

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Základní principy ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče u sester v
agenturách domácí péče**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Machová

2009

Autor:

Pavla Rajtmajerová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Základní principy ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče u sester v agenturách domácí péče“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 17.8.2009

Podpis studenta

.....

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Aleně Machové za rady, čas a nezměrnou trpělivost, kterou mi po dobu vypracování práce věnovala.

Abstrakt

The name this work is The Basic Principles that Affect the Nursing Care of Nurses in the Home Care Agencies. Its target was to find out whether observing the basic principles of a complex home care can, according to nurses, affect the quality of the nursing care. The above principles are: a principle of the support of the society health renewal, a principle of human rights observance, a principle of procedure standardization, a principle of the continuous education of the team members, a principle of ethical aspects and a principle of complexness. Within this work we focused mainly on the last three principles.

There is the history of the home care in the present state, its development and forms of such care, the individual principles have been analysed and the most important ones have been described in detail.

A non-standard questionnaire has been used for the research, intended for nurses in the home care agencies. It has been distributed mainly in South Bohemian region and a few questionnaires also in the West Bohemian region.

The research showed that all the set hypotheses have been confirmed. The nurses agree that the continuous education, standards application and observation of ethical principles affect the quality of the nursing care.

This work can be used as a basis for teaching the communal nursing in all types of communal institutions, which deal with such problems. Further it can serve as a source of interesting information for nurses, who start working in home care agencies. It can also be used for presentations in seminars or conferences for nurses.

OBSAH:

ÚVOD

1 Současný stav.....	3
1.1 Historie domácí péče ve světě.....	5
1.2 Vývoj domácí péče v České republice.....	5
1.3 Charakteristika domácí péče.....	8
1.4 Domácí péče v České republice.....	10
1.4.1 Formy domácí péče.....	11
1.4.2 Ošetrovatelský proces v domácí péči.....	12
1.5 Základní principy ovlivňující kvalitu domácí péče.....	15
1.5.1. Princip komplexnosti.....	16
1.5.2 Princip podpory obnovy zdraví společnosti.....	16
1.5.3 Základní etické principy v komunitní péči.....	18
1.5.4 Princip akceptace lidských práv.....	20
1.5.5 Princip standardizace postupů.....	21
1.5.5.1 Program kontinuálního zvyšování kvality.....	22
1.5.5.2 Standardy.....	23
1.5.5.3 Typy standardů.....	24
1.5.5.4 Audity.....	25
1.5.5.5 Ošetrovatelský audit.....	26
1.5.6 Princip kontinuálního vzdělávání.....	27
1.5.6.1 Zákon č. 96/2004 Sb. a vyhláška č. 424/2004 Sb.	28
1.5.6.2 Vzdělávací program.....	29
1.5.6.3 Specifická činnost komunitní sestry v domácí péči.....	31
1.5.6.4 Registrace.....	32
1.5.6.5 E-learning.....	33

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	34
2.1 Cíl práce.....	34
2.2 Hypotézy.....	34
3. METODIKA.....	35
3.1 Kvantitativní výzkum.....	35
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	36
4. VÝSLEDKY.....	37
5. DISKUSE.....	57
6. ZÁVĚR.....	64
7. LITERATURA	
8. PŘÍLOHY	

Úvod

Populace stárne a seniorů přibývá. Nutnost postarat se o ně se bude s lety stále zvyšovat. Domovy seniorů a domy s pečovatelskou službou mají nízkou kapacitu a již dnes se setkáváme s dlouhou čekací dobou na volné místo. Několik let prodlevy není výjimkou. Je dobré, že se rozvíjí domácí péče, jejímž cílem je udržet sebepéči klienta. Mnoho z dříve narozených lidí ani netouží odejít natrvalo ze svých domovů, ve kterých prožili mnoho let a v nichž je zanecháno mnoho vzpomínek.

Jde však hlavně o klienty, kteří potřebují ošetrovatelskou péči, tedy odbornou pomoc sester a nechtějí, či nemohou pobývat v nemocnici, nebo je tento pobyt neefektivní v tom smyslu, že klienti nepotřebují 24 hodinovou péči, ale pouze určité výkony.

Ačkoli jsou uživatelé těchto služeb hlavně senioři, mladší ročníky by neměly být opomíjeny. Pobyt v nemocnici se zkracuje na co nejnížší časový úsek a kvůli doléčení navštěvují klienti svého praktického lékaře, či lékaře specialistu. Není to ale vždy nutné. Například po operacích převazy, aplikace injekcí nebo základní rehabilitaci může provádět sestra. Stav nemoci, po úrazu, nebo operaci může ovlivnit klienta ve smyslu problémů se o sebe postarat. Často je to záležitost krátkodobější, ale ne nedůležitá.

Základní principy ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče v agenturách domácí péče by neměly být jen bezduchá slova v příručkách a knihách. Stanovily se, aby pomáhaly usměrnit, rozšířit a především zkvalitnit péči v domovech klientů. Jednotlivé principy zasahují snad každou oblast, která je s ošetrovatelstvím spojená. Princip podpory obnovy zdraví společnosti, princip akceptování lidských práv, princip standardizace postupů, princip kontinuálního vzdělávání členů týmu, princip etických aspektů a princip komplexnosti. Pokud se nad tím zamyslíme, jeden princip ovlivňuje druhý a žádný by bez ostatních neměl smysl.

Otázka práce sester v terénu a v domovech klientů mě zajímala již několik let, proto z témat bakalářských prací nabídnutých naší fakultou mě zaujalo právě toto. Ačkoli jsem měla o této praxi lehce jinou představu, nebo spíše představu neúplnou, jsem ráda, že díky této práci jsem mohla do zmíněné problematiky nahlédnout a dozvědět se mnoho cenných

informací.

Domnívám se, že povědomí laické veřejnosti o domácí péči je poměrně nízká. Byla bych ráda, kdybych svou prací mohla pomoci toto povědomí rozšířit a to nejenom v cílené věkové skupině seniorů, ale veškeré veřejnosti.

1. Současný stav

1.1 Historie domácí péče ve světě

Domácí péče je přirozený způsob péče o člověka již od pradávna. Všechny radosti i starosti všedního dne provázely rodinné příslušníky v jejich domovech. Ošetrovatelská péče byla přirozenou součástí života každého obydlí. Život začínal i končil v domácím prostředí, protože rodič žena i umírající blízký byl i v této chvíli stále stejným členem rodinného kruhu. (4, 6, 7)

Na začátku 1. tisíciletí se o nemocné staraly hlavně bylinkářky nebo porodní báby. Později, ve středověku byl založen první řád augustinských sester – ošetrovatelek. Augustiny se zaměřovaly na péči v domácnostech, jelikož koncem 13. století byla zakázána služba ve špitálech. Opatrovnictví o nemocné se proto přesunulo do jejich domovů. (4, 6, 7)

Počátek moderní koncepce domácí péče vznikla v Anglii roku 1859. Za jejího otce lze považovat Williama Rathbona, který společně s Florence Nightingelovou založil první školu pro sestry. Ta své svěřenkyň připravila především na péči o chudé pacienty. (4)

První pokusy o domácí péči v USA se datují od roku 1885. Ty vznikaly z popudu lékařů z Buffala. O 2 roky později byla ve Philadelphii založena společnost domácí péče a o další rok později v Bostonu vzniká asociace domácí péče. V roce 1893 vznikla ošetrovatelská služba pod záštitou ministerstva zdravotnictví a zároveň byl zaveden termín „Veřejná zdravotní sestra“. Lilian Wald a Mary Rogers založily školu, která byla zaměřená na poskytování domácí péče. (4)

Na konci 19. století nastává v Evropě další rozvoj domácí péče zaměřené především na staré a nemocné občany. Pouze v Holandsku je tato péče poskytována všem nemocným bez rozdílu věku. Od 70. let 20. století je kladen důraz na neustálé zvyšování kvality péče a současné snižování její ekonomické nákladnosti. (4)

1.2 Vývoj domácí péče v České republice

První zmínky o domácí péči na území dnešní České republiky pochází již z 12.

století. V tomto období zajišťovaly a zastávaly péči o nemocné řeholní řády. V následujícím století se tato péče dále rozvíjela, a však byla stále v rukou řeholnic, na které dohlížel místní farář. V 15. století tuto práci vykonávaly Diakonky. Byly školeny pro návštěvní opatrovnictví, které zahrnovalo návštěvy u nemocných, péči o ně a v neposlední řadě i pomoc v domácnosti. (6, 7)

