



„PEČOVATELSTVÍ A OŠETŘOVATELSTVÍ
U NÁS A VE SVĚTĚ“

Odborná konference

15. listopad 2017

Sborník

Mgr. Alžběta Jonáková a kolektiv autorů

Střední zdravotnická škola

Ruská 2200/91 Praha 10, 100 00

©Střední zdravotnická škola

Ruská 2200/91

Praha 10 PSČ 10 000

Pořadí výtisku: 1. vydání

Měsíc a rok vydání prosinec 2017

Cena: bez prodejní ceny

Vydal kolektiv autorů

Recenze: PhDr. Ivanka Kohoutová, Ph.D.

Publikace nebyla jazykově a graficky upravena.

Za správnost obsahu zodpovídají autoři kapitol.

ISBN 978-80-906683-3-1

Obsah

- 1) Matka Tereza
Mgr. Tereza Johnová R. S., Štěpán Fabián, Valeria Baťková 5
- 2) Zooterapie v péči o nemocné
Mgr. Gabriela Anisová R. S., Kristýna Spáčilová 7
- 3) Srovnání systému péče o handicapované v ČR a jiných zemí
Mgr. Daniela Kadlecová R. S., V. Kraftová, B. Wodere, N. Žižková 10
- 4) Ošetřovatelská péče o pacienty s nemocí „motýlích křídel“
Mgr. Radka Líbalová R. S., Hana Horová 13
- 5) Význam aktivizace v pečovatelství
Mgr. Barbora Hanusová R. S., Soňa Ryšávková 15
- 6) Alternativní směry ve výživě a jejich dopady na zdraví
Mgr. Radka Líbalová R. S., Tereza. Ellmanová 18
- 7) Zkušenosti s ošetřovatelskou péčí ve Slovinsku
Mgr. Martina Paclíková R. S., Marie Jindřišková 21
- 8) Fantomova bolest
Mgr. Monika Formánková R. S., Denisa Beranová, Barbora Sazková 23
- 9) Prevence syndromu vyhoření u pečovatelů
Mgr. Alžběta Jonáková R. S., A. Verbeščuková, A. Dvořáčková 26
- 10) Zdravotnictví ve světě a jejich systémy – ČR, USA, VB
Ing. Jana Jagerová R. S., Danny Atie 29

11) <u>Ošetrovatelská péče o dítě po narození</u>	
Mgr. Jana Hromádková R. S., Kristýna Měšťanová	33
12) <u>Bazální stimulace</u>	
Mgr. Martina Paclíková R. S., Michaela Zourová	38
13) <u>Urologická problematika u mužů</u>	
Mgr. Irena Salavcová R. S., Václav Uhlíř	42
14) <u>Transplantace v ČR, její historie a současnost</u>	
Mgr. Taťána Janíková R. S., Nicole Nogolová, Viktorie Svobodová	45
15) <u>Aromaterapie</u>	
Mgr. Jana Hromádková R. S., Marie Jindřišková	49
16) <u>Zajištění požární bezpečnosti v sociálních službách</u>	
Mgr. Patrik Burda R. S., Jiří Bilík	53
17) <u>Zdravotnictví během válečného konfliktu</u>	
Ing. Jana Jagerová R. S., Petr Mundil	55
Seznam obrázků	59

1. Matka Tereza

Autoři: Mgr. Tereza Johnová, Štěpán Fabián, Valeria Baťková, 2. B

Svatá **Matka Tereza**, rodným jménem **Agnesě Gonxhe Bojaxhiu** byla indická humanitární pracovnice a řeholnice albánského původu. Byla zakladatelkou a první představenou řádu Misionářek lásky. Narodila se 26. srpna roku 1910 v albánské rodině jako nejmladší dcera úspěšného obchodníka a farmaceuta. Byla pokřtěna jménem Agnese, ale doma jí říkali *Gonxha*-poupátko. Již ve svých dvanácti letech se rozhodla pro řeholní život. Po válce odešla do Irska a v roce 1928 vstoupila do kongregace Loretánských sester. Toto řeholní společenství bylo aktivní hlavně v Indii, což bylo i důvodem proč se do něj rozhodla vstoupit. Po krátké přípravě v ošetrovatelství, která proběhla v Dublinu. V roce 1929 odjela do Indie, kde složila slib novicky a přijala jméno *Tereza*. Na misionářské dívčí škole vyučovala zeměpis. Pro nadání a organizační schopnosti bylo Tereze svěřeno vedení Vyšší misijní školy St. Mary's High School v Kalkatě.

V roce 1946 sestra Tereza po dohodě s představenými opustila loretánský klášter a začala se věnovat nejchudším a umírajícím. V roce 1949 ji získává spolupracovnice, aby mohla založit kalkatskou kongregaci Misionářek milosrdenství (Misionářky lásky, kongregace Milosrdenství). Tereza zakládala útulky pro umírající, sirotky a opuštěné děti. Budovala nemocnice a školy. Během několika roků vyvinula obrovské úsilí a podařilo se jí položit základy velkému humanitárnímu dílu, za nějž získala řadu ocenění: Stala se první nositelka Templetonovy ceny (1973), Nobelovy ceny míru (1979), a v neposlední řadě, nejvyššího indického civilního vyznamenání Bharat Ratna (1980).



obr. č. 1. Matka Tereza - citát

Na sklonku života absolvovala řadu cest po světě. Využívala své popularity a možnosti setkávat se s významnými osobnostmi k podpoře sociálních aktivit své kongregace a šíření křesťanských myšlenek. V roce 1948 navštívila socialistické Československo na pozvání kardinála Františka Tomáška. V roce 1990 přijala také pozvání prezidenta Václava Havla.

Pracovala až do úplného vyčerpání svých fyzických sil. Umírá 13. března na srdeční selhání jako žena těžce nemocná a unavená stářím. Po smrti Matky Terezy vyšly knižně její deníky, z nichž vyplynulo, že nedlouho po povolání do služby ztratila jistotu a Kristu sloužila dlouhá léta, přestože měla velké pochybnosti o víře i smysluplnosti života v dnešním světě. Přesto se svou pochybností neustále bojovala a snažila se předávat svou víru dál. Po smrti se objevuje přes 5000 dopisů, které věnovala svým sestřám, usiluje v nich o motivaci a podněcuje jejich vytrvalost k další humanitární činnosti. Matka Tereza byla po smrti uctívána římskokatolickou církví a pro svou činnost prohlášena za svatou

Zdroje:

- <https://managementmania.com/en/isfj-personality-type-according-mbti-typology>
- <http://farnost-veseli.cz/matka-tereza/>
- https://cs.wikipedia.org/wiki/Matka_Tereza
- <http://www.vira.cz/Texty/Knihovna/Matka-Tereza-strucny-zivotopis.html>
- <http://catholica.cz/?id=4363>
- https://www.google.cz/search?q=matka+tereza++st.+marys+high+school&hl=c&source=lnms&sa=X&ved=0ahUKEwim-dzq1frWAhWEK8AKHWHQB9EQ_AUICSqA&biw=1366&bih=662&dpr=1



obr. č. 2. portrét - Matka Tereza

2. Zooterapie v péči o nemocné

Autoři: Mgr. Gabriela Anisová, Kristýna Spáčilová, 4.A

Zooterapie (animoterapie) je terapeutická metoda využívající pozitivního působení zvířete po stránce psychické i fyzické. Jedná se o nadřazený pojem, který se dále člení podle toho, jaké zvíře je v rámci terapeutického působení na klienta využíváno. V současné době je zooterapie již z větší části realizována odborníky, kteří jsou v příslušném oboru vzděláni a s klienty pracují podle propracovaných metodik, ověřených postupů a norem. Dobrovolníci zooterapeuti jsou předem pečlivě vybráni, měli by mít předchozí zkušenosti s činností ve zdravotnickém nebo sociálně zaměřeném zařízení, absolvují školení dobrovolníků a pravidelně dokládají očkování zvířete.

Mezi nejznámější typy zooterapie patří:

- canisterapie – pes
- hiporehabilitace – kůň
- felinoterapie – kočka
- delfinoterapie – delfín
- lamaterapie – lama
- ornitoterapie – ptáci
- insektoterapie – využití hmyzu
- malá hospodářská zvířata
- exotická zvířata
- volně žijící zvířata

V minulosti lidé záměrně uplatňovali léčebnou moc zvířat v mnoha zemích. První počátky jsou již zaznamenány v 8.století v Belgii. O největší rozmach nového vědního oboru se zasloužily zejména USA, kde se objevuje řada výzkumníků a jejich prací. Anglosaské země rozšiřují návštěvní programy v psychiatrických zařízeních, pro osamělé a nemocné osoby, cvičí se asistenční psi pro postižené. V Kanadě se uplatňuje hlavně návštěvní program. Rozvoji oboru se postupně připojují další evropské země: Anglie, Švýcarsko, Rakousko, Dánsko, Holandsko, Česká republika, Polsko a Francie. Ostatní země Evropy jsou i přes vzrůstající zájem v začátcích.

V roce 1995 se ČR stala členem IAHAIO prostřednictvím národní asociace AOVZ

(Asociace zastánců odpovědného vztahu k malým zvířatům). Výsledky animoterapeutických činností se prolínají do výzkumu lidského a zvířecího chování, všeobecné a speciální pedagogiky, psychologie, psychiatrie, sociologie, gerontologie a gerontopsychiatrie, výzkumu socializace, humánní a veterinární medicíny.

Typy zooterapie

Podle zaměření dělíme terapie za pomoci zvířat na:

- **AAA = animal-assisted activities - aktivity za pomoci zvířat**, kde se pomocí přirozeného kontaktu člověka a zvířete zaměřujeme na zlepšení kvality života klienta a obecnou aktivizaci
- **AAT = animal-assisted therapy - terapii za pomoci zvířat**, která je cíleným kontaktem, kde nasměrování a úkoly určuje odborník (fyzioterapeut, psycholog, speciální pedagog apod.) a zooterapie se tak stává podpůrnou metodou celkové rehabilitace klienta
- **AAE = animal-assisted education - vzdělávání za pomoci zvířat**, kde pedagogové využívají pozitivní vliv zvířat na žáky se specifickými potřebami nebo jako součást zážitkové výuky
- **AACR = animal - assisted crisis response - krizová intervence za pomoci zvířat**, kdy kontakt zvířete a člověka v krizové situaci/prostředí působí na odbourání stresu a napomáhá k celkovému zlepšení psychického a/nebo i fyzického stavu klienta.

Jak zooterapie léčí?

- 🐾 napomáhá odbourávání stresu a úzkosti
- 🐾 rozvíjí orientaci v prostoru a čase
- 🐾 rozvíjí hrubou a jemnou motoriku, RHB
- 🐾 podněcuje verbální i neverbální komunikaci
- 🐾 odvádí pozornost od bolesti
- 🐾 pomáhá při nácviku koncentrace a paměti
- 🐾 působí také v rovině rozvoje motoriky s atributem rehabilitační práce, v polohování a v relaxaci

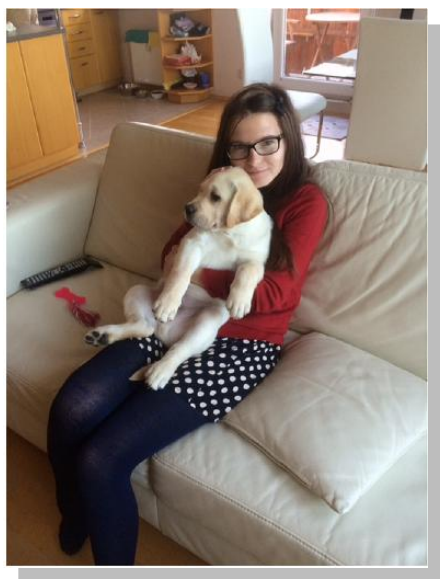
Kde se zooterapie využívá?

Zooterapie má výborné využití pro tělesně postižené (nejčastěji DMO, svalová dystrofie), pro mentálně postižené, pro klienty v rehabilitaci, u psychiatricky nemocných i smyslově postižených lidí.

U autistů pozvolným a dlouhodobým působením může zvíře plnit roli prostředníka mezi jejich světem a okolím. Věková škála klientely je opravdu široká od kojenců po seniory v nejrůznějších prostředích - zdravotnická a sociální zařízení, mateřské školky a školy, dětské domovy aj. Klienty mohou být také lidé celkově zdraví, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci. Například jsou evakuováni mimo domov v důsledku přírodní katastrofy, nehody nebo teroristického útoku, lidé momentálně přebývající v azylových domech apod. V těchto případech se canisterapie využívá především k odbourání stresu.

Zdroje

- *Poradimesi.cz* [online]. Beroun: Poradíme si, z.s, 2015 [cit. 2017-10-20]. Dostupné z: <http://poradimesi.cz/>
- *Animoterapie.cz* [online]. Praha: Anitera, 2009 [cit. 2017-10-20]. Dostupné z: <http://animoterapie.cz/>
- ŠIPKOVSKÝ Martin: *Canisterapia*. In. Život so psom, U.V.P. Č. 1. I. roč. r. 2005, s. 12-13
- <http://www.chewal.cz/fotogalerie/hipoterapie-49.html>
- <http://www.auracanis.cz/index.php/terapie/canisterapie>
- <http://www.duhovacesta.cz/ZOOTERAPIE.html>
- Vlastní foto autorky



obr. č. 3. autorka článku se psem



obr. č. 4. autorka článku s gepardem

3. Srovnání systému péče o handicapované v ČR a jiných zemí

Autoři: Mgr. Daniela Kadlecová, V. Kraftová, B. Wodere, N. Žižková, 2. S

Pojem handicap neboli postižení můžeme definovat mnoha způsoby. V zákoně o sociálních službách se setkáme s následující definicí. „Lidé jsou ve smyslu sociálního zákonodárství postižení, jestliže se jejich tělesná funkce, mentální schopnosti nebo psychické zdraví odchyľují od normálu.“ Vinou postižení je jedinec vyčleněn ze společenského života, není to pouze zdravotní problém, ale celoživotní trauma, stav a realita. Postižení mohou být zapříčiněny nemocí, úrazy nebo být vrozené. Rozlišují se tři druhy postižení: Tělesné postižení, které způsobuje omezení schopnosti pohybu, výkonu nebo smyslové omezení. Mentální postižení, způsobuje problémy s porozuměním souvislostí nebo ztráta orientace. Psychické postižení má za následek neschopnost začlenění se do společnosti, zapříčiněné psychickým omezením jako např. deprese nebo závislost.

