

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Veronika Schubertová

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**OŠETŘOVÁNÍ KLIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ
PŘÍHODĚ V RODINNÉM PROSTŘEDÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Veronika Schubertová**

Vedoucí práce: **Jaroslava Pečenková**

2008

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

NURSING OF CLIENTS AFTER A
CEREBROVASCULAR ACCIDENT AT HOME
ENVIRONMENT

Bachelor's thesis

Author: **Veronika Schubertová**

Supervisor: **Jaroslava Pečenková**

2008

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 Hradci Králové

(podpis)

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji paní Pečenkové za odborné vedení bakalářské práce. Děkuji také svému manželovi za důvěru, trpělivost a podporu, které mi po celou dobu mých studií poskytoval.

MOTTO: „Vědomí, že druzí lidé jsou připraveni člověku pomoci, vytváří pocit sociální jistoty, která usnadňuje podstoupení rizika a povzbuzuje člověka k tomu, aby se samostatně pokusil řešit problém, před nímž stojí“.

N. Krause

OBSAH

ÚVOD.. 9

TEORETICKÁ ČÁST.. 10

1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA.. 10

1.1 Dělení cévních mozkových příhod. 10

1.2 Příznaky onemocnění 11

1.3 Vyšetřovací metody. 11

1.4 Léčba 12

1.5 Trvalé následky. 12

1.6 Prevence. 13

2 OŠETŘOVÁNÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ. 14

2.1 Legislativa. 14

2.1.1 Zákon 108/2006 Sb. ze dne 14.března 2006 o sociálních službách. 14

2.1.2 Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb..... 15

2.2 Sociální šetření 17

2.3 Agentury domácí péče. 17

2.4 Pečovatelské služby. 18

2.5 Požadavky na vybavení 19

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.. 21

3.1 Potřeby. 21

3.2 Pohyb 21

3.3 Soběstačnost 22

3.4 Výživa. 22

3.5 Vyprazdňování 22

3.6 Hygiena. 23

<u>3.7 Komunikace.</u>	23
<u>3.8 Psychický stav.</u>	24
<u>4 REHABILITACE..</u>	25
<u>4.1 Rehabilitace v akutním stádiu.</u>	25
<u>4.2 Rehabilitace v subakutním stádiu.</u>	26
<u>4.3 Rehabilitace v chronickém stádiu.</u>	27
<u>5 ERGOTERAPIE..</u>	28
<u>5.1 Druhy ergoterapie.</u>	28
<u>5.2 Ergoterapeutické hodnocení</u>	29
<u>6 LOGOPEDIE..</u>	31
<u>6.1 Dělení poruch řeči</u>	31
<u>6.2 Vyšetření řeči</u>	32
<u>6.3 Léčba poruch řeči</u>	32
<u>7 SOCIÁLNÍ OPORA..</u>	34
<u>7.1 Definice sociální opory.</u>	34
<u>7.2 Efekt sociální opory.</u>	34
<u>7.3 Přiměřenost sociální opory.</u>	35
<u>EMPIRICKÁ ČÁST..</u>	36
<u>8 CÍLE A HYPOTÉZY..</u>	36
<u>8.1 Cíle</u>	36
<u>8.2 Hypotézy.</u>	36
<u>9 METODIKA VÝZKUMU..</u>	37
<u>9.1 Před výzkumné šetření</u>	37
<u>9.2 Metodika šetření</u>	37
<u>10 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU..</u>	38

11 VÝSLEDKY VÝZKUMU.. 39

12 DISKUZE.. 65

ZÁVĚR.. 68

ANOTACE.. 69

LITERATURA.. 70

SEZNAM TABULEK.. 73

SEZNAM GRAFŮ.. 74

SEZNAM PŘÍLOH.. 75

PŘÍLOHY.. 76

ÚVOD

Lidi, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu stále přibývá. Jedná se o onemocnění, které zanechává větší či menší trvalé následky. Je pak na samotném klientovi, jak se s následky nemoci vyrovná a naučí žít, tak aby jeho život byl opět aktivní. Je nezbytné, aby klient měl víru v úplné uzdravení a navrácení ztracených sil, ale nepostradatelná je i silná vůle. Často se klient neobejde bez pomoci zdravotnického týmu a rodiny.

Pokud se u klienta objeví příznaky cévní mozkové příhody, je hospitalizován na neurologickém oddělení, nebo na tzv. iktové jednotce. Zde se o klienta starají lékaři a kvalifikované zdravotní sestry. Po stabilizaci stavu se do péče zapojuje logoped a rehabilitační pracovník.

S příchodem cévní mozkové příhody se klient dostává do nové role, role pacienta, nemocného. Poznává nové prostředí, lidi, situace. Má svého lékaře, který mu pomáhá k uzdravení. Má svou zdravotní sestru, která je vždy po ruce, když potřebuje pomoc. Ale co doma? Tam je pouze on sám a rodina.

Je třeba, aby rodinní příslušníci hospitalizovaných klientů byli již od začátku informováni nejen o vývoji zdravotního stavu, ale také o tom že klient bude jednou propuštěn, a to i s možným pohybovým omezením. Rodina potřebuje mít dostatek času na to, aby se vyrovnala s nemocí svého blízkého, ale také aby si zajistila potřebné informace o domácím ošetřování, příspěvku na péči, sociálních dávkách, kompenzačních a rehabilitačních pomůckách, zajistila vše potřebné, což nejde ze dne na den. Neboť ke změně zdravotního stavu dojde náhle, není vzniklá situace jednoduchá pro klienta ani pro ty, kteří se o něho starají. Klientovi se náhle změní celý život. Je důležité, aby rodinní příslušníci byli seznámeni s novými potřebami svého blízkého a uměli připravit domácí prostředí pro návrat klienta domů.

Někdy rodina nemůže poskytnout péči svému blízkému v takovém rozsahu a kvalitě, jakou by potřeboval. Proto se nabízí možnost spolupráce s agenturou domácí péče, pečovatelskou službou či charitou. Nabízené služby jistě ocení klient i rodina. Nevyhnutelná je i nadále rehabilitace, ergoterapie a logopedie. Klient i rodina by měli pochopit, že ani jedna z těchto poskytovaných služeb není zbytečná, a to i přesto že změny k lepšímu jsou pozvolné. Dosažený výsledek je však pro klienta nepostradatelný.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Cévní mozková příhoda (dále „CMP“) je dle WHO (World Health Organization, Světová zdravotnická organizace) definována jako rychle se rozvíjející ložiskové, občas i celkové příznaky a poruchy mozkové funkce trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévního původu.

Cévní mozková příhoda je stále častou příčinou těžkého zdravotního postižení a je proto značným medicínským, sociálním a ekonomickým problémem. V ČR je ročně postiženo CMP až 40 000 osob. Z toho asi 2/3 klientů přežívají. Asi 30% postižených je těžce handicapovaných a asi 30% klientů je postiženo jen lehce. **(23)**

1.1 Dělení cévních mozkových příhod

Cévní mozková příhoda se dělí na ischemickou a hemoragickou.

Ischemická cévní mozková příhoda nastane při nedostatečnosti krevního zásobení v určité oblasti mozku na dostatečně dlouhou dobu. K tomu může dojít zúžením nebo uzávěrem přívodné tepny (nejčastěji při cévní ateroskleróze nebo embolizaci), náhlým zvýšením krevního tlaku (při hypertenzní chorobě), poklesem krevního tlaku (při srdečním selhání, šokových stavech) nebo zvýšením krevní viskozity (při hematologických onemocněních, dehydrataci).

Hemoragická cévní mozková příhoda nastane při porušení celistvosti stěny arterie a poškození mozkové tkáně vznikem intracerebrálního hematomu. K hemoragickým mozkovým příhodám dochází nejčastěji při arteriální hypertenzi. Další příčinou může být cévní malformace, tepenná výduť (aneurisma), poruchy krevní srážlivosti. Prokrvácet také může původně ischemické ložisko.

Na prvotní poškození mozkové tkáně ischemií nebo hemoragií navazují další změny a komplikace. **(17)**

1.2 Příznaky onemocnění

Neurologické příznaky závisí na místě mozkového postižení. Nejčastějšími příznaky jsou:

- **paréza** – částečná porucha hybnosti končetin
- **plegie** – úplná porucha hybnosti končetin, ochrnutí
- **hemiparéza/himiplegie** – částečná/úplná porucha hybnosti levé nebo pravé poloviny těla
- **kvadruparéza/kvadruplegie** - částečná/úplná porucha hybnosti všech končetin
- **alexie, agrafie, akalkulie** – ztráta schopnosti číst, psát, počítat
- **hypestezie** – porucha čítí projevující se jako brnění, mravenčení, svrbění
- **hemianopie** – porucha zraku
- **afázie** – porucha řeči a porozumění řeči
- **dysfagie** – porucha polykání
- **dysartrie** – porucha výslovnosti
- **postižení hlavových nervů** – projevuje se poklesem ústního koutku nebo očního víčka(20)

1.3 Vyšetřovací metody

Vyšetření klienta s centrální mozkovou příhodou zahrnuje anamnézu, fyzikální vyšetření, klinické neurologické a interní vyšetření, laboratorní odběry, zobrazovací metody.

- **anamnéza** - zjištění údajů o celkovém zdravotním stavu, vzniku obtíží a to buď od

samého klienta nebo od rodiny

zahrnuje anamnézu osobní, rodinou, farmakologickou, alergie

- **fyzikální vyšetření** – pohled, poslech, pohmat, poklep

pohled - držení těla, postavení končetin, výraz obličeje

poslech - srdeční ozvy, dýchání, slovní artikulace

pohmat - svalové napětí, turgor kůže

poklep - reflexy

- **klinické vyšetření neurologické** – vyšetření reflexů

reflex bicipitální, reflex tricipitální, reflex patelární, reakce zornic na světlo,

reakce zornic na konvergenci (akomodaci), a další

- **interní vyšetření** – EKG, ultrazvuk srdce

- **laboratorní odběry** – biochemická vyšetření, hematologická a koagulační vyšetření

- **zobrazovací metody** – výpočetní tomografie (CT), sono karotid

- dále se postupuje podle zdravotního stavu klienta

1.4 Léčba

Moderním trendem v léčbě akutního stádia cévní mozkové příhody je nejrychlejší zahájení adekvátní terapie, a to v takovém zdravotnickém zařízení, které poskytuje nejen kvalitní diagnostické zázemí, ale umožňuje i vysoce odbornou léčebnou péči. Bezkonkurenčně nejlepším řešením je zřizování center pro léčbu cévních mozkových příhod, jejichž součástí jsou tzv. **iktové jednotky**, kde je poskytována multidisciplinární a kvalifikovaná intenzivní péče. Časový interval do zahájení léčby by neměl být delší než 3 hodiny. Léčba musí být provázena kontinuálním sledováním základních životních funkcí, individuální ošetrovatelskou péčí, včetně rehabilitace a psychoterapie.

Intenzivní léčba je zaměřena na stabilizaci celkového zdravotního stavu a na prevenci komplikací. Je cílena několika směry:

- **stabilizace vitálních funkcí** zajišťuje především krevní cirkulaci. Srdeční selhávání, výrazné srdeční poruchy rytmu, arteriální hypertenze nebo hypotenze mohou být příčinou cévní mozkové příhody. Jejich monitorace a léčba patří k základním léčebným opatřením
- **oxygenoterapie** brání rozvoji hypoxického postižení
- **zajištění dostatečné mozkové perfúze** předchází vzniku mozkové ischémie. Spočívá v toleranci vyšších hodnot krevního tlaku a dostatečné hydrataci
- **léčba a prevence hyperpyrexie** snižuje metabolické nároky organismu, především nervových buněk
- **prevence aspirace** brání rozvoji aspirační bronchopneumonie, zvýšením horní části těla o 30°, zavedením nazogastriční sondy
- **péče o funkci dýchacích cest** předchází vzniku a rozvoji dechové nedostatečnosti, pneumónii
- **péče o zažívací trakt** brání rozvoji stresového vředu
- **optimální nutriční podpora** předchází rozvoji metabolického rozvratu, katabolismu a imunodeficiencie
- **prevence infekce**

- **prevence hluboké žilní trombózy** zabraňuje vzniku embolizace do plic(9)

1.5 Trvalé následky

Při soustavné rehabilitaci, může pokračovat zlepšení stavu v průběhu mnoha měsíců až několika let. Přesto však při stagnaci stavu se může po dobu několika měsíců předpokládat, že jde o víceméně trvalý stav.

Při paréze lze obvykle nacvičit chůzi s oporou, v menšině případů však pacient nedokáže udržet ve stoji rovnováhu a je rozumné jej trénovat v jízdě na vozíku.

