

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Edukace rodinných příslušníků pečujících o
hygienu nesoběstačného člověka

Bakalářská práce

Autor práce: Lucie Matějíková
Vedoucí práce: Mgr. Soňa Novotná

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Lucie Matějková**

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Garant studijního programu: doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Název práce: **Edukace rodinných příslušníků pečujících o hygienu nesoběstačného člověka**

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Novotná

Cíl práce: Zjistit, jak jsou rodinní příslušníci poučeni o správném provádění hygieny u nesoběstačného člověka v domácím prostředí.

Abstrakt

Edukace rodinných příslušníků pečujících o nesoběstačného člověka je důležitou součástí zajištění kvalitní domácí péče, přičemž správné provádění hygieny hraje klíčovou roli. Přestože je hygiena základní potřebou, informovanost pečujících bývá často nedostatečná. Tato práce se zaměřuje na význam hygieny a její správné provádění v domácím prostředí. Cílem výzkumu je zmapovat úroveň znalostí rodinných příslušníků a identifikovat nedostatky v jejich edukaci. Práce využívá kvalitativní metodu formou rozhovorů s rodinnými příslušníky, což umožňuje hlubší pochopení jejich zkušeností a potřeb. Výsledky poukazují na nedostatečnou informovanost pečujících v oblasti hygienické péče. Mohou přispět ke zlepšení kvality domácí péče a ke zvýšení komfortu nesoběstačných osob. Studie zdůrazňuje význam individuálního přístupu, systematické edukace rodinných příslušníků a podpory ze strany zdravotnického personálu. Závěry mohou být přínosné nejen pro pečující rodiny, ale i pro zdravotnické pracovníky podílející se na péči o nesoběstačné pacienty.

Klíčová slova

Hygienická péče; Domácí péče; Kvalita života; Edukace rodinných příslušníků; Rodinný pečující; Kvalitativní výzkum

Abstract

Education of family members caring for a dependent person is an important part of ensuring high-quality home care, with proper hygiene practices playing a key role. Although hygiene is a basic need, caregivers' level of knowledge is often insufficient. This thesis focuses on the importance of hygiene and its correct implementation in the home environment.

The aim of the research is to assess the level of knowledge of family members and to identify gaps in their education. The study uses a qualitative method in the form of interviews with family caregivers, which allows for a deeper understanding of their experiences and needs.

The results indicate insufficient awareness of caregivers in the field of hygienic care. They may contribute to improving the quality of home care and increasing the comfort of dependent individuals. The study emphasizes the importance of an individual approach, systematic education of family members, and support from healthcare professionals. The conclusions may be beneficial not only for caregiving families but also for healthcare professionals involved in the care of dependent patients.

Keywords

Hygienic care; Home care; Quality of life; Family caregiver education; Family caregiver; Qualitative research

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 24. dubna 2026

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Zde bych velice ráda vyjádřila upřímné poděkování všem, kteří mi pomohli při tvorbě této bakalářské práce. Mé velké poděkování patří Mgr. Soňi Novotné za odborné vedení, vstřícnost a trpělivost, kterou mi věnovala během zpracování této práce. Dále děkuji všem respondentům za ochotu a čas, který věnovali účasti na výzkumném šetření. Velké díky patří také mé rodině a přátelům za jejich podporu, pochopení a trpělivost.

Obsah

Seznam tabulek.....	7
Seznam zkratk.....	8
Úvod.....	9
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Historie ošetřovatelství.....	10
1.2 Lidské potřeby.....	11
1.2.1 Klasifikace potřeb	11
1.2.2 Uspokojení potřeb	12
1.3 Stáří a stárnutí.....	12
1.3.1 Kvalita života seniorů.....	13
1.4 Potřeby seniorů.....	14
1.4.1 Výživa	14
1.4.2 Hydratace.....	15
1.4.3 Vyprazdňování	15
1.4.4 Spánek a odpočinek.....	16
1.4.5 Bolest	16
1.4.6 Pohyb	16
1.4.7 Hygiena	20
1.5 Rodina	22
2 Výzkumná část	25
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	25
2.2 Metodika výzkumu.....	25
2.3 Výběr respondentů	25
2.4 Průběh výzkumu.....	25
2.5 Výsledky výzkumného šetření.....	26
2.6 Analýza výsledků.....	39
3 Diskuse	46
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	49
Závěr	50
Seznam použité literatury.....	51
Seznam příloh	54

Seznam tabulek

Tabulka 1: Pohlaví respondentů.....	39
Tabulka 2: Věk respondentů	39
Tabulka 3: Způsoby poskytování informací o další péči během hospitalizace.....	40
Tabulka 4: Způsoby nácviku praktických dovedností při péči o pacienta	40
Tabulka 5: Zhodnocení srozumitelnosti a přínosu poskytnuté edukace.....	41
Tabulka 6: Chybějící nebo nedostatečně vysvětlené informace před propuštěním domů	41
Tabulka 7: Hodnocení návratu domů do domácí péče	42
Tabulka 8: Komplikace v prvních dnech po návratu blízkého domů.....	42
Tabulka 9: Informační zdroje, které pečující využívají	43
Tabulka 10: Využívání pomoci a služeb usnadňujících péči	43
Tabulka 11: Způsob zajištění každodenní hygieny	44
Tabulka 12: Pomůcky a vybavení při hygieně	44
Tabulka 13: Obtíže při poskytování hygieny	45
Tabulka 14: Jak se respondenti cítí při provádění hygieny	45

Seznam zkratk

Např.	Například
PMK	Permanentní močový katetr
R	Respondent
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Úvod

Téma edukace rodinných příslušníků pečujících o nesoběstačného člověka jsem si zvolila vzhledem k jeho aktuálnosti a významu v oblasti domácí péče. V současné době narůstá počet osob odkázaných na pomoc druhých, přičemž péče je často zajišťována právě rodinou. Rodinní příslušníci se tak dostávají do role neformálních pečujících, aniž by byli dostatečně připraveni na nároky, které tato péče přináší.

Jednou ze základních oblastí péče o nesoběstačného člověka je zajištění hygieny. Správné provádění hygienické péče je nezbytné nejen pro zachování fyzického zdraví, ale i pro udržení důstojnosti a celkové pohody pacienta. Nedostatečná nebo nesprávně prováděná hygiena může vést ke vzniku komplikací, jako jsou infekce, kožní problémy či zhoršení zdravotního stavu. Přesto však bývá edukace rodinných příslušníků v této oblasti často nedostatečná.

Péče o nesoběstačného člověka nepředstavuje pouze fyzickou zátěž, ale i značné psychické a sociální zatížení pro pečující. Rodinní příslušníci se musí přizpůsobit nové životní situaci, osvojit si potřebné dovednosti a vyrovnat se s náročností každodenní péče. Nedostatek informací a podpory ze strany zdravotnického personálu může vést k nejistotě, stresu a snížení kvality poskytované péče.

Cílem bakalářské práce je zmapovat úroveň znalostí rodinných příslušníků v oblasti hygienické péče o nesoběstačného člověka a identifikovat nedostatky v jejich edukaci. Teoretická část práce se zaměřuje na problematiku nesoběstačnosti, význam hygieny a roli rodiny v péči o nemocného. Výzkumná část je realizována kvalitativní metodou formou rozhovorů s rodinnými příslušníky pečujících osob, což umožňuje hlubší porozumění jejich zkušenostem, potřebám a problémům v praxi.

Získané poznatky mohou přispět ke zlepšení edukace rodinných pečujících a ke zkvalitnění péče o nesoběstačné osoby v domácím prostředí.

1 Současný stav problematiky

Stárnutí populace je v České republice výrazným demografickým trendem, který přináší rostoucí zátěž na zdravotní a sociální systém. S prodlužující se délkou dožití a klesajícím podílem ekonomicky aktivních osob narůstá potřeba dostupné a kvalitní péče o seniory, a to jak v oblasti geriatry a paliativní péče, tak i ve formě domácí péče. (Kabelka a Chvílová-Weberová, 2022)

Zdravé stárnutí je dle WHO (2017) dlouhodobý proces, jehož cílem je podpora a udržení schopností nezbytných pro zajištění dobré kvality života ve vyšším věku. To je výsledkem vzájemného působení fyzických, psychických a psychosociálních faktorů jedince spolu s prostředím, v němž žije, a které ovlivňuje míru jeho samostatnosti a pohody. Pro zajištění kvalitního stárnutí osob je nezbytné, aby služby byly poskytovány co nejbližší jejich místu bydliště. To zahrnuje nejen péči přímo v domácnostech, ale i podporu komunitní péče. Ta umožní starším lidem zůstat v prostředí, které znají, které je pro ně nejvhodnější, kdy rodina často hraje klíčovou roli v poskytování potřebné péče a podpory. WHO poukazuje na problém, kdy jsou pečovatelské role, většinou vykonávané ženami, často nedostatečně oceňovány, což může omezit jejich účast na pracovním trhu. Také to může mít významný dopad na jejich pohodu ve vyšším věku. Do budoucna bude potřeba vynaložit zvláštní úsilí, aby všichni pečovatelé měli přístup k potřebným zdrojům, informacím, nebo školením pro vykonávání své role. (WHO, 2017)

Zajištění hygieny je klíčové pro zdraví a celkovou pohodu. Přesto, že jde o každodenní činnosti, starší lidé s ní často potřebují pomoc. Jde o velmi osobní záležitost, kdy je důležité zachování důstojnosti, soukromí, jen málokdo dobrovolně požádá o pomoc. Výskyt častých kožních problémů jako je opruzenina, vyrážka nebo tržná rána, naznačuje, že doporučení týkající se péče o pokožku nejsou vždy v praxi dodržována. (Heague a kol., 2023)

Pečující, kteří se doma starají o své blízké, i navzdory zlepšující se situaci, stále často mají problém s nedostatkem nebo obtížnou dostupností informací. Při správně provedené hygienické péči se zvyšuje komfort pro člověka, zabraňuje se zápachu, ale zároveň se i zmenšuje možné riziko infekce, poškození kůže a následný vznik proleženin. (Hřebíková a kol., 2016; Klvačová, 2018)

1.1 Historie ošetřovatelství

Ošetřovatelství se rozvíjelo v mnoha zemích odlišně, vzhledem ke kulturním, sociálním, válečným, politickým i náboženským okolnostem. Historické události ovlivnily ošetřovatelství v rámci nových objevů a poznatků, které se dále rozvíjely a vznikaly tak nové postupy. Ty se využívaly při epidemiích, zraněních nebo válkách. Postupně se tak měnila laická i charitativní péče a postupně byla nahrazována péčí profesionální. Ale i v dnešní době má laická péče své místo, např. při ošetřování člena rodiny. (Plevová, 2018; Nová, 2024)

Na vývoj moderního ošetřovatelství má velkou zásluhu Florence Nightingalová, které se podařilo pozvednout ošetřovatelství na profesionální úroveň. V Krymské válce snížila úmrtnost vojáků, pomocí několika opatření, kterými uspokojila jejich základní potřeby. Zprovoznila kuchyň, aby se zpřístupnila vojákům strava dle potřeby, nechala vybudovat toalety, prádelnu, zaměřila se na hygienu a čistotu, evidovala záznamy o ranách a onemocněních, dbala také o jejich psychickou stránku. V roce 1860 otevřena první ošetřovatelskou školu na světě, její snaha byla, aby u člověka dosáhla zdraví tím, že upravuje jeho prostředí. (Plevová, 2018; Nová, 2024; Pospíšilová a Tóthová, 2022)

Zásluhu na vzdělání ošetřovatelek, které by se staraly o nemocné, má Eliška Krásnohorská spolu s Karolínou Světlou, které založily Ženský výrobní spolek český v roce 1871, který pomáhal ženám vzdělávat se k určitému povolání, pomáhal rozvíjet možnosti zaměstnání a bojoval za práva žen. V této době se ženy staraly o domácnost a snažily se dobře vdát, aby byly zaopatřeny a ty které se nevdaly často odcházely do klášterů, žily s příbuznými nebo pracovaly jako služebné. Spolek si dal za cíl prosadit studium žen, snížit jejich útlak a bídu. I s pomocí lékařů, kteří podporovali emancipaci žen, byla v roce 1874 v Praze založena necírkevní škola pro ošetřovatelky nemocných. Praktická výcvik se konala v městském chudobinci na Karlově, v teorii měly přednášky o zdravotvědě, tělovědě, teorii ošetřovatelství, první pomoc při úrazech a jiných náhlých onemocněních. K výuce sloužila „Kniha o ošetřování nemocných“, kterou napsala Florence Nightingalová. Na závěr kurzu absolvovaly zkoušku a získaly diplom. (Kazimour, 2016; Nová, 2024)

1.2 Lidské potřeby

Člověk je jedinečná osobnost s individuálními potřebami, které jsou souborem vrozených, nebo získaných požadavků organismu, které u jedince nebo skupiny vyvolávají pocity přebytku, nebo nedostatku. Některé potřeby jsou pro člověka životně důležité (jíst, pít, vyprazdňovat se), po uspokojení těchto základních potřeb, je schopen uspokojovat i ty vyšší (seberealizace, uznání). Jejich uspokojení je dynamický děj, který se mění a vyvíjí zároveň s přáními, touhami nebo i současnou situací a splnění vede ke zlepšení stavu jedince a jeho pohodě. Je ovlivněno věkem, výchovou, prostředím i hodnotami člověka. Poznání našich vlastních potřeb nám pomáhá pochopit i to, co potřebuje jiný člověk a tím efektivně a cíleně reagovat na změny. Pojem lidských potřeb se rozvíjel i při studiu motivace. Motivace ovlivňuje naše chování a jednání tak, aby směřovalo k dosažení konkrétního cíle. Je ovlivněno způsobem výchovy, sociálního prostředí rodiny, hierarchií hodnot a definuje také způsob vyjádření a uspokojení potřeb jedince. Při změnách zdravotního stavu člověka nebo jeho soběstačnosti, se mění i jeho potřeby. (Dušová a kol., 2019; Urban, 2022; Kapounová, 2020)

1.2.1 Klasifikace potřeb

Rozdělení potřeb se nejčastěji dělí na biologické a psychogenní. Biologický pohled poukazuje na důležitost homeostázy a psychogenní na deficit v sociálním zázemí. Toto dělení v ošetřovatelství poukazuje na holistický přístup k člověku. Je popsáno mnoho různých teorií, definicí a dělení podle odlišných kritérií, existují odlišné indexy potřeb, podle různých psychologů a psychiatrů. Mezi nejznámější a v praxi nejvíce používané patří Abraham H. Maslow a jeho pyramida potřeb. (Nová, 2024; Trachtová, 2018)

Hierarchie potřeb podle A.H. Maslowa

Maslowova pyramida potřeb je sestavena do pořadí dle naléhavosti. Předpokládá, že pokud nejsou naplněny nižší potřeby, nemohou být účinně naplněny ty vyšší. Člověk se málo kdy nachází ve stavu, kdy cítí plné uspokojení potřeb a pokud člověk dosáhne uspokojení jedné potřeby, téměř ihned nastoupí nová. Dle Maslowovy teorie umožňuje teprve uspokojení nižších potřeb přechod k těm vyšším. (Nová, 2024; Trachtová, 2018; Urban, 2022)

1. Fyziologické potřeby – jsou na bázi pyramidy a jsou to základní potřeby důležité pro přežití člověka, jejich neuspokojení naruší homeostázu organismu. Jedinec má prioritu uspokojovat tyto potřeby, při nedostatku se mění jeho jednání a chování.

2. Potřeba jistoty a bezpečí – je potřeba odvrátit ohrožení a nebezpečí. Spadá sem touha po stabilitě, spolehlivosti, důvěře a zbavení se strachu a úzkosti. Projevuje se v situacích, kdy dochází ke ztrátě životní jistoty.
3. Potřeba lásky a sounáležitosti – patří sem touha milovat a být milován, sounáležitost, náklonnost. Objevuje se při pocitu osamocení a opuštění, kdy člověk touží po citových vztazích.
4. Potřeba uznání a sebeúcty – vyjadřuje přání samostatnosti, touhu po respektu a důvěře od druhých lidí, prestiže uvnitř skupiny, snaha o dosažení úspěchu, veřejného uznání.
5. Potřeba seberealizace – se projevují jako nutnost prokázat své schopnosti a záměry, ukázat vlastní potenciál. Má spojitost s naší spiritualitou, hledání smyslu života, hledáním sebe sama a osobním růstem člověka. (Trachtová, 2018; Dušová a kol., 2019; Malíková, 2020)

1.2.2 Uspokojení potřeb

Když člověk nemá saturovanou některou z potřeb, tak ho jeho jednání vede k uspokojení této tužby. Potřeby vývojově nižší, čímž jsou myšleny biologické a sociální jsou uspokojovány jejich redukcí, např. pocit hladu je potlačen konzumací jídla, při onemocnění je narušena potřeba jistoty a bezpečí a je žádoucí se opět uzdravit. Až když jsou tyto potřeby naplněny, tak se člověk zaobírá potřebami vývojově vyššími. To, jak člověk vnímá uspokojení potřeb je ovlivněno osobnostní charakteristikou jedince. To, jak člověk věci prožívá, vlastnostmi jedince, jaký má temperament, jaké má vlastnosti, ale i v každém věkovém období je vnímání jiné. Rodina zajišťuje rozvoj schopností a zájmů, ochranu zdraví a základní životní potřeby dítěte, ale i citovou náklonnost a buduje v dítěti vnitřní jistotu a bezpečí. Pro komfort člověka je důležitá podpora blízkých i rodinné zázemí, a to jak u dítěte, tak u seniora. Při onemocnění má na průběh onemocnění a způsob léčby zásadní vliv, prožívání i neuspokojených potřeb i těch následně uspokojených. V důsledku onemocnění mohou vznikat i nové potřeby. (Dušová a kol., 2019)

1.3 Stáří a stárnutí

Každá etapa života začíná narozením a končí v okamžiku smrti. Je specifická a má své zákonitosti, které ovlivňují kvalitu a způsob života, v některých ohledech nás limituje, jindy nám dává určité možnosti, zejména v období stárnutí a stáří. Toto období je většinou chápáno negativně jako období snížených možností, radostí života, omezením a často nastupujícími zdravotními problémy. Obecně jsou očekávány problémy, co se týká nesoběstačnosti člověka, nesamostatnosti a nutnosti pomoci od ostatních při denních činnostech. Naopak mnoho lidí považuje toto životní období za nejkrásnější, kdy si mohou splnit vše, co v životě kvůli různým okolnostem neuskutečnili. (Malíková, 2020)

Stárnutí závisí na konkrétním průběhu, Pacovský (1990, cit. Malíková, 2020) dělí stárnutí na dva typy, na fyziologické a patologické.

