

Univerzita Karlova v Praze

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Bakalářský studijní program Ošetrovatelství

obor Všeobecná sestra

Spokojenost s ošetrovatelskou péčí u klientů s tělesným postižením

Bakalářská práce

Autor práce: Radka Sládková

Vedoucí práce: PhDr. Marie Hlaváčová

Rok zpracování: 2008

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně a veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně UK 2. LF.

V Praze dne.....

.....

Podpis studentky

Poděkování:

Děkuji PhDr. Marii Hlaváčové za trpělivost, cenné rady a odborné vedení bakalářské práce. Zvláštní dík patří odborným konzultantům, přátelům a členům Organizace vozičkářů Petýrkova, kteří se zúčastnili při sběru informací.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou klientů s tělesným postižením a jejich spokojeností s ošetrovatelskou péčí během hospitalizace.

V úvodu teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy týkající se ošetrovatelské péče. Dále jsou popsány základní typy postižení - vrozené a získané, doplněny nejčastějšími onemocněními. Následující kapitola je věnována posouzení stupně závislosti na druhé osobě a využívání služeb osobní asistence. V České republice existuje mnoho organizovaných aktivit pro osoby s tělesným postižením, proto práce obsahuje stručný přehled organizací působících na území Prahy. V závěru teoretické části jsou připomenuta pravidla komunikace s osobami s pohybovým postižením.

Práce byla zaměřena na získání údajů z průzkumného šetření, kterého se zúčastnila skupina 52 respondentů. Otázky dotazníku byly orientovány na míru spokojenosti klientů s třemi okruhy - s ošetrovatelskou péčí, s vybavením a příslušenstvím pokoje a s přístupem zdravotnického personálu ke klientům. Výsledky šetření byly vyhodnoceny a zakresleny do grafů. Stanovené hypotézy jsou rozebírány v diskusi.

Většina respondentů je spokojena s přístupem sester. V ošetrovatelské péči dotazovaní upozorňují na odlišnosti mezi nemocnicemi a mezi typy oddělení. V závěru práce byly zdůrazněny i návrhy na zlepšení ošetrovatelské péče.

KLÍČOVÁ SLOVA:

ošetrovatelská péče, osoby s tělesným postižením, osobní asistence, spokojenost s ošetrovatelskou péčí

ABSTRACT

This bachelor work addresses the issue of physically handicapped clients and their satisfaction with nursing care during hospitalisation.

The introduction the theoretical part defines basic terms related to nursing care. Then there is a description of primary types of disablement – congenital and acquired, which is complemented by the most frequent illnesses. The next chapter is dedicated to an examination of the level of dependence upon other persons and the use of personal assistance services. There are many organised activities for physically handicapped persons in the Czech Republic which is why the paper includes a concise overview of organisations operating in Prague. The conclusion of the theoretical part mentions principles of communication with persons suffering from physical disabilities.

The aim of the work was to gather data by means of a survey that queried a group of 52 respondents. The questionnaire's inquiries were focused on the clients' satisfaction with three areas – nursing care, equipment and accessories in a hospital room, and the medical staff's approach and attitude towards the clients. The answers were analysed and graphed. Postulated hypotheses are discussed in the discussion.

Most of the respondents were satisfied with the approach of the nurses. The participants also noted differences in nursing care in different hospitals and types of departments. The paper points out suggestions for improvements of the nursing care.

KEY WORDS:

nursing care, physically handicapped persons, personal assistance, satisfaction with nursing care

OBSAH

1 ÚVOD	7
2 TEORETICKÁ ČÁST	8
2.1 Problematika klientů s tělesným postižením	8
2.1.1 <i>Ošetrovatelská péče - základní pojmy</i>	8
2.1.2 <i>Integrace osob s tělesným postižením</i>	10
2.1.3 <i>Typy tělesných postižení</i>	11
2.1.2.1 <i>Vrozená tělesná postižení</i>	12
2.1.2.2 <i>Získaná tělesná postižení</i>	14
2.1.4 <i>Stupně závislosti</i>	17
2.1.5 <i>Osobní asistence</i>	18
2.2 Organizace pro osoby s tělesným postižením	20
2.2.1 <i>Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (NRZP ČR)</i>	20
2.2.2 <i>Organizace tělesně postižených osob v Praze</i>	20
2.3 Komunikace s klienty s pohybovým postižením	26
2.3.1 <i>Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením</i>	27
3 EMPIRICKÁ ČÁST	30
3.1 Cíl průzkumu a hypotézy	30
3.1.1 <i>Cíl průzkumu</i>	30
3.1.2 <i>Hypotézy</i>	30
3.2 Metodika průzkumu	30
3.3 Organizace předvýzkumu a průzkumu	31
3.4 Charakteristika zkoumaného vzorku	31
3.5 Zdroje odborných poznatků	31
3.6 Výsledky průzkumu a jejich interpretace	32
3.7 Diskuse	48
4 ZÁVĚR	54
5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	56
6 SEZNAM PŘÍLOH	59

1 ÚVOD

Téma mé bakalářské práce „Spokojenost s ošetrovatelskou péčí u klientů s tělesným postižením“ jsem si vybrala proto, že mám možnost v posledních třech letech nahlédnout a aktivně se podílet v oblasti osobní asistence.

Pohybují se v okolí osob se zdravotním postižením, kteří mě přivedli na myšlenku se touto problematikou zabývat. V průběhu studia mi byly podány informace o této „menšině“ pouze okrajově. Z tohoto důvodu předpokládám, že mnoho zdravotnických pracovníků také nebylo dostatečně poučeno. Z vlastní zkušenosti mohu porovnat péči o klienta dočasně ležícího s ošetřováním klienta pohybujícího se pomocí invalidního vozíku. Záměrem práce je poukázat na problematiku zdravotně postižených především proto, aby se předešlo případným komplikacím či nedorozumění v komunikaci během hospitalizace.

Hlavním cílem průzkumu je zjistit, zda jsou klienti s tělesným postižením spokojeni s ošetrovatelskou péčí. Zajímalo mě, jaká úskalí přináší těmto lidem průběh hospitalizace.

V teoretické části jsou připomenuty základní body v oblasti ošetrovatelské péče a zdůrazněny informace týkající se osob s tělesným postižením. Pro splnění cíle jsem v průzkumné části použila dotazníkovou metodu. Výsledky průzkumu a jejich zpracování jsou součástí praktické části.

Nestává se, že by byl klient s pohybovým postižením denně hospitalizován, ale přesto by měl být zdravotnický personál informován o jeho specifických potřebách. Tato práce upozorňuje na to, že klienti s pohybovým postižením potřebují více pozornosti, pochopení. Pokud se klienti neobejdou bez pomoci, neměli by se jí dožadovat. Jejich přání a prosby by měly být splněny, ještě než je vysloví. V závěrečné části bakalářské práce jsou zhodnoceny předem stanovené hypotézy a na základě výsledků průzkumu stanoveny návrhy na zlepšení ošetrovatelské péče.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Problematika klientů s tělesným postižením

2.1.1 Ošetrovatelská péče - základní pojmy

Hlavním cílem moderního ošetrovatelství je *spokojenost* ošetrovaného člověka, jeho celková psychická, fyzická a sociální pohoda. Spokojenosti lze dosáhnout dodržením komplexního a individualizovaného přístupu k nemocnému, pomocí aktivně nabízené péče vycházející z potřeb klienta a kolektivní orientace *ošetrovatelské péče*. (4, 9)

Kutnohorská J. popisuje pojem *péče*: „Péči definujeme jako pomoc potřebným formou asistence, podpory, ulehčení a zmocnění ve zdraví, při zlepšování kvality života a při střetu s nemocí, postižením nebo hrozbou smrti. Péče je poskytována humanistickým, empatickým a uctivým způsobem a naplňuje důležité potřeby jedince a jeho rodiny (případně komunity). Pečování je přirozené, univerzální pro celé lidstvo (péče matky o dítě).“ (KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*, 2007, str. 43)

Člověk s tělesným postižením potřebuje specifickou ošetrovatelskou péči, která se přizpůsobuje klientovým potřebám a zvláštnostem onemocnění, jako je celkový zdravotní stav, psychické změny a sociální statut. Zvláštnosti *ošetrovatelské péče* jsou zaměřeny na tyto požadavky: udržet člověka co nejdéle soběstačného a zlepšit kvalitu života, udat směr nebo životní program v psychických a sociálních aktivitách, uspokojit základní potřeby. Dalším předpokladem poskytování ošetrovatelské péče je zvýšení psychické a fyzické kapacity člověka, předcházení komplikací a urychlení léčebného procesu. Kromě toho je nutné dodržovat práva pacientů a spolupracovat s pacienty, s jejich rodinou a známými. K základní ošetrovatelské péči patří hygienická péče, péče o kůži, prevence a léčení dekubitů, péče o lůžko a prádlo, péče o stravování a pitný režim. Dále součástí ošetrovatelské péče je prevence komplikací z omezeného pohybu, nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy, aktivizace psychická a fyzická, péče o prostředí. (9)

Etické aspekty ošetrovatelské péče jsou zaznamenány v etických kodexech. Etické kodexy a doporučení tvoří základnu pro usměrňování vztahů mezi ošetřujícími, klientem, společností a profesí. Dále vytvářejí standardy pro ošetrovatelství, slouží jako základna pro profesní vývoj a také pomáhají veřejnosti porozumět profesionálnímu jednání zdravotníků. Etické kodexy lze zařadit do aplikované etiky, která by měla být samozřejmou součástí odborné kvalifikace a ovlivňovat správné jednání. Mezinárodní rada sester (ICN - International Council of Nurses) určuje tyto etické principy péče - upřednostnit přání nemocného, udržovat život, neškodit nemocnému, dbát na důstojnost pacienta a být důvěryhodný. (4)

Kvalitu ošetrovatelské péče stanovují *ošetrovatelské standardy*. Ošetrovatelské standardy představují soubor dohodnutých profesních norem kvality. Standard je návod, podle kterého můžeme posuzovat, zda ošetrovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni. Standardy je možné vydat ve formě právních předpisů (zákony, vyhlášky), metodická opatření Ministerstva zdravotnictví zveřejněná ve Věstníku MZ, nebo jsou vypracovány zdravotnickým zařízením, profesní organizací, apod. Ošetrovatelské standardy se týkají kategorií a kvalifikace ošetrovatelského personálu, ošetrovatelské dokumentace, vykonávání ošetrovatelského procesu, pracovních postupů, vybavení a personálního obsazení daného zdravotnického zařízení z hlediska ošetrovatelské péče.

Jednou z povinností vedoucích pracovníků v ošetrovatelství je i průběžně hodnotit na svém pracovišti kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, profesionální přístup ošetrovatelského personálu ke klientům, organizaci práce ošetrovatelských pracovníků a spokojenost klientů s ošetrovatelskou péčí.

S hodnocením kvality ošetrovatelské péče souvisí i tzv. *ošetrovatelský audit*. Audit je systematický způsob zhodnocení ošetrovatelské péče a následná diskuse o kvalitě poskytované péče se zaměřením na její účinnost, etickou přiměřenost a finanční efektivitu. Existují dva druhy hodnocení, průběžné a zpětné. Průběžné hodnocení hodnotí probíhající péči. Zpětné hodnocení posuzuje již poskytnutou péči a to na základě studia ošetrovatelské dokumentace a jiných písemných dokumentů,

např. ankety spokojenosti klientů s ošetrovatelskou péčí. Audit potvrzuje správně vykonanou práci a upozorňuje na oblasti, na které je třeba více se zaměřit. (7)

2.1.2 Integrace osob s tělesným postižením

Samotné slovo integrace znamená začlenění, zapojení. O integraci osob s tělesným postižením do „normálního života“ se zmiňuje Charta práv tělesně postižených osob (viz příloha č. 1).

Na konci šedesátých let ve Spojených státech amerických založil Ed Roberts hnutí Independent Living (Nezávislý život). Ed Roberts žil v Kalifornii. Přestože měl těžké tělesné postižení, kdy nemohl být bez dýchacího přístroje, studoval na univerzitě v Berkley. Stejně jako jeho přátelé s podobným postižením nechtěl svůj život strávit někde v nemocnici či v ústavech sociální péče. Proto založil toto hnutí, které mělo hlavní cíl dosáhnout plné rovnoprávnosti zdravých lidí a lidí s postižením. Pokud se dosáhne plná rovnoprávnost ve společnosti, je dosažen nezávislý způsob života lidí s postižením. Plnou rovnoprávností se rozumí postavení v oblasti sociální, politické, ekonomické a kulturní. Členové hnutí také připomínali myšlenku, že při pomoci, při jakýchkoliv akcích nebo při organizování čehokoliv, co se týká života osob s postižením, je důležité se řídit jejich potřebami a přáními. Jedním z hesel, které hnutí zdůrazňovalo, bylo: „Nejlepším odborníkem na život s postižením je sám člověk, který má postižení“. (9, 15)

Aby se osoby s tělesným postižením mohli zařadit do společnosti, je důležité odstranit překážky, bariéry. Bariérou pro osoby s tělesným postižením je především nevhodné architektonické uspořádání budov. Některé školy, veřejné budovy, společenské prostory mají úzké dveře méně než 80 cm, nedostatečný manévrovací prostor pro vozík, vysoký nábytek či obslužné pulty, schody, atd. Nelze opomenout stav pozemních komunikací, např. chodníky bez nájezdů. Dále pak obtíže při dopravním spojení, především nedostatek nízkopodlažních veřejných dopravních prostředků v oblastech mimo Prahu. Na některých stanicích metra chybí pojízdné plošiny. Osoby s tělesným postižením musí řešit otázku hledání zaměstnání s ohledem na jejich zdravotní stav. Všechny tyto překážky a mnoho dalších velice

omezují svobodné rozhodnutí osoby s tělesným postižením, je totiž odkázána pouze na možnosti, které jí jsou přístupné.

Na odstranění bariér a na snadnější integraci osob by se měla podílet celá společnost. Velkou zásluhu na zlepšení života osob s tělesným postižením mají převážně příslušné organizace, které na určité problémy upozorní nebo je svými prostředky mohou vyřešit. (21)

Například v roce 2002 v Praze vznikl Projekt Integrace pro zdravotně a mentálně postižené občany. Členové tohoto projektu vytvořili program integrace s podtitulem: „Program přechodu k samostatnosti pro osoby se zdravotním postižením“, v kterém se zaměřují na vzdělávání a zaměstnávání těchto osob v chráněných tréninkových dílnách v Praze 10. (32)

Národní rozvojový program Mobility pro všechny je další složkou, která se zabývá integrací osob s tělesným postižením. Program vznikl 16. 4. 2002 spoluprací Vládního výboru pro zdravotně postižené občany a Národní rady zdravotně postižených ČR. Program Mobility je zaměřen na zvyšování bezpečnosti dopravy a jejího zpřístupňování osobám s omezenou schopností pohybu a orientace. (28)

2.1.3 Typy tělesných postižení

Pod pojmem tělesná postižení si můžeme představit omezení hybnosti až omezení pohybu nebo popř. dysfunkci motorické koordinace. Mezi hlavní příčiny patří poškození, vada či funkční porucha nosného a pohybového aparátu (tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení), s tím souvisí porucha centrální či periferní nervové soustavy. Většinou jsou tyto vady patrné na první pohled, mají charakter trvalého snížení funkční výkonnosti i ztráty schopnosti v některé oblasti nebo ve více motorických oblastech. Společným znakem takto postižených lidí je primární redukce obvyklých aktivit, v některých případech nastává částečná až úplná imobilita. (1)

Tělesná postižení můžeme rozdělit na 2 typy - vrozená a získaná. Vrozená onemocnění mohou být dědičná či mohou vzniknout u plodu během nitroděložního života až do okamžiku porodu. Získaná onemocnění vznikají po porodu.

2.1.2.1 Vrozená tělesná postižení

Do skupiny vrozených tělesných postižení zařazujeme veškeré odchylky od normálního tvaru těla a končetin, tedy deformity neboli abnormity čili anomálie (poruchy tvaru a velikosti, rozštěpy, apod.). Existuje celá řada postižení z tohoto plynoucích, ale pro účely bakalářské práce byla vybrána tato onemocnění - dětská mozková obrna, spinální svalová atrofie, svalová dystrofie (myopatie).

Dětská mozková obrna (DMO)

Vokurka M. a Hugo J. uvádí: „Dětská mozková obrna patří do neurologických onemocnění dětí, které je následkem poškození mozku v těhotenství, během porodu a po něm. V časném dětství se objevují poruchy vývoje, zejména poruchy v pohybové sféře (obrny, nebo naopak četné neusměrněné, neúčelné pohyby), mohou být i poruchy řeči. Postižení inteligence je různé.“ (VOKURKA M., HUGO J. a kol., *Velký lékařský slovník*, 2002, str. 171)

Lanc T. se na semináři o problematice osobní a pedagogické asistence zmínil o tom, že většina populace si o lidech s mozkovou obrnou myslí, že jsou mentálně postižení. To je však velký omyl. Je pravda, že někteří mohou mít poškozený mozek a je porušen jejich intelektuální vývoj. Ale většina z postižených má průměrnou nebo nadprůměrnou inteligenci. Některé formy DMO se projevují nekoordinovanými pohyby, přerušovanou a nesrozumitelnou řečí - právě tyto související příznaky mohou způsobovat mylné domněnky lidí.

