

Jana Mlýnková

Pečovatelství 1. díl

učebnice pro obor sociální činnost

2., doplněné vydání



Jana Mlýnková

Pečovatelsví 1. díl

**učebnice pro obor
sociální činnost**

2., doplněné vydání

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Mgr. et Mgr. Jana Mlýnková

**Pečovatelství 1. díl
učebnice pro obor sociální činnost
2., doplněné vydání**

Recenze: PhDr. Jana Uhrová

© Grada Publishing, a.s., 2016

Cover Photo © Allphoto, 2016

Autorka i nakladatelství děkují společnosti Linet spol. s r.o. za zapůjčení obrázků 30–33, společnosti Soral & Hanzlik s.r.o. za zapůjčení obrázku P1 a společnosti ConvaTec Česká republika s.r.o. za zapůjčení obrázku P4 a finanční podporu publikace.

Obrázek P7 byl otištěn s laskavým svolením společnosti Nutricia a.s.

Obrázky P2 a P6 byly otištěny s laskavým svolením společnosti Hartmann – Rico a.s.

Obrázky 8–18 a 20 byly převzaty z knihy Páral, J.: Malý atlas obvazových technik. Praha, Grada Publishing, a.s., 2008. Autorem ilustrací PhDr. Josef Bavor.

Obrázky 5, 19, 25, 26, 29, 36, 40, 42, 46, 47, 53, 58, 61 přepracoval podle návrhů autorky Karel Mikula.

Obrázek 49 Petr Žalmánek.

Ostatní obrázky a fotografie dodala autorka.

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 6383. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 256 + 4 strany barevné přílohy

2. vydání, Praha 2016

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-9458-2 (ePub)

ISBN 978-80-271-9457-5 (pdf)

ISBN 978-80-271-0131-3 (print)

Obsah

1 Úvod do pečovatelsví	11
1.1 Charakteristika a cíle pečovatelsví	11
1.1.1 Hlavní cíle pečovatelsví	11
1.1.2 Charakteristické rysy pečovatelsví	12
1.1.3 Uplatnění pečovatele	12
1.1.4 Kompetence pečovatele	13
1.2 Nárys vývoje pečovatelsví	14
1.2.1 Pečování ve středověku	14
1.2.2 Války a vývoj péče o raněné a nemocné	16
1.2.3 Vývoj ošetrovatelského a sociálního školství	17
1.2.4 Alice Masaryková	19
1.3 Samostudium	21
2 Ošetrovatelský proces a potřeby nemocných	22
2.1 Charakteristika a fáze ošetrovatelského procesu	22
2.1.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu	22
2.1.2 Fáze ošetrovatelského procesu	23
2.2 Ošetrovatelská a sociální dokumentace	26
2.3 Potřeby nemocných	26
2.4 Samostudium	31
3 Obvazová technika	34
3.1 Dělení obvazů podle materiálu	34
3.1.1 Šátkové obvazy	35
3.1.2 Obinadlové obvazy	36
3.1.3 Obvazy z pružných hmot	42
3.2 Samostudium	42
4 Nozokomiální nákazy a jejich prevence	45
4.1 Nozokomiální nákazy	45
4.1.1 Dělení nozokomiálních nákaz	45
4.1.2 Proces šíření nozokomiálních nákaz	46
4.2 Prevence nozokomiálních nákaz	47
4.2.1 Úklid	48
4.2.2 Mytí a praní	49
4.2.3 Péče o ruce pečovatele	49

4.2.4	Dezinfekce	52
4.2.5	Sterilizace	58
4.3	Samostudium	61
5	Sledování fyziologických funkcí	63
5.1	Sledování tělesné teploty	63
5.1.1	Faktory ovlivňující tělesnou teplotu	64
5.1.2	Hodnoty tělesné teploty	65
5.1.3	Příznaky změněné tělesné teploty	65
5.1.4	Měření tělesné teploty	67
5.1.5	Samostudium	72
5.2	Sledování pulzu	72
5.2.1	Hodnocení pulzu	73
5.2.2	Místa měření pulzu	75
5.2.3	Postup při měření pulzu	76
5.2.4	Samostudium	77
5.3	Sledování krevního tlaku	77
5.3.1	Faktory ovlivňující krevní tlak	78
5.3.2	Hodnocení krevního tlaku	78
5.3.3	Měření krevního tlaku	79
5.3.4	Místa a metody měření krevního tlaku	80
5.3.5	Zásady měření krevního tlaku	82
5.3.6	Chyby při měření krevního tlaku	83
5.3.7	Samostudium	84
5.4	Sledování dechu	84
5.4.1	Faktory ovlivňující dýchání	85
5.4.2	Hodnocení dechu	85
5.4.3	Postup při měření dechu	87
5.4.4	Samostudium	87
6	Péče o základní potřeby klientů	89
6.1	Péče o lůžko klienta	89
6.1.1	Typy lůžek	89
6.1.2	Pomocná zařízení a pomůcky lůžka	92
6.1.3	Úprava prázdného lůžka	93
6.1.4	Úprava lůžka s klientem	94
6.1.5	Samostudium	95
6.2	Péče o osobní hygienu dospělých	96
6.2.1	Význam hygienické péče pro klienta	97
6.2.2	Zásady při zajištění hygieny	97