Pokud je ochrnutá horní končetina do té míry, že ji klient nedokáže využít k úchopu, je možno využít kompenzačních pomůcek „pro jednoruké“.

U většiny klientů po cévní mozkové příhodě je hlavním cílem ucelená rehabilitace. Zajištění náviku co největší soběstačnosti s možností návratu ke stavu „co nejvíce podobném před onemocněním“. U těchto lidí, v produktivním věku, musíme klást důraz na návrat do pracovního procesu a rozvíjení zájmové činnosti, včetně sportu s přiměřenou zátěží.(15)

1.6 Prevence

Hlavním cílem prevence je předcházet vzniku cévních mozkových příhod detekcí a eliminací rizikových faktorů onemocnění.

neovlivnitelné faktory: - věk

- pohlaví

- genetická predispozice

ovlivnitelné faktory: - životospráva

- správná léčba arteriální hypertenze, diabetu mellitu, onemocnění srdce
- prevence aterosklerózi
- zvýšené hladiny krevních lipidů a lipoproteinů v krevní plazmě
- kouření, alkohol, nadváha
- uvážlivé užívání hormonální antikoncepce

2 OŠETŘOVÁNÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

2.1 Legislativa

2.1.1 Zákon 108/2006 Sb. ze dne 14.března 2006 o sociálních službách

Zákon 108/2006 Sb. § 1 Předmět úpravy

Zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám (dále „osobám“) v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvků na péči, podmínky pro vydání oprávnění k provádění sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.(25)

Zákon 108/2006 Sb. § 38 Služby sociální péče

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy to vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.(25)

Zákon 108/2006 Sb. § 7 Podmínky nároku na příspěvek na péči

Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. (Příloha č.2)

O příspěvku rozhoduje obecní úřad s rozšířenou působností.(25)

Zákon 108/2006 Sb. § 21 Povinnosti žadatele o příspěvek, oprávněné osoby a jiného příjemce příspěvku

Žadatel o příspěvek a oprávněná osoba, jejichž zdravotní stav je třeba posoudit pro stanovení stupně závislosti, jsou povinni

a) podrobit se sociálnímu šetření

podrobit se vyšetření zdravotního stavu lékařem určeným úřadem práce nebo vyšetření

b) zdravotního stavu ve zdravotnickém zařízení určeným úřadem práce nebo jinému

odbornému vyšetření, je-li k tomu úřadem práce vyzván, a to ve lhůtě, kterou úřad práce

určí. (25)

2.1.2 Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb.,

kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení

Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991Sb. § 33 Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek

(1) Občanům těžce zdravotně postiženým lze poskytovat peněžité příspěvky na opatření pomůcek, které potřebují k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení. Příspěvek se neposkytuje v případě, že potřebnou pomůcku propůjčuje nebo plně hradí příslušná zdravotní pojišťovna; pokud příslušná zdravotní pojišťovna hradí pomůcku částečně, přihlédne se při stanovení výše příspěvku k této skutečnosti. (Příloha č.3)

(2) Tělesně postiženým občanům lze poskytovat příspěvky na pomůcky, které umožňují sebeobsluhu, samostatný pohyb nebo zachování zdravotního stavu, popřípadě na pomůcky na přípravu a realizaci pracovního uplatnění.

(8) Příspěvek na opatření zvláštních pomůcek lze poskytnout, jen zaváže-li se žadatel písemně předem, že vrátí příspěvek nebo jeho poměrnou část v případě že,

a) zvláštní pomůcka, na jejíž opatření byl příspěvek poskytnut, přestane být před uplynutím 5 let ode dne vyplacení příspěvku jeho vlastnictvím,

b) do 6 měsíců ode dne vyplacení nepoužije příspěvek na opatření zvláštní pomůcky, popřípadě použije jen část příspěvku.

Příspěvek nebo jeho poměrná část se nevrací v případě, že občan, kterému byl vyplacen, zemře. **(26)**

Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb. § 49 Pečovatelská služba

(1) Pečovatelská služba se poskytuje těžce zdravotně postiženým občanům a starým občanům, kteří nejsou schopni si sami obstarat nutné práce v domácnosti a další životní potřeby nebo kteří pro nepříznivý zdravotní stav potřebují ošetření jinou osobou nebo další osobní péči, pokud jim potřebnou péči nemohou poskytnout rodinní příslušníci.

(4) Pečovatelská služba se poskytuje za plnou nebo částečnou úhradu, s přihlédnutím k věku, zdravotnímu stavu, příjmu a majetkovým poměrům občana a jeho rodinných příslušníků. Úkony pečovatelské služby, kterými jsou zabezpečovány nezbytné životní potřeby, se poskytují bezplatně. **(26)**

Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb. § 59 Pečovatelská služba

(1) Poskytování pečovatelské služby se zajišťuje prostřednictvím dobrovolných pracovníků pečovatelské služby.

(2) Poskytuje-li se pečovatelská služba za úhradu, použije se k úhradě především důchodu pro bezmocnost.

(3) Pomoc a ošetření, které poskytují potřebnému občanovi jeho manžel (manželka, druh, družka) rodiče, syn dcera nelze považovat za pečovatelskou službu. **(26)**

2.2 Sociální šetření

Při posuzování nároku na sociální dávku se zjišťuje stupeň závislosti, tzn. že osoba se považuje za závislou, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více úkonech v péči o vlastní osobu a soběstačnosti.

Samotný průběh řízení o sociální dávku probíhá tak, že sociální pracovnice provede sociální šetření v přirozeném prostředí klienta. Zjišťuje, jaké úkony klient zvládne, resp. nezvládne, a v jakém rozsahu bude potřebovat zajistit péči. Při posuzování úkonů je dobré vědět, že úkon, který klient zvládne jen částečně, se považuje pro účely hodnocení za úkon, který není schopen zvládnout.

Hodnotí se: schopnost obstarání výživy (např. obstarání nákupů, příprava a přijímání stravy, dodržování pitného režimu), údržba bytu (např. úklid, praní, topení, mytí nádobí, obsluha běžných domácích spotřebičů, nakládání s odpady), osobní hygiena (např. koupání, sprchování, péče o ústa, vlasy, nehty, holení, oblékání), pohyblivost (např. vstávání z lůžka, sezení, schopnost vydržet stát, chůze po rovině, chůze po schodech nahoru a dolů), sociální komunikace (např. slovní, písemná, neverbální, řešení osobních problémů), orientace v přirozeném prostředí, dodržování léčebného režimu, nakládání s penězi.

Součástí žádosti je rovněž kontakt na ošetřujícího lékaře. K žádosti se tedy nepřikládá žádná zdravotní zpráva či výpis ze zdravotní dokumentace. Žádost pak převezme posudkový lékař úřadu práce, který celou věc posoudí na základě zpráv od ošetřujícího lékaře a zprávy sociální pracovnice ze sociálního šetření. Na základě těchto podkladů pak pověřený sociální odbor rozhodne o přiznání či nepřiznání sociální dávky „Příspěvku na péči“.

Ve chvíli, kdy je pravomocně rozhodnuto o přiznání sociální dávky „Příspěvku na péči" má klient do 15 dnů oznámit úřadu, kdo bude péči poskytovat. Může to být poskytovatel sociálních služeb (např. PS, osobní asistence) případně člen rodiny nebo jiná blízká osoba.

Formulář žádosti o příspěvek na péči naleznete na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, popřípadě si ho můžete vyzvednout na kterémkoliv sociálním oboru magistrátu obce.(1)

2.3 Agentury domácí péče

Agentury domácí péče (dále „ADP“) zajišťují zdravotní a sociální péči o klienta v jeho domácím prostředí. Domácí péči ordinuje praktický lékař. Po ukončení hospitalizace může domácí péči indikovat ošetřující lékař, ale pouze na dobu 14 dnů. Pak je nutné navštívit praktického lékaře a další domácí péči dojednat s ním. Domácí péče není zaměřena jen na pomoc nemocnému, ale také na pomoc rodině. Agentury domácí péče spolupracují jak s obvodním lékařem, tak i s odborníky různých oborů, u kterých je klient dispenzarizován. Pracovníci ADP informují obvodního lékaře o aktuálním zdravotním stavu klienta a o problémech, které se při péči vyskytly.

Zdravotní péče poskytovaná ADP indikována praktickým lékařem či ošetřujícím lékařem je hrazena pojišťovnou.

Služby poskytované agenturami domácí péče

Agentury domácí péče poskytují tyto výkony: aplikaci inzulínu, prevenci a léčbu dekubitů, sledování základních životních funkcí, hodnocení aktuálního tělesného a duševního zdraví, odběry biologického materiálu (krev, moč, stolice, sputum atd.), některá specializovaná vyšetření pomocí přístrojů (měření glykemií, krevního tlaku apod.), přípravu a podávání léků, ošetřování kožních defektů, kontrolu, zavádění a výměny katetrů a sond, aplikaci injekcí, infuzí, podávání kyslíku, aplikaci inhalační léčby, ošetřovatelskou rehabilitaci, kondiční cvičení, nácvik používání kompenzačních pomůcek, edukaci klienta, používání diagnostických přístrojů a metod, podpůrnou psychoterapii, spirituální péči, odborné monitorování u dlouhodobě a chronicky nemocných klientů, poradenství v oblasti životního stylu, dietních opatření, sociální péči atd.

2.4 Pečovatelské služby

Zřizovatelem pečovatelské služby (dále „PS“) je ve většině případů kraj, na některých místech vznikají již nestátní neziskové organizace, charity. Ve vedení managementu pečovatelské služby jsou pracovníci se sociálním nebo zdravotním vzděláním, na pozici pečovatelky pak absolventi speciálních pečovatelských kurzů.

Pečovatelkou službu si hradí klient sám ze svých finančních zdrojů, nebo může využít sociálních dávek – příspěvek na péči. Tímto si klient sám rozhoduje, které služby pečovatelské péče

a v jakém rozsahu bude využívat. (Příloha č.4)

Pečovateľská služba poskytuje neodborné, ale nezbytné služby k zajištění základních potřeb klienta. Zajišťuje: nákupy, rozvoz jídla, přípravu a podání jídla, úklid bytu a chod domácnosti, osobní hygienu a péči o vlastní osobu, aktivaci klienta, doprovod na vyšetření či procházky, asistenci zdravotním sestřám z ADP, praní a zašívání prádla, pochůzky na poštu, úřady atd.

2.5 Požadavky na vybavení

Pokoj

Pokud je to jen trochu možné, vyčleníme klientovi vlastní pokoj, popřípadě přepažíme místnost tak, aby měl klient pocit soukromí. Dlouhodobě nemocný člověk bude v pokoji trávit většinu času, proto by měl být zařízen tak, jak si přeje klient, ne jak by to vyhovovalo nám.

Několik rad: noční stolek by měl být u lůžka na té straně, na které má klient omezenou hybnost, odstraníme koberečky, po kterých by mohl klient uklouznout, odstraníme také prahy mezi dveřmi, do pokoje umístíme pohodlné křeslo, ze kterého se bude klientovy dobře vstávat, podlahu neleštíme, aby neklouzala, dbáme na pořádek a čistotu.

Lůžko

Je možné si zapůjčit polohovací lůžko. Jeho obsluha bývá snadná, pomocí ovládání ji zvládne i sám klient. Správná výška je důležitá nejen pro snadné vstávání klienta, ale i pro toho, kdo se o klienta stará, aby si nenamáhal záda. Důležitá je také matrace, i tu je možné si zapůjčit.

Správná matrace by neměla tvořit uprostřed prohlubeň. Měkká matrace je nepohodlná, znemožňuje zvedání, otáčení klienta. Tvrdá matrace u ležícího, nesoběstačného klienta urychluje vznik dekubitů. Výhodná je antidekubitní matrace, která zamezuje vzniku proleženin a napomáhá při jejich léčbě.

Důležité jsou také postranice, zamezují pádu, zvyšují bezpečnost, klient se díky nim může přitáhnout, čímž velmi pomůže při polohování, úpravě lůžka. Dále jsou užitečné hrazdička zavěšená nad lůžkem a pojízdný jídelní stolek.

Kuchyň

Pro klienty, kteří jsou pohybově soběstační, je třeba zajistit v kuchyni bezpečné prostředí. Ve volbě nádobí upřednostňujeme umělohmotné, je lehké a nerozbitné. Těžké hrnce vyměníme za

odlehčené, pokud možno s teflonovou úpravou, lépe se čistí. Nádobí, které klient často používá, umístíme na dosah, aby se klient nemusel pro ně zbytečně natahovat nebo shýbat, snížíme tím riziko úrazu.

