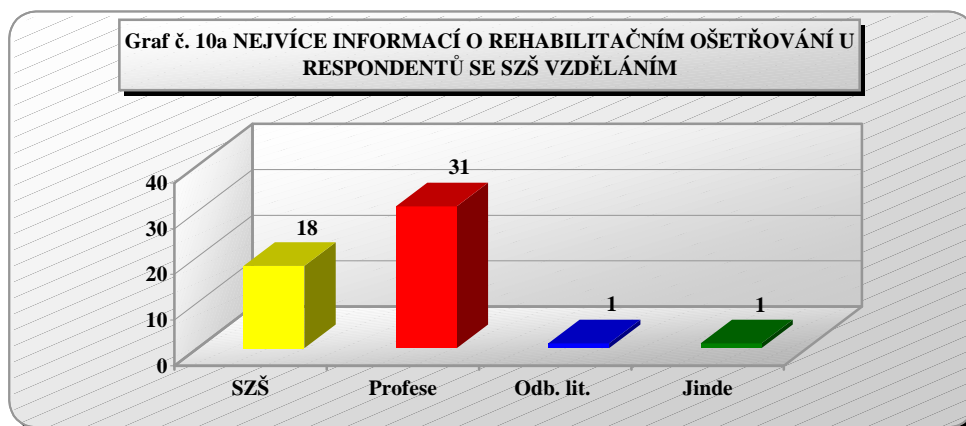
K otázce č. 9 patří také graf č. 9c, který podrobně rozpracovává seznámení s pojmem rehabilitačního ošetřování u 46 respondentů s PSS vzděláním. Opět nejpočetnější skupina 37 respondentů (80,4%) se s termínem seznámila na střední zdravotnické škole, 3 dotazovaní (6,5%) poznali pojem rehabilitační ošetřování v rámci pomaturitního specializačního studia. Při výkonu profese se s termínem seznámilo 5 respondentů (10,9%) a 1 z nich (2,2%) zná rehabilitační ošetřování z odborné literatury.



Poslední graf patřící k otázce č. 9, je graf č. 9d, který rozděluje sestry s Bc. a Mgr. vzděláním vzhledem k prvnímu setkání s pojmem rehabilitační ošetřování. Z celkového počtu 26 sester s vysokoškolským vzděláním, se jich 19 (73,1 %) seznámilo s pojmem na střední zdravotnické škole a zbylých 7 respondentů (26,9 %) poznalo termín rehabilitační ošetřování při bakalářském studiu.

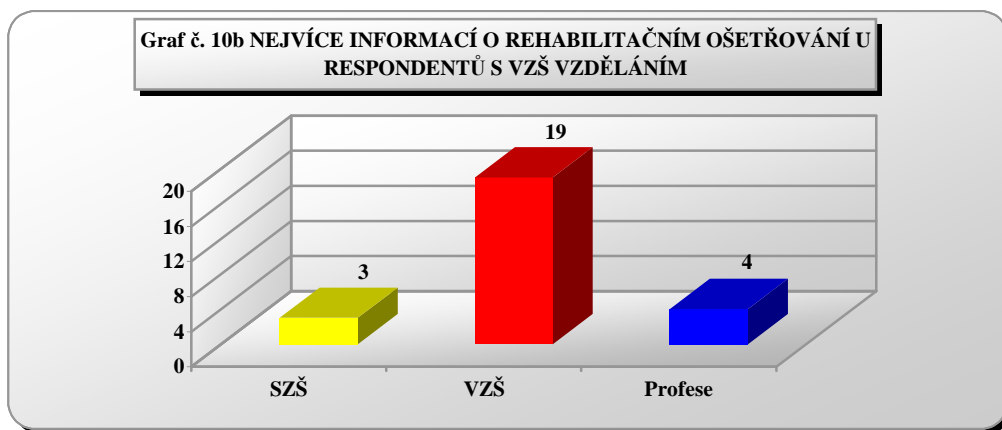
Otázka č. 10 - Získání nejvíce informací o rehabilitačním ošetřování

Otázka je polouzavřená s možností vlastního doplnění a upřesnění odpovědi.

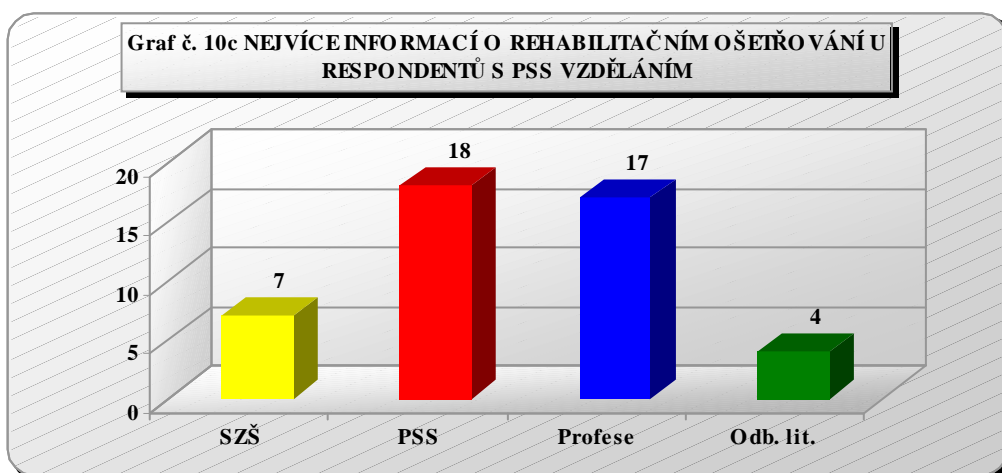


Graf č. 10a patřící k otázce č. 10 se zaměřuje na skupinu respondentů se středním odborným vzděláním. Celkový počet respondentů je 51, z nich 18 (35,3 %) nejvíce informací získalo při studiu na střední zdravotnické škole, při výkonu profese načerpalo informace 31 dotazovaných (60,7 %). 1 respondent (2 %) načerpal znalosti z odborné

literatury, a stejně tak 1 respondent (2 %) zvolil možnost, že nejvíce informací získal jinde, respektive dle doplnění v Rehabilitačním centru u Sv. Anny v Brně.

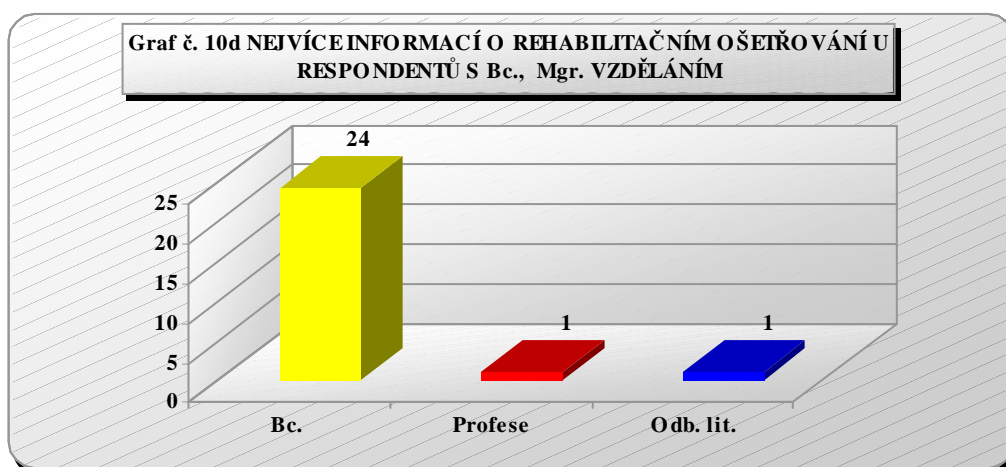


Graf č. 10b upřesňuje získání největšího množství informací u respondentů s vyšším odborným vzděláním. Na střední zdravotnické škole získali nejvíce informací 3 respondenti (11,5 %) z celkového počtu 26 dotazovaných. 19 respondentů (73,1 %) uvedlo, že nejvíce informací se dozvědělo při studiu na vyšší zdravotnické škole a získání informací v rámci své odborné profese zvolili jako odpověď 4 dotazovaní (15,4 %) z celkového počtu.



Graf č. 10c patří taktéž jako dva grafy předchozí k otázce č. 10 a podrobněji rozpracovává sestry s pomaturitním specializačním vzděláním. Z celkového počtu 46

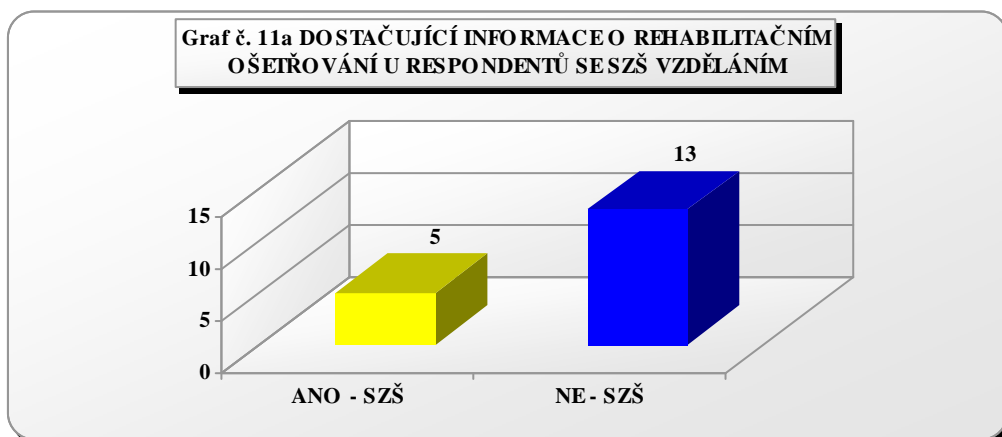
dotazovaných jich 7 uvedlo (15,2 %), že nejvíce informací získalo při studiu na střední zdravotnické škole. Nejvyšší počet dotazovaných, v počtu 18 (39,1 %), zvolil možnost pomaturitního specializačního studia jako volbu místa, kde se nejvíce dověděli o rehabilitačním ošetřování. 17 respondentů (37 %) uvedlo odbornou praxi, respektive profesi a 4 dotazovaní (8,7 %) odbornou literaturu jako zdroj nejvíce informací.



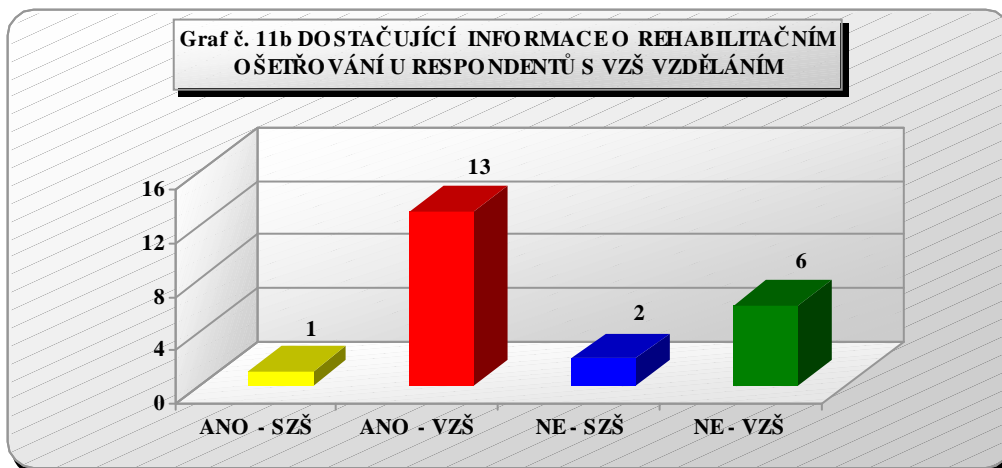
V grafu č. 10d je znázorněno, kde 26 respondentů s bakalářským a magisterským vysokoškolským vzděláním získalo nejvíce informací o rehabilitačním ošetřování. Drtivá většina, tedy 24 dotazovaných (92,4 %) uvedlo, že tyto informace získalo při bakalářském typu studiu. 1 z dotazovaných (3,8 %) zvolil možnost profese a 1 respondent (3,8 %) volbu získání informací v odborné literatuře.

Otázka č. 11 - Dostačující informace o rehabilitačním ošetřování

Otázka č. 11 je otázkou filtrující a odpovídali na ní pouze respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že nejvíce informací získali při studiu.

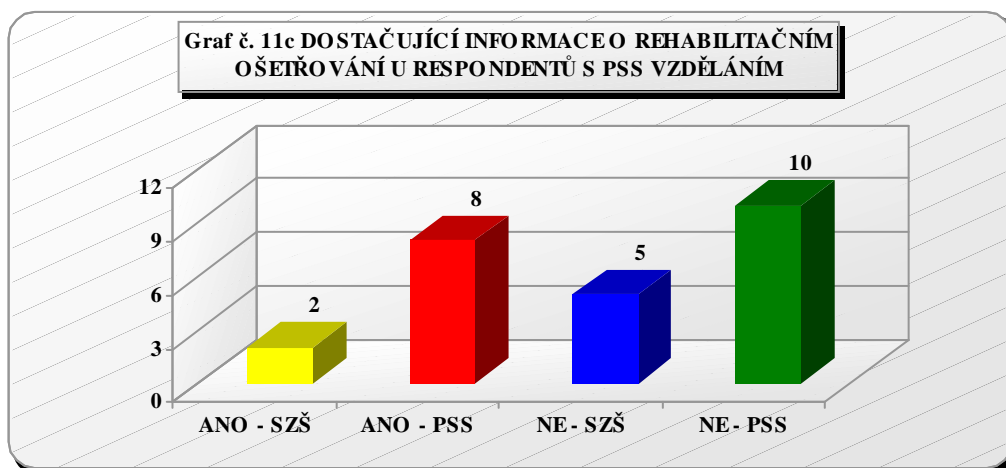


Otázka č. 11 zní, zda jsou informace získané při studiu dostačující. Graf č. 11a zpracovává odpovědi respondentů se středoškolským vzděláním. 5 z nich (27,8 %) odpovědělo, že znalosti získané při studiu jsou dostačující, 13 z těch (72,2 %) kteří jako zdroj informací uvedlo studium, však s jejich dostatečností nesouhlasí.

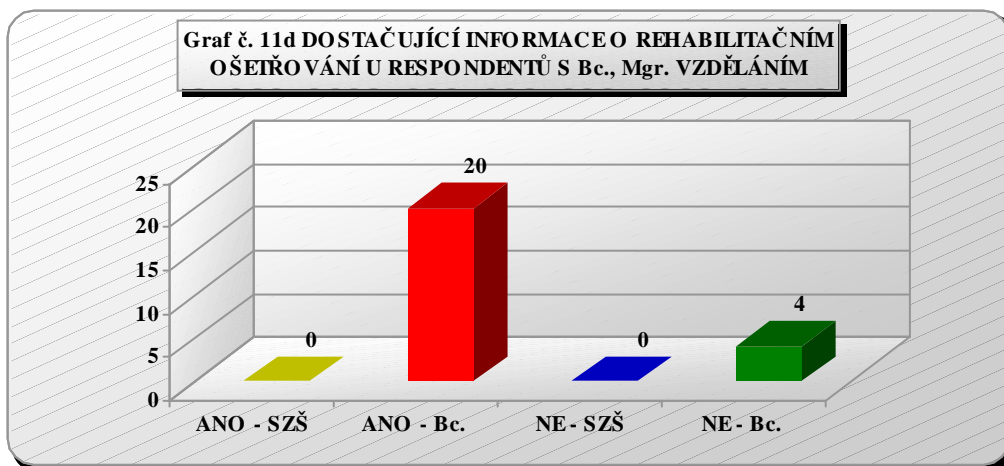


Graf č.11b patřící k otázce č. 11 se zabývá respondenty s vyšším odborným vzděláním a jejich názorem na dostatečnost informací o rehabilitačním ošetřování získaných studiem. 1 z těchto respondentů (4,5 %) uvedl dostatečnost informací

získanou při studiu středoškolském, 13 dotazovaných (59,1 %) zvolilo stejnou možnost, avšak dostatečné byly informace získané na vyšší zdravotnické škole. Nevyhovující množství informací ze střední zdravotnické školy uvedli 2 dotazovaní (9,1 %) a 6 respondentů (27,3 %) prokázalo nespokojenost s informacemi nabitými v průběhu vyššího odborného studia.



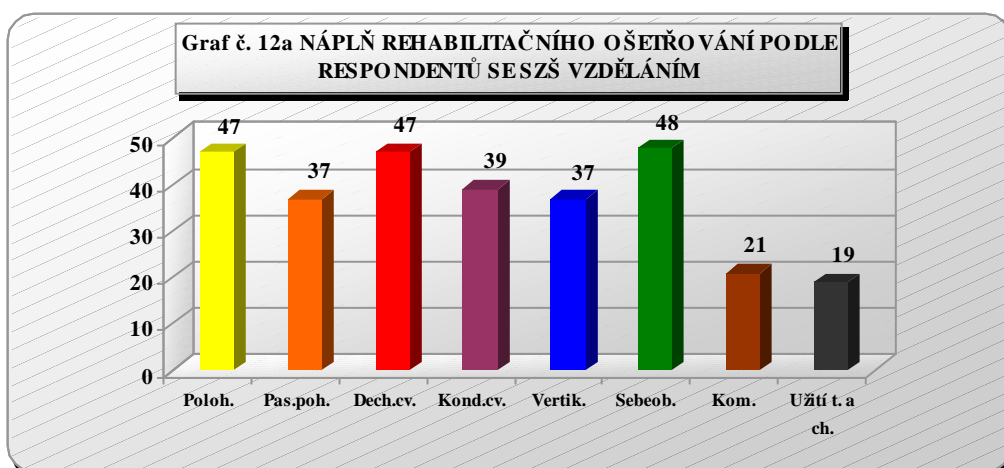
Graf č. 11c rozpracovává odpovědi respondentů s pomaturitním specializačním vzděláním. Patří taktéž jako předchozí dva grafy k otázce č. 11. Dotazovaní odpovídali na otázku ohledně dostatečnosti informací o rehabilitačním ošetřování v rámci studia, a to jak středoškolského tak pomaturitního. 2 sestry (8 %) uvedli dostatečnost informací získaných na střední zdravotnické škole, 8 respondentů (32 %) se přiklonilo k možnosti potvrzení dostatečnosti při studiu specializačním pomaturitním. Nespokojeno s informacemi, jejíž největší množství získali dotazovaní na střední zdravotnické škole bylo 5 respondentů (20 %) a 10 respondentů (40 %) nepovažuje za dostatečné informace získané při pomaturitním specializačním studiu.



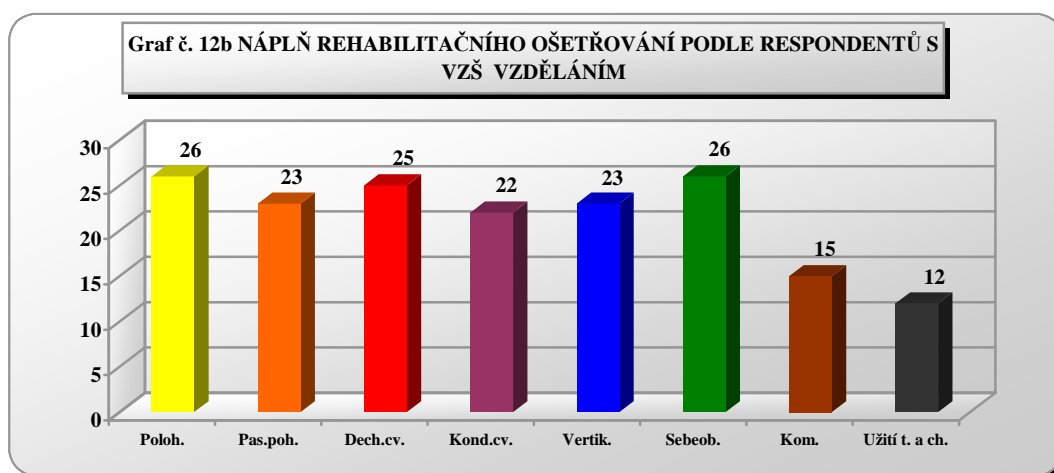
Poslední graf, patřící k otázce č. 11 se zabývá respondenty s bakalářským a magisterským studiem. Celkový počet těch, kteří určili jako největší zdroj informací o rehabilitačním ošetřování studium je 24. Z tohoto počtu se 20 dotazovaných (83,3 %) domnívá a je přesvědčeno o tom, že získané informace při bakalářském studiu jsou dostačující, 4 dotazovaní (16,7 %) z celkového počtu si myslí opak, respektive že informace získané tímto stupněm studia dostatečné nejsou.

Otázka č. 12 - Náplň rehabilitačního ošetřování - respondenti se SZŠ vzděláním

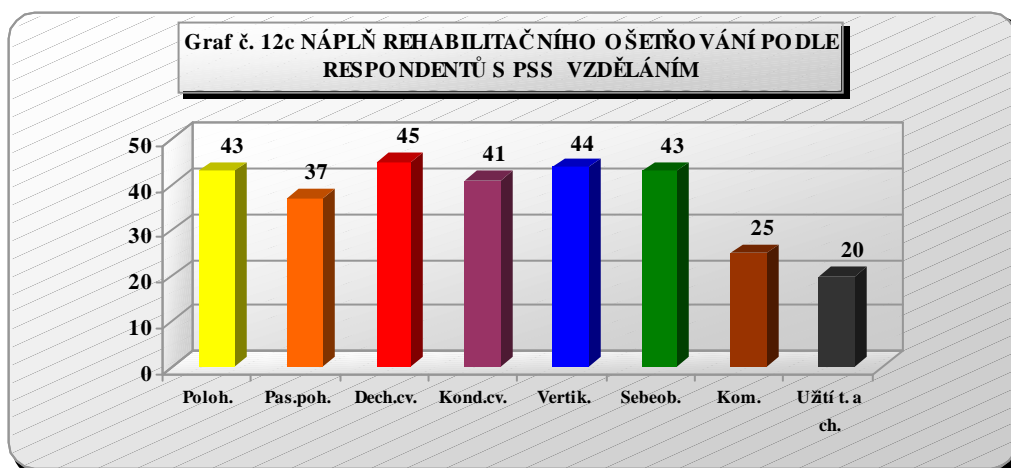
Otázka č. 12 je uzavřená, respondenti volili z nabízených možností a mohli zaškrtnout více eventualit



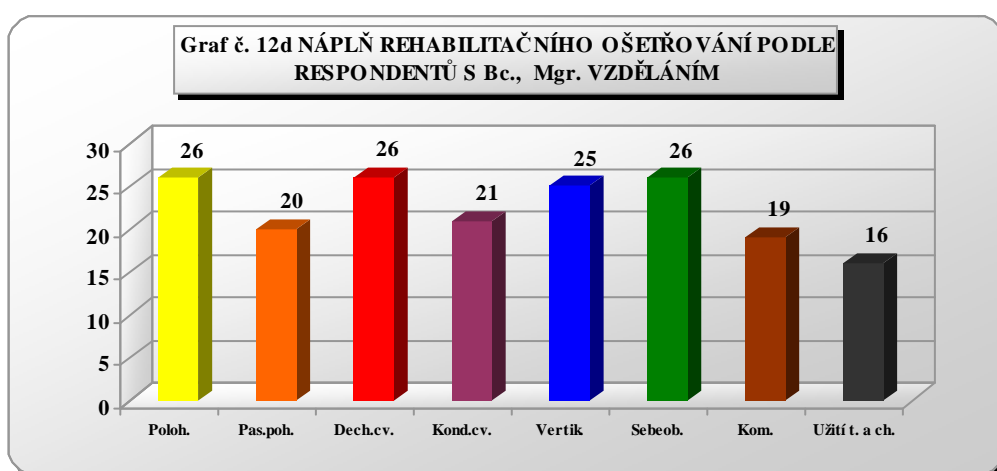
Graf č. 12a odpovídá na otázku č. 12, která se zabývá náplní rehabilitačního ošetřování. Konkrétně jsou v tomto grafu zobrazeny odpovědi respondentů se středoškolským vzděláním. Za náplň rehabilitačního ošetřování považuje 47 (92,2 %) respondentů polohování, 37 (72,6 %) se jich přiklonilo k možnosti pasivní pohyby. Dechová cvičení jsou součástí rehabilitačního ošetřování podle 47 dotazovaných (92,2 %) a kondiční cvičení je obsahem dle 39 respondentů (76,5 %). Možnost vertikalizace zahrnuje 37 sester (72,6 %). Nejvyšší počet, respektive 48 dotazovaných (94,1%) zaškrtnulo volbu nácviku sebeobsluhy jako náplň rehabilitačního ošetřování. Nácvik komunikace uvedlo 21 respondentů (41,2 %) a o dva méně, tedy 19 dotazovaných (37,3 %), se domnívá, že do rehabilitačního ošetřování patří užití tepla a chladu.



