

# Ošetrovatelská rehabilitace v domácí péči

## Bakalářská práce

*Studijní program:* B5341 – Ošetrovatelství  
*Studijní obor:* 5341R009 – Všeobecná sestra

*Autor práce:* **Andrea Málková**  
*Vedoucí práce:* Mgr. Martin Krause, DiS.





# Nurse physiotherapy in home care

## Bachelor thesis

*Study programme:* B5341 – Nursing  
*Study branch:* 5341R009 – General Nurse

*Author:* **Andrea Málková**  
*Supervisor:* Mgr. Martin Krause, DiS.



Technická univerzita v Liberci  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2017/2018

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Andrea Málková**  
Osobní číslo: **D15000052**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Ošetřovatelská rehabilitace v domácí péči**  
Zadávací katedra: **Fakulta zdravotnických studií**

## Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

- 1) Zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádí dechová cvičení.
- 2) zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádí kondiční cvičení.
- 3) Zjistit, jakým způsobem jsou všeobecné sestry v domácí péči školeny v rehabilitačním ošetřovatelství.

Teoretická východiska:

V dnešní době přibývá stárnoucí populace a většina seniorů se zdravotními problémy si přeje zůstat v domácím prostředí. Často volí metodu pomoci všeobecných sester v domácí péči. Proto by všeobecné sestry v domácí péči měly provádět ošetřovatelskou rehabilitaci, kdy aktivním ošetřováním a všemi dostupnými prostředky mohou zamezit vzniku komplikací a sekundárních změn u pacienta. Z toho důvodu je nutné, aby všeobecné sestry byly řádně proškoleny a mohly poskytnout adekvátní ošetřovatelskou rehabilitaci. Výstupem z bakalářské práce bude článek připravený k publikaci v odborném periodiku.

Výzkumné předpoklady:

- 1) Jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádí u pacienta dechová cvičení?
- 2) Jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádí u pacienta kondiční cvičení?
- 3) Jakým způsobem jsou všeobecné sestry v domácí péči školeny v rehabilitačním ošetřovatelství?

Metoda:

Kvalitativní

Technická práce, vyhodnocení dat:

Technická práce:

Polostrukturovaný rozhovor.

Vyhodnocení dat:

Rozhovory budou detailně přepsány do Microsoft Office Word 2010 a data budou následně analyzována a kategorizována pomocí techniky tužka a papír. Následně budou vypracována schémata.

Místo a čas realizace výzkumu:

Místo: ADP

Čas: září 2018 - říjen 2018

Vzorek:

Respondenti: všeobecné sestry v ADP, počet: po dosažení teoretické saturace.

Rozsah grafických prací:  
Rozsah pracovní zprávy: **50-70stran**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**  
Seznam odborné literatury: **viz příloha**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Martin Krause, DiS.**  
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **28. dubna 2018**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2019**



prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA  
děkan

V Liberci dne 30. listopadu 2017

## Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

- ČELEDOVÁ, L., Z. KALVACH a R. ČEVELA. 2016. Úvod do gerontologie. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-03.
- ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2017. Vyhláška č. 391 ze dne 29. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In. Sbírka zákonů České republiky. Částka 137, s. 4360-4375. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=62503>.
- DVOŘÁK, Radmil. 2013. Péče o pacienta s poruchou pohybu v domácím prostředí - 2. část. Medicína pro praxi. 10(3), 128-130. ISSN 1803-5310. Dostupné také z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/03/11.pdf>
- HOLMEROVÁ, Iva. 2015. Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. 2013. Sociální péče o seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
- MEINER, Sue E. 2015. Gerontology Nursing. 5th ed. Riverpointlane: Elsevier. ISBN 978-0-323-26602-4.
- MESSER, Barbara. 2016. 100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské práce. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0215-0.
- ŠVESTKOVÁ, Olga et al. 2017. Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0084-2.
- TRACHTOVÁ, E., G., TREJTNAROVÁ a D. MASTILIAKOVÁ. 2013. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
- VÁLKOVÁ, Lenka. 2015. Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi. Praha. Grada. ISBN 978-80-247-5571-7.

## Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 3. 12. 2018

Podpis:



## **Poděkování**

Děkuji panu Mgr. Martinovi Krausemu, DiS., za odborné vedení bakalářské práce. Také za cenné rady, podněty a připomínky, které mi poskytl. Děkuji všem všeobecným sestřám za ochotu účastnit se rozhovoru. Také děkuji své rodině a přátelům, za jejich podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.



## **Anotace v českém jazyce**

Jméno a příjmení autora: Andrea Málková  
Instituce: Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita  
v Liberci  
Název práce: Ošetrovatelská rehabilitace v domácí péči  
Vedoucí práce: Mgr. Martin Krause, DiS.  
Počet stran: 53  
Počet příloh: 9  
Rok obhajoby: 2019

### **Anotace:**

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou rehabilitací a je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se zabývá historií domácí péče, domácí péčí v současné době, jejími formami, předepisováním a financováním. Dále se zabývá činnostmi všeobecných sester v domácí péči a jejich ošetrovatelskými intervencemi, především se zaměřením na rehabilitační ošetrovatelství a jeho formy. Výzkumná část je zaměřena na zjištění způsobu provádění dechových a kondičních cvičení a způsobu školení všeobecných sester v rehabilitačním ošetrovatelství prostřednictvím kvalitativního výzkumu s technikou polostrukturovaný rozhovor.

Klíčová slova: domácí péče, pacient, rehabilitační ošetrovatelství, školení, všeobecná sestra

## **Anotace v anglickém jazyce**

Name and Suriname: Andrea Málková  
Institution: Faculty of Nursing Studies, Technical University of Liberec  
Title: Nurse physiotherapy in home care  
Supervisor: Mgr. Martin Krause, DiS.  
Pages: 53  
Appendix: 9  
Year: 2019

### **Annotation:**

The bachelor thesis deals with nursing physiotherapy and is divided into two parts. The theoretical part deals with the history of home care, today's home care, its forms, prescribing and financing. It also deals with the activities of nurses in home care and their nursing interventions, especially with a focus on nursing physiotherapy and its forms. The research part is focused on finding out how to perform breathing and fitness exercises and how to train general nurses in nursing physiotherapy through qualitative research with a semi-structured interview technique.

**Keywords:** general nurse, home care, nurse physiotherapy, patient, training

## **Obsah**

<b>Obsah .....</b>	<b>11</b>
<b>Seznam zkratk .....</b>	<b>13</b>
<b>1 Úvod .....</b>	<b>14</b>
<b>2 Teoretická část .....</b>	<b>15</b>
2.1 Historie domácí péče .....	15
2.2 Domácí péče v České republice .....	16
2.2.1 Formy domácí péče .....	17
2.2.2 Předepisování a financování domácí péče .....	18
2.3 Všeobecné sestry v domácí péči .....	19
2.4 Ošetrovatelská rehabilitace v domácí péči .....	21
2.4.1 Formy rehabilitačního ošetrovatelství .....	22
2.4.1.1 Polohování .....	23
2.4.1.2 Pasivně prováděné pohyby .....	24
2.4.1.3 Aktivní pohyby .....	24
2.4.1.3 Kondiční cvičení .....	25
2.4.1.4 Dechové cvičení .....	26
2.4.1.5 Vertikalizace .....	27
<b>3 Výzkumná část .....</b>	<b>29</b>
3.1 Cíle práce a výzkumné otázky .....	29
3.2 Metodika výzkumu .....	29
3.3 Analýza výzkumných dat .....	30
3.3.1 Kategorie dechová cvičení .....	31
3.3.2 Kategorie kondiční cvičení horních končetin .....	33
3.3.3 Kategorie kondiční cvičení dolních končetin .....	35
3.3.4 Kategorie školení v rámci rehabilitačního ošetrovatelství .....	37
3.4 Analýza výzkumných cílů a výzkumných otázek .....	40
<b>4 Diskuze .....</b>	<b>42</b>
<b>5 Návrh doporučení pro praxi .....</b>	<b>46</b>
<b>6 Závěr .....</b>	<b>47</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>48</b>
<b>Seznam obrázků .....</b>	<b>51</b>
<b>Seznam schémat .....</b>	<b>52</b>

<b>Seznam příloh.....</b>	<b>53</b>
---------------------------	-----------

## Seznam zkratek

aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
č.	číslo
EKG	elektrokardiograf
např.	například
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Obr.	obrázek
S 1-5	sestra 1-6
Sb.	sbírka
T	tazatel
tzn.	takzvaně

## 1 Úvod

Domácí péče je neustále se rozvíjející obor. V dnešní době u mnohých lidí nejen v pokročilém věku dochází k poklesu jejich biologických, psychologických či sociálních aspektů, kdy se nemohou o sebe sami postarat. Existuje ovšem mnoho osob (rodinných příslušníků atd.), kteří v domácím prostředí pacienta ošetřují, ale ne všichni mají na ošetřování svého rodinného příslušníka čas či fyzickou nebo psychickou sílu. Pokud rodina má problém s plněním svoji funkce, je důležité, aby fungovaly agentury domácí péče a byly připraveny tuto funkci převzít. Nejčastějším důvodem proč si osoba volí pomoc od všeobecných sester domácí péče, je její zvyklost pobývat ve svém sociálním prostředí a nabízí větší možnost trávit čas se svými přáteli či rodinou nežli v pobytových zařízeních. Domácí prostředí též kladně působí na psychickou i fyzickou stránku pacienta.

Cílem agentur domácí péče je zlepšovat či udržovat zdraví pacienta, proto je nutné, aby všeobecné sestry v domácí péči byly vzdělány a dále se vzdělávaly ve všech směrech ošetrovatelství. Všeobecné sestry, totiž vykonávají u pacienta v domácí péči nejrůznější činnosti, od ošetřování ran, edukaci až po rehabilitační ošetrovatelství, kterým obvykle stráví mnoho času své návštěvy u pacienta. Proto je nutné, aby sestra o tomto směru věděla, co nejvíce poznatků a dokázala pacientovi nabídnout nejkvalitnější péči.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry provádějí dechová a kondiční cvičení u pacientů a jakým způsobem, jsou v domácí péči školeny v rehabilitačním ošetrovatelství. Informace jsou získány od všeobecných sester z domácí péče pomocí kvalitativní metody s využitím výzkumné techniky polostrukturovaného rozhovoru. Dle získaných informací je výstupem bakalářské práce článek připravený k publikaci v odborném periodiku.

## 2 Teoretická část

### 2.1 Historie domácí péče

Domácí péče byla poskytována lidem už od nejstarších dob. První zmínky jsou známy již z prvního století našeho letopočtu spjaté s rozmachem křesťanství. V tomto období byla poskytována péče nemocným pouze ženami, které pracovaly především jako porodní báby a bylinkářky. Počátkem 12. století, se začalo rozšiřovat domácí ošetřovatelství, provozované pouze řeholními řády. Ve 13. století byl vydán zákaz ošetřovatelské činnosti řeholnic ve špitálech, a proto byly nuceny vykonávat ošetřování nemocných pouze v jejich domech. Řeholnice byly kontrolovány faráři, kteří měli za ně zodpovědnost. V 15. století prováděly ošetřovatelství členky z řádu Diakonek, které byly pro tuto práci školeny. Navštěvovaly nemocné každý den, staraly se o všechny jejich potřeby, včetně praní prádla. V pozdějších letech byla činnost Diakonek církví zakázána. Až za vlády Marie Terezie se začalo rozvíjet charitativní ošetřovatelství

o tehdejší poddané v jejich domácím prostředí (Krátká, 2008).

Roku 1859 v Anglii William Rathbon stanovil myšlenku moderní koncepce domácí péče. Na tento nápad jej přivedla rodinná situace. Jeho žena byla totiž upoutána na lůžko, a na její ošetřování byla do jejich domu najata sestra Mary. V následujícím roce, po úmrtí ženy, požádal Florence Nightingalovou, aby mu pomohla založit odbornou školu pro sestry nejen do domácí péče. Snahy o zavedení domácí ošetřovatelské péče byly zaznamenány i v Severní Americe. V Buffalu roku 1885 a následně i ve Philadelphii, kde v roce 1887 vznikla společnost domácí péče. O rok později, vznikla v Bostonu Asociace domácí péče. Tyto tři organizace pomáhaly nemocným a chudým lidem. V New Yorku roku 1893 vznikla ošetřovatelská služba zřízená dámami Waldovou a Neesterovou. Tyto dvě ženy zavedly pojem „veřejná zdravotní sestra“ a založily školu, která se zaměřovala na výuku o provádění ošetřovatelské péče v domácím prostředí (Marková, 2009).

Roku 1919 na československém území vznikl Československý červený kříž, který pomáhal lidem v domácí péči, zejména se zaměřením na děti a seniory. V období světových válek se v Evropě domácí péče zaměřovala na poskytování péče především starším lidem, s výjimkou Holandska, kde se péče poskytovala všem nemocným bez

výjimky. Po 2. světové válce se začínají rozvíjet ošetrovatelské školy, kde se zavádí odborná výchova sester v odvětví ošetrovatelské a zdravotní služby v rodině. Po roce 1948 bylo řeholním sestram zakázáno vykonávat profesi jako sestry a byly nahrazeny sestrami civilními. Do 19. 8. 1952 byla domácí péče poskytována v rámci Červeného kříže, avšak tímto datem tuto zodpovědnost za poskytování převzal stát. Provádění služeb v domácí péči, tímto bylo zařazeno do zdravotní péče (Krátká, 2008).

V roce 1977 vyhlásila Světová zdravotnická organizace v Alma Atě program pro rozvoj domácí péče tzv. Zdraví pro všechny od roku 2000. Program upřednostňoval primární a domácí péči a zároveň byl nositelem všeobecné vzdělanosti o možnostech domácí péče. Ministerstvo zdravotnictví v roce 1991 právně legalizovalo domácí péči a utvořilo projekt, který umožnil vznik agentur zabývajících se domácí péčí. V tomto roce byla v Pardubicích založena první agentura domácí péče a téhož roku bylo založeno ještě dalších 25 agentur. Roku 1993 byla založena Asociace domácí péče České republiky, která má za úkol sdružovat poskytovatele domácí péče. V průběhu dalších let stále narůstal počet agentur domácí péče (Marková, 2009). Ke konci roku 2011 bylo v České republice 472 fungujících agentur (Wija, 2012).

## 2.2 Domácí péče v České republice

Domácí péče je stále se rozvíjející obor, který se zabývá péčí o nemocného pacienta v jeho domácím prostředí. Dále se zaměřuje na prevenci, podporování a udržování zdraví (Rabenseiferová, 2010). Podle Kalvacha je domácí péče definována jako *„nelékařská zdravotní péče, převážně ošetrovatelská a rehabilitační, poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo při propuštění z nemocnice, ošetřujícího lékaře příslušného oddělení (nemocniční doporučení má platnost maximálně 14 dní)“* (Kalvach, 2011, s. 183).

Toto potvrzuje i Koncepce domácí péče, která uvádí, že domácí péče je zdravotní péče, která je *„poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí.“* (Česko, 2004, s. 15). Domácí péče se zaměřuje na podporu, navrácení a udržování zdraví, také na rozvoj soběstačnosti



pacienta a zmírnění utrpení u pacientů s nevléčitelnými nemocemi. V poslední řadě zajišťuje klidné umírání a smrt pacienta (Česko, 2004).

Cílem domácí péče je zajistit pro pacienta a jeho rodinu takové podmínky, aby byly spokojeni s poskytováním péče a prostředím ve kterém se pacient nachází (Meiner, 2015). Česká asociace sester uvádí, že cílem domácí péče je zajištění co největší rozsahu, kvality, efektivity a dostupnosti péče pro pacienty ve vlastním sociálním prostředí (ČAS, 2008). Domácí péče také minimalizuje působení infekcí spojených se zdravotní péčí na pacienta a snižuje možnost iatropatogenního poškození pacienta (Česko, 2004).

Domácí péče má řadu výhod. Patří k nim hospodárnost, kdy dochází ke zkracování hospitalizace pacienta a tím následnému snížení nákladů na péči. Mnohostrannost, protože v některých agenturách domácí péče pracuje multidisciplinární tým, který zabezpečuje pro pacienta individuální péči, která mu byla doporučena. Mnohé agentury také poskytují komplexní činnost (sociální, lékařskou a ošetrovatelskou). Též zajišťují dlouhodobou péči pro pacienta, která se provádí podle potřeby nemocného a pozitivně působí na psychiku pacienta, který může pobývat ve svém sociálním prostředí (Krátká, 2008).

### 2.2.1 Formy domácí péče

Domácí péči lze rozdělit do několika forem. První forma se nazývá **domácí hospitalizace**, která je určena pro pacienty po operacích nebo úrazech, kvůli kterým byli nuceni být hospitalizováni. K této formě se přistupuje, až když pro pacienta není nutný dohled lékaře a ošetření pacienta lze zajistit všeobecnou sestrou nebo jiným kvalifikovaným zaměstnancem v domácí péči. Druhou formou je **dlouhodobá domácí péče**, která je určena pro pacienty s onemocněním v chronickém stádiu (Krátká, 2008). Nejčastěji se jedná o pacienty s komplikovaným diabetem mellitus, s onemocněním pohybového aparátu, po cévních mozkových příhodách atd. V této formě je důležité zajistit komplexní péči, která zahrnuje zdravotní i sociální služby, které jsou provázeny v období měsíců až let (Meiner, 2015).

Třetí formou je **preventivní domácí péče**, kdy se jedná o pravidelné monitorování fyzického a psychického stavu. Sestry domácí péče obvykle u pacientů měří

fyziologické funkce, kontrolují stav výživy, psychický stav atd. V případě zhoršeného stavu pacienta, personál informuje pacientova ošetřujícího lékaře. Ke sledování dochází v různých intervalech. Může se navštěvovat pacient týdně, obden, ale není výjimkou i denní preventivní návštěva. Tato forma je vhodná pro starší věkové skupiny, zvláště když žijí sami (Kebza, 2014).

Čtvrtou formou je **domácí paliativní péče**, která je určena pro pacienty u kterých se ukončila kurativní léčba, a přešlo se na paliativní léčbu. Využívají ji pacienti, kteří chtějí zůstat v posledních chvílích svého života ve známém prostředí a poblíž svých blízkých. Podmínkou je, aby jim to dovoľoval jejich zdravotní stav a nebyli nuceni být hospitalizováni v hospici. Cílem této formy je zmírnění utrpení a umožnění důstojného umírání pacienta. Také je zde důležité dbát na blízkou rodinu, poskytnout jim emocionální podporu apod. Pátá forma je **jednorázová domácí péče**, kdy se jedná o výjimečné provedení jednorázového výkonu sestrou, kdy sestra provádí výkony, jako je aplikace injekcí apod. Tato forma je prováděna u pacientů, kteří mají problém docházet na odběry nebo aplikaci léků ke svému lékaři (Krátká, 2008).

