

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

DOMÁCÍ PÉČE ZE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO HLEDISKA

Diplomová práce

Autor: Veronika Urbanová

2007

Vedoucí práce: Mgr. Marie Trešlová, R.N.

Home care from a health-social point of view

Home care represents one of the health system sectors developing most quickly in all advanced countries. World Health Organization defines home care as any form of care given to people at their homes. Ensuring one's body's, psychical, palliative and mental functions belong here.

This extended essay deals in more detail with the organizations which give only health home care for their clients. It is a special form of the health care given to a patient at his home and paid by the state within the framework of public health insurance. During the visits, the patient is treated or rehabilitated by a qualified nurse (physiotherapeutical, ergotherapeutical and psychotherapeutical rehabilitation). All the treatments are put into effect according to the treating doctor's indication who has called for this care form. Although the question is a health service, we can see a social influence here, too when the patient and his relations to the people round him are influenced as well. Nowadays, great numbers of state in the Czech Republic.

In the first theoretical part, the attention is paid to a history of home care, a definition of basic words and a detailed specification of agency activities. Besides, the clients the service was indicated for are noticed here, too. It also concerns their state of health and social relations to the people around them and the surroundings.

The data obtained from my own research are stated in the practical part. This research was carried out by a quantitative method with several techniques of a run interview and a secondary analysis of data in a set of some chosen patients living in the northern part of the Pilsen Region and agencies being situated in that area.

The aim of my extended essay is to evaluate a social influence of home care on a patient and to point out the most frequent diagnoses it has been indicated for.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma **Domácí péče ze zdravotně sociálního hlediska** vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 23. dubna 2007

.....
Veronika Urbanová

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat za pomoc a podnětné návrhy při tvorbě této práce paní Mgr. Marii Trešlové, R.N. a dále za poskytnutí studijního materiálu prezidentce Asociace domácí péče paní Bc. Blance Misconiové. Nemohu také opomenout klienty a specializované sestry domácí péče, kteří se mnou trpělivě spolupracovali.

Obsah:

Úvod	7
1. Současný stav	9
1.1 Historie domácí péče	10
1.2 Základní pojmy	13
1.3 Poskytovatelé domácí péče	16
1.4 Pracovníci působící v domácí péči	18
1.4.1 Syndrom vyhoření	27
1.5 Technické podmínky pro poskytování péče	30
1.6 Financování domácí péče	32
1.7 Klienti domácí péče	34
1.8 Průběh domácí péče	38
1.8.1 Indikace domácí péče	39
1.8.2 Zahájení domácí péče	40
1.8.3 Vykonávání návštěv	41
1.8.4 Propouštění pacienta z domácí péče	42
1.8.5 Dostupnost a frekvence domácí péče	44
1.9 Formy domácí péče	46
1.9.1 Domácí hospitalizace	46
1.9.2 Dlouhodobá domácí péče – péče o chronické stavy	48
1.9.3 Preventivní domácí péče	50
1.9.4 Domácí hospicová péče	51
1.8 Sociální postavení a vztahy pacientů domácí péče	52
1.10 Principy komplexní domácí péče	56
2. Cíl práce a hypotézy	60
3. Metodika	61
3.1 Použité metody sběru dat	61
3.2 Charakteristika cílové populace	62

4. Výsledky	63
4.1 <i>Vyhodnocení sekundární analýzy dat</i>	63
4.2 <i>Vyhodnocení otázek řízeného rozhovoru</i>	65
4.3 <i>Vyhodnocení pozorování</i>	89
4.4 <i>Vyhodnocení otázek dotazníku</i>	91
5. Diskuse	93
6. Závěr	107
7. Seznam použitých zdrojů	108
8. Klíčová slova	112
9. Přílohy	

Úvod

Společenské změny konce 20. století výrazně ovlivňují podmínky pro rozvoj ošetrovatelství v České republice. Nové přístupy zaručují individualizovanou péči zaměřenou na klienta a jeho rodinu, na uspokojování potřeb, na řešení problémů vznikajících v souvislosti s jeho onemocněním nebo se změnou zdravotního stavu. V posledních letech se rozvíjí terénní komunitní služby – především domácí péče. Základním principem a vlastním smyslem domácí péče je aktivní pomoc poskytovaná člověku v nesnázích, které jsou spojeny se stavem jeho těla, duše i prostředí, a to v souladu s lidskými právy, zákonnými i etickými normami. V této práci jsem se zaměřila na jednu z forem nabízených služeb, kterou je domácí zdravotní péče. Cílem zdravotní péče je kvalitní ošetrovatelská či jiná odborná zdravotní péče poskytovaná klientovi v jeho vlastním domácím prostředí.

Snahou poskytovatelů zdravotní domácí péče je co nejdélší možné setrvání nemocného v jeho přirozeném prostředí. Klientem agentury domácí péče se může stát takový nemocný, kterému ošetřující lékař z určitého důvodu předepíše zdravotní péči v jeho vlastním sociálním prostředí. Zmiňovaným důvodem bývá klientova se soběstačnost, kontrola jeho zdravotního stavu, aplikace léků a převazy ran. Při stanovení první hypotézy, která se zabývá četností výskytu bércových vředů v oblasti zdravotní domácí péče, jsem vycházela z vlastních zkušeností a poznatků. Řada klientů je pokročilého věku, často trpí omezenou mobilitou a chronickými onemocněními, což jsou typické charakteristiky vyskytující se u cévních onemocnění dolních končetin a jejich komplikací jako jsou bércové vředy.

Přestože se jedná o služby zdravotní, lze předpokládat také určitý vliv sociální. Pracovníci agentur vykonávají u klientů ošetrovatelské a rehabilitační služby a současně jim svými návštěvami zajišťují společenský styk a komunikaci s okolním světem. Ačkoli cílem návštěv není zlepšování sociálních vztahů klientů, předpokládala jsem jejich ovlivnění. Z této myšlenky jsem vycházela při stanovení druhé hypotézy, která se týká osaměle žijících klientů, jimž nejsou poskytovány žádné služby sociální. U těchto

nemocných jsem předpokládala skutečnost pozměnění sociálních vztahů s větší intenzitou než je tomu u pacientů žijících v rodinném prostředí či jiném kolektivu.

Cílem práce bylo zhodnocení sociálního vlivu domácí zdravotní péče během jejího poskytování pacientovi. Dalším cílem bylo poukázat na nejčastější diagnózy, pro které je indikována domácí péče.

1. Současný stav

Každý z nás ví, že na vznik a další průběh onemocnění má zásadní vliv stav našeho fyzického, psychického a sociálního zdraví. Obranyschopnost organismu je oslabena ve chvílích, kdy jsme vystaveni stresům, depresím a nestabilitě. V těchto chvílích instinktivně vyhledáváme prostředí, které důvěrně známe, prostředí bezpečí, naděje, útěchy a pohody. Téměř vždy tímto prostředím bývá domov. Každá jeho část nás odděluje od vnějších problémů. Domov se stává obrazem našeho vlastního já, představ a přání spojených se specifickými potřebami. Je právě takový, jaký ho chceme mít a kam se každý den rádi vracíme. A to nejen kvůli tomu, abychom se zde setkali se svými blízkými, ale také proto, že je tu náš stůl, naše židle, naše kniha náš dům je součástí našeho vlastního já. Blahodárné účinky domácího prostředí přinesou po namáhavém dni pocit úlevy a soulad našeho vnitřního a vnějšího prostředí.

Prozatím jsme hovořili pouze o stresu a únavě běžného pracovního dne, stejné pravidlo nutného souladu vnitřního a vnějšího prostředí však platí o to více v době, kdy dochází k narušení našeho zdraví.

Všichni si vybavíme vzpomínky na chvíle ve svém životě, které jsme museli strávit v cizím prostředí. V prostředí, jež mnohdy ze suverénů dělá lidi závislé a ze závislých lidí lidi bezmocné a bez naděje. Pokud je anonymní prostředí, jako jsou nemocnice a léčebny, doplněno sterilitou prostředí i vztahů a z nás se stávají čísla či diagnózy, je naše naděje upnuta ke dni, kdy toto prostředí budeme moci opustit. Instinktivně cítíme, že doma to bude určitě lepší. Každý kontakt s domovem, ať už je to návštěva členů rodiny nebo přátel, nás posílí a alespoň na chvíli nám dává zapomenout na naše těžkosti.

Rozvoj vědních oborů, jako je lékařská věda a ošetřovatelství, lidem prostřednictvím lékařů a sester dovoluje poskytovat vysoký standard odborné domácí péče ve vlastním sociálním prostředí. Kvalifikovaní odborníci jsou vybaveni spolehlivými technickými přístroji, které umožňují pobyt v domácím prostředí i u takových klientů, kteří byli v minulosti odkázáni na dlouhodobý pobyt v nemocnicích a léčebnách.

1.1 Historie domácí péče v České republice

Domácí péče jako přirozený způsob péče o člověka existuje od nejstarších dob. Zmínky o jejích prvních formách se objevují od počátku 12. století, kdy byly služby poskytovány prostřednictvím řeholních řádů. Výrazněji se pak rozvíjelo ošetřovatelství v domácnostech na konci 13. století, kdy byla členkám církevních řádů zakázána služba ve špitálech. Jak uvádí Staňková, řeholnice pak vykonávaly opatrovnictví v domech nemocných a dohled nad jejich prací měl místní farář. V 15. století provozovaly v Praze návštěvní opatrovnictví známé diakonky, které byly pro tuto práci speciálně školeny (34).

K masivnímu rozvoji ošetřovatelství za spolupráce dobrovolných, podpůrných a ochranných spolků došlo v meziválečném období minulého století. V roce 1919 vznikl Československý červený kříž, který, jak uvádí Jarošová, začal realizovat pokusy v oblasti domácí zdravotní péče ve spolupráci s městem Prahou a Ústřední sociální pojišťovnou. Středem zájmu byli zejména děti, chudí nemocní a staří lidé (15). V té době byla tak poprvé systematicky prováděna ošetřovatelská a zdravotní služba v rodinách.

Řádové sestry začaly být vzdělávány v civilních ošetřovatelských školách, které absolvovaly jako diplomované sestry. Jejich práce při ošetřování chudých a starých nemocných v rodinách byla těžká a narážela často na nepochopení úřadů. „Oficiálně se s návštěvním ošetřováním začalo v roce 1920, ale pro nedostatek sester se udrželo pouze do roku 1925 jako ojedinele organizovaná činnost“ (34, s. 53).

Negativní důsledky hospodářské krize byly jedním z důvodů pro obnovení činnosti ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách. Bylo navrženo, aby kvalifikovaná sestra navštěvovala více rodin a vykonávala odborné činnosti. Po druhé světové válce dochází k rozvoji ošetřovatelských škol, ve kterých mezi nově zavedené obory patřila mimo jiné odborná výchova sester pro úsek ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách. Po roce 1948 dochází k vytěsňování řeholnic ze zdravotnictví a hlavní těžiště práce sester civilních se přesouvá z obce do nemocnic a institucí. Organizace ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách je zajištěna nově vzniklým Ústavem národního zdraví. Od roku 1952 přebírá podle zákona č. 103/1951 Sb. odpovědnost

za provádění domácí péče stát. Mnohé sestry, které pracovaly v domácí péči v rámci Československého červeného kříže, začaly pracovat jako geriatrické sestry ve zřizovaných geriatrických ambulancích. Porevoluční reformy a probíhající privatizace zdravotnických zařízení způsobila po roce 1989 postupný rozpad sítě geriatrických sester.

Po roce 1989 začíná v České republice období transformace, reformy, struktury, řízení a financování zdravotnictví. První pracoviště zajišťující domácí ošetrovatelskou péči vzniklo již po několika měsících od politických změn v naší republice. „V březnu 1990 bylo zdravotníky tzv. střediska ošetrovatelské péče při České katolické charitě v Brně ošetřeno prvních osmnáct nemocných v domácím prostředí“ (34, s. 57). V lednu roku 1991 byla Ministerstvem zdravotnictví České republiky tato činnost legalizována a byl povolen dvouletý experiment České katolické charity: Domácí ošetrovatelská péče. Na tento projekt vyčlenilo Ministerstvo zdravotnictví státní dotaci ve výši 28 milionů korun.

V roce 1991 začala Česká katolická charita spolupracovat s 25 středisky charitní ošetrovatelské péče. V říjnu téhož roku vznikla při nemocnici v Pardubicích první agentura domácí péče. V závěru roku bylo v České republice zřízeno celkem 26 agentur, které poskytovaly služby pro 1 459 klientům. V následujícím období došlo k zakládání dalších, jejichž zřizovatelem byla především Česká katolická charita a první lékaři, zejména z oblasti primární péče a chirurgové, kteří poskytovali domácí péči prostřednictvím odborných týmů. „V září roku 1992 byla založena skupina pro podporu a rozvoj domácí péče v České republice. Tato skupina se orientovala zejména na přípravu legislativních opatření, vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti domácí péče, financování, komunikace a toku informací v jejím rámci“ (28, s. 2).

V březnu 1993 byla založena Asociace domácí péče, sdružující sestry, lékaře, sociální pracovníky, psychology a další personál, jenž tyto služby poskytuje. Téhož roku došlo k extrémnímu nárůstu nově vzniklých agentur, což bylo podle Misconiové následkem zvyšující se nezaměstnanosti sester, hrozících komplikací při uzavírání smluv se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a snahou mnoha zdravotnických zařízení lůžkového typu o ekonomičtější a efektivnější poskytování odborné péče (27). Bouřlivý

rozvoj agentur souvisel také s rozšířením informací, které byly zprostředkovány laické i profesionální veřejnosti prostřednictvím masmédií, seminářů a dalších akcí, o filosofii domácí péče. K dalšímu rozšiřování těchto zdravotnických zařízení pomohla rozvíjející se spolupráce s praktickými lékaři a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, jež začala vytvářet pro poskytování domácí péče vlastní metodické pokyny. Postupně docházelo k navazování dobré spolupráce mezi ošetřujícími lékaři a jednotlivými agenturami. V roce 1994 bylo Asociací domácí péče zaregistrováno již 300 agentur a podle Misconiové se v tomto roce v každém pracovním dnu zaevidovala další nově vzniklá (28).

V roce 1995 byl vyhodnocen sociologický průzkum, zabývající se otázkou spokojenosti klientů s péčí, kterou agentury poskytují. „Z průzkumu vyplývá jednoznačná spokojenost klientů všech věkových kategorií s poskytováním domácí péče“ (28, s. 8). V červenci 1994 bylo Asociací domácí péče založeno Národní centrum domácí péče, které vzniklo v souladu s Národním plánem a jeho opatřením pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení. Centrum poskytuje informace, zajišťuje koordinaci a vzdělávání profesionální i laické veřejnosti na úrovni národní i regionální.

Jednotlivé agentury domácí péče, vznikající od roku 1991 až do současnosti, se mohou zaregistrovat u Asociace domácí péče nebo mohou být neregistrovanými společnostmi státního či nestátního charakteru. „V roce 1995 byl zjištěn celkový počet 443 agentur domácí péče, a to na základě vyplněných dotazníků z okresních úřadů“ (28, s.7). Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR je ke konci roku 2002 tento počet 477 (36).

1.2 Základní pojmy

Domácí péče je novým oborem, k jehož pochopení je třeba si objasnit pojmy, z nichž některé vznikly poměrně nedávno a některé naopak byly již dříve používány v medicínských a ošetrovatelských oborech.

Primární péče je souborem činností zdravotních, sociálních i laických, poskytovaných potřebnému klientovi v rámci společnosti v první linii kontaktu. Alexander uvádí, že soubor činností realizovaný v rámci primární péče úzce souvisí s podporou a ochranou zdraví, prevencí onemocnění, vyšetřováním, léčením, ošetrováním, rehabilitací, sociálními službami, včetně vytváření podmínek v rámci komunity pro zajištění maximální kvality života pro občany všech věkových kategorií i různých diagnostických či indikačních skupin (1).

Domácí péče je v zákoně 48/1997 Sb. specifikována jako zvláštní druh ambulantní péče, prostřednictvím které je zajišťována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci odborná péče v jejich vlastním domácím prostředí (46). V naší společnosti se rozumí pod tímto výrazem pouze forma zdravotní péče, která je prováděna profesionálními pracovníky vzdělanými v medicínských nebo ošetrovatelských oborech. Termín *home care* je anglickým ekvivalentem českého názvu domácí péče. Oba tyto termíny se v naší společnosti užívají se stejnou četností. Pojem domácí péče je někdy zaměňován s níže uvedeným pojmem komplexní domácí péče.

Sociální pomoc je formou sociální péče, která je vykonávána také v domácím prostředí klienta. Pro tuto službu se často používá termín z anglického jazyka *home help*. Tyto služby však neposkytují zdravotníci a ošetrovatelští pracovníci, ale pracovníci sociálních služeb, dobrovolníci a často i laická veřejnost.

Komplexní domácí péče je definována jako „forma integrované péče, která je jedním z funkčních prvků primární péče a jejíž filozofie vychází z principu pevné vazby a interakce lidské bytosti se svým vlastním sociálním prostředím s důrazem na individuální vnímání kvality života lidské bytosti“ (34, s. 55). Doplňuje ambulantní péči lékařskou o komponenty ošetrovatelské a sociální péče a laické pomoci. Její

aktivita je orientována na podporu a udržení zdraví a prevenci nemoci, uspokojení bio-psycho-sociálně-ekonomických potřeb člověka v době ohrožení stability nebo zasažení negativními vnitřními či vnějšími vlivy. V jejím rámci je klientovi poskytována odborná zdravotní péče (léčebná, ošetrovatelská, rehabilitační atd.), jejíž rozsah určuje indikace příslušného lékaře. Dále sem patří sociální péče a pomoc, stanovená sociální diagnostikou klienta a jeho prostředí. Nedílnou součástí je rovněž péče laická (péče rodinných příslušníků či blízkých a dobrovolníků u osob osamocených), jejíž rozsah je dán aktuální situací v rodině, společenským klimatem a aktivitou samosprávy a státní správy při poskytování podpory osobám pečujícím o osoby závislé na pomoci druhého.

Vlastní sociální prostředí je vlastním místem, kde je klientovi služba prováděna. Ne vždy je domácí péče poskytována ve vlastním domově klienta. Může být vykonávána v domácím prostředí jeho blízkých nebo v zařízení, které nahrazuje jeho domácí prostředí, tak jako domov důchodců nebo ústav sociální péče. V žádném případě však nejde o instituci, která mu zajišťuje přechodný pobyt, například ve stacionáři, lázních, penzionu a podobně.

Ošetřujícím lékařem se pro účely indikace domácí zdravotní péče stává zejména praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost. Jedná se o odborníka, který působí v primární péči. Dále pak může být ošetřujícím lékařem ten, kdo o pacienta pečuje v průběhu hospitalizace a může indikovat také domácí péči, avšak pouze po dobu 14 dnů po propuštění z lůžkového zdravotnického zařízení. V tomto případě se jedná o lékaře působícího v systému sekundární a terciální zdravotní péče.

Agentura domácí péče je skupina pracovníků nebo samostatný jedinec, jenž vykonává výše zmiňované služby.

Asociace domácí péče je organizací, která byla založena v roce 1993 za účelem kvalitnější spolupráce poskytovatelů těchto služeb. Jedná se o sdružení sester, lékařů, sociálních pracovníků, psychologů a dalšího personálu poskytujícího domácí péči. Registrace agentur domácí péče v této společnosti není povinná.

Národní centrum domácí péče bylo založeno Asociací domácí péče v roce 1994. Pořádá řadu odborných seminářů pro profesionální veřejnost z toho důvodu, aby novinky z oblasti ošetrovatelství i dalších oborů kontinuálně obohacovaly specializovanou činnost sester i lékařů v domácí péči. Organizuje také velký počet akcí pro podporu a rozvoj těchto služeb na území celé České republiky. Jeho další aktivitou jsou projekty zaměřené na komunální politiku ve vztahu ke komplexní domácí péči a na strukturu a funkčnost agentur.

Organizace domácí péče má obdobné uspořádání jako jiná zdravotnická zařízení, která pečují o zdraví nás všech. Spočívá v rozdělení rolí v systému domácí péče, kde nás zajímá především to, kdo je jejím poskytovatelem, kým je prováděná a jaký má celkový organizační řád.

Domácí péče přináší svým příjemcům i poskytovatelům nesporné výhody, mezi něž řadí Jarošová ekonomičnost (zkracování hospitalizace snižuje o třetinu až polovinu náklady), víceoborovost (zdravotnický tým je multidisciplinární), individualizovanou péči (služba je poskytována podle individuálních potřeb jedince), komplexnost (v rámci tohoto oboru jsou poskytovány činnosti léčebné, ošetrovatelské, rehabilitační, psychoterapeutické, aj.), péči dlouhodobou (délka poskytování vychází z potřeb klienta a jeho blízkých) a podporu zdraví (zahrnuje také činnosti primární, sekundární a terciární prevence) (34).

1.3 Poskytovatelé domácí péče

Agentury domácí péče jsou zřizovány fyzickými osobami, které vyhovují zákonem (zákon č. 160/92. Sb. Ministerstva zdravotnictví České republiky) určeným podmínkám pro registraci agentury domácí péče u krajského úřadu – jedná se o agentury tak zvaného nestátního typu. Zřizovány jsou rovněž agentury státního typu, jež vznikají při státních nemocničních komplexech či poliklinikách. Výčet jednotlivých zřizovatelů domácí péče uvádí Misconiová, kde zdravotní sestry tvoří 43 %, praktičtí a odborní lékaři 18 %, právnické osoby humanitárních a charitativních organizací 23 % a státní správa 16 % (22).

Některá města a obce z vlastní iniciativy zřizují agentury domácí péče a svojí silou a vůlí se snaží řešit problematiku zdravotní a sociální péče o občany jako základní součást tvorby a realizace komunální politiky.

„Registrace agentur domácí péče je realizována na Zdravotním referátu krajského úřadu, který přísně dohlíží nad kritérii kvalifikace a rozsahu praxe žadatele před udělením registrace. Sestra musí splňovat minimálně 5 let praxe, z toho 2 roky u lůžka, a pokud je zřizovatelem lékař, musí doložit vyjádření České lékařské komory. Tato kritéria rozsahu odborné praxe jsou nejpřísnější v celém systému zdravotní péče“ (28, s.17). Důvodem, jenž vedl ke stanovení takto přísných měřítek, je fakt, že v systému domácí péče mohou působit pouze ti profesionálové, kteří jsou schopni na vysoké odborné úrovni flexibilně reagovat na aktuální změny ve zdravotním stavu klienta. Součástí registrace agentury u krajského úřadu je i předložení odborného projektu, v němž je podrobně uveden předpokládaný rozsah činnosti. Při nedodržení kritérií výkonu domácí péče může být krajským úřadem registrace odejmuta.

Dalším kontrolním mechanismem, dohlížejším nad kvalitou domácí péče, kterou agentura poskytuje, je ošetřující lékař, jenž chronologicky a podrobně sleduje význam a dopad domácí péče na stav svého klienta.

Na činnost ošetřujícího lékaře a celé agentury dohlíží také revizní lékař příslušné zdravotní pojišťovny, který kontroluje indikaci, kvalitu a rozsah výkonů.

Nezanedbatelnou úlohu při dohledu a kontrole nad etikou a odborností poskytované péče mají také profesní sdružení lékařů, sester i jejich společné organizace. Lékaři, jak uvádí Munzarová, který selže při výkonu profese, odebírá Česká lékařská komora licenci k výkonu profese nebo jeho činnost jinak omezí. Odvolání proti rozhodnutí etické komise ČLK může však lékař předat nezávislému soudu. Sestry, které jsou registrovány v České asociaci sester, mají pro výkon domácí péče dobrozdání od své profesní organizace, jež dohlíží nad výkonem jejich činnosti (30).

Asociace domácí péče a její odborné komise, mezi které náleží i komise etická, velice přísně dohlíží nad poskytováním služeb lékaři, sestrami, sociálními pracovníky, psychology a dalšími. Tato organizace sdružuje všechny pracovníky působící v daném oboru bez rozdílu profesí a ve svých stanovách má jednoznačný postih za nedodržování kvality a etických aspektů spojených s poskytováním péče, a tím i jednoznačné vyloučení agentury ze členství i registru Asociace domácí péče. Asociace velice úzce spolupracuje s orgány státní správy, samosprávy i občanskými sdruženími.

Nejdůležitější kontrolou je však sám klient. Jeho stav a spokojenost je obrazem úrovně poskytované péče. „Proto Asociace domácí péče prostřednictvím krajských a obvodních úřadů a agentur domácí péče provádí stálý anonymní sociologický průzkum vztahující se ke spokojenosti klientů. Výsledky tohoto průzkumu jsou velice příznivé a dokládají velkou spokojenost klientů s poskytováním domácí péče“ (28, s. 8).

Registr agentur v České republice provádí Asociace domácí péče, která jej v pravidelných intervalech zasílá všem krajským úřadům . Jedenkrát ročně tento registr vydává také v almanachu, jenž vychází u příležitosti konajících se kongresů domácí péče. Rovněž každá ze zdravotních pojišťoven působících v České republice má k dispozici seznam agentur, s nimiž spolupracuje. Ke konci roku 2005 na celém území působilo celkem 481 agentur.

1.4 Pracovníci působící v domácí péči

Vzhledem k tomu, že domácí zdravotní péči je nutné poskytovat na vysoké profesionální úrovni, je tým agentur složen ze zkušených zdravotnických pracovníků. Každý z nich má zákonem Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 160/1992 Sb. jasně stanovenou kvalifikaci, která určuje rozsah kompetencí, a potřebnou délku předcházející praxe pro možnost působení v této sféře. Odborný zástupce agentury musí splňovat po ukončeném kvalifikačním vzdělání podle platných právních norem minimální rozsah 5 let odborné praxe ve zdravotnickém zařízení, z toho 2 roky praxe u lůžka. Požadavky na pregraduální a celoživotní vzdělávání odborných pracovníků ve zdravotnictví včetně jejich náplně činností jsou upraveny zákonem 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Pro vedoucí pracovníky agentur domácí péče je doporučováno 10 let absolvované praxe ve zdravotnictví a nadstavbová specializace v managementu domácí péče.

V současné době probíhá pregraduální vzdělávání sester (získání odborné způsobilosti) na vysokých školách v bakalářských studijních programech ošetrovatelství a na vyšších zdravotnických školách absolvováním oboru všeobecná sestra. Celoživotní studium je doposud zajišťováno formou specializačního studia ve speciálním úseku práce domácí péče, od roku 2005 pak ve specializačním studiu oboru komunitní sestra.

Zpočátku, kdy vznikaly první agentury, tvořily kvalifikované všeobecné sestry téměř 90 % všech zaměstnanců. Postupně, jak docházelo k rozšiřování jednotlivých společností, bylo možno uspokojovat i specifitější potřeby klientů tím, že byli kromě kvalifikovaných všeobecných sester přijímáni i jiní odborní pracovníci. Kolem roku 1994 došlo k výraznému rozvoji ošetrovatelské péče, kterou začaly poskytovat ženské sestry a porodní asistentky. Ženské sestry zaměřily svoji činnost především na péči o ženy s onkologickým onemocněním a porodní asistentky věnovaly pozornost těhotným ženám (příprava k porodu) a matkám v období po porodu. Spolu s rozvojem péče o ženu došlo také k rozšíření počtu anesteziologických sester, které nyní působí u klientů bezprostředně po propuštění z hospitalizace po operačních zákrocích nebo u pacientů v terminálním stádiu nemoci. Účast fyzioterapeutů a ergoterapeutů vytváří

pro klienty netradiční možnosti být rehabilitován ve vlastním sociálním prostředí, které musí být mnohdy adaptováno dle konkrétních potřeb daného pacienta. V současné době dochází k rozvoji hospicové domácí péče, což má za následek rozšiřování zaměstnanců o řadu dalších profesí.

Misconiová uvádí procentuelní zastoupení jednotlivých zdravotnických profesí v agenturách, kde kvalifikované všeobecné sestry tvoří 65 %, pomocní zdravotničtí pracovníci 14 %, rehabilitační pracovníci 6 %, lékaři, dětské sestry, nižší zdravotničtí pracovníci a sestry specialistky 6 %, ženské sestry 4 % a sociální pracovnice 5 % (26).

Jarošová hovoří o Evropské unii, která doporučuje dostatečné personální zajištění poskytovatelům domácí péče pro zajištění kvalitních a dostupných služeb z důvodů očekávaného nárůstu klientů (především seniorů) v budoucích letech. V blízké budoucnosti je tedy nutno k zajištění péče stárnoucí populace 25-30 pracovníků na 100 000 obyvatel. Skutečností, která ukazuje nárůst požadavků na návštěvní péči, jsou následující statistické údaje. V roce 2001 byla domácí péče v České republice zajišťována přibližně 1 700 pracovníky a o pět let později činil tento počet již 2 625 (34).

Všichni pracovníci bez ohledu na profesi jsou součástí multidisciplinárního týmu agentury, který je koordinován dispečinkem, sloužícím pro kontakt organizace s ošetřujícím lékařem a klientem. Přijímá však i dotazy, požadavky a připomínky od všech zúčastněných stran. Koordinátorka je schopna okamžitě zajistit v přímém kontaktu s pracovníky v terénu zahájení, změny i rozšíření péče u konkrétního klienta.

Během procesu domácí péče má klient svého stálého manažera péče. Jedná se o sestru, rehabilitačního pracovníka či jiného člena týmu, jenž odpovídá za kvalitu a dostupnost služeb. Tento pracovník je s ním ve stálém kontaktu a dle indikace ošetřujícího lékaře odpovídá za harmonogram a organizační zajištění poskytované péče. V pravidelných předem dohodnutých intervalech předává ošetřujícímu lékaři informace o celkovém stavu klienta a současně signalizuje změny v rozsahu indikace výkonů domácí péče.

Jelikož v agentuře obvykle působí pracovníci různých zdravotnických profesí, mohou jejich pracovní náplně vykazovat také určité rozdíly. Avšak pro všechny platí společná *obecná kritéria*, která popisuje ve své knize Misconiová. Každý z pracovníků zajišťuje odbornou anamnézu, stejně jako okamžité i dlouhodobé bio-psycho-sociální potřeby pacienta, dále hodnotí informace o jeho tělesném a duševním stavu. Ve své práci využívá a analyzuje získané údaje při rozhodování pro poskytování odborné péče. Současně stanovuje odbornou diagnózu, krátkodobý a dlouhodobý plán odborné činnosti a priority v plánu odborné péče, tento plán hodnotí, reviduje a zároveň konzultuje se členy multidisciplinárního týmu agentury s ohledem na aktuální stav klienta. Při své činnosti odpovídá za aktivní individuální péči a přesné plnění ordinací ošetřujícího lékaře. Do zdravotní dokumentace, za jejíž vedení současně zodpovídá, průběžně zaznamenává systematicky vyhodnotitelným způsobem profesionální zákroky a reakce klienta. V případě ohrožení životní rovnováhy pomáhá pacientovi i jeho rodině v jeho domácím prostředí a získává nemocné společně s rodinnými příslušníky k aktivní účasti na domácí péči a reintegraci. Dodržuje plnění hygienicko-epidemiologických zásad a činí všechna opatření k zabránění vzniku nozokomiálních nákaz a specifických poškození z důvodu povolání, přičemž se řídí nařízením Zdravotního řádu. Během své práce napomáhá zavádění nových odborných metod, podílí se na vědecko-výzkumné činnosti svého oboru a získané poznatky aplikuje v praxi. Neustále aktualizuje své odborné znalosti a účastní se nejen různých forem kontinuálního vzdělávání, nýbrž i vzdělávání a výuky absolventů středních zdravotnických škol. Dle svého postavení organizuje, kontroluje a koordinuje činnost nižších, pomocných zdravotnických pracovníků a dobrovolníků. Získané informace a údaje spojené s odbornou činností zaznamenává na příslušná počítačová média. Snaží se ovlivňovat životní prostředí, které bezprostředně souvisí se stavem klienta. Při výkonu svého povolání respektuje osobnostní specifika pacienta (22).