Příčiny vedoucí ke vzniku DMO jsou uváděny především onemocnění, virové infekce (zarděnky, cytomegalovirová infekce) během těhotenství či nedostatečná schopnost placenty zásobit plod živinami. Dříve toto poškození při porodu způsobovala hypoxie, snížená hladina kyslíku ve tkáních, z důvodu déle probíhajícího porodu nebo patologické polohy dítěte. To je v dnešní době, díky moderní technice, vzácné. Po narození se u dítěte může rozvinout žloutenka nebo infekce, které také mohou způsobit mozkové poškození. Neexistují dva lidé s DMO, aby měli zcela stejný stupeň postižení. V některých případech mohou být následky tak malé, že je prakticky nelze rozpoznat. Nebo naopak mohou být stavy, kdy jsou

ochrnuté všechny čtyři končetiny, narušená řeč, sluch i zrak a navíc doprovázené mentálním postižením nebo epilepsií.

Formy DMO

- Spastická diparéza, diparetická forma je nejčastější formou DMO. Jde o poškození zevní vrstvy mozku, šedé kůry, která je odpovědná za základní životní funkce - myšlení, pohyb a vnímání, objevuje se celková ztuhlost a únavnost svalstva.
- Hemiparetická forma je porucha, která se nachází v jedné z mozkových hemisfér.
- Bilaterální hemiparéza neboli kvadraparetická forma často představuje nejtěžší formy DMO, kdy jsou postiženy obě poloviny těla, velmi často se vyskytuje mentální retardace.
- Hyperkinetická či dyskinetická forma neboli atetóza, se týká poškození bazálních ganglií, která se podílí na koordinaci pohybů a odpovídají za jejich plynulost. Mezi charakteristické příznaky patří nepotlačitelné pohyby, potíže s udržení rovnováhy, problémy s ovládáním svalů hlavy a trupu. Všechny tyto abnormální pohyby jsou vyvolané snahou postiženého o vytvoření volního pohybu nebo úsilí udržet posturu. (3)

Spinální svalová atrofie (SMA)

V terminologii se kromě spinální svalové atrofie užívá i pojem spinální amyotrofie. Vzniká již ve fetálním období. Patří do skupiny degenerativních postižení předních rohů míšních. Jde o zvolna progredující svalová onemocnění. Hlavním příznakem je svalová hypotrofie až atrofie se vznikem deformit, které jsou důsledkem nedostatku pohyblivosti. SMA se dělí na mnoho typů. Například I. typ je rychle progredující Werdnigova - Hoffmanova choroba. III. typ neboli nemoc Kugelberga - Welandorové je mírně progresivní, postihuje především proximální svalstvo. (6)

Svalové dystrofie, myopatie

Svalové dystrofie, myopatie jsou onemocnění, jejichž důsledkem je oslabení svalů samotných, nikoliv slabost vyvolána poruchou nervového systému a chybným řízením svalů. Hlavní charakteristické znaky jsou vždy vrozené a nesouvisejí s onemocněním jiné části těla. Svalové buňky se postupně nachází v různých stadiích destrukce. Existují různé typy svalových dystrofií. Uvádím zde nejznámější Duchennovu chorobu. Pfeiffer J. uvádí: „Progresivní svalová dystrofie Duchennova typu je recesivně X chromozomálně dědičné onemocnění, které způsobuje, že se neprodukuje strukturální protein dystrofin (dystrofinopatie). Jde o nejčastější myopatii. Na nervovém systému nenalézáme poruchu, porušeny jsou jen svaly. Onemocnění postihuje chlapce, ženy jsou přenašeči. Svaly jsou vždy postiženy nejvíce na kořenech končetin (pletenci ramenním a pletenci pánevním) a jsou vždy symetrické.“ (PFEIFFER, J.: *Neurologie v rehabilitaci: Pro studium a praxi*, 2007, str. 304)

Svaly postupně atrofují, někdy se i zkracují. Onemocnění chlapců se zjistí především brzy potom, co se začínají učit chodit. Průběh je maligní a většinou končí v období dospívání na respirační či kardiální komplikace, bývá postižen i sval srdeční. (6)

2.1.2.2 Získaná tělesná postižení

Získaná tělesná postižení vznikají nejčastěji po úraze, nesprávným držením těla či následkem nemoci. Patří sem např. úrazová onemocnění mozku a míchy, úrazová poškození periferních nervů, amputace, deformity tvaru těla a jeho jednotlivých částí, dětská infekční obrna, onemocnění kostí, Perthesova choroba. Zde jsou uvedena a vysvětlena nejčastější onemocnění pohybového ústrojí - úrazy míchy, amputace končetin, dětská obrna a roztroušená mozkomíšní skleróza.

Úrazy míchy

Úraz míchy - transverzální léze míšní - vzniká nejčastěji při autonehodách a při sportu, zejména skoky do vody a pády z výšky. Mícha má oproti mozku minimální

plasticitu. Pokud dojde k jejímu přerušení, nastává stav nezvratný. Zatím se nepodařilo znovu vytvořit spojení nebo regeneraci míšních struktur, jako u periferních nervů. Malá naděje nastává tehdy, pokud došlo při úrazu k edému, který později ustoupí, pak nastává šance na znovuoživení funkce. Transverzální léze míšní se dále rozděluje dle rozsahu a místa poškození. Transverzální léze míšní může být relativně ostrá, kdy je jasně dána hranice neporušené a porušené části, označujeme ji jako plegii, úplné ochrnutí, a příznaky se poté objevují na spodní oddělené části. Někdy může být mícha „pouze“ zhmožděná, pak nastává porucha funkce charakteristická pro parézu, periferní obrnu, která může být v rozsahu i několika segmentů.

Kontuze, zranění míchy nastává při luxaci nebo zlomenině obratle. Pokud byl při zranění porušen i páteřní kanál, může to znamenat jasné přerušení míchy. Následky jsou individuální. Záleží na místě poškození v oblasti páteře. Pentaplegie znamená úplné ochrnutí všech čtyř končetin a navíc je poškozena i bránice. Kvadruplegie vzniká od porušené oblasti míšního segmentu C4 do C8 (krční úsek míchy). Závislost na okolí a specifické požadavky jsou velice individuální, dle místa poruchy. Dalo by se říci - čím vyšší poškození, tím větší potřeba pomoci ostatních. Ochrnutí v C4 - všechny činnosti mohou být prováděny pouze ústy či bradou - ovládání elektrického vozíku, psaní na klávesnici, apod. Dýchání může zajišťovat bránice, ale pokud nastanou dechové obtíže, je nezbytně nutné použití dýchacího přístroje. U poruchy C5 - C6 je zajištěno dýchání bránicí. Postižený může být částečně soběstačný - oblékání, obsluha mechanického vozíku po rovině, atd. U přerušení míšního segmentu C7 - C8 je dýchání brániční, může být i plná soběstačnost v denních aktivitách. Někteří jedinci mají osobní automobil, který má upravené řízení pro ovládání horními končetinami. Paraplegie vzniká při porušení míchy od Th2 (hrudní úsek míchy) do L1 (bederní úsek, kde mícha končí). Postižení jsou soběstační, protože nemají ochrnuté horní končetiny. K pohybu využívají mechanický vozík, aparáty na dolní končetiny pro nácvik chůze, ortézy, francouzské berle, apod. (6)

Amputace končetin

Vyhnánek F. uvádí: „Amputace končetin neboli snesení, se provádí pouze tehdy, pokud se vyčerpaly všechny možné terapeutické výkony k její záchraně.

Je indikována v pěti případech:

- při úplné ztrátě krevního oběhu v končetině po vyčerpání všech konzervativních i operačních metod k zajištění krevního oběhu,
- jestliže tkáň končetiny postižené zánětem nebo ischemií ohrožují život nemocného,
- došlo-li k tak těžkému traumatu končetiny, že její zachování je nemožné,
- jestliže těžké poškození končetiny vedlo k úplné ztrátě její funkce,
- je-li kostní tkáň postižena zhoubným nádorem (př. osteosarkom)“.

(VYHNÁNEK, F. a kol. *Chirurgie III, pro střední zdravotnické školy*, 2003, str. 57)

Dětská obrna (poliomyelitida)

Dětská obrna (poliomyelitida) je infekční onemocnění způsobené virem, který poškozoval oblasti páteřní míchy odpovědné za svalový pohyb. Většina onemocnění proběhla skrytě nebo jen s „chřipkovými“ příznaky. U některých dětí pronikl virus do nervového systému a způsobil těžké obrny s následnými deformitami. Nastalo i velké riziko poškození mozku nebo prodloužené míchy, které vyvolalo selhání základních životních funkcí. V dnešní době se toto onemocnění, které dříve vyvolávalo epidemie, nevyskytuje. Proti poliomyelitidě bylo zavedeno povinné očkování zvané Sabinova vakcína. Zajímavostí je, že tehdejší Československo se stalo prvním státem, kde se v roce 1960 poprvé celoplošně podávala tato poliovakcína. (7, 26)

Roztroušená mozkomíšní skleróza (sclerosis multiplex)

Roztroušená mozkomíšní skleróza (sclerosis multiplex) se zařazuje do onemocnění centrálního nervového systému, která se u nás vyskytuje poměrně často. Jsou postiženi častěji ženy než muži, začátek bývá mezi 20. - 40. rokem života. Příčina není jasná, částečně se vědci přiklání k dědičnosti nebo teorii neznámého

viru, avšak nemají jasný důkaz. Při tomto onemocnění je charakteristický průběh, kdy se ataky, akutní vzplanutí nemoci, střídají s remisemi, návraty ke klidu. Příznaky jsou velmi různorodé, záleží na tom, ve kterých částech nervové tkáně se poruchy vyskytují. Při tomto onemocnění vzniká demyelinizace, což je postupná ztráta myelinu, látky, která chrání nervová vlákna. Nejčastěji postupně dochází k poškození celé centrální nervové soustavy. Může vzniknout retrobulbární neuritida očního nervu, závratě spojené s nystagmem, třes, skandovaná řeč, celková únavnost, poruchy čítí, centrální parézy horních i dolních končetin, spasticita či hypotonie svalů nebo poruchy sfinkterů. V pozdějších stádiích nemoci se začínají objevovat celkové poruchy intelektu, poruchy řeči a těžká kachexie. (6)

2.1.4 Stupně závislosti

Tělesné postižení vytváří významné změny v životě postiženého, vzhledem k tomu vznikl zákon, který určuje stupně závislosti, dle kterých se určuje i výše finančního příspěvku na péči. Rozhodujícím bodem je úroveň soběstačnosti. Ta závisí na schopnosti pohybu po okolí a dále na schopnosti samostatně pečovat o svou osobu. Péčí o vlastní osobu se rozumí především takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání, pohybu, obstarávání osobních záležitostí, vyřizování žádostí na úřadech apod. (11)

Na stránkách NRZP se uvádí zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, § 8 : „Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.“

(<http://www.nrzp.cz/zakon-o-socialnich-sluzbach/>)

Na webových stránkách ministerstva práce a sociálních věcí je možno shlédnout Stručného průvodce zákonem o sociálních službách. Mimo jiné se můžeme dočíst, že nárok na příspěvek na péči mají lidé, kteří jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiného člověka, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Proces posouzení stupně závislosti na pomoci jiného člověka zahajuje sociální pracovník. Ten provede sociální šetření v prostředí, kde žadatel žije. Poté se žádosti o příspěvek věnuje posudkový lékař úřadu práce, který hodnotí funkční dopady zdravotního stavu žadatele a přitom vychází z výsledku sociálního šetření. Lékař by měl ve většině případů čerpat a pracovat se zdravotní dokumentací žadatele. Dále může být žadatel vyzván, aby se podrobil doplňkovému speciálnímu lékařskému vyšetření. Žadatel může ztratit možnost získat příspěvek tím, že neumožní provedení sociálního či zdravotního posouzení. (38)

2.1.5 Osobní asistence

První projekt na poskytování služeb osobní asistence podala Pražská organizace vozíčkářů. Její pracovníci, Zdenka Hanáková a Petr Vojtík, prozkoumali zkušenosti ze Švédska a Holandska, upravili pravidla podle svých představ a v roce 1991 začali poskytovat služby osobní asistence svým prvním klientům. Pravděpodobně první klientkou osobní asistence již v Československu byla Ing. Jana Hrdá, která se této sociální službě nadále věnuje, mimo jiné vypracovala i Etický kodex pracovníků osobní asistence (viz příloha č. 2). Princip této služby spočívá

v tom, že postižený člověk má svého osobního asistenta, který mu pomáhá s tím, co sám nezvládne. (15)

V zákoně není tato služba nijak rozlišena, v praxi se většinou rozděluje na *sebeurčující a řízenou*. Pojem sebeurčující asistence si můžeme vysvětlit tak, že klient si sám určuje pravidla osobní asistence, je samostatný v rozhodování - co si může zařídit sám, to si zařídí, dle svých představ si může organizovat práci asistentů. Řízená asistence je podmíněna odbornou přípravou asistentů, jelikož se starají o klienty, kteří nejsou schopni organizovat si svůj životní styl, např. lidé s mentálním postižením. Osobní asistent je zprostředkovatelem v napomáhání klientových cílů, potřeb a přání. (15)

Šamánková M. uvedla principy osobní asistence: „Osobní asistence se řídí principy, které tvoří 4 „D“ (Stejně principy jsou uváděny i pro stanovení podmínek péče o staré a chronicky nemocné.):

- Delimitace. Osobní asistence není vymezena taxativně určenými výkony, jež se mají provádět v daném čase.
- Deprofesionalizace. Klient instruuje své asistenty sám, asistenti nejsou profesionály.
- Demedikalizace. Lékařskou pomoc vyhledává opět člověk s postižením pouze v případě zdravotních problémů, není tedy pouhým subjektem lékařské péče.
- Deinstitutionalizace. Uživatel osobní asistence má možnost žít ve svém bytě a řídit osobní asistenci přímo bez mezičlánku.“ (ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol.,

Základy ošetřovatelství pro studující lékařských fakult, 2004, str. 84)

Pokud tělesně postižení lidé chtějí využít služby osobního asistenta, mohou se informovat u široké škály odpovídajících organizací (příklady organizací - viz příloha č. 3), které tuto službu poskytují nebo využít možnosti podání inzerátu. Organizace zajistí vyškolené a prověřené asistenty, zatímco samostatné vyhledávání přes inzeráty nese i určitá rizika. Bohužel se někdy tělesně postižený klient stane obětí trestného činu (krádeže). Mezi asistentem a klientem by měl být rovnocenný vztah. Ideálním stavem je, když mezi oběma vznikne přátelství.

2.2 Organizace pro osoby s tělesným postižením

2.2.1 Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (NRZP ČR)

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR je dnes uznávaným iniciativním a koordinačním orgánem, který se zabývá obhajobou, prosazováním a naplňováním práv a zájmů zdravotně postižených. NRZP ČR vznikla 27.6. 2000. Hlavním důvodem vzniku byla snaha o sjednocení a vytvoření vzájemné spolupráce mezi jednotlivými organizacemi zdravotně postižených v rámci ČR. Dále spolupracuje s orgány státní správy a samosprávy v ČR a mezinárodními organizacemi a institucemi, čímž se považuje za největšího a nejreprezentativnějšího zástupce organizací osob se zdravotním postižením v ČR. NRZP ČR se stala hlavním poradním orgánem Vládního výboru pro zdravotně postižené občany. Je také členem mezinárodních organizací Disabled Peoples' International, Rehabilitation International a European Disability Forum.

Aby se dostatečně vyřešily specifické problémy jednotlivých skupin zdravotního postižení, existuje v rámci organizační struktury těchto 6 komor - duševně nemocných, mentálně postižených, sluchově postižených, tělesně postižených, vnitřně nemocných a zrakově postižených. „Pro řešení společných otázek života osob se zdravotním postižením jsou vytvořeny odborné komise sociální, legislativní, pro zaměstnávání, pro životní prostředí, pro problematiku zdravotně postižených dětí.“

(<http://www.nrzp.cz/narodni-rada-zdravotne-postizenych-cr/>)

2.2.2 Organizace tělesně postižených osob v Praze

Pro účely bakalářské práce byly vybrány organizace tělesně postižených osob v Praze, které se zaměřují především na osoby s pohybovým postižením (viz příloha č. 3). Všechna tato sdružení patří pod NRZP.

ASISTENCE o. s.

Hlavním posláním organizace je hledat s člověkem s tělesným a kombinovaným postižením jeho vlastní cestu jak se zapojit v běžném životě. Středisko pro tranzitní program je určeno pro mladé lidi s tělesným a kombinovaným postižením, kteří jsou studenty a absolventy škol Jedličkova ústavu. Tranzitní program představuje systém přípravy a podpory při přechodu ze školy do dalšího života jako je možnost dalšího studia, vstup do zaměstnání, rozvoj osobnosti, atd. Centrum pracovní rehabilitace poskytuje služby těm, kteří chtějí získat a udržet si vhodné pracovní uplatnění. Agentura osobní asistence nabízí pomoc lidem s tělesným nebo kombinovaným postižením v produktivním věku z Prahy, kteří v běžném životě potřebují pomoc druhé osoby a studentům středních a vysokých škol. (17)

Asociace muskulárních dystrofií ČR

AMD ČR sdružuje postižené muskulární dystrofií (tzv. myopatií) a dalšími nervosvalovými chorobami. Muskulární dystrofici patří k nejtíže postiženým. Asociace reprezentuje specifické zájmy a potřeby svých členů, pořádá rehabilitačně výchovné kurzy, tuzemské i zahraniční ozdravné pobyty, semináře, šachové turnaje, atd. Důležitou součástí činnosti je vydávání členského časopisu ZPRAVODAJ AMD, který vychází čtvrtletně a je určen pro poskytování informací z oblasti vlastní činnosti AMD, z oboru lékařské vědy a výzkumu nervosvalových chorob. Časopis také přináší novinky ze zahraničí. Cílem činnosti této asociace je trvale sledovat a pomáhat řešit širokou problematiku všech osob postižených nervosvalovými nemocemi. (14)

Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR

Asociace byla založena v roce 1991 a navázala na dlouholetou práci Komise rodičů tělesně postižených dětí, působí celorepublikově a prostřednictvím svých klubů sdružuje všechny, kteří chtějí aktivně pomoci zdravotně postiženým dětem, mládeži a jejich rodinám. Mezi hlavní cíle organizace patří: pomoc v integraci zdravotně postižených dětí, podpora nezávislého způsobu života, odborné semináře pro laickou

veřejnost. Dále se asociace zabývá sociálním poradenstvím, obhajobou práv a zájmů, kulturními a sportovními aktivitami, zařizováním rekreací, přípravou vzdělávacích kurzů a seminářů a také spolupracuje s ostatními institucemi. (16)

Institut Eda Robertse, o.s.