### 2.2.2 Předepisování a financování domácí péče

Předepisovat poskytování domácí péče může lékař, který propouští pacienta do domácího prostředí, ale indikace je pouze na 14 dní po propuštění. Též poskytování domácí péče může indikovat praktický lékař na dobu delší než 14 dní. Podmínkou je, že musí, každý měsíc vydat doporučení na následující měsíc, kde popíše, jak často agentura bude pacienta navštěvovat, jaký bude obsah ošetřující péče a další informace (Holmerová, 2015).

Domácí péče může být dle Koncepce domácí péče financovaná z fondu veřejného zdravotního pojištění a podle vyhlášky MZČR č. 331/2007 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Další možností je přímou platbou od pacienta, když není např. pojištěný zdravotní pojišťovnou nebo zařízení nemá smlouvu s danou pojišťovnou. Další financování může být z darů, od sponzorů, grantů, nadací atd. (Česko, 2004). Pacienti v domácí péči mohou využívat i sociální péči a k ní si mohou požádat o státní příspěvek na péči (Hrozenská, 2013). K přiznání tomuto příspěvku je zapotřebí získat lékařský posudek a podstoupit sociální šetření. Tento příspěvek slouží na pokrytí alespoň části nákladů

pro zajištění potřebné péče pacientovi, v tomto případě využití agentur domácí péče (Čeledová, 2016).

Pro agentury domácí péče platí, že musí vykazovat zdravotní péči pojišťovněm (viz Příloha A) a musí se řídit platnou legislativou. V České republice je platná vyhláška MZČR č. 331/2007 Sb., ve znění pozdějších předpisů, ve které jsou uvedeny zdravotní výkony, metodika pořizování péče a způsoby doložení dokladů pojišťovně (Česko, 2007).

### 2.3 Všeobecné sestry v domácí péči

Na všeobecné sestry v domácí péči jsou kladeny velké požadavky od jejich odbornosti, pečlivosti až po samostatnost. Jejich práce zahrnuje samostatné plnění ošetrovatelských intervencí, ale v některých agenturách domácí péče je nutné, aby sestra pracovala v rozsáhlém ošetrovatelském týmu, který zahrnuje fyzioterapeuty, pečovatele, sociální pracovníky, lékaře aj. (Rabenseiferová, 2010). Práce všeobecné sestry se v první řadě musí zabírat prospěchem pacienta a následné věnování se komunikaci s rodinnými příslušníky z důvodu obvyklého vyžadování nadstandardní péče o svého blízkého (ČAS, 2008).

Všeobecná sestra se musí řídit dle vyhlášky MZČR č. 354/2017 Sb., ve znění pozdějších předpisů seznamem kódů k výkonům v odbornosti 925. Kód 06311 je určen k zavedení a možnému ukončení domácí péče a také k administrativě sestry, která se vykazuje dvakrát v jedné periodě pravidelné domácí péče. Kód 06349 je pro ošetřování pacientů, kteří jsou v terminálním stavu. Dále vyhláška obsahuje kódy, které jsou určeny pro stanovení návštěv podle časového rozsahu, ve kterých dle indikujícího lékaře je dána frekvence a minutová délka návštěvy sestry u pacienta. Agentury domácí péče mají dány čtyři typy ošetrovacích návštěv a přídatnou fyzickou asistenci. První typ návštěvy je pod kódem 06313, kdy návštěva sestry u pacienta trvá **30 minut**. Druhý typ s kódem 06315 je návštěva na **45 minut**, 06317 je třetí typ s délkou **60 minut** výkonů sestry u pacienta. Čtvrtým typem je **15 minut** s kódem 06318. Fyzická asistence pod kódem 06319 se využívá, když je manipulace či jiná náročnost s péčí pacienta pro jednu sestru nereálná, proto je povolána do domácnosti další sestra či jiný člen týmu na **30 minut** (Česko, 2017b). Typy návštěv a frekvenci dojíždění do domácnosti

se určují podle pacientova fyzického a psychického stavu (Holmerová, 2014). Maximálně lze do domácnosti pacienta dojíždět třikrát denně (Česko, 2017b).

Dále jsou všeobecné sestry povinny vykazovat pojišťovně kódy za použitý materiál viz Příloha B (Česko, 2017b). Všeobecné sestry mají kompetenci dle vyhlášky č. 391/2017 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků provádět celou řadu úkonů či získávat u pacienta bez indikace a odborného dohledu potřebné informace. Seznam kompetencí všeobecné sestry viz Příloha C (Česko, 2017a).

Sestry v domácí péči pracují podle ošetrovatelského procesu (Tóthová, 2014). Jedná se o metodu, kterou se poskytuje a řídí ošetrovatelská péče. Cílem ošetrovatelského procesu je preventivní předcházení problémů u pacienta nebo zmírnění či úplně odstranění problémů v individuálních potřebách pacienta (Česko, 2004b). Ošetrovatelský proces má pět fází. První fáze je **posouzení** (Tóthová, 2014). V této fázi sestra hodnotí stav jednotlivých potřeb pacienta, rodiny či komunity (Česko, 2004b). Dále shromažďuje, uspořádává a dokumentuje data, která získala rozhovorem, sledováním, měřením či testováním (Kudlová, 2016). Při testování sestra používá nejrůznější testy, ke kterým patří především testy aktivit prováděné každodenním životem. Tyto aktivity lze rozdělit na základní a instrumentální aktivity (Čeledová, 2016).

Do základních aktivit lze řadit Barthelův test základních všedních činností a případně Katzův index nezávislosti v každodenních aktivitách. V těchto testech lze zjistit pacientovu orientaci, komunikaci, sebeobsahu, také jak je pacient schopný se pohybovat v rámci lůžka, přemístění se z lůžka na křeslo, chůzi, pomoc při jídle, hygieně a výkonu fyziologických potřeb. Do instrumentálních aktivit lze zařadit test instrumentálních všedních činností, ve kterém lze zjistit, jak pacient vede svoji domácnost, jestli si pere, vaří, nakupuje, uklízí, jak nakládá s financemi, a jestli např. používá městskou hromadnou dopravu, auto atd. (Čeledová, 2016). Všechny tyto testy jsou užitečné nejen pro sestru, ale slouží jako motivace pro pacienta a jeho rodinu. Pokud před vyplňováním testu sestra informuje pacienta a rodinu o jejich pravdivé spolupráci a sdělí jim, z jakého důvodu jsou pro ni potřebné tyto informace získat a k čemu jí slouží, sníží tím snahu pacienta o jeho vědomé zkreslení odpovědí (Klevetová, 2017). Proto je v této fázi velice důležitá komunikace nejen s pacientem, ale i s rodinnými příslušníky (Messer, 2016).

Po získání všech potřebných informací sestra přechází na druhou fázi s názvem **diagnostika** (Tóthová, 2014). V této fázi si roztřídí a zanalizují data (Kudlová, 2016).

Ze získaných informací určí ošetrovatelský problém a diagnózu (Česko, 2004b). Dále by si měla rozpracovat naléhavost problémů pacienta, aby mohla začít se třetí fází s názvem **plánování**. V této fázi si stanoví cíle společně s pacientem. Cíle mohou být, jak krátkodobé tak dlouhodobé. Pro pacienty bývají častěji reálnější krátkodobé cíle, jelikož dlouhodobé jsou pro ně dlouhotrvající a nemusí v nich individuálně vidět žádný posun na sobě samém. Proto je podstatné, aby sestra uměla dlouhodobý cíl rozdělit na více krátkodobějších cílů. (Tóthová, 2014). Dále sestra navrhuje pacientovi opatření, kterými je možné dosáhnout stanovených cílů (Kudlová, 2016).

Po rozplánování cílů a vhodných intervencí pokračuje na čtvrtou fázi **realizaci**. V této fázi poskytuje sestra pacientovi péči, kterou provádí podle intervencí, které si stanovila. K tomu je nutné, aby u sebe měla potřebné vybavení. Sestra ve svém batohu má nejrůznější pomůcky a přístroje, které slouží k diagnostice a ošetřování pacienta. Patří k nim tonometr, fonendoskop, injekční jehly a stříkačky, nůžky, peán, pinzeta, emitní misky, cévky, obvazový materiál, rukavice, dezinfekční prostředky atd. (Česko, 2004a). Úkolem sestry není v této fázi jen splnění intervencí, ale také rodině a pacientovi může pomáhat při úpravě domácího prostředí. Může doporučit vhodnější pozici (otočení, přesunutí) lůžka, navrhnout odstranění menších koberců, po kterých by pacient mohl uklouznout a hrozil by pád. Také navrhuje připevnění madel (koupelna, WC), používání kompenzačních pomůcek, které jsou vhodné pro daného pacienta a v poslední řadě zajišťuje nejjednodušší přístup pacienta k telefonní lince (Krátká, 2008).

Po dokončení intervencí a návrhů si sestra zdokumentuje provedené ošetrovatelské činnosti. Následně v páté fázi **vyhodnocení** si zhodnotí efektivitu péče, kterou poskytla (Tóthová, 2014). Zhodnotí data s dosaženými výsledky a zapíše je do dokumentace. Poté pokračuje v ošetrovatelském plánu dále, nebo zkoriguje či ukončí plán péče (Kudlová, 2016).

## 2.4 Ošetrovatelská rehabilitace v domácí péči

Podle vyhlášky č. 391/2017 sestra smí ve spolupráci s logopedem, ergoterapeutem a fyzioterapeutem především provádět rehabilitační ošetrovatelství a v něm „*polohování, posazování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik mobility a přemísťování, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta*“ (Česko,

2017a, s. 4362). Také může provádět cviky, které zlepšují poruchy komunikace, polykání, vyprazdňování a v neposlední řadě provádět bazální stimulaci. Rehabilitační ošetřovatelství se tedy může řadit do celkové ošetřovatelské péče, která se provádí u pacientů s poruchami pohybu důsledkem poklesu energetických výkonů organismu (Česko, 2017a).

Rehabilitací sestra obnovuje nezávislost a plnohodnotný tělesný a duševní stav pacienta (Švestková, 2017). Stav člověka je obvykle ve stáří ovlivněn nemocemi a různými okolnostmi, včetně biologickou involucí. Pacient obvykle trpí dlouhodobým zdravotním problémem tzv. disabilitou. Může se jednat o problémy smyslové, duševní, ale nejčastější je omezení pohybu a soběstačnosti (Čeledová, 2016). Soběstačností lze rozumět schopnost, zajistit si samostatně běžné potřeby v určitém prostředí a zvládat každodenní aktivity (Čeledová, 2016). Holmerová (2014) popisuje soběstačnost jako přebývat v obvyklém prostředí a vyrovnat se s jeho nástrahami vlastními silami bez pomoci od jiného člověka. Poruchy soběstačnosti vznikají především z důvodu komplexních nebo velmi vážných stavů. U pacientů s vyšším věkem se obvykle jedná o následek chronického onemocnění. U mladších osob se jedná o důsledek vrozených či získaných vad nebo nejrůznějších onemocnění (Holmerová, 2014).

Soběstačnost je určena dvěma faktory, kterými jsou **zdatnost** pacienta a **bariéry v prostředí**. Lze tedy říci, že zlepšení nebo obnovení soběstačnosti lze tedy dosáhnout ovlivněním prostředí (odstranění překážek) nebo zvyšováním zdatnosti člověka (operací, protetikou, rehabilitací). Avšak největší roli k obnovení soběstačnosti v domácí péči zaujímá rehabilitační ošetřovatelství (Čeledová, 2016).

#### **2.4.1 Formy rehabilitačního ošetřovatelství**

Rehabilitační ošetřovatelství lze rozdělit do dvou forem. První forma je **pasivní**, do které lze zařadit polohování a pasivně prováděné pohyby. Forma druhá je **aktivní**, do které patří aktivní pohyby, kondiční a dechová cvičení, vertikalizace a v poslední řadě nácvik sebeobsluhy (Klusoňová, 2014).

### 2.4.1.1 Polohování

Zdravý člověk, mění svoji polohu podle své potřeby, ale nemocný člověk, který má problém svoji polohu z jakéhokoli důvodu změnit je většinou upoutaný na lůžko nebo křeslo. Z toho důvodu je podstatné, aby byl pacient polohovaný a zamezilo se působení imobilizačního syndromu (Pokorná, 2013). Imobilizačním syndromem lze rozumět odpověď organismu na imobilitu, která je způsobená upoutáním pacienta na lůžko či křeslo. Už po třech dnech upoutání pacienta na lůžko se začínají, objevovat změny funkcí kardiovaskulárního a motorického systému. Poté se může začít zhoršovat orgánová soustava, jelikož reaguje na omezení pohybové aktivity. Postupně změny postihnou svaly, klouby, kosti, vylučovací, dýchací, kožní systém, atd. Nejčastější jsou změny kožní, kdy dojde ke změně struktury i pevnosti kůže a podkoží. Z důvodu dlouhotrvajícího přímého tlaku kůže na podložku může vzniknout dekubitus (Hermanová, 2008). Proto uložením pacienta do určité polohy, kterou sestra pokládá za preventivní či účelnou předchází nebo minimalizuje další působení nežádoucího tlaku na danou oblast těla. Změna polohy nejen zamezí vzniku dekubitů, deformací či kontraktur, ale i změně plicní ventilace u pacienta (Klusoňová, 2014).

Při polohování může pacient zaujímat tři typy poloh. **Aktivní** polohu, kterou si pacient mění sám bez pomoci. Někdy z důvodů bolesti či jiných komplikací pacient zaujímá polohu **úlevovou**, kterou vyhledává záměrně, jelikož je mu vyhovující. Tato poloha může pomoci zmírnit bolesti či zlepšit dýchání atd. Aktivní či úlevovou polohu imobilní pacient obvykle nemůže provést sám, proto by měla sestra či rodinný příslušník u pacienta provést **pasivní** polohu. Když do pasivní polohy pacienta někdo uloží, tak zůstane v této poloze ležet či sedět, jelikož není schopen sám změnit polohu. Proto je důležité, aby u pasivního polohování docházelo k pravidelné změně polohy z důvodu prevence výše zmíněných nežádoucích komplikací (Pokorná, 2014).

Všeobecným sestrám v domácí péči může ulehčit práci s polohováním, kvalitně vybavená lůžka s antidekubitní matrací nebo s elektrickým ovládáním na polohování. Jelikož mnoho pacientů v domácí péči takové možnosti vybavení nemá, z toho důvodu sestra používá pomůcky, které zajistí fyziologické postavení těla a zabezpečí danou polohu. K tomu používá pomůcky z molitanu, které jsou různých tvarů. Jedná se o klíny, čtverečky aj. Dále se používají pomůcky nafukovací, sáčky plněné pískem, polštáře plněné kuličkami, bedničky či obyčejné polštáře. Pro účelnou pasivní

rehabilitaci je tedy podstatné dodržovat fyziologické postavení těla v lůžku polohováním (Klusoňová, 2008).

#### **2.4.1.2 Pasivně prováděné pohyby**

Pasivní pohyby provádí sestra sama bez pomoci pacienta. Jedná se o pasivní pohyby v oblasti kloubu. Tyto pohyby se provádějí nejčastěji u pacientů, kteří z důvodu kontraktur kloubů nemohou vlastní silou překlenout vazivovou kontrakturu nebo jako preventivní opatření u imobilních pacientů. Pohyby by měly být sestrou vykonávány pomalu a plynule. Zlepší-li se kondice v pohybu kloubu, následuje přechod na aktivní pohyby (Dungl, 2014).

#### **2.4.1.3 Aktivní pohyby**

Aktivní cvičení vede k celkovému zlepšení prokrvení těla, k udržování svalového napětí a podílí se na ovlivnění psychického stavu pacienta. Aktivní pohyby pacient provádí vlastní vůlí i silou. Proto je důležité, aby u tohoto cvičení sestra pacienta motivovala a prováděla kontrolu zadaných cviků (Dvořák, 2013). Podle stahu svalů lze rozdělit cviky na izotonické a izometrické. Izotonické cviky jsou prováděné pod stálým svalovým napjetím a sval se u toho zkracuje. Vzniká tedy kontrakce svalu a tím pohyb. K izotonickým cvikům patří každodenní aktivity např. chůze, jízda na kole, plavání, běh atd. Tyto cviky může provádět i pacient upoutaný na lůžko např. jako jízdu na kole ve vzduchu, plavání stylem prsou ve vzduchu atd. Při tomto cvičení roste svalová síla, vytrvalost a dochází ke zlepšování kardiovaskulární funkce. Zvyšuje se srdeční frekvence, minutový objem a tím dochází k zlepšování prokrvení všech částí těla. Tlak krve se při izotonických pohybech nemění nebo jen minimálně (Trachtová, 2013).

U izometrických neboli statických cviků se mění svalové napětí, ale nedochází ke změně svalové délky. Tyto cviky jsou vhodné pro dlouhodobě ležící pacienty, aby docházelo k posilování svalů, které jsou nejvíce důležité k chůzi. Řadí se k nim svaly stehen, břicha a hýždí. Jedná se o napětí, které musí pacient vytvořit v určitém svalu.



Pacienta sestra vyzve k tomu, aby zatnul určitý sval a v tomto stavu vydržel a počítal např. do pěti. Poté následuje uvolnění daného svalu. Toto se opakuje třikrát až pětkrát za sebou (Vytejková, 2011). U izometrického cvičení dochází k mírnému zvýšení tepové frekvence a minutového objemu srdce. Dochází k výraznému prokrvení těla a k zvyšování krevního tlaku (Trachtová, 2013). Tyto cviky zatěžují srdeční sval, proto by se neměly cvičit s pacienty, kteří trpí onemocněním srdce (Vytejková, 2011).

### **2.4.1.3 Kondiční cvičení**

Kondiční cvičení se zaměřuje na udržování celkové aktivity pacienta a zlepšování svalové síly i výkonnosti. Jedná se o opatření, která předchází vzniku somatických komplikací či sekundárních změn svalstva. Cílem kondičního cvičení je zvyšovat fyzickou zdatnost, především odstranit nebo úplně zamezit zkracujícím se pohybům v kloubech. Cvičení také vede ke zlepšení látkové přeměny. Východiska kondičního cvičení se odráží od stavu pacienta, jestliže je plně upoután na lůžko nebo je schopen si sednout či je schopen chůze. Začátkem denního kondičního cvičení bývá ranní rozcvička, která má pro pacienta vliv na fyziologické funkce a psychický stav. Další cviky jsou zaměřeny na udržování funkcí především částí těla, která nejsou porušena a pacient je s nimi schopný sám hýbat (Klusoňová, 2014). Všechny cviky, které pacient provádí, by měly být pomalé, rytmické a především šetrné. Nejprve se provádí cviky jednodušší poté složitější. Jakákoliv bolest, únava či nevolnost jsou známkou pro ukončení cvičení (Vytejková, 2011).

