

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

# **Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti**

bakalářská práce

Autor práce: Iveta Steinbauerová

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Marie Schusterová

Datum odevzdání práce: 13. 8. 2013

## **ABSTRAKT**

### **Současný stav:**

Pojem rehabilitační ošetřování nabývá stále na větším významu, protože stále častěji se setkáváme s tím, že někdo trpí nějakou poruchou hybnosti, která většinou bývá způsobena genetickou zátěží, nezdravým životním stylem, pády nebo neopatrností při sportování, ale také při řízení motorových vozidel.

### **Předmět:**

Cílem této práce bylo zjistit, jestli sestry přistupují aktivně k rehabilitačnímu ošetřování podle vývoje stavu hybnosti. K dosažení cíle byly stanoveny čtyři hypotézy. H1: Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti je prováděno v multidisciplinárním týmu. H2: Účinnost rehabilitačního ošetřování je průběžně zaznamenávána do ošetřovatelské dokumentace. H3: Ošetřovatelský management provádí kontrolu rehabilitačního ošetřování. H4: Součástí práce sestry je plánování ošetřovatelských intervencí v souvislosti s vývojem stavu hybnosti.

### **Metodika:**

K zajištění dat potřebných k této bakalářské práci bylo použito kvantitativní výzkumné šetření pomocí dotazníků. Dotazník měl několik částí a byl složen z 30 otázek, které sloužily k identifikaci respondentů a následně k potvrzení nebo vyvrácení stanovených hypotéz. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků (100%) s návratností 88%. K další analýze dat bylo tedy použito 53 dotazníků (100%).

### **Výzkumný soubor:**

Dotazníkového šetření se zúčastnily sestry pracující na lůžkovém rehabilitačním oddělení v Nemocnici České Budějovice a.s., Nemocnici Tábor a.s., Nemocnici Písek a.s., Nemocnici Havlíčkův Brod, v Městské nemocnici Plzeň Privamed a.s. a Institutu onkologie a rehabilitace na Pleši s.r.o. Dotazník sestry vyplnily zcela dobrovolně, anonymně a se souhlasem náměstkyň pro ošetřovatelskou péči a hlavních sester.

## **Výsledky:**

Ve výzkumné části byla zaměřena pozornost na spolupráci s multidisciplinárním týmem. Z uvedených odpovědí vyplynulo, že sestry spolupracují se všemi členy týmu (viz graf č. 23). Nejčastěji spolupráce probíhá s fyzioterapeutem (100%) a s lékařem (96%). Spolupráci se všeobecnými sestrami uvedlo také 96% (viz graf č. 24). Hypotéza byla potvrzena.

Dále jsem se zabývala pravidelným zaznamenáváním rehabilitačního ošetřování do dokumentace. Tato hypotéza se potvrdila, protože podle uvedených odpovědí sestry zaznamenávají průběžně ve směně každý den do dokumentace průběh rehabilitačního ošetřování (viz graf č. 18). Většina sester (90%) provádí záznam do ošetřovatelské dokumentace. V mém výzkumném souboru je ale i zdravotnické zařízení, které má přímo záznam pro rehabilitační ošetřování.

Ošetřovatelský management podle získaných údajů provádí kontroly rehabilitačního ošetřování (viz graf č. 25). Kontroly provádí hlavně vrchní a staniční sestra. Podle uvedených odpovědí kontroly nejčastěji probíhají buď v pravidelných intervalech, nebo namátkově bez ohlášení. Takže i tato hypotéza byla potvrzena.

Poslední zkoumanou oblastí bylo, jestli sestry plánují ošetřovatelské intervence podle toho, jak se vyvíjí pacientův stav. Z celkového počtu 53 sester, jich 85% uvedlo, že tyto intervence plánují (viz graf č. 16). Nejčastěji využívají ve svých intervencích polohování, výchovu k soběstačnosti a kompenzační pomůcky. Hypotéza byla potvrzena.

## **Závěr:**

Ze získaných výsledků vyplývá, že všechny mnou stanovené hypotézy byly potvrzeny a cíl tedy splněn. Výsledky této práce budou v případě zájmu poskytnuty vrchním nebo hlavním sestram zdravotnických zařízení, ve kterých proběhlo výzkumné šetření k této práci a všem pracovníkům, kteří se zabývají kvalitou péče. V případě zájmu mohou být poskytnuty i studentům, kteří by se o tuto problematiku chtěli zajímat.

**Klíčová slova:** sestra – pacient – rehabilitační ošetřování – multidisciplinární – management – dokumentace – intervence

## **ABSTRACT**

### **Current status:**

The numbers of patients with some sort of movement disorder (mostly caused by genetic load, unhealthy lifestyle, falls and collapses, carelessness during sport activities and also car crashes) grows every year and the rehabilitative treatment becomes increasingly important.

### **Subject:**

The objective of this study is to determine whether nursing staff actively approach rehabilitative treatment care according to the development and improvement of the patients mobility. Following four hypotheses were defined to achieve the objectives. H1: rehabilitative treatment treatment of patients with severe movement disorders is conducted in a multidisciplinary team. H2: The effectiveness of the treatment is continuously recorded in the nursing documentation. H3: Nursing management inspects the rehabilitations treatment. H4: The nursing staff plan their rehabilitative treatment actions according to the progress and improvement of the patients' condition.

### **Methodics:**

To ensure the data required for this bachelor thesis, was used a quantitative research survey using questionnaires. The questionnaire consisted of several parts and was composed of 30 questions, which were later used for identification of the respondents and subsequently to confirm or refute the hypotheses. A total of 60 questionnaires were distributed (100%) with a 88% return rate. For further data analysis was then used 53 (100%) questionnaires.

### **Participants:**

The survey was answered by nurses employed in the inpatient physiotherapeutic wards of the following hospitals: Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Tábor a.s., Nemocnice Písek a.s., Nemocnice Havlíčkův Brod, Městská nemocnice Plzeň Privamed a.s. and Institute of Oncology and Physical Rehabilitation Na Pleši s.r.o.

Nurses filled the survey voluntarily, anonymously and with approval of the Directors of nursing and head nurses.

### **Results:**

The research part was focused on collaboration with the multidisciplinary team. The answers indicate that the nursing staff collaborate with all team members (see graph no. 23). Mostly, they cooperate with physiotherapist (100%) and with physician (96%). Also 96% of respondents admitted they cooperates with other nurses (see graph no. 24). The hypothesis was confirmed.

One of the other objectives was the question of regular and continuous recording of the documentation. This hypothesis was also confirmed according to the obtained data: nursing staff regularly updates the progress into the documentation during their shift each day (see graph no. 18). Most nurses (90%) make records into the general nursing documentation, but there is one health facility in my list of participants with specialised physical rehabilitation documentation.

According to the data received from survey, nursing management performs inspections of the rehabilitative treatment (see graph no. 25). Checks are performed by head nurses or ward nurses. In most cases the inspections take place at regular intervals or at random without notice. Thus, this hypothesis was also confirmed.

Last surveyed areas was whether nursing staff plan their treatment interventions based on development of the patients' condition. Of the 53 nurses, 85% of them reported that they plan their intervention based of the patients' progress (see graph no. 16). The most commonly used interventions are positioning, education about self-sufficiency and mobility aids. The hypothesis was confirmed.

### **Conclusion:**

The obtained results show that all of my hypotheses were confirmed and objective of this thesis fulfilled. In case of interest, the results of this research may be provided to all personnel responsible for quality assurance of provided healthcare and to head and ward nurses of all participating facilities as well. Results of this thesis may be provided also to students interested in this issue.

**Keywords:** nurse - patient - rehabilitative treatment - multidisciplinary - management - documentation - intervention

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. 8. 2013

.....

(jméno a příjmení)

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí mé práce Mgr. Marii Schusterové za cenné rady, připomínky, pomoc a trpělivost při psaní této práce, dále Michaele Bayerové za překlad abstraktu a všem respondentům, kteří byli ochotni vyplnit dotazník pro mé výzkumné šetření.



## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	12
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	13
<b>1.1 Rehabilitace</b> .....	13
<b>1.2 Ošetrovatelství</b> .....	13
<b>1.3 Rehabilitační ošetrování</b> .....	14
<b>1.4 Rehabilitační intervence a pomůcky v sesterské praxi</b> .....	15
<i>1.4.1 Polohování</i> .....	15
<i>1.4.2 Pasivní pohyby</i> .....	16
<i>1.4.3 Aktivní pohyby</i> .....	16
<i>1.4.4 Kondiční cvičení</i> .....	16
<i>1.4.5 Dechová cvičení</i> .....	17
<i>1.4.6 Vertikalizace</i> .....	17
<i>1.4.7 Nácvik chůze</i> .....	18
<i>1.4.8 Výchova k soběstačnosti</i> .....	18
<i>1.4.9 Nácvik komunikace</i> .....	19
<i>1.4.10 Užití tepla a chladu</i> .....	19
<i>1.4.11 Kompenzační pomůcky</i> .....	20
<b>1.5 Poruchy hybnosti</b> .....	20
<i>1.5.1 Rehabilitační ošetrování u těžkých poruch hybnosti</i> .....	21
<b>1.6 Imobilizační syndrom</b> .....	23
<b>1.7 Dekubity</b> .....	25
<b>1.8 Iktová centra</b> .....	26
<b>1.9 Spinální jednotky</b> .....	26
<b>1.10 Ošetrovatelský proces</b> .....	27
<b>1.11 Ošetrovatelský management</b> .....	28
<b>1.12 Metody k hodnocení závislosti a vzniku komplikací, podle kterých sestry aktivně plánují ošetrovatelské intervence</b> .....	29
<i>1.12.1 Metody hodnotící závislost pacienta</i> .....	29
1.12.1.1 Barthelův test .....	29
1.12.1.2 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) .....	29

1.12.1.3 Test funkční soběstačnosti (FIM – Functional Independence Measure).....	30
1.12.1.4 Test ošetřovatelské zátěže dle Svanborga – modifikovaný Staňkovou.....	31
<i>1.12.2 Metody hodnotící riziko vzniku dekubitů.....</i>	<i>31</i>
1.12.2.1 Stupnice dle Nortonové.....	31
1.12.2.2 Hodnocení dle Bradenové.....	31
1.12.2.3 Waterlowova škála.....	32
<b>1.13 Zdravotnická dokumentace .....</b>	<b>32</b>
<b>1.14 Multidisciplinární tým.....</b>	<b>33</b>
<b>2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....</b>	<b>35</b>
2.1 Cíl práce.....	35
2.2 Hypotézy .....	35
<b>3. METODIKA PRÁCE .....</b>	<b>35</b>
3.1 Použité metody .....	35
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	36
<b>4. VÝSLEDKY .....</b>	<b>37</b>
<b>5. DISKUZE .....</b>	<b>58</b>
<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>65</b>
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>67</b>
<b>8. PŘÍLOHY.....</b>	<b>71</b>

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

<b>CMP</b>	Cévní mozková příhoda
<b>PMK</b>	Permanentní močový katétr
<b>FIM</b>	Funkční test soběstačnosti
<b>MKF</b>	Mezinárodní klasifikace funkčnosti

## ÚVOD

V médiích můžeme stále častěji pozorovat zprávy o autonehodách a těžkých úrazech způsobenými pády, adrenalinovými sporty nebo skoky do vody, protože lidé si neuvědomují rizika a riskují. Tito lidé jsou potom ohroženi nebo zasaženi následnou poruchou hybnosti. Poruchy hybnosti ale nejsou způsobeny pouze nehodami a úrazy, ale i stále se zvyšující genetickou zátěží rodiny a nezdravým životním stylem, který může skončit až cévní mozkovou příhodou.

Téma o rehabilitačním ošetřování pacientů s těžkými poruchami jsem si vybrala proto, že v mém okolí se vyskytuje hodně osob s poruchou hybnosti a zajímalo mne, jestli sestry pečují o pacienty podle dostupných poznatků, jestli v dokumentaci sledují vývoj stavu klienta, jaká je spolupráce s ostatními zdravotnickými pracovníky a jestli jejich práci někdo kontroluje. Dalším důvodem bylo, že se během praxe často setkávám s pacienty s poruchou hybnosti, a proto jsem si chtěla prohloubit znalosti o této problematice.

V této práci jsem se zaměřila na to, zda sestry přistupují aktivně k rehabilitačnímu ošetřovatelství dle vývoje pacientova stavu, jestli spolupracují s ostatními zdravotnickými pracovníky, jestli je jejich práce a výsledky kontrolovány a jestli pracují se zdravotnickou dokumentací. V první části práce, teoretické, jsem popsala rehabilitační pomůcky a intervence v sesterské praxi, rozdíl mezi rehabilitací a rehabilitačním ošetřovatelstvím, komplikace z imobility a metody k hodnocení závislosti pacienta, multidisciplinární tým, zdravotnickou dokumentaci a také specializovaná léčebná centra. Ve druhé části, výzkumné, jsem se zaměřila na spolupráci s multidisciplinárním týmem, záznamy v dokumentaci, uzpůsobení ošetřovatelských intervencí k vývoji pacientova stavu, a zda dochází ke kontrole péče ošetřovatelským managementem. K výzkumnému šetření jsem použila dotazníky pro všeobecné sestry, které pracují na lůžkovém rehabilitačním oddělení v Nemocnici České Budějovice a.s., Nemocnici Tábor a.s., Nemocnici Písek a.s., Nemocnici Havlíčkův Brod, v Městské nemocnici Plzeň Privamed a.s. a Institutu onkologie a rehabilitace na Pleši s.r.o.

## **1. SOUČASNÝ STAV**

### **1.1 Rehabilitace**

Definice rehabilitace dle Světové zdravotnické organizace z roku 1981 zní: „Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí dysabilita, následný handicap, a usiluje o společenské začlenění postiženého“. (Kolář P. 2009, s. 2). Rehabilitace má důležitou preventivní roli. Jedná se o aktivizaci osob, které jsou fyzicky, smyslově nebo mentálně postiženi a kteří nejsou sami schopni toto postižení překonat, a proto potřebují pomoc odborníků. (Kolář P. 2009)

Rehabilitaci podle prostředků, které se využívají a podle rehabilitačních opatření dělíme na léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní. Léčebná rehabilitace, do které patří fyzioterapie a ergoterapie, tvoří nedílnou součást zdravotní péče a obsahuje rehabilitační, diagnostické, léčebné a organizační opatření, která směřují k maximálním možným funkčním schopnostem člověka a vytvářejí optimální podmínky k jejich naplnění. Tento typ rehabilitace probíhá v nemocniční lůžkové léčbě, ambulantně a v odborných léčebných nebo lázeňských ústavech. Pokud je léčebná rehabilitace zahájena včas, není nutné u některých pacientů zahajovat i ostatní druhy rehabilitace. Sociální rehabilitace se zabývá nácvikem dovedností, potřebných k dosažení nezávislosti v nejvyšší možné míře s ohledem na zdravotní postižení pacienta s cílem nejvyšší možné hranice sociálního začlenění. Pedagogická rehabilitace je uskutečňována prostřednictvím podpůrných opatření jiných nebo přesahujících rámec pedagogických opatření spojených s výukou dětí, žáků nebo studentů bez zdravotního postižení. Tato opatření pomáhají osobám se zdravotním postižením a umožňují jim vzdělání, v souvislosti s respektováním jejich potřeb a možností. Pracovní rehabilitace svou pozornost zaměřuje směrem k získání a i udržení zaměstnání osoby se zdravotním postižením. (Kolář P. 2009)

### **1.2 Ošetřovatelství**

Vyskytuje se velké množství definic ošetřovatelství. Plevová ve své literatuře definuje ošetřovatelství: „Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb

nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví“ (Plevová, 2011, s.60). Ošetřovatelství patří mezi nejrozsáhlejší činnosti proto, že v sobě má velký rozsah a různé odborné stupně činností. Předmětem ošetřovatelství je zkoumání ošetřovatelských aspektů péče o jedince a skupiny, tj. interakce a determinace mezi osobou, zdravím a prostředím vzniklé z požadavků uspokojování potřeb“ (Farkašová 2006, s. 13)

V ošetřovatelství se velice zdůrazňuje holistický přístup k člověku. Holistický princip uvádí, že vlastnosti patřící nějakému celku jsou nadřazené jednotlivým částem tohoto celku. Tvrdí, že organismus je vždy něco víc než jen pouhý součet jeho částí. Mezi jednotlivé části patří tělo, mysl a emoce (tzv. bio-psycho-sociální) a jejich soulad je smyslem osobního růstu a terapie. Proto je nutné k pacientovi přistupovat jako k celku a ne pouze k jeho porušené části nebo funkci a sestra by měla na všech úrovních péče (udržení zdraví, prožívání nemoci, uzdravování se, ale i umírání) uspokojovat pacientovy psychické, fyzické i sociální potřeby.(Plevová I. 2011, Kutnohorská J. 2009)

### **1.3 Rehabilitační ošetřování**

Způsob aktivního ošetřování, při kterém sestra všemi prostředky, které má k dispozici, zamezuje vzniku komplikací a jiných sekundárních změn. Mezi charakteristické rysy rehabilitačního ošetřování patří každodenní a produktivní spolupráce s ergoterapeutem nebo fyzioterapeutem a správná a účelná dělba práce. Tento způsob ošetřování se uplatňuje na těch pracovištích, kde se léčí pacienti s těžkým zdravotním postižením s následnými poruchami hybnosti, dále staří pacienti a nemocní s chronickými a nevléčitelnými nemocemi, u kterých došlo k poruchám hybnosti z důvodu poklesu energetických zdrojů organismu. (Klusoňová E., Pitnerová J. 2005)

Cílem rehabilitačního ošetřování je celková aktivizace nemocného, prevence svalové atrofie, kontraktur, kloubní ztuhlosti, dekubitů a snížení kondice. Dalším cílem je zpomalení a co největší snížení ztráty funkčních schopností pacienta v pohybových činnostech a sebeobsluze. (Schusterová M. 2008)

Rehabilitační ošetřování lze rozdělit na pasivní, kam lze zařadit polohování a pasivní pohyby, a aktivní, mezi které patří dechová cvičení, kondiční cvičení, nácvik sebeobsluhy a komunikace, vertikalizace, nácvik chůze. (Schusterová M. 2008)

## **1.4 Rehabilitační intervence a pomůcky v sesterské praxi**

V rámci rehabilitačního ošetřování sestry využívají jednotlivé prvky aktivního i pasivního rehabilitačního ošetřování včetně kompenzačních pomůcek. (Klusoňová E., Pitnerová J. 2005; Schusterová M. 2008)

Fyzioterapeut spolupracuje s ergoterapeutem, který hodnotí, jaké aktivity jsou pro pacienta vhodné, jakých je schopen a vytváří pro tyto aktivity podmínky. Společně informují sestru o všech aktivitách a postupech, které pacient zvládá, aby s pacientem mohla spolupracovat a na jeho úkoly dohlížet. (Klusoňová E., Pitnerová J. 2005)

### *1.4.1 Polohování*

Správně používané polohování tvoří základ všech léčebných aktivit. Změny polohy se provádí dle potřeby individuálně a v pravidelných intervalech do té doby, než pacient je znovu schopen sám změnit polohu. Polohování lze rozdělit na preventivní, korekční a protibolestivé. Preventivní polohování provádí sestra. Hlavním cílem preventivního polohování je prevence imobilizačního syndromu. Korekční polohování provádí rehabilitační pracovník tehdy, když už nežádoucí změny vznikly. Pokud je nutné měnit polohu častěji, mohou tento typ provádět i sestry po podrobném proškolení. Protibolestivé polohování, tzv. úlevové polohy, slouží ke zmírnění bolesti. Polohu si většinou změní pacient sám, sestra může polohu udělat příjemnější podložením určité části těla. Různé druhy polohování se mění podle onemocnění pacienta, a proto není možné doporučit všeobecně dané typy změn polohy, ale je nezbytné, aby se základní formy přizpůsobily individuálnímu stavu a potřebám pacienta. Rozlišujeme tři základní druhy polohování. Poloha na zádech, na boku, na břiše. Přes den se mění poloha každé 2 hodiny, v noci každé 3 hodiny. Polohu na břiše je nutné vynechat u pacientů například s respiračními problémy. Při každé změně polohy a pohybu je důležité myslet i na uložení končetin, pacient se musí cítit příjemně a nesmí pociťovat bolest. K polohování máme celou řadu pomůcek. Například polštáře, molitanové přířezy, mezi které patří čtverce, obdélníky, klíny, dále máme pískové vaky, nafukovací pomůcky, válečky a další. Každá pomůcka musí být omyvatelná, a když je u pacienta použita, musí se dávat do povlaku. Polohování

s použitím antidekubitních pomůcek, péčí o kůži, hydratací, výživou a hygienou, je důležitým preventivním opatřením před vznikem dekubitů. (Lippertová-Grünerová M. 2005; Klusoňová E., Pitnerová J. 2005; Klinková K. 2008)