Česká republika

Největší část dlouhodobé péče v České republice (s výjimkou předškolní péče) byla již před rokem 1989 poskytována rodinou, zejména ženami. Jedná se o odraz převažující familialistické hodnotové orientace české populace, převládající i v současnosti, která ve větší míře než v západoevropských zemích vyjadřuje přání, aby v případě vzniku potřeby dlouhodobé péče tuto péči vykonávala nejbližší rodina.

V současnosti je u nás největší snahou integrace handicapovaných do společnosti a s tím spojen i bezbariérový přístup, v neposlední řadě pak snaha o vzdělávání a zaměstnávání handicapovaných. Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., zajišťuje těmto lidem sociální ochranu, formou sociálního pojištění, státní sociální podpory a sociální péči. Bohužel však stále přetrvává trend, kdy se nedoporučuje u těchto lidí, konkrétně se smyslovým postižením mít vlastní děti. V současnosti je v naší zemi 10% populace handicapovaných.

Anglie

V této zemi je největší integrace tělesně postižených. Jako první začali vytvářet aktivizace pro handicapované v podobě sportovních her. A zavedli tak trend, sport jako rehabilitace. Mimo jiné, v této zemi kladou také velký důraz i na tělesné postižení u zvířat a snaží se jim pomáhat tento handicap zvládat, pomocí speciálně upravených kompenzačních pomůcek. Ve Velké Británii je v současnosti 19 % populace s tělesným postižením.



Obr. č. 5 pes s protézou



Obr. č. 6 hráči basketbalu

Afrika

Téměř čtyři pětiny handicapovaných žijí v rozvojových zemích. Důvodů, proč je v rozvojových zemích více postižených lidí, je několik. Podvýživa u dětí i rodiček, nedostatečná sanitace a hygiena, rychlejší šíření nemocí a nevědomost, jak nemoci léčit, nebo jednoduše nemožnost dopravit se včas do nejbližší nemocnice. Ta může být vzdálena i několik desítek kilometrů. V mnoha zemích je postižení důsledkem občanských konfliktů nebo minulých režimů. Chudoba je důvodem i důsledkem zdravotního postižení. Děti bez nohou žebrají na ulicích, nemají rodiče, kteří by o ně pečovali, nechodí do školy. Bez vzdělání si zdravotně postižení neseženou důstojnou práci. Ke vzdělání ale mnohdy nemají přístup kvůli diskriminaci a bariérám.

Kromě diskriminace velkou roli v životě zdravotně postižených lidí sehrává stigmatizace. Především v Africe pramení nahlížení postižení jako projevu čarodějnictví nebo démona z náboženských a společenských kořenů. Zatímco v Evropě zdravotně postižení bojují o to, aby měli bezbariérový přístup třeba do divadel, v rozvojových zemích bojují o každodenní život.

Indie

Zákony na ochranu práv osob se zdravotním postižením existují, ale v reálu nejsou vůbec dodržovány. Například v nejlidnatějším státě Indie, v Uttar Pradeshi, přes 80 % osob se zdravotním postižením nemá udělený statut osob se zdravotním postižením. Lidé jsou nemocní, ale fakticky jsou pro stát zdraví. Většina zdravotně postižených proto také v Indii nedostává žádnou pomoc a umírají velmi často na nedostatek potravin a nedostatek zdravotní péče. Indická společnost je bohužel sužována nedostatečným zdravotním systémem.

Japonsko

Patří v Asii k zemím s nejpropracovanějším a nejdéle fungujícím penzijním systémem. Náklady na zdravotní péči jsou ale velmi vysoké. Mají zde zavedený veřejný a soukromý program zdravotního a sociálního zabezpečení. Avšak handicap má za následek vysoký nárůst sebevražd. Sebevražda má v zemi dlouhou tradici. Japonci ji považují za nejlepší řešení, stačí si vzpomenout na kterýkoliv samurajský film a rituál harakiri. Uvádí se, že nejvíce sebevražd na světě je právě v Japonsku.



Obr. č. 7 Muž malující ústy



Obr. č. 8 malba

Zdroje:

- <https://www.hrebenar.eu/2014/12/indie-zaziva-krizi-v-oblasti-pece-o-psychicky-nemocne/>
- http://www.horecky.cz/images/1382503364_128-role-rodinnych-pecovateluv-sytemu-socialni-a-zdravotni-pece-v-cr.pdf
- https://www.szs-ruska.cz/userdata/files/oppa/almanach_OPPA_2010_3.pdf
- <https://www.hrebenar.eu/2014/12/osn-by-mela-v-rozvojovych-zemich-dohlednout-na-snizeni-chudoby-osob-se-zdravotnim-postizenim/>
- <http://www.rozvojovka.cz/clanky/1085-postizeni-jako-vyzva.htm>
- <https://www.mpsv.cz/cs/7334>

4. Ošetrovatelská péče o pacienty s nemocí „motýlích křídel“

Autoři: Mgr. Radka Líbalová, Hana Horová, 2. O

Na odborné konferenci nás žákyně Hana Horová seznámila s problematikou ošetřování pacientů s tzv. nemocí motýlích křídel. V své prezentaci nás seznámila s příčinami tohoto onemocnění, s projevy, četností výskytu a ošetrovatelskou péčí o postižené jedince.

Nemoc motýlích křídel, odborně epidermolysis bullosa congenita (zkráceně EB) je vrozené onemocnění, které postihuje pojivovou tkáň, na které se tvoří puchýře. Jedná se o vzácné dědičné onemocnění, které vzniká na základě genové mutace. Jednou z příčin je dědičná autozomálně recesivní mutace, což naznamená, že ke vzniku onemocnění je zapotřebí, aby genetickou chybu přinesli oba rodiče. Jedna změna v genu nezpůsobí žádné projevy onemocnění. Nosiči jedné změny jsou zdraví přenašeči dispozice pro toto onemocnění. Druhá možnost vzniku je autozomálně dominantní forma, kdy stačí genetická chyba pouze u jednoho z rodičů. Každé dítě s tímto onemocněním pak má 50 % riziko, že jeho děti budou také nemocné. Jedná se o vzácnější formu.

Nemoc postihuje kůži a sliznice, které jsou velmi křehké a zranitelné, čehož vychází její název. Projevy jsou velmi různorodé, a proto se dělí na několik základních forem. Nemoc nepostihuje intelekt jedince a jedna forma nepřechází v druhou.

První z nich se nazývá **EB SIMPLEX** (cca. 50%), která se vyskytuje nejčastěji a má nejmírnější průběh. Poraněná kůže je hlavně na dlaních rukou a chodidlech, kde se tvoří puchýře. Jedná se tady hlavně o místa, kde dochází k častému kontaktu a tlaku. Někdy bývá zasažena i sliznice jícnu a úst. Tyto změny přináší bolest a polykací problémy. Často dochází ke zvýšené kazivosti zubů, lámání nehtů a vypadávání vlasů. Tato forma se ještě dělí na podskupinu lokalizovanou a generalizovanou. Lokalizovaná varianta postihuje menší ohraničené plochy pojivové tkáně a generalizovaná forma postihuje větší plochy.

Dystrofická forma je druhá nejčastější (cca. 44%) (obr. 1). Puchýře jsou hlubší a zasahují i škaru kůže a vyskytují se na celém těle. Poškozená kůže bývá často infikována a následkem komplikovaného hojení dochází ke srůstání prstů na rukou i na nohou. Vznikají pahýly, které znemožňují postiženému běžnou manuální práci. Vlasy, nehty i zuby vypadávají. Postižená bývá i sliznice ve vylučovacích cestách nebo v dýchacím ústrojí. Vzhledem k poranění jícnu musí být strava mixována. Tito pacienti mají vysoké riziko vzniku nádorových onemocnění, trpí hormonálními poruchami a osteoporózou. Všechna tato postižení vedou k invaliditě a vyčlenění jedince ze společnosti, což postižení špatně snáší a často trpí depresemi.

Třetí forma tohoto onemocnění se nazývá **junkční**. Její výskyt je nejméně častý, ovšem její průběh je nejzávažnější. K poranění pojivové tkáně dochází velmi snadno, i mimovolně, při mírném tlaku na pokožku nebo sliznici a postihuje téměř celé tělo jedince. Tito jedinci mají značné polykací problémy i s malými sousty a díky tomu jsou často podvýživní. Postiženému vypadávají zuby, vlasy, jsou zasaženy i

hlasivky, takže mají hrubý a zastřený hlas. Úmrtnost v raném věku bývá u této formy velmi častá.

Obecně přináší onemocnění řadu omezení (obr. 1). Například není možná delší chůze a i na kratší musí být použita speciální obuv. I oblečení je nutné vybírat takové, aby nemělo velké švy nebo cedulky, které by vytvářely tlak na kůži. Pacienti mají oslabenou imunitu, takže velmi snadno podléhají infekcím. Veškerá strava se musí mixovat. Preventivně se musí chránit riziková místa na těle před poraněním (chrániče na lokty nebo kolena). Postižení jsou často izolováni od společnosti, která nechápe důvody jejich vzhledu. Pro rodinu je ošetřování jedince velmi náročné, jak finančně tak časově.

Hlavní ošetřovatelská péče spočívá v péči o postiženou kůži. Až třikrát denně se musí rány na kůži převazovat, aby nedošlo k zasychání puchýřů, což by při dalším převazu způsobilo stržení poraněné kůže. Jedná se o speciální krycí materiál. Vzhledem k tomu, že často bývají postižené velké plochy těla, převazy trvají i několik hodin.

Zdravotní pojišťovny hradí pouze část obvazového materiálu, takže pro rodinu je ošetřování velice finančně náročné. Těmto rodinám v České republice pomáhají nadační fondy Život dětem (obr. 3) nebo Dobrý anděl. Nadace přispívají nejenom na obvazový materiál a na pomůcky, které dítě potřebuje, ale i na ozdravné pobyty. Naše škola se pravidelně účastní sbírky Srdíčkové dny, která je určena rodinám takto postižených jedincům.

V České republice tímto onemocněním trpí přibližně 300 jedinců, v Evropě se jedná přibližně o 30 000 a v celosvětovém měřítku asi 600 000 osob.



Obr. č. 9 Dystrofická forma



Obr. č. 10 Omezení



Obr. č. 11 Logo nadace Život dětem

Zdroje:

<https://www.debra-cz.org/o-nemoci-motylich-kridel>

<http://www.spektrumzdravi.cz/academy/nemoc-motylich-kridel>

Google obrázky

<http://www.zivotdetem.cz>

<https://www.dobryandel.cz>

5. Význam aktivizace v pečovatelství

Autoři: Mgr. Barbora Hanusová, Soňa Ryšávková, 3. S

Termín aktivizace se objevuje v psychologii, sociální práci a dalších odvětvích lidského konání. Z hlediska sociální práce je aktivizace součástí sociálních služeb. Definujeme-li jí z tohoto hlediska, můžeme jednoduše říci, že aktivizace je soubor činností, které směřují ke zlepšení nebo udržení schopností a dovedností klienta. Eventuálně k jejich znovunavrácení – potom můžeme aktivizaci chápat jako součást rehabilitace klienta. Ve výsledku aktivizace pomáhá klientovi zlepšovat nebo udržovat jeho soběstačnost a smysluplně naplňovat jeho život.

Existuje široká škála aktivizačních činností nebo komplexnějších terapií užívaných v sociální práci. Podle cílů (saturovaných potřeb) můžeme aktivizaci rozdělit na psychickou, sociální, fyzickou a duchovní. Jednotlivé aktivizace mohou samozřejmě sledovat i více cílů. Například v rámci tréninku paměti můžeme zároveň trénovat i jemnou motoriku a při práci ve skupině můžeme posilovat i mezilidské vztahy a zlepšovat mezilidskou komunikaci. Dále můžeme aktivizaci rozdělit podle počtu klientů, kteří se jí účastní, na aktivizaci individuální, párovou, skupinovou a dokonce i na komunitní.

Cílové skupiny aktivizace

Aktivizace jsou určeny pro všechny věkové kategorie. Užívají se v různé míře a formě v pečovatelství, sociální práci, speciální pedagogice a psychoterapii. Výběr vhodné aktivizační činnosti (příp. terapie) vždy závisí na zdravotním stavu klienta (psychickém i fyzickém), na jeho individuálních schopnostech a dovednostech, zájmech a na sociální situaci, ve které se nachází.

Aktivizace je samozřejmě prospěšná i pro „zdravou“ populaci dětí i dospělých. V této souvislosti se setkáváme spíše s pojmy jako artefiletika, muzikofiletika, zážitková pedagogika apod.



obr. č.12 fotografie

Výběr vhodné aktivizace

Výběr aktivizační činnosti se řídí následujícími pravidly:

1. Musí se odvíjet od schopností a možností klienta (věk, zdravotní postižení, nemoc, sociální situace). Aktivizační pracovník musí zjistit potřebné informace o jeho případu, zjistit jeho potřeby a zájmy.
2. Musí být pro klienta přínosná, tedy prováděná za určitým cílem, který si aktivizační pracovník musí předem vytyčit na základě předešlé anamnézy.
3. Musí být pravidelná. To znamená, že aktivity musí probíhat podle určitého rozvrhu a logicky na sebe navazovat.
4. Musí být přiměřeně ekonomicky a časově náročné.
5. Měla by být prováděna v příjemném, nejlépe známém, prostředí. Pokud cílem terapie není například trénink reakcí na stresové situace.
6. Měla by být vykonávána dobrovolně a neměla by klienta nudit. Aktivizační pracovník by měl být schopen klienty k aktivitám vhodně motivovat.

Druhy aktivizací a terapií užívaných v sociální práci

Pro práci pečovatelky je důležité znát charakteristiky různých druhů aktivizací a terapií, na které může při výkonu své profese narazit. Některé aktivizace vykonává pečovatelka denně a jsou součástí její pracovní náplně. Jedná se především o aktivity spojené s posilováním soběstačnosti klienta, psychická (především kognitivní) aktivizace a sociální aktivizace (kontakt se společenským prostředím, trénink sociálních dovedností klienta). Na některých se může částečně podílet anebo jejich studiem zkvalitňovat a rozvíjet svoje profesionální dovednosti.