Kondiční cvičení se provádí většinou jednou až dvakrát denně a délka cvičení bývá okolo deseti až patnácti minut. Ke cvičení se doporučuje, aby pacient používal pomůcky, které mu pomohou při zvyšování síly atd. Jedná se o činky, tyče, cvičicí gumy aj. Pro mnoho pacientů je příjemné poslouchat hudbu a současně s hudbou a pravidelnými nádechy a výdechy cvičit. Na celé cvičení v domácí péči dohlíží sestra a je pacientovi připravena vždy pomoci či poradit. Kontraindikací ke cvičení je celkový nepříznivý stav pacienta, bolesti, zvýšená tělesná teplota nebo jiné poruchy, které pacient udává (Klusoňová, 2014).

#### 2.4.1.4 Dechové cvičení

Dechové cvičení významně potlačuje příznaky onemocnění dýchacího ústrojí a vede k prevenci onemocnění u dlouhodobě imobilních pacientů. Cílem dechového cvičení je odstranění chyb v dýchání, uvolnění sekretu z dýchacích cest, podpoření vykašlávání a nacvik účelného dýchání, kterým má u pacienta dojít k dokonalému provzdušnění plic (Trachtová, 2013). Také je snahou docílit snížení bronchiální obstrukce a případně zabránit vzniku zánětu, který se může v dýchacích cestách vyskytnout. Dechové cvičení sestra u pacienta provádí vždy individuálně. Dechové cvičení lze rozdělit na dýchání statické, dynamické a lokalizované. U dýchání statického by sestra v první řadě měla vyvětrat pokoj, poté by měla pacienta vyzvat k hlubokému dýchání nebo k dýchání proti odporu či k výdechu spojeného se syčením. Toto dýchání se provádí několik minut. Statické dýchání bývá pro všeobecnou sestru jedno s nejméně časově náročných (Barknowitz, 2014).

Dynamické dýchání je založené na koordinaci dechu do určitého rytmu. Provádí se vyzváním pacienta, aby s nádechem své horní končetiny oddálil od těla a s výdechem končetiny vrátil zpět k tělu. Tomuto dýchání předchází ukázka sestry, jak toto dýchání provádět, aby nedošlo k nesprávnému oddalování končetin. Lokalizovaným dýcháním sestra usiluje o zvýšení pohyblivosti určitých částí hrudníku, především k roztahování plic. K tomuto dýchání je zapotřebí kontaktu rukou sestry na hrudníku pacienta, kdy sestra vyzve pacienta, aby dýchal, a svými rukama mu stlačováním hrudníku pomáhá při výdechu. Toto dýchání se provádí nejprve vleže, poté je-li možno v sedu či ve stoje. U tohoto dýchání může sestra využít vibrace na určitou část hrudníku, aby došlo ke kvalitnějšímu prodýchnutí určité části (Barknowitz, 2014).

K dechovému cvičení lze řadit také bronchiální hygienu a autogenní drenáž. Hygienu bronchů je nutné provádět u pacientů, kteří trpí nemocemi dýchacího ústrojí a jejich plíce jsou zahleněny. Cílem sestry je uvolnění hlenů, kterého docílí indikovanou inhalací, která vede k lepšímu vykašlávání hlenů. Metoda dýchání s inhalací je taková, že po inhalaci se pacient hluboce nadechne a poté zprudka vzduch vydechne otevřenými ústy. Není-li u pacienta indikována inhalace, lze uvolnění sekretu docílit vibrační masáží či míčkováním. U bronchiální hygieny by sestra neměla používat poklep na hrudi z důvodu hrozícího zkolabování bronchiolů či možného uvolnění sekretu do nižších etáží plic. Při míčkování sestra jezdí pacientovi molitanovými míčky po hrudníku a tím dochází k uvolňování tenze ve tkáních a následnému uvolnění hlenu.

U autogenní drenáže je nutné dostat do plic pomalým nádechem, co nejvíce vzduchu a tím lze docílit přívod vzduchu i za obstrukci, která je způsobena např. hlenem a následný pomalý a plynulý výdech. Tím dojde k posunutí hlenu do vyšších etáží a následné vykašlání hlenu (Mcconnell, 2013). Toto cvičení trvá několik minut a provádí se několikrát za den (Vytejková, 2011).

#### **2.4.1.5 Vertikalizace**

Vertikalizace je postupná změna polohy pacienta z polohy vleže do polohy vsedě či do stoje. Je-li stav imobilního pacienta zlepšen, poté je sestrou veden k postupné vertikalizaci. Cílem vertikalizace je získat maximální nezávislost pacienta v každodenních pohybových činnostech. Velkým pomocníkem při vertikalizaci je lůžko s funkcí náklonu do laterální strany či s funkcí zdvižení horní části těla. Jelikož lůžko s touto funkcí mnoho pacientů v domácí péči nemá, je nutno provádět vertikalizaci jinak. Začíná se posazováním pacienta v lůžku s nataženými dolními končetinami, kterého dosáhne pomocí pomůcek určených přímo pro vertikalizaci (hrazda, žebřík atd.). Nemůže-li pacient sám sedu dosáhnout, pomůže sestra tahem za obě ramena dokončit sed a za záda mu vloží zábranu (válec, polštář atd.), aby nedošlo ke zpětnému položení pacienta do lehu (Klusoňová, 2008).

Chce-li sestra posadit pacienta s nohama spuštěnými dolů z lůžka, nejprve by měla provést bandáž dolních končetin. Po provedení bandáží sestra jako první pacienta na lůžku obrátí na jeden bok a jeho dolní končetiny, které jsou pokrčené, přesune přes okraj lůžka. Vsune jednu svoji ruku pacientovi pod trup a druhou mu pomůže přitáhnout jedno rameno, aby se mohl lépe posadit. U sedu v lůžku je nutné, aby pacient neměl volně svěšené dolní končetiny z lůžka, ale aby byly podloženy bedýnkou či jinou pomůckou. Při volném ponechání dolních končetin může dojít ke zvýšení tlaku v podkolení jamce. Chce-li sestra pacienta posadit z lůžka na židli, WC křeslo či jiné křeslo je nutné, aby se postavila na jednu stranu pacienta, a jednou rukou chytla pacienta kolem pasu a jednu pacientovu horní končetinu si vložila na své rameno a tu si přidržovala svojí rukou. Poté se pacient s pomocí postaví a sestra zafixuje kolena pacienta zapřením svých kolen mezi jeho a pomalým pootáčením celého těla nasměruje pacienta na křeslo a pomalu jej posadí (Klusoňová, 2008).

Dokáže-li se pacient bez problémů zvedat z lehu ve stabilní sed, je možné přejít k vertikalizaci do stoje. Při stavění se z lůžka pacient přidržuje jednou rukou lůžka, berle či sestry. Sestra vždy stojí před pacientem a má položené ruce na jeho lopatkách. Pokud docílí pacient stability stoje, sestra přejde na bok pacienta a drží jej kolem pasu a může se začít provádět nácvik chůze (Dvořák, 2013).

### **3 Výzkumná část**

#### **3.1 Cíle práce a výzkumné otázky**

##### **Cíle práce**

- 1) Zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádí dechová cvičení.
- 2) Zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádí kondiční cvičení.
- 3) Zjistit, jakým způsobem jsou všeobecné sestry v domácí péči školeny v rehabilitačním ošetřovatelství.

##### **Výzkumné otázky**

- 1) Jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádí u pacientů dechová cvičení?
- 2) Jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádí u pacientů kondiční cvičení?
- 3) Jakým způsobem jsou všeobecné sestry v domácí péči školeny v rehabilitačním ošetřovatelství?

#### **3.2 Metodika výzkumu**

Výzkumná část je zpracována kvalitativní metodou výzkumu, ke kterému je využita technika polostrukturovaného rozhovoru (viz Příloha D). Technika polostrukturovaného rozhovoru podle Hendla je velice náročná na čas pro tazatele i respondenta, ale výhodou je, že umožňuje získat kompletní informace v okruhu problémů, který je zjišťován (Hendl, 2016). Rozhovor obsahuje 16 otevřených otázek. Z toho 2 otázky jsou identifikačního charakteru a 14 otázek se vztahuje vždy k určitému cíli.

Rozhovory byly realizovány od září 2018 do října 2018 v agentuře domácí péče (viz Příloha H). Z důvodu anonymity agentury domácí péče není v práci uveden název agentury. Originální protokol k provádění výzkumu s názvem agentury je možné

si vyžádat u autora práce. Zkoumaný vzorek byl tvořen pěti všeobecnými sestrami z agentury domácí péče. Sestry byly osloveny vždy po konci směny na jejich provozovně a následně byl s nimi proveden rozhovor. Jejich výběr byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Všechny sestry podepsaly souhlas s provedením rozhovoru. Souhlasy je možné si vyžádat u autora práce. Informace získané od sester byly zaznamenány pouze formou písemnou (viz Příloha E). Následně byly rozhovory doslovně přepsány v programu Microsoft Office Word 2010 (viz Příloha F). Poté byla všeobecným sestrám přidělena náhodná čísla, např. S1,S2 atd. Analýza získaných dat z rozhovorů proběhla metodou tužka a papír, kódování v ruce (viz Příloha G). Z odpovědí byly vytvořeny kategorie a podkategorie, které poté byly zpracovány v programu M8! – Mind Map, který je určen pro tvorbu myšlenkových map.

### **3.3 Analýza výzkumných dat**

**Sestra 1** (dále jen S1), je 26letá žena, která pracuje jako všeobecná sestra čtyři roky. V domácí péči pracuje rok a půl. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborná škola.

**Sestra 2** (dále jen S2), je 36letá žena, která pracuje 16 let v oboru všeobecná sestra. V domácí péči pracuje 3 měsíce. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra.

**Sestra 3** (dále jen S3), je 48letá žena, která po dokončení střední zdravotnické školy pracovala mimo zdravotnictví, ale před pěti lety se vrátila ke svému vystudovanému oboru a pracuje jako všeobecná sestra. V domácí péči pracuje 8 měsíců.

**Sestra 4** (dále jen S4), je 45letá žena, která má dokončenou střední zdravotnickou školu a jako všeobecná sestra pracuje 21 let. V domácí péči pracuje 6 let.

**Sestra 5** (dále jen S5), je 30letá žena, která pracovala 3 roky v nemocnici a nyní pracuje 5 let v domácí péči. Její nejvyšší dosažené vzdělání je ukončené bakalářské studium.

### 3.3.1 Kategorie dechová cvičení

Z analýzy rozhovorů s respondenty, vyplynulo jak často a jakými technikami provádí dechová cvičení s pacienty, a jaké k tomu používají pomůcky. Ve schématu (viz Schéma 1) je znázorněno, jak často a jak dlouho provádějí všeobecné sestry dechová cvičení u pacienta v domácí péči. Na otázku, jak často provádějí dechové cvičení u pacienta, S5 uvedla „*dechové cvičení s pacientem dělám obvykle 1x denně. Někdy, když k pacientovi jedu vícekrát za den, není problém cvičení zopakovat, má-li s dechem problémy*“. Velmi podobně odpověděly i S2, S3 a S4. Např. S4 odpověděla, že „*dechová cvičení provádím 1x denně*“. S3 sdělila, že „*každý den jedenkrát provádím dechové cvičení s pacientem*“. Jen S1 uvedla „*Já dechové cvičení s pacientem provádím většinou 2x denně. Někdy, když je potřeba tak vícekrát denně, ale to se stává jen někdy, takže spíše bych odpověděla, že 2x denně*“.

Dále bylo zjišťováno, jak dlouho všeobecné sestry v domácí péči provádějí dechová cvičení u pacienta (viz Schéma 1). S1 odpověděla „*já dechové cvičení s pacientem provádím většinou cca 5 minut*“. Odpověď S3 a S5 zněla velmi podobně. S3 odpověděla „*5 minut provádím dechové cvičení s pacientem*“ a S5 uvedla „*dechové cvičení s pacientem dělám obvykle okolo 5 minut*“. Kdežto S2 odpověděla „*dechovým cvičením vždy začínám a trvá tak 10 minut*“. Toto potvrdila i S4, která uvedla „*dechová cvičení provádím zhruba 10 minut*“.

Dále bylo zjišťováno, jakým způsobem všeobecné sestry provádějí dechová cvičení (viz Schéma 1). Každá sestra provádí dechová cvičení u pacienta několika technikami, a to každá z nich nejméně dvěma. Některé techniky se u dotazovaných shodovaly. S1, S4 a S5 provádějí dýchání proti odporu a to buď jako dýchání do vody nebo do gumové rukavice. Kdy S1 uvedla „*naleji do hrnečku vodu a dám mu do něj brčko a pacient přes brčko bublá do vody. Pacienta poučím, že může kdykoliv přes den dechová cvičení provádět sám*“. Toto potvrzuje i S4 a S5. Kdy S4 řekla „*potom zkusíme slámku ponořit do vody a pacient zkusí co nejdéle foukat do vody a dýchat*“. S5 uvedla „*potom si většinou vezmu hrníček s vodou a do něho strčím slámku a pacient se snaží bublat do vody*“. Jediná S1 provádí dechové cvičení u pacienta s gumovou rukavicí, kdy popisuje postup, tím že „*dám pacientovi gumovou rukavici, kterou postupně nafukuje*“.

Následně bylo zjišťováno, že S2, S3, S4 a S5 s pacientem při každém dechovém cvičení provádějí nácvik hlubokého dýchání. S2 se v rozhovoru vyjádřila, že zároveň

využívá i dynamické dýchání, kdy odpověděla „*provádím s pacientem hluboké dýchání, kdy pacient zaujme polohu vsedě, posiluje a protahuje svaly na hrudníku nejen dechem, ale při tom cvičení zapojujeme i horní končetiny, kdy pacient zvedá ruce při nádechu a při výdechu je vrací zpět*“. K tomu ještě dodala „*potom když pacient si nemůže sednout, tak je dechové cvičení prováděno vleže, kdy při nádechu zvedá ruce za hlavu a po výdechu vrací zpět k bokům*“. Dále S4 doplňuje, že u hlubokého dýchání u pacienta, který je toho schopen, využívá zadržování dechu, aby pacient procvičoval svůj dech i jiným způsobem než jen hlubokými nádechy.

Následně bylo zanalyzováno, že dalším cvičením, které sestry v rámci dechového cvičení využívají, je dýchání do břicha. Toto cvičení provádí dvě sestry a to S2 a S3. Kdy S2 v rozhovoru odpověděla, že „*potom ještě cvičíme dýchání do břicha, kdy pacient hlubokým nádechem nafoukne břicho a při výdechu jej uvolní*“. S3 uvedla podobnou odpověď „*provádím to s pacientem tak, že leží, dá si ruce na břicho, udělá hluboký nádech a výdech*“.

Další otázka v této kategorii se dotazovala toho, jaké pomůcky všeobecné sestry používají k dechovému cvičení (viz Schéma 1). Pokud sestry uvedly, že nějaké pomůcky používají, tak tato otázka byla doplněna podotázkou, zdali uvedené pomůcky mají k dispozici v automobilu či batohu nebo pomůcky má pacient v domácím prostředí. S1 a S5 se shodly na tom, že k dechovému cvičení používají brčko s hrnkem. S4 neuvedla hrnek, ale řekla, že „*nejvíce používanou pomůckou je slámka*. S2, která používá u hlubokého dýchání také cvičení končetin, řekla „*když se klient cítí, tak si při cvičení vsedě vezme třeba měkký větší balónek a zvedne jej nad hlavu a u toho hluboce dýchá podle toho, jak říkám, aby dýchal*“. Sestra S1 používá k dechovému cvičení ještě gumovou rukavici. Jediná S3 nepoužívá žádné pomůcky.

Na podotázku sestry S2, S4 a S5 uvedly, že žádné pomůcky k dechovému cvičení sebou nevozí. Všechny pomůcky, které potřebují, si půjčují od pacienta. Jediná S1 vozí sebou dvě pomůcky. Její odpověď zněla „*ne, hrnek si vždy půjčím od pacienta, brčko většinou pacienti doma také mají, ale to a rukavici mám u sebe v batohu*“.



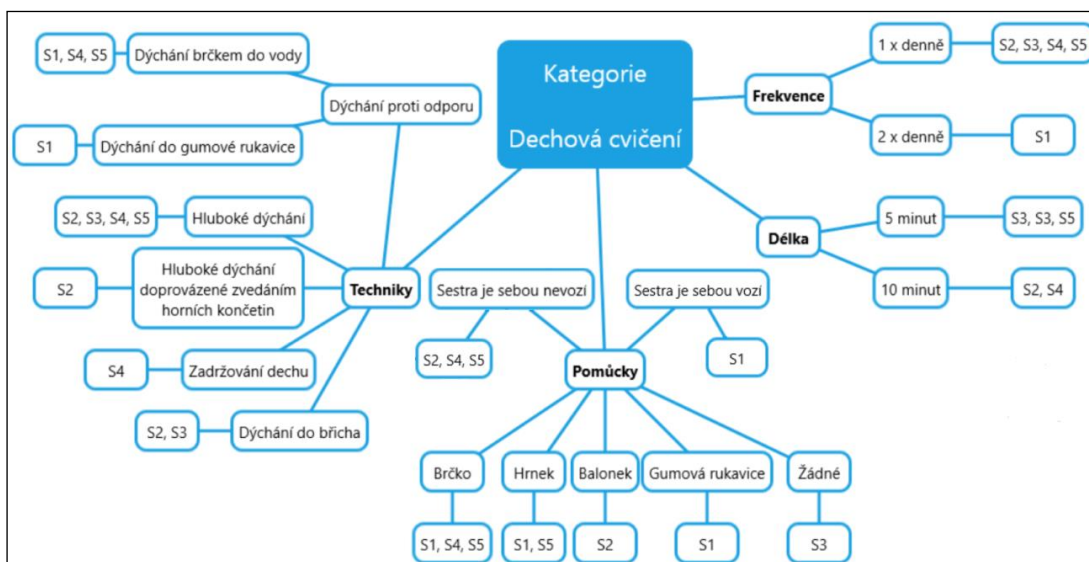


Schéma 1 Dechová cvičení (Zdroj: autor)

### 3.3.2 Kategorie kondiční cvičení horních končetin

Tato analýza rozhovoru zobrazuje kondiční cvičení horních končetin, kdy bylo cílem zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry provádějí kondiční cvičení horních končetin. Dále bylo zjišťováno, jak toto cvičení provádějí často a dlouho. V neposlední řadě byly sestry dotazovány na to, jaké pomůcky používají k tomuto cvičení a zdali je vozí sebou. Tuto celou kategorii zobrazuje Schéma 2. Ve schématu (viz Schéma 2) je zobrazeno, jak často a dlouho provádí všeobecné sestry v domácí péči kondiční cvičení horních končetin s pacientem. Sestra S1 uvedla, že „*kondiční cvičení rukou s pacientem provádím 2x denně*“. Kdežto S2, S3, S4 a S5 odpověděly stejně a to, že kondiční cvičení horních končetin provádějí 1x denně.

