



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií

PÉČE O OSOBU BLÍZKOU V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ SE ZAMĚŘENÍM NA POTŘEBY STÁRNOUCÍHO ČLOVĚKA A JEHO SMYSLUPLNÝ ŽIVOT

Bakalářská práce

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

Autor práce: **Erika Šmídová**
Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková





TECHNICAL UNIVERSITY OF LIBEREC
Institute of Health Studies



TAKING CARE OF A CLOSE PERSON IN HOME ENVIRONMENT FOCUSING ON THE NEEDS OF AGING INDIVIDUALS AND THEIR MEANINGFUL LIFE

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Erika Šmídová**
Supervisor: Mgr. Marie Froňková



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Erika Šmídová
Osobní číslo: Z10000067
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Péče o osobu blízkou v domácím prostředí se zaměřením
na potřeby stárnoucího člověka a jeho smysluplný život
Zadávací katedra: Ústav zdravotnických studií

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

CÍL VÝZKUMU:

Zjistit, zda mají pečující o osobu blízkou dostatek znalostí a informací v péči o stárnoucího člověka v domácím prostředí

Zjistit, jaké kompenzační pomůcky k péči o stárnoucího člověka v domácím prostředí pečující nejčastěji používají a zda jim vyhovují

Zjistit, zda mají pečující povědomí o nabídkách zdravotně-sociálních služeb, které by jim mohli pomoci (odlehčovací služba, terénní služba, domácí zdravotnická ošetrovatelská péče)

VÝCHODISKA (abstrakt):

Bakalářská práce je zaměřena na pečující a jejich znalosti v problematice péče o stárnoucího člověka, o možnostech využití kompenzačních pomůcek a nabídkách zdravotně-sociálních služeb. Práce se v teoretické části zabývá i možnými geriatrickými syndromy, které mohou negativně ovlivnit péči o stárnoucího člověka.

VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY:

Pečující blízké osoby znají zdroje, kde se dozví informace ohledně péče v domácím prostředí

Pečující blízké osoby mají dostatek znalostí o nabídkách zdravotně-sociálních služeb

Pečující blízké osoby dostávají prvotní ucelené informace od všeobecných sester při propuštění do domácího ošetření

(JEŘÁBEK, H. a kol., Péče o staré lidi v rodině. CESES FSV UK, Praha 2005)

METODA:

kvantitativní

TECHNIKA:

dotazník

MÍSTO A ČAS VÝZKUMU:

srpen - září 2013, interní oddělení česko-německé horské nemocnice Vrchlabí, Odlehčovací služba Vrchlabí, oblastní charita Trutnov(terénní péče), terénní péče Vrchlabí

VZOREK:

zaměření na pečující o stárnoucí blízkou osobu v domácím prostředí

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: 50-70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury: viz příloha

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Marie Froňková
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 31. března 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2014


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kús
rektor




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 28. února 2014

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

- HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- SCHMEIDLER, Karel. Problémy mobility stárnoucí populace. Vyd. 1. Brno: Novpress, 2009, 180 s. ISBN 978-80-87342-05-3
- CHOVANCOVÁ, Petra. Vybrané otázky péče o osobu blízkou. 1. vyd. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2012, 63 s. ISBN 978-80-87623-00-8.
- PICHAUD, Clément, Isabelle THAREAUOVÁ a Abigail KOZLÍKOVÁ. Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-717-8184-3.
- Quality of life in old age: national programme of preparation for ageing for 2008-2012. 1st ed. Prague: Ministry of Labour and Social Affairs, 2008, ISBN 978-808-6878-669.
- HASTINGS, Diana. Domácí sestríčka: péče o nemocné doma. Vyd. 1. Překlad Karla Šnýdrová. Praha: Knižní klub, 1997, 220 s. ISBN 80-717-6452-3
- KRÁLOVÁ, Jarmila, RÁZOVÁ Eva. Sociální služby a příspěvky na péči. 4.přepracované vydání. ANAG, 2012, ISBN 978-80-7263-748-5
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. Manuálek sociální gerontologie. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 72 s. České ošetřovatelství, 10. ISBN 80-701-3363-5.
- HOLEKSOVÁ, Taťána. Ležící nemocný člověk v domácím prostředí: praktická příručka jak pečovat o málo mobilního člověka a zcela imobilního člověka doma. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, ISBN 80-247-0212-6
- ŠIPR, Květoslav. Jak zdravě stárnout: praktická příručka jak pečovat o málo mobilního člověka a zcela imobilního člověka doma. Vyd. 1. Rosice u Brna: Gloria, 1997, 118 s. ISBN 80-901-8341-7
- 108/2006 Sb. zákon o sociálních službách

Studentka
Erika Šmídová
Z10000067
Čistá 183
543 44 Černý Důl

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

V Liberci dne 12. července 2013
č.j.: 13/8515/027434-02

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

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 2. 7. 2013, zaevidované pod č.j.: 13/8515/027434-01, Vám sděluji, že **souhlasím s ponecháním tématu bakalářské práce „Péče o osobu blízkou v domácím prostředí se zaměřením na potřeby stárnoucího člověka a jeho smysluplný život“ a prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce do 30.6.2014.**

Nové zadání bakalářské práce je nutné vložit do IS/STAG a podepsaný formulář odevzdat na studijním oddělení.

S pozdravem



Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

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



Prohlášení

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

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

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

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

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

Datum: 27. 4. 2014

Podpis: Šwidová

Poděkování paní Mgr. Marii Froňkové za trpělivost, cenné rady, odborné konzultační vedení a připomínky ke zpracování tématu a Mgr. Kateřině Mařanové za pomocné konzultace.

E. Šmídová

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Erika Šmídová

Instituce: Ústav zdravotnických studií

Název práce: Péče o osobu blízkou v domácím prostředí se zaměřením na potřeby stárnoucího člověka a jeho smysluplný život

Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková

Počet stran: 75

Počet příloh: 7

Rok obhajoby: 2014

Souhrn (5-10 řádků, cca 60-100 slov): Bakalářská práce zkoumá celkovou informovanost respondentů v péči o osobu blízkou v domácím prostředí. V teoretické části se věnuje popisu stáří, geriatrických syndromů, zdravotně sociálních služeb, příspěvku na péči a celkové péči o osobu blízkou v domácím prostředí. V praktické části pak zkoumá, jaké zdroje informací respondenti využívají. Jaké kompenzační pomůcky v péči používají, zda znají možnosti jejich hrazení od VZP a zda znají nabídky zdravotně sociálních služeb. Na základě pilotní studie bylo sestaveno 5 hypotéz, které byly v souladu. Z výsledků, které byly zjištěny pomocí dotazníkového šetření, vyplývá, že nejčastějšími prvotními zdroji informací jsou sociální pracovníci, při propuštění z nemocničního prostředí jsou to pak všeobecné sestry. Dále jsme si potvrdily hypotézu, že 60 % respondentů využívá v péči o osobu blízkou pomůcky k usnadnění pohybu a že znají možnosti hrazení kompenzačních pomůcek od VZP. V poslední řadě jsme si potvrdili, že 77 % respondentů zná nabídky zdravotně sociálních služeb.

Klíčová slova: Osoba blízká, zdravotně sociální služby, příspěvek na péči, kompenzační pomůcky

Anotace v anglickém jazyce

Name and surname: Erika Šmídová

Institution: Institute of Health Studies

Title: Taking care of a close person in home environment focusing on the needs of aging individuals and their meaningful life

Supervisor: Mgr. Marie Froňková

Pages: 75

Appendix: 7

Year: 2014

Summary: The Bachelor Thesis deals with the research of respondents' awareness in caring of a relative at home. The theoretical part is devoted to the description of life of old people, geriatric syndromes, health and social services, financial support for caring person (care contribution) and it also deals with complete caring of a relative at home. The practical part is focusing on the kind of resources respondents use to get the information. It also describes mobility aids that are used and whether they are informed about possibilities of payment by VZP. On the basis of the pilot study were made five hypotheses that are consistent. The results, which were identified through the survey, show that the most common primary sources of the information are social workers or after released from the hospital are basic source nurses. Furthermore, we confirmed the hypothesis that 60% of respondents use mobility aids when they care about their relatives and they also know about possibilities of payment by VZP. We also confirmed that 77% of respondents know about the offers of social services.

Key words: close person, health and social service, care contribution, mobility aids

Seznam použitých zkratk	13
Úvod	14
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1 Stárnutí	15
1.1 Vymezení pojmu stáří a stárnutí	15
1.2 Klasifikace vyššího věku a funkční dělení seniorů	15
2 Geriatrické syndromy	17
2. 1 Instabilita	17
2. 2 Imobilita	18
2. 3 Inkontinence	19
2. 4 Intelektové poruchy	19
2. 5 Iatrogenní poškození	20
3 Uspokojování potřeb stárnoucích lidí	21
3. 1 Fyziologické potřeby stárnoucích lidí	22
3. 2 Potřeba bezpečí a jistoty u stárnoucích lidí	22
3. 3 Potřeba lásky, přijetí, spolupatříčnosti u stárnoucích lidí	23
3. 4 Potřeba uznání a úcty u stárnoucích lidí	23
3.5 Potřeba seberealizace stárnoucích lidí	23
4 Zdravotně sociální služby zaměřené na pomoc v péči o stárnoucího člověka	25
4. 1 Zdravotní služby	26
4.2 Sociální služby	27
4. 2. 1 Pečovatelská služba	27
4. 2. 2 Osobní asistence	28
4. 2. 3 Odlehčovací služba	28
5 Možnosti a využití kompenzačních pomůcek v péči o stárnoucího člověka	29
5.1 Pomůcky usnadňující pohyb	31
5.2 Pomůcky k udržení polohy	31
5.3 Pomůcky k prevenci dekubitů	32
5.4 Pomůcky při kognitivních poruchách	32
5. 5 Příspěvky na péči	33
6 Péče o blízkou osobu v domácím prostředí	35
6.1 Formy péče o stárnoucího člověka	35
6.2 Kritické momenty v péči o osobu blízkou v domácím prostředí	36

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

7 Cíle práce, hypotézy	38
7.1 Metodika výzkumu	38
8 Analýza dotazníkového šetření	40
9 Vyhodnocení hypotéz	61
10 Diskuze	64
11 Doporučení pro praxi	68
12 Závěr	69
13 Seznam použité literatury.....	71
14 Seznam příloh.....	75

Seznam použitých zkratek

č.	číslo
ČR	Česká republika
kol.	kolektiv
tab.	tabulka
Tj.	to je
Mgr.	magistra
např.	například
resp.	respektive
s.	strana
Sb.	sbírka
tzv.	tak zvaný
viz	vide licet
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZP	zdravotnický prostředek

Úvod

Člověk stárne už od doby, kdy se narodí, ale uvědomování si stárnutí přichází později. Záleží na každém jedinci individuálně, kdy si začne připadat starý. Stárí je často spojováno jak s fyzickými, tak s psychickými problémy. Postupem času naše tělo začíná být stále více opotřebováno a už nezvládá denní aktivity v plném rozsahu tak, jak by bylo potřeba. Problém, kdy člověk není schopen zajistit běžné potřeby denního života, může být pro řadu lidí stresující. Dokud jsme schopni sami sebe obstarat bez pomoci druhých, žijeme plnohodnotným životem, který je základem pro každého živého tvora. Zvyšujícím věkem, se také zvyšuje pravděpodobnost nemocí, vzniku nesoběstačnosti a následné závislosti na druhých. Nemoc může člověka dostat až do toho stádia, že i po propuštění z nemocnice bude odkázán na pomoc od pomáhající osoby.

Dostaneme-li se do role pečujícího, je nezbytné zamyslet se nad tím, zda péči o stárnoucího člověka v domácím prostředí zvládneme. Nesmí to pro nás být povinností a ani nám to nesmí být na obtíž. V některých situacích není lehké péči zvládat, a proto máme možnost využít nabídku zdravotně sociálních služeb, které by nám měli naši nelehkou situaci usnadnit. Nemůžeme však počítat s tím, že každá osoba postavena do role pečujícího má povědomí o možnostech využití zdravotně sociálních služeb, příspěvků na péči a zapůjčení či zakoupení kompenzačních pomůcek. Proto se bakalářská práce zabývá právě tématem „Péče o osobu blízkou v domácím prostředí se zaměřením na potřeby stárnoucího člověka a jeho smysluplný život“. Důvodem je autorova vlastní zkušenost s péčí o blízkou osobu v domácím prostředí. Vycházíme z předpokladu, že veřejnost je o službách domácí péče dostatečně informována. Zlepšení její informovanosti by však mohlo v mnoha situacích pomoci. Každý člověk není schopen ani připraven na to, aby mohl o stárnoucí osobu pečovat. Není to jednoduchý úkol jak pro pečujícího, tak pro pečovaného. Chce to vzájemně mnoho trpělivosti, porozumění a empatie.

Cílem bakalářské práce je zjistit informovanost veřejnosti o možnostech využití různých podpůrných prostředků v péči o stárnoucí blízkou osobu se zaměřením na nabídku kompenzačních pomůcek a zdravotně sociálních služeb. Stárnoucí blízkou osobou rozumíme osobu ve věku 60 a více let. Výstupy dotazníkového šetření bakalářské práce budou využity v marketingovém oddělení LINET spol. s r. o.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Stárnutí

Stárnutí je jev, který provází každého člověka již od narození. Život provází mnoho životních období a každé z nich má stejnou váhu. V období dospívání a rané dospělosti si lidé stárnutí tolik neuvědomují. S postupem času začnou ale přibývat fyzické i psychické problémy, které mohou být se stárnutím spojeny. Nemusí to být ale pravidlem. Bakalářská práce je zaměřena právě na jedince starší šedesáti let se zdravotními problémy, kteří jsou odkázáni na pomoc pečující osoby.

1.1 Vymezení pojmu stáří a stárnutí

V českém zdravotnickém prostředí je stáří definováno jako „*obecné označení pozdních fází ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje lidský život*“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 19).

Ontogenezi rozumíme vývoj jedince. Pro pojem stárnutí se užívá definice, která může být pro laickou veřejnost značně nesrozumitelná.

„Stárnutí je souhrn zánikových (involučních, regresivních, negativních) změn morfologických i funkčních nastupujících postupně, se značnou interindividuální variabilitou, a heterochronně (v různých orgánech a systémech téhož organismu v různém věku) po dosažení sexuální dospělosti (rané involuce probíhající časněji např. involuce tymu, brzlíku – se za součást stárnutí nepovažují) a adaptačních reakcí na ně.“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 20)

1.2 Klasifikace vyššího věku a funkční dělení seniorů

Vyšší věk znamená ve vývoji jedince období, které následuje po dosažení 60 let života. Podle světové zdravotnické organizace je přijata od šedesátých let minulého století základní klasifikace vyššího věku, která zní:

„60- 74 let: rané stáří (počínající stáří)

75 – 89 let: vlastní stáří (osoby pokročilého, vysokého věku)

90 let a více: období dlouhověkosti „(Ondrušová, 2011, s. 17)

Vzhledem k tomu, že pojem vyšší věk v sobě nezahrnuje funkční stav jedince, bývá pro kvalitnější klasifikaci seniorů využíváno členění dle Spirdusové na elitní, zdatné, nezávislé, křehké, závislé a zcela závislé seniory.

- **Elitní senioři** jsou ti senioři, kteří vydrží vysoké fyzické nároky, kterými se rozumí například vytrvalostní sport. Tolerují extrémní zátěže.
- **Zdatní senioři** neboli fit senioři, jsou vysoce fyzicky zdatnými při běžných denních aktivitách jak v domácích tak v pracovních výkonech.
- **Nezávislí senioři** také zvládají běžné fyzické aktivity, ale jejich zdraví a zdatnost je v některých náročnějších situacích omezena.
- **Křehcí senioři** jsou většinou tací, kteří jsou na hranici závislosti na druhé osobě, často trpí chronickými chorobami a jejich dekompenzacemi.
- **Závislí senioři** jsou závislími na druhé osobě a často využívají pomoci zdravotně sociálních služeb.
- **Zcela závislí senioři** jsou odkázáni na pomoc druhé osoby, jelikož nezvládají základní sebeobsluhu a jsou často upoutáni na lůžko. Spirdusová svou klasifikaci končí zcela závislími seniory, zatímco Kalvach, Čevela, Čeledová přidávají **umírající seniory**, kteří jsou odkázáni na paliativní péči (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Dále je používáno dělení věku na věk biologický, kalendářní a subjektivní. Bakalářská práce klade z důvodu zabývání se uspokojováním potřeb pomocí kompenzačních pomůcek a zdravotně sociálních služeb největší důraz na věk biologický a kalendářní. Z hlediska funkční klasifikace se nejvíce zabýváme křehkými, závislími a zcela závislími seniory.

2 Geriatrické syndromy

Termín geriatrické syndromy poprvé v 70. letech 20. století uvedl birminghamský profesor geriatric Bernard Isaac (1924-1995). Mezi tzv. „syndromy 5 ti i“ (I-syndromy) patří imobilita, instabilita, inkontinence, intelektové poruchy a v pozdějších dobách přidané i iatrogenní poškození. Vyčlenění geriatrických syndromů později vedlo k rozvoji samotné geriatric jako medicíny. Geriatrické syndromy jsou syndromy se specifickými příznaky, které velmi často končí hospitalizací stárnoucího člověka v některém z léčebných zařízení. Lidé s geriatrickými syndromy jsou závislí na pomoci dalších osob, ať už jsou to rodinní příslušníci či pracovníci v komunitních službách (Kalvach, 2008).

2. 1 Instabilita

Instabilita neboli psychomotorický neklid je hlavním důvodem pádů stárnoucích osob. Pády mohou vést k poranění, úplné imobilizaci a dokonce až k úmrtí stárnoucího člověka. Jako jednu z hlavních příčin pádu můžeme uvést závratě (Marková, 2009).

„Závrat' je pocit pohybu vlastního těla nebo okolí.“ (Topinková 2005, s. 48)

Podle Topinkové, rozlišujeme závratě na periferní neboli vestibulární, centrální, smíšená periferně – centrální, nevestibulární a na farmakogenní. Centrální závratě jsou takové, kdy stárnoucí člověk cítí pochybnosti při stojí nebo při chůzi. Smíšené periferně-centrální závratě, jsou ty závratě, kdy příčinou může být intoxikace alkoholem. Nevestibulární závratě jsou způsobeny například interním nebo očním onemocněním a farmakogenní závratě jsou závratě způsobené farmakologickou léčbou (Topinková, 2005).

Důsledkem pádu často vznikají velmi závažné zlomeniny a úrazy. Riziko pádu a následného úrazu přináší v některých případech strach z chůze, kdy stárnoucí osoba odmítá chodit, a tím pádem se snižuje i její soběstačnost. Z tohoto důvodu je velmi důležité zajistit bezpečné a bezbariérové prostředí jak v nemocničním, tak v domácím prostředí, kde stárnoucí osoba pobývá (Marková, 2009).

2. 2 Imobilita

Marková (2009, s. 98) uvádí, že imobilita neboli imobilizační syndrom, je „*soubor negativních důsledků a projevů dlouhodobého podstatného omezení pohybové aktivity především ve smyslu upoutání na lůžko.*“

Příčiny imobility mohou být buď trvalé, nebo dočasné. Nejzávažnějšími jsou příčiny trvalé, způsobující dlouhodobou imobilizaci na lůžku. Mezi ně patří například cévní mozkové příhody, fraktury dolních končetin, srdeční selhávání a mnoho dalších závažných chorob. Při hospitalizaci pacienta do nemocničního zařízení je důležité správné odebrání pacientovi anamnézy. Důležité jsou informace ohledně mechanismu a doby vzniku zhoršené mobility, jak dlouho zhoršení trvá a v neposlední řadě potvrzení informací od rodinných příslušníků (Weber a kol., 2000).

Pacient, který je upoutaný na lůžko, je ohrožen mnoha nežádoucími komplikacemi.

Jednou z nich je malnutrice. Malnutrice je „*důsledkem nedostatečné nebo nepřiměřené výživy, které vede k poklesu celkové tělesné hmotnosti, ztrátě tukové tkáně a komplexním metabolickým a somatickým změnám.*“ (Topinková, 2005, s. 23)

Dalším zásadním problémem u lidí upoutaných na lůžko je vznik dekubitů neboli proleženin. Do prevence vzniku dekubitů patří polohování stárnoucí osoby a udržování lůžka v čistotě a suchu.

Osoba ohrožena imobilizačním syndromem má různé požadavky na pomoc od druhých osob. Záleží na stupni imobility, kterou je jedinec postižen. Pokud jde o mírnou imobilitu, nároky na pomoc jsou minimální. Pokud je imobilita středního stupně, požaduje nemocný pomoc například při oblékání, úklidu při péči o domácnosti. Pacient, který je postižen těžkou imobilitou a upoután na lůžko potřebuje 24hodinovou péči. Pacienti s těžkou imobilitou často využívají zdravotně sociálních služeb. Ne vždy mají někoho blízkého, kdo by se o ně dokázal postarat. Při poruchách mobility existuje celá řada kompenzačních pomůcek, které dokážou alespoň z části navrátit pacienta do plnohodnotného života. Jsou to například hole, berle, chodítka a invalidní vozíky.