#### *1.4.2 Pasivní pohyby*

Jsou takové pohyby, které za pacienta vykoná druhá osoba nebo přístroj. Provádíme je s cílem zachovat pohyblivost kloubů, délku a elasticitu svalů, stabilizovat krevní oběh a ventilaci. Pasivní pohyby provádíme do snesitelné bolesti, do pocitů tahu, a pokud je to možné, tak i v úplném rozsahu fyziologického pohybu. Pokaždé, když s pacientem manipulujeme, i v rámci polohování a osobní hygieny, provádíme pasivní pohyby. Provádíme je v oblasti hlavy, trupu a končetin. Pasivní pohyby spolu s polohováním končetin jsou důležitým mechanismem v prevenci kontraktur, které velmi omezují rozvoj senzomotorických funkcí. (Lippertová-Grünerová M., 2005; Klusoňová E., Pitnerová J., 2005)

#### *1.4.3 Aktivní pohyby*

Pacient vykonává sám, vlastní vůlí a vlastní silou podle pokynů zdravotnického pracovníka. (Klusoňová E., Pitnerová J., 2005) Tento druh pohybů podporuje funkci srdce, ventilaci a zlepšuje celkovou fyzickou kondici pacienta a každý tento i nepatrný pohyb při postižení je velice důležitý a přínosný. (Vytejková R., Sedlářová P. a kol. 2011) Neméně důležitá je i podpora psychických funkcí a zaměstnávání, o které se stará ergoterapeut. Podle provedení a náročnosti rozdělujeme aktivní pohyby na kyvadlové, které navozují uvolnění v kloubu, švihové k protažení svalů, tahové, kterými dochází k získání svalové síly a zlepšení koordinace, asistované, při kterých pomáhá fyzioterapeut. Posledními jsou aktivní pohyby proti odporu. Ke cvičení lze využít i různé náčiní a pomůcky. (Klusoňová E., Pitnerová J. 2005)

#### *1.4.4 Kondiční cvičení*

Tento druh cvičení je zaměřen na celkovou aktivitu pacienta a na zvýšení jeho tělesných schopností. Provádí se s cílem udržet či zvýšit současný fyzický stav pacienta, pohyblivost v kloubech, svalové funkce a napětí, správnou funkci životně důležitých



orgánů a optimální spolupráci svalů a nervů. Většinou bývá ve formě ranní rozcvičky, která působí pozitivně jak na fyzický, tak na psychický stav pacienta a může ji provádět i dobře proškolená sestra. Míra kondičního cvičení závisí na tom, jestli je pacient upoután na lůžko nebo jestli se může posadit nebo chodit. Pokud je upoután na lůžko, věnuje se pozornost hlavně zachování funkce nepostižené části těla a dechové gymnastice, která zlepšuje plicní ventilaci. Rychlosti a rytmus cviků se přizpůsobuje věku a celkovému stavu pacienta. ( Klusoňová E., Pitnerová J. 2005; Schusterová M. 2008)

#### *1.4.5 Dechová cvičení*

Z důvodu zhoršené pohyblivosti dochází ke snížené plicní ventilaci a polohy vleže zhoršují pohyb dýchacích svalů hrudníku. A právě proto mají dechová cvičení i preventivní roli. Podporují ventilaci dolních plicních laloků, odkašlávání z bronchů a jejich hygienu a zlepšují průchodnost dýchacích cest. Tato cvičení se provádějí několikrát během dne, vždy několik minut. Sestra nejčastěji využívá dýchání proti odporu nebo probublávání hadičkou do sklenice s vodou. Do dechových cvičení patří i autogenní drenáž. Nahradila dříve používanou poklepovou drenáž. Jedná se o jednoduchou techniku, při které dojde k uvolnění a odstranění hlenu z dýchacích cest. Používá se přístroj, tzv. flutter, ve kterém pohyb kuličky vytváří výdechový přetlak. Dále mohou být pomůcky k uvolnění hlenu a jeho odstranění pomocí spojení vibrací s inhalacemi. Dalším prvkem patřícím do dechových cvičení je manuální dopomoc při odkašlávání, která spočívá v prudké kompresi hrudníku při výdechu. (Vytečková R., Sedlářová P. a kol. 2011; Klusoňová E., Pitnerová J. 2005)

#### *1.4.6 Vertikalizace*

Neboli postupné polohování pacienta do stoje. Podmínkou je, že nemocný musí dobře snášet výše postavenou polohu z hlediska kardiopulmonálního zatížení a intrakraniálního tlaku. Využívají se sklopné stoly, vertikalizační stojany a k usnadnění některých ošetrovatelských intervencí mechanické zvedáky. Pokud to stav pacienta dovolí, je vhodné co nejdříve začlenit do fyzioterapie předměty denního života, které jsou pacientovi dobře známé a které ho mohou dál motivovat. Cílem vertikalizace

je umožnit pacientovi stoj a chůzi, ale i prevence imobilizačního syndromu. (Vytejková R., Sedlářová P. a kol. 2011; Lippertová-Grünerová M. 2005)

#### *1.4.7 Návnik chůze*

Chůze je pravidelné střídání dolních končetin zároveň s pohybem celého těla. Před začátkem nácviku chůze je nutné, aby pacient posiloval svaly horních a dolních končetin. Následně začne s pacientem fyzioterapeut nacvičovat vertikalizaci a chůzi a sestra následně pokračuje dále v nácviku, podle instrukcí fyzioterapeuta. Způsob, jakým se bude chůze nacvičovat, závisí na stavu pacienta a na používané opoře. Máme celou řadu pomůcek k opoře. Bradla pro chůzi, chodítka, berle vysoké podpažní, berle francouzské předloketní, hole. Volba pomůcky závisí na individuálních funkčních schopnostech pacienta a léčebných cílech. Chůzi rozlišujeme dvoudobou, kdy pacient vykročí nejprve oběma berlemi najednou současně s nemocnou dolní končetinou, poté následuje zdravá dolní končetina. Tento typ chůze se používá u pacientů, kteří se nesmí postiženou končetinou dotýkat země. Dále máme chůzi třídobou. Je to nejčastější typ, používá se při částečném zatížení postižené dolní končetiny. Pacient vykročí nejprve oběma berlemi, poté nemocnou dolní končetinou a následně zdravou dolní končetinou. Posledním typem je čtyřdobá chůze, která se používá u pacientů, kteří mohou zatěžovat obě končetiny. Nejprve se předsune jedna berle, následně druhá, poté nemocná končetina a následně zdravá končetina. (Vytejková R., Sedlářová P., Wirthová V., Holubová J. 2011; Klusoňová E., Pitnerová J. 2005; Lippertová-Grünerová M. 2005)

#### *1.4.8 Výchova k soběstačnosti*

Stupeň samostatnosti je závislý na závažnosti postižení, na psychickém stavu pacienta, ale i na pochopení, vědomostech a dovednostech ze strany ošetrovatelského personálu, rodiny a na prostředí, ve kterém pacient žije. Výchova k soběstačnosti využívá funkcí, ať už plně nebo částečně zachovalých, k umožnění běžných denních činností. Pozornost je zaměřena zejména na oblast najedení, osobní hygieny, komunikačních schopností, oblékání a schopnosti pohybu. Pokud nelze činnost vykonat samostatně nebo velice obtížně, využívá pacient technických nebo kompenzačních

pomůcek, které vybírá ergoterapeut. Případně některé sám i zhotovuje. Dále navrhuje i úpravu prostředí a učí pacienta s pomůckami zacházet. Poté musí sestru seznámit s tím, za jakých podmínek a s kterými pomůckami pacient určitou činnost zvládne. (Klusoňová E., Pitnerová J. 2005)

#### *1.4.9 Návuk komunikace*

Komunikace je výměna informací mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem. Je nutné zaměřit se na verbální, ale i neverbální komunikace. S pacientem je nutné udržovat neustálý slovní kontakt, používání řečových stereotypů (např. pozdravy, orientace místem, časem a osobou), získávání informací přímo od pacienta a také podporování nemocného při komunikaci, kdy je možné využít i hudbu a zpěv. Pro usnadnění komunikace je vhodné použití i kompenzačních pomůcek. (Schusterová M. 2008)

#### *1.4.10 Užití tepla a chladu*

Užití tepla a chladu spadá do fyzikální léčby a je možné je aplikovat celkově i místně. Teplo snižuje svalové napětí, způsobuje vazodilataci, působí protizánětlivě, má analgetické účinky. Aplikovat teplo je zakázáno u akutních zánětů, nádorů, krvácivých stavů, pokud pacient trpí srdeční nedostatečností a onemocněním ledvin. Teplo celkově aplikujeme koupelemi, které mohou být sedací, vířivé a další. Místně pomocí termosáčku, obkladu, zhotoveným ze silné vrstvy bavlny napařené ve sterilizátoru, která se potom překryje vrstvou z PVC a další suchou bavlněnou vrstvou, dále infračerveným zářením aplikovaným pomocí Solux lampy. Aplikace chladu vede k vazokonstrikci, snížení teploty, otoků, zánětu a má i analgetický účinek. Tento typ aplikace je zakázán u srdečních poruch, u nedokrevnosti a u poruch citlivosti. Celkově chlad aplikujeme ve speciálních komorách pomocí mlhoviny, chladné sprchy nebo chladné koupele. Místně je aplikace možná pomocí vaků na led nebo pomocí sáčků s gelovou hmotou, které se nechají zmrazit. Nutné je, aby se při použití u pacienta vaky na led i gelové sáčky obalily do látkového obalu. (Vytejková R., Sedlářová P, Wirthová V., Holubová J. 2011)

#### *1.4.11 Kompenzační pomůcky*

Kompenzační pomůcky využíváme k obnově a usnadnění funkčních schopností, pokud už jinými možnostmi není možné jejich zlepšení. Máme pomůcky pro přemísťování, mezi které patří různé druhy berlí, hole, chodítka, mechanické vozíky, vozíky elektrické, skluzová prkna, pásy, hrazdičky. Indikaci těchto pomůcek určuje fyzioterapeut a ergoterapeut, v některých případech může i lékař. Pomůcku je nutné vybrat dle postižení. Dále máme pomůcky pro osobní hygienu. Například kartáče a houby na tyči, kartáčky s přísavkami, sedáky do vany, různé druhy madel, nástavce na WC, protiskluzové podložky. Další jsou pomůcky pro najedení, používané při těžkých poruchách hybnosti horních končetin. Jejich úprava se většinou řídí individuálně, podle stavu pacienta. Mohou to být například speciálně upravené příbory, nebo talíře se zvýšeným lemem. Používají se pomůcky pro oblékání, kdy se nejčastěji používají obouvače ponožek a punčoch nebo podavače. Problémy s oblékáním se dají řešit i úpravou oblečení. Vhodné je volnější oblečení, suché zipy, poutka. Kompenzační pomůcky využíváme i v komunikaci hlavně u pacientů s afázií a dysartrií. Patří sem písmenkové tabulky, obrázkové knížky, ale i moderní elektronické pomůcky. (Klusoňová E., Pitnerová J. 2005; Votava J., Krivošíková M., Hamačková L., Smek D. 2004)

### **1.5 Poruchy hybnosti**

Dle literatury je možné rozdělit poruchy hybnosti na vrozené a získané. Vrozené mohou být způsobené například dětskou mozkovou obrnou, která ale může být diagnostikována i během dětského věku a ne hned po narození. Získané mohou být způsobené například Parkinsonovou chorobou, neuroinfekcemi, cévními mozkovými příhodami, úrazy páteře a míchy nebo roztroušenou mozkomíšní sklerózou. Příčin je velké množství. (Pfeiffer J. 2007).

Poruchy hybnosti lze rozdělit na plegie, jedná se o úplnou poruchu hybnosti končetin, a parézy, které jsou charakterizovány částečnou poruchou hybnosti končetin. Tyto poruchy lze dělit ještě na hemiparézy a hemiplegie, kdy je postižená jedna polovina těla. Charakteristické jsou u cévních mozkových příhod. Dále na pentaplegie,

kdy pacient není schopen pohybovat žádnými končetinami a zároveň je i postižena funkce bránice. Další poruchou hybnosti je kvadruplegie, při které pacient není opět schopen pohybovat končetinami, ale bránice není poškozena. Poslední těžkou poruchou hybnosti je paraplegie, při které je zachována hybnost horních končetin. Poruchy hybnosti mohou být dále doprovázeny velkým množstvím příznaků. Například poruchami řeči a jejímu porozumění (afázie), postižením schopnosti číst a psát (alexie, agrafie), poruchami zraku, vyprazdňování moči i stolice, polykání, výslovnosti, paměti, chování i vědomí a dalšími. (Tyrlíková I., Bareš M. a kol. autorů 2012; Pfeiffer J. 2007)

#### *1.5.1 Rehabilitační ošetřování u těžkých poruch hybnosti*

O pacienta pečuje multidisciplinární tým pod vedením lékaře. U CMP a poranění páteře a míchy lze dobu léčby rozdělit na několik fází. V akutní fázi (jeden až dva týdny) se dostává do popředí snížené svalové napětí se ztrátou aktivní hybnosti postižených částí těla, v kombinaci s poruchou čítí. V tomto období je velké riziko vzniku dekubitů, a proto podstatnou část péče tvoří polohování v kombinaci s antidekubitními pomůckami, provádí se dechová rehabilitace, pomocí pasivních pohybů, které provádíme pomalu a plynule, udržujeme hybnost těla tam, kde pacient nedokáže pohyb sám vykonat. Na částech těla, které nebyly poškozeny, se s pacientem cvičí aktivní pohyby, aby došlo k zachování kloubního rozsahu, posílení oslabených svalů a udržení fyzické kondice. Zahajuje se postupná vertikalizace do polosedu až sedu, a to již ve stádiu, kdy pacient ještě není zcela při vědomí. Je nezbytné pečovat i o vyprazdňování. Pacient například po úrazech páteře a míchy může mít zavedenou epicystostomii, která se zaštipuje, aby se zachovalo pravidelné vyprazdňování moči. Stejně tak se každé 2-3 dny zavádí čípky, aby docházelo k pravidelnému vyprazdňování stolice. Pokud to stav pacienta vyžaduje, je zahájena logopedická terapie. V subakutní fázi (až 3 měsíce) se pomocí cvičení snažíme snížit spasticitu svalů na končetinách. Pokračuje se v postupné vertikalizaci, dochází k nácviku mobility na lůžku, samostatného sedu, přesunů na vozík, na toaletu a do sprchy. Postupně dochází k navyšování obtížnosti cviků a aktivit a klade se důraz na cvičení stability. Pro zvyšování obtížnosti se používají různé pomůcky, např. balanční podložky, míče, pružné tahy, ale i hmotnost vlastního těla. Pokud je pacient orientován v tělesné ose

a postavením v prostoru, je možné začít nácvik stoje před zrcadlem a postupný nácvik chůze. Nejprve pacient chodí po pohyblivém chodítku s bradlovými opěrami nebo je v pohyblivém závěsu. Je možný také nácvik pohybu s vozíkem. Většina pacientů s hemiparézou se však naučí chodit a vozík nepoužívají. Když se však chůze nedaří, existuje vozík, který se dá pohánět ze zdravé strany pákou nebo elektrické vozíky. Pro získání elektrického vozíku se ale musí provést několik odborných vyšetření (neurologické, psychologické, oční, rehabilitační) a musí se posoudit pacientova způsobilost k ovládní vozíku. Postupně se nacvičují hlavně běžné aktivity života, mezi které patří najedení, oblečení, přesuny, osobní hygiena, dále funkční dovednosti horních končetin jako jemná motorika, úchopy, koordinace, dále doporučení a nácvik používání kompenzačních pomůcek a i zapojení a instruktáž rodiny, jak s pacientem pracovat a vhodně mu asistovat. Další fáze je adaptační (chronická), kdy se pokračuje v postupech ze subakutní fáze. U CMP k této fázi dochází, pokud porucha hybnosti stále přetrvává a nedochází ke zlepšení. U poranění páteře a míchy jsou pacienti v této fázi překládáni na spinální rehabilitační jednotky. Pozornost je zde více zaměřena na obnovení svalové síly, vytrvalostní trénink, nácvik soběstačnosti, na manipulaci s končetinami, přesuny a trénink rovnováhy. V rehabilitačních centrech se setkáme i se cvičnými byty, kde jsou například cvičné kuchyně. Zařazena je i sportovní terapie. Ergoterapeuti vybírají kompenzační pomůcky, vozík, konzultují bezbariérové úpravy bytu, pracovního místa, případně i úpravy automobilu na ruční řízení. V této fázi probíhá i sociální šetření. Poslední fáze je resocializační, kdy se pacient po propuštění vrací do domácího prostředí. Je potřeba stále udržovat fyzickou kondici a předcházet komplikacím (například dekubitům a kontrakturám). (Pfeiffer J. 2007; Kříž J., Špaňhelová Š. 2005; Papoušek J. 2010)

U Parkinsonovy choroby je důležité pacientovi pro cvičení navodit dobrou náladu, například oblíbenou hudbou. Vhodné je cvičit individuálně, ale i v menších skupinách. Cvičení je zaměřeno hlavně na extenzory a jejich aktivování. Doporučuje se plavání v teplé vodě, také se cvičí před zrcadlem mimika, aby došlo k odstranění maskovité tváře. Vhodné je cvičení pomocí jógy. Důležitá je ergoterapie, aby se pacient stále mohl zabývat alespoň částečně prací nebo zájmovou činností. Je nutné používání

nejrůznějších kompenzačních pomůcek, ale i vyhodnocení bytu a jeho případné úpravy. (Pfeiffer J. 2007)

U roztroušené sklerózy je nutné při cvičení brát ohled na to, že se pacient snadno unaví. Z důvodu spasticity močového měchýře, může být nutná častá katetrizace. Také může mít pacient zavedenou epicystostomii. Pokud jsou přítomny depresivní stavy, je nutná konzultace s psychiatrem. Z bytu je nutné odstranit všechny překážky k pohybu a také zajistit dostupnost bytu výtahem. Nedoporučuje se opouštět zaměstnání, pouze jej přizpůsobit potížím. (Pfeiffer J. 2007)

U dětské mozkové obrny lze použít různé léčebné metody (programy). Například Bobathovu léčebnou metodu, Léčebný program podle Tardieua, nebo Vojtovu metodu. (Pfeiffer J. 2007)

Po prostudování literatury jsem zjistila, že se rehabilitační postupy u všech příčin poruch hybnosti prolínají a podobají, ale přesto nelze popsat jednotný postup. Je kladen důraz zejména na aktivní a pasivní pohyby, nácvik soběstačnosti a kompenzační pomůcky.

## **1.6 Imobilizační syndrom**

Také někdy nazývaný hypokinetický syndrom. Jedná se o stav, kdy je pacient ohrožen poškozením různých tělesných systémů vynucenou nebo nevyhnutelnou imobilizací. Rozlišujeme různé stupně soběstačnosti. Pacienty zcela soběstačné, kteří nejsou závislí na pomoci ošetřujícího personálu a jsou v relativně dobrém psychickém stavu, dále zčásti soběstačné, kteří jsou schopni sebepéče mimo lůžko, ale s pomocí personálu, zcela nebo částečně nesoběstačné, upoutané na lůžko, je možná přítomná psychická dekompenzace a je nutná menší či větší pomoc ze strany personálu. A dále máme pacienty nesoběstačné, upoutané na lůžko, s přítomnou psychickou dekompenzací nebo se jedná o pacienty v bezvědomí. Tito pacienti jsou zcela závislí na péči ošetřujících pracovníků. (Minaříková P. 2008) Příznaky imobilizačního syndromu lze rozdělit podle toho, o jaký tělesný systém se jedná. U kardiovaskulárního systému může být patrná při vertikalizaci ortostatická hypotenze, vazomotorické změny se projeví snížením srdeční výkonnosti a nedostatečným prokrvením jednotlivých

orgánů. Z důvodu klidového režimu se zvyšuje riziko tromboembolické nemoci (TEN), která může způsobit až plicní embolii. U dýchacího systému je z důvodu polohy vleže ztížené dýchání, zhoršené odkašlávání, sekret se hromadí v plicních cestách. Je zhoršená samočistící funkce dýchacích cest, a proto se zvyšuje riziko pomnožení virů a bakterií. Z těchto důvodů je pacient ohrožen pneumonií, atelektázami a bronchitidami. Na kosterní a pohybové soustavě se mohou objevit projevy ztuhlosti, bolesti, imobilizační osteoporózy, osteomalacie, svalové atrofie a kontraktury, deformity končetin a páteře. Na močovém ústrojí lze zpočátku pozorovat zvýšenou diurézu. Následně může docházet k zadržování moči v ledvině pánvičce a tvorbě konkrementů. Dále je pacient ohrožen inkontinencí, může mít zaveden permanentní močový katétr, kdy po jeho vytažení může dojít opět k zadržování moči a je nutné jednorázové vycévkování nebo opět zavedení PMK. Při zadržení moči je i možný zpětný odtok moči do ledvině pánvičky a rozvoj následného zánětu ledvin. Imobilita silně ovlivňuje i psychiku pacienta. Z důvodu nedostatku užitečných informací a podnětů dochází ke zhoršení intelektuálních a emocionálních funkcí. Mohou být přítomny deprese, změny nálad, apatie, zmatenost, dezorientace, ale i snížená motivace ke všem činnostem, bezmocnost, zhoršený spánek a zhoršené rozhodování. Pokud dojde ke změnám na pacientově těle, povzbuzujeme jej k pohledu na změněnou část těla, aby došlo k přizpůsobení se na změnu. Na centrálním nervovém systému můžeme sledovat projevy tachykardií, poruchy rovnováhy a nestabilitu těla, pády z lůžka, ztrátu vnímání reality, poruchy řeči, ale i sebeobsluhy a soběstačnosti. Imobilizační syndrom má i sociální dopady. Nedostatek kontaktu s lidmi, změna bydlení a dosavadního životního stylu může vést k narušení mezilidských vztahů. Dochází k prohloubení snížené soběstačnosti, k nezájmu o dění kolem sebe a nespolupráci. Na zaživacím ústrojí lze pozorovat z důvodu nepřírozené polohy vleže a sníženého pohybu zpomalení střevní peristaltiky s následnými poruchami vyprazdňování stolice, které mohou být způsobeny i psychickými vlivy. Díky nerovnováze vnitřních procesů se mohou projevit například i otoky. Změny v příjmu stravy a tekutin, chuťově a vzhledově nepřitažlivá strava mohou způsobovat nechutenství. To se odráží ve sníženém příjmu tekutin a stravy. Pacient je také ohrožen dehydratací a ztrátou pocitu žízně. To se projevuje



oschlými sliznicemi, sníženým kožním turgorem a pokožka se může snadněji poranit. Snížený turgor podporuje vznik otlaků a dekubitů. (Minaříková P. 2008, Pejznochová I. 2010; Klevetová D. 2011).

