

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE

V DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI

Bakalářská práce

Autor práce : **Lenka Truhlářová**

Vedoucí práce: **Hana Pekárková**

2008

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**NURSE PHYSIOTHERAPY
IN
MEDICAL HOME CARE**

Bachelor's thesis

Author: **Lenka Truhlářová**
Supervisor: **Hana Pekárková**

2008

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji paní Mgr. Evě Vachkové a Mgr. Bohuslavě Věchtové za odborné vedení mé bakalářské práce a udílení cenných rad.

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Chotěboři, dne 20. 9. 2008

.....

Úvod	8
Teoretická část	
1. Co je to rehabilitační ošetřování	9
1.1. Historie rehabilitace	10
2. Co se rozumí pojmem domácí zdravotní péče	12
2.1. Historie domácí zdravotní péče.....	14
2.2. Poskytovatelé domácí zdravotní péče	16
3. Domácí péče jako péče rodiny	17
4. Péče o pohybovou aktivitu nemocného	17
4.1. Proleženiny	18
4.2. Polohování	20
4.3. Pasivní cvičení	23
4.4. Aktivní a kondiční cvičení	23
4.5. Dechová gymnastika.....	24
4.6. Včasná mobilizace	26
4.7. Péče o výživu, snaha o soběstačnost.....	26
4.8. Komunikace	27
5. Manipulace s nemocným	27
5.1. Manipulace s nemocným jednou osobou	27
5.2. Manipulace s nemocným dvěma osobami	30
6. Ošetřovatelská rehabilitace po cévní mozkové příhodě.....	32
6.1. Cévní mozková příhoda a rekonvalescence	32
6.2. Správné polohování a pohyb	35
6.2.1. Poloha na zádech.....	36
6.2.2. Poloha na boku.....	37
6.2.3. Poloha na břiše	38
6.2.4. Relaxace	39
6.2.5. Návčik volných pohybů	39
6.2.6. Přesun z lehu do sedu	40
6.2.7. Návčik vstávání a posazování se	41
6.2.8. Přesun z lůžka a sed na židli	43
6.3. Návčik chůze	44
6.3.1. Návčik chůze po rovině	45
6.3.2. Návčik chůze po schodech	47

6.3.3. Návčik chůze v terénu	48
6.4. Podpora soběstačnosti při každodenních činnostech (aktivity denního života)	49
6.5. Pomůcky a doporučení při péči o sebe sama	50

Empirická část

7. Cíl výzkumu	51
7.1. Výzkumná metoda	52
7.2. Výzkumný soubor	52
8. Výsledky výzkumu	53
8.1. Dotazník pro sestry	53
8.2. Dotazník pro pacienty	68
9. Diskuze	85

ZÁVĚR	87
-------------	----

ANOTACE	89
---------------	----

LITERATURA A PRAMENY	90
----------------------------	----

SEZNAM GRAFŮ	94
--------------------	----

SEZNAM PŘÍLOH	95
---------------------	----

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník pro pacienty a dotazník pro sestry	96
Příloha č. 2 – Pomůcky k rehabilitaci a polohování nemocných.....	101
Příloha č. 3 – Návčik sedu, stoje a chůze v domácí zdravotní péči	103
Příloha č. 4 – Barthelův test základních, všedních činností	105
Příloha č. 5 - Pomůcky k rehabilitaci chůze a sebeobsluže	106

Slovo „ošetřovat“ znamená:

chovat,

opatrovat,

živit,

kojit,

hýčkat,

laskat,

zkrátka „pečovat“ o individuální potřeby

jak zdravého, tak i nemocného člověka.

(Mastiliaková, Úvod do ošetřovatelství I. díl, str. 5, 2002)

Úvod

K výběru tématu bakalářské práce mě přivedly tyto následující skutečnosti. Od počátku mé praxe všeobecné sestry jsem se setkávala na pracovištích vedle ošetrovatelské péče také s péčí fyzioterapeutů.

Mé první setkání - nástupní praxe v Dětské léčebně na oddělení pro léčbu dětské mozkové obrny. Pracovala jsem zde jako všeobecná sestra na lůžkovém oddělení. Rehabilitace a práce fyzioterapeutů byla stěžejní činností s cílem začlenit tyto děti do života. Ošetrovatelská rehabilitace byla samozřejmostí.

Následovala téměř sedmiletá praxe v Rehabilitačním ústavu pro cévní choroby mozkové, kde jsem pracovala jako fyzioterapeutka. Poté praxe na ortopedickém oddělení, kde se převážná část pacientů zotavovala po operaci po totální endoprotéze kyčle nebo kolena. Na tomto oddělení jsem pracovala jako všeobecná sestra, kdy ošetrovatelská rehabilitace byla naprostou nezbytností.

Co mě dovedlo k domácí zdravotní péči? Myšlenka poskytovat ošetrovatelskou rehabilitaci v domácím prostředí mě velice nadchla, a tak jsem více než šest let pomáhala jako staniční sestra tuto péči prosazovat u lékařů i pacientů a poskytovat v rámci ošetrovatelské praxe také ošetrovatelskou rehabilitační péči. Protože jsem byla zacvičena v rehabilitaci po cévní chorobě mozkové, snažila jsem se s pacienty v rámci možností domácí zdravotní péče s pacienty cvičit a poskytovat ošetrovatelskou rehabilitaci v domácím prostředí a zacvičovat v ní i rodinné příslušníky.

Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je poskytnout pohled na důležitost a nezastupitelnost domácí zdravotní péče (dále jen DZP) a ošetrovatelské rehabilitace v DZP, a to z pohledu pacientů a z pohledu sester. Dále zdůraznit nutnost spolupráce fyzioterapeutů se všeobecnými sestrami v možnosti poskytování ošetrovatelské rehabilitace v DZP. K získání uvedených informací jsem použila dotazníkové šetření mezi pacienty a všeobecnými sestrami.

Teoretická část

1. Co je to rehabilitační ošetřování

Rehabilitační ošetřování je v podstatě způsob aktivního ošetřování nemocných, kdy se všeobecná sestra podílí všemi dostupnými prostředky k zamezení vzniku komplikací a sekundárních změn z nečinnosti. Léčebná tělesná výchova prováděná fyzioterapeuty navazuje na úkony základní ošetrovatelské péče, kterou provádějí všeobecné sestry, porodní asistentky a jiní zdravotničtí pracovníci. Všeobecné sestry zajišťují základní rehabilitační péči formou rehabilitačního ošetřování pod metodickým vedením fyzioterapeutů, ale tato péče nenahrazuje kvalifikovanou léčebnou rehabilitaci. Charakteristickým rysem rehabilitačního ošetřování je každodenní spolupráce sestry s fyzioterapeutkou.

Rehabilitační ošetřování se uplatňuje ve všech klinických oborech a na všech pracovištích, kde jsou léčeni pacienti s těžkým zdravotním postižením a následnými poruchami hybnosti, tedy i prostřednictvím DZP.

Cílem rehabilitačního ošetřování je předcházet a zamezit možným komplikacím jako jsou imobilizační syndrom a deformity pohybového aparátu.

- 1) Imobilizační syndrom je stav, při kterém je postižený jedinec ohrožen poškozením určitých (různých) tělesných systémů následkem léčbou vynucené nebo nevyhnutelné imobilizace. Komplikacemi imobilizace mohou být například dekubity, obstipace, stáza bronchiálního sekretu, trombóza, infekce močového systému s event. retencí, snížení svalové síly, ortostatická hypotenze, omezení pohyblivosti kloubů, dezorientace, poruchy somatické integrity, bezmocnost.
- 2) Deformitami pohybového aparátu rozumíme jakoukoli strukturální změnu v jakékoli složce pohybového aparátu (kosti, svaly, šlachy, vazy), která znemožňuje jeho fyziologickou funkci a pohyb, a tudíž je považována za patologickou.

Deformity pohybového aparátu vznikají nejčastěji nedostatečným a nesprávným nácvikem všedních činností, používáním nevhodných kompenzačních a korekčních pomůcek nebo jednostranným přetěžováním.

Jako příklad deformity pohybového aparátu můžeme uvést svalovou kontrakturu. Tímto pojmem označujeme trvalé zkrácení svalu (strukturální změna), způsobující omezení rozsahu pohybu v kloubu, což má za následek deformitu pohybového ústrojí a změnu funkce. Např. u nemocného dlouhodobě

upoutaného na lůžku může dojít následkem nedostatečně poskytované péče ke zkrácení tříhlavého lýtkového svalu (m.triceps surea). Následkem je fixace nohy v plantární flexi, tudíž omezenou hybnost v hlezenním kloubu, která znemožňuje nemocnému došlápnout na patu a odvíjet plosky nohy při chůzi.

Prevence vzniku kontraktur zahrnuje pravidelné procvičování kloubů, zvětšování rozsahu pohybu nebo alespoň udržení rozsahu pohybu, který byl před onemocněním a správné polohování.

Také v DZP k úkonům rehabilitačního ošetřování patří polohování, pasivní cvičení, aktivní (kondiční) cvičení, dechová gymnastika – odkašlávání, včasná mobilizace, péče o výživu, nácvik soběstačnosti, komunikace (aktivace psychická).

Spolupráce všeobecné sestry s fyzioterapeutem v DZP je velmi důležitá.

(Chalupová, Bakalářská práce, str. 10-12, 2004)

1.1. Historie rehabilitace

Fyzioterapie je pohybová léčba a léčba fyzikálními prostředky. Jejím obsahem je léčebná tělesná výchova, léčebné sporty, speciální metodiky na podkladě senzomotorické stimulace, reflexních a facilitacích mechanismů. Její součástí je i fyzikální terapie, která využívá vlivů mechanických, tepelných, vodních, světelných, elektrických.

Mezi nejstarší formy fyziatrie řadíme mechanoterapii a hydroterapii. Nejstarší písemné zprávy o mechanoterapii, zejména o masáži, jsou známy z Egypta, rovněž z Číny pocházejí velmi staré písemné zprávy. Nejstarší dochovaná učebnice pochází z Číny z roku 2837 před Kristem, ve které se kromě vodoléčby a léčivých masáží objevuje již termoterapie, manipulace a trakce. Mezi další země, kde byla masáž využívána jako součást osobní hygieny, patří Indie. V Japonsku se masáž odedávna používala ve spojení s řadou vodních procedur. Za zakladatele masáže lze považovat také Babyloňany a Asyřany, kteří používali masáže hlavně ve vojsku. Masáž znali i staří Peršané, Egyptané a Židé.

Do Řecka se masáž dostala z Egypta. První zmínka o ní je už v Homérově Odyssee. Když se s rozmachem Říma zhoršovala kvalita vody v řece Tibeře, začali Římané stavět velké vodovody (akvadukty) a lázně s bazény.

Ve středověku zájem o přírodní vědy, lékařství i kulturu těla poklesl. Rozšíření infekčních chorob a časté epidemie vedly k omezování lázní, a tím i masáže. Jediní Arabové se nadále intenzivně zabývali přírodními vědami a lékařstvím. Tak např. Avicenna (Ibn Síná, lékař a filozof, 780 – 837) propagoval hygienická pravidla, masáž a tělesná cvičení.

Rozvoj moderní „západní“ medicíny odsunul fyzikální terapii na vedlejší kolej. Jeden z prvních, kdo vzkřísil hydroterapii, byl Vincenc Priessnitz (1799 – 1851). Podobné úspěchy slavili se svými metodami např. Kneipp a další.

Z českých fyziatrů je nutno připomenout význam takových osobností, jako byli Cmund, Ipser, Přerovský, Raušer, Lenoč, Polland, Teissinger a další. Ze slovenských jsou to především Hupka, Kolesár, Lánik a jiní.

O renesanci fyzikální terapie v současnosti se pak nejvíce zasloužili Calta, Janda, Ježek, Kadlec, Trkan a další.

(Capko, Základy fyziatrické léčby, str. 15-17, 1998)

Rehabilitace (dále pak jen RHB) je velice široký pojem. Do jejího významu nespadá pouze léčebná tělesná výchova, i když v obsahu spolu s fyzikální terapií převažují a jsou pouze její dílčí, byť základní součástí.

RHB vychází z definice zdraví, jak je deklarována WHO. Je to plynulý proces, který začíná co nejdříve, již v akutní fázi onemocnění a pokračuje po celou dobu léčení. Je to proces, který vede ke zmírnění následků trvalého postižení, k návratu do původního stavu zdraví a do normálních sociálních podmínek.

K tomu tato mezioborová disciplína využívá aspektů medicínských, sociálních, pracovních a pedagogicko-psychologických.

RHB je výraz novolatinský „habilis“, což znamená schopná a „re“, které značí návrat. Poprvé byl tento výraz písemně uveden v roce 1439 v generální kapitule cisterciáckého řádu jako výraz pro znovuzařazení do plné výkonnosti ve společnosti. V lékařském významu byl použit až roku 1844 Ritterem von Bussem v souvislosti s léčením chudých. U nás má v té době RHB světový primát v ústavu vybudovaném prof. Rudolfem Jedličkou v Praze, který názvu RHB ještě nevyužíval a který nese jeho jméno dodnes. Těžiště RHB bylo především v oblasti traumatologie. U nás má od roku 1945 v RHB velký význam Státní rehabilitační ústav v Kladrubech. K přesnějšímu naplnění pojmu přispěla i fyziatrie, která se rozvíjela převážně v rámci lázeňské péče, která je spjata s rozvojem naší fyziatrie (specializační obor FBLR – fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace). Samostatné rehabilitační lůžkové oddělení na klinické úrovni vybudoval doc. VI. Janda ve Fakultní nemocnici v Praze – Vinohradech. Na fakultě všeobecného lékařství Univerzity Karlovy se RHB stala součástí výukového programu od roku 1980.

Doc. MUDr. Vladimír Kříž uvádí: rehabilitace je snaha o obnovu ztracených či nevyvinutých tělesných, duševních a sociálních funkcí člověka. Je to činnost aktivní, korektivní, empirická, kolektivní a individuálně experimentální.

(Chalupová, Bakalářská práce, str. 8 – 10, 2004)

2. Co se rozumí pojmem domácí zdravotní péče

Definice domácí zdravotní péče

Domácí zdravotní péče je poskytovaná pacientům na základě doporučení praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí, tj. doma.

DZP je určena pacientům, u kterých není nutná hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, ale jejich stav přesto vyžaduje poskytování základní, odborné a specializované ošetrovatelské péče kvalifikovaným zdravotnickým personálem.

Klienty domácí zdravotní péče jsou staří lidé, akutně nemocní, chronicky nemocní, zdravotně postižení, dospělí i děti, umírající, imobilní.

Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka, zajištění klidného umírání a smrti.

Cíle domácí zdravotní péče:

Zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče a pomoci pacientům, kterým je tato péče poskytovaná na základě doporučení k tomu příslušným lékařem, a to v jejich vlastním sociálním prostředí.

Eliminovat vliv nozokomiálních nákaz a iatropatogenního poškození na zdravotní stav pacientů.

Financování domácí péče :

Přímou platbou pacienta (u pacientů, kteří nejsou pojištěni, nebo za výkony nehrazené ze zdravotního pojištění, nebo u pacientů, u kterých zdravotní pojišťovna nemá smluvní vztah se zdravotnickým zařízením poskytujícím domácí péči, pokud pacient vědomě a záměrně zvolil nesmluvní zařízení).

Sponzorskými dary, z nadací, grantů apod.

Fond veřejného zdravotního pojištění a dle vyhlášky MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění.

Pokud byla domácí péče ordinována ošetřujícím lékařem a má charakter zdravotní péče, ordinované výkony se hradí ze zdravotního pojištění, nadstandardní služby jsou hrazeny podle posudku ošetřujícího lékaře pacienta.

(Mikotová, Truhlářová, Semjonová, Prezentace Domácí péče (MEDICAL) HOME CARE, 2008)

www.domaci-pece.cz, www.domaci-pece.info, www.uzis.cz

Terminologie spojená s domácí péčí a domácí pomocí u nás a ve světě:

Nejčastější dělení v současné době najdeme mezi domácí zdravotní péčí - mezinárodně užívaný výraz - z anglického - HOME CARE - a domácí pomocí - mezinárodně užívaný výraz - z anglického - HOME HELP. Pojem domácí péče má svá mezinárodní specifika, která jsou dána historií, tradicí a mentalitou národa. Pojem Komplexní (komprehenzivní) domácí péče (COMPREHESIVE HOME CARE) je otevřeným systémem individuální péče – ve kterém jsou integrovány jak zdravotní, sociální i laické formy péče poskytované klientovi na základě ordinace ošetřujícího lékaře a rozsahu indikace sociální diagnózy klienta.

Je poskytována prostřednictvím profesionálů různých disciplín v multidisciplinárních týmech agentur domácí péče. Mezi pracovníky agentur domácí péče dochází k interdisciplinární spolupráci, která je organizována prostřednictvím horizontálního managementu (management založený na přímé individuální odpovědnosti všech členů týmu).

Pojem domácí pomoc (HOME HELP) je uzavřeným systémem orientovaným pouze na sociální péči a pomoc. Domácí pomoc je poskytována pracovníky sociální péče a pomoci, popřípadě dobrovolníky.

(Misconiová, Management Komplexní domácí péče, str. 14, rok vydání neuveden).

Domácí zdravotní péče je tedy určena pacientům, u nichž není nutný pobyt v nemocnici a současně nestačí laická domácí péče. Pokud domácí zdravotní péče přesáhne rozsah 3 hodin denně nebo 2 - 3 návštěvy, je plně indikován pobyt v nemocnici.

Domácí zdravotní péči využívají zejména dvě skupiny pacientů. Jednak ti, kteří jsou propuštěni z nemocnice a u nichž je předpoklad, že doléčení a rekonvalescence může probíhat v domácích podmínkách, jednak ti, kteří jsou chronicky nemocní a vyžadují dlouhodobou, nikoli však nutně nemocniční péči.

Domácí zdravotní péče je výhodná z několika důvodů:

- a) chrání pacienty před možností vzniku nosokomiálních infekcí
- b) snižuje náklady na zdravotní péči,
- c) nemocný se ve svém prostředí cítí lépe a rychleji se uzdravuje,
- d) udržuje rodinu pohromadě i v době nemoci,
- e) zlepšuje psychický stav nemocných

(Haškovcová, Manuálek sociální gerontologie, str. 46, 2004)

2.1. Historie domácí zdravotní péče

System domáci zdravotní péče je ve všech vyspělých zemích považován za nedílnou a velice důležitou součást zdravotního systému. Zakladatelkou domácí péče v ČR se stala Blanka Misconiová. Stala se autorkou několika děl, zmínila bych zejména brožuru Management Komplexní domácí péče, ze které jsem také čerpala podklady k bakalářské práci.

Historie zasahuje již do roku 1920, kdy začalo návštěvní ošetřování. V roce 1923 ze Státní ošetřovatelské školy vyšly sestry, které byly zaměřeny na aktuální potřebu sociální péče, na péči o dítě a na návštěvní ošetřování. V roce 1925 pro nedostatek sester tato činnost končí. Dále roku 1929 zřídil ČSČK na popud sociální pojišťovny ošetřování ležících nemocných doma.

V roce 1950 byl ČSČK pověřen k převzetí provádění ošetřovatelské a zdravotní péče v rodinách. Následoval rok 1952, ve kterém péči o staré a chronicky nemocné přebírá stát a začleňuje geriatrické sestry do zdravotní péče poskytované ve zdravotních obvodech.

Vznik Domácí zdravotní péče v ČR se datuje od roku 1990. Institut geriatrických sester byl zrušen v roce 1990 a nahrazen péčí typu home care.

V roce 1990 zakládá první středisko domácí péče Česká katolická charita (ČKCH). V roce 1991 MZ ČR povoluje dvouletý experiment a zajišťuje státní dotaci pro ČKCH ve výši 28 mil. Kč. Činnost zahájilo 25 středisek, kdy v říjnu roku 1991 vzniká první agentura domácí péče při nemocnici v Pardubicích názvem „Niké“ (vítězství) a v závěru roku 1991 bylo zřízeno již 26 agentur pro 1459 klientů.

Nadále se rozšiřuje poskytování DZP a vznikají nové agentury, jejich růst nabývá na intenzitě. Např. v roce 1992 vzniká 68 agentur DZP, v roce 1993 přibývá dalších 162 agentur DZP a v roce 1994 poskytuje péči již 261 agentur DZP.

V roce 1993 a 1994 dochází tedy k největšímu rozvoji domácí péče. Je založena Asociace domácí péče, která sdružuje sestry, lékaře, sociální pracovníky aj.

V červenci 1994 je Asociací domácí péče založeno Národní centrum domácí péče, které poskytuje informace, zajišťuje koordinaci a edukaci profesionální i laické veřejnosti. Rozvoj domácí péče je rychlý a velmi žádaný.

Koncem roku 2006 poskytovalo v České republice domácí zdravotní péči 488 pracovišť s více než 3 500 pracovníky (fyzické osoby) celkem, z toho 73 % všeobecných sester. Služeb domácí zdravotní péče (DZP) využilo více než 141 tisíc klientů, z toho 77,5 % ve věku 65 a více let. Většina domácí zdravotní péče (88 %) byla indikována praktickým lékařem, jen 12 % péče je indikováno ošetřujícím lékařem při ukončení hospitalizace. Z celkového počtu klientů představují chroničtí pacienti 85 %, pacienti s hospicovou péčí 6 % (podíl pacientů, kterým je poskytována hospicová péče, narůstá).

V roce 2006 uskutečnili pracovníci domácí zdravotní péče u svých klientů více než 6 milionů návštěv, z toho 88 % zdravotních. Na 1 zdravotnického pracovníka nelékaře (Zákon č. 96/2004 Sb., § 5 až § 22 - v případě domácí zdravotní péče téměř výhradně § 5 – všeobecné sestry) připadá v průměru 7 - 8 návštěv denně, na 1 klienta v průměru 43 návštěv za rok.

U klientů bylo pracovníky domácí zdravotní péče provedeno 11,5 milionu výkonů, z toho 16 % nehrazených ze zdravotního pojištění. Z celkového počtu výkonů nehrazených zdravotní pojišťovnou (1,9 milionu) bylo jen 18 % zdravotních, ostatní výkony byly pacientům poskytnuty v souvislosti se sociální péčí a až na výjimky (financované např. samosprávou, nadací, sponzorem) jimi byly plně nebo částečně hrazeny. Z celkového počtu výkonů bylo 59 % provedeno u mobilních pacientů, 41 % u imobilních pacientů.

Mezi výhody péče v domácím prostředí jednoznačně patří fakt, že se pacient léčí doma, k úzdavě přispívá pohodlí a rodinné prostředí. Dalším faktem zůstává finanční úspora pro pojišťovny, úleva pro pacienta - není nutné dojíždět sanitou několikrát denně k odbornému ošetření na zdravotní středisko. Pro umírající pacienty může domácí zdravotní péče poskytnout mnohdy pro člověka to nejdůležitější - není nutné opouštět rodinu a strávit poslední dny života v ústavním zařízení. A v neposlední řadě rehabilitace doma zlepšuje celkový zdravotní stav bez nutnosti ústavního ošetřování, kdy fyzioterapeut nebo všeobecná sestra pomáhá při nácviu stoje, sedu, chůze, cvičení po CMP, logopedie aj.

www.domaci-pece.cz, www.domaci-pece.info, www.uzis.cz

(Mikotová, Truhlářová, Semjonová, Presentace Domácí péče (MEDICAL) HOME CARE , 2008)

2.2. Poskytovatelé domácí zdravotní péče

„Poskytovatelé domácí péče samostatně vykonávají domácí péči indikovanou praktickým a ošetřujícím lékařem a dále spolupracují s orgány státní správy a samosprávy, s nevládními organizacemi a dalšími subjekty ve zdravotní a sociální sféře.

Domácí péče může být poskytnuta v následujícím rozsahu:

Základní zdravotní a sociální péče

Odborná zdravotní a sociální péče

Specializovaná zdravotní a sociální péče

Síť zařízení pro poskytování domácí péče je zajištěna podle § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. S ohledem na indikační skupiny pacientů v domácí péči je žádoucí zajistit nepřetržitou dostupnost 24 hodin denně, 7 dní v týdnu.

Maximální rozsah frekvence DZP, která je hrazena z fondu veřejného zdravotního pojištění, je stanoven na 3x1 hodinu odborné péče denně. Za určitých podmínek je možné rozšířit frekvenci DZP až na 5 hodin denně.

Kdo poskytuje domácí péči:

- tým kvalifikovaných pracovníků
- agentury domácí péče - lékaři, všeobecné sestry, dětské sestry, fyzioterapeuti, sestry specialistiky, psychologové, sociální pracovníci a další.“

(Mikotová, Truhlářová, Semjonová, Presentace Domácí péče (MEDICAL) HOME CARE , 2008)

www.domaci-pece.cz, www.domaci-pece.info, www.uzis.cz

Mezi poskytovateli domácí zdravotní péče jsou zastoupeny všeobecné sestry, dětské sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, porodní asistentky a další profese dle potřeb klienta.

Jako přehled odborností uvádím:

Vyhláška MZ 331/2007 Sb., příloha k vyhlášce 134/98 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami:

Domácí zdravotní péče	- odbornost 925
Výkony všeobecných sester (v návštěvní službě)	- odbornost 911
Fyzioterapeut	- odbornost 902
Všeobecná sestra v sociálních službách	- odbornost 913
Porodní asistentka	- odbornost 921
Psychiatrická sestra	- odbornost 914

Od roku 1993 můžeme poskytovatele dělit podle typu :

- zřízené veřejnou správou
- nestátní subjekty
- církevní zařízení
- fyzické osoby

V rámci domácí zdravotní péče je poskytována péče léčebná, léčebně preventivní, ošetrovatelská, rehabilitační, psychoterapeutická a případně sociální služby zaměřené na pomoc a podporu při snížení soběstačnosti v základních životních dovednostech.

(www.mzcr.cz)

3. Domácí péče jako péče rodiny

Takto je vnímána laická (běžná) pomoc péče rodiny o člena domácnosti. Laická péče je prvním stupněm domácí péče. Při mé praxi v domácí zdravotní péči se setkávám s klienty, kteří žijí zcela sami a jejich blízcí – děti, vnoučata - bydlí odděleně a někdy i velmi daleko. Naše pomoc u takových klientů zde je zcela na místě a bez ní by klient nemohl nadále zůstat v domácím ošetřování. Jindy příbuzní našich klientů žijí ve společné domácnosti, avšak přes den jsou v práci a na pravidelné ošetřování nemají čas.

Přesto odpoledne po návratu domů nebo při pravidelných návštěvách u pacienta se rodinní příslušníci starají o své nemocné velmi zodpovědně. Vždy uvítají každou radu při ošetřování. Odpoledne, večer, v noci či o víkendu se starají o svého nemocného člena rodiny již sami.

4. Péče o pohybovou aktivitu nemocného

„Schopnost pohybovat se volně, lehce, rytmicky a účelně v prostředí je základním atributem kvalitního života. Hybnost nemocného může být omezena z mnoha důvodů. Ochrnutím končetin, amputacemi, strachem z bolesti při pohybu, strachem z pádu, slabostí, psychickými problémy apod. Úroveň aktivity nemocného výrazně ovlivňuje věk. Nemocný s poruchou hybnosti může pociťovat bezmoc a vztek, může se cítit jako přítěž pro ty, kteří o něj pečují.“

(Holeksová, Ležící nemocný člověk v domácím prostředí, str. 30, 2002)

4.1. Proleženiny

Proleženiny (dekubity) zůstávají přes veškerý pokrok v medicíně stále vážným problémem. Způsobují utrpení pacientům a dokonce ohrožují jejich životy. Pro všeobecné sestry v DZP znamená pacient trpící proleženinami mnohem větší pracovní zatížení a zvýšenou fyzickou námahu. Boj s dekubity se stal proto pro zdravotníky jednou z priorit. Při návštěvách v DZP se sestra snaží vzniku dekubitů předcházet a naučit klienty či rodinné příslušníky zásady prevence vzniku dekubitů. Již při příjmu do DZP vyplňuje sestra dotazník a zakresluje predilekční místa, zda jsou, a pokud ano, pak v jaké míře, dekubity rozvinuty. Další péče a léčba je zaměřena na co nejrychlejší a nejefektivnější zhojení. Sestra využívá všechny zásady ošetrovatelské péče a léčby podle ordinace praktického lékaře. Ošetrovatelská rehabilitace právě v této problematice sehrává velmi důležitou roli. Správným polohováním, používáním polohovacích pomůcek a dodržováním zásad rehabilitačního ošetřování lze vzniku proleženin předejít.

Jak proleženiny vznikají?

Proleženina je poškození kůže a podkožních tkání, které je způsobeno tlakem na hmatné kostní výčnělky povrchu těla, na nichž spočívá největší váha nemocného. Jsou to například obratle krční páteře, lopatky, křížová kost a patní kosti při poloze na zádech. Proleženinami trpí zpravidla pacienti dlouhodobě upoutaní na lůžko a pacienti se sníženou hybností, kteří tvoří mezi klienty domácí zdravotní péče velkou část pacientů.

Hlavní příčinou vzniku proleženin je stlačení měkkých tkání mezi kostí a tvrdou podložkou, kdy dochází k nedostatečnému prokrvování. Pokožka a svaly jsou nedostatečně vyživovány a chybí jim kyslík, postupně nastává odumírání tkáně.

Na vznik proleženin má vliv:

- věk pacienta a stav pokožky a svalů
- ochrnutí těla různého rozsahu
- zapaření a macerace pokožky způsobená například inkontinencí (únik moči i stolice), nebo větším pocením
- neupravené, vlhké lůžko se shrnutým prostěradlem způsobuje dráždění pokožky a vznik otlaků

- špatná výživa vedoucí k vymizení podkožního tuku a k celkové sešlosti
- obezita, při níž se tvoří opruzeniny v oblasti kožních záhybů, kdy může docházet až k maceraci kůže, nadměrná hmotnost pacienta ztěžuje polohování

Dekubitus je definován jako lokální poškození kůže. Příčinou je porucha prokrvení tkáně v důsledku zvýšeného tlaku ve tkáních, imobility a špatného stavu pacienta. Při nadměrné intenzitě tlaku v místě styku podložky s kůží dojde k zástavě cirkulace krve v kapilárách a postupnému odumírání buněk ve tkáních.

