

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích,
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Pavλίna Titěrová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích,
Zdravotně sociální fakulta

DOMÁCÍ PÉČE A JEJÍ VÝZNAM

Bakalářská práce

Mgr. Dita Nováková

2008

Pavλίna Titěrová

Home Care and its Importance

Abstract

Home care is the form of health and social care focused on the clients who would otherwise be admitted to hospital, and it is provided in their own homes. On the basis of physician's indication it is fully paid by health insurance companies.

The origin of home care is linked with the beginning of Christianity, when charity nursing developed hand in hand with it. The current form of home care has been achieved in the course of centuries, when it was influenced by significant historical events, economic situation and reforms of particular period. Religious orders and deaconesses significantly participated in the development of home care.

In the Czech Republic the situation in home care dramatically changed in 1990, when first agencies of home care started to originate. The aim of complex home care is to provide clients with maximum availability, quality and effectiveness of care. Currently the home care is focused especially on maintenance and support of health, recovery and the development of self sufficiency, easing the suffering in incurable patients and ensuring of restful dying. Every year it is provided to hundred thousands clients in natural environment of their homes.

The aim of the thesis called Home Care and its Importance was to find out the structure of clients and the range of agency home care, and also to find out what importance is seen in home care by laic public. The aims of the thesis have been fulfilled.

Four hypotheses were stated. On the basis of carried out questioning in experts it is possible to prove the first hypothesis: the highest number of home care clients is created by long-term ill. It is also possible to prove the second hypothesis: home care agencies provide the care of mentally ill. On the basis of carried out questioning in laic public it is possible to disprove the third and the fourth hypothesis: the laic public do not know about the positives of home care and the laic public do not know about the forms of home care.

The quantitative research was carried out to the topic of Home Care and its Importance. The method of questioning using the form of a questionnaire was used to find out the results. The informants were created by randomly chosen people of laic public; the criterion for the choice was the age above 18 and the wide range of age groups. The informants of the second part of the research were the nurses of home care agencies, who were chosen randomly in home care agencies in Central Bohemian Region, Prague, Brno and České Budějovice.

This thesis may serve as the basis for creation of complex information resource about home care regarding history, characteristics, organization and provided care for both laic public and experts. It may serve for creation of information leaflets, brochures and internet pages. Home care is an actual topic and brings the possibility of use especially for both informed laics and experts.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma **Domácí péče a její význam** vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Ditě Novákové za cenné rady a připomínky během psaní mé bakalářské práce.

Obsah

| | |
|--|----|
| 1. Současný stav..... | 3 |
| 1.1 Holistický přístup..... | 3 |
| 1.2. Historie domácí péče | 3 |
| 1.2.1 Vývoj domácí péče na našem území | 5 |
| 1.3 Charakteristika domácí péče | 7 |
| 1.3.1 Organizace domácí péče | 8 |
| 1.3.2 Zřízení agentury domácí péče | 8 |
| 1.3.3 Financování domácí péče..... | 9 |
| 1.3.4. Principy ovlivňující kvalitu domácí péče | 10 |
| 1.4 Komplexní domácí péče | 10 |
| 1.4.1 Poskytovatelé domácí péče | 11 |
| 1.4.2 Sestry domácí péče..... | 12 |
| 1.4.2.1 Ošetřovatelská péče v domácí péči..... | 13 |
| 1.4.2.2 Ošetřovatelský proces v domácí péči | 14 |
| 1.4.2.3 Ošetřovatelské intervence v domácí péči | 15 |
| 1.4.2.4 Některé ošetřovatelské diagnózy v domácí péči..... | 15 |
| 1.5 Potřeby nemocného obecně | 17 |
| 1.5.2 Potřeby nemocného v domácí péči..... | 18 |
| 1.6 Klienti Domácí péče | 19 |
| 1.6.1 Pooperační péče | 19 |
| 1.6.2 Poúrazová péče | 20 |
| 1.6.3 Dlouhodobá domácí péče | 20 |
| 1.6.3.1 Gastroenterologická onemocnění | 21 |
| 1.6.3.2 Onkologická onemocnění..... | 22 |
| 1.6.3.3 Psychická onemocnění | 23 |
| 1.6.3.4 Péče o geriatrické klienty | 24 |
| 1.6.4 Preventivní péče | 25 |
| 1.6.5 Domácí hospicová péče..... | 25 |
| 1.7 Vývoj domácí péče | 26 |
| 2. Cíle práce a hypotézy..... | 28 |
| 2.1 Cíle práce | 28 |
| 2.2 Hypotézy | 28 |
| 3. Metodika | 29 |
| 3.1 Použité metody | 29 |
| 3.2. Charakteristika výzkumných souborů..... | 29 |
| 4. Výsledky | 31 |
| 4.1. Dotazník pro laickou veřejnost | 31 |
| 4.2. Dotazník pro sestry agentur domácí péče | 49 |
| 5. Diskuze | 74 |
| 7. Seznam použitých zdrojů..... | 88 |
| 8. Klíčová slova | 91 |
| 9. Přílohy | 92 |

Úvod

Domácí péče je moderní, koncepčně zakotvená forma zdravotní a sociální péče. Zaměřuje se na klienty, kteří by jinak byli hospitalizováni, a je poskytována v jejich přirozeném prostředí domova. Potřebnými jsou klienti všech věkových, indikačních i diagnostických skupin, kteří jsou z důvodu změněného zdravotního, sociálního či psychického stavu odkázáni na pomoc odborníků a blízkých.

Vědeckými studiemi je prokázáno, že psychická pohoda člověka, která je ovlivněna příznivým vlivem domácího prostředí a blízkými klienty má vliv přímo na imunitní stav člověka a nezastupitelnou úlohu v procesu uzdravování. V domácím prostředí jsou eliminovány nozokomiální nákazy či iatrogenní pochybení.

V České republice je poskytována komplexní domácí péče od roku 1990, kdy začaly vznikat první agentury. Jedná se tedy o relativně nový obor, který se stále vyvíjí a hledá si své místo ve v systému zdravotnictví i ve společnosti.

Téma své bakalářské práce jsem zvolila z důvodu, že bych uvítala profesně se realizovat v této oblasti péče, protože je mi velice blízká myšlenka pečování o člověka v jeho domově. V současné době, kdy se medicína stává méně lidskou (zvyšuje se množství technologií a přístrojů) je velice potřebná alternativa k nemocničnímu pobytu, kdy jsou do péče zapojeni také členové rodiny, což jistě přispívá k lepšímu psychickému stavu jak klienta, tak samotné rodiny. Podle mého názoru práce v terénu obnáší vysokou míru seberealizace, protože se sestry musí spoléhat sami na sebe. Musí být zkušené, samostatné, schopné kritického myšlení a rychlého rozhodování.

V rámci výzkumného šetření jsem si kladla otázku, zda je společnost přesvědčena o opodstatnění domácí péče v souvislosti s úsporou finančních prostředků vzhledem ke zkrácení hospitalizace. Zda laická společnost chápe přínos domácí péče. Zaujala mě možnost zmapovat domácí péči od jejích počátků, které sahají v podstatě od počátků křesťanství až do dnešní doby a zjistit všechny aspekty týkající se tohoto aktuálního tématu. Proto jsem se rozhodla prostudovat všechny podstatné a dostupné prameny a dát získaným informacím určitý ucelený rámec, ze kterého by bylo možné čerpat.

1. Současný stav

Domácí péčí je chápána zdravotní péče poskytovaná klientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Zaměřuje se zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Potřebnými klienty pro účely domácí péče jsou občané všech věkových kategorií, indikačních i diagnostických skupin.

1.1 Holistický přístup

Lidská bytost je otevřený systém, který je v neustálé interakci s měnícím se prostředím. Prostředím jsou chápány podmínky, okolnosti a vlivy působící na člověka a jeho zdraví. Člověk se podílí na dynamické vzájemné rovnováze mezi ním a prostředím. Důležitý je v tomto kontextu proces přizpůsobování, kdy jednotlivec vlastně odpovídá na změny vnějšího i vnitřního prostředí při zachování své integrity a celistvosti.

Domácí péče se zabývá člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální a duchovní, bytostí holistickou. Základem ošetřování je péče o celého člověka tím, že jsou brány v úvahu všechny jeho složky: psychická, somatická, emocionální, intelektuální, sociální i duchovní. Je nutné, aby sestry pečovaly o celého člověka ve zdraví i nemoci. Úspěšná holistická péče bere v úvahu interakci všech zmíněných složek. Fyziologická nerovnováha vytváří psychosociální nerovnováhu nebo její poruchu. Podobně je psychosociální nerovnováha je příčinou fyziologické nerovnováhy (13, 24).

1.2. Historie domácí péče

Už v nejstarších dobách měl člověk potřebu starat se o svoje zdraví a zdraví svých blízkých. Souviselo to především s přežitím jedince, rodiny i sociální skupiny. Lidé společně ve svých domovech prožívali po staletí svoje radosti i starosti. Za účasti

všech členů rodiny se v domácnostech rodilo, léčilo i umíralo. Léčebná péče spočívala v používání přírodních medikamentů a tradičních metod a společně s domácím ošetřováním tvořila nevyhnutelnou a jedinou formu léčby vzhledem k úrovni medicínských poznatků.

Dominantní postavení v péči o člověka měly vždy především ženy, které se staraly o nemocné přímo v jejich domovech. Vědomosti a zkušenosti si předávaly z pokolení na pokolení.

Základ komunitní a domácí péče byl položen už v prvopočátku křesťanství, kdy se společně s ním rozvíjelo i charitativní ošetřovatelství. Orientovalo se hlavně na péči o specifické skupiny lidí, především na chudé, opuštěné děti, jedince odkázané na pomoc druhých ať už se jednalo o nemocné či různě handicapované (2).

Ve středověku byl založen první řád sester ošetřovatelek – Augustinek, které se specializovaly na poskytování ošetřovatelských služeb v domácnostech.

První zmínky o domácím ošetřování pocházejí z 12. století, kdy se rozvíjely řeholní řády. Větší rozvoj ošetřování v domácnostech se objevil ve století 13., kdy vykonávaly opatrovnictví v domech nemocných řeholnice pod dohledem faráře.

V 15. století provozovaly v Praze návštěvní opatrovnictví známé diakonky, které denně docházely za nemocnými. Poté, co byly zakázány církví, začaly vznikat v soukromých domech lazarety, kde nemocné obsluhovaly neškolené starší ženy.

Významnou osobností domácího ošetřování se stal Viliam Rathbone, který vytvořil v roce 1859 v Anglii moderní koncepci domácí péče. Společně s Florence Nightingaleovou založili první školu pro sestry návštěvní služby, které pak poskytovaly ošetřovatelskou péči chudým a lidem odkázaným na pomoc druhých. Ve Spojených státech amerických se začaly první pokusy o poskytování domácí péče objevovat v roce 1885 v Buffalo podle pokynů lékařů. V návaznosti na tyto aktivity vznikla v roce 1887 ve Philadelphii společnost domácí péče a v roce 1888 v Bostonu oblastní asociace domácí péče. Tyto organizace navrhli a poté řídili neprofesionálové. Dále pak byli nemocní ošetřováni v institucích (lazaretech, špitálech, nemocnicích). O pět let později byla zřízena ošetřovatelská služba pod záštitou ministerstva zdravotnictví a pod vedením sester Lilian Waldové a Mary Brewsterové. Zavedly termín veřejná zdravotní

sestra. Později byla založena škola zaměřená na poskytování ošetrovatelské péče v domácnostech.

Koncem 19. století nastává období bouřlivého vývoje domácí péče v Evropě, zaměřené zejména na ošetrování geriatrické populace. Výjimku tvoří Holandsko, kde se poskytuje domácí péče všem věkovým skupinám.

70. léta minulého století sebou přinesla neustálý nárůst nákladů na zdravotní péči v souvislosti s rozvojem moderních technologií a nových léčebných a diagnostických metod. Jsou proto hledány alternativní cesty jak zvýšit kvalitu a snížit náklady a jednou z nich je také myšlenka domácího ošetrování (3, 7).

1.2.1 Vývoj domácí péče na našem území

Pravděpodobně první přímou komunitně zaměřenou ošetrovatelskou péčí na našem území byla činnost sester Československého červeného kříže, který sehrál svou důležitou roli zejména v meziválečném období minulého století. V té době byla také poprvé systematicky prováděná ošetrovatelská a zdravotní péče v rodinách. Sestry zajišťovaly především preventivní péči vzhledem k hospodářské, ekonomické i sociální situaci v zemi. Staraly se o zajištění hygieny, stravy a oblečení (7).

Ošetrovatelská péče byla tehdy zaměřena především na děti, staré lidi a na chudé a nemocné a nabývala spíše charakteru sociálního ošetrovatelství.

Do roku 1990 bylo v České republice ošetrovatelství orientováno především na nemocniční péči. Role sestry byla chápána jako role asistentky lékaře a převážná část laiků i odborníků chápala ošetrovatelství pouze jako praktickou disciplínu bez vlastní teoretické základny.

K výraznějším změnám v domácím ošetrovatelství v České republice došlo až s rokem 1990, kdy vzniká domácí péče. První agentury vznikají při České katolické charitě. Tato činnost byla legalizována Ministerstvem zdravotnictví a na její zajištění byla vyčleněna dotace ve výši 28 milionů korun československých. Česká katolická charita postupně zřizuje pod svou záštitou 25 středisek po celé republice.

První agentura domácí péče vznikla v roce 1991 při nemocnici v Pardubicích pod názvem NIKÉ. Postupně je v tomto roce zřízeno 26 agentur. Domácí péče je

poskytována zejména v oblastech s vysokou nezaměstnaností, tedy na Severní a Jižní Moravě a ve Východních Čechách (19).

Bouřlivý rozvoj agentur domácí péče byl zaznamenán v roce 1993, kdy se začaly dostávat informace k laické i odborné veřejnosti prostřednictvím médií, seminářů, workshopů a podobně. Všeobecná zdravotní pojišťovna vytváří v tuto dobu svůj metodický pokyn pro poskytování domácí péče. S rozvojem agentur stoupá také počet specialistů, ale i nižšího a pomocného personálu. Lékaři jsou nejen zřizovateli agentur, ale jsou zde také zaměstnání.

V témže roce byla založena Asociace domácí péče, která sdružuje personál poskytující domácí péči. Jejím úkolem je obhajovat jejich zájmy, řešit vzniklé potíže, garantovat úroveň domácí péče. Podporuje publikační a přednáškovou činnost a ve spolupráci s institucemi státní správy a samosprávy zajišťuje dostupnost péče. Zároveň obhájí práva příjemců domácí péče.

V roce 1994 se na našem území vyskytuje více než tři sta agentur. Objevuje se také snaha rozšířit informace o primární a domácí péči mezi studenty středních zdravotnických škol.

V červenci stejného roku je Asociací domácí péče založeno Národní centrum domácí péče, které poskytuje informace a zajišťuje koordinaci odborné i laické veřejnosti. Je pořadatelem řady seminářů na národní i regionální úrovni tak, aby novinky z ošetrovatelského oboru i dalších příbuzných oborů kontinuálně obohacovaly odbornou činnost sester i lékařů v domácí péči.

Laické veřejnosti jsou informace poskytovány v rámci mediální spolupráce, která je na velmi dobré úrovni. Je vydávána řada brožur, plakátů, videokazet s tematikou domácí péče (18).

V dalších letech byly potřeby společnosti na rozvoj agentur domácí péče postupně saturovány a nebyl již zaznamenán tak prudký vývoj. V roce 2000 bylo podle dostupných údajů evidováno celkem 472 agentur. V roce následujícím to bylo jen o pět agentur více. Poslední dostupná data, která byla zjištěna Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky pocházejí z roku 2005. Koncem roku bylo evidováno přesně 494 pracovišť domácí péče, z nichž 88% je dostupných 24 hodin

denně. V tomto roce využilo služeb domácí péče více než 142 tisíc klientů a bylo uskutečněno více než 6 milionů návštěv pracovníky domácí péče (7,17).

1.3 Charakteristika domácí péče

Domácí péče představuje nyní jeden z nejprogresivněji se rozvíjejících sektorů zdravotnictví na světě. Pokrok v oblasti medicínských, ale hlavně ošetrovatelských oborů umožňuje poskytovat klientům kvalitní péči také v jejich přirozeném prostředí domácnosti, které přispívá k psychické, fyzické, sociální i duchovní pohodě člověka a hraje významnou úlohu v procesu uzdravování.

Bouřlivý rozvoj domácí péče ovlivňuje řada faktorů, z nichž významný podíl mají faktory společenské. Jedním z nich je ekonomický tlak, v důsledku kterého neustále stoupají náklady na zdravotní péči. Hospitalizace v nemocničních, ústavních a podobných zařízeních (Léčebny dlouhodobě nemocných) je pro stát finančně náročná, a tak jsou hledány alternativní způsoby poskytování potřebné zdravotní péče. Domácí péče je vhodným řešením, které by mohlo vést ke snížení nákladů zkrácením délky hospitalizace na nezbytně dlouhou dobu, anebo přímo jako alternativa ústavního pobytu.

Dalším z faktorů, ovlivňujících rozvoj domácí péče je stárnutí populace. Senioři tvoří významnou část klientely agentur domácí péče. Geriatřičtí klienti se mnohem lépe vyrovnávají s chronickou chorobou či jiným zdravotním nebo sociálním problémem v domácím prostředí za přispění svých blízkých. Zároveň je tak umožňováno zachovat co nejdéle klientovu sociální integraci.

Ve vyspělých zemích rozvoj domácí péče ovlivňují také technologické faktory. Nové přístroje, jako například ventilátory, monitory, dialyzační přístroje, infúzní pumpy a další je možno používat také v domácím prostředí.

Svůj podíl na rozvoji domácí péče mají také faktory politické. Ovlivňují vznik a existenci agentur domácí péče vytvořením vhodných podmínek podle potřeb obyvatelstva prostřednictvím zákonných opatření a vyhlášek (3, 7).

1.3.1 Organizace domácí péče

Domácí péče není jen formou zdravotní či sociální péče, která je pasivně přijímána klientem a jeho rodinou. Klient je aktivním účastníkem procesu, ve kterém je poskytována péče v rozsahu prevence, monitorace, diagnostiky a léčby.

Vzhledem k okolnosti nepředvídatelného začátku nemoci či krize, popřípadě jiných potíží je nevyhnutelné, aby byla domácí péče dostupná nepřetržitě v průběhu 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. Jedná se zejména o takové podmínky ve vztahu ke klientovi, které vytvoří pocit důvěry a bezpečí. V praxi to znamená, že se klient dovolá pomoci, kdykoliv to bude zapotřebí (3).

V České republice neexistuje časové omezení dostupnosti pro poskytování domácí péče. V průběhu dne by měla být zajištěna dostupnost na ošetřujícího lékaře a sociálního pracovníka.

Domácí péči je možné rozdělit do několika složek podle formy poskytování péče. Mohou ji zajišťovat agentury domácí péče. Dále pak sociální oddělení obcí, charitativní a humanitární organizace, Český červený kříž, komunitní centra a jiné. Poskytovateli domácí péče jsou také blízcí klienta a lékař.

Snahou domácí péče v České republice je zajištění integrované formy zdravotní péče a sociální pomoci, přičemž dominantní úlohu by měla hrát péče zdravotní. Model domácí péče u nás svým rozsahem působnosti, indikačními i diagnostickými skupinami klientů, materiálem, věcným a personálním vybavením odpovídá svým charakterem činností pojmu Home Care. Ten je užíván především ve Spojených státech amerických a v Austrálii. Ve státech Evropské unie, kde jsou rozvinuty formy domácí péče je podíl obrácen, tedy hlavní složku tvoří péče sociální (asi dvě třetiny) a zbytek zdravotní péče. V tomto případě se jedná o Home Help (1, 7).

1.3.2 Zřízení agentury domácí péče

Zřizovateli domácí péče v České republice mohou být jednak právnické osoby, které mají sídlo na území České republiky. Těmi jsou nejčastěji různé humanitární

a charitativní organizace, ale také nemocnice. Dále to mohou být fyzické osoby s trvalým pobytem na území České republiky. Z této skupiny se jedná zejména o sestry, které zároveň zaujmají první místo v celkovém pohledu na zřizovatele domácí péče u nás. Poslední skupinu tvoří státní správa, tedy regiony a obce (3).

Oprávnění k poskytování domácí péče vzniká rozhodnutím o registraci krajského úřadu příslušného podle místa provozování. Je-li provozovatelem nestátního zařízení fyzická osoba (např. sestra, lékař), musí být plně způsobilá k právním úkonům, bezúhonná a mít odbornou způsobilost, která odpovídá druhu a rozsahu zdravotní péče poskytované agenturou domácí péče. Osoba, která chce zřídit agenturu domácí péče, musí podat žádost o registraci. Zřizovatel musí mít trvalý pobyt (v případě právnické osoby sídlo) na území České republiky. Agentura je založena zakládací smlouvou a musí být podepsána všemi zakládajícími členy (ta obsahuje: název, sídlo, identifikační číslo či jméno a příjmení, bydliště, rodné číslo, označení hlavní činnosti, druh veřejně prospěšných služeb, podmínky, dobu, na kterou se organizace zakládá.....)

Podmínkou k vykonávání činnosti je také materiální a technické vybavení podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 49/1993 Sb. Jedná se o přístroje a pomůcky, určené k ošetřování a zvyšování komfortu v domácí péči. Kontaktní pracoviště sestry při poskytování domácí péče je vybavené telefonní linkou, pracovním stolem, kartotékou, skříní na léčiva a zdravotnickým materiálem, chladničkou.

Zařízení musí splňovat zdravotnické a hygienicko - epidemiologické požadavky pro bezpečný provoz (1,29).

1.3.3 Financování domácí péče

Každý občan České republiky má ze zákona povinnost být pojištěn pro poskytování zdravotní péče u zdravotní pojišťovny podle svého výběru. Péče, kterou zajišťuje agentura domácí péče je plně hrazena z tohoto pojištění. Výjimku představují výkony indikované nad rámec výkonů vyjmenovaných v zákonných i podzákonných normách, které jsou hrazeny přímou platbou individuálně klientem.

Klient by se měl ve vlastním zájmu před zahájením domácí péče informovat, zda příslušná agentura má smlouvu s jeho zdravotní pojišťovnou. V případě, že tomu tak není, je platba zdravotní péče plně přenesena na bedra klienta.

Maximální rozsah frekvence domácí péče hrazené ze zdravotního pojištění je stanoven na 3 hodiny odborné péče za den. V odůvodněných případech, po schválení revizním lékařem, ji lze rozšířit až na pět hodin za den (3).

1.3.4. Principy ovlivňující kvalitu domácí péče

Kvalitu komplexní domácí péče přímo ovlivňují některé principy, které je nutno brát v úvahu tak, aby zároveň nedocházelo k narušení filozofie této formy péče.

Jedním z klíčových nástrojů tohoto principu je vytvoření adekvátních podmínek pro integraci zdravotní a sociální péče na národní i regionální úrovni. Je třeba harmonizovat politiku resortu zdravotnictví a současně také resortu práce a sociálních věcí, aby agentury provozované fyzickými či právníckými osobami měly stejné výchozí podmínky jako státní subjekty zabývající se stejnou nebo podobnou formou péče. Mělo by být vytvořeno konkurenční prostředí ve smyslu kvality a efektivnosti poskytované péče ve volbě agentury domácí péče.

Ze strany státu, resortu zdravotnictví a samotnými agenturami by měla být cíleně propagována mediální politika komplexní domácí péče ve formě letáčků, brožur, speciálně vydaných videokazet či digitálních nahrávek, informačních článků a tak dále. Informace o službách poskytovaných agenturami domácí péče by se měly v co nejširší míře dostat jak k laické veřejnosti, tak k veřejnosti odborné. Součástí mediální kampaně by mělo být apelování na uplatňování základních lidských práv a svobod v systému zdravotní a sociální péče (3).

1.4 Komplexní domácí péče

Jak již bylo zmíněno, v péči o zdraví člověka sehrává stěžejní roli bio-psycho-sociální a spirituální přístup. Každý z nás pečuje o všechny tyto složky v rámci svých

možností jak nejlépe dovede až do doby, kdy je tato schopnost omezena nemocí, nebo stavem, který tuto samostatnost v různé míře ovlivní.

„Komplexní domácí péče je formou 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“ (3, str. 61).

Odborníci, kteří působí v domácí péči poskytují tedy dle holistického přístupu péči zdravotní, indikovanou ošetřujícím lékařem, sociální péči, která vychází z aktuální sociální diagnostiky klienta i jeho prostředí a laickou péči v oblasti sebepéče či za přispění blízkých osob klienta (3).

„Rozsah těchto jednotlivých aktivit je dán aktuálním stavem klienta, stavem jeho sociálního prostředí, rozsahem kompetencí multidisciplinárních týmů poskytujících domácí zdravotní péči. Významnou roli zde hrají také kulturní tradice jednotlivých států, forma a legislativní nastavení systému zdravotnictví“ (3, str. 61).

Cílem komplexní domácí péče je zajištění maximální dostupnosti, kvality a efektivnosti zdravotní péče klientům v jejich stávajícím sociálním prostředí. Důležitou roli hraje eliminace vlivu nozokomiálních nákaz a iatropatogenního poškození na zdravotní stav klientů (6).

1.4.1 Poskytovatelé domácí péče

Poskytovateli domácí péče jsou jednak lékaři, sestry, ale také rehabilitační pracovníci, psychologové, sociální pracovníci, rodina a blízcí klienta. Povinností poskytovatele domácí péče je péče o zdraví a následná odborná péče a pomoc v případě zdravotní či sociální krize ohrožující jedince, komunitu i společnost.

Úkolem pracovníka domácí péče je chránit život a zdraví klienta, poskytovat pomoc v době onemocnění a mírnit fyzické i psychické utrpení klienta i jeho rodinných příslušníků. Každý z odborníků působících v domácí péči má, zákonem Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 160/92 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, jasně daný rozsah kvalifikace a potřebnou délku praxe pro

možnost poskytování péče v oblasti domácího ošetřování. Zároveň je povinen kontinuálně se vzdělávat a doplňovat si své odborné vědomosti.

Klient se svou rodinou jsou aktivními účastníky procesu ochrany zdraví, prevence nemocí a jejich případné léčby. Základem je rozvoj všech zbytkových potenciálů klienta za pomoci celého týmu (1).

Role rodinných příslušníků a blízkých klienta spočívá v pomoci překonávat stud při provádění delikátních ošetřovatelských postupů. Při každodenní péči o klienta získávají přehled o vývoji onemocnění a zároveň jistotu vlastní role a možné ovlivňování dalšího stavu klienta. Zkušenými sestrami jsou zacvičení a vzděláni na poskytování některých odborných výkonů a tím přispívají ke komplexnosti odborného týmu (6).

1.4.2 Sestry domácí péče

Jak již bylo zmíněno, hlavní myšlenkou domácí péče je pomáhat jednotlivci a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu se sociálním prostředím dle aktuálních podmínek a poznatků vědy a výzkumu. Sestry v tomto procesu pracují s klientem komplexně, nahlíží na něho jako na bytost holistickou a tím je ovlivněn jejich přístup ke klientovi i celková péče. Předmětem zájmu v domácím ošetřovatelství je klient ve zdraví anebo v nemoci a jeho rodina.

Sestry v domácí péči aktivně vyhledávají a vyhodnocují potřebu ošetřovatelské péče v domácím prostředí. Podílejí se na udržování nebo navrácení zdraví a dosáhnutí maximální možné soběstačnosti při současné minimalizaci komplikací. Pečují o klienta také v terminálním stádiu jeho onemocnění.

Současně pomáhají členům rodiny i dalším blízkým získávat vědomosti a dovednosti nezbytné k pečování o klienta formou edukačního procesu. Sestry domácí péče edukují klienta a jeho rodinu k zodpovědnosti za vlastní tělesné i duševní zdraví. Cílem edukačního procesu by měla být změna životního stylu klienta směrem k udržení, podpoře a navrácení zdraví.

Sestry, poskytující péči v domácím prostředí mají ve většině případů dlouholetou praxi a rozsáhlé zkušenosti. Odpovědnost, kterou sebou přináší poskytování domácí péče je natolik vysoká, že kritéria na výběr sester jsou maximální. Bývají proto školeny v nejnovějších ošetrovatelských postupech a technikách. Sestry v domácí péči musí být registrované, zdravotně způsobilé a měly by vlastnit řidičský průkaz, neboť své klienty většinou navštěvují automobilem (11, 18).