Fyziologické stárnutí je přirozený a individuální proces funkčních změn, ke kterému dochází vzhledem k postupujícímu věku u každého dospělého jedince. (Kittnar, 2020)

Patologické stárnutí je tehdy, kdy seberealizace, adaptace a spokojenost člověka je horší než u stejně starých vrstevníků, v těchto situacích je kalendářní věk nižší než věk funkční a dříve se objevují choroby. (Malíková, 2020; Veteška a Vostrý, 2021)

Světová organizace (WHO) vychází z 15letých věkových cyklů, které uvádí Malíková (2020) ve své knize Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb:

- 60–74 let senescence (počínající, časné stáří)
- 75–89 let kmetství (neboli senium, vlastní stáří)
- 90 let a více patriarchum (dlouhověkost) (Malíková, 2020; s.14)

1.3.1 Kvalita života seniorů

Kvalita života seniorů je zcela individuální a její míru určuje naplnění lidských potřeb, proto ji neovlivňuje pouze aktuální zdravotní stav. Zdravý člověk nemusí automaticky považovat kvalitu svého života za dobrou, zatímco nemocný ji naopak nemusí vnímat jako nedostatečnou. Při hodnocení kvality života je nezbytné brát v úvahu také fyzické, psychické a sociální zdraví, stejně jako celkovou spokojenost a pohodu. Osobní pohoda zahrnuje schopnost sebeobsluhy, mobilitu, autonomii v utváření vlastního života, vztahy k druhým lidem, sociální interakce, účast na společenském dění a finanční situaci (Ptáček a Ptáčková, 2021; López a kol., 2024).

Biologické změny spojené s přirozeným stárnutím organismu postupně snižují zdravotní stav a funkční schopnosti seniorů, což omezuje jejich autonomii a subjektivní pocit pohody.

Psychické změny, jako oslabení paměti, koncentrace a schopnosti zvládat stres, jsou individuální, ale s věkem roste riziko depresí, neuróz a dalších psychických poruch. Stáří často znamená horší zvládnutí změn, snížený zájem o okolí a sociální izolaci. Nálada seniorů bývá nestabilní, spojená s pocitem nejistoty a nedostatkem kontroly nad emocemi (Mühlpachr, 2017).

Sociální determinanty – vztahy, rodinná podpora, finanční situace, vzdělání a dostupnost sociálních i zdravotních služeb – mají zásadní vliv na kvalitu života. Přejít do role důchodce je významnou změnou sociálního statusu; někteří senioři ji přijímají pozitivně, jiní zápasí s pocitem osamění a nevyužitého času. Ženy zpravidla vykazují vyšší životní spokojenost a lepší schopnost udržovat sociální kontakty než muži. Negativní nebo neutrální vnímání postojů společnosti k seniorům může omezovat jejich sociální začlenění. Problémy s přístupem k lékařské péči a náklady na léky dále snižují kvalitu života. Sociální determinanty proto představují klíčovou oblast podpory seniorů v sociální práci a dalších pomáhajících profesích (Mühlpachr, 2017).

Změny ve stáří jsou ovlivněny nejen genetickou výbavou, ale především průběhem dosavadního života, životním stylem, vnějšími vlivy a prodělanými nemocemi. Stárnutí jako biologický proces má každý člověk nastavený individuálně a u každého se projeví v jiné podobě. Ale biologické a fyziologické projevy stárnutí jsou typické a projevují se celkovým snížením výkonnosti, atrofii tkání, oslabení tělesných funkcí a změnami v reakcích organismu. Při biologickém stárnutí jsou na první pohled patrné změny, jako šedivění a ztráta vlasů, zmenšování postavy, úbytek tělesné hmotnosti, prohlubování vrásek. Pro tělesné změny je obvyklé stárnutí tělesných systémů, což vede k polymorbiditě. (Ptáček a Ptáčková, 2021)

Dalším projevem dle Ptáčka a kol. (2021) je možný výskyt duševních poruch, nejčastěji se jedná o demenci a depresi. Pro demenci jsou obvyklá tři skupiny symptomů – poruchy chování, narušení kognitivních funkcí a běžných denních aktivit. Deprese mají u starších lidí příčiny, jako úmrtí manžela, odchod dospělého dítěte z domova, zhoršení zdraví nebo ztráta nezávislosti. Další faktor může být sociální faktor, kdy senioři mohou mít složitou finanční situaci nebo nedostatečnou zdravotní péči. Tito

lidé, stejně jako jejich rodiny, jsou schopni více akceptovat somatické příznaky spojené se stářím než poruchy duševní. (Kwiatkowska a kol. 2025)

1.4 Potřeby seniorů

Seniori, stejně jako ostatní lidé, mají svoje potřeby, které chtějí saturovat, mnohdy jsou ale závislí na pomoci okolí, v důsledku snížení jejich funkční zručnosti a soběstačnosti. Z fyziologických potřeb je u nich nutné dohlížet na dostatečný a vyvážený příjem stravy a tekutin. Snížený příjem může být v důsledku problémů s polykáním, případně sníženým pocitem hladu. Vyprazdňování může být pro mnoho seniorů velmi problematické. Při hygieně je také potřebná pomoc ošetřující osoby, v tomto ohledu je důležité dbát na zachování intimity a důstojnosti. Také spánek je nezbytný pro udržení jak psychického, tak fyzického zdraví, seniori často mají poruchy spánku a nahrazují ho spánkem přes den. (Trachtová, 2018; Nová, 2024)

I na vyšší potřeby seniorů je třeba nezapomínat, také pro ně je zásadní potřeba jistoty a bezpečí, včetně ekonomické. Citová jistota, bezpečí má souvislost s poskytnutím pomoci a podpory seniorovi. Dřívější činnosti jako péče o potřebné členy domácnosti, zaměstnání, koníčky, plnění vlastních snů, dříve seniorovi dodávaly pocit užitečnosti a smysluplnosti. Pokud na tyto činnosti fyzicky nebo psychicky nestačí, je vhodné ho zapojit do běžných aktivit, aby se opět cítil užitečný. Postupem času seniorům přátelé, známí ale i rodina odcházejí, a tím nebývá uspokojena sociální komunikace, ale ani sounáležitost a láska. (Trachtová, 2018; Nová, 2024)

1.4.1 Výživa

Příjem potravy představuje jednu ze základních biologických potřeb člověka. U starších osob však může být příjem potravy výrazně ovlivněn různými faktory, např. obtížemi při polykání nebo sníženým zájmem o jídlo. Pro správné fungování těla je nezbytné zajistit dostatek všech potřebných živin. Kvalitní a vyvážená výživa přispívá nejen k udržení tělesné kondice, ale pozitivně ovlivňuje také duševní zdraví a celkovou psychickou pohodu. Zároveň hraje důležitou roli při prevenci a léčbě mnoha onemocnění, která jsou ve stáří častější. Se zvyšujícím se věkem dochází ke změnám v metabolismu, s čímž souvisí i nižší energetická potřeba. Proto by měla být strava starších lidí především střídavá, pestrá a nutričně vyvážená. Potřeba jednotlivých živin je u seniorů značně individuální a může se lišit v závislosti na zdravotním stavu či fyzické aktivitě. Ve stravě by měly být zastoupeny všechny důležité složky – bílkoviny, sacharidy, tuky, vitaminy, minerální látky i dostatečné množství tekutin. (Zrubáková a Bartošovič, 2019; Krajčík a kol., 2018)

Příjem bílkovin by u starších osob měl tvořit zhruba 15 % celkového energetického příjmu, což odpovídá přibližně 1–1,2 gramu na kilogram tělesné hmotnosti. U některých seniorů je doporučen i vyšší příjem, zejména pokud jsou dlouhodobě imobilní, po operaci či trpí chronickými ranami – v těchto případech může být vhodný podíl bílkovin v rozmezí 20–35 % celkové energie. Sacharidy by měly pokrývat přibližně 50–60 % denního příjmu, zatímco tuky kolem 20–25 %. Neméně důležitý je i dostatek vlákniny, vitamínů (zejména C, D, E a skupiny B) a minerálních látek, jako je vápník, hořčík nebo železo. (Zrubáková a Bartošovič., 2019; Krajčík a kol., 2018)

V případech, kdy je potřeba zajistit nutriční podporu, se často využívá doplňková výživa ve formě sippingu. Tento způsob představuje efektivní možnost řešení podvýživy u geriatrických pacientů, kteří sice přijímají potravu, ale její množství není dostatečné potřebám jejich organismu. Doporučuje se

podávat tyto nutriční doplňky nad rámec běžné stravy, aby se předcházelo vzniku malnutrice. (Zrubáková a Bartošovič, 2019).

Zachování soběstačnosti při příjmu jídla a tekutin je velmi klíčové. Chuť k jídlu může být snížena, proto podáváme menší porce, ideálně rozdělené do 5 až 7denních dávek. Před jídlem vždy umožníme hygienu rukou. Pokud člověk jí samostatně, zůstáváme nablízku pro případ potřeby. Pokud vyžaduje asistenci, krmíme pomalu, střídáme sousta a nápoje a nikdy nekrmíme násilím. Pro podporu nezávislosti při stravování lze využít různé kompenzační pomůcky, jako jsou brčka, neklouzavé talíře, speciální hrnky s nástavci či ergonomický příbor. Důležitá je také správně zvolená dieta, která by měla nejen omezovat škodlivé vlivy přispívající k rozvoji nebo zhoršení onemocnění, ale zároveň zabezpečovat dostatečný přísun všech potřebných živin. (Nová, 2024; Zrubáková a Bartošovič, 2019; Hřebíková a kol., 2016).

1.4.2 Hydratace

Hydratace úzce souvisí s výživou a hraje klíčovou roli v udržení zdraví seniorů. Jakýkoli nedostatek nebo přebytek tekutin může vést ke zhoršení jejich celkového zdravotního stavu či komplikacím při chronických onemocněních. Množství potřebných tekutin je individuální a závisí na faktorech, jako je věk, úroveň fyzické aktivity, okolní teplota, přítomnost dalších zdravotních potíží nebo zvýšené ztráty tekutin způsobené například průjmem, zvracením či nadměrným pocením. Doporučený příjem tekutin by měl být rozložen rovnoměrně během dne a pohybuje se přibližně mezi 1,5 až 2,5 litry. Nejvhodnějšími nápoji jsou voda, čaj a ovocné šťávy, zatímco slazené nápoje, minerální vody s vyšším obsahem minerálů a káva by měly být konzumovány s mírou. Nedostatečný příjem tekutin způsobuje dehydrataci, která patří mezi časté důvody hospitalizace starších pacientů. Naproti tomu hyperhydratace, spojená s nadměrným příjmem tekutin, se nejčastěji vyskytuje u osob s chronickým onemocněním, srdeční insuficiencí nebo v terminálním stadiu malignit (Zrubáková a Bartošovič, 2019).

1.4.3 Vyprazdňování

Při vylučování moči a stolice se z těla dostávají pryč odpadní produkty organismu. Proces vyprazdňování zasahuje do oblasti osobní intimity, a proto je nezbytné přistupovat k němu s respektem, zachováním diskrétnosti a ohledem na stud jednotlivce. Pocit uspokojení, který přichází po úplném vyprázdnění, je velmi individuální a často bývá doprovázen úlevou a celkovým pocitem pohody. Při vyprazdňování je vhodné podpořit člověka tak, aby mohl zaujmout co nejpřirozenější polohu s ohledem na své fyzické schopnosti. Vhodné kompenzační pomůcky, např. močová láhev, podložní mísa, toaletní křeslo, nástavec na toaletu nebo madla na toaletě, také mohou proces usnadnit a zvýšit komfort při vykonávání potřeby. Na proces vyprazdňování působí mnoho faktorů, patří mezi ně např. věk, zdravotní stav, tělesná aktivita, stravovací návyky, hydratace, životní styl, osobnostní rysy, vnímání vlastního těla a také psychické nastavení, jako je strach, stres, úzkost. Dále mohou hrát roli bytové podmínky a úroveň osobní hygieny. U starších osob se nejčastěji setkáváme s problémy, jako jsou zácpa, inkontinence moči či stolice (nebo jejich kombinace), hemoroidy nebo retence moči (Trachtová, 2018).

Inkontinence je častým problémem, který může negativně ovlivnit kvalitu života a vést až k sociální izolaci. Moderní jednorázové absorpční pomůcky výrazně přispívají ke zlepšení komfortu inkontinentních pacientů a zároveň usnadňují jejich ošetřování. Nadměrná snaha šetřit těmito pomůckami se však může obrátit proti pacientovi v podobě vážných zdravotních obtíží (opruzeniny,

dekubity). V rámci péče proto také používáme ochranné krémy, které pomáhají chránit pokožku před podrážděním a poškozením. I při používání inkontinenčních pomůcek je vhodné nemocné stále motivovat k pravidelným návštěvám toalety. Tím lze snížit jak spotřebu pomůcek, tak i riziko poškození kůže. (Hřebíková a kol., 2016)

1.4.4 Spánek a odpočinek

Spánek a odpočinek jsou nezbytně nutné pro zachování tělesného a duševního zdraví. Spánek má pro ochranný a regenerační význam, zabraňuje vyčerpání organismu. Každé onemocnění je provázeno zvýšenou únavou, proto má nemocný člověk větší potřebu spánku než zdravý. Délka spánku je u každého jedince individuální. Spánek a odpočinek ovlivňují různé faktory, fyziologicko-biologické (věk, nemoc, bolest, jídlo, pití, pohyb, změna způsobu života), psychicko-duchovní faktory (úzkost, strach, nuda, ztráta smyslu života), sociálně-kulturní faktory (mezilidské vztahy, finanční problémy, rodinné problémy), faktory životního prostředí (hluk, světlo, teplota místnosti, nevyhovující prostředí). Poruchy spánku se nemusí týkat jen starších lidí, ale je to častý problém i mladších lidí. Častým problémem je insomnie (nespavost), hypersomnie (nadměrné spaní) a spánková inverze neboli obrácený rytmus spánku. Ta je častá zejména u starších lidí, kteří během dne několikrát usnou a v noci jsou čilí a aktivní (Trachtová, 2018).

1.4.5 Bolest

Bolest vnímá každý člověk individuálně a je to plně subjektivní prožitek. U starších lidí se projevují dvě odlišné reakce. Na jedné straně se bolestivé receptory s věkem ztlumí, podobně jako ostatní receptory, což by mělo vést k menší citlivosti na bolest. Na druhé straně však s přibývajícím věkem klesá účinnost tělesných mechanismů, které bolest zmírňují, a proto může být bolest u starších osob někdy intenzivnější než u mladších. Ve stáří je bolest častým doprovodným projevem onemocnění a významně ovlivňuje kvalitu života nemocného, člověka vyčerpává jak fyzicky, tak psychicky. Pravidelné posuzování intenzity bolesti, sledování jejích projevů a jejich pečlivé zaznamenávání by měly být přirozenou součástí péče, stejně jako odpovídající léčebná intervence. Ale do jisté míry je bolest účelná, slouží jako varovný signál těla. Ovšem bolest ztrácí význam tam, kde intenzita překročila snesitelnou míru, pokud neúčelně poukazuje na známý proces (např. fantomové bolesti) a škodlivá je, pokud vyvolává poruchy různých funkcí orgánu. (Rokyta, 2018; Nová, 2024; Trachtová, 2018).

Chronická bolest se promítá do psychického stavu pacienta, narušuje jeho kognitivní funkce, emoční stabilitu, mezilidské vztahy a schopnost vykonávat běžné denní aktivity. Nemocní často podstupují opakované terapeutické intervence bez očekávaného efektu, což může vést k frustraci, pocitům beznaděje. Je nutné přistupovat k léčbě bolesti komplexně – kromě farmakologických metod je vhodné zapojit i nefarmakologické postupy, jako jsou relaxační techniky, pohybová terapie, masáže nebo psychologická podpora. (Trachtová, 2018).

1.4.6 Pohyb

Pohyb hraje zásadní roli při udržení soběstačnosti, fyzické kondice i duševní pohody. Pravidelná pohybová aktivita napomáhá zachování funkce kloubů a svalů, je důležitá v prevenci celé řady onemocnění a může zpomalit stárnutí. Kromě fyzických benefitů má také významný vliv na psychiku – přispívá ke zlepšení spánku, uvolnění duševního napětí a celkovou podporu duševní rovnováhy.