Dekubity se mohou vytvořit kdekoliv na těle. Za predilekční místa vzniku lze považovat sakrální oblast, paty, sedací kosti, oblast nad velkými trochantery a také vnější kotníky.

Dekubity vznikají, mimo výše uvedené příčiny, také působením střížných sil a tření, kdy dojde ke vzniku smykových sil, které způsobují posunutí kožních vrstev proti sobě s následným útlakem cév. Kromě toho dochází ke tření kůže o podložku. Tak jsou poškozovány povrchové vrstvy kůže.

Jak se proleženiny projevují?

Prvním příznakem, který nelze podceňovat, je začervenání pokožky. Pacient si může stěžovat na bolestivost místa, pálení nebo mravenčení. V dalších stádiích se tvoří puchýře a postupně odumírá pokožka a svaly. V nejtěžších stádiích proleženin může být postižena i kost.

Jak v domácí zdravotní péči zabránit vzniku proleženin?

- kontrolovat denně stav kůže a sliznice
- věnovat pozornost kostním výčnělkům, nemasírovat je
- aktivizovat nemocného, udržet rozsah pohyblivosti kloubů
- minimalizovat poranění kůže
- polohovat nemocného dle harmonogramu
- používat statické matrace (vzduchové nebo dynamické - tlakové, s proudícím vzduchem)
- provádět hygienickou péči u nemocného dle jeho individuálních potřeb
- minimalizovat kontakt nemocného s vlhkostí způsobenou inkontinencí či pocením
- sledovat příjem potravy
- dieta bohatá na bílkoviny a vitamíny

Efektivní prevencí lze dekubitům předcházet až v 95 % případech. Vlastnosti, které nabízejí aktivní antidekubitní matrace, jsou vhodné při léčbě dekubitů nejvyšších stupňů.

Nezastupitelnou roli hrají rovněž při prevenci všech rizikových skupin. Hlavním principem aktivních antidekubitních matrací je odlehčení částí těla a obnovení prokrvení. Aktivní systémy, na rozdíl od pasivních matrací, výrazně zefektivňují prevenci a podporují léčbu dekubitů. Podporují totiž obnovu dostatečného prokrvování tkání. To je nejdůležitější podmínka efektivní obrany proti vzniku a progresi dekubitů.

(www.complex.zdravi-cz.eu/dekubity-prolezeniny.php)

4.2. Polohování

„Polohováním se rozumí správné uložení pacienta na lůžku. Jde o umístění těla a jeho částí do určité polohy a změny poloh v určitých časových intervalech, uložení končetin a nápravu vznikajících nebo již vzniklých změn jako jsou např. dekubity, otoky, kontraktury, bolestivé rameno. U polohování je důležité znát fyziologický rozsah pohybu, je třeba si uvědomit, že správná poloha zabraňuje vzniku nežádoucích komplikací a zmírňuje bolest, musí být také bezpečná (bočnice na lůžku, popruhy, dlahy) a nesmí nevhodným výběrem polohovacích pomůcek iatrogeně poškodit pacienta (útlak může způsobit periferní parézu).

Při polohování vycházíme z předpokladu, že postavení a pohyby dolních končetin slouží k lokomoci (sedu, chůzi) a horní končetiny slouží k sebeobsluze (hygiena, oblékání, stravování).

Při polohování vycházíme ze zásady, že postavení a pohyby dolních končetin jsou určeny k sedu a chůzi a horní končetiny k sebeobsluze (oblékání, hygiena, příjem potravy). Proto polohy na lůžku vycházejí ze správného stoje a sedu.

Polohování lze rozdělit na:

1. celkové
2. místní

Celkové polohování – jedná se o polohování celého těla, kdy odlehčujeme predilekční místa (vyčnívající kostní části pokryté kůží a tenkou vrstvou podkožního tuku, která jsou ve větším kontaktu s podložkou a jsou vystavena většímu tlaku a riziku vzniku dekubitů).

Predilekční místa jsou:

- a) v poloze na zádech - paty, kost křížová, lokty, lopatky, zadní část hlavy
- b) v poloze na boku - kotník, kolena (mediální a laterální epikotyly femuru), velký trochanter, rameno, ucho, boční část hlavy

- c) v poloze na břicho - palce, kolena (pately), genitál (u mužů), poprsí (u žen), akromiony, líce, ucho
- d) v poloze v sedě - paty, hrbol kosti sedací, kost křížová, trnové výběžky páteře.

Polohování provádíme během celých 24 hodin, nejčastěji v 2 hodinových intervalech přes den a 3 hodinových intervalech přes noc. Střídáme jednotlivé polohy vleže na zádech, na boku, na břicho (tuto polohu vynecháváme u pacientů s respiračními potížemi nebo u závažných stavů), na druhém boku a v mezipolohách.

Místní polohování - používá se na konkrétní místa, kde chceme zabránit zkracování svalů, šlach, vazů, kloubních pouzder. Toto polohování se provádí po dobu 5 - 30 minut několikrát denně.

Polohování dělíme dále na :

A. *antalgické* - protibolestivé (úlevové), které pacient zaujímá ke zmírnění bolesti. Tato poloha je často nefyziologická a delším přetrváváním v této poloze může dojít ke vzniku sekundárních změn na pohybovém aparátu.

B. *preventivní* - proti vzniku nesprávného postavení v kloubech, zabraňuje svalovému zkrácení. Jde o funkční polohování, kdy kloub zaujímá střední postavení a kloubní pouzdro je tedy stejnoměrně napjato.

C. *korekční* - se využívá tam, kde již nežádoucí změny vznikly (zkrácení svalů, omezený pohyb, deformita). Cílem tohoto polohování je upravení nefyziologického postavení.“

(Chalupová, Bakalářská práce , str. 12-14, 2004)

Abychom usnadnili pohyb v lůžku nebo abychom nemocného udrželi v požadované poloze, můžeme použít tzv. *doplňující zařízení lůžka*. Z klasických pomůcek uvádím:

Uzdička nebo provazový žebříček– tyto pomůcky usnadňují posazování v lůžku. Upevňují se v dolní části lůžka a nemocný se jimi přitahuje do polohy v sedě.

Hrazdička – se zavěšuje nad horní polovinu lůžka, usnadňuje otáčení v lůžku nebo posazování.

Podpěrný klín – se používá tehdy, pokud není horní část lůžka možné zvednout pod hlavou. Mezi základ postele a matraci vložíme klín.

Mezi další pomůcky v lůžku můžeme zařadit *perličkové (event. molitanové) válce, korytka, polštáře, klínové opěrky a nafukovací pomůcky*, (které podobně jako pevné slouží k udržení nemocného ve správné poloze), *postranice* a jiné.

Uvádím příklady polohovacích pomůcek, které usnadňují polohování (viz příloha č. 2)
- *pomůcky k posouvání nemocného v lůžku, pomůcky k přesunu z lůžka na křeslo, různé fixační pásy*

Perličkové pomůcky – bumerang, polštář, válec, had

Polohovací vak – díky dokonalé tvárnosti vaku lze cíleně polohovat a zároveň dlahovat

Podpěrný fixační sedák – lze použít dle potřeby v lůžku i na podlaze, velikost sedáku se volí podle výšky pacienta

Polohovací postele – umožňují polohování nemocného, součástí je plynulé mechanické ovládání, které může obsluhovat i sám ležící nemocný.

Antidekubitní lůžka – např. *aktivní antidekubitální matrace*, která je složena ze dvou bublinových na sobě nezávislých sekcí, které se pomocí speciálního kompresoru střídavě nafukují a vyfukují.

Vanové zvedáky – usnadňují přesun z/do vany.

Pojízdné sprchovací lůžko – slouží k umývání a sprchování nepohyblivých a dlouhodobě ležících klientů.

(www.alternativni-terapie.doktorka.cz)

4.3. Pasivní cvičení

Pasivní pohyb je pohyb bez zapojení aktivity nemocného, který za něj provádí jiná osoba nebo přístroj, popř. může nemocný procvičovat postiženou končetinu pomocí své druhé zdravé končetiny (u hemiparéz, některých onemocnění kloubů). Je využíván tam, kde chybí dostatečná svalová síla nebo při bolesti.

Při pasivním pohybu se mění :

- napětí jednotlivých částí kloubního pouzdra
- tlak na styčné plošce kloubních chrupavek
- stupeň natažení nebo uvolnění svalu
- stupeň aktivace volných nervových zakončení

Pasivní pohyby tedy neslouží k udržení svalové síly, ale zejména k udržení fyziologické délky svalů a hybnosti kloubů, podpoře propriocepce, zlepšení trofiky svalů, prevenci vzniku trombóz hlavně na dolních končetinách, kloubních ankylóz a mohou snižovat bolestivost při možném aktivním pohybu.

S pasivním cvičením začínáme co nejdříve, pohyb provádíme pomalu a plynule, šetrně v ose pohybu, v plném možném rozsahu. Na konci exkurze děláme vždy pauzu, soustředíme se na pohyby, které jsou již omezené (např. spasticitou). Nejvýhodnější poloha je poloha na zádech, cvičení má být systematické, každý pohyb opakovat 5 - 7x, minimálně dvakrát denně. Sestry provádějí pasivní pohyby během celého dne a rovněž v rámci polohování či osobní hygieny.

(Chalupová, Bakalářská práce , str. 14 - 15, 2004)

4.4. Aktivní a kondiční cvičení

Aktivní cvičení zlepšuje prokrvení, metabolismus, udržuje svalový tonus, příznivě ovlivňuje psychiku nemocného. Aktivní pohyb vykonává pacient vlastní silou a vůlí. Je třeba, aby sestra motivovala pacienta a zadané úkoly kontrolovala.

Dle typu kontrakce rozeznáváme pohyb izometrický, izotonický, koncentrický, excentrický. Dle energie způsobu provedení na pohyby kyvadlové, švihové, tahové, aktivní pohyb s dopomocí, aktivní pohyb v odlehčení, proti gravitaci, proti odporu. S aktivním pohybem začínáme po vytvoření minimální síly a náznaku pohybu. Od nemocného vyžadujeme intenzivní spolupráci, soustředění. Nesmíme však pacienta cvičením příliš unavit, proto zařazujeme mezi jednotlivé cviky pravidelnou relaxaci. Pohybová aktivita by tedy

neměla pacienta v žádném případě vyčerpávat, proto v počátku volíme cviky jednoduché, v kratší časové jednotce a dle stavu nemocného zátěž postupně zvyšujeme. Při cvičení hodnotíme subjektivní i objektivní pocity nemocného (slabost, bolest, palpitace, pocení, aj.).

Kondiční cvičení je cvičení zdravých částí těla. Je zaměřeno na celkovou aktivitu nemocného a zvýšení tělesné zdatnosti a výkonnosti. Cílem kondičního cvičení je udržení dosavadního fyzického stavu, zachování kloubní pohyblivosti, svalové funkce a tonu a nervosvalové koordinace i správnou funkci vnitřních orgánů. Délka cvičení, tempo, rytmus se odvíjí především od věku a celkového zdravotního stavu nemocného. Kondiční cvičení kombinujeme dechovou gymnastikou.

(Chalupová, Bakalářská práce , str. 15 - 16, 2004)

4.5. Dechová gymnastika

„U pacientů upoutaných na lůžko (imobilních) můžeme předpokládat snížení plicní ventilace a porušenou samočisticí schopnost dýchacích cest v důsledku omezení dýchacích pohybů, porušeného kašlacího reflexu, obrny dýchacích svalů.

Plicní ventilaci můžeme rozdělit do dvou skupin:

- 1) Spontánní, přirozené dýchání, kdy jedinec ovládá celý dechový cyklus - vdech i výdech - a je schopen kdykoliv svou ventilaci upravit podle okamžitých nároků a využívá veškeré vlastní rezervy.
- 2) Řízené dýchání, ventilace, kdy organismus dostatečně nevyvíjí dechovou aktivitu a veškeré funkce musí být nahrazovány přístrojem (ventilátorem).

Naším cílem je dosáhnout normálních hodnot respiračních funkcí a vhodně zvolit a provádět dechová cvičení. Dechová gymnastika je systém cviků zaměřených v první řadě na mechaniku dýchání. Je součástí léčebné tělesné výchovy, celkově však nenamáhá pacienta natolik jako pohybová aktivita a proto se uplatňuje i tam, kde je léčebná tělesná výchova kontraindikována. Cílem dechové gymnastiky je zlepšit ventilaci a distribuci vzduchu v plicích, zmírnění dušnosti, zvýšení dechových objemů (kapacity plic), zlepšit funkci bránice, usnadnit odkašlávání a předcházet vzniku komplikací.

Všimáme si především :

- 1) stavu vědomí a spolupráce nemocného – podle něho budeme volit dechová cvičení
- 2) typu a způsobu dýchání
- 3) schopnosti spontánního kašle a vykašlávání

- 4) deformit hrudníku
- 5) vitálních funkcí

Dechovou gymnastiku rozdělujeme na základní dechovou gymnastiku (ZDG) a speciální dechovou gymnastiku (SDG).

ZDG je soubor sestav dýchacích cviků zaměřených na rytmus dýchání a nácvik přirozeného dýchání.

SDG je soubor sestav cviků zaměřených na sílu a hloubku dechu, typ dýchání, zvětšení rozdílů při inspiračním a expiračním postavení hrudníku. Tyto sestavy cviků můžeme vhodně koordinovat s dýcháním ve správném rytmu.

SDG rozdělujeme na :

- a) dechovou gymnastiku statickou (DGS)
- b) dechovou gymnastiku dynamickou (DGD)
- c) dechovou gymnastiku mobilizační

Do skupiny DGS patří klidové prohloubené dýchání, kdy výdech je dvakrát delší než nádech, nebo abdominální dýchání, kdy při vdechu se břišní stěna vyklene a při výdechu zapadá. Brániční dýchání příznivě působí u stavů po břišních operacích, po operacích srdce a plic, využíváme ho tam, kde chceme podpořit venózní krevní oběh v malé pánvi apod. V sesterské praxi se tento typ dýchání nejlépe uplatní, protože je časově nenáročný, např. při větrání pokojů vyzve sestru pacienty k prohloubenému dýchání, nacvičené s fyzioterapeutem. Na začátku cvičení zajišťujeme pomocí tohoto manuálního kontaktu i masáže hrudníku a tím úvodní relaxaci.

V běžné praxi používáme především polohy vertikální, tj. vsedě nebo ve stoje. Vertikální poloha je pro dýchání polohou fyziologickou, přirozenou, při které nejsou dýchací pohyby v žádném směru omezeny. Nejčastěji používáme sed na židli nebo vyšší stoličce bez opěradla, nemocný má stehna ve střední abdukci se zevní rotací a opírá se plnými chodidly o podložku. Horizontální poloha je pro dýchání sice zátěžovou, protože pohyby hrudníku jsou jednostranně omezeny, ale má současně určitý relaxační a odpočinkový vliv. Její výhodou je možnost řady obměn s různě položenými horními a dolními končetinami. V poloze horizontální podkládáme dolní končetiny pod kolena válcem.

Nemocnému vysvětlíme princip správného dýchání a upozorníme na důležitost vdechu prováděného nosem a výdechu, který v tomto případě provádíme ústy. Výdech je nejdříve spontánní, seřízený a postupně se prodlužuje.

Příklady statického dýchání:

- hluboký nádech nosem a výdech ústy

- krátký vdech a prodloužený výdech
- vdech a výdech na š, š, š, š
- vdech a výdech proti odporu (bublání do lahve, nafukování míčku)
- břišní dýchání – vleže na zádech s podloženými dolními končetinami pod kolena. Ruce spočívají na břiše, pacient si tak lépe uvědomí cílení dechu.

DGD je zaměřena na prohloubené dýchání v kombinaci s cviky některých svalových skupin (svaly ramenních pletenců, trupu), pohyby s uvedenými svalovými skupinami musí být zkoordinované s jednotlivými fázemi dýchacího cyklu a musí mu pomáhat.

Dechová gymnastika mobilizační – do této skupiny patří tzv. vědomě prohloubené dechové pohyby hrudníku, jinak nazývané lokalizované dýchání. Tyto pohyby vyvoláme povrchním drážděním i kladením odporu proti hrudní stěně. Dále využíváme činnosti mezižeberních svalů proti odporu ruky cvičitelky a pomáháme tak nemocnému, aby zapojil svaly v místě odporu a tím zvýšil dechové pohyby.

Odkašlávání s aktivní účastí pacienta – cílem je zabránit hromadění sekretu v dechových cestách a předcházet vzniku komplikací, např. atelektázy, pneumonie. U pooperačních stavů je důležitá vhodná fixace rány, což zmírňuje bolest při odkašlávání.“
(Chalupová, Bakalářská práce , str. 16 - 20, 2004)

4.6. Včasná mobilizace

Co nejdříve, ale vždy dle indikace lékaře zahajujeme vertikalizaci pacienta. Provádíme nácvik sedu s dolními končetinami na lůžku, sedu s dolními končetinami spuštěnými z lůžka, nácvik stoje a chůze. Dle stavu nemocného můžeme využít k vertikalizaci tyto pomůcky: chodítka, podpažní berle, francouzské berle, kozičky, bradla, vycházkovou hůl, ortézy, závěs na horní končetinu, schody a jiné.

4.7. Péče o výživu, snaha o soběstačnost

K základním činnostem důležitým k udržení maximální možné kvality života pacienta patří nácvik denních aktivit. K tomu využíváme plně i částečně zachované funkce, které umožňují sebeobslužné úkony denních činností – sebesycení, osobní hygieny, oblékání, mobility a lokomoce. Nemocného vedeme k samostatnosti v úkonech sebeobsluhy i za cenu, že mu činnosti budou trvat déle.

4.8. Komunikace

Cílem je navázat kontakt a vzbudit důvěru pacienta. Sestra by měla umět klást otázky, naslouchat, edukovat, podněcovat, ale i mlčet. Důležité je při všech manipulacích a činnostech s pacientem respektovat bolest.

Povinnosti sester vyplývající z rehabilitačního ošetřování:

1. pracují dle ordinace lékaře pod metodickým vedením fyzioterapeuta
2. dohlížejí na to, aby nemocný cvičil dle doporučeného rehabilitačního plánu i v průběhu dne a o víkendech
3. dopomáhají při odkašlávání
4. zajišťují místní i celkové polohování
5. vedou pacienty k soběstačnosti
6. vertikalizují nemocné (návěky sedu, stoje u lůžka, chůze)

5. Manipulace s nemocným

Nemocný člověk leží v lůžku a sestra jej musí správně uložit, zvednout, posadit, pomoci postavit nebo otočit na záda. Jak však toto vše zvládnout a přitom si chránit svá záda?

Fyzická manipulace bývá nejčastější příčinou bolestí zad pečujících. Proto se musíme naučit manipulovat s nemocným tak, abychom svou páteř zatěžovali co nejméně a předešli tak i případným poraněním páteře.

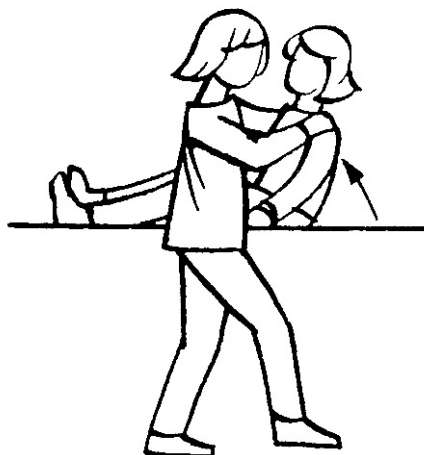
Bolesti páteře se mohou dostavit z důvodu nezvyklé činnosti nebo z důvodu nesprávné techniky při fyzické manipulaci nemocným. Při manipulaci s nemocným můžeme použít různé pomůcky, které nám usnadní manipulaci. Nemocného nikdy neuchopujeme v místech, která ho bolí.

(Holeksová, Ležící nemocný člověk v domácím prostředí, str. 40, 2002)

5.1. Manipulace s nemocným jednou osobou

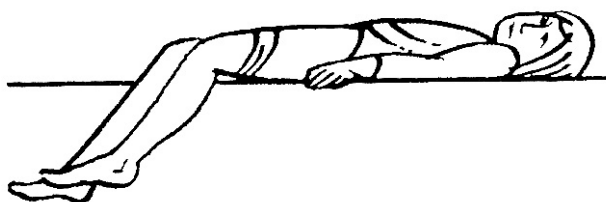
1) Posazování nemocného

- Postavíme se z boku lůžka, jednou nohou vykročíme dopředu, při posazování budeme z této nohy přenášet váhu na druhou nohu, v kolenou se mírně pokrčíme. Nemocného uchopíme za ramena a posadíme. Zároveň přenášíme váhu na druhou nohu. Snažíme se mít stále napřímená záda (obr. č. 1).



Obrázek č. 1

- Nemocnému spustíme dolní končetiny a posadíme ho stejně jako v předchozím případě (obr. č. 2).



Obrázek č. 2

2) Zvedání nemocného ze sedu

- Nemocného požádáme, aby pokrčil paže v loktech a přitiskl je k tělu. Postavíme se ze strany nemocného čelem k němu. Nohu, kterou máme u nemocného blíže, dáme před něj a fixujeme tak jeho kolena. Nemocný se lehce předkloní a bližší rameno si opře o nás. My se nakloníme nad záda nemocného a uchopíme ho za lokty. Vzdálenější rameno nemocného se opírá o naši loketní jamku. Přeneseme váhu na nohu více vzdálenou od nemocného a nemocného nadzvedneme ze sedu. Záda máme vzpřímená.

- Postavíme se čelem před nemocného. Svá kolena opřeme o kolena nemocného, obejmeme ho kolem pasu (je výhodné omotat kolem pasu nemocného nějaký opasek nebo pás a nemocného zvedáme pomocí tohoto pásu, za který se držíme za zády nemocného. Nemocného tak můžeme pevně uchopit a více se zapřít, aniž by nám klouzaly ruce). Při

zvedání svými koleny tlačíme na kolena nemocného, čímž je propneme a nemocný se snadněji postaví.

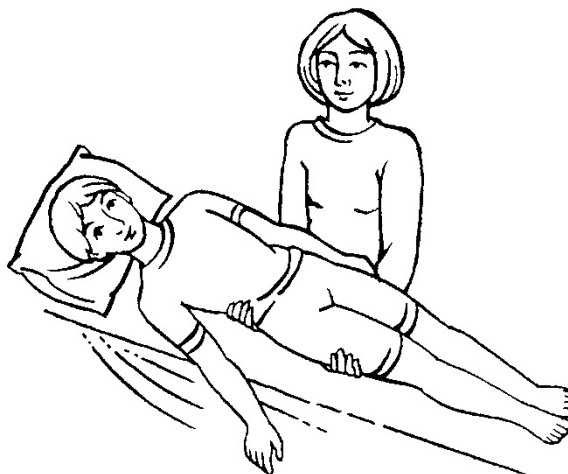
- Postavíme se čelem před nemocného, uchopíme ho v podpaží, kolena fixujeme jako v předchozím případě. Při zvedání svými koleny tlačíme na kolena nemocného, čímž je propneme a nemocný se snadněji postaví.

3) Přesunutí nemocného z lůžka na židli

- Nemocného nejprve posadíme. Pak si jeho ruce dáme kolem pasu, méně vhodné je dát si je kolem krku. Když není jiná možnost, nemocnému řekneme, ať má ruce pouze volně položené a za krk nás nechytá. Mohl by nám poškodit krční páteř. Uchopíme ho kolem pasu. Svými koleny se zlehka opřeme o kolena nemocného, tím nemocného fixujeme a opatrným pomalým tahem ho nadzvedneme (kromě zvedání pažemi, zatlačíme koleny na jeho kolena, ty se propnou a nemocný se snadněji postaví), otočíme ho o 90 stupňů a posadíme na předem připravený vozík či židli. Stejně nemocného přemístíme i zpět.

4) Otáčení nemocného

- Nemocný leží na zádech. Postavíme se z boku lůžka. Uchopíme ho za rameno a pod kolenem na vzdálenější straně. Stojíme pokud možno vzpřímeně, jednu nohu máme předsunutou, abychom z ní při otáčení mohli přenést váhu na druhou nohu. Nemocného tahem natočíme na bok, čelem k nám. Záda máme stále vzpřímená. Poté obejdeme lůžko, takže nemocný je k nám zády. Postavíme se stejně jako před chvílí s jednou nohou předsunutou, navíc pokrčíme nohy lehce v kolenu. Nemocnému vsuneme jednu ruku pod pás a druhou pod stehna. Zachytíme se a nemocného rychlým tahem posuneme, protahujeme vlastně jenom hýždě. Srovnáme horní polovinu těla a dolní končetiny (obr. č. 3).



Obrázek č. 3

5) Posouvání nemocného na lůžku

- Týká se nemocných, kteří mají ochrnutou jednu polovinu těla, a kteří nám mohou pomoci. Postavíme se z postižené strany nemocného. Požádáme ho, aby pokrčil zdravou nohu a zapřel se o podložku (lůžko), aby se zdravou rukou opřel o matraci lůžka. Naše ramena jsou v úrovni zad nemocného. Jednu nohu předsuneme ve směru pohybu, který budeme s nemocným vykonávat. Pokud je lůžko nemocného nízké, můžeme si na něj druhou nohou kleknout. Pokrčíme kolena a mírně se předkloníme, ale záda zůstávají ve stejné rovině s rameny a hýžděmi. Rameno, které máme blíže nemocnému, zatlačíme proti jeho hrudi. Ruku nemocného si dáme na záda. Požádáme ho, aby se vzepřel o zdravou ruku a nohu a posuneme ho směrem k čelu lůžka.

(Holeksová, Ležící nemocný člověk v domácím prostředí, str. 40 – 44, 2002)

5.2. Manipulace s nemocným dvěma osobami

1) Posazování nemocného

- Každý se postavíme z jedné strany lůžka, jednou nohou vykročíme dopředu, při posazování nemocného budeme na tuto nohu přenášet váhu, v kolenou se mírně pokrčíme. Nemocného uchopíme každý za jedno rameno, popř. se chytíme za zády nemocného, a nemocného posadíme. Zároveň přenášíme váhu na nohou. Snažíme se mít stále napřímená záda.

2) Přesunutí nemocného z lůžka na židli

- Židle (popř. pojízdné WC) nesmí mít boční opěrky. Nemocného posadíme. Jeden z nás se postaví na lůžko za nemocného. Přikrčí se. Své ruce provleče pod pažemi nemocného a uchopí ho za obě předloktí. Nemocný může své ruce na hrudi spojit. Začne se narovnávat v kolenou a zároveň zvedat nemocného a posouvat k okraji lůžka. Pomáhající se postaví jednou nohou na zem. Druhý pomáhající se postaví čelem k nemocnému a uchopí ho pod kolena. Přitáhne nohy ke kraji lůžka. Na povel pak nemocného přesunou na židli. Pomáhající, který stojí za nemocným, postupuje stejně jako při posouvání po lůžku, druhý pomáhající přidržuje a zvedá dolní končetiny. Stejně můžeme nemocného zvednout ze země, jestliže upadne. Jednu nohu máme vždy předsunutou a přenášíme na ni během pohybu váhu. Výrazně tak odlehčíme svým záďům. Pokud je více pomáhajících, přidávají se k tomu, který přidržuje a zvedá nohy.

- Nemocného posadíme s nohama spuštěnýma z lůžka. Pomáhající se postaví každý z jedné strany nemocného, proti směru nemocného. Pomáhající se uchopí za ruce, které mají blíže k nemocnému, pod stehny nemocného za zápěstí, ramena tlačí nemocnému do podpaží. Druhou rukou se spolu pomáhající chytí za záda nemocného. Nemocný si položí ruce na záda pomáhajících. Pomáhající se mírně rozkročí a pokrčí kolena. Na povel nemocného nadzvednou (vyrovnají ruce v loktech, kterými nemocného drží pod stehny a propnou kolena) a přesunou nemocného na židli či pojízdné WC.

3) Posouvání nemocného na lůžku

- Manipulace s nemocným je snazší, když jsou pomáhající dva. Při posouvání a otáčení nemocného mohou použít tzv. polohovací podložku (např. povlak na polštář). Ta sahá od střední čáry stehen do poloviny hrudníku. Každý pomáhající se postaví z jedné strany lůžka a uchopí rohy polohovací podložky. Oba pomáhající mají jednu nohu vykročenou ve směru pohybu. Záda mají napřímená. Na povel nemocného nadzvednou a posunou k čelu lůžka.

- Nemocného posadíme. Každý pomáhající se postaví z jedné strany lůžka po směru pohybu, zhruba do úrovně zad nemocného. Oba pomáhající mají nohou vykročeno ve směru pohybu. Na tuto nohu budou přenášet váhu v průběhu pohybu. Lehce se přikrčí v kolenou a mírně se nahnou, ale pozor, nehrbit se! Ramena blíže k nemocnému zatlačí oba pomáhající nemocnému proti hrudníku a chytanou se pod stehny nemocného. Druhou, vzdálenější rukou, se opírají o matraci lůžka, v lokti je ruka pokrčená. Ruce nemocného spočívají na zádech pomáhajících. Na povel nemocného nadzvednou a posunou k čelu lůžka.

4) Otáčení nemocného

- Když polohujeme ve dvou, postavíme se každý z jedné strany lůžka a uchopíme rohy polohovací podložky. Nadzvednutím a tahem k jednomu nebo druhému z nás otáčíme nemocného na pravý nebo levý bok. Postoj pomáhajících je stejný, jako při posouvání nemocného k čelu lůžka.