Dále sestry S1, S2 a S5 uvedly, že u pacienta provádějí kondiční cvičení horních končetin každý den v celkovém čase 15 minut. S2 dodává „*cvičení horních končetin dělám při každé rehabilitaci, kdy pacient je schopný sám nebo s mojí pomocí procvičit horní končetiny. Toto cvičení provádím po dechovém cvičení asi 15 minut*“. S3 řekla, že toto cvičení provádí s pacientem 10 minut. Kdežto S4 odpověděla že, „*Kondiční cvičení horních končetin provádím nejdéle, protože to k sebedpěči pacientů potřebuji nejvíc. Časově je to individuální, každý pacient to má jinak, obvykle tak 20 minut*“.

Technik pomocí, kterých všeobecné sestry provádějí kondiční cvičení horních končetin, bylo mnoho (viz Schéma 2). Každá sestra využívá jiné techniky, ale nejvíce

využívaným způsobem bylo kroužení horními končetinami od zápěstí po paže. Tuto techniku využívají sestry S1, S2, S3 a S4. Dále sestry často využívají u pacientů mačkání míčků či jiného předmětu v ruce. S5 odpověděla „*poté si vezme míček či pokud má nějakou pomůcku, jako je váleček nebo i plyšák a zkusíme tuto věc mačkat silou a zase povolovat*“. Podobnou odpověď uvedly i sestry S1, S3 a S4.

Sestry také s pacienty procvičují prsty, kdy sestra S5 řekla „*Procvičování začínáme procvičením prstů, takže to vypadá, jakože hrajeme na klavír, snaží se pacient dotknout každým prstem palce atd.*“. Také velmi podobně odpověděla S4 „*Pacient se posadí nebo položí do polohy mu vhodné a začínáme procvičováním prstů, kdy pacient vlní prsty nebo je krčí*“. Následně S2 a S5 uvedly, že s pacientem cvičí předpažení horních končetin. Sestra S4 a S5 řekly, že s pacienty posilují svaly horních končetin pomocí činek z toho důvodu, aby pacienti více namáhali svaly. Dále S2 a S3 uvedly, že pacienta vyzvou k tomu, aby sepnul svoje dlaně a zvedal je nad hlavu či ve vzpažení s nimi cvičil do boku. V poslední řadě S3 uvedla, že s pacienty cvičí zvedání ramen a pacient „*provádí také protitlak ruky do mojí dlaně*“.

Další otázka se zabývala pomůckami, které všeobecné sestry používají v rámci kondičního cvičení horních končetin. Všechny pomůcky jsou zřejmě z následného schématu (viz Schéma 2). Sestra S4 uvedla „*Pomůcky, které používáme, jsou, když pacient má doma menší třeba 0,5 kg činky, tak je použijeme*“. S touto odpovědí se ztotožňuje i S5. Dále sestry pro kondiční cvičení horních končetin využívají malé míčky do dlaně. Tyto míčky využívají S1, S3, S4 a S5. Sestra S3 odpověděla „*pokud má pacient míček do dlaně, tak s ním provádí mačkání balonku*“. Sestra S5 používá ke cvičení ještě gumový váleček do dlaně. Jediná S2 uvedla „*žádné pomůcky k cvičení nepoužívám*“.

Pokud sestra používá nějaké pomůcky, tak byla k této otázce dotazována na podotázku, zdali si vozí pomůcky sebou. Tyto tvrzení jsou uvedeny také ve Schématu 2. Všechny sestry, které nějaké pomůcky používají, uvedly, že žádné pomůcky pro kondiční cvičení sebou nevozí. Pomůcky, které jsou potřebné ke cvičení, má pacient vždy u sebe.

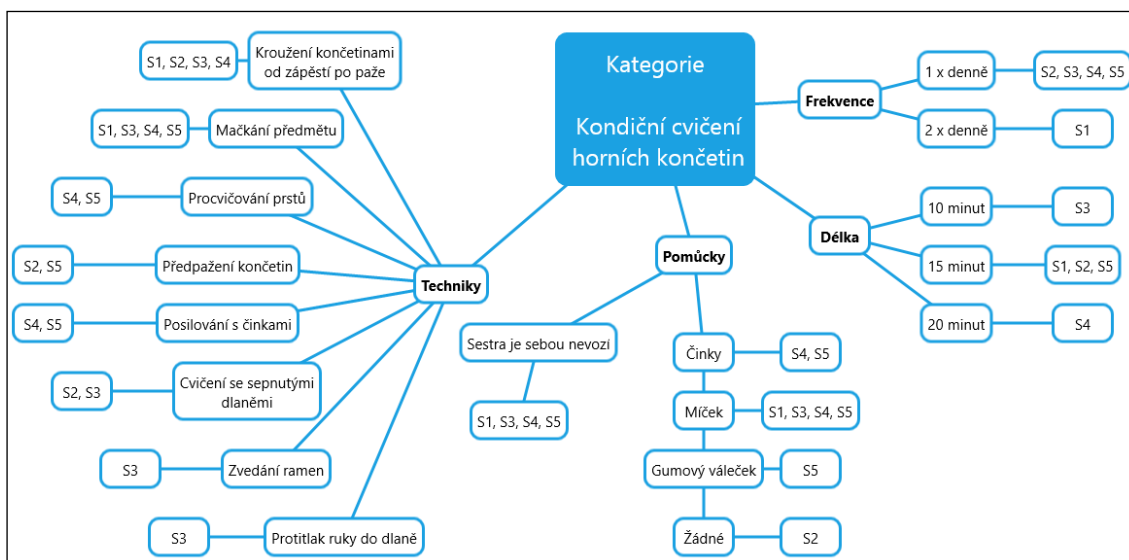


Schéma 2 Kondiční cvičení horních končetin (Zdroj: autor)

### 3.3.3 Kategorie kondiční cvičení dolních končetin

Výsledky z analýzy rozhovorů ukazují kondiční cvičení dolních končetin všeobecnou sestrou v domácí péči. V této oblasti bylo cílem zjistit, jak dlouho a často všeobecné sestry provádějí u pacientů kondiční cvičení dolních končetin a také jakým způsobem je toto cvičení prováděno. Zájem se týkal také pomůcek, které jsou potřeba a zdali tyto pomůcky sestra vozí sebou k pacientovi. V této kategorii je i zahrnuta otázka, jaké další cvičení sestry využívají u pacientů. Jednalo se o zjištění provádění vertikalizace či jiných druhů cvičení. Tato kategorie je zobrazena v jednom schématu (viz Schéma 3). Toto schéma (viz Schéma 3) ukazuje, jak často a dlouho provádějí všeobecné sestry kondiční cvičení dolních končetin u pacienta v domácí péči. S1 uvedla že „cvičení provádím 2x denně“. Sestry S3, S4 a S5 odpověděly jako S2 a to „cvičení dolních končetin děláme při rehabilitaci tedy 1x denně, kdy je pacient schopný sám nebo s pomocí procvičit nohy“. S1, S2, S5 se ztotožnili z odpovědi S4, které uvedla, že „kondiční cvičení dolních končetin se snažíme provádět s pacientem, co nejdéle to umožní stav pacienta, většinou tak 15 minut“. Samotná S3 v rozhovoru sdělila, že kondiční cvičení dolních končetin provádí s pacientem 10 minut.

Následně byla položena otázka, jakým způsobem všeobecné sestry provádějí kondiční cvičení dolních končetin. Bylo zjištěno, že sestry v domácí péči využívají u pacientů osm technik ke cvičení (viz Schéma 3). Nejvíce využívanou technikou

je kroužení dolními končetinami, kdy k tomu sestra S5 sdělila „*Takže cvičení začíná tím, že kroužíme nohama, do kroužku od spodní části až po celou nohu. Vím, že vsedě to někdy moc nejde, ale co pacient zvládne, to zvládne*“. S1 uvedla „*pacient krouží chodidly vsedě na lůžku*“. S těmito odpověďmi se ztotožňuje i S2 a S4. Dále často využívaný způsob cvičení je zvedání natažených dolních končetin nahoru a dolů. Tuto techniku využívají S2, S3, S4 i S5.

Dále dvě sestry S2 a S3 provádějí s pacientem šlapání na kole ve vzduchu, zvedání pánve s pokrčenými dolními končetinami, přitahování končetin k břichu a cvičení prstů. S2 k tomu v rozhovoru uvedla, že „*potom pacient začne pokrčovat dolní končetiny v kolenech a přitahovat k břichu, může zkusit cvik, kdy to vypadá, jakoby jel na kole. Dále při pokrčených kolenech zvedá pánev a posiluje i břišní svaly*“. S3 „*říkám pacientovi, co má dělat a on provádí např. šlapání na kole, nebo má pokrčené dolní končetiny a zvedá pánev nebo natáhne dolní končetiny a řeknu mu, aby dával kolena k břichu. Také s pacientem provádím střídavé přitahování a propínat špiček a prstů*“. S1 a S5 sdělily, že cvičí se cvičicí gumou či ručníkem, který si pacient zahákne za chodidlo a následně pomůcku drží oběma rukama a zvedá dolní končetinu. Jediná S2 ještě dodala, že „*Pokud má pacient nafukovací balonek, tak si jej dá mezi kolena a zkouší ho mačkat, tímto cvikem posiluje vnitřní stranu stehen*“.

Na otázku jaké pomůcky používáte k provádění kondičnímu cvičení dolních končetin, odpověděly S3 a S4, že žádné pomůcky nepoužívají (viz Schéma 3). Sestra S1 uvedla, že ke cvičení používá ručník. S2 využívá balonek a S5 cvičicí gumu. Sestrám, které nějaké pomůcky uvedly, byla položena podotázka, jestli tyto pomůcky mají u sebe, když jedou k pacientovi (viz. Schéma 3). Sestry S1, S2 i S5 uvedly, že pomůcky sebou nevozí, že je má vždy pacient u sebe. Pokud pomůcku pacient nemá, nevyžívají konkrétní techniku cvičení.

Poslední otázka v této kategorii se vztahovala k tomu, jaké další cvičení všeobecné sestry využívají u pacientů v domácí péči. Schéma 3 ukazuje výsledky této analýzy, kdy všechny sestry uvedly, že s pacienty (kteří jsou toho schopni), provádějí při ošetrovatelské rehabilitaci nácvik chůze. S5 o tom řekla „*S některými pacienty provádím nácvik chůze. Většinou pacient má u sebe doma chodítka, takže mu pomohu, někdy i stoupne sám a procházíme se po bytě*“. S4 uvedla „*S pacienty využíváme i cvičení, kdy nacvičujeme chůzi o francouzských holí nebo chůzi s chodítky*“. S1, S2 a S3 odpověděly velice podobně. Dále S5 odpověděla, že „*U méně zdatných pacientů nacvičujeme jen stoj o chodítka*“. Vertikalizaci s pacienty provádí všechny

sestry. Poslední cvičení, které sestry provádějí je přenášení vlastní váhy ve stoje. Tuto techniku cvičení využívá S1 a S5. Sestra S5 k tomu sdělila, že pacient „*snáží se přenášet váhu z jedné strany na druhou nebo zvedat jednu a poté druhou končetinu*“.

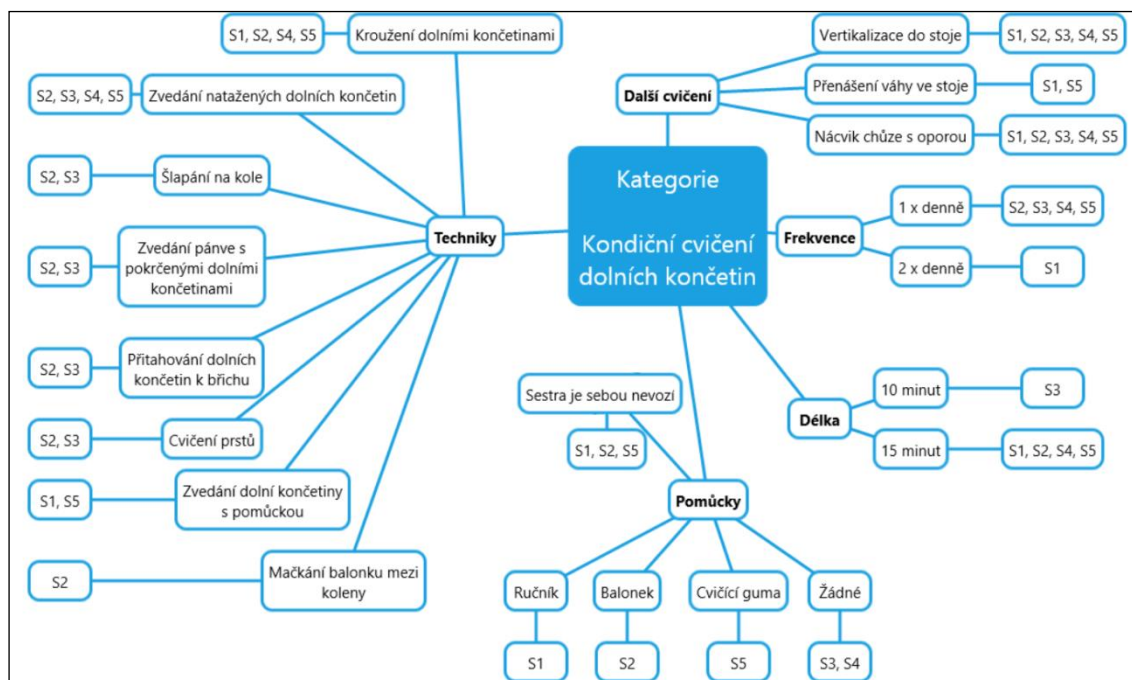


Schéma 3 Kondiční cvičení dolních končetin (Zdroj: autor)

### 3.3.4 Kategorie školení v rámci rehabilitačního ošetřovatelství

Výsledky analýzy rozhovorů poukazují na školení všeobecných sester v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství v domácí péči. Zkoumané otázka v této kategorii se vztahují k tomu jak často, jakým způsobem jsou sestry školeny a jaké informace získané ze školení všeobecné sestry v rehabilitačním ošetřovatelství využívají v praxi. Také byly zanalyzovány odpovědi o návrzích, které by všeobecné sestry uvítaly ve školení v rámci rehabilitačního ošetřovatelství.

Na otázku, jak často jste školená v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství, se odkazuje Schéma 4. S1 odpověděla „*Velmi málo, spíše na vlastní iniciativu*“. Tato odpověď nebyla dostatečně přesná, proto sestra byla dotázána, jestli může upřesnit pojem velmi málo. Uvedla „*1x za moji práci v domácí péči*“. Obdobně uvedla S5 „*No co si vzpomínám, měly jsme myslím jedno školení ohledně rehabilitace*“.

*pacienta, myslím, že je to nějaký rok dozadu“.* Toto potvrzuje i S4 *„Školení v domácí péči si pamatuji, že proběhlo kdysi, je to tak před 2 lety nebo tak nějak. Ale bylo to jen teď jednou. Jindy neproběhlo“.* Sestra S2 s S3 se přiznaly, že v domácí péči ohledně rehabilitačního ošetřovatelství školeny nikdy nebyly. S3 doplnila *„Takže vše co využívám v praxi, si pamatuji ještě ze studia“.*

Schéma 4 také představuje způsob školení v rehabilitačním ošetřovatelství včetně rozsahu a obsahu. Sestry S2 a S3 se k této otázce nemohly vyjádřit, jelikož u nich neproběhlo žádné školení. Další sestry se shodly, že proběhlo jedno školení ohledně rehabilitačního ošetřovatelství a to formou prezentace s následnými ukázkami určitých způsobů, jak rehabilitační ošetřovatelství provádět. S5 o tom uvedla *„Co si vzpomínám, tak jsme měli nějakou prezentaci ohledně rehabilitace pacientů a poté nám paní ukazovala nějaký ukázky do praxe“.* S4 se vyjádřila *„byly v něm ukázány formy rehabilitace s pacientem a následovala ukázka nějakých způsobů, jak rehabilitovat s pacientem, paní školitelka nám to předváděla“.* Tyto dvě odpovědi potvrdila i S1. Všechny tři sestry S1, S4 a S5 uvedly, že školení trvalo okolo 2 hodin.

Na otázku, jaké informace získané ze školení využíváte v praxi, vypovídá též Schéma 4. Sestry S2 a S3 odpověděly, že žádné, jelikož ony žádné školení nepodstoupily. S4 zodpověděla *„Určitě se snažíme využívat všechny informace, které získáme, aby domácí péče byla co nejvíce pohodlná pro pacienty, většinou jde o manipulaci s pacientem.“* Velice podobně odpověděla S1 *„Většinou všechny, hlavně informace které jsou potřebné při manipulaci s pacientem“.* S5 tyto odpovědi také potvrzuje a ještě dodává *„No byly to informace hlavně ohledně toho, jak správně manipulovat s pacientem, abysme si nezničily záda a nějaké užitečné polohy, takže jsem si z toho vzdala vcelku hodně a snažím se to v praxi zahrnout, takže tak polovinu co paní řekla, používám v praxi“.* Z toho vyplývá, že S1, S4 i S5 využívají v praxi především informace ohledně manipulace s pacientem. K tomu S5 ještě využívá informace o prevenci bolesti zad při manipulaci s břemeny.

