



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Ošetřování nesoběstačných geriatrických pacientů v domácím prostředí

Vypracoval: Veronika Šulistová  
Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2016

## Abstrakt

Problematika ošetřování geriatrických pacientů v domácím prostředí je vzhledem k demografickým trendům stále více aktuální. Ošetřování těchto pacientů není jednoduché a přináší řadu problémových situací. Proto je nutné se zamyslet, jaká je kvalita péče v domácím prostředí a jak se rodina geriatrického pacienta na změny v jeho zdravotním stavu adaptuje. Důležitá je také edukace a podpora laických rodinných pečovatelů v teoretických a praktických znalostech a dovednostech nutných pro zajištění kvalitní péče.

V teoretické části bylo nastíněno rozdělení stáří, charakteristika geriatrického pacienta, problémy, které mohou postihovat pacienty i pečující a domácí péče. U geriatrických pacientů jsou to hlavně geriatrické syndromy a geriatrická křehkost. U pečujících i zdravotníků hovoříme často o syndromu vyhoření.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat ošetřování nesoběstačných geriatrických pacientů v domácím prostředí. Dílčí cíle byly stanoveny následovně:

Zkušenosti laických pečovatelů s péčí o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí.

Zjistit problémové situace v souvislosti s péčí o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí.

Zjistit způsoby řešení problémových situací v péči o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí.

Zjistit potřeby laických pečovatelů při ošetřování nesoběstačných geriatrických pacientů v domácím prostředí.

Zjistit, jak probíhá spolupráce mezi lékaři, sestrami a laickými pečovateli při zajištění péče o nesoběstačného geriatrického pacienta v domácím prostředí.

Výzkumný soubor tvořili nesoběstační geriatrickí pacienti starší 65 let v domácí péči laických pečovatelů, jejich rodinní příslušníci a sestry z agentur domácí péče. Pro bakalářskou práci byla použita kvalitativní výzkumná strategie. Pro získání potřebných informací byla užitá metoda dotazování, technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Získaná data byla zpracována technikou otevřeného kódování, metodou tužka

a papír. Následně byla provedena redukce dat s uspořádáním do kategorií a podkategorií. Bylo vytvořeno sedm kategorií a šestnáct podkategorií.

Někteří pečovatelé trpí ekonomickými, sociálními, psychickými i zdravotními problémy. Bylo zjištěno, že pečující byli nuceni v životě udělat mnoho zásadních změn. Všichni museli upravit bydlení, v některých případech se museli i přestěhovat nebo dokonce odejít ze zaměstnání. Dále bylo zjištěno, že rodina není u všech pacientů celistvá, tudíž ve dvou případech se pečující nemají s kým střídat v péči o nesoběstačného člena rodiny. Také se ukázalo mnoho problémů, kterými trpí pacienti, jako jsou například opruzeniny, problémy s vyprazdňováním, obezita, deprese a jiné. Laičtí pečovatelé nemají dostatek informací o pečování ani o kompenzačních pomůckách. Často trpí zdravotními problémy, jako jsou bolesti zad, deprese, syndrom vyhoření, nespavost a jiné.

Práce lze použít jako zdroj informací pro studenty ošetřovatelství a sestry z praxe. Po zmapování ošetřování v domácím péči jsou patrné mnohé nedostatky. Nejvíce alarmující je právě nedostatek informovanosti o domácí péči. Proto je nutné tuto péči rozvíjet a dbát na to, aby co nejvíce pacientů mohlo být ošetřováno v domácím prostředí. Důležitá je ekonomická a psychologická podpora laických pečovatelů, zvláště pak prevence syndromu vyhoření. Domácí péče může vést k lepším léčebným výsledkům i nižším nákladům na péči.

**Klíčová slova:** domácí péče, geriatrický pacient, laičtí pečovatelé, ošetřování, sestra

## **Abstract**

The issue of the treatment of geriatric patients in a home environment is due to the more current demographic trends. The treatment of these patients is not easy and brings a number of problematic situations. Therefore, it is necessary to think, what the quality of care is in a home environment and how the family of geriatric patients on changes in his health will adapt. It is also important the education and the support of the lay family caregivers in the theoretical and practical knowledge and skills necessary to provide high-quality care.

In the theoretical part of the outlined the division of age, characteristics of the geriatric patient, problems that can affect the patients and the carings and the home care. For geriatric patients are mainly the geriatric syndromes and the geriatric frailty. The carings and health professionals talk often about burnout.

The main objective of the Bachelor thesis was to map the treatment of the infirm geriatric patients in a home environment.

The singular targets have been set as follows:

The experience of the non professional caregivers care of geriatric patients infirm in the domestic environment.

To find out the problem situation in connection with the care of geriatric patients infirm in the domestic environment.

Find out ways to resolve problem situations in the care of geriatric patients infirm in the domestic environment.

To find out the needs of non professional carers in care of geriatric infirm patients in a home environment.

To find out, how is the cooperation between doctors, nurses and lay carers to ensure the care of geriatric patients in a home environment.

Research file was consisted of the geriatric infirm patients older 65 years in home care of the non professional lay carers, their family members and the professional nurses of the home care agencies. For the Bachelor thesis was used qualitative research

strategy. To obtain the requisite information has been used polling method, technique of data collection was a free interview. The obtained data was processed by the technique of open coding, method of pencil and paper. Subsequently, the reduction was carried out with the data organized into categories and subcategories. There were created seven categories and sixteen subcategories.

Some caregivers suffer from economic, social, psychological and health problems. It was found that the caregivers were forced to do in their lives many fundamental changes. They all had to adjust the housing, in some cases they had to move or even leave their jobs. Furthermore, it was found that the family is not whole in all patients, and therefore in two cases, there is nobody who could who rotates in the care of the infirm member of the family. Many of the problems were turned out as well for example, that many patients suffer from the diaper rashes, problems with defecation, obesity, depression, and other. Lay caregivers do not have enough information about the care or compensatory utilities. Often they suffer from health problems, such as back pain, depression, burnout, insomnia and other.

The work can be used as a source of information for students of nursing and professional nurses. Many of the shortcomings are evident after charting nursing home care. The most alarming is the lack of information. Therefore it is necessary to develop care and ensure that most patients could be treated at home. The economic and psychological support of the non professional caregivers and especially the prevention of burnout are highly important. Home care can lead to the better medical outcomes and the lower costs for care.

**Keywords:** home care, geriatric patient, lay caregivers, care, nurse

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2016

.....

(jméno a příjmení)

### **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí práce paní Mgr. Haně Hajduchové, PhD. za odborné vedení, trpělivost, pomoc a poskytování cenných rad při vypracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům za ochotnou spolupráci.

# Obsah

Úvod .....	10
<b>1</b> <b>Současný stav</b> .....	<b>11</b>
<b>1.1</b> <b>Demografické trendy</b> .....	<b>11</b>
<b>1.2</b> <b>Rozdělení stáří</b> .....	<b>12</b>
<b>1.2.1</b> <b>Psychické, fyzické a sociální stárnutí</b> .....	<b>13</b>
<b>1.3</b> <b>Geriatrický pacient</b> .....	<b>15</b>
<b>1.3.1</b> <b>Geriatrická křehkost (frailty)</b> .....	<b>16</b>
<b>1.4</b> <b>Geriatrické syndromy</b> .....	<b>17</b>
<b>1.5</b> <b>Komunikace se seniory</b> .....	<b>20</b>
<b>1.7</b> <b>Laičtí pečovatelé</b> .....	<b>22</b>
<b>1.7.1</b> <b>Syndrom vyhoření (Burn-out syndrom)</b> .....	<b>23</b>
<b>1.8</b> <b>Domácí péče</b> .....	<b>24</b>
<b>2</b> <b>Cíle práce a výzkumné otázky</b> .....	<b>28</b>
<b>2.1</b> <b>Cíle práce</b> .....	<b>28</b>
<b>2.2</b> <b>Výzkumné otázky</b> .....	<b>29</b>
<b>3</b> <b>Metodika</b> .....	<b>30</b>
<b>3.1</b> <b>Metodika práce</b> .....	<b>30</b>



<b>3.2</b>	<b>Charakteristika výzkumného souboru.....</b>	<b>31</b>
<b>4</b>	<b>Výsledky.....</b>	<b>34</b>
<b>4.1</b>	<b>Kategorizační skupiny .....</b>	<b>34</b>
<b>4.2</b>	<b>Kategorie č. 1 .....</b>	<b>36</b>
<b>4.3</b>	<b>Kategorie č. 2 .....</b>	<b>38</b>
<b>4.4</b>	<b>Kategorie č. 3 .....</b>	<b>41</b>
<b>4.5</b>	<b>Kategorie č. 4 .....</b>	<b>43</b>
<b>4.6</b>	<b>Kategorie č. 5 .....</b>	<b>45</b>
<b>4.7</b>	<b>Kategorie č. 6 .....</b>	<b>47</b>
<b>4.8</b>	<b>Kategorie č. 7 .....</b>	<b>49</b>
<b>5</b>	<b>Diskuse.....</b>	<b>52</b>
<b>6</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>60</b>
<b>7</b>	<b>Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>62</b>
<b>8</b>	<b>Přílohy.....</b>	<b>67</b>

## Seznam použitých zkratk

ADL	Všední denní činnosti (Activities of daily living)
ADP	Agentura domácí péče
CMP	Cévní mozková příhoda
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
DM	Diabetes mellitus
DP	Domácí péče
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
IADL	Test instrumentálních všedních činností
ICHDK	Ischemická choroba dolních končetin
ICHS	Ischemická choroba srdeční
IM, AIM	Infarkt myokardu, akutní infarkt myokardu
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
PAD	Perorální antidiabetikum
TIA	Tranzitorní ischemická ataka
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

## Úvod

Z důvodu demografického stárnutí populace je téma ošetřování nesoběstačných geriatrických pacientů v domácím prostředí velice aktuální. Pro pacienty, kteří jsou v domácím prostředí ošetřováni, to má mnoho blahodárných účinků. Pacienti jsou v domácím prostředí více psychicky uklidněni, nestarají se o ně cizí pečovatelé, jsou u nich neustále blízcí lidé a ani nemají pocit osamění.

Takto to vypadá velice optimisticky, ale problémů ošetřování v domácí péči je více. O domácí péči není populace mnoho obeznámena. Většinou se k pacientům a laickým pečovatelům dostávají potřebné informace až v době, když tento problém musí řešit. Pak nejsou schopní včas shromáždit všechny potřebné informace a nastávají u nich ekonomické, sociální, psychické a zdravotní problémy. Této problematice je třeba se více věnovat a více informovat populaci.

Toto téma jsem si vybrala především z důvodu, že jsem na Zdravotně sociální fakultě docházela na praxi do agentury domácí péče a domácí hospicové péče. Zde jsem teprve zjistila, s jakými problémy se vůbec tyto lidé mohou potýkat. Mnozí lidé se o této problematice nedoslechnou nikdy. Zdravotníci ve službách domácí péče, ať už se jedná o sestry, pečovatele, sociální pracovníky, duchovní pracovníky i dobrovolníky, mají ode mě velký obdiv. Zde jsem se poprvé dozvěděla, jaké organizace existují, že agentury půjčují kompenzační pomůcky, nebo že existují různé semináře a jiné. V domácí péči není péče jen na zdravotnicích, protože bez optimální spolupráce se členy rodiny by tato péče nemohla být provozována.

Při vyhledávání pacientů, kteří jsou ošetřováni v domácím prostředí, jsem také zjistila, že jsou mnohdy blízko kolem nás. Bohužel mi přijde, že jsou tyto lidé sociálně izolováni, proto o nich nikdo neví. Tato zkušenost, promluvit si s pacienty a pečujícími v domácí péči, mi otevřela obzor do jiné sféry zdravotnictví.

## 1 Současný stav

### 1.1 Demografické trendy

Naše populace stárne. Prodlužuje se střední délka života, klesá porodnost, snižuje se úmrtnost v důsledku lepší zdravotnické péče (Malíková, 2011). Podle posledního sčítání lidu Českým statistickým úřadem v roce 2011 v České republice žilo téměř 1,7 mil. osob nad 65 let (ČSÚ, 2011). Pokud se taková skladba obyvatel bude vyvíjet nadále, dá se předpokládat, že by tito senioři měli v roce 2030 tvořit 23 % celé populace. V roce 2050 by to mělo být až 31 % populace, což by představovalo zhruba 3 miliony osob. Ministerstvo práce a sociálních věcí musí s touto prognózou počítat a vytvářet lepší sociální a ekonomický rozvoj (Malíková, 2011). Zvýšený počet seniorů bude také záležet na silných generačních skupinách. Počet osob se bude zvyšovat pouze v seniorském věku, nikoli v porodnosti a v nižších věkových skupinách (Wija, 2013).

Nutností je zamyslet se, kdo se o tyto seniory bude starat. Mnoho seniorů je ubytováno rodinou v zařízeních pro seniory, protože se tito příbuzní o své rodiče nebo prarodiče nechtějí, nemohou nebo nemají možnost starat. Bohužel ani kapacita těchto zařízení není bezedná. Již v roce 2011 byla poptávka o 1,5 násobku větší než kapacita lůžek v pobytových zařízeních. Dle Ministerstva práce a sociálních věcí bylo zaregistrováno celkem 660 pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory, z toho 471 domovů pro seniory a 189 domovů se zvláštním režimem. Celková kapacita těchto zařízení odpovídala 2,9 % populace osob ve věku 65 a více let. Ve snaze bylo poskytovat péči v pobytových sociálních službách převážně těm seniorům, kteří mají vyšší stupeň závislosti a potřebují komplexní péči od zdravotnického personálu. Podle statistik se tato snaha nedaří uskutečnit, bez příspěvků na péči žije stále v pobytových zařízeních zhruba 22 % osob (Wija, Holmerová, 2013).

Dalším velkým pomocníkem v péči o seniory jsou agentury domácí péče. U mnoha seniorů už jen pocit, že jsou doma, pomáhá k lepšímu zdravotnímu stavu. Pokud má rodina možnost starat se o seniora doma, může jí při tom vypomáhat právě i agentura domácí péče. Koncem roku 2011 bylo zaznamenáno 472 poskytovatelů domácí

zdravotní péče. Této péče využilo téměř 147 tisíc seniorů. Podle statistik bude poptávka po domácí péči i zdravotnických a sociálních zařízeních stále stoupat. V České republice by se měly posílit především služby zaměřené na rehabilitaci, podporu soběstačnosti, narůst by měly i agentury pro domácí péči (Wija, Holmerová, 2013).

## **1.2 Rozdělení stáří**

Otázky stáří, stárnutí, smrti a celkově lidského života provází lidstvo již dlouhou řádkou let. Stále častěji se o stáří hovoří, je to celosvětový problém. Populace stárne, seniorů přibývá a všichni mají nárok na profesionální sociální i zdravotní péči. Vitalita života se odvíjí od několika faktorů. Největší roli hraje vrozená predispozice, ale i všechny nemoci, které člověka provázely, jakým životem žil i stresové situace, se kterými se setkal. Nějaké vlivy se dají ovlivnit, jiné nikoliv (Dvořáčková, 2012).

Stárnutím rozumíme souhrn synchronně navazujících změn ve funkcích a struktuře organismu. Organismus stárne nerovnoměrně v průběhu času. Všechny změny se navzájem prolínají. Stárnutí lze považovat za přechod mezi dospělostí a stářím. Tělesné funkce upadají nepatrně již v dospělosti, nikoli až ve stáří. Zhoršuje se zdravotní stav i ekonomická situace a výrazně se zpomaluje tempo života. Často může dojít i k sociální izolaci, je ohroženo udržování sociálních kontaktů a vznikají psychické problémy (Dvořáčková, 2012).

Stáří je podmíněno projevem geneticky involučních procesů, dále je spojeno s významnými sociálními změnami a je modifikováno dalšími faktory. Vymezení přesného stáří je obtížné (Dvořáčková, 2012). Rozděluje se věk kalendářní, funkční i sociální. Existuje několika variant rozdělení věku.

Kramářová a Tuček (2005) uvádí, že dle WHO se kalendářní věk dělí na periody trvající 15 let. Za střední věk je označován věk v rozmezí 45-59 let, vyšší věk nebo rané stáří je v rozmezí 60-74 let, pokročilý stařecký věk čili sénium je v rozmezí od 75-89 let a věk nad 90 let je označován jako dlouhověkost.

Funkční věk hodnotí výkonnost jedince, jeho kondici, ale i biologický věk jedince. Odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka. Vyšetřuje se v rámci komplexního geriatrického hodnocení. Při hodnocení se posuzuje osobnost pacienta, tělesné zdraví, funkční výkonnost a zdatnost, duševní zdraví a sociální souvislosti. Ve funkční výkonnosti se hodnotí stabilita, chůze, soběstačnost (testy ADL, IADL – aktivity všedního dne), tělesná kondice, funkční kvalifikace zdraví i výživa (Kalvach, 2008).

Sociální věk hodnotí míru zapojení do společenského života i životní program. „Sociální periodizace života často užívá označení první věk (předproduktivní, období dětství a mládí, učení, profesní příprava, získávání sociálních zkušeností), druhý věk (produktivní, období dospělosti, produktivita biologická i ekonomicko-sociální), třetí věk (produktivní, stáří), případně čtvrtý věk (období závislosti)“ (Kalvach, 2004, s. 47).

### ***1.2.1 Psychické, fyzické a sociální stárnutí***

Psychické změny ve stáří jsou spojeny hlavně s přeměnou osobnosti. Dominují negativní rysy osobnosti. Senioři proto mají větší problém adaptace na jiné prostředí než mladí lidé. Je zapotřebí odlišovat změny chování ve stáří od tělesných a duševních poruch. Dále je charakteristický úbytek duševních, smyslových, nervových a pohybových funkcí. Nejčastějšími změnami ve stáří jsou pokles vitality, pomalejší psychomotorické tempo, snížení pozornosti a naopak zvýšená je trpělivost a tolerance k ostatním lidem. Na slovní zásobu nebo intelekt nemá stáří žádný vliv (Dvořáčková, 2012).