Po zákazu této návštěvní činnosti, který vyslovila církev, začaly v soukromých domech vznikat lazarety, do kterých byli nemocní soustředováni. Pečovaly o ně starší zkušené ženy, které však neměly žádné vzdělání. V dalších staletích byli nemocní ošetřováni nejprve v lazaretech, později ve špitálech a nakonec v nemocnicích. (6, 7)

Na počátku 20. století došlo k masivnímu rozvoji ošetrovatelství za spolupráce ochranných a podpůrných spolků. V roce 1919 vznikl Československý červený kříž, který se pokouší realizovat domácí péči. Ta má být zaměřena na děti, chudé nemocné a staré lidi. Tím vzniklo sociální ošetrovatelství. České ošetrovatelství se nechalo inspirovat zkušenostmi amerických zdravotníků při misi, kterou do Československa pozvala tehdejší předsedkyně ČSČK A. Masaryková. V té době spolupracovaly řádové sestry s formálními institucemi a zakládaly se útulky pro staré a churavé občany. V té samé době se sestry začaly vzdělávat v civilních školách, které absolvovaly jako diplomované sestry a zároveň probíhalo vzdělávání ošetrovatelek v řeholních ošetrovatelských školách. (6, 7)

S rozvojem vědy a zároveň medicíny se zvyšovala nutnost odborně vzdělávat opatrovníky, kteří by se starali o nemocné a raněné. V době mezi válkami byla tato péče z velké části situována do terénu, kde sestry prováděly především preventivní péči, jakou je zajištění stravování, hygieny a oblečení. Za podpory Československého červeného kříže se objevovaly první pokusy o domácí péči. Tato ošetrovatelská činnost se zaměřovala na nejvíce ohroženou část obyvatelstva – na děti, staré osoby a nemocné. V těchto meziválečných letech se na sjezdu Spolku diplomovaných sester vymezily tři základní úkoly zdravotně sociální péče a to: ošetrovatelský, sociální a výchovný. Zároveň byla nastíněna náplň práce sestry. Po 2. světové válce začalo vznikat více a více nových ošetrovatelských škol spolu s novými obory. Jedním z nově vzniklých oborů byla výchova

sester pro úsek ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách. V té době byly řeholní sestry ze zdravotnictví vytěsněny a nahrazeny civilními sestrami. Zároveň se péče o nemocné přesunula do nemocnic a jiných sociálních institucí. (6, 7)

K největším změnám v domácí péči došlo v posledních 10-ti letech minulého století, kdy se rozvinula domácí péče tak, jak ji známe dnes. (6, 7)

V březnu roku 1990 vzniklo první pracoviště zajišťující domácí péči při České katolické charitě tzv. středisko ošetrovatelské péče. V roce 1991 Ministerstvo zdravotnictví právně legalizovalo domácí péči. Ve Zdravotním řádu je domácí péče definována jako zvláštní forma zdravotní péče. Česká katolická charita má v té době 25 agentur, které se starají o 1 459 klientů. Dále startuje dvouletý experiment s názvem Domácí ošetrovatelská péče. V následujícím roce se počet agentur téměř ztrojnásobuje. Tento nárůst vzniká především díky nově přijatému zákonu č. 160/ 1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Zřizovateli se stávají i lékaři. V tomto roce vzniká Skupina pro podporu a rozvoj Domácí péče v ČR. Dále se připravuje legislativa o vzdělávání zdravotníků a financování domácí péče. (4, 6, 7)

V roce 1993 dochází k dalšímu rozvoji agentur domácí péče, jejichž počet vzrostl již na 234. Tyto agentury jsou zakládány např. sestrami, nemocnicemi, Českým červeným křížem, Řádem Maltézských rytířů, Diakonií apod. Dochází ke spolupráci s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Na počátku tohoto roku je založena Asociace domácí péče České republiky (ADP ČR), která nepovinně sdružuje poskytovatele domácí péče, mimo jiné i sestry, lékaře, sociální pracovníky, psychology apod. V dalším roce nadále stoupá počet agentur na 353. Ty zaměstnávají 3 632 zaměstnanců. (4, 6, 7)

Nově je také založeno Národní centrum domácí péče ČR se sídlem v Praze, v jehož čele stojí Bc. Blanka Misconiová. Toto centrum zajišťuje edukaci, informovanost a realizuje dotaci pro rozvoj a podporu domácí péče. V několika agenturách je aplikován model hospicové péče pro klienty v terminálním stádiu života. V následujících letech je nabídka domácí péče srovnatelná s poptávkou, a proto nárůst agentur domácí péče již není tak výrazný. V roce 2005 bylo evidováno 494 pracovišť, jejichž služeb využívalo 142,5

tisíc klientů ve věku 65 let a více. V roce 2007 podle dat zpracovaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky bylo ošetřeno 134,4 tisíce klientů, u nichž bylo uskutečněno téměř 6 milionů návštěv, což v průměru vychází na 44 návštěv za rok. (4, 6, 7, 31)

1.3 Charakteristika domácí péče

Podle definice WHO je domácí péče definována jako jakákoli forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech. Hlavní myšlenkou je náhrada nebo oddálení hospitalizace na lůžkovém oddělení. Zajišťuje zde fyzické, psychické, paliativní i duchovní potřeby. (7)

Rozvoj v medicínských a ošetrovatelských oborech přispívá k tomu, že můžeme klientům poskytovat kvalitní péči v jejich přirozeném prostředí, což napomáhá k psychické pohodě jedince a v souvislosti s tím může být proces uzdravování zkrácen s nižším rizikem komplikací. Rozvoj domácí péče je ovlivněn mnohými společenskými faktory, některé z nich jsou dále uvedené. (4, 6, 7, 15)

Náklady na zdravotní péči poskytovanou v nemocnicích a léčebnách dlouhodobě nemocných stoupají, proto se přemýšlí o ekonomicky přijatelnějších alternativách péče, které jsou efektivní. Domácí péče snižuje finanční nákladnost zkrácením délky hospitalizace. (4, 6, 7)

Vzhledem ke stárnutí obyvatel můžeme říci, že zde jsou největšími spotřebiteli zdravotní péče klienti nad 65 let. Domácí péče se snaží zachovat sociální integraci seniora, a proto je zájem udržet takového člověka co nejdéle v domácím prostředí. (jar, sen, hanz)

Možnosti domácí péče se odvíjí i od struktury rodiny. Stále více se objevují rodiny jednočlenné, nefungující nebo bezdětné. Pokud rodina neplní své funkce, možnosti domácí péče jsou poté oslabené. (4, 6)

Dalším faktorem je rostoucí poptávka po službách v domácím prostředí, kdy se zdravotníci i klienti snaží zachovat svůj životní styl i po dobu nemoci právě díky přirozenému prostředí. Klienti tak mohou svůj denní program zorganizovat podle svých

potřeb a představ. Uzdravování v domácím prostředí je rychlejší, a díky tomu se klient může dříve vrátit do společnosti a pracovního procesu. (4, 6)

Rozvoj moderních technologií je také velmi důležitý pro zkvalitňování domácí péče. Ten přináší nové přístroje vhodné pro užití v domácí péči. (4, 6)

Jedním z neposledních faktorů je politická situace, ve které můžeme zmínit změny ve zdravotnických systémech. V mnohých státech politici získávají hlasy voličů podporou rozvoje domácí péče. V roce 1994 byl zaznamenán nárůst agentur domácí péče v souvislosti s komunálními volbami. Jejich zřizování bylo iniciované ze strany okresních a městských úřadů. (4, 7)

Komplexní domácí zdravotní péče je otevřený individuální systém, který obsahuje 3 formy péče. Zdravotní péče je poskytována na základě ordinace obvodního lékaře, kterého klient navštěvuje. Tato část tvoří 70 %. Sociální péče a pomoc vychází ze sociální situace a prostředí, ve kterém klient žije. Zastoupena je ve 26 %. Poslední forma, laická pomoc, je poskytována například rodinnými příslušníky, dobrovolníky, či jinými blízkými osobami klienta. Je tvořena pouze 4 %. (4, 6, 15)