1.4.2.1 Ošetrovatelská péče v domácí péči

Ošetrovatelská péče, která je poskytována v rámci agentur domácí péče, probíhá podle zaměření aktivit jako primární, sekundární a terciální péče. V rámci primární péče se sestry zaměřují především na ochranu a upevňování zdraví a na prevenci onemocnění.

Ošetrovatelská péče v rámci sekundární zdravotní péče je realizována v institucích, určených k léčbě, diagnostice a terapii, jakými jsou nemocnice, odborné ústavy, léčebny, hospice a jiné. Je zaměřena zejména na prevenci komplikací onemocnění.

Smyslem terciální péče je dokončit terapeutický proces a maximálně zlepšit zdravotní stav nemocného. Ošetrovatelská péče v tomto směru je zaměřena na komplexní a základní péči, léčebné výkony, edukaci, rehabilitaci, paliativní péči.

Ošetrovatelské aktivity jsou klientům domácí péče poskytovány sestrou přímo anebo nepřímo. Přímá ošetrovatelská péče zahrnuje všechny aktivity, které probíhají v přímém kontaktu s klientem a jeho rodinou. Zahrnují přímé ošetrovatelské výkony, fyzické vyšetření a hodnocení klienta. K přímé péči patří také edukace a pomoc při osvojování návyků pozitivního chování, které podporuje zdraví. Naproti tomu nepřímá péče probíhá na poli zkvalitňování a koordinace péče. Zahrnuje konzultaci sestry s ostatními pracovníky, multidisciplinární spolupráci, obhajoby práv klienta v rámci kontextu zdravotního systému, dokumentační práce a jiné (6, 7, 18).

1.4.2.2 Ošetrovatelský proces v domáci péči

Sestry v domáci péči používají při svojí práci metodu ošetrovatelského procesu při každé návštěvě klienta. *„Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Cílem je zhodnocení klientova zdravotního stavu, skutečné či potencionální problémy, vytýčit plány na zhodnocení potřeb a poskytnout specifické ošetrovatelské zásahy na uspokojení těchto potřeb“* (11, - str. 164).

Při prvním kontaktu s klientem jsou velmi důležité vzájemné vztahy, které by měly být naplněny důvěrou. Sestra má mít vždy na paměti, že je hostem v klientově domě. Prostředí klienta může být odlišné od toho, které ona zná, přesto je nutno ho poznat a přijmout, aby byla poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče (18).

První fází ošetrovatelského procesu je posuzování. Svého klienta sestra hodnotí již při první návštěvě, ale posuzování musí probíhat při každé návštěvě klienta. Prvotní je anamnéza klienta a je zaznamenána do dokumentace (viz příloha č.5). V České republice zatím neexistuje jednotný systém dokumentace pro domáci péči. Objektivní data jsou získávána měřením, fyzickým vyšetřením a pozorováním klienta v jeho prostředí. Posuzuje se také vhodnost a bezpečí klientova prostředí. V rámci této fáze sestra zapojuje ostatní členy ošetrovatelského týmu. Zdravotní péče je pak indikována lékařem na základě všech zjištěných skutečností (7).

Na základě stanovených dat, sestra vytváří ošetrovatelské diagnózy ke zmapování potíží klienta a jeho rodiny. Ke stanovení diagnóz je možné použít diagnostický systém NANDA, který byl vytvořen Severoamerickou asociací pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku. Diagnostické prvky jsou zde rozděleny do třinácti domén, které představují specifické oblasti chování a projevu člověka (13).

Ve Spojených státech amerických sestry ke stanovení ošetrovatelských problémů používají zvláštní taxonomii, určenou pro domáci a komunitní péči (např. OMAHA klasifikační systém).

Dalším krokem je formulování individuálního plánu ošetrovatelských aktivit, který se vytváří na základě ošetrovatelských diagnóz stanovením cíle. Je nutné, aby cíl byl vždy stanoven společně s klientem a jeho rodinou. Krátkodobé cíle by se měly

zaměřit na akutní problematiku a plnění dlouhodobých cílů by mělo být umožněno v dlouhodobém časovém horizontu. Každý z cílů by měl obsahovat i ustanovení o časové relaci. Jsou zaměřeny na podporu, udržení nebo navrácení zdraví a na prevenci komplikací.

Stanovují se také očekávané výsledky péče, které vycházejí z důsledného hodnocení a diagnostiky a zajišťují kontinuitu a kvalitu ošetrovatelské péče. Sestra rozhoduje o způsobu provedení naplánovaných aktivit. Na závěr je potřeba zhodnotit klientův stav, zda došlo k naplnění cílů (6, 15).

1.4.2.3 Ošetrovatelské intervence v domácí péči

Prvním krokem při plánování ošetrovatelských intervencí v domácí péči je sestavení plánu péče, který se skládá ze dvou částí. Základní část se týká obecné problematiky, se kterou se setkáváme u všech klientů bez ohledu na základní diagnózu a na individuální plán, který se konkrétně zaměřuje na oblasti, které mají vztah k problémům klienta.

V rámci základního plánu ošetrovatelské péče sestry monitorují vitální funkce, poučí klienta i jeho rodinu o tom, jak komunikovat s lékařem, zkoumají správnost dávkování a podávání léků, vedle toho poučí klienta o možných vedlejších účincích léků. Doporučují klientovi správnou dietu a poučí ho o vhodné výživě. Sestry domácí péče by měly klienta i jeho rodinu rovněž poučit o základech aseptického chování (3, 10, 18).

1.4.2.4 Některé ošetrovatelské diagnózy v domácí péči

Inkontinence

Klienti domácí péče se potýkají se všemi formami inkontinence. Často bývá způsobena vedlejšími účinky léků, polymorbiditou, omezenou mobilitou či onemocněním močových ústrojí. Péče o inkontinentní klienty začíná určením příčiny. Dále se zajišťují vhodné podmínky, do nichž spadá například volný přístup na toaletu, vhodné oblečení či doporučení vhodných pomůcek a léčebné kosmetiky.

Následuje edukace klienta, kdy se sestra zaměřuje zvláště na dodržování zásad dostatečné hydratace. Inkontinence má často přímý vliv také na sociální a psychickou složku klienta. Někteří mohou trpět pocity méněcennosti a nesvěří se často ani svým lékařům či příbuzným. Izolují se od společnosti, mají pocity studu a snižuje se jejich sebeúcta. Sestra domácí péče se může stát jejich jedinou oporou a pomáhá klientům situaci zvládnout empatickým a vstřícným přístupem (23).

Imobilizace

Výkonná a účelná mobilita přináší každému člověku uspokojení, a tak lze konstatovat, že vytváří podobu jeho žití. Imobilita představuje naproti tomu pro jedince nehybnost, neschopnost se pohybovat a způsobuje řadu tělesných i psychických problémů. Imobilita představuje vysoké riziko vzniku řady nepříznivých fyzických i psychických problémů, jakými jsou: možnost vzniku dekubitů, pravděpodobnost vzniku trombóz a krevních sraženin, vznik uroinfekcí a močových kamenů, svalové atrofie a kontraktury. Může zapříčinit také osteoporózu, plicní komplikace, sociální osamělost, ztrátu soběstačnosti a celou řadu dalších obtíží.

Díky rozsahu a kvalitě poskytovaných služeb agenturami domácí péče lze zkrátit dobu hospitalizace na nezbytně krátkou dobu. V prostředí domova odpadá stresový faktor, který se často vyskytuje u hospitalizovaných. V lepší psychické pohodě se klient lépe a rychleji aktivizuje. Je schopen plnit roli v rámci své rodiny a svých blízkých a netrpí pocity smutku a osamělosti. Agentury mohou zajistit vysoce kvalitní péči o klienta ve spolupráci s fyzioterapeuty, ergoterapeuty a dalšími specialisty. Používají řadu účelných rehabilitačních a polohovacích pomůcek. Péče o imobilní klienty bývá často dlouhodobá a vyžaduje aktivní spolupráci klienta i jeho rodiny. Přesto se jedná v rámci našeho zdravotnictví o nejlevnější dostupnou péči (28).

Dekubity

Jsou aktuálním tématem a jedním z indikátorů kvality poskytované péče. Často vznikají v průběhu akutního onemocnění nebo po exacerbaci chronického onemocnění, často jako následek imobilizačního syndromu jak již bylo zmíněno. Preventivní péče

spočívá ve vyhledávání rizikových klientů, k čemuž může být použita hodnotící škála dle Nortonové (viz příloha č.4) a v aktivním polohování klienta. Sestra domácí péče v tomto směru musí zapojit rodinu. Poučit ji o pravidelnosti polohování a používání antidekubitárních pomůcek, nutnosti vyvážené a pravidelné stravy ve spolupráci s nutričním terapeutem, ošetřování kůže speciálními kosmetickými přípravky, profesionální hygienické péči, nutnosti používání čistého ložního prádla, aplikace filmových obvazů na predilekční místa. Profesionální léčba dekubitů v domácím prostředí se neliší od té v nemocnici (22).

Porušená integrita kůže

Každé porušení integrity tělesného krytu se nazývá rána. Sekundární ránou je označován proces hojení trvajícím déle než osm týdnů. Hojení chronických defektů představuje stále značný problém v ošetrovatelské praxi. O fyziologii procesu hojení ran není zdaleka vše známo, což s sebou přináší mnohé problémy zejména v případě patologického procesu hojení.

Mezi chronické rány se řadí: bércové vředy žilního i tepenného původu, diabetické vředy, dekubity, chronické vředy způsobené ozářením. Sterilní podmínky by měly být samozřejmostí v každém zdravotnickém zařízení a stejně je tomu také v domácím prostředí. K rychlejšímu zhojení přispívá také psychický stav klienta, který není zatížen stresem z náročných převozů do nemocnic případně pobytem v lůžkovém zařízení. V přístupu k léčbě chronické rány je nutný celostní a profesionální přístup a znalosti nejmodernějších metod v ošetrování. Chronické rány jsou také často komplikovány infekcemi, které bývají nozokomiálního původu (12, 22).

1.5 Potřeby nemocného obecně

Termín potřeba je chápán jako projev určitého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí a pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu. Prožívání konkrétního nedostatku ovlivňuje psychickou pohodu člověka tím, že zasahuje do oblasti pozornosti, myšlení, emocí a volných procesů. Lidské potřeby nejsou neměnné,

vyvíjejí se a kultivují a každý jedinec sám vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem.

Potřeby jsou tedy chápány jako základní motivy, vyjadřující nějaký subjektivní nedostatek, tedy narušenou psychickou nebo psychofyziologickou rovnováhu. Potřeby jsou určovány také kulturou, ve které se jedinec nachází a kterou je ovlivňován. Pojem potřeba je možno pojmut jednak ve významu biologickém, kdy potřeba vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy (homeostázy). Dále pak ve významu ekonomickém, kdy potřeby vyjadřují nutnost vlastnit konkrétní objekt. Význam psychologické potřeby je zcela specifický, vyjadřující psychický stav a je spojen s významem sociálním, vyjadřujícím nedostatky v sociálním životě jedince. Rozdělení potřeb odpovídá holistickému (celostnímu) přístupu k člověku. Jednotlivé potřeby se navzájem prolínají a ovlivňují (26).

Abraham Maslow vytvořil teorii motivace, ze které přímo vychází jeho hierarchická teorie potřeb, ve které je patrné těsné propojení filozofie a psychologie. Podle této teorie má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé motivy jsou silnější než jiné. Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému podle své naléhavosti. Až v okamžiku, kdy je uspokojena potřeba nižší (mezi které jsou řazeny potřeby fyziologické a potřeba bezpečí a jistoty), může dominovat potřeba vyšší (seberealizace, uznání, sounáležitost) a determinovat chování jednotlivce.

Existuje celá řada faktorů, které mohou měnit či znemožnit uspokojování potřeb člověka. Nemoc je zásadní pohnutkou, měnící potřeby a sama modifikuje způsob vyjádření potřeb. Sestry pomáhají nemocným v uspokojování jejich fyziologickým i psychických potřeb v celé škále konkrétních oblastí (13, 26).

1.5.2 Potřeby nemocného v domácí péči

Potřeby klienta hospitalizovaného v lůžkovém nemocničním zařízení a klienta se stejnou nebo podobnou diagnózou, kterému je indikována domácí péče se mohou značně lišit. Zatímco potřeby fyziologické – základní jsou v podstatě velmi podobné

u obou skupin (každý má stejnou potřebu spánku, vyprazdňování a podobně) potřeba jistoty a bezpečí bývá v nemocničním zařízení velice často neuspokojena. Již vytržení člověka ze známého prostředí domova nastává významný nedostatek zmíněné potřeby. Potřeba lásky a sounáležitosti díky hospitalizaci také často nemusí být naplněna, jelikož hospitalizovaný nemocný člověk se může cítit opuštěn a trpět odloučením od své rodiny a blízkých.

Způsob uspokojování potřeb klienta může určitým způsobem ovlivnit celá řada faktorů. Patří mezi ně: nemoc, individualita člověka, mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka i okolnosti, za kterých nemoc vzniká (18, 26).

1.6 Klienti Domácí péče

Domácí péče je poskytována všem indikačním skupinám bez rozdílu věku, pohlaví, etnické příslušnosti, náboženského vyznání nebo sociálního postavení.

Vždy je indikována ošetřujícím lékařem v případech, kdy to vyžaduje aktuální zdravotní stav klienta, není nutná hospitalizace v lůžkovém zařízení, ale přesto je klient plně nebo částečně závislý na pomoci druhé osoby (18).

1.6.1 Pooperační péče

Sestra v péči o klienta po operačním výkonu využívá znalosti a zkušenosti z chirurgického ošetřovatelství. Jedná se proces, ve kterém jsou aplikovány metody preventivní, diagnostické a terapeutické metodou ošetřovatelského procesu.

Aktivita sestry domácí péče jsou zaměřeny zejména na monitorování bolesti. Sledují její výskyt, pravidelnost v závislosti na biorytmech člověka, jakost, sílu, případně aplikují k jejímu tlumení analgetika. Dále sledují psychický stav klienta prostřednictvím komunikace, empatie a individuálního přístupu. Zajišťují ve spolupráci s rodinou a nižším zdravotnickým personálem péči o hygienu klienta včetně péče o pokožku a prevence dekubitů. Sledují pozorně hojení operační rány. Provádějí odběry biologického materiálu podle ordinace lékaře.

Klientovi je poskytnuta potřebná péče ve vlastním sociálním prostředí, kde není vystaven riziku přenosu nozokomiální nákazy, které se v lůžkovém zařízení vyskytuje. Domácí péče zde plynule navazuje na jednodenní či ambulantní chirurgii, případně na hospitalizaci v lůžkovém zařízení. Umožňuje klientům rychlejší uzdravení a aktivizaci, výrazně šetří náklady na zdravotní péči a přitom je péče zajišťována kvalifikovanými sestrami, lékaři i rehabilitačními pracovníky. Péče by měla být v kvalitě adekvátní péči v nemocnici (12, 19).

1.6.2 Poúrazová péče

Je indikována klientům, u nichž nedošlo ke ztrátě vědomí, nehrozí riziko komplikací a je možno je bezpečně ošetřovat v domácím prostředí. Poúrazová péče vyžaduje široké psychologické poznatky, protože u klientů po úrazech mohou nastat velké psychické změny. V poúrazových stavech se jedná o prožívání traumatu, adaptace na nový stav, odraz tělesného postižení na duševním stavu klienta. Tento stav sestry pečlivě sledují a monitorují a soustředí se na změny psychiky.

Péče je vždy nastavena podle druhu úrazu. Sestry se snaží udržet pohybovou úroveň ve spolupráci s rehabilitačními pracovníky a fyzioterapeuty. Dále se zaměřují na polohování. Je potřeba v tomto směru zapojit rodinu a poučit je, jak správně a pravidelně klienta polohovat. Rodina by měla vědět o riziku vzniku dekubitů, vědět jak správně pečovat o pokožku pravidelnými masážemi a zajistit vhodné ložní prádlo. Sestry aktivně monitorují bolest a ve spolupráci s lékařem volí vhodnou léčbu bolesti. Odborně ošetřují rány a poranění, zajišťují hygienu ve spolupráci s dalšími pracovníky domácí péče. Mají potřebné pomůcky, které umožňují i dlouhodobou péči o klienty (12, 18).

1.6.3 Dlouhodobá domácí péče

Tato forma péče je určena chronicky nemocným, u kterých je zapotřebí dlouhodobá a pravidelná péče o zdravotní i duševní stav. Nejčastěji se jedná o klienty po cévních mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, diabetem mellitem, klienty

s plegiemy, duševním onemocněním či chronickou bolestí. Tato péče je poskytována v rozsahu několika týdnů, měsíců až let.

„*Cévní mozkovou příhodu považujeme za onemocnění kardiovaskulárního systému s následným poškozením neurologických funkcí*“ (8, str. 115). Sestry se soustředí především na rehabilitaci přetrvávajících neurologických poruch. Sledují frekvenci, závažnost a charakter bolestí hlavy, protože opakující se bolest hlavy je příznakem hrozící recidivy. Sestra by měla klienta i jeho rodinu poučit o správném měření pulsu, včetně vyhledání místa měření. Klient může trpět různým stupněm únavy, přesto je nutné klást důraz na tělesná cvičení. Klient by se měl naučit jak sledovat činnost střevní a sledovat příjem a výdej tekutin. Sestra by měla doporučit omezení rizikových faktorů jakými jsou kouření, alkohol a náročný životní styl.

Klient s čerstvě diagnostikovaným diabetem mellitem, který je převeden na inzulin, si vyžaduje komplexní edukační plán výuky postihující psychologické i fyziologické aspekty onemocnění. Klient s dlouhodobou anamnézou diabetu může potřebovat podobnou péči, neboť často může zapomínat na doporučení a rady ztrácejí svou důležitost. Sestry u těchto klientů sledují stav pokožky a nohou a sledují vyšetření krve a moči. Upozorní klienta i jeho rodinu na možnost výskytu hyperglykémie i hypoglykémie a důsledně je poučí, jak se mají v takové situaci chovat. Důležitou součástí péče o klienta je diabetická výživa. Sestra by si měla najít dostatek času, aby v tomto směru klientovi vše vysvětlila (7, 18, 21).

1.6.3.1 Gastroenterologická onemocnění

V popředí ošetrovatelských intervencí je péče o stomie. Většina klientů se stomií má pomůcky u sebe doma a umí s nimi pracovat. Sestry domácí péče sledují změny na stomii, různé problémy či komplikace a nabídnou podle potřeby spolupráci s kožním či chirurgickým lékařem. Ošetrovatelská péče zahrnuje také edukaci klienta popřípadě rodinného příslušníka o vhodné stravě, ale i o novinkách v péči o stomii. Důležitý je také aktuální psychický stav klienta, který sestra empaticky sleduje. Po velkých střevních resekcích jsou klientům aplikovány různé formy výživy. U těchto stavů jsou nutná konzilia chirurgů či gastroenterologů (12).

1.6.3.2 Onkologická onemocnění

Rodina klienta s onkologickým onemocněním na sebe jistě bere nelehké břemeno, pokud se rozhodne pečovat o svého blízkého v domácnosti. Pro rodinu i samotného klienta představuje samotný fakt výskytu nádorového onemocnění obrovskou psychickou, emocionální, fyzickou i sociální zátěž. Úkolem sestry i celého týmu domácí péče je pomoci toto břemeno ulehčit v co nejvyšší možné míře.

Sestra musí mít v první řadě komplexní znalosti týkající se etiologie, diagnostiky, léčby nádorového onemocnění včetně nežádoucích účinků léčby a možného vzniku komplikací. Měla by být schopna poskytnout informace, které si klient a jeho rodina žádá. Sestra aktivně pečuje o psychickou pohodu klienta s využitím empatie, aktivního naslouchání, objasňováním problémů a zajišťování výsledků a adekvátních komunikačních dovedností.

Zásadním úkolem domácí péče o onkologického klienta je zvládnutí bolesti. Bez toho by nebyla tato forma péče vůbec možná. Je nutno nejprve zjistit lokalizaci a intenzitu bolesti, v jaké časové frekvenci se bolest objevuje a za jakých okolností. K tomu poslouží škály hodnocení bolesti za tímto účelem vytvořené. Bolest je léčena jednak farmakologickými metodami, jakými jsou například analgetika (opioidní a neopioidní) a adjuvantní analgetika a dále pak nefarmakologickými metodami. Mezi ty se řadí fyzikální terapie (hydroterapie, terapie teplem, chladem, vibracemi, cvičením), alternativní a doplňkové terapie (aromaterapie, muzikoterapie, haptika, jóga, akupunktura) a kognitivní a behaviorální přístupy (meditace, hypnóza).

V průběhu léčby onkologického onemocnění se často vyskytuje řada nepříznivých účinků nádorové léčby. Tyto účinky se vyskytují zejména jako odpověď organismu na chemoterapii, radioterapii, ale i chirurgickou léčbu a bioterapii. Jedná se například o potíže s dutinou ústní, únavu, poruchy výživy, zácpu, průjem, a další. Sestry aplikují ošetrovatelské intervence adekvátně k jednotlivým ošetrovatelským problémům.

Velice důležitou složkou onkologické léčby je péče o psychický stav klienta, jak již bylo zmíněno. Klient i jeho rodina mohou vnímat situaci spojenou s onemocněním

jako krizovou, a to může mít na psychiku klienta neblahý vliv. V případě hospitalizace klienta v nemocničním zařízení může být pocíťován smutek v souvislosti s odloučením od rodiny, nemožnosti sdílení citů s rodinou či narušení fungování v rámci náležití role v rodině. V domácím prostředí se klient může snáze vyrovnávat s nepříznivými faktory onemocnění i léčby. Sestry, které se starají o své klienty, znají i jejich prostředí domova a mohou intuitivně snáz pochopit, co jejich klienty trápí a hovořit s nimi také o existenciálních otázkách, neboť k nim klienti často mívají důvěru (10, 16, 20).

1.6.3.3 Psychická onemocnění

Sestry v této oblasti dbají zejména o to, aby nedocházelo ke zbytečné dekompenzaci stavu u klienta. Proto je velmi důležité tento stav pravidelně monitorovat a v případě změn ihned informovat lékaře psychiatra. Kontinuální péče u těchto klientů přispívá významně ke kvalitě klientova života i jeho blízkých. Klient je v domácím prostředí motivován k životu „ve vlastní režii“ a je takto osvobozen od patologicky závislých vztahů.

Sestry poskytují farmakoterapii, předepsanou lékařem. Starají se o resocializaci klienta a snaží se v co největší míře o jeho aktivizaci. Klientovi je také poskytována ošetrovatelská péče, která se skládá ze standardních úkonů. Dále podpůrná psychoterapie, kdy se využívá spolupráce s psychologem a dalšími specialisti ve spolupráci s rodinou. Podpora a vzdělávání rodiny a blízkých představuje důležitý faktor bránící možnému odcizení klienta od rodiny v případě hospitalizace.

Péče o klienty s psychickými onemocněními je poměrně odlišná od práce s jinými diagnostickými skupinami klientů. Navázání blízkého vztahu s klientem může být v domácím prostředí o něco jednodušší než v ústavní hospitalizaci a je základním atributem poskytované kvalitní péče. Osobnost sestry zde významně ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče. Jsou nutné osobnostní předpoklady – sestra musí dosáhnout určité úrovně sebezpoznání. Nevyhnutelným předpokladem pro tento druh péče je znalost symptomatologie duševních poruch. Neznalost v tomto případě může vést k fatálním chybám v přístupu.

V psychiatrické léčebně, nebo jiné formě ústavní hospitalizace klienta s psychickým onemocněním je klient vytržen z reálného života a to nemusí vždy zůstat bez následků. Mnohé symptomy onemocnění mohou být projevem hospitalismu. Potřeby klienta nejsou v ústavní léčbě vždy plně zohledněny a naplňovány. Často chybí prostor pro uplatnění a rozvíjení sociálních dovedností.

Domácí hospitalizace představuje dostupnou formu léčby, která je dobře propojena s dílčími službami a probíhá v přirozeném prostředí klienta, přičemž jsou eliminovány negativní důsledky ústavní hospitalizace. Individuální potřeby klienta jsou identifikovány a hledají se různé možnosti jejich naplnění (5, 14, 27).

1.6.3.4 Péče o geriatrické klienty

Cílem geriatrické domácí péče u klienta je uchování si dobrého zdraví, včasné rozpoznání akutního onemocnění a jeho léčba, monitorování a léčba chronických chorob. Mělo by být dosaženo co největší aktivity, funkční zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí obvyklém pro klienta. K určení stupně soběstačnosti klienta slouží různé hodnotící škály – například Bartholův test (viz příloha č. 3).

Současným trendem je snižující se úmrtnost, prodlužování střední délky života, zvyšování počtu seniorů a tento trend, jak ukazují výzkumy bude nejen u nás, ale v celém světě i nadále pokračovat. Vyšší věk sebou ale přináší řadu chronických i degenerativních onemocnění a vyznačuje se celkovou vyšší morbiditou i polymorbiditou. Nejčastějšími chorobami ve vyšším věku jsou na prvním místě kardiovaskulární choroby (všechny formy ischemické choroby srdeční, hypertenze, ikty), dále pak nemoci pohybového aparátu (osteoporóza, artróza), metabolická onemocnění, gastrointestinální a respirační onemocnění.

Ústavní hospitalizace představuje pro starší organizmus vždy určitou zátěž, hrozí riziko nozokomiálních nákaz, bývá narušena psychická pohoda člověka. V současné době směřuje zdravotnictví spíše k vytěsnění chronických a dlouhodobých onemocnění z nemocničních zařízení v souvislosti s vysokou nákladovostí do alternativních zařízení jakými jsou léčebny dlouhodobě nemocných nebo právě domácí péče (7, 9).

1.6.4 Preventivní péče

Uplatňuje se zejména v terciární sféře, kde se zaměřuje na zábranu rozvoje komplikací již existujícího onemocnění. Sestry mají na starosti zejména pravidelnou monitoraci fyziologických parametrů, odběry biologického materiálu k vyšetřením, sledování psychického stavu klienta, jeho vědomí a podobně. V rámci členů agentur domácí péče jsou organizovány preventivní programy na podporu zdraví a udržení psychické i sociální stability (19).

1.6.5 Domácí hospicová péče

Tato forma péče nabízí nepřetržité doprovázení klienta v preterminálním a terminálním stádiu onemocnění až do jeho smrti. Hlavní podíl péče je tvořen blízkými klienta za podpory multidisciplinárního týmu. Domácí hospicová péče by měla být v ideálním případě volena jako první a lůžková péče by na ni měla navazovat až v případě, kdy není domácí ošetřování možné.

Důležitou intervencí pro sestry je podpora domácích ošetřovatelů – rodiny. Péče o umírajícího je pro její členy velice náročná po fyzické i psychické stránce. Mnohdy musí úplně změnit svůj život a přehodnotit své priority. Velikou zátěží pro rodinu bývá případná psychická změna klienta. Na místě je pak také spolupráce s psychologem či duchovním. U pečujících laiků je potřeba podpořit jejich ochotu pomoci svému umírajícímu blízkému a naučit je dovednostem, jak správně pečovat i v případě složitějších ošetřovatelských výkonů.

U klienta pak sestry pomáhají naplnit jeho potřeby sociální, psychické, duchovní i biologické a zachovat jeho integritu a důstojnost jak jen to bude možné. Domácí prostředí a zázemí hraje v tomto ohledu nezastupitelnou roli. Pomáhá nemocnému vyrovnat se s nepříznivou prognózou.

Sestry zaměřují svou pozornost u klientů s infaustní prognózou na celou řadu aspektů. Důležité je zejména zvládání bolesti dostupnými prostředky ve spolupráci s lékařem. Bojují také se slabostí, únavou, dýchacími obtížemi, nespavostí. Snaží se eliminovat pocity strachu ze ztráty sebekontroly, nepochopení či pocity viny. Naopak se

snaží přimět klienta k jistotě, že jeho život nebyl prožitý nadarmo, pomoci mu, aby se smířil se sebou samým a ponechat mu také určitou naději.

Podle Blanky Misconiové je přibližně 23% z poskytované domácí péče věnováno umírajícím a jejich blízkým (4, 16, 20).