Schéma 4 dále zobrazuje, jaké návrhy by všeobecné sestry uvítaly v rámci školení v rehabilitačním ošetřovatelství. Sestry S2, S3 a S5 by navrhovaly, aby proběhlo alespoň jedno školení ohledně rehabilitačního ošetřovatelství. S5 o tom řekla *„Můj návrh byl ten, aby proběhlo nějaké opravdu alespoň jedno delší a kvalitní školení ohledně rehabilitace pacienta, abychom si to všechny sestry zapsaly nebo to měli k dispozici“.* Sestry S1 a S4 by chtěly, aby probíhalo školení vícekrát ročně. S4 řekla *„Uvítala bych školení víckrát ročně, aby sestry byly dostatečně proškoleny v rámci*

rehabilitace, a aby pacientovi dokázaly poskytnout péči na nejvyšší úrovni a zároveň měly k práci hezký vztah“. Dále by všech pět sester uvítalo, aby se ve školeních dozvěděly další informace především o cvičení s pacienty. Sestra S4 uvedla „Také by bylo dobré, kdyby přišla školitelka a předváděla různé nové cviky v rozvoji rehabilitace v domácí péči, jelikož věřím, že my všechny neznáme“. Toto potvrzuje také S5, která říká, že by si ve školení představovala, aby zaznělo „Jak správně a účelně rehabilitovat s pacientem, abychom co nejvíc cviků mohly provádět s pacientem, protože si myslím, že je to pro pacienty velice důležité to cvičení, aby zůstali v kondici“. Sestra S1 ještě dodala, že by uvítala, aby ji někdo naučil práci s pomůckami. Doslovně uvedla „Také bych ještě uvítala, aby nás naučili práci s rehabilitačními pomůckami, protože si nejsem pořád na sto procent jistá, jestli využívám všechny pomůcky tak, jak by se daly nejlépe využít“.

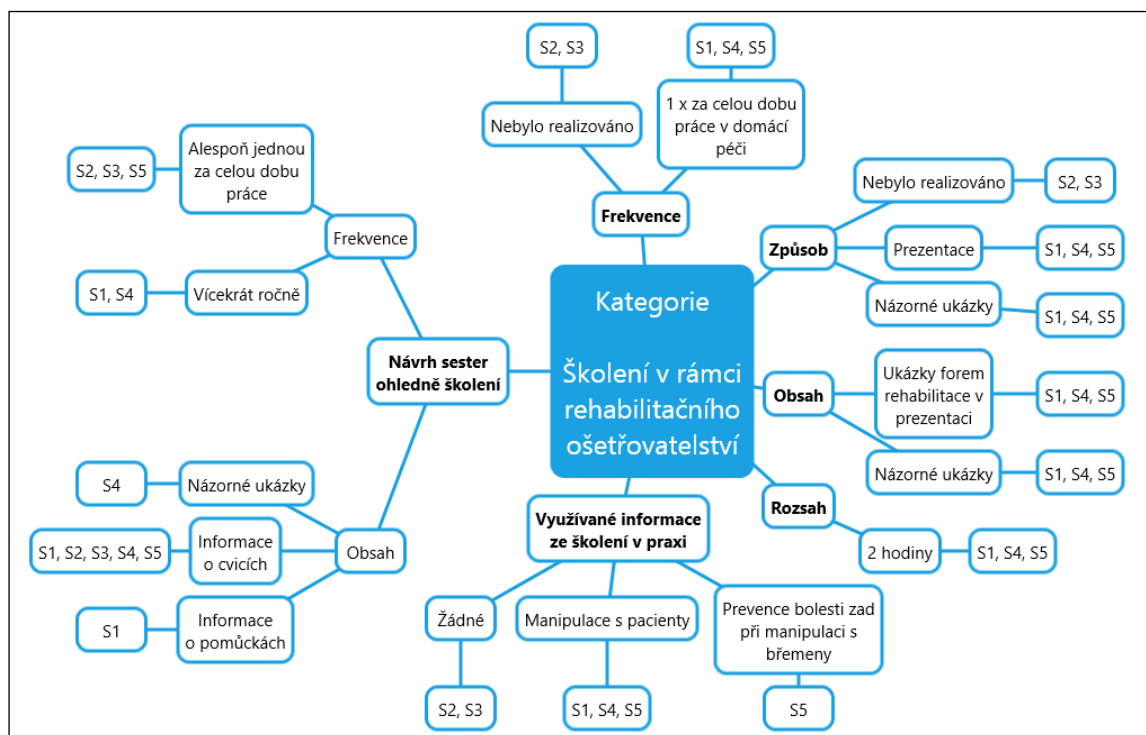


Schéma 4 Školení v rámci rehabilitačního ošetřovatelství (Zdroj: autor)

### 3.4 Analýza výzkumných cílů a výzkumných otázek

Na základě studia odborné literatury byly stanoveny tři výzkumné cíle a k nim byly stanoveny tři výzkumné otázky. Prvotním cílem bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádějí dechová cvičení. K tomuto cíli se vztahovala výzkumná otázka ve znění: **Jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádí u pacientů dechová cvičení?** K analýze této výzkumné otázky, byla využita otázka č. 4. Otázky č. 3 a 5 doplňovaly tuto problematiku. Z analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že každá sestra využívá jiné způsoby provádění dechových cvičení u pacienta. Nejvíce zastoupený způsob byl provádění hlubokého dýchání, které provádí čtyři sestry. Dále se často využívá technika dýchání proti odporu, a to jako dýchání do gumové rukavice nebo dýchání brčkem do vody, které provádí s pacientem S1, S4 a S5. V průměru tak všeobecné sestry provádějí každá dva způsoby dechového cvičení s pacientem.

Druhým cílem bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádí kondiční cvičení. Výzkumná otázka k tomuto cíli zněla: **Jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádí u pacientů kondiční cvičení?** Aby bylo jednodušší tuto otázku vyhodnotit, byly respondentky dotazovány zvlášť na kondiční cvičení horních končetin a na kondiční cvičení dolních končetin. Pro zjištění způsobů provádění kondičního cvičení horních končetin byla použita otázka č. 7. Otázky č. 6 a 8 doplňovaly tuto problematiku. Z analýzy rozhovorů se sestrami bylo zjištěno, že všechny sestry využívají odlišné způsoby kondičního cvičení horních končetin. Využívanými způsoby především bylo kroužení končetinami od zápěstí po paži a mačkání předmětu v dlani. Každý z těchto způsobů využívají čtyři respondentky. Celkově se v domácí péči využívá osm způsobů kondičního cvičení horních končetin. Pro zjištění způsobu využití kondičního cvičení dolních končetin byla použita otázka č. 10. Otázky č. 9, 11 a 12 doplňovaly tuto problematiku. Z toho bylo zanalyzováno, že všeobecné sestry využívají v domácí péči u pacientů osm způsobů kondičního cvičení dolních končetin. Toto číslo bylo shodné se způsoby kondičního cvičení horních končetin. Využívaným způsobem cvičení bylo především kroužení dolními končetinami a zvedání natažených končetin vzhůru. Každý z těchto způsobů využívají čtyři sestry. Ostatní techniky jsou většinou využívány dvěma sestrami. V této problematice nelze určit, jak průměrně využívají sestry určité cvičení, jelikož některé sestry využívají více



způsobů u horních končetin a poté méně u dolních či naopak. Není výjimkou, že např. S2 u kondičního cvičení dolních končetin provádí sedm z osmi způsobů.

Třetí cíl zjišťoval, jakým způsobem jsou všeobecné sestry v domácí péči školeny v rehabilitačním ošetřovatelství. K tomuto cíli se vztahovala výzkumná otázka: **Jakým způsobem jsou všeobecné sestry v domácí péči školeny v rehabilitačním ošetřovatelství?** K vyhodnocení této výzkumné otázky, byla využita otázka č. 14. Problematiku školení rozšiřovaly otázky č. 13, 15 a 16. Z analýzy vyplynulo, že dvě všeobecné sestry nebyly nikdy školeny v rehabilitačním ošetřovatelství, proto nemohly na výzkumnou otázku odpovědět. Tyto sestry používají v praxi jen poznatky ze svého studia či z předešlé praxe všeobecné sestry. Tři sestry uvedly, že byly školeny jedenkrát za svoji práci v domácí péči, a to způsobem názorných ukázek školitele a formou prezentace.

## 4 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá rehabilitačním ošetrovatelství v domácí péči. Celkem byly stanoveny tři cíle, k jejichž dosažení byla použita metoda kvalitativního výzkumu s využitou technikou polostrukturovaného rozhovoru. Informace získané z rozhovoru, byly zaznamenávány pouze písemnou formou. Rozhovory byly uskutečněny se všeobecnými sestrami z agentury domácí péče.

Před zahájením rozhovoru, bylo zapotřebí zajistit souhlas s poskytnutím rozhovoru. Všechny všeobecné sestry s rozhovorem souhlasili a podepsali souhlas, který je možný k nahlédnutí pouze u autora práce, z důvodu udržení anonymity všeobecných sester. Rozhovory se všemi sestrami probíhaly po ukončení jejich směny na provozovně agentury domácí péče.

Prvním stanoveným cílem bylo **zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádějí dechová cvičení**. Během výzkumného šetření bylo zjištěno, že všeobecné sestry používají pět technik provádění dechového cvičení. Využívají především statické dýchání, které dle Barknowitze (2014), bývá pro sestru nejméně časově náročné, z toho důvodu bývá nejčastěji využíváné. Toto dýchání, ke kterému řadíme hluboké dýchání a dýchání proti odporu, provějí celkově všechny dotazované všeobecné sestry. S1 k tomu uvedla, že s pacientem provádí dýchání proti odporu, tak že „*dám pacientovi gumovou rukavici, kterou postupně nafukuje*“. Tato technika se z důvodu vysokého rizika mikrobiální kontaminace pomůcek v dnešní době už nedoporučuje (Kapounová, 2007).

Na druhou stranu dynamické dýchání s pacienty provádí jen S2 „*kdy pacient zvedá ruce při nádechu a při výdechu je vrací zpět*“. Překvapením bylo, že lokalizované dýchání, bronchiální hygienu a autogenní drenáž nevyužívá žádná z dotazovaných sester. Lze tedy doporučit, aby všeobecné sestry, zařadili k dechovým cvičením u pacienta lokalizované dýchání, autogenní drenáž či bronchiální hygienu a tím obohatily pacientovi dechová cvičení. Všeobecné sestry byly ohledně tohoto cíle dále dotazovány, jak často a jak dlouho provádějí dechová cvičení u pacienta. Tato otázka byla položena pro zjištění, jestli časový faktor nezpůsobuje využívání méně technik při dechovém cvičení. S2, S3, S4, S5 provádí s pacientem dechová cvičení 1x denně a S1 provádí cvičení 2x denně. Dvě sestry cvičení provádějí 10 minut a tři sestry 5 minut. Vytejková (2011) o tom hovoří, že dechová cvičení by se měla provádět

vícekrát denně. Tuto skutečnost potvrzuje jen S1. Z posouzení časového faktoru se způsoby provádění dechových cvičení nebylo zjištěno, že by tento faktor měl na způsoby provádění vliv.

Ohledně tohoto cíle byla položena otázka, dotazující se na pomůcky pro dechová cvičení. Která po analýze ukázala, že čtyři sestry využívají k dechovému cvičení různé pomůcky. Jen S3 nevyužívá žádné. Tuto skutečnost vyvrací Mrzenová (2011), která ve svém výzkumu dospěla k závěru, že 68,9 % všeobecných sester k dechovému cvičení nevyužívá žádné pomůcky. Dále bylo zjištěno, že jedna sestra vozí sebou k pacientům pomůcky pro dechovou rehabilitaci. Ostatní sestry žádné nevozí. Toto by nemělo být překážkou pro provádění dechových cvičení.

Druhým stanoveným cílem bylo **zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádí kondiční cvičení**. Analýza tohoto cíle byla rozdělena na dvě kategorie. První kategorie byla zaměřena na způsoby provádění kondičního cvičení horních končetin. Během výzkumného šetření bylo zjištěno, že všeobecné sestry využívají osm technik kondičního cvičení horních končetin. Využívanými způsoby cvičení bylo mačkání předmětů a kroužení horními končetinami. Oba způsoby využívají vždy čtyři sestry. Další způsoby, jako procvičování prstů, cvičení se sepnutými dlaněmi, předpažení končetin a posilování s činkami využívají dvě sestry. Dle našeho názoru, by tyto techniky cvičení mohlo využívat více všeobecných sester, protože tyto techniky nejsou časově náročné a pro pacienta velmi důležité.

Časové provádění kondičního cvičení horních končetin podle sester bylo odlišné. Čtyři sestry provádějí cvičení 1x denně a S1 provádí toto cvičení 2x denně. Celkově S1 tedy toto cvičení provádí s pacientem 30 minut denně, kdežto S3 provádí cvičení 10 minut. S2 a S5 cvičí s pacientem 15 minut. Sestra S4 provádí cvičení 20 minut. Klusoňová (2014) ve své publikaci uvádí, že kondiční cvičení horních končetin se provádí jedenkrát až dvakrát denně, a to vždy 10–15 minut. Což kromě S4, která cvičí 1x denně 20 minut, jinak jsou dotazované sestry v souladu s tvrzením. Další dotaz zabývající se pomůckami využívanými ke kondičnímu cvičení horních končetin, ukázal, že jen S2 nepoužívá žádné pomůcky, ale ostatní sestry alespoň jednu. Klusoňová (2014) o pomůčkách pro kondiční cvičení horních končetin uvádí, že se ke cvičení doporučují a především vyzdvihuje používání činek. Tuto informaci potvrzují respondentky S4 a S5, které v rozhovoru uvedly, že ke cvičení využívají činky. Všechny sestry na podotázku, zdali vozí pomůcky sebou, uvedly, že žádné nevozí.

Druhá kategorie ke stanovenému cíli byla zaměřena na způsoby provádění kondičního cvičení dolních končetin. Z analýzy výsledků výzkumného šetření lze konstatovat, že stejně jako u kondičního cvičení horních končetin se využívá osm technik. Nejvíce rozšířený způsob je kroužení a zvedání dolních končetin. Oba způsoby využívají vždy čtyři sestry. Cvičení prstů, zvedání končetin s pomůckami, přitahování končetin k břichu, zvedání pánve a cvik šlapání na kole využívají vždy dvě sestry. S2 ještě uvedla „*Pokud má pacient nafukovací balonek, tak si jej dá mezi kolena a zkouší ho mačkat, tímto cvikem posiluje vnitřní stranu stehna*“. Z analýzy výsledků lze říci, že všeobecné sestry celkově využívají velké množství způsobů pro kondiční cvičení dolních končetin. Sice některá ze sester využívá méně způsobů, ale např. podle S2 je zřejmé, že se v určitém čase dá provádět i sedm způsobů kondičního cvičení dolních končetin.

Bylo také zjištěno, že sestry kondiční cvičení dolních končetin provádějí většinou 1x denně a S1 uvedla, že jej provádí 2x denně. Toto bylo shodné se cvičením horních končetin. S3 provádí cvičení 10 minut a ostatní sestry 15 minut. Klusoňová (2014) uvádí, že kondiční cvičení dolních končetin by se mělo provádět jedenkrát až dvakrát denně, a to 10–15 minut. Toto potvrzují všechny dotazované sestry. Dále bylo zjištěno, že S3 a S4 nevyužívají při kondičním cvičení dolních končetin žádné pomůcky. S1 popisuje způsob provádění cviku s pomůckou, že „*dám mu do ruky ručník, který je zaháknutý o chodidlo, pacient drží ručník v obou rukách a zvedá celou končetinu*“. S2 používá balonek a S5 cvičicí gumu. Klusoňová (2014) uvádí, že by sestra měla využívat u kondičního cvičení dolních končetin především cvičicí gumu. S tímto se ztotožňuje S5, které tuto gumu používá. S1 provádí podobný způsob cvičení, ale místo cvičicí gumy využívá ručník. Dále bylo zjištěno, že žádná sestra sebou žádné pomůcky pro cvičení nevozí sebou. Dle našeho názoru, by bylo vhodné, aby všeobecná sestra sebou vozila potřebné pomůcky pro provádění kondičního cvičení, jelikož z analýzy rozhovorů vyplývá, že pokud pacient nemá v domácím prostředí pomůcky, tak daná technika kondičního cvičení není využita. Může být ale problém s financováním pomůcek, protože agentura domácí péče není povinna sestřím tyto pomůcky poskytovat.

V této kategorii bylo také zjištěno, že sestry využívají nejen cvičení horních a dolních končetin, ale také velmi často zařazují ke cvičení nácvik vertikalizace. Všechny sestry uvedly, že k časovému limitu určenému na kondiční cvičení provádí s pacientem nácvik vertikalizace či nácvik chůze. Toto potvrzuje i Truhlářová (2008),

kteřé uvádí, že 90,0 % dotázaných všeobecných sester v rámci rehabilitačního ošetrovatelství využívá především nácvik chůze. Z analýzy vyplývá, že i když všeobecné sestry provádějí v rámci kondičního cvičení vertikalizaci, nemělo by to být překážkou pro provádění množství způsobů cvičení, jelikož ve stoje či sedu se určité způsoby cvičení provádí pacientovi lépe a efektivněji než vleže. Samozřejmě všeobecné sestry musí brát ohled na zdravotní stav pacienta.

Třetím stanoveným cílem bylo **zjistit, jakým způsobem jsou všeobecné sestry v domácí péči školeny v rehabilitačním ošetrovatelství**. Z analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že u S2 a S3 žádným způsobem školení neproběhlo. Tyto sestry provádí rehabilitačním ošetrovatelství ze zkušeností z předešlé praxe či znalostí ze studia. Z důvodu, že nebyly v rámci rehabilitačního ošetrovatelství školeny, nemohou tedy využívat nové způsoby cvičení. Tři sestry uvedly, že absolvovaly jedno školení, které probíhalo způsobem předávání informací, pomocí prezentace školitelkou a následnými názornými ukázkami do praxe. Toto školení trvalo 2 hodiny. Dále bylo zjištěno, že školení proběhlo před rokem, takže sestry S2 a S3 ještě v domácí péči nepracovaly. Je tedy zřejmé, že se nemohly školení účastnit. Bylo také zjištěno, že sestry ze školení využívají v praxi hlavně informace o manipulaci s pacienty. S5 ještě ze školení v praxi využívá znalosti o prevenci bolesti zad při manipulaci s břemeny. Lze doporučit, aby každá všeobecná sestra, která nastoupila do agentury domácí péče, prošla, co nejdříve školením v rámci rehabilitačního ošetrovatelství.

