



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Imobilní nemocný v domácím prostředí**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Tereza Langová

**Vedoucí práce:** Mgr. et Bc. Jitka Tamáš Otásková

České Budějovice 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Imobilní nemocný v domácím prostředí“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 24. 4. 2018

.....  
Tereza Langová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní Mgr. et Bc. Jitce Tamáš Otáskové za odborné vedení mé bakalářské práce, její trpělivost a cenné rady. Dále bych také chtěla poděkovat všem dotazujícím, kteří byli ochotni podílet se na výzkumu.

# **Imobilní nemocný v domácím prostředí**

## **Abstrakt**

Cílem bakalářské práce bylo zjistit nejčastější problémy imobilních nemocných a jejich pečujících v domácím prostředí. Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části. První část je teoretická a část druhá empirická, ve které se již zabýváme samotným výzkumným šetřením.

Teoretická část práce obsahuje vymezení pojmu imobilita a imobilizační syndrom. Na to navazujeme nejčastějšími projevy imobilizačního syndromu. Dalším tématem jsou potřeby imobilních nemocných a rodina, kde jsme se zmínili o laických pečujících, dále jsme pak poukázali na péči o pečovatele a agentury domácí péče. Podstatnou částí této bakalářské práce jsou oblasti, které vyžadují v péči o imobilního nemocného více pozornosti. V poslední části se zmiňujeme o dávkách pro osoby se zdravotním postižením a o sociálních službách, které mohou imobilním nemocným velmi pomoci.

Empirická část této bakalářské práce byla zpracována kvalitativním přístupem a to pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory jsme realizovali s imobilními nemocnými v domácím prostředí a zároveň i s pečujícími, kteří se o imobilní nemocné starají. Získané informace byly následně analyzovány a kategorizovány.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, jaké jsou nejčastější problémy imobilních nemocných a jejich pečujících v domácím prostředí, mezi které patří nedostatečná informovanost o péči v domácím prostředí a nevědomost o možnosti pomoci ve formě sociálních služeb, agentur domácí péče či třeba kompenzačních pomůcek. Ze strany imobilních nemocných to byla především hygiena, vyprazdňování, výživa, problémy s dekubity či stavební úpravy v domácím prostředí.

Je důležité zmínit, že veškeré problémy, které uvedli imobilní nemocní a jejich pečující, by nemusely vznikat, kdyby byli pečující a imobilní nemocní dostatečně informováni již před propuštěním do domácího prostředí.

## **Klíčová slova**

Imobilizace; imobilizační syndrom; imobilní nemocný; domácí péče; agentura domácí péče; laický pečující

# **The immobile ill person at home**

## **Abstract**

The aim of this thesis was to find out the most frequent problems of the immobile patients and the people who care about them at home. This thesis is divided in two parts. The first part is theoretical and the second part empirical, which is based on the scientific research itself.

The theoretical part contains the definition and the contents of the expression immobility and the immobility syndrome. Then we follow with the most frequent demonstrations of the immobility syndrome. In the next topic there are needs of the immobile patients and the family that cares about them, then we mentioned the help for the members of the family and the home care agencies. The part that is very important is the area of the surroundings of the immobile patients that need more attention. In the last section we mention the allowances for disabled people and the areas where the patients can find help.

The empirical part of this thesis was based on the quality approach and with the assistance of the semi-structural dialogue. The dialogues were carried out with the immobile patients at their homes and the people who take care of them as well. The information we got were afterwards analysed and put in the tables.

The results of the research showed the most frequent problems of the patients and the people who take care of them at home and that is non-sufficient awareness of the care at home and the help of the home care agencies, social services and some other kinds aids. Concerning the patients it was mainly the problem of hygiene, food, emptying, building amendments at home.

It is very important to mention that all the problems mentioned by both sides – patients and their helpers wouldn't appear if they were sufficiently informed before leaving hospital and going home.

## **Key words**

Immobility; immobility syndrome; immobile patient; home care; home care agency; caring person

## Obsah

Úvod .....	8
<b>1 Současný stav.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Vymezení pojmu imobilita a imobilizační syndrom .....</b>	<b>9</b>
1.1.2 Projevy imobilizačního syndromu .....	10
<b>1.2 Potřeby imobilních nemocných .....</b>	<b>12</b>
<b>1.3 Imobilní nemocný a rodina .....</b>	<b>14</b>
1.3.1 Pečující osoba – laický pečovatel .....	16
1.3.2 Péče o pečovatele.....	17
1.3.3 Agentury domácí péče.....	18
<b>1.4 Specifika péče o imobilního nemocného.....</b>	<b>18</b>
<b>1.5 Oblasti vyžadující více pozornosti v péči o imobilního nemocného v domácím prostředí.....</b>	<b>21</b>
1.5.1 Polohování – prevence vzniku dekubitů.....	21
1.5.2 Kompenzační a jiné pomůcky .....	22
1.5.3 Hygiena a péče o pokožku .....	23
1.5.4 Výživa.....	24
1.5.5 Komunikace .....	24
<b>1.6 Dávky pro osoby se zdravotním postižením.....</b>	<b>25</b>
<b>1.7 Služby sociální péče .....</b>	<b>26</b>
<b>2 Cíl práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>30</b>
<b>2.1 Cíl práce .....</b>	<b>30</b>

2.2 Výzkumné otázky.....	30
<b>3 Metodika .....</b>	<b>31</b>
3.1 Charakteristika výzkumného souboru .....	31
<b>4 Výsledky.....</b>	<b>33</b>
4.1 Identifikační údaje imobilních nemocných .....	33
4.2 Identifikační údaje pečujících .....	34
4.3 Kategorizace výsledků .....	35
4.3.1 Kategorie 1 - Agentura domácí péče .....	35
4.3.2 Kategorie 2 – Informovanost z nemocnice .....	38
4.3.3 Kategorie 3 - Změny v domácím prostředí .....	39
4.3.4 Kategorie 4 – Problémové oblasti při péči .....	40
4.3.5 Kategorie 5 – Kompenzační a jiné pomůcky .....	44
4.3.6 Kategorie 6 – Výživa.....	46
<b>5 Diskuze.....</b>	<b>48</b>
<b>6 Závěr .....</b>	<b>55</b>
<b>7 Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>57</b>
<b>8 Seznam příloh a obrázků .....</b>	<b>63</b>

## Úvod

Pobyt či léčba imobilního nemocného v domácím prostředí má ve srovnání s léčbou v nemocnicích či jiných zdravotnických zařízeních spoustu pozitiv. Většinou je pro imobilního nemocného velkým přínosem, pokud jeho rekonvalescence a léčba může probíhat přímo v jeho domácím prostředí. Dle některých vědeckých studií je dokázáno, že blízkost rodiny a vlastní sociální prostředí pozitivně působí na psychiku člověka a v uzdravování hraje pozitivní roli. Avšak je důležité si uvědomit, že péče o imobilního nemocného v domácím prostředí za pomoci rodiny není úplně jednoduchá a přináší do rodin pečujících osob velké a často také neřešitelné problémy.

V dnešní době, která je tolik uspěchaná, že lidé nemají ani čas na sebe, natož pak na druhé, jsou tyto situace obzvlášť složité. U imobilních nemocných samotná péče zabere nepřeborné množství času, dalo by se říci, že jde o 24hodinovou péči. Taková péče o člověka, který je částečně nebo zcela imobilní a je odkázán na pomoc jiné osoby, je velmi náročná. Je zde kladena obrovská zátěž jak na fyzickou, tak i na psychickou stránku člověka. Pečující cítí uje za imobilního nemocného velkou odpovědnost, díky čemuž se také dostáváme k tomu, že se často musí vzdát svých koníčků a zálib. Mnoho pečujících má pocit, že je na péči o imobilního nemocného na všechno sám, proto je důležité nebát si říci o pomoc, která by pečujícímu tuto situaci v mnoha ohledech usnadnila.

Důležitým vodítkem pro péči o imobilního nemocného je určitě zdravotní sestra, která jemu i pečujícímu před propuštěním do domácího prostředí sdělí, jak poskytnout péči v oblasti hygieny, výživy, polohování, apod., ale zároveň je také informuje o tom, že existují dávky pro osoby se zdravotním postižením, které mohou imobilnímu nemocnému a jeho pečujícímu pomoci finančně, dále pak o sociálních službách, které základními denními činnostmi dokáží imobilnímu nemocnému pomoci v oblasti hygieny, stravování, ubytování, chodu domácnosti či poradenství. A v neposlední řadě je možné také využít službu agentur domácí péče. Otázkou v dnešní době ale je, zda lidé o těchto formách pomoci vůbec vědí.

K výběru této bakalářské práce mě přivedla vlastní zkušenost s péčí o imobilního nemocného v rodině. Cílem bakalářské práce je seznámit společnost nejen s nejčastějšími problémy imobilních nemocných, ale i s obtížemi, které musí zvládat ti, kteří o ně pečují v domácím prostředí.



## 1 Současný stav

V následující části si vysvětlíme, co znamenají pojmy imobilita a imobilizační syndrom a jaké může mít imobilita projevy.

### *1.1 Vymezení pojmu imobilita a imobilizační syndrom*

Minaříková (2008) definuje imobilitu jako neschopnost pohybovat se. Opakem imobility je pojem mobilita, což znamená schopnost pohybovat se volně bez omezení. Mezi nejčastější příčiny imobility patří poruchy svalového a kosterního systému, poruchy nervového systému, bolest, infekční procesy a generalizovaná slabost. Neschopnost pohybu z fyzických či psychických příčin, která pacienta omezuje, je známá pod pojem disabilita.

Minaříková (2008) udává, že imobilita může být jak primární, tak sekundární. Primární imobilita vzniká jako přímý následek úrazu či choroby (např. transversální míšní léze – úplná paréze i plegie, pacient není schopen vnímání a pohybu). Naopak sekundární imobilita vzniká druhotně (např. stav po úrazu, operaci nebo infarktu myokardu).

Odpověď organismu na dlouhodobou nepohyblivost se následně nazývá imobilizační syndrom (Burda a Šolcová, 2015). Podle Minaříkové (2008) se imobilizační syndrom vyvíjí jako celková odezva organismu na klidový režim pacienta. Může být nevyhnutelný nebo naordinovaný a může se jednat buď o krátkodobou záležitost, nebo o dlouhodobý až trvalý stav. Při ztrátě hybnosti na člověka působí veškeré tělesné systémy. Proto je důležité u člověka, který je ohrožený imobilizačním syndromem užívat zásady fyzické a psychické aktivizace, brzké mobilizace a rehabilitačního ošetřovatelství. Dle Mlýnkové (2010a) jsou některé poruchy organismu zjevné, např. proleženiny. Avšak jiné poruchy mohou probíhat skrytě a díky tomu mohou být zanedbány či odhaleny pozdě. Burda a Šolcová (2016) doplňují, že u zcela imobilního nemocného je nutné provádět pasivní pohyby na lůžku v rámci prevence vzniku imobilizačního syndromu. Při imobilizačním syndromu se mohou první změny vyskytnout již během pár hodin. Vážnější změny můžeme najít během jednoho týdne nehybnosti. Mezi pacienty, u kterých může vzniknout imobilizační syndrom, patří především lidé staří a dlouhodobě nemocní (Burda a Šolcová, 2015). Dle Trachtové a kolektivu (2013) na ztrátu pohybové aktivity reagují všechny orgánové systémy.

### *1.1.2 Projevy imobilizačního syndromu*

V této kapitole si vyjmenujeme některé somatické projevy, které se mohou vyskytnout u imobilizačního syndromu.

U kardiovaskulárního systému Klevetová a Dlabalová (2008) udávají, že srdeční činnost se přizpůsobuje klidovému režimu a tím podává menší výkon. Díky tomu pak při náhlé změně polohy, například z lehu do sedu, může dojít k ortostatické hypotenzi. Dále pak při stejné dlouhodobé poloze na lůžku klesá žilní návrat krve z dolních končetin. Suehiro et al. (2014) uvádí, že u osob částečně či zcela imobilních, kteří často sedí na židlích či invalidních vozících dochází k otokům dolních končetin. Burda a Šolcová (2015) doplňují, že právě díky dlouhodobému ležení na lůžku může docházet ke srážení krve, čímž vznikne žilní trombóza, která po uvolnění krevní sraženiny vede k plicní embolii.

Dle Trachtové a kolektivu (2013) vykonává člověk při běžné pohybové aktivitě periodické a hluboké vdechy a výdechy. Pomocí řasinkového epitelu a kašli se pak následně odstraňuje sekret z bronchů. Klevetová a Dlabalová (2008) u respiračního systému doplňují, že pacienti v horizontální poloze mají ztížené dýchání a na základě toho dochází k poklesu respiračních a ventilačních funkcí. Burda a Šolcová (2015) doplňují, že u pacientů nastává pomalejší a povrchní dýchání, tím dochází ke hromadění hlenů a vzniká riziko vzniku zápalu plic.

Imobilní nemocný může často trpět zácpou či nechutenstvím. Díky dlouhodobé nehybnosti pacienta dochází ke zpomalení střevní peristaltiky, která může způsobit omezení příjmu potravy nebo třeba nechutenství. Nepřirozená poloha při vyprazdňování velmi přispívá k zácpě. Dále také hrozí dehydratace, jelikož pacienti mohou ztratit pocit žízně (Burda, Šolcová, 2015). Klevetová a Dlabalová (2008) doplňují v gastrointestinální oblasti další rizika, která mohou nastat a těmi jsou – poruchy metabolismu, malnutrice nebo snížená hmotnost.

U močového systému dle Trachtové a kolektivu (2013) pacienti v počátečních stádiích imobility vylučují zvýšené množství moče, následně množství klesá a mění se tak i jeho koncentrace. Klevetová a Dlabalová (2008) doplňují, že u pacientů, kteří leží v poloze na zádech, stagnuje moč v močových cestách a díky tomu dochází k jejímu sníženému vylučování. Podle Burdy a Šolcové (2015) je pacient ohrožen zánětem ledvin a močových cest, vznikem ledvinových kamenů či inkontinencí. Dle Rose et al. (2013)

se výskyt močové inkontinence s přibývajícím věkem zvyšuje. Leung et al. (2008) doplňuje, že inkontinence moči postihuje více než 50 % lidí, kteří jsou v domácí ošetrovatelské péči.

Podle Burdy a Šolcové (2015) dochází u pacienta ležícího dlouhodobě na lůžku k atrofiím, kdy je kůže méně pevná a elastická. Klevetová a Dlabalová (2008) dále doplňují, že v kožním systému dochází k poklesu obranných funkcí kůže, který má značný vliv na vznik otlaků, dekubitů a trofických změn kůže. McCaskey et al. (2011) doplňuje, že proleženiny mohou vést k vážným problémům i u dětských imobilních nemocných.

Podle Trachtové a kolektivu (2013) se nejvýraznější změny během pohybové imobility vyskytují na pohybovém systému. Burda a Šolcová (2015) uvádějí, že ke snížení výkonnosti svalů a ztrátě svalové hmoty dochází již během krátké doby imobilizace. Klouby tuhnou a nehybné svaly se stahují. Vigelsø et al. (2016) doplňuje, že stárnutí a pohybová neaktivita vede k metabolické nepružnosti kostního svalu. Kawahara et al. (2017) uvádí, že u kriticky nemocných pacientů bylo prokázáno, že dlouhodobý pobyt na lůžku a nehybnost způsobují svalové atrofie, což přispívá k prodloužené hospitalizaci a snížení aktivity denního života. Podle Klevetové a Dlabalové (2008) se objem svalstva po 4 – 6 týdnech snižuje o 10 – 60 %. V důsledku metabolických změn dochází k většímu úbytku vápníku a to následně vede k osteoporóze. Proto je opravdu důležité aktivní a pasivní cvičení a především polohování, díky kterému aspoň částečně můžeme zabránit takovým změnám. Klevetová (2011) doplňuje, že u starších osob dochází v důsledku imobility během dvou dnů ke zkrácení extenzorů a vaziva, obzvláště na dolních končetinách. Proto je velmi důležitá správná ošetrovatelská péče.

U centrální nervové soustavy Klevetová a Dlabalová (2008) uvádějí, že starší mozek potřebuje ke zpracování informací a znovu vybavení více času. Pokud se mozku nedostávají informace a podněty o dění kolem sebe, může dojít k poruše koordinace mozkových hemisfér či ztrátě orientace v prostoru. Mezi další rizika patří například poruchy stability a rovnováhy těla, ztráta reality, pády z lůžka, omezení sebeobsluhy či poruchy řeči (Klevetová a Dlabalová, 2008).