1.7 Vývoj domácí péče

V současné době je patrný vývoj domácí péče v několika směrech. Zaznamenat můžeme zvyšující se počet obcí, které participují na poskytování domácí péče. V péči o specifické skupiny klientů, jako jsou chronicky či dlouhodobě nemocní – diabetici, kardiaci, alergici je zaznamenána kontinuita mezi ambulantní odbornou péčí a péčí agentur domácí péče. Do budoucna je usilováno o posílení koordinace oboru s ostatními obory v systému zdravotní a sociální péče. Agentury monitorují stav klienta, signalizují eventuální změny včas, tak aby nedocházelo k nežádoucímu a zbytečnému poškození zdraví klienta a tím následně k vynakládání dalších finančních prostředků na jeho léčbu. Zvyšuje se počet lůžkových zařízení, která spolupracují s agenturami domácí péče, v mnoha případech jsou přímo zřizovateli agentur. Je patrné rozšiřování spolupráce s nevládními organizacemi – zejména se jedná o seniory, v oblasti činnosti dobrovolníků. Agentury domácí péče spolupracují také se školami všech typů. Mají nezastupitelnou úlohu v edukaci o životním stylu, pomoci k svépomoci, organizují preventivní programy, osvětu a celou škálu dalších činností.

Rezervy jsou pozorovatelné v oblasti finančního podílu od sponzorů. Nedostatečně jsou využity také dotace se zahraničí, zejména co se týká strukturálních fondů Evropské unie. V České republice zahraničních dotací využívá asi 54 agentur, což je v poměru k celkovému počtu agentur poněkud zanedbatelné číslo. Domácí péče v České republice ve variantních modelech nabízí státu, komunitě i jedinci specifickou nabídku aktivit, které jsou realizovány v rámci adresnosti zdravotní a sociální péče. Výhodou domácí péče v České republice je její flexibilita, schopnost improvizace sester, lékařů a dalších členů týmu agentur domácí péče. Využívají své znalosti a zkušenosti získané v lůžkových i ambulantních zdravotnických zařízeních při terapeutických, diagnostických i ošetrovatelských postupech v domácí péči.

V době, kdy zdravotnické systémy prodělávají reformy a jsou kladeny obrovské nároky na ekonomičnost poskytované péče při vysoké kvalitě je domácí péče výbornou alternativou. Ideou moderního zdravotnického systému je podpořit zájem jedince i komunity na svém vlastním zdraví, udržení vnějšího i vnitřního souladu člověka s prostředím. Domácí péče je lidštější formou péče, s důrazem na individualitu jedince (7).

Tato bakalářská práce by měla syntézou zjištěných teoretických poznatků a následujících praktických skutečností zmapovat současnou situaci v domácí péči. Zjistit, jaký význam vidí laická veřejnost v domácí péči a o jaké klienty se agentury domácí péče starají.

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit skladbu klientů a rozsah péče agentur Domácí péče.

Cíl 2: Zjistit, jaký význam vidí laická veřejnost v Domácí péči.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Největší počet klientů Domácí péče tvoří dlouhodobě nemocní.

Hypotéza 2: Agentury Domácí péče poskytují péči o duševně nemocné.

Hypotéza 3: Laická veřejnost neví, jaká jsou pozitiva domácí péče.

Hypotéza 4: Laická veřejnost neví, jaké jsou formy Domácí péče.

3. Metodika

3.1 Použité metody

K tématu „Domácí péče a její význam“ bylo provedeno kvantitativní šetření. Studie si klade za cíl jednorázově zmapovat názory a povědomí laické veřejnosti a sester agentur domácí péče.

Byla použita metoda dotazování technikou dotazníku. Šetření mělo být původně zacíleno do Jihočeského a Středočeského kraje, přičemž měly být výsledky porovnány. Vzhledem k malému počtu sester domácí péče v Jihočeském kraji a neochotě některých agentur spolupracovat však musel být výzkum rozšířen na celou Českou republiku, kdy byly dotazníky náhodně vybraným agenturám zasílány poštou. Výzkum byl proveden v době mezi lednem 2008 a březnem 2008.

V obou dotaznících jsou kladeny otevřené i uzavřené dotazy. Dotazníky byly zvoleny z důvodu možnosti oslovení širšího počtu respondentů. Zároveň byla tato forma pro respondenty šetrná vzhledem k časové nenáročnosti a zachované anonymitě, čímž byla podpořena také větší návratnost. Ve výsledcích jsou použity koláčové grafy, které byly zvoleny s ohledem na vysoký počet možných odpovědí v jednotlivých otázkách a vyšší míru přehlednosti.

Dotazníky u obou výzkumných souborů obsahovaly identifikační dotazy týkající se věku, pohlaví, vzdělání, délky praxe v oboru. Další otázky byly zaměřeny na zjištění informovanosti o domácí péči a vztahu respondentů k ní. Ve druhém dotazníku určeném pro sestry agentur domácí péče byly položeny otázky zaměřené na zjištění rozsahu péče a skladby klientů.

3.2. Charakteristika výzkumných souborů

První výzkumný soubor byl tvořen laickou veřejností náhodně vybranou v regionu Českých Budějovic, Příbrami, Benešově a Sedlčanech. Celkem bylo rozdáno

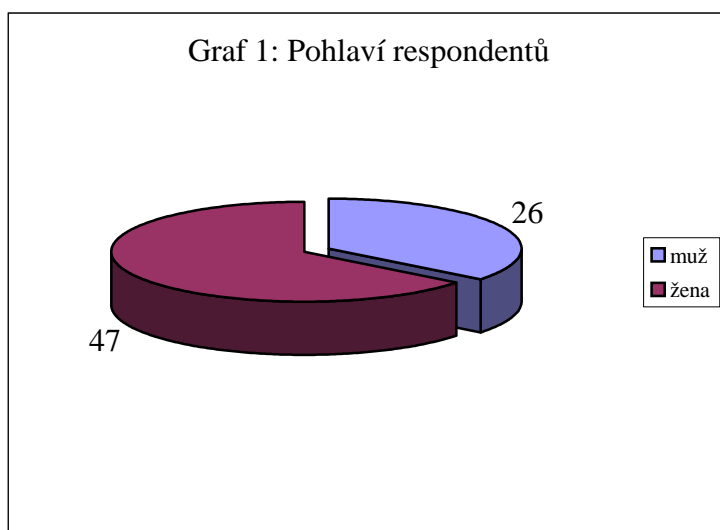
100 dotazníků. Návratnost činila v počtu 73 dotazníků tj. 73%. Ve výzkumu bylo dohromady použito všech 73 dotazníků tj. 73%. Dotazník obsahoval 18 otázek, z toho 7 uzavřených, 8 polouzavřených a 3 otevřené.

Druhý výzkumný soubor byl tvořen sestrami agentur domácí péče, které byly vybrány náhodným výběrem v regionu Českých Budějovic, Prahy, Příbrami, Brna a Benešova. Celkem bylo rozdáno sestrám do agentur domácí péče 100 dotazníků. Návratnost činila v počtu 60 dotazníků tj. 60%. Ve výzkumu bylo použito dohromady 52 dotazníků tj. 52 %. Dotazník pro sestry obsahoval 21 otázek, z toho 6 uzavřených, 14 polouzavřených a 1 otevřenou.

4. Výsledky

4.1. Dotazník pro laickou veřejnost

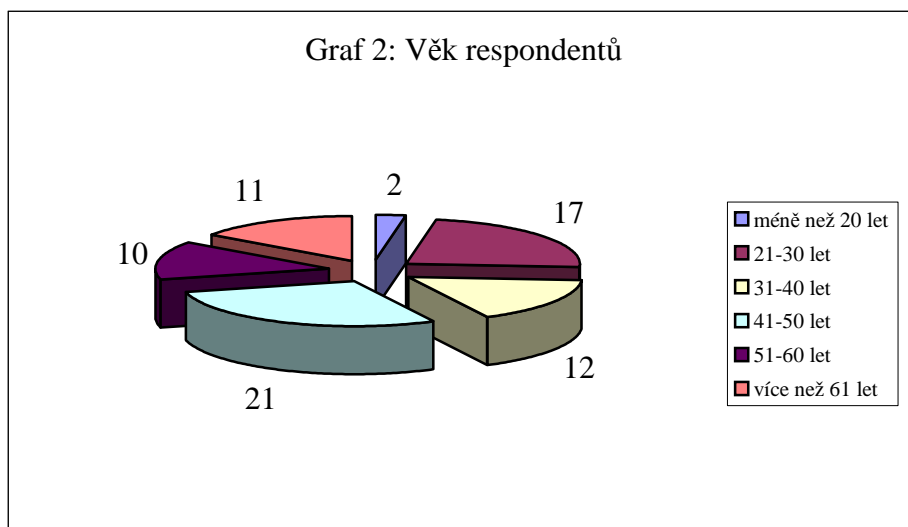
Všechny uvedené grafy znázorňují odpovědi v absolutních číslech.



Tabulka 1:

| Pohlaví | Počet | % |
|---------|-------|------|
| muž | 26 | 35,6 |
| žena | 47 | 64,4 |

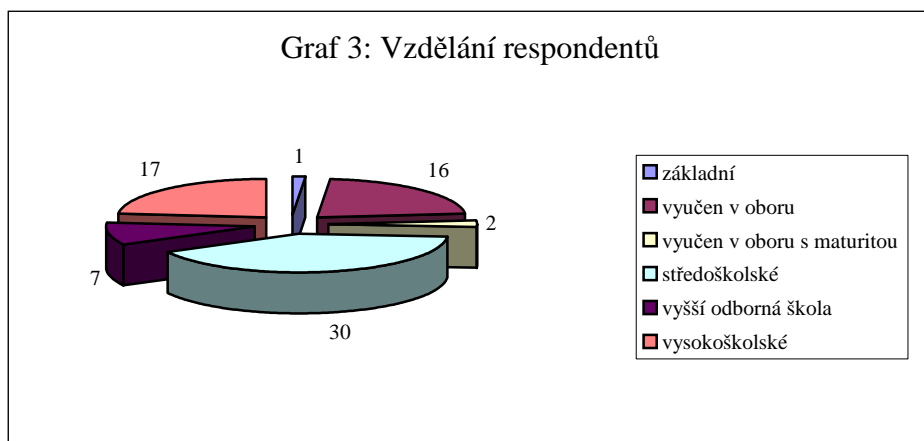
V první otázce v dotazníku bylo zjišťováno pohlaví respondentů. Na grafu 1 je zobrazeno, že výzkumný vzorek tvořilo 26 mužů (35,6%) a 47 žen (64,4%).



Tabulka 2:

| Věk | Počet | % |
|-----------------|--------------|----------|
| méně než 20 let | 2 | 2,7 |
| 21-30 let | 17 | 23,3 |
| 31-40 let | 12 | 16,4 |
| 41-50 let | 21 | 28,8 |
| 51-60 let | 10 | 13,7 |
| více než 61 let | 11 | 15,1 |

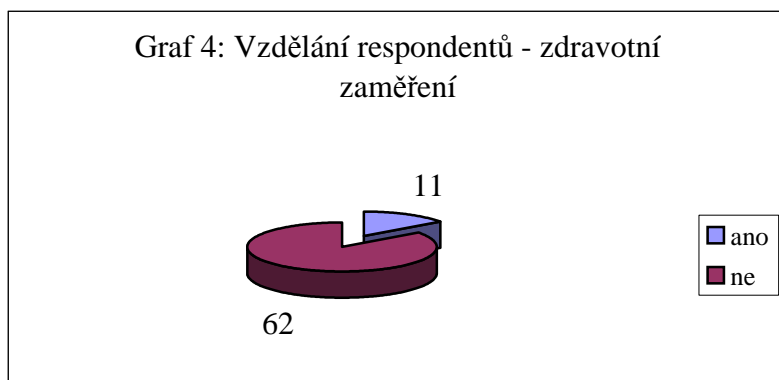
Ve druhé otázce jsme se zabývali věkem respondentů. Na grafu 2 je zobrazeno, že 2 respondenti (2, 7%) byli mladší než 20 let. 17 respondentů (23, 3%) bylo ve věku 21 – 30 let. 12 respondentů (16, 4 %) bylo ve věku 31 – 40 let. 21 respondentů (28, 8%) ve věku 41 – 50 let. 10 respondentů (13, 7%) bylo ve věku 51 – 60 let a 11 respondentům (15,1%) bylo více než 60 let.



Tabulka 3:

| Vzdělání | Počet | % |
|----------------------------|-------|------|
| základní | 1 | 1,4 |
| vyučen v oboru | 16 | 21,9 |
| vyučen v oboru s maturitou | 2 | 2,7 |
| středoškolské | 30 | 41,1 |
| vyšší odborná škola | 7 | 9,6 |
| vysokoškolské | 17 | 23,3 |

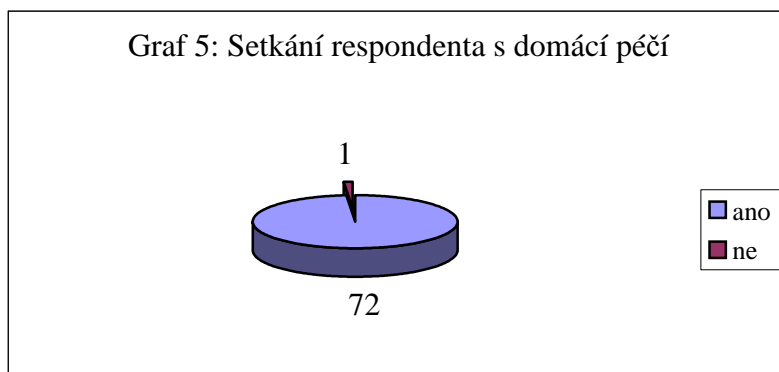
Na grafu 3 jsou zobrazeny odpovědi na otázku jaké vzdělání mají respondenti. Pouze 1 respondent (1, 4%) uvedl základní vzdělání. Vyučen v oboru uvedlo 16 respondentů (21, 9%) a vyučen s maturitou 2 respondenti (2,7%). Respondentů se středoškolským vzděláním bylo 30 (41, 1%). Vyšší odbornou školu uvedlo 7 respondentů (9, 6%) a vysokoškolské vzdělání 17 (23, 3%) respondentů.



Tabulka 4:

| Vzdělání - zdravotní zaměření | Počet | % |
|--------------------------------------|--------------|----------|
| ano | 11 | 15,1 |
| ne | 62 | 84,9 |

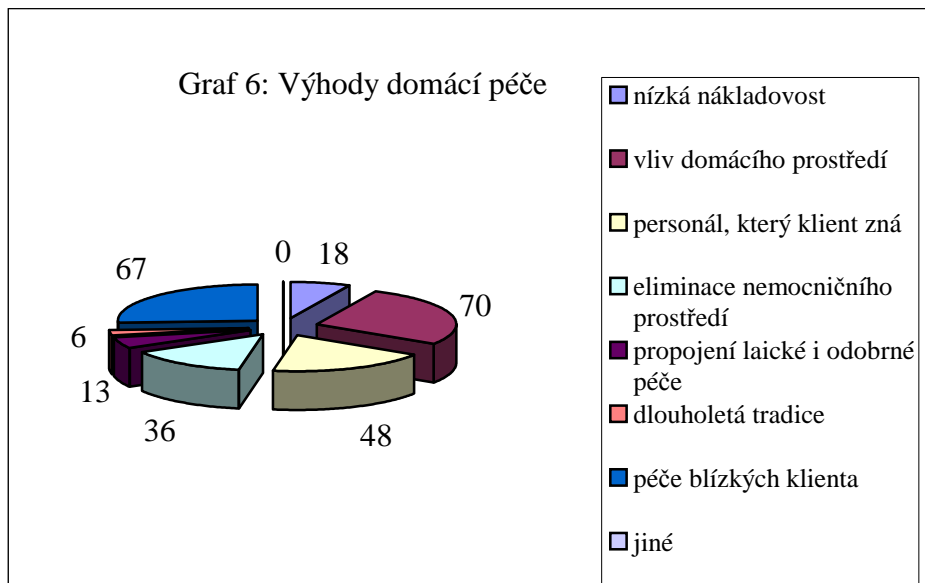
Zda mají dotazovaní vzdělání zdravotnického zaměření je zobrazeno na grafu 4. 11 respondentů (15,1%) uvedlo vzdělání se zdravotním zaměřením. 62 respondentů (84, 9%) vzdělání zdravotního zaměření nemá.



Tabulka 5:

| Setkání s domácí péčí | Počet | % |
|------------------------------|--------------|----------|
| ano | 72 | 98,6 |
| ne | 1 | 1,4 |

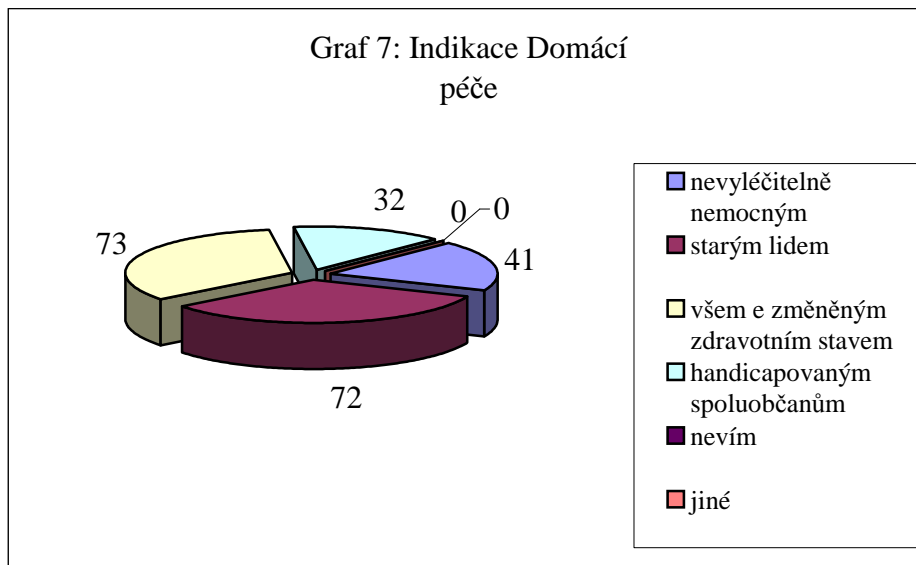
Graf 5 popisuje, zda se respondenti již někdy setkali s pojmem domácí péče. 72 respondentů (98,6%) se někdy setkalo s domácí péčí. 1 respondent (1, 4%) se s tímto typem péče nikdy neseťkal.



Tabulka 6:

| Výhody domácí péče | Počet | % |
|----------------------------------|-------|------|
| nízká nákladovost | 18 | 7 |
| vliv domácího prostředí | 70 | 27,1 |
| personál, který klient zná | 48 | 18,6 |
| eliminace nemocničního prostředí | 36 | 13,9 |
| propojení laické i odborné péče | 13 | 5,0 |
| dlouholetá tradice | 6 | 2,3 |
| péče blízkých klienta | 67 | 26 |
| jiné | 0 | 0,0 |

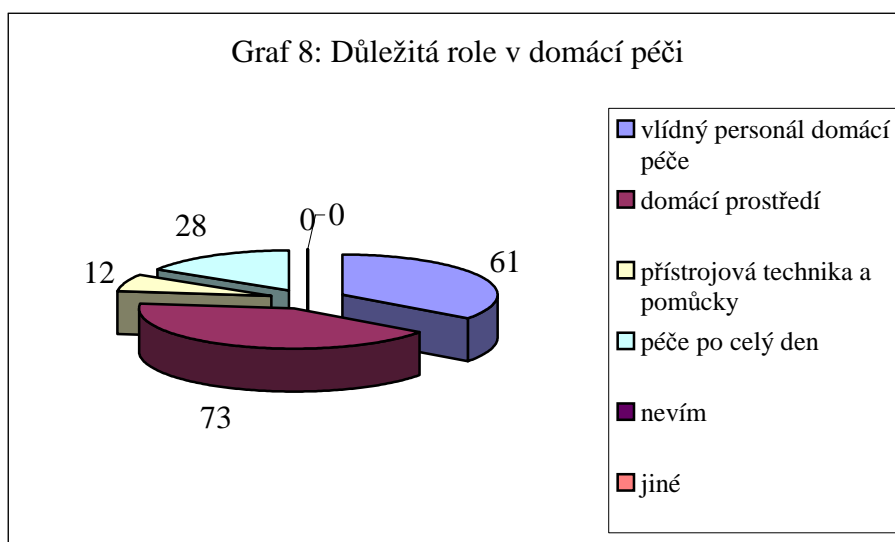
Na grafu 6 je zobrazeno vyjádření názorů respondentů na výhody domácí péče. V dotazníku byla možnost výběru vícečetných odpovědí. V otázce byla možnost výběru vícečetných odpovědí. Pro 18 respondentů (7%) je výhodou domácí péče nízká nákladovost. 70 respondentů (27,1%) uvedlo vliv domácího prostředí. 48 respondentů (18,6%) personál, který klient zná. 36 respondentů (13,9%) eliminaci nemocničního prostředí a nákaz. 13 respondentů (5%) zmínilo propojení laické i odborné péče. 6 respondentů (2,3%) uvedlo dlouholetou tradici, 67 respondentů (26%) péči blízkých klienta.



Tabulka 7:

| Indikace Domácí péče | Počet | % |
|------------------------------------|--------------|----------|
| nevléčitelně nemocným | 41 | 18,8 |
| starým lidem | 72 | 33 |
| všem se změněným zdravotním stavem | 73 | 33,5 |
| handicapovaným spoluobčanům | 32 | 14,7 |
| nevím | 0 | 0,0 |
| jiné | 0 | 0,0 |

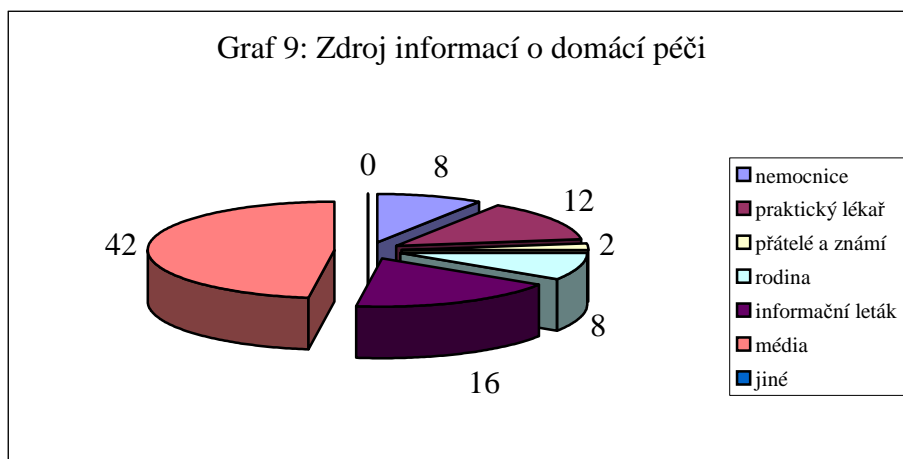
Komu je podle respondentů domácí péče hlavně indikována popisuje graf 7. V dotazníku byla možnost výběru vícečetných odpovědí. V otázce bylo možno vybrat z vícečetných odpovědí. Domácí péče je podle 41 respondentů (18, 8%) respondentů indikována nevléčitelně nemocným. Podle 72 respondentů (33%) starým lidem. 73 respondentů (33, 5%) si myslí, že všem se změněným zdravotním stavem. 32 respondentů (14, 7%) uvádí handicapované spoluobčany.



Tabulka 8:

| Důležitá role v domácí péči | Počet | % |
|------------------------------------|--------------|----------|
| vlídný personál domácí péče | 61 | 35 |
| domácí prostředí | 73 | 42 |
| přístrojová technika a pomůcky | 12 | 6,9 |
| péče po celý den | 28 | 16,1 |
| nevím | 0 | 0,0 |
| jiné | 0 | 0,0 |

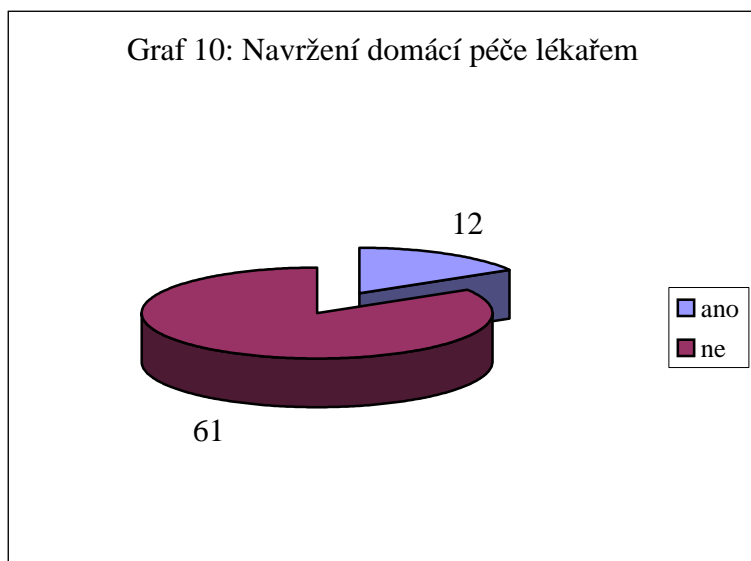
Jaký faktor hraje důležitou roli v domácí péči popisuje graf 8. V dotazníku byla možnost výběru vícečetných odpovědí. Podle 61 (35%) respondentů hraje důležitou roli v domácí péči vlídný personál. 73 (42%) z nich považuje za důležité domácí prostředí a 12 (6, 9%) přístrojovou techniku a pomůcky. 28 (16, 1%) respondentů uvedlo péči po celý den.



Tabulka 9:

| Zdroj informací o Domácí péči: | Počet | % |
|---------------------------------------|--------------|----------|
| nemocnice | 8 | 9,1 |
| praktický lékař | 12 | 13,6 |
| přátelé a známí | 2 | 2,3 |
| rodina | 8 | 9,1 |
| informační leták | 16 | 18,2 |
| média | 42 | 47,7 |
| jiné | 0 | 0,0 |

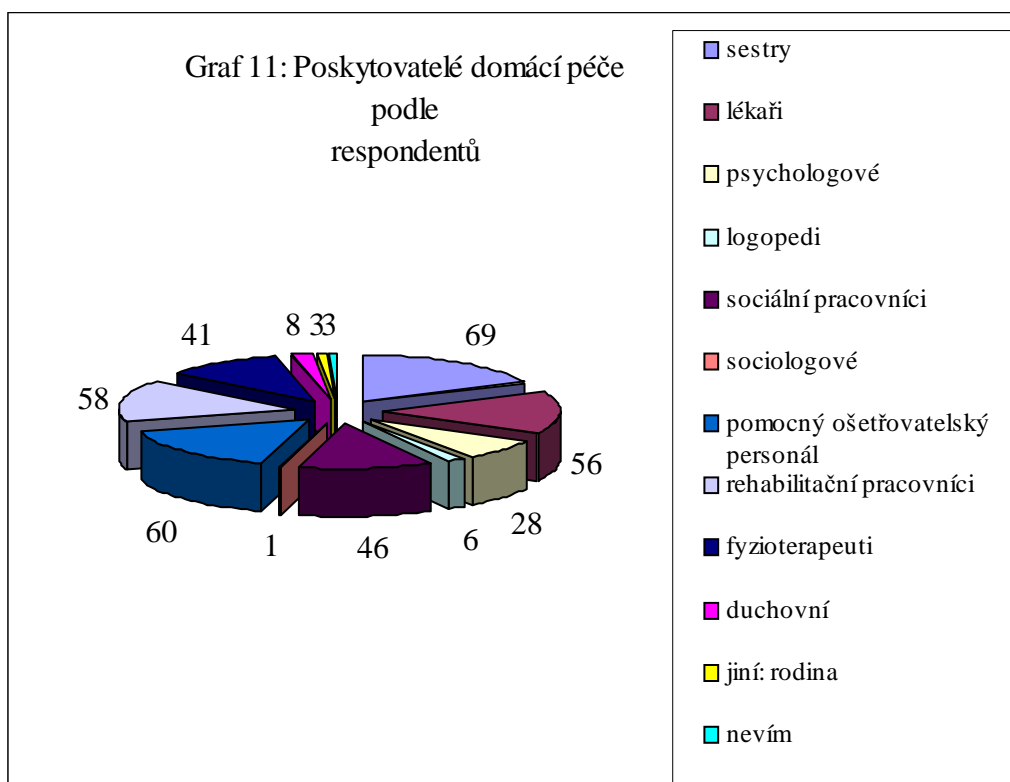
Z jakého zdroje mají respondenti informace o domácí péči nám popisuje graf 9. V dotazníku měli respondenti možnost výběru vícečetných odpovědí. Zdrojem informací o domácí péči pro 8 (9, 1%) respondentů je nemocnice a pro 12 (13, 6%) praktický lékař. Nejdůležitějším zdrojem pro 42 (47, 7%) respondentů jsou média. 16 (18, 2%) zmínilo informační leták. Pro 8 (9,1%) respondentů představuje zdroj informací o domácí péči rodina a pro 2 (2, 3%) přátelé a známí.