Dále byly sestry dotazovány ohledně jejich návrhů o školení v rehabilitačním ošetrovatelství. Všechny sestry se shodly, že by chtěly podstoupit školení, které se rehabilitačním ošetrovatelství zabývá. Sestrám S2, S3 a S5 by stačilo jedno školení, ale S1 a S4 by uvítaly školení vícekrát ročně. Ohledně obsahu školení se všechny shodly, že by se chtěly více dozvědět informace o provádění určitých cviků. S4 by si ve školení představovala, aby probíhalo formou názorných ukázek a S1 ještě uvedla „*Také bych ještě uvítala, aby nás naučili práci s rehabilitačními pomůckami, protože si nejsem pořád na sto procent jistá, jestli využívám všechny pomůcky, tak jak by se daly nejlépe využít*“. Rabenseiferová (2009) ve svém výzkumu uvedla, že 100 % dotazovaných všeobecných sester vyhledává možnost účastnit se seminářů či konferencí. Lze tedy doporučit, aby agentura domácí péče poskytla pravidelná školení pro všeobecné sestry v domácí péči, protože všechny sestry mají zájem se dále vzdělávat v rámci rehabilitačního ošetrovatelství.

## 5 Návrh doporučení pro praxi

Ze zjištěných informací, je zřejmé, že všeobecné sestry si uvědomují, že rehabilitační ošetřovatelství v domácí péči plní pro pacienta důležitou roli v rámci jeho celkového zdravotního stavu. Bylo zjištěno, že všeobecné sestry v domácí péči využívají mnoho technik při dechových cvičení, ale především se zaměřují na dýchání statické. Proto by bylo vhodné, aby zařadily do dechových cvičení také dynamické či lokalizované dýchání. Pro lokalizované dýchání nejsou např. potřeba žádné pomůcky a i přes tuto skutečnost je žádná z dotazovaných sester nevyužívá. Dále také, aby všeobecné sestry mohly využívat bronchiální hygienu (např. míčkování) nebo autogenní drenáž. V této oblasti lze dále doporučit, aby pacienti v domácí péči vyžadovali od všeobecných sester více forem dýchání, protože na ně mají nárok. V oblasti kondičního cvičení by bylo vhodné, aby všeobecné sestry využívaly více pomůcek ke cvičení, které mohou pomoci zlepšit fyzickou kondici pacienta.

Pro výzkumné závěry z oblasti školení o rehabilitačním ošetřovatelství lze doporučit, aby školením prošla každá všeobecná sestra, která v domácí péči pracuje. Pro management v ošetřovatelství, lze doporučit, aby agentura domácí péče realizovala školení pro všeobecné sestry, jelikož rehabilitačnímu ošetřovatelství sestry zpravidla věnují dlouhou dobu svojí návštěvy u pacienta. Důležité také je, aby se školení v určitých intervalech opakovaly a všeobecné sestry neztrácely přehled o nových či jimi nevyužívaných způsobech v rehabilitačním ošetřovatelství. Také aby zlepšovaly své celkové znalosti o této problematice. Výstupem bakalářské práce bylo připravit článek k publikaci v odborném periodiku (viz. Příloha CH).

## 6 Závěr

V dnešní době, mají nenahraditelné místo v péči o nemocné pacienty všeobecné sestry v domácí péči. Tato péče nese v sobě vysoké nároky v oblasti znalostí a dovedností. Na tento fakt by měla být každá sestra připravena a důkladně vzdělána, aby mola poskytnout potřebou péči pro pacienta. Prostřednictvím vědomostí a dovedností ohledně rehabilitačního ošetřovatelství, lze poskytnou základní předpoklad kvalitní péče pro pacienta, která se od všeobecné sestry očekává. Práce je rozdělena do dvou částí. Informace v teoretické části jsou získány z odborné literatury, legislativy a dalších relevantních zdrojů. Zabývá se historií domácí péče, nynější domácí péčí, jejími formami, předepisováním a financováním. Dále se zabývá všeobecnými sestrami v domácí péči a jejich ošetřovatelskými intervencemi se zaměřením na rehabilitační ošetřovatelství a jeho formy.

Výzkumná část je zaměřena na získání potřebných poznatků od všeobecných sester pracujících v domácí péči. Na začátku výzkumného šetření byly stanoveny tři cíle práce. K těmto třem cílům byly stanoveny tři výzkumné otázky, ke každému cíli jedna. Z těchto výzkumných otázek byly po analýze odpovědí od dotazovaných všeobecných sester zmíněné cíle naplněny. Prvním cílem bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádějí dechová cvičení. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že všeobecné sestry v domácí péči využívají mnoho způsobů dechového cvičení, ale zaměřují se především na statické dýchání. Druhým cílem bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádí kondiční cvičení. V oblasti kondičního cvičení bylo zjištěno, že všeobecné sestry využívají dostatečné množství způsobů kondičního cvičení, ale mohly by využívat více pomůcek pro toto cvičení. Dále bylo zjištěno, že čas určený pro kondiční cvičení sestry využívají také pro vertikalizaci. Toto by nemělo být překážkou pro způsoby provádění kondičního cvičení. Třetím cílem bylo zjistit, jakým způsobem jsou všeobecné sestry v domácí péči školeny v rehabilitačním ošetřovatelství. V rámci školení v rehabilitačním ošetřovatelství bylo zjištěno, že proběhlo velmi málo školení v této oblasti. Všeobecné sestry tedy příliš školení neabsolvovaly. Samy všeobecné sestry uvedly, že by uvítaly více těchto školení.

## Seznam použité literatury

- BARKNOWITZ, Susanne. 2014. *Dýchání jako živoucí dění: dechová terapie v praxi*. Brno: Integrál. ISBN 978-80-87176-40-5.
- ČAS. 2008. Historie domácí péče. *Cassdp*[online]. Česká asociace sester, [cit. 2018-07-16]. Dostupné z: <https://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>
- ČELEDOVÁ, L., Z. KALVACH a R. ČEVELA. 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
- ČESKO. 2004a. Koncepce domácí péče. In: *Věstník MZČR*. Částka 12, s. 15-18. ISSN 1211-0868.
- ČESKO. 2004b. Koncepce ošetřovatelství. In: *Věstník MZČR*. Částka 9, s. 2-6. ISSN 1211-0868.
- ČESKO. 2007. Vyhláška č. 331 ze dne 21. prosince 2007, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 105, s 4230–4836. ISSN 1211-1244.
- ČESKO. 2017a. Vyhláška č. 391 ze dne 29. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 137, s. 4360-4375. ISSN 1211–1244.
- ČESKO. 2017b. Vyhláška č. 354 ze dne 19. října 2017, kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 122, s. 3853–3896. ISSN 1211-1244.
- DUNGL, Pavel. 2014. *Ortopedie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4357-8.
- DVOŘÁK, Radmil. 2013. Péče o pacienta s poruchou pohybu v domácím prostředí – 2. část. *Medicína pro praxi*. **10**(3), 128 – 130. ISSN 1803-5310.
- HENDL, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HOLMEROVÁ, Iva. 2015. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.



- KALVACH, Zdeněk ed. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KEBZA, Vladimír. 2014. *Psycholog ve zdravotnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2446-4.
- KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ. 2014. *Rehabilitační ošetřování klientů s těžkými poruchami hybnosti*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-567-9.
- KUDLOVÁ, Pavla. 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7454-600-6.
- MARKOVÁ, Marie, ed. 2009. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. Brno: NCO a NZO. ISBN 978-80-7013-499-3.
- MCCONNELL, Alison. 2013. *Respiratory muscle training: theory and practice*. New York: Elsevier. ISBN 978-07-020-5020-6.
- MELLANOVÁ, A., V. ČECHOVÁ a M. ROZSYPALOVÁ. 2014. *Speciální psychologie*. 5. vyd. Brno: NCO a NZO. ISBN 978-80-7013-559-4.
- MEINER, E. Sue. 2015. *Gerontologic Nursing*. 5th ed. Riverpointlane: Elsevier. ISBN 978-0-323-26602-4.
- MESSER, Barbara. 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0215-0.
- MRZENOVÁ, Jindra. 2011. *Rehabilitační ošetřování teorie a praxe v ošetrovatelské péči*. České Budějovic. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta
- POKORNÁ, A., A. KOMÍNKOVÁ a N. SIKOROVÁ. 2014. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6331-0.
- RABENSEIFEROVÁ, Zuzana a Anna KRÁTKÁ, 2010. Práce sestry v agenturách domácí péče. *Sestra*. Roč. 20(1), 37–39. ISSN 1210-0404.
- RABENSEIFEROVÁ, Zuzana. 2009. *Práce sestry v agenturách domácí péče*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií
- ŠVESTKOVÁ, Olga et al. 2017. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0084-2.
- TÓTHOVÁ, Valérie. 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

- TRACHTOVÁ, E., G. TREJTNAROVÁ a D. MASTILIAKOVÁ. 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
- TRUHLÁŘOVÁ, Lenka. 2008. *Ošetrovatelská rehabilitace v domácí zdravotní péči*. Hradec Králové. Bakalářské práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové
- VÁLKOVÁ, Lenka. 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5571-7.
- VYTEJČKOVÁ, Renata ed. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.
- WIJA, Petr. 2012. Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2011. ÚZIS [online]. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*, [cit. 2018-07-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-ceske-republice-roce-2011>

## **Seznam obrázků**

- Obrázek 1 Výkazy zdravotní pojišťovně
- Obrázek 2 Čísla výkonů
- Obrázek 3 Výkony všeobecné sestry
- Obrázek 4 Ukázka realizovaného rozhovoru se sestrou
- Obrázek 5 Ukázka kódování

## **Seznam schémat**

- Schéma 1      Dechová cvičení
- Schéma 2      Kondiční cvičení horních končetin
- Schéma 3      Kondiční cvičení dolních končetin
- Schéma 4      Školení v rámci rehabilitačního ošetřovatelství

## Seznam příloh

Příloha A	Výkazy pro zdravotní pojišťovnu
Příloha B	Kódy materiálů k určitým výkonům
Příloha C	Výkony prováděné všeobecnou sestrou
Příloha D	Rozhovor
Příloha E	Ukázka psaného rozhovoru perem
Příloha F	Přepsání rozhovorů
Příloha G	Ukázka kódování
Příloha H	Protokol k provádění výzkumu
Příloha CH	Připravený článek k publikaci v odborném periodiku

## Příloha A Výkazy pro zdravotní pojišťovnu

### 1. VYKAZOVÁNÍ VÝKONŮ

1. Jednou provedený výkon hradí zdravotní pojišťovna pro jednoho pojištěnce pouze jednomu zdravotnickému zařízení.
2. Pokud není v názvu výkonu, popisu výkonu, v kapitole Další pravidla pro vykazování výkonů či v omezení frekvencí u výkonu uvedeno jinak, hradí zdravotní pojišťovna jednotlivé výkony pro jednoho pojištěnce jednomu zdravotnickému zařízení v jednom dni pouze jedenkrát. Výkony prováděné na párových orgánech uhradí zdravotní pojišťovna pro jednoho pojištěnce v jednom dni dvakrát, pokud byly provedeny oboustranně, tedy na pravém i levém orgánu, není-li u výkonu stanoveno jinak. Výkony prováděné na jednotlivých zubech uhradí zdravotní pojišťovna pro jednoho pojištěnce v jednom dni jedenkrát na každý zub, na kterém byl výkon proveden.
3. Pouze pokud z důvodu náhlé změny zdravotního stavu pojištěnce dojde k novému ošetření (nová návštěva v ordinaci téhož lékaře nebo návštěva praktického lékaře či LSPP u pojištěnce) je možno při vyúčtování dalšího ošetření použít odpovídajícího výkonu podle skutečně znovu poskytnuté péče.
4. Výkon hradí zdravotní pojišťovna pouze tehdy, byl-li naplněn celý obsah výkonu.
5. Veškerá zdravotní péče, která byla vykázána prostřednictvím zdravotních výkonů včetně ošetřovacích dnů zdravotní pojišťovně, musí být řádně dokumentována ve zdravotní dokumentaci pojištěnce. Zápis do dokumentace je nedílnou součástí všech zdravotních výkonů.
6. Výkon může být vykázán pouze tehdy, byl-li proveden úplně. Částečně provedený výkon nemůže být zdravotní pojišťovně vykázán.
7. Výkon nemůže být vykázán, pokud je součástí jiného vykazaného výkonu.
8. Při jedné návštěvě lze vykázat na jednoho pojištěnce pouze jeden výkon klinického vyšetření jedné odbornosti.
9. Pokud zdravotnické zařízení vykáže při jedné návštěvě současně dva výkony, které dle seznamu výkonů nemohou být vykazovány společně, je zdravotní pojišťovna oprávněna výkon vykazaný neoprávněně neuhradit.
10. Pokud může být podle seznamu výkonů účtován výkon více než jednou, může být vyúčtován pouze tolikrát, kolikrát byl naplněn celý čas jeho provedení uvedený v seznamu výkonů. Čas zahájení i čas ukončení těchto výkonů je nezbytnou součástí zdravotní dokumentace pacienta. Pokud nelze čas zahájení a ukončení výkonu z dokumentace jednoznačně určit, uhradí zdravotní pojišťovna výkon v počtu jeden.
11. Při vykazování výkonů souvisejících s transplantací tkání a orgánů dle § 35a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, se omezení frekvencí vztahuje na každého dárce.

Obr. 1 Výkazy zdravotní pojišťovně (Česko, 2007)

## Příloha B Kódy materiálů k určitým výkonům

- 06321 Vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí
- 06323 Odběry biologického materiálu
- 06325 Aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti
- 06327 Ošetření stomií
- 06329 Lokální ošetření
- 06331 Klyзма, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katetrů
- 06333 Aplikace inhalační a léčebné terapie p. o., s. c., i. m., i. v., UV, event. další způsoby aplikace terapie či instalace léčiv
- 06335 Nácvik a zaučování aplikace inzulínu
- 06349 Signalizační kód – ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stavu

Obr. 2 Čísla výkonů (Česko, 2017b)

## Příloha C Výkony prováděné všeobecnou sestrou

Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným výkonům a na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře je provádí nebo při nich asistuje nebo zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může

- a) zavádět periferní žilní katetry pacientům starším 3 let,
- b) podávat léčivé přípravky<sup>10)</sup> s výjimkou radiofarmak, nejde-li o nitrožilní injekce nebo infuze u dětí do 3 let věku, pokud není dále uvedeno jinak,
- c) zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii,
- d) provádět screeningová, depistážní a dispenzární vyšetření, odebírat krev a jiný biologický materiál a hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické; v případě fyziologických výsledků může naplánovat termín další kontroly,
- e) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů, drenážních systémů a kůže v průběhu léčby radioterapií,
- f) odstraňovat stehy u primárně hojících se ran a drény s výjimkou drénů hrudních a drénů v oblasti hlavy,
- g) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek starších 3 let,
- h) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět gastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, včetně zajištění jejich průchodnosti a ošetření, a aplikovat enterální výživu u pacientů všech věkových kategorií,
- i) provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let,
- j) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,
- k) provádět návštěvní službu a poskytovat péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta,
- l) podávat potraviny pro zvláštní lékařské účely<sup>44)</sup>.

<sup>10)</sup> Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>44)</sup> Vyhláška č. 54/2004 Sb., o potravinách určených pro zvláštní výživu a o způsobu jejich použití, ve znění pozdějších předpisů.“

Obr. 3 Výkony všeobecné sestry (Česko, 2017a)



## **Příloha D Rozhovor**

### **ÚVOD**

- 1) Kolik je Vám let a jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
- 2) Jak dlouho vykonáváte povolání všeobecné sestry a jak dlouho pracujete v domácí péči?

### **DECHOVÁ CVIČENÍ**

- 3) Jak často a jak dlouho (kolik minut) provádíte dechová cvičení u pacienta?
- 4) Můžete popsat, jakým způsobem provádíte dechová cvičení u pacienta?
- 5) Jaké pomůcky používáte k dechovému cvičení?

### **KONDIČNÍ CVIČENÍ HORNÍCH KONČETIN**

- 6) Jak často a jak dlouho (kolik minut) provádíte kondiční cvičení horních končetin u pacienta?
- 7) Můžete popsat, jakým způsobem provádíte kondiční cvičení horních končetin u pacienta?
- 8) Jaké pomůcky používáte k provádění kondičního cvičení horních končetin?

### **KONDIČNÍ CVIČENÍ DOLNÍCH KONČETIN**

- 9) Jak často a jak dlouho (kolik minut) provádíte kondiční cvičení dolních končetin u pacienta?
- 10) Můžete popsat, jakým způsobem provádíte kondiční cvičení dolních končetin u pacienta?
- 11) Jaké pomůcky používáte k provádění kondičního cvičení dolních končetin?
- 12) Jaká další cvičení využíváte u pacientů v rámci kondičního cvičení?

### **ŠKOLENÍ O REHABILITAČNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ**

- 13) Jak často jste školena v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství?
- 14) Jakým způsobem probíhalo školení v rehabilitačním ošetřovatelství (včetně rozsahu a obsahu)?
- 15) Jaké informace získané ze školení využíváte v praxi?
- 16) Jaké návrhy byste uvítala v rámci školení v rehabilitačním ošetřovatelství?

## Příloha E Ukázka psaného rozhovoru perem

### SESTRA 5

1. Je mi 30 let a moje vzdělání je ukončené bakalářské studium na vysoké škole.
2. Jako sestra jsem pracovala Sroky v nemocnici a teď v domácí péči jsem 5 let. Takže jako sestra pracuji 8 let.
3. Dechové cvičení s pacientem dělám obvykle 1x denně a to oběma pět minut. Někdy když k pacientovi jedu vícekrát za den, není problém cvičení zopakovat, má-li s dechem problémy.
4. Začínáme <sup>zde mě</sup> rízenými hlubokými nádechy a výdechy, které provádíme tak jednu minutu. Potom si většinou vezmu hrníček s vodou a do něho strčím slámku a pacient se snaží bublat do vody. Jak bublí do vody, tak cvičení ukončujeme tím, že pacient minutu či dvě klidně dýchá, aby uklidnil svůj dech.
5. Jak jsem zmínila, používám hrneček a slámku. **TYTO POMŮCKY VZÍTE SEBOU?** Ne, to ne, hrneček i slámku si vždy půjčím od pacienta, ten s tím páčím a většinou vždy to už má na stolečku narahytno.
6. Cvičení provádím 1x denně oběma 15 minut.
7. Procvičování začínáme procvičováním prstů, takže to vypadá jakože hrajeme na klavír, snaží se pacient dotknout každým prstem pabe atd. Poté si vezme míček či podobnou nějakou pomůcku, jako je váleček nebo plyšák a zkusíme tuto věc machat silou a zase pohlouat. Obvykle více zdatní pacienti používají také ke cvičení malé cínky, které se snažíme co nejdelší udržet v předporožení atd.
8. Používáme míček, gumový váleček do dlaně a ty cínky. **TYTO POMŮCKY VZÍTE V SEBE NEBO SE MÁ PACIENTI DOMA?** Všechny pomůcky jsou vždy pacientovi.
9. Cvičení provádím 1x denně, také 15 minut.
10. Cvičení začínáme tím, že pacient zaujme polhu, která je pro něho nejvhodnější, nejčastěji sedí s nohama z lůžka dolů, ale není výjimkou, že lidé si sedkout nemůžou, tak toto cvičení cvičíme i vleže a se zdatnými jedinci i v sežeje. Takže cvičení začíná tím, že kroužíme nohama do krouzku od spodní části až po celou nohu. Víím, že vsedě to někdy moc nejde, proto pacient zvládne, to zvládne. Poté v pokročilem koleni zvedáme nohu do výšky, samozřejmě nohy střídáme. Když pacient má v sebe cvičení gumu, tak si zahobene gumu za chodidlo a pomáhá si při zvedání. Vsedě se snaží udržet co nejdelší nohy natažené vzhůru ale to pacienti moc dobře nezvládají, protože ztrácejí rovnováhu takže toho je musím za záda jistit, aby se v seže nepříš klopili do zadu.