Domácí péče si klade za cíle, aby klient i jeho rodina byli poučeni o zodpovědnosti za své zdraví, jak tělesné, tak duševní. V souvislosti s tím by měl klient dodržovat léčebný režim, čímž se snižuje negativní vliv na celkový zdravotní a duševní stav klienta a zároveň udržovat a zvyšovat soběstačnost v běžných denních činnostech. Důležité je i zajistit komplexní péči ve spolupráci s ústavní péčí a dalšími zdravotními a sociálními pracovníky. V neposlední řadě je důležité, aby klient, který je v terminálním stadiu života, měl zachovaný kvalitní život a umíral v kruhu svých blízkých. (4, 6)

Domácí péči zajišťuje multidisciplinární tým, jehož členy jsou lékař, sestra, specializovaná sestra, rehabilitační pracovník, sociální pracovník, psychiatr, ergoterapeut, pečovatelská sestra, dobrovolníci, rodina a jiné osoby podílející se na uzdravení klienta. Klient spolu se svou rodinou je aktivní prvek v péči o sebe sama. Základem domácí péče je princip subsidiarity, což je snaha dopomoci klientovi rozvinout sebeképeči a jeho zbytkové kapacit. (4, 15)

Domácí péče má mnoho výhod, z nichž byly už některé zmíněny, pokud je však shrneme, zjistíme, že tato péče je výhodná ekonomicky - zkracuje hospitalizaci v lůžkovém zařízení a tím sníží náklady o třetinu až polovinu. Tato péče je víceoborová, individualizovaná a komplexní, tzn.: v rámci domácí péče jsou poskytovány činnosti léčebné, ošetrovatelské, rehabilitační, psychoterapeutické, sociální aj., multidisciplinárním týmem a tyto činnosti jsou přizpůsobeny individuálním potřebám jedince. Je zde snaha o podporu zdraví a to v rámci primární, sekundární a terciální prevence a délka poskytované péče je závislá na potřebách klienta a jeho blízkých. (4, 7, 15)

1.4 Domácí péče v České republice

Domácí péče je péče poskytovaná klientovi v jeho přirozeném prostředí. Je to integrovaná forma péče, a proto je označovaná jako komplexní domácí péče. Poskytuje se klientovi na základě jeho diagnózy a ordinací ošetřujícího lékaře multidisciplinárním týmem, který zajišťuje agentura domácí péče. Určitá část péče je na laické veřejnosti. Tu zabezpečuje především rodina, blízké osoby klienta či dobrovolníci. Rozsah jednotlivých aktivit realizovaných domácí péčí je určen momentálním zdravotním stavem klienta, jeho sociálním prostředím, kompetencemi jednotlivých osob týmu a technickými pomůckami domácí péče. (4)

Hlavní myšlenkou komplexní domácí péče je pevná vazba lidské bytosti s vlastním sociálním prostředím. Důraz je kladen na individuální chápání kvality života každého jedince. Kvalita života je jen těžko měřitelnou jednotkou, přesto je od roku 1993 přijatá jako mezinárodní jednotka 1 QIL (Quality of Individual Life). Vznikla na základě objektivních lidských potřeb ve vztahu k možnostem společnosti. (4)

Nemoc nebo jiný problém si nevybírání denní ani noční dobu, proto se doporučuje, aby byla domácí péče dostupná 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Poskytovatelé domácí péče si často tuto nutnost neuvědomují a může se stát, že takovou službu ani nenabízejí a to z mnoha důvodů. Mohou za tím stát například finanční, či personální nedostatky. Nepřetržitou péči indikuje lékař. Pokud ji lze zvládnout v domácím prostředí v časovém

rozpětí hrazeném pojišťovnou, neměl by s jejím poskytnutím být problém. Ten nastává, jestliže domácí péče nestačí, pak musí být nahrazena péčí ústavní. Zdravotní péče v rámci domácí péče je hrazena zdravotními pojišťovnami, pouze nadstandardní péče, jako pečovatelské služby, je hrazena klientem. (4, 6, 7, 15)

V České republice je domácí péče svým rozsahem působnosti, skupinami klientů, vybavením, rozdělením zdravotní a sociální péče apod., charakteristicky podobná domácí péči ve Spojených státech amerických a Austrálii. Oproti tomu např. ve Švýcarsku a Nizozemí je odlišná právě poměrem zdravotní a sociální péče, kdy převládá ta sociální, proto by se dala nazvat spíše domácí pomoc. (7)

1.4.1 Formy domácí péče

V České republice je domácí péče poskytována v 5 formách. (6, 7)

V první je to akutní domácí péče, která je poskytována klientům s akutním, krátkodobým onemocněním. Je určena pro klienty nevyžadující hospitalizaci, nebo jako její alternativa. Tato forma zahrnuje specializovanou domácí péči a je určena především pro klienty po operaci či úrazech. Bývá poskytována převážně v rozsahu dnů až týdnů. (6, 7)

Druhá forma je dlouhodobá domácí péče, u nás je nejrozšířenější a je určena klientům chronicky nemocným, jejichž stav si žádá pravidelnou dlouhodobou péči kvalifikovaného personálu. Nejčastěji jsou to lidé po mozkové příhodě, s komplikovanou cukrovkou, roztroušenou sklerózou, s plným nebo částečným ochrnutím. Tato péče bývá poskytována v rozsahu měsíců až let. (6, 7)

Preventivní domácí péče je třetí formou. Týká se klientů, u nichž lékař doporučí pravidelné kontroly zdravotního a duševního stavu. Zde se setkáváme především s měřením fyziologických funkcí a sledováním celkového stavu klienta. Lékař je následně o stavu člověka informován. Poskytuje se na takovou dobu a v takových intervalech, jaké určí lékař. (6, 7)

Čtvrtou formou je domácí hospicová péče. Ta je určena klientům v preterminálním a terminálním stadiu života, kde lékař předpokládá dokončení tohoto stádia přibližně do

šesti měsíců. V této formě je nejdůležitější sledování bolesti a hlavně emocionální podpora klienta i jeho rodiny, aby se ulehčil jeho proces umírání. (6, 7)

Poslední, pátou formou je domácí péče ad hoc, v překladu jednorázová péče. Využívá se při provádění jednorázových výkonů nejčastěji sestrami z ordinací praktických nebo ostatních lékařů. Jedná se zpravidla o odborné výkony, např. odběr biologického materiálu, jednorázová aplikace injekce. Tato forma je indikována v případech, kdy stav klienta vyžaduje okamžité poskytnutí odborné péče bez zavedení domácí péče. (6, 7)

1.4.2 Ošetřovatelský proces v domácí péči

Stejně jako ve všech zdravotnických zařízeních také sestra v domácí péči provádí ošetřovatelský proces. Ten má 5 fází. (19)

První fází je posouzení klienta a sběr anamnézy. Sestra zhodnotí stav klienta hned při první návštěvě jeho domácnosti. Proces pozorování probíhá při každé další návštěvě. Subjektivní informace získává od klienta a jeho rodiny pomocí dotazníku a jiných formulářů. (19, 6, 15,)

Při sběru anamnézy sestra zjišťuje či kontroluje identifikační údaje, dále zjišťuje osobní údaje klienta (věk, pohlaví, zaměstnání, stav, náboženství, bydliště, zdravotní pojištění), rodinnou anamnézu (zdravotní stav rodičů, sourozenců, manžela/manželky, dětí, úmrtí v rodině a jeho příčina, genetické choroby, vztahy v rodině), informace o současném psychickém i fyzickém stavu (nynější onemocnění, změny v jednotlivých tělesných systémech – dermatologickém, neurologickém, kardiovaskulárním, pulmonálním, ORL, renálním, gastrointestinálním, pohybovém, hematopoetickém, endokrinním a reprodukčním), sociální a pracovní anamnézu (obydlí, prostředí, nynější či bývalé zaměstnání, zájmy, relaxace apod.). Sestra také provádí orientační vyšetření klienta, zaznamenává výšku a hmotnost. (19, 15)

Objektivní data jsou získávána měřením nebo přímým pozorováním. Během této fáze jsou pro spolupráci získáváni další specialisté, kteří mohou klientovi pomoci v úspěšné léčbě. Zdravotní péči indikuje lékař na základě dokumentace vedené sestrou. Klient se svou

rodinou je seznámen s výsledky měření a spolupracuje s ostatními poskytovateli na postupu další léčby. (19, 15)