Tabulka 10:

| Navržení domácí péče lékařem | Počet | % |
|-------------------------------------|--------------|----------|
| ano | 12 | 16,4 |
| ne | 61 | 83,6 |

Graf 10 zobrazuje, zda respondentovi někdy navrhl domácí péči lékař. 12 (16,4%) respondentům byla navržena domácí péče lékařem a 61 (83,6%) nikoliv.

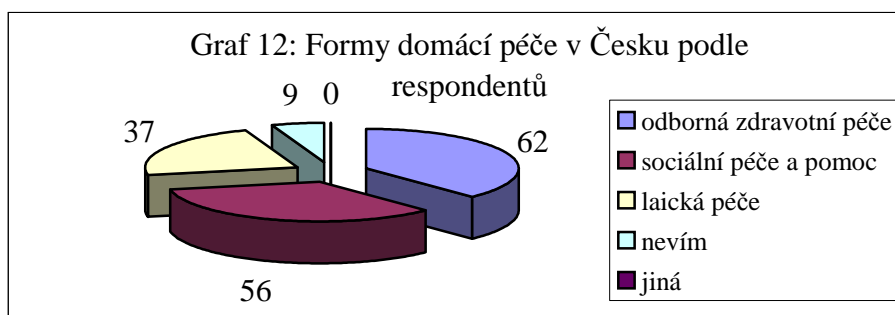


Tabulka 11:

| Poskytovatelé Domácí péče | Počet | % |
|---------------------------------|-------|------|
| sestry | 69 | 18,2 |
| lékaři | 56 | 14,8 |
| psychologové | 28 | 7,4 |
| logopedi | 6 | 1,6 |
| sociální pracovníci | 46 | 12,1 |
| sociologové | 1 | 0,3 |
| pomocný ošetrovatelský personál | 60 | 15,8 |
| rehabilitační pracovníci | 58 | 15,3 |
| fyzioterapeuti | 41 | 10,8 |
| duchovní | 8 | 2,1 |
| jiní: rodina | 3 | 0,8 |
| nevím | 3 | 0,8 |

Na grafu 11 je zobrazeno, kdo podle mínění respondentů poskytuje domácí péči. 69 (18, 2%) respondentů se domnívá, že domácí péči poskytují sestry. 56 respondentů (14, 8%) uvedlo lékaře, 28 (7, 4%) psychology, 46 (12,1%) sociální pracovníky. 60

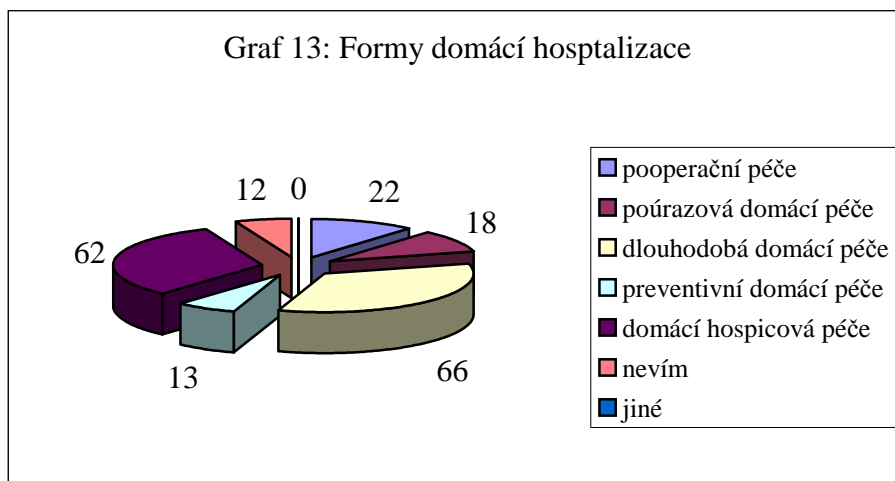
(15, 8 %) respondentů uvedlo pomocný ošetrovatelský personál a 58 (15, 3%) rehabilitační pracovníky. Podle 41 (10, 8%) respondentů poskytují domácí péči také fyzioterapeuti. 8 (2, 1%) respondentů uvedlo v dotazníku duchovní a 6 (1, 6%) dotazovaných zmínilo logopedy. Po 3 (0, 8%) respondentech odpovídalo v dotazníku v možnosti jiní rodina a stejně 3 respondenti uvedli, že nevědí, kdo domácí péči poskytuje.



Tabulka 12:

| Formy domácí péče v Česku | Počet | % |
|----------------------------------|--------------|----------|
| odborná zdravotní péče | 62 | 37,8 |
| sociální péče a pomoc | 56 | 34,2 |
| laická péče | 37 | 22,6 |
| nevím | 9 | 5,5 |
| jiná | 0 | 0,0 |

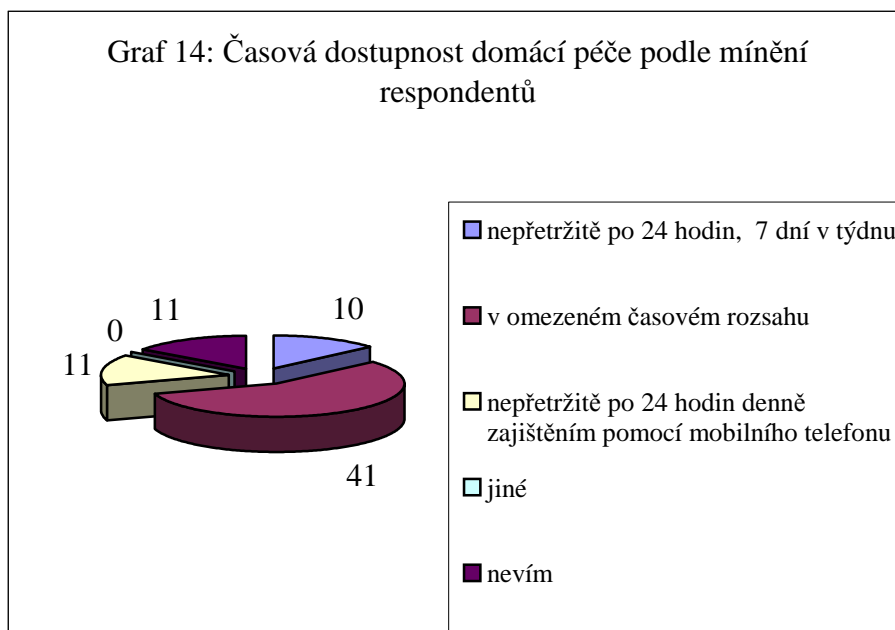
Jaké jsou formy poskytované domácí péče v České republice popisuje graf 12. V otázce byla možnost vícečetných odpovědí. Podle mínění 62 (37, 8%) respondentů je v České republice poskytována odborná zdravotní forma péče. Podle 56 (34, 2%) je to sociální péče a pomoc a 37 (22, 6%) se domnívá, že jde o laickou formu. 9 (5, 5%) respondentů odpovědělo, že neví jaká forma domácí péče je v České republice poskytována.



Tabulka 13:

| Formy domácí hospitalizace | Počet | % |
|-----------------------------------|--------------|----------|
| pooperační péče | 22 | 11,4 |
| poúrazová domácí péče | 18 | 9,3 |
| dlouhodobá domácí péče | 66 | 34,2 |
| preventivní domácí péče | 13 | 6,7 |
| domácí hospicová péče | 62 | 32,1 |
| nevím | 12 | 6,2 |
| jiné | 0 | 0,0 |

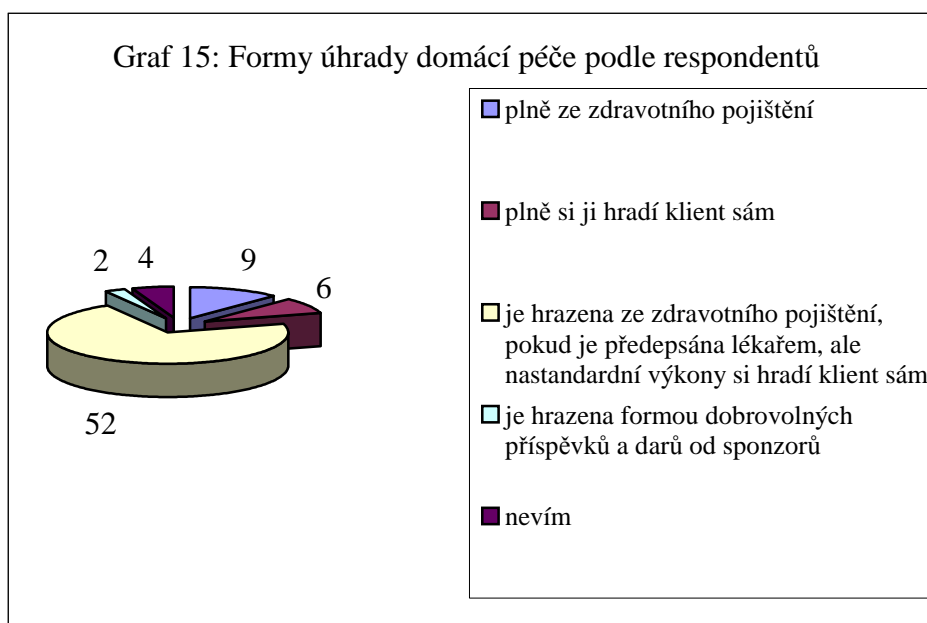
Graf 13 zobrazuje jaké formy domácí hospitalizace jsou podle respondentů poskytovány v České republice. V dotazníku měli dotazovaní možnost výběru vícečetných odpovědí. 66 (34,2%) respondentů se domnívá, že mezi formy domácí hospitalizace patří dlouhodobá domácí péče. 62 (32,1%) si myslí, že je to domácí hospicová péče. 22 (11,4%) pak zastává názor, že je u nás poskytována pooperační péče v domácím prostředí a 18 (9,3%) respondentů uvedlo poúrazovou péči. Preventivní domácí péče je poskytována podle 13 (6,7%) respondentů. 12 (6,2%) dotazovaných uvedlo, že neví.



Tabulka 14:

| Časová dostupnost domácí péče | Počet | % |
|--|--------------|----------|
| nepřetržitě 24 hodin denně, 7 dní v týdnu | 10 | 13,7 |
| v omezeném časovém rozsahu | 41 | 56,2 |
| nepřetržitě po 24 hodin denně zajištěním pomocí mobilního telefonu | 11 | 15,1 |
| jiné | 0 | 0,0 |
| nevím | 11 | 5,1 |

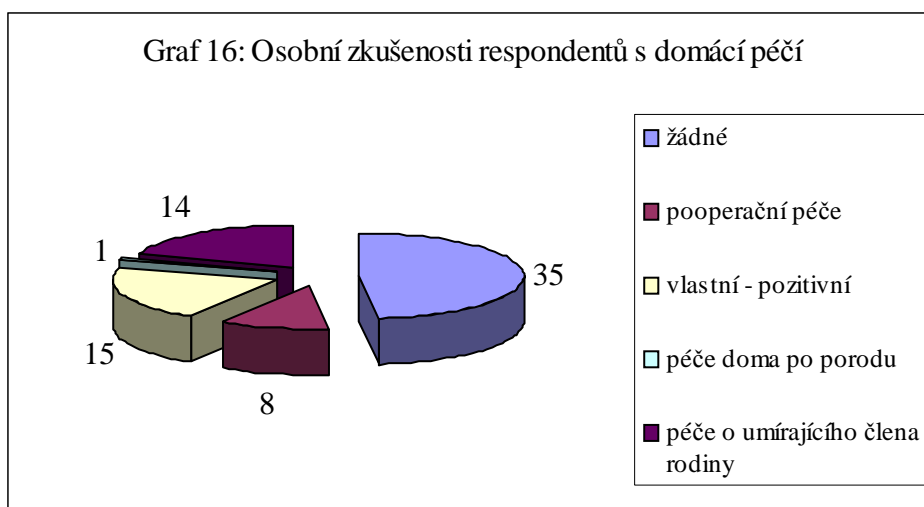
Graf 14 zobrazuje odpovědi na otázku, jaká je podle respondentů časová dostupnost domácí péče u nás. 41 (56, 2%) dotazovaných se domnívá, že je v České republice domácí péče dostupná v omezeném časovém rozsahu. Naopak 11 (15, 1%) respondentů si myslí, že je poskytována nepřetržitě 24 hodin denně zajištěním mobilního telefonu. 10 (13, 7%) respondentů zastává názor, že je domácí péče dostupná nepřetržitě 24 hodin denně a 7 dní v týdnu.



Tabulka 15:

| Formy úhrady domácí péče | Počet | % |
|--|--------------|----------|
| plně ze zdravotního pojištění | 9 | 12,3 |
| plně si ji hradí klient sám | 6 | 8,2 |
| je hrazena ze zdravotního pojištění, pokud je předepsána lékařem, ale nadstandardní výkony si hradí klient sám | 52 | 71,2 |
| je hrazena formou dobrovolných příspěvků a darů od sponzorů | 2 | 2,7 |
| nevím | 4 | 5,5 |

Graf 15 zobrazuje mínění respondentů o formách úhrady domácí péče. 52 (71, 2%) respondentů se domnívá, že je domácí péče hrazena ze zdravotního pojištění, přičemž nadstandardní výkony si hradí klient sám. Naopak 9 (12, 3%) respondentů si myslí, že je plně hrazena ze zdravotního pojištění. 6 (8, 2%) respondentů uvedlo, že si ji hradí klient plně sám. 2 respondenti (2, 7%) si myslí, že je hrazena formou dobrovolných příspěvků a darů od sponzorů. 4 (5, 5%) respondenti nevěděli, jak je domácí péče hrazena.

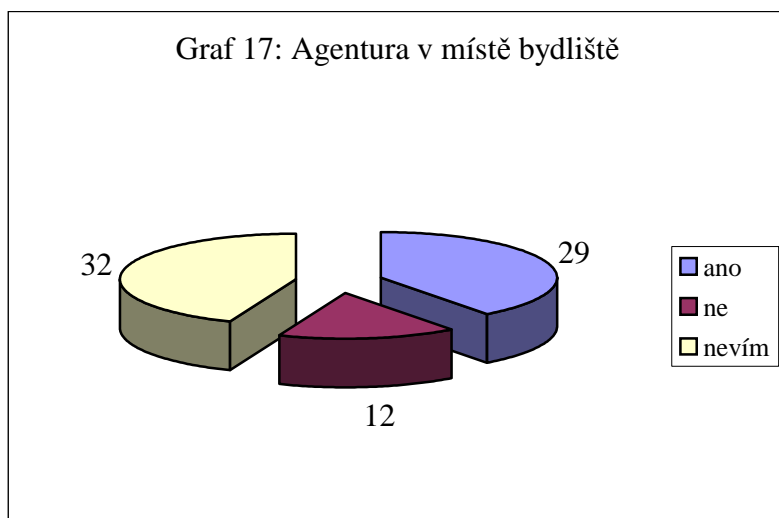


Tabulka 16:

| Osobní zkušenosti s domácí péčí: | Počet | % |
|---|--------------|----------|
| žádné | 35 | 48 |
| pooperační péče | 8 | 11 |
| vlastní - pozitivní | 15 | 20,6 |
| péče doma po porodu | 1 | 1,4 |
| péče o umírajícího člena rodiny | 14 | 19,2 |

Osobní zkušenosti respondentů s domácí péčí popisuje graf patnáctý. 35 (48%) respondentů uvedlo, že nemá s Domácí péčí žádné osobní zkušenosti. 15 (20,6%) dotazovaných má vlastní pozitivní zkušenost a 14 (19,2%) má zkušenost s péčí o umírajícího člena v domácnosti. 8 (11%) dotazovaných má zkušenost s pooperační péčí v domácnosti a 1 (1,4%) respondent uvedl péči doma po porodu.

Graf 17: Agentura v místě bydliště

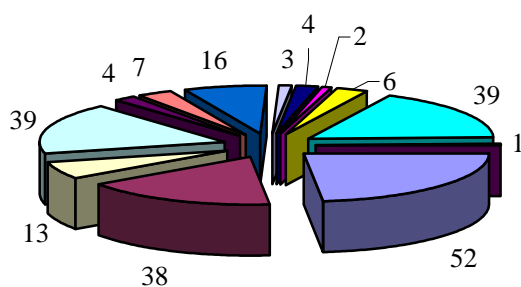


Tabulka 17:

| Agentura v místě bydliště | Počet | % |
|---------------------------|-------|------|
| ano | 29 | 39,7 |
| ne | 12 | 16,4 |
| nevím | 32 | 43,8 |

Zda má respondent agenturu v místě svého bydliště popisuje graf 17. 29 (39,7%) respondentů má agenturu domácí péče v blízkosti svého bydliště. 12(16,4%) respondentů agenturu v místě bydliště nemá. 32 (43,8%) o této skutečnosti neví.

Graf 18: Význam domácí péče podle názoru respondentů



- psychická prospěšnost
- vliv domácího prostředí
- důvěra ke známému personálu
- prospěšnost pro rodinu
- omezení traumat nemocnic
- eliminace stresu
- časová flexibilita
- odbornost
- domácí strava
- odlehčení lůžkových kapacit nemocnic
- péče po celý den
- individuální přístup

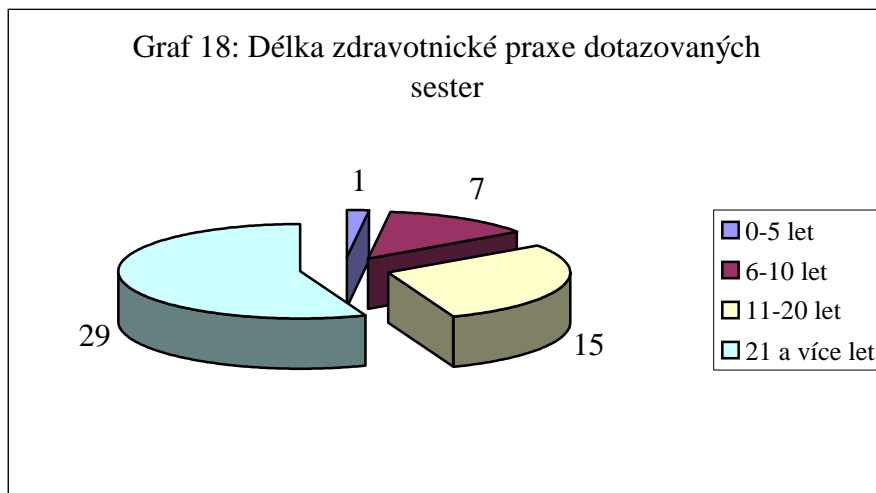
Tabulka 18:

| Význam Domácí péče | Počet | % |
|--------------------------------------|-------|------|
| psychická prospěšnost | 52 | 23,2 |
| vliv domácího prostředí | 38 | 17 |
| důvěra ke známému personálu | 13 | 5,8 |
| prospěšnost pro rodinu | 39 | 17,4 |
| omezení traumat nemocnic | 4 | 1,8 |
| eliminace stresu | 7 | 3,1 |
| časová flexibilita | 16 | 7,1 |
| odbornost | 3 | 1,3 |
| domácí strava | 4 | 1,8 |
| odlehčení lůžkových kapacit nemocnic | 2 | 0,9 |
| péče po celý den | 6 | 2,7 |
| individuální přístup | 39 | 17,4 |
| nevím | 1 | 0,5 |

Jaký význam vidí sami respondenti v domácí péči je zobrazeno na grafu 18. U otázky, jaký význam vidí respondenti v domácí péči byla možnost vícečetných odpovědí. 52 (23, 2%) respondentů vidí v domácí péči hlavní přínos v psychické prospěšnosti.

39 (17, 4%) respondentů kladně hodnotí individuální přístup celého týmu domácí péče. 38 (17%) považuje za přínos psychickou prospěšnost pro klienta, kterou domácího prostředí má a 39 (17, 4%) prospěšnost také pro rodinu, tím, že mohou být její členové společně se svým blízkým. 16 (7, 1%) respondentů vidí význam domácí péče v časové flexibilitě. 13 (5, 8%) respondentů se domnívá, že je domácí péče významná tím, že klient i jeho blízcí mají důvěru k personálu. 7 (3,1%) respondentů si uvědomuje výhodu eliminace stresu, 6 (2,7%) dotazovaných péči po celý den a 4 (1, 8%) respondenti vidí prospěšnost v domácí stravě a omezení traumat nemocnic. 3 (1, 3%) dotazovaní kladně hodnotí odbornost personálu. 2 (0, 9%) dotazovaných vidí význam v domácí péči v tom, že se odlehčí kapacita lůžkových kapacit nemocnic. 1 (0, 5%) dotazovaný nevěděl jak na otázku odpovědět.

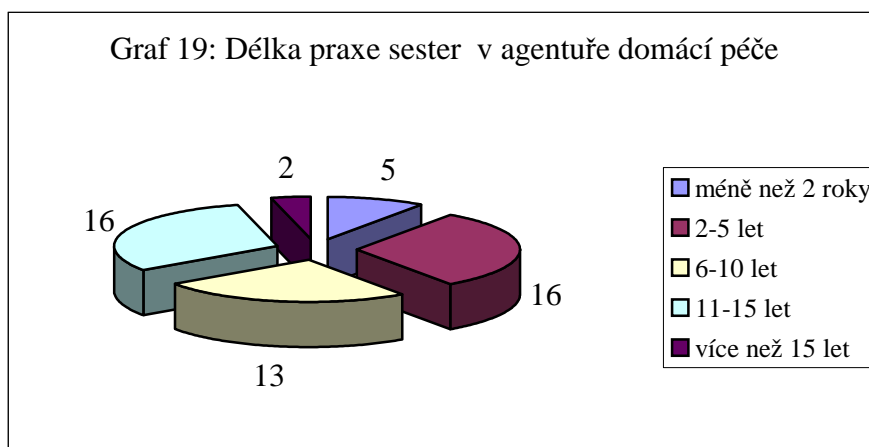
4.2. Dotazník pro sestry agentur domácí péče



Tabulka 18:

| Délka zdravotnické praxe | Počet | % |
|--------------------------|-------|------|
| 0-5 let | 1 | 1,9 |
| 6-10 let | 7 | 13,5 |
| 11-20 let | 15 | 28,9 |
| 21 a více let | 29 | 55,8 |

Na grafu 18 jsou zobrazeny odpovědi na otázku uvedenou v dotazníku týkající se délky zdravotnické praxe sester domácí péče. 29 (55, 8%) sester uvádí zdravotnickou praxi v délce 21 a více let. 15 (28, 9%) sester pak 11 – 20 let. 7 (13, 5%) sester má zdravotnickou praxi v délce 6 - 10 let. 1 sestra (1, 9%) uvedla praxi do pěti let.

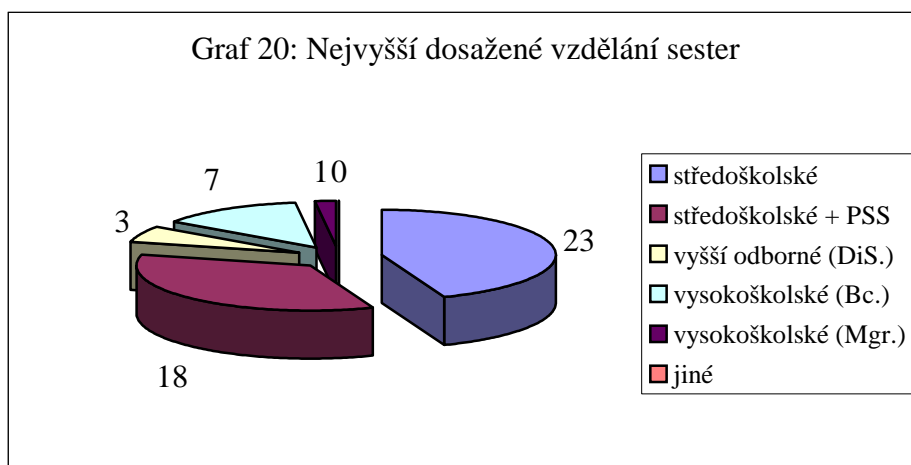


Tabulka 19:

| Délka praxe v Domácí péči | Počet | % |
|---------------------------|-------|------|
| méně než 2 roky | 5 | 9,6 |
| 2-5 let | 16 | 30,8 |
| 6-10 let | 13 | 25 |
| 11-15 let | 16 | 30,8 |
| více než 15 let | 2 | 3,9 |

Na grafu 19 je zobrazena délka praxe sester v agentuře domácí péče. 2 (3, 9%) dotazované sestry pracují v domácí péči více než 15 let. 16 (30, 8%) sester uvádí délku praxe v domácí péči v rozmezí 11 – 15 let, 13 (25%) sester 6 – 10 let. 16 (30, 8%) sester má délku praxe v domácí péči v rozmezí 2 -5 let. Pouze 5 (9, 6%) sester uvedlo praxi kratší než jsou 2 roky.

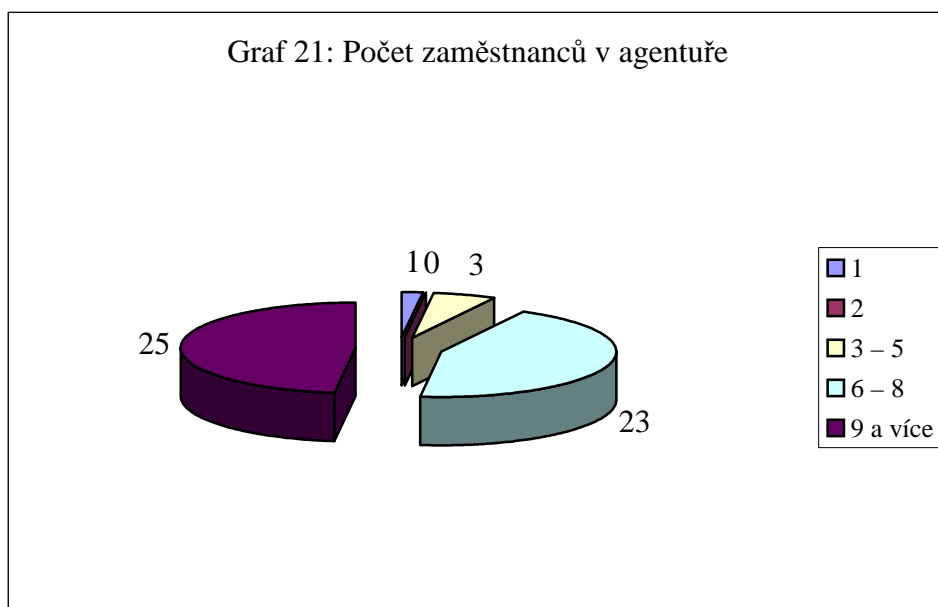
Graf 20: Nejvyšší dosažené vzdělání sester



Tabulka 20:

| Nejvyšší dosažené vzdělání | Počet | % |
|----------------------------|-------|------|
| středoškolské | 23 | 44,2 |
| středoškolské + PSS | 18 | 34,6 |
| vyšší odborné (DiS.) | 3 | 5,8 |
| vysokoškolské (Bc.) | 7 | 13,5 |
| vysokoškolské (Mgr.) | 1 | 1,9 |
| jiné | 0 | 0 |

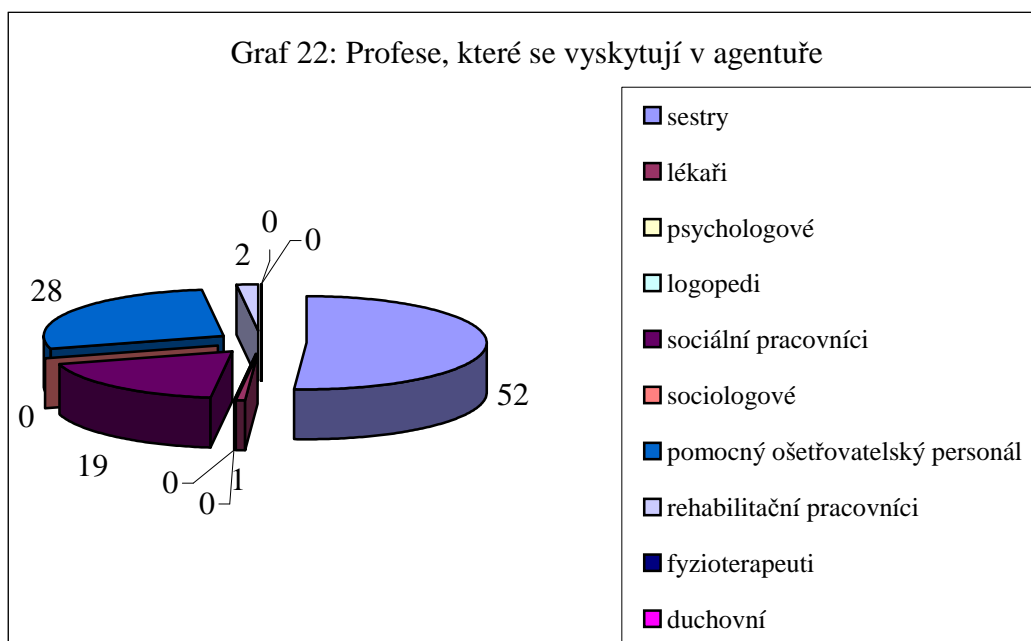
Nejvyšší dosažené vzdělání sester pracujících v agentuře domácí péče je podle zjištěných odpovědí následující: 23 (44, 2%) sester uvedlo v dotazníku středoškolské vzdělání. 18 (34, 6%) sester má k tomu ještě pomaturitní specializační studium. 7 (13, 5%) sester má vysokoškolské vzdělání (Bc.), 3 (5, 8%) sester vyšší odborné vzdělání a 1 sestra (1, 9%) vysokoškolské vzdělání (Mgr.).