Příznivě ovlivňuje i funkci jednotlivých orgánů, podporuje lepší prokrvení tkání a růst svalové síly, čímž zvyšuje tělesnou výkonnost a odolnost organismu. (Trachtová, 2018; Klevetová, 2017)

S přibývajícím věkem dochází ke ztrátám tělesné vody, úbytku svalové hmoty, redukci počtu svalových vláken a snížení elasticity vazivových struktur. Tyto změny negativně ovlivňují rovnováhu, koordinaci a celkovou pohybovou schopnost seniorů. Změny v oblasti rovnovážného ústrojí, zraku a hlubokého čítí, dále významně ovlivňují koordinaci pohybů, stabilitu při chůzi i postoj těla. Dochází také k výraznému omezení rozsahu pohybu v kloubech, snížení pružnosti vaziva a celkové hybnosti. Svalová síla může klesnout až o 40–50 %, což vede ke zvýšenému riziku pádů a snižuje míru soběstačnosti. (Trachtová, 2018; Klevetová, 2017)

Různá onemocnění mohou ovlivnit schopnost samostatného pohybu – ať už přímo, např. při poruše pohybového aparátu nebo nervového systému, nebo nepřímo vlivem celkového oslabení organismu. Omezena bývá nejen fyzická výkonnost, ale i schopnost vykonávat běžné denní činnosti, což vede ke ztrátě soběstačnosti, zvýšené potřebě péče a často i k oslabení psychické odolnosti. Zdravý člověk bez pohybových omezení je z hlediska ošetrovatelské péče považován za soběstačného, schopného bezpečně vykonávat běžné denní činnosti. Naopak jedinec s omezenou pohyblivostí je do různé míry závislý na pomoci druhých, přičemž vnímaná míra soběstačnosti úzce souvisí s jeho schopností pohybu. (viz příloha č. 2) (Trachtová, 2018)

Poruchy hybnosti

Poruchy hybnosti se projevují narušením schopnosti udržet polohu těla, postoj, samostatnou chůzi a koordinaci pohybů, ale mohou mít rovněž dopad na psychický stav pacienta a jeho sociální interakce. Způsob, jakým jedinec zaujímá polohu na lůžku, je úzce spjat s jeho aktuálním zdravotním stavem. Aktivní poloha je taková, kterou si pacient může samostatně volit a měnit, je typická pro osoby bez výrazných omezení hybnosti. Pasivní poloha je typická pro jedince v bezvědomí, s výrazným neurologickým deficitem či těžkým fyzickým omezením, v těchto případech je nezbytné pravidelné, aby se předcházelo riziko vzniku kontraktur, dekubitů nebo aspirační pneumonie. Úlevové polohy představují specifickou formu aktivních poloh, které si pacient spontánně volí a udržuje, protože mu přinášejí zmírnění nepříjemných obtíží, jako je bolest či dušnost. Nejčastěji se jedná o polohu na boku, na břicho nebo tzv. ortopnoickou polohu, která pacientovi usnadňuje dýchání a zvyšuje jeho subjektivní komfort. (Trachtová, 2018)

Polohování

Polohování jako prevence komplikací z dlouhodobé imobility představuje cílené a pravidelné změny polohy těla či jeho jednotlivých částí u osob se sníženou nebo zcela omezenou schopností samostatného pohybu. Jeho hlavním cílem je minimalizovat negativní dopady dlouhodobého setrvávání v jedné poloze, zejména snížit riziko vzniku dekubitů v místech se zvýšeným tlakem (tzv. predilekční místa) a podpořit celkové prokrvení tkání. V průběhu dne se doporučuje měnit polohu každé dvě hodiny, případně častěji, pokud to zdravotní stav umožňuje. V nočních hodinách lze tento interval prodloužit na tři až čtyři hodiny. U osob ležících na kvalitní antidekubitní matraci může být interval individuálně prodloužen. Pravidelné polohování je nezbytné nejen v lůžku, ale také při dlouhodobém sezení – například na invalidním vozíku či v křesle. Při každé změně polohy by měla být provedena vizuální kontrola kůže, aby bylo možné včas odhalit případné změny na kůži. V rámci aktivizační péče je vždy cílem podpořit člověka v tom, aby byl – pokud možno – schopen opustit lůžko a zapojit se do běžných denních aktivit. (Plevová, 2023)

Predilekční místa jsou tělesné oblasti s nejvyšším rizikem vzniku dekubitů. Jedná se o místa, kde je kostní výběžek uložen těsně pod kůží a dochází zde ke zvýšenému tlaku mezi kostí a podložkou. Jejich konkrétní lokalizace závisí na poloze těla. V poloze na zádech jde o záhlaví, lopatky, trnové výběžky páteře, lokty, křížovou kost, kostrč a paty. V poloze na boku pak o spánkovou oblast, ušní boltce, čelistní oblouk, ramena, hřeben kyčelní kosti, velký chocholík, zevní stranu kolen, stehenní kondyly a kotníky. Při poloze na břiše se dekubity mohou tvořit na čele, bradě, ramenech, předních trnech kyčlí, kolenou a nártách. Riziko poškození kůže existuje také na sliznicích, zejména v souvislosti s tlakem zdravotnických pomůcek – např. zubních náhrad, nazogastrických sond, kyslíkových brýlí, kanyl nebo močových katétrů. (Kachlová a Plevová, 2023)

Součástí prevence dekubitů je také správná hygienická péče a péče o lůžko, která zahrnuje pravidelnou kontrolu čistoty ložního prádla, jeho vypnutí bez záhybů a odstranění všech zdrojů možného tlaku. Nedílnou součástí je rovněž včasná a pravidelná mobilizace, rehabilitační péče a motivace k aktivitě. Ta by měla být prováděna vždy v souladu se zdravotním stavem daného člověka, ideálně ve spolupráci s rodinou. (Kachlová a Plevová, 2023)

Dekubity

Dekubity představují závažné poškození integrity kůže a podkožních struktur, které vzniká nejčastěji v místech dlouhodobého tlaku měkkých tkání na kostní výčnělky. Tento tlak, případně i působení tření a střížných sil, může vést ke zhoršení prokrvení dané oblasti, následné ischemii a postupnému rozvoji tkáňové nekrózy. Nejčastěji se proleženiny vyskytují v oblastech tzv. predilekčních míst – jedná se o části těla, kde je kost uložena těsně pod povrchem kůže, a tedy zvláště náchylná k poškození. V závislosti na poloze člověka se jedná např. o oblast kříže, kostrče, pat, kotníků, lopatek, ramen, záhlaví, ale i ušní boltce či boky. Dekubity však mohou vzniknout i na sliznicích – například působením zubní protézy, katétru či jiných zdravotnických pomůcek. (Nová, 2024; Trachtová, 2018)

Na vzniku dekubitů se podílí kombinace několika faktorů. Patří mezi ně dlouhodobá nepohyblivost, tření a tlak, cévní onemocnění, poruchy výživy, nízká nebo naopak nadměrná tělesná hmotnost, inkontinence, pokročilý věk, imunosuprese nebo pokles kognitivních funkcí. U kachektických pacientů vede nízký podkožní tuk k nedostatečné ochraně před tlakem, zatímco u obézních osob k tomu vede snížená pohyblivost. Inkontinence přispívá k maceraci kůže a zvyšuje riziko infekce. Závažným komplikujícím faktorem je také tření – zejména při nešetrné manipulaci, polohování nebo při klouzání pacienta po lůžku. V takových případech dochází nejen k poškození povrchových vrstev kůže, ale i hlubších struktur včetně svalů. První příznaky se mohou objevit již do 24 hodin od působení tlaku. U seniorů, je riziko dekubitů zvýšené, proto je nutné provádět kontrolu kůže. (Nová, 2024; Trachtová, 2018)

Klasifikace dekubitů dle NPIAP, EPUAP a PPIIA, rozlišuje čtyři stupně dekubitů a dvě zvláštní kategorie pro nejasné případy.

Stupeň I: Intaktní kůže s neblednoucím zarudnutím, nejčastěji nad kostními výčnělky. U tmavší pleti může mít jiný odstín. K hodnocení se používá i pohmat a dotaz na bolestivost.

Stupeň II: Částečná ztráta kožní vrstvy, mělký vřed nebo puchýř se serózní tekutinou. Spodina je růžová či červená. Nesmí být přítomna nekrotická tkáň ani hematoma.

Stupeň III: Úplná ztráta kožních vrstev, viditelný může být podkožní tuk, často přítomné podminování a tunelování. Hloubka závisí na lokalitě.

Stupeň IV: Hluboké poškození tkání až na svaly, šlachy nebo kosti. Časté je podminování, tunely a riziko osteomyelitidy.

Podezření na hluboké poškození: Nejednoznačné zbarvení (fialové, kaštanové), případně puchýř, kůže může být intaktní, ale v podkoží probíhá destrukce.

Neurčitelná hloubka: Přítomnost strupu nebo nekrózy znemožňuje stanovení hloubky. Po odstranění lze určit stupeň. Suchý, stabilní strup (např. na patě) se neodstraňuje.

Prevence je klíčovým prvkem péče o pacienta s rizikem vzniku dekubitů. Zahrnuje pravidelné polohování dle individuálního plánu, pečlivou hygienu pokožky, používání polohovacích a antidekubitních pomůcek, sledování stavu kůže při každé manipulaci, zajištění optimální výživy a hydratace a podporu maximální možné mobilizace. Důležitou součástí je rovněž edukace pacienta i jeho rodiny. V terminálních stádiích demence, kdy pacient ztrácí schopnost pohybu i komunikace, je potřeba zvýšené péče o prevenci dekubitů ještě naléhavější, jelikož následné komplikace výrazně snižují kvalitu života a zvyšují mortalitu. (Nová, 2024; Trachtová, 2018)

Imobilizační syndrom

Imobilizační syndrom postihuje pacienty, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko a mají omezený pohyb. Nejvíce ohroženou skupinou jsou senioři, u nichž může dojít k rozvoji komplikací již během několika hodin, často do 24 hodin. Mezi nejčastější důsledky imobility patří vznik dekubitů, zápal plic, hluboké žilní trombózy nebo ortostatická hypotenze. Tyto komplikace jsou výsledkem negativních změn v činnosti jednotlivých orgánových soustav, které jsou imobilitou výrazně ovlivněny. (Nová, 2024)

Dlouhodobá nehybnost narušuje žilní návrat z dolních končetin, což může vést ke snížení srdečního výdeje a zhoršenému prokrvení tkání. Snížená srdeční výkonnost může být dále komplikována hypoxií a narušenou funkcí dalších orgánů. Respirační systém bývá negativně ovlivněn poklesem respiračních a ventilačních funkcí, oslabením kašle a retencí hlenu, což zvyšuje riziko pneumonie a dalších infekcí. Také gastrointestinální trakt reaguje zpomalením peristaltiky, což se projevuje zácpou, nechutenstvím a poruchami metabolismu. Urogenitální systém je ohrožen retencí moči, infekcemi močových cest a inkontinencí, která dále zvyšuje riziko poškození kůže. Právě kožní systém bývá u imobilních pacientů výrazně zatížen – kvůli dlouhodobému tlaku na určité části těla a sníženému prokrvení dochází ke vzniku dekubitů a trofickým kožním změnám. (Klevetová, 2017)

Imobilita negativně ovlivňuje také pohybový systém, zde dochází ke svalové atrofii, úbytku svalové hmoty a degenerativním změnám v kloubních strukturách – především v oblasti chrupavek, vaziva a kloubních pouzder. Již po několika týdnech nečinnosti může dojít k poklesu svalového objemu o 10-60 %. Současně se snižuje pevnost kostní tkáně, což zvyšuje riziko osteoporózy a patologických fraktur, zejména v oblasti páteře, kyčelních kloubů a dolních končetin. Tyto změny bývají často nevratné, rozvíjejí se kontraktury a omezení hybnosti, které dále komplikují mobilitu. Klíčová je proto včasná prevence prostřednictvím pravidelného polohování a pohybové aktivace – jak pasivní, tak aktivní. (Klevetová, 2017)

Negativní dopad lze pozorovat i v oblasti centrálního nervového systému. U seniorních pacientů dochází ke zpomalení zpracování informací a narušení orientace, koncentrace či koordinace. Přerušování denní rutiny a ztráta pohybu zhoršují mozkové funkce, což vede ke zvýšenému riziku pádů a poklesu

soběstačnosti. V některých případech se mohou objevit i poruchy paměti, řeči nebo vnímání reality, které zásadně ovlivňují kvalitu života pacienta. (Klevetová, 2017)

1.4.7 Hygiena

Hygiena představuje základní biologickou potřebu, která je přirozeně rozvíjena a uspokojována již od raného dětství. Zahrnuje soubor návyků, pravidel a postupů sloužících k podpoře a ochraně zdraví a tvoří nedílnou součást základních ošetrovatelskou péči. Zvýšená pozornost věnovaná hygienické péči o nemocného člověka se pozitivně odráží jak na jeho fyzickém, tak i psychickém stavu. Přestože se při onemocnění hygiena může stát méně prioritní ve srovnání s jinými potřebami, její význam v rámci celkové ošetrovatelské péče zůstává zásadní. Správně prováděná a pravidelná osobní hygiena zvyšuje komfort, snižuje zápach a zároveň slouží jako účinná prevence proti infekcím, poškození kůže či vzniku dekubitů. Součástí hygienické péče je očista kůže, vlasů, nehtů, zubů, dutiny ústní, nosu, uší, oblasti genitálií. Ale i péče o lůžko, výměnu osobního a ložního prádla. Rozsah hygienických úkonů je vždy přizpůsoben aktuálním možnostem pacienta – některé zvládne sám, u jiných potřebuje asistenci, nebo je nelze provést bez plné pomoci druhé osoby. Pokud je nemocný částečně mobilní, je možné hygienu zajistit například u umyvadla, ve sprše nebo s využitím koupacího pojízdného křesla. U zcela imobilního člověka je však nutné vykonat veškeré hygienické úkony přímo na lůžku. (Hřebíková a kol., 2016; Kolektiv autorů, 2018)

Ranní hygienická péče

Pro aktivaci a zajištění základního komfortu je vhodné zahájit hygienickou péči již v ranních hodinách, ideálně bezprostředně po probuzení, obdobně jako u zdravých osob. Ranní hygienu lze realizovat přímo u lůžka, například přinesením nádoby s teplou vodou, aby si člověk mohl omýt obličej, oči, vyčistit si zuby nebo zubní náhradu. Pokud není schopen samostatné péče, je nutná pomoc odpovídající míře jeho soběstačnosti. Součástí hygieny je i kontrola čistoty lůžka a úprava ložního prádla, protože shrnuté prostěradlo, zbytky nečistot nebo vlhkost mohou přispívat ke vzniku kožních komplikací. (Hřebíková a kol., 2016)

V případech, kdy je třeba zajistit ranní hygienu nesoběstačné osoby přímo na lůžku, je nutné dodržet řadu zásadních kroků. Prvním z nich je zajištění příjemného teplotního prostředí a připravení veškerých pomůcek předem, aby nedocházelo k přerušení péče. Lůžko se upraví do vhodné pracovní polohy. Péče začíná svlečením nemocného a následným systematickým mytím – obličej se myje vždy bez mýdla, horní a dolní polovina těla se ošetřuje oddělenými žínkami či ručníky, přičemž se doporučuje postupovat směrem od periferie ke středu (např. od prstů k ramenům nebo kyčlím). Zvolený směr může odpovídat cíli péče, např. proti směru růstu chloupků při aktivaci, nebo po směru při potřebě zklidnění, což odpovídá prvkům bazální stimulace. Velmi pozitivně bývá vnímána péče o ruce, je dobré umožnit ponoření dlaní do vody, což přispívá k příjemnému pocitu osvěžení. V průběhu hygieny se nemocný polohuje dle potřeby, přetočením z boku na bok. Intimní partie se umývají až na konec, a to výhradně směrem zepředu dozadu, aby se předešlo přenosu infekce z oblasti konečníku. Při hygieně genitálií se voda v lavoru vždy vyměňuje za čistou. Po dokončení očisty se pokožka ošetří vhodným ochranným nebo hydratačním přípravkem, zejména v oblasti hýždí a genitálií, kde je zvýšené riziko podráždění močí či stolicí. Běžné mytí genitálií vodou, mýdlem a žínkou se nedoporučuje, protože mění pH kůže a zvyšuje riziko infekce. Vhodnější jsou speciální čisticí pěny bez oplachování nebo jednorázové vlhčené ubrousky. (Plevová, 2023; Hřebíková a kol., 2016)

Po očištění je nutné aplikovat bariérový přípravek, který chrání kůži a musí dobře zaschnout. Hydratační krémy se používají opatrně, bez tření. Následně se lůžkoviny pečlivě vypnou a v případě potřeby se aplikují inkontinenční pomůcky. Péče pokračuje hygienou ústní dutiny – buď klasickým čištěním zubů, nebo údržbou zubní náhrady. Součástí je také promazání rtů vhodným balzámem a učešání vlasů, a u mužů péče o vousy. (Hřebíková a kol., 2016; Šeflová a kol., 2016)

Celková koupel pacienta v koupelně

Koupel je prováděna na koupací vaně, nebo když je nemocný schopen sedět, tak na pojízdném koupacím křesle. Před zahájením koupání je nutné připravit veškeré potřebné pomůcky, prádlo a osobní hygienické potřeby (např. šampon, mýdlo, krém, hřeben).

Pacient je převezen do sprchy, svlečen a dle jeho schopností je mu poskytnuta potřebná asistence při jednotlivých hygienických úkonech. Sprchování se provádí systematicky, od hlavy směrem dolů, přičemž jednotlivé části těla se důkladně omývají, napěněné části oplachují čistou vodou. Při umývání vlasů, dbáme na to, aby voda nestékala nemocnému do očí, vymýváme vlasy, dokud z nich neteče jen čistá voda bez šamponu. Hygiena intimních partií je prováděna jako poslední a mytí se vykonává od genitálu směrem ke konečníku. Zvýšená pozornost musí být věnována kožním záhybům, které musí být šetrně umyty a dobře vysušeny, aby nedošlo z opruzeninám. Kůže se po umytí promasíruje vhodným tělovým krémem. Pokud je to nutné, použije se inkontinenční pomůcka. Péče o nehty je rovněž důležitou součástí celkové hygieny, nehty jsou pravidelně čištěny a zkracovány. Nemocnému se dle jeho možností pomáhá s osušováním, oblékáním, česáním, a u mužů s úpravou vousů.

