



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Spolupráce sestry a rodinných příslušníků při péči o trvale imobilního pacienta v domácím prostředí

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Silvie Pechová

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Spolupráce sestry a rodinných příslušníků při péči o trvale imobilního pacienta v domácím prostředí“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

Poděkování

Tímto způsobem bych ráda poděkovala vedoucí své práce paní děkance Mgr. Ivaně Chloubové Ph.D. za připomínky a pomoc.

Velké díky patří mé rodině a přátelům, kteří mě podporovali a pomáhali mi.

Spolupráce sestry a rodinných příslušníků při péči o trvale imobilního pacienta v domácím prostředí

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá spoluprací sestry a rodinných příslušníků při péči o trvale imobilního pacienta v domácím prostředí. Na spolupráci bylo nahlíženo ze dvou pohledů. Prvním z nich je spolupráce rodiny imobilního klienta a sestry z agentury domácí péče a druhým je spolupráce sestry pracující v ordinaci praktického lékaře s rodinou imobilního pacienta.

Před začátkem psaní diplomové práce a samotným výzkumem byly stanoveny dva výzkumné cíle. Prvním z nich bylo popsat rozdíl ve spolupráci sestry domácí péče a sestry pracující v ordinaci praktického lékaře s rodinným příslušníkem pečujícím o trvale imobilního pacienta. Druhým bylo zjistit v jakých oblastech může být spolupráce sestry a rodinného příslušníka pečujícího o trvale imobilního pacienta efektivnější.

Teoretická část diplomové práce je koncipována tak, aby čtenáři poskytla komplexní náhled na problematiku spolupráce mezi sestrou a rodinou trvale imobilního pacienta v domácím prostředí. Na začátku je popsána charakteristika trvale imobilního pacienta a ošetrovatelská péče, kterou imobilní osoba potřebuje. Dále jsou zmiňována specifika, která přicházejí pro pečovatele o svého člena rodiny.

Praktická část práce je zpracována pomocí kvalitativního výzkumu. Výzkumný soubor je tvořen jedenácti sestrami. Pět sester pracuje v agentuře domácí péče a šest sester zaměstnaných v ordinaci praktického lékaře. Data byla sbírána pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Sestrám bylo položeno 32 otázek, které byly zaměřeny na vše spojené se spoluprací sestry a rodinných příslušníků pečujících o trvale imobilního pacienta. Na základě rozhovorů a sesbíraných dat byly výsledky zpracovány otevřeným kódováním do šesti kategorií.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že si všechny složky uvědomují důležitost spolupráce a snaží se o co nejvyšší kvalitu péče o trvale imobilního pacienta. Sestry domácí péče s pacientem a jeho rodinou tráví více času než sestry z ordinací praktických lékařů.

Diplomová práce poukazuje na důležitost kvalitní spolupráce sestry a rodiny pečující o trvale imobilního pacienta, která může zásadně ovlivnit stav imobilního klienta.

Klíčová slova

Spolupráce, domácí péče, praktický lékař, trvale imobilní pacient, rodina

Nurse-family collaboration in the care of the permanently immobile patient in the home environment

Abstract

The thesis deals with the cooperation of nurses and family members in the care of a permanently immobile patient in the home environment. The cooperation was viewed from two perspectives. The first is the cooperation between the family of the immobile client and the nurse from the home care agency and the second is the cooperation between the nurse working in the General Practitioner's office and the family of the immobile patient.

Two research objectives were set prior to the writing of the thesis and the research itself. The first was to describe the difference in the cooperation between a home care nurse and a nurse working in a general practitioner's office with a family member caring for a permanently immobile patient. The second was to identify areas in which cooperation between the nurse and the family member caring for the permanently immobile patient can be more effective.

The theoretical part of the thesis is designed to provide the reader with a comprehensive insight into the cooperation between the nurse and the family of a permanently immobile patient in the home environment. The characteristics of the permanently immobile patient and the nursing care needed by the immobile person are described at the beginning. Then the specifics that come for the caregiver of their family member are mentioned.

The practical part of the thesis is elaborated through qualitative research. The research population consists of eleven nurses. There are five nurses working in a home care agency and six nurses working in a general practitioner's office. Data was collected using semi-structured interview. The nurses were asked 32 questions that focused on everything related to the interaction between the nurse and family members caring for a permanently immobile patient. Based on the interviews and the data collected, the results were open coded into six categories.

The results showed that all components recognize the importance of cooperation and strive for the highest quality of care for the permanently immobile patient. Home care

nurses spend more time with the patient and their family than nurses from General Practitioners' offices.

The thesis highlights the importance of quality cooperation between the nurse and the family caring for a permanently immobile patient, which can significantly affect the condition of the immobile client.

Keywords

Cooperation, home care, general practitioner, permanently immobile patient, family

Obsah

Úvod	10
1. Současný stav	11
1.1. Imobilita	11
1.1.1 Potřeby člověka	12
1.1.2. Péče o trvale imobilního pacienta	13
1.1.2.1 Hygienická péče	14
1.1.2.2. Výživa	15
1.1.2.3 Péče o lůžko	19
1.1.2.4 Prevence dekubitů	21
1.1.2.5 Polohování	23
1.1.2.6 Rehabilitace	24
1.2. Domácí prostředí	25
1.2.1 Domácí péče	26
1.2.2 Všeobecné praktické lékařství	28
1.2.3 Edukace	30
1.2.4 Komunikace	31
1.3. Rodina	33
1.3.1 Pečovatel	33
1.3.2 Péče o osobu blízkou	35
2. Cíl a výzkumné otázky	38
2.1 Cíle práce	38
2.2 Výzkumné otázky	38
3. Metodika	39
3.1. Použitá výzkumná metoda	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	41
4. Výsledky výzkumného šetření	42
4.1 Kategorie: Imobilní pacient	42
4.2. Kategorie: Osoba blízká	43
4.3. Péče sestry	44
4.3.1 Péče o trvale imobilního pacienta	44
4.3.2 Péče o pečovatele	47
4.3.3. Edukace	48

4.3.4. Prostor pro zlepšení	49
4.4. Péče rodiny.....	50
4.4.1 Komplexní péče.....	51
4.4.2. Míra zapojení	52
4.4.3 Nedostatky	53
4.5. Kontakt s rodinou.....	55
4.5.1 Spolupráce.....	55
4.5.2 Komunikace.....	56
4.6. Vliv spolupráce	58
4.6.1 Přínos pro společnost.....	58
4.6.2. Komplikace	59
5. Diskuse	61
6. Závěr	69
7. Seznam literatury a zdrojů.....	71
8. Přílohy.....	80
9. Seznam zkratk	91

Úvod

Společnost se neustále vyvíjí a přichází s novými trendy překračující hranice mezi jednotlivými obory. Stále rozvíjejícím se trendem v současné společnosti je návrat ke kořenům a zamyšlení se nad historickými postupy a normami. Zkoumající společnost postupně poznává, že ne všechno staré znamená špatné a zdánlivá modernizace nemusí vést k posunu před. V medicínském prostředí se nachází nepřeborné množství postupů, léčiv, přístupů a mnoho dalších činností, jež jsou v zájmu nekončících filosofických debat o medicínské etice. Některá témata jsou debatována bouřlivěji a na jiných panuje menší či větší mezigenerační shoda. Určitou prospěšnost domácího prostředí na kvalitu uzdravování či jen stabilizaci stavu u nemocných jedinců by dnes již popřel málokdo. Nemocná osoba se v domácím prostředí cítí více v bezpečí a její dobrý psychický stav pozitivně ovlivňuje léčbu, což může být pozitivní nejen pro samotného pacienta, ale i jeho rodinu, která může pacientův stav ještě vylepšit. Prospěšnost léčby je ovlivněna závažností pacientova stavu a jeho smýšlením. Pokud je jedinec jen mírně nachlazen, léčba v domácím prostředí je s tímto stavem neodmyslitelně spojená. Pokud se dané onemocnění zkomplikuje, následuje návštěva nemocničního zařízení a popřípadě hospitalizace na příslušném oddělení. V případě vážného onemocnění nebo úrazu je pobyt v nemocnici jediným možným řešením. Ovšem mnozí z pacientů touží opustit nemocnici a přesunout svou léčbu do domácího prostředí hned při první možné příležitosti. K tomu však nestačí jen pacientovo odhodlání, nýbrž je k tomu potřeba spolupráce více organizací a jedinců. Propouštějící instituce musí mít jistotu, že bude mít její tehdejší klient bezpečné prostředí, do kterého ho může propustit. O kvalitu prostředí a následné péče se společně s pacientem a jeho rodinou stará praktický lékař, popřípadě agentura domácí péče. Tyto dvě medicínské organizace spolu úzce spolupracují a navzájem se doplňují.

Předpokládá se, že spolupráce sestry a rodinných příslušníků při péči o trvale imobilního pacienta bude komplexní a individualizovaná dle osobnosti jednotlivých zapojených členů. Rodina i sestry spolu komunikují a respektují se. Fungující spolupráce mezi sestrou a rodinným příslušníkem je klíčová pro zajištění kvalitní péče pro pacienta.

1. Současný stav

1.1. Imobilita

Mobilita je schopnost osoby nebo věci být bez větších zábran uveden do pohybu a přemísťovat se svévolně z místa na místo. Jedinec se může sám posadit, přesunout, vstát nebo třeba popojít (Dosbaba et al., 2021). Jako imobilita je označován stav, kdy dojde v důsledku nemoci, postižení nebo úrazu k přechodné nebo trvalé ztrátě či omezení pohybových dovedností. Imobilitu lze rozlišovat na dočasnou, dlouhodobou a trvalou (Opatřilová, Zámečnicková, 2014). K imobilitě dochází z důvodu postižení vnitřního či pohyblivého systému vlivem úrazu, nemoci nebo vrozené vady (Dosbaba et al., 2021).

Stupeň závislosti je dán závažností a rozsahem postižení, věkem, konstitucí jedince, kvalitou péče, rehabilitace, dostupností pomůcek a psychickým stavem (Opatřilová, Zámečnicková, 2014).

Imobilita dočasná krátkodobá je vynucený krátkodobý klid na lůžku, kdy nedochází k závažnějším změnám a následkům. Jsou to nejčastěji pooperační a poúrazové stavy nebo horečnatá onemocnění.

Imobilita dočasná dlouhodobá nastává v situacích, kdy dochází k uzdravení jedince po dobu jednoho nebo více měsíců. V těchto stavech může dlouhodobý klid v kombinaci s nedostatečnou ošetrovatelskou péčí způsobit komplikace a rozvoj sekundárních změn, kterými mohou být postižení pohybového aparátu ve velkém rozsahu, různá neurologická nebo interní onemocnění či vážná zranění.

Imobilita trvalá částečná – po závažném onemocnění, úrazu či při vrozeném onemocnění, o kterém zůstal trvalý deficit na části těla. Pacient je postižen částečně, například nehybností jedné či dvou končetin, nebo svůj hendikep dokáže různými pomůckami kompenzovat.

Imobilita trvalá úplná je zapříčiněná závažným onemocněním, úrazem nebo z důvodu vrozeného postižení, kdy je tělesný deficit trvalý a postihuje většinu těla. Jedinec je tak plně závislý na ošetrovateli z řad rodiny či zdravotnického personálu (Dosbaba et al., 2021).

1.1.1 Potřeby člověka

Základním ukazatelem dosažení plnohodnotného života je splnění všech potřeb. Tento fakt platí nejen pro osoby imobilní, ale i pro jejich pečovatele. Právě uspokojení všech potřeb dokládá, v jakém zdravotním nebo psychickém, stavu se jedinec nachází. Potřeba je projevem určitého deficitu či strádání, jehož odstranění je pro jedince žádoucí. Předpokládá se, že doplnění tohoto deficitu povede ke zlepšení stavu jedince či ke zvýšení jeho spokojenosti (Malíková, 2020). Mobilita je řazena mezi základní lidské potřeby a může se stát důvodem nenaplnění existenčních potřeb (Dobaba et al., 2021). Lidské potřeby jsou nezbytné pro existenci jedince a lze je rozdělit do dvou rovnocenných skupin. Primární neboli základní, potřeby jsou nezbytné pro lidskou existenci. Patří mezi ně zejména potřeba vzduchu, výživy, vyprazdňování, spánku, odpočinku a pocitu bezpečí. Na primární potřeby navazují potřeby sekundární, které jsou individuální a tvořené dle individualit jedince. Slouží k tomu, aby jedinec cítil ve svém životě více naplnění. Potřeby primární mohou být v nemocničním zařízení pocíťovány intenzivněji a vnímány podle své náležitosti (Šálková, 2021).

Lidskými potřebami se zabývalo a zabývá mnoho autorů a vzniklá tak celá řada různých škál, které se člení do kategorií podle parametrů určených jejich autory. Nejvíce rozšířené je používání členění potřeb dle Maslowa, známé jako Maslowova hierarchie potřeb (Příloha č.1). Tato pyramida je v ošetrovatelské péči a sociálních službách nejpoužívanější. Abrahám Harold Maslow použil pro znázornění své teorie pyramidu, kterou schematicky rozdělil na pět úrovní. V každém patře pyramidy je jedna oblast lidských potřeb. Vytvořené schéma vychází z nezbytnosti a naléhavosti jejich uspokojení a vzájemné propojenosti. Objasňuje logickou posloupnost uspořádání potřeb a vznik další potřeby po uspokojení té předchozí. Potřeby jsou v pyramidě seřazeny podle jejich důležitosti (Malíková, 2020).

V nejnižším patře pyramidy se nachází základní tělesné a fyziologické potřeby. To představuje základní, životně důležité potřeby s nejvyšší prioritou. Tvoří je potřeba dýchání, regulace tělesné teploty, spánek, přijímání potravy, vyměšování a jiné (Malíková, 2020).-

Druhé patro obsahuje potřebu bezpečí a jistoty, což je důležitá potřeba vznikající po splnění potřeby fyzické. Zahrnuje pocit jistoty zdrojů financí, fyzickou bezpečnost, jistotu rodiny nebo třeba zdraví.

Prostřední patro se nese ve smyslu potřeby lásky, přijetí, spolupatříčnosti. Jsou to sociální nebo společenské potřeby, které reprezentují citové vztahy. Do této úrovně patří potřeba přátelství, partnerství a rodiny.

Potřeba uznání, úcty – Potřeba, která vede ke zlepšení sebedůvěry a sebepojetí. Je to snaha o úspěch, respekt, samostatnost, pochvalu atd.

Posledním patrem je potřeba seberealizace. Zde se potřeby zabývají snahu o naplnění člověka svých záměrů a představ. Snaha o řešení svých problémů a problémů rodiny a přátel. Jedinec se rozvíjí a zdokonaluje.

Špičkou pyramidy je sebetranscendence, ve které se nachází duchovní potřeby jedince (Malíková, 2020).

Nadstavbou plnění lidských potřeb je hledání smyslu života. Problematiku hledání smyslu života zkoumá řada vědních disciplín. Mezi ty hlavní patří filozofie, psychologie či náboženství a často se s tímto pojmem setkáváme v ošetrovatelství (Soviárová, Soosová, 2022). Podle Americké psychiatrické asociace (APA, 2024) může být pojem smysl života spojen s příznaky některých duševních onemocnění. A nenalezení ho může tyto onemocnění zhoršovat. Jako příklad uvádí depresivní poruchu, kdy toto onemocnění může vyvolat například nedostatek smyslu a účelu života, ztrátu zájmu nebo potěšení, nedostatek vnitřního klidu či jiné.

1.1.2. Péče o trvale imobilního pacienta

Důraz na péči v domácím či přirozeném prostředí ve skutečnosti znamená většinové přenesení zodpovědnosti na rodinu, potažmo primárního pečovatele či v praxi se více vyskytující pečovatelku, neboť ženy se v této roli vyskytují častěji. Primární pečovatel je minimálně v roli organizátora a manažera využívaných služeb péče. Častěji je však vzhledem k nedostačující nabídce těchto služeb i v roli osoby poskytující převážnou část osobní péče o imobilního člena rodiny (Dudová, 2015).

Kvalita a způsob poskytování péče záleží nejen na samotných rodinách, ale také na podpoře sociálních organizací a službách, které mají rodiny k dispozici. Je prokázáno, že

v různých oblastech České republiky je situace v poskytování a zajištění péče rozdílná. Velkou roli v tom má i skutečnost, zda pacient bydlí ve městě, popřípadě jak daleko to do města má (Holmerová, 2015).

Péče o imobilního pacienta by měla být komplexní a plnohodnotná. Každý jedinec, bez rozdílu zdravotního stavu, chce být čistý, najedený, napitý, chce žít a odpočívat v čistém prostředí, zvládat se pohybovat a pečovat o sebe. Pro imobilního pacienta je také důležitá prevence dekubitů a s tím spojené polohování. Všechny tyto činnosti jsou více specifikovány v následujících kapitolách.

1.1.2.1 Hygienická péče

Pro kultivovaného člověka je péče o čistotu těla základní potřebou. Lidé už od pradávna o čistotu pečovali a uvědomovali si, že dodržováním určitých hygienických pravidel lze zabránit mnoha infekcím (Kachlová, Plevová, 2023). Péče o čistotu těla patří mezi základní biologické potřeby člověka (Šolcová, Burda 2016).

Soběstačná, chodící osoba pečuje o svou hygienu zcela sama. Avšak částečně soběstačný či ležící nesoběstačný pacient je odkázán na dopomoc nebo úplnou pomoc od druhých. Ošetřovatel by měl správně určit míru soběstačnosti klienta. Pečovatelovi aktivity cíleně směřují k zajištění hygienických potřeb klienta a k respektování jeho individuálních hygienických návyků. Pečovatelé by měli využívat aktivní spolupráce od nemocného do takové míry, jakou pacientův zdravotní stav umožní. Cílem ošetřovatele je dát nemocnému dostatek informací týkajících se důležitosti hygienické péče, aby měl vytvořeny správné hygienické návyky a vyjadřoval uspokojení v oblasti hygieny (Kelnarová et al., 2015).

Hygienická péče je soubor postupů a procesů, které se zaměřují na dodržování osobní hygieny a na prevenci šíření infekcí spojených se zdravotní péčí. Komplexní hygienická péče zahrnuje hygienu horní a dolní poloviny těla a péči o dutiny. Přesněji o dutiny ušní, nosní a zejména o dutinu ústní, jež obsahuje i péči o chrup (Kachlová, Plevová, 2023). Zuby se čistí po každém jídle, avšak minimálně dvakrát denně, tedy ráno a večer. Pokud má imobilní osoba zubní protézu, je vhodné adekvátně pečovat i o ni (Kelnarová et al., 2015).

Dále je třeba se zaměřit na pacientovy oči, kůži, nehty, vlasy, případně vousy. Zvláštní důraz by měl ošetřovatel věnovat péči zejména o konečník a genitál. (Kachlová, Plevová, 2023). Ranní hygienu lze prakticky využít i ke kontrole predilekčních míst a prevenci dekubitů (Šolcová, Burda, 2016). Slouží také jako prevence nozokomiálních nákaz (Kelnarová et al., 2015).

Druh a rozsah hygieny jsou závislé na několika faktorech. Mezi ně například patří věk, pohlaví a náboženské vyznání pacienta, jeho zdravotní stav a míra soběstačnosti, ale také jeho aktuální emocionální rozpoložení, sociální situace, prostředí, ve kterém hygiena probíhá, či aktuální počasí (Kachlová, Plevová, 2023).

Aby mohla být hygienická péče prováděná u pacientů kvalitní, musí být správně zorganizovaná a měl by být zajištěn dostatek času na činnosti spojené s hygienou pro ty, kteří to potřebují (Šolcová, Burda, 2016). Základní hygienická péče se dělí na denní úpravy, probíhající v průběhu celého dne a zahrnují mytí rukou před jídlem, péči po znečištění např. exkrementy, popřípadě výměnu znečištěných lůžkovin. Dále se provádí ranní a večerní hygiena, při níž dochází u pacienta zejména k ústní hygieně, péči o kůži a také česání vlasů a vousů. Nejcelistvější činností je celková hygiena pacienta. To znamená provést hygienu celého pacientova těla, která probíhá přímo na jeho lůžku nebo v k těmto účelům upravených koupelnách (Kachlová, Plevová, 2023).

Hygiena nemá jen funkci biologickou neboli očištnou, ale také psychickou. Navozuje příjemné pocity, pomáhá pacientovi regenerovat, čímž posiluje jeho psychickou pohodu (Kachlová, Plevová, 2023). Může se díky pravidelné hygieně cítit spokojeně a uvolněně (Kelnarová et al., 2015). Hygiena disponuje také funkcí sociální z důvodu eliminace potu a zápachu (Kelnarová et al., 2015). Díky pravidelné hygieně mohou být udržovány sociální kontakty s ostatními členy rodiny nebo jinými osobami jednodušeji (Kachlová, Plevová, 2023).

1.1.2.2. Výživa

Potrava má bezprostřední vliv na zdraví a člověk je na jejím každodenním příjmu závislý. Strava působí na správné fungování celého organismu. Dietní systém je soubor výživových opatření, řízený příjem potravy a tekutin za účelem zlepšení onemocnění, zmírnění nebo odstranění obtíží pacienta (Kellnerová et. al., 2015).

Správná výživa hraje zásadní roli při rekonvalescenci zranění a rehabilitaci (Smith-Ryan et al., 2020). Jejím hlavním úkolem je dodávat organismu dostatečný přísun živin, vody, minerálů, vitamínů a dalších látek nezbytných k průběhu metabolismu. K regulaci příjmu potravy dochází pomocí nervových a humorálních mechanismů v centrech uložených v mozku, ve kterém jsou centra hladu, sytosti a žízně. Množství přijímané potravy závisí na individualitě každého jedince. Jsou zde zahrnuty určité stereotypy a vědomá aktivita jedince. V ideálním případě by měl člověk pozřít přesně takové množství stravy a tekutin, které odpovídá jeho energetické spotřebě. Energetická spotřeba organismu představuje množství energie, které jedinec potřebuje k udržení základních životních funkcí a pro pokrytí veškeré další činnosti organismu, např. udržení tělesné teploty, svalovou aktivitu při práci nebo při sportu (Kellnerová et. al., 2015). Základní předpoklad pro stanovení energetické a substrátové potřeby konkrétního jedince spočívá v sestavení individuálního výživového plánu (Plevová, Kachlová, 2023).

Schopnost najíst se může definovat jako funkční schopnost dostat potravinu do úst (Lui et al., 2015). Pacient by měl být uměle vyživován v případech, kdy jeho příjem stravy není dostatečně zajištěn nebo není možný vůbec (Kasper, 2015). Mezi takové důvody patří například onemocnění ústní dutiny, jícnu, stavu sníženého vědomí nebo jiných. Při umělé výživě je prvním krokem zabezpečení pravidelného příjmu nutričně vyvážené potravy zahájením enterální výživy prostřednictvím nazogastrické sondy či perkutánní endoskopickou gastrostomií. Tímto lze vyřešit i prevence aspirace a dalších problémů s příjmem potravy. Zavedení jakékoliv ze sond s sebou přináší i komplikace. Jednou z nich je fakt, že sonda je pro tělo cizí materiál a se stává jedním z rizikových faktorů ke vzniku dekubitu (Štureková et al., 2021). Podle výzkumné studie autorů Jaula et al. (2016) mají pacienti se zavedenou enterální sondou vyšší prevalenci dekubitů oproti pacientům, kteří přijímají stravu per os. Umělá výživa lze podávat parenterálně formou speciálních roztoků venózním katetrem nebo enterální sondou, která přivádí tekutou potravu do žaludku, duodena nebo jejunu (Kasper, 2015).

Jako zdravá výživa je označována strava racionální (Kellnerová et. al., 2015). Nároky na energii jsou plněny třemi základními živinami. Jsou jimi bílkoviny, tuky a cukry (Plevová, Kachlová, 2023).

Chybnou výživu lze rozdělit do dvou kategorií. Každá z nich vyžaduje specifický přístup v diagnostice a terapii. První z kategorií nazýváme jako podvýživu neboli undernutrition. Lze ji chápat jako sníženou zásobu energie. Druhou kategorií je nedostatečná výživa tedy malnutrition. Tím se rozumí snížená hmotnost těla způsobená onemocněním. Je signifikantní snížením hmotnosti se známkami aktivity choroby. Nedostatečná výživa může způsobit i nedostatek bílkovin v organismu. Stejně tak se může dostavit i nedostatek specifických a esenciálních živin (Kasper, 2015). Při dlouhodobé imobilizaci je dostatečný příjem bílkovin a jejich rovnoměrná spotřeba během dne důležitá, protože pomáhá minimalizovat úbytek svalové hmoty a tím i úbytek fyzické síly. Při řešení problémů spojených s vhodným příjmem, načasováním kalorií a sníženou chutí k jídlu mohou být užitečné strategie založené na doplňcích stravy. Kvalitní rehabilitační proces vyžaduje důkladně propracovaný individuální výživový plán, který zlepší pacientovo zotavení po zranění (Smith-Ryan et al., 2020). Ztráta tělesné hmotnosti přímo souvisí se ztrátou svalové hmoty a téměř s jistotou ovlivňuje celkový funkční stav seniora. Zároveň nejsou prozkoumány a známy všechny patofyziologické mechanismy vzniku úbytků svalové hmoty. Jsou popisovány jako specifické metabolické změny, při kterých může dojít k porušení endokrinních a imunitních funkcí a tím vlivu regulace výdeje energie na centrální úroveň (Tomagová et al., 2015).