Druhy více i méně známých terapií a aktivizací jsou shrnuty v následující tabulce.

Ergoterapie	K aktivizaci a terapii používá smysluplnou činnost – zaměstnání. Usiluje o co největší soběstačnost člověka při běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činnostech.
Animoterapie (petterapie, zooterapie) •Canisterapie •Hipoterapie(hiporehabilitace) •Felinoterapie	K aktivizaci a terapii používá kontakt zvířete a člověka. •K aktivizaci a terapii používá kontakt psa a člověka. •K aktivizaci, rehabilitaci a terapii používá kontakt koně a člověka. •K aktivizaci a terapii používá kontakt kočky a člověka.

Arteterapie	K aktivizaci, terapii a diagnostice používá výtvarné činnosti a výsledky těchto činností. V širším slova smyslu veškeré umělecké činnosti.
Muzikoterapie	K aktivizaci a terapii používá hudby či hudebních prvků.
Dramaterapie	K aktivizaci, terapii a diagnostice používá dramatických a divadelních prostředků a postupů.
Teatroterapie (divadelní terapie)	K aktivizaci a terapii používá realizaci <i>divadelního</i> představení a jeho interpretaci před diváky.
Taneční terapie (tanečně-pohybová terapie)	K aktivizaci a terapii používá kreativní tanec.
Biblioterapie	K aktivizaci a terapii používá knih a jiných literárních prostředků.
Herní terapie	K aktivizaci a terapii používají hrové aktivity – př.omalovánky, deskové hry, loutky (Terapie loutkou). Patří sem např.zdravotní klauni.
Psychomotorická terapie	K aktivizaci a terapii používá pohyb. Cílem je prožitkem z pohybu ovlivnit psychiku a uvědomit si toto propojení.
Filmová terapie	K aktivizaci a terapii používá filmovou produkci.
Reminiscenční terapie	K aktivizaci a terapii používá různé předměty a činnosti k vyvolání vzpomínek především z dlouhodobé paměti.
Fototerapie (terapie fotografií)	K aktivizaci a terapii nejčastěji používá klientovy rodinné a soukromé <i>fotografie</i> .
Zahradní terapie	K aktivizaci a terapii používá rostliny a s nimi související zahradnické práce.
Validační terapie	K aktivizaci používá hlavně empatický rozhovor s klienty trpícími demencí.
Kognitivní terapie (kog.trénink, aktivizace)	K aktivizaci používá cvičení na trénink kognitivních funkcí (vnímání, paměť, pozornost, myšlení, orientaci v čase a prostoru, v realitě atd.)

Zdroje

- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 167 s. ISBN 80- 7178-616-0.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- VALENTA, M. a kol. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015. 320 s. ISBN 978-80-262-0937-9.
- <https://cs.wikipedia.org>

6. Alternativní směry ve výživě a jejich dopady na zdraví

Autoři: Mgr. Radka Líbalová, Tereza Ellmanová, 2. O

Na odbornou konferenci si připravila žákyně Tereza Ellmannová prezentaci na téma **Alternativní výživa a její odraz na zdraví.**

V úvodu vysvětlila pojem alternativní výživa. Je to způsob stravování, které se liší od běžného nebo oficiálními odborníky doporučovaného stravování. Základním kritériem pro hodnocení, zda je alternativní výživa zdravá či ne, je spektrum potravin tzn., jakým poměrem jsou ve stravě zastoupeny hlavní živiny – bílkoviny, tuky a cukry.

Co vede jedince k rozhodnutí nekonzumovat maso, mléčné výrobky nebo sirové potraviny? U někoho to může být snaha žít zdravěji nebo snížit váhu. U jiného zase soucit se zvířaty, nezabíjet je a nekonzumovat jejich maso, právo zvířat na život nebo odsouzení velkochovu zvířat. Další motivací může být snaha nekonzumovat potraviny zamořené škodlivinami, chemicky upravované a zpracované potravinářským průmyslem. Často se také jedná o módní záležitost a protest proti všemu konvenčnímu. Další pohnutkou může být onemocnění jedince, které ho vede k vynechání některých druhů potravin nebo potřeba kombinovat potraviny netradičně.

Nejznámější a nejčastější alternativou ve výživě je **vegetariánství** (obr. 1). Vegetarián je jedinec, který nekonzumuje červené maso, drůbež, mořské plody a maso z jiných živočichů. Potraviny jsou převážně rostlinného původu. Zakladatelem vegetariánství se považuje Pythagoras, který žil v 6. století před naším letopočtem. Vědomé odmítání masa vychází z buddhismu a hinduismu. Tato náboženství vštěpují toleranci ke všemu živému. Pokud porovnáme potravinovou pyramidu klasické výživy a vegetariánské, jsou vesměs stejné. Pouze patro, které obsahuje maso u klasické výživy je zastoupeno u veganské stravy fazolemi a potravinami bohatými na proteiny, např. tofu. Vegetariánství má několik podskupiny, které se dělí podle rozsahu konzumace potravin živočišného původu. První z nich se nazývá semivegetariánství. Je to nejtolerantnější forma vegetariánství, která dovoluje konzumaci masa z drůbeže a ryb a odmítá pouze červené maso. Dalším podskupinou je ovo-vegetariánská strava, která umožňuje konzumaci vajec, ale nedovoluje konzumaci mléčných výrobků. Třetí podskupinou je lakto-ovo-vegetariánská strava. Ta povoluje jíst mléčné výrobky, ale naopak zavrhuje konzumaci vajec. A poslední formou vegetariánské stravy je lakto-vegetariánská strava. Ta zahrnuje možnost konzumovat mléčné výrobky a vylučují vejce. Jaká pozitiva vegetariánská strava může přinášet? Určitě je to abstinence alkoholu a nikotinu. Dále přináší lepší a kvalitnější trávení bezmasé stravy a nižší výskyt kardiovaskulárních onemocnění. Vegetariáni netrpí nadváhou. Potencionálním rizikem může být špatná skladba stravy, která vede k nedostatečnému přísunu důležitých látek pro lidský organismus.

Veganství (obr. 2) je další alternativou ve výživě. Pro zastánce tohoto směru se stává filozofií a životním stylem. Jedinci odmítají konzumovat jakékoliv potraviny živočišného původu, včetně medu. Někteří vegani odmítají používat výrobky z materiálů, které pocházejí ze zvířat, např. kožené boty, pásky nebo vlněné a bavlněné výrobky. Vyznavači tohoto směru netrpí nadváhou a kardiovaskulárními nemocemi. Hlavním negativem můžeme považovat striktní dodržování mnoha

pravidel a vegani musí svoji stravu obohatovat o chybějící složky formou doplňků stravy, např. vitamin B12, B2, D, železo nebo vápník.

Další alternativa ve výživě je **vitariánství** (obr. 3), anglicky raw food. Jedná se o životní styl, který je založený na teorii konzumace stravy v syrovém stavu. Potravinu neztrácí díky tepelné úpravě cenné látky, je plná vitamínů, minerálů, živin a aktivních enzymů. Hlavními složkami syrové stravy jsou ovoce, zelenina, luštěniny, obiloviny, semínka, ořechy, řasy a za studena lisované oleje. K přípravě stravy se používá odšťavňování, mixování a sušení ovoce a zeleniny, klíčení semen, obilovin a luštěnin. Vyznavači vitariánství se snaží o návrat k původnímu způsobu stravování člověka. Nevýhodou této stravy může být energetická nerovnováha a eventuální **nedostatek vitamínu B12**, vitamínů rozpustných v tucích, omega-3 nenasycených mastných kyselin, tělu také mohou chybět **bílkoviny**.

Velké množství zástupců můžeme najít u makrobiotické stravy (obr. 4).

Makrobiotika je teorie dělení potravin založená na taoistickém učení jin a jang. Základní potravinou jsou rýže a obilniny, doplněné dalšími, hlavně místní zeleninou a lokálními produkty. Zakazuje požívání průmyslově zpracovaných potravin a většinu živočišných produktů. Nedoporučuje konzumaci kávy a alkoholu. Makrobiotické učení omezuje množství přijatých tekutin, zakazuje přejídání a požaduje, aby potrava byla před polknutím důkladně rozžvýkána. Pro lidský organismus je prospěšná vyšší konzumace zeleniny, ovoce a biopotravin. Nevýhodou makrobiotické stravy je jednostrannost a nevyváženost, a proto může být riziková. Neobsahuje dostatek některých výživných látek a zpomaluje vstřebávání železa.

Mezi méně vhodnou alternativou ve výživě můžeme považovat **frutariánství**, jehož vyznavači konzumují pouze ovoce a některé druhy plodové zeleniny. Je vhodná pouze na krátkou dobu k očištění organismu.

Další alternativou je **organická strava** (obr. 5), která vyznává konzumaci pouze organických potravin nebo biopotravin, které byly vypěstovány bez použití umělých hnojiv, pesticidů, herbicidů a nejsou průmyslově zpracovány. Organické zemědělství však nemůže zajistit obživu pro celou populaci. Bez anorganických hnojiv by se neurodilo dostatek potravin a bez použití pesticidů by značná část úrody byla zničena.

Dělená strava (obr. 6) dělí potraviny na 2 hlavní skupiny. Odděluje od sebe společnou konzumaci potravin s vysokým obsahem bílkovin a sacharidů, které brání jejich dokonalému trávení. Obě skupiny lze současně konzumovat pouze s neutrálními potravinami.

Existuje mnoho dalších druhů alternativní stravy, například podle Ajurvedy, podle krevních skupin, a mnoho jiných.

Obecným rizikem alternativních způsobů stravování může být negativní vliv na organismus dětí, nemocných nebo těhotných žen. Dalším rizikem může být špatná informovanost a s ní spojené dietní chyby. Může vzniknout deficit důležitých látek v organismu nebo dojde k poruchám trávení, jako je zácpa nebo nadýmání. Také někdy negativně ovlivňuje imunitu jedince,

Jako hlavní přínos alternativních způsobů stravování můžeme považovat vyšší konzumaci ovoce, zeleniny, obilovin, luštěnin, rostlinných olejů a nižší příjem nasycených tuků, cholesterolu a živočišných proteinů. Dále dochází k redukci hmotnosti, což snižuje riziko obezity, cukrovky nebo kardiovaskulárních onemocnění. Vede k detoxikaci organismu a zlepšuje trávení. Díky alternativám ve výživě lidé nacházejí větší psychickou pohodu, což obecně vede k dodržování zdravějšího životního stylu, který zpomaluje stárnutí.



Obr. č. 13. Vegetariánská strava



Obr.č.14. Veganská strava



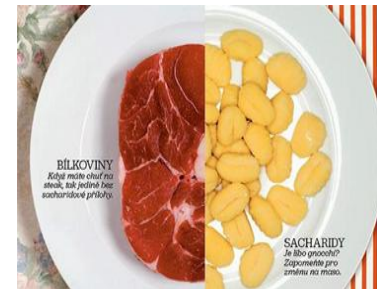
Obr. č.15. Vitariánská strava



Obr. č. 16. Makrobiotická strava



Obr. č. 17. Organická strava



Obr. č. 18. Dělená strava

Zdroje:

- <http://www.bio-life.cz/clanky/specializovana-strava/vyziva-podle-krevnich-skupin.html>
- <https://vegetariani-a-vegani.zdrave.cz/rizika-vegetarianstvi/>
- <https://ceskozdrave.cz/rizika-zdravotni-vyhody-ktere-vam-prinasi-veganstvi/>
- http://www.wikiskripta.eu/w/Alternativn%C3%AD_v%C3%BD%C5%BEiva

7. Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí ve Slovinsku

Autoři: Mgr. Martina Paclíková, Marie Jindřišková, 4. A

V listopadu minulého školního roku jsem se zúčastnila projektu schváleného v rámci programu Erasmus+, pořádaného naší školou. Název projektu byl “Srovnání bariérové ošetrovatelské péče ve zdravotnických a sociálních zařízeních v České republice, Slovinsku a Turecku”. Cíl tohoto projektu spočíval v seznámení studentů s metodami bariérové ošetrovatelské péče v zemích účastnících se projektu. Studenti ze střední zdravotnické školy Ruská navštívili Slovinsko, kde se dozvěděli spoustu zajímavých informací o zdravotnictví a vzdělávacím systému zdravotníků v této zemi.

Navštívili jsme zdravotnickou školu v hlavním městě Ljubljana, kde jsme byli provázeni místními učiteli a žáky. Zúčastnili jsme se hodin všeobecně-vzdělávacích předmětů i hodin odborného předmětu ošetrovatelství. Zhlédli jsme například úpravu lůžek. Jelikož Slovinsko je položeno jižněji než ČR, jsou zde teplejší klimatické podmínky, a tak žáci dávají na lůžka pouze jednoduché slabé pokrývky. Také nedělají na prostěradlech uzle, ale jen rohy zakládají. Jinak je úprava lůžka stejná jako v České republice. Řídí se základním pravidlem “čisté a špinavé” cesty ložního prádla. Také jsme si mohli povšimnout vybavení odborných učeben, kde jsou při stěně řady umyvadel se zásobníky na mýdlo a dezinfekci, kde si žáci na začátku a v průběhu hodiny důkladně myjí a dezinfikují ruce. Další významný poznatek pro nás byl, že škola vlastní UV přístroj, který dokáže odhalit, jestli při mytí a dezinfekci rukou žáci nedělají nějaké zásadní chyby. To je pro ně velmi cenná zpětná vazba, kterou mohou využívat pro zlepšování techniky hygienické dezinfekce rukou.

Školní vzdělávací plán studentů oboru zdravotní sestra, je podobný tomu v České republice. Zaznamenali jsme však jisté odlišnosti jako například výuku mikrobiologie jako samostatného předmětu. Překvapilo nás, že se na škole vyučuje i obor pedikér. Pro výuku tohoto oboru mají na škole moderně vybavenou učebnu.

Dalším přínosem pro naše poznatky byla možnost navštívit Ljubljanskou fakultní nemocnici. Zde jsme se mohli podívat na zařízení a fungování oddělení, na která chodí žáci z této střední školy na praktické vyučování. Navštívili jsme kliniku pro děti a dorost a kliniku infekčních nemocí. Žáci naší školy na odděleních infekčních nemocí praktickou výuku nevykonávají. Zařízení nemocnice bylo velmi podobné, jako v nemocnicích, kam chodí na praxe naši žáci. Praktická výuka začíná stejně jako u nás v ČR od třetích ročníků.