Graf č. 12b patří taktéž k otázce č. 12 a je zaměřen na respondenty s vyšším odborným vzděláním. 26 z nich (100 %), tedy všichni z dotazovaných, se přiklonili k možnosti, že do náplně rehabilitačního ošetřování spadá polohování. 23 respondentů (88,5 %) zvolilo také pasivní pohyby, dechová cvičení považuje taktéž za náplň 25 sester (96,2 %). 22 z dotazovaných (84,6 %) se domnívá, že do náplně spadá kondiční cvičení. Vertikalizaci zvolilo 23 respondentů (88,5 %). Plný počet respondentů, tedy 26 (100 %), vybral možnost nácviku sebeobsluhy, ke komunikaci se přiklonilo 15 dotazovaných (57,7 %) a k možnosti aplikace tepla a chladu 12 respondentů (46,2 %).



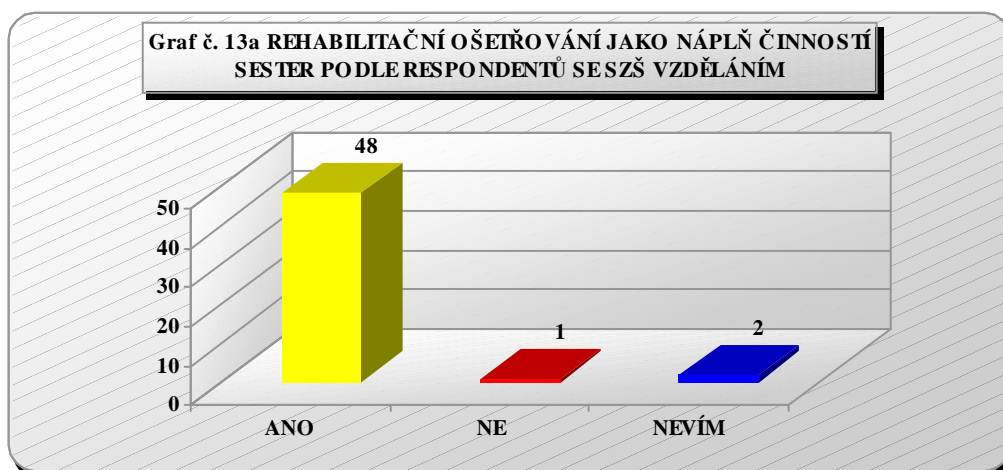
Graf č. 12c náležící k otázce č. 12 poukazuje na určení náplně rehabilitačního ošetřování u 46 respondentů s ukončeným nebo v současné době studovaným pomaturitním specializačním studiem. K polohování se přiklonilo 43 respondentů (93,5 %), 37 z dotazovaných (80,4 %) zvolilo možnost pasivních pohybů. 45 sester (97,8 %) podílejících se na dotazníku se domnívá, že náplň jsou také dechová cvičení. 41 respondentů (89,1 %) zaškrtnulo možnost cvičení kondičního. Za náplň rehabilitačního ošetřování považuje 44 dotazovaných (95,7 %) vertikalizaci a 43 respondentů (93,5 %) z celkového počtu 46 se domnívá, že do náplně patří taktéž nácvik sebeobsluhy. 25 sester (54,4 %) zvolilo volbu nácviku komunikace a 20 z těch (43,5 %), kteří spadají do této skupiny respondentů, se přiklonilo k možnosti užití tepla a chladu.



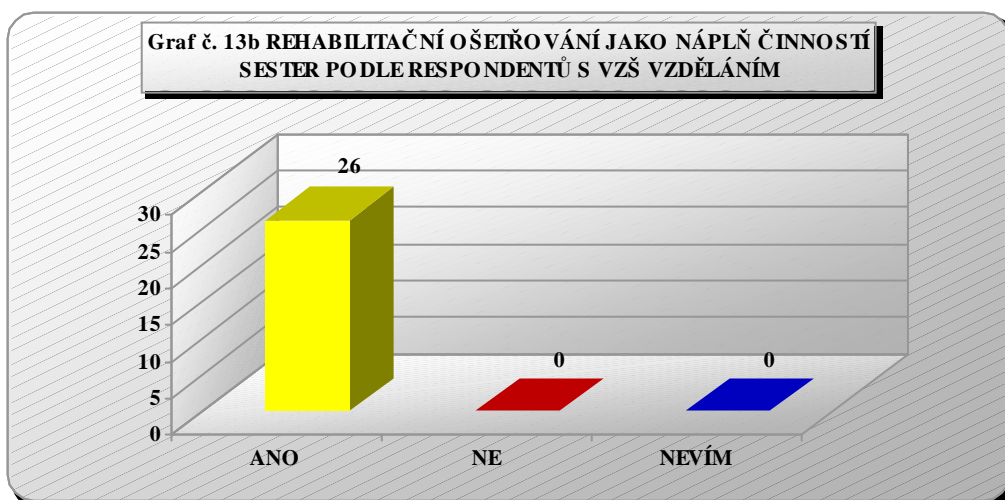
Poslední skupinou respondentů v otázce č. 12 jsou dotazovaní s vysokoškolským vzděláním a jim patří graf č. 12d. Jejich celkový počet je 26 respondentů (100 %) a tento plný počet zvolil možnost polohování. Volbu pasivních pohybů si vybralo 20 dotazovaných (76,9 %) z celkového počtu. Dechová cvičení, jako náplň rehabilitačního ošetřování, uvedl taktéž plný počet respondentů patřící do skupiny vysokoškolsky vzdělaných, tedy 26 dotazovaných (100 %). K možnosti kondiční cvičení se přiklonilo 21 sester (80,8 %), vertikalizaci za náplň rehabilitačního ošetřování považuje 25 dotazovaných (96,2 %). Plný počet respondentů, tedy 26 (100 %), se přiklonil k možnosti nácviku sebeobsluhy, nácvik komunikace uvedlo 19 dotazovaných (73,1 %) a užití tepla a chladu považuje za náplň 16 respondentů (61,5 %).

Otázka č. 13 - Rehabilitační ošetřování jako náplň činností všeobecných sester

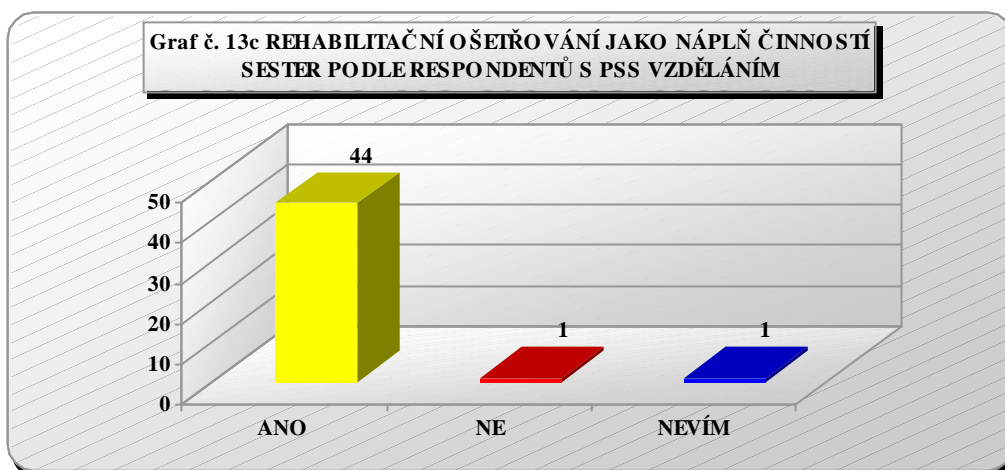
Otázka je svým typem otázka uzavřená nabízející ze tří možností volby.



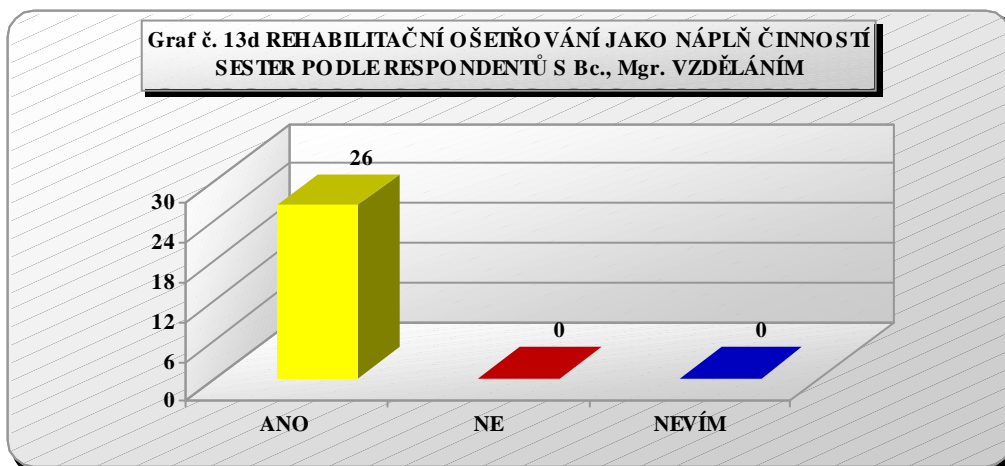
Otázka č. 13 se dotazuje, zda se respondenti domnívají, že rehabilitační ošetřování patří do náplně činností sester. Z 51 sester, patřících do kategorie středoškolsky vzdělaných, se jich 48 (94,1 %) domnívá, že rehabilitační ošetřování do náplně jejich činností spadá. 1 z dotazovaných (2 %) zvolil možnost, že do náplně sester rehabilitační ošetřování nepatří. K nabízené volbě nevím se přiklonili 2 z respondentů (3,9 %).



Na grafu č. 13b, patřící k otázce č. 13, je patrné, že se všechny sestry, tedy v počtu 26 (100%), domnívají, že rehabilitační ošetřování do náplně činností patří.



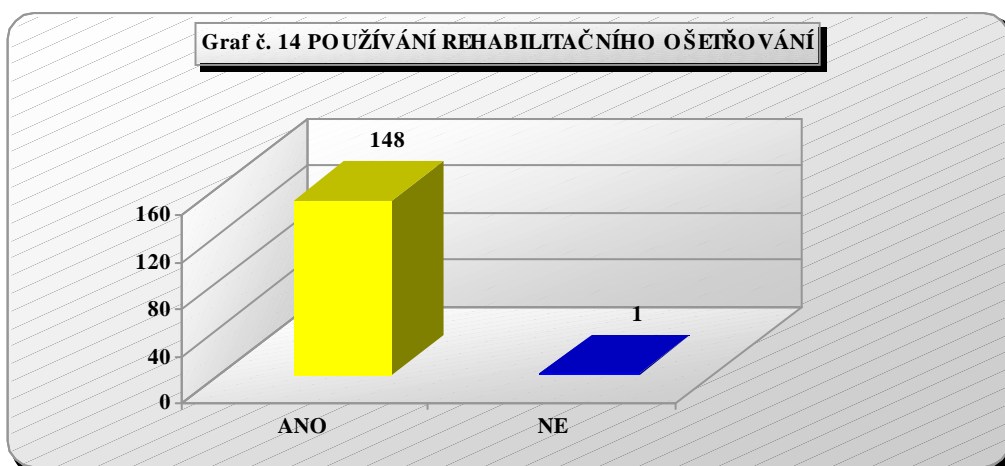
Graf č. 13c vztahující se k otázce č. 13 se zaměřuje na 46 respondentů s pomaturitním specializačním studiem, respektive specializačním vzděláním. Odpovědi těchto dotazovaných jsou taktéž téměř jednoznačné. 44 respondentů (95,6 %) zvolilo možnost ano. 1 dotazovaný (2,2 %) z celkového počtu se přiklonil k volbě ne, stejně tak jako možnost nevím zvolil 1 respondent (2,2 %).



Graf č. 13d se zabývá respondenty s vysokoškolským bakalářským a magisterským vzděláním a jejich názorem na otázku, zda patří rehabilitační ošetřování do náplně činností všeobecných sester. Jejich odpověď je zcela jednoznačná, jelikož všech 26 dotazovaných (100 %) odpovědělo ano.

Otázka č. 14 - Používání rehabilitačního ošetřování v odborné praxi

Otázka č. 14 je otázkou uzavřenou a respondenti si volili ze dvou jim nabízených možností.

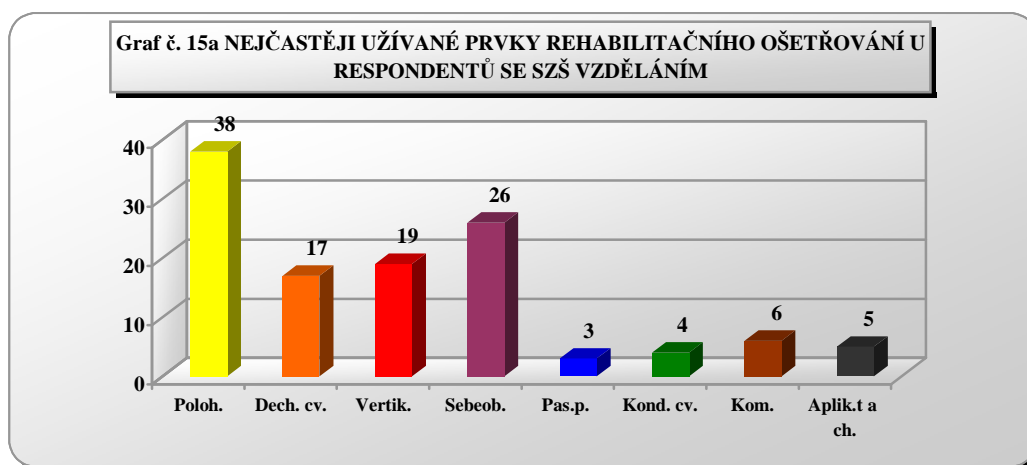


Otázku č. 14 jsem zpracovala pouze do jednoho grafu, tedy bez rozpracování podle jednotlivých stupňů vzdělání jako grafy předchozí, jelikož odpovědi všech respondentů byli téměř jednoznačné a dobře popsitelné a vyhodnotitelné. 148 respondentů (99,3 %)

z celkového počtu 149 odpovědělo, že rehabilitační ošetřování používá ve své odborné praxi. Pouze 1 z dotazovaných (0,7 %) uvedl, že rehabilitační ošetřování nepoužívá a tento respondent spadl do souboru respondentů s pomaturitním specializačním studiem.

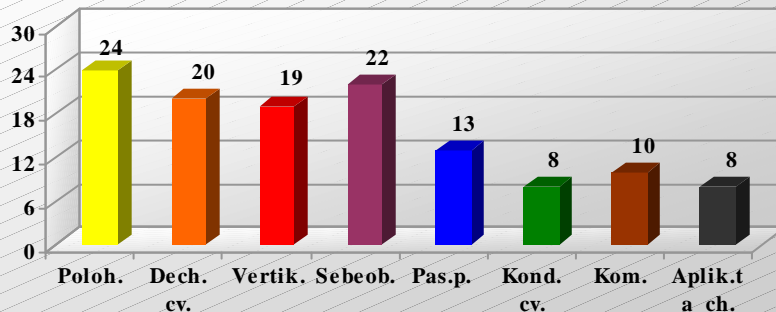
Otázka č. 15 - Nejčastěji užívané prvky rehabilitačního ošetřování

Otázka č. 15 je otázkou uzavřenou a nabízí možnosti, ze který respondenti mohli zvolit i více eventualit.



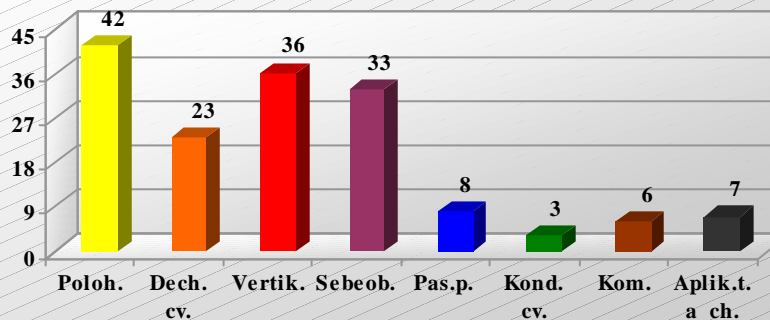
Graf č. 15a, konkretizuje otázku č. 15 s ohledem na vzdělání respondentů a je zaměřen na respondenty se středoškolským vzděláním. 38 z nich (74,5 %) vybralo možnost polohování jako prvek užívaný jimi nejčastěji, 17 dotazovaných (33,3 %) se přiklonilo také k dechovým cvičením. 19 sester (37,3 %) používá prvky vertikalizace a 26 z dotazovaných (51 %) do praxe aplikuje nácvik sebeobsluhy. Pasivní pohyby zaškrtili pouze 3 respondenti (5,9 %), o jednoho více, tedy 4 dotazovaní (7,8 %) zvolili kondiční cvičení. Nácvik komunikace v praxi provádí 6 sester (11,8 %) a 5 respondentů (9,8 %) jako prvek rehabilitačního ošetřování zařazuje do své praxe užití tepla a chladu.

Graf č. 15b NEJČASTĚJI UŽÍVANÉ PRVKY REHABILITAČNÍHO OŠETŘOVÁNÍ U RESPONDENTŮ S VZŠ VZDĚLÁNÍM



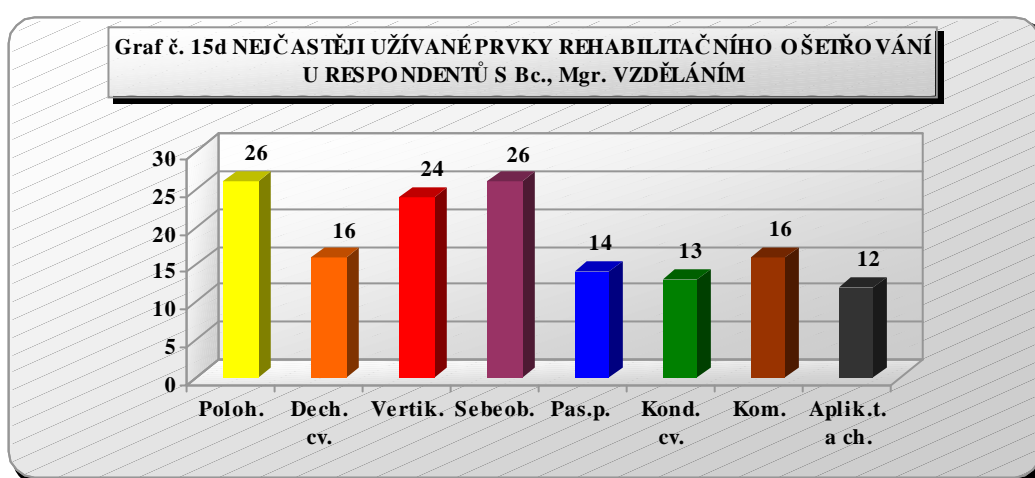
Graf 15b zpracovává odpověď na otázku č. 15 od respondentů s vyšším odborným vzděláním. 24 z nich (92,3 %) uvedlo, že mezi nejčastěji užívané prvky rehabilitačního ošetřování u nich patří polohování. 20 respondentů (76,9 %) užívá ve své odborné praxi dechová cvičení. O jednoho méně, tedy 19 dotazovaných (73,1 %), zvolilo možnost vertikalizace, 22 respondentů (84,6%) se přiklonilo taktéž k nácvičku sebeobsluhy u pacientů/klientů. Pasivní pohyby jako prvek praktikování v praxi zaškrtnulo 13 dotazovaných (50 %), kondiční cvičení využívá 8 ze sester (30,8 %). 10 respondentů (38,5 %) aplikuje do praxe nácvičku komunikace a 8 z nich (30,8 %) také užití a aplikaci tepla a chladu.

Graf č. 15c NEJČASTĚJI UŽÍVANÉ PRVKY REHABILITAČNÍHO OŠETŘOVÁNÍ U RESPONDENTŮ S PSS VZDĚLÁNÍM



Ve zpracování otázky č. 15 nesmí být opomenut soubor 45 respondentů s PSS vzděláním, kteří rehabilitační ošetřování v praxi používají a právě odpovědi tohoto

vzorku dotazovaných je rozebrán v grafu č. 15c. 42 z těchto respondentů (93,3 %) užívá ve své odborné praxi polohování, dechová cvičení zvolilo 23 z nich (51,1 %). 36 dotazovaných (80 %) aplikuje do praxe metody vertikalizace, nácvik sebeobsluhy vybralo z nabízených možností 33 respondentů (73,3 %). 8 dotazovaných (17,8 %) zaškrtnulo volbu pasivní pohyby, pouze 3 respondenti (6,7 %) využívají častěji kondiční cvičení. Nácvik komunikace patří do činností 6 dotazovaných (13,3 %) a 7 z nich (15,6 %) aplikuje v praxi užití tepla a chladu.

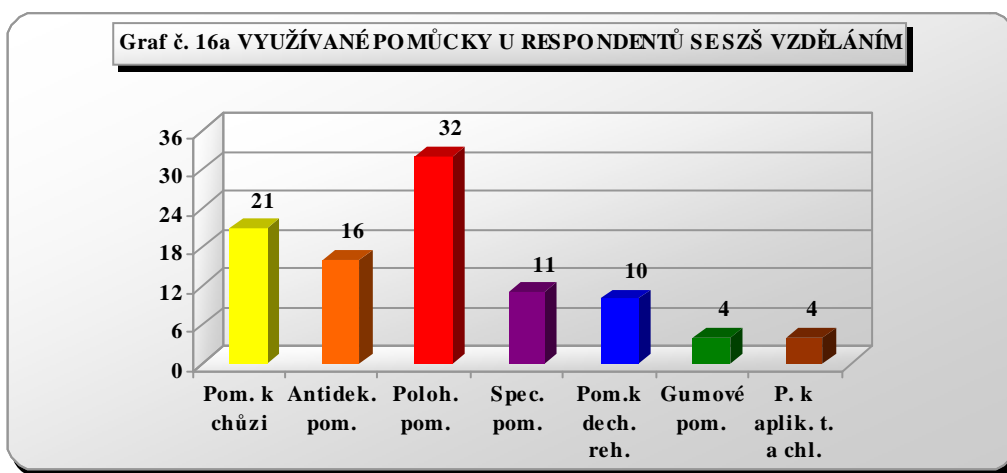


Posledním souborem patřícím k otázce č. 15 jsou respondenti s vysokoškolským vzděláním. 26 z těchto respondentů (100 %) v praxi užívá polohování, tedy všichni z dotazovaných patří do této kategorie. 16 respondentů (61,5 %) vybralo také možnost dechových cvičení, vertikalizaci jako prvek aplikující do praxe zaškrtnulo 24 dotazovaných (92,3 %). Taktéž jako polohování, i nácvik sebeobsluhy zahrnují do své praxe všichni z dotazovaných (100 %). 14 respondentů (53,9 %) zvolilo pasivní pohyby, o jednoho méně, tedy 13 (50 %), jich zahrnuje do své praxe také kondiční cvičení. Nácvik komunikace využívá u pacientů/klientů 16 dotazovaných (61,5 %) a 12 z nich (46,2 %) se přiklání k praktické aplikaci tepla a chladu.

Otázka č. 16 - Využívání pomůcek v rámci rehabilitačního ošetřování

Otázka č. 16 je otázkou z možností volby odpovědi a také s možností doplnění této volby, tedy otázka polouzavřená. Volba odpovědí poukazuje na to, zda sestry se středoškolským vzděláním využívají pomůcky v rámci rehabilitačního ošetřování. Dle výsledků, které jsem do grafu nezakomponovala je zřejmé, že 40 dotazovaných (78,4 %) z celkových 51 patřících do tohoto souboru pomůcky využívá, 11 z nich (21,6 %) zvolilo možnost ne, tedy že pomůcky při své praxi nevyužívají.

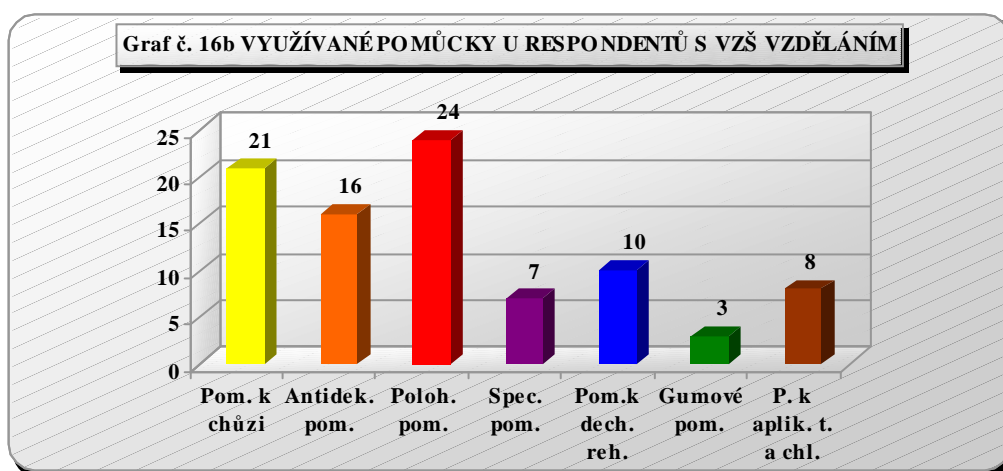
Následující graf č. 16a ujasňuje, jaké pomůcky uvedli ti, kteří je ve své praxi užívají.