Více patrné pro okolí jsou fyzické (tělesné) změny. Tímto fenotypem se odlišují mladí lidé od starých. Nejnápadnější pro okolí je tělesná výška, ubývá kostní hmoty, meziobratlové ploténky se oplošťují a páteř se ohýbá. Dochází k poklesu svalové síly, pohyby jsou pomalejší, kosti řidnou a dochází stále více k úrazům. V cévách se ukládá vápník a tukové látky. Funkce plic se snižuje, klesá vitální kapacita plic. Potrava se v trávicím traktu rozkládá pomaleji. Klesá výkonnost jater, slinivky břišní i tlustého

střeva. Dále klesá elasticita močového měchýře a objevuje se inkontinence. Kůže se ztenčuje a ztrácí svou pružnost. Tvoří se vrásky a vlasy řídnu a šedivěji. Snižuje se počet neuronů. Důsledkem změny hlubokého čítí je porucha chůze a rovnováhy. Ve smyslovém vnímání se projevují změny především u zrakové a sluchové ostrosti, dále se také snižuje chuť a čich (Klevetová, Dlabalová, 2008). Některé změny probíhají rychleji, ostatní pomaleji. Senior se pak často stává introvertní, protože řeší svůj vzhled i snížené funkce orgánů (Dvořáčková, 2012).

S fyzickými a psychickými změnami úzce souvisí sociální změny a změny orientace. Společnost vede člověka po celý život k nezávislosti. Ve chvíli, kdy člověk odchází do důchodu, se jeho role mění. Vypovídají o tom dvě teorie - aktivity a stažení. Teorie aktivity vychází z teorie, že člověk má zůstat plně aktivní, pokud netrpí závažnými zdravotními obtížemi. Naopak teorie stažení hovoří o tom, že se člověk má připravovat na důchod. Odchod do důchodu by měl spočívat v rozhodnutí samotného člověka dle jeho vývoje osobnosti, neměl by být do penze dotlačen vnějším sociálním tlakem. Starý člověk pak musí změnit svůj životní styl, nacházet si nové volnočasové aktivity, protože mu zbývá mnoho volného času. Mění se i jeho myšlení, chování a prožívání. Dalším velkým sociálním mezníkem v tomto věku je odchod dětí z domova. Manželé najednou žijí sami a to vede buď ke sblížení, nebo naopak pár zjistí, že spolu neumí žít a rozvádí se. V jejich životě se objeví prázdnota, hovoříme tak o „syndromu prázdného hnízda“. Svými změnami v chování se senioři vyčleňují ze společnosti a připadají si nepotřební. Hůře navazují společenské kontakty, trpí strachem z osamělosti a opuštění. S vyšším věkem také vzrůstá úmrtnost vrstevníků a smíření se se smrtí. Musí opět přeorganizovat celý svůj život a upínat se k jiným cílům. Senioři žijící v rodině myslí spíše do budoucnosti, žijí realitou, oproti tomu senioři v domovech pro seniory upadají do nostalgie, nepřemýšlí o budoucnosti a většinou pouze přežívají (Dvořáčková, 2012).

### ***1.3 Geriatrický pacient***

Geriatrického pacienta charakterizujeme jako člověka s vyšším věkem, s významnou morbiditou i funkčním omezením (Schuler, 2010). Nejnižší věk, při kterém můžeme hovořit o „geriatrickém pacientovi“, je 65 let. Geriatrický pacient vykazuje involuční pokles zdravotního potenciálu, disponuje zdravotními problémy, chorobami, úpravou přístupu a režimu k jedinci. Geriatrická medicína se věnuje především multimorbiditě, involuční křehkosti, multidisciplinárnímu přístupu a geriatrickému hospitalizmu. Jádrem mezioborové spolupráce probíhá mezi interním lékařstvím, neurologií, rehabilitací, gerontopsychiatrií a dalšími obory (Kalvach, 2008).

U většiny geriatrických pacientů se setkáváme s multimorbiditou. Jde o stav, kdy se u pacienta objevuje více onemocnění, která se navzájem mohou ovlivňovat. Mnohdy komplikují a modifikují diagnostiku a léčbu u akutně probíhajícího onemocnění. Kombinující choroby vedou ke změnám klinického obrazu a tím ke ztížení diagnostického hodnocení (Kalvach, 2008). Mezi nejčastější příčiny morbidity se řadí kardiovaskulární onemocnění podmíněné aterosklerózou, např. ICHS, IM, CMP, ICHDK, TIA nebo angina pectoris. Rovněž jsou častá onemocnění pohybového, respiračního, gastrointestinálního a urogenitálního systému, nádory, úrazy a jiné (Weber, 2000).

Dalším problémem, se kterým se geriatrickí pacienti setkávají, je nesoběstačnost a imobilita. Nesoběstačnost většinou začíná problémy s jemnou motorikou (hygiena, oblékání), dále se pak zhoršuje mobilita a nemocný není schopen vykonávat běžné denní činnosti (denní práce, připravovat jídlo, sám se stravovat, umývat se, vykonávat fyziologické potřeby, pohybovat se po bytě, oblékat se). Při zhoršené soběstačnosti se pacientovi může pomoci kompenzačními pomůckami (nástavce na WC, antidekubitní podložky, polohovací postel, chodítko, vozík, různé pomocné pomůcky pro podávání stravy, atd.) pro zachování soběstačnosti v některých denních činnostech. Míra soběstačnosti se hodnotí tzv. testem základních všedních činností dle Barthela. V něm se hodnotí činnosti jako najedení, napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence



stolice i moči, použití WC, přesun z lůžka na židli, chůze po rovině a po schodech. Pacient může získat maximálně 100 bodů, minimálně bodů 0 (Weber, 2000).

Pokud se jedná o vyšší závislost na druhé osobě, až o poruchu schopnosti nezávislého pohybu ve volném prostoru, hovoříme o tzv. imobilitě. V lehčích případech je možné řešení pomocí holí, chodítek, vozíků nebo změnou uspořádání bytu. Nemocný potřebuje dopomoc s úklidem nebo nákupy. Při středním stupni imobility potřebuje pomoc již i s oblékáním a pohybem po bytě. Zde je nutné dávat pozor především na pády. Pacient s těžkou imobilitou je prakticky upoután na lůžko. Zde je hrozbou pro nemocného imobilizační syndrom (Weber, 2000). Kalvach (2008, s. 194) imobilizační syndrom definuje následovně: „Jde o nekonstantní označení souboru negativních důsledků a projevů dlouhodobého podstatného omezení pohybové aktivity, především ve smyslu upoutání na lůžko.“ Může se u pacientů rozvinout již během několika hodin. Je nutné si dávat pozor především na tyto následující změny: porucha ortostatické regulace, oblenění krevního oběhu, plicní hypoventilace, vznik proleženin a dekubitů, svalová atrofie, zácpa, porucha mikce, psychické poruchy, dehydratace a mnohé další. Jde o závažnou komplikaci onemocnění, na kterou jsou velice náchylní křehcí pacienti (Kalvach, 2008).

### ***1.3.1 Geriatrická křehkost (frailty)***

Geriatrická křehkost není v současnosti stále jasně definována. Jako ekvivalent můžeme použít rizikovost, která je způsobena poklesem výkonnosti orgánů ve stáří (Topinková, Neuwirth, 1995). Pokud se objevují alespoň tři z pěti příznaků, jako jsou hubnutí nebo nechtěný úbytek tělesné hmotnosti o 4,5 kg/rok, pomalá chůze, subjektivní únava, svalová slabost nebo nízká úroveň pohybové aktivity, hovoříme o geriatrické křehkosti (Fried et al., 2001). Prevalence geriatrické křehkosti je u lidí starších 65 let zhruba 7 %. Vyskytuje se více u žen a s věkem narůstá procentuální posloupnost. Uplatňují se jednotlivé faktory jak exogenní, tak i endogenní a ty se navzájem podmiňují.

„Genetické dispozice a exprese, involuční změny morfológické i funkční, chorobné procesy, multimorbidita, nežádoucí účinky léků, důsledky pohybové aktivity, malnutrice, kognitivní deficit a deprese, psychosomatická dekompenzace a maladaptace a vnější vlivy fyzikální i sociální“ (Kalvach, 2008, s. 122). Rozvíjející faktory vedou k disabilitě, ke ztrátě soběstačnosti, až k trvalému upoutání na lůžko.

K nejčastějším symptomům geriatrické křehkosti se řadí únava, pokles pohybových a jiných aktivit, omezování pohybových aktivit, psychomotorické zpomalení, úbytek svalové hmoty, nižší tolerance tělesné a psychické zátěže, instabilita, nechutenství až anorexie, poruchy paměti, apatie a další. Tyto symptomy mohou progradovat až ke ztrátě soběstačnosti- imobility a rozvinutí imobilizačního syndromu (Kalvach, 2008).

Pro diagnostiku v časné fázi je podstatný subjektivní pocit pacienta. Pacient by měl být vyšetřen v plném rozsahu geriatrického hodnocení (anamnéza, fyzikální vyšetření, doplnění a ověření údajů od rodiny). U těchto pacientů se hodnotí přednostně nutriční stav, mobilita, svalová síla, soběstačnost a sebeobsluha, výkonnost, deprese, laboratorní posouzení zánětlivých a metabolických parametrů. Přímá léčba neexistuje, je nezbytné soustředit se především na komplexní péči a léčbu zaměřit na všechny symptomy. Zejména na depistáž a aktivní dispenzarizaci geriatrických pacientů, psychoterapeutickou podporu, úpravu nutričního stavu, dlouhodobou fyzioterapii, individuální přístup ke konkrétnímu pacientovi. Nedílnou součástí léčby je zpětné ověřování léčebného procesu a hodnocení samotného efektu léčby. Jako preventivní opatření se doporučuje prevence malnutrice, motivační a psychoterapeutická podpora, pohybová aktivita, fyzioterapie, posilování stability, předcházení aterosklerózy a pravidelné hodnocení funkčního stavu (Kalvach, 2008).

#### **1.4 Geriatrické syndromy**

Velmi často se při péči o seniory setkáváme s problematickými situacemi. Nemusí jít jen o projev onemocnění, ale může se jednat i o odraz nějaké jiné příčiny. Je potřeba se dále zajímat, proč problematické situace vznikají. V mnoha případech se hovoří o

nedostatečném naplnění základních lidských potřeb. Existuje velká škála geriatrických syndromů. K nejvíce se vyskytujícím zdravotním problémům řadíme instabilitu, imobilitu, poruchy spánku, delirium, poruchy vyprazdňování, opruzeniny a dekubity, dehydrataci, malnutrici, poruchy kognitivního deficitu a paměti a mnohé další.

Instabilitou je označována nejistota při chůzi a stoji s možnými pády. Pádům u většiny starých lidí předchází závrať (vertigo). Jde o ztrátu prostorové orientace, pocit nestability a nejistoty. Důvod může být neurologický (centrální), vestibulární (periferní) i lékový (psychofarmaka, některá antihypertenziva). Léčit se musí vždy příčina pádu. U nestabilních osob s rizikem pádu by se mělo dbát na bezpečné a bezbariérové prostředí, nainstalování madel a signalizačních zařízení, využívání opěrných pomůcek a vysazení léků zhoršujících stabilitu. Instabilita se také může zlepšit fyzioterapií a posilování svalů (Růžička a kol., 2008).

Dalším závažným problémem je imobilita neboli omezení pohybové aktivity ve smyslu dlouhodobého upoutání na lůžko. Již zmíněno v kapitole 1.3 Geriatrický pacient.

Mnoho seniorů se potýká s poruchou vyprazdňování. Jde o stav, kdy moč nebo stolice odchází samovolně. Močová inkontinence se dělí na urgentní (naléhavé nucení na močení), stresovou (při zvýšeném nitrobršním tlaku bez nucení na močení), reflexní (hyperreflexní detruzor má pocit nucení na močení), paradoxní ischurii (únik moči z přeplněného močového měchýře) nebo behaviorálně podmíněnou (enuresis nocturna/diurna, demence, psychogenní). Inkontinence se léčí dle vyvolávací příčiny. U všech typů je zapotřebí upravit režimová opatření. To se týká příjmu tekutin, pít málo a častěji, max. 1,5 l/den, vyvarovat se kávy, dráždivých a kořeněných jídel. Doporučuje se též dodržování pravidelných intervalů pro vymočení (Hanuš, 2008).

Velkým ošetrovatelským problémem jsou opruzeniny a dekubity. Dekubitus vzniká periferním cirkulačním selháním na predilekčních místech působením vnitřních a zevních faktorů. Zevní příčiny jsou tlak, tření a macerace (vlhkost). Mezi vnitřní příčiny se řadí akutní choroba, chronické onemocnění, neurologické choroby, periferní cévní onemocnění, bolest, léky, inkontinence a výživa. Dle stupně postižení kůže se dělí dekubity do čtyř stadií. První stádium je zarudnutí, v druhém stadiu se objevují i

puchýřky, ve třetím stadiu je kůže poškozená až nekrotická se sekrecí a v posledním čtvrtém stadiu je tkáňová nekróza až poškození svalů. K základní prevenci dekubitů patří polohování po dvou hodinách, použití antidekubitní matrace, podložky, polštáře z molitanů nebo ovčí vlny (Weber, 2000).

Další problém, který se u seniorů může vyskytovat, je dehydratace. Často se objevuje jako součást geriatrické křehkosti. Nejedná se pouze o to, kolik vody pacientovi chybí, ale důležité je, kolik se mu nedostává tekutin. Proto je dehydratace rozdělována na hypertonickou, izotonickou a hypotonickou. Při hypertonické dehydrataci chybí tělu čistá voda a je zvýšená osmolalita tělesných tekutin. Při hypotonické je tomu naopak. Při izotonické je vyvážený deficit vody i iontů. Léčit dehydrataci se musí vždy podle její příčiny. O deficitu tekutin nás upozorňuje především váhový úbytek. Při ztrátě zhruba 2 l tekutin pacient pocítuje žízeň. Do 4 l je vidět snížený kožní turgor i suché sliznice. Při deficitu více jak 4 l dochází k poklesu krevního tlaku, centrálního žilního tlaku a tachykardii. Rehydratovat se musí pacient velmi pomalu vhodnými infuzními roztoky (Zadák, 2008).

Komplikujícím faktorem různých chorob může být také kognitivní deficit, demence a porucha paměti. S rostoucím věkem se zhoršuje myšlení a snižuje se vybavení ze zásobní paměti. Poruchy paměti se dělí do třech základních skupin. Mírná porucha poznávacích funkcí je často označována jako subklinické stadium demence. Jde o zapomínání v malém rozsahu, člověk dokáže samostatně vykonávat běžné denní aktivity a neovlivňuje to samotnou existenci. Další skupinou je demence. Upadá schopnost soběstačnosti a vykonávání běžných denních aktivit. Příznaky se dělí dle postižení mozku. Nejčastější onemocnění jsou Alzheimerova choroba a demence při Parkinsonově chorobě. Poslední skupinou je amnestický syndrom. Jde o izolovanou poruchu paměti. Je rozdělována na retrográdní, výpadek paměti před vyvolávacím působením noxy, a anterogádní, výpadek paměti od vyvolávacího působení noxy. V souvislosti s rostoucím věkem se mohou také objevovat deprese. Nejde o poruchu kognitivních funkcí, avšak depresivní člověk tyto funkce není schopen používat. Objevují se především při začínajících dementních stavech, čímž zhoršují kvalitu života. Deprese se v mnoha situacích dají léčit nebo alespoň je možné zmírňovat jejich

příznaky. Velmi záleží také na okolí a rodině, jak se k dotyčnému seniorovi chovají (Jirák, 2008).

Důležité je aktivní vyhledávání těchto přidružených syndromů a jejich léčení. U geriatrických pacientů je zapotřebí dbát na kvalitu života a ohrožení života jako celku, a ne vyléčit z biomedicínského hlediska pouze jedinou chorobu (Kalvach a kol, 2008).

### ***1.5 Komunikace se seniory***

Nedílnou součástí kvalitní péče o seniory je verbální a neverbální komunikace se seniory. Synchronnost komunikace vede k důvěře, spolupráci i ke klidu. Oproti tomu nesoulad ve verbálním i neverbálním projevu vede k rozporu, nedůvěře, strachu i ztrátě pocitu jistoty (Malíková, 2011).

Je zapotřebí zohlednit několik ovlivňujících faktorů v komunikaci. Patří mezi ně věk, zdravotní stav, smyslová porucha, časový prostor, vliv prostředí, zájem o komunikaci i schopnost komunikovat a řídit se komunikačními dovednostmi. U komunikačních dovedností se zaměřujeme na míru využití komunikačních technik, využívání emoční inteligence pracovníka, ochotu vést efektivní komunikaci i využití dalších metod a způsobů k navázání vztahu mezi pracovníkem a seniorem (Malíková, 2011).

