



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta zdravotnických studií ■

Hygienická péče pacienta v domácí hospicové péči

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra

Autor práce: **Alena Riegerová, DiS.**
Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková





TECHNICAL UNIVERSITY OF LIBEREC
Faculty of Health Studies



Hygienic care of the patient in hospice care

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Alena Riegerová, DiS.**
Supervisor: Mgr. Marie Froňková



Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alena Riegerová, DiS.**

Osobní číslo: **D14000087**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Hygienická péče pacienta v domácí hospicové péči**

Zadávací katedra: **Fakulta zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

1. Zjistit informovanost rodinných příslušníků o hygienické péči pacienta v domácím prostředí.
2. Zjistit informovanost rodinných příslušníků o použití vaničky pro mytí hlavy k hygienické péči v domácím prostředí.
3. Zjistit informovanost rodinných příslušníků o použití mobilní sprchové vany k hygienické péči v domácím prostředí.

Teoretická východiska (včetně výstupu z BP):

V současné době se stále více rozšiřuje možnost péče o nemocného v domácím prostředí. Tato skutečnost však klade na pečující rodinné příslušníky značné nároky. Důležitou součástí péče o nemocného je hygiena. Pečující rodinný příslušník však nemusí mít vždy dostačující informace o hygienické péči o nemocného v domácím prostředí. Výstupem této bakalářské práce bude zjištění, zda-li by pečujícím rodinným příslušníkům pomohla v péči o nemocné informativní brožura, která by sloužila jako návod postupu při hygienické péči o pacienta v domácím prostředí.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládáme, že 40 % a více pečujících rodinných příslušníků má informace o provádění hygienické péče pacienta v domácím prostředí.
2. Předpokládáme, že 30 % a více pečujících rodinných příslušníků má informace o použití vaničky pro mytí hlavy při provádění hygienické péče v domácím prostředí.
3. Předpokládáme, že 30 % a více pečujících rodinných příslušníků má informace o použití mobilní sprchové vany při provádění hygienické péče v domácím prostředí.

Výzkumné předpoklady budou upřesněny na základě výsledků předvýzkumu.

Metoda:

Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Strukturovaný rozhovor, pozorování. Data budou zpracována pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Office Excel 2003 a textová část bude zpracována pomocí programu Microsoft Office Word 2003.

Místo a čas realizace výzkumu:

Místo výzkumu: domácnosti pacientů Hospice sv. Zdislavy o.p.s. - Liberec, Jablonec nad Nisou a okolí

Čas výzkumu: prosinec 2017 - únor 2018.

Vzorek:

Respondenti: 50 pečujících rodinných příslušníků.

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

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marie Froňková**
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **8. června 2017**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2018**



A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Karel Cvachovec".

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

V Liberci dne 30. listopadu 2017

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

1. BUŽGOVÁ, Radka. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
2. BYDŽOVSKÝ, Jan a kol. Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, 2015. ISBN 978-80-905867-0-3.
3. HALMO, Renata. Sebevěče v ošetřovatelské praxi. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4811-5.
4. HOLMEROVÁ, Iva a kol. Průvodce vyšším věkem. Praha: Mladá Fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3119-6.
5. HOLMEROVÁ, Iva a kol. Dlouhodobá péče. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5439-0.
6. JAROŠOVÁ, Darja a kol. Klinické doporučené postupy v ošetřovatelství. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5426-0.
7. KALVACH, Zdeněk a kol. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4026-3.
8. MARKOVÁ, Alžběta a kol. Hospic do kapsy. 2. vyd. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-4-7.
9. SMITHOVÁ, Virginia. Dějiny čistoty a osobní hygieny. Praha: Academia, 2011. ISBN 978-80-200-1885-4.
10. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Doprovázení v ošetřovatelství I. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-347-5710-0.
11. TOMEŠ, Igor a kol. Rozvoj hospicové péče a její bariéry. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.
12. TRACHTOVÁ, Eva a kol. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 3. vyd. Praha: Institut pro další vzdělávání, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.
13. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.
14. SOUZA, Luccas Melo De. Adherence to the five moments for hand hygiene among intensive care professionals. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2015, 36(4), 21-28. ISSN 1983-1447.

Studentka
Alena RIEGEROVÁ DiS.
D1400087
Na Úbočí 4354/33
466 05 JABLONEC NAD NISOU

Vyřizuje: Alena Tarabová / 485 353 762

V Liberci dne 8. června 2017

Č. j.: 17/8515/023259-02

Vyjádření k žádosti o ponechání tématu a prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 7. 6. 2017, zaevidované pod č. j.: 17/8515/023259-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu bakalářské práce „Hygienická péče pacienta v domácí hospicové péči“, prodloužením termínu odevzdání do 30. 6. 2018 a změnou vedoucí práce (Mgr. Marie Froňková).

S pozdravem


Mgr. Marie Froňková

Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Studentská 2, 461 17 Liberec 1

Na vědomí
Mgr. Kučerová, ročníkový odborný asistent



Prohlášení

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

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

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

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

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

Datum: 30.4.2018

Podpis: 

Poděkování: chtěla bych poděkovat Mgr. Marii Froňkové za vedení mé bakalářské práce a za cené rady při jejím zpracování.

Jméno a příjmení autora: Alena Riegerová, DiS.

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií

Název práce: Hygienická péče pacienta v domácí hospicové péči

Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková

Počet stran: 67

Počet příloh: 8

Rok obhajoby: 2018

Anotace: v současné době se stále více rozšiřuje možnost péče o nemocného v domácím prostředí. Tato skutečnost však klade na pečující rodinné příslušníky značné nároky. Důležitou součástí péče o nemocného je hygiena. Pečující rodinný příslušník nemusí mít vždy dostačující informace o hygienické péči o nemocného v domácím prostředí. Výstupem této bakalářské práce bude zjištění, zdali by pečujícím rodinným příslušníkům pomohla v péči o nemocné informativní brožura, která by sloužila jako návod postupu při hygienické péči o pacienta v domácím prostředí.

Klíčová slova: domácí péče, pacient, hygiena, polohovací pomůcky, obsluha, manipulace

Name and surname: Alena Riegerová, DiS.

Institution: Technical University of Liberec, Faculty of Health Studies

Title: Hygienic care of the patient in hospice care

Supervisor: Mgr. Marie Froňková

Pages: 67

Appendix: 8

Year: 2018

Annotation: At present, the possibility of care for the patient in the home environment is increasing. This fact, however, puts considerable demands on the caregiving family members. An important part of care for the patient is hygiene. A caring family member may not always have sufficient information about the hygienic care of the patient in the home environment. The output of this bachelor thesis will be to find out if a caregiver would help in the care of the sick, an informative brochure that would serve as a guide to the process of hygienic care for the patient in the home environment.

Keywords: Home care, patient, hygiene, positioning aids, handling, handling

Osnova	12
Seznam použitých zkratk	14
1 Úvod	15
2 Teoretická část	16
2.1 Vývoj domácí péče v Evropě.....	16
2.2 Vývoj domácí péče v České republice	17
2.3 Formy domácí péče	18
2.3.1 Význam domácí péče pro pacienta a jeho rodinu	20
2.3.2 Vliv domácí péče na pečující rodinné příslušníky	21
2.4 Význam všeobecné sestry v domácí hospicové péči	22
2.5 Způsoby provedení hygienické péče v domácím prostředí	23
2.5.1 Pomůcky k provádění hygienické péče v domácím prostředí	23
2.5.2 Realizace hygienické péče v koupelně	24
2.5.3 Realizace hygienické péče na lůžku	26
2.5.4 Specifika hygienické péče u pacienta s invazivními vstupy	28
3 Výzkumná část.....	30
3.1 Cíle a výzkumné předpoklady.....	30
3.2 Metodika výzkumu.....	31
3.2.1 Metodický postup a metoda zkoumání.....	31
3.2.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	31
3.3 Analýza výzkumných dat.....	32
3.3.1 Analýza výzkumné položky č. 1 Péče o nemocného rodinného příslušníka.....	32
3.3.2 Analýza výzkumné položky č.2 Délka péče o nemocného rodinného příslušníka.....	33
3.3.3 Analýza výzkumné položky č. 3 Pobyt nemocného na lůžku.....	34
3.3.4 Analýza výzkumné položky č. 4 Provádění hygieny.....	35
3.3.5 Analýza výzkumné položky č. 5 Zdroj informací o hygieně.....	36
3.3.6 Analýza výzkumné položky č. 6 Výčet hygienické péče pacienta...	37
3.3.7 Analýza výzkumné položky č. 7 Pomůcky k provádění hygieny.....	38
3.3.8 Analýza výzkumné položky č. 8 Výkon hygienické péče.....	39

3.3.9	Analýza výzkumné položky č. 9 Počátek výkonu hygienické péče..	40
3.3.10	Analýza výzkumné položky č. 10 Způsob nakládání s mycími pomůckami.....	41
3.3.11	Analýza výzkumné položky č. 11 Výměna vody při hygieně.....	42
3.3.12	Analýza výzkumné položky č. 12 Péče o vlasy nemocného.....	43
3.3.13	Analýza výzkumné položky č. 13 Charakteristiky vaničky na mytí hlavy.....	44
3.3.14	Analýza výzkumné položky č. 14 Způsob použití vaničky na mytí hlavy.....	45
3.3.15	Analýza výzkumné položky č. 15 Součást mycího procesu vlasů.....	46
3.3.16	Analýza výzkumné položky č. 16 Charakteristika mobilní sprchové vany.....	47
3.3.17	Analýza výzkumné položky č. 17 Způsob použití mobilní sprchové vany.....	48
3.3.18	Analýza výzkumné položky č. 18 Podmínka pro použití mobilní sprchové vany.....	49
3.3.19	Analýza výzkumné položky č. 19 Počet pečujících.....	50
3.3.20	Analýza výzkumné položky č. 20 Tvorba informačního materiálu...	51
3.4	Analýza výzkumných cílů a předpokladů.....	52
3.4.1	Analýza výzkumného cíle č. 1 a výzkumného předpokladu č. 1.....	52
3.4.2	Analýza výzkumného cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2.....	53
3.4.3	Analýza výzkumného cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3.....	54
4	Diskuze.....	56
5	Návrh a doporučení pro praxi.....	60
6	Závěr.....	61
7	Seznam použité literatury.....	63
	Seznam tabulek.....	65
	Seznam grafů.....	66
	Seznam příloh.....	67

Seznam použitých zkratk

apd.	a podobně
atd.	a tak dále
např.	například
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PMK	permanentní močový katétr
tj.	to jest
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaně

1 Úvod

Onkologická onemocnění jsou v dnešní době jednou z nejčastějších příčin úmrtí pacientů. V souvislosti s těmito onemocněními vznikají v posledních letech zdravotnická zařízení hospicového typu, jejichž součástí je i domácí hospicová péče. Ta umožňuje rodinným příslušníkům pečovat o umírajícího v domácím prostředí. Jednou z nutných podmínek pro správnou realizaci domácí hospicové péče je stálá přítomnost pečujícího rodinného příslušníka u nemocného v domácím prostředí (Svatošová, 2012).

Pečující na sebe bere část zodpovědnosti v ošetrovatelských úkonech. Často se stává, že rodiny, které chtějí pečovat o svého blízkého v domácím prostředí, nemají vhodné informace o způsobech péče o nemocné. To se týká běžných úkonů denních potřeb, úkonů spojených s paliativní léčbou, úkonů souvisejících s pohybovým režimem nemocného a také úkonů spojených se základní hygienou nemocného (Zacharová a kol., 2007).

Ta z počátku představuje pro pečující velký problém, jelikož neví, jak s nemocným manipulovat, jak provádět optimální hygienické úkony a jaké pomůcky k této činnosti mohou využít a kde si je opatřit. S odbornými záležitostmi rodinám pomáhá všeobecná sestra domácí péče, ale hygienická péče často leží plnou tíží na odpovědnosti laického pečujícího příslušníka. V rámci této bakalářské práce byl stanoven cíl v podobě výzkumného zmapování všech nároků na správné provádění hygienické péče. Výsledná data mohou být následně uspořádána do přehledného materiálu, který pomůže rodině zvládnout úskalí péče o umírajícího v domácím prostředí.

2 Teoretická část

2.1 Vývoj domácí péče v Evropě

Domácí péče v Evropě nemá jednotný vývoj. Napříč Evropou je rozdílná metodika i opatření týkající se domácí zdravotní péče. Vývoj domácí zdravotní péče a sociální péče byl především úzce spjatý s naléhavou potřebou vytvoření komplexního systému zdravotní a sociální péče o obyvatele. V jednotlivých zemích se sociální zabezpečení a lékařská péče ubíraly různými směry, díky kterým, využívají státy Evropy různé formy financování, ale i různé formy poskytování samotné zdravotní péče. Výsledkem je rozmanitost různých pojetí a strategií, jak domácí zdravotní péči financovat, organizovat anebo samotné zajištění služeb domácí zdravotní péče v praxi. Je velký rozdíl v míře odpovědnosti, která je buď na úrovni komunální, regionální anebo národní. Rozdílná je i podpora primární péče jednotlivými organizacemi (Student a kol., 2006).

Domácí zdravotní péče v Evropě byla spojována z velké části s primární péčí, anebo za přispění dobrovolnické či církevní instituce. Nicméně platí stále, že rodina a síť nejbližších příbuzných zůstává dlouhodobě základním pilířem v péči o seniory nebo invalidní klienty, bez ohledu na sociální systém v dané oblasti. V průběhu dvacátého století se velkokapacitní instituce a nemocnice staly převládající, dominantní formou zajištění zdravotní pomoci širokému spektru, včetně seniorů, dětí, invalidů a lidem s mentálním postižením (Bužgová, 2015).

V průběhu padesátých let však narůstala kritika těchto zařízení jak ze strany profesionálů, tak ze strany samotných klientů napříč západní Evropou a severskými státy. Už od šedesátých let vznikaly první pokusy o snížení dlouhodobého umístění seniorů a dětí v rámci nemocničního zařízení. Postupně se dařilo zdokonalovat poskytování domácí zdravotní péče. Byly přijímány zásady známé jako deinstitucionalizace, komunitní péče, průběžná péče a péče integrovaná. Domácí péče byla chápána jako alternativní anebo náhradní zaopatření zdravotní péče vůči hospitalizaci jako takové. Prvotním cílem bylo uznání klíčové role rodiny a nezbytné zapojení primární péče právě na úrovni rodin. Například ve Skandinávských zemích a Anglii nebylo přímého nařízení k posunu od

nemocničních zařízení k rodinné péči, ale spíše posun ve smyslu od institucí k formám komunitních služeb. Teprve poté došlo k vyzdvižení rodinné péče o klienta. Celý proces se v Evropě odehrával v různých časových obdobích. V bývalých postkomunistických státech byl jev institucionalizace obecně platnou formou poskytování péče až do počátku roku 1990 (Bydžovský a kol., 2015).

V podstatě všechny státy v Evropě se shodují na důležitosti poskytování celého spektra péče určené pro ohrožené skupiny, ačkoliv přesný význam těchto termínů, přijatá opatření a strategický přístup k tematickým problémům se liší stát od státu a to vzhledem k možnostem a historickému kontextu dané lokality. Proto například v jižní části Evropy se formální domácí péče ještě zcela nerozvinula. Na druhou stranu u některých severských států je nedostatečně vyvinutý dobrovolnický sektor. Takové rozdíly jsou vysvětlovány z části rozdílnou historií, různou základní úrovní zabezpečení, tradiční rolí státu a občanské společnosti a rozvíjejících se předpokladů, vymezujících úroveň zodpovědnosti pro domácí zdravotní péči (Holmerová a kol., 2014b).

2.2 Vývoj domácí péče v České republice

Nárok na poskytování domácí péče má každý občan České republiky, jehož ošetřující lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu a stavu vlastního sociálního prostředí klienta rozhodne o poskytování domácí péče. Na základě rozhodnutí ošetřujících lékařů je poskytována domácí péče každoročně statisícům pacientů všech věkových, indikačních i diagnostických skupin. Obvykle se jedná o ty pacienty, kteří by bez existence domácí péče byli hospitalizováni (Karešová a kol., 2010).

Vývoj domácí péče v České republice zaznamenal úspěchy díky svému akcentu na lidskost, kvalitu a efektivitu péče. Mohlo by se zdát, že informace o systému domácí péče jsou všeobecně známé, nicméně domácí péče neustále prochází vývojem, který se přizpůsobuje poznatkům vědy a výzkumu. Adaptuje se na změny postoje společnosti ke kvalitě života jedince i požadavkům na dostupnost, efektivitu a kvalitu péče ze strany ošetřujících lékařů i zdravotních pojišťoven. Se systémem domácí péče se nejčastěji seznamují pacienti a jejich blízcí v období prožívání náročné životní situace, která je dána

aktuální změnou jejich zdravotního i sociálního stavu. Je přirozené, že informace o systému domácí péče začínají klienti i jejich blízcí vyhledávat až ve chvíli, kdy tento systém bezprostředně potřebují. Jsou to lidé, které na každém kroku provází stres, úzkost a beznaděj (Kalvach, 2010).

Úkolem všeobecné sestry a agentury poskytující domácí péči je zajistit pro pacienta a jeho blízké takové podmínky pro poskytování domácí péče, které odpovídají maximálním možnostem systému zdravotní i sociální péče v rozsahu, který se nejvíce přibližuje individuálnímu vnímání kvality života. Kvalitní agentury domácí péče jsou vybaveny přístroji a pomůckami, které nejen zajišťují včasnou diagnostiku a terapii, ale současně pomáhají zvýšit komfort poskytované domácí péče. Pro tento účel jsou agenturami domácí péče zapůjčovány pacientům různé kompenzační pomůcky i speciálně upravená lůžka. Miniaturizace diagnostických přístrojů a spolehlivost jednorázových zdravotnických pomůcek a léčiv jsou však pouze jednou z nezbytných podmínek pro poskytování kvalitní domácí péče. Další důležitou podmínkou pro poskytování kvalitní domácí péče je rozsah odborné praxe a funkční systém dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků, kteří jsou průběžně připravováni na bezpečné a spolehlivé řešení zdravotních i sociálních problémů klienta v jeho vlastním sociálním prostředí. Platné právní normy ukládají odborným zástupcům agentur domácí péče několik let praxe v oboru (Bydžovský a kol., 2015).