Dekubity jsou závažným problémem, a proto jsem jim věnovala zvláštní pozornost v následující kapitole.

## **1.7 Dekubity**

Dekubitus neboli proleženina je místní ischemické poškození až nekróza kůže, podkoží a svalstva, která vzniká vlivem tlaku, třením nebo namáháním ve smyku při manipulaci s pacientem. Jejich výskyt se řadí mezi indikátory kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení. (Maďar R., Podstatová R., Řehořová J. 2006)

Rozlišujeme čtyři stupně dekubitů. První stupeň nemá viditelné poškození kůže, projevuje se mírným otokem a zarudnutím. U druhého stupně je již patrný na povrchu kůže puchýř, zasažená oblast je oteklá, zatvrdlá, kůže bledá. Při kompresi se neobjeví kapilární návrat. Při třetím stupni je dekubitus pokryt černou suchou nekrózou nebo rozbředlou nekrotickou tkání. Defekt podkoží je vždy větší než defekt na povrchu kůže, na místě odumřelých tkání se vytváří vředy s široce podminovanými okraji a je obnažen kostní podklad. Čtvrtý stupeň je pohledově stejný jako dekubit třetího typu, ale navíc je doprovázen artritidami sousedních kloubů, například kyčelních nebo kolenních. (Mikula J., Müllerová N. 2008)

Dekubity se nejčastěji vyskytují na místech kostních vyvýšenin, v místech, kde se nachází malá tuková vrstva mezi kůží a kostí. Tato místa se nazývají predilekční. Do těchto míst patří týlní krajina, oblast loktů, lopatky, žebra, výběžky obratlů, boky, kyčelní oblast, sacrum, kyčelní kost, sedací hrboly, kloubní hrboly kosti holenní a stehenní, kolena, kotníky, paty a tlakové body na ploskách nohou. (Mikula J., Müllerová N. 2008)

Základním a nejdůležitějším prvkem prevence dekubitů je polohování, dále suché a dokonale upravené lůžko s antidekubitní matrací a polohovacími pomůckami. Dalším prvkem je hygiena, stabilizování celkového stavu pacienta a rehabilitace, která podporuje návrat hybnosti a obnovení soběstačnosti.

Nezastupitelnou roli v prevenci dekubitů také zaujímá výživa. (Klinková K., 2008; Mařar R., Podstatová R., Řehořová J. 2006)

### **1.8 Iktová centra**

Jedná se o specializovaná pracoviště, která se zabývají terapií a prevencí cévních mozkových poruch. Centralizací této péče dochází nejen k její lepší organizaci, ale i k vyšší kvalitě a odbornosti. Rozlišujeme dva typy iktových center. Primární iktová centra, která jsou určena pro většinu iktů. Je zde zajištěna základní intenzivní péče, základní diagnostika, CT, neurosonologické vyšetření a základní terapie včetně intravenózní trombolýzy. Druhým typem jsou centra vyššího typu, určená pro léčbu nemocných, kteří vyžadují vyšší stupeň neurointenzivní péče, podrobnější diagnostiku, složitější sledování a úzce specializované chirurgické a endovaskulární intervence. Tento typ center zároveň slouží výuce a vědě a jako konzultační pracoviště primárním centrům. Je důležité, aby centra byla zapojena v registrech, aby mohlo docházet ke kontrole péče, získávání statistických údajů a srovnání praxe s vědeckými poznatky. (Kalvach P. 2010)

Kritéria pro iktová centra jsou formulována ve věstníku č. 2/2010

### **1.9 Spinální jednotky**

Neboli pracoviště specializovaná na léčení úrazů páteře a míchy v rámci většího zdravotního zařízení. Tato zařízení skýtají pro pacienty s poškozením páteře a míchy největší šanci na minimalizaci následků poranění. V České republice velice dobře funguje systém péče o spinální pacienty v prvním roce po zranění. Bezprostředně po zranění s poškozením páteře a míchy je pacient přepraven na spondylochirurgické pracoviště, kde se pacient podrobí urgentnímu operačnímu zákroku. Po stabilizování životních funkcí je pacient přeložen na spádovou spinální jednotku. Tam již pokračuje terapeutická a ošetrovatelská péče, řeší se nejrůznější zdravotní komplikace a nastavují režimy např. pro močení, vyprazdňování, ale především zde probíhá velice intenzivní rehabilitace – fyzioterapie a ergoterapie. Součástí jednotek jsou i odborné spinální ambulance, které zajišťují ambulantní péči pro pacienty s poškozením míchy a jejich sledování. Spinálních jednotek se nachází v ČR pět – dvě v Brně (v Úrazové nemocnici

Brno a při ortopedickém oddělení Fakultní nemocnice Brno v Bohunicích), při Neurochirurgické klinice Fakultní nemocnice Ostrava, při Traumacentru Krajské nemocnice Liberec a jako součást Kliniky rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice v Motole. Po dvou až třech měsících, kdy je zdravotní stav zcela stabilizován, je pacient přeložen na rehabilitační spinální jednotku v rehabilitačním ústavu, kde pokračuje v intenzivní rehabilitaci po dobu dalších několika měsíců. Spinální jednotka při rehabilitačních klinikách je zřízena v Kladrubech, Hrabyni a v Luži-Košumberku. (Jílková J. 2011)

### **1.10 Ošetrovatelský proces**

Hlavním cílem ošetrovatelského procesu je zhodnocení současného zdravotního stavu pacienta, jeho skutečných i hrozících problémů péče o zdraví, sestavení plánu ke zhodnocení potřeb a poskytnutí specifické ošetrovatelské intervence k uspokojení potřeb pacienta tak, aby dosáhl co nejvyšší úrovně kvality života a případně i klidného umírání a smrti. (Plevová I., 2011).

Proces se skládá z pěti fází. V první fázi, posuzování, sbíráme, ověřujeme a třídíme data a údaje o zdravotním stavu pacienta. Druhou fází je diagnostika. Jedná se o analyticko-syntetický proces, ze kterého vyústí sesterská diagnóza. Další fází je plánování. Jde o sestavení plánu ošetrovatelské péče, který je zaměřený na prevenci, snížení nebo odstranění problémů. Plán musí obsahovat stanovení priorit, určení cílů, vymezení ošetrovatelské intervence a vytvoření ošetrovatelského plánu. Čtvrtá fáze se nazývá realizace. Jedná se o uskutečnění ošetrovatelských intervencí, které jsou zaměřené na dosažení stanovených cílů a uspokojení potřeb. Vytvořená a poskytnutá intervence musí být bezpečná, musí být přizpůsobena věku pacienta, jeho zdravotnímu stavu, musí vycházet z jeho potřeb a hodnot a být použitelná s dalšími léčebnými metodami. Dále nesmí porušovat práva pacientů, musí být dosažitelná, uspořádána dle důležitosti, vycházet z legislativy týkající se ošetrovatelství, musí mít časový údaj a být založena na znalostech, zkušenostech a vědeckých poznatcích. Poslední fází je vyhodnocení. Tato fáze zjišťuje, jestli a případně v jak velké míře byl plán funkční a cíle naplněny. Jednotlivé složky procesu na sebe musí navazovat v logickém pořadí, ale vzájemně se mohou i prolínat. (Plevová I. 2011; Richard A., Edwards S. 2004)

## 1.11 Ošetrovatelský management

Management lze definovat jako proces s mezilidskými a technickými stanovisky, kterými se při efektivním a úsporném využití lidských, materiálních, finančních a technologických prostředků plní cíle organizace. (Grohar-Murray M.E., Dicrohe H.R. 2003)

Práci managementu dělíme na vrcholovou, střední a nižší úroveň zodpovědnosti. Vrcholovou úroveň managementu, někdy také nazývanou administrativní, tvoří představenstvo, ředitel a zástupci ředitele organizace. Do této skupiny patří i hlavní sestra. Do střední úrovně patří vedoucí oddělení a asistentky hlavní sestry pro různá oddělení. Tato skupina řídí manažery jednotek, vrchní sestry, které řídí řadové zaměstnance. (Grohar-Murray M.E., Dicrohe H.R. 2003)

Cíl managementu v ošetrovatelství vyžaduje uvážlivé a profesionální strategie. Cílem je naplnění cílů organizace nebo oddělení, udržování kvality péče o pacienty v rámci finančních možností, zvyšování motivace zaměstnanců i pacientů, zvyšování schopností podřízených a spolupracovníků přijímat změny a další profesní rozvoj personálu. (Grohar-Murray M.E., Dicrohe H.R. 2003)

Mezi funkce managementu patří plánování, organizování, obsazování pracovních míst, řízení, koordinace a kontrola. Nejdůležitější a nejzákladnější je plánování, které stanovuje průběh dalších činností na určitou dobu dopředu. Plánování poskytne celkový plán k dokončení nezbytné práce a v ideálním případě by mělo obsahovat i možné problémy. Organizování je funkce, spojující lidi a aktivity tak, aby došlo k naplnění cílů organizace. Obsazování pracovních míst zajišťuje, že pro naplnění cílů je dostatek vhodného personálu. Funkce řízení má za úkol zajistit, aby ostatní odvedli svou práci, koordinace je spojování aktivit a pracovníků, aby došlo k harmonickému naplnění cíle, a slouží i jako preventivní funkce k odvrácení konfliktů a nedorozumění při sporech o kvalitu a správnost péče a kontrola je usměrňování činností s plány. (Grohar-Murray M.E., Dicrohe H.R. 2003)

## **1.12 Metody k hodnocení závislosti a vzniku komplikací, podle kterých sestry aktivně plánují ošetrovatelské intervence**

Toto hodnocení může sestra provést odhadem, pozorováním nebo měřicími technikami. Použití jakékoliv metody hodnocení pomůže všeobecné sestře určit rizikové pacienty a naplánovat jejich ošetrovatelskou péči tak, aby se předešlo komplikacím. Hodnocení klienta je prováděno při příjmu na oddělení a následně v pravidelných intervalech podle stavu klienta. Nejdéle však jednou za týden. Hodnocení je nutné zavést do dokumentace. (Mikula J., Müllerová N. 2008, Minaříková P. 2008)

### *1.12.1 Metody hodnotící závislost pacienta*

#### 1.12.1.1 Barthelův test

Mezinárodně nejpoužívanější skórovací test. Posuzují se schopnosti pacientů v deseti oblastech (příjem potravy, přesun z lůžka na židli, osobní hygiena, použití WC, koupání, chůze po rovině, chůze po schodech, oblékání, inkontinence moči a stolice), kde se počet dosažených bodů liší podle samostatného provedení. Pacient může získat maximálně 100 bodů. Výhodou je i to, že je rychle proveditelný a lze ho použít i v mezinárodním srovnání. Nevýhodou, že nevypovídá o schopnosti samostatného života (Lippertová-Grünerová M. 2005)

#### 1.12.1.2 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)

Hodnocení, klasifikace funkčních schopností a vyjádření stupně postižení (disability) u osob, které jsou zdravotně znevýhodněny, není otázkou jen odborníků, ale politiků. Pojem disability je na mezinárodní úrovni nejdůležitějším pojmem v oblasti funkčních poruch, aktivit a participace (zapojení do životní situace) a tvoří jeden ze základů Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví Světové zdravotnické organizace. (MKF 2008).

Cílem MKF je poskytnutí jednotného, standardizovaného jazyka a rámce sloužícího pro popis zdraví a stavů, vztahujících se ke zdraví. Díky MKF lze lépe definovat a vyhodnocovat pozitivní, ale i negativní dopady různých stanovisek prostředí na participaci osob s disability, jak toto prostředí zmenšuje, ale i umocňuje vytvářením

nových překážek, důsledky zdravotního postižení. MKF popisuje situace z lidských funkčních schopností a jejich omezení. Tyto informace upravuje do smysluplných, provázaných a snadno přístupných a organizuje je do dvou částí. První část se týká funkčních schopností a disability, do kterých patří funkční schopnost tělesných systémů a tělesné struktury. Do druhé části patří spolupůsobící faktory. Jedná se o faktory prostředí a osobní faktory. (MKF 2008)

MKF klasifikuje zdraví a stavy vztahující se k němu. Jednotkou klasifikace je kategorie, nacházející se uvnitř každé domény zdraví a vztahujících se stavů. Nejedná se o klasifikace osob, ale o popis situací v dané souvislosti zdraví nebo ke zdraví vztahujícím se stavům a vždy je vytvořen v souvislosti s prostředím a osobními faktory. (MKF 2008)

Rehabilitace podle MKF obsahuje tři základní stupně. Prvním stupněm je funkce a struktura orgánů, druhým projekce na úrovni osobnosti, kde je v praxi používaný výraz aktivita (hodnocení kapacity) a její limity. Třetí, poslední úroveň, je participace (hodnocení výkonu), faktory prostředí, dostupnost pomůcek, zákonodárství, první úpravy, postoje spoluobčanů apod. (MKF 2008)

Tento způsob hodnocení funkčnosti lze využít jako nástroj k hodnocení, ke sledování léčby ve speciálních podmínkách, v rehabilitaci při hodnocení funkčních možností, kapacity i výkonu člověka, výstupů a úspěšnosti aplikované rehabilitace na klienta, v systému ošetřovatelské péče k vytváření standardů, na jejichž základě i financování služeb, dále k objektivizaci potřebných technických pomůcek, ale například i v oblasti pojišťovnictví, sociálním zabezpečení, sociální politice, ekonomice a v celkovém legislativním rozvoji. (MKF 2008)

Od 1. 7. 2010 je tato hodnotící metoda povinná pro všechny pracoviště, kde je poskytována péče pacientům s disabilitou. (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví [online])

#### 1.12.1.3 Test funkční soběstačnosti (FIM – Functional Independence Measure)

Test byl vytvořen roku 1986 v USA a zdravotními pojišťovnami tam je řazen do hodnotících metod. V posledních letech se tento test dočkal velkého mezinárodního rozšíření. Pacient je hodnocen v několika kategoriích. Osobní péči, kam spadá příjem

jídla, osobní hygiena, koupání, oblékání, použití WC, dále kontrola svěračů pro močení i vyprazdňování, přesuny na lůžko, židli, vozík, toaletu, vanu, sprchový kout. Dále sem patří lokomoce, jedná se o chůzi, jízdu na vozíku, chůzi po schodech, komunikace, jestli pacient rozumí a jak se vyjadřuje a nakonec sociální schopnosti jako sociální interakce, řešení problémů, paměť. Po zhodnocení testu se určí, zda pacient vyžaduje nebo nevyžaduje asistenci. (Lippertová-Grünerová M. 2005)

#### 1.12.1.4 Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga – modifikovaný Staňkovou

Tato hodnotící metoda slouží pro bezprostřední hodnocení pracovní zátěže, kdy se bodově hodnotí soběstačnost klienta, potřebný čas pro zajištění ošetrovatelské péče a následné srovnání potřebného času se skutečnými možnostmi. Mezi hodnocené oblasti patří pohybová schopnost, osobní hygiena, jídlo, inkontinence moči a stolice, návštěva toalety, dekubity a spolupráce s nemocnými. Pokud je výsledný počet bodů nula, je klient zcela nezávislý. Pokud je výsledek třicet osm, je úplná závislost. (Pokorná A., Mrázová R. 2012)

#### *1.12.2 Metody hodnotící riziko vzniku dekubitů*

##### 1.12.2.1 Stupnice dle Nortonové

Vyplňuje se při každém příjmu pacienta k hospitalizaci. Pacienta hodnotíme v několika kategoriích. Schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, každé další onemocnění, fyzický stav, stav vědomí, aktivita, pohyblivost a inkontinence. Každá z této kategorie je hodnocena počtem bodů od čtyř do jednoho. Maximum získaných bodů je 36, riziko vzniku dekubitů vzniká při méně než 25 bodech. Pokud u pacienta získáme takto nízký počet bodů, je nutné zavést polohovací záznam. (Šafránková A., Nejedlá M. 2006)

##### 1.12.2.2 Hodnocení dle Bradenové

Tato metoda hodnotí riziko vzniku dekubitů v několika oblastech. První oblastí je citlivost percepce neboli schopnost odpovídat na nepohodlí, které je způsobené tlakovou zátěží, další oblastí je vlhkost, které je kůže vystavena, dále stupeň fyzické

aktivity, pohyblivost, jak je pacient schopen měnit sám svou polohu, výživu, kde se hodnotí množství přijaté potravy a tření a střižné síly. Hodnoceno je riziko sklouzávání po prostěradle. Každá oblast se hodnotí od jednoho do čtyř bodů. Riziko vzniku závisí na počtu dosažených bodů. Vysoké riziko je při šesti až devíti bodech. (Kapounová G. 2007; Mikula J., Müllerová N. 2008)

#### 1.12.2.3 Waterlowova škála

V této metodě se posuzuje poměr váhy a výška pacienta, typ kůže v ohrožené oblasti, pohlaví, věk, nějaká zvláštní rizika, kontinence, pohyblivost, chuť k jídlu, neurologická porucha, operace a trauma a medikace. Po vyplnění formuláře se sečtou jednotlivé body, a čím vyšší skóre bodů je, tím větší je riziko vzniku dekubitů. (Waterlowova škála [online] )

### 1.13 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace je souhrn informací o pacientovi obsahující jeho současný zdravotní stav a sloužící hlavně jako pomůcka pro léčbu nebo jako důkazní materiál pro případné šetření pochybení zdravotnického pracovníka. Vedení zdravotnické dokumentace tvoří nedílnou součást péče o pacienta. Zdravotnická dokumentace má mnoho funkcí. Popisuje, kdy a co se s pacientem dělo, jaká léčba byla podána, informuje o mimořádných událostech apod. Tyto skutečnosti mohou zapisovat pouze kompetentní osoby. (Ščepoňsová S. 2009; Klánová M. 2009)

Rozlišujeme dva základní druhy zdravotnické dokumentace. Lékařskou a ošetrovatelskou. Lékařská dokumentace je souhrn údajů, informací a dalších materiálů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu pacienta a postupu při poskytování zdravotní péče a obsahuje souhrn ordinací lékaře, které jsou potřebné pro sestru, aby věděla, kdy a jaké ordinace má splnit. Ošetrovatelská dokumentace tvoří součást zdravotnické dokumentace a obsahuje záznamy plánované péče, která je pacientovi poskytována ošetrovatelským týmem, dále průběh ošetřování a doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu. Záznam o ošetrovatelské péči musí obsahovat ošetrovatelskou anamnézu pacienta, ošetrovatelský plán, ošetrovatelskou propouštěcí



zprávu, může obsahovat hlášení sester a součástí by také měly být ošetrovatelské diagnózy. ( Ščeponšová S. 2009; Klánová M. 2009)