Institut působí celostátně, udržuje zahraniční styky. Jeho služby se zaměřují na vzdělávání, osvětu, přístup k informacím, poradenství, obhajobu práv a zájmů. Členové organizace mají převážně postižení pohybového aparátu. Internetové stránky se zatím připravují. (29)

Klub bechtěreviků

Tento klub se snaží především zajistit plnohodnotný a rovnoprávný život lidí postižených Bechtěrevovou chorobou. Vydává informační občasník „Bechtěrevik“, pořádá rekondiční pobyty, organizuje rehabilitační cvičení a plavání, organizují přednášky a besedy s lékaři. (23)

Klub vozičkářů Petýrkova

Klub vozičkářů Petýrkova je občanské sdružení osob, které jsou odkázáni převážně na vozík pro invalidy. Sdružení zajišťuje svým klientům pomoc v bezbariérových domech v Praze 4 - Chodově prostřednictvím služeb osobní asistence. Dále pořádá rehabilitačně výchovné kurzy, poskytuje poradenství, vydává časopis KLUB, organizuje tuzemské a zahraniční zájezdy, návštěvy kulturních a sportovních akcí. V období 1.1. 2006 do 30.11. 2007 Klub realizoval projekt „Práce na kolečkách“, kdy představitelé projektu hledali pro zájemce vhodné zaměstnání. (24)

Lenio, občanské sdružení

Sdružení bylo založeno v roce 1993 na přání samotných zdravotně postižených s DMO. Zpočátku se zaměřilo na pořádání psychorehabilitačních kurzů. Později, vzhledem k finančním potížím, svou činnost zúžili na poradenskou činnost

zaměřenou na hledání práce pro zdravotně postižené, sociální a právní poradenství, psychologickou poradnu a půjčování kompenzačních pomůcek. (25)

Mobilis, občanské sdružení

Hlavní slogan tohoto sdružení : „Svobodný pohyb - život bez omezení.“ představuje hlavní cíle občanského sdružení, které se snaží o úplnou integraci lidí se zdravotním postižením. Týká se především svobody pohybu (bezbariérová doprava a architektura), svobodný pohyb služeb (občanská práva ohrožených institucionální péčí), svobody a práva na vzdělání a svobodného výběru zaměstnání. (27)

Pražská organizace vozíčkářů (POV)

Pražská organizace vozíčkářů vznikla pro občany pohybující se pomocí vozíku, jejich rodinné příslušníky a přátele, kteří s nejlepší znalostí vlastních potřeb poskytují pomoc lidem s podobnými problémy. Pracovníci POV se snaží zlepšit legislativní podmínky či veřejnou informovanost, přispět k odstranění bariér v architektuře, dopravě nebo zaměstnání. Organizace zajišťuje i poradenství lidem v obtížných situacích, hledá řešení konkrétních nesnází souvisejících s životem s postižením. (30)

PROSAZ - Společnost pro sociální rehabilitaci občanů se ZP

Zájmová organizace Prosaz založena roku 1991 sdružuje lidi se zdravotním postižením z celé České republiky. Jejich hlavní činností je péče o zdravotně-sociální stav zdravotně postižených spoluobčanů. Poskytuje osobní asistenci na celém území Prahy a v bezbariérových domech v Kodymově ulici na Praze 13, v ulici Kpt. Stránského na Praze 9 a v ulici Hornomlýnská na Praze 4. Dále provádí sociální poradenství po telefonu a je možno využít i bezplatné linky telefonické krizové pomoci a poradenství. Zabývá se i aktivním vyhledáváním nových pracovních pozic pro své klienty. (33)

Revma - liga v ČR

Revma - liga ČR sdružuje všechny, kteří mají zájem o zlepšení životních podmínek nemocných s revmatickými chorobami. Liga organizuje přednášky týkající se lepší informovanosti a zvládnání onemocnění, publikuje řadu příspěvků do novin a časopisů zaměřenou na tuto problematiku. Dále pravidelně zajišťuje rehabilitační cvičení, ergoterapeutická i společenská setkání. Revma liga je členem mezinárodní organizace sdružující osoby postižené revmatismem EULAR - European League Against Rheumatism. (34)

Sdružení pro komplexní péči při DMO

Sdružení pro komplexní péči při DMO má v náplni práce: zřizování neziskových zařízení ke komplexní péči o děti a mládež a dospělé ohrožené a postižené DMO, popřípadě zakládat nadace k plnění humanitárních cílů těchto zařízení. Do činnosti sdružení také patří i sledování stavu poznatků ve všech sférách o příčinách, projevech a možnostech prevence a rehabilitace DMO. Následně mají pracovníci v kompetenci šíření těchto poznatků v odborné i laické veřejnosti. Dále poskytují poradenství, vyvíjejí svépomocné aktivity na pomoc postiženým DMO a jejich rodinám. (35)

Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách o.s.

Členem se může stát každý, kdo má zájem se aktivně podílet na zlepšování péče o občany postižené cévní mozkovou příhodou anebo ohrožené vznikem této choroby. Sdružení zřizuje a provozuje kluby a komunitní centra, zajišťuje poskytování poradenství, pořádá odborné přednáškové a konzultační akce, vydává tiskoviny a publikace související s CMP, obhajuje oprávněné zájmy nemocných, podílí se na přípravě právních předpisů a připomínkovém řízení k navrhovaným právním předpisům, organizuje rekondiční pobyty, poskytuje sociální služby. Plně se věnuje svým členům, nemocným CMP s jejich rodinnými příslušníky i osobám ohroženým vznikem tohoto onemocnění. (36)

Společnost C-M-T

Společnost C-M-T vznikla roku 1999. Název CMT - dle choroby Charcot - Marie - Tooth, což je dědičná neuropatie objevena roku 1886. U postižených se postupně zhoršuje hybnost dolních končetin jako následek poškození periferních nervů. Cíle společnosti: poskytovat pomoc a podporu CMT pacientům a jejich rodinám, zlepšovat všeobecnou informovanost o této chorobě, organizovat setkání a edukačně - rekondiční pobyty. Společnost se snaží vytvořit seznam lékařů a dalších zdravotnických odborníků seznámených s CMT problematikou, vytvořit seznam výrobců a dodavatelů pomůcek vhodných pro CMT pacienty, shromažďovat finanční prostředky pro organizování podpůrných programů a rovněž pro výzkum CMT, zprostředkovávat komunikaci mezi pacienty a institucemi. (37)

Svaz paraplegiků

Centrum Paraple pomáhá lidem ochrnutým po poškození míchy přizpůsobit se nové životní situaci, zlepšit fyzický a psychický stav, dosáhnout co největší míry soběstačnosti a nezávislosti. Pracovníci usilují o vrácení klientů do jejich přirozeného prostředí a získat předpoklady ke společenskému a pracovnímu uplatnění. Mezi služby Centra patří: informační a poradenské služby, několik rehabilitačních programů, kurzy práce na PC, pomoc s získáváním zaměstnání, sportovní program, kulturní aktivity a arteterapeutické kurzy. (39)

Svaz postižených civilizačními chorobami v České republice

Tento svaz se zabývá osobami postiženými civilizačními chorobami, především osobami dlouhodobě a trvale nemocnými a seniory. Členové jsou postiženi zejména roztroušenou sklerózou, onkologickými onemocněními a vertebrogenním onemocněním. Svaz poskytuje rekondiční pobyty, letní a zimní tábory pro děti, rehabilitační a edukační pobyty, rekvalifikační akreditované kurzy instruktorů sociální rehabilitace, sociální služby (odborné poradenství, osobní asistenci), vydává odborné publikace, půjčuje kompenzační a rehabilitační pomůcky. (40)

Svaz tělesně postižených v České republice, o.s.

Svaz tělesně postižených v ČR je samostatnou nezávislou organizací, sdružuje členy s cílem hájit specifické potřeby a zájmy tělesně postižených občanů bez ohledu na rozsah jejich postižení. Poskytuje poradenství v oblasti sociální problematiky a legislativních návrhů, pracovní a zdravotní rehabilitaci, aktivní využívání volného času. Pořádá pobytové akce pro zdravotně postižené děti a mládež v dětském středisku Březejc. K zajištění dopravy má k dispozici speciálně upravené mikrobusey. Svaz také půjčuje kompenzační a rehabilitační pomůcky. (41)

Unie Roska - česká MS společnost

Unie Roska má důležité poslání pomáhat lidem s roztroušenou sklerózou. MS (multiple sclerosis) je aktivním členem mezinárodní federace MSIF a její evropské platformy EMSP při EU. Den roztroušené sklerózy v ČR připadá na 25.6., na který zajišťuje kulturní a vzdělávací akce. Unie Roska provozuje několik MS center po celé republice, která jsou využívána pro mnoho služeb - poradenství, jazykové a další kurzy. Unie se zabývá mnoha programy - realizuje ozdravné akce, tuzemské i zahraniční zájezdy, rehabilitační cvičení, hipoterapii. Pořádá konference a výstavy. Vydává celostátní časopis ROSKA, informační zpravodaj Roska plus, osvětové edukační poznávací brožury a regionální tiskoviny. (42)

2.3 Komunikace s klienty s pohybovým postižením

Pravidla komunikace vytváří společnost od nepaměti, od loňského roku se však klade větší důraz na komunikaci s klienty s tělesným postižením. Komunikace udržuje kontakt člověka s lidmi ve svém okolí. Patří mezi nejdůležitější životní potřeby každého jedince. Zaujímá významnou roli při rozvoji osobnosti a má své nezastupitelné místo i při jeho socializaci a edukaci. Při komunikaci se může uplatnit verbální a nonverbální projev. Verbální složka představuje vlastní řeč. Mezi nonverbální projevy řadíme např. pohyby těla (kinezika), mimiku, doteky (haptika),

zrakový kontakt, identifikaci předmětů ukazováním, vokalizaci a expresivní projevy - např. smích a pláč. Komunikační proces je založen na koloběhu informací mezi komunikujícími. U osob s pohybovým postižením dochází mnohdy k narušení komunikačního procesu. Může vzniknout porucha zrakového či sluchového kanálu, díky nimž se informace přijímají. Nebo se může narušit schopnost zpracování, uchování a znovuvybavení informace. Formou poruchy řeči může být i poškození vyjádření vlastního sdělení. (1)

Matějček Z. uvádí: „Tělesná postižení nebo nemoc připravují pro člověka náročnější životní situace. Zvýšené nároky však přinášejí i určitá specifická nebezpečí. Podstatné v psychologii a pedagogice tělesných či smyslových postižení a nemocí nejen u dětí je porozumění jejich životní situaci. Velice záleží na chování zdravotnických pracovníků vůči pacientům - toto chování může léčebné výsledky umocňovat, ale bohužel také znehodnocovat.“ (MATĚJČEK, Z., Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí, 2001, výňatek ze str. 5-6)

Honzák R. se také zmiňuje o tom, že tělesná postižení většinou nedělají potíže s verbální komunikací. Často však vzniká problém, jak takovému pacientovi nabídnout fyzickou pomoc, být přítom efektivní a zároveň neohrozit lidskou důstojnost. (2)

Při rozhovoru s pohybově postiženým klientem je nutné brát v úvahu, zda jde o dlouhodobě, trvale postiženého, či zda je nepohyblivý akutně. Dalším kritériem je rozsah postižení. Při závažných typech ochrnutí dochází i k vymizení mimických pohybů, špatné artikulaci, nebo se naopak mohou objevit abnormální reakce a pohyby. Pokud dojde k problémům v kontaktu s lidmi, může se postižený člověk stáhnout do ústraní. Zařazení postiženého do běžných sociálních vztahů může být ještě těžší, pokud je postižení doprovázeno viditelnými deformitami, mimovolnými záškuby či neartikulovanými zvuky. (11)

2.3.1 Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením

Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením se stalo součástí Projektu NRZP – Desatero komunikace s osobami se zdravotním postižením. Další

desatera se týkají pacientů se sluchovým postižením, se zrakovým postižením, doprovodu pacientů se zrakovým postižením, seniorů (geriatrických pacientů) se zdravotním postižením, a pacientů se syndromem demence.

Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením

1. Zdravotnický pracovník komunikuje při zjišťování anamnézy zásadně s pacientem s pohybovým postižením a nikoliv s jeho případným doprovodem.
2. Při nezbytné manipulaci s pacientem (uložení na lůžko aj.) mu vysvětlíme, co konkrétně potřebujeme, a požádáme jej, aby nám říkal, jak máme postupovat. Většina pacientů přesně popíše způsob manipulace.
3. Dbáme, aby pacient s pohybovým postižením měl ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky. Tím zvyšujeme jeho jistotu a pocit soběstačnosti.
4. Pokud potřebujeme vykonat zdravotnický úkon (odběr krve, aplikace injekce apod.), požádáme pacienta, aby si sám – pokud je to možné – zvolil místo vpichu či jiného zákroku. Pacient obvyklé ví, které místo je nejvhodnější.
5. Zásadně dbáme na to, aby pacientovi s pohybovým postižením byly sanitním vozem současně dopravovány i nezbytné kompenzační pomůcky. Zajistíme, aby „vozíčkář“ měl ve zdravotnickém zařízení k dispozici svůj vozík.
6. Při delším pobytu ve zdravotnickém zařízení zjistíme, které bariéry v pokoji a jeho okolí brání relativně samostatnému pohybu pacienta a snažíme se je odstranit.
7. Maximálně se snažíme, aby pacient nebyl trvale upoután na lůžko, pokud to není nutné.
8. Jen v nejkrajnějším případě používáme takové pomůcky jako je permanentní močový katetr apod. Je to velmi ponižující pro všechny pacienty.
9. Při podávání stravy se vždy informujeme, zda pacient je schopen se najíst, nakrájet si jídlo apod.
10. Zvláště při delších vyšetřeních dbáme na časový prostor na použití WC. (18)

Václav Krása, předseda Národní rady zdravotně postižených ČR, ve svém projevu na konferenci CzechMed (26/03/2007) představil Desatero komunikace s osobami se zdravotním postižením: „Toto Desatero reaguje na stále ještě často projevovaný nedostatek úcty k pacientovi a na časté potlačování jeho důstojnosti ve zdravotnických zařízeních. Desatero je užitečným rádcem a pomocníkem v komunikaci s osobami zdravotně postiženými, kteří výše uvedenými problémy trpí více než ostatní pacienti. Desatero komunikace s osobami se zdravotním postižením vychází ze zkušeností pacientů i ošetřujícího personálu.“ Zásadním problémem ve vztahu lékaře a pacienta je podle Kráasy nedostatečná informovanost pacienta, který často nemá možnost se rozhodnout a činí tak za něj lékař. Důležitým krokem pro zlepšení v této oblasti je podle něj odborné vzdělávání, vydání metodického pokynu a úprava zákona o zdravotní péči. (<http://forum.czechmed.cz/?q=node/1452> - Informační portál pro oblast zdravotnických prostředků)

Školení lidí se zdravotním postižením, kteří pobývají na území hlavního města Prahy, začalo 1.6. 2007. Kurzy probíhají vždy tři dny v měsíci. Po absolvování závěrečných zkoušek, které jsou plánovány na duben 2008, budou moci účastníci tohoto projektu předávat informace pracovníkům veřejné správy a zdravotnických zařízení. Hlavní myšlenka je zaměřena na správný přístup k lidem se zdravotním postižením a jednání s nimi. (29)

3 EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 Cíl průzkumu a hypotézy

3.1.1 Cíl průzkumu

Zjistit míru spokojenosti s ošetrovatelskou péčí u klientů s tělesným postižením

3.1.2 Hypotézy

Na základě výše určeného cíle jsem stanovila tyto hypotézy:

H1 : 40 % klientů s tělesným postižením je spokojeno s ošetrovatelskou péčí

H2 : 2/3 klientů není úplně spokojeno s vybavením pokoje a jeho příslušenstvím

H3: Většina sester a ošetrovatelského personálu nabízí klientům s pohybovým postižením pomoc aktivně

3.2 Metodika průzkumu

Pro tento průzkum jsem zvolila dotazníkovou metodu, která je určena pro hromadné získávání údajů. K získání informací jsem použila dotazník vlastní konstrukce (viz příloha č. 4). V úvodní části dotazníku po mém představení následovala prosba o pravdivé vyplnění dotazníku a stručný návod, jak označit odpovědi. Dále byly respondenti ujištěni o tom, že výsledky budou zpracovány anonymně. Dotazník obsahoval 25 otázek, které byly členěny do tří oblastí, které se týkaly stručné charakteristiky respondentů (otázky č. 1 - 6), průběhu hospitalizace (otázky č. 7 - 20), zamyšlení nad případným zlepšením ošetrovatelské péče (otázky č. 21 - 25). Použity byly vybrány tyto formy otázek: uzavřené - výběr jedné možnosti (otázky č. 1, 2, 4, 7 - 9, 12, 22 - 24), polootevřené - výběr jedné možnosti a její doplnění (otázky č. 3, 5, 10, 11, 13, 14, 16 - 20), otevřené - volný prostor pro vlastní formulaci odpovědi (otázky č. 6, 15, 21, 25). Výsledná data byla zpracována, vyhodnocena a znázorněna formou grafů pomocí programu Microsoft Office Excel 2003.