2. 3 Inkontinence

„Syndrom inkontinence moči je nechtěný, samovolný, objektivně prokazatelný únik moči, který je pro pacienta či ošetřující osoby sociálním nebo hygienickým problémem.“ (Topinková 2008, s. 34)

V současnosti rozlišujeme několik typů inkontinence. Urgentní inkontinenci, kdy je únik moči spojený s nucením na močení. Reflexní inkontinenci, kdy osoba trpí nepřetržitým tlakem a pocitem na močení. Paradoxní ischurii, kdy dochází při přeplnění močového měchýře k samovolnému úniku moči. Stresovou inkontinenci, kdy k objektivně prokazatelnému úniku moči dochází při zvýšení nitrobřišního tlaku. Může se tak stát při zvedání těžkých břemen, kašli nebo smíchu (Kalvach, 2008).

Inkontinence může být také zapříčiněna farmakologickou léčbou. Jedná se o farmakogenní inkontinenci. Mezi farmaka způsobující inkontinenci patří například psychofarmaka, hypnotika nebo diuretika (Topinková, 2005).

2. 4 Intelektové poruchy

Intelektové poruchy, mezi které zahrnujeme výpadky paměti a pozornosti, zmatenost až syndrom demence, nazýváme také syndromem smyslové alterace. Můžeme je definovat jako *„klinický syndrom, u něhož se mozek stává funkčně abnormální buď v důsledku difuzních (ve stáří mnohdy běžných) funkčních nebo i patologických změn.“* (Weber a kol. 2000, s. 93)

Nejčastějšími intelektovými poruchami ve vyšším věku jsou delirium a demence. Delirium je podle Mezinárodní klasifikace nemocí definováno jako *„přechodný organický psychosyndrom s akutním začátkem vznikající v důsledku somatické nebo psychické choroby nebo poruchy přesahující adaptační schopnosti mozku.“* (Topinková, 2008, s. 131)

U hospitalizovaných pacientů vyššího věku je delirium nejčastější intelektovou poruchou. Příčinami delirií jsou léky, infekce, nemoci centrální nervové soustavy nebo pooperační stavy. Pacientovi z důvodu delirantního stavu může hrozit ztráta soběstačnosti až úmrtí (Topinková, 2008).

Naproti tomu demence

„je klinický syndrom charakterizovaný poklesem intelektu a dalších kognitivních funkcí, které ve svém důsledku vedou k tomu, že pacient není schopen zvládat běžné každodenní aktivity.“ (Weber a kol. 2000, s. 115)

Jako příčina demence ve stáří je udávána Alzheimerova nemoc neboli Alzheimerova demence. Příčina vzniku Alzheimerovi nemoci není známa a může se objevit i u mladších lidí. Postihuje paměť, učení, myšlení a schopnosti komunikace (Česká alzheimerovská společnost, 2013).

Pro vyhodnocení kognitivních funkcí seniora při podezření na demenci jsou nejčastěji používanými testy Krátká škála mentálního stavu (Mini – mental State Examination) a Test kreslení hodin. Krátká škála mentálního stavu je sestavena z 30 ti otázek, kdy nejvyšším možným dosažením počtu bodů je 30. Za neodpovídající se potom považuje dosažení 24 a méně bodů. Při provádění testu je důležité soukromí, klid a přítomnost pouze pacienta a vyšetřujícího. Otázky se týkají orientace v čase, místě, dále se orientují na poruchy pozornosti, paměti a poruchy poznávání. (viz příloha č. 1) Test kreslení hodin spočívá v doplnění ciferníku hodin. Pacient je vyzván, aby buď na prázdný papír, nebo do předkresleného kola zaznamenal čas, který mu zadáte. Bodové skóre se pohybuje v rozmezí 1 – 6 ti bodů, kdy jeden bod pacient dostane za bezchybné provedení. Pro demenci je běžné skóre 3 a více bodů (Topinková, 2008).

2. 5 Iatrogenní poškození

„Iatrogenní poškození je označení pro nežádoucí a nechtěné poškození pacienta způsobené při preventivním, diagnostickém nebo léčebném postupu v rámci poskytované zdravotní péče“ (Wondráček, Wirthová, Pavlicová, 2011, s. 36).

Pokud si přeložíme slovo iatrogenní, což v překladu znamená způsobeno lékařem, nemusí to znamenat pouze pochybení ze strany lékaře, ale znamená to i negativní působení ze strany všeobecných sester a ostatních zdravotnických pracovníků. Poškození může spočívat v zanedbání péče, v pochybení při diagnostice onemocnění, v nesprávném předepsání léků či ve vedlejších účincích léků nebo léčebných procedur, kterými jsou například radioterapie nebo chemoterapie. U starších pacientů je častá polyfarmakoterapie, kdy pacient užívá mnoho léků, které se mohou vzájemně negativně ovlivňovat. To znamená, že místo terapeutických účinků nastupují spíše účinky nežádoucí, což můžeme též považovat za iatrogenní poškození (Kuklík, 2006).

3 Uspokojování potřeb stárnoucích lidí

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá“ (Trachtová a kolektiv, 2006).

Pod pojmem potřeba máme obecně na mysli nedostatek nebo naopak nadbytek něčeho. Život člověka spočívá v neustálém uspokojování potřeb, které je systematickým a cyklickým procesem. Cílem kteréhokoliv jedince je tyto nedostatky doplňovat a nadbytky odstraňovat. Je to běžný proces, kterým si každý člověk zajišťuje přežití na tomto světě. Potřeby ve vyšším věku jsou motivovány otázkami: jaké má stárnoucí člověk potřeby, jaké jsou jejich změny od předchozích životních etap a jakým způsobem je uspokojuje. Struktura potřeb u stárnoucích lidí se s věkem nemění, je stále stejná, ale mění se zaměření na určité potřeby a prostředky, kterými je uspokojujeme. Vše se mění podle životního prostředí a dostupných služeb (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008).

Sestry, které jsou v roli pečujících, pečují o člověka jako o holistickou bytost. Termín holismus či holistický je odvozen z řeckého slova holon, jehož význam je celek. To znamená, že člověk je bio-psycho-sociální bytostí, a porucha jedné částí zákonitě vede k poruše jiné nebo dokonce celého systému. (Trachtová a kolektiv, 2006).

Prakticky nejznámější motivační teorii ohledně uspokojování potřeb vytvořil psycholog Abraham Harold Maslow (1908-1970), který ve svém hierarchizovaném schématu ve tvaru pyramidy (viz příloha č. 2) rozděluje potřeby na fyziologické (nižší) a potřeby psychosociální (vyšší). Abychom mohli uspokojovat vyšší potřeby, musíme nejprve alespoň částečně uspokojit ty nižší, které jsou nutné k přežití každého jedince. Objevení se nadcházející potřeby z pravidla záleží na uspokojení té předcházející (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008).

Podle jeho slov by se teorie měla zaměřit spíše na cíle uspokojování potřeb než na způsoby, kterými potřeby uspokojujeme. Jde o to, že cíle mohou být univerzální, kdežto způsoby uspokojování má každý jedinec individuální. Dalo by se tedy říci, že autor motivační teorie poukazuje spíše na klasifikaci cílů. Také hovoří o tzv. teorii nadvlády, jelikož potřeba, která není uspokojená, relativně převažuje.

Ačkoliv je Maslowova pyramida dodnes považována za obrovský přínos v oblasti psychologie, uspokojování potřeb od nejnižších po nejvyšší neplatí vždy. Jsou dokumentovány případy, kdy lidé upřednostnili vyšší potřeby před nižšími. Klasickým

příkladem je chování zajatců v koncentračních táborech (hraní divadla, psaní básní). Dalším příkladem může být chování seniorů upoutaných na lůžko.

3. 1 Fyziologické potřeby stárnoucích lidí

Fyziologické potřeby jsou nejdůležitější potřebami člověka. Jsou to základní potřeby organismu, bez kterých by organismus nebyl schopen přežít. Vyjadřují jeho potřeby sloužící k přežití a vznikají při poruše rovnováhy v organismu. Mají nejvyšší prioritu, proto se nacházejí na nejspodnější části pyramidy. Abychom mohli uspokojovat vyšší potřeby, je nutné uspokojit nejdříve tyto základní fyziologické potřeby. Jakmile neuspokojíme jednu z těchto velmi důležitých potřeb, může se to odrazit na našem zdraví a celkovém stavu organismu. Jejich uspokojování bychom měli věnovat nejvíce času. Mezi základní fyziologické potřeby patří potřeba dýchání, potřeba regulace tělesné teploty, potřeba vody, potřeba spánku, potřeba přijímání potravy, potřeba vylučování a vyměšování, pohyb, chůze, smích, pláč, tišení bolesti, fyzické kontakty, potřeba rozmnožování (Pichaud, Thareauová, 1998).

Uspokojování těchto potřeb může být ovlivněno zvyšujícím se věkem, kdy se neuspokojená potřeba negativně odráží ve funkční schopnosti jedince. Proto je velmi důležité u starších osob tyto potřeby aktivně uspokojovat a vyhledávat. Některé fyziologické potřeby, jako je například sexuální potřeba, zůstávají v pozadí.

3. 2 Potřeba bezpečí a jistoty u stárnoucích lidí

Jako další stupeň pyramidy potřeb jsou potřeby bezpečí a jistoty. Se zvyšujícím se věkem se stáváme čím dál více opatrnějšími a vyhýbáme se možnému nebezpečí.

Potřeba bezpečí a jistoty je uspokojována u každého jedince jinak. Ve stáří je tato potřeba mnohem důležitější než v mládí. Staří lidé často lpí na své soběstačnosti a na svém zdraví, jelikož vědí, že s úbytkem jejich sil se mohou snadno stát závislými na pomoci druhých osob. Mezi potřeby bezpečí a jistoty patří jistota zaměstnání, jistota příjmu a přístupu ke zdrojům, fyzická bezpečnost - ochrana před násilím a agresí, morální a fyziologická jistota, jistota rodiny, jistota zdraví (Pichaud, Thareauová, 1998).

3. 3 Potřeba lásky, přijetí, spolupatříčnosti u stárnoucích lidí

Potřeba lásky, přijetí a spolupatříčnosti je také nazývána potřebou afiliační. Tato potřeba je často na vrcholu v situacích osamocení a opuštěnosti (Trachtová a kolektiv, 2006).

Jedná se o velmi důležitou potřebu zejména u stárnoucích lidí. Senioři se po odchodu do důchodu často dostávají do sociální izolace, může tak docházet k postupnému zvyšování pocitu osamělosti, což úzce souvisí s potřebou lásky a přijetí. Důležitou roli zde hraje rodina, přátelé, případně zaměstnanci terénní pečovatelské služby. Navíc zde vstupuje do hry velmi podstatný faktor postupného vymírání vlastní generace. Člověk v důchodovém věku se setkává s úmrtím svých vrstevníků daleko častěji, než je tomu u příslušníků mladších generací. To může mít za následek prohlubování pocitu osamělosti.

3. 4 Potřeba uznání a úcty u stárnoucích lidí

Každý člověk má potřebu být uznávaný, respektovaný, a oceňovaný od okolního světa. Ne každý jedinec má zjednaný respekt a cítí se být na svém místě. Je důležité být začleněn do společnosti, být nezávislým a cítit respekt od ostatních lidí. U seniorů se v posledních letech často stává, že nemají respekt od mladších generací, které by se k nim měly chovat s určitou úctou a uznáním. V některých situacích to zachází až tak daleko, že jsou tyto nepřátelské postoje vůči stárnoucím lidem srovnávány s diskriminací až rasismem. Tento jev, kdy je stáří odmítáno a přehlíženo se nazývá ageismus (Haškovcová, 2010).

Ageismus se často projevuje například v prostředích městské dopravy, kdy mladá generace lidí nebere ohled na stárnoucí občany.

3.5 Potřeba seberealizace stárnoucích lidí

Potřeba seberealizace znamená potřebu naplňovat a realizovat své schopnosti. Člověk potřebuje nacházet uspokojení z toho, co dělá a vědět, že to dělá nejlépe, jak umí (Trachtová a kolektiv, 2006).

Tato potřeba může být u stárnoucích lidí naplňována především v rámci rodiny. Stárnoucí člověk chce být prospěšný své rodině a svým nejbližším, pomáhat jim a ochraňovat je. Do naplňování potřeb seberealizace můžeme zahrnout i některé aktivity, jako jsou například různé realizační cvičební programy či pořádání zájezdů pro seniory. Velmi často se setkáváme s aktivním sportem u seniorů. Jedná se zejména o vytrvalostní sporty jako běh nebo cyklistika.

4 Zdravotně sociální služby zaměřené na pomoc v péči o stárnoucího člověka

Cílem péče o blízkou osobu v domácím prostředí je obnovení a získání co nejvyšší možné úrovně soběstačnosti. Soběstačný člověk dokáže sám uspokojovat své denní potřeby a není závislý na pomoci druhé osoby. Pokud je stárnoucí jedinec hospitalizován v nemocničním zařízení, je hned při přijetí ohodnocen stupeň jeho soběstačnosti. Stupeň soběstačnosti hodnotíme prostřednictvím hodnotících škál, kterými jsou Barthelův test základních všedních činností a Test instrumentálních všedních činností (Nováková, 2011).

V obou těchto testech se hodnotí schopnost samostatného provedení určitých činností běžného života. V Barthelově testu základních všedních činností hodnotíme zvládání hygieny, oblékání, příjmu potravy, informace ohledně kontinence moči a stolice, zvládání použití WC, přesun z lůžka na židli, chůze po rovině a chůze po schodech. Tento test je informačním testem pro zdravotnický personál a vypovídá o tom, jak moc péče bude hospitalizovaný jedinec potřebovat. Maximální počet bodů, které může pacient v tomto testu získat je 100 bodů. 100-96 bodů vypovídá o úplné soběstačnosti pacienta, 95-65 bodů značí lehkou závislost na pomoci druhé osoby, 60-45 bodů značí závislost středního stupně a pokud pacient dosáhne pouze 40-0 bodů, vypovídá to o jeho vysoké závislosti na pomoci od druhé osoby (Klevetová, Dlabalová, 2008).

V testu instrumentálních všedních činností se hodnotí běžné aktivity, které by měl stárnoucí jedinec zvládat při pobytu v domácím prostředí. Je to zvládání telefonování, transportu, nakupování, domácích prací, vaření, prací kolem domu, užívání léků a zvládání zacházení s financemi. Maximální možný dosažený počet bodů je 100 bodů, který značí pacientovu nezávislost. Pokud pacient dosáhne 75 – 45 bodů, jedná se o částečnou závislost a pokud dosáhne pouze 40 – 0 bodů, je závislým na pomoci druhé osoby (Topinková, 2005).

Po propuštění pacienta do domácího prostředí si pečující už sami ohodnotí, zda péči o blízkou osobu zvládnou sami, nebo zda se obrátí na některou ze zdravotně sociálních služeb. Informace o možnostech využití sociálních služeb nám podle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách jsou povinni podat všichni poskytovatelé sociálních služeb. Mezi poskytovatele sociálních služeb patří například Ministerstvo

práce a sociálních věcí, obecní úřady s rozšířenou působností nebo okresní správy sociálního zabezpečení (Zákon č.108/2006 Sb. § 5).

Pokud chceme využít služeb sociální péče, můžeme se s dotazy obrátit přímo na sociálního pracovníka daného nemocničního oddělení, na kterém je pacient hospitalizován, nebo se můžeme dotazovat na konkrétní zdravotně sociální službě působící v místě bydliště nemocného. Celkovou poradenskou činnost ve zdravotně sociální péči poskytuje od roku 1994 Národní centrum domácí péče České republiky (NCDP ČR).

„Národní centrum domácí péče České republiky je dobrovolná, samosprávná, nepolitická, profesní, odborná a stavovská organizace s právní subjektivitou. Od doby svého vzniku v roce 1994, zajišťuje informační a poradenský servis v oboru komplexní - integrované zdravotní a sociální péče dle dokumentu Vlády ČR č.493/93“ (Národní centrum domácí péče České republiky, 2006).

4. 1 Zdravotní služby

Mezi nejčastěji využívanou zdravotní službu, která pomáhá pečovat o nemocné v jejich přirozeném domácím prostředí, je agentura domácí péče neboli tzv. home care. Domácí zdravotní péče je ukotvena v zákonu č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, § 22.

Agentury domácí péče nabízejí pomoc kvalifikovaných všeobecných sester, které mají v kompetencích hodnocení zdravotního stavu pacienta, odběry biologického materiálu, aplikace ordinované terapie, kterou podává kvalifikovaná zdravotní sestra parenterální cestou, aplikace inhalační terapie, převazy ran a mnoho dalších výkonů, ke kterým je všeobecná zdravotní sestra kompetentní a které vyžaduje péče o nemocného člověka. Jednotlivé výkony prováděné agenturami domácí péče jsou indikovány lékařem a hrazeny ze zdravotního pojištění. Zdravotní služby také zahrnují návštěvu lékařem přímo v domácím prostředí pacienta. Dále zdravotní služby zahrnují pobytové služby, mezi které patří například léčebny dlouhodobě nemocných nebo hospice (Andrysek, 2011).

4.2 Sociální služby

Častěji využívanými službami jsou služby sociální. Podle Malíkové 2011, se sociální služby dělí do tří okruhů podle druhu služeb a podle místa poskytování. Podle druhu služeb rozeznáváme sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dále rozlišujeme sociální služby podle místa poskytování. Člení se na terénní služby, kdy pečovatelé dojíždí do místa pacientova bydliště, ambulantní, kdy pacient dochází do určitého druhu zařízení a pobytové služby, kdy je pacient na nějaký čas hospitalizován. Služby sociální péče zahrnují pečovatelskou službu, osobní asistenci, odlehčovací službu, denní stacionáře, domovy pro seniory, chráněné bydlení. Sociální služby ve zdravotnictví se opírají o legislativní normu sociálních služeb, tj. Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Dále jsou sociální služby ukotveny ve Vyhlášce č. 505/2006 Sb., k provedení zákona o sociálních službách, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

4. 2. 1 Pečovatelská služba

Nejčastěji využívanou sociální službou je terénní pečovatelská služba. Tato služba se zaměřuje na pomoc při každodenních běžných úkonech. Tyto činnosti ustanovuje Vyhláška č. 391/2011 Sb., kterou se mění Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, která stanovuje minimální rozsah poskytovaných služeb terénní pečovatelskou službou (viz příloha č. 3). Mezi základní činnosti terénní pečovatelské služby patří:

- a) pomoc při péči o vlastní osobu
- b) pomoc při osobní hygieně
- c) dopomoc při stravování
- d) zajištění chodu domácnosti
- e) dopomoc při zprostředkování sociálního kontaktu

Dále si u pečovatelské služby můžeme objednat dovážku obědů, nákupy či úklid domácnosti. Všechny tyto činnosti jsou dále ve vyhlášce rozčleněny do podrobnějších úkonů. Vyhláška též obsahuje maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby (Vyhláška č. 391/2011 Sb.).

4. 2. 2 Osobní asistence

Jako další typ terénní ošetrovatelské péče můžeme uvést osobní asistenci, která je zaměřena nejen na seniory ale i na jedince se specifickými zdravotními postiženími. Osobní asistence je ustanovena vyhláškou č. 391/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, která stanovuje minimální rozsah poskytovaných služeb terénní pečovatelskou službou. Tato služba zajišťuje pomoc při běžných denních úkonech stárnoucího či postiženého člověka stejně jako pečovatelská služba. (viz příloha č. 4)

4. 2. 3 Odlehčovací služba

Odlehčovací služba je nedílnou součástí při péči o blízkou osobu v domácím prostředí. Vzhledem k tomu, jak je role pečujícího náročná na fyzické a především psychické síly, společnost pomohla těmto lidem rozvojem odlehčovacích služeb. V odbornějším pojetí se tato péče nazývá péčí respitní.

Odlehčovací služba je stanovena §10 vyhláškou č. 391/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, která stanovuje minimální rozsah poskytovaných služeb terénní pečovatelskou službou (viz příloha č. 5). Respitní péče je pro pečující důležitá v pomoci při čerpání nových sil k dalšímu každodennímu pečování. Ať už pečující potřebuje nabrat síly, nebo se vyléčit z vlastní nemoci. Tato služba má mnoho forem. Ať už jde o osobní asistenci, kdy si pečující odpočine v rozmezí několika hodin či o tzv. parciální hospitalizaci. Parciální hospitalizací rozumíme převzetí pečovaného specializovanou institucí na dohodnutý čas (Haškovcová, 2010).

