

# II. KONFERENCE SESTRA V PRAXI

2009

[www.solen.cz](http://www.solen.cz)

ISSN 1803-5930

**12. června 2009**

**Regionální centrum Olomouc**

*II. interní klinika FN Olomouc  
Klinika rehabilitačního a tělovýchovného lékařství FN Olomouc*

**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION



# Spojuje nás nalézat skutečná řešení

HARTMANN – výrobky pro inkontinenci MoliCare, MoliMed, Menalind



Na vývoji výrobků HARTMANN se podílí celá řada odborníků. U absorpčních pomůcek je důležitá především **vyšoká absorpce** a dobrá **prodyšnost**. Výborné vlastnosti absorpčních pomůcek HARTMANN dokazují i **dermatologické testy**. Na povrchu zůstávají stále suché díky speciální distribuční vrstvě Dry Plus Vlies, která rychle odvádí tekutinu do 3vrstvého savého jádra. Jejich **jednoduchá aplikace** vám navíc výrazně ušetří čas.

Kromě kvalitních produktů je samozřejmostí i servis na **bezplatné lince 800 100 333**, na které si můžete domluvit schůzku s naším medikálním specialistou. Případně můžete získat vzorky k vyzkoušení a informační materiály zdarma.

Máme společný cíl. A tím je šetrná a přitom vysoce profesionální péče o pacienty.

INKONTINENCE

HOJENÍ RAN

OPERAČNÍ KRYTÍ

VYSOKÝ KREVNÍ TLAK

KOMPRESIVNÍ TERAPIE

IMOBILIZACE

PRVNÍ POMOČ

**HARTMANN**



pomáhá léčit.

## POŘADATEL

**II. interní klinika FN Olomouc,  
Klinika rehabilitačního a tělovýchovného lékařství FN Olomouc, Solen, s.r.o.**

## KOORDINÁTORKA ODBORNÉHO PROGRAMU

**Bc. Lenka Šeflová**

## PROGRAMOVÝ VÝBOR

**Mgr. Jana Tomsová,  
Mariana Hubáčková**

## ORGANIZÁTOR

**SOLEN, s.r.o.**

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

**kontaktní osoba:**

Ing. Karla Břečková

tel.: 582 397 457

mob.: 777 714 677

e-mail: breckova@solen.cz

---

**Olomouc, 12. 6. 2009  
REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC**

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání  
dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 4 kredity pro sestry.

**KONFERENCE SESTRA V PRAXI**

**ISSN: 1803-5930**

**Grafické zpracování a sazba:** Jan Sedláček, tel.: +420 724 984 451

# PROGRAM KONFERENCE (PÁTEK 12. ČERVNA)

7.30 Registrace

9.00 Zahájení

## 9.10–10.10 ORTOPEDIE

- **Přehled artroskopických výkonů velkých kloubů** – MUDr. Radim Kalina, Ph.D.
- **Endoprotetika nosných kloubů** – MUDr. Jan Špička, Ph.D.
- **Edukace pacienta po ortopedické operaci** – Josef Bělohávek

10.10–10.40 Přestávka

## 10.40–11.40 URGENTNÍ MEDICÍNA

- **První pomoc v terénu** – MUDr. Olga Klementová, Ph.D. – *interaktivní přednáška*
- **Chyby během KPR** – MUDr. Bronislav Klementa – *interaktivní přednáška*
- **Termický úraz – první pomoc a primární zajištění** – MUDr. Ludomír Brož

11.40–12.00 Přestávka

## 12.00–13.00 BOLEST

- **Aby záda nebolela** – Mgr. Jana Tomsová
- **Léčba bolesti – akutní versus chronická** – MUDr. Marek Hakl
- **Základy polohování a respirační fyzioterapie u imobilizovaných pacientů**  
– Mgr. Barbora Paráková

13.00–14.30 Oběd

## 14.30–15.30 VÝŽIVA, AGRESIVNÍ PACIENT

- **Probiotika ve vztahu k imunitnímu systému** – RNDr. Dana Nováková
- **Výživa v nemoci** – MUDr. Zuzana Grofová
- **Ošetřovatelský přístup k neklidným a agresivním nemocným**  
– Jana Kostková, Iva Hrabíková

15.30 Losování ankety společnosti Solen, s.r.o

## Závěr konference

**Workshopy** (v průběhu dopoledne v malém sále – do 15 lidí)

1. **Polohování pacientů** – Mgr. Jana Tomsová
2. **Resuscitace v praxi** – Mariana Hubáčková

*Pořadatel si vyhrazuje právo změny programu.*



# Vyrostli jsme na Sunaru

## Petr Bříza

Hokejista.  
Reprezentační brankář  
a vítěz ELH 2006.  
Držitel řady medailí z MS  
a medailista z OH v Albertville 1992.  
Generální manažer hokejového  
klubu Sparta Praha.



