

# Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi

Studijní texty

PhDr. Anna Krátká, Ph.D.

Zlín 2018

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Krátká, Anna

Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi : studijní texty / Anna

Krátká. -- Vydání první. -- Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2018. -- 1

online zdroj

Nad názvem: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií

978-80-7454-764-5 (online ; ePub)

616-083 \* 316.752 \* 316.628 \* 616-052 \* (075.8) \* (076.1)

- ošetrovatelství

- hodnotová orientace

- lidské potřeby

- nemocní

- učebnice vysokých škol

- pracovní listy

316.4/.7 - Sociální interakce. Sociální komunikace [18]

37.016 - Učební osnovy. Vyučovací předměty. Učebnice [22]

**Informace o autorce:**

Anna Krátká, PhDr., Ph.D.

Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Štefánikova 5670, 760 01 Zlín

**Oponenti:**

doc. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

PhDr. Michaela Vicáňová, PhD.

Jazyková korektura nebyla provedena, za jazykovou správnost odpovídá autorka.  
Rozmnožování a šíření jen se svolením autorky a FHS UTB ve Zlíně.

© Anna Krátká

ISBN: 978-80-7454-764-5

## Slovo úvodem

Vážené studentky, studenti,

tento studijní text je určen primárně Vám, studentům studijního programu Ošetrovatelství, ale určitě „svou kapitolu“ si najdou i studenti dalších zdravotnických a sociálních oborů. Cílem je strukturovat učební látku zaměřenou na potřeby a hodnoty člověka v ošetrovatelské péči, podněcovat Vás k samostatnému, průběžnému a soustavnému studiu. Zároveň však vést k osvojení žádoucích znalostí a kompetencí na úrovni všeobecné sestry, člena multidisciplinárního týmu, v péči o člověka všech věkových kategorií, a to ve všech oblastech Vaší působnosti. Seznámíte se s terminologií a klasifikací lidských potřeb, naučíte se rozpoznat (obecné) potřeby u zdravých a nemocných dětí, dospělých a seniorů. Zvláštní pozornost bude věnována osobám se specifickými potřebami.

Jak s textem pracovat? Text je rozdělen do kapitol, které obsahují vybraná témata předmětu a je doplněn samostatnými úkoly a otázkami, abyste si mohli ověřit, že chápete problematiku. Některá témata jsou uvedena pouze formou hesel, která Vás mají podnítit k samostudiu s využitím znalostí získaných v jiných předmětech, např. Ošetrovatelské postupy. Součástí příloh studijního textu jsou „pracovní listy“ k probíraným tématům, jejichž zpracováním si můžete ověřit pochopení učební látky.

Upozorňuji vás, že zdaleka nejde o celý obsah předmětu. Samostudium je nezbytné. V této souvislosti vás odkazují na základní a doporučenou literaturu uvedenou v sylabu předmětu ve STAGu. Viz <http://portal.utb.cz/wps/portal/>, která Vám společně s tímto studijním textem pomůže proniknout do dané problematiky.

Přeji si, aby Vám tento text usnadnil nejen studium z oblasti lidských hodnot a potřeb, ale také abyste v něm našli inspiraci a získané vědomosti uplatnili v interakci s klientem a jeho blízkými ve všech oblastech své působnosti.

Autorka

## Vysvětlivky k používaným symbolům



Cíle studia



Pojmy k zapamatování



Klíčové pojmy



Literatura - použité zdroje ve studijním materiálu, nutné pro doplnění a rozšíření poznatků



Kontrolní otázky a úkoly - prověřují, do jaké míry studující text a problematiku pochopil, zapamatoval si podstatné a důležité informace, zda je dokáže aplikovat při řešení problémů



Úkoly k textu - je potřeba je splnit neprodleně, neboť pomáhají dobrému zvládnutí pochopení následující látky



Úkoly k zamyšlení



Část pro zájemce - přináší informace a úkoly rozšiřující úroveň základního kurzu - pasáže i úkoly jsou dobrovolné



## Cíle studia předmětu

### Po absolvování předmětu budete znát:

- význam základních pojmů (hodnota, potřeba, sebepéče...);
- základní taxonomii potřeb zdravých a nemocných dětí i dospělých;
- Maslowovu teorii potřeb a její využití při ošetřování zdravých a nemocných dětí a dospělých;
- Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví;
- klasifikaci funkčních úrovní sebepéče dle M. Gordonové;
- význam spirituálních potřeb pro člověka;
- specifika potřeb pacientů odlišných kultur (vybrané skupiny);
- úlohu sestry při uspokojování potřeb člověka ve zdraví a nemoci.

### Po absolvování předmětu budete umět:

- rozpoznat potřeby zdravého a nemocného jedince;
- rozpoznat změny potřeb v souvislosti se vznikem nemoci, handicapu nebo jiného znevýhodnění;
- sestavit soubor otázek pro pacienta i jeho blízké k identifikaci potřeb v jednotlivých oblastech;
- vyhodnotit funkční úroveň sebepéče a soběstačnosti s využitím testů;
- použít škály pro měření a hodnocení bolesti;
- využít získané poznatky v interakci s pacientem a jeho blízkými;
- využít znalostí k jednotlivým oblastem, získaných v jiných předmětech;
- spolupracovat v týmu;
- pochopit potřeby osob odlišných kultur;
- identifikovat psychické a spirituální potřeby jedince.



## OBSAH

<b>OBSAH</b> .....	<b>6</b>
<b>1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA HODNOT A POTŘEB ČLOVĚKA</b> .....	<b>9</b>
1.1 VYBRANÁ EPISTOMOLOGICKÁ VÝCHODISKA.....	9
1.1.1 Existencialismus.....	9
1.1.2 Hermeneutika .....	10
1.1.3 Holismus .....	10
1.1.4 Humanismus .....	11
1.1.5 Behaviorismus .....	11
1.2 HODNOTY ČLOVĚKA .....	12
1.2.1 Hodnoty „bytí o sobě“ .....	14
1.3 POTŘEBY ČLOVĚKA.....	14
1.3.1 Faktory ovlivňující potřeby člověka.....	16
1.3.2 Klasifikace potřeb .....	17
1.4 TEORIE MOTIVACE H. A. MURRAYE .....	17
1.5 MASLOWOVA TEORIE POTŘEB .....	18
1.5.1 Abraham Harold Maslow (1908-1970) .....	18
1.5.2 Hierarchicky organizovaný systém potřeb dle Maslowa .....	18
1.6 PÉČE ORIENTOVANÁ NA ČLOVĚKA .....	20
1.7 POTŘEBY V PROFESIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI .....	21
1.7.1 Potřeby v ošetrovatelských modelech .....	21
<b>2 SOBĚSTAČNOST, NESOBĚSTAČNOST, DEFICIT SEBEPÉČE</b> .....	<b>24</b>
2.1 VYMEZENÍ POJMŮ .....	24
2.1.1 Testy soběstačnosti.....	25
2.2 ZNEVÝHODNĚNÍ A JEJICH KLASIFIKACE .....	26
2.2.1 Klasifikace handicapu a znevýhodnění podle druhu .....	27
2.2.2 Klasifikace handicapu a znevýhodnění podle stupně závažnosti....	28
2.2.3 Klasifikace handicapu a znevýhodnění dle časového aspektu .....	28
2.3 MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ DLE WHO .....	28
2.3.1 Prevence a kompenzace deficitu sebezpečí.....	31
2.3.2 Ošetrovatelská diagnostika.....	32
2.4 POTŘEBY ČLOVĚKA V NEMOCI.....	32
2.4.1 Potřeby jedince v těžké a závažné nemoci .....	32
2.4.2 Uspokojování potřeb pacienta/klienta .....	34
2.4.3 Potřeby rodiny vážně nemocného člověka .....	34
<b>3 POTŘEBY ČLOVĚKA - HYGIENA, OBLÉKÁNÍ A VYPRAZDŇOVÁNÍ</b> .....	<b>38</b>
3.1 POTŘEBY ZDRAVÝCH A NEMOCNÝCH V OBLASTI HYGIENY, OBLÉKÁNÍ A VYPRAZDŇOVÁNÍ .....	38
3.1.1 Faktory ovlivňující hygienu, oblékání a vyprazdňování .....	39
3.2 POTŘEBA HYGIENICKÉ PÉČE A OBLÉKÁNÍ.....	39
3.2.1 Význam hygienické péče.....	39
3.2.2 Změny na kůži a přídatných kožních orgánech .....	40
3.2.3 Zajištění potřeby hygieny a oblékání v ošetrovatelské praxi.....	40



3.2.4	Problematika dekubitů.....	41
3.3	VYPRAZDŇOVÁNÍ NEMOCNÝCH (MIKCE, DEFEKACE) .....	45
3.3.1	Vyprazdňování moči (mikce) .....	45
3.3.2	Vyprazdňování stolice (defekace) .....	46
3.3.3	Zajištění potřeby vyprazdňování v ošetrovatelské praxi.....	46
3.4	KATEGORIE OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ (HYGIENA, OBLÉKÁNÍ, VYPRAZDŇOVÁNÍ)....	47
<b>4</b>	<b>POTŘEBY ČLOVĚKA - VÝŽIVA, HYDRATACE .....</b>	<b>49</b>
4.1	POTŘEBY ZDRAVÝCH A NEMOCNÝCH V OBLASTI VÝŽIVY A HYDRATACE .....	49
4.2	FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VÝŽIVU A HYDRATACI .....	50
4.2.1	Posouzení stavu výživy .....	50
4.2.1	Zajištění potřeby výživy a hydratace v ošetrovatelské praxi.....	51
4.2.2	Poruchy výživy .....	52
4.2.3	Sipping.....	52
4.3	KATEGORIE OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ .....	53
<b>5</b>	<b>POTŘEBY ČLOVĚKA - POHYB A AKTIVITA. DÝCHÁNÍ.....</b>	<b>55</b>
5.1	POHYB A AKTIVITA .....	55
5.1.1	Faktory ovlivňující pohyb a aktivitu .....	56
5.1.2	Fyziologie hybnosti .....	56
5.1.3	Zajištění potřeby pohybu a aktivity.....	58
5.1.4	Imobilizační syndrom.....	59
5.2	DÝCHÁNÍ .....	59
5.2.1	Faktory ovlivňující dýchání.....	60
5.2.2	Zajištění potřeby dýchání .....	60
5.2.3	Poruchy dýchání .....	61
5.2.4	Dechová gymnastika.....	61
5.3	KATEGORIE OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ .....	62
<b>6</b>	<b>POTŘEBY ČLOVĚKA - SPÁNEK A ODPOČINEK.....</b>	<b>64</b>
6.1	VYMEZENÍ POJMŮ BDĚNÍ, SPÁNEK A ODPOČINEK .....	64
6.1.1	Faktory ovlivňující odpočinek a spánek .....	65
6.2	ODPOČINEK.....	65
6.3	SPÁNEK .....	66
6.3.1	Fáze spánku .....	66
6.3.2	Uspokojování potřeby spánku.....	67
6.3.3	Poruchy spánku .....	68
6.4	KATEGORIE OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ .....	68
<b>7</b>	<b>BOLEST JAKO OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM .....</b>	<b>70</b>
7.1	BOLEST.....	70
7.1.1	Akutní a chronická bolest .....	72
7.1.2	Model bolesti .....	73
7.1.3	Faktory ovlivňující bolest.....	74
7.1.4	Hodnocení bolesti .....	74
7.2	PÉČE O PACIENTA S BOLESTÍ.....	79
7.3	KATEGORIE OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ .....	80



<b>8</b>	<b>PSYCHOSOCIÁLNÍ A SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY ZDRAVÝCH A NEMOCNÝCH. ETICKÉ ASPEKTY PÉČE.....</b>	<b>82</b>
8.1	PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY .....	82
8.1.1	Sociální potřeby.....	83
8.1.2	Duševně-duchovní zdraví .....	85
8.1.3	Duchovní bolest .....	86
8.1.4	Potřeba jistoty a bezpečí.....	86
8.1.5	Signály nepohody .....	87
8.2	SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY.....	88
8.3	FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHICKÉ, SOCIÁLNÍ A SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY.....	89
8.4	MOŽNOSTI USPOKOJOVÁNÍ SPIRITUÁLNÍCH POTŘEB VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ .....	90
8.4.1	Spirituální péče .....	91
8.4.2	Duchovní služba.....	92
8.5	ETICKÉ ASPEKTY PÉČE .....	94
8.5.1	Vymezení pojmů .....	94
8.5.2	Důstojnost .....	96
8.5.3	Základní principy medicínské etiky .....	99
8.5.4	Uspokojování spirituálních a psychosociálních potřeb .....	99
8.6	KATEGORIE OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ .....	101
<b>9</b>	<b>IDENTIFIKACE A USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB U ČLOVĚKA S OHLEDEM NA KULTURNÍ ZVLÁŠTNOSTI .....</b>	<b>105</b>
9.1	VYMEZENÍ POJMŮ .....	105
9.2	MULTIKULTURNÍ PÉČE.....	107
9.2.1	Kulturní šok.....	108
9.2.2	Několik doporučení .....	108
9.2.3	Co by měl zdravotník vědět .....	110
9.2.4	Zvláštnosti při zajištění potřeby výživy .....	111
9.2.5	Zvláštnosti při zajištění potřeby vyprazdňování a hygieny .....	111
9.2.6	Zvláštnosti při zajištění potřeby odpočinku a spánku .....	112
9.2.7	Zvláštnosti při prožívání bolesti .....	112
9.2.8	Komunikační karty.....	113
9.3	KATEGORIE OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ .....	114
	<b>SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>116</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>121</b>
	<b>SEZNAM SCHÉMÁT A OBRÁZKŮ .....</b>	<b>122</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>123</b>





# 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA HODNOT A POTŘEB ČLOVĚKA



## Klíčové pojmy:

hodnota, potřeba, péče orientovaná na člověka, klasifikace potřeb



## Po prostudování kapitoly:

- pochopíte pojmy a jejich význam;
- budete rozumět teoretickým východiskům hodnot a potřeb člověka;
- budete znát různé klasifikace potřeb;
- budete umět rozpoznat rizikové faktory ovlivňující uspokojování potřeb.



## 1.1 Vybraná epistemologická východiska

Zajištění a uspokojení potřeb člověka, ať již jedince, rodiny či komunity považujeme za výchozí moment a hlavní úkol profesionální ošetrovatelské péče. Nové trendy v ošetrovatelském vzdělávání kladou vyšší nároky na odbornou připravenost budoucích zdravotnických pracovníků, ale také přinášejí nový pohled na poskytovanou ošetrovatelskou péči, která by měla být komplexní.

Komplexní péče o člověka je ovlivňována mnohými koncepcemi a teoriemi, které vycházejí z různých filozofických a psychologických směrů. Inspirací pro hledání souvislostí ve vztahu k péči o člověka a uspokojování jeho potřeb se stává například *existencialismus*, *hermeneutika*, *holismus*, *humanismus*, *behaviorismus*.

### 1.1.1 Existencialismus

Existencialismus je filozofie orientovaná na problémy člověka. Jejím předmětem je subjektivně prožívaná individuální reakce jedince na svět a jiné lidi. „*Naproti odmítá pohlcenost světem věcí a vyzývá k svobodně zvolené autentické existenci, jež hledá bytí či hlubinu transcendentna*“ (Olšovský, 1999, s. 43). Existencialismus je filozofický směr, který se zabývá otázkami existence a chápe člověka jako existenci jednotlivce (individualitu). Pro tento směr je typický „existen-



ciální prožitek“, který často člověk zakouší v mezních situacích - při úzkosti, strachu, vině, přemíře odpovědnosti apod. „Existenciální prožitek“ je často využíván v souvislosti se zdravotnickým povoláním, kdy zdravotník přemýšlí, zdali to, co právě dělá je správné. U pacienta může být tento prožitek o to intenzivnější, že během hospitalizace díky nedostatečným zkušenostem může pociťovat úzkost nebo strach. Takovou zkušenost však nelze předat, pacient si ji musí tzv. „prožít“, aby z ní mohl čerpat v budoucnosti (Krátká, 2010, s. 14). Je důležité, aby sestra byla v těchto situacích pro pacienta oporou.

### 1.1.2 Hermeneutika

Hermeneutika je nauka o poznání skutečnosti, úsilí o hledání pravdy a porozumění názorům a postojům svých i druhých lidí. Je to učení o způsobu poznávání a porozumění. Rozhodující impulsy pochází z teologie - z výkladu Písma svatého. Předpokladem může být např. přesvědčení, že to, co právě děláme, je správné. Filozofickou hermeneutiku můžeme označit jako snahu o poznání skutečností, úsilí o hledání pravdy, porozumění sobě a jiným lidem především pochopení názorů a postojů (Kutnohorská, 2007). Hermeneutika má přes určitá omezení velký význam i pro rozvoj teoretických základů ošetrovatelské praxe. Může se stát, že sestra zcela neporozumí názorům, postojům a chování jiných lidí tak, jak to chápou oni samotní, přitom může žít v mylné představě, že pacientovi (případně příbuzným) rozumí.

### 1.1.3 Holismus

Holismus jako filozofický směr vychází z idealismu a vyzdvihuje prvenství celku před jeho částmi. Pojem holismus poprvé použil jihoafrický filosof a politik Marsal Jan Christiaan Smuts v roce 1926 (1870 - 1950), i když jeho obecný princip poprvé vyslovil již Aristoteles (384 - 322 př. n. l.) v *Metafysice*, kde říká, že "celek je víc než souhrn jeho částí". Holismus je filozofické učení, které vyzvedává důležitost chápání celku oproti částem a klade důraz na vzájemnou souvislost (Olšovský, 2011, s. 87).

Kladný vliv této filozofie celistvosti se odráží mimo jiné i v koncepci moderního ošetrovatelství, která je založená na pojetí člověka a stává se zdrojem vstřícného přístupu k člověku. Z tohoto pojetí vyplývá, že člověka vnímáme jako celek, nelze tedy oddělovat jeho somatickou a psychosociální stránku. Podle Kutnohor-



ské (2007, s. 35) je organismus vždy něco víc, než pouhý součet všech jeho částí. Úkolem zdravotníků je přistupovat k péči o člověka komplexně. Zjednodušeně: duše, mysl či sociální vztahy mohou člověka sužovat víc než nemocné tělo. Takto celostně koncipovaná ošetrovatelská péče musí být poskytována dle individuální potřeby konkrétního pacienta. Holistická teorie prezentuje názor, že potřeby jednotlivce musí být v **rovnováze** a harmonii, pokud se naruší, vzniká nemoc. Porucha jedné části ovlivňuje fungování jednotlivce jako celku.

### 1.1.4 Humanismus

**Humanismus** (z latinského *humanus*, lidský) označuje různé myšlenkové směry a postoje, zaměřené na člověka a lidstvo. Postoj a myšlenkový směr vychází z uznané hodnoty každého lidského života, zdůrazňuje univerzální lidství, solidaritu všech lidí. Humanismus představuje způsob, jak pojmenovat něco, co je třeba podpořit nebo dokonce obhajovat (Brague, 2017). Humanismus se zaměřuje na člověka a jeho individualitu a hlásá rovnost lidí před Bohem. Především v 19. století dosáhl humanismus dobrých výsledků (rozvoj lidských svobod, právní a sociální ochrana jednotlivců, pokroků lékařství i dalších věd), byl však také kritizován za jistou průměrnost. Rozvoj ovlivnily obě světové války, které sice diskreditovaly optimistické představy o pokroku lidstva, ale na stranu druhou vedly k novému uvědomění významu humanismu - společný široký základ humanismu v podobě lidských práv, svobody, lidského univerzalizmu, demokracie a snahy o lepší sociální postavení chudých nebo znevýhodněných se stává základem současných společností a jejich snah o omezení násilí po celém světě. Humanistický směr ovlivňuje komunikaci, která je v ošetrovatelské praxi velmi důležitá. *"Humanismus je založený na naší schopnosti určovat hodnotu vlastností, kterými se vyznačuje lidství, zvláště rozumnost. Humanismus uznává hodnotu člověka jako osobnosti, jeho právo na svobodu a štěstí, na rozvoj jeho sil a schopností"* (Scholz a Tóthová 2010, s. 35).

### 1.1.5 Behaviorismus

**Behaviorismus** (z anglického *behaviour*, chování) představuje psychologickou školu, zaměřující se na pozorovatelné veličiny lidského chování (např. krevní tlak) a jeho změny v reakci na okolní svět. Zakladatelem behaviorismu je John



Broadus Watson (1878 - 1958), americký psycholog, který nazval **podmíněný reflex** "základním kamenem" této teorie.

Behaviorismus je vystaven na učení I. P. Pavlova (1849 - 1936), na jeho *klasickém podmiňování* a učení E. L. Thorndikea, později B. F. Skinnera, na *operativním podmiňování* (Baštecká, Mach a kol., 2015, s. 139-140). "*Chování, jež má důsledky, se stává nástrojem (instrumentem), který podporuje nebo zeslabuje svoje vlastní opakování. Učení založené na důsledcích chování se zpočátku nazývalo instrumentálním* (Baštecká, Mach a kol., 2015, s. 140).



### 1.2 Hodnoty člověka

"Život lze smysluplně utvářet jedině uskutečňováním hodnot v jednotlivých přítomných okamžicích" (Svatošová, 2011, s. 38). Hodnotou se většinou myslí něco cenného, dobrého. "*Hodnota je ze subjektivního hlediska přesvědčení o dobrém nebo prospěšném, ale také o špatném či nežádoucím, které iniciuje a reguluje individuální a společenskou aktivitu. Vztahuje se k idejím nebo situacím, o nichž věříme, že představují něco dobrého, vytouženého, o jehož uskutečnění je třeba usilovat. Základním požadavkem je respektování lidských a morálních zásad, především důstojnosti jedince.*

*K hodnotám náleží proces hodnocení, jež v souladu s příslušnou hodnotou moduluje a řídí komplexní vztah subjektu vůči vlastnímu prožívání"* (Cakirpaloglu, 2010, dle Baštecká, Mach a kol., 2015, s. 434-435). Pomáhající profese mohou pro základní lidské hodnoty využívat dělení hodnot dle Shaloma H. Schwartzze (Baštecká, Mach a kol., 2015, s. 435).

Existuje názor, že veškerá prohlášení týkající se hodnot, je prohlášení o osobním vkusu a preferencích. Pokud se zmíníme, že je něco krásné nebo dobré, říkáme tím, že „podle našeho názoru je to krásné nebo dobré“. Tento postoj se označuje jako „hodnotový relativismus“ (Maslow, 2014, s. 25).

Dle Maslowa (2014, s. 223) se zdá, že hodnoty jsou stejnou mírou odhalovány a stejnou mírou vytvářeny či konstruovány, jsou nedílnou součástí podstaty člověka, jsou biologicky a geneticky založené a kulturně rozvíjené.



Hodnoty jsou pro život člověka klíčové, Frankl (2006b) nabízí jejich následující dělení: **zážitkové** (láska), **tvůrčí** (umělecké dílo) a **postojové** (udržet si vlastní náhled na život).

Nemoc (i delší) může mít svou pozitivní stránku v životě nemocného člověka a jeho nejbližších. Může být totiž příležitostí k usmíření, vyslovení dosud nevyřčeného, ale také k přehodnocení dosavadního "žebříčku hodnot". *"Je-li tato příležitost správně uchopena a zúročena, může být nemoc tím nejplodnějším a nejcennějším úsekem života"* (Svatošová, 2011 s. 33).

Za předpokladu, že vše co člověk potřebujeme a na čem mu záleží má určitou hodnotu, je zřejmé, že mnohé hodnoty jsou nedosažitelné. Hodnoty se během života mění (také s ohledem na zdravotní stav). Ujasňování hodnot je proces, při kterém si člověk vytváří odpovědi (hodnoty) na různé situace:

- jedná se o "obnažující proces", kdy si pacient/klient uvědomuje hodnoty řídící jeho jednání;
- podporuje rozhodovací proces;
- podporuje rozvoj osobnosti (podporuje uvědomování si sebe sama);
- slouží jako klíč k hodnotám pacienta/klienta a usměrňuje intervence sestry;
- umožňuje vnitřní pohled do systému hodnot a toto umožňuje jedinci udržet, případně změnit hodnotový systém (Kozierová et al, 195, s. 131, dle Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 52-53).

Identifikace hodnotového systému má velký význam pro etické jednání sestry a **pacientovi/klientovi pomáhá:**

- najít nový a smysluplný hodnotový systém po překonání úrazu nebo nemoci;
- získat informace o odpovědích na úraz nebo nemoc;
- hledat alternativní cíle, když původní hodnotový systém ztroskotal a nelze ho dosáhnout;
- sestře pomáhá plánovat takové ošetrovatelské postupy, které podporují kulturní a zdravotní přesvědčení pacienta/klienta (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 53).



### 1.2.1 Hodnoty „bytí o sobě“

Maslow (2014, s. 27-28; 139) používal výraz „hodnoty“ ve dvou významech. **První význam** - jedná se o hodnoty, které autor označuje jako **B-hodnoty**: celistvost, dokonalost, dovršení, spravedlnost, živost, bohatost, jednoduchost, krása, добрota, jedinečnost, snadnost, hravost, pravda, soběstačnost. Výraz hodnota je vztahový - má hodnotu *pro někoho* nebo *pro něco*, anebo že tomu *někdo* nebo *něco* přikládá hodnotu. **Druhý význam** - jakmile spatříme „bytí o sobě“ skrze *vrcholný zážitek* (pozn. Maslow, 2014, s. 20-25), pak hodnoty, které vnímáme, jsou spíše „jeho, než naše vlastní“. Z toho vyplývá, že B-hodnoty by existovaly, i kdyby neexistovali lidé nebo jiné vědomé bytosti, které by je jako hodnotu rozpoznaly.



### 1.3 Potřeby člověka

Úkolem sestry je také systematické vyhledávání, hodnocení a plánovité uspokojování *potřeb zdravého i nemocného člověka*. Potřeba je projev nedostatku nebo nadbytku něčeho v oblasti biologické, psychické nebo sociální. Je to stav jednotlivce, který se odchyluje od životního optima. Potřeby jsou zdrojem lidského chování a také klíčem k jeho pochopení. Jsou užitečné a velmi úzce souvisí se zachováním a kvalitou života každého jednotlivce. *„Každý člověk pocítuje potřeby, ať tělesné, ať duševní různého druhu a stupně, z nichž některé mohou být k samé životní existenci nezbytně nutné (potřeby existenční), kdežto jiné vyskytují se teprve na vyšších stupních společenského a osvětového vývoje (potřeby kulturní)“* (Horáček, 1901, dle Baštecká, Mach a kol., 2015, s. 432).

**Potřeba může být chápána jako:**

- podnět, nátlak, nutkání, popud, požadavek směrem k jednotlivci (nebo od něj);
- nutnost vzniklá vlivem reality, okolnostmi;
- přítomný životní stav nebo požadavek;
- stav vznikající při těžkosti, stresu;
- nedostatek nebo žádost, přání potřebných věcí.



Maslow popisuje typické znaky dlouhodobého nedostatku potřeb. „O základní nebo instinktivní potřebu se jedná, pokud:

1. její nedostatek vyvolá nemoc,
2. její přítomnost zabrání vzniku nemoci,
3. její obnovení vyléčí nemoc,
4. v určité (velmi složité) situaci s volným výběrem dává deprivovaná osoba přednost uspokojení této potřeby před jinými typy uspokojení,
5. u zdravého člověka je neaktivní, nulová, nebo zcela chybí“ (Maslow, 2014, s. 80).

**Význam pojmu potřeba:**

- **biologický** - vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy (homeostázy);
- **ekonomický** - nutnost nebo žádost něco vlastnit;
- **psychologický** - vyjadřuje psychický stav, který odráží nějaký nedostatek a je spojený se sociálním významem (Trachtová a kol., 2013, s. 10).

Potřeba jako projev nedostatku startuje proces - **motivace**, určuje **sílu, směr a trvání** určitého chování a jednání, které vede k uspokojení potřeby. Podle Maslowa (2014, s. 10) jen málokdy dosáhneme stavu „motivačního klidu“. Platí, že jakmile uspokojíme jednu pohnutku, na jejím místě se objeví okamžitě druhá, jakmile je uspokojena, nahradí ji jiná. Pořadí různých motivů a pohnutek není náhodné, ale lidské motivy jsou hierarchicky uspořádané a jejich místo v této hierarchii je definováno mírou naléhavosti, síly či priority (Maslow, 2014, s. 10). Motivace má dle Maslowa (2014, s. 80) ze subjektivního hlediska dvě charakteristiky: **vědomá** nebo **neuvědomělá** touha a chtění; **pocit nedostatku** nebo deficitu na straně jedné a na druhé straně pocit příjemného dostatku. Chování člověka při uspokojování potřeb je vyjádřeno schématem motivace a příslušného operativního chování. Nejdříve vzniká motivační napětí (potřeba), která člověka motivuje k instrumentálnímu chování (činnosti) a dochází tak k dovršujícímu chování (uspokojení).

Míra naplnění může být:

- **podprahová** - nedostatečná a může vést k frustraci, stresu, následně k somatickým obtížím;



- nadprahová - nadměrná, vede k pocitům závazku, nesvobody ...;
- prahová - úměrná nárokům, přináší životní vyrovnanost a pohodu.

### Způsoby naplnění:

- žádoucím způsobem - je v souladu se zákonnými normami;
- nežádoucím způsobem - nejsou v souladu s kulturními hodnotami, přestupují meze zákona, přinášejí jedinci neklid (Krátká, 2007, s. 7).

### Standard potřeb

Pod pojmem standard je chápána určitá úroveň, které by mělo být dosaženo při naplňování potřeb člověka. Standard je velice specifický, rozeznáváme standard:

- a) **Obecný** - všeobecně vnímaný (jídlo, spánek, odpočinek...);
- b) **Osobní** - vnímaný konkrétní osobou, závisí na mnoha faktorech, souvisí s vyspělostí jedince;
- c) **Normativní** - platný pro určitou skupinu, dle sociálního prostředí (Šamánková a kol., 2011, s. 13).

#### 1.3.1 Faktory ovlivňující potřeby člověka

Potřeby člověka jsou velmi individuální, existuje celá řada faktorů, které je ovlivňují. Obecně můžeme tyto faktory rozdělit na:

- **fyziologicko-biologické** (věk, pohlaví, zdravotní stav, momentální stav, nemoc - okolnosti vzniku nemoci...);
- **psychicko-duchovní** (vývojové stádium, osobnost - individualita, sebekoncepce, spiritualita, stres, pohoda...);
- **sociálně-kulturní** (mezilidské vztahy, sociální status, životní role, samota, zvyklosti a obyčeje, výchova v rodině...);
- **faktory životního prostředí** (klíma, geografické podmínky).

Podle Šamánkové a kol. (2011, s. 23) se na saturaci potřeb také podílí: **puď** (vrozená pohnutka činnosti), **zájem** (získaný motiv), **aspírace** (ambice - snaha o vyniknutí, ctižádost), **cíl** (uvědomělý směr - čeho chceme dosáhnout), **ideály** (vzory), **přesvědčení** (čemu věříme).





### 1.3.2 Klasifikace potřeb

#### Dělení potřeb podle významu pro život:

- Primární (základní, bazální, nižší, biogenní);
- Sekundární (vyšší, psychogenní, sociogenní).

#### Dělení potřeb vyplývající z jejich obsahu:

- Potřeby fyziologické (biologické, biogenní);
- Potřeby psychické;
- Potřeby sociální (kulturní);
- Potřeby spirituální.