Druhou fází ošetřovatelského procesu je diagnostika problému. Na základě sebraných informací sestra stanoví ošetřovatelské diagnózy podle klientových problémů. Tyto diagnózy pomáhají při plánování vhodné ošetřovatelské péče. Lékařská diagnóza určuje nemoc či poruchu zdraví, ošetřovatelská diagnóza určuje to, do jaké míry nemoc zasahuje do života a soběstačnosti klienta. Jejím cílem je dosáhnout maximálního stupně psychické a fyzické pohody klienta. (19, 7)

Ošetřovatelské diagnózy mohou popisovat současné klientovy problémy, ale i problémy, které mohou teprve nastat. Jako aktuální diagnózu vidíme současný problém, který skutečně existuje. Potencionální diagnóza je problém, který se zatím nevyskytl, ale pravděpodobnost vzniku je vysoká. Chápeme ho jako vysoké riziko komplikací. Tyto komplikace se mohou objevit až po určité době, pokud tomu aktivně nezabráníme. (19)

V České republice není sestaven speciální klasifikační systém ošetřovatelských diagnóz pro domácí péči. Např. ve Spojených státech amerických používají OMAHA systém, nebo The Clinical Care Classification systém. V našich podmínkách je používán klasifikační systém NANDA II. (19, 7)

Plánování ošetřovatelských aktivit, což je třetí fází, provádí sestra spolu s klientem a jeho rodinou na základě ošetřovatelských diagnóz. Ošetřovatelský plán má dvě části. Prvním krokem je společná formulace krátkodobých a dlouhodobých cílů a utvoření individuálního plánu. Každý cíl je zaměřen na podporu, obnovu a navrácení zdraví a předcházení komplikací. Veškeré cíle musí být zaznamenány do ošetřovatelské dokumentace. Druhým krokem je plánování ošetřovatelských činností – intervencí. To jsou výkony a zásahy vedoucí ke splnění vytyčených cílů. (19, 7)

Plán ošetřovatelské péče by měl být celkovým obrazem o ošetřovatelské péči. Měly by z něj být jasně zřejmé vazby mezi potřebami, očekávanými výsledky, plánováním, realizací péče i jejím hodnocením. (19)

Realizování ošetřovatelského plánu je čtvrtou fází. Je prováděno na základě

předchozích informací. Propojuje zmíněné fáze ošetrovatelského procesu, protože není-li naplánovaná péče provedena, necítí klient žádné zlepšení a ošetrovatelský proces je pouhou administrativní záležitostí. Sestra je zodpovědná za nejvhodnější způsob péče o klienta a realizaci naplánovaných aktivit. (19)

V této fázi se můžeme setkat se třemi okruhy ošetrovatelské péče. V prvním okruhu multidisciplinární tým poskytuje klientovi péči podle stanoveného plánu a zaznamenává její provedení do dokumentace. Ve druhém je péče naplánována, ale z různých důvodů není poskytnuta. Nejčastěji se tak stane při změně klientova zdravotního stavu a plán péče se musí upravit dle aktuální situace. I tyto změny by se měly dokumentovat. Za třetí, je poskytována i neplánovaná péče. Klientův zdravotní stav se může dynamicky změnit a může být nutná akutní péče. I tato by se měla zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace. (19)

Přímé aktivity jsou vykonávány tváří v tvář klientovi. Sestra je vždy v osobním kontaktu s klientem nebo jeho rodinou. Patří sem takové výkony jako fyziologické vyšetření, odběr biologického materiálu, aplikace injekcí a infuzí, převazy, zavádění kanyl, edukace atp. (4, 7)

Nepřímou péčí jsou myšleny činnosti vykonávané mimo domov klienta. Mezi ně patří kontaktování a konzultace se specializovanými pracovníky, práce v multidisciplinárním týmu, organizování a účast na poradách se všemi poskytovateli péče atd. (4, 7)

Stále je důležité, aby bylo dosaženo co nejlepší úrovně klientova zdraví a jeho zdatnosti. Klient a jeho rodina by se měli aktivně podílet na péči. (19, 7)

Na závěr klientův stav hodnotíme. To je pátá a poslední fáze ošetrovatelského procesu. Hodnocení je zpětnou vazbou pro identifikaci dalších potřeb jedince a pomáhá zjišťovat účinnost či neúčinnost péče. Sestra, zdravotničtí specialisté a klient se svou rodinou hodnotí klientův stav vzhledem ke stanoveným cílům a očekávaným výsledkům. Podle změn klientova zdravotního stavu se mohou cíle měnit, nebo se mohou stanovovat jiné. Počet a frekvence návštěv závisí na zdravotním stavu klienta. Pokud se stav klienta

zlepší, může sestra navrhnout ukončení domácí péče. Zde je ale důležitá edukace rodiny a blízkých osob klienta. Avšak, zjistí-li sestra, že rodina potřebnou péči nezajistí, domácí péče prováděná sestrou a ostatními specialisty pokračuje. Jestliže klient potřebuje péči časově přesahující 3 hodiny denně, navrhne sestra spolu s lékařem hospitalizaci. Může se jednat o jakoukoli instituci, která je specializovaná podle klientovy diagnózy např. léčebny dlouhodobě nemocných apod. (19, 7)

1.5 Základní principy ovlivňující kvalitu domácí péče

Domácí péče je poskytována v klientově vlastním sociálním prostředí, kde neztrácí své role vybudované před vznikem onemocnění. Zde si zachovává svou pozici v rodině a zároveň je do péče o klienta zapojena celá rodina, což posiluje její sounáležitost. (4)

Nejčastějšími klienty domácí péče jsou senioři. U těchto lidí je zhoršená adaptace na nové prostředí, proto pokud jsou například hospitalizováni, mohou změnit své chování a to může změnit projevy nemoci. V souvislosti s tím může dojít k mylné interpretaci obtíží a následně nesprávné diagnóze. Změna prostředí může také způsobit ztrátu snahy starat se o sebe sama. To může být způsobeno péčí ošetřovatelského personálu, který klientovi raději při činnosti pomůže, nebo ji udělá za něj a to z důvodu nedostatku času. Domácí péče umožňuje žít lidem ve vyšším věku doma, nenutí je k přesunu a tím nejsou vystaveni stresu. (29)

V dnešní době se rodíme i umíráme v ústavních zařízeních, domácí péče je prvkem, jak to alespoň částečně změnit. (29)

Kvalitu domácí péče ovlivňují základní principy, které pokud se komplexně dodržují, je zachována filosofie této péče. Jsou to komplexnost, podpora obnovy zdraví společnosti, akceptace lidských práv a motivace klienta k jejich uplatňování, respektování etických aspektů při poskytování domácí péče, standardizace postupů, kontinuální udržování odborné způsobilosti. (4)

1.5.1. Princip komplexnosti

Princip komplexnosti je jeden z hlavních nástrojů pro vytvoření podmínek na integraci zdravotní a sociální péče za stávajících finančních podmínek. Komplexnost je jedním z funkčních prvků primární péče a ta je vnímaná jako první linie kontaktu klienta se zdravotní a sociální péčí. Hlavní myšlenka je postavená na základě interakce jedince se svým sociálním prostředím, s přihlédnutím k rozdílnému vnímání kvality života každého z nás. Na národní úrovni by se měla skloubit politika rezortu zdravotnictví a rezortu práce a sociálních věcí, tak aby subjekty fyzických a právnických osob působících ve zdravotnictví, sociální sféře a v agenturách domácí péče měly stejné podmínky pro poskytování jakékoli péče v rámci komplexní domácí péče. Cílem je vytvoření konkurence a tím zvýšení kvality poskytované péče. (4, 29)

V principu komplexnosti nesmíme opomenout snahu zajistit péči 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Ačkoli je většina výkonů lékařem ordinována na dopoledne či odpoledne, není vyloučeno, že klient bude potřebovat péči i v nočních hodinách. Aby byl tento princip naplněn, je nutné zajištění dostatku sester, které pokryjí noční poptávku služeb. (16)

Na komplexní ošetrovatelské péči se podílejí nejenom lékaři, všeobecné sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuti, psychiatrické sestry, ale do péče se zapojuje i rodina klienta, jeho okolí i klient sám formou sebedpěče. (4, 29)