Po skončení hygienické péče v koupelně se nemocný převezde zpět na pokoj, kde se uloží do čistého lůžka. Během péče je věnována zvýšená pozornost ranám, zkontroluje se jejich stav a v případě potřeby jsou ošetřeny. (Plevová, 2023; Hřebíková a kol., 2016)

Celková koupel na lůžku

Celková hygiena na lůžku se provádí u pacientů, kteří jsou zcela nebo částečně nesoběstační a jejich stav neumožňuje přesun do koupelny. Péče zahrnuje očištění celého těla přímo na lůžku i s výměnou ložního a osobního prádla. Pacient je svlečen s ohledem na zachování intimity, neomyvané části těla jsou vždy zakryty. Hygiena probíhá systematicky po jednotlivých částech těla – od obličeje (bez použití mýdla), přes horní polovinu těla, dolní část trupu, záda, dolní končetiny, až po intimní partie, které se myjí vždy jako poslední. Každá omytá oblast je následně opláchnuta čistou vodou a důkladně osušena. Při hygieně je nutné věnovat pozornost kožním záhybům. Součástí péče je také mytí vlasů, které může být provedeno na lůžku pomocí speciální pomůcky – bazénku na vlasy s irigátorem. Pokud je pro rodinu manipulace s pacientem náročná, lze využít koupací čepici zahřivanou v mikrovlnné troubě. Po umytí jsou vlasy rozčesány. Péče o dutinu ústní zahrnuje čištění zubů nebo hygienu zubní náhrady dle zvyklostí pacienta. Rty se ošetří balzámem. Nehty se čistí a upravují. Po ukončení hygieny je pokožka ošetřena tělovým mlékem, při tomto se kontroluje stav kůže a případně se ošetří rány a opruzeniny. Podle potřeby se použijí inkontinenční pomůcky. Pacient je oblečen do čistého prádla a uložen do lůžka s vypnutými lůžkovinami. (Plevová, 2023; Hřebíková a kol., 2016)

Inkontinenční dermatitida

Pro toto onemocnění je používán i název plenková dermatitida. Je to poškození, které vzniká v důsledku dlouhodobého vystavení kůže vlhkému prostředí, stává se tak při kontaktu kůže s močí nebo stolicí. Vyskytuje se v oblasti hýždí, genitálií, perinea, vnitřní strany stehen. Jde o porušení kůže, které se projevuje růžovým až červeným zbarvením. Jakékoliv poškození je vstupní brána pro

sekundární infekce i pro vznik dekubitů. Předcházet tomuto jde dostatečnou a správnou hygienou, včasnou výměnou inkontinenčních pomůcek, snižováním tření při manipulaci, kdy může také dojít k poškození. Správná prevence při výměně inkontinenčních pomůcek je provádět nejdříve hygienu s důrazem na kožní záhyby nebo místa kde se často zachycují nečistoty. Nutná je pravidelná kontrola, kdy zhodnotíme stav kůže. Poté je třeba zvolit správný prostředek na ochranu a hydrataci, tak aby se předcházelo dalším komplikacím. (Horázná, 2018)

1.5 Rodina

Rodina je v současnosti ovlivněna modernizačními změnami, které zasahují do její struktury i funkce. Dochází k omezení tradičních rolí a k postupnému přesunu některých funkcí na stát, zejména v oblasti výchovy a péče o nemocné. Současně se mění charakter vztahů mezi členy rodiny, kdy převažuje individualismus a oslabuje se vzájemná sounáležitost. Generační soužití je méně časté, mladí lidé odcházejí z domova dříve. Proměny v právní, společenské a ekonomické sféře mají přímý dopad na stabilitu rodiny, což se projevuje vyšším počtem rozvodů a změnami ve výchově dětí. Dochází i k posunu rolí mužů a žen. (Klevetová, 2017)

Význam rodiny při péči o seniora

Rodina tvoří základní oporu při domácí péči o nemocného. Je žádoucí, aby byla podporována nejen morálně, ale i legislativně a sociálně. Důležitá je dostupnost služeb, které rodině v péči pomáhají a usnadňují ji. Soužití mezi generacemi postupně slábne, což se odráží i v komunikaci mezi nimi. Rodinné vztahy ztrácejí svou pevnost, často chybí důvěra a vzájemné sdílení. Rozdílné názory mezi staršími a mladšími členy rodiny narušují vzájemné porozumění.

Senioři však mohou rodině předat životní zkušenosti. Přestože jsou jejich rady často přehlíženy, jejich úloha je a zůstává nenahraditelná. Z praxe vyplývá že řada rodin dokáže svým nemocným příbuzným zajistit nejen potřebnou péči a praktickou pomoc, ale i citovou podporu, čímž významně přispívá ke zlepšení kvality jejich života. (Klevetová, 2017)

Příprava rodiny na péči o seniora

Již při hospitalizaci je nezbytné s rodinou komunikovat a poskytovat jí potřebné informace o péči a stavu seniora. Rodina často zaměňuje sníženou soběstačnost seniora za nemoc a z obav o jeho zdraví se bojí poskytnout pomoc. Naopak, ve snaze pomoci může neúmyslně narušit léčebný režim, například nedodržením diety či klidu na lůžku.

Úkolem odborníků je vést rodinu ke spolupráci, která podporuje soběstačnost a sebepečí seniora. Příbuzní by měli být včas seznámeni s plánem péče a s jasně stanovenou rolí v jeho realizaci. Důležitá je otevřená komunikace o možnostech a rozsahu jejich pomoci. Ošetřovatelská péče je týmová a vyžaduje sladění očekávání všech zúčastněných, přičemž středem pozornosti zůstává samotný senior.

Rozhovor s rodinou umožňuje zjistit jejich ochotu a motivaci podílet se na péči o seniora. Je nezbytné rodinu poučit o správných postupech při podpoře pohybu, úpravě lůžka a dalších úkonech, aby mohla být efektivně nápomocná. (Klevetová, 2017)

Získávání informací

Klíčovým předpokladem pro úspěšné zajištění domácí péče je, aby rodina věděla, kde může získat informace a odborné poradenství. Jako první je nezbytná konzultace s ošetřujícím nebo praktickým

lékařem, který posoudí aktuální potřeby pacienta, informuje o nich rodinu. Také má kompetence k indikaci domácí ošetrovatelské péče (Home Care), stejně jako k předepisování potřebných zdravotních a kompenzačních pomůcek. Dále by rodina měla využít poradenství sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních, kteří poskytují prvotní informace o možnostech sociální péče a předávají kontakty na navazující služby, čímž pomáhají s nastavením domácí péče. Další administrativní a finanční kroky vedou přes sociální odbor obecního či městského úřadu, kde rodina získá podrobné informace a kontakty na lokální poskytovatele sociálních služeb, jako je pečovatelská služba či osobní asistence. Nejdůležitějším místem pro zajištění financování je úřad práce, kde rodina obdrží informace o sociálních dávkách a náhradní době pojištění pro pečující osobu, a kde žádá o příspěvek na péči, který je hlavním zdrojem úhrady sociálních služeb. Systém státní péče doplňují neziskové organizace, které poskytují specifické poradenství, organizují vzdělávací aktivity pro rodinné pečovatele a pořádají setkání svépomocných skupin ke sdílení zkušeností a psychické podpoře. (Centrum pro komunitní práci střední Čechy, 2018)

Zdravotní a sociální služby v domácí péči

Ačkoli je rodinná péče považována za základní pilíř podpory nesoběstačného jedince, vývoj nemoci lze předvídat pouze částečně. Pro zajištění kvalitní a udržitelné péče v domácím prostředí je proto nezbytné zvážit profesionální podporu. Tato pomoc je v České republice poskytována prostřednictvím zdravotních a sociálních služeb, které se liší svou náplní i způsobem financování, ale jejich vzájemná provázanost je pro zajištění komplexní péče klíčová. (Cesta domů, 2021)

Zdravotní služby

Pro udržení kvality života nesoběstačného člověka v domácím prostředí a pro léčbu jeho zdravotního stavu je klíčová zdravotní podpora hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Praktický lékař působí jako primární koordinátor péče; má možnost navštívit pacienta v domácnosti, předepisuje kompenzační pomůcky a farmakoterapii (včetně léků na bolest – opiátů), doporučuje a předepisuje agentury domácí péče (Home Care). Služby Home Care provádí zdravotní sestra a zahrnují odborné výkony v domácím prostředí, jako jsou převazy ran, odběry krve, aplikace léků nebo infuzí. Rozsah této ošetrovatelské péče je vždy určen lékařem, který poukaz předepsal. (Cesta domů, 2021)

Sociální služby

Sociální služby představují nezdravotnickou podporu, která je zaměřena na zajištění každodenních potřeb, sebeobsluhy a odlehčení primárními pečovateli. Tyto služby jsou zpravidla hrazeny z příspěvku na péči. Mezi základní terénní služby patří pečovatelská služba, jež pomáhá s hygienou, stravováním a chodem domácnosti. Osobní asistence, která poskytuje časově flexibilnější podporu při aktivitách a doprovodu. Pro prevenci syndromu vyhoření rodinných pečovatelů jsou nezbytné odlehčovací služby (Respitní péče), které mohou být poskytovány terénně (v domácnosti) nebo pobytově (v zařízeních, např. hospicích). Dále jsou dostupné denní a týdenní stacionáře, které poskytují rodinám možnost volného času a nemocnému zpestření díky programům zahrnujícím sociální, relaxační a zájmové aktivity. (Cesta domů, 2021)

Příprava domácnosti

Úprava domácího prostředí je klíčovým předpokladem pro bezpečnou a kvalitní péči o osobu se zhoršenou soběstačností. Vhodně uspořádaný prostor umožňuje snadnější manipulaci, předchází riziku úrazů a zároveň ulehčuje práci pečujícímu. Při změnách v domácnosti je nutné postupovat citlivě,

protože nemocný může vnímat zásahy do svého prostředí negativně. Proto je lepší zavádět úpravy postupně, nabízet více možností a dopřát čas na jejich přijetí. Z hlediska bezpečnosti je vhodné odstranit prahy, které mohou komplikovat pohyb, a eliminovat volně ležící koberce či jejich okraje. Významnou roli hrají madla, jež usnadňují vstávání a přesuny nejen v koupelně či na toaletě, ale i u vchodových dveří nebo na schodišti. Specifickou oblastí je koupelna, kde je vhodné zajistit snadný přístup do sprchy nebo vany. Využívají se například pojízdné sprchové židle, vanová sedátka nebo další pomůcky, které usnadňují osobní hygienu. Pro každodenní péči je zásadní i správná volba lůžka. Polohovací postele umožňují měnit polohu těla nemocného, čímž přispívají k prevenci zdravotních komplikací a současně šetří fyzické síly pečující osoby. Doplňkově lze využít antidekubitní matrace, podložky nebo speciální polštáře, které minimalizují riziko vzniku proleženin. Komfort pacienta i pečujícího zvyšují také servírovací stolky, které usnadňují podávání jídla a nápojů přímo u lůžka. Celkově lze konstatovat, že vhodná příprava prostoru a použití kompenzačních pomůcek významně přispívají k bezpečnosti, pohodlí i psychické pohodě pacienta, a zároveň snižují fyzickou i psychickou zátěž pečující osoby. (Cesta domů, 2021)

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak jsou rodinní příslušníci poučeni o správném provádění hygieny u nesoběstačného člověka v domácím prostředí. Pro splnění cíle jsem zvolila následující výzkumné otázky.

VO 1: Jak probíhá edukace rodinných příslušníků v oblasti péče o nesoběstačného člověka a jaké jsou jejich potřeby v rámci nácviku péče?

VO 2: Jak rodinní příslušníci zvládají péči o nesoběstačného člověka po příchodu domů a jaké zdroje informací či podpory využívají?

VO 3: Jak rodinní příslušníci zvládají hygienu nesoběstačného člověka v domácích podmínkách a jaké faktory ovlivňují její provádění?

2.2 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce byla realizována formou kvalitativního výzkumného šetření, které probíhalo pomocí polostrukturovaných rozhovorů s rodinnými příslušníky pečujícími o nesoběstačného člověka v domácím prostředí. Tato metoda byla zvolena z důvodu potřeby hlubšího porozumění prožívání, zkušenostem a specifickým potřebám pečujících, zejména v oblasti edukace, přechodu z nemocniční péče do domácího prostředí a zvládnutí hygieny nesoběstačného člena rodiny.

Polostrukturovaný rozhovor umožňuje navázat osobnější kontakt s respondentem, pružně reagovat na jeho odpovědi a doptat se na nejasnosti nebo témata, která se během rozhovoru ukážou jako významná. Tento typ rozhovoru zároveň zachovává základní strukturu otázek, díky které je možné získaná data vhodně porovnávat.

2.3 Výběr respondentů

Respondenty byli rodinní příslušníci, kteří dlouhodobě pečují o nesoběstačného člověka v domácím prostředí a mají osobní zkušenost s poskytováním hygienické péče. Výběr byl záměrný, jelikož cílem bylo oslovit osoby, které se aktivně podílejí na péči a mohou poskytnout relevantní informace. Respondenti byli osloveni prostřednictvím osobních kontaktů, přičemž účast na výzkumu byla zcela dobrovolná.

2.4 Průběh výzkumu

Před zahájením sběru dat bylo výzkumné šetření konzultováno z vedoucí práce a následně proveden výběr vhodných respondentů. Výzkum probíhal v období od ledna do března 2025.

Každý rozhovor začínal představením výzkumníka, vysvětlením účelu a významu výzkumu. Respondenti byli informováni o anonymitě a možnosti kdykoliv odstoupit či přeskočit otázku, se kterou by se necítili dobře. Všichni účastníci poskytli ústní souhlas se zapojením do výzkumu i se záznamem rozhovoru. Rozhovory probíhaly v délce přibližně 25–45 minut. Atmosféra byla vedená tak, aby byla pro účastníky příjemná, neformální a podporovala jejich otevřenost. Otázky byly formulovány

srozumitelně, bez nadměrné odbornosti. V případě potřeby byly přizpůsobeny individuální situaci respondentů.

Odpovědi byly zaznamenávány prostřednictvím diktafonu mobilního telefonu. Po ukončení rozhovorů došlo k jejich přepisu a zaznamenané údaje byly použity výhradně pro účely této bakalářské práce.

2.5 Výsledky výzkumného šetření

Respondent č. 1

Jaké informace o další péči o maminku jste dostala v nemocnici nebo při konzultacích se zdravotníky?

„Dostala jsem informaci, že maminka může využít ještě LDN. Dostala jsem kontakt na sociální pracovníci spolu s kontaktem na půjčovnu pomůcek.“

Ukazoval vám někdo konkrétně, jak pečovat o vaši maminku? Například polohování, hygienu nebo manipulaci? Jak to probíhalo?

„Ne, neukazoval.“

Byly informace o další péči, která bude probíhat doma, srozumitelné a přínosné?

„Informace byly srozumitelné, nevyužila jsem je. Oslovila jsme sociální pracovníci v místě bydliště maminky, ne v nemocnici. Dále jsem oslovila praktického lékaře maminky, ten mi také předal hodně informací.“

Bylo něco, co vám chybělo nebo byste potřebovala vysvětlit víc, než se maminka vrátila domů?

„Asi jak podpořit maminku v soběstačnosti. Maminka chodila před hospitalizací doma s chodítkem, nyní už je ležící. A jak šla domů, tak jsem ještě nevěděla, co zvládne a kolik péče bude potřebovat.“

Jaký pro vás byl přechod z nemocnice do domácí péče?

„Náročný, už jsem vše organizovala předem. Neumím si představit, že bych měla začít až po propuštění maminky. Vzala jsme si 14 dnů dovolenou, abych vše zvládla.“

S jakými největšími obtížemi jste se setkala v prvních dnech, když se vrátila maminka domů?

„Organizace sociálních služeb.“

Když si nejste něčím jistá, kde hledáte informace nebo pomoc? (odborníci, domácí péče, internet, rodina...)

„Sociální pracovníci, praktický lékař, sestra praktického lékaře.“

Využíváte nějakou pomoc nebo služby, které vám péči ulehčují? A je něco, co byste využívat chtěla, ale nemáte možnost?

„Využívám odlehčovací službu, někdy osobní asistenci a pečovatelskou službu. Vše, co potřebujeme.“

Můžete mi popsat, jak u vás doma probíhá každodenní hygiena vaší maminky? Jak si ji organizujete?

„Hygienu ranní provádí maminka s mojí pomocí u umyvadla v lůžku. Ona si umyje obličej a podle toho, jak se ten den cítí, tak se umyje do půl pasu. Já ji umyji záda, genitálie a zadek, namažu třísla

zinkem a dám ji plenu. Obdobně večerní hygienu. Celkovou zvládáme s pečovatelkou na lůžku i s umytím hlavy.“

Jaké pomůcky nebo vybavení při hygieně používáte? Je něco, co by Vám péči usnadnilo, ale chybí Vám to?

„Používáme lavor. Hygienu by mi usnadnilo vzít maminku do sprchy, ale to není možné, dokud nezvládne déle sedět v křesle.“

S jakými obtížemi se při zajišťování hygieny nejčastěji setkáváte? (Může jít o fyzickou náročnost, technické problémy, psychickou zátěž nebo čas.)

„Je to hodně časově a fyzicky náročné. Také ale psychicky, protože nevím, jestli se ještě její pohyblivost zlepší, i když cvičíme v lůžku.“

Jak se při provádění hygieny cítíte vy osobně? Cítíte se jistě, nebo máte někdy obavy, že něco děláte špatně?

„V současné době už se cítím jistě.“

Respondent č. 2

Jaké informace o další péči o vaši maminku jste dostal v nemocnici nebo při konzultacích se zdravotníky?

„Žádné informace jsem v nemocnici nedostal. Jen mě informovali, kdy budou maminku propouštět. Sám jsme oslovil poradenství v rámci sociálních služeb a tam jsme dostal veškeré informace.“

Ukazoval vám někdo konkrétně, jak pečovat o vaši maminku? Například polohování, hygienu nebo manipulaci? Jak to probíhalo?

„Neukazoval.“

Byly informace o další péči, která bude probíhat doma srozumitelné a přínosné?

„Informace jsem v nemocnici nedostal, pak informace v rámci sociálního poradenství byly srozumitelné. Péči jsem nacvičoval až s pečovatelkami z pečovatelské služby.“

Bylo něco, co vám chybělo nebo byste potřeboval vysvětlit víc, než se maminka vrátila domů?

„Péče o močový katetr, nečekal jsem, že ho bude mít maminka zavedený i doma.“

Jaký pro vás byl přechod z nemocnice do domácí péče?

„Bylo to hodně vyřizování. Pomohlo mi, že sociální pracovnice z pečovatelské služby byla na šetření u maminky již v nemocnici a pečovatelská služba začala docházet hned ten den odpoledne.“

S jakými největšími obtížemi jste se setkal v prvních dnech, kdy se vrátila maminka domů?