(Holeksová, Ležící nemocný člověk v domácím prostředí, str. 44 – 45, 2002)

6. Ošetrovatelská rehabilitace po cévní mozkové příhodě

Téma CMP jsem si pro svoji bakalářskou práci vybrala z tohoto důvodu. V DZP, kde jsem pracovala, bylo toto onemocnění poměrně často zastoupeno. Značná část našich pacientů měla menší či větší potíže se zvládnutím sebeobsluhy, základních denních činností, potíže v komunikaci a rovněž někteří klienti byli pro CMP do DZP přijímáni. Součástí péče tvořila také ošetrovatelská rehabilitace a spolupráce s fyzioterapeuty, kteří s klienty v domácím prostředí cvičili a všeobecné sestry procvičovaly s klienty kondiční cviky. Velmi potřebné bylo naučit pacienty sedat na lůžku, vstávat a chodit po pokoji nebo v terénu. Někteří klienti žili zcela sami a rodinní příslušníci je pouze navštěvovali o víkendech a v těchto případech byla návštěva sestry DZP a fyzioterapeuta spolu s poskytováním ošetrovatelské rehabilitace velmi potřebná.

6.1. Cévní mozková příhoda a rekonvalescence

„Náhlá cévní mozková příhoda je stav, kdy dojde k náhlému ložiskovému poškození mozku následkem poruchy krevní cirkulace v mozku, a to buď na podkladě ischemie nebo hemoragie.

Akutní cévní příhoda může vzniknout jen na patologicky změněné cévě (s výjimkou embolie) a tehdy, jestliže dojde k selhání více mechanismů, které krevní oběh v mozku zajišťují a udržují. Jinak je zdravá céva schopna vyrovnat všechny výkyvy, které by mohly nastat. K akutní cévní mozkové příhodě může dojít u všech cévních onemocnění mozku, a to nejčastěji u mozkové arteriosklerozy, u hypertenzní nemoci a při prasknutí aneurysmatu.

Nejčastější příčinou náhlé cévní mozkové příhody je *ischemická léze*. Dojde k ní při nepoměru mezi spotřebou kyslíku a ostatních živin a možnostmi tyto nároky krýt. Trvá-li taková ischemie delší dobu, alespoň několik hodin, dojde k *mozkovému změknutí*, k *mozkovému infarktu*, *malacii*. Při úplné zástavě krevního oběhu v určité části mozku vznikne malacie prakticky ihned, tedy v několika minutách. Nejčastější příčinou malacie je zúžení až uzávěr mozkové tepny *trombem čili sraženinou krevní* na místě vzniklou, obvykle na podkladě arteriosklerozy, méně často dochází k *embolii*. Embolus čili vmetek se utrhne nejčastěji z trombu v a. karotis nebo v srdci při endokarditidách či chlopňových srdečních vadách, např. při mitrální stenóze a poruchách rytmu srdečního.

Mozkové krvácení vzniká prasknutím cévy a roztříštěním mozkové tkáně. Jako příčina náhlé cévní příhody je méně časté. Vyskytuje se relativně u mladších jedinců, kolem 50 let, a zvláště u těch, kde je rozvinutá arterioskleróza spojená s hypertenzní nemocí.“

(Janda, Kraus, Neurologie pro rehabilitační pracovníky, str. 138 – 139, 1987)

Nejčastějším projevem náhlé cévní mozkové příhody je *syndrom hemiplegie*. Jeho rozvoj probíhá v několika fázích. V prvních hodinách až dnech jsou ochrnuté končetiny chabé, svalový tonus je snížen. Čím déle trvá toto stadium, tím je prognóza z hlediska návratu hybných funkcí horší. Zůstane-li nemocný naživu, začne tato pseudochabá plegie po několika hodinách až dnech přecházet v typický *syndrom spastické hemiplegie*.

„Příznaky centrální hemiparézy

hybné poruchy pravé nebo levé poloviny těla (včetně končetin) ve smyslu

spastické parézy

ztráta selektivních pohybů

poruchy symbolických funkcí

zvýšené svalové napětí

psychické poruchy

Z časového hlediska rozeznáváme 3 stadia onemocnění akutní, subchronické a chronické.

Z hlediska vývoje hemiparetického syndromu rozeznáváme:

- 1) stadium pseudochabé (trvá několik dní až týdnů)
- 2) stadium náznaku pohybu a nástupu lehké (případně těžší) spasticky
- 3) stadium relativní úpravy
- 4) stadium chronické“

(Hromádková, et al., Fyzioterapie, str. 192, 1999)

Někteří lidé se po cévní mozkové příhodě zotaví téměř zcela, jiní mohou mít závažné potíže celý další život. Mezi faktory, které mohou výsledek významně ovlivnit, patří kvalita rehabilitační léčby, motivace pacienta a jeho rodiny, věk pacienta, přetrvávání fáze ochabnutí a odklad léčby.

„Během akutní fáze je prioritní léčba zachraňující život. Velkou péčí je však třeba věnovat prevenci kontraktur a proleženin pomocí správného polohování lůžka a řady pohybových aktivit.“

(Polívka, Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, str. 18, 2004)

Cílem včasné léčby je zabránit vzniku abnormálních pohybových vzorců, učit pacienta, aby zbytečně a potenciálně škodlivě neprováděl kompenzaci pomocí nepostižené strany. To platí nejen v prvních fázích onemocnění, ale rovněž během celé pozdější doby, kdy se pacient zotavuje i v domácím prostředí. Znat proto zásady léčby a význam včasné a důsledné ošetrovatelské rehabilitace je velmi důležité pro všechny všeobecné sestry a rodinné příslušníky, kteří pečují o pacienty v domácím prostředí po propuštění z nemocnice nebo po návratu z lázní či rehabilitačního ústavu. Celoživotní důsledná ošetrovatelská rehabilitace, posilování zájmu o léčení a neustálé zlepšování celkového zdravotního stavu a zájem o co největší začlenění do společnosti zdravých lidí by se mělo pro pacienta po cévní mozkové příhodě stát celoživotním cílem.

Velice důležitým mezníkem je stanovení si reálného cíle.

Cílem rehabilitace je dosažení maximálního stupně fyzické a psychologické soběstačnosti. „To, co podporuje znovunabytí funkčních schopností, je aktivní pohyb. Provádění pasivních pohybů, kdy pacient dlouhé měsíce leží na lůžku, je špatný zvyk. Člověku po cévní mozkové příhodě je třeba pomoci s normálními každodenními činnostmi, i když je nedělá dokonale.“

(Polívka, Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, str. 19, 2004)

„V prvních dnech se soustředujeme v rámci krátkodobého rehabilitačního plánu především na prevenci kontraktur, dekubitů a udržení co nejlepší pohyblivosti v jednotlivých kloubech. Hned od počátku polohujeme. Jakmile je nemocný orientován a když jsme schopni nemocného posoudit po všech stránkách, včetně sociální a psychologické, stanovíme vzhledem k prognóze krátkodobý i dlouhodobý léčebný plán. V první fázi bude hrát nejvýznamnější úlohu léčebná tělesná výchova a psychologické vedení.“

(Janda, Kraus, Neurologie pro rehabilitační pracovníky, str. 142, 1987)

K nácviku každodenních činností patří výběr oblečení a toaletních potřeb, svlékání, ovládání vodovodních kohoutků, umývání zdravou rukou (obličej, ochrnuté HK, tělo), navlékání žínky na nepostiženou ruku, omývání zdravé HK ochrnutou rukou, umývání nohou, osobní hygiena, čištění zubů, česání, holení atd., oblékání kalhot, trika a košile, obouvání, prostírání, jídlo, polykání...

Jistě bychom našli řadu dalších činností, při kterých je třeba pacientovi pomoci nebo naučit ho pomoci si sám. Je však velmi nutné vyhnout se frustraci z nezdaru. Jakýkoli postup v programu ošetrovatelské rehabilitace musí být proveden v rámci možnosti člověka.

Hlavní sesterské zásady při péči o hemiparetiky:

1. přístup ze strany postižení
2. lůžko bez hrazdičky
3. noční stolek na straně postižení
4. změna polohy každé 2 - 3 hodiny
5. vyžadovat aktivitu nemocného (jídlo, hygiena, oblékání, posazování)
6. materiální a technické zajištění (lůžko, vozík, polohovací pomůcky)
7. klidná atmosféra (nespěchat!)

Chyby :

- a) zkroucený trup k postižené straně
- b) příliš podložená hlava
- c) brada na hrudníku
- d) vkládání válečkům dlaně, mačkání míčků, kroužků, horní končetina visící přes okraj lůžka
- e) postižená DK zevní rotaci, flexi kolenního kloubu, přepadající noha do PF nebo opření o pevnou bedýnku

Před každou změnou polohy je důležité nemocnému klidně a srozumitelně sdělit, co a jak má dělat.

6.2. Správné polohování a pohyb

Správné polohování těla je mimořádně důležité. Především v akutní fázi cévní mozkové příhody. Dobré polohování pomáhá:

- předejít muskulárně skeletálním deformitám
- předejít vzniku dekubitů
- předejít problémům s oběhem (krevním a lymfatickým)
- vysílat do mozku fyziologické podněty (narozdíl od přechodné absence smyslových podnětů způsobených cévní mozkovou příhodou)
- podporovat rozpoznání a uvědomění si postižené strany.

Poloha na lůžku musí být upravována a měněna po 2 hodinách ve dne, po 3 hodinách v noci. Měly by se střídat různé polohy: od lehu na zádech po leh na boku na obou stranách, a tak podobně.

Polohování kyčle a ramene má prvořadou důležitost. Ramenní kloub je v mírné flexi, lehké zevní rotaci a mírné abdukci, loket v extenzi, předloktí v supinaci, zápěstí a prsty

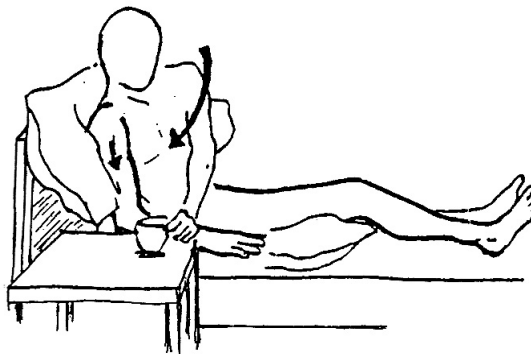
v extenzi. Dolní končetinu je také nutno podložit pod pánví a stehnem polštářem, zajistit mírnou trakci v kyčelním kloubu. Ten se polohuje ve středním postavení, koleno v semiflexi, hlezenní kloub v pravém úhlu opřením plosky o stočenou deku. V případě, že by se provokovala spasticita m. triceps surae, nechává se noha volně s podloženou patou.

(Hromádková, et al., Fyzioterapie, str. 193, 1999)

Pečlivé polohování je třeba provádět během celé léčby. Pamatujme si, že vždy je třeba vidět tělo jako celek a podle toho člověka polohovat. Budeme-li provádět cvičení horní poloviny těla, je nutné brát v úvahu i dolní polovinu a opačně.

Některé polohy mohou zvyšovat svalový tonus, zatímco jiné jej mohou snižovat či ovlivňovat vznik spastického vzorce.

K pacientovi po cévní mozkové příhodě přistupujeme vždy z postižené strany. Tím se podporuje otáčení hlavy na tuto stranu. Členové rodiny musí přistupovat z postižené strany a veškerá ošetřovatelská a pečovatelská činnost se musí odehrávat také z této strany. (obr. č. 4)



Obrázek č. 4

Pacient by měl mít pevnou postel, noční stolek je umístěn na postižené straně pacienta. To umožní člověku, který již nabyl rovnováhy v sedě, aby nepostiženou rukou dosáhl na předměty položené na něm, přičemž otáčí trup a opírá se o postižený loket.

(Polívka, Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, str. 23 – 25, 2004)

6.2.1. Poloha na zádech

Poloha na zádech je nejčastější polohou nemocného v lůžku. Neměli bychom tedy zapomínat, jak správně nemocného uložit.

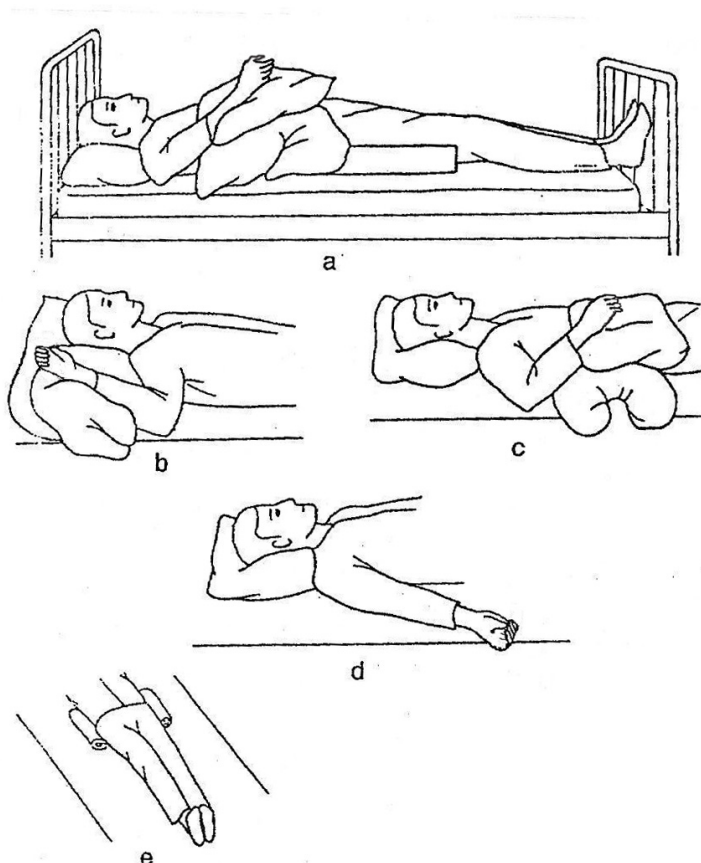
Můžeme zvolit zvýšenou polohu pod hlavou pomocí polštáře či pomocí polohovací části lůžka.

Pod hlavu nemocného dáme malý polštářek, ramena zůstávají na podložce. Paže jsou mírně odtaženy od těla, v loktech lehce pokrčeny nebo nataženy (polohu střídáme), dlaň je vytočena směrem nahoru nebo dolů.

Dolní končetiny jsou lehce odtaženy od sebe, v kolenou nataženy nebo mírně pokrčeny (podložíme perličkovým či molitanovým válcem nebo stočenou dekou, střídáme s podložením lýtek, kdy paty jsou nad podložkou volně. (obr. č. 5)

Chodidla opřeme nemocnému o stočenou deku, aby nárt s bérce uzavíral pravý úhel. Nedojde tak ke zkrácení svalů, nutných pro chůzi.

(Holeksová, Ležící nemocný člověk v domácím prostředí, str. 35, 2002)



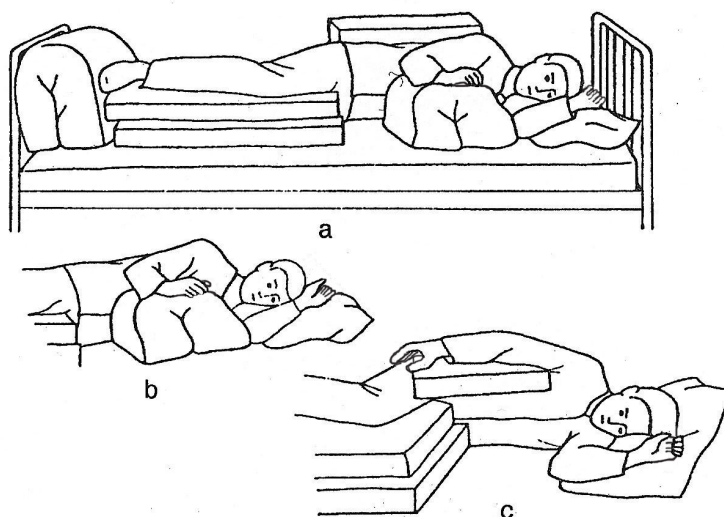
Obrázek č. 5

6.2.2. Poloha na boku

Při poloze na boku nemocnému vložíme za záda molitanový nebo perličkový polštář, deku nebo použijeme polohovací pomůcku tzv. perličkový had. To proto, aby se nemocný

nepřevracel zpět na záda. Současně je vhodné položit pod hlavu malý polštářek, spodní končetinu uložíme volně na polštáři vedle hlavy, vrchní končetina je lehce předpažena a v lokti mírně pokrčena. Polohu střídáme. Celou končetinu podložíme polštářem, aby byla v jedné rovině polštářem a neklesala k podložce. Předejde se tak v budoucnu velmi bolestivé komplikaci – tzv. bolavému rameni, které je velmi citlivé i na mírný pohyb při zatuhnutí kloubu. Spodní dolní končetina je natažena, vrchní dolní končetina je lehce přednožena a pokrčena v koleni.

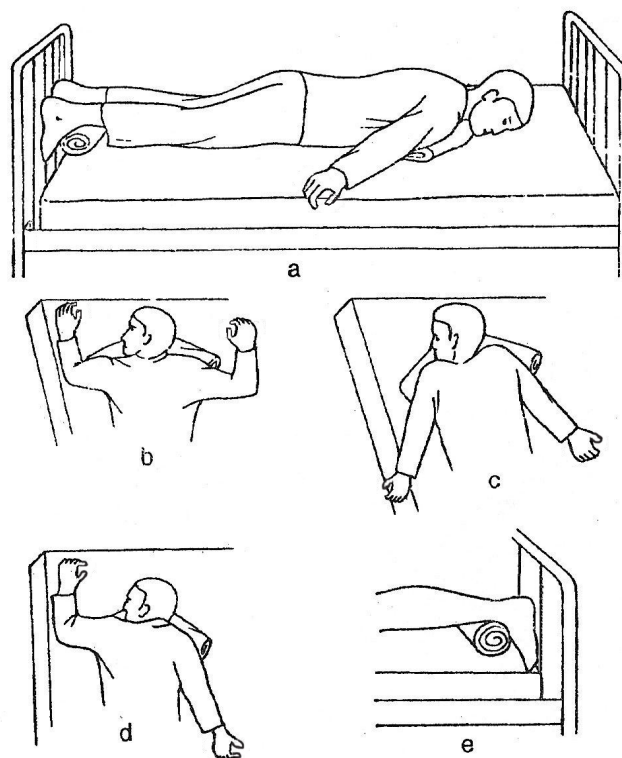
Při poloze na boku je rovněž vhodné, aby dolní končetiny byly opřeny o polohovací podložku, která je uložena v dolní části lůžka. Obě nohy se o ní opírají, nárt s bérce uzavírá pravý úhel, předejde se tak opět zkrácení svalů v lýtkách (obr. č. 6).



Obrázek č. 6

6.2.3. Poloha na bříše

Při poloze na bříše nemocnému nedáváme polštářek, hlavu má otočenou na stranu. Malým polštářkem nebo podložkou podložíme ramena nemocného, paže jsou mírně odtáženy od těla, v lokti natažené nebo pokrčené. Dolní končetiny jsou mírně rozkročené a v kolenou mírně pokrčené, bérce podložené měkkou polohovací podložkou, aby i v poloze na bříše mohl nemocný opírat dolní končetiny o podložku (stočenou deku). (obr. č. 7).



Obrázek č. 7

6.2.4. Relaxace

„Jde o velmi důležitou složku při reedukaci hybnosti hemiparetiků. Začínáme s ní tehdy, jakmile pacient začne rozumět výzám. Vysvětlíme mu přesně, jak si má počínat. Chceme, aby si uvědomil rozdíl mezi napětím a uvolněním svalu nejdříve na zdravé straně. Totéž chceme, aby vycítil na stavě postižené. Při pasivním cvičení vyžadujeme úplné svalové a psychické uvolnění. Při aktivním cvičení dáváme delší přestávky mezi jednotlivými pohyby. V případě, že při žádaném pohybu dochází z přílišného úsilí k nástupu spasticky, přestáváme pohyb provádět a vyžadujeme opět relaxaci.

Jestliže dbáme na včasnou a důslednou relaxaci, zabráníme mnohdy vývinu spasticky nebo ji značně omezíme.“

(Hromádková, et al., Fyzioterapie, str. 195, 1999)

6.2.5. Návuk volných pohybů

„Neobjeví-li se volní pohyb spontánně, musíme použít různé facilitací techniky nebo jejich prvky. Zpravidla nepoužíváme jen jednu techniku. Vybíráme vhodné podněty, které za dané situace vyvolají pohybovou odpověď. Od pacienta vyžadujeme intenzivní spolupráci.

Musí se umět soustředit a chápat, co od něho požadujeme. Velkou překážkou při výcviku volní hybnosti bývá porucha hlubokého čítí či senzorní afázie. Na podněty, které pacient nechápe nebo je necítí, bude těžko reagovat.“

(Hromádková, et al., Fyzioterapie, str. 196, 1999)

6.2.6. Přesun z lehu do sedu

Vertikalizace začíná vleže na zádech zvyšováním podpěry postupně do nejvyšší možné polohy - mluvíme o tzv. pasivním sedu. Pokud pacient toleruje tento sed alespoň 30 minut, následuje sed přes okraj lůžka se spuštěnými dolními končetinami. Předpokladem je alespoň částečná aktivita, udržení stability pomocí fixace horních končetin, nebo částečná funkční schopnost trupového svalstva a nenáročná asistence. Pokud je postižení těžší, je vhodnější pacienta posadit do vozíku, který zabezpečuje oporu.

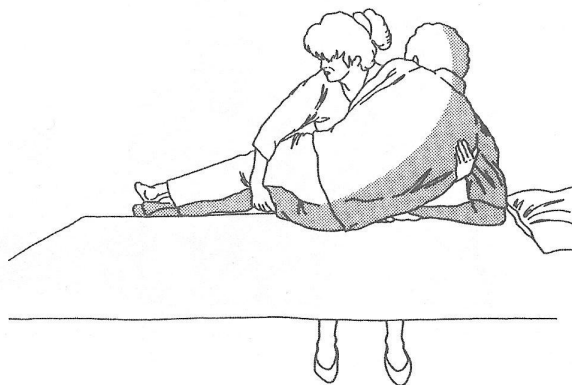
(Chalupová, Bakalářská práce, str. 22, 2004)

„Postupně nacvičujeme sed s dolními končetinami od kolen dolů z lůžka. Pacient se otočí na postižený bok. Postižená horní končetina je v antevertzi a zevní rotaci v ramenním kloubu a spočívá těsně před tělem. Pomocí zdravé dolní končetiny spustí pacient obě dolní končetiny z lůžka. My mu tahem přes zdravou horní končetinu pomáháme zvedat do sedu. Dáváme povel k zvedání hlavy a opírání se o postižený loket. Ten lehce přidržíme a při opírání musí být přesně pod těžiště ramenního kloubu. Při dokončování sedu se váha trupu přenáší rovnoměrně i na zdravou stranu a postižená horní končetina se pronuje v předloktí, natahuje v lokti a zatíží se dlaň.

Dále nacvičujeme sed i přes zdravý bok. Pacient má postiženou horní končetinu volně položenou na boku nebo lehce vpředu. Obě dolní končetiny spustí dolů z lůžka, začne zvedat hlavu, a přes vzpor o zdravý loket se nadzvedne a přenesení váhu i na postiženou stranu.

V sedu nastavujeme postiženou horní končetinu do antispastického vzorce. To znamená, že horní končetina je v extenzi, abdukci a zevní rotaci v ramenním kloubu, v extenzi v loketním kloubu, v supinaci předloktí, prsty jsou v extenzi a abdukci (hlavně palec). Toto postavení se ještě zajistí správným držením trupu.“ (obr. č. 8, 9)

(Hromádková, et al., Fyzioterapie, str. 202 - 203, 1999)



Obrázek č. 8 Pasivní asistovaný pohyb



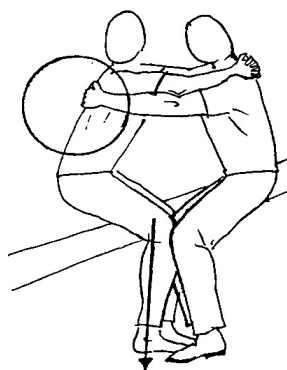
Obrázek č. 9 Aktivní asistovaný pohyb

6.2.7. Nácvik vstávání a posazování se

Pacient si může osvojit různé varianty vstávání. Volba závisí na schopnostech člověka. Je důležité začít od kolébavých pohybů, přičemž člověka učíme, aby při vstávání tlačil tělo vpřed, nikoli táhnul.

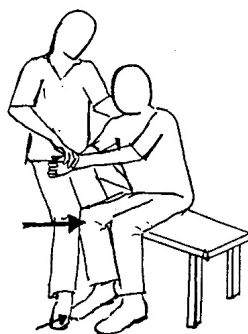
(Polívka, Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, str. 84 – 85, 2004)

Pacienta uchopíme zezadu a vyvineme mírný tlak proti natahování krku. Poté pacient položí chodidla na podlahu, kdy se musí dotýkat podlahy patami. Přitlačíme proti jeho kolenům. (obr. č. 10)



Obrázek č. 10

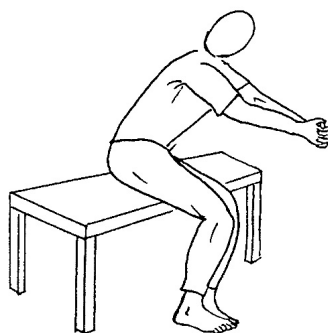
„Člověk aktivně dosahuje polohy ve stoji, ved'te pohyb od jeho rukou a zad (položíte-li mi ruku na krk, pomůže mu v zatlačení nahoru a vpřed). Postavte se na jeho postiženou stranu, své koleno a chodidlo použijete ke stabilizaci kolena a chodidla pacienta (obr. č. 11).



Obrázek č. 11

Konečným cílem těchto cvičení je připravit člověka k neasistovanému vstávání se sepnutýma rukama a nataženými lokty“ (obr. č. 12).

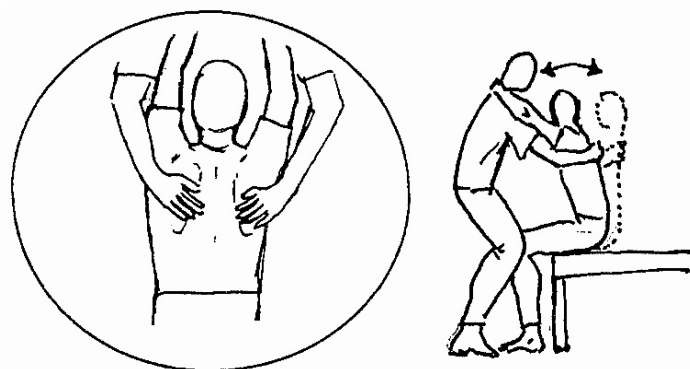
(Polívka, Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, str.89, 2004)



Obrázek č. 12

6.2.8. Přesun z lůžka a sed na židli

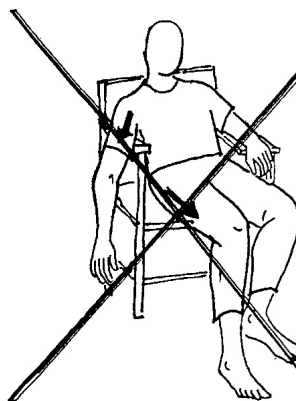
Proces přemístění z lůžka na židli je specifickým cvičením v rehabilitačním programu člověka, který utrpěl cévní mozkovou příhodou. Nejprve je přesun především pasivně asistovaná činnost a později pacient aktivně pomáhá sám. Nejlepším postupem v této činnosti je přetočení směrem k postižené straně, opření se o postižený loket, sed na kraji postele (chodidla spočívají rovně na podlaze) a nakonec přesun z lůžka na židli. (obr. č. 13).



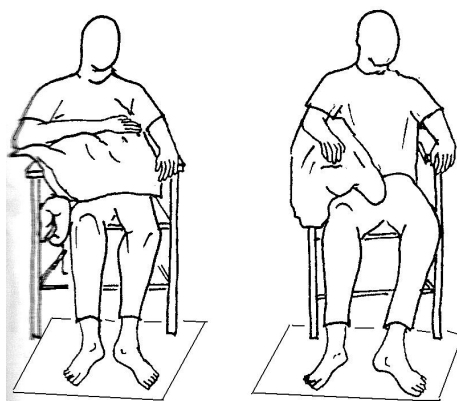
Obrázek č. 13

„Když člověk po cévní mozkové příhodě sedí na židli s opěrkami pro ruce, je důležité zabránit, aby paže visely dolů, noha byla vytočena ven a pánev sklouzávala dopředu a tělo se naklánělo na strany“ (obr. 14, 15).

(Polívka, Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, str. 41, 2004)



Obrázek č. 14 , špatně

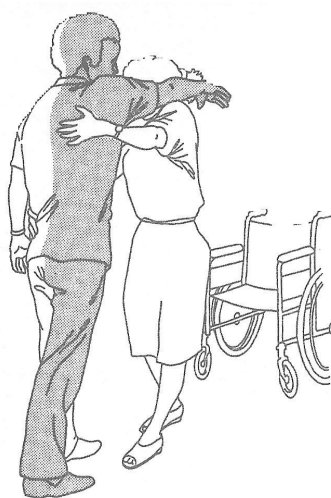


Obrázek č. 15, správně

Při pokusu o přesun ze židle zpět na lůžko se proces vstávání opakuje v opačném sledu. Člověk stojí se sepnutýma rukama, lokty natažené a otočí se tak, aby umístil své hýždě na lůžko.