Zdravá strava musí splňovat určitá kritéria. Měla by se řídit vědeckými poznatky, podporovat všestranný fyzický a psychický rozvoj jedince, zamezovat ateroskleróze, být protinádorová a podporovat zdraví jedince. Velmi důležitým požadavkem je respektování individuálních potřeb organismu s ohledem na věk, pohlaví, profesi, pracovní výkon a přírodní podmínky (Kellnerová et. al., 2015).

Stravovací návyky si do života přinášíme z původní rodiny (Šolcová, Burda, 2016). Samotné stravování ovlivňují různé faktory. Biologické faktory s genetickými predispozicemi, rychlost metabolismu, stav trávicího systému, onemocnění a samozřejmě i věk a pohlaví jedince. Neméně důležité jsou i psychické faktory, hlavně současný emocionální stav jedince. Ve stresu se obecně lidé více přejídají nebo naopak nejsou schopni vůbec stravu přijmout. V obou případech může dojít při takovýchto dlouhodobých stavech k poškození organismu. Dále mají vliv osobnostní vlastnosti a psychosomatická onemocnění. Mezi sociokulturní faktory ovlivňující příjem stravy patří kulturní zvyky a obyčeje, životní styl či ekonomická situace a reklama. Stejně tak víra může člověka při stravování zásadně ovlivnit. V některých náboženstvích jsou určité typy

pokrmů přímo zakázány nebo naopak přijímány v rámci náboženských rituálů (Kelnerová et. al., 2015).

Imobilní nemocný může často trpět zácpou či nechutenstvím z důvodu dlouhodobé nehybnosti pacienta, kvůli které dochází ke zpomalení střevní peristaltiky, což může způsobit omezení příjmu potravy nebo nechutenství. Také nepřírozená poloha při vyprazdňování na lůžku velmi přispívá k zácpě (Burda, Šolcová, 2015).

Součástí příjmu pacienta do nemocničního zařízení je nutriční screening. Díky němu se mohou problémy s pacientovou výživou diagnostikovat a začít řešit hned na začátku hospitalizace. Na světě existuje bezpočet druhů nutričního vyšetření (Kelnerová et. al., 2015). Nutriční screening musí splňovat dva základní parametry. Měl by poukázat na využívání zdrojů jak finančních, tak personálních. Druhým požadavkem na kvalitní nutriční screening je, aby identifikoval osob a předpověděl, zda u nich při hospitalizaci hrozí nutriční porucha (Šáteková, 2021).

BMI slouží jako cenný dlouhodobě používaný nástroj pro hodnocení celkového zdraví populace a identifikaci trendů v rozložení hmotnosti v různých demografických skupinách (Muscogiuri et al., 2023). BMI je zkratka z anglického body mass index neboli česky index tělesné hmotnosti představuje číslo, které se používá jako orientační měřítko přiměřenosti vztahu tělesné hmotnosti a tělesné výšky. BMI se vypočítá vydělením tělesné hmotnosti v kilogramech druhou mocninou výšky v metrech (NZIP, 2023). Jedním z hlavních důvodů pro další používání BMI je jeho jednoduchost a dostupnost. Vyžaduje pouze dvě proměnné, hmotnost a výšku, které mohou zdravotníci, odborníci, i jednotlivci z řad laické veřejnosti snadno zjistit a kdekoliv, třeba i doma si ho mohou jednoduše vypočítat. To z něj činí nákladově a časově efektivní nástroj pro počáteční hodnocení, zejména v prostředí s omezenými zdroji (Muscogiuri et al., 2023).

Ačkoliv je BMI skvělým nástrojem, není zcela dokonalým ukazatelem nutričního stavu jedince. Jednou z nejvýznamnějších výtek proti výpočtům BMI je jeho neschopnost rozlišovat mezi různými typy tělesného složení. Nebere také v úvahu všechny faktory jako je svalová hmota, hustota kostí a rozložení tuku. To znamená, že jedinci s vysokou svalovou hmotou, jako jsou sportovci či manuálně pracující osoby, mohou být klasifikováni jako subjekty s nadváhou nebo obezitou, i když je jejich procento tělesného tuku nízké. Podobně starší dospělí mohou mít BMI v normálním rozmezí, ale stále mají nadbytek viscerálního tuku, což je rizikový faktor nejen pro metabolická onemocnění

(Javed et al., 2020). Dle vypočítaných hodnot lze výsledky rozdělit do šesti kategorií (Příloha č. 2). Zahrnují podvýživu, normální váhu, nadváhu, obezitu I. stupně, obezitu II. stupně a obezitu III. stupně (WHO, 2023).

K jídlu neodmyslitelně patří i tekutiny, jejichž příjem je pro pacienta neméně důležitý a měl by být pravidelný v průběhu celého dne. Dospělá osoba přijme denně v průměru 2000-2500 ml tekutin (Kelnarová et al., 2015). Z toho přibližně 1500 ml je přijato ústy jako tekutina, zatímco zbytek získává jedinec z vody obsažené v potravinách (Plevová, Kacglová 2023). O vhodném množství tekutin vzhledem k onemocnění je nutno poradit se s lékařem (Měsíčková, 2023).

Zjistí-li se při ošetřovatelské anamnéze, že je přísun tekutin nedostatečný, edukuje se nemocný o významu dostatečného přijímání tekutin a jejich vhodném složení. Edukace je častokrát na místě i z preventivních důvodů. Zejména senioři mají snížený práh pocitu žízně a mohou tak u nich vzniknout příznaky dehydratace např. snížený kožní turgor, popraskané rty, suchý jazyk a při vyšším stupni dehydratace stavy zmatenosti. Proto je nutné sledovat, zda klient dodržuje pitný režim a tekutiny mu aktivně nabízet (Kelnarová et al., 2015). Tekutiny je vhodné nabízet nejlépe při každém kontaktu s ním. Mnohdy totiž daná osoba nezvládne pozřít víc než pár doušků najednou. Pomoci může střídat různé druhy tekutin – minerální vody, džusy, čaje nebo jiné (Měsíčková, 2023). Pokud i tak není příjem dostačující, zajistíme pacientovi tekutiny jinou cestou než per os, například infuzí. Sledování lze realizovat pomocí záznamových listů, kam ošetřovatel nebo sám pacient zapisuje množství vypité tekutiny v mililitrech. Sledování bilance tekutin neboli příjmu a výdeje tekutin, tvoří důležitou složkou péče. Do výdeje se započítávají všechny tekutiny, které pacient produkuje čili zvracení, průjem, pocení a zejména množství moči (Kelnarová et al., 2015).

1.1.2.3 Péče o lůžko

Lůžko má být pro pacienta tím nejdůležitějším a nejbezpečnějším místem. Vždyť právě tady tráví imobilní pacienti většinu svého času. Právě zde si užívá chvíle klidu a odpočinku. Pacient v lůžku spí, často se tam myje, vyprazdňuje, rehabilituje a celkově žije. Lůžko by proto mělo být pro pacienta komfortní zónou. Musí se v něm cítit pohodlně a bezpečně (Jirásková, 2018).

Mezi ložní prádlo, používané v nemocnicích a dalších zařízeních, řadíme prostěradlo, podložku, povlaky na polštář a přikrývku. Ložní prádlo musí být vždy čisté a nezmačkané. Prádlo je proto pravidelně vyměňováno. Zvláště u inkontinentních osob je na to třeba velmi dbát (Kelnarová et al., 2015). Správně upravené lůžko dodává pacientovi pocit klidu a příjemného prostředí. Naopak nevhodné lůžko, nebo i jen lůžko špatně upravené, může pacientovi i ošetřovateli způsobit nechtěné komplikace, a to jak provozní, tak i zdravotní, které mohou zhoršit stav pacienta. Mezi provozní se může zařadit například složitá manipulace s postelí nebo chybějící postranice, kvůli čemuž může pacient spadnout. V pacientovi i jeho pečovateli mohou vyvolat strach z nechtěného pádu a pacient se může kvůli tomu paradoxně cítit omezen v pohybu. Naopak při přítomnosti postranic se může u pacienta objevit pocit stísněnosti a diskomfortu.

Na lůžko pro imobilního pacienta jsou kladeny nemalé nároky, které se mohou u každého pacienta odlišit. Existují však základy, které by mělo mít každé z lůžek. Elektricky ovladatelné lůžko je v současné době téměř nutností. Každé by mělo být lehce polohovatelné. Nutností je pevná, ale pohodlná ložní plocha, která zabrání prohýbání pacientů vyšší hmotnosti. Měla by být polohovatelná v rámci výšky celého lůžka ale i zvýšení jen určité části, díky čemuž lze stabilizovat v různých polohách. Postel by měla být také omyvatelná a odolná desinfekci (Kachlová, Plevová, 2023). Lůžko lze dovybavit klasickými nebo specifickými druhy vybavení. Mezi základ patří například postranice, hrazdička a držák na infuzní roztoky. Dále také může mít držák na kyslíkové bomby či na hole.

Sama postel nemusí být pro pacienta dostačující, proto se ve většině případů používají pomůcky doplňující lůžko. Nejčastěji používanou pomůckou spadající do této kategorie jsou antidekubitální pomůcky. Těch koluje na trhu nespočet druhů, od antidekubitálních matrací, přes různé klíny a podložky, až po návleky na tělo pacienta, které zajišťují snížení tlaku a rovnoměrně ho rozkládají v zátěžové oblasti těla. Minimalizují tření a mechanické poškození kožní tkáně, zajišťují maximální stabilitu a komfort. Zajišťují tak pro pacienta preventivní opatření proti vzniku dekubitů (Distrimed, 2023).

Také rozvržení lůžka v prostoru by mělo být promyšlené. V rámci zajištění péče o lůžko by mělo být přístupné minimálně ze tří stran (Plevová, Kachlová, 2023) Výhodou je výhled z okna do přírody nebo na televizi či jiný přístroj, který pacienta zabaví.

Lůžko pro trvale imobilního pacienta není levná záležitost. Obchodní společnost specializující se na prodej kompenzačních pomůcek DMA nabízí prodej polohovacích postelí v rozmezí od 27 000 do 45 500 Kč, ovšem bez pomůcek doplňujících lůžko, které jsou v různém poměru nutné k zajištění kvalitní péče (DMA, 2023). Sociální systém v České republice myslí i na tento problém a zdravotní pojišťovny mohou tyto pomůcky svým klientům proplatit zcela nebo částečně. Poukaz na lůžko vystavuje praktický lékař nemocného (sosdomacipece.cz, 2023). Další možnost představuje výpůjčka libovolné kompenzační pomůcky. Služba je určena především pro osoby, které se z důvodu nepříznivého zdravotního stavu ocitly na dobu přechodnou nebo trvalejší v obtížné situaci (např. po operaci, v poúrazové rehabilitaci, čekající na vyřízení vlastní kompenzační pomůcky apod.) a potřebují některou kompenzační pomůcku zapůjčit (Charita České Budějovice, 2023).

1.1.2.4 Prevence dekubitů

Dekubity neboli proleženiny, prosezeniny, tlakové vředy či tlakové léze, značí rány vzniklé na podkladě lokálního působení tlaku na tkáň (MZCR, 2020). První změny mohou vznikat již v průběhu několika hodin a výrazné viditelné změny již po týdnu (Dosbaba et al., 2023). Velikost a hloubka dekubitu je dána vzájemnou intenzitou působení tlaku, dobou působení tlaku, celkovým stavem pacienta a vnějšími podmínkami, které při vzniku dekubitu sehrávají rovněž důležitou roli. Jsou jakýmkoliv poškozením kůže, které je způsobeno přímým tlakem nebo třecími silami. Ránu je nutno odlišit od poškození kožního krytu v důsledku vlhka (oprúzenina, inkontinenční dermatitida) či jiné např. traumatické či tepelně indukované etiologie (MZCR, 2020).

Dekubity patří do kategorie chronických ran. Jedná se o sekundárně se hojící ránu, která i přes odpovídající léčbu nemá po dobu 4 týdnů tendenci se hojit. Chronické rány se v ideálních případech hojí výstavbou nové tkáně s odpovídající anatomickou strukturou, proto je doba hojení zpravidla dlouhá a individuálně podmíněná příčinou a rozsahem poškozené tkáně (dekubity.eu, 2023).

Dekubitus I. stupně projevující se zarudnutím kůže a neblednoucí hypereremií. Označuje neporušenou kůži s lokalizovaným neblednoucím zarudnutím, obvykle nad kostním výčnělkem. Místo může být bolestivé, tvrdé či měkké, teplejší nebo chladnější než okolí. Zarudnutí přetrvává, i když je pod slabým tlakem přiložen prst. Oblast zůstává zarudlá i více než pět minut poté, co je působení tlaku odstraněno, což ukazuje na poškození mikrocirkulace kůže (dekubity.eu, 2023). Dekubitus I. stupně se hůře diagnostikuje u lidí s tmavší pletí (MZCR, 2020).

Dekubitus II. stupně je částečná ztráta kožního krytu. Projevuje se jako mělký vřed, který bývá lesklý nebo suchý s růžovočervenou spodinou bez povlaku či zhmoždění. Zhmoždění se vyskytuje ve formě podlitiny a ukazují na možné poškození hlubokých tkání. Označení dekubitus 2. stupně se ve zdravotnických dokumentacích nepoužívá pro strženou kůži, poškození kůže náplastí, perineální dermatitidu, maceraci nebo exkoriaci kůže (MZCR, 2020).

Dekubitus III. stupně se pozná podle úplné ztráty kožního pokryvu. Na spodině je možné vidět podkožní tuk, ale kosti, šlachy a svaly nejsou odhalené. Může být přítomen povlak. Nezabráňuje to však hodnocení hloubky rány. Hloubka rány se u dekubitu III. stupně liší podle místa výskytu čili podle anatomické lokalizace. Například hřbet nosu, ucho, zátylí a kotník nemají podkožní tkáň, dekubitus tedy může být mělký. Naopak v oblastech s velkým množstvím tukové tkáně se mohou tvořit velmi hluboké dekubity (MZCR, 2020).

Dekubitus IV. Stupně se vyznačuje úplným ztrátám tkáně s obnaženou kostí, šlachou nebo svalem. Ve spodině rány mohou být přítomny povlak nebo černá krusta. Často jsou přítomna podminování a sinusy. Hloubka rány se u dekubitu IV. stupně se také liší podle anatomické lokalizace. Hřbet nosu, ucho, zátylí a kotník nemají podkožní tkáň, dekubitus tedy může být mělký. Tyto dekubity se mohou rozšířit do svalů a / nebo pojivových tkání například fascie, šlachy nebo kloubní pouzdra, což může způsobit osteomyelitidu. Obnažená kost nebo šlacha je viditelná nebo přímo hmatná (MZCR, 2020).

Existují i dekubity u kterých nelze určit přesný stupeň. Není u nich známá hloubka rány nebo vředu. Úplná ztráta tkáně s povlakem často zbarveným, ať už žlutavě, bronzově, šedavě, zelenavě nebo hnědavě pokrývajícím spodinu rány. Ve spodině rány může být také nekróza nebo krusta (hnědá nebo černá). Hloubku rány a stupeň dekubitu není možné určit, dokud se neodstraní dostatečné množství povlaku nebo nekrózy, které pokrývají spodinu rány. Stabilní nekróza, která musí být suchá, adherentní, neporušená bez

zarudnutí nebo změny, na patách, či jiných poškozených místech slouží jako „přirozený“ biologický kryt těla a neměla by se odstraňovat (MZCR, 2020).

Poslední kategorií je podezření na hluboké poškození tkání. Vyskytuje se neznámá hloubka rány nebo vředu. Lokalizovaná oblast fialově nebo tmavě červeně zbarvené neporušené kůže nebo puchýř naplněný krví. Příčinou je poškození podkožních měkkých tkání tlakem nebo střížným efektem (MZCR 2020). Nůžkovým (střížným) efektem dochází k natažení tkáně. Dvě proti sobě pohybující se vrstvy kůže přesněji podkoží a svalovina, tím dochází k zúžení cév a tím k ischemizaci postižené oblasti. Postižení hlubších tkání snadno zůstane po nějakou dobu nepovšimnuto, protože kůže nad dekubitem může být neporušena až dva týdny po poškození svalu (Šeflerová, Jančíková, 2010). Postižená část může být stejně jako v předchozích případech bolestivá, tuhá, rozměklá, teplejší nebo chladnější než okolní tkáň. Toto poškození může být obtížně rozpoznatelné u osob s tmavou pletí. Může začít malým puchýřem nad tmavou spodinou rány. Rána se dále vyvíjí a může být pokryta tenkou krustou. I přes optimální léčbu se může rána dále rychle vyvíjet a odhalit další vrstvy tkání (MZCR, 2020).

Antidekubitní pomůcky slouží k odstranění nebo zmírnění působení tlaku na postiženou oblast. Mezi tyto pomůcky patří podložky a antidekubitní matrace, které umožňují rozložení tlaku zátěže na tkáň díky využití mikroklimatu a dalších terapeutických funkcí. Antidekubitní pomůcky mohou obsahovat studenou pěnu či systematické rouno, perličky, gel či být nafukovací (Pokorná, et al., 2019).

1.1.2.5 Polohování

Polohování je soubor aktivit a změn poloh pacienta nebo částí jeho těla tak, aby se předešlo vzniku komplikací a nežádoucím účinkům organismu ze špatné polohy. Každá změna polohy musí být provedena bezpečně, šetrně a odborně. Zvolená poloha musí být pro pacienta pohodlná a nebolestivá. K zajištění polohy mohou sloužit pomůcky doplňující lůžko (Plevová, Kachlová, 2023).

Poloha má velký význam při léčbě, ošetřování a vyšetřování pacienta. Správná poloha a technika polohování pacienta patří mezi základní preventivní opatření vedoucí ke snížení komplikací v ošetrovatelské péči. Polohování má vliv na posturální funkce, které jsou základem pro pohyb (Plevová, Kachlová, 2023). Poloha pacienta by měla být měněna každé 2-3 hodiny ve dne a 3-4 v noci (Slezáková, 2014).

Polohy lze rozdělit na aktivní a pasivní. Aktivní poloha je taková, ve které si pacient připadá pohodlně, příjemně a je pro něj úlevovou. Tu si sám vyhledává a může ji měnit. Je pro něj přirozená a nenucená. Pasivní poloha je známkou zhoršeného stavu pacienta, protože při ní nemůže ovládat vlastní tělo a je odkázán na plnou ošetrovatelskou pomoc pečovatele. Při polohování takto nemocného je třeba přesně znát správné postupy, jak dosáhnout změny polohy tak, aby byla zajištěna bezpečnost pacienta a současně i bezpečnost zdravotníka provádějícího tento úkon (Kelnarová et al., 2015).

Před začátkem samotného polohování je vhodné uzpůsobit lůžko, což znamená dát ho do základní polohy a odstranit z něj pomůcky bránící změně polohy. Je-li nemocný při vědomí, je třeba s ním komunikovat, vysvětlit mu důvod manipulace, dle jeho stavu a možností ho požádat o spolupráci na změně polohy, kterou je třeba mu nejprve popsat a dát mu prostor na pochopení. Při nedodržení bezpečnostních pravidel hrozí komplikace jak pro pacienta, tak i pro ošetrovatele. Osoba manipulující s nemocným by měla dodržovat postavení svého těla ve vhodné poloze k manipulaci s těžkými předměty nebo osobou. Páteř ošetrovatele by měla být v přímém postavení, s rameny ve stejné úrovni a stejném směru s pánví. Snižuje se tak riziko poranění páteře či bolesti zad. Při polohování pacienta je vždy lepší, pokud ošetrovatel není sám a lze tak pacienta polohovat s pomocí více lidí. Pokud to není možné, doporučuje se usnadnit si manipulaci různými zvedáky či jinými pomůckami (Kelnarová et al., 2015).

1.1.2.6 Rehabilitace

Imobilizační syndrom představuje fyziologickou odpověď organismu na dlouhodobou nehybnost jedince. Na ztrátu pohybové aktivity reagují všechny tělesné systémy. K prvním příznakům dochází již během několika hodin. Výrazné změny, jako je snížení výkonnosti svalů a ztráta svalové hmoty, mohou být patrné již po týdnu imobilizace. Klouby tuhnou a nehybné svaly se stahují. Starší a dlouhodobě nemocní jsou k vzniku imobilizačního syndromu náchylnější (Burda, Šolcová, 2015). Stárnutí a pohybová neaktivita vede k metabolické nepružnosti kostního svalu (Vigelsø et al., 2016). U kriticky nemocných pacientů bylo prokázáno, že dlouhodobý pobyt na lůžku a nehybnost způsobují svalové atrofie, což přispívá k prodloužené hospitalizaci a snížení aktivity denního života (Kawahara et al., 2017).

Na jedince ohroženého rozvojem imobilizačního syndromu jsou aplikovány zásady rehabilitačního ošetřování (Burda, Šolcová, 2015). Rehabilitace je proces, napomáhající nemocnému člověku, který utrpěl nemoc nebo úraz, obnovit dovednosti, jaké před onemocněním měl. Rehabilitace napomáhá také navrátit maximální soběstačnost nebo aspoň zajistit soběstačnost částečnou (Le Danseur, 2020). Hlavním cílem rehabilitace z pohledu neurologie je obnovení psychické i motorické funkce člověka. Při poruše hybnosti je nezbytné zahájit správnou pohybovou léčbu. Při dlouhodobém průběhu nemoci nebo při trvalém postižení je důležité začlenění pacienta do společnosti. Podílí se na ní pracovní, sociální a pedagogicko-výchovná rehabilitace (Slezáková, 2014).

Rehabilitační ošetřovatelství tvoří neodmyslitelnou součást základního ošetřování pacientů v rámci komplexního ošetřovatelského procesu. Je aplikováno při hospitalizaci i v domácím prostředí, a to jak formálními, tak neformálními pečovateli. Úkony, které pečovatel v rámci rehabilitace vykonává, jsou u každého klienta jiné. Je třeba zohlednit schopnosti a individualitu konkrétního jedince vzhledem k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu a problematice onemocnění (Dobšaba et al., 2023). Hlavní úlohou rehabilitačního ošetřování je polohování, postupná vertikalizace a mobilizace pacienta, péče o průchodnost dýchacích cest, prevence tromboembolické nemoci a psychologická podpora nemocného. Velmi významné je provádět rehabilitační ošetřování po celých 24 hodin sedm dní v týdnu a vždy s ohledem na aktuální stav pacienta. Rehabilitační ošetřovatelství se o pacienta stará jak ze stránky fyzické, tak ovlivňuje i stránku psychickou (Chvojková, Hruzíková, 2014).

1.2. Domácí prostředí

Podle průzkumu prováděných v Česku v posledních letech se ukazuje, že neformální domácí péče je pro většinu populace stále preferovanější variantou (Dragomirecká et al., 2020). Nejspíše tomu napomáhá fakt, že domácí prostředí je ve společnosti skloňováno jako synonymum správné a kvalitní péče (Dudová, 2015). Výsledky výzkumu FDV realizovaného v roce 2018 ukazuje, že 57 % dotazovaných by si, pokud by jejich stav vyžadoval pravidelnou péči, přálo zůstat v domácím prostředí. Ovšem podíl jedinců, kteří se starají o své rodinné příslušníky v domácím prostředí, je signifikantně nižší. Podle již zmíněného výzkumu aktuálně tímto způsobem pečují zhruba pětina dotazovaných. Údaj

zahrnuje kromě péče o nesoběstačné jedince i péči o jedince z jiných věkových skupin (Dragomirecká et al., 2020).

1.2.1 Domácí péče

Domácí péče je od roku 1990 nedílnou součástí moderního systému zdravotní péče v České republice. Posláním domácí péče je zajistit v pacientově vlastním sociálním prostředí takový rozsah a kvalitu zdravotní péče, aby docházelo k hospitalizaci, jen když je to nezbytně nutné (Hamplová, 2019). Koncepce domácí péče ji popisuje jako vysoce kvalifikovanou odbornou formu zdravotní péče, která umožňuje navázat na zdravotní péči poskytovanou v jiných zařízeních, čímž umožňuje zkrátit dobu hospitalizace na čas nezbytně nutný. Je indikována u pacientů, u kterých je nutné zajistit dlouhodobou zdravotní péči. Obsah se vymezuje individuálními potřebami každého pacienta v péči o somatické i duševní zdraví a za podpory jeho soběstačnosti a sebestarání. Domácí péče je poskytována osobám různého věku s jednotlivými diagnostickými skupinami nemocí (Strnadová et al., 2021).