3.3 Organizace předvýzkumu a průzkumu

Na základě předvýzkumu, provedeného s malým vzorkem respondentů, jsem některá znění otázek změnila, popřípadě doplnila otázky nové. Hlavní průzkumné šetření probíhalo od 7. 11. - 5. 12. 2007, kdy jsem oslovila skupinu respondentů - tělesně postižené občany, někteří ochotně posílali dotazník dále svým přátelům, taktéž s pohybovým postižením. Celkově bylo rozdáno 84 dotazníků (100 %), 62 tištěných dotazníků a 22 v elektronické podobě. Návratnost dotazníků byla 52 dotazníků (62 %), 40 v tištěné a 12 v elektronické formě.

3.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Průzkumný vzorek tvořili převážně členové pražské organizace Klubu vozíčkářů Petýrkova. Sledovaná skupina se celkem skládala z 52 respondentů, z 28 žen a 24 mužů (viz položka a graf č. 1). Počet zástupců v převažující věkové skupině je 18 respondentů ve věku 55 a více, druhou nejpočetnější skupinu tvoří 16 respondentů mezi 25 - 34 lety (viz položka a graf č. 2) . 58 % respondentů žije se svým handicapem od narození, 42 % respondentů postihlo onemocnění v průběhu života (viz položka a graf č. 3, graf č. 4).

3.5 Zdroje odborných poznatků

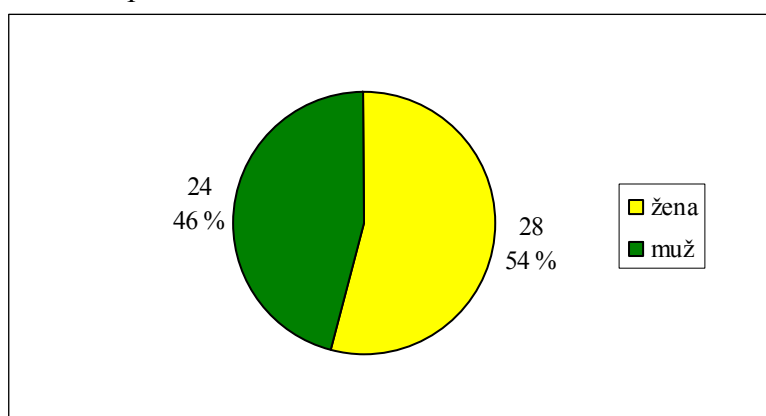
Vědecké poznatky byly získány prostudováním odborné literatury. Dále jsem nacházela aktuální informace pomocí elektronického způsobu vyhledávání - internetu. Praktické poznatky jsem nabyvala vlastní zkušeností z vykonávání osobní asistence, které se již po tři roky věnuji. Také jsem se pasivně zúčastnila odborného jednodenního semináře NIDV (Národní institut pro další vzdělávání) konaného dne 28. 3. 2007 v Praze, na téma „Problematika osobní a pedagogické asistence“, který vedla PhDr. Zd. Kubíčová, Ph.D.

3.6 Výsledky průzkumu a jejich interpretace

Položka č. 1: Pohlaví respondentů (otázka č. 1)

Tato otázka rozděluje respondenty dle pohlaví, výsledky zobrazuje graf č. 1. Z celkového počtu 52 respondentů (100 %) je 28 žen (54 %) a 24 mužů (46 %).

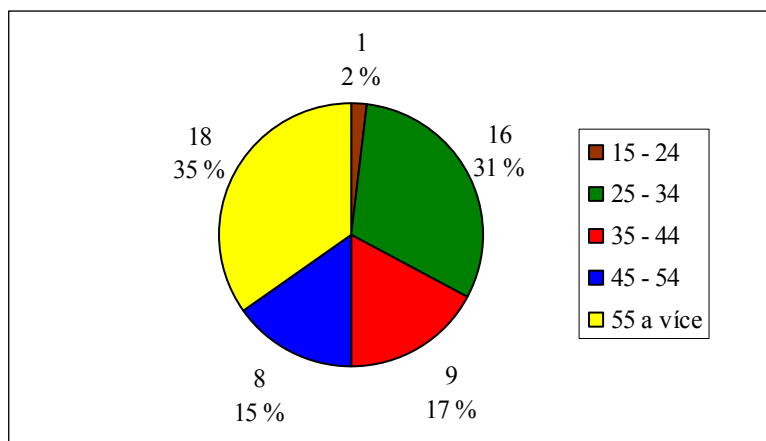
Graf č. 1: Pohlaví respondentů



Položka č. 2: Věk respondentů (otázka č. 2)

Následující dotaz se týkal rozdělení respondentů dle věku. Graf č. 2 znázorňuje, že z celkového počtu 52 (100 %) respondentů je pouze 1 osoba ve věkové skupině 15 - 24 let, 16 (31 %) dotazovaných ve věku 25 - 34 let, 9 (17 %) ve věku 35 - 44 let, 8 (15 %) ve věku 45 - 54 let a 18 (35 %) respondentů ve věkovém rozmezí 55 a více.

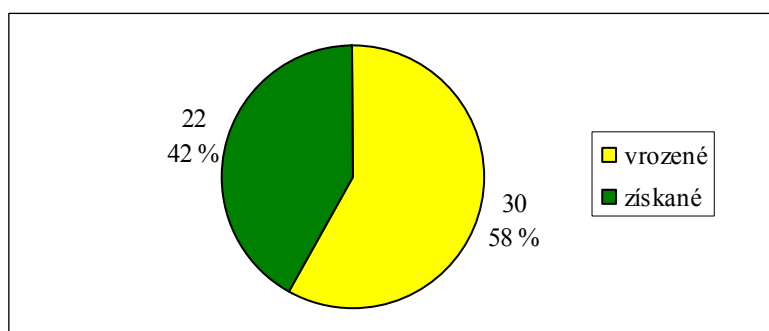
Graf č. 2: Věk respondentů



Položka č. 3: Typy pohybového postižení (otázka č. 3)

Zde mě zajímalo, kolik respondentů má vrozenou nebo získanou vadu. V grafu č. 3 je zřetelné, že z celkového počtu je 30 (58 %) respondentů postiženo vrozenými vadami a 22 (42 %) respondentů vadami získanými.

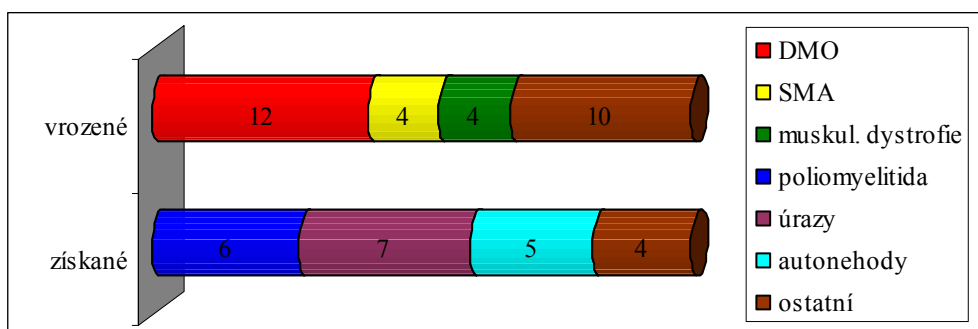
Graf č. 3: Typy pohybového postižení



Součástí byla položena i podotázka zaměřená na přesné druhy onemocnění, zdůraznila jsem nejčastější pohybová onemocnění (graf č. 4). Z celkového počtu 52 respondentů (100 %), je nejvíce respondentů zastoupeno s dětskou mozkovou obrnou (DMO) - vrozená vada, která postihla 12 respondentů. Ostatní vrozené nemoci - 4 respondenti mají spinální muskulární atrofii (SMA), 4 muskulární dystrofii, 10 dotazovaných trpí ostatními pohybovými onemocněními, která jsou vzácná. Ze

získaných vad je 7 klientů po úrazu, 6 dotazovaných onemocnělo poliomyelitidou, 5 bylo účastníkem autonehody a 4 respondenti mají získané vady z jiného důvodu.

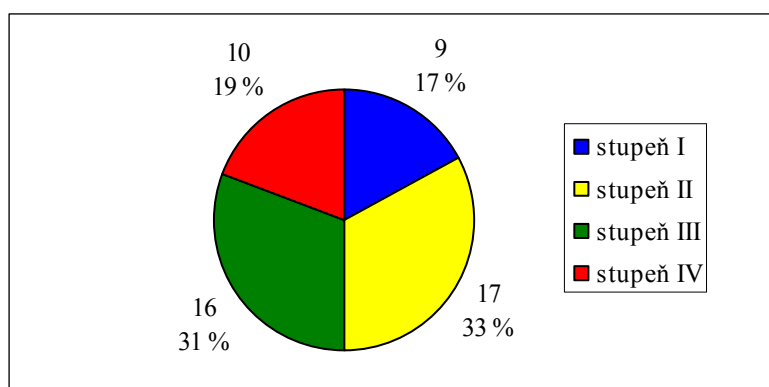
Graf č. 4: Nejčastější pohybová onemocnění



Položka č. 4: Stupeň závislosti na pomoci druhé osoby (otázka č. 4)

Graf č. 5 zobrazuje stupně závislosti respondentů na pomoci druhé osoby. Nejméně pomoci potřebuje 9 (17 %) osob - patří k I. stupni závislosti, 17 (33 %) osob je zařazeno do II. stupně závislosti, 16 (31 %) respondentům odpovídá stupeň závislosti III, 10 (19 %) respondentů je plně závislých na pomoci druhé osoby, tzn. stupeň IV.

Graf č. 5: Stupeň závislosti

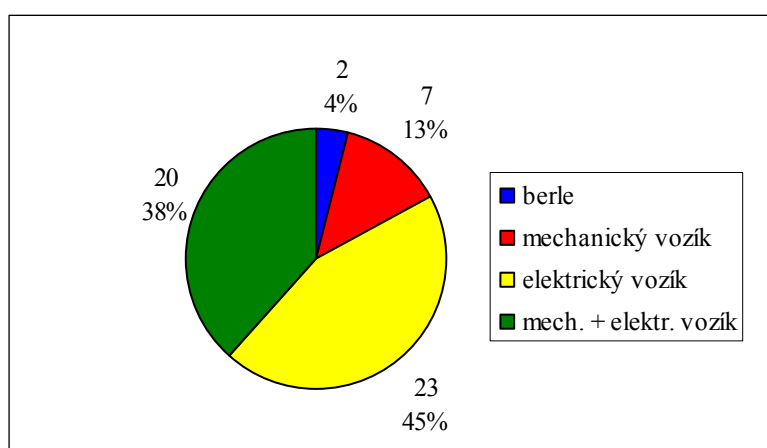


Položka č. 5: Kompenzační pomůcky (otázka č. 5)

Na trhu je pro osoby s pohybovým postižením dostupná široká škála kompenzačních pomůcek, které jsou částečně či plně hrazeny zdravotní pojišťovnou. Rozdílů mezi mechanickým a elektrickým vozíkem je mnoho, pro představu uvádím jen některé. Mechanický vozík je významný především pro lidi, kteří ho sami dokáží používat bez pomoci druhé osoby. Nebo se mechanickému vozíku dává přednost v situacích, kde hrozí překážky (schody, převoz v automobilu pro snadnější rozložení vozíku, atd.). Elektrický vozík je pohodlnější - pomocí ovládací jednotky - joysticku (vhodný pro ovládání rukou, ale i ústy), zvládne řízení většina osob, navíc má oproti mechanickému mnoho dalších výhod - volitelné nastavení výšky a úhlu sedu, větší stabilita, vlastní pohonná baterie, větší nosnost, zajistí pohyb v každém terénu, lze dokoupit i příslušenství, např. překonávač obrubníků nebo zpětné zrcátko.

Zajímalo mě, jaké kompenzační pomůcky respondenti využívají, což zaznamenává graf č. 6. Z celkového počtu používají 2 (4 %) dotazovaní k pohybu berle. 7 (13 %) osob se pohybuje pomocí mechanického vozíku. 23 (45 %) respondentům vyhovuje elektrický vozík a 20 (38 %) dotazovaných má k dispozici mechanický i elektrický vozík. Z výsledku průzkumu mimo jiné plyne, že z celkového počtu 52 respondentů (100 %) vlastní 27 osob mechanický vozík a 43 respondentů elektrický vozík.

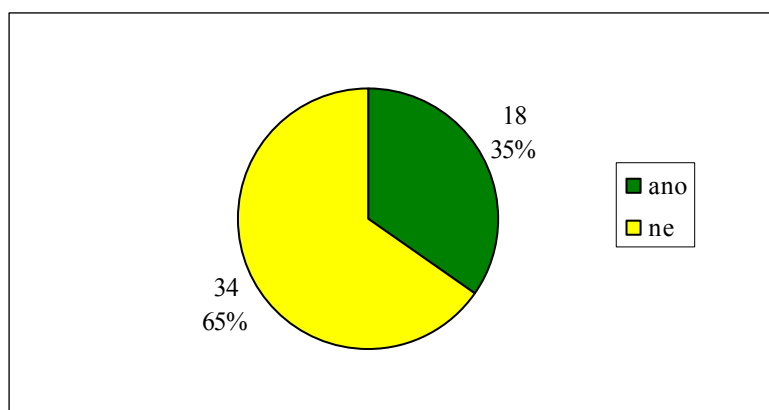
Graf č. 6: Kompenzační pomůcky



Položka č. 6: Specifické pohybové potřeby (otázka č. 6)

U některých klientů s pohybovým postižením nestačí „základní“ polohování celého těla (prevence proleženin). Graf č. 7 zachycuje počet respondentů, kteří mají specifické pohybové potřeby, které sami nezvládnou (změna polohy těla, končetin, atd.). Mezi požadavky 18 (35 %) osob patří: změna polohy končetin či celého těla na lůžku či na vozíku, přidržování hlavy při každé manipulaci, změna polohy z leže v sed, fixace těla pomocí korzetu, opora trupu a hlavy v úhlu 45⁰. Ostatních 34 (65 %) respondentů specifické pohybové potřeby nemá.

Graf č. 7: Specifické pohybové potřeby

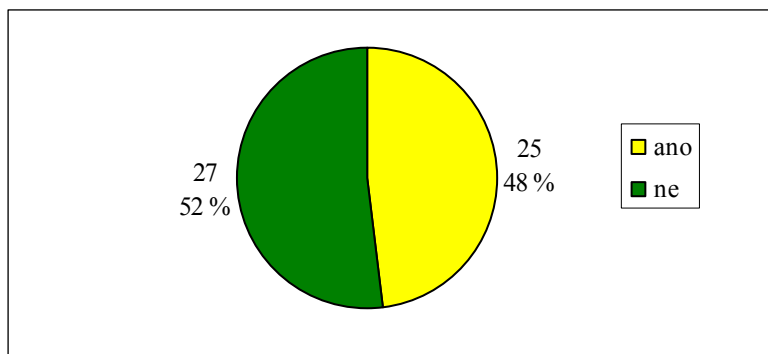


Poznámka k položce č. 6: Bohužel se jedna respondentka setkala s tím, že ji zdravotní sestra odmítla polohovat, ačkoli už ji bolelo proleželé místo s odůvodněním, že musí počkat, až budou otáčet ostatní pacienty.

Položka č. 7: Hospitalizace (otázka č. 7)

V otázce č. 7 byli respondenti dotázáni, zda byli v poslední době hospitalizováni (graf č. 8). Z celkového počtu 52 respondentů (100 %) bylo v poslední době přijato do nemocnice 25 (48 %) respondentů, 27 (52 %) respondentů nemělo důvod k hospitalizaci.

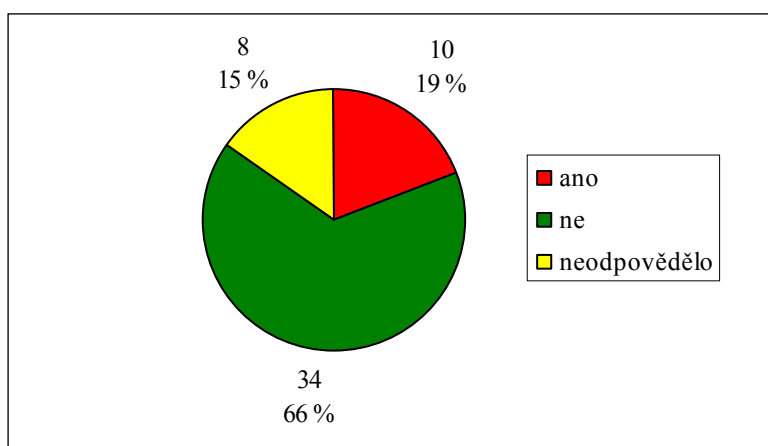
Graf 8: Hospitalizace



Položka č. 8: Seznámení s Desaterem komunikace s pacienty s pohybovým postižením (otázka č. 8)

Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením (viz příloha) by se mělo objevit v základních vědomostech zdravotnických pracovníků, ale i samotných osob s pohybovým postižením. Zajímalo mě, kolik respondentů se s těmito pravidly setkalo, což popisuje graf č. 9. Z celkového počtu 52 respondentů pouhých 10 (19 %) respondentů toto Desatero zná, 34 (66 %) se s ním zatím nesetkalo a 8 (15 %) respondentů na otázku neodpovědělo.