6.3. Návik chůze

Chůze je přirozený pohyb. Při onemocnění cévní mozkovou příhodou je pro člověka návik znovunabytí automatického vzorce chůze naprostou nezbytností. Aby byl člověk při pohybu opravdu soběstačný, musí být i chůze bezpečná, efektivní a adaptabilní. Je proto třeba učit pacienta chodit nejprve po rovině, poté po schodech a v terénu, a to s doprovodem a bez doprovodu. Naučit pacienta hledat a překonávat překážky. Při chůzi se pacient musí snažit držet hlavu vzpřímenou a dívat se dopředu, nikoli na zem. (obr. č. 16)



Obrázek č. 16

Součástí chůze je nácvik držení rovnováhy (či stabilizovat se) v dané poloze dříve, než mu dáme pokyn, aby tuto polohu změnil. Pacient se má naučit zbavit se strachu, opět si věřit a získat chuť do cvičení. To je součást každodenního tréninku při všech činnostech. Součástí ošetrovatelské rehabilitace je probudit v pacientovi snahu a chuť do cvičení, radost ze znovunabytí samostatného pohybu. Pacient by měl pochopit, že cílem cvičení je znovuzачlenění do života a získání jeho samostatnosti.

Pamatujme si, že musíme k pacientovi vždy přistupovat a veškerou asistenci poskytovat z postižené strany.

(viz příloha č. 3)

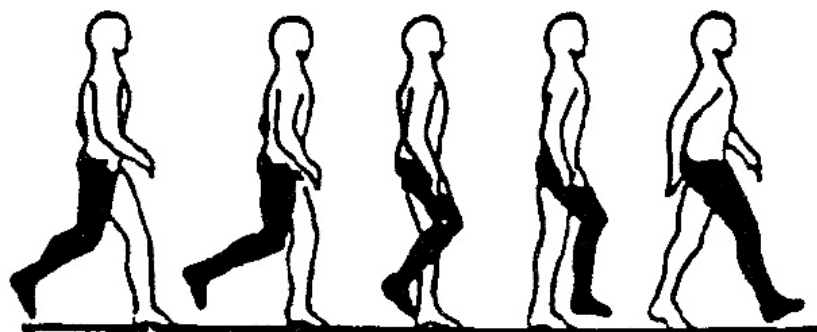
6.3.1. Nácvik chůze po rovině

S nácvikem chůze začneme hned, jakmile jsme zajistili stabilitu ve stoji. Nejvýhodnější je chůze v bradlech. Pacient se nemusí obávat pádu a může se dobře soustředit na samotnou chůzi. Zpočátku provádí malé kroky, stejně dlouhé. Upozorňujeme na souhyb horních končetin. V případě, že dochází ke zvyšování spasticky v lokti, podmiňujeme tricipitový reflex nebo poklepáváme sevřenou dlaní nad loktem. Dbáme na stejnoměrné zatěžování obou dolních končetin. Vyvarujeme se nadměrné abdukce a vyžadujeme dostatečnou extenzi v kyčelním kloubu. Je nutné cvičit chůzi vpřed, vzad i do strany. Velmi účinná je chůze přes nízké překážky.

Jestliže chceme zlepšit stereotyp chůze, cvičíme rotaci trupu. Stojíme před pacientem a držíme ho za ruce. Když vykročí levou dolní končetinou, zhoupneme obě horní končetiny diagonálně vlevo. Vpravo je to opačně.

(Hromádková, et al. Fyzioterapie, str. 205, 1999)

Člověk, který utrpěl cévní mozkovou příhodu, bude možná používat odlišnou chůzi. Lidé se silnou paralýzou anebo ti, kteří začnou chodit bez jakéhokoliv nácviku si často osvojí jiné způsoby chůze. Následující obrázek ukazuje švihovou fázi člověka, kterou se normálně pohybuje (obr. č. 17).



Obrázek č. 17

Jiné způsoby chůze člověka, který onemocněl centrální mozkovou příhodou:

- Jedinec není schopen během švihové fáze chůze ohnout koleno. V závislosti na hrubosti terénu chodidlo uklouzne a člověk klopýtne, když postižená noha zůstává vzadu a musí být přemístěna dopředu.
- Postižená noha je posouvána dopředu pasivně, za použití rotačního pohybu trupu kolem nepostižené strany. Postižené koleno člověk drží natažené a nohu táhne vně, aby tak pomohl zdvihnout chodidlo ze země. Člověk se pohybuje neobratnou chůzí, přičemž vynakládá úsilí při kmitu postiženou nohou. Velké úsilí zvýší svalový tonus postižené paže.
- Další způsob, který si někteří lidé osvojí, je pohybovat se vpřed bokem. Tento způsob chůze si často osvojí lidé, kteří v nepostižené ruce drží hůl. Hůl pacient posune vpřed jako první. Potom přemístí nepostiženou nohu směrem k holi. Postiženou nohu táhne směrem k nepostižené, ale položí ji mírně za ni.

(Polívka, Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, str. 103 – 104, 2004)

Bez správné rehabilitace si pacient osvojí chybný stereotyp chůze.

Včasným zásahem a správným tréninkem je možné těmto problémům se vyhnout.

- všimněte si kyčle, kolena kotníku a chodidla v poloze ve stoji.
- všimněte si postižené horní končetiny
- všimněte si pohybů při chůzi

Následující obrázek ukazuje správný způsob pomoci člověku během chůze (obr. č. 18)



Obrázek č. 18

Rozdělení chůze dle typu využití pomůcek :

- chůze v bradlech, pojízdné pomůcky (ohrádky, chodidla),
- kozičky (madla s třibodovou nebo čtyřbodovou oporou), podpažní berle, předloketní berle (francouzské, kanadské), hole

Rozdělení chůze dle povolené zátěže postižené končetiny:

- chůze s plnou zátěží, chůze s částečným odlehčením, chůze s plným odlehčením, chůze se švihem či přisunem, chůze po schodech

Rozdělení podle rytmu chůze:

- chůze čtyřdobá (jedna berle - druhá berle - postižená DK - zdravá DK)
- chůze třídobá (obě berle současně - postižená DK - zdravá DK)
- chůze dvoudobá (levá berle současně s pravou DK - pravá berle současně s levou DK)
- chůze vycházková (hůl v opačné ruce než je postižená končetina, následuje zdravá DK)
- chůze po schodech (dolů: berle - nemocná DK - zdravá DK, nahoru: zdravá DK - nemocná DK - berle)

6.3.2. Návuk chůze po schodech

„Nejdříve začínáme nacvičovat chůzi do schodů, pak teprve dolů. Pacient se přidržuje zdravou rukou zábradlí, vykračuje zdravou dolní končetinou, potom přizvedne postiženou

dolní končetinu. Ve směru dolů je to opačně. Pozor při přenášení hmotnosti. Těžiště nesmí padat dozadu. Postupným výcvikem vyžadujeme střídavou chůzi. V případě, že nemáme zábradlí, klade pacient při chůzi nahoru nejdříve hůl, pak zdravou dolní končetinu a nakonec postiženou dolní končetinu. Dolů jde nejdříve hůl, postižená dolní končetina a pak zdravá dolní končetina.“

(Hromádková, et al. Fyzioterapie, str. 205 - 206, 1999)

6.3.3. Nácvik chůze v terénu

Při nácviku chůze v terénu použijeme již všechny osvojené dovednosti při chůzi. Pokud pacient nezvládne chůzi po schodech, je těžké jít s ním ven na procházku, na zahrádku či doprovodit jej k lékaři. Proto je nutné nacvičování i nástupu a výstupu do výtahu a jízdu výtahem. Všeobecná sestra v domácí zdravotní péči se často setkává s pacienty, kteří ještě tento způsob chůze nenacvičovali. Použijeme zde poznatky, které jsme získali při nácviku chůze po rovině a po schodech. Musíme dbát na dostatečný odpočinek při chůzi, přestávky a také poskytnout člověku možnost pohledu na dosud neviděné okolí, např. kolem svého domku. Při chůzi se rovněž uplatňuje i nerovnost terénu, chodník, dlažební kostky, chůze mírně do kopečka či z kopečka. Výsledek takové procházky však stojí za to!

„Při chůzi ve volném prostoru používá pacient zpravidla nějakou oporu. Buď je to chodítko, kozička, francouzská nebo vycházková hůl. Musíme pacienta dostatečně poučit, jak se správně kozička nebo hůl používá. Na začátku výcviku dovoluujeme tříbodovou chůzi, tj. hůl, postižená dolní končetina, zdravá dolní končetina. Kroky musí být stejně dlouhé. Později vyžadujeme dvoubodovou chůzi, tj. současně hůl a postižená dolní končetina, pak zdravá dolní končetina.

Pomůcky používané při chůzi:

- peroneální páska – udržuje plegickou nohu v dorziflexi, zlepšit stereotyp chůze a umožní našlápnutí na patu
- osmičkový tah – používáme u lehčích poruch
- vhodná ortéza, která udrží kolenní kloub v mírné flexi a zabrání tím hyperextenzi kolenního kloubu, nesmí se používat dlouho.
- závěs na horní končetinu (hemizávěs) – při oslabených svalech pletence pažního, zabráníme vytažení kloubního pouzdra
- obuv – dostatečně pevná, nejlépe kotníčková se suchým zipem“

(Hromádková et al., Fyzioterapie, str. 205, 1999)

Pro sesterskou praxi je důležité znát způsob asistence při doprovázení nemocného a podmínky bezpečné chůze.

- 1) správná obuv - nesmí tlačit, výška podpatku 2,5 – 3 cm, pevná pata
 - nevhodné jsou pantofle
- 2) nikdy nedržet pacienta za paže nebo berle
- 3) doprovázející musí být pozorný, při ztrátě rovnováhy pacienta musí ihned zasáhnout
- 4) při chůzi do schodů jde sestra za pacientem
- 5) při chůzi ze schodů jde sestra před pacientem
- 6) nebezpečí je mokrá, klouzající podlaha a volně ležící malé koberce

Dodržením všech těchto zásad sestra minimalizuje riziko pádu.

6.4. Podpora soběstačnosti při každodenních činnostech (aktivity denního života)

Nejvyšším cílem ošetrovatelské rehabilitace je pomoci pacientovi, aby byl schopen sám vykonávat co nejvíce činností, aniž by ho omezovala jakákoli zbytková invalidita. Má-li se dosáhnout tohoto cíle, nesmí se otálet se zahájením činností péče o sebe sama. Od počátku ošetrovatelské rehabilitace po cévní mozkové příhodě může a musí být každá každodenní činnost zařazena do léčebného plánu.

Přetáčení na lůžku, zdvihání trupu do mostu, zvedání obou paží, přetáčení z důvodu dosažení na předměty na nočním stolku, přetáčení z důvodu posazování se, vstávání ze sedu a posazování se ze stoje jsme ukázali jako nezbytné kroky ošetrovatelského rehabilitačního programu. Jsou to také kroky k péči o sebe sama. Navíc se člověk po cévní mozkové příhodě musí naučit oblékat a svlékat, umývat se, najíst se sám a být soběstačný, pokud jde o osobní hygienu. Při provádění těchto činností si osvojí normální pohybové vzory. Navíc jsou tyto činnosti důležité také pro znovunabytí smyslové ztráty.

Všechny pohyby týkající se péče o sebe sama budou zpočátku aktivní asistované a postupným zlepšováním motorické funkce jedince by se z nich měly stát aktivní volní pohyby. Opět je důležité vyvarovat se frustrace ze selhání, proto jakýkoliv postup vpřed v ošetrovatelském rehabilitačním programu musí být proveden v rámci schopností pacienta.

Jak asistovat člověku při provádění každodenních činností?

Ke zhodnocení celkového stavu pacienta nám může napomoci Barthelův test základních, všedních činností (viz. příloha č. 4).

- Ved'te jej k tomu, aby každodenní činnost prováděl za použití normálních pohybových vzorců, přičemž také stimulujte jeho smysly.
- Společně se s člověkem snažte řešit různé problémy, které mohou nastat.
- Ujistěte se, že jedinec provádí smysluplné činnosti.
- Můžete asistovat při manipulaci s předmětem. Ved'te jeho ruku pomocí své ruky, kterou na ni položíte.
- Můžete vést a kontrolovat celé tělo člověka z jeho postižené strany.

Při oblékání si pamatujme, že nejprve pacient obléká postiženou stranu. Měl by nosit volné oblečení, které se vpředu snadno rozepíná (např. se suchými zipy).

Jestliže má žena potíže se zapnutím podprsenky:

- může zapínat podprsenku před sebou, přetáhnout ji kolem krku, a pak provléknout ruce ramínky
- zapínání je možné udělat vepředu za použití suchého zipu, nejlépe je přímo koupit prádlo se zapínáním vpředu

6.5. Pomůcky a doporučení při péči o sebe sama

Po cévní mozkové příhodě se pacient musí naučit co nejvíce používat postiženou ruku při všech činnostech, ať už jde o péči o sebe sama, tak při domácích pracích (např. používat postiženou ruku při mytí nádobí, praní, vaření) i jiných činnostech. A především zůstat platným členem společnosti. Možná bude člověk zotavující se po cévní mozkové příhodě potřebovat asistenci druhé osoby nebo nějaké pomůcky. S pomocí a podporou své rodiny, přátel a kolegů se opět mohou stát aktivními a užitečnými členy společnosti.

Uvádím příklady některých pomůcek, které usnadní život pacientovi po cévní mozkové příhodě.

- Pomůcky pro lokomoci jsou viz. Kapitola Návlek chůze, vozíky - mechanické, elektrické, hrazdičky, skluzová prkna, výtahy
- Pomůcky pro osobní hygienu jsou kartáče a houby s rukojetí, protiskluzové podložky do vany, sedačky, madla, nástavce na WC
- Pomůcky pro sebesycení jsou různé servírovací stolky, fixační pásky, kleště, apod.
- Pomůcky pro oblékání jsou např. obouvače ponožek, podavače, lžice na obouvání bot, zapínač knoflíků

(viz. příloha č. 5)

Empirická část

7. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zhodnotit u vybrané skupiny pacientů a všeobecných sester rozsah poskytované ošetrovatelské rehabilitační péče.

U zkoumaného vzorku pacientů jsem chtěla zjistit, v jakém rozsahu je jim ošetrovatelská rehabilitace poskytována. Klientem DZP se může stát pacient s jakýmkoliv onemocněním, většinou se jedná o pacienty s větším množstvím chorob současně, tzv. polymorbiditním onemocněním, kdy pacient potřebuje odbornou zdravotnickou pomoc např. v péči o diabetes mellitus, onemocnění varixy, bércovými vředy a současně je postižen onemocněním CMP. Takový pacient potřebuje dohled na dietní režim, mnohdy velmi špatně vidí, tzn. že sestra musí sama klientovi aplikovat inzulin, dohlédnout na podávání stravy či pacienta nakrmit, provést převazy bércových vředů na dolních končetinách, současně po CMP ochrnutého pacienta správně polohovat, pomoci posadit, postavit, nacvičovat s ním chůzi po pokoji a pokud je pacient schopen, projít se s ním po schodech či v terénu. V neposlední řadě je velmi nutné připomenout, že správná komunikace, motivace a edukace klienta je nezbytná v péči o starého nemocného člověka v DZP. Velmi důležitá je také spolupráce s fyzioterapeutem, který je sestře v DZP nepostradatelným kolegou.

Dalším bodem zkoumání bylo, jak jsou s poskytováním domácí zdravotní péče spokojeni a co jim přináší. Někteří pacienti DZP jsou s poskytovanou péčí velmi spokojeni, ale jiní ji považují za zcela samozřejmou, někdy nepotřebnou a občas ji odmítají nebo jim velmi dlouho trvá dokázat přijmout dobrou radu nebo pomoc druhé osoby, přestože je poskytována v zájmu pacienta a na doporučení ošetřujícího lékaře. Potom poskytování ošetrovatelské rehabilitace může být považováno ze strany klienta za zbytečné či obtěžující. Sestra musí dokázat tuto bariéru zvládnout a přesvědčit pacienta, že mu chce pomoci, ikdyž cvičení, polohování či chůze může být ze strany pacienta pocíťována nepříjemně. Po zvládnutí této bariéry se většinou přístup k péči mění a pacient je brzy spokojený a jeho zdravotní stav se upravuje k lepšímu.

U zkoumaného vzorku všeobecných sester bylo cílem zjištění jejich dosaženého nejvyššího vzdělání, zda jsou ve zkoumaném vzorku zastoupené sestry specialistky nebo vysokoškolsky vzdělané všeobecné sestry. Zároveň mě zajímalo, kolika procenty jsou tyto všeobecné sestry zastoupeny na jednotlivých pracovištích, zda pracují v domácí zdravotní péči fyzioterapeuti, jak jsou pracoviště vybavena rehabilitačními pomůckami a jak jsou všeobecné sestry pracující v domácí zdravotní péči mobilní.

7.1. Výzkumná metoda

Pro výzkum jsem použila dotazníkovou metodu. Sestavila jsem dva dotazníky, jeden pro všeobecné sestry a druhý pro pacienty v domácí zdravotní péči. Jejich plné znění je uvedeno v příloze (viz příloha č. 1).

Dotazník pro všeobecné sestry obsahoval 15 otázek. V první části jsem zjišťovala např. tyto údaje: věk, vzdělání, dobu praxe v domácí zdravotní péči. V druhé části dotazníku jsem se zaměřila na ošetrovatelskou rehabilitaci. Dotazovala jsem se kromě jiného, kdo v jejich agentuře obvykle provádí ošetrovatelskou rehabilitační péči.

Dotazník pro pacienty obsahuje 14 otázek. Úvodní část byla zaměřena na zjišťování obecných údajů, které se týkaly věku, pohlaví, stavu, vzdělání, jak dlouho trvá jejich onemocnění, o jaké onemocnění konkrétně se jedná, které vyžaduje ošetrovatelskou rehabilitaci v rámci DZP a proč se stali klienty domácí zdravotní péče. V druhé části jsem se dotazovala převážně na ošetrovatelskou rehabilitační péči. Zda je ošetrovatelská rehabilitace součástí ošetrovatelského plánu a pokud ano, v jakém rozsahu a jak pacienti jsou s ošetrovatelskou rehabilitací spokojeni.

Dotazníkové šetření bylo prováděno v měsíci březnu a dubnu roku 2008. Rozdala jsem celkem 105 dotazníků, z toho 25 pro všeobecné sestry a 80 pro pacienty. Dotazník vyplnilo a vrátilo 21 všeobecných sester (tj. 84 %) a 49 pacientů (tj. 61 %). Všeobecné sestry v dotazníku zodpověděly všechny otázky, pacienti některé odpovědi zcela vynechali.

Dotazníkové šetření jako výzkumnou metodu jsem si zvolila z toho důvodu, že je anonymní, je přehledné a méně časově náročné. K vyhodnocení získaných dat jsem použila počítač v programu Microsoft Excel.

7.2. Výzkumný soubor

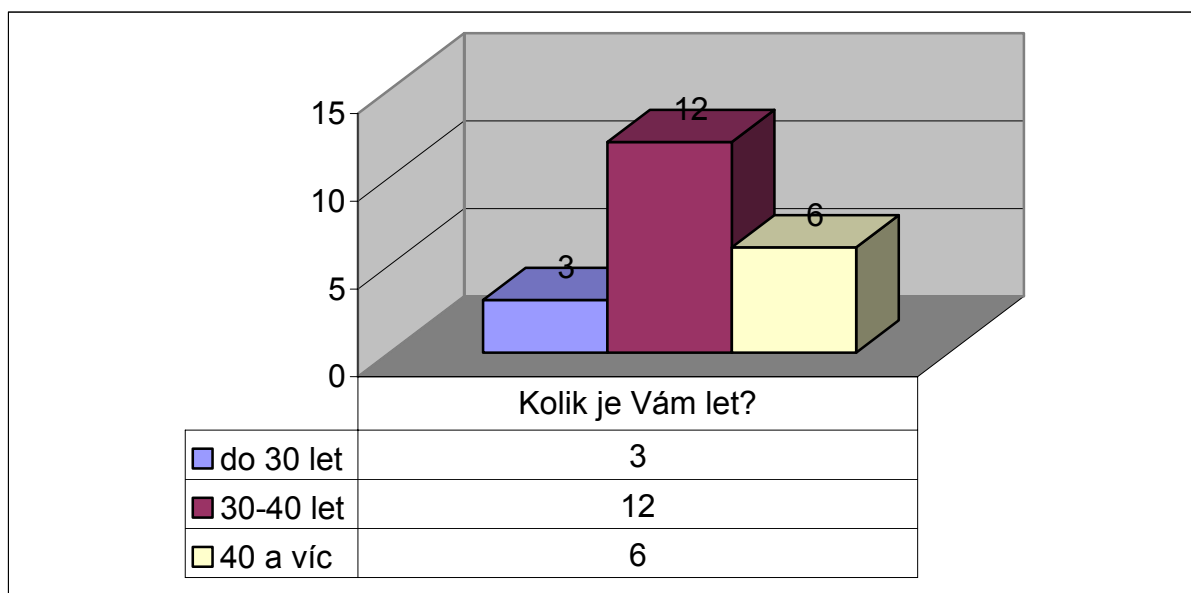
Soubor respondentů obsahuje 21 všeobecných sester a 49 pacientů. Zvolila jsem 5 soukromých agentur domácí zdravotní péče, a to agenturu v Hradci Králové, Přelouči, Rychnově nad Kněžnou, Libošovicích a Kutné Hoře. Výsledky výzkumu se tedy vztahují na tento vybraný soubor a nelze je zevšeobecňovat.

8. VÝSLEDKY VÝZKUMU

8.1. Dotazník pro sestry

OTÁZKA Č. 1 - Kolik je Vám let?

Graf č. 1



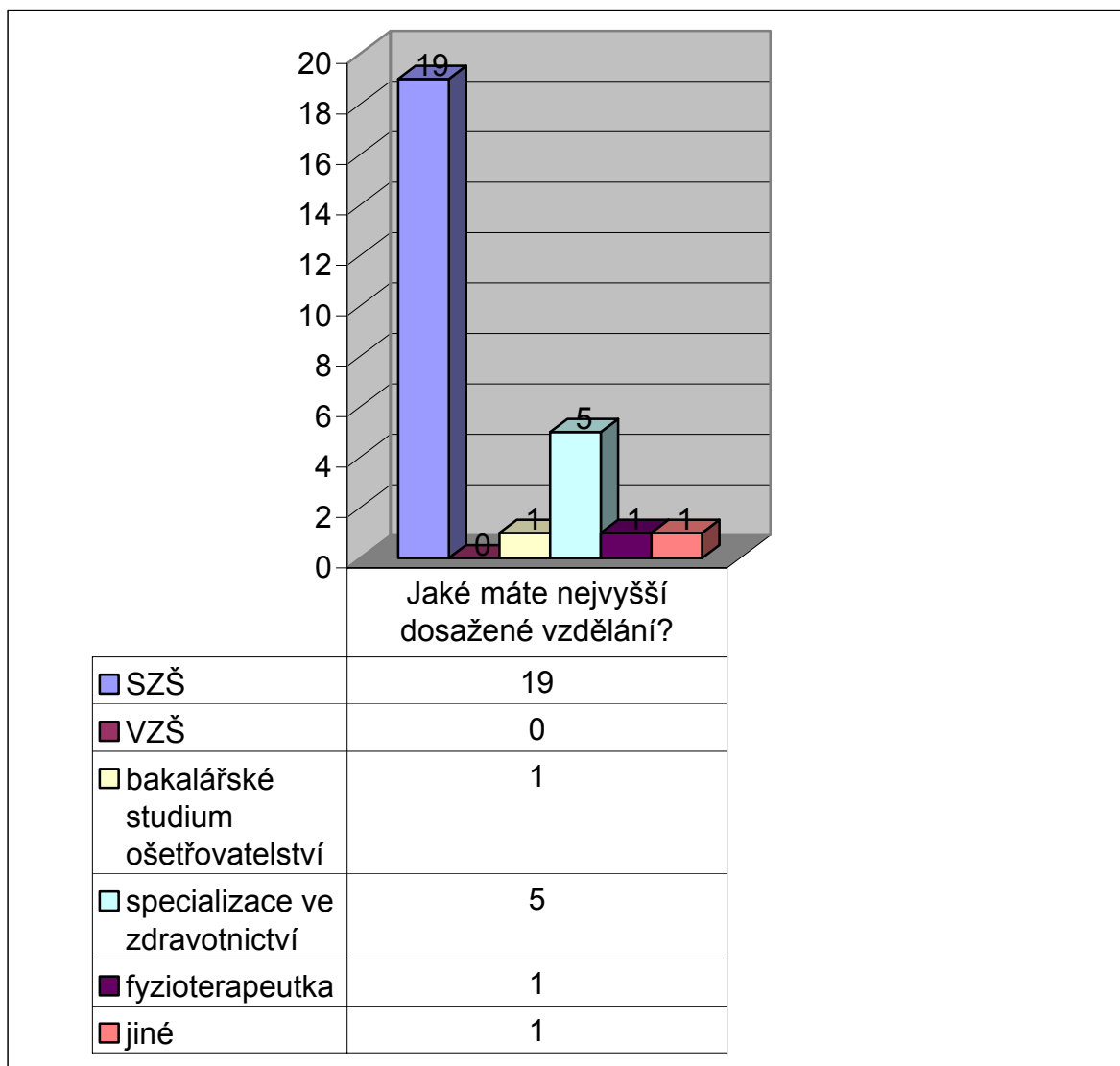
Komentář:

Výzkumu se zúčastnilo celkem 21 respondentů. Ve věkovém rozmezí „do 30 let“ byli 3 respondenti, tj. 14 %. Ve věkovém rozmezí „30 - 40 let“ bylo 12 respondentů, tj. 57 %. Ve věkovém rozmezí „40 a víc“ let bylo 6 respondentů, tj. 28 %.

Z věkového rozložení respondentů vyplývá, že nejvíce respondentů se pohybuje v rozmezí „30 - 40 let“.

OTÁZKA Č. 2 - Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání? Označte i více možností.

Graf č. 2



Komentář:

Touto otázkou měly respondenti zodpovědět, jaké mají nejvyšší dosažené vzdělání. Někteří uvedli, že mají SZŠ. Jiní odpověděli, že mají současně další vzdělání.

Z výzkumu vyplývá, že 19 respondentů uvedlo jako vzdělání SZŠ, tj. 90 % respondentů.

Žádný respondent nemá vystudovanou VZŠ, tj. 0 % respondentů.

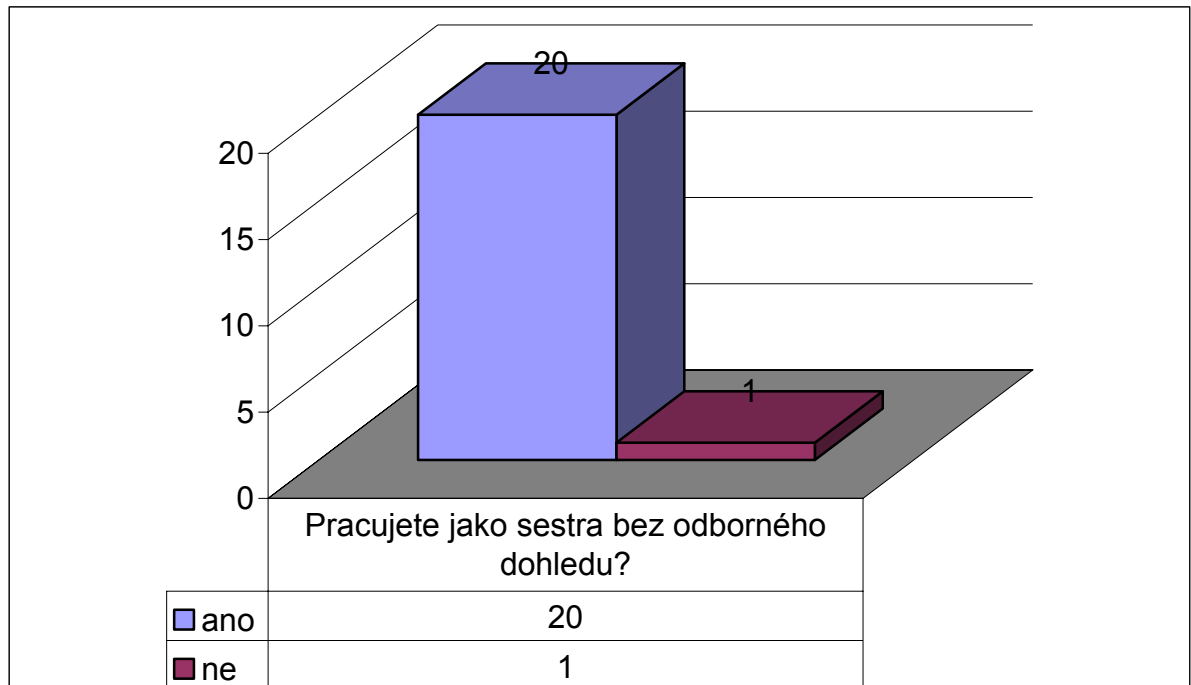
Bakalářské studium ošetrovatelství vystudoval 1 respondent, tj. 5 % respondentů.

Studium specializace ve zdravotnictví uvedlo 5 respondentů, tj. 23 % respondentů.

Ve zkoumaném vzorku respondentů je zastoupen pouze 1 fyzioterapeut, tj. 5 % respondentů a 1 vysokoškolsky vzdělaný respondent, a to v oboru Speciální sociální pedagogika, tj. 5 % respondentů.

OTÁZKA Č. 3 - Pracujete jako sestra bez odborného dohledu – týká se registrace pracovníků ve zdravotnictví?