Koupelna

V koupelně je největší riziko pádu, je zde vlhko a kluzko. Před vanu proto umístíme protiskluzovou předložku, do vany sedátko. Pro lepší nastupování do vany použijeme schůdek či nízkou stoličku. Klient jistě uvítá také madla kolem vany. Mezi madlem a stěnou musí být dostatečný odstup, aby jej mohl klient dobře uchopit. Madla by měla být pevně připevněna, aby unesla váhu klienta. Pokud klient využívá sprchový kout, i zde platí použití protiskluzových podložek. Pro snížení vysokého okraje vaničky použijeme stoličku. Také ve sprše klient jistě ocení správně umístěná a pevná madla. Pro zvýšení pohodlí můžeme dát do sprchy sedátko.

Další madla by měla být vedle toaletní mísy, a to na zdravé straně těla. Výška sedadla by měla odpovídat výšce sedu klienta. V případě nutnosti ji přizpůsobíme umělohmotným nástavcem. Je-li klient upoután na lůžko, zajistíme přenosné wc nebo podložní mísu u lůžka.

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

3.1 Potřeby

Potřeba je subjektivní pocit nedostatku nebo nadbytku. Něčeho. Potřeby jsou zcela individuální. Dělíme je na biologické (primární) a vyšší (psychické, spirituální, sociální)

Biologické potřeby slouží k přežití, jsou stejné pro všechny, zdravé i nemocné. Zdravý člověk uspokojuje své potřeby dříve, než se stávají aktuálními. Nemocný toho není často schopen. Uspokojení potřeby se tak stává jeho prioritou, která ovlivňuje nejen jednání, ale i chování jedince.

Vyšší potřeby jsou subjektivně méně naléhavé. Nabývají na významu až při úplném uspokojení potřeb biologických. Týkají se seberealizace, pocitu uznání a sounáležitosti, jistoty a bezpečí, víry.

Více se potřebami zabýval Abraham H. Maslow (americký psycholog), který vypracoval hierarchický systém lidských potřeb. (Příloha č.5) Zkoumal problematiku lidských potřeb a motivací, jež vedou člověka k jejich naplnění.

Nejčastější potřeby klienta s CMP jsou potřeba pohybu, pocit soběstačnosti, zajištění výživy, vyprazdňování, hygiena, komunikace s okolím a vyrovnaný psychický stav.

3.2 Pohyb

Pohyb je pro nás všechny velmi důležitý. Pokud se můžeme hýbat a chodit, jsme schopni si veškeré fyziologické funkce zajistit sami. U klienta s cévní mozkovou příhodou je porucha hybnosti velmi častý jev. Mírné poruchy hybnosti klienta nikterak vážně neomezují. U středně těžkých poruch klient používá některé kompenzační pomůcky, zde je také důležitá spolupráce s ergoterapeutem a rehabilitačním pracovníkem. U těžkých poruch se klient neobejde bez pomoci druhé osoby, může to být rodinný příslušník, zdravotní sestra, pečovatelka. S poruchou hybnosti je narušena i vlastní soběstačnost klienta.

3.3 Soběstačnost

Jsme-li zdraví, jsme schopni si zajistit základní potřeby sami. Nedělá nám problémy dodržovat hygienu, vyprazdňování, zajistit si stravu a tekutiny, oblékání a další důležité úkony. V akutním

stádiu onemocnění zajišťuje u klienta základní výkony ošetrovatelský personál, sestra zdravotnický asistent nebo ošetrovatelka. Po odeznění akutního stavu je cílem ošetrovatelské péče klienta aktivizovat a zapojovat do činností týkajících se sebeobsluhy. Doporučuji provést hodnocení soběstačnosti klienta podle Barthelova testu základních všedních činností. (Příloha č.6) Po propuštění do domácího prostředí uvážit navázání kontaktu s fyzioterapeutem, pečovatelskou službou. Nezastupitelné místo má i ergoterapeut, který seznámí klienta s možností používání různých kompenzačních pomůcek. V domácím prostředí klienta je vhodné pro zvýšení soběstačnosti, zajistit bezpečné a bezbariérové prostředí.

3.4 Výživa

Organismus potřebuje potravu jako zdroj energie. Zdravý člověk přijímá stravu dle chuti a pocitu hladu.

Klient s cévní mozkovou příhodou může mít, kromě jiných příznaků, také poruchu polykání (dysfágií). V nemocnici se v akutním stádiu nemoci zavádí sonda do žaludku, kterou klient přijímá tekutou stravu. Po několika dnech dysfágie většinou odezní a klient je schopen přijímat potravu opět ústy.

V domácím prostředí může být důvodem, pro který se klient nemůže sám najíst, omezení sebeobsluhy na základě poruchy hybnosti. V tomto případě si klient není schopen jídlo připravit, obstarat. Situace se dá řešit užší spoluprací s rodinou, nebo zajištěním pečovatelské služby.

3.5 Vyprazdňování

Vyprazdňování je fyziologickou funkcí organismu, základní, biologickou potřebou člověka. Hodnocení soběstačnosti klienta v oblasti vyprazdňování je součástí screeningového vyšetření sestrou. Úroveň soběstačnosti vyprazdňování moče a stolice je spojena se schopností samostatně se pohybovat. Člověk bez pohybového omezení se vyprazdňuje na toaletě, nedělá mu problémy kdykoliv si dojit na toaletu, svléknout se, vykonat potřebu, obléknout se.

Klient s parézou, plegií horní nebo dolní končetiny je částečně nebo úplně závislý na pomoci druhé osoby. Někdy stačí k zajištění soběstačnosti vhodně zvolené kompenzační pomůcky jako

například chodítka, francouzské hole, přenosné wc, madla na toaletě.

3.6 Hygiena

Čistota, hygiena je základní biologickou potřebou. Uspokojení této potřeby navozuje příjemnou náladu, slast, pocit vyrovnanosti. Soběstačný, chodící člověk se o svou hygienu postará sám.

Klient, který není zcela soběstačný, potřebuje pomoc druhé osoby. Ležící klient, který nemůže opustit lůžko, je zcela odkázán na druhé. Podle tíže zdravotního stavu může klientovi s hygienou částečně nebo úplně pomoci blízká osoba, člen rodiny, pečovatelská služba, charita.

Péče o hygienu klienta zahrnuje: péči o dutinu ústní, osobní hygienu, mytí a česání vlasů, stříhání nehtů, je nutné dbát na čisté osobní i ložní prádlo.

3.7 Komunikace

Problém s dorozumíváním u klienta s CMP řešíme různými způsoby. Záleží na typu postižení poruchy řeči. I když klient nemůže hovořit, pomáhá nám k navázání neverbální komunikace. Na klienta mluvíme i přesto, že nám neodpovídá. Sdělujeme mu, co s ním budeme dělat, popisujeme mu běžné činnosti. Nabízíme alternativní způsoby komunikace.

Například při souhlasu na naši otázku kývne hlavou nebo zavře oči, stiskne ruku apod. Pokud klient nemluví, ale může psát, dáme mu papír, aby napsal, co chce vyjádřit. Další možností jsou napsané či nakreslené lístky s nejčastějšími potřebami klienta, které pak ošetřujícímu personálu ukáže (např. jíst, mísu, mám žízeň). Povzbuzujeme klienta v používání gest a pantomimiky.

Při nácviku komunikace spolupracujeme s logopedem. Trpělivě nasloucháme klientovi, jestliže mluví pomalu, zopakujeme jeho informaci a necháme si ji potvrdit, dáme klientovi čas na odpověď, pomůžeme najít vhodná slova k vyjádření.(17)

3.8 Psychický stav

Porovnání psychické situace zdravého a nemocného člověka

Ve stádiu zdraví	V době nemoci
Aktivita: Zdravý člověk je hlavním aktérem ve svém životě.	Pasivita: pacient, je v péči mnohých lidí. Ti jsou nyní hlavními aktéry v jeho životě.
Relativní nezávislost: Zdravý člověk si může do určité míry dělat, co chce – není na druhých lidech příliš závislý.	Závislost na druhých lidech: Pacient nemůže dělat, co by sám chtěl, ale musí dělat, co mu druhí lidé určí – a musí to dělat, tak jak mu to oni určují.
Životní rytmus: Zdravý člověk si svůj vlastní životní rytmus do značné míry určuje sám. Má ho zažitý, zvykl si na něj a cítí se v něm poměrně dobře.	Životní rytmus: Pacient je postaven do situace odlišné od té, na kterou je zvyklý. Není zvyklý na životní rytmus, který je mu předkládán v nemoci, nemá ho zažitý. V mnohém se mu zdá nepřírozený.
Sebedůvěra: Zdravý člověk podává ve svém životě poměrně dobrý výkon v činnostech, které ovládá, pro které má předpoklady. To mu dává značnou sebedůvěru a kladné sebehodnocení.	Sebedůvěra: Pacient musí dělat činnosti, jež neumí a neovládá. To snižuje jeho sebevědomí (devaluje to jeho sebehodnocení).
Sociální interakce: Zdravý člověk žije tzv. v sociální síti své rodiny, mezi přáteli, známými, spolupracovníky atd., které dobře zná.	Sociální interakce: Pacient je v sociální izolaci, kontakt se známými lidmi mu je značně omezen.
Zájmy: Zdravý člověk má poměrně stabilizovaný rozsah svých vlastních, společenských zájmů – o práci, ohledem na zdravotní stav a jeho změny.	Zájmy: Okruh zájmů pacienta se v době nemoci podstatně zužuje – především s ohledem na zdravotní stav a jeho změny.
Zvládání problémů: Zdravý člověk poměrně zvládal problémy, které mu život stavěl do fyzického i psychického stavu moc nerozumí, cesty. Věděl, oč jde. Věděl, jak reagovat nadtráčí nad ním vládu a neví si s ním rady (neví otázky, které mu byly kladeny).	Zvládání problémů: Pacient svému stavu moc nerozumí, cesty. Věděl, oč jde. Věděl, jak reagovat nadtráčí nad ním vládu a neví si s ním rady (neví otázky, které mu byly kladeny).
Emoce: V životě dosud zdravého člověka převládaly relativně kladné emoce – radost a štěstí ze smysluplného života, tj. Dění, jehož smysl plnost pacient chápal. Měl v životě určitou míru životní jistoty a naděje do budoucna.	Emoce: Emocionální stav pacienta charakterizuje v první řadě celý soubor negativních citů: strach, obavy, bolest, nejistota atp.
Časový prostor: Dosud zdravý člověk žil v poměrně široké časové dimenzi – ve vědomí jen v přítomnosti. Kontakt s minulostí je	Časový prostor: Pacient žije převážně jen a jen v přítomnosti. Kontakt s minulostí je

Ve stádiu zdraví

V době nemoci

minulosti, živé přítomnosti a s pohledem do mezezen a budoucnost je nejistá –
budoucnosti, kterou viděl dosti určitě (jako problematická.
zřetelně strukturovanou).

(6)

4 REHABILITACE

REHABILITACE znamená obnovení původního stavu soběstačnosti, pohyblivosti. Zabývá se obnovou výkonnosti klienta a jeho pohybových schopností. Využívá řadu fyzikálních prostředků, jako jsou masáže, speciální cvičení, ultrazvuk, elektroterapie apod.(20)

Léčebná rehabilitace začíná hned v akutní fázi, a to polohováním a pasivními pohyby postižených končetin, čímž působíme proti zvýšenému napětí kosterních svalů (spasticitě) a vzniku deformit kloubů a svalů, popřípadě i proleženin.

Postupně se nacvičují pohyby na horních končetinách, nejprve tak, že se pohyb provádí spojenou zdravou a postiženou rukou. Těchto pohybů se následně používá v ergoterapii při nácviku smysluplných činností. Později se ochrnutá ruka trénuje samostatně. Jakmile klient spolupracuje, provádí se nácvik sedu, posazování a chůze s oporou.

Toto úsilí musíme vyvíjet několik měsíců, protože nelze předem určit, do jaké míry se hybnost upraví. Při známkách zlepšení se vyplatí pokračovat v cílené rehabilitaci rok i déle. Naopak je někdy třeba po určité době rozhodnout, že stav je do značné míry trvalý, především na horní končetině. Pak je třeba naučit klienta s tímto postižením žít a vhodnými prostředky ho kompenzovat.(15)

4.1 Rehabilitace v akutním stádiu

Toto období trvá několik dnů až týdnů. V těžkých případech klient s postiženou polovinou těla nepohybuje, velmi často končetiny necítí a na paretické straně ztratil pohybové vzorce. V popředí je svalová hypotonie. Je třeba si uvědomit, že se jedná o velmi těžce postiženého klienta.

U klienta, který je zcela odkázán na pomoc okolí, má velký význam rehabilitační ošetřovatelství. Důležitou součástí rehabilitačního ošetřovatelství je polohování, kterým lze předejít ireverzibilním (nevratným) změnám v pozdějším období (kožní trofické změny, kloubní ztuhlost,

nadměrná spasticita). Polohování musí být zahájeno co nejdříve. Provádí se po 2-3 hodinách a to i během noci.