2.3 Formy domácí péče

Domácí péče je určena nemocným a rodinným příslušníkům v životní situaci, kdy dojde ke zhoršení zdravotního stavu nemocného. Na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře dochází k zahájení poskytování odborné zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí. Domácí péče přichází v úvahu například ve chvíli, kdy se pacient podrobil nekomplikovanému operačnímu zákroku a jeho zdravotní stav v průběhu hospitalizace je natolik uspokojivý, že již není nutný další pobyt v lůžkovém zdravotnickém zařízení, avšak je nutno zajistit návazné poskytování odborné zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí. Klíčem k indikaci domácí zdravotní péče je rozhodnutí ošetřujícího lékaře, který nejlépe posoudí celkový stav. Domácí péče je poskytována všem věkovým, indikačním

i diagnostickým skupinám pacientů, je určena stejně tak dětem, lidem v produktivním věku i seniorům (Kalvach a kol., 2012).

Rozeznáváme několik základních forem domácí péče. Jednou z forem je domácí hospitalizace, která je součástí domácí péče, je specializovaná péče určená pacientům v pooperačním a poúrazovém stavu. Tato forma domácí péče je vhodná také pro pacienty s kardiovaskulárním a neurologickým onemocněním, včetně imunodeficitů. Specifickou skupinou jsou děti, u kterých dochází v porovnání s ostatními věkovými kategoriemi pacientů v domácí péči k zjevně rychlejší rekonvalescenci. Tato forma domácí péče je poskytována v rozsahu dnů nebo týdnů. Příkladem domácí hospitalizace může být péče pooperační nebo poúrazová. Dlouhodobá domácí péče je určena chronicky nemocným, jejichž zdravotní i duševní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Obvykle se jedná o pacienty po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovaným diabetem, pacienty s plným i částečným ochrnutím, o pacienty se závažným duševním onemocněním, s imunodeficitem, či chronickou bolestí. Tato forma domácí péče obsahuje aktivity zdravotního i sociálního charakteru. Jedná se o tzv. integrovanou formu domácí péče nazývanou komplexní domácí péče, která je poskytována v rozsahu měsíců i několika let. Další formou je preventivní domácí péče, která je určena všem skupinám osob, u nichž doporučí ošetřující lékař v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. Pracovníci domácí péče provádí měření fyziologických funkcí, monitorují celkový stav pacienta a případné změny ihned signalizují ošetřujícímu lékaři. Tato forma domácí péče je poskytována v takové frekvenci týdně nebo měsíčně, kterou na základě celkového stavu pacienta určí ošetřující lékař (Messer, 2016).

Domácí hospicová péče zahrnuje péči o nemocné v preterminálním a terminálním stadiu života. Terminální stadium života, umírání, je nejtěžší fází lidského života. Umírání má několik stadií a je spojeno s řadou symptomů, které ovlivňují kvalitu života nemocného i jeho blízkých. Tato forma domácí péče je obvykle poskytována pacientům, u nichž ošetřující lékař předpokládá, že ke smrti dojde do šesti měsíců. Pracovníci domácí péče se snaží zajistit odbornou péči zahrnující management bolesti i emocionální podporu, a zmírnit tak utrpení nemocného i jeho blízkých v procesu umírání (Svatošová, 2011).

Domácí péče je obvykle indikována v maximální frekvenci 3x denně. Frekvenci domácí hospicové péče lze rozšířit i nad uvedený rozsah po písemné žádosti ošetřujícího lékaře, schválené revizním lékařem zdravotní pojišťovny. Příkladem domácí hospicové péče může být péče o umírající. Zúčastňují se jí praktičtí lékaři i celý tým domácí péče, včetně dobrovolníků. U pacienta je dle situace ve vlastním sociálním prostředí, rodině a potřebě odborné péče poskytována několikrát denně, nebo kontinuálně. Posláním domácí hospicové péče je v první řadě zmírnit fyzické i psychické utrpení umírajícího i jeho blízkých, snaha o eliminaci smrti sociální. K tomuto účelu je v případě souhlasu pacienta aplikována řada moderních metod pro tlumení bolesti jak farmakologických, tak i psychologických. Efekt domácí péče u umírajících netkví prioritně v ušetřených prostředcích na zdravotní péči, ale v polidštění těch nejtěžších chvil v životě každého člověka (Kalvach a kol., 2012).

2.3.1 Význam domácí péče pro pacienta a jeho rodinu

Posláním domácí péče je zajistit v rámci primární péče ve vlastním sociálním prostředí nemocného takový rozsah a kvalitu potřebné zdravotní a sociální péče, který je dle aktuálních podmínek, poznatků vědy a výzkumu možný tak, aby k hospitalizaci nemocného nebo jeho umístění do ústavu sociální péče docházelo jen, když je to nezbytně nutné. Moderní koncepce systémů zdravotní i sociální péče obsahují princip subsidiarity. To znamená, že k léčbě, péči a pomoci dochází na nejbližší úrovni. Tento princip předpokládá i vlastní aktivní přístup pacienta a jeho blízkých v procesu rozhodování při řešení problému, ale současně počítá i s jejich aktivní spoluprací při poskytování péče. Pacient a jeho blízcí nejen spolurozhodují, ale také se spolupodílí na poskytování péče (Holmerová a kol., 2014a).

Domácí péče je vysoce kvalifikovanou a odbornou formou péče, která díky svému rozsahu a kvalitě umožňuje zkrátit pobyt nemocných v lůžkových zdravotnických zařízeních na nezbytně nutnou dobu. Na druhé straně vytváří vhodné podmínky pro praktické lékaře v rámci primární péče, kteří ve spolupráci s agenturami domácí péče mohou poskytovat širší rozsah potřebné zdravotní péče pacientům, kteří by jinak byli

hospitalizováni. V rámci domácí péče jsou nemocný i jeho blízcí řádnými členy týmu se společným cílem, kterým je zlepšení kvality života pacienta i jeho blízkých. I toto je nezastupitelné pozitivum systému domácí péče (Svatošová, 2011).

Dalším pozitivem domácí péče je naprostá eliminace infekcí získaných při poskytování lůžkové zdravotní péče. Tyto infekce vznikají v příčinné souvislosti s pobytem pacientů ve zdravotnickém zařízení. Finanční náklady, které jsou spojeny s jejich léčbou, jsou natolik vysoké, že cílem všech moderních systémů zdravotní péče je minimalizovat pobyt pacientů ve zdravotnických zařízeních. V domácí péči má nemocný svého stálého manažera péče. Jedná se o sestru, rehabilitačního pracovníka či jiného člena týmu, který odpovídá za kvalitu a dostupnost domácí péče. Tento pracovník je ve stálém kontaktu s klientem a dle indikace ošetřujícího lékaře odpovídá za harmonogram a organizační zajištění poskytované domácí péče. V pravidelných, předem dohodnutých intervalech předává ošetřujícímu lékaři informace o celkovém stavu pacienta a současně aktuálně signalizuje potřebné změny v rozsahu indikace výkonů domácí péče (Holmerová, 2014a).

2.3.2 Vliv domácí péče na pečující rodinné příslušníky

S ohledem na diagnostické a indikační skupiny pacientů v domácí zdravotní péči, což jsou pacienti plně, či částečně závislí na pomoci druhé osoby, nebo pacienti umírající, je nutné zajistit nepřetržitou dostupnost péče. Nejedná se však o nepřetržitý provoz zařízení. Dostupnost domácí zdravotní péče je obvykle zajištěna prostřednictvím stabilního čísla mobilního telefonu, tzv. tísňová linka, které může ošetřující lékař, pacient a jeho blízcí využít vždy, pokud je to nezbytně nutné. Číslo mobilního telefonu bývá uvedeno i na záznamníku kontaktního telefonu agentury domácí péče. Mobilní telefon s tímto číslem je předáván mezi jednotlivými členy týmu agentury domácí péče, z nichž každý má povinnost v daném termínu zajistit případnou další vyžádanou péči a pomoc. Domácí zdravotní péče je poskytována víceoborovým týmem pracovníků, kteří poskytují odbornou péči a pomoc v takovém rozsahu, který je dán aktuálním stavem nemocného a stavem jeho vlastního sociálního prostředí (Bydžovský a kol., 2015).

Rodinní příslušníci jsou vystaveni velké zátěži při péči o nemocného, a z tohoto důvodu by měli dbát i na svoji fyzickou a duševní regeneraci. Agentury domácí péče nabízí i tzv. odlehčovací služby, které jsou právě zaměřeny tímto směrem. V rámci odlehčovacích služeb pečovateli střídá rodinného příslušníka v péči o nemocného, a ten může získaný čas věnovat odpočinkovým aktivitám, relaxaci, případně vyřídit si své osobní záležitosti mimo obydlí (Zacharová a kol., 2007).

Může nastat situace, kdy již rodinný příslušník nezvládá péči o blízkého. V takové situaci je možno kromě již zmíněných odlehčovacích služeb v domácí péči, využít i služby tzv. respitního pobytu v příslušném lůžkovém zařízení, které se na omezený časový úsek postará o nemocného. Maximální doba takového pobytu bývá stanovena na tři měsíce (Kupka, 2014).

2.4 Význam všeobecné sestry v domácí hospicové péči

Po indikaci domácí péče ošetřujícím lékařem je nemocný navštíven všeobecnou sestrou domácí péče, která provede vstupní pohovor, vyšetření nemocného a zhodnocení stavu vlastního sociálního prostředí pacienta. Seznámí pacienta s rozsahem výkonů a frekvencí domácí péče, dohodne se s pacientem na harmonogramu odborné i laické péče, která bude v působnosti agentury, pacienta a jeho blízkých. Může vyvstat nutnost provést, v zájmu kvality poskytované domácí péče, úpravy v sociálním prostředí nemocného. Například umístění lůžka, vybavení kompenzačními pomůckami, přístroji apod. Po dohodě s nemocným je možné přizpůsobit prostředí nejen pro poskytování domácí péče, ale i pro pohodlí nemocného (Bydžovský a kol., 2015).

Pokud je indikována domácí péče v průběhu hospitalizace nemocného nebo po jednodenním zákroku, je vhodné, aby ke kontaktu s nemocným došlo ještě v průběhu pobytu pacienta v zařízení tak, aby se pracovník domácí péče dohodl o dalším vhodném postupu s ošetřujícím lékařem i personálem. Domácí péče je v tomto případě zahájena v den následující po propuštění pacienta, nebo bezprostředně po provedení jednodenního zákroku (Juřeníková, 2010).

2.5 Způsoby provedení hygienické péče v domácím prostředí

2.5.1 Pomůcky k provádění hygienické péče v domácím prostředí

Nemocný člověk může z důvodu špatné nálady či deprese ztratit zájem o svůj zevněšek. Nicméně pocit čistoty a příjemné uvolněnosti, který po provedení hygieny vzniká, přispívá ke zlepšení nálady pacienta. Proto by nemocný neměl mít podrážděnou pokožku nebo nepříjemný zápach těla. Mytí stimuluje povrchový krevní oběh. Frekvence umývání závisí na fyzických potřebách a přání samotného nemocného a celkové mytí nemocného je třeba plánovat v době, kdy jsou na místě přítomni i jiní pomocníci (Smithová, 2011).

Mnohdy je nemocný znečištěn močí a výkaly, které dráždí pokožku a přispívají ke vzniku proleženin. Navíc pokožka lidí v pokročilém věku je sušší a tenčí. Z tohoto důvodu u nich dochází k jejímu poškození snadněji, hojení však probíhá mnohem pomaleji. K vysoušení pokožky přispívají i léčivé přípravky, které vylučují z organismu vodu, například močopudné a projímací léky používané při zácpě. Měli bychom mít rovněž na paměti, že časté mytí mýdlem a houbou může poškodit ochrannou vodní a tukovou vrstvu pokožky, což bude přispívat k jejímu vysoušení, odlupování a pronikání infekcí (Souza, 2015).

V domácí péči nejsou pravidla vykonávání hygieny tak striktní jako v lůžkových zařízeních. Měli bychom se alespoň přibližně držet modelu, kdy ruce, obličej, krk a zuby nemocného na lůžku myjeme a čistíme každé ráno před jídlem, nohy myjeme většinou třikrát za týden nebo dle potřeby, nehty na rukou a nohou je třeba stříhat jednou týdně a hlavu též myjeme jednou týdně. Každý den ráno a večer je třeba vykonat hygienu intimních částí těla. Nemocné, kteří trpí únikem moči nebo stolice, je třeba omývat častěji (Vytejková a kol., 2011).

Existuje široká nabídka zdravotnických pomůcek. V sortimentu lze najít koupací lůžka, různá sedátka do vany, zvedáky, sprchový WC vozík atd. Tyto pomocné přístroje není třeba kupovat. Většinou jsou částečně či zcela hrazené pojišťovnou nemocného. Vše závisí na druhu a míře postižení nemocného. Některé je možno snadno získat na předpis u praktického lékaře, u jiných se musí požádat o předpis lékaře specialistu, který má

nemocného během hospitalizace v péči. Většinou to je neurolog, ortoped, chirurg či rehabilitační lékař. Půjčovny zdravotních pomůcek mohou situaci dočasně vyřešit, pokud chce nebo potřebuje rodina či nemocný pomůcky ihned a nechce čekat týdny na schválení. Samozřejmě pomůcky si lze i zakoupit (Messer, 2016).

Hygienická péče u pacienta zahrnuje hygienu horní a dolní poloviny těla, hygienu genitálu, péči o kůži, péči o vlasy a nehty, péči o chrup a dutinu ústní, péči o lůžko. K těmto úkonům je třeba aby měl pečující zajištěny ochranné rukavice, umyvadlo na horní a dolní polovinu těla, mýdlo, jednorázové žínky, podložní mísu, masážní emulzi, pleťové mléko, hřeben, nůžky na nehty, kelímek na výplach dutiny ústní, kartáček na zuby, pastu na zuby, glycerinové tyčinky na ošetření dutiny ústní, u mužů pomůcky na holení, ručníky, osobní prádlo, ložní prádlo a jednorázové podložky. Velmi časté problémy ležících inkontinentních pacientů spočívají v dermatologických potížích, především se jedná o opruzeniny či mykotické problémy. Na tyto stavy je možné a současně vhodné používat příslušné masti, které se dají volně bez předpisu koupit v lékárně. Je dobré používat na konkrétní potíže příslušný přípravek v patřičném dávkování a vyvarovat se preventivnímu vrstvení různých krémů na sebe, čímž dochází ke snižování jejich účinku a vytvářením vhodné půdy pro šíření mikroorganismů. Jednou z nejrozšířenějších pomůcek v péči o osobní hygienu nemocného v domácím prostředí je pojízdná či pevně stojící toaletní židle (Vytejková a kol., 2011).

2.5.2 Realizace hygienické péče v koupelně

Provádění hygieny je závislé na stavu nemocného. Je-li schopen přepravy do koupelny, může se vykoupat či osprchovat. Pokud je nemocný slabý a jeho přeprava do koupelny není možná, provádíme hygienu na lůžku. Veškerou péči přizpůsobujeme aktuálnímu stavu nemocného. Koupelna je díky kluzkému prostředí největším zdrojem vzniku úrazů v domácnosti, proto zde má místo také prevence a zvýšená opatrnost. Samozřejmostí by mělo být pořízení protiskluzové podložky nebo nálepek, stupínku k vaně a madel. Tyto pomůcky nejsou hrazeny pojišťovnou. Madlo nelze velmi často připevnit bezpečně ke zdi, může tedy být již součástí pomůcky nebo přenosné. Optimálním řešením koupelny je

bezbariérový sprchový kout bez vaničky, aby se dalo do sprchy pohodlně nejen vstoupit, ale i najet sprchovým vozíkem (Holmerová a kol., 2014b).

Pokud je nutné pro přesun do sprchy a následnou hygienu použít pojízdné křeslo, mělo by mít také klozetovou úpravu. Nemocní, kteří mají potíže s chůzí, by měli hygienu vykonávat s dopomocí. Pokud má nemocný pohyblivou, byť jen jednu ruku, může si při hygieně alespoň sám omýt obličej žínkou, může pomoci při otáčení na bok tím, že se zdravou rukou přitáhne, přidrží atd. Samozřejmě, nemocný bude dělat jen to, co zvládne (Halmo, 2015).

Pokud má nemocný částečně zachovanou hybnost, můžeme jej vykoupat ve sprše. U nemocných s chronickým postižením hybnosti by měla být koupelna vybavena pevnými držadly a madly. Nemocný může více pomáhat v přemísťování a bude také nižší riziko jeho pádu. Ve sprchovém koutě či vaně by měl mít nemocný omyvatelnou židli, na které bude při koupeli sedět a protiskluzovou podložku (Bydžovský a kol., 2010).

Neocenitelnou pomůckou pro realizaci koupele v domácí běžné vaně je vanový zvedák. Velké zvedáky na pacienty se závěsnými sítěmi vyžadují značný manipulační prostor. Jejich využití je nejvhodnější a nejkomfortnější tam, kde je k dispozici v koupelně i mimo ni dostatečný bezbariérový prostor pro popojíždění se zvedákem. Navíc, většina těchto zvedáků vyžaduje volný prostor v místech pod vanou z důvodu zajíždění podvozkové části. Tato kritéria splňují pouze velké koupelny, které jsou již stavěny s úmyslem využití velkých zvedáků. Běžné koupelny v domácnostech nedisponují ani dostatečným prostorem ani požadovanou bezbariérovostí. Z tohoto důvodu jsou všichni imobilní pacienti v domácí péči, kteří mají svoje koupelny vybaveny běžnými vanami, odkázáni pouze na osobní hygienu prováděnou na lůžku. Vanový zvedák je lehká přenosná pomůcka, která umožní bezpečné a snadné spuštění pacienta z horního okraje vany na její dno a pak opětné vyzdvižení do úrovně horního okraje vany. Pohyb je řízen pomocí dálkového ovládání buď uživatelem nebo obsluhující osobou. Předností tohoto zvedáku je nejen svislý pohyb sedačky, ale v nejnižší poloze i nastavení sklonu zádové opěrky (Tomeš, 2015).