„Asi si zvyknout, že maminka na tom není zdravotně dobře. Učil jsme se od pečovatelek, jak polohovat, převléct prostěradlo a přebalit plenu.“

Když si nejste něčím jistý, kde hledáte informace nebo pomoc? (odborníci, domácí péče, internet, rodina...)

„Hodně se ptám pečovatelek z pečovatelské služby, sociální pracovnice. Když jde o zdravotní stav, volám praktikovi od maminky, ten ji zná hodně let a po telefonu mi poradí.“

Využíváte nějakou pomoc nebo služby, které vám péči ulehčují? A je něco, co byste chtěl využívat, ale nemáte možnost?

„Pečovatelskou službu. Uvítal bych na některé dny nebo víkend osobní asistenci, ale ta má pořád plno. Takže ji zatím nevyužívám. Využívám na delší odpočinek odlehčovací služby – ale tady je také důležité si zajistit termín včas, také mají plno.“

Můžete mi popsat, jak u vás doma probíhá každodenní hygiena vaší maminky? Jak si ji organizujete?

„Samotnou hygienu provádí pečovatelky z pečovatelské služby. Já jim připravím veškeré pomůcky lavor, ručníky, žínky, pleny. Chodí 3 x denně. Pokud je nutno maminku přebalit i mimo návštěvu pečovatelek, tak to udělám, ale nedělám to rád. O močový katetr se starají jen pečovatelky, já si na něj dávám pozor jen při manipulaci.“

Jaké pomůcky nebo vybavení při hygieně používáte? Je něco, co by Vám péči usnadnilo, ale nemáte to?

„Pečovatelky mi řekly, co mám koupit. Máme doma mycí pěny, ubrousky, různé krémy, olejíčky a sudokrém. Dokonce i čepici na suché mytí hlavy, maminka nemá ráda mastné vlasy, takže mimo mytí hlavy používáme toto. A co bych si přál? Přál bych si koupaní maminky v přenosné vaně, ale zatím není volná kapacita, navíc to zatím není z velikosti bytu možné. Využíváme polohovací lůžko, to nám práci ulehčuje.“

S jakými obtížemi se při zajišťování hygieny nejčastěji setkáváte? (Může jít o fyzickou náročnost, technické problémy, psychickou zátěž nebo čas.)

„Je to pro mě velké psychická zátěž.“

Jak se při provádění hygieny cítíte vy osobně? Cítíte se jistě, nebo máte někdy obavy, že něco děláte špatně?

„Cítím stud, a nejistotu hlavně při manipulaci.“

Respondent č. 3

Jaké informace o další péči o manžela jste dostala v nemocnici nebo při konzultacích se zdravotníky?

„Zdravotníci mi doporučili sociální pracovníci, kterou jsme pak navštívila.“

Ukazoval vám někdo konkrétně, jak pečovat o vašeho manžela? Například polohování, hygienu nebo manipulaci? Jak to probíhalo?

„Ukazoval, ale musela jsme si o to sama říct. Během víkendu si mě sestřička pozvala a vše ukázala, polohování, manipulaci na lůžku, výměnu inkontinenčních pomůcky a jak provádět hygienu na lůžku.“

Byly informace o další péči, která bude probíhat doma srozumitelné a přínosné?

„Všemu jsme porozuměla i když těch informací bylo hodně, ale uvítala bych delší nácvik.“

Bylo něco, co vám chybělo nebo byste potřebovala vysvětlit víc, než se manžel vrátil domů?

„Výměna pleny mi připadala lehká, ale doma jsme pak zmatkovala. S manželem je těžká manipulace a moc mi není schopen pomoci.“

Jaký pro vás byl přechod z nemocnice do domácí péče?

„Docela v klidu měla jsme vše připravené, polohovací lůžko, pomůcky. U lékaře jsme měla připraveny poukazy na pleny.“

S jakými největšími obtížemi jste se setkala v prvních dnech, když se manžel vrátil domů?

„Doma sama vyměnit plenu a otočit ho na bok.“

Když si nejste něčím jistá, kde hledáte informace nebo pomoc? (odborníci, domácí péče, internet, rodina...)

„Hodně využívám internet a rad pečovatelek.“

Využíváte nějakou pomoc nebo služby, které vám péči ulehčují? A je něco, co byste využívat chtěla, ale nemáte možnost?

„Využívám pečovatelskou službu pro mytí manžela v koupací mobilní vaně 1 x za týden. Chtěla bych využívat odlehčovací službu, ale nebylo volné místo. Příště musím zavolat dříve. Zamluvila jsme si až květnový termín. Chtěla bych využívat osobní asistenci, ale ta u nás není.“

Můžete mi popsat, jak u vás doma probíhá každodenní hygiena manžela? Jak si ji organizujete?

„Hygiena probíhá na lůžku, připravím si všechny pomůcky: lavor, žínky, mycí pěnu, masti, gely. Provádím podle návodu z nemocnice, začínám obličejem, potom hrudník, ruce, záda a genitálie. Pak zadek a paty promažu.“

Jaké pomůcky nebo vybavení při hygieně používáte? Je něco, co by Vám péči usnadnilo, ale nemáte to?

„Používám polohovací lůžko, jinak klasiku, jak už jsem říkala. A na stolicí skvělou věc: perlan. Jednorázové podložky mi také usnadňují práci, nemusím tak často převlíkat lůžko.“

S jakými obtížemi se při zajišťování hygieny nejčastěji setkáváte? (Může jít o fyzickou náročnost, technické problémy, psychickou zátěž nebo čas.)

„Je to pro mě především fyzická zátěž. Manžel mi moc pomoci nemůže, nejde mu to. Když nemá svůj den, tak je ta péče ještě o to těžší. Během dní, kdy má bolesti a nemá dobrou náladu, mě pak všechno taky bere více sil i těch psychických.“

Jak se při provádění hygieny cítíte vy osobně? Cítíte se jistě, nebo máte někdy obavy, že něco děláte špatně?

„Necítím se jistě při výměně pleny, někdy všechno kolem zamažu a pak mě to stojí hodně práce navíc.“

Respondent č. 4

Jaké informace o další péči o vaši babičku jste dostala v nemocnici nebo při konzultacích se zdravotníky?

„Nepotřebovala jsme. Pracuji v sociálních službách. Většinu informací jsme měla, další informace mi sdělila sociální pracovnice v práci.“

Ukazoval vám někdo konkrétně, jak pečovat o vaši babičku? Například polohování, hygienu nebo manipulaci? Jak to probíhalo?

„Nepotřebovala jsme to. Ale v nemocnici mi žádný nácvik nikdo nenabídl.“

Byly informace o další péči, která bude probíhat doma srozumitelné a přínosné?

„Lékař mi pouze řekl, kdy propustí babičku domů. Zeptal se, jestli máme doma vše připraveno, když jsem mu řekla že ano, tak ho to dál nezajímalo a víc mi nikdo neřekl.“

Bylo něco, co vám chybělo nebo byste potřebovali vysvětlit víc, než jste si babičku přivezli domů?

„Ohledně péče ne, znám vše z práce.“

Jaký pro vás byl přechod z nemocnice do domácí péče?

„Bez problému, vše jsme měla připravené. V současné době využívám dlouhodobé ošetřovné. Nikdo z nemocnice se mi neobtěžoval sdělit, že má babička na sacru dekubit. Jak ho ošetřovat jsem si přečetla až v propouštěcí zprávě.“

S jakými největšími obtížemi jste se setkala v prvních dnech, když se babička vrátila domů?

„Komunikace s praktickým lékařem babičky.“

Když si nejste něčím jistí, kde hledáte informace nebo pomoc? (odborníci, domácí péče, internet, rodina...)

„Poradím se s kolegyněmi v práci nebo se sociální pracovníci.“

Využíváte nějakou pomoc nebo služby, které vám péči ulehčují? A je něco, co byste využívat chtěla, ale nemáte možnost?

„Momentálně ne, ale určitě do budoucna využiji odlehčovací službu. Případně osobní asistenci, pokud budu babičku na několik hodin opouštět.“

Můžete mi popsat, jak u vás doma probíhá každodenní hygiena vaší babičky? Jak si ji organizujete?

„Provádím každé ráno hygienu tak, že babičku umyji na lůžku v lavoru, od obličeje do pasu, pak záda a ty rovnou promažu krémem a pak babičce domyji na lůžku genitálie, každé ráno ji provádím převaz sacra, je to malá ranka a vypadá to, že se hojí. Promazávám ji tříslo a genitálie zinkovým krémem, protože má opruzeniny. Musím kontrolovat paty, když je dlouho na zádech, tak je má začervenale. Večerní hygienu provádím s lavorem na lůžku. Koupání plánuji na víkend, kdy mi pomáhá i mamka, která chodí v týdnu do práce. Na toaletní židli zavezeme babi do koupelny a osprchujeme ji, ale musíme na to být dvě. Je velkou výhodou, že babička váží asi 40 kg a na krátkou dobu je schopna sedět, ale na nohy se nepostaví a po chvíli sezení má bolesti.“

Jaké pomůcky nebo vybavení při hygieně používáte? Je něco, co by Vám péči usnadnilo, ale nemáte to?

„Používáme polohovací lůžko, toaletní křeslo, lavor a hygienické pomůcky. Toaletní křeslo máme doma z doby, kdy ho zvládala ještě používat, ale teď je moc slabá a neudrží stolicí. Mám v plánu zařídit koupací vanu, ta by nám hodně práce usnadnila, protože nevím, jak dlouho bude babička schopna s pomocí sedět na křesle.“

S jakými obtížemi se při zajišťování hygieny nejčastěji setkáváte? (Může jít o fyzickou náročnost, technické problémy, psychickou zátěž nebo čas.)

„Hygienu zvládám bez problémů, pouze časová náročnost je značná. Ale v další péči určitě fyzická zátěž především při přesunu na sedačku. A také časově, od krmení, polohování, praní, převlékání postele, nácvik soběstačnosti a cvičení.“

Jak se při provádění hygieny cítíte vy osobně? Cítíte se jistě, nebo máte někdy obavy, že něco děláte špatně?

„Nemám žádné obavy.“

Respondent č. 5

Jaké informace o další péči o vaši maminku jste dostala v nemocnici nebo při konzultacích se zdravotníky?

„Byla jsme poslána za sociální pracovníci v nemocnici. Této nabídky jsme využila.“

Ukazoval vám někdo konkrétně, jak pečovat o maminku? Například polohování, hygienu nebo manipulaci? Jak to probíhalo?

„Praktický nácvik mi nebyl nabídnutý, ale péči znám. Starala jsem se před 20 lety o babičku, takže co mě čeká jsem tušila, dost se toho za tu dobu změnilo, něco jsem si zopakovala a na zbytek se doptala.“

Byly informace o další péči, která bude probíhat doma srozumitelné a přínosné?

„Informace, co mi řekla sestřička byly srozumitelné. A ukázala mi pomůcky a věci co mi s péčí pomůžou a budeme je potřebovat. Takové pomůcky a věci na hygienu dříve nebyly.“

Bylo něco, co vám chybělo nebo byste potřebovala vysvětlit víc, než jste si maminku přivezli domů?

„Nedostatečné informace o zahájení pečovatelské služby. Sociální pracovníce mě neupozornila, že musím mít zajištěno polohovací lůžko. Jinak péči nelze zahájit. Péče se zahájila až jsme lůžko zařídila. Ale šlo to rychle zařídit. Do 3 dnů jsme lůžko zařídila a pečovatelská služba mohla začít.“

Jaký pro vás byl přechod z nemocnice do domácí péče?

„Byl náročný, neměla jsem polohovací lůžko, pečovatelská služba začala později.“

S jakými největšími obtížemi jste se setkala v prvních dnech, když se maminka vrátila domů?

„Hygiena pro mě byla fyzicky těžká, než začala pomáhat pečovatelská služba.“

Když si nejste něčím jistá, kde hledáte informace nebo pomoc? (odborníci, domácí péče, internet, rodina...)

„Vyptávám se pečovatelek, radím se s nimi, něco mi pomáhá i internet. Byl mi doporučen nácvikový kurz péče, který probíhá v rámci LDN – ta je v jiné nemocnici, než byla maminka. Pokud seženu hlídání tak tam zajedu.“

Využíváte nějakou pomoc nebo služby, které vám péči ulehčují? A je něco, co byste využívat chtěla, ale nemáte možnost?

„Osobní asistence u nás není. Když potřebuji odejít na delší dobu, tak se bojím maminku nechat samotnou. Občas mi pomůže někdo z rodiny nebo přátel na ni dohlédnout, než si vyřídím pochůzky.“

Můžete mi popsat, jak u vás doma probíhá každodenní hygiena maminky? Jak si ji organizujete?

„Ranní hygienu provádí pečovatelská služba. V poledne omývám genitál a zadek a promazávám ho, když vyměňuji plenu. Večerní provádím s lavorem obdobně, začínám omytí obličeje, výměna pleny, na noc promazání těla krémem, vytáhnutí zubní protézy.“

Jaké pomůcky nebo vybavení při hygieně používáte? Je něco, co by Vám péči usnadnilo, ale nemáte to?

„Práci mi usnadňuje polohovací lůžko, dále používám lavor, čistící pěnu, krémy, gely a perlan který mi doporučily pečovatelky. Budu si kupovat kluzný rukáv – nemám sílu dostat sílu maminku sama v lůžku nahoru.“

S jakými obtížemi se při zajišťování hygieny nejčastěji setkáváte? (Může jít o fyzickou náročnost, technické problémy, psychickou zátěž nebo čas.)

„Fyzická náročnost. Zvláště, když má maminka špatný den a nechce mi pomáhat.“

Jak se při provádění hygieny cítíte vy osobně? Cítíte se jistě, nebo máte někdy obavy, že něco děláte špatně?

„Obavy mám stále, mám co zdokonalovat. Někdy se mi správně nepovede nasadit plena, tak to musím předělávat, musím někdy převlékat celé lůžko.“

Respondent č. 6

Jaké informace o další péči o vašeho manžela jste dostala v nemocnici nebo při konzultacích se zdravotníky?

„Bylo mi nabídnuto, že mohu navštívit sociální pracovníci v nemocnici. Nenavštívila jsem ji. Komunikovala jsme až se sociální pracovníci v rehabilitačním ústavu.“

Ukazoval vám někdo konkrétně, jak pečovat o manžela? Například polohování, hygienu nebo manipulaci? Jak to probíhalo?

„Vše mi bylo vysvětleno, ale ne v nemocnici až v rehabilitačním ústavu. Polohování v lůžku, přesuny, vše mi na manželovi ukázali.“

Byly informace o další péči, která bude probíhat doma srozumitelné a přínosné?

„V nemocnici mě o další péči nikdo neinformoval. Až na rehabilitaci mi vše vysvětlili. Bylo to skvělé, mohla jsem pravidelně do rehabilitačním ústavu docházet a personál se mi věnoval a nacvičovali jsme přesuny, cvičení na lůžku a celkovou péči na lůžku. Vše bylo srozumitelné.“

Bylo něco, co vám chybělo nebo byste potřebovali vysvětlit víc, než se manžel vrátil domů?

„Myslím, že vše bylo dostačující.“

Jaký pro vás byl přechod z nemocnice do domácí péče?

„Vše bylo v pořádku. Příchod domů jsme zvládli bez větších problémů.“

S jakými největšími obtížemi jste se setkali v prvních dnech, když se manžel domů?

„Zvyknout si, že je vše jiné. Z manžela je jiný člověk. Býval aktivní a pořád něco dělal, teď je upoutaný na lůžku. Snažíme se cvičit ruce, aby mohl dělat co nejvíce věcí sám.“

Když si nejste něčím jistá, kde hledáte informace nebo pomoc? (odborníci, domácí péče, internet, rodina...)

„Mám kamarádku, která je sestřička, ta mi radí a snaží se mi péči ulehčit. Jinak hledám informace na internetu.“

Využíváte nějakou pomoc nebo služby, které vám péči ulehčují? A je něco, co byste využívat chtěli, ale nemáte možnost?

„Zatím nevyužívám. Myslela jsem, že všechno zvládnou sama. Ale není to pravda. Už jsem se na služby informovala. Zatím je ale nevyužívám.“

Můžete mi popsat, jak u vás doma probíhá každodenní hygiena manžela? Jak si ji organizujete?

„Ranní hygienu provádím s lavorem. Manžela dám do sedu do křesla a on se snaží provádět hygienu u lavorku. S jednou rukou mu to jde těžce. Dopomáhám mu. Pak mu vyměním plenu a provedu hygienu genitálií. Večerní hygienu provádím já s pomocí lavoru na lůžku. Celkovou hygienu provádím ve sprchovém koutu, manžela přivezu do sprchového koutu na vozíku.“

Jaké pomůcky nebo vybavení při hygieně používáte? Je něco, co by Vám péči usnadnilo, ale nemáte to?

„Potřebovali bychom úpravu sprchového koutu na bezbariérový. Mechanický vozík by nám také hodně práce usnadnil. Schodová plošina je v jednání, abychom nebyli jen zavření v bytě, ale mohli i ven.“

S jakými obtížemi se při zajišťování hygieny nejčastěji setkáváte? (Může jít o fyzickou náročnost, technické problémy, psychickou zátěž nebo čas.)

„Určitě fyzicky to zvládat je těžké, se starat sama o domácnost a o manžela. Otáčení na bok není jednoduché. A pokud bychom měli bezbariérový byt i možnost se dostat z bytu ven, hodně by to manželovi psychicky pomohlo, a tudíž i mě. Je to zvlášť těžké v pěkných dnech být zavřený doma.“

Jak se při provádění hygieny cítíte vy osobně? Cítíte se jistě, nebo máte někdy obavy, že něco děláte špatně?

„Necítím se jistě, když má manžel špatný den a nechce abych s ním cokoli dělala. Někdy ho přesvědčím, někdy ho musím umýt až odpoledne.“

Respondent č. 7

Jaké informace o další péči o maminku jste dostal v nemocnici nebo při konzultacích se zdravotníky?

