

MANAGEMENT
HENDIKEPOVANÝ
CH PACIENTŮ –
UČEBNÍ TEXT

Mgr. Petra Bielczyková

Jednotlivé typy postižení

□ Jedinci hendikepovaní

- motorickým postižením

- smyslovým postižením - zrakově postižený
pacient

pacient

- sluchově postižený

- kombinované postižení

Zdravotní hendikep

- Hendikep znamená znevýhodnění, nerovnost podmínek.
- Vyjadřuje subjektivní pocit oslabené pozice jedince vůči sociálnímu tlaku okolí způsobený objektivními příčinami.
- Lidé hendikepovaní jsou především lidé s vrozeným trvalým postižením, lidé mentálně retardovaní, ale také lidé s vadami kombinovanými, kteří mají jak tělesné, mentální, tak i smyslové postižení

Mentálně postižení

- Mezinárodní klasifikace nemocí definuje mentální retardaci jako stav zastaveného, nebo neúplného duševního vývoje
- Na základě současných poznatků se domníváme, že za nejméně dvě třetiny stavu intelektových schopností odpovídají faktory genetické.
- Termín sociální slabomyslnost – v minulosti označení defektu intelektu sociálního původu při zachovaných vrozených schopnostech. (Bývali tak označováni jedinci s nízkým intelektem, kteří žili v podmínkách s nedostatečnou stimulací jejich duševního vývoje)

Vnímání mentálně hendikepovaných

- Mentální postižení je hendikepem, který neumožňuje úplné vyléčení.
- Je však psychickou poruchou, která může být v některých směrech výrazně zlepšena. Dnešní postoj se snaží maximálně integrovat postižené lidi do života společnosti.
- Mentální retardace je dnes chápána spíše jako důsledek patologického procesu v mozku, jehož výsledkem jsou omezené schopnosti intelektové a schopnosti přizpůsobení, než jako nemoc v biologickém pojetí, která má známou příčinu, klinický obraz a léčbu.

- Současná Mezinárodní klasifikace nemocí respektuje klasické dělení postižení podle hodnot IQ, není tím základním kritériem.
- Rozhodující jsou jeho schopnosti adaptační. Až 85% postižených jsou s mírným stupněm poruchy.
- Jedna ze současných definic říká, že MR představuje „funkční integraci mezi jedincem a prostředím“
- MR bývá provázena negativním sebepojetím, což znamená, že si postižený nevěří, selhával, zklamával očekávání svých rodičů
- Také jeho nedostatečné komunikační schopnosti mohou zvyšovat zranitelnost, posilují jeho sociální izolaci, což zvyšuje pocity úzkosti, vzteku a vyvolávají deprese.
- Ne všichni jsou schopni si uvědomovat svoje postižení a jeho negativní důsledky, záleží na stupni postižení.
- Cílem všech odborných snah by měla být redukce prožívané nepohody a snaha o zlepšení životní

Rozdělení postižení

- Vrozené – ovlivňuje ve větší míře vývoj jedince, který nemůže získat určité zkušenosti, ale je na své postižení postupně adaptován.
- Poruchy vrozené se projeví hned po narození nebo do jednoho roku, jsou nazývány souborně primární poruchy, a pokud nejsou léčeny, vyvíjejí se jako poruchy sekundární. Charakteristický vztah mezi primárními a sekundárními poruchami je morbus Down.
- Později získané – představuje větší psychické trauma, ale jedinec má výhodu dřívějších zkušeností, má určité kompetence, které mu budou v dalším životě užitečné a které jeho vrstevník s vrozeným postižením nemá.

Mentální retardace

- Může být způsobena primárně geneticky, nebo může být důsledkem působení vnějších vlivů, ale může být i kombinace mnoha faktorů.
- Vlivy genetické a negenetické.
 - Negenetické vlivy mohou působit prenatálně (infekce v graviditě, placentární abnormality), perinatálně (anoxie, poranění mozku) a postnatálně(zánětlivé onemocnění CNS, intoxikace, degenerativní procesy, epilepsie a jiná poškození)

Downův syndrom (morbus Down)

- Jeden z nejčastějších postižení geneticky podmíněných. Porucha je především způsobena trisomií 21.chromosomu. Děti s tímto syndromem se od ostatních s MR liší. Typický je fenotyp (mongoloidní vzhled), ale i dobrou sociální přizpůsobivostí a relativně dobrou spoluprací v ordinaci. Podstatně horší spolupráci lze očekávat u pacientů s MR, která je navíc provázena jinou duševní poruchou (např. autizmem)

Vzhled pacienta

- Osobnost jedince je ovlivňována věkem, fyzickou a somatickou zralostí, povahovými rysy, intelektovou úrovní, ale často i poměrně výrazně i hendikepem somatickým a psychickým. Osobnost není hotova při narození, ale formuje se v individuálním vývoji a je výrazem působení ve společnosti.
- Prvotní monitoring při příchodu pac. do ordinace
 - - Vývoj somatický (odpovídá věku)
 - - Vývoj emocionální (pac. pláče, obranné reakce)
 - - Vývoj sociální (chování pac. odpovídá stejně starému jedinci)

- Hendikepovaný pacient mívá někdy v rodině horší postavení. Podle chování rodičů může někdy mít pocit nechtěného dítěte. Občas se setkáme se skrytým negativním postojem rodičů. Některým rodičům vadí, že jejich dítě je „nechlubitelné“ a matka i dítě se tím cítí ve společenské izolaci. Mnozí rodiče prožívají pocit viny na hendikep svého dítěte a snaží se mu to aspoň trochu vynahradiť, proto dítěti dávají mnoho sladkostí, rozmazlují je.

Nespolupracující pacient

- Pojem neošetřitelný či nespolupracující pacient je velmi široký. Lze rozdělit do několika skupin.
- I. Různě silně vyjádřený strach se stomatologického ošetření.
- II. Neschopnost spolupráce pro nízkou inteligenci
- III. Příčina nespolupráce není ovlivnitelná vůlí
 - nekoordinované pohyby, záškuby a třesy
 - zvýšený dávivý reflex
 - kašel
 - zvýšená salivace
- IV. Zcela malé děti do 3 let – rozumové schopnosti těchto dětí nejsou dostatečně rozvinuty a proto je velmi obtížné s nimi navázat kontakt.

- Nejdůležitější je prevence nespolupráce celým zdravotnickým personálem, protože i u jedince s intelektem v mezích normy může být nespolupráce tak výrazná, že tento pacient budí dojem intelektové inferiority a doprovod, který se s takovým jednáním setkává u svého svěřence poprvé, připisuje tuto situaci neodbornosti či dokonce neschopnosti ošetřujícího.

Vrozené vývojové poruchy TZT

- Např. Dentinová dysplazie- je mimořádně vzácné hereditární onemocnění s odchylkami klinickými i histologickými.
- Často postihuje obě dentice. (tvar korunek a erupce zubů je meze změn, nápadná je barva zubu – jantarový nádech, která se objevuje za několik roků po erupci zubů, viklavost, odontogenní píštěle a abscesy v periapikální oblasti.
- Na rtg. Je typický nález obliterace v dočasné dentici úplná, ve stálé dentici částečná obliterace dřeňových dutin, kde se nachází kalcifikovaný tubulární dentin, osteodentin, kaskádovitý dentin a typické periapikální projasnění. Nápadné jsou kořeny zubů, které jsou obvykle krátké, tvarově různě malformované.

Parodontopatie

- U hendikepovaných bývá zvýšený výskyt. V klinické praxi často pozorujeme souvislost parodontitid v dětském věku a dospělosti. Riziko přehlédnutí v dětství při diagnostice je veliké pro ztíženou komunikaci, zejména u MR dětí.
- Parodontitidy mohou být raným symptomem závažného somatického onemocnění.
- U dočasné dentice nacházíme růžovou, pevnou gingivu s dobře definovanou zónou gingivy připojené, která dosahuje 1-6 mm. Nižší keratinizace a vyšší vaskularizace způsobuje červenější barvu gingivy, nápadná je i hladkost gingivy, (stipling se začíná vyvíjet od 2-3-roku života dítěte), což může vést k záměně za gingivu zánětlivě změněnou.

Parodontopatie

- Také vývoj gingivy při prořezání stálých zubů může způsobit záměnu -erupční chobot zaměnit za parodontální. Po ukončení aktivní fáze erupce je gingivální žlábek mělký 0,5 – 1 mm.
- U mentálně postižených se můžeme častěji setkat s gingivitis artificialis, kdy příčinou je sebepoškozování (vlastním nehtem pac.). Poměrně časté jsou různé formy fibromatosis gingivae.
- Parodontitis u systémového onemocnění, zejména progredující formy jsou zpočátku snadno přehlédnutelné. Pacient je subjektivně bez potíží, mohou přejít do těžké formy parodontitidy. Pozornost věnujeme i macerovaným ragádám na rtech. Vyjímkou nejsou ani mykotické infekce.
- U jedinců s poruchou retního uzávěru bývá stomatitis angularis.

Parodontopatie

- Včasná terapie má nejlepší prognózu a umožňuje zachování funkčního chrupu co nejdéle. Terapie u pacientů mentálně postižených je sražena jejich neochotou a neschopností spolupráce, proto je třeba některé postupy modifikovat. (výplachy nahradit potíráním smotkem vaty)

Motorické postižení

- Pohybové vady jsou nápadné, negativně ovlivňují celou osobnost, snižují sebevědomí a vyvolávají snahu kompenzace jiným způsobem. U těchto dětí jsou popisovány tři druhy reakce:
 - své postižení výrazně předvádějí, aby získaly výhody,
 - odklánějí se od společnosti, uzavírají se do sebe, jsou smutní, depresivní, vztahovační,
 - celkově nevyvážení, někdy velmi rychle mění nálady a často se u nich střídají oba předchozí typy chování.

- Hybnost dolních končetin umožňuje odpoutání ze závislosti na jiných lidech. Je prostředkem k získání mnoha poznatků.
- Hybnost horních končetin je významná pro sebeobsluhu a aktivní kontakt s prostředím, ale znemožňuje samostatný pohyb.
- Hybnost mluvidel a mimická pohyblivost je potřebná pro rozvoj komunikace verbální i nonverbální.

Klasifikace pohybových poruch

- Malformace a amputace – nejčastěji se vyskytuje patologické vyvinutí částí těla (anomálie), umělé oddělení části těla následkem úrazu, choroby, nádorů.
- Stomatologické ošetření nebývá komplikované, problémem je doprava pacienta do ordinace
- U imobilního pacienta je i problémem posazení do stomatologického křesla. Pokud je tedy možné provádíme některé výkony na vozíku
- Pro zdravotníky z toho vyplývají individuální postupy, doporučené NRZP ČR

Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením

- 1. Zdrav. Pracovník komunikuje při zjišťování anamnézy zásadně s pacientem , nikoliv s doprovodem
- 2. Při nezbytné manipulaci s pac. mu vysvětlíme co od něj potřebujeme a požádáme jej, aby nám řekl, jak máme postupovat
- 3. Dbáme, aby pac. měl ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky. Tím zvyšujeme jeho jistotu a pocit soběstačnosti
- 4. Pokud potřebujeme vykonat zdravot. úkon, požádáme pac. pokud je to možné aby si sám zvolil místo vpichu či jiného zákroku
- 5. Zásadně dbáme aby měl pac. k dispozici při převozu sanitkou nezbytno kompenzační pomůcky. Zajistíme, aby měl k dispozici svůj vozík.

- 6. Při delším pobytu ve zdrav. zařízení zjistíme, které bariéry v pokoji a jeho okolí brání relativně samostatnému pohybu pac. A snažíme se je odstranit.
- 7. Maximálně se snažíme, aby pac. nebyl trvale upoután na lůžko, pokud to není nutné
- 8. Jen v nejkrajnějším případě používáme takové pomůcky jako je permanentní močový katetr apod. Je to velmi ponižující pro všechny pacienty
- 9. Při podávání stravy se vždy informujeme, zda je pac. schopen se najíst, nakrájet si jídlo apod.
- 10. Zvláště při delších vyšetřeních dbáme na časový prostor na použití WC

Zrakově postižený

- Typy onemocnění – Funkce, zraková ostrost, preference různého stupně osvětlení, rozsah narušení zorného pole, barvocitu

- zrakové postižení 3 stupně

1, omezení zrakových funkcí na úroveň 15 – 5% běžné kapacity (jsou schopní běžné orientace v prostředí, zvládnou požadavky běžné školy (slabozrakost)

2, Zbytky zraku – schopnost nižší než 4% běžné kapacity (praktická nevidomost)

3, Nevidomost – chybí schopnost tvarového vidění, ale může diferencovat světlo a tmu. Někdy i určení směru světla (světlocit s projekcí) Úplná zraková vnímavost je vzácností (enukleace obou očí)

Při komunikaci je vhodné deficit zrakový vhodně nahrazovat hmatem a verbální komunikací.

Desatero komunikace se zrakovým postižením

- 1, Při kontaktu je nutné s ním jednat tak, aby se necítil ponížěn. Není možné spoléhat na jiný, zvláště rozvinutý způsob vnímání zrakově postiženého, např. dobrý hmat či sluch.
- 2, S nevidomým je nutno jednat přirozeně a přímo, nikoliv přes jeho průvodce. (Paní, chce si pán sednout?)
- 3, Osoba jednající s nevidomým zdraví jako první. („Dobrý den pane Nováku, jsem Petra Bielczykova – dentální hygienistka“) Při odchodu osoby z místnosti, pac. upozorníme kdo odchází.
- 4, Podání ruky – oznámíme pac. „podávám Vám ruku“ Při komunikaci je důležitý oční kontakt

- 5, Při vyšetření je nezbytné pac.vysvětlit, co se bude dít, při instrumentálním vyšetření je třeba stručně popsat jak použité přístroje , tak i činnost. (teď to píchne, teď to bude tlačit, teď vvís to bude trochu pálit)
- 6, Dveře do místnosti by měli zůstat buď zcela otevřené, nebo zcela zavřené.
- 7, Věci nevidomého by měli zůstat na svém místě. Nemanipulujeme bez jeho vědomí.
- 8, Při komunikaci s nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si. Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.
- 9, Nevidomý s vodícím psem má přístup do zdravotnického zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.
- 10, Měli bychom dodržet čas objednání, aby se předešlo jeho nervozitě v neznámém prostředí. Je dobré pac.v čekárně sdělit, že o něm víme.

Sluchově postižený pacient

- Komunikaci prožívají jako něco nepříjemného, častá je nápadnost jejich chování, neschopnost jednat očekávaným způsobem. Bývají infantilní, mají sklon reagovat impulzivně, bývají sugestivní, častý sklon k afektivním výbuchům.
- Těžké postižení zvyšuje vznik poruch chování a neurotické potíže.

Rozlišujeme sluchové postižení

- Těžké sluchové postižení – vede k podnětové deprivaci, k omezení nebo úplnému chybění zvukových podmětů a s tím souvisejícímu zúžení variability zkušeností.
- Pacienti neslyšící- ztráta sluchu větší než 110dB. Nejsou schopni slyšet mluvenou řeč.
- Pac. s velmi těžkou sluchovou poruchou – zbytky sluchu. Ztráta sluchu větší než 91 dB. Nejsou schopni vnímat řeč ani pomocí sluchátka. Mohou vnímat některé řečové či neřečové zvuky.
- Pacienti s těžkou nedoslýchavostí – ztráta sluchu dosahuje 71 – 90 dB. Pomocí kvalitních sluchadel jsou schopni vnímat řeč.

Ošetření sluchově postižených

- Dle závažnosti sluchového postižení upravujeme své jednání a umožníme odezírání.
- ODEZÍRÁNÍ – je schopnost rozumět hlasité řeči na základě globálního zrakového vnímání pohybu rtů, výrazu obličeje, gestikulace.
- Pro optimální odezírání je třeba zachovat určitá pravidla – dobré osvětlení výrazu obličeje mluvčího, vzdálenost mezi komunikujícími má být 1-4 m, stejná úroveň hlavy mluvčího s odezírajícím, pečlivá, ale přirozená výslovnost, zachovávání přirozeného tempa řeči, používání známějších slov, zvažovat cizí slova. Doporučuje se vést postiženého jedince, aby sám zahájil rozhovor a za 15 – 20 min. udělal přestávku.

Desatero komunikace se sluchově postiženým

- Komunikace „přes papír“ s neslyšícími je většinou neúčinná. S vrozenou vadou nemají dostatečnou slovní zásobu.
- S neslyšícím je třeba mluvit přirozeně, pomaleji, čelem (ne s plnou pusou). Při mluvení nejíme, nepijeme, nežvýkáme, nekouříme, nepodpíráme si bradu či si dávat ruce před ústa. Je vhodné udržovat pomalejší rytmus řeči a nezvyšovat hlas.
- Je dobré využívat výrazy obličeje a gesta rukou. Přijímání zpráv je pro neslyšícího stejně důležité jako jejich předávání.
- Odezírání pro neslyšící nepředstavuje úlevu. Je zřetelné z 30-40%.
- Pokud neslyšícímu nerozumíme, požádáme jej, aby zpomalil, nebo větu opakoval.

- Zná-li jednající základy znakové řeči či prstové abecedy, měl by je používat.
- Ve skupině je třeba říci neslyšícímu téma rozhovoru tak, aby se necítil vyčleněn.
- Kontakt s neslyšícím je zapotřebí udržovat přímým pohledem z očí do očí.
- Při komunikaci s neslyšícím je žádoucí vypnout všechny rušivé zvuky (mobil, rádio, televizi)
- Pokud chceme získat vazbu a ujištění, že neslyšící našemu sdělení skutečně porozuměl, není dobré ptát se, zda porozuměl, ale položit otázku „co jste mi rozuměl?“

Mentální retardace

- Neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně vývoje vzhledem k věku.
- Nejde jen o snížení intelektu, ale o komplexní narušení schopnosti přizpůsobit se životním podmínkám
- V ČR asi u 3% populace. Zhruba 2x častěji jsou postiženi muži.
- U pac. S MR lze očekávat horší spolupráci, doprovodné duševní poruchy (autizmus)

Dělení MR

- Lehká – IQ 50-70 - výskyt 85%
 - Středně těžká - IQ 35-50 - výskyt 10%
 - Těžká – IQ 20-35 - výskyt 3-4%
 - Hluboká – IQ pod 20 - výskyt 1-2%
-
- Pac. **s lehkou MR** nemusí být v předškolním věku nápadní a od ostatních dětí se neliší. Většina z nich je v dospělosti schopna dosáhnout určité nezávislosti v péči o sebe a v praktických dovednostech.

- Středně těžká MR – pac. nejsou vzdělavatelni v pravém slova smyslu. Slovní zásoba je nedostatečná, nesprávně artikulují a v řeči mají řadu formálních nedostatků. Jsou většinou dobře vychovatelní.
- Někteří mají schopnost komunikovat a sociálně reagovat , zatím co druzí nikoli.
- Mohou si osvojit základy čtení, psaní, počítání – odpovídajícím znalostem 2. třídy ZŠ.

- Těžká MR – většina poruchy motoriky, nebo jiné defekty poukazující na těžké poškození CNS.
- Diagnostika už v předškolním věku, řeč je chudá a verbální komunikace nedostatečná.
- Jsou vychovatelní, ale nevzdělatelní. Nejsou schopni žít samostatně.
- Vyžadují specializovanou ošetrovatelskou péči.

- Hluboká MR – tito jedinci nejsou vzdělatelní a obvykle ani vychovatelní.
- Nejsou schopni porozumět instrukcím a vyhovět požadavkům
- Nezvládají většinou péči o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a dohled.
- Zahraniční epidemiologické pohledy uvádějí, že asi 2/3 MR dětí a dospělých mají přídatnou duševní poruchu.
- Pac. s hlubším ment. postižením projevy autizmu a sebepoškozování.

Autizmus

- Je závažné onemocnění objevující se už před 3 rokem dítěte. Hluboce zasáhne do celkového psychického vývoje dítěte, protože omezí, nebo zastaví rozvoj jeho komunikačních dovedností a naruší schopnost sociální interakce. Výsledkem je MR, až u $\frac{3}{4}$ pacientů. Chování se stává stereotypním, ritualizovaným.
- Pac. nenavazují běžný sociální kontakt, jejich ošetřování může být velmi náročné. Mohou reagovat silnými obrannými mechanismy při snaze o kontakt.

Fobie

- Úzkostné poruchy- fobií ze stomatologického vyšetření může trpět i řada jinak zdravých lidí
- specifická fobie- vzniká obvykle v dětství a může být dlouhodobá. Vzniká nejčastěji v souvislosti s traumatizujícím zážitkem (náhlé nepříjemné setkání s lékařem, zvířetem, předmětem)
- Pro děti je typický „ strach z bílého pláště“
- Jak bolest, tak prožívaná úzkost z odloučení (separační úzkost), se zapamatovává. – spouštěcí mechanismus strachu v jiné situaci.

Preventivní programy pro hendikepované pacienty

□ Kazivost

Preventivní program

prohlídky

aplikace F

orální péče

□ Nízká hygiena

2x ročně

fluoridové laky

Dobrá orální

□ Střední odstranění

4x ročně

pasty s vyšší konc. F

Profes.

fluoridové laky

plaku

ústní voda s F 1x týdně

ústní voda s CHX 1x za 14 dní

□ Vysoká dní

4x ročně

ráno a večer zub. pasta. s F

Každých 14

fluoridové laky

kontrola až

1x za měsíc gel s F v apl. lžičci

do úpravy

orální

CHX 0,12% 1x za 14 dní

1x za 14 dní

Prevence

- Od r. 1953 – 1990 – Systematická péče o chrup
- Od r. 1991- odpovědnost za zubní zdraví přenesena na rodiče.
- pravidelné zubní prohlídky- hendikepovaných pacientů všech věkových kategorií. Informovat i jejich rodiče a pečovatele
- Rizikové faktory – zvýšená kazivost (dýchání ústy, psychofarmaka – snížená salivace, sirupy), porucha metabolismu minerálů.

Fluoridy

- Fluoridace pitné vody – snížení kazivosti o 40%
U nás se voda fluoridovat přestala, ale stále v USA, Honkong, Irsko, Velká Británie
- používání tablet s fluoridem sodným – snížení kazivosti ve stálém chrupu o 25%
- Fluoridace kuchyňské soli – snížení kazivosti 20%
- Fluoridace mléka – 5,5 ppm fluoridu (mléčné svačiny) Vel. Británie, Čína, Bulharsko, Rusko – snížení kazivosti 15%
- Fluoridové zubní pasty (počátek 70.let) – účinek při pravidelném používání srovnatelný s fluoridací pitné vody.
- Optimální příjem fluoridu je 0,04 – 0,07 mg na kg hmotnosti jedince a den.
- Riziko fluorózy – vysoký příjem fluoridů u dětí předškolního věku

- Období mineralizace a dozrávání skloviny je zvýšeně citlivé na dlouhodobý zvýšený příjem fluoridů nebo na opakované prudké absorpční ataky plazmatické fluoridémie způsobené vyšší koncentrací použitého fluoridu.
- Porucha vývoje skloviny stálých zubů, označována jako zubní fluoróza, se projeví až po erupci zubů do úst v podobě bílých obláčkových opacit, nebo proužků, v těžším případě i žlutohnědávým zabarvením opacit, nebo defekty povrchu skloviny

- Alimentární příjem fluoridu v dětství není doživotním vkladem z hlediska kazivosti , pokud není následován celoživotním příjmem, nebo pravidelnými lokálními aplikacemi.
- Dostatečný příjem fluoridů spolu s lokální aplikací fluoridových přípravků na povrch zubů snižuje náchylnost skloviny ke vzniku a progresi zubního kazu a obě tyto formy jsou stále základní metodou jeho prevence.
- Ochranný účinek celkově a lokálně podávaného fluoridu se plně uplatní pouze pokud je prováděna i dobrá ústní hygiena, snižování frekvence příjmu sacharidů a pravidelné preventivní prohlídky u zubního lékaře, dentální/ho hygienistky/ty.

Obsah fluoridů

- **Balené přírodní minerální vody - mgF/l (ppm F)**
 - Dobrá voda 0,70
 - Mattoniho kyselka 2,59
 - Hanácká kyseka 2,93
 - Vincentka 3,42
 - Poděbradka 1,40
 - Korunní kyselka 1,26
 - Ondrášovka 0,03

Obsah fluoridů

- Obsah fluoridů v ovocných džusech a čajích - mg/l
 - Balené citrusové džusy 0,25 – 1,75
 - Balené jablečné džusy 0,15 – 0,45
 - Balené šťávy z hroznového vína 0,20 – 2,80
 - Černý čaj 1,70 – 7,50
 - Ovocné čaje 0,05 – 0,30
- Kuchyňská sůl fluoridovaná 250mg/kg

Příjem fluoridů

- Natrium fluoratum, Zymafluor – na lékařský předpis !!
- Dávkování je přísně individuální a vychází z daného příjmu fluoridů z přirozených potravinových zdrojů s přihlédnutím k věku dítěte a pravidelnosti čištění zubů fluoridovanou zubní pastou

Dávkovací schéma

- Dávkovací schéma fluoridových tablet podle bazálního příjmu fluoridu a věku dítěte.

Obsah F ve vodě (mg/l) Prav.čištění ZP	6 měs.		3 – 6 let		více jak 6 let	
	až 3 roky		Prav.čištění ZP		Prav.čištění ZP	
			<400ppm F		<1000ppmF	
<0,3 mg/l	0,25 1tbl	0,50 2tbl	0,25	0,50-1,00 3tbl	0,25-0,50	
0,3-0,7mg/l	0,00	0,25	0,00	0,50	0,25	
>0,7 mg/l	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Fluoridové prostředky

- Doporučený obsah fluoridu v zubních pastách pro děti dle věku

0,5 – 2 roky <400 ppmF

2 – 6 leté- <500 ppmF

6 leté 1000 – 1450 ppmF

- Fluoridové ústní vody – množství fluoridů nesmí dle ČSN EN ISO 16408 překročit 0,15 hmotnostních procent, tedy 250mg fluoridu na litr. (ústní vody patří mezi nízkoobsahové fluoridové prostředky indikované pro časté až každodenní použití.

Další fluoridové prostředky

- Zubní pasty s obsahem fluoridu nad 1500 mg na kg. Jsou zařazeny do kategorie **léčivých přípravků**.
- Mohou obsahovat 1600 – 2500 ppm fluoridu. Indikace při poruchách skloviny, např. amelogenesis imperfecta, nebo při závažných poruchách salivace patologického, nebo iatrogenního původu, kdy hrozí extrémní riziko zubního kazu.

Fluoridové roztoky a gely

- Pro domácí péči o chrup – aplikace koncentrovaných roztoků nebo gelů fluoridu. Patří do kategorie léčivých přípravků.
- Roztoky obsahují 6000 – 1000 ppm F
- Gely kolem 12 500ppm F
- Frekvence 1 x měsíčně až 1x za čtvrt roku.
- Gel se aplikuje štěničkou na vyčištěný a osušený povrch , nebo najednou na celý zubní oblouk pomocí polystyrénových lžic. Doba aplikace je 1 minuta
- Fluoridové laky obsahují obvykle 5%NaF v polyuretanovém lakovém základu. Aplikace laku štětičkou na vyčištěné, osušené zuby po dobu 2-3 minuty.
- Po aplikaci roztoku, či gelu by se nemělo alespoň 3 hodiny jíst a pít.
- ppm : Parts per million (z angličtiny, česky „dílů či částic na jeden milion“) výraz pro jednu miliontinu (celku)

Ústní hygiena u hendikepovaných

- Nejdůležitější je motivace pečující osoby o hendikepovaného.
- Zdraví dutiny ústní může ovlivnit celkový zdravotní stav.
- Pokud má pečující osoba zvládnout ústní hygienu u svého svěřence, musí se sama naučit správné technice.
- U tělesně postižených jde víceméně o technický problém, snadno řešitelný. Horší je to s hygienou u dětí s MR. Tento nácvik vždy doprovází nonverbální komunikace (doteky, výraz obličeje) a vhodná pozitivní stimulace, které je schopno dítě porozumět. Nezbytná je pochvala za každý úspěch.
- Ústní hygiena spočívá: mechanické čištění plošek zubů zubními kartáčky, mezizubní kartáčky a použití chemických prostředků k ovlivnění tvorby plaku.

Pomůcky orální hygieny

- Zubní kartáčky – běžné ruční kartáčky, dvojhlavé ruční kartáčky
- Mechanické zubní kartáčky s elektrickým pohonem.
- Silikonový masážní kartáček na zuby pro kojence a batolata, který lze opakovaně vyvařit.
- Mezizubní kartáčky, superfloss, dental floss, nebo zubní pásky (dental tape)
- Jednosvazkové kartáčky
- Ústní sprchy (irigátory)
- Zubní párátka (dřevěná, nebo plastová)



Technika čištění hendikepovaných

- Při nácviku používáme zpočátku jednoduchou stírací techniku (od červeného k bílému). Doporučuje se začít na orálních plochách, které jsou obtížnější, poté na vestibul. a nakonec žvýkacích.
- Pro provádění ústní hygieny u ležících dětí s těžším zdravotním postižením je důležitý návyk na ústní hygienu. Kde není možné použít kartáček, provádí se odstranění zubního plaku a zbytků potravy pomocí zvlhčené gázy, nebo speciálních tampónů.
- Při kombinovaných vadách (poruchy hybnosti) je důležité, aby dítě, které je schopno si čistit zuby samo, mělo vhodný zubní kartáček, který je možné uchopit.(větší plocha držadla s tvarovanými ploškami na prsty) musí odpovídat velikosti ruky dítěte. Někdy je nutné kartáček individuálně upravit.

Výživa hendikepovaných

- Zásadní význam má příjem základních živin, zejména bílkovin, minerálů (Ca, P) včetně stopových prvků (Fe Se a jiné) a vitamínů (D,C, A). Při nedostatku může dojít k poškození zubního zárodku a k vývojovým změnám tvaru zubů a kvality skloviny
- Měly by být co nejméně kariogenní.
- U osob s orofaciálními dysfunkcemi s poruchou polykání – není možné přijímat potravu s dostatečně samočisticím mechanismem. Pac. přijímá potravu kašovitou až tekutou.

- Potrava, která slouží jako substrát pro kariogenní bakterie
- Potrava, která způsobuje erozivní změny TZT
- Poškození TZT tepelnými změnami, které souvisejí s příjmem potravy
- V batolecím věku do 3 let dítěte nemůže ovlivňovat složení potravy, kterou dostává. Osoby mentálně postižené jsou s výběrem potravin závislé na svých pečovateli a to často celoživotně.
- Pokud to zdravotní stav postiženého dovolí, je vhodné zařadit potraviny s obsahem náhradních sladidel.
- Dále je třeba upozornit na to, že člověk patří do rodu Mammalia, který má přirozenou afinitu ke sladké chuti, která se tak může ještě prohloubit, jestliže matka během těhotenství přijímá cukry. Je proto vhodné na tuto skutečnost upozornit v rámci dentální

Závěrem

- Pacient při opuštění ordinace zapomíná 60% obdržených poznatků.
- Informacím musí pacient rozumět a mohl je uskutečnit ve svých podmínkách
- Informace musí být z různých zdrojů TV, časopis, knihy, brožurky
- Informace musí být předána profesionálem –lékařem, dentálním hygienistou
- Pacient musí být přesvědčen, že změny jsou v jeho vlastním zájmu
- Musíme mít na paměti, že většina pacientů se vrací ke svým zvyklostem
- Je vhodné mít připravený informační leták