Různí autoři potřeby různě dělí a tvoří teorie. Jako příklad můžeme uvést *Teorii motivace Henry A. Murraye* nebo *Hierarchii potřeb dle A. H. Maslowa*. Známý je také *Dům potřeb* dle Chloubové.

### 1.4 Teorie motivace H. A. Murraye

Henry Alexander Murray (1893 - 1988) byl americký psycholog, základním termínem jeho pojetí motivace je **potřeba**, ta reprezentuje sílu, kterou můžeme aktivovat interní, ale i externí stimulací. Vyvolaná potřeba pak vede k aktivitě. Potřeba je chápána jako to, co jedinec potřebuje a oč se snaží. Murray dělí potřeby dle různých hledisek, a to na tři kategorie:

- **Viscerogenní (primární)** - vrozené, potřeby nedostatku, přebytku, obrany a úniku;
- **psychogenní (sekundární)** - získané, spojené také s neživými předměty - získávání, uchovávání, udržování...;
- **potřeby kladné a záporné**;
- **skryté** - sociálně-vztahové, obava zůstat bez pomoci, ponížení, narcizmus (Šamánková a kol., 2011, s. 29; Trachtová a kol, 2013, 12).

Kromě tohoto třídění Murray ještě dělí potřeby na **manifestní** (zahrnují veškerou činnost, která je skutečná, obvykle předchází záměr) a **latentní** (částečně objektivizované, mohou mít formu tužeb a přání (Trachtová a kol., 2013, s. 12).



## 1.5 Maslowova teorie potřeb

### 1.5.1 Abraham Harold Maslow (1908-1970)

A. H. Maslow se narodil se v Brooklynu jako potomek židovských přistěhovalců z Ruska. Začal studovat práva, zjistil, že to není pro něj a nastoupil studium psychologie. Byl průkopníkem humanistické psychologie. Maslowova filozofie člověka je součástí jeho světového názoru - **holisticko-dynamického**.

Podle Maslowa se obracíme k uspokojení vyšších potřeb až tehdy, když máme uspokojeny základní (fyziologické) potřeby. Pocitovaný nedostatek nebo frustrace na nižší úrovni nám tedy zabrání postupovat výš. Jsou-li naopak všechny naše základní potřeby saturovány, přecházíme automaticky na **vyšší úroveň** a předchozí stupně už nevnímáme jako svou prioritu. Vyšší potřeby jsou hluboce zakořeněny v samém jádru lidské přirozenosti, ale jsou zastiňovány biologicky naléhavějšími potřebami (Maslow, 2014, s. 11).

### 1.5.2 Hierarchicky organizovaný systém potřeb dle Maslowa

1. Fyziologické potřeby.
2. Potřeba jistoty a bezpečí.
3. Potřeba lásky a sounáležitosti.
4. Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty.
5. Potřeba seberealizace, sebeaktualizace (Trachtová a kol, 2013, s. 14).



**Maslowova hierarchie potřeb** (upraveno podle Atkinsonová, Atkinson, Smith, Bem, dle Trachtová a kol., 2013, s. 15)

1. Potřeby fyziologické.
2. Potřeby jistoty a bezpečí.
3. Potřeby sounáležitosti a lásky.
4. Potřeba uznání a sebeúcty.
5. Potřeby kognitivní.
6. Potřeby estetické.
7. Potřeby seberealizace.



### Maslowovy teze o vyšších potřebách (výběr)

1. Vyšší potřeby jsou pozdějším stupněm fylogenetického a ontogenetického vývoje;
2. Čím vyšší potřeba, tím je méně důležitá pro pouhé přežití (může se i ztratit při dlouhodobém odkládání/neuspokojování);
3. Žití na úrovni vyšších potřeb vede k vyšší biologické efektivnosti, delšímu životu, k menšímu počtu nemocí, lepšímu spánku...;
4. Vyšší potřeby jsou subjektivně méně naléhavé;
5. Uspokojování vyšších potřeb vede k žádoucím subjektivním výsledkům (hlubší pocit štěstí, klidu, spokojenosti ...);
6. Sledování a uspokojování vyšších potřeb znamená všeobecnou tendenci ke zdraví;
7. Vyšší potřeby musí mít při svém vzniku splněno více podmínek;
8. Vznik vyšších potřeb vyžaduje příznivější vnější podmínky;
9. Ti, u nichž došlo k uspokojování obou druhů potřeb, obvykle si cení více potřeb vyšších než nižších ...;
10. Čím vyšší je úroveň potřeb, tím širší je okruh identifikace láskou;
11. Uspokojování vyšších potřeb má k seberealizaci blíže než uspokojování potřeb nižších (Trachtová a kol, 2013, s. 15-16).



### Popis klinicky pozorovatelných vlastností u zdravého člověka

- kvalitnější vnímání skutečnosti;
- lepší přijetí sebe, ostatních lidí a přirozenosti;
- zvýšená spontánnost;
- zvýšené soustředění na problémy;
- zvýšená nestrannost a touha po soukromí;
- zvýšená autonomie a odolnost vůči enkulturaci;



- neotřelé vnímání, bohatší emoční reakce;
- vyšší četnost vrcholných zážitků;
- zvýšená identifikace s lidským rodem;
- změněné mezilidské vztahy (zlepšené);
- demokratičtější struktura charakteru;
- výrazně zvýšená kreativita;
- určité změny v hodnotovém systému (Maslow, 2014, s. 84).



### 1.6 Péče orientovaná na člověka

Ve zdravotnictví a sociálních službách se spokojenost pacienta/klienta a analýza jeho hodnot a potřeb staly vyjádřením „orientace na klienta“. *Péče orientovaná na člověka - se odvíjí od Rogersovské teorie* (Carl R. Rogers, \*1902, †1987). Carl R. Rogers, americký psycholog, který s Abrahamem Maslowem patřil mezi nejvýznamnější představitele humanistické psychologie, uplatňoval v péči o člověka kombinace *empatie* (vcítění), *kongruence* (shody) a *reflexe* (porozumění, účast na pacientově světě). Cílem terapie podle Rogerse je tedy nepodmíněné pozitivní sebepřijetí. Významný je podle něj tzv. „dobrý život“, což je spíše shrnutí principů. Mezi jeho znaky podle Rogerse (2014) patří:

- vzrůstající otevřenost prožívání;
- vzrůstající existenciální kvalita žití (souvislost s kongruencí);
- vzrůstající důvěra v sebe a svůj organismus (viz výše);
- plnější fungování (plnější žití v právě přítomném okamžiku).

*"Vcítivé přijetí (empatiující akceptace) rogersovské školy se nyní považuje za základ snad jakéhokoliv kontaktu s klientem"* (Baštecká, Mach a kol., 2015, s. 151). V péči orientované na člověka, tzv. humanistické péči, je prvořadý zájem o pacienta: naslouchání a podpora v rozhodování. Nejtěžší je zjišťovat potřeby, přání a cíle u těch lidí, kteří si o nic neříkají, ale lze předpokládat, že potřebují pomoc. Zvláštní péči a pozornost sester vyžadují tzv. "křehcí pacienti" - senioři, novorozenci, nemocní se závažným onemocněním. Pro správnou identifikaci potřeb pacienta, je třeba vytvoření lidského vztahu (založeného na pomoci a důvěře), podpory nemocného (jeho spirituální síly), povzbuzení



k vyjádření pocitů, a to pozitivních i negativních. Sestra využívá v přístupu transpersonální vztah, to znamená, že překračuje rámec objektivního posouzení, zajímá se o subjektivní pocity druhé osoby, a to nejen ve vztahu k jeho nemoci (zdravotnímu stavu), ale k celé jeho situaci. Sestra se snaží porozumět události tak, jak ji chápe nemocný (jeho rodina). Pečováním se zabývají i některé autorky konceptuálních modelů, např. Jean Watson, Simone Roach, Sigridur Halldorsdottir. Humanistická péče o nemocného je dle M. J. Watsonové základní součástí ošetrovatelství a je orientovaná na zlepšení a posílení zdraví. Humanistická péče je nejen citem, zájmem, postojem, ale zahrnuje i hodnotu, vůli, oddanost ošetrovatelství, vědomosti a zručnosti (Zraigat, 2008; Watson, 2008, dle Scholz a Tóthová 2010, s. 35).



### 1.7 Potřeby v profesionální ošetrovatelské praxi

Zajištění a uspokojení potřeb člověka, rodiny a komunity je hlavním úkolem profesionální ošetrovatelské péče. Nejtěžší je zjišťovat potřeby, přání a cíle u těch lidí, kteří si o nic neříkají, ale lze předpokládat, že potřebují pomoc. Předpokladem je individualizovaná péče (šitá na míru pacientovým potřebám). Při uspokojování potřeb je nutné se přizpůsobit preferencím, přesvědčením a hodnotám klienta. Hodnoty se propojují s cílem, se způsobem dosahování a s hodnocením.

Aktuální hierarchie potřeb je závislá na charakteru onemocnění - dělíme je na:

- potřeby, které se nemocí mění (bezpečí jistota...);
- potřeby, které se nemocí modifikují (potrava, pohyb);
- potřeby, které nemocí vznikly (vědomosti, zručnosti).

#### 1.7.1 Potřeby v ošetrovatelských modelech

Problematika potřeb se odráží i v ošetrovatelských konceptuálních modelech. Jako příklad uvádíme některé autorky, které se ve svých modelech zaměřovaly na potřeby.



- **Florence Nightingaleová** (potřeba pozitivního prostředí), zdůrazňovala, že sestra se má soustředit na základní potřeby pacienta, ne na nemoc;
- **Virginie Hendersonová** - chápe člověka jako nezávislou bytost s biologickou, psychologickou, sociální a duchovní dimenzí, vymezuje 14 základních potřeb;
- **Dorothea Elisabeth Oremová** - ovlivněna psychologií, uvádí: každý člověk využívá své schopnosti k udržení zdraví a samostatnosti. Požadavky dělí na: *univerzální* (společné pro všechny); *vývojové* (specifické pro vývojové období); *související s odchylkou od zdraví* (při onemocnění, umožňují uvědomit si nemoc, vyhledat lékařskou pomoc...) (Tomagová, Boriková a kol., 2008, s. 25-27).



### Kontrolní otázky:

1. *Který filozofický směr se zaměřuje na porozumění názorům a postojům svých i druhých lidí?*
2. *Co znamená péče orientovaná na člověka?*



### Úkoly:

1. *Vyhledejte Index viscerogenních potřeb dle Murraye a nastudujte.*
2. *Vyhledejte a seznamte se s dalšími klasifikacemi lidských potřeb.*
  - *Faktory ovlivňující uspokojování potřeb (vyplňte pracovní list č. 1, 1a nebo vypište příklady potřeb: fyziologicko-biologických, psychických, sociálně-kulturních, spirituálních).*



### Doporučená literatura:

BARAGUE, Rémi, 2017. *Podstata člověka: O ohrožení lidské legitimacy*. Přeložil Josef Mlejnek. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. ISBN 978-80-7325-423-0.



BAŠTECKÁ, Bohumila, Jan MACH a kol., 2015. *Klinická psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0617-0.

FRANKL, Viktor, E., 2006b. Lékařská péče o duši. Přeložil Vladimír Jochmann. Brno: Cesta. ISBN 80-7295-085-1.

KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Zlín: UTB. ISBN 978-0-7318-643-2.

KRÁTKÁ, Anna, 2010. *Metakognitivní strategie jako prostředek rozvíjející odpovědnost studentů ošetrovatelství v průběhu klinické praxe*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra pedagogiky, 2010. Disertační práce. Školitel Vlastimil Švec.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

MASLOW, Abraham. H., 2014. *O psychologii bytí*. Přeložila Hana Antonínová. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0618-7.

OLŠOVSKÝ, Jiří, 2011. *Slovník filozofických pojmů současnosti*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4736-136.

ROGERS, R. Carl, 2014. *Způsob bytí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0597-5.

SCHOLZ, Pavel a Valérie TÓTHOVÁ, 2010. Humanistická péče dle modelu Margarety Jean Watsonové. *Kontakt*, 1/2010, 12: 34-38. ISSN 1212-4117.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7. dopl. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

TOMAGOVÁ, Martina, Ivana BÓRIKOVÁ a kol., 2008. *Potreby v ošetrovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-270-0.

TRACHTOVÁ Eva a kolektiv, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. NCO NZO. ISBN 978-80-7013-553-2.



## 2 SOBĚSTAČNOST, NESOBĚSTAČNOST, DEFICIT SEBEPÉČE



### Klíčové pojmy:

soběstačnost, nesoběstačnost, sebepéče, specifické potřeby, pomoc, disabilita, handicap



### Po prostudování kapitoly:

- budete schopni vysvětlit pojem soběstačnost a nesoběstačnost;
- budete identifikovat individuální potřeby nemocných;
- pochopíte potřeby klientů s handicapem;
- budete znát faktory ovlivňující soběstačnost člověka;
- budete znát mezinárodní klasifikaci funkčních schopností člověka;
- porozumíte právům osob se zdravotním postižením.



### 2.1 Vymezení pojmů

#### Soběstačnost

je schopnost jedince uspokojit své potřeby vlastními silami. Vyjadřuje míru samostatnosti při vykonávání denních aktivit (ADL - activity daily living).

#### Nesoběstačnost

je neschopnost nebo závislost jedince při vykonávání běžných denních aktivit.

#### Sebepéče

vyjadřuje samostatnost nebo závislost nemocného při vykonávání denních aktivit. V české odborné literatuře není tento pojem přesně definován nebo vymezen. V německé literatuře je uváděn jako *Selbstpflege* a definuje péči o sebe sama v oblasti hygieny, výživy, vyprazdňování, oblékání atd.





V americké literatuře je termín jasně vymezen jako *Self-care*:

- a) osobní a zdravotní péče prováděná nemocným obvykle na základě instrukcí zdravotnického personálu;
- b) zdravotní péče poskytovaná laickou osobou z oblasti rodiny, přátel, známých, včetně identifikace a zhodnocení symptomů, medikace a léčení;
- c) osobní péče bez technické pomoci, jako je najíst se, umýt se, vyprázdnit se, upravit se, udržet hygienu care (Trachtová a kol., 2013, s. 20).

Míra soběstačnosti závisí na ontogenetickém vývoji, úrovni intelektu, zdravotním stavu, prostředí a momentálním stavu jedince.

### Specifika u dětí:

- u dětí je péče o sebe sama ovlivňována věkem a vývojovou úrovní. Dítě se postupně učí dovednostem v péči o sebe sama v prostředí, kde vyrůstá. Jelikož je neschopnost v sebeběči u dětí přirozená a fyziologická, do plánu ošetrovatelské péče proto nestanovujeme ošetrovatelskou *diagnózu Porucha soběstačnosti*, pokud je dítě mladší než 10 let a nemá žádné problémy ve vztahu k vykonávání denních aktivit.
- u dětí se zabýváme spíše kvalitou rodičovské péče či dopomocí, rodinnými zvyky, zvláštnostmi při výkonu denních aktivit, způsoby, které si dítě osvojuje apod.

#### 2.1.1 Testy soběstačnosti

Pro objektivnější hodnocení úrovně soběstačnosti pacientů/klientů využíváme v ošetrovatelské praxi různé měřicí techniky a testy. Např.:

- **Klasifikace funkčních úrovní sebeběče dle M. Gordonové** - tato klasifikace hodnotí funkční úroveň schopností: najíst se, vykoupat se, použít toaletu, obléknout se, nakoupit si, umýt se, upravit se, pohyb jako celek, pohyb v rámci lůžka, uvařit si a udržovat domácnost (Marečková, Vejvalka a kol., 2005, s. 384).

M. Gordonová hodnotí pětibodovou stupnicí (0–5 bodů) klasifikaci funkčních úrovní sebeběče následovně:



- 0 – Klient je nezávislý a soběstačný;
  - 1 – Potřebuje minimální pomoc druhé osoby, sám používá zařízení a sám zvládne 75 % činností;
  - 2 – Potřebuje menší dopomoc, dohled, radu, samostatně zvládne 50 % činností;
  - 3 – Potřebuje velkou pomoc od druhé osoby, samostatně zvládne 25 % činností;
  - 4 – Klient je zcela závislý na pomoci druhé osoby, vyžaduje celkový dohled.
- **Cliftonova škála soběstačnosti BRS** slouží při příjmu klienta do institucionální péče k rychlejšímu a objektivnímu rozpoznání potřeb klienta v nových podmínkách, při jeho dlouhodobém pobytu k posuzování vývoje stavu a změn ve stupni soběstačnosti a při jeho propouštění do domácí či následné institucionální péče k informování pečujících osob o aktuálním stavu soběstačnosti klienta a jeho vývoji.

**Hodnocené položky:** stav vzhledu, koupání a oblékání, chůze, inkontinence, pohybový režim během dne, orientace v prostoru, chování venku, pomoc ostatním, věnuje se tvořivé a užitečné práci, styk s ostatními, reakce na žádost, rozumí sdělením, jak komunikuje, snesitelnost chování ve dne a v noci, obviňuje ostatní, hromadí věci, spí v noci, má v pořádku zrak a sluch.

- **Test ošetrovatelské zátěže** (<https://ose.zshk.cz/media/p5813.pdf>);
- **Katzův index nezávislosti** (příloha č. 3);
- **Test instrumentálních všedních činností - IADL** (příloha č. 2);
- **Barthelové index základních všedních činností - BI** - odkaz níže (<http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/barthelove-test>)

### 2.2 Znevýhodnění a jejich klasifikace

Znevýhodnění je změna ve funkci organismu na úrovni tělesné, smyslové, mentální, psychické nebo sociální. Může se jednat o kombinace změn funkcí organismu. Používáme spojení *osoba se zdravotním znevýhodněním (postižením)* (nikoliv zdravotně postižená osoba). Úmluva o právech osob se zdravotním postižením



uznává, „že tento pojem podléhá vývoji a je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními“ (Milfait, 2013, s. 161).

**Porucha** je jakákoliv ztráta nebo abnormalita v psychologické, fyziologické nebo anatomické struktuře nebo funkci.

**Znevýhodnění** je totožné s pojmem handicap.

**Handicap** "Handicap lze vymezit jako nepříznivý stav nebo situaci pro daného jedince, vyplývající z poruchy nebo defektu, který omezuje nebo znemožňuje plnění úloh, ztěžuje uplatnění v porovnání s většinovou populací a ztěžuje dosahování většiny společenských cílů" (Škoda, Fischer, Svoboda a Zilchner, 2014, s. 23). Handicap znamená nevýhodu, překážku, neznamená to být nemocný. Lidé se zdravotním handicapem tvoří skupinu, která má velmi specifické problémy a potřeby.



Pro účely ošetrovatelství lze využít s jistým omezením klasifikaci handicapů, znevýhodnění a poruch z pohledu speciální pedagogiky. Tyto klasifikace mohou přispět k chápání handicapu jako dimenze z hlediska seberealizace, která je při zajištění potřeb člověka velmi důležitá. Členění dle Škody, Fischera, Svobody a Zilchnera (2014, s. 24-29):

### 2.2.1 Klasifikace handicapu a znevýhodnění podle druhu

- **poruchy tělesné**, různé poruchy, defekty a handicapu vzniklé v důsledku onemocnění, úrazů nebo ztráty hybnosti a mobility, mohou být vrozené i získané;
- **poruchy komunikace**, problémy spojené s vnímáním, přijímáním podnětů, s jejich zpracováním a následnou reakcí (poruchy vnímání smysly - zrak, sluch, dále řeč a poruchy učení);
- **poruchy mentální**, handicapu a znevýhodnění v oblasti rozumových schopností jak vrozených defektů (mentální retardace), tak i získaných v průběhu života (demence);



- **poruchy chování**, různě závažné odchylky v chování, které jsou z hlediska sociokulturní normy, společenského soužití pro danou společnost nechtěné, nežádoucí, až nepřijatelné.

### 2.2.2 Klasifikace handicapu a znevýhodnění podle stupně závažnosti

- **lehkého stupně**, minimální odchylky, někdy i jevy ještě normální či hraniční;
- **středního stupně**, vyžadují speciální přístup či pomoc;
- **těžkého stupně**, jedinci jsou plně odkázáni na intenzivní pomoc okolí a společnosti.

### 2.2.3 Klasifikace handicapu a znevýhodnění dle časového aspektu

Podle doby vzniku dělíme na: **genetické predispozice**, **vliv teratogéních faktorů** (chemické, fyzikální, biologické), zahrnujeme sem i důsledky protražovaného nebo nešetrného porodu, důsledek postnatálních etiologických faktorů... .

- **akutní**;
- **chronické**;
- **krátkodobé - dočasné**;
- **trvalé**.



## 2.3 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností dle WHO

**ICIDH** - International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (1980).

**I - Impairment** - porucha, poškození funkce na úrovni orgánu bez ohledu na původ, nepřihlíží se k etiologii (porucha paměti, řeči, sluchu, zraku, výkonnosti srdce, ledvin..., mechanické motorické poruchy). **D - Disabilities** - neschopnost či omezená schopnost organismu jako celku, porucha na úrovni celého organismu (neschopnost plnit sociální role, pečovat sám o sebe, poruchy manuální obratnosti). **H - Handicap** - limituje nebo brání plnění role jedince ve vztahu ke společnosti, které jsou běžné vzhledem k věku, pohlaví a sociálním faktorům.



Světová zdravotnická organizace v roce 1997 změnila pojmy užívané od roku 1980 (poškození - impairment, omezení - disability, postižení - handicap) a v Mezinárodní klasifikaci postižení tak uvedla jejich nové znění od roku 1998, IAP - I - impairment - *poškození*, A - *aktivita* - aktivity a P - participation - *participace*. Úprava termínů vychází z nového pohledu na osoby s postižením, kdy se ***stále více zohledňuje účast těchto lidí na životě ve společnosti.***

V souvislosti s narůstající integrací osob s postižením do společnosti přispívá nový přístup ke klasifikaci postižení k samostatnějšímu způsobu jejich života (Pipeková et al., 2010, s. 113-114; Slowik, 2008, s. 28).

Světová zdravotnická organizace vydala Mezinárodní klasifikaci funkčnosti, postižení a zdraví, která se označuje zkratkou ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), a nahradila původní verzi klasifikace postižení ICIDH.

**Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) = International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) je platná od 1. července 2010.** Klasifikace MKF je součástí souboru klasifikací Světové zdravotnické organizace a je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni. Je určena pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní), posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotnických prostředků, pro účely zdravotních pojišťoven, pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení zaměstnanosti, pro posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení a zaměstnanosti a pro statistické účely při hodnocení zdravotního stavu. Podle MKF je disability ***snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, které vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.***

**Cíle MKF - klasifikace je víceúčelová, shrnutí cílů:**

- poskytnout vědecké báze k pochopení a studiu zdraví a ke zdraví se vztahujících stavů, východisek a determinant;



- zavést společný jazyk při popisování zdraví a ke zdraví se vztahujících stavů, a to za účelem zlepšení komunikace mezi jednotlivými odborníky (vědci, lékaři, zdravotníci, pojišťovny, osobami s disabilitami...);
- umožnit srovnání dat mezi zeměmi, disciplínami zdravotní péče, časem a službami;
- poskytnout systematické kódovací schéma pro systémy zdravotnických informací.

ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health, někdy se používá zkratka ICIDH-2.

Nový přístup podle klasifikace ICF se u osob s postižením zaměřuje namísto jejich vad a poruch na **stav funkcí a tělesných struktur**, do popředí už neklade jejich omezení a postižení, ale možnosti **a schopnosti konat aktivity** a středem pozornosti se již nestává pouze vlastní handicap těchto osob, ale možnost jejich spoluúčasti (participace) na společenském životě. Tato klasifikace také nově uvedla i dimenzi prostředí (environment). Vzniká deficit a vzniká potřeba jej vhodným způsobem kompenzovat. **K posouzení deficitu sebeděče je kompetentní každý zdravotnický pracovník v rámci své odbornosti** (MKF, 2008, s. 9).

### Komponenty MKF:

- **Tělesné funkce** (fyziologické funkce tělesných systémů, včetně funkcí psychických);
- **Tělesné struktury** (anatomické části těla, končetiny, jejich součásti);
- **Poruchy** (jsou problémy tělesných funkcí nebo struktur, jako je odchylka nebo ztráta);
- **Aktivita** (provádění úkonu nebo činu člověkem);
- **Participace** (zapojení do životní situace);
- **Aktivita a její limity** (obtíže, které může mít jedinec při plnění činností);
- **Participace a její limity** (problémy, které může člověk prožívat při zapojení se do životní situace);
- **Faktory prostředí** (vytvářejí fyzické, sociální faktory, postoje lidí...) (WHO, 2001).



Práva osob se zdravotním postižením uznává i Listina základních práv EU. V článku 26 jim přiznává „právo na opatření, jejichž cílem je zajistit jejich nezávislost, sociální a profesní začlenění a jejich účast na životě společnosti“. Evropská unie si je vědoma potřeby věnovat otázkám týkajících se osob se zdravotním postižením zvláštní pozornost, aby tito občané, jichž je dnes v EU asi 15 %, mohli bez omezení využívat svá nezadatelná občanská práva. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením vstoupila v platnost 3. května 2008 a pro Českou republiku je závazná od 28. října 2009 (Milfait, 2013, s. 167; MPSV, 2006) je založena na obecných zásadách, kterými jsou především:

- respekt k lidské důstojnosti a nezávislosti;
- zákaz diskriminace;
- plné zapojení do společnosti;
- rovnost příležitostí;
- přístupnost;
- rovnost žen a mužů;
- respekt k vyvíjejícím se schopnostem dětí a jejich právu na zachování identity.

### 2.3.1 Prevence a kompenzace deficitu sebepéče

Úkolem zdravotníků je učit širokou veřejnost předcházet již od dětství úrazům, u seniorů předcházet pádům, zabránit závislosti na pomoci druhých a rozvíjet u nich samostatnost.

Prevenci dělíme na **primární** (soubor opatření mající za cíl zabránění vzniku poruchy nebo defektu a následného handicapu), **sekundární** (soubor opatření a postupů, které mají zabránit negativnímu vývoji již existující nebo vzniklé poruchy či handicapu) a **terciální** (spočívá v prevenci zhoršování, minimalizaci důsledků poruchy či handicapu do sociální sféry, případně v ochraně společnosti a okolí) (Škoda, Fischer, Svoboda a Zilchner, 2014, s. 40).

**Kompenzace** (z latinského *compensatio* = vyvážení, vyrovnání) lze vymezit jako souhrn postupů, zaměřený na zlepšení nebo zdokonalení jiných funkcí, než jsou funkce narušené (rehabilitace). V praxi to znamená naučit klienty náhradní aktivity, instruovat o způsobech, nabídnout a doporučit kompenzační pomůcky.



### 2.3.2 Ošetrovatelská diagnostika

Při identifikaci problémů a potřeb u osob se zdravotním postižením věnujeme velkou pozornost posouzení soběstačnosti pacientka/klienta sestrou (ošetrovatelská anamnéza). Hodně záleží na tom, o jaký typ postižení se jedná. Problémy v oblasti soběstačnosti jsou zahrnuty v diagnózách taxonomie II NANDA-International (NANDA-I). Je třeba sledovat aktuální české vydání oficiálního překladu. Nejnovější dostupná publikace je NANDA-International 2015-2017 s revizí, doplněním a vyřazením ošetrovatelských diagnóz pro toto období. Problematika soběstačnosti je např. v **Doméně 4 Aktivita odpočinek**, Třída 5 Sebepečce - Schopnost pečovat o své tělo a tělesné funkce. Ošetrovatelské diagnózy např.: *Snaha zlepšit sebepečci (00182)*, *Zanedbávání sebe sama (00193)*, *Deficit sebepečce při stravování (00102)*, *Deficit sebepečce při koupání (00108)*, *Deficit sebepečce při oblékání (00109)*, *Deficit sebepečce při vyprazdňování (00110)*, *Zhoršené udržování domácnosti (00098)*. *Dle potřeby lze využít také diagnózy třídy 2 Aktivita/cvičení apod.* (Nanda International, 2015-2017).

### 2.4 Potřeby člověka v nemoci

Nemoc společně s dalšími faktory znesnadňuje, narušuje nebo mění způsob uspokojování potřeb. Nejdůležitější faktory ovlivňující uspokojování potřeb nemocného člověka jsou:

- samotná nemoc;
- individualita člověka;
- prostředí, ve kterém se nemocný člověk nachází;
- mezilidské vztahy, přístup okolí k nemoci;
- vývojové stadium jedince;
- okolnosti, za kterých nemoc vznikla.

#### 2.4.1 Potřeby jedince v těžké a závažné nemoci

Při ošetrování všech nemocných, zvláště pak těžce a vážně nemocných, se snažíme při uspokojování potřeb vycházet s limitů, které nemoc přinesla. Uspokojování a naplnění potřeb v těžké a vážné nemoci zachycuje následující





modifikace seřazení hodnot vycházející z Maslowova trojúhelníku (Šamánková a kol., 2011, s. 36):

### a) **Seberealizace**

obvykle v těžké nemoci zaniká. Nemocný ani nechce slyšet, čeho by mohl dosáhnout. Potřebuje být ale ujištěn, že jeho život měl a má smysl.

*Úkolem zdravotníka je poukázat na to, co se nemocnému povedlo, čím obohacuje své blízké... .*

### b) **Sebeúcta**

je posilována tím, že mu zdravotníci (i rodina) dávají najevo, že neobtěžuje. Snahou je, aby se podíval nemocný zpětně na jeho život, především nato, co bylo dobré, na co může být hrdý.

*Úkolem zdravotníka je zajistit maximální soukromí a dát mu možnost vyjádřit se, ptát se ho na názor, připomínat mu jeho úspěchy.*

### c) **Láska a pocit příslušnosti**

nemocný potřebuje projev tolerance a úcty k němu a jeho potřebám. Zdravotník projevuje zájem o jeho osobu. Pomáhá mu ve vztahových nejasnostech, v posilování příslušnosti k určité skupině (rodině...), umožňuje mu kontakt s příbuznými, přáteli dle jeho potřeb a přání ... .

*Úkolem zdravotníka je naslouchat klientovi, snažit se o zajištění těch návštěv, které ho činí šťastným.*

### d) **Bezpečí a jistota**

nemocný potřebuje ujištění, že nebude opuštěn a nenecháme ho samotného. Potřebuje jistotu, že se mu v případě potřeby dostane všeho, co mu přinese úlevu.

*Úkolem zdravotníka je být pacientovi nablízku, zajímat se o účinky intervencí, přijít neprodleně na zavolání.*

### e) **Fyziologické potřeby**

tyto potřeby zůstávají po určitou dobu nemoci v popředí, ale postupně o ně nemocní ztrácejí zájem.



*Úkolem zdravotníka je převzetí role při zajištění těchto potřeb v takové míře, aby nemocný netrpěl nedostatkem.*

Potřeby u těžce nemocných jedinců se často mění na dva základní okruhy, které jsou si téměř rovny:

- *fyziologické potřeby, potřeby bezpečí a jistoty;*
- *lásky, pocit příslušnosti, pocit sebeúcty.*

### 2.4.2 Uspokojování potřeb pacienta/klienta

Bereme na vědomí:

- že je třeba najít vlastní cestu ve vztahu k pacientovi a získat si jeho důvěru;
- že naplňování zvláště sekundárních potřeb může vést k vytvoření pevných pout mezi klientem a zdravotníkem, které mohou zdravotníka omezit (v hraničním případě až ohrozit syndromem vyhoření);
- že se zdravotníci stávají pro nemocného stěžejním bodem, nemocní k nim upínají své naděje (hrozí riziko závislosti, přeceňování schopnosti zdravotníků ...);
- že v důsledku nedostatečné profesionální připravenosti může dojít k odosobnění, a to z obavy přílišné citové vazby;
- že je nutné předcházet syndromu vyhoření - správnou životosprávou, aktivním odpočinkem.