Při vedení rozhovoru, jak normálního, tak i složitějšího, by se sestra měla řídit několika základními zásadami a pravidly. Zprvu provede důkladnou anamnézu a na jejím základě vybere vhodné komunikační techniky. Dále by měla vymezit cíl komunikace, její smysl a účel a najít pozici, v níž se budou obě komunikující strany dobře cítit. Projeví úctu v komunikaci, ale prokazuje ji lidské bytosti jako takové, ne stáří samotnému. Měla by rozpoznat, zohledňovat a respektovat omezení starého věku a respektovat bariéry komunikace. Měla by akceptovat specifické problémy a rozpoznat nemoc jako masku, prostředek k získání pozornosti, zájmu, péče a sociálních kontaktů. Při komunikaci by měla zohlednit celoživotní historii klienta a neměla by podceňovat stesky klienta kvůli devalvaci. Do spolupráce by se měla snažit zahrnovat i členy rodiny

za předpokladu, že si to přeje i sám klient, nebo v případě nekomunikujícího klienta, kdy potřebuje získat informace k dosažení kvality péče a spokojenosti klienta. Sestra myslí na to, že mírný stres je vhodnější než kompletní péče a užívá více diskuse než medikace (Pokorná, 2006).

Nejčastějšími chybami v komunikaci je, že se pečovatelé neřídí základními pravidly a zásadami. Sestry i pečovatelé s různě nemocnými seniory nekomunikují individuálně. Nejdůležitější je si vlastní chyby a nedostatky uvědomit, snažit se na nich zapracovat a do budoucna se jim vyvarovat. Vhodné je vyměňovat si různé poznatky a zkušenosti s ostatními pracovníky a hledat společně lepší řešení pro spokojenost obou stran (Malíková, 2011). Na nejčastěji dopouštěné komunikační zlozvyky v praxi poukazují Klevetová a Dlabalová (2008). Často se odsuzuje způsob chování klienta, ale nevěnuje se dostatečná pozornost tomu, proč se takto chová. Sestra mnohdy ubezpečuje klienta, že se nic neděje, radí mu a hledá řešení v okamžiku, kdy ho klient nepotřebuje. Okamžitě klienta zklidňuje a nedovolí mu uvolnit napětí, chrání před emocemi hlavně sebe. Brání svůj způsob péče, přesvědčuje o něm a vyhýbá se rozhovoru. Nedokáže unést bolest klienta a nechce s ním vést rozhovor. Klade zbytečné otázky, když klient nereaguje. Nabízí klientovi jinou formu úlevy, než očekává, nebo mu nabízí jinou činnost místo naslouchání. Moralizuje a kritizuje způsob reakcí klienta, myslí si, že dobře zná jeho myšlenky. Někdy též přerušuje klienta, nereaguje na jeho sdělení, odchází beze slov nebo mu vnucuje svůj názor (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Často se setkáváme v komunikaci s problémovými skupinami klientů. Musíme dbát na to, s jakými typy osobnosti se setkáváme, zda mají nějaké postižení nebo zda mají nějaké aktuální problémy. Typy osobnosti můžeme řadit do různých kategorií a podle toho se snažit přizpůsobit komunikační techniky, ale málokdy klient zapadá pouze do jedné kategorie. Proto musíme brát každého klienta individuálně. Nejvíce se zabýváme klienty s psychickými obtížemi, se změnami intelektu, s problémovým a agresivním chováním, s jiným závažným onemocněním, s různými typy postižení i s pacienty sociálně problematickými (Malíková, 2011).

## *1.7 Laičtí pečovatelé*

Nezbytnou součástí péče o nemocné v domácím prostředí jsou laičtí pečovatelé. Nemoc seniora nezasáhne jen jeho samotného, ale i celou jeho rodinu. Poté se většinou jeden z rodiny stává tzv. primárním pečovatelem. Jsou to především děti, rodinný přítel, ale i vzdálení příbuzní, sousedi nebo kamarádi nemocného. Měl by to být člověk, který má vytvořený s nemocným velice úzký vztah a je ochotný mu pomáhat a být trpělivý. Důležité je také respektování sociálních vazeb rodiny a jejího významu v životě seniora. Je potřeba zajistit vhodné podmínky jak pro seniora, tak i pro laické pečovatele, kteří v péči hrají velice důležitou roli. Je nutné vytvořit vhodnou sociální a zdravotnickou síť služeb, které budou vypomáhat se zdravotním stavem seniora i s psychickým a sociálním stavem pečujícího (Bártlová, 2006).

Mnohdy se pečovatel soustředí jen na pečování o nemocného seniora, ale pak už nemá čas na péči o sebe a zbytek rodiny. Zanedbává se a strádá. Je zapotřebí hlídat i psychický stav pečovatele, zda se u něj neobjevuje tzv. negativní efekt pečování. Pečující tak přebírá všechnu zodpovědnost za zdravotní, sociální i psychický stav nemocného a zhoršení stavu vnímá jako své osobní selhání. Mluvíme pak i o syndromu vyhoření. Zdrojem může být především chronická únava i přepracovanost a ty pak mají za následek špatné pečování o nemocného, někdy až dokonce jeho týrání (Bártlová, 2006).

Sociální i zdravotničtí pracovníci by měli pečovatele seznámit s možnostmi pomoci rodině. Dle Bártlové (2006) jde o tzv. krátkodobou dovolenou pro pečovatele, kdy pečující rodina nabere sílu a odpočine si. Tyto pobyty především umožňují nemocným zůstat co nejdéle v domácím prostředí v neustálém kontaktu s jejich rodinou. Zdravotnický personál může navrhnout pečovatelům vhodné aktivity ke zlepšení sebeobslužných činností jejich nemocných blízkých. Důležitou součástí domácí péče je také dostatečná informovanost od zdravotníků a sociálních pracovníků. Ti by měli pečovatele informovat o nových pomůckách, sociálních podporách i doplňkových službách. Aby nedocházelo k izolaci nemocného od ostatních osob, sociální pracovníci by měli informovat i o sociálních aktivitách v daném kraji (Bártlová, 2006).

Pro laické (rodinné) pečovatele existují také svépomocné skupiny tvořené dobrovolníky. Dobrovolníky sdružuje většinou stejný nebo podobný zdravotní problém. Pomáhají především emocionální podporou, společně prožívají svoji zdravotní situaci a přicházejí spolu na snadnější prožívání nemoci. Nemocní se podporují navzájem a navrací si chuť do života. Uklidňují se, že v tom nejsou sami, a shledávají lidi, kteří mají stejný problém (Bártlová, 2006).

Bohužel v současné době, v důsledku měnící se sociální struktury rodiny, se stává problémem, kdo se o seniory bude starat (málo dětí, dysfunkční rodina, vysoká zaměstnanost žen...). Ani stát nepodporuje dostatečně po ekonomické stránce pečovatele, kteří se často musí vzdát i svého zaměstnání. Populace dle demografických studií velmi stárne a není ani dostatek volných lůžek pro chronickou péči. Onemocnění seniora ovlivňuje celou rodinu a mění se role rodinných příslušníků. To vyúsťuje v konflikty a hádky mezi rodinnými příslušníky a následné umístění seniora v ústavní i nemocniční péči. Žádný profesionální zdravotník ale bohužel nemůže nahradit emocionální blízkost rodinných příslušníků (Bártlová, 2006).

### ***1.7.1 Syndrom vyhoření (Burn-out syndrom)***

Laičtí pečovatelé, ale i ostatní zdravotnický personál pracující s lidmi, jsou vystaveni mnoha zátěžovým situacím a tím i syndromu vyhoření. Jde o psychické, fyzické i emocionální vyčerpání způsobené dlouhodobým setrváním v těžkých situacích (Venglářová, Mahrová, 2006). Neobjevuje se pouze tam, kde pracovníci pracují s lidmi, ale především tam, kde je výkon práce hodnocen jinými lidmi. Rizikovým faktorem je zejména jedinec s nízkým sebevědomím, depresivní i emočně labilní. Poprvé byl syndrom vyhoření popsán roku 1974 (Kapounová, 2007).

Syndrom vyhoření se projevuje jak v pracovní rovině, tak i v osobních vztazích. Pečovatel trpící syndromem vyhoření má většinou nechť spolupracovat s lidmi, negativní postoj k práci i k životu. Má potíže se soustředěním, zapomíná, může být agresivní i trpět pocitu bezmoci. Omezuje kontakty se všemi lidmi, stále více se



objevují konflikty v jeho soukromí. Dlouhodobě není v práci výkonný, ubývá mu angažovanost do práce. Celkově je vyčerpaný, rychle se unaví a mohou se mu objevit i zdravotní potíže jako hypertenze, potíže se srdeční činností i chutí k jídlu (Peterková, 2008).

Proces může trvat i několik let a probíhá v několika fázích. První fáze je nadšení, pečovatel je plný ideálů, těší se do práce. Druhou fází nazýváme stagnace. Je to fáze, při níž se objevuje stres z vysokých nároků, nejsou splněna optimistická očekávání, práce pečovatele unavuje, nenaplňuje ho, snaží se vyhýbat kontaktu s lidmi. Ve třetí fázi přichází velké zklamání z povolání, nazýváme ji frustrací. Další fází je apatie. Pečovatel vykonává jen potřebnou práci, vyhýbá se komunikaci s lidmi. Poslední fází je samotné vyhoření. Pečovatel má negativní postoj, ztrácí zodpovědnost, je depresivní, nervózní, unavený až agresivní (Kapounová, 2007).

V prevenci je důležité mít především kvalitní mezilidské vztahy s blízkými, kteří dokáží naslouchat. Také spravedlivé finanční ohodnocení a pochvala jsou nepostradatelné (Venglářová, 2007).

## **1.8 Domácí péče**

První zmínky o domácí péči pocházejí z počátku 12. století. Péči vykonávaly řeholnice v domech pro nemocné. Návštěvní opatrovnictví zase provozovaly speciálně vyškolené diakonky v Praze v 15. století. Každý den o nemocné pečovaly, dokud opatrovnictví nezakázala církev. O nemocné se pak staraly neškolené starší ženy v institucích, jako byly lazarety, špitály (později nemocnice). Až ve druhé polovině 19. století bylo rozhodnuto, že je potřeba odborně vyškolené ženy pro nemocné a raněné. Vzhledem k ekonomice v meziválečném prostředí spočívala péče především v terénních službách. První pokusy v domácí péči se uskutečnily až za podpory Československého červeného kříže, kdy už byly zaměřeny i na sociální sféru. Až po druhé světové válce se rozvíjely ošetrovatelské školy a výchova sester pro terénní službu. Od roku 1952 měla domácí péči za odpovědnost už nejen církev, ale i stát (Jarošová, 2007).

První středisko ošetrovatelské péče vzniklo v roce 1990. O rok později Ministerstvo zdravotnictví zařadilo domácí péči mezi zvláštní formu ošetrovatelské péče a byla založena první agentura domácí péče v Pardubicích. V roce 1993 vznikla Asociace domácí péče České republiky, která má sdružovat všechny poskytovatele domácí péče. Agentur domácí péče neustále přibývá, ale zvyšuje se stále i její poptávka (Jarošová, 2007).

U domácí péče jde o kvalitní ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientovi v jeho domácím prostředí, které hraje důležitou roli v uzdravování a přispívá k psychické pohodě. V posledních letech se domácí péče velice rychle rozvíjí. Na rozvoj má vliv stárnoucí populace, vysoké náklady na zdravotní péči, rozvoj moderních technologií i rostoucí poptávka po službách domácí péče. Nejde pouze o zajištění zdravotní a ošetrovatelské péče, ale je zaměřena na duchovní, psychické, fyzické i paliativní potřeby. Jde o komplexní domácí péči, v které je poskytována péče zdravotní, sociální i laická. Péče je zajišťována multidisciplinárním týmem, který je tvořen z lékařů, sester, rodiny, sociálních pracovníků, fyzioterapeutů, psychologů a jiných (Jarošová, 2007).

Základem je aktivní domácí péče, která napomáhá k svépomoci rozvojem a podporou všech potenciálů klienta. Cílem péče v domácím prostředí je především zachovat kvalitu života, zabezpečit komplexní péči ve spolupráci s ústavní péčí, pomáhat rodině i jednotlivci v podporování duševní, tělesné i sociální pohody. Dále zvyšovat soběstačnost pacienta a snižovat negativní vliv nemoci na celkový stav pacienta i rodiny (Jarošová, 2007).

Výhodou domácí péče je přednostně individualizovaná péče postavená podle potřeb nemocného. Je zkracovaná doba hospitalizace a tím pádem jsou náklady na léčbu snižované až o třetinu. Péče je komplexní, jsou poskytovány činnosti z mnoha oborů. Délka péče vychází z potřeb nemocného, není ničím uspěchaná. Domácí péče zahrnuje i činnosti primární, sekundární a terciální prevence (Jarošová, 2007).

Domácí péče v České republice je prováděna v pěti základních formách. První forma je Akutní domácí péče. Je poskytována převážně dny nebo týdny. Doporučuje se pro klienty s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje nutnou hospitalizaci. Jedná se hlavně o odbornou péči v pooperačních a poúrazových stavech.

Druhá forma je Dlouhodobá domácí péče. Jde o komplexní domácí péči o chronicky nemocné pacienty, jejichž stav vyžaduje dlouhodobou odbornou péči. Tato forma je v České republice nejrozšířenější a je poskytována měsíce i roky. O třetí formě hovoříme jako o Preventivní domácí péči. Je určena pro klienty, kterým lékař doporučil sledování zdravotního a duševního stavu v určitých intervalech, případné změny je pak nutné ihned hlásit lékaři. Jako čtvrtá forma funguje Domácí hospicová péče. Jde o péči v terminálním stadiu života, kdy se předpokládá, že klient zemře do 6 měsíců. Pracovníci domácí služby tiší bolest, zajišťují emocionální podporu, ale nemocný se již neléčí. Poslední formou je Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče). Jde o jednorázovou péči, kterou vykonávají sestry praktických nebo odborných lékařů. Jde o případy, kdy z časových důvodů nelze zajistit návštěvu ordinace (Jarošová, 2007).

Domácí ošetrovatelská péče se rozděluje na přímou a nepřímou. „Přímá péče znamená přímý kontakt mezi poskytovatelem domácí ošetrovatelské péče a klientem s cílem učinit odhad celkového fyzického stavu, stanovit ošetrovatelské diagnózy vyplývající z potřeb klienta, naplánovat, realizovat a zhodnotit konkrétně ošetrovatelskou péči.“ (Hanzlíková, 2006, s. 248) Nepřímou péčí rozumíme konzultace s odborníky, dohled na pracovníky i koordinaci v rámci ADP. Dále se zaměřuje v primární prevenci na posilování a upevňování zdraví. Po překonaných zdravotních problémech se zaměřuje v sekundární prevenci na navrácení zdraví. V terciální prevenci se zaměřuje na předcházení komplikací chronických onemocnění (Hanzlíková, 2006).

Náplní agentur domácí péče je ošetrovatelská péče o nemocné v jejich sociálním prostředí potřebná k doléčení terminálně nemocných i nemocných bez potřeby hospitalizace. Činnosti jsou spojené s podáváním léků, ošetřováním ran, dopomocí v osobní hygieně, úpravou dietního režimu a jiné. Dalšími činnostmi jsou vedení ošetrovatelské dokumentace, koordinace práce, plánování aktivit i administrativní práce (Hanzlíková, 2006).

Nezbytné pro geriatrického pacienta ošetrovaného v domácím prostředí jsou úprava domácnosti a využití kompenzačních pomůcek. Různých kompenzačních pomůcek existuje celá řada. Na některé je možnost si zažádat příspěvek na Úřadu práce nebo může poukaz předepsat lékař (dle svých kompetencí). Nejpoužívanějšími pomůckami

jsou pomůcky pro jídlo a obsluhu, pomůcky pro komunikaci, pomůcky pro osobní hygienu, polohovací lůžka a v neposlední řadě pomůcky pro chůzi a pohyb. Nejznámější jsou chodítka, berle, antidekubitní podložky, sedačky do vany, madla do koupelny a další. Byt je zapotřebí přizpůsobit seniorovi. V první řadě je nutné odstranit různé koberečky, prahy i přebytečný nábytek. Věci, které senior používá, se naopak umístí tak, aby na ně mohl co nejlépe dosáhnout. Nejvyšší důraz je kladen na koupelnu. Je vhodné vybudovat sprchový kout, protiskluzové dlaždice a madla (Kalábová, 2013).

Domácí zdravotní péče navazuje na léčebnou péči praktických nebo odborných lékařů. Péče je poskytována všem bez ohledu na věk, pohlaví, rasu nebo národnostní odlišnosti. U každého klienta musí být vedena řádně dokumentace o vývoji zdravotního stavu a plán péče o nemocného. Domácí péče v České republice je financována zdravotními pojišťovnami a klientem ze sociálních příspěvků. Zdravotní pojišťovna přispívá na 3 hodiny odborné péče za den. Revizní lékař může tuto ošetrovatelskou dobu prodloužit až na 5 hodin denně. Dle doporučení lékaře je prováděna základní, odborná nebo specializovaná zdravotní a sociální péče (Jarošová, 2007).

Nesoběstačný senior, který vyžaduje pomoc druhé osoby, si může zažádat o příspěvek na péči, který se pohybuje dle závislosti mezi 800-12 000 Kč. Stupeň závislosti a výši příspěvku na péči hodnotí atestovaní lékaři z oboru Lékařské posudkové služby (ČSSZ, 2015). Závislost se hodnotí dle základních denních činností. Jedná se o mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby, péči o zdraví a osobní aktivity (MPSV, 2013). Z tohoto příspěvku si může senior zaplatit sociální služby pomáhající klientům v domácím prostředí i zaplatit pečující osobě. V tomto případě hradí stát zdravotní pojištění jak u nemocného, tak i u pečujícího. Nejvýznamnější služby zajišťující péči v domácím prostředí jsou tísňové péče, pečovatelské služby, mobilní hospice i odlehčovací služby (MPSV, 2013).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Hlavním cílem práce je zmapovat ošetřování nesoběstačných geriatrických pacientů v domácím prostředí.