Nárok na služby domácí péče má každý občan České republiky bez rozdílu věku, pohlaví a diagnózy v jejich vlastním domácím prostředí na základě doporučení praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci (Hamplová, 2019). Zdravotní domácí péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění na základě doporučení praktického lékaře nebo lékaře propouštějícího pacienta z nemocnice do domácího prostředí. Lékař svému pacientovi může agenturu domácí péče doporučit. Pacient a jeho rodina má právo si danou agenturu vybrat sám (Dašková, 2016). Pojišťovny hradí domácí zdravotní péči dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., podle které se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. To znamená, že každý výkon, který sestra u pacienta vykoná, je bodově ohodnocen a podle hodnoty je pojišťovnou následně proplacen. Pokud klient není pojištěn, nebo jsou mu vykonány určité nadstandartní výkony, nepropláceny zdravotní pojišťovnou, hradí si danou péči sám. Další možností, jak lze provoz domácí péče financovat, je ze sponzorských darů, z nadací, grantů apod. (Seifert et al., 2019). Multidisciplinární tým si na základě svých kompetencí určí svůj postup, doporučení pro řešení a intervence v ošetrovatelském procesu. Plánování aktivit provádí prostřednictvím individuálních plánů. Zásadní roli v plánování rozsahu a obsahu ošetrovatelské péče má sestra domácí péče, která je na vysoké úrovni a dokáže samostatně nebo ve spolupráci s lékařem a dalšími členy týmu určit priority a rizika péče. Navrhne tu nejlepší formu

ošetřovatelského plánu prospěšného pro pacienta. Současně odpovídá za kvalitu a bezpečí poskytované ošetřovatelské péče a spolupracuje s praktickým lékařem tak že ho pravidelně informuje o stavu klienta (Strnadová et al., 2021).

Domácí zdravotní péče se specializuje na udržení a podporu zdraví, Pracuje na zlepšení soběstačnosti pacienta. Zabraňuje či zmírňuje jakékoliv utrpení nemocného. Domácí péče má mnoho výhod. Jednou z hlavních výhod je přirozené prostředí pacienta a zapojení rodinných příslušníků do péče o nemocného. Další výhodou je z individuálního a multidisciplinárního hlediska fakt, že se veškerá péče řídí podle potřeb daného pacienta (Plevová, 2018). Nárok na poskytování domácí péče má každý občan České republiky. Indikace domácí péče má v současné době pouze praktický lékař, v omezených možnostech i propouštějící lékař nemocnice, který může indikovat domácí péči na 2 týdny po propuštění (Holmerová et al., 2015). Další indikací domácí péče je také potřeba odborné pomoci druhé osoby, která může být umožňována v domácím prostředí. Domácí péče se zaměřuje na individuální přístup z hlediska bio-psycho-sociálního hlediska, při péči se uplatňuje přístup k nemocnému (Kurucová, 2016). Důležitá je také empatická komunikace a respektování pacienta. Psychická pohoda pacienta, kterou posiluje pro klienta známé prostředí i přítomnost rodinných příslušníků, zlepšuje jeho život a uzdravování.

System domácí péče představuje ideální budoucností pro zdravotní systém v České republice. Počet lékařů, kteří poskytují zdravotní péči je v současné době dostačující. Jejich průměrný věk však naznačuje, že většina z nich již v důchodovém věku je, nebo se k němu nekompromisně blíží. Každým rokem vychází z univerzit nemalý počet lékařů absolventů, avšak jejich počet leckde pouze vyrovná počet lékařů odcházejících do důchodu. Z tohoto faktu vyplývá, že v blízké době může dojít k omezení nabídky zdravotních možností, což může ovlivnit dostupnost a kvalitu poskytované péče. (Strnadová et al., 2021)

Domácí zdravotní péči zajišťují zdravotní sestry, které mají registraci Ministerstva zdravotnictví ČR, jež je opravňuje pracovat bez odborného dohledu. Všechny sestry mají zkušenosti s péčí o pacienty v domácím prostředí. Sestry jsou pro práci v terénu vybaveny brašňami s veškerým materiálem potřebným pro provedení široké škály ošetření. Každá sestra je dostupná, jelikož má u sebe mobilní telefon a plně pohyblivá, pohybuje se automobilem vlastněným agenturou domácí péče. (Řezáč, 2024)

Nejnovější novelou vyhlášky o činnostech, která vymezuje kompetence zdravotníků působících v domácí péči je novela vyhlášky číslo 55/2011 platná od 1. července 2022. Novela specifikuje kompetence v oborech specializačního vzdělání, jehož činnosti nebyly doposud zcela stanoveny. (MZCR, 2023) Sestra pro domácí a hospicovou péči vykonává činnosti podle již zmíněného zákona. Při poskytování specializované, vysoce specializované ošetrovatelské péče a paliativní péče pacientovi v jeho vlastním sociálním prostředí, ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve zdravotnických zařízeních dlouhodobé lůžkové péče, kde je poskytována i paliativní péče.

Sestra domácí péče má oprávnění vykonávat činnosti bez odborného dohledu a bez indikace. Mezi tyto činnosti patří plánování obsahu, rozsahu a časovou náročnost ošetrovatelské péče a vykonávat činnosti specializované a vysoce specializované ošetrovatelské a paliativní péče. Sestra může edukovat pacienta a jeho osoby blízké v oblastech prevence onemocnění. Spolupracuje s odborníky jako je fyzioterapeut, nutriční terapeut nebo zdravotně-sociální pracovník. Pečuje o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích, zavádění a udržování kyslíkové terapie. Další z pravomocí sestry je hodnotit a ošetrovat nehojící se rány, podávat očistné klyzma nebo provádět manuální vybavení stolice u pacienta staršího 15 let věku, aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní glukózy, včetně zavedení periferního žilního katetru a provádět výměnu močového katetru mužů i chlapců starších 15 let věku (Zákon 54/2011 Sb.)

Bez odborného dohledu na základě indikace lékařem sestra může zavádět a ukončovat domácí péči, včetně její administrace, podávat léčivé přípravky do epidurálního katetru, zavádět Huberovu jehlu do implantovaného portového katetru a provádět její odstranění. Poté také vykonávat činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti nebo provádět dialýzu u pacienta s chronickým selháváním ledvin (Zákon 54/2011 Sb.)

1.2.2 Všeobecné praktické lékařství

Všeobecné praktické lékařství představuje základní obor, který zajišťuje léčebnou a preventivní péči o celou populaci v příslušném věkovém rozmezí. Je otevřeno všem kategoriím problémů souvisejících se zdravím se zřetelem na sociálně ekonomické faktory a prostředí, ve kterém člověk žije i pracuje. Má být nablízku všem pacientům ve

smyslu místním, časovým, ekonomickým i kulturní dostupností. Obor zabezpečuje první kontakt obyvatelstva se zdravotnickým systémem, odpovědně a citlivě rozhoduje o potřebě další péče jak v akutních případech, tak i u chronických stavů. Soustavně shromažďuje zdravotní informace a koordinuje specializované služby u jednotlivých pacientů (Býma et.al., 2019). V souladu se zdravotní politikou státu zaměřuje praktické lékařství pozornost poskytovatelů preventivní péče na vyhledávání časných příznaků onkologických a jiných závažných nemocí projevujících se zpočátku nejasnými příznaky (Seifert et al., 2014). Všeobecná primární péče zastřešovaná praktickými lékaři je základem fungujícího zdravotnictví ve všech vyspělých zemích. Má významný vliv na zdraví celé populace. Primární péče představuje koordinovanou komplexní zdravotně-sociální péči poskytovanou zejména praktickými lékaři. Primární péče je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřením, léčením nebo rehabilitací. Všechny tyto činnosti mají být poskytovány co nejbližší vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby (Býma et.al., 2019).

Praktický lékař je pro trvale imobilní osobu, kterou má ve své péči klíčovým prvkem kvality zdravotní péče. Měl by mít celkový přehled o zdravotním stavu opečovávaného a pozorovat jeho psychické a fyzické změny. Praktický lékař mimo jiné předepisuje většinu ze zdravotních pomůcek, doplňků stravy či lázeňskou péči. Dodává také zdravotní dokumentaci při posuzování stupně závislosti pro účely žádosti o příspěvek na péči. Samotné posuzování provádí lékař posudkové služby. Pacient může rovněž požádat svého praktického lékaře o návštěvu u sebe doma v případě, že není schopen dostavit se do lékařovy ordinace. Rozhodnutí o tom, jestli danou návštěvu vykoná, záleží na samotném lékaři (FDV, 2019).

Právě předepisování pomůcek je spojené s nejrůznějšími formuláři, recepty a další administrativou, což pro ordinaci praktického lékaře může být zatěžující nejen z časového hlediska. Administrativních výkonů celkově neustále přibývá a jelikož je zdravotní sestra už odnepaměti zaslouženě vnímána jako pravá ruka lékaře, přesouvají se tyto povinnosti převážně na ni. Administrativní činnosti už k sestře neodmyslitelně patří. Sestra připravuje, přebírá, kompletuje a archivuje zdravotnickou dokumentaci. U nového pacienta vypisuje novou kartu, registruje pacienta. Zakládá zprávy a výsledky, hlídá termíny pro vypisování důchodů, vypisuje žádanky na různá vyšetření, vybírá peníze v hotovosti za výkony vyžádané pacientem. Dále vystavuje faktury za vyšetření provedená lékařem na žádost organizací, např. správy sociálního zabezpečení, Městských úřadů,

Policie ČR atd. Vede statistické údaje a zajišťuje přebírání a odesílání pošty (Seifert et al., 2019). Mezi další administrativní záležitosti, jimiž se sestra zabývá lze zařadit například kompletaci a tisk podkladů pro návrh na lázeňskou či rehabilitační léčbu, vypisování příkazů ke zdravotnímu transportu, objednávání pacientů na vyšetření, sledování termínů preventivních prohlídek, očkování a domlouvání termínů s pacienty nebo vyřizování telefonických hovorů. Pracuje s písemnou, ale také s elektronickou dokumentací, proto je důležitá počítačová zručnost sestry. Dokumentace musí být podle zákona vedena dle vyhlášky č. 137/2018 Sb., o zdravotnické dokumentaci, obsahující údaje o zdravotním stavu pacienta a skutečnosti související s poskytováním zdravotních služeb pacientovi.

1.2.3 Edukace

Témata pro edukaci klientů by měla vycházet především z jejich potřeb (Špatenková, Smelíková, 2015). Edukace má své podmínky a bez jejich splnění by nebyla efektivní. Edukátor musí své klienty dobře znát, setkávat se s nimi pravidelně, a navázat s ním a jeho rodinou kvalitní a důvěryhodné vztahy. Klient by měl edukátorovi důvěřovat, jelikož bez důvěry není vztah hodnotný a klient může považovat edukátory informace za výmysly. To může způsobit, že se jimi nebude řídit a nebude dodržovat léčebný režim, což může negativně ovlivnit jeho zdravotní stav. Podobnou situaci může způsobit i sám edukátor tím, že nebude mít dostatečné znalosti v dané problematice nebo kvalitní informace nebude umět srozumitelně předat. Edukátor musí mít schopnost uzpůsobit svou edukaci potřebám a stavu klienta i jeho rodiny a podílet se na efektivní edukaci. Vztah mezi edukátorem, klientem a jeho rodinou by měl být partnerský. Edukátor nepřikazuje ani nevystupuje v mocenské pozici. Obě strany spolu spolupracují a vytvářejí si individuální pravidla. Klientova rodina chápe svou roli v ošetřování člena rodiny, chce se na něm podílet, vzdělávat se a rozvíjet své schopnosti v oblasti ošetrovatelské praxe (Mlýnková, 2017).

Sama edukace má určitá pravidla. Edukace by v ideálním případě měla probíhat ve vhodnou dobu ve vhodném ničem nerušeném prostředí. Edukátor i edukant si na edukační setkání vyhradí dostatek času. Edukátor si důkladně připraví výuku a prostuduje problematiku, aby nedošlo k nevyžádaným komplikacím. Poté demonstruje danou problematiku nejen slovně, ale pokud to jde, používá i praktické ukázky a určité výkony demonstruje. Po sdělení všech podstatných informací a ukázkách vybízí klienta i jeho

rodinu k tomu, aby si vše vyzkoušeli a nechá prostor pro otázky. Je důležité jim na to dát dostatek času a být trpělivý. Celkový obsah sdělení je vhodné rozdělit na části do více setkání. Bezesporu důležitou součástí edukačního procesu činí pochvala, jež také motivuje. Při edukaci je opakování klíčových slov či vět velmi významné. Jednotlivé části edukace by na sebe měly navazovat. Je vhodné poté poskytnout klientovi informace v psané formě. Odborné a slangové výrazy se při edukaci příliš nepoužívají nebo je vynechat úplně. Celkově je třeba klienta a jeho rodinu nepřetěžovat množstvím informací a složitostí výkonů. Mohlo by tak dojít ke strachu z obtížnosti a neochotě spolupracovat ze strany klienta nebo jeho rodiny (Mlýnková, 2017).

U seniorů hraje vnější motivace v edukaci minimální roli. Vnější motivaci lze popsat jako metodu cukru a biče. Jednodušeji řečeno, pokud úkol jedinec udělá, dostane odměnu, pokud ne, bude potrestán. Při této metodě je na něj vyvíjen tlak, aby provedl úkon, ke kterému nemusí mít vztah. Chce to po něm společnost. (Sams, 2023) Naopak vnitřní motivace, vycházející z vlastních pohnutek daného jedince, je velmi významná. Senioři obsahují velice specifickou skupinou různého věku, společenského postavení a nezřídka i různého vzdělání s různou úrovní psychických a fyzických funkcí (Špatenková, Smelíková, 2015).

Edukátor při edukaci využívá své vlastnosti a rysy, které jsou pro kontakt s lidmi potřebné. Zapojují trpělivost, umění empatie a schopnost naslouchání. Umí efektně komunikovat, ovládat se a nenechá se rozhodit námitkami či neadekvátními reakcemi rodiny nebo klienta (Mlýnková, 2017).

1.2.4 Komunikace

Komunikace je vše na co si vzpomeneme, a ještě mnohem víc. Komunikace zahrnuje to, jak se tváříme, co říkáme, jak to říkáme a co u toho děláme. Tedy gesta, mimiku a další neverbální a verbální prvky komunikace, kterou tvoří slova, jaká říkáme. Z toho všeho by z ošetřovatele měla vyzařovat profesionalita, kompetence, a především laskavost a ochota (Janoušek, 2015). Komunikace je univerzálním jevem lidské společnosti a přímým regulátorem úrovně mezilidských vztahů. Zároveň je bezesporu podmínkou existence každého sociálního systému (Zacharová, 2016).

Verbální komunikace představuje specifický lidský jev a proces patřící k podstatným charakteristikám lidského jedince i společenství. Je vymezována jako specifická forma

spojení mezi lidmi, primárně prostřednictvím předávání a přejímáním verbálních významů, sekundárně prostřednictvím jejího sdílení či nesdílení (Janoušek, 2015).

Základem ošetrovatelské praxe je právě komunikace. Zdravotník svou dovednost komunikovat s pacientem používá jako součást profesionálního vybavení. Komunikace zastupuje dovednost, kterou je v rámci osobního rozvoje vhodné zdokonalovat. Záleží však na zdravotníkovi, jestli chce a umí svou dovednost rozvíjet (Zacharová, 2017). Každý zdravotník by měl vědět, jak se v komunikaci projevuje a jaký vliv má jeho styl komunikace na pacienta (Bednařík, Andrášová, 2020). Setkání s pacientem je mnohdy bližší než setkání s přáteli, protože běžně ošetrovatel vstupuje do pacientovy osobní zóny. Občas je pro sestru třeba si připomenout, že pacient je hlavně člověk (Janoušek, 2015). Zdravotník musí počítat s různými zvláštnostmi nemocných a respektovat je. Vzhledem ke specifčnosti jednotlivých klientů je nutné, aby zdravotník rozlišoval přístupy ke komunikaci u jedinečných skupin či jedinců (Zacharová, 2017). Za účelem dobře zvládnuté komunikace je vhodné, aby zdravotník využil nejen medicínské znalosti, ale i dovednosti ke zvládnání čtyř fází komunikace. Ty tvoří porozumění sám sobě a svým komunikačním projevům, schopnost řešit interakci mezi sebou a pacientem, umět zachytit komunikační projevy pacienta a rozumět jim a umět i vhodně reagovat na pacientovy projevy (Bednařík, Andrášová, 2020).

Pozorování patří mezi metody, při kterých z toho, co je viditelné navenek, usuzujeme vnitřní stav člověka. Ve zdravotnické praxi se tato metoda využívá pravidelně, čehož si pacient ani nemusí všimnout. Problematické se může stát vyhodnocení a správné posouzení skutečnosti. Je na pozorovateli, zda situaci správně vyhodnotí a vyvodí z ní odpovídající závěry. Pozorování lidského chování a jednání je složité, právě proto mohou být výsledky pozorování téhož jedince rozdílně hodnoceny (Zacharová, 2017).

Vztah mezi lékařem a pacientem má své specifické stránky. Pacient je nejčastěji nespokojen s množstvím a stylem informací, které se o svém stavu dozví. Nejčastější komunikační bariéra mezi nimi vzniká z rozlišnosti jazyků. Lékař používá odborný jazyk leckdy nekompatibilní s laickou mluvou pacienta (Zacharová, 2017). V těchto situacích musí být sestra prostředníkem mezi těmito světy. Efektivnost komunikace je založena na vztahu dvou nebo více osob, které spolu mluví. Kvalita vztahu se tvoří od počátku vzájemné interakce a postupně se vyvíjí podle toho, jak se k sobě obě strany chovají. V dobrém vztahu spolu obě strany mají možnost hovořit o všech svých potřebách a cítit se

vyslyšeny. Základem každého dobrého vztahu je důvěra. Díky dobrému vztahu mezi účastníky se dají i těžké události společně zvládnout snadněji. Naopak pokud vztahy budou chladné nebo dokonce špatné, tak se nepodaří vyřešit ani věci jednoduché (Bednařík, Andrášová, 2020).

1.3. Rodina

Rodina je podle Kurucové (2016) nejstarší základní společenskou skupinou a je ovlivněna vztahy, funkcemi a činnostmi zajišťujícími potřeby svých členů jako celku. Poskytuje si navzájem jak péči, tak i ochranu svým členům, a to nejvíce v obdobích, kdy nejsou v takovém stavu, aby se o sebe mohli postarat. Rodina by měla mít pro své členy ochranou funkci, která spočívá v citové opoře jednotlivých členů. V rodině, v níž je poskytována péče nevléčitelně nemocnému příbuznému, se jako nejdůležitější ukazuje právě emocionální a ochranná funkce rodiny.

Každý člen rodiny ovlivňuje její fungování jako systému, zaujímá svou individuální pozici a plní úkoly v součinnosti s ostatními členy. Jelikož je každá rodina jedinečný systém, není možné zcela určit jaká podoba fungování bude vhodná a přiměřená pro všechny rodiny. Zdravé fungování by mělo být definováno holisticky, měly by být zohledněny interaktivní, vývojově funkční, psychosociální i zdravotní procesy v rodině. Pro rodinu je též důležitá schopnost se adaptovat na zátěž, hledat a nacházet rovnováhu v nových podmínkách. Jasně definované role a schopnost se v nich zastupovat či nahrazovat tvoří nejdůležitější faktor rodinné harmonie, funkčnosti a stability. Neméně důležitá je i jasná komunikace, způsob vyjadřování konfliktu a účinnost interakce při jejím řešení. Rodina by měla být schopná aktivně reagovat na změny, které život přináší, a tak zvládat různé životní role. (Kurucová, 2016)

1.3.1 Pečovatel

Tato role obecně vychází z předpokladu, že ji bude plnit nejbližší příbuzný nebo velmi blízký přítel, který spolupracuje na poskytování individuální komplexní péče o nesoběstačnou osobu. V současných podmínkách se rozhodující pečovatelské role ujímá obvykle jedna osoba nazývanou pečovateli, jež by měla být při práci podporovaná širší rodinou a přáteli (Kurucová, 2016).

Důvody proč se dané osoby staly primárními ošetřovateli jsou ve většině případů stejné. Pokládají to za povinnost. To, zda mají rodinní příslušníci v dané době prostor a čas o

nemocnou osobu pečovat hraje velkou roli v tom, do jaké míry o ně zvládnou pečovat. Většina pečovatelů udává, že v danou chvíli neviděli jiné možné řešení než péči o rodinného příslušníka zajistit svou vlastní osobou. Úvahy bývají jasné. Volná místa v domovech důchodců nejsou, a pokud jsou, kvalita péče v nich může být nízká a pro osobu blízkou nevyhovující. Fakt, že setrvání nesoběstačného seniora či seniorky v domácím prostředí zpravidla klade vyšší nároky na jeho rodinu a na konkrétní členy rodiny jako pečovatele, není v mediální produkci vždy v dostatečné míře zmíněn. Řešení je spatřováno zejména v rozvíjení terénních formálních služeb a ve spolupráci rodiny s těmito službami, případně v technických opatřeních, která mohou napomoci zkvalitnit péči (Dudová, 2015).

Kvalita života pečovatele i imobilní osoby představuje dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská péče v oblasti kvality života by se měla zaměřit nejen na fyzické aspekty, ale také na řízení aktivit denního života a využívání zdrojů sociální opory ve vztahu nejen k nemocnému, ale i k příbuznému v roli pečovatele (Kurucová, 2016).

Pečovatel si musí uvědomovat, že má ve svém životě více rolí než jen tuto. Může být také rodičem, sourozencem, kamarádem, partnerem, houbařem, sportovcem a mnohým dalším. Neměl by na to zapomínat a od své role pečovatele si aspoň na chvíli odpočinout. Celkově je doporučováno zapojit do péče o trvale imobilního blízkého i další členy své rodiny nebo organizace poskytující asistenci či odlehčující služby (Klára pomáhá, 2023). Nejvyšší míru spokojeného života uvádějí pečovatelé, jejichž příbuzní jsou v domácí nebo paliativní péči. Pečovatelé díky těmto organizacím cítí oporu (Kurucová, 2016). V současné době pouze přibližně pětina pečujících rodin kombinuje neformální péči s profesionální sociální či zdravotnickou péči (Dudová, 2015).

Dle zákona 19/1953 Sb. § 3 se za rodinného příslušníka považuje osoba, žijí-li ve společné domácnosti s povolanou osobou:

a) manželka (manžel),

b) družka (druh), pokud povolaná osoba nemá manželky (manžela), žije s družkou (druhem) ve společné domácnosti v den stanovený k nastoupení služby aspoň 6 měsíců nebo narodí-li se družce dítě, jehož otcem je povolaná osoba, a lze-li dosavadního způsobu života obou soudit na jejich trvalé soužití,

c) děti vlastní, nevlastní a osvojené do dokonání 16. roku,

d) děti ve věku od 16. od 25. roku, připravují-li se soustavně na budoucí životní povolání studiem nebo jiným školením (výcvikem),

e) děti bez věkového omezení, nemohou-li si pro tělesnou nebo duševní vadu vlastní prací opatřit výživu nebo je-li na ně vyplácen rodinný příspěvek, příspěvek na děti nebo výchovné (MPSV, 2023).

1.3.2 Péče o osobu blízkou

S problematikou sladění péče o osobu blízkou s rodinným a pracovním životem se potýkají většinou ženy pečující o své dítě s postižením či ženy pečující o své nemocné rodiče (Šimůnek, 2022). Na tom, že je určitá situace konstruovaná lidstvem jako „spravedlivá“ či „samozřejmá“ se podílejí i obecné genderové stereotypy lidí a představy o správném rozdělení péče mezi ženy a muže. I když není gender v tradiční společnosti nijak tematizován, obecně se společnost nepozastavuje nad tím, proč pečují ženy jako dcery nebo matky, zatímco od synů to nikdo, ani sami nemocní, příliš neočekávají. Právě tady lze nalézt důvod, proč mezi primárními pečovatelkami v takové míře převažují ženy (Dudová, 2015). Vzhledem k náročnosti péče o své blízké odsunuly svůj pracovní a mnohdy i osobní život, aby upřednostnily péči o svého potomka nebo rodiče.

Časová náročnost pečujícím osobám neumožňuje plnit nároky standardního zaměstnání. Z běžného pracujícího se pak stává pečující, který zajišťuje celodenní péči svému dítěti či rodiči, seznamuje se s bližšími informacemi o nemoci nebo postižení svého blízkého, doprovází ho na různá vyšetření, rehabilitace a podobně (Šimůnek, 2022).

Příspěvek na péči se poskytuje osobám, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění pomoci, která může být poskytována prostřednictvím sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládnutí základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Příspěvek je poskytován na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (MPSV, 2023).

Nárok na příspěvek má osoba starší jednoho roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupně závislosti. Tyto stupně závislosti se hodnotí podle počtu základních životních potřeb, které tato osoba není schopna bez cizí pomoci zvládat (MPSV, 2023). Zdravotní stav a schopnost sebepečě hodnotí posudkový lékař. Ten vychází z lékařského nálezu, který posuzuje zdravotní stav konkrétního jedince. Lékařský nález rozlišuje komplexní a cílené vyšetření. Patří do něj posudky od praktického a dalších specializovaných lékařů. Při posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči vychází i z výsledků sociálního šetření (Steifert et al., 2023). Toto šetření s cílem posoudit stupeň závislosti dané osoby se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (péče o domácnost se neposuzuje u osob do 18 let). Bližší vymezení schopností zvládat základní životní potřeby a způsob jejich hodnocení stanovuje vyhláška č. 505/2006 Sb. Výše příspěvku se liší podle toho, zda postižená osoba dosáhla věku 18 let. O výši příspěvku rozhoduje krajská pobočka úřadu práce. Příspěvek se vyplácí v české měně převodem na platební účet určený příjemcem nebo poštovním poukazem (MPSV, 2023).