2.5.3 Realizace hygienické péče na lůžku

Hygienická péče na lůžku zahrnuje hygienu horní a dolní poloviny těla, hygienu genitálu, péči o kůži, o vlasy a nehty, o chrup a dutinu ústní, péči o lůžko. Před mytím je třeba, pokud je to možné, požádat nemocného, aby si vyprázdnil močový měchýř. Teplota vzduchu v místnosti musí být nejméně 24 °C. Teplota vody je 37–40 °C. Při umývání obličeje a krku nemocného na lůžku je třeba nejdříve protřít oči teplým vlhkým ubrouskem ve směru od vnějšího koutku k vnitřnímu, potom čelo, tváře a bradu. Potom se myjí ústa, nos a uši. Krk ošetřovaného se myje naposledy (Marková, 2010).

K mytí oblasti hrudníku a břicha je třeba svléknout nemocnému košili a stáhnout pokrývku do úrovně beder. Při mytí zad se nemocný sám nebo s pomocí ošetřovatele otáčí na bok. Zada a bok je třeba mýt masážními pohyby ve směru od horní části zad k hýždím a dosucha utřít. Potom je třeba nemocného otočit na druhý bok, umýt druhý bok a utřít. Masážní pohyby stimulují krevní oběh pokožky. Při mytí rukou a nohou je třeba vytáhnout končetinu zpod přikrývky a prostřít pod ni ručník. Končetiny se myjí opakovanými přerušovanými pohyby ve směru krevních cév směrem k srdci. Potom je třeba umytou část těla pečlivě utřít a přikrýt. Při utírání a mytí je třeba pozorně prohlédnout pokožku nemocného na místech, kdy by mohly vzniknout proleženiny, a také v záhybech pokožky v oblasti podpažních jamek, intimních částí těla a pod prsními žlázami. To jsou místa největšího hromadění potu a nečistoty (Bužgová, 2015).

Pokud je pokožka suchá, je třeba na ni nanést zvlhčující krém. Genitál myjeme samostatně. Je-li to možné, necháme pacienta, aby si genitál umyl sám. Pokud to nejde, věnujeme hygieně genitálu zvláštní péči. Nemocný by měl ležet na zádech s pokrčenými dolními končetinami. Vždy si při hygieně genitálu všímáme známek zánětu, např. zarudnutí otoku nebo nepatřičného výtoku. U ženy nejprve omyjeme velké pysky, které rozevřeme a pečlivě umyjeme všechny záhyby. Postupujeme směrem od genitálií k rektu. Pacientku můžeme umístit na podložní mísu. U muže umyjeme a osušíme penis, stáhneme předkožku a umyjeme žalud penisu. Nesmíme zapomenout po osušení přetáhnout předkožku penisu zpět. Poslední umyjeme šourek (Haškovcová, 2010).

Nakonec je třeba nemocného posadit a pomoci mu vyčistit dutinu ústní, popř. umýt zubní protézu. Pokud je pacient v bezvědomí nebo je nesoběstačný, musí se mu vytírat ústa

pomocí tamponků či štětiček s příchutí citronu. Ústa je třeba ošetřovat pravidelně. Zabráni se tím vysychání sliznice a tvorbě krust. Dutinu ústní a zuby nemocného je třeba mýt každý den ráno a večer. Horní část postele je třeba nadzvednout a pomocí nemocnému zaujmout polohu vpolosedě. Pod bradu nemocného se umístí ručník a zuby se vyčistí měkkým kartáčkem. K čištění mezizubních mezer se používají zubní nitě. Po vyčištění zubů je možné použít ústní vodu na vypláchnutí ústní dutiny, která zanechává v ústech po určitou dobu pocit svěžesti. Pokud nemocný zuby nemá, stačí vypláchnout ústní dutinu vodou. Pokud má nemocný zubní protézu, je třeba ji z ústní dutiny vyndat, potom promýt pomocí kartáčku pod tekoucí vodou. Zubní protézy se uchovávají ve sklenici s vodou s uzavřeným víčkem (Bužgová, 2015).

K očištění stárnoucí a citlivé pokožky nemocných na lůžku se doporučuje používání mycích krémů. K ošetřování pokožky nemocných na lůžku se nedoporučuje používat baktericidní mýdlo. Jeho použití způsobuje narušení normální mikroflóry pokožky a její kyselou reakci. Zvyšuje se ztráta vlhkosti pokožky; dráždivé látky, jako je pot, moč, výkaly, jsou aktivátory nemocí a pokožkou lehce pronikají. Mýdlo rozpuštěné ve vodě se může ukládat na pokožce ve formě nerozpustných vápenatých solí vápníku a hořčíku. Ty se při tření mohou stát příčinou podráždění pokožky a jejího poškození. Při používání obyčejného mýdla je třeba vždy pečlivě smýt z těla mýdlovou pěnu, protože mýdlo pokožku vysušuje. Po ukončení hygienické péče pacienta, je třeba jej, vyžaduje-li to jeho zdravotní stav, optimálně napolohovat (Vytejková a kol., 2011).

Jeden z velkých problémů pro pečující rodinné příslušníky představuje proces mytí vlasů u trvale ležícího nemocného. Provést tento úkon bez potřebných pomůcek v improvizovaném prostředí domácnosti s efektivním výsledkem není nijak snadné. Velkou pomoc k tomuto výkonu představuje vanička pro mytí hlavy na lůžku. Ať již je nabízena v různém provedení z různých materiálů, většinou se vždy skládá ze dvou na sobě umístěných nafukovacích kruhů s výřezem na krk. Nafukovací vanička je opatřena vypouštěcí hadicí s ventilem a svorkou, která směřuje vodu do kbelíku. (Bydžovský a kol., 2010).

Pokud je třeba provést v domácnosti celkovou koupel trvale ležícího nemocného a nemáme vhodný přístup do koupelny, můžeme využít mobilní sprchovou vanu. Mobilní sprchová vana je určena pro provádění osobní hygieny ležících pacientů pečovatelem. Díky

nafukovacím okrajům je možné mobilní vanu používat na většině typů postelí a lůžek bez jakýchkoli mimořádných úprav. Vana bývá vyrobena z voděodolné textilie a je uzpůsobena tak, aby ji bylo možné šetrně podsunout pod pacientem. Omytí pacienta je možné provést pomocí žínky nebo sprchy (Vytejková a kol., 2011).

2.5.4 Specifika hygienické péče u pacienta s invazivními vstupy

Jednou z velkých překážek pro pečující rodinné příslušníky je hygienická péče nemocného, který má zaveden permanentní močový katétr nebo perkutánní endoskopickou gastrostomii či zavedenou subkutánní nebo intravenózní kanylu. Pečující rodinný příslušník se této problematiky nemusí nijak obávat, neboť při dodržování jednoduchých zásad postupu nehrozí žádné větší riziko poškození. Při hygienické péči o pacienta, který má zaveden permanentí močový katétr je vždy před manipulací důležité vložit močový sáček do lůžka a nenechávat jej pověšený na háčku pod lůžkem. Pokud bychom jej tam nechali, hrozilo by při manipulaci s nemocným zatažení za močový katétr a tím poškození močové trubice. Při hygienické péči postupujeme stejně jako při normální péči o genitál, dbáme však na šetrnou manipulaci s katétrem, který je třeba rovněž podrobit hygienické péči a odstranit z něj všechny nečistoty. K mytí můžeme využít běžné mycí prostředky nebo specializovanou mycí pěnu v podobě nádoby se stlačeným obsahem. Všíáme si zabarvení katétru a odcházející moče abychom tak předešli případnému vzniku zánětlivého procesu. Rovněž je třeba se zajímat o případný výtok, jeho barvu a zápach, který se může objevovat. Močový sáček by měl být pravidelně vyměňován, a to i tehdy, zdá-li se být čistý. Ve sběrném sáčku se usazují nečistoty, což bývá živnou půdou pro vznik nežádoucí agens, způsobující zánět močových cest. Perkutánní endoskopická gastrostomie představuje další častý invazivní vstup, který je třeba v rámci prováděné hygieny ošetřit. Na začátku prováděné hygieny odstraníme sterilní krytí, kterým je PEG převázán. Místo zanoření PEGu se odkryje, uvolní se těsnící manžeta a celé plocha se podrobí důkladné hygieně tak aby zde nezbyla žádná nečistota. Plocha se následně asepticky očistí příslušným desinfekčním preparátem a místo vstupu je třeba důkladně prohlédnout, zda nejsou přítomny známky zánětu či známky obtékání potravou. Pokud pacient provádí hygienu ve

sprše je možno PEG oplachovat proudem vody. Místo je však třeba vždy osušit. Po provedené očištění je vhodné promazat okolí zanořeného PEGu např. borovou vazelinou (Trachtová a kol., 2013).

Posledním častým jevem bývá zavedená subkutánní či intravenózní kanyly. V těchto případech je třeba zvážit, zda budeme provádět současně i převaz kanyly. Převaz kanyly se většinou přenechává všeobecné sestře a na pečujícího rodinného příslušníka zbývá pouze starost o to, aby kanyla a převazový materiál při provádění hygieně nebyl poškozen, např. vytržením při uvíznutí kanyly ve svlékajícím oděvu. Opět je dobré všimnout si místa vpichu z důvodu předcházení možných zánětlivých stavů (Jarošová, 2016).

3 Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce popisuje podrobným způsobem cíle a výzkumné předpoklady pomocí výsledků dat, které pochází z výzkumného šetření. Závěrem je uvedeno doporučení pro praxi a výstup bakalářské práce.

3.1 Cíle a výzkumné předpoklady

Pro tuto bakalářskou práci byly vytyčeny 3 výzkumné cíle a 3 výzkumné předpoklady. Výzkumné předpoklady byly upřesněny na základě výsledků předvýzkumu, který byl proveden v lednu roku 2018 mezi rodinnými příslušníky pacientů terénního Hospice sv. Zdislavy o.p.s. v počtu deseti respondentů.

Cíle práce:

1. Zjistit informovanost rodinných příslušníků o hygienické péči pacienta v domácím prostředí.
2. Zjistit informovanost rodinných příslušníků o použití vaničky pro mytí hlavy k hygienické péči v domácím prostředí.
3. Zjistit informovanost rodinných příslušníků o použití mobilní sprchové vany k hygienické péči v domácím prostředí.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládáme, že 40 % a více pečujících rodinných příslušníků má informace o provádění hygienické péče pacienta v domácím prostředí.
2. Předpokládáme, že 30 % a více pečujících rodinných příslušníků má informace o použití vaničky pro mytí hlavy k hygienické péči v domácím prostředí.
3. Předpokládáme, že 30 % a více rodinných příslušníků má informace o použití mobilní sprchové vany při provádění hygienické péče v domácím prostředí.

3.2 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce je prováděna metodou kvantitativního výzkumu, se zvolením výzkumné techniky nestandardizovaného dotazníku (příloha D). Dotazník byl rozšířen v tištěné podobě mezi rodinné příslušníky pacientů terénního Hospice sv. Zdislavy o.p.s. Výzkumné šetření proběhlo v měsíci únoru 2018.

3.2.1 Metodický postup a metoda zkoumání

Předvýzkum (příloha E) byl realizován v lednu roku 2018 formou tištěného dotazníku. Dotazník byl rozdán deseti náhodně zvoleným respondentům z řad rodinných příslušníků pacientů terénního Hospice sv. Zdislavy o.p.s. Vyplnění dotazníků bylo anonymní. Na základě předvýzkumu byla ověřena srozumitelnost otázek a byly upřesněny výzkumné předpoklady. **Dotazník** obsahuje 20 otázek. Jednotlivé otázky byly tvořeny na základě získaných informací z odborné literatury. Prvních 5 otázek je identifikačních, zbývajících 15 otázek se týká vlastního výzkumného šetření. Na všechny otázky lze odpovědět pouze jednou nejvíce vhodnou odpovědí.

3.2.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří rodinní příslušníci pacientů terénního Hospice sv. Zdislavy o.p.s. v Libereckém kraji, kteří trvale pečovali nebo pečují o nemocného v domácím prostředí. Dotazník je z důvodu možného ovlivnění výsledku zcela anonymní. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 50 respondentů z výše uvedeného výzkumného vzorku.

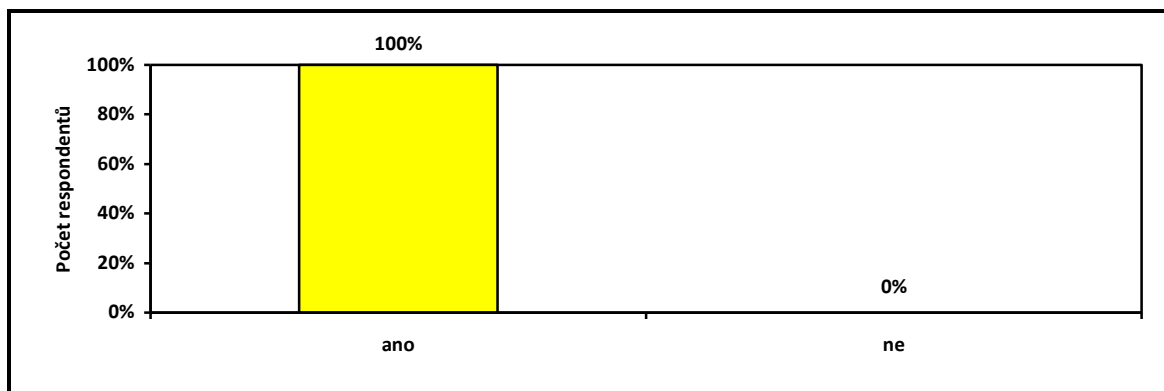
3.3 Analýza výzkumných dat

Data výzkumného šetření bakalářské práce byla zpracována a vyhodnocena pomocí tabulek a grafů v programu Microsoft Excel 2016. Text byl zpracován textovým editorem Microsoft Word 2016. Výsledná data byla upravena do tabulek. Data byla vyhodnocena pomocí popisné statistiky.

3.3.1 Analýza výzkumné položky č. 1 – péče o nemocného rodinného příslušníka v domácnosti

Tabulka 1 Péče o nemocného rodinného příslušníka v domácnosti

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
ano	50	100 %
ne	0	0 %
celkem	50	100 %



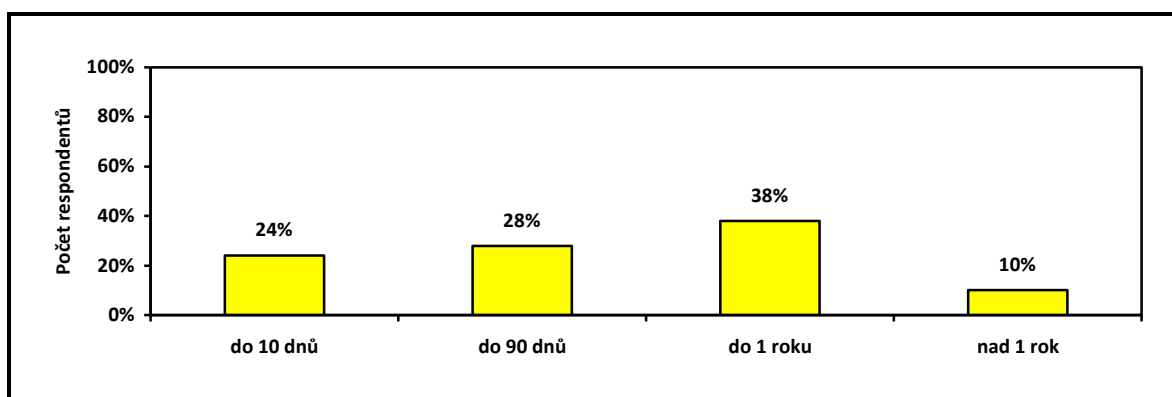
Graf 2 Péče o nemocného rodinného příslušníka v domácnosti

Výzkumná položka č. 1 č. 1 zjišťuje, zda dotazovaní respondenti pečují či pečovali o nemocného rodinného příslušníka v domácím prostředí. Všichni dotazovaní respondenti na tuto otázku odpověděli kladně.

3.3.2 Analýza výzkumné položky č. 2 – délka péče o nemocného rodinného příslušníka v domácnosti

Tabulka 3 Délka péče o nemocného rodinného příslušníka v domácnosti

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
do 10 dnů	12	24 %
do 90 dnů	14	28 %
do 1 roku	19	38 %
nad 1 rok	5	10 %
celkem	50	100 %



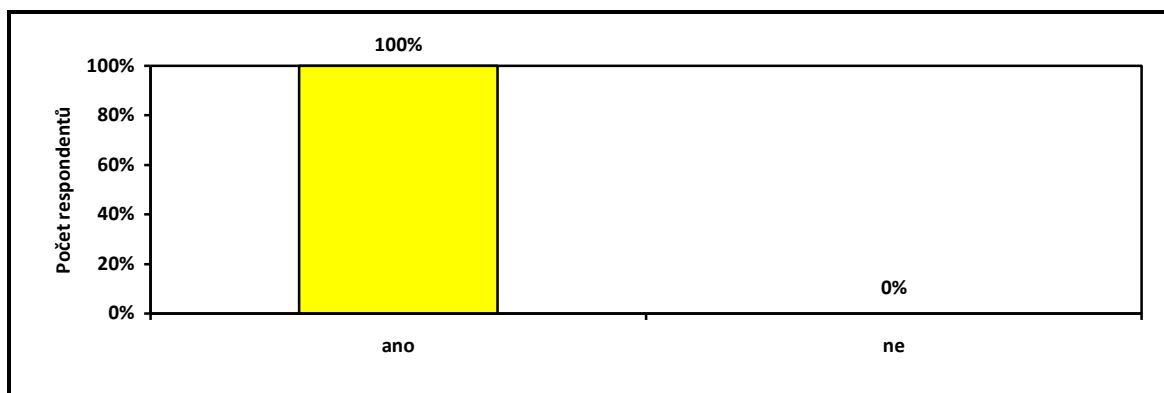
Graf 4 Délka péče o nemocného rodinného příslušníka v domácnosti

Výzkumná položka č. 2 se zabývá délkou péče o nemocného v domácím prostředí. Dotazovaní respondenti uvedli, že v 7 případech pečovali o nemocného rodinného příslušníka v délce trvání do 10 dnů, ve 35 případech do 90 dnů, v 5 případech v délce trvání do 1 roku a ve 3 případech přesahovala péče dobu trvání nad 1 rok péče.