Již od počátku je třeba stimulovat pomocí léčebné tělesné výchovy (LTV) paretické končetiny s cílem provokovat volní hybnost. Jakmile to stav dovolí, zahajujeme nácvik volní hybnosti. Začínáme s výcvikem posturálních reflexních mechanismů, což jsou jednoduché pohyby trupu vleže. A dále provádíme pasivní cvičení. Začínáme s nácvikem otáčení. Nejprve se nacvičuje otáčení na postiženou stranu a pak na stranu zdravou. Nácvik směřuje k tomu, aby byl klient schopen ležet jak na postiženém, tak i na zdravém boku co nejdříve.

Dále se nacvičuje zvedání pánve (most) vleže. Most je důležitý jako příprava ke vstávání a sedání, mobilizuje se při tom pánev, což je podmínkou rytmické chůze. Cvičíme také přetáčení (rotaci) pánve, které je též důležité pro pozdější zvládnutí stabilní chůze.(23)

4.2 Rehabilitace v subakutním stádiu

V rámci rehabilitace se klade důraz na nácvik aktivní hybnosti a pak se pozvolna zahajuje vertikalizace. Vertikalizace je postupná a zahrnuje několik na sebe navazujících kroků. Klient se nejprve učí posazování na lůžku. Dbáme na to, aby záda klienta byla podepřená a trup i hlava byly ve vzpřímené poloze. Obzvláště důležité pro další období je výcvik rovnováhy vsedě. Přemístění se na židli a stoj u lůžka lze provádět, pouze pokud klient zvládl leh na boku a sed a pokud má dobrou stabilitu v sedě.

Při nácviku chůze je třeba počítat se ztrátou rovnovážných reakcí při zatížení postižené dolní končetiny. Proto učíme přenášení váhy těla ze strany na stranu a též správné kladení nohy.

V dalším období je třeba se zaměřit na jemnější a izolovanější pohyby a zároveň je nutné potlačovat patologické vzorce. Například v oblasti horní končetiny se snažíme, aby klient byl schopen vykonávat pohyby v zápěstí. Je nutné vycvičit otevírání i zavírání prstů, opozici palce proti prstům v různých polohách horní končetiny. S postiženou dolní končetinou cvičíme pohyb v kotníku způsobem „pata-špička“.

Zatímco u některých klientů se i nadále stav pozvolna zlepšuje, jiní dospějí do určitého stádia, kdy již dále k podstatnému zlepšení nedochází. Je zřejmé, že jde o klienty, kteří mají již zafixované špatné posturální a pohybové stereotypy, a v tomto případě hovoříme o chronickém stádiu.(23)

4.3 Rehabilitace v chronickém stádiu

U některých klientů došlo k chronickému stádiu z důvodů nesprávné, pozdě zahájené nebo krátce prováděné rehabilitace. Na druhé straně víme, že navzdory včasné zahájené, správně vedené a dlouhodobě prováděné rehabilitaci může u některých klientů zůstat výrazné postižení. Jaký bude vývoj, nelze obvykle dopředu odhadnout. U některých klientů, kteří sice celkem dobře chodí, avšak nemají vypracovány pohyby na postižené straně, je někdy vhodnější zahájit metodickou řadu LTV od úplného začátku.

Ve všech fázích vývoje cévních mozkových příhod může vzniknout potřeba použít některou z pomůcek, které mohou klientovi usnadnit stoj nebo chůzi, udržují postižené končetiny v optimálním postavení, zpevňují nestabilní klouby nebo brání rozvoji sekundárních šlacho svalových změn. Patří sem různé typy ortéz a dlah, elastické dlahy a závěsy, hole, berle, chodítka atd. **(23)**

5 ERGOTERAPIE

ERGOTERAPIE je využití práce, nebo různých činností přiměřeným způsobem, podle onemocnění a stavu klienta. Léčebný program je vypracován pro každého klienta individuálně. Ergoterapie má účinek na udržení nebo znovu získání ztracených sil a sebedůvěry, odpoutává klienta od onemocnění. Pomáhá nalézt způsob, jak se znovu co nejlépe zapojit do života.

Ergoterapie má v rehabilitaci klientů po cévní mozkové příhodě své nezastupitelné místo. Ergoterapeut se snaží využít všech zbylých funkčních schopností klienta k minimalizaci následků jejich postižení.

5.1 Druhy ergoterapie

V ergoterapii rozeznáváme čtyři oblasti:

- ergoterapii kondiční
- ergoterapii cílenou na postiženou oblast
- ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění
- ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti

Ergoterapie kondiční má za úkol odpoutat klientovu pozornost od nepříznivého vlivu onemocnění a snaží se udržet dobrou duševní pohodu, zvláště když onemocnění je dlouhodobé nebo trvalé. Program kondiční ergoterapie sestavujeme především na podkladě klientových zájmů. Chceme, aby ho činnosti těšily, aby byl zaměstnán ve volném čase, kdy je každý klient náchylný nepříznivě přemýšlet o své nemoci a o svém osudu. Snažíme se nalézt takový program, který úměrně ke stupni postižení rozvíjí jak pohybový systém, tak duševní činnost. Využívají se ruční práce, modelování z moduritu, práce s přírodními materiály a další. Patří sem i řízené sledování televizních pořadů, poslouchání rádia. Dále to jsou společenské hry, práce na zahradě, sportovní činnosti.(10)

Ergoterapie cílená na postiženou oblast. Jde o motivaci pohybu, který má být přesný, cílený a dávkovaný. Cvičení se většinou provádí s nějakým nástrojem nebo s jednoduchým přístrojem nebo sportovním náradím. Některé přístroje a nástroje jsou speciálně upravené k užívání v ergoterapii jako např. šlapací kolo. (10)

Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění. Tento druh terapie je velmi důležitý pro klienty, kteří vlivem onemocnění, které zanechá dlouhodobé nebo trvalé následky, budou muset změnit nebo podstatně přizpůsobit své zaměstnání a celkový způsob života. Dále se tato forma ergoterapie používá u klientů, kde sice již následky onemocnění odezněly, klient nebude nucen měnit své zaměstnání, ale potřebuje v rekonvalescenci přiměřené pracovní zatěžování, aby si postupně zvykl na pracovní výkon a tempo, které bude muset při návratu do zaměstnání vydat. (10)

Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti. Cévní mozková příhoda může způsobit poruchu, která znemožní nebo značně omezí schopnost klienta, aby byl nezávislý v běžných denních činnostech, jako je oblékání, hygiena, příprava pokrmů, atd. Např. klient nemůže používat horní končetinu a musí její funkci nahradit nějakou pomůckou, která připevní nebo zachytí předmět, či potravinu, jež druhou rukou, nepostiženou, opracovává nebo krájí.(10)

5.2 Ergoterapeutické hodnocení

Ucelené ergoterapeutické hodnocení by mělo zahrnovat anamnézu, vyšetření soběstačnosti, funkční vyšetření, získání informací o domácím prostředí klienta (nejlépe z domácí návštěvy).

Porovnání soběstačnosti všedních denních činností jako je např. osobní hygiena, oblékání, příjem jídla, přesuny, kontinence, domácí práce atd. je vhodné dělat na začátku, v průběhu a na konci léčby. Existuje několik indexů, za zmínku stojí Barthel index, což je dotazník s bodovým hodnocením pro jednotlivé úrovně soběstačnosti, nebo míry asistence v daných činnostech. Výhodou indexu je rychlá administrace, ukazatel efektivnosti péče. Naopak nevýhodou je to, že nestanovuje, proč klient selhává v dané činnosti.(22)

Funkční vyšetření obsahuje vyšetření mobility, rozsahu pohybu, vyšetření čítí, vyšetření kognitivních funkcí. Vyšetření rozsahu a kvality pohybu mohou ergoterapeuti měřit v průběhu osobních denních aktivit, které ukazují rozsah pohybů a schopnosti klienta. Současně ukážou, jestli jsou pohybové vzorce normální nebo narušené. Při hodnocení aspektů kognitivních funkcí je důležité brát v úvahu všechny činitele, které mohou ovlivnit výkon klienta, např. zrakové, sluchové problémy, které následně ovlivňují výsledek testu.(22)

Hodnocení domácího prostředí provádí ergoterapeut v různých oblastech, např. v přístupu do bytu, rodinného domu. Je nutné zohlednit přístup podle používané pomůcky (vozíku, chodítka, francouzské hole). Někdy je nevyhnutelné zabezpečit vstup rampou nebo zábradlím. Šířka dveří a vchodů je parametr, který nejčastěji ovlivňuje pohyblivost klienta v domácím prostředí. Celkové adaptace bytu. Také však vybavení kompenzačními pomůckami, hlavně v koupelně, WC a kuchyni.(22)

LOGOPEDIE je obor zabývající se studiem a léčbou poruch řeči. (20)

6.1 Dělení poruch řeči

Expresivní porucha

Vzniká nejčastěji postižením Brocova centra dominantní hemisféry. Klient ztrácí schopnost mluvit, řeči mluvené i psané však rozumí. Při úplné expresivní fatické poruše (afázii) klient není schopen žádné řečové produkce. Při částečné poruše (dysfázii) je řeč neplynulá, namáhavá, objevují se zkomolená slova (parafázie) a „telegrafický styl“ (užívání krátkých vět s úsporou slov).

Senzorická porucha

Vzniká nejčastěji při postižení Wernickeovy oblasti dominantní hemisféry. Klient nerozumí mluvenému slovu, ačkoliv sluch má neporušen. Špatně pojmenuje předměty, vázne chápání i opakování, většinou nevyhoví správně na slovní výzvy. Vlastní mateřština mu zní jako cizí neznámá řeč. Řeč je plynulá, s dobrým vyslovováním. Objevují se však časté parafázie (zkomolená slova silnice x silice, či záměna slov podobného významu auto x motorka), dané nemožností kontroly vlastní řeči sluchem.

Totální porucha, afázie

Vzniká při rozsáhlejším postižení dominantní hemisféry se současným postižením Brocovy i Wernickeovy oblasti. Klient úplně ztrácí schopnost tvořit řeč nebo chápat jazyk. Schopnost sdělit něco řečí je zanedbatelná, ale řečové automatismy (viz terapie) fungují bez větších poruch.

Amnestická porucha

Může být součástí všech afázií. Projevuje se neschopností pojmenovat ukázaný předmět. Mluvená řeč je plynulá, přerušuje ji občasné hledání slov.

Kondukční porucha

Klinicky se projevuje poruchou opakování slyšené řeči, zvláště více slabičných slov, a poruchou opisování. Od Brocovy a Wernickeovy afázie se tato porucha odlišuje poměrně dobrou spontánní mluvou a dobrým chápáním řeči.(17)

Transkortikální porucha

Typické pro tuto poruchu je, že klient dobře opakuje, ale nerozumí či špatně mluví spontánně.(17)

6.2 Vyšetření řeči

Pro správné posouzení závažnosti postižení provede logoped u klienta určitá vyšetření. Snaží se zjistit, do jaké míry je u klienta zachovaná schopnost napodobovat motoriku mluvidel (úsměv, špulení rtů), možnost opakovat hlásky, slabiky, slova, věty. Logoped ukáže na předmět a žádá klienta, aby ho pojmenoval, nebo naopak vyzve klienta, aby ukázal na nějaký určitý předmět, tímto zjišťuje, zda klient dokáže porozumět mluvenému slovu. Zkouška vybavitelnosti již naučených slov se provádí odříkáváním automatických slovních řad, např. texty známých písní, číselné řady 1-10, dny v týdnu atd. Při zjišťování poruchy chápání textů vyzve klienta, aby četl, nejprve písmena, slabiky, slova až nakonec souvislý text. Logoped tak zjišťuje, na které úrovni je porucha a do jaké míry klient dokáže porozumět textu. Spontánní hovorovou řeč vyšetřuje tím, že vyzve klienta, aby něco sám vyprávěl, nebo alespoň odpovídal na položené otázky. Zda byla porušena schopnost psaní, vyšetřuje logoped tím, že vyzve klienta, aby napsal diktovaná písmena, slova, věty, opsal zadaný text, podepsal se. V neposlední řadě zjišťuje, do jaké míry jsou u klienta zachovány početní operace, počítání nazpaměť a jednoduché písemné početní výkony.