6.2.3	Posouzení hygienické péče	98
6.2.4	Hygienická péče u chodícího klienta	99
6.2.5	Hygienická péče u částečně soběstačného klienta	99
6.2.6	Hygienická péče u imobilního klienta	100
6.2.7	Samostudium	108
6.3	Péče o osobní hygienu kojenců a batolat	109
6.3.1	Koupel kojence	110
6.3.2	Péče o zánětlivé projevy kůže kojenců	112
6.3.3	Samostudium	113
6.4	Polohy nemocných	114
6.4.1	Léčebné polohy	114
6.4.2	Vyšetřovací polohy	118
6.4.3	Vynucené polohy	120
6.4.4	Změny polohy, manipulace s klienty	120
6.4.5	Samostudium	122
6.5	Imobilizační syndrom	122
6.5.1	Poruchy pohybového systému	123
6.5.2	Poruchy krevního oběhu	124
6.5.3	Poruchy dýchacího systému	124
6.5.4	Poruchy trávicího traktu	125
6.5.5	Poruchy močového systému	126
6.5.6	Poruchy kožního systému	127
6.5.7	Metabolismus a výživový systém	127
6.5.8	Psychosociální reakce na imobilitu	127
6.5.9	Samostudium	128
6.6	Prevence dekubitů	129
6.6.1	Definice a faktory ovlivňující vznik dekubitů	130
6.6.2	Predilekční místa vzniku dekubitů	132
6.6.3	Hodnocení rizika vzniku dekubitů	134
6.6.4	Klasifikace dekubitů	135
6.6.5	Preventivní opatření vzniku dekubitů	136
6.6.6	Léčení a ošetřování dekubitů	142
6.6.7	Samostudium	145
6.7	Péče o vyprazdňování	147
6.7.1	Vyprazdňování stolice	148
6.7.2	Vyprazdňování moči	162
6.7.3	Péče o stomie	171
6.7.4	Samostudium	179

6.8	Péče o dýchání	181
6.8.1	Faktory ovlivňující dýchání	182
6.8.2	Poruchy dýchání	182
6.8.3	Příznaky u poruch dýchání	182
6.8.4	Hodnocení dýchání a příznaků onemocnění	184
6.8.5	Stanovení ošetrovateľských problémů klienta	185
6.8.6	Ošetrovateľská péče	185
6.8.7	Použití inhalátoru	188
6.8.8	Aplikace kyslíku	190
6.8.9	Samostudium	191
6.9	Péče o výživu	192
6.9.1	Charakteristika výživy	193
6.9.2	Faktory ovlivňující výživu	196
6.9.3	Poruchy výživy	198
6.9.4	Příznaky poruch výživy	199
6.9.5	Zhodnocení výživy klienta	200
6.9.6	Ošetrovateľská péče	202
6.9.7	Dietní systém	203
6.9.8	Způsoby podávání stravy	206
6.9.9	Výživa dětí	206
6.9.10	Samostudium	210
6.10	Péče o spánek a odpočinek	212
6.10.1	Charakteristika spánku a odpočinku	212
6.10.2	Fáze spánku	212
6.10.3	Faktory ovlivňující spánek a odpočinek	214
6.10.4	Poruchy spánku	215
6.10.5	Ošetrovateľská péče	216
6.10.6	Samostudium	218
6.11	Péče o klienta s bolestí	219
6.11.1	Význam bolesti	219
6.11.2	Faktory ovlivňující bolest	220
6.11.3	Fyziologie bolesti	220
6.11.4	Typy bolesti	221
6.11.5	Projevy bolesti	222
6.11.6	Ošetrovateľská péče	224
6.11.7	Samostudium	226
6.12	Péče o pohyb	227
6.12.1	Význam pohybu	227
6.12.2	Faktory ovlivňující pohyb	228

6.12.3 Poruchy pohybového aparátu	.229
6.12.4 Ošetrovateľská péče	.230
6.12.5 Rehabilitační ošetrovatelství	.232
6.12.6 Samostudium	.235
Literatura	.237
Slovník odborných výrazů	.242
Rejstřík	.250

1 Úvod do pečovatelsví

Vzdělávací cíle

Po prostudování kapitoly je student schopen:

- Charakterizovat termín pečovatelsví, cíle a rysy pečovatelsví.
- Popsat vývoj oboru pečovatelsví.
- Vyjmenovat kompetence pečovatele.
- Vysvětlit význam Československého červeného kříže.

1.1 Charakteristika a cíle pečovatelsví

Zdraví je jednou ze základních podmínek kvalitního a spokojeného života lidí. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „*stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nejen jako nepřítomnost nemoci*“ (Kol. autorů, 2005, s. 5). Zdraví je významné jak pro jedince samotného, tak pro jeho nejbližší, rodinu, přátele, ale i pro celou společnost. Úroveň zdraví populace ovlivňuje její celkový vývoj, hospodářský a ekonomický růst, zvyšování životní úrovně.

Význam pečovatelsví se od konce 20. století začíná měnit. Stárnutí populace je jedním z významných demografických rysů současné doby. Je to proces, v jehož průběhu se postupně mění struktura obyvatelstva tak, že se zvyšuje podíl osob starších 60 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let. Zároveň v naší společnosti žije mnoho lidí s fyzickým, mentálním či jiným handicapem, kteří potřebují k zajištění svých potřeb stálou přítomnost druhé osoby. Nejbližší rodinní příslušníci tuto roli zpravidla neplní, např. z ekonomických či jiných důvodů, proto je třeba zajistit péči jinou, kvalifikovanou osobou. Zde hraje pečovatel nebo pečovatelka nezastupitelnou sociální i zdravotní roli, a to v domácí i institucionální péči nebo např. formou osobní asistence. Pomoc pečovatelů bude více a více žádaná a potřebná.