Tabulka 21:

| Počet zaměstnanců v agentuře | Počet | % |
|------------------------------|-------|------|
| 1 | 1 | 1,9 |
| 2 | 0 | 0 |
| 3 – 5 | 3 | 5,8 |
| 6 – 8 | 23 | 44,2 |
| 9 a více | 25 | 48,1 |

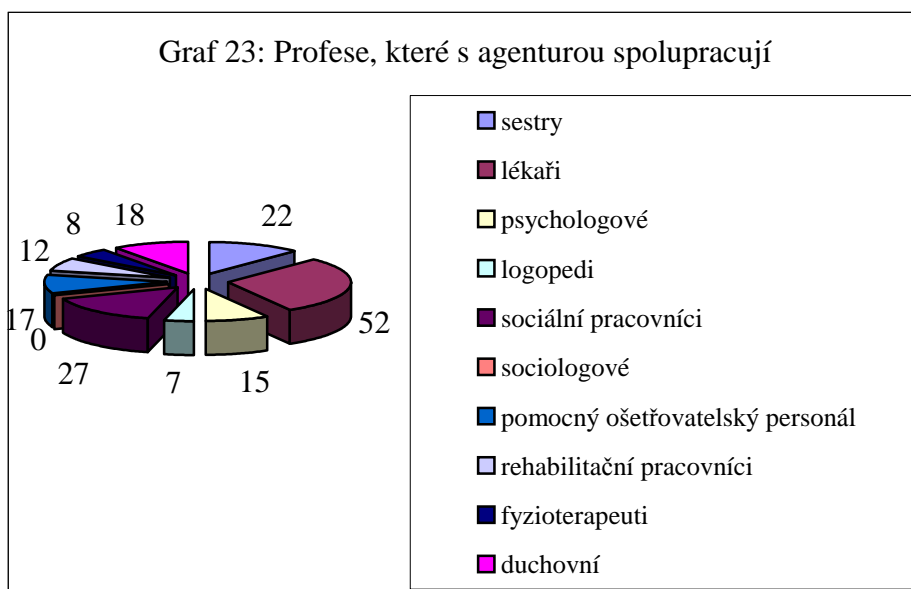
Graf 21 zobrazuje, jaký počet zaměstnanců mají agentury domácí péče, ve kterých pracují dotazované sestry. 25 (48, 1%) sester uvedlo, že agentura, ve které pracují má 9 nebo více zaměstnanců. 23 (44, 2%) sester uvedlo, že jejich agentura má 6 – 8 zaměstnanců. 3 (5, 8%) pracují v agentuře, která má 3 – 5 zaměstnanců.



Tabulka 22:

| Profese, které se vyskytují v agentuře - zaměstnanecký poměr | Počet | % |
|---|--------------|----------|
| sestry | 52 | 51 |
| lékaři | 1 | 1 |
| psychologové | 0 | 0 |
| logopedi | 0 | 0 |
| sociální pracovníci | 19 | 18,6 |
| sociologové | 0 | 0 |
| pomocný ošetrovatelský personál | 28 | 27,5 |
| rehabilitační pracovníci | 2 | 2 |
| fyzioterapeuti | 0 | 0 |
| duchovní | 0 | 0 |

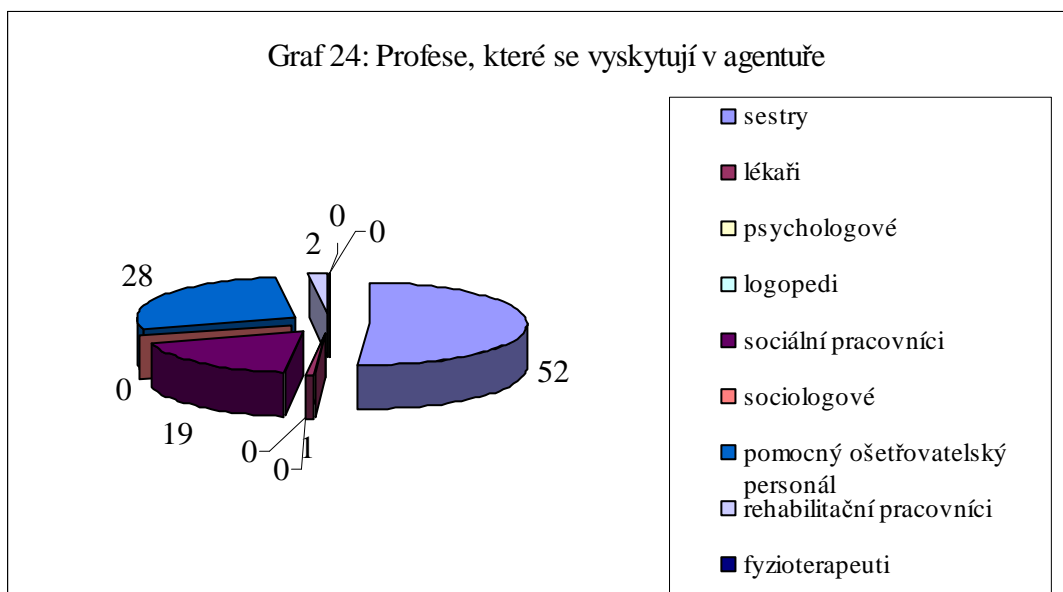
Graf 22 zobrazuje profese, které se vyskytují v agentuře domácí péče. Podmínkou je, aby se jednalo přímo o zaměstnanecký poměr. V dotazníku měly respondenty možnost výběru vícečetných odpovědí. 52 (51%) dotazovaných uvedlo, že v agentuře pracují sestry. 19 (18,6%) uvedlo sociální pracovníky. 28 (27,5%) pak pomocný ošetrovatelský personál. 2 (2%) respondentky uvedly rehabilitační pracovníky a 1 (1%) lékaře.



Tabulka 23:

| Profese, které s agenturou spolupracují | Počet | % |
|--|--------------|----------|
| sestry | 22 | 12,4 |
| lékaři | 52 | 29,2 |
| psychologové | 15 | 8,4 |
| logopedi | 7 | 3,9 |
| sociální pracovníci | 27 | 15,2 |
| sociologové | 0 | 0,0 |
| pomocný ošetrovatelský personál | 17 | 9,6 |
| rehabilitační pracovníci | 12 | 6,7 |
| fyzioterapeuti | 8 | 4,5 |
| duchovní | 18 | 10,1 |

Agentury domácí péče využívají k pomoci v péči o klienty lékaře, jak uvedlo 52 (29,21%) sester domácí péče. Spolupracují v hojné míře se sociálními pracovníky, což potvrzuje 27 (15,17%) sester. Ke spolupráci jsou přizvány také další sestry, které v agenturách nejsou zaměstnané, což uvedlo 22 (12,36%) dotazovaných sester. Spolupracují také s duchovními, což potvrzuje 18 (10,11%) sester, s pomocným ošetrovatelským personálem, jak uvedlo 17 (9,55%) sester, 12 (6,74%) sester uvedlo, že jejich agentura s rehabilitačními pracovníky. Agentury domácí péče spolupracují také s fyzioterapeuty podle 8 (4,49%) sester a s logopedy podle 7 (3,93%) sester. V dotazníku byla možnost výběru vícečetných odpovědí.

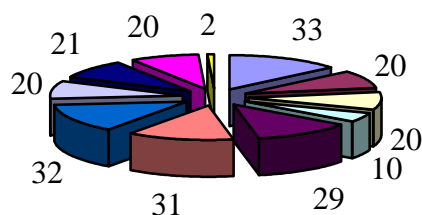


Tabulka 24:

| Agentura poskytuje péči: | Počet | % |
|--|--------------|----------|
| odbornou zdravotní | 29 | 43,9 |
| sociální | 12 | 18,2 |
| odbornou zdravotní i sociální | 15 | 22,7 |
| odbornou zdravotní, sociální a laickou pomoc | 10 | 15,2 |
| jinou | 0 | 0,00 |

Jaké je hlavní zaměření agentury domácí péče, na jakou péči se specificky zaměřuje popisuje graf 24. 29 (43,9%) dotazovaných sester zvolilo za hlavní náplň agentury poskytování odborné zdravotní péče. 15 (22,7%) sester uvedlo odbornou péči zdravotní i sociální. Z dotazovaných sester jich 12 (18,2%) v dotazníku odpovědělo, že agentura, kde pracují, poskytuje péči sociálního charakteru. 10 (15,2%) sester z agentur domácí péče uvedlo, že poskytují péči zdravotní, sociální i laickou pomoc.

Graf 25: Jednotlivé úkony v rámci sociální péče poskytované agenturou



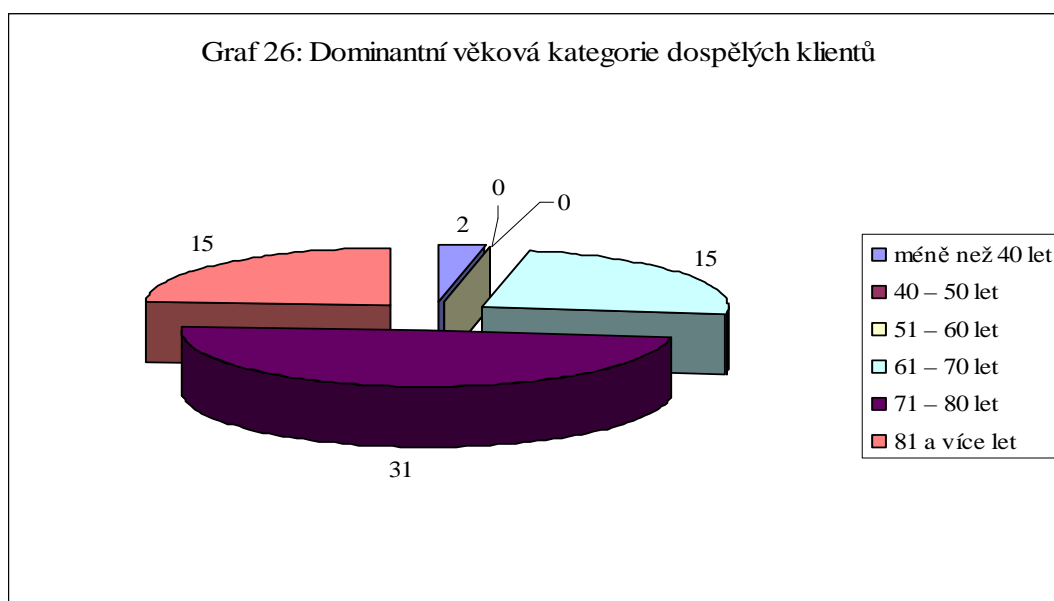
| | |
|-----------------------------------|---|
| ■ jednoduché ošetrovatelské úkony | ■ ošetření nohou – pedikúra |
| ■ masáž | ■ zástřih a úprava vlasů |
| ■ dopomoc při oblékání | ■ donáška léků, jídla a pití |
| ■ pomoc při hygieně | ■ práce spojené s udržováním chodu domácnosti |
| ■ doprovod na vyšetření | ■ nákupy |
| ■ jiné: zácvik chůze | |

Tabulka 25:

| Jednotlivé úkony v rámci sociální péče poskytované agenturou: | Počet | % |
|--|--------------|----------|
| jednoduché ošetrovatelské úkony | 33 | 13,9 |
| ošetření nohou – pedikúra | 20 | 8,4 |
| masáž | 20 | 8,4 |
| zástřih a úprava vlasů | 10 | 4,2 |
| dopomoc při oblékání | 29 | 12,2 |
| donáška léků, jídla a pití | 31 | 13,0 |
| pomoc při hygieně | 32 | 13,5 |
| práce spojené s udržováním chodu domácnosti | 20 | 8,4 |
| doprovod na vyšetření | 21 | 8,8 |
| nákupy | 20 | 8,4 |
| jiné: zácvik chůze | 2 | 0,8 |

Graf 25 zobrazuje hlavní podíl poskytované sociální péče agenturami domácí péče. V otázce byla možnost výběru vícečetných odpovědí. Podle 33 (13, 9%) sester jednoduché ošetrovatelské úkony, podle 32 (13, 5%) sester pomoc při hygieně a podle

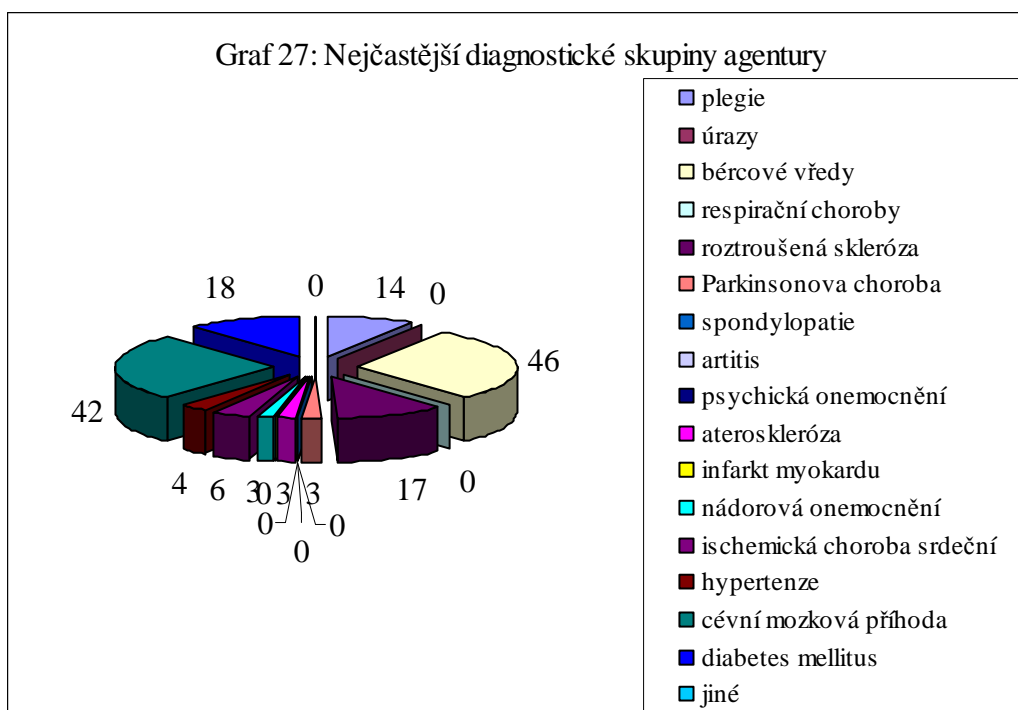
29 (12,2%) sester dopomoc při oblékání. 31 (13%) sester zvolilo odpověď donáška léků, jídla a pití. Méně často sestry agentur domácí péče doprovází klienty na vyšetření – uvádí to 21 (8, 8%) sester a podobně – 20 (8, 4%) dotazovaných sester uvádí, že agentury poskytují klientům pedikúru, masáž, práce spojené s chodem domácnost a nákupy. Zástřih a úpravu vlasů provádí podle dotazníku 10 (4,2%) respondentek. 2 (0, 8%) sestry uvedly jinou možnost – zácvik chůze.



Tabulka 26:

| Dominantní věková kategorie dospělých klientů | Počet | % |
|---|-------|------|
| méně než 40 let | 2 | 3,2 |
| 40 – 50 let | 0 | 0,0 |
| 51 – 60 let | 0 | 0,0 |
| 61 – 70 let | 15 | 23,8 |
| 71 – 80 let | 31 | 49,2 |
| 81 a více let | 15 | 23,8 |

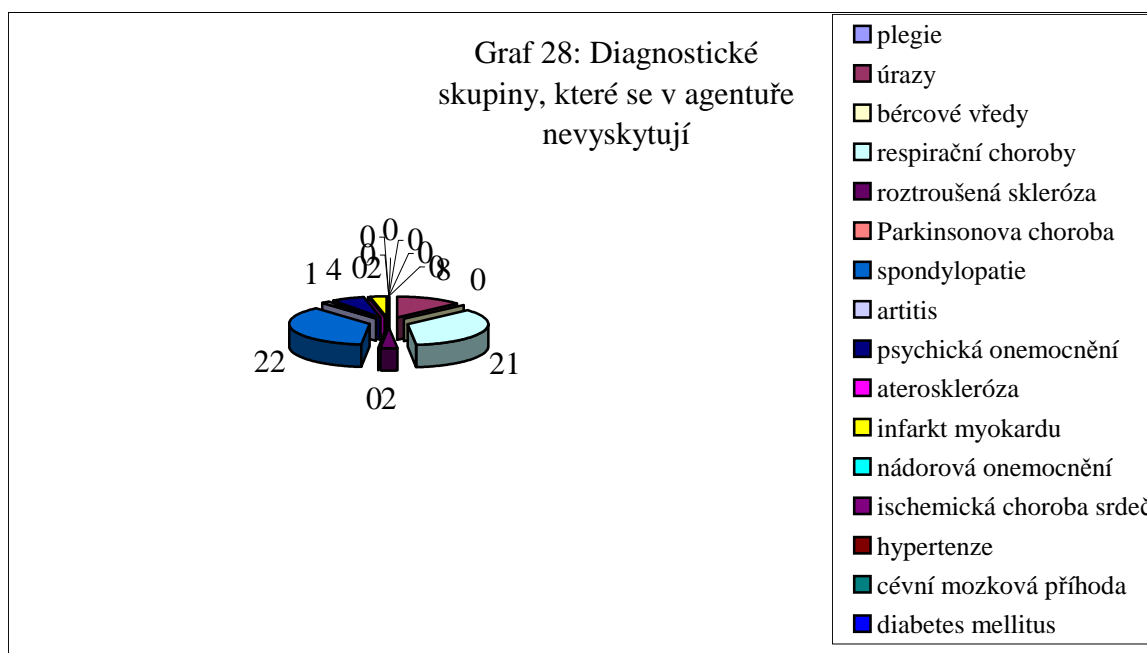
Hlavní věkovou kategorií vyskytující se v agenturách domácí péče popisuje graf 26. Podle 31 (49, 2%) dotazovaných sester tvoří dominantní věkovou kategorii v agentuře klienti ve věkovém rozmezí 71 – 81 let. 15 (23, 8%) sester odpovědělo, že je to kategorie v rozmezí 61 – 70 let a 81 a více let. Pouze 2 (3, 2%) sester uvedlo, věkovou skupinu do 40 let.



Tabulka 27:

| Nejčastější diagnostické skupiny agentury | Počet | % |
|---|-------|------|
| plegie | 14 | 9,0 |
| úrazy | 0 | 0,0 |
| bércové vředy | 46 | 29,5 |
| respirační choroby | 0 | 0,0 |
| roztroušená skleróza | 17 | 10,9 |
| Parkinsonova choroba | 3 | 1,9 |
| spondylopatie | 0 | 0,0 |
| artitis | 0 | 0,0 |
| psychická onemocnění | 0 | 0,0 |
| ateroskleróza | 3 | 1,9 |
| infarkt myokardu | 0 | 0,0 |
| nádorová onemocnění | 3 | 1,9 |
| ischemická choroba srdeční | 6 | 3,9 |
| hypertenze | 4 | 2,6 |
| cévní mozková příhoda | 42 | 26,9 |
| diabetes mellitus | 18 | 11,5 |
| jiné | 0 | 0,0 |

Graf 27 popisuje nejčastější diagnostické skupiny onemocnění. U otázky v dotazníku byla možnost výběru vícečetných odpovědí. Sestry nejčastěji odpovídaly, že se pečuje o klienty s bércovými vředy. Odpovědělo tak 46 (29, 5%) sester. Další nejčastější diagnostickou skupinou podle uvedených odpovědí jsou cévní mozkové příhody, což zmiňuje celkem 42 (26, 9%) sester. O více než polovinu méně odpovědí zahrnuje diabetes mellitus, který zvolilo 18 (11, 5%) sester. Podobně je tomu u roztroušené sklerózy – 17 (10, 9%) sester. Za zmínku stojí ještě odpověď plegie, kterou zvolilo 14 (9%) sester. 6 (3, 9%) respondentek uvedlo ischemickou chorobu srdeční, 4 (2, 6%) hypertenzi a po 3 (1, 9%) Parkinsonovu chorobu, aterosklerózu a nádorová onemocnění.

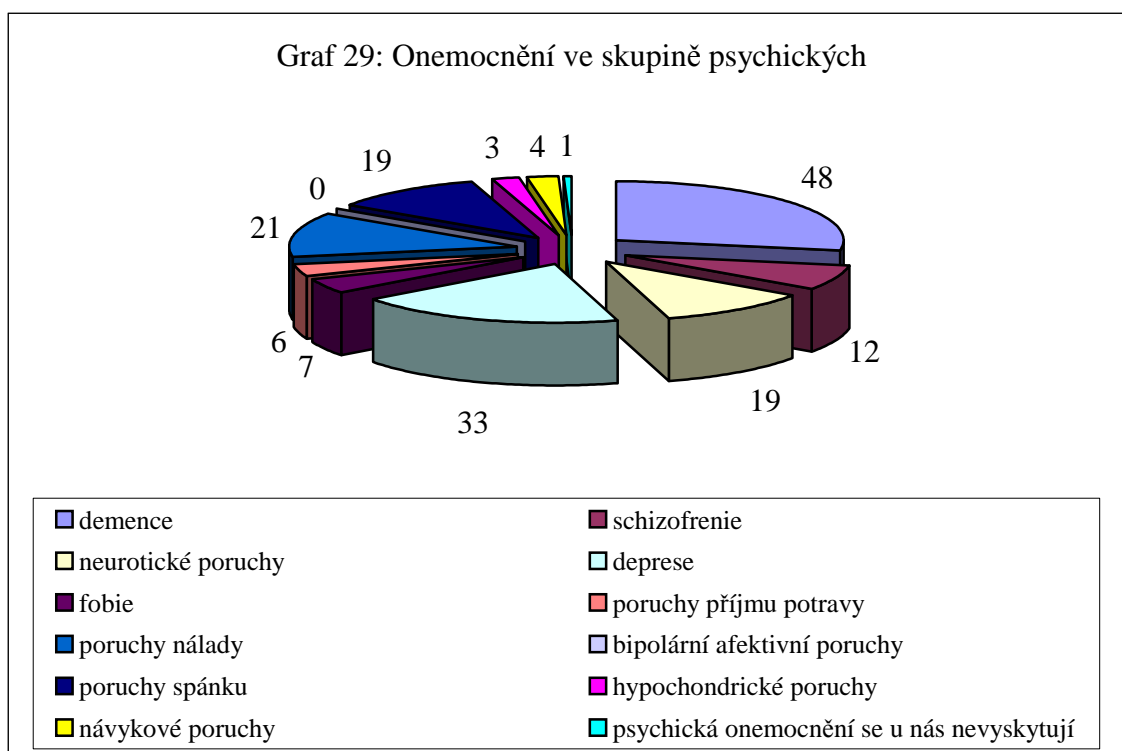


Tabulka 28:

| Diagnostické skupiny, které se v agentuře nevyskytují | Počet | % |
|---|-------|------|
| plegie | 0 | 0,0 |
| úrazy | 8 | 13,3 |
| bércové vředy | 0 | 0,0 |
| respirační choroby | 21 | 35,0 |
| roztroušená skleróza | 2 | 3,3 |
| Parkinsonova choroba | 0 | 0,0 |

| | | |
|----------------------------|----|------|
| spondylopatie | 22 | 36,7 |
| artitis | 1 | 1,7 |
| psychická onemocnění | 4 | 6,7 |
| ateroskleróza | 0 | 0,0 |
| infarkt myokardu | 2 | 3,3 |
| nádorová onemocnění | 0 | 0,0 |
| ischemická choroba srdeční | 0 | 0,0 |
| hypertenze | 0 | 0,0 |
| cévní mozková příhoda | 0 | 0,0 |
| diabetes mellitus | 0 | 0,0 |

28 graf popisuje diagnostické skupiny, které se v agenturách nevyskytují. V dotazníku byla možnost výběru vícečetných odpovědí. Sestry nejčastěji odpovídaly, že nepečují o klienty, kteří trpí spondylopatiemi v počtu 22 (36, 7%) odpověďmi. Dále sestry uvedly, že jejich agentury nepečují o klienty s respiračními chorobami v počtu s 21 (35%) odpověďmi. 8 (13, 3%) sester uvedlo úrazy, 4 (6, 7%) psychická onemocnění, po 2 (3,3%) roztroušenou sklerózu a infarkt myokardu a 1 (1, 7%) artritidu.

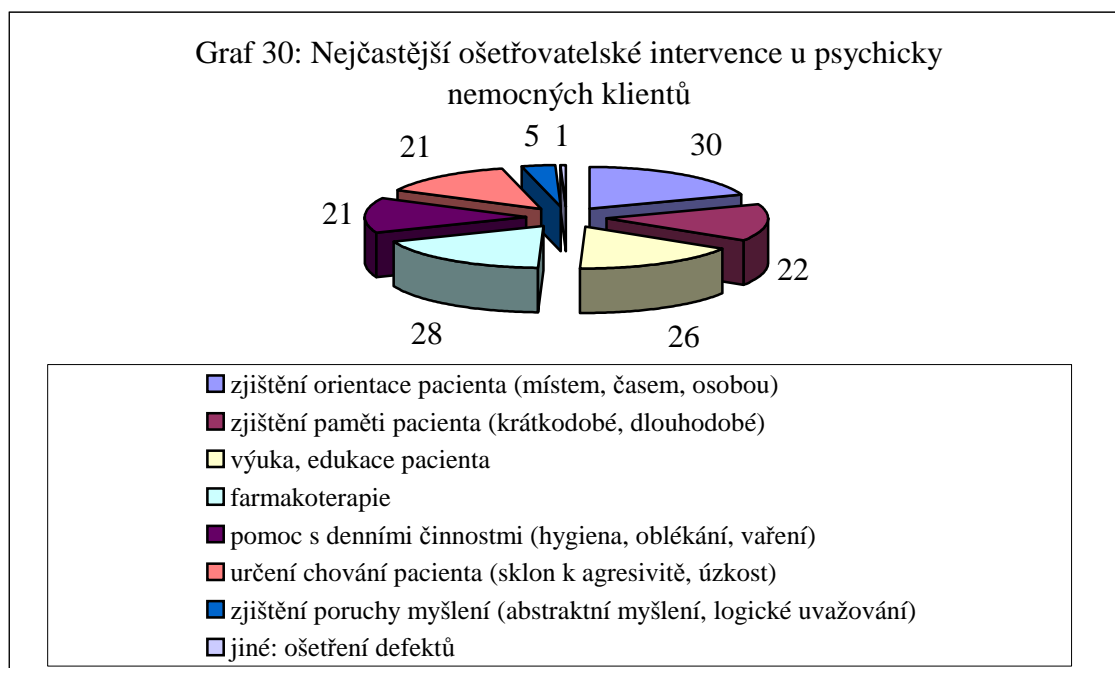


Tabulka 29:

| Onemocnění ve skupině psychických | Počet | % |
|---|--------------|----------|
| demence | 48 | 27,8 |
| schizofrenie | 12 | 6,8 |
| neurotické poruchy | 19 | 11 |
| deprese | 33 | 19,1 |
| fobie | 7 | 4,1 |
| poruchy příjmu potravy | 6 | 3,5 |
| poruchy nálady | 21 | 12,1 |
| bipolární afektivní poruchy | 0 | 0,0 |
| poruchy spánku | 19 | 11 |
| hypochondrické poruchy | 3 | 1,7 |
| návykové poruchy | 4 | 2,3 |
| psychická onemocnění se u nás nevyskytují | 1 | 0,6 |

Graf 29 popisuje, jak sestry odpovídaly o jaké druhy psychických chorob u klientů agentury pečují. Nejčastěji volily odpověď demence ve 48 (27, 8%) případech. Často také sestry pečují o klienty s depresemi v celkovém počtu 33 (19, 1%) odpovědí.