## ***1.2 Potřeby imobilních nemocných***

Dle Maslowovy pyramidy potřeb se rozdělují potřeby na potřeby vyšší a potřeby nižší. Mezi potřeby vyšší patří potřeby seberealizace, potřeby uznání a potřeby sounáležitosti. Naopak mezi potřeby nižší zařazujeme potřeby bezpečí a fyziologické potřeby. Dále také Maslow zjistil, že na rozdíl od lidí s neuspokojenými potřebami se člověk, který uspokojí své základní potřeby, stává zdravějším, šťastnějším a výkonnějším (Trachtová a kolektiv, 2013). My jsme následně více rozepsali potřeby, které u imobilních nemocných bývají často neuspokojené.

### *Potřeba výživy*

Dle Trachtové a kolektivu (2013) je výživa primární, biologickou potřebou člověka, která je nezbytná k udržování biologické homeostázy organismu, čili k zachování života. Pro zdravý a život je příjem přiměřeného množství tekuté a pevné stravy nezbytný. Lidé, kteří se nacházejí v problémových situacích, nemocní lidé nebo lidé ve stresu, mohou ztrácet chuť k jídlu a tím nedostatečný příjem potravy zásadně ovlivní rovnováhu organismu. Šamánková a kolektiv (2011) doplňují, že činnost trávicího ústrojí je velmi důležitá a nezbytná pro zabezpečení látek důležitých pro stavbu, obnovu a funkci celého organismu a také pro zabezpečení energie. Podle Grofové (2007) je velký rozdíl ve stravování doma nebo ve zdravotnických zařízeních. Jak se správně stravovat v domácím prostředí, by nám měl doporučit přímo specialista a to z toho důvodu, aby nedocházelo k nedostatečnému příjmu potravy. Šamánková a kolektiv (2011) udávají, že někdy je pacient schopen se najíst sám za pomoci speciálních příborů. U některých pacientů s velkým postižením je nutné potravu nakrájet a někteří jsou závislí na pomoci druhých. Všichni, kteří pacientovi pomáhají s přijímáním potravy, musí mít velkou trpělivost a dostatek času. Důležitá je komunikace s ergoterapeutem, který pacientovi vybere vhodné kompenzační pomůcky (Šamánková a kolektiv, 2011).

### *Potřeba vylučování*

Trachtová a kolektiv (2013) definují potřebu vyprazdňování jako biologickou potřebu člověka. Vyprazdňování postihuje intimní oblast člověka a lidé neradi o problémech s vyprazdňováním hovoří. Každý jedinec má své nároky na diskrétnost, je potřeba respektovat stud a intimitu při vyprazdňování. Díky tomu je velmi důležité přistupovat k pacientům upoutaným na lůžko citlivě. Nedostatečné uspokojení potřeby může vést

jak k somatickým obtížím – nadýmání, bolest, pocit plnosti, tak i ke změně emocionálních stavů – napětí, nervozita, úzkost, strach apod.

#### *Vyprazdňování stolice*

V akutní fázi onemocnění se pacienti vyprazdňují na lůžku. Pokud postupem času zvládají přesuny, mohou se vyprazdňovat na toaletě. Jestliže má pacient obtíže s vyprazdňováním, je nutné mu podat čípek, klyzma nebo v nejnnutnějším případě vybavit stolicí manuálně (Šamánková a kolektiv, 2011).

#### *Vyprazdňování močového měchýře*

Tvorba a vylučování moče je ovlivněno psychickými vlivy, aktuálními potřebami organismu z hlediska elektrolytového a vodního hospodářství, filtračním tlakem v glomerulu a hormonálně (Trachtová a kolektiv, 2013). Při běžném vyprazdňování moči zahrnuje reflexní kontrakci detruzoru se vzájemnou volní relaxací sfinkteru, tím dojde ke kompletnímu vyprázdnění močového měchýře (Šamánková a kolektiv, 2011).

#### *Potřeba čistoty*

Hygiena je soubor pravidel, která jsou potřebná k ochraně a podpoře zdraví. Proto péče o tělesnou čistotu a oblékání směřují k uspokojování biologických potřeb. Duševní nepohodu a nízkou sebeúctu může signalizovat neupravený zevnějšek. Osobní hygiena, tedy péče o sebe sama, napomáhá udržovat zdraví člověka a chránit se před nemocemi (Šamánková a kolektiv, 2011). Potřeba hygieny je u spousty lidí vyjádřena různě. Tato potřeba je zcela individuální a každý jedinec může reagovat jiným způsobem na neuspokojenou potřebu hygieny a čistoty (Trachtová a kolektiv, 2013). Všichni by se měli snažit, aby hygiena pro pacienty neznamenal stres. Při celkové hygieně musíme sledovat stav pokožky, dále nesmíme zapomínat na hygienu dutiny ústní a genitálie je důležité udržovat v suchu a čistotě. Koupání by mělo být plánované a měl by na něj být dostatek času (Šamánková a kolektiv, 2011).

#### *Potřeba spánku*

Odpočinek a spánek patří mezi nezbytné předpoklady pro udržení a zachování duševního i tělesného zdraví. Spánek má pro pacientův organismus regenerační a ochranný význam. Každý má potřebu spánku individuální. Potřeba spánku také závisí na aktivitě během dne,

věku pacienta a fyziologickém stavu organismu. Poruchy spánku jsou jedním z nejčastějších problémů. Může to být zapříčiněno nedostatkem klidu, intimity, ale také nejistoty a stresu. Nemocný člověk má vyšší potřebu spánku a odpočinku, proto je nutné respektovat zvýšené nároky na kvantitu a kvalitu spánku a odpočinku (Šamánková a kolektiv, 2011).

#### *Potřeba být bez bolesti*

Trachtová a kolektiv (2013) definují bolest jako subjektivní prožitek, který existuje vždy, kdykoliv nám pacient řekne, že bolest má. Přestože je bolest brána spíše negativně, má i pozitivní prvek. Je brána jako varovný a nepostradatelný příznak. Šamánková a kolektiv (2011) doplňují, že může být důležitým diagnostickým prvkem. Každé onemocnění je bolestí provázeno a zdravotníci o bolesti musí vědět. Dá se zjistit pouhým dotazováním nebo lze měřit v pravidelných intervalech pomocí pravítka bolesti.

#### *Potřeba jistoty a bezpečí*

Nemoc člověka je obvykle spojena s nejistotou, nepříjemnými pocity a někdy i úzkostí. Fyziologicko-biologickou stránku organismu ovlivňuje míra jistoty a bezpečí. Podporuje funkci jednotlivých orgánových systémů. Nejistota – jistota působí jako stresory, které ovlivňují adaptační mechanismy organismu. Pocit bezpečí a jistoty člověku dodává důvěru, spolehlivost, životní hodnoty, nezávislost a orientaci jak v materiálním světě, tak i lidské společnosti (Trachtová a kolektiv, 2013). Pocit bezpečí může být u mnoha lidí různý. Někdo se bude cítit bezpečně především doma, jiný zase např. v nemocnici (Plevová a kolektiv, 2011).

### **1.3 Imobilní nemocný a rodina**

V této kapitole si rozebereme důležitost vztahu mezi rodinou a imobilním nemocným a řekneme si, jaké předpoklady by měl mít člověk, který by chtěl pečovat o nesoběstačného nemocného v domácím prostředí.

Rodina vždy zajišťovala pomoc svým blízkým, kteří ji vyžadovali. Ať už z důvodu nemoci či stáří. Toto odhodlání ze strany rodiny existuje i v dnešní době. Mluvíme tak o neformálních pečovateli. Snaží se uspokojit potřeby svých blízkých bez odborných znalostí v přirozeném domácím prostředí a snaží se zachovat kvalitní a důstojný život nesoběstačné osoby (Formánková et al., 2012). Sears (2013) doplňuje, že péče v domácím

prostředí vyžaduje obrovskou zodpovědnost při poskytování péče o imobilního nemocného.

Rodina si často plete pojem nesoběstačnost či snížená soběstačnost s nemocí a mají pocit, že by svojí pomocí mohla dotyčnému nějakým způsobem ublížit a zhoršit tak jeho zdravotní stav. Prioritou pro zdravotnický personál je vždy zapojení rodiny do ošetrovatelské péče. Důležité je seznámit rodinu s individuálním plánem péče a najít si dostatek času k pochopení všeho důležitého. Neměli bychom zapomínat, že pro zdravotnický personál je ošetřování nesoběstačného pacienta na denním pořádku, ale pro rodinu je to naprosto cizí a budou se potýkat s problémy, jak dotyčného posadit, jak mu upravit lůžko a jak s ním celkově pohybovat. Aby se rodina dokázala správně postarat o nesoběstačného člověka, je důležité splňovat některé předpoklady (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Podle Klevetové a Dlabalové (2008) jsou v péči o imobilního nemocného důležité tři faktory. První nazvaly „moci pečovat“, patří sem fyzické, sociální, psychické, bytové, časové a finanční podmínky. Druhý faktor je „chtít pečovat“, kam patří dobrá vůle, snaha o hledání nových možností a řešení za současné pomoci ostatních členů rodiny. Třetím faktorem je „umět pečovat“. Zahrnuje podstatu vědět jak pomoci a znát rozsah poskytované pomoci.

Dudová (2015) doplňuje, že přesto, že členové rodiny pomáhají s péčí, hlavní podíl na péči má převážně primární pečovatel. Postupně se však péče stává náročnější a pro roli pečovatele je to velmi obtížné. Například intimní tělesná péče je obvykle poskytována pouze jednou osobou. Díky tomu se dostáváme k problému, že pečovatel/ka bere svoji roli jako nezastupitelnou (Dudová, 2015).

Marková a kolektiv (2015) uvádí, že pokud pečující chtějí poskytovat péči nemocnému v domácím prostředí, je důležité, aby sestra dostatečně informovala rodinu o možnostech dalších služeb, jako jsou např. agentury domácí péče, charitní ošetrovatelské služby nebo odlehčovací služby. Klevetová a Dlabalová (2008) doplňují, že tyto služby, nám nenahradí poskytovanou péči od rodiny.

### *1.3.1 Pečující osoba – laický pečovatel*

V následující kapitole se budeme zabývat pečující osobou o imobilního pacienta v domácím prostředí. O pečovateli poskytující péči doma se příliš nemluví a přitom jsou to mnohdy lidé, v kterých mají příjemci péče největší důvěru.

Celkově vycházíme z toho, že roli pečovatele může vykonávat blízký přítel nebo někdo z okruhu nejbližší rodiny, který se podílí na spolupráci při poskytování komplexní individuální péče. U nás většinou tuto pečovatelskou roli přebírá jedna osoba - zvaná pečovatel, která je při poskytování péče podporována přáteli či blízkou rodinou (Kurucová, 2016). V návrhu Evropské charty pro rodinné pečovatele je osoba poskytující komplexní individuální péči definována jako osoba neprofesionální, která podává primární pomoc při každodenních činnostech běžného života zcela závislému člověku či částečně závislému, včetně pomoci jejímu blízkému okolí (Kurucová, 2016).

Během posledních let velmi rychle roste počet pečovatelů z řad blízkých příbuzných. Z tohoto důvodu je na ně poukazováno jako na specifickou společenskou skupinu. Jsou tedy bráni jako partneři odborné zdravotnické péče a jejich spoluúčast na poskytování péče o lidi s postižením je velmi cenná. Avšak jako lidé poskytující péči osobám s některým postižením jsou vystaveni mnoha rizikům, jako jsou fyzické, sociální a psychické problémy. Poskytování péče v domácím prostředí v blízkosti rodiny je velmi komplikovaným procesem, který vyžaduje od osoby poskytující péči velkou odpovědnost a úsilí. Současně s tím nemoc určitého člena rodiny spojená s péčí v domácím prostředí, ovlivňuje jak osobu s konkrétním onemocněním, tak členy, které péči poskytují. Z důvodu vážné nemoci člena rodiny může dojít k narušení rodinných vztahů a tím k negativnímu ovlivnění kvality života (Kurucová, 2016).

Na řadu ale také přicházejí úkony, které mohou být velmi fyzicky náročné. Myslíme tím například pomoc při koupání, při přesunech z lůžka na vozík či obráceně nebo při vykládání invalidního vozíku z auta. Tyto úkony mohou být obzvlášť velmi náročné a to především pro ženy, starší lidi nebo pro ty, kteří mají sami nějaké zdravotní problémy (Palmer et al., 2013).



### *1.3.2 Péče o pečovatele*

V následující kapitole si řekneme něco málo o důležitosti péče o pečovatele a vytyčíme si pár důležitých bodů, které by pečovateli mohly pomoci.

Dlouhodobá péče může být mnohdy velmi těžká a pečovateli patří určitě velký respekt. Někdy pečovateli může připadat, že jejich péče není tak oceněna, jak by si představovali a že ji nemocný bere jako samozřejmost. Je dobré pokusit se udržovat vztah mezi pečovatelem a imobilním nemocným tak, jako jsme jej měli doposud. I příjemce péče určitě ocení, když se s ním budeme bavit tak, jako po celý život (Pochmanová a kolektiv, 2015).

Velká většina pečovatelů nepřikládá velký důraz na vlastní zdraví, včetně preventivních vyšetření, pravidelných kontrol u lékaře či třeba očkování. Díky tomuto podceňování vlastního zdraví může mnohdy dojít k dalším problémům, jako jsou například poruchy spánku, únava, celkové vyčerpání či nedodržování správné životosprávy. Je však důležité najít tyto problémy včas a náležitě je řešit. Ať už si zajistit pomoc zvenčí nebo začít také pečovat o sebe sama, což znamená změnit své chování a umožnit ostatním, aby nás podpořili, ať už s pomocí po pečovatelské stránce či v jiných oblastech. Je to z toho důvodu, abychom dokázali zvládat stres a následně se tak udržovali při plném zdraví, jak už fyzickém, tak duševním. Důležité je nezanedbávat zdravotní péči, využít možnosti společenské podpory od rodiny a blízkých přátel nebo využívat i některé ze služeb poskytujících pomoc při péči o lidi s určitým onemocněním (Palmer et al., 2013).

Jedna nedávná studie, která se týkala rozhovorů s pečovateli, došla k závěru, že pokud je člověk v roli pečovatele, není téměř možné, aby po delší dobu zvládal pečovatelskou roli bez jakékoliv jiné pomoci. Mnoha pečovateli přijde vhodnější přijímat praktickou podporu od cizích lidí z komunitní sítě než od vlastní rodiny či blízkých přátel. Tato podpora nemusí vždy přijít od přátel či rodiny, ale mohou to být třeba příslušníci z charitativních organizací, místních spolků, škol nebo od sousedů. Je vhodné si v počáteční fázi najít dobrovolnickou skupinu nebo nějakou neziskovou organizaci, která nám může nabídnout pomoc, protože budeme potřebovat například pomoc s vyzvedáváním léků nebo běžným dohledem, kdy si budeme muset vyhradit pár minut volna na ostatní běžné činnosti. Praktická podpora může mimo jiné zahrnovat pomoc s hygienou, domácími pracemi nebo dopravou (Palmer et al., 2013).

Další možnou podporou je podpora emocionální, která nám může pomoci se sdílením pocitů, myšlenek nebo příjemných činností. Zahrnuje také přátelství, vcítění či náklonnost. Hlavním zdrojem této podpory bývají především přátelé a rodina, kteří nás dokážou vyslechnout, nabídnout útěchu a pomáhají nám řešit důležité problémy. Pokud pečovatel získá podporu i z okolí, dochází ke snižování stresu, zvyšuje se spokojenost se životem a zlepšuje se nálada. Podpora od společnosti může mít více podob (Palmer et al., 2013).

Další možnou podporou je podpora instrumentální, která napomáhá k přístupu spousty užitečných a nápomocných informací nebo pečovatelům doporučuje různá školení, na kterých se mohou dozvědět mnoho užitečných rad (Palmer et al., 2013). Dupalová (2012) doporučuje, že je vhodné v následné péči v domácím prostředí využít místní organizaci, která zajišťuje ambulantní ošetrovatelskou péči či rehabilitační domácí péči v bydlišti nemocného. Kontakty na jednotlivé agentury můžeme najít např. v seznamu členů profesní organizace Asociace domácí péče České republiky (<http://www.adp-cr.cz/>) nebo pomocí vyhledávače Ministerstva zdravotnictví (<http://mzcr.cz/rzz.aspx>).

### *1.3.3 Agentury domácí péče*

Tyto agentury poskytují zdravotnické úkony v domácím prostředí. Služby předepisuje praktický lékař a jsou plně hrazeny zdravotní pojišťovnou jedince. Pokud by byl jedinec propuštěn z nemocnice, předepisuje služby této agentury lékař v nemocnici a to na překlenovací dobu 14 dnů. Dále pak pokračuje opět praktický lékař. V agenturách domácí péče pracují zdravotní sestry, které zajišťují např. odběry krve, rehabilitaci nebo ošetření proleženin. Obvykle neposkytují služby, které souvisí s pravidelnou hygienou. O rozsahu a typu výkonu rozhoduje indikující lékař. Ten dále může určovat navýšení nebo snížení objemu poskytované péče. Pokud však lidé nevyužívají pravidelně služeb agentury domácí péče, mohou si v případě zhoršené pohyblivosti zažádat např. o odběr krve doma. Jak pečovateli, tak nemocnému to usnadní náročné přesuny do zdravotnických zařízení. Tuto žádost předepisuje také praktický lékař (Pochmanová a kolektiv, 2015).