Všeobecná sestra jako všichni ostatní pracovníci jiných kvalifikací plní činnosti uvedené v obecných kritériích pro zdravotní domácí péči. Ve vlastním sociálním prostředí klienta provádí aktivní ošetrovatelskou péči, působí v preventivní péči a monitoruje jeho potřeby. Dle ordinace ošetřujícího lékaře podává pacientům předepsaná léčiva, aplikuje kožní, podkožní, nitrosvalové a nitrožilní injekce a infúze, obsluhuje infúzní pumpy a dávkovače, zavádí a udržuje kyslíkovou terapii, sleduje a zaznamenává účinky a reakce nemocného na léčbu, asistuje také při drobných chirurgických výkonech. Během návštěv odpovídá za správné a bezpečné uložení léčiv, sleduje jejich expiraci a spolupracuje s lékárníky při kontrolách dokumentace týkající se uložení, spotřeby a manipulace s léčivy. Řídí se předpisy pro manipulaci s omamnými látkami, cytostatiky, jedy, hořlavinami, kyselinami a zásadami bezpečnosti práce při manipulaci s tlakovými láhvemi, oxygenátory a dalšími přístroji. Pokud je třeba, připravuje osoby k diagnostickým, terapeutickým a ošetrovatelským výkonům, informuje je a jejich rodinné příslušníky o důvodech, způsobech provedení a čase. Při samotném vykonávání spolupracuje, asistuje, instrumentuje a současně průběžně sleduje a popisuje psychický i zdravotní stav před a po provedených výkonech. Každou patologickou změnu neprodleně hlásí lékaři a ostatním členům týmu. Zodpovídá za připravenost přístrojů, nástrojů, léčiv a ostatních potřeb k diagnostickým, terapeutickým a ošetrovatelským výkonům, zabezpečuje a provádí dezinfekci a sterilizaci nástrojů a pomůcek. Samostatně provádí ošetrovatelské léčebné výkony a vyšetření, odběr histologického materiálu, funkční vyšetření na speciálních přístrojích, výkony fyzikální terapie, aplikace tepla a chladu, zavádění a odstraňování žaludečních sond a jednoduchých katétrů. Podává klyzma, ošetřuje a převazuje rány, aplikuje léčebné zábalý, obklady a dbá o prevenci proleženin. Provádí jednoduché rehabilitační výkony i kondiční dechová cvičení. Působí na klienta a členy jeho rodiny v oblasti nácviiku soběstačnosti. Vykonává komplexní hygienickou péči u nemocných, zajišťuje hygienické a estetické domácí prostředí klienta. Působí aktivně v poradenské a edukační činnosti, dbá o duševní hygienu pacienta, předchází jeho psychické deprivaci, ovlivňuje a navozuje jeho správný životní styl a životní prostředí. Kontroluje množství přijaté stravy klienta, dodržování dietního a pitného režimu a podává výživu

sondou. Spolupracuje se členy zdravotnického týmu při přípravě a organizování preventivních dispenzárních či depistážních prohlídek a zajišťuje organizované prohlídky pacientů. Formou hospicové péče vytváří na vysoké etické profesionální úrovni podmínky pro důstojné umírání. Účastní se porad multidisciplinárního týmu agentury domácí péče.

Všeobecná sestra se specializací – koordinátorka týmu agentury domácí péče podle Misconiové je její náplní kromě obecných kritérií následující. Provádí specializovanou ošetrovatelskou péči zaměřenou na příslušný obor. Koordinuje péči ošetrovatelského týmu a organizačně a metodicky zajišťuje chod agentury. Kontroluje a usměrňuje individuální plány ošetrovatelské péče, pro zlepšení její aktivní formy využívá poznatků vědy a výzkumu a při poradách zdravotnického týmu vstupuje do diskuse o terapeutickém působení na klienta. Dle ordinace ošetřujícího lékaře podává nejen medikamenty ve speciálních aplikačních formách, ale také léčiva se zvýšeným rizikem nežádoucích vedlejších účinků, jejichž účinek sleduje a zaznamenává do dokumentace. Odpovídá za jejich přesné a včasné podání, aplikuje nitrožilní injekce a infúze, asistuje a instrumentuje u specializovaných zákroků a výkonů. Podílí se na výuce a výchově absolventů středních zdravotnických škol a na vzdělávání sester (22).

Dětská sestra plní činnosti uvedené v obecných kritériích s ohledem na poskytování zdravotní ošetrovatelské péče dětem a dorostu. Do její pracovní náplně Misconiová zahrnuje provádění vyšetření a léčebných výkonů na speciálních přístrojích dle ordinace lékaře. Mimořádná pozornost je současně věnována specifice věku dítěte a jeho stavu. Povinností sestry je dále zaměřit se na psychomotorický a somatický vývoj dítěte a činit účinná opatření k zamezení vzniku psychických deprivací a psychosomatických retardací. Snaží se dítě seznámit přístupnou formou s důvodem a způsobem ošetření, edukuje rodinu o vyplnění volného času jejich potomka. Instruuje rodinné příslušníky o úpravě a podávání stravy kojencům a batolatům, učí matky správnému přístupu ve výživě dětí, dohlíží na bezchybnou techniku kojení, sleduje její stravování a následný vliv na stav potomka. Sleduje dodržování léčebného režimu u dětí a dorostu, pomáhá matkám radou i nácvikem. Dohlíží na očkování dětí, provádí

kontrolu a screeningové metody, edukuje rodinné příslušníky o dodržování bezpečnostních opatření před úrazy a otravami. Spolupracuje s odborem sociálního zabezpečení příslušného úřadu v péči o děti handicapované, žáky a dospívající se ztíženou pracovní schopností (22).

Porodní asistentka stejně jako ostatní profese zahrnuje do své pracovní náplně požadavky uváděné v obecných kritériích, odpovídající jejímu odbornému zaměření, které Misconiová uvádí. Vyšetřuje ženy s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím, připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a v průběhu šestinedělí. Vede a sleduje průběh porodu a, pokud není přítomna dětská sestra, provádí první ošetření novorozence. Ačkoliv v naší společnosti není běžnou záležitostí rodit v domácím prostředí, jsou porodní asistentky k tomuto úkonu proškoleny a připraveny. Asistuje při porodnických výkonech a operacích a při zavádění antikoncepčních prostředků. Provádí vyšetření a léčebné výkony na speciálních přístrojích, jako je například kardiomonitor a kardiokograf. Z pověření lékaře a po zaškolení může provádět i vaginální odběry na cytologické vyšetření hormonální i onkologické. Vede tělocvik pro těhotné, nedělky a ženy po gynekologických operacích, organizuje preventivní a depistážní prohlídky a sleduje dispenzarizované ženy. Provádí domácí péči u těhotných žen, nedělek a žen gynekologicky nemocných, sleduje jejich zdravotní stav, poskytuje jim poučení o životosprávě, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci, výchově k rodičovství a plánování rodiny, prevenci prekanceróz, sexuálně přenosných nemocí a zánětů. Spolupracuje s ošetřujícím lékařem a sociální pracovníci (22).

Rehabilitační pracovník v souladu s ostatními pracovníky i on plní činnosti uvedené v obecných kritériích a dále dle Misconiové vypracovává plán léčebné rehabilitace v souladu s ordinací ošetřujícího lékaře, který uskutečňuje ve vlastním sociálním prostředí klienta podle metodických postupů vytyčených na úseku léčebné tělesné výchovy, ergoterapie či v úseku fyzikální terapie. Vykonává předepsané funkční vyšetření a rozbor, sleduje a dokumentuje stav klienta a informuje ošetřujícího lékaře o průběhu a výsledcích terapie. Aplikuje individuální cvičební metody a techniky, provádí nácvik k používání kompenzačních ortopedických pomůcek a přístrojů,

na úseku léčby prací vykonává metodiky cílené na druh onemocnění. Věnuje se i nácviku denních činností a soběstačnosti a procedurám fyzikální terapie. Vhodným psychologickým přístupem ke klientovi a jeho rodinným příslušníkům vytváří podmínky pro dosažení aktivní spolupráce. Instruuje pacienty a členy rodin, zejména rodiče ošetřovaných dětí o provádění domácích cvičení a otázkách denního režimu vzhledem k jejich zdravotnímu postižení (22).

Rehabilitační pracovník - fyzioterapeut plní výše uvedené činnosti, které jsou společné všem rehabilitačním pracovníkům. Specificky se zaměřuje na vykonávání kineziologických vyšetření na základě ordinace ošetřujícího lékaře a pacientovy anamnézy. Ke své práci používá fyzioterapeutických postupů včetně LTV a myoskeletálních technik. Při aplikaci konkrétních fyzioterapeutických postupů využívá různých kineziologických technik při individuálním cvičení. Provádí fyzikální terapii v plném rozsahu, uskutečňuje výběr a nácvik v používání protetických kompenzačních pomůcek, denních činností a soběstačnosti. Při provádění fyzioterapie se zaměřuje nejen na diagnostiku a terapii funkce, ale přihlíží i k vlivům společenského znevýhodnění a spolupůsobí při jejich odstraňování. V oblasti prevence využívá vhodných postupů v instruktážně poradenské činnosti. Instruuje klienty i členy jejich rodiny o provádění domácího cvičení a otázkách denního režimu vzhledem k postižení. Informuje lékaře a ostatní členy zdravotnického týmu o výsledcích rehabilitačních výkonů a zdravotním stavu pacienta.

Rehabilitační pracovník – ergoterapeut je dalším pracovníkem, kdy Misconiová uvádí výčet specifických činností charakteristických pro tuto specializaci. Provádí kineziologická a funkční vyšetření, včetně ergodiagnostických testů, kineziologický rozbor pohybových funkcí a pracovních činností, ergodiagnostická vyšetření s ohledem na potřeby a zájmy klienta. Sestavuje ergoterapeutický program s hlavním cílem dosáhnout a udržet optimální zdravotní stav a fyzickou kondici v běžném životě s minimální závislostí na pomoci druhé osoby. Připravuje a aplikuje vhodné činnosti pracovní, senzomotorické, poznávací a tvořivé a činnosti pro přípravu na zaměstnání, určuje pracovní tempo, pracovní polohu i stupeň zátěže a stanoví pro klienta zásady bezpečnosti při těchto činnostech. Učí a vede jednotlivce k soběstačnosti

a samostatnosti a využívá k tomu všech činností tak, aby podporovaly, obnovovaly a maximálně využívaly zachované funkce a pomáhaly klientům splnit specifické požadavky jejich pracovního a domácího prostředí. V rámci navrženého ergoterapeutického programu zadává úkoly, vede skupiny, posuzuje průběh a výsledky práce, sleduje reakci klienta, kterou objektivně hodnotí, a dle výsledků přizpůsobuje ergoterapeutické postupy. Doporučuje pro klienta potřebné protetické a kompenzační pomůcky, provádí praktický nácvik v jejich používání, jednoduché pomůcky sám navrhuje a zhotovuje. Doporučuje klientům a jejich rodinným příslušníkům vhodné úpravy domácího a pracovního prostředí. Ve spolupráci s logopedem se podílí na výcviku komunikačních dovedností a schopností. Psychologicky a pedagogicky působí na postiženého a rodinné příslušníky, s cílem dosáhnout sociální adaptace, reintegrace a pracovního uplatnění postiženého. Účastní se spolupráce se zájmovými sdruženími postižených, pracovními úřady a dalšími institucemi (22).

Ošetřovatelka – nižší zdravotnický pracovník svou činnost vykonává vždy na základě ošetřovatelských plánů sester a terapeutických plánů lékařů. Provádí komplexní hygienickou péči u klientů v jejich vlastním sociálním prostředí, včetně základní prevence dekubitů a úpravy lůžka, pokud není přítomen rodinný příslušník. Stará se o hygienu klienta a dodržování stanoveného léčebného režimu. Asistuje lékařům a sestřím při jednoduchých výkonech a pomáhá při výkonech složitějších, provádí jednoduché ošetřovatelské úkony, kterými ji pověří lékař nebo sestra, např. počítá tepovou a dechovou frekvenci, měří tělesnou teplotu i krevní tlak, sleduje odchod stolice a plynů, podává podložní mísy, provádí aplikace tepla a chladu, měří specifickou váhu moče apod. Sleduje fyziologické funkce a projevy pacientů a informuje o nich lékaře a sestry. Pečuje o umírající v jeho vlastním sociálním prostředí. Připravuje zdravotnický materiál a pomůcky pro potřeby agentury domácí péče a stará se o jejich včasné doplnění.

Kvalita péče poskytovaná klientům kvalifikovanými odborníky je založena na profesionálním přístupu, jehož základ tvoří profesní etika, o níž se zmiňuje Haškovcová. Pro sestry byl stanoven Mezinárodní radou sester (ICN) Etický kodex, jenž organizace většinou akceptují v plném rozsahu. „Profesionální přístup sester je

charakterizován tím, že s pacientem budou jednat nebo o něm rozhodovat s úctou a respektem, bez ohledu na jeho sociální a ekonomický stav, vzdělání, kulturu, rasu, pohlaví, náboženské vyznání, typ nebo trvání choroby. Pacientovi budou poskytovat správné informace a respektovat jeho pohled a názor, klienta budou motivovat, aby převzal a nesl odpovědnost za základní sebekpéči a léčení. Při vstupu do soukromí pacienta nebo při tělesném kontaktu budou respektovat jeho důstojnost. V zájmu klienta budou dodržovat přísnou mlčenlivost o věcech, o kterých se dozvěděly a v zájmu zlepšování kvality péče a rozvoje nových poznatků se budou podílet o své profesionální znalosti a zkušenosti“ (18, s. 55).

Neoddělitelnou složkou samotného výkonu návštěv je zaručení bezpečnosti jednotlivých pracovníků. Žádná sestra by neměla bez ohledu na to, jak dlouho v oblasti pracuje, podcenit svou bezpečnost. Většina agentur má zpracovaná účinná opatření k zajištění bezpečnosti svých zaměstnanců. Proto je nutné dobře znát komunitu a již před odchodem z kanceláře přesně vědět kam sestra jde a kde se bude pohybovat. Musí mít u sebe vždy průkaz totožnosti k případnému prokázání, dále telefonní číslo agentury, policie, hasičů a záchranné služby. Není rozumné s sebou nosit velké finanční částky ani kabelku. Vhodné je i přiměřené oblečení a pokud sestry nenosí uniformu, pak by měly zvolit konzervativní oděv bez vyzývavého vzezření. Samozřejmostí je viditelně umístěná jmenovka a legitimace agentury domácí péče. Jedině tak si bude pacient jistý, že jsou skutečnými zástupci organizace. Pokud se vyskytnou při vstupu do domu jakékoli pochybnosti o bezpečnosti, nejsou povinné návštěvu absolvovat. V některých případech může být bezpečnější přibrat na návštěvu další sestru nebo jiný doprovod. Jedná-li se o noční hodiny, může být na místě i případné požádání policie o pomoc.

Po každé návštěvě by sestra měla zhodnotit svou práci a položit si dle Misconiové následující otázky. Souhlasí se mnou pacient a jeho rodina, co se týká důvodu a účelu návštěvy a poskytnuté péče? Existuje při dnešní návštěvě znatelný rozdíl mezi chápáním pacienta a jeho rodiny? Vyjadřuje pacientova dokumentace jasně a výstižně, co vyšlo při této návštěvě najevo? Měla bych se obrátit na další zdroje nebo jiné názory, abych zabezpečila pacientovu lepší péči? Měla bych uvědomit lékaře o nějakých změnách, které jsem zjistila při vyšetření? Obstojí můj ošetrovatelský plán, co se týká

kontinuity a obsahuje i dlouhodobou úvahu o vyčlenění pacienta z domácí péče? Existuje něco, co bych provedla jinak, pokud bych se příště vyskytla ve stejné situaci? (23).

1.4.1 Syndrom vyhoření

Výkon role sestry i ostatních pomáhajících profesí je značně komplikovaný nejen mnohostranností a různorodostí, nýbrž také náročností pracovních podmínek, ve kterých se výkon role odehrává. Sestry poskytující zdravotní péči pacientům v jejich domovech jsou vystaveny zvláště velké zátěži. Při svém povolání se setkávají s klienty jejichž přijetí není vždy vlídné a plné očekávání z nastávajícího léčebného procesu. Může se jednat o lidi s různými povahami, kteří nechtějí odkrývat své soukromí a životní podmínky, ve kterých žijí. Právě životní prostor některých z nich může být pro sestru opravdu stresující, neboť kdykoli během provádění péče mohou nastat nepředvídané situace v prostředí, kde je sestra pouhým hostem. Značnou zátěží sestry je také skutečnost, že velká část pacientů je v pokročilém věku a trpí chronickým onemocněním, která nezřídka končí smrtí.

Stále častěji je diskutován u zdravotních sester *syndrom vyhoření*, čímž je označován stav masivního vyčerpání, který je pociťován jako vyprahlost, vyhaslost a je již studován více než 20 let. Syndrom vyhoření jinak také *burn out syndrom* může být akutní i chronický. „Příčiny vzniku tohoto syndromu lze hledat jak v individuálních faktorech (jako jsou zvyšující se nároky na sebe, neschopnost požádat druhého o pomoc, souhrnná zátěž i v soukromí, stres, konfliktní napětí atd.), tak především v pracovních a organizačních faktorech (jako je nátlak sociální role, nedostatek autonomie, absence sociální podpory, monotónní rutina apod.). K tomu přistupuje fyzická zátěž, nebezpečí infekcí atd.“ (3, s. 138). Syndrom vyhoření není obyčejná únava. Je vždy spojen s otázkou po smyslu vlastní práce. Proces, jehož vyvrcholením je vyhoření, trvá často několik let a probíhá v určitých fázích. Nejprve je pracovník ze své práce nadšený a přichází s určitými ideály, jak bude pomáhat nemocným lidem

s uzdravováním. Později počáteční očekávané nadšení časem otupí a sestra začíná slevovat ze svých ideálů, požadavky pacientů ji začínají pozvolna unavovat a někdy i obtěžovat. Ještě později dochází k frustraci, kdy sestra prožívá velkou deziluzi a zklamání ze svého povolání. Stává se apatickou a snaží se dělat jen nejnnutnější práce, vyhýbá se komunikaci s pacientem, ostatním zdravotnickým pracovníkům i dalšímu vzdělávání. A nakonec je dosaženo stavu plné neangažovanosti a vyhýbání se profesním požadavkům, což je označováno za vyhoření.

K hlavním projevům syndromu vyhoření patří v oblasti psychické ztráta schopnosti radovat se, těšit se ze života, ztráta vůle angažovat se, ztráta schopnosti empatie a pocitu zodpovědnosti. Dále sem můžeme zařadit negativní postoj vůči vlastní osobě, vůči práci, společnosti a životu vůbec, únavu, vyčerpání, abúzus drog a alkoholu, ztrátu zájmů až po vývoj těžké deprese a jiných psychických poruch. Pokud je stav postižené tak vážný, že se projevuje depresemi nebo myšlenkami na sebevraždu apod., je nutné vyhledat odbornou pomoc psychologa nebo psychiatra.

V počátečních fázích, jak uvádí Bártlová, lze proces zvrátit kratšími přestávkami v práci, např. kratší dovolenou, v jejímž průběhu nabere sestra nové síly. Čím je však proces pokročilejší, tím déle trvá zotavování. Dále je zde zmíněn fakt, že syndrom vyhoření není jen osobní problém, ale i organizační, a proto se musí řešit v těchto dvou sférách (3). Ti, kteří jsou zasaženi burn out syndromem, potřebují pomoc druhého člověka, protože sami sobě nejsou schopni pomoci. Často se doporučuje změna oddělení, což je v oblasti domácí péče špatně realizovatelné. V úvahu připadá možnost zkrácení pracovní doby nebo vhodná výměna zkušeností se všemi, kteří jsou ve stejné pracovní situaci, i když syndromem vyhoření nejsou zrovna postižení. Za účelem výměny názorů a především prevence syndromu jsou na pracovištích domácí péče organizovány supervize, kde by mělo dojít k předávání zkušeností, vzájemné podpoře mezi všemi členy týmu. Syndrom vyhoření může být i podnětem k přehodnocení organizace na pracovišti a provedení případných změn nebo vybudování podpůrné sítě, která by mohla této problematice předcházet. V současné době jsou pro kvalifikované pracovníky pořádány různé psychologické semináře zaměřené právě na prevenci tohoto syndromu. Ve svém osobním životě by měli pracovníci dbát na zdravou životosprávu,

naučit se odpočívat, mít přátele nejen mezi spolupracovníky, dobré mezilidské vztahy i sociální podporu. Je také vhodné, aby dělali něco pro své potěšení, aby měli svého koníčka, dále se vzdělávali a učili. Každý zdravotník by si měl uvědomovat hranice samoléčení a v případě potřeby vyhledat včas odbornou pomoc.

Syndromem vyhoření není postižena pouze zdravotní sestra, ale v důsledku jejího vyčerpání i pacient. Sestra se mu začne vyhýbat, nekomunikuje s ním a dochází k tomu, že je zhoršena rovněž kvalita ošetrovatelské péče.

1.5 Technické podmínky pro poskytování péče

Materiální a technické vybavení pracovišť poskytujících domácí péči obsahuje vyhláška MZ ČR č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení a je nezbytnou podmínkou k vykonávání činnosti. Musí splňovat zdravotnické a hygienicko-epidemiologické aspekty pro bezpečný provoz a zahrnuje také vybavení přístroji a pomůckami určenými k ošetřování a provádění výkonů domácí péče.

Vývoj nových technologií pro diagnostiku i nabídka farmaceutických produktů se pružně přizpůsobují podmínkám pro rozšiřování působnosti a zvyšování kvality moderní domácí péče. Kvalitní agentury jsou vybaveny přístroji a pomůckami, které nejen zajišťují včasnou diagnostiku a terapii, ale současně pomáhají zvýšit komfort poskytované péče. Pro tento účel jsou zapůjčovány klientům různé kompenzační pomůcky i speciálně upravená lůžka. Miniaturizace diagnostických přístrojů a spolehlivost jednotlivých jednorázových zdravotnických pomůcek a léčiv jsou jednou z nezbytných podmínek pro poskytování kvalitní péče.

Dle Topinkové je tradičním symbolem pro domácí péči sesterský kufřík, jehož základ by mělo tvořit následující vybavení. Vybavení pro mytí rukou – mýdlo v plastovém obalu a papírové ručníky. Vybavení k vyšetření – teploměry, fonendoskop, tonometr, sety a přístroje pro vyšetření moče, stolice, sputa a orientační vyšetření krve. Zásoba jednorázových pomůcek – plastové ochranné zástěry, sterilní i nesterilní rukavice, obvazy, adhesivní pásky, tampony s alkoholem, ústní lopatky, aplikátory, lubrikační gel, nůžky, obinadla, čtverce sterilní i nesterilní, injekční stříkačky, jehly, zkumavky, plastové sáčky. Kancelářské vybavení – silniční mapa, dokumentace a informace o pacientovi, účtenky a jiné tištěné materiály, které je nutno klientovi předat. S kufříkem je zapotřebí pracovat tak, aby bylo naprosto jisté, že jsou zachovány principy asepse. Je vhodné vysvětlit pacientovi a rodině, proč kufřík používáme a snažíme se zachovat jeho čistotu a tím zároveň chráníme jejich i naši bezpečnost (35).

Nezbytným vybavením každého pracovníka agentury, který vykonává návštěvy klientů v jejich domácím prostředí, je automobil nebo jiný dopravní prostředek. Žádná vyhláška ani zákon neudávají směrnice s požadavky na technické vybavení nebo typ automobilu. Toto motorové vozidlo však musí samozřejmě splňovat podmínky pro provoz na pozemních komunikacích. Bezpochyby je zapotřebí zvolit vhodný typ automobilu, především podle silničních podmínek dané oblasti, ve které agentura působí. Jedná se především o oblasti, kde je horší kvalita sjízdnosti vozovek, což je obvykle při návštěvách v malých vesničkách, kde v zimních měsících často vážne úprava povrchu vozovky.

Agentury, jejichž pracovníci vykonávají svou činnost především mimo zdravotnické zařízení, musí mít nějaké pracovní zázemí, jež musí splňovat podmínky, které uvádí výše citovaný zákon jako kontaktní pracoviště sestry při poskytování domácí péče. Toto pracoviště musí být vybaveno telefonní linkou, pracovním stolem, chladničkou, kartotékou, skříní na léčiva a zdravotnický materiál.

1.6 Financování zdravotní domácí péče

Poskytování domácí péče je upraveno řadou právních norem, jejichž definice nalezneme především v zákoně č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění. Normy uvádí, pro koho je tato forma péče určena, za jakých podmínek a v jakém rozsahu ji lze poskytovat a kdo ji může vykonávat.

Každý občan České republiky musí být dle zákona povinně pojištěn pro poskytování zdravotní péče. Za děti, studenty, ženy na mateřské dovolené, uchazeče o zaměstnání a občany v důchodu platí povinné zdravotní pojištění stát. Ostatní občané, kteří mají pravidelný příjem, odvádí část svého výdělku na zdravotní pojištění. Někteří jedinci nesplňují výše zmíněné podmínky pro odvod pojistného a jsou tak dle zákona povinni hradit si zdravotní pojištění jako soukromé osoby. Každý občan si může libovolně vybrat jednu ze zdravotních pojišťoven, které na území České republiky působí, a uzavřít u ní pojištění.

Každá z agentur domácí péče, která přejímá klienta do své péče, by se v první řadě měla informovat o typu zdravotní pojišťovny, u které je dotyčný pojištěn. Agentura musí s těmito pojišťovnami uzavřít smlouvu, v níž je jednoznačně uvedeno, jaký rozsah odborných výkonů je oprávněna vykonávat. „Ze zdravotního pojištění je tedy zdravotními pojišťovnami poskytována úhrada za ty výkony v rámci domácí péče, které byly ordinovány ošetřujícím lékařem a mají charakter zdravotní péče. Jedná se o odborné a specializované výkony, které jsou prováděny kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky. Jejich výčet je uveden v Seznamu diagnostických a terapeutických výkonů s bodovými hodnotami (45).

V systému domácí péče, jak popisuje Misconiová, se můžeme setkat s různými formami zdravotní péče hrazené zdravotními pojišťovnami. Jedná se o péči ošetrovatelskou v rozsahu odborné činnosti v oboru všeobecná sestra, dětská sestra, ženská sestra (porodní asistentka) a sestra se specializací v oboru. Další formou je péče rehabilitační v působnosti odborné činnosti fyzioterapeuta a ergoterapeuta, následuje péče, terapie a konsiliární činnost poskytovaná dle aktuálního zdravotního a duševního stavu klienta ošetřujícími lékaři různých medicínských oborů – praktický lékař

pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost nebo ambulantní specialisté. Nakonec je zde uvedena péče poskytovaná dalšími pracovníky ve zdravotnictví, jako jsou kliničtí psychologové, logopedové a další (24).

Zdravotní péče, která byla indikována ošetřujícím lékařem, je financována vždy ze zdravotních pojišťoven, což je označováno jako služba standardní. Existuje však také služba nadstandardní, kterou si pacient hradí sám a jíž si může na základě žádosti objednat. Nadstandardní službou bývá objednávka širšího rozsahu a frekvence zdravotní péče, než jakou hradí zdravotní pojišťovna, u níž je klient registrován. V tomto případě musí být informován ošetřující lékař klienta, který rozhoduje o vhodnosti objednané nadstandardní péče. Klient je vždy předem seznámen s podrobnou kalkulací a celkovou výší úhrady za objednanou službu. Agentura s ním uzavře písemnou dohodu o poskytování nadstandardních služeb, v níž kromě náležitostí, které musí být součástí jakékoli smlouvy, uvede i podrobný rozsah objednaných služeb, včetně jejich ceny, a celkovou výši úhrady a termín splatnosti. Klient nebo jeho zákonný zástupce na straně jedné, statutární zástupce agentury domácí péče na straně druhé svým podpisem stvrzují závaznost smlouvy. Pro názornost uvádí Misconiová fakt, že přímá úhrada klienta za nadstandardní výkony je využívána u 307 agentur domácí péče. Tito klienti si objednávají služby v rozsahu od 1 % do 50 % poskytované péče. Ostatních agentury poskytují pouze péči standardní (25).

1.7 Klienti domácí péče

Jak již bylo dříve uvedeno, musí být každý občan České republiky ze zákona pojištěn u některé ze zdravotních pojišťoven, což je nutnou podmínkou k indikaci domácí zdravotní péče. Každý z nás, našich rodinných příslušníků nebo blízkých se může ocitnout v takové životní situaci, kdy dojde ke změně zdravotního stavu, kterou již nelze zvládnout laickou pomocí, a je nutné na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře zahájit poskytování odborné zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí.

Domácí péče je poskytována odbornými týmy dětem, lidem v produktivním věku, seniorům i lidem umírajícím. Ošetřující lékař musí vždy velice odpovědně posoudit zdravotní stav klienta tak, aby rozhodnutí o poskytování domácí péče bylo pro stav pacienta skutečným přínosem. Při rozhodování má zásadní vliv odbornost a zkušenost lékaře a schopnost chápat člověka v souladu s jeho vlastním sociálním prostředím. Dobře víme, že ne vždy je možná ordinace domácí péče, a to zejména u klientů, kteří jsou v akutní fázi závažného onemocnění či bezprostředně po operačním zákroku. Ošetřující lékař zvažuje vždy aktuální zdravotní stav klienta a aktuální stav jeho sociálního prostředí. Topinková dále uvádí fakt, že péče je indikována zejména u klientů, kteří jsou plně nebo částečně závislí na pomoci druhé osoby a u nichž je nutné zajistit pokračování dlouhodobé i následné péče nebo doléčení z důvodů chronického i akutního onemocnění (36). Součástí aktivit pracovníků je také péče o duševní zdraví a resocializaci klientů s duševním onemocněním. Odborníci, kteří působí v těchto službách, jsou vysoce kvalifikovaní, a proto se dnes dokáží postarat o všechny klienty, kteří přicházejí do jejich péče z rozhodnutí ošetřujícího lékaře. Jak již bylo naznačeno, domácí péče je poskytována všem věkovým, indikačním i diagnostickým skupinám klientů.

Pokud se pozastavíme u věkových kategorií navštěvovaných osob, můžeme je rozdělit do tří skupin, jež lze také označit za skupinu dětí, dospělých a starých lidí. V roce 2002 bylo věkové složení pacientů následující : osoby ve věku 0-19 let tvořily 0,3 %, osoby ve věku 20-64 let 22 % a osoby ve věku 65 a více let tvořily 77,7 %

z celkového počtu všech navštívených. Převážnou většinu klientů zaujímají tedy geriatrickí pacienti, kteří se vykazují určitými charakteristikami.

Pro stáří jsou charakteristické specifické změny, které se kumulují v čase. Tyto změny zvyšují vnímavost ke vzniku onemocnění, výrazně ovlivňují soběstačnost a kvalitu života a současně patří mezi základní ošetrovatelské problémy seniorů. Jarošová tyto změny nazývá geriatrickými syndromy a charakterizuje je některými společnými znaky. Mezi nejčastěji uváděné symptomy patří pády a poruchy mobility, dekubity, inkontinence moči, poruchy výživy, demence, smyslové poruchy, dehydratace, poruchy spánku a bolest (sborník). Fejkusová k těmto symptomům ještě doplňuje několik stavů, které jsou opakovanými důvody k indikaci domácí péče u seniorů. Uvádí stav po mozkové cévní příhodě, degenerativní onemocnění kloubů a páteře, diabetes mellitus, stavy po zlomeninách, onkologická onemocnění, Parkinsonovu chorobu. Dalším důvodem může být pracovně vytížená rodina nebo ztráta blízké osoby, která o zdravotně handicapovaného pečovala doposud (8).

U starých lidí dochází v cizím prostředí ke zhoršení psychického stavu, a proto je pro ně velmi přínosné ošetřování v jejich známém prostředí. V prostředí domácím nemusí dojít k tak rychlému rozvoji demence, a za předpokladu spolupráce nejbližších, rodiny a přátel pacient netrpí ztrátou kontaktů. Také se nemusí vzdát svých zvířecích miláčků a koníčků, pokud mu to jeho zdravotní stav dovoluje.

Stáří a vůbec počátek stárnutí doprovází několik sociálních změn. Jednak je to odchod z aktivního pracovního života do starobního důchodu, což Hayesová uvádí jako počátek sociálního stáří (12). Odchodem do důchodu se mění sociální role seniora. Končí role pracovní, dochází ke změnám v rolích rodinných např. nová role prarodiče. S ukončením profese seniora se snižuje jeho autorita a společenská prestiž. Důchodce bývá společností akceptován jako méněhodnotný, méněcenný a někdy až zbytečný. Jirásková uvádí, že jedním z nejnápadnějších projevů stárnutí je tzv. uvolňování, které charakterizuje jako soustavné omezování vzájemného působení jednotlivců ve společnosti – jako omezování mezilidských kontaktů (16). Odchod do důchodu hůře prožívají muži, což dokládá jejich klesající životní spokojenost po padesáti letech věku.

Bartko se domnívá, že lepší adaptaci žen na odchod do důchodu usnadňuje i to, že mají možnost pokračovat v některých návycích, jako jsou práce v domácnosti či nákupy (2).

U seniora se snižuje jeho manuální zručnost, nastávají problémy s orientací a začíná podle Vymětala trpět tzv. handicapem sociální integrace, kterým se míní znemožnění účasti na obvyklých sociálních vztazích. Starý člověk by měl být proto aktivní až do vysokého věku, měl by se účastnit různých společenských činností, aby si co nejlépe udržel sociální, psychickou i fyzickou rovnováhu (39).

Bartko doporučuje, aby každý jedinec zahájil prevenci duševních poruch stáří nejlépe již ve středním věku tím, že začne rozvíjet zájem o jinou užitečnou práci, než bylo jeho povolání. Cílem je, aby senior vykonával určité povinnosti, měl by však omezovat aktivity, které jsou spojeny s větší tělesnou a duševní námahou (2).

Stejně jako staří lidé prodělávají i dlouhodobě nemocní řadu tělesných duševních a sociálních změn. V důsledku změn tělesných a úbytku schopností se nemocný a starý člověk často vyčleňuje ze svého okolí. To se pak negativně odráží ve sféře emoční, mnohdy vznikají problémy s navázáním nových přátelských a partnerských vztahů. Samota a sociální izolace však také mohou zpětně vést k nejrůznějším bolestem a potížím somatického rázu. Faktor jako sociální nejistota, úbytek až ztráta společenské prestiže, redukce meziosobních vztahů a někdy úplné osamocení jsou stejně důležité pro průběh nemoci jedince jako faktory biologické.