Pozváni jsme byli i do domova pro seniory, kde jsme se setkali s žáky, kteří zde vykonávali praktickou výuku. Měli jsme tedy možnost porovnat jejich ochranné pomůcky a prostředky s těmi, které se používají u nás (uniformy, boty, používání rukavic...). Studenti nosí bílé kalhoty a haleny podobné těm našim.

Poslední den jsme absolvovali exkurzi na centrální sterilizaci a seznámili jsme se s postupy dezinfekce a sterilizace používanými ve Slovinsku. Mohli jsme vidět spoustu zajímavých přístrojů (myček a různých typů sterilizátorů), které se na centrální sterilizaci používají. Pro kontrolu správného procesu sterilizace, se používá mnoho indikátorů, se kterými jsme byli seznámeni. Osobně jsme se setkali se sestrami, které zrovna balily sterilní balíčky na operační sály a mohly nám popsat jejich práci na tomto pracovišti. Několik sterilizátorů vlastní i škola. Mají možnost si vysterilizovat drobné nástroje, které používají v hodinách pedikúry.

V průběhu celé vzdělávací aktivity jsme obdivovali důraz, který Slovinci kladou na mytí a hygienickou dezinfekci rukou. Zásobníky s dezinfekcí jsme na chodbách Ljubljanské nemocnice potkávali prakticky všude. Myslím si, že i v našich nemocnicích se klade na hygienickou dezinfekci rukou velký důraz.



Obr. č.19 Práce studentů ze SZŠ Lublaň v hodině ošetřovatelství



Obr. č.20 praktické vyučování žáků v nemocnici v Lublaňi

8. Fantomova bolest

Autoři: Mgr. Monika Formánková, Beranová Denisa, Sazková Barbora, 2. A

Fantomová bolest je bolest týkající se chirurgicky či traumaticky odstraněné části lidského těla. Tento typ obtíží se vyskytuje nejčastěji jako následek amputace končetin, nicméně je popisován například i po ablaci prsu nebo extrakci zubů. Tento stav není nijak výjimečný, studie ukazují výskyt až u 50-80% pacientů, pahýlová bolest je pak popisována u 40-60% pacientů, která je ale charakteristická vyšší intenzitou a tím i výraznějším omezením při běžných denních činnostech. Fantomovými bolestmi mohou lidé trpět dočasně, ale i celoživotně.



Obr. č.21 jizva

Syndrom fantomové končetiny je přirozeným důsledkem amputace zahrnující v sobě nejen bolesti, ale i sensorické vjemy. Je nutné proto rozlišit jednotlivé složky syndromu.

První složkou je již zmiňovaná fantomová bolest. Je klinicky nejvýznamnější a představuje bolestivé pocity, které jsou vztažené k amputované části těla. Vyskytují se v prvním týdnu po operaci, nicméně její nástup může být zpožděn o měsíce až rok. Škála charakteru bolesti je pestrá, popisuje se např. bolest pálivá, štiplavá, svíraná, křečovitá, místy řezavá nebo bodavá, častý je i popis nepřirozeného postavení a zkroucení končetiny. Intenzita fantomové bolesti se postupně snižuje, u některých nemocných mžje za 1-2 roky úplně vymizet.



Obr. č. 22 ruce

Druhým jevem jsou fantomové pocity neboli senzace. Do této oblasti zařazujeme všechny nebolestivé pocity a uvědomování si nepřítomné končetiny včetně polohy, pohybu, nebo dokonce i délky končetiny. Postižení mohou pociťovat přítomnost končetiny, změny teploty (pocit horka, chladu), pocity doteku, svědění, brnění, mravenčení. Jedná se o velmi běžnou záležitost. Studie uvádí výskyt téměř 100 %. Bývají nejsilnější po amputacích nad loktem a nejslabší po amputacích pod kolenem.

Třetím jevem je pahýlová bolest. Jedná se o zvýšenou lokální bolestivost, v amputačním pahýlu přímo v místě jizvy, nebo v jejím blízkém okolí. Její výskyt se udává až v 50 % případů. Pahýlová bolest je intenzivnější na začátku s časem ubývá a postupně mizí.



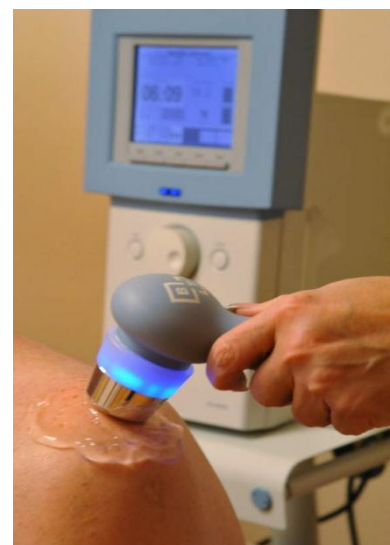
Výskytu syndromu fantomové končetiny nelze zcela předejít. Prevence těchto obtíží spočívá především v ovlivňování bolesti již od počátku vzniku, a ne až po amputaci

Obr. č.23 bandáž amputačního pahýlu

. Například léčba bolesti při diabetické polyneuropatii, nebo ischemické bolesti. Další možností snížení obtíží je bezesporu dokonalá bandáž amputačního pahýlu, časná rehabilitace, vhodná protéza a její včasné používání.

V současné době nelze přesně stanovit úspěšnou léčebnou strategii, nicméně byla navržena řada léčebných postupů postupujících od fyzikální terapie po chirurgický zákrok. Terapie tohoto stavu je nutná jen v těžších případech, kdy nedochází k samovolnému vymizení obtíží. Při terapii fantomových bolestí je nutné uplatňovat velmi individualizovaný přístup. Konkrétní léčebný postup se sestavuje na základě typu bolesti, intenzity a stupni invalidity pacienta.

Úlevu od méně intenzivních potíží může přinést fyzikální terapie. Je možné využít ultrasonoterapii (léčbu ultrazvukem), který se aplikuje speciálním přístrojem s hlavicí. Vytváří mechanické vlnění a léčebné frekvenci 0,7 až 3,3 MHz absorbované až 5 cm hloubce. Využívá se při poškození měkké tkáně díky analgetickému, spasmolytickému a vasodilatačnímu účinku.



Obr. č. 24 Ultrasonoterapie

Pomoci může i lokální aplikaci tepla a chladu. U aplikace chladných obkladů musíme ale dávat pozor na zhoršování bolesti. Pokud by chlad zhoršovat pálivou a palčivou bolest, musíme aplikaci přerušit. Mezi vhodné metody patří i masáže amputačního pahýlu, akupunktura, či elektrostimulace.

Velkou roli v terapii fantomových bolestí hraje i psychologická léčba. První psychologická intervence by měla být provedena již před amputací. Její součástí by měla podrobné informace o této problematice. Nejvíce prožívanými pocity jsou deprese, úzkost, beznaděj, bezmoc a strach z budoucnosti. Pacienti mohou často zatajovat svoje skutečné prožitky, aby nebyli označeni jako duševně nemocní. Dle dlouholetých zkušeností přispívá ke zmírnění potíží cvičení s amputovanou končetinou v představě.

Z farmakoterapie má velký úspěch nasazení antidepressiv, které různými způsoby mění rovnováhu v neurotransmiterech v centrálním nervovém systému. Dále antikonvulziva, jejichž cílem je potlačit rychlou a výraznou aktivaci neuronů. Analgetika k potlačení bolesti, lokální farmaka ve formě mastí, olejů a emulzí.

Z nefarmakologických postupů se využívá TENS. Transkutánní elektrická nervová stimulace. Přiloženými elektrodami aplikujeme elektrický proud, kterým stimulujeme nervové kmeny a vlákna, což vede ke zmírnění bolesti. Délka impulzu by měla být co nejkratší, ale ještě by měla vyvolávat potřebnou intenzitu. S rostoucí intenzitou impulzu se totiž zvyšuje subjektivní nepříjemnost pro pacienta. Při elektrické stimulaci v místě elektrod pacient cítí kožní pocity (brnění).

Chirurgická léčba se provádí pouze u pacientů s prokázanou patologií. Z anesteziologických technik se provádějí svodné blokády, bloky nervového kmenem spinální či epidurální blok a sympatické blokády.



Obr. č. 25 amputovaná končetina



Obr. č.26 TENS

Zdroje

- LEJČKO, Jan. Fantomová bolest: Doporučené postupy pro praktické lékaře [online]. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. [cit.19.10.2017]. Dostupné na http://www.lecba-bolesti.cz/dokumenty/fantomova_bolest.pdf
- Rehabilitace.info: Fantomová bolest – příznaky, příčiny a léčba [online]. 2016. [cit.19.10.2017]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.info/bolesti-2/fantomova-bolest-priznaky-priciny-a-lecba/>

9. Prevence syndromu vyhoření u pečovatele

Autoři: Mgr. Alžběta Jonáková, Aneta Verbeščuková, Alžběta Dvořáčková, 1.S

Syndrom vyhoření není onemocnění, ale spíše psychický stav objevující se často u osob pracujících v profesích, které vyžadují každodenní mezilidskou komunikaci. Jedná o duševní stav popisovaný jako naprosté vyčerpání, vyhasnutí. Jde o plynulý a dlouhodobý proces, v němž lze pozorovat tyto fáze: nadšení, stagnace, frustrace, apatie a vyhoření. Každý člověk je jedinečný, takže projevy se mohou u každého člověka lišit.

Fáze syndromu vyhoření:

Fáze nadšení, kdy pracující zpočátku překypuje elánem a energií. Je ochotný pro svou práci mnohé obětovat. V zaměstnání nachází uspokojení a naplnění.

Fáze stagnace, je typická tím, že počáteční nadšení opadá a jedinec si začíná uvědomovat, že ne vše je tak ideální, jak si původně myslel.

Fáze frustrace nastává tehdy, kdy jedinec začne pochybovat nad smyslem své práce. Tyto pochybnosti jsou nejčastěji založeny na negativních zkušenostech s nespolupracujícím klientem či nadřízenými.

Fáze apatie následuje po delší době frustrace. Jedinec již vykonává pouze nejnutnější povinnosti a svoje zaměstnání považuje za pouhý přísun peněz.

Fáze vyhoření je posledním stádiem. U pracujícího jsou viditelné příznaky syndromu vyhoření, tj. emocionální a tělesné vyčerpání.

Příznaky syndromu vyhoření lze rozdělit na psychické a fyzické. Z psychické oblasti to může být např.: sklíčenost, popudlivost, bezmocnost, nechuť, cynismus, zapomínání, nesoustředěnost, snížená ochota pracovat s lidmi, stažení se, soukromé konflikty. Z fyzických příznaků to mohou být potíže se spánkem, jídlem, člověk se snadno unaví, může mít vysoký krevní tlak.

Prevence syndromu vyhoření:

- péče sama o sebe (mít se rád),
- dokázat požádat o pomoc,
- mezilidské vztahy (rodina, přátelé – lidé, kteří jsou schopni podpořit fakticky i emocionálně),

- sebepoznání (důležité si uvědomit své chyby i své dobré vlastnosti),
- supervize (nástroj celoživotního učení používaný zejména u pomáhajících profesí),
- “Práce patří do práce” (umění oddělit práci od rodinného života),
- relaxace a odpočinek.

Kdo je to pečovatel?

Osoba, která poskytuje služby seniorům či osobám se zdravotním, mentálním či jiným handicapem, kteří nejsou schopni si své potřeby zajistit vlastními silami.

Náplň práce pečovatele:

Spočívá v přímé *obslužné péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb*, tj. v pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb. Dále spočívá v pečovatelské činnosti v domácnosti osoby, tj. komplexní péče o jejich domácnost (běžný úklid, běžný nákup základních potravin a předmětů denní potřeby, pomoc v domácnosti, tj. praní, žehlení apod., a drobné pochůzky např.: na poštu, k lékaři, atd.).



Obr. č.27 Pečovatel starající se o klienta.

Zdroje:

- https://cs.m.wikipedia.org/wiki/Syndrom_vyhořen%C3%AD
- <https://nemoci.vitalion.cz/syndrom-vyhoreni/>
- <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz>
- www.google.cz/obrazky
- www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108
- MLÝNKOVÁ, J.: Pečovatelství 1. díl. Praha: Grada, 2010, 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.

10. Zdravotnictví ve světě a jejich systémy – ČR, USA, VB

Autoři: Ing. Jana Jagerová, Danny Atie, 2. T

Zdravotnictví je složitý a otevřený systém, který je pouze jedním z činitelů, které ovlivňují zdraví obyvatelstva. Postoje veřejnosti ke zdravotnictví jsou velmi citlivé a informovanost obyvatelstva se v různých zemích světa různí. Znalost fungování zdravotnických systémů v jednotlivých zemích je klíčová pro možnost porovnání jednotlivých systémů zdravotnictví.

Pacient je spokojen se zdravotnictvím, v případě že dojde k jeho úplnému uzdravení nebo alespoň ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Spokojen je i v případě, že vyléčen není, ale má subjektivní pocit, že mu byla poskytnuta maximální možná péče.

Zdravotnictví je do jisté míry ukazatelem stability a jistoty obyvatelstva. Není nutné využívat zdravotnický systém v dané chvíli, je však důležité vytvoření přesvědčení, že zdravotnictví funguje a lze se na něj spolehnout v jakékoli chvíli.

Zdravotnické systémy lze podle způsobu hrazení poskytnuté zdravotní péče rozdělit na dva základní modely, a to na modely založené na pojištění a na systémy zdravotnické péče hrazené z daní tedy - Státní zdravotnictví.

V Evropě je pravidlem státní garance za zdravotní péči pro všechny obyvatele. Evropa se hlásí k principům solidarity a všeobecné dostupnosti zdravotní péče a klade důraz na ochranu veřejného zdraví.

V USA byl historicky kladen důraz na individuální odpovědnost, stát negarantoval zdravotní péči pro všechny, pouze pro některé sociální skupiny.

Ve Spojených státech amerických je zaveden tzv. liberální systém **tržního zdravotnictví** založeného na soukromém (dobrovolném) zdravotním pojištění. Pojištění v USA lze zřídit individuálně nebo prostřednictvím zaměstnavatele.

V USA existují státní programy, ze kterých je **hrazena téměř polovina** veškeré zdravotní **péče**. Tyto programy jsou určeny pouze pro vybrané sociální skupiny.