### *1.4 Specifika péče o imobilního nemocného*

Dle Mlýnkové (2011) jsou specifika ošetrovatelské péče ovlivněna několika faktory. Patří mezi ně zdravotní stav, bolest, imobilita, psychická labilita, úroveň soběstačnosti, předchozí styl života, spolupráce ze strany klienta a jeho rodiny, finanční situace

nebo třeba časté neuspokojování základních životních potřeb. Tato specifika bychom mohli rozdělit do oblasti fyzické, psychické a sociální.

#### *Specifika v oblasti fyzické*

Mlýnková (2011) udává, že obzvlášť u seniorů je důležité zmínit fyzickou křehkost, kdy s pacientem musíme manipulovat velmi opatrně. Dále pak při uspokojování potřeb pracovat šetrně a pomalu a následně dávat větší pozor na zranění a fraktury, které u starších osob hrozí více. Dále pak při manipulaci s imobilním nemocným, který není schopen se otáčet na boky, na záda nebo zvednout pánev, musíme dbát na to, aby veškeré naše pohyby byly šetrné. Dle Šeflové a Jančíkové (2010) dekubity nevznikají pouze v nemocnici, ale často právě také i v domácím prostředí, proto je nutné u zcela nesoběstačného pacienta pravidelné polohování na lůžku. Velkou pomocí nám mohou být polohovací pomůcky nebo polohovací lůžko. Mlýnková (2011) doplňuje, že pacienta musíme předem informovat o změně polohy a jednotlivých krocích. Zejména v domácím prostředí nezapomínáme ani na možnost rizika pádu a zlomenin při přemísťování imobilního nemocného. U obézních imobilních není možné, aby jedna pečující osoba dostatečně ošetřila a uspokojila jeho potřeby. Pečovatel v domácím prostředí musí být obzvlášť pozorný z toho důvodu, že je obvykle na všechno sám. Přesto má rodina možnost zapůjčit si pomůcky, které jim usnadní péči a takového člověka, např. zvedák, díky kterému je možné přemístit imobilního nemocného třeba do vany.

#### *Specifika v oblasti psychické*

Dle Mlýnkové (2011) se tato specifika odvíjí od onemocnění klienta, jeho psychického stavu, úbytku kognitivních schopností nebo duševní poruchy. Proto bychom měli s klientem komunikovat klidně, být pozitivní a vstřícní. Měli bychom být připraveni na změny nálad, které se ve vyšším věku mohou vyskytovat častěji. Styl naší práce se může odvíjet od zhoršené nálady. Pokud budeme při péči pospíchat a pracovat rychle, klient na to může reagovat různě. Od dezorientace, nejistoty až k agresi. Při komunikaci mluvíme pomalu, v kratších souvětích a naše pokyny by měly být jasné a srozumitelné. *Pamatujme si, že emoční výbuchy zpravidla nejsou míněny osobně, proti nám. Jsou spíše projevem bezmoci nad ztrátou autonomie, vlády nad vlastním životem* (Mlýnková, 2011, s. 74).

Dle Stocka (2010) existuje něco jako syndrom vyhoření v osobním životě nebo v rodinných vztazích. Typickým příkladem jsou především lidé, kteří pečují o chronicky nemocného či nemohoucího rodinného příslušníka nebo vychovávají problematické dítě. Nejčastějšími příznaky jsou poté snížená výkonnost, únava, odcizení a celkové vyčerpání. Jedním z největších problémů je to, že člověk je zahlcen každodenními povinnostmi, z nichž není snadné se vymanit. Lidé snadno podléhají svým návykům a zvykům a často je ani nenapadne, že by se některé věci mohly dělat jinak. Nešpor (2007) uvádí ve svém článku několik rad, jak syndromu vyhoření předejít. Patří sem hlavně kvalitní síť mezilidských vztahů, mít k dispozici potřebné informace, relaxační a meditační techniky, mít na sebe realistické nároky, mít dostatek spánku a pečovat o vlastní zdraví. K užitečným strategiím patří také smích a humor. Maroon (2012) doplňuje navíc také rodinu a přátele, kteří se zvláště v dobách krize a v neobvyklých situacích o sebe navzájem starají a poskytují si materiální a citovou pomoc.

#### *Specifika v oblasti sociální*

Nejednou se setkáváme s tím, že péče rodinných příslušníků je z různých důvodů nedostatečná a selhává. Ztráta rodiny či přátel se pak může výrazně negativně odrážet v psychickém a somatickém stavu seniora. Mezi další negativní důsledky můžeme zařadit například špatnou finanční situaci. Přitom výdaje za služby či platby za pobyt v sociální instituci nebo na provoz domácnosti nejsou levnou záležitostí (Mlýnková, 2011). Ošetřování v domácím prostředí sebou přináší mnoho výhod – zlepšuje psychický stav pacienta, udržuje rodinu pohromadě i v době nemoci pacienta, umožňuje trvalou podporu a urychluje hojení. Mezi další výhody můžeme zařadit ekonomičnost, individuálnost, komplexnost a v neposlední řadě i to, že tato péče je hrazena zdravotní pojišťovnou klienta (Machová a Šuplerová, 2013). Dle Ministerstva práce a sociálních věcí (2018) mohou být další možnou pomocí, jak pro imobilního nemocného či pečovatele, dávky pro osoby se zdravotním postižením, mezi které můžeme zahrnout příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku či příspěvek na péči.

## ***1.5 Oblasti vyžadující více pozornosti v péči o imobilního nemocného v domácím prostředí***

V následujících podkapitolách se budeme zabývat oblastmi, které vyžadují více pozornosti v péči o imobilního nemocného. Vybrali jsme tedy polohování, kompenzační pomůcky, hygienu a péči o pokožku, výživu a komunikaci.

### *1.5.1 Polohování – prevence vzniku dekubitů*

Dle Vytejškové et al. (2011) je pravidelné polohování důležité především v prevenci vzniku otlaků, opruzenin, podráždění kůže a dekubitů. Sackley et al. (2008) definuje dekubity jako oblasti poškozené kůže a podkladové tkáně způsobené tlakem, smykem nebo třením. Vytejšková et al. (2011) doplňuje, že by se polohování mělo dodržovat v intervalu 2 hodin přes den a 3-4 hodin v noci. Vytejšková et al. (2015) klade důraz na důležitost polohovat nemocného šetrně tak, aby nedošlo k poranění kůže, dále zajistit podle polohy nemocného vypodložení predilekčních míst vhodnými pomůckami a využívat polohy na zádech, bocích a na břiše. Podle Vytejškové et al. (2011) je v rámci prevence vzniku dekubitů důležité udržovat kůži nemocného suchou a čistou, pravidelně měnit inkontinentní pomůcky, provádět řádnou hygienu, suché a ložní prádlo udržovat v čistotě, vyvarovat se shrnutého osobního a ložního prádla, provádět masáž predilekčních míst, všimnout si změn na kůži, používat ochranné prostředky na kůži a snižovat tlak vhodným polohováním.

V prevenci vzniku dekubitů může sestra v nemocnici či pečovatel v domácím prostředí využít také několik pomůcek, jako jsou např. molitanové, gelové nebo perličkové podložky, které jsou obvykle ve tvaru kroužku nebo podkovy a podkládáme jimi místa, která jsou ohrožena dekubity. Dále se pak mohou využít antidekubitární matrace, antidekubitní podložky, které připomínají kožešinu a pro větší účinek se nepovlíkají nebo třeba botičky, chrániče loktů či gelové nalepovací podložky pod paty a lokty (Vytejšková et al., 2011). Jandíková (2008) doplňuje několik přípravků, které se hojně aplikují především na místa vystavená velkému tlaku, jako jsou např. Rivanol nebo Betadine.

Podle Tomové a Krivkové (2016) je jedním z hlavních úkolů sestry řádně vysvětlit rodině, jak správně pohybovat s nemocným na lůžku a mimo lůžko, díky čemuž dojde i k odstranění jejich případné obavy při manipulaci s nemocným. Podle (Mlýnkové, 2010a) provádíme otáčení klienta při výměně ložního prádla či různých zákrocích.

Z důvodu, že pečovatel je doma obvykle na polohování sám a často lůžko nebývá přístupné ze tří stran, si vysvětlíme postup jak otáčet nemocného na bok. Pečovatel uchopí rameno a hýždě nemocného a přetočí jej k sobě, vlastním tělem tak brání pádu nemocného. Při posouvání klienta na lůžku by měly pracovat vždy dvě osoby, které stojí proti sobě po obou stranách lůžka. Imobilního na lůžku můžeme posouvat pomocí hrazdičky nebo vsunuté podložky pod klientem či zcela bez pomůcek.

### *1.5.2 Kompenzační a jiné pomůcky*

Dle Václavské a Žváčkové (2008) bývá nemocný v domácí péči obvykle díky svému onemocnění méně či více omezen ve své soběstačnosti a mobilitě. Často leží na nízkém lůžku, které bývá přístupné pouze z jedné strany a má tvrdou matraci. Problémem mohou také být koupelny a toalety, které nejsou přizpůsobeny nemocným, kteří se pohybují pomocí chodítek nebo invalidních vozíků. Pokud je nemocný natolik imobilní, že je u něho nutná péče přímo v lůžku, lze si zapůjčit polohovací lůžko, které lze v domácím prostředí umístit tak, aby bylo přístupné ze tří stran.

Tělesný handicap má negativní dopad na výkonnost jedince, který nemůže provádět činnosti v rozsahu tak, jak je tomu při plné hybnosti. Je omezena sebepečce, soběstačnost či péče o domácnost. Velkým pomocníkem proto jsou kompenzační pomůcky, které usnadňují vlastní obsluhu a umožňují provádět denní činnosti. Mezi pomůcky na cvičení a pohyb na lůžku patří hrazdička, antidekubitní matrace a pomůcky. Další pomůcky, které slouží pro lokomoci a přesuny jsou mechanické nebo elektrické vozíky, kočárky, chodítka, různé typy berlí, hole, speciálně upravené automobily či ortézy. Pomůcky, které nám pomohou při hygieně či při použití WC jsou např. madla, sedačky ve vaně nebo ve sprše, protiskluzové podložky, nástavce na WC nebo klozetová křesla. Mezi další pomůcky usnadňující běžné denní činnosti patří např. navlékače ponožek, zapínač knoflíků, nádobí z lehčích materiálů, fixační pásek na příbory, nájezdové rampy, schodolezy, držák na klíče nebo podavače (Mlýnková, 2010b).

Mezi zdravotnické prostředky, které nepodléhají schválení revizním lékařem, patří berle, hole, sedačky na vanu, do vany, pod sprchu, klozetová křesla nebo nástavce na WC. U těchto pomůcek vystaví lékař stanovené odbornosti poukaz na ortopedickou a léčebnou pomůcku, díky kterému si člověk pak v prodejně zdravotních služeb pomůcku vyzvedne. Pomůcky, které by mohly posloužit nepohyblivému klientovi, jako je např. invalidní

vozik, polohovací lůžko nebo antidekubitní podložky předepisuje lékař stanovené odbornosti (většinou neurologie, ortopedie, rehabilitace nebo interní lékařství) a vždy je musí předem schválit revizní lékař (Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2018).

### *1.5.3 Hygiena a péče o pokožku*

Dle Burdy a Šolcové (2016) je uspokojování potřeb v hygienické oblasti základní činností péče. Nejdůležitější je udržet nemocného v čistotě a v suchu. Při poskytování hygienické péče musí dbát pečovatel na zajištění intimity, prevenci pádu a aby nemocný neprochladl. Součástí je také péče o kůži, na kterou by měl pečovatel využívat vhodné přípravky. Vytejková et al. (2011) uvádí např. masážní emulze, roztoky, krémy nebo gely s obsahem kafru či mentolu, zinkové masti, ochranné pasty a filmy nebo pudry a zásypy.

Nemocní, kteří se za pomoci druhých dokáží přesunout, mohou využívat pokojové toaletní křeslo. Opakem jsou nemocní, kteří nezvládají přesuny ani za pomoci jiných. Ti pak využívají podložní mísy, které lze zakoupit ve zdravotnických prodejnách.

Burda a Šolcová (2016) tvrdí, že pokud je nemocný inkontinentní, je důležité, aby pečovatel dbal dle potřeby na častou výměnu inkontinenčních pomůcek, ložního a osobního prádla a tím tak předcházel vzniku opruzenin, zapárek, dekubitů. Vytejková et al. (2011) do inkontinenčních pomůcek zařazují plenkové kalhotky, vložky, vložné pleny a jednorázové podložky do lůžka. Hlavním úkolem pečovatele či sestry je výběr vhodné inkontinenční pomůcky, které jsou uzpůsobené pro obě pohlaví. Burda a Šolcová (2016) doplňují, že u chronicky nemocných je inkontinence větší problém, který se však dá řešit zavedením permanentního močového katétru. Pak se ale u nemocného vyskytuje vyšší riziko vzniku infekce. Pečovatel tak musí správně pečovat o tento invazivní vstup a tím tak minimalizovat riziko vzniku infekce.

Inkontinenční pomůcky předepisuje smluvní lékař pojišťovny. Musí být odbornosti praktického lékaře, neurologa, urologa, gynekologa nebo geriatra. Nárok na předpis je od tří let věku pojištěnce, ovšem pouze po prokázané patologické inkontinenci. Zdravotnické pomůcky jsou předepsány na poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku a o množství předepsaných pomůcek rozhoduje indikující lékař a to na základě anamnestických údajů a zdravotního stavu nemocného (Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2018).

#### *1.5.4 Výživa*

Plevová a kolektiv (2011) uvádí, že výživa patří mezi jeden z hlavních faktorů vnějšího prostředí, který má značný vliv nejen na vznik onemocnění, ale i na jeho prevenci. Zdravé stravování označujeme také jako racionální stravu, která by měla zajistit dostatečný příjem základních živin. Naopak nevhodná výživa člověku škodí a může se podílet na vzniku mnoha onemocnění. Strava by tak měla obsahovat vyvážený poměr tuků, cukrů, bílkovin, minerálů a vitamínů. Energetická potřeba bazálního metabolismu je úzce spojena s věkem, tělesnou hmotností a pohlavím člověka. Burda a Šolcová (2016) doplňují, že oblast výživy je velice zásadní. Nemocný je ohrožen podvýživou a dehydratací, objevuje se nechut k jídlu, ztráta pocitu žízně nebo poruchy s polykáním. V tomto případě má velmi zásadní postavení pečovatel, který se snaží nemocného motivovat a připomíná mu nutnost se napít a najíst. Pokud by se stav nemocného zhoršil a nemocný by nebyl soběstačný v oblasti příjmu potravy a tekutin, je nutné, aby tyto činnosti vykonával pečovatel. Vytejková et al. (2011) uvádí několik zásad, která se vyskytují u podávání stravy nesoběstačnému nemocnému. Patří mezi ně např. umožnit nemocnému umýt si před jídlem ruce, zhodnotit dutinu ústní a pokud je nemocný zvyklý jíst se zubní protézou, tak mu to umožnit. Dále je potřeba oblečení nemocného chránit jednorázovým ubrouskem nebo bryndákem, podávat nemocnému přiměřená sousta a řídit se tempem nemocného, nezapomenout dávat nemocnému pít během jídla, po jídle utřít nemocnému zbytky jídla z obličeje ubrouskem a v neposlední řadě dávat pozor na možnost aspirace jídla.

Vhodnou formou výživy je užívání doplňků neboli sipping (Burda a Šolcová, 2016). Marková a kolektiv (2015) uvádí ve své knize celou škálu nutričních doplňků. Patří mezi ně např. Nutridrink, Diasip, Cubitan, Nutrilac nebo Calogen. Většinou mívají jogurtový, mléčný nebo ovocný základ a obvykle se podávají chlazené. Některé příchutě, jako je třeba čokoládová je však možné podávat i teplé.