Pomůcky v grafu č. 16a jsou rozděleny do jednotlivých skupin a respondenti volně uváděli i více druhů pomůcek, se kterými se ve své praxi setkávají. 21 z nich (52,5 %) používá pomůcky k chůzi, přesněji uváděli především francouzské hole, berle, madla a chodítka. Antidekubitární pomůcky využívá 16 dotazovaných (40 %) a zde konkrétně uvedli pomůcky molitanové, antidekubitární podložky a matrace. S polohovacími pomůckami se setkává 32 sester (80 %), konkrétně jsou to pomůcky jako hrazdička, žebříček, uzdička, schůdky, polohovací kvádry, postranice nebo křeslo pro kardiaky. 11 respondentů (27,5 %) používá speciální pomůcky, respektive motodlahy, ortézy nebo derotační botičku. Pomůcky k dechové rehabilitaci jako součást praktické aplikace rehabilitačního ošetřování využívá 10 dotazovaných (25 %). K těm patří dechové kuličky, dechový trenážér - TRIFLO II., balónky nebo nafukovací míče. Gumové pomůcky, respektive gumové míčky zužitkují v odborné praxi 4 dotazovaní (10 %) a

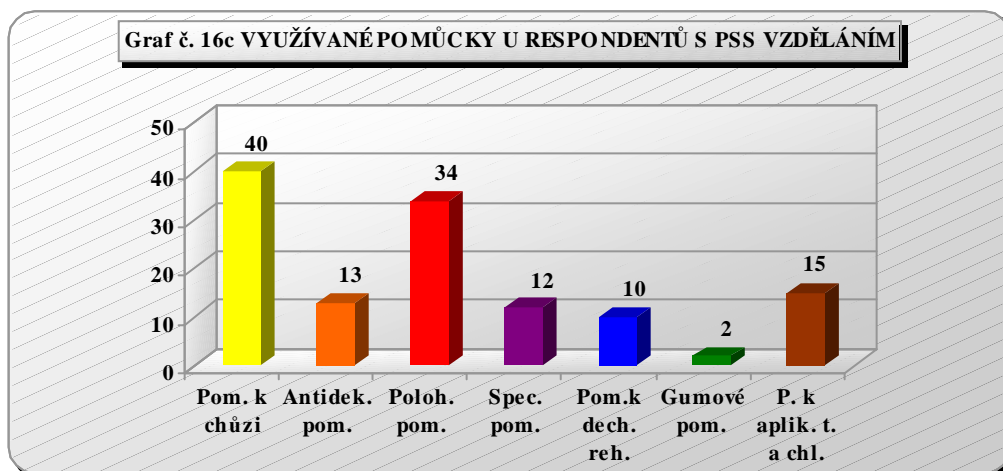
stejný počet (10%) používá pomůcky k aplikaci tepla a chladu, jako jsou například gelové sáčky pro kryoterapii.

Při zpracování odpovědi na otázku č. 16, zda sestry s vyšším odborným vzděláním využívají pomůcky v rámci rehabilitačního ošetřování, jsem zjistila, že 24 respondentů (92,3%) pomůcky užívá a 2 respondenti (7,7%) nikoliv. Graf č. 16b upřesňuje druh používaných pomůcek.



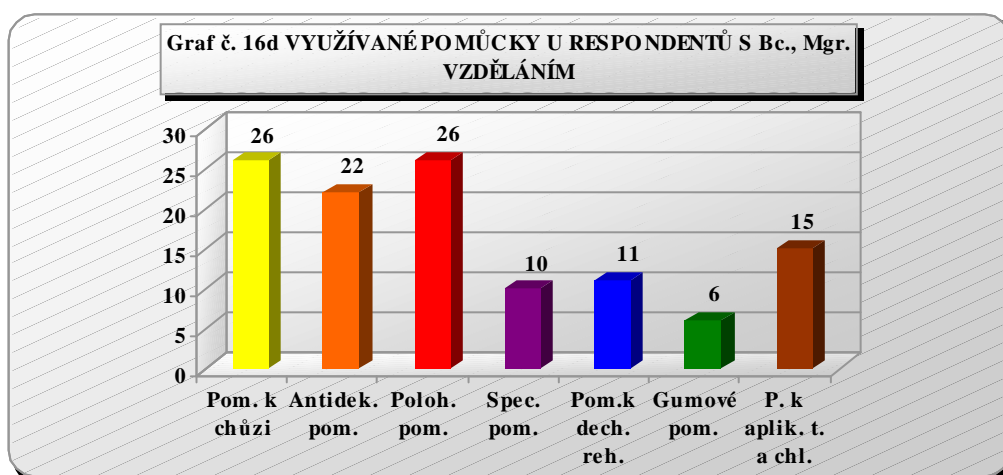
Graf č. 16b, stejně jako v předchozím souboru, upřesňuje, jaké pomůcky nejčastěji respondenti užívají, nyní se jedná o respondenty s vyšším odborným vzděláním. Jednotlivé pomůcky jsou rozdělené stejně jako v předchozím zpracování, pro přehlednost zde již užívám pouze názvy skupin pomůcek. 21 dotazovaných (87,5 %) používá při péči o pacienty/klienty v rámci rehabilitačního ošetřování pomůcky k chůzi. 16 dotazovaných (66,7 %) využívá v praxi pomůcky antidekubitární. Nejčastěji aplikovanými pomůckami do praxe jsou 24 respondenty (100 %) zvoleny pomůcky polohovací. 7 dotazovaných (29,2 %) využívá speciální pomůcky. Pomůcky k dechové rehabilitaci využívá 10 respondentů (41,7 %), v odborné praxi jsou 3 dotazovaným (12,5 %) nápomocné gumové pomůcky a prostředky pro aplikaci tepla a chladu využívá 8 respondentů (33,3 %).

Na otázku č. 16 odpovídaly také sestry s pomaturitním specializačním studiem. Ze 45 respondentů, kteří rehabilitační ošetřování užívají v praxi jich 43 (95,6 %) zvolilo možnost ano, tedy že pomůcky používají, 2 dotazovaní (4,4 %) zaškrtnuli možnost ne.



V grafu č. 16c je znázorněno, že největší počet respondentů, respektive 40 (93 %), v praxi užívá pomůcky k chůzi. Antidekubitární prostředky a jejich výhody uplatňuje ve své profesi 13 dotazovaných (30,2 %). 34 z nich (79,1 %) využívá pomůcky polohovací. Speciální pomůcky používá v péči o pacienta/klienta 12 respondentů (26,7 %). V rámci rehabilitačního ošetřování 10 dotazovaných (27,9 %) uplatňuje prostředky k dechové gymnastice. Gumové pomůcky využívají jen pouze 2 z dotazovaných (4,7 %) a 15 respondentů (34,9 %) používá pomůcky k aplikaci a užití tepla a chladu.

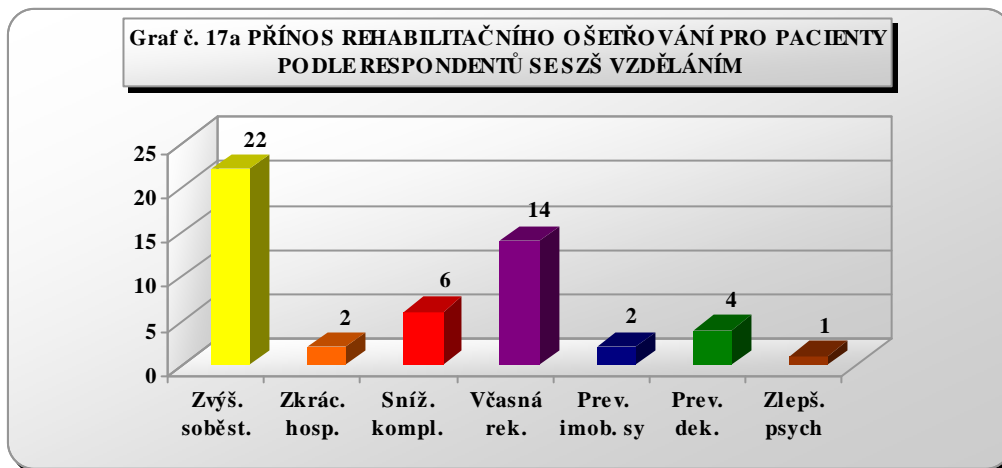
Na otázku č. **16** odpovědělo všech 26 respondentů (100%) kladně, tedy že v rámci své odborné praxe a praktické aplikace rehabilitačního ošetřování využívají různých pomůcek, které jsou jako v předchozích souborech rozdělených dle vzdělání rozpracovány v následujícím grafu.



Graf č. 16d přehledně znázorňuje pomůcky, jaké jsou nejčastěji užívány respondenty, kteří odpověděli kladně na otázku č. **16**. Všichni z dotazovaných, tedy 26 respondentů (100 %) uvedlo, že v praxi využívá různých pomůcek k chůzi, které byly jednotlivě a konkrétně popsány u grafu č. 16a. Antidekubitární prostředky a pomůcky využívá 22 z dotazovaných sester (84,6 %). Taktéž plný počet 26 respondentů (100 %) uvedl, že v rámci rehabilitačního ošetřování prakticky aplikuje pomůcky polohovací. Speciální prostředky užívá 10 z celkového počtu respondentů (38,5 %), pomůcky k dechové rehabilitaci a jejich funkce využívá 11 z dotazovaných (42,3 %). Gumové pomůcky uvedlo 6 respondentů (23,1 %) a prostředky k aplikaci tepla a chladu používá 15 dotazovaných (57,7 %) z celkových 26 respondentů spadajících do tohoto souboru.

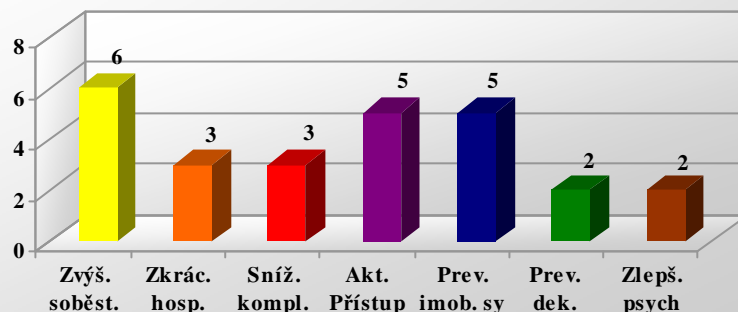
Otázka č. 17 - Přínos rehabilitačního ošetřování pro pacienta/klienta

Otázka je polouzavřená s možností vlastního doplnění.



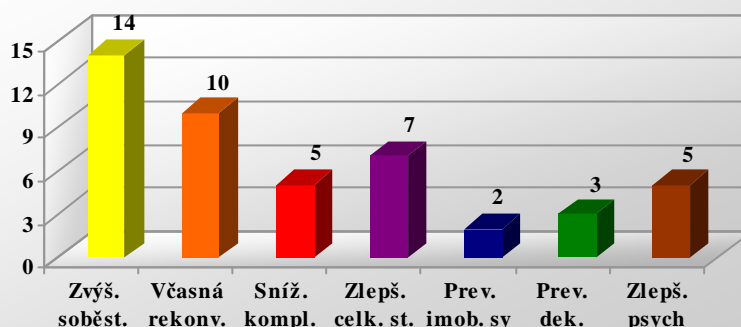
Otázka č. 17, respektive graf č. 17a zjišťuje, zda a jaký přínos má podle respondentů se středoškolským vzděláním rehabilitační ošetřování pro pacienta/klienta. Všechny 51 respondentů, patřících do této skupiny zvolilo možnost ano, tedy že rehabilitační ošetřování má přínos pro pacienta/klienta a proto jsem do grafu zanesla pouze důvody, proč je podle sester pro pacienta/klienta přínosné. 22 respondentů (43,1 %) uvedlo jako důvod zvýšení soběstačnosti. 2 dotazovaní (3,9 %) se domnívají, že je přínosný zkrácením hospitalizace, 6 respondentů (11,8 %) uvedlo snížení komplikací. Včasnou rekonvalescenci jako argument uvedlo 14 dotazovaných (27,5 %), prevenci imobilizačního syndromu napsaly 2 sestry (3,9 %). Přínos v prevenci dekubitů uvedli 4 respondenti (7,8 %) a 1 respondent (2 %) se domnívá, že klad rehabilitačního ošetřování je ve zlepšení psychiky.

**Graf č. 17b PŘÍNOS REHABILITAČNÍHO OŠETŘOVÁNÍ PRO PACIENTY
PODLE RESPONDENTŮ S VZŠ VZDĚLÁNÍM**



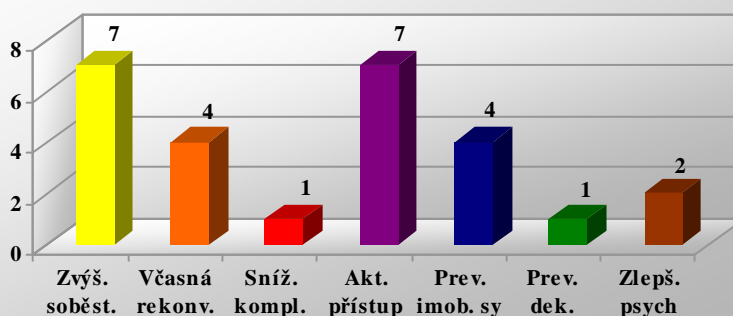
Graf č. 17b, patřící k otázce č. 17 upřesňuje, které činnosti uvedli respondenti s vyšším odborným vzděláním jako přínosné pro pacienta/klienta. 6 z dotazovaných (23,1 %) z celkového počtu 26 uvedli jako přínosné při aplikaci rehabilitačního ošetřování zvýšení soběstačnosti. 3 respondenti (11,55 %) se domnívají, že přínosem je zkrácení hospitalizace, stejný počet 3 dotazovaných (11,55 %) uvedl snížení komplikací. Jako klad praktické aplikace rehabilitačního ošetřování napsalo dalších 5 respondentů (19,2 %) aktivní přístup pacienta/klienta k péči o zdraví. 5 dotazovaných (19,2 %) uvedlo prevenci imobilizačního syndromu. Prevenci dekubitů jako přínos pacientovi/klientovi napsali 2 dotazovaní (7,7 %) a stejně tak 2 dotazovaní (7,7 %) uvedli zlepšení psychiky.

**Graf č. 17c PŘÍNOS REHABILITAČNÍHO OŠETŘOVÁNÍ PRO PACIENTY
PODLE RESPONDENTŮ S PSS VZDĚLÁNÍM**



Graf č. 17c znázorňuje odpovědi respondentů s pomaturitním specializačním studiem na otázku č. 17. Nejvyšší počet respondentů, respektive 14 z nich (30,4 %), uvedlo jako přínos zvýšení soběstačnosti u pacienta/klienta. 10 dotazovaných (21,7 %) se domnívá, že přínosem může být včasná rekonvalescence. Ke snížení komplikací se připojilo 5 dotazovaných (10,9 %). 7 respondentů (15,2 %) napsalo, že rehabilitační ošetřování může vést také ke zlepšení celkového stavu. Prevenci imobilizačního syndromu uvedli 2 dotazovaní (4,4 %), 3 respondenti (6,5 %) se přiklonili k prevenci dekubitů. Zlepšení psychiky jako přínos pacientovi/klientovi uvedlo 5 z dotazovaných sester (10,9 %) odpovídajících na tuto otázku.

**Graf č. 17d PŘÍNOS REHABILITAČNÍHO OŠETŘOVÁNÍ PRO PACIENTY
PODLE RESPONDENTŮ S Bc., Mgr. VZDĚLÁNÍM**

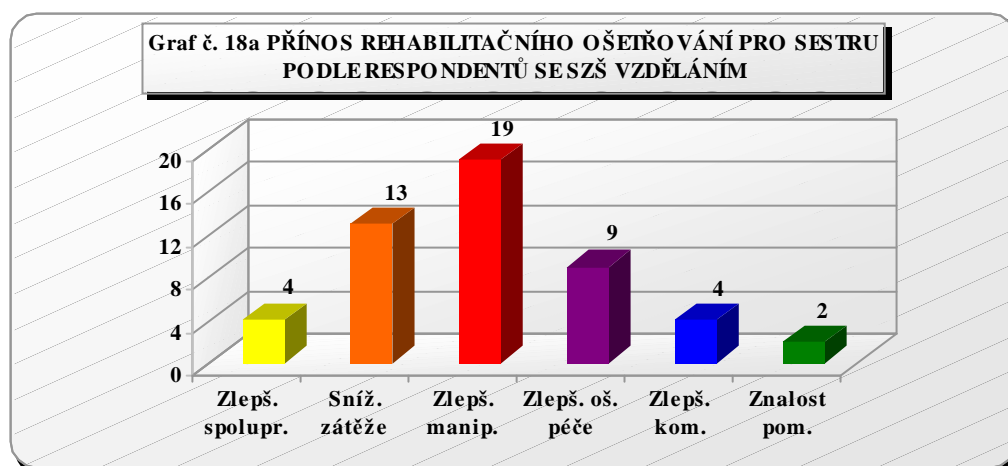


Poslední skupinou s ohledem na vzdělání je skupina respondentů s vysokoškolským vzděláním. Na tuto otázku odpovídalo 26 respondentů, patřících do souboru.

7 vysokoškolsky vzdělaných sester (26,9 %) uvedlo jako přínos užívání rehabilitačního ošetřování zvýšení soběstačnosti, 4 dotazovaní (15,4 %) uvedli jako klad včasnou rekonvalescenci pacienta/klienta. 1 z respondentů (3,9 %) uvedl snížení komplikací. 7 sester (26,9 %) vidí přínos v aktivním přístupu pacienta/klienta k péči, prevenci imobilizačního syndromu jako přínos pojmají 4 dotazovaní (15,4 %). 1 z respondentů (3,9 %) uvedl jako klad prevenci dekubitů. Ke zlepšení psychiky se přiklonili 2 respondenti (7,6 %).

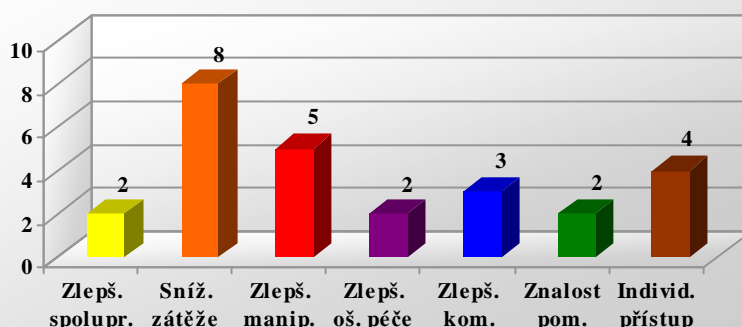
Otázka č. 18 - Přínos rehabilitačního ošetřování pro sestru

Otázka je polouzavřená s možností doplnění.



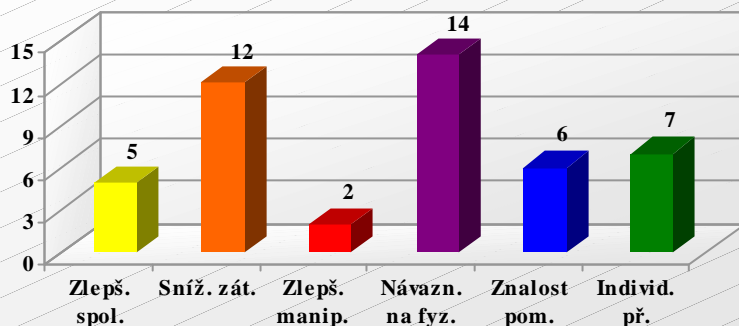
Graf č. 18a patřící k otázce č. 18 se zabývá přínosem rehabilitačního ošetřování, tentokrát však, na rozdíl od předchozí otázky, přínosem pro sestru. Do tohoto souboru spadá 51 respondentů, z nich 4 (7,8 %) uvedli přínos pro sestru zlepšení spolupráce. 13 z nich (25,5 %) oceňuje při užívání rehabilitačního ošetřování snížení zátěže. Nejvyšší počet, respektive 19 dotazovaných (37,3 %), uvedlo jako přínos zlepšení manipulace s pacientem. Zlepšení ošetřovatelské péče jako přínos sestře při poskytování péče uvádí 9 respondentů (17,7 %). 4 z dotazovaných (7,8 %) uvedli zlepšení komunikace a 2 respondenti (3,9 %) napsali, že přínosem pro sestru je také znalost vhodných pomůcek, které zná a může použít, pokud zná a používá rehabilitační ošetřování ve své odborné praxi.

**Graf č. 18b PŘÍNOS REHABILITAČNÍHO OŠETŘOVÁNÍ PRO SESTRU
PODLE RESPONDENTŮ S VZŠ VZDĚLÁNÍM**



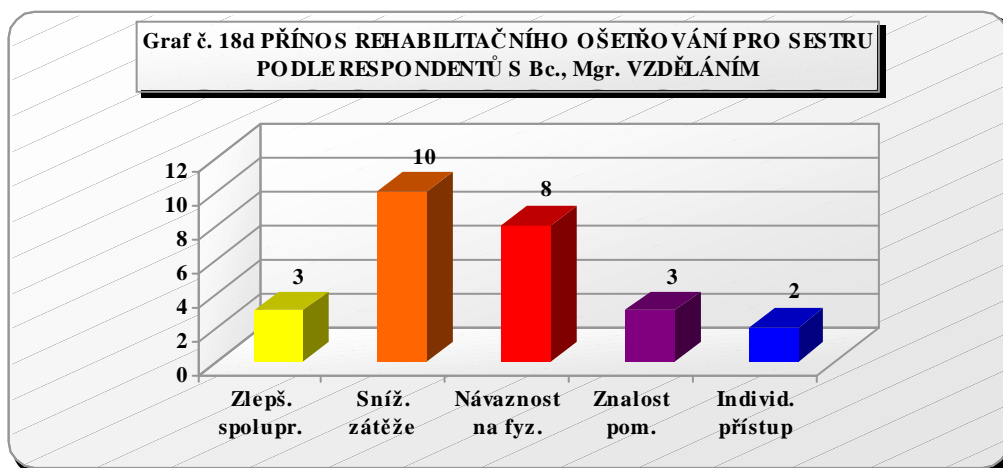
Graf č. 18b poukazuje na to, které výhody vnímají sestry v přímé souvislosti s užíváním rehabilitačního ošetřování. 2 respondenti (7,7 %) vidí výhodu ve zlepšení spolupráce s pacientem/klientem. 8 z dotazovaných (30,8 %) se domnívá, že klad tkví ve snížení zátěže na sestru. Zlepšení manipulace s pacientem/klientem oceňuje 5 respondentů (19,2 %). Další zlepšení, tentokrát zlepšení v oblasti ošetrovatelské péče, chápou jako přínos díky rehabilitačnímu ošetřování 2 dotazovaní (7,7 %). 3 respondenti (11,5 %) vidí výhodu ve zlepšení komunikace mezi ošetrovatelským personálem a pacientem/klientem. Znalosti pomůcek jako klad uvedli 2 dotazovaní (7,7 %) a 4 z nich (15,4 %) se domnívají, že výhodou pro jejich odbornou praxi je individuální přístup.