- **Medicare** – důchodci, tělesně postižení, významná spoluúčast v ambulantní péči, stejné podmínky ve všech státech USA.
- **Medicaid** - základní péče pro chudé, rozdíly mezi jednotlivými státy.

- **Veterans Health care Administration** - pro vojáky, válečné veterány a jejich rodiny, vysoké státní úředníky.
- **Indian Health Care** - pro původní americké obyvatele, Indiány a Eskymáky – poskytována bezplatně

Neodkladná péče v ohrožení života (dle „Emergency Care Act“) není sice bezplatná, ale musí být vždy poskytnuta, a to bez ohledu na solventnost pacienta.

Američané mají v očích veřejnosti sice nejkvalitnější zdravotní péči na světě, jenže ne každý si může dovolit být pojištěn a platit náklady, které s lékařskou péčí souvisejí.

V Americe existují dva druhy pojištění: **zaměstnanecké** a **individuální**. U **zaměstnaneckého** pojištění **platí** pojistku **zaměstnavatel**, této pojistky využívá **2/3 všech pojištěných**. **Individuální** zdravotní pojištění si **hradí občas ze svého příjmu sám**, tohoto systému využívá jen cca **5%** populace, Většina individuálně pojištěných lidí má pouze **částečné pojištění**, které pokrývá pouze hospitalizaci.

Hlavními výhodami tržního systému zdravotnictví jsou:

- **Vysoká kvalita** péče za podmínky dostatečného rozsahu pojistky,
- **Více peněz pro vědu a lékaře.**
- **Rychlé uplatňování nových technologií s výsledků výzkumu v praxi**
- **Tlak na zvyšování kvality zdravotní péče**

Mezi **nevýhody** patří:

- **Nákladnost a vysoká cena** pro obyvatele
- **Sociální nerovnost** a nedostatečná **dostupnost** zdravotní péče; 17 % Američanů nemá zajištěné zdravotní pojištění, což je 47 miliónů nepojištěných, z toho 8,6 miliónů dětí.
- **Pojišťovna si může vybrat, koho chce pojistit** a koho pojistit nechce.

O změnu zdravotnictví v USA se pokusil bývalý prezident Obama, který zavedl systém známý jako Obamacare, kdy „ **Patient Protection and Affordable Care Act 2010**“ **deklaroval, že všichni občané musí být povinně pojištěni**

Došlo ke zřízení veřejné/státní zdravotní pojišťovny, která nemůže odmítnout rizikové pojištěnce. V roce 2016 bylo pojištěných občanů již přes 90 %. Současný prezident Donald Trump plánuje tuto reformu zrušit a vrátit USA ke stejnému modelu, který byl zaveden před nástupem prezidenta Obamy.

Ve **Velké Británii** je zaveden tzv. **Beveridgův** model, jenž se řadí do systémů **Státního zdravotnictví**. Bevergův model **vychází ze Semaškova** model, který byl v bývalém Sovětském svazu a nyní je zachován v pozměněné podobě pouze na Kubě. V Británii je tento systém zaveden od roku 1948. Po posledních reformách (konec 90.let) tvoří NHS dva relativně nezávislé **samosprávné integrované segmenty**:

- **Primární péči**
- **Sekundární péči**

Primární péče je poskytována v rámci sdružených zdravotnických zařízení s rozhodující rolí všeobecných praktiků/ PCTs tvoří Praktičtí lékaři, zubní lékaři, farmaceuti, optometristé, optici, poradenské telefonní linky o zdraví a zdravotní péči, NHS Walk-in centres –to jsou zdravotní střediska, kde pracují sestry, řeší menší zdravotní problémy (menší úrazy, nachlazení...)

Obvodní systém, neumožňuje svobodnou volbu lékaře, role GPů je především coby průvodců zdravotnickým systémem a „gatekeeping“ (hlídači vstupu“).

Sekundární péče je tvořena nemocnicemi sdruženými do tzv.řetězců.

Mezi hlavní výhody Beveridgova modelu patří:

- **Dostupnost** péče
- **Rovnost** v přístupu
- Menší administrativní zatížení lékařů.

Nevýhody:

- **Různá úroveň nemocnic** z hlediska komfortu pacientů,
- **Omezená svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení;**
- **Velmi dlouhé čekací doby na diagnostické výkony, na drahé výkony a na specializované ambulantní služby.**

Česká republika má zaveden systém solidarity v rámci zdravotnického systému. Zdravotnictví v ČR konkrétně využívá bismarckovského modelu, který byl založen koncem 19. století v Německu Otto von Bismarckem. Je založen na veřejném neboli povinném zdravotním pojištění. Tento systém byl zaveden v tuzemsku v 90. letech. Zdravotní pojištění je součástí komplexního sociálního zabezpečení, které se stalo

povinným (spolu s nemocenským, úrazovým a důchodovým pojištěním). Povinnost zaměstnavatelů a zaměstnanců platit sociální/zdravotní pojištění jako určité % příjmu.

Výhody tohoto systému:

- Všeobecná **dostupnost** zdravotní péče, **rovný přístup**
- **Jistota** pojištěnce, že bude poskytnuta potřebná péče;
- **Vysoká kvalita** péče;

Nevýhody:

- **Nižší plat lékařů**
- Velké administrativní náklady na zdravotnictví
- Složitost vztahů mezi pacientem, plátcem zdravotní péče a poskytovatelem zdravotní péče.

Kvalita zdravotní péče v ČR soustavně roste i v mezinárodním srovnání.

11. Ošetřovatelská péče o dítě po narození

Autoři: Mgr. Jana Hromádková, Měšťanová Kristýna, 4. A

Motto

Úkolem porodní asistentky je pomoci ženě objevit, že život s miminkem je krásný.



Obr. č. 28 novorozenec

Fyziologický novorozenec

- Novorozenecké období zahrnuje prvních 28 dní života
- Období adaptace, přizpůsobuje se podmínkám mimo matčino tělo
- Je narozený v termínu porodu

Vnější znaky :

- Váží asi 2700 – 4000 gramů
- Měří přibližně 50 cm
- U chlapců jsou sestouplé varlata, u děvčat velké stydké pysky překrývají malé stydké pysky
- Kůže je pokryta mázkem
- Na zádech a ramenech jemné chloupky (lanugo)
- Četné tělesné funkce, které byly během života v matčině těle částečně nebo zcela pasivní, začínají v tomto období aktivně fungovat. Je eutrofický (normálně vyvinutý, přiměřeně živený, zkrátka v pořádku)
- Velká a malá fontanela jsou od sebe oddělené (sroste do 1 roku dítěte) dobře vyvinutý tukový polštář, kůže hladká, růžové barvy.
- Dotyk rodičů podporuje adaptaci smyslů dítěte a napomáhá vytváření pocitu bezpečí.

- Od prvních okamžiků umožňujeme první kontakt matky s dítětem a zároveň zabraňujeme ztrátám tepla.

První ošetření novorozence

- To, jak se o novorozence v prvních okamžicích postaráme může ovlivnit kvalitu jeho dalšího života.
- V prvních minutách se adaptuje na vnější prostředí
- V současnosti je trendem bonding (nepřerušovaný kontakt matky s dítětem)
- Tvorba hlubokých emočních vazeb mezi matkou a dítětem
- Stále sledujeme stav, projevy a chování dítěte. S dítětem zacházíme laskavě, šetrně, bez zbytečných, rychlých a hrubých podnětů. Vždy bychom měli přesně vědět co děláme.
- Položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu a nepřerušovat min. 2 hodiny
- Vyšetření a ošetření dítěte přímo na těle matky



Obr. č.29 Matka s dítětem

Cílem prvního orientačního vyšetření je zjistit co nejdříve případné poruchy základních životních funkcí při použití skóre podle Apgarové (AS). Dále odhadnout stav výživy, gestační věk, stupeň zralosti novorozence a případné známky traumatismu.

Apgar skóre - hodnocení základních životních funkcí. 10 minut po porodu by děti měli mít AS 10 bodů. AS dává první informace, zda dítě potřebuje okamžitou pomoc nebo má problémy, které nejsou tak závažné.

Vyhodnocení AS : 0-3 body těžká porodní asfyxie (dušení způsobené nedostatkem vzduchu) 4-7 bodů mírná nebo střední porodní asfyxie, 8-10 bodů norma, dobrý stav.

Děti které do deseti minut nemají AS 10 je nutné pozorovat.

Skórování podle Apgarové

Srdeční akce	Není	Pod 100/min	Nad 100/min
Dýchání	Není	Lapavé, pomalé, nepravidelné	Pravidelné, křičí
Svalové napětí	Chabé, atonie	Slabé, částečně udrží flektované končetiny, hypotonie	Přiměřený tonus aktivní pohyby
Reflexy	Žádné	Grimasa	Křik, kýchání
Barva	bledá až promodrání	Tělo růžové, končetiny modré	Růžové tělo i končetiny

Výsledkem celkové prohlídky by měl být popis zdravotního stavu dítěte po narození.

Kredeizace (vykapávání spojivek novorozenců, prevence gonokokové infekce - některé infekční a parazitární nemoci, např. kapavka)

Sledujeme reflexy, které vypovídají o funkci nervové soustavy a jejich případných poškozeních. Soustředíme se na: vývojové vady, následky porodního traumatu nebo perinatálního onemocnění.

Screening vývojové dysplazie kyčlí: provádí se ve 3 krocích

1. Vyšetření pediatrem v porodnici
2. Vyšetření ortopedem + UZ (ultrazvuk) mezi 4.-6. týdnem života
3. Vyšetření ortopedem ve 3. Měsících

Ideální potravou pro dítě od narození do ukončení 6. měsíce života je mateřské mléko. Mateřské mléko je jak potravou tak i lékem. Svým složením se stále přizpůsobuje potřebám rostoucího dítěte, poskytuje mu ochranu před většinou infekcí, snižuje pravděpodobnost alergií.

Když se dítě ochotně přisaje, vidíme, že může sát a polykat.

První období je výhradně mléčné, tzn. dítě je plně kojeno nebo dostává umělou výživu. Druhé období je přechodné období, kdy dítě dostává k mateřskému mléku nebo umělé výživě kašovitě příkrmy vhodné pro toto období. Třetí období je období smíšené stravy, kdy do jídelníčku dítěte je postupně zařazována upravená strava dospělých vhodná pro děti.

Správná technika kojení - základem je správné držení prsu a správné přikládání dítěte k prsu. Mateřské mléko je levnější než umělá strava a kdykoliv k diapozici



Obr. č.30 matka kojící dítě

Zdravotní:

- Kojené děti jsou méně často nemocné
- Méně časté intolerance a alergie na kravské mléko
- Nižší výskyt atopického ekzému, alergií, diabetu, obezity, chronických chorob, GIT, infekčních onemocnění
- Podpora involuce dělohy u matky, rychlejší dosažení předporodní hmotnosti
- Matka se prostřednictvím kojení učí reagovat na potřeby dítěte
- U ženy nižší riziko karcinomu vaječníku, karcinomu prsu a fraktur kyčle v klimakteriu

Psychologické:

- Zlepšuje vztah mezi matkou a dítětem

Zdroje

Mydlil V., Vocel J. a kolektiv. Praktická neonatologie. Avicenum Praha 1982

Leifer G., Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství, 1. české vydání Praha, Grada Publishing 2004

Niessen K-H. a kolektiv, Pediatrie scientia medica Praha 1996

Poláček K. a kolektiv, Fyziologie a patologie novorozence. Avicenum Praha 1981

Trapl J., Učebnice praktického porodnictví. Zdravotnické nakladatelství Praha 1949

WHO Ženeva, Strategické dokumenty (3.), Péče v průběhu normálního porodu, Poporodní péče o matku novorozence. MZ ČR 2002

Kosfeld B., Přednášky, Praha 2005

12. Bazální stimulace

Autoři: Mgr. Martina Paclíková, Michaela Zourová, 3. B

Bazální stimulace je vědecký, pedagogicko-ošetrovatelský koncept. Neboli koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Techniky bazální stimulace se využívají pro pacienty, kteří jsou z jakéhokoliv důvodu tělesně nebo duševně postiženi. Koncept bazální stimulace se neustále vyvíjí a zdokonaluje na základě nových poznatků z přímé ošetrovatelské péče. Podstata není pacienty vyléčit, ale zkvalitnit a zplnohodnotnit jejich život v rámci daných možností jak po stránce biologické, psychologické, ale i sociální.

Autorem konceptu je Prof. Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který pracoval od roku 1970 v rehabilitačním centru v Německu s dětmi, které se narodily s těžkým kombinovaným somatickým a intelektovým postižením.

PhDr. Karolína Friedlová je první certifikovanou lektorkou konceptu bazální stimulace v České republice. Od roku 2000 zavádí a prosazuje koncept bazální stimulace v České republice i na Slovensku. Koncept je hojně využíván především na odděleních intenzivní péče a následné sociální a zdravotní péče. Koncept bazální stimulace patří v zemích Evropské unie k uznávaným a aplikovaným metodám.

Základem správně prováděné stimulace je fakt, že pacienta vnímáme jako našeho partnera. Vnímání a smysly se mají postupně utvářet. Člověk vnímá, pokud dýchá. Podněty pro pacienta musí být jasné a zřetelné, jinak nemusí být pacientem pochopeny. Koncept má tři základní prvky a to pohyb, lokomoce a vnímání.

Koncept podporuje všechny lidské potřeby. Potřeby dlouhodobě nemocných vychází z hierarchie potřeb dle Maslowa. Při praktikách konceptu se řídíme podle aktuálního zdravotního a psychického stavu pacienta.

Cíle Bazální stimulace jsou zachovat život a zajistit vývoj. Umožnit pacientovi vnímat svůj vlastní život. Poskytnout pacientovi pocit jistoty a důvěry. Rozvíjet vlastní rytmus pacienta. Umožnit pacientovi poznat okolní svět. Pomoci pacientovi navázat vztah. Umožnit pacientovi zažít smysl a význam věci či konaných činností. Pomoci pacientovi uspořádat jeho život. Poskytnout pacientovi autonomii a zodpovědnost za jeho život.