Zdravotnickou dokumentací se zabývá Vyhláška č. 98/2012 Sb. O zdravotnické dokumentaci. (Vyhláška č. 98/2012)

#### **1.14 Multidisciplinární tým**

Obecně se multidisciplinární tým skládá z lékařů, sester a zdravotnických asistentů, ošetrovatelek, fyzioterapeutů, nutričních terapeutů, psychologů, sanitářů, sociálních pracovníků, duchovních, ale také studentů zdravotnických a sociálních oborů. Některé názory považují za členy tohoto týmu také samotné pacienty a jejich rodiny nebo blízké osoby. (Plevová I., 2012)

Těsná spolupráce různých zdravotnických pracovníků a jejich vzájemná provázanost, je od začátku poskytované péče velice důležitá, protože každý ze specialistů používá celou řadu specifických diagnosticko-terapeutických postupů. Cílem multidisciplinárního týmu je zvýšení kvality života pacienta, pokud možno s minimalizací závislosti a maximalizací sociálního začlenění (Bar M., Chmelová I. 2011). Sestra spolupracuje s lékařem, který vede léčbu pacientů a koordinuje činnost dalších zdravotnických pracovníků v průběhu hospitalizace, s fyzioterapeutem, který s pacientem každý den individuálně cvičí (Jirků H. 2006), ergoterapeutem, který pomáhá pacientům s postižením vykonávat každodenní činnosti (Krivošíková M. 2011). Důležitá je spolupráce s ostatními všeobecnými sestrami, protože sestra tráví s pacientem nejvíce času, monitoruje jeho potřeby a společně s ostatními členy týmu se je snaží naplnit (Marková M. 2010). Přítomen je psycholog, který svou pozornost zaměřuje nejen na pacienta, ale i na rodinu, a také pomáhá zdravotnickému týmu pochopit chování pacienta (Jirků H. 2006). Logoped, který se zabývá hlavně facioorální terapií, která je důležitá pro příjem potravy a dorozumívání se, dále terapií poruch polykání a poruch komunikace, hlavně poruch řeči (afázie, dysartrie, dysfonie) (Lippertová-Grünerová M. 2005). Důležitá je také spolupráce se sociálním pracovníkem, který sleduje sociální a rodinné zázemí pacienta, poskytuje rady při zajištění přiměřeného prostředí vhodného pro pacienta, dále spolupracuje se sociálními pracovníky na úradech práce, na správě sociálního zabezpečení,

organizacemi poskytujícími zdravotní a sociální služby, terénní služby, ale také začleňuje sociální okolí pacienta do léčebného procesu a do sociální rehabilitace (Šrank M., Bratová A. 2011; Kuzníková I. 2011). Důležitou součástí péče o pacienta je i rodina, která je onemocněním ovlivněna nejvíce a může i pozitivně ovlivnit pacientovu negativní situaci tím, že se ho bude pomáhat snažit zařadit zpět do života. Zároveň ale může rodina tvořit další překážku k uzdravení, kterou bude muset pacient překonat, aby se zařadil zpět do společnosti a do života (Mahrová G., Venglářová M. a kol. 2008). Nutriční terapeut získá od sester jednoduché zhodnocení nutričního stavu pomocí nutričního screeningu, následně od pacienta nebo z dokumentace získá informace o jeho zdravotních problémech, zhodnotí nutriční stav a rizika a sestaví pro pacienta nutriční plán nebo individuální dietu, která bude přizpůsobena jeho onemocnění a stavu (Grofová Z. 2007). Důležitou roli plní v multidisciplinárním týmu také duchovní, který plní duchovní potřeby pacienta a i jeho rodiny, poskytuje pacientovi i rodině podporu a empatii a v případě potřeby zajistí a vykoná i poslední přání pacienta (Kolektiv autorů 2009).

## **2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1. Cíl práce**

1. Zjistit, zda sestry přistupují aktivně k rehabilitačnímu ošetřování podle vývoje stavu hybnosti.

### **2.2 Hypotézy**

1. Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti je prováděno v multidisciplinárním týmu.
2. Účinnost rehabilitačního ošetřování je průběžně zaznamenávána do ošetřovatelské dokumentace.
3. Ošetřovatelský management provádí kontrolu rehabilitačního ošetřování.
4. Součástí práce sestry je plánování ošetřovatelských intervencí v souvislosti s vývojem stavu hybnosti.

## **3. METODIKA PRÁCE**

### **3.1 Použité metody**

K ověření stanovených hypotéz a získání dat bylo provedeno kvantitativní výzkumné šetření pomocí dotazníků, které vyplnily sestry pracující na lůžkovém rehabilitačním oddělení. Sestry dotazník vyplnily zcela anonymně a dobrovolně. Dotazník se skládal z 30 otázek, 19 uzavřených a 11 polouzavřených. Prvních 5 otázek se týkalo charakteristiky výzkumného souboru, zbylých 25 bylo použito k ověření stanovených hypotéz. Dotazník tvoří přílohu č. 1.

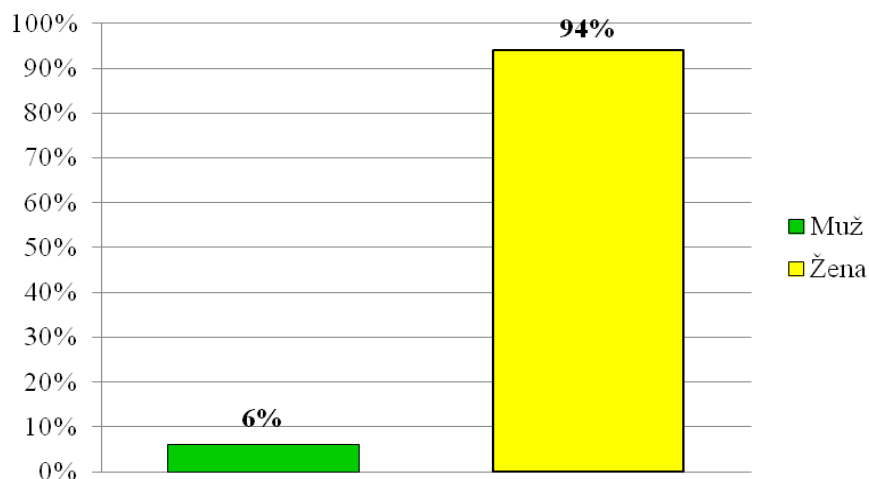
Výzkumné šetření proběhlo během měsíce června roku 2013, kdy bylo celkem rozdáno 60 dotazníků, s návratností 88%. Vrátilo se tedy 53 dotazníků. Dotazníky byly vyhodnoceny pomocí grafů, kde jsou hodnoty udávány v procentech. Dotazníky byly vyplněny se souhlasem hlavních sester a náměstkyně ošetřovatelské péče.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na lůžkovém rehabilitačním oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Tábor a.s., Nemocnice Písek a.s., Nemocnice Havlíčkův Brod, Městské nemocnice Plzeň Privamed a.s. a Institutu onkologie a rehabilitace na Pleši s.r.o.

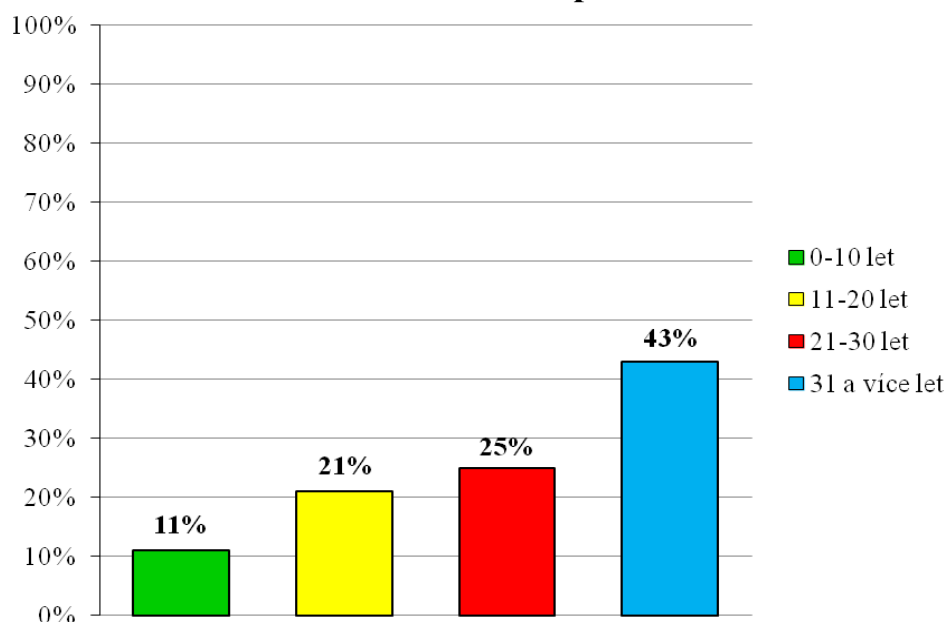
## 4. VÝSLEDKY

**Graf č. 1: Pohlaví**



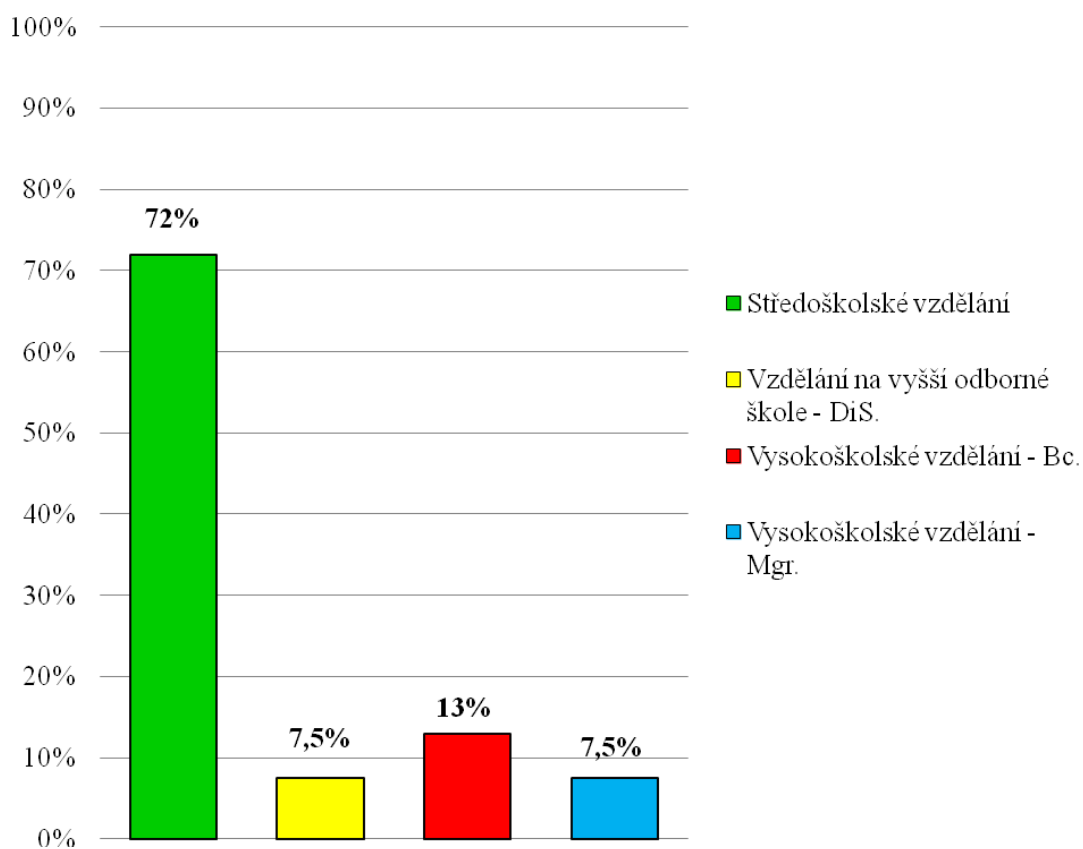
Z celkového počtu 53 (100%) sester pracujících na lůžkové rehabilitaci, jich je 50 (94%) žen, a 3 (6%) muži.

**Graf č. 2: Délka praxe**



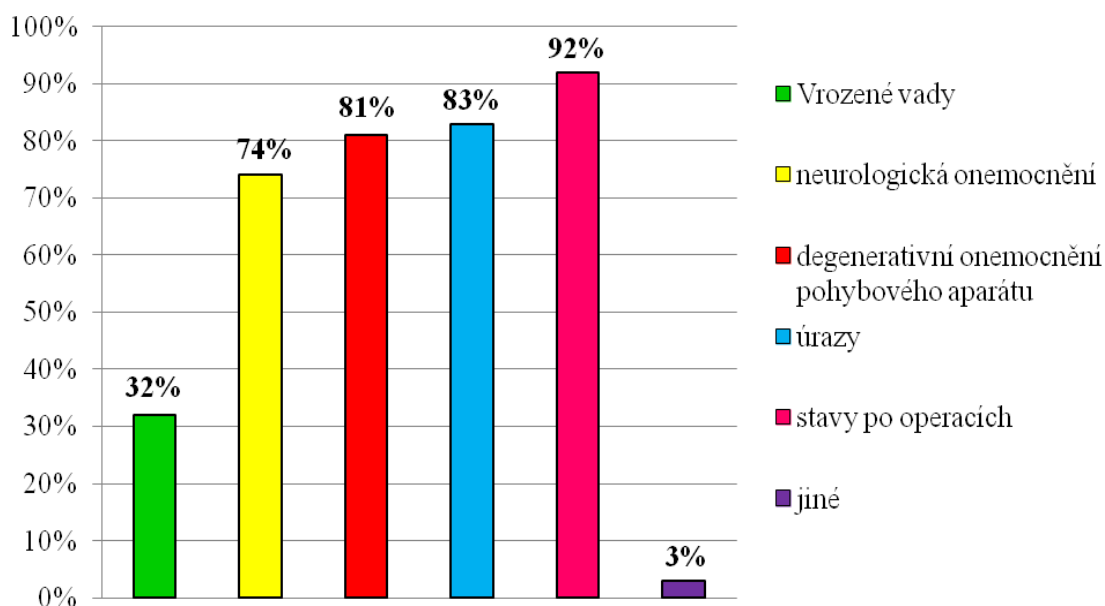
Z celkového počtu 53 (100%) sester, má délku praxe 0-10 let 6 (11%) sester, 11-20 let 11 (21%) sester, 21-30 let 13 (25%) sester. 31 let praxe a více označilo 23 (43%) sester.

**Graf č.3: Nejvyšší dosažené vzdělání**



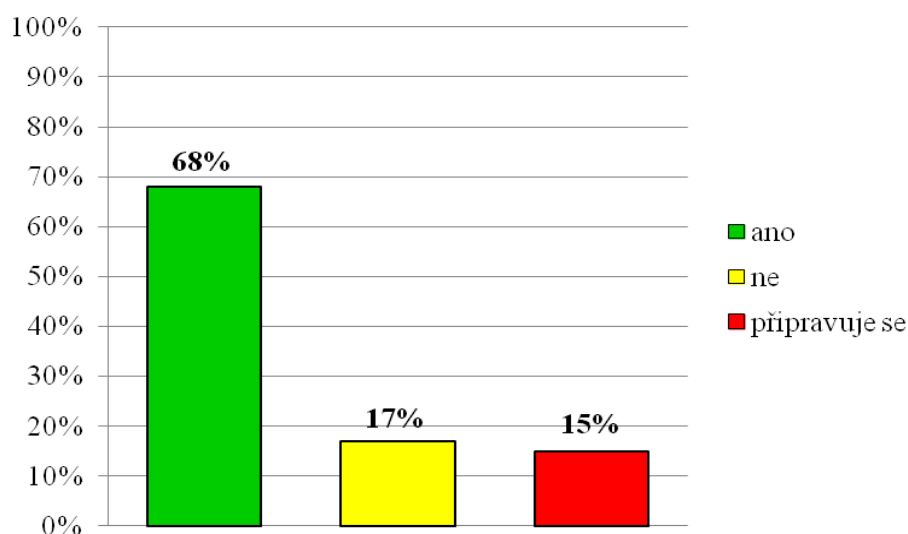
Z celkového počtu 53 (100%) sester má *středoškolské vzdělání* 38 (72%) sester, *vzdělání na vyšší odborné škole* 4 (7,5%) sestry, *vzdělání na vysoké škole – Bc.* 7(13%) sester a *na vysoké škole s titulem Mgr.* 4 (7,5%) sestry.

**Graf č. 4: Nejčastější příčiny těžkých poruch hybnosti na oddělení**



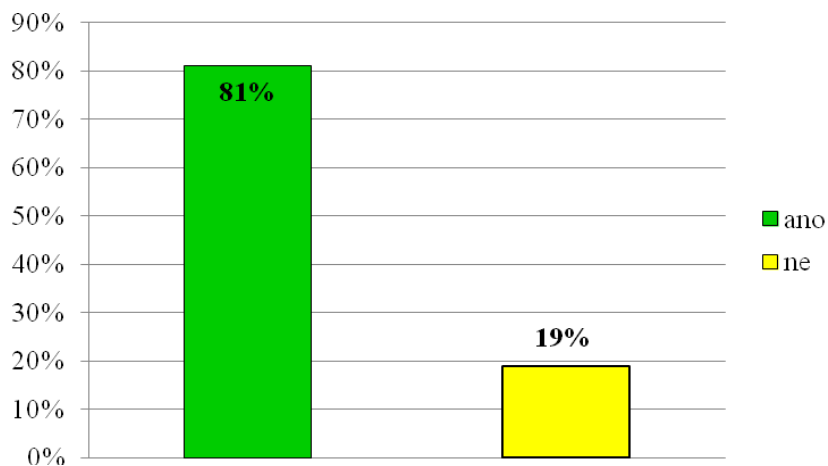
Z celkového počtu 53 (100%) sester, které mohly vybrat více odpovědí, uvedlo 17 (32%) sester, že se nejčastěji na oddělení setkávají s *vrozenými vývojovými vadami*, 39 (74%) sester s *neurologickými onemocněními*, 43 (81%) sester s *degenerativními onemocněními pohybového aparátu*. 44 (83%) sester uvedlo, že se nejčastěji setkávají s *úrazy*. Nejčastěji sestry uvedly jako *příčinu stavů po operacích*. Tuto možnost vybralo 49 (92%) sester. 2 (3%) sestry uvedly možnost *jiné*. Obě uvedly *roztroušenou sklerózu a cévní mozkové příhody*.

**Graf č. 5: Akreditace zdravotnického zařízení**



Z celkového počtu 53 (100%) sester odpovědělo 36 (68%), že jejich zdravotnické zařízení je akreditované, 9 (17%) sester uvedlo, že akreditované není a 8 (15%) uvedlo odpověď, že se zdravotnické zařízení na akreditaci připravuje.

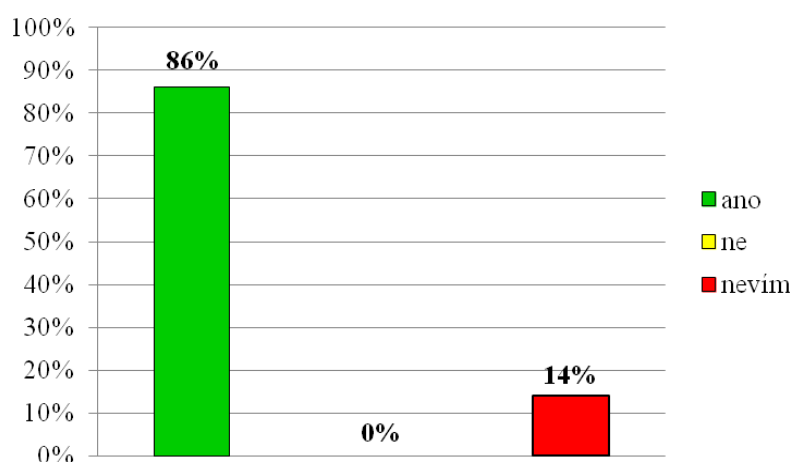
**Graf č. 6: Standard o rehabilitačním ošetřování**



Z celkového počtu 53 sester, uvedlo 43 (81%), že na jejich lůžkovém rehabilitačním oddělení mají standard o rehabilitačním ošetřování. Zbýlých 10 (19%) uvedlo, že standard na oddělení nemají. Sestry, které uvedly, že standard o rehabilitačním ošetřování na oddělení nemají, nevyplňovaly následující otázku č. 7.