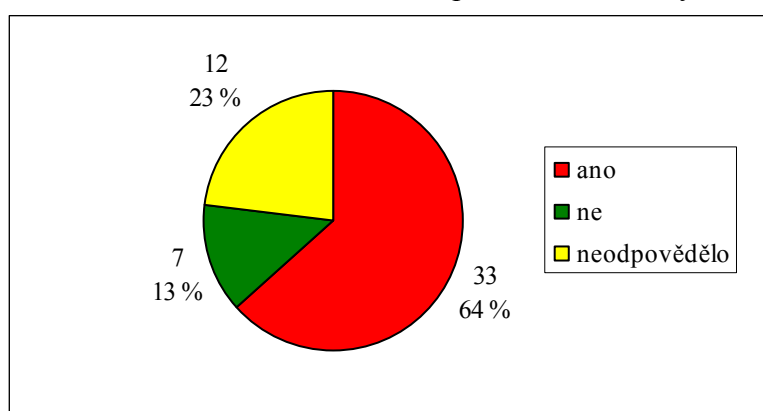
Graf č. 9: Seznámení s Desaterem komunikace s pacienty s pohybovým postižením



Položka č. 9: Přímá komunikace zdravotnického personálu s klienty (otázka č. 9)

Z vlastní zkušenosti vím, že pokud je vedle osoby s tělesným postižením doprovodná osoba, tak většinou lidé komunikují spíše s doprovodem. Graf č. 10 představuje odpovědi respondentů, zda zdravotnický personál komunikoval přímo s nimi. Z celkového počtu 52 respondentů komunikoval zdravotnický personál přímo s 33 (64 %) respondenty. 7 (13 %) dotazovaných uvádí, že zdravotnický personál komunikoval s jejich doprovodem, 12 (23 %) respondentů neodpovědělo.

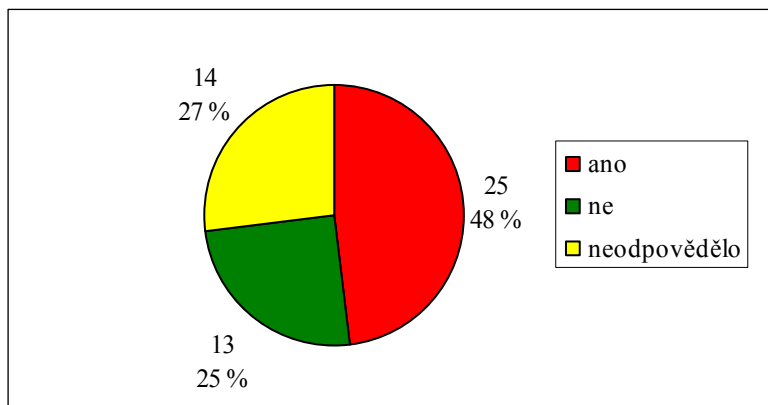
Graf č. 10: Přímá komunikace zdravotnického personálu s klienty



Položka č. 10: Spokojenost s vybavením pokoje a příslušenstvím (otázka č. 10)

Osoba s pohybovým postižením by měla mít ve svém životě přizpůsobené bezbariérové bydlení - pro udržení soběstačnosti a snadnější pohyb. V nemocnicích na standardních odděleních (interní nebo chirurgické) mohou nastat problémy. Graf č. 11 znázorňuje spokojenost s vybavením pokoje a příslušenstvím během hospitalizace. Z celkového počtu 52 (100 %) respondentů 25 (48 %) respondentů je spokojeno, 13 (25 %) klientům vybavení pokoje nevyhovovalo - např. malé pokoje, nepřístupné WC, stará lůžka bez elektrického ovládání. 14 (27 %) respondentů neodpovědělo.

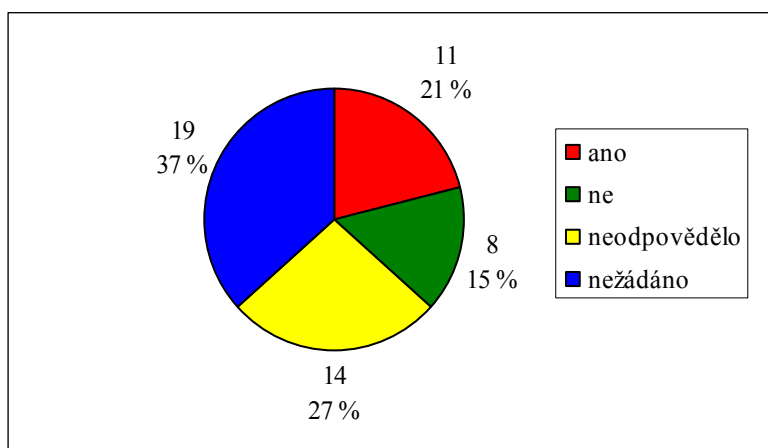
Graf č. 11: Spokojenost s vybavením pokoje a příslušenstvím



Položka č. 11: Možnost ubytování doprovodu (otázka č. 11)

Dle stupně závislosti na pomoci druhé osoby potřebuje klient s tělesným postižením kompenzovat to, co nezvládne sám - ať s pomocí svých blízkých nebo osobního asistenta. Graf č. 12 popisuje výsledky na otázku, kolik respondentů mělo možnost ubytování doprovodu. Z celkového počtu 52 respondentů mělo pouhých 11 (21 %) respondentů možnost ubytování doprovodu, jejich požadavku bylo vyhověno bez problémů. 8 klientům tato nabídka nebyla umožněna, 14 (27 %) respondentů neodpovědělo a 19 (37 %) dotazovaných nežádalo ubytování pro doprovod.

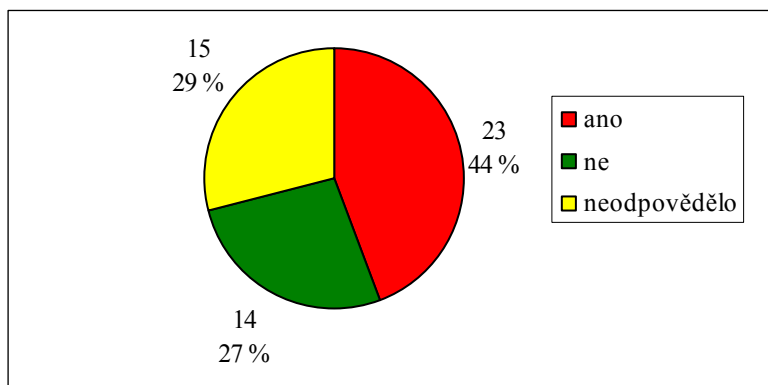
Graf č. 12: Možnost ubytování doprovodu



Položka č. 12: Aktivní pomoc personálu (otázka č. 12)

Graf č. 13 udává, zda zdravotnický personál aktivně nabízel pomoc při jednotlivých běžných denních úkonech. Z celkového počtu 52 (100 %) respondentů bylo 23 (44 %) z nich pomáháno, 14 (27 %) respondentům pomoc poskytnuta aktivně nebyla a 15 (29 %) respondentů neodpovědělo.

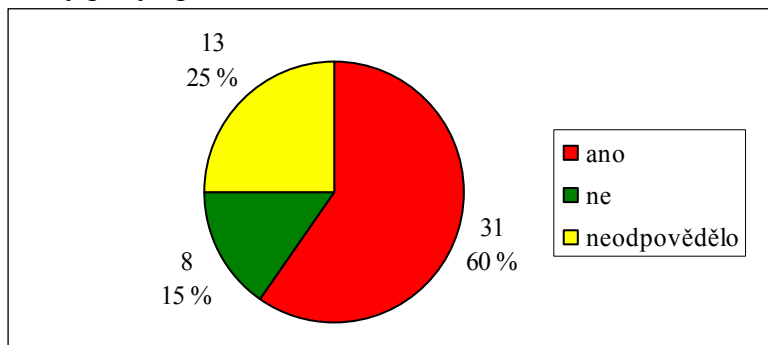
Graf č. 13: Aktivní pomoc personálu



Položka č. 13: Volný pohyb po oddělení (otázka č. 13)

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda se mohli respondenti (pokud to jejich zdravotní stav dovolil) pohybovat po oddělení nebo zda byli upoutáni na lůžku. Odpovědi znázorňuje graf č. 14. Z celkového počtu 52 respondentů se 31 (60 %) respondentů mohlo bez překážek pohybovat po oddělení, 8 (15 %) respondentů bylo z různých (viz poznámka), ale ne ze zdravotních, příčin upoutáno na lůžko a 13 (25 %) respondentů neodpovědělo.

Graf č. 14: Volný pohyb po oddělení

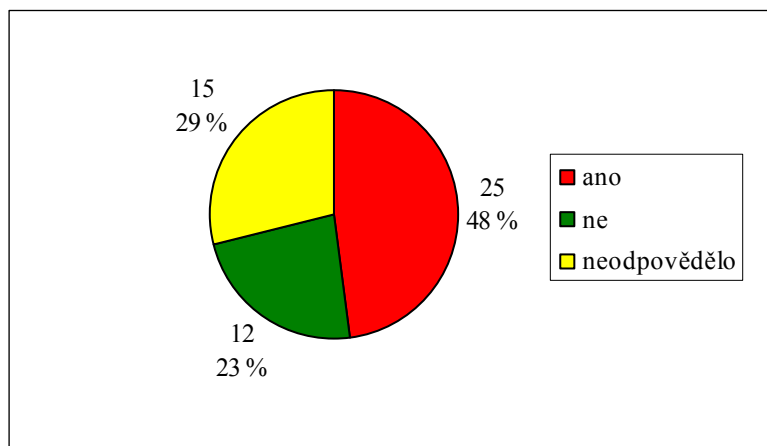


Poznámka k položce č. 13: Volný pohyb u 8 klientů byl omezený z různých příčin, než ze zdravotních. Největším problémem je nedostatek místa pro skladování vozíku, rozměry některých pokojů jsou malé. Dále někteří klienti zvládnou sami ovládat pouze elektrický vozík, který nelze do nemocnice přepravit kvůli těžké hmotnosti a není možné vozík složit pro snadnější přepravu. V tomto případě je jediná možnost použití mechanického vozíku, ale pouze s doprovodem. Jeden respondent také uvedl, že chybí pomocný personál pro pomoc s přesunem z vozíku na lůžko.

Položka č. 14: Pomoc s přesunem (otázka č. 14)

Graf č. 15 zaznamenává, zda klienti potřebovali pomoci s přesunem, např. z vozíku na lůžko. Z celkového počtu 52 respondentů 25 (48 %) z nich potřebovalo pomoci s přesunem - k dispozici jim byl zdravotnický personál či příbuzní, 12 (23 %) respondentů přesun zvládlo samo a 15 (29 %) neodpovědělo.

Graf č. 15: Pomoc s přesunem

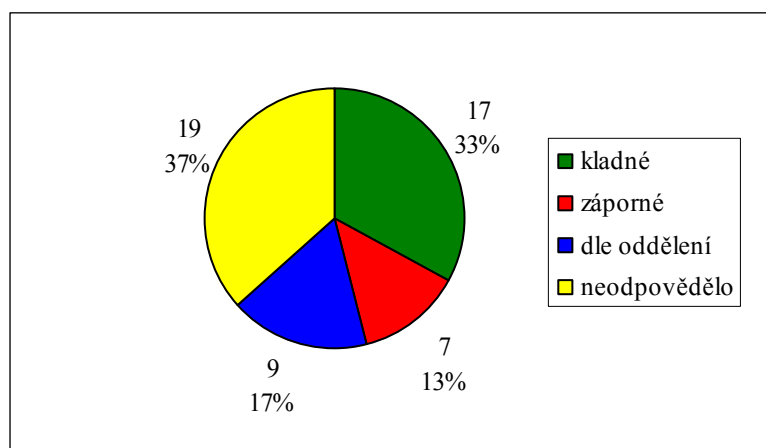


Položka č. 15: Spokojenost s ošetrovatelskou péčí (otázka č. 15)

Zde byla použita otázka otevřeného typu, kdy respondenti byli požádáni, aby zhodnotili stav ošetrovatelské péče. Jejich odpovědi jsem roztřídila a znázornila do grafu č. 16. Z celkového počtu 52 (100 %) respondentů bylo 17 (33 %) dotazovaných

plně spokojeno, 7 (13 %) klientů nespokojeno. 9 (17 %) respondentů uvedlo, že záleží na různých okolnostech (typ oddělení, kvalita personálu, atd.). 19 (37 %) dotazovaných neodpovědělo.

Graf č. 16: Spokojenost s ošetrovatelskou péčí



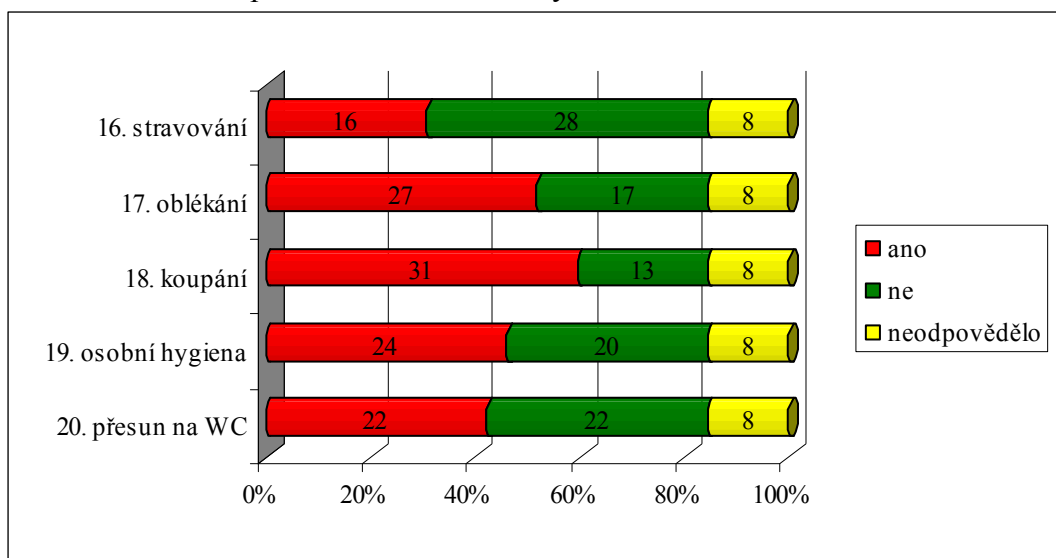
Poznámka k položce č. 15: 9 respondentů, kteří zvolili odpověď - *dle oddělení* uvedli, že rozdíl vidí především na specializovaných jednotkách (ARO, JIP, spinální jednotka), kde je péče na vyšší úrovni oproti péči na standardních odděleních (interní nebo chirurgické oddělení). Jeden respondent také uvedl další důvod, který ovlivňuje míru spokojenosti: „Mám lepší zkušenost s přístupem sanitářů než sester. Nechci vypadat jako škarohlíd, jsou i světlé výjimky. Záleží na koho narazíte, vše záleží na lidech a jejich osobních kvalitách, sociálním citění a empatii. Je mi líto, že většina mých zkušeností je negativních. Myslím, že by hodně změnila motivace a možnosti. Je to asi celkový problém našeho zdravotního systému (málo personálu, zastaralé vybavení, málo místa a bariéry).“

Položka č. 16: Potřeba pomoci s denními úkony (otázky č. 16 - 20)

Graf č. 17 se týká problematiky pomoci se základními denními úkony. Do grafu jsem zařadila odpovědi z pěti otázek, které se týkají: stravování, oblékání, koupání, osobní hygieny a přesunu na WC. Na otázky č. 16 - 20 neodpovědělo 8 respondentů.

Pomoci s přípravou jídla potřebovalo 16 respondentů, 28 bylo soběstačných. O pomoc s oblékáním žádalo 27 klientů, 17 respondentů se obléklo samo. Bez pomoci při koupání se neobešlo 31 respondentů, 13 bylo soběstačných. S osobní hygienou je třeba pomoci 24 dotazovaným, 20 respondentů pomoc nevyžaduje. Pomoci s přesunem na WC využilo 22 klientů, 22 to zvládalo samo.

Graf č. 17: Potřeba pomoci s denními úkony



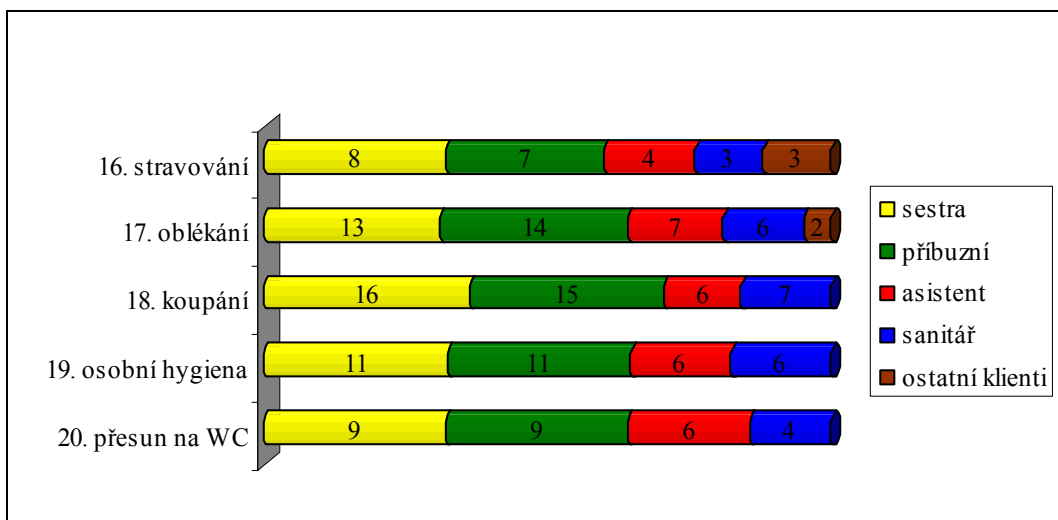
Poznámka k položce č. 16, týkající se přesunu na WC.