Strach z osamělosti a opuštěnosti se ve stáří a v nemoci zvyšuje a může být iniciován a ovlivňován různými faktory jako je fyzický (závažná onemocnění) a psychický stav (deprese, změny osobnosti, demence). Prožívání samoty a vyrovnání se s osamělostí je přitom vysoce subjektivní záležitostí. Lidé izolovaní, kteří pociťují samotu, zpravidla ztrácejí zájem o dění kolem sebe, jsou pasivní a vytvářejí si značný odstup.

Prevenčí izolace a osamělosti v nemoci jsou kvalitní mezilidské vztahy a především funkční rodina. Proces adaptace je dlouhodobý a obtížný. Záleží hlavně na kvalitě zbylých sociálních vztahů, na schopnosti jedince tyto vztahy udržovat a rozvíjet a také navazovat vztahy nové. Dle Matouška působí rodina jako bariéra proti

osamělosti, vazby s blízkými příbuznými se stávají nejvýznamnějším zdrojem emocionálního uspokojení a článkem spojujícím se světem (21).

Charakteristickým rysem dnešního ošetrovatelství je hodnocení a uspokojování potřeb zdravého i nemocného jedince každého věku. Nejrozšířenější a nejvíce akceptovanou je hierarchie podle názorů představitele humanistické psychologie Maslowa, který vytvořil hierarchickou teorii potřeb. Jedná se o potřeby fyzické - objevují se při poruše jejich homeostázy, vyjadřují potřeby organismu (potřeba hygieny, výživy, spánku, dýchání), potřebu bezpečí – objevuje se v situacích ztráty pocitu životní jistoty (potřeba fyzického a sociálního bezpečí), potřeby sociální – vystupují v situaci osamělosti a projevují se jako snaha být milován a patřit do nějaké sociální skupiny (láska, potřeba být vyslechnut), potřebu uznání a sebeúcty – vzniká v situaci ztráty respektu, kompetencí a potřebu sebeaktualizace – projevuje se jako tendence realizovat své schopnosti a záměry a nalézt smysl života.

1.8 Průběh domácí péče

Domácí péče je v České republice podle vyhlášky MZ ČR č. 55/2000 formálně evidována jako odbornost 925 – domácí zdravotní péče a je indukovanou formou zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí klienta. Stejně jako ošetřovatelství je i domácí péče měnícím procesem, jenž má několik fází, které dávají dohromady dynamický obraz. Samotný pojem proces představuje sérii plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Mastiliaková uvádí pět fází ošetřovatelského procesu, kterými jsou zhodnocení klientova stavu (sestaví anamnézu), určení aktuálních a potencionálních problémů (diagnostika), sestavení písemného individuálního plánu, dále realizace péče a po určité době její vyhodnocení (19). Z praktického hlediska se jedná o systematickou racionální metodu plánování a poskytování péče, jejímž cílem je pokud možno pozitivní a zdraví prospěšná změna zdravotního stavu pacienta. V případě domácí péče může být účelem hned několik variant změn stavu klienta, a to například úplné uzdravení, zmírnění příznaků nemoci, zlepšení soběstačnosti, zlepšení či udržení kvality života, stabilizace zdravotního stavu, uspokojení některé z klientových potřeb nebo také důstojná smrt.

Průběh domácí péče můžeme rozdělit do několika kroků: indikaci, zahájení, samotný výkon a propuštění klienta z péče.

1.8.1 Indikace domácí péče

Nejprve je nutné připomenout, že indikovat domácí péči může pouze ošetřující lékař. Ten vystaví pro klienta po zhodnocení celkového zdravotního stavu i stavu jeho vlastního sociálního prostředí ve spolupráci s vybranou agenturou poukaz na domácí zdravotní péči. Bocszar mezi dokumentací uvádí také poukaz pro návštěvní službu. Je jím tiskopis, kde lékař kompletně vyplňuje všechny požadované zdravotní údaje o klientovi, stupni jeho mobility a další náležitosti. Zvolí i jeden ze 4 typů požadovaných návštěv, rozdělených podle časového rozsahu na 15, 30, 45 a 60 minut (4). Indikace má platnost nejdéle dobu jednoho měsíce a poté, vyžaduje-li stav pacienta pokračování návštěv, musí vystavit ošetřující lékař poukaz nový. Dále do tiskopisu doplňuje konkrétní požadované výkony, které v rámci indikovaného typu návštěvy vyžaduje. Jedná-li se o výkony nesoucí s sebou určité materiálové náklady, uvede zároveň číslo příslušného materiálového kódu. O lokálních léčivých prostředcích nebo dalším materiálovém vybavení a pomůckách, které individuálně v daném čase klient potřebuje, rozhoduje i nadále ošetřující lékař. Kopii poukazu ponechá ošetřující lékař ve své dokumentaci a originál předává vybrané agentuře. Čas v rozsahu týdnů, měsíců či roků, po který může být domácí péče poskytována, není omezen.

U odborných lékařů, kteří propouští klienta po hospitalizaci nebo po jednodenním operačním zákroku, je maximální rozsah indikace 14 dnů. V tomto případě dojde k zahájení v přímé návaznosti na den ukončení hospitalizace.

Podle ÚZISu v roce 2005 klientelu domácí zdravotní péči tvořili ze 75,7 % pacienti, jimž byla indikována z důvodů chronických onemocnění, 15 % pacienti s akutním onemocněním, 7 % pacienti s pooperačními stavy či úrazy a domácí hospicová péče byla poskytnuta 2,3 % klientů (41).

Misconiová uvádí výčet diagnóz, z jejichž důvodu je návštěvní služba opakovaně indikována. Jsou jimi diabetes mellitus (všechny formy) 13 %, zhoubné nádory 12 %, bércové vředy 11 %, respirační choroby 9 %, cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza a ateroskleróza 7 %, infarkt myokardu 6 %, hypertenze, ICHS, psychická onemocnění a úrazy 5 % (28).

1.8.2 Zahájení návštěv domácí péče

Po indikaci domácí péče, je tiskopis s žádostí o ošetření předán agentuře domácí péče, která je zvolena obvykle podle oblasti své působnosti. Vedoucí pracovník na základě požadované péče zvolí pracovníka, který bude u klienta návštěvní službu vykonávat. Ten se zkontaktuje s pacientem a přijde na první návštěvu, kde provede vstupní pohovor, vyšetří dotyčného a zhodnotí vlastní sociální prostředí. Seznámí jej s rozsahem výkonů a frekvencí návštěv. Dohodne se s ním také na harmonogramu odborné i laické péče, která bude v působnosti agentury, klienta a jeho blízkých. Misconiová dále hovoří o možnosti agentur ovlivňovat bydlení klienta. Jsou-li nutné v zájmu kvality poskytovaných služeb určité úpravy ve vlastním sociálním prostředí, například umístění lůžka, vybavení kompenzačními pomůckami, přístroji apod., je po dohodě s ním prostředí přizpůsobeno tak, aby vyhovovalo pracovníkům i klientovi samotnému (25).

Pokud je domácí péče indikována v průběhu hospitalizace nebo po jednodenním zákroku, je na místě, aby byl kontakt s klientem navázán ještě v průběhu jeho pobytu v zařízení. Jedině tak může dojít k domluvě o vhodném postupu s ošetřujícím lékařem i personálem. Domácí zdravotní péče je v tomto případě zahájena v den následující po propuštění pacienta nebo bezprostředně po provedení jednodenního zákroku.

1.8.3 Vykonávání návštěv

Domácí návštěva se skládá z několika úkonů, jež by měly být vykonávány při každé návštěvě. Tyto úkony musí být prováděny v logickém sledu tak, aby sestra účinně využila čas a shromáždila všechny informace, které potřebuje o klientovi získat.

Po první zahajovací návštěvě, kterou vykonala sestra nebo zástupce agentury, je konkrétně naplánovaná návštěvnost daného klienta. Je určen rozsah a druh návštěv, stanovené priority a cíle. Navzdory těmto určeným hodnotám mohou však nastat různé akutní situace, které je třeba řešit přímo na místě. Mnozí pacienti se nacházejí ve složité situaci, kdy se objevuje současně více aspektů, které je nutno vzhledem k akutnímu stavu zhodnotit a vytvořit vhodné stanovisko. Vondráček hovoří o tom, že sestra sama musí určit, jaké potřeby pacienta musí být splněny ihned a jaké mohou počkat na návštěvu další. Cíle by měly být vždy reálné a pro pacienta přijatelné. Vytyčený záměr je vždy nezbytné s pacientem otevřeně probrat a zároveň je třeba také zjistit, jakých cílů chce dosáhnout pacient a jeho rodina, a na ně klást důraz (38).

Počáteční vztahy mezi pacientem, rodinou a sestrou jsou velmi důležité, protože jsou určující pro vzájemný přínosný vztah mezi pacientem a agenturou. Sestra by měla mít vždy na paměti fakt, že je v klientově domě hostem, a musí si uvědomit, že její postavení zde je zcela odlišné od pozice v nemocnici. Během první návštěvy by se měla s pacientem domluvit na zásadách jejich vzájemného chování, které budou dodržovány oběmi stranami. Je na místě dodržování slušného společenského chování, počínaje pozdravem při příchodu, vhodnými prosbami o případnou pomoc klienta i jeho rodinných příslušníků, akceptováním klientových požadavků a přání. Navíc může být pacientovo domácí prostředí velmi rozdílné od prostředí jejího, což je nutné přijmout a akceptovat, poněvadž jedině pak může vykonávat účinnou ošetrovatelskou péči.

Domácí návštěva, stejně jako ošetrovatelství, je dynamicky měnící se proces. Během každé následující návštěvy by měl pracovník i nadále pokračovat v hodnocení účinnosti stanovených ošetrovatelských plánů a hledat nové problémy, které se mohou časem objevit.

1.8.4 Propuštění pacienta z domácí péče

Propuštění pacienta z domácí péče by mělo být plánováno již od první návštěvy. Pokud jsou jeho potřeby, četnost návštěv a zdroj úhrady vyjádřeny ve smlouvě, je okamžik propuštění zřejmý sestře i pacientovi. Za těchto okolností probíhá vše bez problémů. Mohou se však objevit i jiné situace, kdy je nutné pacienta z ošetření agentury přímo propustit.

„Kritéria pro ukončení domácího ošetření

Pokud byly dosaženy cíle stanovené ve smlouvě.

Pacient může, ale nemusí být vázán na domov.

Péče (ošetřovatelská, rehabilitační nebo rehabilitace řeči), kterou pacient vyžaduje, již nemusí být poskytována kvalifikovanou osobou.

Pacient je hospitalizován a doba návratu domů není známa.

Pacient odmítá další služby agentury.

Pacient se stěhuje nebo se již odstěhoval mimo oblast, ve které agentura poskytuje služby.

Služba či péče, kterou nyní pacient potřebuje, není pro agenturu dosažitelná.

Vyčerpání zdrojů pro hrazení péče.

Smrt pacienta.

Při opakovaném porušování léčebného režimu.

Situace v domácnosti není bezpečná a intermitentně poskytovaná péče není dostatečná k pokrytí pacientových potřeb. V takové situaci je nutno vzít v potaz směrnice agentury a stanovit, jakým způsobem péči ukončit“ (28, s. 41).

I když jsou všechny tyto situace vhodným okamžikem k jeho propuštění, někdy pacient zamýšlí v péči pokračovat a hradí si ji ze soukromého zdroje. V takovém případě by se sestra měla řídit podle zásad agentury domácí péče.

Přestože mají jednotlivé agentury různé požadavky a způsoby záznamu při propouštění pacienta, je nezbytné dodržet následující instrukce. Pokud je to možné, měla by sestra o této změně hovořit s pacientem i jeho rodinou dva měsíce před plánovaným propuštěním. K propuštění by se měli vyslovit všichni zaměstnanci

agentury, kteří poskytují péči včetně ošetřujícího lékaře. Měla by být provedena propouštěcí vizita, při níž pracovník přesně posoudí stav pacienta. Pacient by měl být propuštěn vizitou, nikdy ne pouze po telefonu. Jeho dokumentace by měla být vedena až k datu propuštění a měla by obsahovat i záznamy o tom, jak byly provedeny úkony propuštění nemocného z péče agentury. Propouštěcí závěr by měl popisovat jeho stav při propouštění, důvod jeho propouštění a plány pro případnou budoucí péči. Tento záznam by měl být přehledem péče, která byla pacientovi poskytnuta od přijetí, a jeho reakcí na službu a výsledky. Závěr při propouštění musí být ve vztahu ke stanoveným cílům a smlouvě.

1.8.5 Dostupnost a frekvence domácí péče

S ohledem na diagnostické a indikační skupiny klientů v domácí zdravotní péči je nutné zajistit nepřetržitou dostupnost péče 24 hodin denně, 365 dní v roce. Dostupnost je obvykle zajištěna prostřednictvím stabilního čísla mobilního telefonu (tzv. tísňová linka), který může lékař, klient a jeho blízcí využít v průběhu 24 hodin vždy, pokud je to nezbytně nutné. Číslo je uvedeno i na záznamníku kontaktního telefonu agentury domácí péče. Mobilní telefon s tímto číslem je předáván mezi jednotlivými pracovníky podle toho, kdo má v daném termínu povinnost zajistit případnou další vyžádanou péči a pomoc. S ohledem na indikační skupiny klientů v domácí péči, kteří bývají často plně či částečně závislí na pomoci druhé osoby, je doporučována jako ideální nepřetržitá dostupnost, tj. 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce.

Maximální rozsah frekvence služeb, jež je hrazená z fondu zdravotního pojištění, je stanovena na 3 x 1 hodinu odborné péče denně. Jedná se dostatečný časový rozsah péče odborné, ve které mohou poskytovatelé bezpečně zvládat i velice náročné stavy klientů. Každý z nás, kdo byl někdy hospitalizován v nějakém zdravotnickém zařízení a vzpomene si, kolik času denně mu věnoval odborný personál, pak jistě podle své vlastní zkušenosti shledá tento časový úsek jako dostatečný. Přesto, i pokud dojde k tomu, že zdravotní stav klienta bude vyžadovat širší rozsah i frekvenci návštěv, je možné po projednání žádosti o navýšení úhrady domácí zdravotní péče, což schvaluje revizní lékař příslušné zdravotní pojišťovny, u které je pacient pojištěn, rozšířit frekvenci až na 5 hodin denně. Proces schvalování žádostí je však přísně individuální a z důvodů etických je aplikován zejména u klientů umírajících, u kterých je nutné zajistit management bolesti.

Závažným problémem tohoto zdravotního oboru je v současné době jeho finanční dostupnost. Zdravotní pojišťovny přísně dohlížejí na důvody k indikacím domácí péče a omezují v jejich předepisování ošetřující lékaře prostřednictvím finančních limitů. Dalším regulátorem jsou časté kontroly revizních lékařů, kteří spolu finančními limity a případnými sankcemi celou situaci mezi ošetřujícími lékaři a pojišťovnami nadále zhoršují.

Ačkoli agentury domácí péče působí na celém území České republiky, jsou lokality, přesněji řečeno malé obce, kde jejich činnost není zaznamenána. Tato skutečnost je způsobena následujícím problémem. Je jím rozmístění jednotlivých agentur v daném regionu. Agentury si na základě smluv se zdravotními pojišťovkami a Krajským úřadem vytyčí své působíště a dohodnou se s praktickým nebo jiným ošetřujícím lékařem na spolupráci. Chce-li ošetřující lékař předepsat danému pacientovi péči, ví, která z agentur v příslušném regionu nebo obci působí. Některé obce však leží v místech, kde nemá působíště žádná z nich. Pacienti z těchto lokalit jsou odkázáni na dojíždění za lékařem do jeho ordinace nebo se opakovaně stávají samoléčiteli svých nemocí, přičemž dochází k řadě ošetrovatelských chyb a zhoršování zdravotního stavu.

1.9. Formy domácí péče

Základním členěním domácí péče jsou její dvě formy – *akutní= domácí hospitalizace* a *péče o chronické stavy = dlouhodobá domácí péče*. Dále můžeme vyčlenit ještě dva typy, se kterými se také setkáváme – *domácí hospicová péče* a *preventivní domácí péče*.

1.9.1 Domácí hospitalizace – péče o akutní stavy.

Součástí domácí péče je specializovaná zdravotní služba určená klientům v pooperačním a poúrazovém stavu. Tato forma je vhodná také pro klienty s kardiovaskulárním a neurologickým onemocněním, včetně imunodeficitů. Specifickou skupinu tvoří děti, u nichž dochází v porovnání s ostatními věkovými kategoriemi klientů ke zjevně rychlejší rekonvalescenci. Tato forma je poskytována v rozsahu dnů nebo týdnů.

Pooperační péče. Psychický i fyzický stav klientů, a to zvláště těch, kteří museli podstoupit nekomplikované operace, se v domácím prostředí zlepšuje mnohem rychleji než v nemocnici. Jednodenní nebo též ambulantní chirurgie představuje plánovaný chirurgický zákrok s následnou pooperační péčí, nikoli však na nemocničním lůžku, nýbrž na lůžku vlastním, domácím. Nejde však o novou léčebnou metodu, rozdíly jsou patrné pouze v organizaci pooperační péče. Nemocný na své cestě k uzdravení neprojde nemocničním oddělením a není tak vystaven riziku nozokomiální nákazy. Dobře organizované domácí ošetření, které na nemocniční plyně navazuje, přináší svým klientům rychlejší uzdravení a nepochybně šetří i finanční zdroje zdravotnictví. Pacienty rovněž efektivněji aktivizuje a umožňuje jim rychlejší návrat do zaměstnání, což zároveň snižuje prostředky vázané na výplatu nemocenského zabezpečení. Vysoká odborná kvalita sester, rehabilitačních pracovníků a lékařů, ale i dobrá a cílená instrukce klientů a jejich blízkých jsou základním předpokladem domácí hospitalizace, která se bezesporu musí vyrovnat adekvátní péči v nemocnici.

Pourazová péče. Pourazové stavy klientů, u nichž je zachováno vědomí a nehrozí závažné komplikace, je možné běžně ošetřovat v domácí prostředí. „U klientů je prováděna zejména léčba bolesti, polohování, zajištění denního, pitného a hygienického režimu, odborné ošetření ran a poranění a průběžná rehabilitace“ (24, s. 758). Agentury domácí péče disponují speciálními pomůckami, které umožňují i dlouhodobý pobyt klientů po úrazech v jejich vlastním sociálním prostředí. Byla ošetřována i řada klientů s komplikovanými pourazovými stavy, kteří z různých, zejména forezních důvodů odmítali hospitalizaci. Misconiová hovoří o zvyšující se důvěře lékařů v tyto služby: Přestože řada ošetřujících lékařů především z řad chirurgů byla zpočátku velice skeptická, dnes neváhají a u klientů obdobných diagnostických a indikačních skupin běžně indikují domácí péči (24).

1.9.2 Dlouhodobá domácí péče – péče o chronické stavy

Je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní i duševní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Obvykle se jedná o pacienty po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovanou cukrovkou nebo o jedince s plným i částečným ochrnutím, závažným duševním onemocněním, imunodeficitem či chronickou bolestí.

Plicní onemocnění. Chronická onemocnění plic a dýchacích cest vedou v některých případech k částečné závislosti pacienta na dýchacích přístrojích, přívodu kyslíku z kyslíkových bomb a oxygenátorů. Pavlíková poukazuje, že hlavní odpovědnost i znalost o těchto přístrojích má většinou dobře vyškolený klient. Tým domácí péče a praktický lékař ho při léčbě edukují, informují a podporují (32). Jednoznačně lacinější i pro klienta příjemnější je tato léčba v domácím prostředí.

Gastroenterologická onemocnění. V popředí specializované intervence je péče o stomie a v případech velkých střevních resekcí i intravenózní výživa, kterou aplikuje sestra. Po lékařské stránce se starají o pacienty kromě praktických lékařů i chirurgové, eventuelně gastroenterologové, a to převážně konziliárně.

Metabolická onemocnění. Nácvik aplikace insulínu u dětí s diabetes mellitus I. typu po dobu 14 dnů v rámci domácí péče je součástí výkonů v této odbornosti. Do této kategorie patří i péče o klienty s diabetes mellitus II. typu, kteří jsou ze zdravotních důvodů plně či částečně závislí na odborné péči (pacienti po komplikacích, které doprovázejí diabetes mellitus II. typu – po amputacích, nevidomí, desorientovaní atd.). V úvahu přicházejí i další metabolická onemocnění, u nichž je nutné zajistit léčbu bolesti a hydrataci organismu, včetně odstranění metabolitů z krve (peritoneální dialýza).

Neurologická onemocnění. Výčet by nebyl úplný, kdybychom se alespoň okrajově nezmínili o domácí péči u neurologických onemocnění. „Péče o klienty po iktu, s Parkinsonovou nebo Alzheimerovou chorobou, sklerózou multiplex, syringomyelií, paraplegiky, kvadruplegiky a další je díky častosti výskytu v základním rejstříku diagnostických i indikačních skupin každého praktického lékaře a agentury domácí

péče“ (24, s. 760). Jedná se obvykle o časově náročné návštěvy, které provádí celý tým společnosti spolu s praktickým lékařem a rodinnými příslušníky klienta.

Onkologická onemocnění. Řada onkologických onemocnění si vyžaduje aplikaci léků proti bolesti a zajištění takového prostředí, které by minimalizovalo stres a vliv infekcí na imunologicky oslabený organismus po chemoterapiích. Ať již je prognóza onemocnění jakákoli, delší pobyty v nemocnici mají u těchto pacientů často neblahý vliv na jejich psychický stav. V úzké spolupráci s onkology a praktickými lékaři se daří léčbu i ošetřování onkologicky nemocných klientů provádět v domácím prostředí. V některých případech provádí onkolog chemoterapii, včetně její kontroly, ambulantně a aplikaci léků či procedur zmírňujících bolest indikuje praktický lékař. Na základě indikace praktického lékaře provádí management bolesti tým agentury domácí péče. Výhody kombinace ambulantní a domácí léčby, její příznivý vliv na celkový stav pacientů i na průběh onemocnění je jednoznačný. K tomu přistupují nemalé úspory za ušetřenou hospitalizaci i za kratší dobu pracovní neschopnosti.

Psychická onemocnění. Monitoring stavu klientů s psychickým onemocněním, podávání léků, aktivizace, předávání informací a zajištění edukace pro jejich blízké je nedílnou součástí domácí péče. Pokud jsou návštěvy poskytovány ve správném rozsahu a kvalitě, nedochází ke zbytečné dekompenzaci stavu. Misconiová hovoří o zkušenostech s poskytováním péče lidem s chronickým psychickým onemocněním, přičemž se snaží zařadit psychiatry mezi ošetřující lékaře, kteří mohou předepisovat domácí péči. Stav těchto klientů je nutné monitorovat pravidelně, přímá signalizace o změně stavu pacienta k psychiatrovi a jeho následná cílená intervence přispívá ke zkvalitnění domácí péče u této diagnostické skupiny. (25)

1.9.3 Preventivní domácí péče

Je určena všem skupinám, u nichž ošetřující lékař doporučí monitorování zdravotního či duševního stavu v pravidelných intervalech. Pracovníci domácí péče provádí měření fyziologických funkcí, sledují celkový stav klienta a případné změny ihned signalizují ošetřujícímu lékaři. Tato forma domácí péče je poskytována týdně nebo měsíčně v takové frekvenci, kterou na základě celkového stavu pacienta určí lékař, jenž péči indikoval.

Tato forma je vhodná především pro terciální prevenci, zaměřenou na zábranu komplikací u již probíhajícího onemocnění. Její součástí je například pravidelná kontrola celkového stavu a měření fyziologických hodnot u klientů (plně, popřípadě částečně závislých na pomoci druhé osoby) s kardiovaskulárním onemocněním, odběry biologického materiálu u pacientů s metabolickým onemocněním i kontrola stupně resocializace a kompenzace stavu u lidí s psychickým onemocněním.

Jarošová poukazuje na to, že v rámci komunity je možné využít službu i pro sekundární prevenci – tzn. odkrývání ranných stádií chorob prostřednictvím vyhledávacích testů (screeningu) (15).

Podle Misconiové je primární prevence nedílnou součástí občanských aktivit jednotlivých členů týmu agentury domácí péče, kteří ve svém volném čase přednáší o preventivních programech v oblasti infekčních onemocnění, prevenci AIDS, problematice plánovaného rodičovství, využití volného času, kvality života, partnerských vztahů, závislostí a roli klienta i jeho blízkých v péči o své zdraví (25).

1.9.4 Domácí hospicová péče

Zahrnuje péči o klienty v preterminálním a terminálním stadiu života. Terminální stadium, tj. umírání, představuje nejtěžší etapu lidského života. Má několik fází a je spojeno s řadou symptomů, které ovlivňují kvalitu života pacienta i jeho blízkých. Tato forma péče je obvykle poskytována těm, u nichž ošetřující lékař předpokládá, že ke smrti dojde do šesti měsíců. Pracovníci se snaží zajistit odbornou péči zahrnující management bolesti i emocionální podporu a zmírnit tak utrpení klienta i jeho blízkých v procesu umírání. Obvykle je indikována v maximální frekvenci 3x denně, kterou lze rozšířit i nad uvedený rozsah, a to po písemné žádosti ošetřujícího lékaře, schválené revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny.

Péče o umírající je velice náročná disciplína pro všechny členy týmu. Zúčastňují se jí jak praktičtí lékaři, tak i všichni pracovníci agentury, včetně dobrovolníků. O svého klienta se starají dle situace v rodině a potřebě odborné péče většinou několikrát denně nebo kontinuálně. Posláním domácí hospicové péče je v první řadě zmírnit fyzické i psychické utrpení umírajícího i jeho blízkých a snaha o eliminaci sociální. K tomuto účelu se v případě souhlasu klienta aplikuje řada moderních metod pro tlumení bolesti, a to jak farmakologických, tak i psychologických. Obtíže spojené s příjmem tekutin a živin jsou obvykle řešeny zajištěním intravenosní hydratace nebo aplikací výživy nasogastrickou sondou. Přívod kyslíku je zajištěn prostřednictvím oxygenoterapie. Efekt domácí péče u umírajících netkví prioritně v ušetřených prostředcích na zdravotní péči, ale v polidštění těch nejtěžších chvil v životě každého člověka.

1.10 Sociální postavení a vztahy pacientů domácí péče

Člověk není schopen žít bez kontaktu s druhými lidmi, většina z nás potřebuje blízkého životního partnera, přátele, lékaře i další osoby, s nimiž denně přichází do styku. V životě jedince může však dojít k nejrůznějším situacím, které ovlivní a někdy také výrazně změní jeho sociální vztahy. Jednou z nich je nemoc. Bártlová hovoří o tom, že každé onemocnění má určité sociální důsledky s několika aspekty. První spočívá v tom, že choroba často způsobuje postiženému nemožnost v plné míře vykonávat dosavadní činnosti ve své profesi. Snížení tělesné schopnosti v jejím důsledku může vést až ke změně zaměstnání nebo jeho ztrátě. Zejména pro chronicky nemocné muže středních a vyšších věkových kategorií je z hlediska sociální identifikace velice důležité, jakým způsobem a v jakém rozsahu u nich probíhá obnovení pracovní činnosti (3).

Sociální důsledky se mohou projevit i v rodině. Někdy choroba narušuje vztahy mezi partnery. Postižený se nemůže účastnit na domácích pracích tak, jak by si představoval. Mění se vztahy jak u pacientů žijících s ostatními členy rodiny, tak i u těch, kteří žijí osamoceně a se svými příbuznými udržují různým způsobem kontakt. Je třeba dodat, že změny v rodinných vztazích působí v obou směrech, a co se týká kvality, mohou vést k jejich zlepšování nebo zhoršování. Často pacient velmi těžce nese změny v oblasti trávení volného času. Omezení nebo nemožnost další činnosti v různých společenských, kulturních, sportovních a jiných organizacích vede někdy jedince ke změnám psychickým a sociálním. Aby nedošlo k velké újmě jeho sociálních vztahů, je nezřídka nutné najít obdobnou činnost, ve které by se takový člověk sebere realizoval. Bártlová dále rozděluje sociální důsledky onemocnění podle doby trvání a tendence na dočasné, trvalé – standardní a trvalé – zhoršující se (3).

Nemoc, pokud není lehkého rázu a nedojde brzy k uzdravení, mění zcela organizaci jedincova života. V podstatě stigmatizuje a odlišuje ho tak od ostatní většinové populace, u níž vyvolává podezření nebo nepřátelské pocity. Většina chorob vede k projevům soucitu ze strany těch, kteří nebyli postiženi, čímž se mění kvality jejich vzájemných vztahů.

„ Ze společenského hlediska je ve vztahu k nemocným a postiženým lidem možno konstatovat dvojí protikladný postoj. Za prvé je to vylučováním a vydělováním jedinců z běžného života. V historicky starších společenskoekonomických formacích vedl odmítavý postoj k nemocným až k fyzické likvidaci těchto jedinců. V civilizačně vyspělejších společnostech se projevují v podobě předsudků vůči nemocným, konstruováním přehrad oklešťujících jejich styk s okruhem zdravých, vytvářením sociálních stereotypů, sociálního štítkování, v byrokratizaci ústavní výchovy, péče atd. Za druhé uplatňováním reintegračních záměrů. Realizuje se především formou vytváření vhodných podmínek života postižených, jejich materiálním zajištěním, technickými prostředky, bezbariérovým bydlením, návštěvní službou v domácnosti, podporou kontaktů s nepostiženou populací apod. (3, s. 55).

Stejně jako zdraví lidé mají i nemocní určité potřeby, mezi něž patří potřeba sociálních styků. Ta je nezbytná pro pacienty sdílející určitou komunitu s ostatními osobami i pro nemocné, kteří žijí osamoceně. Tito lidé někdy působí na své okolí dojem člověka, jenž je se svou samotou spokojený, ale jak uvádí Bártlová, v průběhu života ovšem může podle různých okolností dojít k modifikaci této potřeby sociálních styků, nutné pro všechny jedince lidské populace (3). Během nemoci může nastat změna potřeby sociálních vztahů, což lze charakterizovat dle Bártlové tak, že se tyto vztahy nejprve redukují a později se postupně vracejí (3). Například těžce nemocný pacient nemá takovou osobní potřebu kontaktu s druhými jako ten, který procesem uzdravení nabývá opět sociálního postavení před chorobou. Problém u klientů domácí péče tkví v tom, že velké množství z nich jsou chronicky nemocní a uzdravení trvá dlouhou dobu nebo k němu vůbec nedojde. Zvláště u lidí, kteří žijí sami, je tento problém ještě výraznější. Lze totiž očekávat deformaci sociálních potřeb, neboť takový pacient se do původního stavu zdravého jedince nemůže vrátit, a nebo stav nemoci trvá tak dlouho, že změny sociálních potřeb osaměle žijícího člověka dosáhly trvalého charakteru, na což si již na to zvykl a nechce tudíž nic měnit. Pacientovi ošetřovanému v domácnosti kompenzuje potřebu sociálního kontaktu zpravidla rodina, čímž zabrání výraznějším změnám v jejich nutnosti. Avšak u osamoceného člověka velice záleží na jeho okolí a především na něm samotném, do jaké míry chce se svým okolím

komunikovat. „Způsob, jakým se k onemocnění dokáže postavit sám postižený, přímo ovlivňuje průběh vlastní adaptace na chorobný proces. Úroveň i rozsah adaptace na nemoc je určována i tím, jak je okolí schopno vyrovnat se s různými konfliktními situacemi, na jaké kvalitní úrovni jsou zúčastnění připraveni mezi sebou komunikovat, formulovat i řešit problémy, vyjadřovat názory, zaujímat jednoznačné postoje k otázkám zdraví a nemoci formulovat, prokazovat si vzájemně pochopení i podporu“ (3, s. 98).

Kontakt pacienta s rodinnými příslušníky formou návštěv by neměl být přerušen zejména při dlouhodobějších onemocněních s upoutáním na lůžko, poněvadž je přirozeným pokračováním osobních vztahů a pro jeho psychický stav velmi potřebný. Kromě rodiny ovlivňují nemocného další sociální faktory a instituce, jako jsou přátelé, bývalí spolupracovníci a zdravotnický personál, kteří spoluvytvářejí model chování jedince. „Pacient očekává od návštěvy především rozptýlení, přátelskou nebo citovou komunikaci, odreagování od problémů. Může však dojít k tomu, že se za určitých okolností obává příchodu rodinných příslušníků nebo známých. Jde především o ty návštěvy, které nemocného nadměrně vzrušují, vyvolávají u něj melancholické nálady, oživují jeho starosti. Po skončení takové návštěvy se ukazují často některé příznaky, jako zvýšený tlak, zvýšená teplota, podráždění apod. (3, s. 101). Řada jedinců se po těchto negativních zkušenostech začne vyhýbat bližšímu kontaktu se svou rodinou a okolím a sociální styky omezí na ty, které jsou bezpodmínečně nutné.

Nakonečný uvádí, že za základní sociální potřebu lze pokládat připojení se, které se projevuje touhou po vstupu do sociálních vztahů a jejich udržení. Dále uvádí, že míra této potřeby je vrozená a k jejímu formování dochází především v dětství, což znamená, že by situace v dalším životě tuto potřebu měly ovlivnit jen nepatrně. Lidské jedince podle touhy po připojení rozděluje do čtyř typů, a to na nedružené osoby – předpokládá se u nich jen malá potřeba připojení, družné osoby – mají silnou potřebu sociálního připojení a současně netrpí žádným strachem z toho, že budou odmítnuti, ostýchavé osoby – vyznačují se hledáním připojení a zároveň se obávají odmítnutí, a vyhýbající se osoby – s nulovou potřebou sociálního přijetí (31).