**Graf č. 18c PŘÍNOS REHABILITAČNÍHO OŠETŘOVÁNÍ PRO SESTRU PODLE
RESPONDENTŮ S PSS VZDĚLÁNÍM**



Graf č. 18c se zabývá názorem respondentů s pomaturitním specializačním studiem na přínos rehabilitačního ošetřování pro sestru. Všechny sestry, respektive všech 46

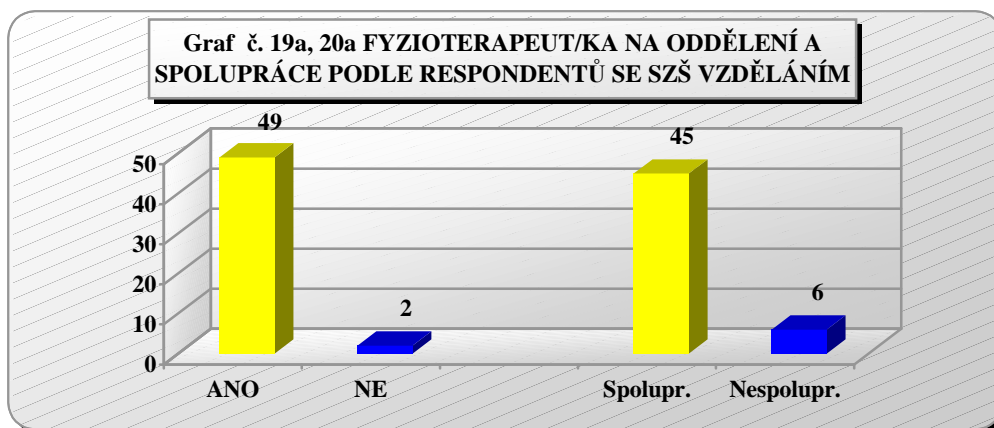
sester, odpověděli, že přínos pro jejich práci má. 5 z nich (10,9 %) se přiklonilo ke zlepšení spolupráce mezi jimi a pacientem/klientem. Snížení fyzické zátěže na sestru považuje za klad 12 dotazovaných (26,1 %). 2 z respondentů (4,4 %) uvedli zlepšení manipulace s pacientem/klientem. Nejvyšší počet, respektive 14 dotazovaných (30,4 %), vidí přínos v návaznosti na práci fyzioterapeuta/tky. Sestry to vysvětlily tak, že rehabilitační péče není omezená jen na práci fyzioterapeuta/tky, ale může jej vykonávat v rámci rehabilitačního ošetřování také dostatečně instruovaná sestra. Ke znalosti pomůcek se přiklonilo 6 respondentů (13 %) a individuální přístup jako přínos uvedlo 7 z dotazovaných sester (15,2 %).



Poslední soubor, který odpovídal na otázku č. 18, je zpracován v grafu č. 18d. Celkový počet respondentů je 26 a celkový počet uvedl, že rehabilitační ošetřování přínosem pro sestru je. 3 z dotazovaných (11,5 %) uvedli, že přínos vidí v zlepšení spolupráce mezi ošetřovatelským personálem a pacientem/klientem. Snížení zátěže, jako klad rehabilitačního ošetřování uvedlo 10 dotazovaných (38,5 %) z celkového počtu. Návaznost na práci fyzioterapeuta/tky je přínosná pro 8 z dotazovaných sester (30,8 %). 3 respondenti (11,5 %) připustili jako klad a přínos rehabilitačního ošetřování znalost pomůcek a jejich vhodného využití, které následně vede k efektivní péči. Individuální přístup je přínosný pro 2 z dotazovaných sester s vysokoškolským vzděláním (7,7 %).

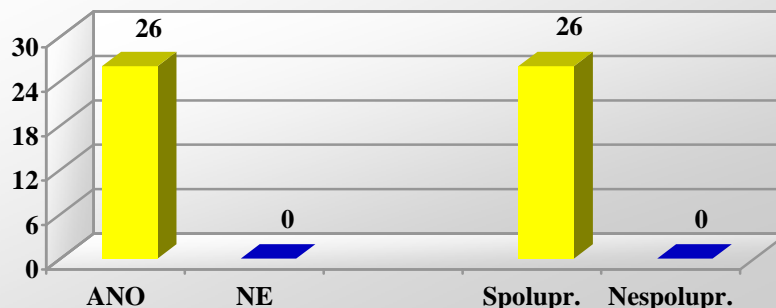
Otázka č. 19, 20 - Fyzioterapeut/ka na oddělení a spolupráce s ním

Otázka č. 19 a 20 jsou typem otázek uzavřených, kdy respondenti vybírali ze dvou možností. Tyto otázky jsem zpracovala do jednoho grafu, jelikož spolu úzce souvisí.



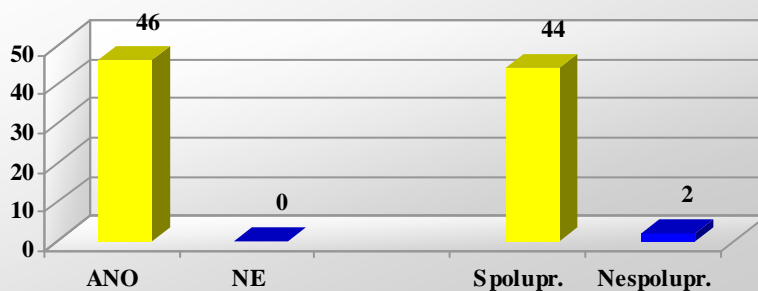
Otázka č. 19 se dotazuje, zda na oddělení, kde sestry pracují, vykonává svou činnost také fyzioterapeut/ka a zda mezi nimi probíhá spolupráce. Dle 49 respondentů (96,1 %) na oddělení fyzioterapeut/ka působí, 2 dotazovaní (3,9 %) uvedli, že na jejich ošetrovací jednotce fyzioterapeut/ka nepracuje. V témže grafu, je zpracována otázka č. 20 navazující na otázku č. 19 a dotazují se v ní, zda sestry spolupracují s, na oddělení pracujícími, fyzioterapeuty/tkami. Z 51 respondentů se středním odborným vzděláním spolupracuje na svém oddělení 45 z nich (88, 2%). 6 dotazovaných (11,8 %) s fyzioterapeutem/tkou na svém oddělení nespolupracuje.

Graf č. 19b, 20b - FYZIOTERAPEUT/KA NA ODDĚLENÍ A SPOLUPRÁCE PODLE RESPONDENTŮ S VZŠ VZDĚLÁNÍM



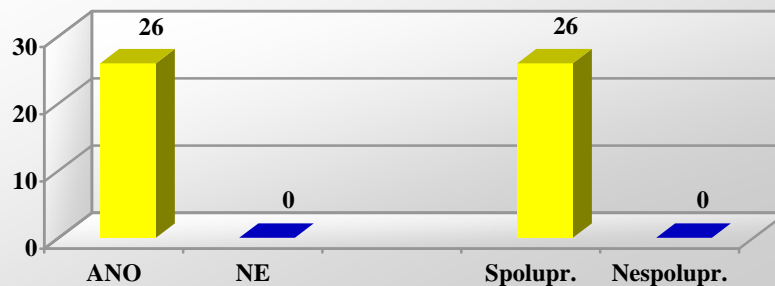
Graf č. 19b zpracovává odpovědi respondentů s vyšším odborným vzděláním. Z celkového počtu 26 dotazovaných (100 %) jich plný počet odpověděl, že na jejich oddělení fyzioterapeut/ka pracuje. Graf č. 20b patřící k otázce č. 20 ukazuje, jak spolupracují respondenti s vyšším odborným vzděláním s fyzioterapeuty/tkami. Z grafu je patrné, že s fyzioterapeuty/tkami spolupracuje všech 26 z dotazovaných (100 %).

Graf č. 19c, 20c FYZIOTERAPEUT/KA NA ODDĚLENÍ A SPOLUPRÁCE PODLE RESPONDENTŮ S PSS VZDĚLÁNÍM



Podle zpracovaného grafu č. 19c, který se zabývá respondenty s PSS vzděláním, je jasné, že počet 46 respondentů (100 %) uvedl, že na jejich oddělení fyzioterapeut/ka působí. Druhá část grafu, respektive graf č. 20d, ukazuje, že 44 respondentů (95,7 %) s fyzioterapeutem/tkou spolupracuje, 2 z dotazovaných (4,3 %) však nikoliv.

Graf č. 19d, 20d FYZIOTERAPEUT/KA NA ODDĚLENÍ A SPOLUPRÁCE PODLE RESPONDENTŮ S Bc., Mgr. VZDĚLÁNÍM

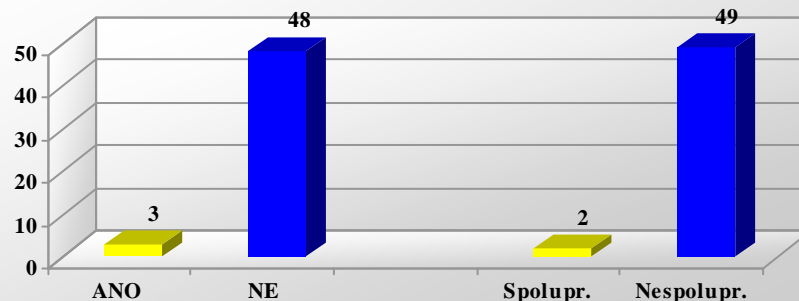


Na grafu č. 19d je patrné, že všichni respondenti, respektive 26 dotazovaných (100 %), zvolili možnost ano v otázce, zda na jejich oddělení pracuje fyzioterapeut/ka, stejně tak jako v předešlých dvou souborech respondentů. Poslední graf č. 20d zpracovává odpověď na otázku ohledně spolupráce s fyzioterapeutem/tkou od respondentů s vysokoškolským vzděláním. Jejich odpovědi jsou zcela jednoznačné, všech 26 dotazovaných (100 %) patřící do tohoto souboru odpovědělo, že s fyzioterapeutem/tkou, pracujícím/í na jejich odděleních, spolupracují.

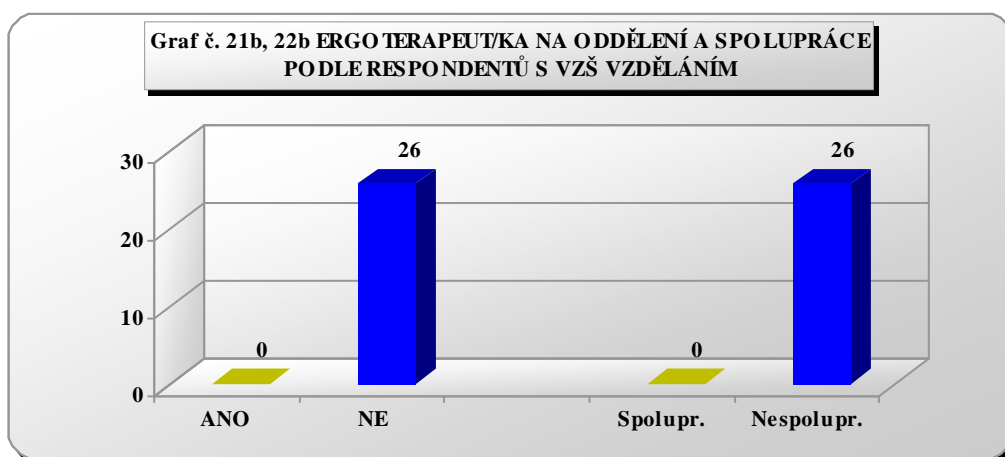
Otázka č. 21, 22 - Ergoterapeut/ka na oddělení a spolupráce

Otázka č. 19 a 20 jsou typem otázek uzavřených, kdy respondenti vybírali ze dvou možností. Tyto otázky jsem zpracovala do jednoho grafu, jelikož spolu úzce souvisí.

Graf č. 21a, 22a ERGOTERAPEUT/KA NA ODDĚLENÍ A SPOLUPRÁCE PODLE RESPONDENTŮ SE SŽ VZDĚLÁNÍM

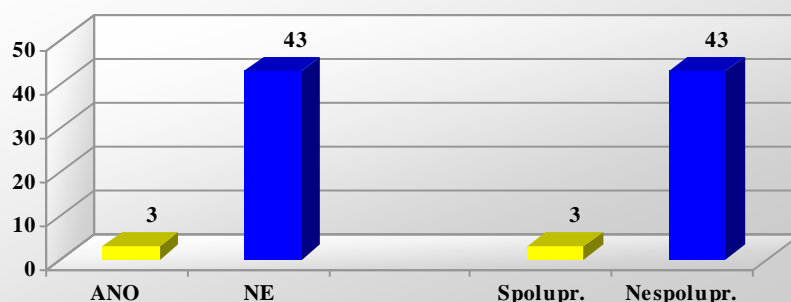


Otázka č. 21 je otázkou, kde se dotazují, zda na oddělení, kde respondenti pracují, vykonává svou činnost také ergoterapeut/ka. Z 51 dotázaných 3 (5,9 %) uvedli, že na jejich oddělení ergoterapeut/ka pracuje, 48 (94,1 %) z nich zvolilo možnost ne, tedy že na jejich oddělení ergoterapeut/ka svou činnost nevykonává. Tato otázka je filtrující a ti respondenti, kteří odpověděli, že na oddělení ergoterapeut/ka nepracuje, neodpovídali na následující otázku týkající se spolupráce. Pro přehlednost jsem ale do zpracování otázky č. 22 zařadila všechny respondenty. 2 z dotazovaných (3,9 %) spolupracují s ergoterapeutem/tkou a 49 (96,1 %) jich s ergoterapeutem/tkou nespupracuje. Je tedy zřejmé, že ze 3 respondentů, kteří uvedli, že na oddělení ergoterapeut/ka pracuje, tak pouze 2 (3,9 %) s ním/ní také spolupracují.



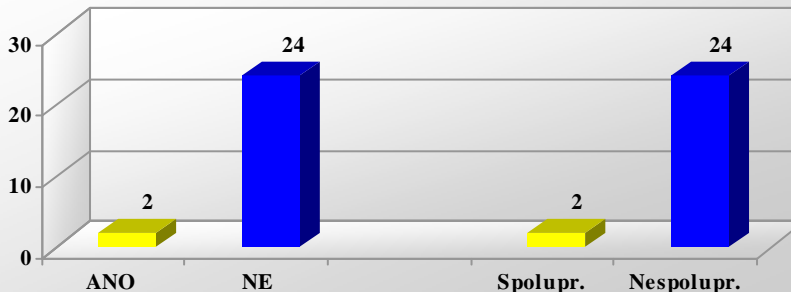
U respondentů s vyšším odborným vzděláním jsou odpovědi na otázky č. 21 i č. 22 zcela jednoznačné. Všechny 26 respondentů (100 %) uvedlo, že na jejich oddělení ergoterapeut/ka nepracuje, tudíž s ním/ní ani nemohou spolupracovat.

Graf č. 21c, 22c ERGOTERAPEUT/KA NA ODDĚLENÍ A SPOLUPRÁCE
PODLE RESPONDENTŮ S PSS VZDĚLÁNÍM



Ergoterapeut/ka na oddělení respondentů pracuje podle 3 dotazovaných (6,5 %). 43 (93,5 %) z nich uvedli, že na jejich oddělení ergoterapeut/ka nepracuje. Stejně odpovídající počet je u odpovědí na otázku, zda s ním/ní sestry spolupracují. Tam, kde ergoterapeut/ka pracuje, tak s ním/ní dotazované sestry také spolupracují.

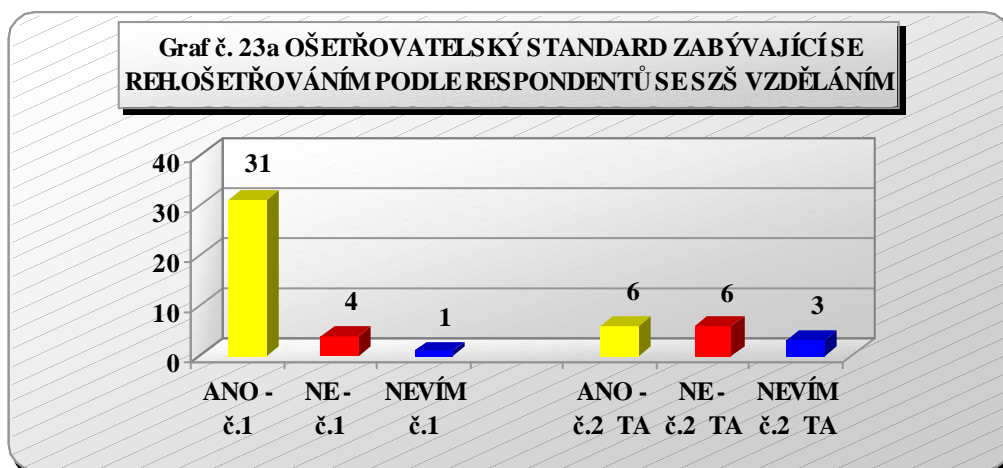
Graf č. 21d, 22d ERGOTERAPEUT/KA NA ODDĚLENÍ A SPOLUPRÁCE
PODLE RESPONDENTŮ S Bc., Mgr. VZDĚLÁNÍM



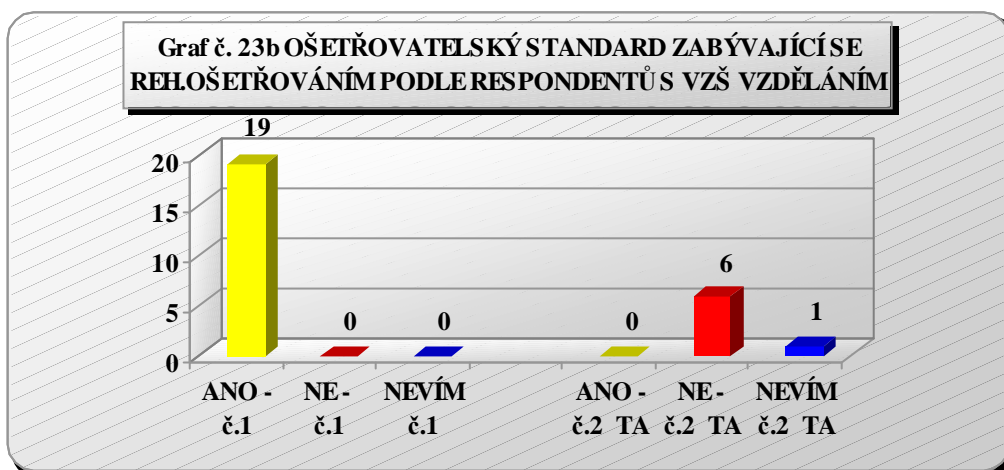
Poslední skupinou, ve které jsem zjišťovala situaci ohledně přítomnosti ergoterapeuta/tky na oddělení a případnou spolupráci s ním, byli respondenti s vysokoškolským vzděláním. V otázce č. 21 zvolili 2 respondenti (7,7 %) možnost ano, 24 z dotazovaných (92,3 %) se přiklonilo k volbě ne. Na otázku č. 22, která je zahrnuta v témže grafu, jsou odpovědi obdobné, tedy 2 respondenti (7,7 %) spolupracují na oddělení s ergoterapeutem/tkou, 24 dotazovaných (92,3 %) s ním/ní nespupracuje, jelikož na jejich oddělení svou činnost nevykonává.

Otázka č. 23 - Ošetrovatelský standard zabývající se rehabilitačním ošetřováním

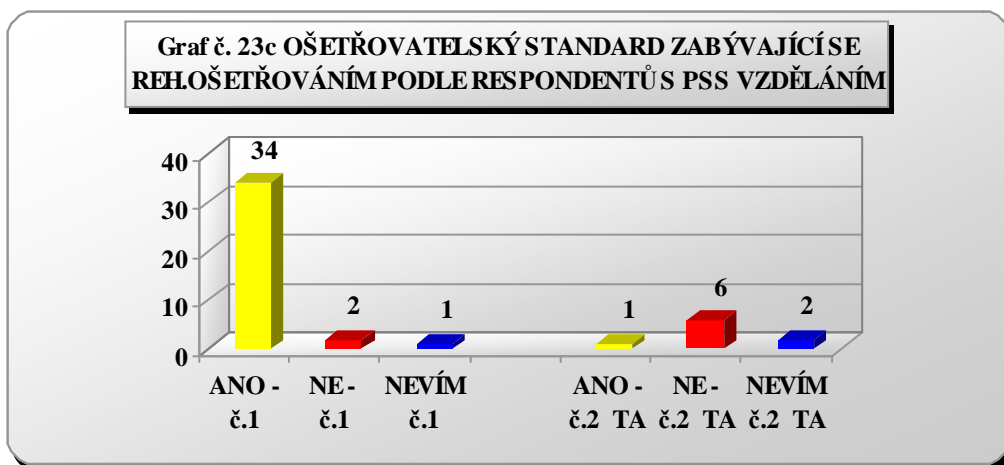
Otázka č. 23 je otázkou uzavřenou, kdy respondenti volili se dvou možností.



Graf č. 23a se zaměřuje na přítomnost ošetrovatelského standardu v nemocnici, kde pracují respondenti spadající do skupiny středoškolského vzdělání. Graf je rozdělen na dvě části. V první části označené jako č. 1 jsou rozpracovány odpovědi respondentů z Nemocnice České Budějovice a.s., FN Plzeň a Nemocnice Písek a.s., kde tento standard vypracován mají. Část označená jako č. 2 TA rozpracovává respondenty z Okresní nemocnice Tábor a.s., kde zatím tento standard samostatně zpracovaný nemají. V první skupině odpovědělo 31 respondentů (86,1 %), že se rehabilitačním ošetřováním standard v jejich nemocnici zabývá. 4 z dotazovaných (11,1 %) odpověděli, že se nezabývá a 1 respondent (2,8 %) zvolil jako možnost odpovědi neví. V části č. 2 odpovědělo z celkového počtu 6 respondentů (40 %) z táborské nemocnice, že jejich nemocnice má standard rehabilitačního ošetřování, 6 dotazovaných (40 %) se domnívá, že standard vypracován není a 3 respondenti (20 %) neví, zda standard v nemocnici mají.

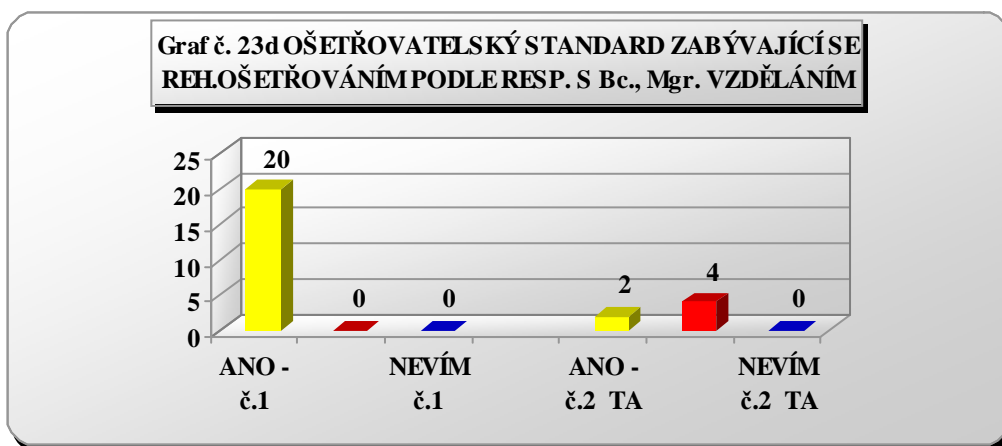


Graf č. 23b je zaměřen na respondenty s vyšším odborným vzděláním. Opět je graf rozdělen do dvou částí, jak vysvětlují ve zpracování předchozího grafu. V části č. 1 odpověděli všichni z dotazovaných, tedy 19 respondentů (100 %), že nemocnice, ve které pracují, má standard rehabilitačního ošetřování. 6 respondentů (85,7 %), pracujících v Okresní nemocnici Tábor a.s. uvedlo, že standard takto zaměřen nemají a 1 z dotazovaných (14,3 %) nevěděl.



34 respondentů (91,9 %) v grafu č. 23c a patřící do části č. 1 uvedli, že jejich nemocnice má vypracovaný standard týkající se rehabilitačního ošetřování. 2 z dotazovaných (5,4 %) se domnívají, že standard zpracovaný není a 1 respondent (2,7 %) zvolil z nabídky možnost neví. Z části č. 2 uvedl 1 z dotazovaných (11,1 %),

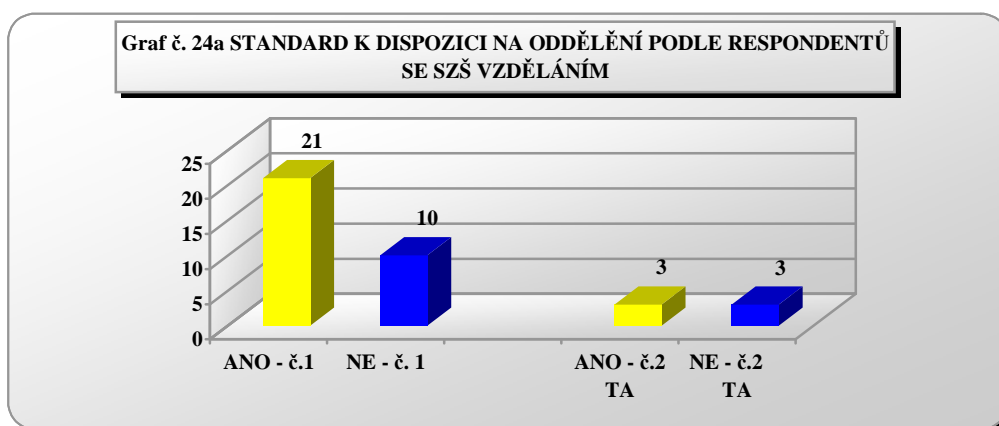
že standard je vypracován, 6 respondentů (66,7 %) je přesvědčeno, že tento standard jejich nemocnice nemá a 2 dotazovaní (22,2 %) neví.