### 2.4.3 Potřeby rodiny vážně nemocného člověka

Pokud mluvíme o potřebách nemocných, nelze opomenout potřeby rodiny. Je-li rodina postižena onemocněním jejího člena, hovoříme někdy až o „nemocné rodině“. Vždy záleží na tom, kdo onemocní (matka, otec, dítě, prarodič), jakou roli v rodině zastával a o jaké onemocnění se jedná. Podle Kopecké (2015, s. 45) je „*Rodina základní stavební jednotka každé společnosti. Je primární a malou sociální skupinou, která zajišťuje vývoj člena nové společenské generace. Rodina uspokojuje důležité potřeby všech svých členů. Kromě základních životních potřeb uspokojuje potřeby sociálního styku a komunikace, lásky a jistoty, vzájemné pomoci*“. Pokud onemocní někdo z rodiny závažným, nevyléčitelným onemocněním, je situace pro celou rodinu velmi náročná. Rodinní příslušníci často nevě-



dí, jak se v takové situaci chovat, jak komunikovat, jak pomoci, aby neublížili a co je třeba zařídit. Mohou se potýkat s pochybnostmi, zda udělali pro svého blízkého maximum. Jsou známé případy, kdy matka vážně nemocného dítěte měla výčitky svědomí, když se smála nebo radovala, myslela, že na to nemá právo „když je její dítě nemocné“. Záleží také na tom, zda je nemocný člen rodiny hospitalizovaný v nemocnici, případně umístěný v zařízení sociálních služeb nebo jestli se o něj rodina stará v domácím prostředí. Jaké mají potřeby členové rodiny vážně nemocného nelze přesně specifikovat, ale v obecné rovině rodina potřebuje:

- jistotu, že byly využity všechny prostředky a možnosti moderní medicíny, že je správně stanovena diagnóza a správně nastavena léčba;
- jistotu, že o jejich blízkého pečují profesionálové, kteří dělají vše, co je třeba (to platí i v případě, že využívají služeb domácí péče);
- vytvořit příjemné a pohodlné prostředí, důstojné podmínky (pokud je blízký v institucionální péči);
- informace - co mohou udělat, jak se mohou do péče zapojit (aby svému blízkému neublížili);
- vědomí a uznání, že udělali a dělají maximum;
- pomoc, radu;
- vědomí, že mají právo si odpočinout, radovat se, ale také být smutný a truchlit...;
- možnost neomezených návštěv;
- sdělit svému blízkému vše, co ještě nestihli, radu, jak komunikovat;
- útěchu (i duchovní), pochopení, slovo (aby s nimi zdravotníci mluvili);
- ekonomickou jistotu (nemoc znamená vždy pro rodinu finanční zátěž);
- naději, smíření, vědomí, že člověk je smrtelný, smrt vnímat jako součást života.



### Kontrolní otázky:

1. *Co znamená zkratka MKF a ICF.*
2. *Vysvětlete termín handicap.*



3. Uved'te způsoby prevence deficitu sebeděče u hospitalizovaných seniorů.
4. Který test soběstačnosti je nejvíce využíván v ošetrovatelské péči o seniory?



#### Úkoly:

1. Vyhledejte další testy, které můžete použít v praxi při hodnocení sebeděče a soběstačnosti pacienta.
2. Připravte soubor otázek k zjištění soběstačnosti u 5 letého dítěte.
3. Vyplňte pracovní list č. 2.



#### Doporučená literatura:

KOPECKÁ, Ilona, 2015. *Psychologie 3. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3877-2.

KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Zlín: UTB. ISBN 978-0-7318-643-2.

MAHONEY FI, Barthel D, 1965. "Functional evaluation: the Barthel Index." Maryland State Med Journal 1965;14:56-61.

MAREČKOVÁ, Jana, Jiří VEJVALKA a Kateřina IVANOVÁ, 2006. Závěry projektu - srovnání metod objektivního hodnocení sebeděče a soběstačnosti. In Kudlová, P. (Ed.). Sociokulturní kontexty v ošetrovatelství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1424-4.

MILFAIT, René, 2013. *Lidská práva osob s postižením, nevyléčitelně nemocných a umírajících*. Druhé rozšířené vydání. Středokluky: Zdeněk Susa. ISBN 978-80-86057-85-9.

MKF- Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, 2008. České vydání © Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. Překlad Pfeiffer Jan a Olga Švestková. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1587-2.



- MPSV, *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením* [on-line], 2006 [citováno 2018-30-06]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/28419>.
- NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy - Definice a klasifikace 2015-2017*. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- Ošetrovatelství - Výuka. *Multimediální trenážer plánování a ošetrovatelské péče*. on-line] [citováno 2018-19-08]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5813.pdf>.
- PIPEKOVÁ, Jarmila et al, 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozšířené vydání. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.
- SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠKODA, Jiří, Slavomil FISCHER, Zdeněk SVOBODA a Ladislav ZILCHER, 2014. *Speciální pedagogika - Edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. E-kniha. Praha: Triton. ISBN 978-80-738-7792-7.
- TOMAGOVÁ, Martina a Ivana BÓRIKOVÁ, 2008. *Potřeby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-270-0.
- TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. NCO NZO. ISBN 978-80-7013-553-2.
- ÚZIS. *Barthelové test*. [on-line] [citováno 2018-19-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/barthelove-test>.
- WHO. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. České vydání © Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. Praha: Grada, 2001. ISBN 978-80-247-1587-2.
- Odborné databáze a periodika - aktuální články k dané problematice (např. *Ošetrovatelství a porodní asistence, Profese on-line, British Journal of Nursing, RN, Nursing*)
- PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>.
- Scopus: <http://www.scopus.com/>.



### 3 POTŘEBY ČLOVĚKA - HYGIENA, OBLÉKÁNÍ A VYPRAZDŇOVÁNÍ



#### Klíčové pojmy:

hygiena, oblékání, defekace, mikce, intimita, důstojnost



#### Po prostudování kapitoly:

- budete znát faktory ovlivňující hygienickou péči;
- pochopíte rozdíly při uspokojování potřeby hygieny u jednotlivých pacientů/klientů;
- budete schopni rozvíjet soběstačnost nemocných při hygieně;
- pochopíte u nemocného potřebu vhodného oblečení;
- rozpoznáte signály nemocného při poruchách vyprazdňování;
- budete vnímat důležitost potřeby intimity při vyprazdňování;
- budete schopni poradit pacientům/klientům vhodné pomůcky pro inkontinentní;
- budete akceptovat důstojnost pacienta/klienta a jeho intimitu.



#### 3.1 Potřeby zdravých a nemocných v oblasti hygieny, oblékání a vyprazdňování

Potřebu hygieny, úpravy včetně oblékání a vyprazdňování řadíme mezi potřeby základní, jedná se o potřeby velmi osobní. Při jejich zajištění je nutná akceptace důstojnosti pacienta (soukromí), ze strany zdravotnických pracovníků se očekává určitá míra empatie a taktu. Existují různé koncepty lidské důstojnosti, můžeme uvést např.: lidská důstojnost jako ochrana sebeurčení; vztah uznání člověka; právo na zajištění existenčního minima a uspokojení základních životních potřeb; ochrana bazálních práv; subjekt zodpovědnosti; ochrana před ponižováním a před narušením sebeúcty (Milfait, 2013, s. 212).



### 3.1.1 Faktory ovlivňující hygienu, oblékání a vyprazdňování

- **fyziologicko-biologické** (věk, fyziologie kůže - změny, nemoc, pohybová aktivita);
- **psychicko-duchovní** (pocit spokojenosti, upravenost, nálada, úzkost, strach, motivace, soukromí, takt a ochota pečující osoby - případně dalších osob, dostatek času, soběstačnost);
- **sociálně-kulturní** (výchova, návyky, móda, finanční možnosti, statut, sociální prestiž, velkou roli hrají zvláště u oblékání a úpravy...);
- **faktory životního prostředí** (teplota, vítr, vlhkost, prostorové podmínky, vybavení koupelny, město, vesnice...).

### 3.2 Potřeba hygienické péče a oblékání

Osobní hygiena je záležitostí každého jednotlivce. Jedná se o soubor pravidel a postupů potřebných k ochraně a opoře zdraví, které si zajišťuje zdravý dospělý člověk sám, u osob, které toho nejsou schopny, naplňuje tuto potřebu pečující osoba, v nemocnici nejčastěji všeobecná sestra. Hygienickou péči můžeme definovat ve třech rovinách:

- **biologické** (podporuje čistotu těla, odstraňuje mikroorganismy a nečistoty, udržuje kůži v dobrém stavu ...);
- **sociální** (vytváří příjemné prostředí, je předpoklad dobrých mezilidských vztahů);
- **psychologické** (navozuje příjemné emoce, napomáhá uvolnění, zvyšuje sebevědomí) (Trachtová a kol., 2013, s. 51).

#### 3.2.1 Význam hygienické péče

Hygienická péče je základní potřebou, vytváří se od nejútlejšího věku jedince v podobě hygienických návyků. Je pro každého jednotlivce velmi individuální. Hodnotíme míru a způsob (ovlivněno kulturou, zvyklostmi v rodině, osobností, podmínkami ...).

Úkolem nelékařského zdravotnického pracovníka je zajistit uspokojení potřeby hygieny se spoluúčastí klienta v nejvyšší možné míře, a to nejen při ranním



a večerním mytí, ale i během dne. Zvláště imobilním klientům umožníme např. mytí rukou dle potřeby, připravíme vše s ohledem na jeho omezení. Velký důraz je kladen na akceptaci důstojnosti člověka (zajištění soukromí, intimity), ale také na bezpečnost nemocných. Sestra hraje při zajištění hygienické péče důležitou roli. Je kompetentní rozpoznat změny na kůži, které si žádají další intervence (např. počínající dekubitus, varovné signály - vibices, hematomy...).

### 3.2.2 Změny na kůži a přídatných kožních orgánech

Kůže plní několik funkcí (*ochrannou* - před vlivy vnějšího prostředí; *smyslovou* - pro vnímání mechanických, tepelných a bolestivých podnětů; *regulační* - reguluje tělesnou teplotu a chrání před tepelnými ztrátami; *skladovací* - energetická zásobárna organismu, jsou zde uskladněny vitamíny rozpustné v tucích; *vylučovací* - mazové a potní žlázy; *resorbční* - aplikace léčiv). Aby kůže mohla plnit svou funkci, musíme ji udržovat v čistotě.

Při zajištění potřeby hygieny sestra hodnotí kůži a přídatné kožní orgány, sleduje případné změny nebo varovné signály. Pozornost věnuje:

- celistvosti kůže a její kvalitě (oděrky, rány, suchost, „papírová kůže náchylná k poranění“...);
- barvě kůže (bledost, zčervenání, cyanóza - namodralé zabarvení kůže a akrálních částí, hematom - krevní výron, vibices - pruhovité podlitiny, petechie - tečkovité krevní výrony, ikterus - žluté zabarvení i sklér, změny pigmentace, strie ...);
- napětí (tonus) kůže (snížené, zvýšené napětí, edém - otok);
- exantém (vyrážka - hodnotíme lokalizaci, vzhled, barvu a teplotu oproti okolní kůži);
- pocení;
- nehty (tvar - změny, lomivost, deformace);
- vlasy a ochlupení (lomivost, štěpení, nepoddajnost, alopecie - vypadávání, šedivění...) (Trachtová a kol., 2013, s. 54-55).

### 3.2.3 Zajištění potřeby hygieny a oblékání v ošetrovatelské praxi

Potřeby hygieny a oblékání se zajišťují prostřednictvím ošetrovatelského procesu, přičemž bereme ohled na ovlivňující faktory. Jednotlivé fáze:





- **anamnéza** (posouzení stavu kůže, posouzení vzhledu, úpravy nemocného, zhodnocení soběstačnosti, preference oděvu, motivace apod.);
- **ošetrovatelská diagnóza** (zformulování problému a očekávaných výsledků - cílů);
- **ošetrovatelský plán** (naplánování intervencí, které povedou k uspokojení potřeb hygieny, ale také rozvoji sebepěče);
- **realizace ošetrovatelského plánu;**
- **zhodnocení ošetrovatelské péče** (splnění očekávaných výsledků, identifikace překážek, pokud nebylo cílů dosaženo).

Při příjmu nemocného posoudíme jeho situaci a zjišťujeme anamnestickými otázkami zvyklosti při zajišťování těchto potřeb. U hospitalizovaných nemocných zjišťujeme, zda má své toaletní potřeby, své pyžamo/noční košili, ručník, samostatnost, případně stupeň závislosti ...).

### Hodnotíme:

- a) celkový vzhled a úpravu nemocného;
- b) spokojenost nemocného;
- c) stav kůže (funkce);
- d) identifikujeme rizikové faktory nemocných (vznik dekubitů, opruzenin ...);
- e) úroveň sebepěče (Trachtová a kol., 2013, s. 56-57).



Zopakujte si učivo z předmětu Ošetrovatelské postupy ve vztahu k hygienické péči a oblékání u dětí i dospělých.

### Pomůcky k hygienické péči

**Celkové mytí, ranní a večerní mytí, mytí vlasů, holení, péče o nehty, péče o chrup a dutinu ústní**

**Hygienická péče u dětí (koupání, přebalování)**

### Oblékání

#### 3.2.4 Problematika dekubitů

Slovo **dekubitus** pochází z latinského slova decumbere (položít, lehnout si - nejčastěji jsou u osob upoutaných na lůžko). Decubitus neboli proleženina se obje-



vuji v oblastech vystavených vysokému tlaku tělesné váhy na kostní výčnělky. Jedná se o místní ischemické poškození až nekrózu kůže, podkoží a svalstva. Záleží na stupni postižení (klasifikace dekubitů). Na vzniku dekubitů se podílejí tyto faktory: věk; zdravotní stav; dlouhodobý tlak; tření; snížená pohyblivost; cévní faktory; výživa; imunoprese tělesná hmotnost; inkontinence; tělesná hmotnost. Velmi důležitá je prevence vzniku dekubitů.

### Predilekční místa

Jedná se o místa, kde jsou kosti blízko kožního povrchu a jsou málo izolovány vrstvou podkožního tuku a svalstva. Závisí na uložení těla.

- *Leh na zádech* (paty, lokty, lopatky, kostrč, záhlaví, trn 7. krčního obratle...);
- *Leh na boku* (ramena, lokty, spánková oblast, hřeben kosti kyčelní, kotníky, vnější a zevní strana kolen ...);
- *Leh na břicho* (čelo, brada, kolena, prsty na nohou ...).



### Mezinárodní systém klasifikace dekubitů (NPUAP/EPUAP)

(National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA))

- **Dekubitus I. stupně:** Zarudnutí kůže /neblednoucí hyperemie - erytém - neporušená kůže s lokalizovaným neblednoucím zarudnutím, obvykle nad kostním výčnělkem. U tmavě pigmentované kůže nemusí být změna barvy kůže (blednutí po zatlačení) viditelné.
- **Dekubitus II. stupně:** Částečná ztráta kožního krytu - projevuje se jako mělký vřed s růžovočervenou spodinou bez povlaku. Může se také projevovat jako neporušený nebo prasklý puchýř naplněný serózní tekutinou.
- **Dekubitus III. stupně:** Úplná ztráta kožního krytu - na spodině je možné vidět podkožní tuk, ale kosti, šlachy a svaly nejsou odhalené. Může být přítomen povlak, nezabraňuje to však hodnocení hloubky rány. Hloubka rány se u dekubitu III. stupně liší podle místa výskytu (anatomické lokalizace).



- **Dekubitus IV. stupně: Úplná ztráta kůže a podkoží** - úplná ztráta tkání s obnaženou kostí, šlachou nebo svaelem. Ve spodině rány mohou být přítomny: povlak nebo černá krusta.
- **Bez určení stupně: Neznámá hloubka rány/vředu** - úplná ztráta tkáně s povlakem (žlutým, bronzovým, šedým, zeleným nebo hnědým) pokrývajícím spodinu rány. Ve spodině rány může být také nekróza. Podezření na hluboké poškození tkání.
- **Neznámá hloubka rány/vředu** - fialově nebo tmavě červeně zbarvená neporušená kůže nebo puchýř naplněný krví. Příčinou je poškození podkožních měkkých tkání tlakem nebo střížným efektem. Postižená část může být bolestivá, tuhá, rozměklá, teplejší nebo chladnější než okolní tkáň. Toto poškození může být obtížně rozpoznatelné u osob s tmavou pletí. Může začít malým puchýřem nad tmavou spodinou rány. Rána se dále vyvíjí a může být pokryta tenkou krustou. I přes optimální léčbu se může rána dále rychle vyvíjet a odhalit další vrstvy tkání (NPUAP, EPUAP, PPIIA. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014, dle Pokorná, 2018).



### Příčiny vzniku dekubitů

- **místní** - mechanický tlak; vlhkost a nečistota; místní poruchy krevního oběhu; tření kůže o jiný povrch; nůžkový (střížný efekt); nedostatečné nebo nesprávné polohování (imobilita);
- **celkové** - poruchy centrálního nervového systému; choroby srdce, cév, ledvin; dlouhodobé onemocnění; horečky; nedostatečná výživa; metabolismus... .

### Prevence vzniku dekubitů

Posouzení rizika vzniku dekubitů (nejlépe do 8 hodin po přijetí, opakovaně dle potřeby), posouzení by mělo být strukturované, vždy se záznamem. Posuzujeme:

- *aktivitu/mobilitu nemocného, stav kůže;*
- *prokrvení a okysličení tkání;*



- stav výživy;
- zvýšenou vlhkost kůže;
- potenciální vliv: zvýšenou teplotu; vyšší věk; smyslové vnímání; hematologické parametry; celkový stav (Pokorná, 2018).

Při posouzení rizika vzniku dekubitů můžeme použít i hodnotící nástroje, např.:

- **stupnice dle Bradenové** - je široce používanou screeningovou metodou pro odhalení rizika vzniku dekubitů, zejména u dospělých. Skládá z hodnocení šesti domén a to: smyslového vnímání, mobility, činností, vlhkostí, výživy a působení třecích a střižných sil;
- **Waterlowa škála** - zkoumá tyto rizikové faktory: poměr hmotnosti a výšky, pohlaví a věk, typ chirurgického výkonu nebo vzniklého traumatu, stav kůže, mobilitu, výživu, stav neurologických funkcí a druh medikace;
- **škála dle Nortonové** - jedná se škálu, která je v ošetrovatelské praxi dlouho využívaná, u nemocného se posuzuje pět domén: fyzický stav, psychický stav, mobilita, inkontinence a hodnocení činností.

### Preventivní péče o kůži

- je-li to možné, vyvarujte se polohování na zarudlá místa;
- udržujte čistou a suchou kůži (prostředky s vyváženým pH);
- nemasírujte, ani silně netřete kůži u pacienta s rizikem vzniku dekubitu;
- navrhnete a realizujete plán péče u pacienta s inkontinencí (kůži očistěte bezprostředně po znečištění);
- zabraňte zvýšené vlhkosti kůže nanesením ochranného prostředku;
- pro snížení rizika poškození suché kůže zvažte použití hydratačního prostředku;
- volte vhodný oděv pro pacienta a vhodné lůžkoviny (materiál spíše hedvábní, vše vypnuté, bez záhybů);
- nepřikládejte zahřívací pomůcky přímo na kůži nebo dekubitus;
- zvažte přiložení materiálů z polyuretanové pěny na kostní výčnělky v oblastech, které jsou často vystaveny tření a střižným silám;
- zvažte použití elektrické stimulace predilekčních míst u pacientů s poraněním míchy (NPUAP, EPUAP, PPPIA. Prevention and Treatment of Pressure Ul-



cers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014, dle Pokorná, 2018).



### 3.3 Vyprazdňování nemocných (mikce, defekace)

Potřeba vyprazdňování je velmi intimní a také individuální. Především ve vyprazdňování stolice jsou velké rozdíly nejen ve frekvenci, ale i okolnostech a způsobu. Každý člověk má na vyprazdňování určité nároky - klid, intimita, diskrétnost, dostatek času. Zvláště u ležících nemocných je dost obtížné tyto požadavky dodržet.

Dostatečné vyprázdnění navozuje pocit libosti, opak může působit somatické obtíže - pocit plnosti, nadýmání, bolest ... psychické potíže - nervozita, úzkost, špatná nálada ... .

Vyprazdňování ovlivňují výše uvedené faktory (3.1.1), zvláště pak: *výživa a hydratace* (skladba, způsob, vhodné - nevhodné); *užívání léků; chirurgické výkony a diagnostické postupy; osobní vlastnosti; aktivita a pohyb; kultura sociálních zařízení* - bezbariérový přístup apod.



Zopakujte si učivo z předmětu Ošetrovatelské postupy ve vztahu k vyprazdňování.

#### 3.3.1 Vyprazdňování moči (mikce)

##### Sledujeme:

množství, frekvenci, barvu, zápach, hustotu, příměsi a další okolnosti (obtížnost, bolestivost, retence).

##### Poruchy vyprazdňování moči

##### Hygienické vyprazdňování

##### Péče o permanentní močový katétr



### 3.3.2 Vyprazdňování stolice (defekace)

#### Sledujeme:

frekvenci, množství, konzistenci, tvar, zápach, barvu a další okolnosti (obtížnost, bolestivost).

#### Poruchy vyprazdňování stolice

#### Mytí znečištěného nemocného

#### Inkontinence a pomůcky pro inkontinentní nemocné

### 3.3.3 Zajištění potřeby vyprazdňování v ošetrovatelské praxi

Při zajištění potřeby vyprazdňování moče a stolice bereme ohled na ovlivňující faktory. Jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu:

- **anamnéza** (defekační návyky, problémy s vyprazdňováním, specifické požadavky, inkontinence, u dětí schopnost vyprazdňovat se kontrolovaně, soběstačnost apod.);
- **ošetrovatelská diagnóza** (zformulování problému a očekávaných výsledků - cílů);
- **ošetrovatelský plán** (naplánování intervencí, které povedou k uspokojení potřeby vyprázdnění, případně k eliminaci problému s inkontinencí);
- **realizace ošetrovatelského plánu;**
- **zhodnocení ošetrovatelské péče** (splnění očekávaných výsledků, identifikace překážek, pokud nebylo cílů dosaženo, přehodnocení cílů...).

Při identifikaci a zajištění potřeb v oblasti vyprazdňování klademe velký důraz na intimitu a důstojnost nemocného/klienta. Při vykovávání potřeby poskytneme dostatek času, vyvarujeme se nevhodných komentářů, uvědomujeme si, že se jedná o velmi citlivou osobní záležitost. Pokud leží nemocný na vícelůžkovém pokoji, snažíme se zajistit soukromí (chodící pacienty požádáme, jestli by mohli na chvíli odejít, ty, kteří jsou upoutáni na lůžko vyzveme, aby se alespoň otočili, samozřejmostí by mělo být použití paravánu). Po vykování potřeby zajistíme hygienu nemocného a pokoj vyvětráme. Nezapomeneme provést záznam do dokumentace.



### 3.4 Kategorie ošetrovatelských diagnóz (hygienu, oblékání, vyprazdňování)

Problémy v oblasti hygieny, oblékání a vyprazdňování jsou zahrnuty v NANDA-International 2015-2017 např. v Doméně 3 Vylučování a výměna, Třída 1 Funkce močového systému, Třídě 2 Funkce gastrointestinálního systému (téměř všechny dg.), Doméně 4 Aktivita odpočinek, Třída 5 Sebepečce - Schopnost pečovat o své tělo a tělesné funkce. Ošetrovatelské diagnózy např.: *Snaha zlepšit sebepečce (00182)*, *Zanedbávání sebe sama (00193)*, *Deficit sebepečce při koupání (00108)*, *Deficit sebepečce při oblékání (00109)*, *Deficit sebepečce při vyprazdňování (00110)*, v Doméně 11 Bezpečnost/ochrana, Třída 2 Tělesné poškození - Riziko poranění močového ústrojí (00250), Riziko poškození sliznice ústní (00247), poškozená sliznice ústní (00045), Riziko dekubitů (00249), *apod.* (Nanda International, 2015-2017).



#### Kontrolní otázky:

1. *Jak můžeme zajistit intimitu nemocného při vyprazdňování na lůžku?*
2. *Jaké jsou překážky při uspokojování potřeby hygieny u ležících a ne-soběstačných nemocných?*
3. *Jaké jsou predilekční místa vzniku dekubitů?*



#### Úkoly:

1. *Vyhledejte klasifikační stupnice pro hodnocení dekubitů.*
2. *Zopakujte si terminologii spojenou s vyprazdňováním (např. strangurie, obstipace, anurie, skybalo...).*
3. *Připravte soubor anamnestických otázek pro 4 leté dítě a jeho matku/otce, které jsou zaměřené na hygienickou čistotu.*
4. *Připravte soubor otázek zaměřených na potřebu uspokojování potřeby vyprazdňování.*
5. *Vyplňte pracovní listy č. 3, 3a, 3b a 3c.*



**Doporučená literatura:**

KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Zlín: UTB. ISBN 978-0-7318-643-2.

MILFAIT, René, 2013. *Lidská práva osob s postižením, nevléčitelně nemocných a umírajících*. Druhé rozšířené vydání. Středokluky: Zdeněk Susa. ISBN 978-80-86057-85-9.

NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy - Definice a klasifikace 2015-2017*. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

POKORNÁ, Andrea, 2018. *Komplexní přístup k problematice dekubitálních lézí - mýty a fakta*. Přednáška, Zlín 22. 02. 2018.

TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. NCO NZO. ISBN 978-80-7013-553-2.





## 4 POTŘEBY ČLOVĚKA - VÝŽIVA, HYDRATAČE



### Klíčové pojmy:

výživa, hydratace, sipping, soběstačnost, bilance tekutin



### Po prostudování kapitoly:

- budete znát faktory ovlivňující výživu;
- budete schopni uspokojovat potřebu hydratace klientů;
- budete schopni určit vhodné/nevhodné nápoje pro konkrétního pacienta;
- budete schopni identifikovat potřeby výživy dítěte, dospělého i seniora;
- budete schopni připravit soubor anamnestických otázek pro nemocného vztahujících se ke zvyklostem výživy a hydratace;
- pochopíte význam spolupráce pacienta při dietním omezení.



### 4.1 Potřeby zdravých a nemocných v oblasti výživy a hydratace

**Pravidelnou výživou uspokojuje člověk potřebu dřív, než vznikne.** Přijímání potravy je proces dobrovolný, dá se výchovou naučit, ovlivnit a vytvořit si správné stravovací návyky. Za normálních okolností se dobrá strava projeví **dobrým stavem výživy**. Je nezbytný příjem jak tekuté, tak tuhé stravy. Výživa a vhodná hydratace ovlivňuje celkový zdravotní stav člověka, průběh léčby, v neposlední řadě také psycho-sociální pohodu člověka. Při uspokojování potřeby výživy akceptujeme individualitu klienta a kulturní odlišnosti ve stravovacích návycích. **Hlad**, je to rozdíl od chuti k jídlu, **chut'** znamená smyslový zážitek. **Sipping** je popíjení (z angličtiny sip - usrkávat).



### Výživa zajišťuje:

- potřebu energetické zásoby organismu;
- uspokojuje žaludek;
- uspokojuje psycho-sociální potřeby;
- uspokojuje potřebu tekutin;
- uspokojuje potřebu chuti.

Adekvátní výživa se skládá z vyváženého množství základních živin (bílkovin, cukrů, tuků, vody, minerálů a vitamínů) (Trachtová a kol., 2013, s. 81-83).

## 4.2 Faktory ovlivňující výživu a hydrataci

- **fyziologicko-biologické** (funkce zažívacího systému, věk a růst, pohlaví, zdravotní stav, pohybová aktivita - schopnost sebepěče);
- **psychicko-duchovní** (pocit spokojenosti, stav emocí, nálada, stres, motivace, hodnocení sebe sama, dostatek času, soběstačnost, ochota personálu);
- **sociálně-kulturní** (výchova, návyky, módnost, finanční možnosti, status, etnická příslušnost, životní styl, náboženské vyznání);
- **faktory životního prostředí** (čistota prostředí, ekologie, město, vesnice - dostupnost čerstvého ovoce a zeleniny...).

### 4.2.1 Posouzení stavu výživy

Výživová anamnéza by měla být realizována obvykle sestrou, ale i jiným zdravotníkem (podle kompetencí) při příjmu pacienta. Zjišťujeme: věk, hmotnost, u kojenců okolnosti kojení a dokrmování, stravovací návyky, stravovací problémy, zdravotní anamnéza - výživové omezení, množství a druh příjmu tekutin, schopnost sebeobsluhy ... . Podle zjištěných informací může zdravotník předpokládat problémy, které souvisí s výživou pacienta. Zaměřuje se na stravovací návyky, zvyklosti klienta, spokojenost s hmotností, preferenci nebo nesnášenlivost jídel, stav chrupu, užívání léků, úroveň samostatnosti při příjmu potravy, schopnosti se napít apod. U osob se sníženou soběstačností nebo u dětí provádí zdravotník výživovou anamnézu ve spolupráci s doprovázející osobou.

Ve zdravotnickém zařízení se pro hodnocení stavu výživy používá metoda **ABCD**.



A - antropologická měření = výška, hmotnost, kožní řasy, obvod svalu ramene ...

**BMI (body mass index)**

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška (m)} \times \text{výška (m)}};$$

Normou není hodnota, ale rozmezí (normální je 20 - 25).

(25,1 - 30 = prostá nadváha 30,1 - 40 = střední nadváha, 40,1 - ... = těžká nadváha)

B - hodnocení biochemických údajů - pomáhá určit poruchy výživy (vyšetření krve - Hb, HTC, Lymfocyty, Kreatinin, Dusíková bilance, moč ...);

C - vyšetření klinických parametrů stavu výživy (clinical signs) - indikátory výživy kůže, nehty, vlasy, oči, jazyk, sliznice, trávicí systém...;

D - získání výživové anamnézy (dietary history) stravovací návyky / 24 hodin (Trachtová a kol., 2013, s. 86-87).

#### 4.2.1 Zajištění potřeby výživy a hydratace v ošetrovatelské praxi

Při zajišťování potřeb výživy a hydratace u člověka zohledňujeme faktory, které výživu ovlivňují a také velký důraz klademe na komplexní posouzení stavu výživy (4.2.1). Nutný je individuální přístup k nemocnému a velmi důležitá je úroveň soběstačnosti (schopnost nakrájet si jídlo, najíst se sám...). Dbáme na čistotu prostředí, kde pacient přijímá stravu, umožníme mu umýt si před a po jídle ruce, pomůžeme zaujmout vhodnou polohu (je-li to možné, jí vsedě u jídelního stolu) a podporujeme jeho samostatnost (respektujeme přání jíst např. příborem, lžičkou). Na jídlo poskytneme dostatek času. Pokud nemocného krmíme, přineseme celou porci a dle potřeb ji upravujeme až před pacientem. Rychlost krmení určuje nemocný, vyvarujeme se spěchu. Používání ubrousků by mělo být samozřejmostí. Zajímáme se, jak jídlo nemocnému chutná.