Péče o jinou osobu je velmi náročná časově, psychicky i fyzicky. O svůj odpočinek se musí pečovatel postarat sám a měl by v tom být důsledný. V opačném případě ohrožuje také své zdraví a svůj život. Každá osoba je jinak stavěná, není ostuda něco nezvládnout. Nikdo není dokonalý a neomylný, požádat o pomoc je jediné logické a správné rozhodnutí. Všechny takové situace je vhodné řešit co nejdříve a předejít tak komplikacím (Klára pomáhá, 2023). Jen málo z lidí, kteří pečují doma o svého blízkého, umí vše, co je s péčí o trvale imobilního pacienta spojené, hned od prvního dne, kdy si přivezli rodinného příslušníka do domácího prostředí. Pečující se často musí naučit řadu nových znalostí a dovedností, aby zvládal nejen vykonávat potřebné pečovatelské úkony, ale současně i péči dobře zorganizovat tak, aby byla pro celou rodinu co nejlépe zvládnutelná (FDV, 2019). Právě pro rodinné příslušníky, co se rozhodnou vzít si pacienta do domácího ošetřování a nejsou si sami sebou jistí, vznikla řada kurzů a seminářů podporujících osobní rozvoj v ošetrovatelské péči. Jeden z nich byl pořádán na půdě Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. O kurz byl velký zájem, což svědčí o faktu, že domácí ošetřování je stále na rozvoji. Kurzy jsou jednodenní, bezplatné a pojaté

tak, aby se do nich mohli přihlásit laici. Ti byli během kurzu seznámeni s jednoduchými základy péče o nemocného na lůžku. Dozvěděli se něco nového v oblastech od obstarání osobní hygieny přes podávání stravy a zajišťování pitného režimu, zvládnutí základních jednoduchých technik prevence proleženin až po komunikaci s nemocným včetně psychologických zásad apod. Získané dovednosti mohou v případě potřeby využít nejen doma při péči o své blízké, ale také jako dobrovolníci či brigádníci v nemocnicích či zařízeních sociálních služeb, například v domovech pro seniory (ZSF.JCU, 2020).

Pro vytvoření a udržení psychické pohody pečovatele a imobilního pacienta je klíčový vztah mezi nimi. Jejich kontakt je v ideálním případě co nejužší a přispívá k psychické pohodě u obou. Při komunikaci s nemocným může ošetřovatel držet klienta za ruku, hladit jej, dát mu najevo svou lásku. Snažit se také udržovat a podporovat jeho kontakt s dalšími příbuznými, kamarády a vrstevníky. Informovat ho o tom, co se děje venku, kam on nemůže. Např. jaké je počasí, co je nového ve vašem okolí, jestli už kvetou stromy, květiny atd. To napomáhá udržet jejich zájem o okolní svět a zlepšuje psychiku nemocného. Právě dobrá psychická pohoda je důležitá pro léčbu nemoci nebo jen udržení současného stavu. Největší dar, který pečovatel svému blízkému může dát, je láska zřetelně projevená laskavým slovem, pohlazením, úsměvem a samozřejmě dostatečným časem a zájmem o něj (Měsíčková, 2023). I když to pro pečovatele může být leckdy náročné.

2. Cíl a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Popsat rozdíl ve spolupráci sestry domácí péče a sestry praktického lékaře s rodinným příslušníkem pečujícím o trvale imobilního pacienta.
2. Zjistit, v jakých oblastech může být spolupráce sestry a rodinného příslušníka pečujícího o trvale imobilního pacienta efektivnější.

2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti se stanovenými cíli byly zvoleny následující výzkumné otázky.

1. Jaký je rozdíl ve spolupráci sestry domácí péče a sestry pracující v ordinaci praktického lékaře s rodinným příslušníkem pečujícím o trvale imobilního pacienta?
2. Jak se zapojují rodinní příslušníci do péče o trvale imobilního pacienta?
3. V jakých oblastech by mohlo dojít k zefektivnění péče?
4. V čem je spolupráce sestry s rodinnými příslušníky pečujícími o trvale imobilního pacienta přínosná?

3. Metodika

3.1. Použitá výzkumná metoda

Pro tuto diplomovou práci bylo využito kvalitativní výzkumné šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Všichni účastníci rozhovoru byli předem seznámeni s tématem a cíli diplomové práce. Každému z respondentů výzkumu byly před začátkem rozhovoru sděleny informace týkající se mlčenlivosti a GDPR. Všichni respondenti výzkumu byli seznámeni s informovaným souhlasem a před zahájením rozhovorů vyslovili svůj souhlas na nahrávací zařízení. Všem respondentům byla vysvětlena povaha a účel výzkumu i zpracování dat. Rozhovory byly nahrávány a doslovně přepisovány. Vyslovené souhlasy, záznamy a přepisy rozhovorů jsou uloženy u autora práce bez možnosti přístupu další osoby.

Kvalitativní výzkum byl pro tuto práci vybrán z důvodu důkladnějšího prozkoumání problematiky a přesnějšího zjištění oblasti spolupráce, k detekování mezer a k hledání způsobů nápravy. Volba kvalitativního šetření formou polostrukturovaného rozhovoru umožnila hlouběji popsat problematiku spolupráce sestry a rodinného příslušníka a specifikovat případné nedostatky a návrhy na jejich odstranění.

Sběr dat pro výzkum probíhal v období února a března roku 2024. Respondenti byli vybíráni záměrně z obyvatel žijících v Jihočeském kraji. Pilotní výzkum byl proveden na dvou respondentech, po těchto rozhovorech došlo k částečné úpravě struktury rozhovoru a upřesnění několika otázek. Jelikož nedošlo k zásadním změnám ve struktuře rozhovoru, byly tyto prvotní rozhovory zařazeny do výzkumu a doplnění odpovědí zmíněných dvou respondentů na přidané otázky. V prvotním kvalitativním šetření bylo stanoveno 29 otevřených otázek rozdělených do pěti oblastí, které byly následně rozšířeny o tři doplňující otázky a jedna otázka byla odstraněna. Výsledný rozhovor tedy obsahoval celkem 32 otázek (Příloha č. 3).

První oblast otázek shromažďovala obecné informace o účastnících výzkumu. Bylo zde stanoveno pět otázek, které se týkaly pohlaví, věku respondenta, jeho dosaženého vzdělání, doby praxe a zda respondent pracuje v agentuře domácí péče či v ordinaci praktického lékaře. Druhý okruh otázek se zaměřoval na charakteristiku problematiky. Jeho základem jsou dvě otevřené otázky, které dávaly respondentům velký prostor pro odpovědi. Na tyto otázky navazuje třetí oddíl, v němž jsou otázky specifitěji položené.

Základem tohoto oddílu bylo osm otevřených otázek. Věnovaly se míře a specifickým zapojení instituce do péče o trvale imobilního klienta. Zjišťovali také, zda instituce poskytuje péči i rodinným příslušníkům, kteří se o imobilního člena rodiny starají, popřípadě jakou. Dále bylo zjišťováno, jak se zapojují rodinní příslušníci do péče o trvale imobilního klienta, jestli je jejich zapojení do péče dostačující a jak se institucím s rodinnými příslušníky spolupracuje. Čtvrtá oblast je věnována efektности péče. Tato oblast je na otázky nejobsáhlejší. Bylo zde stanoveno jedenáct otázek zabývajících se oblastmi, ve kterých by mohlo dojít k zefektivnění péče od instituce a od rodinných příslušníků. Otázky zjišťovaly, zda pociťují jednotliví účastníci výzkumu nedostatky a jak závažné podle nich jsou. V této oblasti otázek se dále zkoumalo, jaké činnosti by podle zdravotníků měly osoby pečující o trvale imobilního příbuzného zvládat a jakou mírou se to rodinným příslušníkům daří. Bylo také zjišťováno, jak často jsou instituce v kontaktu s klientem a jeho rodinou, zda je kontakt dostačující, jakým stylem komunikace probíhá a zda je efektivní. Oblast se dále zaměřovala na problematiku edukace, její formu, efektivnost a časovou dostupnost. Otázky v závěrečném oddílu měly za úkol prozkoumat přínosy a komplikace spolupráce sestry a rodinného příslušníka při péči o trvale imobilního klienta. Jejich úkolem bylo zaměřit se na vztah sestry a pečující osoby jako partnerů.

Časová náročnost rozhovoru byla v průměru 14 minut. Délka rozhovoru se lišila dle zaujatosti a komunikačních schopností sester dále dle doby praxe v oboru. Ačkoliv měli všichni respondenti stejný počet otázek, sestry domácí péče ve větší míře odpovídaly složitými souvětími a nejednou se vzdály od tématu otázky. Rozhovor proto musel být více řízen.

Většina rozhovorů se uskutečnila při osobním setkání, avšak ve třech případech byl k rozhovoru použit telefonní hovor z důvodu velké pracovní zátěže. Získané rozhovory byly doslovně přepsány formou přímých citací, aby byla zachována autentičnost odpovědí. Některé výrazy jsou zapsány zdravotnickým slangem, proto mohou být z lékařského hlediska nepřesné, ale je tak lépe vyjádřená myšlenka respondenta.

Analýza dat byla realizována formou tužka papír. V rámci analýzy bylo přistoupeno k otevřenému kódování. Při něm byla lokalizována témata v textu a bylo jim přiřazeno označení. Otevřené kódování odhaluje v datech témata, která mají vztah k položeným výzkumným otázkám (Hendl, 2023). Původně bylo identifikováno 14 kategorií, 15

podkategorií a 253 kódů. Na základě další analýzy a hledání souvislostí došlo k rekatégorizaci dat. Výsledkem bylo identifikováno 6 kategorií, 11 podkategorií a 114 kódů (Příloha č. 4).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Se žádostí o rozhovor bylo celkem osloveno 12 sester. Šest sester pracujících v agentuře domácí péče a šest pracujících v ordinaci praktického lékaře. Bohužel jedna sestra domácí péče musela z časových důvodů rozhovor na poslední chvíli odřeknout. Jelikož se již odpovědi sester domácí péče opakovaly, nebylo nutné tuto respondentku nahradit. Samotného výzkumu se zúčastnily ženy různých věkových skupin. Na respondenty byla kladena předem definovaná kritéria. Prvním kritériem bylo geografické místo, kde je sestra zaměstnána, všechny respondentky pracují v Jihočeském kraji. Druhým kritériem byla pracovní pozice sestry buď v agentuře domácí péče, nebo v ordinaci praktického lékaře a také to, zda se ve své práci setkají s péčí o trvale imobilního pacienta. Posledním kritériem byla ochota se výzkumu zúčastnit.

Ve výzkumném souboru bylo zastoupeno jedenáct žen ve věkovém rozmezí 28-65 let. Z toho bylo pět sester pracujících v agentuře domácí péče a šest sester pracujících v ordinaci praktického lékaře. Mezi respondentkami byly tři vysokoškolsky vzdělané sestry, šest středoškolsky vzdělaných všeobecných sester a dvě sestry praktické se středoškolským vzděláním zakončeným úspěšným složením maturitní zkoušky.

Pro účel zpracování rozhovorů a prezentaci dat bylo informantkám přiděleno označení. Pro lepší pochopení byly sestry rozděleny do dvou kategorií v závislosti na jejich pracovní pozici. Sestry pracující v agenturách domácí péče byly označeny jako DP 1-6. Pro sestry z ordinací praktických lékařů bylo vymezeno označení PL 1-5. Klíč k identifikaci informantů je uložen u autora práce bez možnosti přístupu další osoby.

4. Výsledky výzkumného šetření

Následující kapitola se zabývá popisem nalezených kategorií a podkategorií, které byly doplňovány přímými odpověďmi informantů.

Tabulka č.1 - Konečné kategorie a podkategorie

Imobilní pacient	
Osoba blízká	
Péče sestry	Péče o trvale imobilního pacienta
	Péče o pečovatele
	Edukace
	Prostor pro zlepšení
Péče rodiny	Komplexní péče
	Míra zapojení
	Nedostatky
Kontakt s rodinou	Spolupráce
	Komunikace
Vliv spolupráce	Přínos pro společnost
	Komplikace

4.1 Kategorie: Imobilní pacient

Tato kategorie neobsahuje žádné podkategorie je v ní vytknuto deset kódů. O charakteristice imobilního pacienta nepanovaly mezi respondentkami žádné pochyby. Všechny se nezávisle na sobě shodly na téměř totožném tvrzení. Nejčastější zmiňovaná hesla byla nepohyblivost, nesoběstačnost a dopomoc. DP 4 uvedla svou charakteristiku: „*Imobilní pacient je pacient, který je upoutaný na lůžko a není schopný se sám o sebe postarat. Není soběstačný.*” DP 5 ve své odpovědi uvádí pacienta, který není schopen se sám pohybovat. O nepohyblivém mluvila i PL 2 a PL 5. To potvrzuje i DP 1, podle které je imobilní pacient upoutaný na lůžko. O upoutání pacienta na lůžko hovořily informantky DP 1, DP 4, PL 3. DP 2 k tomuto tématu uvedla: „*Člověk, který se nemůže pohybovat nebo se hýbe s omezenou pohyblivostí. Co je odkázaný na dopomoc.*“ Právě

dopomoc se objevovala v odpovědích často. Mluví o ní respondentky DP 2, PL 4, DP 4 a PL 3. Poslední z jmenovaných řekla: *„Je to klient, který je částečně nebo úplně připoután na lůžku. Je závislý na kompenzačních pomůckách jako je vozík. A je částečně nebo úplně odkázán na pomoc druhých.“* PL 4 měla podobné tvrzení, když řekla, že imobilní pacient je ten, který potřebuje nějakou pomoc druhé osoby. DP 3 imobilitu popsala odborněji: *„Imobility může být víc stádií. Může být ten člověk imobilní tím, že dokáže trošičku popojít, že má třeba chodítka, má francouzský hole. To jsou lidi, který jsou kvůli tomu imobilní, ale ještě se zvládnou, třeba po tom bytě, hýbat a sami se obstarat. A potom jsou opravdu lidi, který teda jsou ležící, který už jsou úplně závislí na péči.“*

4.2. Kategorie: Osoba blízká

V této kategorii nejsou obsaženy žádné podkapitoly. Vyskytuje se zde sedm kódů. Na otázku, co pro daného respondenta znamená péče o osobu blízkou reagovaly všechny respondentky velmi podobně. Často se v odpovědích objevila rodina. Zmínily se o ni respondentky DP 3, DP 4 a PL 2. Poslední jmenovaná se vyjádřila následovně: *„Osoba blízká bude partner, družka, příbuzní, děti, manžel, případně určitě ošetřovatelky. To není vyloženě osoba blízká, ale ty by se měly zapojit taky.“* S tímto tvrzením souvisí i odpovědi ostatních respondentek. PL 1, PL 5, DP 2 uvedly, že osoba blízká je někdo, koho máme rádi. PL 1 přesněji sdělila, že pečovat o osobu blízkou znamená starat se o někoho, kdo je v jejím nejbližším okolí. Někoho, koho má ráda. PL 4 vystihla myšlenku mnohých dalších: *„Ať už je to nějaký blízký rodinný příslušník nebo teta z druhého kolene, tak spíš je to taková se pro mě nutnost pomoci. Ale samozřejmě i ta osoba blízká by nejspíš chtěla, aby byla třeba doma, ve svém domácím prostředí, a nemusel být někde v nějakém ústavu. Doma je nejlíp. Tam, kde je člověk zvyklý.“* A s tímto tvrzením jistě souhlasí jak nemocné osoby, tak všichni ostatní lidé, kteří si přejí, aby svět takto fungoval. Ideály jsou hezké věci, ovšem realita může být jiná. Na to upozornila i respondentka DP 5. Podle ní si rodina často neuvědomuje, jak moc je péče o osobu blízkou náročná. A to jak psychicky, tak i fyzicky. DP 1 nezávisle na tomto tvrzení uvedla, co všechno péče o kohokoliv nemocného zahrnuje. Je to péče o bazální potřeby člověka, což zahrnuje hygienu, jídlo, prevenci dekubitů, polohování, ale také naplnění jeho sociálních a duchovních potřeb, a to není málo. PL 4 ve své odpovědi upozornila na důležitost péče nejen o nemocného člena rodiny, ale na dopomoc celé rodině neboli týmu, který spolu tráví části i všechen čas.

Pro některé z dotazovaných respondentek není péče o osobu blízkou jen teorií, ale součástí každodenního života. Jsou jimi respondentky PL 3 a PL 6. Pro PL 3 je péče o osobu blízkou velmi zásadní a znamená pro ni hodně, jelikož se stará o životního partnera. Není to pro ni ani práce ani poslání, protože to si podle ní člověk nevybere. V současnosti je to běžná část jejího života. Informantka PL 6 bere péči o blízkou milovanou osobu jako samozřejmost: „*Já třeba můžu říct, že mám manžela, o kterého se starám, protože je na vozičku, a tak je špatně pohyblivý. Tak to je pak péče o toho člověka v rodině už běžná pomoc.*”

4.3. Péče sestry

Tato kategorie zahrnuje čtyři podkapitoly, které se zabývají tou nejdůležitější částí, a to péčí o trvale imobilního klienta, ale i často zapomínaná péče o pečovatele, jenž se primárně o trvale imobilního člena své rodiny stará. Další podkategorií je edukace rodiny, kde se zkoumá její forma a úspěšnost. Poslední kategorií této kapitoly je zkoumání prostoru pro zlepšení u samotných pečovatelů a institucí čili identifikace problémů a společné hledání vhodných řešení. Celkem zde bylo identifikováno 41 kódů.

4.3.1 Péče o trvale imobilního pacienta

První a základní otázkou položenou v rámci této kategorie bylo, jak se instituce, ve které sestra pracuje, zapojuje do péče o trvale imobilního klienta. Všechny sestry se vyjádřily k péči, jakou pro své klienty vykonávají. Ve svých odpovědích se dotkly financí (DP 4), edukace (DP 1, DP 5, DP 2), motivace rodiny, a také zmínily své praktické zkušenosti.

DP 4 popsala fungování domácí péče v praxi: „*To záleží zase, jak si řekne rodina. Občas na to rodina nestačí, a tak třeba potřebují pomoc s ošetrovatelskou péčí, to znamená třeba i hygiena. To je takový ten základ. Nebo jsou tam vyloženě odborné výkony jako převazování bercáků a jiných defektů. Nebo aplikace inzulínu, co nezvládnou třeba z rodiny, to je různý. Některý jsou jako samoplátci, a ty si to platí anebo mají od zdravotní pojišťovny poukazy, a my u toho člověka děláme ty výkony. Ale zase od té zdravotní pojišťovny není úplně všechno jakoby placený, takže mají nárok třeba na nějakou hodinovou návštěvu, a to je všechno.*” O proplácení výkonu mluvila i DP 3. Vysvětlila, že hygiena a základní ošetrovatelská péče není hrazena pojišťovnou. Všechny tyto činnosti spadají do pečovatelské služby. Podle DP 1 je třeba si uvědomit, že největší břemeno péče, trávající 24 hodin, sedm dní v týdnu zůstává na rodině pacienta. Sestry

dojíždí za pacientem na omezenou dobu. V této době sestra monitoruje symptomy, dle ordinace lékaře podává léky, dělá převazy a podobné výkony. Eventuálně pomáhá rodině s hygienou, edukuje pacienta a rodinu, naslouchá, pokud je potřeba, zprostředkuje návštěvu sociálního pracovníka, duchovního nebo pečovatelské služby. Podobnou zkušenost má i DP 3, která potvrzuje poskytování specifických potřeb klientům jako je edukace o dodržování hydratace, procvičování polohování nebo pomáhání s řešením specifitějších situací (péče o rány, dekubity u dlouhodobě ležících apod.). Sestra také učí rodinu pečovat o permanentní močový katetr. Sestry nedělají ošetrovatelské činnosti jako je hygiena, krmení klienta a podobně. Takové činnosti vykonávají pečovatelky a sestra na ně může dát rodině kontakt.

DP 5 potvrzuje, že jezdí k imobilním pacientům. Vykonává u nich zdravotní péči a edukaci rodiny i pacienta. Agentura domácí péče spolupracuje s obvodními lékaři, u kterých jsou jejich klienti zapsáni a s různými specialisty využívanými při konkrétních potížích. Spolupráci agentur domácí péče a ordinací praktického lékaře potvrdily PL 2, PL 3 a PL 4.

Už z podstaty věci funguje jinak péče od agentury domácí péče a jinak od praktických lékařů. Sestry pracující v ordinacích praktických lékařů jsou z hlediska kontaktu s pacientem pravým opakem sestry zaměstnané u agentury domácí péče. Kromě PL 4, jenž je v kontaktu s klientem spíše výjimečně, nenavštěvuje imobilního pacienta žádná ze sester (PL 1, PL 2, PL 3, PL 5 a PL 6). PL 3 mluvila o návštěvách, které prováděla v minulosti, ale nyní už všechny úkony přebrala agentura domácí péče. PL 3 se dle svých slov už jako sestra v ordinaci do péče o pacienta prakticky vůbec nezapojuje. Dřív chodila ráno nabírat krev těm lidem, kteří nebyli schopni dorazit do ordinace, třeba právě imobilním pacientům. Odpoledne jezdila dávat injekce na bolavá záda a podobně. Postupně všechny tyto činnosti přebraly agentury domácí péče. PL 2 v jedné ordinaci u praktika pracuje a do péče o trvale imobilního klienta se začleňuje pravděpodobně jenom předepisováním pomůcek. Klientům zajišťuje to, co potřebují. Dává jim kontakty na domácí péči, na ošetrovatelky, zajišťuje sestry, aby odebíraly krev, ale většinou všechno probíhá přes domácí péči. Stejnou odpověď měla i PL 4 – sestra u praktického lékaře se s imobilním pacientem téměř vůbec neseťká. U praktika se spíš komunikuje s rodinou, kdy lékař předepisuje pomůcky pro inkontinenci nebo různé kompenzační pomůcky přes firmu, ordinace jen vystaví poukaz a předepíše ho. V případě, kdy klientova rodina potřebuje pomoci, dojede sestra za nimi, pomůže, vysvětlí nebo poradí, ale to se děje

velmi sporadicky. Podobnou zkušenost má i PL 5, která pomáhá hlavně papírově. Předepisuje recepty na všechny pomůcky, jaké potřebují. Pravidelně se spojí s rodinou, snaží se jim pomoci a udělat pro ně co může. PL 6 dodala: *„Hned se zeptám rodiny třeba, ale snažím se zapojit i pacienta. Zeptám se: Potřebujete pomoc? Zvládáte to? A tím se snažím tu pomoc udělat z mé strany. Buď si to rodina zajistí sama nebo já to udělám u nás v ordinaci. Když jsou doma, tak se informuji, jak různě potřebují pomoc a co by od nás potřebovali. Jako ordinace praktického lékaře jim třeba nabídneme ty chodítka i jednodušší vozíky, pokud nejsou nějaký ty elektrický, tak taky můžeme pomoci napsat. Teda paní doktorka, takže hlavně se to týká pomůcek anebo sanitku, když teda ten člověk je špatně pohyblivý, tak že jim pomůžeme a pošleme sanitu. A o těch radách, když potřebují nebo si to někde zjistí sami, ale hlavně u nás. Když se ptají tak poradíme.“* PL 1 poskytuje hlavně psychickou pomoc, protože rodiny jejích klientů docházejí do ordinace k praktickému lékaři a žádají různé rady a pomoc. Velice často tam dochází k tomu, že pečující lidé si většinou neví rady, co s nesoběstačným člověkem dělat, jak to dělat, jak polohovat, nebo jak s nemocným členem rodiny komunikovat.

Nad podotázkou, zda instituce, ve které respondentky pracují, dělá něco speciálního a jedinečného v péči o trvale imobilního pacienta se respondentky zamyslely a odpověděly spíše v negativním smyslu. PL 5 nedokáže objektivně specifikovat odpověď. Myslí si, že všechny agentury domácí péče by z logiky věci měly nabízet, a hlavně vykonávat podobně komplexní služby. DP 3 jako jedinou možnou výhodu u konkurenčních agentur domácí péče uvedla přítomnost více specialistů jako jsou rehabilitační pracovníci, pečovatelská služba, dostupnější lékaři a další specializované profese. Ona jako sestra je schopna poskytnout klientovi základní rehabilitační cvičení, ale na hygienickou péči ji nezbyvá čas. Dříve v její agentuře pracovaly i pečovatelky, avšak jejich pracovní pozice byly přesunuty jinde. DP 5 poukazuje na skutečnost, že klient může mít všechno v domácím prostředí, což nebylo ještě v nedávné době možné. Navíc sestry absolvovaly různé specializační kurzy, aby měly oprávnění vykonávat velký repertoár výkonů a mohly se tak o pacienta v domácím prostředí komplexněji postarat. V současné době mají sestry kompetenci měnit permanentní katetry u mužů, starat se o porty, zavádět infuze, provádět rehabilitace a podobné výkony, kvůli kterým dříve museli nemocní jezdit do nemocnic a jiných středisek.

PL 4 si uvědomuje nedostatky v oblasti komplexní péče prováděné v ordinacích praktických lékařů. Jako hlavní důvod, proč nedochází ke zlepšování péče, uvádí

nedostatek času a prostoru, který v ordinaci praktického lékaře nemá. Zároveň dodává, že si myslí, že je to systémový nedostatek a v blízké době nedojde ke zlepšení. Naopak PL 5 věří, že se o své klienty stará nejlépe jak umí a že se jí to daří.