Poslední skupinou respondentů je skupina vysokoškolsky vzdělaných sester. V části č. 1 všechny sem patřící dotazovaní (100 %) určili, že nemocnice, ve které vykonávají svou odbornou praxi, má standard zabývající se rehabilitačním ošetřováním. V části č. 2 týkající se sester z táborské nemocnice 2 z nich (33,3 %) udali, že standard mají a 4 dotazovaní (66,7 %) z celkového počtu uvedli, že jejich nemocnice tento standard nemá.

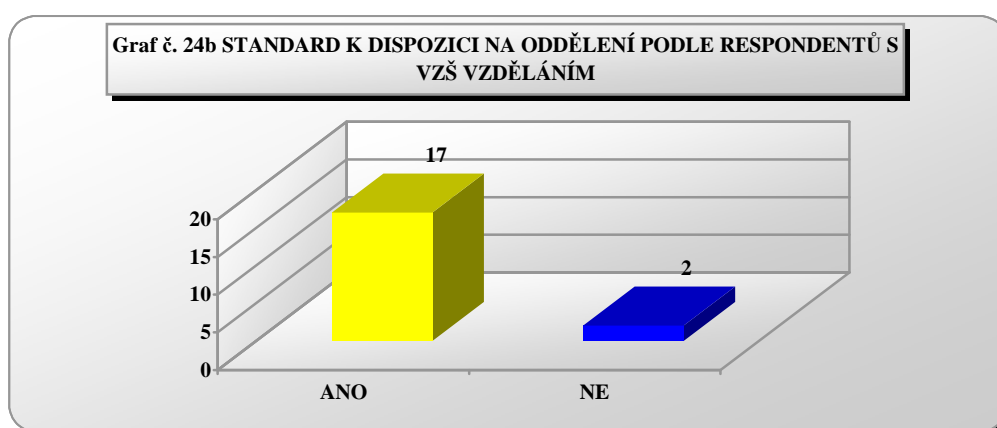
Otázka č. 24 - Standard zabývající se rehabilitačním ošetřováním k dispozici

Otázka je uzavřená z možností volby ze dvou odpovědí.



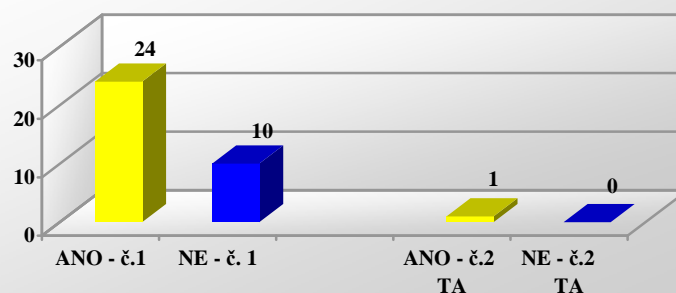
Otázka č. 24 se dotazuje, zda mají sestry k dispozici standard týkající se rehabilitačního ošetřování na svém oddělení. Graf č. 24a je rozdělen do dvou částí.

V první, tedy č. 1 jsou rozpracovány odpovědi respondentů z Nemocnice České Budějovice a.s., FN Plzeň a Nemocnice Písek a.s., kde tento standard vypracován mají. Část č. 2 rozpracovává respondenty z Okresní nemocnice Tábor a.s., kde zatím tento standard samostatně zpracovaný nemají. V části č. 1 odpovědělo 21 respondentů (67,7 %), že k dispozici standard mají, 10 z dotazovaných (32,3 %) uvedlo, že na jejich oddělení standard rehabilitačního ošetřování není. Z 6 dotazovaných z táborské okresní nemocnice, kteří uvedli, že standard mají, 3 z nich (50 %) napsali, že jen mají k dispozici na svém oddělení a další 3 (50 %) uvedli, že jej k dispozici nemají.



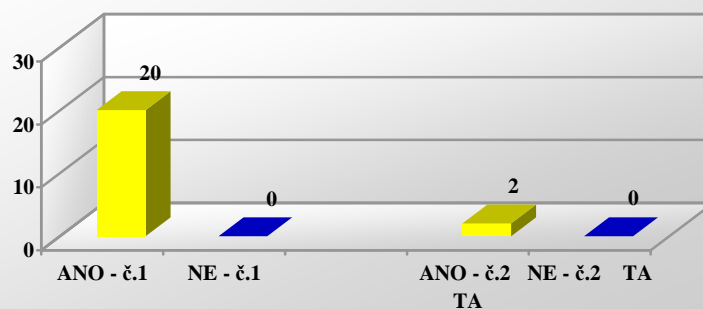
Graf č. 24b ukazuje pouze skupinu sester, které v nemocnici, ve které pracují, mají standard zabývající se rehabilitačním ošetřováním, jelikož sestry z Okresní nemocnice Tábor a.s. shodně v předchozí otázce uvedli, že zmiňovaný standard nemají. Tedy z celkového počtu 19 sester uvedlo 17 z nich (89,5 %), že standard je dostupný na jejich oddělení, 2 respondenti (10,5 %) standard na svém oddělení nemají.

Graf č. 24c STANDARD K DISPOZICI NA ODDĚLENÍ PODLE RESPONDENTŮ S PSS VZDĚLÁNÍM



Otázka č. 24, respektive graf č. 24c se věnuje skupině respondentů s pomaturitním specializačním vzděláním. Toto vyhodnocení je opět rozděleno do dvou částí. V první části, kam spadají sestry z nemocnic, které mají standard rehabilitačního ošetřování, 24 respondentů (70,6 %) uvedlo, že jej mají k dispozici na oddělení, podle 10 dotazovaných (29,4 %) standard na jejich oddělení nemají. 1 sestra z táborské okresní nemocnice (100 %, spadající do části grafu č. 2 uvedla, že na jejich oddělení je standard k dispozici.

Graf č. 24d STANDARD K DISPOZICI NA ODDĚLENÍ PODLE RESPONDENTŮ S Bc., Mgr. VZDĚLÁNÍM

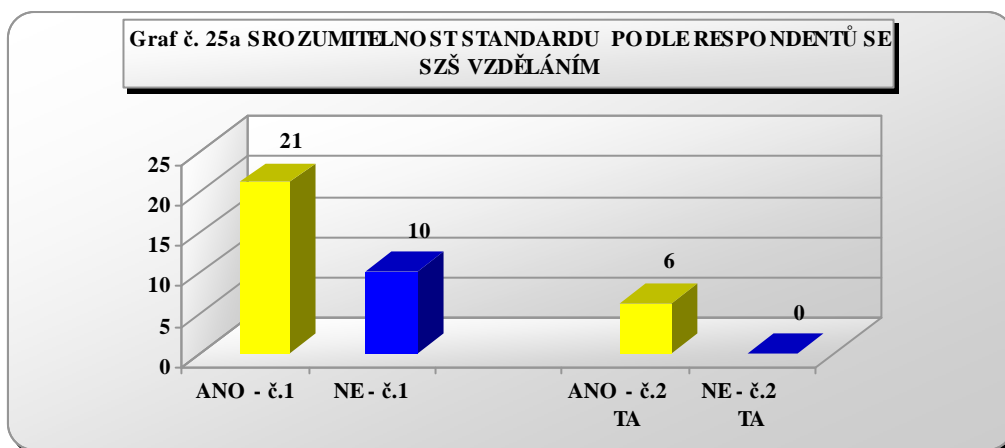


Graf č. 24d je opět rozdělen do dvou částí. V části č. 1, jak je jich výše zmíněno, jsou respondenti, jejichž nemocnice má standard rehabilitačního ošetřování. Všichni z této skupiny, tedy 20 dotazovaných (100 %), jej mají k dispozici na svém oddělení. Z Okresní nemocnice Tábor a.s. uvedli 2 respondenti (100 %), že jej k dispozici mají, ale upřesnili tuto svou odpověď tím, že standard není zatím zpracován samostatně, ale

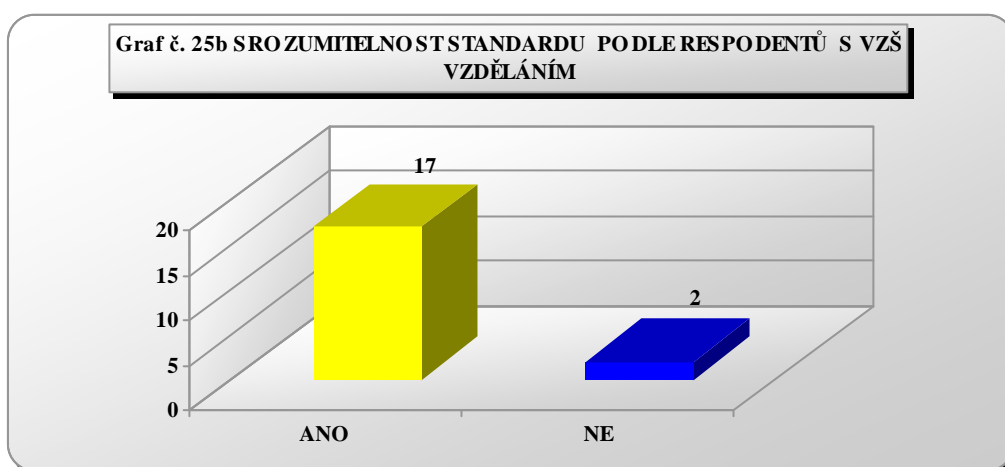
je součástí jiného standardu, určeného pro fyzioterapeuty/ky. Z něj čerpají a jej na oddělení k dispozici mají.

Otázka č. 25 - Srozumitelnost standardu rehabilitačního ošetřování

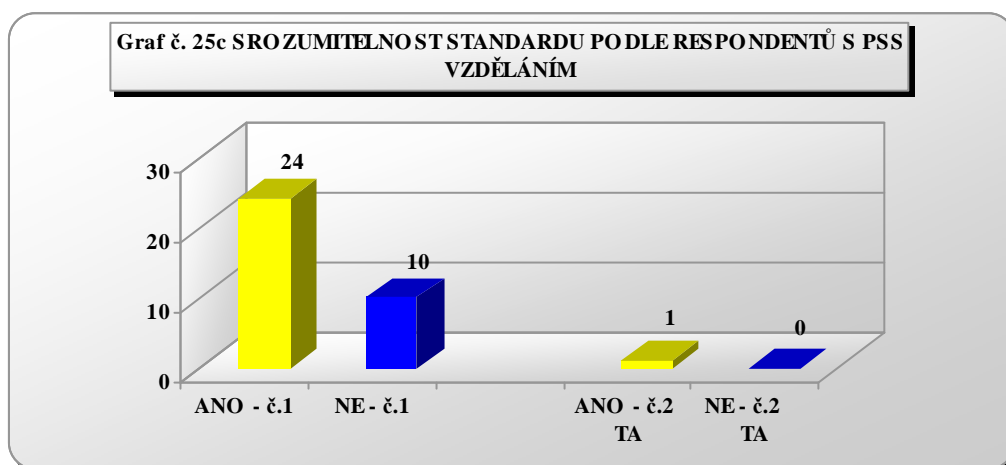
Otázka je uzavřená s možností volby se dvou odpovědí.



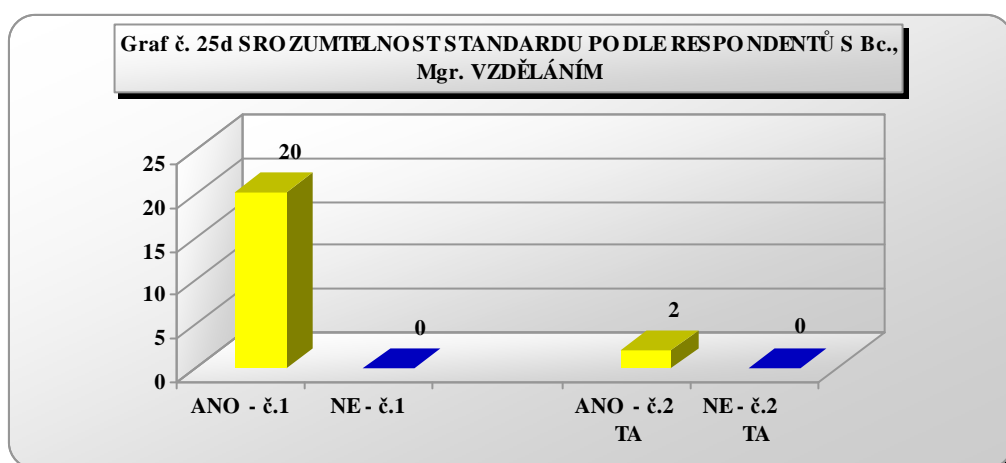
Otázka č. 25 zjišťuje, jak je pro respondenty standard rehabilitačního ošetřování srozumitelný. Graf č. 25a je opět rozdělen na dvě části, kdy první z nich rozpracovává odpovědi sester z nemocnic, jež standard mají. 21 dotazovaných, patřící do části č. 1 (67,7 %), udává, že je pro ně standard srozumitelný, 10 z nich (32,3 %) se přiklání k tomu, že standard pro ně srozumitelný není. Všech 6 respondentů (100 %) z táborské nemocnice uvádí, že je pro ně standard srozumitelný.



V grafu č. 25b jsou znázorněny pouze sestry s nemocnic, které standard rehabilitačního ošetřování mají. 17 dotazovaných (89,5 %) z celkového počtu uvedlo, že danému standardu rozumějí, 2 respondenti (10,5 %) udali, že pro ně standard srozumitelný není.



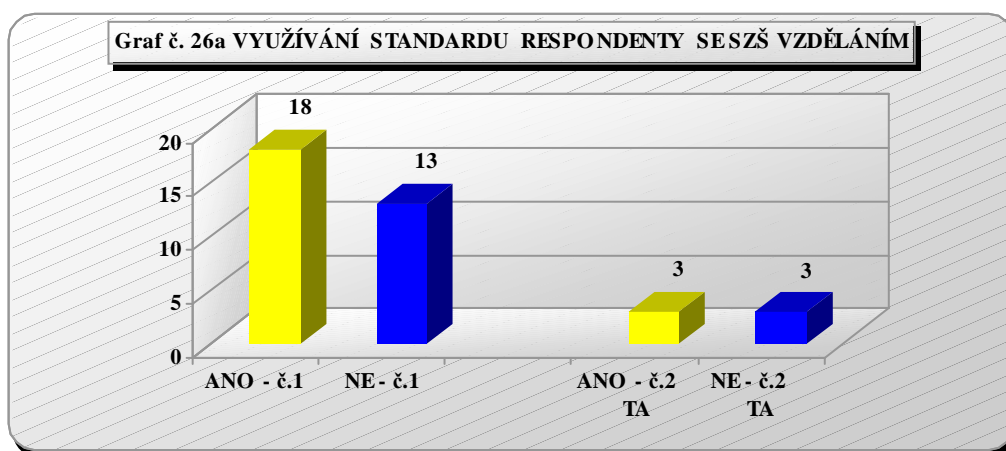
Graf č. 25c je opět rozdělen na dvě části. V části č. 1 se z celkového počtu 34 sester, které mají standard rehabilitačního ošetřování k dispozici, odpovědělo 24 z nich (70,6 %), že je pro ně standard srozumitelný. Pro 10 respondentů (29,4 %) standard srozumitelný není. V 2. části grafu, kam spadají sestry z táborské nemocnice, kde standard nemají, udal 1 respondent (100 %), že standard pro něj je srozumitelný.



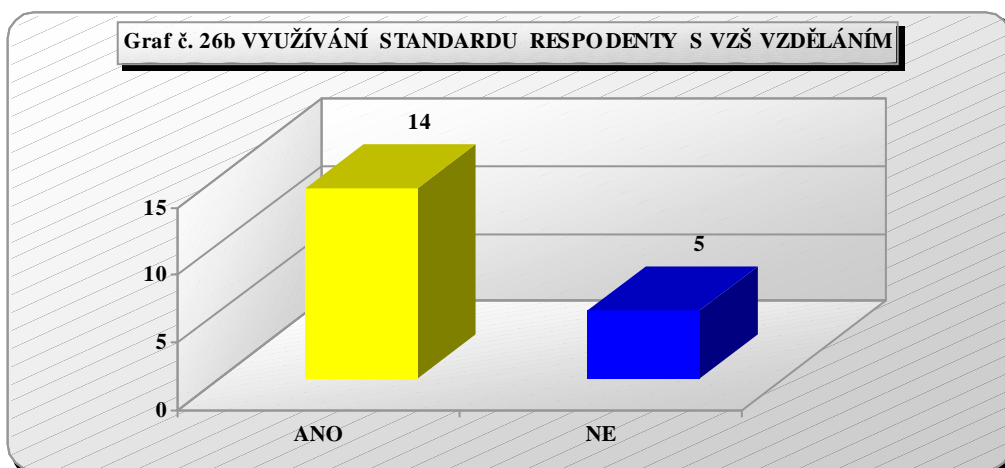
Poslední graf k otázce č. 25 je graf č. 25d. V části č. 1 udává plný počet, tedy 20 dotazovaných (100 %), že standard je pro ně srozumitelný. V druhé části, odpověděli 2 respondenti (100 %), že standard, který je v táborské nemocnici součástí jiného standardu, jak uvedli v předchozí otázce, je pro ně taktéž dostatečně srozumitelný.

Otázka č. 26 - Využívání standardu rehabilitačního ošetřování

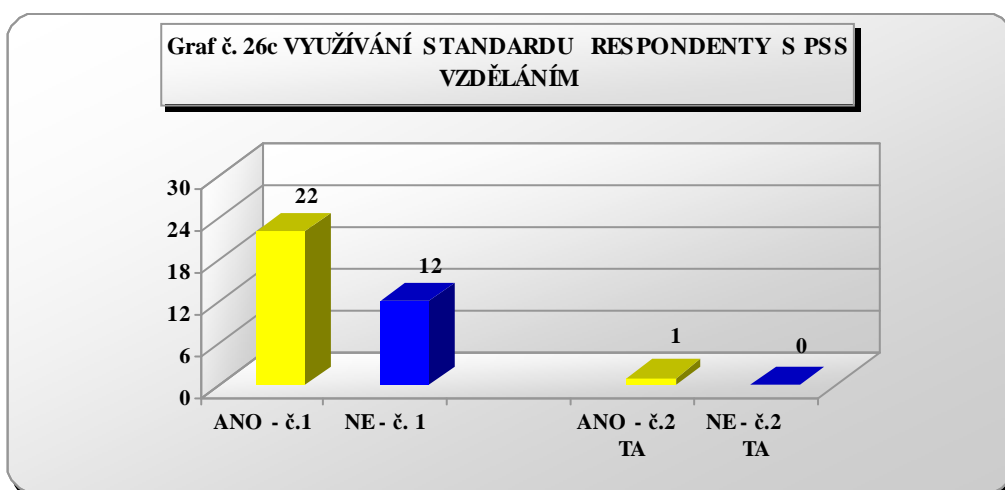
Otázka je uzavřená s možnou volbou ze dvou možností.



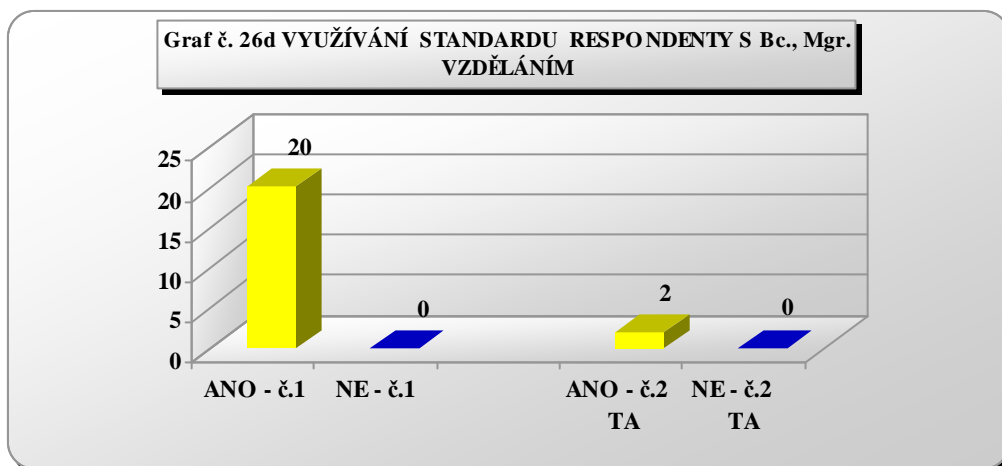
Otázka č. 26, respektive graf č. 26a, je opět rozdělen na dvě části. V části č. 1 jsou zahrnuty sestry pracující v Nemocnici Písek a.s., FN Plzeň a Nemocnici České Budějovice a.s. V části č. 2 jsou se sestry z Okresní nemocnice Tábor a.s., které standard rehabilitačního ošetřování nemají. V prvním souboru respondentů se jich 18 (58,1 %) přiklonilo k možnosti, že standard využívají při své praxi, 13 dotazovaných (41,9 %) standard prakticky nevyužívá. V části č. 2 se 3 sestry (50 %) z táborské nemocnice přiklonily k možnosti, že standard využívají, a stejný počet 3 respondentů (50 %) zvolil možnost ne.



Z grafu č. 26b je patrné, že sestry s vyšším odborným vzděláním uvedli, že 14 z nich (73,7 %) standard využívá při výkonu své profese, 5 z dotazovaných (26,3 %) nikoliv.



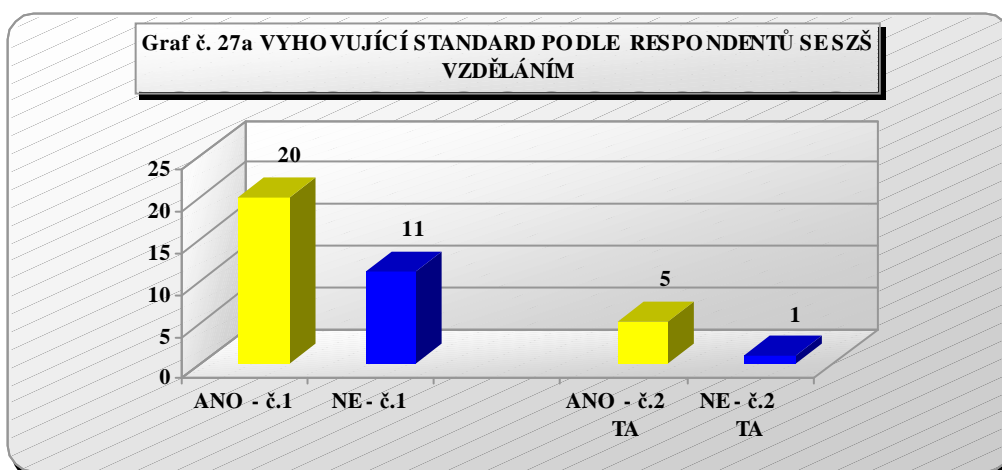
Podle zpracovaného grafu č. 26c je zřejmé, že většina sester ze vzorku č. 1, přesněji 22 z nich (64,7 %) ve své praxi využívá zmiňovaný standard. Ovšem 12 dotazovaných (35,3 %) jej ve své profesi nepoužívá. 1 respondent (100 %), který napsal, že tábořská nemocnice má standard a je proto zahrnut v tomto grafu uvedl, že jej ve své odborné praxi využívá.



Poslední graf patřící k otázce č. 26 se zabývá odpověďmi respondentů s vysokoškolským vzděláním. Všichni z dotazovaných (100 %), patřící do části č. 1 odpověděli shodně, že standard rehabilitačního ošetřování ve své profesi využívají. 2 sestry (100 %) z Okresní nemocnice Tábor a.s. uvedli, že standard taktéž užívají. Jak již ale bylo výše zmíněno, tyto dvě sestry přímo upřesnily, že standard je součástí standardu jiného a tak tedy využívají jej.