Dbáme na přiměřenou hydrataci, ideálně volíme čistou vodu, bylinné a ovocné čaje. Pokud není nemocný schopný napít se z hrníčku, používáme „brčka“ nebo kelímky s násoskou, není vhodné podávat tekutiny dospělým z kojenecké láhve. Při zajištění výživy a hydratace respektujeme důstojnost nemocného.



### 4.2.2 Poruchy výživy

**Malnutrice** je označení pro "špatnou výživu", je to dlouhodobý stav pacienta, který nepokrývá všechny jeho potřeby. Malnutricí můžeme označit i stav, kdy je deficit pouze jednoho prvku nebo vitamínu. Malnutricí bývají ohroženi především senioři nebo onkologicky nemocní (Mourek, 2005, s. 83).

**Podvýživa** je stav, kdy jak energetická, tak i kvalitativní stránka je nedostatečná, je spojena se snížením tělesné hmotnosti s úbytkem tělesného tuku a aktivní buněčné hmoty, zvláště svalové. Dochází ke ztrátě buněčných bílkovin a k poruchám fyziologických funkcí a v konečném důsledku různým orgánovým dysfunkcím (Mourek, 2005, s. 83).

**Hladovění** je absence nutrice. Zdravý člověk má tukové zásoby, ze kterých může čerpat potřebnou energii i několik týdnů, ale musí pít. Hladovění může přejít v marasmuss rozvrácením metabolismu, kdy ani lékařská pomoc není nic platná (Mourek, 2005, s. 83-84).

**Obezita** je vážný zdravotně společenský problém. Za obezitu si nemůže pouze malé procento osob (endokrinní poruchy), ve většině případů příjem potravy převyšuje energetický výdej (Mourek, 2005, s. 84).

Poruchy výživy, např.: nechutenství, odpor k jídlu, kachexie, odmítání jídla, hyperorexie (nadměrný pocit hladu), zvláštní chutě, dysfágie (porucha polykání), dyspepsie (žaludeční - říhání, pálení žáhy, nevolnost, zvracení), střevní (plynatost, flatulence, borborygmy, zácpa, průjem) (Trachtová a kol., 2013, s. 85-86).

Zvýšenou pozornost z hlediska výživy je nutné věnovat **těhotenství a laktaci, rostoucím organizmům** (dětem), případně lidem v **rekonvalescenci** (Mourek, 2005, s. 85).

### 4.2.3 Sipping

Je to forma výživy pacientů s rizikem malnutrice (starší osoby, onkologicky nemocní). Jedná se o speciální tekutou výživu s obsahem nezbytných živin pro pacienty se zvýšenou potřebou energie a živin. Podmínkou je funkční zažívací trakt. Např. Nutridrink, Fresubin, Cubitan... . Sippingové přípravky jsou nejen tekuté nápoje, ale i krémové pudinky. Napomáhají také hojení ran.



**Zásady správného sippingu:**

- informovat nemocného o důvodu a výhodách sippingu;
- nechat nemocného vybrat příchut' - nápoj musí pacientovi chutnat, jinak ho nevypije;
- zvolit správný přípravek pro diabetiky - *Diben, Diasip*;
- sipping - popíjení, nápoj se pije po doušcích, po lžičkách s pauzami, nikdy ne najednou (riziko nadýmání, žaludeční nevolnosti nebo průjmu);
- důležité je vypít drink do jedné hodiny (125-200 ml);
- kontrolovat účinek, popřípadě nežádoucí účinky;
- podávat drink vychlazený;
- sipping je dobré užívat mezi jídly, 2-3× denně (Pokorná, 2013, s. 65-68).



Zopakujte si učivo z předmětu Ošetrovatelské postupy ve vztahu k výživě, kojení a hydrataci.

**Základní živiny, zásady racionální výživy, dietní systém ve zdravotnických zařízeních, zásady podávání stravy nemocným, zajištění dostatečné hydratace, pomoc nemocným při příjmu potravy (krmení) a hydrataci.**

**4.3 Kategorie ošetrovatelských diagnóz**

Problémy v oblasti výživy a hydratace jsou zahrnuty v NANDA-International 2015-2017 např. v **Doméně 2 Výživa**, diagnózy Třída 1 Příjem potravy. Ošetrovatelské diagnózy např.: *Nevyvážená výživa: nižší než je energetická potřeba* (00002), *Snaha zlepšit výživu* (00163), *Obezita* (00232)..., Třída 2 Trávení, Třída 3 Vstřebávání, třídě 4 Metabolismus, Třída 5 Hydratace, ošetrovatelská diagnóza např.: *Snížený objem tekutin (dehydratace)* (00027), *Zvýšený objem tekutin (Hyperhydratace)* (00026) apod. (Nanda International, 2015-2017).



**Kontrolní otázky:**

1. *Co znamená hodnocení výživy klienta dle ABCD?*
2. *Vysvětlete význam sippingu?*
3. *Jak se projevuje střešní dyspepsie?*



4. Jak připravíte částečně imobilního pacienta k obědu?



Úkoly:

1. Vyjmenujte faktory ovlivňující výživu nemocných.
2. Připravte anamnestické otázky z oblasti potřeby výživy a hydratace (pracovní list č. 6, 6a, 6b, 6c a 6d).



Doporučená literatura:

KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Zlín: UTB. ISBN 978-0-7318-643-2.

MOUREK, Jindřich, 2005. *Fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1190-7.

NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy - Definice a klasifikace 2015-2017*. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

POKORNÁ, Andrea et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.

TRACHTOVÁ Eva a kolektiv, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. NCO NZO. ISBN 978-80-7013-553-2.



## 5 POTŘEBY ČLOVĚKA - POHYB A AKTIVITA. DÝCHÁNÍ



### Klíčové pojmy:

pohyb, polohování, motorika, mobilizace, dýchání, dušnost,



### Po prostudování kapitoly:

- budete chápat význam pohybu pro člověka;
- budete znát faktory ovlivňující pohyb člověka;
- budete schopni zajistit vhodnou polohu nemocného;
- budete schopni připravit vhodná dechová cvičení;
- budete schopni rozpoznat poruchu dýchání u nemocného;
- budete znát faktory ovlivňující dýchání;
- budete schopni zajistit potřebu efektivního dýchání.



### 5.1 Pohyb a aktivita

Pohyb je biologickou potřebou všech živých bytostí. Pohyb je základ nezávislosti. Přiměřená fyzická zdatnost, kondice a aktivita je pro člověka velmi důležitá. Každý člověk má individuální nároky na množství pohybové aktivity, i na způsob její uspokojení (Trachtová a kol., 2013, s. 28).

#### Význam pohybu pro člověka:

- a) zlepšuje zdravotní stav;
- b) chrání před nemocemi;
- c) zvyšuje výkonnost orgánů;
- d) navozuje pozitivní emoce a zlepšuje duševní zdraví;
- e) prodlužuje délku života.



### 5.1.1 Faktory ovlivňující pohyb a aktivitu

- **fyziologicko-biologické** (funkční schopnosti pohybového aparátu, funkční schopnosti smyslových orgánů, věk, stadium vývoje a růst, pohlaví, zdravotní stav);
- **psychicko-duchovní** (pocit spokojenosti, stav emocí, typ osobnosti, nálada, motivace, hierarchie hodnot, dostatek času, sebekoncepce, soběstačnost);
- **sociálně-kulturní** (výchova, návyky, vzory, finanční možnosti, povolání, status, životní styl);
- **faktory životního prostředí** (geografické podmínky, prostředí, ekologie, město, vesnice, klimatické podmínky) apod.



Zopakujte si anatomii pohybového systému, zásady polohování a zajištění bezpečnosti u nepohyblivých nemocných.

### 5.1.2 Fyziologie hybnosti

Pohybový aparát (aktivní - svaly a kosti; pasivní - chrupavky a tkáně). Svaly jsou řízeny centrálním nervovým systémem a uvádějí do pohybu klouby.

#### Motorika

Motorika (hybnost) je podstatnou charakteristikou savců - je podmínkou existence, protože je spojena např. se získáváním potravy, s obranou organismu, rozmnožováním, ochranou a výchovou potomků (Mourek, 2005, s. 145).

#### Mechanika těla

Správné provedení pohybu usnadňuje funkci kosterního a svalového systému, snižuje množství potřebné energie a tím zmenšuje únavu a riziko poranění. Hlavním cílem správné mechaniky je umožnit bezpečné a efektivní využívání příslušných svalových skupin. **Zahrnuje:** postoj, správné držení těla, udržování rovnováhy, koordinaci pohybu. Základním anamnestickým údajem je vyšetření hybnosti sestrou.





### Při vyšetření hybnosti hodnotíme:

- stupeň pohybu kloubu;
- těžkosti a omezení, které klient pocítuje při pohybu;
- otok, zčervenání (jiné změny na kůži);
- svalstvo kloubu, velikost asymetrie na každé straně těla;
- tolerance pohybu ze strany klienta (Trachtová a kol., 2013, s. 30-39).

### Pohybová aktivita

Fyzická kondice (zdatnost) je charakterizována: *silou* (schopností svalů vykonávat práci); *ohybností* (rozsahem pohybu); *vytrvalostí* (schopností vydržet cvičení, předpokladem je dobrá funkce srdce a plic). K udržení fyzické kondice se doporučují čtyři základní principy: *zatížení* (práce trochu přesahující obvyklou hranici); *postupné zatěžování* (vždy udělat o něco víc než minule); *pravidelnost* (3 - 4 x týdně). Udržování dosažené výkonnosti je vždy lehčí než její opětovné nabytí (Delzeitová, dle Mahoney, 2000, s. 144).

### Poruchy hybnosti

Týkají se **polohy, postoje, chůze a pohybové koordinace**. Příčiny mohou být vrozené nebo získané. Závažnost změny je přímo úměrná organické bariéře.



### Pomoc nemocnému při zajištění žádoucí polohy dle Hendersonové

Virginia Hendersonová zdůrazňuje, že:

- povinností sestry je postarat se o to, aby žádný pacient neležel příliš dlouho v jedné poloze;
- zdravý člověk se ve spánku hýbe - bezmocný člověk toho sám není schopen, proto má ošetřující personál měnit polohu co 1 hod.;
- sestra musí být schopna položit lidské tělo tak, aby bylo dobře vyrovnáno, a musí jej umět podepřít ve všech polohách, které lze na lůžku zaujmout (na boku, zádech, břiše i vsedě);
- sestra musí umět učit druhé tomu, jak mají pomáhat při změně pacientovy polohy;



- nedostatečná péče o polohu se projevuje výskytem dekubitů;
- prevence dekubitů u pacientů upoutaných na lůžko - představuje obecné kritérium kvality základní ošetrovatelské péče;
- nutné dodržovat podmínky pro ochranu zdraví sestry (důkladné znalosti v *body mechanics* - správný pohyb těla při zvedání a hýbání s nemocným, využívání dostupných pomůcek ... poradit i příbuzným);
- sestra se podílí na realizaci programu vypracovaného fyzioterapeutem - neodevzdává nemocného, ale podílí se na řešení problémů! Sestra není podřízenou fyzioterapeuta, ale spolupracovnicí (Zvoníčková, Svobodová, 2005, s. 124-125).



### 5.1.3 Zajištění potřeby pohybu a aktivity

Potřeba pohybu nemocného může být zajištěna: včasnou mobilizací, fyzickým aktivním a pasivním cvičením (na lůžku, proti odporu, kondiční, na zvýšení výkonu, návrat ke každodenní činnosti), dechovým cvičením. Často ve spolupráci s fyzioterapeutem).

#### **Základní polohy na lůžku, polohování nemocných**

Polohy: Fowlerova, Ortopnoická, Trendelemburgova..., zajištění bezpečnosti, polohovací pomůcky.

#### **Péče o pohodlí nemocného**

Pohodlí nemocného by pro sestru mělo být prioritou, především u nemocných se sníženou pohyblivostí, kteří jsou ohroženi imobilizačním syndromem. Pacient tráví na lůžku převážnou většinu dne. Předpokladem pohodlí je kvalitní matrace, čisté a suché ložní prádlo. Polohu nemocného zajišťujeme pomocí polohovacích polštářů, válců apod. Pro zvýšení (udržení) soběstačnosti je nutné připravit pacientovi/klientovi vše potřebné na dosah a dbáme na přiměřenou ošetrovatelskou rehabilitaci. Nezapomínáme připravit na dosah nemocného signalizační zařízení.

#### **Aktivizace nemocných všech věkových kategorií**



#### 5.1.4 Imobilizační syndrom

Imobilizační syndrom - jedná se o sekundární poruchu, jejíž příčina u člověka je v nehybnosti nebo snížení aktivity (negativní důsledky). Nejčastěji se jedná o fyziologickou odpověď organismu na dlouhodobější nebo trvalé upoutání nemocného na lůžku. Imobilizační syndrom neznamená jen poruchu hybnosti, ale hlavně následné poškození a změny v celém organismu. Proto je důležitá prevence jeho vzniku.

**Imobilizační syndrom může postihnout tyto systémy:**

- *pohybový aparát* (ankylózy, atrofie, kontraktury, osteoporóza...);
- *kardiovaskulární systém* (tromboflebitida, embolie, ortostatická hypotenze, nedostatečnost žilních chlopní...);
- *respirační systém* (mělké dýchání, stagnace hlenu, pneumonie);
- *metabolický a gastrointestinální systém* (zpomalení peristaltiky, nechutenství, otoky, nedostatečná hydratace, nedostatečná výživa...);
- *močový systém* (stáza moči, vznik ledvinových kamenů, při inkontinenci katetrizace - močové infekce ...);
- *kožní systém* (snížení elasticity, dekubity ...);
- *nervový systém* (snížení podnětů z okolí, změny smyslového vnímání, snížené vnímání těla, neklid, dráždivost, zmatenost);
- *psychosociální funkce* (snížené vnímání času, prostoru, snížená motivace, pocit bezmoci ...).



Zopakujte si učivo vztahující se k pohybu, polohování nemocných, aktivizaci a imobilizačnímu syndromu.



#### 5.2 Dýchání

Potřeba dýchání je základní biologickou potřebou, je základním předpokladem lidské existence.



Na dýchání jsou závislé další vitální funkce, bez vzduchu může být člověk maximálně 3 minuty. Základní pohyby jsou **vdech - inspirium** a **výdech - expirium**. Pokud není uspokojena potřeba dýchání, může být člověk ohrožen na životě. Nedostatek má i velkou psychickou odezvu - úzkost, strach. Existuje vztah mezi fyziologií dýchání a psychikou člověka. Vlivem negativních emocí může mít člověk pocit nedostatku vzduchu. Dýchání je fyziologická funkce a společně s činností srdečně cévního systému a látkovou výměnou slouží k udržení rovnováhy vnitřního prostředí.

Člověk s nepokrytou potřebou dýchání potřebuje intervenci. Při zajištění efektivního dýchání hraje velkou roli dechová gymnastika, která pomáhá využívat v plném rozsahu plicní ventilaci (Trachtová a kol., 2013, s. 110-111).

### 5.2.1 Faktory ovlivňující dýchání

- **fyziologicko-biologické faktory** (věk, pohlaví, tělesná konstituce, tělesná aktivita, pohyb, anatomie a fyziologie dýchacího, srdečně-cévního systému, zdravotní stav, volné dýchací cesty, kašel, expektorace ...);
- **psychicko-duchovní faktory** (emoce, strach, zlost, stres, vnitřní klid, neklid ...);
- **sociálně-kulturní faktory** (sociální vztahy, atmosféra rodiny, hodně lidí na malém prostoru, pracovní prostředí, těsný nebo nepohodlný oděv, návyky, např. kouření ...);
- **faktory životního prostředí** (čistota vzduchu, vlhkost, množství ozónu, nadmořská výška ...).

### 5.2.2 Zajištění potřeby dýchání

Při zajištění potřeby dýchání se v ošetrovatelském procesu zaměřujeme na:

- faktory ovlivňující dýchání;
- zhodnocení pacienta - odběr ošetrovatelské anamnézy (frekvence, charakter, rytmus, kašel, expektorace, noxy...);
- stanovení ošetrovatelské diagnózy a očekávaných výsledků;
- optimální stanovení ošetrovatelského plánu, naplánování intervencí (nácvik správného/efektivního dýchání, zajištění vhodné polohy nemocného, podpora expektorace, případně prevence pneumonie ...);



- realizaci ošetrovatelského plánu (výše uvedené aktivity, zajištění vhodného prostředí, dále aplikace léčiv a oxygenoterapie dle ordinace lékaře, dechová gymnastika, vhodná aktivizace apod.);
- zhodnocení ošetrovatelské péče a dokumentování.

### 5.2.3 Poruchy dýchání

Tachypnoe (zrychlené dýchání), bradypnoe (zpomalené dýchání), stridor (hvízdavý zvukový fenomén), dyspnoe (dušnost), apnoe (zástava dýchání).

Kussmaulovo dýchání, Biotovo dýchání, Cheyne-Stokesovo dýchání.

Dýchací šelesty (vrzoty, pískoty, chropy suché/vlhké).

Pohyby hrudníku (vydouvání hrudní stěny, vtahování mezižeberních prostor, vtahování hrudní kosti...).

Kašel, vykašlávání (expektorace).

### 5.2.4 Dechová gymnastika

Dechová gymnastika má v terapii dýchacích poruch velký význam. Cílem je:

- nácvik správného dýchání (odstranění chyb);
- uvolnění sekretu a jeho vykašlávání;
- nácvik účelného dýchání.

Při provádění dechového cvičení dodržujeme tyto zásady:

- vyvětráme pokoj (pozor na mrazivý vzduch, průvan, prašnost ...);
- pacient má pohodlný oděv (který netísní);
- pacient zaujme žádanou polohu (vleže, vsedě, vestoje), zajistíme bezpečnost;
- není-li určeno jinak, obvykle pacient nadechuje a vydechuje nosem se zavřenými ústy;
- cvičení opakujeme asi 7x, podle stavu vkládáme pauzy (pacient si určuje tempo);
- cvičení je přísně individuální - jedině tak dosáhneme efektu.



### 5.3 Kategorie ošetrovatelských diagnóz

Problémy v zajištění potřeby pohybu, aktivity a dýchání jsou zahrnuty v NANDA-International 2015-2017 např. v Doméně 4 Aktivita a odpočinek, diagnózy Třídy 2 Aktivita/cvičení, např. ošetrovatelská diagnóza *Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)*, *Zhoršený postoj (00238)*), Doméně 11 Bezpečnost a ochrana, diagnózy Třídy 2 Tělesné poškození, např. *Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031)*, *Riziko aspirace (00039)* apod. (Nanda International, 2015-2017).



Zopakujte si učivo vztahující se k dýchání člověka.



Kontrolní otázky:

1. *Které faktory ovlivňují dýchání?*
2. *Jak rozeznáte u pacienta Kussmaulovo dýchání?*



Úkoly:

1. Vypište součásti imobilizačního syndromu.
2. Navrhněte vhodné aktivizační metody pro hospitalizovaného imobilního seniora.
3. Připravte dechová cvičení pro konkrétního dospělého nemocného.
4. Navrhněte dechová cvičení pro 3 leté dítě.
5. Vypracujte *Pracovní list č. 4, 4a*.



Doporučená literatura:

KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Zlín: UTB. ISBN 978-0-7318-643-2.



MAHONEY, David, 2000. *Moderní příručka dlouhověkosti*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0260-X.

MOUREK, Jindřich, 2005. *Fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1190-7.

NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy - Definice a klasifikace 2015-2017*. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

TRACHTOVÁ Eva a kolektiv, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. NCO NZO. ISBN 978-80-7013-553-2.

ZVONÍČKOVÁ, Marie, SVOBODOVÁ, Hana, 2005. Pomoc nemocnému při udržování žádoucí polohy vleže, vsedě, při chůzi, pomoc nemocnému při změnách polohy podle Virgine Hendersonové. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2005, ročník 1, číslo 3, s. 124-125.



## 6 POTŘEBY ČLOVĚKA - SPÁNEK A ODPOČINEK



### Klíčové pojmy:

bdění, spánek, relaxace, odpočinek, Rem, non-Rem



### Po prostudování kapitoly budete:

- umět definovat bdění, odpočinek a spánek;
- znát faktory ovlivňující spánek;
- schopni popsat fáze spánku;
- schopni připravit dospělého i dítě ke spánku;
- znát způsoby odpočinku;
- znát vybrané poruchy spánku.



### 6.1 Vymezení pojmů bdění, spánek a odpočinek

**Bdění** je stav, kdy je organizmus schopen přijímat, zpracovávat informace a adekvátně na ně odpovídat. Z fyziologického hlediska rozlišujeme tzv. *relaxované (klidné) bdění* - vigilance (stav tělesného a duševního klidu při zavřených očích) a *aktivní bdění* (stav pohotovosti). Stav bdění má návaznost na stav klidu spánku (odpočinku). **Spánek** je funkční stav organismu s typickými rytmickými cykly, rozdělenými do různých stádií a přechodů, charakterizovanými specifickými formami chování (Mourek, 2005, s. 174-175). **Odpočinek** znamená klid, relaxaci bez emočního stresu, uvolnění napětí a úzkosti.

Spánek a odpočinek je nezbytný pro zachování tělesného i duševního zdraví. Nemocný člověk má větší potřebu odpočinku a spánku než člověk zdravý, je nutné tuto skutečnost respektovat. Význam odpočinku a spánku je *ochranný a regenerační*, hodnotíme kvalitu a kvantitu.





### 6.1.1 Faktory ovlivňující odpočinek a spánek

- **fyziologicko-biologické faktory** (věk, pohlaví, fyziologie spánku, stav CNS, biorytmy, tělesná aktivita, způsob života, bolest, zdravotní stav, příjem potravy, hydratace, vyprazdňování ...);
- **psychicko-duchovní faktory** (emoce, strach, zlost, nejistota, starosti, nuda, smysl života ...);
- **sociálně-kulturní faktory** (mezilidské vztahy, atmosféra v rodině, pracovní prostředí, pracovní problémy, finanční problémy, nepohodlný oděv ...);
- **faktory životního prostředí** (stav ovzduší, světlo, hluk, denní doba, prostředí - ložnice, typ lůžka, matrace, pohodlí, cizí prostředí...).



## 6.2 Odpočinek

Znamená klid, relaxaci bez emočního stresu, uvolnění napětí a úzkosti. Neznamená to vždy nečinnost, někdy může být aktivita uklidňující. Lidé mají většinou s odpočinkem spojeno prostředí, kde rádi odpočívají. Výchozí polohou pro odpočinek je klid a pohoda, které navozují pozitivní emoce. Způsob odpočinku je individuální (Trachtová a kol., 2013, s. 69-70).

### Předpoklady pro odpočinek

- pocit, že můžeme odpočívat (bez výčitek);
- pochopení okolí;
- absence důležitých/neodkladných povinností;
- příjemné a klidné prostředí;
- pohoda a spokojenost;
- dostatek času;
- schopnost uvolnit se;
- znát a využít vhodné relaxační techniky.

### Způsoby odpočinku

Jsou velmi individuální (četba, poslech hudby, sledování televizoru, sport, práce na zahrádce, tzv. nicnedělání ...).



## 6.3 Spánek

Spánek je univerzální, základní potřeba všech živých bytostí, je to nejdůležitější forma pasivního odpočinku. Definuje se jako *aktivní děj, funkční stav organismu, je to fyziologická změna vědomí*. Opakem spánku je bdělost.

### Projevuje se

- minimální fyzickou aktivitou;
- různou úrovní vědomí;
- změnami fyziologických funkcí;
- sníženou odpovědí na vnější podněty (Trachtová a kol., 2013, s. 69-70).

### Fyziologie spánku

#### *Co se děje ve spánku*

- pokles arteriálního tlaku krve;
- zpomalení pulzu;
- dilatace periferních cév;
- nepravidelné zvyšování aktivity gastrointestinálního traktu (GIT);
- relaxace kosterního svalstva;
- pokles bazálního metabolismu.

#### 6.3.1 Fáze spánku

Během spánku probíhá několik spánkových cyklů, z nichž každý je tvořen dvěma fázemi:

##### **non-REM** (non Rapid Eyes Movements)

- spánek je pomalý, synchronizovaný, je první fází spánkového cyklu;
- probíhá ve čtyřech stádiích (I. relaxované bdění - usínání; II. lehký spánek; III. středně hluboký spánek a IV. hluboký spánek);
- typická nepřítomnost očních pohybů;
- ve stádiu hlubokého spánku dochází k regeneraci organismu;
- vyskytuje se asi v 75 % celkové doby spánku;



- mozková kůra je v útlumu;
- probudí-li se člověk v této fázi, je to nefyziologické, člověk nedosáhne regenerace sil, cítí se unavený a nepamatuje si své sny ....

### REM (Rapid Eyes Movements)

- mozková kůra je ve stavu zvýšené bdělosti;
- drobné záškuby svalů;
- zvýšená dechová frekvence;
- pohyby očí pod zavřenými víčky;
- zvyšuje se metabolismus a tělesná teplota;
- zvýšená žaludeční sekrece;
- z této fáze se člověk probouzí, pamatuje si své sny... (Trachtová a kol., 2013, s. 72).

### 6.3.2 Uspokojování potřeby spánku

Uspokojování potřeby spánku patří mezi základní intervence sestry. V ošetrovatelské praxi často řešíme u nemocných nespavost, která kromě výše uvedených faktorů souvisí především s úzkostí a strachem spojenými s onemocněním a hospitalizací. Strach a úzkost jsou zabarvené prožitky, které vyrůstají z pocitu ohrožení, jedná se o obranou formu organismu, v jehož pozadí je pud sebezáchovy (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 48-49).

Předmětem strachu může být např.:

- odloučení od nejbližších (u dětí nepřítomnost rodičů);
- strach z nemoci;
- strach z vyšetření, operace;
- obava ze ztráty zaměstnání z důvodu onemocnění;
- strach s nedostatkem finančních prostředků;
- strach ze smrti a umírání;
- bolest;
- obava ze změny životního stylu následkem nemoci - "co bude dál"?



Velmi důležitý je přístup ošetřujícího personálu, který spočívá nejen v empatickém přístupu a akceptaci důstojnosti člověka, ale také v dostatečné komunikaci (edukaci, informovanosti). Úkolem sestry je zajistit co nejvhodnější podmínky pro kvalitní spánek a odpočinek nemocného (úprava nemocného, úprava prostředí, ticho, eliminace obav...).

### 6.3.3 Poruchy spánku

U většiny lidí nelze zjistit příčiny poruch spánku. Mohou být primární nebo sekundární.

**Insomnie** (nedostatek nebo snížená kvalita spánku), rozlišujeme:

- iniciální insomnii (problém s usínáním);
- intermitentní nebo stálou insomnii (narušení kontinuity spánku);
- terminální insomnii (předčasné probouzení);
- imaginární nebo subjektivní insomnii (lidé usínají bez problémů nebo spí déle, než uvádějí).

**Hypersomnie** (nadměrné spaní, zejména přes den).

**Spánková inverze** (obrácený spánkový rytmus)

**Spánková apnoe** (periodická zástava dýchání během spánku, často souvisí s chrápáním - spánkové laboratoře).

**Parasomnie** - abnormální události během spánku, např. náměsíčnost (somnambulismus), noční děs (pavor nocturna, noční pomočování (enuresis nocturna), skřípání zubů (bruxismus)... .

## 6.4 Kategorie ošetrovatelských diagnóz

Problémy v zajištění potřeby spánku a odpočinku jsou zahrnuty v NANDA-International 2015-2017, např. v **Doméně 4 Aktivita a odpočinek**, diagnózy Třídy 1 Spánek/odpočinek, např. ošetrovatelská diagnóza *Nespavost (00095)*, *Nedostatek spánku (00096)*, *Snaha zlepšit spánek (00165)*, *Narušený vzorec spánku (00198)* (Nanda International, 2015-2017).



### Kontrolní otázky:

1. *Jaká znáte stádia fáze non-REM?*
2. *Co znamená pavor nocturna?*
3. *Jak dlouho denně spí 5 leté dítě a jaký je jeho obvyklý spánkový režim?*
4. *Jak připravíte ke spánku imobilního nemocného?*



### Úkoly:

1. Vypište součásti imobilizačního syndromu.
2. *Připravte osobní dotazník pro pacienta ke zjištění spánkových zvyklostí.*
3. Vypracujte *Pracovní list č. 5 a 5a.*



### Doporučená literatura:

KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Zlín: UTB. ISBN 978-0-7318-643-2.

MOUREK, Jindřich, 2005. *Fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1190-7.

NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy - Definice a klasifikace 2015-2017*. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

TRACHTOVÁ Eva a kolektiv, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. NCO NZO. ISBN 978-80-7013-553-2.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.



## 7 BOLEST JAKO OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM



### Klíčové pojmy:

bolest, pomoc, pochopení, VAS, analgezie



### Po prostudování kapitoly budete:

- umět definovat co je bolest;
- chápat člověka s bolestí;
- umět hodnotit bolest;
- používat měřicí techniky a škály;
- znát způsoby zmírnění nebo odstranění bolesti;
- rozumět potřebám a omezením člověka s bolestí.



### 7.1 Bolest

*"Bolest je definována jako nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání".* Na této definici se shodli zástupci mezinárodní Asociace pro studium bolesti (IASP) a kterou přijala i Světová zdravotnická asociace (WHO). Bolest je vždy subjektivní, její vnímání se liší podle věku, pohlaví, rasy a etnika (Rokyta a kolektiv, 2009, s. 21). Bolest je jevem, který leží na pomezí fyziologie a psychologie (Křivohlavý, dle Zacharová, Hermanová a Šrámková 2007, s. 43).

Bolest je tedy subjektivní zkušenost, není možné ji objektivně změřit. Je způsobena fyzikálním, chemickým nebo bakteriálním podrážděním periferních zakončení nervových vláken, citlivých na bolest. Protože je jejich hustota různá na různých místech v organismu, proto je některá oblast více, jiná méně citlivá na bolest. Nemocný si bolest uvědomuje prostřednictvím kůry mozkové, kam je vzruch veden přes talamus senzorickými vlákny z postižené tkáně.



Bolest je známá každému člověku - kazí radost ze života, snižuje jeho kvalitu, pokud přesáhne určitou intenzitu, může i život zničit. Může být ale i prospěšná - varovný signál. Bolest zatěžuje celý organismus - ovlivňuje psychiku, tělesně i duševně ho vyčerpává, toto vyčerpání zpětně zvyšuje citlivost na bolest. Každý nemocný má právo na bolest!

Vymětal (dle Zacharové, Hermanové a Šrámkové, 2007, s. 44) uvádí, že u bolesti rozlišujeme tři vzájemně propojené stránky:

- **smyslovou** (senzorickou) - spočívá v lokalizaci bolesti, posuzování intenzity a kvality pacientem;
- **emoční** (emoční doprovod - pláč, zlost, lítost...) - týká se hlavně motivace a tendenci bolest zmírnit a odstranit;
- **hodnotící** - nejvíce se uplatňuje myšlení. Jde o srovnání bolesti na základě dřívějších zkušeností.