1.1.1 Hlavní cíle pečovatelsví

Při definování cílů pečovatelsví můžeme vycházet z cílů ošetrovatelsví, neboť oba obory jsou si podobné a mají mnoho styčných ploch.

Úkoly pečovatelství

- Pomáhat jednotlivci, rodině, skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody.
- Podpořit jejich pozitivní zdraví, tj., aby se náš klient aktivně podílel na péči o vlastní zdraví a byl ochoten o sebe pečovat.
- Provádět prevenci onemocnění.
- Zajišťovat ordinace lékaře – např. podat klientovi připravené léky nebo připomenout, aby klient léky užil, dodržovat rehabilitační režim.
- Snižovat negativní vliv onemocnění na celkový stav jedince, předcházet dalším onemocněním a komplikacím.
- Nacházet a uspokojovat potřeby klientů s porušeným zdravím, osob zdravotně postižených nebo s nevyhlášeným onemocněním.

Zjednodušeně můžeme říci, že cílem pečovatelské práce je poskytování služeb seniorům a osobám se zdravotním, mentálním či jiným handicapem, které nejsou schopny si zajistit své potřeby a denní úkony vlastními silami. Touto pomocí je možné zajistit co nejdelší setrvávání klienta v domácím prostředí.

1.1.2 Charakteristické rysy pečovatelství

- Pečovatel poskytuje aktivní péči, tedy péči vstřícnou, kterou odborník sám nabízí.
- Péče je poskytována individualizovaně, vychází z individuálních potřeb klienta.
- Péče respektuje nejnovější vědecké poznatky.
- Pečovatel chápe klienta komplexně, tj. holisticky, pojímá jej jako biologický, psychosociální a duchovní celek.
- Péči poskytuje tým pečovatelů.
- Péče má preventivní charakter – pečovatel je zaměřen především na podporu zdraví, avšak respektuje i sekundární a terciární prevenci.

1.1.3 Uplatnění pečovatele

Pečovatel zajišťuje u svých klientů činnost ošetrovatelskou (pečuje) a sociální. Přímá práce s uživatelem sociálních služeb (klientem) zahrnuje následující oblasti, v nichž se pečovatel může uplatnit:

- **činnosti v domácím prostředí seniorů** – jde především o saturaci základních a vyšších potřeb (potřeby nemocných viz dále), zajištění nákupů, doprovod k lékaři, na vyšetření, pobyt s klientem v domácím prostředí po různě dlouhou dobu podle jeho potřeb; v těchto případech je pečovatel zaměstnán např. u agentur domácí péče, u humanitární organizace Charita apod.
- **péče o osoby s fyzickým, duševním, mentálním a jiným handicapem a nesoběstačné klienty různého věku** – pečovatel zajišťuje např. hygienickou péči, příjem potravy, tekutin apod.
- **činnosti v institucionální péči** – v domovech pro seniory, domovech s pečovatelskou službou apod.
- **péče o děti s mentálním a jiným postižením** v domácí či institucionální péči – v dětských centrech, denních stacionářích apod.
- **péče o klienty závislé na omamných látkách**, provádění terciární prevence – *streetworking*

1.1.4 Kompetence pečovatele

Termín kompetence znamená pravomoc, rozsah působnosti. V našem případě jde o rozsah činností/postupů, které pečovatel může vykonávat po ukončení kvalifikačního studia.

Přesný výčet kompetencí a výkonů, jež může pečovatel vykonávat, uvádí vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Uvedeme si **výčet činností**, které pečovatel zajišťuje a je za ně osobně odpovědný:

- osobní asistence – pomoc při stravování, osobní hygieně, pohybu a přemísťování
- nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, nácvik soběstačnosti
- pomoc při obstarávání osobních záležitostí – doprovod klienta na úřad, k lékaři, na vyšetření, na terapii, do jiných institucí
- péče o domácnost klienta – úklidové práce, praní a žehlení prádla, nákupy podle přání klienta
- průvodcovské a předčitatelské služby
- provádění fyzioterapeutické péče podle pokynů, aktivní a pasivní cviky
- edukační (vzdělávací) činnosti – nácviky dovedností (jak si namazat chleba), edukace za účelem zlepšení či udržení zdraví a kvality života
- zprostředkování návazné péče či pomoci

- pomoc při vytváření integrační strategie a plánů k začlenění jednotlivce či etnické skupiny do společnosti – tvorba individuálního plánu klienta, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- kontakt s rodinou a nejbližšími osobami klienta

1.2 Nárys vývoje pečovatelsví

Z historického hlediska můžeme rozlišit tři vzájemně se překrývající vývojové linie péče.

- **Nejstarší, laická péče** – nemocní si ji poskytují sami (tzv. sebestpěče), nebo s pomocí rodinných příslušníků. V dávných dobách ji také poskytovali lidoví léčitelé a porodní báby.
- Druhý typ péče se vyvinul s příchodem křesťanství v 9. století a nazýváme ji **charitativní péče**. Ta byla zaměřena na chudé, mentálně, fyzicky a jinak handicapované jedince, osamělé staré osoby bez přístřeší. Byla a dosud je zajišťována církevními organizacemi.
- Třetí typ péče vznikl na konci 19. století, kdy můžeme hovořit o **organizované léčebné, ošetrovatelské a sociální péči** o nemocné. V této době došlo k velkému rozmachu medicínských poznatků, v oblasti sociální vznikaly zákony, které řešily např. situaci osob s postižením.