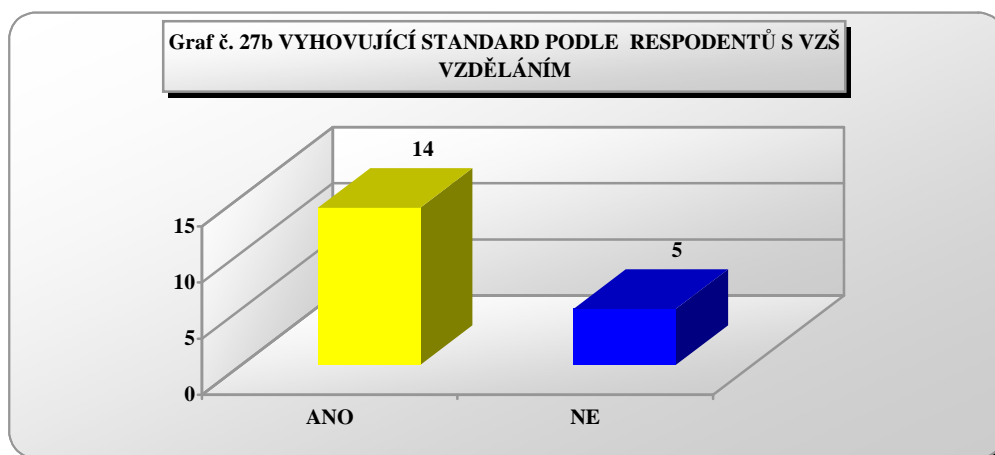
Otázka č. 27 - Vyhovující standard rehabilitačního ošetřování

Otázka je polouzavřená s možností doplnění případných nedostatků

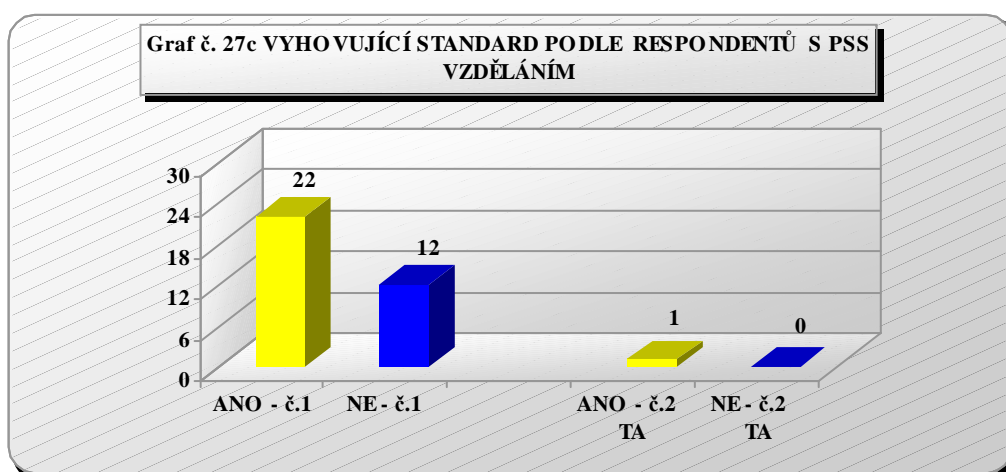


Otázka č. 27 se dotazuje na to, zda sestřám vyhovuje to, jak je sestavený a prezentovaný standard rehabilitačního ošetřování. V části č. 1 se 20 sester (64,5 %)

přiklání k možnosti, že standard je vyhovující, 11 dotazovaných (35,5 %) považuje tento standard za nevhovující. Nikdo z respondentů zde však žádný nedostatek neuvedl. V části č. 2 se 5 sester (83,3 %) z tábořské nemocnice přiklonilo k možnosti, že standard je vyhovující, 1 z dotazovaných (16,7 %) zvolil možnost ne, tedy nevhovující. Rovněž neuvedl žádný z případných nedostatků.

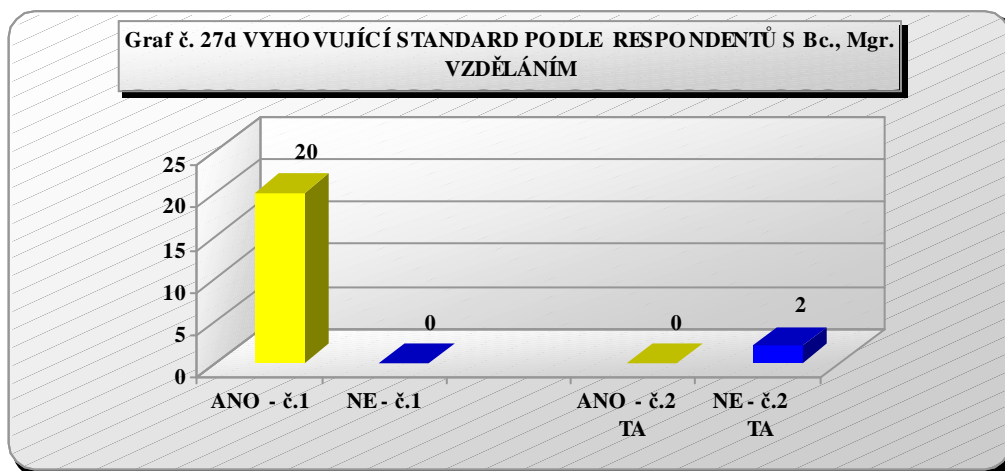


Tento graf č. 27b je možné zhodnotit tak, že 14 dotazovaných (73,7 %) se přiklonilo k možnosti ano, tedy že standard je vyhovující, 5 respondentů (26,3 %) standard za vyhovující nepovažuje.



Respondenti s pomaturitním specializačním studiem, jak je vidět v grafu č. 27c, uvedli, že 22 z nich (64,7 %) považuje standard rehabilitačního ošetřování za

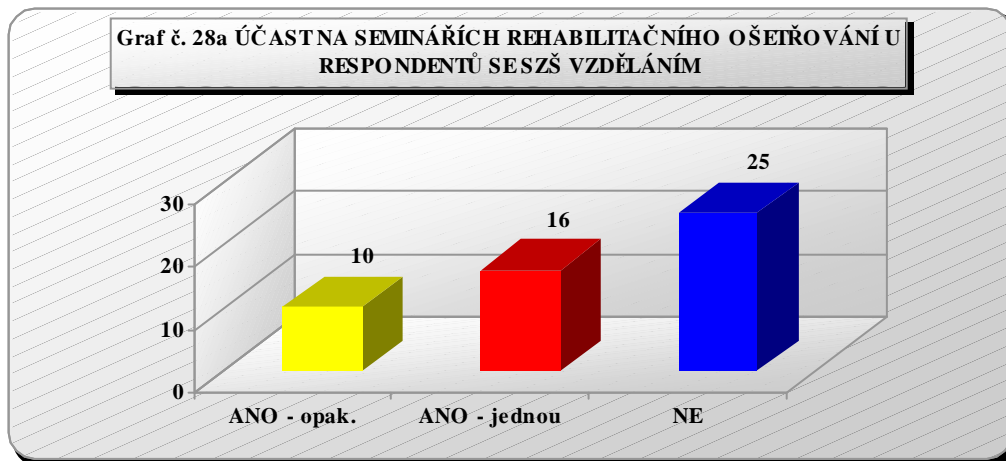
vyhovující, 12 dotazovaných (35,3 %) by jej změnilo, jelikož standard za vyhovující nepovažují. Z části č. 2, kam spadá 1 respondent z táborské nemocnice, je zřetelné, že tento 1 respondent (100 %) standard za vyhovující považuje.



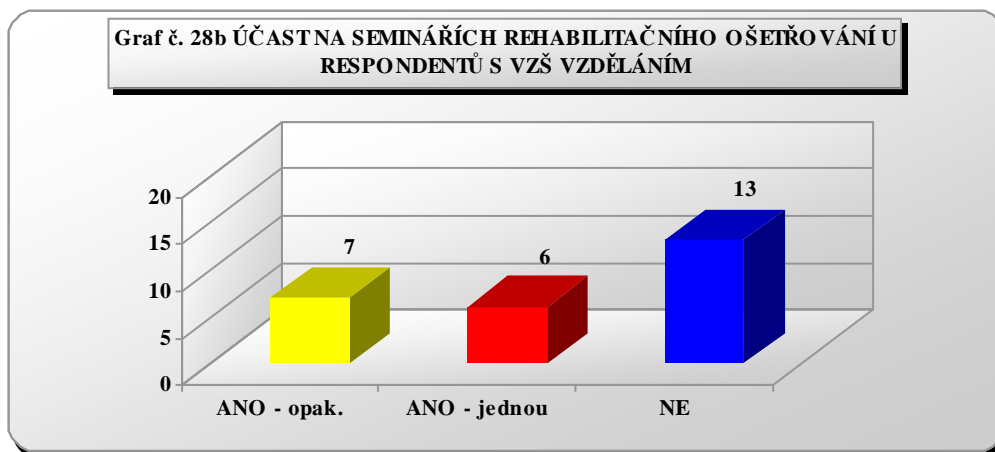
Graf č. 27d je v části č. 1 velice jednoznačný, jelikož všichni dotazovaní (100 %) považují standard rehabilitačního ošetřování za vyhovující pro užití v praxi. V druhé části, která se týká sester s Okresní nemocnice Tábor a.s. je situace také jednoznačná, jelikož plný počet, tedy 2 respondenti (100 %) uvedli, že standard za vyhovující nepovažují. Oba však shodně uvedli již zmíněný nedostatek, že standard není vydán samostatně, ale je součástí standardu pro fyzioterapeuty/ky.

Otázka č. 28 - Účast na seminářích rehabilitačního ošetřování

Otázka je uzavřená s možnou volbou ze tří možností.

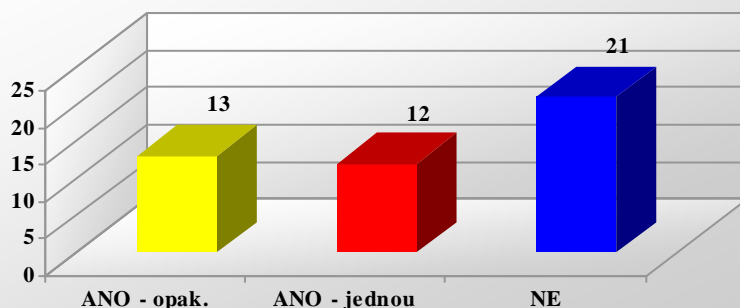


V otázce č. 28 jsem zjišťovala, zda se respondenti zúčastnili semináře týkajícího se rehabilitačního ošetřování. Otázka je zaměřena především na zájem ze strany sester o rehabilitační ošetřování. 10 respondentů (19,6 %) se středoškolským vzděláním se semináře zúčastnilo opakovaně. 16 z dotazovaných (31,4 %) pouze jednou a 25 respondentů (49 %) se seminář zaměřený na rehabilitační ošetřování nenavštívilo.



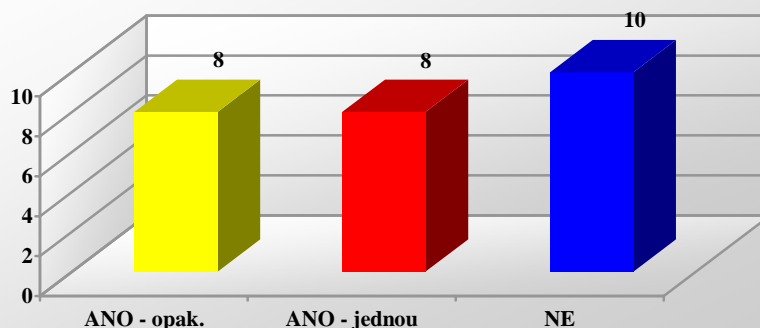
Graf č. 28b upřesňuje účast na semináři rehabilitačního ošetřování u respondentů s vyšším odborným vzděláním. 7 nich (26,9 %) se semináře zúčastnilo opakovaně, 6 respondentů (23,1 %) jednou a 13 dotazovaných (50 %) se jej zatím nezúčastnilo.

Graf č. 28c ÚČAST NA SEMINÁŘÍCH REHABILITAČNÍHO OŠETŘOVÁNÍ U RESPONDENTŮ S PSS VZDĚLÁNÍM



U respondentů s pomaturitním specializačním studiem se prokázalo, že 13 z nich (28,3 %) se semináře o rehabilitačním ošetřování zúčastnilo opakovaně, 12 dotazovaných (26,1 %) navštívilo tento seminář jednou a 21 respondentů (45,6 %) se jej nezúčastnilo.

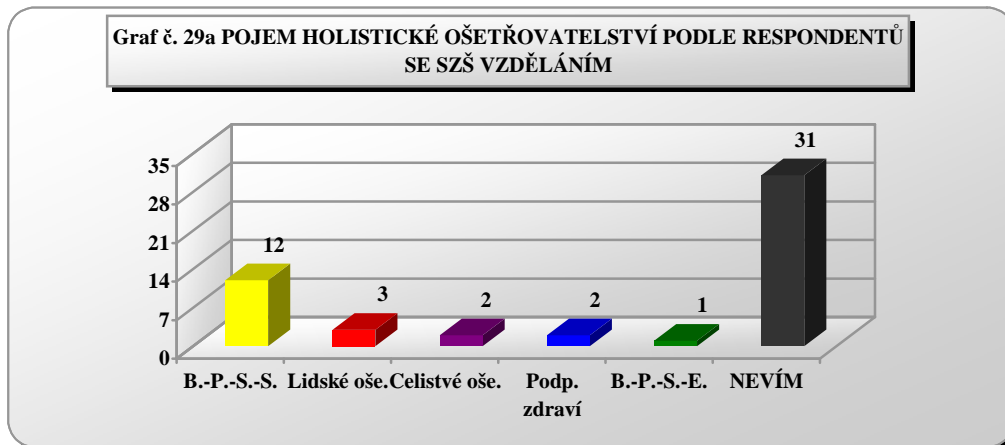
Graf č. 28d ÚČAST NA SEMINÁŘÍCH REHABILITAČNÍHO OŠETŘOVÁNÍ U RESPONDENTŮ S Bc. Mgr. VZDĚLÁNÍM



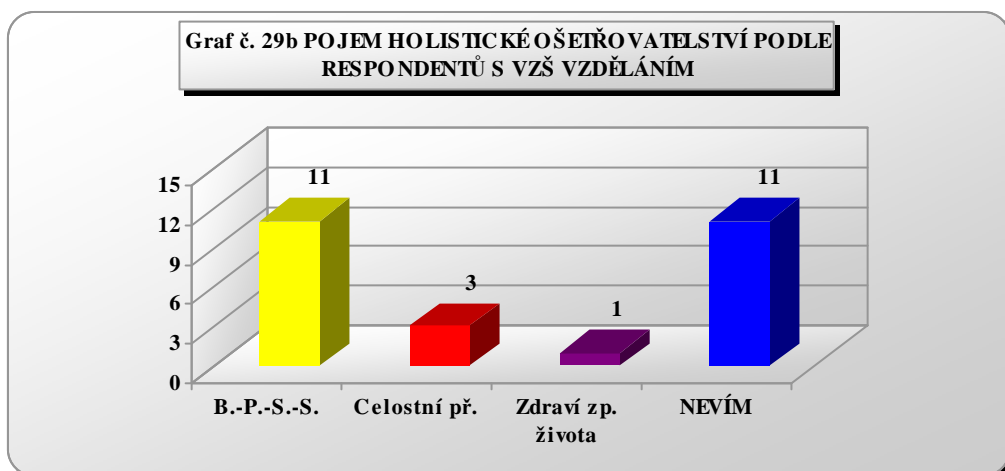
Respondenti s vysokoškolským vzděláním odpověděli v otázce č. 28 takto. 8 dotazovaných (30,8 %) se semináře rehabilitačního ošetřování zúčastnilo opakovaně, stejná skupina 8 respondentů (30,8 %) byla na semináři přítomna jednou a 10 dotazovaných (38,4 %) se semináře zatím nezúčastnilo.

Otázka č. 29 - Znalost pojmu holistické ošetrovatelství

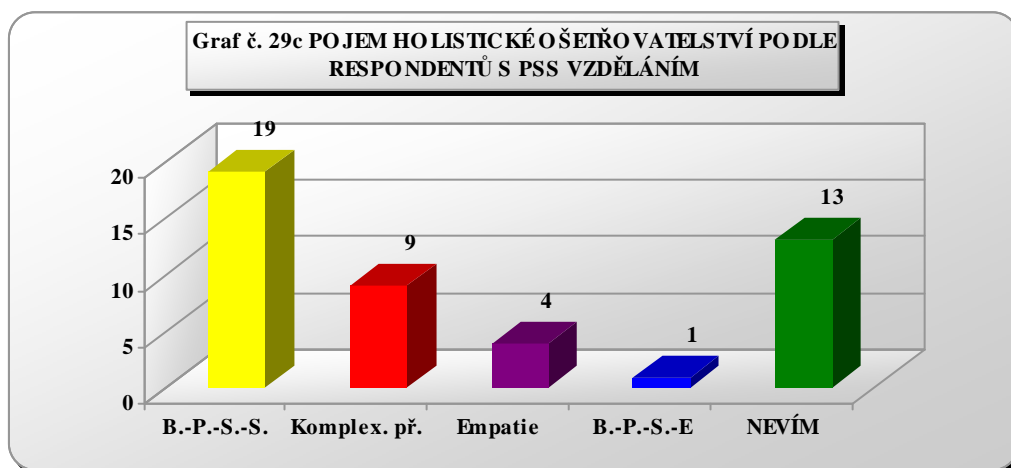
Otázka je polouzavřená s možností doplnění při volbě ano.



Na otázku č. 29 odpovědělo 20 respondentů, že vědí, co znamená pojem holistické ošetrovatelství. Všechny 20 dotazovaných i upřesnilo, co se domnívají, že pojem přesně znamená. 12 z nich (23,5 %) se domnívá, že pojem rehabilitační ošetrování znamená upokojujání bio - psycho - socio - spirituálních potřeb. 3 dotazovaní (5,9 %) identifikovali pojem jako lidské ošetrovatelství. 2 z dotazovaných (3,9 %) jako ošetrovatelství celistvé. Podporu zdraví považují za specifiku pojmu 2 respondenti (3,9 %). 1 dotazovaný (2 %) se domnívá, že holistické ošetrovatelství znamená uspokojování bio - psycho - socio - ekonomických potřeb. 31 z dotazovaných (60,8 %) respondentů zvolilo možnost nevím.

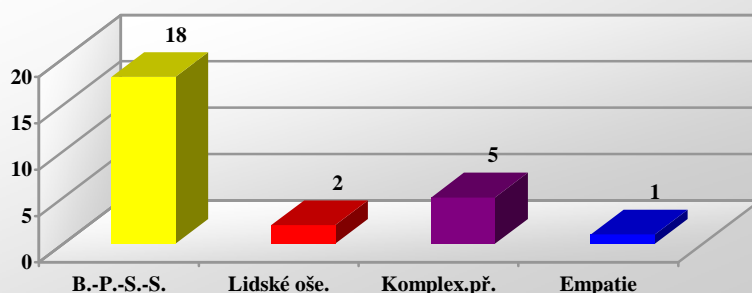


V otázce č. 29 odpovědělo 15 respondentů, že pojem zná. 11 z nich (42,3 %) upřesnilo, že jde o uspokojování bio - psycho - socio - spirituálních potřeb. 3 dotazovaní (11,5 %) udávají, že holistické ošetřovatelství spočívá v celostním přístupu k pacientovi/klientovi. 1 respondent (3,9 %) udal, že jde o zdravý způsob života a 11 z nich (42,3 %) nevědělo.



33 respondentů s pomaturitní specializací uvedlo, že vědí, co značí pojem holistické ošetřovatelství. 19 z nich (41,3 %) mimo to upřesnilo, že jde o uspokojování bio - psycho - socio - spirituálních potřeb. 9 dotazovaných (19,5 %) považuje holistické ošetřovatelství za komplexní přístup k pacientovi/klientovi. 4 respondenti (8,7 %) si holistické ošetřovatelství vysvětluje jako empatii a schopnost chovat se a jednat empaticky. 1 z dotazovaných (2,2 %) uvedl také, že jde o uspokojování bio - psycho - socio - ekonomických potřeb pacienta/klienta. Z celkového počtu 46 dotazovaných patřících do tohoto souboru jich 13 (28,3 %) odpovědělo, že neví, co pojem holistické ošetřovatelství znamená.

Graf č. 29d POJEM HOLISTICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ PODLE RESPONDENTŮ S Bc., Mgr. VZDĚLÁNÍM

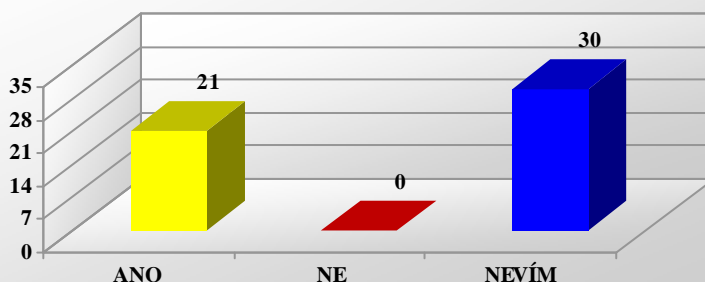


V poslední souboru respondentů s vysokoškolským vzděláním uvedlo všech 26 dotazovaných, že znají pojem holistické ošetřovatelství. 18 z nich (69,2 %) upřesnilo, že podle jejich názoru jde o uspokojování bio - psycho - socio - spirituálních potřeb. 2 dotazovaní (7,7 %) se domnívají, že jde o lidské ošetřovatelství. 5 respondentů (19,2 %) se přiklonilo ke komplexnímu přístupu k pacientovi/klientovi a 1 dotazovaný (3,9 %) považuje holistické ošetřovatelství za empatii a empatický přístup k pacientovi/klientovi.

Otázka č. 30 - Rehabilitační ošetřování jako součást holistického ošetřovatelství

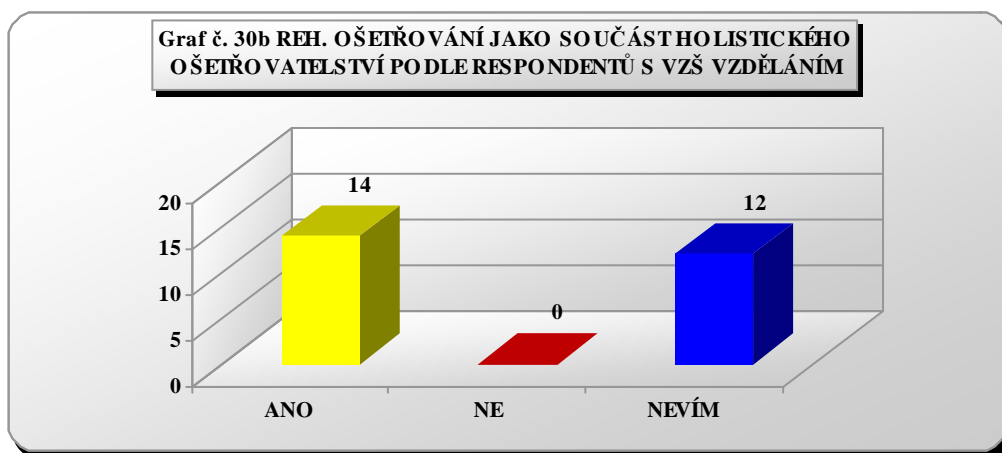
Otázka je uzavřená s možnou volbou ze tří možností.

Graf č. 30a REH. OŠETŘOVÁNÍ JAKO SOUČÁST HOLISTICKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ PODLE RESPONDENTŮ SE SŽŠ VZDĚLÁNÍM

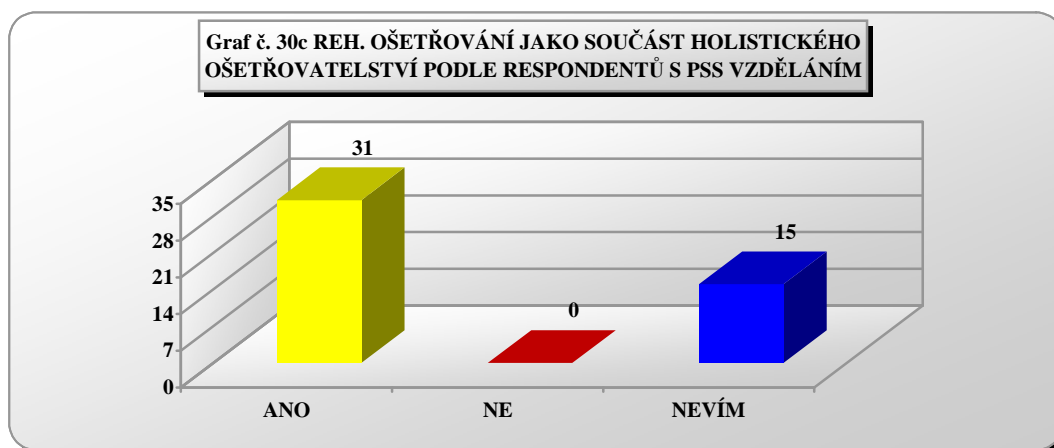


V poslední otázce prováděného výzkumu jsem se dotazovala, zda respondenti považují rehabilitační ošetřování za součást holistického ošetřovatelství. 21

dotazovaných (41,2 %) se domnívá, že rehabilitační ošetřování je součástí holistického ošetřovatelství a 30 respondentů (58,8 %) neví, zda je jeho součástí.