Obr. 4 Ukázka realizovaného rozhovoru se sestrou (Zdroj: autor)

## **Příloha F Přepsání rozhovorů**

Sestra 1

1. S: *Je mi 26 let a moje dosažené vzdělání je vyšší odborná škola v Olomouci, tedy mám titul DiS.*

2. S: *Povolání sestry vykonávám přes čtyři roky a v domácí péči jsem zhruba rok a půl.*

3. S: *Já dechové cvičení s pacientem provádím většinou 2x denně cca 5 minut. Někdy, když je potřeba tak vícekrát denně, ale to se stává jen někdy, takže spíše bych odpověděla, že 2x denně.*

4. S: *Dám pacientovi gumovou rukavici, kterou postupně nafukuje, a dále mu naleji do hrnečku vodu a dám mu do něj brčko a pacient přes brčko bublá do vody. Pacienta poučím, že může kdykoliv přes den dechová cvičení provádět sám.*

5. S: *Gumovou rukavici, hrnek s vodou a brčko* **T:** *Všechny pomůcky vozíte sebou?*  
S: *Ne, hrnek si vždy půjčím od pacienta, brčko většinou pacienti doma také mají, ale to a rukavici mám u sebe v batohu.*

6. S: *Kondiční cvičení rukou s pacientem provádím 2x denně okolo 15 minut.*

7. S: *Pacientovi řeknu, aby rozpažil obě ruce a kroužil s nimi od zápěstí až po paže. Většinou u starších pacientů to předcvičuji, aby věděli, co mají přesně dělat. Dále mu dám do ruky gumový míček, který si v dlaních mačká a tak procvičuje jemnou motoriku.*

8. S: *Jak už jsem zmínila v předešlé otázce, používám k tomu gumový míček.* **T:** *Vozíte tento gumový míček sebou?* S: *Ne, ten má pacient doma.*

9. S: *Cvičení provádím 2x denně, také 15 minut, je to stejné jako cvičení horních končetin.*

10. S: *Pacient krouží chodidly vsedě na lůžku. Poté ho položím zpět do lůžka, dám mu do ruky ručník, který je zaháknutý o chodidlo, pacient drží ručník v obou rukách a zvedá celou končetinu.* **T:** *Používáte i jiné metody?* S: *Já ne, cvičím vždy toto dva cviky, ale předpokládám, že moje kolegyně mohou používat jiné cviky pro pacienty, ale mně přijde, že tohle tyto cviky pacientům stačí, jelikož jsou vždy po nich unaveni.*

11. S: *Používám jen ten ručník* **T:** *Ten si půjčíte od pacienta nebo jej vozíte sebou?*  
S: *Ten je vždy pacientův.*

12. S: *U pacientů, kteří jsou schopni vertikalizace, tak za pomoci vysokého chodítka pacienta postavím a jen s ním stojím, jeli schopen, tak ve stoje přešlapuje na místě,*

*většinou mu to předvádím. Dále s moji pomocí udělá pár kroků dopředu a zpět. Když je pacientů stav dobrý a vím, že to zvládne, tak se s ním procházím po chodbě.*

13. **S:** *Velmi málo, spíše na vlastní iniciativu* **T:** *Můžete upřesnit pojem velmi málo?*  
**S:** *1x za moji práci v domácí péči*

14. **S:** *Školení probíhalo formou prezentace a názorných ukázek do praxe.*  
**T:** *Jak dlouho školení probíhalo?* **S:** *Myslím, že něco kolem hodiny a půl či 2 hodiny.*

15. **S:** *Většinou všechny, hlavně informace které jsou potřebné při manipulaci s pacientem.*

16. **S:** *Navrhovala bych pravidelná školení personálu* **T:** *Co myslíte slovem pravidelné?*  
**S:** *Alespoň 1x za rok či půl roku, protože rehabilitaci každý den strávím velké množství času, takže si myslím, že je dost podstatné, abychom jako sestry o tom věděli co nejvíce a pořád se učily něco nového, hlavně v rámci cviků s pacienty a abychom mohly nabídnout tu nejlepší péči. Také bych ještě uvítala, aby nás naučili práci s rehabilitačními pomůckami, protože si nejsem pořád na sto procent jistá, jestli využívám všechny pomůcky, tak jak by se daly nejlépe využít.*

## Sestra 2

1. S: *Je mi 36 let, mám Střední zdravotnickou školu úspěšně dokončenou maturitní zkouškou.*

2. S: *Práci sestry dělám přes 16 let a v domácí péči pracuji přesně 3 měsíce.*

3. S: *Dechové cvičení dělám při každé rehabilitaci pacienta. Dechovým cvičením vždy začínám a trvá tak 10 minut a provádím ho 1x denně.*

4. S: *Provádím s pacientem hluboké dýchání, kdy pacient zaujme polohu vsedě, posiluje a protahuje svaly na hrudníku, nejen dechem, ale při tom cvičení zapojujeme i horní končetiny, kdy pacient zvedá ruce při nádechu a při výdechu je vrací zpět. Potom ještě cvičíme dýchání do břicha, kdy pacient hlubokým nádechem nafoukne břicho a při výdechu jej uvolní. Potom když pacient si nemůže sednout, tak je dechové cvičení prováděno vleže, kdy při nádechu zvedá ruce za hlavu a po výdechu vrací zpět k bokům.*

5. S: *Pomůcky když se klient cítí, tak si při cvičení vsedě vezme třeba měkký větší balónek a zvedne jej nad hlavu a u toho hluboce dýchá podle toho, jak říkám, aby dýchal. T: Tento balónek má pacient u sebe nebo ho vozíte sebou? S: Ten nevozím, když ho pacient má u sebe, tak ho využijeme.*

6. S: *Cvičení horních končetin dělám při každé rehabilitaci, kdy pacient je schopný sám nebo s mojí pomocí procvičit horní končetiny. Toto cvičení provádím po dechovém cvičení asi 15 minut 1x denně.*

7. S: *Cvičení provádím tak, že napřed pacientovi namažu a pro masírujeme horní končetiny. Pacient většinou s mojí pomocí protáhneme svaly horních končetin, tak že zvedá ruce před sebe, potom je vrací zpět k bokům, potom krouživými pohyby cvičí s nataženýma rukama od těla. Dále potom spojí dlaně a vzpaží do boku vždy na každou stranu. U tohoto cvičení také protahujeme krční svaly, při kterém pacient krouží hlavou do boků a dopředu a zpět dozadu.*

8. S: *Žádné pomůcky k cvičení nepoužívám.*

9. S: *Cvičení dolních končetin děláme při rehabilitaci, tedy 1x denně, kdy je pacient schopný sám nebo s pomocí procvičit nohy. Děláme to cvičení po dechovém cvičení a procvičování horních končetin. Obvykle to trvá asi 15 minut.*

10. S: *Pacient se položí do vhodné polohy, což je obvykle vleže, potom mu namažu a promasíruji nohy. Potom pacient s nataženýma dolními končetinami napřed procvičuje cvik v kroužení kotníků a pokrčování prstů a natahování, potom natažené nohy zvedá a pokládá střídavým pohybem, kdy zapojí obě nohy. Potom pacient začne pokrčovat*

*dolní končetiny v kolenech a přitahovat k břichu, může zkusit cvik, kdy to vypadá, jakoby jel na kole. Dále při pokrčených kolenech zvedá pánev a posiluje i břišní svaly. Pokud má pacient nafukovací balonek, tak si jej dá mezi kolena a zkouší ho mačkat, tímto cvikem posiluje vnitřní stranu stehén.*

11. S: *Nafukovací balonek. T: Ten vozíte u sebe? S: Ne, ten má vždy klient u sebe doma.*

12. S: *Nácvik vztyku klienta třeba po operaci TEP, nebo nácvik chůze, potom i cvičení, kde pacient zvládne chůzi po schodech. K těmto cvikům používáme pacientovo vysoké a nízké chodítko nebo francouzské hole.*

13. S: *Ohledně rehabilitačního ošetřovatelství jsem v domácí péči ještě školena nebyla.*

14. S: *Žádné školení nebylo, takže vám nemohu odpovědět.*

15. S: *Žádné. Pro praxi používám jen poznatky ze školy nebo mnou samotné nastudované poznatky.*

16. S: *Ráda bych se o rehabilitačním ošetřovatelství dozvěděla více, protože věřím, že by se dalo využívat více cvičení s pacientem a určitě by to nějakým moc prospělo. Takže bych si přála, abychom měli alespoň jedno školení ohledně rehabilitace s pacientem, abych si mohla osvěžit své poznatky, protože věřím, že existují účelnější cviky, než ty které s pacientama provádím. Také si myslím, že by sami pacienti ocenili, kdybych sama přišla s tím, že dnes budeme cvičit něco jiného, než co děláme den co den to stejné.*

### Sestra 3

1. S: *Je mi 48 let a moje vzdělání je na střední odborné škole.*
2. S: *5 let pracuji jako sestra, jelikož jsem před tím dělala jiné práce, které nebyly spojené se zdravotnictvím a v domácí péči jsem zatím jen 8 měsíců.*
3. S: *5 min každý den jedenkrát provádím dechové cvičení s pacientem.*
4. S: *Začínáme s pacientem hlubokými nádechy a výdechy a poté děláme dýchání do břicha, kdy provádím to s pacientem tak, že leží, dá si ruce na břicho, udělá hluboký nádech a výdech. Toto opakuje několikrát za sebou a já říkám nádech a výdech.*
5. S: *Žádné pomůcky nepoužívám.*
6. S: *Cvičení provádím s pacientem 1x denně a trvá obvykle 10 minut.*
7. S: *Pacient leží na lůžku a já mu říkám, co má dělat a on krouží zápěstím nebo mačká prsty balonek, motá rukou, zvedá rameno, sepne ruce a zvedá je nad hlavu, provádí také protitlak ruky do mojí dlaně.*
8. S: *Pokud má pacient míček do dlaně, tak s ním provádí mačkání balonku. Jiné nepoužívám. T: Takže žádné pomůcky sebou k pacientovi nevozíte. S: Ne.*
9. S: *Cvičení provádím 1x denně a také 10 min jako cvičení rukou.*
10. S: *Říkám pacientovi, co má dělat a on provádí např. šlapání na kole, nebo má pokrčené dolní končetiny a zvedá pánev nebo natáhne dolní končetiny a řeknu mu, aby dával kolena k břichu. Také s pacientem provádím střídavé přitahování a propínat špiček a prstů, při sedu na lůžku urguji pacienta, aby natáhnul nohy v koleni a zvedal je.*
11. S: *Nepoužívám k tomu žádné pomůcky, ke cvikům které provádím s pacienty je ani nepotřebuji.*
12. S: *Provádím nácvik chůze s nízkým nebo vysokým chodítkem.*
12. S: *V domácí péči jsem ještě nebyla školena ohledně této problematiky. Takže vše co využívám v praxi, si pamatuji ještě ze studia.*
14. S: *Žádné neproběhlo.*
15. S: *Jak už jsem řekla, žádné neproběhlo, takže používám jen znalosti ze školy.*
16. S: *Nějaké alespoň jedno školení o cílených cvicích na jednotlivé poranění, jako je např. zlomenina krčku, zlomená pažní kost nebo po operačních stavech např. operacích kolene atd.*

#### Sestra 4

1. S: *Je mi 45 let a dosažené vzdělání mám střední zdravotnickou školu s maturitou.*
2. S: *Pracuji jako všeobecná sestra 21 let a v domácí péči 6 let.*
4. S: *Dechová cvičení provádím zhruba 10 minut, 1x denně.*
5. S: *Pacient muže u dechového cvičení sedět, ležet nebo i stát, procvičujeme dechové svaly hlubokými nádechy a výdechy, někdy pokud pacient dokáže i zadržování dechu na dobu, kterou pacient zvládne. Potom zkusíme slámku ponořit do vody a pacient zkouší co nejdéle foukat do vody a dýchat.*
6. S: *Nejvíce používanou pomůckou je slámka T: Vozíte slámku u sebe nebo si tuto pomůcku půjčujete u pacienta? S: Slámku si vždy půjčuji od pacienta, tu nevozím se sebou.*
7. S: *Kondiční cvičení horních končetin provádím nejdéle, protože to k sebedepči pacienti potřebují nejvíc. Časově je to individuální, každý pacient to má jinak, obvykle tak 20 minut a to 1x denně.*
8. S: *Pacient se posadí nebo položí do polohy mu vhodné a začínáme procvičováním prstů, kdy pacient vlní prsty nebo je krčí, poté přestoupíme na zápěstí, kdy pacient zápěstím krouží a procvičují tak úchopy některých věcí jako je balonek pokud pacient má nebo třeba ucho hrníčku. Poté krouží v loktech a nakonec celou končetinou, to opakujeme i na druhé končetině a na závěr cvičíme s obouma končetinami. Má-li pacient u sebe činky zkusíme také zvedat různými způsoby činky do výšky, aby procvičil svaly.*
10. S: *Pomůcky, které používáme, jsou, když pacient má doma menší třeba 0,5kg činky, tak je použijeme. Většinou používáme i menší míčky, když pacient doma má. T: Takže žádné pomůcky sebou nevozíte? S: To ne, to nevozím.*
11. S: *Kondiční cvičení dolních končetin se snažíme provádět s pacientem, co nejdéle to umožní stav pacienta, většinou tak 15 minut 1x denně.*
12. S: *Pacient se položí do polohy jak je mu nejvíc pohodlná, a poté rozcvičuje jednu končetinu zvedáním nahoru a dolů, krčením a kroužením kotníků, to opakujeme několikrát po sobě, potom přejdeme na druhou končetinu a opakujeme. Na závěr se snažíme procvičit obě končetiny dohromady.*
13. S: *Ke kondičnímu cvičení nohů nepoužívám žádné pomůcky, vystačím si jen s mým předcvičováním.*



14. S: *S pacienty využíváme i cvičení, kdy nacvičujeme chůzi o francouzských holí nebo chůzi s chodítky nebo naopak, kdy cvičíme chůzi jen s menší oporou.*

15. S: *Školení v domácí péči si pamatuji, že proběhlo kdysi, je to tak před 2 lety, nebo tak nějak. Ale bylo to jen teď jednou. Jindy neproběhlo.*

16. S: *Probíhalo formou prezentace v naší agentuře a trvalo, co si vzpomínám, tak kolem 2 hodin a byly v něm ukázány formy rehabilitace s pacientem a následovala ukázka nějakých způsobů, jak rehabilitovat s pacientem, paní školitelka nám to předváděla.*

17. S: *Určitě se snažíme využívat všechny informace, které získáme, aby domácí péče byla co nejvíce pohodlná pro pacienty.*

18. S: *Uvítala bych školení víckrát ročně, aby sestry byly dostatečně proškoleny v rámci rehabilitace, a aby pacientovi dokázaly poskytnout péči na nejvyšší úrovni a zároveň měly k práci hezký vztah. Také by bylo dobré, kdyby přišla školitelka a předváděla různé nové cviky v rozvoji rehabilitace v domácí péči, jelikož věřím, že my všechny neznáme. Bylo by to lepší než to vidět jen na obrázku prezentace.*

## Sestra 5

1. S: *Je mi 30 let a moje vzdělání je ukončené bakalářské studium na vysoké škole.*
2. S: *Jako sestra jsem pracovala 3 roky v nemocnici a teď v domácí péči jsem 5 let. Takže jako sestra pracuju 8 let.*
3. S: *Dechové cvičení s pacientem dělám obvykle 1x denně a to okolo pěti minut. Někdy, když k pacientovi jedu vícekrát za den, není problém cvičení zopakovat, má-li s dechem problémy.*
4. S: *Začínáme podle mě řízenými hlubokými nádechy a výdechy, které provádíme tak jednu minutu. Potom si většinou vezmu hrníček s vodou a do něho strčím slámku a pacient se snaží bublat do vody. Jak bubláni dokončí, tak cvičení ukončujeme tím, že pacient minutu či dvě klidně dýchá, aby uklidnil svůj dech.*
5. S: *Jak jsem zmínila, používám hrnek a slámku* **T:** *Tyto pomůcky vozíte sebou?*  
S: *Ne, to ne, hrnek i slámku si vždy půjčím od pacienta, ten s tím počítá a většinou vždy to už má na stolečku nachystáno.*
6. S: *Cvičení provádím 1x denně okolo 15 minut.*
7. S: *Procvičování začínáme procvičením prstů, takže to vypadá, jakože hrajeme na klavír, snaží se pacient dotknout každým prstem palce atd. Poté si vezme míček, či pokud má nějakou pomůcku, jako je váleček nebo i plyšák a zkusíme tuto věc mačkat silou a zase povolovat. Obvykle více zdatní pacienti používají také ke cvičení malé činky, které se snažíme co nejdéle udržet v předpažení atd.*
8. S: *Používáme míček, gumový váleček do dlaně a ty činky.* **T:** *Tyto pomůcky vozíte u sebe nebo je má pacient doma?* S: *Všechny pomůcky jsou vždy pacientovi.*
9. S: *Cvičení provádím 1x denně, také 15 minut.*
10. S: *Cvičení začínáme tím, že pacient zaujme polohu, která je pro něho nejvhodnější, nejčastěji sedí s nohama z lůžka dolů, ale není výjimkou, že lidé si sednout nemůžou, tak toto cvičení cvičíme i vleže a se zdatnými jedinci i ve stoje. Takže cvičení začíná tím, že kroužíme nohama do kroužku od spodní části až po celou nohu. Víím, že vsedě to někdy moc nejde, ale co pacient zvládne, to zvládne. Poté v pokrčeném kolenu zvedáme nohu do výšky, samozřejmě nohy střídáme. Když pacient má u sebe cvičící gumu, tak si zahákne gumu za chodidlo a pomáhá si při zvedání. Vsedě se snaží udržet co nejdéle nohy natažené vzhůru, ale to obvykle pacienti moc dobře nezvládají, protože*