Hewston ve své knize hovoří o důležitosti sociální opory a uvádí, že existuje vzájemný vztah nejen mezi sociální oporou a úmrtností, ale také mezi sociální oporou a osobními výpověďmi o zdravotním stavu, fyziologické reaktivitě (např. krevní tlak, srdeční tep) a nejsilněji depresí. Například jedinci s vysokou mírou sociální opory se cítí více oblíbení a milovaní (13). Pozitivní životní postoj a dostatek kvalitních sociálních vztahů by měl být zdraví prospěšný. Vysoká míra této opory může lidi povzbuzovat také k tomu, aby žili zdravěji.

To, aby během nemoci nedošlo k výrazné redukci kontaktu pacienta s okolím, záleží mimo jiné i na osobách, které se s klientem stýkají. U pacientů je pracovník agentury domácí péče často osobou, která s ním udržuje pravidelný kontakt a stává se především u osaměle žijících lidí jedním z mála jedinců, kteří s ním komunikují. Sestry a ostatní pracovníci se snaží vytvářet vhodné terapeutické prostředí nejen z hlediska fyzického, ale i jako příjemné sociální klima. Je důležité, aby pacient chápal, že sestra zná jeho potřeby a cítí s ním. Důležitá je duševní podpora a pochopení nebo akceptování pacienta. Nejdůležitější příspěvek není v tom, co řekne, ale v její přítomnosti v potřebné chvíli, v pochopení, trpělivosti vyslechnout pacienta a poradit. Při návštěvním ošetřování se nemocný ocitá v nové roli, neví, co ho čeká, potřebuje adekvátní vysvětlení a přípravu na léčebné úkony. Sestra tak pomáhá pacientovi přizpůsobit se. Jestliže vytvoří příjemné fyzické a psychické prostředí, jsou tyto hodnoty důležité pro jeho emocionální blaho. Pokud jej však ošetřuje jako fyzický předmět, a ne jako osobu, které poskytuje péči, terapeutický aspekt její činnosti je zeslaben nebo dokonce ohrožen.

1.11 Principy komplexní domácí péče

Pro to, aby se myšlenka komplexní domácí péče stala na území celé České republiky realitou, je nutné učinit ještě mnoho kroků na úrovni státní správy, samosprávy i ve vztahu každého z nás ke svému vlastnímu zdraví a prostředí, ve kterém žijeme. „Filosofie domácí péče je podmíněna principem pevné vazby a interakce lidské bytosti se svým vlastním sociálním prostředím, s akcentem na individuální vnímání kvality života každé lidské bytosti“ (16, s. 25).

Misconiová nejprve poukazuje na zbytkový potenciál klienta v oblasti sebepečce a aktivit rodinných příslušníků a blízkých *princip subsidiarity* - pomoci k svépomoci s podporou, rozvojem a adaptací všech ve vztahu k vzájemné péči a pomoci (29). Instrukcemi, edukací a rozšířením informací se snaží přenést pracovníci na klienta a jeho rodinné příslušníky či blízké takový rozsah péče, která odpovídá jejich intelektuálním, manuálním a materiálně technickým podmínkám. Důvodem pro aplikaci subsidiarity je zejména rozvoj schopností klienta i jeho blízkých poskytovat spolehlivě určitý standard péče a pomoci i v době nepřítomnosti odborníků. Posiluje se tak odpovědnost jedince za své vlastní zdraví či stav a spoluzodpovědnost rodinných příslušníků a blízkých na celkové kvalitě poskytované služby. Nezanedbatelným aspektem je snížení pocitu obav některých rodinných příslušníků a blízkých, kteří v době nepřítomnosti pracovníků agentury mají provést určitý výkon, s nímž si bez názorné, opakované a cílené instruktáže ne vždy dokáží poradit. Dále Misconiová uvádí, že domácí péče není tedy pouhou formou péče zdravotní, ale také formou aktivní péče a pomoci – v rozsahu prevence, monitoringu, diagnostiky a kurativy, na které se podílí každý z nás, ať už se jedná o klienta či poskytovatele (29).

Princip komplexnosti. Jedním z klíčových nástrojů pro jeho realizaci při zachování zdrojů financování je vytvoření podmínek pro zdravotní péči na národní i komunitní úrovni. Na úrovni národní je nutné harmonizovat politiku resortů zdravotnictví, práce a sociálních věcí tak, aby jednotlivé nestátní subjekty fyzických a právnických osob, působících dnes ve formě agentur domácí péče, měly rovné podmínky se subjekty

státními. Cílem se pak stává navození konkurenčního prostředí ve vztahu ke kvalitě a efektivitě poskytovaných návštěv a svoboda volby lékaře, pacienta i poskytovatele.

Princip akceptace lidských práv a motivace klienta k jejich uplatňování. Mediální politika domácí péče se prezentuje ve formě článků zveřejňovaných v lokálních, regionálních i národních denících, v populárně naučných textech časopisů určených různým skupinám čtenářů, v letáčích a brožurách rozdáváných agenturami v ordinacích praktických lékařů a lůžkových zdravotnických zařízení, zaměřených na edukaci a informovanost laické i profesionální veřejnosti o problematice v této oblasti. „Národní centrum domácí péče v České republice také speciálně připravuje videokazety a televizní pořady. Součástí jeho mediální kampaně je rovněž apelace na uplatňování základních občanských práv a svobod v oblasti systému zdravotní péče a ve formě charty práv klienta“ (22, s. 14).

Princip faktické podpory obnovy zdraví společnosti je úzce spjat s každodenní činností agentur a jejich spoluprací s ošetřujícími lékaři. Je možné například provádět pravidelné fyzikální vyšetření – tj. sledování výše krevního tlaku u hypertoniků, hladiny cukru v krvi u diabetiků, kompenzace stavu u psychicky nemocných klientů, stavu pokožky u dlouhodobě ležících atp. - či cíleně zaměřený dotazníkový průzkum klientů vybraných rizikových diagnostických skupin, lze však kontinuálně monitorovat stav zdraví, popř. životní styl těchto klientů a včas signalizovat eventuální ohrožení jedince konkrétními cílenými intervencemi. Změna životního stylu společnosti bývá v domácí péči ovlivněna několika nástroji, které jsou aplikovány zejména s ohledem na různé věkové nebo sociální kategorie.

Jednu z aktivit tvoří projekt Pomoc k svépomoci, jenž je realizován ve spolupráci se samosprávou konkrétní obce a spočívá v přípravě pacienta s trvalým zdravotním postižením na novou životní situaci. Jedná se o adaptaci všech životních potřeb klienta v oblasti bio-psycho-sociální na maximální schopnost sebeobsluhy a jeho integraci do společnosti.

Další projekty jsou realizovány ve spolupráci s občanskými sdruženími zdravotně postižených pacientů. Tato sdružení spolu s Asociací domácí péče ČR systematicky připravují ve speciálních programech různá soustředění, semináře a další akce, sloužící pro maximální informovanost členů tak, aby nedocházelo k dalšímu poškození zdraví.

Motivace jednotlivců i skupin v oblasti vlastních aktivit ve vztahu ke změně pohybového, dietního nebo pitného režimu by měla být nedílnou součástí působení agentury domácí péče. Tuto činnost vykonávají například Přátelská centra určená pro občany všech věkových kategorií, kteří jsou ohroženi krizí spojenou s aktuálním fyzickým, duševním či sociálním stavem. Centra mohou sloužit jako prevence krizí plynoucích z obtížného vyrovnání se jedince s realitou. Pro občany snažící se o zpětnou integraci do společnosti jsou určeny Domy na půl cesty. Tato zařízení mají pomáhat obtížně sociálně adaptovatelným klientům při nalezení jejich cesty zpět do společnosti. Jedná se zejména o jedince s drogovou závislostí, těžkým psychickým onemocněním či občany po výkonu trestu.

Dalším principem, o kterém hovoří, je *princip standardizace postupů v komplexní domácí péči*. V kontextu s indikačními diagnostickými skupinami klientů jsou standardy náplní činnosti členů multidisciplinárního týmu agentury domácí péče i standardy postupů aplikovaných v rámci péče mechanismem, který reaguje na potřebu kontroly kvality poskytované péče, ale také konfrontuje potřeby jedince s možnostmi společnosti. Harmonii ekologie vnitřního a vnějšího prostředí ovlivňuje svou činností každý poskytovatel komplexní domácí péče, a to zejména u dlouhodobě a chronicky nemocných klientů. Pro tento účel byly zpracovány standardizované plány domácí zdravotní péče (25).

Následujícím je *Princip kontinuálního udržování odborné způsobilosti členů týmu agentury domácí péče*. Na potřeby klientů je nutno reagovat i flexibilním přizpůsobením ve složení multidisciplinárního týmu, ve kterém je aplikován horizontální management. Pracovníci agentury jsou pro klienta na stejné hodnotové úrovni bez rozdílu profesionálního zaměření, tedy každý z týmu přináší stejně hodnotný kámen do společné mozaiky. Horizontální management deleguje odpovědnost za kvalitu péče na každého z poskytovatelů a motivuje je tak ke společnému

odbornému růstu. Namísto výrazu funkce se zde setkáváme s pojmem role, kterou sehrává ve vztahu ke kvalitě poskytnuté služby každý z pracovníků agentury.

Princip respektování etických aspektů při poskytování komplexní domácí péče je posledním z principů, o kterém se zmiňuje. Etickými aspekty mnohdy začíná i končí diskuse o rozsahu hrazené zdravotní péče mezi poskytovateli a plátcí. Hledání hranic o účelném rozsahu služeb ve vztahu k aktuálním potřebám klienta je velice obtížné a vyžaduje si nejen určitou míru empatie, ale zejména profesionalitu při sběru a analýze anamnestických dat. Nalezením harmonie mezi potřebami jedince a možnostmi společnosti je jedním z klíčových faktorů ovlivňujících vztah společnosti k principům komplexní domácí péče (22).

Pro to, aby mohlo dojít k výměně zkušeností a poznatků na mezinárodní úrovni, vznikla v roce 1996 **Světová organizace domácí a hospicové péče – World Home and Hospice Organization – WHHO**. Asociace domácí péče České republiky byla jednou z prvních organizací, která se stala jejím členem.

2. Cíl práce a hypotézy

Cíl práce.

Cílem této práce je zhodnocení sociálního vlivu domácí zdravotní péče během jejího poskytování v pacientově domácím prostředí. Dále poukázat na nejčastější diagnózy, pro něž je domácí péče indikována.

Hypotézy.

Hypotéza 1.: Bércové vředy patří k důvodům opakovaných návštěv sester domácí péče.

Hypotéza 2.: Vlivem domácí péče dochází ke zlepšování sociálních vztahů mezi osaměle žijícími pacienty a jejich okolím.

3. Metodika

3.1 Použité metody sběru dat

Pro práci byla vybrána metoda kvantitativního výzkumu, kde byla použita technika řízeného rozhovoru, dotazníku, sekundární analýzy dat a pozorování. Všechny tyto techniky jsou dle Giddense vhodné ke sběru dat při kvantitativním výzkumu (

Řízený rozhovor je taková technika terénního sběru informací, jež jsou získávány od zkoumaných osob prostřednictvím záměrně cílených otázek, kladených respondentovi tváří v tvář (7). Kladené otázky byly přímé, a to uzavřené, otevřené a polootevřené. Jejich celkový počet dosáhl 22, jejichž znění je uvedeno v příloze 1. S každým klientem byly provedeny vždy dva rozhovory, a to bezprostředně po úvodní návštěvě sestry domácí péče, ve výsledcích uváděné jako typ A, poté opakovaně po čtyřech měsících, ve výsledcích uváděné jako typ B. Návratnost zodpovězených otázek řízeného rozhovoru byla 100%.

Pozorování bylo prováděno v domácím prostředí klienta, jeho konkrétní cíle jsou uvedeny v příloze 2. Proběhlo nejprve při zahájení návštěv, ve výsledcích uváděné jako typ A, a opakovaně po čtyřech měsících poskytování služeb, ve výsledcích uváděné jako typ B.

Další technikou sběru dat se stal dotazník uvedený v příloze 3. Obsahoval pouze dvě přímé otázky, a to uzavřenou a otevřenou. Jeho návratnost byla 100%.

Sekundární analýza dat byla provedena ze zdravotní dokumentace klientů agentur domácí péče.

3.2 Charakteristika cílové populace

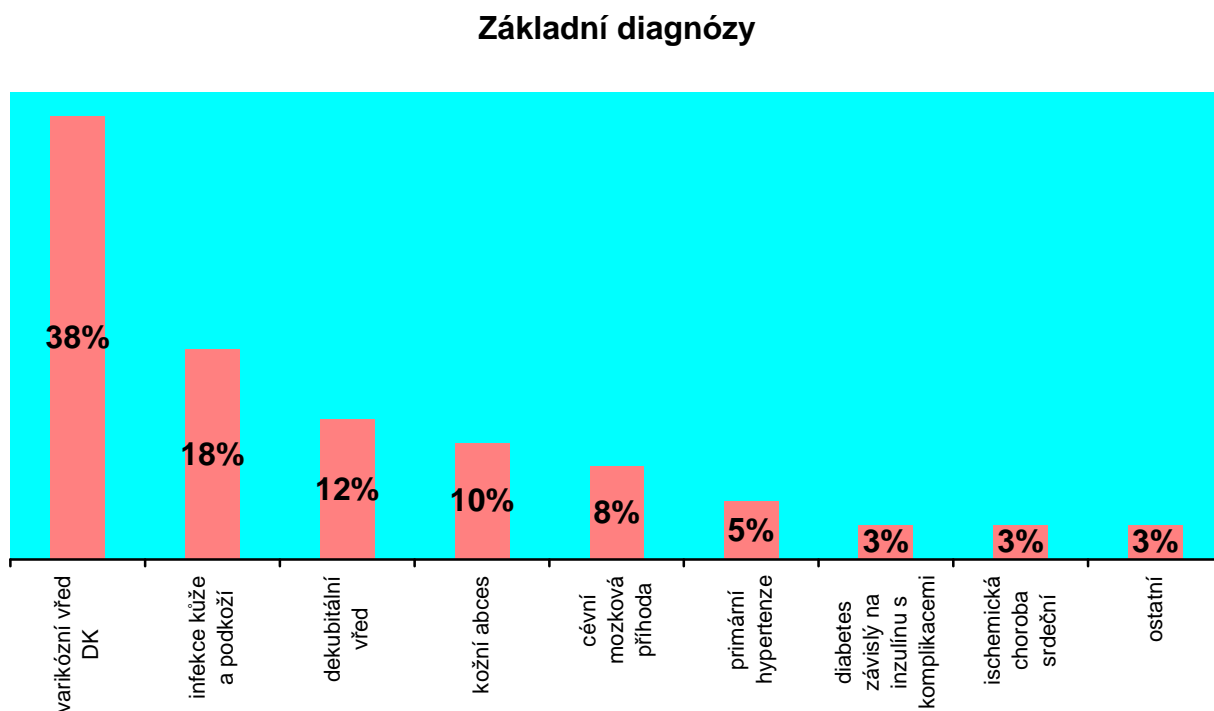
Pro ověření pravdivosti hypotézy č. 1.: *Bércové vředy patří k důvodům opakovaných návštěv sester domácí péče* byla použita sekundární analýza dat. Zkoumaným vzorkem se stali všichni klienti agentur domácí péče, které nabízí pouze služby zdravotní a působí na severním Plzeňsku. Zodpovědní pracovníci byli srozuměni s požadavky a pro výzkum zapůjčili zdravotní dokumentaci pacientů za období posledních šesti měsíců roku 2006. Kvůli dostatečné objektivnosti výsledků nebyl vzorek respondentů, jejichž počet činil 202 žádným jiným kritériem omezován.

Pro ověření pravdivosti hypotézy č. 2.: *Vlivem domácí péče dochází ke zlepšování sociálních vztahů mezi osaměle žijícími pacienty a jejich okolí* bylo nutné vymezit určité požadavky na výběr zkoumaného vzorku. Výzkum byl opět zaměřen na výše zmiňované agentury home care severního Plzeňska poskytující zdravotní služby. Do výzkumu byli zařazeni respondenti pomocí stratifikovaného výběru, který měl několik kritérií, jež ho určovali. Prvním stratifikačním krokem byla podmínka, že klient musí žít sám. Dále bylo nutné oslovit pouze ty nemocné, u nichž se návštěvnost právě započala a později pokračovala po dobu nejméně 4 měsíců. Poté byl vzorek zúžen dalším zvoleným kritériem, tzn. vyloučením pacientů, u kterých byla mimo zdravotních služeb poskytována také péče sociální. Přestože tuto službu vykonávala naprosto jiná společnost, bylo následující omezení velmi důležité z důvodu zvýšeného rizika zkreslení výzkumu. Mezi dotazované respondenty byli zařazeni pacienti osaměle žijící, u nichž nebyla uvedena žádná z forem sociální pomoci a kde se první návštěvy datovala v rozmezí července až prosince 2006. Řízené rozhovory byly prováděny s respondenty v průběhu 9 měsíců od července 2006 do března roku následujícího. Jednalo se tedy o klienty s indikovanou domácí péčí, zahájenou od července do počátku prosince 2006. Poslední (opakované) rozhovory proběhly na začátku března s klienty, kteří byli zařazeni do výzkumu jako poslední (péči započali na začátku prosince). Celkový vzorek respondentů činil 25.

4. Výsledky

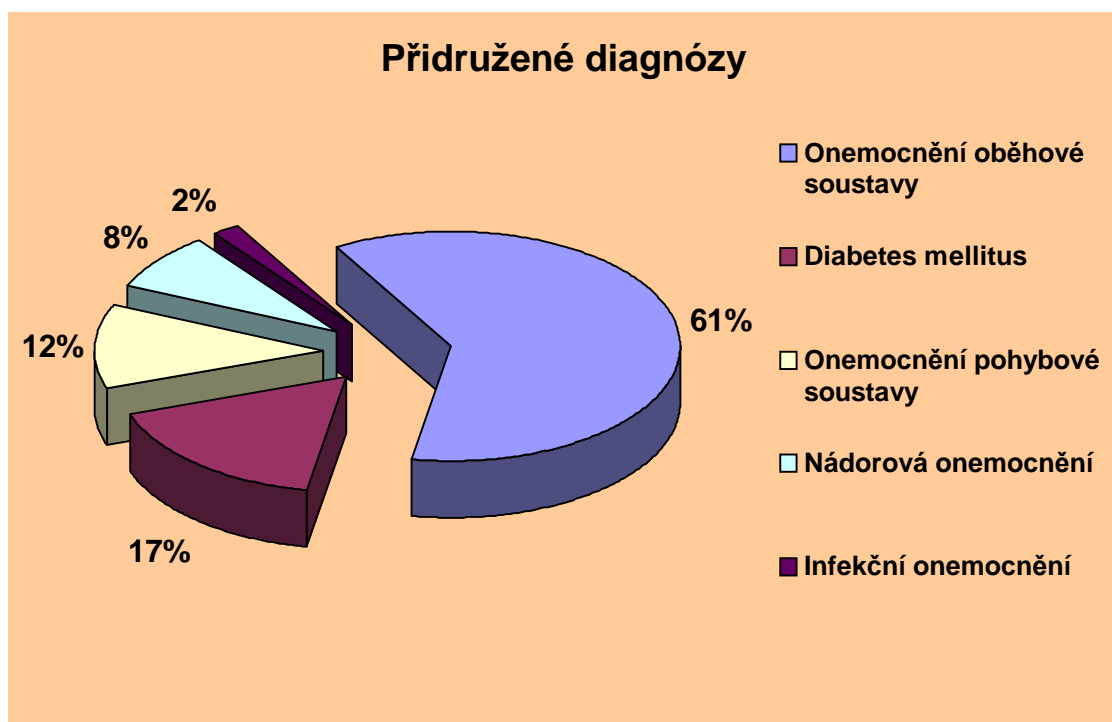
4.1 Vyhodnocení sekundární analýzy dat

Graf 1



Základní diagnózy, které jsou důvodem k indikaci domácí péče jsou: u 76 osob (38 %) varikózní vřed dolní končetiny, u 36 osob (18 %) infekce kůže a podkoží, u 25 osob (12 %) dekubitální vřed, u 20 osob (10 %) kožní absces, u 10 osob (5 %) primární hypertenze, u 15 osob (8 %) cévní mozková příhoda, u 10 osob (5 %) primární hypertenze, u 6 osob (3 %) diabetes závislý na inzulinu s komplikacemi, u 6 osob (3 %) ischemická choroba srdeční a u 6 osob (3 %) ostatní diagnózy.

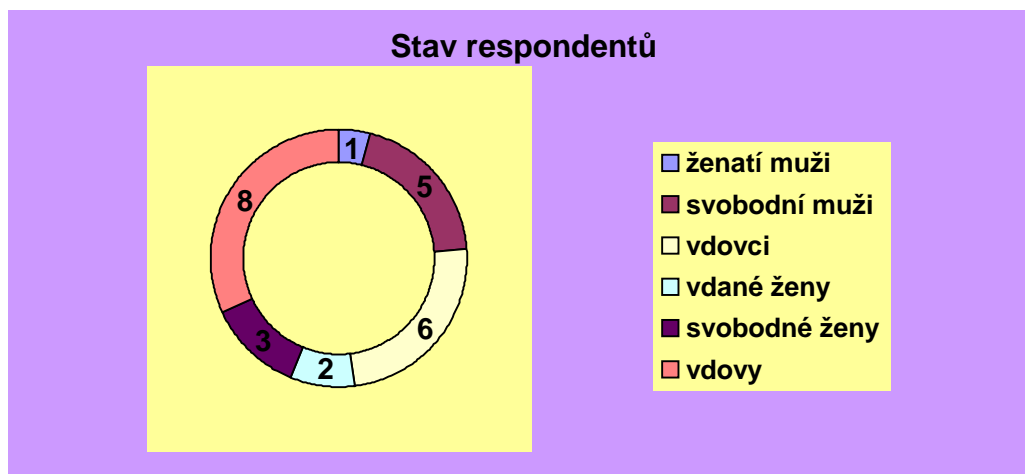
Graf 2



Přidružené diagnózy jsou následující: onemocnění oběhové soustavy 61 %, diabetes mellitus 17 %, onemocnění pohybové soustavy 12 %, nádorová onemocnění 8 % a infekční onemocnění 2 %.

4.2 Vyhodnocení otázek řízeného rozhovoru

Graf 3



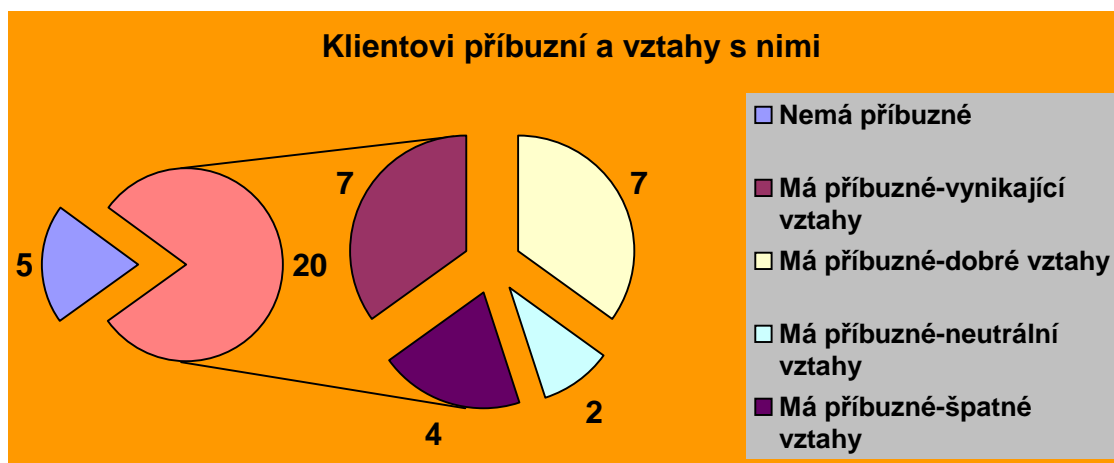
Mezi dotazovanými klienty domácí péče byli: 1 ženatý muž, 5 svobodných mužů, 6 vdovců, 2 vdané ženy, 3 svobodné ženy a 8 vdov.

Graf 4



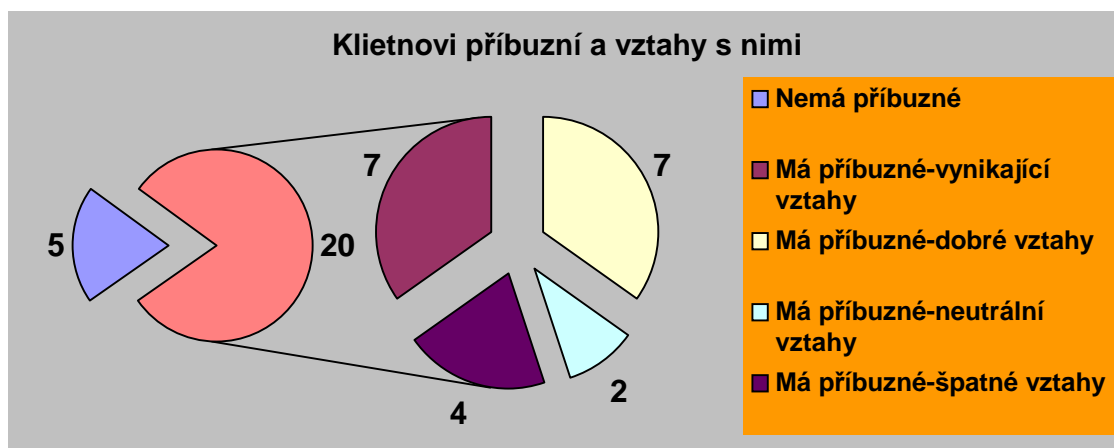
Věk pacientů je: 1 osoba 40-49 let, 3 osoby 50-59 let, 6 osob 70-79 let a 9 osob 80-89 let.

Graf 5A



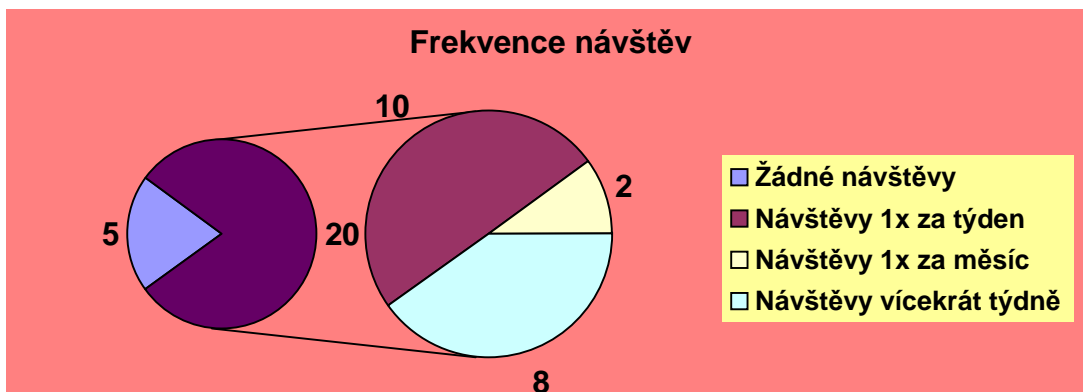
Při prvním šetření 5 osob uvádělo, že žádné příbuzné nemá, 20 osob odpovídalo, že má, přičemž vztahy s nimi jsou: u 7 osob vynikající, u 7 osob dobré, u 2 osob neutrální a u 4 osob špatné.

Graf 5B



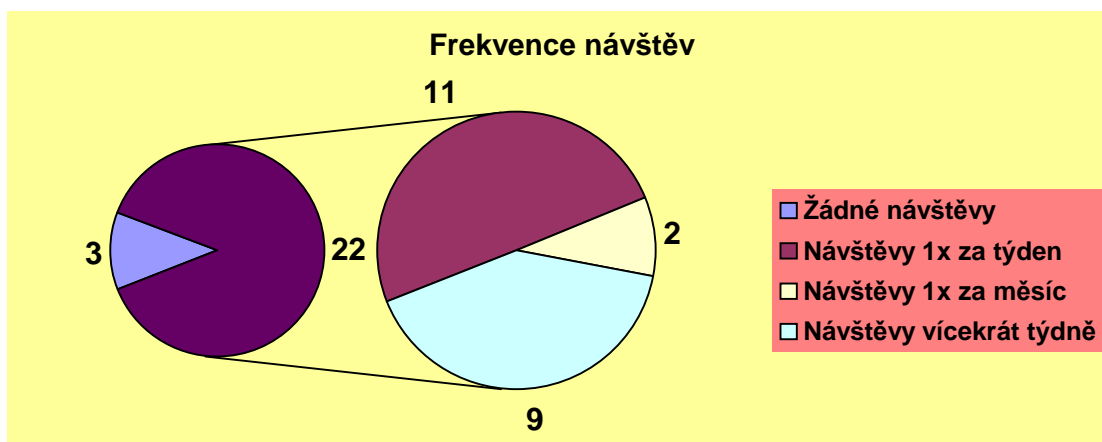
Při opakovaném šetření 5 osob uvádělo, že žádné příbuzné nemá, 20 osob odpovídalo, že má, přičemž vztahy s nimi jsou: u 7 osob vynikající, u 7 osob dobré, u 2 osob neutrální a u 4 osob špatné.

Graf 6A



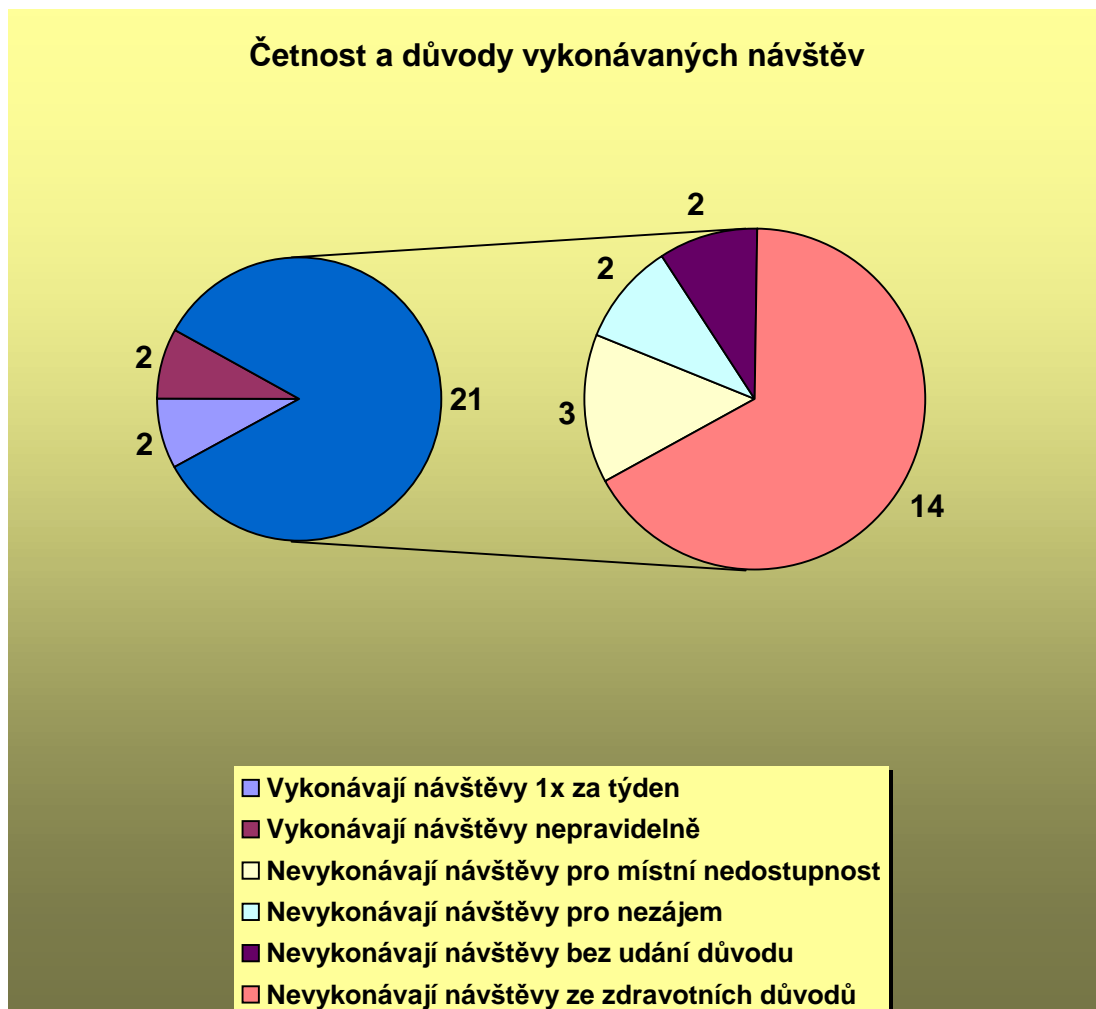
5 respondentů sdělilo, že je nenavštěvuje nikdo, 20 klientů uvedlo kladnou odpověď, přičemž četnost návštěv byla u 2 osob 1x za měsíc, u 10 osob 1x za týden a u 8 osob vícekrát týdně.