Pro zjednodušení základního přístupu k pacientovy bylo vypracováno tzv. desatero bazální stimulace. To zahrnuje přivítat se a rozloučit se s pacientem pokud možno vždy stejnými slovy. Při oslovení se ho vždy dotknout na stejném místě (iniciální dotek). Hovořit zřetelně, jasně a ne příliš rychle. Nezvyšovat hlas, mluvit přirozeně. Dbát na to, aby váš hlas, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov. Při rozhovoru s pacientem používat takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý. Nepoužívat v řeči zdrobněliny. Nehovořit s více lidmi najednou. Při komunikaci s pacientem se pokuste redukovat rušivé elementy z okolního prostředí. Umožněte pacientovi reagovat na vaše slova.

Prvky základní stimulace jsou: **somatická stimulace**. Základní formou stimulace je dotyk, který by měl být klidný, provedený celou plochou ruky, ne jen prsty. Dotyk je nejjednodušší formou nonverbální komunikace. Důležité je správné polohování a mikropolohování.

Vestibulární stimulace. Pomocí vestibulární stimulace se zlepšuje prostorová orientace, rovnováha a vnímání pohybů pacienta. Cílem vestibulární stimulace je správná orientace v prostoru. Redukce závratí. Připravit organismus na mobilizaci. Vestibulární stimulace se používá u pacientů, kteří jsou upoutáni na lůžku déle než tři dny, dále u pacientů nacházející se ve vigilním kómatu a také u pacientů s mentální retardací.

Vibrační stimulace. Pacienta stimulují vibrace. Probíhá směrem od periferie dovnitř těla. Kostí vedou vibrace po skeletu a ty jsou vnímány hlouběji v těle i na vnitřních orgánech. Vnímání vibrací je zcela individuální. Vibrační stimulací můžeme ovlivnit dýchání. Indikace k vibrační stimulaci je u pacientů s hemiplegiemi, dále jsou vhodnými pacienti dlouhodobě imobilní. V neposlední řadě se tato technika konceptu používá u pacientů s CMP. Kontraindikace vibrační stimulace je krvácení, krvácivé stavy a varixy.

Optická stimulace. Pro optickou stimulaci a orientaci v prostoru je velice důležitá jakákoliv změna tělesné polohy. Někdy jde jen o malou změnu polohy hlavy, ale mění se pacientovo zorné pole. Změnami polohy lze pacientovi umožnit sledovat dění v jeho okolí, ale také se orientovat na svém těle. Tím se posílí jeho pocit jistoty.

Auditivní stimulace. Cílem auditivní stimulace je navázání kontaktu mezi pacientem, ošetřujícím personálem a momentálním okolím. Naučit pacienta novým zvukům, slovům a řeči. Pomoci pacientovi se pomocí sluchových podmětů lépe orientovat. Mobilizovat jeho vzpomínky (vyprávění, pohádky). K auditivní stimulaci lze využít široké spektrum pomůcek, dále bychom měli pracovat s biografickou anamnézou, kde jsou důležité informace o případné sluchové vadě nebo nedostatečnosti a používání kompenzačních pomůcek.

Taktilně-haptická stimulace. Velmi často jsou pacienti neklidní, hyperaktivní a tahají si za různé invazivní vstupy, svlékají si svršky oblečení, odepínají si plenkové kalhotky. Neznalost nových předmětů, které se najednou vyskytly v pacientově blízkosti, v něm vyvolávají pocity neznáma, nejistoty a tím i strachu. Proto tyto pacienty stimulujeme pomocí známých předmětů. Mnohé situace jsou pro pacienta nevhodné, nedůstojné a pro ošetřující personál nepříjemné. Personál by v žádném případě neměl reagovat hněvem. Pacienti tyto činnosti nedělají schválně, jak by to někdy mohlo vypadat. Dělají to z důvodu, že potřebují dané předměty identifikovat. Potřebují taktilně-haptickou stimulaci. Potřebují základní lidskou potřebu – potřebu aktivity. Koncept bazální stimulace tyto aktivity pacientů chápe jako nedostatek taktilně – haptické stimulace a nedostatek aktivity.

Olfaktorická stimulace je založena na využívání různých vůní a pachů, protože jsou hlavními vyvolavateli vzpomínek. Určité vůně asociují např. roční období, příjemné chvíle, blízké osoby. Před tím, než začneme stimulovat, je nutné zjistit, jaké vůně pacient upřednostňuje, abychom u něj nevyvolali negativní reakci. Nemocného

je třeba ošetřovat jeho osobními hygienickými prostředky, mýdly, krémy, parfémy (vždy dát přivonět) a samozřejmě sledovat jeho reakce.

Orální stimulace. Cílem orální stimulace je zprostředkovat pacientovi vjem z úst a stimulovat vnímání. Ze začátku se často využívá oblíbená tekutina, kterou se vytírá dutina ústní, nebo se potírají rty. Mohou se také využít tzv. cucací váčky, což je kousek oblíbené potraviny zabalené do gázy nebo domácí mixovaná strava podávaná po lžičkách. Velkou roli hraje hygiena dutiny ústní a ošetření rtů balzámem na rty.

Bazální stimulace se stala důležitou součástí ošetrovatelské péče u nás i ve světě.



Obr. č. 31 poloha mumie



Obr. č.32 poloha hnízdo

Zdroje:

- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.*
- ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A. *Psychologie a Pedagogika. Vimperk: Nakladatelství H&H, 1999. ISBN 80-86022-42-0.*
- INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE. [online]. [cit. 2013-15-04]. Dostupné z: http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php
- FRIEDLOVÁ, K. *1.díl. Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I. 2.vyd. INSTITUT Bazální stimulace s.r.o. 2006. ISBN 80-239-6132-2.*

13. Urologická problematika u mužů

Autoři: Mgr. Irena Salavcová, Václav Uhlíř, 2. LB

V naší prezentaci jsme se zabývali onkologickým onemocněním prostaty u mužů.

Většinu zhoubných (maligních) nádorů prostaty tvoří karcinom a při histopatologickém vyšetření je nejčastěji zjištěn adenokarcinom. Ten zpravidla vzniká v periferní části žlázy (tzv. periferní zóně) a proto zejména v počátečním stádiu nemusí nemocnému způsobit žádné subjektivní obtíže.

Prostata bývá také často postižena nemaligním onemocněním - tzv. benigní hyperplazií (BPH), která na rozdíl od karcinomu vzniká zbytněním tkáně v centrální části prostaty (tzv. centrální zóně) a projevuje se různými obtížemi při močení

Karcinom prostaty je nejčastějším onkologickým onemocněním mužů u nás. V období mezi r. 1990 - 2001 došlo k zvýšení jeho incidence (výskytu) přibližně o 100 %. Přestože nárůst mortality (úmrtí) na to onemocnění není zdaleka tak rychlý - spíše je v posledních letech neměnný-, v porovnání s jeho incidencí, je třetí nejčastější příčinou úmrtí na zhoubný nádor u mužů v České republice. Incidence karcinomu prostaty vzrůstá s věkem, před čtyřicátým rokem života se jedná o vzácné, ojedinělé případy, mezi 40 - 50 lety je výskyt nízký, s postupnou akcelerací po "padesátce".

Ne všichni nemocní, kteří mají karcinom prostaty, jsou jím také ohroženi. Při autopsii padesátiletých mužů, kteří zemřeli na jiné onemocnění, je v 30 % nalezen asymptomatický ("bezpříznakový") karcinom prostaty. Při stejném vyšetření osmdesátníků se záchyt blíží již 100 %.

Příznaky, vyšetření, stanovení diagnózy

V časných stádiích onemocnění většina nemocných nemá žádné obtíže. Na přítomnost onemocnění nás většinou upozorní zvýšená hladina prostatického specifického antigenu (PSA) nebo subjektivní obtíže.

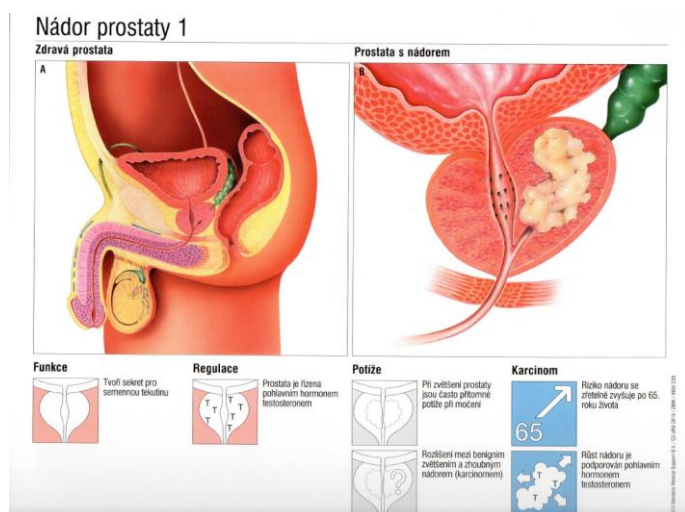
Většinou se jedná o obtíže s močením, které jsou označovány jako LUTS („Lower Urinary Tract Symptom“). Patří k nim obtížné a časté močení. Vzácněji se projeví nádor přítomností krve v moči (hematurie).

V rámci odborného urologického vyšetření je prostata vyšetřena ultrazvukem přes konečník a je z ní proveden odběr vzorků tenkou jehlou k histopatologickému vyšetření.

Léčba

Metoda přísného sledování ("watchful waiting") se používá u starších nemocných s neagresivním průběhem onemocnění, označovaným někdy jako tzv. latentní nebo incidentální karcinom prostaty. Jedná se o malý, dobře diferencovaný, málo agresivní (Gleason skóre do 6) nádor, omezený na žlázu s nízkou hodnotou PSA, která svědčí pro nepřítomnost metastáz.

U nemocných s lokalizovaným karcinomem prostaty je nejčastěji provedena buď radikální prostatektomie (radikální operace) nebo léčba zářením (radioterapie).



Obr. č.33 nádory prostaty

Nádory ledvin

nádory benigní, jejichž povaha není agresivní, jsou většinou dobře operovatelné a nemají tendenci se agresivně rozrůstat do okolí nebo tvořit metastázy. Do této skupiny nádorů patří nádor, který se nazývá **angiomyolipom** (angio = cévy, myo = svalové buňky, lipom = nádor z tukové tkáně. Jak je již z názvu patrné, složení tohoto nádoru je pestré), který bývá často nacházen u pacientů s onemocněním tuberózní sklerózy.

Druhou skupinou jsou **nádory maligní**, které už mají většinou agresivní chování, mohou vytvářet **metastázy**, mohou se sami cévně zásobit a agresivně prorůstat do okolí, přičemž ničí tkáň, která jim stojí v cestě. Nejběžnějším maligním nádorem ledvin je **karcinom**.

Příznaky a projevy nádorů ledvin

Příznaky nejsou nijak zásadní, právě v tom je karcinom ledvin velmi zrádný. Uvádí se jako přítomnost **krve v moči** (hematurie), případně **bolest v bederní oblasti**.

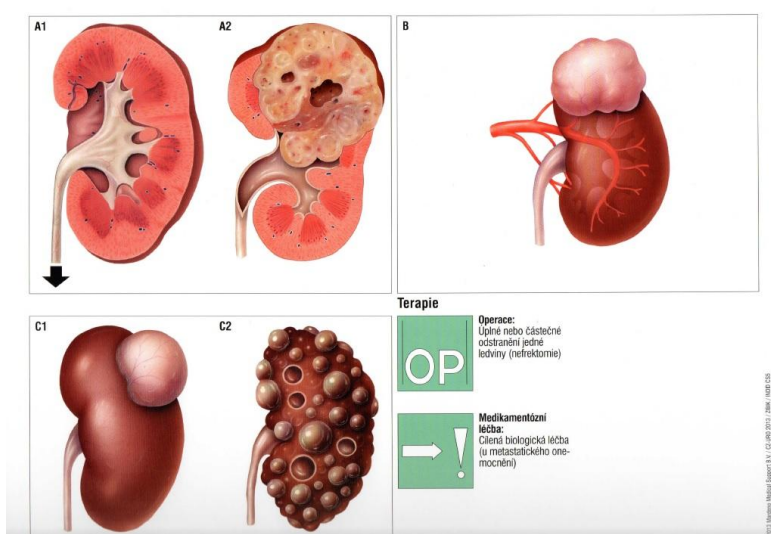
Léčba nádorů ledvin

Chirurgická léčba spočívá buď v částečném (je-li nádor malý a bylo by zbytečné brát pacientovi celou ledvinu a doživotně ho tak zatížit dialýzou) nebo kompletním odstranění postižené ledviny.

Radioterapeutická léčba se používá výjimečně, hlavně v případech, kdy není možné použít léčbu chirurgickou.

Imunoterapie – je nejefektivnější volbou i v případě, že jsou přítomné metastázy a u některých případů je možné dosažení trvalých výsledků.

Nádory ledvin



Obr. č.34 Nádory ledvin

Zdroje:

- Dr. Ludmila Loukotková
- www.google.cz/obrazky

14. Transplantace v ČR, její historie a současnost

Autoři: Mgr. Taťána Janíková, Nicole Nogolová, Viktorie Svobodová 4. B

Transplantace je přenos celého orgánu nebo jeho části či určité tkáně z jednoho těla do druhého, nebo z určitého místa těla na jiné. Orgány určené k transplantaci se mohou získat jak z živého, tak i z mrtvého organismu po průkazu smrti mozku. Důvodem tohoto chirurgického zákroku je poškození nebo selhání původního orgánu. Žijícím dárce orgánů se může stát osoba v příbuzenském nebo nepříbuzenském vztahu k příjemci, která se dobrovolně rozhodla darovat párový orgán (ledvinu, plicní lalok) nebo část orgánu, který je obnovitelný (játra).

Pro dárcovství platí přísná etická pravidla. Pokud je orgán darován osobě blízké, dárce vyjádří předepsaným způsobem svůj svobodný a informovaný souhlas. V případě darování orgánu jiné osobě, musí vždy zasednout a schválit odborná etická komise. Transplantace od žijícího dárce má několik výhod. Jednou z nich je dokonalá příprava a vyšetření dárce i příjemce. Předpokladem je tedy zdravý dárce, pro kterého nepředstavuje darování ledviny riziko. Každý dárce, ať už žijící nebo zemřelý, je podroben důkladnému medicínskému vyšetření, aby se minimalizovala možná rizika spojená s přenosem orgánů, a to jak z krátkodobého, tak i dlouhodobého hlediska. O vhodnosti použití odebraného orgánu rozhoduje specialista transplantačního centra, výběr příjemců orgánů je založen na principu medicínské naléhavosti a rovnosti.