„Kontakt na sociální pracovníci v nemocnici. Ta mi dala kontakty na sociální služby, kompenzační pomůcky, seznámila mě s tím, že mohu spoustu věcí řešit s praktickým lékařem.“

Ukazoval vám někdo konkrétně, jak pečovat o vaši maminku? Například polohování, hygienu nebo manipulaci? Jak to probíhalo?

„Neukazoval. Ani mi to nikdo nenabídl.“

Byly informace o další péči, která bude probíhat doma srozumitelné a přínosné?

„Informace byly srozumitelné, nácvik ale neproběhl.“

Bylo něco, co vám chybělo nebo byste potřeboval vysvětlit víc, než se maminka vrátila domů?

„Vyřizování kompenzačních pomůcek, nebylo mi řečeno na co všechno mám nárok.“

Jaký pro vás byl přechod z nemocnice do domácí péče?

„Chaotický, měli maminku propouštět až odpoledne, ale propustili ji již dopoledne. Dopoledne mi přivezli polohovací lůžko, tak to bylo náročné.“

S jakými největšími obtížemi jste se setkal v prvních dnech, když se vaše maminka vrátila domů?

„Byl to zmatek. Maminku jsem přestěhoval k sobě domů. Nemohla si na nové prostředí zvyknout. Chtěla jít domů, nechápala, že už se o sebe není schopna postarat, že už nemá sílu ani stát natož chodit. Po večerních lécích na spaní byla v noci zmatená a vykřikovala. Nebyl jsem si jistý, jestli to zvládnu. S praktickým lékařem maminky byla strašně špatná komunikace, nakonec ji vyměnil léky na spaní. Asi po 14 dnech si zvykla a spí i bez léků na spaní. Navíc byla maminka hodně opruzená v tříselech, než se to zlepšilo, tak jsme měnili krémy a masti. Navíc hodně v nemocnici zhubla a nechtěla jíst.“

Když si nejste něčím jistý, kde hledáte informace nebo pomoc? (odborníci, domácí péče, internet, rodina...)

„Rodina, děti mi sehnaly spoustu informací. Pečovatelky jsou super, vychází s maminkou a mě dávají rady, např. mi doporučily naučná videa o péči na internetu.“

Využíváte nějakou pomoc nebo služby, které vám péči ulehčují? A je něco, co byste využívat chtěl, ale nemáte možnost?

„Pomáhají mi děti. O službách vím. Využívám zatím 2 x za týden pečovatelskou službu.“

Můžete mi popsat, jak u vás doma probíhá každodenní hygiena maminky? Jak si ji organizujete?

„Každý den ráno maminku umývám na lůžku. Připravím si dopředu lavorek s vodou, po ruce mám ručníky a hygienické pomůcky jako pěnu, sprchový gel, krémy, gely, kartáček a pastu, aby to bylo co nejrychlejší. Pomáhám mamince s mytím obličeje, těla a poté vyměním plenu, zkontroluji a namažu zadek a třísla, podle potřeby převléknu postel a upravím ji. Používám jednorázové podložky a vlhčené ubrousky, protože je to praktičtější.“

Jaké pomůcky nebo vybavení při hygieně používáte? Je něco, co by Vám péči usnadnilo, ale nemáte to?

„Používám lavor, sprchový gel, perlan, hřeben, kartáček a pastu, krém na obličej, jednorázové podložky, vlhčené ubrousky, zinkovou mast jako prevenci opruzenin a pleny.“

S jakými obtížemi se při zajišťování hygieny nejčastěji setkáváte? (Může jít o fyzickou náročnost, technické problémy, psychickou zátěž nebo čas.)

„Psychickou zátěž. Jsem z toho unavený, máme s maminkou hezký vztah, ale je to náročné, manželka mi s péčí nepomáhá. Všechno je na mě.“

Jak se při provádění hygieny cítíte vy osobně? Cítíte se jistě, nebo máte někdy obavy, že něco děláte špatně?

„Obavy už teď nemám.“

Respondent č. 8

Jaké informace o další péči o vaši manželku jste dostal v nemocnici nebo při konzultacích se zdravotníky?

„Byl jsme odkázán na sociální pracovníci v nemocnici. Ta mi poradila kontaktovat sociální služby ve městě.“

Ukazoval vám někdo konkrétně, jak pečovat o manželku? Například polohování, hygienu nebo manipulaci? Jak to probíhalo?

„Nikdo mi o péči o manželku nic neříkal, žádné ukázky nebyly.“

Byly informace o další péči, která bude probíhat doma srozumitelné a přínosné?

„Informacím od sociální pracovnice jsem porozuměl. Návčik ale neproběhl.“

Bylo něco, co vám chybělo nebo byste potřeboval vysvětlit víc, než se manželka vrátila domů?

„Polohování, nevěděl jsem, že musím manželku polohovat. Zhoršil se její zdravotní stav a v nemocnici se jí vytvořily proleženiny a opruzeniny z plen, takže jí na přechodnou dobu nechali močovou cévku. Nevěděl jsem, co s tou hadičkou mám dělat.“

Jaký pro vás byl přechod z nemocnice do domácí péče?

„Měl jsem informace od sociální pracovnice, co je všechno potřeba. Dala mi takový letáček, kde vše bylo napsané. Vše jsem podle toho nachystal. Dodatečně jsem ještě věci sháněl, např. pomůcky na polohování.“

S jakými největšími obtížemi jste se setkal v prvních dnech, když se manželka vrátila domů?

„Návštěvy pečovatelek, ranní hygienu například provádí mez 6:00 až 9:00. To je dost velký rozsah. Postupně se nám to ale povedlo sladit.“

Když si nejste něčím jistí, kde hledáte informace nebo pomoc? (odborníci, domácí péče, internet, rodina...)

„Ptám se sociální pracovnice, sestry z domácí péče a pečovatelky.“

Využíváte nějakou pomoc nebo služby, které vám péči ulehčují? A je něco, co byste využívat chtěl, ale nemáte možnost?

„Dochází k nám domů denně sestřička z domácí péče, ta manželce převazuje ránu a kontroluje močovou cévku. Pečovatelka mi dochází vypomáhat s hygienou manželky. A kromě toho mi pomáhá dcera – hlídá manželku, když jedu na odpoledne pryč. Myje manželce vlasy, natáčí ji vlasy, dělá velké nákupy. Kupuje manželce oblečení, kosmetiku apod. Takto to teď zvládáme.“

Můžete mi popsat, jak u vás doma probíhá každodenní hygiena manželky? Jak si ji organizujete?

„Hygienu provádí pečovatelská služba, která dochází 3 x denně každý den. Jednou za týden berou pečovatelky manželku do sprchy na koupací vaně.“

Jaké pomůcky nebo vybavení při hygieně používáte? Je něco, co by Vám péči usnadnilo, ale nemáte to?

„Využíváme polohovací lůžko, lavor a hygienické pomůcky jako žínka, toaletní vlhčené ubrousky, zinkovou mast, čistící pěnu. Dcera manželku promazává jejími krémy a používá její kosmetiku, co dříve používala. Chtěli bychom, aby se manželka koupala 2x týdně, ale zatím to není možné.“

S jakými obtížemi se při zajišťování hygieny nejčastěji setkáváte? (Může jít o fyzickou náročnost, technické problémy, psychickou zátěž nebo čas.)

„Pokud manželka potřebuje přebalit mimo návštěvu pečovatelek, jde za ní dcera. Já to psychicky nezvládám, i fyzicky je na tom dcera lépe než já.“

Jak se při provádění hygieny cítíte vy osobně? Cítíte se jistě, nebo máte někdy obavy, že něco děláte špatně?

„Nedělám to. Cítil bych se špatně, nezvládl bych to. Nevím, jak se zachovám, až nebude jiná možnost a budu to muset udělat.“

Respondent č.9

Jaké informace o další péči o manžela jste dostala v nemocnici nebo při konzultacích se zdravotníky?

„Manžel má zavedený PEG a močového katetru. Sestřičky mi nabídli, že mi ukážou, co a jak mám dělat. Pro další informace mě poslali za sociální pracovníci nemocnice. Tam mi bylo nabídnuto, že zajistí agenturu sester při propuštění. A také mi doporučila kontaktovat sociální pracovníci pečovatelské služby v našem městě. Ta mi pomohla nejvíce. Ale o dalším návčiku jako výměna pleny, polohování jsem si musela říct, nikdo mi to nenabídl.“

Ukazoval vám někdo konkrétně, jak o vašeho manžela pečovat? Například polohování, hygienu nebo manipulaci? Jak to probíhalo?

„Zdravotní sestry mě zaučili ohledně PEGu a močového katetru. Na návčik polohování, výměnu pleny již nedošlo, pouze mi to bylo 2x ukázáno, protože se manžel rozhodl podepsat revers.“

Byly informace o další péči, která bude probíhat doma srozumitelné a přínosné?

„Informacím a péči o katetr a PEG jsme porozuměla, bylo vše srozumitelné. Ostatní jsme se učila až doma, díky pečovatelkám a zdravotním sestřím z agentury.“

Bylo něco, co vám chybělo nebo byste potřeboval vysvětlit víc, než se manžel vrátil domů?

„Určitě polohování, výměna pleny, že mohou vzniknou proleženiny.“

Jaký pro vás byl přechod z nemocnice do domácí péče?

„Náročný, bylo to velmi rychlé. Naštěstí jsme již měla informace z pečovatelské služby, zajistila jsem polohovací lůžko, začala docházet agentura sester a pečovatelská služba.““

S jakými největšími obtížemi jste se setkala v prvních dnech, když se manžel vrátil domů?

„Organizace péče. Sladit návštěvu agentury sester a pečovatelské služby, zajistit hlídání manžela, když jsme musela jít něco vyřídit. Netušila jsem, že bude takový problém s uspořádáním bytu. Dveře jsou hodně úzké, je složité se s koupacím lůžkem vytočit a prahy taky moc nepomáhaly. Nechala jsem je odstranit.“

Když si nejste něčím jistá, kde hledáte informace nebo pomoc? (odborníci, domácí péče, internet, rodina...)

„Sociální pracovnice pečovatelské služby, pečovatelky a sestry z Agentury sester.“

Využíváte nějakou pomoc nebo služby, které vám péči ulehčují? A je něco, co byste využívat chtěla, ale nemáte možnost?

„Využívám agenturu sester a pečovatelskou službu. Do budoucna uvažuji o odlehčovací službě.“

Můžete mi popsat, jak u vás doma probíhá každodenní hygiena manžela? Jak si ji organizujete?

„Již ji provádím zcela sama. Pečovatelskou službu již mám pouze na koupání v mobilní vaně. Z počátku docházely pečovatelky 3 x denně. Teď to už zvládám, díky nim hygienu provádím na lůžku s lavorem, máme doma všechny možné pomůcky a kosmetiku. Jen to otáčení je těžší, ale na boku se manžel udrží a je to velká pomoc.“

Jaké pomůcky nebo vybavení při hygieně používáte? Je něco, co by Vám péči usnadnilo, ale nemáte to?

„Máme polohovací lůžko, lavor, mobilní vanu, čisticí pěnu, perlan, běžné hygienické pomůcky. Teď nám schází jen prostor na skladování pomůcek, některé jsou velké a neskladné.“

S jakými obtížemi se při zajišťování hygieny nejčastěji setkáváte? (Může jít o fyzickou náročnost, technické problémy, psychickou zátěž nebo čas.)

„Určitě fyzická náročnost, i když se mi manžel snaží pomáhat, pořád to není snadné.“

Jak se při provádění hygieny cítíte vy osobně? Cítíte se jistě, nebo máte někdy obavy, že něco děláte špatně?

„Již obavy nemám. Začátek byl náročný, ale je to o zvyku. Teď mám kolem sebe lidi, co mi poradí a pomůžou, zvládneme to.“

Respondent č. 10

Jaké informace o další péči o vašeho manžela jste dostala v nemocnici nebo při konzultacích se zdravotníky?

„Sestřičky mi doporučily, ať navštívím sociální pracovníci v rámci nemocnice. Sociální pracovnice mě seznámila se službami a taktéž mi doporučila kontaktovat Charitu, která pravidelně pořádá kurz pro rodinné pečující, kde se péče nacvičuje.“

Ukazoval vám někdo konkrétně, jak pečovat o vašeho manžela? Například polohování, hygienu nebo manipulaci? Jak to probíhalo?

„Účastnila jsme se kurzu od Charity. Zde jsem se prakticky vše naučila. Mohli jsme si vyzkoušet na figurínách polohování, přebalování i hygienu. Ukazovali nám na figuríně i věci co nemáme při otáčení dělat.“

Byly informace o další péči, která bude probíhat doma srozumitelné a přínosné?

„Vše bylo srozumitelné, především praktický nácvik byl pro mě největším přínosem. Naučila jsem se vše, co jsem pro zahájení péče potřebovala, např. polohování, přesuny, výměny pleny.“

Bylo něco, co vám chybělo nebo byste potřebovala vysvětlit víc, než jste si manžela přivezla domů?

„Měla jsem vše nacvičeno, ale samozřejmě pak samotná realita byla trochu jiná. Spíše bylo těžké se s tím vyrovnat, že už to jiné nebude.“

Jaký pro vás byl přechod z nemocnice do domácí péče?

„Bez komplikací. Měla jsem vše připraveno, lůžko i pomůcky. Jen asi první dny více stresující, návštěva praktika, vyřízení plen a další obíhání úřadů. Musela se trochu přeorganizovat koupelna, abychom se tam vešli.“

S jakými největšími obtížemi jste se setkala v prvních dnech, když se váš manžel vrátil domů?

„Výměny pleny při stolici.“

Když si nejste něčím jistá, kde hledáte informace nebo pomoc? (odborníci, domácí péče, internet, rodina...)

„Na internetu.“

Využíváte nějakou pomoc nebo služby, které vám péči ulehčují? A je něco, co byste využít chtěla, ale nemáte možnost?

„Využívám odlehčovací službu. Jinak teď nic nepotřebuji.“

Můžete mi popsat, jak u vás doma probíhá každodenní hygiena vašeho manžela? Jak si ji organizujete?

„Ranní hygiena probíhá tak, že manžela vysadím na toaletní křeslo a zavezu ho k umyvadlu a pomůžu mu s hygienou. Manžel byl zvyklý se denně holit, takže to se strojkem také děláme v koupelně u umyvadla. Pak mu v lůžku umyji genitálie a vyměním plenu. Celkovou hygienu pak provádím na lůžku.“

Jaké pomůcky nebo vybavení při hygieně používáte? Je něco, co by Vám péči usnadnilo, ale nemáte to?

„Koupila jsem si mycí vaničku na vlasy. Dost nám to ulehčuje práci. A jinak klasicky žínky, tekuté mýdlo. Na doporučení jsme si koupila perlan v přířezech a používám ho na stolici a také pěnu a zinkovou pastu.“

S jakými obtížemi se při zajišťování hygieny nejčastěji setkáváte? (Může jít o fyzickou náročnost, technické problémy, psychickou zátěž nebo čas.)

„Asi fyzická náročnost, hlavně u ranní a celkové hygieny.“

Jak se při provádění hygieny cítíte vy osobně? Cítíte se jistě, nebo máte někdy obavy, že něco děláte špatně?

„Obavy už nemám. Je to o zvyku.“

2.6 Analýza výsledků

Základní informace o respondentech

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Muž		X					X	X		
Žena	X		X	X	X	X			X	X

Zdroj: autor práce

Výzkumu se účastnilo 7 žen a 3 muži.

Tabulka 2: Věk respondentů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
30 let				X						
50 let			X							
55 let						X				
58 let									X	
59 let		X								
61 let	X									
65 let							X			
68 let										X
69 let					X					
77 let								X		

Zdroj: autor práce

Věk respondentů se pohybuje od 30 let až 77 let.

Jaké informace o péči o vašeho blízkého jste obdrželi během hospitalizace nebo odborné konzultace?

Tabulka 3: Způsoby poskytování informací o další péči během hospitalizace

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Sociální pracovníce	X		X		X	X	X	X	X	X
Nenabídnuo		X								
Nepotřebuje				X						

Zdroj: autor práce

Osm respondentů bylo informováno o další péči sociální pracovnící. Jeden respondent tuto informaci nedostal, a sám oslovil poradenství v rámci sociálních služeb. Jeden respondent tuto službu nepotřeboval.

Jakým způsobem probíhal nácvik praktických dovedností (např. polohování, hygiena, manipulace)?

Tabulka 4: Způsoby nácviku praktických dovedností při péči o pacienta

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Ukázáno + nácvik										X
Ukázáno						X			X	
Po dotazu ukázáno			X							
Neproběhlo	X	X			X		X	X		
Nepotřebuje				X						

Zdroj: autor práce

Pět respondentů uvedlo, že jim nebyl nabídnut praktický nácvik a péče jim nebyla předvedena. Jednomu respondentovi byla péče ukázána až po dotazu. Dvěma respondentům byla péče vysvětlena a ukázána. Jeden respondent si v rámci kurzu Charity pečování i vyzkoušel. Jeden respondent pečování znal, takže informace nepotřeboval.

Jak byste zhodnotil/a srozumitelnost a přínos poskytnuté edukace?

Tabulka 5: Zhodnocení srozumitelnosti a přínosu poskytnuté edukace

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Přínosné	X	X			X	X			X	X
Přínosné, ale nedostatečné			X				X	X		
Nedostatečné				X						

Zdroj: autor práce

Přínosné informace uvedlo šest respondentů, tři respondenti hodnotili informace jako přínosné, ale nedostatečné, a jeden respondent uvedl, že informace nedostal.

Jaké další informace nebo formy podpory by pro vás byly přínosné před převzetím vaší blízké osoby domů?

Tabulka 6: Chybějící nebo nedostatečně vysvětlené informace před propuštěním domů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Péče o močový katetr		X						X		
Výměna pleny			X						X	
Manipulace			X							
Polohování								X	X	
Soběstačnost	X									
Ošetřování pokožky								X	X	
Kompenzační pomůcky							X			
Pečovatelská služba					X					
Žádné				X		X				X

Zdroj: autor práce

Dva respondenti uvedli potřebu doplnění informací v péči o močový katetr, o výměně pleny, o polohování a o ošetřování pokožky. Nedostatečné informace v oblastech manipulace s pacientem, podpory soběstačnosti, kompenzačních pomůcek a pečovatelské služby byly zaznamenány vždy u jednoho respondenta v každé oblasti. Tři respondenti uvedli, že jim žádné informace nechyběly.