***Bolest je cokoli, co pacient jako bolest označí, existuje vždy, když si na ni nemocný stěžuje!***

Bolest je pravděpodobně nejčastějším příznakem onemocnění. Je s ní spojeno hodně léčebných a ošetrovatelských úkonů. Nemocný ji prožívá jako negativní, nepříjemný pocit, který narušuje jeho komfort. Je vnímána i pocitována individuálně, každý člověk má citlivost k vnímání bolesti jinou. Každý člověk má individuální **práh bolesti!**

### **Význam bolesti pro člověka**

Bolest vzniká při poškození tkání a má dva významy: **signální** a **patognomický**. Bolest někdy chrání organismus před dalším poškozením. Umožňuje rozpoznání vyvolávající příčiny a jejím odstraněním vede ke snížení nebo odstranění bolesti.

1. **Signální význam** - jedná se o akutní bolest, která oznamuje, že v organismu není něco v pořádku. Bolest patří k fenoménům, které nás ochraňují a upozorňují na nebezpečí (někdy mluvíme o tzv. užitečné bolesti);
2. **Patognomický význam** - jedná se o bolest chronickou, která je nemocí sama o sobě. Má negativní význam (je tzv. neužitečná) (Rokyta a kolektiv, 2009, s. 15).



### 7.1.1 Akutní a chronická bolest

Rozdělení na akutní a chronickou bolest je základní, je podle délky jejího trvání.

- **Akutní** - trvá hodiny, dny, má pozitivní význam (upozorňuje, že není něco v pořádku), je lokalizována na konkrétní oblast, příčina bývá periferní, rychle se zlepšuje (po odstranění příčiny). Pokud nebude dostatečně léčena, hrozí riziko vzniku bolesti chronické. Může být např. **pourazová** (následek mechanického nebo chemického poškození tkání nebo působením tepla; **pooperační** (doprovodný efekt při různých chirurgických výkonech, léčba pooperační bolesti by měla být ideálně zahájena již před operací - předoperační analgezie).
- **Chronická** - trvá měsíce, roky (min. 3-6 měsíců), má negativní význam (nemá signální význam), příčina je spíše centrální, lokalizace bývá difúzní, progresivně se zhoršuje. Typickým projevem je **bolestivé chování**, které bývá nevědomé a lze jej považovat za objektivní příznak. Projevy: grimasy, vzdychání, pláč, kulhání, zaujímání úlevových poloh, časté návštěvy lékaře apod. (Rokyta a kolektiv, 2009, s. 32-35).
- **Psychogenní bolest** - je zvláštním druhem, kdy člověk cítí a prožívá bolest, i když jsou lékařská vyšetření negativní. Tento typ bolesti se může vyskytovat u nemocných, kteří prožili opakované hospitalizace, komplikovanou léčbu a jejich práh bolesti je snížený. Příčiny mohou být i v sociální situaci (upoutání pozornosti okolí) nebo se může jednat o hysterické reakce (Čechová a Mellanová, dle Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007, s. 45).

Z hlediska odezvy lze bolest porovnat v rovině:

- subjektivní (psychické) - vázána na prožívání hlasové a řečové (sténání, stížnosti);
- vnější (pozorovatelné) - chování (výraz v obličeji, úlevová poloha...);
- fyziologické a biochemické - např. větší produkce serotoninu (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007, s. 44).





Tab. 1 Typické doprovodné příznaky bolesti (zdroj: Rokyta a kolektiv, 2009, s. 35).

Bolest akutní	Bolest chronická
pocení	poruchy spánku a chování
zrychlený tep	deprese
zrychlené dýchání	změny osobnosti
vazokonstrikce	zhoršená kvalita života
mydriáza - rozšíření zorniček	sociální izolace
paralýza střev	zácpa
retence moči	ztráta zaměstnání
katabolismus (rozkladné procesy)	nebezpečí suicida
hyperglykémie	poruchy libida

### 7.1.2 Model bolesti

V roce 1990 zveřejnil americký neurochirurg John Loeser a australský anesteziolog Michael Cousins *konceptuální model bolesti* (obr. č. 1), který pomáhá pochopit a objasnit bolest. Dává též návod, jak k takovému nemocnému postupovat a pomáhá k určení intervencí, které nikdy nekončí s konstatováním, že by byly vyčerpány všechny možnosti pomoci.



Obr. č. 1 Konceptuální model bolesti J. Loeser, M. Cousins (zdroj: Trachtová, 2013, s. 126).

#### **Konceptuální model bolesti**

Vnímání bolesti - (nocicepce) - všechny procesy vyvolané aktivací nociceptorů.

Bolest (pain) = sensorický vjem, je výsledkem nocicepce, ta však nemusí vždy vést k bolesti a také může vzniknout bolest bez nocicepce. Proto je tak těžké bolest u konkrétního jedince předvídat a intervenovat na ni.



Utrpení (suffering) - psychická reakce na bolest. Utrpení nemusí být důsledkem bolesti, důvod může být dlouhotrvající negativní emoce zpracované do bolestivého prožitku (somatizace). Proto je někdy účinnější psychologická intervence než analgetika.

Bolestivé chování (pain behaviour) - je to jediný objektivně pozorovatelný a kvantifikovatelný projev bolesti (pláč, vzdychání, grimasa, zaujetí úlevové polohy, verbalizace ...). Účelem je snaha, aby okolí vzalo na vědomí, že nemocný má bolest. Významnou intervencí je ovlivnění chování.

### 7.1.3 Faktory ovlivňující bolest

- **fyziologicko-biologické faktory** (věk, vývojové faktory, pohlaví, fyziologie, stav receptorů bolesti, zdravotní stav, poloha ...);
- **psychicko-duchovní faktory** (osobnost, emoce, nálada, pocity, strach, úzkost, vztek, frustrace ...);
- **sociálně-kulturní faktory** (mezilidské vztahy, podpora blízkých a okolí, přístup zdravotníků, výchova, předchozí zkušenost s bolestí, vzory zvládání bolesti, sociální závislost, osamělost, etnografické vlivy ...);
- **faktory životního prostředí** ( chlad, teplo, světlo, hluk, denní doba, prostředí - pohodlí, cizí prostředí...).

### 7.1.4 Hodnocení bolesti

Předpokladem pro správné hodnocení bolesti je dobrá ošetrovatelská anamnéza, včetně okolností, za kterých bolest vznikla.

Pravidelné hodnocení bolesti je důležitým podkladem pro správnou léčbu bolesti. Na tomto hodnocení se významnou měrou podílí sestra, která také o bolesti a účinnosti intervencí vede záznam. Hodnotíme: **intenzitu, lokalizaci, časový průběh, kvalitu a charakter, okolnosti, za kterých vznikla nebo se zhoršuje** (Křivohlavý, 1992, s. 13).

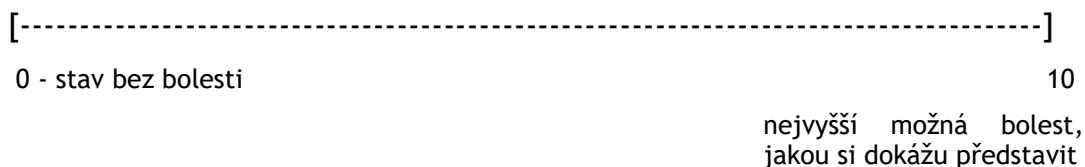
1. **Intenzita bolesti.** "**Jak moc to bolí?**" je vždy subjektivní ze strany pacienta, někdy může být zdravotnickým personálem podhodnocena. Bolest slabá, střední, silná, nesnesitelná.



## Hodnotící škály

- **VAS - Vizuální analogová škála** (Visual Analogue Scale) (0 - žádná bolest, 10 největší možná bolest, jakou si pacient umí představit), v praxi nejčastěji používaná (schéma č. 1, 2).

Schéma č. 1 VAS - Vizuální analogová škála



- **Další škály**

Schéma č. 2 VAS - Visual Analogue Scale (modifikace)

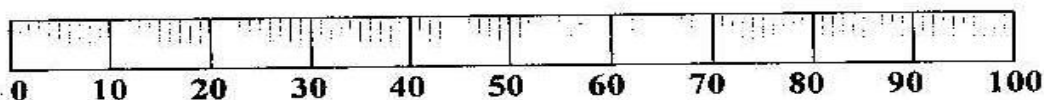
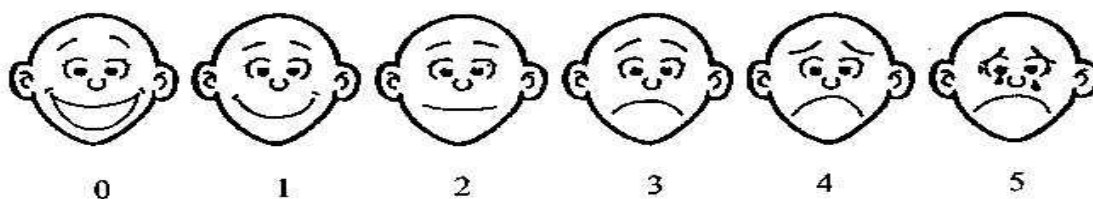


Schéma č. 3 Česká škála dle Křivohlavého



Schéma č. 4 Škála výrazů obličeje (v různých obměnách se používá především u dětí)



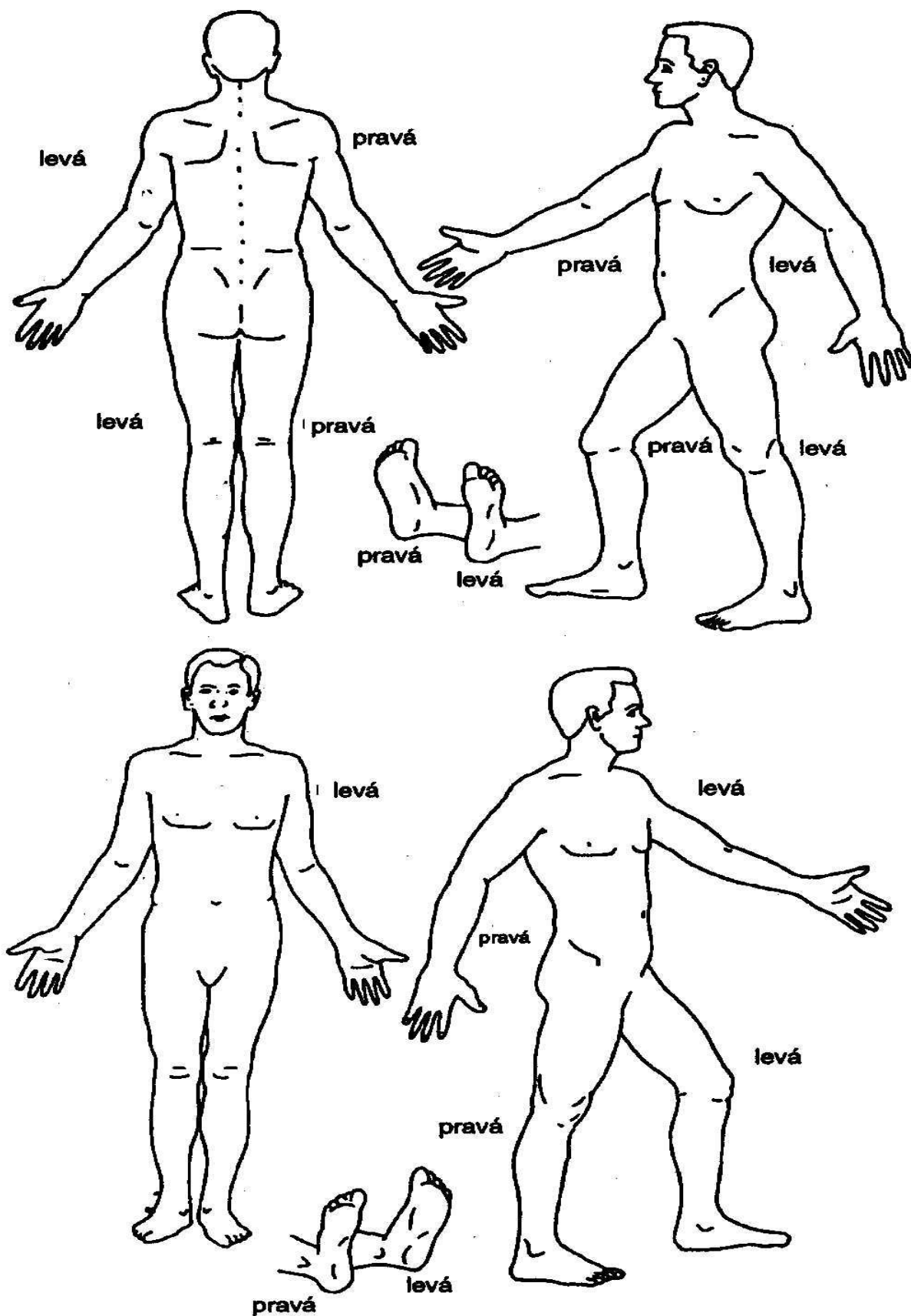
- **Verbální metody** - nám umožňují dle pacientem zvolených výrazů zachycení nejen intenzity bolesti, ale i její kvalitu (např. MPQ dotazník, tab. č. 2).

### 2. Lokalizace a topologie bolesti. „Kde to bolí?“

Bolest se někdy obtížně lokalizuje, zvláště bolest útrobní. Je možné kromě otázek využít metodiku M. S. Margolese, 1983, nazvanou The Pain Chart - Mapa bolesti (obr. č. 2).



## Mapa bolesti



Obr. č. 2 Mapa bolesti (zdroj: Krátká, 2007, s. 32).



### 3. Časový průběh bolesti. „Kdy to bolí?“

Dotazy tohoto typu podávají informace jak dlouho bolest trvá, jestli je trvalá nebo s přestávkami, mění-li se intenzita v denní dobu apod. Sleduje se vliv mimořádných událostí, nebo tzv. „tok“ bolesti.

### 4. Kvalita, charakter bolesti. „Jak to bolí?“

- *podle orgánu, z něhož vychází* (srdeční, kloubní, zubů, hlavy, břicha...);
- *podle subjektivních pocitů* (ostrá, tupá, štipavá, pálivá, kolikovitá, bodavá...).

Pro každou bolest je charakteristický nástup a průběh. Někdy začíná náhle, jindy pozvolna, narůstá intenzita, která se v průběhu může měnit.

### 5. Ovlivnitelnost bolesti. „Za jakých okolností se bolest zhoršuje nebo polevuje?“

Faktory zvyšující nebo snižující vnímání bolesti, intervence ... .  
**Snižování bolesti** (zmírnění příznaků, povzbuzení nálady, spánek, odpočinek, relaxace, teplo, chlad, zklidnění, analgezie, psychologické prostředky, empatie ...).

**Zvyšování bolesti** (nešetrné zacházení, nevhodné chování zdravotnického personálu, strach, hluk, nedostatek spánku, vyčerpání, dehydratace, neinformovanost, nepřítomnost blízké osoby, zvláště u dětí ...).

**Prevence bolesti** (informace, důvěra, porozumění, sympatie, šetrné zacházení...).



### Dotazník McGillovy Univerzity k hodnocení bolesti (MPQ)

Dotazník McGillovy Univerzity k hodnocení bolesti (McGill Pain Questionnaire - MPQ) je cílený na charakter bolesti a pocity pacienta při bolesti (deskriptory bolesti). Krátká forma dotazníku bolesti McGillovy univerzity. Obsahuje patnáct deskriptorů bolesti, u kterých pacient volí intenzitu pocíťované bolesti **0 - 3**.

0 - žádná      1 - mírná      2 - středně silná      3 - silná

Zkrácená forma dotazníku přeložena do češtiny (tab. č. 2). Další součástí tohoto dotazníku je verbální škála intenzity bolesti a vizuální analogová škála bolesti.



Tab. č. 2 Krátká forma dotazníku McGillovy univerzity (zdroj: Rokyta a kolektiv, 2009, s. 36).

	Deskriptor bolesti (bolestivého pocitu)	Intenzita pociťované bolesti			
		0 Žádná	1 Mírná	2 Středně silná	3 Silná
1.	tepavá (bušivá)				
2.	vystřelující				
3.	bodavá				
4.	ostrá				
5.	křečovitá				
6.	hlodavá (jako zakousnutí)				
7.	pálivá - palčivá				
8.	tupá přetrvávající (bolavé, rozbolavělé)				
9.	tíživá (těžká)				
10.	citlivé (bolestivé) na dotyk				
11.	jako by mělo prasknout (puknout)				
12.	unavující - vyčerpávající				
13.	protivná (odporná)				
14.	hrozná (strašná)				
15.	mučivá - krutá				

Důležité je také to, jak bolest ovlivňuje člověka během denních aktivit. Lze použít **Dotazník interference bolesti s denními aktivitami 0 - 5 (DIBDA)** (tab. č. 3).

Tab. č. 3 Dotazník interference bolesti s denními aktivitami (zdroj: Rokyta a kolektiv, 2009, s. 36-37).

0	Jsem bez bolesti.
1	Bolesti mám, výrazně mě neobtěžují a neruší, dá se na ně při činnosti zapomenout.
2	Bolesti mám, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost, nezabraňují však v provádění běžných denních a pracovních činností bez chyb.
3	Bolesti mám, nedá se od nich odpoutat pozornost, ruší v provádění i běžných denních činností, které jsou proto vykonávány s obtížemi a s chybami.
4	Bolesti mám, obtěžují tak, že i běžné denní činnosti jsou vykonávány jen s největším úsilím.
5	Bolesti jsou tak silné, že nejsem běžných činností vůbec schopen/a, nutí mě vyhledávat úlevovou polohu, případně nutí až k ošetření u lékaře.



## 7.2 Péče o pacienta s bolestí

Jak bylo již sděleno, bolest je subjektivní zážitek a každý člověk ji prožívá jinak. V ošetrovatelském procesu klademe velký důraz na odběr anamnézy a zhodnocení pacienta sestrou. Velmi záleží na faktorech, které bolest ovlivňují. Cílem ošetrovatelské péče je snížit nebo odstranit bolest pacienta. Léčba bolesti může být **nefarmakologická** (psychologický přístup k pacientovi, eliminovat strach a obavy vhodnou komunikací a dostatečnou edukací, nácvik úlevové polohy a relaxačních technik ...) a **farmakologická** (tvoří základ zvládnutí akutní a chronické bolesti, podle intenzity ji dělíme do tří základních stupňů (dle WHO). V dnešní době zvláště pro zvládnutí chronické bolesti navštěvují pacienti specializované *Ambulance léčby bolesti*.

Důležitý je přístup sestry (ostatních zdravotníků) k pacientovi. Zásady v přístupu k člověku s bolestí lze shrnout do těchto bodů:

- vždy, když pacient sdělí, že má bolest, věříme mu;
- bolest pacienta nebagatelizujeme a nekomentujeme nevhodnými výroky;
- pečlivě odebereme ošetrovatelskou anamnézu bolesti a zhodnotíme aktuální stav pacienta;
- velkou pozornost věnujeme chování pacienta, především dětí (disimulace nebo simulace);
- podáváme analgetika dle ordinace lékaře a sledujeme jejich účinek;
- pečlivě bolest monitorujeme (záznam);
- umožníme pacientovi verbálně se k bolesti vyjádřit, sledujeme, jak bolest vnímá a zvládá;
- nejsme zdrojem zvýšení bolesti, chováme se klidně, chápavě a laskavě... .

### Příklady otázek pro pacienta při získávání anamnézy bolesti:

- Lokalizace - *Kde to bolí? Je to určité místo nebo např. celé břicho?*
- Intenzita - *Jak moc to bolí? Jak byste určil stupeň bolesti na stupnici 1 - 10? Je intenzita stále stejná nebo se mění?*
- Charakter - *Jaká je bolest - např. pálivá, píchavá, dloubavá...?*



- Časový průběh - *Kdy bolest začala? Jak dlouho trvala (trvá)? Je bolest trvalá? Jak často se bolest objevuje?*
- *Okolnosti - Víte, co bolest vyvolalo? Co Vaši bolest snižuje/zvyšuje? Máte již zkušenost s takovou bolestí? Co Vám pomáhá? Zkoušel(a) jste úlevovou polohu, s jakým efektem?*



### 7.3 Kategorie ošetrovatelských diagnóz

Problémy vztahující se k bolesti jsou zahrnuty v NANDA-International 2015-2017, např. v **Doméně 11 Bezpečnost/ochrana**, diagnózy Třídy 2 Tělesné poškození - mnohé ošetrovatelské diagnózy, v **Doméně 12 Komfort**, diagnózy Třídy 1 Tělesný komfort, např. ošetrovatelská diagnóza *Akutní bolest (00132)*, *Chronická bolest (00133)*, *Porodní bolest (00256)*, *Syndrom chronické bolesti (00255)*, Třídy 3 Sociální komfort, ošetrovatelská diagnóza *Sociální izolace (00053)* (Nanda International, 2015-2017).



#### Kontrolní otázky:

1. *Jak může zdravotnický pracovník přispět ke zmírnění bolesti (nefarmakologicky)?*
2. *Jaké znáte možnosti hodnocení bolesti.*
3. *Co je podle Vás psychická bolest a kdy může vzniknout?*



#### Úkoly:

1. *Nastudujte fyziologii bolesti.*
2. *Vypracujte Pracovní list č. 8 a 8a.*





**Doporučená literatura:**

KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Zlín: UTB. ISBN 978-0-7318-643-2.

MOUREK, Jindřich, 2005. *Fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1190-7.

NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy - Definice a klasifikace 2015-2017*. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

ROKYTA, Richard a kolektiv, 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

TRACHTOVÁ Eva a kolektiv, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. NCO NZO. ISBN 978-80-7013-553-2.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.



## 8 PSYCHOSOCIÁLNÍ A SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY ZDRAVÝCH A NEMOCNÝCH. ETICKÉ ASPEKTY PÉČE



### Klíčové pojmy:

hodnota, jistota, bezpečí, prožitek, vnímání, důstojnost, úcta



### Po prostudování kapitoly budete:

- rozumět významu psychosociální potřeba;
- schopni rozpoznat psychickou nepohodu pacienta (strach, úzkost ...);
- schopni naslouchat pacientům/klientům a poskytnout jim podporu;
- chápat sociální potřeby člověka;
- umět vysvětlit co jsou spirituální potřeby;
- chovat se k nemocnému/klientovi v duchu etických zásad.



### 8.1 Psychosociální potřeby

V rámci ošetrovatelské péče je péče o psychické, sociální a spirituální potřeby nemocného stejně tak důležitá, jako péče o jeho tělesné pohodlí.

*„Duchovní potřeby nemá jen člověk nemocný, má je každý. Problém je pouze v tom, že si někteří z nás pod tím pojmem neumí nic představit“* (Svatošová, 2012, s. 39).

Veškeré intervence sestry/zdravotníků, by měly být zaměřeny na **kvalitu života člověka**. Je velmi těžké mluvit o psychických a spirituálních (duchovních) potřebách, protože lidé jsou na různé úrovni poznávání a jedná se o velmi individuální a niternou záležitost (Opatrný, [on-line]). Téměř každý člověk podle svých hodnot v něco věří. V lásku, úspěch, dobro, Boha, sebe samé. Většinou se pohybujeme v úrovni zážitku, který mnohdy nelze předat. Vyšší potřeby **self - já** zahrnují myšlenky a pocity spojené s vlastním já, vnímáním sebe, uznáním, důstoj-



ností, poznáním, mocí a pochopením. Řadí se na pomyslnou 4. příčku **Pyramidy potřeb**. Zahrnujeme sem potřebu sebepojetí, sebeúcty, úspěchu, uznání, potřebu neudělat ostudu, potřebu intimity, pochopení, poznání, autonomie, moci a submise.

### 8.1.1 Sociální potřeby

Sociální potřeby souvisí s kontaktem „okolního světa“. *„Člověk je tvor společenský, a tak jako izolovaně nežije, izolovaně ani nestůně a neumírá“* (Svatošová, 2012, s. 22). Nemocný má obvykle potřebu mít návštěvy, ať je to v nemocnici, sociálním zařízení nebo v domácím prostředí. Z pochopitelných důvodů se nejraději setkává se členy rodiny. Je dobře, když je vtažen do jejího dění. Pokud je v domácím prostředí, může se setkávat i se sousedy a známými, ale může to být i prostředí, které mu dodává pocit jistoty a bezpečí. Potřebuje vidět oknem svou zahradu nebo pohladit svého pejska... . Zvláště senioři právě po tomto touží, pokud jsou hospitalizováni a duševně strádají, chtějí být doma. Tady je dobrá alternativa domácí péče, ale někdy i přes velkou snahu rodiny není možná.

Situaci hospitalizovaného nemocného hodně ovlivňuje (především jeho soukromí) i přítomnost ostatních pacientů, s nimiž sdílí pokoj. Je třeba velké tolerance ze strany všech zúčastněných a také taktu ze strany ošetřujícího personálu.

Co se týká návštěv, jsou situace, kdy o ně nemocný nestojí a ani nejsou vhodné (nepohoda, bolest...), proto je třeba to respektovat. Nemocnému se honí hlavou spoustu problémů, např. nedokončená práce, nedostatek finančních prostředků, neurované vztahy v rodině a je rád, když si o těchto starostech může s někým promluvit. Může se stát, že nechce zatěžovat své nejbližší a hledá „důvěrníka“ z řady zdravotnických pracovníků, nejčastěji sester. Pokud k tomu dojde, sestra nesmí zradit jeho důvěru. Nemocného vyslechne (často je to dostačující a nečeká radu), ale zdržuje se soudů a hodnocení situace. Může však odkázat v případě potřeby na zdravotně sociálního nebo sociálního pracovníka.



### Kvalita života

V sociálních vědách je kvalitou života myšlen pocit subjektivní pohody - Subjective Well Being, SWB, v medicínských vědách a ošetrovatelství je kvalita živo-



ta vyjadřovaná konstruktem kvality života souvisejícím se zdravím - Health Related Quality of Life, HRQoL. V prvních definicích kvality života, z let 1983 až 1990, je kvalita života popisována jako psychologická, tělesná, sociální a finanční pohoda. Mnoho významných autorů, ale konstrukty kvality života související se zdravím považují za nepřesné a nekomplexní. Dle nich se zaměřují pouze na jednu oblast kvality života, a to na vnímání zdravotního stavu. Základními pojmy většiny definic kvality života současných autorů bývají pojmy jako pohoda (well-being), spokojenost (satisfaction), očekávání (expectation) a význam (meaning). Souhrnně se dá říci, že globální definice kvality života v ošetrovatelství mají následující společné znaky:

- kladou důraz na kognitivní aspekt, proces hodnocení individuálních životních podmínek nebo jejich subjektivní vnímání;
- definují kvalitu života ve významu celkové životní spokojenosti, pohody a nikoliv zdraví;
- explicitně nekladou důraz na determinaci zdravím;
- kladou důraz na subjektivnost, dominanci subjektivních indikátorů - percepce nebo hodnocení je založené na interních standardech (hodnotách, očekáváních, aspiracích apod.);
- zdůrazňují multidimenziálnost kvality života (Gurková, 2011).

Nejčastější citovanou definicí kvality života v medicíně a ošetrovatelství je definice vytvořená pracovní skupinou WHOQOL (World Health Organisation Quality of life). Kvalita života v ní vyjadřuje to „...jak lidé vnímají své místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům“ (Gurková, 2011).

### ***Stupnice kvality života dle WHO (WHOQOL - 100)***

1. Fyzické zdraví
2. Psychické zdraví
3. Míra nezávislosti
4. Sociální vztahy
5. Prostředí
6. Spiritualita/religiozita/osobní přesvědčení.



### 8.1.2 Duševně-duchovní zdraví

Duševně-duchovní zdraví je předmětem pozitivní psychologie a odpovídá mu nástup spirituality, návrat ctností, vůle a hodnota u člověka. Peterson a Seligman (dle Baštecká, Mach a kol., 2015 s. 184) stanovili šest ctností:

- moudrost a vědění (tvořivost, zvědavost, láska k vědění ...);
- odvaha (statečnost, vytrvalost, čestnost, elán);
- humanita (láska, laskavost, sociální inteligence);
- spravedlnost (občanství, slušnost, tvůrčí vůdcovství);
- umírněnost (odpuštění, soucit, pokora a skromnost, prozíravost, sebeovládání);
- překročení sebe (obdiv ke kráse a dokonalosti, vděčnost, naděje, humor, duchovnost...).

*"Za zdravého - zjednodušeně řečeno - z hlediska pozitivní psychologie může být považován člověk, který zažívá štěstí a spokojenost, což předpokládá i zakotvenost ve vztazích a zážitky smysluplnosti"* (Baštecká, Mach a kol., 2015 s. 185).

Duchovní zdraví může být definováno jako chuť žít, poznávat a vytvářet hodnoty, angažovat se, být otevřen pro setkání. Pro správné hodnocení duchovního zdraví je potřeba rozlišit projevy (znaky) duchovního zdraví od projevu duchovní dekompenzace. Například Kozierová a kolektiv (dle Grebíková, 2014, s. 9-10) uvádí znaky duchovního zdraví, vycházejících ze čtyř spirituálních potřeb, následně:

- **Potřeba vlastního významu a účelu v životě** (člověk v minulosti i současnosti žije v souladu se svým systémem hodnot; je spokojený se svým životem; vyjadřuje naději do budoucna; je-li věřící, přeje si účastnit se náboženských obřadů).
- **Potřeba přijímat lásku** (člověk vyjadřuje naději na posmrtný život; má důvěru ve zdravotnický personál; má přání vykonávat religiózní obřady, je-li věřící; v těžkých situacích svého života věří Bohu a jiným lidem; ví, že je milován Bohem i lidmi).



- **Potřeba rozdávat lásku** (člověk prokazuje lásku k jiným lidem prostřednictvím skutků; chce pro druhé dobro).
- **Potřeba naděje a tvořivosti** (člověk má realistický přístup ke svému zdravotnímu stavu; žádá realistické informace o svém stavu; během nemoci využívá svůj čas užitečně; vnitřní ego staví před fyzické; vymezuje si reálné osobní cíle v oblasti zdraví).

### 8.1.3 Duchovní bolest

Disharmonie v duchovních projevech pacienta a projevech duchovního zdraví poukazují na existenci duchovní dekompenzace nemocného a ta se může projevit **duchovní bolestí**. Rozlišujeme dva tyty: ***bolest spirituální*** a ***bolest religiozní***.

Za ***spirituální bolest*** lze považovat narušení nejhlubších hodnot, jistot, zásad, lásky, smyslu života a naděje člověka. V praxi může dospět až do absolutní beznaděje, pocitu prázdnoty, morálnímu rozkladu osobnosti, pocitu zrady, zklamání, ztráty smyslu života (Prokop, 2006, dle Šavrňová, 2015, s. 23). „*Bolest spirituální (duchovní) je utrpení, spojené s odcizením od svého nejhlubšího já, které je často prožívané jako strach z neznáma a jako cit ztráty smyslu*“ (Munzarová, dle Grebíková, 2014, s. 11). ***Bolest religiozní*** je taková spirituální bolest, která je založena na špatném chápání náboženství, které konkrétní člověk praktikuje (Prokop, 2006, dle Šavrňové, 2015, s. 23).

Z výše uvedeného vyplývá, že duchovní (spirituální) bolest může být způsobena i nevhodným chováním zdravotníků, rodiny nebo širšího okolí k nemocnému (zlehčování problémů, neakceptování důstojnosti, nevšímavostí, nevhodnou komunikací apod.).

Psychické a sociální potřeby ovlivňuje uspokojení potřeby **jistoty a bezpečí** a **sounáležitosti a lásky**. Pocit jistoty a bezpečí umožňuje pacientovi a jeho blízkým získat důvěru v ošetrojící personál. Jistota a bezpečí jsou zakotveny v Listině základních práv a svobod, 1991. Pocit bezpečí a jistoty posiluje informovanost, nezkrácené informace o zdravotním stavu, pochopení jeho potřeb zdravotníky apod.