1.5.2 Princip podpory obnovy zdraví společnosti

Princip podpory obnovy zdraví společnosti je spojený s každodenní činností agentur domácí péče a spoluprací s klientovým lékařem a týmem specialistů pečujících o klientovo zdraví podle ordinace lékaře. Umožňuje sledovat klientův stav a odhalit včas možné ohrožení klientova zdraví. Nejčastější výkony ordinované lékařem jsou fyzikální vyšetření, sledování glykémie, TK, kontrola kůže u dlouhodobě nemocných, sledování duševního stavu. Můžeme dále provádět screenig vybraných rizikových skupin a kontinuálně monitorovat jejich zdravotní stav. V případě ohrožení zdraví jedince či komunity je možné zasáhnout vytvořením konkrétních ošetrovatelských cílů a intervencí. (4, 29)

Jednou z mnoha vizí domácí péče je vytvoření projektu, který by vedl k rozvinutí svépomoci klientů, kteří mají trvalé zdravotní postižení. To souvisí s adaptací veškerých životních potřeb na nový životní styl a opětovné zařazení do komunity. Další neoddělitelnou součástí práce domácí péče je motivace jednotlivých skupin ke změně životního stylu. (29)

Sestra domácí péče by měla své klienty vést k zdravému životnímu stylu a podporovat jejich zdraví. Je nutné klientům poskytnout dostatek informací o tom, jak svým nemocem předcházet, jak je ovlivnit a v neposlední řadě jak posílit zdraví. Výchova ke zdraví je cílena na jednotlivce, zdravé i nemocné, na skupiny lišící se věkem, diagnózou, pohlavím. Dále je zaměřena na komunitu i celou populaci. (23)

Sestra by měla být seznámena s metodami výchovy ke zdraví. Pokud některý z klientů chce změnit svůj životní styl, měl by být dostatečně motivován, aby ho změnil. Měl by být edukován o všem, co je prospěšné a co mu škodí a bylo by dobré, aby měl vytvořené podmínky k realizaci zdravého způsobu života. (23)

Výchova je společenský a historický jev, záměrný a cílevědomý proces, který je zaměřený na rozvoj osobnosti jednotlivce, na formování psychických i fyzických vlastností, citů a názorů. Je to záměrné působení člověka na jinou osobu. Cílem je osvojení dovednosti, poznatků a vědomostí, a jejich postupné zdokonalování. (24)

Vzdělávání je proces dlouhodobý, velice složitý a podmíněný mnoha činiteli. Při jeho realizování se dodržuje mnoho zásad, z nichž můžeme jmenovat cílevědomost a systém v postupu poskytování výchovných informací, přiměřenost věku a prostředí a vliv vychovatelů. (24)

V prostředí domácí péče je sestra v pozici vychovatele. Potřebují mít znalosti, aby samy zlepšovaly, nebo udržovaly zdraví klientů a předcházely jejich chorobám. Vedou jednotlivce, skupinu, či komunitu k samostatnosti a zodpovědnosti za své zdraví a podporují zdravý způsob života. Pod tím si představíme snahu dosáhnout aktivní dlouhověkosti, pracovní schopnosti a upevňování zdraví. (24)

Výchova ke zdraví je zaměřená na odstranění negativních prvků ze svého životního

stylu, které mohou procházet i generacemi. Je to mnohostranná vzdělávací a výchovná činnost, zaměřená na podporu, obnovu a udržení zdraví. Ovlivňuje postoje, vědomosti, přesvědčení a motivace klienta. (24)

Dosáhnout změny životního stylu je možné za podpory výchovy ke zdraví. Samotná výchova má několik metod, bez nichž by se toto umění ani nedalo rozvíjet. Zde jsou zmíněné ty nejzákladnější z nich. (24)

Slovní metoda je nejstarší z nich. Myšlené, mluvené a psané slovo dávají základ ovlivňování myšlenkových procesů. Jde o výklad problematiky spíše ústní formou, používají se otázky a odpovědi, rozhovor. Praktické metody jsou ty, při nichž můžeme něco udělat. Spojují se s mluveným slovem. Představme si to jako činnost, při níž slovně vysvětlujete. (24)

Nejčastějšími vnějšími faktory, které jdou změnit, jsou výživa, tělesná aktivita, kouření, alkohol, drogy a stres. Každý z těchto faktorů ovlivňuje a poškozuje nějaký orgán, či systém orgánů. (23)

1.5.3 Základní etické principy v komunitní péči

Pojem etika má svůj původ v řeckém slově „ethos“, což bychom mohli přeložit jako „zvyk, mrav, obyčej“. Z tohoto můžeme odvodit, že etika jako věda se zabývá správným, či obvyklým chováním jedincem ve společnosti. V minulosti byly díky nim vytvářeny společenské obyčeje a mravy. (5)

Chceme-li etiku definovat, pak o ní můžeme říci, že je filozofickou vědou o správném způsobu života, která vychází z racionálních přístupů. Snaží se nalézt a někdy i zdůvodnit společensky obecné základy, na nichž morálka, coby předmět etiky, stojí. (5, 11)

Tak jak se lidstvo postupně vyvíjí, mění se i etika jako taková, jelikož prochází napříč celou společností. Liší se v mnoha prvcích a to hlavně kvůli různým úhlům pohledu. Etiku můžeme rozdělit podle oblastí, do kterých zasahuje, které ovlivňuje, nebo naopak je jimi ovlivňována. Pro příklad můžeme uvést, že existuje náboženská etika, sociální etika, bioetika, environmentální etika a mnoho dalších. Pro naše účely se zaměříme na profesní

etiku. (5)

S pojmem etika souvisí i pojem morálka. Morálka pochází z latinského slova „mos, mores“ a znamená stejně jako etika „mrv, zvyk obyčej“. V původním smyslu slova znamená vůli a to i tu, která je dána určitou autoritou. Např. zákony a předpisy. (5)

Z toho plyne, že morálka je soubor uznávaných mravních norem, které z určitého úhlu chápání udává mravní hodnoty a jejich povahy. (5)

Jak už bylo řečeno, ošetrovatelská etika vychází z etiky lékařské. Přesto je jejich rozdělení v posledních letech stále důležitější. Souvisí to s tím, že se pozice sestry – ošetrovatelky v léčení nemoci mění. Činnost sestry spočívá v péči o nemocné, postižené, staré a nemohoucí osoby. Tím se dostává do mnoha situací a mezilidských vztahů. Nejdůležitější je zde vztah ke klientovi, který má vysoký etický aspekt. Týká se totiž otázek řešící základní lidské hodnoty a to život, zdraví, důvěru či mlčenlivost. (11)

Sestra si svou profesi vybrala spolu s vědomím, že toto povolání spočívá ve službě lidem. Její etické chování je však ovlivňováno určitými aspekty. Těmi jsou názory ať už filozofické, ideové či náboženské nebo právní systém s jeho zákony. Dále je ovlivňováno profesním postavením sestry a v neposlední řadě jsou to osobní vlastnosti jednotlivých zaměstnanců a vztahy na pracovišti. (11)

Všechny etické teorie mají jeden či více etických principů. Etické chování v ošetrovatelství je založeno na nácvičku několika etických principů. Jsou to: prospěšnost, autonomie, spravedlivost, neškodnost, pravdomluvnost a poctivost. Všechny tyto uvedené principy jsou si rovny, ale zároveň jsou propojené, přesto se mohou objevit rozdíly v jejich uplatňování. (11)

Prospěšnost znamená podporu při poskytování péče a ošetrování za účelem zvýšit soběstačnost a zároveň kvalitu života. Záměrem je maximalizovat užitek, minimalizovat chyby, které by mohly způsobit poškození zdraví klienta a vést jej ke zdravému životnímu stylu. Sestry jsou povinné podporovat zdraví, předcházet chorobám, pomáhat obnovit zdraví a snižovat utrpení. To je však spojeno s velkým množstvím aktivit, které mohou být klientovi prospěšné, pro sestru jsou však fyzicky i časově náročné. Aplikovat tento princip

do praxe je proto velmi náročné. (11)