Ještě v 19. století se většina lidí léčila doma a byla ošetřována členy rodiny. V bohatších rodinách péči poskytovaly služky nebo ošetrovatelky. Neškolené ošetrovatelky však měly skutečně nízké sociální postavení. V nemocniční službě bylo mnoho žen pocházejících z nižších vrstev obyvatelstva a za svou práci byly skromně ohodnocovány.

1.2.1 Pečování ve středověku

Počátky organizované péče o nemocné a potřebné můžeme v českých zemích sledovat již v 10. století, kdy vznikaly na území Prahy první hospice. Byly to útulky pro poutníky a osoby, které cestovaly do cizích zemí za účelem obchodování. Později byly hospice zřizovány pro chudé, opuštěné a nemajetné osoby bez přístřeší, nemocné, sirotky a nechtěné děti. Péči poskytovaly náboženské řády, které viděly své poslání ve službě trpícím a potřebným. Vedle svých klášterů zakládaly první špitály, jež zajišťovaly zabezpečení základních potřeb – střechu nad hlavou, alespoň částečnou obživu, lůžko a teplo. O léčení a kvalitním pečová-

ní o nemocné nemohla být ve středověké době řeč. Špitály měly spíše sociální a preventivní charakter. Pobytem ve špitálech byl zachráněn ne jeden lidský život. Pečovatelsví představovalo laickou službu trpícímu člověku a mělo vysoce humánní charakter. O nemocné pečovali členové a členky církevních ošetrovatelských řádů bez jakéhokoliv odborného vzdělání. Péči poskytovali na základě postupného získávání praktických zkušeností.

Významnou postavou počátků ošetrovatelské péče o potřebné a nemocné u nás byla **Anežka Přemyslovna** (obr. 1), která žila ve 13. století. Byla to sestra českého krále Václava I. Jejím otcem byl český král Přemysl Otakar I. Založila v Praze několik klášterů, **první v roce 1233 U sv. Haštala**, kde byl umístěn i špitál. Anežka Česká založila také **ošetrovatelský řád Křižovníků s červenou hvězdou**, který při pečování o nemocné vycházel z pravidel vypracovaných Anežkou. V pozdějších letech byla Anežka Přemyslovna pokládána za zakladatelku českého ošetrovatelsví.



Obr. 1 Anežka Přemyslovna
(zdroj: Staňková, 2001, s. 7)

Další ošetrovatelské řády, které se věnovaly péči o nemocné

- **Suverénní vojenský a špitální řád sv. Jana Jeruzalémského** – řád maltézských rytířů, původně nazývaný johanité, vznikl v Jeruzalémě a do českých zemí přišel ve 12. století
- **Řád sv. Lazara** – pochází také z Jeruzaléma; tento řád se věnoval péči o nemocné s leprou (přenosné infekční onemocnění, tehdy neléčitelné)
- **diakony** – pracovaly kromě špitálů a lazaretů také v domácnostech
- **řád Milosrdných bratří** – vznikl ve Španělsku, na našem území začal působit od 17. století
- **řád sv. Alžběty** – působil ve své nemocnici v Praze od počátku 18. století
- **řád sv. Karla Boromejského (boromejky)** – působily ve své nemocnici v Praze na Malé Straně

Pečovatelská služba poskytovaná potřebným byla nesmírně náročná a pochopitelně málo placená. Mezi civilními pečovatelkami a ošetřovatelkami byly i osoby poznamenané hanbou a prostitucí, které ošetřovatelskou činnost vykonávaly z donucení. Tímto způsobem např. Marie Terezie snižovala prostituci.

1.2.2 Války a vývoj péče o raněné a nemocné

Vývoj péče o nemocné souvisel s válkami. Velký počet raněných vojáků, stálé infekce, nedostatečná hygiena lazaretů a nedostatečné odborné znalosti lékařů i pečujících osob vyvolávaly potřebu lékařské a ošetřovatelské péče.

O zvýšení úrovně ošetřovatelské péče o raněné vojáky se zasloužil švýcarský kupec **Henri Dunant** (čte se Ánry Dynán, 1828–1910), který byl svědkem nelidského utrpení vojáků **v bitvě u Solferina v roce 1859**, kde bojovala francouzská vojska proti rakouské armádě. Byl tak nemile překvapen utrpením mladých, zraněných a sténajících mužů, že jim sám začal poskytovat péči. Vyvinul značné úsilí k tomu, aby vznikla organizace, jež by poskytovala péči raněným lidem. **V roce 1864 byla v Ženevě založena mezinárodní organizace Červený kříž**. Bylo to dosud největší humanitární hnutí, jaké kdy svět poznal. V mezinárodním Červeném kříži byly sdruženy organizace jednotlivých států. Dnes pomáhají nejen oblastem, kde řádí válka, ale starají se o oběti záplav, zemětřesení, zasahují v zemích, kde se šíří infekční nemoci apod.