6.3 Léčba poruch řeči

Terapii afázie můžeme rozdělit do tří rovin

1. Při terapii, která je zaměřená na obnovení narušené funkce, se logoped soustředí na některé izolované jazykové funkce, například pojmenování, čtení, psaní, porozumění řeči. Terapeutické postupy budou většinou stimulací nebo reedukací zaměřenou na obnovení dané funkce.
2. V terapii zaměřené na komunikační schopnost jsou postupy orientovány více komplexněji, nejen na izolované jazykové funkce. Předmětem terapie je podpoření kompenzačních mechanismů, a to navzdory tomu, že některé izolované funkce zůstanou narušeny. Příkladem tohoto typu terapie je používání kresby jako komunikačního nástroje, trénink konverzace osoby s afázií a jeho partnera, trénink používání multimodální komunikace (mluvená řeč doplněná a podpořená psaním, gesty, kresbou apod.).
3. Jazykové deficity a z nich vyplývající narušení komunikační schopnosti přinášejí i významné negativní důsledky, nezřídka i sociální izolaci. Terapie zaměřená na zmírnění následků postižení mají proto jiný charakter než předchozí terapeutické postupy. Při skupinové terapii afázie je klient zařazen do přirozené situace, kde však stále dostává dostatečnou podporu k tomu, aby mohl navzdory komunikačnímu handicapu vyjadřovat své potřeby, pocity, myšlenky a touhy. Cílem je v maximální míře zmírnit psychosociální důsledky afázie.(2)

Jako specifické léčebné postupy poruch řeči se používají nejčastěji:

- kresba
- melodicko - intonační terapie: využívá dobře zachovalou schopnost zpívat známé písně i při výrazném narušení produkci řeči
- vysoce automatizované formy řeči: verbální automatismy jsou mechanicky naučené v dětství a často používané během života jako přesná reakce bez myšlení, bez námahy (automaticky). Řadí se mezi ně abeceda, číselné série od 1 do 20 nebo po desítkách do 100, dny v týdnu, měsíce v roce, roční období, slogany, dlouhé praktické fráze.(2)

7 SOCIÁLNÍ OPORA

Obecně se má zato, že sociální opora má v životě člověka svůj význam. Jeví se jako důležitý moment v procesu zvládnání životních těžkostí zvláště tam, kde člověk onemocní, kde se dostává do určité životní krize, kde byl postižen nehodou, kde byl chodem událostí hluboce zklamán, kde stojí před závažným rozhodnutím apod.

7.1 Definice sociální opory

Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.

O očekávané sociální opoře říkají Schwarzer a Leppin (1991), že jde o osobní přesvědčení daného člověka v tísní o tom, že existují lidé, kteří jsou připraveni mu v případě potřeby pomoci. Jde o míru osobního přesvědčení daného člověka o tom, že je druhými lidmi přijímán, že si ho váží, že ho mají rádi „nesobeckou láskou“ a že jsou ochotni v případě potřeby něco udělat.

U sociální opory je třeba od sebe odlišit to, co je z vnějšku – objektivně viděno jako pomoc dané osobě, od toho, co tato osoba chápe jako pomoc. Její potřeba může být jiná než to, co jí druhá osoba nabízí (poskytuje).**(6)**

7.2 Efekt sociální opory

Tento termín vyjadřuje, jaký užitek má ten, komu je sociální opora poskytnuta, z toho, že mu tato opora byla poskytnuta (co z ní může vyléčit, co jí získává, co z ní načerpá apod.).

Lidé, kteří mají největší prospěch ze sociální opory jsou ti, kteří mají ve své osobnostní struktuře charakteristiku navazování mezilidských kontaktů, snadného přijímání pomoci od druhých lidí a ochotného poskytování pomoci druhým lidem. Tyto osobnostní charakteristiky korelují s

mírou opory a s velikostí sociální sítě daných lidí. Nedá se však říci, že člověk, který má větší počet kontaktů s druhými lidmi, má automaticky vyšší míru sociální opory. Nejde ani tak o počet lidí, s nimiž přicházíme do styku, jako spíše o hloubku vztahů k lidem, s nimiž máme hlubší osobní vztah.(6)

7.3 Přiměřenost sociální opory

Jde o to, aby to, co je nabízeno sociální oporou jako pomoc danému člověku v tísni, mělo vztah k tomu, co tento člověk skutečně potřebuje.

Nevhodnou formou sociální pomoci může být nejen nadměrná pomoc, ale taky pomoc jiného druhu, než je v dané situaci zapotřebí. Setkáváme se s ní všude tam, kde forma sociální opory neodpovídá potřebám daného člověka. Příkladem může být podání chleba člověku, který má velkou žízeň.(6)

EMPIRICKÁ ČÁST

8 CÍLE A HYPOTÉZY

8.1 Cíle

- C1 - zjistit, jak blízcí rodinní příslušníci prožívají nemoc klienta
- C2 - zjistit, jak rodinní příslušníci prožívají pobyt klienta v nemocnici
- C3 - zjistit, možnost návratu klienta s cévní mozkovou příhodou do domácího prostředí
- C4 - zjistit informovanost občanů o ADP a PS a službách, které poskytují

8.2 Hypotézy

- H1 - předpokládám, že rodinní příslušníci budou hledat první informace, o péči o klienta
v domácím prostředí, nejprve u zdravotnického personálu
- H2 - předpokládám, že většina lidí nalezne podporu, u svého partnera a ostatních členů
rodiny, pro ošetřování svého blízkého v domácím prostředí
- H3 - předpokládám, že rodina bude ochotna provést drobné bytové úpravy
- H4 - předpokládám, že většina dotazovaných nebude ochotna měnit své zaměstnání

9.1 Před výzkumné šetření

Nejprve jsem provedla pilotní studii u sedmi lidí, na základě jejich odpovědí a dotazů jsem upravila znění dvou otázek a jednu jsem zcela pozměnila.

9.2 Metodika šetření

Pro výzkum jsem použila metodu dotazníku, který byl zaměřen ne na klienta, jak by se očekávalo, ale na rodinné příslušníky, kteří by měli o klienta pečovat a pomáhat mu v domácím prostředí po propuštění z nemocnice. Dotazník jsem rozdala 55 osobám, zpět se mi jich vrátilo 53, návratnost byla 96%. Vyplnění bylo zcela anonymní a dobrovolné.

Dotazník obsahuje 20 otázek. Prvními třemi otázkami zjišťuji obecné údaje respondentů, jako je věk, vzdělání, rodinný vztah ke klientovi. Další tři otázky jsou zaměřené na prožívání nemoci rodinnými příslušníky během pobytu blízkého v nemocnici. Následujících devět otázek se týká možnosti návratu klienta do domácího prostředí. Otázky 16-19 jsou směřovány na znalosti rodinných příslušníků o agenturách domácí péče a pečovatelských službách. Poslední otázka je zcela specifická, dotazovaní na ní nemusejí odpovídat.

Respondenti měli u deseti otázek předem daný výběr odpovědí. U osmi otázek byla možnost doplnit svůj vlastní názor, nebo si vybrat z nabízených odpovědí. U dvou otázek respondenti odpovídali sami bez možnosti výběru odpovědi.

10 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

Výzkum byl prováděn na oddělení multioborové jednotky intenzivní péče v nemocnici v Sokolově. Oddělení má lůžka jak interní tak neurologická. Od 15.1.2008 je v provozu iktová jednotka, která je určena pro klienty z celého západočeského kraje. Výzkum byl započat na multioborové jednotce v listopadu 2007 a dokončen na iktové jednotce.

Otázka 1 - Jaký je Váš příbuzenský vztah ke klientovi?

Tabulka 1 - Příbuzenský vztah

partner(ka)	27
syn/dcera	23
vnuk/vnučka	3

Graf 1

Z dotazníků, které se mi vrátily, jsem zjistila, že 27 respondentů tzn. **51%** bylo partnery hospitalizovaných klientů. Příbuzenský vztah syn/dcera uvedlo 23 osob tzn. **43%**. Kolonku vnuk/vnučka označili 3 lidé tzn. **6%**.

Otázka 2 - Kolik je Vám let?

Tabulka 2 - Věk

18 - 30let	1
31 - 45let	5
46 - 60let	36
61 - 75let	11
76let a více	0

Graf 2

Věk respondentů jsem rozdělila do pěti věkových kategorií. Dotazník vyplnila jedna osoba ve věku 18 - 30 let tzn. **2%**. Ve věkové kategorii 31 - 45 let bylo 5 osob tzn. **9%**. Největší skupinu tvořili lidé ve věku 46 – 60 let, tedy 36 osob tzn. **68%**. Druhou největší skupinou byli příbuzný ve věku 61 - 75 let, celkem 11 osob tzn. **21%**. Nikdo nebyl starší 76 let.

Otázka 3 - Pohlaví

Tabulka 3 - Pohlaví

žena	34
muž	19

Graf 3

Dotazník vyplnilo celkem 34 žen tzn. **64%**, a 19 mužů tzn. **36%**.

Otázka 4 - Jak prožíváte nemoc člena rodiny?

Tabulka 4 - Prožívání nemoci člena rodiny

trápí mě to, mám obavy, ale uzdravení je na prvním místě	25
jsem nešťastná(ý), plačtivá(ý)	18
jsem naprosto klidná(ý), věřím v úplné uzdravení	10
vlastní odpověď.....	0

Graf 4

Trápení a obavy z hospitalizace člena rodiny mělo 25 osob tzn. **48%**. Nešťastnými a plačtivými se cítilo 18 lidí tzn. **34%**. Pouze 10 dotazovaných tzn. **18%** zůstávalo naprosto klidnými a věřili v uzdravení.

Otázka 5 - Z čeho máte největší obavy, strach, během pobytu Vašeho člena rodiny v nemocnici?

Tabulka 5 - Největší obavy

nemohu to přesně identifikovat, je to35 zvláštní druh obav, neurčitý pocit	
ze ztráty blízkého	10
nemám žádné obavy	3
vlastní odpověď.....	5

Graf 5

Zvláštní neidentifikovatelný druh obav, neurčitý pocit z pobytu rodinného příslušníka v nemocnici mělo 35 dotazovaných tzn. **66%**. Strach ze ztráty blízkého člena uvedlo 10 lidí tzn. **19%**. Pouze 3 osoby tzn. **6%** nemělo žádné obavy. Vlastní odpověď napsalo 5 lidí tzn. **9%**.

Vlastní odpovědi k otázce 5

Z čeho máte největší obavy, strach, během pobytu Vašeho člena rodiny v nemocnici?

Tabulka 6 - Jiné nejčastější obavy

Vlastní odpovědi	počet	%
z nečekaných komplikací	2	40%
že už nikdy nebude mluvit	1	20%
z pohybového omezení	1	20%
z návratu klienta domů	1	20%

Z nečekaných komplikací během pobytu rodinného příslušníka v nemocnici měli obavy dva lidé tzn. **40%**. Jeden respondent tzn. **20%** uvedl jako své největší obavy, strach, že už nikdy nebude klient mluvit. Jeden dotazovaný tzn. **20%** uvedl strach z pohybového omezení svého blízkého. Jeden respondent tzn. **20%** uvedl obavy z návratu klienta domů.

Otázka 6 - Jak často navštěvujete svého rodinného příslušníka v nemocnici?

Tabulka 7 - Frekvence návštěv

každý den, jak nejdéle to jde	9
každý den	19
ob den	15
jen o víkendu	8
vlastní odpověď.....	2

Graf 6

Každý den, jak nejdéle to jde, chodí na návštěvu 9 lidí tzn. **17%**. Každý den alespoň na chvíli navštíví své blízké 19 dotazovaných tzn. **36%**. Ob den navštěvuje svého blízkého 15 lidí tzn. **28%**. Jen o víkendu chodí za klienty 8 respondentů tzn. **15%**. Vlastní odpověď uvedli 2 dotazovaní tzn. **4%**.

Vlastní odpovědi k otázce 6

Jak často navštěvujete svého rodinného příslušníka v nemocnici?

Tabulka 8 - Jiné frekvence návštěv

Vlastní odpovědi	počet	%
jak mi to vyjde	1	50%
nepravidelně	1	50%

Jeden respondent (50%) uvedl, že na návštěvy chodí jak mu to vyjde, druhý (50%) nepravidelně.

Otázka 7 - Přemýšleli jste o tom, že byste pečovali o svého člena rodiny v jeho nemoci doma?

Tabulka 9 - Péče v domácím prostředí

ano	31
ne	10
nevím	12

Graf 7

O svého člena rodiny by chtělo pečovat v domácím prostředí celkem 31 dotazovaných tzn. **58%**. Dalších 12 lidí tzn. **23%** neví, zda by chtěli pečovat o svého člena rodiny doma. 10 respondentů tzn. **19%** uvedlo, že nechtějí pečovat o svého blízkého doma.

Otázka 8 - Ocitli jste se již v takovéto nebo podobné situaci?