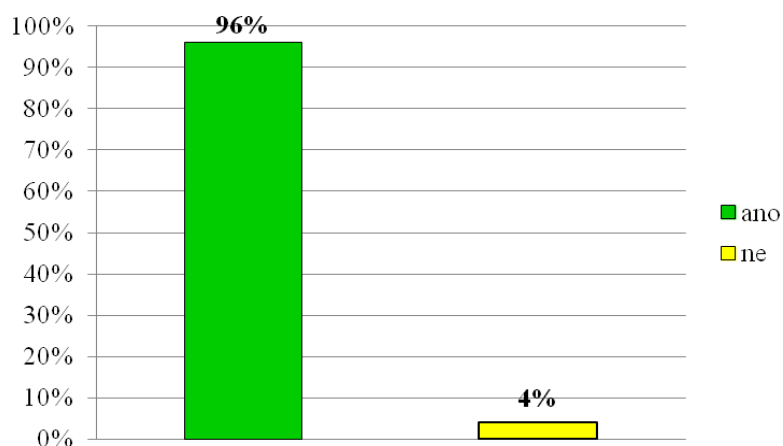


**Graf č. 7: Intervaly hodnocení závislosti podle standardu**



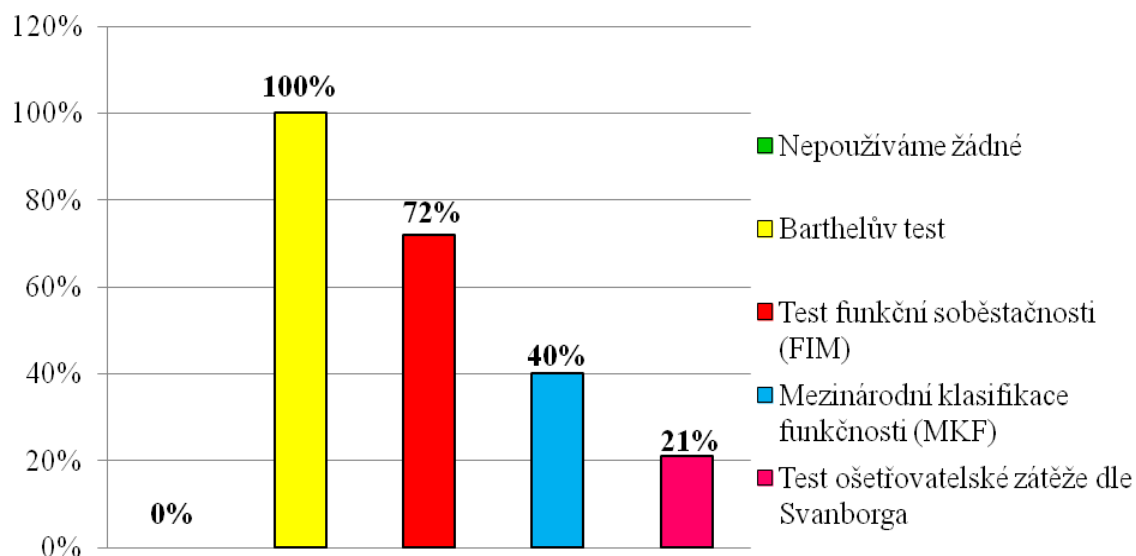
Z celkového počtu 43 (100%) sester, které na tuto otázku odpověděly, uvedlo 37 (86%), že *mají* ve standardu uvedeno, jak často mají hodnotit klienta podle jednotlivých metod k hodnocení závislosti. Nikdo neuvedl (0%), že ve standardu toto obsažené *není*, ale 6 (14%) sester uvedlo, že *neví*, jestli je toto ve standardu obsaženo.

**Graf č. 8: Vnitřní předpisy o rehabilitačním ošetřování**



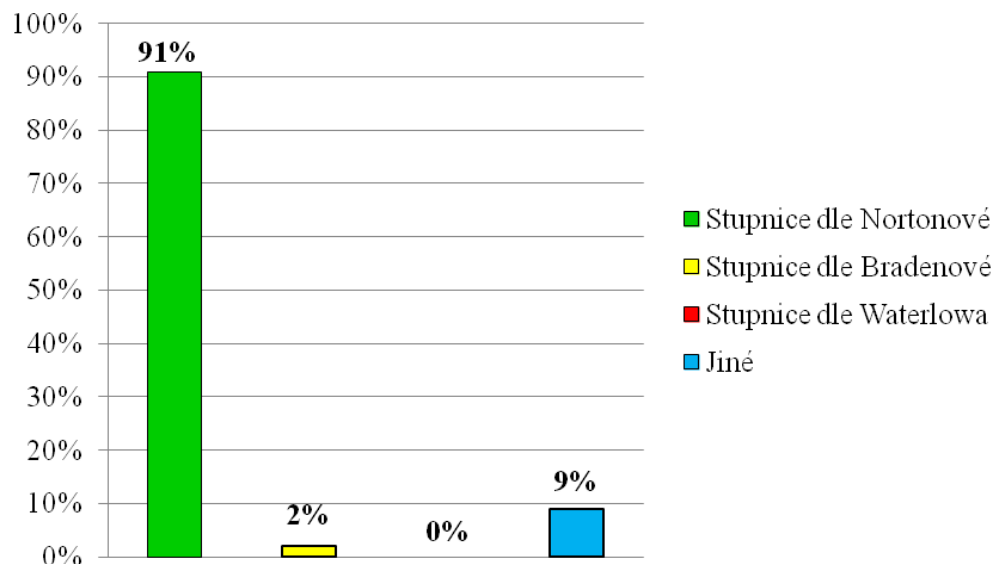
Z celkového počtu 53 (100%) sester uvedlo 51 (96%), že na oddělení *mají vnitřní předpisy* týkající se rehabilitačního ošetřování. 2 (4%) sestry uvedly, že tyto *vnitřní předpisy nemají*.

**Graf č. 9: Používané měřící metody k hodnocení závislosti pacienta**



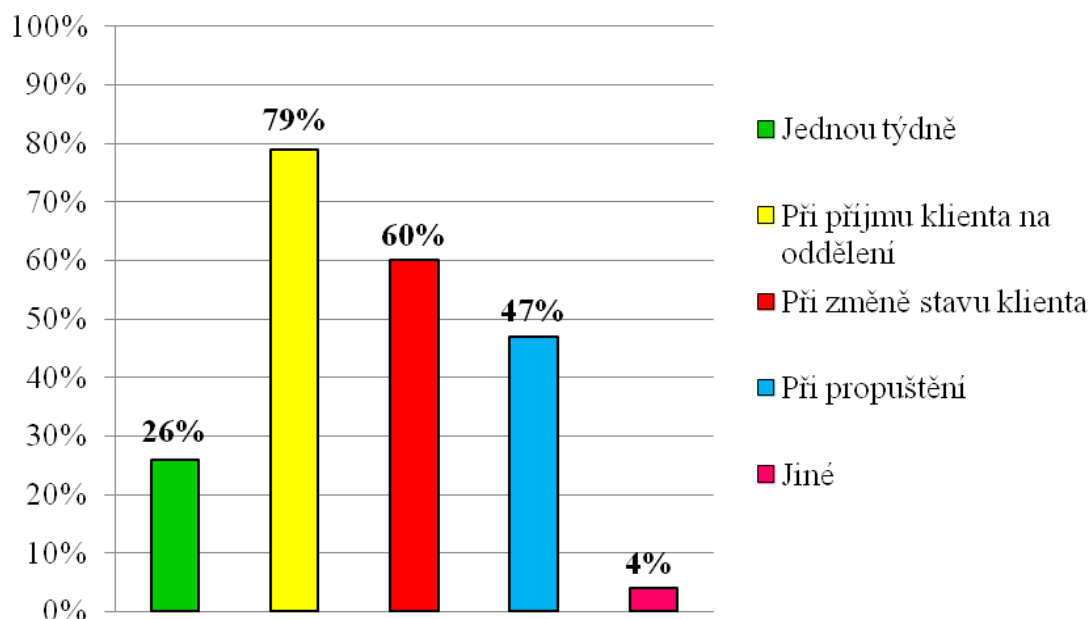
Z celkového počtu 53 (100%) sester, které mohly vybrat více možností, uvedlo 53 (100%), že na oddělení k hodnocení závislosti *používají Barthelův test*, 38 (72%) uvedlo, že používají *FIM*, 21 (40%) sester označilo *MKF* a 11 (21%) uvedlo, že na oddělení používají *Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga*.

**Graf č. 10: Používané měřící metody k hodnocení rizika vzniku dekubitů**



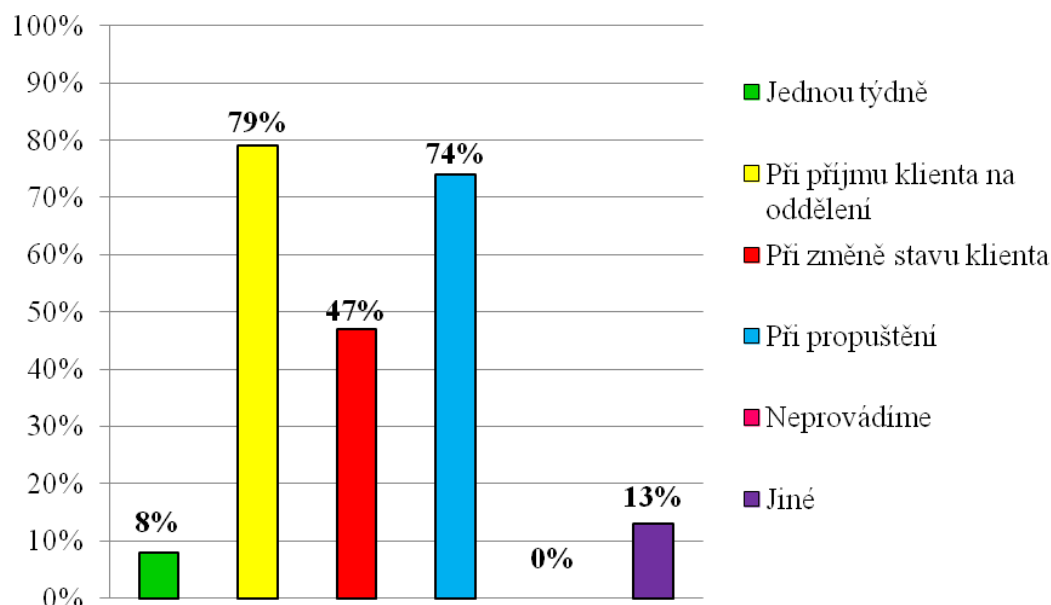
Z celkového počtu 53 (100%) sester, které mohly vybrat více odpovědí, uvedlo 48 (91%), že na oddělení používají k hodnocení rizika vzniku dekubitů *Stupnici dle Nortonové*, 1 (2%) sestra označila *Stupnici dle Bradenové*, žádná sestra (0%) neoznačila *Stupnici dle Waterlowa* a 5 (9%) označilo možnost *jiné*. Z počtu 5 (100%) sester, které označily možnost *jiné*, uvedly 2 (40%), že neví, jaké se na oddělení používají metody k tomuto hodnocení a 3 (60%) sestry uvedly, že na oddělení tyto metody nepoužívají.

**Graf č. 11: Hodnocení závislosti klienta podle Barthelova testu**



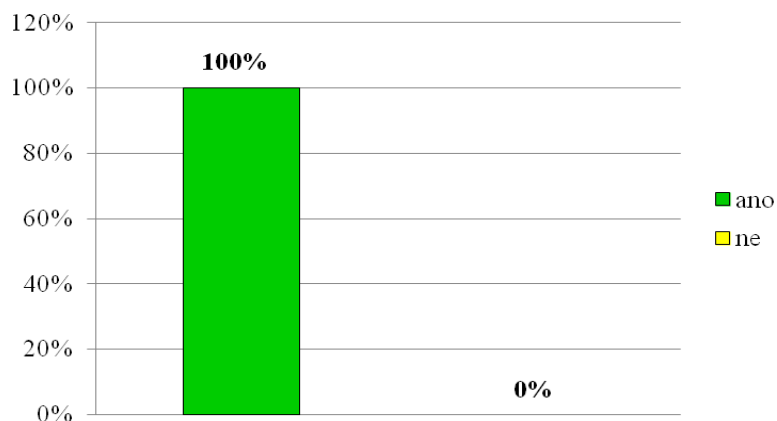
Z celkového počtu 53 (100%) sester, které u otázky č. 9 vybraly možnost Barthelův test a které mohly v této otázce vybrat více odpovědí, uvedlo 14 (26%), že klienta podle této metody hodnotí *jednou týdně*, 42 (79%) sester *při příjmu klienta na oddělení*, 32 (60%) sester uvedlo, že hodnotí klienta touto metodou *při změně stavu*, 25 (47%) označilo možnost *při propuštění* a 2 (4%) sestry označily možnost *jiné* a obě sestry (100%) uvedly, že klienta touto metodou hodnotí *při překladu*.

**Graf č. 12: Hodnocení závislosti klienta pomocí Testu funkční soběstačnosti (FIM)**



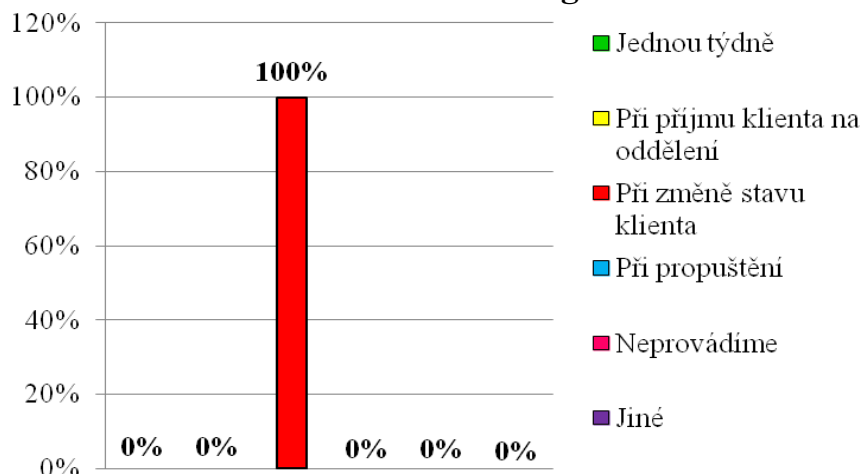
Z celkového počtu 38 (100%) sester, které uvedly u otázky č. 9 možnost FIM a mohly v této otázce vybrat více odpovědí, uvedly 3 (8%) sestry, že podle této metody hodnotí klienta *jednou týdně*, 30 (79%) sester *při příjmu klienta na oddělení*, 18 (47%) sester vybralo možnost *při propuštění* a 5 sester zvolilo možnost *jiné*. Z těchto 5 (100%) sester napsaly 2 (40%), že touto metodou hodnotí klienta *podle indikace lékaře* a 3 (60%) sestry uvedli, že touto metodou hodnotí klienta *při příjmu a dimisi ergoterapeut*. Možnost *neprovádíme*, nevedl nikdo.

**Graf č. 13: Hodnocení závislosti klienta podle MKF v rámci multidisciplinárního týmu**



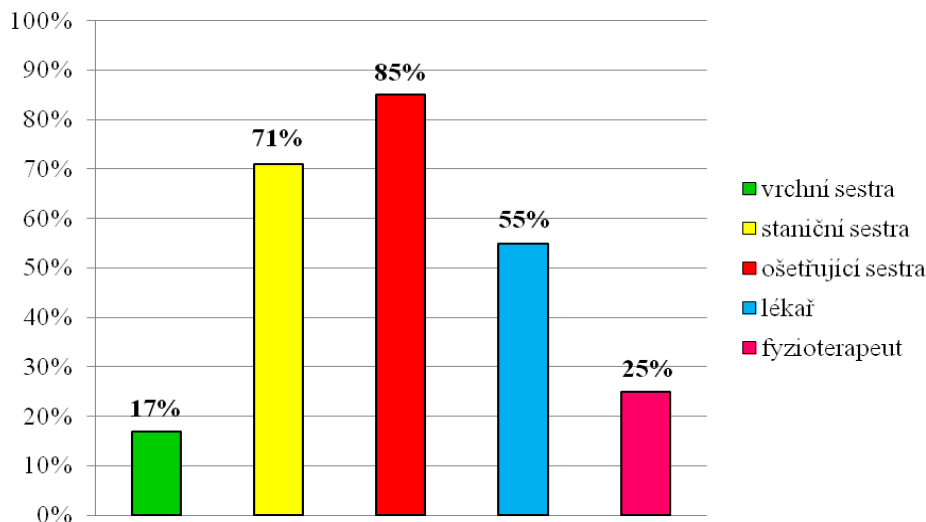
Z celkového počtu 21(100%) sester, které uvedly u otázky č. 9 možnost MKF, uvedlo 21 (100%) možnost *ano*, že hodnotí závislost klienta pomocí MKF v rámci multidisciplinárního týmu. Možnost *ne* neuvedl nikdo (0%).

**Graf č. 14: Hodnocení závislosti klienta pomocí Testu ošetřovatelské zátěže dle Svanborga**



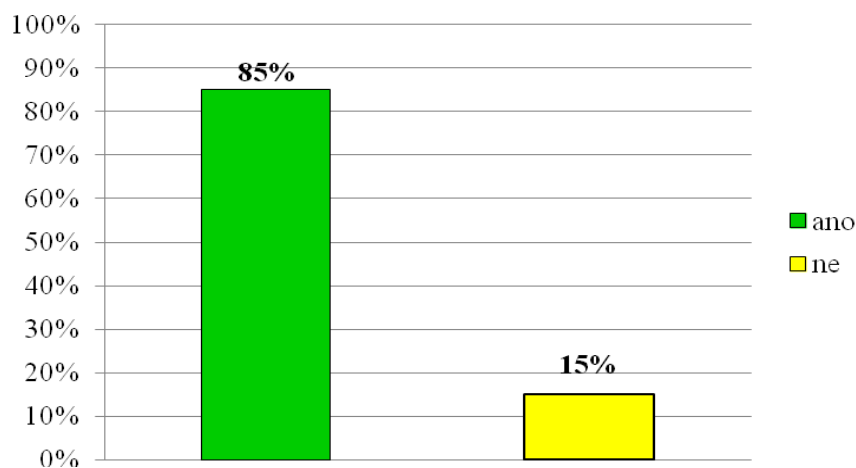
Z celkového počtu 11(100%) sester, které uvedly u otázky č. 9 možnost Test ošetřovatelské zátěže dle Svanborga a mohly odpovědět na tuto otázku, uvedlo 11 (100%), že klienta touto metodou hodnotí při změně stavu. Ostatní odpovědi neoznačil nikdo (0%).

**Graf č. 15: Kdo rozhoduje o intervalu testování klienta při změně jeho stavu**



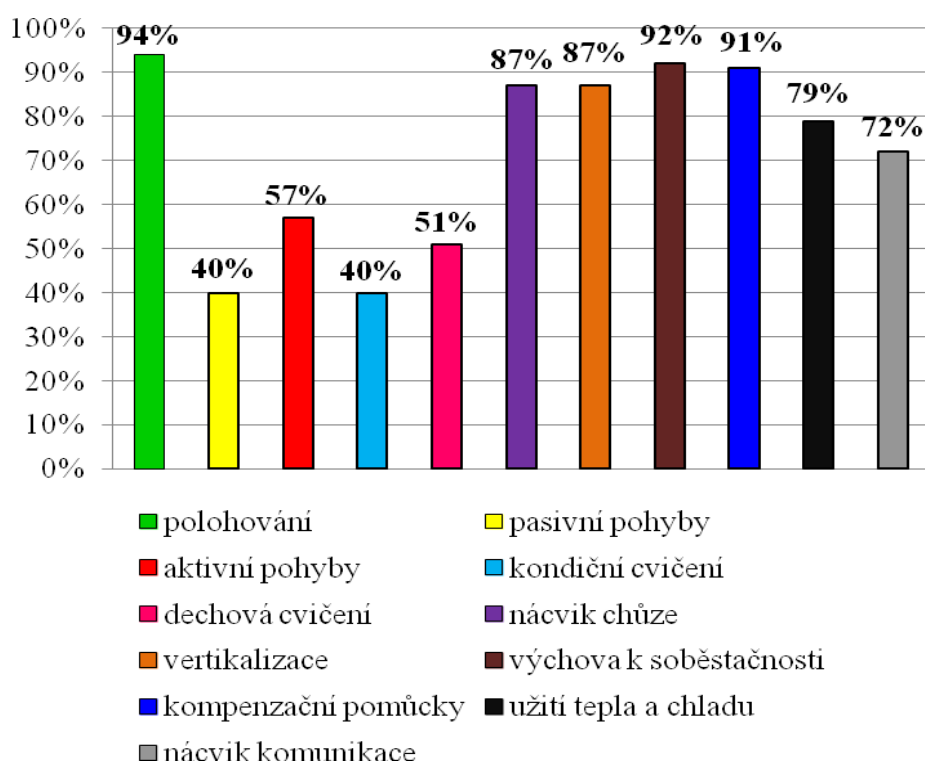
Z celkového počtu 53 (100%) sester, které mohly vybrat více odpovědí, vybralo možnost, že o intervalu rozhoduje *vrchní sestra* 9 (17%) sester, *staniční sestru* označilo 27 (71%) sester, *ošetřující sestru* 45 (85%) sester. *Lékař* rozhoduje o intervalu testování podle 29 (55%) sester a *fyzioterapeuta* označilo 13 (25%) sester.