5 Možnosti a využití kompenzačních pomůcek v péči o stárnoucího člověka

Kompenzační pomůcky patří mezi často využívané pomůcky v péči o nesoběstačného člověka v domácím prostředí. Ulehčují fyzicky náročnou péči a pomáhají pacientům alespoň z části udržet jejich smysluplný život. Proto je důležité, aby nejenom lidé, kteří pečují nebo budou pečovat o částečně nebo zcela imobilní osoby, ale i nesoběstačné osoby věděli, kde si kompenzační pomůcky mohou opatřit a kam se mohou obrátit. Kompenzační pomůcky jsou zdravotnickými prostředky, které je možno získat na lékařský předpis, nebo si je můžeme v případě potřeby zapůjčit od zdravotní pojišťovny. Pojišťovny nejčastěji zapůjčují invalidní vozíky nebo mechanické či elektrické polohovací postele. Zapůjčení zdravotnického prostředku je bezplatné a zapůjčuje se přímo v prodejnách zdravotnických prostředků. Doba zapůjčení pomůcky končí úmrtím nemocného nebo ukončením životnosti pomůcky. Ukončením životnosti vzniká nárok na předpis nového typu zdravotnického prostředku. Před návštěvou lékaře, který nám má předepsat zdravotnický prostředek je doporučeno, navštívit prodejnu se zdravotnickými pomůckami, a vybrat zde tu nejvhodnější, o které si pak zjistíme úhradu přes pojišťovnu. V této prodejně je také možné obdržet kód, podle kterého si můžeme zjistit, zda danou pomůcku může předepsat praktický lékař či pouze odborný lékař (Andrysek, 2011).

Zdravotnické prostředky se předepisují podle § 1 zákona č. 100/2012 Sb., o předepisování zdravotnických prostředků a o podmínkách zacházení s nimi. Podle tohoto zákona používá lékař pro předpisy zdravotnického prostředku poukazy nebo objednávky. Poukaz lékař využívá pro předepsání zdravotnického prostředku konkrétnímu pacientovi v ambulantní péči, objednávku lékař využívá pro předpis zdravotnických prostředků neurčitěmu okruhu pacientů. Podle § 5 zákona č. 100/2012 Sb., o předepisování zdravotnických prostředků a o podmínkách zacházení s nimi lze předepsaný poukaz uplatnit do 90 dnů od předepsání a objednávku do 1 roku (Zákon č. 100/2012 Sb., o předepisování zdravotnických prostředků a o podmínkách zacházení s nimi).

Většina kompenzačních pomůcek je hrazena buď v plné výši, nebo alespoň částečně zdravotní pojišťovnou. Pokud tomu tak není, je možné obrátit se na sociální odbor obce s rozšířenou působností s žádostí o příspěvek na pořízení zvláštní pomůcky.

Kompenzační pomůcky se dělí:

- a) podle kompenzujícího omezení. Patří sem pomůcky kompenzace při amputaci nebo ochrnutí jedné ruky, pomůcky rozšiřující rozsah pohybu horních končetin, pomůcky kompenzující sílu stisku ruky a pomůcky kompenzující nebezpečí pádu,
- b) podle toho, jakou základní denní činnost kompenzují a to hygienu, příjem potravy, oblékání, svlékání, komunikace, kuchyňské práce a udržování chodu domácnosti,
- c) podle způsobu výroby a distribuce. U tohoto kritéria je ideální, když je pomůcka levná a dá se levně pořídit. V tomto případě stačí stárnoucímu člověka pomůcku pouze doporučit. Nejhojnější jsou pomůcky, které se vyrábějí přímo pro jedince se specifickým postižením. Jelikož se tyto pomůcky vyrábějí nejčastěji v zahraničí, je jejich pořízení komplikovanější a nákladnější. Ve výběru těchto pomůcek je důležité si nejdříve vyzkoušet jejich používání. Teprve až stárnoucí člověk zjistí, že mu daná pomůcka opravdu vyhovuje, doporučí se k pravidelnému používání (Votava a kol, 2004).

Předepisování poukazu na kompenzační pomůcku probíhá pomocí Číselníku dané zdravotní pojišťovny, který udává čísla jednotlivých pomůcek, například podle nejčastěji používaného Číselníku VZP – ZP (dále jen Číselník). Pomůcky, které jsou v Číselníku uvedené, pojišťovna hradí. Na poukaz lze vždy předepsat pouze jednu zdravotnickou pomůcku, která má sedmimístný kód a je uvedena v Číselníku. Lékařem vyplněný poukaz musí obsahovat jméno a příjmení, číslo pojištěnce, jeho adresu, kód zdravotní pojišťovny a kód zdravotnické pomůcky, který je zaznamenán v Číselníku. Dále údaje o typu úhrady, diagnózu, podpis a razítko lékaře a datum, kdy byl poukaz předepsán. Také je nutné vyplněné prohlášení pojištěnce, které stvrzuje nárok na úhrady zdravotnické pomůcky veřejným zdravotním pojištěním. Pokud se má pacient podílet na úhradě zdravotnické pomůcky, je lékař předepisující poukaz, povinen mu to sdělit. Zdravotnické pomůcky, které si pacient sám žádá, nemusí být indikovány zdravotní potřebou. V tomto případě lékař na poukaz vyznačí hradí nemocný. Když uplyne doba použitelnosti zdravotnické pomůcky, nevzniká automatický nárok na předepsání další pomůcky, kterou pojišťovna uhradí. Vše závisí na lékaři a u technických pomůcek na servisní organizaci, která posoudí technický stav pomůcky (VZP ČR, 2012).

5.1 Pomůcky usnadňující pohyb

Pomůcky usnadňující pohyb pomáhají člověku se sníženou mobilitou či zcela imobilnímu člověku s pohybem ať už na lůžku tak v prostoru. Jsou to velice důležité pomůcky, které umožňují zachování soběstačnosti při určitých všedních výkonech. Pro lehce imobilního pacienta existují mobilizační pomůcky, kterými jsou hole, berle nebo chodítka. Tento typ pomůcek pomáhá udržovat stabilitu a jistotu při chůzi stárnoucího člověka, který má pocit, že již potřebuje při chůzi oporu. Pro zvýšenou stabilitu jsou to vícebodové opěrky, kdy jde o hůl, která se ve spodní části rozděluje do 4 nohou. Mezi nejstabilnější pomůcky pomáhající při chůzi však patří chodítka. Tvoří rám okolo osoby stojící uprostřed a opírající se dlaněmi obou rukou. Chodítka patří mezi nejvíce využívaného pomocníka při pohybu nemohoucího stárnoucího člověka. Tyto kompenzační pomůcky se předepisují podle výšky a fyzické síly jednotlivce. Pokud je chůze velmi obtížnou až nemožnou aktivitou, je tu možnost předepsání invalidního vozíku. Ten je běžně dostupný a lze ho předepsat každé osobě, která o něj má zájem. Invalidní vozík se dělí na mechanický a elektrický. Dále se dělí podle stupně postižení a fyzické síly (Votava a kol., 2004).

Chodítka a mechanické invalidní vozíky předepisuje smluvní lékař pojišťovny. Nárok na tyto dvě zdravotnické pomůcky má stárnoucí osoba maximálně jednou za pět let. Nedílnou součástí vyplněné poukázky o invalidní vozík je vyplnění šíře pacientova sedu (VZP ČR, 2012).

5.2 Pomůcky k udržení polohy

Mezi pomůcky, pomáhající udržet polohu pacienta patří polohovací lůžka. Polohovací lůžka jsou nedílnou součástí vybavení nemocnic, a pokud je to možné, každý hospitalizovaný pacient je na takové lůžko v nemocnici uložen. Polohovací lůžko může být buď s možností mechanického, nebo elektrického nastavování. Předpis podléhá schválení revizního lékaře a nárok na něj má pacient pouze jednou za deset let. Úhrada lůžka je vždy lékařem předepisovaná pouze v případě dlouhodobého ošetřování blízké osoby v domácím prostředí. Nárok na polohovací lůžko obou typů má pacient, který není schopný aktivního pohybu bez pomoci druhé osoby, nebo pokud je pacient vzhledem ke svému onemocnění trvale odkázán na lůžko (VZP ČR, 2012).

Mezi další pomůcky, které pomáhají udržet pacienta v poloze, ve které potřebujeme, jsou molitanové válce a bedničky. Bednička brání v sesouvání nemocného z polohy v polosedu. Molitanové válce mohou sloužit k udržení polohy na boku, kdy válec přiložíme za záda pacienta tak aby ho fixoval ve správné poloze. Do pomůcek k udržení polohy můžeme zahrnout též postranice, které brání pádu pacienta z lůžka. Postranice však omezují osobní svobodu pacienta a proto je důležité se před použitím domluvit s pacientem, zda s použitím souhlasí. Pokud pacient není schopen souhlasu, postranice přikládáme k lůžku z indikace lékaře. Vše se musí pečlivě dokumentovat (Votava a kol., 2004).

5.3 Pomůcky k prevenci dekubitů

Pomůckami k prevenci dekubitů rozumíme antidekubitní podložky, mezi které patří:

- a) antidekubitní podložka malá
- b) antidekubitní podložka velká
- c) antidekubitní podložka sedací
- d) antidekubitní podložní kolo
- e) antidekubitní matrace

Pacient má nárok pouze na jeden kus antidekubitární podložky jednou za tři roky (VZP ČR, 2012).

Nejúčinnější prevencí vzniku dekubitů je však polohování pacienta a udržování čistoty samotného lůžka.

5.4 Pomůcky při kognitivních poruchách

Jako nejčastější využívané kompenzační pomůcky nejen stárnoucích lidí můžeme uvést pomůcky kompenzující poruchy kognitivních funkcí, jako jsou poruchy sluchu či poruchy zraku. Mezi pomůcky kompenzující sluch patří sluchadla, která kompenzují sluch lidem, kteří trpí například nedoslýchavostí. Sluchadla přijímají zvuk, zesilují ho a upravují podle stupně sluchového postižení. Nedokážou však navrátit sluch tomu, kdo jej úplně ztratil. Společně se sluchadly existují další pomůcky kompenzující sluch,

mezi které patří pomůcky pro poslech televize, kdy nedoslýchavý pacient může poslouchat pomocí sluchátek nebo zesílené telefony. Kompenzačními pomůckami pomáhajícími pacientům s poruchami zraku jsou kompenzační optické pomůcky, kterými jsou nejčastěji dioptrické brýle. Záleží však na stupni postižení zraku. Zda jde o slabozrakost či o úplnou slepotu. Pokud je pacient nevidomý ani dioptrické brýle mu zrak nevrátí. Pro tyto pacienty existují jiné druhy kompenzujících pomůcek, jako jsou digitální čtecí zařízení, či Pražská tabulka pro psaní Braillova písma (Bendová, 2006).

5. 5 Příspěvky na péči

Příspěvkem na péči rozumíme finanční částku stanovenou zákonem, která je poskytována především osobám v nepříznivém zdravotním stavu nebo osobám závislým na pomoci jiné osoby při běžných denních činnostech, např. příjem potravy, osobní hygiena, oblékání a pohyb (Malíková, 2011).

Účelem příspěvku na péči je pomoci osobám, které jsou vzhledem ke své nepříznivé sociální situaci odkázané na pomoc druhých osob a na zajištění uspokojování potřeb prostřednictvím služeb sociální péče. O přiznání nároku na příspěvek na péči nutné nejdříve podat Žádost o příspěvek na péči, kterou po vyplnění odevzdáme na sociální odbor obce s rozšířenou působností, který následně i příspěvky jednou měsíčně vyplácí nebo na městský úřad. Společně s žádostí o přiznání příspěvku se musí odevzdat Oznámení o poskytovateli pomoci. Na tuto žádost se vyplňují informace ohledně pečující osoby. Pokud žadatel o příspěvek využívá sociálních služeb, je nutné to do Oznámení o poskytovateli pomoci zaznamenat. Po odevzdání vyplněných formulářů proběhne sociální průzkum v domácím prostředí nemocného, kdy sociální pracovník zhodnotí úkony, které je nebo není osoba žádající o příspěvek na péči schopna zvládnout. Po zhotovení sociálního šetření je věc předána k zhodnocení posudkovému lékaři (Andrysek, 2011).

Podle § 9 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, se při posuzování stupně závislosti hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:

- a) mobilita,
- b) orientace,

- c) komunikace,
- d) stravování,
- e) oblékání a obouvání,
- f) tělesná hygiena,
- g) výkon fyziologické potřeby,
- h) péče o zdraví,
- i) osobní aktivity,
- j) péče o domácnost

Pokud máme zhodnocené běžné úkony, které osoba je nebo není schopna zvládat je nám podle stejného zákona stanoveno, že:

„výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc

- a) 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),*
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),*
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),*
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).“*

(Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, § 11)

6 Péče o blízkou osobu v domácím prostředí

„Osoby blízké jsou dle občanského zákoníku otec, syn, vnuk, sourozenci, manžel nově i registrovaný partner, případně další osoby, které jsou v poměru rodinném nebo obdobném a to jen za podmínek stanovených v zákoně.“ (Vondráček, Wirthová, Pavlicová, 2011, s. 85)

Péči o osobu blízkou v domácím prostředí nejčastěji zajišťuje příslušná rodina stárnoucího. Ať už pečují sami, či jim v péči pomáhá některá ze zdravotně-sociálních služeb, rodinná péče je tradičním modelem péče o staré lidi. Náročnost se odráží od stupně soběstačnosti stárnoucí osoby.

Rodina je při péči o blízkou osobu zdrojem psychické podpory a smyslem boje se svou nemocí nebo poruchou. Při rozhodování ohledně domácí péče je důležité seskupení všech informací ohledně stavu osoby, která potřebuje zajistit pomoc. Pobyt nesoběstačné stárnoucí osoby v domácím prostředí má velký vliv na jeho psychiku (Andrysek, 2011).

6.1 Formy péče o stárnoucího člověka

Péče o nesoběstačné osoby prodělala postupem času mnoho změn. V dobách raného středověku se o nesoběstačné osoby staraly církevní instituce. V pozdějších dobách se zřizovali chudobince, starobince, klášterní a městské domy, ze kterých nakonec vznikaly domovy pro seniory. Okolo 12. století se na našem území objevovaly středověké špitály, které byly provozovány církevními řády. Tyto špitály byly spíše na sociální úrovni. Klasické nemocnice zaměřené více na oblast zdravotnickou začaly vznikat až v 17. století. Už od raného středověku však byla důležitou složkou v péči o nesoběstačnou osobu složka rodinná (Jarošová, 2007).

Vezmeme-li v potaz, že většina stárnoucích lidí má rodinu, se kterou je v kontaktu, tak nejčastější formou péče o blízké stárnoucí osoby je forma rodinné péče. Tato péče o staré lidi je

„opatrovnická nebo podpůrná pomoc nebo služba vykonána pro štěstí a blahobyt starých osob, které z důvodu chronické nebo duševní nemoci nebo nezpůsobilosti nemohou tyto činnosti sami vykonávat“ (Jeřábek a kolektiv, 2005, s. 10)

Zajištění zdraví a spokojenosti blízké stárnoucí osoby patří mezi prioritní snahy každé rodiny. V péči o blízkou osobu rodinným příslušníkem je obsaženo mnoho emocí a pout, které jsou důležitým aspektem pro stárnoucí osobu. Důležitými předpoklady

pro rodinnou péči jsou: chtít se postarat, mít možnost se postarat a umět se postarat. Tato péče nejčastěji začíná po propuštění do domácího ošetření, kdy se o sebe nedokáže stárnoucí osoba plně postarat. V takové situaci se rodina často rozhoduje o tom, jak potřebnou péči stárnoucí osobě zajistit. Zda bude stačit jejich rodinná péče, nebo budou muset do pomoci zapojit mimo jiné i zdravotní či sociální instituce. V rodinné péči je bezprostředně výhodnou složkou emocionální péče. Pokud je stárnoucí osoba hospitalizována v některých z institucí, tak tato emocionální složka není tak silná. Rodina se však snaží emocionálně a duševně podpořit alespoň častými návštěvami, což nelze vzhledem k chodu a zabezpečení instituce poskytnout na 24 hodin denně (Jeřábek a kolektiv, 2005).

Vedle rodinné péče existují péče terénní, kdy je péče poskytována od sociálních nebo zdravotních služeb v domácím prostředí pacienta. Ambulantní péče, kdy pacient dochází do potřebných zařízení sám podle potřeby a pobytové služby, kdy pacient pobývá na určitou dobu v některých ze sociálních zařízení. Mezi Pobytové služby patří například Domovy pro seniory (Malíková, 2011).

6.2 Kritické momenty v péči o osobu blízkou v domácím prostředí

Mezi časté a často diskutované kritické momenty v péči o stárnoucí blízkou osobu patří osamělost pečujících. Můžeme je brát jako důsledky dlouhodobé péče. Pro ženy, které jsou nejčastějšími pečovatelkami, je to nepřiměřeně fyzicky náročná práce, které spočívá v každodenním zvedání, otáčení a přenášení. Výrazné bývají i psychické poruchy, které jsou způsobeny stresem a psychickým vyčerpáváním. Ženy často pracují bez přestávek, oddechu, bez chvilky volna a bez dovolené.

Do kritických momentů péče můžeme zahrnout i nedostatečnou připravenost sociálních služeb v pomoci při dlouhodobé péči v domácím prostředí. Jejich práce spočívá v donášce jídla, úklidu a ošetrovatelskou zdravotní péči mají poskytnutou v nemocnicích. V kritických momentech jako je zvednout nemohoucího blízkého, nakrmit ho, utěšit, to doposud v kompetencích těchto služeb bohužel nenajdeme. Je zřejmé, že výjimky existují, ale ty bohužel spočívají v práci dobrovolníků. Další kritický moment je vyčerpání a nezvládání péče o stárnoucí osobu. Tyto lidé se dostávají do situace, kdy začínají bolestivě přemýšlet nad institucionální péčí jako je třeba domov důchodců. Problematické je to v tom, že se nejedná o krátkodobý

pobyt mimo domov, jako to například bývá při hospitalizaci do nemocničního zařízení. V tuto chvíli jde o odevzdání péče do rukou odborných pracovníků, kde stárnoucí osoba bude dlouhodobě pobývat a žít. Celé je to doprovázeno pocity viny, výčitkami a duševním rozpoložením rodiny obviňující se z nezvládnuté péče (Jeřábek a kolektiv, 2005).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

7 Cíle práce, hypotézy

Cíl 1: Zjistit, jaké zdroje informací respondenti pečující o blízkou osobu v domácím prostředí využívají.

Hypotéza 1 – 70% respondentů využívá jako prvotní zdroj informací sociální pracovníky.

Hypotéza 2 – 75% respondentů dostává prvotní ucelené informace od všeobecných sester při propuštění do domácího ošetření.

Cíl 2: Zjistit, jaké kompenzační pomůcky v péči o blízkou stárnoucí osobu v domácím prostředí pečující využívají.

Hypotéza 3 – 60% respondentů využívá v péči o blízkou stárnoucí osobu pomůcky k usnadnění pohybu.

Hypotéza 4 – 80% respondentů zná možnosti hrazení kompenzačních pomůcek od VZP.

Cíl 3: Zjistit, zda pečující znají nabídky zdravotně sociálních služeb, které by jim mohli pomoci.

Hypotéza 5 – 77% respondentů zná nabídky zdravotně sociálních služeb.

7.1 Metodika výzkumu

Rozdání dotazníků předcházelo provedení pilotní studie. Důvodem bylo ověření schopností respondentů vyplnit dané otázky a pomoc při sestavení a podložení procentuálních hypotéz. V bakalářské práci je využívána metoda kvantitativního výzkumu. Vzhledem ke zkoumanému vzorku respondentů byl na základě pilotní studie sestaven dotazník. Respondenty výzkumného šetření jsou pečující o stárnoucí blízkou osobu v domácím prostředí, kterým bylo rozdáno 50 dotazníků k výzkumu, který probíhal od prosince do ledna roku 2014. Dotazník obsahuje celkem 21 polootevřených a uzavřených otázek. Úvodní část dotazníku se zabývá seznámením respondentů s jeho účelem. Další část dotazníku zkoumá údaje o stavu osoby blízké

vyžadující pomoc, vztah pečujících s blízkou osobou a jejich zkušenosti a informovanost. Dále zjišťujeme informace o pečujících, jejichž blízká osoba byla před potřebnou péčí hospitalizována v nemocničním zařízení. Poslední část je pak zaměřena na zdravotně sociální služby a využívání kompenzačních pomůcek. Jelikož zkoumaným vzorkem jsou lidé pečující o osobu blízkou v domácím prostředí, byla pro realizaci výzkumu oslovena Odlehčovací služba Vrchlabí, Oblastní charita Trutnov (terénní péče) a terénní péče Vrchlabí. Díky absolvované praxi v každém z těchto zařízení, byla navázána dobrá spolupráce se zdravotnickými pracovníky, kteří se aktivně zapojili při rozdávání dotazníků jejich klientům.

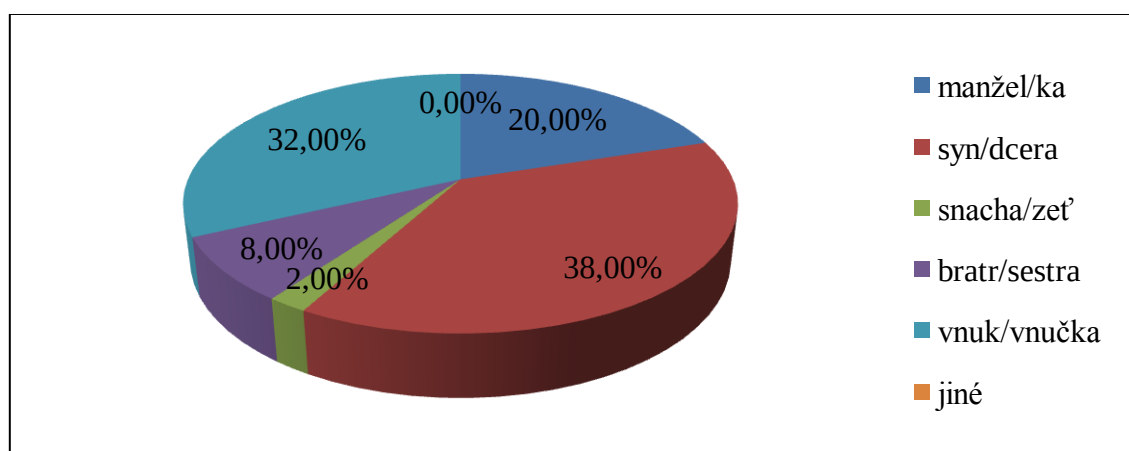
8 Analýza dotazníkového šetření

Výsledky dotazníkového šetření jsou v této části zpracovány do grafů a tabulek. U některých otázek respondenti mohli označit více odpovědí, což je předem u otázky zadané v požadavcích k vyplnění.