Potravina pro zvláštní výživu.

**Sunar**<sup>®</sup>  
Chutnal nám, chutná našim dětem

[www.sunarHA.cz](http://www.sunarHA.cz)  
info 800 201 102



# ORTOPEDIE

pátek / 12. 6. 2009 / 9.10–10.10

## Přehled artroskopických výkonů velkých kloubů

**MUDr. Radim Kalina, Ph.D.**

**Ortopedická klinika FN Olomouc**

Artroskopie je moderní miniinvazivní endoskopická operační technika umožňující diagnostiku a léčbu poškození kloubů.

Artroskopie představuje již více než tři desetiletí velmi efektivní techniku v diagnostice a léčbě onemocnění kloubů. Její význam neustále stoupá se zdokonalující se technologií, s vývojem nových instrumentárií a implantátů.

První pokus o endoskopické vyšetření kloubu byl popsán již v roce 1916 v Japonsku, ale až v roce 1962 byla prezentována první artroskopická menisektomie v USA. Od té doby nastal obrovský rozmach artroskopické operativy.

Na Ortopedické klinice FN Olomouc se ročně provádí více jak 1 200 artroskopických operací.

Stěžejní operační program tvoří operativa kolenního a ramenního kloubu, ale také hlezna, lokte, méně kyčle a zápěstí. Mezi nové artroskopické techniky patří ošetření Haglundovy exostózy a patní ostruhy.

V oblasti kolenního a ramenního kloubu jsou prováděny jednak jednodušší artroskopické operace (resekční a uvolňovací), např. částečné odstranění menisku nebo zahlázení poškozené chrupavky, tak i artroskopické operace složitě (rekonstrukční), např. plastiky zkřížených vazů kolenního kloubu, sutury menisků, náhrady de-

fektů chrupavky autoštěpy (mozaiková plastika), artroskopické stabilizace ramenního kloubu nebo sutury manžety rotátorů. V oblasti hlezna, lokte, kyčle a zápěstí se více provádí resekční a čistící operace, jako je synovektomie, shaving malatické chrupavky, vitalizační návrtvy chrupavky, odstranění volných tělísek, ablace osteofytů nebo odstranění poúrazové artrofibrózy.

Ortopedická klinika FN Olomouc patří mezi uznávané artroskopické pracoviště provádějící nejmodernější artroskopické výkony. Mezi pacienty ortopedické kliniky patří mnoho známých osobností a profesionálních sportovců (J. Dopita, J. Mužík, M. Koukal, M. Hejduk, L. Bukač, M. Hamrlík a další).

## Endoprotetika nosných kloubů

**MUDr. Jan Špička, Ph.D.**

**Ortopedická klinika FN Olomouc**

Těžké morfologické postižení nosných kloubů může významným způsobem narušovat životní nároky pacienta. Endoprotéza je elegantním a vysoce účinným řešením, které při splnění daných kritérií umožní návrat pacienta do normálního života. Základním pilířem endoprotetiky nosných kloubů jsou operace kyčlí a kolen. V současnosti je možné volit celé řady různých typů implantátů. Operace endoprotézy by měla být prováděna na pracovišti s dostatečně erudovaným personálem, který je schopen řešit i případné komplikace po operaci endoprotézy. Veškerá péče musí být za-

měřena na maximální spokojenost, informovanost a edukaci pacienta tak, aby k případným komplikacím docházelo co nejméně.

## **Edukace pacienta po ortopedické operaci**

**Josef Bělohávek**

**Klinika rehabilitačního a tělovýchovného  
lékařství FN Olomouc**

Obsahem přednášky je edukace (výchova, zaškolení, instruktáž) pacienta po ortopedic-

kých operacích, a to hlavně totálních endoprotézách kyčelního a kolenního kloubu (TEP). Základem je nácvik správné vertikalizace pacientů po TEP na neurofyziologickém podkladě, instruktáž správné bipedální lokomoce s pomocí kompenzačních pomůcek různých typů. Součástí rehabilitačního programu je nutnost pacienta poučit o rizikových polohách po uvedených operacích. Cílem prezentace je také možnost ukázat způsob využití sportovních a pohybových aktivit v rámci včasné rekonvalescence.