21 (12, 1%) sester uvedlo, že pečují o klienty s poruchami nálady. 19 (11%) dotazovaných se stará také o klienty s neurotickými poruchami a poruchami spánku. Za zmínku stojí také schizofrenní onemocnění, které sestry zvolily ve 12 (6, 9%) případech.

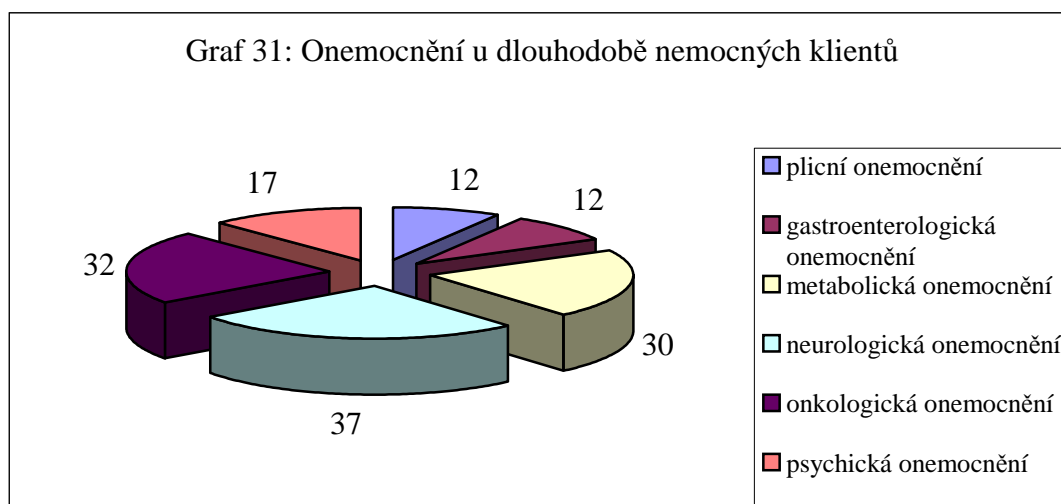


Tabulka 30:

| Nejčastější ošetrovatelské intervence u psychicky nemocných klientů | Počet | % |
|--|--------------|----------|
| zjištění orientace pacienta (místem, časem, osobou) | 30 | 19,5 |
| zjištění paměti pacienta (krátkodobé, dlouhodobé) | 22 | 14,3 |
| výuka, edukace pacienta | 26 | 16,9 |
| farmakoterapie | 28 | 18,9 |
| pomoc s denními činnostmi (hygiena, oblékání, vaření) | 21 | 13,6 |
| určení chování pacienta (sklon k agresivitě, úzkost) | 21 | 13,6 |
| zjištění poruchy myšlení (abstraktní myšlení, logické uvažování) | 5 | 3,3 |
| jiné: ošetření defektů | 1 | 0,7 |

Nejčastějšími ošetrovatelskými intervencemi u psychicky nemocných klientů podle sester, jak je patrné z grafu 30, je v nejvyšším počtu 30 (19, 5%) odpovědí zjištění orientace pacienta, ve 28 (18, 2%) farmakoterapie, v počtu 22 (14, 3%) odpovědí

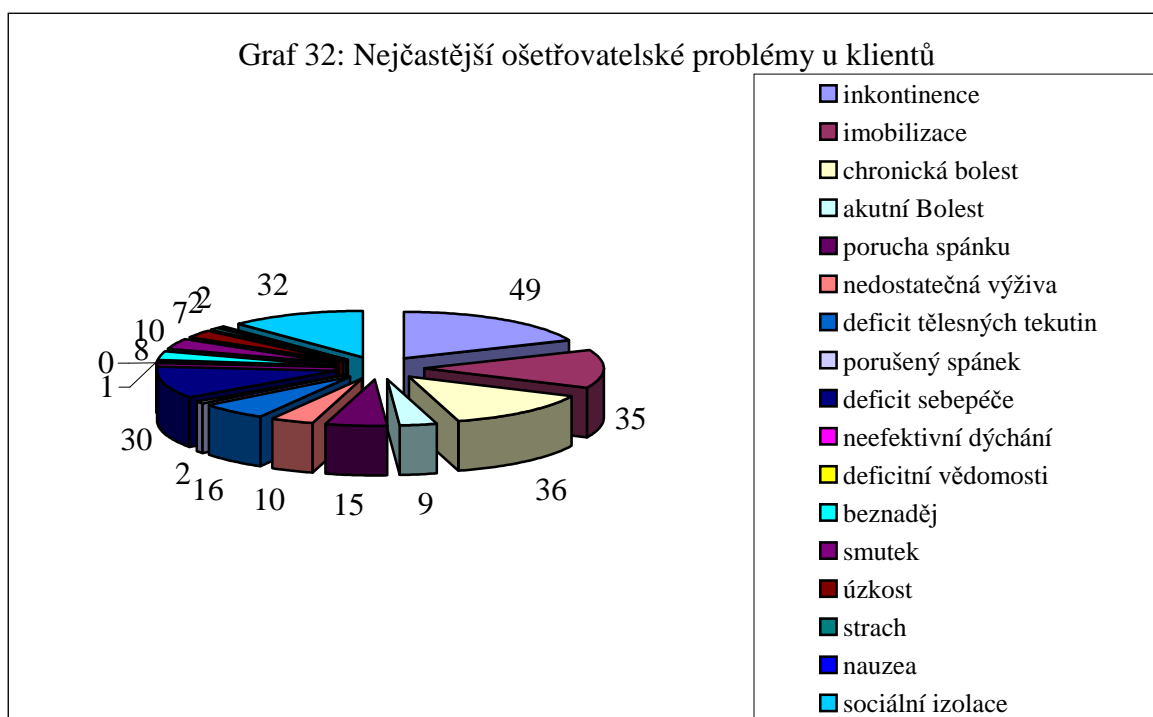
zjištění paměti pacienta, ve 26 (16, 9%) výuka a edukace pacienta. Ve 21 (13, 7%) odpovědích pomoc s denními činnostmi a určení chování pacienta. 5 (3, 3%) sester uvedlo zjišťování poruchy myšlení a 1 (0, 7%) v odpovědi k jiné zmínila ošetření defektů. V dotazníku byla možnost výběru vícečetných odpovědí.



Tabulka 31:

| Onemocnění u dlouhodobě nemocných klientů | Počet | % |
|--|--------------|----------|
| plicní onemocnění | 12 | 8,6 |
| gastroenterologická onemocnění | 12 | 8,6 |
| metabolická onemocnění | 30 | 21,4 |
| neurologická onemocnění | 37 | 26,4 |
| onkologická onemocnění | 32 | 22,9 |
| psychická onemocnění | 17 | 12,1 |

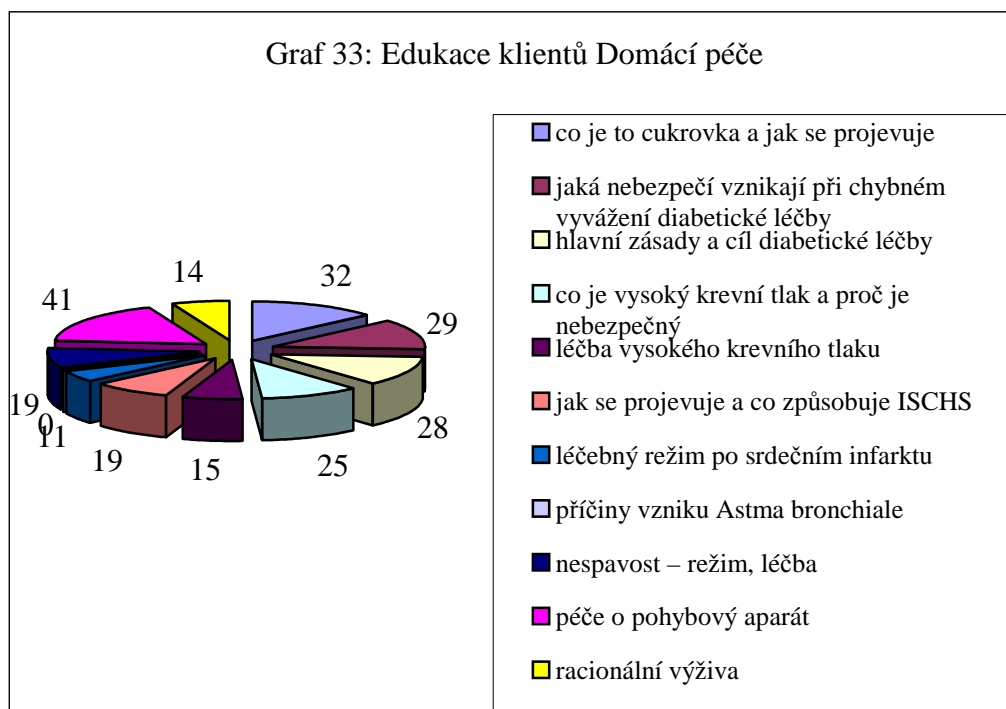
Graf 31 uvádí, že se u dlouhodobě nemocných klientů agentur domácí péče nejčastěji vyskytují neurologická onemocnění uvedená – 37 (26, 4%) odpovědí. 32 (22, 9%) sester zvolilo odpověď onkologická onemocnění. 30 (21, 4%) sester udává, že nejčastějšími onemocněními u dlouhodobě nemocných jsou metabolická onemocnění. 17 (12, 1%) sester si myslí, že jsou to psychická onemocnění a 12 (8, 6%) sester že se jedná o plicní a gastroenterologická onemocnění. V dotazníku byla možnost výběru vícečetných odpovědí.



Tabulka 32:

| Nejčastější ošetrovatelské problémy u klientů | Počet | % |
|--|--------------|----------|
| inkontinence | 49 | 18,6 |
| imobilizace | 35 | 13,3 |
| chronická bolest | 36 | 13,6 |
| akutní Bolest | 9 | 3,4 |
| porucha spánku | 15 | 5,7 |
| nedostatečná výživa | 10 | 3,8 |
| deficit tělesných tekutin | 16 | 6,1 |
| porušený spánek | 2 | 0,8 |
| deficit sebepěče | 30 | 11,4 |
| neefektivní dýchání | 0 | 0,0 |
| deficitní vědomosti | 1 | 0,4 |
| beznaděj | 8 | 3,0 |
| smutek | 10 | 3,8 |
| úzkost | 7 | 2,7 |
| strach | 2 | 0,8 |
| nauzea | 2 | 0,8 |
| sociální izolace | 32 | 12,1 |

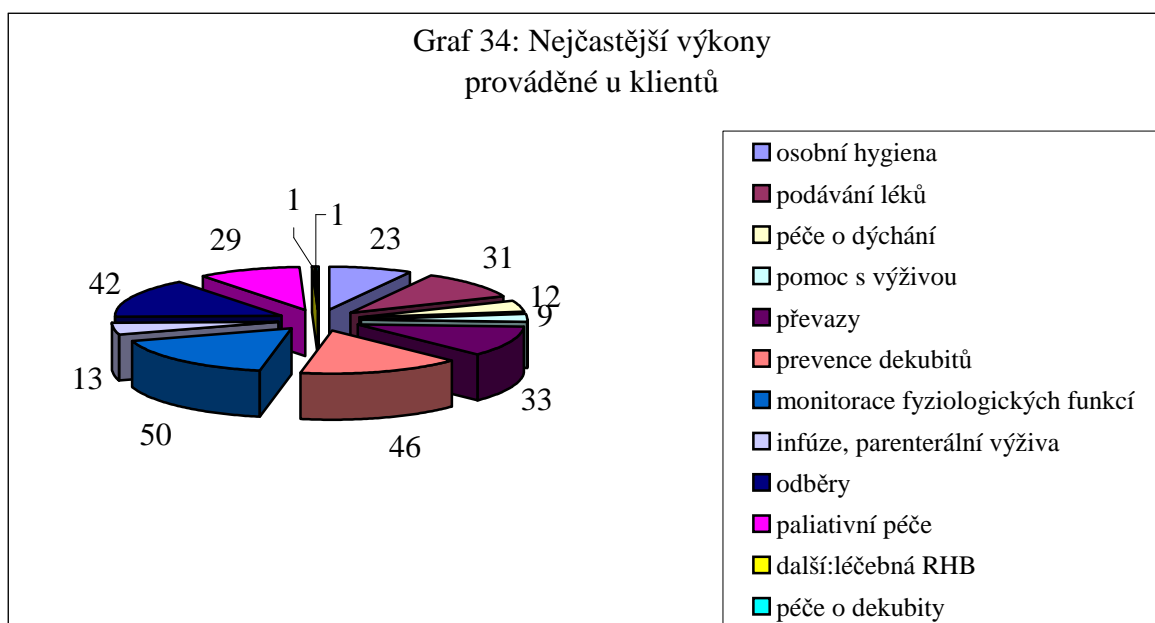
Graf 32 popisuje nejčastější ošetrovatelské problémy u klientů. V dotazníku byla možnost vícečetných odpovědí. Ve 49 (18,6%) zvolených odpovědích se objevila inkontinence. Důležitými problémy u klientů podle sester je také ve 35 (13, 3%) případech chronická bolest, ve 35 (13, 3%) imobilizace, u 32 (12, 1%) sociální izolace. 30 sester odpovědělo na otázku, že nejčastějším problémem u klientů je deficit sebepěče a u 16 (6, 1%) sester deficit tělesných tekutin. 15 (5, 7%) sester odpovědělo, že se jedná o poruchu spánku. 10 (3, 8%) zmínilo nedostatečnou výživu a 9 (3, 4%) akutní bolest. 9 (3, 4%) sester vidí hlavní ošetrovatelský problém v akutní bolesti a 8 (3, 1%) sester považuje za hlavní ošetrovatelský problém u klientů domácí péče beznaděj a 7 (2, 7%) sester úzkost. Shodný počet dotazovaných sester 2 (0, 8%) uvedlo strach a nauzeu.



Tabulka 33:

| Edukace klientů | Počet | % |
|---|--------------|----------|
| co je to cukrovka a jak se projevuje | 32 | 13,7 |
| jaká nebezpečí vznikají při chybném vyvážení diabetické léčby | 29 | 12,5 |
| hlavní zásady a cíl diabetické léčby | 28 | 12 |
| co je vysoký krevní tlak a proč je nebezpečný | 25 | 10,7 |
| léčba vysokého krevního tlaku | 15 | 6,4 |
| jak se projevuje a co způsobuje ischemická choroba srdeční | 19 | 8,2 |
| léčebný režim po srdečním infarktu | 11 | 4,7 |
| příčiny vzniku astma bronchiale | 0 | 0,0 |
| nespavost – režim, léčba | 19 | 8,2 |
| péče o pohybový aparát | 41 | 17,6 |
| racionální výživa | 14 | 6 |

Na grafu 33 je zobrazeno, na co je zaměřena edukační činnost sester u klientů domácí péče. V dotazníku byla možnost výběru vícečetných odpovědí. 41 (17, 6%) sester se domnívá, že nejčastěji edukují klienty o péči o pohybový aparát. Často sestry své klienty edukují také o tom, co je to cukrovka a jak se projevuje – 32 (13, 7%) odpovědí. Sestry agentur domácí péče také často edukují klienty o tom, jaká nebezpečí vznikají při chybném vyvážení diabetické diety. Odpovědělo tak 29 (12, 5%) sester. 28 (12%) sester uvedlo, že edukuje své klienty o hlavních zásadách a cílech diabetické léčby. 25 (10, 7%) sester uvedlo, že se zaměřují na vysoký tlak, co to je a proč je nebezpečný. 19 (8, 2%) sester uvedlo, že edukují klienty o tom jak se projevuje a co způsobuje ISCHS. V této otázce zvolilo 11 (4, 7%) sester za hlavní edukační činnost léčebný režim po srdečním infarktu.

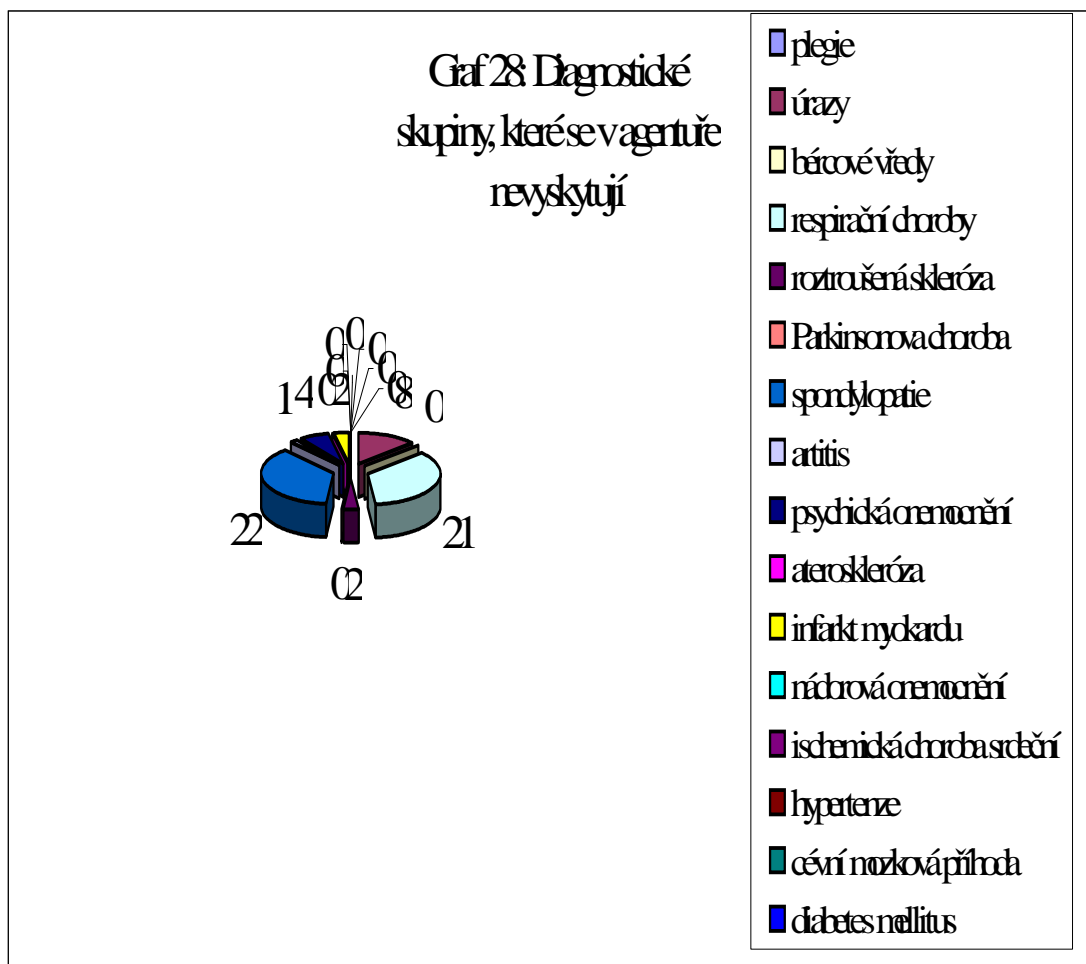


Tabulka 34:

| Nejčastější výkony prováděné u klientů: | Počet | % |
|--|--------------|----------|
| osobní hygiena | 23 | 7,9 |
| podávání léků | 31 | 10,8 |
| péče o dýchání | 12 | 4,1 |
| pomoc s výživou | 9 | 3,1 |
| převazy | 33 | 11,4 |
| prevence dekubitů | 46 | 15,9 |
| monitorace fyziologických funkcí | 50 | 17,2 |
| infúze, parenterální výživa | 13 | 4,5 |
| odběry | 42 | 14,5 |
| paliativní péče | 29 | 10 |
| další:léčebná RHB | 1 | 0,3 |
| péče o dekubity | 1 | 0,3 |

Graf 34 popisuje, jaké nejčastější výkony sestry u klientů provádějí. Nejčastěji se opakuje odpověď monitorace fyziologických funkcí – 50 (17, 2%), dále prevence dekubitů – 46 (15, 9%) a odběry biologického materiálu – 42 (14, 5%). Odpověď převazy vybralo 33 (11, 4%) dotazovaných sester. Často prováděným výkonem je také podávání léků, tak odpovědělo 31 (10, 8%) sester. Agentury také svým klientům poskytují paliativní péči - 29 (10%) odpovědí. Za zmínku stojí také provádění osobní hygieny – 23 (7, 9%) odpovědí. Méně často sestry uváděly například infúze

a parenterální výživu – 13 (4, 5%) odpovědí, péči o dýchání – 12 (4, 1%) odpovědí a pomoc s výživou – 9 (3, 1%) odpovědí.

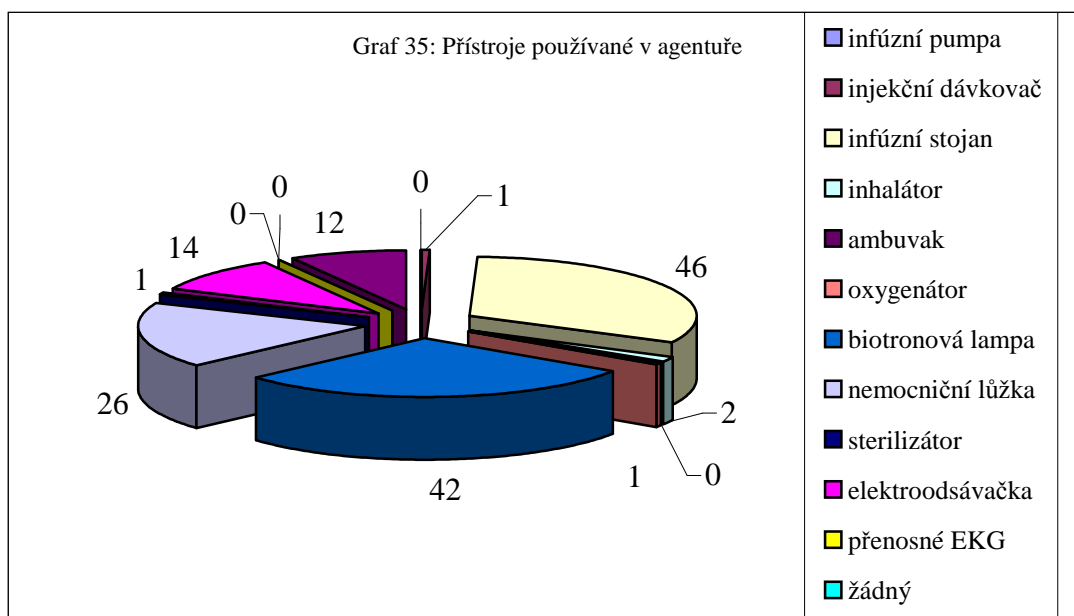


Tabulka 34:

| Pomůcky používané v agentuře: | Počet | % |
|--|-------|-----|
| mýdlo | 38 | 5,7 |
| papírové ubrousky | 35 | 5 |
| teploměry | 28 | 4,2 |
| inzulínové pero | 33 | 5,2 |
| přístroje (pomůcky) pro vyšetření moči, stolice, sputa | 17 | 2,6 |
| pomůcky pro vyšetření krve | 28 | 4,2 |
| plastové ochranné zástěry | 17 | 2,6 |

| | | |
|--|----|-----|
| sterilní i nesterilní rukavice | 52 | 7,8 |
| ústní lopatky | 32 | 4,8 |
| nůžky | 31 | 4,7 |
| obinadla, čtverce | 52 | 7,8 |
| injekční stříkačky, jehly | 49 | 7,4 |
| zkumavky, plastové sáčky | 48 | 7,2 |
| silniční mapa | 26 | 3,9 |
| dokumentace | 46 | 6,9 |
| tonometr, fonendoskop | 52 | 7,8 |
| irigátor, rektální rourky, cévky, | 26 | 3,9 |
| polohovací pomůcky, stolek k lůžku, zvedáky, antidekubitní podložky a matrace | 50 | 7,5 |
| další: chodítko | 2 | 0,3 |
| další: RHB pomůcky | 1 | 0,2 |

Sestry agentur domácí péče používají široké spektrum pomůcek pro svojí práci. Graf 34 popisuje nejčastěji používané pomůcky: 52 (7,8%) sester uvedlo jako nejpoužívanější pomůcku tonometr a fonendoskop, sterilní i nesterilní rukavice, obinadla a čtverce. O dvě sestry méně – 50 (7, 5%) odpověděly na otázku, že používají polohovací pomůcky, stolek k lůžku, zvedáky, antidekubitní podložky a matrace. 49 (7,4%) používá injekční stříkačky a jehly. 48 (7, 2%) pak zkumavky a plastové sáčky. 46 (6,9%) sester pracuje s dokumentací. 38 (5,7%) sester uvedlo v dotazníku, že používají mýdlo, 35 (5,3%) papírové ubrousky, 33 (5%) inzulinové pero, 32 (4,8%) používá ústní lopatky. 28 (4,2%) teploměry a pomůcky na vyšetření krve. 26 (3,9%) sester uvedlo v dotazníku, že často používá ve své práci irigátor, rektální rourky a cévky a silniční mapu. 17 (2,6%) dotazovaných odpovědělo, že používá plastové ochranné zástěry, a přístroje a pomůcky na vyšetření spůta a moči. 2 (0,3%) sester uvedlo chodítko a 1 (0,2%) RHB pomůcky. V dotazníku byla možnost vícečetných odpovědí.



Tabulka 35:

| Přístroje používané v agentuře | Počet | % |
|--------------------------------|-------|------|
| infúzní pumpa | 0 | 0,0 |
| injekční dávkovač | 1 | 0,7 |
| infúzní stojan | 46 | 31,7 |
| inhalátor | 2 | 1,4 |
| ambuvak | 0 | 0,0 |
| oxygénátor | 1 | 0,7 |
| biotronová lampa | 42 | 29 |
| nemocniční lůžka | 26 | 17,8 |
| sterilizátor | 1 | 0,7 |
| elektroodsávačka | 14 | 9,7 |
| přenosné EKG | 0 | 0,0 |
| žádný | 0 | 0,0 |
| jiný: glukometr | 12 | 8,3 |

V agenturách domácí péče jsou používány různé přístroje a pomůcky. Nejčastěji, jak vyplývá z grafu 35, sestry používají infúzní stojan – 46 (31, 7%) odpovědí, biotronovou lampu – 42 (29 %) odpovědí. Používaná jsou také nemocniční lůžka – 26 (17, 9%) odpovědí. 14 (9, 7%) sester uvedlo také elektroodsávačku a 12 (8, 3%) sester glukometr. 2 (1, 4%) sestry uvedly inhalátor a shodně po 1 (0, 7%) se v dotazníku objevil injekční dávkovač, oxygenerátor a sterilizátor.

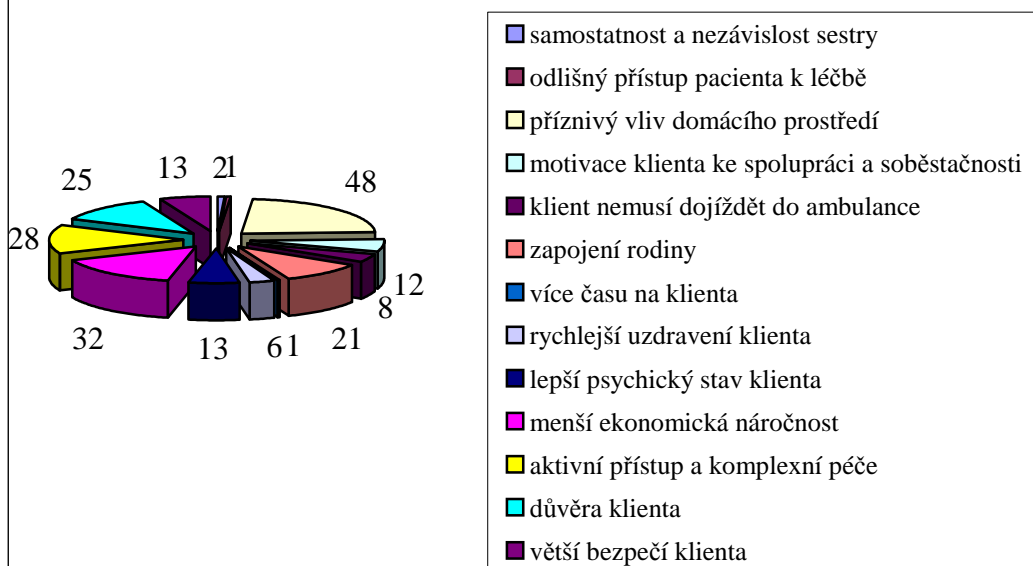


Tabulka 36:

| Použití metody ošetrovatelského procesu | Počet | % |
|--|--------------|----------|
| ano | 42 | 80,8 |
| ne | 10 | 19,2 |

Zda používají sestry ve své práci metodu ošetrovatelského procesu při péči o klienty popisuje graf 36.– Většina - 42 (80, 8%) odpověděla ano. 10 (19, 2%) sester odpovědělo, že tuto metodu nepoužívají.