Jako dílčí cíle byly stanoveny tyto následující:

- 1) Zjistit zkušenosti laických pečovatелů s péčí o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí.
- 2) Zjistit problémové situace v souvislosti s péčí o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí.
- 3) Zjistit způsoby řešení problémových situací v péči o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí.
- 4) Zjistit potřeby laických pečovatелů při ošetřování nesoběstačných geriatrických pacientů v domácím prostředí.
- 5) Zjistit, jak probíhá spolupráce mezi lékaři, sestrami a laickými pečovateli při zajištění péče o nesoběstačného geriatrického pacienta v domácím prostředí.

## ***2.2 Výzkumné otázky***

- 1) Jaké jsou zkušenosti laických pečovatелů s péčí o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí?
- 2) Jakým způsobem laičtí pečovatелé zajišťují péči o svého blízkého?
- 3) Jaké problémové situace vyvstávají v souvislosti s péčí o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí?
- 4) Jaké jsou způsoby řešení problémových situací v péči o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí?
- 5) Jaké jsou potřeby laických pečovatелů při péči o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí?
- 6) Jak probíhá spolupráce lékařů, sester a laických pečovatелů při zajištění péče o nesoběstačného pacienta v domácím prostředí?
- 7) S jakými problémy ze strany zdravotnických pracovníků se laičtí pečovatелé setkávají při své péči o nesoběstačného blízkého?
- 8) S jakými problémy ze strany laických pečovatелů se setkávají sestry pracující v agenturách domácí péče při zajištění péče o nesoběstačného geriatrického pacienta v domácím prostředí?

## 3 Metodika

### 3.1 Metodika práce

Za účelem získání potřebných informací byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Kvalitativní výzkum probíhal metodou dotazování, technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Ve výzkumném šetření byl použit záměrný výběr. Respondenti byli vybíráni technikou snowball sampling neboli technikou sněhové koule. Disman (2011, s. 114) uvádí: „Sněhová koule nabaluje respondenty podle doporučení předchozích respondentů. Je to rovněž technika, která neusiluje o reprezentativitu vzorku, ale spíše o širší poznání problematiky a teoretického nasycení vzorku.“ Kritériem pro zařazení do výzkumného souboru bylo, aby senioři byli starší 65 let, byli nesoběstační, žili v domácím prostředí a měli pečující, kteří se o ně neustále starají. Agentura domácí péče nebyla hlavním kritériem.

Otázky pro rozhovor byly rozděleny zvláště pro pečující, pacienty a sestry z agentur domácí péče. Vlastnímu výzkumu předcházelo vyhledání nesoběstačných geriatrických pacientů, kteří jsou ošetřováni v domácí péči a kteří by společně se svými pečujícími poskytli s ochotou informace k výzkumnému šetření. To bylo poněkud obtížné, protože i po sdělení, že všechny údaje budou prezentovány pouze anonymně, nechtěla většina pacientů informace podávat. V agenturách domácí péče nám informace o svých klientech nechtěli podat, protože by nejprve museli sehnat informované souhlasy o podání informací od pacientů a jejich rodin. Toto se ukázalo být překážkou. Nakonec se podařilo sehnat vhodného respondenta pomocí našich známých. Další respondenti byli vybíráni technikou sněhové koule. Po zjištění, že sestry agentur domácí péče na náš rozhovor nemají čas, byl vytvořen dotazník s osmi otázkami. Dotazník předali pečující sestřám osobně při návštěvě klienta. Po vyplnění nám dotazníky po pečujících byly vráceny zpět. U pacientů a pečujících byl připraven seznam otázek, viz Příloha 2. Pacientům bylo pokládáno 13 otázek a pečujícím 15 otázek. Otázky byly uzavřené i otevřené. Pro hodnocení soběstačnosti byl použit Test pro posuzování závislosti na druhé osobě a Barthelův test, viz Příloha 3. Získaná data byla zpracována technikou

otevřeného kódování, metodou tužka a papír, viz Příloha 5. Následně byla provedena redukce dat s uspořádáním do kategorií a podkategorií. Bylo vytvořeno sedm kategorií a šestnáct podkategorií.

Rozhovory byly prováděny v období od ledna do března roku 2016. Vždy probíhaly v domácím prostředí pacientů. Celý rozhovor i s pozorováním trval zhruba 30 min až 1 hodinu (délka rozhovoru se lišila dle času a ochoty pacientů a pečovatелů). U rozhovorů nebyl pořízen zvukový záznam, pouze záznam písemný. Všichni respondenti byli označeni číslicemi. Ke každé číslici byli přiřazeni i příslušní pečující a sestry, kteří se o daného pacienta starali.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvořili nesoběstační geriatrickí pacienti ošetřovaní v domácí péči laických pečovatелů, jejich rodinní příslušníci (laičtí pečovatелé), sestry z agentury domácí péče. Rozhovory byly prováděny se šesti pacienty, šesti pečovateli a čtyřmi sestrami z agentury domácí péče. Pacienti byli ve věku od 65 let do 91 let v zastoupení čtyř žen a dvou mužů. Dva pacienti nevyužívají služby agentury domácí péče. Všichni pacienti mají uznaný 3. nebo 4. stupeň bezmocnosti.

Pacientům č. 2, 3 a 6 s odpověďmi vypomáhali kvůli jejich zdravotnímu stavu pečující. U pacientky č. 4 trval rozhovor nejdéle. Paní byla velice komunikativní a má ráda návštěvy. Její byt byl útulný, bylo zde naklízeno. Pacientka č. 1 byla velice direktivní, rozhovor si spíše chtěla vést ona sama. U pacientů č. 2, 3 a 5 více odpovídali pečující, pacienti byli velice struční, věty moc nerozvíjeli. Pečující č. 5 byla opravdu přátelská a pohostinná. Nejméně příjemná byla pečující č. 6, rozhovor trval nejkratší dobu. Bylo zde vidět, že se pečující snaží uklízet, ale má nejspíše hodně práce se svou matkou. V pokoji byla cítit zatuchlina a zápach ze stolice.



Stručná charakteristika pacientů (podrobná charakteristika v Příloze 1):

1) Pacientka č. 1: 65 let, vysokoškolačka, pracovala jako učitelka na základní škole, bydlí s manželem ve městě, má dvě děti, které s nimi nebydlí, 26 let se léčí s roztroušenou sklerózou, využívají služby agentury domácí péče, je jí uznán 3. stupeň bezmocnosti, Barthelův test: 45 bodů, stará se o ní manžel, 67 let, který je v důchodu.

2) Pacientka č. 2: 87 let, středoškolačka, pracovala jako účetní, je vdova, má dvě děti, bydlí s jednou dcerou ve společné domácnosti ve městě, po proděláním CMP je imobilní s fatickou poruchou, využívá služby agentury domácí péče a odlehčovací služby, byl jí uznán 4. stupeň bezmocnosti, Barthelův test: 5 bodů, šest let se o ni stará dcera, 61 let, která je již v důchodu.

3) Pacient č. 3: 76 let, vyučen truhlářem, rozvedený, má jednoho syna, bydlí ve společné domácnosti se synem a jeho ženou v rodinném domě, před třemi lety ho na lůžko upoutaly CMP a AIM, dále se mu zhoršovala stařecká demence, využívají pečovatelské služby z agentury domácí péče, byl mu přiznán 4. stupeň bezmocnosti, Barthelův test: 15 bodů, stará se o něj snacha, 48 let, která je ženou v domácnosti.

4) Pacientka č. 4: 82 let, vyučená švadlena, je vdova, má dvě dcery, bydlí v dvougeneračním domě s vnučkou, na lůžko jí upoutaly AIM a polymorbidita, využívá služby agentury domácí péče, je jí přiznán 3. stupeň bezmocnosti, Barthelův test: 50 bodů, stará se o ní vnučka, 25 let, která je momentálně na mateřské dovolené.

5) Pacient č. 5: 91 let, středoškolák, pracoval jako stavař, žije se svou ženou na vsi, na lůžko ho upoutala polymorbidita před dvěma lety, agenturu domácí péče nevyužívají, je mu uznán 3. stupeň bezmocnosti, Barthelův test 50 bodů, stará se o něj manželka, 79 let, která je v důchodu.

6) Pacientka č. 6: 84 let, vyučená kuchařkou, rozvedená, má jednu dceru, 2 roky je imobilní kvůli zlomenině krčku stehenní kosti, dále trpí Alzheimerovou chorobou, agenturu domácí péče nevyužívá, je jí uznán 4. stupeň bezmocnosti, Barthelův test: 10 bodů, 5 let se o ni stará dcera, 47 let, která je nezaměstnaná.

Tabulka 1 Schéma charakteristiky pacientů a pečujících

Jméno pacienta	Věk	Pohl.	Základní onemocnění	Pečovatel	Věk	Vztah	ADP	Bezmocnost	Bart. Test	Délka péče
Pacientka č. 1	65	Žena	Roztroušená skleróza	Pečující č. 1	67	Manžel	Ano	3. stupeň	45 b.	4
Pacientka č. 2	87	Žena	CMP	Pečující č. 2	61	Dcera	Ano	4. stupeň	5b.	6
Pacient č. 3	76	Muž	Stařecká demence	Pečující č. 3	48	Snacha	Ano	4. stupeň	15b.	3
Pacientka č. 4	82	Žena	Polymorbidita	Pečující č. 4	25	Vnučka	Ano	3. stupeň	50b.	1
Pacient č. 5	91	Muž	Polymorbidita	Pečující č. 5	79	Manželka a	Ne	3. stupeň	50b.	2
Pacientka č. 6	84	Žena	Alzheimerova choroba	Pečující č. 6	47	Dcera	Ne	4. stupeň	10b.	5

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

## 4 Výsledky

### 4.1 Kategorizační skupiny

Analýzou rozhovorů bylo vytvořeno 7 kategorií a 16 podkategorií:

#### **Kategorie č. 1** Léčba v domácím prostředí

Podkategorie č. 1 Předchozí hospitalizace

#### **Kategorie č. 2** Zkušenosti laických pečovatелů

Podkategorie č. 1 Délka péče

Podkategorie č. 2 Předchozí zkušenosti

Podkategorie č. 3 Životní změny

#### **Kategorie č. 3** Způsob zajištění péče

Podkategorie č. 1 Střídání v péči

Podkategorie č. 2 Péče agentury domácí péče

#### **Kategorie č. 4** Problémové situace a jejich řešení

Podkategorie č. 1 Problémové situace

Podkategorie č. 2 Předcházení a řešení problémových situací

#### **Kategorie č. 5** Potřeby laických pečovatелů

Podkategorie č. 1 Služby

Podkategorie č. 2 Školení

Podkategorie č. 3 Rozhodnutí pro léčení v domácí péči

#### **Kategorie č. 6** Spolupráce mezi lékaři, sestrami z ADP, pečujícími

Podkategorie č. 1 Spolupráce sestry ADP a pečujícím

Podkategorie č. 2 Spolupráce pacientů a sester ADP

Podkategorie č. 3 Spolupráce s lékaři

**Kategorie č. 7** Problémy v péči o nesoběstačného pacienta

Podkategorie č. 1 Problémy laických pečovatелů

Podkategorie č. 2 Problémy zdravotníků v domácí péči

Přehled kódů viz Příloha 4.

Ukázka otevřeného kódování viz Příloha 5.

Celé přepsané rozhovory viz Příloha 6 (přiložené CD).

## 4.2 Kategorie č. 1

### Kategorie č. 1 Léčba v domácím prostředí

#### Podkategorie č. 1 Předchozí hospitalizace

Na první otázku jsme se ptali všech pacientů, jak dlouho se léčí v domácím prostředí a jaká nemoc je upoutala na lůžko. Za pacienty č. 2, 3 a 6 odpovídají pečující. Nemoci se u pacientů liší. Patientku č. 1 upoutala na lůžko roztroušená skleróza. Udává: *„Už to bude 26 let, od 39 let mám invalidní důchod.“* Patientku č. 2 na lůžko upoutaly opakující se cévní mozkové příhody. Její pečující vypovídá: *„První příhodu měla mamka před šesti lety. Ochrnuly jí nohy a tím pádem byla nechodící. Díky rehabilitaci se opět postavila na nohy. Bohužel za měsíc se mozková mrtvice opakovala. Od té doby se na nohy nepostavila a má i fatickou poruchu (nemůže mluvit, ale rozumí nám).“* Pacienta č. 3 upoutala na lůžko před třemi lety cévní mozková příhoda a akutní infarkt myokardu. Má mnoho přidružených onemocnění, je diabetik a trpí velmi těžkou stařeckou demencí. Patientka č. 4 neví, co mělo přímo za příčinu, že je upoutaná na lůžko. Uvádí: *„Už jsem stará. Jsem hodně nemocná. Jsem po operaci srdeční chlopně, prodělala jsem i mozkové příhody a infarkt. Také mám dlouhou dobu cukrovku a kvůli ní se mi začaly dělat otevřené vředy na obou nohách.“* Doma už je dlouho, doplňuje: *„Doma jsem dlouho, ale nepotřebovala jsem, aby se o mě někdo staral. Vnučka mi chodila nakoupit nebo mi tu vytřela. Jinak jsem všechno zvládala sama, i když mi to všechno hrozně dlouho trvalo. Teď jsem rok po tom infarktu a to už toho moc nezvládám. Hrozně se zadýchávám. Tak převážně jen ležím nebo sedím v mém křesle.“* Pacient č. 5 také nemá přesnou příčinu. Myslí si, že je to stáří a tíživá dušnost. Nechodí už zhruba dva roky. Patientku č. 6 upoutala na lůžko hlavně zlomenina krčku stehenní kosti po pádu. Také trpí Alzheimerovou chorobou. Pečující se o ní stará už pět let, z toho dva roky je pacientka ležící.

Další otázka pro pacienty byla, zda byli před ošetřováním v domácí péči také hospitalizováni v nemocnici a jak dlouho. Pacienti č. 4 a 5 sdělují, že nikdy příliš hospitalizováni nebyli. Pacientka č. 4 udává: *„Nikdy jsem v nemocnici moc nebyla. Všechno se řešilo jen u doktora v nemocnici. Ležela jsem v nemocnici týden kvůli mozkové mrtvici (kvůli ní mě neposlouchá levá ruka). Pak tři týdny po tom infarktu, když jsem byla na operaci chlopně.“* Pacient č. 5 udává: *„Já jsem v nemocnici nikdy moc nebyl. Jen na plicním, ale tam jsem byl jen chvíli. Ted' tam musím jezdit na pravidelné kontroly. Je mi líp doma na čerstvém vzduchu než ve městě v nemocnici. Ostatní léky mi předepisuje praktický lékař.“* Zatímco pacientka č. 1 byla hospitalizována velmi často. Vypovídá: *„Lékaři mi zjistili roztroušenou sklerózu po druhém porodu ve 32 letech. To jsem byla v nemocnici neustále, aby zjistili, co mi je a jakou léčbu mi nasadí. Pak jsem byla opakovaně na interně kvůli močovým zánětům. Ted' tam musím jen při velkém zhoršení.“* Pacient č. 3 byl hospitalizován opakovaně. Pečující udává: *„Hospitalizován byl vícekrát kvůli nestabilnímu zdravotnímu stavu. Dvakrát pro CMP, pokaždé cca týden. Po AIM ležel v nemocnici asi tři týdny, byl na operaci výměny chlopně.“* Pacientka č. 2 byla hospitalizována nejdéle, a to téměř dva měsíce. Nejprve na neurologickém oddělení, poté na oddělení následné péče. U pacientky č. 6 byla hospitalizace těžší kvůli Alzheimerově chorobě. Pečující o pacientce udává: *„Byla hospitalizována kvůli zlomenině krčku stehenní kosti pouze 14 dní. Kvůli jejímu velice se zhoršujícímu stavu byla předána k domácí hospitalizaci bez rehabilitace.“*

### 4.3 Kategorie č. 2

#### Kategorie č. 2 Zkušenosti laických pečovatелů

Podkategorie č. 1 Délka péče

Podkategorie č. 2 Předchozí zkušenosti

Podkategorie č. 3 Životní změny

Ekonomické změny

Změna bydlení

Bytové úpravy

Ekonomické omezení

Sociální změny

Sociální izolace

Psychické změny

Syndrom vyhoření

Deprese a úzkost

Mezilidské vztahy

Vztahy v rodině

Vztahy mezi pečujícími a nemocným

Problémy se spánkem

Nevyspání, únava

Zdravotní problémy

Bolesti zad

Při výzkumném šetření byly zjišťovány zkušenosti laických pečovatелů v péči o nemocné. Pouze pečující č. 3 měla předešlé zkušenosti: „*Ano, starala jsem se o svého těžce nemocného tatínka, který již zemřel.*“ Pečující č. 1, 4 a 6 uvedli, že žádné předchozí zkušenosti neměli. Pečující č. 2 má zkušenosti ze zdravotnictví, zmínila: „*...Pracovala jsem v nemocnici jako ošetřovatelka, tak jsem nějaké zkušenosti měla.*“

Pečující č. 5 se nezdá, že by se o někoho starala: „...bych neřekla, že se o někoho starám. Jsme už 50 let manželé a rozhodně mi nepřijde, že bych se nějak o manžela starala. Celý život jsme si pomáhali, teď v tom jen pokračujeme. Je nám spolu takhle dobře.“

Další otázkou pro pečující bylo, jak dlouho se starají o svého blízkého. Rozmezí odpovědí se pohybovalo od jednoho roku do šesti let. V některých případech svým blízkým pečující vypomáhají mnohem déle. Nejkratší dobu se stará pečující č. 4 o svou babičku, zmínila: „Babička bydlí o patro níž, tak jsem jí pomáhala vždycky, když něco potřebovala. Teď ten poslední rok se její stav zhoršil, tak jí pomáhám více.“ Pečující č. 5 se o svého blízkého stará dva roky a pečující č. 3 již tři roky. Pečující č. 1 své manželce pomáhá sice téměř 26 let, ale z toho je imobilní čtyři roky.: „Snažil jsem se jí pomáhat od té doby, co jí byla zjištěna roztroušená skleróza. Ona byla velice silná a chtěla si všechno dělat sama. Před čtyřmi lety se její zdravotní stav hodně zhoršil a už jen leží. Tak teď se starám jak o ní, tak i o celou domácnost.“ Pečující č. 6 bydlí ve společné domácnosti se svou matkou, o kterou se stará pět let. Pacientka č. 6 je plně imobilní dva roky. Pečující č. 2 se o svou matku stará nejdéle a to šest let.