Tabulka 10 - Stejná nebo podobná situace

ano	9
ne	26
podobné	18

Graf 8

Na otázku, zda se již někdy respondenti ocitli ve stejné nebo podobné situaci, odpovědělo kladně 9 dotazovaných tzn. **17%**. Zápornou odpověď označilo celkem 26 lidí tzn. **49%**. Podobnou nebo stejnou situaci zažilo celkem 18 oslovených tzn. **34%**.

Otázka 9 - Pokud se rozhodnete pro péči o klienta v domácím prostředí, kde budete hledat pomoc a první informace?

Tabulka 11 - Pomoc a první informace

u zdravotnického personálu	38
<hr/>	
(zdravotní sestry, lékaři)	
u agentury domácí péče	9
zeptám se známého	6
vlastní odpověď.....	0

Graf 9

První informace o péči v domácím prostředí bude hledat u zdravotnického personálu 38 dotazovaných tzn. **72%**. Dalších 9 respondentů tzn. **17%** se obrátí na agentury domácí péče. 6 lidí tzn. **11%** se na první informace zeptá známého.

Otázka 10 - Podpořil by Vás partner ve Vašem rozhodnutí starat se o svého člena rodiny doma

Tabulka 12 - Podpora rozhodnutí

ano	37
ne	7
nevím	9

Graf 10

Podporu od svého partnera v rozhodnutí pečovat o rodinného příslušníka doma by získalo 37 dotazovaných tzn. **70%**. Dalších 9 respondentů tzn. **17%** neví, zda by je partner v jejich rozhodnutí podpořil. Podporu u partnera by nezískalo 7 lidí tzn. **13%**.

Otázka 11 - Podpořili by Vás ostatní členové rodiny, žijící se společně domácnosti?

Tabulka 13 - Podpora rodiny

ano	36
ne	2
nevím	15

Graf 11

Na otázku týkající se podpory od dalších členů rodiny odpovědělo ano 36 dotazovaných tzn. **68%**. Zápornou odpověď by označili 2 lidé tzn. **4%**. Možnost neví označilo celkem 15 respondentů tzn. **28%**.

Otázka 12 - Kdo s Vámi žije ve společné domácnosti?

Tabulka 14 - Společná domácnost

děti	21
partner(ka)	17
sám(a)	7
syn/dcera s rodinou	5
rodiče	3

Graf 12

S 21 respondenty tzn. **40%** žijí ve společné domácnosti děti. Pouze s partnerem žije 17 oslovených tzn. **32%**. Samo žije 7 dotazovaných tzn. **13%**. S rodinou syna nebo dcery sdílí společné bydlení 5 dotazovaných **9%**. Společně s rodiči žijí 3 osoby **6%**.

Otázka 13 - Byli by jste ochotni provést nějaké bytové úpravy ?

Tabulka 15 - Bytové úpravy

úprava koupelny, WC	30
bytová přestavba na bezbariérový byt	8
vyčlenit a upravit samostatný pokoj	12
vlastní odpověď.....	3

Graf 13

Pro své blízké by provedlo bytové úpravy koupelny a WC 30 dotazovaných tzn. **57%**. Přestavbu na bezbariérový byt by provedlo 8 lidí tzn. **15%**. Poskytnout samostatný pokoj by mohlo 12 respondentů tzn. **23%**. Volné odpovědi využili 3 dotazovaný tzn. **6%**.

Vlastní odpovědi k otázce 13

Byli byste ochotni provést nějaké bytové úpravy ?

Tabulka 16 - Jiné bytové úpravy

Vlastní odpovědi	počet	%
podle toho, kolik by to stálo	1	33,3%
nemůžu si přestavbu dovolit	1	33,3%
úpravy nebudou třeba	1	33,3%

Jeden člověk napsal, že by bytové úpravy udělal podle toho, kolik by to stálo, další si prý přestavbu nemůže dovolit a poslední napsal, že úpravy nebudou třeba.

Otázka 14 - Dokázali byste opustit zaměstnání?

Tabulka 17 - Odchod ze zaměstnání

ano	26
ne	8
nevím	19

Graf 14

Opustit své zaměstnání by bylo schopno 26 dotazovaných tzn. **49%**. Ze svého zaměstnání by neodešlo 8 respondentů tzn. **15%**. Možnost neví označilo 19 lidí tzn. **36%**.

Otázka 15 - Z čeho byste měli největší obavy při domácím ošetřování?

Tabulka 18 - Největší obavy v domácím prostředí

<u>z narušení rodinného života</u>	<u>12</u>
<u>Ze zdravotních komplikací</u>	<u>26</u>
<u>ze selhání a nezvládnutí péče</u>	<u>8</u>
<u>vlastní odpověď.....</u>	<u>7</u>

Graf 15

Z narušení rodinného života během ošetřování klienta v domácím prostředí by mělo obavy 12 respondentů tzn. **23%**. Zdravotních komplikací se obává 26 oslovených tzn. **49%**. Obavy ze selhání a nezvládnutí péče by mělo 8 lidí tzn. **15%**. Celkem 7 osob tzn. **13%** využilo možnost vlastní odpovědi.

Vlastní odpovědi k otázce 15

Z čeho byste měli největší obavy při domácím ošetřování?

Tabulka 19 - Jiné obavy v domácím prostředí

Vlastní odpovědi	počet	%
maminka nebude spokojená	1	14%
ničeho se nebojím	2	29%
že si nebudu vědět rady	1	14%
nevím	3	43%

Během domácího ošetřování by se ničeho nebáli 2 lidé tzn. **29%**. Obavu z toho, že by maminka nebyla spokojená, napsal 1 dotazovaný tzn. **14%**. Strach, že si nebudu vědět rady, napsal 1 dotazovaný tzn. **14%**. 3 respondenti tzn. **29%** vepsali nevím.

Otázka 16 - Víte o tom, že existují agentury domácí péče?

Tabulka 20 - Agentury domácí péče

ano	51
ne	2

Graf 16

O existenci agentur domácí péče ví 51 dotazovaných tzn. **96%**. Dva lidé tzn. **4%** neví, že agentury domácí péče existují.

Otázka 17 - Jaké služby agentury domácí péče byste využili?

Tabulka 21 - Služby domácí péče

podávání léků, injekcí	22
převazy kožních defektů	20
ošetřovatelskou rehabilitaci	6
vlastní odpověď.....	5

Graf 17

Podávání léků a injekcí by využilo 22 respondentů tzn. **42%**. Převazy kožních defektů by si zajistilo 20 dotazovaných tzn. **38%**. O ošetřovatelskou rehabilitaci by mělo zájem 6 oslovených tzn. **11%**. Vlastní odpověď uvedlo celkem 5 lidí tzn. **9%**.

Vlastní odpovědi k otázce 17

Jaké služby agentury domácí péče byste využili?

Tabulka 22 - Jiné služby domácí péče

Vlastní odpovědi	počet	%
nevím	2	40%
žádné	2	40%
časem se ukáže	1	20%

Jaké služby by od agentury domácí péče žádaly, nevěděli při vyplňování 2 lidé tzn. **40%**. Žádné služby by nežádaly 2 oslovení tzn. **40%**. Jeden respondent tzn. **20%** by počkal, jak by se časem ukázalo.

Otázka 18 - Víte o tom, že existují pečovatelské služby ?

Tabulka 23 - Pečovatelské služby

ano	46
ne	7

Graf 18

O možnosti pečovatelské služby ví 46 dotazovaných tzn. **87%**. Sedm lidí tzn. **13%** neví, že pečovatelské služby existují.

Otázka 19 - Jaké služby pečovatelské služby byste využili?

Tabulka 24 - Služby pečovatelské péče

pomoc s hygienou	17
rozvoz a podání jídla	21
obstarání nákupů a úklid domácnosti	12
vlastní odpověď.....	3

Graf 19

Pomoc s hygienou by využilo 17 dotazovaných tzn. **32%**. Rozvoz a podání jídla by zajistilo pro své blízké celkem 21 respondentů tzn. **40%**. O obstarání nákupů a úklid domácnosti, by zažádalo 12 lidí tzn. **22%**. Vlastní odpověď uvedli. 3 respondenti tzn. **6%**.

Vlastní odpovědi k otázce 19

Jaké služby pečovatelské služby byste využili?

Tabulka 25 - Jiné služby pečovatelské péče

Vlastní odpovědi	počet	%
nevím	2	67%
žádné	1	33%

Při vyplňování nevěděli 2 lidé tzn. **67%**, jaké služby by od pečovatelské péče žádali. Žádné služby by nežádal 1 respondent tzn. **33%**.

Otázka 20 - V případě, že si klienta nemůžete vzít do domácího ošetřování, prosím uveďte důvod.

Tabulka 26 - Důvod

Vlastní odpovědi	počet	%
neodpovědělo	48	90%
partner nesouhlasí	1	2%
nechci	1	2%
máme malý byt	1	2%
lépe mu bude jinde	1	2%
nedokážu se postarat	1	2%

Graf 20

Celkem na tuto otázku neodpovědělo 48 dotazovaných tzn. **90%**. Po 1 respondentu tzn. po **2%** uvedli jako důvod, proč si klienta nemůžou vzít do domácího ošetřování: nesouhlas partnera, klient nechce, malý byt, má pocit, že klientovi bude lépe jinde, nedokázal by se správně o svého blízkého postarat.

C1 - zjistit, jak blízcí rodinní příslušníci prožívají nemoc klienta

Zjistila jsem, že nejvíce rodinné příslušníky trápilo, že je jejich blízký v nemocnici. Tuto odpověď uvedlo 24 dotazovaných tzn. 48%, ale protože mají klienta rádi uváděli, že je na prvním místě jeho uzdravení. Jsem plačtivý, nešťastný uvedlo 17 respondentů tzn. 34%. Naprosto klidnými zůstalo 9 dotazovaných tzn. 18%.

To jak rodinní příslušníci prožívají nemoc svého blízkého člověka je dáno jednak závažností stavu, průběhem onemocnění, výskytem možných komplikací, rychlostí postupného návratu zdraví, vlídným přístupem personálu, dostatkem podaných informací a dalšími okolnostmi jako např. povahou člověka, předchozí zkušeností atd.

C2 - zjistit, jak rodinní příslušníci prožívají pobyt klienta v nemocnici

Zjistila jsem, že 35 dotazovaných tzn. 66% nemohlo přesně identifikovat své prožívání, byl to pro ně neurčitý pocit. Ze ztráty blízkého mělo strach 10 lidí tzn. 19%. Naproti tomu žádné obavy o své blízké neměli 3 respondenti tzn. 6%. Pouze 5 dotazovaných tzn. 9% uvedlo konkrétní obavy jako například strach z nečekaných komplikací, ztráty řeči a pohybového omezení, ale i z návratu klienta domů.

Strach rodinných příslušníků o své blízké je umocněn tím, že vidí jak, je klient pečlivě monitorován, používáním různých přístrojů personálem a technickým vybavením oddělení. Toto a stav klienta může vyvolat u rodinných příslušníků obavy.

C3 - zjistit, možnost návratu klienta s cévní mozkovou příhodou do domácího prostředí

O klienta by chtělo pečovat v domácím prostředí 31 dotazovaných tzn. 58%, dalších 12 respondentů tzn. 23% neví, 10 osob tzn. 12% uvedlo, že nepřemýšleli, že by pečovali o klienta doma. Celkem tedy 42% lidí nechce, nemůže, nebo neví, zda by pečovali o svého blízkého v domácím prostředí.

42% je opravdu velké číslo, proto je velmi důležité těmto lidem sdělit, že mají možnost spolupracovat a ADP, PS popřípadě sdělit konkrétní služby, které agentury poskytují. V dnešní době není klient odkázán pouze na péči rodiny. Za pomoci ADP a PS může i nesoběstačný klient žít kvalitní život mezi svými blízkými, které má rád.

C4 - zjistit informovanost občanů o ADP a PS a službách, které poskytují

O existenci ADP ví 51 dotazovaných tzn. 96%. O existenci PS ví 46 dotazovaných tzn. 87%

Spolupráce s ADP a PS je důležitá hlavně v prvních dnech domácího ošetřování, kdy je potřeba, aby si klient i rodina zvykli na novou situaci. Pomocí ADP a PS je možné využívat dočasně nebo dlouhodobě, záleží na zdravotním stavu klienta.

H1 - předpokládám, že rodinní příslušníci budou hledat první informace,

o péči o klienta v domácím prostředí, nejprve u zdravotnického personálu

Hypotéza se potvrdila. U zdravotnického personálu hledalo první informace 38 dotazovaných tzn. 72%. Na ADP by se obrátilo 9 respondentů tzn. 17%. Známeho by se zeptalo 6 lidí tzn. 11%.