Několik respondentů, kteří potřebují pomoci s přesunem na WC zdůraznilo, že zdravotníci preferují zavedení permanentního močového katetru, čímž si usnadňují práci (nemusí pak zajišťovat přesuny na WC). Také se zmínili o situaci, kdy je neměl kdo přesadit, takže jim nezbylo nic jiného než začít používat pleny, močové lahve a podložní mísy. V odpovědích byl uveden i názor, že jedna respondentka cévku upřednostňuje, protože komplikované přesuny na podložní mísu ji vysilovaly. Dále

píše: „Vím, že někteří vozíčkáři proti cévkám bojují, protože se jich nikdo neptá a rovnou jim je dá. Myslím, že vozíčkář by měl mít možnost volby, záleží, jak je schopný si dojít na mísu a s čím v nemocnici je, ale se svojí diagnózou (zlomenina dolní končetiny) jsem byla za cévku šťastná.“

K otázkám č. 16 - 20 byla přiřazena podotázka pro ty respondenty, kteří potřebovali pomoci s jednotlivými denními úkony. V tomto případě pro mě bylo důležité vědět, kdo jim pomohl. Možnosti jsem zde neuváděla, ale všichni respondenti se shodli na pěti skupinách pomáhajících - všeobecná sestra, příbuzní, osobní asistent, sanitář a ostatní nemocní. Počty u jednotlivých skupin jsou sečteny dle vícečetných odpovědí respondentů. Z grafu č. 18 vyplývá, že pomoc poskytnutá všeobecnými sestrami a příbuznými je vyrovnaná. Stejně tak mezi osobními asistenty a sanitáři. Při stravování a oblékání dokonce pomohli i ostatní klienti, kteří byli hospitalizováni s respondenty na pokoji.

Graf č. 18: Kdo pomohl s jednotlivými denními úkony



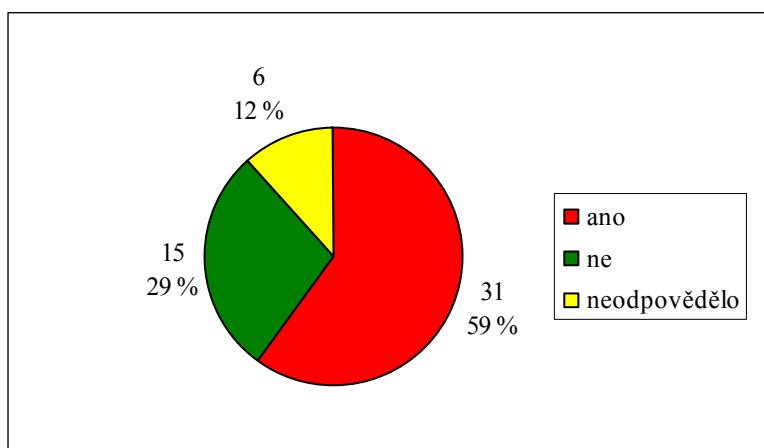
Položka č. 17: Případné problémy během hospitalizace (otázka č. 21)

U této otázky, která měla možnost volné odpovědi, se mi se svými námitkami svěřilo 22 respondentů. Do dotazníku jsem ji zařadila pro doplnění možných problémů během hospitalizace. Respondenti zdůraznili neinformovanost zdravotnických pracovníků o potřebách osob s tělesným postižením. Dále dominovaly stížnosti klientů na vybavení pokojů a příslušenství a na nedostatek soukromí. Tato položka doplňuje položku č. 10, týkající se vybavení pokojů a příslušenství a položku č. 15, která je spojená se spokojeností respondentů během hospitalizace.

Položka č. 18: Využití ubytování doprovodu (otázka č. 22)

Tato otázka měla zjistit, kolik respondentů by využilo nabídky ubytování svého doprovodu v nemocnici (graf č. 20). Z celkového počtu 52 respondentů by tuto možnost uvítalo 31 (59 %) z nich. 15 (29 %) klientů by ubytování doprovodu nevyužilo a 6 respondentů (12 %) neodpovědělo. Z toho vyplývá, že všech 26 respondentů (graf č. 5), kteří mají těžkou (III. stupeň) či úplnou (IV. stupeň) závislost, by velice potřebovali přítomnost doprovodné osoby během jejich hospitalizace.

Graf č. 20: Využití ubytování doprovodu

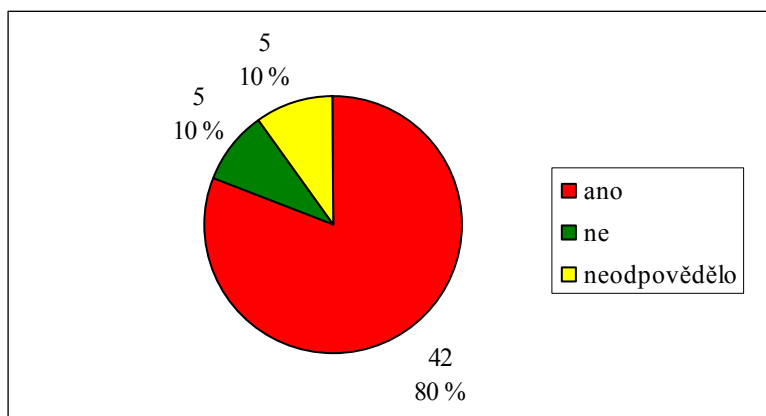


Položka č. 19: Osobní asistent v nemocnici (otázka č. 23)

Názor na tuto otázku je velice individuální. Jeden respondent uvedl: „Nemyslím si, že by bylo vhodné zaměstnávat osobního asistenta, protože každý invalida by měl mít při hospitalizaci svého člověka, který přesně ví, co jeho klient potřebuje, protože naše potřeby jsou různorodé a individuální. Spolupráce mezi klientem a os. asistentem by měla být založena na základě důvěry a hlubšího seznámení klient - asistent. Tudiž by tuto činnost neměl vykonávat cizí člověk. Je dobré, když se obě strany znají, odpadají tím někdy zbytečné bariery (stydlivost, schopnost vyjádřit požadavek, atd.).“ Na druhou stranu jedna respondentka odpověděla: „Určitě ano!!! Každý nemá rodinu, která dohlíží na to, jestli jsou všechny mé potřeby zajištěny. Navíc doprovod si také potřebuje odpočinout a mít možnost se spolehnout, že se mi dostane kvalitní péče.“

I přes odlišnost názorů graf č. 21 zachycuje počet odpovědí 52 respondentů, kde jednoznačně 42 (80 %) klientů souhlasí, 5 (10 %) je proti a 5 respondentů (10 %) neodpovědělo.

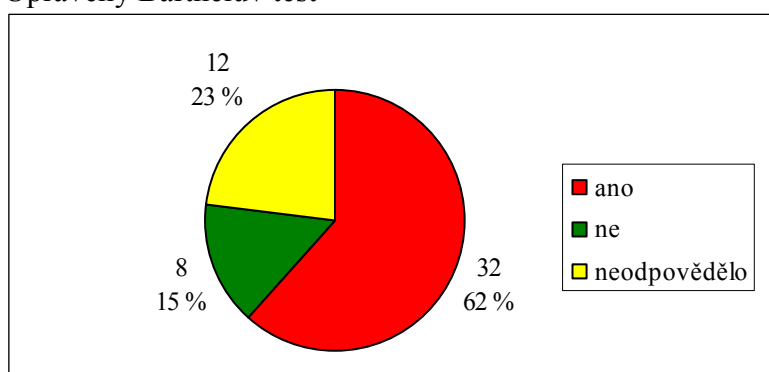
Graf č. 21: Osobní asistent v nemocnici



Položka č. 20: Upravený Barthelův test (otázky č. 24 a 25)

Graf č. 22 udává počet respondentů, kteří by uvítali upravený Barthelův test přizpůsobený pohybově postiženým klientům, pro snazší sběr anamnézy a lepší orientaci v jejich potřebách. Z celkového počtu 52 respondentů (100 %) 32 respondentů (62 %) odpovídalo kladně, 8 respondentů (15 %) záporně a 12 respondentů (23 %) neodpovědělo. Respondenti by tento test více přizpůsobili svým potřebám a možnostem - např. odstranit položku, která se zabývá chůzí.

Graf č. 22: Upravený Barthelův test



3.7 Diskuse

Ve zdravotnických zařízeních se provádí ankety spokojenosti, které jsou zaměřeny na klienty jednotlivých oddělení. Většinou se však týkají všech klientů. Myslím si, že je důležité se zaměřovat i na malé skupiny obyvatel, mezi které patří i osoby s tělesným postižením.

Vzhledem k tomu, že mám s touto skupinou obyvatel zkušenosti, mapovala jsem prostřednictvím dotazníku vlastní konstrukce jejich názory na spokojenost s ošetrovatelskou péčí během hospitalizace (bez zaměření na konkrétní zdravotnická zařízení). Průzkum byl uskutečněn v Praze, zejména mezi členy Klubu vozíčkářů Petýrkova a jejich přáteli s vrozeným nebo získaným postižením. Konečný počet respondentů byl 52. Na otázky týkající se hospitalizace v poslední době nemohli všichni respondenti odpovědět (nebyli v poslední době hospitalizováni, tudíž nemohou objektivně zhodnotit stav ošetrovatelské péče).

Na základě výše popsaného cíle průzkumu byly stanoveny tři hypotézy, které budou níže zhodnoceny.

H 1 : 40 % klientů s tělesným postižením je spokojeno s ošetrovatelskou péčí

K této hypotéze se vztahuje otázka č. 15 - „Jak jste byl/a dosud spokojen/a při hospitalizaci s ošetrovatelskou péčí?“

Tato otázka byla položena volně, aby respondent mohl svou odpověď zformulovat dle svých pocitů.

Pro představu uvádím některé reakce respondentů: „Péče je globálně nedostatečná, personál nezná problémy tělesně postižených“, „Naprostá katastrofa, přišlo mi, že sestry vůbec nikdy nepřišly do kontaktu s vozíčkářem. Nevěděli, jak se mnou manipulovat – jak pomoci.“, „Hospitalizován jsem byl v nemocnici před 2 lety. Byli trochu v šoku, když se dozvěděli, že na oddělení jde invalida. Po zjištění personálem, že se o sebe postarám, se vše uklidnilo.“

V prvním bodě Práv pacientů (viz příloha č. 5) se uvádí: „Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.“ V tomto případě záleží především na zkušenostech s „vozíčkáři“, na snaze se učit novým postupům, na osobnosti jednotlivých členů zdravotnického personálu. Je nutné si uvědomit, že osoba s tělesným postižením potřebuje kompenzovat svůj handicap, naučí se s ním žít, ale pokud se dostane do neznámého prostředí, v tomto případě do nemocnice, jeho zvyklosti jsou omezeny. Navíc po psychické stránce se mohou cítit více ohroženi, nejistí, apod. Samozřejmě je v popředí schopnost sebepéče a stupeň závislosti na pomoci druhé osoby. Velice záleží na komunikaci mezi klientem a zdravotnickým personálem, aby byla péče pro osoby s tělesným postižením dostatečná, je třeba se s ním domluvit. Národní rada osob se zdravotním postižením sestavila Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením, které by mělo zdravotnickému personálu pomoci, na jaké potřeby osob s tělesným postižením je nutné se zaměřit. Další pravidla při ošetřování těchto klientů je možno srovnat se zásadami ve vykonávání osobní asistence (viz přílohy č. 6 a č. 7). Výsledky mohou být také ovlivněny tím, že spokojení klienti měli možnost mít u sebe své blízké či osobního asistenta.

17 respondentů je spokojeno s ošetrovatelskou péčí, 7 klientů uvedlo námitky a 9 respondentů upozornilo, že záleží na mnoha okolnostech - převažovaly hlavně rozdíly v péči na specializovaných jednotkách (ARO, JIP), kde je péče na vyšší úrovni na rozdíl od péče na standardních odděleních. 19 dotazovaných neodpovědělo, protože zřejmě nebyli v poslední době hospitalizováni. Ačkoliv je polovina respondentů spokojena, přesto se v dalších výsledcích často vyskytuje nedostatečná informovanost zdravotnického personálu o potřebách osob s tělesným postižením, což není výsledek uspokojivý. Hypotéza se potvrdila.

H 2 : 2/3 klientů je nespokojeno s vybavení pokoje a jeho příslušenstvím

K této hypotéze se vztahuje otázka č. 10 - „Vyhovovalo vybavení pokoje a jeho příslušenství Vaším potřebám?“

Tato otázka je polootevřeného typu, kdy měli respondenti možnost výběru ano či ne, pokud byli nespokojeni, mohli připsat důvod a námitky na vybavení pokoje. Mezi nedostatečností v tomto okruhu potřeb respondenti především zařadili: nevhodná lůžka, malý prostor, nedostatek soukromí, bariérové WC (úzké dveřní zárubně) a nepřizpůsobený nábytek - nedostupný stolek, skříňky.

Dále uvádím příklady přesných znění odpovědí respondentů: „Příliš vysoká postel, u které se dala polohovat horní polovina těla jen s pomocí druhé osoby, takže bych musela každých několik minut volat sestřičku, raději jsem tedy seděla.“, „Nepřizpůsobené WC, nepolohovatelná postel.“, „Vysoké postele, úzká futra“, „Prostředí je na nemocnicích to nejhorší. Špatně a zastarale vybavené pokoje, kdyby se vybavení vyměnilo, ušetřilo by to sestřičkám mnoho práce.“, „Žádala jsem, aby mi půjčili polohovací postel po dobu mé hospitalizace - odmítli, že postel patří pouze na pokoj s nadstandartní péčí.“

Vhodné prostředí během hospitalizace pomůže k zajištění fyzické i psychické pohody všech klientů. Pro osoby s tělesným postižením je tato potřeba obzvlášť důležitá. Na pokoji by mělo být především elektricky polohovatelné lůžko (snadno ovladatelné, lze přizpůsobit výška na přesun z „vozíku“ na lůžko). Samotný pokoj by měl být dostatečně velký, aby se klient mohl pohybovat na svém vozíku. Vybavení pokoje mělo být plně přístupné (stůl, odkládací stolek, přístup na WC, skříňky). V novějších a moderně vybavených nemocnicích by měl být tento problém vyřešený.

Převážná část respondentů, 48 %, je spokojena, ale 25 % klientů se setkala s nějakou překážkou. Zbývajících 27 % dotazovaných nebylo v poslední době hospitalizováno. Přes příklady nedostatků hypotéza nebyla potvrzena.

H 3: Většina sester a zdravotnického personálu nabízí klientům s pohybovým postižením pomoc aktivně

K této hypotéze se vztahuje otázka č. 12 - „Nabízel Vám zdravotnický personál aktivně pomoc?“

Zde jsem zvolila otázku uzavřenou - výběr z možností - ano či ne. Aktivní pomoc je důležitá u všech klientů. Ale přesto si myslím, že osoby s tělesným postižením jsou více závislé na aktivitě personálu. Samozřejmě záleží opět především na soběstačnosti a na osobnosti jednotlivce. Někteří dokáží přesně vyjádřit své požadavky. Jeden respondent uvedl: „Vždy záleží na množství a náročnosti úkonů, na kterých je člověk odkázán na druhou osobu. Jak jsem již naznačil, nemám žádnou současnou zápornou zkušenost týkající se ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních. Příčinu tohoto stavu spatřuji mimo jiné v tom, že jsem schopen jasně a vhodnou formou prezentovat své požadavky na asistující osoby.“ Ale jiní si svá přání a potřeby nechávají ukrytá, např. se stydí či bojí požádat o pomoc, nechtějí zdravotnický personál obtěžovat. Mnoho respondentů postřehlo, že je na odděleních nedostatek personálu. Bohužel jedna respondentka také uvedla: „Je třeba říci lékaři, co potřebujete pomoci, lékař upozorní vrchní sestru, která informuje sestry na oddělení. Tento postup mi velice pomohl.“ Myslím si, že takové řešení je zbytečné, k podobným stavům by docházet nemělo. Pravděpodobně zdravotní sestry před tímto postupem aktivně pomoc klientce nenabízely.

Pro upřesnění bych chtěla zdůraznit odpovědi na otázky č. 16 - 20, které se týkají potřeby pomoci při jednotlivých denních úkonech - stravování, oblékání, koupání, osobní hygiena a přesun na WC. Požádala jsem respondenty, pokud potřebují pomoci s některými potřebami, aby mi sdělili, kdo jim pomohl. Otázka nebyla brána procentuelně, nýbrž podle „bodového“ hodnocení. Pomoc poskytnutá zdravotními sestrami a příbuznými je vyrovnaná, stejně tak potřeba osobních asistentů a sanitářů.

Pro příklad uvádím zkušenost jedné respondentky s poskytováním ošetrovatelské péče: „Nemám tolik zkušeností, ale řekla bych, že hodně záleží na ochotě sestřičky. Některé jsou moc hodné a samy nabídnou např. vykoupání,

vysoušení vlasů, upletou copy, aby se necuchaly vlasy, atd. Některé zase udělají jen to nejnütnější a některým se nechce dělat nic a člověk se bojí o cokoliv požádat. Velmi chybí pracovníci na těžší práci. Dříve ji vykonávali „civiláci“ (pozn. aut. vykonávající náhradní vojenské služby). Sestřičky mě nezvládnou přesunout na vozík, na druhé lůžko jim to také dá práci. O drobné úkony jako o podávání věcí se nedá žádat příliš často, protože sestřičky mají důležitější věci na práci. Také je jich málo. Stalo se mi, že jsem ležela v poloze, ve které jsem nemohla vydržet a sestřičky byly na jiném pokoji, kde převlékaly postele. Nevěděly, že je to naléhavé, tak mi zvoneček stále vypínaly a nechávaly čekat. Nakonec jsem v té bolestivé poloze byla hodinu. To samé se mi stávalo, když jsem seděla na míse. Bez pomoci rodičů si pobyt v nemocnici nedovedu představit. Možnost dostat se na vozík, v mém případě často, např. i přesunout končetiny do jiné polohy, aby nebolely či nebrněly nebo pomoc podat věci, aby se člověk trochu zabavil, je velmi důležitá, nemluvě o psychické podpoře, kterou však potřebuje každý, nejen vozíčkář.“

Celkem mi odpovědělo 37 respondentů (100 %), z čehož 62 % uvedlo, že se jim zdravotnický personál věnoval, 38 % respondentů zvolilo zápornou odpověď. Na základě výše uvedených poznatků mohu říci, že se hypotéza plně potvrdila.