Dále bylo šetřeno, co všechno se u pečujících a jejich rodin změnilo. Všichni pečující uvedli shodně, že museli udělat nějaké bytové úpravy. Pečující č. 1, 2 a 6 se kvůli pečování museli přestěhovat. Pečující č. 3, 4 a 5 dělali v bytě pouze některé menší úpravy. Pečující č. 2 a 6 museli odejít ze zaměstnání. Pečující č. 6 uvádí: „...Musela jsem odejít z práce, přestěhovat se. Neustále řešit za matku nějaké problémy, až jsem se za ní styděla. Prodala jsem svůj barák, abychom měly aspoň z čeho žít. ...“ Změnu po stránce ekonomické udávají pečující č. 1 a 6. Jako další problém hodnotí pečující č. 1, 3 a 6 sociální hledisko. Pečující č. 1 si rodinné vztahy chválí, ale jeho žena nechce vycházet mezi cizí lidi, přijímá jen své dlouholeté kamarádky. Pečující č. 6 udává: „...Začala jsem také trpět depresemi a úzkostí. Chtěla jsem jí dát do nějakého ústavu, ale jak se její stav neustále zhoršoval, tak jsem si jí zase vzala domů. Jsem téměř odříznutá od lidí, protože musím být neustále doma. Přijdu si, že jsem totálně vyhořelá...“ Pečující č. 2 a 6 udávají také své zdravotní problémy, především bolest zad. Pečující č. 2 přitom chválí agenturu domácí péče, která jim podala potřebné



informace: „...V agentuře domácí péče nám pak poskytl informace, kde by se dala půjčit polohovací postel, zvedák do vany i sedačka na převážení. Bez těchto pomocníků bych nebyla schopná žádnou péči zvládnout...“ Problém se spánkem udávají pečující č. 3 a 6, dále také udávají psychické selhání. Pečující č. 3 vypovídá: „...Hlavně se nikdo pořádně nevyspíme, tchán neustále vyřvává ze spaní a já mám strach, že se něco děje.“ Pečující č. 3 by si přála užívat odlehčovací služby, ale její muž je proti: „...manžel nechce využívat odlehčovací služby, ale já už to psychicky nedávám.“ Oproti všem negativním odpovědím pečující č. 5 odpovídá s naprostým klidem: „Jsme starý, tak už nejsme tak výkonný jako za mlada. Všechno nám trvá dlouho, ale zase my nemáme kam chvátat. Akorát jsme se museli vzdát dobytka, na to už jsem sama nestačila. Máme už jen slepice, králíky, kočky a psa.“

#### 4.4 Kategorie č. 3

##### Kategorie č. 3 Způsob zajištění péče

###### Podkategorie č. 1 Střídání v péči

Rodina

Agentura domácí péče

Pečovatelská služba

###### Podkategorie č. 2 Péče agentury domácí péče

Následujícím šetřením bylo, zda se pečující s někým střídají v péči o své blízké. Ve čtyřech případech se pečující s někým střídají nebo jim alespoň členové rodiny vypomáhají. Pečující č. 3 vypomáhá manžel a využívá pečovatelské služby. Pečující č. 1 zmínil: *„Jezdí sem každý druhý den starší syn, který mi vždy pomůže Ivetu vzít do vany. Jinak když potřebuju pomoc, tak děti přijdou...“* Pečujícím č. 2 a 4 pomáhají příslušníci rodiny. Naopak pečujícím č. 5 a 6 nikdo nepomáhá. V nejhorší situaci je pečující č. 6, odpovídá: *„Ne, bohužel, matka k sobě nikoho nechce pustit. Všechno musím zvládat sama.“* Oproti tomu pečující č. 5 pomoc od rodiny nevyžaduje: *„... nic zvláštního nepotřebujeme nebo si vypomůžeme se sousedy.“*

Na otázku, jak zajišťují péči u svých blízkých, odpovídali pečovatelé následovně. Pečující č. 2 a 3 využívají k pomoci pečovatelskou službu. Pečující č. 3 využívá pečovatelskou službu každý den k hygieně, zbylou péči zvládá sama. Pečující č. 2 kombinuje pečovatelskou službu s rodinou: *„Mamka sama nezvládne nic, tak vařím, krmím, převlékám, polohuji, uklízím, dávám jí léky... Na mytí mi chodí pomáhat bratr každý druhý den a bereme mamku do vany, ostatní dny k nám jezdí pečovatelka, která mi pomáhá s hygienou a převlékáním.“* Nejvíce péče má pečující č. 6: *„Musím dělat úplně všechno. Ještě jak matka trpí tou Alzheimerovou chorobou, tak se chová hůř jak pětileté dítě. Své exkrementy všude maže, plive kolem sebe, všechno zašpiní, v noci neustále křičí.“* Pečující č. 1 pomáhá s tím, o co si jeho žena řekne. Pečující č. 4

pomáhá své babičce s běžnými denními činnostmi, ale nemocnou sama nepřenáší, vždy čeká na rodinu. Naopak pečující č. 5 nevidí změny v péči o nemocného: „*Dělám všechno tak, jak bych to dělala, kdybychom oba byli zdraví. Uvařím, něco poklidím, jen tedy manželovi pomáhám s umytím, to on si sám do koupelny nedojde. Když je hezky, tak manžela vyvezu na dvorek na sedačce, aby se mu lépe dýchalo.*“

Péče ze strany agentur domácí péče se u pacientů liší. Služby domácí péče využívají pouze čtyři pacienti. Návštěvy sester jsou od pojišťoven propláceny nanejvýš třikrát denně. Agentury domácí péče jsou rozděleny na pečovatelskou (sociální) službu a zdravotní službu. Pacienti č. 1 a 4 využívají pouze služeb zdravotnických. K pacientce č. 4 sestra jezdí jednou denně na 15 minut. Sestra udává: „*Ke klientce jezdíme na převaz rozsáhlých bércových vředů.*“ K pacientce č. 1 jezdí sestra pouze třikrát týdně na 30 minut. Uvádí: „*S klientkou jezdíme rehabilitovat. Hodnotíme její zdravotní stav, změny hlásíme lékaři, popřípadě plníme jeho ordinace.*“ Pacient č. 3 využívá pouze služby pečovatelské. Pečovatelky jezdí jednou denně na 45 minut ráno na dopomoc při hygieně, převlečení, popřípadě i přebalení. Pacientka č. 2 využívá jak službu pečovatelskou, tak i zdravotní. Sestry jezdí k pacientce jednou denně na 30 minut, plní ordinace lékaře a provádí rehabilitaci. Pečovatelky dojíždí jedenkrát za dva dny také na 30 minut. Pomáhají pacientce i pečující s velkou hygienou ve vaně a převlékáním.

## 4.5 Kategorie č. 4

### Kategorie č. 4 Problémové situace a jejich řešení

#### Podkategorie č. 1 Problémové situace

Nechutenství

Opruzeniny a dekubity

Rozeprě, nepochopení

Obezita

Problémy s vyprazdňováním

Zácpa

Inkontinence

Deprese

Diabetes Mellitus

Hypoglykémie

#### Podkategorie č. 2 Předcházení a řešení problémových situací

Další důležitou otázkou pro pečující bylo, s jakými problematickými situacemi se setkávají. Pečovatelé mluvili o dekubitech, nechutenství, obezitě, depresích, inkontinenci i o neporozumění. Problémy se lišily hlavně kvůli základnímu onemocnění pacientů. Pečující č. 1 považuje za nejdůležitější problematické situace deprese a dekubity, se kterými již bojovali. Uvádí: *„Nejhorší asi je, že žena začala trpět depresemi. Myslí si, že je všem na obtíž, dává si vše za vinu. Jindy zase ze všeho obviňuje mě a nechce dál žít. Dalším problémem jsou dekubity, které měla velice rozsáhlé a musela se jí tam dělat i plastika.“* Tyto problémy řeší s lékaři. Pacientka č. 1 užívá antidepressiva a antidekubitní pomůcky, díky kterým momentálně dekubity nemá. Pečující č. 2 také bojuje s dekubity, ale též i s nechutenstvím. Nemocná je obézní, zdravá jídla jíst nechce, vyžaduje pouze sladkosti a nezdravé potraviny. Používají antidekubitní deku, pravidelně polohují, kůži promazávají a kontrolují. Pečující č. 3 řeší

rozepře s nemocným. Nemocný trpí stařeckou demencí a nic si nechce nechat vysvětlit. Pečující udává: *„Máme s tchánem dost rozepře. Bohužel, jak trpí demencí, tak si to, co mi řekl, po chvíli nepamatuje, ale já na to myslím dlouhou dobu. Nechce si nechat vysvětlit, že to dělám jen pro jeho prospěch a vše mu musím opakovat neustále dokola. Je to někdy opravdu na zbláznění.“* Pečující č. 4 se stará o svou babičku, která je obézní, a jsou nuceni sehnat polohovací postel. Dále má problém s hypoglykemií, uvádí: *„Doma naštěstí máme glukometr, díky kterému můžeme ihned změřit hodnotu cukru v těle a posoudit, zda je nevolnost od cukrovky nebo ne.“* Pečující č. 5 řeší jediný problém a to, že je manžel těžký a pečující má z toho velké bolesti zad. Jako další méně podstatné problémy udává zácpu a nechutenství. Nemá pro tyto problémy žádné speciální řešení. Manžela přesouvá po malých kouskách a hodně u toho odpočívá. Nechutenství nijak neřeší, nemocný je už dost starý, tak když jíst nechce, nenutí ho. Pečující č. 6 se setkává s mnoha problémy, jako jsou například deprese, opruzeniny, inkontinence, nechutenství a jiné. Udává: *„Předcházet se jim moc nedá. Například na deprese jí dávám léky, ale jinak jí musím neustále převlékat, polohovat, mazat, nutit do jídla, kontrolovat, kolik toho snědla....není to s ní vůbec jednoduché.“*

## 4.6 Kategorie č. 5

### Kategorie č. 5 Potřeby laických pečovatелů

#### Podkategorie č. 1 Služby

Agentura domácí péče

Pečovatelská služba

Odlehčovací služby

Přeprava do zdravotnického zařízení, k lékaři

#### Podkategorie č. 2 Školení

#### Podkategorie č. 3 Rozhodnutí pro léčení v domácí péči

Následující otázky jsou zaměřeny na potřeby laických pečovatелů, jestli užívají nějaké služby, zda se účastnili nějakého školení o problematice nemocných a zda by se pro domácí péči rozhodli znovu. První otázkou bylo zjišťováno, zda by pečovatелům pomohly nějaké služby a jaké. Pečující se v odpovědích lišili. Pečující č. 3 a 4 jsou spokojeni s agenturou domácí péče a pečovatelskou službou. Pečující č. 3 a 5 rádi využívají služby sanity nebo odvozu. Jediná pečující č. 2 využívá také služby odlehčovací, aby načerpala nové síly a odpočinula si v lázních. Pečující č. 1 by uvítal více rehabilitace pro svou ženu. Pečující č. 6 by zase ocenila službu i pro pečující: „*Ocenila bych asi psychiatra, kdyby jezdil také do domácího prostředí (někdy i za pečovateli).*“

Dalším šetřením se zjišťovalo, zda se pečující účastnili nějakého školení pro pečující. Pečující č. 1, 2, 3, 4 a 5 odpověděli shodně, že nikoli. Jediná pečující č. 6 se školení zúčastnila: „*Ano, zprvu jsem byla na školeních, jak se o takové pacienty starat, jak je chápat. Ale realita je trochu někde jinde.*“

Dále nás od pečujících zajímalo, proč se rozhodli pro péči v domácím prostředí a jestli by svoje rozhodnutí změnili. Opět jediná pečující č. 6 odpovídá negativně: „*Nic jiného mi nezbylo, matka odmítá jakoukoliv péči od někoho jiného. V jiném prostředí se*

*její stav zhoršuje a propadá velkým depresím.“ Ostatní pečující odpovídali kladně, šli by do domácí péče o své blízké klidně znovu. Pečující č. 3, která se předtím starala o svého nemocného otce, vypovídá: „Když jsem se starala o svého tatínka, tak mě ani nenapadlo, že by tchán měl jít do zdravotnického zařízení. Zatím péči zvládáme, i když je to dost složité.“ I přesto, že pečující č. 2 měla předešlé zkušenosti z nemocnice, není to pro ni jednoduché, udává: „Nechtěla jsem, aby se o mamku staral někdo jiný. Dokud aspoň trochu můžu, tak se chci o ní starat s pomocí bratra a agentury domácí péče. Troufla jsem si na to možná jen díky tomu, že jsem celý život dělala ošetřovatelku v nemocnici, proto nějaké zkušenosti mám. Ale nejsem už taky nejmladší a nemám tolik síly.“ Pečující č. 4 si váží služeb agentury domácí péče, udává: „Jsme rádi, že s námi může babička zůstat doma. Oceňuji, že existuje taková možnost, jako je agentura domácí péče. Nedokážu si představit, že každý den jezdíme s babičkou k lékaři na převaz.“ Pečující č. 1 a 5 by nechtěli dát nikdy svého blízkého do jakéhokoliv zařízení, když je ta možnost, aby byl jejich blízký doma.*

## 4.7 Kategorie č. 6

**Kategorie č. 6** Spolupráce mezi lékaři, sestrami z ADP, pečujícími

- Podkategorie č. 1      Spolupráce sestry ADP a pečujícím
- Podkategorie č. 2      Spolupráce pacientů a sester ADP
- Podkategorie č. 3      Spolupráce s lékaři

Následujícím šetřením byla zjišťována spolupráce mezi nemocným, pečujícím, lékaři a popřípadě, pokud využívají agenturu domácí péče, tak i sestrami z ADP. Pečující č. 5 a 6 služby agentury domácí péče nevyužívají, proto na otázku neodpovídali. Dotazovány byly též sestry z agentury domácí péče. První otázkou jsme se ptali, jak probíhá komunikace s nesoběstačným klientem. Odpovědi se liší především podle onemocnění klientů. U nemocných č. 1 a 4 probíhá komunikace bez komplikací, nemocní jsou komunikující, o vše si řeknou. U nemocných č. 2 a 3 probíhá komplikovaně. Nemocná č. 2 má fatickou poruchu, proto sestry sledují jen její mimiku, jinak informace musí zjišťovat od dcery. S nemocným č. 3 je to složitější kvůli onemocnění, sestra udává: *„Velice těžko díky jeho stařecké demenci. Plně spolupracujeme s rodinou. Je velice tvrdohlavý.“*

Dále nás zajímalo, jak probíhá komunikace mezi sestrami z agentur domácí péče a pečovateli. Sestry si všechny pečující celkem chválily. Nejvíce byly spokojené s pečující č. 2, vypovídají: *„Velmi dobře, o klienta je dobře postaráno, pečující pracovala jako ošetřovatelka v nemocnici, tak ví, o čem je tato práce.“* O pečujících č. 1 a 4 vypovídají, že jsou ochotní a péči zvládají dobře. Ve všem si nechají poradit. Na pečující č. 3 sestra vidí její vyčerpání z péče, udává: *„Docela dobře. Čas od času je na ní vidět velké vyčerpání, tak se pak spolupracuje mnohem hůře.“*

Zajímala nás také spolupráce s lékaři. Odpovědi se opět lišily podle obvodního lékaře. Sestry od nemocných č. 1 a 4 si lékaře chválí, domlouvají se především telefonicky, ale jsou též ochotní přijet i do domácího prostředí. U nemocné č. 2 je



komunikace s obvodním lékařem dobrá, ale lékař jezdí do domácího prostředí velmi málo, uvádí: „*Pokud řešíme problémy telefonicky, tak dobře. Ale praktický lékař nechce dojíždět do rodin a klientku je velmi těžké převézt.*“ U nemocného č. 3 sestra vypovídá, že je s lékařem velice těžká domluva, protože lékař není ochotný.