Graf 37: Výhody Domácí péče podle sester



Tabulka 37:

| Výhody Domácí péče | Počet | % |
|--|-------|------|
| samostatnost a nezávislost sestry | 2 | 0,6 |
| odlišný přístup pacienta k léčbě | 1 | 0,5 |
| příznivý vliv domácího prostředí | 48 | 22,9 |
| motivace klienta ke spolupráci a soběstačnosti | 12 | 5,7 |
| klient nemusí dojíždět do ambulance | 8 | 3,8 |
| zapojení rodiny | 21 | 10 |
| více času na klienta | 1 | 0,5 |
| rychlejší uzdravení klienta | 6 | 2,9 |
| lepší psychický stav klienta | 13 | 6,2 |
| menší ekonomická náročnost | 32 | 15,2 |
| aktivní přístup a komplexní péče | 28 | 13,3 |
| důvěra klienta | 25 | 11,9 |
| větší bezpečí klienta | 13 | 6,2 |

Graf 37 zobrazuje výhody domácí péče podle mínění sester. V dotazníku byla možnost vícečetných odpovědí. Největší výhodou v domácí péči vidí sestry hlavně v příznivém vlivu domácího prostředí na klienta, tuto odpověď zvolilo 48 (22, 9%) sester. Sestry vidí také obrovskou výhodou domácí péče v nižší ekonomické náročnosti –

32 (15, 2%) odpovědí. Výhodou podle nich je také aktivní přístup a komplexní péče – 28 (13, 3%) odpovědí. Důležitá je podle sester také důvěra klienta – 25 (11, 9%). 21 (10%) sester kladně hodnotí také zapojení rodiny do léčebného procesu. Dále je vyzdvihnut u 13 (6,1%) sester lepší psychický stav, stejně jako větší bezpečí klienta a 12 (5, 7%) odpovědí hodnotí kladně také motivaci klienta ke spolupráci a soběstačnosti. 8 (3, 8%) sester si uvědomuje výhodu, že klient nemusí denně dojíždět do ambulance. 6 (2, 9%) se domnívá, že se klient rychleji uzdraví.

5. Diskuze

Výzkum byl proveden metodou dotazování technikou dotazníku určeného pro laickou veřejnost a sestry domácí péče. U laické veřejnosti bylo použito 73 dotazníků, u sester 52.

V první části dotazníku určeného pro laickou veřejnost byly otázky zaměřeny na pohlaví, věkovou kategorii a vzdělání. Domnívali jsme se, že mladší generace, tedy ve věku do 30 let nebude příliš informovaná o domácí péči. Obecně klienty agentur domácí péče tvoří především starší ročníky, a tak jsme uvažovali, že mladší generace nemá možnost přijít s informacemi o domácí péči do styku. Tato domněnka se však nepotvrdila. Jak bude zmíněno dále, mladší generace je informována o formách domácí péče i o jejích pozitivěch. V otázce zaměřené na zdravotní vzdělání jsme se chtěli ujistit, že podstatnou část výzkumného šetření netvoří lidé se zdravotním vzděláním, protože u těch lze předpokládat, že se s pojmem domácí péče setkali již během studia nebo v průběhu praxe a touto skutečností by bylo šetření jistě ovlivněno.

Potěšujícím zjištěním je, že 72 respondentů se již někdy s pojmem domácí péče setkali. Předpokládali jsme, že v dnešní době stále není informovanost v této problematice dostatečná. Jelikož otázka, zda se již někdy s domácí péčí blíže setkali nebyla blíže specifikována (zda se jedná o péči zdravotní, či sociální pomoc starým lidem a nemohoucím), je možné, že proto jsou výsledky takto transparentní.

V následující otázce v dotazníku jsme zjišťovali, co je výhodou domácí péče podle uvážení respondenta. Nejvíce - 70 respondentů odpovědělo, že výhodou domácí péče je domácí prostředí. Podle Jarošové přispívá domácí prostředí k psychické, fyzické i duchovní pohodě člověka a hraje významnou úlohu v procesu uzdravování. Další důležitou výhodou podle respondentů je péče blízkých klienta – odpovědělo takto 67 respondentů. Misconiová uvádí, že klient společně s rodinou jsou aktivními účastníky procesu ochrany a upevňování zdraví. Mohou ovlivňovat stav klienta a přispívají ke komplexnosti týmu domácí péče. Podle mého názoru mají roli zcela zásadní. Mohou působit na klienta ve smyslu podpory a pomoci a zároveň představují důležitý zdroj informací o klientovi pro sestry a další poskytovatele domácí péče. Domnívám se, že

jejich úloha je téměř nepostradatelná.

Významnou výhodou se dále ukázal být personál, který klient zná – v dotazníku takto odpovědělo 48 respondentů. Základem kvalitní péče je důvěra, která by měla být na obou stranách. Klient má jistě větší důvěru k člověku známému, který o něj pečuje v jeho přirozeném prostředí domova než v nemocnici k anonymnímu personálu, který často nemá dostatek možností se mu věnovat. Sestře v domácí péči se tak podaří zjistit informace, které by možná v jiné situaci pečujícímu personálu neposkytl.

Respondenti také považují za výhodné, že jsou eliminovány nemocniční nákazy – tuto odpověď v dotazníku zvolilo 36 respondentů. Shrňeme-li tyto výsledky je patrné, že laická veřejnost chápe, jaké výhody přináší domácí péče. Na druhou stranu respondenti nepovažují za výhodu nízkou nákladovost – tuto odpověď zvolilo pouze 18 respondentů a také si neuvědomují výhodu v propojení laické i odborné péče – tuto výhodu zvolilo 13 respondentů. Podle zjištěných odpovědí lze konstatovat, že respondenti vědí, jaká jsou pozitiva domácí péče.

Graf sedmý popisuje názory respondentů na otázku, komu je domácí péče určena. Všech 73 respondentů odpovědělo, že všem se změněným zdravotním stavem. Misconiová uvádí, že je domácí péče indikována také klientům se změněným sociálním a psychickým stavem a zaměřuje se i na udržení a podporu zdraví. Své uplatnění nachází také v prevenci onemocnění. Domnívám se, že v dnešní době velkých změn ve zdravotnictví si laická veřejnost ještě úplně neuvědomuje holistické pojetí péče, a tak jsem nechtěla respondentům komplikovat proces rozhodování ve složitějším výběru odpovědí. Odpověď, že je domácí péče indikována všem se změněným zdravotním stavem (nikoliv pouze například starým lidem či handicapovaným) je tedy uspokojivá.

Dále se respondenti domnívají, že je domácí péče poskytována starým lidem – 72 respondentů a nevléčitelně nemocným – 41 respondentů.

V osmé otázce dotazníku jsme se ptali laické veřejnosti na názor, co hraje v domácí péči důležitou roli. Na grafu je zobrazeno, že 73 respondentů, tedy 100% si uvědomuje prospěšnost domácího prostředí a jeho příznivý vliv na klienta. U této odpovědi zřejmě brali respondenti v potaz pouze kladný vliv rodiny. V případě, že

rodina svoji funkci neplní, možnosti domácí péče jsou oslabené, jak uvádí Hanzlíková. V dnešní společnosti existují jednočlenné rodiny, bezdětné apodobně. Kladný vliv domácího prostředí je tedy relativní, nicméně důležitost domácího prostředí je hlavní podmínkou k poskytování domácí péče. V tomtéž grafu je patrné, že 61 respondentů zvolilo za důležitý faktor v domácí péči vlídný personál.

Devátý graf nám popisuje, jaký zdroj informací měla laická veřejnost o domácí péči. Jarošová uvádí jako hlavní zdroje, které podporují rozvoj domácí péče: články v odborné literatuře, a národních denících, letáky, brožury – rozdávané agenturami domácí péče, lůžkovými zařízeními či praktickými lékaři, speciálně připravené videokazety a TV programy.

Největší počet respondentů – 42 vybralo odpověď – z médií. Domnívám se, že v dnešní době se informace nejlépe dostanou k lidem prostřednictvím internetu. Jedná se zejména o mladou a střední generaci, která tvořila téměř polovinu respondentů, a tak si myslím, že tímto faktem byl výsledek ovlivněn. Videokazety a televizní programy má člověk možnost zhlédnout spíše sporadicky, zejména pokud se o toto téma blíže zajímá (například studenti). Z těchto důvodů by měla být na informovanost široké veřejnosti o službách poskytovaných agenturami domácí péče zaměřena masmédiá, jakými jsou články v novinách, časopisech a internetu. Velmi malá část respondentů zvolila další odpovědi. Pouze 8 respondentů zvolilo odpověď nemocnice a dvanáct respondentů zvolilo odpověď praktický lékař. Také na desátém grafu můžeme vidět, že 61 respondentům nenabídl praktický lékař možnost domácí péče. Zůstává otázkou, zda ji vůbec potřebovali. Zde jsou patrně rezervy, které by bylo potřeba do budoucna odstranit, aby si domácí péče mohla v systému zdravotnictví získat své místo.

Pozitivem domácí péče, je multidisciplinární tým, který péči poskytuje. Jak uvádí Misconiová – komplexní domácí péči poskytují rodinní příslušníci, sestra, lékař, sociální pracovník, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, nutriční terapeut. V otázce jedenácté se ptám respondentů, kdo podle nich poskytuje domácí péči. Největší počet odpovědí zahrnují sestry – 69, dále ošetrovatelský pomocný personál – 60, RHB pracovník – 58, lékaři 56, sociální pracovníci 46 a fyzioterapeuti 41. Ostatní odpovědi

zvolila méně než polovina respondentů. Významným a překvapivým zjištěním je fakt, že pouze 3 respondenti nevěděli kdo domácí péči poskytuje. V grafu dvanáctém můžeme nalézt odpovědi na otázku v dotazníku zjišťující jaké formy domácí péče respondenti znají. Odpověď, že v České republice je poskytována odborná zdravotní domácí péče zvolilo 62 respondentů. Odpověď sociální péče a pomoc zvolilo 56 respondentů. Laická pomoc zvolilo 37 respondentů. Z uvedených odpovědí vyplývá, že laická veřejnost ví, jaké jsou formy domácí péče.

V další otázce jsme se ptali na formy domácí hospitalizace, abychom zjistili, zda si umí respondenti představit, o jaké konkrétní klienty se agentury starají. Většina respondentů – v počtu 62 označila odpověď dlouhodobě nemocní. Významnou část odpovědí tvoří také domácí hospicová péče, která byla zvolena v počtu 62. Zajímavým zjištěním pro nás je, že úrazová, pooperační a preventivní péče byla zvolena jen malým počtem respondentů.

41 respondentů se v další otázce dotazníku, jak je patrné z grafu třináctém domnívá, že domácí péče je poskytována v omezeném časovém rozsahu. Možná právě zde můžeme nalézt vysvětlení, proč v předchozí otázce nebyla zvolena významnějším počtem respondentů odpověď pouřazová či pooperační péče. Pokud se většina respondentů domnívá, že domácí péče je poskytována pouze po omezenou dobu, zřejmě se domnívají, že u pooperační a pouřazové formy péče je nutný přístup časově spíše neomezený, tedy každodenní. To, že je domácí péče poskytována nepřetržitě (ať zahrnuje telefonickou konzultaci nebo osobní přístup) 24 denně se domnívá pouze 10 respondentů. Tímto faktem může být pohled na domácí péči poněkud oslaben. Respondenti mohou zastávat názor, že na rozdíl od nemocniční hospitalizace není v domácí péči zaručena nepřetržitá péče po celý den.

Patnáctý graf nám popisuje, jaká je forma úhrady domácí péče podle uvážení respondentů. Nemyslím si, že by laická veřejnost nutně tuto informaci potřebovala, spíše jsem se snažila zjistit, kde je strop informací, které laici o domácí péči mají a jaké další informace popřípadě potřebují. Naprostá většina odpovědí - 52 zněla, že ze zdravotního pojištění, pokud je předepsána lékařem a nadstandardní výkony si hradí

klient sám. To mě moc potěšilo, že tak velké množství respondentů o této možnosti ví.

Šestnáctý graf popisuje, jaké osobní zkušenosti mají respondenti s domácí péčí. 35 respondentů odpovědělo, že nemá žádné zkušenosti. To mě poněkud překvapilo, vzhledem ke zjištěné skutečnosti jaké množství informací respondenti o domácí péči mají. Čtrnáct respondentů k této otázce uvedlo, že mají zkušenost s umírajícím členem v domácnosti. Misconiová ve své literatuře uvádí, že hlavní podíl na domácí péči o umírajícího klienta má rodina, která zejména o něho pečuje. Souhlasím s názorem uvedeném v literatuře, že domácí péče o umírajícího by měla být volena jako první a lůžková péče by měla na ni navazovat až když by ošetřování v domácnosti nebylo možné. Vlastní pozitivní zkušenost, která nebyla blíže specifikována, má pak 15 respondentů.

Sedmnáctý graf zobrazuje, jestli existuje v okolí bydliště jednotlivých respondentů agentura domácí péče. Nejčastěji se objevovala odpověď nevim – v počtu 32. Zde může být chyba na straně agentur, že o své působnosti dostatečně neinformuje širokou veřejnost. Ano odpovědělo 29 respondentů. Odpověď ne vybralo pouze 12 respondentů.

Jednou z nejdůležitějších otázek dotazníku byla otázka poslední, u které se respondenti mohli rozepsat a uvést vlastní pohled na význam domácí péče. Tyto odpovědi mě zároveň nejvíce potěšili, protože jsem měla možnost zjistit, že laická veřejnost si uvědomuje široké rozmezí aspektů týkající se domácí péče a to dokonce i ty, o kterých jsem se vlastně v dotazníku ani nezmiňovala. Největší počet odpovědí se týkal psychické prospěšnosti pro klienta. Tento názor zastává také odborná literatura a je jedním z podstatných principů domácí péče. Tento názor zazněl celkem 52krát. Respondenti si také ve významném počtu 39 odpovědí uvědomují, že je domácí péče nejen prospěšná pro klienta, ale také pro rodinu. V literatuře se objevuje podobný názor. Často rodina trpí odloučením od svého blízkého, který je hospitalizován ještě více, než samotný nemocný. Trápí se odloučením, ale také myšlenkami, jak se o jejich milovaného v nemocnici starají, zda mu něco nechybí a podobně. Dalším důležitým faktorem, který respondenty přesvědčil o významu domácí péče je individuální přístup.

Laická veřejnost si zřejmě velice dobře uvědomuje, že v nemocničním zařízení i přes kvalitní péči nemůže být individuální přístup vždy zaručen, protože často není místo pro důvěru. Personál nemusí mít vždy čas poznat klienta i z jiné stránky než medicínské a podobně.

Překvapilo mě, že vliv domácího prostředí nebyl nejčastěji voleným důvodem, proč je domácí péče významná. Tento názor se objevil 38krát.

Druhým dotazníkem jsme zjišťovali rozsah péče a skladbu klientů, které mají jednotlivé agentury domácí péče. První graf popisuje odpovědi na otázku týkající se délky celé zdravotnické praxe, nespecifikované na konkrétní pracoviště. 29 sester odpovědělo, že mají zdravotnickou praxi delší než 21 let. 15 sester uvedlo praxi o délce 11 až 20 let. 7 sester odpovědělo, že mají praxi dlouhou 6 – 10 let a pouze jedna sestra uvedla praxi kratší než 6 let. Bylo pro mě velmi povzbudivým zjištěním, že v agenturách domácí péče pracují zejména sestry velmi zkušené, které tak mohou poskytovat péči vysoce kvalitní. Podle asociace domácí péče by měla mít sestra domácí péče praxi minimálně 5 let u lůžka a mě velmi těší, že tomu tak ve zjištěných případech skutečně je. Další graf zobrazuje délku praxe sester v agentuře domácí péče. Vzhledem ke skutečnosti, že domácí péče pevně zakotvila v systému českého zdravotnictví až s rokem 1990, kdy začaly vznikat první agentury, nemohou mít sestry praxi delší než 18 let. Očekávala bych proto, že délka jejich praxe se bude pohybovat spíše v kratších časových úsecích. Opak byl pravdou. Pouze 5 sester uvedlo praxi kratší než dva roky včetně. 16 sester zmínilo praxi v délce 2 – 5 let, což je podle mého názoru, už dostatečně dlouhá doba na zapracování a získání odbornosti v příslušné profesní činnosti. 13 sester uvedlo praxi v délce 6 – 10 let, což je téměř polovina jejich celkové praxe a to jen dokazuje, na jak vysoké úrovni české sestry v agenturách domácí péče jsou. Nejpozitivnějším zjištěním pro mě bylo, že 16 sester má praxi v délce 11 – 15 let. K tomu nemám co více dodat. 2 sestry zvolili poslední z možností, tedy praxi v domácí péči delší než 15 let.

Jelikož nároky na výběr sester do agentur domácí péče by měly být maximální,

jak uvádí ve své odborné literatuře B. Misconiová, snažila jsem se otázkou zaměřenou na stupeň vzdělání zjistit, zda je tomu tak také v odborné teoretické rovině. Na grafu je zobrazeno, že 23 respondentek uvedlo středoškolské vzdělání – tedy střední zdravotnickou školu. 18 respondentek má střední zdravotnické vzdělání s pomaturitním specializačním studiem. Oslovené sestry, které zvolily možnosti vyšší odborné vzdělání, bakalářské či magisterské studium, tvořily ve výzkumu minimální část v počtech 3, 7

a 1. Dávám si tuto skutečnost do souvislosti s faktem, že vysoká část respondentek má dlouholeté zkušenosti z praxe a nemá možná proto potřebu dále se vzdělávat. V úvahu také přichází fakt, že sestry, které mají jistě náročnou profesi v domácí péči, ať už se jedná o časovost či psychickou náročnost spojenou s obrovskou zodpovědností a mají zároveň vlastní rodiny, nezbývá čas a energie na další vzdělávání. Do budoucna by byla jistě zajímavá výzkumná studie zaměřená na rozvoj vzdělávání u sester domácí péče, abychom tuto skutečnost zjistili.

Graf čtvrtý popisuje odpovědi na otázku, kolik zaměstnanců mají jednotlivé agentury. 25 sester uvedlo, že více než 9 zaměstnanců. 23 sester zvolilo další možnost:

6 – 8 zaměstnanců v agentuře. Další odpovědi jsou již zanedbatelné. 3 sestry odpověděly, že mají 3 – 5 zaměstnanců a 1 sestra dokonce působí v agentuře sama. Ve vyšším počtu zaměstnanců je agentura schopna zajistit péči většímu počtu klientů,

a pokud se jedná o multiprofesionární tým, je schopna zajistit také péči komplexnější. Proto se dále v dotazníku zabývám otázkou, jaké konkrétní profese se v agenturách nacházejí, pokud se týká zaměstnaneckého poměru.

Všechny dotazované respondentky vybraly možnost sestry. Tedy v počtu 52. Bylo by velmi překvapivé, pokud by tomu bylo jinak vzhledem ke zjištěné skutečnosti, že jsou hlavními poskytovateli domácí péče. 28 dotazovaných sester uvedlo dále možnost pomocný ošetrovatelský personál. Pokud jsou sestry vytížené a mají hodně klientů, jistě velmi vítají pomoc ošetrovatelek. Díky nim se pak mohou více zaměřit na odbornou práci a poskytovat tak kvalitnější péči. 19 sester dále odpovědělo, že se u nich v agentuře vyskytují sociální pracovníci. Pokud má být poskytována holistická péče, jak je uvedeno téměř ve všech dostupných literárních zdrojích

zabývajících se domácím ošetřováním, je nutné, aby se o sociální stránku klienta staral profesionál, adekvátně k tomu vybavený jak teoreticky, tak prakticky. Proto považují tento počet za velmi příznivý. 1 sestra uvedla, že spolupracuje také s lékařem. Domnívám se, že je tento výsledek ovlivněn skutečností, že agentury s lékaři pouze spolupracují a lékaři nejsou zaměstnanci agentur. Na grafu šestém je zobrazeno, s jakými konkrétními profesionály agentury spolupracují, pokud se nejedná o zaměstnanecký poměr.

Zde se odpovědi od předchozích značně liší. 100% sester, tedy 52 uvedlo, že agentura spolupracuje s lékaři. 27 sester uvádí sociální pracovníky. Z 22 odpovědí vyplývá, že spolupracují se sestrami. Zde může být důvod ekonomický. Agentura není například schopna plně zaměstnat sestru, a tak s ní spolupracuje podle potřeby dohodou o provedení práce nebo činnosti. 18 sester uvedlo, že jejich agentura spolupracuje s duchovními. Vysvětlují si to osobně tím, že velké procento klientů domácí péče tvoří senioři a umírající, kteří mají nenaplněnou potřebu spirituální či vyžadují některé specifické úkony. Je dobré zjistit, že jsou agentury schopny zajistit naplnění také duchovní potřeby klienta. V dalších odpovědích se objevují psychologové, pomocný ošetrovatelský personál, rehabilitační pracovníci, fyzioterapeuti, logopedi. Je tedy zřejmé, že pojem multidisciplinární tým se nenachází pouze na stránkách odborné literatury, ale že je ve skutečnosti tento fenomén aplikován také v praxi. Zjišťuji tedy, že rozsah péče je skutečně široký.

Graf sedmý popisuje odpovědi na otázku uvedenou v dotazníku, zda jejich agentura poskytuje péči zdravotní či sociální. 29 sester odpovědělo odbornou zdravotní. 15 sester zvolilo odpověď odbornou zdravotní i sociální. 12 sester odpovědělo, že agentura poskytuje pouze péči sociální. Odbornou zdravotní, sociální a laickou pomoc pak zvolilo 10 sester. Zde se domnívám, že sestry podle strukturovanosti odpovědí zvolily nejprve možnost zdravotní, po té sociální a následně teprve zaznamenaly, že je na výběr odborná zdravotní i sociální péče dohromady. Tím je zřejmě ovlivněn celkový počet odpovědí. Hanzlíková v literatuře uvádí, že se v České republice vyskytuje vlastně model péče Home Care, tedy dominantní úlohu by měla hrát péče zdravotní a sociální péče by měla být jejím doplňkem. Odpovědi na otázku tento fakt potvrzují.

Jelikož jsem si stanovila za cíl zjistit, jaký rozsah péče jednotlivé agentury mají, zaměřila jsem se v další otázce na sociální péči, která je agenturami také poskytována, i když v menším měřítku. Zabývám se tím, jaké konkrétní úkony jsou v rámci sociální péče poskytovány. 33 odpovědí znělo jednoduché ošetrovatelské úkony. Dále je to dopomoc při hygieně – 32, donáška léků, jídla a pití 31, dopomoc při oblékání 29, dále po 20 odpovědí ošetření nohou – pedikúra, masáž, práce spojené s udržováním chodu domácnosti, nákupy. 10 sester zvolilo odpověď stříhání a úprava vlasů. Domnívám se, že čím větší spektrum činností je agenturou poskytováno, tím větší zájem ze strany klientů o domácí péči bude. Mnoho klientů nemá blízkého, který by se o ně staral a přesto nejsou ve stavu, který by vyžadoval nepřetržitou péči v lůžkovém či podobném zařízení, a tak péči poskytovanou agenturami domácí péče vítají.

Graf devátý mapuje odpovědi na otázku v dotazníku, kde se ptám na dominantní věkovou kategorii klientů agentur domácí péče. Hanzlíková uvádí, že největší část klientů tvoří seniorská populace a výsledky tento fakt jednoznačně podporují. Pouze dvě odpovědi znějí méně než 40 let. Další odpovědi zahrnují pouze seniory. V rozmezí 61 – 70 let je to 15 odpovědí. V rozmezí 71 – 80 pak nejvíce – 31 a více než 81 let odpovědělo 15 sester.

Jaké nejčastější diagnostické skupiny se v agenturách vyskytují zjišťujeme dále. Odpovědi byly zcela jednoznačné. Nejčastější diagnostickou skupinou podle respondentů jsou klienti s bérčovými vředy. Přihlédnu-li ke zjištěné skutečnosti, že největší zastoupenou skupinou v domácí péči jsou senioři, musím zmínit v tomto směru některé změny, které sebou stáří přináší. Jednak se jedná o změny tělesné, jakými jsou úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů, kardiopulmonární změny. Dále pak změny psychické – zhoršení paměti, nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, sugestibilita, změny vnímání, emoční labilita. V neposlední řadě také změny sociální – změna životního stylu, zhoršená soběstačnost, osamělost. U seniorů je navíc typická polymorbidita. Všechny tyto faktory se navzájem ovlivňují a bývají příčinou bérčových vředů, i když častokrát nepřímou.

Další velmi častou diagnózou byly zvoleny cévní mozkové příhody. Těmito

zjištěními si tedy potvrzují hypotézu, že největší část klientů domácí péče tvoří dlouhodobě nemocní, neboť i klienti s bércovými vředy i klienti po cévních mozkových příhodách spadají do oblasti péče dlouhodobého charakteru. Další diagnózy, které byly zvoleny v menším zastoupení, spadají rovněž do péče dlouhodobé. Jedná se o diabetes mellitus – 18, roztroušenou sklerózu, plegie, ischemickou chorobu srdeční – 6. Další odpovědi tvoří zanedbatelnou část.

Abych si skladbu klientů domácí péče zkompletizovala, ptala jsem se dále, které diagnostické skupiny se v agenturách naopak nevyskytují. Převažovaly dva druhy odpovědí. Jednak respirační choroby – 21 odpovědí a dále pak spondylopatie. Těmto indikačním skupinám je zřejmě indikována nemocniční péče.

V další otázce se zaměřuji na psychická onemocnění. 48 respondentů zmínilo demence. 33 sester vybralo odpověď deprese. 21 poruchy nálady, 19 poruchy spánku, 12 schizofrenie, 7 fobie, 6 poruchy příjmu potravy. V literatuře se objevuje názor, že péče o psychická onemocnění se může lišit od péče o jiné skupiny onemocnění, je více specifická. V domácím prostředí však lze navázat důvěrnější vztah, který je potřebný pro poskytování kvalitní péče. Domnívám se, že domácí péče by mohla být indikována většímu rozpětí diagnostických skupin, pokud by se multidisciplinární tým rozšířil o specialisty z oblasti psychiatrie.

Abych zjistila, jak vypadá v kostce péče o klienty s psychickými onemocněními, ptala jsem se sester, jaké nejčastější intervence se objevují u těchto klientů. 30 sester odpovědělo, že zjišťují místní, časovou a osobnostní orientaci. 28 sester uvedlo, že pacientům poskytují farmakologickou léčbu. 26 sester pacienty edukuje a vyučuje. 21 sester pomáhá s denními činnostmi, 21 určuje sklon k chování (např. k agresivitě, úzkostem). Sestry tedy poskytují péči takovou, jaká je podle literatury považována za kvalitní a adekvátní.

Onemocnění u dlouhodobě nemocných klientů jsme zjišťovali dále. Graf čtrnáctý popisuje, že největší skupinu podle množství odpovědí tvoří neurologická onemocnění, která byla zvolena 37 krát. V podstatě jsem si touto odpovědí zároveň potvrdila výsledek nejčastějších diagnóz, kde se na prvních místech objevovaly téměř

samé neurologické diagnózy (roztroušená skleróza, plegie, cévní mozkové příhody). Další častou skupinou jsou onkologické diagnózy v počtu 32 odpovědí. 30 odpověďmi byly zařazeny do nejčastějších nemocí spadající do dlouhodobé péče také metabolická onemocnění. Za zmínku stojí také psychická onemocnění, která se objevila celkem 17 krát. V literatuře se objevuje názor, že v rámci dlouhodobé domácí péče pečují sestry o klienty po cévních mozkových příhodách, roztroušenou sklerózou, diabetem mellitem, klienty s plegiemi, duševním onemocněním či chronickou bolestí. Odpovědi v dotazníku tuto skutečnost potvrzují.