Kritéria výběru jsou přesně definována a zveřejňována. Organizace transplantačního programu je vymezena transplantačním zákonem 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů. Podle tohoto zákona se v České republice uplatňuje princip předpokládaného souhlasu, tzn. že potenciálním dárce orgánů a tkání se po smrti může stát kdokoliv. Výjimkou jsou ty osoby, které za svého života vyjádřily jednoznačný písemný nesouhlas s dárcovstvím a zaregistrovaly v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem.

Které orgány se transplantují?

V České republice nejčastěji transplantují srdce, ledviny, játra, tenké střevo, žaludek, slezina, plíce, slinivka břišní a děloha. Z tkání se transplantují kosti, šlachy, rohovka, srdeční chlopně, cévy, kůže, kostní dřeň a kmenové buňky.

Historie transplantace

V roce 1933 byla poprvé u člověka provedena první zdokumentovaná transplantace ledviny. V roce 1963 byla první transplantace plic, v témže roce byla provedena první transplantace jater. Rok 1967 byl významným rokem pro transplantaci srdce. 80 léta 20. století znamenala úspěch, neboť byly provedeny kombinované transplantacemi srdce a plic. První transplantace tenkého střeva proběhla v roce 1988. Významným počínem v oblasti transplantace byl rok 2013 kdy byla uskutečněna doložená transplantace dělohy.

Přehled transplantací v České republice

V roce 1961 se uskutečnila první transplantace ledviny o sedm let později první transplantace srdce. V roce 1983 provedli v pražském IKEMU první transplantaci jater a v téže roce se uskutečnila první kombinovaná transplantace segmentu pankreatu a ledviny.

První transplantace plic se uskutečnila v roce 1998 . Rok 2014 zaznamenal úspěch v první transplantaci tenkého střeva. V roce 2016 byla provedena první transplantace dělohy.

V roce 2014 - IKEM transplantoval šedesátiletému pacientovi současně žaludek, tenké střevo, slinivku, slezinu a játra. Úspěchy IKEMU jsou i v dalších výkonech např. transplantacích jaterních štěpů. V České republice je celkem 8 transplantačních center.

Tato centra jsou stále v kontaktu s transplantačním týmem. Jednou za měsíc telefonicky kontaktuje všeobecná sestra pacienta s dotazem, jak se mu daří.

Shrnutí ošetrovatelské péče o nemocného před a po transplanatci na standardním chirurgickém oddělení podle Gorodonové

Plán ošetrovatelské péče před operací

(příprava nemocného krátkodobá a bezprostředí) v kompetenci ZA

1. Vnímání zdravotního stavu: zajistit informovanost, edukaci nemocného, Podpis informovaného souhlas
2. Poloha, pohyb: relativní klid v lůžku, poloha v polosedě Fowlerova, pohyb volný, prevecne TEN BDK
3. Hygiena: dopomoc při hygieně, oholení operačního místa
4. Výživa nemocného: Nejíst! Nepít! Nekouřit! Den před operací dieta č: 3
5. vyprazdňování: kontrola moči a stolice, pacient se yvmočí před odjezdem
na sál kontrola vyprázdnění stolice den před operačním výkonem
6. Spánek a odpočinek: zajistit klidný spánek, riziko insomnie
7. Psychosociální potřeby: strach a obavy z operačního výkonu zajisti dostatečnou komunikaci, individuální přístup k pacientovi

Plán ošetrovateľskej péče o nemocného po transplantácii pľúc na štandardnom chirurgickom oddelení v kompetencii ZA

1. Vnímání zdravotního stavu: narušený, edukace o stavu, režimu po operaci
2. Poloha, pohyb: klid v lůžku, Fowlerova poloha, postupná vertikalizace a mobilizace nemocného zajistit prevenci TEN
3. Hygiena: nesoběstačnost, částečná soběstačnost nemocného v hygienických činnostech, dopomoc v hygienické péči, hygiena v oblasti operační rány a drenů
4. Výživa: postupná realimentace dle stavu nemocného 0, 2, 5, 11, dopomoc při stravování, nabízet tekutiny
5. Vyprazdňování: ko močení, ko stolice, riziko nepravidelného vyprazdňování
6. Spánek: narušený z důvodů pooperačního stavu, zavedených drenů, vynucené Fowlerovy polohy
7. Rehabilitace: dechová, prevence imob. Syn. (vertikalizace)
8. Psychosociální potřeby: obavy, strach, závislost sociální izolace z dlouhodobého pobytu,
9. Domáci péče: dimise dle stavu nemocného, zajisti edukaci ohledně návaznosti na Domáci péči kontroly lékařem rehabilitaci. režimu – zákaz kouření, edukace v oblasti výživy a podávání léků, relativní klid, žádné námahové aktivity, procházky omezit fyzickou námahu, nebezpeční infekce z půdy, - pokojové květiny a domácí zvířata. Lázeňská péče, dispenzarizace.

Ošetrovateľské výkony po operaci v kompetencii ZA

- pravidelné měření a záznam FF (TK, TT, D, Saturace P),
- sledovat stav prokrvení projevy cyanózy
- Kontrola bolesti záznam VAS podávání analgetik
- Podávání ordinovaných léků
- Aplikace O₂,

- Kontrola močení, pravidelnost, kontrola a záznam vyprazdňování stolice
- Pravidelná kontrola rány, čistota, sterility krytí,
- Péče o drén a drenáž, funkce, průchodnost
- Vertikalizace nemocného, mobilizace, prevence TEN
- Rehabilitace, chůze
- Pozitivní motivace nemocného k aktivitám

Zdroje

- <https://cs.m.wikipedia.org>
- www.porsestry.cz
- www.transplantace.eu
- <https://cs.wikipedia.org/wiki/transplantace>
- <https://zdravi.euro.cz/clanek/>
- <http://www.prolekare.cz>
- https://is.bivs.cz/th/18012/bivs_b/Poliakova_etika_transplant.pdf
- <https://zpravy.idnes.cz/>
- <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicinahttps://zdravi.euro.cz/clanek/postgraduální>
- <https://www.ikem.cz>
- <http://www.kst.cz/o-transplantacich/kdo-je-darcem/>



Obr. č.35 transplantovaná ledvina

15. Aromaterapie

Autoři: Mgr. Jana Hromádková, Marie Jindřišková, 4. A

Aromaterapie je druh alternativní medicíny, který má základy v starověkém Řecku, Římě, Egyptě a Číně. V Egyptě byla využívána zejména pro balzamování zemřelých těl. Později se rozšířila i do ostatních oblastí života egyptanů - jako bylo například lékařství nebo parfumářství. Esenciální oleje se však využívaly i do vonných relaxačních koupelí a při aromatických masážích. Ve starověké Číně byla aromaterapie využívána především při náboženských obřadech, kdy se v chrámech zapalovaly vonné tyčinky pro uctění bohů. V Řecku byla aromaterapie známa zejména v kontextu s operacemi, kdy řecký lékař Asklépios začal využívat sílu léčivých bylin. Prvním lékařem, který se začal vážně zajímat o účinky esenciálních olejů, byl sám Hipokratés, někdy přezdívaný "otec medicíny".

Pojem Aromaterapie se však objevil až kolem 19. století našeho letopočtu, kdy evropští chemici začali poprvé vážně studovat účinky přírodních silic na bakterie, a objev tohoto termínu je připisován Francouzskému chemikovi Rene Maurice Gattefossému. Poté v roce 1937 vydal knihu Gattefosého aromaterapie. Na výsledky jeho studií navázal lékař Jean Valet, který během druhé světové války úspěšně využíval esenciálních olejů při léčbě vojáků.

Způsoby vstřebávání esenciálních olejů v aromaterapii je hned několik. Velice rozšířený je způsob inhalace pomocí aromalampy nebo elektrického difuséru, který rozptýlí silice po celém prostoru a my je poté vdechujeme a vstřebáváme přes nosní sliznice. Další způsob je Aromatická koupel, kdy silice vstřebáváme přes kůži a zároveň i inhalujeme páry, které z koupele stoupají. Velice oblíbená je i Aromatická masáž, problematické partie jako je třeba natažený sval v lýtku, nebo uvolňující masáž celého těla. Esenciální oleje se smíchají s masážním olejem, jojobový, mandlový, kokosový nebo z meruňkových jader, a masáží se vtírá přímo do pokožky, kterou se i vstřebává. Poté můžeme silice použít místně ve formě obkladů nebo například kloktadel.

A co to vlastně ten esenciální olej je? Přírodní koncentrovaná silice extrahovaná z léčivých bylin, květin, stromů, koření nebo z ovoce. Pro představu jsem vybrala pár nejpoužívanějších esenciálních olejů, u kterých popíšu jejich příznivé účinky na člověka.

Levandule - je to do jisté míry univerzální esenciální olej, který blahodárně působí na zdraví člověka díky jeho analgetickým, antibakteriálním, antiinfekčním, protizánětlivým, protirevmatickým a protiplísňovým účinkům, ale také příznivě působí na psychiku člověka, kdy napomáhá při depresích, výkyvech nálad, stavech úzkosti, hysterii, ale také při nespavosti. Levandule, jako jeden z mála olejů, může být použit nezředěný na kůži a sliznice. Musíme se ovšem vyvarovat vyšším dávkám jelikož by mohl způsobit omámení, podráždění střev a také výrazně snižuje krevní tlak.

Růže - je to jeden z nejdražších esenciálních olejů na trhu. Snižuje horečku, působí jako afrodiziakum, odstraňuje nespavost, ulevuje při nevolnostech a zvracení, má stahující účinky, podporuje krevní oběh, menstruaci a porodní stahy. Proto se hojně využívá v porodnictví.

Tea Tree - neboli čajovník je samozvaný všelék. S levandulí druhý olej, který se může na pokožku používat nezředěný. Skvěle se hodí na dezinfekci dutiny ústní, na plísňová onemocnění, na léčbu akné, proti lupům, zlepšuje vykašlávání, stimuluje hormonální soustavu. Olej se používá perorálně velmi zřídka, a pokud k tomuto užití dojde, musí být jen ve velmi nízké koncentraci, jinak by mohlo naopak dojít ke zhoršení zdravotního stavu. Má silné antiseptické a antibiotické účinky. V Austrálii se olej dokonce používá k léčbě tuberkulózy.

Eukalyptus - hojně se využívá při nosních, ušních a krčních onemocněních, kdy usnadňuje vykašlávání a dýchání, pomáhá při zánětech nosních dutin, odstraňuje bolest v krku. Kromě toho také snižuje horečku, mírní bolesti hlavy. Má také silné antiseptické, antivirové a protistafylokokové účinky. Užívá se také jako diuretikum a na snižování hladiny cukru v krvi. Dále pomáhá při regeneraci namožených svalů a zlepšuje koncentraci. Dobře se hodí pro dezinfekci vzduchu v místnostech například v chřipkové sezóně.

Jasmín - napomáhá při hojení a regeneraci, dezinfikuje a je skvělým prostředkem na ekzémy. Napomáhá při vykašlávání, harmonizuje ženské orgány, reguluje menstruační cyklus a uvolňuje křeče. Ulevuje při premenstruačním syndromu. Stimuluje tvorbu mateřského mléka. Působí také jako sedativní látka a jako afrodiziakum. Disponuje specifickou těžkou tzv. chrámovou vůní, jelikož se hojně využívá právě při náboženských obřadech.

Citron - snižuje těhotenské nevolnosti, pročišťuje, uklidňuje, napomáhá koncentraci a při bolestech hlavy. Působí protiinfekčně, stimuluje imunitu, má diuretické účinky a snižuje krevní tlak. Jeho svěží vůně také dodává energii. Na co si ovšem u tohoto oleje musíme dávat pozor je fotosenzitivita. Pokud jste přišli do styku s citronovým esenciálním olejem, je dobré se minimálně příštích dvanáct hodin nevystavovat přímému slunci.

Jak jsem tedy již zmínila, esenciální oleje mají blahodárné účinky na naše tělo, kdy stimuluji imunitu, napomáhají při odkašlávání, dezinfikují dýchací cesty nebo ovlivňují nervovou soustavu. Nebo ovlivňují náš psychický stav, pomáhají při depresích, stavech úzkosti, hysterii nebo do jisté míry upravují naši náladu.

Ne vždy je však doporučeno užívat určité esenciální oleje. Nejvíce omezení se týká hlavně těhotných žen. Jsou esenciální oleje, se kterými by žena v průběhu těhotenství neměla přijít do styku, a to například z důvodu, že stimuluji krevní oběh a stahy dělohy, tak by žena mohla samovolně potratit, nebo proto že určité složky esenciálních olejů jsou toxické pro vývoj plodu. V těhotenství by se neměly využívat hlavně tyto oleje: anýz, bazalka, cedr, fenykl, jalovec, kafr, majoránka, myrha, rozmarýn, řebříček, šalvěj, yzop, tymián, skořice, saturejka, mateřídouška, pižmo.

Je velice důležité dodržovat pokyny způsobu použití a ředění pro daný esenciální olej či se řídit pokyny aromaterapeuta, jelikož nezodpovědné užívání olejů by mohlo způsobit zhoršení stavu, průjmy, zvracení, halucinace nebo kožní vyrážky. Důležité je promluvit si s aromaterapeutem a nahlásit všechny současně užívané léky, aby nedošlo k lékovým interakcím.

Na začátku sedmdesátých let dvacátého století vznikla organizace IFRA, která postupně vydávala bezpečnostní listy, jak používat éterické oleje a jednotlivé vonné složky. V těchto listech uvádí koncentrace éterických olejů a v jaké základové složce by se měli míchat, tak aby se předešlo nežádoucím účinkům, především kožním reakcím, a zároveň byla zachována účinná síla esenciálního oleje.

A na závěr se uvádím, jak se aromaterapie užívá v ošetrovatelské praxi. V posledních letech zažíváme rozmach různých druhů alternativních medicín a stejně je tomu tak i s Aromaterapií. Pozvolna prolíná do nemocnic a to především do porodnic, psychiatrických léčen a do poměrně nového oboru paliativní péče. Aby se sestra stala odbornou aromaterapeutkou musí absolvovat institut aromaterapie,

který zřizuje Asociace českých aromaterapeutů. Poté může zvyšovat rozvíjet své vzdělání distančním studiem na profesionální aromaterapeutku a poté na diplomovanou aromaterapeutku.