**Graf č. 16: Plánování ošetrovatelských intervencí**



Z celkového počtu 53 (100%) sester, uvedlo 45 (85%), že ošetrovatelské intervence plánují podle měnících se výsledků testů k hodnocení závislosti. 8 (15%) uvedlo, že intervence neplánují.

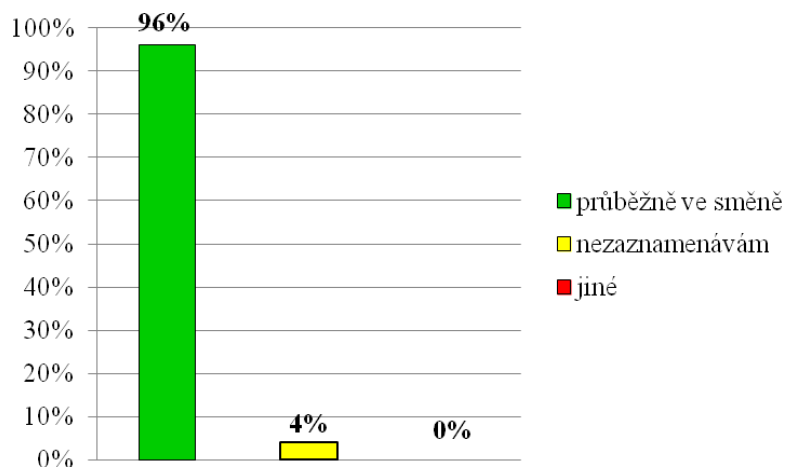
**Graf č. 17: Prvky rehabilitačního ošetřování**



Z celkového počtu 53 (100%) sester, které mohly vybrat více odpovědí, uvedlo 50 (94%) sester, že ve svých intervencích používají *polohování*, 21 (40%) sester uvedlo *pasivní pohyby*, 30 (57%) sester *aktivní pohyby*, 21 (40%) sester *kondiční cvičení*, 27 sester (51%) *dechová cvičení*. *Nácvik chůze* využívá 46 (87%) sester, *vertikalizaci* také 46 (87%) sester, *výchovu k soběstačnosti* 49 (92%) sester. *Kompenzační pomůcky* označilo 48 (91%) sester, *užití tepla a chladu* 42 (79%) sester. *Nácvik komunikace* používá ve svých intervencích 38 (72%) sester.

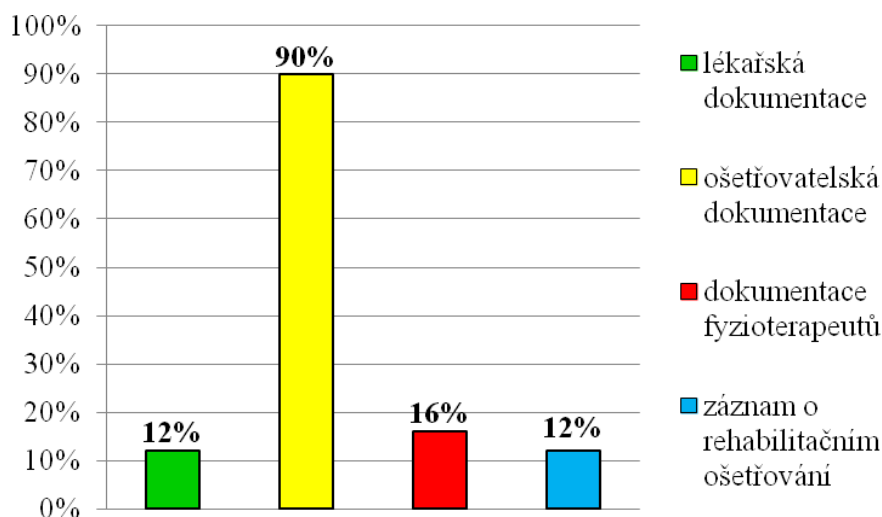


**Graf č. 18: Záznam o rehabilitačním ošetřování do dokumentace**



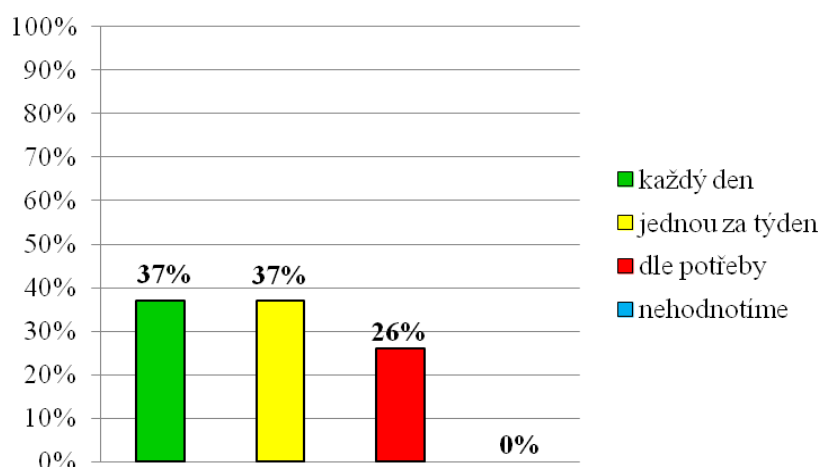
Z celkového počtu 53 (100%) sester, které na tuto otázku odpovědělo, uvedlo 51 (96%), že do dokumentace zaznamenávají rehabilitační ošetřování průběžně ve směně. 2 (4%) sestry uvedlo, že nezaznamenávají. Možnost jiné neoznačil nikdo (0%). Sestry, které označily možnost ne, neodpovídali na otázku č. 19 a 20.

**Graf č. 19: Druh dokumentace, do které se provádí záznam o rehabilitačním ošetřování**



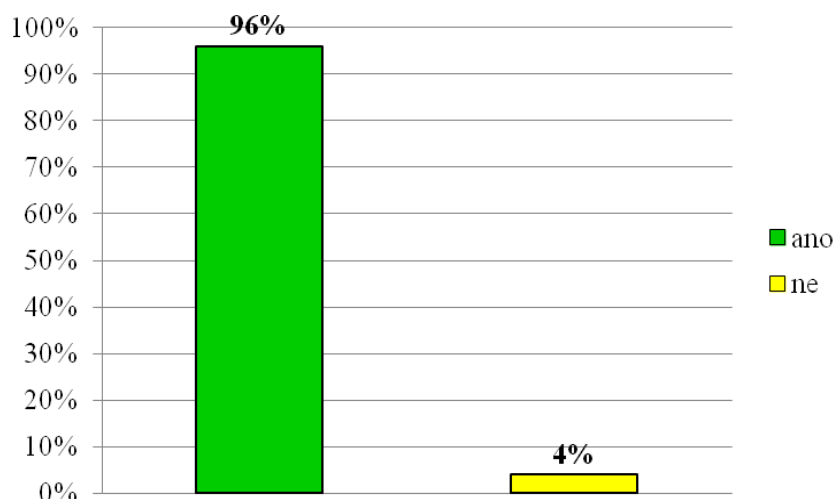
Z celkového počtu 51 (100%) sester odpovědělo 6 (12%) sester, že zaznamenávají rehabilitační ošetřování do lékařské dokumentace, 46 (90%) sester do ošetřovatelské dokumentace, 8 (16%) sester do dokumentace fyzioterapeutů a 6 (12%) sester do záznamu o rehabilitačním ošetřování.

**Graf č. 20: Hodnocení účinnosti rehabilitačního ošetřování v dokumentaci**



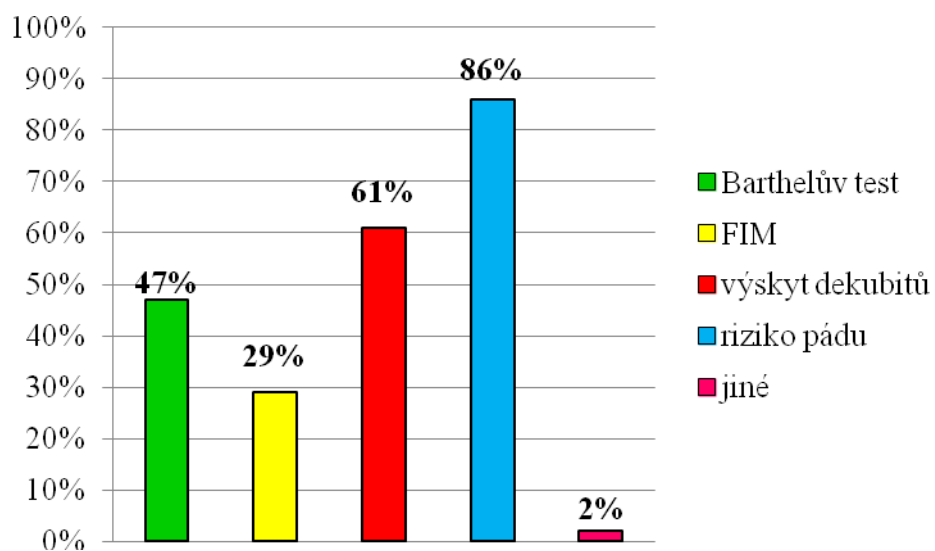
Z celkového počtu 51 (100%) sester, které na tuto otázku odpověděly, uvedlo 19 (37%) sester, že hodnotí účinnost rehabilitačního ošetřování v dokumentaci *každý den*, 19 (37%) uvedlo, že hodnotí účinnost *jednou za týden*, 13 (26%) odpovědělo, že účinnost v dokumentaci hodnotí *podle potřeby*. Možnost *nehodnotíme*, neuvedl nikdo (0%).

**Graf č. 21: Indikátory kvality ošetrovatelské péče**



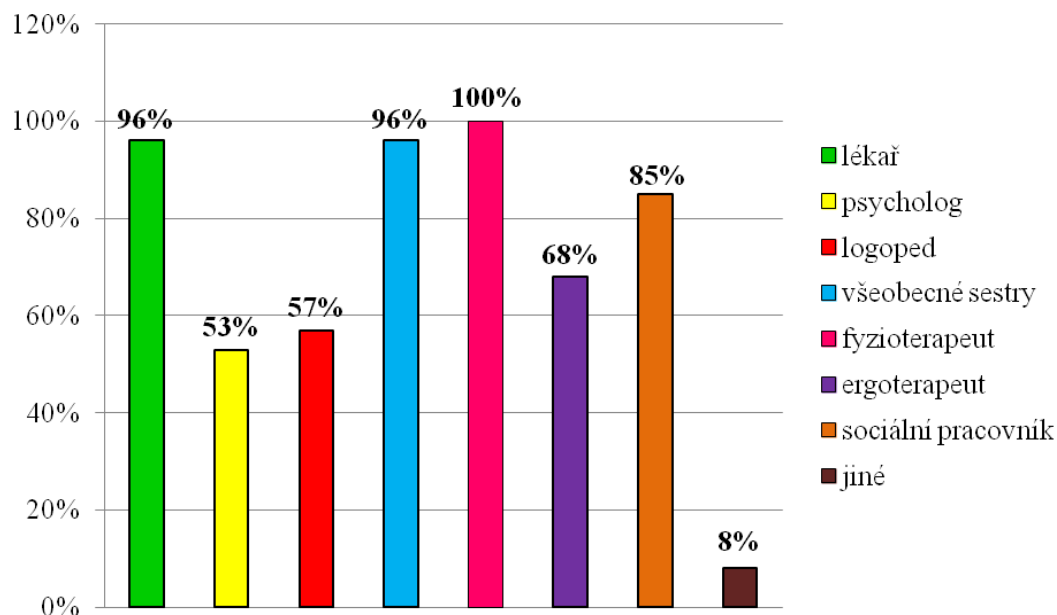
Z celkového počtu 53 (100%) sester, uvedlo 51 (96%), že *mají* na oddělení stanoveny indikátory kvality. 2 (4%) sestry uvedly, že tyto indikátory na oddělení *nemají*. Sestry, které odpověděly ne, nevyplňovaly otázku č. 22.

**Graf č. 22: Druh indikátorů kvality ošetrovatelské péče**



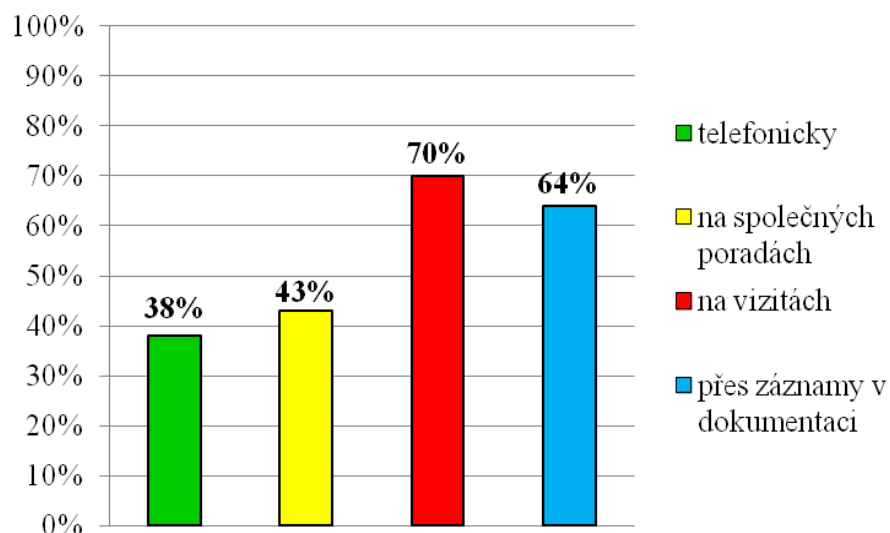
Z celkového počtu 51 (100%) sester, které na tuto otázku odpověděly, uvedlo 24 (47%), že na oddělení mají jako indikátor kvality ošetrovatelské péče *Barthelův test*, 15 (29%) sester uvedlo *FIM*, 31 (61%) sester *výskyt dekubitů*. Nejčastěji uvedly sestry jako indikátor kvality *riziko pádu*. Tuto možnost označilo 44 (86%) sester. 1 (2%) sestra zvolila možnost *jiné* a uvedla *změny na kůži*.

**Graf č. 23: Spolupráce s multidisciplinárním týmem**



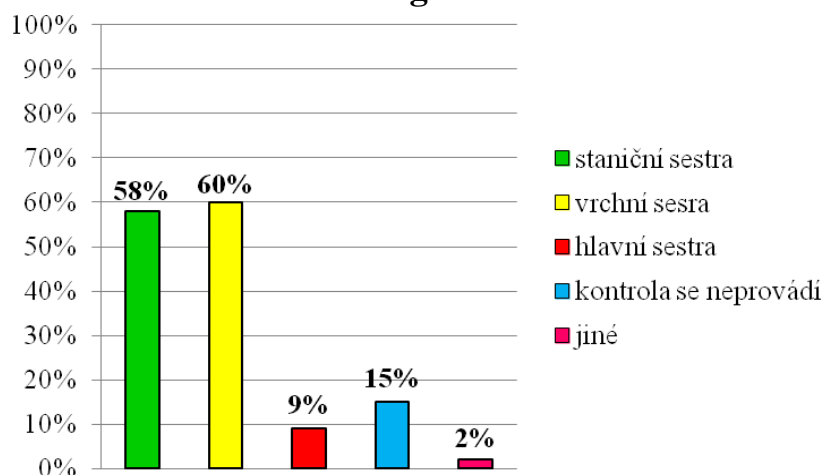
Z celkového počtu 53 (100%) sester, které mohly označit více odpovědí, uvedlo možnost spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu s *lékařem* 51 (96%) sester, s *psychologem* 28 (53%) sester, s *logopedem* 30 (57%) sester, se *všeobecnými sestrami* 51 (96%) sester. Možnost spolupráce s *fyzioterapeutem* uvedlo všech 53 (100%) sester, s *ergoterapeutem* 36 (68%) sester. Možnou spoluprací se *sociálním pracovníkem* označilo 45 (85%) sester. 4 (8%) sestry označily možnost *jiné*. Z těchto 4 (100%) sester uvedly 2 (50%) spolupráci s *ošetřovatelkami*, 1 (25%) s *rodinou* a 1 (25%) s *protetikem*.

**Graf č. 24: Způsob spolupráce s multidisciplinárním týmem**



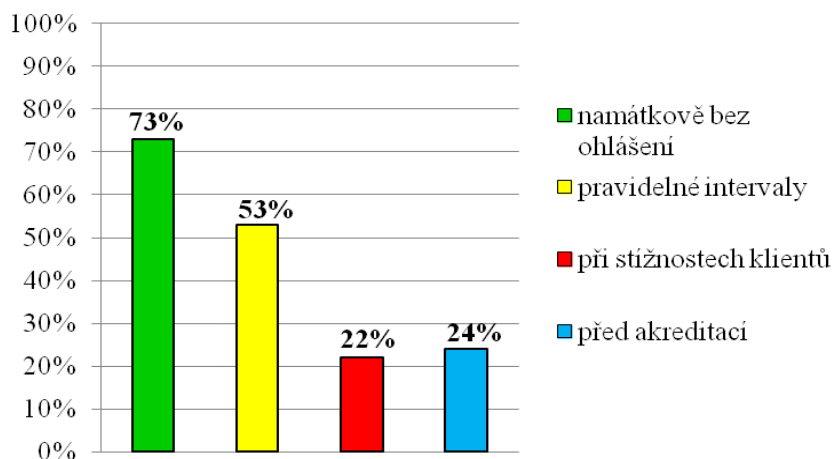
Z celkového počtu 53 (100%) sester, které mohli vybrat více odpovědí, uvedlo 20 (38%), že s multidisciplinárním týmem spolupracují *telefonicky*, 23 (43%) označilo možnost spolupráce *na společných poradách*, 37 (70%) sester uvedlo možnost *spolupráce na vizitách* a 34 (64%) s multidisciplinárním týmem spolupracuje *přes záznamy v dokumentaci*.

**Graf č. 25: Kontrola rehabilitačního ošetřování ošetřovatelským managementem**



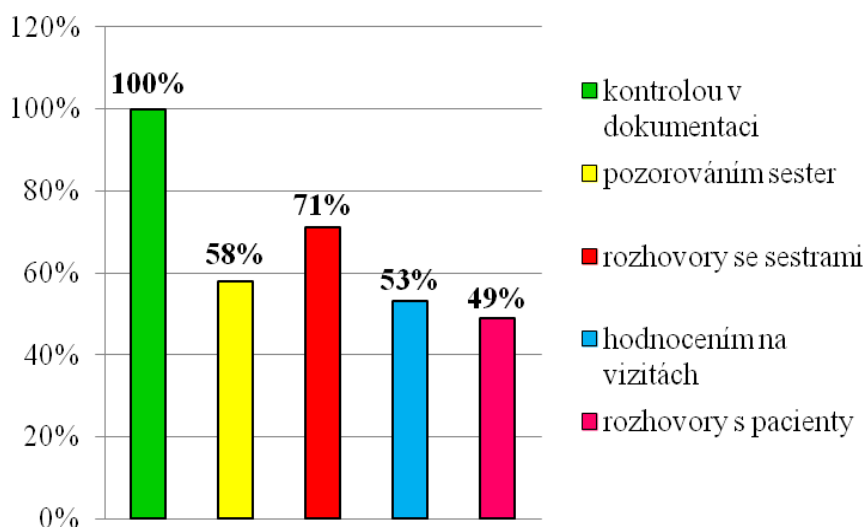
Z celkového počtu 53 (100%) sester, které mohly označit více odpovědí, uvedlo 31 (58%), že na jejich oddělení provádí kontrolu *staniční sestra*, 32 (60%) sester označilo *vrchní sestru* a 5 (9%) sester *hlavní sestru*. Podle 8 (15%) sester *se kontrola neprovádí*. 1 (2%) sestra označila možnost *jiné* a uvedla *primářku oddělení*. Sestry, které odpověděly, že se kontrola neprovádí, dál již dotazník nevyplňovaly.

**Graf č. 26: Četnost kontrol ošetřovatelským managementem**



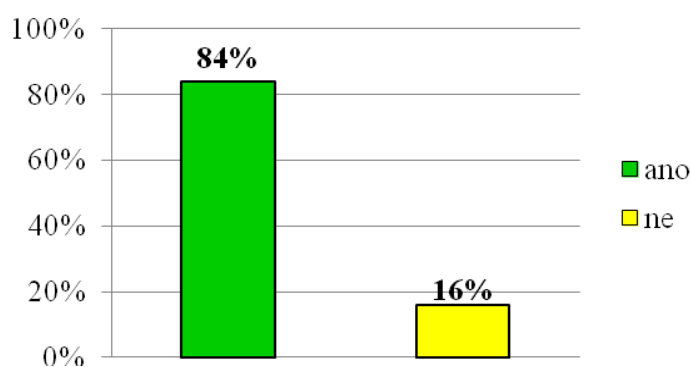
Z celkového počtu 45 (100%) sester, které mohly označit více odpovědí, uvedlo 33 (73%) sester kontroly *namátkově bez ohlášení*, 24 (53%) sester označilo, že kontroly probíhají *v pravidelných intervalech*, podle 10 (22%) sester *při stížnostech klientů* a podle 11 (24%) sester probíhají kontroly na jejich oddělení *před akreditací*.