3.3.3 Analýza výzkumné položky č. 3 – pobyt nemocného na lůžku

Tabulka 5 Pobyt nemocného na lůžku

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
ano	50	100 %
ne	0	0 %
celkem	50	100 %



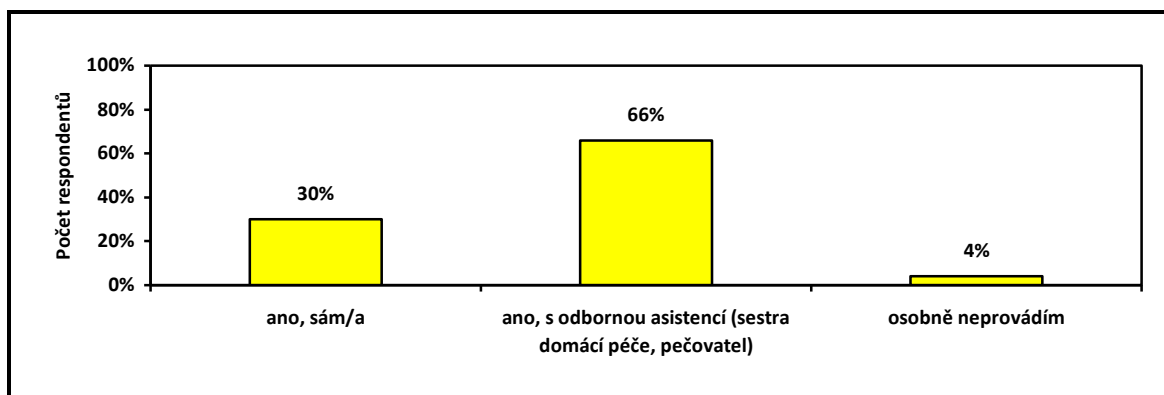
Graf 1 Pobyt nemocného na lůžku

Výzkumná položka č. 3 zjišťuje, zda nemocný tráví všechnen nebo většinu času na lůžku. Všichni dotazovaní respondenti uvedli, že jejich nemocný rodinný příslušník trávil či tráví většinu dne na lůžku.

3.3.4 Analýza výzkumné položky č. 4 – provádění hygieny

Tabulka 6 Provádění hygieny

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Ano, sám/a	15	30 %
Ano, s odbornou asistencí (sestra domácí péče, pečovatel)	33	66 %
Osobně neprovádím	2	4 %
celkem	50	100 %



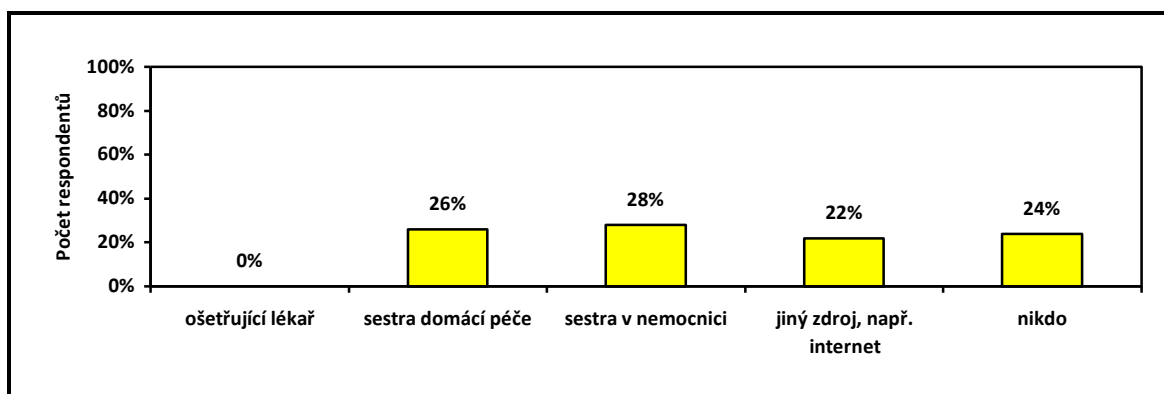
Graf 2 Provádění hygieny

Ve výzkumné položce č. 4 zjišťujeme, zda dotazovaní respondenti provádí u svých nemocných v domácím prostředí hygienické úkony. V rámci šetření bylo zjištěno, že odpověď A, samostatné provádění úkonů, volilo 15 respondentů. Odpověď B, provádění úkonů s asistencí, si vybralo největší množství tázaných, tj. 33 a pouze dva respondenti uvedli odpověď C, že hygienu neprovádí.

3.3.5 Analýza výzkumné položky č. 5 – zdroj získaných informací o hygieně

Tabulka 7 Zdroj získaných informací o hygieně

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Ošetřující lékař	0	0 %
Sestra domácí péče	13	26 %
Sestra v nemocnici	14	28 %
Jiný zdroj, např. internet	11	22 %
nikdo	12	24 %
celkem	50	100 %



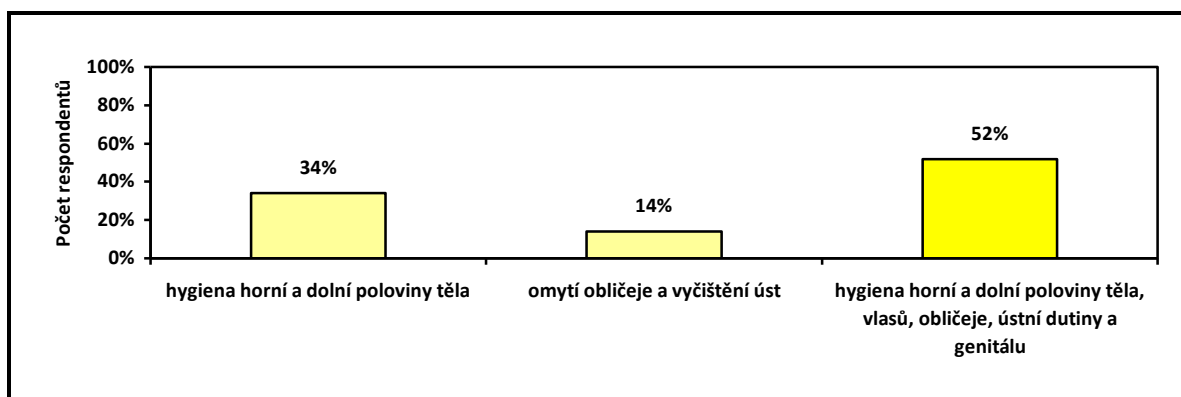
Graf 3 Zdroj získaných informací o hygieně

Výzkumná položka č. 5 zjišťuje zdroj respondentů při získávání informací o provádění hygieny u nemocného v domácím prostředí. Zdroj v odpovědi A – ošetřující lékař nevedl žádný z respondentů, zdroj B – sestra domácí péče uvedlo 13 respondentů, zdroj C všeobecná sestra v nemocnici uvedlo 14 respondentů, zdroj D – jiný zdroj např. internet uvádí 11 tázaných a 12 respondentů volí možnost E – nikdo jim informace neposkytl.

3.3.6 Analýza výzkumné položky č. 6 – charakteristika hygienické péče u pacienta

Tabulka 6 Charakteristika hygienické péče u pacienta

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Hygiena horní a dolní poloviny těla	17	34 %
Omytí obličeje a vyčištění úst	7	14 %
Hygiena horní a dolní poloviny těla, vlasů, obličeje, ústní dutiny a genitálu	26	52 %
celkem	50	100 %



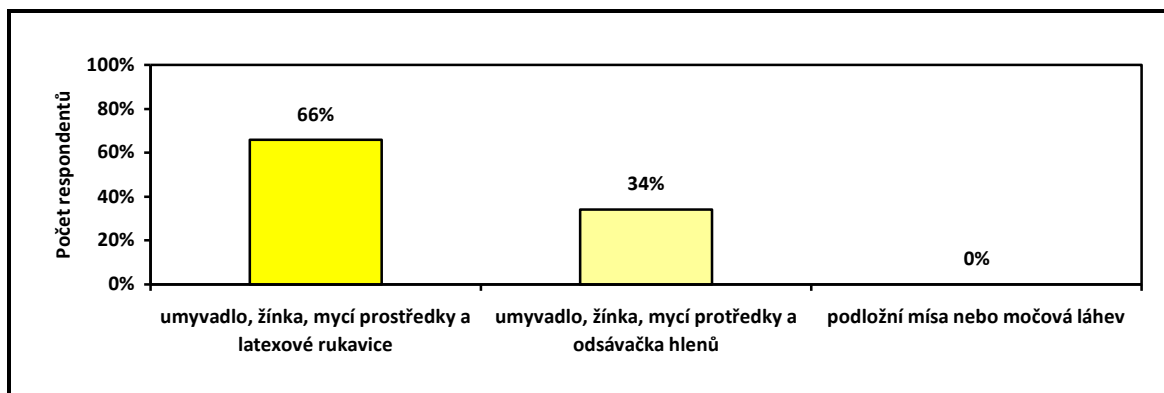
Graf 6 Charakteristika hygienické péče u pacienta

Výzkumná položka č. 6 se snaží zjistit informace respondentů v oblasti provádění hygienické péče u pacienta. Správným způsobem odpovědělo v možnosti C 26 dotazovaných respondentů. Zbytek tázaných volil jinou odpověď.

3.3.7 Analýza výzkumné položky č. 7 – pomůcky k provádění hygieny

Tabulka 7 Pomůcky k provádění hygieny

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Umyvadlo, žínky, mycí prostředky a latexové rukavice	33	66 %
Umyvadlo, žínky, mycí prostředky a odsávačka hlenů	17	34 %
Podložní mísa nebo močová láhev	0	0 %
Celkem	50	100 %



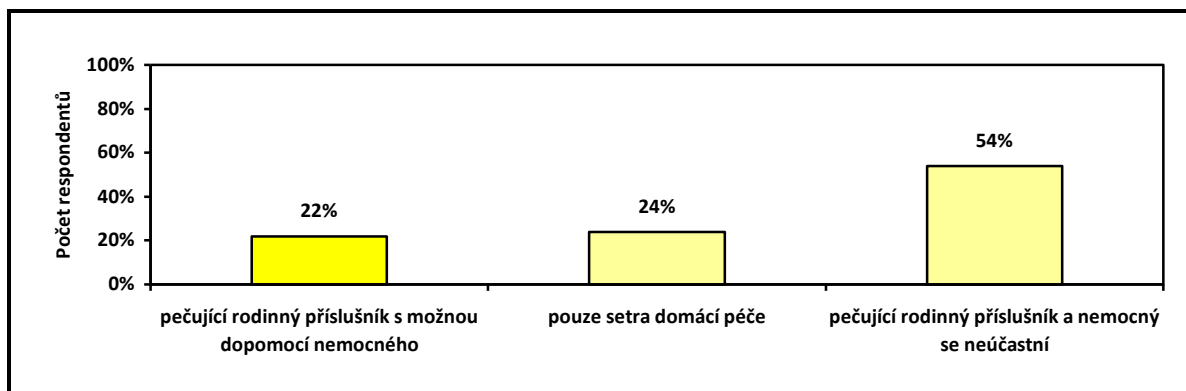
Graf 7 Pomůcky k provádění hygieny

Výzkumná položka č. 7 zjišťuje informovanost respondentů v oblasti potřebných pomůcek pro vykonání hygienické péče u pacienta. Správný vyjmenování pomůcek v odpovědi A zvolilo 33 respondentů. Ostatní dotazovaní volili nesprávné odpovědi.

3.3.8 Analýza výzkumné položky č. 8 – výkon hygienické péče

Tabulka 8 Výkon hygienické péče

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Pečující rodinný příslušník s možnou dopomocí nemocného	11	22 %
Pouze sestra domácí péče	12	24 %
Pečující rodinný příslušník a nemocný se neúčastní	27	54 %
Celkem	50	100 %



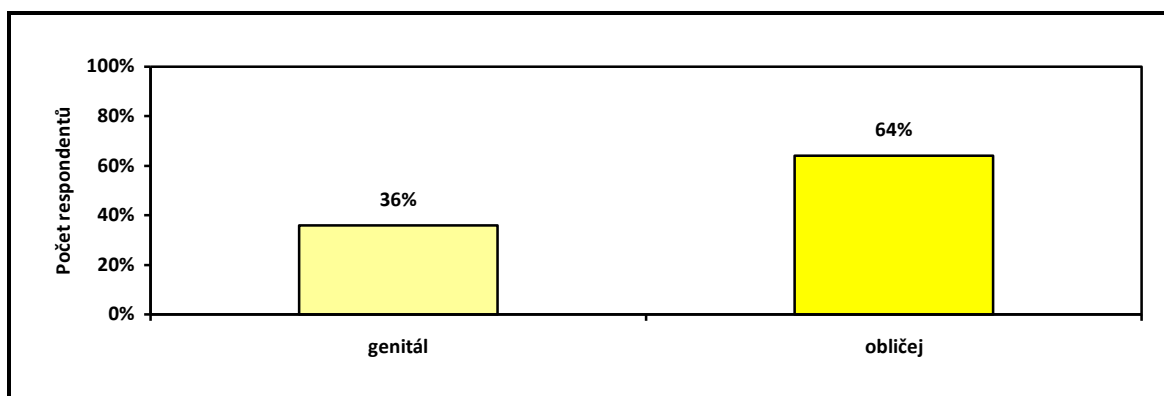
Graf 8 Výkon hygienické péče

Výzkumná položka č. 8 zjišťuje u respondentů, kdo vykonává u nemocného hygienickou péči. Nejvhodnější odpověď A, která připouští, že na provádění hygienické péči se kromě pečujícího rodinného příslušníka může podílet též nemocný, byla zvolena 11 dotazovanými respondenty. 27 respondentů by nesouhlasilo s dopomocí nemocného při provádění hygienické péči a 12 respondentů by tento úkon přenechalo sestře domácí péče.

3.3.9 Analýza výzkumné položky č. 9 – jakou částí těla zahajujeme hygienickou péčí

Tabulka 9 Jakou částí těla zahajujeme hygienickou péčí

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Genitál	18	36 %
Obličej	32	64 %
Celkem	50	100 %



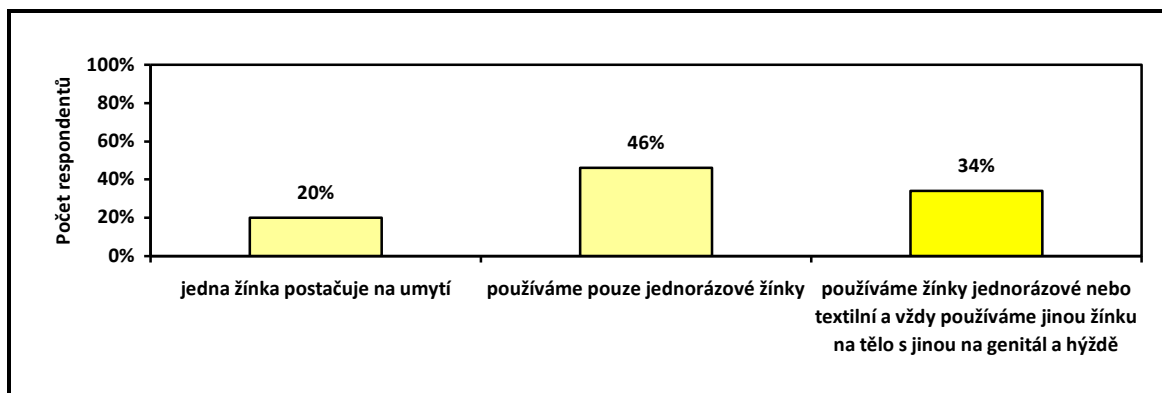
Graf 9 Jakou částí těla zahajujeme hygienickou péčí

Výzkumná položka č. 9 zjišťuje informovanost respondentů v otázce zahájení osobní hygieny. Většina respondentů, 32, správně uvedla odpověď B, výkon osobní hygieny zahajujeme hygienou obličeje.

3.3.10 Analýza výzkumné položky č. 10 – způsob nakládání s mycími pomůckami

Tabulka 10 Způsob nakládání s mycími pomůckami

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Jedna žínka postačuje na umytí	10	20 %
Používáme pouze jednorázové žínky	23	46 %
Používáme žínky jednorázové nebo textilní a vždy používáme jinou žínku na tělo a jinou na genitál a hýždě	17	34 %
Celkem	50	100 %



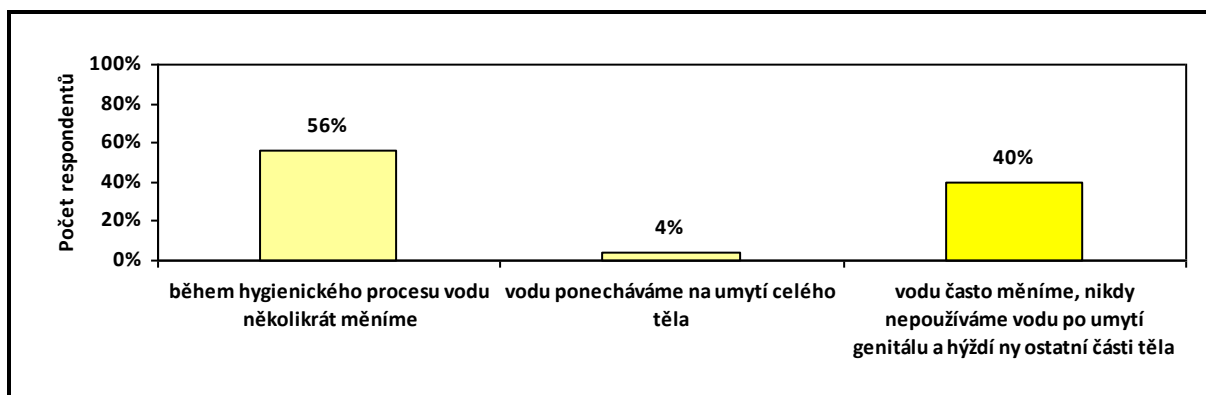
Graf 10 Způsob nakládání s mycími pomůckami

Výzkumná položka č. 10 zjišťuje jakým způsobem používají respondenti mycí pomůcky. Správnou odpověď C volilo 17 respondentů, kteří vhodně popsali použití mycí žínky. V ostatních případech volili respondenti nevhodnou odpověď.