Graf 6B



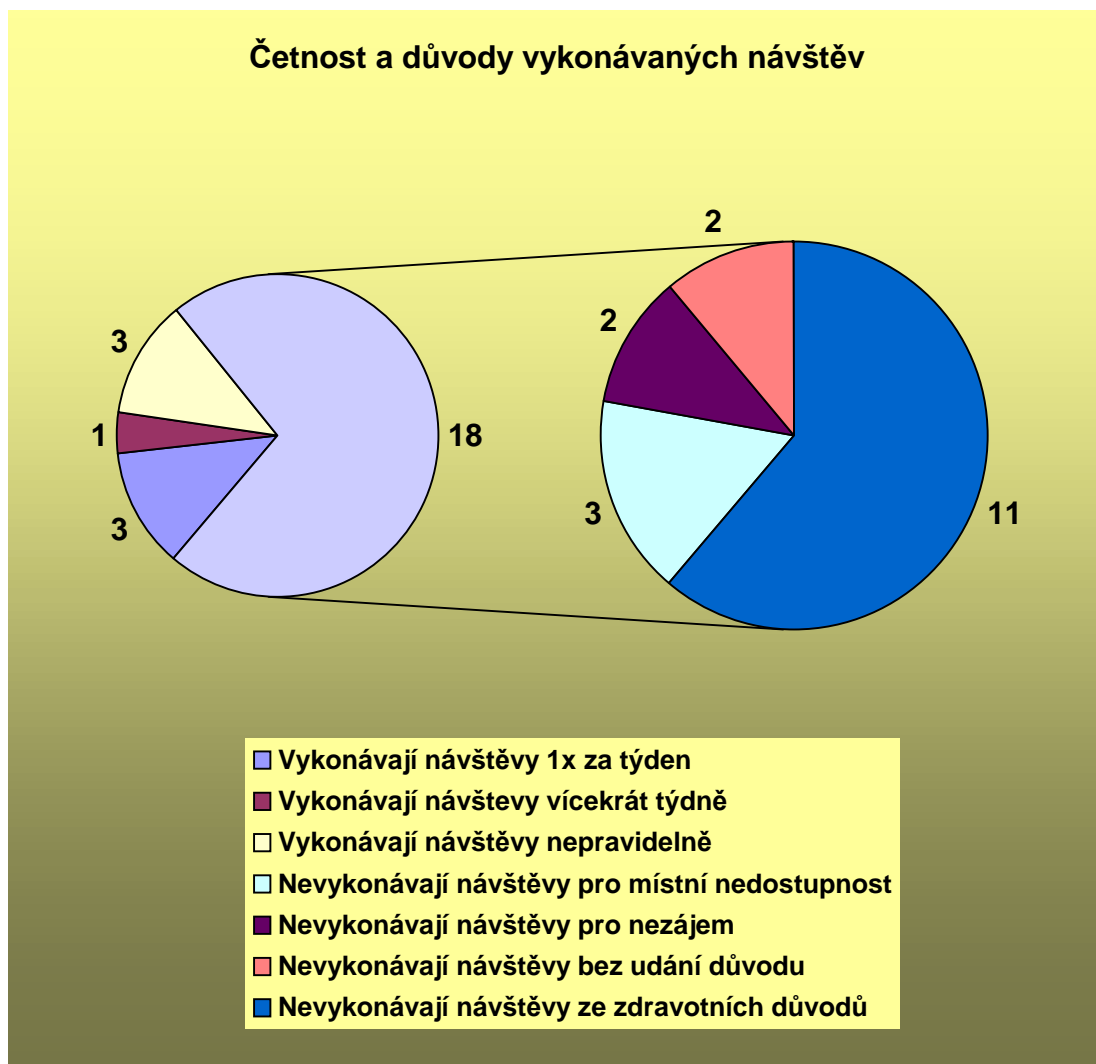
3 respondenti sdělili, že je nenavštěvuje nikdo, 22 klientů uvedlo kladnou odpověď, přičemž četnost návštěv byla u 2 osob 1x za měsíc, u 11 osob 1x za týden a u 9 osob vícekrát za týden.

Graf 7A



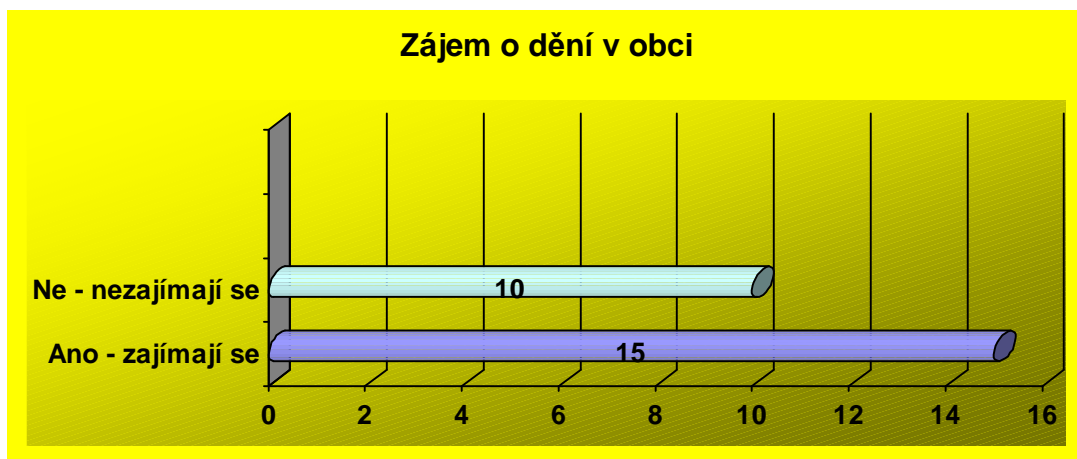
Při prvním rozhovoru sdělilo 21 klientů, že nenavštěvují nikoho z důvodů - 14 osob (zdravotní stav,) 3 osoby (velká vzdálenost od potenciálního navštíveného), 2 osoby (nikdo je nezajímá), 2 osoby (bez udání důvodu); 4 klienti někoho navštěvují - 2 osoby 1x týdně a 2 osoby nepravidelně.

Graf 7B



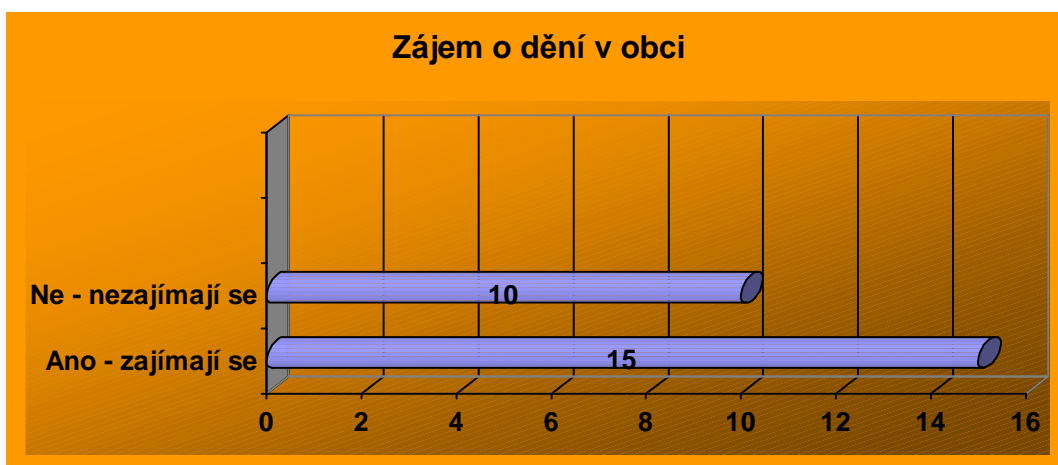
Při druhém rozhovoru sdělilo 18 klientů, že nikoho nenavštěvují – 11 (zdravotní důvody), 3 (pro velkou vzdálenost), 2 (pro nezájem o jiné lidi) a 2 (bez udání důvodu); 7 klientů někoho navštěvuje – 1 osoba vícekrát týdně, 3 osoby 1x týdně a 3 osoby nepravidelně.

Graf 8A



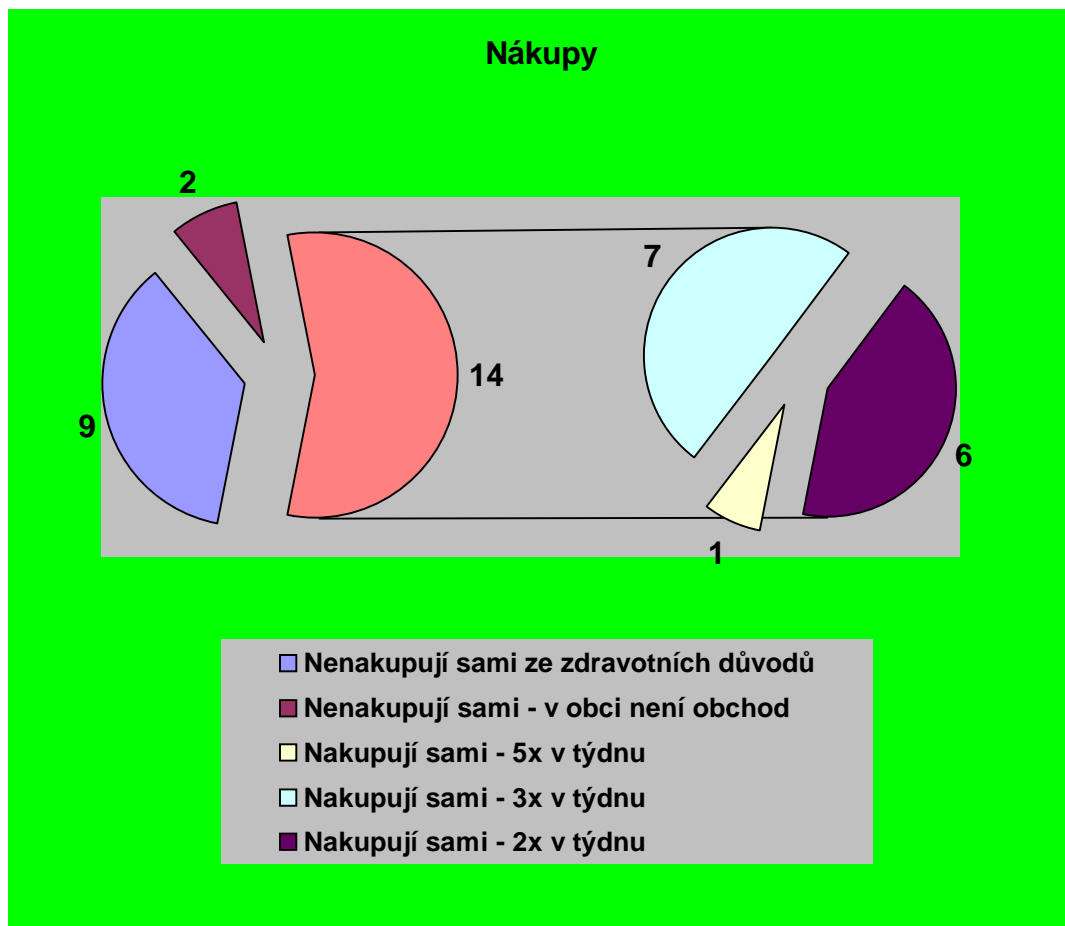
O dění v obci (městě) se zajímá 15 respondentů a záporně odpovědělo 10 dotazovaných.

Graf 8B



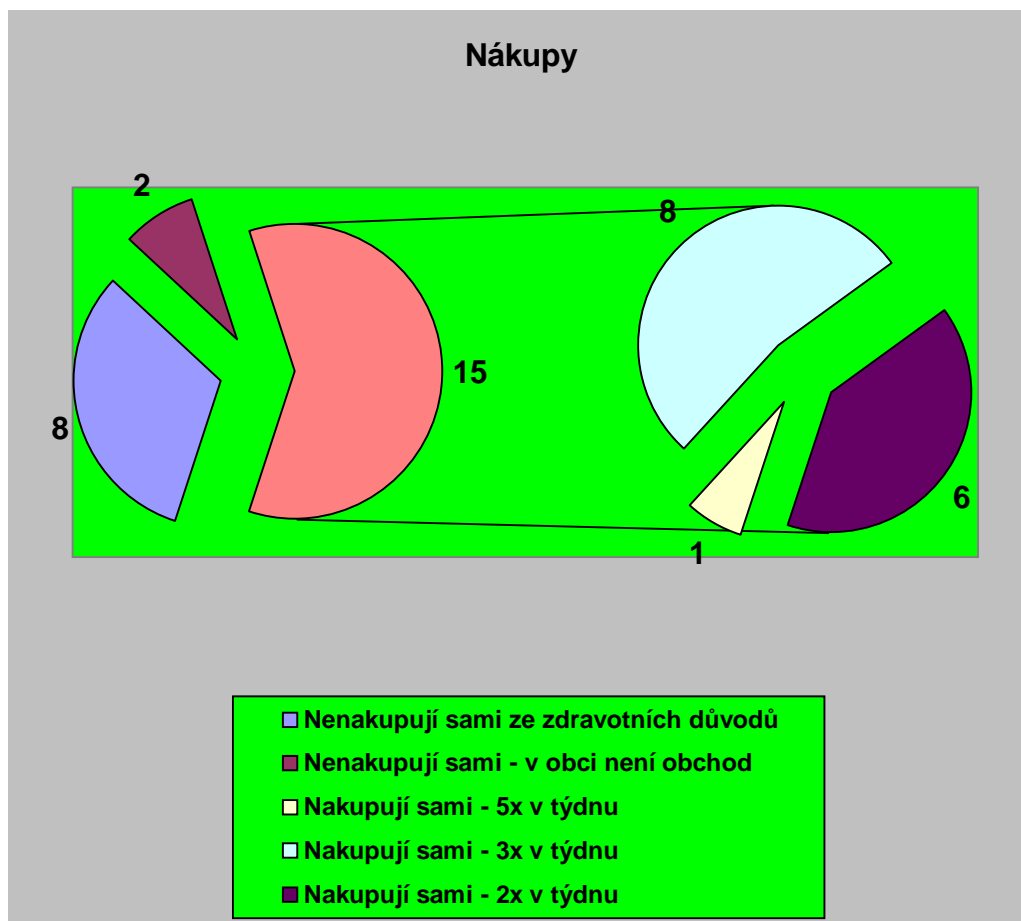
O dění v obci (městě) se zajímá 15 respondentů a záporně odpovědělo 10 dotazovaných.

Graf 9A



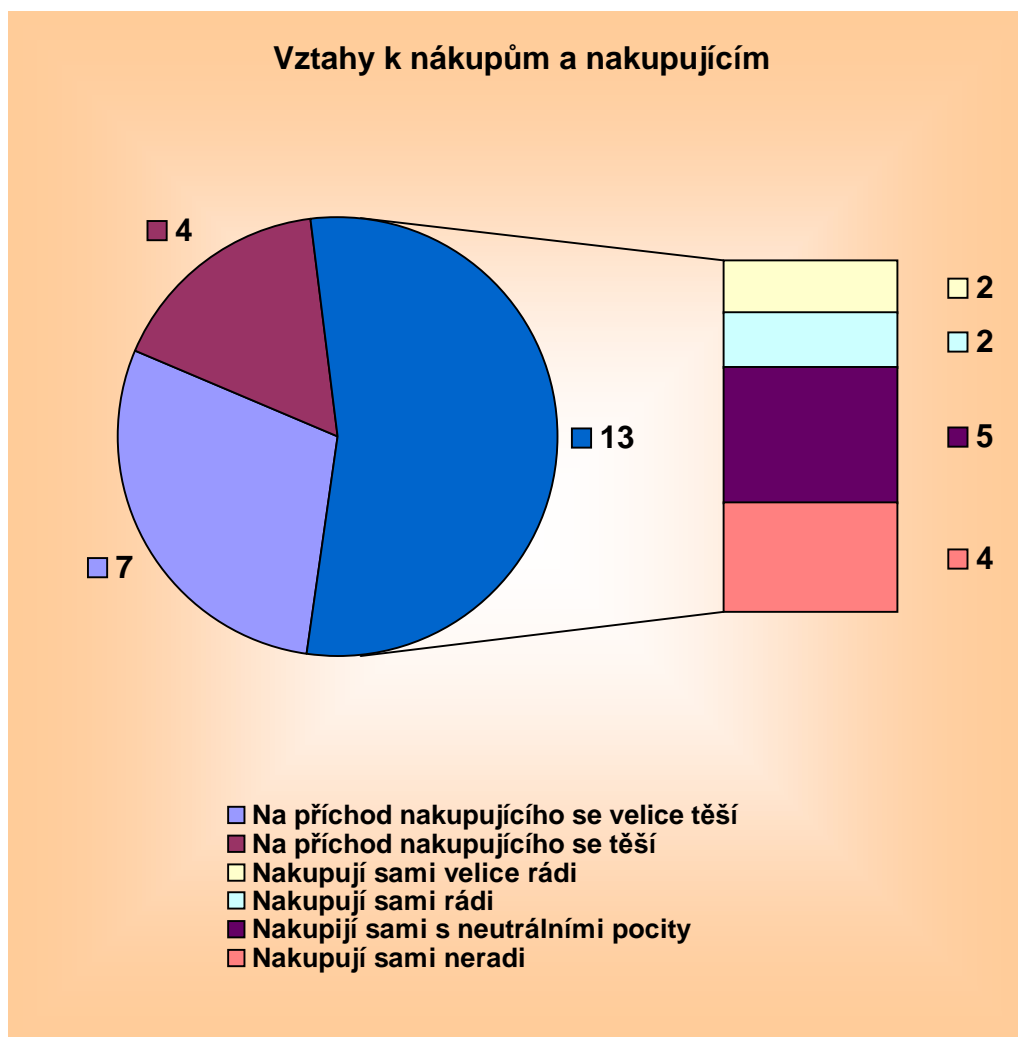
14 respondentů si obstarává nákupy samo, 11 respondentů nikoli. Všichni, co udali kladnou odpověď, shodně uvedli, že navštěvují místní obchod s četností: 1 člověk 5x v týdnu, 7 lidí 3x v týdnu a 6 osob 2x v týdnu. Ti, co odpověděli záporně, uvedli jako důvod: 9 osob (zdravotní stav), 2 osoby (nemají obchod v místě bydliště), nákupy jim zajišťují jejich děti.

Graf 9B



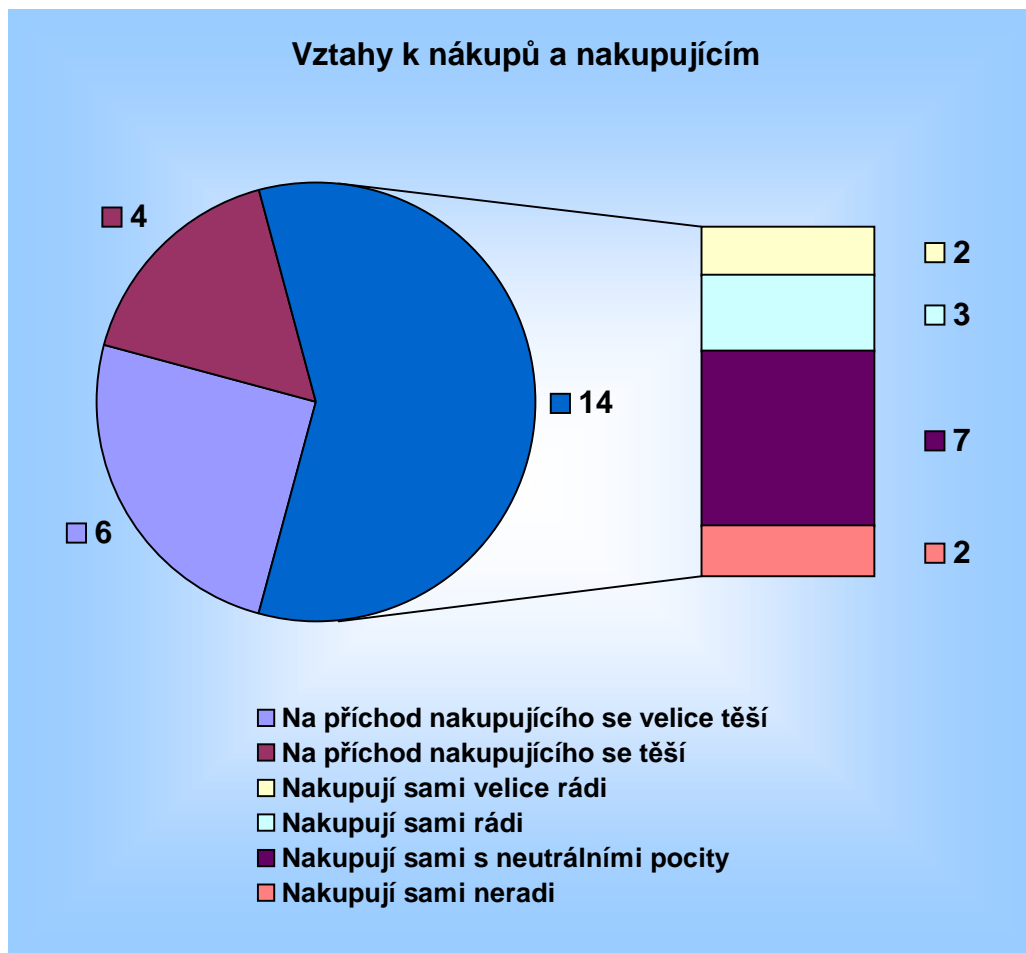
15 respondentů si obstarává nákupy samo, 10 respondentů nikoli. Všichni co udali kladnou odpověď, shodně uvedli, že navštěvují místní obchod s četností : 1 člověk 5x v týdnu, 8 lidí 3x v týdnu a 6 lidí 2x v týdnu. Ti, co odpověděli záporně, uvedli jako důvod: 8 osob (zdravotní stav), 2 osoby (nemají obchod v místě bydliště), nákupy jim zajišťují jejich děti.

Graf 10 A



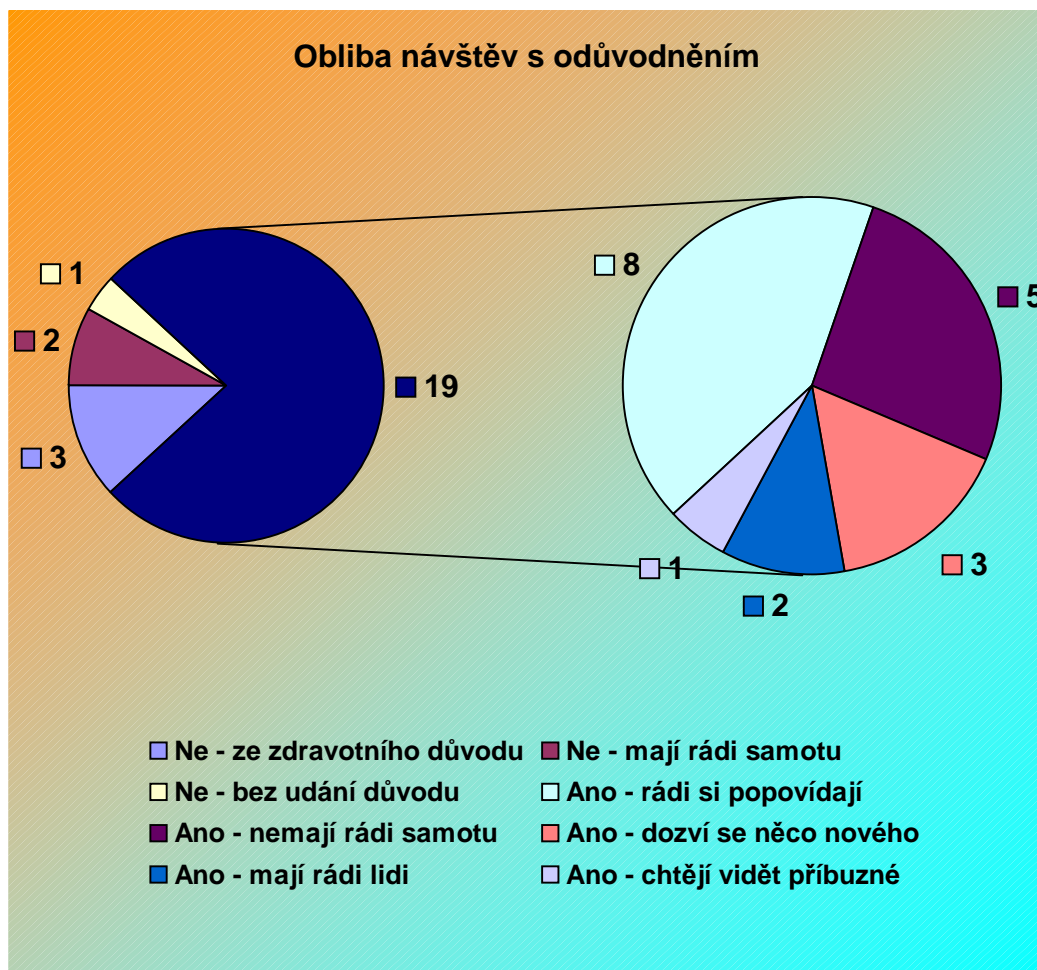
Klienti, kteří si nakupují sami, uváděli následnou oblibu: 2 lidé nakupují velice rádi, 2 rádi, 5 lidem nákupy nevaří a 4 lidi nakupují neradi. Klienti, kterým nakupují jiné osoby, uvádějí, že na její příchod se: 7 osob velice těší a 4 osoby těší.

Graf 10B



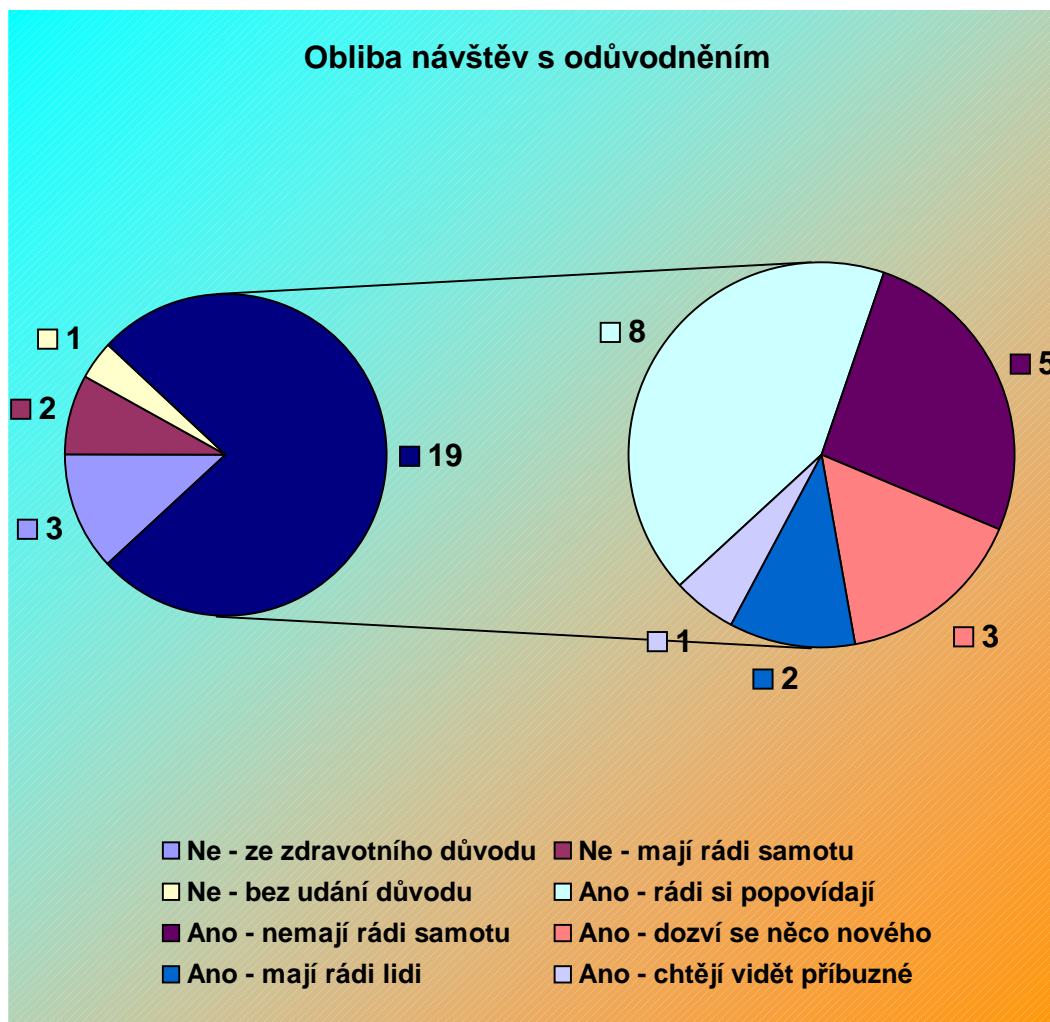
Klienti, kteří si nakupují sami, uvádějí následnou oblibu: 2 lidé velice rádi, 3 rádi, 7 lidem nákupy nevadí a 2 nakupují neradi. Klienti, kterým nakupují jiné osoby, uvádějí, že na jejich příchod se: 6 osob velice těší a 4 osoby teší.

Graf 11A



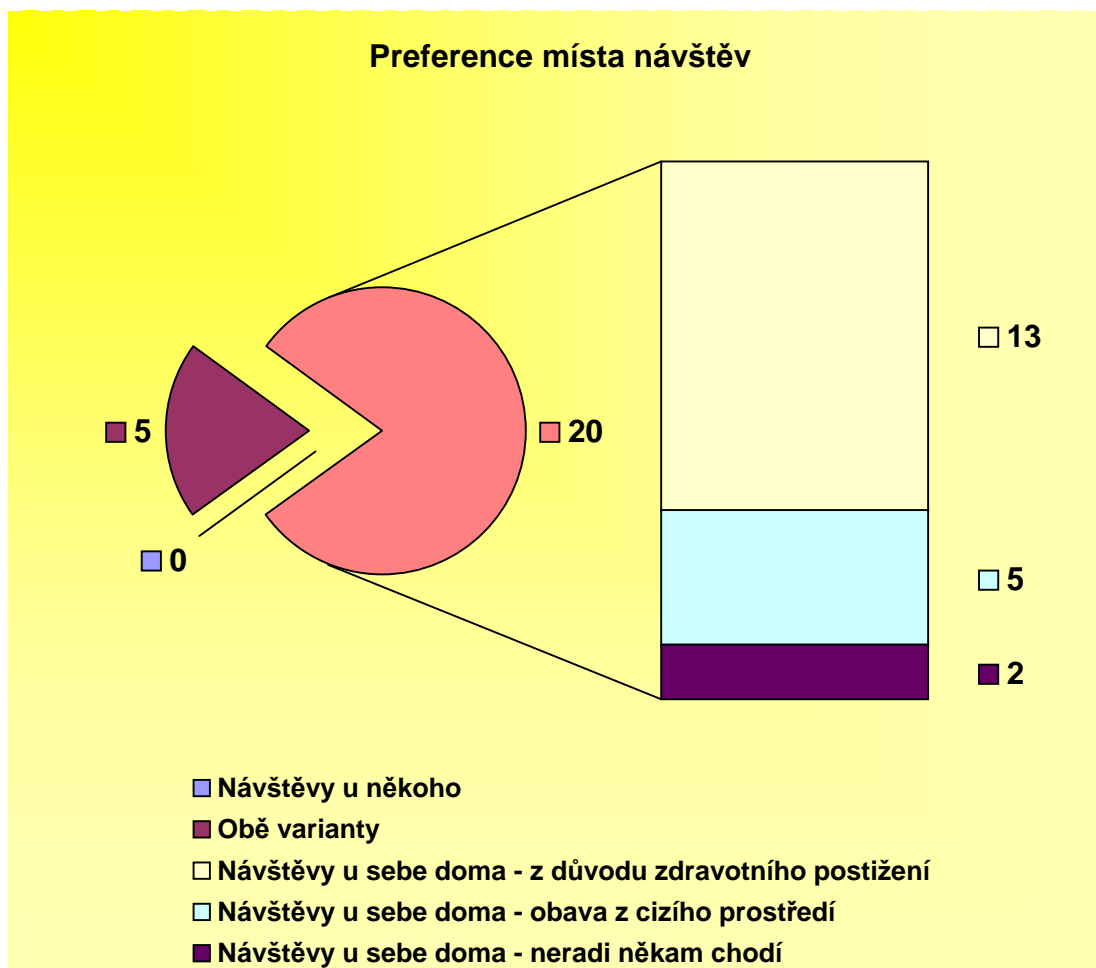
19 klientů přiznává kladný vztah k návštěvám, přičemž 8 z nich si rádo popovídá, 5 lidí nemá rádo samotu, 3 lidé se rádi dozví něco nového, 2 osoby uvádí, že mají rádi lidi a 1 člověk chce vidět své příbuzné. 6 klientů sdělilo, že návštěvy nemají rádi, a to 3 z důvodu zdravotního stavu, 2 mají rádi samotu a 1 důvod neudává.