#### *1.5.5 Komunikace*

Zacharová (2016) udává, že komunikace mezi sestrou a nemocným prochází jistým vývojem. Na počátku může docházet k nedůvěře nemocného k sestře a tím i neochotě ke spolupráci. Sestra by měla být schopna zahájit, udržovat a podporovat správnou komunikaci. Je tedy důležité, aby sestra naslouchala nemocnému, vyslechla jeho názory



a případné problémy. K základním dovednostem sestry ve vzájemné interakci s nemocným by mělo patřit pozitivní ovlivňování vzájemné důvěry, a to především využití zpětné vazby. Honzák (2015) zdůrazňuje, že je důležité si kontrolovat, zda nemocný správně rozuměl nám a naopak. Podle Zacharové (2016) se v současné době dává velký důraz na odborné vědomosti a psychologický přístup k pacientovi, který lze chápat jako souhrn psychologicky působících vlivů, mezi které můžeme zařadit šetrné zacházení s lidmi nebo třeba respektování lidských práv. Jedním z velmi podstatných prvků v mezilidských vztazích je pojem empatie, jejímž cílem a smyslem by mělo být pomoci člověku, který ji právě potřebuje. Dle Juřeníkové (2010) je empatie definována jako schopnost sestry porozumět stavu a pocitům nemocného a ukázat mu, že mu rozumí.

### ***1.6 Dávky pro osoby se zdravotním postižením***

#### *Príspevek na péči*

Kuzníková a kolektiv (2011) definují příspěvek na péči jako příspěvek, který patří lidem s nepříznivým zdravotním stavem, díky kterému jsou závislí na pomoci od jiné osoby. Do péče o vlastní osobu bychom mohli zahrnout především takové denní úkony, které se týkají osobní hygieny, oblékání a pohybu nebo zajištění a přijímání stravy. Dle Pochmanové a kolektivu (2015) můžeme o tuto sociální dávku požádat na příslušné pobočce úřadu práce, kde je třeba vyplnit *Žádost o příspěvek na péči* a přílohu *Oznámení o poskytovateli pomoci*. Po vyplnění této žádosti navštíví příjemce péče sociální pracovnice a provede tzv. sociální šetření. Kuzníková a kolektiv (2011) uvádí, že příspěvek na péči nenáleží osobě, která péči poskytuje, ale osobě o kterou je pečováno. Zákon rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby. Kahoun a kolektiv (2013) je ve své knize uvádí ve čtyřech stupních závislosti. 1. stupeň označuje lehkou závislost, 2. stupeň označuje středně těžkou závislost, 3. stupeň znázorňuje těžkou závislost a 4. stupeň úplnou závislost. Výše příspěvku na péči se pak dále nepatrně liší pro osoby mladší 18 let a pro osoby starší 18 let. Tyto náklady na příspěvek na péči je hrazen státním rozpočtem.

#### *Príspevek na mobilitu*

Podle Kahouna a kolektivu (2013) má nárok na příspěvek na mobilitu osoba starší jednoho roku, která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility, nejsou ji poskytovány pobytové sociální služby např. v domově pro seniory,

ve zdravotnickém zařízení ústavní péče, v domově pro osoby se zdravotním postižením apod. a opakovaně se dopravuje nebo je dopravována. Tyto podmínky, s výjimkou opakovaného dopravování musí být splněny během celého kalendářního měsíce. Sociální služba posuzuje schopnost osoby zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace a výsledný posudek pak zpracovává lékařská posudková služba OSSZ. O způsobu příspěvku rozhoduje příjemce příspěvku na mobilitu.

#### *Příspěvek na zvláštní pomůcku*

Dle ministerstva práce a sociálních věcí (2018) má nárok na tento příspěvek osoba, která má těžké zrakové nebo sluchové postižení, anebo má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí. Charakter takovýchto postižení musí být dlouhodobě nepříznivý a zdravotní stav klienta nesmí vylučovat přiznání tohoto příspěvku. Tento nepříznivý zdravotní stav je obvykle ten, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok. Kahoun a kolektiv (2013) odkazují na vyhlášku č. 388/2011 Sb., ve které se vyskytuje přesný seznam konkrétních pomůcek, na jejichž pořízení se poskytne příspěvek na zvláštní pomůcku. Další podmínkou je věk žadatele, který musí být vyšší než jeden rok.

#### **1.7 Služby sociální péče**

Zákon č. 206/2009 Sb. o sociálních službách zahrnuje sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dle Kahouna a kolektivu (2013) je cílem těchto služeb posílit a udržet dovednosti a schopnosti uživatele k získání větší nezávislosti během života, podpory při řešení jeho sociální situace (pomoc při odvolávacích řízeních, vyřizování žádostí na úřadech, bytová či pracovněprávní problematika) a v neposlední řadě poskytovat uživateli informace a podporu ve využití dalších možných služeb.

#### *Denní a týdenní stacionáře*

Zajišťují rehabilitační cvičení, terapeutické činnosti, pracovní výchovu, zájmovou činnost, ale třeba i návštěvy výstav nebo koncertů a divadel (Kahoun a kolektiv, 2013). Stacionáře většinou navštěvují osoby se sníženou soběstačností (Malíková, 2011).

### *Domovy pro osoby se zdravotním postižením*

Dle Malíkové (2011) jsou tyto domovy pro osoby se sníženou soběstačností, které již nejsou schopny bydlet ve svém původním sociálním zařízení. Kahoun a kolektiv (2013) doplňují, že domovy pro osoby se zdravotním postižením zahrnují dlouhodobou péči včetně ubytování, stravování, pomoc při hygieně, rehabilitace a zajištění ošetrovatelské péče pro zdravotně postižené osoby. Snahou těchto domovů je především zajistit co nejkvalitnější způsob jejich života.

### *Domovy pro seniory*

Zprostředkovávají dlouhodobou péči včetně ubytování, úklidu, pečovatelské a hygienické služby pro osoby vyššího věku. Zajišťují také zdravotní péči, pomoc při vyřizování úředních, soukromých a rodinných záležitostí či sociální poradenství. Cílem těchto domovů je zajištění kvalitní péče a pomoci starším lidem (Kahoun a kolektiv, 2013).

### *Domovy se zvláštním režimem*

Slouží lidem, kteří jsou odkázáni na pomoc od jiných osob, které trpí sníženou soběstačností z důvodu závislosti na návykových látkách, chronickým onemocněním, onemocněním Alzheimerovou, stařeckou či jinou demencí. Tyto domovy mají specificky upravený režim, který odpovídá potřebám klientů (Kahoun a kolektiv, 2013). Malíková (2011) doplňuje, že velká řada pobytočných zařízení je často rozdělena na domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem.

### *Chráněné bydlení*

Život v chráněných bytech má vést lidi k větší samostatnosti, k plnohodnotnému životu ve společnosti a ke zvládnutí sebeobsluhy. Cílem tohoto bydlení je tedy začlenění postižených do přirozeného prostředí jejich města (Kahoun a kolektiv, 2013).

### *Odlehčovací služby*

Další možnou pomocí může být respitní péče, které se také říká péče „odlehčovací“ (Palmer et al., 2013). Jejím cílem je především pomoci pečujícím, aby si při dlouhodobé péči mohli odpočinout, vyřídit vlastní záležitosti a nabrat nové síly. Těchto služeb lze využívat v pravidelném a předem dohodnutém čase (Pochmanová a kolektiv, 2015).

Tato péče je velmi důležitá, pokud je člověku poskytována dvacetičtyřhodinová péče s neustálým dohledem. Může to být u lidí imobilních, s komunikačním či kognitivním postižením nebo u lidí s nebezpečným chováním. V takovýchto situacích vykonávají tuto péči školení odborníci, které můžeme zkontaktovat buď soukromě nebo přes inzeráty, na doporučení někoho jiného či přes agentury, které nabízejí respitní péči. Dále můžeme využít denních stacionářů, které nám umožní si vzít na pár dní volno a nahradí tak naši péči (Palmer et al., 2013).

#### *Osobní asistence*

Osobní asistence patří mezi terénní službu, která pomáhá především osobám se zdravotním postižením a seniorům. Napomáhá lidem zvládat péči o sebe a začlenit je do společnosti (Malíková, 2011).

#### *Pečovatelská služba*

Tato služba funguje buď jako terénní pečovatelská služba, která poskytuje pomoc s hygienou, přípravou pokrmů, úklid domácnosti nebo základní zdravotní péči, anebo se jedná o domy s pečovatelskou službou, kde jsou lidé ubytováni a využívají pečovatelských služeb (Kahoun a kolektiv, 2013).

#### *Podpora samostatného bydlení*

Jedná se o terénní službu, která poskytuje pomoc osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního a duševního postižení. Tyto osoby jsou závislé na pomoci od druhých. Terénní služba zajišťuje například chod domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti či sociálně terapeutické činnosti (Kahoun a kolektiv, 2013). Dle Malíkové (2011) je především zaměřena na podporování a rozvoji schopností člověka tak, aby dokázal bydlet samostatně.

#### *Průvodcovské a předčitatelské služby*

Nabízejí zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při obstarávání osobních záležitostí nebo při uplatňování práv (Kahoun a kolektiv, 2013). Jsou určeny pro osoby se sníženou schopností orientovat se v prostoru a komunikovat (Malíková, 2011).

### *Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče*

V těchto zařízeních se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nepotřebují ústavní zdravotní péči, ale díky jejich stavu se neobjedou bez pomoci jiné osoby. Také je zde zajištěno stravování, pomoc s hygienou či běžnými denními činnostmi, kontakt se společenským prostředím nebo sociálně terapeutické a aktivizační činnosti (Kahoun a kolektiv, 2013).

### *Tísňová péče*

Jedná se o terénní službu, která poskytuje nepřetržitou hlasovou a elektronickou komunikaci s osobami, které jsou vystaveny vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života, kdy dojde k náhlému zhoršení jejich zdravotního stavu (Kahoun a kolektiv, 2013). Malíková (2011) doplňuje, že tísňová péče při náhlém zhoršení zorganizuje neodkladnou pomoc.

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

V této kapitole se budeme věnovat stanovenými cíli bakalářské práce a dále se budeme zabývat výzkumným otázkám, které byly určeny pro tuto bakalářskou práci.

### ***2.1 Cíl práce***

Zjistit, jaké má problémy imobilní nemocný v domácím prostředí.

Zjistit, jaké problémy má pečující o imobilního nemocného v domácím prostředí.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

Výzkumná otázka 1: Jaké má imobilní nemocný v domácím prostředí problémy?

Výzkumná otázka 2: Jaké problémy má pečující o imobilního pacienta v domácím prostředí?

### **3 Metodika**

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Část první je teoretická, která je zpracována pomocí nejnovějších dostupných elektronických, tištěných a zahraničních databázových zdrojů, k jejichž vyhledávání byla použita rešerše z Národní lékařské knihovny v Praze. Následně bylo provedeno vlastní vyhledávání potřebných zdrojů. Pro výzkumné šetření k bakalářské práci byl zvolen kvalitativní výzkum s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření probíhalo v období únor 2018 až březen 2018 v domácím prostředí imobilních nemocných a pečujících.

Před samotným zahájením výzkumu bylo zažádáno o povolení výzkumného šetření v domácím prostředí imobilních nemocných a jejich pečujících přes agentury domácí péče. Souhlas s šetřením byl potvrzen jak agenturami domácí péče, tak i imobilními nemocnými a jejich pečujícími. Polostrukturovaný rozhovor byl pro naši práci vybrán především pro získání souhrnných informací a zároveň díky jeho možnostem pro rozvíjení dalších dotazů. Byl připraven okruh otázek, aby dle vývoje rozhovoru nebo v případě nejasností mohly být otázky upraveny. Tyto otázky byly stanoveny podle stanoveného cíle naší bakalářské práce (viz příloha č. 1, 2).

Dotazovanými byli imobilní nemocní v domácím prostředí a jejich pečující. Všechny rozhovory byly předem naplánované, probíhaly individuálně a po předchozím souhlasu imobilních nemocných a pečujících v jejich domácím prostředí. Před zahájením každého rozhovoru byli všichni dotazující seznámeni s tématem a s účelem bakalářské práce. Všichni zúčastnění dotazující byli ubezpečeni a poučeni o neporušení jejich anonymity. Imobilní i pečující souhlasili s nahráváním rozhovoru na diktafon, kdy následně došlo k jejich přesné transkripci (viz příloha č. 6). Analýza získaných dat probíhala dále metodou otevřeného kódování v ruce (viz příloha č. 3). Ta bývá rovněž označována jako metoda papír tužka (Švaříček et al., 2014). Tyto data byla následně utříděna do jednotlivých kategorií.

#### ***3.1 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor se skládá z 5 imobilních nemocných a 5 pečujících, kteří se o imobilní nemocné v domácím prostředí starají. Výběr dotazovaných byl záměrný. Našimi kritérii byl imobilní nemocný v domácím prostředí a pečující, který se o imobilního nemocného

stará. Samotné setkání s imobilními nemocnými a jejich pečujícími tedy nejprve domlouvaly sestry z agentur domácí péče a až poté následovala osobní domluva. Veškeré rozhovory a setkání také probíhaly osobně (tab. 1, 2). Celý rozhovor obvykle trval 30 minut až jednu hodinu. Všichni, kteří nám rozhovory poskytli, byli velice ochotní a vstřícní. Ze začátku udávali obvykle nervozitu, ale ta během rozhovoru následně opadla.



## 4 Výsledky

### 4.1 Identifikační údaje imobilních nemocných

**Tabulka 1 – Identifikační údaje imobilních nemocných**

<b>Dotazovaní</b>	<b>Věk</b>	<b>Doba imobilního nemocného na lůžku</b>	<b>Doba spolupráce s agenturou domácí péče</b>
<b>IN1</b>	73	7 let	1 rok
<b>IN2</b>	64	2,5 roku	2 roky
<b>IN3</b>	45	27	1 rok
<b>IN4</b>	75	5 měsíců	5 měsíců
<b>IN5</b>	85	8 let	8 let

Zdroj: vlastní

Označení IN je označení imobilního nemocného. Od imobilních nemocných jsme zjišťovali jejich věk, dobu imobilního nemocného na lůžku a dobu spolupráce s agenturou domácí péče.

První imobilní nemocný bude označován jako IN1, tento imobilní nemocný je upoutaný na lůžku 7 let a s agenturou domácí péče spolupracuje 1 rok. Druhý imobilní nemocný, označený IN2 je na lůžku již 2 a půl roku a s agenturou domácí péče spolupracuje 2 roky. Třetí imobilní nemocný je z našich dotazujících nejmladšího věku, ale zároveň je nejdelší dobu upoutaný na lůžku a to už 27 let, ale s agenturou domácí péče spolupracuje pouze 1 rok. Bude označován jako IN3. Čtvrtého imobilního nemocného budeme označovat jako IN4. Ten je na lůžku nejkratší dobu a to 5 měsíců a po celou tuto dobu spolupracuje s agenturou domácí péče. Poslední dotazující imobilní nemocný IN5 je i nejstarší. Nyní je mu 85 let a doba na lůžku i doba spolupráce s agenturou je 8 let.

## 4.2 Identifikační údaje pečujících

Tabulka 2 – Identifikační údaje pečujících

Dotazovaní	Pohlaví	Doba péče o svého blízkého	Předchozí zkušenost s péčí o imobilního nemocného
P1	Žena	7 let	Ne
P2	Žena	2,5 roku	Ne
P3	Muž	27 let	Ne
P4	Žena	5 měsíců	Ne
P5	Žena	8 let	Ne

Zdroj: vlastní

Označení P je označení pro pečujícího. Od pečujících jsme zjišťovali pohlaví, dále dobu péče o svého blízkého a předchozí zkušenost s péčí o imobilního nemocného. První pečující bude označen jako P1, jedná se o ženu, která se o imobilního nemocného stará 7 let. Druhý pečující je také žena, stará se o imobilního nemocného 2 a půl roku. Budeme ji označovat jako P2. Třetí pečující je muž, označený jako P3, který pečuje o imobilního nemocného 27 let. P4 označíme čtvrtého pečujícího, kterým je opět žena a stará se o imobilního nemocného 5 měsíců, tudíž i nejkratší dobu. Posledním, tedy pátým pečujícím, je také žena, bude označována jako P5 a ta pečuje o imobilního nemocného 8 let. Ani jeden z pěti pečujících nikdy předtím neměl zkušenost s péčí o imobilního nemocného.

### 4.3 Kategorizace výsledků

Pro větší přehlednost byly výsledky rozděleny do 6 kategorií (tab. 3). V následujících kapitolách se těmto kategoriím budeme zabývat podrobněji.

**Tabulka 3 – Kategorizace výsledků**

<b>Kategorizace výsledků</b>	
<b>Kategorie 1</b>	Agentura domácí péče
<b>Kategorie 2</b>	Informovanost z nemocnice
<b>Kategorie 3</b>	Změny v domácím prostředí
<b>Kategorie 4</b>	Největší problémová oblast při péči
<b>Kategorie 5</b>	Kompenzační a jiné pomůcky
<b>Kategorie 6</b>	Výživa

Zdroj: vlastní

#### 4.3.1 Kategorie 1 - Agentura domácí péče

Tuto kategorii jsme nazvali Agentura domácí péče. Chtěli jsme zjistit, zda s agenturou domácí péče chtěl spolupracovat sám imobilní nemocný nebo jeho pečující a rodina, jak si k sobě navzájem získali důvěru a jak dlouho jim to trvalo a v neposlední řadě, proč a jak dlouho spolupracují s agenturou domácí péče.