Zásadní zlom v rozvoji pečování o nemocné přinesla **krymská válka (1853–1856)**. Na Krymu bojovala ruská vojska proti anglické a francouzské straně. Anglická vláda vyslala na bojiště vzdělanou ošetřovatelku **Florence Nightingalovou** (čte se florens najtingelovou, 1820–1910) (obr. 2). S pečováním o nemocné se seznámila v Anglii, Německu a ve Francii. Se skupinou ošetřovatelek se v lazaretu



Obr. 2 Florence Nightingalová
(zdroj: Švejnoha, 2004, s. 13)

starala o raněné vojáky, organizovala ošetrovatelskou službu, uvedla do provozu prádelnu, zavedla hygienická pravidla, která tam dosud neexistovala. Tak se podstatně snížil počet infekčních onemocnění a úmrtnost vojáků.

Na druhém pólu fronty, tj. na ruské straně, pečoval o raněné ruský lékař **Nikolaj Ivanovič Pirogov** (1810–1881). Na Krym přivedl skupinu ošetrovatelek, jež byly odborně vycvičeny v ošetrovatelské péči.

1.2.3 Vývoj ošetrovatelského a sociálního školství

Jistý posun v péči o nemocné můžeme sledovat v 19. století, kdy se začínají objevovat názory, že pečování má být prováděno osobou, která disponuje určitým vzděláním a vědomostmi. Vzdělání představuje záruku, že pečovatelka bude umět poskytnout kvalitní péči. Na myšlenku vzdělané pečovatelky měl pozitivní vliv rozvoj medicíny a vznik prvních nemocnic na konci 18. století. Tento vývojový trend si vynutil postupné zakládání ošetrovatelských škol.

První ošetrovatelská škola vznikla v Londýně v roce 1860 zásluhou Florence Nightingalové. Škola připravovala ošetrovatelky pro nemocniční i domácí službu. Florence vytvořila vůbec první koncepci ošetrovatelství.

Ošetrovatelské školy jako vzdělávací instituce v naší zemi jsou poměrně mladé. Myšlenka, jak vzdělávat ošetrovatelky pro domácnost, se zrodila v **Ženském výrobním spolku českém**, jenž byl založen v rámci emancipačního hnutí v roce 1871 **Karolinou Světlou** v Praze. Tento spolek zřídil **v roce 1874 první školu pro ošetrování nemocných**. Nebyla to škola v dnešním slova smyslu. Šlo o nanejvýš dlouhé několika-měsíční kurzy, jichž bylo realizováno pouze pět.

Byla to první ošetrovatelská škola svého druhu v Rakousku-Uhersku (české země byly jeho součástí). Posluchačky zde získaly teoretické a praktické znalosti a dovednosti pod vedením českých lékařů, učitelů lékařské fakulty. Kurzy byly pro posluchačky pořádány zdarma, platil se pouze poplatek ve výši jeden zlatý jako příspěvek na učební pomůcky. Posluchačky kurzů byly rozděleny na řádné a mimořádné. Řádná posluchačka byla ta, která se prokázala „vysvědčením o mravnosti“, absolvovala praktická cvičení v chorobinci a na konci kurzu se podrobila závěrečným zkouškám. Mimořádné posluchačky byly paní a dívky, které docházely pouze na přednášky, neúčastnily se praktické výuky a neskládaly závěrečné zkoušky. Chtěly se pouze dozvědět informace

pro svou vlastní potřebu, aby si dovedly poradit při ošetřování nemocného člena rodiny. Pro řádné posluchačky byla navíc organizována výuka německého jazyka, aby se mohly domluvit v německých rodinách. Škola neměla dlouhého trvání, po pěti kurzech zanikla. Přesto je třeba ocenit, že to byla první škola na území Rakouska-Uherska, která vzdělávala mladé ženy v péči o nemocné. V roce 1882 vznikla ošetrovatelská škola ve Vídni (Rudolfinerhaus).

Poté, co zanikla škola pro ošetřování nemocných, se ve vzdělávání ošetrovatelky nepokračovalo. Teprve v roce **1916** byla v Praze otevřena **Státní dvouletá ošetrovatelská škola**, která zůstala v činnosti až do roku 1948. Škola měla vysokou odbornou, zejména teoretickou úroveň. V prvních letech její existence ukončovalo studium 10–15 dívek v jednotlivých kurzech, později byl počet absolventek mnohem vyšší. V době první republiky byla škola po určitou dobu pod záštitou Československého červeného kříže (dále ČSČK). ČSČK pozval tři zkušené americké sestry, aby pomohly zvýšit úroveň instituce a prestiž ošetrovatelského povolání. Miss Parsons (americká sestra) a její asistentky vypracovaly koncepci teoretické a praktické výuky. Po odchodu amerických sester se v roce 1923 stala první ředitelkou školy Sylva Macharová, která absolvovala ošetrovatelskou školu ve Vídni.

V době první republiky i během 2. světové války byly zakládány další dvouleté ošetrovatelské školy. Čtyřleté studium vzniklo až v roce 1948.

První sociální škola

V roce **1918** byla v Praze otevřena **Ženská vyšší škola pro sociální péči**, která připravovala v jednoletém studiu sociální pracovníky. Vyšší škola přijímala ke studiu ženy od 18 let s předchozím středoškolským vzděláním. Vybudovat tento typ školy bylo dávným přáním dr. Alice Masarykové, dcery prezidenta T. G. Masaryka. Angažovala se v sociální oblasti a byla velmi činnou členkou ČSČK. Cílem ČSČK bylo věnovat se zdravotnímu stavu obyvatel, jejich sociální situaci, posílit zdravotní výchovu obyvatelstva pořádáním ošetrovatelských kurzů pro veřejnost, podílet se na odborném výcviku ošetrovatelky. Snažil se o zlepšení zdravotního stavu mužů, kteří se vrátili z války s tělesným postižením nebo jinak podlomeným zdravím. Vznik školy tedy úzce souvisí s úkoly, které si ČSČK stanovil.