Graf 11B



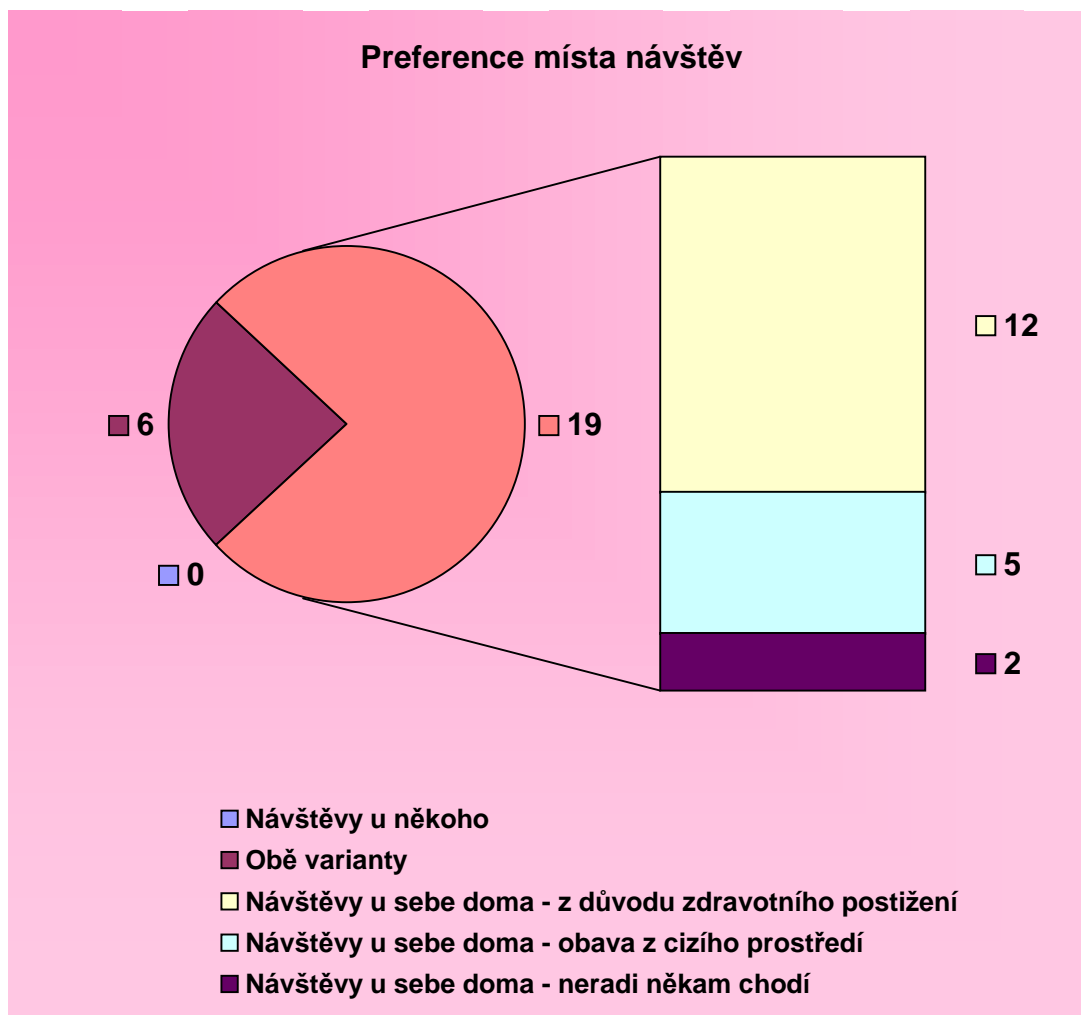
19 klientů přiznává kladný vztah k návštěvám, přičemž 8 z nich si rádo popovídá, 5 lidí nemá rádo samotu, 3 lidé se dozví něco nového, 2 osoby uvádí, že mají rádi lidi a 1 člověk chce vidět své příbuzné. 6 klientů sdělilo, že návštěvy nemají rádi, a to 3 z důvodu zdravotního stavu, 2 mají rádi samotu a 1 důvod neudává.

Graf 12A



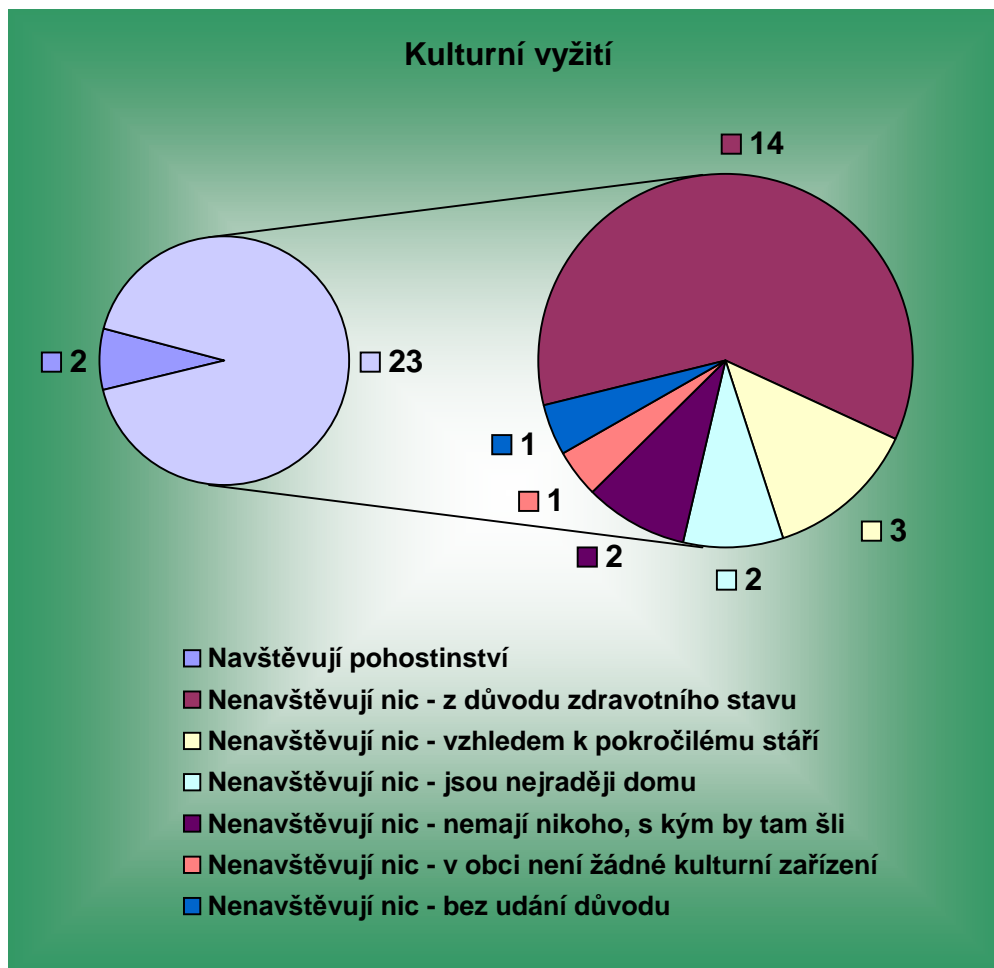
Při prvním šetření upřednostnilo 20 respondentů, když někdo navštěvuje je doma, a to z následujících důvodů: 13 osob kvůli zdravotnímu postižení, 5 vadilo cizí prostředí a 2 lidé neradi někam chodili. Žádný z klientů nepreferoval to, že by on chtěl někam chodit na návštěvy a 5 dalších uvedlo, že na obě možnost pohlíží naprosto stejně.

Graf 12B



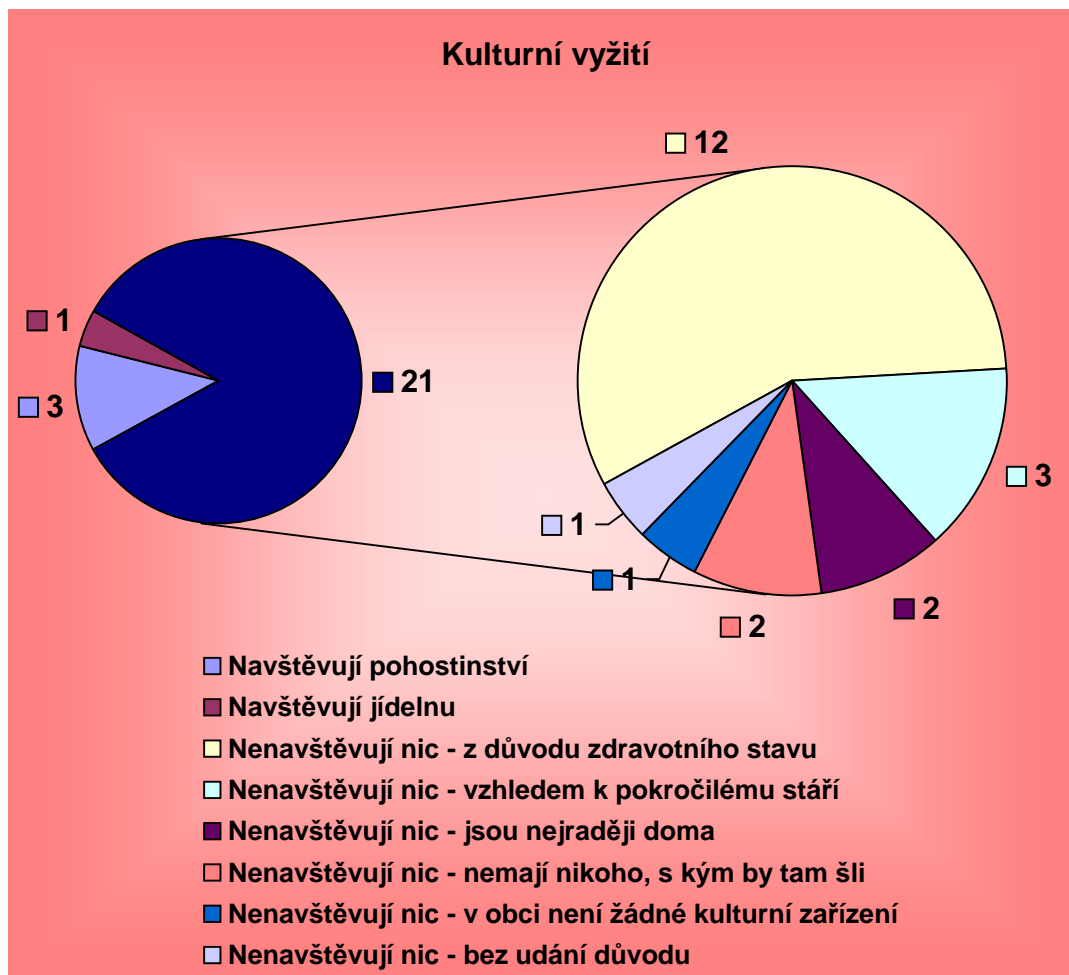
Při druhém šetření 19 respondentů upřednostnilo návštěvu u sebe doma z toho 12 osob kvůli zdravotnímu stavu, 5 osob z důvodu cizího prostředí a 2 osoby nerady někam chodí. Žádný z nich neupřednostňoval možnost, aby chodil na návštěvy on sám a 6 klientů volilo obě varianty stejnou měrou.

Graf 13A



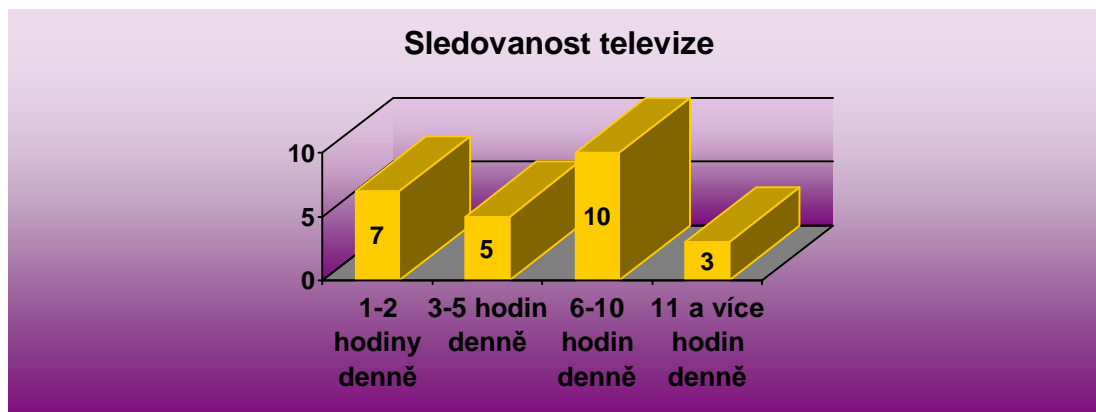
Žádné kulturní zařízení nebo pohostinství nenavštěvuje 23 klientů, a sice 14 osob kvůli zdravotnímu stavu, 3 vzhledem k pokročilému stáří, 2 lidé jsou nejraději doma, 2 osoby nemají nikoho, s kým by tam šly, 1 osoba nemá v místě bydliště žádnou kulturní příležitost a 1 osoba důvod neudává. 2 klienti sdělili, že navštěvují pohostinství za účelem pravidelného setkávání s přáteli a sousedy.

Graf 13B



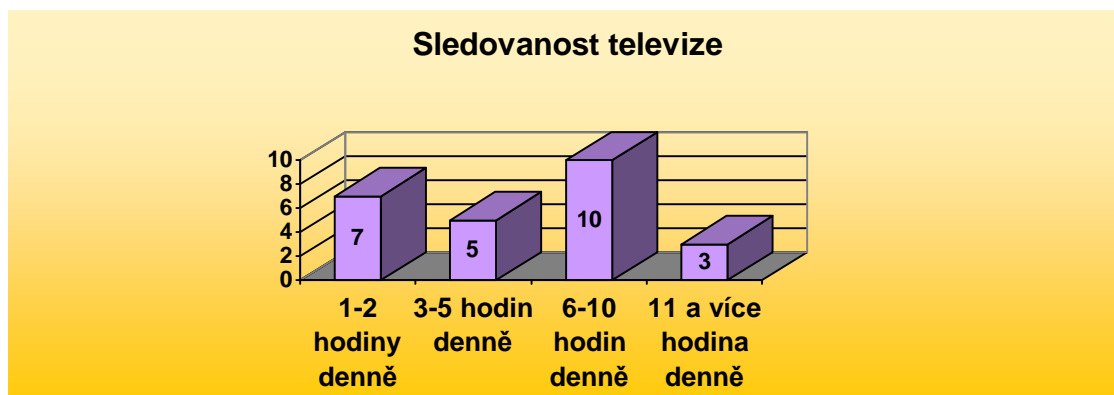
Žádné kulturní zařízení nebo pohostinství nenavštěvuje 19 klientů, a sice 12 kvůli zdravotnímu stavu, 3 osoby vzhledem k pokročilému stáří, 2 jsou nejraději doma, 2 nemají nikoho, s kým by mohli jít, 1 nemá v místě bydliště žádné kulturní zařízení a 1 osoba důvod neudává. Další 4 osoby odpověděly kladně, přičemž 3 navštěvují pravidelně místní pohostinství kvůli setkání s přáteli a jeden z nich dochází každý den do společné jídelny.

Graf 14A



25 respondentů uvedlo, že televizi sledují každý den v počtu hodin: 1-2 hodiny denně 7 osob, 3-5 hodin denně 5 osob, 6-10 hodin denně 10 osob a 11 a více hodin denně 3 osoby.

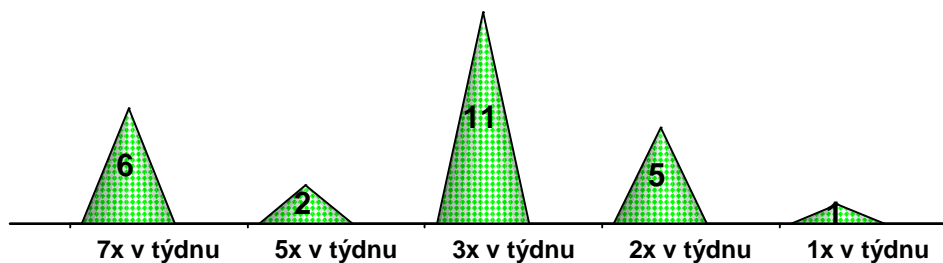
Graf 14B



25 respondentů uvedlo, že televizi sledují každý den v počtu hodin: 1-2 hodiny denně 7 osob, 3-5 hodin denně 5 osob, 6-10 hodin denně 10 osob a 11 a více hodin denně 3 osoby.

Graf 15A

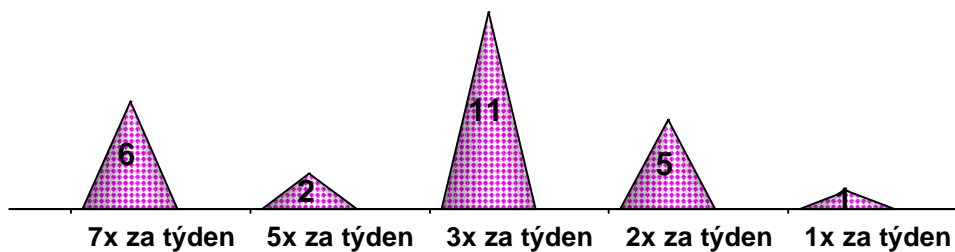
Frekvence návštěvní služby



Specializované sestry dochází k 11 pacientům 3x v týdnu, k 6 pacientům 7x v týdnu, k 5 pacientům 2x, ke 2 pacientům 5x a k 1 pacientovi 1x týdně.

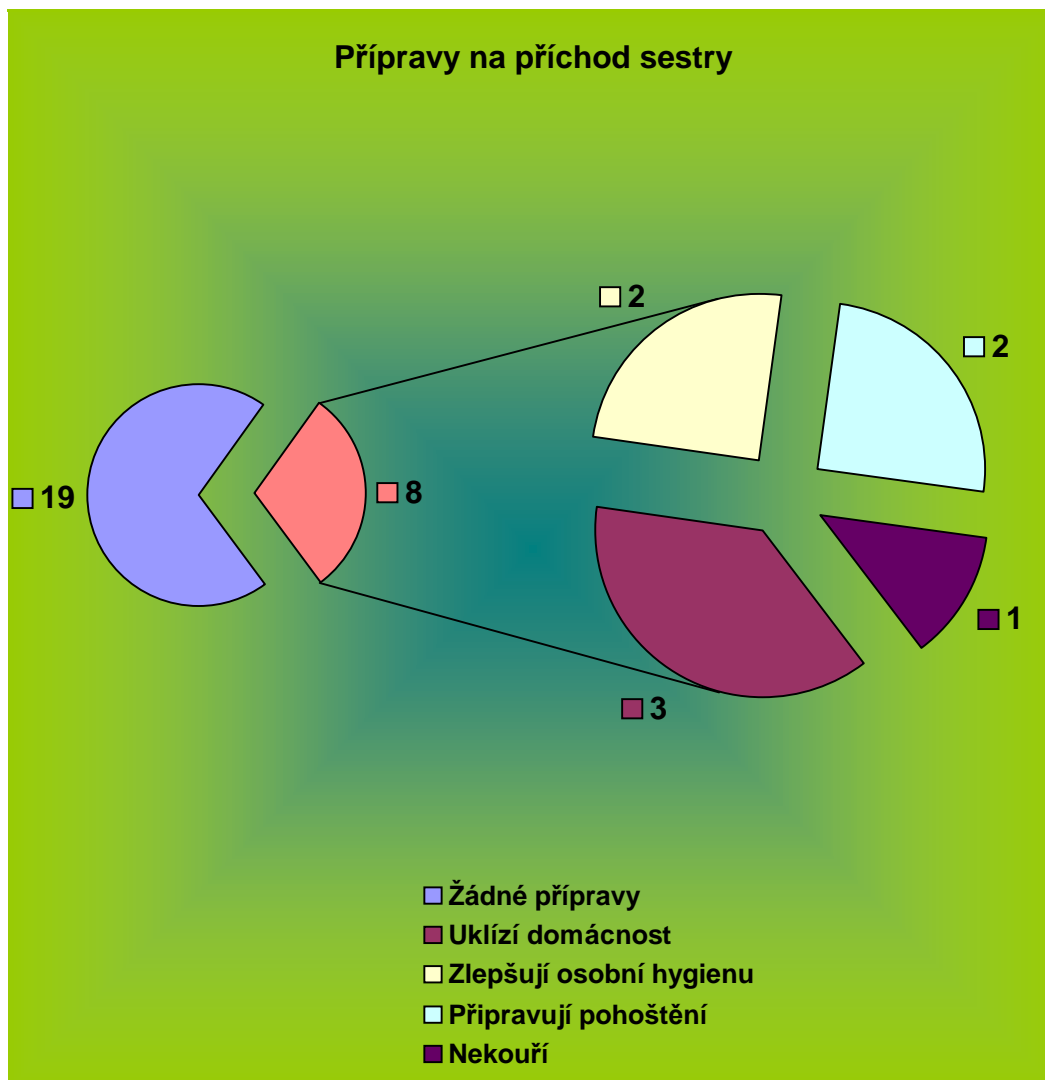
Graf 15B

Frekvence návštěvní služby



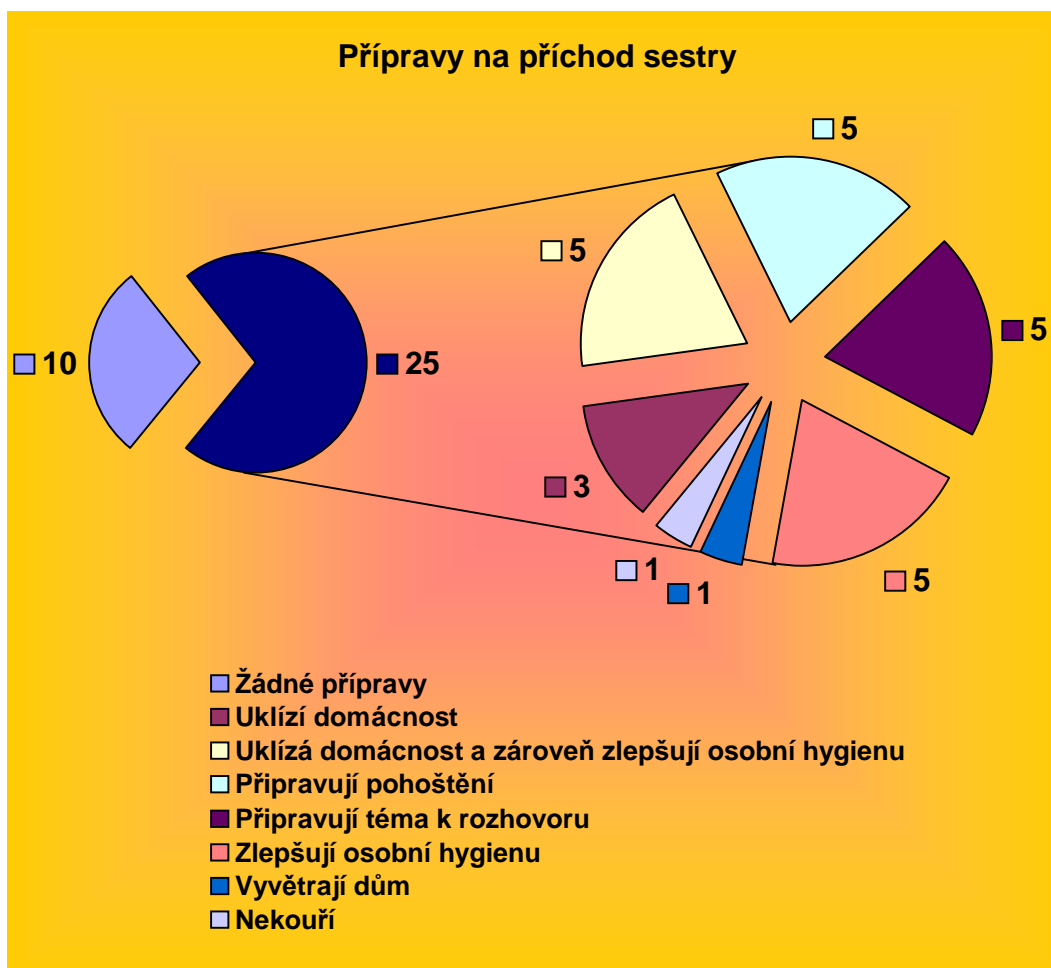
Specializované sestry dochází k 11 pacientům 3x v týdnu, k 6 pacientům 7x v týdnu, k 5 pacientům 2x, ke 2 pacientům 5x a k 1 pacientovi 1x v týdně.

Graf 16A



19 respondentů uvedlo, že se na příchod sestry žádným způsobem nepřipravuje, dalších 6 uvedlo, že ano, a svojí přípravu popsalo následovně: 3 klienti uklízí, 2 klienti zlepšují svou osobní hygienu, 2 připravují pohoštění a 1 před příchodem sestry nekouří.

Graf 16B



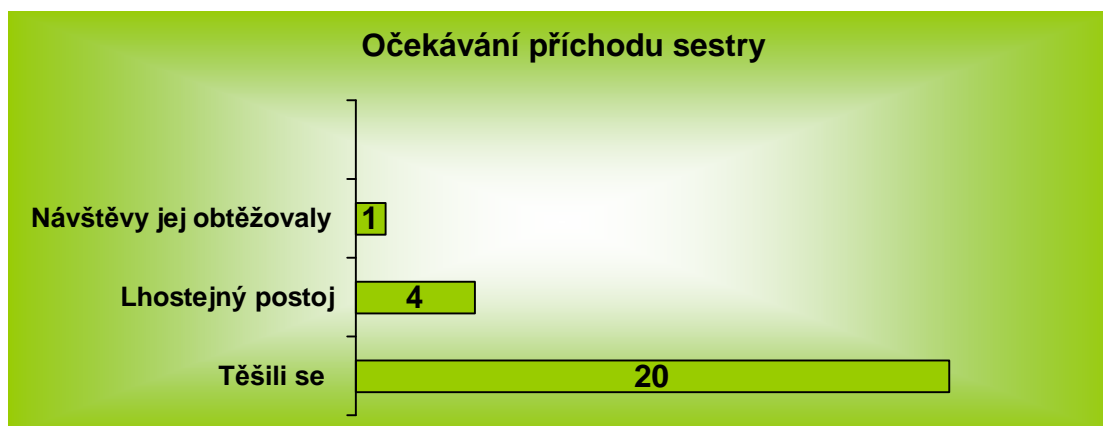
10 respondentů uvedlo, že se na příchod sestry žádným způsobem nepřipravuje a dalších 15 odpovědělo kladně s tím, že provádí při přípravě následující činnosti: 3 z nich uklízí, 5 uklízí a zároveň zlepšuje svojí osobní hygienu, 5 zlepšuje svou osobní hygienu, 5 si připravuje téma k rozhovoru se sestrou, 5 pacientů připravuje pohoštění, 1 klient před příchodem sestry nekouří a 1 řádně vyvětrá celý dům.

Graf 17A



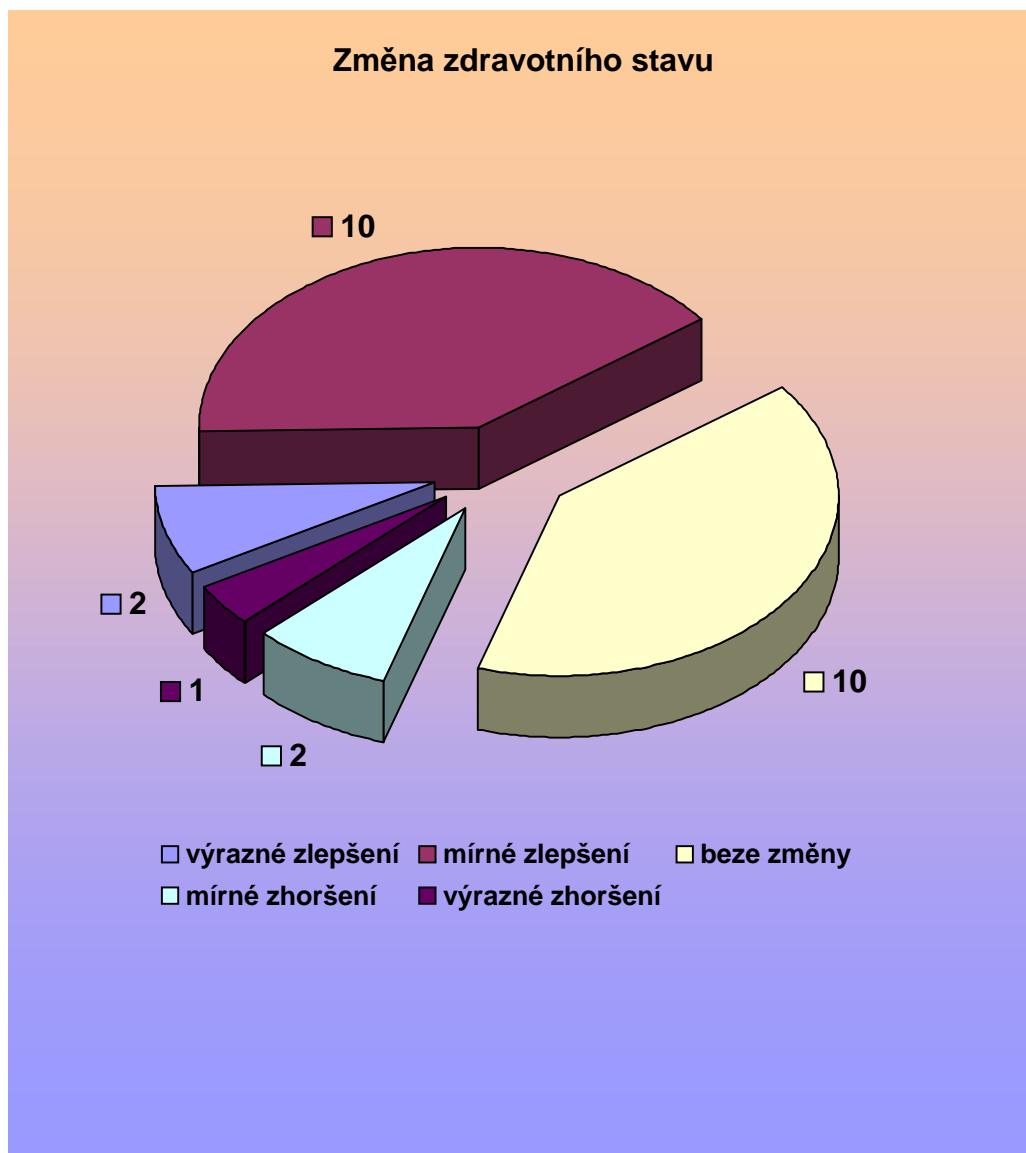
Na příchod sestry se 13 respondentů těšilo, 6 mělo neutrální pocity – lhostejný postoj, 3 trpěli obavami a strachem a 3 uvedli jiné pocity.

Graf 17B



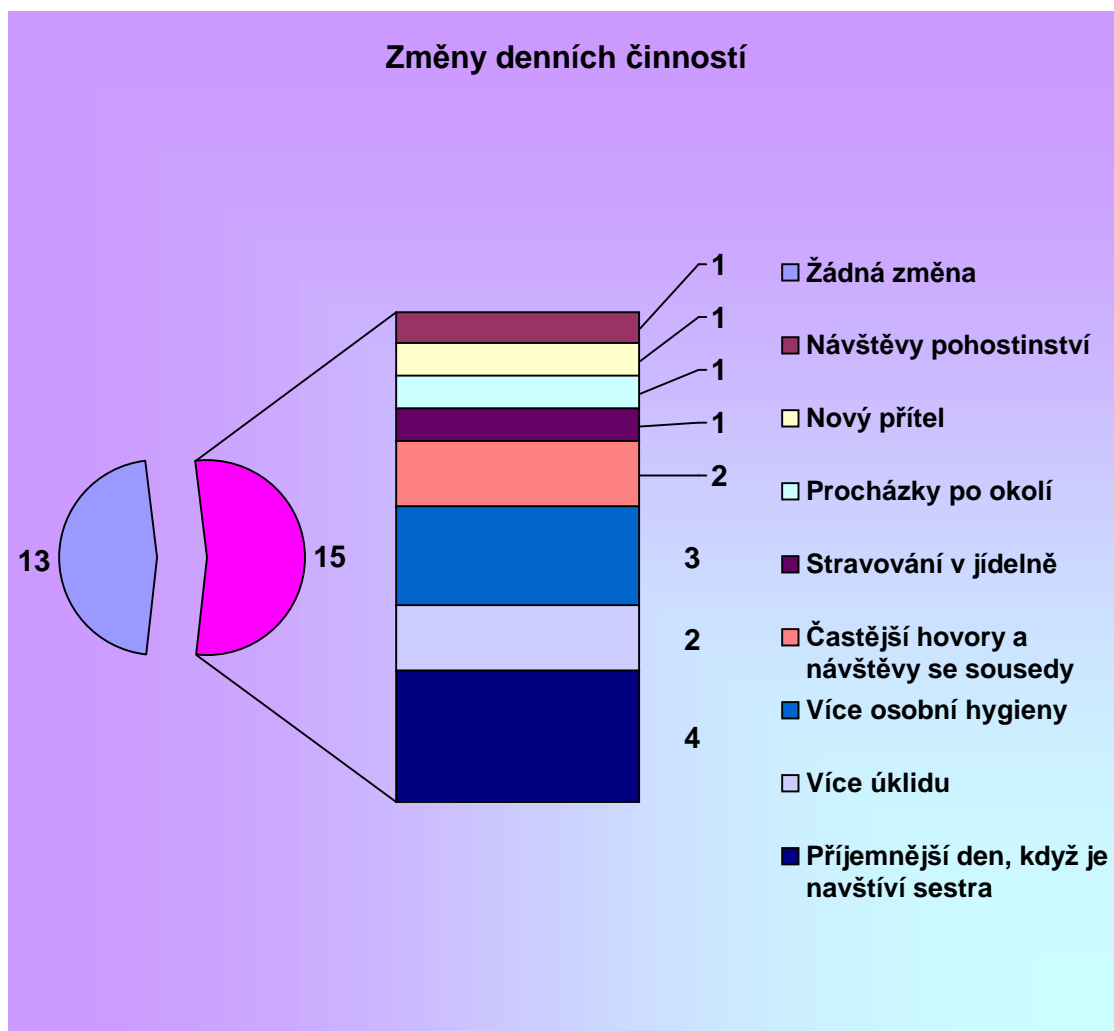
Na příchod sestry se 20 respondentů těšilo, 4 uvedli neutrální pocity – lhostejný postoj a 1 uvedl, že jej návštěvy sestry obtěžovaly.