IN1, IN3 a IN5 uvedli, že se na spolupráci s agenturou domácí péče shodli s pečujícím. Imobilní nemocný IN2 se rozhodl sám pro agenturu domácí péče a IN4 uvedl, že s agenturou domácí péče, chtěl spolupracovat spíše pečující. K tomuto zjištění přikládáme několik odpovědí imobilních nemocných na otázku, zda si přáli spolupracovat s agenturou domácí péče oni nebo jejich pečující a rodina: „*Chtěl jsem já i rodina, protože o mě se stará manželka a pro ní je to taky těžký, když se se mnou musí tahat, takže jsme chtěli oba.*“ (IN1) „*No hlavně já, protože o mě se stará manželka a ta se stará ještě o svojí maminku, moji maminku a ještě mě, takže já jsem viděl, že každéj kdo nám pomůže, tak jí to aspoň trochu usnadní práci.*“ (IN2) „*Tak od tý doby, co jsem na posteli*

*a maminka umřela, pro mě všechno dělá táta, vařil, staral se o mě, dával mě na vozík, myl mě a pak už jsme se dohodli, že bude mít míň práce a bude to pro něj jednodušší, takže jsme se dohodli s otcem.*“ (IN3) *„No jak já, tak můj syn s manželkou, protože jsme si nevěděli ze začátku rady.*“ (IN5) V posledním případě chtěl s agenturou domácí péče spolupracovat převážně pečující a rodina imobilního nemocného. O tom se nám zmínil i imobilní nemocný IN4: *„Já jsem to nechávala všechno na dceři, jak se rozhodne, protože ona toho má hodně a teď se ještě musí starat o mě, takže hlavně dcera chtěla agenturu, protože za tu dobu, co jsem ležela v nemocnici, se mi udělaly proleženiny na zádech a s tím ona se samozřejmě nikdy nesešla, tak s tím potřebovala poradit.*“ (IN4)

Spolupráci s agenturou chtěl imobilní nemocný – IN2

Spolupráci s agenturou chtěl pečující – IN4

Spolupráci s agenturou chtěli oba – IN1, IN5, IN3

Na otázku, jak si k sobě navzájem získali důvěru, uvedli IN1, IN2, IN3 a IN5, že jim to nedělalo sebemenší problém, pouze IN4 odpověděla: *„No musím říct, že pro mne to bylo těžší, protože jsem nebyla zvyklá, že by se o mě kromě dcery staral někdo cizí.*“ U pečujících na tuto otázku pět pečujících z pěti odpovědělo, že v agentuře domácí péče viděli velikou pomoc a s navazováním důvěry proto neměli problém.

S tím se pojí i otázka, jak dlouho jim trvalo navázat důvěru k sestře z agentury domácí péče. Pouze IN4 uvedla: *„Upřímně musím říct, že mně to trvá delší dobu, od určité doby nemám v cizích lidech příliš velkou důvěru a přesto, že ke mně sestřička byla vždy velmi milá, tak nám to opravdu trvalo delší dobu.*“ Imobilní nemocní IN1, IN2, IN4 a IN5 neudávali, že by jim navázání důvěry trvalo delší dobu.

S navazováním důvěry nebyl problém – IN1, IN2, IN4, IN5, P1, P2, P3, P4, P5

Navázání důvěry trvalo delší dobu – IN4

Jedním z hlavních důvodů, proč imobilní nemocný a jeho pečující spolupracují s agenturou domácí péče, byla především změna zdravotního stavu imobilního nemocného a pocit pečujících, že péči o imobilního nemocného nezvládnou sami. IN1, IN2 a IN3 uvedli jako jeden z hlavních důvodů spolupráce s agenturou především

ulehčení a částečnou úlevu a pomoc pro jejich pečující. Pro upřesnění si zde ukážeme jejich odpovědi: „...protože já jsem po mrtvici a s nohama skoro nehnu, takže pro manželku je to to o to těžší, když jí nepomůžu,“ (IN1) „...chtěl jsem usnadnit manželce práci, aby na to všechno nebyla sama, a taky jsme si ze začátku často nevěděli s něčím rady, jak třeba ty nohy správně převazovat a tak.“ (IN2) „Je to hlavně z toho důvodu, že táta už to všechno sám nezvládá, už je taky starší, má špatný nohy, takže hlavně, aby on si taky trochu ulevil.“ (IN3) S tímto názorem se také shodují některé odpovědi pečujících: „Já už se o manžela starám 7 let a nikdy mě nenapadlo, že by mi s tím mohl někdo pomoci, ale protože se jeho stav zhoršil a já už nejsem nejmladší a nemám tolik sil, tak jsem pomoc od sestřičky velmi ocenila a jsem jí hrozně vděčná, že mi s tím takhle pomáhá.“ (P1) „Já se o syna starám už 27 let a vzhledem k tomu jak teď vypadám, s mými 150 kily, které nosím, cukrovkou a dalších všech možných zdravotních problémů, který mám, už jsem to sám nezvládal.“ (P3)

Odlíšný názor měl IN4 a IN5, kteří uvedli hlavně změnu jejich zdravotního stavu: „...především kvůli tomu, že mám ty dekubity a dcera si s tím nevěděla rady. Navíc na břicho mám velké jizvy, kolem kterých se mi udělaly takové díry a o to se mi teda stará jen sestra.“ (IN4) „Já jsem přišel o obě nohy, takže to byl docela šok a já mám cukrovku, takže bylo třeba, aby mi někdo jezdil píchat inzulin.“ (IN5) Pečující P2, P4 a P5 spolupracují s agenturou převážně kvůli změně zdravotního stavu imobilních nemocných, díky čemuž potřebují odbornou ošetrovatelskou péči: „Protože maminka má dekubity na zádech a na břicho má jizvu a má tam nějaké píštěle, díry, které se musí pravidelně a odborně ošetřovat, takže k nám dochází sestra třikrát týdně a pro mě je to taky velká psychická podpora.“ (P4) „No jelikož manželovi vzali obě nohy, ale ty se mu velmi špatně hojily, a i když jsem se opravdu snažila a vozila ho denně na převazy do nemocnice a sama to pak doma převazovala, tak to nestačilo. Tak jsem se domluvila s agenturou domácí péče, která nám s tím bude pomáhat a ob den k nám jezdí sestřička na převazy a musím říct, že od té doby se to už výrazně zlepšilo.“ (P2) „Jelikož tchán má cukrovku a bohužel už je na inzulinu, tak jsme potřebovali, aby mu ten inzulin jezdil pravidelně někdo píchat, protože já občas chodím do práce a manžel nemá rád jehly, tak bylo nutné navázat spolupráci s agenturou domácí péče.“ (P5)

Ulehčení a pomoc pro pečujícího – IN1, IN2, IN3, P1, P3

Ošetrovatelská péče – IN4, IN5, P2, P4, P5

#### 4.3.2 Kategorie 2 – Informovanost z nemocnice

V následující kategorii jsme se zaměřili na informovanost z nemocnice. Zajímalo nás především, zda zdravotnický personál dostatečně informuje imobilního nemocného a jeho pečujícího před propuštěním z nemocnice do domácího prostředí. Dále jsme se také zaměřili na informace, které si pečující vyhledal sám, než se o imobilního nemocného začal starat.

Na otázku, z čeho pečující čerpal informace, než začal pečovat o imobilního nemocného, odpovídali pečující různě. P1 a P3 uvedli, že se vše naučili sami a informace z ničeho nečerpali. P1 uvedla: „*No z ničeho, k tomu jsem si prostě musela dojít sama, musela jsem se k tomu časem dopracovat. Něco jako internet v té době nebyl, knížky mě ani nenapadly a že bych někomu řekla o pomoc mě nenapadlo.*“ P3 odpověděl: „*...my jsme se s mámou všechno naučili v podstatě sami, v nemocnici nám vůbec nikdo neporadil.*“

P4 byl jediný, kdo kromě jiných zdrojů využil také internetu, kde si spoustu informací našel sám: „*No na internetu samozřejmě, tam v dnešní době najdete úplně všechno, já tam objednala veškeré pomůcky, které maminka potřebovala, našla jsem si videa, podle kterých jsem se naučila, jak ji máme polohovat. Ona má špatný jícen po intubaci, tak na internetu jsem si našla, že zahojení trvá i třeba 4 měsíce a proto je důležitý, abych jí stravu mixovala.*“ (P4)

P2, P5 a P4 udávali, že některé informace byly od lékařů a sester z nemocnice a dále pak od sester z agentury domácí péče. Pro názornost si zde pár odpovědí ukážeme: „*Jelikož manželovi se po amputaci nechtěly dohazit ty nohy, tak jsme měli informace od lékařů, ty mi říkali, co s tím mám dělat, sestry mi ukázaly, jak to mám ošetřit a tak, s tím mi pak hodně pomohla sestřička z agentury, ale aby vám poradili, jak se starat o člověka na posteli, tak to teda ne.*“ (P2) „*...ted' se jí musí píchat injekce na ředění krve, takže sestra z agentury mě to naučila, abych jí to mohla píchat sama nebo hodně nám taky poradila, jak s ní máme cvičit.*“ (P4)

Informace od lékařů a sester – P2, P5, P4

Informace z internetu – P4

Žádné informace – P1, P3

#### 4.3.3 Kategorie 3 - Změny v domácím prostředí

Následující kategorii jsme nazvali změny v domácím prostředí. Zajímalo nás, jakými změnami muselo projít domácí prostředí imobilního nemocného tak, aby mu vyhovovalo při jeho péči a hlavně po zbytek jeho života.

Naprosto všichni imobilní nemocní se shodli na tom, že muselo dojít k přeměně jejich domácího prostředí, do kterého se z nemocnice měli vrátit. Imobilní nemocný IN4 se do svého domácího prostředí vrátit nemohl a to z toho důvodu, že by se o něho neměl kdo postarat, proto se odstěhoval ke svým rodinným blízkým, kteří ovšem také museli poupravit své domácí prostředí.

Asi nejvíce se o změnách v domácím prostředí vyjádřili IN3 a IN2. Na otázku, jak při zhoršení jejich zdravotního stavu uzpůsobili jejich domácí prostředí, odpověděl IN3 takto: *„Tak úplně nejdříve jsme bydleli v bytě, kde to ale mému zdravotnímu stavu nevyhovovalo, ale jelikož jsme tam byli v pronájmu a nechtěli cpát peníze do cizího, tak jsme si koupili starý barák, kde byly jen tři místnosti, všude byly nějaké schody a celkově to bylo hrozně malý. Takže z našetřených peněz táta celý tenhle barák předělal na bezbariérový. K tomu původnímu postavil ještě další křídlo, kde já mám teď pokoj a celý dům je teď bez jediného schodu, prahu, s velkou koupelnou, kde je jak sprcha, tak ale i vana, která je více zapuštěná v zemi. Takže pokud mě otec přendá na vozík, tak já se po domě můžu pohybovat naprosto všude.“*

I pečující ve svých odpovědích zmínili změny v domácím prostředí. P1 a P2 se zmínili především o předělávání koupelny a vyndání prahů. P3 dále uvedl, že se z malého nevyhovujícího bytu přestěhovali do domu, který zcela předělali na bezbariérový. Několik odpovědí pečujících si zde ukážeme. P5 odpověděl: *„...museli jsme doma předělat přízemí. Udělali jsme větší, úplně novou koupelnu se sprchovým koutem, kam jsme umístili židli a nechali tam navrtat madla. Vysoké prahy, které jsme všude měli, jsme předělali na úplně nízké, mezi kuchyní a obývacím pokojem jsme nechali udělat velké šoupací dveře, protože ty předešlé byly malé a v rohu, kam jsme se s vozíčkem nedostali a jelikož do baráku máme jeden schod, tak jsme nechali udělat nájezdovou rampu, kterou tam dáme, když chceme s dědou vyjet na zahradu.“* P4 musel také udělat velké změny ve svém domě, než se mohl začít starat o imobilního nemocného: *„...z přízemí, kde jsme měli takový sklad, jsme udělali pokoj, kde má veškerý vybavení, co potřebuje, já tam mám*

*všechno po ruce, když u ní něco dělám, vedle jsme nechali udělat novou koupelnu a prahy jsme odstranili. Z jejího pokoje jsme museli vybourat větší dveře, abychom tam projeli s vozíčkem na chodbu, a z chodby ven máme pár schodů, takže jsme si nechali udělat na míru nájezdovou rampu, abychom s ní taky mohli vyjet na zahradu. “*

Prahy – IN1, IN2, IN3, IN4, P1, P2, P4, P5

Rampa – IN4, P4, P5

Pokoj – P4, P5

Koupelna – IN2, IN3, IN4, IN5, P4, P5

Změna bydliště – IN4, P3

#### *4.3.4 Kategorie 4 – Problémové oblasti při péči*

Kategorie, která byla pojmenována jako problémové oblasti při péči, se bude zabývat oblastmi, které byly jak pro imobilního nemocného, tak pro pečujícího jedny z těch nejtěžších.

Na otázku, co bylo nebo stále je pro pečující při péči nejtěžší, odpovídali různě. P1 uvedl jako největší úskalí polohování: *„No asi to polohování a celkově ta manipulace s tím člověkem, protože on mi nepomůže, je těžkej, já jsem zase malá a tolik síly už taky nemám, ale tak nějak jsme se to spolu naučili, tak to celkem jde, ale to polohování je pro mě asi nejtěžší. “* P4 měl největší strach z toho, zda všechno dělá správně: *„Pro mě bylo nejhörší, že jsem nevěděla, jestli dělám všechno dobře. “* Pro pečujícího P2 byla ze všeho nejtěžší hygiena imobilního nemocného. P3 a P5 uvedli jako největší problémovou oblast při péči o imobilního nemocného v domácím prostředí celkově fyzickou námahu a boj s vahou imobilního nemocného. P3 odpověděl: *„Ta fyzická námaha, protože dokud jste mladej, tak to jde, ale jakmile vám přetáhne určitej věk, tak je to problém. “* P5 také uvedla největším úskalím fyzickou námahu: *„Tak občas jsem ze začátku bojovala s tou vahou, protože já jsem malá a nemám tolik síly a děda přestože od pasu nahoru se hýbat dokáže, tak už má taky svůj věk a síly moc nemá, ale postupem času musím říct, že jsme se to spolu tak naučili, že většinou už problém nemáme. “*

Dalším velkým úskalím bylo pro P5 to, že imobilní nemocný, o kterého pečoval, přišel o obě nohy a to je pro psychiku pečujícího i imobilního nemocného velmi těžké.



Pro názornost si ukážeme odpověď P5: „...co pro mě bylo hrozně těžký, tak to bylo, když jsme ho přivezli s manželem z nemocnice a šla jsem ho poprvé přebalit, protože je na plenách a teď odkryjete tu peřinu a vidíte to torzo člověka, tak to jsem hodně těžce nesla a hodněkrát jsem brečela, když jsem od něj odcházela.“

Polohování – P1

Strach – P4

Hygiena – P2

Fyzická námaha – P3, P5

Psychika – P5

Na otázku, s čím sestra z agentury domácí péče pomohla pečujícím nejvíce, byly odpovědi celkem různorodé. P1, P4 a P5 se hodně zmínili o pomoci při hygieně. Pro ukázkou si zde ukážeme odpověď P1, která odpověděla: „...hodně mi teď pomáhá s tím koupáním, protože dříve jsem ho sama koupala už pouze na posteli a teď když máme možnost ho koupat v nové koupelně, tak ona mi s tím hodně pomáhá. A taky teda jak chodí hned ráno, tak mi pomůže ho i přebalit, když je třeba, což se ve dvou samozřejmě taky hned dělá daleko snadněji. Dříve jsem to zvládala sama celkem dobře, ale s přibývajícím věkem už nemám takovou sílu.“

Další činností, o které se pečující často zmínili, bylo ošetřování dekubitů či jiných ran na těle imobilního nemocného nebo různé odborné výkony, které je sestra musela naučit a dostatečně je o všech podrobnostech informovat. Pečující P4 se zmínila o tom, že ji sestra z agentury domácí péče naučila aplikovat injekce do břicha: „...ona teď dostala ty injekce na ředění krve, takže mě to sestra naučila píchat do toho břicha, vysvětlila mi na co to je, co maminka nesmí jíst a proč, že teda nesmí nic zelenýho, takže jsme podle toho upravili stravu.“ Pečující P4 a P3 uvedli jako největší pomoc od sestry právě ošetřování dekubitů. P3 odpověděl: „...s těma převazama těch dekubitů, ona přijede tak ob den, vždycky to rozbalí, koukne na to a zase to převáže do čistýho. ...vlastně když je víkend, tak to převazuju já, takže když k nám začala jezdit, tak mi to všechno ukázala, jak to mám převazovat, očistit, vydezinfikovat, co na to mám dát a tak.“ Pečující P2 se zmínila o převazování pahýlu jejího manžela, se kterým ze začátku pravidelně dojížděla do nemocnice na převazy, ale pak ji právě hodně pomohla sestra z agentury

domácí péče, která za nimi dojížděla domů a společně tuto ránu během pěti měsíců krásně dohojily.