# **URGENTNÍ MEDICÍNA**

*pátek / 12. 6. 2009 / 10.40–11.40*

## **První pomoc v terénu**

**MUDr. Olga Klementová, Ph.D.**

**Klinika anesteziologie a resuscitace  
FN Olomouc**

Lze-li něco zásadního říci o první pomoci v terénu, pak pro ni platí, že nutnost ji poskytnout často přichází zcela nečekaně a někdy bez vybavení. Přibývá závažných úrazů při různých sportovních aktivitách a také intoxikací. Není-li v blízkosti svědek, který chce a umí pomoci, pak postižená osoba může zemřít. V poslední době jsme překvapováni zástavou oběhu u stále mladších osob. Na potenciální katastrofu musíme být jako zdravotníci vždy připraveni, situaci bychom měli řešit rychle a rozhodně. Příprava by měla být u všech zdravotníků každoročním nácvikem dynamických stereotypů resuscitace.

Protože je resuscitace týmová, lze jen doporučit nácvik s lékařem své ambulance.

## **Chyby během KPR**

**MUDr. Bronislav Klementa**

**Klinika anesteziologie a resuscitace  
FN Olomouc**

Prakticky žádná podávaná resuscitace se bez chyb neobejde, pokud není prováděná zkušeným lékařem znalým postupů KPR. Je potřeba si uvědomit, že k tomu, aby k zahájení resuscitace došlo co nejrychleji, je potřebné, aby zdravotníci byli schopni selhání životních funkcí správně rozpoznat. A právě zde je patrné zanedbání možných příznaků, které ve svém důsledku vždy povedou k zástavě oběhu – hypoxie, hypotenze, dekompenzace onemocnění a jiné příčiny.

V ambulanci se zástava oběhu může odehrát jak během vyšetření, tak i v čekárně, kde jsou svědky další pacienti. Zdravotní sestra je často prvním svědkem této příhody a musí KPR neprodleně zahájit. Mnohdy je však resuscitace prováděna chybně a je neúčinná. V našem sdělení vás chceme seznámit s častými chybami, ke kterým v ambulanci v souvislosti s prováděním oživování – resuscitace dochází.

### Termický úraz – první pomoc a primární zajištění

**MUDr. Ludomír Brož**

**Klinika popáleninové medicíny  
FN Královské Vinohrady, Praha**

Mezi termické úrazy patří poškození kožního krytu způsobené vysokými teplotami (oheň,

horké těleso, horká voda, pára) nebo nízkými teplotami (omrzliny), elektrickým proudem, chemikáliemi, ionizačním zářením.

Včasná a adekvátní první pomoc, rychlost transportu, příčina úrazu, jeho rozsah, hloubka postižení a lokalizace jsou závažné faktory, které ovlivňují další prognózu léčby pacientů. Zmírnění bolesti podáním analgetik i. v. cestou a chlazení ploch je základní postup při první pomoci. Chlazením snižujeme bolestivost a zároveň bráníme prostupu tepla do hlubších struktur kožní tkáň.

Při primárním ošetření je základem správná diagnostika hloubky vlastního zranění a stanovení rozsahu postižení a následné rozhodnutí o transportu pacienta na specializované pracoviště. Není chybou, jestliže při hodnocení stavu dojde k přecenění úrazu než k jeho podcenění.

## BOLEST

*pátek / 12. 6. 2009 / 12.00–13.00*

### Aby záda nebolela

**Mgr. Jana Tomsová**

**Klinika rehabilitačního a tělovýchovného lékařství FN Olomouc**

Vertebrogenní problematika patří mezi nejčastější poruchy funkce pohybového systému z nejrůznějších příčin.

Setkáváme se s literaturou poskytující „cviky na páteř“, existují jednotlivé koncepty (Škola zad, Kineziologie, McKenzie, Spinální cvičení apod.), jež jsou založeny na anatomických a biomechanic-

kých principech. Na páteř jako osový orgán jsou kladeny vysoké nároky. Působí jako mechanická ochrana míšních struktur, musí být tedy dostatečně pevná, stabilní a zároveň pružná, rotabilní, elastická a protažitelná. Aby mohla obstát ve všech těchto funkcích, je nutné dokonalé řízení

CNS a koordinace svalových souher (především hlubokých krčních flexorů, břišních svalů, svalů pánevního dna, bránice, autochtonní svaly).

Bolest je chápána jako signál označující možnost poškození struktury s následnou deforma-

tivní adaptací, kterou vyvolává jednostranná stereotypní zátěž nebo poruchy řízení motoriky. V přednášce bude zdůrazněna důležitost jednotlivých svalových souher z pohledu motorické ontogeneze a poskytnut návod, jak pečovat o své tělo.