*ztrácejí rovnováhu, takže u toho je musím za záda jistit, aby se vsedě nepřeklopili do zadu.*

11. S: *Používám ke cvičení, když pacient má, tak tu cvičící gumu. T: Takže žádné pomůcky sebou nevozíte? S: Nevozím.*

12. S: *S některými pacienty provádím nácvik chůze. Většinou pacient má u sebe doma chodítka, takže mu pomohu, někdy i stoupne sám a procházíme se po bytě. U méně zdatných pacientů nacvičujeme jen stoj o chodítka, takže mu pomohu vstát a jen u postoje stojí opřený v chodítka a snaží se přenášet váhu z jedné strany na druhou nebo zvedat jednu a poté druhou končetinu. Uznám-li, že je pacient schopný chůze, zkusíme udělat krok dopředu a poté dozadu atd. U každého pacienta je to individuální.*

13. S: *No co si vzpomínám, měly jsme myslím jedno školení ohledně rehabilitace pacienta, myslím, že je to nějaký rok dozadu.*

14. S: *Co si vzpomínám, tak jsme měli nějakou prezentaci ohledně rehabilitace pacientů a poté nám paní ukazovala nějaké ukázky do praxe. T: Jak dlouho toto školení trvalo? S: Asi 2 hodiny.*

15. S: *No byly to informace hlavně ohledně toho, jak správně manipulovat s pacientem, abysme si nezničily záda a nějaké užitečné polohy, takže jsem si z toho vzdala vcelku hodně a snažím se to v praxi zahrnout, takže tak polovinu, co paní řekla, používám v praxi.*

16. S: *Můj návrh byl ten, aby proběhlo nějaké opravdu alespoň jedno delší a kvalitní školení ohledně rehabilitace pacienta, abychom si to všechny sestry zapsaly nebo to měli k dispozici. Jak správně a účelně rehabilitovat s pacientem, abychom co nejvíc cviků mohli provádět s pacientem, protože si myslím, že je to pro pacienty velice důležité to cvičení, aby zůstali v kondici. Takže by mi nevadilo i jet třeba do Olomouce na nějaké kvalitní školení, které řeknu jo, tak to mi bylo přínosem a budu používat věci, co byly ve školení zmíněny.*

## Příloha G Ukázka kódování

(S4) 4. S: Dechová cvičení provádím zhruba 10 minut, 1x denně. <sup>JAK ČASTO</sup>

5. S: Pacient může u dechového cvičení <sup>JAK DLOUHÝ?</sup> sedět, ležet nebo i stát, procvičujeme dechové svaly hlubokými nádechy a výdechy, někdy pokud pacient dokáže i zadržování dechu na dobu, kterou pacient zvládne. Potom zkusíme slámku ponořit do vody a pacient zkouší co nejdéle foukat do vody a dýchat.

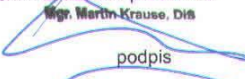
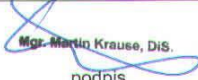
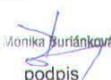
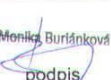
6. S: Nejvíce používanou pomůckou je slámka. <sup>POMŮČKA</sup> T: Vozíte slámku u sebe nebo si tuto pomůcku půjčujete u pacienta? S: Slámku si vždy půjčuji od pacienta, tu nevozím se sebou. <sup>ZAJÍMÁ POMŮČKY MEZI</sup>

DECHOVÁ CVIČENÍ

Obr. 5 Ukázka kódování (Zdroj: autor)

## Příloha H Protokol k provádění výzkumu

### PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	MALKOVÁ ANIDREA	
Studijní program/obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Všeobecná sestra	D15000052	4
Téma práce	Ošetrovatelská rehabilitace v domácí péči	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	Mgr. Martin Krause DiS.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště Mgr. Martin Krause, DiS.  podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Mgr. Martin Krause, DiS.  podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Monika Buriánková  podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Monika Buriánková  podpis	
Datum zahájení výzkumu	10.9.2018	
Datum ukončení výzkumu	26.10.2018	
Počet oslovených respondentů (personálu)	5	
Počet oslovených respondentů (klientů)	—	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V LIBERCI dne 3.9.2018

  
 .....  
 podpis studenta



## **Ošetrovatelská rehabilitace v domácí péči**

### **ABSTRAKT**

**Východiska:** Všeobecné sestry plní v domácí péči důležité postavení, jelikož poskytují komplexní ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelská rehabilitace u pacienta je časově náročnou péčí, proto by všeobecné sestry měly být v této problematice vzdělány a dále vzdělávány, aby mohly poskytnout nejvyšší péči pro pacienta.

**Cíl:** Zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči využívají u pacientů dechová a kondiční cvičení a jakým způsobem, jsou školeny v rámci rehabilitačního ošetrovatelství.

**Metodika:** Byla použita kvalitativní metoda s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Soubor respondentů byl tvořen pěti všeobecnými sestrami z agentury domácí péče.

**Výsledky:** Výzkumným šetřením byly zjištěny způsoby provádění dechového a kondičního cvičení v domácí péči. Také bylo zjištěno, jakým způsobem jsou všeobecné sestry v rehabilitačním ošetrovatelství školeny.

**Závěry:** K poskytování rehabilitačního ošetrovatelství by se mělo využívat více forem dechového cvičení. V rámci kondičního cvičení by se mělo, využívat více pomůcek pro cvičení. Dále by všeobecné sestry měly být pravidelně školeny v rámci rehabilitačního ošetrovatelství, aby mohly využívat získané informace v péči o pacienta.

### **ABSTRACT**

**Background:** General nurses fill an important role in home care because they provide comprehensive nursing care. Nursing physiotherapy of patient is time-consuming, so general nurses should be educated and further educated in this area to provide the best quality care for the patient.

**Aim:** Find out how general nurses use breast care and fitness exercises of patients and how they are trained in nurse physiotherapy.

**Methods:** Was used a qualitative research with a semi-structured interview technique. The group of respondents was made up of five general nurses from the Home Care Agency.

**Results:** A research survey found ways to perform breathing and fitness exercises in home care. It has also been founded how general nurses in nurse physiotherapy are trained.

**Conclusions:** Multiple forms of breathing exercise should be used to provide nurse physiotherapy. Fitness exercises should used more exercise aids. General nurses should be regularly trained in nurse psyhiotherapy and to use the information they receive of patient care.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

domácí péče, pacient, rehabilitační ošetřovatelství, školení, všeobecná sestra

## **KEY WORDS**

general nurse, home care, nurse physiotherapy, patient, training

## **ÚVOD**

V dnešní době mnoho lidí využívá agentury domácí péče, aby jim pomáhaly zlepšovat či udržovat zdraví. Proto je nutné, aby všeobecné sestry v domácí péči byly vzdělány a dále se vzdělávaly ve všech oblastech ošetřovatelství. Všeobecné sestry, totiž provádí u pacienta v domácí péči nejrůznější činnosti, od ošetřování ran, edukaci až po rehabilitační ošetřovatelství, kterým obvykle tráví mnoho času své návštěvy u pacienta. Proto je nutné, aby sestra o tomto směru věděla, co nejvíce poznatků a dokázala pacientovi nabídnout rozsáhlé způsoby provádění rehabilitačního ošetřovatelství.

## **CÍL**

- 1) Zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádí dechová cvičení.
- 2) Zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádí kondiční cvičení.
- 3) Zjistit, jakým způsobem jsou všeobecné sestry v domácí péči školeny v rehabilitačním ošetřovatelství.

## **METODIKA**

Byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření s použitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor obsahoval 16 otevřených otázek. Z toho 2 otázky byly identifikační a 14 otázek se vztahovalo vždy k určitému cíli. Informace byly zaznamenávány písemnou formou. Získané odpovědi byly následně analyzovány s využitím otevřeného kódování. Získané informace byly roztrženy do kategorie a podkategorie, na základě kterých byly z výsledných dat vytvořeny myšlenkové mapy v programu M8! – Mind Map.

Soubor respondentů byl tvořen 5 všeobecnými sestrami. Všeobecné sestry byly osloveny na provozovně agentury domácí péče a následně s nimi byl proveden rozhovor. Jejich výběr byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Výzkum probíhal od září 2018 do října 2018. Rozhovory byly anonymní.

K dosažení cílů byly staveny tři výzkumné otázky:

- 1) Jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádí u pacientů dechová cvičení?
- 2) Jakým způsobem všeobecné sestry v domácí péči provádí u pacientů kondiční cvičení?
- 3) Jakým způsobem jsou všeobecné sestry v domácí péči školeny v rehabilitačním ošetřovatelství?



## VÝSLEDKY

Z analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že každá sestra využívá jiné způsoby provádění dechových cvičení u pacienta. Nejvíce zastoupená technika byla provádění hlubokého dýchání, která je, prováděna čtyřmi sestrami. Dále se využívá technika dýchání proti odporu, a to jako dýchání do gumové rukavice nebo dýchání brčkem do vody, kterou provádí s pacientem čtyři sestry. V průměru všeobecné sestry provádějí dva způsoby dechového cvičení s pacientem (viz Schéma 1). Dále k dechovému cvičení bylo zjištěno, že čtyři sestry provádějí cvičení s pacientem 1x denně, okolo 5–10 minut a jedna sestra 2x denně. K pomůckám se čtyři sestry vyjádřily, že pomůcky využívají a jedna sestra také vozí pomůcky sebou k pacientovi.

V kategorii kondičního cvičení bylo zjištěno, že všechny sestry využívají odlišné způsoby kondičního cvičení. Využívanými způsoby u kondičního cvičení horních končetin, je především kroužení končetinami od zápěstí po paži, mačkání předmětu v dlani, předpažení končetin atd. U kondičního cvičení dolních končetin se využívá kroužení dolními končetinami, zvedání natažených končetin vzhůru, cvičení prstů, přitahování končetin k břichu atd. V této problematice nelze určit, jak průměrně využívají sestry určité cvičení, jelikož některé sestry využívají více způsobů u horních končetin a poté méně u dolních či naopak. Dále bylo zjištěno, že čtyři všeobecné sestry kondiční cvičení provádějí 1x denně a jedna sestra 2x denně. Všechny sestry využívají ke kondičnímu cvičení pomůcky, ale žádná sestra je nevozí sebou k pacientovi.

Z kategorie školení v rámci rehabilitačního ošetřovatelství vyplynulo, že dvě všeobecné sestry nebyly nikdy školeny v rehabilitačním ošetřovatelství. Tyto sestry využívají v praxi poznatky ze svého studia či z předešlé praxe v oboru všeobecné sestry. Tři sestry uvedly, že byly školeny jen 1x za svoji práci v domácí péči, a to způsobem názorných ukázek školitele a formou prezentace.

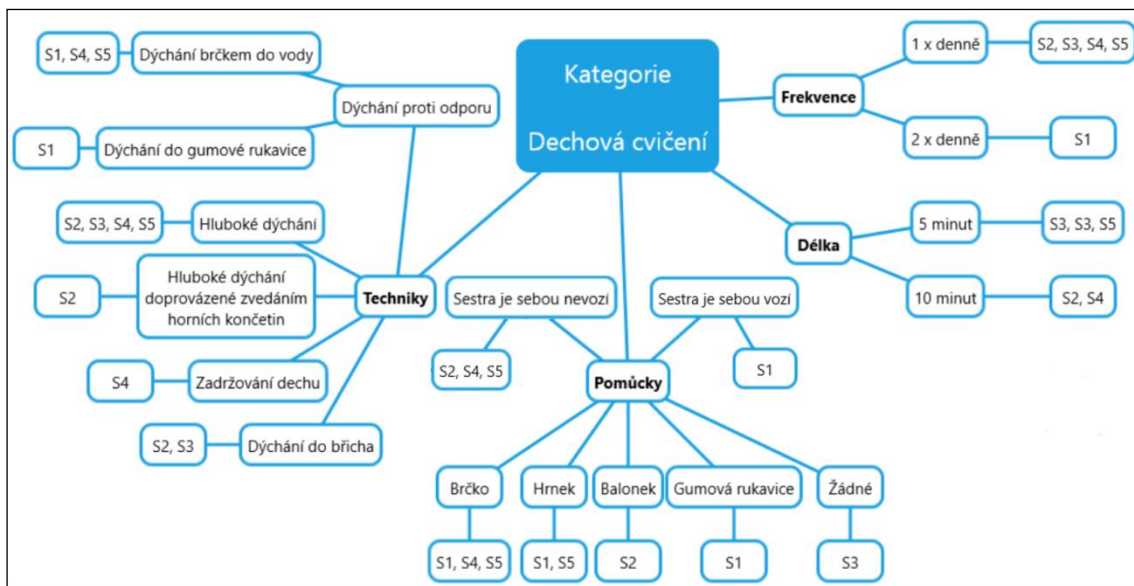


Schéma 1 Dechová cvičení

## DISKUZE

Cílem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry provádějí dechové a kondiční cvičení a jakým způsobem jsou školeny v rámci rehabilitačního ošetřovatelství. Všeobecné sestry v domácí péči nejčastěji užívají statické dýchání. Dle Barknowitze (2014), toto cvičení je pro sestru nejméně časově náročné, proto je nejčastěji využíváno. Jedna sestra k dechovému cvičení uvedla, že s pacientem provádí dýchání proti odporu, tak že pacient nafukuje gumovou rukavici. Podle Kapounové (2007) tato technika se z důvodu vysokého rizika mikrobiální kontaminace pomůcek v dnešní době už nedoporučuje. Dynamické dýchání s pacienty provádí jen jedna sestra. Překvapením bylo, že lokalizované dýchání, bronchiální hygienu a autogenní drenáž nevyužívá žádná z dotazovaných sester. Lze tedy doporučit, aby všeobecné sestry, zařadily k dechovým cvičením u pacienta lokalizované dýchání, autogenní drenáž či bronchiální hygienu. Dále čtyři respondentky uvedly, že dechové cvičení provádějí 1x denně a jedna sestra 2x denně. Vytejková (2011) říká, že dechová cvičení by se měla provádět vícekrát denně. Tuto skutečnost potvrzuje tedy jen jedna sestra. Další zjištění se týkalo pomůcek pro dechové cvičení, kdy čtyři sestry využívají ke cvičení pomůcky. Tuto skutečnost vyvrací Mrzenová (2011), která zjistila, že 68,9 % všeobecných sester nevyužívá žádné pomůcky k dechovému cvičení.

V rámci kondičního cvičení bylo zjištěno, že všeobecné sestry využívají šestnáct technik kondičního cvičení. Nejvíce využívanými způsoby bylo mačkání předmětů,

kroužení končetinami a zvedání končetin. Čtyři sestry provádějí kondiční cvičení 1x denně a jedna sestra provádí cvičení 2x denně. Klusoňová (2014) uvádí, že kondiční cvičení se provádí jedenkrát až dvakrát denně, a to vždy 10–15 minut. Všechny sestry jsou s tímto tvrzením v souladu. Klusoňová (2014) doporučuje, že by se při kondičním cvičení měly používat činky a cvičicí guma. Činky používají dvě sestry a cvičicí gumu jedna sestra. Všechny sestry také uvedly, že žádné pomůcky sebou k pacientovi pro kondiční cvičení nevozí. Bylo také zanalyzováno, že všechny sestry k časovému limitu určenému na kondiční cvičení provádí s pacientem nácvik vertikalizace či nácvik chůze. Toto zjištění by nemělo být překážkou pro provádění způsobů cvičení, jelikož ve stoje či sedu se určité způsoby cvičení provádí pacientovi lépe a efektivněji. Všeobecné sestry v tomto ale musí brát ohled na zdravotní stav pacienta. Toto potvrzuje i Truhlářová (2008), které uvádí, že 90,0 % dotázaných všeobecných sester v rámci rehabilitačního ošetřovatelství využívá především nácvik chůze.

V kategorii školení v rámci rehabilitačního ošetřovatelství dvě sestry uvedly, že nebyly nikdy školeny v tomto směru. Lze tedy předpokládat, že sestry, využívají techniky, které znají ze svého studia. Tři sestry absolvovaly jedno školení, které probíhalo způsobem předávání informací, pomocí prezentace školitelkou a následnými názornými ukázkami do praxe. Bylo také zjištěno, že sestry ze školení využívají v praxi hlavně informace o manipulaci s pacienty. Dále se všechny sestry shodly, že by chtěly podstoupit školení, které se rehabilitačním ošetřovatelství zabývá. Ohledně obsahu školení se shodly, že by se chtěly více dozvědět informace o provádění určitých cviků. Rabenseiferová (2009) ve svém výzkumu uvedla, že 100 % dotazovaných všeobecných sester vyhledává možnost účastnit se seminářů či konferencí. Lze tedy doporučit, aby agentura domácí péče poskytla pravidelná školení pro všeobecné sestry v domácí péči, protože sestry mají zájem se dále vzdělávat v rámci rehabilitačního ošetřovatelství.

## **ZÁVĚR**

Výsledky výzkumu ukázaly, že všeobecné sestry v domácí péči využívají mnoho způsobů dechového cvičení, ale zaměřují se především na statické dýchání. V oblasti kondičního cvičení se využívá dostatečné množství způsobů cvičení, ale všeobecné sestry by měly více využívat pomůcky určené pro kondiční cvičení. V rámci školení v rehabilitačním ošetřovatelství proběhlo jen jedno školení a některé sestry jej neabsolvovaly. Samy všeobecné sestry uvedly, že by uvítaly více těchto školení.

## REFERENČNÍ SEZNAM

1. BARKNOWITZ, Susanne. 2014. *Dýchání jako živoucí dění: dechová terapie v praxi*. Brno: Integrál. ISBN 978-80-87176-40-5.
2. ČESKO. 2004a. Koncepce domácí péče. In: *Věstník MZČR*. Částka 12, s. 15-18. ISSN 1211-0868.
3. KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
4. KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ. 2014. *Rehabilitační ošetřování klientů s těžkými poruchami hybnosti*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-567-9.
5. MRZENOVÁ, Jindra. 2011. *Rehabilitační ošetřování teorie a praxe v ošetrovatelské péči*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta
6. RABENSEIFEROVÁ, Zuzana. 2009. *Práce sestry v agenturách domácí péče*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií
7. TRUHLÁŘOVÁ, Lenka. 2008. *Ošetrovatelská rehabilitace v domácí zdravotní péči*. Hradec Králové. Bakalářské práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové
8. VYTEJČKOVÁ, Renata ed. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.