Dalšími častými odpověďmi na tuto otázku byla pomoc s rehabilitací, cvičením imobilního nemocného, ale také pomoc s polohováním. Jako doklad pravdivosti toho tvrzení přikládáme některé odpovědi pečujících: „...jemu vůbec nešlo se ani otočit na tý posteli, neměl žádnou sílu a s tím mu právě hodně pomohla, ukázala mu, jak si může pomoci a čím, cvičila s ním, aby tu sílu měl zase větší a mohl aspoň něco zvládnout sám.“ (P2) „...hodně nám poradili z agentury, jak máme cvičit, protože to je u takhle ležícího člověka strašně důležitý, aby úplně nezatuhnul.“ (P4) „Tak sestra mi ukázala jak polohovat, protože něco jinýho je, když má člověk nohy a nehýbe se, ale něco jinýho je taky, když je nemá, takže s tím mi hodně pomohla.“ (P5)

Na tuto problematiku je určitě důležité se podívat i ze strany imobilního nemocného. Na otázku, s čím si rodina ze začátku nevěděla rady, odpovídali podobně. Imobilní nemocní IN3 a IN1 odpověděli, že se vším. Pro důkaz tohoto tvrzení si zde ukážeme odpověď IN3. „No tak nějak se vším, ale zase já jsem jim řekl, co potřebuju, radil jsem jim, jak to mají udělat, aby se se mnou tolik nervali, jak s otočením, tak s přesunutím na vozík. ...dokonce jsem měl i ze začátku sondu a to mi taky doma někdo musí odsát, takže to je museli naučit, protože to bylo třeba umět.“ (IN3) Podobně odpověděl i IN2: „No asi s tím, jak se o mě mají starat, jak to všechno bude.“

Jednou z dalších odpovědí, s čím si rodina nevěděla rady, byla určitě hygiena, ošetřování ran nebo proleženin či přesouvání imobilního nemocného. Toto tvrzení si potvrdíme několika odpověďmi imobilních nemocných: „...my jsme furt řešili, jak se dostanu na záchod, jak se vykoupu, kdo mi bude ošetřovat ten pahýl, jak se dostanu do auta a tak a to bylo pořád dokola.“ (IN2) „Ze začátku hodně s tím koupáním, protože koupat někoho, kdo nemá nohy je úplně jiný.“ (IN5) „...s ošetřováním těch proleženin, dcera se furt bála, jestli to dělá správně, jestli to dostatečně vyčistila, aby to neprosakovalo a s tím nám právě pak hodně pomohla sestra z agentury. ...no a taky jak se mnou mají vůbec manipulovat.“ (IN4)

Na otázku, co pro imobilní nemocné sestra z agentury domácí péče udělala a s čím jim nejvíce pomohla, odpovídali imobilní nemocní různě. IN3 a IN4 uvedli, že jim sestra z agentury domácí péče nejvíce pomáhá s ošetřováním dekubitů a IN3 dodal: „...starají

*se taky ještě o cévku.“ Imobilní nemocný IN5 uvedl, že jim sestra ze začátku radila ve všech oblastech. „...ze začátku nám radila opravdu se vším, jak polohovat, jak mě přendat na vozík, jak mě vykoupat a teď se mnou hlavně hodně cvičí.“*

IN2 se zmínil o tom, že mu sestra z agentury domácí péče hodně pomohla s polohováním a s posuny na posteli, dále pak s cvičením a převazováním špatně hojící se rány na pahýlu: *„No ta mi hlavně pomohla s tím, abych se mohl tročku na tý posteli hýbat, protože ruce mám v pořádku, i když ze začátku jsem neměl žádnou sílu v nich, ale tak abych taky babičce trošku pomohl. Já neměl sílu v rukách, tak se snažila se mnou cvičit, pak taky hodně babičce pomáhala mi převazovat ty nohy, když jsem je měl bolavý no, ale taky když jsme ze začátku něco nevěděli, tak nám vždycky poradila, třeba když babička nevěděla, jak mě přendat na vozík.“*

Pomoc s hygienou – P1, P4, P5, IN2, IN5

Pomoc s ošetrovatelskou péčí – P2, P3, P4, IN1, IN2, IN3, IN4

Pomoc s rehabilitací – P2, P4, IN2

Pomoc s polohováním – P1, IN2, IN4, IN5

Pomoc se vším – IN1, IN2, IN3, IN5

Dále jsme se imobilních nemocných zeptali, s čím jim naopak nejvíce pomáhá rodina nebo jejich pečující. Na této otázce se všech pět imobilních nemocných z pěti naprosto shodlo v tom, že jim pečující či rodina pomáhají úplně se vším. Abychom toto tvrzení potvrdily, ukážeme si zde některé odpovědi imobilních nemocných: *„...babička pro mě dělá všechno, ráno mě přendá na záchod, pak mi připraví snídani, po snídani mi pomůže s tím ranním mytím, pak mi zase připraví oběd, odpoledne je trochu klidnější a večer zase nějaká večere a jde mě vykoupat.“* (IN2) Imobilní nemocný IN5 odpověděl velmi stručně: *Rodina mi pomáhá absolutně se vším.“* Velmi krátce odpověděl také IN3: *„...otec mi pomáhá ve všem.“*

Imobilní nemocní uvedli pomoc od rodiny ve všech oblastech – IN1, IN2, IN3, IN4, IN5

#### 4.3.5 Kategorie 5 – Kompenzační a jiné pomůcky

Další kategorii jsme nazvali kompenzační a jiné pomůcky. Zajímalo nás, jaké využívají v domácím prostředí pomůcky a jaké lůžko mají k dispozici. Dále nás zajímalo, zda je někdo informoval o tom, na jaké pomůcky mají nárok a jaké pomůcky používá pečující při hygieně imobilního nemocného.

Všech pět imobilních nemocných mi při dotazování sdělilo, že mají k dispozici polohovací lůžko. Pro potvrzení tohoto tvrzení si zde ukážeme některé odpovědi: „...*tak tuhle polohovací postel, ta se dá zvedat i nahoru a dolu.*“ (IN3) „...*mám polohovací postel, ta má i tu hrazdičku a ten ovladač, kterým mě můžou zvedat.*“ (IN4) „...*polohovací postel, ta má i hrazdičku, takže já se posadím a položím.*“ (IN2)

Imobilní nemocní mají k dispozici polohovací postel – IN1, IN2, IN3, IN4, IN5

Na otázku, jaké mají k dispozici pomůcky, odpovídal každý různě. IN2 odpověděl: „*No tak mám ten vozíček, ten vozík s tím záchodem, stolec k posteli no a babička mi ještě koupila takovej kroužek pod zadek.*“ IN5 má k dispozici stejné pomůcky jako IN2, ale navíc využívá ještě žebříček, který má upevněný na posteli. Podobné pomůcky má i IN3: „...*elektrický vozík, koupací vozík, nafukovací matraci, pak mám i ty kroužky.*“ Nejméně pomůcek využívá IN1: „*No vzhledem k tomu, že už se na tom vozíku moc nepohybuju, tak už skoro žádné nemám, jediný co, tak ten kroužek pod zadek.*“ Nejvíce pomůcek má k dispozici IN4: „...*to mám vozík, pak ten gramofon, potom různé míčky, kostky do postele, pak mi taky koupila chodítka, ale já se ještě nepostavím. Pak máme takový popruh, který si dají pode mě, když mě chtějí přendat na vozík a to je asi všechno.*“

Vozík – IN1, IN2, IN4, IN5

Elektrický vozík – IN3

Koupací vozík – IN2, IN3, IN4, IN5

Žebříček – IN5

Stolec – IN2, IN5

Kruh – IN1, IN2, IN3, IN5

Nafukovací matrace – IN3

Míčky – IN4

Kostky – IN4

Chodítko – IN4

Popruh – IN4

Další, co nás zajímalo, bylo, zda je někdo informoval o tom, na jaké pomůcky mají nárok. Na tuto otázku odpověděli P1, P2 a P3, že ne. Pro upřesnění si ukážeme pár odpovědí: „*Ne, to nám nikdo neřekl, já si musel všechno hledat sám na internetu, protože v nemocnici nám nikdo nic neřekl.*“ (P3) „*...to vůbec ne, já si to musela zjistit sama, jak je to třeba s plenama, podložkama nebo těma ostatníma pomůčkama, ale za ty jsme třeba ze začátku každý měsíc platili.*“ (P1)

Pečující P4 a P5 uvedli, že je o pomůčkách, za které nemusí platit, informovaly sestry z agentury domácí péče. Pro potvrzení tohoto tvrzení přikládáme následující odpovědi: „*Ale to jo, ale tam se nějak čeká na ty pomůcky a já jsem to chtěla hned, takže jsme to všechno koupili.*“ (P4) „*Hodně nám poradila sestřička z agentury a pak taky dcera dělá v nemocnici, takže ta se tam taky zeptala.*“ (P5)

Dále nás také zajímalo, jaké mají pečující pomůcky při hygieně imobilního nemocného a jaké využívají pomůcky při polohování. Pečující P1, P2, P3 a P4 uvedli jednorázové žínky. Všichni pečující zmínili podložky, které dávají pod imobilního nemocného. P2 navíc používá vlhčené ubrousky. P4 dodala: „*...používáme takový škopík na mytí vlasů.*“ U polohovacích pomůcek se všichni pečující zmínili o polohovací posteli. O hrazdičce v posteli se zmínila pečující P2 a P4. P4 uvedla navíc ještě popruh pro přesouvání imobilního nemocného na polohovací křeslo. O používání polštářů se zmínili pečující P1, P3 a P4. Pro potvrzení tohoto tvrzení si zde ukážeme jednu z odpovědí. „*...používáme polštáře, které dáváme mezi kolena, pod ruce, pod paty a ještě za záda.*“ (P3)

Jednorázové žínky – P1, P2, P3, P4

Podložky – P1, P2, P3, P4, P5

Vlhčené ubrousky – P2

Škopek na mytí vlasů – P4

Polohovací postel – P1, P2, P3, P4, P5

Polohovací křeslo – P4

Hrazdička – P2, P4

Polštáře – P1, P3, P4

Popruh – P4

#### 4.3.6 Kategorie 6 – Výživa

Poslední kategorii jsme nazvali výživa. V této kategorii se budeme věnovat tomu, zda nastaly nějaké změny při stravování od té doby, co jsou imobilní nemocní upoutáni na lůžku a jaké změny pocítili pečující.

Pouze pečující P1 neuvedla žádný problém či změnu ve výživě. O problému s výživou se naopak rozpovídala pečující P4, která uvedla, že kvůli tomu, že její maminka má špatný jícen po intubaci, jí musí veškerou stravu mixovat, dále si také musí dávat pozor na některá jídla, která její maminka nesmí z důvodu ředění krve podkožními injekcemi.

Pečující P2 se zmínila o tom, že ze začátku musela manžela krmit a z toho že měla celkem velký strach a že časově náročné je i každodenní vaření a vymýšlení nových jídel. I pečující P5 se zmínila o vymýšlení jídel: „*Pro mě je nejhorší vždycky každý den vymyslet něco, na co by měl chuť, takže se vždycky domluvíme, co budu vařit, děda má radši sladký, takže se snažím mu připravovat spíš něco sladšího.*“ Velkou změnou pro pečujícího P3 bylo to, že musel svého syna krmit a připravovat mu všechno jídlo: „*Pro mě jako pro chlapa je vaření celkem oříšek, ze začátku jsem se snažil vařit, ale pak jsem si řekl, že daleko jednodušší pro nás bude, když si obědy budeme objednávat a já už pak syna jen nakrmím.*“

IN1, IN4 a IN5 uvedli, že žádný problém v oblasti výživy nemají. Zatímco imobilní nemocný IN3 uvedl, že pro něj ze začátku bylo velice těžké si zvyknout na to, že ho musí někdo krmit, jinak s jídlem problém neměl. Kvůli dekubitům mu doporučila sestra z agentury domácí péče, že by bylo vhodné pít jako doplněk stravy některé nutridrinky: „*Ze začátku pro mě byl hrozný ten pocit, že mě někdo krmí, máte pocit, že toho druhého*

*zdržujete, že se vám musí podřídít v té rychlosti, ale časem jsem si zvyknul....no a kvůli těm dekubitům mi sestra doporučila, že by bylo dobré, kdybych během dne popíjel ty nutridrinky, který by taky měly podpořit to hojení těch dekubitů, ale je to taky docela finančně náročný.“ Imobilní nemocná IN4 se zmínila o tom, že jí dcera musí veškeré jídlo mixovat kvůli poranění jícnu a ze začátku měla problém s tím, že se jí z mixovaného jídla dělalo spíš špatně a nechutnalo jí to: „No jako ze začátku jsem měla velký problém to vůbec sníst, ...ale postupem času jsem si docela zvykla a teď už občas zkusíme něco trochu pevnějšího.“*

Změna stravy – P4

Krmení – P2, P3, IN3, IN4

Vymýšlení jídelníčku – P2, P3, P5

Žádný problém – P1, IN1, IN2, IN5

## 5 Diskuze

V této kapitole jsou shrnuty a diskutovány výsledky, které jsme během výzkumného šetření získali s imobilními nemocnými a pečujícími v jejich domácím prostředí, ke kterým jsme se dostali přes sestry z agentury domácí péče. Proto jsme se i jich zeptali na několik otázek, které jsme následně použili v diskuzi. Během výzkumného šetření proběhlo pět rozhovorů se sestrami z agentury domácí péče. Dále tedy budou označeny jako S1, S2, S3, S4 a S5. Výsledky výzkumného šetření budou dány do kontextu s teoretickou částí bakalářské práce.

V této bakalářské práci jsme si stanovili dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké má problémy imobilní nemocný v domácím prostředí, kdy byla položena jedna výzkumná otázka, která zněla: Jaké má imobilní nemocný v domácím prostředí problémy? Druhým cílem bylo zjistit, jaké problémy má pečující o imobilního pacienta v domácím prostředí. I u druhého cíle byla položena jedna výzkumná otázka, která zněla: Jaké problémy má pečující o imobilního pacienta v domácím prostředí? Pro výzkumné šetření k této bakalářské práci byl zvolen kvalitativní výzkum s využitím polostrukturovaného rozhovoru. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo pět imobilních nemocných, kteří pobývají v domácím prostředí a pět pečujících, kteří se o imobilní nemocné starají. Imobilní nemocní byli ve věku od 45 až do 85 let. Všech pět imobilních nemocných spolupracuje s agenturou domácí péče, díky které jsme se k imobilním nemocným a pečujícím dostali.

Sběr požadovaných informací byl celkem náročný. Po výběru tohoto tématu jsme si vytvořili časový plán k bakalářské práci, kterého jsme se snažili držet (viz příloha č. 5). Již v listopadu jsme kontaktovali agentury domácí péče, abychom na začátku roku mohli pracovat na výzkumném šetření. Vyskytly se ale problémy s agenturami domácí péče, které nebyly ochotné výzkum povolit. Po následném kontaktování jiných agentur vznikl další problém a to ten, že s výzkumným šetřením naopak nesouhlasili sami imobilní nemocní či pečující, kteří většinou udávali strach z rozhovoru. Díky těmto komplikacím jsme výzkumné šetření začali téměř o měsíc déle, což vedlo k tomu, že jsme na dokončení této práce měli méně času, než jsme si naplánovali. Nakonec jsme spolupracovali se třemi agenturami domácí péče, přes které jsme se dostali k imobilním a pečujícím a následně



s nimi udělali rozhovor. Všichni dotazovaní, kteří byli ochotni rozhovor poskytnout, byli velmi milí a ve výsledku udávali, že jsou rádi, že se tímto tématem někdo zabývá.