4.3.2 Péče o pečovatele

Důležitost péče o rodinu klienta si více uvědomují sestry z domácí péče. Nejčastěji byla zmiňována psychická pomoc formou reedukace, která je nejčastější jak u sester domácí péče, tak i v ordinacích praktického lékaře (DP 2, DP 3, PL 2, PL 3). Dále doporučením relaxačních technik (DP 4) nebo jen rozhovorem s pečovatelem a vyslechnutím ho (DP 3). Celkově však pro všechny sestry není snadné vždy dát rodinnému příslušníkovy takovou péči, jakou si zaslouží a tento nedostatek si uvědomují. DP 4 pronesla krásnou větu vystihující celou tuto problematiku. Jí a jejím kolegyním nejsou rodinní příslušníci cizí. Ba naopak by si je měli předcházet, jelikož odvádí obdivuhodnou práci.

DP 3 sdílela své zkušenosti z domácí péče: „*Tak určitě o něho pečujeme. Určitě důležitý si myslím, že tam je vůbec to, že tam ten člověk, přijdeme do té rodiny a že s tím člověkem je. Že ho uklidní a takový ten rozhovor. Nebo i ta edukace, že prostě člověk tam přijde, řekne, takhle byste to měli dělat, děláte to správně, něco byste měli trošičku dělat ještě jinak. Tak spíš asi po týchle stránce. Jo, jako vyložení žádný pravidla obvykle nemáme, nebo kdyžtak tam pak zajede psycholog, ale určitě taková ta podpora rodiny. Co můžeme zajistit, co jim můžeme pomoci, dodat nějaký kontakty, nějaký ty specialisty nebo i ten rozhovor. Co si budeme povídat, když se někdo stará o nějakého imobilního rodiče, nebo kohokoliv jiného, tak ono mu už třeba pomůže jenom to, že tam někdo přijde, že s ním promluví, popovídat si, trošku ho jako uklidnit, tak to si myslím, že taky jakoby asi je důležitý.*” DP 2 si uvědomuje psychickou a fyzickou únavu rodinných příslušníků. Snaží se je podporovat v psychické pohodě. Nemocný, ležící klient je podle jejich slov často protivný až zlý, i když to tak nemyslí. DP 2 učí pečovatele přijmout i tuto stránku povahy nemocného a naučit se s tím pracovat. DP 4 mluvila o nutnosti pozorovat psychický a fyzický stav pečující osoby, a to bez ohledu, zda nemocný, o kterého se stará, je částečně či úplně imobilní nebo i plně pohyblivý. Je třeba do této problematiky zahrnout i to, v jakém psychickém rozpoložení pečovatel je a jak celkově zvládá stresové situace. DP 4 tedy tvrdí, že o pečovatele je třeba se zajímat jako o individuální osobnost. Pozorováním lze zjistit, kde mají dané osoby mezery a poradit v čem by si mohl oddychnout nebo v

čem by naopak mohl načerpat síly a doporučit jim odpočinkový plán, postavený dle jejich individualit.

I péče o rodinného příslušníka pečujícího o klienta se různí podle toho, od jaké instituce pomoc přichází. To potvrzuje i PL 2: „*Pokud si k nám přijdou pro radu, tak asi taky takhle jim pomůžeme. Dokážeme poradit, dokážeme jim nabídnout sociální pomoci, ale asi jinak se nestaráme. Většinou opravdu jenom, kdyžtak přijdou pro radu. Jako by nevím, co dalšího bychom mohli pro ně udělat. Co dalšího můžeme jako nabídnout. Ale většinou to jsou prostě takové ty pomůcky, co předepíše lékař prostě.*” PL 3 tuto praxi potvrdila. Svým klientům, kteří pečují o trvale imobilního člena rodiny, nabízí pomoc ve formě objednání domácí péče a představení jim všech možností, na které mají nárok. Dá jim nejdůležitější kontakty a vysvětlí vše na co se zeptají. Jinak všechnu praktickou činnost přenechávají domácí péči. PL 4 s rodinou svého klienta jedná jen v případě, že něco potřebují. O pečovatele samotné nikterak nepečují.

4.3.3. Edukace

Ve všech rozhovorech se téma edukace vyskytuje a samy sestry ji připisují významnou roli. Všechny respondentky se do edukace rodinných příslušníků pečujících o trvale imobilního člena své rodiny zapojují. Zapojení sester domácí péče je větší a není jen teoretické, jak je tomu u sester pracujících v ordinacích praktického lékaře, ale je prováděno i praktickou formou. V tomto výzkumu se zabýváme jak mírou kvality a celkovým přínosem, který edukace dává klientům, tak do jaké míry a zda vůbec ulehčuje sestřím práci.

DP 4 edukuje o hygieně, polohování, stravě, tekutinách, ve své podstatě úplně o všem od základů až ke speciálním věcem. Na otázku, zda je podle informantky edukace účinná, odpověděla DP 2 takto: „*Určitě je. Pokud toho člověka mají rádi. Oni, když si neví rady tak potřebují pomoci, takže i třeba, já nevím, se vstáváním z lůžka i třeba s tou hloupou hygienou, neumí třeba umýt na lůžku hlavu a podobně. A většinou třeba, když jim řeknu, že si musí dojet koupit nebo půjčit takovou tu nafukovací podložku, že potom se ten člověk umyje nad tím v lůžku a tak, tak většinou lidi to udělají. To jako musím říct, že většinou jakoby na tu radu dají. Nebo prostě toto polohování je nejdůležitější.*” Podobné tvrzení vypověděla i DP 3 a sice, že si myslí, že je edukace efektivní a má zkušenost, že pečovatelé, když se chtějí o svého rodinného příslušníka kvalitně postarat, tak opravdu o všechny informace zájem mají. Většinou poslouchají všechny rady a snaží se zabezpečit

nebo zajistit různé pomůcky. PL 4 poukázala, že všichni její pacienti se mají doma dobře, jsou čisti, zaopatření, nejsou dehydratováni a ani podvyživení a v takovém případě považuje pacienta za zaopatřeného a spokojeného, tedy není třeba edukace. Agentura, ve které pracuje DP 1, pořádá kromě edukace v rodině i kurzy pro pečující, které obsahují základy péče o pokožku, polohování, prevenci dekubitů, přednášku o výživě, vyprazdňování a v neposlední řadě i informace o sociálním minimu, což je povídání sociálního pracovníka o příspěvku na péči. Jakým způsobem si mohou požádat o dlouhodobé ošetřovné, jak a kde získat pomůcky a další specifické otázky. Následuje povídání s psychoterapeutem, jak pečovat o sebe. Tyto kurzy jsou velmi oblíbené a všichni zúčastnění si je pochvalovali. Výhodou je i vzájemné sdílení zkušeností s pečováním, což je pro ně často povzbuzující.

Přístup k edukaci v ordinaci praktického lékaře se velmi výrazně liší od přístupu domácí péče. O tom, jak moc se liší edukace pro rodiny a samotného imobilního pacienta od sester domácí péče a z ordinace praktického lékaře vypověděla PL 2. Ta řekla, že needukuje vůbec a všechny podobné činnosti přenechávají na agentury domácí péče. Ta, se kterou spolupracuje její ordinace je podle jejích slov skvělá a moc si ji chválí. Prakticky to probíhá tak, že když v ordinaci něco potřebují, zavolají do agentury a domluví se. Jako příklad uvádí pacienta, který má jednoduchý převaz, přijde z nemocnice s dekubitem. V takovém případě poskytnou informaci sestrám domácí péče, aby se na tyto konkrétní oblasti zaměřily. Podobně odpověděla i PL 6, která nemá dle svých slov dostatečný prostor a ani čas na jakoukoliv edukaci.

4.3.4. Prostor pro zlepšení

Odpovědi týkající se této problematiky byly velmi rozdílné. Každá ze sester označila jako problém něco jiného, což může dodat výzkumu ozvláštnění a autentičnost. Mezi sestrami domácí péče často zaznívala nedostatečná spolupráce mezi jednotlivými institucemi (DP 3). Sestry od praktických lékařů si stěžovaly na nedostatek času se klientům věnovat (PL 3, PL 5) Společnou překážkou pro oba druhy respondentek je množství dokumentace a administrativy (PL 3, PL 5, DP 3, DP 2).

DP 3 se zmínila o často komplikované komunikaci s praktickým lékařem. Někdy je to pro ni náročnější, ale jinak se o žádném dalším prostoru pro zlepšení nezmiňuje. Podle PL 5 je problém ve včasné edukaci rodiny, která je někdy nedostačující. Rodina si z nemocnice odveze imobilního pacienta a neví, co všechno péče o něj obnáší, nemají

vhodné pomůcky a jsou celkově nepřipraveni. Podobně mluví i PL 1, která očekává, že rodina a klient by měli chodit z nemocnice nějak připravení, tedy mít pomůcky, být informovaní o tom, co se bude dít, aby pak nebyli zbytečně překvapení.

PL 3 jako problém vnímá nedostatek času a pracovní přetížení v ordinaci praktického lékaře: „*Nemůžu se lidem věnovat tak, jak bych chtěla. Jako tý práce u toho praktika je hrozně moc, protože když už ty lidi sedí v čekárně, tak mezi každým jedním člověkem máme aspoň pět telefonátů, které musím vyřešit.*” Podobně odpověděla i PL 5, podle které přibývá administrativy a ona se musí věnovat stále jen vyplňování nějakých dokumentů. Paradoxní však je, že pomoc s vyplněním všech potvrzení a žádanek pomáhá klientům úplně nejvíc. PL 2 uvažovala o tom, zda by vůbec praktická ordinace dokázala v současném rozpoložení zlepšit své služby. V ordinaci je spousta práce a s ní spojené další papírování a vyřizování. Jako příklad uvádí, že když se imobilnímu pacientovi rozbije postel, tak je to právě praktický lékař, kdo žádá o opravu postele. S tím je pak spojena další administrativa s pojišťovnami, které ordinaci zaberou nemalý čas. V případě nutnosti existuje možnost, že praktický lékař udělá návštěvu přímo u imobilního pacienta, ale to klienti podle PL 2 ani nechtějí. Už jsou zvyklí, že toho hodně vyřeší se sestrou po telefonu. PL 4 žádné nedostatky necítí a myslí si, že pro pacienty dělá maximum, co může.

DP 2 popsala problém s financováním a jeho praktické řešení: „*Asi ne, my nemyslím si někdy není jakoby dostatek času jo, protože třeba ta návštěva je půlhodinová. A někdy se do toho nevejdeme, ale pojišťovna třeba víc jakoby neuhradí, jestli nebudu mít poukázky, ale to se zase jakoby u nás naštěstí tak úplně neřeší. Prostě když je třeba, zůstanete dýl a odejdeme dřív, když nás není třeba. Takže jakoby tak, ale jinak si nemyslím že by nějaký problém byl.*”

4.4. Péče rodiny

V této kapitole se vyskytují tři podkapitoly, které se navzájem propojují. První z nich je nazvaná jako *komplexní péče*. V ní se práce zabývá celistvým pohledem na péči o trvale imobilního pacienta a na klienta samotného. Středem zájmu bylo, jak komplexní je péče ze strany rodinných příslušníků a co všechno by komplexní péče měla obsahovat. Druhou podkapitolou jsou *mezery*. Zde se mluví o tom, v jakých oblastech mají rodinní příslušníci mezery a jak zásadní pro kvalitu péče jsou. S tím souvisí i třetí kapitola s názvem *míra zapojení*. Jak už název napovídá, zde je popsána intenzita, s jakou se pečovatelé zapojují

do péče o svého imobilního rodinného příslušníka. V příslušné kapitole bylo stanoveno 23 kódů.

4.4.1 Komplexní péče

Všechny sestry se ve svých odpovědích shodly na důležitosti kvalitní a komplexní péče o trvale imobilní klienty. Byl vnímán rozdíl mezi možnostmi, které mají v kompetenci a mohou zprostředkovat svým klientům agentury domácí péče a ordinace praktického lékaře.

DP 2 na otázku, jaké činnosti by měl rodinný příslušník zvládat, aby byla péče o imobilního klienta komplexní, odpověděla polohování, částečnou rehabilitaci, starost o hygienické návyky. Měl by znát částečně i tělo a vědět, jak s ním správně pracovat. Nové klienty agentury, ve které tato sestra pracuje, učí a pokud je to možné, většinu věcí rodinným příslušníkům ukážou a vysvětlí jim, na co si dát pozor. Například když má klient zvýšenou teplotu, tak je častým důvodem fakt, že je imobilní člověk proležený. Tyto defekty jsou často veliké, takže se musí sledovat. Dále je třeba klientově rodině vysvětlit, že je třeba sledovat fyziologické funkce nemocného, aby pečovatel odhadnul, co se s ním může dít, a v neposlední řadě hlídat pitný režim. Podle DP 4 by měl každý pečovatel umět základy ošetrovatelské péče. To znamená, aby uměl pacienta, klienta nebo rodinného příslušníka nakrmit, umýt, napolohovat ho tak, aby netrpěl a předcházelo se komplikacím. Pečující osoba by podle DP 1 měla zvládat všechny základní úkony bazální péče: mytí, přebalování, polohování a tak dále. Podobně sdílná byla i DP 5, která ke všem těmto činnostem přidala i zvládání specifitějších výkonů. Pokud mají cévku nebo např. PEG tak pečovat o něj. PL 1 odpověděla komplexněji: *„No, asi hodně tu ošetrovatelskou péči, takový to ohledně hygieny, potravy, stravy. Jestli ví, jak bude toho člověka vlastně krmit, jak se o něj postarat. Jako hygienu, jak přebalovat, jestli na to vlastně má. Taky jim to trošičku bývá ze začátku trošku jako proti srsti, ale většina se s tím nějak sžije, a když jim člověk pomůže. Třeba když tam ty sestřičky chodívají do té domácnosti a trošku je navedou a pomůžou jim. Popostrčit je a ukázat, že to prostě v pohodě, že to dělají dobře. Podpořit je v tom, že to dělají dobře, protože kolikrát se ty pečující bojí, že by toho mohli udělat víc a že neví, jestli to zvládnou. Tak je spíše podpořit psychicky, jakože to bude dobrý.“* PL 2 se také věnovala psychické náročnosti péče. Popsala, že se snaží pečovatele ubezpečit, aby se nestyděl a kdykoliv požádal o odbornou pomoc, protože ví, že ne vždy probíhá spolupráce v domácím prostředí bez problémů. Někdy to v domácím

prostředí nezvládají a jsou z toho unavení. Také upozornila na častý problém objevující se v současné praxi, a to je fakt, že spousta potenciálních pečovatелů současně chodit do práce, což velmi razantně ovlivňuje jejich pečovatelské schopnosti. U imobilních pacientů je práce na plný úvazek přímo nereálná. Dále je třeba vzít v úvahu i stárnutí samotného pečovatele.

DP 3 dělí pečovatele do dvou skupin. První je skupina lidí, kteří zvládnou vždy všechno. A druhou skupina těch, co nezvládnou vůbec nic. Podle její teorie člověk, který zůstane doma s někým nemocným, musí být hodně silný, a to i po psychické stránce. Uvědomuje si, že péče o trvale imobilního pacienta je velmi náročná a je podle ní důležité, aby pečovatel na to všechno nebyl sám. Aby s ním byl někdo, kdo ho může vystřídat.

4.4.2. Míra zapojení

Z odpovědí sester vyplynulo, že pokud se rodinný příslušník o trvale imobilního pacienta chce starat, tak dokáže přizpůsobit svůj život a prostředí tak, aby mohla být péče komplexní. Případně se o to alespoň snaží. Potenciální pečovatel si leckdy neuvědomuje, co všechno kvalitní péči o trvale imobilního člena rodiny zahrnuje. Ovšem sestry se jemu i pacientovi snaží přechod do domácího prostředí co nejvíce zpříjemnit a ulehčit. Ne každý to však zvládne a je schopen plnohodnotné péče. Sestra nikoho nesoudí a snaží se být v obou situacích oporou. Každá rodina je jiná a je třeba k nim přistupovat individuálně.

PL 1 vnímá zvyšující se tendence rodin o nemocné členy své rodiny pečovat v domácím prostředí. Stejně tak stoupá i celková schopnost rodin se kvalitně o imobilního pacienty postarat a zůstat s nimi v domácím prostředí. Stejně tak to vnímá i PL 2 a PL 4. PL 1 dodává, že to, jestli je rodina schopná zajistit plnohodnotnou péči, je poznat již při prvním společném setkání. Často se stane, že rodina i pacient přecení své síly a zjistí, že tento styl péče ani jednomu z nich nevyhovuje. PL 1 však oceňuje všechny osoby, které se k domácí péči rozhodnou a alespoň to zkusí. DP 3 ve své praxi zjistila smutný fakt, že si nemocná osoba nikdy nemůže být zcela jistá, zda se o ni její rodina postará. Imobilní klient může mít jediné dítě, které je ochotné s ní zůstat doma a dopřát mu plnohodnotnou péči, ale i šest dětí, a přitom ani jedno za ní nepřijde na návštěvu. O této problematice se zmínila i PL 6, DP 3 a DP 2. Ta popsala rozdílnost v chování rodin a své zkušenosti z praxe: „*Nedá se to takhle říct. Je to člověk od člověka, abych to řekla upřímně. I když jsem měla třeba pána, který mamince měnil pleny a utíral zadek, protože manželka to*

nezvládla. A teď mám třeba rodinu, která radši sjedná kdekoho v okolí, jen aby tatinkovi, kterému teda chybí jedna noha, jinak je samostatný a není dementní, nemusela vylít bažanta, takže ono to asi takhle úplně nedá zformulovat, protože záleží na tý rodině, na tý lásce. Samozřejmě, že když je potom někdo dlouhodobě pečuje, tak často strádá psychicky. Je to unavující a on, když tam potom přijde někdo třeba z jako z rodiny a je tam třeba hodinu, tak je to něco jiného, že jo, oni potom ty příbuzný toho pečujícího taky třeba úplně nepochopí, že je třeba unavený a že nemůže nikam, že je uvázaný, takže i třeba takhle s námi to řešíme nějak a pak je potřeba zapojovat další příslušníky, že je třeba vystřídat a tak. A to většinou nikdo nechce slyšet z těch příbuzných.” O podpoře v rodině mluvila i PL 3. Podle ní je spolupráce v samotné rodině stejně tak důležitá jako spolupráce mezi pečovatelem a sestrou domácí péče. PL 4 poznamenala, že je vhodné na pečovatele pravidelně dohlížet a zajistit tak kontrolu kvality péče, čímž se dá předejít nejen zdravotním komplikacím.

Velkým strašákem je finanční zabezpečení rodiny (DP 3, PL 6). Pečovatelé tak často musí vybírat mezi tím dopřávat svému rodinnému příslušníkovi placenou péči anebo pečovat o něj sám s menším finančním základem.

4.4.3 Nedostatky

Nikdo není dokonalý, ale ke kvalitní ošetrovatelské péči je dokonalost nutností. Podle výsledků výzkumu se rodinní příslušníci velmi snaží, aby jejich péče byla perfektní. Sestry jim s tím pomáhají.

PL 3 chápe složitost péče pro nezdravotníky a je pro ni těžké tuhle problematiku posuzovat, protože si uvědomuje, že pečovatelé jsou stále laikové. Pro zdravotníky je už přirozené imobilního člověka přebalit, otočit ho do požadované polohy, umýt ho, dát mu najíst. Naopak laičtí rodinní příslušníci na to nejsou nijak připravení a z reality jsou pak často vyděšení. DP 4 mluví o specifických výkonech, jako je péče o pacienty s nefrostomiemi, s epicystostomiemi nebo s cévkami, s gastrostomií a podobně. Pečovatele ve většině případů někdo zaškolí o specifikách péče, ale i tak je to pro ně složité. Jedná se už o odbornou práci, kterou však někdo musí dělat. Je třeba si uvědomit, že odborná sestra do domácnosti takového jedince přijde maximálně třikrát denně, je tedy nutné, aby se sama rodina o tyto výstupy z těla uměla kvalitně postarat.

PL 4 říká, že jelikož má jejich agentura již všechny imobilní pacienty dlouhodobě, tak se povedlo všechny mezery vypilovat. PL 2 má také pozitivní zkušenosti. Pokud si rodiny na sebe zodpovědnost vezmou, tak se o imobilní osoby starají tak jak nejlépe můžou. Zmiňuje se také o vypočítavosti člověka. Setkala se již s případem, kdy se rodina o svého člena starala jen z důvodu finančních odměn, což nakonec nedopadlo dobře. Naštěstí je to podle ní jen výjimečný případ a doufá, že již nikdy nic podobného nezažije. Největší mezeru vidí v informovanosti potenciálních pečovatelů a v pocitu jejich neohroženosti. Někdy by si obzvláště mladší pečovatelé měli uvědomit, že potřebují, aby jim občas někdo s něčím pomohl a nebáli se o pomoc požádat. Toto dělají nejčastěji mladší lidi, kterým je kolem čtyřiceti let, a kteří jsou plní pracovního nasazení. Ale v péči o imobilní členy rodiny, která je více intenzivní, mezery nevidí. Podle DP 5 a PL 5 záleží na typu rodiny. Vyskytují se rodiny, které poslechnou úplně všechno a rodiny, kde naopak dělají vše po svém, a tím naopak přidávají práci nejen sobě. PL 1 hodnotí jako prostor ke zlepšení vnímání smrti člena své rodiny, což je stále velmi tabuizované téma: *„No, asi ohledně toho umírání si myslím. Prostě si myslím, že oni jako v posledních chvílích se bojí toho a vlastně nechají je odvézt a umřít v nemocnici. Jakože si myslím, že na to nejsou připravený, že prostě na tohle fakt jako ty hospice třeba fungujou a dokážou jim prostě dopředu říct a připravit na to ty lidi. No v podstatě třeba se o toho nemocného starají sami a na poslední chvíli prostě si řeknou, že už nemůže dýchat a že chtějí, aby ho v nemocnici zachránili. Oni si nikdy nedokážou představit a připustit, že už je konec a chtějí je ještě zachránit.”*

DP 2 pociťuje mezery v oblasti správné manipulace s imobilním pacientem. Pečovatelé neví, jak mají s člověkem manipulovat, tak, aby se s ním nenadřeli. Neví, že existují různé pomůcky, jako jsou třeba prostěradla, ani neví, jak je používat. To souvisí i s odpovědí DP 4, která označila jako mezeru právě zkušenosti pečovatelů: *„To oni si spíš nedokážou na to zajít. My třeba tady, jak pracujeme tady v nemocnici, tak už víme, jak s tím člověkem můžeme třeba manipulovat. Jak si ho můžeme zvednout, jak si ho můžeme napolohovat, abychom si třeba ušetřili ty záda a oni třeba nevědí, takže ho třeba tahají úplně špatně. A neví ani třeba ty základní věci jako třeba postel, aby měli polohovací, nebo ty pomůcky všelijaký co třeba můžou tomu pacientovi pomoci. Tak to třeba oni, jako si myslím, že v tomhle vůbec oni nemají, nemají prostě ten obzor nějak rozšířenej a tak je třeba jim pomoci.”*

DP 2 se zmiňuje o tom, že ženy často nejsou trpělivé a nevydrží čekat až požadovaný výkon nesoběstačná osoba vykoná. Tím nedochází k aktivaci nemocného a daná žena si jen přiděluje práci. DP 3 vidí mezery v pomoci primárnímu pečovateli od okolí. Má pocit, že by se rodinní příslušníci, kteří se přímo o imobilního člena rodiny nestarají, měli zajímat o potřeby jeho i pečovatelů. To souvisí s vypovědí PL 6, která se podělila se svou praxí z ordinace praktického lékaře: „*Možná by se měli někdy víc zajímat, jak mají ti pacienti třeba nastavenou tu léčbu. Třeba jde o ty matky těch dětí. Žijou samy, tak si volají o léky a pak třeba ten syn řekne, že ani neví co mamka bere. Tak asi možná dohlédnout aspoň když ty matky nebo ty otcové, spíš ženy, protože muži umírají bohužel dřív, takže když ty maminky zůstanou samotný mohli by se děti někdy trošku víc zajímat, aby měli jako větší přehled s čím potřebují pomoci. Ale myslím si, že docela se celkově snaží pomoci, pokud můžou anebo nejsou nikde zdaleka.*”

4.5. Kontakt s rodinou

V kategorii zaměřené na spolupráci a komunikaci instituce s rodinou pečující o trvale imobilního pacienta jsou obsaženy dvě podkategorie. Jsou jimi: *spolupráce* a *komunikace s rodinou*. Na spolupráci je v této kategorii pohlíženo jako na kooperaci mezi institucí poskytující své služby a rodinou pečující o trvale imobilního pacienta v domácím prostředí. V podkategorii se zabýváme, jak se institucím s rodinami spolupracuje, zda ve spolupráci vidí výhody a popřípadě zda mají návrhy na zlepšení. Podkategorie komunikace s rodinou skrývá poznatky o tom, v jaké podobě komunikace mezi rodinou a institucí probíhá. Ukazuje rozdíly komunikace mezi agenturou domácí péče a ordinací praktického lékaře. V obou kategoriích bylo celkem identifikováno 17 kódů.