Jak hodnotíte přechod z nemocničního prostředí do domácí péče?

Tabulka 7: Hodnocení návratu domů do domácí péče

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Náročný	X	X			X		X		X	
Bez komplikací			X	X		X		X		X

Zdroj: autor práce

Pět respondentů hodnotilo přechod do domácí péče jako náročný. Pět respondentů uvedlo, že návrat jejich blízkého proběhl bez komplikací.

S jakými největšími obtížemi jste se setkali v prvních dnech, když se váš blízký vrátil domů?

Tabulka 8: Komplikace v prvních dnech po návratu blízkého domů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Organizace služeb	X							X	X	
Ošetrovatelská péče		X	X		X		X			X
Smířit se se situací		X				X				
Uspořádání bytu									X	
Komunikace s praktickým lékařem				X			X			

Zdroj: autor práce

Pět respondentů uvedlo jako největší komplikaci ošetrovatelskou péči (hygienu, jídlo, polohování), tři respondenti uvedli problémy při organizování služeb. Problém smířit se se situací uvedli dva respondenti stejně jako špatnou komunikaci s praktickým lékařem. Jeden respondent uvedl jako velkou komplikaci uspořádání bytu.

Jaké informační zdroje (např. odborníci, internet, domácí péče) využíváte ke zvládnání péče?

Tabulka 9: Informační zdroje, které pečující využívají

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Internet			X		X	X	X			X
Praktický lékař	X	X								
Sociální pracovníce	X			X				X	X	
Pečovatelky		X	X		X		X	X	X	
Zdravotní sestry	X					X		X	X	

Zdroj: autor práce

Jako informační zdroj pečující nejčastěji využívají pečovatelky, jak uvedlo šest respondentů, pět respondentů uvedlo internet, tři respondenti shodně uvedli zdravotní sestry a sociální pracovníce a dva respondenti uvedli praktického lékaře.

Jaké formy pomoci nebo úlevy (např. respitní služby, sociální služby, rodinná pomoc) využíváte nebo byste chtěli využívat?

Tabulka 10: Využívání pomoci a služeb usnadňujících péči

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Odlehčovací služba	X									X
Pečovatelky	X	X	X				X	X	X	
Osobní asistence	X									
Domácí péče								X	X	
Nevyužívá				X		X				
Co potřebuje, není dostupné		X	X		X					

Zdroj: autor práce

Šest respondentů uvedlo, že využívá pomoc pečovatelek. Odlehčovací službu a domácí péči využívají dva respondenti a jeden respondent využívá osobní asistenci. Dva respondenti uvedli, že žádnou službu nevyužívají. Tři respondenti zároveň uvedli, že služba, kterou by chtěli využívat, není v jejich okolí dostupná.

Jak u vás doma probíhá každodenní hygiena vašeho nesoběstačného blízkého? Můžete popsat, jak ji organizujete a realizujete?

Tabulka 11: Způsob zajištění každodenní hygieny

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Provádí respondent s lavorem na lůžku	X		X	X			X		X	
Provádí pečovatelky s lavorem na lůžku		X						X		
Kombinovaná péče s lavorem na lůžku					X					
Provádí respondent s lavorem v křesle						X				
Provádí respondent u umyvadla v křesle										X

Zdroj: autor práce

Pět respondentů provádí hygienickou péči s lavorem na lůžku, dva respondenti uvedli, že hygienu provádí pečovatelky s lavorem na lůžku, jeden respondent provádí kombinovanou péči s lavorem na lůžku během dne, a ráno mu pomáhají pečovatelky. Jeden respondent provádí hygienu s lavorem, v křesle. Jeden respondent uvedl, že hygiena probíhá u umyvadla v křesle.

Jaké pomůcky a vybavení používáte při zajišťování hygieny? Co vám případně chybí?

Tabulka 12: Pomůcky a vybavení při hygieně

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Pomůcky na mytí	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hygienická kosmetika		X	X	X	X		X	X	X	X
Inkontinenční pomůcky			X			X	X			
Kompenzační pomůcky		X	X	X	X			X	X	
Chybějící pomůcky		X		X	X	X				

Zdroj: autor práce

Používání pomůcek na mytí (lavor, žínka) uvedlo všech deset respondentů, používání hygienické kosmetiky (krémy, gely, zinková mast) osm respondentů, inkontinenční pomůcky (pleny, podložky) uvedli tři respondenti a kompenzační pomůcky (polohovací lůžko, křeslo, vozík, mobilní vana) zmínilo šest respondentů. Čtyři respondenti uvedli, že je něco, co by jim péči ulehčilo, ale zatím to nejde zařídit (mobilní vana, kluzný rukáv, mechanický vozík, úprava bytu na bezbariérový).

S jakými obtížemi (fyzickými, technickými, psychickými či organizačními) se nejčastěji setkáváte při zajišťování hygieny?

Tabulka 13: Obtíže při poskytování hygieny

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Fyzicky náročné	X		X	X	X	X			X	X
Psychicky náročné	X	X	X				X	X		
Časově náročné	X			X						

Zdroj: autor práce

Sedm respondentů uvedlo, že je hygienická péče pro ně fyzicky náročná, 5 respondentů uvedlo psychickou a 2 respondenti zmínili časovou náročnost.

Jak se při provádění hygieny cítíte? Máte dostatečnou jistotu a dovednosti?

Tabulka 14: Jak se respondenti cítí při provádění hygieny

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Cítí se jistě	X			X			X		X	X
Necítí se jistě		X	X		X	X				
Neprovádí, nezvládl by to								X		

Zdroj: autor práce

Pět respondentů uvedlo, že se cítí jistě při provádění hygieny. Čtyři respondenti uvádí, že se necítí jistě. Jeden respondent uvedl, že by se cítil špatně, že by to nezvládl, proto hygienu neprovádí.

3 Diskuse

Bakalářská práce byla zaměřena na edukaci rodinných příslušníků pečujících o hygienu u nesoběstačného člověka. Jako hlavní cíl jsme si stanovily zjistit, jak jsou rodinní příslušníci poučeni o správném provádění hygieny u nesoběstačného člověka v domácím prostředí. Na základě hlavního cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky, které byly následně vyhodnoceny pomocí dat získaných od respondentů. Výzkumné šetření probíhalo formou kvalitativního polostrukturovaného rozhovoru s deseti pečujícími osobami, které pečují o někoho blízkého z rodiny. Respondenti byli osloveni prostřednictvím osobních kontaktů, přičemž účast na výzkumu byla zcela dobrovolná. Vzhledem k tomu, že výzkumný soubor tvořilo pouze 10 respondentů, nelze výsledky plně zobecňovat a je třeba je vnímat v kontextu tohoto omezení.

Výsledky výzkumu jsou rozebírány a porovnávány v kontextu tří hlavních výzkumných otázek. Jak probíhá edukace rodinných příslušníků v oblasti péče o nesoběstačného člověka a jaké jsou jejich potřeby v rámci nácviku péče? Jak rodinní příslušníci zvládají péči o nesoběstačného člověka po příchodu domů a jaké zdroje informací či podpory využívají? Jak rodinní příslušníci zvládají hygienu nesoběstačného člověka v domácích podmínkách a jaké faktory ovlivňují její provádění?

Rozbor jednotlivých výzkumných otázek vychází z konkrétních poznatků získaných pomocí rozhovorů a zároveň je srovnáván s teoretickými východisky odborných zdrojů. Současně interpretuje individuální zkušenosti respondentů pečujících o hygienu blízkého v domácím prostředí.

Výzkumná otázka č.1: Jak probíhá edukace rodinných příslušníků v oblasti péče o nesoběstačného člověka a jaké jsou jejich potřeby v rámci nácviku péče?

Správná a dostatečná edukace rodinných příslušníků hraje klíčovou roli při péči o nesoběstačné osoby. Výsledky našeho výzkumu ukazují, že zkušenosti pečujících s nácvikem péče jsou značně rozdílné a edukace není poskytována jednotně. Z deseti respondentů osm uvedlo, že byli informováni o dalších možnostech péče sociální pracovníci, přičemž jeden si informace vyžádal sám a jeden respondent tuto podporu nepotřeboval.

Zásadním zjištěním však je, že praktický nácvik péče nebyl nabídnut u poloviny respondentů. Pouze u dvou byla péče vysvětlena a názorně ukázána a u jednoho respondenta se nácvik uskutečnil v rámci kurzu Charity pečování. Právě tento respondent hodnotil praktický nácvik jako největší přínos, zejména v oblasti přesunů, polohování a výměny plen, což poukazuje na význam prakticky orientované edukace. Jeden respondent již měl dostatečné znalosti a další vzdělávání nepotřeboval.

Z výsledků je patrné, že edukace rodinných pečujících je často zaměřena spíše na předání základních informací než na systematický nácvik praktických dovedností. Nedostatek praktického zaučení může vést k nejistotě pečujících při poskytování péče a ke zvýšenému riziku chyb, například při manipulaci s pacientem nebo při zajištění hygieny.

Tato zjištění jsou v souladu s poznatky Burgdorf a kol. (2021), kteří uvádějí, že většina rodinných pečujících se na svou roli necítí dostatečně připravena a pouze malá část absolvuje formální školení. Autoři zároveň upozorňují, že edukace rodinných pečujících probíhá často neformálně a bez využití standardizovaných nástrojů, přičemž zdravotničtí pracovníci se při hodnocení jejich potřeb opírají především o vlastní zkušenosti a dostupné zdroje. V důsledku toho není edukace poskytována jednotně a kvalita předávaných informací se může mezi jednotlivými pečujícími lišit. Studie zároveň zdůrazňuje,

že cílené a strukturované vzdělávání zvyšuje kompetence pečujících, bezpečnost pacientů a celkovou kvalitu poskytované péče.

Výzkumná otázka č. 2: Jak rodinní příslušníci zvládají péči o nesoběstačného člověka po příchodu domů a jaké zdroje informací či podpory využívají?

Výsledky našeho výzkumu ukazují, že rodinní pečující často postrádají dostatek informací a praktických znalostí potřebných pro domácí péči o nesoběstačného člověka, zejména v oblastech hygieny, polohování a manipulace s pacientem. Podobně studie, kterou publikovali Hailu a kol. (2024), uvádí, že pečující sice rozumějí obecným potřebám seniorů, ale často nemají dostatečné znalosti a dovednosti pro jejich správné zvládnutí v domácím prostředí a mají omezené povědomí o dostupných službách a podpoře.

Nedostatečná informovanost se podle Hailu a kol. (2024) i našich dat odráží ve zvýšené náročnosti péče. V našem výzkumu pět respondentů hodnotilo přechod do domácí péče jako náročný, zejména kvůli obtížím spojeným s ošetrovatelskou péčí, polohováním a organizací služeb, zatímco pět respondentů uvedlo, že přechod proběhl bez komplikací.

Další významné zjištění se týká využívání dostupných zdrojů informací a služeb. Pečující nejčastěji uváděli jako zdroj informací pečovatelské služby (6 respondentů) a internet (5 respondentů), méně často zdravotní sestry a sociální pracovníce (shodně 3 respondenti) a praktického lékaře (2 respondenti). Tento trend naznačuje, že pečující se často obrací na snadno dostupné nebo neformální zdroje informací.

Podobná situace byla zaznamenána i v oblasti využívání služeb. Pomoc pečovatelských služeb využívá šest respondentů, odlehčovací služby a domácí péči dva respondenti a osobní asistenci jeden respondent, přičemž dva respondenti nevyužívají žádné služby. Tři respondenti zároveň uvedli, že služby, které by chtěli využívat, nejsou v jejich okolí dostupné.

Tyto výsledky lze dát do souvislosti s poznatky Burgdorf a kol. (2021), které poukazují na nedostatek strukturovaných edukačních materiálů pro rodinné pečující. V důsledku toho si pečující často vytvářejí vlastní zdroje informací a spoléhají na kombinaci dostupných materiálů, vlastních zkušeností a neformálních doporučení. Tento přístup může vést k rozdílným v úrovni znalostí a dovedností pečujících, což se může promítat do jejich schopnosti zvládat péči v domácím prostředí.

Z těchto poznatků vyplývá, že rodinní pečující se po příchodu domů často ocitají v situaci, kdy musí řešit nové a nečekané problémy bez dostatečné opory v odborném vedení. To může vést k nejistotě při poskytování péče a k častějšímu vyhledávání neformálních zdrojů informací, což odpovídá i zjištěním našeho výzkumu.

Další významnou oblastí, která se ve výzkumech opakovaně objevuje, je potřeba kontinuální podpory rodinných pečujících i po návratu pacienta do domácího prostředí. Hailu a kol. (2024) uvádějí, že pečující často postrádají průběžné vedení a možnost konzultace problémů, které vznikají až v průběhu samotné péče. Respondenti této studie zdůrazňovali, že informace získané před zahájením péče nejsou vždy dostačující pro řešení konkrétních situací v domácím prostředí.

Z těchto zjištění vyplývá, že zvládnutí péče o nesoběstačného člověka po příchodu domů je komplexní a závisí na kombinaci individuálních znalostí pečujícího, dostupnosti služeb a informací a možnosti konzultace s odborníky. Nedostatek systematické edukace a strukturovaných materiálů vede ke

značným rozdílem v připravenosti pečujících a zároveň zvyšuje význam neformálních zdrojů informací, jako jsou internetové materiály, zkušenosti jiných pečujících či pečovatelské služby.

Výzkumná otázka č.3: Jak rodinní příslušníci zvládají hygienu nesoběstačného člověka v domácích podmínkách a jaké faktory ovlivňují její provádění?

Hygienická péče o nesoběstačného člověka je jednou z nejkompexnějších a zároveň nejvíce fyzicky a psychicky náročných činností, které rodinní pečující provádějí (Hailu a kol, 2024). Fyzická a psychická náročnost hygienické péče je klíčovým faktorem, který ovlivňuje provádění péče, což souhlasí s Burgdorf a kol. (2021), kteří upozorňují, že nejednotné znalosti a absence standardizovaného nácviku mohou vést k nejistotě pečujících. Nedostatek pomůcek nebo podpory dále zvyšuje fyzickou zátěž a časovou náročnost, což může ovlivnit kvalitu péče.

Zároveň je třeba vnímat širší dopady na kvalitu života pečovaných osob, jak uvádí López a kol. (2024), kteří poukazují na souvislost mezi kvalitou péče, psychickou zátěží pečujících a celkovou pohodou. Heague a kol. (2023) doplňuje, že dostupnost podpory, časová náročnost a úroveň znalostí pečujících ovlivňují nejen provádění hygieny, ale i schopnost osvojit si nové dovednosti a adaptovat se na náročné situace v domácí péči.

Organizace každodenní hygieny v domácím prostředí je rovněž různá a často závisí na dostupnosti pečovatelek a na rutinních zvyklostech rodiny. Někteří respondenti provádějí hygienu samostatně ráno a během dne, jiní spoléhají na pečovatelskou službu nebo kombinaci obojího. Tato flexibilita ukazuje, že domácí péče je dynamická a vyžaduje schopnost rychle řešit nečekané situace, což je v souladu se zjištěními Hailu a kol. (2024).

Respondenti rovněž zmiňovali různé obtíže při zajišťování hygieny. Sedm uvádělo fyzickou náročnost, pět psychickou, a dva časovou. Tyto překážky často zahrnují manipulaci s pacientem, nedostatek vhodného vybavení nebo omezené prostorové možnosti v domácnosti. Heague a kol. (2023) poukazují na to, že kombinace těchto faktorů významně ovlivňuje schopnost pečujících poskytovat hygienu bezpečně a efektivně, a že pečující potřebují nejen praktické dovednosti, ale také podporu a poradenství.

Celkově výsledky potvrzují, že hygienická péče je multidimenzionální úkol, jehož zvládnutí závisí na kombinaci praktických dovedností, dostupnosti pomůcek, psychické a fyzické zdatnosti pečujícího, podpory odborníků a dostupnosti služeb. Systematická edukace, kontinuální podpora a dostupnost vhodných pomůcek jsou proto klíčové pro zajištění bezpečné a kvalitní domácí péče (Burgdorf a kol., 2021).

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Péče o nesoběstačného člověka v domácím prostředí je téma, se kterým se v dnešní době setkáváme stále častěji. Tato role s sebou přináší obrovskou fyzickou i psychickou zátěž pro rodinné příslušníky, kteří se často ze dne na den stávají pečujícími, aniž by na to byli připraveni. Na základě výsledků mého výzkumného šetření a analýzy výpovědí respondentů lze formulovat několik klíčových doporučení, která by mohla zásadně ulehčit situaci rodinám i nemocným.

Základem úspěšného návratu pacienta domů musí být důkladné zmapování jeho předchozího stavu a domácího zázemí. Zdravotnický personál by se měl aktivně zajímat o to, jak pacient fungoval před hospitalizací – zda žil sám, jaká byla jeho úroveň pohyblivosti a jakou míru soběstačnosti vykazoval. Stejně důležité je vést dialog s rodinou o jejich dosavadních zkušenostech. Často se totiž stává, že rodina dříve pouze částečně dopomáhala s určitými úkony, ale po návratu z nemocnice se situace změnila natolik, že je nutné převzít péči úplnou. Sestra by se měla ptát: „Co konkrétně jste doposud zvládali? Máte doma potřebné pomůcky? Co vás v souvislosti s novou situací nejvíce znepokojuje?“ Jen tak lze edukaci přizpůsobit reálným potřebám a předejít situaci, kdy je rodina „hozena do vody“ bez potřebných kompetencí.