K imobilním nemocným a pečujícím jsme se dostali díky agenturám domácí péče. Proto nás také zajímalo, zda s agenturou chtěl spolupracovat imobilní nemocný či jeho pečující. Ve třech případech chtěli začít spolupráci jak imobilní nemocní, tak i pečující. V jednom případě chtěl spolupracovat hlavně imobilní nemocný a v posledním případě chtěl spolupracovat s agenturou spíše pečující. Z šetření vyplynulo, že imobilnímu nemocnému IN4 trvalo delší dobu s navázáním důvěry mezi ním a sestrou z agentury, zatímco ostatní imobilní nemocní, kteří sami chtěli s agenturou spolupracovat či se na tom dohodli s pečujícím, uváděli, že s navázáním důvěry se sestrou z agentury domácí péče neměli problém. Stejně tak všichni pečující s důvěrou neměli problém, což si myslím, že je celkem pochopitelné, protože všichni pečující berou sestru z agentury domácí péče jako velkou psychickou, ale také fyzickou podporu. To potvrdilo i pět sester z pěti, kterých jsme se zeptali, jakou zkušenost mají s navazováním důvěry s imobilním nemocným a jeho rodinou. Pro potvrzení tohoto tvrzení si zde ukážeme odpověď S3: *„Ti imobilní jsou většinou hrozně vděční za každou pomoc, takže s navazováním důvěry jsem zatím nikdy problém neměla, naopak si spíš myslím, že si k sobě nacházíme ten vztah velmi brzy.“* S2 navíc dodala: *„...oni cítí, že tu sestřičku potřebujou, potřebujou někoho, kdo tu pro ně bude, když si zrovna neví rady, takže i docela dost důvěřujou, dají na ty naše rady, takže já mám dobrou zkušenost.“*

Imobilní nemocný by měl být chápán stejně jako ostatní pacienti komplexně jako biologický, psychosociální a duchovní celek. Pacient, který je po propuštění z nemocnice dostatečně informovaný a obeznámený o svém zdravotním stavu, možných komplikacích a průvodních příznacích, si pravděpodobně v domácím prostředí za pomoci pečujícího povede mnohem lépe a o svých potřebách si bude rozhodovat mnohem kvalifikovaněji. Informovanost je dle mého názoru jeden z nejdůležitějších faktorů, od kterého se péče v domácím prostředí bude dále odvíjet. Tři imobilní nemocní uvedli, že po příchodu z nemocnice do domácího prostředí nastaly problémy se vším. Pro důkaz tohoto tvrzení si zde ukážeme odpověď IN3: *„No tak nějak se vším.“* Při dotazování jsme zjistili, že největší problém spočívá v tom, že imobilní nemocné a jejich pečující před propuštěním z nemocnice buď nikdo neinformuje, nebo získají pouze malé množství informací, které jsou při péči v domácím prostředí nedostačující. S tímto názorem

se shoduje odpověď P3: „...*my jsme se s mámou všechno naučili v podstatě sami, v nemocnici nám vůbec nikdo neporadil.*“ Dle Horákové a Bednářové (2007) chybí pacientům před propuštěním z nemocnice základní informace a kontakty na následné služby, které mohou imobilním nemocným a pečujícím v domácím prostředí velmi pomoci. Mohou přispět k udržení stabilizovaného stavu nemocného, zajišťují biopsychosociální standard a umožňují kvalitnější život v přirozeném domácím prostředí. Pacienti, kteří nejsou dostatečně informováni, mají jisté obavy z nedostatečné či omezené soběstačnosti, ale také z obav z vlastního selhání a bezmoci. A právě zde je významná role sestry, což potvrzují i rozsáhlé odpovědi sester, kterých jsme se zeptali, na co se jich rodina a imobilní nemocný nejčastěji ptá. Všech pět sester se shodlo na polohování, další častou odpovědí byla ošetrovatelská péče, o které se zmínila sestra S1, S3 a S4. O rehabilitaci a cvičení se zmínila sestra S4 a S5, která navíc dodala: „...*hodně se s nimi snažíme cvičit, aby úplně nezatuhli, protože celková ta rehabilitace je důležitá.*“ Tři z pěti sester se ve svých odpovědích zmínily také o hygieně. Toto tvrzení si zde potvrdíme jednou z odpovědí S2: „...*ohledně ty hygieny samozřejmě neví, jak ji mají provádět, tak s tím chtějí poradit, další je pak mytí vlasů a takový základní hygienický věci.*“ Sestra S5 navíc dodala: „...*jaké plenkové kalhotky třeba používat a jak často je vyměňovat.*“

Většina lidí neví, na jaké pomůcky má imobilní nemocný bezplatně nárok. Bohužel mě nemile překvapilo, že je o těchto informacích před propuštěním z nemocnice do domácího prostředí nikdo neinformuje. Tři pečující se zmínili o tom, že o takových informacích jim v nemocnici nikdo neřekl. Další dva pečující sice uvedli, že je o pomůčkách informovala sestra, byla to však sestra z agentury domácí péče, se kterou spolupracovali, nikoliv z nemocnice. O této nevědomosti jsme se přesvědčili i z odpovědí sester, kdy se S1, S2 a S3 zmínily, že se jich imobilní nemocní a pečující nejvíce ptají, zda mají nárok na nějaké pomůcky. Tóthová et al., (2011) doplňují, že i přesto, že oblast zdravotnických a sociálních služeb doznala mnohých změn, stále se v těchto oblastech objevují nedostatky, které ovlivňují kvalitu života jak imobilních nemocných, tak jejich pečujících. Mezi tyto nedostatky můžeme zařadit zejména nízké povědomí o službách, neochotu zdravotnického personálu pacienty a jejich rodiny informovat či složitý postup při získávání služeb.

Dalším zajímavým zjištěním bylo, co všechno se muselo v domácím prostředí imobilních nemocných či jejich pečujících změnit tak, aby se o imobilního nemocného mohli doma

starat. O tomto zjištění píše i Šulistová (2016), která se ve své práci zaměřila na ošetřování nesoběstačných geriatrických pacientů v domácím prostředí a zmínila, že u všech pacientů došlo k bytovým změnám. IN4 uvedl, že se po propuštění z nemocnice nemohli vrátit do svého původního bydliště z toho důvodu, že by se o ně neměl kdo postarat. I pečující P3 se řekl o změně bydliště kvůli nevyhovujícímu předešlému bytu bez výtahu. Asi nejčastěji imobilní a pečující museli řešit přeměnu koupelen, které byly nevyhovující. To uvedli IN2, IN3, IN4, IN5, P4 a P5. Kvůli častým přesunům imobilního nemocného po bytě na vozíčku se čtyři imobilní nemocní z pěti a také čtyři z pěti pečujících shodli na vyndání prahů, díky kterým se špatně pohybovali na vozíčku po bytě. Pečující P4 a P5 uvedli změny v pokoji, které původně nevyhovovaly nové situaci. Častou překážkou u lidí, kteří se pohybují na vozíčku, jsou schody. IN4, P4 a P5 si museli pro snadnou manipulaci s imobilním nemocným na vozíčku nechat udělat rampu na schody, díky níž pro ně schody nejsou žádnou překážkou.

Z výsledného šetření jsme zjistili, že dva pečující udávají jako hlavní problém fyzickou námahu s imobilním nemocným, což je celkem pochopitelné, jelikož velmi často je imobilním nemocným starý člověk, o kterého se nejčastěji obvykle stará manžel či manželka v podobném věku a je jasné, že fyzické síly s přibývajícím věkem ubývají. To potvrdil i pečující P3, který uvedl: „...*fyzická námaha, protože dokud jste mladej, tak to jde, ale jakmile vám přetáhne určitej věk, tak je to problém.*“ Do fyzické námahy bychom dle mého názoru měli počítat i polohování a hygienu, která je také fyzicky náročná. To potvrdila i pečující P1: „*No asi to polohování a celkově ta manipulace s tím člověkem, protože on mi nepomůže, je těžkej, já jsem zase malá a tolik síly už taky nemám, ale tak nějak jsme se to spolu naučili, tak to celkem jde, ale to polohování je pro mě asi nejtěžší.*“ Pečující P4 se zmínila především o strachu, zda všechno kolem imobilního nemocného dělá správně, což je pochopitelné, jelikož z výzkumného šetření jsme se dozvěděli, že nikdo z pečujících neměl předchozí zkušenost s péčí o imobilního nemocného. P5 jako jediný neuvedl žádnou z oblastí, které jsme již zmínili, ale naopak největší problém měl s tím, že imobilní nemocný, o kterého se stará, přišel o obě dolní končetiny a ze začátku bylo velmi těžké se s něčím takovým smířit.

Dle Vytečkové et al. (2011) je imobilizace vždy náročnou situací, se kterou se každý nemocný vyrovnává individuálně. Pro člověka je to velký zásah do psychiky a do jeho sociálních vazeb. Nemocný se tak musí vyrovnat se svou závislostí na okolí.

Do preventivních opatření by jistě měla patřit informovanost imobilního nemocného od zdravotnického personálu, který by měl vysvětlit veškeré kroky léčby a ošetrovatelské péče.

Velkým zjištěním bylo, když čtyři z pěti imobilních nemocných odpověděli, že jim sestra z agentury domácí péče pomáhala ze začátku naprosto se vším. Dle mého názoru by k takové situaci nemuselo docházet, kdyby pečující a imobilní nemocní měli dostatek kvalitních a podstatných informací již z nemocnice. P1, P4, P5, IN1, IN2 a IN5 uvedli velkou pomoc od sestry při hygieně. P2, P3, P4, IN1, IN2, IN3, IN4 se zmínili o ošetrovatelské péči, se kterou jim sestra z agentury pomáhá. Obvykle šlo o ošetřování dekubitů, které jsou u lidí upoutaných na lůžko jedním z nejčastějších problémů. Wojnarová a Jarošová (2011) uvádí, že dekubity se častěji vyskytují právě u osob se sníženou mobilitou či u zcela imobilních. Více jsou pak ohroženi ti, kteří jsou upoutáni na invalidní vozíky nebo senioři.

Další oblastí, o které se pečující a imobilní zmínili, bylo polohování. Pro zdravotnický personál, je polohování běžnou denní činností, kterou berou automaticky a nemusí nad tím přemýšlet. Dle Formánkové et al. (2012) je důležité si uvědomit, že na péči o imobilního nemocného pečujícího nikdo nepřipravoval a přesto musí vykonávat činnosti, při které jsou potřeba fyzické síly. Pečující P5 a imobilní nemocní IN2, IN4 a IN5 se právě o polohování zmínili. Pro důkaz tohoto tvrzení si zde ukážeme odpověď pečující P5: „...sestra mi ukázala jak polohovat, protože něco jiného je, když má člověk nohy a nehýbe se, ale něco jiného je taky, když je nemá, takže s tím mi hodně pomohla.“ Cvičení a rehabilitace jsou často mylně spojovány pouze s těmi, u kterých se předpokládá návrat k aktivnímu životu. U imobilních nemocných je to ale stejně důležité. Od sester z agentury domácí péče jsme se dozvěděli, že právě cvičení s imobilními nemocnými je jedna z činností, které provádí velmi často. Pro potvrzení tohoto tvrzení zde přikládáme odpověď sestry z agentury domácí péče S2: „Hodně se s nimi snažíme cvičit, protože u lidí, kteří jsou imobilní a necvičí se s nimi, tak velmi rychle dochází ke kontrakturám a celkovému ztuhnutí těla.“

Z výsledného šetření jsme zjistili, že všichni imobilní nemocní se shodli v tom, že jejich rodina či pečující jim musí pomáhat naprosto ve všem. Prakticky skoro se všemi základními potřebami jim musí pomáhat pečující, což potvrzuje i tvrzení jednoho z imobilních nemocných: „...otec mi pomáhá ve všem.“ (IN3)

Velmi mile mě překvapilo, že všichni imobilní nemocní využívají polohovací postel, která je dle mého názoru jedna z nejdůležitějších věcí, kterou by měl mít imobilní nemocný doma. Tento můj názor potvrzuje i Vytejková (2011), podle které je lůžko základním vybavením pokoje a to jak v domácím, tak i ve zdravotnickém prostředí. Lůžko musí být polohovatelné mechanicky nebo elektronicky, dalším z požadavků je nastavitelná výška a délka.

Jeden z prostředků, díky kterému se imobilní nemocní mohou pohybovat, je vozík. Všech pět imobilních nemocných uvedlo, že ho mají. Imobilní nemocný IN3 vzhledem ke svému tělesnému handicapu využívá vozík elektrický. Dále také uvedl, že využívá nafukovací matraci. O pojízdném toaletním křeslu se zmínili čtyři z pěti imobilních nemocných. Vzhledem k častým otlakům v oblasti sacra mají k dispozici IN1, IN2, IN3 a IN5 kruh pod zadek, který eliminuje vznik dekubitů v této oblasti. IN2 a IN5 mají u lůžka k dispozici i pojízdný stolek. Imobilní nemocný IN4 se pomůckami vybavil, k dispozici má míčky, kostky do postele při polohování, popruh, který usnadňuje přesouvání, ale i chodítko, ke kterému se chce časem dopracovat. Imobilní nemocný IN5 navíc uvedl ještě polštáře, které využívá při polohování.

Další, co nás zajímalo, bylo, jaké pomůcky využívají k polohování a hygieně pečující. Jednou z nezákladnějších a nejdostupnějších pomůcek při polohování jsou polštáře. K dispozici je mají i ve zdravotnických zařízeních a díky nim napolohujeme a vypoďložíme pacienta tak, aby nedocházelo k častým otlakům na kůži. O využití polštářů se zmínil pečující P1, P3 a P4. Všichni pečující uvedli, že ke snadnějšímu polohování jim slouží polohovací postel. P2 a P4 ještě uvedli hrazdičku v posteli. Mezi další pomůcky pro snadnější polohování, které jsou také velmi dostupné, bychom mohli zařadit i molitanové čtverce, pruhy či kostky, které si lze nechat vyrobit na míru. K přesouvání imobilního nemocného z postele do polohovacího křesla používá pečující P4 popruh. Mezi nejčastější pomůcky, které pečující využívají při hygieně, uváděli jednorázové žínky, o kterých se zmínili čtyři z pěti pečujících, dále pak savé podložky, se kterými mají zkušenosti všichni pečující. Pečující P2 dále používá vlhčené ubrousky a P4 se zmínila o škopku na mytí vlasů, který dává přímo na lůžko.

Jednou z velmi důležitých oblastí, na kterou jsme se zaměřili je výživa. Zajímalo nás, zda se pro imobilní nemocné a pečující něco ve výživě zásadně změnilo nebo zda se při stravování vyskytly nějaké problémy. P1, IN1, IN2 a IN5 uvedli, že s výživou nemají

žádný problém, zatímco pečující P4 uvedla, že kvůli špatnému polykání imobilního nemocného musí veškerou stravu mixovat. P2, P3, IN3 a IN4 se zmínili o tom, že největším problémem či změnou, bylo to, že je někdo musí krmit. Pro potvrzení tohoto tvrzení si zde ukážeme odpověď IN3: „*Ze začátku pro mě byl hroznej ten pocit, že mě někdo krmí.*“ Při krmení je určitě důležitá domluva, každý jíme jinak rychle, máme jiné zvyky a je důležité se na těchto věcech domluvit. Myslím si, že ze začátku je to těžké pro obě strany. Jak pro imobilního nemocného, tak pečujícího. To potvrzuje i odpověď imobilního nemocného IN3: „*...máte pocit, že toho druhýho zdržujete, že se vám musí podřídít v tý rychlosti, stráví u toho spoustu času a vy z toho nemáte ten požitek, jako kdybyste jedl sám.*“ O tom, že z krmení, či obecně z oblasti výživy imobilních nemocných mohou mít pečující, strach nás utvrdily i odpovědi sester S4 a S5. „*...ptají se nás taky, jak jim mají podávat stravu nebo když mají třeba PEG, tak jak s tím mají zacházet,*“ (S4) „*...jakou stavu jim dávat.*“ (S5) Lidé upoutaní na lůžko mají často změny nálady, pečující se jim proto snaží ve všem vyhovět a to i v jídelníčku. Proto mě tolik nepřekvapilo, když tři z pěti pečujících uvedli, že velký problém mají právě s vymyšlením jídel na každý den.

## 6 Závěr

Péče o imobilní nemocné v domácím prostředí není jistě lehkým úkolem. Pro pečujícího je taková péče velmi náročná, ačkoli pro imobilního nemocného přináší obvykle domácí prostředí mnoho pozitiv. My jsme se v bakalářské práci zaměřili na problematiku část v domácím prostředí, o které se tak často nemluví. Této problematice by se určitě mělo věnovat více pozornosti, díky čemuž by se dalo předcházet neobvyklým situacím, které mohou v domácím prostředí nastat.

Záměrem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou problémy imobilních nemocných a jejich pečujících, kteří se o ně starají v domácím prostředí. Pro dosažení tohoto cíle byla stanovena jedna výzkumná otázka pro imobilního nemocného: Jaké má imobilní nemocný v domácím prostředí problémy? Druhá výzkumná otázka byla určena pro pečujícího: Jaké problémy má pečující o imobilního nemocného v domácím prostředí? Tyto cíle byly splněny.