4.5.1 Spolupráce

Spolupráce instituce s rodinou je klíčová pro poskytování kvalitní péče. Je přínosem a usnadňuje práci jak sestřám, tak i rodinně pečující o trvale imobilního pacienta. PL 2 vidí jako klíč ke spolupráci komunikaci a snahu od obou stran. Zatím neměla žádné výrazné negativní zkušenosti. Nejprve je podle PL 2 vhodné si stanovit mantinely, říct si s rodinou, co se dělat může a co naopak ne, což podle ní to tak docela funguje. DP 3 vyjádřila specifika, která má spolupráce sestry domácí péče s rodinou trvale imobilního pacienta: „*Ale tak jako převážně bych řekla, že ta spolupráce docela jde. Člověk musí umět jakoby navázat ten kontakt s těmi lidmi. Prostě každý jsme nějaký. Někdy to chce třeba nějaký čas, někdy tam třeba přijdu i na první nebo druhou návštěvu, říkám si, že to bude těžký a*

pak si nějak jako sedneme a najdeme nějakou společnou řeč. A pak nakonec to třeba je dobrý. Takže někdy to chce čas, no. S někým se třeba nedomluvíte nikdy, no prostě to je na lidech.”

PL 2 není v tak velkém kontaktu s pacientem a jeho rodinou, jelikož většinu práce pro její klienty z logiky věci vykonává domácí péče, takže u ní v ordinaci se jí s klienty spolupracuje oboustranně dobře. Podobně odpověděla i PL 6 a odpovědi dalších sester pracujících v ordinaci praktického lékaře byly na stejné bázi. PL 4 popsala svou zkušenost: *„Nemám s nima problém. Jsou většinou vděčný a rádi za každou pomoc.”* DP 5 má ve svém dosavadním profesním životě ve většině případů zkušenosti s dobrou spoluprací. Rodinní příslušníci si rádi nechají poradit, a to je podle ní důležité. DP 4 má s touto problematikou trochu jiné zkušenosti: *„Jak s kterými. S některými je to lepší, s některými je to horší. Záleží na tom, jak moc mají zájem od toho imobilního, o toho člověka, jak o čem o něj chtějí pečovat a jak moc jim na tom záleží.”*

4.5.2 Komunikace

Komunikace je základním pilířem všeho. Zvláště v ošetrovatelství její důležitost stoupá. Je dobře, že si tento fakt společnost čím dál víc uvědomuje a snaží se komunikaci mezi sebou zkvalitnit. DP 4 na otázku, jak často je v kontaktu s klientovou rodinou odpověděla: *„Jak se to vezme. Třeba, pokud je to imobilní pacient, tak samozřejmě je tam rodina blízko. Takže pokaždý, když jedeme k takovému člověku, tak tam někdo z té rodiny vždycky je. Takže vlastně v tom kontaktu jsme pořád. A když ne osobně, tak po telefonu, emailem, esemeskama a tak.”* Stejným způsobem s rodinami svých klientů komunikuje i DP 2 a DP 3.

Komunikace DP 1 s rodinou pacienta probíhá denně, někdy i několikrát denně, záleží na stavu pacienta. DP 2 také tuto proměnu potvrzuje a upřesňuje, že s některým klientem se setká denně, s některým třikrát týdně. DP 3 přiblížila specifika domácí péče: *„Většinou telefonicky. Určitě nás kontaktují, když se něco děje a stejně tak my máme číslo na tu rodinu. Takže když jakoby cokoliv, tak se domlouváme. To si myslím, že většinou to takhle funguje. Jinak se domlouváme hlavně telefonicky. Když ten náš klient bydlí sám tak všechno plánujeme přímo s ním, nebo, když je tam s ním ta rodina, tak se normálně domlouváme s rodinou, kdy přijdeme na návštěvu a podobný formality. Jak často záleží na tom, na kdy to jsou třeba plánovaný návštěvy, kde se chodí na nějakou kontrolu. Já nevím třeba cukru jednou za měsíc, jenom my to máme takový různý. Tohle se nedá úplně*

jako specifikovat, protože někam třeba chodíme aplikovat inzulin a tam se chodí třeba i dvakrát denně, ale jsou i některý návštěvy kam chodíme třeba jenom jednou za měsíc jakoby na kontrolu. Nebo někdy se třeba stane, že tam jdeme jenom jednorázově a pak už nikdy. Třeba v případě, kdy praktický doktor chce nebo třeba rodina zavolá, že se tatínkovi něco udělalo třeba na noze a je imobilní a nedokáže se dostat prostě k doktorovi do ordinace, tak nás tam třeba doktor pošle abychom tam zkoukli tu situaci celkově a pak se domlouváme po telefonu zase jakoby s lékařem, jak často a jestli vůbec tam budeme chodit. ”

PL 2 popisuje praxi v návštěvách imobilních klientů u praktického lékaře. V ordinaci praktického lékaře probíhají kontroly rozdílně. Osobní kontakt s pacientem je velmi výjimečný a je spíše nahrazován telefonickým rozhovorem (PL 2, PL 3, PL 4, PL 5 PL 6). Jedinou výjimkou je PL 4, která přidává své zkušenost při obchůzkách: *„Tam záleží, spíš na té rodině, když něco potřebuje, nebo má nějaký problém, a tak se ozve. Většinou když jede lékař, nebo já k nim domů, tak vždycky tam někdo z těch rodinných příslušníků je. Takže ano, vidáme se.”*

Klienti a rodinní pečovatelé se praktikům hlásí pravidelně s tříměsíčními intervaly. A to hlavně z důvodu předepisování léků, nových poukazů na pomůcky nebo jen s žádostí o radu. PL 2 má zkušenost, že pokud nastane nějaký problém, tak rodina imobilního pacienta zavolá nebo přijde do ordinace pro pomoc. K tomu se přidává i PL 3: *„Jak často komunikují? Já vlastně moc ne. To komunikuje paní doktorka. Ona vždycky zařve, že si je vezme a komunikují s paní doktorku a jinak komunikujeme spíš s domácí péčí. Samozřejmě ta domácí péče je s nimi častěji. Oni volají těm příslušníkům. Nevím, jestli jednou týdně nebo nějak, jak to tam mají. Ale u nás se akorát řeší už jenom to, že každý tři měsíce, takže každého čtvrt roku se musí podepsat sociálka, musí se vyplnit revizní posudek nebo se to posílá na pojišťovnu. Prostě se u nás řeší ty poukazy, domácí péče a musíme vědět všechno o tom klientovi. Takže to řeším já.”*

PL 6 je v kontaktu s klientem častěji. Do ordinace, kde pracuje, volají lidé v průměru jednou nebo dvakrát za měsíc. Popsala jeden z typických případů, které zažívá ve své praxi: *„Když má imobilní pacient nějaký větší zdravotní problémy, tak volá pečovatel, a my se s ním snažíme všechno vyřešit. Třeba klientka, měla močový problémy, a tak pečovatel přišel k nám do ordinace pro zkumavky a zase je sám s močí odnesl do*

laboratoře. My už jsme jen počkali na výsledky, konzultovali to s ním, a potom už jen posílali recept na antibiotika přes SMS.“

4.6. Vliv spolupráce

Spolupráce je kapitolou, která se zabývá pozitivy a negativy spolupráce sestry a rodinného příslušníka při péči o trvale imobilního pacienta v domácím prostředí. Jsou v ni obsaženy podkapitoly *přínos pro společnost a komplikace*. V podkapitole *přínos pro společnost* se více vyskytuje pozitivní část péče o trvale imobilního člena rodiny. Naopak podkapitola *komplikace* obsahuje problémy a negativa, která se mohou při péči objevit.

4.6.1 Přínos pro společnost

Na otázku, v čem vidí sestry přínosy spolupráce sestry a rodinného příslušníka odpovídaly sestry v pozitivním slova smyslu (DP 1, DP 2, DP 3, DP 5, PL 1, PL 2, PL 3, PL 4). Nejlépe to shrnula DP 1 svým tvrzením, že spolupráce sestry s pečujícími je zcela jistě přínosná, protože pacient je doma ve svém prostředí a nemusí trávit čas v nemocnici nebo jiném lůžkovém zařízení. Samozřejmě dlouhodobé domácí pečování je pro oba zúčastněné velmi náročné fyzicky, psychicky a také finančně.

Pro informantku DP 5 je spolupráce sestry a rodinného příslušníka v péči o trvale imobilního pacienta přínosná hlavně ve smyslu předcházení komplikacím společně s rodinou. Společně se sestry a rodina snaží zlepšit zdravotní stav a komfort nemocného. V podobném duchu se nesla i odpověď DP 3. Ta k tomuto tématu řekla, že si uvědomuje důležitost spolupráce, a to hlavně z důvodu, že když se bude péče zanedbávat a sestry nebudou chodit ke zdravému rizikovému člověku, koleduje si společnost o problém. V takových případech je spolupráce klíčová, protože ani jedna strana bez druhé nemůže zajistit potřebnou péči a zákonitě nastávají komplikace. Sestra přichází k imobilnímu pacientovi aplikovat léky, ale zároveň potřebuje, aby jí rodinní příslušníci zajistili vhodné prostředí. PL 4 vnímá spolupráci jako prostor ke zlepšení obou stran. S rodinou spolupracuje a navzájem si dávají rady nebo zpětnou vazbu.

Pro PL 2 je spolupráce důležitá z pohledu důvěry: *„Naše rodiny určitě vědí, že se na lékaře můžou kdykoliv obrátit, protože já pracuju u skvělého lékaře, takže opravdu se snažíme všem vyjít vstříc. Mají u nás takovou jistotu, kdyžtak na nás mají spojení a ví, že můžou zavolat, můžou přijít do ordinace, že je nevyhodíme. Takže si myslím, že v tady tom jako pro ně opravdu děláme docela dost. Jak už jsem říkala, všechno jim vysvětlíme,*

řekneme, co mají dělat, jak to udělat, když by bylo něco, že opravdu se nemají bát. Zajistíme třeba tu záchranku nebo prostě převoz do nemocnice, že to je většinou na dva, tři dny, kdy tam toho člověka zkorigují a pomůžou mu z toho nějakou léčbou a zase se vrátí domů. Ale myslím si, že opravdu mají asi tu jistotu, že nám můžou zavolat s to je podle mě výhodný docela.” Komunikace je v péči důležitá i pro DP 4, která si uvědomuje, že tím, že si sestra a pacientova rodina všechno řekne a vysvětlí, tak se podílí a zlepšuje kvalitu péče o něj. Důležité podle DP 4 je ubezpečit rodinu, že všem složkám jde o to samé, a to o pohodu nemocného. S tím souhlasí i PL 3, která dodává, že kvalitní spolupráce sestry a rodinného příslušníka v péči o trvale imobilního pacienta je to nejlepší, co můžeme pro klienta udělat.

4.6.2. Komplikace

Se spoluprací logicky přicházejí i komplikace. Každá sestra pocítuje jako komplikaci něco jiného, ale všechny se shodují na tom, že žádná komplikace, se kterou se setkávají, není život ohrožující, ale často může stav klienta ohrozit.

PL 1 a PL 6 žádné problémy se spoluprací nevnímají. PL 6 si myslí, že, pečující a imobilní klienti jsou rádi, že jim sestra pomůže, poradí, a ubezpečuje všechny, že se všechno dá nějakým dobrým způsobem vyřešit. PL 6 zatím neměla žádnou komplikaci a neví, že by si někdo stěžoval.

DP 4 vidí jako nejzásadnější komplikaci občasnou nátlak ze strany rodiny a s tím související psychickou nepohodu: *„Asi ani jsem jako nikdy nezjistila, že by tam bylo nějaký komplikace. Nebo možná spíš jako komplikace je třeba, že ta rodina někdy mě možná víc jako otravuje, nebo jak bych to řekla. Ne otravuje, ale víc tak jakoby využívá tvůj čas, kdy už třeba ani nejsem v práci. Třeba mě bombardují kolikrát SMS nebo voláním, a to už jsou třeba věci úplně zbytečný, který už jsme si třeba dávno řekli a řekli jsme si je několikrát a oni to furt tak jako potřebují rozebírat. Takže někdy je to prostě jsou takový, že mě někdy víc jako otravují a ubírají tím síly.*” O tom stejném hovořila PL 4 podle které jsou komplikace hlavně psychického stylu a týkají se jak sester, tak i pečovatелů a ostatních rodinných příslušníků.

O nedodržování léčebného režimu mluvila i PL 3: *„No jak kdy a jak kdo. Zrovna třeba řešíme paní s nehojícími se ránami. A to nejsem sama, co to takhle s nimi má. Tam teda jako všichni říkají, že to to je těžký s rodinou. Že holky z domácí péče navrhnou nějakou*

léčbu, ale ta rodina si přečte tisíce věcí na internetu a okamžitě jim oponuje, ale přitom jsou úplně z jiného oboru a toto je někdy horší. Jo, že ty lidi si sednou na internetu, něco si přečtou a jsou úplně mimo.” Stejný druh nesprávné spolupráce, která přináší negativní důsledky zažila i DP 2: „Někdy určitě jo, protože i když jsou svéprávný jak klient, tak pečující, ale nedají si třeba někdy jakoby říct, nebo je prostě něco napadne. Nedávají třeba pít tomu člověku, aby se tolik nepočurával a nedají si to vysvětlit. Jo, někdy jsou ty ženský takový. Strašně se jakoby bojí. Oni prostě třeba, když se ten defekt čistí, tak to ty pacienty někdy bolí. Ale musí se to vyčistit, že jo, jinak se to nehojí, takže to je většinou asi spíš na nás.”

5. Diskuse

Diplomová práce s názvem „Spolupráce sestry a rodinných příslušníků při péči o trvale imobilního pacienta v domácím prostředí“ se zaměřuje na aspekty spolupráce rodiny nebo blízkých pečující o svého trvale imobilního člena a sester pracujících pod záštitou agentur domácí péče a zároveň na aspekty spolupráce sestry pracující v ordinaci praktického lékaře s rodinou imobilního klienta.

Pro účely této diplomové práce byly stanoveny dva cíle. Prvním z nich bylo popsat rozdíl ve spolupráci sestry domácí péče a sestry pracující v ordinaci praktického lékaře s rodinným příslušníkem pečujícím o trvale imobilního pacienta. Druhým bylo zjistit, v jakých oblastech může být spolupráce sestry a rodinného příslušníka pečujícího o trvale imobilního pacienta efektivnější.

Na začátku výzkumu byly formulovány čtyři výzkumné otázky: *Jaký je rozdíl ve spolupráci sestry domácí péče a sestry pracující v ordinaci praktického lékaře s rodinným příslušníkem pečujícím o trvale imobilního pacienta? Jak se zapojují rodinní příslušníci do péče o trvale imobilního pacienta? V jakých oblastech by mohlo dojít k zefektivnění péče? V čem je spolupráce sestry s rodinnými příslušníky pečujícími o trvale imobilního pacienta přínosná?* Zodpovězení těchto otázek poskytuje komplexní náhled na spolupráci mezi rodinou a sestrami ať už domácí péče, nebo z ordinace praktických lékařů.

První otázka výzkumného rozhovoru byla otevřená a umožňovala tak sestram se ve své odpovědi neomezovat. Praxe byla však jiná. Téměř všechny sestry odpověděly stejně krátce a jejich odpověď měla totožný význam. Pod pojmem osoba blízká si všechny sestry představily osobu, kterou mají ve svém blízkém okolí a mají ji rády. Toto zjištění dokazuje, jak jsou ohleduplné a jak romantickou duši všechny respondentky mají. Občanský zákoník 89/2012 Sb. § 22 označuje osobu blízkou jako příbuzného v řadě přímé, sourozence a manžela nebo partnera podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství. Jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, jež spolu trvale žijí. Podle autorek Špatemkové a Smékalové (2015) je stárnutí populace jedním z nejvýznamnějších demografických trendů současnosti, se kterým se populace ve 21. století musí vypořádávat.

I na charakteristice imobilních pacientů se sestry ve svých odpovědích shodly. Všechny mluvily o nepohyblivém pacientovi odkázanému na péči od jiného člověka. Podle odborné literatury je imobilita stav, kdy se člověk nesmí nebo nemůže pohybovat. Imobilita primární představuje stav, kdy se člověk nezvládne pohybovat pro poruchy pohyblivého ústrojí. Imobilita sekundární znamená situaci, kdy se člověk pohybovat nesmí, ačkoliv jeho pohyblivé ústrojí není porušeno. Používá se u chorob, při nichž je jakýkoliv pohyb zakázán (Kroupová et al., 2016). Podle autorů Vostrého a Vetešky (2021) je imobilita porucha hybnosti významně omezující soběstačnost člověka při uspokojování jeho základních potřeb a tím zhoršuje kvalitu jeho života. Autorky Kachlová a Plevová (2020) rozdělují čtyři stupně soběstačnosti pacienta. Jsou jimi pacient soběstačný, částečně soběstačný, částečně soběstačný imobilní a nesoběstačný imobilní. Částečně soběstačného imobilního popisuje jako pacienta soběstačného v lůžku, k němuž je nutná dopomoc. Pacient není schopen sám opustit lůžko. Čtvrtý stupeň, nesoběstačný imobilní pacient, se popisuje jako upoutání pacienta na lůžko, u kterého je nutné vykonávat plnou ošetrovatelskou péči. Veverková (2019) klasifikovala imobilitu do tří kategorií. První z nich je omezená aktivita ze zdravotních důvodů, např. chůze do schodů po plicním onemocnění. Druhou představuje parciální imobilita při zlomenině a poslední kategorii nazvala úplná imobilita, která nastává při bezvědomí, kdy veškerou péči o pacienta zastává druhá osoba.

První výzkumná otázka byla: „Jaký je rozdíl ve spolupráci sestry domácí péče a sestry pracující v ordinaci praktického lékaře s rodinným příslušníkem pečujícím o trvale imobilního pacienta?“ Odpověď vycházející z výsledků výzkumu je v některých oblastech jednoznačná, avšak v některé sféře zůstávají mezery, které nabízí prostor k důkladnějšímu prozkoumání. Dle Plevové a kol. (2018) sestry zastávají mnoho rolí promítající se ve výchovné, expresivní, ošetrovatelsko-pečovatelské, technické, poradenské, organizační a administrativní oblasti, stejně tak ve výchově ke zdraví. Obecné vymezení rolí sestry mnozí autoři modifikují a rozšiřují. Špirudová (2015) ve své knize uvádí, že sestra v současné době plní role ošetrovatelky, poradkyně, komunikátorky, edukátorky, výzkumnice, advokátky, manažerky, týmové hráčky a nositelky změn. Mellanová (2017) navíc tvrdí, že všeobecná sestra musí umět veškeré osvojené role ovládat na profesionální úrovni.

Z výzkumu vyplynulo, že sestry pracující v agenturách domácí péče si pestrost činností své profese uvědomují a všech těchto rolí se ujímají s respektem. Pro sestry domácí péče

je přechod mezi rolami více plynulý než pro sestry pracující v ordinaci praktického lékaře. Nejvýznamnější rolí pro sestry domácí péče představuje podle výsledků výzkumu role sestry edukátorky, psychologky a administrativní pracovnice. Sestry z ordinací praktických lékařů nejčastěji vykonávají role edukátorky. Psycholožkami jsou v menší intenzitě než sestry domácí péče. Naopak administrativními pracovnicemi jsou oproti nim ve většině svého pracovního času. Toto rozvržení rolí přetrvává hlavně z důvodu rozsahu kontaktu s klientem. Sestry domácí péče se s rodinou a trvale imobilním klientem setkávají mnohonásobně častěji než sestry v ordinacích praktických lékařů. Naopak sestry z ordinace praktického lékaře s pečující osobou komunikují spíše telefonicky a samotného imobilního klienta leckdy několik let osobně nevidí.

Největším rozdílem vycházejícím z výzkumu v porovnání práce sestry pracující v ordinaci praktického lékaře a sestry vykonávající svou profesi pod záštitou agentury domácí péče je v předmětu jejich zájmu. Domácí péče se soustředí na přímou péči o imobilního klienta a jeho rodinu. Pracují hlavně manuálně a v terénu. Kdežto sestra z ordinace praktického lékaře vykonává svou podporu pro nepohyblivého klienta v rámci ordinace a převážně pracuje s počítačem. Klienta leckdy nezná přímo osobně, ale ze zpráv domácí péče nebo podle toho, jak o něm mluví jeho rodina. Paradoxně tato její činnost je pro pacienta nejvíce přínosná. Sestra může sjednat celou řadu pomůcek a výhod pro imobilního pacienta i pro jeho rodinu. Sestra u praktického lékaře by měla mít přehled o pomůckách na trhu a měla by se zajímat o novinky představované státem nebo zdravotními pojišťovnami. Sestry pracující v ordinaci praktického lékaře se do edukace pečovatelů zapojují jen v malé míře. Používají však jiné metody, jak své klienty a jejich pečovatele edukovat o všem potřebném. Používají edukační materiály a doporučují kurzy, na kterých se vše podstatné dozví. Jedním z takových řešení je svépomocná skupina „Pečujeme o své blízké“ pořádaná pod záštitou zdravotně sociální fakulty (Zsf, Jcu 2024).

Všeobecná sestra podporuje praktického lékaře v klinických činnostech v ordinaci. Má na starosti organizaci čekárny a hladký průběh v ordinaci, podílí se na administrativní agendě a vedení zdravotnické dokumentace. Je obvykle první, s kým pacient v ordinaci komunikuje. Úplný rozsah klinických kompetencí zdravotní sestry v každé ordinaci určuje lékař. Zdravotní sestra je kompetentní k samostatnému provádění některých klinických úkonů např. měření základních parametrů a životních funkcí, jako jsou výška, váha nebo hodnoty krevního tlaku a tepu, provádění odběrů krve, vyšetření přímo v ordinaci, EKG a dalších vyšetření dostupných v praxi, ošetřování ran a očkování. Může

poskytovat informace do míry, kterou určuje lékař. Je zapojena do systému kontinuálního vzdělávání (NZIP, 2024). Domácí zdravotní péče plně zastupuje zdravotní péči nemocničních lůžkových zařízení. Ve svém domácím prostředí nemocný dostává kvalifikované, odborné ošetření na stejné úrovni jako během hospitalizace. Domácí péče s sebou nese nepopíratelné výhody. Zdravotní sestra není rozptýlena jinými úkoly, tudíž svou pozornost plně soustředí na potřeby pacienta. Vytváří se atmosféra větší důvěry a nemocný se cítí uvolněnější. Domácí prostředí s sebou přináší lepší psychickou pohodu, která celý proces uzdravování usnadňuje a mnohdy i urychluje. Zároveň se minimalizuje riziko přenosu nemocničních infekcí (Sestřička.cz, 2024).

Druhá výzkumná otázka byla stanovena takto: „Jak se zapojují rodinní příslušníci do péče o trvale imobilního pacienta?“ Odpovědi sester domácí péče byly komplexnější a delší než sester z ordinací praktických lékařů. Sestry se shodly, že péče o trvale imobilního pacienta by měla být plnohodnotná a všestranná. Měla by zahrnovat základní ošetrovatelskou péči jako je hygiena (DP 2), výživa (DP 1), polohování (DP 4), základní rehabilitace, když je to potřeba, tak i některé speciální činnosti jako je péče o PEG, stomie a další (DP 5).

Všechny respondentky uvedly, že rodinní příslušníci se do péče o trvale imobilního pacienta zapojují v dostatečné míře (PL 1, PL 2, PL 4). Toto tvrzení nelze však zcela objektivizovat. Podle DP 5 a PL 5 je každá rodina jiná. Jsou rodiny, ve kterých se snaží splnit svému imobilnímu členu každé jeho přání na 200 % a rodiny, ve kterých klient dostává základní, ne však nedostatečnou péči. Ze zkušeností sester ovšem vyplynula nepřímá úměrnost, kdy počet vychovaných dětí neznamená jejich vyšší zapojení do péče poskytované svým rodičům (PL 6, DP 3, DP 2). O trvale imobilního člena rodiny se ve většině případů stará jeden primární pečovatel, což je podle sester správně. Je ovšem vhodné, když je tento pečovatel pravidelně alespoň na nějaký krátký čas vystřídán jiným členem rodiny, popřípadě sociální službou, aby si odpočinul a využil volný čas jen pro sebe (DP 3, PL 6).

Ošetrovatelská péče souhrnně představuje praktickou oblast ošetrovatelství. V dnešním pojetí představuje odborné činnosti, které mají za úkol podporovat a udržet nebo v ideálním případě navrátit zdraví. Hlavním záměrem ošetrovatelské péče je naplnění biologických, psychických, duchovních a sociálních potřeb, spojených se zhoršením zdravotního stavu. Péče bývá poskytována příjemcům ošetrovatelské péče, což může být

jednotlivec, ale i rodina nebo skupina obyvatel, kteří žijí ve společném sociálním prostředí nebo mají podobné zdravotní problémy (Dingová et al., 2018). Ošetrovatelská péče se rozděluje na základní, specializovanou, vysoce specializovanou a specifickou (Plevová, 2018). Ošetrovatelská péče o seniory má svou vlastní specifickou oblast, která se nazývá geriatrické ošetrovatelství. Cílem je poskytovat seniorům specializovanou ošetrovatelskou péči, jež je více individuální a bere ohled na seniora jako na zranitelnou a křehkou osobu. Taková péče by měla být komplexní a měla by zahrnovat starost o oblasti paměti, smyslového vnímání, psychomotorického tempa a myšlení, oblast adaptace, spánku a odpočinku, výživy, vyprazdňování, hygienické péče a péče o kůži, soběstačnost a oblast pohybu (Burda, Šolcová, 2016).