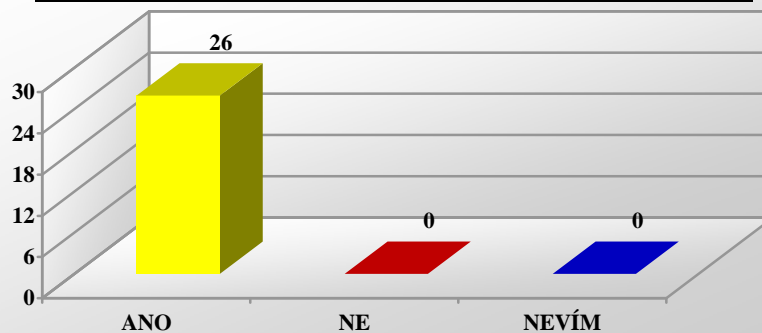


Graf č. 30b zhodnocuje odpovědi respondentů s vyšší odborným vzděláním. 14 dotazovaných (53,8 %) se domnívá, že do holistického ošetřovatelství spadá mimo jiné taktéž rehabilitační ošetřování. Zbýlých 12 dotazovaných (46,2 %) se staví k názoru, že nikoliv.



Z grafu č. 30c je patrné, že respondenti s PSS vzděláním se v 31 případech (67,4 %) přiklání k tomu, že rehabilitační ošetřování je součástí holistického ošetřovatelství. V 15 případech (32,6 %) byl jejich názor opačný.

Graf č. 30d REH. OŠETŘOVÁNÍ JAKO SOUČÁST HOLISTICKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ PODLE RESPONDENTŮ S Bc., Mgr. VZDĚLÁNÍM



Podle zpracování posledního grafu, tedy č. 30d, je více než jasné, že všech 26 respondentů (100 %) s vysokoškolským vzděláním je přesvědčeno, že rehabilitační ošetřování je součástí holistického ošetřovatelství.

5. Diskuze

V rámci diskuze bych ráda souhrnně interpretovala výsledky kvantitativního výzkumu zaměřeného na rehabilitační ošetřování, respektive vlivu vzdělání a vzdělávání na jeho realizaci a znalost ošetřovatelských standardů, které se rehabilitačním ošetřováním zabývají.

Návratnost dotazníků byla 99,3 %, respektive dotazníky vyplnilo a odevzdalo 149 respondentů z celkového počtu 150 dotazovaných sester z Fakultní Nemocnice Plzeň, Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Písek a.s. a Okresní nemocnice Tábor a.s.

Dotazník obsahuje jak otázky vztahující se ke stanoveným hypotézám, tak také otázky obecného charakteru, které přímo s hypotézami nesouvisí, avšak jsou podstatné pro všeobecný přehled o respondentech podílejících se na výzkumu. K těmto obecným otázkám patří otázka č. 1, č. 2 a č. 3. Následující otázky č. 4 a č. 5 jsou stěžejní vzhledem ke stanovenému cíli a hypotéze č. 1. V otázce č. 4 jsem se dotazovala na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvyšší počet dotazovaných je dle očekávání se středoškolským vzděláním (graf č. 4). Ostatní kategorie vzdělání jsou, s výjimkou vysokoškolského magisterského programu, zastoupeny vyrovnaně, což je velmi příhodné pro postup při zpracovávání dotazníku. Zajímalo mě také vzdělávání v současné době vzdělávání probíhající (graf č. 5). Výsledky těchto otázek a jejich propojení do kategorií vzdělání jsem využila při zpracování otázek č. 9 a následujících. Na délku praxe a pracovní provoz respondentů jsem se dotazovala v otázce č. 6 a č. 7. V následující otázce č. 8 bylo cílem zjistit, na jaké pozici respondenti pracují. Velice mě zde překvapil počet staničních a vrchních sester, které vyplnily dotazník, jelikož jsem takový podíl neočekávala (graf č. 8). Otázka, kde se dotazují na místo prvního seznámení s rehabilitačním ošetřováním, je již popisována a zpracovávána výše zmíněným způsobem, tedy s ohledem na jednotlivé kategorie vzdělání a vzdělávání. Kategorie jsou rozděleny na sestry se středním odborným vzděláním, vyšším odborným vzděláním, pomaturitním specializačním studiem a vysokoškolsky vzdělané sestry. Z grafu č. 9 je patrné, že drtivá většina sester se s pojmem seznámila při studiu na

střední zdravotnické škole. Tento výsledek je pochopitelný, jelikož již studenti a studentky se s pojmem na střední škole v rámci přípravy na výkon povolání setkávají. Tuto skutečnost mohou potvrdit také z vlastní zkušenosti. Ovšem nestačí pouze znát pojem, ale důležité je především získat o rehabilitačním ošetřování co nejvíce informací a širší přehled o jeho prvcích a metodách. Zde se setkáme se skutečností, že sestry, které ve vzdělávání po střední zdravotnické škole nepokračovaly, uváděly, že se k rozsáhlejšími informacím dostaly především při výkonu své profese, než tímto druhem studia (graf č. 10a). Naopak sestrám, které se studiu dále věnovaly, přineslo tyto informace právě vzdělání (graf č. 10b, c, d). Uvádím zde taktéž, jako v předešlé otázce, označení pomaturitní specializační studium, jelikož je zatím dle zjištění pro sestry více srozumitelné a známé, než nové, dle vyhlášky č. 96/2004, pojmenování specializační vzdělávání.

Respondenti uvádějící jako získání nejvíce informací studium odpovídali v otázce č. 11, která se týká dostatečnosti těchto informací. Prokázalo se, že se zvyšujícím se vzděláním, se zvyšuje také jejich dostatečnost. Právě tato skutečnost by měla být motivací ke zvyšování vzdělání, jelikož se domnívám, že větší množství informací zde sestry získají nejen o rehabilitačním ošetřování, ale také z mnoha dalších oblastí ošetrovatelské péče. Otázka č. 12 je zaměřena na náplň rehabilitačního ošetřování, o kterém se zmiňuje I. Zahradníková a D. Šturmová ve Standardu ošetrovatelského postupu (40). Zde si dovoluji posloupné zhodnocení všech kategorií sester. Nejvíce možností jednotlivých prvků rehabilitačního ošetřování, tudíž také jejich největší počet, uváděli respondenti s vysokoškolským vzděláním (graf č. 12d). Následující skupinou, kde se dotazovaní přiklonili k nejvyššímu počtu prvků rehabilitačního ošetřování jako jeho náplň, jsou sestry s vyšším odborným vzděláním (graf č. 12b). V pořadí na třetí místo se po zpracování zařadili respondenti s pomaturitním specializačním studiem (graf č. 12c) a po porovnání procentuálního vyjádření zařadili nejméně prvků rehabilitačního ošetřování dotazovaní se středním odborným vzděláním (graf č. 12a). Potvrzuje se tedy opět klad vzdělávání. Na otázku, zda patří rehabilitační ošetřování do náplně činností sester, jsem se dotazovala z důvodu mé domněnky, že jde o záležitost, která není mezi sestrami dosud příliš rozšířena, ač tuto skutečnost potvrzuje Vyhláška

MZ č. 424/2004 (24). Z výsledku je však více než patrné (graf č. 13a, b, c, d), že má domněnka byla mylná a že drtivá většina dotazovaných se přiklání k možnosti ano, tedy že rehabilitační ošetřování do náplně činností všeobecných sester patří. Ač by bylo opodstatněné očekávat, že pokud sestry vnímají rehabilitační ošetřování jako náplň jejich činností, tak jej ve stejném počtu také ve své praxi provádějí, ukázalo se (graf č. 14), že rehabilitační ošetřování nepatrně více sester provádí, než se domnívá, že patří do jejich náplně. Stěžejní otázkou v rámci potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 1 je otázka č. 15. Po jejím zpracování je patrné, že nejvíce prvků rehabilitačního ošetřování využívají sestry s vyšším dosaženým vzděláním, nebo v současné době studující, jak je vidět především na grafu č. 15d. Připouštím, že tento výsledek může být do jisté míry ovlivněn zaměřeností a specifitami jednotlivých oddělení. Avšak respondenti s různým stupněm vzdělání a vzdělávání pracují rovnoměrně na všech odděleních, kde byly dotazníky rozdány. Při pozornějším a podrobnějším porovnání je tedy zřejmé, že skutečně sestry s vyšším vzděláním užívají více prvků rehabilitačního ošetřování. S předchozí otázkou blízce souvisí otázka č. 16 dotazující se na využívání pomůcek v rámci praktické aplikace rehabilitačního ošetřování a jejich nejčastější druhy. Ve velké míře se o nich zmiňují také ve své publikaci E. Klusoňová a J. Pitnerová (14). Otázka je polouzavřená s možností doplnění, které pomůcky respondenti užívají. Obávala jsem se především zpracování, jelikož pomůcek je dnes k dispozici opravdu nepřehledné množství, ale kupodivu sestry uváděly vesměs obdobné pomůcky či skupiny pomůcek (graf č. 16a, b, c, d). Jejich využívání opět stoupá se zvyšujícím se vzděláním a vzděláváním sester. Zarážející ovšem pro mne bylo, že se několik sester zmínilo o nedostupnosti pomůcek k rehabilitačnímu ošetřování na oddělení, což by se stávat rozhodně nemělo. Výsledek otázky č. 17 dotazující se na přínos rehabilitačního ošetřování pacientovi/klientovi mě velice potěšil. Všichni dotazovaní totiž vidí a vnímají přínos pro pacienta/klienta, a to v obdobných oblastech, o jakých pojednává mimo jiné E. Klusoňová a J. Pitnerová (14). Zajímalo mne také, zda sestry vidí přínos rehabilitačního ošetřování i pro ně samotné. Pozitivní je skutečnost, že všichni z dotazovaných přínos vidí. A to je naopak přínosné také pro využívání rehabilitačního ošetřování jako takové. Poznámku o výhodách pro sestru uvádí také B. Koziérová, G,

Erbová a R. Olivierová (17). Příliš jsem nepředpokládala, že sestry uvedou jako přínos návaznost na práci fyzioterapeuta/tky, o to více mě však překvapilo, že tento důvod přínosu uvedlo vcelku velké množství respondentů. Pro úplnost si dovolím uvést, že především respondentů z řad sester s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním (graf č. 18c, d). Dle mého názoru je uvědomění si kladů pro sestru velmi dobrým krokem kupředu v rámci využívání rehabilitačního ošetřování v praxi. V otázce zjišťování přítomnosti fyzioterapeuta/tky na oddělení nelze očekávat podstatná zjištění o postoji dotazovaných, avšak v otázce kooperace s nimi jistě ano. Téměř všechny všeobecné sestry s fyzioterapeuty/tkami spolupracují, pokud na jejich oddělení fyzioterapeut/ka svou odbornou činnost vykonává. Pouze sestry se středoškolským vzděláním se v několika málo případech zmínily o nespolupráci (graf č. 19, 20a). Tato skutečnost je pro mě zarážející. Domnívám se, že všeobecná sestra by v rámci kvalitní péče o pacienta/klienta s fyzioterapeutem/tkou kooperovat měla, jelikož i tato spolupráce umožňuje sestřím vykonávat prvky rehabilitačního ošetřování ve správný čas a tím správným způsobem, aby byly pro pacienta/klienta i ji samotnou co nejvíce přínosné. V otázce přítomnosti ergoterapeuta/tky na oddělení a spolupráce s ním/ní je situace o něco negativnější. Podle výsledků (graf č. 21, 22a, b, c, d) je zřejmé, že na většině oddělení ergoterapeut/ka nepracuje. Mým názorem však je, že tato situace není příliš vyhovující, jelikož stejně jako odborná činnost fyzioterapeuta/tky, je důležitá odborná činnost ergoterapeuta/tky a jeho/její přítomnost na ošetřovacích jednotkách. U zpracování otázek, týkajících se ošetřovatelských standardů se vytvořila mírná překážka ve zpracování výsledků z důvodu, že jsem nemohla zařadit všechny nemocnice do společného vyhodnocení. Předpokládala jsem, že mnou zvolené nemocnice ošetřovatelský standard týkající se rehabilitačního ošetřování mají. Ovšem jedna z nemocnic, respektive Okresní nemocnice Tábor a.s., zatím standardem rehabilitačního ošetřování nedisponuje. Toto však nebyla překážka nepřekonatelná. Snažila jsem se tuto situaci využít ke zjištění o skutečné informovanosti sester o ošetřovatelských standardech. Věnovala jsem vždy jednu část grafů všeobecným sestřím z táborské nemocnice, avšak základním vzorkem k potvrzení hypotéz byli respondenti z nemocnic ostatních. Otázka č. 23 byla zaměřena na existenci ošetřovatelských standardů

v nemocnici, kde sestry pracují. Některé z nich, ač jejich nemocnice standardem disponuje, se domnívají, že standard nemocnice nemá, naopak některé sestry z tábořské nemocnice se domnívají, že jejich nemocnice standard má, ač je tomu naopak (graf č. 23a, c). V kategorii sester s vyšším odborným vzděláním zjištěné výsledky odpovídají skutečnosti, stejně tak jako u vysokoškolsky vzdělaných sester (graf č. 23b, d). Tam si pouze dovolím upřesnit, že ač dvě sestry uvedly, že standard mají, upřesnily tuto skutečnost tím, že standard není vytvořen samostatně, ale je součástí standardu pro fyzioterapeuty/tky. Tuto skutečnost jsem si ověřovala a musím potvrdit, že tomu tak skutečně je. V otázce přítomnosti zmiňovaného standardu přímo na oddělení vyvstala skutečnost, že poměrně početná část sester se středním odborným a pomaturitním specializačním studiem (graf č. 24a, c) uvedla, že standard k dispozici nemají. Naproti tomu respondenti s vyšším a vysokoškolským vzděláním (graf č. 24b, d) uváděli spíše opak, tedy že standard na jejich oddělení k dispozici je. Pokud přihlédnu k této skutečnosti, mohu polemizovat, zda sestry uvedší, že standard k dispozici nemají, jej skutečně k dispozici nemají, a nebo zda nevědí, že tento standard na jejich oddělení k dispozici je. Srozumitelnost standardu rehabilitačního ošetřování (graf č. 25 a, b, c, d) je většinou dotazovaných považována za dostatečnou, což je velice důležité a zásadní pro náležitou praktickou aplikaci prvků ve standardu popisovaných. Výsledkem následující otázky zjišťující, zda sestry standard využívají je spíše kladný v poměru 71,2 % pro ano a 28, 8 % pro ne. Avšak i přes to jsem očekávala, že rozdíl mezi využíváním a nevyužíváním bude více patrný. Ještě o něco méně patrný vyvstal výsledek u otázky č. 26, zda standard sestrám pro aplikaci rehabilitačního ošetřování v praxi vyhovuje, jak je znatelné především v grafu 26a, c. Bohužel, ač byla možnost v této otázce doplnit, proč je standard nevyhovující, žádný z respondentů tento důvod neuvedl. Domnívám se, že je toto v neprospěch věci, jelikož nikdo není více povolanejší k uvedení nedostatku a návrhu na zlepšení než všeobecné sestry, pro které je standard určen. Dotaz účasti na seminářích rehabilitačního ošetřování jsem položila pro zjištění zájmu ze strany všeobecných sester o získání obsáhlejších informací o rehabilitačním ošetřování. Nedomnívám se však, že by příčinou dosavadní vcelku velké neúčasti (graf č. 28a, b, c, d) měl být chápán jako důvod pouze případný nezájem, ale možnou

příčinou může být také zatím nedostačující nabídka v rámci seminářů rehabilitačního ošetřování. Závěrečné dvě otázky jsou zaměřeny na holistické ošetřovatelství a jeho propojení s rehabilitačním ošetřováním. S pojmem holismus se sestry ve své profesi setkávají dnes a denně, jelikož tvoří důležitou část moderního ošetřovatelství. Jak se však ukázalo ve výsledcích, ještě stále mnoho sester neví, co holistické ošetřovatelství znamená. Ze sester, které pojem znají a uvedly jeho vysvětlení, byl výklad pojmu v drtivé většině vhodně vystižen a některé z uvedených definic byly shodné s těmi, které ve své publikaci popisuje S. Pavlíková (25). Závěrečná otázka se taktéž věnovala holistickému ošetřovatelství, přesněji řečeno zda je rehabilitační ošetřování jeho součástí. Tuto tematiku nastiňuje M. Staňková v Konceptu českého ošetřovatelství (30). Ve zpracovaných grafech je velice názorně vidět, jak přesvědčení, že rehabilitační ošetřování patří do holistického ošetřovatelství, stoupá se zvyšujícím se vzděláním respondentů (graf č. 30a, b, c, d). Již několikrát jsem se v rámci diskuze zmínila o kladech vzdělání a vzdělávání a patrné je to také na závěrečné otázce. I zde jsem si potvrdila svůj osobní názor, že vzdělávání nejen sestře zvyšuje znalosti a vědomosti, ale také jí pomáhá si uvědomit, že nemocný člověk je lidská bytost, ke které vždy musí přistupovat s úctou a respektem a povinností je vždy dělat vše proto, aby péče, kterou poskytuje, byla skutečně péčí holistickou. Takovou péči je však možné poskytovat pouze tehdy, bude-li o ní sestra dostatečně informována.

6. Závěr

V souvislosti s rehabilitačním ošetřováním a jeho problematikou je možné se mezi všeobecnými sestrami setkat s nevědomostí, neinformovaností a bohužel často i s nezájmem. Cílem práce bylo především shrnout problematiku a podat přehled o ní tak, aby byly tyto nejasnosti co nejvíce minimalizovány. Záměrem práce bylo také docílit kladnějšího přijímání významu rehabilitačního ošetřování a jeho praktické aplikace ze strany všeobecných sester.

Práce byla rozdělena na dvě části, část teoretickou a část praktickou. V teoretické části jsem se věnovala teorii ošetřovatelství, kam jsem zahrнула definici, cíle, charakteristické rysy a především holistické ošetřovatelství. Zpracovány byly také potřeby člověka a význam multidisciplinárního týmu. Obsáhleji jsem se zmínila o ošetřovatelském procesu, jelikož se domnívám, že právě ošetřovatelský proces tvoří základ poskytování kvalitní a holistické ošetřovatelské péče. V subkapitole ucelený systém rehabilitace jsem se povšechně zaměřila na jeho jednotlivé části a v subkapitole následující, věnované rehabilitačnímu ošetřování, jsem se snažila již podrobněji přiblížit problematiku jednotlivých oblastí, jelikož právě ty jsou stěžejní pro možné další využití práce. Práce tak může sloužit jako přehledný souhrn postupů rehabilitačního ošetřování, dále pak jako podklad pro přípravu odborných seminářů či jako odborný materiál využívaný v rámci celoživotního vzdělávání. Teoretická část diplomové práce může také pomoci při tvorbě ošetřovatelských standardů rehabilitačního ošetřování.

V praktické části byly stanoveny dva cíle. Prvním z cílů bylo zjistit, zda se zvyšuje znalost využití rehabilitačního ošetřování s výší dosaženého odborného vzdělání všeobecných sester. Zmíněného cíle bylo dosaženo. Tuto skutečnost si ověřuji hypotézou č. 1 „Počet ošetřovatelských intervencí v rehabilitačním ošetřování narůstá se zvyšujícím se odborným vzděláním všeobecných sester“. *Hypotéza č. 1 byla potvrzena*, jelikož ze zpracovaných výsledků vyplývá, že ve stěžejních otázkách č. 12 a č. 15 nejvíce intervencí uvedly sestry, které vystudovaly na vyšší zdravotnické škole a sestry s vysokoškolským bakalářským a magisterským vzděláním. V upřesňujících otázkách, například otázka č. 11, 14, 16, 17 či otázka č. 18, je také vidět, že sestry s vyšším

odborným a vysokoškolským vzděláním uváděly informace, které hypotézu č. 1 obecněji utvrzují. Druhým cílem bylo zjistit, zda na ošetrovacích jednotkách jsou k dispozici ošetrovatelské standardy týkající se rehabilitačního ošetřování a zda je všeobecné sestry v rámci holistického ošetrovatelství využívají. K tomuto cíli byly stanoveny tři hypotézy. Hypotéza č. 2 byla stanovena ve znění „Všeobecné sestry mají na ošetrovacích jednotkách k dispozici standardy rehabilitačního ošetřování.“ K této hypotéze se blíže vztahují otázky č. 23 a č. 24. Sestry v otázce č. 23 v drtivé většině uváděly, že nemocnice, ve které pracují, standard rehabilitačního ošetřování má. *Hypotéza č. 2 byla potvrzena* otázkou č. 24, kdy 78,9 % respondentů uvedlo, že standard rehabilitačního ošetřování na oddělení je k dispozici. Absolutně kladně odpovídaly sestry s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním. Hypotéza č. 3 byla stanovena takto: „Všeobecné sestry využívají ošetrovatelské standardy týkající se rehabilitačního ošetřování.“ Otázkou č. 26 jsem si *hypotézu č. 3 potvrdila*, kdy se 71,2 % respondentů přiklonilo pro využívání v praxi a 28,8 % z dotazovaných standard v praxi nevyužívá. „Všeobecné sestry vykonávají dle ošetrovatelských standardů požadované postupy rehabilitačního ošetřování, které jsou nedílnou součástí holistického ošetrovatelství“ je znění hypotézy č. 4. Několik otázek v dotazníku bylo zaměřeno na srozumitelnost, a zda standard všeobecným sestram vyhovuje a především dle jejich odpovědí mohu konstatovat, že i *hypotéza č. 4 byla potvrzena*.

Závěrem bych ráda podotkla, že považuji za velmi pozitivní splnění obou stanovených cílů a potvrzení všech stanovených hypotéz. I tak se však domnívám, že informovanost a vědomosti všeobecných sester o rehabilitačním ošetřování by měly být vyšší. Nejen proto, že jeho znalost a užívání v praxi je přínosné pro sestru i pacienta/klienta, ale také proto, že je rehabilitační ošetřování nedílnou součástí holistického ošetrovatelství. Právě to je základem kvalitní ošetrovatelské péče. Sestry by si měly uvědomit, že kvalitní péči od nich pacienti/klienti očekávají. Očekávají lidský přístup, soustavné uspokojování všech svých potřeb, oboustrannou komunikaci. Neopomenutelný je také profesionální přístup sester k praktickým činnostem v rámci ošetrovatelské péče o pacienta/klienta, ke kterým rehabilitační ošetřování bezpochyby patří.

7. Seznam použité literatury

1. ANGEROVÁ, Y., ŠVESTKOVÁ, O. *Rehabilitace pacientů po cévní mozkové příhodě*. In Florence. 2006, č. 6. s. 29 – 31. ISSN 1801-464X
2. CAPKO, J. *Základy fyziatrické léčby*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 1998. 394 str. ISBN 80-7169-341-3
3. DOEGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 1996. 576 s. ISBN 80-7169-294-8
4. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vydání. Martin : Osveta, 2006. 211 str. ISBN 80-8063-227-8
5. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace*. In: MAREČKOVÁ, J., VRÁNOVÁ, V. *Sborník příspěvků II. Konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí „Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí“*. Praha : Galén, 2000. s. 24 – 26. ISBN 80-86257-21-5
6. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I. a II. díl*. 1. vydání. Frýdek – Místek : INSTITUT Bazální stimulace s.r.o. 2005. 100 str. ISBN 80-239-6132-2
7. GRÜNEROVÁ-LIPPERTOVÁ, M. *Neurorehabilitace*. 1. vydání. Praha : Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6
8. HALADOVÁ, E. a kol. *Léčebná tělesná výchova*. 2. vydání nezměněné. Brno : IDVPZ, 2003. 135 s. ISBN 80-7013-384-8

9. HROMÁDKOVÁ, J. (ed.). *Léčebná rehabilitace*. 1. vydání. Jinočany : H H, 1994. 391 s. ISBN 80-85787-69-5
10. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace u dětí*. 1. vydání. Praha : Triton, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7
11. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vydání. Č. Budějovice : Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-x
12. JAVŮREK, J. *Propedeutika fyzioterapie a rehabilitace*. 2. doplněné vydání. Praha : Karolinum, 1999. 80 s. ISBN 80-7184-900-6
13. KLIVAR, M. *Ergoterapie mladistvých*. 1. vydání. Praha : Balt – East, 2003. 63 s. ISBN 80-86383-17-2
14. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2. doplněné vydání. Brno : NCONZO, 2005. 117s. ISBN 80-7013-423-2
15. KOLÁŘÍKOVÁ, A. a kol. *Základy asistencie a ošetřovania*. 1. vydání. Martin : Osveta, 2003. 254 s. ISBN 80-8063-125-5
16. KOLEKTIV AUTORŮ. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. 1. vydání. Praha : Grada, 2004. 200 str. ISBN 80-247-0592-3
17. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 1*. 1. vydání. Martin : Osveta, 1995. 718 s. ISBN 80-217-0528-6

18. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G. OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo* 2. 1. vydání. Martin : Osveta 1995. 756 s. ISBN 80-217-0528-0
19. KRISTINÍKOVÁ, J. *Rehabilitační ošetrovatelství v rámci komplexní ošetrovatelské péče*. In: MAREČKOVÁ, J., VRÁNOVÁ, V. *Sborník příspěvků II. Konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí „Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí“*. Praha : Galén, 2000. s. 55 – 57. ISBN 80-86257-21-5
20. KUBÍNKOVÁ, D., KŘÍŽOVÁ, A. *Ergoterapie*. 1. vydání. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997. 95 str. ISBN 80-7067-698-1
21. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vydání. Brno : IDVPZ, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9
22. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha : Karolinum, 2002. 188 str. ISBN 80-246-0429-9
23. MPSV. *Zákon č. 435/2004 Sb. O zaměstnanosti, část 3. § 67*
24. MZ. *Vyhláška č. 424/2004 Sb., část 2. - Činnosti zdravotnických pracovníků po získání odborné způsobilosti, § 4*
25. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1.vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
26. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. české vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5

27. ROZSYPALOVÁ, M., HALADOVÁ, E., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetřovatelství II.* 1. vydání. Praha : Informatorium, spol. s.r.o., 2002. 239 s. ISBN 80-86073-97-1
28. ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M. a kol. *Ošetřovatelství¹/₁.* 2. doplněné a aktualizované vydání. Praha : Informatorium. 1999. 234 str. ISBN 80-86073-39-4
29. SCHUSTEROVÁ M. *Standard ošetřovatelské péče č.33. Rehabilitační ošetřování.* České Budějovice : Nemocnice České Budějovice a.s. 2003. 20 s.
30. STAŇKOVÁ, M. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 1: Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie.* 1. vydání. Brno : IDVPZ, 1998. 50 s. ISBN 80-7013-26W
31. STAŇKOVÁ, M. (ed.). *LEMON 1.* 1. vydání. Brno : IDVPZ, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5
32. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetřovatelství.* 1. vydání. Praha : Karolinum, 1996. 194 str. ISBN 80-7184-243-5
33. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl.* 1. vydání. Praha : Karolinum, 2002. 274 str. ISBN 80-246-0477-9
34. ŠKRLOVI, M. a P. *Kreativní ošetřovatelský management.* 1. vydání. Praha : Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1

35. TOTHOVÁ, V. *OŠETŘOVATELSTVÍ pro posluchače studijního programu Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby*. 1. vydání. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000. 218 str. ISBN 80-7040-454-x
36. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání nezměněné. Brno : IDVPZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8
37. VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vydání. Praha : Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5
38. VOTATA, J. a kol. *Základy rehabilitace*. 1. vydání. Praha : Karolinum, 1997. 139 s. ISBN 80-7184-385-7
39. VUČKOVÁ, J. *Ošetrovatelství I, 1. část*. 1. vydání. Praha : Fortuna, 1996. 72 str. ISBN 80-168-151-2
40. ZAHRADNÍKOVA, I., ŠTURMOVÁ, D. *Standardní ošetrovatelský postup č. 36 – Rehabilitační ošetrování*. Plzeň : Fakultní nemocnice Plzeň, 2004. 27 s.