Graf č. 3



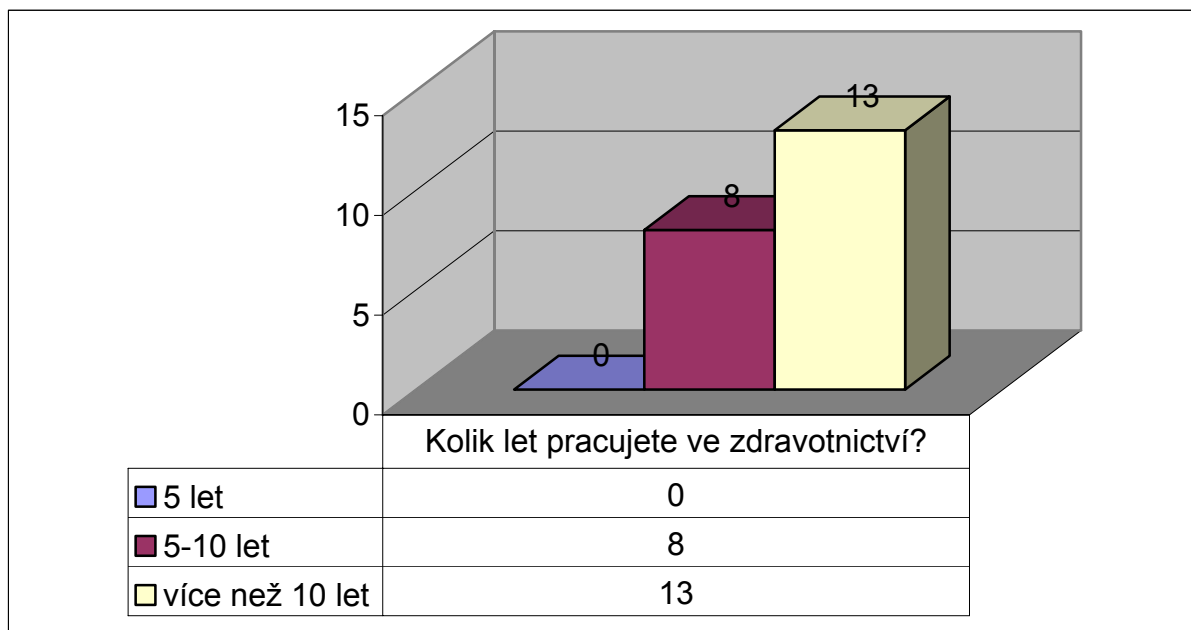
Komentář:

Zajímalo mě, zda všichni respondenti mohou pracovat bez odborného dohledu. Z uvedeného výzkumu vyplývá, že 20 respondentů, tj. 95 % je registrováno a může pracovat bez odborného dohledu.

Pouze 1 respondent uvedl, tj. 5 %, že není registrován.

OTÁZKA Č. 4 - Kolik let pracujete ve zdravotnictví? Uveďte počet let odborné praxe.

Graf č. 4



Komentář:

Z grafu vyplývá, že v kategorii praxe ve zdravotnictví „5 let“ není zastoupen žádný respondent, tj. 0 % .

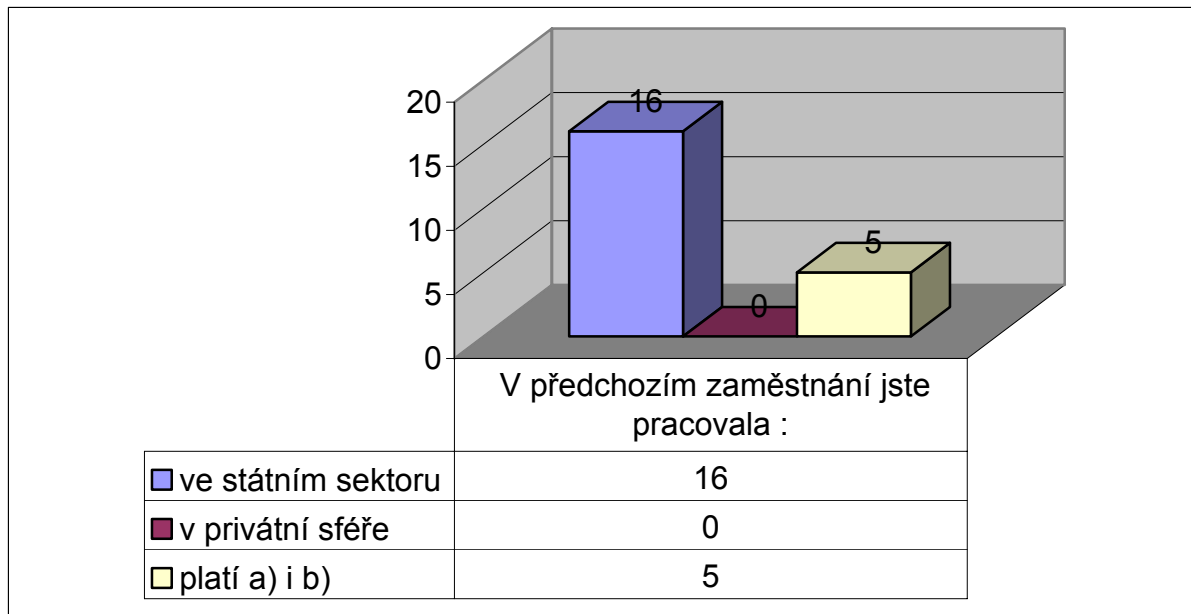
Všichni respondenti, kteří pracují v oboru všeobecná sestra domácí zdravotní péče, mají delší praxi ve zdravotnictví než je 5 let.

8 respondentů uvedlo, že jejich praxe je v rozmezí „5 - 10 let“, tj. 38 % .

13 respondentů uvedlo, že jejich praxe je v rozmezí „více než 10 let“, tj. 62 % všech respondentů.

OTÁZKA Č. 5 - V předchozím zaměstnání jste pracovala

Graf č. 5



Komentář:

Respondenti měli uvést, zda v předchozím zaměstnání pracovali ve státním sektoru nebo v privátní sféře. V dotazníku byla uvedena ještě třetí možnost, a to „platí a) i b)“.

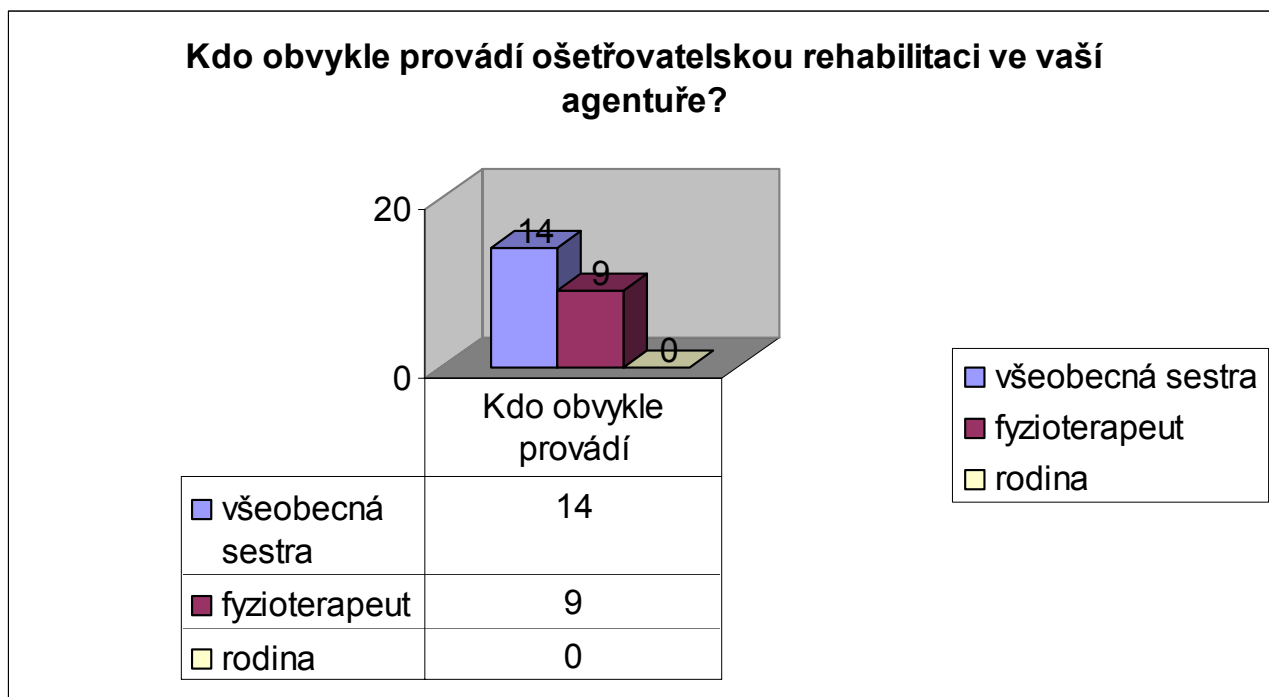
16 respondentů, tj. 76 %, uvedlo, že v předchozím zaměstnání pracovalo ve státní sféře.

5 respondentů, tj. 24 %, uvedlo, že pracovalo v obou sektorech – ve státním i privátním.

Pouze v privátní sféře nepracoval žádný respondent, tj. 0 % respondentů.

OTÁZKA Č. 6 - Kdo obvykle provádí ošetrovatelskou rehabilitaci ve vaší agentuře?

Graf č. 6



Komentář:

V tomto bodu dotazníku měli respondenti uvést, kdo obvykle provádí ošetrovatelskou rehabilitaci.

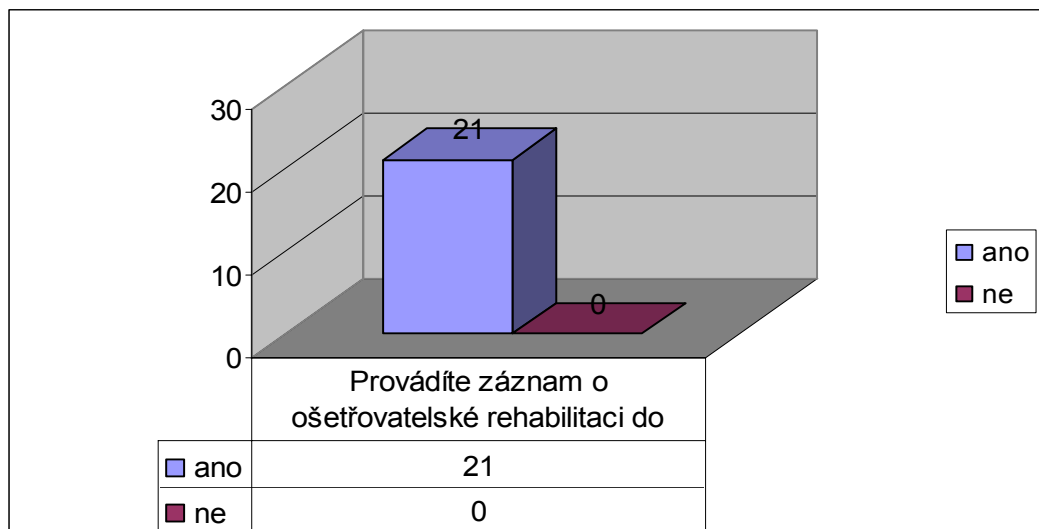
14 respondentů uvedlo, že ji provádí všeobecná sestra, tj. 57 % respondentů.

9 respondentů uvedlo, že ji provádí fyzioterapeut, tj. 43 %. Vzhledem k tomu, že ve vybraném souboru respondentů uvedl pouze jeden respondent, že je fyzioterapeut, zřejmě tedy fyzioterapeut, který poskytuje tuto péči není zaměstnancem domácí zdravotní péče.

Žádný respondent nevedl, že by ošetrovatelskou rehabilitaci prováděl některý z členů rodiny, tj. 0 %.

OTÁZKA Č. 7 - Provádíte záznam o ošetrovateľskej rehabilitácii do dekurzu?

Graf č. 7

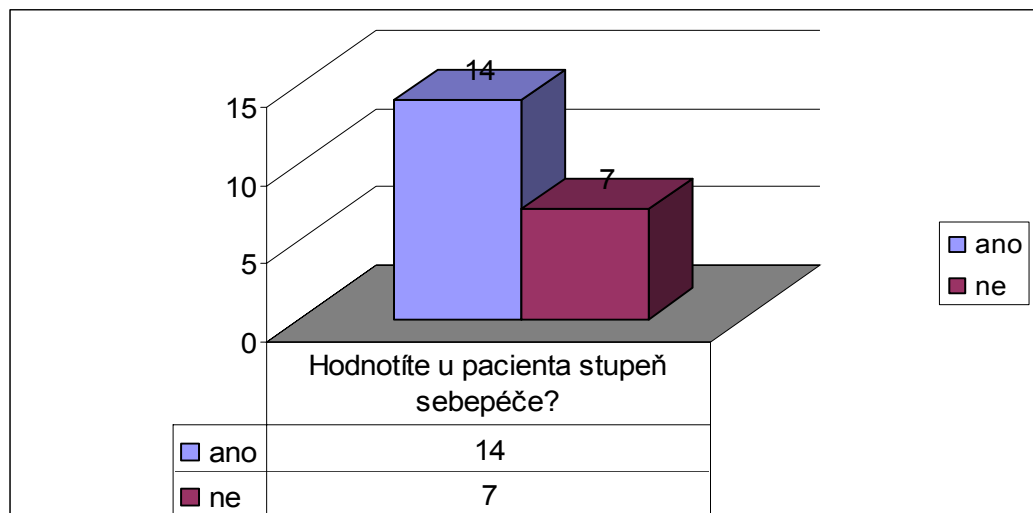


Komentár:

Záznam do dekurzu o uskutočnenej návšteve a provedení rehabilitačného cvičení provádí 100 % respondentů, všichni respondenti odpověděli na tuto otázku kladně.

OTÁZKA Č. 8 - Hodnotíte u pacienta stupeň sebeděče?

Graf č. 8



Komentář:

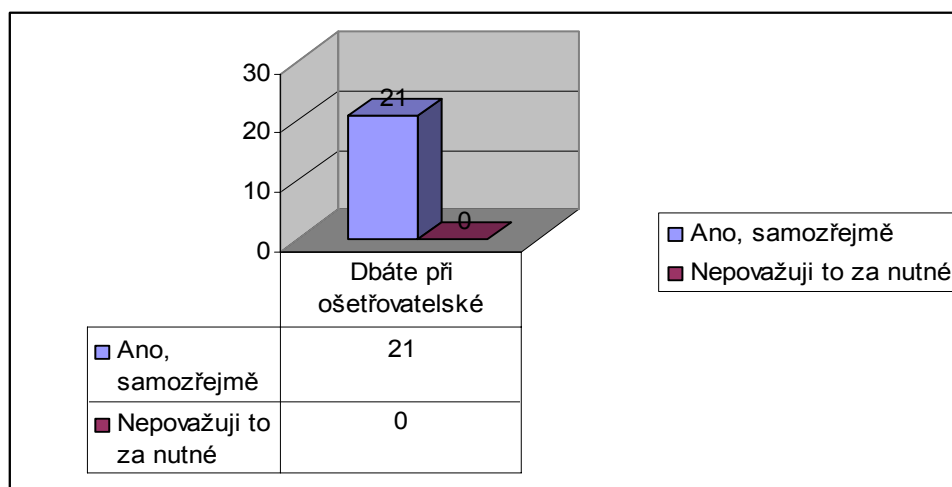
Zajímavý byl i výsledek otázky č. 8, zda respondenti hodnotí u pacienta stupeň sebeděče.

Z dotazovaných 21 respondentů jich 14, tj. 67 %, uvádí, že hodnotí stupeň sebeděče a 7 respondentů, tj. 33 %, uvádí, že stupeň sebeděče nehodnotí.

Výsledek tohoto výzkumu je neočekávaný. Domnívala jsem se, že hodnocení stupně sebeděče je častěji používané např. formou dotazníku při příjmu pacienta do DZP.

OTÁZKA Č. 9 - Dbáte při ošetřovatelské rehabilitaci na pacientovo soukromí?

Graf č. 9



Komentář:

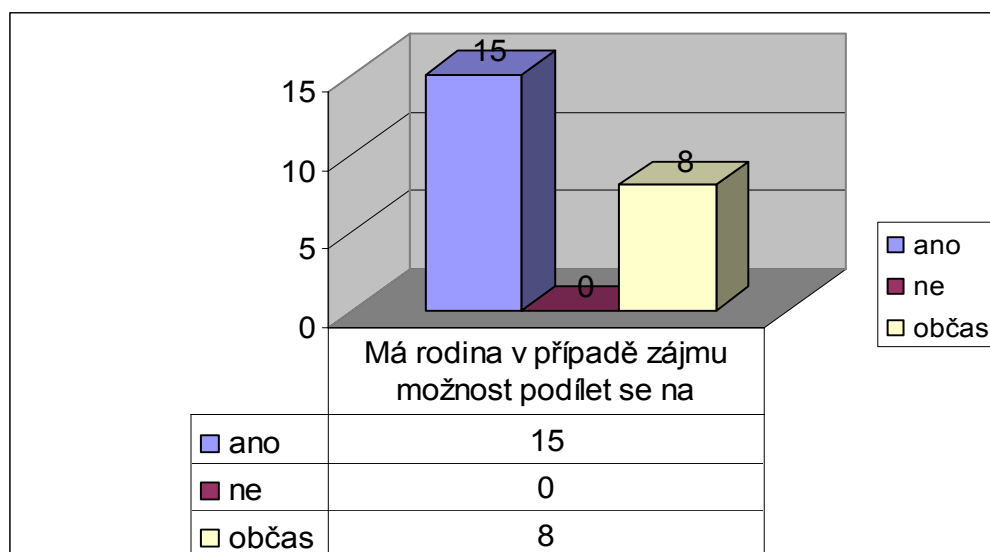
V dotazníku zazněla také otázka, zda respondenti dbají při ošetřovatelské rehabilitaci na pacientovo soukromí.

21 respondentů, tj. 100 % uvedlo, že dbají na pacientovo soukromí, jejich odpověď zněla „ano, samozřejmě“.

Žádný respondent neuvedl „nepovažuji za nutné“, na tuto odpověď tedy 0 % respondentů uvedlo, že nepovažuje za nutné dbát při ošetřovatelské rehabilitaci na pacientovo soukromí.

OTÁZKA Č. 10 - Má rodina v případě zájmu podílet se na ošetrovatelské rehabilitaci?

Graf č. 10



Komentář:

Ošetrovatelskou rehabilitaci je možné provádět i doma za pomoci rodinných příslušníků. Zajímavý byl i tento výsledek dotazování.

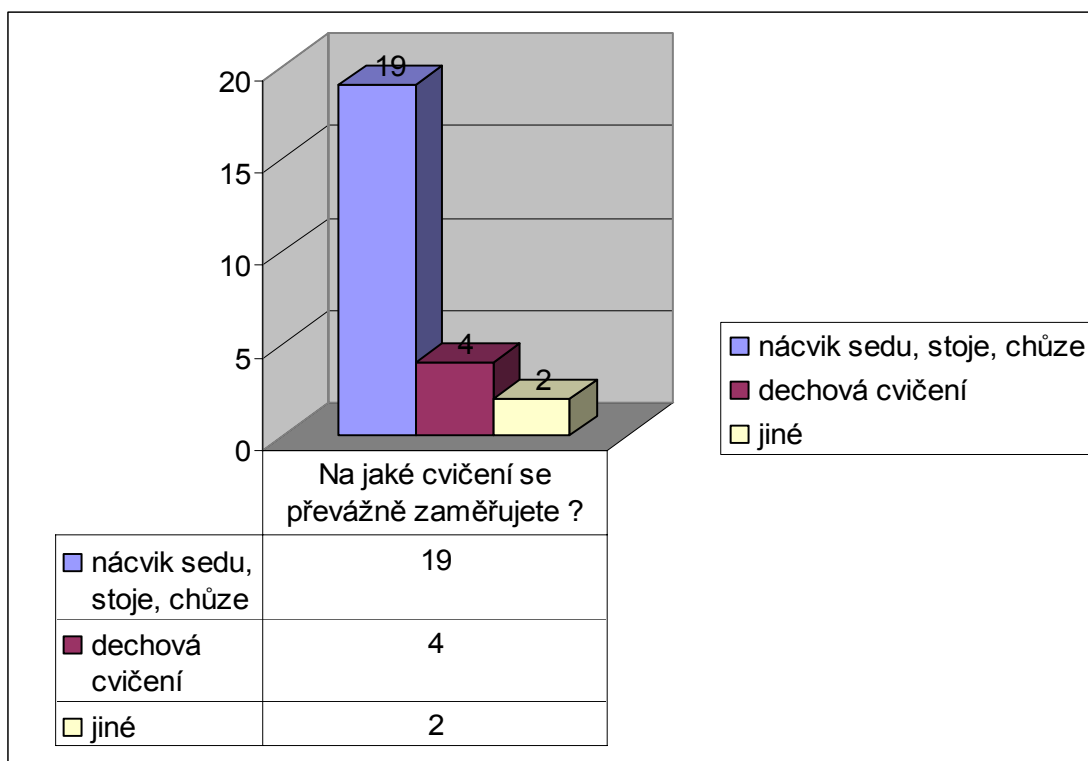
15 respondentů uvedlo, že rodina má možnost v případě zájmu se podílet na ošetrovatelské rehabilitační péči, tj. 72 % respondentů uvedlo v otázce č. 10 odpověď „ano“.

Žádný respondent neuvedl, že by rodina nemohla v případě zájmu být účastna nebo se podílet na ošetrovatelské rehabilitaci, tj. 0 % respondentů uvedlo v otázce č. 10 odpověď „ne“.

8 respondentů uvedlo, že v případě zájmu má rodina možnost podílet se občas, tj. 38 % respondentů zvolilo odpověď „občas“.

OTÁZKA Č. 11 - Na jaké cvičení se převážně zaměřujete ?

Graf č. 11



Komentář:

V této otázce respondenti mohli zvolit více možností. Poměrně velká část klientů domácí zdravotní péče se zotavuje po onemocnění cévní mozkovou příhodou.

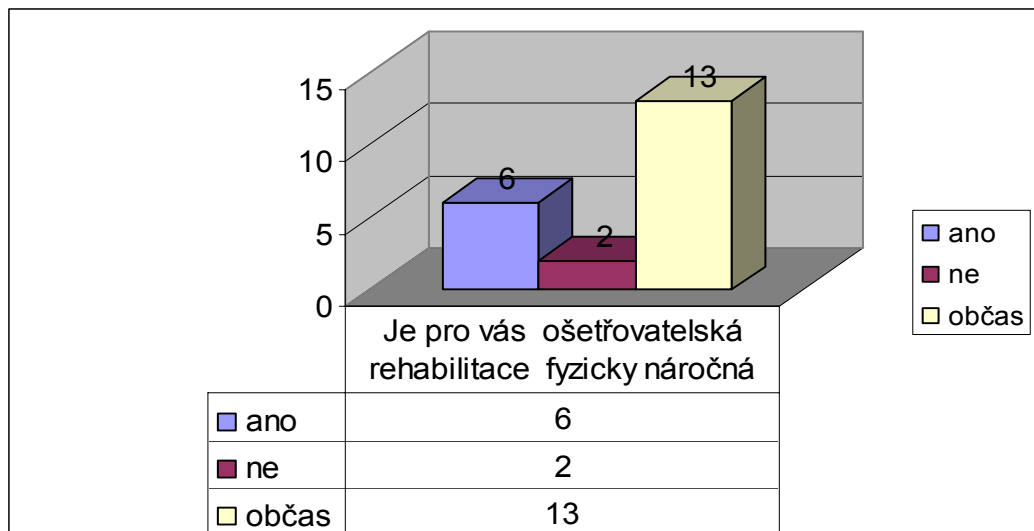
19 respondentů, tj. 90 %, uvedlo, že v rámci ošetrovatelské rehabilitace provádí „nácvik sedu, stoje, chůze“.

4 respondenti, tj. 19 %, uvedlo, že současně provádí „dechová cvičení“.

3 respondenti, tj. 14 %, uvedlo v dotazníku odpověď „jiné“. Jeden z těchto respondentů uvedl, že provádí cvičení celého těla. Druhý respondent uvedl, že cvičí také sílu a rozsah pohybu.

OTÁZKA Č. 12 - Je pro vás ošetrovatelská rehabilitace fyzicky náročná činnost?

Graf č. 12



Komentář:

6 sester, tj. 28 %, odpovědělo „ano“, tudíž považují ošetrovatelskou rehabilitaci za fyzicky náročnou činnost.

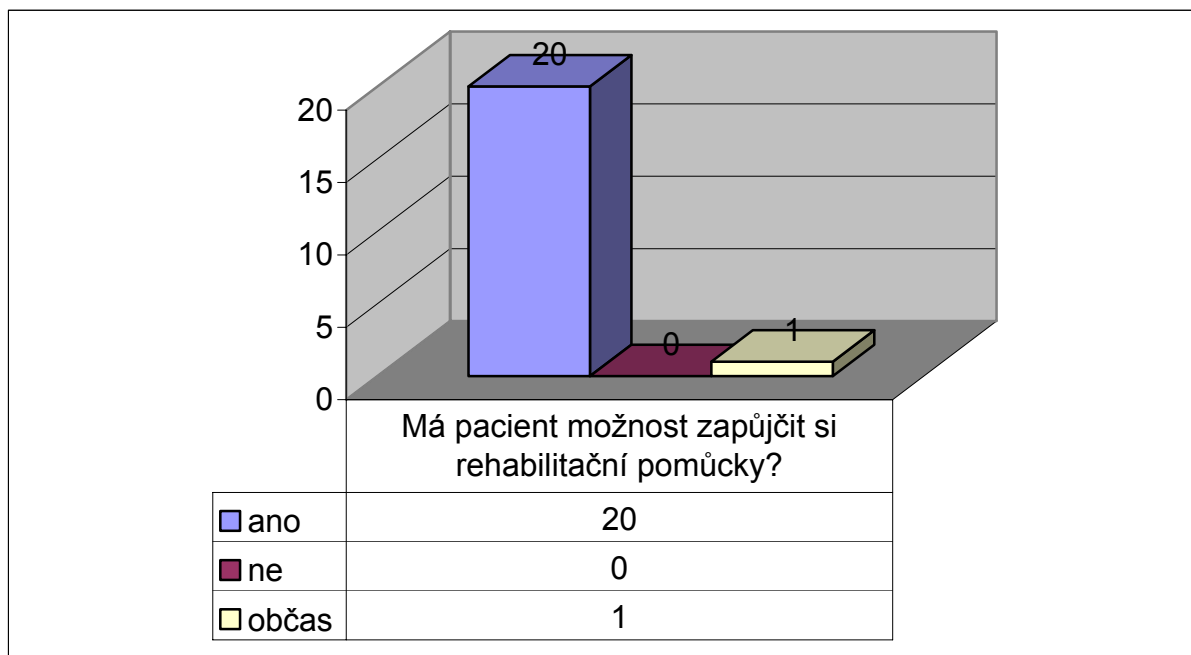
2 sestry, tj. 9 %, odpověděly „ne“.

13 sester, tj. 62 %, uvedlo jako odpověď „občas“.

Z uvedeného výzkumu vyplývá, že ošetrovatelská rehabilitace je patrně fyzicky náročná činnost pro 91% dotazovaných respondentů.

OTÁZKA Č. 13 - Má pacient možnost zapůjčit si rehabilitační pomůcky?

Graf č. 13



Komentář:

20 respondentů, tj. 95 %, uvedlo odpověď „ano“.

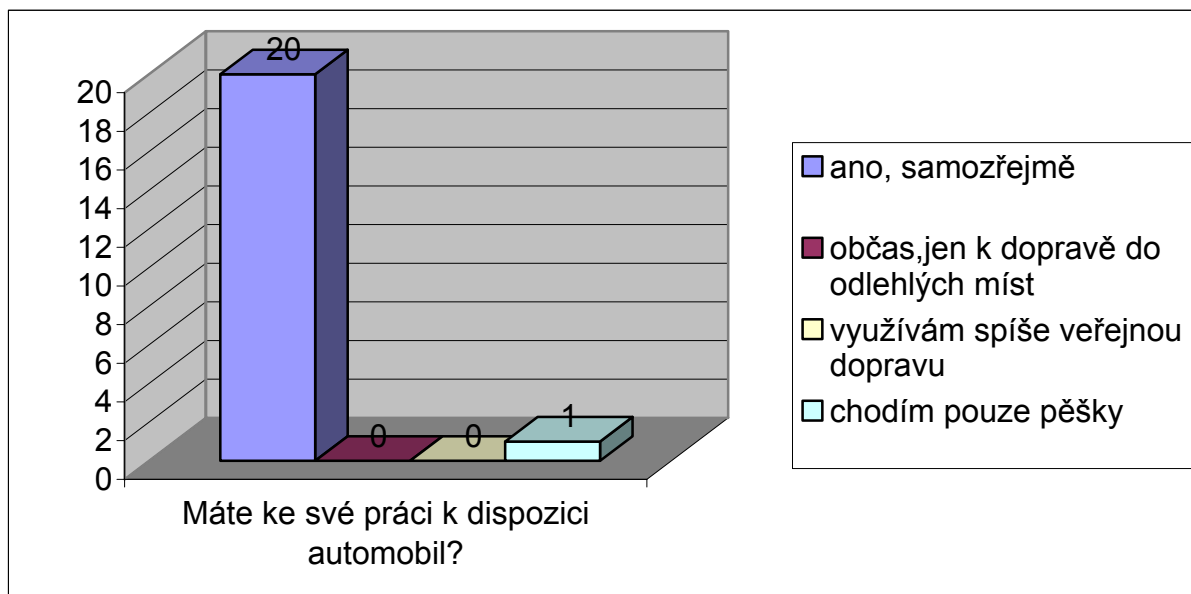
Pouze 1 respondent, tj. 5 %, uvedl odpověď „občas“.

Z výzkumu vyplývá, že prakticky všichni klienti domácí zdravotní péče mají možnost zapůjčení rehabilitačních pomůcek, pokud je třeba.

Variantu odpovědi „ne“ (klienti nemají možnost zapůjčení rehabilitačních pomůcek) všechny respondenti vyloučili.

OTÁZKA Č. 14 - Máte ke své práci k dispozici automobil?