Potřeby pohybové postižených jsou individuální. Ne vždy lze zachytit všechny potřeby klientů. Z tohoto důvodu jsem vytvořila návrh na úpravu Barthelova testu základních všedních činností (viz příloha č. 8). Při změnách testu jsem vycházela z informací poskytnutých z výsledků průzkumu a z volných rozhovorů během setkání s osobami s pohybovým postižením.

U jedné z respondentek jsem aplikovala uplatnění testu „nanečisto“ (viz příloha č. 9). Jde o 30ti letou ženu, která onemocněla DMO - kvadraparetickou formou. Respondentka je nejvíce soběstačná na elektrickém vozíku. Mechanický vozík ovládat nedokáže, musí mít s sebou doprovodnou osobu. Na lůžku je schopna ležet na břiše či na boku, jinak ne. Patří do III. stupně závislosti na pomoci druhé osoby, což je klasifikováno jako těžká závislost. Ovšem podle revizního lékaře je úplně závislá na pomoci druhé osoby.

Náš závěr je takový, že tento test by mohl sloužit sestřám jako *stručný, ale důležitý, ukazatel* základních všedních potřeb klientů s tělesným postižením. Důležitá je však správná formulace pokynů či oznámení do kolonky poznámek, které by měl vyplnit klient společně se zdravotní sestrou. Vyplnění upraveného Barthelova testu samozřejmě záleží na zdravotním stavu klienta při přijetí, tzn. při akutní hospitalizaci bude jeho soběstačnost omezená, atd. Ale přesto někteří klienti dokáží říci, co a jak potřebují pomoci, ale mohou být i klienti, kteří nesdělují své požadavky, protože se např. stydí. Myslím, že tento test by tuto nerovnováhu vyrovnal, každý klient s tělesným postižením by měl možnost bez obav sdělit své žádosti o pomoc.

4 ZÁVĚR

Osoby s tělesným postižením, které vedlo k omezení jejich pohybové aktivity, mají v životě mnoho překážek, které sami nezvládají. Postupně dle progresu onemocnění jsou více závislí na okolním prostředí, na svých blízkých i na celé společnosti. Jejich potřeby by neměly být přehlíženy. Společnost by se měla snažit o snadnou integraci takto postižených osob do „normálního“ života a poskytovat jim pomoc. Dostatečně zajištěnou péčí, bezpečí, jistotu, pochopení by měli najít ve zdravotnických zařízeních.

Cílem bakalářské práce bylo upozornit na problémy u osob s tělesným postižením během hospitalizace. Tím je míněno bez zaměření na určité typy ošetrovatelských jednotek. Záměrem nebylo kritizovat náročnou a stále se vyvíjející práci zdravotnického personálu, ale všeobecně zjistit spokojenost s ošetrovatelskou péčí u klientů s tělesným postižením.

Konečné výsledky průzkumu nejsou výrazně znepokojující. Z výsledků průzkumu vyplývá, že většina osob s tělesným postižením je spokojena s ošetrovatelskou péčí. Mezi nejčastější problémy během hospitalizace respondenti uváděli obtížnou komunikaci se zdravotnickým personálem, absenci vyškoleného pracovníka, špatně přístupná lůžka a vybavení pokoje.

Neměla by nastat situace, jakou mi sdělila jedna respondentka: „Bojím se hospitalizace, protože nemocnice nejsou vybaveny ani připraveny na poúrazové vozíčkáře, a to personálně na profesionální úrovni i vhodným uspořádáním sociálního zařízení.“

Přála bych si, aby tato práce byla nástrojem k zamyšlení nad ošetrovatelskou péčí u osob s tělesným postižením. Nejlepším měřítkem vykonané práce je míra spokojenosti klientů. Bakalářská práce bude zveřejněna na webových stránkách NRZP.

Návrhy na zlepšení ošetrovateľskej péče:

- rozšíriť poznatky všeobecných sestier o osobách s telesným postihom a ich potrebách
- zabezpečiť možnosť hospitalizácie klienta s jeho sprievodnou osobou
- odporučiť spoluprácu nemocníc s organizáciami, ktoré poskytujú službu osobnej asistencie alebo vyškoliť zdravotníckeho pracovníka v oblasti osobnej asistencie pre klienty s telesným postihom
- zaviesť do praxe „Upravený Barthelův test pre telesne postihované klienty“
- zabezpečiť bezbariérové vybavenie pokoja

5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

KNIŽNÍ ZDROJE

1. BENDO VÁ, P.: *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s tělesným postižením*, 1. vydání, Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, ISBN 978-80-244-1631-1
2. HONZÁK, R.: *Komunikační pasti v medicíně: Praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*, 2. doplněné vydání, Praha, Galén, 1999, 165 s., ISBN 80-7262-032-0
3. KRAUS, J. a kol.: *Dětská mozková obrna*, 1. vydání, Praha, Grada, 2005, 348 s., ISBN 80-247-1080-8
4. KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*, 1, vydání, Praha, Grada, 2007, 163 s., ISBN 978-80-247-2069-2
5. MATĚJČEK, Z.: *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, 3. přepracované vydání, Jinočany, H&H, 2001, 147 s., ISBN 80-86022-92-7
6. PFEIFFER, J.: *Neurologie v rehabilitaci: Pro studium a praxi*, 1. vydání, Praha, Grada, 2007, 352 s., ISBN 978-80-247-1135-5
7. POCHYLÁ, K.: *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 1: Koncepce českého ošetrovatelství, Základní terminologie: Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*, 2. přepracované vydání, Brno, NCONZO, 2005, 49 s., ISBN 80-7013-420-8
8. STAŇKOVÁ, M.: *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 6: Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi: Ediční řada – Praktické příručky pro sestry*, 1. vydání, Brno, NCONZO, 2004, 55 s., ISBN 80-7013-323-6
9. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol.: *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult*, 1. a 2. díl, 1. vydání, Praha, Karolinum, 2004, 274 s., ISBN 80-246-0477-9
10. VÁGNEROVÁ, M. a kol.: *Psychologie handicapu*, Praha, Karolinum, 2001, 230 s., ISBN 80-7184-929-4

11. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G.: *Komunikace pro zdravotní sestry*, Praha, Grada, 2006, 144 s., ISBN 80-247-1262-8
12. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol.: *Velký lékařský slovník*, Praha, Maxdorf, 2002, 923 str., ISBN 80-85912-43-0
13. VYHNÁNEK, F. a kol.: *Chirurgie III, pro střední zdravotnické školy*, Praha, Informatorium, 2003, 130 str., ISBN 80-7333-009-1

INTERNETOVÉ ZDROJE

14. *Asociace muskulárních dystrofií ČR* [online], cit. [2008-01-19], dostupné z: <http://www.md-cz.org/>
15. *Asociace poraden pro zdravotně postižené*, [online], dostupné z: <http://www.apzp.cz>
16. *Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR* [online], dostupné z: <http://www.arpzpd.cz/>
17. *ASISTENCE o.s.* [online], dostupné z: <http://www.asistence.org>
18. *CZECHMED, Informační portál pro oblast zdravotnických prostředků* [online], cit. [2007-12-20], dostupné z: <http://forum.czechmed.cz/?q=node/1452>
19. *Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením* [online], cit. [2007-12-20], dostupné z: <http://www.helpnet.cz/dokumenty/dokumenty-organizaci-zdravotne-postizenych/292-3>
20. *Ethický kodex pracovníků osobní asistence* [online], cit [2007-12-20], dostupné z: <http://www.pecujici.cz/priruckyonline-detail.shtml?x=1623260>
21. *Helpnet - informační portál pro osoby se specifickými potřebami* [online], dostupné z: <http://www.helpnet.cz>
22. *Charta práv tělesně postižených osob* [online], cit. [2007-12-20], dostupné z : <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/287-3>
23. *Klub bechtěreviků* [online], dostupné z: <http://www.klub-bechterevidu.com/>
24. *Klub vozíčkářů Petýrkova* [online], dostupné z: <http://www.kvp.cz/>
25. *Lenio, občanské sdružení* [online], dostupné z: <http://www.brailnet.cz/lenio/>

26. *Medicina, první český zdravotnický portál* [online],
dostupné z: <<http://www.medicina.cz>>
27. *Mobilis, občanské sdružení* [online],
dostupné z: <<http://www.mobilityforall.cz>>
28. *Mobility for all*, [online], dostupné z: <<http://www.mobilityforall.cz>>
29. *Národní rada zdravotně postižených* [online], cit. [2007-12-20],
dostupné z: <http://www.nrzp.cz/narodni-rada-zdravotne-postizenych-cr/>
30. *Pražská organizace vozíčkářů* [online], dostupné z: < <http://www.pov.cz> >
31. *Práva pacientů (etický kodex)* [online], cit. [2007-12-20],
dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/html/ambulance_a_hospitalizace/charty-prav.php?lang=cz>
32. *Projekt integrace*, [online], dostupné z: <<http://www.projektintegrace.cz>>
33. *PROSAZ - Společnost pro sociální rehabilitaci občanů se ZP* [online],
dostupné z: < <http://www.prosaz.cz> >
34. *Revma liga* [online], dostupné z: < <http://www.brailnet.cz/rl/>>
35. *Sdružení při komplexní péči při DMO* [online],
dostupné z: <<http://www.dmoinfo.cz>>
36. *Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách o.s.* [online],
dostupné z: < <http://www.sdruzenicmp.cz> >
37. *Společnost C-M-T* [online], dostupné z: < <http://www.c-m-t.cz> >
38. *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách* [online], cit. [2007-12-26],
dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>>
39. *Svaz paraplegiků* [online], dostupné z: < <http://www.paraple.cz> >
40. *Svaz postižených civilizačními chorobami v České republice* [online],
dostupné z: <<http://www.spcch.cz>>
41. *Svaz tělesně postižených v České republice* [online],
dostupné z: < <http://www.svaztp.cz>>
42. *Unie Roska* [online], dostupné z: < <http://www.roska.eu> >
43. *Zákon 108-3* [online], cit. [2007-12-26],
dostupné z: <<http://www.nrzp.cz/zakon-o-socialnich-sluzbach/>>

6 SEZNAM PŘÍLOH

1. Charta práv tělesně postižených osob
2. Etický kodex pracovníků osobní asistence
3. Vybrané pražské organizace pro tělesně postižené
4. Dotazník + Barthelův test
5. Práva pacientů (etický kodex)
6. Devatero zásad pomoci člověku na vozíku
7. Některé zásady ve vykonávání osobní asistence
8. Upravený Barthelův test
9. Vyplněný upravený Barthelův test

PŘÍLOHA č. 1: Charta práv tělesně postižených osob

Chartu práv a povinností tělesně postižených vydalo vlivné Francouzské sdružení tělesně postižených (Association des Paralysés de France, APF). V překladu Luboše Chaloupky.

Preamble

Charta práv tělesně postižených vychází z Prohlášení lidských a občanských práv, Všeobecného prohlášení o lidských právech, Evropské konvence lidských práv a Všeobecného zákona o tělesně postižených, vydaného v Paříži v roce 1975. V souladu s těmito dokumenty má každá tělesně postižená osoba stejná práva a povinnosti jako kdokoli jiný. Je tedy potřebné podporovat každou ekonomickou a sociální politiku, která k právům a povinnostem postižených osob přihlíží. Tělesné postižení vede k omezení pohybové aktivity a taková osoba se stává ve zvýšené míře závislou na okolním prostředí, na svých blízkých i na celé společnosti. Je proto povinností společnosti napomáhat při integraci těchto našich spoluobčanů do normálního života. Postižení mají plné právo na samostatný a nezávislý způsob života, jaký si sami zvolí. Mají právo začlenit se do společenského života, mají právo na splnění všech svých přání a tužeb. Těm, kteří chtějí žít v domovech s pečovatelskou službou, má být umožněno vybrat si kvalitní domov, kde by byla plně respektována jejich osobnost. Tělesně postižené osoby mohou využívat i soukromé domy či byty a společnost jim musí dát možnost je přizpůsobit pro pohodlný, nezávislý a bezpečný život. Odpovědné osoby, které rozhodují o výstavbě domů a bytů, stejně jako výstavbě veřejných komunikací, mají za povinnost vytvářet co nejpříznivější podmínky pro seberealizaci, bezpečnost a sebevědomí postižených osob.

1. Článek 1 (způsob života)

Každá tělesně postižená osoba má právo na nezávislý výběr způsobu života a místa, kde chce žít.

2. Článek 2 (rodina a okolí)

Jako každá lidská bytost, tak i tělesně postižená osoba chce milovat a být milována. Má plné právo založit vlastní rodinu, rozvíjet ji a zachovávat a působit na rozvoj rodinných a přátelských vztahů.

3. **Článek 3** (*právo na kvalitní a kvalifikovanou pomoc*)

Každá tělesně postižená osoba má právo na kvalitní a kvalifikovanou pomoc. Přátelský vztah mezi osobou, která pomoc poskytuje, a osobou, která ji přijímá, musí být založen na vzájemném respektu, důvěře a úctě.

4. **Článek 4** (*právo na lékařskou péči*)

Postižená osoba má právo na výběr lékaře, který má pečovat o její zdraví. Má právo na pravidelnou informaci a osobní zdravotní situaci a má právo podílet se na všech rozhodováních o sobě.

5. **Článek 5** (*bydlení a okolí*)

Postižená osoba má plné právo sama se rozhodnout žít a bydlet v místě, odpovídajícím jejím požadavkům a potřebám.

6. **Článek 6** (*právo na technickou pomoc*)

Tělesně postižená osoba má právo na úplné financování technického vybavení a pomoci nutné pro nezávislý život.

7. **Článek 7** (*účast na společenském životě*)

Tělesně postiženým osobám musí být umožněna komunikace, pohyb a přístup ke společnosti, vzdělání, úřadům, ekonomickým a profesním aktivitám i k aktivitám ve volném čase a ve sportu.

8. **Článek 8**

Každá tělesně postižená osoba má právo na dostatečný příjem pro zajištění svého pohodlí a spokojeného života.

Závěr

Tělesně postižené osoby, asociace, sdružení a svazy by měly sjednotit své úsilí pro zlepšení vzájemného poznávání a pro to, aby se lépe domohly zajištění svých základních lidských práv, kterými jsou:

- právo být odlišný;
- právo na důstojný a odpovídající způsob života;
- právo na integraci do společnosti;
- právo na svůj názor a na jeho splnění;
- právo na rovnoprávné občanství a na nezávislý výběr způsobu života i místa, kde chce žít.

PŘÍLOHA č. 2: Ethický kodex pracovníků osobní asistence

Platí od ledna 2003, Aktualizace 13.7. 2005 Jana Hrdá

Preamble:

Pracovníci musí upřednostnit své profesionální povinnosti a odpovědnost před svými soukromými zájmy. Služby, které poskytují, musí být na nejvyšší odborné úrovni.

- Pracovníci ctí uživatele jako **rovnocenné** bytosti a chovají se k nim s respektem.
- Poskytovatel **pěstuje** (nabízí příslušná školení, výcviky, supervize) ve všech svých pracovních úctu k životu, respekt k uživatelově osobní cti, dobré pověsti a jménu a systematicky se snaží hledat postupy nejen pro odstranění těžkostí, ale i pro zvyšování kvality života u konkrétních uživatelů.
- Pracovníci považují zajištění **bezpečí a jistoty** za jeden z důležitých aspektů normálního života člověka, a proto zkoumají, jaká rizika u konkrétních uživatelů vyplývají z jejich znevýhodnění a jak rizikům zabránit, a to nejen při zanedbání nebo přerušení služby.
- Součástí poskytovaných služeb je pomoc v **naplňování** svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání uživatelů.
- Pracovníci nesmí nikdy **zneužívat oprávnění** plynoucích z jejich pracovního postavení, ať už pracují za úplatu nebo bezplatně, musí si být vědomi, že jejich práce znamená především **službu** lidem s postižením.
- Pracovník je povinen:
 - v souvislosti s výkonem zaměstnání nepřijímat **dary** a nezneužívat žádné výhody,
 - jednat a rozhodovat **nestranně** a zdržet se všeho, co by mohlo ohrozit důvěru v nestrannost rozhodování,
 - pomáhat se stejným úsilím a **bez diskriminace** všem klientům a proti jakékoliv formě diskriminace se postavit,
 - dbát, aby klienti **obdrželi všechny služby**, na které mají nárok, a to nejen od zařízení, ve kterém je pracovník zaměstnán, ale i od ostatních příslušných zdrojů,
 - poučit **klienty o povinnostech**, které vyplývají z takto poskytnutých služeb,

zdržet se jednání, které by mohlo vést ke **střetu** veřejného **zájmu** se zájmy osobními,

- jednat tak, aby byla chráněna **důstojnost** a lidská práva klientů,
 - dodržovat pravidla, která jsou stanovena pro případy, kdy je nutné **porušit klientovo soukromí** (jedná-li se o záchranu života, zdraví, majetku), a uživatele s nimi seznámit,
 - vytvářet postupy, které umožní **intimitu** i při úkonech pomoci,
 - respektovat, že **oslovování** a případné tykání si řídí uživatelé (u dětí do patnácti let je jednostranné tykání přijatelné),
 - zachovávat **mlčenlivost** o skutečnostech, o nichž se pracovník dozvěděl při výkonu zaměstnání,
 - chránit klientovo právo na **soukromí** a důvěrnost sdělení. Žádnou informaci o klientovi neposkytnout bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou případy, kdy jsou ohroženy další osoby. V případech správního řízení umožnit kompetentním účastníkům tohoto řízení nahlížet do spisů,
 - **data a informace** požadovat s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty.
- Pracovníci v každém ohledu respektují svobodné rozhodování uživatelů sociálních služeb, tj. jejich **právo žít** životem **podle vlastních představ**, a to tak, že:
- umožňují klientovi **udržovat jeho styl života**, případně nalézt takový, který je společensky přijatelný,
 - neznamena to tedy, že pracovník rezignuje vůči jakémukoliv jednání klientů, ale že pracovník navrhuje klientovi různé **alternativy** řešení jeho problémů,
 - pracovníci respektují lidskou **důstojnost** klientů, uznávají jejich právo na **sebeurčení**, očekávají, že klienti nesou za svá rozhodnutí **zodpovědnost**,
 - pracovníci mají **zodpovědnost** za problémy klienta a jeho rozhodnutí zásadně **odmítat**, ale pokud o to klient žádá a pokud jsou pracovníci pro danou problematiku kompetentní, mají ji analyzovat a hledat řešení. Mají to sice dělat tak, že klienty a jejich jednání **neposuzují**, ale mají poukazovat na **důsledky** event. problémového chování a navrhnout jiné možnosti.