### 8.1.4 Potřeba jistoty a bezpečí

Psychické a sociální potřeby ovlivňují uspokojení potřeb **jistoty a bezpečí**, **sounáležitosti a lásky**. Pocit jistoty a bezpečí umožňuje pacientovi a jeho blíz-



kým získat důvěru v ošetřující personál. Jistota a bezpečí jsou zakotveny v Listině základních práv a svobod, 1991. Pocit bezpečí a jistoty posiluje informovanost, nezkrácené informace o zdravotním stavu, pochopení jeho potřeb zdravotníky apod.

### **Potřebu jistoty a bezpečí můžeme rozdělit na:**

- potřebu vyhnout se ohrožení;
- potřebu ochrany zdraví;
- potřebu důvěry;
- potřebu soběstačnosti;
- potřebu informací a orientace;
- potřebu podnětů;
- potřebu vlastnictví a hromadění majetku;
- potřebu míru a klidu;
- potřebu naděje a víry;
- potřebu lásky a sounáležitosti (Trachtová, 2013, s. 141).

Každý člověk potřebuje pocit sounáležitosti, někoho, o koho se může v těžkých chvílích opřít. Většinou to bývá rodina. Pokud ta není nablízku, může to být zdravotnický pracovník, ke kterému nemocný/klient upíná své naděje. Zdravotnický pracovník je pacientovi nejbližší, často se stává jeho důvěrníkem. V interakci s pacientem a jeho rodinou se musí chovat tak, aby nepřeslechl signály, které sdělují, že něco není v pořádku. Dle Svatošové (2012, s. 27) by zdravotnický personál měl umět zachytit „šelest na duši pacienta“, podobně jako praktičtí lékaři šelest na srdci. Rozdíl je pouze v použití nástroje, jímž v daném případě není fonendoskop, ale SRDCE zdravotníka. Sestra tráví s pacientem hodně času, proto je velmi důležité, aby byla schopna tento "šelest na duši pacienta" včas rozpoznat a aby vhodnými intervencemi přispěla k naplnění jeho spirituálních potřeb, odstranila pocit nepohody a zvýšila tak kvalitu jeho života.

### **8.1.5 Signály nepohody**

- **Strach** z něčeho konkrétního (z vyšetření, z úmrtí, ze ztráty zaměstnání, ztráty partnera, ztráty soběstačnosti, ze samoty ...).



- **Úzkost** před něčím neurčitým, mezi strachem a úzkostí neexistuje jasná hranice. U zdravých jedinců je mírná úzkost a strach faktor, který zvyšuje aktivitu, pracovní motivaci a stimuluje. Člověk bez úzkosti je klidný, spokojený, ale také často pasivní. Překročí-li však úzkost únosnou míru, může vést k destrukci chování.
- **Hněv** je to obvyklá reakce na frustraci, často se projevuje zničujícími pohyby (rozbíjení), může být ale nahrazena verbálními projevy (křikem, pomlouváním, ironií, zesměšňováním...).
- **Smutek** - reakce na ztrátu určité hodnoty, nejčastější projev je pláč, může být provázen hněvem, vzpourou... .
- **Beznaděj** - subjektivní emocionální stav, kdy člověk nevidí žádné alternativy nebo schůdné možnosti volby řešení problému.
- **Bezmocnost** - liší se od beznaděje tak, že člověk vidí možné řešení, ale není ho schopen, většinou nemá sílu.
- **Nedostatečné sebehodnocení** (nedůvěra ve své schopnosti).
- **Malá sebeúcta** (např. u mutilizujících výkonů) (Trachtová, 2013, s. 147-150).

### 8.2 Spirituální potřeby

Spirituální potřeby se těžko definují. Podle Opatrného se jedná o přání, slova a pocity, která začneme vnímat jen tehdy, pokud skutečně nasloucháme. Murray a Zentner (1989, s. 259) popisují spiritualitu jako inspirativní, úctyhodnou hodnotu přesahující religiozitu, usilující o respekt, smysl a účel u všech lidí. Snaží se být v souladu s universem a odpovídat na otázky ohledně nekonečnosti. Primární postavení pak spiritualita dostává především v období emočního stresu, fyzické i duševní nemoci, bolestné ztráty, či úmrtí.

#### ***Nemocný potřebuje:***

- cítit smysl svého života;
- pochopit smysl své bolesti;
- dozvědět se pravdu, nalézt zdroj naděje;
- přijmout paradox srdce a rozumu;
- vnímat rituál, pomodlit se ...;





- dotýkat se, křičet a volat o pomoc, svolení žít nebo zemřít;
- stát se součástí přítomnosti, smířit se, odpustit ... (Opatrný, [online]).

### **Srdce - kotva - kříž**

- **Potřeba lásky (srdce).**
- **Potřeba naděje (kotva)** - pacient musí mít stále naději.
- **Potřeba víry (kříž)** - nejen v Boha, ve spravedlnost, v sebe, v dobro, v někoho ... .
- **Potřeba odpuštění** - má dvě složky *rozumovou* (člověk se snaží odpustit, chce) a *niterní* (nemůže, nejde to, moc se ho to dotklo).
- **Hledání smyslu života** - je nutné si užít veškerý pocit pohody, blaha, štěstí - člověk nesmí mít výčitky, že měl dělat něco jiného. Je nutné si uvědomit, že život se žije odpředu a je chápán směrem dozadu - ***teprve až něco prožijeme, tak si uvědomíme, jaký to mělo smysl.*** Někdy smysl poznáme až s odstupem času. Svůj život utváříme a ovlivňujeme na základě svého rozhodování, svědomí, odpovědnosti, svých možností, schopností ...). Lidé, kteří prožívají svůj život jako smysluplný, jsou ve větší duševní pohodě (well-being), mají vyšší kvalitu života. Pro rozpoznání jakéhokoli smyslu života hraje klíčovou roli svědomí. Podle Frankla (2006b, s. 58) je to „*intuitivní schopnost najít jednorázový a jedinečný smysl, který se skrývá v každé situaci.*“ (Frankl, 2006b, s. 58).

Úlohou zdravotníka je podpořit pacienta, pomoci mu pochopit sebe sama a své intervence zaměřit především na zvýšení jeho spokojenosti, naplnění jeho tužeb, přání... .

### **8.3 Faktory ovlivňující psychické, sociální a spirituální potřeby**

- **fyziologicko-biologické faktory** (věk, vývojové faktory, pohlaví, fyzická kondice a funkční zdatnost, zdravotní stav, soběstačnost ... ) ;
- **psychicko-duchovní faktory** (osobnost, emoce, nálada, strach, úzkost, vztek, postoj k životu, postoj ke zdraví/nemoci, preference životních hodnot, spokojenost (např. s léčbou, s přístupem personálu) ...);
- **sociálně-kulturní faktory** (mezilidské vztahy, výchova, rodinný stav, sociální závislost, osamělost, životní role, kulturní zázemí, způsob komunikace, vyznání, víra, naděje ...);



- **faktory životního prostředí a další** (optimální teplota, světlo, hluk, denní doba, pohodlí, známé/neznámé prostředí, bezpečnost, ekonomická situace...).

#### 8.4 Možnosti uspokojování spirituálních potřeb ve zdravotnickém zařízení

Podle zákona č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), § 28, bod (3) *"Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo:*

*a) na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb,*

*j) Přijímat ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče duchovní péči a duchovní podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti (dále jen „duchovní“) v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, a s ohledem na svůj zdravotní stav, nestanoví-li jiný právní předpis jinak; návštěvu duchovního nelze pacientovi odepřít v případech ohrožení jeho života nebo vážného poškození zdraví, nestanoví-li jiný právní předpis jinak“ (zákon č. 372/2011 Sb.).*

Pro poskytování spirituální péče v nemocnici je zapotřebí týmové spolupráce všech složek pečující o pacienta, která vede ke spokojenosti pacienta.

Pečovat o člověka znamená zajímat se nejen o něj, ale i jeho rodinu a komunitu. Spirituální péči v nemocnici poskytuje: **nemocniční kaplan (kněz)**, **pastorační asistent**, **dobrovolník (pracuje pod vedením nemocničního kaplana)**, **psycholog**.

Viktor E. Frankl uvádí, že každý člověk duchovní rozměr má a každý člověk, je-li lidsky a profesně zralý, může druhému člověku v této „lidské“ duchovní oblasti pomoci (Frankl, [online]). Základní spirituální péči může poskytnout každý, kdo se těší důvěře nemocného, tedy i **sestra**. Každý může nabídnout minimálně chápatelý rozhovor. Chceme-li nemocnému skutečně pomoci, musíme vzít v úvahu reálnost potřeb, úzkostí, bolestí, útěch a nadějí, které se v tomto pro-



storu života vyskytují. Pomáhat může účinně ten, kdo je nemocnému blízký, má pro něho pochopení a nemocný sám si ho pro tuto roli zvolí nebo k nabízené pomoci svobodně přivolí. Není dobré ihned přesouvat tuto pomoc na "odborníky" (kněze, pastoračního pracovníka, psychologa). Pro saturaci spirituálních potřeb je důležité mít vždy na paměti, že každý pacient je jedinečnou bytostí se svou vlastní osobní historií a vnitřním světem, do kterého může jiný člověk nahlédnout jen do té míry, do jaké mu to bude dovoleno (Svatošová, 2012, s. 11).

Cílem je posloužit jedinci, ale také chránit pacienta před duchovním působením, když si to nepřeje. Duchovní péče může být poskytnuta nejen pacientům, ale i jejich rodinám nebo zdravotníkům. Někdy jsou zaznamenána kritická místa - strach z agitování klientů a strach z alternativního působení.

### 8.4.1 Spirituální péče

**Spirituální péče může být poskytnuta nemocným:**

- kteří, trpí osamělostí, smutkem nebo strachem;
- kteří řeší naléhavé vztahové nebo existenciální otázky;
- kteří nespolupracují s okolím a je potřeba v nich posílit pocit důvěry a naděje;
- kteří ztrácí smysl jejich života;
- kteří si potřebují popovídat nebo uvítají jen tichou přítomnost druhého člověka.

I těžce nemocný potřebuje mnohdy naplnit řadu úkolů, které k životu patří. Uvádíme ty nejpodstatnější věci:

- zorientovat se v situaci, která je pro něho nová (prostředí nemocnice, závislost na druhých, nemohoucnost, vědomí blízkosti smrti) - nejde o zvyknutí si, ale vlastně o přijetí více či méně nové životní role;
- uvést do souvislosti dosavadní život s tímto "okleštěným" nebo pomalu hasnoucím - překonat nešťastné "rozpadnutí" života na dvě části: na aktivní, vydávanou za šťastnou a pasivní (nemoc a umírání), která se jeví jako bezcenná nebo velmi ve své ceně omezená a integrovat nynější stav do celku života;



- najít smysl života i v nové situaci, a také (zejména v blízkosti smrti) docenit smysl života dosud žitého;
- vyrovnat se se strachy jak o sebe (jak zvládne bezmocnost, bolesti, samotnou smrt) tak o bližní (životní partner, děti, kdokoliv, kdo je na nemocného nějak odkázán);
- vyrovnat se s bilancí vlastního života (přijetí vlastního životního příběhu a role nemocného v něm) s jeho úspěchy a neúspěchy;
- vyrovnat se s domnělými nebo skutečnými utrpenými křivdami a neúspěchy - odpustit;
- vyrovnat se s manky vlastní odpovědnosti vůči těm, kterým se nemocný cítí být odpovědný: životní partner, děti, podřízení, "osud", Bůh - tedy dojít odpuštění (Opatrný, [online]).

### **Spirituální péče může být poskytnuta příbuzným:**

- kteří sami psychicky špatně nesou nemoc či odloučení blízké osoby;
- kteří těžko hledají slova při komunikaci s nemocným členem rodiny;
- kteří potřebují povzbudit při provázení nemocné či umírající blízké osoby;
- kteří potřebují vědět, že udělali pro svého blízkého maximum a že za jeho situaci (smrt) nemohou;
- kteří zažívají emoční chaos vyvolaný ztrátou blízké osoby;
- kteří se potřebují přeladit, spočinout či načerpat novou sílu... .

### **Spirituální péče může být poskytnuta zdravotnickému personálu:**

- který se cítí vyčerpaný, podrážděný či sklíčený;
- který postrádá pocit bezpečí a spokojenosti při práci v týmu na pracovišti;
- který pocituje nebo na nějž doléhají osobní či rodinné starosti, které komplikují pracovní výkon;
- který neodkladně potřebuje z různých důvodů podporu od druhého člověka ... (Opatrný, [online]).

#### **8.4.2 Duchovní služba**

**Duchovní služba** je součástí komplexní péče o pacienta. Odpovídá na duchovní potřeby pacientů, které má každý člověk bez rozdílu vyznání či náboženského



přesvědčení. V období nemoci si lidé ve zvýšené míře kladou existenciální, duchovní a náboženské otázky o smyslu života nebo o smyslu nemoci apod. Tyto otázky probouzejí touhu po sdílení s druhým člověkem. Na tyto potřeby reaguje **profesionální duchovní služba**, nejčastěji se jedná o nemocniční kaplany, pastorační asistenty, jáhny, kteří jsou součástí multidisciplinárního týmu pracovníků nemocnice. Duchovní služba slouží všem pacientům bez rozdílu vyznání či světového názoru, ale i jejich blízkým a rovněž pracovníkům nemocnice. Duchovní službu poskytují kvalifikované osoby, které mají na poskytování své služby příslušné teologické vzdělání, obvykle na magisterském stupni. Existuje Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice (příloha č. 4).

Členové duchovní služby nabízejí pacientům, jejich příbuzným i zdravotnickému personálu nemocnice osobní setkání a rozhovor, lidskou blízkost a doprovázení v době nemoci, hledání cest, jak důstojně zvládat obtížnou situaci, překonávat osamění a hledat motivaci, porozumění a naději. Pacientům, kteří o to projeví zájem, nabízí četbu Bible či jiné duchovní literatury, duchovní rozhovor, modlitbu a požehnání a zprostředkování svátostí a obřadů. Pokud o to pacient požádá, zprostředkuje kaplan i návštěvu duchovního podle pacientova přání a vyznání.

Pro poskytování duchovní služby v nemocnici je třeba zajistit nejen personální, ale i **materiální a provozní podmínky**:

- prostředí s dostatkem soukromí a nerušené možnosti pro poskytování spirituální péče (místo pro vedení náboženských obřadů, rozhovor duchovního s pacientem);
- kaple, pokud je, měla by být ekumenická; „prostor ticha“ pro udělování svátostí, ale také pro rozjímání (nemocní, příbuzní, personál);
- zajistit školení personálu zabývající se problematikou duchovních potřeb, odlišnosti poskytované péče u lidí různého náboženského vyznání;
- materiální vybavení pro uspokojení duchovní potřeby, např. náboženská literatura;
- duchovní podpora zdravotníků;
- zařazení představitelů spirituální péče (nemocniční kaplan a pastorační asistentka) do multidisciplinárního týmu pečujícího týmu;



- informační materiály o spirituální péči nacházející se na pokoji pacienta, (např. součástí informačního materiálu o chodu oddělení) nebo na nástěnkách (upraveno dle Grebíková, 2014. s. 17).

### Duchovní služba:

- hlásá a brání jedinečnou hodnotu a důstojnost každého člověka;
- zastává se těch, kteří se cítí bezmocní;
- duchovní služba se snaží nemocnému pomoci důstojně zvládat své utrpení;
- je nabízena všem pacientům bez ohledu na vyznání - **není vnucována!**
- úroveň a intenzita se řídí přáním nemocného, momentálním zdravotním stavem a jinými životními okolnostmi.



## 8.5 Etické aspekty péče

I když jsou tyto texty zaměřeny na potřeby a hodnoty člověka, považujeme za vhodné zmínit alespoň některé základní pojmy vztahující se k etickým aspektům péče. Poskytujeme-li kvalitní a profesionální péči nelze oddělit chování a přístup k pacientovi/klientovi a jeho nejbližším, které s etickými aspekty souvisí.

### 8.5.1 Vymezení pojmů

Při své práci by se sestra měla řídit **Mezinárodním etickým kodexem pro sestry**, který byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (International Council of Nurses, dále jen ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován. Dosud poslední revize byla provedena v roce 2000. K Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN) se hlásí i české sestry, a to prostřednictvím České asociace sester, jejím presidiem byl kodex přijat a od 19. března 2003 nabyl platnosti (Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester, s. 1 [online]). V případě identifikace lidských potřeb a jejich uspokojování je etický přístup sestry nezbytný, mnohdy "pracuje" s velmi citlivými informacemi. Sestra tráví s pacientem hodně času, pacient se jí svěřuje a důvěřuje jí. Nemocný ji



někdy pustí do "svého vnitřního světa", proto by neměla jeho důvěru zklamat. Níže zmíníme některé důležité pojmy, které souvisí s etickým přístupem. Zvláště ní pozornost budeme věnovat **lidské důstojnosti**, protože respektování lidské důstojnosti považujeme za klíčové při navazování vztahu k pacientovi/klientovi.

### **Etika**

*"Etika je filosofická disciplína, která se snaží převést všechno to, co známe jako mravní povinnosti, ctnosti, pravidla nebo hodnoty, na společný kořen (základ). Také se zabývá správným uspořádáním lidských skutků na základě rozumových pravidel"* (Příkaský, 2000, s. 8). Zjednodušeně můžeme říct, že je to nauka o mravnosti, nauka o správném jednání. Etika zkoumá morálku a hledá všeobecnou zásadu, která by člověku ukazovala, co má dělat, o co v životě má usilovat, čeho si má vážít a jak se má chovat k jiným. Etika si žádá, abychom byli lidmi pro lidi. Pro etický pohled je hlavní, jak člověk chápe, prožívá, volí a také činí dobro a zlo. (Příkaský, 2000, s. 7-8).

### **Morálka**

je soustava pravidel lidského jednání (etika je filosofická disciplína, která tato pravidla zkoumá - není to totéž). Slovo morálka se více používá v souvislosti s normami Bible, zatímco etika se opírá o rozum a zkušenosti (Příkaský, 2000, s. 8).

### **Odpovědnost**

je důležitý etický princip. Některé etické kodexy se zaměřují na odpovědnost jako na centrální koncepci morálky. Jan Sokol (1998, s. 334) považuje odpovědnost za schopnost, ochotu, resp. povinnost člověka přičítat si a nést následky svých činů i činů druhých lidí. V praxi to pak znamená odpovídat za sebe, své děti, zaměstnance, předky atd. Je to jeden ze základních rysů lidství a podmínka svobodné společnosti. Odpovědnost je znakem vyzrálosti jedince a projevuje se schopností nést důsledky za svá rozhodnutí a jednání - za to co udělal nebo také neudělal a udělat měl, co řekl nebo také neřekl a říci měl (Krátká, 2010, s. 28-29). V praxi všeobecné sestry je odpovědnost důležitým předpokladem k výkonu profese.



### Prosociálnost

je zaměřena na pomoc nebo prospěch jiných osob bez očekávání odměny nebo protislužby a nevyplývá ze služebních povinností jedince. Formy prosociálního chování: darování; sympatie a porozumění; pomoc při dosažení určitého cíle (fyzická, rada...); nabídka ke spolupráci; podpora. "*Prosociálnost se v odborné literatuře definuje jako chování, které má být užitečné druhé osobě, skupině lidí nebo sociálnímu cíli, bez toho, že by se předem očekávala odměna*" (Motyčka, Vaněk P., Vaněk D. a Bartoňková, 2002, s. 7).

### Svědomí

je praktický úsudek, kterým člověk poznává, zda konkrétní jednání, které zamýšlí vykonat, právě uskutečňuje nebo vykonal, je mravně dobré nebo špatné (Příkaský, 2000, s. 43).



### 8.5.2 Důstojnost

Pokud poskytujeme profesionální péči, měli bychom postupovat tak, abychom zachovávali a posilovali důstojnost člověka. Důstojnost je něco, co náleží každému člověku. Slovo důstojnost pochází z latinského *dignus* či *dignita*. Význam těchto slov charakterizuje jistou povinnost respektu k tomu, abychom byli hodni úcty a pocty (Heřmanová et al., 2012, s. 71).

Uvědomujeme si, že člověk, který přichází do nemocnice, má svou minulost a ve většině případů byl zvyklý žít aktivním a nezávislým životem. Můžeme předpokládat, že tento člověk bude mít strach ze ztráty autonomie a ze závislosti na pomoci jiné osoby. Pacienti/klienti mnohdy tento strach považují za nejtěžší změnu, se kterou se museli vyrovnat během adaptačního procesu v rámci jejich hospitalizace. Klíčovým aspektem lidské důstojnosti je autonomie. Pokud ji budeme chtít posílit, budeme se ptát pacienta/klienta na jeho vlastní názor, budeme ho motivovat ke spolupráci a podporovat možnost nezávislé volby sám za sebe (Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 27).

Respekt k lidské důstojnosti při poskytování kvalitní a profesionální ošetrovatelské péče je nezbytný. Důstojnost každý člověk chápe jinak, její pojetí si utváří





jedinec na základě několika aspektů, např. mravních principů a zásad; tradic kultury, ze které vychází a je její součástí; životních postojů a hodnot; postojů ke zdraví, úctě k životu; empatii... .

*„Důstojnost patří k základním hodnotám lidské existence a považuje se za nejvyšší hodnotu související s kvalitou života pod-míněnou zdravotním stavem, zdravotním postižením a poskytováním zdravotnických či sociálních služeb“* (Kalvach, 2010, s. 25).

V dnešní době spojení slov lidská důstojnost mnoho lidí chápe jako úctu. Popisujeme čtyři základní druhy důstojnosti dle projektu *„Důstojnost a starší Evropané“*, který vznikl v roce 2003. První tři druhy a sice, **důstojnost zásluh**, **důstojnost mravní síly a důstojnost osobní identity** jsou popisovány jako součást denních prožitků a pocitů jednotlivých osob. Čtvrtý druh Menschenwürde je popsán jako hodnota lidských bytostí (Kalvach, 2010, s. 25; Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 13). **Důstojnost zásluh** je to, čeho lidé během svého života dosáhli, a to včetně společenského postavení. Důstojnost v tomto kontextu utváří funkce nebo role, kterou člověk vykonává (např. pokud je člověk lékařem, lidé si jeho postavení váží a uznávají jej) (Benešová, 2016, s. 13). Důstojnost zásluh je pro každého člověka velmi důležitá, především však pro lidi vyššího věku a pro umírající, kteří obvykle na sklonku života bilancují a potřebují vidět, že jejich život měl a má smysl. **Důstojnost mravní síly** - základem tohoto typu důstojnosti je mravní autonomie a integrita člověka. Tento typ důstojnosti pocítují především lidé, kteří se během svého života řídili svými morálními zásadami. Pokud se člověk z nějakého důvodu chová v rozporu s vlastními morálními zásadami, může ztratit sebeúctu. Tento typ důstojnosti je odrazem chování člověka. **Důstojnost osobní identity** - jedná se o to, jak člověk sám sebe vnímá, nejpodstatněji v souvislosti se stářím, souvisí se sebeúctou. Tento typ důstojnosti může narušit nevhodné chování okolí k subjektu, mluvíme o škodách páchaných na člověku (fyzických i psychických). V případě důstojnosti osobní identity klademe důraz na integritu, především na vědomí vlastního *Já*. Dalšími články integrity jsou: fyzická identita, schopnost najít smysl vlastního života a schopnost integrovat se do kolektivů. Pokud se u nás vyskytuje důstojnost lidské identity, vypoovídá to o úplnosti naší osoby. Výsledkem úplné lidské bytosti je snadnější cesta k nalezení smyslu života jednotlivých osob. Další schopností, kterou disponuje



člověk s důstojností osobní identity, je schopnost tvořit smysluplný obraz vlastního života a schopnost vyprávět o svém životě v pozitivní rovině. **Hodnota lidských bytostí** (Menschenwürde) apeluje na nezcizitelnost hodnot lidské existence a utváří požadavky na úctu mezi všemi lidskými bytostmi bez ohledu na jejich sociální, psychologický a fyzický stav. Základním kamenem tohoto typu důstojnosti je tedy pojem lidství. Lidství se v tomto kontextu charakterizuje jako něco, o co nemůžeme být připraveni, ani o něj nemůžeme přijít (Kalvach, 2010, s. 25; Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 12-13).

### **Přístupy přispívající k zachování lidské důstojnosti:**

- poskytovat individualizovanou péči a podporu;
- přizpůsobit péči potřebám a životnímu stylu nemocného/klienta;
- zachovávat společenské postavení pacientů/klientů, a to i v případě duševního nebo tělesného onemocnění;
- neuvádět nikoho do situace, která by mohla vést k případnému selhání;
- před ostatními nezdůrazňovat nedostatečnost nebo nezpůsobilost;
- dávat člověku najevo, že má svou hodnotu;
- podporovat a zachovávat autonomii jedince;
- povzbuzovat a podporovat pacienty/klienty k vlastní volbě a rozhodování;
- respektovat individuální zvyky a hodnoty;
- projevovat takt;
- informovat předem o ošetrovatelských úkonech a získávat k nim souhlas;
- podporovat účast na péči o nemocného/klienta rodiny a blízkých;
- při všech ošetrovatelských činnostech s pacientem/klientem mluvit, případně vysvětlovat co a proč děláme;
- dopřát dost času nemocnému/klientovi, nespěchat;
- respektovat hranice schopností každého jedince;
- nevykonávat činnosti, překračující odbornou způsobilost;
- chovat se a reagovat zdvořile, projevovat nemocnému/klientovi úctu (bez ohledu na stres nebo únavu zdravotníka);
- nechovat se přezíravě nebo nevšímavě;
- nelhat;
- při vstupu na pokoj klepat;



- nemluvit o pacientovi/klientovi v jeho přítomnosti, jako by tam nebyl;
- zachovat si smysl pro humor (nikoli zesměšňovat a vysmívat se) atd. (Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 56).



### 8.5.3 Základní principy medicínské etiky

Na níže uvedených principech je založena kvalita ošetrovatelské péče.

#### Principy 1. řádu

- **Princip beneficence** - dobročinnosti - „Zdraví pacienta je nejvyšším zákonem“.
- **Princip non maleficence** - neuškodit druhému (pokud nemohu pomoci) - „Především neuškodit“.
- **Princip spravedlnosti** - poskytnout léčbu a ošetrovatelskou péči všem bez ohledu na věk, příslušnost, společenské postavení ... . „Při stejné potřebě, stejná péče“.
- **Princip autonomie, svébytnosti** - schopnost pochopit, rozlišit a zvážit různé alternativy (zajistit přiměřenou úroveň informovanosti pacienta, zajistit svobodu rozhodování, respekt lidské důstojnosti).

#### Principy 2. řádu

- **Pravdomluvnost.**
- **Věrnost, poctivost.**
- **Mlčenlivost.**
- **Důvěryhodnost.**

#### Etický kodex

#### Práva pacientů (včetně Charty práv hospitalizovaných dětí)

#### 8.5.4 Uspokojování spirituálních a psychosociálních potřeb

Současná sestra poskytuje laskavou, humánní péči, která je soustředěna na pacienta, nikoli na jeho lůžko nebo diagnózu. Předpokladem takto chápané péče je uplatnění specifických aspektů pro ošetrovatelskou péči. M Simone Roach je stanovila jako **Five Cs as values of caring** (Pět C jako hodnoty péče). Jedná se



o *Compassion* (slitování, soucit), *Competence* (schopnosti, kvalifikace), *Confidence* (důvěra), *Conscience* (svědomí) a *Commitment* (závazek) (Tschudin, 2002, s. 32).

Při identifikaci a uspokojování potřeb je třeba vytvořit prostředí, které je pro pacienta bezpečné a důvěřuje personálu. Spirituální a psychosociální potřeby jsou velmi osobní, pacient/klient má někdy problém o nich hovořit, proto svým citlivým a chápavým přístupem mu pomůžeme sdělit jeho pocity. Při získávání anamnézy v této oblasti věnujeme pozornost formulaci otázek, a to podle osobnosti a individuality nemocného/klienta. Není vhodné začínat dotazy typu: "Jste věřící?" "Chodíte do kostela?", jak to někdy vidíme v praxi. Informace o konání bohoslužeb nebo duchovní službě by měly být dostupné v materiálech pro pacienty, případně na nástěnkách.

Někdy si pacient/klient přeje rozhovor s knězem, úlohou sestry je připravit pacienta a prostředí.

**Příprava pacienta** spočívá v zajištění potřeby hygieny, vyprázdnění, najedení, napití, čisté oblečení a osobní úprava. Přeje-li si pacient přijmout návštěvu v šatech a např. v křesle, a pokud to zvládne a nejsou zdravotní překážky, vyhovíme mu.

**Příprava prostředí** - sestra zajistí soukromí (dle zdravotního stavu pacienta a možností oddělení). Prostředí by mělo být čisté. Je vhodné připravit židli pro kněze, případně stolek prostřený bílou rouškou. Kněz obvykle uděluje svátosti (smíření, přijímání, pomazání nemocných...), potřebuje si umýt ruce, připravíme čistý ručník.

Zeptáme se kněze, zda můžeme ještě nějak pomoci, a kde nás v případě potřeby najde. Zajistíme, aby na pokoj (do místnosti) po dobu jeho přítomnosti nikdo nevstupoval.

### **Zásady profesionálního chování:**

- adaptivní a respektující důstojnost člověka a práva pacienta/klienta;
- preferovat zájmy a potřeby pacienta/klienta, stavět je nad své vlastní;



- chovat se stejně ke všem, bez ohledu na vztah, který si k pacientovi/klientovi vytvoříme;
- v přítomnosti pacienta/klienta kontrolovat své chování;
- mít sociální schopnosti - umět navázat kontakt, efektivně komunikovat, získat důvěru a nezklamat ji ...;
- autoregulační schopnosti;
- dodržovat normy a kodex zdravotnického pracovníka.