Graf č. 14



- | | |
|---|----|
| a) ano, samozřejmě | 20 |
| b) občas, jen k dopravě do odlehlých částí města nebo k pacientům na vesnici..... | 0 |
| c) využívám spíše veřejnou dopravu nebo jízdní kolo..... | 0 |
| d) chodím pouze pěšky | 1 |

Tento graf jsem zpracovala bez přiložené tabulky, proto jsem zvolila pro přehlednost ještě zařazení znění otázek s výsledným součtem odpovědí respondentů v dodatečném popisu dole pod grafem.

Komentář:

Domácí zdravotní péče je náročná činnost nejen u lůžka nemocného, ale i způsobem dopravy za pacientem.

Některé sestry mají k dispozici služební automobil, jiné využívají veřejnou či městskou dopravu, některé chodí za klienty pěšky.

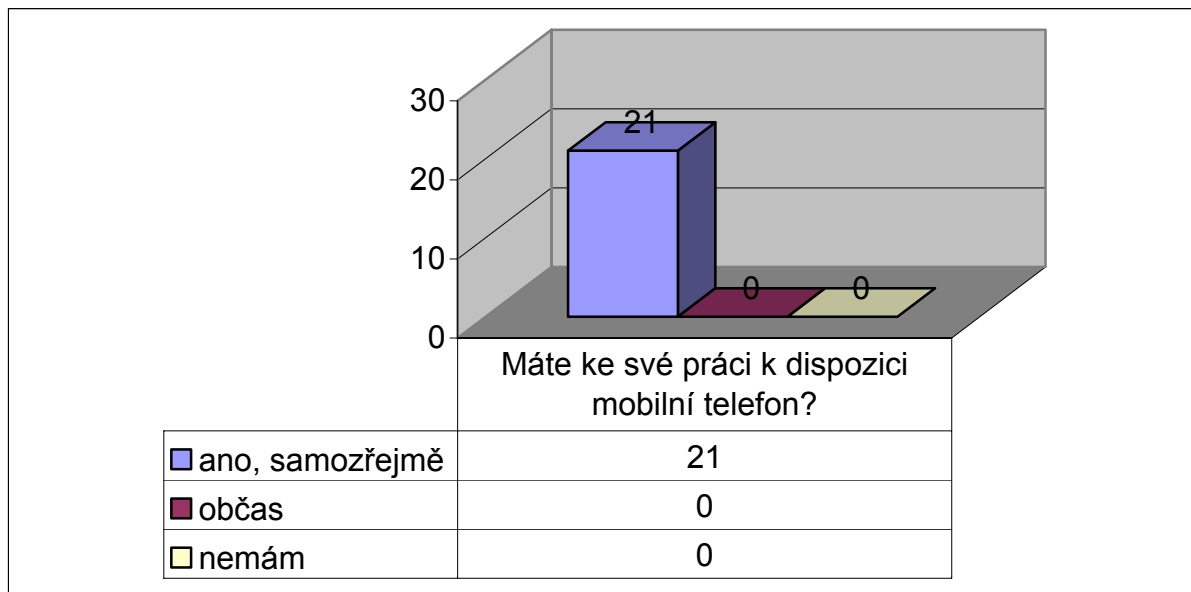
V otázce č. 14 mi měli respondenti odpovědět, jak se za klienty dopravují. Dostalo se mi přesvědčivé odpovědi i v této problematice. V dnešní době je automobil i pro sestry domácí zdravotní péče jako dopravní prostředek naprosto nezbytný.

20 respondentů, tj. 95 %, odpovědělo na otázku č. 14, zda mají k dispozici ke své práci automobil, „ano, samozřejmě“.

Pouze 1 respondent, tj. 5 %, odpověděl „chodím pouze pěšky“

OTÁZKA Č. 15 - Máte ke své práci k dispozici mobilní telefon?

Graf č. 15



Komentář:

Otázka č. 15, zda mají sestry ke své práci k dispozici mobilní telefon, byla zařazena na závěr. 21 respondentů, tj. plných 100 %, má k dispozici a využívá ke své práci mobilní telefon.

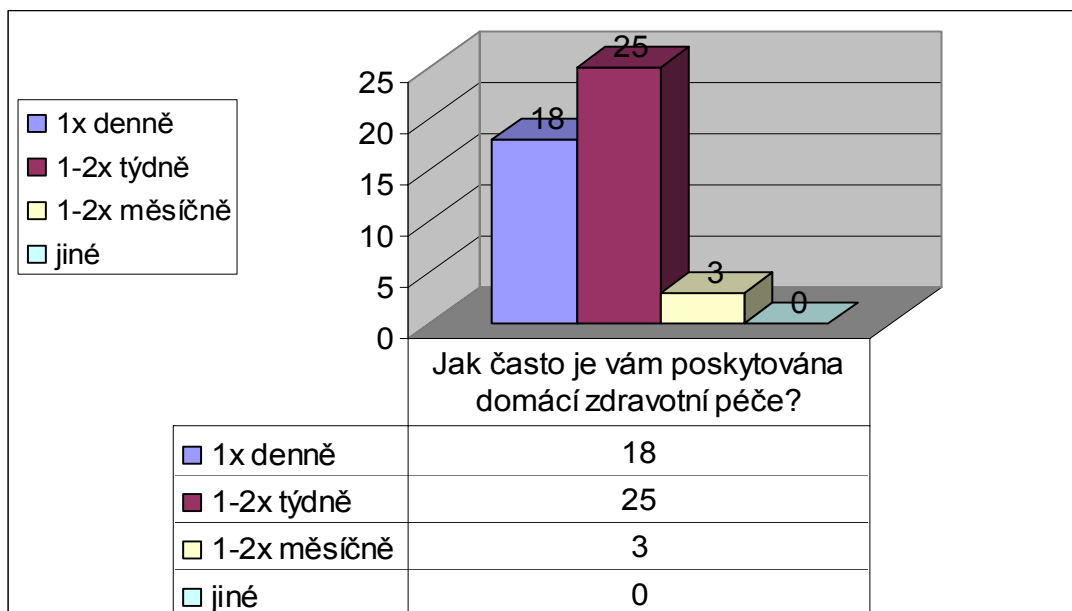
(Z uvedeného počtu pouze jeden respondent uvedl „ano, samozřejmě, mám svůj vlastní“.)

Hodnocení výsledku výzkumu v této problematice je jednoduché. V domácí zdravotní péči se sestra bez mobilního telefonu neobejde, je naprostou nezbytností. Proto by jej všechny sestry k dispozici měly mít, protože právě na možnosti včasné informovanosti lékaře, v případě potřeby či ohrožení zdraví pacienta, záleží.

8.2. Dotazník pro pacienty

OTÁZKA Č. 1 - Jak často je vám poskytována domácí zdravotní péče?

Graf č. 16



Komentář:

V souboru respondentů, tj. v 80-ti rozeslaných dotazníků pro pacienty, dotazník vyplnilo a vrátilo 49 respondentů, tj. 61 % respondentů. Ne všichni respondenti zodpověděli každou otázku. Proto se někdy nemusejí shodovat počty uvedených respondentů s počtem vyplněných dotazníků.

V otázce pro pacienty č.1 jsem se dotazovala, jak často je domácí zdravotní péče klientům poskytována.

18 respondentů, tj. 37 %, uvedlo „1x denně“.

25 respondentů, tj. 51 %, uvedlo „1-2x týdně“.

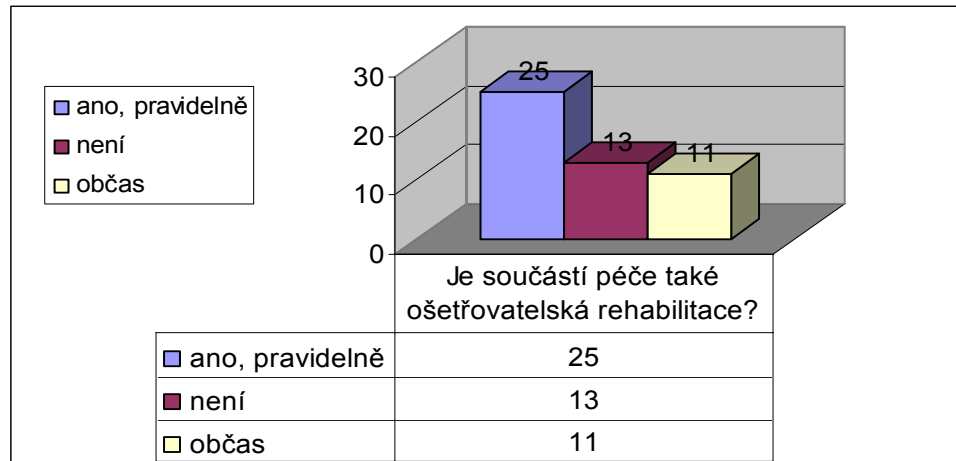
3 respondenti, tj. 6 %, uvedlo „1-2x měsíčně“.

3 respondenti, tj. 6 %, se k uvedené otázce nevyjádřili.

Z výzkumu vyplývá, že o služby domácí zdravotní péče je široký zájem především v poskytování péče v častější frekvenci, tj. 1x denně až 1-2x týdně.

OTÁZKA Č. 2 - Je součástí péče také ošetrovatelská rehabilitace?

Graf č. 17



Komentář:

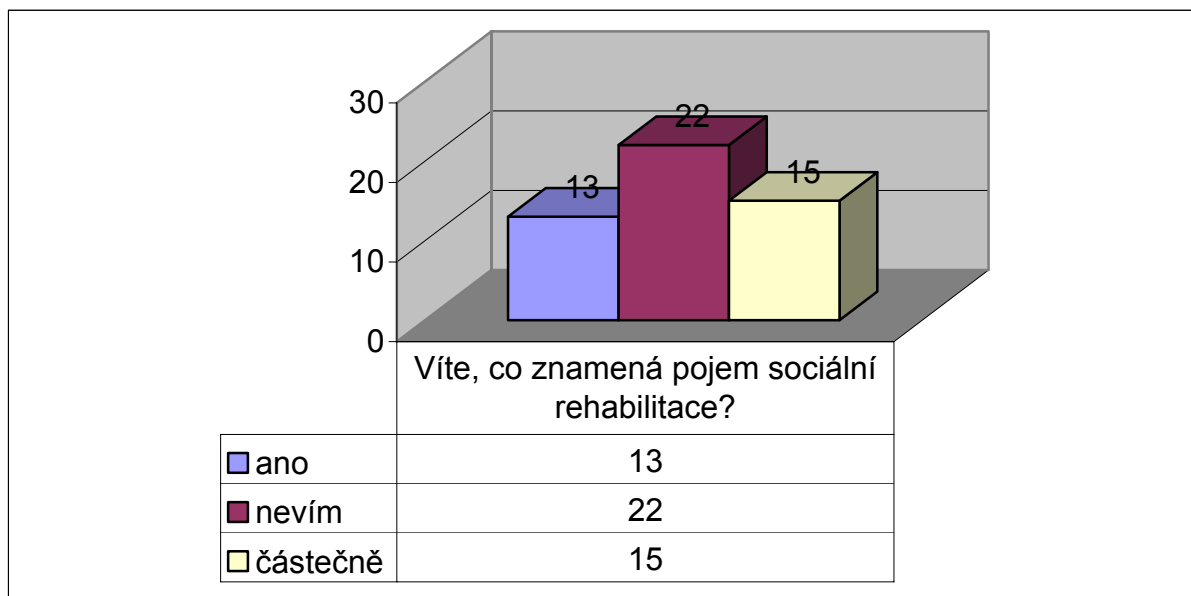
Z dotázaného počtu respondentů odpovědělo 25 respondentů, tj. 51 %, „ano, pravidelně“.

13 respondentů, tj. 26 %, odpovědělo „není“.

11 respondentů, tj. 23 %, odpovědělo „občas“.

OTÁZKA Č. 3 - Víte, co znamená pojem sociální rehabilitace?

Graf č. 18



Komentář:

Pojem sociální rehabilitace není zřejmě všeobecně znám. V otázce č. 3 respondenti odpověděli takto:

13 respondentů, tj. 26 %, odpovědělo „ano“.

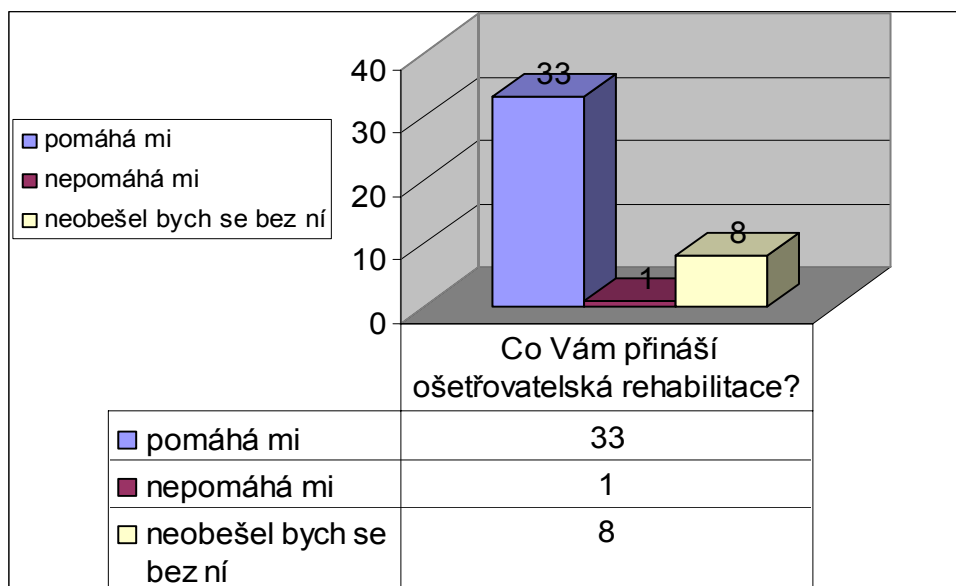
22 respondentů, tj. 44 %, odpovědělo „nevím“.

15 respondentů, tj. 30 %, odpovědělo „částečně“, z toho jeden respondent uvedl odpovědi dvě, „nevím“ a „částečně“.

Z výzkumu vyplývá, že podstatná většina respondentů neví nebo jen částečně ví, co znamená pojem sociální rehabilitace.

OTÁZKA Č. 4 - Co Vám přináší ošetrovatelská rehabilitace?

Graf č. 19



Komentář:

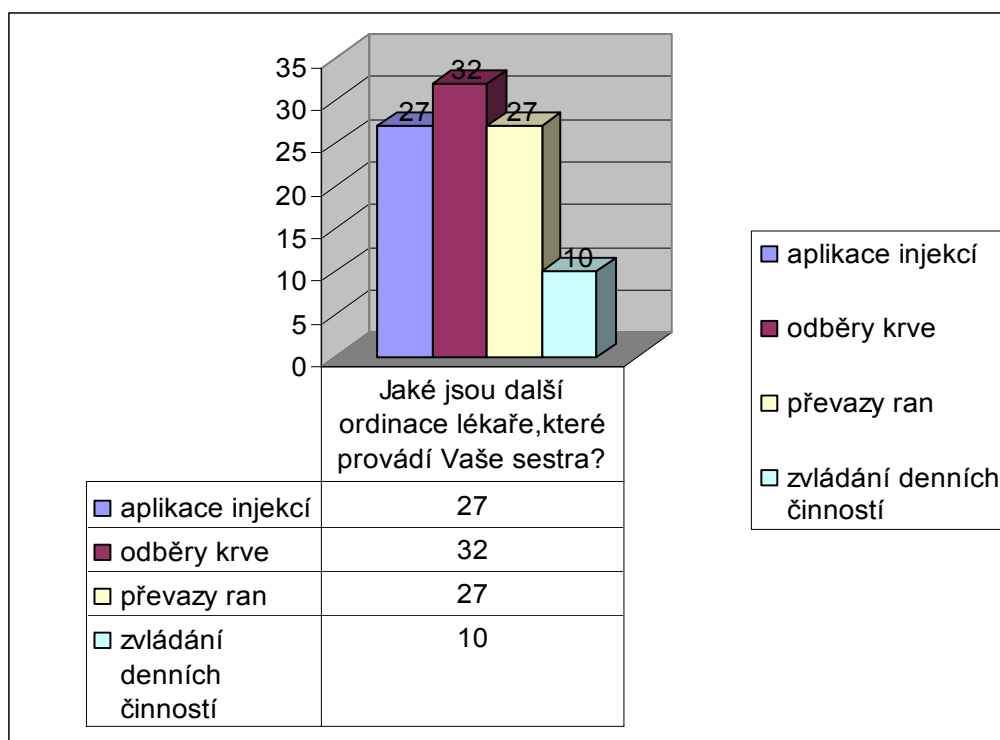
K této otázce se vyjádřilo 42 respondentů, tj. 86 % a 7 respondentů, tj. 14 %, se nevyjádřilo. 33 respondentů, tj. 67 %, odpovědělo, že jim ošetrovatelská rehabilitace „pomáhá“, tzn. že jim pomáhá např. ve zvládnání všedních denních činností, nácviku chůze, sedu, stoje nebo polohování ležícího pacienta buď z důvodu onemocnění CMP nebo kvůli jinému onemocnění, pro které se stal klientem DZP.

1 respondent, tj. 2 %, odpověděl „nepomáhá mi“.

8 respondentů, tj. 16 %, odpovědělo „neobešel bych se bez ní“, tzn. že klient má pocit, že by se bez pomoci fyzioterapeutky či sestry, která jej ošetřuje, naprosto neobešel, nevěděl by si sám rady a členové rodiny nejsou např. momentálně schopni sami pacientovi pomoci.

OTÁZKA Č. 5 - Jaké jsou další ordinace lékaře, které provádí Vaše sestra?

Graf č. 20



Komentář:

Dotazovaný soubor respondentů měl odpovědět na další otázky, které se ošetrovatelské rehabilitace bezprostředně netýkaly. Cílem těchto otázek bylo, jaké další jsou ordinace ošetrujícího lékaře.

27 respondentů, tj. 55 %, uvedlo odpověď „aplikace injekcí“.

32 respondentů, tj. 65 %, uvedlo odpověď „odběry krve“.

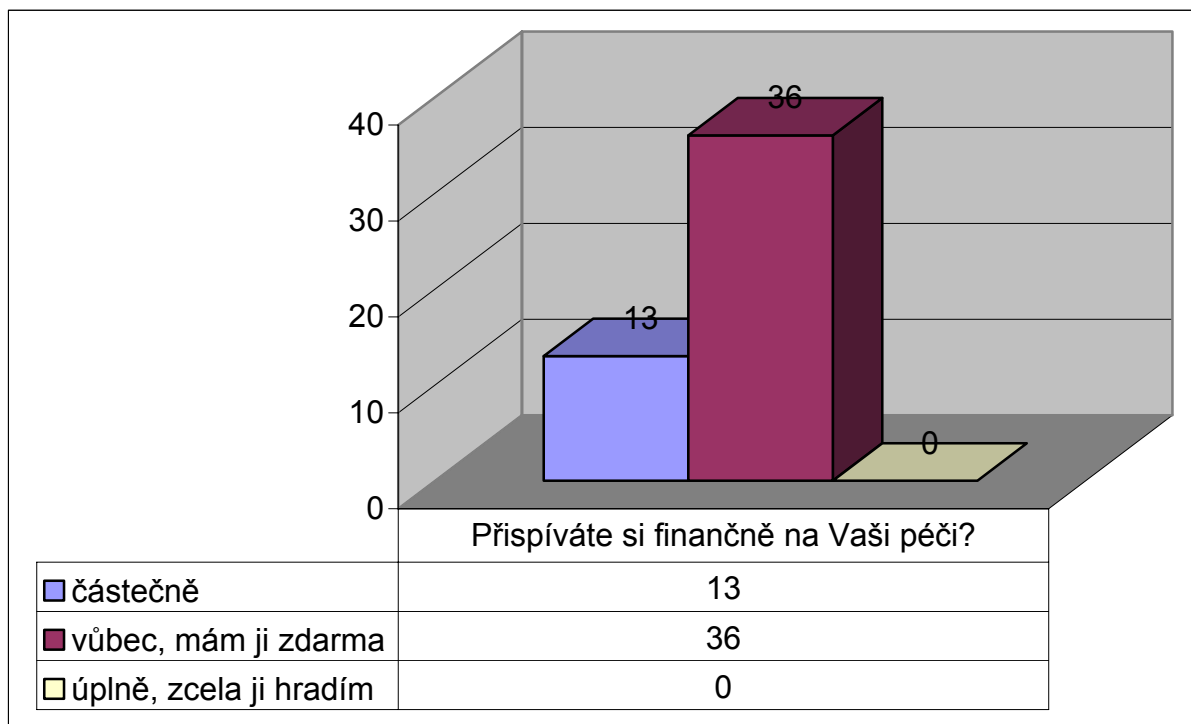
27 respondentů, tj. 55 %, uvedlo odpověď „převazy ran“.

10 respondentů, tj. 20 %, uvedlo odpověď „zvládnání denních činností“.

V této kategorii dotazů mohli klienti uvést více odpovědí. Pacientům je dle výzkumu tedy poskytována komplexní ošetrovatelská péče.

OTÁZKA Č. 6 - Přispíváte si finančně na Vaši péči?

Graf č. 21



Komentář:

Službu domácí zdravotní péče mohou klienti využívat zdarma, popř. si na ni mohou částečně přispívat či ji zcela hradit sami.

Variantu odpovědi c), kdy by službu klient hradil zcela, jsem původně při sestavování dotazníku vyloučila. Do dotazníku jsem ji zařadila jako třetí možnost odpovědi až dodatečně. Z výzkumu se mi potvrdila hypotéza, že si tuto službu klienti zcela finančně nehradí. Z výzkumu vyplynulo následující zjištění.

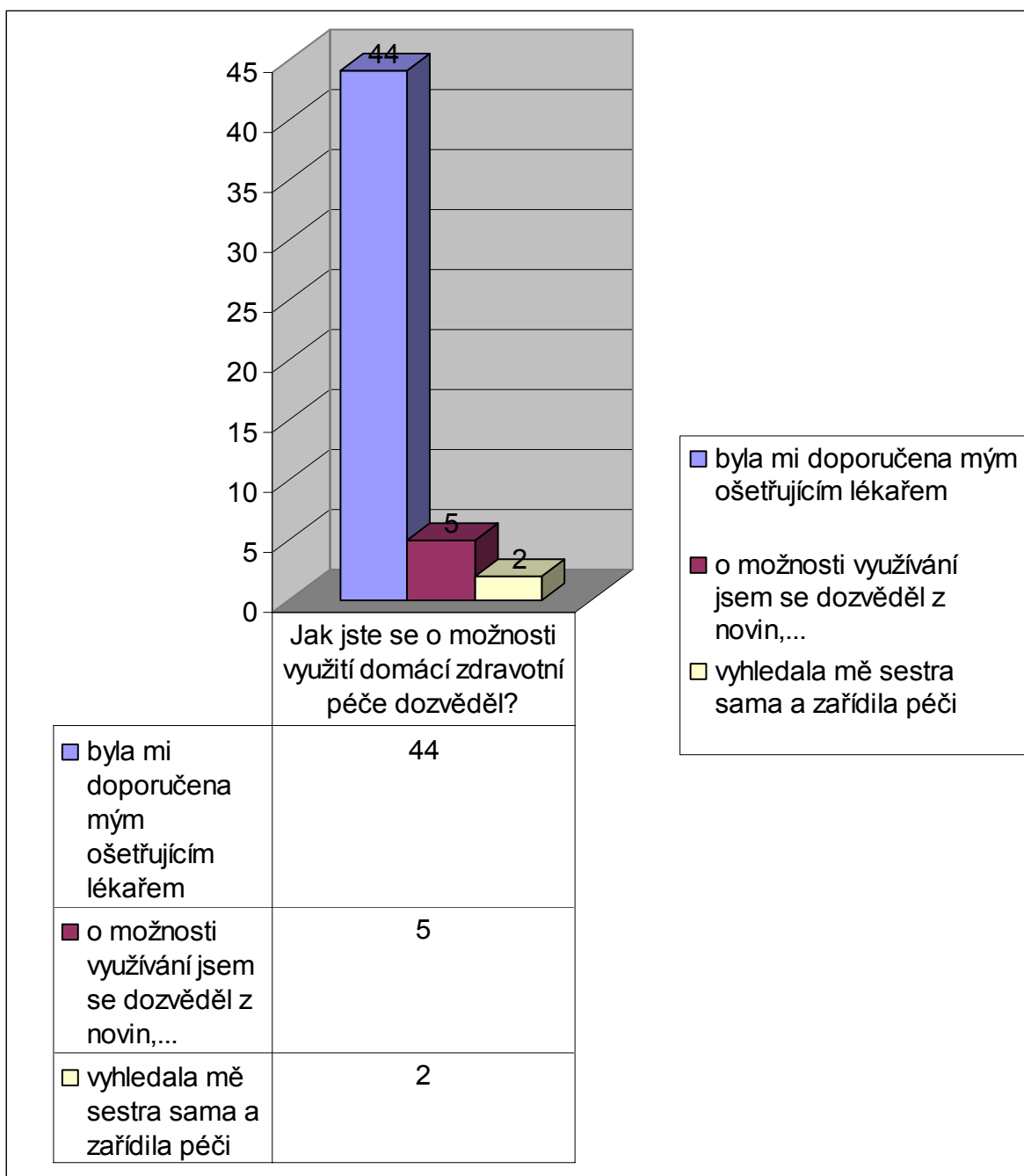
13 respondentů, tj. 26,5 %, si na péči přispívá částečně.

36 respondentů, tj. 73 %, má poskytování domácí zdravotní péče zcela zdarma.

Žádný z respondentů, tj. 0 %, si péči nehradí.

OTÁZKA Č. 7 - Jak jste se o možnosti využití domácí zdravotní péče dozvěděl?

Graf č. 22



Komentář:

V této odpovědi respondenti opět odpověděli na několik možností současně.

44 respondentů, tj. 90 %, zvolili první možnost, byla jim byla doporučena ošetřujícím lékařem.

5 respondentů, tj. 10 %, se o možnosti využívání služby dověděli z novin, letáků nebo od známých.

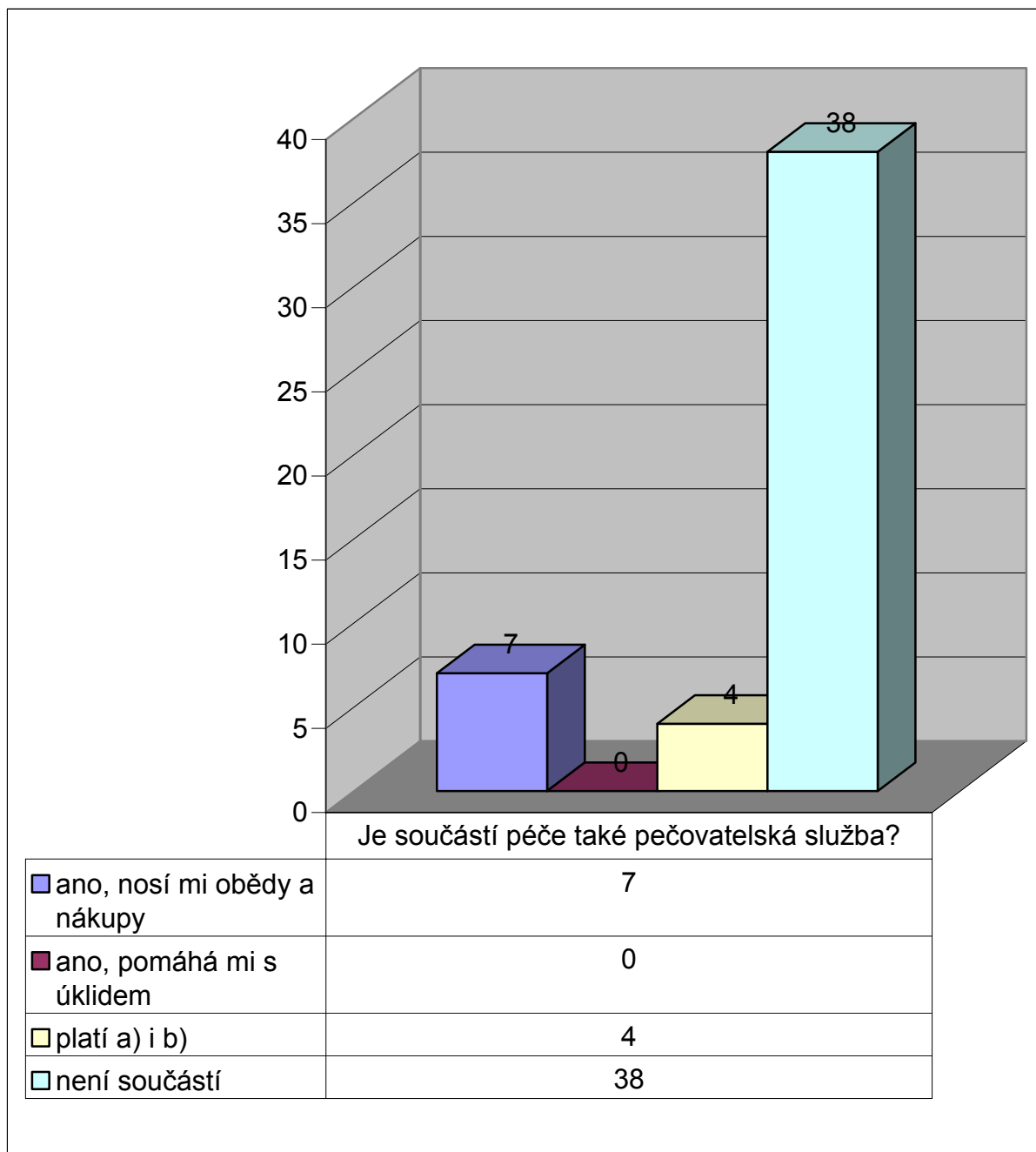
2 respondenti, tj. 4 %, se o této možnosti dověděli tak, že je vyhledala sestra sama a zařídila jim péči prostřednictvím ošetřujícího lékaře.