Princip autonomie můžeme chápat jako možnost klienta rozhodovat se sám o sobě a nést za své chování a jednání odpovědnost. Měli bychom respektovat jeho přání a rozhodnutí a chápat ho. Klient má právo na léčbu a ošetrovatelskou péči, ale zároveň má právo na její odmítnutí, má právo na důvěrné a pravdivé podávání informací. Tento princip respektuje klienta jako osobnost.(11)

Spravedlnost je zároveň rovnost všech lidí. Každý má právo na péči, jakou si zaslouží a na morálně správné zacházení. Z jiného pohledu to může být i spravedlivé rozdělení zatížení a odpočinku po vykonané práci mezi jednotlivými členy společnosti. (11)

Dalším z etických principů je neškodnost. Vychází z Hippokratova „neuškod“. Zakazuje úmyslné poškození člověka a nabádá neuškodit, pokud nemůžeme pomoci. Při poskytování péče tedy nesmíme poškodit zdraví klienta, neměli bychom ho vystavovat psychickému stresu, způsobit ztrátu soukromí nebo vyzrazení důvěrných informací. (11)

Princip pravdomluvnosti je závazek mluvit pravdu a nepodvádět. Pravda je základem pro získání důvěry klienta a předpokladem pro další spolupráci. Pravda je zároveň respektování člověka. Při nedodržování tohoto principu může dojít ke ztrátě důvěry a zároveň i klienta jako takového, coby uživatele služeb domácí péče. (11)

Princip věrnosti a poctivosti lze chápat jako povinnost dodržovat sliby a dostát svým závazkům. Do tohoto principu patří i již zmíněná ochrana informací. (11)

1.5.4 Princip akceptace lidských práv

Princip akceptace lidských práv a motivace klienta pro jejich uplatňování je podpořen informováním laické i profesionální veřejnosti o poskytování domácí péče. To se děje mediální podporou ve formě článku v denících, časopisech, letácích a brožurách, popř. i reklamách na některých televizních programech, kde se mimo jiné apeluje na uplatňování základních lidských práv a svobod. Práva pacientů se musí dodržovat i v domácí péči. Nesmíme zapomínat, že etická pravidla by se měla dodržovat i v domácím prostředí klienta. (4)

V současné době se pojmy etika a právo doplňují, posilují, jejich normy se shodují. Přesto se etika setkává s rozporuplnými situacemi, kdy má každá strana svou vlastní pravdu, právo dbá na jednostrannost. (11)

Zákon chrání a zajišťuje právo. Etika však vyžaduje, abychom jednali nad rámec zákonů, podle společenských zásad. Mravní hodnoty by měly mít rámcovou podporu v zákonech a zároveň víme, že právo je pouze minimem etiky. Jinými slovy by měly být etické zásady podkladem, na nichž by se měly zákony stavět. Zdravotníci by se měli orientovat v mravních i právních normách. Z těchto pro příklad mohu uvést Všeobecnou deklaraci lidských práv, Ženevskou deklaraci, Úmluvu na ochranu základních lidských práv a svobod, Mezinárodní pravidla pro chování sestry, Úmluva o právech dítěte, Kodex sester, Etické normy v ošetrovatelství, Práva pacientů a mnoho dalších. (11, 17)

Pod pojmem lékařská etika se skrývá i etika sesterská. Je důležité znát obě tyto dimenze, neboť lékaři i sestry spolupracují a měli by mít rovnocenný partnerský vztah z profesionálního hlediska. Je nutný profesionální přístup i k pacientovi. (11)

Význam etických kodexů v ošetrovatelství je nezaměnitelný. Regulují vztahy mezi ošetřujícím personálem, profesí, prostředím, klientem, společností. Vytvářejí standardy pro ošetrovatelství a pomáhají porozumět veřejnosti jednání zdravotníků ohledně své profese. Abychom porozuměli, kodex je rámec, podle něhož by sestry měly činit svá etická rozhodnutí. Jedním z charakteristických znaků je univerzálnost, to znamená, že by měl být použitý pro co nejširší okruhy lidí – profesionálů, v našem případě zdravotníků. (11)

1.5.5 Princip standardizace postupů

Princip standardizace postupů v komplexní domácí péči jsou kritéria, podle kterých by se veškerá péče měla odvíjet. Postupy podle standardů ošetrovatelské péče by měly zajistit kvalitní péči. V dnešní době neexistují celoplošně dané standardy, některé agentury domácí péče je ani nepoužívají, přesto by bylo dobré, aby vznikly právě celoplošně nebo alespoň na regionální úrovni. (4)

Kvalita neboli jakost se v posledních letech v běžném slovníku objevuje čím dál

častěji. Dříve se objevovala spíše v technických odvětvích, dnes se s ní můžeme setkat kdekoli. Diskutovanou je i ve zdravotnictví. Slovo kvalita slyšíme denně, ale ne všichni přesně vědí, co tento pojem znamená. (9)

Představa kvality péče je ovlivněna celospolečenskými i individuálními hodnotami osob, které kvalitu péče definují. Jedná se o politiky, tvůrce zdravotnické legislativy a hlavně zdravotníky. Každý z nás kvalitu vnímá jinak, proto je ovlivněna i našimi zkušenostmi a poznatky. (20)

Nároky na zdravotní péči se stále zvyšují, je proto třeba vytvořit efektivní zdravotnický systém, který by mohl co nejúčinněji reagovat na potřeby společnosti. Zdravotnické instituce proto musí věnovat pozornost zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Otázka kvality se stále více dostává do povědomí jak zdravotníků, tak laické veřejnosti. Při definování kvality ošetrovatelské péče by měla stát v popředí právě sestra. Ta se zaměřuje na rozvoj nových typů ošetrovatelských služeb (například komunitního ošetrovatelství), na zavádění individualizace péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu, systému skupinové péče a primární sestry. Je zde třeba i lepší pochopení potřeb klientů ze strany ošetrovatelského personálu.(20)

1.5.5.1 Program kontinuálního zvyšování kvality

Kvalita ošetrovatelské péče je postavena na tvorbě a dodržování profesionálních standardů, směrnic, zákonů a vyhlášek. Musí být měřitelná a to z důvodu její kontroly. Pokud se nad tímto zamyslíme, můžeme říci „Jak změřit kvalitu bez přístroje?“ (20)

Na tento problém odpoví program kontinuálního zvyšování kvality, který by se měl zavádět do praxe a tím monitorovat a vyhodnocovat kvalitu poskytované zdravotní péče. Na poskytování zdravotnických služeb jsou kladeny vysoké nároky. Důvodem pro zavádění programu kvality do léčebné a ošetrovatelské praxe je zajištění práv a spokojenosti klientů při poskytování zdravotní péče. Nástroji programu zvyšování kvality jsou standardizace a audity. Jinak řečeno systematická kontrola zda poskytovaná péče odpovídá stanoveným standardům. (9)

Pro zhodnocení kvality ošetrovatelské péče je nutné získat informace z několika zdrojů. Nejčastěji se využívají výsledky auditů a indikátory kvality. Nejvíce autoritativní jsou inspektoři a externí pracovníci. Na druhou stranu klienti, ať už dané instituce nebo jiných interních či externích zařízení jsou nejméně objektivní. (9)

Program kontinuálního zvyšování kvality není zaměřen na dosažení neměnných pevných cílů, ale na postupné zlepšování kvality. Nikdy nelze říci, že je dosaženo té nejvyšší kvality a to především z důvodu stále se zrychlujícího životního stylu. To co se nám dnes může zdát jako vynikající péče, za několik let bude vnímáno jako nedostatečné, nebo dokonce nepřijatelné. (20)

Zaměříme-li se pouze na sestry, péče z jejich strany by měla být charakterizována slušností, rychlostí, příjemným vystupováním, vzhledem a v neposlední řadě zajišťováním potřeb klientů. Všichni jsme jen lidé, proto se může stát, že péči ze strany sester něco negativně ovlivní. Tyto negativní vlivy lze popsat jako nedostatek času a důvěry, nevhodné priority, nefunkční tým nebo nedostatečné vzdělávání. (18)

Posouzení kvality můžeme provést pomocí tří faktorů. Aplikaci medicínských a technologických poznatků do ošetrovatelské péče můžeme označit jako technický faktor. Interpersonální faktor je charakterizován sociálními a psychologickými vztahy mezi klienty a ošetřujícím personálem. Třetí faktor může být zastoupen několika možnostmi, kterými jsou prostředí, komfort, strava nebo medicínské služby. (18)