## Léčba bolesti – akutní verzus chronická

**MUDr. Marek Hák**

**Centrum pro léčbu bolesti, ARK  
LF MU a FN u sv. Anny v Brně**

Bolest je subjektivní nepříjemný pocit definovaný jako „Nepříjemný senzorický a emociální zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně nebo zážitek, který je v termínech takového poškození popisován. Bolest je vždy subjektivní“ (WHO).

Bolest lze dělit podle řady různých parametrů. Základní dělení podle délky jejího trvání člení bolest na akutní a chronickou. Bolest akutní plní základní ochrannou funkci, je smysluplná. Jejím cílem je upozornění na nebezpečí poškození organismu, je symptomem probíhajícího onemocnění. Naopak bolest chronická ztrácí smysluplnost, neplní ochrannou funkci, svojí setrvalostí a intenzitou sama může k destrukci organismu přispívat. Chronická bolest již není symptomem probíhajícího onemocnění, ale sama se stává nemocí (syndromem).

Základní strategie léčby bolesti vychází z třístupňového žebříčku WHO. První stupeň žebříčku je tvořen neopioidními analgetiky (paracetamol, NSA, metamizol), druhý stupeň kombinací neopioidního analgetika a slabého opioidu (tramadol, kodein), třetí stupeň zahrnu-

je silný opioid v kombinaci s neopioidním analgetikem. Ve farmakoterapii chronické bolesti se postupuje od léků prvního stupně (nejslabších) až k lékům třetího stupně (nejsilnějším). Naopak v léčbě akutní bolesti začínáme léky vyššího stupně, a tak, jak postupně dochází k hojení nebo zániku vyvolávající příčiny, síla analgetik se snižuje. Pro pokrytí setrvalých bolestí upřednostňujeme analgetika s postupným uvolňováním (retardovaná, SR), k léčbě náhlých zhoršení bolestí, např. při převazech, používáme rychle působící formy analgetik (IR). Vždy se snažíme maximálně využívat výhodných kombinací analgetik (NSA+ paracetamol, slabý opioid + paracetamol + NSA).

Bolest se výrazně podílí na zhoršování kvality života pacienta a je morální povinností každého lékaře se alespoň pokusit o její léčbu.

## Základy polohování a respirační fyzioterapie u imobilizovaných pacientů

**Mgr. Barbora Paráková,**

**Mgr. Beata Walachová,**

**Mgr. Jana Tomsová,**

**MUDr. Alois Krobot, Ph.D.**

**Klinika rehabilitačního a tělovýchovného lékařství, Fakultní nemocnice Olomouc**

Problematika péče o imobilizovaného pacienta nesouvisí pouze s bezprostředním zajištěním základních životních funkcí. Představuje komplexní přístup se snahou co nejdříve umožnit pacientovi plnohodnotný návrat ke každodenním aktivitám. K minimalizaci následků imobilizace, která má negativní vliv na celou řadu tělesných systémů, se mimo jiné využívá

polohování a respirační fyzioterapie. Polohování pacienta se nesoustředí jen na odlehčení rizikových oblastí. Klademe důraz na postavení jednotlivých tělesných segmentů. Optimální nastavení segmentů vychází z neurofyziologických a biomechanických souvislostí, představuje adekvátní senzoryckou stimulaci, brání vzniku deformit a kontraktur. Navíc optimální

postavení pletenců a páteře pozitivně stimuluje respiraci. Při polohování pacienta respektujeme funkční postavení končetin a využíváme stabilní i labilní polohy včetně polohy vertikální. Cílem příspěvku je seznámit posluchače se základy polohování a respirační fyzioterapie u imobilizovaných pacientů s ohledem na tyto souvislosti.

## VÝŽIVA, AGRESIVNÍ PACIENT

*pátek / 12. 6. 2009 / 14.30–15.30*

### Probiotika ve vztahu k imunitnímu systému

**RNDr. Dana Nováková**

**Klinika nukleární medicíny a endokrinologie**

**2. LF UK a FN Motol, Praha**

V posledních letech došlo k rozvoji poznatků o významu bakterií, které prospívají našemu zdraví. Byla definována probiotika jako živé bakterie, které, jsou-li podávány v dostatečném množství, jsou prospěšné pro náš zdravotní stav.

Probiotika jsou důležitou součástí sliznic, a to hlavně sliznice zažívacího traktu (jde o plochu přibližně 200 metrů čtverečních), jsou důležité pro imunitu sliznic, ale jsou významné i pro celý imunitní systém člověka. Jejich význam spočívá hlavně ve stimulaci naší imunitní odpovědi. Mezi bakterie, které mají tyto prospěšné probiotické vlastnosti, patří řada bakteriálních druhů. Patří k nim bifidobakterie, laktobacily a gram pozitivní koky.