PŘÍLOHA č. 3

SEZNAM VYBRANÝCH PRAŽSKÝCH ORGANIZACÍ

(tabulka vlastní konstrukce, informace čerpány 3.1. 2008)

Organizace	zkratka	představitel organizace	sídlo	web	e-mail	telefon
ASISTENCE o.s.	ASISTENCE	Mgr. Vlasta Stupková	V Pevnosti 4, 128 41, Praha 2	www.asistence.org	stredisko@asistence.org	+ 420 241 404 130
Asociace muskulárních dystrofií ČR	AMD ČR	Stanislava Rédlová	Petýrkova 1953/24 148 00, Praha 4	www.md-cz.org	amd@amd-cz.org	+ 420 272 933 777
Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR	ARPZPD v ČR	PaedDr. Zuzana Kaprová	Karlínské nám. 12 186 03, Praha 8	www.arpzpd.cz	arpzpd@cds-szdp.cz	+ 420 224 817 438
Institut ěda Robertse, o.s.	IER	Ing. Pavel Dušek	Milánská 471, 109 00 Praha 10		ing@paveldusek.cz	+ 420 603 234 432
Klub bechtěreviků	KB	Karel Vedral	Na Slupi 4, 128 50, Praha 2	www.klub-bechterevidu.com	klub.bechterevidu@seznam.cz	+ 420 323 661 794
Klub vozíčkářů Petýrkova	KVP	Alžběta Šafránková	Petýrkova 1953, 148 00, Praha 4	www.kvp.cz	info@kvp.cz	+ 420 272 933 662
Lenio, občanské sdružení	LENIO	Bc. Zdeňka Horvátová	Ruská 58/804, 101 00, Praha 10		zhorvatova@socdem.cz	+ 420 271 720 747
Mobilis, občanské sdružení	MOBILIS, o.s.	PhDr. Tatiana Šindelářová, CSc.	Olbrachtova 50, 140 00, Praha 4	www.mobilityforall.cz	mobilityforall@mobilityforall.cz	+ 420 241 443 144
Pražská organizace vozíčkářů	POV		Benediktská 6/688, 100 00, Praha 1	www.pov.cz	pov@gts.cz	+ 420 224 826 078
PROSAZ - Společnost pro sociální rehabilitaci občanů se ZP	PROSAZ	Iveta Pešková	Kodymova 2526, 158 00, Praha 5	www.prosaz.cz	prosaz@prosaz.cz	+ 420 251 614 469 soc. por. 251 615 543 bezpl. linka 800 246 642
Revma - liga v ČR	RL	Prof. MUDr. Robert Bardfeld	Na Slupi 4, 128 50, Praha 2		musi@revma.cz	+ 420 234 075 316
Sdružení pro komplexní péči při DMO	SDMO	PhDr. Štěpánka Šprynarová, DrSc.	Všehradova 14, 118 00, Praha 1	www.dmoinfo.cz	sdmo@dmoinfo.cz	+ 420 296 245 678
Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách o.s.	Společnost CMP	Prof. MUDr. Pavel Kalvach, CSc.	Květ. vítězství 55, 149 00, Praha 4	www.sdruzenicmp.cz	info@sdruzenicmp.cz,	+ 420 241 721 518
Společnost C-M-T	Společnost C-M-T	Ing. Josef Zajíc	V Úvalu 84, 150 06, Praha 5	www.c-m-t.cz	c-m-t@post.cz	+ 420 474 392 022
Svaz paraplegiků	Svaz paraplegiků	Ing. Bohumil Kábrt	Ovčáráská 471, 108 00, Praha 10	www.paraple.cz	paraple@paraple.cz	+ 420 274 771 478
Svaz postižených civilizačními chorobami v ČR	SPCCH v ČR	Jaroslava Petrusová	Karlínské nám. 12, 186 03, Praha 8	www.spcch.cz	info@spcch.cz	+ 420 224 815 913
Svaz tělesně postižených v ČR	STP v ČR	Helena Klasnová	Karlínské nám. 12, 186 03, Praha 8	www.svaztp.cz	svaztp@quick.cz	+ 420 224 819 083
Unie Roska - česká MS společnost	UR - CzMSS	Karel Hrkal	P.O. Box 38, 120 00, Praha 2	www.roska.eu	roska@roska.eu	+ 420 266 712 511

PŘÍLOHA č. 4: Dotazník + Barthelův test

Dobrý den,

jmenuji se Radka Sládková a jsem studentka 3. ročníku studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra, 2. LF v Praze a po 3 roky osobní asistentka vozičkářky Adély Hrubé.

Tímto Vás prosím o spolupráci, o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma:

Spokojenost s ošetrovatelskou péčí u klientů s tělesným postižením.

Odpovědi zakroužkujte, popř. doplňte vlastními slovy.

Veškeré dodatky – rozhovory s Vámi, vaše příběhy, zkušenosti jsou určeny jen pro mé potřeby a budou zpracovány anonymně! Byla bych velmi ráda, kdyby výsledkem byl určitý návod pro zdravotnický personál při zacházení s lidmi s tělesným postižením. Vyplněním dotazníku tomu můžete výrazně napomoci.

Zpracované dotazníky prosím vhod'te **nejpozději do 30.11. 2007** do schránky Adély Hrubé – byt 76, Petýrkova ulice, vchod 1952.

Dále prosím dobrovolníky ☺, kteří by mi byly ochotni poskytnout další informace ohledně tohoto tématu:

- * pokud máte možnost internetové služby: můj e-mail: RadkaSladkova@centrum.cz
- * pokud dáváte přednost osobnímu setkání, uveďte zde prosím vaše tel. číslo a domluvíme se na dalších podrobnostech.

.....

Velice děkuji za pomoc Vám i Vaším asistentům!

Radka Sládková

Otázky zaměřené na Vaši osobu – identifikační znaky:

- 1) Jste: a) žena
b) muž
- 2) Váš věk: a) 15 - 24
b) 25 - 34
c) 35 - 44
d) 45 - 54
e) 55 a více
- 3) Vaše pohybové postižení je (+ diagnóza):
a) vrozené
- b) získané
- 4) Váš stupeň závislosti na pomoci druhé osoby:
a) stupeň I – lehká závislost
b) stupeň II – středně těžká závislost
c) stupeň III – těžká závislost
d) stupeň IV – úplná závislost
- 5) Jaké využíváte kompenzační pomůcky, které Vám umožňují pohyb?
a) berle

- b) mechanický vozík
 - c) elektrický vozík
 - d) jiné.....
- 6) Vaše individuální specifické pohybové potřeby (fixace hlavy, změna polohy končetin či celého těla, ...):
.....

Otázky zaměřené na hospitalizaci v nemocnici:

- 7) Byl/a jste v poslední době hospitalizován/a v nemocnici?
a) ano
b) ne
- 8) Byl/a jste seznámen/a s Desaterem komunikace s pacienty s pohybovým postižením?
a) ano
b) ne
- 9) Jak s Vámi komunikoval zdravotnický personál?
a) přímo s Vámi
b) s Vaším doprovodem
- 10) Vyhovovalo vybavení pokoje + příslušenství Vaším potřebám?
a) ano
b) ne, proč
- 11) Měl/a jste možnost být hospitalizován/a se svým doprovodem?
a) ano
b) ne
Bylo Vašemu požadavku vyhověno bez problémů?
a) ano
b) ne, z jakého důvodu.....
- 12) Nabízel Vám zdravotnický personál aktivně pomoc?
a) ano
b) ne
- 13) Pokud to zdravotní stav dovolil, mohl/a jste se pohybovat po oddělení?
a) ano
b) ne, proč.....
- 14) Potřebujete pomoci s přesunem z lůžka na vozík?
a) ano
b) ne
Pokud ano, kdo Vám pomohl?
- 15) Jak jste byl/a dosud spokojen/a při hospitalizaci s ošetrovatelskou péčí?
.....
- 16) Potřebujete pomoci při stravování?
a) ano
b) ne
Pokud ano, kdo Vám pomohl?

- 17) Potřebujete pomoci při oblékání?
a) ano
b) ne
Pokud ano, kdo Vám pomohl?
- 18) Potřebujete pomoci při koupání?
a) ano
b) ne
Pokud ano, kdo Vám pomohl?
- 19) Potřebujete pomoci při osobní hygieně?
a) ano
b) ne
Pokud ano, kdo Vám pomohl?
- 20) Potřebujete pomoci s přesunem na WC?
a) ano
b) ne
Pokud ano, kdo Vám pomohl?

Otázky zaměřené na zlepšení ošetrovatelské péče:

- 21) Napište z vaší zkušenosti případné problémy spojené s hospitalizací (prostředí, personál, ...)
.....
- 22) Využil/a byste možnost ubytování Vašeho doprovodu během hospitalizace?
a) ano
b) ne
- 23) Myslíte si, že by bylo vhodné ve zdravotnickém zařízení zaměstnávat osobního asistenta?
a) ano
b) ne
- 24) Myslíte si, že Barthelův test, který hodnotí míru Vaší soběstačnosti při základních všedních činnostech (viz příloha) by byl výhodný pro klienty s tělesným postižením (i jako základní informace pro personál)?
a) ano
b) ne
- 25) Pokud ano, doplňte zde prosím Vaše návrhy či dodatky tak, aby Barthelův test vyhovoval Vaším potřebám.

Příloha k dotazníku: Barthelův test základních všedních činností

činnost	provedení činnosti	bodové scóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50m s pomocí 50m na vozíku 50m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

PŘÍLOHA č. 5: Práva pacientů (etický kodex)

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zsvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případu akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a

8. ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
9. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou, má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
10. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoli, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
11. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
12. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Tato práva jsou prohlášena za platná dnem 25. února 1992.

(31)

PŘÍLOHA č. 6: Devatero zásad pomoci člověku na vozíku

1. Nikdy nerozhodujte za člověka pohybujícího se pomocí rehabilitačního vozíku, zvláště, jedná-li se o něco z jeho osobní oblasti.
2. Když potkáte na procházce spolu s vozíčkářem známého, který se s Vámi dá do řeči, je třeba si k vozíčkáři stoupnout tak, aby se bez vyvracení krku mohl podílet na rozhovoru.
3. Manipulujete-li jako doprovodná osoba vozíkem s osobou s poruchou hybnosti při návštěvě představení, obchodního domu, restaurace, atd., jedte velmi opatrně! Pro osobu pohybující se na rehabilitačním vozíku je velmi nepříjemné, když vjede chodci na nohy, aniž by měl možnost tomu zabránit.
4. Při nákupech musí osoba s poruchou hybnosti pohybující se za pomoci rehabilitačního vozíku sama vyslovit svá přání, neboť často se stává, že v takovýchto situacích se prodavači často obracejí na doprovod.
5. Při nákupech je prakticky neproveditelné, aby doprovod osoby pohybující se na vozíku manipuloval s rehabilitačním a nákupním vozíkem. Vhodné je v takových případech užít malé ploché krabice na ukládání zboží, kterou umístíme vozíčkáři na klín.
6. Při všech situacích je třeba myslet na to, že vozíčkář má jiný zorný úhel než jeho doprovod. Když jej chcete na něco upozornit, skloňte se, aby jste zjistili, zda je to vidět i z pohledu postiženého.
7. Hovor s doprovodem je pro postiženého vždy velmi únavný, když musí otáčet hlavu nahoru a dozadu. Při troše cviku lze také kráčet vedle vozíku a tlačit za opěrku ruky.
8. Při manipulaci s vozíkem je třeba respektovat určitá bezpečnostní pravidla. Nevystavovat vozíčkáře ani doprovodnou osobu nebezpečí úrazu a zbytečným stresujícím situacím, např. při přecházení ulic s velkým provozem, při jízdě ve svahu, atp.
9. Když na procházce zůstane u vozíku stát dítě, dejte osobě na vozíku možnost s ním promluvit, aby ztratilo rozpaky před někým „jiným“.

(1)

PŘÍLOHA č. 7: Některé zásady ve vykonávání osobní asistence:

1. Jste tu pro klienta, nikoliv klient pro vás.
2. Nestyd'te se ptát, když něco nevíte.
3. Nejde-li věc poprvé ani podruhé, jistě půjde potřetí nebo podesáté. Jednou se to zkrátka povede.
4. Je logické, že klient chce dělat věci po svém, vždyť vy to tak také děláte. Jenomže vy můžete, ale klient ne.
5. Vydržte, protože co vás nezabije, to vás posílí.
6. Máte-li s čímkoliv problém, snažte se jej řešit otevřeně a poctivě.
7. Neberte si nic osobně, většinou to tak není (a pokud je, stejně nepomůže brát to osobně).
8. Počítejte s tím, že klient má problémy, je často unavenější než „zdravý člověk“. Často se cítí ohrožen!
9. Konflikty v klientově rodině - udělejte si svůj názor a snažte se nezasahovat. Naslouchejte klientovým problémům.
10. Nemluvte na veřejnosti za klienta. Častý problém je, že člověk s tělesným handicapem, hlavně vozíčkáři, jsou zaměňováni za lidi s mentálním handicapem.
11. Závislost na pomoci versus psychická závislost.
12. Čas asistentovy služby je klientův a nepatří vám.
13. Zodpovědnost za klienta? Klient by měl mít míru zodpovědnosti co nejvyšší, protože on si službu řídí a organizuje.
14. Klient je závislý na pomoci, asistent na klientovi nikoliv. Klient je slabší, proto buďte trpěliví.
15. Asistent se může odreagovat, klient se svými potížemi zůstává stále. (12)

PŘÍLOHA č. 8: Upravený Barthelův test základních všedních činností pro tělesně postižené klienty

činnost	provedení činnosti	bodové scóre	poznámka
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10	
	s pomocí	5	
	neprovede	0	
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10	
	s pomocí	5	
	neprovede	0	
3. koupání	samostatně bez pomoci	10	
	s pomocí	5	
	neprovede	0	
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10	
	s pomocí	5	
	neprovede	0	
5. kontinence moči	plně kontinentní	10	
	občas inkontinentní	5	
	inkontinentní	0	
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10	
	občas inkontinentní	5	
	inkontinentní	0	
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10	
	s pomocí	5	
	neprovede	0	
8. přesun lůžko – vozík	samostatně bez pomoci	10	
	s pomocí	5	
	neprovede	0	
9. chůze po rovině	samostatně	10	
	s pomocí	5	
	neprovede	0	
10. kompenzační pomůcka pro pohyb	berle, chodítka		
	mechanický vozík		
	elektrický vozík		
11. ovládání vozíku	samostatně	10	
	s pomocí	5	
	neprovede	0	
12. změna polohy na lůžku	samostatně bez pomoci		
	s pomocí		
	neprovede		
13. udržení rovnováhy	ano		
	ne		
14. samovolné pohyby	ano		
	ne		
15. riziko vzniku dekubitu	ano		
	ne		

Hodnocení stupně závislosti: 0 - 40 bodů
 45 - 60 bodů
 65 - 95 bodů
 96 - 100 bodů

vysoce závislý
 závislost středního stupně
 lehká závislost
 nezávislý

PŘÍLOHA č. 9: Vyplněný upravený Barthelův test základních všedních činností pro tělesně postižené klienty

Činnost	provedení činnosti	bodové scóre	poznámka
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	zvládne sebeobsahu jednou rukou, pokud je fixován hrudník a musí být opěra o jídelní stůl
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	osobní asistent
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	osobní asistent
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	zvládne pouze vyčištění zubů elektrickým kartáčkem, umytí obličeje
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0	pokud by bylo třeba, souhlasí se zavedením PMK
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0	při průjmovitých stolicích
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	nutno přesunout na podložní mísu i na WC
8. přesun lůžko – vozík	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	nejlépe s pomocí 2 osob
9. chůze po rovině	samostatně s pomocí neprovede	10 5 0	
10. kompenzační pomůcka pro pohyb	berle, chodítka	-	většinou není možnost dopravy elektrického vozíku do nemocnice, není zajištěn převoz
	mechanický vozík	+	
	elektrický vozík	-	
11. ovládání vozíku	samostatně s pomocí neprovede	10 5 0	samostatně ovládá pouze elektrický vozík
12. změna polohy na lůžku	samostatně bez pomoci		osobní asistent
	s pomocí		
	neprovede	+	
13. udržení rovnováhy	ano	-	pouze při fixaci hrudníku a opěry rukou
	ne	+	
14. samovolné pohyby	ano	-	
	ne	+	
15. riziko vzniku dekubitu	ano	+	Vysoké riziko! Nutné polohovat!
	ne	-	

Hodnocení stupně závislosti: **0 - 40 bodů**
45 - 60 bodů
65 - 95 bodů
96 - 100 bodů

vysoce závislý
závislost středního stupně
lehká závislost
nezávislý