Pro zajištění kvalitní péče je nutné stanovit, co je dobrá, standardní kvalitní péče. Ta je vyjádřena v tzv. standardech ošetrovatelské péče. (20)

1.5.5.2 Standardy

Standardy neboli normy jsou nástrojem měření kvality. Lze je definovat jako přijatelnou úroveň ošetrovatelské péče. Měří se jimi vykonaná nebo očekávaná práce v oblasti služeb. Jinak řečeno, podle standardu můžeme hodnotit, zda činnosti vykonávané ošetrovatelským personálem odpovídají požadované úrovni. (20)

Kontinuální monitorování, analyzování a zkvalitňování postupů při poskytování

ošetřovatelské péče, služeb a jiných činnostech spojených se zdravotnictvím musí být jasně vedeno a organizováno, pro dosažení maximálního užitku. To vychází z předpokladu, že poskytování péče a služeb je záležitostí skupiny či skupin, nežli jedince. (8)

Používání standardní terminologie v ošetřovatelství se pomalu rozvíjí už několik let. Tato terminologie má více důvodů, avšak jeden z nejdůležitějších je zjednodušení komunikace mezi jednotlivými sestrami. Tím že sestry používají standardy, zviditelňují činnosti, které dříve vidět nebyly, ačkoli je vykonaly. (22)

První standardy vznikly ve Spojených státech amerických v době, kdy byla přijata Charta práv nemocných. Určovaly a konkretizovaly na jakou péči, mají nemocní právo. Každá země při vytváření standardů vychází z jednotlivých podmínek vlastní země. (20)

1.5.5.3 Typy standardů

Podle základních charakteristik kvality můžeme standardy rozdělit do tří oblastí. (20)

Strukturální standardy udávají personální, technické, organizační a hygienické prostředky, které umožňují dosáhnout stanovené kvality. Zasahují do oblastí, které jsou spojeny s regulací ošetřovatelské praxe, s organizací služeb, výběru a naboru pracovníků a personálního obsazení jednotlivých pracovišť. Dále také poskytují návody pro nezbytné vybavení budov a předně zajišťují veškeré statutární a legislativní záležitosti. Nejčastěji určují minimální požadavky na úroveň poskytované péče. (20, 3)

Procesuální standardy jsou standardy ošetřovatelské péče. Týkají se přímo ošetřovatelských činností a určují kvalitu péče. Standardy ošetřovatelských postupů se týkají výkonů, naproti tomu standardy ošetřovatelských činností jsou zaměřeny na jednotlivé problémy v rámci ošetřovatelského procesu nebo vycházejí z daných onemocnění. Zahrnují také měřítko spokojenosti klienta s poskytovanou péčí. Každý tento standard obsahuje kritéria, které je nutné splnit pro dosažení cíle jednotlivých standardů. Tato kritéria jsou zaměřena na strukturu, proces a výsledek. Je-li dobrá struktura, je i vysoká pravděpodobnost správného postupu a tudíž můžeme dosáhnout kvalitního

výsledku. (20, 3)

Standardy, které hodnotí výsledky, se týkají celkového hodnocení péče o klienty v daném zdravotnickém zařízení. Objektivní zjištění skutečné úrovně kvality a spokojenosti klientů můžeme zajistit mnoha standardizovanými metodami, které označujeme jako ošetřovatelský audit. (20, 3)

Ministerstvo zdravotnictví vydává vyhlášky, nařízení a rámcové standardy doporučené pro tvorbu standardů jako tzv.: centrální standardy. Ty určují základní cíle oboru a kritéria pro jeho realizaci. Pro příklad udávají typy a kompetence zdravotnických pracovníků, vzdělání, pracovní náplň, atd. Tyto dokumenty však nejsou označovány termínem standard, přestože patří mezi nejzásadnější směrnice. (20)

Ošetřovatelské standardy jaké známe, jsou lokální standardy. Jsou zpravidla vypracované a přijaté v konkrétním zařízení. Každý pracovník by s nimi měl být seznámen a písemně se zavázat, že při vykonávání pracovního poměru je bude dodržovat. Vypracovávat nebo alespoň se podílet na jejich tvorbě by měly řadové sestry. To je hlavně z toho důvodu, že sestry se tak mnohem ochotněji podle nich řídí. Standardy vytvořené nadřízenými a jinými pracovníky izolovanými od praxe nemají takovou odezvu, jako ty, na nichž se podílely právě tyto sestry. (20)

1.5.5.4 Audity

Audity, neboli vyhodnocení jsou nezbytnou součástí dobrého fungování dané organizace. Stávající dobrou praxi podporují a hledají nedostatky, které by se daly odstranit. Dosažení standardů potvrzuje, že praxe je dobře řízena a poskytuje kvalitní péči. Je důležité, aby byli spokojeni nejen klienti a jejich rodinní příslušníci, ale i zdravotnický personál. (9)

Již při formulaci jednotlivých standardů se určuje způsob jejich hodnocení. Audity se používají především u objektivně měřitelných stránek kvality péče, neboť kvantitativní aspekty péče jdou měřit snáze. V dnešní době se používají objektivní měřicí techniky, pokud je to možné. V ošetřovatelství existují například v podobě testů např. měření rizika

dekubitů, měření stupně soběstačnosti atp. (20)

Měření subjektivních stránek jako je spokojenost klienta, je pro měření náročnější, ale pro hodnocení kvality péče neméně důležité. Nelze je však vyjádřit matematicky. (20)

Audit si můžeme představit jako proces, který se snaží objektivně zhodnotit stav věci a porovnat, zda praxe odpovídá standardu a je-li snaha toho dosáhnout. Představuje jeden z nejeftivnějších nástrojů při kontrole kontinuálního zvyšování kvality, a proto je nedílnou součástí měření kvality ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení. Analyzuje úspěchy zdravotnického týmu a celé organizace a naopak odkrývá problémové oblasti tak, aby se na nich pozitivně zapracovalo. Zároveň poukazuje na úspěchy, které by mohly pomoci ostatním. (9)

Aby mohl být realizovaný audit, musí být jasně definována kvalita pomocí jednotlivých hodnotících složek k tomu určených. Těmito materiály jsou zákony, vyhlášky a směrnice Ministerstva zdravotnictví ČR a dalších institucí, směrnice nemocnice, vypracované standardy a standardní postupy, příkazy a metodické pokyny ředitele. (9)

1.5.5.5 Ošetrovatelský audit

Ve zdravotnických zařízeních či obdobných institucích se provádí ošetrovatelské audity. Vyhodnocuje současnou praxi se snahou zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče. Je založen na standardech a zjišťuje, zda se jimi péče o pacienta řídí nebo se s nimi slučuje. (9)

Cílem auditu není hledání chyb a následných disciplinárních opatření, ale objevení slabých míst, které je nutné co nejrychleji odstranit. Avšak je nutné, aby pracovníci na daném oddělení byli ochotni odstranit chyby a realizovat změny, které byly objeveny při auditu. (9)

Mimo dodržování standardů je třeba monitorovat i celkovou kvalitu ošetrovatelské péče. To je možné provádět několika způsoby. Z nich můžeme mimo jiné uvést pozorování sester při práci. Při pozorování lze zjistit, jak sestry svou práci sami hodnotí nebo jak je hodnocena spolupracovníky či vnějším pozorovatelem. Dále je třeba zkontrolovat vedení

ošetřovatelské dokumentace, sběr statistických údajů a v neposlední řadě rozhovory s klienty, kteří zdravotnické služby využívají. (20)

1.5.6 Princip kontinuálního vzdělávání

Princip kontinuálního vzdělávání má za úkol přimět jednotlivé zdravotníky pracující v agenturách domácí péče k jejich dalšímu odbornému růstu. Vzdělávání je základní podmínkou pro zvyšování kvality domácí péče. Semináře a školení zdravotnických pracovníků organizuje asociace domácí péče, vzdělávací instituce a jiné organizace s kvalifikací pro tento obor. Otevřený a flexibilní systém vzdělávání přináší nové poznatky do praxe domácí péče.(4)