**Graf č. 27: Způsob kontroly ošetrovatelským managementem**



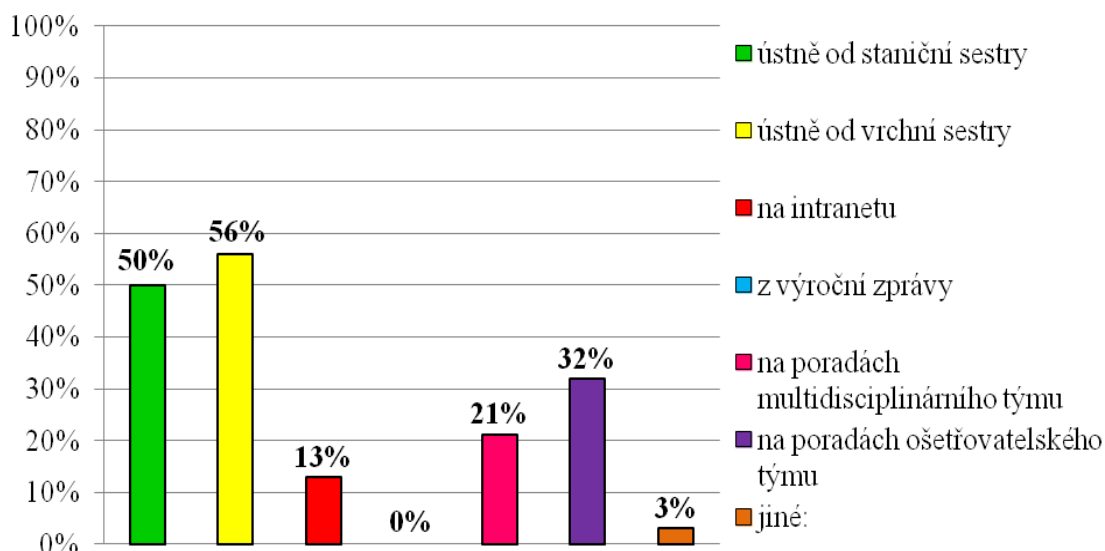
Z celkového počtu 45 (100%) sester, které mohly označit více odpovědí, uvedlo 45 (100%) sester, že kontrola ošetrovatelským managementem probíhá prostřednictvím *kontroly v dokumentaci*, 26 (58%) sester uvedlo jako způsob kontroly *pozorování sester*, podle 32 (71%) probíhá kontrola na jejich oddělení *rozhovory se sestrami*, podle 24 (53%) *hodnocením na vizitách* a 22 (49%) sester uvedlo jako způsob kontroly také *rozhovory s pacienty*.

**Graf č. 28: Pravidelné výsledky hodnocení ošetrovatelským managementem**



Z celkového počtu 45 (100%) sester odpovědělo 38 (84%) sester, že *dostává pravidelně výsledky* hodnocení ošetrovatelským managementem. Zbýlých 7 (16%) sester uvedlo, že *výsledky nedostává*. Těchto 7 sester dále již dotazník nevyplňovalo.

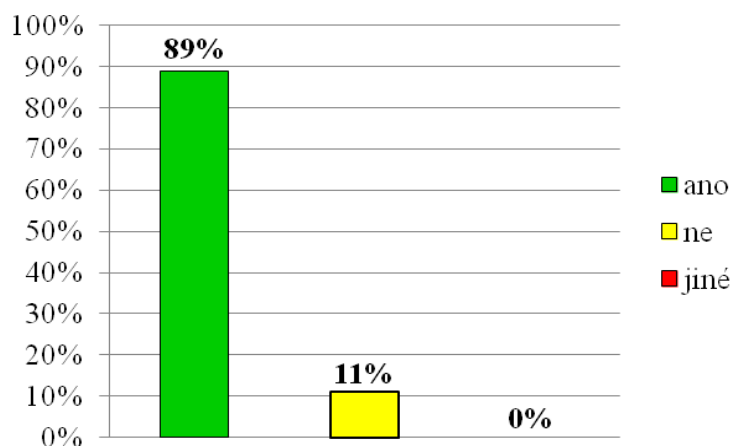
**Graf č. 29: Způsob obdržení výsledků hodnocení ošetrovatelským managementem**



Z celkového počtu 38 (100%) sester, které mohli zvolit více odpovědí, uvedlo 19 (50%) sester, že výsledky hodnocení ošetrovatelským managementem získávají *ústně od staniční sestry*, 22 (56%) sester *ústně od vrchní sestry*, výsledky *na intranetu* obdrží 5 (13%) sester. *Na poradách multidisciplinárního týmu* výsledky obdrží 8 (21%) sester a 12 (32%) sester se výsledky dozví *na poradách ošetrovatelského týmu*. 1 (3%) sestra zvolila i možnost *jiné* a uvedla *záznam do dokumentace*. Z *výroční zprávy* výsledky o hodnocení ošetrovatelským managementem neodpověděl nikdo (0%)



**Graf č. 30: Přínos výsledků kontrol ošetřovatelským managementem**



Z celkového počtu 38 (100%) sester odpovědělo 34 (89%), že výsledky kontrol rehabilitačního ošetřování ošetřovatelským managementem jsou *přínosné*, 4 (11%) sestry považují výsledky za *nepřínosné*. Možnost *jiné* ne zvolil nikdo.

## 5. DISKUZE

Cílem výzkumné části práce bylo zjistit plánování ošetrovatelských intervencí podle vývoje stavu hybnosti klienta, spolupráce sestry s multidisciplinárním týmem, jak často a kam sestry zaznamenávají průběh rehabilitačního ošetřování do dokumentace a zda probíhá kontrola vývoje stavu v dokumentaci, a také bylo cílem zjistit, jestli práci sester někdo kontroluje, jakým způsobem kontrola probíhá a jestli sestry mají možnost výsledky zjistit.

Ke sběru dat bylo použito kvantitativní výzkumné šetření pomocí dotazníků pro sestry pracující na lůžkovém rehabilitačním oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Tábor a.s., Nemocnice Písek a.s., Nemocnice Havlíčkův Brod, Městské nemocnice Plzeň Privamed a.s. a Institutu onkologie a rehabilitace na Pleši s.r.o. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků s návratností 88%. Vráceno mi tedy bylo 53 dotazníků, se kterými jsem pracovala. Dotazník se skládal z 30 otázek. 19 uzavřených a 11 polozavřených.

Prvních pět otázek v dotazníku se týkalo charakteristiky výzkumného souboru. Otázky byly zaměřeny na pohlaví, délku praxe, nejvyšší dosažené vzdělání, nejčastější příčiny těžkých poruch hybnosti, se kterými se sestry na oddělení setkávají a na akreditaci zdravotnického zařízení. Z uvedených odpovědí vyplývá, že na rehabilitačním oddělení pracují většinou ženy. Z celkového počtu 53 respondentů bylo 51 (94%) žen a pouze 2 (4%) byli muži. Stále tedy platí, že povolání všeobecné sestry je spíše prací žen. I když podle mého názoru by bylo větší zastoupení mužů v tomto povolání vítané, nejen proto, že tato práce je i fyzicky náročná.

U otázky délky praxe odpovědělo 6 sester (11%), že pracují 0-10 let, 11 sester 11-20 let (21%) a 21-30 let pracuje 13 sester (25%). Nejčastěji sestry uvedly délku praxe 31 let a více. Tuto možnost vybralo 23 (43%) sester. Z toho vyplývá, že na rehabilitačním oddělení pracují spíše starší sestry, které zřejmě mají bohatou praxi i na jiných odděleních, která je samozřejmě velice přínosná (v Nemocnici České Budějovice a.s. je to například ARO, neurologie, ortopedie a další). Zjištění souvisí i s následující otázkou v dotazníku na nejvyšší dosažené vzdělání, protože nejvíce sester uvedlo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Tuto možnost zvolilo

38 sester (72%). Zcela zřejmě tady spolu souvisí délka praxe (a s ní i předpokládaný vyšší věk sester) a dosažené vzdělání proto, že dříve nebylo vysokoškolské vzdělání sester možné. Vzdělání na vyšší odborné škole mají 4 sestry (7,5%), na vysoké škole s bakalářským titulem 7 sester (13%) a magisterský titul mají 4 sestry (7,5%)

U otázky č. 4, která byla zaměřena na nejčastější příčiny poruch hybnosti na oddělení, sestry mohly vybrat více odpovědí. 17 sester (32%) uvedlo jako nejčastější příčinu vrozené vady, neurologická onemocnění 39 sester (74%), degenerativní onemocnění pohybového aparátu 43 sester (81%), úrazy jako nejčastější příčinu zvolilo 44 sester (83%). Nejčastěji se sestry na lůžkovém rehabilitačním oddělení setkávají se stavy po operacích, kterou vybralo 49 sester (92%). Je tedy vidět výborná spolupráce rehabilitačního oddělení a chirurgických oborů jako například traumatologie, ortopedie a neurochirurgie a potvrzuje se tím význam včasné rehabilitace. 2 sestry (3%) zvolily i jiné příčiny, ale napsaly možnost roztroušené sklerózy a cévních mozkových poruch. Obě možnosti ale spadají do neurologických onemocnění, které byly v dotazníku uvedeny na výběr. Přesto jsou ve výsledcích výzkumu v grafu č. 4 zaznamenány.

Poslední otázka charakteristiky výzkumného souboru se týkala akreditace zdravotnického zařízení. 36 sester (68%) uvedlo, že jejich zdravotnické zařízení akreditované je, 9 sester (17%) pracuje ve zdravotnickém zařízení, které akreditované není. Tu možnost odpovědi, že se akreditace připravuje, zvolilo 8 sester (15%). Je vidět, že s akreditací, která by měla zaručovat vyšší kvalitu poskytované péče, se setkáváme stále častěji.

Na začátku psaní této práce jsem si myslela, že každé zdravotnické zařízení s lůžkovým rehabilitačním oddělením má standard o rehabilitačním ošetřování. Velice mě překvapilo, že 10 sester (19%) uvedlo v dotazníku, že na svém oddělení tento standard nemají. Ještě větším překvapením pro mě bylo, že z těch 43 sester (100%) neví, jestli je ve standardu obsaženo, jak často mají klienta hodnotit podle jednotlivých metod k hodnocení závislosti. Je zřejmé, že tyto sestry standard o rehabilitačním ošetřování nejspíš pouze přečetly, dále se jím nezabývaly a nepracovaly s ním. Možné také je, že si otázku ve spěchu špatně přečetly a dotazník nevyplnily správně. Zarážející pro mne je, že 2 sestry (4%) u otázky č. 8, o vnitřních předpisech o rehabilitačním

ošetřování uvedly, že je na oddělení nemají. Protože na každém pracovišti by z mého pohledu, měly být určité vnitřní předpisy, které by zaručovaly alespoň nějakou kvalitu poskytované péče.

Pro plánování ošetřovatelským intervencí a hodnocení závislosti klienta sestry nejčastěji používají Barthelův test, který v dotaznících označilo všech 53 sester (100%). Moje zjištění tedy souhlasí s Lippertovou-Grünerovou (2005), která uvádí, že se jedná o nejpoužívanější metodu. Nevýhodou této metody ale je, že nezohledňuje psychický stav klienta. Test funkční soběstačnosti používá 38 sester (72%) a MKF v rámci multidisciplinárního týmu 21 sester (40%). Zjištění, že MKF používá z 53 sester pouze 21, ovšem nesouhlasí s mým zdrojem, který uvádí, že by se tato hodnotící metoda měla používat na každém pracovišti, kde je poskytována péče pacientům s disabilitou (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví [online]). Nejméně sestry používají Test ošetřovatelské zátěže dle Svanborga - modifikovaný Staňkovou (11 sester – 21%). Nejčastěji sestry všechny hodnotící metody používají při příjmu klienta na oddělení a při změně stavu. U Barthelova stavu uvedly i jinou možnost, a to při překladu a u FIM dle indikace lékaře, a že podle této metody hodnotí ergoterapeut při příjmu a dimisi klienta. Při propuštění jakoukoliv metodou hodnotí sestry méně. Přitom by ale měly vědět, jak se stav pacienta na konci hospitalizace změnil. Je opět zřejmé, že sestry standard o rehabilitačním ošetřování nemají plně zažitý nebo na tuto skutečnost při vyplňování dotazníku zapomněly. O intervalu testování při změně stavu klienta nejčastěji rozhoduje ošetřující a staniční sestra a lékař. Sestry ale v tomto směru dle odpovědí často spolupracují i s fyzioterapeuty. K hodnocení rizika vzniku dekubitů sestry nejčastěji používají Stupnici dle Nortonové. Překvapením pro mě bylo, když jsem při zkoumání vyplněných dotazníků zjistila, že dvě sestry napsaly, že neví, jaké metody na jejich oddělení k hodnocení rizika vzniku dekubitů používají a tři uvedly, že tyto metody nepoužívají žádné. S tím jsem se během své praxe při studiu nesetkala, protože na každém oddělení, na kterém jsem byla na praxi, sestry riziko vzniku dekubitů hodnotily.

Ze všech dotázaných sester uvedlo, že ošetřovatelské intervence, podle výsledků hodnotících metod, plánuje 85% sester. Z prvků rehabilitačního ošetřování sestry

vybraly všechny možnosti. Nejčastěji používají polohování (94%), které je velice důležité i jako prevence dekubitů, výchova k soběstačnosti (92%) a kompenzační pomůcky (91%), nácvik chůze (87%), vertikalizace (87%), nácvik komunikace (72%), aktivní pohyby (57%) a dechová cvičení (51%). Nejméně sestry využívají ve svých intervencích pasivní pohyby (40%) a kondiční cvičení (40%). Nejméně tyto dvě poslední jmenované intervence používají podle mne proto, že se častěji setkávají sestry s tím, že je používají fyzioterapeuti a možná si proto myslí, že nepatří do jejich náplně práce nebo nejsou o provádění těchto intervencí od fyzioterapeuta proškoleny, a proto by je neměly provádět. Dalším důvodem může být to, že se starší sestry o nich při studiu neučily nebo na jejich provedení nemají dostatek času. U mladších je pravděpodobnější, že nemají na jejich provedení čas, protože pokud mají dosažené vyšší vzdělání, tak by se o nich měly při studiu učit.

Další zkoumanou oblastí byl záznam do dokumentace. Většina sester (96%) uvedla, že záznam o rehabilitačním ošetřování do dokumentace provádí pravidelně ve směně a nejčastěji do ošetřovatelské dokumentace (90%). V mém výzkumném souboru je i zdravotnické zařízení, které má přímo záznam o rehabilitačním ošetřování. Do dokumentace fyzioterapeutů provádí záznam 8 sester (16%) a do lékařské dokumentace 6 sester (12%). Účinnost rehabilitačního ošetřování hodnotí sestry nejčastěji každý den (37%) a jednou za týden (37%). Dle potřeby 13 sester (16%).

U otázky týkající se indikátorů kvality ošetřovatelské péče odpověděla většina sester, že tyto indikátory na oddělení mají. U této otázky měly sestry zvolit pouze jednu odpověď. Na jejich oddělení se ale vyskytuje indikátorů kvality více, a proto většina vybrala víc možností. Také je možné, že neoznačily indikátory pouze svého oddělení, ale celého zdravotnického zařízení. Nejčastěji se na oddělení lze setkat s rizikem pádu (86%). Jak už mám uvedeno v teoretické části u kapitoly 1.7 Dekubity, se podle Mařara R., Podstatové R., Řehořové J. (2006) i ony řadí do indikátorů kvality. V mém výzkumném šetření je označilo 31 sester (61%) a byly druhou nejčastější odpovědí. Právě dobře poskytované rehabilitační ošetřování může indikátory kvality (dekubity a pády) významně ovlivnit.

Dále jsem se zabývala spoluprací sester s multidisciplinárním týmem. Nejčastěji mají možnost spolupracovat s fyzioterapeutem, kterého uvedlo všech 53 sester (100%), dále nejčastěji uvedly lékaře (96%). Lékař by ale měl být označen správně v každém dotazníku, protože jak uvádí Jirků H. (2006) ve svém článku, tak lékař léčbu pacienta vede a zároveň i koordinuje činnost dalších zdravotnických pracovníků v průběhu hospitalizace. To znamená, že by bez lékaře neměli ostatní členové multidisciplinárního týmu pracovat. Všeobecné sestry označilo 96% sester, protože sestra tráví s pacientem nejvíce času, má o něm nejvíce informací, a proto je tato spolupráce velice přínosná. Právě z tohoto důvodu by ale spolupráce se sestrami měla být také v 100%. Nebo si snad všechny sestry nepřipadají součástí týmu? Nepředávají si snad informace o pacientech mezi sebou na konci směny? Bez nich by přece péče o pacienta nebyla možná. Spolupráci se sociálním pracovníkem označilo 45 sester (85%), takže je vidět, že ve zdravotnických zařízeních se klade důraz i na sociální potřeby pacienta a na jeho začlenění do společnosti. Nejméně mají sestry možnost, podle výsledků dotazníků, spolupracovat s ergoterapeuty (36 sester – 68%), logopedy (30 sester – 57%) a psychology (28 sester – 53%). I přesto nejsou zjištěná čísla, dle mého názoru, příliš nízká. Příjemným zjištěním bylo, že sestry uvedly možnou spolupráci i s ošetřovatelkami, rodinou a protetikem, kteří ve výčtu mých možností nebyli. Nejčastěji spolupráce probíhá na vizitách (37 sester – 70%) a přes záznamy v dokumentaci (34 sester - 64%). Je tedy vidět, že pravidelné záznamy v dokumentaci, které byly také předmětem zkoumání této práce, mají nezastupitelnou roli v péči o pacienta. Možná spolupráce telefonicky u 20 sester (38%) svědčí o tom, že není problematické konzultovat stav klienta nebo případné problémy kdykoliv během dne. Z mého pohledu je péče multidisciplinárním týmem přínosná. Zejména proto, že může dojít k lepšímu zhodnocení potřeb klienta, každý člen týmu vidí pacienta z jiného pohledu, všimne si něčeho jiného, může případně odhalit nějaký nedostatek nebo chybu, který by jiný člen udělal (přehlédl), ale zároveň může sloužit i jako opora ostatním pracovníkům.