Absolventky školy pro sociální péči byly průkopnice v oblasti sociální péče a pečovatelství. Je třeba si uvědomit, že dosud u nás neexistoval podobný typ školy. Je zajímavé, že zde studovaly i ženy, jež

absolvovaly ošetrovatelskou školu, chtěly si zvýšit a doplnit vzdělání, a získat tak širší okruh znalostí a dovedností. Absolventky **školy se mohly uplatnit:**

- **ve veřejném zdravotnictví** – jako inspektorky bytů, zdravotní úřednice v obci, ve spolicích proti tuberkulóze, protialkoholních spolicích, ve spolicích pro kojence, jako ošetrovatelky ve školách apod.
- **v péči o mládež a v lidových výchově** – jako úřednice v sirotčincích, ve spolicích pro péči o mládež (České srdce), jako úřednice při soudech o mládež, v poradnách pro volbu povolání, jako vychovatelky zanedbané mládeže, učitelky v kurzech pro veřejnost, v kurzech pro výchovu pěstounek apod.
- **ve všeobecném chudinství** – jako úřednice chudinských ústavů, v péči o sirotky, invalidy a pozůstalé po padlých vojácích apod.

Škola zajišťovala přednášky v následujících oborech:

- **sociální lékařství** – byly sem zahrnuty např. tyto předměty: praktická hygiena, sociální instituce, hygiena ženy-matky, hygiena dítěte
- **pedagogicko-psychologický obor** – zahrnoval např. předměty obecná psychologie, pedopsychologie, patopsychologie, odborná pedagogika
- **právní obor** – občanská nauka, občanské právo, rodinné, trestní právo, veřejné pojišťování a další

Vedle těchto hlavních předmětů se posluchačky učily účetnictví, vaření, stenografii.

Praktická výuka byla zajišťována v sociálních ústavech, v Jedličkově ústavu, pracovních dílnách, úřadovnách, poradnách apod.

Po zrušení této školy byla otevřena v roce **1936 Masarykova státní škola zdravotní a sociální péče** v Praze, aby připravila posluchačky pro kurativní péči. Při škole byl i internát. Výše školného a internátního poplatku daleko přesahovaly možnosti širších vrstev obyvatelstva. Škola přijímala pouze maturantky.

1.2.4 Alice Masaryková

Alice Masaryková (1879 ve Vídni – 1966 v Chicagu) (obr. 3) zaujímá v rozvoji sociální péče nezastupitelné místo. Studovala na dívčím gymnáziu Minerva v Praze. Jako jedna z prvních žen začala studovat vysokou školu. Nastoupila na lékařskou fakultu, ale studium ji neuspokojovalo.

Z toho důvodu přešla na filozofickou fakultu, kde se věnovala historii a filozofii. Svá zahraniční studia sociologie absolvovala na univerzitě v Lipsku a v Chicagu. Po návratu ze studijních pobytů se začala věnovat sociální péči. Založila Ženskou vyšší školu pro sociální péči v Praze v Holešovicích, která byla později přejmenována na Vyšší školu sociálního zabezpečení a studium bylo rozšířeno na dva roky. Masaryková zde učila. Škola byla otevřena právě včas. Konec války představoval katastrofální životní podmínky pro většinu lidí. Přišla s nápadem založit na Slovensku Ústav Milana



Obr. 3 Alice Masaryková (zdroj: Švejnoha, 2003)

Rastislava Štefánika v Turčianském Svatém Martinu, který měl vychovávat slovenské sociálně zdravotní pracovníce. Ústav byl za přítomnosti prezidenta republiky slavnostně otevřen v roce 1926.

V roce 1918 byla dr. Alice Masaryková jmenována první předsedkyní ČSČK. Spolupracovala s americkým a britským Červeným křížem, kde hledala pomoc při řešení sociálních podmínek v Československé republice a zejména na Slovensku. V oblasti Slovenska a Podkarpatské Rusi, která byla součástí ČSR, byla sociální a zdravotní situace obyvatel mnohem horší než v Čechách.

Alice Masaryková se vzdala funkce předsedkyně na konci roku 1938 a odjela do ciziny, kde pokračovala ve své práci. Nad Československou republikou se začala stahovat nacistická mračna a po mnichovském diktátu dr. Masaryková nemohla již déle zůstat ve své zemi. V zahraničí dále pracovala ve prospěch naší republiky a ČSČK. V roce 1940 gestapo obsadilo budovu ČSČK, nacisté zničili nebo zabavili veškerý majetek a ČSČK byl na celém území naší republiky zrušen.

V září roku 1945 se spolu s bratrem Janem Masarykem, pozdějším ministrem zahraničí, vrátila do vlasti. Jeho tragická smrt a převzetí státní moci komunisty v roce 1948 ji vedly k druhé emigraci. Usadila se v USA, kde zemřela v českém domově pro seniory. V roce 1994 se Český červený kříž postaral o převoz ostatků své zakladatelky. Alice Masaryková byla pohřbena do rodinné hrobky v Lánech.