3.3.11 Analýza výzkumné položky č. 11 – výměna vody při osobní hygieně

Tabulka 11 Výměna vody při osobní hygieně

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Během hygienického procesu vodu několikrát měníme	28	56 %
Vodu ponecháváme na umytí celého těla	2	4 %
Vodu často měníme, nikdy nepoužíváme vodu po umytí genitálu a hýždí na ostatní části těla	20	40 %
Celkem	50	100 %



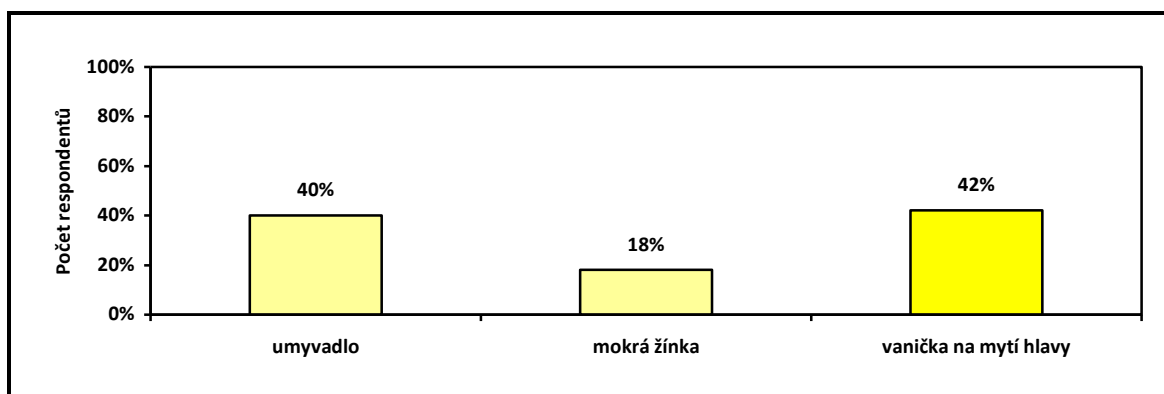
Graf 11 Výměna vody při osobní hygieně

Výzkumná položka č. 11 zjišťuje, kdy je při provádění osobní hygieny nutná výměna vody k mytí. Správnou odpověď C stanovilo 20 respondentů, kteří se přiklonili k tvrzení říkající, že vodu často měníme, nikdy nepoužíváme vodu po mytí genitálu a hýždí na ostatní části těla. V ostatních případech volili respondenti nesprávnou odpověď.

3.3.12 Analýza výzkumné položky č. 12 – péče o vlasy nemocného

Tabulka 12 Péče o vlasy nemocného

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Umyvadlo	20	40 %
Mokrý žínka	9	18 %
Vanička na mytí hlavy	21	42 %
Celkem	50	100 %



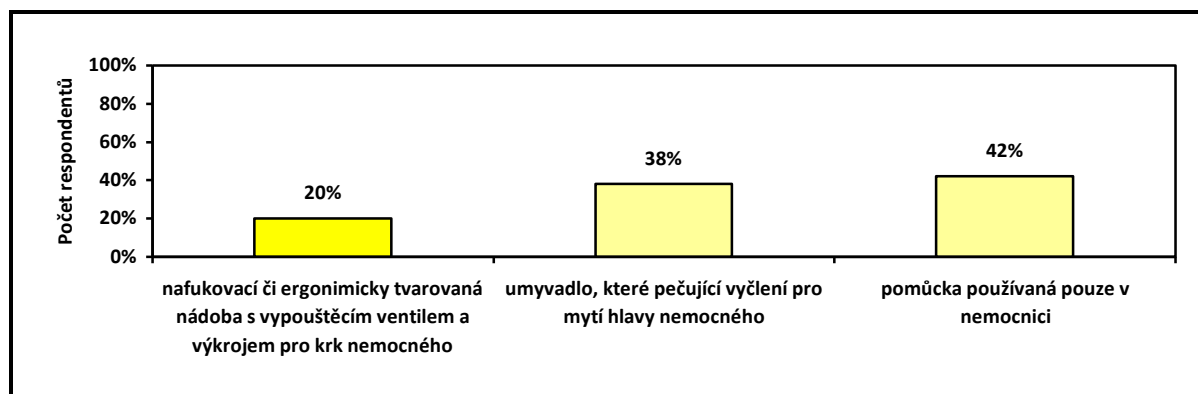
Graf 12 Péče o vlasy nemocného

Výzkumná položka č. 12 zjišťuje informovanost respondentů o vaničce na mytí hlavy při péči o vlasy nemocného. Tuto pomůcku by při provádění hygieny, v odpovědi C, použilo 21 dotazovaných respondentů. Zbytek respondentů by v péči o vlasy nemocného použil jiný způsob, např. umyvadlo.

3.3.13 Analýza výzkumné položky č. 13 – charakteristika vaničky na mytí hlavy

Tabulka 13 Charakteristika vaničky na mytí hlavy

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Nafukovací či ergonomicky tvarovatelná nádoba s vypouštěcím ventilem a výkrojem pro krk nemocného	10	20 %
Umyvadlo, které je vyčleněno pro mytí hlavy nemocného	19	38 %
Pomůcka používaná pouze v nemocnici	21	42 %
Celkem	50	100 %



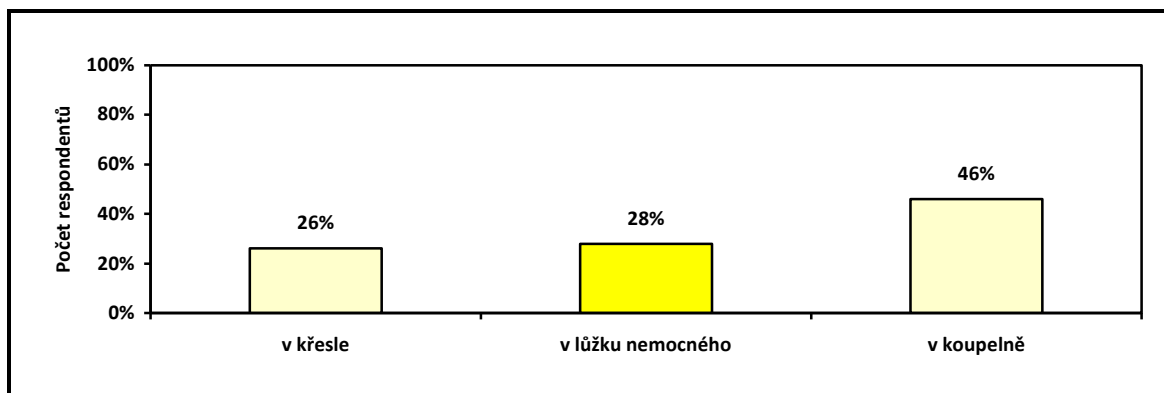
Graf 13 Charakteristika vaničky na mytí hlavy

Výzkumná položka č. 13 se zabývá charakteristikou vaničky na mytí hlavy. Pouze 10 dotazovaných respondentů, v odpovědi A, správně stanovilo charakteristiku vaničky. Ostatní respondenti definují vaničku nesprávně nebo se domnívají, že se jedná o pomůcku používanou výhradně ve zdravotnickém zařízení.

3.3.14 Analýza výzkumné položky č. 14 – způsob použití vaničky na mytí hlavy

Tabulka 14 Způsob použití vaničky na mytí hlavy

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
V křesle	13	26 %
V lůžku nemocného	14	28 %
V koupelně	23	46 %
Celkem	50	100 %



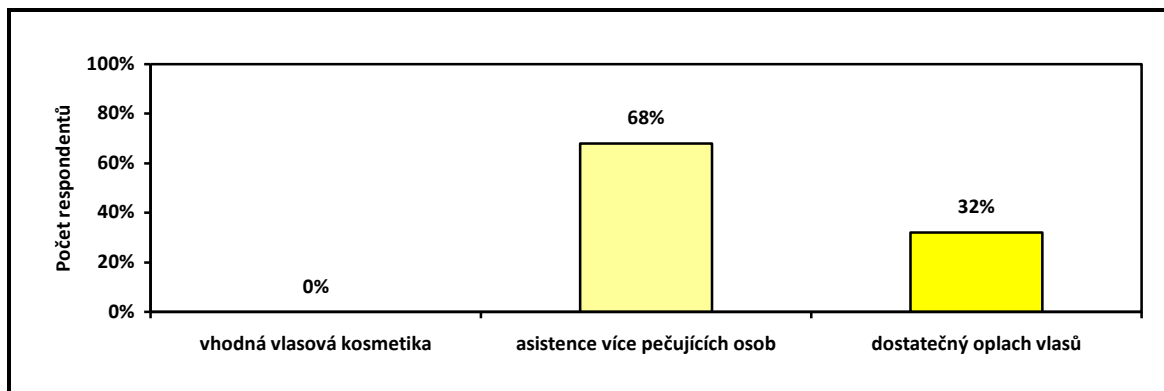
Graf 14 Způsob použití vaničky na mytí hlavy

Výzkumná položka č. 14 zkoumá informace respondentů o způsobu použití vaničky na mytí hlavy. Správnou odpověď B, vanička na mytí hlavy je určena pro použití v lůžku nemocného, zvolilo 14 dotazovaných respondentů. Ostatní respondenti volili nesprávnou odpověď, nejčastější odpovědí byla odpověď C, použití v koupelně.

3.3.15 Analýza výzkumné položky č. 15 – postup mytí vlasů

Tabulka 15 Postup mytí vlasů

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Vhodná vlasová kosmetika	0	0 %
Asistence více pečujících osob	34	68 %
Dostatečný oplach vlasů	16	32 %
Celkem	50	100 %



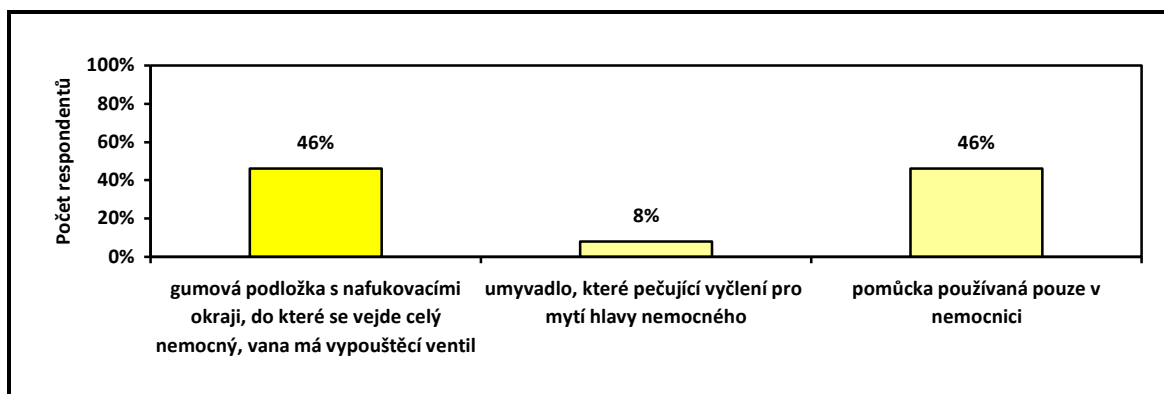
Graf 15 Postup mytí vlasů

Výzkumná položka č. 15 zkoumá, zda respondenti dodržují správný postup při procesu mytí vlasů. Nejvhodnější odpověď C, při mytí vlasů je třeba zajistit i dostatečný oplach vlasů, volilo 16 respondentů. Zbytek respondentů volil odpověď B, asistenci více pečujících osob.

3.3.16 Analýza výzkumné položky č. 16 - charakteristika mobilní sprchové vany

Tabulka 16 Charakteristika mobilní sprchové vany

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Gumová podložka s nafukovacími okraji, do které se vejde celý nemocný, vana má vypouštěcí ventil	23	46 %
Jakýkoli nafukovací bazének	4	8 %
Pomůcka používaná pouze v nemocnici	23	46 %
Celkem	50	100 %



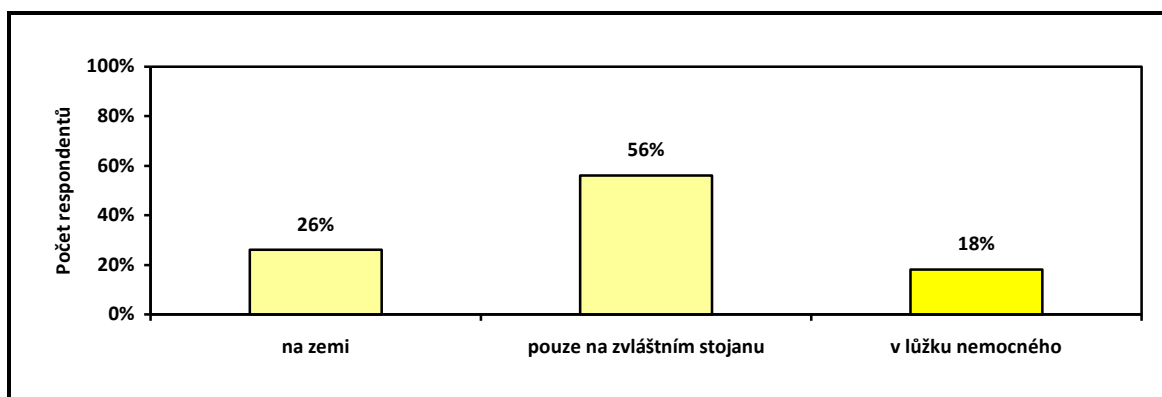
Graf 16 Charakteristika mobilní sprchové vany

Výzkumná položka č. 16 se zabývá charakteristikou mobilní sprchové vany. 23 dotazovaných respondentů v odpovědi A správně stanovilo charakteristiku vany jako gumovou podložku s nafukovacími okraji, do které se vejde celý nemocný. Ostatní respondenti se z velké části domnívají, že se jedná o pomůcku používanou výhradně ve zdravotnickém zařízení.

3.3.17 Analýza výzkumné položky č. 17 – způsob použití mobilní sprchové vany

Tabulka 17 Způsob použití mobilní sprchové vany

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Na zemi	13	26 %
Pouze na zvláštním stojanu	28	56 %
V lůžku nemocného	9	18 %
Celkem	50	100 %



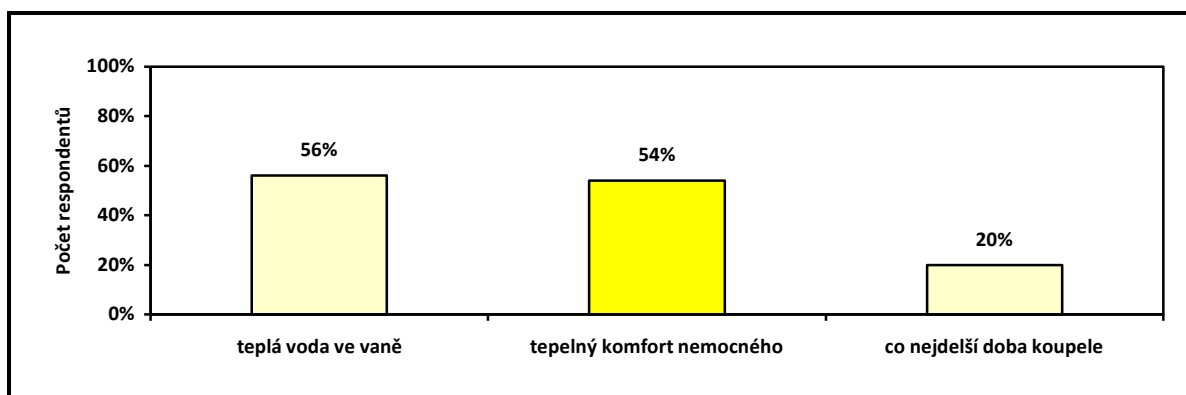
Graf 17 Způsob použití mobilní sprchové vany

Výzkumná položka č. 17 zkoumá povědomí respondentů o způsobu použití mobilní sprchové vany. Správnou odpověď C, mobilní sprchová vana je určena pro použití v lůžku nemocného, zvolilo 8 dotazovaných respondentů. Ostatní respondenti volili jinou odpověď. Nejčastější odpovědí byla odpověď B, použití pouze se zvláštním stojanem.