16. Zajištění požární bezpečnosti v sociálních službách

Autoři: Mgr. Patrik Burda, Jiří Bilík, 2. BB

Předkládaný příspěvek pojednává o problematice požáru se zaměřením na sociální služby. V příspěvku se věnujeme nejen příčinám požáru, ale také tomu, co dělat, když požár již vypukl, aby důsledky byly co nejmenší. Dále se zabývám tím, jaké jsou možnosti prevence požáru a možnosti protipožárního zabezpečení budov, v tomto případě domovu seniorů. Na závěr celého příspěvku popisujeme, jaký je význam bezpečnostních tabulek a piktogramů v budově.

Nejčastější příčiny požáru - jedná se především o technické závady, ať na elektroinstalaci nebo na elektrickém zařízení. V Domovech seniorů se můžeme setkat např. s polohovacími lůžky, elevátory, zdravotnickou technikou. Často jsou tato elektrická zařízení napájena kabelem, který je umístěn pod kolečky lůžka a může dojít k jeho poškození. Další příčinou může být nedbalostní jednání, především ze strany personálu, kdy např. dojde k ponechání zapnutého zařízení i mimo pracovní dobu, bez dozoru, jako příklad lze uvést rychlovarnou konvici, nabíječku baterií do elevátoru, atp.

Co dělat **v případě požáru**, tzv. požární plán musí mít zpracováno každé zařízení. Domovy seniorů jsou specifické tím, že část klientů je imobilní, popř. trpí syndromem demence. Tyto dvě skutečnosti celou situaci ještě zhoršují. Zařízení musí mít zpracovaná jasná pravidla pro vyhlášení požáru, pro místo, kam tuto skutečnost ohlásit. Dále musí být zpracován evakuační plán, který je právě z výše uvedených skutečností specifický. Evakuace často není možná bez pomoci záchranářů a hasičů. V Domovech seniorů se doporučuje, pokud je toto možné imobilní klienty umisťovat v bezbariérových prostorech, např. v přízemí zařízení. Po evakuaci jsou klienti, zaměstnanci, popřípadě i materiál shromážděn na shromaždišti, které je označeno a určeno předem. Shromaždiště nesmí být nijak zablokováno, např. vozidlem.

Prevence vzniku požáru je velmi důležitá. Nejen že předchází případnému poranění či ztrátám na životech, ale zároveň efektivní prevence je nesrovnatelně levnější než řešení následků požáru či jiné situace. Zaměstnanci jsou ze zákona pravidelně školeni, což lze dohledat i v dokumentaci organizace. Školení provádějí odborníci v oblasti požární ochrany. Školení a nácvik evakuace by, měly být prováděny současně. V Domovech seniorů nácvik evakuace bývá problém, nejen z důvodu celkového stavu klientů, ale také z důvodu technické a logistické složitosti. Hasiči a záchranáři jsou

školeni na to, jak evakuovat budovu, kde jsou ležící klienti a není např. k dispozici evakuační výtah. Proto opravdu dominantní roli v evakuaci především imobilních klientů budou mít tyto dvě složky. Do preventivních opatření patří také pravidelné kontroly a revize hasicích přístrojů a elektrozařízení, které lze dohledat nejen na zařízení, ale také v protokolech, které je povinná organizace při kontrole předložit.

Protipožární zabezpečení budov, v našem případě Domovu seniorů je uskutečněno nejen pomocí např. protipožárních dveří, piktogramů, informačních tabulek, ukazatelů nouzových východů a únikových cest, ale také pomocí různých hlásičů kouře, které jsou umístěny i v pokojích klientů. V některých zařízeních se lze v současné době setkat i se systémy odvodu kouře, který v případě vzniku požáru ulehčuje možnost orientace v prostoru a snižuje riziko poškození klientů.

Význam bezpečnostních tabulek - v Domovech seniorů jsou piktogramy a bezpečnostní tabulky velmi důležité. Především pro personál, kdy jsou návodně informováni o únikových cestách, uložení hasicího přístroje, popř. hydrantu. Vzhledem k mentálnímu i tělesnému stavu cílové skupiny klientů často tabulky nemají větší význam. Klienti jsou odkázáni na organizaci, případně informace za strany pečujících.



Obr. č. 36 piktogram – ohlašovna požáru Obr. č. 37 piktogram – pozor elektrické zařízení

Závěrem lze uvést, že případný požár konkrétně v Domovech seniorů je velmi závažná situace, která s ohledem na stav klientů může mít velmi závažné následky. Všichni zaměstnanci a klienti by si měli počínat tak, aby nevznikl požár. Pokud se již tak stane, tak informovanost, prostorové uspořádání, materiálně technické a personální standardy by měly být nastaveny taky, aby případné škody byly minimalizované a nedocházelo ke škodě na majetku, zdraví a životech.

17. Zdravotnictví během válečného konfliktu

Autoři: Ing. Jana Jagerová, Petr Mundil, 2. T

Již od samého počátku provází lidstvo nespočet válek, bitev a konfliktů, při kterých proti sobě lidé bojují a navzájem se snaží svému nepříteli způsobit co největší ztráty ať už na životech, majetku nebo strategických cílech a dosáhnout tak svých cílů.

Organizace zdravotnictví za doby válečného konfliktu je vždy podřízena hlavnímu cíli, kterým je vojenské vítězství nad protivníkem. V průběhu historie se měnili nejen vojenské doktríny ale i postoj k ošetřování raněných. Požadavky na moderní válečnou medicínu se oproti historii zvýšili, dochází i jiným typům poranění.

Válečné konflikty od korejské války po konflikty dnešní doby s použitím tzv. konvenčních zbraní vyžadují při těžších poraněních, stabilizaci stavu raněného v těsné blízkosti bojiště, následně pak transport do vojenských či civilních zdravotnických zařízení postavených mimo hlavní linii boje.

V případě válečného konfliktu je nezbytně nutné, aby bylo pečováno jak o zraněné vojáky, tak o civilisty.

Protože důležitá je zejména rychlost, s jakou se dostane první pomoc raněným, je zdravotník nepostradatelnou součástí každé vojenské jednotky. Jeho hlavním úkolem je poskytnout první pomoc, zajistit životní funkce a zajistit transport do nemocničních zařízení, kde je o raněného v případě potřeby dále pečováno.

Při lehčích zraněních jsou si schopni pomoci navzájem i sami vojáci.

První pomoc je nedílnou součástí jejich vojenského výcviku. Každý voják je také vybaven lékárníčkou v rámci svojí povinné výbavy.



Obr. č. 38 První pomoc a transport raněného

Pokud jsou vojáková zranění středně těžká až těžká a ohrožují tak bezprostředně jeho život tak voják poskytne nezbytnou první pomoc na místě a zajistí přesun postiženého mimo ohnisko boje, kde je více prostoru k zajištění základních životních funkcí vojáka, Dále je raněný transportován do vojenské nebo polní nemocnice.

Polní nemocnice je velká mobilní zdravotnická jednotka, která se dočasně stará o zraněné, než mohou být bezpečně transportováni do trvalého nemocničního zařízení. Jako přístřešky se často používají stany nebo kontejnery, které lze v případě potřeby

postavit i v blízkosti zdroje obětí. V městském prostředí, bývá polní nemocnice často zakládána ve snadno dostupné a zároveň dobře viditelné budově. V tomto zařízení se dá stabilizovat stav zraněného, operovat a vojáci zde v případě nutnosti setrvávají až do svého uzdravení.

Polní nemocnice jsou logisticky nesamostatné jednotky praporečnického typu. V zahraničních operacích jsou polní nemocnice určeny k poskytování odborné lékařské péče příslušníkům AČR i aliančních armád NATO a v případě potřeby i místnímu civilnímu obyvatelstvu.



Obr. č. 39 Polní nemocnice dnes a dříve.

Polní nemocnice zajišťuje především: třídění a stabilizaci vitálních funkcí pacientů, život a končetiny zachraňující (urgentní) chirurgii, intenzivní péči, pooperační péči, krevní transfúzi, krátkodobou hospitalizaci (do doby strategického odsunu), stomatologickou péči, zobrazovací vyšetření (CT, ultrazvuk, RTG), laboratorní vyšetření (biochemicko-hematologická a mikrobiologická laboratoř), zdravotnický odsun, zásobování (nižších zdravotnických etap) zdravotnickým materiálem a technikou.

I přesto že je válka jedna z nejděsivější situace, která může nastat, má i tak pro lidstvo do určité míry svoji prospěšnou stránku. Každá válka nebo bojový konflikt posouvají lidstvo technologicky i myšlenkově kupředu. V průběhu první světové války se kupříkladu podařilo zdokonalit anestezie, v druhé světové válce se již běžně v poli používalo morfium.



Obr. č. 40 Morphine.

Osobnosti válečného lékařství

Uvádíme jen stručný výčet osobností, které se podílely nějakým způsobem na vývoji válečného zdravotnictví napříč historií.

- **Ambroise PARÉ (1510–1590)**

Zavedl nový způsob ošetřování střelných ran, zavedl nové techniky amputací, zdokonaloval protetické pomůcky.

- **Jean Dominique LARREY (1766–1842)**

Zavedl mobilní ambulance v poli, nové resekční a amputační metody, je autorem pojmu „šok“.

- **Nikolaj Ivanovič PIROGOV (1810–1881)**

Začal využívat anestezii (éter) ve válečné chirurgii, zavedl systematické třídění raněných, sádrový obvaz k imobilizaci končetin, podílel se na vzniku Ruského červeného kříže (1867).

- **Florence NIGHTINGALE (1820–1910)**

Zakladatelka ošetrovatelského školství, prosazovala přísná hygienická opatření v péči o raněné v poli, jako je pravidelná výměna prádla, větrání místností a zdravá strava, poprvé rozdělila poskytovanou ošetrovatelskou péči podle exaktních znaků (pohlaví a věk pacientů), iniciovala vznik Britské asociace sester (1887), je autorkou řady odborných publikací.

- **Jean Henry DUNANT (1828–1910)**

Zakladatel Mezinárodního výboru Červeného kříže (1863), zasloužil se o založení národní společnosti Červeného kříže, v roce 1901 získal Nobelovu cenu míru.

Zdravotnická služba československé armády

Od samého počátku vytváření čs. armády se formovala i její zdravotnická služba. Výkonnými orgány se staly zejména vojenské nemocnice. Po reorganizaci v roce 1921 vznikla síť 12 divizních nemocnic. V souvislosti se všeobecnou mobilizací (23. září 1938) se navýšily počty o dalších 55 polních nemocnic a 94 záložních nemocnic s celkovou kapacitou 92 tisíc lůžek. Během 2. světové války se více než 1100 lékařů a zdravotníků zapojilo do odboje

Po únoru 1948, stejně jako v celé armádě, začaly čistky. Dotkly se především lékařů, kteří nesouhlasili s politickým vývojem či byli spjatí se západním odbojem. Velký počet nemocnic zanikl. Stejným způsobem fungovala zdravotnická služba cs. Armády až do rozpadu Československa v roce 1992.

Česká republika je součástí NATO od 12. 3. 1999. Od té doby se česká armáda pravidelně účastnila na vojenských a humanitárních operacích v oblasti Evropy i mimo ni. Jednotky české armády byly součástí operací v Iráku, Afghánistánu, Kosovu, Pákistánu. Nebo například protiteroristických operací NATO ve středozezemním moři. Česká republika nasazuje do těchto operací jak bojové jednotky tak i zajišťuje zázemí v podobě budování polních nemocnic a jejich obsazení armádními chirurgy. Čeští vojenští lékaři jsou velice kvalitní a prospěšnou součástí jednotek severoatlantické aliance.



Obr. č. 41 Armáda ČR a ČSR.

Zdroje:

- <http://www.zdravotnictvi.army.cz/historie-vojenskeho-zdravotnictvi>
- <https://www.unob.cz/fvz/npp/Stranky/default>
- https://cs.wikipedia.org/wiki/Poln%C3%AD_nemocnice
- <https://www.google.com/imghp?hl=cs>
- <http://www.acr.army.cz/struktura/sily-podpory/zdravotnicke-zabezpeceni/6--polni-nemocnice--7--polni-nemocnice--rota-nemocnicni-podpory-86984/>
- Chirurgie v extrémních podmínkách: Odborný přehled pro lékaře a zdravotníky, Hájek Marcel, a kolektiv, Grada Publishing, a.s., 20. 3. 2015 - Počet stran: 584

Seznam obrázků

Obr. č. 1. Matka Tereza – citát

Obr. č. 2 Portrét – Matka Tereza

Obr. č. 3 Autorka článku se psem

Obr. č. 4 Autorka článku s gepardem

Obr. č. 5 Pes s protézou

Obr. č. 6 Hráči basketbalu

Obr. č. 7 Muž malující ústy

Obr. č. 8 Malba

Obr. č. 9 Dystrofická forma

Obr. č. 10 Omezení

Obr. č. 11 Logo nadace Život dětem

Obr. č. 12 Fotografie

Obr. č. 13 Vegetariánská strava

Obr. č. 14 Veganská strava

Obr. č. 15 Vitariánská strava

Obr. č. 16 Makrobiotická strava

Obr. č. 17 Organická strava

Obr. č. 18 Dělená strava

Obr. č. 19 Práce studentů ze SZŠ Lublaň v hodině ošetrovatelství

Obr. č. 20 Praktické vyučování žáků v nemocnici Lublaň

Obr. č. 21 Jizva

Obr. č. 22 Ruce

Obr. č. 23 Bandáž amputovaného pahýlu

Obr. č. 24 Ultrasonoterapie

Obr. č. 25 Amputovaná končetina

Obr. č. 26 TENS

Obr. č. 27 Pečovatel starající se o klienta

Obr. č. 28 Novorozenec

Obr. č. 29 Matka s dítětem

Obr. č. 30 Matka kojící dítě

Obr. č. 31 Poloha mumie

Obr. č. 32 Poloha hnízdo

Obr. č. 33 Nádory prostaty

Obr. č. 34 Nádory ledvin

Obr. č. 35 Transplantovaná ledvina

Obr. č. 36 Piktogram – ohlášení požáru

Obr. č. 37 Piktogram – pozor elektrické zařízení

Obr. č. 38 První pomoc a transport raněného

Obr. č. 39 Polní nemocnice dnes a dříve

Obr. č. 40 Morphine

Obr. č. 41 Armáda ČR a ČSR