Otázka č. 1 - V jaké vztahu jste s blízkou osobou vyžadující péči?:

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Manžel/ka	10	20
Syn/dcera	19	38
Snacha/zeť	1	2
Bratr/sestra	4	8
Vnuk/vnučka	16	32
Jiné – doplňte	0	0
Celkem	50	100

Z tabulky vyplývá, že největší zastoupení mezi respondenty, 19 (38,0 %), mají synové a dcery. 16 (32,0 %) respondentů je pak mezi vnuky a vnučkami, 10 (20,0 %) respondentů je s blízkou osobou ve vztahu manželském. 4 (8,0 %) respondenti odpověděli bratr/sestra, 1 (2,0 %) respondent odpověděl snacha/zeť a nikdo nezvolil možnost jiné.

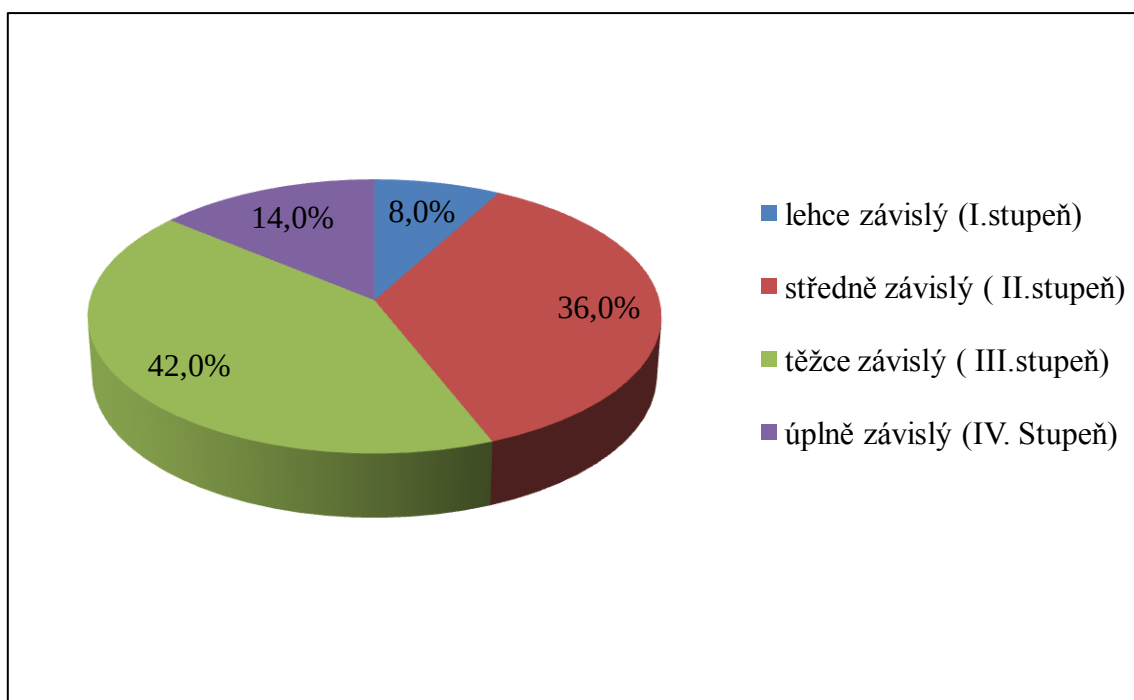


Graf 1: Vztah s osobu vyžadující péči

Otázka č. 2 – Jaký je stupeň závislosti blízké osoby vyžadující Vaši péči?

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Lehce závislý (I. stupeň)	4	8
Středně těžce závislý (II. stupeň)	18	36
Těžce závislý (III. stupeň)	21	42
Úplně závislý (IV. stupeň)	7	14
Celkem	50	100

Z tabulky vyplývá, že nejpočetnější odpovědí, 21 (42,0 %), bylo těžce závislý (III. stupeň). 18 (36,0 %) respondentů odpovědělo středně těžce závislý (II. stupeň), 7 (14,0 %) odpovědělo úplně závislý (IV. stupeň) a 4 (8,0 %) respondenti vybrali odpověď lehce závislý (I. stupeň).

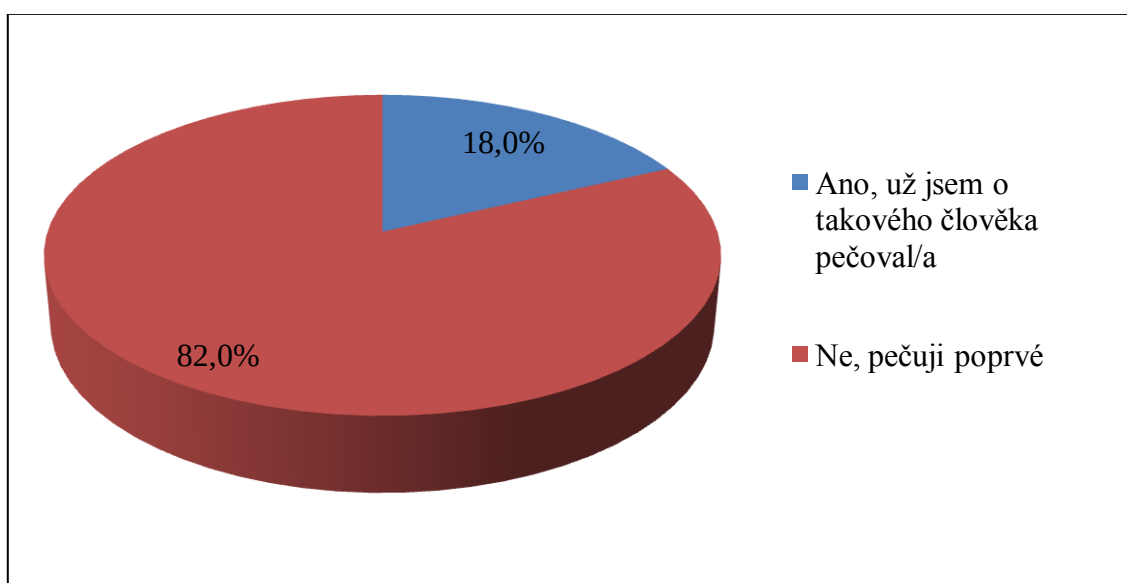


Graf 2: Stupeň závislosti blízké osoby vyžadující péči

Otázka č. 3: Měl/a jste již zkušenosti s péčí o stárnoucího člověka, než jste začal/a pečovat?

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, už jsem o takového člověka pečovala	9	18
Ne, pečuji poprvé	41	82
Celkem	50	100

Z tabulky vyplývá, že předchozí zkušenosti s péčí má 9 (18,0 %) respondentů a poprvé pečuje 41 (82,0 %) respondentů.

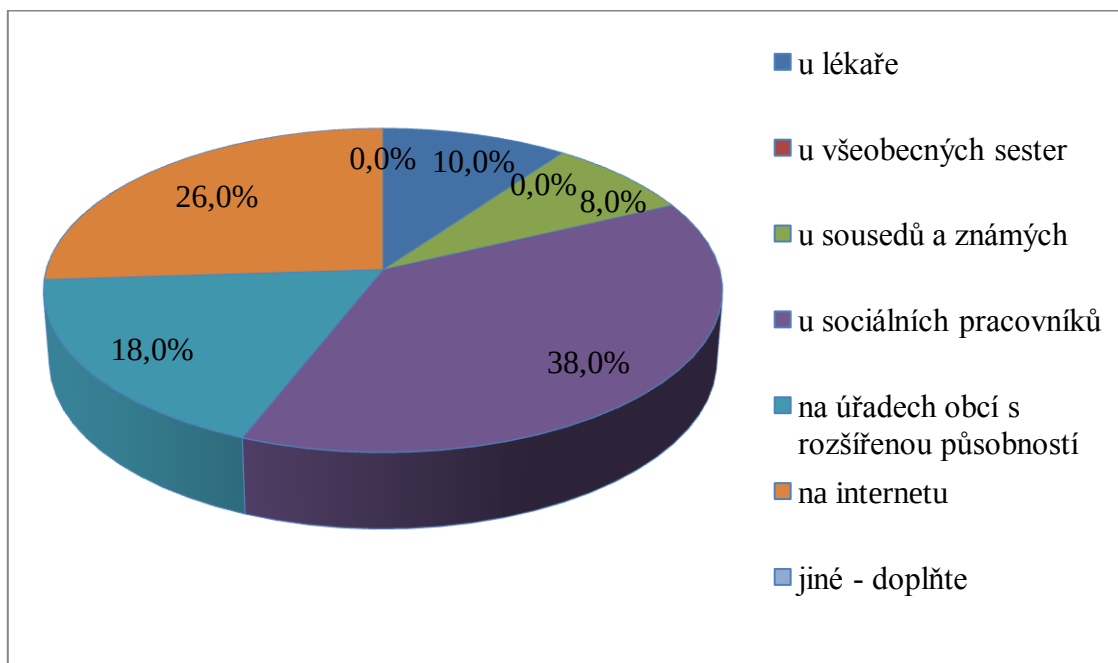


Graf 3: Předchozí zkušenost s péčí

Otázka č. 4: Kde hledáte potřebné informace, které by Vám usnadnily Vaši péči?

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
U lékaře	5	10,0
U všeobecných sester	0	0,0
U sousedů a známých	4	8,0
U sociálních pracovníků	19	38,0
Na úřadech obcí s rozšířenou působností	9	18,0
Na internetu	13	26,0
Jiné – doplňte	0	0,0
Celkem	50	100,0

Z tabulky vyplývá, že největší počet respondentů, 19 (38,0 %), hledá informace u sociálních pracovníků, 13 (26,0 %) respondentů na internetu, 9 (18,0 %) na úřadech obcí s rozšířenou působností, 5 (10,0 %) u lékaře a 4 (8,0 %) respondenti hledají informace u sousedů a známých. Nikdo z nich pak nezvolil možnost jiné.

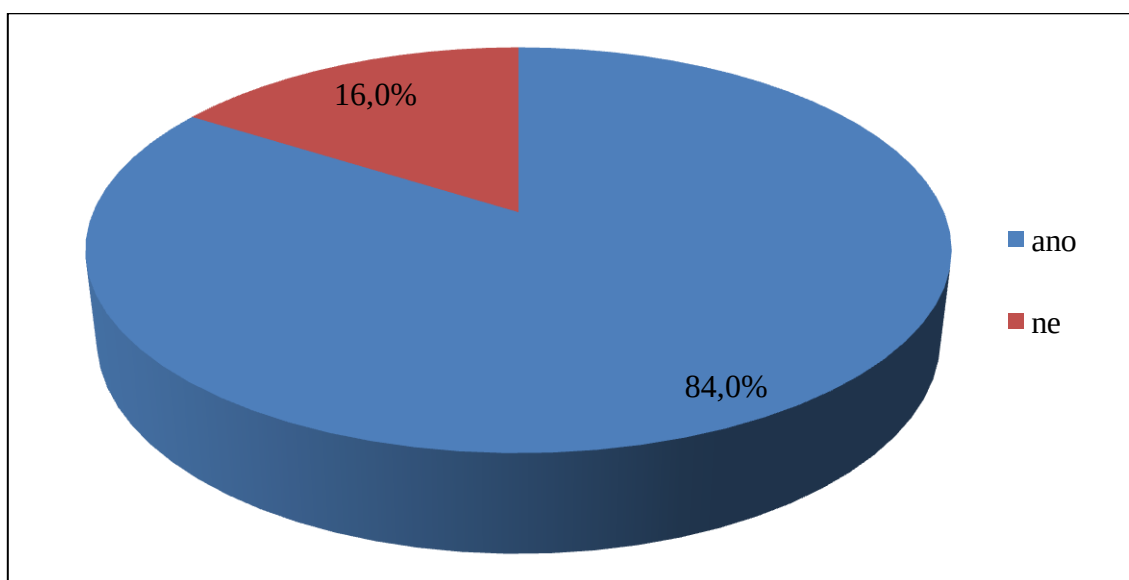


Graf 4: Kde hledáte potřebné informace

Otázka č. 5: Byla pečovaná osoba před potřebnou péčí hospitalizovaná v nemocničním zařízení?

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	42	84,0
Ne	8	16,0
Celkem	50	100,0

Z tabulky vyplývá, že 42 (84,0 %) blízkých osob vyžadujících péči bylo před potřebnou péčí hospitalizováno v nemocničním zařízení a 8 (16,0 %) hospitalizováno nebylo.



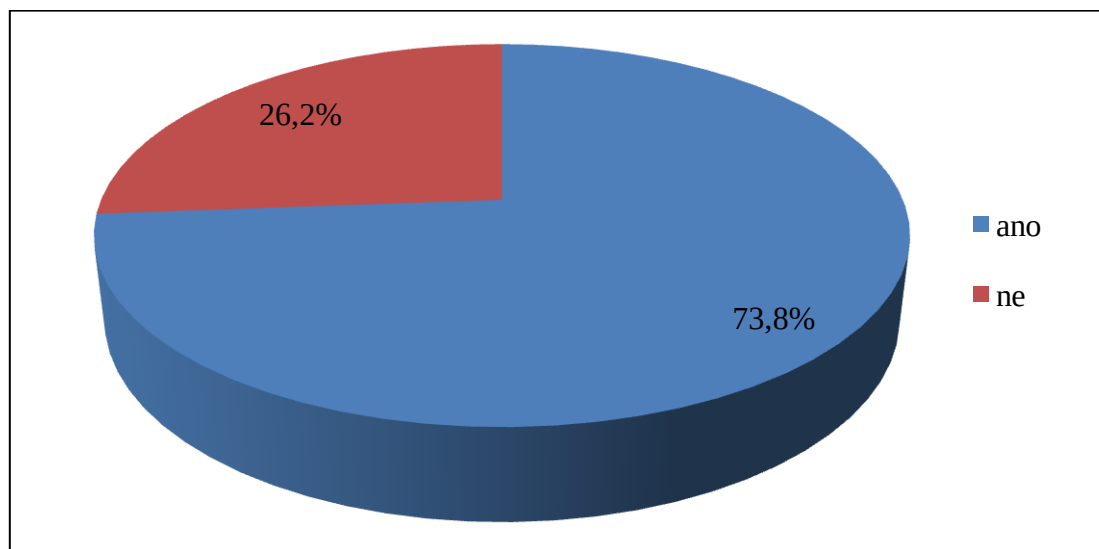
Graf 5: Hospitalizace před potřebnou péčí

Otázka číslo 6: Byli jste při propuštění blízké osoby do domácího prostředí seznámeni s možnostmi využití zdravotně sociálních služeb?

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	31	73,8
Ne	11	26,2
Celkem	42	100,0

Na tuto otázku odpovídalo 42 respondentů pečujících o blízkou osobu, která byla před potřebnou péčí hospitalizovaná v nemocničním zařízení.

Z nich 31 (73,8 %) bylo při propouštění blízké osoby do domácího prostředí seznámeno s možnostmi využití zdravotně sociálních služeb a 11 (26,2 %) respondentů s těmito informacemi seznámeno nebylo.



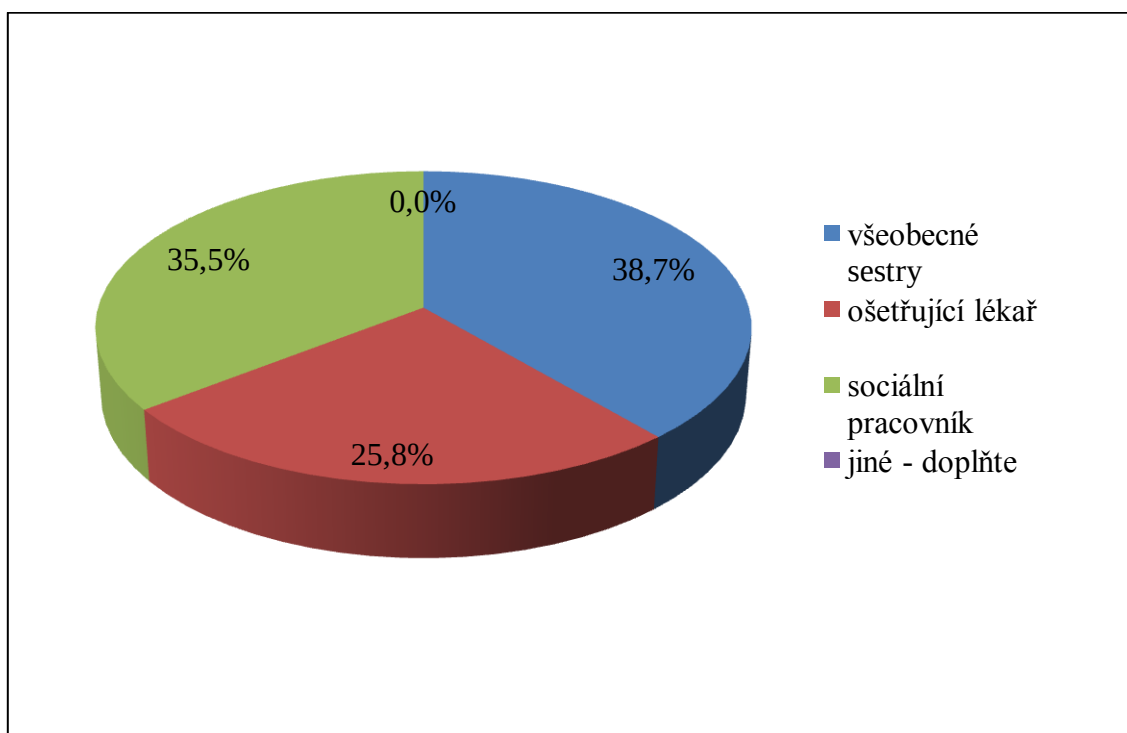
Graf 6: Seznámení s možnostmi využití zdravotně sociálních služeb

Otázka č. 7: Kdo Vás s těmito informacemi prvotně seznámil?

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Všeobecná sestra	12	38,7
Ošetřující lékař	8	25,8
Sociální pracovník	11	35,5
Jiné – doplňte	0	0,0
Celkem	31	100,0

Na tuto otázku odpovídalo 31 respondentů, kteří v předchozí otázce ohledně seznámení se při propouštění blízké osoby do domácího prostředí s možnostmi zdravotně sociálních služeb odpověděli možností ANO.

12 (38,7 %) respondentů s možností využití zdravotně sociálních služeb prvotně seznámily všeobecné sestry. 11 (35,5 %) sociální pracovníci, 8 (25,8 %) respondentů ošetřující lékaři a nikdo z respondentů nezvolil možnost jiné.



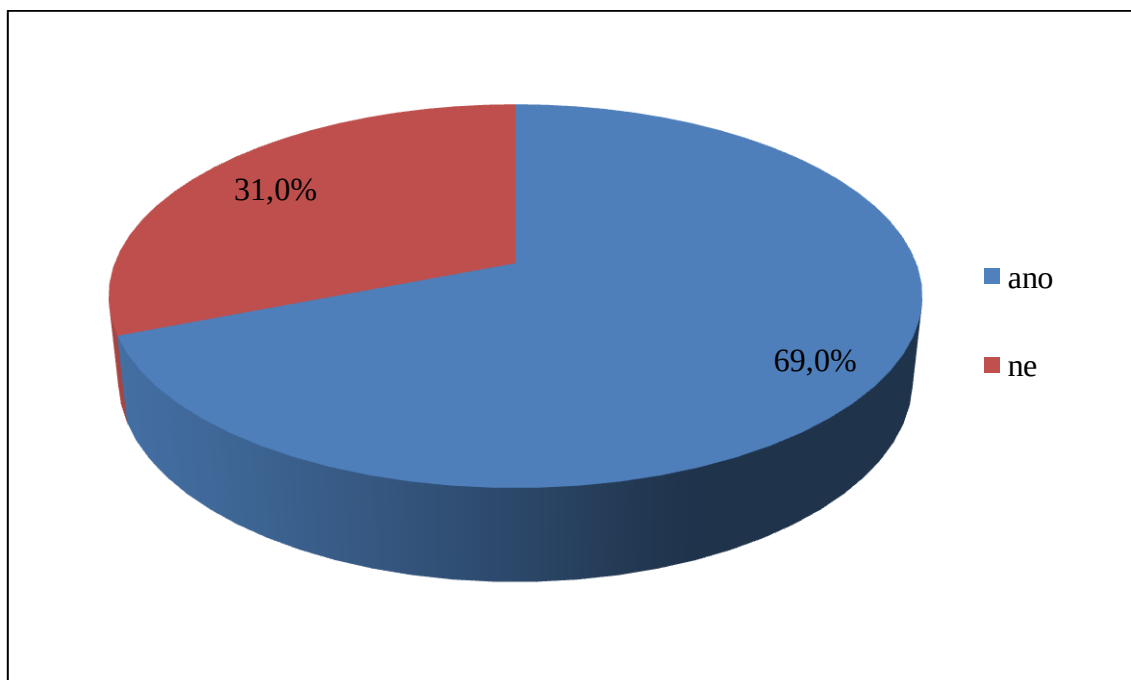
Graf 7: Kdo seznámil respondenty s možností využití zdravotně sociálních služeb

Otázka č. 8: Byli jste při propuštění z nemocnice seznámeni s možnostmi využití kompenzačních pomůcek?