Z výsledků výzkumného šetření u imobilních nemocných vyplývá, že problémů, které imobilní nemocní a jejich pečující musí řešit, je spousta. Výzkumné šetření odhalilo, že jedním z největších problémů, který imobilní nemocní udávali, je celková neinformovanost, která nastává před propuštěním z nemocnice do domácího prostředí. Zdravotnický personál dostatečně neinformuje imobilní nemocné o podstatných věcech, se kterými by pak následně v domácím prostředí mohli dále pracovat. Dalšími častými problémy bylo polohování, výživa, hygiena nebo dekubity.

Jak už jsme se již zmínili, naším druhým cílem bylo zjistit, jaké problémy má pečující o imobilního nemocného v domácím prostředí. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že ani pečující nemají dostatek informací o tom, jak pečovat o imobilního nemocného v domácím prostředí. Nemají povědomí o pomůckách, kterými by si mohli mnohé věci usnadnit a na to navazuje problematika v oblasti hygieny, polohování, stravování, ale i v ošetrovatelské péči, kterou někteří pečující u imobilních nemocných provádí. Jedná se především o převazy dekubitů, které se u některých imobilních nemocných bohužel vyskytují.

V souvislosti s těmito zjištěními jsme se rozhodli sepsat pro imobilní nemocné a jejich pečující nejdůležitější zdroje a odkazy, kde si mohou veškeré důležité informace zjistit

(viz příloha č. 4). Myslím si, že možným řešením, jak tolika problémům předcházet, by byl jistý manuál s nejdůležitějšími informacemi, který by imobilní nemocný a jeho pečující dostali před propuštěním z nemocnice.

Práci lze použít jako zdroj informací a jakýsi návod pro imobilní nemocné a jejich pečující. Dále by mohla zvýšit povědomí o nejčastějších situacích, se kterými se každý den imobilní nemocní a jejich pečující setkávají, kdy nejvíce alarmující je právě celková neinformovanost od zdravotnického personálu, od které se pak odvíjí další značné problémy. Jak řekl jeden dotazovaný: *„Chtělo by to větší zájem o lidi s takovýmto postižením, když je to celebrita, tak se starají, ale když je to cizí člověk, tak každéj řekne, my na to nejsme specializovaní.“*



## 7 Seznam použitých zdrojů

1. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
2. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. 2. vydání. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
3. BURNS, E., NAIR, S., 2014. New horizons in care home medicine. *Age and Ageing*. 43(1), 2-7. ISSN 1468-2834.
4. DUDOVÁ, R., 2015. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR. 200 s. ISBN 978-80-7419-182-4.
5. DUPALOVÁ, D., 2012. Péče o pacienta s poruchou hybnosti v domácím prostředí – rehabilitační aspekty. *Med. praxi*. 9(10), 406-409. ISSN 1803-5310.
6. FORMÁNKOVÁ, P., NOVOTNÝ, A. et al. 2012. Problematika realizace rodinné péče o osobu se sníženou soběstačností. *Kontakt*. 14(2), 159-170. ISSN 1804-7122.
7. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
8. HONZÁK, R., 2015. *Svépomocná příručka sestry: (psychothriller)*. Praha: Galén. 257 s. ISBN 978-80-7492-142-1.
9. HORÁKOVÁ, J., BEDNÁŘOVÁ, J., 2007. Chronicky nemocný v domácí péči [online]. Sestra [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/chronicky-nemocny-v-domaci-peci-313504>
10. *Jak je to s preskripcí a úhradou pomůcek pro inkontinenci*, 2018. [online]. VZP [2018-02-12]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/jak-je-to-s-preskripci-a-uhradou-pomucek-pro-inkontinenci>
11. JANDÍKOVÁ, J., 2008. Komplexní pojetí péče o imobilní pacienty. *Sestra*. 18(5), 8-9. ISSN 1210-0404.

12. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
13. KAHOUN, V. a kol., 2013. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. 2. vydání. Praha: Triton. 448 s. ISBN 978-80-7387-733-0.
14. KAWAHARA, K. et al., 2017. Evaluation of the site specificity of acute disuse muscle atrophy developed during a relatively short period in critically ill patients according to the activities of daily living level: A prospective observational study. *Australian Critical Care*. 30(1), 29-36. ISSN 1036-7314.
15. KLEVETOVÁ, D., 2011. Nebezpečí imobility. *Sestra*. 21(10), 54-56. ISSN 1210-0404.
16. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, Sestra. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
17. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada, Sestra. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
18. KUZNÍKOVÁ, I. a kol., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
19. LEUNG, F. W., SCHNELLE, J. F., 2008. Urinary and fecal incontinence in nursing home residents. *Gastroenterology Clinics of North America*. 37(3), 697-707, doi:10.1016/j.gtc.2008.06.005.
20. MACHOVÁ, A., ŠUPLEROVÁ, M., 2013. Domácí návštěvní služba jako náplň práce všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. *Med. praxi*. 10(10), 353-354. ISSN 1803-5310.
21. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
22. MARKOVÁ, A. a kol., 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. vydání. Praha: Cesta domů. 155 s. ISBN 978-80-905809-4-7.

23. MAROON, I., 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
24. MCCASKEY, M. S., KIRK, L., GERDES, C., 2011. Preventing skin breakdown in the immobile child in the home care setting. *Home Healthcare Nurse*. 29(4), 248-255. ISSN 0884-741X.
25. MINAŘÍKOVÁ, P., 2008. Imobilizační syndrom. *Sestra*. 18(9), 17-19. ISSN 1213-2330.
26. MLÝNKOVÁ, J., 2010a. *Pečovatelsví 1. díl.: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Grada. 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
27. MLÝNKOVÁ, J., 2010b. *Pečovatelsví 2. díl: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
28. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
29. NEŠPOR, K., 2007. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Med. praxi*. 4(9), 371-373. ISSN 1803-5310.
30. PALMER, S., PALMER, J. B., 2013. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-262-0348-3
31. PLEVOVÁ, I. a kol., 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
32. POCHMANOVÁ, K. a kol., 2015. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. Praha: Cesta domů. 48 s. ISBN 978-80-905809-2-3.
33. *Příspěvek na zvláštní pomůcku*, 2018. [online]. MPSV [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/pomucka>
34. ROSE, A. et al., 2013. Severity of urinary incontinence of nursing home residents correlates with malnutrition, dementia and loss of mobility. *Urologia Internationalis*. 91 (2), 165-9, doi: 10.1159/000348344.

35. SACKLEY, C. et al., 2008. The Prevalence of Joint Contractures, Pressure Sores, Painful Shoulder, Other Pain, Falls, and Depression in the Year After a Severely Disabling Stroke. *Stroke*. 39(12), 3329-3334. ISSN 0039-2499.
36. SEARS, N. et al., 2013. The incidence of adverse events among home care patients. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*. 25(1), 16-28. ISSN 1464-3677.
37. STOCK, CH., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
38. SUEHIRO, K. et al., 2014. A study of leg edema in immobile patients. *Circulation Journal: Official Journal of the Japanese Circulation Society*. 78 (7), 1733-9, ISSN 13469843.
39. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
40. ŠEFLOVÁ, L., JANČÍKOVÁ, G., 2010. Postupy v prevenci a léčbě dekubitů. *Med. praxi*. 7(88), 56-67 s. ISSN 1803-5310.
41. ŠULISTOVÁ, V., 2016. *Ošetřování nesoběstačných geriatrických pacientů v domácím prostředí*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
42. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
43. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
44. TÓTHOVÁ, V., VEISOVÁ, V. et al. 2011. Názory lékařů a všeobecných sester na výhody a nevýhody péče o seniory v domácím prostředí. *Kontakt*. 13(2), 130-136. ISSN 1804-7122.
45. TRACHTOVÁ, E. a kol., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

46. VÁCLAVSKÁ, M., ŽVÁČKOVÁ, P., 2008. Péče o imobilního pacienta v domácím prostředí. *Sestra*. 18(4), 38. ISSN 1210-0404.
47. VIGELSØ, A. et al., 2016. Effects of immobilization and aerobic training on proteins related to intramuscular substrate storage and metabolism in young and older men. *European Journal of Applied Physiology*. 116(3), 481-494. ISSN 1439-6319.
48. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
49. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
50. WOJNAROVÁ, D., JAROŠOVÁ, D., 2011. Analýza vybraných klinických doporučených postupů a standardů péče o dekubity. *Kontakt*. 13(4), 396-403. ISSN 1804-7122.
51. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
52. Zákon č.206/2009 Sb., O sociálních službách, 2009. [online]. [cit. 2018-04-17]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 61, s. 2902-2916. ISSN 1211-1244. Dostupné z: [www.mvcr.cz/soubor/sb061-09-pdf.aspx](http://www.mvcr.cz/soubor/sb061-09-pdf.aspx)
53. *Zdravotní pomůcky pro seniory*, 2018. [online]. VZP [2018-02-12]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/tiskove-centrum/otazky-tydne/zdravotni-pomucky-pro-seniory>

## **8 Seznam příloh a obrázků**

Příloha č. 1: Okruh otázek k rozhovorům s imobilními nemocnými

Příloha č. 2: Okruh otázek k rozhovorům s pečujícími

Příloha č. 3: Ukázka zpracování výzkumu pomocí metody „tužka a papír“

Příloha č. 4: Důležité informace pro imobilní nemocné a jejich pečující

Příloha č. 5: Časový plán bakalářské práce

Příloha č. 6: CD s rozhovory

## **Příloha č. 1: Okruh otázek k rozhovorům s imobilními nemocnými**

Kolik Vám je let?

Kdo Vám doporučil agenturu domácí péče?

Přál jste si spolupracovat s agenturou domácí péče vy nebo vaše rodina?

Proč a jak dlouho spolupracujete s agenturou domácí péče?

Mohu vědět, jak dlouho jste upoutaný na lůžko?

Změnil se váš stav náhle nebo šlo o chronické onemocnění?

Jak jste při zhoršení vašeho zdravotního stavu způsobili vaše domácí prostředí?

S čím si rodina ze začátku nevěděla rady?

S čím Vám nejvíce pomohla sestra z agentury domácí péče?

Co všechno zvládáte sám?

Co byste vy a vaše rodina uvítali před propuštěním z nemocnice?

Jaké pomůcky využíváte?

Jaké máte k dispozici lůžko?

Pokud se u Vás prováděly převazy, ukázala vám a vašemu pečujícímu sestru, jak ránu převazovat?

Nastala nějaká změna či problém v oblasti výživy?

Zdroj: vlastní

## **Příloha č. 2: Okruh otázek k rozhovorům s pečujícími**

Jak dlouho spolupracujete s agenturou domácí péče?

Jak dlouho se staráte o imobilního nemocného?

Z čeho jste čerpal informace, než jste začal pečovat o imobilního nemocného?

Co pro Vás je/bylo nejtěžší při péči?

Jak je pro Vás náročné uspořádání času při péči o imobilního nemocného?

Co nejčastěji u imobilních nemocných provádíte?

Jaké pomůcky máte k dispozici při celkové hygieně?

Jaké pomůcky používáte při polohování?

Co Vám pomohlo při polohování, hygieně a stravování imobilního nemocného?

Nastala nějaká změna či problém v oblasti výživy?

Zdroj: vlastní



### Příloha č. 3: Ukázka zpracování výzkumu pomocí metody „tužka a papír“

Rozhovor pečující – [redacted]

1. • Jak dlouho spolupracujete s agenturou domácí péče?

2. „No jelikož maminka je od 15. listopadu po operaci, byla v Prostějově a bratr mně jí sem přivezl koncem ledna, takže jsem si byla do té doby na poliklinice jih, potřebovala jsem lékařku obvoďačku pro maminku, takže jsem běhala po poliklinice, zabrousila jsem i dolů a tam jsem viděla Alici a Ivas a pak mi otevřela dveře paní magistra Nováková, no a já jsem maminku dostala k paní doktorce Baounové a zeptala jsem se právě, protože maminka má dekubity na zádech a na bříše má jizvu a má tam nějaké pištěle, díry, tak jestli by to mohli jí převazovat nějak pravidelně. No a paní doktorka řekla, že jo, že se mám domluvit právě s tím Ivasem. No a spolupracujeme s nima tedy od začátku února vlastně. Chodí k nám 3krát týdně a pro mě je to i velká psychická podpora.“

11. • Jak dlouho se staráte o imobilního nemocného?

12. „No mám ji tady od 28. ledna.“

13. • Z čeho jste čerpala informace, než jste začala pečovat o imobilního nemocného?

14. „No na internetu samozřejmě, taky mám vystudovanou sociální práci, takže jsem něco věděla, ale tam jsme neměli přímo obor pečovatelský. Ale tak je to všechno intuitivní a co ona zrovna potřebuje. Ona má špatný jícen z intubace, to prý bude trvat třeba 4 měsíce, než se to zahojí, jsem si našla na internetu, takže všechno jí musím mixovat, teď bere na ředění krve, Katka z Ivasu mě naučila píchat jí ty injekce do břícha. Nesmí nic zeleného, musela jsem jí upravit stravu. Teď musíme hlavně cvičit, to taky z toho Ivasu nám hodně poradili.“

21. • Poradila vám sestra z agentury, na jaké pomůcky máte nárok a nemusíte za ně platit?

22. •

23. „Ale to jo, ale tam nějak se čeká na ty pomůcky a já jsem to chtěla hned, takže jsme to všechno nakoupili.“

24. •

25. • Co pro Vás je/bylo nejtěžší při péči?

26. „No jestli dělám všechno dobře, protože ona ještě jako jak chytla ten zápal plic po té operaci, tak se mě dusila, tak jsem hned zavolala záchranku.“

27. •

28. • S čím vám sestra nejvíc pomohla?

29. „No tak vlastně mě všechno naučila, jak převazovat ty dekubity, poradila mi, co si mám koupit v lékárně, jak to mám ošetřit, zdezinfikovat, které ty dezinfekce, naučila mi i tu první injekci, ukázala mi to. Pak se nám taky stalo, že třeba seděla a pokakala se a jak ty dekubity má nízko a teď to tam nesmí přijít, tak zase jsem ji rychle položila a zdezinfikovala to, protože já nemůžu na ní čekat, když ona chodí pondělí, středa, pátek, když se to stane, takže toto mě všechno oni naučili. Jo co a jak, ještě mě Katka doporučila paní na pedikúru, tak paní přišla včera.“

30. •

31. •

32. •

33. •

34. •

35. •

36. • Poradila vám i jak polohovat imobilního nemocného nebo třeba koupat?

37. „No to už jsem viděla v nemocnici. To jsem si všimla, že mají tyhle prostěradla složená na půl, když jsme tam za ní jeli do nemocnice. A to jsem zase hodně odkoukala v té nemocnici od těch ošetřovatelek.“

38. •

39. •

## **Příloha č. 4: Důležité informace pro imobilní nemocné a jejich pečující**

### Doporučená literatura

- 1 POCHMANOVÁ, K., 2015. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. Praha: Cesta domů. 45 s. ISBN 978-80-905809-2-3.
- 2 MESSER, B., 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-271-0215-0.
- 3 MLÝNKOVÁ, J., 2010a. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada. 269 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
- 4 MLÝNKOVÁ, J., 2010b. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. 2 díl. Praha: Grada. 315 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
- 5 KAHOUN, V., kol., 2013. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. 2. vydání. Praha: Triton. 466 s. ISBN 978-80-7387-733-0.

### Důležité zdroje a informace

Ministerstvo práce a sociálních věcí – dávky pro osoby se zdravotním postižením

Všeobecná zdravotní pojišťovna – informace o zdravotnických pomůckách

Agentury domácí péče – ošetrovatelská péče

Služby sociální péče – dopomoc při péči, Zákon č. 108/2006 Sb.

Zdravotnické pomůcky - <http://www.zdravotnicke-potreby.net/>

Kompenzační pomůcky - <http://www.zdravotnicke-potreby.cz/7-kompenzacni-pomucky/>

Zdroj: vlastní

**Příloha č. 5: Časový plán bakalářské práce**

Září 2017	Odevzdat obsah + časový plán
Říjen 2017	Napsat 1. polovinu teoretické části
Listopad 2017	Napsat 2. polovinu teoretické části
Prosinec 2017	Začít pracovat na výzkumu, zvolit strategii výzkumu, zvolit zpracování získaných dat, dát dohromady vzorové otázky k rozhovorům + najít vhodné dotazující
Leden 2018	Pracovat na výzkumu
Únor 2018	Analýza výzkumu
Březen 2018	Interpretace výsledků, poslední úpravy
Duben 2018	Dokončení bakalářské práce

Zdroj: vlastní