Moje další doporučení pro ošetrovatelskou praxi proto cílí na důkladnou a srozumitelnou edukaci, která nesmí být podceňována. Jak vyplynulo z mých rozhovorů, pečující se doma často cítí bezradní a mají strach, aby svému blízkému neublížili, například při provádění hygieny nebo manipulaci. Navrhuji proto, aby sestry na odděleních nebraly edukaci jen jako formální povinnost, ale jako klíčovou součást přípravy na propuštění. Velmi důležitý je praktický nácvik, kdy si příbuzní pod dohledem sestry vyzkouší péči přímo u lůžka. Tímto gestem sestra dodá rodině tolik potřebnou jistotu a odvahu.

V rámci zkvalitnění informovanosti navrhuji více apelovat na využívání názorných pomůcek, jako je například mnou zhotovený edukační letáček „Hygiena v domácím prostředí“. Tento letáček by měl být rodinám rozdáván jako stručný a přehledný průvodce, který jim doma připomene základní kroky – od šetrného mytí a správného vysoušení pokožky (zejména v kožních záhybech) až po prevenci proleženin pomocí pravidelného polohování. Je důležité se vždy přesvědčit, zda rodina všem informacím rozuměla, a případně jim je srozumitelně zopakovat.

Další aspekt, na který bych ráda poukázala, je výběr vhodných hygienických pomůcek. Sestra by měla dokázat rodině poradit, jakou zvolit savost plen či jaké bariérové krémy (např. se zinkem) použít, aby se předešlo komplikacím, jako jsou opruzeniny či infekce.

Na co bych ráda ještě v rámci svých doporučení poukázala, je často opomíjený psychický stav pečujících, který pramení z vysoké míry odpovědnosti za blízkého člověka. Sama jsem se při svém výzkumu setkala s tím, že pečující pociťují velký strach a vyčerpání. Ne všechny sestry si uvědomují, jak velký význam má jejich lidský přístup a povzbuzení. Myslím si, že by se na této empatii a komunikačních dovednostech mělo více zapracovat, například formou školení, aby sestra byla pro rodinu skutečným partnerem.

Závěrem lze říct, že individuální přístup k rodině a kvalitní edukace pomáhají předcházet fatálním komplikacím. Pokud sestry pečující rodiny správně nasměrují a podpoří je kvalitními informacemi, bude domácí péče pro všechny strany mnohem zvladatelnější.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou edukace rodinných příslušníků pečujících o hygienu nesoběstačného člověka v domácím prostředí. Cílem práce bylo zjistit, jak jsou rodinní příslušníci poučeni o správném provádění hygieny u nesoběstačného člověka v domácím prostředí. Pro splnění tohoto cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky zaměřené na průběh edukace, zvládnutí péče po návratu pacienta do domácího prostředí a na provádění hygienické péče včetně faktorů, které ji ovlivňují.

Výzkumné šetření bylo realizováno kvalitativní metodou formou polostrukturovaných rozhovorů s deseti respondenty z řad rodinných příslušníků pečujících o nesoběstačné osoby v domácím prostředí. Na základě analýzy získaných dat bylo zjištěno, že edukace v oblasti hygienické péče je často nedostatečná, nesystematická a málo zaměřená na praktické dovednosti. Respondenti uváděli, že jim chybí zejména názorné vysvětlení, praktický nácvik a dostatečná podpora ze strany zdravotnického personálu.

Z výsledků dále vyplývá, že rodinní příslušníci se po návratu pacienta do domácí péče často cítí nejistí a nepřipravení na nároky spojené s poskytováním hygienické péče. Největší obtíže jsou spojeny zejména s manipulací s nesoběstačným člověkem, správným prováděním hygieny a prevencí komplikací, jako jsou opruzeniny či dekubity. Pečující osoby zároveň často čerpají informace z vlastních zkušeností nebo neformálních zdrojů, které však nejsou vždy dostatečné ani odborně správné.

Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že klíčovou roli v přípravě rodinných příslušníků na domácí péči hraje kvalitní, srozumitelná a prakticky orientovaná edukace. Ta by měla probíhat již během hospitalizace pacienta a měla by zahrnovat nejen verbální vysvětlení, ale také praktický nácvik jednotlivých úkonů pod vedením zdravotnického personálu. Významná je rovněž individuální komunikace a přizpůsobení edukace konkrétním potřebám rodiny.

Součástí práce byl návrh edukačního materiálu v podobě informačního letáku zaměřeného na hygienu nesoběstačného člověka v domácím prostředí. Tento materiál může sloužit jako podpůrný edukační nástroj, který přispívá ke zvýšení informovanosti rodinných pečujících a k lepší orientaci v základních postupech hygienické péče.

Lze uzavřít, že nedostatečná edukace rodinných příslušníků může vést k nejistotě pečujících a zvýšenému riziku chyb v péči, zatímco kvalitní a systematická edukace významně přispívá ke zvýšení bezpečnosti pacienta, snížení zátěže pečujících a zkvalitnění domácí péče. Cíl práce byl splněn.

Seznam použité literatury

- BURGDORF, J. G., ARBAJE, A. I., CHASE, J. A. a WOLFF, J. L., 2021. Current practices of family caregiver training during home health care: A qualitative study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(1), s. 218–227. DOI: 10.1111/jgs.17492.
- CENTRUM PRO Z: UNITNÍ PRÁCI STŘEDNÍ ČECHY (2018) *Pečovat a žít doma je normální! Informace pro pečující, praktické rady a užitečné kontakty*. 1. vyd. Praha: Centrum pro komunitní práci střední Čechy. ISBN 978-80-87809-55-6.
- Cesta domů, 2021. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. 2021, 4. aktualizované a přepracované vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-90-4.
- DUŠOVÁ, Bohdana; HERMANNOVÁ, Martina a MAJDYŠOVÁ, Vladimíra. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing 2019. ISBN 978-80-271-0837-4.
- HAILU, G.N., Abdelkader, M., Asfaw, F., et al., 2024. Exploring the knowledge and skills for effective family caregiving in elderly home care: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 24, s. 342. DOI: 10.1186/s12877-024-04924-3.
- HEAGUE, M., Dyson, J., & Cowdell, F. (2023). Barriers and facilitators to delivering everyday personalhygiene care in residential settings: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 32, 3102–3116. [online]. ISSN 0962-1067. Datum [2.5. 2025]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.16413>
- HORÁZNÁ, Lada. Inkontinenční dermatitida – její prevence a léčba. *Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*, číslo 1–2/2018. Str. 16., Praha: Ambit Media, ISSN 2570-4915.
- HREBÍKOVÁ, Jana; KMEŤOVÁ, Gabriela; KOČANOVÁ, Ľubica; LENGOVÁ, Silvia; MICHALKOVÁ, Zuzana a kol. *Ako sa postarať o bezvládneho človeka doma: sestry ľuďom*. [Bratislava]: Asociácia sestier a pacientov ASAP, 2016. ISBN 978-80-972189-0-4.
- KABELKA, Ladislav a CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena. *Syndrom křehkosti: indikace péče, podpora života v nemoci, komunikační dovednosti*. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3178-5.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči: 2., aktualizované a doplněné vydání*. Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1551-8
- KACHLOVÁ Miroslava a PLEVOVÁ, Ilona. *Postupy v ošetrovatelské péči 4: Hygienická péče, péče o lůžko, polohování pacienta*. Grada Publishing a.s., 2023. ISBN 978-80-271-1244-9.
- KAZIMOUR, Ivan. *Historie českého zdravotnictví*. Praha: Kolářek Martin – E-knihy jedou, 2016. ISBN 978-80-7512-595-8.
- KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-247-1963-4.
- KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2017.

- KLVAČOVÁ, Petra. *Pečovat a žít doma je normální – podpora neformálních pečovatелů: popis postupu při zavádění pozice koordinátora pomoci v území ORP Dobříš, Hořovice a Sedlčany*. Praha: Centrum pro komunitní práci střední Čechy, 2018. ISBN 978-80-87809-57-0.
- KOLEKTIV autorů. *Ošetrovatelské postupy*. Univerzita Pardubice, 2018. ISBN 978-80-7560-184-9.
- KRAJČÍK, Štefan; MIKUS, Peter a BAJANOVÁ, Eva. *Výživa vo vyššom veku*. Malá lekárska knižnica. Bratislava: Herba, 2018. ISBN 978-80-89631-84-1.
- KWIATKOWSKA, Kamila, Nataliia FEDORENKO, Silvija ILLE a Artur JAKUBIAK. Depression in older adults. *Wiadomości Lekarskie (Medical Advances)*. roč. 78, č. 3, s. 639–642. Aluna Publishing 2025. ISSN: 0043-5147.
- LÓPEZ, J., Pérez-Rojo, G., Noriega, C., Cabaco, A. S., Sitges Maciá, E. & Bonete López, B., 2024. *Quality-of-life in older adults: its association with emotional distress and psychological wellbeing*. BMC Geriatrics, 24, Article 815.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb: 2., aktualizované a doplněné vydání*. Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1638-6.
- NOVÁ, Veronika. *Aktivizace geriatrických pacientů: v léčebnách dlouhodobě nemocných*. Grada, 2024. ISBN 978-80-271-7630-4.
- PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I. 2., přepracované a doplněné vydání*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0888-6.
- PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelské postupy: skriptum*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2023. ISBN 978-80-7599-361-8.
- POSPÍŠILOVÁ, Vladimíra a TÓTHOVÁ, Valérie. *Postavení sestry v minulosti, současnosti a budoucnosti*. Praha: NLN, 2022. ISBN 978-80-7422-899-5.
- PTÁČEK, Radek a PTÁČKOVÁ, Hana. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Grada, 2021. ISBN 978-80-271-4463-1.
- ŠEFLOVÁ, L., Stejskalová, P. a Daniš, L., 2016. *Dekubity v praxi*. *Medicina pro praxi*, 13(5), s. 263–267. ISSN 1801-8154.
- ROKYTA, Richard. *Léčba bolesti v primární péči*. Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0940-1.
- TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. ISBN 978-80-7013-590-7.
- URBAN, Lukáš. *Sociologie: klíčová témata a pojmy. 2., doplněné a aktualizované vydání*. Praha: Grada 2022. ISBN 978-80-271-3056-6.
- VETEŠKA, Jaroslav a VOSTRÝ, Michal. *Kognitivní rehabilitace seniorů: Psychosociální a edukační souvislosti*. Grada, 2021. ISBN 978-80-271-4266-8.
- World Health Organization (2017) *Global strategy and action plan on ageing and health*. ISBN 978-92-4-151350-0 [online]. Datum [2.5. 2025]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>

ZRUBÁKOVÁ, Katarína, BARTOŠOVIČ, Ivan a kol. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2207-

Seznam příloh

Příloha č. 1: Titulní stránka pro závěrečnou práci na VŠPJ

Příloha č. 2: Test Barthelové

Příloha č. 3: Osa, vedení a otázky pro rozhovor

Příloha č. 4: Informační leták pro rodiny

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Příloha č. 1: Titulní stránka pro závěrečnou práci na VŠPJ

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Edukace rodinných příslušníků pečujících o
hygieně nesoběstačného člověka

Bakalářská práce

Autor práce: Lucie Matějíková

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Novotná

Příloha č. 2: Test Barthelové

ZBI

Barthelové index základních všedních činností (BI)

Identifikace případu: Jméno pacienta _____
 Jméno hodnotitele _____
 Datum hodnocení _____

Činnost	Skóre
Jedení 10 = samostatně 5 = s pomocí (např. krájení, roztírání másla) nebo s potřebou speciální diety 0 = neprovede	<input type="text"/>
Přesun z invalidního vozíku na lůžko a zpět 15 = samostatně bez pomoci 10 = s menší pomocí (verbální nebo fyzickou) 5 = s větší pomocí (fyzickou, jednoho nebo dvou lidí), může se posadit 0 = neprovede, neudrží rovnováhu v sedě nebo není schopen používat invalidní vozík	<input type="text"/>
Provádění osobní hygieny 5 = samostatně umytí rukou, obličej, čištění zubů, holení 0 = nutná pomoc s osobní hygienou	<input type="text"/>
Posazení na toaletu a vstání z ní 10 = samostatně bez pomoci (usednutí, otření, oblečení, zvednutí) 5 = potřebuje pomoc, ale zvládá některé úkony samostatně 0 = závisle na pomoci	<input type="text"/>
Koupání nebo sprchování 5 = samostatně koupání nebo sprchování 0 = závisle na pomoci	<input type="text"/>
Chůze (pohyb na vozíku) na rovném povrchu 15 = chůze samostatně (případně s oporou, např. holi) nad 50 metrů 10 = chůze s malou pomocí nad 50 metrů 5 = samostatný pohyb na vozíku, včetně zatáčení, nad 50 metrů 0 = imobilní, nebo mobilní do 50 metrů	<input type="text"/>
Chůze do schodů a ze schodů 10 = samostatně bez pomoci 5 = s pomocí (verbální, fyzickou, s podporou) 0 = nevládne	<input type="text"/>
Oblékání a svlékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů) 10 = samostatně 5 = potřebuje pomoc, ale zvládá z poloviny samostatně 0 = závisle na pomoci	<input type="text"/>
Ovládání stolice 10 = kontinentní 5 = příležitostné nehody nebo potřeba pomoci s aplikací klystýru 0 = inkontinentní	<input type="text"/>
Ovládání močení 10 = kontinentní 5 = příležitostné nehody nebo potřeba pomoci s externí pomůckou 0 = inkontinentní, nebo katetrizovaný bez možnosti samostatného močení	<input type="text"/>
Celkový součet (0-100)	<input type="text"/>

Zdroj: <https://www.uzis.cz/res/file/klasifikace/barthelove-test/barthelove-test-zakladni-20180525.pdf>

Příloha č. 3: Osa, vedení a otázky pro rozhovor

Dobrý den, jsem studentkou vysoké školy v oboru Všeobecné ošetřovatelství a mé téma bakalářské práce je Edukace rodinných příslušníků pečujících o hygienu nesoběstačného člověka. Ráda bych Vás požádala o krátký rozhovor formou odpovědí na mé otázky týkající se provádění hygieny. Vaše odpovědi budou zpracovány do mého výzkumného šetření v bakalářské práci. Náš rozhovor bude zcela anonymní a bude sloužit výhradně pro účely mé bakalářské práce. Neexistují správné ani špatné odpovědi, zajímají mě Vaše osobní zkušenosti. Vaše odpovědi si budu nahrávat na diktafon a po přepsání do písemné formy budou všechny audio záznamy smazány.

Lucie Matějková, 3. ročník, obor Všeobecné ošetřovatelství, Vysoká škola Polytechnická Jihlava

Cíl výzkumného šetření: Cílem bakalářské práce je zjistit, jak jsou rodinní příslušníci poučeni o správném provádění hygieny u nesoběstačného člověka v domácím prostředí.

Otázky k rozhovoru:

1. Základní obecné otázky
 - a. Věk
 - b. Pohlaví
2. Jak probíhá edukace rodinných příslušníků v oblasti péče o nesoběstačného člověka a jaké jsou jejich potřeby v rámci nácviku péče?
 - a. Jaké informace o další péči o vašeho blízkého jste dostal/a v nemocnici nebo při konzultacích se zdravotníky?
 - b. Ukazoval vám někdo konkrétně, jak pečovat o vašeho blízkého? Například polohování, hygienu nebo manipulaci? Jak to probíhalo?
 - c. Byly informace o další péči, která bude probíhat doma, srozumitelné a přínosné?
 - d. Bylo něco, co vám chybělo nebo byste potřeboval/a vysvětlit víc, než se váš příbuzný vrátil domů?
3. Jak rodinní příslušníci zvládají péči o nesoběstačného člověka po příchodu domů a jaké zdroje informací či podpory využívají?
 - a. Jaký pro vás byl přechod z nemocnice do domácí péče?
 - b. S jakými největšími obtížemi jste se setkal/a v prvních dnech, když se váš blízký vrátil domů?
 - c. Když si nejste něčím jistý/á, kde hledáte informace nebo pomoc? (odborníci, domácí péče, internet, rodina, ...)
 - d. Využíváte nějakou pomoc nebo služby, které vám péči ulehčují? A je něco, co byste využívat chtěl/a, ale nemáte možnost?
4. Jak rodinní příslušníci zvládají hygienu nesoběstačného člověka v domácích podmínkách a jaké faktory ovlivňují její provádění?
 - a. Můžete mi popsat, jak u vás doma probíhá každodenní hygiena vašeho blízkého? Jak si ji organizujete?
 - b. Jaké pomůcky nebo vybavení při hygieně používáte? Je něco, co by vám péči usnadnilo, ale chybí vám to?
 - c. S jakými obtížemi se při zajišťování hygieny nejčastěji setkáváte? (Může jít o fyzickou náročnost, technické problémy, psychickou zátěž nebo čas.)
 - d. Jak se při provádění hygieny cítíte vy osobně? Cítíte se jistě, nebo máte někdy obavy, že něco děláte špatně?

HYGIENA V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Jak pečovat o blízkého, který potřebuje pomoc

Správná hygiena pomáhá předcházet infekcím, chrání pokožku a zvyšuje pohodlí nemocného.

Jak pečovat o hygienu

- *myjte jemně a v klidu*
- *postupujte od čistého ke špinavému*
- *nezapomeňte na **intimní hygienu***
- *dbejte na hygienu **dutiny ústní***
- *zapojte blízkého podle jeho možností*

Péče o pokožku

- *při mytí sledujte **změny na kůži***
 - *udržujte pokožku čistou a suchou*
 - *při péči o pokožku používejte vhodnou kosmetiku*
 - *pokožku dobře osušte (hlavně záhyby)*
 - *kožní záhyby kontrolujte a promazávejte krémem (např. se zinkem)*
 - *pravidelně promazávejte ochranným krémem*
- TIP: Mějte hygienické pomůcky po ruce a sledujte pokožku každý den.**

Péče při plenách

- *udržujte v suchu a čistu, pravidelně je měňte*
- *vždy nejdříve očistit a osušit*
- *pak použijte ochranný krém*
- *používejte správnou velikost a savost pleny*

Prevence proleženin

- *pomáhejte nemocnému měnit polohu*
- *Sledujte riziková místa, hlavně záda, paty, lokty a boky*
- *udržujte suchou pokožku, ale ošetřujte ji krémem*

Pamatujte:

Pravidelná péče pomáhá předcházet komplikacím.