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	29	69,0
Ne	13	31,0
Celkem	42	100,0

Na tuto otázku odpovídalo 42 respondentů pečujících o blízkou osobu, která byla před potřebnou péčí hospitalizovaná v nemocničním zařízení.

Z nich 29 (69,0 %) bylo při propouštění blízké osoby do domácího prostředí seznámeno s možnostmi využití kompenzačních pomůcek a 13 (31,0 %) respondentů s těmito informacemi seznámeno nebylo.



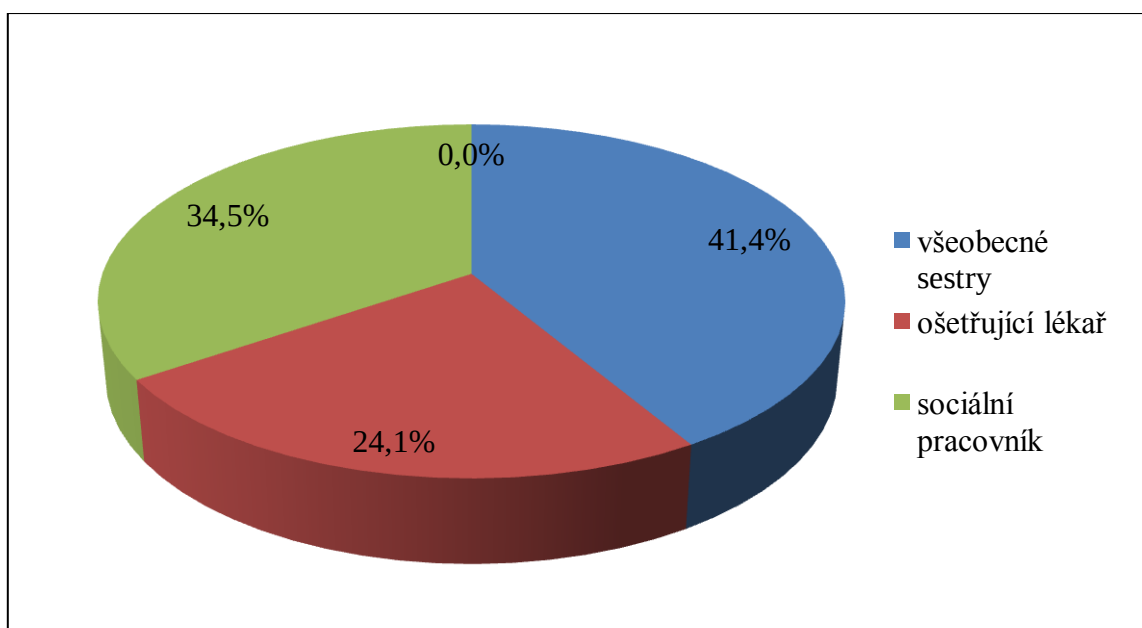
Graf 8: Seznámení s možnostmi využití kompenzačních pomůcek

Otázka č. 9: Kdo Vás s těmito možnostmi prvotně seznámil?

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Všeobecná sestra	12	41,4
Ošetřující lékař	7	24,1
Sociální pracovník	10	34,5
Jiné – doplňte	0	0,0
Celkem	29	100,0

Na tuto otázku odpovídalo 29 respondentů, kteří v předchozí otázce ohledně seznámení se při propouštění blízké osoby do domácího prostředí s možnostmi využití kompenzačních pomůcek odpověděli možností ANO.

12 (41,4 %) respondentů s možností využití kompenzačních pomůcek prvotně seznámily všeobecné sestry. 10 (34,5 %) sociální pracovníci, 7 (24,1 %) respondentů ošetřující lékaři a nikdo z respondentů nezvolil možnost jiné.

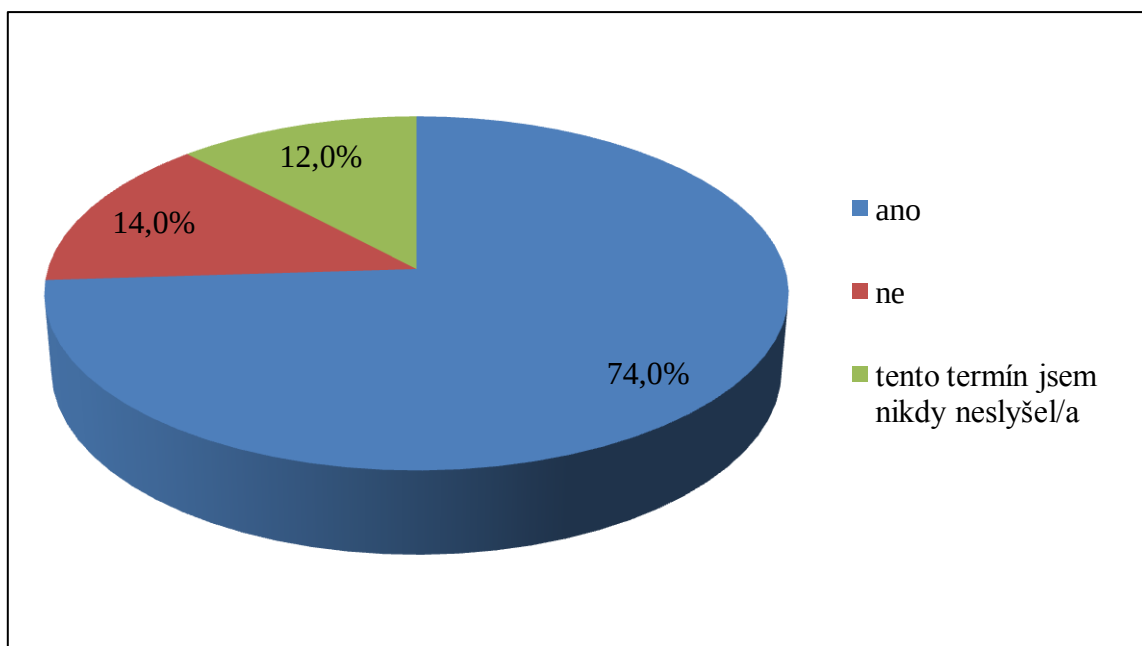


Graf 9: Kdo seznámil respondenty s možnostmi využití kompenzačních pomůcek

Otázka č. 10: Pobíráte příspěvek na péči?

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	37	74,0
Ne	7	14,0
Tento termín jsem nikdy neslyšel/a	6	12,0
Celkem	50	100,0

Z tabulky vyplývá, že příspěvek na péči pobírá 37 (74 %) respondentů. 7 (14 %) respondentů příspěvek na péči nepobírá a 6 (12 %) respondentů tento termín nikdy neslyšelo.

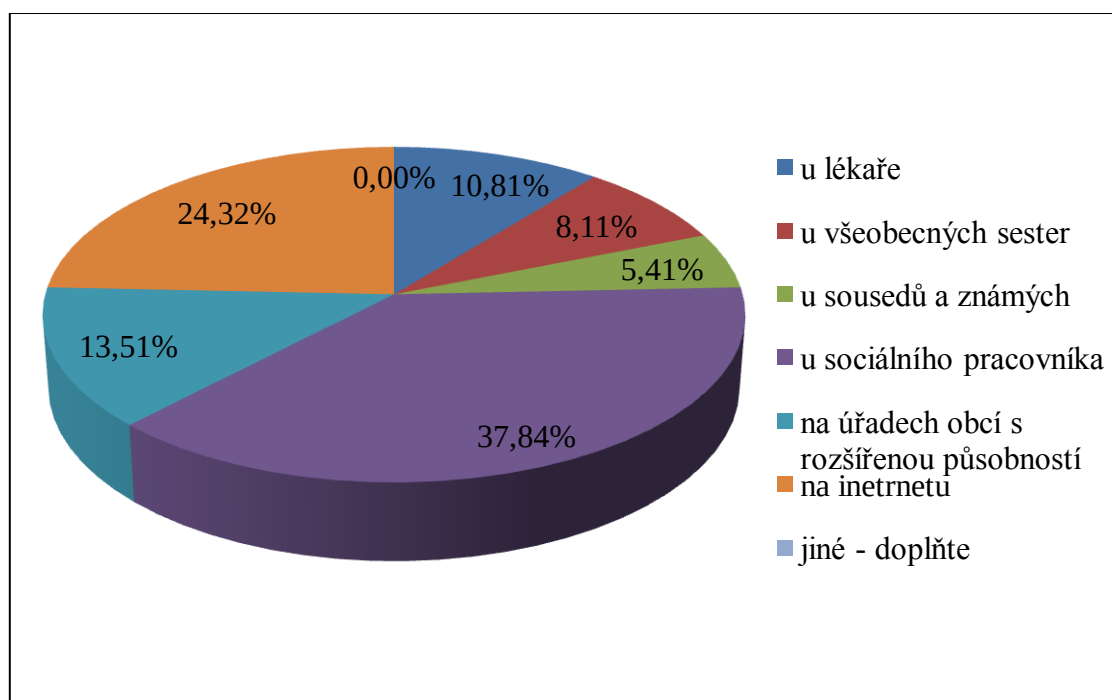


Graf 10: Pobírání příspěvku na péči

Otázka č. 11: Kde jste se o příspěvku na péči dozvěděl/a?

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
U lékaře	4	10,81
U všeobecných sester	3	8,11
U sousedů a známých	2	5,41
U sociálních pracovníků	14	37,84
Na úřadech obcí s rozšířenou působností	5	13,51
Na internetu	9	24,32
Jiné – doplňte	0	0,00
Celkem	37	100,00

Na tuto otázku odpovídalo 37 respondentů, kteří pobírají příspěvek na péči. Z nich se 14 (37,84 %) respondentů o příspěvku na péči dozvědělo od sociálních pracovníků, 9 (24,32 %) na internetu, 4 (10,81 %) respondenti u lékaře, 3 (8,11 %) u všeobecných sester, 2 (5,41 %) respondenti u sousedů a známých a nikdo z nich nezvolil odpověď jiné.

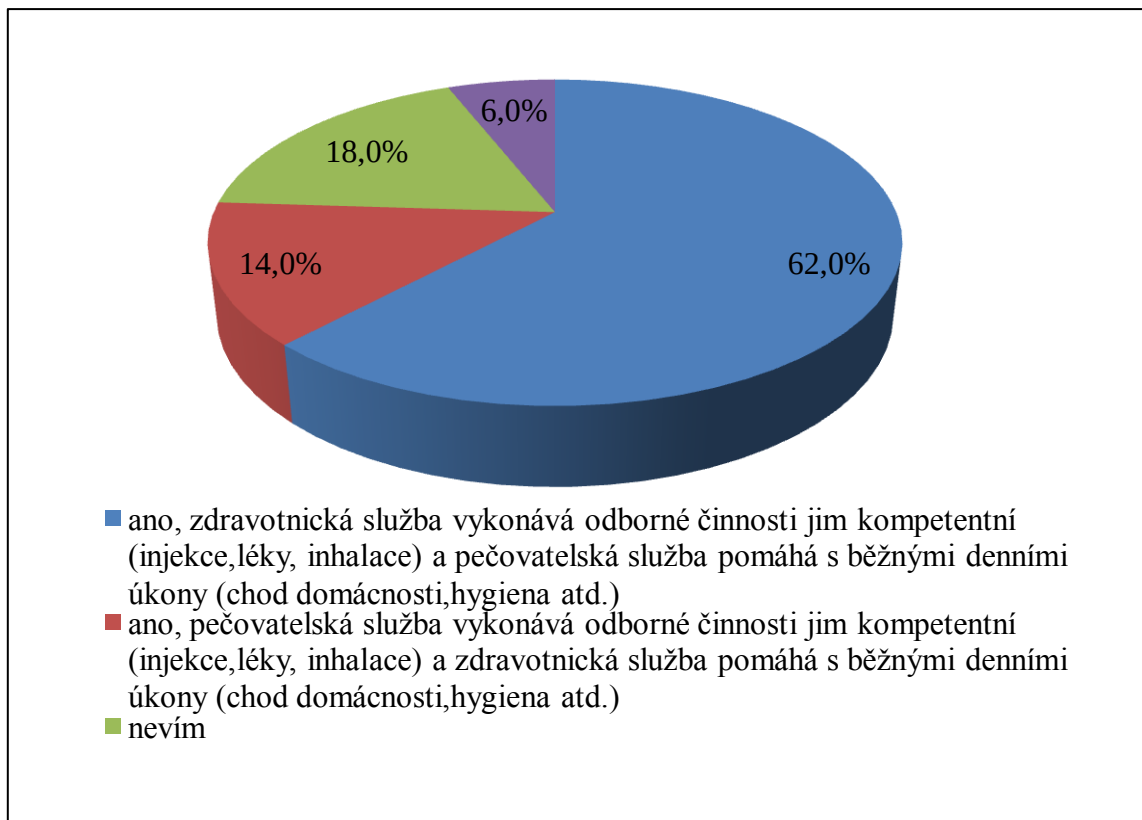


Graf 11: Kdo informoval respondenty o příspěvku na péči

Otázka č. 12: Víte, jaký je rozdíl mezi zdravotnickou a sociální terénní službou?

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, zdravotnická služba vykonává odborné činnosti jim kompetentní (injekce, léky, inhalace) a pečovatelská služba pomáhá s běžnými denními úkony (chod domácnosti, hygiena atd.)	31	62,0
Ano, pečovatelská služba vykonává odborné činnosti jim kompetentní (injekce, léky, inhalace) a zdravotnická služba pomáhá s běžnými denními úkony (chod domácnosti, hygiena atd.)	7	14,0
Nevím	9	18,0
Žádný	3	6,0
Celkem	50	100,0

Z tabulky vyplývá, že 31 (62,0 %) respondentů zná rozdíl mezi zdravotnickou a sociální terénní službou, jelikož zvolili správnou odpověď. 9 (18,0 %) respondentů odpovědělo nevím, 7 (14,0 %) respondentů odpovědělo špatně a 3 (6,0 %) respondenti si myslí, že mezi zdravotnickou a terénní sociální službou není žádný rozdíl.

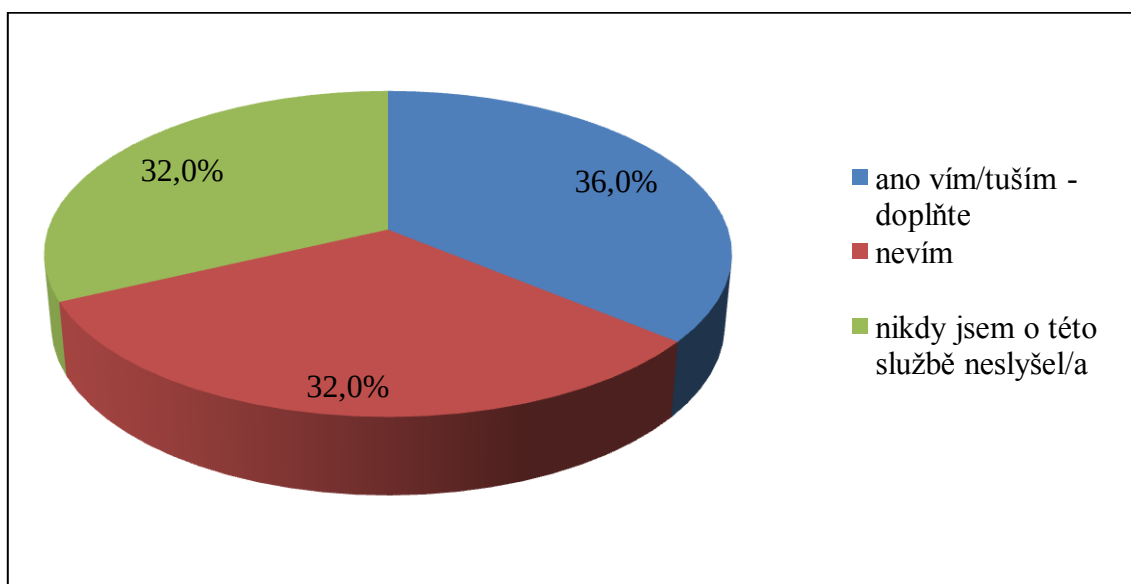


Graf 12: Znalost rozdílnosti zdravotní a sociální terénní služby

Otázka č. 13: Víte, co nabízí respitní (odlehčovací) služba?

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, vím/tuším - doplňte	18	36,0
Nevím	16	32,0
Nikdy jsem o této službě neslyšel/a	16	32,0
Celkem	50	100,0

Z tabulky vyplývá, že 18 (36,0 %) respondentů ví, nebo tuší, co nabízí respitní služba. Tato otázka byla polootevřená a všichni respondenti zde doplnili správnou odpověď shrnutou jako – odpočinek pro pečující dočasným převzetím péče zdravotními či sociálními pracovníky. 16 (32,0 %) respondentů pak o této službě nikdy neslyšelo a 16 (32,0 %) respondentů zvolilo možnost nevím.

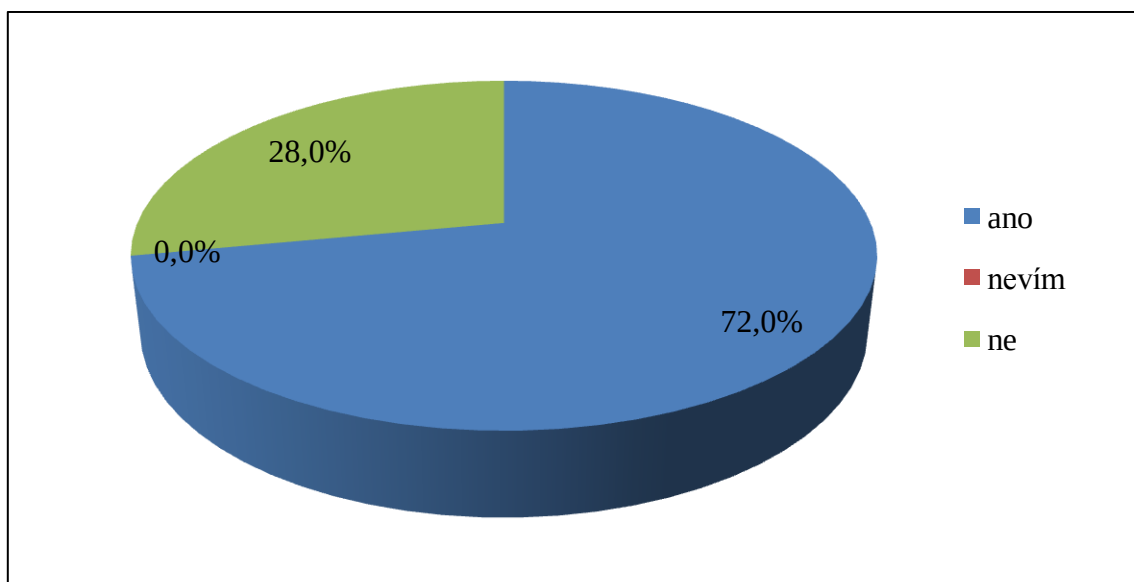


Graf 13: Znalost respitní (odlehčovací) služby

Otázka č. 14: Máte při péči o blízkou osobu k dispozici pomůcky usnadňující pohyb?

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	36	72
Nevím	0	0
Ne	14	28
Celkem	50	100

Z tabulky vyplývá, že 36 (72,0 %) respondentů má při péči o blízkou osobu k dispozici pomůcky usnadňující pohyb, 14 (28,0 %) respondentů je k dispozici nemá a možnost nevím nezvolil nikdo.

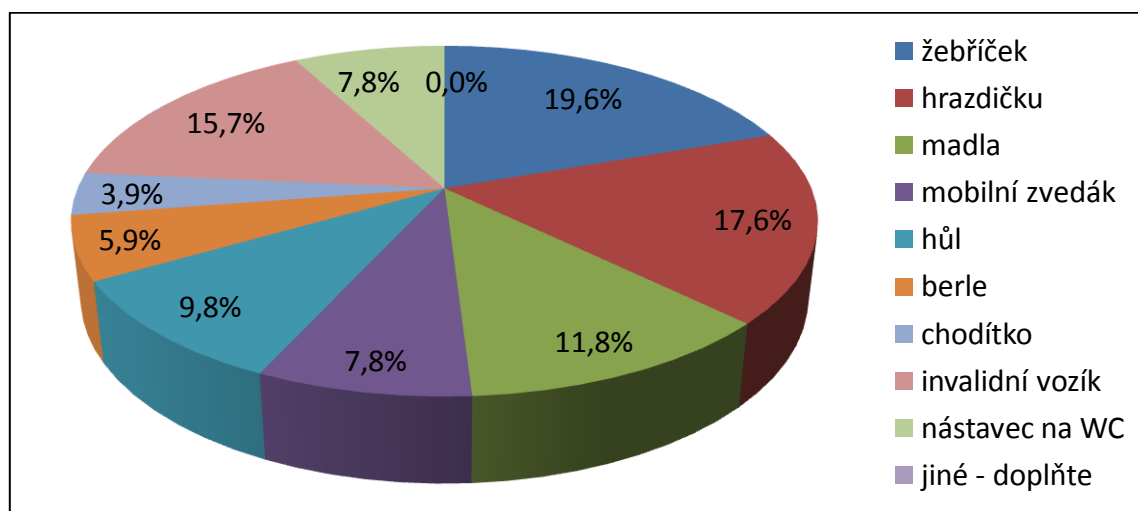


Graf 14: Využívání pomůcek k usnadnění pohybu

Otázka č. 15: V případě, že jste na předchozí otázku odpověděl možností ANO, vyberte z následujících možností, jaké pomůcky usnadňující pohyb při péči používáte (zde můžete uvést i více možných odpovědí)

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žebříček	10	19,6
Hrazdička	9	17,6
Madla	6	11,8
Mobilní zvedák	4	7,8
Hůl	5	9,8
Berle	3	5,9
Chodítka	2	3,9
Invalidní vozík	8	15,7
Nástavec na WC	4	7,8
Jiné - doplňte	0	0,0
Celkem	51	100,0

Z tabulky vyplývá, že 10 (19,6 %) respondentů využívá při péči o blízkou osobu žebříček, 9 (17,6 %) hrazdičky, 8 (15,7 %) využívá invalidní vozík, 6 (11,8 %) respondentů využívá madla, 5 (9,8 %) hůl, 4 (7,8 %) mobilní zvedák, 4 (7,8 %) respondenti využívají nástavec na wc, 3 (5,9 %) berle, 2 (3,9 %) chodítka a nikdo z respondentů nevyužil možnosti jiné.

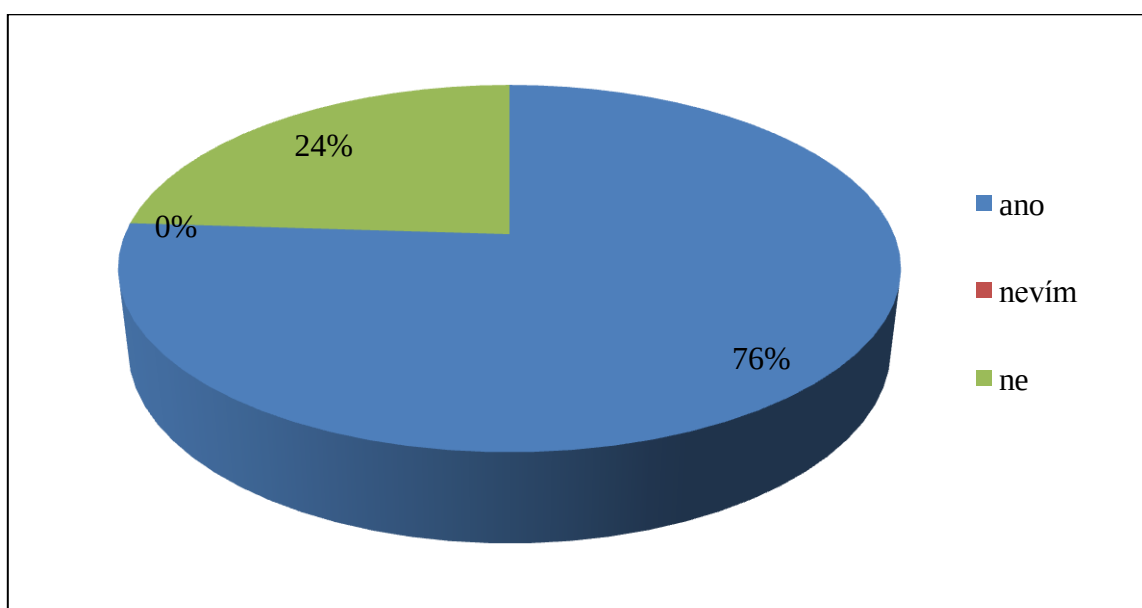


Graf 15: Nejčastěji využívané pomůcky usnadňující pohyb

Otázka č 16: Máte při péči o blízkou osobu v domácím prostředí k dispozici pomůcky k udržení polohy?

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	38	76
Nevím	0	0
Ne	12	24
Celkem	50	100

Z tabulky vyplývá, že 38 (76,0 %) respondentů má při péči o blízkou osobu k dispozici pomůcky k udržení polohy, 12 (24,0 %) respondentů je k dispozici nemá a možnost nevím nezvolil nikdo.

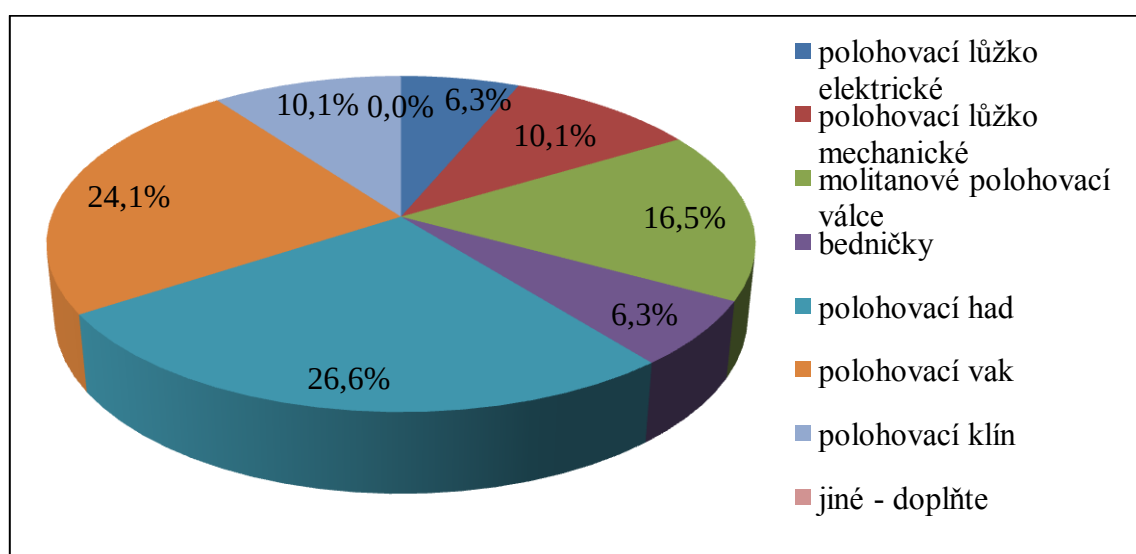


Graf 16: Využívání pomůcek k udržení polohy

Otázka č. 17: V případě, že jste na předchozí otázku odpověděli ANO, vyberte z následujících možností, jaké pomůcky k udržení polohy při péči používáte (zde můžete uvést i více možných odpovědí)

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Polohovací lůžko elektrické	5	6,3
Polohovací lůžko mechanické	8	10,1
Molitanové polohovací válce	13	16,5
Bedničky	5	6,3
Polohovací had	21	26,6
Polohovací vak	19	24,1
Polohovací klín	8	10,1
Jiné – doplňte	0	0,0
Celkem	79	100,0

Z tabulky vyplývá že, 21 (26,6 %) respondentů využívá při péči o blízkou osobu polohovacího hada, 19 (24,1 %) polohovací vak, 13 (16,5 %) respondentů využívá molitanový polohovací válec, 8 (10,1 %) polohovací lůžko mechanické, 8 (10,1 %) polohovací klín, 5 (6,3 %) respondentů využívá polohovací lůžko elektrické, 5 (6,3 %) bedničky a nikdo z nich nevyužil možnosti jiné.

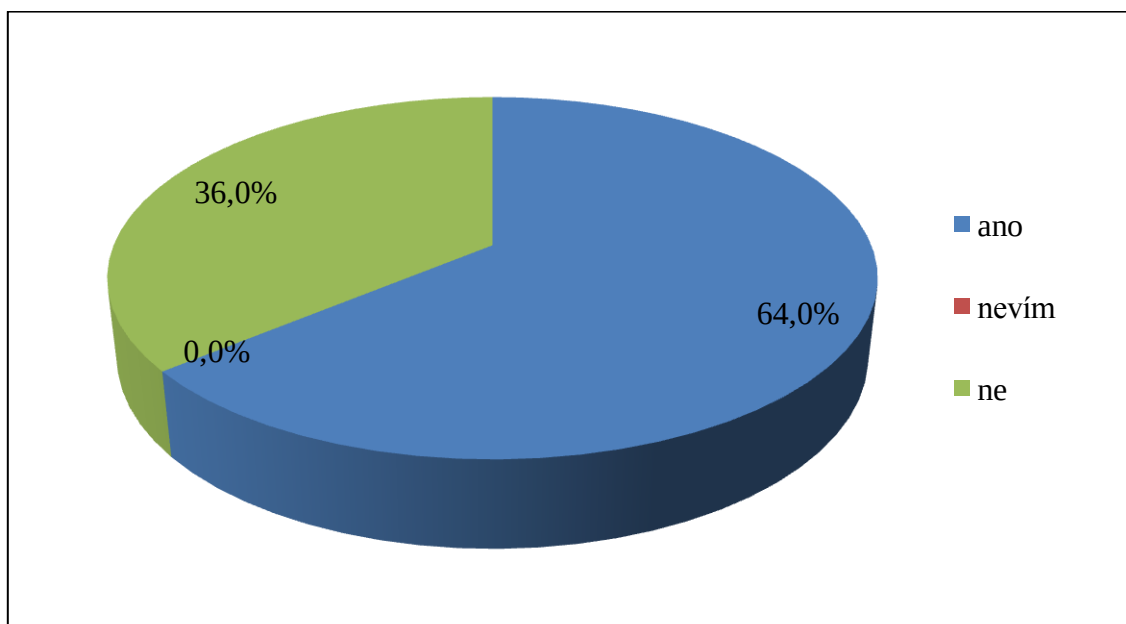


Graf 17: Využívané pomůcky k udržení polohy

Otázka č. 18: Máte při péči o blízkou osobu v domácím prostředí k dispozici pomůcky k prevenci dekubitů?

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	32	64
Nevím	0	0
Ne	18	36
Celkem	50	100

Z tabulky vyplývá, že 32 (64,0 %) respondentů má při péči o blízkou osobu k dispozici pomůcky k prevenci dekubitů, 18 (36,0 %) respondentů je k dispozici nemá. Možnost nevím nezvolil nikdo.

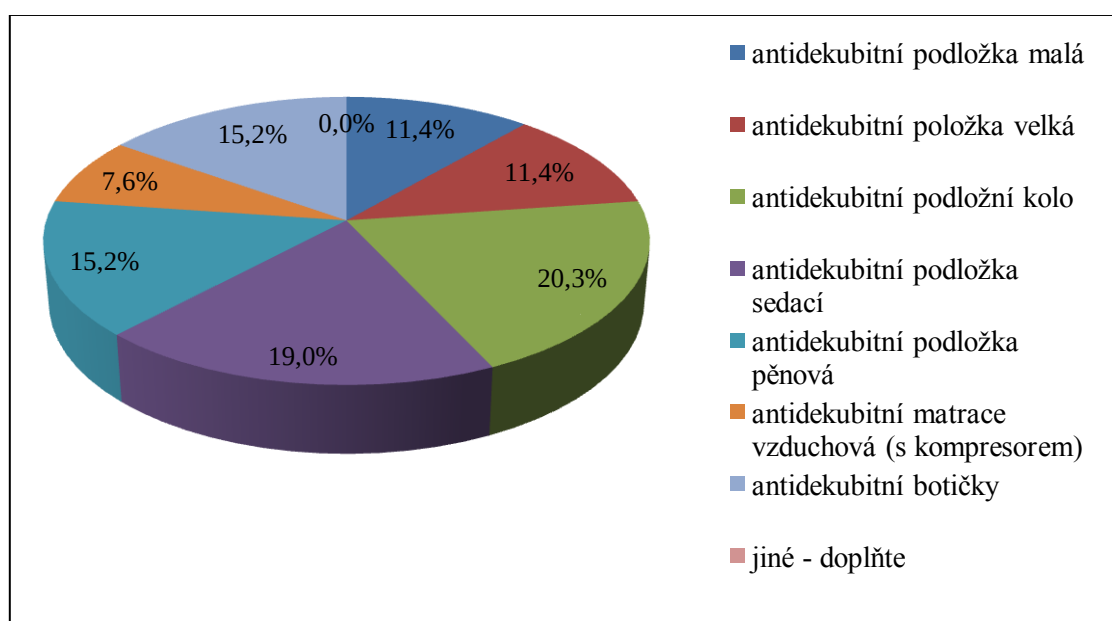


Graf 18: Využívání pomůcek k prevenci dekubitů

Otázka č. 19: V případě, že jste na předchozí otázku odpověděli ANO, vyberte z následujících možností, jaké pomůcky k prevenci dekubitů při péči používáte (zde můžete uvést i více možných odpovědí)

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Antidekubitní podložka malá	9	11,4
Antidekubitní podložka velká	9	11,4
Antidekubitní podložní kolo	16	20,3
Antidekubitní podložka sedací	15	19,0
Antidekubitní matrace pěnová	12	15,2
Antidekubitní matrace vzduchová	6	7,6
Antidekubitní botičky	12	15,2
Jiné - doplňte	0	0,0
Celkem	79	100,0

Z tabulky vyplývá, že 16 (20,3 %) respondentů využívá k péči antidekubitní podložní kolo, 15 (19,0 %) antidekubitní podložku sedací, 12 (15,2 %) využívá antidekubitní podložku pěnovou, 12 (15,2 %) antidekubitní botičky, 9 (11,4 %) využívá antidekubitní podložku malou a 9 (11,4 %) antidekubitní podložku velkou. Možnost jiné pak nezvolil nikdo.

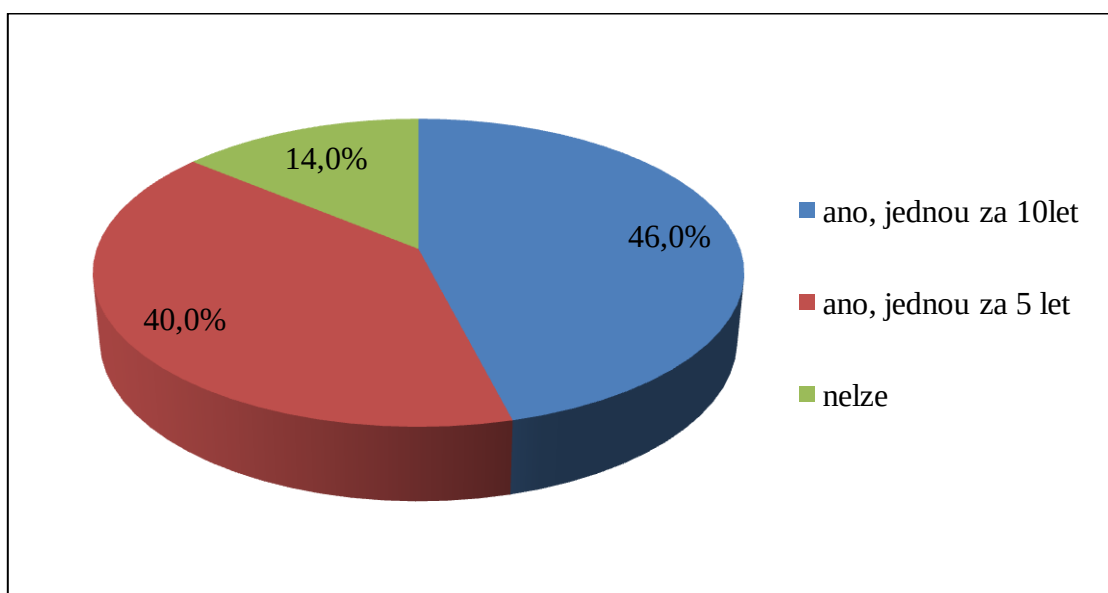


Graf 19: Nejčastěji využívané pomůcky k prevenci dekubitů

Otázka č. 20: Lze získat polohovací lůžko (mechanické i elektrické) na předpis hrazené od VZP?:

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, jednou za 10let	23	46
Ano, jednou za 5let	20	40
Nelze	7	14
Celkem	50	100

Z tabulky, ve které byla správná možnost, „Ano, jednou za 10 let“ vyplývá, že 23 (46 %) respondentů odpovědělo správně, 20 (40,0 %) respondentů odpovědělo špatně možností „Ano, jednou za 5 let“ a 7 (14,0 %) respondentů odpovědělo špatně možností „Nelze“.

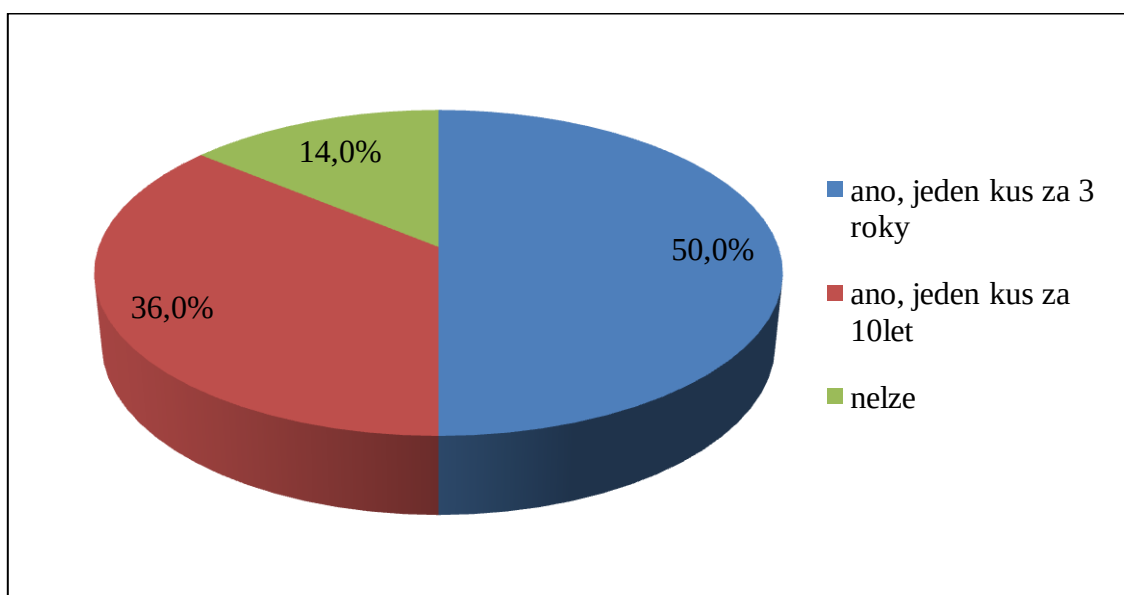


Graf 20: Možnosti získání polohovacího lůžka na předpis hrazené od VZP

Otázka č. 21: Lze získat antidekubitní podložku (malou, velkou, sedací atd.) na předpis hrazenou od VZP?

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, jeden kus za 3 roky	25	50,0
Ano, jeden kus za 10let	18	36,0
Nelze	7	14,0
Celkem	50	100,0

Z tabulky, ve které byla správná možnost, „Ano, jeden kus za 3 roky“ vyplývá, že 25 (50,0 %) respondentů odpovědělo správně, 18 (36,0 %) respondentů odpovědělo špatně možností „Ano, jeden kus za 10 let“ a 7 (14,0 %) respondentů odpovědělo špatně možností „Nelze“.



Graf 21: Možnosti získání antidekubitní podložky hrazené na předpis od VZP

9 Vyhodnocení hypotéz

Cílem této kapitoly je vyhodnotit hypotézy, které jsme si stanovili na základě pilotní studie, před začátkem výzkumu. Pro lepší přehlednost jsme si výsledky rozdělili do podkapitol podle cílů a hypotéz.

Cíl 1

Cílem číslo 1 je zjistit, jaké zdroje informací respondenti pečující o blízkou osobu v domácím prostředí využívají. K tomuto cíli jsme na základě pilotní studie sestavili hypotézu 1 a hypotézu 2.

H1 – 70 % respondentů využívá jako prvotní zdroj informací sociální pracovníky.

K naplnění hypotézy byla použita otázka číslo 4, která se týká používaných zdrojů informací k usnadnění péče a otázka číslo 11 týkající se zdrojů informací ohledně příspěvku na péči. Otázce ohledně příspěvku na péči přecházel dotaz, zda respondent tento příspěvek pobírá. Po vyhodnocení jsme se dozvěděli, že z celkového počtu 50 respondentů příspěvek na péči využívá 37 (74 %) dotazovaných. U obou otázek měli respondenti na výběr mezi sedmi stejnými možnostmi, ze kterých byla nejčastěji zvolena možnost sociální pracovník. V případě zdrojů informací pro usnadnění péče odpovědělo 19 (38 %) respondentů a v případě příspěvku na péči tak odpovědělo 14 (37,84 %) respondentů. Oboje vycházelo z celkového počtu 50 dotazovaných. Znamená to tedy, že 75,84 % respondentů jako prvotní zdroj informací využilo sociálního pracovníka. Jelikož jsme si v hypotéze stanovili 70% a výsledkem dotazníkového šetření je 75,84 % **lze říci, že hypotéza číslo 1 je v souladu.**

V další části dotazníkového šetření jsme se zaměřili na péči o osobu blízkou, která byla před potřebnou péčí hospitalizována v nemocničním zařízení. K této problematice byla na základě pilotní studie sestavena další hypotéza, která také podporuje cíl číslo 1.

H2 – 75 % respondentů dostává prvotní ucelené informace od všeobecných sester při propuštění do domácího ošetření. K ověření hypotézy se vztahovaly otázky číslo 7 a 9. Odpovídalo 42 (84 %) respondentů, kteří museli předem odpovědět, zda blízká osoba vyžadující péči byla hospitalizována v nemocničním zařízení či ne. Prvotní ucelené informace se týkali informovanosti ohledně možnosti využití zdravotně sociálních služeb a kompenzačních pomůcek. Nejprve jsme se tázali, zda respondenti byli seznámeni s možnostmi využití zdravotně sociálních služeb. Kladně odpovědělo 31 (73,81 %) respondentů. Dále nás zajímala stěžejní otázka číslo 7 - Kdo Vás s těmito

možnostmi prvotně seznámil? Zde respondenti mohli vybírat ze čtyř možností, z nichž nejpočetněji zvolenou odpovědí byla všeobecná sestra. Poté jsme se zajímali o seznámení respondentů s možnostmi využití kompenzačních pomůcek. Kladně odpovědělo 29 (69,05 %) respondentů. Po tomto zjištění jsme se zajímali o tutéž stěžejní otázku - Kdo Vás s těmito možnostmi prvotně seznámil? Nejpočetněji zvolená odpověď se nijak nelišila od předešlé. Respondenty prvotně nejčastěji seznamovali s možnostmi využití kompenzačních pomůcek také všeobecné sestry. Můžeme tedy říci, že 80,09 % respondentů dostává prvotní ucelené informace od všeobecných sester při propuštění do domácího ošetření. Jelikož v hypotéze bylo stanoveno, že prvotní informace od všeobecných sester dostává 75 %, **Hypotéza č. 2 je výsledkem 80,09 % z dotazníkového šetření také v souladu.**

Cíl 2

Cílem číslo 2 je zjistit, jaké kompenzační pomůcky v péči o blízkou stárnoucí osobu v domácím prostředí pečující používají. K tomuto cíli jsme si na základě pilotní studie sestavili další dvě hypotézy. **H 3 - 60 % respondentů využívá v péči o blízkou stárnoucí osobu pomůcky k usnadnění pohybu.** Zajímalo nás, které pomůcky při péči respondenti využívají. Z toho to důvodu jsme se zaměřili na tři druhy pomůcek. Pomůcky pro prevenci dekubitů, pomůcky usnadňující polohování a pomůcky usnadňující pohyb. Hypotézu číslo 3 podporovala pouze otázka číslo 16. Týkající se pomůcek usnadňující pohyb, které podle vyhodnocených dotazníků využívá 36 (72%) respondentů. **Tímto výsledkem je hypotéza číslo 3 v souladu.**

H4 – 80% respondentů zná možnosti hrazení kompenzačních pomůcek od VZP. Hypotézu podporují otázky číslo 20 a 21. Dotazovali jsme se v nich na hrazení polohovacího lůžka (mechanického i elektrického) a hrazení antidekubitních podložek. Otázky byly sestaveny jako znalostní, tudíž zde respondenti vybírali z 3 různých odpovědí, kdy pouze jedna byla tou správnou. U polohovacích lůžek zvolilo správnou odpověď 23 (46 %) respondentů a v případě antidekubitních podložek tak učinilo 25 (50%) respondentů. Správně tedy odpovědělo 96 % respondentů. **Jelikož stanovené procento v hypotéze bylo 80 %, hypotéza je v souladu.**

Cíl 3

Posledním stanoveným cílem je zjistit, zda pečující znají nabídky zdravotně sociálních služeb, které by jim mohli pomoci. Na základě pilotní studie jsme sestavili **H 5 - 77 % respondentů zná nabídky zdravotně sociálních služeb.** K naplnění tohoto cíle byly použity otázky číslo 12 a 13. Zjišťována byla znalost rozdílu mezi sociální a zdravotní službou a znalost nabídky respitní neboli odlehčovací služby. V případě rozdílnosti zdravotní a sociální služby byla otázka sestavena jako znalostní. Dotazující vybírali z jedné správné odpovědi. Tu zvolilo 31 (62%) dotazovaných. Jelikož respondenti zdravotně sociální služby využívají, dalo se očekávat, že budou jejich rozdílnost znát. U problematiky respitní péče jsme sledovali, zda respondenti vědí, co tato péče nabízí. Otázka byla polootevřená, takže respondenti mohli doplnit svou vlastní odpověď. Největší počet 18 (36%), zvolilo možnost ano, vím /tuším, kterou doplnili správnou odpovědí, že tato péče nabízí odpočinek pro pečující, což je pravdou a v mnoha případech odpověď rozvedli o převzetí péče na určitý čas zdravotně sociální službou. Závěrem tedy můžeme říci, že 98 % respondentů tyto možnosti zná, **tudíž můžeme poslední hypotézu stanovenou na 77 % vyhodnotit jako v souladu.**

10 Diskuze

V první části jsme se zaměřili na obecné otázky, abychom zjistili, kdo nejčastěji o blízkou osobu v domácím prostředí pečuje a jaký je její stav v oblasti soběstačnosti. Zajímalo nás také, zda mají respondenti s touto péčí předchozí zkušenosti. Podle Jeřábek a kol., 2005, jsou nejčastějšími pečovateli osoby ve vztahu manželském, nebo děti. Z dotazníkového šetření jsme se dozvěděli, že nejvíce pečujících o stárnoucí blízkou osobu v domácím prostředí je mezi syny a dcerami. Tento výsledek se tedy dal předpokládat. Děti, jsou nejbližší osoby, které zhoršená životní situace jejich rodičů zasahuje. Mnozí by mohli očekávat, že nejčastější pečující osobou bude manželka či manžel. Tito však v dotazníkovém šetření skončili až na třetí pozici za vnučkami a vnuky. Důvodem by mohlo být, že se zabýváme stárnoucími osobami, které jsme si na začátku práce specifikovali jako osoby ve věku 60 a více let. Proto by tato péče mohla být pro manžela či manželku vzhledem k jejich samotnému věku velice náročná. Dalším sledovaným údajem byl stupeň závislosti. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že péči potřebují nejvíce lidé, jejichž závislost je na III. stupni, což znamená těžce závislý. Tuto odpověď zvolilo přesně 21 respondentů (42 %). Výsledek dle mého názoru není nijak překvapující, jelikož lidé s III. stupněm postižení nejsou schopni z důvodu nepříznivého zdravotního stavu plnohodnotné péče o vlastní osobu. Podle § 8 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách osoba, u které je vyhodnocen III. stupeň závislosti není schopna sama zvládat 7 – 8 základních životních potřeb. Mezi ně podle § 9 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách patří:

„...a)mobilita, b)orientace, c)komunikace, d)stravování, e)oblékání a obouvání, f)tělesná hygiena, g) výkon fyziologické potřeby, h)péče o zdraví, i) osobní aktivity, j)péče o domácnost.“ (Zákon č. 108/2006 o sociálních službách, § 9)

Je tedy zřetelné, že osoba, která sama nezvládá takovéto množství základních životních potřeb, o sebe nemůže pečovat sama. Z výzkumného šetření dále vyplývá, že 18 (36 %) respondentů pečuje o středně těžce závislé osoby, 7 (14 %) o úplně závislé a 4 (8 %) o lehce závislé. Rozdíl je pouze mezi počtem zvládaných základních denních potřeb. Další doplňující otázkou, která nepodporuje žádnou z hypotéz, byla otázka ohledně předchozí zkušenosti s péčí o blízkou osobu v domácím prostředí. Zde jsme se dozvěděli, že převážná většina respondentů o takovou osobu pečuje poprvé. Převážnou většinou myslíme 41 (82 %) z celkových 50 ti respondentů.

Prvním stanoveným cílem bylo zjistit, jaké zdroje informací pečující o blízkou osobu v domácím prostředí využívají.

K tomuto cíli jsme si na základě pilotní studie sestavili dvě hypotézy, které jsme po vyhodnocení dotazníkového šetření vyhodnotili jako v souladu. První potvrzenou hypotézou bylo, že - **70% respondentů využívá jako prvotní zdroj informací sociální pracovníky.** „*O potřebnosti a rozsahu sociální péče v rámci domácí péče rozhoduje sociální pracovník státní správy nebo samosprávy na základě sociálního šetření*“ (Jarošová, 2007).

Sociální pracovník rozhoduje o potřebné péči a jejím rozsahu dle sociálního šetření a tudíž, se s ním respondenti setkají jako s jedním z prvních, kdo se této problematice plně věnuje. Sice sociálnímu šetření předbíhá nemocniční či ambulantní péče, ale zde se respondenti spíše informují na zdravotní stav blízké osoby. Podle Kuzníkové, 2011 pak informace ohledně péče v domácím prostředí zastávají sociální pracovníci, kteří jsou přímo pracovníky dané nemocnice.

V další části dotazníkového šetření jsme se zaměřili na péči o osobu blízkou, která byla před potřebnou péčí hospitalizována v nemocničním zařízení. Zajímala nás otázka ohledně prvotní informovanosti respondentů od všeobecných sester. K této problematice byla na základě pilotní studie sestavena druhá hypotéza, která byla v souladu a podporuje cíl číslo 1– **75 % respondentů dostává prvotní ucelené informace od všeobecných sester při propuštění do domácího ošetření.** „*U starých a chronicky nemocných musí ošetřující personál zjistit sociální podmínky (kde, s kým bydlí, jak bude zajištěna péče po propuštění), ve kterých žije*“ (Kelnarová, 2009, s. 79).

Podle mezinárodních standardů nemocnice se při propuštění pacienta musí zvažovat potřeby podpůrné péče. Patří mezi ně jak další lékařská, tak jiné péče, jako například sociální či psychologické zajištění. Důležitá je dostupnost. Proto se vybírá z terénních služeb, které jsou v okolí bydliště pacienta (International, Joint commission 2002).

Při propuštění nemocného do domácího ošetření je potřebné, aby lékař seznámil pacienta, popřípadě jeho blízké osoby s užíváním léků, zdravotním stavem a následnými kontrolami u praktického lékaře. Sestra na základě lékařské diagnózy edukuje nemocného o dietním omezení nebo způsobu domácí péče. Proto můžeme říci, že prvotně se pacient dozví informace od všeobecné sestry. Ta následně může zajistit potřebnou konzultaci se sociálními pracovníky, kteří se této problematice plně věnují (Hůsková, Kašná, 2009).

Důvodem by mohla být i bližší spolupráce a častější styk pacientů s všeobecnými sestrami než s lékaři.

Snahou daného šetření bylo dále zjistit, jaké kompenzační pomůcky v péči o blízkou stárnoucí osobu v domácím prostředí pečující používají. K tomuto cíli jsme si na základě pilotní studie sestavili další dvě hypotézy, které jsou po vyhodnocení dotazníkového šetření také v souladu. **Hypotézu číslo 3 - 60 % respondentů využívá v péči o blízkou stárnoucí osobu pomůcky k usnadnění pohybu a hypotézu číslo 4 -80% respondentů zná možnosti hrazení kompenzačních pomůcek od VZP.**

V případě kompenzačních pomůcek jsme se dotazovali na tři různé druhy. Pomůcky pro usnadnění polohování, kde nejčastěji využívanými pomůckami jsou polohovací had a polohovací vak. Tyto dvě pomůcky jsou oblíbené nejspíše z důvodu jejich tvárnosti a širokého spektra možností využití. Dají se používat jako fixace v určité poloze, zábrana před pádem z lůžka, podložení nohou či kterékoliv části těla nebo jako rehabilitační či antidekubitní pomůcka. Zachovávají požadovanou polohu a přizpůsobují se potřebám těla. Dalším druhem pomůcek, o které jsme se zajímali, byly pomůcky pro prevenci dekubitů. Z nich je nejpoužívanější antidekubitní podložní kolo a těsně za ním antidekubitní podložka sedací. Od pracovníků terénních služeb jsem se dozvěděla, že mnozí z nich používají jako alternativu antidekubitního podložního kola klasický nafukovací kruh, který mají povléknutý například do povlaku na polštář. Může to být z důvodu nižší finanční nákladnosti. Posledním zkoumaným druhem kompenzačních pomůcek, byly pomůcky k usnadnění pohybu, z nichž nejčastější zvolenou odpovědí v druhu zvolené pomůcky byl žebříček.

V případě výběru kompenzačních pomůcek je dle mého názoru nejvíce stěžejní finanční situace respondentů, informovanost ohledně zajišťování, půjčování a možné financování kompenzačních pomůcek zdravotnickými pojišťovnami. Pokud senior žije sám, má většinou nedostatek informací ohledně kompenzačních pomůcek a když už takové informace má, může se mu zdát problematika například doprava kompenzační pomůcky do domácího prostředí (Klevetová, Dalablová, 2008).

Kompenzační pomůcky mohou ve většině případů péči o blízkou osobu v domácím prostředí ulehčit. Z tohoto důvodu jsme se zajímali také o znalost respondentů v možnostech financování kompenzačních pomůcek od VZP. Dotazovali jsme se na hrazení polohovacího lůžka (mechanického i elektrického) a hrazení antidekubitních podložek. Otázky byly sestaveny jako znalostní, tudíž respondenti vybírali pouze jednu správnou odpověď. V obou případech převažovaly správné

odpovědi, takže můžeme říci, že respondenti znalosti v problematice hrazení kompenzačních pomůcek od VZP mají.

Posledními zjišťovanými údaji bylo zjistit, zda pečující znají nabídky zdravotně sociálních služeb, které by jim mohli pomoci. Na základě pilotní studie jsme sestavili **hypotézu číslo 5 - 77 % respondentů zná nabídky zdravotně sociálních služeb, které by jim mohli pomoci**, která byla po vyhodnocení dotazníkového šetření také vyhodnocena jako v souladu. Zajímali jsme se o znalosti rozdílů mezi sociální a zdravotní službou a znalost nabídky respitní neboli odlehčovací služby. Dle mého názoru se dá činnost odlehčovací služby lehce odvodit od názvu, nicméně odpověď nevědělo, nebo nikdy tento název neslyšelo také poměrně vysoké procento respondentů. Správná odpověď však převažuje. Jelikož je péče o osobu blízkou v domácím prostředí velice náročná, pečující v mnoha případech nemá dostatek času na svůj vlastní život. „*Všechno má své limity. Lze ocenit obětavou péčí, ale je nutné odmítnout sebeoběť.*“ (Hačkovcová, 2010 s. 298)

Z tohoto důvodu je odlehčovací péče důležitou součástí pomoci při péči o osobu blízkou v domácím prostředí. Pečující si může odpočinout a nabrat síly potřebné k další péči. V případě rozdílnosti mezi zdravotní a sociální službou respondenti vybírali jednu správnou odpověď. Jelikož tyto služby využívají, dalo se očekávat, že jejich kompetence budou znát.

11 Doporučení pro praxi

Podle vyhodnocení dotazníkového šetření jsme došli k závěru, že hypotézy byly potvrzeny. Znamená to tedy, že respondenti informace ohledně péče o blízkou osobu v domácím prostředí mají. Nicméně dotazník obsahoval pouze 21 otázek a domácí péče jich skrývá mnohem víc. Výsledkem je sestavení informačního letáku, který obsahuje potřebné informace, týkají se stručných návodů a postupů, jak žádat o příspěvek na péči a o pomoc od zdravotně sociálních služeb. Nabízí přehled organizací zabývajících se zdravotně sociálními službami v Trutnově, Hostinném, Vrchlabí a informacemi ohledně získávání kompenzačních pomůcek. Leták bude distribuován do čekáren u praktických lékařů, lékáren, informačních center a dalších veřejně přístupných míst v daných městech. Tyto informace by mohly být vhodným návodem jak poskytnout kvalitní péči v domácím prostředí. (viz příloha č. 6)

12 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké respondenti pečující o blízkou osobu v domácím prostředí využívají zdroje informací, jaké kompenzační pomůcky v péči o blízkou osobu používají a zda znají nabídky zdravotně sociálních služeb. Pozornost byla věnována osobám, které pečují v domácím prostředí o stárnoucího blízkého člověka. Stanovili jsme si celkem 3 cíle, ke kterým jsme na základě pilotní studie sestavili 5 hypotéz, které jsme po vyhodnocení výsledků potvrdili. První hypotézou se nám potvrdilo, že blízké osoby využívají jako prvotní zdroj ohledně informací o usnadnění péče a příspěvku na péči sociální pracovníky. Druhá hypotéza nám potvrdila, že respondenti dostávají prvotní ucelené informace od všeobecných sester při propouštění do domácího ošetření. Další hypotézou jsme potvrdili, že respondenti nejčastěji využívají v péči o blízkou stárnoucí osobu pomůcky k usnadnění polohy. Dále bylo na základě znalostních otázek potvrzeno, že respondenti znají možnosti hrazení kompenzačních pomůcek od VZP. Poslední potvrzenou hypotézou pak byla znalost nabídek zdravotně sociálních služeb. Sice jsme se nedotazovali na délku trvání péče o blízkou osobu v domácím prostředí, nicméně dotazovanými byli lidé, kteří již pečují, tudíž jejich znalosti v této problematice už mohou být na určité lepší úrovni. Už z toho důvodu, že respondenti již využívají zdravotně sociálních služeb. To je první cesta k lepšímu zvládnutí této náročné péče.

Výsledky bakalářské práce bych ráda využila jak v nemocničním prostředí tak ve zdravotně sociálních službách a na místech volně přístupných veřejnosti. Z výsledků sice vyplynulo, že respondenti informovanost mají ale v problematice domácí péče je určitě i mnoho dalších podpůrných možností, o kterých ani ještě nemusí vědět.

Ráda bych proto rozdala informační letáky, které se budou této problematice týkat. Aby si každý, ať už pečující či budoucí pečující, kterého péče teprve čeká, mohl přehledně, kde může najít pomoc, že existuje možnost příspěvků na péči, pomoci zdravotně sociálních služeb a určité kompenzační pomůcky. Obecně vzato aby se mohli informovat o všem, co by mohlo jejich péči ulehčit. Dále budou výsledky využity firmou Linet s.r.o., která stanovila název bakalářské práce a podílela se na jejím vypracování. Tato firma vyrábí výrobky především pro nemocniční ale i pro pečovatelské služby. Jedná se například o antidekubitní systémy, zdravotnická lůžka, matrace, příslušenství k lůžkům a mnoho dalších.

Jelikož cílem práce bylo také zjistit, jaké kompenzační pomůcky respondenti v péči nejčastěji využívají, mělo by to být firmě LINET přínosné. Významem bakalářské práce bylo poukázat na důležitost informovanosti ohledně této problematiky, jelikož pečovat o osobu blízkou v domácím prostředí je nelehký úkol. Proto by zdravotně sociální služby, kompenzační pomůcky, příspěvek na péči a v neposlední řadě plnohodnotná informovanost od zdravotnických pracovníků měla stát na prvním místě. Neznalost může pečujícím jen uškodit.

13 Seznam použité literatury

Monografie

ANDRYSEK, Oskar, Isabelle THAREAUOVÁ a Abigail KOZLÍKOVÁ. *Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, c2011, 147 s. ISBN 978-807-3452-575.

BENDOVÁ, Petra, Kateřina JEŘÁBKOVÁ a Veronika STOKLASOVÁ. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 104 s. Skripta (Univerzita Palackého). ISBN 80-244-1436-8.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. Sestra. ISBN 978-802-4739-014.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Fenomén stáří: úvod do problematiky*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. Sestra. ISBN 978-80-87109-19-9.

HŮSKOVÁ, Jitka a Petra KAŠNÁ. *Ošetrovatelství – ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: překlad 3. vyd.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 104 s. ISBN 978-802-4728-520.

Hynek Jeřábek a kolektiv. *Rodinná péče o staré lidi*. CESES FSV, Praha 2005. ISSN: 1801-1640 (tištěná verze) ISSN: 1801-1519 (on-line verze)

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 99 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-507

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 336 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2490-4.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 1. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 236 s. Sestra. ISBN 978-802-4728-308.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-699.

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011, 212 s. Sestra. ISBN 978-802-4736-761.

MALÍKOVÁ, Eva a Irena DLABALOVÁ. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. Sestra. ISBN 978-802-4731-483.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-802-4738-727.

NEŠPOROVÁ, Olga, Kamila SVOBODOVÁ a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2008, 85, 8 s. ISBN 978-808-7007-969.

NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelství: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2011, 134 s. ISBN 978-807-3875-312.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Stáří a smysl života: úvod do problematiky*. Vyd. 1. V Praze: Univerzita Karlova, 2011, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4619-972.

PICHAUD, Clément, Isabelle THAREAUOVÁ a Abigail KOZLÍKOVÁ. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-717-8184-3.