### Příklady otázek pro pacienta při získávání anamnézy spirituálních potřeb:

- *Jak se Vám daří? Jak se cítíte?*
- *Jak hodnotíte svůj současný stav?*
- *Jste spokojený(á) se způsobem léčby a ošetrovatelské péče?*
- *Rozumíte všemu, co Vám sestry a lékaři říkali? Mohu Vám něco vysvětlit?*
- *Je něco, co Vás znepokojuje? Máte z něčeho obavy? Dokážete své pocity popsat?*
- *Důvěřujete sestram a lékařům?*
- *Máte nějaká přání?*
- *Co Vám dělá radost? Na co se těšíte?*
- *Byl(a) jste již někdy v takové situaci? Pokud ano, co Vám pomohlo?*
- *Co Vám pomáhá, když je Vám v životě těžko?*
- *Je někdo (něco), oč se můžete opřít?*
- *Věříte tomu, že Vám bude lépe?*
- *Mohu někomu zatelefonovat (někoho pozvat, něco zajistit)?*
- *Co pro Vás mohu udělat? Mohu Vám nějak pomoci?*



### 8.6 Kategorie ošetrovatelských diagnóz

Problémy vztahující se k zajištění psychosociálních potřeb jsou zahrnuty v NANDA-International 2015-2017 např. v **Doméně 1 Podpora zdraví**, diagnózy Třídy 2 Management zdraví, např. *Syndrom křehkosti ve stáří (00257)*, *Noncompliance (00079)*, v **Doméně 5 Percepce/kognice**, diagnózy Třídy 4 Kognice, např.



ošetrovatelská diagnóza *Labilní ovládnání emocí (00251)*, v **Doméně 5 Sebepercepce** - téměř všechny ošetrovatelské diagnózy, v **Doméně 7 Vztahy mezi rolmi**, diagnózy Třídy 1 Role pečovatelů, např. ošetrovatelská diagnóza *Narušení rodičovství (00056)*, *Riziko narušení rodičovství (00057)*, diagnózy Třídy 2 Rodinné vztahy, např. ošetrovatelská diagnóza *Riziko narušení vztahu (00058)*, *Narušené procesy v rodině (00060)*, diagnózy Třídy 3 Plnění rolí, např. ošetrovatelská diagnóza *Neefektivní vztah (00223)*, *Konflikt rodičovských rolí (00064)*, *Zhoršená sociální interakce (00052)*, v **Doméně 9 Zvládnání/tolerance zátěže**, diagnózy Třídy 1 Posttraumatická reakce, např. ošetrovatelská diagnóza *Stresový syndrom z přemístění (00114)*, diagnózy Třídy 2 Reakce na zvládnání zátěže, téměř všechny ošetrovatelské diagnózy, v **Doméně 10 Životní principy**, diagnózy Třídy 2 Přesvědčení a Třídy 3 Soulad hodnot/přesvědčení/jednání - téměř všechny ošetrovatelské diagnózy, v **Doméně 12 Komfort**, diagnózy Třídy 3 Sociální komfort, např. ošetrovatelská diagnóza *Sociální izolace (00053)*. (Nanda International, 2015-2017).



### Kontrolní otázky:

1. *Znáte práva hospitalizovaných dětí? Vyjmenujte alespoň 5 z nich.*
2. *Je možné dodržet princip spravedlnosti v péči o nemocné?*
3. *Jak připravíte prostředí v nemocnici pro návštěvu kněze u nemocného?*
4. *Jak vysvětlíte "důstojnost zásluh" a jak ovlivňuje přístup k pacientovi/klientovi?*



### Úkoly:

1. *Vyhledejte a seznamte se s etickými kodexy zdravotnických pracovníků.*
2. *Popište svými slovy, co znamená chovat se k pacientovi s úctou.*
3. *Vysvětlete princip non-maleficence.*
4. *Uveďte příklad prosociálního chování zdravotníka.*
5. *Zpracujte pracovní list č. 10.*



### Doporučená literatura:

BAŠTECKÁ Bohumila, Jan MACH a kol., 2015. *Klinická psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0617-0.

*Dohoda mezi ČBK a ERC. Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice*, v platném znění [online]. Praha, 20. listopadu 2006. [cit. 7. srpna 2018]. Dostupné z: <https://www.nemocnikaplan.cz/o-nas/dohoda-mezi-erc-a-cbk>.

*Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online], [cit. 2018-08-14]. Dostupné z: [https://www.mediclinic.cz/files/repository/20/files/Kodex\\_sestra.pdf](https://www.mediclinic.cz/files/repository/20/files/Kodex_sestra.pdf)

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3625-9.

GREBÍKOVÁ, Magdalena, 2014. *Uspokojování spirituálních potřeb v nemocnici*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Natálie Beharková.

KALVACH, Zdeněk, 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.

KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Zlín: UTB. ISBN 978-0-7318-643-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1992. *Bolest*. Brno: IDVP.

MOTYČKA, Pavel, Petr VANĚK, David VANĚK a Hana BARTOŇKOVÁ, 2002. *Psychologická čítanka aneb vybrané kapitoly z psychologie*. Olomouc: Vzdělávací nadace Jana Husa. Bez ISBN.

MURRAY, Ruth Beckmann a Judith Proctor ZENTNER, 1989. *Nursing Concepts for Health Promotion*. London: Prentice-Hall. S. 336. ISBN 013-627-662-8.

OPATRŇÝ, Aleš, 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Praha: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-269-1.

OPATRŇÝ, Aleš. *Péče o existenciální a spirituální potřeby pacienta*. [online], b. r. [cit. 2018-08-06]. Dostupné z: <https://www.nemocnikaplan.cz/clanky/o-praci-kaplana/pece-o-existencialni-a-spiritualni-potreby-pacienta-2>.



*Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*, 2014. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4334-0.

SOKOL, Jan, 1998. *Malá filozofie člověka a Slovník filosofických pojmů*. Praha: Vyšehrad. 389 s. ISBN 80-7021-253-5.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠAVRŇOVÁ, Petra, 2015. *Potřeby nemocného v terminálním stadiu*. Bakalářská práce. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Veronika Kusínová.

ŠOLTÉZ, Jozef a Ladislav ŠOLTÉZ, 1998. *Ošetrovatelská etika I*. Martin: Osveta. s. 41-46. ISBN 80-217-0594-9.

TRACHTOVÁ Eva a kolektiv, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. NCO NZO. ISBN 978-80-7013-553-2.

TSCHUDIN, Verena, 2003. *Ethics in Nursing. The Caring Relationship*. 3. vydání. London: Elsevier. ISBN 0-7506-5265-9.

Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákony pro lidi*. [online], [cit. 2018-08-06]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>





## 9 IDENTIFIKACE A USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB U ČLOVĚKA S OHLEDEM NA KULTURNÍ ZVLÁŠTNOSTI



Klíčové pojmy:

kultura, kulturní šok, zvyklosti, tolerance, akceptace, důstojnost



Po prostudování kapitoly budete:

- umět vysvětlit pojmy vztahující se ke kultuře;
- umět vysvětlit, co je "kulturní šok";
- chápat specifické potřeby pacientů/klientů odlišných kultur;
- znát specifika při uspokojování jednotlivých potřeb v souvislosti s kulturami;
- vědět, jak získáte kulturní kompetence.



### 9.1 Vymezení pojmů

Každý člověk je ovlivněn kulturním prostředím, ve kterém žije, pracuje nebo studuje, učí se, co od něj společnost vyžaduje. *"Během života se stáváme v rámci "stejně" kultury členy nejrůznějších podskupin (subkultur). Tyto podskupiny mají svá vlastní vnitřní pravidla a zvyky, kterými se odlišují od většinových kulturních norem a kladou na své členy určité nároky"* (Kutnohorská, 2013, s. 13). Nejdříve vymezíme některé související pojmy.

- **kultura** - (lat. *cultura*, „co je třeba pěstovat“) označuje v užším slova smyslu soubor vybraných a tvůrčích lidských činností (např. literatura, umění, divadlo, náboženství, případně i vzdělávání). V širším smyslu, zejména ve společenských vědách, je to systém všech významů, činností a vzorců chování, které si člověk osvojuje až jako člen společnosti, kde se tato kultura pěstuje a předává (např. jazyk, vědění, náboženství, umění,



právo, morálka nebo zvyky). Kultura tedy zahrnuje všechno to, s čím se člověk nerodí, ale také:

- co se musí naučit, aby se stal platným členem své společnosti;
- co sám většinou nevytváří, nýbrž přejímá od starších;
- co je často anonymním, nastřádaným dílem mnoha generací;
- co se udržuje tím, že se o to lidé starají a pečují (předávají);
- co dané společenství spojuje a zároveň odlišuje od jiných.

Kultura se dá přirovnat k cibuli ("kulturní cibule"), dělíme na vrstvy:

- **zevní vrstva** (slupka), představuje řeč, stravu, oblečení (okamžitě viditelné a vnímatelné);
- **střední vrstva** - normy a hodnoty, odhalí se pomaleji až v kontaktu s kulturou, odhaluje se co je správné a špatné, dobré a zlé, rituály při pozdravu... ;
- **vnitřní vrstva** (jádro) obsahuje základní hodnoty a otázky existence (právní systém, sociální zabezpečení...) (Kutnohorská, 2013, s. 22-23);

Kultura zahrnuje morálku, zákony, zvyky, obyčeje usměrňující myšlení člověka v rozhodování i činnosti;

- **dominantní kultura** - hlavní kultura obyvatelstva, zahrnuje jazyk, chování, náboženství, hodnoty, rituály, které bývají často normou pro společnost. Dominantní kultura má obvykle (ne vždy) na určitém území převahu (majorita, majoritní společnost);
- **subkultura** (minorita, minoritní společnost) odlišnost, svébytnost od dominantní společnosti, utváří se na základě původu, národnosti, etnické příslušnosti, členové subkultury jsou nositeli specifických vzorců chování, minoritní národnostní skupiny se obvykle soustřeďují na určitém území (čtvrti), kde následně vytvářejí majoritní skupinu;
- **etnicita** - souhrn vlastností či znaků vymezujících etnikum, je spojena s prvky kultury (Kutnohorská, 2013, s. 17);
- **multikultura**

*"Multikulturalismus je systém přesvědčení a chování, které uznává a respektuje přítomnost všech rozmanitých skupin v organizaci či společenství, oceňuje a váží si jejich společensko-kulturních odlišností a podporuje a umožňuje jejich trvalé podílení se na životě společnosti v rámci in-*



*kluzivního kulturního kontextu, díky němuž je ovšem umožněno uplatnění se v rámci organizace společnosti" (Kutnohorská, 2013, s. 15);*

– **transkultura**

Transkulturalismus „staví do centra pozornosti nikoliv kulturu, ale obousměrnou interakci a komunikaci mezi majoritní společností a cizími minoritními skupinami“ (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 40).

## 9.2 Multikulturní péče

Vzhledem k velké migraci obyvatelstva se můžeme setkat ve všech typech zdravotnických zařízení s klienty různých kultur. Je nezbytné, abychom měli alespoň základní vědomosti o potřebách pacientů těchto minoritních skupin. Jedině tak můžeme plnit své ošetrovatelské cíle s ohledem na klienta a můžeme pochopit jeho jednání. Při ošetrovatelských aktivitách často narušujeme osobní zónu pacienta/klienta a to může být překážkou pro spolupráci a záminka k nedorozumění nebo dokonce ke konfliktu. „Každá kultura má své pojetí zdraví a nemoci“ (Kutnohorská, 2013, s. 13). Určité kulturní zvyklosti musíme v rámci možnosti akceptovat a pomáhat tak pacientovi a jeho rodině překonat těžkosti spojené s onemocněním, především s hospitalizací.

Ošetrování klientů jiných národností a kultur vyžaduje nejen odlišnost v přístupu, ale i v posuzování potřeb. V ošetrovatelském procesu se uplatňuje emocionální inteligence zdravotníka, který by měl správně zhodnotit situaci a umět rozlišit deficit potřeb od projevů kulturní odlišnosti.

***Odlišné jednání a chování klienta bychom neměli posuzovat podle našich hledisek a neměli bychom je považovat za patologii.***

Multikulturní péče se zabývá podrobnou holistickou kulturní péčí, zdravím a znaky chorob jedinců nebo skupin s respektováním rozdílných a společných znaků v kulturních hodnotách, vírách a praktikách (M. Leiningerová).

### **Cíle multikulturní péče:**

- dodržovat a respektovat práva pacienta;
- uspokojit potřeby pacienta v co nejvyšší míře;
- zamezit diskriminaci pacienta a jeho rodiny;
- chránit pacienta před vznikem kulturní bolesti.



### 9.2.1 Kulturní šok

Pojem „kulturní šok“ užívají antropologové k popsání pocitů desorientace a stresu, které zakoušejí lidé vstupující do neznámého kulturního prostředí (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 30).

Patří mezi přirozené reakce u lidí na nezvyklé nebo neznámé situace, kteří pobývají v cizím prostředí - v nemocnici. Člověk prožívá pocit - být cizí, nikam nepatřit. Selhávají předcházející způsoby chování, vzniká zde nejistota, strach, úzkost z neznámého jazyka, neznámých zvyklostí, neznalosti systému lékařské a ošetrovatelské péče majoritní společnosti. Neví, jestli se může spolehnout na ošetrující personál nebo jestli dobře rozuměl instrukcím. Potřeby těchto nemocných se liší různou intenzitou ve všech oblastech.

Kulturní šok je vlastně psychická reakce člověka na neobvyklé situace, ve kterých ztrácí efektivnost jeho předcházející způsoby chování (Vito, 2001, dle Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 158).

Kulturní šok se odehrává ve čtyřech fázích:

- **1. fáze fascinace** novými lidmi a novou kulturou;
- **2. fáze krize** (období, kdy člověk začne mít problémy - je nutné si uvědomit, že člověk novou kulturu začne poznávat teprve tehdy, když dostane krizi pod kontrolu);
- **3. fáze poznání** - člověk se učí zvládat určité situace, poznává kulturu;
- **4. fáze přizpůsobení se** - člověk se těší z nové kultury, váží si jí i lidí kolem (Oberg, 1960, dle Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 158).

### 9.2.2 Několik doporučení

Ošetrující personál by se neměl nechat ovlivnit **předsudky** (negativní stereotypy). Předsudek obsahuje záporné hodnocení nebo odsouzení a je projevem negativního vztahu. Předsudky jsou velmi nebezpečné (Kutnohorská, 2013, s. 32).

#### **Rady pro péči o pacienty/klienty odlišných kultur**

Předpokladem dobré péče je:

- najít vhodný způsob komunikace;
- rozpoznat a vážit si kulturních odlišností;



- chápat kulturní důvody chování pacienta;
- naslouchat a učit se dříve, než začneme radit;
- vcítovat se do klientů odlišné kultury;
- projevovat úctu klientům a jejich kultuře;
- mít trpělivost;
- analyzovat své chování (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 162-163).

Základem úspěchu dosažení cílů péče je efektivní komunikace. Nelze uvést všechny zvláštnosti v komunikaci, tak alespoň minimální doporučení:

- dodržujte tzv. komunikační etiketu, někdy její nedodržení je horší, než neschopnost použít jazyk (pro některé kultury je zásadní chování);
- způsob oslovování - zjistěte, jak si přeje být oslovován, ale také sdělit, jak má klient oslovovat Vás, sdělit i své funkční zařazení;
- zjistěte, jakým jazykem se můžeme domluvit - nakolik ovládá klient, nakolik Vy;
- používejte slovník (jestliže se na oddělení často vyskytují etnika, pořídit ho);
- naučte se v jazyku klienta alespoň pozdrav, poděkování - prokazujete mu tím úctu;
- navod'te klidnou atmosféru;
- pamatujte, že hlavní oblastí komunikace je Váš obličej, oči, ústa;
- mluvte pomalu, zřetelně, dělejte pomlky;
- použijte gesta, obrázky, piktogramy - pozor na nevhodné nonverbální projevy;
- nabídněte tužku a papír k vyjádření pocitů - obrázek;
- využíváte-li tlumočnicka - nechte čas na seznámení s klientem, používejte krátké věty, nechte dostatek času na přeložení sděleného;
- někdy jsou v roli tlumočnicka rodinní příslušníci (např. u Vietnamců často muž umí česky).



### 9.2.3 Co by měl zdravotník vědět

- projev úcty tykání - vykání (slovanské národy rozlišují vykání, prokazuje se větší úcta, např. v Anglii se úcta vyjádří oslovením Mr., Mrs., v Korei je např. podání věci oběma rukama, v Japonsku hlava se dostane níž, než hlava partnera -uklánění);
- Muslimové někdy tykají personálu, personál musí vždy vykat;
- používání titulů - v Čechách, Polsku, Slovensku, Rakousku, Německu si na ně lidé potrpí, jinak je tomu v Norsku, Dánsku, Švédsku, tituly moc nepoužívají, jen příjmení nebo dokonce jen jméno;
- pravda ve verbálním projevu - u Evropana je běžné říkat pravdu, pokud ne, tak se cítí amorálně, ale některé kultury, např. Vietnamci, Afgánci zastávají názor, že než pravdou urazit, raději lhát ...;
- rozdíly ve slovní zásobě - např. v češtině měsíce jsou pro cizince nepochopitelné, raději použít čísla měsíců;
- pozdrav - doplněno podáním ruky, polibek, obětí... Vietnamci podají pravici a levou ji ještě lehce stisknou. Je to vyjádření dobrých úmyslů a přátelství. V evropské literatuře však najdeme, že toto podání ruky a přiložení druhé je snaha o dominanci. Japonci se snaží, aby svou hlavu dostali níž než je hlava partnera;
- dotyky - Muslim se nesmí dotýkat cizí ženy. Pohlazení po vlasech a jiné dotýkání hlavy je považováno u Vietnamců za projev velké neúcty, dokonce i u dětí;
- noha přes nohu znamená pro Vietnamce projev nadřazenosti, zvláště pokud špička přehozené nohy ukazuje na partnera sedícího naproti;
- pro Muslimy je pravá ruka pro podání „čistých věcí“, levá ruka je pro ně „nečistá“ (Snopek, 2007, s. 23);
- pozor při ošetřování. Vietnamci, Japonci berou za projev úcty, pokud se podávají věci oběma rukama;
- Vietnamci jsou velmi uctiví, často se usmívají - úsměvem někdy vyjadřují rozpaky.



#### 9.2.4 Zvláštnosti při zajištění potřeby výživy

- **Vietnamci, Číňané** - upřednostňují měkkou teplou stravu, teplé tekutiny, zvláště čaj popíjejí celý den (termoska). Studené nápoje nepijí, ale slušnost jim nedovolí říct proč. Nesnášejí mléko a mléčné výrobky. Nepřejí si „dobrou chuť“. Základem pokrmu je teplá rýže, když jsou sytí, dají to na jevo tím, že trochu rýže ve své misce nechají. Zašpinění ubrusu či mlskání není neslušné, je to výraz spokojenosti a pochvaly hostiteli (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 197).
- **Muslimové** - vepřové maso, živočišný tuk a alkohol jsou přísně zakázány. Při podávání stravy používat pravou ruku. *Muslimové* v průběhu měsíce Ramadán nesmí jíst ani pít před západem slunce, staří lidé, nemocní a těhotné ženy jsou tohoto opatření zproštěni. Těžko chápou nutnost diety - dobré jídlo = brzké uzdravení, síla, všichni příbuzní se snaží přinést něco dobrého (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 221).
- **Židovské předpisy** ohledně stravy jsou velmi přísné - rituální způsobilost *kašrut*. Ideální je probrat s klientem. Je proto dobré s pacientem probrat co přesně se pojmem *košér* rozumí. Např. maso a mléčné výrobky se nesmějí konzumovat společně. Mléko a mléčné výrobky mohou být konzumovány pouze před jídlem, nebo šest hodin po tom, co bylo konzumováno maso. Co asi nedokážeme zabezpečit je skutečnost, že nádobí na přípravu masa musí být odděleno od nádobí na přípravu mléčných pokrmů. V literatuře můžeme najít zmínku o tom, že v některých zdravotnických zařízeních jsou k dispozici jídla košer. Jsou obvykle servírována na papírových talířích s plastickým nádobím, které je zapečetěné (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 187).

#### 9.2.5 Zvláštnosti při zajištění potřeby vyprazdňování a hygieny

- **Vietnamci** - hodně se stydí, je nutné zajistit maximální soukromí. Těhotné Vietnamky dodržují zvláštní hygienu - na čištění zubů používají slanou vodu. Osobní hygiena je pro vietnamské pacienty velmi důležitá. Nejraději ji provádějí sami. V případě nesoběstačnosti v hygieně, chtějí, aby jim pomáhal člen rodiny stejného pohlaví. Upřednostňují WC před použitím



močové láhve nebo podložní mísy (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 196).

- **Muslimové** - používají při toaletě levou ruku, očistné mytí je pro ně velmi důležité, včetně odstranění ochlupení. V případě nutnosti postačí pouze symbolické omývání. Normální hygienická péče nenahradí mytí rituální. Proto je možné, že muslimský pacient po hygienické péči projeví přání umýt se ještě jednou - rituálně. To je pro něj povinností, chce-li se v nemocnici modlit. Rituální omývání před modlitbou se nazývá „abdest“. Jde o rozsáhlý proces, s nímž je dobré při hospitalizaci počítat. Rituálně se omývajících osoba musí: třikrát omýt ruce až po zápěstí, třikrát očistit ústa vodou - nejlépe kartáčkem, třikrát očistit nosní dírky, třikrát omýt obličej, třikrát omýt pravé a pak levé předloktí, utřít si hlavu mokrou rukou, utřít si mokryma rukama krk, třikrát si umýt obě nohy po kotníky. V případě bandáží je stačí přejet mokrou rukou. Při modlitbě má obličej obrácen směrem k Mekce, vrhá se k zemi, dotýká se čelem koleny a lokty země - tyto pohyby mohou být nahrazeny pohyby očí. Pokud nemocný nesmí vstávat z lůžka, alespoň obrácen obličejem k Mekce. *Před modlícím se nemocným neprocházet* - přerušilo by se spojení s Mekkou, musel by začínat obřad celý znovu. Za zády může personál projít (Snopek, 2007, s. 18).

#### 9.2.6 Zvláštnosti při zajištění potřeby odpočinku a spánku

Rozmanitost je patrná i v oblasti spánku a přípravy k němu. Množství potřebného spánku se většinou shoduje, avšak vzorce a rituály se liší. Zdravotníci se tak v nemocnici mohou setkat s kulturními zvláštnostmi nočního chování. Většinou souvisí s různou dobou usínání a vstávání.

#### 9.2.7 Zvláštnosti při prožívání bolesti

Jeden z faktorů, který ovlivňuje vnímání bolesti je kultura člověka. Podněty vyvolávající u jednoho člověka nesnesitelnou bolest, mohou být druhou osobou snášeny poměrně klidně. Uplatňuje se zde způsob výchovy. V našem zdravotnickém prostředí jsme zvyklí hodnotit intenzitu bolesti podle jejích projevů navenek. Stejně je to např. v Polsku, na Slovensku, v Maďarsku. Pokud však kultura klade důraz na potlačení projevů bolesti je pro sestru velmi obtížné ji rozeznat.





### Několik příkladů projevů bolesti:

**Vietnamci** prožívají bolest klidně, mohou se i usmívat. Je pro ně projevem slabosti. Nepožádali by o analgetika, bojí se návyku. Vietnamci mají respekt před lékaři a sestrami (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 197).

**Romové** pocítují velký strach z bolesti a ze smrti, i když není jejich stav vážný. Snášejí bolest velmi špatně, zvláště ženy jsou velmi emotivní, nahlas sténají (Ivanová, Špirudová a Kutnohorská, 2005, s. 184).

**Arabové, Španělé** reagují na bolest dost bouřlivě, zvláště před rodinnými příslušníky.

**Japonci** spojují bolest s duchovní symbolikou, třeba bolesti břicha považují za duchovní nerovnováhu.

**Finové** jsou sice ochotni mluvit o bolesti, kterou prožívají, ale neprojevují ji na venek.

### Další zvláštnosti

**Muslimové** nemocný je v centru zájmu celé rodiny, povinností každého člena rodiny je navštívit nemocného. Společně se modlí, jedí, pokud by jim to umožnil zdravotnický personál, zůstali by i na noc. O nemoci bývá informována nejdříve rodina, pak klient (pacient je tak chráněn, lékař by mohl být obviněn, že vzal naději).

Ženu muslimku vyšetřuje jen lékařka a ošetřuje sestra, ne mužský personál.



### 9.2.8 Komunikační karty

Vyhledejte a prostudujte „komunikační karty“ a promyslete, jak je může zdravotník využít v interakci s pacientem/klientem odlišné kultury (níže)

[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/karty-pacienta\\_11625\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/karty-pacienta_11625_3.html)



### 9.3 Kategorie ošetrovatelských diagnóz

Problémy vztahující se k odlišné kultuře jsou zahrnuty v NANDA-International 2015-2017, a to prakticky ve všech doménách. Jako příklad můžeme uvést např. v **Doméně 1 Podpora zdraví**, diagnózy Třídy 2 Management zdraví, např. *Non-compliance (00079)*, v **Doméně 5 Sebepercepce** - téměř všechny ošetrovatelské diagnózy, v **Doméně 7 Vztahy mezi rolemi**, diagnózy Třídy 2 Rodinné vztahy, např. ošetrovatelská diagnóza *Riziko narušení vztahu (00058)*, *Narušené procesy v rodině (00060)*, diagnózy Třídy 3 Plnění rolí, např. ošetrovatelská diagnóza, *Zhoršená sociální interakce (00052)*, v **Doméně 9 Zvládání/tolerance zátěže**, diagnózy Třídy 1 Posttraumatická reakce, např. ošetrovatelská diagnóza *Stresový syndrom z přemístění (00114)*, diagnózy Třídy 2 Reakce na zvládání zátěže, téměř všechny ošetrovatelské diagnózy, v **Doméně 10 Životní principy**, diagnózy Třídy 2 Přesvědčení a Třídy 3 Soulad hodnot/přesvědčení/jednání - téměř všechny ošetrovatelské diagnózy, v **Doméně 12 Komfort**, diagnózy Třídy 3 Sociální komfort, např. ošetrovatelská diagnóza *Sociální izolace (00053)*. (Nanda International, 2015-2017).



#### Úkol:

1. Vyhledejte další zvláštnosti kultur, které se vyskytují ve Vašem regionu.
2. Vypracujte pracovní list č. 11, 11a.
3. Zpracujte minimálně 5 komunikačních karet pro klienty cizí národnosti.



#### Kontrolní otázky:

1. Co je to kulturní šok?
2. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u romského pacienta/klienta?
3. Kterou rukou podáte léky muslimovi?



**Doporučená literatura:**

KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Zlín: UTB. ISBN 978-0-7318-643-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2013. *Multikulturní ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-8582-0.

MZČR, Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky. [on-line] [citováno 2018-21-08]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/karty-pacienta\\_11625\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/karty-pacienta_11625_3.html)

SNOPEK, Petr, 2007. *Práce sestry v multikulturní společnosti*. Bakalářská práce. Zlín: UTB. Vedoucí práce Anna Krátká.

IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKA, 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1212-3.

TRACHTOVÁ Eva a kolektiv, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. NCO NZO. ISBN 978-80-7013-553-2.

Odborné databáze a periodika - aktuální články k dané problematice, např.:

*Profese on-line*;

PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>>.

Scopus: <http://www.scopus.com/>>.

Web of Science: <http://apps.isiknowledge.com>>.



## SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ

BARAGUE, Rémi, 2017. *Podstata člověka: O ohrožení lidské legitimacy*. Přeložil Josef Mlejnek. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. ISBN 978-80-7325-423-0.

BAŠTECKÁ, Bohumila, Jan MACH a kol., 2015. *Klinická psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0617-0.

BENEŠOVÁ, Adriana, 2017. *Lidská důstojnost a umírání*. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Anna Krátká.

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester, s. 1 [online]. [cit. 14. 8. 2018]. Dostupné z: [http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf).

*Dohoda mezi ČBK a ERC. Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice*, v platném znění [online]. Praha, 20. listopadu 2006. [cit. 7. srpna 2018]. Dostupné z: <https://www.nemocnicnikaplan.cz/o-nas/dohoda-mezi-erc-a-cbk>.

FRANKL, Viktor, E., 2006b. *Lékařská péče o duši*. Přeložil Vladimír Jochmann. Brno: Cesta. ISBN 80-7295-085-1.

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

GREBÍKOVÁ, Magdalena, 2014. *Uspokojování spirituálních potřeb v nemocnici*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Natálie Beharková.

HEŘMANOVÁ, Jana et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9.

IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKA, 2005. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1212-3.

KALVACH, Zdeněk, 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.



KALVACH, Zdeněk et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Zlín: UTB. ISBN 978-0-7318-643-2.

KRÁTKÁ, Anna, 2010. *Metakognitivní strategie jako prostředek rozvíjející odpovědnost studentů ošetrovatelství v průběhu klinické praxe*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra pedagogiky, 2010. Disertační práce. Školitel Vlastimil Švec.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1992. *Bolest*. Brno: IDVP.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2013. *Multikulturní ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-8582-0.

MAHONEY, David, 2000. *Moderní příručka dlouhověkosti*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0260-X.

MAHONEY FI, Barthel D "Functional evaluation: the Barthel Index." Maryland State Med Journal 1965;14:56-61.

MAREČKOVÁ, Jana, Jiří VEJVALKA a Kateřina IVANOVÁ. Závěry projektu - srovnání me-tod objektivního hodnocení sebezpečí a soběstačnosti. In Kudlová, P. (Ed.). Sociokulturní kontexty v ošetrovatelství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1424-4.

MASLOW, Abraham. H., 2014. *O psychologii bytí*. Přeložila Hana Antonínová. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0618-7.

MILFAIT, René, 2013. *Lidská práva osob s postižením, nevléčitelně nemocných a umírajících*. Druhé rozšířené vydání. Středokluky: Zdeněk Susa. ISBN 978-80-86057-85-9.

MKF- Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, 2008. České vydání © Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. Překlad Pfeiffer Jan a Olga Švestková. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1587-2.



MOTYČKA, Pavel, Petr VANĚK, David VANĚK a Hana BARTOŇKOVÁ, 2002. *Psychologická čítanka aneb vybrané kapitoly z psychologie*. Olomouc: Vzdělávací nadace Jana Husa. Bez ISBN.

MOUREK, Jindřich, 2005. *Fyziologie*. ISBN 80-247-1190-7.

MPSV, *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením* [on-line], 2006 [citováno 2018-30-06]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/28419>.

MURRAY, Ruth Beckmann a Judith Proctor ZENTNER, 1989. *Nursing Concepts for Health Promotion*. London: Prentice-Hall. S. 336. ISBN 013-627-662-8.

MZČR, Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky. [on-line] [citováno 2018-21-08]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/karty-pacienta\\_11625\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/karty-pacienta_11625_3.html)

NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy - Definice a klasifikace 2015-2017*. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

OLŠOVSKÝ, Jiří, 1999. *Slovník filozofických pojmů současnosti*. Praha: Erika. ISBN 80-7190-804-5.

OLŠOVSKÝ, Jiří, 2011. *Slovník filozofických pojmů současnosti*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4736-136.

OPATRŇÝ, Aleš, 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Praha: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-269-1.

OPATRŇÝ, Aleš. *Péče o existenciální a spirituální potřeby pacienta*. [online], b. r. [cit. 2018-08-06]. Dostupné z: <https://www.nemocnicnikaplan.cz/clanky/opraci-kaplana/pece-o-existencialni-a-spiritualni-potreby-pacienta-2>.

Ošetrovatelství - Výuka. *Multimediální trenážer plánování a ošetrovatelské péče*. on-line] [citováno 2018-19-08]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/edia/p5813.pdf>.

PIPEKOVÁ, Jarmila et al, 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozšířené vydání. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.

POKORNÁ, Andrea et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.



POKORNÁ, Andrea, 2018. *Komplexní přístup k problematice dekubitálních lézí - mýty a fakta*. Přednáška, Zlín 22. 02. 2018.

PŘÍKASKÝ, Jiljí, 2000. *Etika. Učebnice základů etiky*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 134 s. ISBN 80-7192-505-5.

*Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*, 2014. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4334-0.

ROGERS, R. Carl, 2014. *Způsob bytí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0597-5.

ROKYTA, Richard a kolektiv, 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

SCHOLZ, Pavel a Valérie TÓTHOVÁ, 2010. Humanistická péče dle modelu Margarety Jean Watsonové. *Kontakt*, 1/2010, 12: 34-38. ISSN 1212-4117.

SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.

SNOPEK, Petr, 2007. *Práce sestry v multikulturní společnosti*. Bakalářská práce. Zlín: UTB. Vedoucí práce Anna Krátká.