Poslední otázkou týkající se spolupráce nás zajímal názor pečujících na to, jak se jim spolupracuje se sestrami z agentury domácí péče. Všichni odpovídali velice podobně v kladném hodnocení. K sestram neměli žádné připomínky, spíše byli rádi, že jim velice ochotně vždycky poradí. Sestry jim také radí, kde se dají sehnat různé kompenzační pomůcky, kde si je mohou půjčovat a co jim zpříjemní péči. Pečující č. 2 vypovídá: „*Výborně, vždy mi sestry doporučily různé pomůcky pro usnadnění péče. Jsem spokojená s tím, jak se o ní starají jak ze zdravotnického, tak pečovatelského hlediska.*“ Dále si také pečující chválili, že jim sestry radí při komplikacích, když si nejsou jistí, zda se jedná o něco vážného nebo ne. Pečující č. 1 udává: „*Sestry z agentury jsou moc hodné. Jezdí k nám třikrát týdně. Žena si s nimi příjemně rozumí. Když má nějaký problém, u kterého nevíme, jestli je závažný, sestry nám vždy ochotně poradí.*“

## 4.8 Kategorie č. 7

### Kategorie č. 7 Problémy v péči o nesoběstačného pacienta

#### Podkategorie č. 1 Problémy laických pečovatелů

Nedostatek informací

O péči

O možnostech příspěvků od státu

O kompenzačních pomůckách

Zdravotní problémy

Bolesti zad

Nespavost

Syndrom vyhoření

Psychické problémy

Vyčerpání

Deprese

#### Podkategorie č. 2 Problémy zdravotníků v domácí péči

Financování domácí péče

Časová tíseň

Cestování

Zvířata

Fyzická zátěž

Samostatná práce

Administrativa

Na závěr jsme se ptali sester z agentur domácí péče, s jakými problémy si myslí, že se potýkají pečovatelé v domácí péči. Většina sester se shodla, že problémem je především nedostatek informací a od toho se odvíjí i další problémy. U pečujících č. 1, 2 a 3 se shodly, že pečující trpí zdravotními problémy. Sestra pečující o pacienta č. 1

vypovídá: „...trpí zdravotními problémy, jako je bolest zad, nespavost, syndrom vyhoření.“ Sestra pečující o pacienta č. 3 vidí i psychické zdravotní problémy: „...U této rodiny je vidět velké vyčerpání, možná že i nějaké deprese u pečovatelky.“ Sestra pečující o pacientku č. 4 poukazuje na zcela jiné problémy: „Asi nejtěžší jsou začátky. Těžké je pro laiky i převléct lůžko, na kterém leží člověk. Dále si myslím, že nemají dostatek informací, nevědí, jaké mají možnosti, čím si mají péči usnadnit, co všechno si mohou vypůjčit a jaké sociální dávky mohou čerpat.“

Dále jsme se ptali sester, jaké vidí problémy zdravotníků v domácí péči. Zajímali nás nevýhody domácí péče. Sestry odpovídaly čtyři. Se svými odpověďmi se často velice shodovaly. Jako největší problém vidí sestry financování péče. Na tomto tvrzení se shodly všechny. Sestra pečující o pacientku č. 2 uvádí: „Největším problémem je financování domácí péče. I když se státu šetří tak mnoho peněz, když pacient není hospitalizovaný v nemocnici, stále stát investuje do domácí péče málo.“ Sestra pečující o pacientku č. 3 dodává: „...Také je někdy problém s proplácením financí od pojišťoven. Musíme si plnit přesně jen tu práci, co máme danou, jinak pracujeme zadarmo.“ Další problém, na kterém se shodují opět všechny sestry, je časová tíseň. Přesná doba, kterou mohou strávit u klienta, je daná pojišťovnou. Ta přesně určuje, kolik času je přípustné strávit na ošetření, jinak si klienti péči musí proplácet sami. Sestra pečující o pacientku č. 1 udává: „Jsme neustále v časové tísní, nikde se nesmíme zdržet déle, jinak bychom práci nestihly vykonat.“ Sestra pečující o pacientku č. 4 udává: „Lidi by si někdy rádi popovídali, ale my bohužel nemůžeme, musíme neustále někam spěchat, abychom práci stihly podle harmonogramu.“ Sestry č. 1 a 2 mají také problém s cestováním za každého počasí. Sestra od pacienta č. 2 udává: „Nejsem úplně zdatný řidič. Dělá mi problém někde zaparkovat, ve sněhu se také bojím jezdit. Někdy je pro mě jízda autem velice stresující.“ Sestra pečující o pacientku č. 4 udává, že se také bojí zvířat. Vypovídá: „Bojím se psů. Byla jsem jednou pokousaná od psa a od té doby mám z nich respekt. Teda malinký psi mi až tak nevadí, ale když za vraty na mě štěká velký pes, tak mám opravdu velký respekt vstoupit dál.“ Sestry č. 1, 2 a 4 také udávají jako další problém fyzickou zátěž. Protože všichni lidé nemají vhodné kompenzační pomůcky, mají nízké postele, tak pak když se mají neustále ke klientům ohýbat nebo s nimi cvičit,

ničí si tím záda. Sestra č. 3 také udává, že někdy je pro ni velice těžká samostatná práce. V domácí péči nepracuje dlouho a má strach se při akutních stavech okamžitě rozhodnout. Bojí se také, aby nějaké příznaky nezanedbala, proto se často radí s kolegyněmi nebo lékaři. Sestry č. 1 a 4 si stěžují také na mnoho administrativy, když po ošetření klienta musí ještě všechno podrobně zapisovat do dokumentace a do počítače, aby jim pojišťovna všechnu práci proplatila. Raději by ten čas věnovaly klientům.

## 5 Diskuse

Dle demografické prognózy je toto téma čím dál více otevíráno a diskutováno. Populace velmi stárne, zvyšuje se hranice doživotí, rodí se málo dětí. Dle Tóthové a kol. (2011) je nutné si uvědomit, že vzhledem ke značným výhodám bude domácí péče mnohem více vyhledávána. Především kvůli své nízké finanční náročnosti, omezené kapacitě zdravotnických lůžek, stárnoucí populaci a vhodnějším psychickým podmínkám. Misconiová (2006) udává velký důraz na celostní (holistický) přístup ke klientovi a vnímání jeho osobnosti. Klient je individuálně posuzován z bio-psycho-sociálního hlediska. Velmi důležitá je psychická pohoda klienta, která je v domácím prostředí ovlivněna známým prostředím i blízkými osobami.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat ošetřování nesoběstačných geriatrických pacientů v domácích prostředí. Pro výzkumnou část byl zvolen kvalitativní výzkum. Rozhovory byly tvořeny se šesti pacienty v domácím prostředí a s jejich pečujícími. Pacienti byli ve věku od 65 let do 91 let. Všichni byli nesoběstační, a měli uznaný 3. nebo 4. stupeň soběstačnosti. Čtyři z nich využívají i služby agentury domácí péče. Pro sestry z agentury domácí péče byl vytvořen krátký dotazník. Všechny informace jsou prezentovány anonymně. Jelikož je toto téma velice rozsáhlé, byly stanoveny dílčí cíle.

Prvním cílem bylo zjistit, jaké zkušenosti mají laičtí pečovatelé s péčí o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí. Pokládány byly dvě výzkumné otázky. První otázka zněla: Jaké jsou zkušenosti laických pečovatelů s péčí o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí? Předchozí zkušenosti měla pouze jedna z pečujících, která se již starala o svého otce. Jedna z pečujících se o nikoho dříve v domácím prostředí nestarala, ale pracovala jako ošetřovatelka v nemocnici. Ostatní pečující žádné předchozí zkušenosti neměli. Délka jejich současné péče se pohybuje od jednoho roku do šesti let, bereme-li v potaz pouze o imobilní pacienty.

Druhá otázka byla položena následovně: Jakým způsobem laičtí pečovatelé zajišťují péči o svého blízkého? Odpovědi pečujících se lišily. Čtyři pečující využívají služby agentury domácí péče. Z toho jedna pečující užívá pouze pečovatelské služby. Další pečující využívá služby agentury domácí péče jak pečovatelské, tak i zdravotnické. Jako jediná taky využívá služby odlehčovací. Dvě pečující využívají pouze služby zdravotnické. Na základě rozhovorů bylo zjištěno, že pečující nemají informace o dalších možných službách. Dle Bártlové (2006) by právě zdravotničtí a sociální pracovníci měli pečovatele informovat. Měli by také pacienty informovat o sociálních aktivitách v daném kraji. Existuje i mnoho internetových stránek, kde se pečující sdružují a kde mají přehled o činnostech. Jsou to například [www.pecujici.cz](http://www.pecujici.cz), [www.pecujdoma.cz](http://www.pecujdoma.cz) nebo [www.uniepecujicich.cz](http://www.uniepecujicich.cz). Dále existují i sociální stránky, kde se přímo zabývají jednotlivými onemocněními. Jsou rozděleny například pro nemocné trpící Alzheimerovou chorobou, roztroušenou sklerózou nebo onkologickým onemocněním a jiné. Zde si pečující i pacienti mohou radit o problémech stahujících se přímo k danému onemocnění nebo se i navzájem podporovat. Také se zde dozví o skupinách dobrovolníků pomáhajících právě pečovatelům a pacientům v domácí péči. O tom se nikdo z pečujících nezmínil.

Dále bylo zajímavé, že téměř všichni pečující nemají rodinu, která by jim více vypomáhala v péči o svého blízkého. Dvě pečující uvedli, že se o své blízké starají úplně sami. Bártlová (2006) právě poukazuje na problém sociální struktury rodiny (dysfunkční rodina, málo dětí, vysoká zaměstnanost žen...), o nemocné se nemá kdo postarat a rodiny pak umisťují seniory do zdravotnických zařízení. Také udává, že bohužel žádný profesionální zdravotník nemůže nahradit blízkost rodinných příslušníků.

Dalším zajímavým zjištěním bylo, co všechno se změnilo po rozhodnutí pečovat o blízkého v domácím prostředí. U všech pacientů se musely dělat bytové úpravy. Tři pečující se museli i přestěhovat do jiného bytu. Dva pečující museli odejít ze zaměstnání. Dva pečující udávají změnu po ekonomické stránce, museli se v mnoha věcech uskromnit. Tři pečující mají problém i ze sociálního hlediska. Z toho jedna pečující se cítí velice izolovaná od lidí a přijde si vyhořelá. Kapounová (2007) udává, že pečovatel trpící syndromem vyhoření má negativní postoj, je depresivní, nervózní,

unavený až agresivní. S těmito příznaky se pečující shoduje. Proto by měla co nejrychleji vyhledat odbornou lékařskou pomoc. Další dva pečující udávají své zdravotní potíže, problémy se spánkem i psychické selhání. Vašáková (2015), ve své diplomové práci zabývající se potřebami rodinných pečujících o seniory v kontextu jejich životní situace, zjišťuje, jaké potřeby jsou pro pečující nejvíce důležité. Potřeby třídí dle Maslowovy hierarchické stupnice. U fyziologických potřeb udává potřebu odpočinku, relaxace, pohybu, péči o sebe i možnost dovolené. Z psychologických potřeb jsou to nejčastěji klid, radost, pomoc odborníků. V oblasti jistoty a bezpečí často trpí pečující nejistotou, obavami, strachem i úzkostmi.

Ze sociálně-ekonomického hlediska jsou pečovatelé ohroženi finančními problémy, sociální izolací nebo nemožností se vzdělávat. Z oblasti uznání udává, že pečovatelé nejsou od společnosti plně pochopeni a nedostává se jim úcty a uznání. Nejvyšší potřeby seberealizace a sebetranscendence jsou především uspokojeny ze smysluplné péče a víry. S těmito výsledky se velice shodují, i když Vašáková má tyto potřeby ve své práci zkoumány podrobněji.

Druhým cílem bylo zjistit, s jakými problémovými situacemi se pečovatelé v souvislosti s péčí o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí potýkají. Zaměřila jsem se na problémy týkající se pacientů. Výzkumná otázka zněla: Jaké problémové situace vyvstávají v souvislosti s péčí o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí? Problémy se lišily především podle onemocnění pacientů. U čtyř pacientů se vyskytují deprese nebo rozepře s pečujícím. Dle Jiráka (2008) jsou deprese, demence i porucha paměti spíše komplikujícím faktorem onemocnění pacienta. Často se tyto poruchy prolínají. Deprese se většinou objevují u začínajících demenčních stavů a velice se tím zhoršuje kvalita života pacientů. Tři pečující mají strach také o tvorbu dekubitů u pacientů, ale preventivně se jim snaží předcházet všichni. Dva pacienti bojují s obezitou. Pečující kvůli tomu trpí bolestmi zad a potřebují pro své blízké polohovací postel pro snadnější manipulaci. Jeden pacient bojuje s nechutenstvím. Jedna pacientka je diabetička a má problém s hypoglykemií. Pouze jedna pečující udává jako problém inkontinenci, i když inkontinence byla zjištěna u všech pacientů. U imobilních pacientů

je možné nalézt více problematických situacích nebo geriatrických syndromů. Z výzkumného šetření vyplývá, že pečující uvedli nejspíš pouze příklad těch největších problémů.

Třetím cílem bylo zjistit, jak pečovatelé řeší problematické situace v péči o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí. Výzkumná otázka byla položena následovně: Jaké jsou způsoby řešení problémových situací v péči o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí? Způsoby řešení problematických situací byly velice podobné. Proleženiny se snaží všichni pečující neustále hlídat, kůži pravidelně promazávají. Dle Webera (2000) patří k základní prevenci polohování po dvou hodinách, použití antidekubitní matrace, podložky, polštáře z molitanů nebo z ovčí vlny a jiné. S tímto opatřením jsou všichni pečující seznámeni a snaží se ho dodržovat. U žádného pacienta nebyly zjištěny dekubity. Při řešení obezity shání jedna pečující polohovací postel pro lepší manipulaci, druhá pečující tento problém nijak neřeší. Domnívám se, že by pečující měli mít daleko více informací o možnostech užívání kompenzačních pomůcek, nejspíše mnoho pečujících o těchto možnostech vůbec neví. S touto mojí domněnkou se shoduje i Motyčáková (2015) ve své bakalářské práci zabývající se tématem Soběstačnost klientů domácí péče. Ve svém výzkumu zjistila, že pouze polovina dotázaných používá kompenzační pomůcky. Také došla k závěru, že sestry z agentur domácí péče nejenže doporučují nejvhodnější kompenzační pomůcky, ale také je s nimi učí správně zacházet. Jinak většinou pečující udávají, že se jmenovaným problémům nijak předcházet nedá, ale pro své blízké se snaží udělat maximum. Dle Kalvacha a kol. (2008) je důležité aktivní vyhledávání přidružených problémů a jejich léčení. Udává, že u geriatrických pacientů je zapotřebí dbát na kvalitu života a ohrožení života jako celku, nikoli pouze vyléčit z biomedicínského hlediska jednu chorobu.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, s jakými problémy se potýkají laičtí pečovatelé a jaké mají potřeby při péči o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí. Položeny byly tři výzkumné otázky: Jaké jsou potřeby laických pečovatelů při péči o



nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí? Čtyři ze šesti pacientů využívají služeb domácí péče. Z toho dva pacienti využívají služby sanity nebo odvozu do zdravotnického zařízení. Pouze jedna rodina využívá odlehčovací službu. Jedna pečující by si přála také nějaké služby pro pečující, například psychiatra. Mátl a Jabůrková (2007) uvádí, že i když se zdravotní a sociální služby pro seniory mnoho změnilo, stále mají velké nedostatky. Především pak v povědomí o samotných službách pro seniory. Pečující i senioři jsou v tomto ohledu málo informovaní. Dalším šetřením bylo, zda by se pečující opět rozhodli pro péči o svého blízkého v domácím prostředí. Pět pečujících ze šesti odpovědělo ano. Jedna pečující je tak vyčerpaná, že by raději svoji blízkou dala do zdravotnického zařízení. Ostatní pečující odpovídali velice podobně. Většinou, že si nepřejí, aby jejich blízký byl v nějakém zdravotnickém zařízení a chtějí se o něj starat sami. Dle Bártlové (2006) je nutné vytvořit vhodnou sociální a zdravotnickou síť služeb, které budou vypomáhat jak se zdravotním stavem seniora, tak i s psychickým a sociálním stavem pečujícího. Formánková a kol. (2012) uvádí, že bohužel na všech územích ČR nejsou zcela rozšířené zdravotní a sociální služby, tak mnohdy osoby se sníženou soběstačností musí spoléhat pouze na pomoc rodiny nebo sousedů.

S jakými problémy ze strany zdravotnických pracovníků se laičtí pečovatelé setkávají při své péči o nesoběstačného blízkého? Sestry z agentur domácí péče vidí jako největší problém nedostatek informací pro pečovatele i pacienty. Nikdo jim potřebné informace nepodal a oni si pak zbytečně přidělávají práci. Jde o velmi těžkou práci jak po fyzické, tak i po psychické stránce. Dalším velkým problémem je zhoršující se zdravotní stav pečujících. Trpí především bolestmi zad nebo také syndromem vyhoření. U některých pečujících jsou též patrné psychické zdravotní problémy, jako například deprese. Proto je velice důležité, aby pečujícím někdo správné informace podal a práci jim ulehčil. Ale při zjišťování, zda se pečující účastnili nějakého školení, odpověděla pouze jedna pečující ze šesti, že na několika školeních byla. Sdružení a školení pro pečující existuje mnoho, ale bohužel zrovna dotazovaní pečující, se ničeho neúčastní. Například internetové stránky [www.pecujdoma.cz](http://www.pecujdoma.cz), které jsou spravované Diakonií Českobratrské církve evangelické, jsou velice hezky pro pečující připraveny.

Je zde Centrum pro podporu laické péče, kde mají možnost se pečující dozvědět o všech různých akcích nebo seminářích. Dále je zde možné najít odkazy na různé publikace, zákony i legislativy. Také na stránkách zmiňují nejčastější otázky pečujících, popřípadě sem mohou napsat přímo svůj dotaz. Naleznou zde také různé potřebné kontakty.