3.3.18 Analýza výzkumné položky č. 18 – podmínka pro použití mobilní sprchové vany

Tabulka 18 Podmínka pro použití mobilní sprchové vany

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Teplá voda ve vaně	28	56 %
Tepelný komfort nemocného	12	24 %
Co nejdelší doba koupele	10	20 %
Celkem	50	100 %



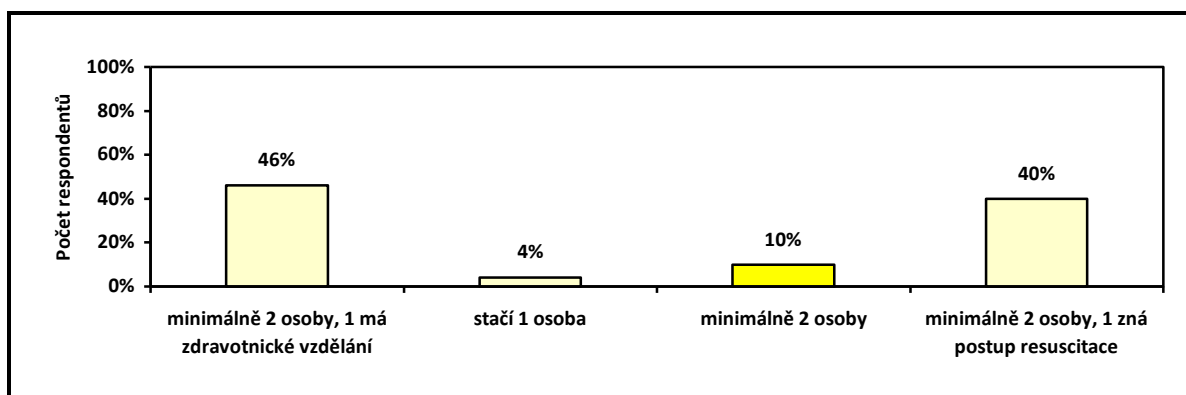
Graf 18 Podmínka pro použití mobilní sprchové vany

Výzkumná položka č. 18 zkoumá, zda respondenti dodržují správný postup při používání mobilní sprchové vany. Nejvhodnější odpověď B, zajištění tepelného komfortu nemocného, volilo 12 respondentů. Ostatní respondenti volili jiné nesprávné odpovědi.

3.3.19 Analýza výzkumné položky č. 19 – počet pečujících při koupeli

Tabulka 19 Počet pečujících při koupeli

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Minimálně 2 osoby, 1 má zdravotnické vzdělání	23	46 %
Stačí 1 osoba	2	4 %
Minimálně 2 osoby	5	10 %
Minimálně 2 osoby, 1 zná postup resuscitace	20	40 %
Celkem	50	100 %



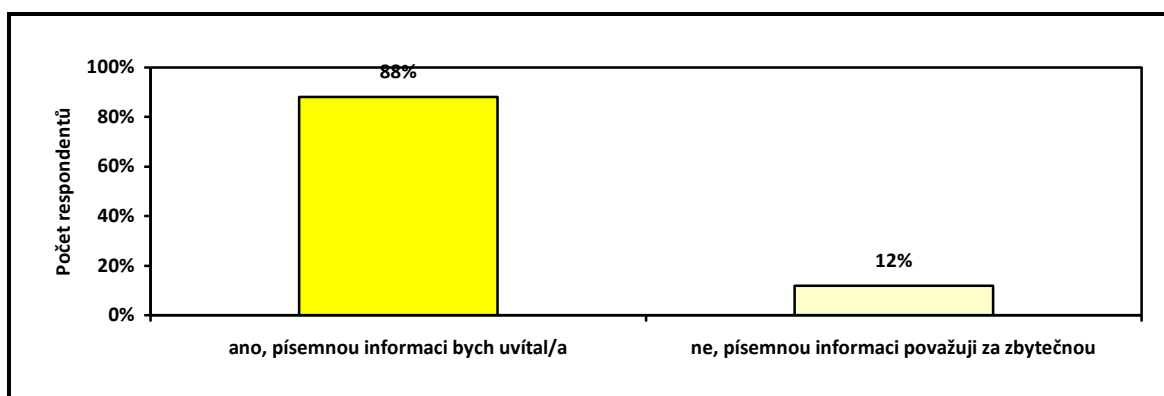
Graf 19 Počet pečujících při koupeli

Výzkumná položka č. 19 zkoumá informovanost respondentů o počtu pečujících osob při použití mobilní sprchové vany. Nejvhodnější odpověď C, potřeba minimálně 2 osob, volilo pouze 5 dotazovaných respondentů. Nejvíce respondentů, tj. 23, odpovědělo možností A, což byla nutnost přítomnosti 2 osob z nichž alespoň 1 by měla mít zdravotnické vzdělání.

3.3.20 Analýza výzkumné položky č. 20 – informační materiál

Tabulka 20 Informační materiál

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Ano, písemnou informaci bych uvítal/a	44	88 %
Ne, písemnou informaci považuji za zbytečnou	6	12 %
Celkem	50	100 %



Graf 20 Informační materiál

Otázka č. 20 zjišťuje, zda by respondenti měli zájem o tištěný informační materiál, který by je jednoduchou formou informoval o provádění hygienické péče. Odpověď A, ano písemnou informaci bych uvítal/la, volilo 44 dotazovaných respondentů. Odpověď B, ne písemnou informaci považuji za zbytečnou, zvolilo 6 respondentů.

3.4 Analýza výzkumných cílů a předpokladů

Analýza výzkumných cílů a předpokladů byla provedena na základě získaných dat formou dotazníkového šetření. Výzkum byl zpracován pomocí popisné statistiky v programu Microsoft Excel 2016. Výzkumné předpoklady byly upřesněny na základě výsledků realizovaného předvýzkumu.

3.4.1 Analýza výzkumného cíle č. 1 a výzkumného předpokladu č. 1

Výzkumný cíl č. 1: zjistit informovanost rodinných příslušníků o hygienické péči pacienta v domácím prostředí. **Výzkumný předpoklad č. 1:** předpokládáme, že 40 % a více rodinných příslušníků má informace o provádění hygienické péče o pacienta v domácím prostředí. Výzkumný předpoklad č. 1 byl ověřován výzkumnými otázkami č. 6, 7, 8, 9, 10 a 11. Otázka č. 6 charakterizuje hygienickou péči o pacienta. Nejvhodnější odpověď, popisující hygienickou péči o pacienta jako hygienu horní a dolní poloviny těla, vlasů, obličeje, ústní dutiny a genitálu zvolilo 52 % dotazovaných respondentů. Otázka č. 7 zjišťuje znalost respondentů v oblasti potřebných pomůcek pro vykonání hygienické péče u pacienta. Nejvhodnější výčet pomůcek spočívající v umyvadle, žínkách, ručnicích, mycích prostředcích a latexových rukavicích volilo 66 % dotazovaných respondentů. Otázka č. 8 zjišťuje, kdo nejčastěji vykonává v domácím prostředí hygienickou péči u pacienta. Odpověď, která zní, pečující rodinný příslušník s dopomocí nemocného, vybralo 22 % dotazovaných respondentů. Otázka č. 9 se ptá, čím nejčastěji zahájíme provádění hygienické péče u pacienta. 64 % dotazovaných respondentů označilo zahájení výkonu hygienické péče hygienou obličeje pacienta. Otázka č. 10 se ptá na manipulaci a způsob zacházení s žínkou při provádění hygienické péče u pacienta. Nejvhodnější odpověď, která spočívá v možnosti používání žínky jednorázové či textilní volilo 34 % dotazovaných respondentů. Otázka č. 11 se zabývá vodou na mytí při provádění hygienické péče. Nejvhodnější odpověď znějící, vodu často měníme, nikdy nepoužíváme vodu po mytí genitálu a hýždí na ostatní části těla, si vybralo 40 % respondentů.

Z celkového počtu respondentů prokázalo svou informovanost o hygienické péči pacienta v domácím prostředí 46,3 % respondentů.

Tabulka 21 Analýza výzkumného předpokladu č. 1

Výzkumná položka	Absolutní hodnota		Relativní hodnota		Celkem
	Správně	Nesprávně	Správně	Nesprávně	
Otázka č. 6	26	24	52 %	48 %	100 %
Otázka č. 7	33	17	66 %	34 %	100 %
Otázka č. 8	11	39	22 %	78 %	100 %
Otázka č. 9	32	18	64 %	36 %	100 %
Otázka č. 10	17	33	34 %	66 %	100 %
Otázka č. 11	20	30	40 %	60 %	100 %
Celkem	139	161	46,3 %	53,7 %	100 %

Výzkumný předpoklad č. 1 je v souladu s výzkumným šetřením.

3.4.2 Analýza výzkumného cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2

Výzkumný cíl č. 2: zjistit informovanost rodinných příslušníků o použití vaničky pro mytí hlavy při hygienické péči v domácím prostředí. **Výzkumný předpoklad č. 2:** předpokládáme, že 30 % a více rodinných příslušníků má informace o použití vaničky pro mytí hlavy při hygienické péči v domácím prostředí. Výzkumný předpoklad č. 2 byl ověřován výzkumnými otázkami č. 12, 13, 14 a 15. Otázka č. 12 se ptá zúčastněných respondentů na nejefektivnější způsob péče o vlasy nemocného v souvislosti s použitím pomůcek. Znalost nejvhodnější pomůcky, kterou byla vanička na mytí hlavy, prokázalo 42 % dotazovaných účastníků. Otázka č. 13 se zabývá charakteristikou vaničky na mytí hlavy. Nejvhodnější charakteristiku, která spočívá v nafukovací a ergonomicky tvarovatelné nádobě s vypouštěcím ventilem a výkrojem pro krk nemocného, zvolilo 20 %

dotazovaných respondentů. Otázka č. 14 se zabývá nejvhodnějším místem pro použití vaničky na mytí hlavy. Správnou odpověď, vanička je určena pro použití v lůžku nemocného, zvolilo 28 % respondentů. Otázka č. 15 se zajímá o nezbytné úkony při péči o vlasy nemocného za použití vaničky na mytí hlavy. Nejvhodnější odpověď spočívající v dostatečném oplachu vlasů si vybralo 32 % respondentů.

Z celkového počtu respondentů prokázalo svou informovanost o použití vaničky na mytí hlavy pacienta v domácím prostředí 30,5 % respondentů.

Tabulka 22 Analýza výzkumného předpokladu č. 2

Výzkumná položka	Absolutní hodnota		Relativní hodnota		Celkem
	Správně	Nesprávně	Správně	Nesprávně	
Otázka č. 12	21	29	42 %	58 %	100 %
Otázka č. 13	10	40	20 %	80 %	100 %
Otázka č. 14	14	36	28 %	72 %	100 %
Otázka č. 15	16	34	32 %	68 %	100 %
Celkem	61	139	30,5 %	69,5 %	100 %

Výzkumný předpoklad č. 2 je v souladu s výzkumným šetřením.

3.4.3 Analýza výzkumného cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3

Výzkumný cíl č. 3: zjistit informovanost rodinných příslušníků o použití mobilní sprchové vany při hygienické péči v domácím prostředí. **Výzkumný předpoklad č. 3:** předpokládáme, že 30 % a více rodinných příslušníků má informace o použití mobilní sprchové vany při hygienické péči v domácím prostředí. Výzkumný předpoklad č. 3 byl ověřován výzkumnými otázkami č. 16, 17, 18 a 19. Otázka č. 16 se zabývá charakteristikou mobilní sprchové vany. Nejvhodnější charakteristiku, popisující vanu jako gumovou podložku s nafukovacími okraji, do které se vejde celý nemocný, zvolilo 46 % respondentů.

Otázka č. 17 se zabývá nejvhodnějším místem pro použití mobilní sprchové vany. Správnou odpověď, mobilní sprchová vana je určena pro použití v lůžku nemocného, zvolilo 18 % respondentů. Otázka č. 18 se ptá na nezbytné podmínky při koupeli nemocného. Správnou odpověď v podobě tepelného komfortu nemocného zvolilo 24 % respondentů. Otázka č. 19 zjišťuje optimální počet pečujících osob při používání mobilní sprchové vany. Nejvhodnější odpověď, minimálně 2 osoby, zvolilo 10 % respondentů.

Z celkového počtu respondentů prokázalo svou informovanost o použití mobilní sprchové vany v domácím prostředí 24,5 % dotazovaných.

Tabulka 23 Analýza výzkumného předpokladu č. 3

Výzkumná položka	Absolutní hodnota		Relativní hodnota		Celkem
	Správně	Nesprávně	Správně	Nesprávně	
Otázka č. 16	23	27	46 %	54 %	100 %
Otázka č. 17	9	41	18 %	82 %	100 %
Otázka č. 18	12	38	24 %	76 %	100 %
Otázka č. 19	5	45	10 %	90 %	100 %
Celkem	49	151	24,5 %	75,5 %	100 %

Výzkumný předpoklad č. 3 není v souladu s výzkumným šetřením.

4 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývala výzkumem znalostí a informovaností rodinných příslušníků v oblasti provádění hygienické péče u nemocného v domácím prostředí. Výzkum se zabýval způsobem provádění samotné hygienické péče, zjišťoval povědomí dotazovaných respondentů o existenci vaničky na mytí hlavy a mobilní sprchové vany. Správně prováděná hygienická péče s použitím výše jmenovaných pomůcek výrazně ovlivňuje kvalitu péče v domácím prostředí a příznivě napomáhá psychickému stavu pacienta.

Problematicke hygienické péče se věnoval výzkumný cíl č. 1, který si vytyčil zjištění informovanosti rodinných příslušníků o hygienické péči pacienta v domácím prostředí. Pro tento cíl byl stanoven a realizovaným předvýzkumem upřesněn výzkumný předpoklad č. 1, který předpokládal, že 40 % a více rodinných příslušníků má informace o výhodách polohovacího lůžka v domácím prostředí. Na základě realizovaného výzkumu byl stanovený předpoklad potvrzen, neboť výzkumem bylo zjištěno, že informovanost v této problematice prokázalo 46,3 % respondentů. Této problematice se věnovaly výzkumné otázky č. 6–11.

Otázka č. 6 se zabývala samotnou hygienickou péčí u pacienta. Otázka zjišťovala, co zahrnuje hygienická péče. Správnou odpověď dle Vytejškové a kol. (2011), hygienu horní a dolní poloviny těla, vlasů, obličeje, ústní dutiny a genitálu zvolila nadpoloviční většina, 52 % respondentů, což si vysvětlujeme tím, že se jedná o základní znalosti v oblasti poskytované péče. Otázka č. 7 rozvíjí otázku č. 6, kdy se ptá na taxativní vyjmenovávání pomůcek k provádění hygienické péče. Respondenti opět projevili v dané otázce patřičné znalosti, neboť správný výčet pomůcek dle Holmerové a kol. (2014b) uvedlo 66 % respondentů. Otázka č. 8 se ptá, kdo provádí hygienu u pacienta v domácí péči. V této otázce správnou odpověď dle Holmerové a kol. (2014a), pečující ve spolupráci s nemocným, uvedlo pouze 22 % respondentů. Naopak nejvíce odpovědí, 54 %, získala odpověď v podobě výkonu pečujícího rodinného příslušníka bez účasti nemocného. Tento výsledek si vysvětlujeme tím, že rodina je zvyklá provádět hygienické úkony sama bez aktivní účasti nemocného. Otázka č. 9 zjišťuje, jakou částí těla bychom měli nejčastěji

začínat při provádění hygienické péče. Většina respondentů, 64 % uvedla správnou odpověď v podobě zahájení hygienické péče hygienou obličeje dle Vytejkové a kol. (2011). Otázka č. 10 řeší problematiku použití a výměny žínky při provádění hygienické péče. Téměř polovina respondentů chybně uvedla odpověď v podobě používání pouze jednorázových žínek a jen 34 % respondentů uvádí správnou odpověď, která spočívá v použití jednorázových nebo textilních žínek a vždy jedna slouží k umývání obličeje a jiná na genitál a hýždě, Halmo (2015). Velký počet nesprávných odpovědí si vysvětlujeme tím, že většina pečujících je uvyklá používat pouze jednorázové žínky, což se nám jeví jako lepší možnost. Otázka č. 11 se zabývá výměnou vody k mytí. Tato otázka, která se zabývá důležitou, ale často opomíjenou problematikou, byla respondenty hodnocena ve 40 % správnou odpovědí dle Vytejkové a kol. (2011), která uvádí častou výměnu vody a klade důraz na výměnu vody po hygieně genitálu a hýždí. Více jak polovina všech respondentů souhlasí s častou výměnou vody nicméně je opomíjený důraz na výměnu vody po hygieně genitálu a hýždí.

Problematice vaničky na mytí hlavy se věnoval výzkumný cíl č. 2, který si vytyčil zjištění informovanosti rodinných příslušníků o použití vaničky pro mytí hlavy pacienta v domácím prostředí. Pro tento cíl byl stanoven a realizovaným předvýzkumem upřesněn výzkumný předpoklad č. 2, který předpokládal, že 30 % a více rodinných příslušníků má informace o použití vaničky pro mytí hlavy v domácím prostředí. Na základě realizovaného výzkumu byl stanovený předpoklad potvrzen, neboť výzkumem bylo zjištěno, že informovanost v této problematice prokázalo 30,5 % respondentů. Této problematice se věnovaly výzkumné otázky č. 12–15.

Otázka č. 12 zjišťuje, zda dotazovaní respondenti ví o existenci vaničky pro mytí hlavy k usnadnění péče o vlasy nemocného dle Vytejkové a kol. (2011). Většina respondentů, 42 %, zvolila použití vaničky pro mytí hlavy, což nám potvrdilo, že respondenti vědí o této pomůcce. Otázka č. 13 se zabývá charakteristikou vaničky pro mytí hlavy. Pouze 20 % dotazovaných zvolilo správnou charakteristiku, která uvádí, že jedná o nafukovací či ergonomicky tvarovatelnou nádobu s vypouštěcím ventilem a výkrojem pro krk nemocného, Messer (2016). Nejvíce odpovědí směřovalo k variantě, že se jedná o pomůcku používanou výhradně v nemocničním zařízení, což nás vede k domněnce, že pečující rodinní příslušníci nemají dostatečnou informovanost o dostupnosti této pomůcky pro

domácí použití. Otázka č. 14 se zabývá umístěním této pomůcky při používání. Správnou odpověď dle Vytejškové a kol. (2011), spočívající v použití v lůžku nemocného zvolilo pouze 28 %, ostatní, 46 %, volili většinou použití vaničky v koupelně. Tím se opět potvrdila praktická neznalost používání této pomůcky. Otázka č. 15 se ptá na úkony, které bychom nikdy neměli opomenout při použití vaničky pro mytí hlavy, Bužgová (2015). Správnou odpověď v podobě dostatečného oplachu vlasů, zvolilo pouze 32 % respondentů. 68 % dotazovaných se uchýlilo k odpovědi v podobě asistence více pečujících osob, což není nezbytnou podmínkou.