SOKOL, Jan, 1998. *Malá filozofie člověka a Slovník filosofických pojmů*. Praha: Vyšehrad. 389 s. ISBN 80-7021-253-5.

STAŇKOVÁ, Marta, 2001. *České ošetrovatelství 6 - Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-323-6.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7. dopl. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠKODA, Jiří, Slavomil FISCHER, Zdeněk SVOBODA a Ladislav ZILCHER, 2014. *Speciální pedagogika - Edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. E-kniha. Praha: Triton. ISBN 978-80-738-7792-7.



ŠAVRŇOVÁ, Petra, 2015. *Potřeby nemocného v terminálním stadiu*. Bakalářská práce. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Veronika Kusínová.

ŠOLTÉZ, Jozef a Ladislav ŠOLTÉZ, 1998. *Ošetrovatelská etika I*. Martin: Osveta. s. 41-46. ISBN 80-217-0594-9.

TOMAGOVÁ, Martina a Ivana BÓRIKOVÁ, 2008. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-270-0.

TRACHTOVÁ Eva a kolektiv, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. NCO NZO. ISBN 978-80-7013-553-2.

TSCHUDIN, Verena, 2003. *Ethics in Nursing. The Caring Relationship*. 3. vydání. London: Elsevier. ISBN 0-7506-5265-9.

ÚZIS. *Barthelové test*. [on-line] [citováno 2018-19-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/barthelove-test>.

WATSON, Jean, 2012. *Nursing. Human Caring Science. Second edicion*. Boston: Jones and Bartlett. ISBN 978-1-4496-2810-9.

WHO. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. České vydání © Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. Praha: Grada, 2001. ISBN 978-80-247-1587-2.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákony pro lidi. online*, [cit. 2018-08-06]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ZVONÍČKOVÁ, Marie, SVOBODOVÁ, Hana, 2005. Pomoc nemocnému při udržování žádoucí polohy vleže, vsedě, při chůzi, pomoc nemocnému při změnách polohy podle Virgine Hendersonové. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2005, ročník 1, číslo 3, s. 124-125.





## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Typické doprovodné příznaky bolesti	69
Tabulka č. 2	Krátká forma dotazníku McGillovy univerzity	74
Tabulka č. 3	Dotazník interference bolesti s denními aktivitami	74



---

## SEZNAM SCHÉMAT A OBRÁZKŮ

Schéma č. 1	VAS - Vizuální analogová škála	71
Schéma č. 2	VAS - Visual Analogue Scale (modifikace)	71
Schéma č. 3	Česká škála dle Křivohlavého	71
Schéma č. 4	Škála výrazů obličeje (v různých obměnách se používá především u dětí)	71
Obrázek č. 1	Konceptuální model bolesti J. Loeser, M. Cousins	69
Obrázek č. 2	Mapa bolesti	72



## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Pracovní listy

Příloha č. 2 Test soběstačnosti (IADL)

Příloha č. 3 Katzův index nezávislosti

Příloha č. 3 Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice



Příloha č. 1 Pracovní listy

### SEZNAM PRACOVNÍCH LISTŮ

- List č. 1 Klasifikace potřeb dospělého člověka**
- List č. 1a Klasifikace potřeb dítěte
- List č. 2 Soběstačnost člověka**
- List č. 3 Potřeba člověka v oblasti hygieny a oblékání - obecně**
- List č. 3a Potřeba člověka v oblasti hygieny a oblékání - žena, 30 let
- List č. 3b Potřeba člověka v oblasti hygieny a oblékání - kojeneček
- List č. 3c Prevence dekubitů - imobilní pacient
- List č. 4 Potřeby člověka v oblasti pohybu - dítě, 4 roky**
- List č. 4a Potřeby člověka v oblasti pohybu -
- List č. 5 Potřeba spánku a odpočinku - obecně**
- List č. 5a Potřeba spánku a odpočinku - senior
- List č. 6 Potřeba člověka v oblasti výživy - dospělý, soběstačný člověk**
- List č. 6a Potřeba člověka v oblasti výživy - kojeneček
- List č. 6b Potřeba člověka v oblasti výživy - dítě mladšího školního věku
- List č. 6c Potřeba člověka v oblasti výživy - nesoběstačný senior
- List č. 6d Potřeba člověka v oblasti výživy a hydratace - zdravá výživa
- List č. 7 Potřeba člověka při vyprazdňování**
- List č. 8 Potřeba člověka při bolesti - obecně**
- List č. 8a Potřeba člověka při bolesti - dítě, 8 let
- List č. 9 Potřeba člověka při dýchání**
- List č. 10 Duchovní potřeby**
- List č. 11 Potřeby klienta odlišné kultury**
- List č. 11a Specifika přístupu ke klientům Vietnamské národnosti



## PRACOVNÍ LIST č. 1

**Název: Klasifikace potřeb člověka**

**Úkol: Rozdělte potřeby dospělého člověka do kategorií (dle Maslowa)**

vyspat se; milovat; něčeho dosáhnout; dobře se učit; mít rád lidi; mít zázemí; vyprázdnit se; dýchat; mít kolem sebe uklizeno; napít se; mít dovolenou; zaběhat si; mít přátele; mít jistotu zaměstnání (zdroj příjmu); být zdravý; mít partnera/partnerku; namalovat obraz; upéct dort; uvařit oběd; umýt se; pomodlit se; jít na procházku; odpočinout si; nemít bolest; přečíst si knihu; ostříhat si nehty; navštívit rodiče; dosáhnout postavení v práci; bezpečně cestovat; být milovaný; dát najevo někomu, že na něm záleží; mít děti; chodit po schodech; rozhodnout se; cítit se bezpečně; důvěřovat někomu; zhubnout; zatančit si; učesat se; obléknout se; udělat zkoušku.

**Potřeby fyziologické**

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

**Potřeba jistoty a bezpečí**

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

**Potřeba lásky, sounáležitosti, přátelství**

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

**Potřeba úcty, respektu a uznání**

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

**Potřeba sebeaktualizace**

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

Jméno a příjmení studenta ..... Akademický rok .....



## PRACOVNÍ LIST č. 1a

**Název: Klasifikace potřeb člověka**

**Úkol: Rozdělte potřeby dítěte do kategorií**

mít teplo; ocenění úspěchu; mít důslednou výchovu; vyspat se; mít maminku a tatínka; mít možnost učit se; hrát si; být nasycen; běhat, skákat; vyprázdnit se; volně dýchat; mít kolem sebe čisto; mít kamarády; mít ochranu před nebezpečím; jít na procházku; odpočinout si; nemít bolest; být milovaná/ý; ložit; přijímat tekutiny (pít); vykoupat se; mít přiměřené ošacení; mít výživné jídlo přiměřené věku; být s vrstevníky; mít pečovatele; být stimulován/a; nemít žízeň; mít vlastní názor; snít a toužit po něčem; naučit se něco nového; důvěřovat; mluvit; zpívat; křičet; mít svou oblíbenou hračku; pohladit někoho.

**Potřeby fyziologické**

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

**Potřeba jistoty a bezpečí**

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

**Potřeba lásky, sounáležitosti, přátelství**

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

**Potřeba úcty, respektu a uznání**

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

**Potřeba sebeaktualizace, seberealizace**

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

Jméno a příjmení studenta ..... Akademický rok .....



## PRACOVNÍ LIST č. 2

**Název:** Soběstačnost člověka

**Úkol:** Vyjmenujte kompenzační pomůcky pro člověka s poruchou hybnosti

a) k usnadnění pohybu a sebepéče

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

b) který je upoutaný na lůžku

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

**Vyjmenujte testy soběstačnosti**

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

Jméno a příjmení studenta ..... Akademický rok .....







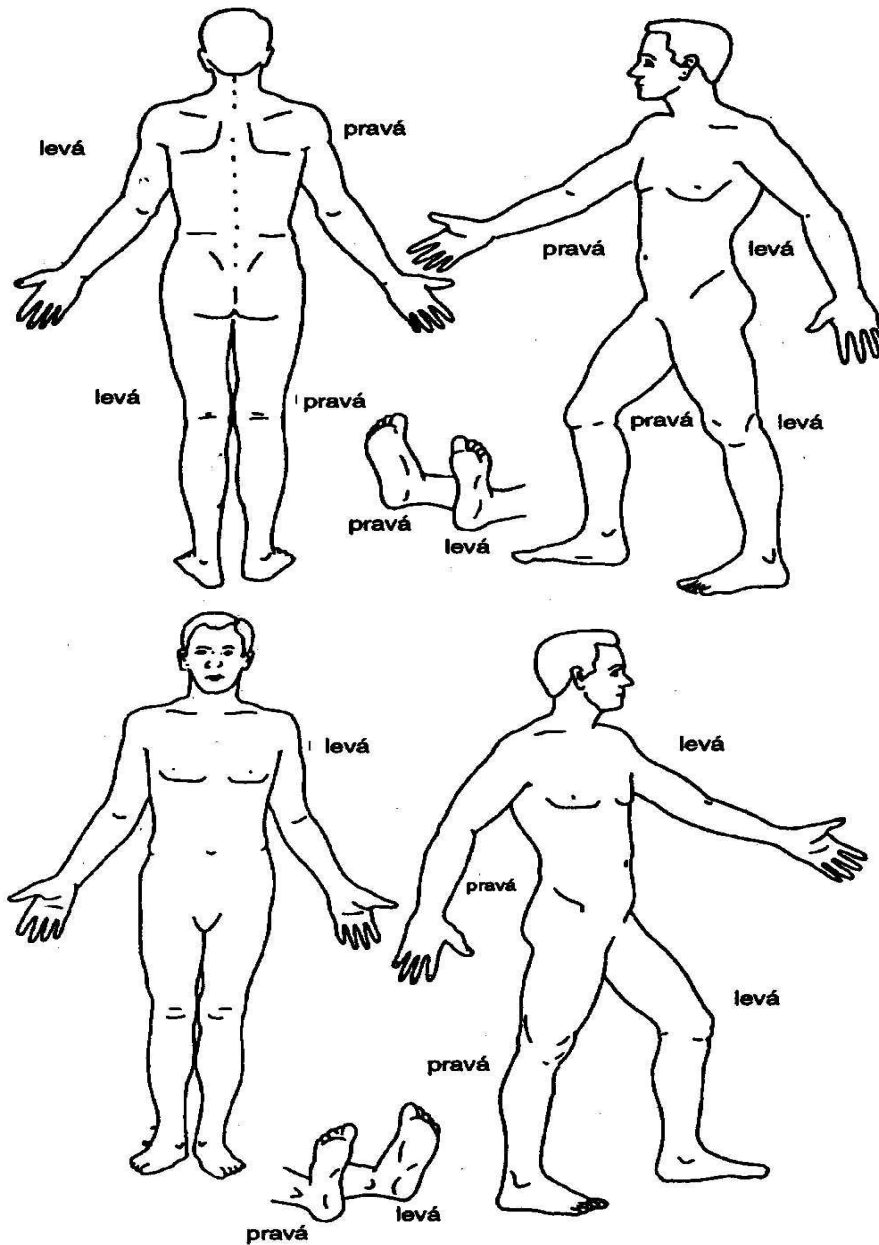




### PRACOVNÍ LIST č. 3c

Název: Prevence vzniku dekubitů - imobilní pacient

Úkol: Zaznačte místa, která jsou náchylná ke vzniku dekubitů



Vypište faktory, které se podílejí na vzniku dekubitů

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

Jméno a příjmení studenta ..... Akademický rok .....



## PRACOVNÍ LIST č. 4

**Název:** Potřeba člověka v oblasti pohybu

**Úkol:** Připravte soubor aktivit pro 4 leté dítě (v nemocnici), které nemá omezený pohyb (15 minut).

Jméno a příjmení studenta ..... Akademický rok .....



## PRACOVNÍ LIST č. 4a

**Název:** Potřeba člověka v oblasti pohybu

**Úkol:** Vypište a krátce specifikujte aktivity vhodné pro seniory v zařízení sociální péče (mobilní).

Jméno a příjmení studenta ..... Akademický rok .....



## PRACOVNÍ LIST č. 5

**Název:** Potřeba člověka v oblasti odpočinku a spánku

**Úkol:** Vypište faktory, které ovlivňují u člověka spánek

**Fyziologicko-biologické**

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

**Psychicko - duchovní**

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

**Sociálně-kulturní**

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

**Faktory životního prostředí**

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

**Úkol:** Vypište možné způsoby odpočinku u dospělého člověka

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

Jméno a příjmení studenta ..... Akademický rok .....

















## PRACOVNÍ LIST č. 7

**Název:** Potřeba člověka v oblasti vyprazdňování

**Úkol:** Připravte anamnestické otázky dospělého člověka související s vyprazdňováním moče a stolice

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Vysvětlete pojmy:**

mikce .....	dysurie .....
defekace .....	anurie .....
skybalo .....	obstipace .....
flatulence .....	polyurie .....

Jméno a příjmení studenta ..... Akademický rok .....



**PRACOVNÍ LIST č. 8**

**Název: Potřeba člověka nemít bolest**

**Úkol: Vypište anamnestické otázky pro dospělého člověka vztahující se k bolesti**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Úkol: Vypište situace, kdy sestra může nefarmakologickými prostředky zmírnit bolest u dospělého člověka**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jméno a příjmení studenta ..... Akademický rok .....



**PRACOVNÍ LIST č. 8a**

**Název: Potřeba člověka nemít bolest**

**Úkol: Vypište faktory, které mohou ovlivnit bolest u dítěte (8 let)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Úkol: Vypište způsoby odpoutání pozornosti od slabé bolesti u dítěte (3 roky)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jméno a příjmení studenta ..... Akademický rok .....



## PRACOVNÍ LIST č. 9

**Název:** Potřeba člověka efektivního dýchání

**Úkol:** Vypište příklady dechových cvičení

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Vysvětlete pojmy:**

apnoe ..... dyspnoe .....

tachypnoe ..... eupnoe .....

bradypnoe ..... stridor .....

popište Kussmaulovo dýchání .....

.....

Jméno a příjmení studenta ..... Akademický rok .....





---

**PRACOVNÍ LIST č. 10**

**Název: Duchovní a spirituální potřeby**

**Úkol: Zformulujte anamnestické otázky na spirituální oblast**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Úkol: Vypište, komu může být nabízena spirituální pomoc a kdy (okolnosti)**

.....

.....

.....

.....

.....

**Úkol: Vypište, kdo může poskytovat Duchovní službu**

.....

.....

.....

.....

Jméno a příjmení studenta ..... Akademický rok .....



---

**PRACOVNÍ LIST č. 11**

**Název: Potřeby klienta odlišné kultury**

**Úkol: Vypište zásady přístupu ke klientovi odlišné kultury**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Úkol: Vypište, faktory ovlivňující péči o člověka odlišné kultury**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jméno a příjmení studenta ..... Akademický rok .....





Příloha č. 2

## Test instrumentálních všedních činností (IADL - Instrumental Activity Daily Living)

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

Činnost	Provedení činnosti	bod. skóre
1. Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže používat telefon	0
4. Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	Cestuje, je-li doprovázen	5
	Vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz	0
5. Nakupování	Dojde samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	Neschopen bez podstatné pomoci	0
6. Vaření	Samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10
	Potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5
	Neschopen	0
7. Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	Potřebuje pomoci při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
8. Práce kolem domu	Provádí samostatně a pravidelně	10
	Provede pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, neprovede	0
9. Užívání léků	Samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	Léky musí být podány druhou osobou	0
10. Finance	Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
<b>Zakroužkovat u klienta, součet bodů</b>		
0 - 40 bodů závislá/ý		
45 - 75 bodů částečně závislá/ý		
76 - 80 bodů nezávislá/ý		

**Zdroj:** STAŇKOVÁ, Marta, 2001. *České ošetrovatelství 6 - Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. Praktické příručky pro sestry, s. 37. ISBN 80-7013-323-6. (vlastní tabulka)



Příloha č. 3

## Katzův index nezávislosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

Aktivita	Nezávislost (žádná osobní asistence, vedení ani supervize) - 1 bod	Závislost (úplná péče, osobní asistence, vedení či supervize) - 0 bodů
Koupání (bathing)	myje se sám či dopomoc jen u jedné části těla (např. záda či ochrnutá končetina)	dopomoc s mytím více částí těla at' ve vaně, ve sprše či na lůžku, nebo kompletní mytí
Oblékání (dressing)	vyndá oblečení ze skříní či zásuvek, obleče se kompletně, včetně kabátu a zapínání; možná dopomoc s ponožkami či punčochami	pomoc při oblékání či pasivní oblečení
Použití toalety (toileting)	dojde na toaletu, dokáže se posadit i vstát, upravit oblečení, ev. očistit genitál	pomoc s přemístěním na toaletu, s očištěním nebo užívání podložní mísy či „gramofonu“
Přemístování (transferring)	přesun z lůžka a do něj či do křesla bez asistence; mechanické pomůcky jsou možné	potřeba pomoci k přesunu z lůžka do křesla či kompletní přemístování
Kontinence (continence)	kompletní kontrola vyměšování; možná je stresová inkontinence žen	úplná či částečná inkontinence moči nebo stolice
Jezení (feeding)	vkládání stravy z talíře do úst bez pomoci; přípravu jídla může zajistit jiná osoba	částečná či kompletní pomoc s jídlem či pasivní krmení

Zdroj: KALVACH, Zdeněk et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, s. 99. ISBN 978-80-247-4026-3. (vlastní tabulka)



Příloha č. 4

## Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice

**Česká biskupská konference,**

zastoupená jejím předsedou Mons. Janem Graubnerem a **Ekumenická rada církví v ČR,** zastoupená jejím předsedou ThDr. Pavlem Černým, ThD., vědomy si společného poslání sloužit potřebným, uzavírají dohodu o vysílání nemocničních kaplanů a dobrovolníků do zdravotnických zařízení s cílem prospět trpícím v těžkých situacích bez ohledu na jejich vyznání.

Vysílání kaplanů a dobrovolníků se děje tam, kde došlo ke vzájemné dohodě mezi zdravotnickým zařízením a zástupcem ČBK nebo ERC. Zdravotnické zařízení a vysílající církve potom uzavírají vlastní dohodu, upravující činnost vyslaného spirituálního pracovníka v konkrétním zařízení.

Nemocničním kaplanem se v této dohodě rozumí osoba (muž nebo žena), která poskytuje duchovní péči pacientům, personálu a návštěvníkům, řídí práci dobrovolníků v oblasti duchovní péče a zajišťuje kontakt s duchovními ostatních církví podle přání pacienta.

Dobrovolníkem, vyslaným ČBK a ERC ve smyslu této dohody se rozumí osoba (muž nebo žena), která se ve svém volném čase podílí na spirituální péči o nemocné pod vedením nemocničního kaplana.

Osoby, vyslané podle této dohody církvemi, musí splňovat kvalifikační předpoklady uvedené v této dohodě, a dodržovat etický kodex, který je součástí této dohody.

Způsob vyslání a dobu jeho platnosti si jednotlivé církve upraví podle svých řádů. Vyslání se zúčastní zástupci ČBK a ERC na místní úrovni. Vyslání pracovníci jsou vázáni touto dohodou a řády své církve.

Vyslaného pracovníka odvolává vysílající církev, v případě hrubého porušení této dohody tak učiní neprodleně pastorační péče o nemocné, uskutečňována jednotlivými církvemi, případě jimi zřizovanými subjekty, zůstává nedotčena.

  
ThDr. Pavel Černý, ThD.  
za ERC v ČR

  
Mons. Jan Graubner  
za ČBK



## Dodatek č. 1

k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice uzavřené dne 20. 11. 2006

Česká biskupská konference, zastoupená jejím předsedou Mons. Dominikem Dukou, reprezentující církev římskokatolickou a církev řeckokatolickou (dále jen „katolická církev“),

a

Ekumenická rada církví v ČR, zastoupená jejím předsedou Mgr. Joelem Rumlem, reprezentující své členy dle výčtu uvedeného v Části V. (příčemž dodatek užívá výrazu „členské církve“), (dále jen „ERC“), připojují k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice uzavřené dne 20. 11. 2006 (dále jen „Dohoda“) dodatek č. 1 (dále jen „Dodatek“), který upřesňuje a upravuje ujednání obsažená v Dohodě i v jejích přílohách č. 1 a 2. Z důvodu návaznosti na Dohodu užívá Dodatek termínu „duchovní péče“, příčemž považuje za rovnocenný též běžně užívaný termín „pastorační péče“.

### Část I. Zvláštní předpis k vysílání nemocničních kaplanů a dobrovolníků v oblasti duchovní péče

1. Vyslání nemocničních kaplanů a dobrovolníků v oblasti duchovní péče se děje tam, kde došlo k vzájemné dohodě mezi zdravotnickým zařízením a církví, působící v místě, kde se příslušné zdravotnické zařízení nachází. Vysílající církev přitom může vůči zdravotnickému zařízení zastupovat více církví, mezi nimiž o tom dojde k dohodě. Pro vyslání nemocničního kaplana uzavírají vysílající církev a zdravotnické zařízení písemnou smlouvu, upravující činnost vyslaného kaplana v konkrétním zdravotnickém zařízení.
2. Podle Dohody se pod názvem nemocniční kaplan rozumí osoba, která poskytuje duchovní péči ve zdravotnickém zařízení na základě pověření daného svou církví a smlouvy s nemocnicí jako člen multidisciplinárního zdravotnického týmu.
3. Vyslání nemocničního kaplana se děje předáním jmenovacího dekretu.
4. Za katolickou církev vysílá nemocničního kaplana diecézní biskup či exarcha (resp. osoba dočasně řídící diecézi či exarchát v době uprázdnění biskupského stolce či za bránění výkonu úřadu biskupa), nebo jimi pověřená osoba.
5. Za členské církve ERC vysílá nemocničního kaplana příslušná autorita jednotlivé církve určená jejími vnitřními předpisy, příčemž se vždy jedná buď o představitele její vyšší správní jednotky, nebo o představitele celé církve v ČR (nikoli tedy o představitele na lokální úrovni). Informace o příslušné vysílající autoritě členských církví ERC je přílohou č. 4 Dohody.



6. Vyslání nemocničních kaplanů probíhá zpravidla při společné ekumenické bohoslužbě, na kterou jsou pozváni zástupci církve římskokatolické, církve řeckokatolické a členských církví ERC působících v daném místě.
7. Podle Dohody se pod názvem dobrovolník v oblasti duchovní péče rozumí osoba, která se ve svém volném čase pod vedením nemocničního kaplana podílí na duchovní péči ve zdravotnickém zařízení na základě pověření daného svou církví.
8. Vyslání dobrovolníků v oblasti duchovní péče probíhá obdobně podle ustanovení odst. 2 až 5 s tím rozdílem, že se při této příležitosti zpravidla nekoná ekumenická bohoslužba.
9. Vyslání nemocničních kaplanů, skončení a změny jejich vyslání členské církve označují bez zbytečného prodlení příslušným koordinujícím složkám ČBK a ERC. Vyslání nemocničních kaplanů a dobrovolníků v oblasti duchovní péče, skončení a změny jejich vyslání je žádoucí ze strany vysílající autority sdělit také zástupcům církve římskokatolické, církve řeckokatolické a členských církví ERC, působících v daném místě.

### **Část II. Kvalifikační předpoklady nemocničního kaplana**

1. Pověření vlastní církví.
2. Ukončené vysokoškolské vzdělání v oblasti teologie na magisterském stupni.
3. Minimálně tři roky působení v obecné pastorační péči.
4. Specializovaný kurz nemocničního kaplanství nebo odpovídající vzdělání zahrnující:
  - a. znalosti obecných zásad a základů organizace pastorační péče v katolické církvi a v jednotlivých členských církvích ERC (včetně přesného názvosloví);
  - b. základní znalosti o církvích a náboženských společnostech registrovaných v ČR, světových náboženstvích, nových náboženských hnutích a sektách působících v ČR;
  - c. znalosti bioetiky, zejména lékařské a zdravotnické etiky;
  - d. znalosti organizace zdravotnictví a nemocnice;
  - e. znalosti právního minima v oblastech sociální péče a zdravotnictví;
  - f. kurs komunikace, zejména v obtížných situacích;
  - g. minimálně jednoměsíční praxi, nejlépe však tříměsíční.

### **Část III. Kvalifikační předpoklady dobrovolníka**

1. Pověření vlastní církví a ověření způsobilosti nemocničním kaplanem.
2. Teologické minimum (je v kompetenci jednotlivých církví) a znalost obecných zásad a základů organizace pastorační péče v katolické církvi a v jednotlivých členských církvích ERC.





3. Základní znalosti o církvích a náboženských společnostech registrovaných v ČR, světových náboženstvích, nových náboženských hnutích a sektách působících v ČR.
4. Základní znalost organizace zdravotnictví a nemocnice.
5. Schopnost komunikace, zejména v obtížných situacích.
6. Základní znalosti z bioetiky, lékařské a zdravotnické etiky.

### Část IV. Přejídná ustanovení

1. Smluvní strany se zavazují do dvou let od data účinnosti tohoto dodatku Dohody všechna dosud udělená pověření ke službě nemocničního kaplana a dobrovolníka uvést do souladu s Dohodou a tímto Dodatkem.
2. Splnění všech kvalifikačních předpokladů stanovených výše v částech II. a III. bude vyžadováno v plném rozsahu po 7 (sedmi) letech od data účinnosti tohoto dodatku Dohody. Tato doba má sloužit především pro vybudování vzdělávacího systému umožňujícího splnit požadavky kladené Dohodou ve znění tohoto dodatku.
3. Na přejídnou dobu uvedenou v odst. 2 je možné uvnitř členských církví ČBK a ERC (zvláště v katolické církvi) rozlišit nemocniční kaplany na nemocniční kaplany v užším slova smyslu a na pastorační asistenty; práce pastoračních asistentů a dobrovolníků je řízena nemocničním kaplanem v užším slova smyslu. Zařazení kategorie „pastorační asistent“ sleduje umožnit oficiální vyslání těch, kteří s několikaletou dobrou praxí poskytují pastorační péči ve zdravotnických, resp. sociálních zařízeních, ale nemají dokončené vysokoškolské vzdělání v oblasti teologie na magisterském stupni. Toto rozlišování je interní církevní záležitostí, vůči zdravotnickým zařízením se nadále užívá zavedené rozlišení „nemocniční kaplan“ a „dobrovolník v oblasti duchovní péče“.
4. Na přejídnou dobu uvedenou v odst. 2 platí následné kvalifikační předpoklady:

#### **A. pro nemocničního kaplana v užším slova smyslu (NK):**

- a. dokončené vysokoškolské vzdělání v oblasti teologie na magisterském stupni;
- b. kurs v oblasti pastorační péče nemocných (viz odst. 6);
- c. praxe předchozí i praxe v průběhu přípravy (doporučeno 2 roky);
- d. pověření vlastní církvi.

#### **B. pro pastoračního asistenta (PA):**

- a. alespoň úplné středoškolské vzdělání;
- b. kurs v oblasti pastorační péče nemocných (viz odst. 6);
- c. praxe předchozí i praxe v průběhu přípravy (doporučeno 2 roky);
- d. pověření vlastní církvi.



### **C. pro dobrovolníka v oblasti pastorační péče (D):**

- a. pověření vlastní církví;
- b. teologické minimum (je v kompetenci jednotlivých církví - např. v katolické církvi toto minimum zahrnuje komentovaný výklad Kréda a Desatera a základní znalosti svátostí a zásad duchovního života);
- c. základní znalosti pastorační péče nemocných;
- d. praxe v průběhu přípravy.
  1. Splnění výše uvedených kvalifikačních předpokladů pro vyslání nemocničního kaplana a pastoračního asistenta v oblasti pastorační péče se ověřuje pohovorem (zkouškou) před komisí, jmenovanou příslušnou autoritou katolické církve (zpravidla biskupský vikář pro pastorační péči nemocných) či členské církve ERC. Do komise je vždy přizván zástupce druhé smluvní strany, který v ní má postavení pozorovatele. V kompetenci této autority pak je doporučit, nebo nedoporučit vysílající autoritě katolické církve nebo členské církve ERC, aby vyslala nemocničního kaplana a pastoračního asistenta v oblasti duchovní péče do konkrétního zdravotnického zařízení. Způsobilost dobrovolníka ověřuje nemocniční kaplan.
  2. Vysílající církev pak zajistí v brzké době následné vzdělání NK a PA v těchto oblastech:
    - a. pastorační péče a spiritualita nemocných;
    - b. speciální kapitoly z religionistiky: náboženství, nová náboženská hnutí a sekty;
    - c. kontakty a spolupráce s představiteli jiných křesťanských církví na území, kde se zdravotnické zařízení nachází;
    - d. základní orientace v medicínských oborech;
    - e. základní znalosti z lékařské a zdravotnické etiky;
    - f. duchovní formace (účast na formačně vzdělávacích setkáních).

### **Část V. Závěrečná ustanovení**

1. Členskými církvemi ERC jsou nemocniční kaplani vysíláni způsobem odpovídajícím tradicím a vnitřním předpisům jednotlivých církví. Pravidla pro vysílání jsou uvedena v příloze k tomuto Dodatku. Jakékoli změny jsou členské církve ERC povinny neprodleně sdělit příslušným koordinujícím složkám ČBK a ERC i ostatním členským církvím ERC.
2. Ustanovení této dohody se analogicky uplatní také pro sociální a obdobná zařízení.
3. Výjimku z kvalifikačních požadavků pro jednotlivé nemocniční kaplany může po skončení přechodného období udělit ze závažných důvodů a po vzájemné dohodě pověřená autorita jedné ze smluvních stran, tj. ČBK a ERC (udělení výjimky se týká zpravidla lékařů, psychologů a obdobných profesí).



4. Vzhledem k právní povaze ČBK a ERC se ustanovení Dohody (včetně jejích příloh a dodatků) vztahují na katolickou církev a členské církve ERC uvedené výčtem v odst. 5. Tyto církve se zavazují k tomu, že při výběru kandidátů nemocničního kaplanství budou (vedle svých interních požadavků) dbát na osobnostní kvality uchazeče, zvláště ekumenickou otevřenost (vyznačující se především vstřícnou spoluprací s duchovními jiných církví) a schopnost komunikace.
5. Seznam členských církví ERC, na které se vztahuje Dohoda včetně příloh a dodatků:
  - Apoštolská církev;
  - Bratrská jednota baptistů;
  - Církev bratrská;
  - Církev československá husitská;
  - Českobratrská církev evangelická;
  - Evangelická církev augsburského vyznání v České republice;
  - Evangelická církev metodistická;
  - Jednota bratrská;
  - Pravoslavná církev v českých zemích
  - Starokatolická církev v ČR;
  - Slezská církev augsburského vyznání;
1. Práva z této Dohody a jejího Dodatku se vztahují také na Církev adventistů sedmého dne, pozorovatele ERC, která se dne 29. 06. 2011 zavázala dodržovat Dohodu a její Dodatek.
2. Tímto dodatkem se ruší dosavadní přílohy č. 1 a č. 2 Dohody a přidává se příloha č. 4 uvedená v čl. I. odst. 5 tohoto Dodatku.
3. Dodatek nabývá platnosti a účinnosti dnem 1. 1. 2012.

Mons. Dominik Duka a Mgr. Joel Ruml za ČBK za ERC v ČR

V Praze, dne 1.1.2012



Název	Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi
Autor	Anna Krátká
	Fakulta humanitních studií
Vydavatel	Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Vydání	První
Vyšlo	2018
Náklad	Elektronicky