1.3 Samostudium

K zapamatování

- cíle pečovatelsví
- Anežka Přemyslovna, Henri Dunant, Nikolaj Ivanovič Pirogov, Florence Nightingalová
- Ženská vyšší škola pro sociální péči
- dr. Alice Masaryková, Československý červený kříž

Kontrolní otázky, cvičení

1. Vyjmenujte kompetence pečovatele.
2. V jakých sociálních oblastech se může pečovatel uplatnit?
3. Jaké znáte vývojové linie ošetrovatelské péče?
4. Charakterizujte zakladatelku českého ošetrovatelsví a v čem spočívá její význam.
5. Jaký význam měly války pro rozvoj pečování?
6. Popište počátky ošetrovatelského a sociálního školství.
7. Jaké cíle své činnosti si stanovil ČSČK? Která významná osoba je spjata s touto organizací a co o ní víte?

Literatura

- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006.
- KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelsví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetrování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005.
- MLÝNKOVÁ, J. Ošetrovatelsví a Československý červený kříž. In: *Diagnóza v ošetrovatelsví*, 2009, roč. 5, č. 2, s. 18.
- ŠVEJNOHA, J. *Alice Masaryková, první předsedkyně Československého červeného kříže*. Praha: Český červený kříž, 2003.
- ŠVEJNOHA, J. *Florence Nightingalová, zakladatelka dobrovolné ošetrovatelské péče*. Praha: Úřad ČČK, 2004.

2 Ošetrovatelský proces a potřeby nemocných

Vzdělávací cíle

Po prostudování kapitoly je student schopen:

- Vyjmenovat a vlastními slovy popsat jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu.
- Vypracovat plán péče u konkrétního klienta.
- Pracovat s ošetrovatelskou dokumentací.

Příprava studenta na nové učivo

Z psychologie osobnosti si zopakujte potřeby člověka a Maslowovu pyramidu potřeb.

2.1 Charakteristika a fáze ošetrovatelského procesu

2.1.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu

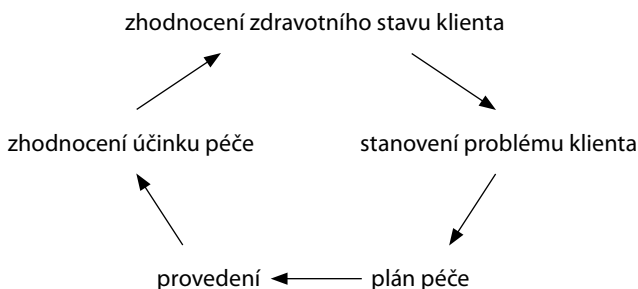
Ošetrovatelský proces je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetrovatelství. Lze jej s úspěchem po určité úpravě využívat i v pečovatelsví. Umožňuje zaujmout individualizovaný přístup k ošetrování klienta v institucionální a terénní péči (tj. v domácím prostředí klienta). Je to způsob řešení praktických ošetrovatelských a sociálních situací vycházející z interakce mezi klientem a pečovatelem. Realizuje se v **pěti fázích** (obr. 4):

- zhodnocení nemocného = zjišťování informací
- stanovení problému klienta = ošetrovatelské a sociální diagnózy
- stanovení intervencí/výkonů v rámci ošetrovatelské péče
- provedení navržených opatření = realizace ošetrovatelských intervencí
- zhodnocení efektu poskytnuté péče

Jednotlivé fáze se prolínají a opakují. Pečovatel musí nejprve klienta poznat, zjistit jeho problémy z ošetrovatelského a sociálního hlediska,

rozhodnout se ve spolupráci s klientem, případně s jeho rodinou, pro správný a vhodný postup péče.

Ošetrovateľský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch klienta, případně za jeho spolupráce, a ovlivňuje přístup pečovatele ke klientům.



Obr. 4 Fáze ošetrovateľského procesu

2.1.2 Fáze ošetrovateľského procesu

1. fáze – zhodnocení klienta

Nejprve musí být pečovatel o klientovi důkladně informován, a to ze dvou hledisek:

- z hlediska klientova aktuálního stavu
- z hlediska předchozího vývoje problémů, včetně sociální situace a charakteristiky jeho osobnosti

Je nezbytné, aby pečovatel provedl pečlivé zhodnocení klienta s cílem získat co nejvíce potřebných informací. Pak je možné poskytovat kvalitní ošetrovateľskou a sociální péči.

Hodnocení klienta má dvě části. Pečovatel nejprve získá informace o klientovi, tedy odebere ošetrovateľskou a sociální anamnézu, poté provede zhodnocení současného stavu klienta. Jako první získá pečovatel informace, které jsou nezbytné pro okamžité zahájení ošetrovateľské a sociální péče, event. pro zajištění ordinací lékaře (např. při změně diety přestane pečovatel nakupovat nevhodné potraviny).

Jsou to:

- identifikační údaje, které umožní zajistit kontakt s klientem
- současný zdravotní a sociální stav ovlivňující další péči

2. fáze – ošetřovatelská a sociální diagnóza

Je výsledkem zpracování informací o klientovi. Vztahuje se k potřebám a problémům klienta, které mohou být saturovány ošetřovatelskými a sociálními intervencemi a činnostmi. Cílem této fáze je společně s klientem najít to, co ho trápí, čím je ohrožen, co si sám nezajistí. Znamená to, že identifikujeme (určíme, stanovíme) ošetřovatelské a sociální diagnózy, tj. problémy a potíže klienta. Ty seřadíme podle priorit, tedy podle míry závažnosti/významu. Při stanovení ošetřovatelské a sociální diagnózy bereme v úvahu vedle odborných znalostí pečovatele i stanovisko klienta. Jinak řečeno – klient může své problémy vidět odlišně než pečovatel.