Je přirozené, že rodinní příslušníci budou hledat první informace právě u zdravotnického personálu, neboť jsou s nimi v častém kontaktu, ví jaký je zdravotní stav klienta a jakou péči bude potřebovat. Překvapilo mě, že někteří respondenti označili možnost zeptám se známého.

H2 - předpokládám, že většina lidí nalezne podporu, u svého partnera a ostatních členů

rodiny, pro ošetřování svého blízkého v domácím prostředí

Hypotéza se potvrdila. U svého partnera by získalo podporu 37 dotazovaných tzn. 70%. U ostatních členů rodiny by našlo podporu 36 respondentů tzn. 68%.

Většina dotazovaných našla podporu u partnera i u ostatních členů rodiny. Jak by skutečně

odpovídali partneři mohou respondenti odhadovat ze svých předchozích zkušeností. Jistě se svými blízkými žijí delší dobu, řešili společně nejrůznější situace a tak dokáží odhadnout jejich náhled a názor na situaci. Pro kontrolu by bylo zajímavé položit tuto otázku i daným partnerům a ostatním členům rodiny a porovnat do jaké míry by se odpovědi skutečně shodovaly nebo lišily.

H3 - předpokládám, že rodina bude ochotna provést drobné bytové úpravy

Hypotéza se potvrdila. Předpoklad k této otázce byl, pokud si rodina chce vzít klienta s pohybovým omezením různého stupně do domácího ošetřování, počítá s některými nezbytnými úpravami bytu. Nejvíce dotazovaných 30 tzn. 57% by provedlo úpravu koupelny a WC. Tím by klientovi pomohli k rozvoji soběstačnosti a sebezpečí v oblasti hygieny a vyprazdňování. Vyčlenit samostatný pokoj by mohlo 12 dotazovaných tzn. 23%. V tomto případě velmi záleží na prostorových podmínkách, každý nemá tu možnost. Pro klienta však znamená mít vlastní pokoj větší pocit soukromí a domova. Přestavbu na bezbariérový byt by provedlo 8 respondentů tzn. 15%.

H4 - předpokládám, že většina dotazovaných nebude ochotna měnit své zaměstnání

Hypotéza se nepotvrdila. Svě zaměstnání by opustilo 26 dotazovaných tzn. 49%. Ze svého zaměstnání by neodešlo 8 respondentů tzn. 15%.

Předpokladem k této otázce byla myšlenka, že práce je pro rodinu zdrojem finančních prostředků. Očekávala jsem, že většina dotazovaných odpoví ne, nedokáží opustit zaměstnání. Péči o svého blízkého by pak řešili zajištěním pečovatelské, charitativní popřípadě domácí péče. Ale mýlila jsem se, velká část respondentů odpověděla ano. Otázkou zůstává, zda by tak skutečně učinili, kdyby k této situaci skutečně došlo.

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zaměřila na klienty, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu a jejich rodinné příslušníky.

Cévní mozková příhoda je onemocnění, které klientům zanechává dlouhodobé až trvalé následky. To je příčinou toho, že se klienti stávají podle stupně postižení závislí na druhých. Po propuštění z nemocnice jsou právě blízcí a rodina ti, na které se klienti obracejí o pomoc.

Sestavila jsem čtyři cíle a hypotézy, které se týkají návratu klienta do domácího prostředí.

První dva cíle se týkaly prožívání nemoci a pobytu klienta v nemocnici jeho blízkými. Téměř všichni měli obavy o klienta, i z jeho pobytu v nemocnici. Pokud máme někoho rádi a záleží nám na něm, je přirozené, že o něho máme strach, zvláště pokud je nutná hospitalizace. Pouze 18% dotazovaných napsalo, že zůstalo klidnými.

Další cíl byl zaměřen na možnost návratu klienta s CMP domů. Zjistila jsem, že 58% dotazovaných by chtělo pečovat o klienta po propuštění z nemocnice doma. Naproti tomu 42% dotazovaných neví, nebo nepřemýšlelo o tom, že by pečovali o klienta doma. Podle výsledků výzkumu ví velká část respondentů o existenci ADP a APS. Proto by bylo vhodné informovat rodinné příslušníky, kteří odpovídali ne a nevím, zda chci pečovat o klienta doma, o spolupráci a rozsahu služeb, které mohou od ADP a PS žádat.

Jestli-že se někdo rozhodne pečovat o svého blízkého doma, potřebuje znát základní informace o péči v domácím prostředí. Výsledky šetření ukázaly, že 72% dotazovaných by právě tyto potřebné informace hledali u zdravotnického personálu.

Péče o klienta s CMP může být pro některé hodně náročná. Ještě před příchodem klienta domů, je třeba znát názor partnera i rodiny. Výzkum ukázal, že podporu pečovat o klienta doma by získalo u svých partnerů 70% dotazovaných, od ostatních členů rodiny 60% respondentů.

S čím se často rodinní příslušníci u svých blízkých setkávají, je paréza nebo plegie končetin. Klient je pohybově omezen a snižuje se jeho soběstačnost. Soběstačnost lze podpořit některými úpravami bytu. Až 57% dotazovaných by provedlo úpravu koupelny a WC. Jsou to sice nejméně

náročné úpravy, ale pro klienta důležité.

U poslední hypotézy jsem se zmýlila. Předpokládala jsem, že rodinní příslušníci nebudou ochotni změnit své zaměstnání. Po vyhodnocení odpovědí jsem však zjistila, že 49% dotazovaných by své zaměstnání opustilo.

ANOTACE

- Autor:** Veronika Schubertová
- Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF HK v Hradci Králové
Oddělení ošetřovatelství
- Název práce:** Ošetřování klienta po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí
- Vedoucí práce:** Jaroslava Pečenková
- Počet stran:** 85
- Počet příloh:** 6
- Rok obhajoby:** 2008
- Klíčová slova:** potřeby, ošetřovatelská péče, sociální služby, cévní mozková příhoda, rehabilitace, ergoterapie, logopedie,

Bakalářská práce je zaměřena na klienty, jež prodělali cévní mozkovou příhodu a jejich příbuzné, kteří se o své blízké pečují. Poukazuje na změny, které klienti a jejich příbuzní prožívají. Vysvětluje pojmy potřeba, sociální služby, ošetřovatelská péče. Důraz je kladen na zajištění péče o klienta v domácím prostředí.

Výzkum byl prováděn dotazníkovou metodou u rodinných příslušníků hospitalizovaných klientů. Cílem šetření bylo zjistit možnosti domácího ošetřování klientů s cévní mozkovou příhodou. Šetření probíhalo na neurologické části multioborové jednotky intenzivní péče Karlovarské krajské nemocnici, nemocnici v Sokolově.

The thesis is focused on clients who had a cerebrovascular accident and on their relatives who care for them. It describes the changes which clients and their relatives experience. It explains

the terms "need", "social services", "nursing care". The importance of taking care for clients at home is emphasized.

The research was carried out by the method of questionnaires with family members of hospitalized patients. The aim of the investigation was to establish the possibilities of home nursing of patients with a cerebrovascular accident. The investigation was executed at the neurological part of the multi-branch intensive care unit at the Regional Hospital in Karlovy Vary, at the hospital in Sokolov.

LITERATURA

1. BEDNÁŘOVÁ, J. Sociální služby pro seniory. *Sestra*. Praha: Strategie. ISSN 1210-0404. 2008. roč. 18, č.1, s. 15
2. CSÉFALVAY, Z., a KOLEKTIV, *Terapie afázie*. Vydání první. Praha: Portál, 2007, 175s. ISBN 978-80-7367-316-1
3. GILBERTOVÁ, S., MATOUŠEK, O., *Ergonomie, optimalizace lidské činnosti*. Vydání první. Praha: Grada Publishing, 2002, 239s. ISBN 80-247-0226-6
4. HASTINGSOVÁ, D., *Domácí sestřička, péče o nemocné doma*. Vydání první. Praha: Knižní klub, 198s. ISBN 80-7176-452-3
5. HOLEKSOVÁ, T., *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Vydání první. Praha: Grada Publishing, 2002, 90s. ISBN 80-247-0212-6
6. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*. Vydání první. Praha: Grada Publishing, 2002, 200s. ISBN 80-247-0179-0
7. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*. Vydání první. Praha: Portál, 2001, 198s. ISBN 80-7178-551-2
8. MAURER, H. Ch., MAURE, R., *Náhlá mozková příhoda*, Praha: Victoria Publishing, 1989, 142s. ISBN 80-85605-60-1
9. NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J., *Neurologie*. Vydání první. Praha: Karolinum, 2002, 368s. ISBN 80-7262-160-2
10. PFFEIER, J., *Ergoterapie II*. Vydání první. Brno: IDV SZP Brno, 1989, 196s. ISBN 80-7013-020-2
11. ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M., a KOLEKTIV *Ošetřovatelství I/1*. Vydání druhé. Praha: Informatorium, 1996, 232s. ISBN 80-85427-93-1

12. SLAVÍKOVÁ, E., *Spolupráce sestry s rodinou při léčbě nemocného*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2007. 46 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
13. SKÁLOVÁ, A., Základem úspěchu je funkční síť iktových center. *Zdravotnické noviny*. Praha: Mladá fronta. ISSN 0044-1996, 2008. roč. 57, č14, s.14-15
14. ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIC, K., *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1.a 2. díl*. Vydání první. Praha: Karolinum, 2003, 274s. ISBN 80-246-0477-9
15. TROJAN, S., DRUGA, R., PFEIFFER, J., VOTAVA, J., *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Vydání druhé. Praha: Grada Avicenum, 2001, 226s. ISBN 80-247-0031-X
16. TRACHTOVÁ E., a KOLEKTIV *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vydání druhé. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 185s. ISBN- 80-7013-324-4
17. TYRLÍKOVÁ, I., a KOLEKTIV, *Neurologie pro sestry*. Vydání první. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníku ve zdravotnictví, 1999, 288s. ISBN 80-7013-287-6
18. VÁCLAVSKÁ, M., ŽÁČKOVÁ, P., *Péče o imobilního pacienta v domácím prostředí Sestra*. Praha: Strategie. ISSN 1210-0404. 2008. roč. 18, č.4, s. 38
19. KALVACH, Z., *Ošetřování nesoběstačných nemocných v domácím prostředí*. Vydání první. Praha: Státní zdravotní ústav, 1996
20. VOKURKA, M. HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. Vydání páté. Praha: Maxdorf, 1998, 490s. ISBN 80-85800-81-0
21. VOSTOVSKÁ, H., *Informace o pomoci, kterou potřebujete*. Vydání první. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999
22. ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTU, *Ergoterapie*. [online] [cit.2007-12-10] Dostupné na WWW <<http://www.ergoterapie.org>>
23. HORAČEK, O., *Rehabilitace u cévní mozkové příhody*. [online] [cit.2007-11-21] Dostupné na

WWW<http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=731>

24. INTEGROVANÝ PORTÁL MINISTERSTVA PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, *Příloha*
4. [online] [cit.2008-01-20] Dostupné na WWW<<http://portal.mpsv.cz/soc/ozp/pril4>>

25. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, *Zákon 108/2006 Sb z e dne 14.března*
2006 o sociálních službách [online] [cit.2008-08-15] Dostupné na

WWW<http://i.info.cz/urs-att/p_182-91-114816949052473.htm>

26. NAKLADATELSTVÍ SAGIT, a.s., *Vyhláška. Ministerstva práce a sociálních věcí*
ČR č. 182/1991 Sb. [online] [cit.2008-09-18] Dostupné na
WWW<<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>>

SEZNAM TABULEK

- Tab. 1 Příbuzenský vztah
- Tab. 2 Věk
- Tab. 3 Pohlaví
- Tab. 4 Prožívání nemoci člena rodiny
- Tab. 5 Největší obavy
- Tab. 6 Jiné největší obavy
- Tab. 7 Frekvence návštěv
- Tab. 8 Jiné frekvence návštěv
- Tab. 9 Péče v domácím prostředí
- Tab. 10 Stejná nebo podobná situace
- Tab. 11 Pomoc a první informace
- Tab. 12 Podpora rozhodnutí
- Tab. 13 Podpora rodiny
- Tab. 14 Společná domácnost
- Tab. 15 Bytové úpravy
- Tab. 16 Jiné bytové úpravy
- Tab. 17 Odchod ze zaměstnání
- Tab. 18 Největší obavy v domácím prostředí
- Tab. 19 Jiné obavy v domácím prostředí
- Tab. 20 Agentury domácí péče

Tab. 21 Služby domácí péče

Tab. 22 Jiné služby domácí péče

Tab. 23 Pečovatelské služby

Tab. 24 Služby pečovatelské péče

Tab. 25 Jiné služby pečovatelské péče

Tab. 26 Důvod

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1 Příbuzenský vztah
- Graf 2 Věk
- Graf 3 Pohlaví
- Graf 4 Prožívání nemoci člena rodiny
- Graf 5 Největší obavy
- Graf 6 Frekvence návštěv
- Graf 7 Péče v domácím prostředí
- Graf 8 Stejná nebo podobná situace
- Graf 9 Pomoc a první informace
- Graf 10 Podpora rozhodnutí
- Graf 11 Podpora rodiny
- Graf 12 Společná domácnost
- Graf 13 Bytové úpravy
- Graf 14 Odchod ze zaměstnání
- Graf 15 Největší obavy v domácím prostředí
- Graf 16 Agentury domácí péče
- Graf 17 Služby domácí péče
- Graf 18 Pečovatelské služby
- Graf 19 Služby pečovatelské péče
- Graf 20 Důvod

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 Dotazník

Příloha č.2 Příspěvek na péči

Příloha č.3 Rehabilitační a kompenzační pomůcky, dávky sociální péče

Příloha č.4 Úhrada za úkony pečovatelské služby

Příloha č.5 Maslowova pyramida potřeb

Příloha č.6 Barthelův test všedních činností

PŘÍLOHY

Příloha č.1 - Dotazník

Vážená paní, Vážený pane,

jsem studentkou Lékařské fakulty v Hradci Králové a v současné době zpracovávám závěrečnou bakalářskou práci na téma: „**Ošetřování klienta po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí**“. Dotazník, který jste obdržel(a) je zcela anonymní, prosím Vás o jeho pečlivé vyplnění.