Tašková et al. (2016) jsou toho názoru, že klíčovým faktorem pro vznik důvěry je vztah mezi pacientem a sestrou, který je součástí psychické pohody. Základem každého dobrého vztahu je důvěra, vzájemná úcta a oboustranná náklonost si tyto dvě schopnosti navzájem projevovat. S tímto tvrzením souhlasí i Bednařík a Anfrášova (2020) podle kterých je základním stavebním kamenem každého vztahu komunikace a naslouchání, kdy mají obě strany mají možnost hovořit o svých potřebách, a mají jistotu, že je druhý poslouchá.

Třetí výzkumnou otázkou bylo: „V jakých oblastech by mohlo dojít k zefektivnění péče?“ Tato otázka byla rozdělena na dva předměty zkoumání. Prvním bylo zkoumání zaobírající se zefektivněním péče ze strany pečovatele. Na druhou oblast této problematiky bylo nahlíženo z pohledu institucí pečujících o své trvale imobilní klienty. V poslední zmíněné oblasti, tedy spolupráce mezi institucemi, byly sestry ve velké míře spokojeny se současným stavem. Jako problémovou oblast zmínily zvýšené množství dokumentace (PL 3, PL 5, DP 3, DP 2) a občasné nepochopení se s lékařem (DP 3). Z výzkumu nevyplývala žádná jednotná odpověď na druhou podotázku, respektive na mezery v péči o trvale imobilního klienta z pohledu rodiny. Sestry z obou institucí, tedy sestry pracující v agentuře domácí péče a sestry z ordinací praktických lékařů se rozcházely ve svých odpovědích ve specifikaci problémových oblastí. Repertoár odpovědí od sester byl velmi široký. Bylo zmíněno stále tabuizované téma umírání (PL 1), neopodstatněná zátěž pečovatelů, jejich nedostatečná relaxace (PL 2) a s tím související nedostatečná spolupráce v samotné rodině (DP 3). Další překážkou ve zefektivnění péče je neuposlechnutí pokynů zadaných sestrou (DP 5, PL 5) nebo nedostatečná zkušenost pečovatelů (DP 2, DP 4, PL 3). Všechny sestry se nezávisle na sobě shodly, že většinu

těchto mezer lze minimalizovat nebo úplně odstranit pomocí edukace a reedukace pečovatelů.

Dopady dlouhodobého pečování o nemocného jedince na kvalitu života pečovatele jsou v současnosti již dobře zdokumentovány. Podle výzkumu de Wita et al., (2017) existují důkazy o zvýšené zátěži pečující osoby, o její sociální izolaci a Papastavrou et al., (2014) mluví o možném vzniku deprese. Dlouhodobou zátěží se pečovatel vystavuje riziku, že sám onemocní a nebude tak schopen nadále péči svému imobilnímu členu rodiny poskytnout (Geissler et al., 2015).

Nemoc narušuje rovnováhu organismu, a proto se v současnosti preferuje podpora a ochrana zdraví jako vlastní aktivita jedince, kterou by sestra měla umět podpořit hlavně edukační činností (Danková, Zamboriová, 2024). V obecném významu vyjadřuje pojem edukace veškeré situace, při níž probíhají nějaké edukační procesy. To znamená, že dochází k některému z druhů učení, tedy k záměrnému nebo nezáměrnému. Edukace probíhá nejen ve školních lavicích, ale i ve formě rekvalifikačních kurzů, působením zdravotnické osvěty a dalšího (Průcha, Veteška 2014). Podle autorek Špatenkové a Smékalové (2015) je představa, že vzdělávání je klíčové pouze v období dětství a mládí již překonána. Edukační programy představují komplexní soubor intervencí zaměřených na ovlivnění chování ve vztahu ke zdraví a zdravotního stavu, což souvisí s mírou kvality života (Gurková, 2017). Edukace je záměrné, systematické rozvíjení citových a rozumových schopností člověka, utváření jeho postojů a způsobů chování v rámci dané skupiny a kultury. Edukace představuje soubor postupů, metod výchovného ovlivňování, pomocí kterých se dosahuje pozitivních změn v kvalitě vychovanosti a vzdělanosti jedinců. Často se spojuje s pojmem výchova (Kroupová et al., 2016). Postup edukace by měl být podle Malíkové (2020) prvotní zjištění potřebné informovanosti klienta, jeho příbuzných a výchova směřující ke konkrétnímu řešení.

Edukace zahrnuje informace, které jsou pro pacienta v rámci poskytování zdravotní péče podstatné (Dosbaba et. al., 2021). Malíková (2020) upozorňuje na specifika edukace v jiném než nemocničním prostředí. Je podle ní třeba takovou edukaci prioritně orientovat na výkony, léčebné a ošetrovatelské postupy, spojené s přímou nemocí pacienta. Edukace by měla být chápána jako kontinuální proces, který má svá specifika a prolíná se všemi oblastmi a činnostmi při poskytování sociálních služeb. Edukace je chápána jako součást poskytované péče. Je plánovaná, organizovaná, zohledňuje individuální nároky klienta a

jeho potřebu být informován. Nedostatek informací může přinést zhoršení zdravotního stavu, změnu fyzické výkonnosti a neschopnost o sebe pečovat. Klient a jeho rodina se mohou cítit lépe, pokud budou vědět co, kdy a jak učinit, aby byly uspokojeny jak potřeby klienta, tak i celé rodiny. V tomto komplexním procesu hraje významnou roli nejen lékař a ošetřující personál v nemocničním prostředí, ale hlavně sestry a pečovatelky v domácím prostředí, popřípadě ve specializovaných zařízeních jako jsou domy s pečovatelskou službou a podobné (Mlýnková, 2017). S tímto souhlasí i Dosbaba et. al., (2021), podle kterého je v každé fázi onemocnění důležitá důvěra a spolupráce ošetřovatelského týmu, pacienta a jeho rodiny. Je důležité informovat pacienta a jeho pečovatele o jeho zdravotním stavu, léčbě, možných komplikacích a potřebných krocích v jejich prevenci. Každý pacient je individuální a je třeba brát ohledy na jeho potřeby a možnosti. Sestra musí v co nejkratší době vyhodnotit, jaké informace klient a jeho rodina potřebují znát. Edukátor by neměl pouze předávat informace o tom, co má pacient dělat, ale také vysvětlit proč a podpořit tak jeho motivaci k vykonávání činností.

Reedukace byla v odpovědích sester domácí péče zmiňována častěji než samotná edukace. V minulosti byl pro tento druh edukace používán termín „nápravná výchova“. V současnosti se nepoužívá a byl nahrazen pojmy „reedukace“ a „resocializace“. Ve slovníku speciálněpedagogické terminologie najdeme pod pojmem resocializace charakteristiku, že se jedná o proces, ve kterém se jedinec snaží dosáhnout optimálního stavu obnovy nebo nápravy ztracených či omezených schopností, dovedností a jejich kvalitního fungování. Využívá se hlavně v sociálním prostředí. Naopak reedukace je soubor speciálněpedagogických postupů zacílených na rozvoj, zlepšení nebo nápravu porušených funkcí. V rámci reedukace se edukátor snaží působit na funkce, které jsou zasažené nebo postižené a rozvíjí se tak funkce, které nebyly doposud vyvinuty (Kroupková et al., 2017). Tomeš a Šámalová (2017) mluví o reedukaci jako o převýchově uplatňované u osob s poruchami chování. Metoda spočívá ve snaze o dosažení takové změny, která by umožnila návrat do normálního života. Termín reedukace označuje ve speciální pedagogice edukační činnost, která je zaměřena na kompenzaci či posílení některého zdravotního postižení jedince. Pro jednotlivé oblasti reedukace jsou vyvinuty a používány specifické soubory metod nácviku a tréninku (Průcha, Veteška, 2014).

Na poslední, čtvrtou výzkumnou otázku: „V čem je spolupráce sestry s rodinnými příslušníky pečujícími o trvale imobilního pacienta přínosná“ byla odpověď bez většího rozmýšlení jasná. Spolupráce podle sester přínosná je. Když se však nad otázkou

zamyslely více, nedokázaly přínosy zcela specifikovat. DP 1 jako důvod uvedla výhodu, že pacient je doma ve svém prostředí a nemusí trávit čas v nemocnici nebo jiném lůžkovém zařízení. Podle DP 3 je výhodou předcházení komplikacím. Pro PL 4 ze spolupráce ošetrovatelských institucí a rodiny plyne výhoda neustálého zlepšování a zkvalitňování péče.

Plevová et al., (2018) uvádí jako nejvýznamnější výhodu právě přirozenější domácí prostředí, ve kterém se klient může cítit bezpečněji. Také zde mohou být do péče plnohodnotně zapojeni všichni členové rodiny. Kvalitní domácí péče je individualizovaná na potřeby jedince a jeho rodiny a může tak přinášet potěšení všem účastníkům. Šteberka et al., (2014) i Gardiner et al., (2014) se shodují, že péče v domácím prostředí má ekonomický přínos, k čemuž Plevová et al. (2018) přidává ještě přínos v podobě zkrácené doby hospitalizace. Jelikož jsou tyto faktory významné i pro společnost, měl by tak podle Riffina et al., (2015) být pečovatel rovnocenným partnerem a příjemcem péče od sestry. Navzdory všem těmto faktům jsou stále pečovatelé až sekundárním cílem ošetrovatelské péče (Kozáková, 2020).

6. Závěr

Diplomová práce zkoumá kvalitu a způsoby spolupráce sester a rodinných příslušníků při péči o trvale imobilního klienta. Práce porovnává teoretické kompetence a praktické činnosti mezi sestrami pracujícími v agentuře domácí péče a sestrami z ordinací praktických lékařů. V teoretické části práci je popsána problematika péče o trvale imobilního člena rodiny v domácím prostředí. Je také zmiňována funkce rodiny, pečovatelů a důležitost kvalitní spolupráce. Dále jsou také vyjmenovány a jednoduše popsány základní prvky ošetrovatelské péče.

Pro diplomovou práci byly stanoveny dva cíle. Prvním z nich bylo popsat rozdíl ve spolupráci sestry domácí péče a sestry pracující v ordinaci praktického lékaře s rodinným příslušníkem nebo blízkým přítelem pečujícím o trvale imobilního pacienta. Druhým bylo zjistit, v jakých oblastech může být spolupráce sestry a rodinného příslušníka pečujícího o trvale imobilního pacienta efektivnější. Tyto cíle se zaměřovaly na vymezení rolí v péči o trvale imobilního pacienta a zkoumání v jakých oblastech, a zda vůbec, je možné spolupráci sestry a pečující osoby vylepšit.

Výzkumem bylo zjištěno, že celková úroveň a pohled na spolupráci sester a rodinných příslušníků při péči o trvale imobilního pacienta v domácím prostředí odpovídá předpokladům. Při výzkumu nebyly objeveny žádné významné nedostatky v oblasti spolupráce sester s pečovateli o imobilní členy své rodiny. Na kvalitě péče o imobilního pacienta mají bezesporu větší zásluhy sestry z agentur domácí péče. Ty se starají o svého klienta a jeho rodinu jak po fyzické, tak i psychické stránce. Pomáhají jim nejčastěji pomocí edukace a praktických ukázek. Mohou rodině doporučit pomůcky k efektivnější péči, podporují je a v případě potřeby domlouvají specialisty k vyřešení problémů. Sestry si uvědomují, jak náročná je pro pečovatele celodenní péče o trvale imobilního pacienta, a proto se rodinu snaží ve všem podpořit a co nejvíce jim péči zjednodušit. Sestry domácí péče mají k dispozici různé kurzy, aby mohly pacientům dopřát co nejkvalitnější péči v jejich domácím prostředí.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že sestry pracující v ordinacích praktických lékařů nemají dostatek času ani prostoru se o své imobilní klienty reálně starat. Z faktického hlediska všechnu jejich manuální práci převzaly právě sestry z agentur domácí péče a ony se tak přímo k pacientovi nedostanou. Sestry v ordinacích všeobecného lékaře vyhotovují

poukazy, žádosti a další administrativní výkony, ze kterých má imobilní pacient a jeho rodina prospěch. O stavu pacienta jsou sestry z ordinací praktického lékaře informovány ze zpráv od sester domácí péče nebo od klientovy rodiny. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že sestry nemají žádný přesný harmonogram, jak by měla vypadat jejich péče o trvale imobilního klienta a postup se v každé ordinaci všeobecného praktického lékaře liší.

Při výzkumu nebyly objeveny žádné významné nedostatky v oblasti spolupráce sester s pečovateli o imobilní členy své rodiny. Častou výtkou ze strany sester z obou institucí byl nedostatek času a prostoru na to se imobilnímu klientovi a jeho rodině plnohodnotně věnovat. Všechny si však uvědomují, že je to již dlouholetý systémový problém, který není lehké odstranit.

Výstupem z práce je informační brožura s cílem prohloubit vědomosti o této problematice (Příloha č.5). Ta si klade za cíl vytyčit základní body, ve kterých pro trvale imobilního pacienta vzniká nejvyšší riziko, stručně je shrnuje a rozlišuje pravomoci a pracovní postupy sester domácí péče a sester z ordinací praktických lékařů. Doporučuje odbornou literaturu a popisuje doporučení pečovatелům pro praktickou spolupráci se sestrami.

7. Seznam literatury a zdrojů

Antidekubitní pomůcky. Distrimed [cit. 2023-09-18]. Dostupné z: <https://www.distrimedshop.cz/antidekubitni-pomucky/>

BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací.* Praha: Grada Publishing, s.165 , 174 ISBN 978-80-271-2288-2.

BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel.* Praha: Grada. s. 24, 108, 228 ISBN 978-80-247-5333-1.

BÝMA, S., ŠONKA, P., SEIFERT. Š., ŠTOLFA, J., 2019 *Koncepce oboru všeobecné praktické lékařství 2018.*, Společnost všeobecného lékařství, ISSN 1801-6383.

Charakteristika proleženin. [online] Dekubity.eu. [cit. 2023-09-18]. Dostupné z: <https://www.dekubity.eu/informace-pro-verejnost/charakteristika-prolezenin/>

DAŠKOVÁ, V., 2016 *Domácí péče – pro koho je určena? Mýty a realita.* [online] *Dopolední expres.* [cit. 2024-01-24] Dostupné z: <https://sever.rozhlas.cz/domaci-pece-pro-koho-je-urcena-myty-a-realita-6859457..>

DANKOVÁ, S. ZAMBORIOVÁ, M. 2024. *Edukační a komunikační proces u pacientů s poruchami sluchu. Sestra (Grada).* Praha: Grada Publishing, s.9 ISBN 978-80-271-5136-3.

DOSBABA, F., KŘÍŽOVÁ, D., a HARTMAN, M.,. 2021 *Rehabilitační ošetrování v klinické praxi.* Praha: Grada Publishing, .s.18, 33 ISBN 978-80-271-1050-6.

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M; VRABELOVÁ, L. a LIDICKÁ, L. 2018 *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře.* Praha: Grada Publishing, s.77 ISBN 978-80-271-0717-9.

DRAGOMIRECKÁ, E., 2020 *Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory.* Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, . ISBN 978-80-246-4598-8.

DUDOVÁ, R., 2015 *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory.* Sociologické aktuality. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, . s.44 ISBN 978-80-7419-182-4.

GARDINER, C; BRERETON, L; FREY, R; WILKINSON-MEYERS, L a GOTT, M. *Exploring the financial impact of caring for family members receiving palliative and end-of-life care*: 2014 A systematic review of the literature. Online. Palliative Medicine. , roč. 28, č. 5, s. 375-390. ISSN 0269-2163. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0269216313510588>. [cit. 2024-06-26].

GURKOVÁ, E. 2017 *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta. Sestra (Grada)*. Praha: Grada Publishing s.205. ISBN 978-80-271-0461-1.

GEISLER, H; HOLEŇOVÁ, A; JIRÁT, D; SOLNÁŘOVÁ, D; SCHLANGER, J et al. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR*. Fond dalšího vzdělávání, 2015.

HAMPLOVÁ, L. 2019 *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory. Sestra (Grada)*. Praha: Grada Publishing, 2019. S.55 ISBN 978-80-271-0568-7.

HENDL, J. 2023 *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál, .s.255 ISBN 978-80-262-1968-2.

HOLMEROVÁ, I. 2015 *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, s.8 ISBN 978-80-247-5439-0.

CHVOJKOVÁ, L., HRUZÍKOVÁ, J., 2014 *Rehabilitační ošetřovatelství – teorie a praxe*. Florence [online]. (11), 19-20 [cit. 2023-10-30]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/11/rehabilitacni-oseetrovatelstvi-teorie-a-praxe/>

JANOUSEK, J., 2015 *Psychologické základy verbální komunikace: projevy psychických funkcí ve verbální komunikaci, významová dynamika a struktura komunikačního aktu, komunikace písemná, ženská, mužská, virtuální, vnitřní kooperace a vnitřní řeč ve verbální komunikaci*. Psyché . Praha: Grada, . ISBN 978-80-247-4295-3.

Jak na péči?: Příručka pro ty kteří pečují doma o blízkého člověka . 2019. Evropská unie Evropský sociální fond s.34 dostupné z: https://alfahs.cz/wp-content/uploads/2019/09/FDV-2018-Jak-na-peci-p%C5%99%C3%ADru%C4%8Dka-pro-ty-kte%C5%99%C3%AD-pe%C4%8Duj%C3%AD-doma-o-bl%C3%ADzk%C3%A9ho-%C4%8Dlov%C4%9Bka_verze-05.2019.pdf

- JAVED, A. A., ALJIED R., ALLISON D.J., ANDERSON L.N., MA J., RAINA P., 2020. *Body mass index and all-cause mortality in older adults: A scoping review of observational studies*. Obesity Reviews [online]. 21(8) [cit. 2023-11-04]. ISSN 1467-7881. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32319198/>
- JIRÁSKOVÁ, L., 2018 *Ošetrovatelské postupy*. Pardubice: Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií, s.34 ISBN 978-80-7560-184-9.
- KACHLOVÁ, M., PLEVOVÁ, I., 2023 *Postupy v ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). s.10,93,202 ISBN 978-80-271-1244-9.
- KASPER, H., 2015 *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada, s.503 ISBN 978-80-247-4533-6.
- KAWAHARA, K. et al., 2017. *Evaluation of the site specificity of acute disuse muscle atrophy developed during a relatively short period in critically ill patients according to the activities of daily living level: A prospective observational study*. Australian Critical Care. 30(1), 29-36. ISSN 1036-7314.
- KELNAROVÁ, J., CAHOVÁ, M., KŘEŠŤANOVÁ, I., KŘIVÁKOVÁ, M., KOVÁŘOVÁ, Z., 2015 *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník. 2., přepracované a doplněné vydání*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, s.619-620 . ISBN 978-80-247-5332-4.
- KOZÁKOVÁ, R. 2020 *Podpůrná a paliativní péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, s.45. ISBN 978-80-271-2896-9.
- Klára pomáhá. *Desatero: počátku péče vám pomůže již v začátku péče si uvědomit některé důležité věci* [online]. In: . Brno, s. 1 [cit. 2023-11-23]. Dostupné z: <https://www.klarapomaha.cz/dwn.php?ID=105>
- KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Sestra . Praha: Grada Publishing, s.96 ISBN 978-80-247-5707-0.
- KROUPOVÁ, K., 2016 *Slovník speciálněpedagogické terminologie*. Vybrané pojmy Grada Publishing, . ISBN 8027193451.

LE DANSEUR, M., 2020 *Stroke Rehabilitation. Critical Care Nursing Clinics of North America* [online]., 32(1), 97-108 [cit. 2023-11-08]. ISSN 08995885. Dostupné z: doi:10.1016/j.cnc.2019.11.004

LIU, W., GALIK, E., BOLTZ, M., NAHM, E.S., RESNICK, B., 2015 *Optimizing Eating Performance for Older Adults With Dementia Living in Long-term Care: A Systematic Review. Worldviews on Evidence-Based Nursing* [online]. 12(4), 228-235 [cit. 2023-10-25]. ISSN 1545-102X. Dostupné z: doi:10.1111/wvn.12100

PAPASTAVROU, E; PANAYIOTA, A a EFSTATHIOU, G. Rationing of nursing care and nurse–patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. Online. 2014, roč. 28, č. 1, s. 2-25. Licence: Copyright © 2013 John Wiley & Sons, Ltd. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.2160>. [cit. 2024-06-26].

POKORNÁ, A; DOLANOVÁ, D; ŠTROMBACHOVÁ, V; BŮŘILOVÁ, P; KUČEROVÁ, J. 2019 *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza. Sestra (Grada)*. Praha: Grada Publishing, s.27 ISBN 978-80-271-0720-9.

Polohovací lůžka. DMA [online]. 2023 [cit. 2023-09-18]. Dostupné z: https://www.dmapraha.cz/prodej-kompenzacnich-pomucek_k500/polohovaci-luzka_k72/polohovaci-luzka_k73/

PRŮCHA, J. a VETEŠKA, J. 2014. *Andragogický slovník. 2., aktualiz. a rozš. vyd.* Praha: Grada, 2014. s.338 ISBN 978-80-247-4748-4.

Péče o lůžko. SOS domácí péče [online]. 2023 [cit. 2023-09-18]. Dostupné z: <https://www.sosdomacipece.cz/pece/hygiena/pece-o-luzko>

PLEVOVÁ, I., 2018 *Ošetřovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Sestra . Praha: Grada Publishing, s.77, 249 ISBN 978-80-271-0888-6.

RIFFIN, C; VAN NESS, P. H.; WOLFF, J. L. a FRIED, T. *Family and Other Unpaid Caregivers and Older Adults with and without Dementia and Disability*. Online. Journal of the American Geriatrics Society. 2017, roč. 65, č. 8, s. 1821-1828. ISSN 0002-8614. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jgs.14910>. [cit. 2024-06-26].

ŘEZÁČ, M, 2024 *Profesionální zdravotní péče v domácím prostředí*. Online. Dostupné z: <http://www.zdravotnisluzby.eu/zdravotni-sluzby>. [cit. 2024-02-20].

MALÍKOVÁ, E. 2020 *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s.252, 956 ISBN 978-80-271-2030-7.

MELLANOVÁ, A. 2017 *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, . ISBN 978-80-247-5589-2.

MĚSÍČKOVÁ, Z., 2023. *Domácí péče o dlouhodobě nemocné seniory* [online]. Nemocnice Kyjov [cit. 2023-11-20]. Dostupné z: <https://www.nemkyj.cz/domaci-pece-o-dlouhodobem-nemocne-seniory>

MUSCOGIURI, G., VERDE L., COLAO A., 2023. *Body Mass Index (BMI): Still be used? European Journal of Internal Medicine* [online]. [cit. 2023-10-25]. ISSN 0953-6205. Dostupné z: [https://www.ejinme.com/article/S0953-6205\(23\)00324-2/fulltext](https://www.ejinme.com/article/S0953-6205(23)00324-2/fulltext)

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2023 *Příspěvek na péči* [online]. [cit. 2023-10-30]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci#vznik-naroku>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Česka asociace sester, Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků, Asociace vysokoškolských vzdělavatelů nelékařských zdravotnických profesí, Česká společnost pro léčbu rány a Spolek vysokoškolsky vzdělaných sester. 2020, *Národní ošetrovatelský postup prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity*. Věstník Ministerstva zdravotnictví [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2020(2), 1-10 [cit. 2023-09-18]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18576/40355/NOP%20Prevence%20vzniku%20dekubit%C5%AF%20a%20p%C3%A9%C4%8De%20o%20dekubity.pdf>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Novela vyhlášky o činnostech přináší sestřím vyšší kompetence* [online]. 2022, 12.2.2023 [cit. 2024-02-22]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/novela-vyhlasky-o-cinnostech-prinasi-sestram-vyssi-kompetence/>

MLÝNKOVÁ, J., 2017, *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální činnost*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s.55, 65 ISBN 978-80-271-0132-0.

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Tělesná hmotnost* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky 2023

[cit. 2023-12-03]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/5939> ISSN 2695-0340.

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL *Imobilita* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 20.03.2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/4440> ISSN 2695-0340.

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL *všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 25.06.2024]. ISSN 2695-0340.

SAMS, O., 2023 *Vnější vs. vnitřní motivace: Jaký je rozdíl?* [online]. [cit. 2023-12-04]. Dostupné z: <https://ondrejsams.cz/vnitri-motivace-jako-protiklad-metody-cukru-a-bice>

ŠEFLOVÁ, L., JANČÍKOVÁ, G., Postupy v prevenci a léčbě dekubitů. *Medicina pro praxi* [online]. 2010, (07), 56-66 [cit. 2023-11-25]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2010/88/07.pdf>

SESTRÍČKA. *Domácí zdravotní péče*. Online. Dostupné z: <https://www.sestricka.cz/domaci-zdravotni-pece>. [cit. 2024-06-25].

SEIFERT, B., BÝMA, S., SEIFERT, M., 2023 *Primární péče: všeobecné praktické lékařství : výukový text pro studenty magisterského studia lékařství*. Praha: Karolinum, . s.112 ISBN 978-80-246-5478-2.

SEIFERT, B., a ČELEDOVÁ, L., 2014, *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Praha: Karolinum, s.101 ISBN 978-80-246-2082-4.

SMITH-RYAN, A. E., HIRSCH, K. R., SAYLOR, H. E., GOULD, N. M. BLUE, M. N. 2020 *Nutritional Considerations and Strategies to Facilitate Injury Recovery and Rehabilitation*. *Journal of Athletic Training* [online]. 2020-09-01, 55(9), 918-930 [cit. 2023-10-30]. ISSN 1062-6050. Dostupné z: doi:10.4085/1062-6050-550-19

SOVÁRIOVÁ SOŮSOVÁ, M. 2022 *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing,. s.34 ISBN 978-80-271-3242-3.

SLEZÁKOVÁ, Z., 2014 *Ošetrovatelství v neurologii*. Sestra. Praha: Grada, .s.92 ISBN 978-80-247-4868-9.

STRNADOVÁ, A., HLADÍLKOVÁ, L., HOFŠTETROVÁ KNOTKOVÁ, M., PEKÁRKOVÁ, J., VYTASIL KRAJČÍKOVÁ, A., PEKÁRKOVÁ, H., 2020 *Koncepce domácí péče* [online]. Druhé. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, [cit. 2023-11-27]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf

ŠIMŮNEK, M., .2022 *Péče o osoby blízké z pohledu pečující osoby* [online]. SPOLEČNOST C-M-T [cit. 2023-10-30]. Dostupné z: <https://www.c-m-t.cz/2022/12/01/pece-o-osoby-blizke-z-pohledu-pecujici-osoby/>

ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015 *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, . Pedagogika . ISBN 978-80-247-5446-8.

ŠTUREKOVÁ, L., 2021 *Demence: hodnoticí techniky a nástroje*. Praha: Grada Publishing, Sestra . s.266 ISBN 978-80-271-1695-9.

ŠTEMBERA, Z; DITTRICHOVÁ, J. a SOBOTKOVÁ, D. 2014 *Perinatální neuropsychická morbidita dítěte*. V Praze: Karolinum, 2014. s.629 ISBN 978-80-246-2168-5.

TAŠKOVÁ, A. ., 2016. *Praktická plicní chirurgie*. Maxdorf. s. 271. ISBN 978-80-7345-489-0

OPATŘILOVÁ, D., a ZÁMEČNÍKOVÁ, D., 2014 *Význam pohybových dovedností. Online. In: Podpora rozvoje hybnosti osob s tělesným postižením*. Brno: Masarykova univerzita, s. 9-10. ISBN 978-80-210-7611-2. Dostupné z: <https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/pdf/ps14/hybnost/web/index.html>. [cit. 2024-02-05].

JAUL, E., MEIRON O., MENCZEL J.,. 2016 *The Effect of Pressure Ulcers on the Survival in Patients With Advanced Dementia and Comorbidities. Experimental Aging Research* [online]. , 2016-07-13, 42(4), 382-389 [cit. 2023-10-25]. ISSN 0361-073X. Dostupné z: doi:10.1080/0361073X.2016.1191863

TAHAL, R. 2022 *Marketingový výzkum: postupy, metody, trendy*. 2. vydání. Expert (Grada). Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-3535-6.

TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ I., JELŠOVKOVÁ, A., 2015 *Výživa pacientov s demenciou v zariadení sociálnej starostlivosti. Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online]. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva, 5(2), 61-64 [cit. 2023-10-25]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2015-rocnik-5/cislo-2/vyziva-pacientov-s-demenciou-v-zariadeni-socialnej-starostlivosti>

TOMEŠ, I. a ŠÁMALOVÁ, K. 2017 *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, . ISBN 978-802-4636-122.

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA. 2020 *Český červený kříž pořádal v budově ZSF JU v Nerudově ulici kurzy Pečovatel v záloze* [online]. 11.12.2020 [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: <https://www.zsf.jcu.cz/cz/fakulta/aktualne/cesky-cervený-kriz-poradal-v-budove-zsf-ju-v-nerudove-ulici-kurzy-pecovatel-v-zaloze>

VEVERKOVÁ, E.; KOZÁKOVÁ, E. a DOLEJŠÍ, L. 2019 *Ošetrovateľské postupy pro zdravotnícké záchranáře I*. Praha: Grada Publishing,. ISBN 978-80-247-2747-9.

VIGELSØ, A. et al., 2016. *Effects of immobilization and aerobic training on proteins related to intramuscular substrate storage and metabolism in young and older men. European Journal of Applied Physiology*. 116(3), 481-494. ISSN 1439-6319.

Zákon 54/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve znění platném 1.7.2022

Zákon č. 89/2012 Sb. občanský zákoník ve znění platném 22.03.2012

ZACHAROVÁ, E., 2016 *Komunikace v ošetrovateľské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra . s.8 ISBN 978-80-271-0156-6.

ZACHAROVÁ, E., 2017 *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing,. Sestra . s.485,510 ISBN 978-80-271-0155-9.

ZRUBÁKOVÁ, K., a BARTOŠOVIČ, I., 2019 *Nefarmakologická léčba v geriatрии*. Sestra . Praha: Grada Publishing, 2019. s.467, 469 ISBN 978-80-271-2207-3.

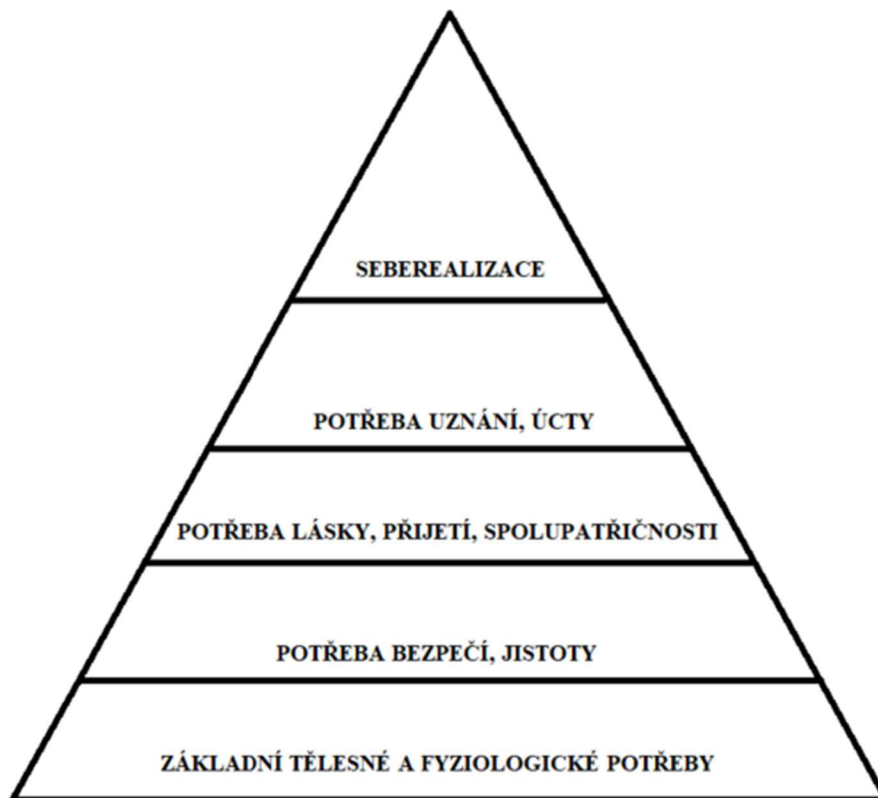
JIHOČESKÁ UNIVERZITA, ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA. *Svépomocná skupina „Pečujeme o své blízké“*. Online. Dostupné z: <http://old.zsf.jcu.cz/cs/institut-aplikovanych-zdravotne-socialnich-ved-pracoviste-praxe/svepomocna-skupina-201epecujeme-o-sve-blizke201c-1>.

VOSTRÝ, M. a VETEŠKA, J. 2021. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada, s 29 ISBN 978-80-271-2866-2.

WHO. *Zdravý životní styl – doporučení WHO*. World Health Organization [online]. [cit. 2023-10-25]. Dostupné z: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>

8. Přílohy

Příloha č.1



Zdroj: Vlastní tvorba

Příloha č.2

BMI	Nutriční stav
Pod 18,5	Podváha
18,5-24,9	Normální váha
25,0-29,9	Nadváha
30,0-34,9	Obezita I. stupně
35,0-39,9	Obezita II. stupně
Nad 40,0	Obezita III. stupně

Zdroj: WHO, 2023

Příloha č.3

Věk:

Pohlaví:

Dosažené vzdělání:

Sestra u praktického lékaře/ Sestra domácí péče

Délka praxe:

Jak byste charakterizovala imobilního pacienta?

Co pro Vás znamená péče o osobu blízkou?

Jak se Vaše instituce zapojuje do péče o trvale imobilního pacienta?

- Nabízí vaše instituce nějaká specifika v péče o trvale imobilního pacienta?

Jak se Vaše instituce zapojuje do péče rodinného příslušníka pečujícího o trvale imobilního pacienta?

- Nabízí vaše instituce nějaká specifika v péče o trvale imobilního pacienta?

Jak se podle vašeho pohledu zapojují rodinní příslušníci do péče o trvale imobilního pacienta?

- Je jejich zapojení dostačující?
- Jak se Vám s rodinným příslušníkem spolupracuje?

V jakých oblastech by mohlo dojít k zefektivnění péče od instituce?

- Vnímáte nějaký zásadní nedostatek?
- Provádíte v rodině edukaci?
- Je podle Vás edukace efektivní?
- Má edukace prostor pro zlepšení? Jak?

V jakých oblastech by mohlo dojít k zefektivnění péče od rodinného příslušníka v péči o imobilního klienta?

Jaké činnosti by měl rodinný příslušník v péči o trvale imobilního pacienta zvládat?

- Vnímáte nějaký zásadní nedostatek? Pokud ano, jak by se dala péče zlepšit?

- Jak často jste v kontaktu s klientem a jeho rodinou? Je to dostačující?
- Jak komunikujete s rodinnými příslušníky?
- Je komunikace efektivní?

V čem je spolupráce sestry s rodinnými příslušníky pečujícími o trvale imobilního pacienta přínosná pro společnost?

- V čem je spolupráce sestry s rodinnými příslušníky pečujícími o trvale imobilního pacienta pro Vás jako pro sestru přínosná?
- Přináší vám spolupráce s rodinnými příslušníky nějaké komplikace? Popřípadě jaké?

Příloha č. 4

Imobilní pacient		Upoutání na lůžko Více stádií Závislí na péči Dopomoc Ležící Nemožnost se postavit Nechodí Omezená hybnost Nesoběstačnost Úplná nebo částečná pomoc
Osoba blízká		Partner Rodič Dítě Nejbližší okolí Péče o někoho, koho mám ráda součást života Je náročná
Péče sestry	Péče o trvale imobilního pacienta Péče o pečovatele Prostor pro zlepšení Edukace	Pečovatelská pomoc Nácvik Edukace Reedukace Polohování Hydratace Bez lékaře Ošetřovatelé Hospic Pomůcky Segmentace péče

		<p>Podle poukázek Prakticky vůbec Dříve víc Zaškolení Kontakt s rodinou Podávání léků Recepty Ne Všechny podobný Rehabilitace Permanентní katetry Zahraničí Přítomnost pomáhá Rozhovor, uklidnění Kontakty Rady Ulehčení práce Není dostatek prostoru Komunikace s lékařem Nejsou problémy Není možné Pojišťovna Edukovat před propuštění pacienta Zájem Málo času Rozhovor Letáky Ukázky Doporučení Neprovádí</p>
Péče rodiny	<p>Komplexní péče Míra zapojení Nedostatky</p>	<p>Psychická Náročná Hygiena, Příprava jídla Ošetřování kůže Komunikace Polohování Rehabilitace Znát tělo Specifika pacienta Péče o vyprazdňování Zájem režim Hospicová péče Trpělivost Výživa Postupné zlepšení</p>

		<p>Většina kladně</p> <p>Podle zájmu</p> <p>Podle práce</p> <p>Finance</p> <p>Velikost rodiny</p> <p>Finanční motivace</p>
Kontakt s rodinou	<p>Spolupráce</p> <p>Komunikace</p>	<p>V případě potřeby</p> <p>Pořád</p> <p>Domluva</p> <p>Telefonicky</p> <p>Osobně</p> <p>Měsíčně</p> <p>Týdně</p> <p>Dvakrát denně</p> <p>Jednorázově</p> <p>Jednou za tři měsíce</p> <p>Dostatečný</p> <p>Komunikace s lékařem</p> <p>Dle stavu pacienta</p> <p>Dobrá</p> <p>Navázaný kontakt</p> <p>Potřeba času na seznámení</p> <p>Vymezení standardů</p>
Vliv spolupráce	<p>Přínos pro společnost</p> <p>Komplikace</p>	<p>Velký</p> <p>Jednodušší</p> <p>Předcházení komplikací</p> <p>Příjemnější</p> <p>Opora</p> <p>Zlepšení péče</p> <p>Vděčnost</p> <p>Horší domluva</p> <p>Stud z nevědomosti</p> <p>Většinou není</p> <p>Neuposlechnutí</p> <p>Nadužívání sestry</p> <p>Nedodržování léčebního režimu</p> <p>Frustrace sestry</p> <p>Psychické pro sestru i pečovatele</p> <p>Finance</p>

Spolupráce sestry a rodinných příslušníků

Tato brožura je určena pro trvale imobilní pacienty, a především pro jejich pečovatele, kteří se o ně starají v pacientově domácím prostředí. Ať už je pečovatelem člen rodiny nebo blízká osoba. Brožura může pomoci pečovateli ke kvalitní spolupráci se sestrami z domácí péče nebo z ordinace praktického lékaře. Fungující spolupráce mezi sestrou a rodinným příslušníkem je klíčová pro zajištění kvalitní péče pro pacienta. Péče o trvale imobilního jedince by měla být komplexní a individuálně uzpůsobená. Mezi základní prvky celistvé péče patří hygienická péče, výživa, péče o lůžko, prevence dekubitu, polohování a rehabilitace.

Informační brožura vychází z diplomové práce s názvem “Spolupráce sestry a rodinných příslušníků při péči o trvale imobilního pacienta v domácím prostředí”, která je volně přístupná k nahlédnutí na webu Theses.cz.

Hygienická péče

Péče o čistotu těla patří mezi základní biologické potřeby člověka (Šolcová, 2016). Hygienická péče je soubor postupů a procesů, které se zaměřují na dodržování osobní hygieny a na prevenci šíření infekcí spojených se zdravotní péčí. Komplexní hygienická péče zahrnuje hygienu horní a dolní poloviny těla a péči o dutiny. Přesněji o dutiny ušní, nosní a zejména o dutinu ústní, jež obsahuje i péči o chrup (Kachlová, Plevová, 2023). Soběstačná, chodící osoba pečuje o svou hygienu zcela sama, avšak částečně soběstačný či ležící nesoběstačný pacient je odkázán na dopomoc nebo úplnou pomoc od druhých. Ošetřovatel by měl správně určit míru soběstačnosti klienta (Kelnarová et al., 2015).

Sestra domácí péče – Edukuje klientovu rodinu o správných postupech. Doporučuje pomůcky k usnadnění činnosti. Dává kontakty na ošetřovatelskou službu.

Sestra z ordinace praktického lékaře – Předepisuje pomůcky k usnadnění činnosti. Předepisuje inkontinentní pomůcky. Dává kontakty na domácí péči a ošetřovatelskou službu.

Výživa

Dietní systém je soubor výživových opatření, řízený příjem potravy a tekutin za účelem zlepšení onemocnění, zmírnění nebo odstranění obtíží pacienta (Kellnerová et. al., 2015). Každý člověk musí přijímat potravu a tekutiny. Výživa představuje nezbytnou součást života. V potravě musí být rovnoměrně zastoupeny všechny složky jako jsou tuky, cukry, bílkoviny, vitamíny, minerály, stopové prvky a bezpodmínečně i voda (Šolcová, Burda, 2015) V ideálním případě by měl člověk požívat přesně takové množství stravy a tekutin, které odpovídá jeho energetické spotřebě. Energetická spotřeba organismu představuje množství energie, které jedinec potřebuje k udržení základních životních funkcí a pro pokrytí veškeré další činnosti organismu, např. udržení tělesné teploty, svalovou aktivitu při práci nebo při sportu (Kellnerová et. al., 2015).

Sestra domácí péče – Edukuje pečovatele o důležitosti vyvážené stravy a pitného režimu. Zavádí enterální a parenterální výživu. Hodnotí stav výživy.

Sestra z ordinace praktického lékaře – Předepisuje enterální parenterální výživu. Provádí edukaci o důležitosti příjmu vyvážené potravy. Při komplikacích doporučuje specialisty a předepisuje poukazy k nim.

Péče o lůžko

Mezi ložní prádlo, používané v nemocnicích a dalších zařízeních řadíme prostěradlo, podložku, povlak na polštář a přikrývku. Ložní prádlo musí být vždy čisté a nezmačkané. Prádlo je proto pravidelně vyměňováno. Zvláště u inkontinentních osob je na to třeba velmi dbát (Kelnarová et al., 2015).

V rámci zajištění péče o lůžko by mělo být přístupné minimálně ze tří stran. Mělo by být polohovatelné v rámci výšky celého lůžka ale i zvýšení jen určité části, díky čemuž lze stabilizovat v různých polohách. Postel by měla být také omyvatelná a odolná vůči desinfekci. Lůžko lze dovybavit klasickými nebo specifickými druhy vybavení. Mezi základ patří například postranice, hrazdička a držák na infuzní roztoky. Dále také může mít držák na kyslíkové bomby či na hole (Kachlová, Plevová, 2023).

Sestra domácí péče – Edukuje o správné úpravě lůžka. Prakticky předvádí polohování klienta. Doporučuje pomůcky k ulehčení a zkvalitnění péče.

Sestra z ordinace praktického lékaře – Předepisuje poukazy na pomůcky (jednorázové, pomůcky doplňující lůžko, samotné lůžko)

Prevence dekubitů

Dekubity, neboli proleženiny, značí rány vzniklé na podkladě lokálního působení tlaku na tkáň (MZCR, 2020). První změny mohou vznikat již v průběhu několika hodin a výrazné viditelné změny již po týdnu (Dosbaba et al., 2023). Dekubity spadají do kategorie chronických ran. Jedná se o sekundárně se hojící ránu, která i přes odpovídající léčbu nemá po dobu 4 týdnů tendenci se hojit (dekubity.eu, 2023).

Antidekubitní pomůcky slouží k odstranění nebo zmírnění působení tlaku na postiženou oblast. Mezi tyto pomůcky patří podložky a antidekubitní matrace, které umožňují rozložení tlaku zátěže na tkáň díky využití mikroklimatu a dalších terapeutických funkcí. Antidekubitní pomůcky mohou obsahovat studenou pěnu či systematické rouno, perličky, gel či být nafukovací (Pokorná, et al., 2019).

Sestra domácí péče – Edukuje o efektivní prevenci dekubitů. Prakticky předvádí postupy důležité k prevenci dekubitů. Kontroluje predilekční místa.

Sestra z ordinace praktického lékaře – Edukuje o prevenci dekubitů. Předepisuje pomůcky k efektivní prevenci vzniku dekubitů. Předepisuje obvazový materiál pro prevenci vzniku, popřípadě léčbě dekubitů.

Polohování

Polohování je soubor aktivit a změn poloh pacienta nebo částí jeho těla tak, aby se předešlo vzniku komplikací a nežádoucím účinkům organismu ze špatné polohy. Každá změna polohy musí být provedena bezpečně, šetrně a odborně. Zvolená poloha musí být pro pacienta pohodlná a nebolestivá. K zajištění polohy mohou sloužit pomůcky doplňující lůžko (Plevová, Kachlová, 2023). Před začátkem samotného polohování je vhodné uzpůsobit lůžko, což znamená dát ho do základní polohy a odstranit z něj pomůcky bránící změně polohy. Je-li nemocný při vědomí, je třeba s ním komunikovat, vysvětlit mu důvod manipulace, dle jeho stavu a možností ho požádat o spolupráci na změně polohy, kterou je třeba mu nejprve popsat a dát mu prostor na pochopení. Při nedodržení bezpečnostních pravidel hrozí komplikace jak pro pacienta, tak i pro ošetřovatele. Osoba manipulující s nemocným by měla dodržovat postavení svého těla ve

vhodné poloze k manipulaci s těžkými předměty nebo osobou. Páteř ošetřovatele by měla být v přímém postavení, s rameny ve stejné úrovni a stejném směru s pánví. Snižuje se tak riziko poranění páteře či bolesti zad. Při polohování pacienta je vždy lepší, pokud ošetřovatel není sám a lze tak pacienta polohovat s pomocí více lidí. Pokud to není možné, doporučuje se usnadnit si manipulaci různými zvedáky či jinými pomůckami (Kelnarová et al., 2015).

Sestra domácí péče – Edukuje o důležitosti polohování. Prakticky demonstruje manipulaci s imobilním klientem. Upozorňuje na rizika při neopatrném polohování. Doporučuje pomůcky pro usnadnění manipulace pečovateli a ke zkvalitnění péče.

Sestra z ordinace praktického lékaře – Edukuje o správném polohování. Předepisuje pomůcky ke zkvalitnění péče.

Rehabilitace

Rehabilitace je proces, napomáhající nemocnému člověku, který utrpěl nemoc nebo úraz, obnovit dovednosti, jaké před onemocněním měl. Rehabilitace napomáhá také navrátit maximální soběstačnost nebo aspoň zajistit soběstačnost částečnou (Le Danseur, 2020). Hlavním cílem rehabilitace z pohledu neurologie je obnovení psychické i motorické funkce člověka. Při poruše hybnosti je nezbytné zahájit správnou pohybovou léčbu. Při dlouhodobém průběhu nemoci nebo při trvalém postižení je důležité začlenění pacienta do společnosti. Podílí se na ní pracovní, sociální a pedagogicko-výchovná rehabilitace (Slezáková, 2014). Hlavní úlohou rehabilitačního ošetřování je polohování, postupná vertikalizace a mobilizace pacienta, péče o průchodnost dýchacích cest, prevence tromboembolické nemoci a psychologická podpora nemocného. Velmi významné je provádět rehabilitační ošetřování po celých 24 hodin sedm dní v týdnu a vždy s ohledem na aktuální stav pacienta. Rehabilitační ošetřovatelství se o pacienta stará jak ze stránky fyzické, tak ovlivňuje i stránku psychickou (Chvojková, Hruzíková, 2014).

Sestra domácí péče – Edukuje o důležitosti rehabilitace. Provádí základní rehabilitaci u klientů. Demonstruje rehabilitaci na klientovi tak, aby ji mohl provádět i pečovatel. Předá kontakt na rehabilitačního pracovníka nebo jiného specialistu.

Sestra z ordinace praktického lékaře – Edukuje o důležitosti rehabilitace. Předepisuje poukazy na rehabilitační péči. Předá kontakt na rehabilitačního pracovníka nebo jiného specialistu.

Doporučení pro praxi:

Rodina klienta může sestru kontaktovat kdykoliv a požádat ji o pomoc.

Když si není pečovatel v čemkoliv jistý, zavolá sestře a poradí se s ní.

Sestra a pečovatel jsou v pravidelném kontaktu.

Sestra aktivně vyhledává podněty ke zkvalitnění péče.

Pečovatel se aktivně zajímá o postupy a pomůcky, které zkvalitňují péči.

Pečovatel by měl dodržovat léčebné postupy zavedené sestrou.

Pečovatel by si měl pravidelně najít čas, kdy bude pečovat o sebe samého. Uleví tak sobě i nemocnému.

Primární pečovatel by měl zvládat koordinovat péči o nemocného a zapojuje do ní ostatní členy rodiny.

Pečovatel si musí uvědomovat, že jeho zdraví může ovlivňovat kvalitu péče kterou poskytuje, a tak by měl o svou psychickou a fyzickou pohodu pečovat.

Doporučená literatura:

BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5333-1.

Jak na péči?: Příručka pro ty kteří pečují doma o blízkého člověka. 2019. Evropská unie Evropský sociální fond dostupné z: https://alfahs.cz/wp-content/uploads/2019/09/FDV-2018-Jak-na-peci-p%C5%99%C3%ADru%C4%8Dka-pro-ty-kte%C5%99%C3%AD-pe%C4%8Duj%C3%AD-doma-o-bl%C3%ADzk%C3%A9ho-%C4%8Dlov%C4%9Bka_verze-05.2019.pdf

Klára pomáhá. *Desatero: počátku péče vám pomůže již v začátku péče si uvědomit některé důležité věci* [online]. In: . Brno, Dostupné z: <https://www.klarapomaha.cz/dwn.php?ID=105>

KACHLOVÁ, M., PLEVOVÁ, I., 2023 *Postupy v ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-1244-9.

KELNAROVÁ, J., CAHOVÁ, M., KŘEŠŤANOVÁ, I., KŘIVÁKOVÁ, M., KOVÁŘOVÁ, Z., 2015 *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník. 2., přepracované a doplněné vydání*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-5332-4.

9. Seznam zkratk

Apod.- A podobně

Atd.- A tak dále

P.o. - Per os- ústy

PMK – permanentní močový katetr

PEG- perkutánní endoskopická gastrostomie

BMI- Body Mass index

EKG- Elektrokardiograf