Příklady názorové neshody pečovatele a klienta

- Klient neshledává nedostatečný příjem potravy jako závažný problém. Pečovatel je opačného názoru.
- Klient nevidí nic špatného na tom, že obden užívá léky podporující vyprazdňování střev. Pečovatel však namítá jiné řešení problému, s nímž klient nesouhlasí.
- Pečovatel upozorňuje klienta na nedostatečný příjem tekutin. Klient je přesvědčený, že necelý litr tekutin za den je dostačující.

Stanovení problému (diagnózy) nesmí být formální.

3. fáze – plán ošetřovatelské a sociální péče

Výsledkem této fáze je stanovení plánu péče o klienta, tj. v jakém pořadí budeme společně řešit problémy klienta. Je třeba si ujasnit, co pro klienta učiní pečovatel, co může vykonat rodina a klient sám. Plánování individualizované péče se týká dvou oblastí:

- Nejprve stanovíme cíle péče a očekávané výsledky péče.
- Poté je třeba vypracovat individuální plán ošetřovatelské a sociální péče, stanovit intervence, kterými chceme dosáhnout stanovených cílů (tab. 1).

Tab. 1 *Příklad jednoduchého plánu péče (uvedené problémy nejsou vyčerpávající, pouze ilustrativní)*

Ošetrovatelský plán: Jméno klienta:				
Potřeby klienta	Cíle péče	Plánování péče	Realizace péče	Hodnocení péče
31. 8. nedostatek tekutin	klient bude dostatečně hydratován (zavodněn)	nabízet tekutiny po hodině, sledovat a zaznamenávat příjem a výdej tekutin*	po hodině podáváme vhodné tekutiny, zaznamenáváme příjem tekutin	1. 9. podávány tekutiny po hodině v dostatečném množství, klient nepociťuje žízeň
31. 8. zácpa				
31. 8. snížená hybnost				
31. 8. neschopnost klienta uvařit si				
31. 8. neschopnost klienta vést domácnost				
31. 8. izolace klienta od okolí				

* Příjem a výdej tekutin (zkratka P + V) = počítá se, kolik tekutin klient vypil, měří se množství moči za 24 hod.

4. fáze – vlastní realizace plánu péče = vlastní pečování

V průběhu této fáze plní pečovatel/rodina/klient své úkoly stanovené plánem péče. Pečovatel nadále získává a shromažďuje nové poznatky o klientovi, které pomohou modifikovat (změnit, upravit) ošetrovatelskou péči.

5. fáze – zhodnocení efektu poskytované péče

Zhodnocení účinnosti poskytnuté péče spočívá ve:

- zjištění, zda bylo dosaženo stanoveného cíle,
- změření úspěchu poskytnuté péče pomocí různých stupnic, škál, testů, např. stupnice k měření bolesti, testy soběstačnosti,
- získání dalších informací o klientovi, které pomohou upravit a změnit plán péče, pokud jsme nedosáhli stanovených cílů péče.

2.2 Ošetřovatelská a sociální dokumentace

Ošetřovatelská dokumentace je součástí celkové zdravotní a sociální dokumentace o klientovi. Slouží k zaznamenávání ošetřovatelské a sociální péče, jež je příjemcům (obyvatelům domovů pro seniory, klientům agentur domácí péče, pečovatelské služby) poskytována. Informace slouží pro všechny profesionály, kteří se z různého hlediska starají o dotyčného klienta. Údaje slouží pečovatelům, sestrám, fyzioterapeutům (starší název je rehabilitační pracovník), lékařům apod. Základní ošetřovatelskou dokumentaci tvoří:

- **vstupní ošetřovatelský a sociální záznam** – obsahuje ošetřovatelskou anamnézu, subjektivní hodnocení pečovatele (např. klient má suchou kůži, bude potřeba jej hydratovat), objektivní hodnocení klienta pomocí měřicích technik
- **plán ošetřovatelské a sociální péče** – obsahuje ošetřovatelské diagnózy (problémy klienta), cíle péče, plán jednotlivých kroků (intervencí), hodnocení efektu poskytované péče, data u jednotlivých údajů
- **výstupní ošetřovatelský a sociální záznam** – ošetřovatelská a sociální zpráva, jež podává informace dalšímu zdravotnickému nebo sociálnímu zařízení, pokud je klient přemístěn či propuštěn domů
- **záznamy ošetřovatelských testů** – např. měření soběstačnosti, rizika vzniku dekubitů, škála deprese, mapa bolesti (obr. 5); mapa bolesti umožňuje klientovi, aby ukázal konkrétní místo, kde pociťuje bolest; pomocí koleček či jiných útvarů barevně zakresluje místa bolesti, vystřelování bolesti do jiných lokalit apod.; o škálách a hodnoticích systémech bude pojednáno v příslušných kapitolách

2.3 Potřeby nemocných

Péče o klienty vychází z hodnocení potřeb klientů a jejich saturace = uspokojování. Pojem potřeba chápeme jako projev nedostatku nebo nadbytku směřující k obnovení homeostázy (rovnováhy, pohody, optima). Potřeba pobízí k vyhledávání nějaké podmínky nezbytné k životu, popř. vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Potřeba je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj.