

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

KATEŘINA ŠTENGLOVÁ

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Kateřina Štenglová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ANTIDEKUBITNÍ POMŮCKY A JEJICH VYUŽITÍ
PEČOVATELI V DOMÁCÍ PÉČI U IMOBILNÍCH
PACIENTŮ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jana Koptíková

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kateřina ŠTENGLOVÁ**
Osobní číslo: **Z17B0040K**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Antidekubitní pomůcky a jejich využití pečovateli v domácí péči u imobilních pacientů**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- STRYJA, Jan. Repetitorium hojení ran 2. Semily: Geum, 2011. ISBN 978-80-86256-79-5.
- KOLÉBALOVÁ, Jitka a Jana POLÁKOVÁ. Rady rehabilitační. Praha: Diakonie ČCE, 2014. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-00-6.
- FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. Jak na to doma. [Praha: Česká asociace paraplegiků – CZEPA, 2012]. ISBN 978-80-260-5102-2.
- KRAJČÍK, Štefan a BAJANOVÁ, Eva. Dekubity: prevencia a liečba v praxi. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2012. 85 s. ISBN 978-80-89171-95-8.
- ANDERS, J., A. HEINEMANN, C. LEFFMANN, M. LEUTENEGGER, F. PRÖFFENER a W. von RENTELN-KRUSE. Decubitus Ulcers: Pathophysiology and Primary Prevention. Deutsches Arzteblatt International. 2010, 107(21), s. 371-382. ISSN 1866-0452.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Jana Koptíková**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Štenglová Kateřina

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Antidekubitní pomůcky a jejich využití pečovateli v domácí péči u imobilních pacientů.

Vedoucí práce: PhDr. Jana Koptíková

Počet stran – číslované: 57

Počet stran – nečíslované: 51

Počet příloh: 16

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: antidekubitní pomůcky, polohování, imobilizační syndrom, imobilní pacient, dostupnost pomůcek

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku využívání antidekubitních pomůcek v domácí péči u imobilních pacientů. Je rozdělena do dvou částí na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje úvod do problematiky imobilních pacientů, antidekubitních pomůcek, polohování a dostupnosti pomůcek. Praktická část se zabývá souhrnem problémů při využívání antidekubitních pomůcek u imobilních pacientů z hlediska vybavenosti, informovanosti a celkové aplikaci antidekubitních prostředků do domácího prostředí. Sběr dat je proveden pomocí kvalitativního výzkumu, formou polostrukturovaného rozhovoru.

Abstract

Surname and name: Štenglová Kateřina

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Anti-decubitus aids and their use by home care providers in immobile patients

Consultant: PhDr. Jana Koptíková

Number of pages – numbered: 57

Number of pages – unnumbered: 51

Number of appendices: 16

Number of literature items used: 28

Keywords: anti-decubitus aids, positioning, immobilization syndrome, immobile patient, aids availability

Summary:

The bachelor's thesis is focused on the used of anti-decubitus aids in home care for immobile patients. It is divided into two parts – theoretical and practical. The theoretical part contains an introduction to the problems of immobile patients anti-decubitus aids, positioning and availability of aids. The practical part is about summary of problems in the use of anti-decubitus devices in immobile patients because of amenities, information and application of anti-decubitus aids in the home environment. Data was obtained in interview by qualitative research.

Předmluva

Dekubity a samotná péče o ně, je často opakovaným tématem. Pomocí bakalářské práce, jsme chtěly nastínit problematiku dekubitů. Vyžívání antidekubitních pomůcek, polohování pacientů, důsledky dlouhodobé imobility pacientů a problematiku získávání polohovacích pomůcek pomocí příspěvků na pomůcky v domácí péči. V rámci bakalářské práce proběhlo výzkumné šetření, pomocí kterého jsme zjišťovaly, jak jsou v domácím prostředí antidekubitní pomůcky využívány, jak se pečující o imobilní pacienty zaměřují na polohování a na péči dekubitů. Pomocí pohledu sester a pečujících o imobilní pacienty jsme byly schopny posoudit výsledky výzkumu a dojít k doporučení pro praxi.

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Janě Koptíkové za odborné vedení práce, poskytování rad a užitečných informací, a také bych chtěla poděkovat za čas, který mi k mé tvorbě věnovala. Dále bych chtěla poděkovat pacientům a pečovatелům za poskytnutí informací a pracovníkům agentury domácí péče za poskytnutí užitečných rad, informací a materiálů pro zpracování této práce. Děkuji své rodině za velkou trpělivost při zpracování kvalifikační práce a při mém studiu.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 IMOBILITA, IMOBILIZAČNÍ SYNDROM.....	15
1.1 Příčiny vzniku imobility	16
1.2 Projevy a prevence u imobilizačního syndromu.....	16
1.2.1 Poruchy krevního oběhu – kardiovaskulárního systému	16
1.2.2 Poruchy dýchacího ústrojí – respiračního systému	17
1.2.3 Poruchy pohybového ústrojí – pohybového systému	18
1.2.4 Poškození kostí, skeletu.....	18
1.2.5 Poruchy kůže a podkoží – kožní systém.....	18
1.2.6 Poruchy gastrointestinálního traktu	19
1.2.7 Poruchy močového systému	19
1.2.8 Poruchy psychiky – psychosociální reakce na imobilitu.....	19
1.2.9 Prevence imobilizačního syndromu u výše uvedených poruch.....	20
1.3 Hodnocení soběstačnosti	21
2 POLOHOVÁNÍ.....	23
2.1 Polohování jako prevence dekubitů.....	24
2.2 Pomůcky k polohování	24
2.3 Techniky polohování	25
2.3.1 Poloha na zádech (supinační poloha)	25
2.3.2 Poloha polobok	25
2.3.3 Poloha na boku 90°	26
2.3.4 Poloha semipronační.....	26
2.3.5 Poloha na břiše (pronační poloha).....	26
2.3.6 Poloha v sedě, polosedě (Fowlerova poloha)	26
3 ANTIDEKUBITNÍ POMŮCKY	27
3.1 Význam antidekubitních pomůcek	27
3.2 Materiály pro předcházení dekubitů	27
3.2.1 Hydrokoloidy	27
3.2.2 Polymery.....	28
3.3 Pomůcky vkládané do lůžka	28
3.3.1 Materiály s gelem	28
3.3.2 Materiály s perličkami	28
3.3.3 Podložka dekuba, ovčí rouno.....	29

3.3.4	Pomůcky plněné vzduchem	29
3.4	Podložky určené k manipulaci s pacientem v lůžku.....	29
3.5	Fototerapie	29
3.6	Pomůcky	30
3.6.1	Antidekubitní matrace	30
3.6.2	Pomůcky pro polohování.....	31
4	DOSTUPNOST POMŮCEK.....	34
	PRAKTICKÁ ČÁST	36
5	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	36
5.1	Hlavní cíl	36
5.2	Dílčí cíle	36
5.3	FORMULACE PROBLÉMU.....	36
6	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	37
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	38
8	METODIKA PRÁCE	39
9	ORGANIZACE VÝZKUMU	40
10	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	41
10.1	Respondentka A.....	42
10.2	Respondentka B.....	45
10.3	Respondentka C.....	48
10.4	Respondentka D.....	51
10.5	Respondentka E.....	54
10.6	Respondentka F	57
10.7	Respondentka G.....	60
10.8	SESTRY Z AGENTURY DOMÁCÍ PÉČE.....	64
	DISKUZE.....	66
	ZÁVĚR.....	70
	SEZNAM LITERATURY.....	71
	SEZNAM PŘÍLOH	74
	PŘÍLOHY	75
	Příloha č. 1 - Barthelův test základních všedních činností, Test ADL – Activity of Daily Living	75
	Příloha č. 2 - Kritéria soběstačnosti pro uspokojování potřeb.....	76
	Příloha č. 3 – Funkční míra nezávislosti (FIM – Functional Independent Measures)...	78
	Příloha č. 4 – Lawtonova škála instrumentálních denních činností (The Lawton Instrumental Activity of Daily Living scale, IADL)	80
	Příloha č. 5 – Pohybový režim či kategorie pacientů	81
	Příloha č. 6 – Polohovací hodiny a záznam polohování.....	82

Příloha č. 7 - Stupnice dle Nortonové	83
Příloha č. 8 – Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku	84
Příloha č. 9 – Antidekubitní pomůcky	85
Příloha č. 10 – Informovaný souhlas 1	89
Příloha č. 11 – Informovaný souhlas 2	90
Příloha č. 12 – Podklad pro rozhovor s pečovatelem o imobilního pacienta	91
Příloha č. 13 – Podklad pro rozhovor se sestrami z agentury domácí péče	93
Příloha č. 14 – Vyplněné dotazníky se sestrami z agentury domácí péče	95
Příloha č. 15 - Rešerše	103
Příloha č. 16 – Informační brožura	105

SEZNAM ZKRATEK

ADL – (Activity of Daily Living) Barthelův test základních všedních činností

Apod. - a podobně

Aj. - a jiné

Č. – číslo

Dle - podle

EU - Evropská unie

FIM – (Functional independent measures) Funkční míra nezávislosti

IADL – (The Lawton Instrumental Activity of Daily Living scale) Lawtonova škála instrumentálních denních činností

Např. - například

PUR - Polyuretanová pěna

S. - strana

Sb. – sbírka

TVS – Test vývojové soběstačnosti

Tzv. – takzvaný

USA – United States of America – Spojené státy americké

WC - toaleta

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku využívání antidekubitních pomůcek v domácí péči u imobilních pacientů. Antidekubitní pomůcky pomáhají zamezit vzniku proleženin, ke kterým nejčastěji dochází u dlouhodobě ležících pacientů. Mezi antidekubitní pomůcky patří např. matrace, podložky pod paty, lokty, záda apod. Tyto pomůcky jsou navrženy tak, aby rovnoměrně rozkládali tlak v zátěžové oblasti. Minimalizují tření a mechanické poškození tkáně a zajišťují maximální stabilitu a komfort. Vždy je nutné zabezpečit pravidelné polohování pacienta a omezení bariér mezi pokožkou a podložkou tak, aby nedocházelo ke vzniku dekubitů.

Dekubity (proleženiny) jsou závažnou komplikací zdravotního stavu a významným ošetrovatelským problémem. Dekubitus je lokalizovaná oblast buněčného poškození způsobená poruchou mikrocirkulace a z ní vyplývající hypoxie. Dekubity vznikají na místech závislých na poloze nemocného. Na vzniku se podílí kombinace působení více sil jako je tlak, tření, střížná síla a také působení různých faktorů jako je vlhkost, mobilita, věk, stav výživy, tělesná teplota a výskyt jiného onemocnění. Dekubity postihují nemocné po celém světě všech věkových kategorií, způsobují pacientům utrpení, snižují kvalitu jejich života, v konečném důsledku mohou vést k invaliditě a smrti. Proto je důležité dekubitům předcházet, věnovat se jejich prevenci vyhodnocením pomocí hodnotících škál a dodržovat preventivní opatření.

Tématem naší práce jsou ANTIDEKUBITNÍ POMŮCKY A JEJICH VYUŽITÍ PEČOVATELI V DOMÁCÍ PÉČI U IMOBILNÍCH PACIENTŮ. Chtěly bychom zjistit, jak probíhá péče o dekubity v domácím prostředí a jaké mají agentury domácí péče možnosti a vybavení, jak je rodina informována ohledně péče o imobilního pacienta, jak spolupracuje s agenturou domácí péče a co jim domácí péče poskytuje.

Rády bychom se dozvěděly, zda jsou antidekubitní pomůcky pacientům v domácí péči poskytnuty a v jaké míře. Chtěly bychom zjistit, jestli mají pečovatelé dostatečný přehled o čerpání všech příspěvků na pomůcky, které by usnadnily péči o jejich blízké. Cílem práce je dozvědět se, jak agentury domácí péče využívají antidekubitní pomůcky v péči o imobilního pacienta v domácím prostředí. Zda jsou agentury vybaveny antidekubitními

pomůckami, jak tyto pomůcky využívají či poskytují a jak se v této oblasti zaměřují na prevenci.

Teoretická část práce je zaměřena na problematiku imobilizačního syndromu, techniky polohování a na jednotlivé druhy antidekubitních pomůcek vhodných pro polohování pacienta při problematice dekubitů. V praktické části jsou cíle zkoumány pomocí kvalitativního výzkumu formou rozhovorů, které byly vedeny s rodinnými příslušníky a se sestrami z agentury domácí péče. Rozhovory byly vedeny v domácím prostředí dané rodiny, které jsme kontaktovaly za pomoci agentury domácí péče.

Informace k bakalářské práci byly čerpány z odborné literatury, odborných internetových článků a časopisů. Informační zdroje byly nalezeny díky rešerši, kterou jsme nechaly zpracovat ve specializované knihovně národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (příloha č. 14).

TEORETICKÁ ČÁST

1 IMOBILITA, IMOBILIZAČNÍ SYNDROM

Člověk mění svoji polohu díky pohybovému systému, který pomáhá s koordinací pohybů a pohybem těla. Mobilita (pohyb) je základem soběstačnosti a nezávislosti. Pomocí pohybu může každý člověk vykonávat činnosti důležité pro jeho existenci a spokojenost, může pracovat a pohybovat se nezávisle na pomoci druhých. V případě, kdy je pacientova mobilita snížena úrazem či nějakou nemocí, stává se imobilním a spolu s imobilitou přicházejí jiná onemocnění, která pacienta limitují ve vykonávání svých potřeb a v soběstačnosti. (1, s. 79)

„IMOBILITA představuje neschopnost volného pohybu v prostoru. Primární imobilita vzniká jako přímý důsledek choroby nebo úrazu. Sekundární se vyvíjí až druhotně, např. jako stav po infarktu myokardu nebo operaci. Hlavními příčinami imobility bývají silná bolest, poruchy kosterního, svalového nebo nervového systému, celková slabost, psychosociální problémy (např. deprese) nebo infekce.“ (21)

IMOBILIZAČNÍ SYNDROM je charakterizován jako stav, při kterém je jedinec ohrožen poškozením jedné nebo několika orgánových soustav. Je brán jako celková odezva organismu na klidový režim. Imobilizační syndrom je následkem imobilizace. První následky imobility se mohou objevit po několika hodinách upoutání na lůžko, patologické změny mohou přijít v průběhu 7 dní. Nejčastěji dochází k postižení kardiovaskulárního a pohybového systému, může být poškozen i jiný systém např. dýchací, metabolický a výživový systém, vylučovací, kožní a trávicí systém a také způsobuje psychické změny. (1, s. 118) U pacientů ohrožených vznikem imobilizačního syndromu aplikujeme zásady rehabilitačního ošetřování, včasnou mobilizaci a psychickou a fyzickou aktivizaci. Nejvíce ohroženou skupinou pacientů jsou staří lidé a dlouhodobě nemocní. (4, s. 131) Při snížené mobilitě, je důležité zahájit rehabilitaci a postupnou mobilizaci pacienta, také nesmíme zapomenout na posouzení kognitivních schopností pacienta a zhodnotit aktivitu denního života. (12, s. 90)

1.1 Příčiny vzniku imobility

Nejčastější poruchy hybnosti a mobility jsou:

- dlouhodobá (chronická) bolest
- paréza, plegie
- poruchy kostí, svalů, šlach, kloubů
- neurologické poruchy
- kvantitativní poruchy vědomí (bezvědomí)
- deprese
- špatný zdravotní stav, choroba, zranění
- věk a stav pacienta (staří nemocní s chronickými chorobami) (1, s. 118)

1.2 Projevy a prevence u imobilizačního syndromu

Projevy imobilizačního syndromu mohou probíhat skrytě, může docházet k prodlevě řešení nebo i zanedbání těchto projevů. Viditelným projevem mohou být např. opruzeniny a dekubity. Tkáně nacházející se v hloubce, mohou být poškozené víc, než se na první pohled jeví. (1, s. 118)

1.2.1 Poruchy krevního oběhu – kardiovaskulárního systému

Ortostatická hypotenze – nejčastější následek imobilizace, stav, kdy v důsledku změny polohy vleže do polohy ve stoje má pacient potíže s adaptací na vzpřímenou polohu. Při snížené mobilitě dochází k narušení vazomotorických reflexů, které se podílejí na vyrovnávání krevního tlaku při změnách polohy. (13, s. 52) Musíme dbát na vstávání pacienta z lůžka, aby nedocházelo ke vzniku komplikací, jako jsou: mžitky před očima, točení hlavy, tachykardie, pocení se. Nemocný by mohl upadnout a zranit se. Dochází ke snížení krevního tlaku. U starších pacientů, kteří tráví dlouhou dobu na lůžku, se zvyšuje riziko výskytu těchto komplikací.

Prevencí u těchto typů onemocnění je postupná vertikalizace na lůžku (postupné převedení z polohy vleže do polohy vsedě na lůžku až stoje u lůžka). U pacienta je zvýšené riziko pádu, proto je zapotřebí poskytnout pacientovi dostatek času při změně polohy a být mu oporou, aby nespádl a nezranil se.

Žilní trombóza – děj při, kterém dochází ke vzniku trombu v hlubokých žilách nejčastěji dolních končetin a je doprovázen zánětlivou reakcí, je následkem hromadění krve v žilním řečišti, ke kterému dochází při zpomaleném krevním oběhu a při městnání krve

(venostáze) vzniklé z nedostatku pohybové aktivity dolních končetin. Tato komplikace se objevuje u pacientů upoutaných na lůžko déle než 8-10 dní.

Prevenčí u žilní trombózy je dostatek pohybové aktivity na lůžku. Pacient může simulovat jízdu na kole, také může procvičovat flexi a extenzi tím, že bude propínat a povolovat chodidla. Je důležité zlepšit krevní oběh v dolních končetinách, abychom předešli vzniku venostázy a vytvoření trombů. V případě, že to stav pacienta dovoluje, pomáháme mu v aktivní rehabilitaci a v chůzi.

Nesmíme zapomenout na elastickou bandáž, která je důležitá pro stažení povrchového žilního řečiště. Bandáž pomáhá zvýšit objem krve v hlubokém žilním systému, výrazně urychluje průtok krve, což znamená snížení pravděpodobnosti vzniku žilní trombózy.

Mírná elevace (zvýšená poloha) je další preventivní metodou, která snižuje hromadění krve v dolních končetinách. Dle ordinace lékaře, může být subkutánně aplikován nízkomolekulární heparin. U takových pacientů musíme dbát na dostatečný pitný režim.

Plicní embolie – neboli ucpání krevního řečiště plic vmetkem (embolem) nejčastěji z dolní končetiny. Vzniká následkem žilní trombózy. Může zapříčinit úmrtí pacienta. V tomto případě, platí všechna výše uvedená preventivní opatření. (1, s. 118-119; 11, s. 92-96)

1.2.2 Poruchy dýchacího ústrojí – respiračního systému

Hypostatická pneumonie – u pacientů, kteří jsou vleže na zádech dochází ke snížení vitální kapacity plic (především geriatrický pacient). Pacient se nedokáže dostatečně nadechnout, dýchá mělce a povrchně. (4, s. 132) Dochází k nedostatečnému vykašlávání, proto se v dýchacích cestách hromadí vazký hlen, je porušený mechanismus kašle a v dýchacích cestách dochází ke vzniku zánětlivých procesů.

Plicní atelektáza – při hypostatické pneumonii dochází k nahromadění hlenu v dýchacích cestách, následkem toho dochází ke vzniku plicní atelektázy. Nemocný je dušný, neklidný, zrychleně dýchá a může být cyanotický.

U poruch dýchacího ústrojí je nutné provádět dechová cvičení, např.: nafukování balonku, nebo rukavice. Pacienta ukládáme do polosedu, provádíme poklepovou masáž, trénujeme odkašlávání, zvlhčujeme vzduch a dbáme na dostatečné množství tekutin. Jako prevenci může také provádět míčkování. (1, s. 119-120; 11, s. 64-71)

1.2.3 Poruchy pohybového ústrojí – pohybového systému

Poškození svalů – atrofie a kontraktury – v případě imobility pacienta dochází ke snížení svalové síly a výkonnosti svalů během krátké doby (za týden klesá svalová síla až o 1/3). Může nastat atrofie z nečinnosti. V případě, že je nemocný schopen plné rehabilitace, dochází k návratu plné síly za dvakrát dlouhý čas, než trvala imobilita.

Zkrácení šlach a fascií – mohou způsobovat různé deformace (např.: páteře, nebo končetin)

Snížená pohyblivost kloubů – kvůli omezené hybnosti kloubů dochází ke ztuhlosti a k deformitám. Kloub se stává nevratně poškozeným, tedy nefunkčním.

Abychom zamezili vzniku kontraktur, atrofií svalů a ztuhlosti kloubů, je třeba dostatečné rehabilitace, důležité je nezapomínat na polohování nemocného, kondiční cvičení, izometrické a izotonické cvičení. Je nutné dbát na soběstačnost pacientů na lůžku, při pohybu a v činnostech okolo lůžka. (1, s. 120-121)

1.2.4 Poškození kostí, skeletu

Imobilizační osteoporóza – v důsledku nedostatečného přirozeného pohybu a zatížení kostí je pacient náchylnější ke vzniku imobilizační osteoporózy. Následkem sníženého pohybu se rozvíjí poškození mikroarchitektoniky kostí. Pacient je ohrožen zvýšenou lámavostí kostí. Zpomalením metabolických procesů se prohlubuje nedostatek odplavovaného vápníku a následná zlomenina kostí je velmi těžko napravitelná.

Osteomalacie – u pacientů, kteří tráví málo času na slunci, dochází k deficitu vitamínu D, toto onemocnění má latentní formu.

Při poškození kostí a skeletu radíme do prevence dostatečný příjem vápníku a vitamínu D. Také je důležitý dostatečný pohyb, zátěž a pobyt na slunci. (1, s. 121-122) Součástí prevence je také polohování, v případě neschopnosti aktivních pohybů je důležitá pasivní rehabilitace. Velkou roli hraje aktivní spolupráce nemocného. (13, s. 52)

1.2.5 Poruchy kůže a podkoží – kožní systém

Otlaky, opruzeniny, podráždění kůže, dekubity – u dekubitů je potřeba se zaměřit na pravidelné polohování nemocného v intervalu 2 hodin ve dne a 3-4 hodin v noci. Nesmíme zapomenout na úpravu lůžka, lůžko musí být vždy suché a čisté. Je nutné používat speciální pomůcky, které zabraňují otlakům kůže (například antidekubitní

matrace, podložky, botičky, chrániče loktů, gelové nalepovací podložky pod paty a lokty. (1, s. 122-123)

1.2.6 Poruchy gastrointestinálního traktu

Může docházet k **nechutenství** v důsledku onemocnění, nebo nemocnému nechutná nemocniční strava. Také se u pacientů mohou objevit potíže s **vyprazdňováním a zácpou**, protože pacienti často nedodržují dostatečný pitný režim, stravu bohatou na vlákninu a nedávají dostatečný důraz na ovoce a zeleninu. (1, s. 123-124) Zácpa může být také vyvolána nepřírozenou polohou při vyprazdňování (vleže na zádech), pacienti se strachují, aby nedošlo k vylití obsahu podložní mísy do lůžka apod. (4, s. 132) Poslední dobou se setkáváme s pacienty, kteří trpí **obezitou**. Obezita bývá důsledkem špatného stravování, která neobsahuje vyvážené množství důležitých složek, jako jsou sacharidy, tuky a bílkoviny. Především u starších pacientů dochází ke **ztrátě pocitu žízně**. (1, s. 123-124)

1.2.7 Poruchy močového systému

Potenciální riziko zánětu močových cest – v případě zavedeného permanentního katétru může docházet ke vzniku zánětu močových cest, důsledkem retence moči, protože u pacienta vleže dochází k nedostatečnému svalovému tonu. Infekce se v tomto případě šíří vzestupnou cestou.

Potenciální riziko vzniku močových kamenů – při nedostatečném množství přijímaných tekutin a změněném složení moči se zvyšuje riziko vzniku močových kamenů.

Prevencí je dostatečný příjem tekutin, především voda, čaj, nebo ředěný džus. Není vhodné konzumovat minerální vody ve větším množství. Důležitou součástí prevence je polohování a cvičení, které podporuje vyprazdňování moči. Mezi preventivní opatření patří podpora vyprazdňovacího reflexu (např.: sklenice vody ráno na lačno). Pouze v nutných případech zavádíme permanentní katétr, hlavně v případě, kdy pacient nemůže močit (např.: retence) nebo je ohrožen rizikem vzniku infekce či dekubity. (1, s. 124-125)

1.2.8 Poruchy psychiky – psychosociální reakce na imobilitu

U poruch psychiky dochází ke zhoršení nálady, smutku, depresi, zmatenosti, ke ztrátě orientace (především u starých lidí), pacient trpí pocitem prázdnoty, pociťuje beznaděj, bezmocnost, trpí poruchami spánku, dochází ke zhoršení rozhodovacích schopností, je narušená schopnost koncentrace. Pacienti mnohdy ztrácí sebevědomí, trpí pocity bezcennosti, jsou apatičtí a agresivní. (1, s. 125-126)

Následkem imobilizace je narušena psychika nemocného a jeho sociální vazby. Nemocný je donucen, vyrovnat se, se stávající situací, která přináší mnohá úskalí a existenční potíže v případě, že byla rodina závislá na jeho finančních příjmech. Nemocný se s touto situací těžko vyrovnává, a tak dochází k těžkým poruchám psychického stavu. Pacient se musí smířit, že je závislý na svém okolí a je na nějakou dobu připoután k lůžku. (4, s. 133)

Personál musí pacienta v rámci svých kompetencí informovat a vysvětlit mu podrobně veškeré informace, týkající se jeho zdravotního stavu. Pacient potřebuje znát průběh své léčby a potřebuje být informován o průběhu ošetrovatelské péče. Během dne je důležité s pacientem komunikovat, poradit mu, nebo mu povolit návštěvu příbuzných. Dle stavu pacienta jej podporujeme v sebepěči a soběstačnosti v běžných denních aktivitách (hygiena, příjem potravy). (1, s. 125-126; 5, s. 244)

1.2.9 Prevence imobilizačního syndromu u výše uvedených poruch

Rady v prevenci imobilizačního syndromu u poruch kardiovaskulárního systému, respiračního systému, pohybového systému, u poškození kostí a skeletu, poruch kůže a podkoží, poruch gastrointestinálního traktu, močového systému a u poruch psychiky.

Od začátku léčby je nutné co nejvíce minimalizovat rizika, která souvisejí s dlouhodobým pobytem nemocného na lůžku, protože je to jednodušší než napravování a léčba komplikací. Využíváme lůžko, matraci, doplňky k podpoře dýchání a polohování. Velkou roli v prevenci hraje úprava lůžka, lůžko je nutné udržovat suché, čisté a převlečené. Používáme pomůcky, které pomáhají zajistit aktivitu a pohodlí nemocného. Provádíme dostatečnou hygienu a používáme ochranné prostředky na kůži. Snažíme se spolupracovat s rodinou nemocného při jakékoli činnosti s pacientem. Nemocného podporujeme v sebepěči, dbáme na to, aby se nemocný pokoušel o vstávání z lůžka dle jeho stavu a dohlížíme na pravidelnou a přiměřenou rehabilitaci. Bandážujeme končetiny, dohlížíme na dostatečný příjem tekutin, aby nedošlo k dehydrataci, provádíme dechová cvičení. U nemocného volíme vhodnou stravu, dohlížíme na příjem bílkovin, zeleniny, ovoce, vitamínů a vápníku. Při potížích s plicní ventilací ukládáme pacienta do Fowlerovy polohy, která pomáhá ke zlepšení stavu dýchání. Důležité je, věnovat se potřebám pacienta, podporovat jeho spokojenost, eliminovat poruchy spánku, dodržovat pravidelnou denní aktivitu dle stavu pacienta, spolupracovat s rodinou nemocného, komunikovat s rodinou a s nemocným a povzbuzovat ho. (1, s. 119-126; 5, s. 243-244)

1.3 Hodnocení soběstačnosti

Hodnocení soběstačnosti je běžnou vyhodnocovací technikou při sběru dat pacienta (anamnézy). Používáme vyhodnocovací techniky např.:

- **Barthelův test základních všedních činností, Test ADL – Activity of Daily Living**

Mezinárodně užívaný test pro hodnocení soběstačnosti pacientů, nazýván také jako Barthelové index osobní nezávislosti. Autorkami toho testu jsou Dorothea W. Barthelová a Florence I. Mahoney z USA. Tento test je v podobě strukturovaného dotazníku. Sledujeme 10 základních oblastí běžného života (najedení, napití, oblékání, osobní hygiena, koupání, kontinence moči, kontinence stolice, použití WC, chůze po rovině, chůze po schodech (viz příloha č. 1). Každou oblast hodnotíme body 0, 5, 10 nebo 15. 0 bodů je hodnoceno za úplnou nezávislost. 100 bodů za plnou soběstačnost. (7, s. 87-89; 12, s. 90-91)

- **Kritéria soběstačnosti pro uspokojování potřeb**

Vychází z klasifikace funkčního hodnocení sebepečce dle Marjory Gordonové a testu vývojové soběstačnosti – TVS. Kritéria soběstačnosti pro uspokojování potřeb pacienta hodnotí v 5 oblastech (zajištění výživy, osobní hygiena, oblékání a svlékání, pohyblivost, vyprazdňování moči/stolice – viz příloha č. 2). Hodnotí se pomocí klasifikace Gordonové od 0 do 5. (7, s. 90)

- **Funkční míra nezávislosti (FIM – Functional Independence Measures)**

Mezinárodně uznávaná hodnotící škála. Využívá se v zemích EU (zejména Německo a Skandinávie). Tento hodnotící test vychází z indexu Barthelové, cílem je zhodnocení stupně omezení jedince v ADL činnostech. FIM škála je dělena do 6 oblastí, posuzuje se 18 činností. Každá činnosti je hodnocena sedmistupňovou bodovou škálou (viz příloha č. 3).

- **Lawtonova škála instrumentálních denních činností (The Lawton Instrumental Activity of Daily Living scale, IADL)**

Tato škála byla vytvořena pro testování soběstačnosti jedince v obtížnějších činnostech. Tento typ hodnotící techniky je vhodné používat v domácím i nemocničním prostředí. Hodnotíme jedince v 8 činnostech (telefonování, nakupování, příprava jídla,

domácí práce, praní prádla, užití dopravy, samostatné užívání léků a manipulace s penězi – viz příloha č. 4). Pohybujeme se na škále od 0 do 1. (7, s. 92-94; 12, s. 91)

- **LADL škála denních činností (Instrumental Activity of Daily Living, IADL)**

Tento test je inovací Lawtonovy škály instrumentálních denních činností. Pomocí tohoto testu jsme schopni posoudit a zhodnotit míru zvládnání složitějších činností rozsáhlejší soběstačnosti. Pohybujeme se na bodové škále od 0 do 80. Posuzuje se telefonování, transport, nakupování, vaření, domácí práce, práce kolem domu, užívání léků, finance.

- **Pohybový režim či kategorie pacientů**

Vyhodnotit pohybový režim či kategorie pacientů je povinností lékaře, tuto povinnost ukládá plátce péče (zdravotní pojišťovna). Ve sbírce zákonů stanoveno 5 základních kategorií pacientů, u kterých je definována finanční zátěž (spotřeba materiálu, personální a farmakologické vybavení). Legislativou dané kategorie pacientů – 0 pacient na propustce, 1 pacient soběstačný, 2 pacient částečně soběstačný, 3 lucidní pacient neschopný pohybu mimo lůžku, 4 pacient imobilní, 5 pacient v bezvědomí (viz příloha č. 5).

Dalším nezbytným vyhodnocením pro lékaře je **pohybový režim pacienta**. Pohybový režim se zapisuje na každý den léčby do dekurzu. Lékař specifikuje míru doporučeného pohybového režimu během hospitalizace (viz příloha č. 5). Všeobecná sestra dohlíží na pacienta a informuje ho o dodržování pohybového režimu, sestra je za dodržování plně odpovědná. (7, s. 86-95)

2 POLOHOVÁNÍ

Při polohování dochází ke změně polohy nemocného za účelem snížení tlaku v momentálně namáhané oblasti. Sestra se snaží o pravidelnou změnu polohy u pacientů, kterým jejich zdravotní stav neumožňuje změnu polohy (sed, otáčení, stoj, aj.) dle vlastního uvážení. Polohování má velký význam u pacientů s těžkými poruchami hybnosti. Pomocí polohování lze zabránit vzniku dekubitů, kontraktur, deformit, zmírnit bolest, zajistit relaxaci svalstva a pohodlí nemocného. (22, s. 96)

U polohování je nutné dodržovat intervaly mezi jednotlivými polohami. Pacienta polohujeme dle polohovacích hodin (viz příloha č. 6), které mohou být umístěny u lůžka pacienta a v jeho dokumentaci. Intervaly změny polohy se liší v závislosti na stavu nemocného, daný interval je od 20 minut do 3-4 hodin. Ideální je začít polohování nejprve v intervalu 15-30 minut, v průběhu dne v intervalu 2 hodin a v noci po 3 hodinách. Je důležité měnit polohu pacienta tak, aby plocha, která se dotýká podložky, byla opětovně zatížena až při třetí nebo čtvrté změně polohy. (3, s. 16) Podle zvolené polohy u pacienta využíváme vhodné polohovací pomůcky. Důležité je dbát na šetrné polohování, musíme předcházet zranění a poškození kůže. Při polohování pacienta vhodně edukujeme, aby byl v rámci svých možností schopen se aktivně podílet na změně polohy s ošetřujícím personálem. (5, s. 242)

V průběhu dne sestra kontroluje polohu nemocného, dle potřeby ji upravuje, aby nemocný setrval v poloze po dobu, kterou má. Sestra dohlíží na to, aby docházelo ke změně polohy v určených časech tak, aby nedocházelo k příliš velkému tlaku na tkáň. (22, s. 97) Dochází ke střídání několika poloh, vhodnou polohu volíme podle stavu pacienta. Střídáme polohu na zádech, polohu na boku, polohu semipronační, pokud to umožňuje stav pacienta, používáme polohu v polosedě a polohu na břicho. Dle typu onemocnění volíme správnou polohu k uložení končetin. (17) V průběhu dne je důležité kontrolovat riziková místa ideálně po každé změně polohy, pokud to nedokáže personál uskutečnit, je nutné kontrolovat místa alespoň 1x denně. (18; 10, s. 28)

2.1 Polohování jako prevence dekubitů

Polohování pacienta je důležitou součástí prevence a léčby dekubitů. K polohování pacienta využíváme polohovací lůžka, pasivní nebo aktivní matrace a antidekubitní podložky. Při léčbě a prevenci dekubitů je důležitá dostatečná a kvalitní výživa (nutrice). Nezbytné je dbát na předcházení vzniku otoků. Nedílnou součástí preventivního opatření před vznikem proleženin je hygiena, ochrana před infekcí a dalšími onemocněními a zajištění uspokojivého stavu výživy. Úkolem zdravotnického personálu je nastavit komplexní a koordinovanou péči o pacienta, předpokládá se, že celý tým dobře spolupracuje. Důležitou součástí zdravotnické péče je zajistit veškeré potřeby pacienta (psychické i sociální). Zdravotnický pracovník by měl ke každému pacientovi přistupovat individuálně dle typu onemocnění a potřeb. (2, s. 25; 10, s. 28)

2.2 Pomůcky k polohování

Při polohování pacienta pomáhají zdravotnickým pracovníkům polohovací pomůcky, jako jsou polštáře, podpěra, válec, podložní kolo, věnečky, sáčky s pískem, klíny, kvádry různé velikosti a největším pomocníkem jsou polohovatelná lůžka, která pomáhají šetřit personálu vlastní síly v případě velké váhy pacienta, či velkého výskytu pacientů potřebných polohování. Polohovací pomůcky musí mít vhodný obal, aby byla zajištěna jejich správná hygiena. Názorné příklady pomůcek uvedené v příloze č. 9.

- Podpěra – pomáhá udržet pacienta ve zvýšené poloze, podpěra se vkládá mezi ložní plochu a horní matraci, tento typ se využíval v minulosti. V dnešní době jsou zdravotnická zařízení vybavena lůžky s polohovatelnou ložní plochou.
- Válec – využívá se pro zajištění flexe v kolenních kloubech, vkládá se pod kolena.
- Podložní kolo – využívá se u pacientů s onemocněním rekta, s frakturami kostrče a po porodu. Zabraňuje posunutí a sjíždění pacienta, slouží jako prevence vzniku dekubitů, používáme ho k podložení hýždí.
- Věnečky – vyrábí se v různých velikostech, používají se k odlehčení tlaku kloubů nebo kostěných výčnělků, jsou vyrobeny z molitanu. Používáme k podložení ramen, loktů, kyčlí, kolen, pat a temene.
- Sáčky s pískem – pomáhají stabilizovat pacienta v potřebné poloze.

- Polštáře – využívají se především u pacientů v domácí péči, protože rodiny nemají dostatek prostředků, aby se mohli vybavit velkým množstvím pomůcek v domácím prostředí. Polštáře jsou vhodnou alternativou pro fixaci těla v poloze, nebo se využívají na podkládání končetin atd. (22, s. 97)

2.3 Techniky polohování

Podle typu onemocnění a celkového stavu pacienta volíme vhodnou polohu nenarušující pacientův zdravotní stav. Dbáme na ochranu kanyl a drénů, dostačující plicní ventilaci a na stabilitu krevního oběhu. Poloha by pacientovi neměla způsobit bolest, poškozovat klouby a svaly. Používáme například polohu na zádech, polohu polobok, polohu na boku, polohu semipronační a polohu na břiše. (3, s.15)

Polohy nemocného lze dělit například podle aktivity nemocného a podle účelu. Polohy dle aktivity nemocného dělíme na aktivní polohu a pasivní. Polohu aktivní zaujímá pacient sám, v průběhu dne polohy sám mění dle vlastního uvážení. Pasivní polohu vidíme u nemocných, kteří se nejsou schopni do polohy uvést sami. Potřebují k tomu pomoc personálu, druhé osoby. Pasivní polohu vidíme u pacientů s omezenou hybností. Podle účelu dělíme polohy na léčebné a na vyšetřovací. Léčebnou polohu zaujímá nemocný po dobu léčby, léčebná poloha pacientovi přináší úlevu, pomáhá zmírnit bolest a zlepšuje dýchání. Vyšetřovací polohu využívá lékař, aby měl lepší přístup k vyšetřované oblasti, nebo k nějakému orgánu, např. vyšetření per rektum, gastrokopie apod. (1, s. 80; 22, s. 96)

2.3.1 Poloha na zádech (supinační poloha)

Poloha na zádech zvyšuje riziko vzniku dekubitů v oblasti křížové a paty, zvyšuje vznik pneumonie (zápal plic). (3, s. 15) Nemocný leží vodorovně na zádech a má mírně pokrčené nebo natažené dolní končetiny. Horní končetiny jsou natažené podél těla. Pod hlavou může být umístěn malý polštárek. V poloze na zádech dochází k uvolnění břišního svalstva. (22, s. 96) Dolní končetiny podkládáme klínem, válcem, apod., nebo mohou být bez podložení. (21)

2.3.2 Poloha polobok

Nazývána jako mírná boční poloha. Poloha mezi polohou na zádech a na boku. Pacient je mírně pootočen na bok, pod úhlem menším než 90°. V celé délce těla je umístěna polohovací pomůcka na podepření. Horní končetinu můžeme umístit k podložce nebo dál od podložky. (3, s. 15; 4, s. 105)

2.3.3 Poloha na boku 90°

V této poloze je kontaktní plochou boční strana těla. Mnoho lidí v této poloze spí. (9, s. 48-49) Poloha na boku nám pomáhá chránit kost křížovou a paty před vznikem proleženin, snižuje riziko vzniku křečí. (3, s. 15) Usnadňuje bronchopulmonální drenáž a je prevencí vzniku atelektáz. Před změnou a po změně polohy je vhodné odsávání z dýchacích cest. (21) Nemocného v této poloze fixujeme díky pokrčené levé nebo pravé dolní končetině, která se opírá o lůžko. Mezi kloub kolenní a hlezenní umístíme molitanovou podložku, aby nedocházelo k nadměrnému tlaku na tkáň. Nemocnému upravíme horní končetiny tak, aby na nich neležel. Polohu na boku využíváme po operacích a také jako prevenci proleženin při střídání poloh. (22, s. 96)

2.3.4 Poloha semipronační

Hlavu a hrudník podložíme polštářem. Poloha je něco mezi polohou na boku a na břiše. (3, s. 15) Jednu horní končetinu umístíme za tělo, druhá horní končetina objímá polštář pod trupem. (21)

2.3.5 Poloha na břiše (pronační poloha)

Při poloze na břiše je nemocný bez polštáře, střídáme otočení hlavy vlevo nebo vpravo. V případě, že není nemocnému pohodlné otočení hlavy na stranu, opřeme hlavu o čelo, které podložíme ručníkem, aby mohl pacient dýchat. Abychom předešli nepříjemnému prohnutí bederní páteře (hyperlordóze), umístíme pod břicho malý polštář. Horní končetiny můžeme umístit podél těla. Dolní končetiny necháme natažené, špičky necháme volně viset přes okraj matrace, můžeme podložit nártý. (22, s. 96-97) Pronační poloha není u pacientů příliš oblíbená, není pohodlná. Používá se u pacientů s respiračním onemocněním, kteří nejsou připojeni k umělé plicní ventilaci. (21) Polohu na břiše je vhodné alespoň 1x denně použít, je to klidová pozice, mnoho lidí v této poloze spí. (9, s. 53)

2.3.6 Poloha v sedě, polosedě (Fowlerova poloha)

Tuto polohu využíváme v případě, že má pacient dýchací potíže interního charakteru, nebo vzniklé při úrazech hrudníku. Pomocí této polohy se pacientovi lépe dýchá, protože je uvolněný hrudník a nedochází k útlaku bránice. Používá se pouze u pacientů při vědomí. Polohu v polosedě využíváme na lůžku nebo ve vozíku, pacient má podepřenou hlavu a lýtka. Dolní končetiny jsou fixované tak, aby nedocházelo k sesunutí pacienta na lůžku. (21) V sedě či polosedě je velký tlak na kostrč, takže vznikají rychle dekubity. Je vhodné vypodložit kostrč podložním kolem, syntetickým rounem nebo molitanem. (18, s. 104)

3 ANTIDEKUBITNÍ POMŮCKY

Antidekubitní pomůcky jsou zdravotní pomůcky pro imobilní pacienty, u kterých hrozí vznik dekubitů (proleženin), nebo již dekubity trpí. V dnešní době máme na výběr z velkého množství antidekubitních pomůcek, např.: kvádry, klíny, válce, područky, podkovy, polštáře, korýtka, hadi, podhlavníky, podložky pod paty, podložky pod lokty, sedací kruhy či podložky do vozíku. Všechny antidekubitní pomůcky jsou vyráběné z různých materiálů, které jsou lehce omyvatelné. Jsou vyráběné tak, aby nedocházelo k nadměrnému pocení a vzniku vlhkosti. (2, s. 27) Pomůcky by pacienta neměly omezovat v pohybu, neměly by dráždit kůži. Měli bychom využívat pomůcky, které jsou příjemné na dotek, jsou omyvatelné, snadno použitelné pro personál. Vždy volíme pomůcku, která rovnoměrně rozkládá tlak těla na lůžku. (5, s. 242)

3.1 Význam antidekubitních pomůcek

Polohovací pomůcky a vhodné matrace jsou důležitým preventivním opatřením tvorby proleženiny. Léčba proleženiny, je nákladnější než zakoupení pomůcek, které jsou při prevenci využívány, ale i přesto se antidekubitní pomůcky na některých pracovištích nevyskytují kvůli vysoké pořizovací ceně. (3, s. 16)

Během celého pobytu na lůžku je ohrožena kůže a podkoží. Je velice důležité dbát na ochranu predilekčních míst proti působení škodlivých faktorů. (3, s. 16)

3.2 Materiály pro předcházení dekubitů

Na mnoha pracovištích intenzivní péče se pro prevenci a léčbu dekubitů využívají filmové obvazy. Patří mezi ně materiály s rozdílnou polopropustností (semipermeabilitou) pro páru, přilnavostí krytí, způsobem aplikace a kluzným povrchem. Kluzný povrch se využívá především u imobilních pacientů ke zmírnění třecího efektu. Na kůži aplikujeme materiály v případě, že je kůže odmaštěná, očištěná od každodenních nečistot a je zachován přirozený turgor (napětí) kůže. (3, s. 27)

3.2.1 Hydrokoloidy

Hydrokoloidy jsou krycí materiály, které obsahují želatinu, pektin a karboxymethylcelulózu. Používají se při problematice dekubitů kvůli své dobré přilnavosti na kůži a měkčenému materiálu. Vyrábějí se v různých tloušťkách. Některé typy imitují svým tvarem určenou oblast, např.: sacrum (kost křížová). Nevýhodou tohoto krytí je, že při

kontaktu se sekrecí (exsudát, moč, stolice) se tekutina může dostat do rány a způsobit maceraci. U hydrokoloidních materiálů je nebezpečí vyšší adherence (přilnavosti) při snímání. Na principu tohoto materiálu je vyrobena pomůcka s názvem „comfeel plus“, kterou lze po kontaminaci snadno omýt a dezinfikovat. (3, s. 27)

3.2.2 Polymery

Polymery mají rozdílné složení materiálů oproti hydrokoloidům. V případě používání toho typu materiálu máme výhodu v atraumatické snímatelnosti. Absorpce potu, odlehčení lokality pružnosti a tloušťky polymeru, eliminace tření. Některé polymery mají lepící okraje, díky kterým je krytí dobře fixované, avšak ani to nezabrání odloučení od pokožky v případě nadměrného pocení pacienta v postižené oblasti (např.: sakrální oblast). Polymerová krytí se vyrábějí v mnoha tloušťkových stupních, takže má zdravotnický personál širokou nabídku a může si zvolit dle dalších parametrů, a to například v případě, že se u pacienta používá pasivní matrace v lůžku, měli bychom dát přednost polymerům s vyšší strukturou. Výběr vhodného materiálu záleží také na tom, zdá má materiál omyvatelnou vrstvu a jaký je způsob aplikace v zátěžové oblasti. (3, s. 27)

3.3 Pomůcky vkládané do lůžka

Výhodou těchto pomůcek je opakované použití v případě dodržování zásad individualizace a řádné dekontaminace. Vhodnou pomůcku volíme dle tvaru, materiálu, typu obalu a podle možnosti čištění pomůcky. Existuje mnoho tvarů např.: kubusy, klíny, polštáře, válce a další. (3, s. 28)

3.3.1 Materiály s gelem

Obsahují viskoelastický gelový polymer, vyrábí se různé tvary (podložky nestejných velikostí, podložky pod patu nebo hlavu, sedáky, tvary určené k polohování pacienta). Používají se spíše na operačních sálech, protože mají několikahodinový účinek, nehodí se na vícedenní používání. Pomůcky jsou vyrobené z dobře omyvatelných a dezinfikovatelných materiálů. (3, s. 28)

3.3.2 Materiály s perličkami

Vyrábějí se různé tvary, mají velké využití v lůžku a poskytují tepelnou izolaci těla. Vyrábějí se s omyvatelným nebo látkovým potahem. Hodně využívanou pomůckou je tzv. Bumerang klasik, nazývaný jako „had“. Bumerang klasik je výbornou pomůckou, díky které pacienta zafixujeme v poloze na boku, nebo můžeme podložit horní a dolní končetiny či hlavu. Díky této pomůcce, můžeme zafixovat více částí těla najednou. Materiály

s perličkami jsou vhodné při používání v kombinaci s aktivními nebo pasivními matracemi. (3, s. 29)

3.3.3 Podložka dekuba, ovčí rouno

Dříve se využívala podložka dekuba z ovčího rouna. Při podkládání různých částí těla byla vhodnou pomůckou. Častým praním a čištěním ztrácí povrch podložky svoji strukturu, takže se tato pomůcka příliš neosvědčila při používání v intenzivní péči. (3, s. 29)

3.3.4 Pomůcky plněné vzduchem

Jednou z nejstarších používaných antidekubitních pomůcek představují pomůcky plněné vzduchem. K odlehčení tlaku na sakrální a hýžd'ovou oblast využíváme kruh, který je určený pod hýždě. Intenzitu tlaku v pomůcce nelze stanovit při jejím plnění a její tlak má tak stabilní hodnotu. V důsledku stabilní hodnoty tlaku dochází k omezení tlaku na sakrální oblast, ale zároveň i k ischemii okolních partií. Aktuálně jsou výše zmiňované materiály inovovány hlavně v jejich materiálu a vnitřním tlaku v pomůcce, díky čemuž jsou více přizpůsobivé podmínkám v rámci prevence. Tyto pomůcky jsou omyvatelné a dezinfikovatelné. Pomůcky nazývané se „Repose“ jsou doplněny nafukovacími přístroji s ventilem, které napomáhají aplikaci požadovaného tlaku a pomáhají také například v zabránění pocení. (3, s. 29)

3.4 Podložky určené k manipulaci s pacientem v lůžku

Manipulace s pacientem v lůžku je fyzicky náročná. Při manipulaci s pacientem je větší riziko vzniku dekubitů díky třecí a střížné síle. Abychom předešli vzniku dekubitů, existují na manipulaci podložky, které jsou součástí úpravy lůžka. Např. podložka „Sonoma“, která má být k ochraně lůžka před inkontinencí slouží i jako manipulační podložka. Dále máme skluzné podložky různých rozměrů, které usnadňují manipulaci s pacientem, díky využití skluzné vrstvy. Výhodou skluzných podložek je jednoduchá manipulace a cenová dostupnost. Při transportech z lůžka na lůžko, na operační stůl, transportní lehátko, vyšetřovací stůl, je samozřejmě kůže ohrožena také, a proto existují různé typy „rolerů“ – rolovacích podložek, aby se usnadnila manipulace s pacientem jak pro personál, tak pro pacienta samotného. (3, s. 29)

3.5 Fototerapie

Fototerapie je fyzikální terapie využívající viditelnou i neviditelnou část světelného spektra k preventivnímu a léčebnému využití. Nejčastější je laserová fototerapie, léčba polarizovaným světlem či monochromatickým světlem, ale také přirozeným slunečním

zářením. V prevenci dekubitů se využívá polarizované světlo, které pomáhá zlepšit prokrvení tkání. U prevence proleženin působí fototerapie protizánětlivě, analgeticky a regeneračně. Výrobci doporučují používat fototerapii dvakrát denně 30 minut. Světelná terapie se využívá na hematomy, macerace a dermatitidy, v prevenci dekubitů je doplňující terapií. Kůže by se před světelnou terapií neměla mazat žádnou mastí, v případě, že je na kůži nějaký nános mastí a past, je důležité ho odstranit, aby nebylo bráněno průniku světla. Některé firmy (např. zepter a biotherapy) vyrábějí přístroje, které jsou vhodné k využití ve zdravotnickém zařízení, ale i v domácím prostředí. (3, s. 29, 181; 24)

3.6 Pomůcky

Máme na výběr z velkého množství antidekubitních pomůcek od různých značek. Volíme vhodné pomůcky například na základě vyhodnocení rizika stupně dekubitů např. dle Nortonové (viz příloha č. 7), nebo dle vlastních zkušeností a momentální dostupnosti těchto pomůcek.

3.6.1 Antidekubitní matrace

Podle stavu pacienta volíme vhodný typ matrace, k vyhodnocení stupně rizikovitosti vzniku dekubitů používáme hodnotící škály, např. škála dle Nortonové. Existují statické (pasivní) antidekubitní matrace a dynamické (aktivní) antidekubitní matrace. (3, s. 16)

Využíváme **pěnové antidekubitní matrace**, nebo matrace **s paměťovým efektem**. Matrace jsou vyztuženy pěnou, mají zpevněné podélné okraje, vyrábí se z omyvatelných materiálů, mají snímatelný antibakteriální protiskluzový pružný potah. (6, s. 125)

Pasivní antidekubitní matrace (statické) snižují působení tlaku na tkáň. Matrace zajišťují preventivní péči svojí strukturou a materiálem. Statické matrace jsou využívány při nízkém nebo středním riziku vzniku dekubitů. Vyrábějí se různé druhy, např. pěnové – příčně prořezávané, vícevrstvé či tvarované, statické vzduchové matrace, gelové podložky nebo plněné vlákny aj. Tyto matrace se zcela přizpůsobí tvaru těla. Tlak se díky těmto matracím rozloží po celé ploše těla. (3, s. 16)

Aktivní antidekubitní matrace (dynamické) pracuje na principu střídání tlakových bodů, které je zajištěno elektrickou pumpou. Matrace reguluje tlak v jednotlivých zónách podle váhy a polohy pacienta. Zlepšuje se prokrvení těla pacienta. Používají se pro střední, vysoké nebo velmi vysoké riziko vzniku dekubitu. Nevýhodou aktivní antidekubitní matrace je její hlučnost, která působí negativně na psychiku pacienta. (3, s. 16)

3.6.2 Pomůcky pro polohování

Vhodnou pomůcku volím podle příslušné polohy, podle stavu pacienta a podle vyhodnocení škály dle Nortonové, blíže popsáno v kapitole 2. Polohování.

- **Podložka hlavy podkova** – používá se při polohování krční páteře a hlavy, je vyplněna polystyrenovými mikrokuličkami, uvnitř je bavlněný potah, podložka je potažena snímatelným omyvatelným potahem. (19)
- **Polštář** – obsahuje dutá vlákna, používá se při polohování krční páteře a hlavy, lze využít jako univerzální polohovací pomůcku a vypořadit s ním například dolní končetiny. Uvnitř je bavlněný potah, vnější potah je snímatelný a omyvatelný. (19, 23)
- **Podložka těla bumerang** – k podložce patří i podhlavník bumerang, podložka je vyplněná polystyrenovými mikrokuličkami, využívá se při polohování trupu a horních a dolních končetin, uvnitř je bavlněný potah, z vnější strany je snímatelný omyvatelný potah. (19)
- **Celotělová podložka had** – uvnitř polystyrenové mikrokuličky, využívá se pro polohování trupu a dolních končetin, uvnitř je bavlněný potah, z vnější strany snímatelný omyvatelný potah. (19)
- **Cylindrický válec** – využívá se pro polohování dolních končetin, je vyplněn polystyrenovými mikrokuličkami, uvnitř je bavlněný potah a z vnější strany je snímatelný omyvatelný potah. (19)
- **Abdukční polštář** - vyplněný polystyrenovými mikrokuličkami, využívá se při polohování dolních končetin, uvnitř je bavlněný potah, z vnější strany je snímatelný omyvatelný potah. (19)
- **Podložní klín, abdukční klín** - vyplněný polystyrenovými mikrokuličkami, využívá se při polohování trupu, pánve a dolních končetin, uvnitř je bavlněný potah, z vnější strany je snímatelný omyvatelný potah. (19)
- **Podložka pro polohování trupu** – podložka je vybavena PUR pěnou s paměťovým efektem, má anatomický tvar, vyrábí se v provedení na pravou či levou stranu, je vybavena snímatelným omyvatelným potahem. (19)

- **Podložka hlavy** - podložka je vybavena PUR pěnou s paměťovým efektem, používá se pro polohování krční páteře a hlavy, je vybavena snímatelným omyvatelným potahem. (19)
- **Abdukční klín** – využívá se po ortopedických, neurologických a chirurgických operačních zákrocích, pomáhá stabilizovat končetiny, je vybaven PUR pěnou s paměťovým efektem, má fixační pás na suchý zip a snímatelný omyvatelný potah. (19)
- **Podložka pro polohování horní končetiny** – využívá se pro polohování horní končetiny, má anatomický tvar a oboustranné použití, vybavena PUR pěnou s paměťovým efektem a snímatelným omyvatelným potahem. (19)
- **Podložka pod patu** – nazývá se „botička“, vyrábí se pro polohování obou končetin současně či jednotlivě, může být vybavena abdukčním klínem, využívá se k odlehčení končetiny. Podložka má anatomický tvar, obsahuje fixační pásy na suchý zip, je vybavena PUR pěnou s paměťovým efektem a snímatelným omyvatelným potahem. (19, 23)
- **Podložka zad se stabilizátory** – podložka je vybavena PUR pěnou s paměťovým efektem, má anatomický tvar a fixační pás na suchý zip. (19)
- **Podložka pro hemiplegiky** – vybavena PUR pěnou s paměťovým efektem, má anatomický tvar, lze nastavit polohu pro pravou i levou ruku, obsahuje fixační pásek na suchý zip a snímatelný omyvatelný potah. (19)
- **Podložka pod loket** – podložka je vyplněná dutým vláknem, zapínání je formou suchého zipu, využívá se při nízkém riziku vzniku dekubitů. (19)
- **Antidekubitní podložky do vozíku** – podložky do vozíků obsahují viskoelastický gel, snímatelný elastický potah z mikrovláken, řada výrobců nabízí možnost omyvatelného potahu. Uvnitř je PUR pěna s funkční vrstvou paměťové pěny, podložky se dělají s různou nosností, jsou vyráběny v různých rozměrech. Mají anatomický tvar, v oblasti nejvyššího zatížení je část vy měkčená, podložky jsou vyrobeny pro podporu optimálního postavení pánve, u některých se vyskytuje odnímatelný abdukční klín na suchý zip, mají

snímatelný par prodyšný potah, některé obsahují dvě vzduchové komory, pumpičku s manometrem, mají různou výšku a nosnost. (19, 23)

- **Sáčky s pískem** – u bezvládného pacienta přikládáme podél dolních končetin sáčky s pískem (přikládáme je u kyčelního kloubu a po obou stranách kloubu kolenního a hlezenního). Pomocí sáčků docílíme toho, že se končetina nevyvrací do stran. (19, 23)

Existuje řada pomůcek pro polohování pacientů, které pomáhají ošetřujícímu personálu předcházet vzniku dekubitů, či zamezit zhoršení jejich stavu. Pomocí válců podkládáme například kolena, klíny využíváme k podložení zad, například v případě, že pacient neudrží sám polohu na boku. V případě, že uvedeme pacienta do polohy v polosedě, využíváme takzvané „bedničky“, která pomáhá udržet pacienta v této poloze a zamezuje jeho sklouzávání v lůžku. Bedničku vkládáme do lůžka pacienta, ačkoli zkracuje lůžko, je velice nápomocná ve fixaci pacienta. (22, s. 125)

4 DOSTUPNOST POMŮCEK

Kompenzační pomůcky jsou většinou v plné výši nebo částečně hrazeny zdravotními pojišťovnami. Pomůcku předepisuje lékař na poukaz. Jedná se o lékaře praktického, nebo odborného (neurolog, rehabilitační lékař, ortoped nebo geriatr). Některé pomůcky vyžadují schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny. Pomůcku obdrží pacient k uplatnění poukazu v lékárně nebo zdravotnických potřebách.

V případě, že pomůcka pojišťovnou hrazena nebude, nebo bude její doplatek vysoký, může pacient požádat některou nadaci o jednorázový příspěvek na pořízení pomůcky. V případě příspěvku na bezbariérové úpravy může pacient požádat o příspěvek na Úřadu práce. (19, s. 3)

Zdravotní pomůcku pacientovi doporučí lékař nebo fyzioterapeut na základě posouzení jeho zdravotního stavu. Zdravotní pomůcky můžeme rozdělit do tří skupin co se týče cenové dostupnosti.

1. Pomůcky hrazené výhradně ze zdravotního pojištění
2. Pomůcky plně nebo částečně hrazené příspěvkem na zvláštní pomůcku krajským úřadem práce
3. Pomůcky, na které není státní úhrada (20, s. 8)

„Nejběžnější způsob získání zdravotní pomůcky je prostřednictvím systému zdravotního pojištění podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Nutným předpokladem, vedle úhrady pojištění, je odpovídající diagnóza a náležitá zdravotní indikace.“ (20, s. 8)

Zdravotní pojišťovny mají rozdílné metody při získávání pomůcky, avšak většina z nich vychází z metodiky Všeobecné zdravotní pojišťovny, můžeme jí shrnout do několika bodů:

1. Výběr pomůcky
2. Předepsání pomůcky na poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku (předepisuje praktický, nebo odborný lékař)

3. Schválení revizním lékařem – u většiny zdravotních pomůcek je nutné schválení revizním lékařem dané pojišťovny

4. Dodání pomůcky (20, s. 9)

Polohovací systémy a materiály nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou a není poskytován příspěvek na zvláštní pomůcku úřadem práce, a to i přes to, že tyto pomůcky jsou v péči o dekubity nepostradatelné. (20, s. 32)

Antidekubitní prostředky jako je podložka malá, velká, nebo antidekubitní matrace s pulzérem jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou na poukaz. Pomůcky předepisuje smluvní lékař pojišťovny s odborností rehabilitace, ortopedie, neurologie. Hrazení pomůcek zdravotní pojišťovnou musí být schváleno revizním lékařem. Zdravotní pojišťovna hradí jednu pomůcku za tři roky ve výši 100 % nepřesáhne-li požadovaná částka 3 000 korun za 1 kus. Pomůcka zůstává pacientovi, nevrací se. (20, s. 30)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem práce je zmapovat využívání antidekubitních pomůcek v péči o imobilního pacienta v domácím prostředí.

5.2 Dílčí cíle

1. Zjistit informovanost pečovatelů o možnosti čerpání příspěvků na antidekubitní pomůcky.
2. Zmapovat, zda pečovatelé využívají antidekubitní pomůcky a v jakém rozsahu.
3. Zjistit, zda se agentury domácí péče podílejí na aplikaci antidekubitních prostředků do domácího prostředí.
4. Zmapovat největší problémy v této oblasti a navrhnout jejich řešení.

5.3 FORMULACE PROBLÉMU

Myšlenkou domácí péče je respektovat integritu lidské bytosti ve svém vlastním sociálním prostředí a poskytování kvalitní komplexní domácí péče. Cílem je zapojovat rodinné příslušníky, blízké i pacienty do týmu agentury domácí zdravotní péče a zůstat co nejdéle ve svém domácím prostředí. Nedílnou součástí je pomoc pacientovi a rodině při přechodu z nemocnice do domácího prostředí např. pomoc při úpravě bytu a doporučení zdravotních pomůcek. Antidekubitní pomůcky patří do každodenní péče o imobilního pacienta, jedná se o speciální zdravotní pomůcky pro dlouhodobě ležící pacienty, u kterých hrozí vznik dekubitů, nebo již dekubity trpí. Díky speciálnímu provedení a odlehčování nejnáchylnějších míst (bederní oblast, paty, sedací kost, oblast kolem lopatek a vnější kotníky) lze dekubitům předcházet. Otázkou tedy je, do jaké míry jsou pečovatelé o těchto možnostech informováni a do jaké míry jsou reálně tyto pomůcky využívány.

6 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

1. Mají pečovatelé dostatečný přehled o možnostech čerpání všech příspěvků na pomůcky, které by usnadnily péči o jejich blízkého?
2. V jakém rozsahu využívají pečovatelé polohovací pomůcky v péči o své blízké?
3. Nabízejí agentury domácí péče pečovatelům možnosti využívání pomůcek a zapojují se aktivně při jejich aplikaci do péče?

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Zaměřily jsme se na agenturu domácí péče, která nám pomohla zprostředkovat rozhovory s pečovateli o imobilní pacienty ve své rodině a také se sestrami z agentury domácí péče. Setkání s respondenty ze strany pečovatelů probíhalo v jejich domácím prostředí a v případě setkání sester z agentury domácí péče probíhalo setkání u pacientů, které ošetřovali a my jsme jim kladly otázky a zároveň v prostorách agentury domácí péče.

Všechny respondenty jsme obeznámily s anonymitou výzkumu, vysvětlily jsme jim své cíle a záměr bakalářské práce. Respondenti nám dobrovolně podepsali informovaný souhlas, který je uveden v příloze (příloha viz č. 10). Vzhledem k zachování anonymity respondentů neuvádíme v bakalářské práci jakékoli osobní údaje.

8 METODIKA PRÁCE

Problematiku využívání antidekubitních pomůcek v péči o imobilního pacienta jsme zjišťovaly za pomoci kvalitativního výzkumu.

„Kvalitativní výzkum spočívá v analýze zkoumaných jevů, odhalení jejich elementárních složek, odhalení spojení a závislostí, které jsou mezi nimi, v charakteristice jejich celostní struktury, interpretaci smyslu nebo funkce, kterou plní. Kvalitativní výzkum umožňuje poznání širšího kontextu jevů, které badatele zajímají, a jejich poznání v přirozených podmínkách.“ (15, s. 22)

V rámci kvalitativního výzkumu jsme pro sběr dat využily metodu polostrukturovaného rozhovoru, který jsme provedly s rodinnými příslušníky, kteří se starají o svého blízkého v domácím prostředí, a se sestrami z agentury domácí péče. Rodiny jsme kontaktovaly za pomoci agentury domácí péče, které nám pomohly zprostředkovat setkání. Rozhovory probíhaly v domácím prostředí dané rodiny, což umožňovalo i praktické ověření, zda pomůcky jsou v dané péči opravdu reálně a správně využívány. V případě sester probíhaly rozhovory na základně agentury domácí péče. Pro sběr dat jsme pomocí agentury domácí péče oslovily 7 respondentů ze strany pečovatelů o imobilního pacienta a 4 sestry z agentury domácí péče. Agentura domácí péče si přeje zůstat v anonymitě. Cílem našeho výzkumu je zmapovat využívání antidekubitních pomůcek v domácím prostředí. Výsledky výzkumného šetření budu hodnotit a porovnávat v diskuzi.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

V rámci kvalitativního výzkumu byla oslovena agentura domácí péče, která nám pomohla zprostředkovat rozhovory s pečovateli o imobilní pacienty. Pomocí agentury domácí péče jsme se také setkaly se sestrami z agentury, které nám odpověděly na potřebné otázky.

Setkání s pečovateli o imobilní klienty proběhlo v jejich domácím prostředí, setkání se sestrami proběhlo na základně agentury domácí péče. Každé setkání trvalo přibližně 1 hodinu. S respondenty (sestry, pečovatelé) jsme vedly rozhovor na základě předem sestavených otázek.

Výzkum probíhal od ledna do března 2020. Rozhovory probíhaly převážně v Plzeňském kraji.

10 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Na úvod do analýzy a zpracování dat přikládáme prázdný dotazník pro pečující o imobilní pacienty, pro lepší přehlednost zodpovídaných otázek. V plné podobě je dotazník uvedený v příloze č. 12.

- 1. Věk, stupeň imobility, zvládne něco sám/a?**
- 2. Poskytuje Vám agentura domácí péče antidekubitní pomůcky? Pokud ano, jaké?**
- 3. Používáte nějaké antidekubitní pomůcky? Jaké? Jak často? Na co konkrétně?**
- 4. Jak často Vás navštěvuje sestra z agentury domácí péče? Kolik u Vás tráví času?**
- 5. Poučil Vás někdo z agentury domácí péče, jak bude probíhat péče a jak máte pečovat vy o svého blízkého?**
- 6. Dostáváte nějaké příspěvky na antidekubitní pomůcky? Byli jste informováni ohledně čerpání příspěvků na antidekubitní pomůcky?**
- 7. Jaký je denní režim v péči o Vašeho blízkého?**
- 8. Kolik rodinných příslušníků se podílí na péči? Kdo konkrétně?**
- 9. Jak často polohujete nemocného?**
- 10. Poučil Vás někdo ohledně polohování nemocného? Máte nějaké informace ohledně prevence dekubitů?**
- 11. Byli Vám zodpovězeny veškeré otázky od agentury domácí péče, která Vám péči poskytuje?**
- 12. Je pro Vás příjemnější péče agentury domácí péče či nemocniční péče?**

PEČOVATELÉ O IMOBILNÍ PACIENTY V DOMÁCÍ PÉČI

10.1 Respondentka A

Respondentka je 57letá žena s progresivní formou roztroušené sklerózy, permanentně na močovém katétu. Nyní je v invalidním důchodu. Pacientka trpí paraplegií dolních končetin a využívá invalidní vozík již 10 let. Pacientka je indisponovaná v sebezpečí, k běžným denním aktivitám potřebuje péči svého blízkého okolí. Pacientku 3x denně navštěvuje pečovatelská služba na 2 hodiny a také sestra z agentury domácí péče 2x denně na 30 minut. Pacientka má jednoho syna., který se podílí na péči.

1. Věk, stupeň imobility, zvládne něco sám/a?

„Mamce je 57 let, řekl bych, že nezvládne nic bez pomoci. Dokáže ovládat televizi, když jí dám do ruky ovladač. Také se snaží si trochu číst, ale už na to špatně vidí, takže ani to moc nezvládne. Když jí chci přesunout do postele, nebo naopak z postele na vozíček, snaží se mi pomáhat, ale vzhledem k tomu, že jí nohy neslouží tak jak by měly, je veškerá síla na mě“

2. Poskytuje Vám agentura domácí péče antidekubitní pomůcky? Pokud ano, jaké?

„Od agentury domácí péče dostáváme převazový materiál, ale antidekubitní pomůcky máme svoje.“

3. Používáte nějaké antidekubitní pomůcky? Jaké? Jak často? Na co konkrétně?

„Máme antidekubitní matraci, sedák do vozíku, takové ty botičky, polohovací postel a zvedák do vany. Všechny tyto pomůcky používáme každý den, na matraci mamka leží, pokud jí posadím do vozíku, tak sedí na sedáku, a to ostatní je součástí aktivit našeho běžného dne.“

4. Jak často Vás navštěvuje sestra z agentury domácí péče? Kolik u Vás tráví času?

„Sestra z agentury domácí péče k nám jezdí 2x za den na 30 minut.“

5. Poučil Vás někdo z agentury domácí péče, jak bude probíhat péče a jak máte pečovat vy o svého blízkého?

„Sestra z agentury, která k nám jezdí každý den mi řekla, co mám s mámou všechno dělat, jak často jí otočit a tak.“

6. Dostáváte nějaké příspěvky na antidekubitní pomůcky? Byli jste informováni ohledně čerpání příspěvku na antidekubitní pomůcky?

„Máme příspěvek na péči a myslím si, že nějaké pomůcky nám hradila pojišťovna, ale nevím, jak přesně to probíhalo. Maminka je v tomhle stavu už minimálně 10 let a já nevím přesně, co nám hradila pojišťovna nebo co jsme hradili my.“

7. Jaký je denní režim v péči o Vašeho blízkého?

„No, pomáhám mámě s koupáním, protože sama to nezvládne, připravuji jí jídlo, léky a jsem tu pro ni, kdyby něco potřebovala. Chodí sem sestra, která s ní nějak rehabilituje a pečovatelka, která jí taky pomáhá s mytím, jídlem, úklidem. Všechno záleží na domluvě, buď se koupe s pečovatelkou, nebo potom semnou. Celkem se v tom střídáme.“

8. Kolik rodinných příslušníků se podílí na péči? Kdo konkrétně?

„Na péči se podílím jen já a pak ta sestra z agentury a pečovatelka.“

9. Jak často polohujete nemocného?

„Otáčíme ji jen v případě, kdy je potřeba namazat záda mastí, nebo potřebuji udělat kompletní hygienu na lůžku. Vůbec ji nepolohujeme.“

10. Poučil Vás někdo ohledně polohování nemocného? Máte nějaké informace ohledně prevence dekubitů?

„Něco o polohování říkala ta sestra, ale moc to nedělám. Vím, že něco takového může vzniknout, ale moc jsem to neřešil.“

11. Byli Vám zodpovězeny veškeré otázky od agentury domácí péče, která Vám péči poskytuje?

„Myslím si, že jo. Co jsem potřeboval vědět vím a kdyby něco, pořád se ptám a mám možnost se zeptat.“

12. Je pro Vás příjemnější péče agentury domácí péče či nemocniční péče?

„Určitě domácí péče, je lepší být ve svém prostředí.“

Shrnutí

Na základě rozhovoru s pečovatelem o imobilní pacientku jsme došly k závěru, že respondentka A nedostává antidekubitní pomůcky od agentury domácí péče. Antidekubitní pomůcky aktivně používá, na některé dostala příspěvek. Bylo zjištěno, že syn, který se podílí na péči o respondentku A se sice aktivně účastní, ale není tolik pečliví, co se týká prevence dekubitů. Polohování pro něj není prioritou. Je informován, principy a pravidla polohování zná, ale nepovažuje to za důležité. Při návštěvě v domácím prostředí u respondentky A jsme si mohly ověřit, zda jsou pomůckami skutečně vybaveni a také v jakém je paní stavu. Po rozhovoru s pečovatelkou, která respondentku pravidelně navštěvuje jsme zjistily, že ani ona nedává důraz na polohování. Koukaly na nás velmi překvapeně, když jsme se zeptaly, jak často respondentku polohuje. Ptaly jsme se také, zda má respondentka či měla v minulosti nějaký dekubit. Bylo nám sděleno, že má čerstvě vyléčený dekubitus v sakrální oblasti a často se to opakuje. Myslím si tedy, že edukovaná rodina je, prostor pro dodržování pravidel prevence taky mají, ale nedělají nic z toho, co je jim doporučeno.

10.2 Respondentka B

Respondentka je 75letá žena, 3 měsíce ležící, po zlomenině krčku. Posadí se, otočí se na lůžku. Má tři děti. Syna a dvě dcery, kteří se střídají v péči o matku společně s pečovatelskou službou. Jedna z dcer s paní dokonce žije v bytě, aby jí mohla být k dispozici, chodí však do práce, takže v případě, kdy je v práci ji zastupuje pečovatelská služba, nebo její sourozenci. Respondentku 3x denně navštěvuje sestra z agentury domácí péče.

1. Věk, stupeň imobility, zvládne něco sám/a?

„Mamince je 75 let, je částečně imobilní, pokouší se trošku otáčet na posteli, jíst a pít zvládne, ale jinak jí musím se vším dopomoci.“

2. Poskytuje Vám agentura domácí péče antidekubitní pomůcky? Pokud ano, jaké?

„Od agentury domácí péče máme vypůjčenou vzduchovou antidekubitní matraci a antidekubitní podložku pod patu.“

3. Používáte nějaké antidekubitní pomůcky? Jaké? Jak často? Na co konkrétně?

„Využíváme antidekubitní matraci, antidekubitní podložku pod patu a polohovací klín.“

4. Jak často Vás navštěvuje sestra z agentury domácí péče? Kolik u Vás tráví času?

„Sestra k nám jezdí každý den 3x asi na 30 minut.“

5. Poučil Vás někdo z agentury domácí péče, jak bude probíhat péče a jak máte pečovat vy o svého blízkého?

„Ano, sestřička byla moc hodná a ochotná, vysvětlovala mi, co mám všechno s maminkou dělat a odpovídala na všechno na co jsem se ptala. Je moc milá a hodná.“

6. Dostáváte nějaké příspěvky na antidekubitní pomůcky? Byli jste informováni ohledně čerpání příspěvků na antidekubitní pomůcky?

„Ne, žádný příspěvek na pomůcky jsme zatím nedostali. Čekáme na jeho vyřízení. Sestra z agentury nám poradila, co pro to můžeme udělat.“

7. Jaký je denní režim v péči o Vašeho blízkého?

„Každý den maminku koupu, po koupeli se jí snažím celou namazat, v průběhu celého dne ji musím měnit takové ty plenkové kalhotky a vždycky ji trochu otřít. Párkrát za den, někdy i v noci se snaží jít na wc křeslo na které se bez pomoci nedostane, takže jí dopomáhám i na wc křeslo. Jinak samozřejmě podáváme léky, připravuji jí jídlo, pití, snažím se s ní trávit hodně času, někdy jí čtu, obě nás to moc baví.“

8. Kolik rodinných příslušníků se podílí na péči?

„O maminku se střídáme s bratrem a sestrou. Každý den chodím na pár hodin do práce, takže jakmile jsem v práci, jeden z nich mě v péči o ni vystřídá. Nemůžu být k dispozici celý den, musím chodit do práce, ale vzhledem k tomu, že nemám děti ani manžela, jsem jinak s maminkou doma a se vším jí pomáhám. Její zdravotní stav mě velmi znepokojil, takže jakmile došlo k jejímu zranění, usoudila jsem, že je nutné s ní trávit mnohem víc času a hlavně jí být k ruce.“

9. Jak často polohujete nemocného?

„Téměř každé 2 hodiny se snažím dohlédnout na to, aby se přetočila na jinou stranu. Naštěstí se snaží otáčet sama, když jí upozorním, musím jí trochu dopomoc, ale je hodně šikovná a snaží se.“

10. Poučil Vás někdo ohledně polohování nemocného? Máte nějaké informace ohledně prevence dekubitů?

„Sestra z domácí péče mi dala takový letáček a polohovací hodiny, kde jsem si to všechno mohla trochu nastudovat a snažím se podle toho řídit.“

11. Byli Vám zodpovězeny veškeré otázky od agentury domácí péče, která Vám péči poskytuje?

„Ano, potřebovala jsem poradit, jak sehnat pomůcky a hlavně jaké a oni mi to všechno pomohli zařídit.“

12. Je pro Vás příjemnější péče agentury domácí péče či nemocniční péče?

„Rozhodně domácí péče, mohu být s maminkou pořád doma v našem prostředí.“

Shrnutí

Pomocí rozhovoru s respondentkou B jsme zjistily, že mají zažádáno o příspěvek na pomůcky. Informování o možnosti čerpání příspěvku na pomůcky jsou pomocí agentury domácí péče. Zjistily jsme, že agentura domácí péče respondentce zapůjčila antidekubitní matraci a antidekubitní podložku pod patu. Antidekubitní pomůcky v domácím prostředí plně využívají.

10.3 Respondentka C

Respondentka je 80letá žena, po opakované cévní mozkové příhodě, již několik let upoutána k lůžku, poslední rok nespolupracuje a moc nevnímá své okolí. Bydlí ve dvougeneračním domě se svými dvěma dcerami a jejich rodinami. Dcery se o respondentku starají každý den, střídají se u ní dle svých pracovních a volnočasových možností.

1. Věk, stupeň imobility, zvládne něco sám?

„Mamce je 80 let, je plně imobilní, musíme jí se vším pomáhat, jen leží na posteli a kouká do prázdna.“

2. Poskytuje Vám agentura domácí péče antidekubitní pomůcky? Pokud ano, jaké?

„Od agentury domácí péče žádné pomůcky nemáme, doporučili nám, jaké pomůcky bychom měli využívat, nebo dokonce čím je můžeme nahradit, ale od nich konkrétně nemáme nic.“

3. Používáte nějaké antidekubitní pomůcky? Jaké? Jak často? Na co konkrétně?

„Používáme matraci, polohovací klíny, polštář s takovými těmi kuličkami uvnitř a pak máme nějaké ty botičky. Matraci má maminka neustále v posteli, pomocí polohovacích klínů maminku fixuju třeba na boku, botičky jsou skvělé proti proleženinám na patách, ty používáme velmi často a polštářky s kuličkami dávám třeba pod ruce. Používám je tak, jak se mi zrovna hodí.“

4. Jak často Vás navštěvuje sestra z agentury domácí péče? Kolik u Vás tráví času?

„Sestra k nám jezdí 2x denně na 30 minut.“

5. Poučil Vás někdo z agentury domácí péče, jak bude probíhat péče a jak máte pečovat vy o svého blízkého?

„Ano, poučili nás o všem. Sestra nám řekla, co máme dělat, jak máme maminku koupat, jak s ní můžeme rehabilitovat, myslím si, že vše potřebné víme a známe. Spoustu věcí jsme si zjišťovali sami pomocí internetu a přátel.“

6. Dostáváte nějaké příspěvky na antidekubitní pomůcky? Byli jste informováni ohledně čerpání příspěvků na antidekubitní pomůcky?

„Dostali jsme příspěvek od pojišťovny na matraci a klíny. O této možnosti nás informoval ošetřující lékař, než mamku propustil domů.“

7. Jaký je denní režim v péči o Vašeho blízkého?

„Mám seznam všech denních činností, abych na nic nezapomněla. Ráno připravím snídani, nakrmím maminku, potom jí dávám léky, chvíli cvičíme, občas jí čtu, kolem oběda jí nakrmím znovu a po obědě většinou spí hodinu až dvě. Odpoledne se na ní snažím mluvit, nebo jí nechám být a prostě u ní jen sedím. V průběhu celého dne ji měním jednorázové kalhotky, večer jí koupu, snažím se jí namazat a zkontrolovat kůži, jestli je v pořádku.“

8. Kolik rodinných příslušníků se podílí na péči?

„Dvě dcery.“

9. Jak často polohujete nemocného?

„Nepočítala jsem to, ale tak 4x za den určitě.“

10. Poučil Vás někdo ohledně polohování nemocného? Máte nějaké informace ohledně prevence dekubitů?

„Sestra mě a mé sestře vysvětlila, jak správně polohovat, abychom mamce neublížili a aby jí to bylo příjemné, tak nám poradila nějaké internetové články, kde jsme si mohly nastudovat co a jak.“

11. Byli Vám zodpovězeny veškeré otázky od agentury domácí péče, která Vám péči poskytuje?

„Myslím si, že nebyla věc, na kterou bych nedostala odpověď.“

12. Je pro Vás příjemnější péče agentury domácí péče či nemocniční péče?

„To je sporné, víte, v nemocnici nemusíte nic řešit, o nic se starat, všechno udělají za vás a vy jen přijdete, povídáte si, zjistíte, co se celý den dělo a zase jdete pryč. Doma je to jiné, pořád jste ve střehu, jestli má všechno, co potřebuje, jestli jste na něco nezapomněla, jestli to děláte dobře. Ale na druhou stranu, vím že je o maminku postaráno, jak nejlépe to jde a usínám s pocitem, že je tam, kde chce být.“

Shrnutí

Při rozhovoru s respondentkou C jsme zjistily, že dostali příspěvek na pomůcky, o možnosti čerpání příspěvků na pomůcky byli informováni ošetřujícím lékařem v nemocnici. V domácím prostředí využívají antidekubitní matraci, polohovací klíny, polštář, podložky pod paty. Se všemi těmito pomůckami denně pracují, používají je k fixaci těla při polohování a pro pohodlí. Od agentury domácí péče nemá tato rodina žádné antidekubitní pomůcky, ale sestra z agentury se aktivně podílí při aplikaci pomůcek do péče, informuje rodinu o správném zacházení a používání pomůcek.

10.4 Respondentka D

Respondentka je 56letá pacientka s inoperabilním tumorem žlučníku. Byla propuštěna z onkologického oddělení do domácí paliativní péče. Žije v rodinném domě se dvěma syny a manželem. Nejvíce angažovaným pečovatelem je nejstarší syn, který se hodně věnuje veškerým vyšetřením jeho matky. „Vím o každém jejím kroku, kdykoli potřebuje, jsem tady pro ni.“

1. Věk, stupeň imobility, zvládne něco sám?

„Mamince je 56 let, snaží se být hrozně samostatná, ale bohužel to není možné. Neudrží rovnováhu, má slabé nohy, udělá 3 kroky a už nemůže. Snaží se sama najíst, ale jídlo už odmítá, nedělá jí to dobře protože po jídle zvrací, neudrží v sobě ani trochu vody.“

2. Poskytuje Vám agentura domácí péče antidekubitní pomůcky? Pokud ano, jaké?

„Agentura nám žádné pomůcky nabídnout nestihla, protože než nastala situace, že povezu maminku z nemocnice domů, vybavil jsem se těmito pomůckami. Bylo to pro mě nákladné, protože to nejsou levné pomůcky, ale trval jsem na tom, že mamince prostě dopřeji komfort, vzhledem k jejímu stavu.“

3. Používáte nějaké antidekubitní pomůcky? Jaké? Jak často? Na co konkrétně?

„Pořídil jsem polohovací klíny, antidekubitní matraci a botičky, doma máme spoustu polštářků, co jsou přizpůsobivé podle toho, jak se na ně položíte, takové ty s kuličkami, takže co jsem neměl, jsem nahradil těmito polštářky.“

4. Jak často Vás navštěvuje sestra z agentury domácí péče? Kolik u Vás tráví času?

„Vzhledem k tomu, že jsem si nedokázal představit, jak maminka trpí, jsem byl chvílemi dost zoufalý, že nevím, jak jí správně pomoci. Naštěstí k nám domů jezdí 2x denně sestra z domácí péče, která mamince dává léky proti bolesti a zároveň mi pomáhá s polohováním, můžu se jí na všechno zeptat a ona mi poradí, abych to mohl dělat správně.“

5. Poučil Vás někdo z agentury domácí péče, jak bude probíhat péče a jak máte pečovat vy o svého blízkého?

„Ano, sestřička, která k nám domů za maminkou jezdí mi řekla všechno, co jsem chtěl vědět. Myslím si, že jsem byl informovaný až moc.“

6. Dostáváte nějaké příspěvky na antidekubitní pomůcky? Byli jste informováni ohledně čerpání příspěvků na antidekubitní pomůcky?

„Příspěvky na pomůcky žádné nedostáváme, ani jsme nedostali, všechno bylo potřeba zařídit velice rychle, takže jaké jsou možnosti, co se příspěvků týče, jsem ani nezjišťoval, prostě jsem pořídil potřebné věci.“

7. Jaký je denní režim v péči o Vašeho blízkého?

„Připravuji mamince jídlo, pomáhám jí s koupelí, kontroluji jí kůži, mažu jí tělo, dávám jí léky, je toho během dne spousta co musíte dělat. Je to velmi náročné, starat o blízkého doma, jak fyzicky, tak psychicky.“

8. Kolik rodinných příslušníků se podílí na péči?

„Především se o maminku starám já, protože k tomu mám vhodné zaměstnání, dělám hajného a mohu si dovolit přijet, když je potřeba nebo u ní být do chvíle, než se vrátí ostatní členové z práce. Na péči o maminku se podílí i táta, ale jak už jsem řekl, nemůže u ní být pořád, vrací se z práce až kolem 16 hodiny a do té doby musím všechno zastat sám.“

9. Jak často polohujete nemocného?

„Snažím se polohovat každé 2 hodiny, ale je to náročné. Maminku bolí pravá strana, protože nádor je tak velký, že jí to tam moc tlačí, takže ne každá poloha je jí pohodlná.“

10. Poučil Vás někdo ohledně polohování nemocného? Máte nějaké informace ohledně prevence dekubitů?

„Sestra mi při každé návštěvě pomáhala s využitím antidekubitních pomůcek, ptal jsem se jí na co se používá, jaká pomůcka a ona mi to objasnila. Pomáhala mi dát maminku do takové polohy, aby jí bylo aspoň v rámci možností pohodlně.“

11. Byli Vám zodpovězeny veškeré otázky od agentury domácí péče, která Vám péči poskytuje?

„Sestra mi poradila se vším, co jsem chtěl vědět, mnoho informací jsem si sám nastudoval pomocí internetu.“

12. Je pro Vás příjemnější péče agentury domácí péče či nemocniční péče?

„Rozhodně domácí péče, nesetkal jsem se s přístupem, že by mamince v nemocnici nikdo nepomohl, ale myslím si, že je pro ni stonání v domácím prostředí daleko příjemnější a pohodlnější, především je mezi svými, a to jí dělá rozhodně dobře.“

Shrnutí

Při rozhovoru s pečovatelem o respondentku D jsme zjistily, že žádné příspěvky na pomůcky nečerpají a ani nejsou informováni. Antidekubitní pomůcky využívají, mají je všechny zakoupené na vlastní náklady, od agentury domácí péče žádné nemají. Sestry z agentury domácí péče se aktivně podílejí při aplikaci pomůcek v domácím prostředí.

10.5 Respondentka E

Respondent je 91letý muž po zlomenině krčku. Trpí Parkinsonovou nemocí, je permanentně na močovém katétru. Je zmatený, neorientuje se v čase ani v prostoru, občas mívá potíže s rozeznáním osob. Bydlí v domě se svou dcerou, která se o něj stará 24 hodin denně. Nejdříve to zkoušela kombinovat s prací, po čase zjistila, že to nejde, tak se začala starat na plný úvazek. Domácí péče k nim jezdí každý den.

1. Věk, stupeň imobility, zvládne něco sám?

„Tátovi je 91 let. Utrpěl zlomeninu krčku, trpí Parkinsonovou nemocí. Zvládne se sám najíst, napít, ale jiný pohyb nezvládá vůbec.“

2. Poskytuje Vám agentura domácí péče antidekubitní pomůcky? Pokud ano, jaké?

„Od agentury domácí péče žádné pomůcky nemáme, dostali jsme pouze molitanový míček, ale jinak nic.“

3. Používáte nějaké antidekubitní pomůcky? Jaké? Jak často? Na co konkrétně?

„Používáme polštářky s mikrokuličkami, které jsem nakoupila v Lídlu, jakmile jsem je viděla, řekla jsem si, že je mohu použít na polohování. Využíváme je na dekubitus na patě. Jsou pro tento účel vhodné. Dále máme polohovací lůžko a matraci.“

4. Jak často Vás navštěvuje sestra z agentury domácí péče? Kolik u Vás tráví času?

„Sestra z agentury k nám jezdí každý den asi tak na 30 minut. S tátou hlavně rehabilituje a kontroluje kůži.“

5. Poučil Vás někdo z agentury domácí péče, jak bude probíhat péče a jak máte pečovat vy o svého blízkého?

„Ano, sestřička mi vysvětlila všechno, na co jsem se ptala. Měla jsem hodně otázek a ocenila jsem, že je ochotná mi na ně odpovídat. Vysvětlila mi, jak mám tatínka polohovat, jak se starat o jeho kůži, jak ho mám umývat a také mi vysvětlila, jak vyměním pytlíky u cévky.“

6. Dostáváte nějaké příspěvky na antidekubitní pomůcky? Byli jste informováni ohledně čerpání příspěvků na antidekubitní pomůcky?

„Žádný příspěvek na pomůcky jsem nedostala. Zjistila jsem, že o příspěvek na pomůcky mohu žádat až v případě, kdy budu mít tatínka doma. Snažila jsem se ho co nejdříve dostat z nemocnice, protože se mi nelíbila péče o něj a přístup ošetřujícího personálu.“ **Jak se Vám tedy podařilo sehnat polohovací lůžko a matraci? To bylo Vše na vlastní náklady?** „Zjistila jsem, že se dají pomůcky půjčit od jedné firmy. Název firmy Vám neřeknu, nemohu si vzpomenout, ale mají prodejnu na Slovanech. Pomůcky Vám ihned zapůjčí, vy jim je splácíte. Pokud je platíte rok, zůstanou Vám, ale když je nepotřebujete tak dlouhou dobu, prostě jim je zase vrátíte a přestáváte splácet.“ **Kolik platíte měsíčně?** „Platím 1800 Kč měsíčně, není to málo, ale byla jsem nadšená, jak rychle to šlo zařídit. Do pár dnů byly pomůcky doma a já si mohla vzít tatínka z nemocnice.“

7. Jaký je denní režim v péči o Vašeho blízkého?

„Denní režim, no, polohování, příprava jídla, hygiena, podání léků, rehabilitace, výměna pytlíků u cévky, je toho dost, snažím se starat se, jak nejlépe to umím. A abych tento kolotoč zvládla, protože můj tatínek je takový „lehčí prudič“, vyrobila jsem mu takový časový harmonogram, rozvrh, který má nad postelí vedle hodin a řídí se podle něj. Má tam napsané v kolik je snídaně, svačina, mytí, léky, polohování, prostě všechny denní činnosti, které děláme. Díky tomu, mě nechá alespoň trochu si odpočinout, nebo mu mohu v klidu připravit jídlo a vše potřebné, protože ví, kdy se, co bude dít a nevolá na mě každých pět minut. Veškeré denní činnosti má barevně označené, aby se mohl lépe orientovat. Musím říct, že tento vynález je velice užitečný. Moc mi pomáhá zvládat všechno s klidnou duší.“

8. Kolik rodinných příslušníků se podílí na péči?

„Starám se o tatínka každý den úplně sama, bohužel nikdo nemá šanci mi s ním pomáhat. Moje snacha je zdravotní sestra, ale sdělila mi, že mi s ním nepomůže.“

9. Jak často polohujete nemocného?

„Máme polohovací hodiny, vychází to zhruba 4x za den.“

10. Poučil Vás někdo ohledně polohování nemocného? Máte nějaké informace ohledně prevence dekubitů?

„Ano, poučila mě rehabilitační sestra. Vysvětlila mi všechno, na co jsem se ptala.“

11. Byli Vám zodpovězeny veškeré otázky od agentury domácí péče, která Vám péči poskytuje?

„Všechny informace, které jsem potřebovala zodpověděli, pomohli mi hodně.“

12. Je pro Vás příjemnější péče agentury domácí péče či nemocniční péče?

„Rozhodně domácí péče, v nemocnici se ke mně a k tátovi chovali hrozně. Nedostačující péče. V žádném případě do nemocnice. Jen v krajní nouzi! Jediný problém byl ze začátku v tom, že jsem potřebovala chodit do práce, ale nebyl nikdo, kdo by byl s tatínkem doma, byla jsem v kontaktu s pečovatelskou službou, ale nikdo mi nemohl zaručit, že bude s tatínkem několik hodin v kuse, potřebovala jsem třeba dohled na 5 hodin, ale oni by tam tak dlouho nebyli, takže jsem musela zůstat z práce doma a být s ním v kuse několik hodin.“

Shrnutí

Při rozhovoru s pečovatelem o respondentu E bylo zjištěno, že jsou o možnosti čerpání příspěvků informováni, ale této možnosti nevyužili, protože vyřízení je na dlouhou dobu a respondent by v době žádání musel být doma, což nebylo možné, protože ho převezli domů až v době, kdy byli pomůcky doma. Agentura domácí péče kromě molitanového míčku žádné pomůcky rodině neposkytla, takže se rodina pomůckami vybavila sama. Sestra z agentury domácí péče edukovala rodinu, jak má pomůcky efektivně využívat. Pečovatelka o respondentu E se nám svěřila, že vidí největší problém s nemocniční péčí a s pořizováním pomůcek. Připadá jí, že jsou pomůcky nákladné a jejich získání pomocí pojišťovny není vůbec jednoduché. Zařizovat pomůcky v době, kdy je respondent doma je nemožné, protože by ho neměla kam uložit, ani jak ho polohovat.

10.6 Respondentka F

Respondent je 77letý muž s inoperabilním karcinomem plic v domácí paliativní péči. Chtěl by zvládat každodenní činnosti sám, ale nemá k tomu dostatek sil, kolik potřebuje, takže k běžným denním aktivitám potřebuje dopomoc svého blízkého okolí. Bydlí sám na své farmě, kde se donedávna staral o slepice, koně, ovce, králíky a včely. Na péči o farmu už nestačí, takže se stará jeho neteř, která ho každý den ošetřuje. Nebyl z toho nadšený, za každou cenu se pokoušel do poslední chvíle, ale už nemá na výběr. Každý den ho navštěvuje sestra z agentury domácí péče.

1. Věk, stupeň imobility, zvládne něco sám?

„Strejdovi je 77 let, je částečně imobilní, dokáže se sám najíst a napít, snaží se dojít si na záchod, ale už nemá tak silné nohy, aby zvládl dojít až do koupelny. Je tvrdohlavý, takže se stále pokouší dojít kam potřebuje, ale v polovině cesty upadne a já ho potom sbírám a strachuju se, aby se mu nepřitížilo. Vypůjčila jsem si od známých gramofon, aby nemusel absolvovat cestu na záchod a měl vše po ruce, ale donutit ho, aby gramofon používal není jednoduché. Je to prostě paličák.“

2. Poskytuje Vám agentura domácí péče antidekubitní pomůcky? Pokud ano, jaké?

„Neposkytuje, veškeré pomůcky jsem si sehnala sama.“

3. Používáte nějaké antidekubitní pomůcky? Jaké? Jak často? Na co konkrétně?

„Máme matraci a polohovací lůžko, sehnali jsme ho od souseda, který se v minulosti staral o své rodiče a pomůcky mu doma zůstali.“

4. Jak často Vás navštěvuje sestra z agentury domácí péče? Kolik u Vás tráví času?

„Sestra k nám jezdí 3x za den na 30 minut.“

5. Poučil Vás někdo z agentury domácí péče, jak bude probíhat péče a jak máte pečovat vy o svého blízkého?

„Sestra mi řekla, co mám dělat, jak se mám starat a poradila mi, jak postupovat, když se strýčkovi přihorší.“

6. Dostáváte nějaké příspěvky na antidekubitní pomůcky? Byli jste informováni ohledně čerpání příspěvků na antidekubitní pomůcky?

„Ne, o žádný příspěvek jsem nežádala, ani jsem nic nezjišťovala. O možnosti čerpání příspěvků na pomůcky nás nikdo neinformoval.“

7. Jaký je denní režim v péči o Vašeho blízkého?

„Strejda nechce, abych tady s ním každý den spala a starala se o něj, snaží se o sebe co nejvíce pečovat sám, ale já vidím, že už to sám nezvládá, takže vždycky přijedu z práce a jsem tu s ním až do večera, než jde spát, abych mu mohla se vším pomáhat. Když přijedu, obstarám veškeré jídlo. Zjistím, jaké si vzal léky, případně mu je dávám, pomáhám mu umýt se a nutím ho, otáčet se na posteli, aby neměl proleženiny. Naštěstí mě poslouchá a daří se nám to zvládat.“

8. Kolik rodinných příslušníků se podílí na péči?

„Jen já, strejda má sice sourozence, ale nikdo mu nepomáhá, jezdím sem za ním sama.“

9. Jak často polohujete nemocného?

„Zatím se snaží být celkem samostatný, takže se otáčí, zvedá, udělá potřebné kroky, jen když mám pocit, že už je na zádech či boku moc dlouho, donutím ho otočit se.“

10. Poučil Vás někdo ohledně polohování nemocného? Máte nějaké informace ohledně prevence dekubitů?

„Sestra, která za námi jezdí mi řekla, na co mám dohlížet, jinak jsem se snažila si o polohování něco načíst, abych neudělala nic špatně.“

11. Byli Vám zodpovězeny veškeré otázky od agentury domácí péče, která Vám péči poskytuje?

„Ano, řekli mi, co jsem potřebovala.“

12. Je pro Vás příjemnější péče agentury domácí péče či nemocniční péče?

„Rozhodně mám radši domácí péči, protože s nemocnicí nemám moc dobré zkušenosti.“

Shrnutí

U respondenta F jsme zjistily, že rodina není informována o možnosti čerpání příspěvků na antidekubitní pomůcky. Rodina si zajistila antidekubitní matraci a polohovací lůžko. Sestra z agentury domácí péče edukovala rodinného příslušníka, jak má pečovat o svého blízkého.

10.7 Respondentka G

Respondent je 73letý muž po cévní mozkové příhodě, trpí apnoickými pauzami, má depresi, je permanentně na kyslíku, má hypotenzi, diabetes mellitus 2.typu, je špatně orientován časem i prostorem, v minulosti prodělal onkologickou léčbu pro tumor prostaty. O respondentu se stará jeho žena, která je bývalá pracovníce v agentuře domácí péče. Bydlí spolu v rodinném domě. Pacient je psychicky poznamenaný smrtí svého otce, který zemřel v 73 letech. Trpí pocitem, že zemře taky.

1. Věk, stupeň imobility, zvládne něco sám?

„Manželovi je 73 let, sám se nají a napije, ale už nemá moc velkou chuť k jídlu, trochu ho do jídla nutím. Manžel se snaží vstávat z postele, ale není toho schopen. Nedokáže udělat krok, točí se mu hlava“

2. Poskytuje Vám agentura domácí péče antidekubitní pomůcky? Pokud ano, jaké?

„Neposkytuje, veškeré pomůcky máme půjčené z nemocnice za poplatek 1 000Kč měsíčně, jakmile je nebudeme potřebovat, tak je vrátíme. Mám v nemocnici nějaké známé, takže zapůjčení pomůcek nebyl žádný problém.“

3. Používáte nějaké antidekubitní pomůcky? Jaké? Jak často? Na co konkrétně?

„Používáme antidekubitní matraci, polohovací klín, polštářky s mikrokuličkami, máme polohovací lůžko, v nemocnici nám půjčili i chodítko. V koupelně máme i zvedák, abych ho mohla občas koupat ve vaně.“

4. Jak často Vás navštěvuje sestra z agentury domácí péče? Kolik u Vás tráví času?

„Sestra k nám jezdí 2x denně na 30 minut, ale vzhledem k tomu, že jsem bývalá zdravotní sestra z agentury domácí péče, tak spoustu péče zastanu sama.“

5. Poučil Vás někdo z agentury domácí péče, jak bude probíhat péče a jak máte pečovat vy o svého blízkého?

„Nikdo mě poučovat nemusel, protože to znám, ale samozřejmě jsem si vše potřebné vyslechla.“

6. Dostáváte nějaké příspěvky na antidekubitní pomůcky? Byli jste informováni ohledně čerpání příspěvků na antidekubitní pomůcky?

„Žádné nedostáváme, informováni jsme byli. Domluvila jsem zapůjčení pomůcek v nemocnici, takže jsem příspěvek neřešila.“

7. Jaký je denní režim v péči o Vašeho blízkého?

„Ráno máme snídani, dám manželovi léky, umývám ho, pak sledujeme chvilku televizi a v průběhu dne několikrát rehabilitujeme.“

8. Kolik rodinných příslušníků se podílí na péči?

„O manžela se starám společně se svým synem a příležitostně i se svojí vnučkou, když přijede na návštěvu, stará se s láskou o dědečka.“

9. Jak často polohujete nemocného?

„Každé 2 hodiny se snažím manžela přesvědčit, aby se přetočil. Je s ním naštěstí dobrá domluva i spolupráce.“

10. Poučil Vás někdo ohledně polohování nemocného? Máte nějaké informace ohledně prevence dekubitů?

„Sestra z agentury domácí péče mě informovala, ale já to všechno znám z práce.“

11. Byli Vám zodpovězeny veškeré otázky od agentury domácí péče, která Vám péči poskytuje?

„Ano, vím všechno, co potřebuji.“

12. Je pro Vás příjemnější péče agentury domácí péče či nemocniční péče?

„Domácí péče, je to pohodlnější a můžeme být spolu. Já sama v agentuře domácí péče pracovala, takže mi to vyhovuje, protože vím, co to obnáší.“

Shrnutí

U respondenta F jsme zjistily, že žádný příspěvek na pomůcky nepobírají, informování o této možnosti jsou, ale pomůcky si zajistily sami. Pomůcky od agentury domácí péče žádné nemají, ale jsou poučeni, jak mají s pomůckami zacházet. Pečující o respondenta F je bývalá zaměstnankyně agentury domácí péče, takže veškeré informace má a ví, jak se má starat a jak s pomůckami zacházet.

SESTRY Z AGENTURY DOMÁCÍ PÉČE

Ptaly jsme se sester z agentury domácí péče, jak jsou na tom s vybaveností antidekubitních pomůcek a jaká je problematika v domácí péči. Dotazovaly jsme se čtyř respondentek z agentury domácí péče, jejich odpovědi se shodují v hodně místech, proto uvádíme souhrnný přehled jejich odpovědí. Rozepsané dotazníky jsou uvedeny v příloze č. 14. Příkládáme prázdný dotazník pro lepší přehlednost dotazovaných otázek při rozhovoru se sestrami z domácí péče. V plné podobě dotazník uveden v příloze č. 13.

- 1. Má Vaše agentura nějaké antidekubitní pomůcky? Jaké? Využíváte je? Vidíte nějaký výsledek při používání pomůcek?**
- 2. Poskytujete antidekubitní pomůcky pacientům?**
- 3. Máte možnost čerpat příspěvky na antidekubitní pomůcky od pojišťovny?**
- 4. Mají pacienti možnost čerpat příspěvky na antidekubitní pomůcky?**
- 5. Jak probíhá z Vaší strany péče o imobilního pacienta?**
- 6. Kolik času může sestra u pacienta strávit?**
- 7. Jak se věnujete prevenci dekubitů v domácí péči u imobilního pacienta?**
- 8. V čem vidíte největší problém při péči o imobilního pacienta?**
- 9. Kolik imobilních pacientů je momentálně ve Vaší agentuře?**

10.8 SESTRY Z AGENTURY DOMÁCI PÉČE

1. Má Vaše agentura nějaké antidekubitní pomůcky? Jaké? Využíváte je? Vidíte nějaký výsledek při používání pomůcek?

„Ano, máme nějaké antidekubitní matrace, podložní kola, molitanová kolečka, antidekubitní podložky pod paty, dokonce máme i polohovací lůžko. Při používání pomůcek a dodržování všech pravidel polohování a péče o imobilního pacienta je vidět výsledek používání pomůcek, ale hodně záleží, jak se k této problematice staví rodina a jak tato pravidla a doporučení dodržuje,“

2. Poskytujete antidekubitní pomůcky pacientům?

„Poskytujeme je v případě, že je urgentně potřebují a nemají možnost je tak rychle sehnat. Využíváme je u pacientů, kteří jsou umístěni do domácí péče, ale nemají ještě pořízené antidekubitní pomůcky. Snažíme se touto cestou pomáhat rodině, aby nedocházelo ke vzniku proleženin do doby, než budou mít pomůcky vlastní.“

3. Máte možnost čerpat příspěvky na antidekubitní pomůcky od pojišťovny?

„Bohužel nemáme možnost čerpat příspěvky na antidekubitní pomůcky.“

4. Mají pacienti možnost čerpat příspěvky na antidekubitní pomůcky?

„Ano, pacienti si mohou zažádat o příspěvek.“

5. Jak probíhá z Vaší strany péče o imobilního pacienta?

„Pacienta polohujeme, není to tedy v kompetenci zdravotní sestry, ale polohování provádíme v rámci ošetrovatelské rehabilitace. Učíme rodinu, která se o pacienta stará, jak správně využívat pomůcky dle potřeby pacienta v domácím prostředí. Edukujeme v péči o imobilního pacienta, jak správně polohovat, pečovat, starat se o rány, výživu a nutriční.“

6. Kolik času může sestra u pacienta strávit?

„Sestry z domácí péče mohou u pacienta strávit maximálně 60 minut, ale vždy nedostáváme vysokou časovou dotaci, záleží na mnoha faktorech, třeba na tom, jaké úkony u pacienta provádíme. Z praktického hlediska býváme u pacientů tak dlouho, jak je to třeba. Máme sice předepsaný a zaplacený určitý čas, ale do toho se nedá vždy přesně zapasovat každý

případ. Čas, který máme určený na pacienta zahrnuje i cestu k němu, přípravu pomůcek, péči o pacienta a pak psaní dokumentace. Jak vidíte, je to velmi náročné.“

7. Jak se věnujete prevenci dekubitů v domácí péči u imobilního pacienta?

„Snažíme se hodně edukovat pacienta a jeho rodinu. Dohlížíme na případném dodržování ze strany rodiny, aby bylo o pacienta opravdu řádně postaráno a nevznikaly zbytečné komplikace, které vznikají v případě nějakého zanedbání, nebo u těžkých stavů. Už jsem uvedla, jaké všechny činnosti s takovým pacientem provádíme, ale při každé návštěvě se snažíme kontrolovat stav kůže, kontrolovat, zda rodina opravdu dodržuje daná doporučení a provádí vše tak jak má. Je to velmi důležité, protože pokud zanedbají prevenci, není pak jednoduchá léčba. Léčba je potom velice zdlouhavá a bolestivá. “

8. V čem vidíte největší problém při péči o imobilního pacienta?

„Při péči o imobilního pacienta bývá velký problém, pokud nespolupracuje rodina, nebo jsou rodinní příslušníci nemohoucí a nemohou se na péči podílet. Největší problém při péči o imobilního pacienta vidíme ve spolupráci s pečovatelskou službou. Personál pečovatelské služby totiž špatně přijímá informace od sester ze strany nedostatečné péče o imobilního pacienta. Také je v domácím prostředí většinou špatný přístup k lůžku.“

9. Kolik imobilních pacientů je momentálně ve Vaší agentuře?

„Nyní máme cca 15-20 imobilních pacientů.“

Shrnutí rozhovoru se sestrami z agentury domácí péče

Pomocí rozhovorů se sestrami z agentury domácí péče jsme zjistily, že je agentura domácí péče vybavena antidekubitní matrací, podložními koly, kruhy a antidekubitními podložkami pod paty. Agentura má dokonce i polohovací lůžko. Všechny tyto pomůcky půjčují pacientům, kteří čekají na vyřízení příspěvku na pomůcky. Sestry z agentury domácí péče edukují rodinné příslušníky, jak mají pečovat o imobilní pacienty. Dohlíží na správné polohování, hygienu, stravování a mnoho dalších činností. Sestry z agentury při péči o imobilního pacienta vidí největší problémy v případě, kdy nespolupracuje rodina, nebo jsou rodinní příslušníci nemohoucí a nemohou se podílet na péči, zároveň se potýkají se špatnou synchronizací s pečovatelskou službou. Také je problém v případě, kdy mají sestry špatný přístup k lůžku, nebo pokud mají předepsaný krátký čas, který mohou strávit u pacienta.

DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat využívání antidekubitních pomůcek v péči o imobilního pacienta v domácím prostředí. Stanovily jsme si několik dílčích cílů, kterým se budeme postupně věnovat. Kvalitativní výzkum byl zaměřen na pohled pečovatele o imobilního pacienta a na pohled sestry z agentury domácí péče.

Pomocí výzkumného šetření formou polostrukturovaného rozhovoru jsme zjistily, že většina respondentů zná a používá antidekubitní pomůcky v domácím prostředí.

Výzkumná otázka č. 1 - Mají pečovatelé dostatečný přehled o možnostech čerpání všech příspěvků na pomůcky, které by usnadnily péči o jejich blízkého?

Výzkumnou otázkou číslo 1 jsme u respondentů zjišťovaly, zda mají pečovatelé dostatečný přehled o možnostech čerpání všech příspěvků na pomůcky, které by usnadnily péči o jejich blízkého. Tři ze sedmi respondentů uvedli, že nemají dostatečný přehled o možnostech čerpání příspěvků na pomůcky. Domnívám se, že respondenti nebyli dostatečně informováni ze strany zdravotníků, u některých případů bylo zjištěno, že informování ani být nechtěli, nebo se o informace nesnažili, protože jim to situace nedovolila. U respondenta A bylo zjištěno, že si podrobnosti získávání pomůcek nevybavuje, protože to řešil zhruba před deseti lety. Z jeho vylíčení situace jsme měly pocit, že v minulosti informován byl, ale veškeré informace zapomněl, protože ho to nezajímalo. Respondent D uvedl, že se o příspěvky na pomůcky nijak nezajímal, protože bylo nutné vše potřebné zařídit velmi rychle a nebyl čas čekat na vyřízení nebo na zjišťování postupu. U respondenta F bylo zjištěno, že informování nikým nebyli. Domníváme se, že pečující o imobilní pacienty, nejsou dostatečně informováni ohledně čerpání příspěvků na antidekubitní pomůcky, nebo se jen nesnažili zjišťovat informace podrobněji, než jaké jim poskytl zdravotnický personál, protože je odradil zdlouhavý postup, který je nutný dodržet pro získání příspěvků na pomůcky. Myslíme si, že by bylo vhodné, zjednodušit proces získávání příspěvků na pomůcky v případě, kdy rodiny potřebují své blízké dostat do domácího prostředí ve velmi krátkém časovém úseku vzhledem k jejich zdravotnímu stavu.

Výzkumná otázka č. 2 - V jakém rozsahu využívají pečovatelé polohovací pomůcky v péči o své blízké?

Výzkumnou otázkou číslo 2 jsme zjišťovaly, v jakém rozsahu využívají pečovatelé polohovací pomůcky v péči o své blízké. Zjistily jsme, že ve většině případů potíže nejsou, ale u jednoho případu ze sedmi bylo zjištěno, že pečující využívá jen ty polohovací pomůcky, u kterých není potřeba jeho aktivní účast. Využívají antidekubitní matraci a polohovací lůžko, ale jiné polohovací pomůcky málokdy. Při rozhovoru s pečujícím o respondentku A bylo zjištěno, že polohování u nich doma není na pořadu dne a vůbec se tomu nevěnují, z toho usuzujeme, že polohovací pomůcky téměř nevyužívají. Po rozhovoru s ošetřující sestrou jsme si tuto hypotézu ověřily, protože sestra z agentury domácí péče uvedla, že rodina sice edukována byla, ale na rady a pokyny nereaguje. Myslíme si, že největší problém je v ochotě pečujících. Domníváme se, že na polohování a prevenci dekubitů nebere dostatečný zřetel a má velmi laxní přístup. Respondentka A trpí dekubity často, rodina si uvědomuje, jak náročná a dlouhá je léčba dekubitů, ale nesnaží se žádným způsobem zabránit tvorbě nového dekubitu.

Výzkumná otázka č. 3 - Nabízejí agentury domácí péče pečovatelům možnosti využívání pomůcek a zapojují se aktivně při jejich aplikaci do péče?

Pomocí výzkumné otázky číslo 3 jsme chtěly zjistit, zda agentury domácí péče nabízejí pečovatelům možnosti využívání pomůcek a zapojují se aktivně při jejich aplikaci do péče. Zjistily jsme, že ze sedmi respondentů poskytuje agentura domácí péče jednomu respondentovi antidekubitní pomůcky. Agentura domácí péče mu poskytuje antidekubitní vzduchovou matraci a antidekubitní podložky pod paty. Bylo zjištěno, že agentura domácí péče některé pomůcky vlastní a nabízí je pacientům, kteří čekají na vyřízení příspěvku na pomůcky, aby si pomůcky mohli zakoupit. Zjistily jsme, že agentury domácí péče, tedy nabízejí pečovatelům pomůcky pouze v případě využití krátkého časového úseku, pomůcky pacientům pouze zapůjčují. Domníváme se, že je to z toho důvodu, že agentury domácí péče nejsou vybaveny takovým množstvím pomůcek, aby mohli pomůcky nabízet každému pacientovi, kterého mají jako agentura v péči. Pomocí rozhovorů se sestrami z agentury domácí péče bylo zjištěno, že sestry se ve všech případech aktivně zapojují při aplikaci pomůcek do péče. Bylo zjištěno, že sestry z agentury domácí péče edukují rodiny, jak se pomůcky využívají, jak se s nimi správně polohuje, pomáhají s výběrem vhodné pomůcky a kontrolují správnost využívání.

Bylo zjištěno, že i přes aktivní přístup sester z agentury mají pečovatelé často nezodpovědný přístup k péči o imobilního pacienta. Dochází ke špatné spolupráci rodinných příslušníků, pečovatelské služby a domácí zdravotní péče. I přes častou a vhodnou edukaci dochází k neplnění daných doporučení a nastávají potíže se vzniklými dekubity. Dle našeho výzkumu jsme dospěly k závěru, že pečovatelé mají možnost čerpat příspěvky na pomůcky, ale ne všichni se o tuto možnost snaží.

Štěpánková Jaroslava s názvem práce Ošetřovatelská péče o pacienta s dekubitem z roku 2016 ve své práci uvádí: „*V prevenci i léčbě dekubitů je důležitý individuální přístup k nemocným, odpovídající ošetřovatelská péče, antidekubitní pomůcky, vhodná preventivní a terapeutická krytí, ale především motivace a ochota ke spolupráci ze strany nemocných a jejich bližních.*“ (27) Vzhledem k tématu naší práce, kde se zaměřujeme na zmapování využívání antidekubitních pomůcek v domácím prostředí, informovanosti pečujících o imobilní pacienty a zapojení sester do péče v domácím prostředí si myslíme, že nejdůležitější je postavení se k problému ze strany pečujících, protože v případě domácí péče záleží hodně na rodinných příslušnících, jak se k problému staví a zdali se snaží dodržovat veškerá doporučení a opatření. K tvrzení Štěpánkové se přikláníme, protože jsme se na základě této práce snažily zmapovat podobnou problematiku a zjistily jsme, že ač jsou rodinní příslušníci poučováni sebevíc, stejně se najdou případy, kde vidíme, že mají laxní přístup a nedodržují daná doporučení i přesto, že jsou vidět výsledky takové péče. Myslíme si, že je potřeba vytvořit lepší edukační materiály, aby pacienti a jejich pečující pochopili, že je polohování opravdu důležité a mnohem méně náročné, než léčba samotná.

Chottová Hana, která se zabývala Vývojem ošetřovatelské péče u pacientů s dekubity, v roce 2016 uvádí: „*prevence je mnohem důležitější než léčba, a to nejen po stránce ekonomické.*“ (26) S tvrzením Chottové souhlasíme. Prevence je sice časově náročná a je důležité ji dodržovat každý den v kteroukoliv denní dobu, avšak musíme si uvědomit, že při případných vzniklých komplikacích je péče o takového pacienta mnohem náročnější a zdouhavější. Výsledky jsou vidět za dlouhou dobu, péče je psychicky i fyzicky náročná pro zdravotníky a pacienty. Dále je důležité si uvědomit, jak důležitá prevence je a její pravidla dodržovat. Ať už se jedná o domácí péči či péči nemocniční, musí být prevence na stejné úrovni v obou takovýchto sektorech, bez ohledu na to, kdo se prevenci věnuje.

Doporučení pro praxi

Vzhledem k proběhlé studii je vhodné uvést nějaká případná doporučení pro praxi, ke kterým jsme došly v rámci našeho výzkumu. Myslíme si, že by bylo vhodné zjednodušit proces získávání pomůcek pro domácí užívání, formou předem sestavených doporučení, dále by bylo vhodné, aby agentury domácí péče mohly poskytovat antidekubitní pomůcky všem svým pacientům a tím usnadnily pečujícím proces získávání a hledání vhodných pomůcek. V případě nemožného provedení a uskutečnění příspěvků pro agentury domácí péče, bych navrhovala předložit každému pacientovi umístěného do domácí péče materiál, usnadňující proces hledání vhodných pomůcek a návod, jak postupovat při vyřizování příspěvku na pomůcky. V rámci svého průzkumu, jsem takový materiál našla od firmy ab asistent – Polámaný mraveneček, pro lepší přehlednost uvádím odkaz na informační brožuru. http://www.zdravotnicke-potreby-a-pomucky.cz/data/upload/files/Pruvodce_zdravotnmi_pomuckami.pdf

K případné problematice jsme vytvořily informační – edukační brožuru uzpůsobenou k tomu, aby pomohla pečujícím v domácím prostředí zajistit odpovídající péči, která bude mít dobré výsledky. Informační brožuru přikládám v plné podobě do přílohy č. 16

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce jsme si vybraly, protože jsme chtěly nahlédnout do domácí péče a zjistit, jak funguje péče o imobilního pacienta v domácím prostředí, kde nejsou takové možnosti jako v nemocničním prostředí. Myslíme si, že ač je péče v domácím prostředí velmi náročná jak fyzicky, tak časově, je to velmi uspokojující práce a relativně uspokojující léčba pro pacienty samotné.

Bakalářská práce je věnována problematice antidekubitní pomůcky a jejich využití pečovateli v domácí péči u imobilních pacientů. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat využívání antidekubitních pomůcek v péči o imobilního pacienta v domácím prostředí.

Teoretická část se věnuje přiblížení problematiky ohledně imobility a imobilizačního syndromu, dále je popsáno polohování, antidekubitní pomůcky a dostupnost pomůcek. Pomocí teoretické části se snažíme přiblížit čtenáři aktuální problematiku před uvedením do praktické části.

Praktická část bakalářské práce je zpracována formou kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Pomocí rozhovorů se můžeme dostat do vnitra problematiky antidekubitních pomůcek v domácím prostředí. Rozhovory byli vedeny s pečovateli o imobilní pacienty a se sestrami z agentury domácí péče. Celkem jsme oslovily 11 respondentů, se kterými jsou vedeny rozhovory.

Pomocí výzkumného šetření jsme dospěly k závěru, že hlavním problémem u respondentů byla dlouhá čekací lhůta při vyřizování příspěvků na pomůcky. Myslím si, že je proces získávání antidekubitních pomůcek a případných příspěvků na ně příliš zdoluhavý a v některých případech by k dekubitům ani nemuselo dojít, při rychlejším řešení a jednodušším systému získávání pomůcek do domácího prostředí. Zjistily jsme, že se sestry v rámci rehabilitačního ošetřování aktivně podílejí na používání polohovacích pomůcek, edukují rodinné příslušníky, pomáhají a vysvětlují se správným využitím pomůcek.

Výstupem bakalářské práce je informační brožura, která pomůže k lepší orientaci v problematice dekubitů, antidekubitních pomůcek, polohování a získávání příspěvků na antidekubitní pomůcky.

SEZNAM LITERATURY

KNIŽNÍ ZDROJE

1. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 232+24. ISBN 978-80-247-3419-4.
2. MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 2008. 96+8. ISBN 978-80-247-2043-2.
3. KOUTNÁ, Markéta a Ondřej ULRYCH et al. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-74-92-190-2.
4. BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče 1.díl: pro obor ošetrovatel*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 224+4 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
5. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 304+4. ISBN 978-80-247-3421-7.
6. KELNAROVÁ, Jarmila a kol. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I. ročník*. 2. vyd. Praha: Grada, 2015. 240+4 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
7. POKORNÁ, Andrea a kol. *Ošetrovatelství v geriatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 200+2 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
8. PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetrování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2682-3.
9. WAGNER, Uwe. *Positionierung: Lagerungen und Positionswechsel*. 2. Auflage. München: Christine Schwerd, 2017. s. 152. CONFORMARE. ISBN 978-3-437-29564-5
10. POCHMANOVÁ, Karolína a kol. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-2-3.
11. BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče 2.díl: pro obor ošetrovatel*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. 232+2. ISBN 978-80-247-5334-8.
12. ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Ivan BARTOŠOVIČ a kol. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. 1.vydání. Praha: Grada, 2019. 176. ISBN 978-80-271-2207-3.

13. VEVERKOVÁ, Eva a kol. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2019. 216+12. ISBN 978-80-271-2418-3.
14. MIKŠOVÁ, Zdeňka a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 248, ISBN 80-247-1442-6.
15. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství.* 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
16. BERÁNEK, Václav a kol. *Metodika pro zpracování kvalifikačních prací ZČU. 2 aktualizované vyd.* Západočeská univerzita v Plzni. Plzeň, 2019. Fakulta zdravotnických studií. ISBN 978-80-261-0760-6.

INTERNETOVÉ ZDROJE

17. DUPALOVÁ, Dagmar. Péče o pacienta s poruchou hybnosti v domácím prostředí - rehabilitační aspekty. *Med. praxi* [online]. 2012, 9(10) [cit. 15.2.2020]. ISSN 406-409. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz>.
18. Polohování, portál. věnovaný problematice proleženin/dekubitů, webmaster@ncoonzoo.cz. *Dekubity* [online]. [cit. 25.2.2020]. Dostupné z: www.dekubity.eu/informace-pro-verejnost/prevence/polohovani.
19. DMA kompenzační pomůcky. *DMA katalog* [online]. 2020 [cit. 17.2.2020]. Dostupné z: <https://www.dmapraha.cz/templates/docs/katalog/>.
20. Zdravotní pomůcky Polámaný mraveneček. *Polámaný mraveneček* [online]. 2012 [cit. 17.2.2020]. Dostupné z: www.zdravotnické-potreby-a-pomucky.cz.
21. TOMSOVÁ, Jana, a Anna, ZELENÁ. Polohování - nedílná součást terapie a každodenní péče o pacienta. *Geriatric a Gerontologie* [online]. 2014, č. 3, 118-122 [cit. 15.2.2020]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/>.
22. KYASOVÁ, Miroslava. Možnosti polohování nemocných na lůžku. *Interní medicína pro praxi.* [online] 2009; 11(2). [cit. 25.12.2019]. ISSN 1212-729. Dostupné z: www.internimedicina.cz.

23. Zdravotnické potřeby. *eZdravotnické potřeby*. [online]. [cit. 29.2.2020]. Dostupné z: <https://www.ezdravotnicke-potreby.cz>.
24. Imobilizační syndrom a jeho rizika. *Ošetřování ran*. [online]. 2020. [cit. 1.3.2020]. Dostupné z: <https://www.lecbarany.cz/clanky/>.
25. KOUTNÁ, Markéta. *Léčba světlem*. Florence - odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky [online]. [cit. 30.3.2020]. Dostupné z: <https://www.florence.cz>.
26. CHOTTOVÁ, Hana. *Vývoj ošetrovatelské péče u pacientů s dekubity*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Katedra Ošetrovatelství a porodní asistence. Bc. Vladimíra Fremrová. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/3838/1/Bakalarska%20prace.pdf>.
27. ŠTĚPÁNKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská péče o pacienta s dekubitem*. Plzeň, 2016. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Katedra Ošetrovatelství a porodní asistence. Mgr. Jaroslava Nováková. Dostupné z: <https://otik.zcu.cz/bitstream/11025/25076/1/Bakalarska%20prace.pdf>.
28. VČELÁK, Petr. *Šablona kvalifikační práce na Fakultě zdravotnických studií ZČU*. [dokument] Plzeň: Petr Včelák, 6. duben 2018.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Test ADL – Barthelův test
- Příloha č. 2 Kritéria soběstačnosti pro uspokojování potřeb
- Příloha č. 3 FIM - funkční míra nezávislosti
- Příloha č. 4 LADL - Lawtonova škála
- Příloha č. 5 Pohybový režim či kategorie pacientů
- Příloha č. 6 Polohovací hodiny a záznam polohování
- Příloha č. 7 Stupnice dle Nortonové
- Příloha č. 8 Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku
- Příloha č. 9 Antidekubitní pomůcky
- Příloha č. 10 Informovaný souhlas 1
- Příloha č. 11 Informovaný souhlas 2
- Příloha č. 12 Podklad pro rozhovor s pečovatelem o imobilního pacienta
- Příloha č. 13 Podklad pro rozhovor se sestrami z agentury domácí péče
- Příloha č. 14 Vyplněné dotazníky se sestrami z agentury domácí péče
- Příloha č. 15 Rešerše
- Příloha č. 16 Informační brožura

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Barthelův test základních všedních činností, Test ADL – Activity of Daily Living

příloha č. 4 Barthelové test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:
0–40 bodů: vysoce závislý
45–60 bodů: závislost středního stupně
65–95 bodů: lehce závislý
100 bodů: nezávislý

Zdroj: Staňková, M. *České ošetřovatelství 6 – Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6.

199

Zdroj: VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné 1, obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. s. 232+24, ISBN 978-80-247-3419-4.

Příloha č. 2 - Kritéria soběstačnosti pro uspokojování potřeb

Příloha 20. Kritéria soběstačnosti při uspokojování potřeb dle Gordonové, sestavené na základě testu vývojové soběstačnosti (TVS)

Kritéria soběstačnosti při uspokojování potřeb	
Stupeň	Zajištění výživy – kritéria
0	Člověk je zcela soběstačný, nezávislý v oblasti zajištění své výživy.
1	Člověk potřebuje minimální pomoc druhé osoby nebo vyžaduje užití pomocných prostředků a pomůcek, např. přípravu jídelního stolku, nakrájení masa, namazání rohlíku.
2	Člověk potřebuje pomoc, radu, dohled, např. přípravu jídla po soustech, dopomoc při dopravě do úst apod.
3	Člověk potřebuje velkou pomoc, musí se nakrmit, dle možností spolupracuje.
4	Člověk je závislý na pomoci druhých, je schopen minimální spolupráce, výživa sondou.
5	Člověk je absolutně závislý, neprojevuje žádnou aktivní účast, potřebuje úplnou pomoc, výživa je zajišťována úplně nebo částečně parenterálně.
Stupeň	Osobní hygiena – kritéria
0	Samostatné uspokojování potřeb hygieny.
1	Člověk potřebuje minimální pomoc druhé osoby, používá vlastní hygienické potřeby dle svých zvyklostí, s využitím pomocných prostředků a pomůcek sám zvládne činnosti při uspokojování potřeb hygieny.
2	Člověk potřebuje pomoc, je schopen s pomocí druhé osoby provést osobní péči na lůžku a transport do koupelny, v koupelně je téměř samostatný, potřebuje malou dopomoc.
3	Člověk potřebuje větší pomoc při osobní péči na lůžku nebo při transportu do koupelny, včetně pomoci při mytí, kdy spolupracuje.
4	Člověk je závislý na pomoci druhých, potřebuje stálý dohled při úkonech osobní hygieny, je schopen minimální spolupráce.
5	Člověk není schopen uspokojit své potřeby hygieny, nevykazuje žádnou aktivní účast, potřebuje úplnou pomoc.
Stupeň	Oblékání a svlékání – kritéria
0	Člověk je v oblékání a svlékání oděvů zcela soběstačný, nezávislý.
1	Člověk potřebuje minimální pomoc druhé osoby, s využitím pomocných prostředků a pomůcek se sám obleče, minimální pomoc spočívá např. v přípravě oděvu.
2	Člověk potřebuje pomoc, radu, dohled, např. dopomoc s oblečením postižené končetiny.
3	Člověk potřebuje velkou pomoc při svlékání a oblékání, je nutná stálá přítomnost druhé osoby, aktivně spolupracuje.
4	Člověk je závislý na pomoci druhých, při svlékání i oblékání je schopen minimální spolupráce.
5	Člověk je absolutně závislý, neprojevuje žádnou aktivní účast, potřebuje úplnou pomoc.

Kritéria soběstačnosti při uspokojování potřeb	
Stupeň	Pohyblivost – kritéria
0	Člověk se pohybuje samostatně, je nezávislý na pomoci druhých.
1	Člověk potřebuje minimální pomoc druhé osoby především tam, kde se nevyzná, bezpečně používá pomocných prostředků a pomůcek, se kterými je schopen samotného pohybu.
2	Člověk potřebuje pomoc, radu, dohled druhé osoby při chůzi.
3	Člověk potřebuje velkou pomoc při přesunu, např. dvě osoby a pomůcky, s dopomocí je schopen sedět na židli, spolupracuje, na lůžku je schopen sám změnit polohu.
4	Člověk je ve svém přesunu závislý na pomoci druhých, je upoután na lůžko, kde je schopen minimální spolupráce při změně polohy.
5	Člověk je absolutně závislý na druhých v souvislosti se změnou polohy, neprojevuje žádnou aktivní účast, potřebuje úplnou pomoc.
Stupeň	Vylučování stolice a moči – kritéria
0	Člověk vylučuje samostatně, užívá WC, plně kontinentní při vylučování moči i stolice.
1	Člověk potřebuje minimální pomoc druhé osoby především tam, kde se nevyzná (doprovod na WC), bezpečně používá pomocných prostředků a pomůcek (pokojový klozet), se kterými je schopen vyprazdňování.
2	Člověk potřebuje menší dopomoc, dohled, či radu při přesunu na pokojový klozet, při užívání podložní mísy či močové lahve (odnesení a vylití pomůcek k vyměšování).
3	Člověk potřebuje velkou pomoc (personál) pro občasnou inkontinenci moči (plenkové kalhotky, absorpční pomůcky, řádná hygienická péče a péče o kůži), člověk plně kontinentní po stránce vylučování stolice.
4	Člověk s přechodně zavedeným permanentním močovým katétrem, tedy celkově závislý na pomoci druhých při vylučování moči a pro přechodnou inkontinenci při vylučování stolice závislý na plné pomoci druhých (absorpční pomůcky, hygienická péče, péče o kůži).
5	Člověk stále inkontinentní při vylučování moči i stolice, z čehož plyne plná závislost na druhé osobě.

Zdroj: Mikšová a kol., 2006

Příloha č. 3 – Funkční míra nezávislosti (FIM – Functional Independence Measures)

Příloha 22. Funkční míra nezávislosti (FIM – Functional Independence Measures)

Funkční míra nezávislosti (FIM – Functional Independence Measures)			
Úrovně	7 Úplná závislost 6 Modifikovaná závislost (kompenzační pomůcky)	Nevyžaduje asistenci	
	Modifikovaná závislost 5 Supervize (dohled) 4 Minimální asistence (klient: ≥ 75 %) 3 Mírná asistence (klient: 50–75 %) Úplná závislost 2 Maximální závislost (klient: ≤ 25 %) 1 Celková závislost (klient: 0 %)	Vyžaduje asistenci	
		Příjem	Propuštění
			Následná péče
Osobní hygiena			
A.	Příjem jídla		
B.	Osobní hygiena		
C.	Koupání		
D.	Oblékání – horní polovina těla		
E.	Oblékání – dolní polovina těla		
F.	Použití WC		
Ovládání sfinkterů			
G.	Kontrola močení část I.		
	část II.		
H.	Kontrola vyprazdňování část I.		
	část II.		
Přesuny			
I.	Postel, židle, vozík		
J.	Toaleta		
K.	Vana/sprchový kout		
Lokomoce			
L.	Chůze (ch), jízda na vozíku (v)	ch	ch
M.	Schody	v	v
Komunikace			
N.	Rozumění sluchové (s), zrakové (z)		
O.	Expres (vyjadřování) verbální (v), nonverbální (n)		

Sociální schopnosti			
P. Sociální interakce			
Q. Řešení problémů			
R. Paměť			
Celkové skóre FIM:			

Zdroj: Kalvach a kol., 2008

Zdroj: POKORNÁ, Andrea a kol. Ošetrovatelství v geriatricii. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 200+2, ISBN 978-80-247-4316-5.

Příloha č. 4 – Lawtonova škála instrumentálních denních činností (The Lawton Instrumental Activity of Daily Living scale, IADL)

Příloha 24. Lawtonova škála hodnocení IADL (Philadelphia Geriatric Center – IADL scale)

Lawtonova škála hodnocení IADL IADL = Instrumental Activity of Daily Living scale	
Telefonování	Praní
Ovládá telefon samostatně, vyhledá a vytočí čísla	Zcela zajistí praní osobních věcí
1	1
Vytočí několik dobře známých čísel	Přepere drobné věci jako ponožky či punčochy
1	1
Zvedne při zazvonění sluchátko, ale nevytáčí čísla	Veškeré praní musí zajistit jiní
1	0
Není schopen telefon užívat	
0	
Nakupování	Způsob dopravy, cestování
Postará se samostatně o všechny potřebné nákupy	Cestuje samostatně veřejnou dopravou či automobilem
1	1
Zvládá samostatně jen drobné nákupy	Zajišťuje si dopravu taxíkem, ale veřejnou dopravu neužívá
0	1
Potřebuje doprovod na každý nákup	Cestuje veřejnou dopravou s asistencí či doprovodem
0	1
Není schopen(a) nakupovat	Doprava je omezena na taxi či automobil s doprovodem
	0
	Necestuje vůbec
	0
Příprava jídla, vaření	Užívání léků
Plánuje, připravuje a servíruje přiměřená jídla samostatně	Zodpovědně užívá léky ve správný čas a ve správných dávkách
1	1
Připravuje přiměřená jídla, pokud jsou zajištěny ingredience	Sám užívá léky, pokud jsou předem připraveny v oddělených dávkách
0	0
Ohřeje a servíruje připravené pokrmy či připravuje jídla, ale nezachovává přiměřenou stravu	Není schopen užívat vlastní medikaci
0	0
Vyžaduje uvaření a servírování jídla	
0	
Vedení domácnosti	Nakládání s penězi
Vede domácnost sám(a) či s občasnou pomocí (např. těžké domácí práce)	Obstarává finanční záležitosti nezávisle (rozpočet, placení nájmu a účtů, dochází do banky)
1	1
Provádí lehké denní úkoly jako stlaní, mytí nádobí	Zvládá drobné denní výdaje, ale potřebuje pomoc s bankovními operacemi, většími výdaji apod
1	1
Provádí lehké denní úkoly, ale není schopen(a) zachovat přijatelnou úroveň čistoty	Není schopen nakládat s penězi
1	0
Potřebuje pomoc se všemi domácími pracemi	
1	
Nepodílí se vůbec na domácích pracích	
0	

Instrukce: v každé kategorii zakroužkujte jedinou položku, která nejvíce odpovídá pacientově současné výkonnosti (fungování).

Hodnocení: prostý popis, rozmezí 0–8 bodů.

Zdroj: Kalvach a kol., 2008

Příloha č. 5 – Pohybový režim či kategorie pacientů

Tab. 14 Pohybové režimy pacientů

Označení	Konkretizace pohybového režimu
A – 1	pacient zcela soběstačný, chodící, volný pohyb po areálu nemocnice (barevné označení – žlutá)
B – 2	chodící nemocný, volný pohyb po oddělení (barevné označení – zelená)
C – 3	částečně soběstačný pacient, soběstačný v rámci lůžka, nutná dopomoc, neopouští pokoj (barevné označení – modrá)
D – 4	nesoběstačný pacient, upoután na lůžku, neopouští lůžko (barevné označení – červená)

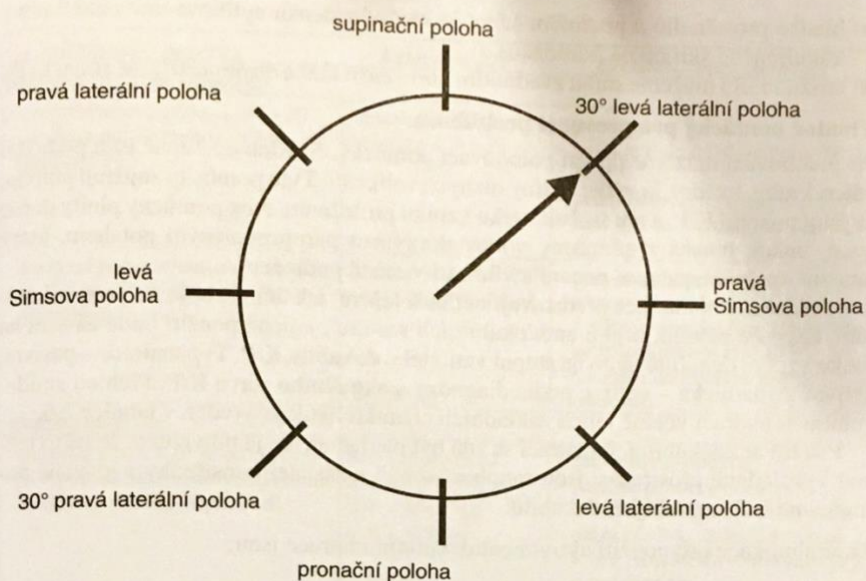
Tab. 13 Legislativně stanovené kategorie pacientů

Kategorie	Konkretizace kategorie
0	Pacient na propustce
1	Pacient soběstačný , nezávislý na základní ošetrovatelské péči, nebo obdobně soběstačné dítě nad 10 let věku.
2	Pacient částečně soběstačný , nebo spolupracující dítě od 6 let do 10 let věku včetně, sebeobsluha s dopomocí, schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, pacient vykazující mírné příznaky duševní poruchy.
3	Lucidní pacient neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžadující téměř úplnou obsluhu, psychicky alterovaný pacient nebo pacient vykazující středně těžké příznaky duševní poruchy vyžadující zvýšený dohled, případně přechodné omezení pohybu či farmakologické zklidnění. Také dítě od 2 do 6 let.
4	Pacient imobilní , lucidní pacient zcela imobilní, příp. inkontinentní, vyžadující ošetrovatelskou pomoc při všech i nejběžnějších úkonech, pacient vykazující příznaky závažné duševní poruchy vyžadující omezení pohybu a farmakologické zklidnění. Dítě od 0 do 2 let věku.
5	Pacient v bezvědomí , případně v deliriozním stavu, pacient vykazující příznaky těžké duševní poruchy, nebezpečný sobě či okolí, vyžadující trvalý ošetrovatelský dohled, případně použití omezovacích prostředků intenzivní psychiatrické péče.

(Sbírka zákonů č. 467/2012, částka 174)

Zdroj: POKORNÁ, Andrea a kol. Ošetrovatelství v geriatrii. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 200+2, ISBN 978-80-247-4316-5.

Příloha č. 6 – Polohovací hodiny a záznam polohování



Jméno:						
Datum:						
Poloha:	čas:	podpis:	čas:	podpis:	čas:	podpis:
supinační						
30° levá laterální						
pravá Simsova						
levá laterální						
pronační						
30° pravá laterální						
levá Simsova						
pravá laterální						

Obr. 2.1 Polohovací hodiny a záznam polohování K/P

Úprava lůžka

Zajistíme:

- nesležené, stejně vysoké matrace, přiměřeně měkké,

Příloha č. 7 - Stupnice dle Nortonové



Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky	Každé další onemocnění	Fyzický stav		Stav vědomí	Aktivita		Pohyblivost	Inkontinence		
	< 10	> 10			dobrý	dobrý		chodí	4			není	
úplná	4	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4	není
malá	3	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas
částečná	2	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	velmi omezená	2	převážně moč
žádná	1	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	žádná	1	moč + stolice

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ

Příloha č. 8 – Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku

Kód pojišťovny		POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU		pol. č.	
Příjmení a jméno		DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY		Ev. č.	
Číslo pojištěnce		oprava - úprava pomůcky		Pomůcka nová / repasovaná? *) nehadí se škrtněte!	
Bydliště (adresa)					
		Sk.	Kód	Počet	Cena
		02	0087471		
		Moliform Super			
		Cena pomůcky			
<input type="checkbox"/> I hraď pojišťovna <input type="checkbox"/> C spoluúčast pacienta <input type="checkbox"/> P hraď pacient		Dp: _____ Pomůcka trvalá/dočasná*) *) nehadí se škrtněte! Pomůcka dočasná na počet měsíců _____		Misto pro záznamy zdravotní pojišťovny Datum:	
Dne: _____					razítko výdejce
razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře					

Zdroj: Zdravotní pomůcky Polámaný mraveneček. *Polámaný mraveneček* [online]. 2012 [cit. 17.2.2020]. Dostupné z: www.zdravotnické-potreby-a-pomucky.cz

Příloha č. 9 – Antidekubitní pomůcky

PĚNOVÉ ANTIDEKUBITNÍ MATRACE

NOVINKA



stupeň rizika	škála Norton
■ vysoký	
■ střední	
■ nízký	20–16

doporučené použití

P 111M Standard 5007992

- PUR pěna (40 kg/m³)
- příčné i podélné průřezy
- zpevněné podélné okraje
- pasivní cirkulace vzduchu
- omyvatelné a paroprodyšné PUR prostěradlo
- rozměry: 86x198x14 cm (pro ložnou plochu 90x200 cm)
- efektivní zatížení: 35–130 kg

NOVINKA



stupeň rizika	škála Norton
■ vysoký	
■ střední	16–14
■ nízký	

doporučené použití

P 102M Polyplot 5007993

PLNĚ HRAZENO

- PUR pěna (40 kg/m³)
- příčné i podélné průřezy
- zpevněné podélné okraje
- pasivní cirkulace vzduchu
- snímatelný, antibakteriální a pružný potah
- omyvatelný a paroprodyšný povrch potahu
- rozměry: 86x198x14 cm (pro ložnou plochu 90x200 cm)
- efektivní zatížení: 35–130 kg

NOVINKA



stupeň rizika	škála Norton
■ vysoký	
■ střední	16–14
■ nízký	

doporučené použití

P 102M Polyplot XL 5008010

- PUR pěna (40 kg/m³)
- příčné i podélné průřezy
- zpevněné podélné okraje
- pasivní cirkulace vzduchu
- snímatelný, antibakteriální a pružný potah
- omyvatelný a paroprodyšný povrch potahu
- výška: 14 cm
- volitelný rozměr: 87x187 cm (efektivní zatížení 35–130 kg)
87x220, 96x198 cm (efektivní zatížení 35–150 kg)
113x198, 120x200, 133x199 cm (efektivní zatížení 35–270 kg)



stupeň rizika	škála Norton
■ vysoký	16–12
■ střední	
■ nízký	

doporučené použití



vyměnitelné části



vrstva z paměťové pěny

P 101M Polymulti Visco 5007994

PLNĚ HRAZENO

- PUR pěna (40 kg/m³)
- PUR pěna s paměťovým efektem v rizikových oblastech (80 kg/m³)
- zpevněné podélné okraje
- pasivní cirkulace vzduchu
- snímatelný, antibakteriální a pružný potah
- omyvatelný, paroprodyšný a protiskluzový povrch potahu
- rozměry: 87x198x14 cm (pro ložnou plochu 90x200 cm)
- efektivní zatížení: 35–130 kg

ANTIDEKUBITNÍ PODLOŽKY PRO POLOHOVÁNÍ



	 poloha na zádech  snímatelný omyvatelný potah	<div style="text-align: right;">NOVINKA</div>   Příklad použití
P 9704B podložka hlavy podkova 5008025 PLNĚ HRAZENO <ul style="list-style-type: none"> polystyrenové mikrokuličky pro polohování krční páteře a hlavy vnitřní bavlněný potah snímatelný omyvatelný potah průměr: 50 cm 	P 9763F polštář 5008018 PLNĚ HRAZENO <ul style="list-style-type: none"> duťá vlákna pro polohování krční páteře a hlavy vnitřní bavlněný potah snímatelný omyvatelný potah rozměry: 48x43x10 cm 	
  poloha na zádech  poloha na zádech	  30° poloha  30° poloha  poloha na boku	
P 9705B podložka těla bumerang 5008026 PLNĚ HRAZENO P 9706B podhlavník k bumerangu 5008027 <ul style="list-style-type: none"> polystyrenové mikrokuličky pro polohování trupu, páneve a horních končetin vnitřní bavlněný potah snímatelný omyvatelný potah rozměr: 135x85 cm 	P 9707B celotělová podložka had 5008028 <ul style="list-style-type: none"> polystyrenové mikrokuličky pro polohování trupu a dolních končetin vnitřní bavlněný potah snímatelný omyvatelný potah rozměr: 180x54 cm 	
  poloha na boku   poloha na zádech	<div style="text-align: right;">NOVINKA</div>   Příklad použití   Příklad použití	
P 9702B cylindrický válec 5008022 PLNĚ HRAZENO P 9703B abdukční polštář 5008024 PLNĚ HRAZENO <ul style="list-style-type: none"> polystyrenové mikrokuličky pro polohování dolních končetin vnitřní bavlněný potah snímatelný omyvatelný potah délka: 60 cm průměr: 20 cm 	P 9710B podložní klín 5008031 PLNĚ HRAZENO P 9711B abdukční klín 5008032 PLNĚ HRAZENO <ul style="list-style-type: none"> polystyrenové mikrokuličky pro polohování trupu, páneve a dolních končetin vnitřní bavlněný potah snímatelný omyvatelný potah rozměry: 60x40x30 cm 	

ANTIDEKUBITNÍ PODLOŽKY



univerzální použití



snímatelný potah

P 95TD podložka zad se stabilizátory 5008006

PLNĚ HRAZENO

- PUR pěna s paměťovým efektem
- anatomický tvar
- fixační pás na suchý zip
- **S** pro šířku sedu vozíku 32–38 cm
- **M** pro šířku sedu vozíku 38–44 cm
- **L** pro šířku sedu vozíku 44–50 cm



polohovní područky



arivézální použití

P 961F podložka pro hemiplegiky 5006040

PLNĚ HRAZENO

- PUR pěna s paměťovým efektem
- anatomický tvar
- nastavitelná poloha
- pro pravou i levou ruku
- fixační pásek na suchý zip
- snímatelný omyvatelný potah



příklad použití

5628 podložka pod patu 5007747

PLNĚ HRAZENO

- vlna
- fixační pásek na suchý zip
- při nízkém riziku vzniku dekubitů



příklad použití

5001 podložka pod patu 5007745

PLNĚ HRAZENO

- PES dutá vlákna
- fixační pásky na suchý zip
- při nízkém riziku vzniku dekubitů



příklad použití

5627 podložka pod loket 5007748

PLNĚ HRAZENO

- vlna
- fixační pásky na suchý zip
- při nízkém riziku vzniku dekubitů



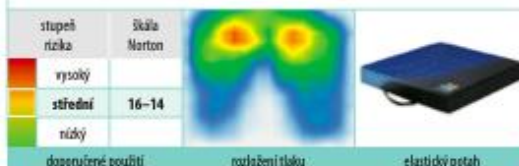
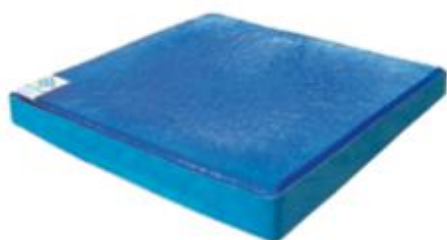
příklad použití

5002 podložka pod loket 5007746

PLNĚ HRAZENO

- PES dutá vlákna
- fixační pásky na suchý zip
- při nízkém riziku vzniku dekubitů

ANTIDEKUBITNÍ PODLOŽKY DO VOZÍKŮ



doporučené použití rozložení tlaku elastický potah

P 314C Mista 5007998

PLNĚ HRAZENO

- viskoelastický gel s PUR pěnou (40 kg/m³)
- snímatelný elastický potah z mikrovláken
- možnost omyvatelného potahu
- výška: 6 cm
- rozměry (cm)/nosnost (kg): 40x40/90
45x43/120
- rozměr 45x43 cm je dodáván pouze s omyvatelným potahem

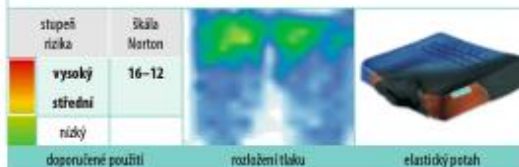


doporučené použití rozložení tlaku elastický potah

P 341C Duoform 5008000

PLNĚ HRAZENO

- dva typy gelu s PUR pěnou (40 kg/m³)
- anatomický tvar
- vyměkčená část v oblasti nejvyššího zatížení
- snímatelný elastický potah z mikrovláken
- možnost omyvatelného potahu
- výška: 8 cm
- rozměry (cm)/nosnost (kg): 36x36/70, 42x42/110, 42x46/120
45x42/120, 45x46/140, 51x46/160
- varianta SOFT - zatížení do 70 kg, rozměry 42x42 cm

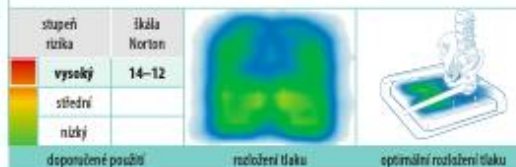


doporučené použití rozložení tlaku elastický potah

P 341C Viscoflex 5007999

PLNĚ HRAZENO

- PUR pěna s paměťovým efektem (80 kg/m³)
- anatomický tvar
- snímatelný elastický potah z mikrovláken
- možnost omyvatelného potahu
- výška: 8 cm
- rozměry (cm)/nosnost (kg): 36x36/50, 38x38/90, 40x40/100, 42x42/100
42x46/110, 45x42/110, 45x46/130, 48x43/140
51x46/150, 51x50/160
- varianta SOFT - zatížení do 70 kg, rozměry 42x42 cm



doporučené použití rozložení tlaku optimální rozložení tlaku

P 341CA Viscoflex Plus 5008001

PLNĚ HRAZENO

- dva typy PUR pěny s paměťovým efektem (40 kg/m³ a 80 kg/m³)
- anatomický tvar
- vyměkčená část v oblasti nejvyššího zatížení
- optimální postavení páře, eliminace střivního efektu
- snímatelný elastický potah z mikrovláken, možnost omyvatelného potahu
- výška: 8 cm
- rozměry (cm)/nosnost (kg): 32x32/50, 36x36/50, 38x38/90, 38x43/90
40x40/100, 42x42/100, 42x46/110, 42x50/150
45x42/110, 45x46/130, 45x50/150, 48x43/140
51x46/150, 51x50/160, 56x46/230, 61x50/270

Příloha č. 10 – Informovaný souhlas 1

INFORMOVANÝ SOUHLAS

ANTIDEKUBITNÍ POMŮCKY A JEJICH VYUŽITÍ PEČOVATELI V DOMÁCÍ PÉČE U IMOBILNÍCH PACIENTŮ

STUDENT

Kateřina Štenglová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
katerinastenglova@centrum.cz

VEDOUcí BP:

PhDr. Jana Koptíková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU

CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapovat využívání antidekubitních pomůcek, dozvědět se, jakým způsobem jsou klienti a jejich rodinní příslušníci informováni ohledně poskytování péče. Jaké mají informace o prevenci dekubitů a případném polohování a jak jsou pacienti v domácím prostředí zajištěni z hlediska prevence dekubitů.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po completaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikován/a.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č. 11 – Informovaný souhlas 2

INFORMOVANÝ SOUHLAS

ANTIDEKUBITNÍ POMŮCKY A JEJICH VYUŽITÍ PEČOVATELI V DOMÁCÍ PÉČE U IMOBILNÍCH PACIENTŮ

STUDENT

Kateřina Štenglová
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
katerinastenglova@centrum.cz

VEDOUCÍ BP:

PhDr. Jana Koptíková
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU

CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapovat využívání antidekubitních pomůcek, dozvědět se, jakým způsobem jsou klienti a jejich rodinní příslušníci informováni ohledně poskytování péče. Jaké mají informace o prevenci dekubitů a případném polohování a jak jsou pacienti v domácím prostředí zajištěni z hlediska prevence dekubitů.

Žádám o svolení s provedením výzkumného šetření v souvislosti s vypracováním bakalářské práce na téma antidekubitní pomůcky a jejich využití pečovateli v domácí péči u imobilních pacientů, ve Vaší agentuře domácí péče. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí agentury domácí péče ve výzkumné studii. Rozumím, že mohu kdykoliv od studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, agentura domácí péče nebude ve studii identifikován/a.

Podpis vedení agentury domácí péče:Datum:

Podpis studenta:Datum:

Zdroj: vlastní

Příloha č. 12 – Podklad pro rozhovor s pečovatelem o imobilního pacienta



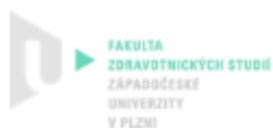
ANTIDEKUBITNÍ POMŮCKY A JEJICH VYUŽITÍ PEČOVATELI V DOMÁCÍ PÉČI U IMOBILNÍCH PACIENTŮ

Jmenuji se Kateřina Štenglová, studuji 3. ročník na fakultě zdravotnických studií. Tento rozhovor bude sloužit jako podklad pro praktickou část mé bakalářské práce.

VÝZKUM PEČOVATELÉ O IMOBILNÍHO PACIENTA

1. Věk, stupeň imobility, zvládne něco sám/a?
2. Poskytuje Vám agentura domácí péče antidekubitní pomůcky? Pokud ano jaké?
3. Používáte nějaké antidekubitní pomůcky? Jaké? Jak často? Na co konkrétně?
4. Jak často Vás navštěvuje sestra z agentury domácí péče? Kolik u Vás tráví času?
5. Poučil Vás někdo z agentury domácí péče, jak bude probíhat péče a jak máte pečovat vy o svého blízkého?
6. Dostáváte nějaké příspěvky na antidekubitní pomůcky? Byli jste informováni ohledně čerpání příspěvků na antidekubitní pomůcky?
7. Jaký je denní režim v péči o Vašeho blízkého?

Příloha č. 13 – Podklad pro rozhovor se sestrami z agentury domácí péče



ANTIDEKUBITNÍ POMŮCKY A JEJICH VYUŽITÍ PEČOVATELI V DOMÁCÍ PÉČI U IMOBILNÍCH PACIENTŮ

Jmenuji se Kateřina Štenglová, studuji 3. ročník na fakultě zdravotnických studií. Tento rozhovor bude sloužit jako podklad pro praktickou část mé bakalářské práce.

VÝZKUM SESTRY

1. Má Vaše agentura nějaké antidekubitní pomůcky? Jaké? Využíváte je? Vidíte nějaký výsledek při používání pomůcek?
2. Poskytujete antidekubitní pomůcky pacientům?
3. Máte možnost čerpat příspěvky na antidekubitní pomůcky od pojišťovny?
4. Mají pacienti možnost čerpat příspěvky na antidekubitní pomůcky?
5. Jak probíhá z Vaší strany péče o imobilního pacienta?
6. Kolik času může sestra u pacienta strávit?
7. Jak se věnujete prevenci dekubitů v domácí péči u imobilního pacienta?

8. V čem vidíte největší problém v péči o imobilního pacienta?

9. Kolik imobilních pacientů je momentálně ve Vaší agentuře?

Zdroj: vlastní

Příloha č. 14 – Vyplněné dotazníky se sestrami z agentury domácí péče

①

ANTIDEKUBITNÍ POMŮCKY A JEJICH VYUŽITÍ PEČOVATELI V DOMÁCÍ PÉČI U IMOBILNÍCH PACIENTŮ

Jmenuji se Kateřina Štenglová, studuji 3. ročník na fakultě zdravotnických studií. Tento rozhovor bude sloužit jako podklad pro praktickou část mé bakalářské práce.

VÝZKUM SESTRY

1. Má Vaše agentura nějaké antidekubitní pomůcky? Jaké? Využíváte je? Vidíte nějaký výsledek při používání pomůcek?
 - Ano, máme molitany pod nohy, antidekubitní matrace.
 - Při využívání ATB pomůcek vidíme výrazné zlepšení dekubitů, či předcházení jim.
2. Poskytujete antidekubitní pomůcky pacientům?
 Ano poskytlujeme.
3. Máte možnost čerpat příspěvky na antidekubitní pomůcky od pojišťovny?
Čerpat příspěvky na pomůcky mohou pouze pacienti.
4. Mají pacienti možnost čerpat příspěvky na antidekubitní pomůcky?
Ano.
5. Jak probíhá z Vaší strany péče o imobilního pacienta?
Edukujeme rodinu, vyšetřujeme jak správně a efektivně využívat pomůcky.
6. Kolik času může sestra u pacienta strávit?
Max 60 minut.
7. Jak se věnujete prevenci dekubitů v domácí péči u imobilního pacienta?
Edukujeme rodinu a pacienta.

8. V čem vidíte největší problém v péči o imobilního pacienta?

Ve špatné synchronizaci péčovatelské služby a domácí zdravotní péči.

Péčovatelská služba nemá kapacitu na vyšší počet návštěv.

9. Kolik imobilních pacientů je momentálně ve Vaší agentuře?

Přibližně ± 15-20 pacientů

ANTIDEKUBITNÍ POMŮCKY A JEJICH VYUŽITÍ PEČOVATELI V DOMÁCÍ PÉČI U IMOBILNÍCH PACIENTŮ

Jmenuji se Kateřina Štenglová, studuji 3. ročník na fakultě zdravotnických studií. Tento rozhovor bude sloužit jako podklad pro praktickou část mé bakalářské práce.

VÝZKUM SESTRY

1. Má Vaše agentura nějaké antidekubitní pomůcky? Jaké? Využíváte je? Vidíte nějaký výsledek při používání pomůcek?

Ano, máme ATB matraci, podložní kotva, moli tanova kolečka, dotona i pokrvač líčko. Při používání pomůcek a dodržování prevence je méně rizik.

2. Poskytujete antidekubitní pomůcky pacientům?

Testujeme v případech, kdy je urgentně potřeba a musíme čekat na zvýšení příspěvku.

3. Máte možnost čerpat příspěvky na antidekubitní pomůcky od pojišťovny?

Nemáme.

4. Mají pacienti možnost čerpat příspěvky na antidekubitní pomůcky?

Ano

5. Jak probíhá z Vaší strany péče o imobilního pacienta?

Behaviální, správné použití pomůcek podle potřeby pacienta, edukace rodiny o péči o imo. pacienta.

6. Kolik času může sestra u pacienta strávit?

Maximálně 60 minut.

7. Jak se věnujete prevenci dekubitů v domácí péči u imobilního pacienta?

Promazáváme náročnými místy, snažíme se udržovat suchou a čistou pokožku pacienta a dále dle st.č.5.

8. V čem vidíte největší problém v péči o imobilního pacienta?

Ve špatné spolupráci s peč. službami, protože oni špatně přijímají inf. od sestry ze strany nedostatečné péče o imo. pacienta.

9. Kolik imobilních pacientů je momentálně ve Vaší agentuře?

cca 15-20 pacientů.

ANTIDEKUBITNÍ POMŮCKY A JEJICH VYUŽITÍ PEČOVATELI V DOMÁCÍ PÉČI U IMOBILNÍCH PACIENTŮ

Jmenuji se Kateřina Štenglová, studuji 3. ročník na fakultě zdravotnických studií. Tento rozhovor bude sloužit jako podklad pro praktickou část mé bakalářské práce.

VÝZKUM SESTRY

1. Má Vaše agentura nějaké antidekubitní pomůcky? Jaké? Využíváte je? Vidíte nějaký výsledek při používání pomůcek?

- Ano, máme molitanová kolečka, podložky pod paže, antidekubitní matraci.
- Výsledek vidíme při dodržování pravidel, záleží jak se křídlo
- 2. Poskytujete antidekubitní pomůcky pacientům? problématická situace rodina
- Pokud tu máme, pokud je potřeba je do doby, než budou mít vlastní pomůcky. Pomáháme tak rodině, aby nedocházelo ke vzniku proležení do doby, než budou mít pomůcky vlastní.
- 3. Máte možnost čerpat příspěvky na antidekubitní pomůcky od pojišťovny?

Ne

4. Mají pacienti možnost čerpat příspěvky na antidekubitní pomůcky?

Ano

5. Jak probíhá z Vaší strany péče o imobilního pacienta?

Podobání P, není to v kompetenci sestry, ale provádíme v rámci OS. RHC pacienta. Učíme rodinu jak správně využívat pomůcky dle potřeby pacienta v domácím prostředí.

6. Kolik času může sestra u pacienta strávit?

Sestry z DP mohou u pacienta strávit max 60 min, ale vždy nedostáváme tak vysokou časovou dotaci, záleží na mnoha faktorech (pověření úkony)

7. Jak se věnujete prevenci dekubitů v domácí péči u imobilního pacienta?

Edukace rodiny v péči o imobilního pacienta. Promazávání tržilekčních míst. Dohlížíme zdravotní ze strany rodiny, aby bylo o P postaráno, nezakly komplikace.

8. V čem vidíte největší problém v péči o imobilního pacienta?

Nespolupráci s rodinou. Spolupráci pečovatelské služby.
V domácím prostředí špatný přístup klíčku.

9. Kolik imobilních pacientů je momentálně ve Vaší agentuře?

cca 20.

ANTIDEKUBITNÍ POMŮCKY A JEJICH VYUŽITÍ PEČOVATELI V DOMÁCÍ PÉČI U IMOBILNÍCH PACIENTŮ

Jmenuji se Kateřina Štenglová, studuji 3. ročník na fakultě zdravotnických studií. Tento rozhovor bude sloužit jako podklad pro praktickou část mé bakalářské práce.

VÝZKUM SESTRY

1. Má Vaše agentura nějaké antidekubitní pomůcky? Jaké? Využíváte je? Vidíte nějaký výsledek při používání pomůcek?

Antidekubitní matrace, podložní koberky, koberky, podložky pod paty. Výsledek není je.

2. Poskytujete antidekubitní pomůcky pacientům?

Ano

3. Máte možnost čerpat příspěvky na antidekubitní pomůcky od pojišťovny?

Bohužel nemáme možnost čerpat příspěvky na anti... pomůcky

4. Mají pacienti možnost čerpat příspěvky na antidekubitní pomůcky?

Ano

5. Jak probíhá z Vaší strany péče o imobilního pacienta?

Hygiena, promazávání předekubitních míst, polohování, používání antidekubitních pomůcek

6. Kolik času může sestra u pacienta strávit?

Maximálně 60 minut, z praktického hlediska tolik, kolik je potřeba. Máme zaplacený určitý čas, ale řídíme se stavem pacienta. Čas věnujeme na pos. zahnutí osky, přípravu pomůcek, péči, dokumentaci. Je to velmi náročná.

7. Jak se věnujete prevenci dekubitů v domácí péči u imobilního pacienta?

Hodně edukujeme rodinu a pacienta. Kontrolujeme stav kůže, rodině sdělujeme důležité doporučení. níže ot. 6.5

8. V čem vidíte největší problém v péči o imobilního pacienta?

Nespolupracující nebo nemohoucí rodinní příslušníci.

9. Kolik imobilních pacientů je momentálně ve Vaší agentuře?

Nyní máme 15-20 imobilních pacientů

Zdroj: vlastní

Příloha č. 15 - Rešerše



Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
Vinařská 6, PSČ 603 00 Brno
IČ: 00023850, DIČ: CZ00023850
ID datové schránky NCO+NZO: a55vw2c
www.nconzo.cz



Rešerše

Antidekubitní pomůcky a jejich využití pečovateli v domácí péči u imobilních pacientů

Z databází: [katalog knihovny NCO NZO Brno](#)
[Bibliographia medica Českoslovača](#)
CASLIN
[Google Scholar](#)
[Google Knihy](#)

Časový rozsah: 2009-2019
Počet záznamů 63

10.4.2019

Zpracovala: Michaela Musilová

MACÍČKOVÁ, Vendula. Nehojící se rány v domácí péči [online]. Zlín, 2018 [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/18xdcx/>>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. [Silvie Treterová](#).

TABOGOVÁ, Jana. Antidekubitní pomůcky a jejich využití v praxi [online]. Plzeň, 2014 [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/rn1t0w/>>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. [Vladimíra Fremrová](#).

HUBÁČKOVÁ, Lenka. Ošetrovatelská péče o chronické rány - dekubity [online]. Zlín, 2010 [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/qxyvi7/>>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. [Gabriela Gajzlerová](#).

1.

TI: Dekubitus u paraplegika v několika lokalizacích
AU: Tichotová, Veronika
CI: Léčba [ran](#): odborný časopis určený pro lékaře, farmaceuty a nelékařské zdravotnické pracovníky. 2018, roč. 5, č. 2, s. 18-19. ISSN: 2336-520X; (OCoLC) 900134358. Literatura
LA: [CZE](#) RT: články
PT: kazuistiky
DE: dekubity (ošetřování, terapie); paraplegie (komplikace); nekróza (ošetřování, terapie); hojení ran; obvazy [hydrokoloidní](#) (využití); [hydrogely](#) (terapeutické užití);
AN: nco031612 DT: 180615

2.

TI: Laický pečovatel a prevence dekubitů
AU: Kolková, Adéla – Šeflová, Lenka 1966-
CI: Léčba [ran](#): odborný časopis určený pro lékaře, farmaceuty a nelékařské zdravotnické pracovníky. 2018, roč. 5, č. 2, s. 14-17. ISSN: 2336-520X; (OCoLC) 900134358. Literatura
LA: [CZE](#) RT: články
DE: lůžka (normy, trendy); dekubity (prevence a kontrola); fyziologie výživy; pomůcky pro sebeobsahu; osoby pečující o pacienty; péče o kůži; chronická nemoc; polohování pacienta
AN: nco031611 DT: 180614

3.

TI: Systémový přístup k prevenci dekubitů
AU: Krupová, Lenka – Pokorná, Andrea
CI: Léčba [ran](#): odborný časopis určený pro lékaře, farmaceuty a nelékařské zdravotnické pracovníky. 2018, roč. 5, č. 2, s. 4-6. ISSN: 2336-520X; (OCoLC) 900134358. Literatura
LA: [CZE](#) RT: články
DE: dekubity (klasifikace, komplikace, diagnóza, etiologie, ošetřování, epidemiologie, patologie, prevence a kontrola, terapie); vzdělávání pacientů jako téma; hojení ran
AN: nco031608 DT: 180614

4.

TI: [Ošetrovateľská starostlivosť o dekubity - lôžkové zdravotnícke zariadenia vs. agentury domacej ošetrovateľskej starostlivosti](#)
AU: [Gerlichová, Katarína – Krehliková, Júlia](#)
AD: [Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne](#)

Příloha č. 16 – Informační brožura

Prevence dekubitů, poradce pro pečující v domácí péči o imobilního pacienta

Dekubity, jsou velkým strašákem širokého okolí. Není nutné strachovat se co dělat v případě, když se vytvoří dekubitus. Důležitější je, říct si: „*Co mám dělat, aby se dekubitus nevytvořil?*“ Pomocí této brožury pro Vás máme pár rad a tipů, jak se chovat, aby nedocházelo ke vzniku dekubitů.

Důležité je uvědomit si, co všechno se může stát v případě, kdy nedodržíme základní preventivní opatření. Dekubitus je kožní defekt, vzniká v důsledku tření a přímého tlaku podložky na ohrožené části těla. Nejvíce ohrožená místa jsou nazývána predilekční místa – temeno hlavy, ramena, lokty, kostrč, paty, jedná se o části těla, která jsou nejvíce opřena o podložku.



Zdroj: <https://flexikon.doccheck.com/de/Dekubitus>


V případě, kdy je pacientova mobilita snížena úrazem či nějakou nemocí, stává se **imobilním** a spolu s imobilitou přicházejí jiná onemocnění, která pacienta limitují ve vykonávání svých potřeb a soběstačnosti. Následkem imobilizace dochází ke vzniku **imobilizačního syndromu** (stav, kdy může dojít k poškození jedné, nebo několika orgánových soustav – kardiovaskulární, pohybový, metabolický, vylučovací, kožní, trávicí, atd.).

Projevy nemusí být na první pohled jasné. Viditelným projevem mohou být opruzeniny, nebo dekubity. V případě imobilního pacienta je nutné zahájení polohování. Pomocí polohování dochází ke snížení tlaku v momentálně namáhané oblasti. Polohování je součástí prevence a léčby dekubitů.

Při polohování se snažíme dodržovat intervaly ideálně okolo 2 hodin přes den a v noci po 3 hodinách. Záleží na stavu pacienta. Interval se mohou zkracovat, či prodlužovat, zhruba od 20 minut do 3-4 hodin. Je důležité měnit polohu pacienta tak, aby plocha, která se dotýká podložky, byla opětovně zatížena až při třetí nebo čtvrté změně polohy. Podle zvolené polohy u pacienta využíváme vhodné polohovací pomůcky. Důležité je dbát na šetrné polohování, musíme předcházet zranění a poškození kůže.

VITAPUR
profesionální a domácí péče

1. Poloha na zádech (supinační)
Realizují posilované polohy. Vždy podložení. Pánev na volně
převlečené vložce vzniká dekubitů se patičkami a v sakrální bederní
oblasti.




Potřebné pomůcky
anatomický polštář Debitu PRO20 - 1ks
podložka bederní PRO21 1x200x40cm - 1ks
podložka podpatků PRO22 1x200x70 - 1ks
pata PRO21 volně - 2ks

Pomáhám Vám s péčí


DEKUBITY I.
základní polohování

4. Poloha mezi boky a břichem (semipronační)
Hlavně polštář pod boky. Měkká podložka, méně pomůcek.




Potřebné pomůcky
anatomický polštář Debitu PRO20 - 1ks
podložka bederní PRO21 1x200x40cm - 1ks
podložka podpatků PRO22 1x200x70 - 1ks
pata PRO21 volně - 2ks

2. Poloha mezi boky a záty (semisupinační)
Podložka šikmo za zády v ohebné části podložky odložit. Pánev na
volně odložit speciálně usazené.




Potřebné pomůcky
anatomický polštář Debitu PRO20 - 1ks
podložka bederní PRO21 1x200x40cm - 1ks
podložka podpatků PRO22 1x200x70 - 1ks
pata PRO21 volně - 2ks

3. Poloha na boku
Typická je poloha s hlavou podložena o nos. Mladší pro
prevenci dekubitů v sakrální bederní oblasti.



Potřebné pomůcky
anatomický polštář Debitu PRO20 - 1ks
podložka bederní PRO21 1x200x40cm - 1ks
podložka podpatků PRO22 1x200x70 - 1ks
pata PRO21 volně - 2ks

5. Poloha na břiše (pronační)
Vhodné volit dřevěný podklad, pokud není pacienta dovolí.
Měkká dlažba, tvrdějším směrem podložky, odložit a odložit volně,
volně podložky prop. není dovoleno k podložce.



Potřebné pomůcky
podložka bederní PRO21 1x200x40cm - 1ks
podložka podpatků PRO22 1x200x70 - 1ks
pata PRO21 volně - 2ks

© VITAPUR spol. s r.o., profesionální a domácí péče, Nová 696, 121 01 Praha 2, tel: +420 40 412 176, e-mail: info@vitapur.cz, www.vitapur.cz

Potřebujete poradit? Volejte poradně tel.: 481 612 579

Zdroj: <http://www.dekubity.eu/informace-pro-odbornou-verejnost/partneri-portalu/vitapur/prevence-vzniku-dekubituv/>

Při polohování pacienta jsou výbornými pomocníky polohovací pomůcky, jako jsou **polštáře, podpěra, válec, podložní kolo, věnečky, sáčky s pískem, klíny, kvádry různé velikosti** a největším pomocníkem jsou **polohovatelná lůžka**, která pomáhají šetřit vlastní síly v případě velké váhy pacienta. Polohovací pomůcky musí mít vhodný obal, aby byla zajištěna jejich správná hygiena.

- **Podpěra** – pomáhá udržet pacienta ve zvýšené poloze, podpěra se vkládá mezi ložní plochu a horní matraci, tento typ se využíval v minulosti.
- **Válec** – využívá se pro zajištění flexe v kolenních kloubech, vkládá se pod kolena.
- **Podložní kolo** – využívá se u pacientů s onemocněním rektu, s frakturami kostrče a po porodu. Zabraňuje posunutí a sjiždění pacienta, slouží jako prevence vzniku dekubitů, používáme ho k podložení hýždí.

- **Věnečky** – vyrábí se v různých velikostech, používají se k odlehčení tlaku kloubů nebo kostěných výčnělků, jsou vyrobeny z molitanu. Používáme k podložení ramen, loktů, kyčlí, kolen, pat a temene.
- **Sáčky s pískem** – pomáhají stabilizovat pacienta v potřebné poloze.
- **Polštáře** – využívají se především u pacientů v domácí péči, protože rodiny nemají dostatek prostředků, aby se mohli vybavit velkým množstvím pomůcek v domácím prostředí. Polštáře jsou vhodnou alternativou pro fixaci těla v poloze, nebo se využívají na podkládání končetin atd.

Polohovací pomůcky a vhodné matrace jsou důležitým preventivním opatřením tvorby proleženiny. Léčba proleženiny, je nákladnější než zakoupení pomůcek, které jsou při prevenci využívány.

CHCETE VĚDĚT JAK POSTUPOVAT V PŘÍPADĚ POŘIZOVÁNÍ ANTIDEKUBITNÍCH POMŮCEK?

Nějaké pomůcky jsou hrazeny pojišťovnou v plné výši, některé pouze částečně. Pomůcku předepisuje lékař na poukaz, může to být praktický lékař, nebo odborný (neurolog, rehabilitační lékař, ortoped, geriatr, atd.), některé pomůcky musí schválit revizní lékař zdravotní pojišťovny. Pomůcku si pacient může vyzvednout v lékárně nebo zdravotnických potřebách, pokud nastane situace, že nebudete mít hrazenou pomůcku zdravotní pojišťovnou, nebo je příliš velký doplatek na pomůcku, je zde varianta, požádat o příspěvek na pořízení pomůcky nadaci.

Jak probíhá získání pomůcky do domácího prostředí? Zde uvádíme postup krok za krokem:

1. Výběr pomůcky
2. Předepsání pomůcky na poukaz – předepisuje praktický či odborný lékař
3. Schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny
4. Dodání pomůcky

Polohovací systémy a materiály nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou a není poskytován příspěvek na zvláštní pomůcku úřadem práce. Antidekubitní prostředky jako je podložka malá, velká, nebo antidekubitní matrace s pulzérem jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou na poukaz.

Zdravotní pojišťovna hradí jednu pomůcku za tři roky ve výši 100 % nepřesáhne-li požadovaná částka 3 000 korun za 1 kus. Pomůcka zůstává pacientovi, nevrací se.

Při pořizování pomůcky je důležité najít vhodnou firmu, od které chcete pomůcky získat. Pro příklad, přikládám několik odkazů na firmy, kde je možné si takové pomůcky objednat.

- <https://www.zdravotnicke-potreby.cz/7-kompenzacni-pomucky/>
- <http://www.zdravotnicke-potreby-a-pomucky.cz/pujcovna-pomucek.html>
- <https://www.zdravotnickepotreby-eshop.cz/category/kompenzacni-pomucky/antidekubitni-pomucky/177>
- https://www.dmapraha.cz/prodej-kompenzacnich-pomucek_k500/antidekubitni-program_k85/antidekubitni-podlozky_k233/
- <https://www.distrimedshop.cz/antidekubitni-pomucky/>

Pro příklad uvádíme nějaké obrázky, jak vypadají antidekubitní pomůcky.



Antidekubitní matrace



Polohovací klíny, válec, podložky.



Podložky pod patu



Polohovací lůžko

Věříme, že je pro Vás materiál přínosem a pomohl Vám k pochopení této problematiky.

Zdroj: vlastní