Z uvedeného výzkumu vyplývá, že podstatná část klientů domácí zdravotní péče se o této službě dověděla pasivně, buď jim byla doporučena ošetřujícím lékařem nebo jim sestra sama tuto péči navrhla a ošetřující lékař ji doporučil.

Přesto počet 10 % klientů, kteří se o této službě dověděli aktivně prostřednictvím novin, letáků či od známých, je zajímavý.

OTÁZKA Č. 8 - Je součástí péče také pečovatelská služba?

Graf č. 23



Komentář:

Pečovatelská služba je všeobecně velmi potřebná a žádaná. Na tuto problematiku odpovědělo 100 % dotazovaných.

7 respondentů, tj. 14 %, zvolilo odpověď „ano, nosí mi obědy a nákupy“.

0 respondentů, tj. 0 %, uvedlo „ano, pomáhá mi s úklidem“.

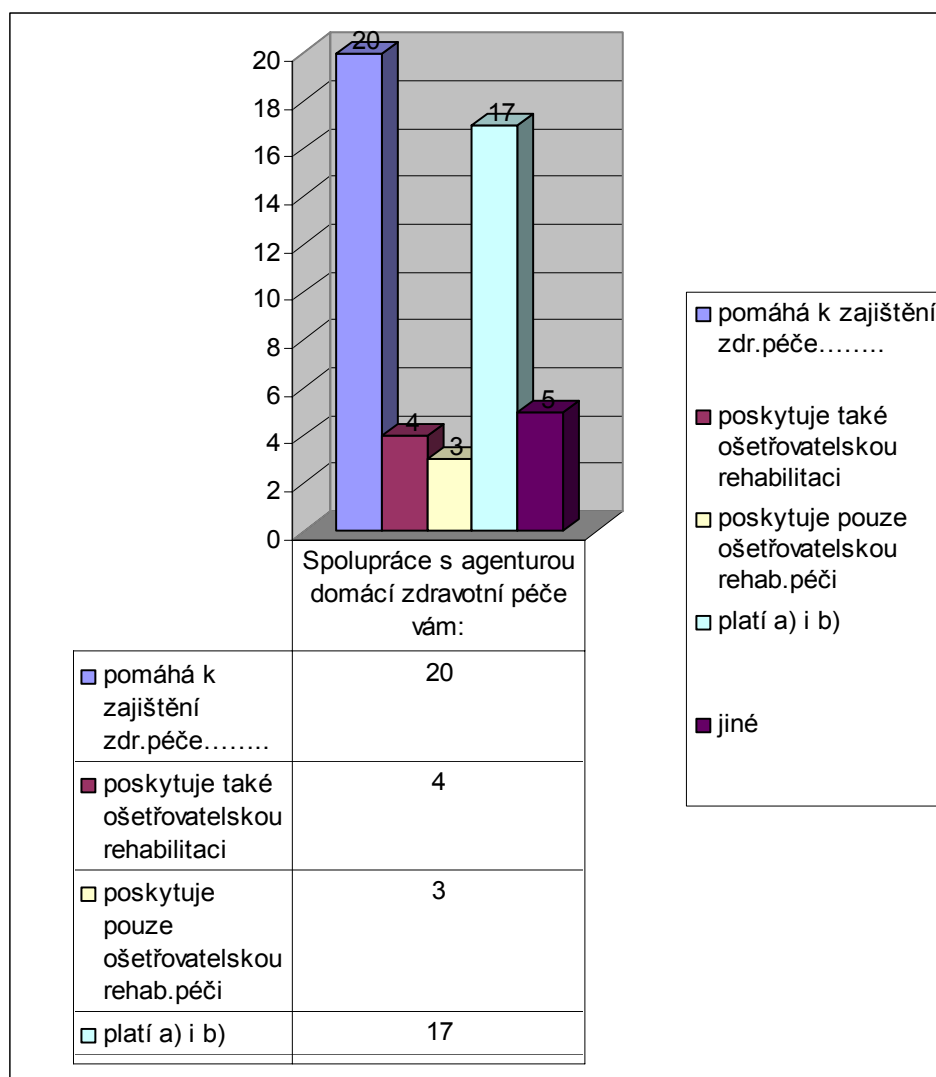
4 respondenti, tj. 8 %, uvedli odpověď „platí a) i b)“. Z uvedeného vyplývá, že tedy 22 % klientů domácí zdravotní péče potřebuje také pomoc pečovatelské služby.

38 respondentů, tj. 78 %, pečovatelskou službu současně s poskytováním domácí zdravotní péče nevyužívá.

Vyhodnocení odpovědí na položenou otázku může být následující. Klienti domácí zdravotní péče jsou lidé, kteří žijí ve společné domácnosti se svými blízkými členy rodiny a ti se plně mohou postarat o potřeby nemocného nebo starého člověka z hlediska poskytnutí péče pečovatelské. Někteří klienti domácí zdravotní péče naopak žijí sami v domově s pečovatelskou službou, kde je o ně opět dobře postaráno. Třetí skupina klientů je schopna se o sebe částečně postarat a rodinní příslušníci stačí o svého blízkého pečovat tzv. „na dálku“, tj. při jednotlivých návštěvách (po návratu ze zaměstnání, o víkendech či svátcích). Rodina však neumí nebo nemůže zajistit odbornou zdravotní péči a dle zdravotního stavu klienta mu je ošetřujícím lékařem doporučena odborná domácí zdravotní péče.

OTÁZKA Č. 9 - Spolupráce s agenturou domácí zdravotní péče Vám:

Graf č. 24



Komentář:

Pro přehlednost uvádím plné znění uvedených možných odpovědí. V otázce č. 9 byla nabídnuta odpověď v bodě a) – d) s plným zněním a v bodě e) byla nabídnuta i volba odpovědi „jiné.....“, ve které se respondenti mohli vyjádřit podrobněji.

Možné odpovědi na otázku „Spolupráce s agenturou domácí zdravotní péče vám:

- a) pomáhá k zajištění zdravotní péče a informovanosti o zdravotním stavu
- b) poskytuje také rehabilitační péči
- c) poskytuje pouze rehabilitační péči
- d) platí a) i b)
- e) jiné.....“

20 respondentů, tj. 41 %, uvedlo „pomáhá k zajištění zdravotní péče a informovanosti o zdravotním stavu.“

4 respondenti, tj. 8 %, uvedli „poskytuje také ošetrovatelskou rehabilitaci“.

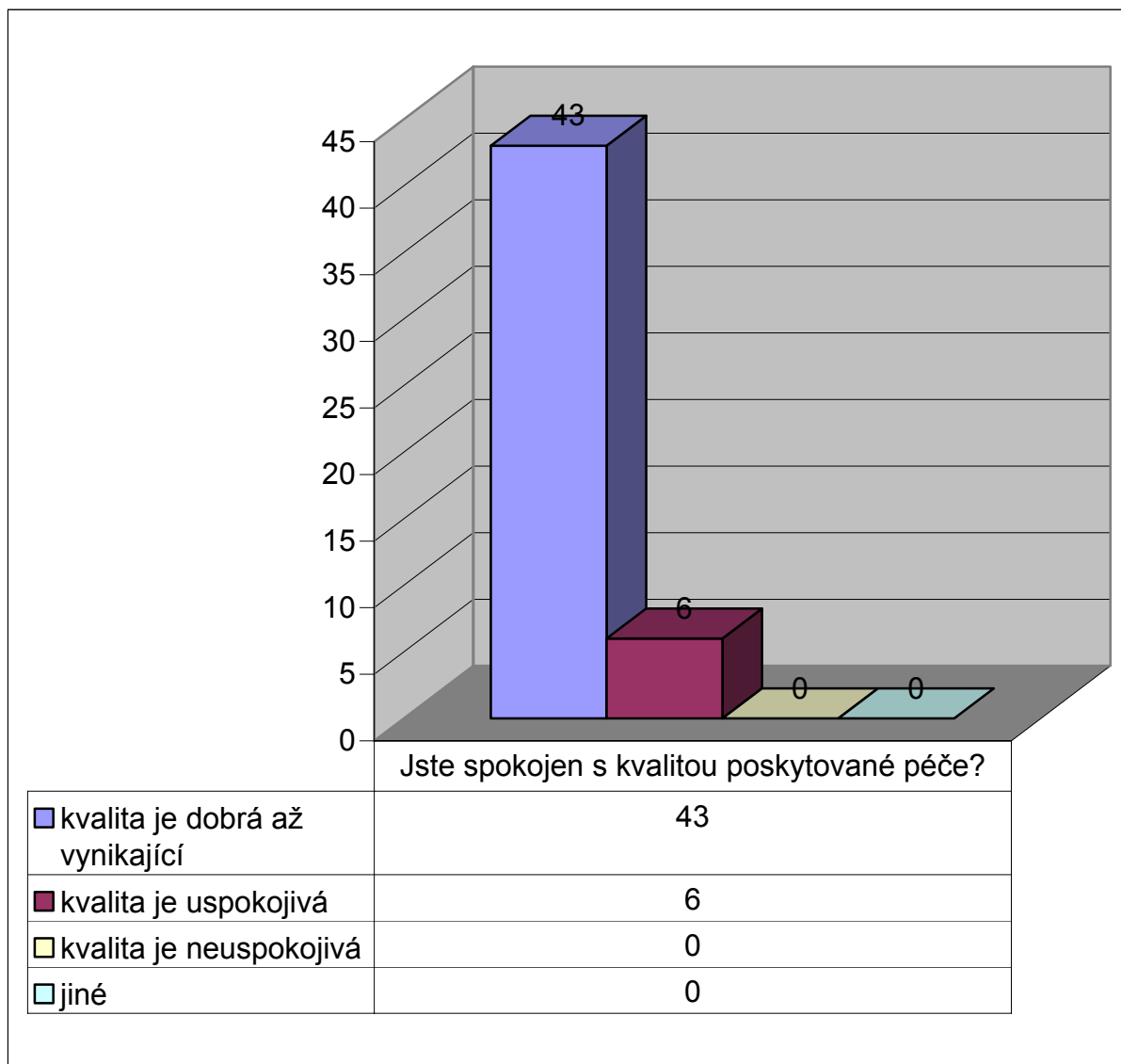
3 respondenti, tj. 6 %, uvedli „ poskytuje pouze ošetrovatelskou rehabilitaci“.

5 respondentů, tj. 11 %, uvedlo poslední variantu odpovědí „jiné...“, nevyjádřili se však podrobněji.

Z výzkumu vyplývá, že jen 3 respondenti využívají domácí zdravotní péči pouze z důvodu ošetrovatelské rehabilitace.

OTÁZKA Č. 10 - Jste spokojen s kvalitou poskytované péče?

Graf č. 25



Komentář:

Zajímala mě rovněž spokojenost s kvalitou poskytované péče.

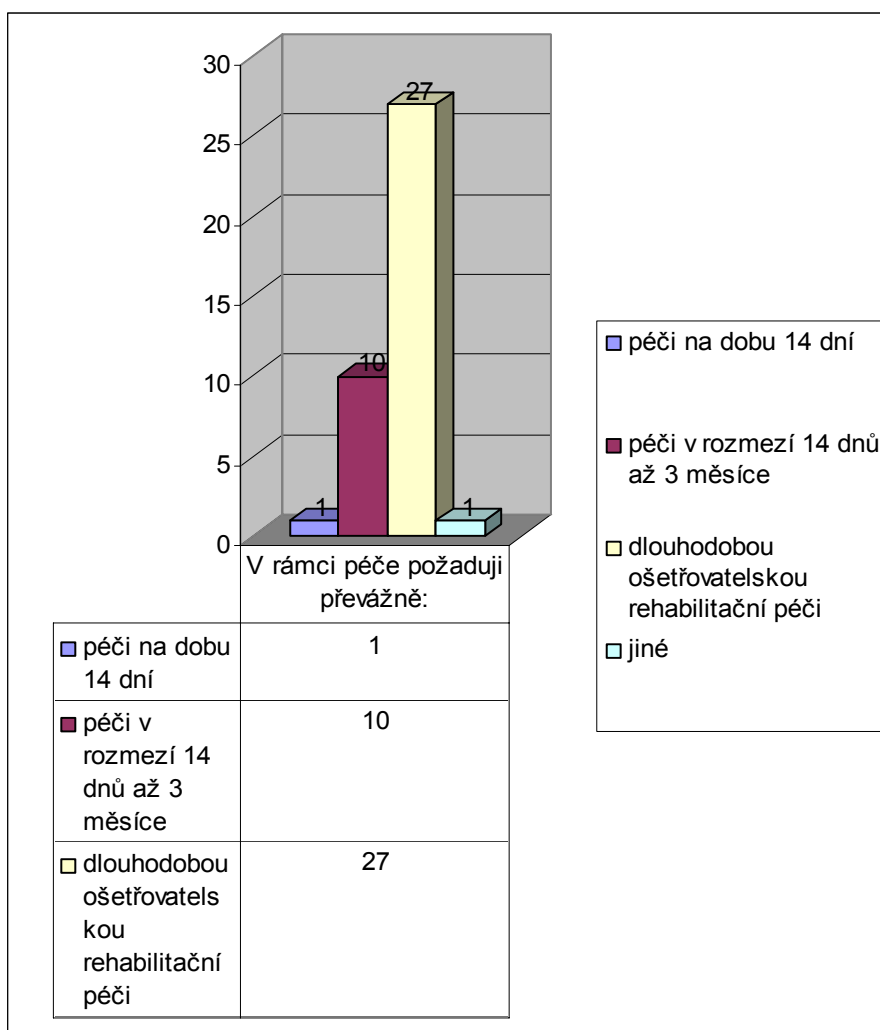
43 respondentů, tj. 88 %, je velmi spokojeno s kvalitou poskytované péče.

6 respondentů, tj. 12 %, míní, že kvalita je uspokojivá.

Žádný z respondentů nevedl odpověď, že kvalita je neuspokojivá a žádný z respondentů nevedl ani jinou možnost vyjádření své spokojenosti s poskytovanou péčí.

OTÁZKA Č. 11 - V rámci péče požadují převážně:

Graf č. 26



Komentář:

Respondenti měli opět možnost zvolit jinou variantu odpovědi, než která jim byla nabídnuta.

Dle výzkumu se respondenti vyjádřili k následující otázce takto:

1 respondent, tj. 2 %, požaduje převážně péči na dobu 14 dní.

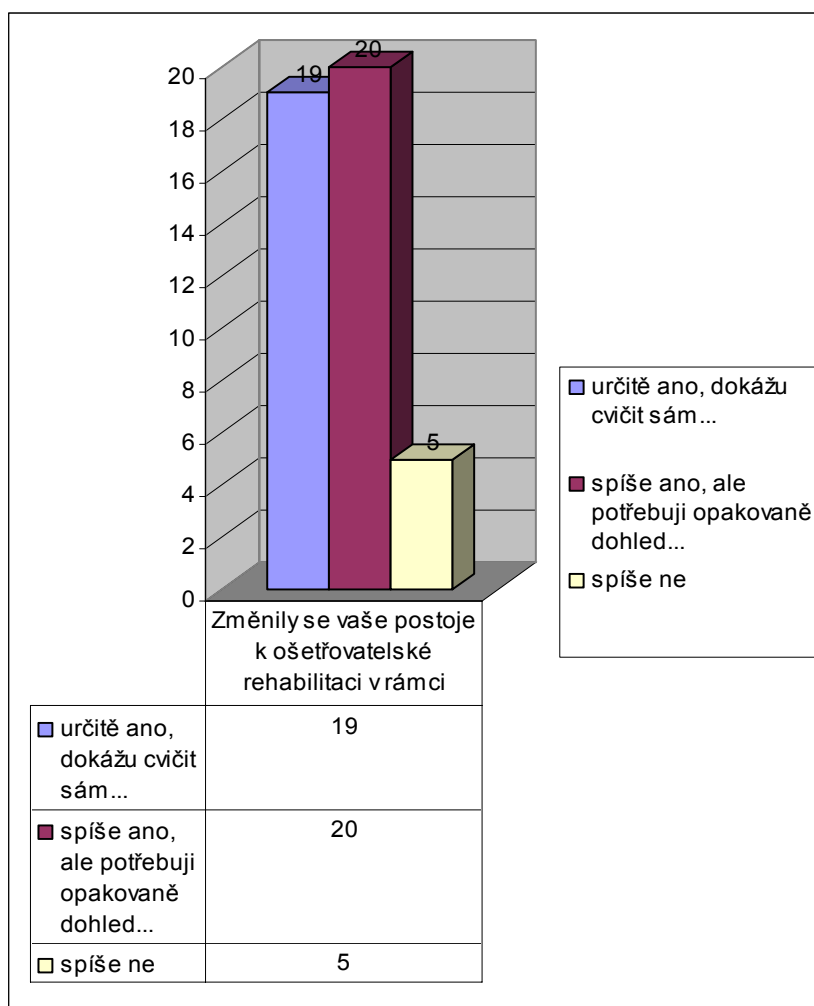
10 respondentů, tj. 20 %, požaduje péči v rozmezí 14 dnů až 3 měsíce.

27 respondentů, tj. 55 %, požaduje převážně péči dlouhodobou, rehabilitační.

1 respondent, tj. 2 %, požaduje jinou formu péče, nevyjádřil se však podrobněji.

OTÁZKA Č. 12 - Změnily se Vaše postoje k ošetřovatelské rehabilitaci v rámci domácí zdravotní péče?

Graf č. 27



Komentář:

Ošetřovatelská rehabilitace a opakované cvičení přináší klientům mnoho potřebného. Z výzkumu je patrné, že 80 % respondentů je spokojeno s ošetřovatelkou rehabilitací, dokáže cvičit samo nebo s pomocí sestry.

20 % respondentů se k otázce nevyjádřilo .

Podle vyjádřeného počtu je výsledek výzkumu tento:

19 respondentů, tj. 30 %, změnilo postoje k ošetřovatelské rehabilitaci „určitě ano“ a je schopno cvičit samo nebo s rodinou bez pomoci sestry.

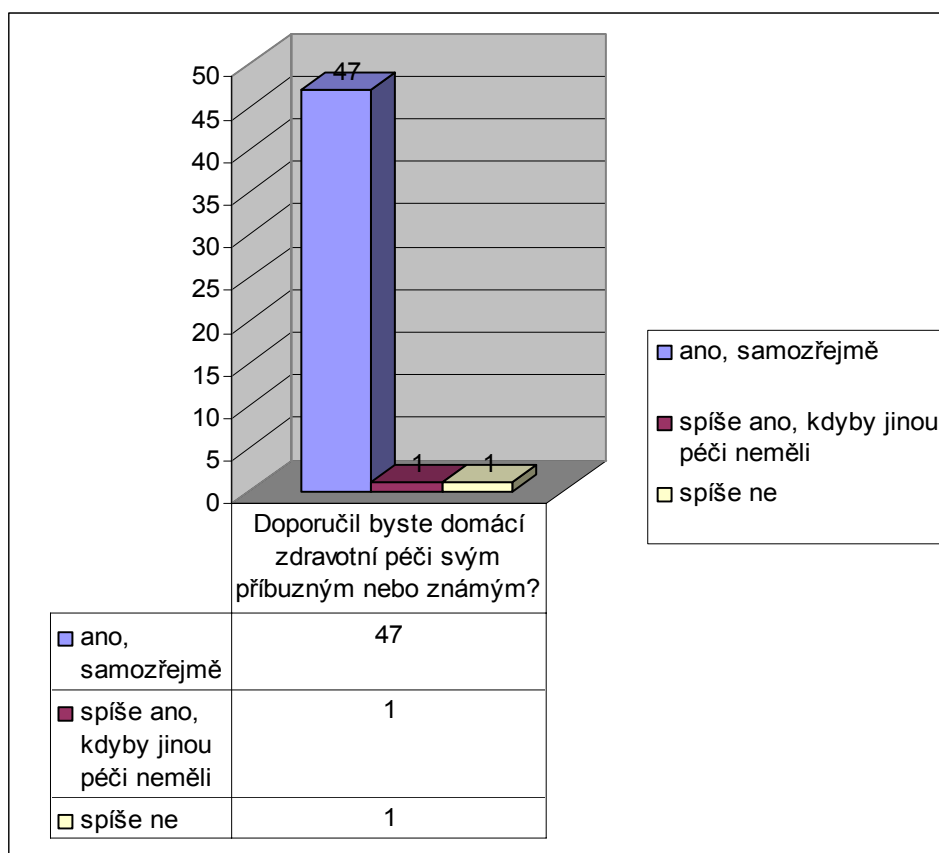
20 respondentů, tj. 41 %, změnilo postoje „spíše ano“, ale potřebuje opakovaně dohled a vedení sestry.

5 respondentů, tj. 10 %, odpovědělo „spíše ne, cvičení mě unavuje“.

5 respondentů, tj. 10 %, se k uvedené problematice nevyjádřilo.

OTÁZKA Č. 13 - Doporučil byste domácí zdravotní péči svým příbuzným nebo známým?

Graf č. 28



Komentář:

Pro zajímavost jsem položila respondentům následující dvě otázky na závěr.

Na otázku č. 13, zda by respondenti doporučili domácí zdravotní péči svým příbuzným či známým, jsem dostala velmi pozitivní odpověď. Vyjádřilo se 100 % respondentů, z toho:

47 respondentů, tj. 96 %, by samozřejmě doporučilo domácí zdravotní péči svým příbuzným nebo známým.

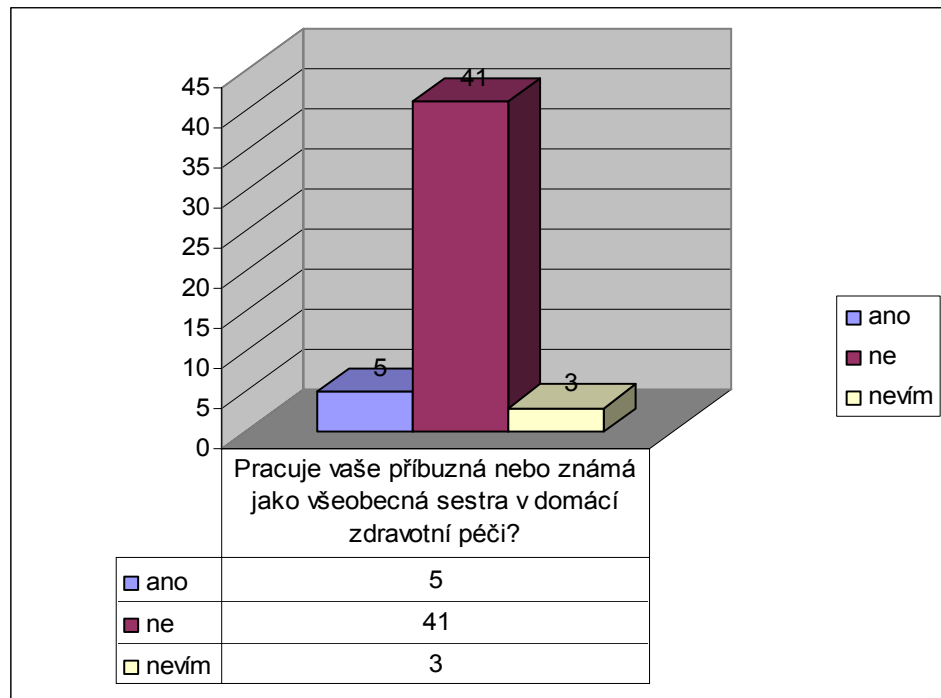
1 respondent, tj. 2 %, by doporučil „spíše ano, kdyby jinou péči neměli“

1 respondent, tj. 2 %, odpověděl „spíše ne“.

Z výzkumu jednoznačně vyplývá, že většina klientů je velice spokojena s poskytováním domácí zdravotní péče, a proto by ji samozřejmě doporučila i ostatním lidem.

OTÁZKA Č. 14 - Pracuje Vaše příbuzná nebo známá jako všeobecná sestra v domácí zdravotní péči?

Graf č. 29



Komentář:

Poslední položku v dotazníku tvořil dotaz, zda někdo z okruhu příbuzných či známých klientů pracuje jako všeobecná sestra v domácí zdravotní péči. Tento dotaz byl jen informativní a tvořil závěrečný náhled na názory klientů v domácí zdravotní péči.

5 respondentů, tj. 10 %, odpovědělo „ano“.

41 respondentů, tj. 84 %, odpovědělo „ne“.

3 respondenti, tj. 6 %, odpověděli „nevím“.

Z výzkumu vyplývá, že v menší části respondentů je někdo z příbuzných či známých, kdo v domácí zdravotní péči pracuje jako všeobecná sestra. Je to malé procento všech zastoupených odpovědí, přesto si myslím, že dostatečné. 10 % je poměrně dost a dle tohoto názoru je opět patrné, že domácí zdravotní péče je všeobecně známá, oblíbená a dostupná široké veřejnosti.

9. DISKUZE

Dotazníky vyplnilo 49 pacientů (tj. 61 %) a 21 všeobecných sester (tj. 84 %). Nejdříve se vyjádřím k výzkumu, který jsem zpracovávala na základě vyplněných dotazníků sester a poté pacientů.

Dotazník pro sestry vyplnilo 21 respondentů z celkového počtu 25 rozdaných dotazníků. Je zřejmé, že sestry přistoupily k mému výzkumu velmi zodpovědně a touto cestou jim děkuji.

Výzkumem jsem si chtěla potvrdit mé zkušenosti v oboru domácí zdravotní péče. Chtěla jsem zjistit, jak je v ostatních agenturách tato práce oblíbená, zda je zastoupena i ošetrovatelská rehabilitace a pokud ano, jak ji sestry zvládají. Také mě zajímalo vybavení jednotlivých pracovišť rehabilitačními pomůckami a jak jsou sestry mobilní.

Bylo zajímavé, že nejvíce sester pracujících v DZP je zastoupeno ve věkové kategorii 30 - 40 let (viz. otázka č. 1). Současně položená otázka č. 4 - „Kolik let pracujete ve zdravotnictví“ - souvisela s otázkou č.1. Je zřejmé, že v DZP pracují zkušené sestry.

Sestry mají, podle dalších odpovědí, široké znalosti v oboru ošetrovatelství a téměř všechny všeobecné sestry mohou pracovat bez odborného dohledu (viz. otázky č. 2, 3).

Dotaz na zkoumaný problém, ošetrovatelská rehabilitace DZP, se promítl v práci v otázce č. 6, 10, 11, 12, 13.

V otázce č. 6 jsem se dotazovala, kdo obvykle provádí ošetrovatelskou rehabilitaci v DZP. 57 % respondentů uvedlo, že tuto práci provádí všeobecná sestra. Z výzkumu dále vyplynulo, že většina sester hodnotí stupeň sebezpečí a dbají na pacientovo soukromí (viz. otázka č. 8, 9). Rodina má v případě zájmu možnost podílet se na ošetrovatelské rehabilitaci (viz. otázka č. 10). Pacient má možnost zapůjčení rehabilitačních pomůcek (viz. otázka č. 13).

V otázce č.11 jsem zjišťovala, na jaké cvičení se převážně zaměřuje sestra při poskytování ošetrovatelské rehabilitace. Většina sester zná ošetrovatelskou rehabilitaci. Pouze jedna všeobecná sestra uvedla, že při ošetrovatelské rehabilitační péči se zaměřuje i na cvičení pacientů po cévní mozkové příhodě.

Na závěr jsem do dotazníku zařadila i otázku, jak jsou sestry mobilní (viz. otázka č. 14, 15). Byl to pouze dotaz informativní a výsledkem výzkumu bylo zjištění, že drtivá většina sester (95 %) má k dispozici automobil jako dopravní prostředek ke klientům a naprostá většina sester (100 %) má k dispozici mobilní telefon.

Soubor respondentů ve druhé kategorii zkoumání tvořili pacienti DZP. Z obecných údajů jsem se dozvěděla, že průměrný věk respondentů je 71 let, v bodě pohlaví jsou ženy zastoupeny 34 respondentkami (69 %) a muži 15 respondenty (31 %). Dotaz na stav klientů byl zodpovězen takto: 25 respondentů uvedlo ženatý/vdaná, (50 %) a 25 respondentů vdovec/vdova, rozvedený/rozvedená, (50 %) respondentů. Zjištění, v jakém počtu je zastoupeno onemocnění cévní mozkovou příhodou bylo také zajímavé. 9 respondentů (18 %) je v DZP ošetřováno pro onemocnění cévní mozkovou příhodou. Ostatní respondenti mají onemocnění pohybového aparátu nebo jiná onemocnění.

Dotazník pro pacienty vyplnilo 49 respondentů z celkového počtu 80 rozdaných dotazníků. I z tohoto výzkumu vyplývá, že dotazník vyplnilo 61 % respondentů a to velmi pečlivě. Některé otázky byly zodpovězeny i více možnostmi, na některé otázky respondenti neodpověděli a u jiných doplnili podrobněji odpovědi formou varianty odpovědi „jiné...“.

Z šetření vyplynulo následující zjištění. Klienti požadují poskytování DZP v častější frekvenci, nejlépe 1x denně (37 %) až 1 – 2x týdně (51 %), viz otázka č. 1.

Dále vyplynulo, že tuto péči požadují nejlépe dlouhodobě (55 %), viz otázka č. 12. Ošetřovatelská rehabilitace je součástí DZP v 51 % pravidelně, ve 23 % občas a 26 % respondentů ošetřovatelskou rehabilitaci dle jejich mínění nepotřebují, viz. otázka č. 2.

Zajímavé bylo zjištění, že pojem „sociální rehabilitace“, viz otázka č. 3, zná poměrně malá část respondentů (26 %). Ostatní tento pojem vůbec neznají nebo pouze částečně. Bylo by zřejmě přínosné, kdyby byla veřejnost více seznámena s touto problematikou.

V otázkách č. 4 jsem zkoumala přínos ošetřovatelské rehabilitace pro pacienty v DZP. Většina respondentů se vyjádřila, že jim pomáhá (33 %) a dokonce 8 % respondentů se vyjádřilo, že by se bez ní neobešli.