Abychom si ucelili představu, jaký je rozsah péče agentur domácí péče ptáme se dále s jakými nejčastějšími ošetrovatelskými problémy se sestry setkávají. Odpovědi, které se objevovaly nejčastěji pouze potvrdily mé vlastní domněnky. Nejčastějším ošetrovatelským problémem u klientů je podle sester domácí péče inkontinence, která se objevila ve 49 dotaznících. Následuje chronická bolest v počtu 36. Ve 35 dotaznících se objevuje imobilizace. Dále je to ve 32 případech sociální izolace. U 32 dotazovaných se vyskytl také deficit sebepéče. V podstatě každá z nabízených možností byla vybrána až na neefektivní dýchání, které se jako nejčastější diagnóza neukázalo. Většina ošetrovatelských problémů, které jsem výše zmínila se vyskytuje u dlouhodobě nemocných seniorů. Myslím si, že ošetrovatelská diagnóza sociální izolace se vyskytuje spíše u klientů hospitalizovaných. V podstatě každý nemocný člověk je svým způsobem sociálně izolován, pokud ho nemoc vyřadila z pracovního i osobního života, ale nečekala bych, že u klienta, kterému je indikována domácí péče se tato diagnóza objevuje mezi nejčastějšími.

Misconiová ve své publikaci tvrdí, že sestry domácí péče edukují klienta k zodpovědnosti za vlastní tělesné i duševní zdraví. Klient by měl po správně zacíleném edukačním procesu umět udržovat si své zdraví a pečovat o sebe adekvátně v době onemocnění. V další otázce nás zajímal, čeho konkrétně se edukační proces, který je aplikován na klienta a jeho rodinu, týká. Graf šestnáctý ukazuje, že byly odpovědi velmi vyrovnané. Nejčastěji sestry edukují klienta o péči o pohybový aparát – 41 sester takto odpovědělo. Následuje cukrovka – co to vlastně je a jak se projevuje – 32. Jaká

nebezpečí vznikají při chybném vyvážení diabetické léčby je další možnost, která byla zvolena 29 krát. Následuje: hlavní zásady a cíl diabetické léčby - 28, co je vysoký krevní tlak a proč je nebezpečný 25. Milým zjištěním pro nás je, že se sestry klientům v této oblasti důsledně věnují, jak hovoří tyto odpovědi.

Další otázkou jsme se zaměřili na nejčastější výkony, které sestry u klientů provádějí. Jedná se o výkony, které se běžně provádějí i v lůžkovém zařízení, ale jsou upraveny pro podmínky domácího prostředí. Na grafu sedmnáctém je zobrazeno, že nejčastěji sestry vybíraly tyto výkony: monitorace fyziologických funkcí – 50, prevence dekubitů – 46, odběry biologického materiálu – 42, převazy 33, podávání léků – 29, osobní hygiena – 23. Méně často se objevila infúzní terapie - 13, která je v nemocničním zařízení aplikována velmi často. V domácím prostředí zřejmě nejsou pro tuto formu léčby ideální podmínky. Podle standardů, týkajících se ošetrovatelské péče smí infúzní terapii aplikovat sestra a v domácím prostředí si těžko dokážu představit – jak sestra klientovi podá infúzi, která má kapat například několik hodin, po tuto dobu má sestra být klientu nablízku, aby zasáhla v případě, že nastanou nějaké komplikace, a pak by měla infúzní terapii zase ukončit. Je tedy zřejmé, že léčebné intervence musí být voleny adekvátně s přihlédnutím na specifika domácího ošetřování.

Jaké pomůcky používá sestra v domácí péči nás zajímalo v další otázce. Spektrum je skutečně široké, jak dokazuje graf osmnáctý a počet odpovědí je velmi vyrovnaný. Uvedu tedy jen několik zajímavých zjištění. Všechny dotazované sestry, tedy 100 % používá pro svou práci: sterilní i nesterilní rukavice, obinadla, čtverce, tonometr, fonendoskop. Za zmínku stojí také výsledek, že ne všechny sestry pracují s dokumentací. Napsalo ji 46 sester. Toto zjištění si neumím nijak vysvětlit.

Jaké přístroje jsou v domácí péči používány popisuje graf devatenáctý.. Překvapivým zjištěním v počtu 46 odpovědí pro mě byl infúzní stojan vzhledem k předchozímu zjištění, že sestry často infúzní terapii neaplikují. Zajímavé je, jak často sestry uvedly biotronovou lampu – 42krát. Naproti tomu pro mě bylo spíše nepříjemným zjištěním, že sestry v ani jednom případě nevedli ambuvak či přenosné EKG. Pouze v jednom případě byl uveden injekční dávkovač, oxygenerátor a

sterilizátor. Misconiová ve svém Průvodci domácí péči zmiňuje, že sestry v domácí péči používají sterilní pomůcky již předem připravené a sterilizace probíhá pouze v nepředvídatelných situacích a to formou páry či dezinfekčními roztoky. Překvapivé je rovněž používání nemocničních lůžek – ve 26 případech.

Požítí metody ošetrovatelského procesu v praxi uvádí 42 sester. 10 sester toto neguje. K tomuto výsledku zřejmě došlo vysokým procentem „zkušenějších“ sester ve výzkumném vzorku, které zřejmě s novými metodami během svého vzdělávání nepřišly do styku. Je možné, že metodu ošetrovatelského procesu aplikují, aniž by o této skutečnosti věděly. Tento termín se jim zdá možná neznámí a příliš vědecký. O této záležitosti však mohu pouze spekulovat, neboť jsem se touto problematikou dále nezabývala.

Tématem celé mé bakalářské práce je význam domácí péče, a tak jsem si na závěr dotazníku určeného pro sestry domácí péče, neodpustila otázku, jaký význam pro ně domácí péče má. Poslední graf nám zobrazuje, že odpovědi byly vcelku rozmanité, ale pozitivní. Příznivý vliv domácího prostředí uvedlo 48 sester. 32 z nich si uvědomuje nízkou ekonomickou náročnost v porovnání s nemocniční hospitalizací. 28 sester kladně hodnotí aktivní přístup a komplexní péči, která je klientům poskytována. 25 z nich si váží důvěry klienta. 21 uvádí za významné zapojení rodiny. 13 z nich si uvědomuje lepší psychický stav klienta či větší bezpečí klienta. Líbilo se mi, že sestry hodnotily i svůj postoj k práci, když uvedly, že jsou samostatně pracující a nezávislé na nadřízeném, což jistě vede k vyšší míře seberealizace.

K této bakalářské práci byly stanoveny dva cíle: zjistit skladbu klientů a rozsah péče agentur domácí péče a zjistit, jaký význam vidí laická veřejnost v domácí péči. Shrneme-li uvedené zjištěné skutečnosti praktické části výzkumného šetření lze konstatovat, že oba cíle byly splněny. Zároveň nám tyto skutečnosti dokazují, že hypotéza první – největší počet klientů domácí péče tvoří dlouhodobě nemocní a druhá – agentury domácí péče poskytují péči o duševně nemocné se potvrdily. Podle zjištěných skutečností je možno vyvrátit hypotézu třetí – laická veřejnost neví, jaká jsou pozitiva domácí péče a čtvrtou – laická veřejnost neví, jaké jsou formy domácí péče.

6. Závěr

Domácí péče respektuje v plném rozsahu integritu klienta s jeho vlastním sociálním prostředím i individuální vnímání kvality života. Nárok na poskytování Domácí péče má každý občan České republiky, jehož ošetřující lékař po zhodnocení celkového stavu zdravotního i stavu vlastního sociálního prostředí rozhodne o poskytování domácí péče. Domácí péče je každoročně poskytována statisícům klientů všech diagnostických, věkových, indikačních skupin. Obvykle se jedná o klienty, kteří by bez existence domácí péče byli hospitalizováni.

Cílem bakalářské práce „ Domácí péče a její význam“ bylo jednak zjistit skladbu klientů a rozsah péče agentur Domácí péče a také zjistit, jaký význam vidí laická veřejnost v Domácí péči. Teoretická část práce zobrazuje Domácí péči v obecné rovině zatímco praktická část se zaměřuje na splnění stanovených cílů.

Byly stanoveny čtyři hypotézy: H1 – největší počet klientů Domácí péče tvoří dlouhodobě nemocní. H2 – agentury domácí péče poskytují péči o duševně nemocné, H3 – laická veřejnost neví, jaká jsou pozitiva domácí péče, H4 laická veřejnost neví, jaké jsou formy Domácí péče. Na základě zjištěných skutečností z dotazníkového šetření u sester Domácí péče je možno potvrdit hypotézu první, že největší počet klientů domácí péče tvoří dlouhodobě nemocní a druhou, že agentury poskytují péči o duševně nemocné klienty. Na základě dotazníkového šetření u laické veřejnosti je možno vyvrátit hypotézu třetí, že laická veřejnost neví, jaká jsou pozitiva domácí péče a také hypotézu čtvrtou, že laická veřejnost neví, jaké jsou formy domácí péče.

Na základě zjištěných skutečností je možno říci, že domácí péče má své pevné místo v systému zdravotní i sociální péče a celou řadu pozitiv, která vidí jak laická tak odborná veřejnost. Přesto je potřeba, aby byla Domácí péče více podporována státem a více doporučována praktickými lékaři, aby se dostala ke svým klientům. Její uplatnění je velice široké. K tomu je zapotřebí více informovat laickou i odbornou veřejnost. Jedním z možných zdrojů informací může být i tato bakalářská práce, která může svým zájemcům být hodnotným zdrojem poznatků.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ASOCIACE DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY, *Stanovy*
(online) Platný <http://www.domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-stanovy.doc>
2. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatel'stvo – teória*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2001. 134 s.
ISBN 80-8063-086-0.
3. HANZLÍKOVÁ, A. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. 279 s.
ISBN 80-8063-155-7.
4. HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Praha: Grada Publishing, 2002. 91 s. ISBN 80-247-0212-6.
5. JANOŠÍKOVÁ E. H. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlinosť*. 1. vyd. Martin, Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
6. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7-368-110-2.
7. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 104 s. ISBN 978-80-247-2150-7 .
8. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči*. Praha: Grada Publishing, 2005. 148 s. ISBN 80-247-1001-3.
9. KALVACH Z. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing., 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
10. Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 356 s. ISBN 80 – 247 1720 – 4.

11. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo*. 2. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
12. KUBICOVÁ L. *Chirurgické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 152 s. ISBN 80-8063-176-X.
13. MASTILIAKOVÁ D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
14. MARKOVÁ E. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6 .
15. MARTIN S. K. *The Omaha systém*. 1. vyd. St. Louis: Elsevier Saunders, 1992. 496 s. ISBN-13:978-0-7216-0130-4.
16. MISCONIOVÁ B. *Péče o umírající, hospicová péče*. 1. vyd. Praha. Národní centrum domácí péče ČR, 1998. 77 s. ISBN neuvedeno
17. MISCONIOVÁ B. *Přehled vývoje domácí péče na území ČR v období let 1990 – 1996*. Asociace domácí péče České republiky – Národní centrum domácí péče České republiky. <http://www.domaci-pece.info/prehled-vyvoje-komplexni-domaci-pece-na-uzemi-cr-v-obdobi-let-1990-az-1996-bc-blanka-misconiova>. 31. 3. 2008
18. MISCONIOVÁ, B. *Stručný průvodce domácí péčí a adresář agentur domácí péče*. 1.vyd. Praha: Asociace domácí péče, 1995. 80 s. ISBN neuvedeno.
19. NÁRODNÍ CENTRUM DP ČR, Dostupné z :www.domaci-pece.info. 12. 1. 2008

20. O'CONNOR M. a kol. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha, Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN: 80-247-1295-4.
21. STAŇKOVÁ M. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha, Universita Karlova – vydavatelství Karolinum, 1996. ISBN: 80-7184-243-5.
22. SVĚDÍKOVÁ M. et al. Domácí a ústavní péče, *Sestra*. Praha: 2008, č. 04, 33 – 40 s. ISSN 1210-0404
23. ŠAJDLÍKOVÁ J. Inkontinence, *Sestra*. Praha: 2008, č. 01, 46 – 47 s. ISSN 1210-0404
24. ŠEMÁNKOVÁ M. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult I. a II. díl*. 2. vyd. Praha, Universita Karlova – vydavatelství Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0477-9.
25. ŠLAISOVÁ I. *Ošetrovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium*, 1. vyd. Hradec Králové: Nukleus, 2004. ISBN 80-86225-51-8.
26. TRACHTOVÁ E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vyd. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN: 80-7013-324-8
27. VONDRÁČEK L., VONDRÁČEK J. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN:80-7262-39229.
28. ŽVÁČKOVÁ P., *Péče o imobilního pacienta v domácím prostředí*. *Sestra*. Praha: 2008, č. 04, 38 s. ISSN 1210-0404

8. Klíčová slova

Agentury domácí péče

Klienti domácí péče

Komplexní domácí péče

Ošetrovatelská péče v domácí péči

Vývoj domácí péče

9. Přílohy

| | |
|-----------|--|
| Příloha 1 | Dotazník pro laickou veřejnost |
| Příloha 2 | Dotazník pro sestry agentur domácí péče |
| Příloha 3 | Bartholův test základních všedních činností |
| Příloha 4 | Hodnotící škála rizika vzniku dekubitů dle Nortonové |
| Příloha 5 | Dokumentace |
| Příloha 6 | Adresář agentur domácí péče |

Příloha 1

Dobrý den,

jmenuji se Pavlína Titěrová a jsem studentkou zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Dotazník, který Vám předkládám je součástí mé bakalářské práce – Domácí péče a její význam, kde zjišťuji vztah veřejnosti k této problematice. Prosím Vás tímto o spolupráci jeho vyplněním. Dotazník je zcela anonymní, své odpovědi zakroužkujte, případně doplňte. Můžete vybrat libovolný počet odpovědí, nebo žádnou z možností.

Předem děkuji za případnou spolupráci

Pavlína Titěrová

Identifikační údaje:

1. Jste:

- a) muž
- b) žena

2. Váš věk spadá do kategorie:

- a) méně než 20 let
- b) 20 - 30 let
- c) 31 - 40 let
- d) 41 - 50 let
- e) 51 – 60 let
- f) Více než 61 let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

- a) základní
- b) vyučen v oboru
- c) vyučen v oboru s maturitou
- d) středoškolské
- e) vyšší odborná škola
- f) vysokoškolské

4. Je Vaše vzdělání zdravotního zaměření?

- a) ano
- b) ne

5. Setkal/a jste se s pojmem domácí péče?

- a) ano
- b) ne

6. Výhodou domácí péče dle Vašeho názoru je:

- a) nízká nákladovost
- b) vliv domácího prostředí
- c) personál, který klient - pacient zná
- d) eliminace nemocničních nákaz
- e) propojení laické i odborné péče
- f) dlouholetá tradice
- g) péče blízkých klienta – pacienta
- h) jiné:.....

7. Komu je podle Vás určena domácí péče?

- a) nevléčitelně nemocným
- b) starým lidem, pokud se již o sebe sami nedovedou postarat
- c) všem se změněným zdravotním stavem, pokud již nestačí laická péče, ale není nutná hospitalizace v lůžkovém zařízení
- d) handicapovaným spoluobčanům
- e) nevím
- d) jiné:

8. Co podle Vás hraje důležitou roli v domácí péči?

- a) vlídný personál domácí péče
- b) domácí prostředí
- c) přístrojová technika a pomůcky
- d) péče po celý den
- e) nevím
- f) jiné :.....

9. Jak jste se o domácí péči dověděla?

- a) v nemocnici
- b) od praktického lékaře
- c) od přátel
- d) od rodiny
- e) z informačního letáku
- f) z médií – TV, noviny, časopisy, internet
- g) jinak :

10. Zmínil se Vám lékař o možnosti domácí péče?

- a) ano
- b) ne

11. Kdo všechno podle Vás domácí péči poskytuje?

- a) sestry
- b) lékaři
- c) psychologové
- d) logopedi
- e) sociální pracovníci
- f) sociologové
- g) pomocní ošetrovatelský personál
- h) rehabilitační pracovníci
- i) fyzioterapeuti
- j) duchovní
- k) jiní:.....
- l) nevím

12. Jaké formy domácí péče jsou podle Vás v ČR poskytovány?

- a) odborná zdravotní péče
- b) sociální péče a pomoc
- c) laická péče
- d) nevím
- e) jiná:

13. Jaké formy domácí hospitalizace jsou podle Vás v ČR poskytovány?

- a) pooperační péče
- b) pouřazová domácí péče
- c) dlouhodobá domácí péče
- d) preventivní domácí péče
- e) domácí hospicová péče
- f) nevím
- g) jiné :

14. Jaká je časová dostupnost domácí péče?

- a) nepřetržitě po 24 hodin denně, 7 dní v týdnu
- b) v omezeném časovém rozsahu
- c) nepřetržitě po 24 hodin denně zajištěním pomocí mobilního telefonu
- d) jiné:
- e) Nevím

15. Víte, jakou formou je hrazena domácí péče?

- a) plně ze zdravotního pojištění
- b) plně si ji hradí pacient – klient sám
- c) je hrazena ze zdravotního pojištění, pokud je předepsána lékařem, ale nadstandardní výkony si hradí pacient – klient sám
- d) je hrazena formou dobrovolných příspěvků a darů od sponzorů
- e) nevím

U dalších otázek se prosím rozepište.

16. Jaké jsou vaše zkušenosti s domácí péčí?

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

17. Existuje u vás v okolí agentura domácí péče?

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

18. Popište, jaký význam má podle Vás domácí péče.

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

Příloha 2

Milá sestřičko,

jmenuji se Pavlína Titěrová a jsem studentkou zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Dotazník, který Vám předkládám je součástí mé bakalářské práce – Domácí péče a její význam, kde zjišťuji skladbu klientů a rozsah péče, které jednotlivé agentury mají. Prosím Vás tímto o spolupráci jeho vyplněním. Dotazník je zcela anonymní, své odpovědi zakroužkujte, případně doplňte. Pokud není uvedeno jinak, můžete vybrat libovolný počet odpovědí.

Předem děkuji za spolupráci

Pavlína Titěrová

1. Délka Vaší zdravotnické praxe:

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) 21 a více let

2. Jak dlouho pracujete v domácí péči?

- a) méně než 2 roky
- b) 2 – 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) 11 – 15 let
- e) více než 15 let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) středoškolské
- b) středoškolské + PSS
- c) Vyšší odborné (DiS)
- d) Vysokoškolské (Bc.)
- e) Vysokoškolské (Mgr.)
- f) Jiné:.....

4. Kolik zaměstnanců má agentura, ve které pracujete?

- a) 1
- b) 2
- c) 3 – 5
- d) 6 – 8
- e) 9 a více

5. V agentuře, kde pracujete, se vyskytují tyto profese (jedná se o zaměstnanecký poměr)

- a) sestry
- b) lékaři
- c) psychologové
- d) logopedi
- e) sociální pracovníci
- f) sociologové
- g) pomocní ošetrovatelský personál
- h) rehabilitační pracovníci
- i) fyzioterapeuti
- j) duchovní
- k) jiné:.....

6. Se kterými specialisty Vaše agentura spolupracuje?

- a) sestry
- b) lékaři
- c) psychologové
- d) logopedi
- e) sociální pracovníci
- f) sociologové
- g) pomocní ošetrovatelský personál
- h) rehabilitační pracovníci
- i) fyzioterapeuti
- j) duchovní
- k) jiné:.....

7. Vaše agentura poskytuje péči:

- a) odbornou zdravotní
- b) sociální
- c) odbornou zdravotní i sociální
- d) odbornou zdravotní, sociální a laickou pomoc
- e) jinou :.....

8. Pokud Vaše agentura poskytuje sociální péči, jedná se o

- a) jednoduché ošetrovatelské úkony
- b) ošetření nohou – pedikúra
- c) masáž
- d) zástřih a úprava vlasů
- e) dopomoc při oblékání
- f) donáška léků, jídla a pití
- g) pomoc při hygieně
- h) práce spojené s udržováním chodu domácnosti
- i) doprovod na vyšetření
- j) nákupy
- k) jiné:.....
.....

9. Dominantní věková kategorie dospělých klientů u vás je:

- a) méně než 40 let
- b) 40 – 50 let
- c) 51 – 60 let
- d) 61 – 70 let
- e) 71 – 80 let
- f) 81 a více let

10. U této otázky zakroužkujte tři nejčastější diagnostické skupiny vaší agentury domácí péče.

- a) Plegie
- b) Úrazy
- c) Bércové vředy
- d) Respirační choroby
- e) Roztroušená skleróza
- f) Parkinsonova choroba
- g) Spondylopatie
- h) Arthritis
- i) Psychická onemocnění
- j) Ateroskleróza
- k) Infarkt myokardu
- l) Nádorová onemocnění
- m) Ischemická choroba srdeční
- n) Hypertenze
- o) Cévní mozková příhoda
- p) Diabetes mellitus
- q) Jiné.....

11. Zakroužkujte u těchto diagnostických skupin všechny ty, které se ve vaší agentuře nevyskytují nebo se vyskytují zřídka.

- a) Plegie
- b) Úrazy
- c) Bércové vředy
- d) AB – respirační choroby
- e) Roztroušená skleróza
- f) Parkinsonova choroba
- g) Spondylopatie
- h) Arthritis
- i) Psychická onemocnění
- j) Ateroskleróza
- k) Infarkt myokardu
- l) Nádorová onemocnění
- m) Ischemická choroba srdeční
- n) Hypertenze
- o) Cévní mozková příhoda
- p) Diabetes mellitus

12. Pokud se ve Vaší agentuře staráte o klienty s psychickými onemocněními, o jaké konkrétní nemoci se jedná:

- a) demence
- b) schizofrenie
- c) neurotické poruchy
- d) deprese
- e) fobie
- f) poruchy příjmu potravy
- g) poruchy nálady
- h) bipolární afektivní poruchy
- i) poruchy spánku
- j) hypochondrické poruchy
- k) návykové poruchy
- l) jiné.....
-
- m) psychická onemocnění se u nás nevyskytují

13. Nejčastější ošetrovatelské intervence u psychicky nemocných pacientů /klientů:

- a) zjištění orientace pacienta (místem, časem, osobou)
- b) zjištění paměti pacienta (krátkodobé, dlouhodobé)
- c) výuka, edukace pacienta
- d) farmakoterapie
- e) pomoc s denními činnostmi (hygiena, oblékání, vaření)
- f) určení chování pacienta (sklon k agresivitě, úzkost)
- g) zjištění poruchy myšlení (abstraktní myšlení, logické uvažování)
- h) jiné:
-
-

14. V rámci dlouhodobé péče se u vašich klientů vyskytují nejčastěji tato onemocnění:

- a) plicní onemocnění
- b) gastroenterologická onemocnění
- c) metabolická onemocnění
- d) neurologická onemocnění
- e) onkologická onemocnění
- f) psychická onemocnění
- g) jiné:.....

15. S jakými pěti nejčastějšími ošetrovatelskými problémy se u svých klientů setkáváte?

- a) Inkontinence
- b) Imobilizace
- c) Chronická bolest
- d) Akutní Bolest
- e) Porucha spánku
- f) Nedostatečná výživa
- g) Deficit tělesných tekutin
- h) Porušený spánek
- i) Deficit sebek péče
- j) Neefektivní dýchání
- k) Deficitní vědomosti
- l) Beznaděj
- m) Smutek
- n) Úzkost
- o) Strach
- p) Nauzea
- q) Sociální izolace
- r) Jiné:.....
.....

16. Vaše klienty edukujete nejčastěji o: (zakroužkujte pět odpovědí)

- a) co je to cukrovka a jak se projevuje
- b) jaká nebezpečí vznikají při chybném vyvážení diabetické léčby
- c) hlavní zásady a cíl diabetické léčby
- d) co je vysoký krevní tlak a proč je nebezpečný
- e) léčba vysokého krevního tlaku
- f) jak se projevuje a co způsobuje ISCHS
- g) léčebný režim po srdečním infarktu
- h) příčiny vzniku Astma bronchiale
- i) nespavost – režim, léčba
- j) péče o pohybový aparát
- k) racionální výživa
- l) jiné:.....
.....

17. Jaké nejčastější výkony provádíte u svých klientů?

- a) osobní hygiena
- b) podávání léků
- c) péče o dýchání
- d) pomoc s výživou
- e) převazy
- f) prevence dekubitů
- g) monitorace fyziologických funkcí
- h) infúze, parenterální výživa
- i) odběry
- j) paliativní péče
- k) další:.....
.....
.....
.....

18. Jaké pomůcky používáte pro svou práci?

- a) mýdlo
- b) papírové ubrousky
- c) teploměry
- d) inzulínové pero
- e) přístroje (pomůcky) pro vyšetření moči, stolice, sputa
- f) pomůcky pro vyšetření krve
- g) plastové ochranné zástěry
- h) sterilní i nesterilní rukavice
- i) ústní lopatky
- j) nůžky
- k) obinadla, čtverce
- l) injekční stříkačky, jehly
- m) zkumavky, plastové sáčky
- n) silniční mapa
- o) dokumentace
- p) tonometr, fonendoskop
- q) irigátor, rektální rourky, cévky,
- r) polohovací pomůcky, stolek k lůžku, zvedáky, antidekubitní podložky a matrace
- s) další:.....
.....
.....
.....

Příloha 3

Bartholův test základních všedních činností ADL

| ČINNOST | PROVEDENÍ ČINNOSTI | BODOVÉ SKÓRE |
|-----------------------|--------------------------|--------------|
| najedení, napití | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| oblékání | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| koupání | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| kontinence moči | plně kontinentní | 10 |
| | občas inkontinentní | 5 |
| | inkontinentní | 0 |
| kontinence stolice | plně kontinentní | 10 |
| | občas inkontinentní | 5 |
| | inkontinentní | 0 |
| použití WC | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| přesun lůžko - postel | samostatně bez pomoci | 15 |
| | s malou pomocí | 10 |
| | vydrží sedět | 5 |
| | neprovede | 0 |
| chůze po rovině | samostatně nad 50 m | 15 |
| | s pomocí 50 m | 10 |
| | na vozíku 50 m | 5 |
| | neprovede | 0 |
| chůze po schodech | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

| | |
|--------------|----------------------------|
| 0 – 40 bodů | vysoce závislý |
| 45 – 60 bodů | závislost středního stupně |
| 65 – 98 bodů | lehká závislost |
| 100 bodů | nezávislý |

Zdroj: Agentura domácí péče Romana Stolaříková

Příloha 4

Zhodnocení rizika vzniku dekubitů dle Northonové

| Všeobecná fyzická kondice | Duševní stav | Aktivita | Mobilita | Inkontinence |
|---------------------------|--------------|--------------------|-----------------|-----------------|
| dobrá 4 | bdělost 4 | chůze 4 | plná 4 | nepřítomná 4 |
| uspokojivá 3 | apatie 3 | chůze s pomocí 3 | mírně omezená 3 | příležitostná 3 |
| slabá 2 | zmatenost 2 | omezená na židli 2 | velmi omezená 2 | pouze moč 2 |
| velmi špatná 1 | sopor 1 | postel 1 | mobilita 1 | moč i stolice 1 |

Zdroj: Agentura domácí péče Romana Stolaříková

Příloha 5

Ošetrovatelská dokumentace

Příjmení klienta:.....Jméno klienta:.....RČ:.....

Adresa klienta

Ulice:.....čtvrť:.....město:.....P.S.Č:.....

číslo patra.....číslo dvěří.....další specifikace

telefonní číslo:.....mobilní telefon.....fax.....

Víra/vyznání klienta:.....

Zdravotní pojišťovna klienta:.....číslo pojištění.....

Vyjadřuji plný souhlas s poskytováním péče:

Podpis

Nejbližší příbuzní/přátelé pacienta:

Příjmení:.....Jméno:.....vztah ke klientovi:.....

Příjmení:.....Jméno:.....vztah ke klientovi:.....

Příjmení:.....Jméno:.....vztah ke klientovi:.....

Adresa příbuzných/přátel:

Ulice:.....město:.....P.S.Č.:

Telefonní číslo:.....mobilní telefon:.....fax:.....

Ošetřující lékař: MUDr.....Adresa:.....

Telefonní číslo:.....

Praktický lékař: MUDr.....Adresa:.....

Telefonní číslo:.....

Sociální pracovník:.....Adresa:.....

Telefonní číslo:.....