S jakými problémy se setkávají sestry pracující v agenturách domácí péče při zajištění péče o nesoběstačného geriatrického pacienta v domácím prostředí? Na toto téma nám opět odpovídaly sestry z agentury domácí péče. Hovořily především o nevýhodách domácí péče. Hlavním problémem se jim zdá financování domácí péče. Do tohoto odvětví zdravotnictví totiž nejde mnoho finančních prostředků od státu. Dle Jarošové (2007) zdravotní pojišťovny přispívají na tři hodiny odborné péče za den. Mnozí pacienti ale potřebují odborné péče denně mnohem více. Výhodou domácí péče je právě zkrácená doba hospitalizace a tím pádem i nižší náklady na léčbu. V posledních letech velice stoupá poptávka po službách domácí péče, především díky stárnoucí populaci, tak doufejme, že se finanční zabezpečení navýší. Jako další problém sestry vnímají časovou tíseň. Sestry mají přesný harmonogram, kolik přesně minut mají na každého klienta a kolik minut na přesun, a to musí striktně dodržovat. A právě dostatek času je velice důležitý pro pacienta. Proto mu ten čas musí věnovat rodina. Na tuto problematiku také poukazuje ve svém článku Hautsalo (2012). Hovoří o tom, že pro kvalitní domácí péči musí být zajištěn dostatečný čas na pacienty a řádné kontroly primárními sestrami. Některé sestry mají problém s dopravou při zhoršeném počasí nebo v husté koloně. Například jízda ve sněhu na zmrzlé vozovce je pro některé sestry velice stresující. Jedna sestra udává, že se také bojí domácích zvířat. Především psů, kteří mohou sestry pokousat. Jako další problém sestry vidí fyzickou zátěž. Pokud lidé doma nemají kompenzační pomůcky, i sestry se s pacienty velice namáhají. Kalábová (2013) udává, že pro geriatrického pacienta v domácím prostředí jsou kompenzační pomůcky a úprava domácnosti nezbytností. Nejčastěji používané pomůcky jsou právě polohovací postel, madla, sedačky, antidekubitní podložky nebo pomůcky na obsluhu. Jedna sestra, která v domácí péče nepracuje dlouhou dobu, má někdy strach, že se nesprávně rozhodne. Vše raději konzultuje se svými kolegyněmi nebo lékaři, aby něco

nezanedbala. Jako problém vidí také nedodržování léčebného režimu. Na závěr si sestry stěžovaly na mnoho administrativy. Raději by tento čas věnovaly klientům.

Posledním pátým cílem bylo zjistit, jak probíhá spolupráce mezi lékaři, sestrami a laickými pečovateli při zajišťování péče o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí. Výzkumná otázka zněla: Jak probíhá spolupráce lékařů, sester a laických pečovatelů při zajištění péče o nesoběstačného pacienta v domácím prostředí? Na tuto otázku odpovídaly čtyři sestry z agentur domácí péče. Dva pacienti služby agentur domácí péče nevyužívají.

Ochota a spolupráce se liší podle lékaře. Domnívám se, že řada lékařů nechce indikovat domácí péči. Je pro ně jednodušší, když s imobilními pacienty nemají starosti, protože ve zdravotnických zařízeních se o ně starají jiní lékaři. Proto pro mnohé lékaře je neinformovanost populace pohodlnější. Foglarová (2005) ve svém článku uvádí: „Patrně jde i o jistou pohodlnost praktických lékařů, neboť nemusí průběžně řešit zdravotní stav pacienta v DP a také hospitalizovaný pacient nebude potřebovat péči svého praktického lékaře v noční době či v době svátků a hospitalizace pacienta nespadá do nákladů praktického lékaře.“ Setkáváme se ale i s lékaři, kteří jsou ochotni indikovat domácí péči a pacientům se plně věnovat. Někteří lékaři mají přesně určený den, který objíždí imobilní pacienty v domácí péči, jiní jsou ochotní jednat pouze telefonicky. Dvě sestry starající se o pacienty v domácím prostředí odpovídaly, že s komunikací nemají žádný problém. Jedna sestra uvedla, že přes telefonickou domluvu je spolupráce s obvodním lékařem dobrá, ale lékař jezdí velmi málo do domácího prostředí. Poslední sestra má s obvodním lékařem špatné zkušenosti. S lékařem je špatná i telefonická domluva. Imobilní pacienty je pro rodiny velmi těžké převážet k lékaři, popřípadě na vyšetření do nemocnice. Někteří nevydrží delší dobu ani sedět na sedačce, pacienti trpící demencí v ordinaci nevydrží čekat. Jak pro pacienta, tak i pro pečovatele je cestování s nemocným velmi depresivní.

Oproti tomu si pečující i pacienti, kteří využívají tuto službu, velice chválí spolupráci se sestrami z agentury domácí péče. Všechny odpovědi byly kladné. Pečující jsou nejvíce vděční, že jim sestry poradí především s kompenzačními pomůckami i

s péčí. Sestry jim radí, kde si jaké pomůcky mohou sehnat, kde jim je půjčí za přípustnou cenu. Pečující v nich cítí oporu, že pokud se něco děje s pacientem, tak sestry zhodnotí, jestli se má kontaktovat lékař nebo zda příznaky neznamenaají nic vážného. Proto je velmi důležité, aby sestry měly vhodné vzdělání a vysokou profesní úroveň. „Pacienti potřebují mnoho rad, které mohou zásadně zkvalitnit jejich život, příkladem může být zajištění kompenzačních pomůcek, kontaktování služeb, porada v oblasti sociálněprávní atd.“ (Foglarová, 2005, s. 34).

Sestry naproti tomu nehodnotí spolupráci s pečujícími a pacienty ve všech případech kladně. U jedné pečující hodnotily, že je velice vyčerpaná a spolupracuje se s ní pak hůře. Také mnoho závisí na rodině, v jakém jsou vztahu s pečujícím, zda se střídá rodina v péči. Všechno se odráží na pečovateli a pak i pacientovi. Spolupráci s ostatními pečujícími hodnotí dobře. Ovšem sestry se shodují, že vždycky takhle dobře spolupráce neprobíhá. Často se setkávají s pacienty, kteří stanovený léčebný režim nedodržují. Pak se bohužel jejich zdravotní stav nezlepšuje, mnohdy spíše zhoršuje. Vonešová (2009), ve své bakalářské práci zabývající se vlivem domácího prostředí klienta na poskytování ošetrovatelské péče agenturou domácí péče, uvádí, že nezáleží pouze na kvalitě ošetrovatelské péče sester z agentur domácí péče. Hrají zde roli další důležité faktory, jako je například právě spolupráce pacienta s rodinou, vhodné sociální podmínky domácího prostředí i spolupráce s lékařem. Z pohledu sester jsou to především jejich praktické a teoretické znalosti.

## 6 Závěr

Ošetřování pacientů v domácím prostředí je velice náročné, zvláště pak u nesoběstačných pacientů. Jsou zjištěna pozitiva léčby v domácím prostředí, ale péči provází i několik problematických situací, o kterých se moc nemluví. Proto by se této problematice mělo věnovat více pozornosti, aby se dalo komplikovaným situacím předcházet.

Cílem bakalářské práce bylo zmapování ošetřování nesoběstačných geriatrických pacientů v domácím prostředí. Jelikož je téma velice rozsáhlé, zvolila jsem si následující dílčí cíle.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaké mají zkušenosti laičtí pečovatelé s péčí o nesoběstačné geriatrické pacienty. Z výzkumného šetření vyšlo, že předchozí zkušenosti měla pouze jedna pečující ze šesti. Délka současné péče dotazovaných pečujících se přitom pohybuje od 1 roku do 6 let. Čtyři pečující ze šesti oslovených využívají služby agentur domácí péče. Bylo zjištěno, že mnozí pečovatelé nemají informace o dalších možných službách. Dvě pečující ze šesti se starají o svého blízkého samy, nemají v blízkosti rodinu, která by je v péči vystřídala.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaké problémové situace nastávají v souvislosti s péčí o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí. Problémy se lišily dle onemocnění pacientů. Nejčastěji byly uváděny problémy, jako jsou deprese, rozepře s pečujícími, obezita, dekubity, nechutenství a inkontinence.

Třetím dílčím cílem bylo zkoumat způsoby řešení problematických situací v péči o nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím prostředí. Způsoby řešení byly velice podobné. Dekubity řeší pravidelným polohováním, promazáváním kůže a používají antidekubitní pomůcky. U obezity se snaží pečující obstarat kompenzační pomůcky. Pečující udávají, že jiným problémům se nedá předcházet. Snaží se navodit bio-psycho-sociální pohodu.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit potřeby laických pečovatelů při ošetřování nesoběstačných geriatrických pacientů v domácím prostředí. Z výzkumného souboru vyplynulo, že pouze čtyři ze šesti využívají služby domácí péče. Pečující i pacienti jsou

velmi málo informování o dalších možnostech služeb pro pacienty v domácím prostředí. Pouze jedna pečující ze šesti uvedla, že už by se znovu nerozhodla pro péči svého blízkého v domácím prostředí. Dále bylo zjišťováno, s jakými problémy se setkávají laičtí pečovatelé. Sestry z agentur domácí péče uváděly nejčastěji nedostatek informací, zhoršení zdravotního stavu, psychické, sociální i ekonomické problémy. Zajímavé zjištění bylo, že se pouze jedna pečující ze šesti účastnila nějakého školení týkajícího se domácí péče. Také jsme zjišťovali, s jakými problémy se setkávají sestry pracující v agentuře domácí péče. Hovořily především o financování, časové tísní, fyzické zátěži, administrativě, dopravě i nedostatku zkušeností.

Pátým cílem bylo zjistit, jak probíhá spolupráce mezi lékaři, sestrami a laickými pečovateli při zajištění péče o nesoběstačného geriatrického pacienta v domácím prostředí. Spolupráce s lékaři se velice lišila podle obvodního lékaře. Dvě sestry neměly s komunikací a ochotou lékaře žádný problém. Jedna sestra velmi dobře spolupracuje s lékařem pouze telefonicky. Na druhou stranu jedna sestra má veliký problém sjednat lékaře do domácího prostředí. Cestování je pak pro pacienty velice depresivní. Oproti tomu pečující i pacienti si velice chválí spolupráci se sestrami z agentur domácí péče. V mnoha případech jim poradí i je odkáže na správné kompenzační pomůcky pro usnadnění péče. Sestry spolupráci s pečujícími a pacienty hodnotí také kladně. Pečující plní jejich pokyny. Pouze u jedné pečující je viditelné její vyčerpání, pak se s ní spolupracuje poněkud složitěji. Často se také sestry setkávají s nedodržováním léčebného režimu u pacientů, kdy se pak jejich stav velice zhoršuje.

Práce lze použít jako zdroj informací pro studenty ošetrovatelství a sestry z praxe. Ze zmapování ošetřování v domácí péči jsou patrné mnohé nedostatky. Nejvíce alarmující je právě chybějící informovanost o domácí péči. Proto je nutné tuto péči rozvíjet a dbát na to, aby mohlo být ošetřováno v domácím prostředí. Důležitá je ekonomická a psychologická podpora laických pečovatelů, zvláště pak prevence syndromu vyhoření. Domácí péče může vést k lepším léčebným výsledkům i nižším nákladům na péči. Důraz by měl být kladen na edukaci a rovněž tak kontinuální supervizi pečujících osob.

## 7 Seznam použitých zdrojů

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2006. Postavení laických pečovatelů v péči o seniory a nemocné. *Kontakt*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Roč. 8, č. 2, s. 235-239. ISSN 1804-7122.

ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. ČSSZ: *Lékařská posudková komise* [online]. 2015 [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/lekarska-posudkova-sluzba/>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. ČSÚ: *Sčítání lidu, domů a bytů* [online]. [cit. 2016-03-08]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/sldb>

1

DISMAN, Miroslav, 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměň. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

FOGLAROVÁ, Petra, 2005. Vztah agentury domácí péče a praktického lékaře. *Sestra* [online]. 2005 (11) [cit. 2016-04-24]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vztah-agentury-domaci-pece-a-praktickeho-lekare-283937>

FORMÁNKOVÁ, Petra, Aleš NOVOTNÝ a Marcela EFENBEKOVÁ, 2012. Problematika realizace rodinné péče o osobu se sníženou soběstačností. *Kontakt*. Roč. 14, č. 2, s. 159-170. ISSN 1804-7122.

FRIED, L. et al., 2001. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology*. Vol. 3, no. 56. Oxford, England: Blackwell Publishing. ISSN 1079-5006.

HANUŠ, Tomáš. Syndrom inkontinence. In: KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Pavel WEBER a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. s. 215-228. ISBN 978-80-247-2490-4.

HANZLÍKOVÁ, Alžběta, 2006. *Komunitní ošetřovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-257-1.

HAUTSALO, Katja, Anja RANTANEN a Paivi ASTEDT-KURKI, 2012. Family functioning, health and social support assessed by aged home care clients and their family members. *Journal of Clinical Nursing*. Oxford, England: Blackwell Publishing, **2012** (22), 2953-2963. ISSN 1748-3743.

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.

JIRÁK, Roman. Syndrom kognitivního deficitu, demence a poruch paměti. In: KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, s. 230-239. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALÁBOVÁ, Martina, 2013. Rady ošetřovatelské. Praha: Diakonie ČCE. *Rady pro pečující*. ISBN 978-80-904711-4-6.

KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.



KALVACH Zdeněk, Iva HOLMEROVÁ, Pavel WEBER a kol. Pojetí geriatrických syndromů. In: KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, s. 141. ISBN 978-80-247-2490-4.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.

KRAMÁŘOVÁ, Naděžda a Jan TUČEK, 2005. *Gerontopsychiatrie*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-704-0829-4.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ, 2007. *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR: výstupy z aplikovaného výzkumu*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-499-7.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *MPSV: Mnoho seniorů dožívá v ústavech zbytečně* [online]. 2013 [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/16431>

MISCONIOVÁ, Blanka. *Systém domácí péče- Informace pro klienty* [online]. 2006 [cit. 2016-04-24]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->

MOTYČÁKOVÁ, Barbora, 2015. *Soběstačnost klientů domácí péče*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Ivana Chloubová.

PETERKOVÁ, Michaela. Syndrom vyhoření. *Psychoweb* [online]. 2008 [cit. 2016-01-03]. Dostupné z: <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/priznaky-vyhoreni>

POKORNÁ, Andrea, 2006. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3440-2.

RŮŽIČKA, Evžen, Zdeněk KALVACH, Barbora LISCHKEOVÁ a kol. Syndrom instability s pády. In: KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, s. 168-178. ISBN 978-80-247-2490-4.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatrie od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.

TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH, 1995. *Geriatrie pro praktického lékaře*. Praha: Grada. ISBN 80-716-9099-6.

TÓTHOVÁ Valérie, Věra VEISOVÁ a Sylva BÁRTLOVÁ, 2011. Názory lékařů a všeobecných sester na výhody a nevýhody péče o seniory v domácím prostředí. *Kontakt*. Roč. 13, č. 2, s. 130-136. ISSN 1804-7122.

VAŠÁKOVÁ, Ludmila, 2015. *Potřeby rodinných pečujících o seniory v kontextu jejich životní situace*. Žilina. Diplomová práce. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžběty Bratislava. Vedoucí práce Doc. PhDr. Emília Vranková, PhD.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

VONEŠOVÁ, Petra, 2009. *Vliv domácího prostředí klienta na poskytování ošetrovatelské péče agenturou domácí péče*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Alena Machová.

WEBER, Pavel, 2000. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-314-7.

WIJA, Petr a Iva HOLMEROVÁ, 2013. Vybrané údaje o dlouhodobé péči a sociálních službách. *Praktický lékař* [online]. Roč. 93, č. 4 [cit. 2015-12-28]. ISSN 1805-4544. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/vybrane-udaje-o-dlouhodobem-peci-a-socialnich-sluzbach-41499>

WIJA, Petr, 2013. Jaká je kapacita a struktura dlouhodobé péče v České republice? *Geriatric a gerontologie* [online]. Roč. 2, č. 3 [cit. 2015-12-28]. ISSN 1805-4684. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/geriatric-gerontologie-clanek/jaka-je-kapacita-a-struktura-dlouhodobem-pece-v-ceske-republice-41563>

ZADÁK, Zdeněk. Syndrom dehydratace. In: KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, s. 278-285. ISBN 978-80-247-2490-4.

## **8 Přílohy**

Příloha 1 Podrobná charakteristika pacientů

Příloha 2 Seznam otázek

Příloha 3 Barthelův test, test Posuzování závislosti na druhé osobě

Příloha 4 Přehled kódů

Příloha 5 Ukázka otevřeného kódování

Příloha 6 Podrobný přepis rozhovorů (CD)

## **Příloha 1** Podrobná charakteristika pacientů

### **Pacientka č. 1**

Pacientka je vysokoškolačka, pracovala jako učitelka na základní škole. Bydlí s manželem v bytě v malém městě. Má dvě dospělé děti. Po druhém porodu jí byla diagnostikována roztroušená skleróza (sclerosa multiplex) ve 32 letech. Od té doby již nepracovala na plný úvazek, pomáhala pouze ve školní družině. Od 39 let je v invalidním důchodu. Jezdila na invalidním vozíku, zvládala všechny činnosti sama kromě řízení automobilu. Její stav se zhoršil a poslední čtyři roky je upoutaná na lůžku. Měla velké dekubity na hýždích. Byla provedena extirpace a následná plastika. Žena trpí těžkou osteoporózou, slabozrakostí a nystagmem. Opakovaně byla hospitalizována na interním oddělení kvůli urosepsím. Stará se o ni její manžel nebo za ní dochází obě děti, které již nebydlí ve společné domácnosti.

### **Pacientka č. 2**

Pacientka je středoškolačka, pracovala jako účetní. Má dvě dospělé děti. Je vdova. Bydlí s dcerou v panelovém domě ve městě. V roce 2009 prodělala první mozkovou příhodu. Ty se bohužel opakovaly a její stav se zhoršil. Po CMP má ochrnuté dolní končetiny a tím pádem je nechodící. Po opakujících CMP má fatickou poruchu, kvůli které vůbec nemluví, rozumí nám, zdá se, dobře. Dále se léčí s hypertenzí, chronickou ICHS, hypercholesterolémií. Stará se o ni její dcera, která je nezaměstnaná a plně se o svou matku stará. Pomáhá jí i bratr a využívají služby agentury domácí péče i služby odlehčovací.