Rovněž s poskytováním ošetřovatelské rehabilitace se během péče změnily i postoje pacientů k ošetřovatelské rehabilitaci samotné. 80 % respondentů se vyjádřilo k této problematice kladně, cvičí sami nebo s pomocí rodinných příslušníků či s opakovaným dohledem sestry (otázka č. 12).

Druhá část dotazů se týkala spíše celkového průzkumu spokojenosti klientů v DZP. Mezi další ordinace lékaře patří např. aplikace injekcí, odběry krve, převazy ran, zvládání denních činností a to v hojném počtu (viz otázka č. 5). Z výzkumu vyplývá, že klientům je poskytována komplexní ošetřovatelská péče. S kvalitou péče je spokojeno 88 % respondentů velmi a 12 % respondentů uspokojivě (viz. otázka č. 10).

Potvrdila se mi domněnka, že DZP je velice přínosná pro všechny její klienty a že ošetrovatelská rehabilitace je v rámci DZP často poskytována a klienti ji plně využívají. V 96 % by ji jako samozřejmost doporučili všem svým známým.

ZÁVĚR

Téma ošetrovatelská rehabilitace v DZP jsem si zvolila vzhledem ke svým zkušenostem v oboru rehabilitace a DZP. Chtěla jsem zjistit, zda je ošetrovatelská rehabilitace v DZP poskytována a pokud ano, v jakém rozsahu. Protože jsem pracovala několik let jako fyzioterapeutka v rehabilitačním ústavu pro cévní choroby mozkové a rehabilitace po CMP byla hlavní náplní naší práce, považovala jsem za samozřejmé poskytovat tuto péči také klientům DZP, ve kterém jsem pracovala jako staniční sestra a jako fyzioterapeutka jsem ostatní všeobecné sestry v této problematice zacvičovala. Rovněž pacienti DZP i ošetřující lékaři byli s naší péčí velmi spokojeni. Proto jsem si toto téma pro bakalářskou práci zvolila a pokusila se zjistit, jak v jiných střediscích DZP je ošetrovatelská rehabilitace, kromě jiné péče, poskytována.

V teoretické části jsem se zabývala především problémem ošetrovatelské rehabilitace, péče o fyzickou kondici, manipulace s nemocným a ošetrovatelskou rehabilitací po CMP. Jelikož se i podle mého výzkumu potvrdilo, že je počet klientů v DZP s onemocněním CMP poměrně velký, chtěla jsem tento problém konkretizovat, ucelit a poskytnout případnému čtenáři pohled na důležitost a nezastupitelnost ošetrovatelské rehabilitace v DZP. Ne ve všech střediscích DZP je fyzioterapeut přítomen nebo má možnost ke klientům DZP docházet. Přitom klienti DZP rehabilitaci potřebují.

V empirické části jsem zvolila metodu dotazníkového šetření, které jsem prováděla v pěti agenturách DZP v měsíci březnu a dubnu roku 2008. Výzkumu se zúčastnilo 49 klientů a 21 všeobecných sester DZP. V dotazníku bylo kromě jiného zastoupeno také několik otázek týkajících se přímo ošetrovatelské rehabilitace v DZP, v diskuzi se těmito otázkami konkrétně zabývám a ve výsledcích výzkumu je k nim vyjádřen komentář spolu s grafem.

Cílem bylo, kromě jiného, zhodnotit u vybrané skupiny pacientů a sester DZP rozsah poskytované ošetrovatelské rehabilitační péče. Rovněž mě zajímalo, jakým procentem je zastoupeno onemocnění po cévní mozkové příhodě u klientů těchto agentur.

Lze konstatovat, že se mi podařilo dosáhnout stanoveného cíle. Sestry v agenturách znají a poskytují ošetrovatelskou rehabilitaci. Bylo by však velmi přínosné, kdyby v každé

agentuře byl zastoupen alespoň jeden fyzioterapeut nebo kdyby každé středisko DZP s fyzioterapeutem spolupracovalo, sestry měly možnost se v této problematice vzdělávat a zdokonalovat a kdyby se stala tato péče samozřejmostí ve všech agenturách DZP.

ANOTACE

- Author:** Lenka Truhlářová
Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetrovatelství
Název práce: Ošetrovatelská rehabilitace v domácí zdravotní péči
Vedoucí práce: Hana Pekárková
Počet stran: 109
Počet příloh: 5
Rok obhajoby: 2008
Klíčová slova: ošetrovatelská rehabilitace, domácí zdravotní péče, polohování, ošetrovatelská rehabilitace po cévní mozkové příhodě

Bakalářská práce je zaměřena na téma domácí zdravotní péče, na význam ošetrovatelské rehabilitace a na důležitost uplatňování ošetrovatelské rehabilitace u klientů v domácí zdravotní péči.

Poukazuje na široké uplatnění ošetrovatelské rehabilitace při onemocnění cévní mozkovou příhodou, jednotlivé zásady ošetrovatelské rehabilitace a součástí je i několik rad a námětů, jak využít kompenzačních pomůcky pro pacienty po onemocnění cévní mozkovou příhodou.

Těžiště práce tvoří kvantitativní průzkumné šetření o využívání ošetrovatelské rehabilitace a o znalosti možnosti využití v domácí zdravotní péči. Zkoumaný vzorek tvoří zdravotničtí pracovníci v oboru všeobecná sestra, fyzioterapeutka, sestra specialista a klienti domácí zdravotní péče.

Bachelor's thesis is centred on theme medical home care, importance of nurse physiotherapy and significance nurse physiotherapy by patients in medical home care.

It looks on wide use at illnesses cerebral apoplexy, the theses of nurse physiotherapy and some suggestions and tips how the nurse physiotherapy instruments use for patients by cerebral apoplexy.

Substance of the bachelor's thesis make research of use nurse physiotherapy by medical workers and of knowledge how utilize in medical home care. The research specimens make medical workers in lays: nurse, physiotherapist, special nurse and patients of medical home care.

LITERATURA A PRAMENY

PODĚBRADSKÝ, J., VAŘEČKA, I. *Fyzikální terapie I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. , 1998. 264 s. ISBN 80-7169-661-7

MISCONIOVÁ, B. *Management Komplexní domácí péče*. Asociace domácí péče ČR – Národní centrum domácí péče. 1. vyd.[s.l.]: [s.n.], [1999-?]. 80 s.

JANDA, V., KRAUS, J. *Neurologie pro rehabilitační pracovníky*. 2. nd rev. Edition. Praha: Avicenum. 1987. 231 s.

HAŠKOVCOVÁ, H., *České ošetřovatelství 10, Manuálek sociální gerontologie, Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. [s.n.], 2004. 72 s. ISBN 80-7013-363-5

CAPKO, J. *Základy fyziatrické léčby*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 1998. 396 s. ISBN 80-7169-341-3

HROMÁDKOVÁ, J., et. al. *Fyzioterapie*. 1. vyd. Jinočany: H+H Vyšehradská s.r.o., [s.n.] 1999. 428 s. ISBN 80-86022-45-5

ARCHALOUSOVÁ, A., et al. *Ošetřovatelská péče: Úvod do oboru ošetřovatelství pro studující všeobecného a zubního lékařství*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Karolinum. 2006. 295 s. ISBN 80-246-1113-9

BUIJSSEN, H. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Redaktor Václav Urban. 1.vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-X

DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Redaktorka Olga Janotková. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 1996. 576 s. ISBN 80-7169-294-8

DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. dopl. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5

HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí: Praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma*. Redaktorka Klára Kaiserová. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 91 s. ISBN 80-247-0212-6

KOLESÁR, J., et al. *Fyziatría*. Redaktorka Kormanová Danica. 2. vyd. Martin: Osveta, n.p., 1980. 258 s. ISBN 70-059-80

MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství: I. díl - Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9

MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství: II. díl - Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 160 s. ISBN 80-246-0428-0

POLÍVKA, J. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: Průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. Redaktorka Hana Stárková. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 200 s. ISBN 80-247-0592-3

ROZSYPALOVÁ, M., et al. *Ošetrovatelství I/I: pro střední zdravotnické školy*. 3.dopl. vyd. Praha: Informatium, spol. s.r.o., 1999. 234 s. ISBN 80-86073-39-4

TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 185 s. ISBN 80-7013-324-4

MIKOTOVÁ, M., TRUHLÁŘOVÁ, M., SEMJONOVÁ, J., *Prezentace Domácí péče MEDICAL HOME CARE. 2008*. Prezentace studentek 5. ročníku Všeobecného lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové v roce 2008

CHALUPOVÁ, A. *Rehabilitační ošetrování – porovnání teorie s praxí*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2004. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

BENDOVI, P. *Život po cévní mozkové příhodě: Návrat do domácího prostředí aneb Praktické rady pro vaši samostatnost, soběstačnost a bezpečnost.* Ministerstvo zdravotnictví ČR. [s.l.] : [s.n.], [200-?]. 32 s.

VANTIEGHEM, J., et al. *Rehabilitace a reedukace běžných životních úkonů po cévní mozkové příhodě.* Vydáno ve spolupráci České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a UCB Pharma, s.r.o., Praha : [s.n.], 1994. 40 s.

Web:

Complex s.r.o.. www.zdravi-cz.eu [online]. c2007 [cit. 2008-04-25]. Dostupný z WWW: <<http://complex.zdravi-cz.eu/dekubity-prolezeniny.php>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. [2007] [cit. 2008-04-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/>>.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. c2008 [cit. 2008-04-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/>>.

Vitamins Cosmetics s.r.o.. Dokrotka.cz : O zdraví a kráse [online]. c1999-2006 [cit. 2008-04-25]. Dostupný z WWW: <<http://alternativni-terapie.doktorka.cz/>>.

Hospicová péče: Hospice v ČR [online]. c 2007 [cit. 2008-09-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.osobniasistence.cz/hospic4php#ostzar>>

Home Care Services a Supplies [online]. c 2007. [cit. 2008-09-22]. Dostupný z WWW : <<http://www.domaci-pece.cz>>

Národní centrum domácí péče České republiky [online]. c 2006 [cit.2008-09-22].Dostupný z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/>>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. c 2007 [cit. 2008-09-22]. Dostupný z WWW : <<http://www.uzis.cz/>>

REHAS : *Polohovací vaky* [online]. [2006] [cit. 2008-09-27]. Dostupný z WWW: <<http://www.rehas.cz/polohovaci-vaky.html>>.

FARKAŠOVÁ, B., KRČÁL, M.. *Projekt Bibliografické citace* [online]. 2004-2008 [cit. 2008-09-27]. Dostupný z WWW: <<http://www.citace.com/>>.

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 Kolik je vám let?
- Graf č. 2 Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání? Označte i více možností.
- Graf č. 3 Pracujete jako sestra bez odborného dohledu - týká se registrace pracovníků ve zdravotnictví?
- Graf č. 4 Kolik let pracujete ve zdravotnictví? Uveďte počet let odborné praxe.
- Graf č. 5 V předchozím zaměstnání jste pracovala...?
- Graf č. 6 Kdo obvykle provádí ošetrovatelskou rehabilitaci ve Vaší agentuře?
- Graf č. 7 Provádíte záznam o ošetrovatelské rehabilitaci do dekurzu?
- Graf č. 8 Hodnotíte u pacienta stupeň sebeděče?
- Graf č. 9 Dbáte při ošetrovatelské rehabilitaci na pacientovo soukromí?
- Graf č. 10 Má rodina v případě zájmu možnost podílet se na ošetrovatelské rehabilitaci?
- Graf č. 11 Na jaké cvičení se převážně zaměřujete ?
- Graf č. 12 Je pro Vás ošetrovatelské rehabilitace fyzicky náročná činnost?
- Graf č. 13 Má pacient možnost zapůjčit si rehabilitační pomůcky?
- Graf č. 14 Máte ke své práci k dispozici automobil?
- Graf č. 15 Máte ke své práci k dispozici mobilní telefon?
- Graf č. 16 Jak často je Vám poskytována domácí zdravotní péče?
- Graf č. 17 Je součástí péče také ošetrovatelská rehabilitace?
- Graf č. 18 Víte, co znamená pojem sociální rehabilitace?
- Graf č. 19 Co Vám přináší ošetrovatelská rehabilitace?
- Graf č. 20 Jaké jsou další ordinace lékaře, které provádí Vaše sestra?
- Graf č. 21 Přispíváte si finančně na Vaši péči?
- Graf č. 22 Jak jste se o možnosti využití domácí zdravotní péče dozvěděl?
- Graf č. 23 Je součástí péče také pečovatelská služba?
- Graf č. 24 Spolupráce s agenturou domácí zdravotní péče Vám:
- Graf č. 25 Jste spokojen s kvalitou poskytované péče?
- Graf č. 26 V rámci péče požadují převážně:
- Graf č. 27 Změnily se Vaše postoje k ošetrovatelské rehabilitaci v rámci domácí zdravotní péče?
- Graf č. 28 Doporučil byste domácí zdravotní péči svým příbuzným nebo známým?
- Graf č. 29 Pracuje Vaše příbuzná nebo známá jako všeobecná sestra v domácí zdravotní péči?

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Dotazník pro pacienty, dotazník pro sestry
- Příloha č. 2 Pomůcky k rehabilitaci a polohování nemocných
- Příloha č. 3 Návčik sedu, stoje a chůze v domácí zdravotní péči
- Příloha č. 4 Barthelův test základních, všedních činností
- Příloha č. 5 Pomůcky rehabilitaci chůze a sebeobsluže

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č. 1 – Dotazník pro pacienty a dotazník pro sestry

DOTAZNÍK PRO PACIENTY

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Tento dotazník slouží ke zmapování využívání domácí zdravotní péče spolu s poskytováním ošetrovatelské rehabilitace v rámci domácí zdravotní péče.

Je podkladem pro zpracování diplomové práce bakalářského studia ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové, je anonymní a slouží pouze ke zpracování zkoumaného problému.

Při vyplňování dotazníku vyberte prosím některou z uvedených možností, není-li za otázkou uvedeno jinak.

Obecné údaje:

Věk.....

Pohlaví.....

Stav.....

Vzdělání.....

Jak dlouho trvá vaše onemocnění.....

Pro jaké onemocnění jste se stal klientem domácí zdravotní péče?.....

1) Jak často je vám poskytována domácí zdravotní péče?

- a) 1x denně
- b) 1-2x týdně
- c) 1-2x měsíčně
- d) jiné

2) Je součástí péče také ošetrovatelská rehabilitace?

- a) ano, pravidelně
- b) není
- c) občas

3) Víte, co znamená pojem sociální rehabilitace ?

- a) ano
- b) nevím
- c) částečně

4) Co Vám přináší ošetrovatelská rehabilitace?

- a) pomáhá mi

- b) nepomáhá mi
 - c) neobešel bych se bez ní
- 5) Jaké jsou další ordinace lékaře, které provádí Vaše sestra?
- a) aplikace injekcí
 - b) odběry krve
 - c) převazy ran
 - d) zvládání denních činností
- 6) Přispíváte si finančně na Vaši péči?
- a) částečně
 - b) vůbec, mám ji zdarma
 - c) úplně, zcela ji hradím
- 7) Jak jste se o možnosti využití domácí zdravotní péče dozvěděl?
- a) byla mi doporučena mým ošetřujícím lékařem
 - b) o možnosti využití jsem se dověděl z novin, letáků, od známých
 - c) vyhledala mě sestra sama a zařídila péči
- 8) Je součástí péče také pečovatelská služba?
- a) ano, nosí mi obědy a nákupy
 - b) ano, pomáhá mi s úklidem
 - c) platí a) i b)
 - d) není součástí, nevyužívám pečovatelskou službu
- 9) Spolupráce s agenturou domácí zdravotní péče Vám:
- a) pomáhá k zajištění zdravotní péče a informovanosti o zdravotním stavu
 - b) poskytuje také rehabilitační péči
 - c) poskytuje pouze rehabilitační péči
 - d) platí a) i b)
 - e) jiné.....
- 10) Jste spokojen s kvalitou poskytované péče?
- a) kvalita je dobrá až vynikající
 - b) kvalita je uspokojivá
 - c) kvalita je neuspokojivá
 - d) jiné.....
- 11) V rámci péče požadují převážně :
- a) péči na dobu 14 dní
 - b) péči v rozmezí 14 dnů až 3 měsíce

- c) dlouhodobou ošetrovatelskou rehabilitační péčí
- 12) Změnily se Vaše postoje k ošetrovatelské rehabilitaci v rámci domácí zdravotní péče?
- a) určitě ano, dokážu cvičit sám nebo s rodinou bez pomoci sestry
 - b) spíše ano, ale potřebuji opakovaně dohled a vedení sestry
 - c) spíše ne, cvičení mě unavuje
- 13) Doporučil byste domácí zdravotní péči svým příbuzným nebo známým?
- a) ano, samozřejmě
 - b) spíše ano, kdyby jinou péči neměli
 - c) spíše ne
- 14) Pracuje Vaše příbuzná nebo známá jako všeobecná sestra v domácí zdravotní péči?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím

Děkujeme za spolupráci

DOTAZNÍK PRO SESTRY

Vážená paní,

obracím se na vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Tento dotazník slouží ke zmapování využívání domácí zdravotní péče spolu s poskytováním ošetrovatelské rehabilitace v rámci domácí zdravotní péče.

Je podkladem pro zpracování diplomové práce bakalářského studia ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové, je anonymní a slouží pouze ke zpracování zkoumaného problému.

Při vyplňování dotazníku vyberte prosím některou z uvedených možností, není-li za otázkou uvedeno jinak.

1) Kolik je Vám let?

- a) do 30 let b) 30 – 40 let c) 40 let a víc

2) Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání? Označte i více možností?

- a) SZŠ
b) VZŠ
c) bakalářské studium ošetrovatelství
d) specializace ve zdravotnictví
e) fyzioterapeutka
f) jiné

3) Pracujete jako sestra bez odborného dohledu – týká se registrace pracovníků ve zdravotnictví ?

- a) ano b) ne

4) Kolik let pracujete ve zdravotnictví? Uveďte počet let odborné praxe

- a) 5 let b) 5 až 10 let c) více než 10 let

5) V předchozím zaměstnání jste pracovala:

- a) ve státním sektoru
b) v privátní sféře
c) platí a) i b)

6) Kdo obvykle provádí ošetrovatelskou rehabilitaci ve Vaší agentuře?

- a) všeobecná sestra
b) fyzioterapeut
c) rodina

- 7) Provádíte záznam o ošetřovatelské rehabilitaci do dekurzu?
a) ano b) ne
- 8) Hodnotíte u pacienta stupeň sebepéče?
a) ano b) ne
- 9) Dbáte při ošetřovatelské rehabilitaci na pacientovo soukromí?
a) ano, samozřejmě
b) nepovažuji to za nutné
- 10) Má rodina v případě zájmu podílet se na ošetřovatelské rehabilitaci?
a) ano b) ne c) občas
- 11) Na jaké cvičení se převážně zaměřujete?
a) nácvik sedu, stoje, chůze
b) dechová cvičení
c) jiné.....
- 12) Je pro vás ošetřovatelská rehabilitace fyzicky náročná činnost?
a) ano b) ne c) občas
- 13) Má pacient možnost zapůjčit si rehabilitační pomůcky?
a) ano b) ne c) občas
- 14) Máte ke své práci k dispozici automobil?
d) ano, samozřejmě
e) občas, jen k dopravě do odlehlých částí města nebo k pacientům na vesnici
f) využívám spíše veřejnou dopravu nebo jízdní kolo
g) chodím pouze pěšky
- 15) Máte ke své práci k dispozici mobilní telefon?
a) ano, samozřejmě
b) občas
c) nemám

Děkujeme za spolupráci

PŘÍLOHA Č. 2 – Pomůcky k rehabilitaci a polohování nemocných



Kolenní válec a válečky



Víceúčelová pomůcka při polohování a fixaci – perličkový „had“



Polštářek pro polohování krční páteře, antidekubitní podložka



Relaxační vaky

PŘÍLOHA Č. 3 – Návik sedu, stoje a chůze v domácí zdravotní péči



Návik sedu a stoje



Návik chůze se dvěma francouzskými holemi



Nácvik chůze o holi bez doprovodu

PŘÍLOHA Č. 4 – Barthelův test základních, všedních činností

Jméno pacienta:.....

Rodné číslo:.....

Barthelův test základních, všedních činností

Činnost	Úroveň schopnosti	Body	Datum
Najedení, napití	samostatně bez pomoci	10	
	s pomoci (krájení, mazání másla a pod.)	5	
	neprovede	0	
Oblékání	samostatně bez pomoc	10	
	s pomoci	5	
	neprovede	0	
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5	
	neprovede	0	
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5	
	neprovede	0	
Kontinence moči	plně kontinentní	10	
	občas inkontinentní (1x týdně)	5	
	inkontinentní, katetrizován	0	
Kontinence stolice	plně kontinentní	10	
	občas inkontinentní (1x týdně)	5	
	inkontinentní	0	
Použití WC	samostatně bez pomoci	10	
	s pomoci	5	
	neprovede	0	
Přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci	15	
	s malou pomocí (vydrží sedět)	10	
	s větší pomocí	5	
	neprovede	0	
Chůze po rovině	samostatně nad 50m	15	
	s pomoci pod 50m	10	
	na vozíku 50m	5	
	neprovede	0	
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10	
	s pomoci	5	
	neprovede	0	
Počet bodů celkem:			
Hodnotila:			
Hodnocení stupně závislosti v základních, všedních činnostech	vysoce závislý	0 - 40 bodů	
	závislost středního stupně	45 - 60 bodů	
	lehká závislost	65 - 95 bodů	
	nezávislost	100 bodů	

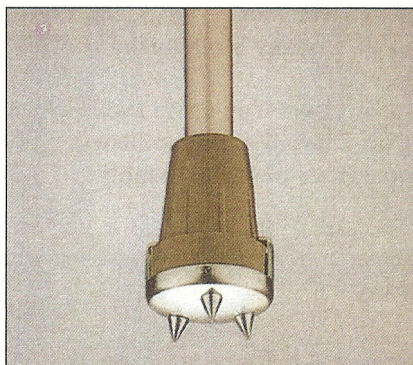
PŘÍLOHA č. 5 - Pomůcky k rehabilitaci chůze a sebeobsluhy



Obr. č. Čtyřkolové chodítko



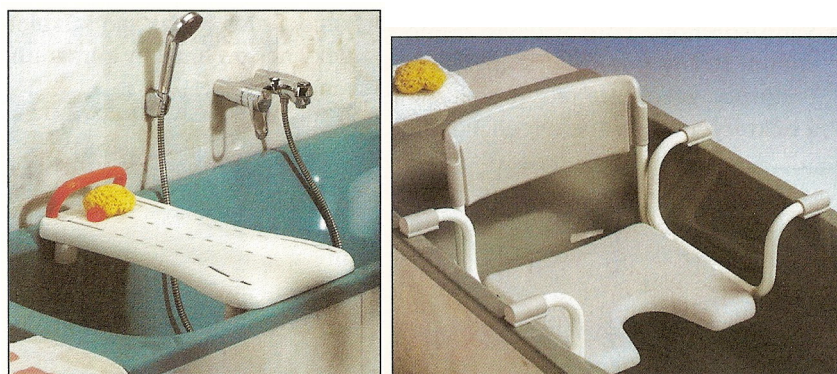
Obr. č. Vycházková hůl, francouzské hole, vycházková hůl čtyřbodová



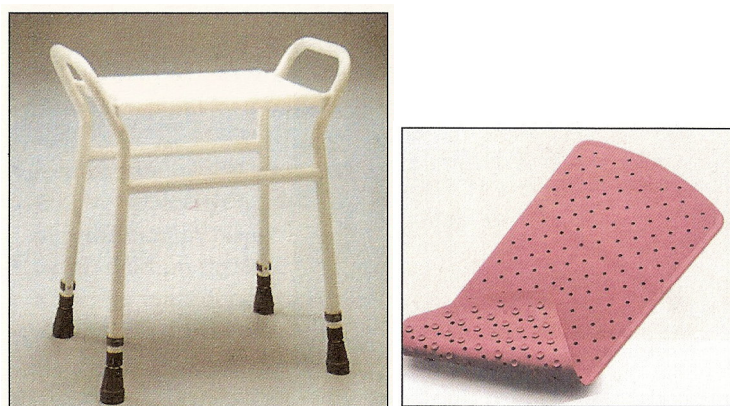
Obr. č. Gumový násadec opatřený kovovým protiskluzovým násadcem s více hroty



Obr. č. Různé typy madel



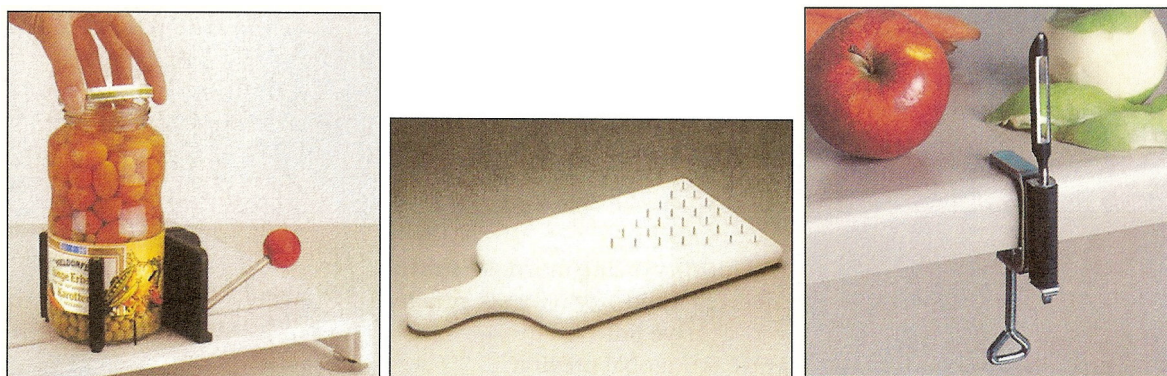
Obr. č. Vanové sedačky



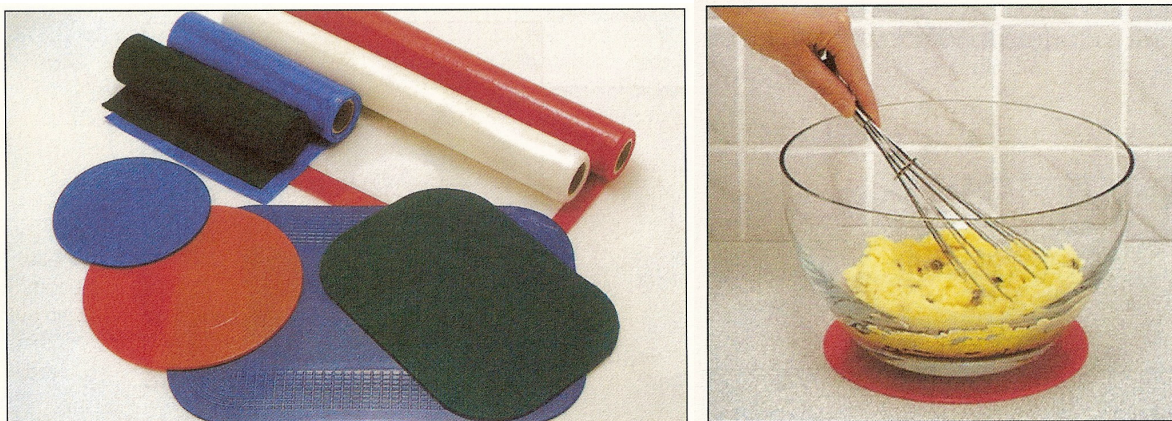
Obr. č. Sedačka do sprchového koutu a protiskluzová podložka do vany



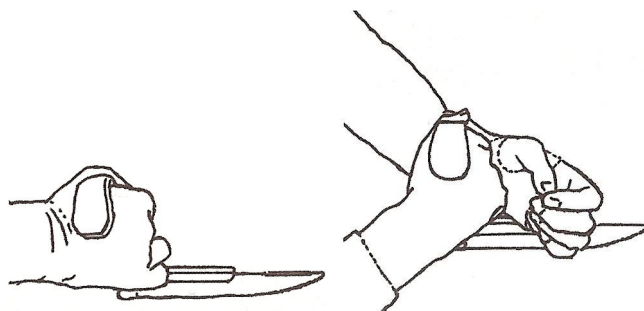
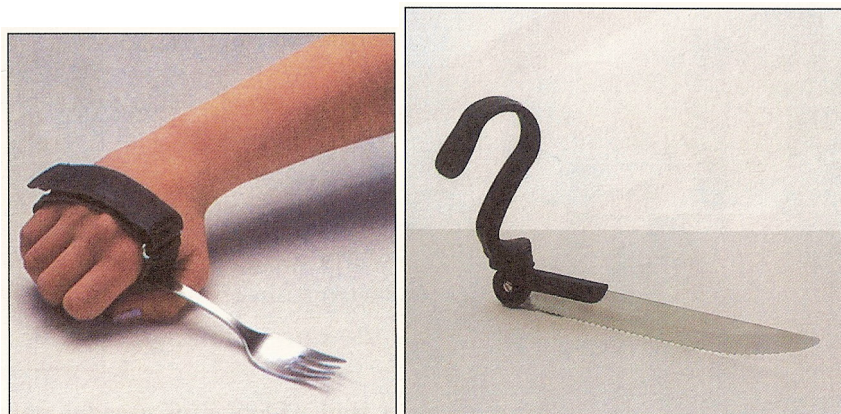
Obr. č. Kartáče, hřebeny a houby s dlouhou rukojetí



Obr. č. Fixační prkénko s posuvným svěrákem, prkénko s hroty, škrabka s možností fixace k pracovní desce



Obr. č. Protiskluzové gumové podložky a příklad jejich použití



Obr. č. Příbory a kuchyňské nože s upravenou šířkou a tvarem rukojeti