Internetové zdroje - text:

41. *Abraham Maslow*. (online) Platný
http://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow, Leden 11, 2007
42. *Bazální stimulace*. (online) Platný
<http://www.specskolynadeje.cz/skolka/bazal.htm>, Únor 22, 2007

43. *Bazální stimulace prospívá pacientům i zdravotníkům.* (online) Platný
<http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/Komfort-3-2006/27848/Bazalni-stimulace-prospiva-pacientum-i-zdravotnikum>, Únor 22, 2007
44. *Elektroléčba.* (online) Platný
<http://www.lymfodrenaze-masaze-rehabilitace.cz/elektrolecba>, Leden 15, 2007
45. FRÝDLOVÁ, K. *Co je bazální stimulace.* (online) Platný
http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php, Únor 27, 2007
46. HLOCHOVÁ, H., KRAUSOVÁ, Z. *Česká asociace ergoterapeutů.* (online) Platný
<http://www.ergoterapie.org/modules.php?name=informace>, Únor 22, 2007
47. KLAUDYSOVÁ, M. *Vojtova metoda.* (online) Platný
<http://zdravi.doktorka.cz/vojtova-metoda/> Leden 16, 2007
48. KULHANEK, J. *Arteterapie a duševní onemocnění.* (online) Platný
<http://psychologie.doktorka.cz/arteterapie-dusevni-onemocneni/>, Únor 22, 2007
49. *Léčba psem – canisterapie.* (online) Platný
<http://zviratka.doktorka.cz/lecba-psem-canisterapie/>, Leden 14, 2007
50. *Magnetoterapie.* (online) Platný
<http://finest.cz/magnetoterapie/magnetoterapie.html>, Prosinec 22, 2006
51. MYSLIVCOVÁ, N. *Jízda na koni léčí duši i tělo.* (online) Platný
<http://zdravi.doktorka.cz/jizda-koni-leci-dusi/>, Leden 15, 2007

52. TYLOVÁ, S., MOŠKOŘOVÁ, M. *Bazální stimulace v praxi*. (online) Platný <http://zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik04/tylova.pdf>, Únor 22, 2007
53. VUOVÁ, M. *Bazální stimulace v praxi*. (online) Platné <http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=89>, Únor 22, 2007

Internetové zdroje - obrázky

54. (online) Platné www.aqualine-koupelny.cz, Duben 28, 2007
55. (online) Platné www.lbbohemia.cz, Květen 11, 2007
56. (online) Platné www.rehabrno.cz, Květen 9, 2007
57. (online) Platné www.sisel.fr, Květen 10, 2007
58. (online) Platné www.zpflorance/fines/calaloque, Květen 13, 2007

8. Klíčová slova

Ošetřovatelství

Holistické ošetřovatelství

Rehabilitace

Rehabilitační ošetřování

Vzdělání

Vzdělávání

Ošetřovatelský standard

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Č. 1 Schéma ošetřovatelského procesu

Č. 2 Barthelův test všedních činností

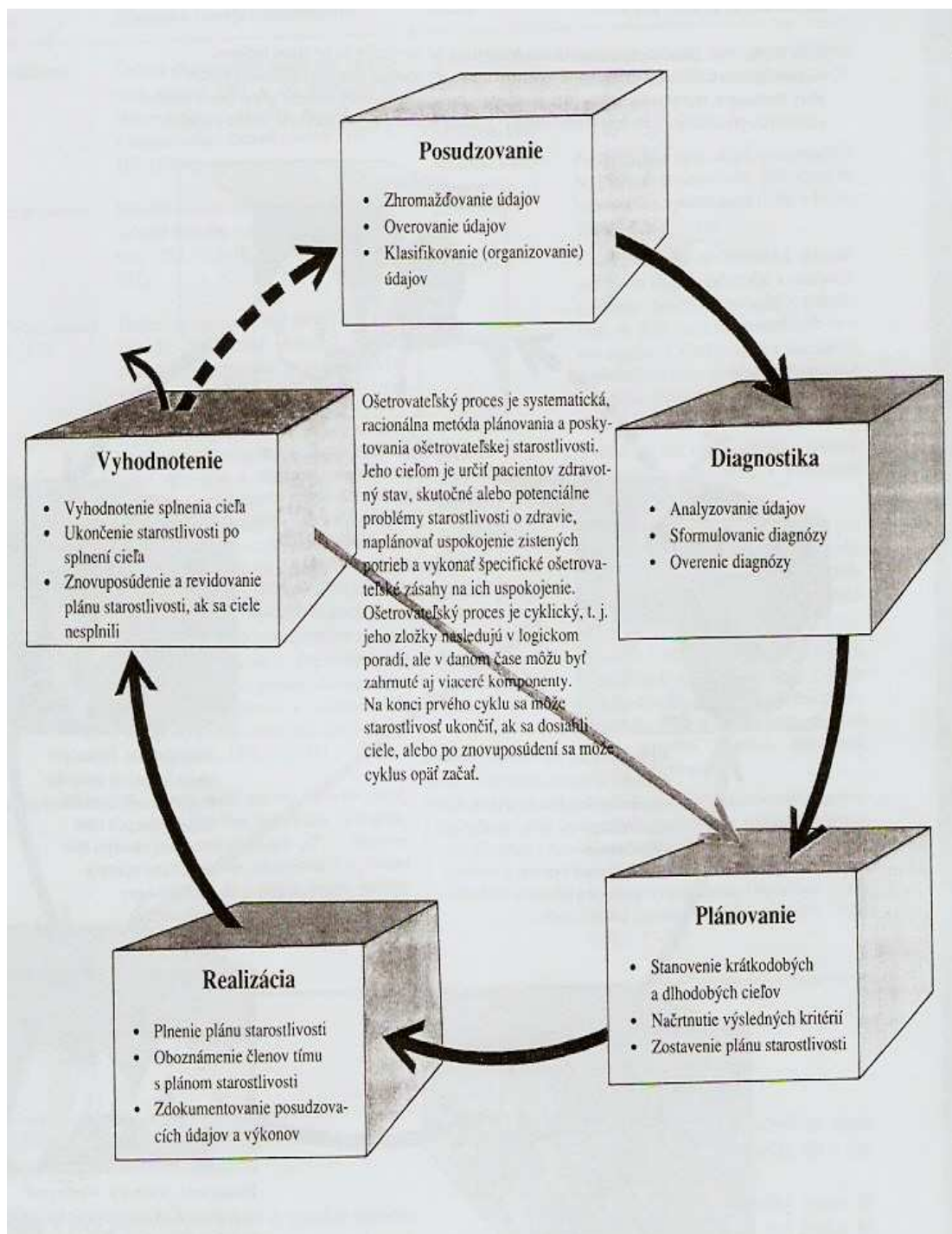
Č. 3 Maslowova hierarchie potřeb

Č. 4 Polohovací záznam

Č. 5 Zobrazení některých prvků rehabilitačního ošetřování

Č. 6 Dotazník

Příloha č. 1 - Schéma ošetrovateľského procesu



Zdroj: (17)

Příloha č. 2 - Barthelův test všedních činností

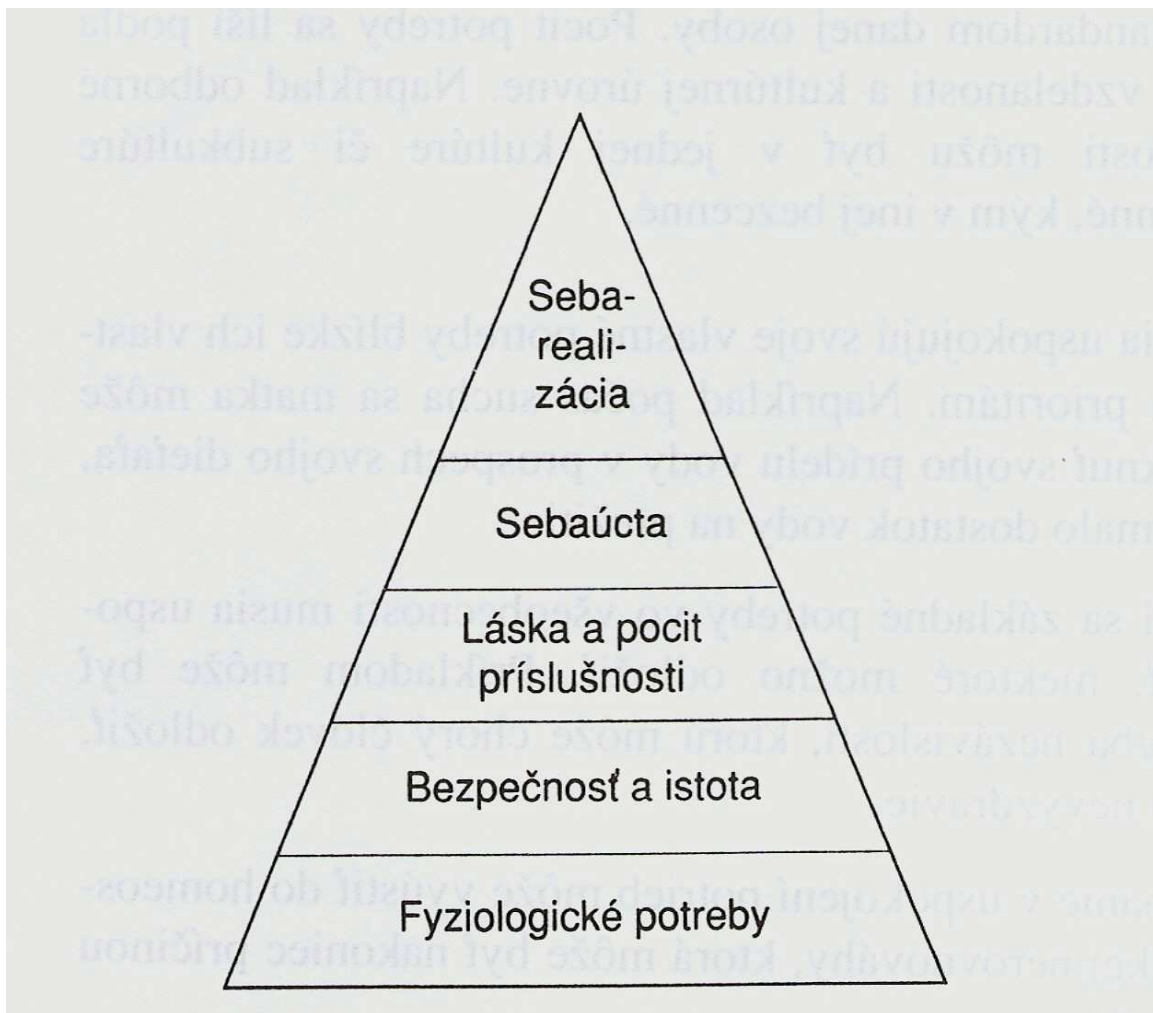
			datum			
činnost	úroveň schopnosti	skóre				
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10				
	s pomocí (krájení, mazání másla apod.)	5				
	neprovede	0				
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10				
	s pomocí	5				
	neprovede	0				
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5				
	neprovede	0				
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5				
	neprovede	0				
5. kontinence moči	plně kontinentní (celý týden)	10				
	občas inkontinentní (max. 1 x denně)	5				
	inkontinentní, katetrizován	0				
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10				
	občas inkontinentní (1 x týdně)	5				
	inkontinentní	0				
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10				
	s pomocí	5				
	neprovede	0				
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15				
	s malou pomocí (verbálně nebo fyzicky)	10				
	- vydrží sedět					
	s větší pomocí (1 - 2 lidé fyzicky)	5				
	neprovede	0				
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15				
	a pomocí nad 50 m	10				
	na křesle 50 m	5				
	neprovede	0				
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10				
	s pomocí	5				
	neprovede	0				
		skóre:				
		hodnotila sestra:				

HODNOCENÍ: 0 - 40 bodů vysoce závislý
45 - 60 bodů závislost středního stupně

65 - 95 bodů lehká závislost
100 bodů nezávislý

Zdroj: Nemocnice České Budějovice a.s.

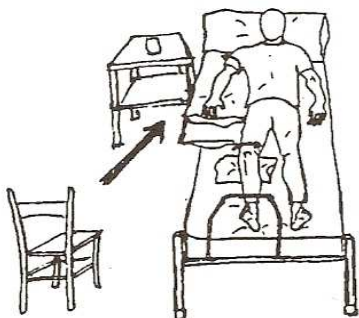
Příloha č. 3 - Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: (17)

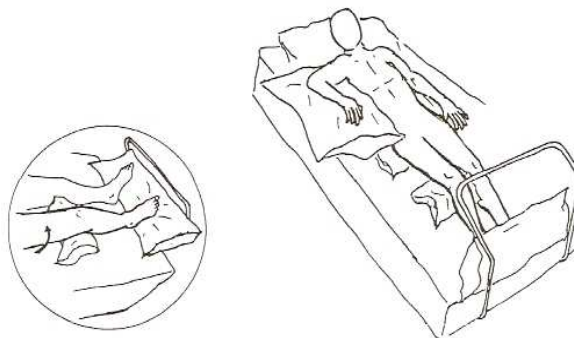
Příloha č. 5 - Zobrazení některých prvků rehabilitačního ošetřování

Obr. 1 Poloha na zádech



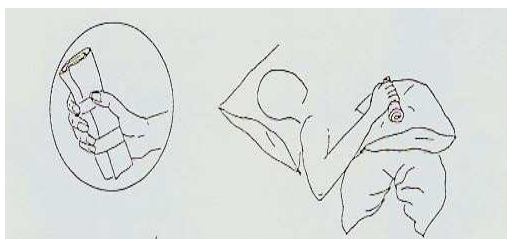
Zdroj: (16)

Obr. 2 Poloha na zádech, vypodložení DK



Zdroj: (16)

Obr. 3 Stočený molitan do dlaně



Zdroj: (16)

Obr.4 Polohování P/K na postiž. straně



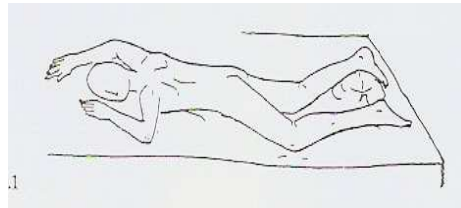
Zdroj: (16)

Obr. 5 Polohování P/K na zdravé straně



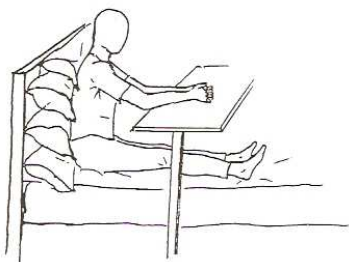
Zdroj: (16)

Obr. 6 Polohování na břicho



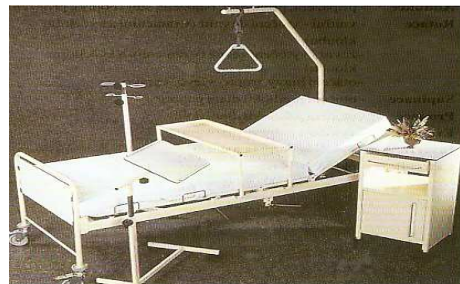
Zdroj: (16)

Obr. 7 Sed na lůžku



Zdroj: (16)

Obr. 8 Polohovací lůžko



Zdroj: (14)

Obr. 9 Pasivní pohyby DK



Zdroj: (14)

Obr. 10 Pasivní pohyby HK



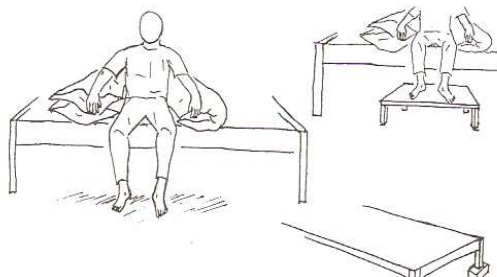
Zdroj: (14)

Obr. 11 TRIFLO II.



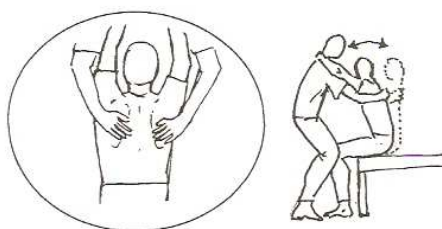
Zdroj: (57)

Obr. 12 Posazování na lůžku se spušt. DK



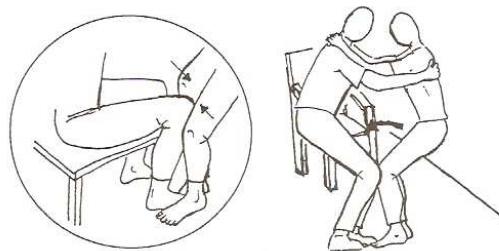
Zdroj: (16)

Obr. 13 Vertikalizace s pomocí personálu



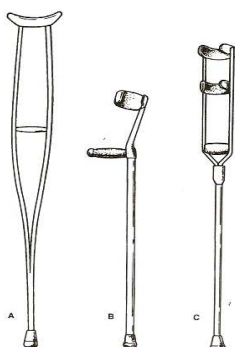
Zdroj: (16)

Obr. 14 Vertikalizace s pomocí personálu



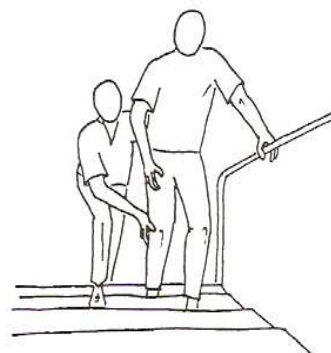
Zdroj: (16)

Obr. 15 Berle podpažní, francouzská, kanadská



Zdroj: (16)

Obr. 16 Chůze do schodů



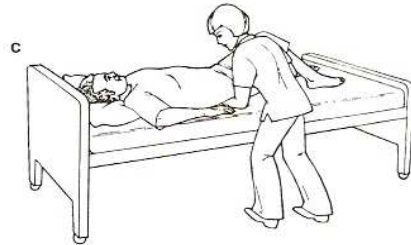
Zdroj: (16)

Obr. 17 Chůze ze schodů



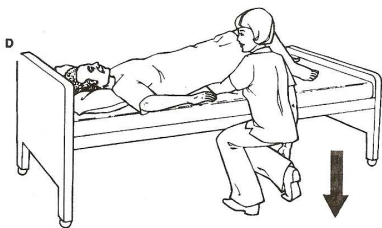
Zdroj: (16)

Obr. 18 Správné držení těla při manipulaci s P/K



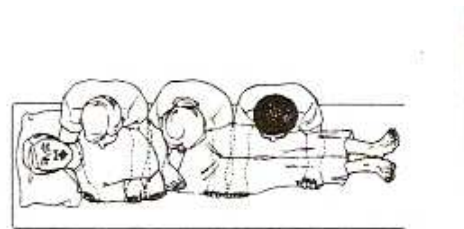
Zdroj: (18)

Obr. 19 Správné držení těla při manipulaci s P/K



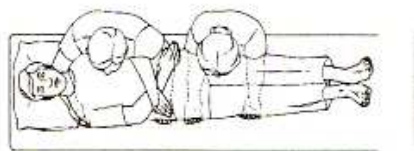
Zdroj: (18)

Obr. 20 Spolupráce zdravotnického personálu při manipulaci s P/K



Zdroj: (18)

Obr. 21 Spolupráce zdravotnického personálu při manipulaci s P/K



Zdroj: (18)

Obr. 22 Sedátko do vany



Zdroj: (58)

Obr. 23 Madla



Zdroj: (58)

Obr. 24 Páková baterie sprchová



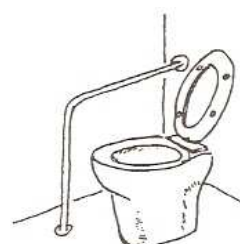
Zdroj: (54)

Obr. 25 Páková baterie umyvadlová



Zdroj: (54)

Obr. 26 Madlo na WC



Zdroj: (16)

Obr. 27 Zábradlí na WC



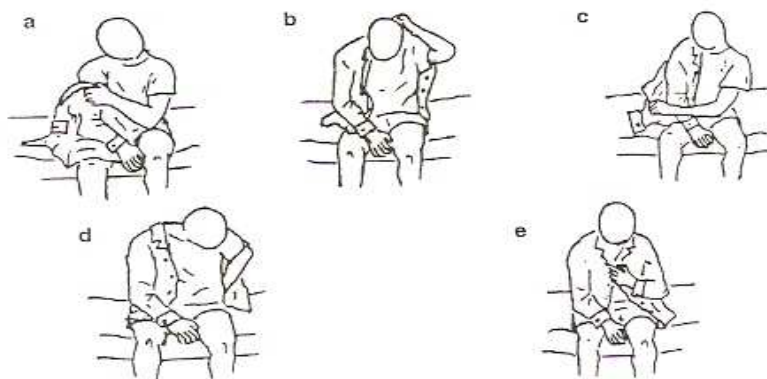
Zdroj: (16)

Obr. 28 Nástavec na WC



Zdroj: (58)

Obr. 29 Postup při oblékání košile



Zdroj: (16)

Obr. 30 Postup při oblékání kalhot



Zdroj: (16)

Obr. 31 Navlékač ponožek



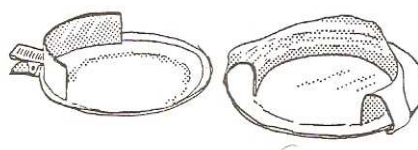
Zdroj: (55)

Obr. 32 Servírovací stolek



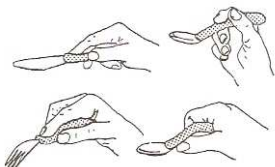
Zdroj: (56)

Obr. 33 Talíř se zvýšenými okraji



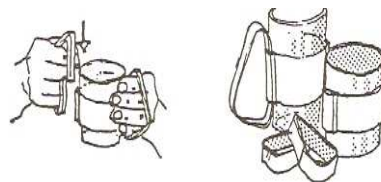
Zdroj: (16)

*Obr 34 Speciální úchop příboru
upravený hrnek*



Zdroj: (16)

Obr. 35 Speciálně



Zdroj: (16)