### **Pacient č. 3**

Pacient je vyučen truhlářem. Má jednoho syna. Je rozvedený. Před čtyřmi lety prodělal CMP a akutní infarkt myokardu. Jelikož nikdy moc nedbal na lékařské prohlídky a pravidelné užívání léků, jeho stav byl vážnější. Má diagnostikovanou hypertenzi, DM II. typu na inzulínu, dyslipidémii, chronickou ICHS, dušnost, chronickou fibrilaci síní (je warfarinizován), středně těžkou aortální stenózu a stařeckou demenci nejtěžšího stupně. V nemocnici byl hospitalizován často díky nestabilizaci svého zdravotního stavu. Stará se o něj snacha s pomocí pečovatelské služby.

### **Pacientka č. 4**

Pacientka je vyučená, pracovala jako švadlena. Je vdova. Má dvě dcery. Bydlí v dvougeneračním domě s vnučkou. Před rokem prodělala CMP, infarkt myokardu. Byla na operaci srdeční chlopně. Po CMP má částečně ochrnutou levou horní končetinu. Je obézní, léčí se i s hypotyreózou. Má CHOPN a trpí námahovou i klidovou dušností. Léčí se s DM II. typu na PAD a inzulínu. Momentálně se léčí s bérčovými vředy. Stará se o ni hlavně vnučka, která je na mateřské dovolené, s otcem a přítelem.

### **Pacient č. 5**

Pacient je středoškolsky vzdělaný, pracoval jako stavař. Žije s manželkou na vesnici, má tři dospělé děti. Léčí se s DM II. typu na inzulínu, artrózou a CHOPN. Trápí ho především velká dušnost. Dva roky je už jen ležící, jinak byl neustále plně soběstačný. Stará se o něj jeho žena, která je v důchodu. Agenturu domácí péče nevyužívají.

## **Pacientka č. 6**

Pacientce je 84 let a je vyučená kuchařkou. Má jednu dceru, je rozvedená. Dlouhou dobu trpěla depresemi, před šesti lety jí byla diagnostikována Alzheimerova choroba. Její stav se pomalu zhoršuje. Dcera se musela nastěhovat k matce, protože matka má dobrou dlouhodobou paměť a na svůj domov je zvyklá. Staré známé pozná dobře, kdežto nové lidi si nezapamatuje. Je pak velice vystrašená a všech se bojí. Nechce pak nikoho k sobě pustit, kromě svojí dcery. Nikomu nedůvěřuje. Před dvěma lety upadla a zlomila si krček femuru. Musela být hospitalizovaná na traumatologickém oddělení. Její stav se ohromně zhoršil. Dcera si ji proto musela vzít domů, odejít ze zaměstnání a plně se o ni starat. Nepřijme ani žádnou agenturu domácí péče nebo pečovatelku. Od té doby je plně imobilní. V posteli pouze dokáže sedět, jinak potřebuje při všech denních činnostech pomoc.

Zdroj: Vlastní, 2016.

## **Příloha 2** Seznam otázek

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Šulistová, studuji na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích - obor Všeobecná sestra. Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou nesoběstačných geriatrických pacientů, o které pečují rodinní příslušníci v domácím prostředí.

Obracím se k Vám s žádostí o zodpovězení následujících otázek. Všechna data budou anonymní (nebudu nikde uvádět ani název agentury domácí péče), informace budou sloužit pouze ke zpracování mé bakalářské práce.

Předem Vám moc děkuji za drahocenný čas.

### **Otázky pro pacienty**

Jste:

- Muž
- Žena

Kolik je Vám let?

- 65-70
- 71-75
- 76-80
- 81-85
- 86-90
- 91-95
- 96 a více

Jaká nemoc Vás upoutala na lůžko?

Jak dlouho se již léčíte v domácím prostředí?



Jak dlouho před tím jsem byl/a hospitalizován/a v nemocnici?

Jaký stupeň bezmocnosti Vám byl přiznán?

Kdo Vám pomáhá v běžných denních činnostech?

Využíváte služby domácí péče?

- Ano
- Ne

Jestli ano, kolikrát denně Vás navštěvuje?

- 1x denně
- 2x denně
- 3x denně
- Vícekrát

Jak dlouho návštěva trvá?

Jaké činnosti u Vás vykonávají?

Jste s agenturou domácí péče spokojen/a?

- Ano
- Ne

Co byste změnil/a?

## Otázky pro pečující

Jste:

- Muž
- Žena

V jakém vztahu jste k nemocnému?

- Bratr/sestra
- Manžel/ manželka
- Dcera/syn
- Vnuk/ vnučka
- Jiné:

Jak dlouho se staráte o svého blízkého?

Už jste se někdy dříve staral/a o někoho nemocného?

Střídáte se s někým v péči?

Pracujete v zaměstnání?

Proč jste se rozhodl/a pro léčení v domácí péči?

Rozhodl/a byste se takto znovu?

- Ano
- Ne

Co vše se u Vás změnilo?

Jak zajišťujete péči?

Co nebo jaké služby by Vám pomohly v péči o vašeho blízkého?

Účastnil/a jste se nějakého školení pro pečující?

S jakými problémovými situacemi se při péči nejčastěji setkáváte?

Jak tyto problémové situace řešíte a jak se jim snažíte předcházet?

Jak probíhá spolupráce se sestrami z agentury domácí péče?

### **Otázky pro sestry z agentury domácí péče**

Jak probíhá Vaše péče o nesoběstačného klienta?

Kolikrát denně klienta navštěvujete?

Kolik času u klienta trávíte?

Jak probíhá komunikace s nesoběstačným klientem?

Jak probíhá komunikace a spolupráce s pečovateli v rodině?

Jak probíhá spolupráce s lékaři o klienta?

S jakými problémy si myslíte, že se nejvíce potýkají laičtí pečovatelé?

Jaké vidíte problémy zdravotníků v domácí péči (nevýhody domácí péče)?

Zdroj: Vlastní, 2016.

**Příloha 3** Barthelův test, test Posuzování stupně závislosti na druhé osobě

**Barthelův test základních všedních činností  
(ADL – Activities of Daily Living)**

	<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre*</b>
<b>1.</b>	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
<b>2.</b>	<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
<b>3.</b>	<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
<b>4.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
<b>5.</b>	<b>Kontinence moči</b>	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
<b>6.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
<b>7.</b>	<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
<b>8.</b>	<b>Přesun lůžko – židle</b>	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
<b>9.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
<b>Celkem</b>			

Hodnocení stupně závislosti: \*\*

**ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

**ADL 3** 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

**ADL 2** 65 – 95 bodů **lehká závislost**

**ADL 1** 96 – 100 bodů **nezávislý**

Zdroj: Multimediální тренаžer plánování ošetrovatelské péče

## Posuzování stupně závislosti na druhé osobě (bezmocnosti)

Mobilita	
Orientace	
Komunikace	
Stravování	
Oblékání a obouvání	
Tělesná hygiena	
Výkon fyziologické potřeby	
Osobní aktivity	
Péče o zdraví	
Péče o domácnost	

1. stupeň závislosti (lehká závislost) – 3-4 základní životní potřeby nezvládne

2. stupeň závislosti (středně těžká závislost)- 5-6 základní životní potřeby nezvládne

3. stupeň závislosti (těžká závislost)- 7-8 základní životní potřeby nezvládne

4. stupeň závislosti (úplná závislost)- 9-10 základní životní potřeby nezvládne

Zdroj: MPSV, 2014.

## **Příloha 4** Přehled kódů

R = respondent/ pacient

P = pečovatel

S = sestry z ADP

### **Kategorie č. 1** Léčba v domácím prostředí

Předchozí hospitalizace

- Žádná, velmi krátká (R4/37; R5/31; R6/35)
- Dlouhá hospitalizace (R2/35)
- Velmi často, opakovaně (R1/34 ; R3/33 )

Nemoc

- Roztroušená skleróza (R1/2)
- CMP (R2/2)
- Stařecká demence (R3/2)
- Polymorbidita (R4/2; R5/2)
- Alzheimerova choroba (R6/2)

### **Kategorie č. 2** Zkušenosti laických pečovatelů.

Délka péče

- 1-2 roky (P4/86; P5/60)
- 3-4 roky (P3/80)
- Déle (P1/80; P2/80; P6/64)

Předchozí zkušenosti

- Žádné (P1/85; P4/89; P6/67)
- Dřívější domácí pečování (P3/83)
- Zkušenost ze zdravotnictví (P2/83)
- Péče o nemocné děti (P2/83; P5/63)

Životní změny

- Ekonomické změny

- Bydlení
  - Změna bydlení (P1/106; P2/104; P6/87)
  - Bytové úpravy (P2/108; P4/108;)
  - Ekonomické omezení (P1/104; P6/88)
  - Odchod ze zaměstnání (P2/103; P6/86)
- Sociální změny
  - Sociální izolace (P1/107; P6/90)
  - Zbavení se zvířat (P5/85)
- Zdravotní problémy
  - Bolesti zad (P2/109; P6/92)
- Psychické změny
  - Vyčerpání (P3/103; P6/94)
  - Syndrom vyhoření (P6/91)
  - Deprese a úzkost (P6/88)
- Mezilidské vztahy
  - Vztahy v rodině
    - Velmi dobré (P1/108)
    - Špatné (P3/101)

### **Kategorie č. 3** Způsob zajištění péče

#### Střídání se v péči

- Rodina (P1/88; P2/87; P3/86; P4/92)
- Nikdo (P5/68; P6/70)

#### Zajištění péče

- Pečovatelská služba (P2/115; P3/108)
- Samostatně ( P1/111; P4/111; P5/90; P6/99)
- S rodinou (P2/114; P3/ 109; P4/112)

#### Péče agentury domácí péče

- Zdravotnická péče (S1/135; S2/143; S4/138)
- Pečovatelská služba (S2/143; S3/134)



#### **Kategorie č. 4** Problémové situace a jejich řešení

##### Problémové situace pacientů

- Nechutenství (P2/128; P5/103; P6/111)
- Opruzeniny a dekubity (P1/122; P2/126; P6/111)
- Rozepře, nepochopení (P3/119)
- Obezita (P2/127; P4/122)
- Problémy s vyprazdňováním
  - Zácpa (P5/102)
  - Inkontinence (P6/111)
- Deprese (P1/121;P6/111)
- Diabetes Mellitus
  - Hypoglykémie (P4/126)

#### **Kategorie č.5** Potřeby laických pečovatелů

##### Služby domácí péče

- Agentura domácí péče
  - Pečovatelská služba (P3/113)
  - Zdravotnická služba (P1/114; P3/113; P4/116)
  - Odlehčovací služba (P2/118)
  - Služby pro pečující (P6/104)
- Přeprava do zdravotnických zařízení (P3/113; P5/94)

##### Školení

- Ano (P6/107)
- Ne (P1/117; P2/123; P3/116; P4/119; P5/98)

##### Rozhodnutí

- Ano (P1/100; P2/99; P3/96; P4/104; P5/80)
- Ne (P6/83)

#### **Kategorie č. 6** Spolupráce mezi lékaři, sestrami z ADP, pečujícími

## Spolupráce

- Spolupráce s lékaři
  - Dobrá i péče v domácím prostředí (S1/152; S4/154)
  - Pouze telefonická (S2/160)
  - Špatná (S3/149)
- Spolupráce se sestrami z ADP
  - Dobrá (P1/131; P2/135; P3/127; P4/132)
- Spolupráce s pacienty
  - Dobrá (S1/145; S4/147)
  - Komplikovaně (S2/153; S3/143)
- Spolupráce s pečovateli
  - Velmi dobrá (S2/156)
  - Dobrá (S1/148; S4/150)
  - S nedostatky (S3/146)

## **Kategorie č.7** Problémy v péči o nesoběstačného pacienta

### Problémy laických pečovatелů

- Nedostatek informací
  - O zdravotním stavu pacienta (S1/156)
  - O pomůckách (S1/156; S4/159)
  - O péči (S1/ 157; S3/152; S4/158)
  - O sociálních dávkách (S4/160)
- Zdravotní problémy
  - Bolesti zad (S1/157; S2/164)
  - Problémy se spánkem
    - Nespavost (S1/157)
  - Syndrom vyhoření (S1/157; S2/164)
  - Psychické problémy
    - Vyčerpání (S2/164; S3/153)
    - Deprese (S3/153)

## Problémy zdravotníků v domácí péči

- Financování domácí péče (S1/161; S2/167; S3/157; S4/167)
- Časová tíseň (S1/163; S2/170; S3/158; S4/163)
- Cestování (S1/162; S2/169)
- Zvířata (S4/165)
- Fyzická zátěž (S1/162; S2/170; S4/167)
- Samostatná práce (S3/159)
- Administrativa (S1/161; S4/168)

## **Příloha č. 5** Ukázka otevřeného kódování

### **Kategorie č. 2** Zkušenosti laických pečovatelů.

Délka péče

- Déle (P1/80)

Předchozí zkušenosti

- Žádné (P1/85)

Životní změny

- Ekonomické změny
  - Bydlení
    - Změna bydlení (P1/106)
  - Ekonomické omezení (P1/104)
- Sociální změny
  - Sociální izolace (P1/107)
- Mezilidské vztahy
  - Vztahy v rodině
    - Velmi dobré (P1/108)

### **Kategorie č. 3** Způsob zajištění péče

Střídání se v péči

- Rodina (P1/88)

Zajištění péče

- Samostatně (P1/111)

### **Kategorie č. 4** Problémové situace a jejich řešení

Problémové situace pacientů

- Opruzeniny a dekubity (P1/122)
- Deprese (P1/121)

**Kategorie č.5** Potřeby laických pečovatелů

Služby domácí péče

- Agentura domácí péče

- Zdravotnická služba (P1/114)

Školení

- Ne (P1/117)

Rozhodnutí

- Ano (P1/100)

**Kategorie č. 6** Spolupráce mezi lékaři, sestrami z ADP, pečujícími

Spolupráce

- Spolupráce se sestrami z ADP

- Dobrá (P1/131)

66 Manžel, 67 let.

67 **Otázky pro pečující**

68 **Jste:**

69 • Muž

70 • Žena

71

72 **V jakém vztahu jste k nemocnému?**

73 • Bratr/sestra

74 • Manžel/ manželka

75 • Dcera/syn

76 • Vnuk/ vnučka

77 • Jiné:

78

79 **Jak dlouho se staráte o svého blízkého?**

80 Snažil jsem se jí pomáhat od té doby, co jí byla zjištěna roztroušená skleróza. Ona byla  
81 velice silná a chtěla si všechno dělat sama. Před čtyřmi lety se její zdravotní stav hodně  
82 zhoršil a už jen leží. Tak teď se starám jak o ní, tak i o celou domácnost.

83

84 **Už jste se někdy dříve staral/a o někoho nemocného?**

85 Ne, nikdy.

86

87 **Střídáte se s někým v péči?**

88 Jezdí sem každý druhý den starší syn, který mi vždy pomůže vzít manželku do vany.  
89 Jinak vždy, když potřebuji pomoci, tak děti přijdou. Iveta vydrží i sama, když jí dám  
90 všechny potřebné věci k posteli, tak můžu jít v klidu nakoupit nebo na pivo. Když jdu  
91 na stavbu, tak jí společnost dělají její kamarádky.

92

93 **Pracujete v zaměstnání?**

94 Už jsem v důchodu, ale chodím na stavby vypomáhat brigádně.

95

96 **Proč jste se rozhodl/a pro léčení v domácí péči?**

97 Nikdy mě ani nenapadlo, že bych svojí ženu dal do nějakého ústavu.

98

99 **Rozhodl/a byste se takto znovu?**

- 100 • **Ano**  
101 • Ne

102

103 **Co vše se u Vás změnilo?**

104 Změnilo se toho opravdu hodně. Ze začátku hlavně po **ekonomické stránce**, když manželka  
105 přestala chodit do práce. Musel jsem si tak brát přesčasy a brigády, protože jsme spláceli  
106 hypotéku za barák. **Dům** jsme stejně **museli prodat** a **koupit bezbariérový byt**. Čím víc se její  
107 stav zhoršoval, tak **odmítala vycházet mezi lidmi**. Náš život se měnil tím pádem i po sociální  
108 stránce. Ale musím říct, že naše **vztahy v rodině zůstaly velice dobré** a na to jsem hrdý.

109

110 **Jak zajišťujete péči?**

111 **Pomáhám jí** s čím je potřeba. Sama si řekne, co potřebuje.

112

113 **Co nebo jaké služby by Vám pomohly v péči o vašeho blízkého?**

114 **Možná více rehabilitace.**

115

116 **Účastnil/a jste se nějakého školení pro pečující?**

117 **Ne**, nezúčastnil. Byl jsem neustále v práci. Podrobnosti o nemoci zjišťovala hlavně žena  
118 a postupně mě seznamovala s tím, co mě čeká.

119

120 **S jakými problémovými situacemi se při péči nejčastěji setkáváte?**

121 Nejhorší asi je, že žena začala trpět **depresemi**. Myslí si, že je všem na obtíž, dává si vše  
122 za vinu. Jindy zase ze všeho obviňuje mě a nechce dál žít. Dalším problémem jsou  
123 **dekubity**, které měla velice rozsáhlé a musela se jí tam i dávat náhradní kůže (plastika).

124

125 **Jak tyto problémové situace řešíte a jak se jim snažíte předcházet?**

126 Řešili jsme to s lékařem. Dostala nějaké uklidňující léky, po kterých se deprese zlepšily,  
127 ale pak hodně spí. Proti dekubitům se snažíme bojovat hlavně s antidekubitními  
128 pomůckami, ale žena chce hlavně sedět, aby na všechno viděla.

129

130 **Jak probíhá spolupráce se sestrami z agentury domácí péče?**

131 Sestry z agentury jsou moc **hodné**. Jezdí k nám 3x týdně. Žena si s nimi příjemně **rozumí**. Když  
132 má nějaký problém, u kterého nevíme, jestli je závažný, sestry nám vždy ochotně poradí.