SCHMEIDLER, Karel. *Problémy mobility stárnoucí populace*. Vyd. 1. Brno: Novpress, 2009, 180 s. ISBN 978-80-87342-05-3.

TOPINKOVÁ, Eva, Vlasta WIRTHOVÁ a Jindra PAVLICOVÁ. *Geriatrie pro praxi: terminologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005, 270 s. ISBN 80-726-2365-6.

TOPINKOVÁ, Eva, Vlasta WIRTHOVÁ a Jindra PAVLICOVÁ. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. Vyd. 1. Editor Marie Marková. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009, 152 s. ISBN 978-80-7013-499-3.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učebnice pro obor sociální činnost*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-802-4721-705.

VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WIRTHOVÁ a Jindra PAVLICOVÁ. *Základy praktické terminologie pro sestry: terminologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 136 s. ISBN 978-802-4736-976.

WEBER, Pavel. *Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000, 151 s. ISBN 80-701-3314-7.

Zákony a normy

ZÁKON 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2007, částka 1257 [vid. 2006-14-03]. Dostupné z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=62334&fulltext=108~2F2006&nr=&part=&name=&rpp=15#local-content>>

VYHLÁŠKA 391/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 5033 [vid. 2011-30-11]. Dostupné z : <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=75676&fulltext=&nr=391~2F2011&part=&name=&rpp=15#local-content>>

ZÁKON 100/2012 Sb., o předepisování zdravotnických prostředků a o podmínkách zacházení s nimi. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 1731 [vid 2012-22 03]. Dostupné z:<<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblioteka=77219&fulltext=100~2F2012&nr=&part=&name=&rpp=15#local-content>>

Zahraniční zdroje

Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. Second Edition. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2002. ISBN 08-668-8779-2.

Jiné internetové zdroje

Česká alzheimerovská společnost. *Co je demence* [online]. 2013 [cit. 2013-02-26]. <<http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/>>.

KUKLÍK, Rostislav. *Iatropatogeneze neboli poškození způsobené lékařem*. [online]. 2006, [cit. 2013-01-17]. <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/iatropatogeneze-neboli-poskozeni-zpusobene-lekarem-173447>>

VOTAVA, Jiří a kolektiv. *Technické pomůcky:jejich indikace a aplikace*. [online]. 2004, [cit. 2013-01-06]. <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/technicke-pomucky-jejich-indikace-a-aplikace-160314>>

14 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Mini mental test (str. 20)

Příloha č. 2 – Maslowova pyramida lidských potřeb (str. 21)

Příloha č. 3 - Rozsah činností základních úkonů při poskytování služeb pečovatelské služby (str. 27)

Příloha č. 4 - Rozsah úkonů základních činností při poskytování osobní asistence (str. 28)

Příloha č. 5 - Rozsah úkonů při poskytování odlehčovací služby (str. 28)

Příloha č. 6 – Informační leták (str. 68)

Příloha č. 7 – dotazník

Příloha č. 1 Mini mental test (str. 20)

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
1.Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2.Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty(nejlépe z pokoje pacienta-například židle,okno,tužka)a vyzve pacienta,aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod	3
3.Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.	5
4.Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)	3
5.Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval: - Žádná ale - Jestliže - Kdyby Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky,přeložte ho na půl a <i>položte</i> jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného,aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek,která dává smysl) Vyzvěte nemocného,aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy.1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.	2 1 1 1 1
	
Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu	

(zdroj: ddalbrechtice.cz/data/ext-21.pdf)

Příloha č. 2: Maslowova pyramida lidských potřeb (str. 21)



(zdroj: http://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida)

Příloha č. 3: Rozsah činností základních úkonů při poskytování služeb pečovatelské služby (str. 27)

a) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:

1. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,
2. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
3. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru,
4. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,

b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
3. pomoc při použití WC,

c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:

1. zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,
2. dovoz nebo donáška jídla,
3. pomoc při přípravě jídla a pití,
4. příprava a podání jídla a pití;

tato základní činnost může být zajišťována jen v rozsahu úkonů podle bodů 3 a 4,

d) pomoc při zajištění chodu domácnosti:

1. běžný úklid a údržba domácnosti,
2. údržba domácích spotřebičů,
3. pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezonního úklidu, úklidu po malování,
4. donáška vody,
5. topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení,
6. běžné nákupy a pochůzky,
7. velký nákup, například týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti,
8. praní a žehlení ložního prádla, popřípadě jeho drobné opravy,
9. praní a žehlení osobního prádla, popřípadě jeho drobné opravy,

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

1. doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři a doprovázení zpět,

2. doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět.

(2) Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí

a) 120 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů, za úkony uvedené v odstavci 1 písm. a) a b), písm. c) bodech 3 a 4 a písm. d) bodech 1 až 6 a písm. e); pokud poskytování těchto úkonů, včetně času nezbytného k jejich zajištění, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí,

b) za úkon uvedený v odstavci 1 písm. c) bodě 1

1. 160 Kč denně za poskytnutí celodenní stravy v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel,

2. 75 Kč za oběd,

včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy,

c) 25 Kč za úkon uvedený v odstavci 1 písm. c) bodě 2,

d) 110 Kč za úkon uvedený v odstavci 1 písm. d) bodě 7,

e) 60 Kč za kilogram prádla za úkony uvedené v odstavci 1 písm. d) bodech 8 a 9.

Příloha č. 4: Rozsah úkonů základních činností při poskytování osobní asistence (str. 28)

a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu:

1. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,
2. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
3. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,
4. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,

b) pomoc při osobní hygieně:

1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
2. pomoc při použití WC,

c) pomoc při zajištění stravy:

pomoc při přípravě jídla a pití,

d) pomoc při zajištění chodu domácnosti:

1. pomoc s úklidem a údržbou domácnosti a osobních věcí,
2. nákupy a běžné pochůzky,

e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

1. pomoc a podpora rodině v péči o dítě,
2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,
3. pomoc s nácvikem a upevňováním motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,

f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

doprovázení do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět,

g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,
2. pomoc při vyřizování běžných záležitostí.

(2) Maximální výše úhrady za poskytování osobní asistence činí 120 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů; pokud poskytování služby, včetně času nezbytného k zajištění úkonů, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí.

Příloha č. 5: Rozsah úkonů při poskytování odlehčovací služby (str. 28)

a) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:

1. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,
2. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
3. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
4. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,

b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
3. pomoc při použití WC,

c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:

1. zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,
2. pomoc při přípravě stravy přiměřené době poskytování služby,

d) poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby:

1. ubytování,
2. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

1. doprovázení do školy, školského zařízení, k lékaři, do zaměstnání, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci, instituce poskytující veřejné služby a jiné navazující sociální služby a doprovázení zpět,
2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,

f) sociálně terapeutické činnosti:

socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,
2. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,

h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

1. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
2. podpora při zajištění chodu domácnosti.

(2) Maximální výše úhrady za poskytování odlehčovacích služeb činí

a) 120 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů, za úkony uvedené v odstavci 1 písm. a), b), písm. c) bodě 2, písm. e) až h); pokud poskytování těchto úkonů, včetně času nezbytného k jejich zajištění, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí,

b) za úkon uvedený v odstavci 1 písm. c) bodě 1

1. 160 Kč denně za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel,

2. 75 Kč za oběd,

včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy,

c) 200 Kč denně celkem za úkony uvedené v odstavci 1 písm. d), včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování.

PÉČE O OSOBU BLÍZKOU V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ-PÁR RAD PRO POMOC

ZAŽÁDEJTE O PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

- 1) VYPLŇTE FORMULÁŘ (ŽÁDOST O PŘÍSPĚVEK NA PÉČI) – formulář naleznete na příslušné pobočce Úřadu práce nebo na webových stránkách MPSV
- 2) ODEVZDEJTE ŽÁDOST na příslušnou pobočku Úřadu práce (v místě bydliště)
- 3) SOCIÁLNÍ SETŘENÍ – proběhne po předchozím telefonátu či písemném oznámení v domácnosti osoby žadající o příspěvek na péči (hodnotí se schopnosti žadatele v oblasti sebepečení a sebeobsluhy).
- 4) VYŘIZOVÁNÍ ŽÁDOSTI - krajská pobočka Úřadu práce poté zašle Žádost Okresní správě sociálního zabezpečení o posouzení stupně závislosti (ti vycházejí ze zdravotního stavu, sociálního šetření popřípadě z výsledků vyšetření posuzujícího lékaře)
- 5) VYPLACENÍ – zpětně od data podání žádosti bud převodem na platební účet či převzetím hotovosti na krajské pobočce Úřadu práce

ZARÍDÍTE SI POMOC OD ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

- obraťte se – na městský popř. obecní nebo krajský úřad (odbor sociálních věcí)
- přímo na poskytovatele zdravotní či sociální služby

POTŘEBUJETE KOMPENZAČNÍ POMŮCKY?

- kompenzační pomůcky si musíte vyžádat sami
- možného úplného nebo částečného hrazení pomůcek od zdravotní pojišťovny
- předepisování mají v kompetencích lékaři specialisté (např. internisté, chirurgové atd.)
- po předepsání a vyřízení si kompenzační pomůcku můžete vyzvednout v lékárně, zdravotnických potřebách nebo přímo u dodavatele

KOMPENZAČNÍ POMŮCKY SI MŮŽETE TAKÉ ZAPŮJČIT:

například zde:
Oblastní charita Trutnov, tel. 777 736 071
Domov pro seniory Vrchlabí, tel. 725 059 869

Terénní služby v našem okolí:

- Pečovatelská služba Trutnov – terénní pečovatelská služba
Dělnická 161
541 01 Trutnov
(telefon - 499 397 597)
(www.pec-sluzba-tu.cz)
- Oblastní charita Trutnov – terénní pečovatelská služba
Říční 929
41 01 Trutnov
(telefon - 499 817 366)
(www.charitatrutnov.cz)
- Oblastní spolek ČČK – Domáci ošetrovatelská péče – domácí zdravotní péče
Horská 5
541 01 Trutnov
(telefon - 499 817 989)
(www.cck-tutnov.cz)
- Domáci ošetrovatelská péče – domácí zdravotní péče
Šestidomí 758
543 71 Hostinné
(telefon 499 441 524, 603 383 646)
- Oblastní charita Červený Kostelec – charitní pečovatelská služba Hostinné
Labská fortna 230
543 72 Trutnov
(telefon - 499 441 140)
- Agentura zdraví – domácí zdravotní péče
Křikonošská 44
543 01 Vrchlabí
(telefon - 499 4241 30, 732 946 405)
- Pečovatelská služba Vrchlabí
Pražská 1343
543 01 Vrchlabí
(telefon - 736 171 732)
(www.pec-sluzba.vrsweb.cz)
- Odlehčovací služba
Domov pro seniory
Zlíškova 590
543 01 Vrchlabí
(telefon - 499 405 250)

Příloha č. 7 - dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Erika Šmídová a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci. Ráda bych Vás požádala o spolupráci při vyplnění dotazníku. Dotazník je zaměřen na výzkum informovanosti lidí, kteří pečují o stárnoucí osobu blízkou v domácím prostředí. Téma mé bakalářské práce zní „Péče o osobu blízkou v domácím prostředí se zaměřením na potřeby stárnoucího člověka a jeho smysluplný život“. Dotazník je anonymní a dobrovolný. Pokud není u otázky dáno jinak, vždy vyplňte pouze jednu odpověď. Děkuji za čas, který jste věnoval/a vyplnění dotazníku.

Šmídová Erika, studentka UZS,TUL

1. V jakém vztahu jste s blízkou stárnoucí osobou vyžadující péči?

- a) Manžel/ka
- b) Syn/dcera
- c) Snacha/zeť
- d) Bratr/sestra
- e) Vnuk/vnučka
- f) Jiné – doplňte

2. Jaký je stupeň závislosti blízké osoby vyžadující Vaši péči?

- a) Lehce závislý (I. stupeň)
- b) Středně těžce závislý (II. stupeň)
- c) Těžce závislý (III. stupeň)
- d) Úplně závislý (IV. stupeň)

3. Měl/a jste již zkušenosti s péčí o stárnoucího člověka, než jste začal/a pečovat?

- a) Ano, už jsem o takového člověka pečoval/a
- b) Ne, pečuji poprvé

4. Kde hledáte potřebné informace, které by Vám usnadnily Vaši péči?

- a) U lékaře
- b) U všeobecných sester
- c) U sousedů a známých
- d) U sociálních pracovníků
- e) Na úřadech obcí s rozšířenou působností
- f) Na internetu
- g) Jiné – doplňte

5. Byla pečovaná osoba před potřebnou péčí hospitalizována v nemocničním zařízení?

- a) Ano
- b) Ne

(Pokud jste na otázku č. 5 odpověděli možností NE, pokračujte otázkou č. 10)

6. Byli jste při propuštění blízké osoby do domácího prostředí seznámeni s možnostmi využití zdravotně sociálních služeb?

- a) Ano
- b) Ne

(Pokud jste na otázku č. 6 odpověděli možností NE, pokračujte otázkou č. 8)

7. Kdo Vás s těmito možnostmi prvotně seznámil?

- a) Všeobecné sestry
- b) Ošetřující lékař
- c) Sociální pracovník
- d) Jiné - doplňte

8. Byli jste při propuštění z nemocnice seznámeni s možnostmi využití kompenzačních pomůcek?

- a) Ano
- b) Ne

(Pokud jste na otázku č. 8 odpověděli NE, pokračujte otázkou č. 10)

9. Kdo Vás s těmito možnostmi prvotně seznámil?

- a) Všeobecné sestry
- b) Ošetřující lékař
- c) Sociální pracovník
- d) Jiné - doplňte

10. Pobíráte příspěvek na péči?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Tento termín jsem nikdy neslyšel/a

(Nevyplňujte, pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a možnostmi b, c)

11. Kde jste se o příspěvku na péči dozvěděl/a?

- a) U lékaře
- b) U všeobecných sester
- c) U sousedů a známých
- d) U sociálního pracovníka
- e) Na úřadech obcí s rozšířenou působností
- f) Na internetu
- g) Jiné – doplňte

12. Víte, jaký je rozdíl mezi zdravotnickou a sociální terénní službou?

- a) Ano, zdravotnická služba vykonává odborné činnosti jím kompetentní (injekce, léky, inhalace) a pečovatelská služba pomáhá s běžnými denními úkony (chod domácnosti, hygiena atd.)
- b) Ano pečovatelská služba vykonává činnosti jím kompetentní (injekce, léky, inhalace) a zdravotnická služba pomáhá s běžnými denními úkony (chod domácnosti, hygiena atd.)
- c) nevím
- d) Žádný

13. Víte co nabízí respitní (odlehčovací) služba?

- a) Ano vím/tuším - doplňte
- b) Nevím
- c) Nikdy jsem o této službě neslyšel/a

14. Máte při péči o blízkou osobu v domácím prostředí k dispozici pomůcky usnadňující pohyb?

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

15. V případě, že jste na předchozí otázku odpověděli ANO, vyberte z následujících možností, jaké pomůcky usnadňující pohyb při péči používáte (zde můžete uvést i více možných odpovědí):

- a) Žebříček
- b) Hrazdičku
- c) Madla
- d) Mobilní zvedák
- e) Hůl
- f) Berle

- g) Chodítko
- h) Invalidní vozík
- i) Nástavec na WC
- j) Jiné – doplňte

16. Máte při péči o blízkou osobu v domácím prostředí k dispozici pomůcky k udržení polohy?

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

17. V případě, že jste na předchozí otázku odpověděli ANO, vyberte z následujících možností, jaké pomůcky k udržení polohy při péči používáte (zde můžete uvést i více možných odpovědí):

- a) Polohovací lůžko elektrické
- b) Polohovací lůžko mechanické
- c) Molitanové polohovací válce
- d) Bedničky
- e) Polohovací had
- f) Polohovací vak
- g) Polohovací klín
- h) Jiné – doplňte

18. Máte při péči o blízkou osobu v domácím prostředí k dispozici pomůcky k prevenci dekubitů?

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

19. V případě, že jste na předchozí otázku odpověděli ANO, vyberte z následujících možností, jaké pomůcky k prevenci dekubitů při péči používáte (zde můžete uvést i více možných odpovědí):

- a) Antidekubitní podložka malá
- b) Antidekubitní podložka velká
- c) Antidekubitní podložní kolo
- d) Antidekubitní podložka sedací
- e) Antidekubitní matrace pěnová
- f) Antidekubitní matrace vzduchová (s kompresorem)
- g) Antidekubitní botičky
- h) Jiné – doplňte

20. Lze získat polohovací lůžko (mechanické i elektrické) na předpis hrazené od VZP?

- a) Ano, jednou za 10let
- b) Ano, jednou za 5 let
- c) Nelze

21. Lze získat antidekubitní podložku (malou, velkou, sedací atd.) na předpis hrazenou od VZP?

- a) Ano, jeden kus za 3 roky
- b) Ano, jeden kus za 10let
- c) Nelze

Seznam tabulek

Tabulka 1 - V jakém vztahu jste s blízkou osobou vyžadující péči? (str. 39)

Tabulka 2 - Jaký je stupeň závislosti blízké osoby vyžadující Vaši péči? (str. 40)

Tabulka 3 - Měl/a jste již zkušenosti s péčí o stárnoucího člověka, než jste začal/a pečovat? (str. 41)

Tabulka 4 – Kde hledáte potřebné informace, které by Vám usnadnily Vaši péči? (str. 42)

Tabulka 5 – Byla pečovaná osoba před potřebnou péčí hospitalizovaná v nemocničním zařízení? (str. 43)

Tabulka 6 – Byli jste při propuštění blízké osoby do domácího prostředí seznámeni s možnostmi využití zdravotně sociálních služeb? (str. 44)

Tabulka 7 - Kdo Vás s těmito informacemi prvotně seznámil? (str. 45)

Tabulka 8 - Byli jste při propuštění blízké osoby do domácího prostředí seznámeni s možnostmi využití kompenzačních pomůcek? (str. 46)

Tabulka 9 - Kdo Vás s těmito informacemi prvotně seznámil? (str. 47)

Tabulka 10 – Pobíráte příspěvek na péči? (str. 48)

Tabulka 11 – Kde jste se o příspěvku na péči dozvěděl/a? (str. 49)

Tabulka 12 – Víte, jaký je rozdíl mezi zdravotnickou a sociální terénní službou?(str. 50)

Tabulka 13 – Víte, co nabízí respitní (odlehčovací) služba? (str. 51)

Tabulka 14 – Máte při péči o osobu blízkou k dispozici pomůcky usnadňující pohyb? (str. 52)

Tabulka 15 – Jaké pomůcky usnadňující pohyb při péči používáte? (str. 53)

Tabulka 16 – Máte při péči o osobu blízkou k dispozici pomůcky k udržení polohy? (str. 54)

Tabulka 17 – Jaké pomůcky k udržení polohy při péči používáte? (str. 55)

Tabulka 18 – Máte při péči o blízkou osobu v domácím prostředí k dispozici pomůcky k prevenci dekubitů? (str. 56)

Tabulka 19 – Jaké pomůcky k prevenci dekubitů při péči používáte? (str. 57)

Tabulka 20 – Lze získat polohovací lůžko (mechanické i elektrické) na předpis hrazené od VZP? (str. 58)

Tabulka 21 – Lze získat antidekubitní podložku (malou, velkou, sedací atd.) na předpis hrazenou od VZP? (str. 59)

Seznam grafů

Graf 1 – Vztah s osobou vyžadující péči (str. 39)

Graf 2 – Stupeň závislosti blízké osoby vyžadující péči (str. 40)

Graf 3 – Předchozí zkušenosti s péčí (str. 41)

Graf 4 – Kde hledáte potřebné informace (str. 42)

Graf 5 – Hospitalizace před potřebnou péčí (str. 43)

Graf 6 – Seznámení s možnostmi využití zdravotně sociálních služeb (str. 44)

Graf 7 – Kdo seznámil respondenty s možnostmi využití zdravotně sociálních služeb (str. 45)

Graf 8 – Seznámení s možnostmi využití kompenzačních pomůcek (str. 46)

Graf 9 – Kdo seznámil respondenty s možnostmi využití kompenzačních pomůcek (str. 47)

Graf 10 – Pobírání příspěvku na péči (str. 48)

Graf 11 – Kdo informoval respondenty o příspěvku na péči (str. 49)

Graf 12 – Znalost rozdílnosti zdravotní a sociální terénní služby (str. 50)

Graf 13 – Znalost (respitní) odlehčovací služby (str. 51)

Graf 14 – Využívání pomůcek k usnadnění pohybu (str. 52)

Graf 15 – Nejčastěji využívané pomůcky usnadňující pohyb (str. 53)

Graf 16 – Využívání pomůcek k udržení polohy (str. 54)

Graf 17 – Využívané pomůcky k udržení polohy (str. 55)

Graf 18 – Využívání pomůcek k prevenci dekubitů (str. 56)

Graf 19 – Nejčastěji využívané pomůcky k prevenci dekubitů (str. 57)

Graf 20 – Možnosti získání polohovacího lůžka na předpis hrazené od VZP (str. 58)

Graf 21 – Možnosti získání antidekubitní podložky hrazené na předpis od VZP (str. 59)