Graf 18



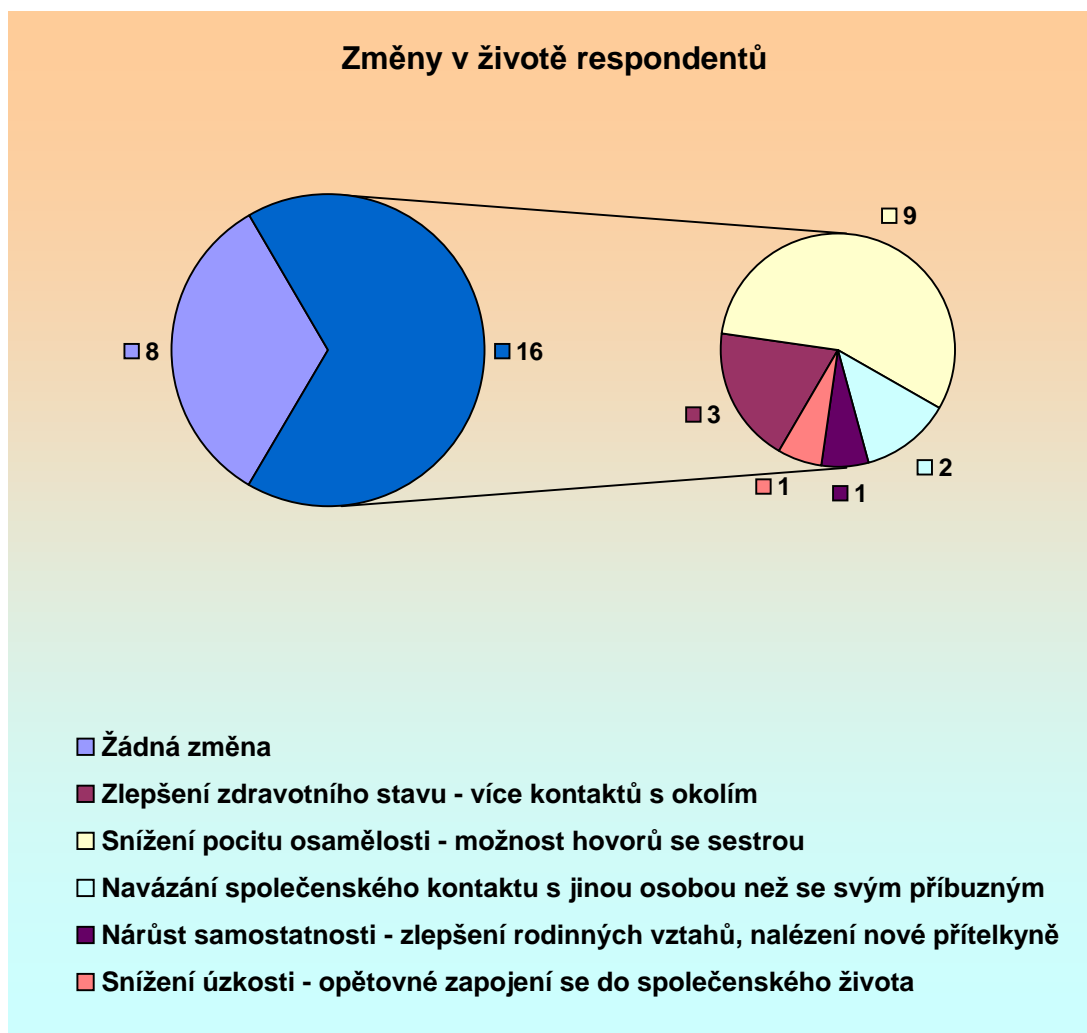
Po čtyřech měsících poskytování zdravotní domácí péče hodnotili klienti změnu zdravotního stavu takto: 2 pacienti - výrazné zlepšení, 10 pacientů – mírné zlepšení, 10 pacientů – beze změny, 2 pacienti - mírné zhoršení a 1 pacient - výrazné zhoršení.

Graf 19



Respondenti popisují případné změny denních činností následovně: 13 respondentů nepozorovalo žádnou změnu, 12 ano: 1 klient začal navštěvovat pohostinství, 1 získal nového přítele, 1 klient se častěji prochází po okolí, 1 klient nemusí vařit, poněvadž začal docházet do jídelny, 2 klienti absolvovali frekventovanější návštěvy a rozhovory se sousedy, 3 klienti měli více práce se svou osobní hygienou, 2 začali více uklízet a 4 klienti uvedli, že mají mnohem příjemnější den, pokud je navštívuje sestra.

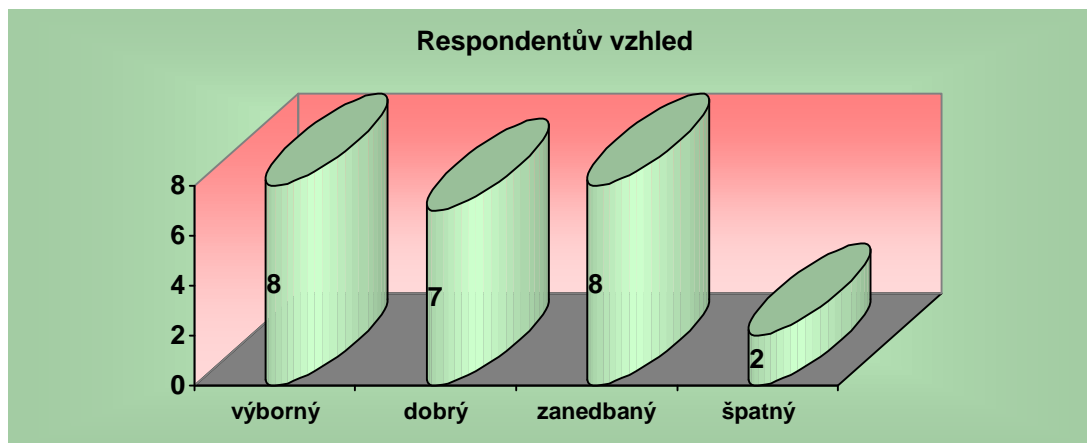
Graf 20



Případnou změnu života během péče popisují respondenti: 8 žádnou změnu nepozorovalo, 17 uvedlo následující fakta: 3 klienti poukázali na zlepšení zdravotního stavu a tím více příležitostí kontaktu se svým okolím, 9 uvedlo snížení pocitu osamělosti a možnost popovídání si se sestrou, 2 klienti zaznamenali kontakt s jinou osobou než se svými příbuznými, 1 klient uvedl nárůst samostatnosti a s tím spojené zlepšení rodinných vztahů a nalezení nové přítelkyně a 1 klient uvedl zlepšení zdravotního stavu, snížení úzkosti a opětovné zapojení se do společenského života.

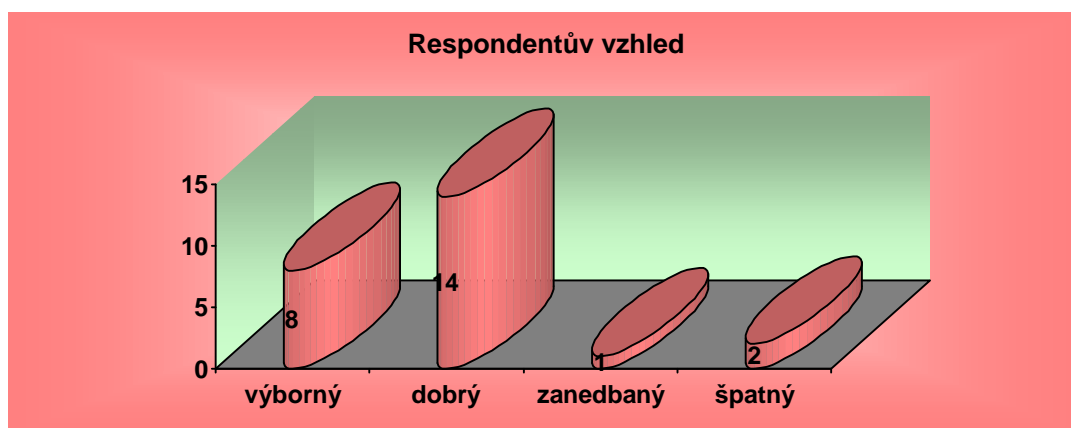
4.3 Vyhodnocení pozorování

Graf 21A



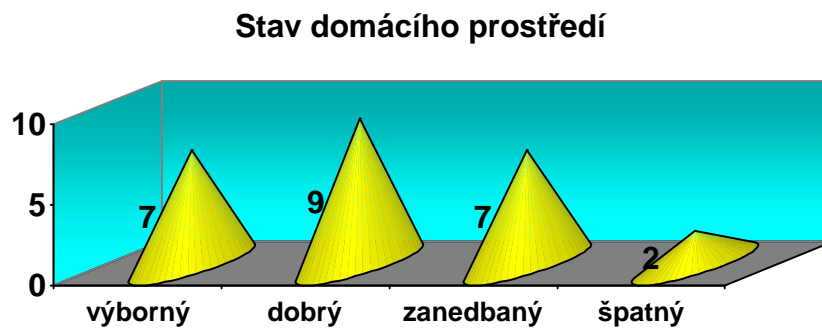
Vzhled respondentů při prvním šetření lze hodnotit takto: 8 klientů výborný, 7 dobrý, 8 zanedbaném a 2 klienti byli ve stavu špatném.

Graf 21B



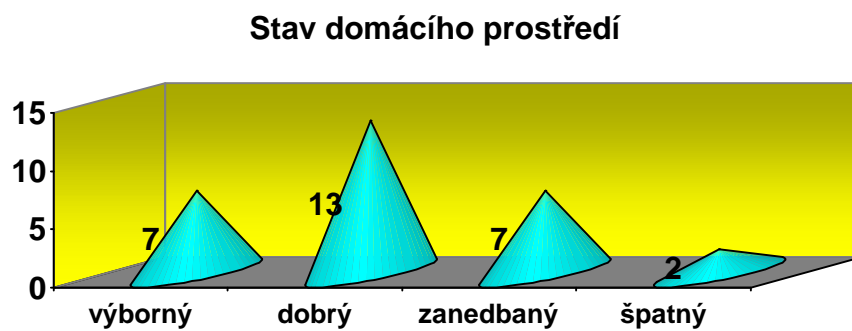
Vzhled respondentů při druhém šetření lze hodnotit takto: 8 klientů výborný, 14 dobrý, 1 zanedbaný a 2 klienti byli ve špatném stavu.

Graf 22A



Stav klientova domácího prostředí byl hodnocen takto: u 7 klientů výborný, u 9 klientů dobrý, u 7 zanedbaný a u 2 klienti špatný.

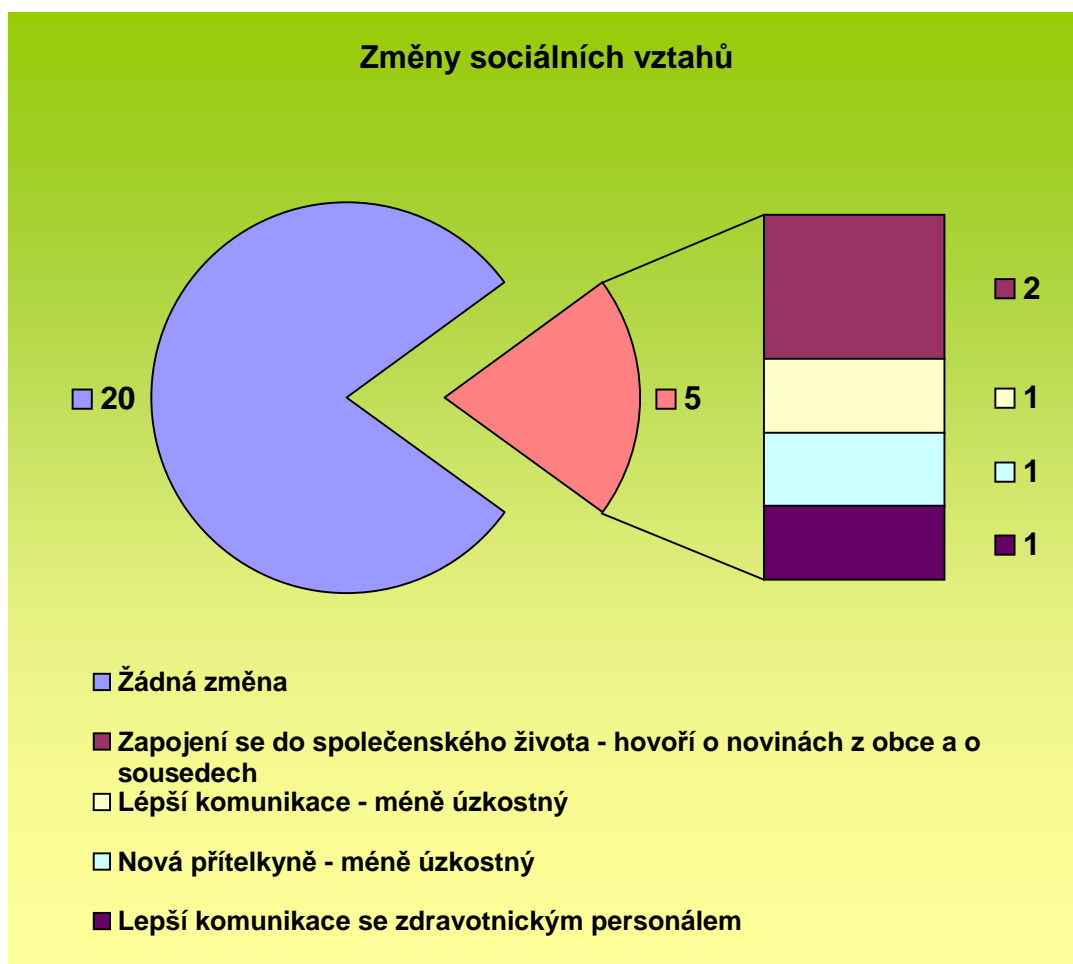
Graf 23B



Stav klientova domácího prostředí byl hodnocen takto: u 7 klientů výborný, u 13 dobrý, u 4 zanedbaný a u 1 klienta špatný.

4.4 Vyhodnocení otázek dotazníku

Graf 24



Po čtyřech měsících péče uváděli pracovníci agentur následující vypořádané změny sociálních vztahů mezi klientem a jeho okolím: u 20 pacientů žádnou změnu nepozorovali, u 5 ano, přičemž udali tyto pozorované změny: 2 pacienti hovořili o novinách z obce a o sousedech a zapojili se do společenského života, 1 pacient byl méně úzkostný a začal s okolím více komunikovat, 1 pacient vykazoval známky snížené úzkostnosti a strachu jít do společnosti i skutečnost nalezení nové přítelkyně a u 1 pacienta došlo k lepší komunikaci s lékaři a ostatním zdravotnickým personálem.

Graf 25



8 pracovníků agentur domácí péče se domnívá, že svou rehabilitační a ošetrovatelskou péčí ovlivňují pacient i z hlediska sociálního, 1 pracovník se domnívá, že nikoli.

5. Diskuse

Jedním z cílů práce bylo poukázat na nejčastější lékařské diagnózy, označované jako základní, které jsou důvodem pro indikaci domácí péče. Kromě nich jsou u některých pacientů uváděny také diagnózy ostatní, jež nemusí být důvodem k indikaci, ale slouží k přesnějšímu popisu pacientova zdravotního stavu. Výzkum byl prováděn sekundární analýzou dat zdravotnické dokumentace 202 pacientů 3 agentur domácí péče působících na severním Plzeňsku v období od července do prosince roku 2006. Byl zaměřen pouze na ty zařízení, která poskytují zdravotní domácí péči. Sběr těchto dat nebyl nijak náročný, neboť zdravotní dokumentace, kterou popisuje Vondráček, obsahuje kolonky, kam se vypisují diagnózy základní i ostatní. Pro přesnější určení diagnóz byly použity dvě publikace, a to Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů a Diferenciální diagnóza ve schématech.

Zpracováním dat byl nejčastěji opakovanou diagnózou shledán bérkový vřed - 38 % , poté následovala infekce kůže a podkoží – 18 % , dekubitální vřed – 12 % , kožní absces – 10 % , cévní mozková příhoda – 8 % , primární hypertenze – 5 % , diabetes mellitus závislý na inzulinu s komplikacemi – 3 % , ischemická choroba srdeční – 3 % a další diagnózy – 3 % (graf 1). Jako další jsou označovány diagnózy, kterých bylo velké množství a byly zaznamenány ve velmi malé četnosti pacientů, tudíž pro náš výzkum bezvýznamné.

Z výzkumu je patrné, že se na prvním místě v četnosti základních diagnóz umístil varikózní vřed dolní končetiny. Varikózní neboli bérkový vřed je komplikací žilního onemocnění dolní končetiny. Jak uvádí Karetová, onemocnění cév dolní končetiny je nejčastějším zdravotním problémem, přičemž může postihovat až 40 % populace a představuje významný celosvětový problém. Česká republika patří k zemím s vysokým výskytem cévních onemocnění dolních končetin. Onemocnění žil společně s arteriální hypertenzí jsou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti, jejich podíl dokonce převyšuje část připadající na nemocné s ischemickou chorobou srdeční (17). Téměř polovina dospělých obyvatel má u nás v menší či větší míře postižen žilní systém

(především dolních končetin) a každý desátý trpí některým onemocněním žil. K nejčastějšími se řadí křečové žíly a chronická žilní nedostatečnost, které opakovaně vedou k trofickým změnám kůže a k následnému vzniku bérkových vředů. Tyto údaje potvrzují výsledky výzkumu, z nichž jednoznačně vyplývá, že bérkový vřed je nejčastější základní diagnózou pacientů domácí péče. Ve zkoumaném vzorku pacientů domácí péče tato diagnóza činila dokonce desetinásobné množství než zmiňovaná ischemická choroba srdeční.

Misconiová uvádí jako nejčastější indikační diagnózy klientů domácí péče diabetes mellitus (všechny formy) u 13 % pacientů, zhoubné nádory u 12 %, bérkové vředy u 11 %, cévní mozkové příhody u 7 % a hypertenzi u 5 % (28). Porovná-li se tyto údaje s prováděným výzkumem, pak je nutné poukázat na to, že sekundární analýzou dat na severním Plzeňsku byly zjištěny ve výčtu základních diagnóz některé rozdílné výsledky. Rozdílné hodnoty se týkají především bérkového vředu, jež byl naměřen ve 38% množství a literaturou uváděn v 11%, také zhoubné nádory, které výzkumem základních diagnóz nebyly vůbec zaznamenány, jinak jsou uváděny u 12 %. Dále infekce kůže a podkoží a dekubitální vřed výzkumem zaznamenané ve 18 % a 12 %, na rozdíl od literatury, kde nejsou ve výčtu uváděné. Rozdíl činí také hodnoty týkající se zastoupení diabetu mellitu, kdy Misconiová hovoří o všech formách, ale náš výzkum se zaměřil na jednotlivé konkrétní formy tohoto onemocnění. Shodného výsledku s údaji popisovanými literaturou bylo dosaženo pouze u cévní mozkové příhody a hypertenze. Udávané statistické výčty se týkají všech agentur působících v České republice, ale náš výzkum znázorňuje pouze malou část z celkového počtu a tím lze odůvodnit naměřené rozdíly. Péče, která je prováděna v této oblasti agenturami, je zaměřena převážně na ošetrovatelský proces týkající se převazů různých kožních defektů, které se špatně hojí a snadno přecházejí do chronického stavu, což je opět patrné z naměřených výsledků, kde jsou kožní choroby zastoupeny ve výčtu jednotlivých diagnóz a zaujímají první až čtvrtou pozici sestupného pořadí (graf 1). Svědčí o tom také složení pracovníků všech tří agentur. Z naměřených výsledků je patrné, že v pozorovaných agenturách je větší potřeba ošetrovatelské péče. Péči

poskytuje celkem 6 specializovaných sester všeobecného zaměření, žádný jiný odborný pracovník (fyzioterapeut, ergoterapeut) v agenturách nepracuje.

Co se týká činností agentur, uvádí Jarošová, že se v České republice organizace poskytující návštěvní služby zaměřují právě na dílčí nekomplexní ošetrovatelské výkony, což shledává jako jeden z důvodů špatného finančního hospodaření ve zdravotnictví. Poukazuje na to, že proto nedošlo k předpokládané úspoře finančních prostředků v rámci celého systému zdravotnictví a ani se výrazně nesnížil počet hospitalizovaných pacientů. Dalším důvodem, který negativně ovlivnil hospodaření, je podle ní nedostatečná koordinace v poskytování zdravotních a sociálních služeb (15). Pokud bude pohlíženo na tyto služby jako na jednotlivé konkrétní případy, kdy je ošetřující lékař nucen pečlivě zvážit, zda péči předepsat či ne, jde nepochybně o ekonomičtější způsob léčby. Z vlastních zkušeností a poznatků z praxe víme, že zdravotní pojišťovny kontrolují každého vyúčtovaného pacienta, aby zamezily případné finanční újmě z jejich strany. U pacientů, kde jsou prováděny zdravotní služby v jejich sociálním prostředí, vyúčtovává agentura pojišťovně položku za práci provedenou specializovanou sestrou a dále sazbu za ujeté kilometry. Pokud by u daného klienta nebyla indikována návštěvní služba a on by musel docházet na ambulantní kontroly, bylo by pravděpodobně nutné objednat přepravu sanitním vozem, neboť velké množství klientů má omezenou mobilitu a sami nejsou schopni se dostat do ordinace. V tomto případě by byla zdravotní pojišťovně účtována přeprava sanitním vozem a ošetření v dané konkrétní ordinaci, kde by se započítávala nejen práce kvalifikované sestry, ale i odborného lékaře. Rovněž Misconiová uvádí vyšší ekonomičnost návštěvních služeb než u ambulantního ošetřování a hovoří také o efektivnějším využití personálních zdrojů zdravotnictví (28).

Ošetřující lékař, který rozhoduje o tom, komu bude služba poskytnuta, indikuje a předepisuje domácí péči. Poněvadž není finanční situace současného zdravotnictví nijak uspokojivá a limity se týkají každé odbornosti, lékaři nemohou předepsat návštěvní službu všem pacientům, pro které by byla prospěšná. Každá agentura domácí péče uzavírá s jednotlivými zdravotními pojišťovnami smlouvu, kde se mimo jiných náležitostí uvádí i výčet jednotlivých diagnóz, pro které je tato služba vhodná. Pokud

agentura ošetřuje pacienta s diagnózou, jež nevyhovuje smluvním požadavkům pojišťovny, může zdravotní pojišťovna z důvodů nedodržení smluvních podmínek odmítnout proplacení péče za daného klienta. Ošetřující lékař na základě spolupráce s agenturou předepisuje službu pouze těm, u kterých je předpokládán opravdu velký přínos a především jeho onemocnění je v souladu s požadavky zdravotní pojišťovny. Obvykle se jimi stávají staří lidé s omezenou mobilitou, a jak již bylo dříve řečeno, mají tyto lidé sklony k onemocněním žil dolních končetin a jejich komplikacím. Tato fakta potvrzují námi naměřený výčet jednotlivých základních diagnóz.

Jsou-li hodnoceny diagnózy vedlejší, potom po jejich zařazení do skupin podle zasažené orgánové soustavy nebo typu onemocnění, mezi nejčastější se řadí onemocnění oběhové soustavy – 61 %. Dalším v pořadí je diabetes mellitus - 17 %, onemocnění pohybového aparátu - 12 %, nádorová onemocnění - 8 % a infekční choroby - 2 % (graf 2). Poruchy oběhové soustavy patří mezi nejčastější, a pokud jde o příčiny úmrtí, zauímají její následky a komplikace v naší republice první místo. Druhou skupinu tvoří diabetes mellitus, který Misconiová uvádí jako nejčtenější diagnostickou skupinu pro předepsání péče (28). Je to onemocnění, které je charakteristické svými komplikacemi, například kožními defekty, jež jsou špatně léčitelné. Ačkoli jím trpí řada pacientů, nemohou být některé jeho formy, jako je kupříkladu diabetes mellitus nezávislý na inzulínu bez komplikací, uváděny v praxi jako základní diagnózy, z jejichž důvodu byla péče předepsána. Pokud lékař indikuje domácí péči a jako hlavní diagnózu zařadí diabetes, je velká pravděpodobnost, že revizní lékař příslušné zdravotní pojišťovny bude mít určité námitky a bude požadovat specifitější hlavní diagnózu, ze které vyplynou úkony (například převazy, aplikace inzulínu atd), jež kvalifikované sestry provádí. Z těchto důvodů došlo pravděpodobně k odchylce mezi údaji naměřenými naším výzkumem a Misconiovou, která při výčtu diagnóz nebere v potaz požadavky jednotlivých zdravotních pojišťoven, na rozdíl od lékařů, kteří v praxi péči předepisují a diagnózy pečlivě řadí do vhodného pořadí.

Jarošová dále uvádí výsledky statistické analýzy, jejíž cílem bylo získat komplexní data o seniorech v domácí péči. Přestože data hovoří pouze o této věkové kategorii je vhodné, z hlediska čteného zastoupení mezi klienty domácí péče jejich

uvedení. „Nejčastější výskyt měly kardiovaskulární a neurologické nemoci a choroby pohybového aparátu. Poměrně četný byl také výskyt polymorbidity. Velké nedostatky byly zaznamenány v preventivních činnostech domácí péče. Poskytované služby agentur domácí péče byly zaměřeny především na dlouhodobou ošetrovatelskou péči (15, s. 82). Jak již bylo dříve zmíněno, u zkoumaných agentur se stává shodným prvkem tendence k dlouhodobé ošetrovatelské péči. Shodného výsledku s Jarošovou bylo dosaženo při výzkumu, kdy onemocnění oběhové soustavy bylo nejčetnější skupinou a onemocnění pohybového aparátu bylo v pořadí třetí (graf 2).

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky uvádí následující informace: klientelu domácí zdravotní péče tvořili v roce 2005 ze 75,3 % pacienti s chronickým onemocněním, 15,5 % pacienti s akutním onemocněním, 7 % pacienti s pooperačními stavy či úrazy a domácí hospicová péče byla poskytnuta 2,2 % klientů (41). ÚZIS přitom nevykazuje ani nezjišťuje poměrné zastoupení jednotlivých diagnóz, jež jsou uváděny v dokumentaci klientů. Pokud by se měly porovnávat s uvedenými statistickými údaji výsledky zjištěné při šetření, došlo by nepochybně ke zkreslení, neboť u jednotlivých diagnóz lze sledovat různý charakter onemocnění (chronické, akutní, pooperační i hospicová péče).

Výzkumem naměřené výsledky potvrzují hypotézu č.1: Bércové vředy patří k důvodům opakovaných návštěv sester domácí péče.

Dalším cílem práce bylo zhodnotit sociální vliv poskytované zdravotní domácí péče. Pro zjišťování informací na hodnocení sociálního vlivu byla zařazena metoda kvantitativního výzkumu, kde byla použita technika řízeného rozhovoru, dotazníku a pozorování. S každým klientem byly provedeny vždy dva rozhovory, a to bezprostředně po úvodní návštěvě sestry domácí péče a poté opakovaně po čtyřech měsících, během nichž stále pokračovala terapie nemocného. Doba čtyř měsíců byla zvolena na základě poznatků získaných rozhovory se sestrami domácí péče a předpokladu, že se jedná o dostatečně dlouhý čas pro objevení se nějaké změny. Při obou šetřeních byly pokládány shodné otázky, jejichž rozdílné odpovědi by měly tyto očekávané změny ukázat. Rozhovor byl tudíž zvolen z několika důvodů, které by mohly činit při výzkumu určité problémy. Jedním z nich byl předpokládaný vyšší věk klientů

a následná možnost zvýšené chybnosti při samostatném vyplňování dotazníků. Obava z nízké návratnosti a tím spojený nedostatek respondentů byl odstraněn přítomností tazatele při rozhovorech. Byla tím zaručena 100% návratnost všech sbíraných dat, což bylo v našem případě velice důležité. Skupina oslovených respondentů byla však málo početná, neboť stanovená kritéria, která budou popsána později, jejich množství značně ovlivnila. Ke zvýšení reliability a validity měření byla použita doplňková technika pozorování a dotazníku. Pozorování bylo prováděno v domácím prostředí respondentů během smluvených návštěv, při kterých probíhal řízený rozhovor. Pozorování se týkalo především stavu prostředí, ve kterém klienti žijí, jejich vzhledu, osobní hygieny a úpravy zevnějšku. Stejně jako řízený rozhovor i toto proběhlo ve dvou etapách po zahájení domácí péče a opakovaně po čtyřech měsících v průběhu služeb. Matoušek uvádí, že pozorování je nejčastější používanou metodou při sběru informací o sociálním chování (20). Další technikou, která byla dodatečně zvolena, se stal dotazník. Byl určen pracovníkům agentury domácí péče, jež daného klienta navštěvovali. Zaměstnanci odpovídali na otázky, které hodnotily změnu stavu stejného pacienta, u něhož byly prováděny rozhovory.

Výzkum se zabýval pacienty, kteří žijí ve svém domácím prostředí osaměle. Jako další kritérium byl zvolen fakt, že klientovi nesmí být poskytovány jakékoli sociální služby, z důvodů možného zkreslení vlivu na něj. Pokud by klientovi poskytovala nějaká organizace sociální služby, měla by tato činnost jistě vliv na něj samotného i jeho okolí, klient by byl tedy vedle zdravotní péče ovlivňován dalším pro výzkum nežádoucím faktorem. Dalším elementem, který zúžil pozorovaný vzorek, bylo časové rozmezí začátku poskytované služby. Aby bylo možné pozorovat a následně porovnat změny ve vztahu pacienta k jeho okolí způsobené zdravotní domácí péčí, bylo nutné zahájit šetření ihned po první návštěvě kvalifikované sestry agentury a provést s ním první řízený rozhovor.

Při stratifikovaném výběru respondentů řízeného rozhovoru se stal významným pomocníkem tiskopis, kterým si ošetřující lékař vyžaduje vyšetření a ošetření pacienta u organizace poskytující zdravotní domácí péči. Kromě ostatních náležitostí obsahuje také údaje o tom, s kým žije klient v domácnosti, zda je mu poskytována určitá forma

sociální pomoci. Dalším krokem bylo získání jeho svolení k zařazení do zkoumaného vzorku. Sestra mu při první návštěvě vysvětlila, co všechno by obnášelo jeho zapojení se do výzkumu a zároveň se zeptala, zda se zařazením souhlasí a poté smluvila schůzku k prvnímu řízenému rozhovoru. Během devíti měsíců, kdy šetření probíhalo, bylo vybráno celkem 27 pacientů, kteří splňovali určená kritéria. Dva z nich se však rozhodli, že se výzkumu nezúčastní. U všech klientů proběhly dva řízené rozhovory s časovým rozestupem 4 měsíců. Nutno však podotknouti, že některá šetření byla pro tazatele velice náročná, a to jak z hlediska časového tak i psychického.

Při výzkumu, který byl prováděn v oblasti severního Plzeňska bylo osloveno celkem 25 osaměle žijících klientů, jimž byla poskytována domácí péče. Mezi respondenty byly zastoupeny všechny tři kategorie stavů, a to 14 vdov a vdovců, 8 svobodných a 3 vdané/ženatí jedinci (graf 3). Z výsledků je patrné, že někteří z nich svůj život neprožili osamoceně. Hewston uvádí, že se osamělost skládá ze čtyř oblastí pocitů a prožitků: zoufalství (beznaděj, bezmoc, odvržení), deprese (smutek prázdnota, sebelítost, odcizení), netrpělivá nuda (neklid, netrpělivost, nuda, nesoustředěnost) a sebepodceňování (pocit, že jedinec je pro druhé nezajímavý a hloupý, prožitek nejistoty). Dále hovoří o existenci dvou odlišných podob osamělosti: emoční osamělost zapříčiněná absencí životního partnera a sociální osamělost vyvolaná absencí přátel, kteří by jedinci mohli pomoci, a vazeb v sociální síti (13). Při průzkumu nebylo zjištěno, že by některá ze tří výše uvedených kategorií vykazovala lepší sociální vztahy nebo přizpůsobivost ve vztahu k okolí. Jistě se jedná o natolik malý vzorek z populace, že nelze v tomto ohledu vytvářet obecné závěry. Ovšem pravdou je, že se v každé kategorii našli někteří klienti, kteří během výzkumu posílili v kladném slova smyslu své sociální vztahy s okolím. Hewston k této problematice dodává, že vdovci a vdovy uvádějí intenzivnější emoční osamělost než manželské páry, ale na druhé straně zpravidla neprožívají tak silnou sociální osamělost. Dále zjišťuje, že jedinci s nedostatečnou sociální pomocí prožívají intenzivnější sociální osamělost než ti, kteří jí mají dostatek (13). Ve zkoumaném vzorku bylo 14 vdov a vdovců, což činilo více než polovinu z celkového počtu, ale šetřením nebylo prokázáno, zde prožívají silnější sociální osamělost než vdané a ženatí, kteří byli 3. Žádný rozdíl nebyl patrný

pravděpodobně z faktu, že všichni jedinci, ať už jejich stav byl jakýkoli, žili osamoceně bez přítomnosti jiné osoby, neboť i ti, kteří uváděli stav manželský, žili odloučeně od svých partnerů.