Problematicke mobilní sprchové vany se věnoval výzkumný cíl č. 3, který si vytyčil zjištění informovanosti rodinných příslušníků o použití mobilní sprchové vany v domácím prostředí. Pro tento cíl byl stanoven a realizovaným předvýzkumem upřesněn výzkumný předpoklad č. 3, který předpokládal, že 30 % a více rodinných příslušníků má informace o použití mobilní sprchové vany v domácím prostředí. Na základě realizovaného výzkumu nebyl stanovený předpoklad potvrzen, neboť výzkumem bylo zjištěno, že informovanost v této problematice prokázalo 24,5 % respondentů. Této problematice se věnovaly výzkumné otázky č. 16–19.

Otázka č. 16 se zabývá charakteristikou mobilní sprchové vany, Messer (2016). Správnou odpověď, 46 % respondentů, zvolilo variantu odpovědi v podobě optimální charakteristiky mobilní sprchové vany, nicméně stejný počet tazatelů zvolil i nesprávnou variantu odpovědi v podobě pomůcky používané pouze v nemocničním zařízení. Opět docházíme k závěru, že se jedná o stejný problém jako u otázky č. 13, kdy veřejnost nemá informace o dostupnosti pomůcky pro domácí prostředí. Otázka č. 17 se zabývá možností použití mobilní sprchové vany dle Vytejškové a kol. (2011). 18 % respondentů volilo správnou odpověď, použití v lůžku nemocného, většina, 56 % dotazovaných zvolilo odpověď v podobě použití pouze na zvláštním stojanu. Docházíme k závěru, že zde dochází u dotazovaných k záměně pomůcky s nemocniční pojízdnou vanou, kterou lze použít pouze v nemocničním zařízení. Otázka č. 18 se ptá na základní podmínku při použití mobilní sprchové vany. Správnou odpověď, tepelný komfort nemocného, zvolilo pouze 24 % respondentů, ostatní, 56 % volili odpověď v podobě zajištění teplé vody, což je sice správné, ale dle Markové (2010) je tato skutečnost nedostačující, neboť je třeba zajistit tepelný komfort nejen v podobě teploty vody, ale i teploty vzduchu. Otázka č. 19 řeší

optimální počet pečujících při použití mobilní sprchové vany. Pouze 10 % dotazovaných volilo správnou odpověď v podobě účasti minimálně 2 osob, Zacharová a kol. (2007). Ostatní respondenti uváděli jiné odpovědi, které kladly důraz na zdravotní vzdělání osob vykonávající hygienu, nicméně dle doporučených postupů výrobce této pomůcky není takový nárok kladen.

Výsledek výzkumného šetření potvrdil výzkumné předpoklady, kdy bylo prokázáno, že pečující rodinní příslušníci nemají dostatečné informace o provádění hygienické péče, používání vaničky na mytí hlavy a používání mobilní sprchové vany v domácím prostředí. U výzkumného předpokladu č. 3 dokonce odhalil horší výsledek výzkumného šetření, než jaký byl předpokládán. Výzkum prokázal, že je třeba osvěty v této oblasti, což potvrzuje i poslední výzkumná otázka č. 20, kdy by 100 % dotazovaných respondentů uvítalo existenci informačního materiálu např. v podobě stručného letáku, který by jim nastínil potřebné informace.

5 Návrh a doporučení pro praxi

Tato bakalářská práce se zabývá výzkumem informovanosti pečujících rodinných příslušníků v oblasti provádění základních hygienických úkonů u ležícího nemocného pacienta v domácnosti. Z výsledků provedeného výzkumu plyne potvrzení výzkumných předpokladů bakalářské práce v podobě nízké míry informovanosti rodinných příslušníků v problematice prováděné hygieny u nemocného. Na základě tohoto předpokladu byl stanoven výstup bakalářské práce v podobě informačního letáku, který jednoduchým způsobem seznámí pečující rodinné příslušníky s problematikou provádění hygieny. Leták, příloha F, je rozdělen do několika částí. V úvodu seznamuje čtenáře se základními kroky, které je třeba učinit nebo promyslet před příchodem nemocného domů. Jedná se o včasné zajištění potřebných pomůcek spolu se základním nastíněním způsobu pořízení pomůcek. Rovněž je v letáku věnována pasáž možnosti zajištění terénní pečovatelské služby. V další části se leták věnuje výkonu hygienické péče. Čtenář se v letáku seznámí s nejčastějšími pomůckami potřebnými pro výkon hygienické péče, včetně základní tělové kosmetiky. Poté je v letáku jednoduchým, avšak srozumitelným způsobem popsán základní postup provádění hygieny nemocného krok po kroku s kladením důrazu na rizikové tělesné partie. Jednotlivé části jsou věnovány péči o hlavu a obličej, péči o tělo, péči o genitál a péči o invazivní vstupy. Leták se věnuje problematice správné prevence proleženin a problematice inkontinentního pacienta a příslušných pomůcek k inkontinenci. Leták v závěru seznamuje čtenáře s pomůckami pro výkon hygienické péče v domácnosti, o kterých velká část pečujících osob nemá potřebné informace, např. vanička pro mytí hlavy, mobilní sprchová vana, toaletní židle atd. Leták byl sestaven s ohledem na cílovou skupinu uživatelů tak, aby svojí velikostí neodradil možné čtenáře od prostudování a současně byl nápomocen úspěšnému zvládnutí domácí péče.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá tématem znalostí pečujících rodinných příslušníků v oblasti provádění hygienické péče pacienta v domácnosti. Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a výzkumné. V teoretické části se v prvních kapitolách rozebírá historický vývoj domácí péče v Evropě a v České republice. Další kapitola se zabývá diferenciací domácí péče do jednotlivých forem spolu se základní charakteristikou každé formy domácí péče. Samostatná kapitola je věnována významu všeobecné sestry pro domácí péči, zvláštní důraz je kladen na domácí hospicovou péči. Poslední kapitola je věnována samotnému výkonu hygienické péče pacienta v domácím prostředí. Samostatné podkapitoly jsou věnovány pomůckám k provádění hygienické péče, dělí a popisují hygienickou péči na péči prováděnou v koupelně, na lůžku a péči o pacienta s invazivními vstupy.

Na teoretickou část navazuje část výzkumná, ve které byly stanoveny 3 výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zjistit informovanost rodinných příslušníků o hygienické péči pacienta v domácím prostředí. Dle výsledků výzkumného šetření pečující rodinní příslušníci mají znalosti o prováděné hygienické péči pacienta v domácím prostředí v míře 46,3 %. Tento cíl byl splněn a výzkumný předpoklad č. 1 je v souladu s výzkumným šetřením. Druhým cílem bylo zjistit informovanost rodinných příslušníků o použití vaničky pro mytí hlavy při prováděné hygienické péči pacienta v domácím prostředí. Dle výsledků výzkumného šetření pečující rodinní příslušníci mají znalosti o použití vaničky pro mytí hlavy při prováděné hygienické péči pacienta v domácím prostředí v míře 30,5 %. Tento cíl byl splněn a výzkumný předpoklad č. 2 je v souladu s výzkumným šetřením. Třetím cílem bylo zjistit informovanost rodinných příslušníků o použití mobilní sprchové vany při prováděné hygienické péči pacienta v domácím prostředí. Dle výsledků výzkumného šetření pečující rodinní příslušníci mají znalosti o použití mobilní sprchové vany při prováděné hygienické péči pacienta v domácím prostředí v míře 24,5 %. Tento cíl nebyl splněn a výzkumný předpoklad č. 3 není v souladu s výzkumným šetřením, jelikož úroveň znalostí pečujících rodinných příslušníků týkající se mobilní sprchové vany je nižší než původní předpoklad.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že znalosti pečujících rodinných příslušníků v oblasti provádění hygienické péče pacienta v domácím prostředí nejsou uspokojivé.

Z tohoto důvodu byl pro zlepšení situace vytvořen leták popisující problematiku provádění hygienické péče pacienta v domácím prostředí, který je výstupem této práce.

Stanovené cíle bakalářské práce byly splněny.

7 Seznam použité literatury

- BUŽGOVÁ, Radka. 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
- BYDŽOVSKÝ, Jan a kol. 2015. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Most k domovu. ISBN 978-80-905867-0-3.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. Praha:Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HALMO, Renata. 2015. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4811-5.
- HOLMEROVÁ, Iva a kol. 2014a. *Dlouhodobá péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.
- HOLMEROVÁ, Iva a kol. 2014b. *Průvodce vyšším věkem*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3119-6.
- JAROŠOVÁ, Darja a kol. 2016. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5426-0.
- JUŘENÍKOVÁ Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KALVACH Zdeněk a kol. 2012. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KALVACH, Zdeněk. 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KAREŠOVÁ, Jana a kol. 2010. *Praktické rady pro onkologické pacienty*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-217-9.
- KUPKA, Martin. 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.
- MARKOVÁ, Monika. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MESSER, Barbara. 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0215-0.

- SMITHOVÁ, Virginia. 2011. *Dějiny čistoty a osobní hygieny*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1885-4.
- SOUZA, Luccas Melo De. 2015. *Adherence to the five moments for hand hygiene among intensive care professionals*. Revista Gaúcha de Enfermagem. 36(4), 21-28. ISSN 1983-1447.
- STUDENT, Johann-Christoph a kol. 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H a H. ISBN 80-7319-059-1.
- SVATOŠOVÁ, Marie. 2011. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: APHPP. ISBN 978-80-7195-307-4.
- SVATOŠOVÁ, Marie. 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka. 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5710-0.
- TOMEŠ, Igor. 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.
- TRACHTOVÁ, Eva a kol. 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Praha: Institut pro další vzdělávání. ISBN 978-80-7013-553-2.
- VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.
- ZACHAROVÁ, Eva a kol. 2007. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1	Péče o nemocného rodinného příslušníka v domácnosti
Tabulka č. 2	Délka péče o nemocného rodinného příslušníka v domácnosti
Tabulka č. 3	Pobyt nemocného na lůžku
Tabulka č. 4	Provádění hygieny
Tabulka č. 5	Zdroj získaných informací o hygieně
Tabulka č. 6	Charakteristika hygienické péče u pacienta
Tabulka č. 7	Pomůcky k provádění hygieny
Tabulka č. 8	Výkon hygienické péče
Tabulka č. 9	Jakou částí těla zahajujeme hygienickou péči
Tabulka č. 10	Způsob nakládání s mycími pomůckami
Tabulka č. 11	Výměna vody při osobní hygieně
Tabulka č. 12	Péče o vlasy nemocného
Tabulka č. 13	Charakteristika vaničky na mytí hlavy
Tabulka č. 14	Způsob použití vaničky na mytí hlavy
Tabulka č. 15	Postup mytí vlasů
Tabulka č. 16	Charakteristika přenosné nafukovací vany
Tabulka č. 17	Způsob použití přenosné nafukovací vany
Tabulka č. 18	Podmínka pro použití přenosné nafukovací vany
Tabulka č. 19	Počet pečujících při koupeli
Tabulka č. 20	Informační materiál
Tabulka č. 21	Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 1
Tabulka č. 22	Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 2
Tabulka č. 23	Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3

Seznam grafů

Graf č. 1	Péče o nemocného rodinného příslušníka v domácnosti
Graf č. 2	Délka péče o nemocného rodinného příslušníka v domácnosti
Graf č. 3	Pobyt nemocného na lůžku
Graf č. 4	Provádění hygieny
Graf č. 5	Zdroj získaných informací o hygieně
Graf č. 6	Charakteristika hygienické péče u pacienta
Graf č. 7	Pomůcky k provádění hygieny
Graf č. 8	Výkon hygienické péče
Graf č. 9	Jakou částí těla zahajujeme hygienickou péči
Graf č. 10	Způsob nakládání s mycími pomůckami
Graf č. 11	Výměna vody při osobní hygieně
Graf č. 12	Péče o vlasy nemocného
Graf č. 13	Charakteristika vaničky na mytí hlavy
Graf č. 14	Způsob použití vaničky na mytí hlavy
Graf č. 15	Postup mytí vlasů
Graf č. 16	Charakteristika přenosné nafukovací vany
Graf č. 17	Způsob použití přenosné nafukovací vany
Graf č. 18	Podmínka pro použití přenosné nafukovací vany
Graf č. 19	Počet pečujících při koupeli
Graf č. 20	Informační materiál

Seznam příloh

Příloha A	Pomůcky k provádění hygieny
Příloha B	Vanička na mytí hlavy
Příloha C	Mobilní sprchová vana
Příloha D	Dotazník
Příloha E	Předvýzkum
Příloha F	Instruktažní leták
Příloha G	Instruktažní leták strana 1
Příloha E	Instruktažní leták strana 2



Pomůcky k provádění hygienické péče

Zdroj: autor

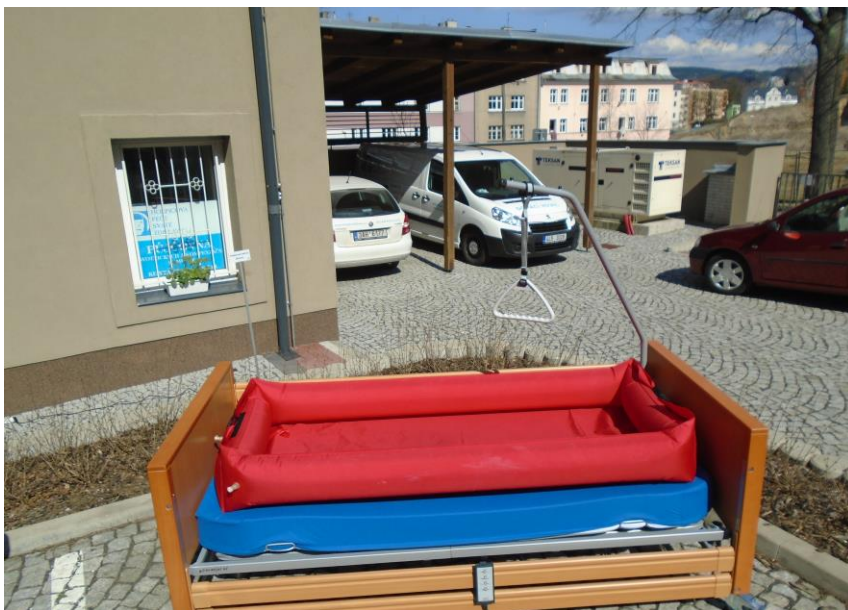
Příloha B Vanička na mytí hlavy



Druhy vaniček na mytí hlavy

Zdroj: autor

Příloha C Mobilní sprchová vana



Mobilní sprchová vana připravená k použití

Zdroj: autor



Mobilní sprchová vana rozložená

Zdroj: autor

Dotazník

Jmenuji se Alena Riegerová a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra, obor Ošetrovatelství na Technické univerzitě v Liberci. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění mého dotazníku na téma Hygienická péče pacienta v domácí hospicové péči.

Tento dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro účel vypracování mé bakalářské práce. V dotazníku prosím o zaškrtnutí **vždy pouze jedné** odpovědi. Předem Vám děkuji za spolupráci.

1. Pečujete nebo jste pečoval/a o nemocného rodinného příslušníka v domácím prostředí?

- a) ano
- b) ne

2. Jak dlouho jste pečoval/a o nemocného rodinného příslušníka v domácím prostředí?

- a) do 10 dnů
- b) do 90 dnů
- c) do 1 roku
- d) více než 1 rok

3. Osoba, o kterou pečujete či jste pečoval/a, tráví/la většinu dne na lůžku?

- a) ano
- b) ne

4. Provádíte u svého rodinného příslušníka hygienické úkony?

- a) ano, sám/a
- b) ano, s odbornou asistencí (sestra domácí péče, pečovatel)
- c) osobně neprovádím

5. Kdo Vám poskytl teoretické informace o provádění hygienických úkonů v domácím prostředí?

- a) ošetřující lékař
- b) sestra domácí péče
- c) sestra v nemocnici
- d) jiný zdroj např. internet
- e) nikdo

6. Hygienická péče o pacienta zahrnuje:

- a) hygienu horní a dolní poloviny těla
- b) omytí obličeje a vyčištění úst
- c) hygienu horní a dolní poloviny těla, vlasů, obličeje, ústní dutiny a genitálu

7. K provedení hygieny u pacienta potřebujeme mimo jiné tyto pomůcky:

- a) umyvadla, žínky, ručníky, mycí prostředky a latexové rukavice
- b) umyvadlo, žínku, ručník, mycí prostředky a odsávačku hlenů
- c) podložní mísu nebo močovou láhev

8. Hygienu u pacienta v domácí péči vykonává:

- a) pečující rodinný příslušník s možnou dopomocí nemocného
- b) pouze sestra domácí péče
- c) pečující rodinný příslušník a nemocný se neúčastní

9. Při provádění hygieny u pacienta nejčastěji začínáme:

- a) genitálem
- b) obličejem

10. Při provádění hygieny u pacienta používáme nejčastěji žínku, kdy:

- a) stačí pouze jedna na jedno umytí
- b) bychom měli používat pouze žínky jednorázové
- c) můžeme používat žínky jednorázové nebo textilní a vždy používáme jinou žínku na tělo a jinou na genitál a hýždě

11. Při provádění hygieny u pacienta vodu k mytí:

- a) během hygienického procesu několikrát měníme
- b) ponecháme na umytí celého těla
- c) často měníme, nikdy nepoužíváme vodu po mytí genitálu a hýždí na ostatní části těla

12. K usnadnění péče o vlasy nemocného lze využít:

- a) umyvadlo
- b) mokrou žínku
- c) vaničku na mytí hlavy

13. Vanička pro mytí hlavy je:

- a) nafukovací či ergonomicky tvarovatelná nádoba s vypouštěcím ventilem a výkrojem pro krk nemocného
- b) umyvadlo, které pečující vyčlení pro mytí hlavy nemocného
- c) pomůcka používaná pouze v nemocnici

14. Vanička pro mytí hlavy je určena k použití:

- a) v křesle
- b) v lůžku nemocného
- c) v koupelně

15. Při péči o vlasy nemocného za použití vaničky bychom nikdy neměli zapomenout na:

- a) vhodnou vlasovou kosmetiku
- b) asistenci více pečujících osob
- c) dostatečný oplach vlasů

16. Mobilní sprchová vana je:

- a) gumová podložka s nafukovacími okraji, do které se vejde celý nemocný, vana má vypouštěcí ventil
- b) jakýkoli nafukovací bazének, např. k rekreačním účelům
- c) pomůcka používaná pouze v nemocnici

17. Mobilní sprchová vana je určena k použití:

- a) na zemi
- b) pouze na zvláštním stojanu
- c) v lůžku nemocného

18. Během používání mobilní sprchové vany musíme zajistit:

- a) teplou vodu ve vaně
- b) tepelný komfort nemocného
- c) co nejdelší dobu koupele

19. Během používání mobilní sprchové vany je optimální počet pečujících:

- a) minimálně 2 osoby a jeden by měl mít zdravotnické vzdělání
- b) stačí 1 osoba
- c) minimálně 2 osoby
- d) minimálně 2 osoby, minimálně 1 osoba by měla znát základní postup resuscitace

20. Myslíte si, že by pro Vás byly přínosné informace o provádění hygienických úkonů v domácím prostředí v písemné formě (např. jednoduchý leták či brožura)?