Úlohy, které plní probiotické bakterie v organismu jsou:

1. podílí se na trávení (tuků, proteinů a cukrů)
2. podporují integritu a funkce střevní sliznice
3. působí na dozrávání imunitního systému
4. zvyšují imunitu a kontrolují vyváženou funkci imunitního systému.

Významné je používání probiotických bakterií při prevenci a jako podpory léčby při některých chorobných stavech. Využívají se k posílení imunitního systému. Používají se v prevenci a léčbě průjmů, také k navození správné střevní flóry po prodělaných průjmech. Působí příznivě při poruchách trávení a v prevenci rakoviny tlustého střeva. V posledních letech nabývá na významu jejich optimální působení v prevenci a léčbě urogenitálních infekcí. V dětském věku významně ovlivňují alergická onemocnění, hlavně atopický ekzém.

## Výživa v nemoci

**MUDr. Zuzana Grofová**

**Nutriční a dietologické oddělení, Pardubická krajská nemocnice, a.s., Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice**

Výživa ve zdraví musí pokrývat energetické a nutriční nároky člověka tak, aby byla udržována na přiměřenou hmotnost a organismus netrpěl deficitem základních živin – makronutrientů ani mikronutrientů. Pestrá vyvážená strava tyto požadavky splňuje.

Výživa v nemoci se od výše uvedených kritérií zásadně neliší. Rozdíl tu je však v nárocích organismu, které jsou chorobou více či méně modifikovány. Výživa má rozhodně charakter léčebný a je nutno k ní takto přistupovat.

U chorob, které jsou označovány jako civilizační a k nimž řadíme obezitu, metabolický syndrom, diabetes mellitus II. typu, dyslipidémii, hypertenzi, kardiovaskulární choroby apod., pacient významně profituje ze snížení příjmu tuků – zejména nasycených a obecně z celkově sníženého energetického příjmu při zachovaném příjmu bílkovin. S redukcí hmotnosti se mnohé parametry (glykovaný hemoglobin, krevní tlak) upraví.

Mnohé choroby však nároky organismu značně zvyšují. Hladovění spojené s nízkým příjmem energie a živin průběh nemoci často zhoršují, vedou ke komplikacím z podvýživy, z nichž nejtěžší může být smrt. Těžkými komplikacemi je ohrožen zejména pacient, který se dostane do stresového hladovění. To je stav, v němž adaptační mechanismy, které probíhají u hladovění prostého, nefungují. Organismus je v situaci, kdy se snaží za každou cenu zachránit. Proto využívá pro tvorbu energie i tak luxusní zdroje, jako jsou

vlastní bílkoviny. Nedostatkem bílkovin je pak poštěněna imunita, síla svalová (dechové svalstvo), vnitřní prostředí, hojivé procesy.

Každý pacient ovšem obdobím stresového hladovění neprochází a naším cílem je, aby se nedostával ani do hladovění prostého. Mnoho pacientů přicházejících k hospitalizaci již má vyjádřené známky podvýživy, a ty se během hospitalizace dále prohloubí. To je pádný důvod k zavádění nutričního screeningu, který má za cíl pacienty v nutričním riziku vytipovat.

Po zařazení pacientů do rizika však musí následovat další krok, a sice nutriční vyšetření, tedy stanovení nutričního stavu a vypracování plánu nutriční intervence. Efekt intervence je nutno pravidelně hodnotit. Oprávnění k nutriční terapii mají nutriční terapeuti a lékaři-nutricionisté. Přestože přístup k pacientům je individuální, obecný způsob uvažování je vcelku jednoduchý. Řídíme se možností perorálního příjmu a fungování zažívacího traktu. Je-li perorální příjem možný a dostatečný, pacienta jen sledujeme. Při možném, ale nedostatečném perorálním příjmu volíme fortifikaci stravy, používáme modulová dietetika a perorální nutriční doplňky k popíjení (sippingu). Další situace nastává, jestliže p. o. příjem možný není. Funguje-li zažívací trakt, využíváme jej jako cestu zcela přirozenou. Pouze obcházíme překážku nebo nefunkční část. Volíme enterální výživu, kterou podáváme do žaludku nebo do tenkého střeva dle konkrétních podmínek. Jako poslední útočiště nám zbývá výživa parenterální, k níž saháme v případě, že zažívací trakt využít nelze. S výhodou lze však jednotlivé typy výživy kombinovat, aby byl zabezpečen vypočítaný příjem energie a živin podle stavu každého pacienta.

Pacientů, kteří potřebují nějakou formu nutriční podpory, ať se jedná o perorální nutriční doplňky, enterální či parenterální umělou výživu, je velké množství. Patří sem pacienti v perioperačním období, s traumaty nebo popáleninami, septičtí, s obtížně se hojícími ranami, s nádorovým onemocněním, s poruchou polykání. Paleta se rozšiřuje i na pacienty neurologické, gastroenterologické a mnohé další.

Řádná výživa usnadní pacientům stonání, pomůže předejít komplikacím, zlepšit průběh choroby. Poskytovatelům zdravotní péče přinese též zlevnění náročné terapie.

## Ošetřovatelský přístup k neklidným a agresivním nemocným

**Jana Kostková, Iva Hrabicová**  
Psychiatrická léčebna Opava

Nemoc, ale i samotná návštěva zdravotnického zařízení může pro některého člověka znamenat nepřiměřenou zátěž, která se promítne do jeho chování a jednání. Zkušení zdravotníci se postupně naučí sledovat signály, které nemocný vysílá. Pacient je nespokojený, zvláště když prožívá strach a úzkost. Sestra se při své práci může setkávat s různými projevy neklidu a agrese. Hlavním úkolem je signály neklidu včas rozpoznat a učinit taková opatření, kterými bude zajištěna bezpečnost pro pacienta a jeho okolí. Vhodným přístupem se dá řadě nepříjemných konfliktů předcházet.

### Základní pojmy:

Neklid – stav zvýšené pohybové aktivity – gestikulace, přešlapování, podupávání, bezcílné pobíhání.

Agitovanost – celková motorická aktivace, velký neklid, často spojený s násilným chováním.

Násilné chování – použití síly vůči lidem nebo předmětům spojené s nepřátelským afektem.

Agrese – vystupňované násilné chování, doprovázeno afektem hněvu, vzteku, pocitem nenávisti, brachiální napadení ostatních, ničení předmětů.

Agresivita – opakovaná, déletrvající agrese.

**Varovné signály** násilného chování jsou velmi významné. Existuje celá řada signálů ohlašujících napětí až případnou agresi a není-li vůči nim sestra lhostejná, může riziko agresivního chování včas odhalit. U řady onemocnění lze předvídat zmatené, neklidné až agresivní chování.

### Přístup k neklidnému pacientovi

Má-li sestra pocit, že je pacient neklidný, zvolí vhodný přístup. Nikdy s ním nesmí hovořit o samotě, uzavírat se s ním v místnosti nebo se k němu přibližovat pomalu. Neměla by být naléhavá a pouštět se do konfrontací. Také by se měla varovat náhlým, nečekaným pohybům. S pacientem je třeba mluvit klidným, vyrovnaným hlasem a používat krátké srozumitelné věty. Není vhodné dávat najevo strach. Sestra by měla být k pacientovi zdvořilá, nepůsobit nadneseným dojmem. Nabízet jistotu a podporu a nikdy mu nelhat.

Při své praxi se sestra setká s řadou komplikovaných situací. Jak je zvládne, záleží na jejich zkušenostech, teoretických základech a schopnosti zvolit vhodný přístup. Rozmanitost situací je velká, je nemožné podat jednoznačný návod na jejich řešení.

**Musí-li sestra reagovat na otevřenou agresi**, dbá zejména – na bezpečí pacienta, na bezpečí ostatních pacientů, na bezpečí personálu. Ochrana zařízení je až na posledním místě.

Pacienta, který je svým chováním nebezpečný sobě i svému okolí a jehož chování se nedaří zvládnout terapeutickým přístupem či medikací, je nutno fyzicky omezit. Použití omezovacího prostředku indikuje vždy lékař, obvykle na žádost sestry. Pro optimální zvládnutí takové mimořádné události je nezbytná dostupnost dostatečného počtu personálu, nejlépe jeden člověk na jednu končetinu a další, který koordinuje práci ostatních. Mělo by být prováděno 1 x ročně pravidelné školení personálu o zvládnutí neklidných nemocných, aby každý člen zdravotnického týmu věděl, co má dělat. Jen tak může být omezení pacienta provedeno rozhodně a bez váhání a minimalizují se rizika poranění nemocného i personálu. O použití omezovacího prostředku je nutné vést pečlivý záznam. Na každém zdravotnickém pracovišti by měly být vypracovány pracovní postupy pro zvládnutí neklidných nemocných a zvládnutí mimořádných událostí. Po fyzickém omezení je třeba s pacientem komunikovat a vysvětlit mu, proč musel být omezen. Omezovací prostředek se nikdy nesmí použít za účelem potrestání pacienta nebo jako nástroj, který usnadní práci sestrám. Omezovací prostředky mohou být použity pouze po dobu, kdy trvají důvody jejich použití.