Oslovení respondenti byli rozděleni do následujících věkových kategorií: 1 osoba ve věku 40 – 49 let, 3 osoby ve věku 50 – 59 let, 6 osob ve věku 70 – 79 let a 9 osob ve věku 80 – 89 let. Pokud se podíváme na statistické údaje vyčíslovající věkové kategorie klientů domácí péče na severním Plzeňsku za rok 2005 (data za rok 2006 nejsou k dispozici veřejnosti, neboť jedna z organizací provozující domácí péči na tomto území nedala svolení ke zveřejnění údajů, které pravidelně zasílá ÚZISu), je patrné jaká věková kategorie převažuje. Pacienti ve věku nad 65 let tvoří celých 84 % klientely. Při šetření bylo dotázáno 21 respondentů ve věku nad 60 let, což činí 84 % z celkového počtu. Přestože počet respondentů ve výzkumu byl opravdu nízký, lze tyto údaje porovnat a konstatovat, že jsou totožné.

Všichni respondenti, u nichž probíhalo šetření pobírali důchod, z nichž 21 starobní a 4 invalidní. Odchodem do důchodu se mění sociální role jedince, což se projeví výrazněji tehdy, pokud se ještě k tomu připojí nějaké onemocnění. Jarošová uvádí, že nejnapadnějším projevem omezování sociálních kontaktů jedinců v důchodu je soustavné oslabování vzájemného působení jednotlivců ve společnosti jako omezování mezilidských vztahů (15). V našich společenských podmínkách napomáhá k oslabování sociálních kontaktů jedinců v důchodovém věku skutečnost, kdy pobíráním důchodu dojde jistě k finančnímu omezování jedince. Důchodci mají obvykle nižší finanční příjem oproti výdělku během svého aktivního pracovního období a nemohou si dopřát řadu věcí a aktivit v takové míře jako dříve např. návštěvy společenských a kulturních akcí, návštěvy restaurací apod.

Rozhovory bylo zjištěno, že 20 respondentů má příbuzné, se kterými udržují určité vztahy, ale pouze 14 z nich má s nimi vynikající nebo dobré a 2 neutrální, ostatní 4 špatné, kdy se vůbec nestýkají. Dalších 5 uvádí, že žádné příbuzné nemá (graf 5A, 5B). Sečteme-li počty klientů se špatnými rodinnými vztahy a s žádnými příbuznými a vyjádříme-li tuto hodnotu procentuálně, potom 36 % respondentů žije osamoceně bez jakéhokoli kontaktu s rodinou. Během čtyř měsíců výzkumu nedošlo u žádného

respondenta k nijaké změně ve vztahu k rodinným příslušníkům. V našich kulturních podmínkách je charakteristickým znakem současné doby život v tzv. nukleárních rodinách, jenž se dle Nakonečného skládá z dospělých manželů a jejich vlastních či adoptovaných dětí žijících ve stejné domácnosti (31). V minulosti byly naopak nukleární rodiny výjimečným fenoménem a typickou byla početná mnohgenerační rodina, která se obvykle postarala o nemocného, starého či jinak hendikepovaného člena. Tudíž se nestávalo, že se tito jedinci ocitají se svými potížemi opuštěni a někdy i vyloučení na okraj společnosti. V současné době se ve světě nukleárních rodin přímo úměrně s rostoucím věkem zvyšuje nebezpečí života v osamělosti. Dospělé děti si zakládají vlastní rodiny a svůj čas věnují sobě a svým potomkům, dochází k ovdovění nebo u svobodných jedinců k úmrtí rodičů a člověk se najednou ocitá osamocen. Prevencí izolace a osamělosti v nemoci a stáří jsou kvalitní mezilidské vztahy a především funkční rodina jedince. Proces adaptace, který je dlouhodobý a obtížný, závisí především na kvalitě zbylých sociálních vztahů, na schopnosti jedince tyto vztahy udržovat a rozvíjet a také navazovat vztahy nové. Rodinné vazby působí jako bariéra proti osamělosti, vazby s dospělými dětmi a vnoučaty se stávají nejvýznamnějším zdrojem emocionálního uspokojení a článkem spojujícím se světem.

Při prvním šetření, kdy byli respondenti dotazováni na případné návštěvy v jejich domácím prostředí a zároveň hodnotili četnost těchto návštěv, odpovídali následovně: 5 z nich nenavštěvuje nikdo, 20 klientů ano (graf 6A). Po čtyřech měsících došlo ke změně u dvou klientů, které nejprve nikdo nenavštěvoval a později uváděli, že ano, a to z důvodu zlepšení zdravotního stavu (graf 6B). Při hodnocení případných návštěv, které vykonávali sami respondenti u nějaké jiné osoby, uvádělo 21 z nich, že nikoho nenavštěvuje a 4 z nich, že ano (graf 7A). Při kontrolním rozhovoru došlo i v tomto případě ke změně, kdy 18 respondentů nikoho nenavštěvovalo a 7 ano. Změna nastala tedy u dvou klientů domácí péče, a to opět z uváděného důvodu zlepšení zdravotního stavu (graf 7B). Z výzkumu tedy vyplývá, že ne všichni jedinci, kteří žijí osaměle, musí zákonitě trpět také osamělostí sociální. Někteří jedinci navzdory tomu, že dlouhá léta žijí sami, mají vynikající vztahy se svými příbuznými, sousedy a přáteli. V této problematice je nutné podotknout, že u zkoumaných jedinců nebyla jedinou

slabostí osamělost, ale především jejich onemocnění, což se často stává výrazným společenským hendikepem. Jak již bylo ve výsledcích sekundární analýzy uvedeno (graf 1 a graf 2), řada z nich trpí onemocněním pohybového aparátu, jež mnohdy omezuje u pacienta mobilitu, a ačkoli by rád navštívil své přátele nebo různé kulturní akce, bez pomoci druhých tomu není schopen. Ne zřídka se objevuje rovněž kožní onemocnění různé etiologie, rozsahu a charakteru, která mohou silně zapáchat, což klient přes veškerou kvalitní osobní hygienu nedokáže skrýt.

Během výzkumu byly zjišťovány důvody absence respondentů při společenském styku. Jako nejčastější důvod byl uváděn klientův zdravotní stav, kvůli němuž nemůže navštěvovat své blízké, nakupovat, navštěvovat různé kulturní akce a pohostinství (graf 9A a 9B, graf 11A a 11B, graf 13A a 13B). U některých respondentů však došlo během čtyř měsíců, kdy byly poskytovány návštěvní služby k určitým změnám ve vztahu k okolí, a to právě u těch, kterým se zlepšil zdravotní stav. Ten byl hodnocen v deseti případech jako nezměněný, ve dvou jako výrazně lepší, v deseti jako mírně lepší, ve dvou jako mírně horší a v jednom případě jako výrazně horší (graf 19). Téměř každá z aktivit, na kterou byl respondent v rozhovoru dotazován, je ovlivňována pacientovým zdravím. Přesto, že byl takto zjišťován klientův vztah k okolí a jeho případné změny, odpovědi často směřovaly na jeho zdravotní stav a z něj plynoucí sociální soudržnosti s okolím. Je nutné znovu podotknout, že zdraví ovlivňuje bezesporu všechny aspekty lidského života. Stejná situace byla u otázek týkající se oblíbenosti návštěv a návštěvnosti kulturních zařízení. Klienti, u nichž je onemocnění dlouhotrvající a jež si vytvořili nějaký životní stereotyp, nechtějí své návyky měnit. Pokud došlo k určitému pozitivnímu obratu, bylo tomu tak u pacientů, kteří ještě úplně neztratili kontakt se společností a byli svou nemocí pouze hendikepováni, ať už po stránce fyzické nebo psychické. U klientů, kde došlo ke zmírnění příznaků nemoci, přispěla sestra svou zdravotní činností, že se do určité míry dokázali znovu zapojit do společenského života. Opět se potvrzuje argument, že hlavním důvodem posílení sociálních vztahů byl jejich zdravotní stav, respektive jeho zlepšení.

Třebaže je sociální stimulace a kontakt různých osob s osaměle žijícím nemocným velice důležitá, jak uvádí Zavázalová, nemusí mít pro pacienta i přes svou profesionalitu a kvalitu předpokládaný přínos. Jedná-li se například o soběstačného klienta zvyklého roky na svou samotu a onemocnění, který svůj život této situaci již přizpůsobil, a jako starší člověk pravděpodobně nemá rád změny. Pokud u něj budou změněny sociální podmínky, může dojít naopak ke zhoršení jeho zdravotního stavu a zažitých sociálních zvyků (50). Někteří respondenti prostě nemají o žádné změny zájem, byť by pro ně mohly být z pohledu nezúčastněné osoby velkým přínosem. O prioritách nemocných osamoceně žijících pacientů hovoří také Bártlová, která uvádí, že tito lidé v určitém ohledu nejsou schopni plnit své normální společenské funkce, jejich sociální svět se egocentruje, což je v určité míře nutné k pokrytí jejich hlavní priority, kterou jest: být uzdraven (3).

Výraznější zlepšení vztahů klientů bylo zaznamenáno ve směru ke specializované sestře, provádějící zdravotní péči. Tato změna byla mnohem markantnější než u výsledků ve vztahu k pacientovu sociálnímu okolí. Pomineme-li tyto dvě proměnné, je možno konstatovat, že k pozitivní změně sociálních vztahů došlo u 6 klientů a k pozitivní změně ve vztahu k sestře u 9 klientů. Cílem práce bylo zhodnotit, jak sestra svou zdravotní péčí ovlivňuje pacienta z hlediska zlepšení sociálních vztahů. Účelem výzkumu nebyl přímo vývoj pacientova vztahu k ošetřující sestře, avšak z důvodu rozpoznání, zda u klienta vůbec došlo k nějaké změně a zda je vůbec schopen nějaké změny, byly zařazeny také otázky, týkající se tohoto problému. Podle výsledku lze konstatovat, že specializované sestry domácí péče mají na osaměle žijící nemocné opravdu pozitivní vliv. Po 4 měsících péče uvedlo 13 klientů, že se na sestru vyloženě těší, což byl nárůst o 8 jedinců oproti počátku ošetřování (graf 17A, graf 17B). Podobně byla vyhodnocena také otázka týkající se pacientových činností před příchodem sestry, kdy po 4 měsících 15 osob přiznává, že se určitým způsobem, který ukazuje na očekávání milé návštěvy, připravuje. Zde došlo ke zvýšení počtů o 9 klientů, kteří po čtyřech měsících mají pozitivnější postoj k návštěvním službám (graf 16A, graf 16B). V otázce, kde jsou hodnoceny denní činnosti a jejich případné změny během péče, považují respondenti návštěvy sestry za hlavní zdroj kontaktu se společností

a jejich alespoň částečné navrácení do společenské reality. Jiné změny v sociálních stycích uvádí pouze 6 klientů, kteří je odůvodňují zlepšením svého fyzického a v jednom případě i psychického zdraví a opětovným obnovením společenského života, eventuelně pokusem o návrat do něj (graf 19).

Tito jedinci, kteří žijí osaměle se podle Chloubové cítí více ohroženi, neboť ve stáří a nemoci se mění hodnotová orientace potřeb a dochází k větší fixaci na rodinu nebo jiného jedince (14). Tato potřeba fixace na nějakou osobu je u osaměle žijících velice nesnadno saturována. Může se stát, že lidé bez funkční rodiny směřují svou závislost k ošetřovateli nebo sestře domácí péče, které jsou s nimi v častém kontaktu. Ačkoli někteří respondenti uvádějí, že mají rádi samotu a o žádné lidské vztahy zájem nemají, je podle Maslowa sociální potřeba sounáležitosti, lásky, potřeba patřit do nějaké skupiny a být milován důležitá pro všechny jedince lidského rodu. Pracovník agentury je nežádoucí jedním z mála osob, který se s klientem stýká. U řady onemocnění osaměle žijících pacientů, kde se mezi nejopakovanější činnosti sestry řadí převaz kožního defektu, je indikována návštěvnost s frekvencí 3-7 dnů v týdnu. Jak uvádí Bártlová, je potřeba sociálních styků v období nemoci opravdu silná. Pokud pacientovi ošetřovanému v domácím prostředí tuto potřebu nekompensuje rodina, uspokojuje ji zpravidla u osoby, jež ho ošetřuje (3).

Další potřeby vznikající v nemoci jsou potřeby navrácení zdraví a potřeba zbavit se nebo zmenšit bolest. Sestra domácí péče se stává osobou, do které by měl pacient vložit svou důvěru a naději na uspokojení těchto potřeb. Z výsledků tedy vyplývá, že sestry získají během své činnosti oblibu převážné většiny klientů a možno říci i důvěru. Pokud se vytvoří kladný vztah mezi ošetřujícím a pacientem, zvyšuje se tak pravděpodobnost navrácení zdraví, neboť dále udává, že není předpokládaným úspěchem léčby jen okolnost, že pacient považuje svoje onemocnění za nežádoucí a snaží se od něj osvobodit, ale také jeho snaha v intenzivnější spolupráci. Proto jedním z předpokladů úspěšné léčby je optimální zvládnutí rolí jak zdravotnickými pracovníky tak pacientem i jejich vzájemným vztahem (3).

U některých dotazovaných a zároveň pozorovaných pacientů byla odhalena současně i změna péče o jejich vlastní hygienu, vzhled zevnějšku a stav domácnosti

(graf 21A a 21B, graf 22A a 22B). Jednalo se zejména o jednice mužského pohlaví, se špatnými hygienickými návyky. Opakovanými návštěvami, kdy byla vykonávána kvalifikovaná zdravotní péče, došlo postupně ke změně klientova postoje k hygieně i vlastní domácnosti.

V dotazníku určeném pracovníkům agentur byly pokládány dvě otázky. Jedna se týkala jejich osobního názoru, zda svojí činností mají určitý vliv na nemocného, a druhá byla zaměřena na konkrétního osaměle žijícího pacienta, u kterého probíhal zároveň výzkum pomocí řízeného rozhovoru a pozorování. Z výsledků je patrné, že 8 z 9 pracovníků se domnívá, že klientovy sociální vztahy ovlivňuje (graf 25). Dotazy nebyly směřovány na četnost pacientů, byly položeny pouze všeobecně. Nelze vyjádřit, kolika procenty pracovníci hodnotí svůj vliv na nemocné. Záleží totiž na mnoha faktorech, na přístupu k jejich práci, na možném objevením příznaků syndromu vyhoření, optimismu a schopnosti být svou prací nadšený. Na základě výsledků druhé otázky, kdy pracovníci pozorovali změnu u 5 klientů (graf 24), je patrné, že na svou práci pohlížejí skutečně reálně a nepřístupují k hodnocení naivně. Výzkumem bylo nalezeno 6 klientů, u nichž pravděpodobně proběhly změny sociálních vztahů. Tento rozdíl mohl být způsoben nějakou chybou ve výzkumu nebo méně všímavým přístupem sestry. Přestože každý rozhovor probíhal bez problémů (rozhovor s jedním respondentem trval v průměru 1 a 1/3 hodiny) a byly probrány všechny otázky, mohlo zde dojít k ovlivnění klienta ze strany tazatele. Poněvadž ošetřující sestra strávila s pacientem mnohdy více času a návštěvu vykonala během 4 měsíců mnohokrát, mělo by mít její hodnocení určitou váhu. Není však zaručené, že jí klient podal veškeré potřebné informace.

V řízeném rozhovoru bylo položeno respondentům celkem 275 otázek a podotázek, které hodnotily případnou změnu sociálních vztahů k pacientovu okolí. Z celkového počtu 275 otázek byly zachyceny pozitivní změny u 24. Přičemž je opakovaně uvádělo pouze 6 klientů, u kterých došlo zároveň ke zlepšení zdravotního stavu. Výzkumem naměřenými hodnotami byla vyvrácena hypotéza č. 2.: Vlivem domácí péče dochází ke zlepšování sociálních vztahů mezi osaměle žijícími pacienty a jejich okolím.

Právě výsledky výzkumu hodnotící problematiku sociálních vztahu osaměle žijících pacientů a jejich možné zlepšení by měly vést naši společnost k zamyšlení. Proč ještě dnes žijí, v době kdy se stále hovoří o sociální soudržnosti a pomoci, někteří lidé takto osaměle? Bylo by jistě zajímavé pokračovat ve výzkumu a odhalit příčiny, proč tomu tak je. V první řadě by výsledky tohoto šetření mohly vést k větší motivace kvalifikovaných sester domácí péče, které by věnovaly pacientům více času a rad, jak svůj společenský život zkvalitnit. Velice důležitou věcí je také lepší propojení mezi sociální a zdravotní složkou v péči o klienty. Rovněž kvalitní příprava na stáří, která by měla začít již v produktivním středním věku a mít několik fází, by jistě ovlivnila sociální postavení starých nemocných lidí. Oproti tomu současní staří lidé, kteří nebyli na stáří naší společností žádným způsobem připravováni, se dostávají do těžkých životních situací, kdy nemají o společnost zájem a postrádají potřebnou motivaci k plnohodnotnému životu. Každý z nás může být jednou v situaci, kdy bude starým, osamělým a nemocným člověkem, toužícím po plnohodnotném společenském životě.

Zhodnotí-li se vytyčený cíl, jehož snahou bylo poukázat na nejčastější diagnózy, pro které je domácí péče indikována, lze konstatovat, že byl splněn. Další cíle, kde se zkoumal vliv zdravotní domácí péče na změnu klientových sociálních vztahů, je možno zhodnotit taktéž kladně

6. Závěr

Cílem práce bylo zhodnotit sociální vliv domácí zdravotní péče během jejího poskytování pacientovi a dále poukázat na nejčastější diagnózy, pro které je návštěvní služba indikována. Oby vytyčené cíle byly splněny. Pracovníci agentur domácí péče, kteří provádějí u klientů zdravotní, nejčastěji ošetrovatelskou a edukační činnost, neovlivňují pacienta natolik, že dojde ke zlepšení jeho sociálních vztahů s okolím. Služby jsou pro nemocné velmi cenné, ale k výraznému zlepšení vztahů dochází pouze na úrovni mezi klientem a pracovníkem organizace. Nejvíce opakovanými indikačními diagnózami jsou bércové vředy, které vznikají jako komplikace žilního onemocnění dolních končetin, dále následují onemocnění s defekty kůže, CMP, primární hypertenze a další.

V praktické části diplomové práce jsem si položila dvě hypotézy, jejichž potvrzení jsem zkoumala kvantitativními metodami, a to technikou řízeného rozhovoru, pozorováním, dotazníkem a sekundární analýzou dat.

Hypotéza č.1: Bércové vředy patří k důvodům opakovaných návštěv sester domácí péče. Tato hypotéza byla výzkumem potvrzena. Bércové vředy jsou skutečně nejčastěji zastoupenou hlavní diagnózou, z jejíhož důvodu je indikována domácí péče.

Hypotéza č.2: Vlivem domácí péče dochází ke zlepšování sociálních vztahů mezi osaměle žijícími pacienty a jejich okolím. Tato hypotéza potvrzena nebyla, byla mým výzkumem vyvrácena. Do výzkumu, kterým jsem tuto domněnku vyvrátila, bylo zařazeno 25 osaměle žijících klientů domácí péče. Pozitivní změnu ve vztahu k sociálnímu okolí jsem zaznamenala pouze u 6 z nich.

Ráda bych poukázala na to, aby si lidé uvědomili, že zdraví, podobně jako talent, vzdělání, životní prostředí aj. jsou v naší společnosti vzácnými prvky, do kterých je nutné v zájmu individuální i celospolečenské prosperity investovat. K dosažení lepších výsledků a kvalitnějších služeb je vhodné pojmout tuto problematiku z celostnějšího hlediska. Doporučila bych mnohem lepší propojení sociální a zdravotní péče a kvalitnější informovanost klientů o existujících službách.

Za hlavní přínos této práce považuji zpřehlednění dané problematiky.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ALEXANDER, M., *LEMON 1 – Learning Material On Nursing*. Přel. J. Heřmanová a M. Staňková. 1. vyd. WHO, 1996, 184 s. ISBN 80-7013-234-5
2. BARTKO, D., *Moderná psychohygiena*. Obzor. 1990, 549 s. ISBN 80-215-0102-2
3. BÁRTLOVÁ, S., *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Grada Publishing, a. s. 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4
4. BOCSZAR, N. a kol., *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. Přel. S. Šeclová. 1. vyd. Grada Publishing a. s. 2002. 392 s. Přel. z Chart Smart – The A-to-Z Guide to Better Nursing Documentation. ISBN 80-247-1278-9
5. BOLDIŠ, P., *Bibliografická citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690 – 2 : část 1 – Citace : metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2. [cit. 1999-2002], poslední aktualizace 3. 9. 2002, URL : <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>.
6. BOLDIŠ, P., *Bibliografická citace dokumentů podle ČSN 690 a ČSN ISO 690 : Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů [online]*. Verze 3. 0. (2004) [cit. 1999 – 2004] , poslední aktualizace 11. 11. 2004, URL : <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>.
7. DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Karolinum. 2002. 371 s. ISBN 80-246-0139-7
8. FEJKUSOVÁ, H. a kol., *Sborník kongresu: IX. Gerontologické dny Ostravy a Dny seniorů*. 1. vyd. Dům techniky Ostrava, spol. s. r. o. 2005. 108 s. ISBN 80-02-01757-9
9. GIDDENS, A., *Sociologie*. 1. vyd. Argo. 1999, 595 s. ISBN 80-7203-124-4
10. GLASSEN, M., DIEHL, V., *Diferenciální diagnóza ve schématech*. Přel. I. Suchardová. 1. vyd. Grada Publishing, a. s. 2003. 94 s. Přel. z Differentialdiagnose auf einen Blick. ISBN 80-247-0615-6
11. HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*. 3. vyd. Galén. 2002 272 s. ISBN 80-7262-132-7
12. HAYESOVÁ, N., *Základy sociální psychologie*. Přel. I. Štěpáníková. 2. vyd. Portál. 2000. 165 s. Přel. z Principles of social psychology. ISBN 80-7178-415-X

13. HEWSTONE, M., STROEBE, W., *Sociální psychologie*. Přel. M. Tyrlík. 1. vyd. Praha. 2006. 776 s. Přel. z Introduction to social psychology: a European perspective. ISBN 80-7367-092-5
14. CHLOUBOVÁ, H., *Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetrovatelské péče*. Sestra. 1995, roč. 5, č. 2, 20 s.
15. JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostravská univerzita v Ostravě. 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2
16. JIRÁSKOVÁ, V., *Občan v demokratické společnosti*. 1. vyd. Sociologické nakladatelství. 1999. 311 s. ISBN 80-85850-78-8
17. KARETOVÁ, D., STANĚK, F. a kol., *Angiologie pro praxi*. 1. vyd. Maxdorf. 2001, 311 s. ISBN 80-85912-52-X
18. MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství I. díl- Systémový přístup*. 1. vyd. Karolinum. 2005, 187 s. ISBN 80-246-0429-9
19. MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství II. díl – Systémový přístup*. 1. vyd. Karolinum. 2004. 160 s. ISBN 80-246-0428-0
20. MATOUŠEK, O. a kol., *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Portál. 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2
21. MATOUŠEK, O., *Rodina jako instituce a její vztahová síť*. 1. vyd. Praha: Slon. 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9
22. MISCONIOVÁ, B., *Adresář agentury domácí péče*. NCDP a ADP ČR, 1994. 24 s.
23. MISCONIOVÁ, B., *Anamnestika Diagnostika a Plánování v Komplexní domácí péči*. NCDP a ADP ČR, 2004. 239 s.
24. MISCONIOVÁ, B., *Česká domácí péče včera, dnes a zítra*. Časopis lékařů českých Praha. 2003. roč. 142, č. 12, 68 s. ISSN 0008-7335
25. MISCONIOVÁ, B., *Domácí a primární péče včera, dnes a zítra*. NCDP, 1998, 13 s.
26. MISCONIOVÁ, B., *Komplexní domácí péče*. 1. vyd. NCDP a ADP ČR, 1994, 94 s.
27. MISCONIOVÁ, B., *Management Komplexní domácí péče*. 1. vyd. NCDP a ADP ČR, 1995, 80 s.
28. MISCONIOVÁ, B., *Stručný průvodce domácí péče*. 1. vyd. ADP ČR, 1998. 270 s.

29. MISCONIOVÁ, B., *Základní principy kvality komplexní domácí péče*. Sestra. 1998. roč. 8, č. 3, 27 s.
30. MUNZAROVÁ, M., *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Grada Publishing, a.s. 2005. 156 s. IBSN 80-247-1024-2
31. NAKONEČNÝ, M., *Sociální psychologie*. 1. vyd. Academia. 2004. 287 s. IBSN 80-200-0690-7
32. PAVLÍKOVÁ, S., *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Grada Publishing, a. s. 2006. 150 s. IBSN 80-247-1211-3
33. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 1 : Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 1. vyd. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 1998. 50 s. IBSN 80-7013-263-9
34. STAŇKOVÁ, M., *Z historie charitativní a řádové ošetrovatelské péče*. Sestra. 2003. roč. 13, č. 16, 16 s.
35. TOPINKOVÁ, E., *Home – care – teoretické zásady poskytování domácí ošetrovatelské péče*. Sestra. 1999. roč. 3, č. 3, 35 s.
36. TOPINKOVÁ, E., *Nové trendy při poskytování péče v domácnosti u klientů vyššího věku*. Časopis lékařů českých. 1994, roč. 133, č. 16, 490 s.
37. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Grada Publishing, a. s. 2003. 72 s. IBSN 80-247-0704-7
38. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Grada Publishing, a. s. 2003. 68 s. IBSN 80-247-0705-5
39. VYMĚTAL J. a kol., *Speciální psychoterapie*. 2. vyd. Grada Publishing, a.s. 2007. 396 s. IBSN 978-80-247-1315-1
40. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů- 10. decennální revize* . Czech Edition Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha. 1999. 741. Přel. z International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision vyd. World Health Organization. IBSN 80-7169-787-7
41. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, *Primární péče v Plzeňském kraji 2005*. ÚZIS. 2006. 38 s. IBSN 80-7280-573-8

42. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, *Zdravotnictví České republiky 2002 ve statistických údajích*. ÚZIS. 2003. 81 s. ISBN 80-7280-256-9
43. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, *Zdravotnictví Plzeňského kraje 2005*. ÚZIS. 2006. 36 s. ISBN 80-7280-557-6
44. Vyhláška č. 49/1993 Sb. o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení
45. Vyhláška č. 55/2000 Sb. Seznam diagnostických a terapeutických výkonů s bodovými hodnotami
46. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
47. Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů
48. Zákon 103/1951 Sb. o jednotné preventivní a léčebné péči
49. Zákon č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních
50. ZAVÁZALOVÁ, H., *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Karolinoum. 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8

8. Klíčová slova

domácí péče

agentury

bércové vředy

osamělí klienti

sociální vztahy

9. Přílohy

Seznam příloh:

Příloha 1 – Otázky k řízenému rozhovoru

Příloha 2 – Cíle pozorování

Příloha 3 - Dotazník pro pracovníky agentur domácí péče

Příloha 1

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Veronika Urbanová

Řízený rozhovor a jeho následující otázky jsou určeny pro osaměle žijící klienty zdravotní domácí péče. Cílem výzkumu je zhodnotit sociální vliv zdravotní domácí péče během jejího poskytování pacientovi.

Otázky k řízenému rozhovoru

1. Pohlaví klienta muž žena

2. Stav ženatý/vdaná

svobodný/á

vdovec/vdova

3. Věk klienta :

4. Zaměstnání : důchodce

starobní

invalidní

zaměstnaný

nezaměstnaný

v domácnosti

v pracovní neschopnosti

5. Máte nějaké příbuzné?

ne

ano – Jaké s nimi máte vztahy?

vynikající

dobré

neutrální

∇ špatné

∇ velice špatné

6. Máte nějaké příbuzné nebo známé, kteří Vás navštěvují?

ne

ano – Jak často Vás navštěvují? Jaký je jejich příbuzenský poměr k Vám (pokud se jedná o příbuzné) nebo odkud danou osobu znáte?

1. osoba.....

2. osoba.....

3. osoba.....

4. osoba.....

5. osoba.....

7. Navštěvujete Vy nějaké osoby?

ne – uveďte prosím důvod

ano - Jak často je navštěvujete? Jaký je váš příbuzenský poměr nebo odkud danou osobu znáte?

1. osoba.....

2. osoba.....

3. osoba.....

4. osoba.....

5. osoba.....

8. Zajímáte se o dění ve Vaší obci a o Vaše sousedy?

ano

ne

9. Chodíte si nakupovat?

ano a/ Kolikrát v týdnu ?.....

b/ Kde nakupujete?.....

c/ S jakou oblibou navštěvujete tento obchod?

∇ velice rád

∇ rád

∇ nevadí mi to

nerad

nesnáším to

ne – nenakupuji si sám

a/Z jakého důvodu?(ze zdravotního, nechci se potkat s lidmi, obchod je daleko, mám strach atd.).....

.....

b/Kdo Vám obstarává nákupy?.....

c/Těšíte se na jeho příchod?

velice se těším

těším

neutrální přístup

je mi to nepříjemné

nesnáším to

10. Máte rád návštěvy ?

ano - důvod.....

ne - důvod.....

11. Co Vám více vyhovuje?

návštěva někoho u Vás, z jakého důvodu.....

.....

Vaše návštěva u někoho, z jakého důvodu

.....

obě varianty mají stejnou hodnotu

12. Navštěvujete pohostinství nebo jiné kulturní zařízení ?

- ne - Z jakého důvodu? (např. nemám přátele, stydím se, jsem nejraději doma, jsem nemocný, bojím se atd.)

.....
.....
.....

- ano – a/Jak často ?

b/Připravujete se nějakým způsobem na tuto činnost?(např. osobní hygiena, sjednáte si společnou schůzku s přáteli apod.)

.....
.....
.....

13. Sledujete televizi?

- ano – Kolik hodin denně?.....

- ne - Z jakého důvodu ? (např. špatně vidím, nezajímá mě to, nemám televizi).....

.....

14. Kolikrát v týdnu k Vám dochází sestra z domácí péče?.....

15. Připravujete se nějakým způsobem na její příchod?

- ne

- ano – Jak ? (např. osobní hygiena, úklid místnosti, příprava pohoštění, příprava tématu k hovoru, různé dotazy atd.).....

.....
.....
.....

16. V jakém rozpoložení očekáváte příchod sestry domácí péče?

- těším se
- je mi to jedno
- obtěžuje mne to
- nemám to rád
- mám strach
- jiné

17. Vyberte alternativu, jak by jste zhodnotil/a Váš zdravotní stav po 4 měsících DP:

- výrazně lepší
- lepší
- stejný
- horší
- výrazně horší

18. Domníváte se, že došlo za poslední 4 měsíce k nějaké změně, co se týká činností, které během dne vykonáváte ?

- ne
- ano – uveďte k jaké.....
.....
.....

19. Myslíte si, že se změnil nějakým způsobem Váš život během doby, co Vás navštěvuje sestra domácí péče?

- ne
- ano - uveďte jak
.....
.....

Při prvním řízeném rozhovoru jsou respondenti pokládány otázky 1- 16

Při druhém řízeném rozhovoru jsou respondenti pokládány otázky 1 - 19

Příloha 2

Cíle pozorování

Metoda pozorování, určená ke zhodnocení stavu klienta a jeho domácnosti

Osobní hygiena :

- vlasy
- chrup
- zápach
- celkové zhodnocení hygieny

Stav oblečení:

Celkové hodnocení stavu klienta:

- výborný
- dobrý
- zanedbaný
- špatný

Stav domácnosti:

- nádobí
- nepořádek
- špína
- zápach

Celkové hodnocení stavu domácnosti:

- výborný
- dobrý
- zanedbaný
- špatný

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Veronika Urbanová

Dotazník je určen pro pracovníky agentur domácí péče. Cílem tohoto výzkumu je
Zhodnotit sociální vliv domácí péče během jejího poskytování pacientovi.

Dotazník pro pracovníky agentur domácí péče

1. Došlo u daného klienta po 4 měsících (po dobu poskytování služeb agentury
domácí péče) k nějakým změnám sociálních vztahů ?

ne

ano – Popište prosím stručně jaké změny pozorujete.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Myslíte si, že svou rehabilitační a ošetrovatelskou péčí ovlivňujete pacienta i
z hlediska sociálního?

ano

ne