Poslední zkoumanou oblastí bylo hodnocení rehabilitačního ošetřování ošetřovatelským managementem. Z uvedených odpovědí v dotaznících vyplývá,

že kontrolu nejčastěji provádí vrchní sestra (32 sester – 60%) a staniční sestra (31 sester – 58%). Hlavní sestra kontrolu provádí podle 5 sester (9%). Jedna sestra (2%) uvedla, že kontrolu rehabilitačního ošetřování na jejich oddělení provádí primárka oddělení. 8 sester (15%) odpovědělo, že se kontrola na jejich oddělení neprovádí a ve vyplňování dotazníku dále nepokračovaly. Podle literatury (Grohar-Murray M.E., Dicrohe H.R, 2003) tedy rehabilitační ošetřování hodnotí ošetřovatelský management s vrcholovou a střední úrovní zodpovědnosti. Tyto úrovně zodpovědnosti provádí kontrolu právě proto, že potřebují zpětnou vazbu o tom, jestli a jak se provádí rehabilitační ošetřování, o dostatečných znalostech sester, o dostatečném počtu pomůcek, počtu personálu a jestli je nutné něco změnit nebo doplnit. Kontroly nejčastěji probíhají namátkově bez ohlášení. Tuto možnost uvedlo 33 sester (73%). Tento způsob kontroly je podle mého názoru nejlepší, protože sestry se na kontrolu nemohou dopředu nijak připravit a nejlépe se tedy odhalí případné nedostatky nebo pochybení. Druhou nejčastější odpovědí ale bylo, že kontroly probíhají v pravidelných intervalech (24 sester – 53%). Výhodou je, že nutí sestry podávat dobrý výkon a získávat lepší praxi v péči o pacienty. 11 sester (24%) odpovědělo, že kontroly probíhají před akreditací. Myslím si, že toto číslo částečně souvisí i s tím, že u otázky č. 5 o akreditaci zařízení uvedlo několik sester, že se akreditace v jejich zařízení právě připravuje. Potěšující je, že při stížnostech klientů probíhají kontroly jen podle 10 sester (22%). Při kontrole rehabilitačního ošetřování se nejčastěji kontrolují záznamy v dokumentaci, které v dotaznících označilo všech 45 sester (100%). Opět je tedy vidět, že pravidelné záznamy v dokumentaci jsou nezbytné. Dále nejčastěji kontrola probíhá pomocí rozhovorů se sestrami (32 sester – 71%) a pozorováním sester (26 sester – 58%). Hodnocením na vizitách kontrola probíhá podle 24 sester (53%). Nejméně často se při kontrole využívají rozhovory s pacienty. Pouze podle 22 sester (49%). Podle mého názoru jsou ale výsledky z rozhovorů s pacienty jedny z nejpřínosnějších, protože právě pacient dokáže dobře vyjádřit, jak je s péčí spokojen a jestli má pocit, že se jeho zdravotní stav zlepšuje. Záleželo by ovšem také na posouzení pacienta, se kterým by rozhovor probíhal. Bylo by potřeba zohlednit jeho psychický stav, jestli není například po nějakém úrazu hlavy, jestli netrpí nějakou psychickou poruchou

a také by záleželo na jeho případném negativním či pozitivním vztahu ke zdravotnickým pracovníkům a jestli by tedy byl schopen informace sdělit objektivně. Již zmiňované výsledky hodnocení dostává pravidelně pouze 38 sester (84%). Ze sester, které uvedly tuto možnost, odpovědělo 22 (56%), že výsledky obdrží ústně od vrchní sestry, ústně od staniční sestry se výsledky hodnocení dozví 19 sester (50%). Velice často výsledky hodnocení sestry obdrží na poradách multidisciplinárního (8 sester – 21%) a ošetrovatelského (12 sester – 32%) týmu. Podle jedné sestry (3%) se výsledky hodnocení rehabilitačního ošetřování zapisují do dokumentace. Poslední otázka v dotazníku byla zaměřena přínos výsledků hodnocení z pohledu sestry. Podle 34 sester (89%) přínosné jsou. V dotaznících na to, jak jsou sestrám kontroly přínosné, už otázky nebyly, ale myslím si, že je to proto, že sestrám je ukázáno, jestli dělají práci dobře nebo dělají nějaké chyby, mohou jim být na základě výsledků zajištěna různá školení nebo nové pomůcky k péči o pacienty, protože medicína a ošetrovatelství se stále vyvíjejí a co nebylo možné pro pacienta udělat před několika lety, tak nyní nemusí být problematické. Je tedy vidět, že tyto kontroly ošetrovatelským managementem jsou nezbytnou součástí zvyšování kvality péče o pacienty.

Za zmínku v této práci stojí i organizace, které se zaměřují a sdružují pacienty s poruchami hybnosti. Mezi nejznámější patří Centrum Paraple, které pomáhá lidem ochrnutým po poškození míchy následkem úrazu nebo onemocnění v průběhu života a také pomáhá jejich rodinám překonávat těžkou životní situaci a najít cestu, jak jít dál. Dále je třeba zmínit například organizaci CEREBRUM, která se zabývá sdružením osob po poranění mozku a jejich rodin. Jeho posláním je přispět k porozumění problematice poranění mozku, poskytovat informace a hlavně podporovat osoby, které utrpěly traumatické či jiné poškození mozku, nebo jejich rodinné příslušníky a pečující (Centrum Paraple, 2011; CEREBRUM, 2013). Tyto organizace spolupracují i s odděleními v nemocnicích, informují je o různých možnostech nebo novinkách, které právě připravují.

Organizací zabývajících se poruchami hybnosti je celá řada. Tyto dvě jsou podle mého názoru největší a nejznámější.



## 6. ZÁVĚR

Rehabilitační ošetřování pacientů se dostává stále více do popředí zájmu, protože stále přibývá pacientů s poruchami hybnosti. Příčinou může být například nezdravý životní styl, ale i neopatrnost při sportování nebo jízdě autem.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jestli sestry přistupují aktivně k rehabilitačnímu ošetřování podle vývoje stavu hybnosti. Ke splnění cíle bylo použito kvantitativní výzkumné šetření pomocí dotazníku pro sestry, které pracují na lůžkovém rehabilitačním oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Tábor a.s., Nemocnice Písek a.s., Nemocnici Havlíčkův Brod, městské nemocnici Plzeň Privamed a.s. a Institutu onkologie a rehabilitace na Pleši s.r.o. Ke splnění cíle byly stanoveny čtyři hypotézy.

H1: Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti je prováděno v multidisciplinárním týmu. Potvrdilo se, že sestry spolupracují s ostatními zdravotnickými pracovníky. Podle uvedených odpovědí nejčastěji s lékařem, všeobecnými sestrami a fyzioterapeuty. Hypotéza byla potvrzena.

H2: Účinnost rehabilitačního ošetřování je průběžně zaznamenávána do ošetřovatelské dokumentace. Tato hypotéza byla potvrzena, protože sestry zaznamenávají rehabilitační ošetřování průběžně ve směně a z různých druhů dokumentací, které měly v dotaznících na výběr ve většině případů do ošetřovatelské dokumentace.

H3: Ošetřovatelský management provádí kontrolu rehabilitačního ošetřování. Podle uvedených odpovědí a následného vyhodnocení ošetřovatelský management rehabilitační ošetřování kontroluje. Tato hypotéza byla potvrzena.

H4: Součástí práce sestry je plánování ošetřovatelských intervencí v souvislosti s vývojem stavu hybnosti. Sestry plánují ošetřovatelské intervence a ve svých intervencích využívají jednotlivé prvky rehabilitačního ošetřování. Tato hypotéza byla také potvrzena.

Výsledky této práce budou poskytnuty v případě zájmu vrchním sestram rehabilitačních oddělení, na kterých probíhalo výzkumné šetření, dále hlavním sestram

a všem pracovníkům, kteří se ve zdravotnickém zařízení zabývají kvalitou péče. Práce bude také případně poskytnuta studentům, kteří by se o tuto problematiku chtěli zajímat.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BAR M., CHMELOVÁ I., Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. *Postgraduální medicína* [online]. 2011 [cit. 2013.07.11]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916>
2. Centrum Paraple [online]. 2011 [cit. 2013-07-18]. Dostupné z: <http://www.paraple.cz/>
3. CEREBRUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin [online]. 2013 [2013-07-18]. Dostupné z: <http://www.cerebrum2007.cz/>
4. FARKAŠOVÁ D. A KOLEKTIV., *Ošetrovatelství-teorie*. 1. české vydání, Martin: Osveta, 2006. 211s. ISBN 80-8063-227-8
5. GROFOVÁ Z., *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 237s. ISBN 978-80-247-1868-2
6. GROHAR-MURRAY M.E., DICROCE H.R., *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*, 1.vydání. Praha: Grada, 2003. 320s. ISBN 80-247-0267-3
7. JÍLKOVÁ J., Spinální jednotka – návrat do života. *Mladá fronda Zdravotnické noviny*. roč. 60. 2011, č. 14. s. 12. ISSN 1805-2355
8. JIRKŮ H., Multidisciplinární ošetrovatelská péče o pacienty na spinální jednotce. *Multidisciplinární péče* [online]. 2006 [cit. 2013.07.11]. Dostupné z: [http://www.ieducare.com/soubory/File/mpece/mp\\_rocnik\\_1\\_cislo\\_3\\_2006.pdf](http://www.ieducare.com/soubory/File/mpece/mp_rocnik_1_cislo_3_2006.pdf)
9. KALVACH P., *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. přepracované doplněné vydání. Praha: Grada, 2010. 456s. ISBN 978-80-247-2765-3
10. KAPOUNOVÁ G., *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 368s. ISBN 978-80-247-1830-9
11. KLÁNOVÁ M., Zdravotnická dokumentace. *Sestra*. roč. 19. 2009, č. 6. s. 12-13. ISSN: 1210-0404.
12. KLEVETOVÁ D., Nebezpečí imobility. *Sestra* [online]. 2011 [cit. 2013-07-29]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/nebezpeci-imobility-461778>

13. KLINKOVÁ K., Prevence dekubitů, léčba a ošetřování. *Zdravotnické noviny* [online]. 2008 [cit. 2013- 01-16]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/prevence-dekubitu-lecba-a-osetrovani-372839>
14. KLUSOŇOVÁ E., PITNEROVÁ J., *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2. doplněné vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 117 s. ISBN 80-7013-423-2
15. KOLÁŘ P. et al., *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 713s. ISBN 978-7262-657-1
16. KOLEKTIV AUTORŮ, *Sestra a urgentní stavy*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 552s., ISBN 978-80-247-2548-2
17. KRIVOŠÍKOVÁ M., *Úvod do ergoterapie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 368s. ISBN 978-80-247-2699-1
18. KRÍŽ J., ŠPAŇHELOVÁ Š., Rehabilitace pacientů po poškození míchy. *Zdravotnické noviny*, roč. 54. Lékařské listy-Rehabilitace. 2005, č. 29. s. 6-7 příl. ISSN: 1805-2355
19. KUTNOHORSKÁ J., *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 176s. ISBN 978-80-247-2713-4
20. KUZNÍKOVÁ I., *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 224s., ISBN 978-80-247-3676-1
21. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ M., *Neurorehabilitace*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6
22. MAŽAR R., PODSTATOVÁ R., ŘEHOŘOVÁ J., *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 184s. ISBN 80-247-1673-9
23. MAHROVÁ G., VENGLÁŘOVÁ M. A KOL., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Grada: Praha, 2008, 176s., ISBN 978-80-247-2138-5
24. MARKOVÁ M., *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 138s. ISBN 978-80-247-27- 3171-1

25. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví [online] [cit. 2013-03-19]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnostidisability-a-zdravimkf-\\_1982\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnostidisability-a-zdravimkf-_1982_3.html)
26. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. 1. české vydání. překlad Pfeiffer Jan, Švestková Olga. Praha: Grada, 2008. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2
27. MIKULA J., MÜLLEROVÁ N., *Prevence dekubitů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 96s.+8s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-2043-2
28. MINAŘÍKOVÁ P., Imobilizační syndrom. *Sestra – příloha chronicky nemocný v domácí a ústavní péči*. roč. 18. 2008, č. 9. str. 4-5 mimořádné přílohy, ISSN 1210-0404
29. PAPOUŠEK J., Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*, roč. 2. 2010, č. 4. s. 145-149. ISSN: 1803-7542.
30. PEJZNOCHOVÁ I., *Lokální ošetření ran a defektů na kůži*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 80s. ISBN 978-80-247-2682-3
31. PFEIFFER J., *Neurologie v rehabilitaci pro studium a praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 352s. ISBN 978-80-247-1135-5
32. PIECKOVÁ L., Rehabilitační ošetřovatelství v práci sestry. *Sestra*. roč.22. 2012, č. 6, s. 34-35. ISSN: 1210-0404
33. PLEVOVÁ I A KOLEKTIV., *Management v ošetřovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. 304s., ISBN 978-80-247-3871-0
34. PLEVOVÁ I., *Ošetřovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 228s. ISBN 978-80-247-3557-3
35. POKORNÁ A., MRÁZOVÁ R., *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. 192s. + 8s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3371-5
36. RICHARD A., EDWARDS S., *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. české vydání. Praha: Grada, 2004. 376s. ISBN 80-247-0932-5
37. SCHUSTEROVÁ M., *Standard ošetřovatelské péče č. 33. Rehabilitační ošetřování*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice a.s., 2008

38. ŠAFRÁNKOVÁ A., NEJEDLÁ M., *Interní ošetřovatelství I.* 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1148-6
39. ŠČEPOŇCOVÁ S., Zdravotnická dokumentace. *Sestra*. roč. 19. 2009, č. 11. s. 28-29. ISSN: 1210-0404.
40. ŠRANK M., BRATOVÁ A., Péče o pacienta na traumatologii. *Sestra*. roč. 21. 2011. č. 6, s. 34-36. ISSN: 1210-0404.
41. TYRLÍKOVÁ I., BAREŠ M. A KOLEKTIV AUTORŮ, *Neurologie pro nelékařské obory*, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů; Brno; 2012, 2. rozšířené vydání; 305s., ISBN 978-80-7013-540-2
42. Věstník č.2/2010 [online] 2010 [cit. 2013-04-07]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c\\_3703\\_1770\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3703_1770_11.html)
43. VOTAVA J. KRIVOŠÍKOVÁ M., HAMAČKOVÁ L., SMEK D., Technické pomůcky:jejich indikace a aplikace. Postgraduální medicína [online]. 2004. [cit. 2013-07-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/technicke-pomucky-jejich-indikace-a-aplikace-160314>
44. Vyhláška č. 98/2012 Sb. O zdravotnické dokumentaci [online] 2012. [cit. 2013-04-06]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=98~2F2012&rpp=15#seznam>
45. VYTEJČKOVÁ R., SEDLÁŘOVÁ P., WIRTHOVÁ V., HOLUBOVÁ J., *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I.* Obecná část. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 228s. ISBN 978-80-247-3419-4
46. Waterlowova škála [online] [cit. 2013-06-10]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5822.pdf>

## **8. PŘÍLOHY**

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 1: Dotazník

Vážená respondentko, vážený respondente.

Jmenuji se Iveta Steinbauerová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma „Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti“. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro účely mé práce. Prosím o vybrání jedné správné odpovědi, pokud nebude u otázky uvedeno jinak.

Předem děkuji.

1) Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2) Délka Vaší praxe:

- a) 0-10 let
- b) 11-20 let
- c) 21-30 let
- d) 31 let a více

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské vzdělání
- b) vzdělání na vyšší odborné škole – DiS.
- c) vysokoškolské vzdělání – Bc.
- d) vysokoškolské vzdělání – Mgr.

4) S jakými příčinami těžkých poruch hybnosti se na Vašem oddělení nejčastěji setkáváte? (možno více odpovědí)

- a) vrozené vady
- b) neurologická onemocnění
- c) degenerativní onemocnění pohybového aparátu
- d) úrazy
- e) stavy po operacích
- f) jiné (prosím doplňte):.....

5) Je Vaše zdravotnické zařízení akreditované?

- a) ano
- b) ne
- c) připravuje se

6) Máte na Vašem oddělení standard o rehabilitačním ošetřování?

- a) ano
- b) ne (nevyplňujte otázku č. 7)



7) Máte ve standardu uvedeno, jak často se musí provádět hodnocení závislosti klienta podle jednotlivých hodnotících metod?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

8) Máte na Vašem oddělení vnitřní předpisy týkající se rehabilitačního ošetřování?

- a) ano
- b) ne

9) Jaké měřicí metody na vašem pracovišti používáte k hodnocení závislosti klienta (možno více odpovědí):

- a) Nepoužíváme (nevyplňujte prosím otázky č. 11 až 14)
- b) Barthelův test - pokud jste neuvedli, nevyplňujte otázku č. 11
- c) Test funkční soběstačnosti (FIM) - pokud jste neuvedli, nevyplňujte otázku č. 12
- d) Mezinárodní klasifikace funkčnosti (MKF) - pokud jste neuvedli, nevyplňujte otázku č. 13
- e) Test ošetřovatelské zátěže dle Svanborga (modifikovaný Staňkovou) – pokud jste neuvedli, nevyplňujte otázku č. 14

10) Jaké měřicí metody používáte k hodnocení rizika vzniku dekubitů (možno více odpovědí):

- a) Stupnice dle Nortonové
- b) Stupnice dle Bradenové
- c) Stupnice dle Waterlowa
- d) jiné (prosím doplňte):.....

11) Jak často provádíte u pacienta/klienta hodnocení závislosti pomocí Barthelova testu? (možno více odpovědí)

- a) jednou týdně
- b) hodnotíme při příjmu klienta na oddělení
- c) při změně stavu klienta
- d) při propuštění
- e) jiné:.....

12) Jak často provádíte u pacienta/klienta hodnocení závislosti pomocí FIM? (možno více odpovědí)

- a) jednou týdně
- b) hodnotíme při příjmu klienta na oddělení
- c) při změně stavu klienta
- d) při propuštění
- e) neprovádíme
- f) jiné:.....

13) Provádíte při předání klienta do další péče hodnocení jeho závislosti dle MKF v rámci multidisciplinárního týmu?

- a) ano
- b) ne

14) Jak často provádíte u pacienta/klienta hodnocení závislosti pomocí Testu ošetrovatelské zátěže podle Svanborga? (možno více odpovědí)

- a) jednou týdně
- b) hodnotíme při příjmu klienta na oddělení
- c) při změně stavu klienta
- d) při propuštění
- e) neprovádíme
- f) jiné:.....

15) Pokud hodnotíte závislost klienta při změně jeho stavu, kdo rozhoduje o intervalu testování? (možno více odpovědí)

- a) vrchní sestra
- b) staniční sestra
- c) ošetřující sestra
- d) lékař
- e) fyzioterapeut

16) Plánujete ošetrovatelské intervence podle měnících se výsledků testů používaných k hodnocení závislosti klienta?

- a) ano
- b) ne

17) Které z uvedených prvků rehabilitačního ošetřování používáte ve svých intervencích? (možno více odpovědí)

- a) polohování
- b) pasivní pohyby
- c) aktivní pohyby
- d) kondiční cvičení
- e) dechová cvičení
- f) nácvik chůze
- g) vertikalizace
- h) výchova k soběstačnosti
- i) kompenzační pomůcky
- j) užití tepla a chladu
- k) nácvik komunikace

18) Jak často provádíte záznam o rehabilitačním ošetřování do dokumentace?

- a) průběžně ve směně
- b) nezaznamenávám (nevyplňujte otázku č. 19 a 20)
- c) jiné (prosím doplňte):.....

- 19) Kam zaznamenáváte průběh rehabilitačního ošetřování?  
a) lékařská dokumentace  
b) ošetřovatelská dokumentace  
c) dokumentace fyzioterapeutů  
d) záznam o rehabilitačním ošetřování
- 20) Jak často provádíte hodnocení účinnosti rehabilitačního ošetřování v dokumentaci?  
a) každý den  
b) jednou za týden  
c) dle potřeby  
d) nehodnotíme
- 21) Máte na Vašem oddělení stanoveny indikátory kvality ošetřovatelské péče?  
a) ano  
b) ne (nevyplňujte otázku č. 22)
- 22) Jaké indikátory kvality ošetřovatelské péče máte stanoveny na Vašem oddělení?  
a) Barthelův test  
b) FIM  
c) výskyt dekubitů  
d) riziko pádu  
e) jiné (prosím doplňte).....
- 23) S jakými pracovníky z multidisciplinárního týmu máte možnost spolupracovat v rámci rehabilitačního ošetřování? (možno více odpovědí)  
a) lékař  
b) psycholog  
c) logoped  
d) všeobecné sestry  
e) fyzioterapeut  
f) ergoterapeut  
g) sociální pracovník  
h) jiné (prosím doplňte):.....
- 24) Jakým způsobem spolupracujete s multidisciplinárním týmem v rámci rehabilitačního ošetřování? (možno více odpovědí)  
a) telefonicky  
b) na společných poradách  
c) na vizitách  
d) přes záznamy v dokumentaci
- 25) Kdo z ošetřovatelského managementu provádí na Vašem oddělení kontrolu rehabilitačního ošetřování? (možno více odpovědí)  
a) staniční sestra  
b) vrchní sestra

- c) hlavní sestra
- d) kontrola se neprovádí (dál již dotazník nevyplňujte)
- e) jiné (prosím doplňte):.....

26) Jak často provádí ošetrovatelský management kontrolu rehabilitačního ošetřování na Vašem oddělení? (možno více odpovědí)

- a) namátkově bez ohlášení
- b) v pravidelných intervalech
- c) při stížnostech klientů
- d) před akreditací

27) Jakým způsobem provádí ošetrovatelský management na Vašem oddělení kontrolu rehabilitačního ošetřování? (možno více odpovědí)

- a) kontrolou v dokumentaci
- b) pozorováním sester
- c) rozhovory se sestrami
- d) hodnocením na vizitách
- e) rozhovory s pacienty

28) Dostáváte pravidelně výsledky hodnocení rehabilitačního ošetřování ošetrovatelským managementem?

- a) ano
- b) ne (dál již dotazník nevyplňujte)

29) Jakým způsobem se dozvíte o výsledcích hodnocení rehabilitačního ošetřování ošetrovatelským managementem? (možno více odpovědí)

- a) ústně od staniční sestry
- b) ústně od vrchní sestry
- c) na intranetu
- d) z výroční zprávy
- e) na poradách multidisciplinárního týmu
- f) na poradách ošetrovatelského týmu
- g) jiné (prosím doplňte):.....

30) Jsou pro vás sdělené výsledky kontrol rehabilitačního ošetřování ošetrovatelského managementu přínosem?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné (prosím doplňte):.....

Ještě jednou děkuji za Vámi strávený čas nad dotazníkem.  
Iveta Steinbauerová