Děkuji Vám

Veronika Schubertová, KKN, nemocnice Sokolov

Vybrané odpovědi zakřížkujte, pokud se Vám žádná nehodí, napište Váš názor.

1. Jaký je Váš příbuzenský vztah ke klientovi?

- a) partner(ka)
- b) syn / dcera
- c) vnuk /vnučka

2. Kolik je Vám let?

- a) 18 - 30 let
- b) 31 - 45 let
- c) 46 - 60 let
- d) 61 – 75 let
- e) 76 let a víc

3. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

4. Jak prožíváte nemoc člena rodiny?

- a) jsem nešťastná(ý), plačtivá(ý)
- b) trápí mě to, mám obavy, ale uzdravení je na prvním místě
- c) jsem naprosto klidná(ý), věřím v úplné uzdravení
- d)

5. Z čeho máte největší obavy, strach, během pobytu Vašeho člena rodiny v nemocnici

- a) ze ztráty blízkého
- b) nemohu to přesně identifikovat, je to zvláštní druh obav, neurčitý pocit
- c) nemám žádné obavy
- d)

6. Jak často navštěvujete svého rodinného příslušníka v nemocnici?

- a) každý den, jak nejdéle to jde
- b) každý den
- c) ob den
- d) jen o víkendu
- e)

7. Přemýšleli jste o tom, že byste pečovali o svého člena rodiny v jeho nemoci doma

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

8. Ocitli jste se již v takovéto nebo podobné situaci?

- a) ano
- b) ne
- c) podobné

9. Pokud se rozhodnete pro péči o klienta v domácím prostředí, kde budete hledat

pomoc a první informace?

- a) u zdravotnického personálu (zdravotní sestra, lékař)
- b) u agentury domácí péče
- c) zeptám se známého
- d)

**10. Podpořil by Vás partner ve Vašem rozhodnutí starat se o svého člena rodiny
doma**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Podpořili by Vás ostatní členové rodiny, žijící se společně domácnosti?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Kdo s Vámi žije ve společné domácnosti?

- a)
- b)

c)

d)

13. Byli byste ochotni provést nějaké bytové úpravy ?

a) úprava koupelny, WC

b) bytová přestavba na bezbariérový byt

c) vyčlenit a upravit samostatný pokoj

d) jiné

14. Dokázali byste opustit zaměstnání?

a) ano

b) ne

c) nevím

15. Z čeho byste měli největší obavy při domácím ošetřování?

a) z narušení rodinného života

b) ze zdravotních komplikací

c) ze selhání a nezvládnutí péče

d)

16. Víte o tom, že existují agentury domácí péče?

a) ano

b) ne

17. Jaké služby agentury domácí péče byste využili?

- a) podávání léků, injekcí
- b) převazy kožních defektů
- c) ošetrovatelskou rehabilitaci
- d)

18. Víte o tom, že existují pečovatelské služby ?

- a) ano
- b) ne

19. Jaké služby pečovatelské služby byste využili?

- a) pomoc s hygienou
- b) rozvoz a podání jídla
- c) obstarání nákupů a úklid domácnosti
- d)

20. V případě, že si klienta nemůžete vzít do domácího ošetřování, prosím uveďte důvod.

tato odpověď je dobrovolná

- a)
- b)
- c)
- d)

Příloha č.2 - Příspěvek na péči

Zákon 108/2006 Sb ze dne 14.března 2006 o sociálních službách

STUPEŇ ZÁVISLOSTI PODMÍNKY

Částka

I. lehká závislost <hr/> 2000 Kč	Osoba se považuje za závislou, jestliže z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnost.
II. středně těžká závislost <hr/> 4000 Kč	Osoba se považuje za závislou, jestliže z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnost.
III: těžká závislost <hr/> 8000 Kč	Osoba se považuje za závislou, jestliže z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnost.
IV. úplná závislost <hr/> 11000 Kč	Osoba se považuje za závislou, jestliže z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnost.

Příloha č.3 - Kompenzační a rehabilitační pomůcky, dávky sociální péče

Příloha č. 4 k vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb.

Kompenzační pomůcky pro tělesně postižené občany:

- polohovací zařízení do postele (100%)
- obracecí postel (50%)
- vodní zvedák do vody (50%)
- přenosné WC (100%)
- psací stroj se speciální klávesnicí (50%)
- motorový vozík pro invalidy (50%)
- židle na elektrický pohon (50%)
- přenosná rampa pro vozíčkáře (100%)
- zvedací zařízení vozíku na střechu automobilu (100%)
- zařízení pro přesun vozíčkáře do automobilu (100%)
- individuální úpravy automobilu (100%)
- dvoukolo (50%)
- šikmá schodišťová plošina (100%)
- signalizační pomůcka SYM-BLIK (80%)
- koupací lůžko (50%)
- nájezdové lyžiny pro vozíčkáře (100%)

Jako první je uveden název pomůcky v závorce pak uvádím nejvyšší možný příspěvek z celkové ceny.

Sociální dávky

Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb.

Výčet dávek:

- jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek
- příspěvek na úpravu bytu
- příspěvek na zakoupení motorového vozidla
- příspěvek na celkovou úpravu motorového vozidla
- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla
- příspěvek na provoz motorového vozidla
- příspěvek na individuální dopravu
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu
- příspěvek na užívání garáže

Vedle dávek sociální péče se poskytují rovněž:

- mimořádné výhody (průkazy TP, ZTP a ZTP/P)
- bezúročné půjčky

Příloha č.4 - Úhrada za úkony pečovatelské služby

Příloha č. 1 k vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb.

Úkony, kterými jsou zabezpečovány nezbytné životní potřeby:		
1.	celková koupel včetně umytí vlasů v domácnosti příjemce	0 Kč
2.	celková koupel včetně umytí vlasů ve středisku osobní hygieny	0 Kč
Další úkony:		
3.	běžné úkony osobní hygieny, pomoc při oblékání, pomoc při přesunu na vozík nebo lůžko, pomoc při použití WC	25 Kč/úkon, denně
4.	jednoduché ošetrovatelské úkony	15 Kč denně
5.	donáška nebo dovoz oběda nebo jiného teplého jídla, pomoc při podávání jídla a pití	17 Kč/úkon, denně
6.	donáška uhlí a dřeva - za každých 15kg, štípání a skládání dřeva – za každých 15kg	25 Kč/úkon, denně
7.	nákupy, nutné pochůzky	30 Kč/úkon, denně
8.	donáška vody, topení v kamnech a vynesení popela, čištění kamen	20 Kč/úkon, denně
9.	práce spojené s udržováním domácnosti	60 Kč/hod

10.	příprava a uvaření snídaně nebo oběda,	40 Kč/hod
	popřípadě svačiny nebo večeře	
11.	doprovod na vyšetření, doprovod do zaměstnání,	45 Kč/hod
	doprovod při krátkodobém pobytu mimo domov,	
	pomoc při denních kulturních, zájmových,	
	vzdělávacích nebo pracovních aktivitách	
12.	praní drobného osobního prádla, včetně pracích	50 Kč/kg
	prostředků, žehlení a případně drobné úpravy	
13.	ošetření nohou (pedikúra), masáž,	80 Kč/úkon
	vodová ondulace, zástřih vlasů	
14.	průvodcovská služba pro úplně nebo prakticky	40 Kč/hod
	nevidomé na lékařské vyšetření, při vyřizování	
	úředních záležitostí	
15.	tlumočnická služba pro neslyšící při návštěvě lékaře,	80 Kč/hod
	při vyřizování úředních záležitostí	
16.	dohled nad dospělým občanem v době od 6 do 22 hodin	50 Kč/hod
17.	noční služba od 22 do 6 hodin	90 Kč/hod
	a) spojená s možností spánku	
	b) spojená s prováděním jednoduchých	150 Kč/hod
	ošetřovatelských úkonů	

18.	mimořádné úkony	90 Kč/hod
	a) praní velkého prádla, prádla značně znečištěného ve středisku osobní hygieny nebo v prádelně pečovatelské služby včetně pracích prostředků a jeho vyžehlení, případně drobných úprav	
	b) praní velkého prádla, prádla značně znečištěného ve středisku osobní hygieny nebo v prádelně pečovatelské služby včetně pracích prostředků a jeho vyžehlení, případně drobných úprav	100 Kč/hod

Příloha č.5 - Maslowova pyramida potřeb

Seberealizace

V podstatě zaniká,
těžce a vážně nemocný člověk
nechce slyšet, jak by se mohl ještě
realizovat, ale chce být ubezpečen, že
se mu mnohé povedlo, že něco dokázal.

Sebeúcta

sebeúctu posilujeme u klienta tím, že mu
dáváme najevo, že nás neobtěžuje o něho pečovat.
Maximálně dbáme o jeho soukromí a osobní čistotu.

Láska a pocit příslušnosti

Dáváme naprosto jednoznačně najevo své porozumění,
snažíme se pomoci při vysvětlování osobních a vztahových
nejasností. Pocit příslušnosti k určité skupině je závislý na přijímání
jedince v jeho nemoci, na pochopení jeho změněných potřeb a nároků.
Projevujeme toleranci k nemocnému a jeho potřebám, projevujeme individuální
zájem o jeho osobu.

Bezpečí a jistota

Nemocný člověk chce vědět, že nebude opuštěn, že ho nenecháme samotného.

Nemocný člověk chce být v prvé řadě zbaven bolesti, chce být pokud možno zbaven ostatních doprovodných příznaků, jako je nauzea, nechutenství, nespavost, chce mít vše po ruce, chce vědět, že se mu dostane v případě potřeby všeho, co mu přinese úlevu.

Fyziologické potřeby

Fyziologické potřeby, základní a primární, zůstávají po velmi dlouhou dobu nemoci v popředí zájmu nemocného člověka. Zájem o fyziologické potřeby (jídlo, pití) nemocní postupně ztrácejí. Povinnost poskytovatelů veškeré péče spočívá v převzetí role zabezpečení fyziologických potřeb tak, aby nemocný člověk netrpěl nedostatkem např. ve výživě, ve vyprazdňování

Příloha č.6 - Barthelův test všedních činností ADL (activity daily living)

činnost	úroveň soběstačnosti	skóre	datum	datum	datum	datum
1. najedení napití	samostatně bez pomoci	10				
	s pomocí	5				
	neprovede	0				
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10				
	s pomocí	5				
	neprovede	0				
3. koupání	samostatně bez pomoci	10				
	s pomocí	5				
	neprovede	0				
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5				
	neprovede	0				
5. kontinence moči	plně kontinentní	10				
	občas inkontinentní	5				
	inkontinentní	0				
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10				
	občas inkontinentní	5				
	inkontinentní	0				
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10				
	s pomocí	5				
	neprovede	0				

8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15				
	s malou pomocí	10				
	vydrží sedět	5				
	neprovede	0				
9. chůze po rovině	samostatně nad 50m	15				
	s pomocí 50m	10				
	na vozíku 50m	5				
	neprovede	0				
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10				
	s pomocí	5				
	neprovede	0				
	skóre:					
	hodnotila sestra:					

Hodnocení: 0-40 bodů.....vysoce závislý

45-60 bodů.....závislost středního stupně

65-95 bodů.....lehká závislost

100 bodů.....nezávislý