- a) ano, písemnou informaci bych uvítal/a
- b) ne, písemnou informaci považuji za zbytečnou

Děkuji za Vaši spolupráci

Předvýzkum

Základní informace o účastnících výzkumu – otázky č. 1–5

1. Pečujete nebo jste pečoval/a o nemocného rodinného příslušníka v domácím prostředí?

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
ano	10	100 %
ne	0	0 %
celkem	10	100 %

2. Jak dlouho jste pečoval/a o nemocného rodinného příslušníka v domácím prostředí?

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
do 10 dnů	1	10 %
do 90 dnů	4	40 %
do 1 roku	2	20 %
nad 1 rok	3	30 %
celkem	10	100 %

3. Osoba, o kterou pečujete či jste pečoval/a, tráví/la většinu dne na lůžku?

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
ano	10	100 %
ne	0	0 %
celkem	10	100 %

4. Provádíte u svého rodinného příslušníka hygienické úkony?

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Ano, sám/a	3	30 %
Ano, s odbornou asistencí (sestra domácí péče, pečovatel)	7	70 %
Osobně neprovádím	0	0 %
celkem	10	100 %

5. Kdo Vám poskytl teoretické informace o provádění hygienických úkonů v domácím prostředí?

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Ošetřující lékař	1	10 %
Sestra domácí péče	2	20 %
Sestra v nemocnici	3	30 %
Jiný zdroj, např. internet	3	30 %
nikdo	1	10 %
celkem	10	100 %

Informovanost rodinných příslušníků o hygienické péči pacienta v domácím prostředí – otázky č. 6-11

Předpoklad: 40 % a více rodinných příslušníků má informace o provádění hygienické péče pacienta

Výsledek předvýzkumu: 43 % respondentů uvedlo správnou odpověď

Doporučení úpravy předpokladu: 40 % a více rodinných příslušníků má informace o provádění hygienické péče pacienta

Výzkumná položka	Absolutní hodnota		Relativní hodnota		Celkem
	Správně	Nesprávně	Správně	Nesprávně	
Otázka č. 6	5	5	50 %	50 %	100 %
Otázka č. 7	6	4	60 %	40 %	100 %
Otázka č. 8	2	8	20 %	80 %	100 %
Otázka č. 9	6	4	60 %	40 %	100 %
Otázka č. 10	3	7	30 %	70 %	100 %
Otázka č. 11	4	6	40 %	60 %	100 %
Celkem	26	34	43 %	57 %	100 %

6. Hygienická péče o pacienta zahrnuje:

položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Hygiena horní a dolní poloviny těla	3	30 %
Omytí obličeje a vyčištění úst	2	20 %
Hygiena horní a dolní poloviny těla, vlasů, obličeje, ústní dutiny a genitálu	5	50 %
celkem	10	100 %

7. K provedení hygieny u pacienta potřebujeme mimo jiné tyto pomůcky:

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Umyvadlo, žínky, mycí prostředky a latexové rukavice	6	60 %
Umyvadlo, žínky, mycí prostředky a odsávačka hlenů	4	40 %
Podložní mísa nebo močová láhev	0	0 %
Celkem	10	100 %

8. Hygienu u pacienta v domácí péči vykonává:

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Pečující rodinný příslušník s možnou dopomocí nemocného	2	20 %
Pouze sestra domácí péče	3	30 %
Pečující rodinný příslušník a nemocný se neúčastní	5	50 %
Celkem	10	100 %

9. Při provádění hygieny u pacienta nejčastěji začínáme:

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Genitál	4	40 %
Obličej	6	60 %
Celkem	10	100 %

10. Při provádění hygieny u pacienta používáme nejčastěji žínku, kdy:

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Jedna žínka postačuje na umytí	2	20 %
Používáme pouze jednorázové žínky	5	50 %
Používáme žínky jednorázové nebo textilní a vždy používáme jinou žínku na tělo a jinou na genitál a hýždě	3	30 %
Celkem	10	100 %

11. Při provádění hygieny u pacienta vodu k mytí:

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Během hygienického procesu vodu několikrát měníme	5	50 %
Vodu ponecháváme na umytí celého těla	1	10 %
Vodu často měníme, nikdy nepoužíváme vodu po umytí genitálu a hýždí na ostatní části těla	4	40 %
Celkem	10	100 %

Informovanost rodinných příslušníků o použití vaničky pro mytí hlavy – otázka č. 12-15

Předpoklad: 30 % a více rodinných příslušníků má informace o použití vaničky pro mytí hlavy

Výsledek předvýzkumu: 30 % respondentů uvedlo správnou odpověď

Doporučení úpravy předpokladu: 30 % a více rodinných příslušníků má informace o použití vaničky pro mytí hlavy

Výzkumná položka	Absolutní hodnota		Relativní hodnota		Celkem
	Správně	Nesprávně	Správně	Nesprávně	
Otázka č. 12	3	7	30 %	70 %	100 %
Otázka č. 13	3	7	30 %	70 %	100 %
Otázka č. 14	3	7	30 %	70 %	100 %
Otázka č. 15	3	7	30 %	70 %	100 %
Celkem	12	28	30 %	70 %	100 %

12. K usnadnění péče o vlasy nemocného lze využít:

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Umyvadlo	5	50 %
Mokrý žínka	2	20 %
Vanička na mytí hlavy	3	30 %
Celkem	10	100 %

13. Vanička na mytí hlavy je:

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Nafukovací či ergonomicky tvarovatelná nádoba s vypouštěcím ventilem a výkrojem pro krk nemocného	3	30 %
Umyvadlo, které je vyčleněno pro mytí hlavy nemocného	4	40 %
Pomůcka používaná pouze v nemocnici	3	30 %
Celkem	10	100 %

14. Vanička na mytí hlavy je určena k použití:

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
V křesle	3	30 %
V lůžku nemocného	3	30 %
V koupelně	4	40 %
Celkem	10	100 %

15. Při péči o vlasy nemocného za použití vaničky bychom nikdy neměli zapomenout na:

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Vhodná vlasová kosmetika	0	0 %
Asistence více pečujících osob	7	70 %
Dostatečný oplach vlasů	3	30 %
Celkem	10	100 %

Informovanost rodinných příslušníků o použití mobilní sprchové vany v domácnosti – otázka č. 16-19

Předpoklad: 30 % a více rodinných příslušníků má informace o použití mobilní sprchové vany v domácnosti

Výsledek předvýzkumu: 25 % respondentů uvedlo správnou odpověď

Doporučení úpravy předpokladu: 30 % a více rodinných příslušníků má informace o použití mobilní sprchové vany v domácnosti

Výzkumná položka	Absolutní hodnota		Relativní hodnota		Celkem
	Správně	Nesprávně	Správně	Nesprávně	
Otázka č. 16	5	5	50 %	50 %	100 %
Otázka č. 17	2	8	20 %	80 %	100 %
Otázka č. 18	2	8	20 %	80 %	100 %
Otázka č. 19	1	9	10 %	90 %	100 %
Celkem	10	30	25 %	75 %	100 %

16. Mobilní sprchová vana je:

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Gumová podložka s nafukovacími okraji, do které se vejde celý nemocný, vana má vypouštěcí ventil	5	50 %
Jakýkoli nafukovací bazének	1	10 %
Pomůcka používaná pouze v nemocnici	4	40 %
Celkem	10	100 %

17. Mobilní sprchová vana je určena k použití:

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Na zemi	3	30 %
Pouze na zvláštním stojanu	5	50 %
V lůžku nemocného	2	20 %
Celkem	10	100 %

18. Během používání mobilní sprchové vany musíme zajistit:

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Teplá voda ve vaně	7	70 %
Tepelný komfort nemocného	2	20 %
Co nejdelší doba koupele	1	10 %
Celkem	10	100 %

19. Během používání mobilní sprchové vany je optimální počet pečujících:

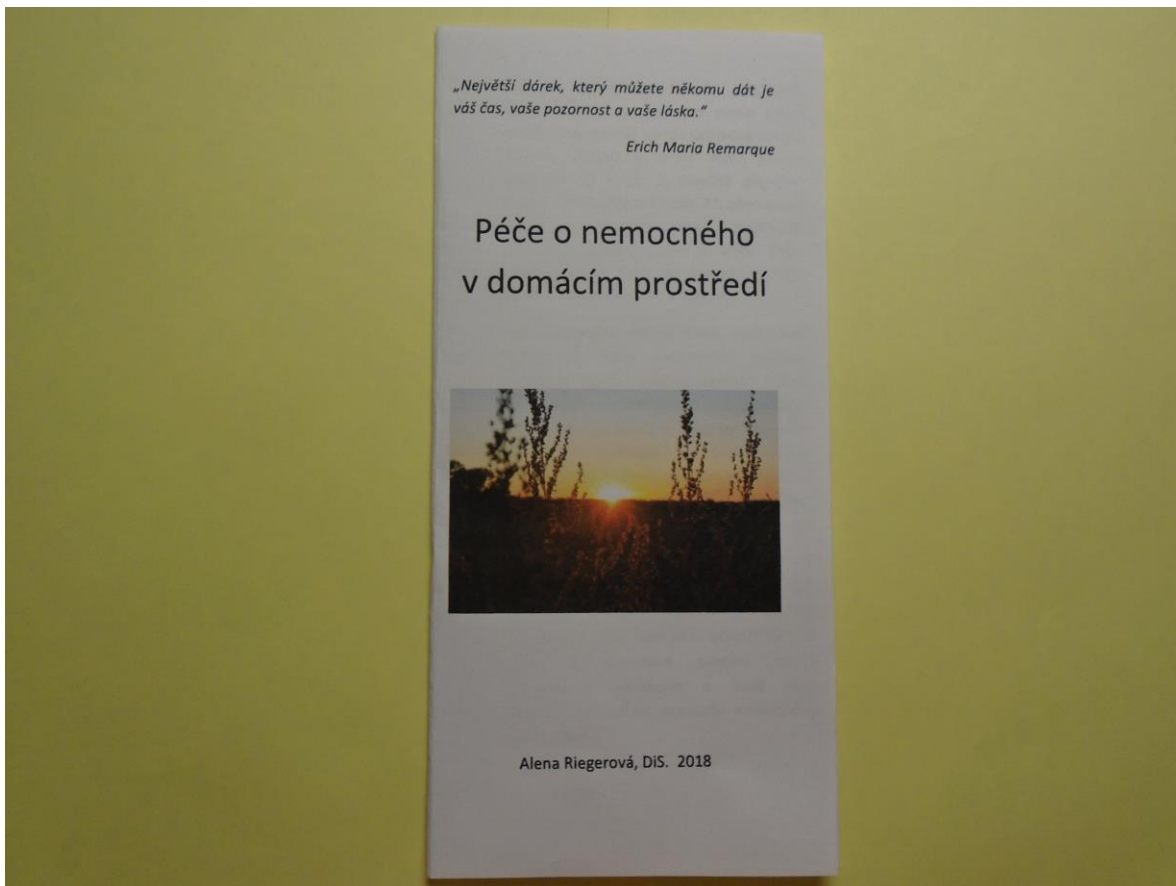
Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Minimálně 2 osoby, 1 má zdravotnické vzdělání	5	50 %
Stačí 1 osoba	1	10 %
Minimálně 2 osoby	1	10 %
Minimálně 2 osoby, 1 zná postup resuscitace	3	30 %
Celkem	10	100 %

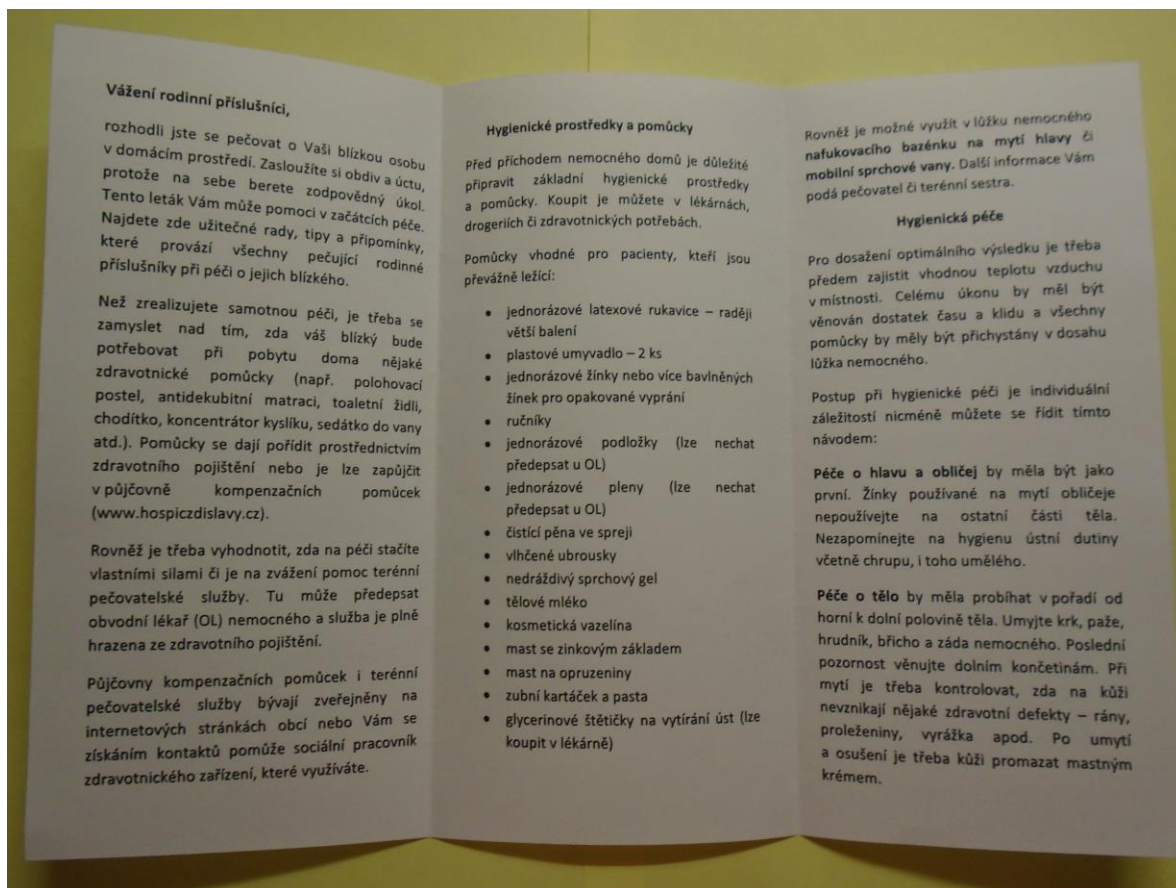
20. Myslíte si, že by pro Vás byly přínosné informace o provádění hygienických úkonů v domácím prostředí v písemné formě (např. jednoduchý leták či brožura)?

Položka	absolutní hodnota	relativní hodnota
Ano, písemnou informaci bych uvítal/a	8	80 %
Ne, písemnou informaci považuji za zbytečnou	2	20 %
Celkem	10	100 %

Příloha F

Instruktažní leták





Příloha E Instruktažní leták strana 2

Péče o genitál je intimní záležitostí. Nezapomínejte na to! Tyto partie bývají zdrojem zdravotních obtíží. Důkladně umyjte všechny záhyby a skrytá místa včetně ochlupení. U mužů je důležité přetažení a omytí předkožky a žaludu. Při přítomnosti stolice použijte čistící pěnu a hygienické ubrousky. Všechny partie je třeba dobře osušit a natřít mastí na opruzeniny nebo mastí s antimykotickým účinkem.

Péči o invazivní vstupy (PMK, PEG, cévní vstup) by měla kontrolovat odborně způsobilá osoba, nejlépe terénní sestra, která Vás v potřebných hygienických úkonech může zaučit a měla by Vám vždy vysvětlit základní ošetrovatelskou problematiku péče o tyto vstupy. Správně prováděnou hygienou často předejdete možným infekcím a pobytu ve zdravotnickém zařízení

Prevence proleženin je nedílnou součástí hygienické péče. Hygiena a správné polohování, které Vám blíže objasní terénní sestra či pečovatel zabrání vzniku nežádoucích proleženin a bude vždy přispívat ke zvýšení komfortu nemocného v domácí péči.

Pokud je toho nemocný fyzicky schopen, je možné část hygienické péče zrealizovat ve sprše či vaně. K tomuto účelu můžete využít **sedátko do vany, sprchovou nebo toaletní židli či vanový zvedák**.

V případě, že nemocný trpí inkontinencí, je třeba použít jednorázové inkontinenční pomůcky, např. plenkové kalhotky či podložky. Se způsoby použití Vás opět seznámí terénní sestra či pečovatel. Každému nemocnému hrazení inkontinenčních pomůcek zdravotní pojišťovna, příslušný poukaz vystavuje obvodní lékař.

Přejeme mnoho úspěchů.



„Největší dárek, který můžete někomu dát je váš čas, vaše pozornost a vaše láska.“

Erich Maria Remarque

Péče o nemocného v domácím prostředí



Alena Riegerová, DiS. 2018