### **Omezovací prostředky:**

#### ***Omezení v lůžku pomocí magnetických pásů***

– při výrazné agresivitě, kdy pacient ohrožuje sebe a okolí. Důležitá je zvýšená ošetrovatelská péče – každou hodinu sledovat FF – KT, P, každých 20 min. sledovat prokrvení končetin, zajistit dostatečnou hydrataci a příjem potravy, sledovat močení, stolici, dbát o celkovou hygienu, včetně péče o dutinu ústní, dbát na prevenci dekubitů.

***Ochranný kabátek (svěrací kazajka)*** – nejčastěji používán u pacientů s mentální retardací ke zvládnutí jejich nepřiměřených projevů – tahání za vlasy, ničení vybavení, bezdůvodné napadání ostatních. Je nutno zajistit dostatečnou hydrataci, příjem potravy, vyprazdňování, hygienu.

***Bezpečnostní pás na křeslo*** – je využíván u demenčních nemocných, zmatených, amentních, bloudících po oddělení, u kterých hrozí riziko pádu a zranění.

***Sítová lůžka*** používáme v noci u demenčních pacientů trpících insomnií. V tomto případě jsou sítová lůžka humánnější než fixace k lůžku či použití postranic. Nepovažujeme je za omezovací prostředek.

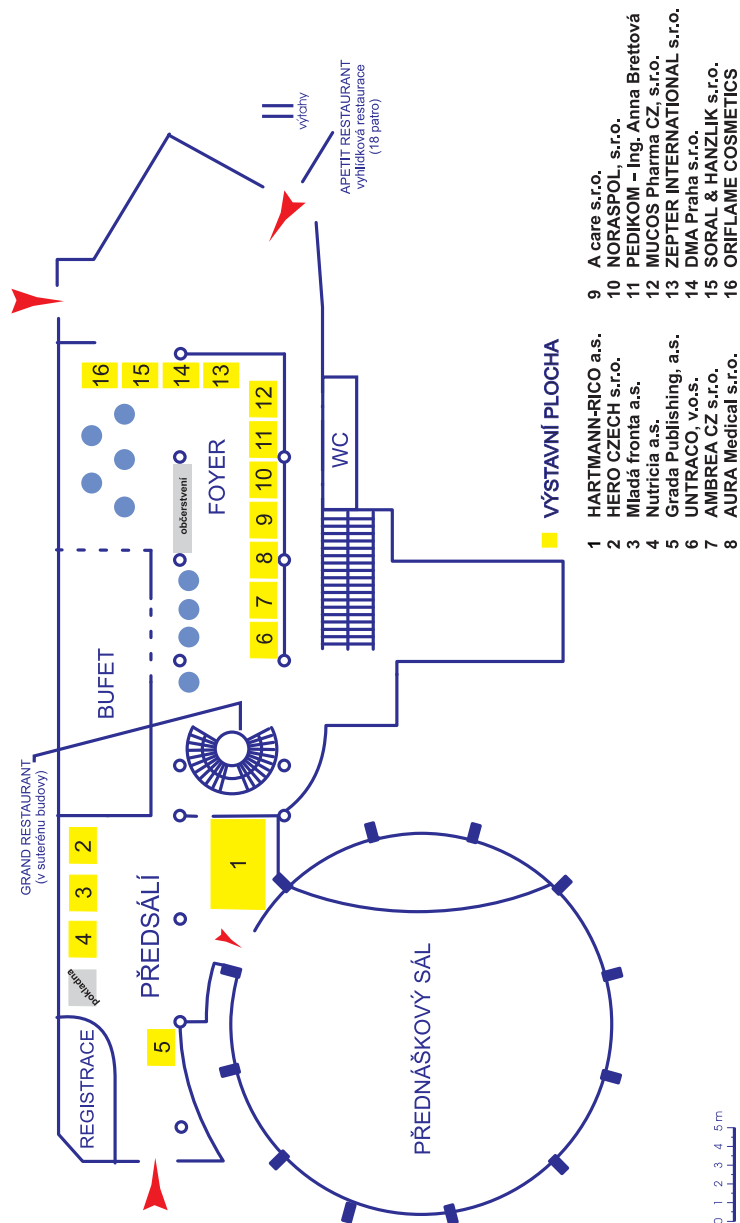
**Vhodným, profesionálním přístupem se dá řadě nepříjemných konfliktů předcházet.**





## Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci II. KONFERENCE SESTRA V PRAXI

12. 6. 2009, REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUČ



# Sestra

**Odborný měsíčník pro sestry a ostatní  
nelékařské zdravotnické pracovníky**

- **INFORMAČNÍ SERVIS**  
aktuální zprávy  
z konferencí a seminářů
- **FÓRUM**  
názorů a zkušeností
- **AKTUÁLNĚ**  
z českého zdravotnictví
- **Příspěvky  
ZE ZAHRANIČÍ**
- **Novinky ve  
VZDĚLÁVÁNÍ a VÝZKUMU**
- **Užitečné profesní INFO  
MZ ČR, NCO NZO, ČAS**
- **Zajímavé KAZUISTIKY,  
obsáhlá sekce OBORY**
- **tradiční přílohy  
SESTRA ROKU  
a KALENDÁŘ  
ZDĚLÁVACÍCH AKCÍ**

[www.sestra.cz](http://www.sestra.cz)  
[www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)



zajímavé články z oboru, archiv jednotlivých čísel časopisu Sestra, kalendář akcí a další zajímavé rubriky

**Předplatné a více informací: tel. 800 300 302, e-mail: [mf.prstc@cpost.cz](mailto:mf.prstc@cpost.cz), [www.mf.cz](http://www.mf.cz)**



## POŘADATELÉ

- II. interní klinika  
FN Olomouc
- Klinika rehabilitačního  
a tělovýchovného lékařství  
FN Olomouc

**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION

# II. KONFERENCE SESTRA V PRAXI

12. června 2009

Regionální centrum Olomouc

## GENERÁLNÍ PARTNER



pomáhá léčit.

## PARTNEŘI

A care s.r.o.	NORASPOL, s.r.o.
AMBREA CZ s.r.o.	Nutricia a.s.
AURA Medical s.r.o.	OMS – ZOLL s.r.o.
COMPEK MEDICAL SERVICES, s.r.o.	PEDIKOM – Ing. Anna Brettová
DMA Praha s.r.o.	SORAL & HANZLIK s.r.o.
EGIS Praha, spol. s r.o.	UNTRACO, v.o.s.
HERO CZECH s.r.o.	ZEPTER INTERNATIONAL s.r.o.
MUCOS Pharma CZ, s.r.o.	

## MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

**diagnóza**  
časopis o zdravotnictví

**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION

**FLORENCE**  
ČASOPIS MODERNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

**GRADA**

**Zdravotnické  
noviny**

**Sestra**

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM  
ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE



absolutní sterilita,  
prevence rizik



neproniknutelná  
bariéra pro  
bakterie, krev  
a ostatní tekutiny



optimální tepelná  
výměna



bez (textilního)  
prachu



hedvábně jemný  
materiál



široký sortiment  
pro každého



pláště a roušky  
vyhovují  
ČSN 13795



optimální poměr  
výkon/cena



přehledné značení  
pro snadnou  
manipulaci  
a skladování



spolehněte se  
na originál

# Foliodrape®

## Bezpečí, jistota, pohodlí

- jednorázové operační roušky a sety pro operační zákroky
- sety připravené přesně na míru podle vašich požadavků
- příjemný materiál s výbornou savostí s možností uzamknout tekutiny
- bezpečná ochrana před infekcí díky PE vrstvě
- Foliodrape plně splňuje normu EN13795

**Profesionální řešení pro každý zákrok.**

Více informací na [www.hartmann.cz](http://www.hartmann.cz).

Volejte naše odborné poradce na infolince **800 100 333**.



# Hydrotul®

## Pro hladké zhojení



Laboratoř HARTMANN, specialista na léčbu ran, vyvinula **Hydrotul®**, nové krytí s **hydroaktivním účinkem**, ideální pro léčení akutních a chronických ran ve všech fázích hojení ran. Jeho složení umožňuje vytvoření vlhkého prostředí, které je příznivé pro hojení rány.

### Hydrotul®

- nepřilne k ráně a může být překryt dalším obvazem dle vaší potřeby,
- podporuje nerušené hojení díky péči o kůži v okolí rány (prevence macerace),
- snadno se aplikuje a nelepi se na rukavice ani na nůžky,
- je určen pro široké spektrum indikací,
- představuje dobrý poměr mezi výkonem a cenou.

Více informací na  
[www.hartmann.cz](http://www.hartmann.cz)  
nebo volejte infolinku  
**800 100 333**