Zdravotnictví, jako takové, se stále vyvíjí a modernizuje. Je potřeba, aby se sestry a nelékařští pracovníci stále vzdělávali. Starší sestry se mohou ohrazovat, že není třeba, aby se ve svém věku učily nejen s počítači, ale i se vzdělávaly všeobecně. Nejenom z profesního hlediska, ale především obecný přehled je pro sestry velice důležitý, neboť se mohou ve svém zaměstnání setkávat s lidmi s různými zájmy a koníčky. (14)

Vzdělávání sester, dnes i v budoucnu nespočívá pouze v absolvování střední, popřípadě vysoké školy, ale především se týká celoživotního udržování odborné způsobilosti. Tento systém, který v České republice již několik let funguje, na první pohled pracující sestry velice zatěžuje. Přesto je důležité vnímat tento problém i z druhé strany. Zvyšování vzdělání a kvalifikace snižuje strach ze ztráty zaměstnání a zvyšuje šanci pracovního uplatnění. Ve výběru formy dalšího vzdělávání může hrát velkou roli věk sester. Mladší sestry většinou dávají přednost vysokoškolskému vzdělávání, ty dříve narozené se budou spíše přiklánět k inovačním kurzům, školicím akcím, odborným stážím a konferencím, kongresům a sympoziím. (1)

Péče v domácím prostředí vyžaduje sestru, která je vysoce kvalifikovaná, odpovědná, zkušená, profesně zdatná, komunikativní a samostatná. Proto je nutné, aby sestry pracující v agenturách domácí péče měly odpovídající nástavbové nebo vysokoškolské vzdělání. Je to zapříčiněné tím, že sestry v terénu nejsou vedeny lékařem,

jako je tomu ve zdravotnických zařízeních. (2)

1.5.6.1 Zákon č. 96/2004 Sb. a vyhláška č. 424/2004 Sb.

„Tento zákon upravuje podmínky získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, celoživotním vzděláváním zdravotnických pracovníků a podmínkami uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání pro státní příslušníky členských států Evropské unie.(Sbírka zákonů č. 96/2004, s.1452)“

V paragrafu č. 2 tohoto zákona jsou vymezeny pojmy, které tento dokument obsahuje a je nezbytné je znát k jeho správnému pochopení. Těmito pojmy jsou např.: zdravotnické povolání, zdravotnický pracovník, pacient, akreditace atd. (34)

„Způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka má ten, kdo má odbornou způsobilost podle tohoto zákona, je zdravotně způsobilý a je bezúhonný. Zdravotní způsobilost zjišťuje a lékařský posudek o zdravotní způsobilosti vydává praktický lékař, u zaměstnanců lékař závodní preventivní péče. Za výkon povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka se považuje výkon činností stanovených tímto zákonem a prováděcím právním předpisem, a dále řídicí, metodická, koncepční, kontrolní, výzkumná a vzdělávací činnost v příslušném oboru nebo činnost související s poskytováním zdravotní péče. (Sbírka zákonů č. 96/2004, s.1453)“

„Vyhláška č. 424/2004 stanoví v souladu s právem Evropských společenství činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (Sbírka zákonů č. 424/2004, s.8096)“

V legislativě České republiky nabyla právní moci dne 30.6. 2004. (32)

Tato vyhláška obsahuje popis základní, specifické i vysoce specializované ošetrovatelskou péče. Ta je poskytována na základě ošetrovatelského procesu, který má počátek v hodnocení potřeb klienta či komunity. Dále se stanoví ošetrovatelský problém, k jeho zdárnému odstranění napomáhá detailní plánování ošetrovatelské péče a následná realizací ošetrovatelských intervencí. Poslední fáze procesu slouží k celkovému hodnocení,

kteřé vypovídá o kvalitě kompletní ošetřovatelské péče. (32)

K tomu, aby ošetřovatelská péče byla na dostatečné úrovni a splňovala minimálně zákonem stanovené normy, musí být naplněny i další podmínky. Těmi jsou kvalitní diagnostika, správné používání zdravotnických přístrojů, bezchybná spolupráce s laboratoři a v neposlední řadě také poskytování informací klientovi i jeho blízkým. (32)

Dále jsou v této vyhlášce podrobně rozebrány jednotlivé činnosti a kompetence zdravotnického personálu. Pracovní náplně zdravotnických pracovníků jsou samostatně rozepsány pod jednotlivými paragrafy. (32)

Všeobecná sestra má dle této vyhlášky v kompetencích tyto úkony: sledování fyziologických funkcí, jejich zapisování a vyhodnocování. Odběr biologického materiálu, odsávání sekretu z dýchacích cest, zajišťuje činnosti potřebné při příjmu, propuštění nebo přeložení klienta na jiné pracoviště nebo do domácí péče. Vyhodnocuje soběstačnost klienta a následně provádí nácvik sebeobsluhy, pakliže uzná, že klientův stav tento výkon vyžaduje. Přesněji a v plném znění jsou všechny tyto a další úkony rozepsány v druhé části této vyhlášky, § č.4. (32)

„Komunitní sestra vykonává činnosti při poskytování primární péče, integrované péče a preventivně zaměřené ošetřovatelské péče o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí. (Sbírka zákonů 424/2004, s.8119)“

Podrobněji je náplň práce komunitní sestry rozepsána ve Sbírce zákonů 424/2004 Sb. na straně 8119, § č. 52. (32)

1.5.6.2 Vzdělávací program

Podle zákona č. 96/2004 Sb. a nařízení vlády dle § č. 463/2004 Sb. se stanovují obory specializačního vzdělávání. Ty označují pracovníky se specializovanou způsobilostí. Jeho cílem je připravit všeobecné sestry na jednotlivé specializace. Takto specializované sestry musí mít takové vědomosti a zkušenosti, aby byly schopny poskytovat primární, integrovanou i preventivní péči a to nejen jedincům, ale i skupinám v jejich vlastním sociálním prostředí. (30)

Proto, aby sestry mohly vstoupit do tohoto vzdělávacího programu, je pro ně nutné mít úspěšně ukončené kvalifikační studium v oboru všeobecná sestra a nejméně 24 měsíců vykonávat praxi v klinickém zaměření. (30)

Poté, co je sestra zařazena do specializačního oboru, musí splnit rok výkonu povolání ve vybrané specializaci. Během tohoto absolvuje stanovený počet vyučovacích hodin studijního specializačního programu. Ten je ukončen prověřením získaných poznatků, pomocí úspěšně absolvované ústní zkoušky nebo závěrečného testu. Pod vedením školitele absolvují praxi minimálně po dobu dvou týdnů v rámci akreditovaného pracoviště. Při ní je nutné splnit požadovaný počet výkonů a získat stanovený počet kreditů, který vyžaduje studijní program. (30)

Při splnění těchto požadavků a složení atestační zkoušky je možné tento program považovat za úspěšně ukončený. (30)

Délka vzdělávacího programu je minimálně 36 měsíců, což se rovná 640 hodinám teoretické a praktické výuky, z toho tvoří 50% praxe ve specializačním oboru. (30)

Tento vzdělávací program pro získání specializované způsobilosti v komunitní ošetrovatelské péči je formou celoživotního vzdělávání. V teoretické části si účastník prohlubuje vědomosti a znalosti z vědních oborů z předchozího vzdělávání a seznamuje s vědomostmi nutnými pro činnost všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v komunitní péči. Praktická výuka má prohloubit stávající dovednosti a fixaci nových dovedností. (30)

Tato specializace se rozděluje do několika modulů, a to základního, odborného a speciálního. (30)

Základní modul jako takový vyžaduje vědomosti a dovednosti, které by měla mít sestra specialista. (30)

Odborný modul je vymezen konkrétními znalostmi a dovednostmi, které by tato sestra měla mít. Sem můžeme zařadit sestru v komunitní péči. Náplní její práce je zajišťování specializované ošetrovatelské péče klientům všech věkových skupin v komunitě. (30)

Speciální modul je charakteristický vymezením konkrétní problematiky, na níž navazuje specifická ošetrovatelská péče. Do tohoto modulu patří specifické činnosti komunitní sestry v péči o rodinu, o seniory, v prevenci pracovních rizik a v neposlední řadě i v domácí péči. (30)

Výuka v tomto programu je uskutečňována kombinovanou formou v blocích, v délce odpovídající stanovené týdenní pracovní doby. Pokud je studium uskutečněno jinou formou, její úroveň nesmí být nižší než u celodenní formy. (30)

Absolvent tohoto vzdělávacího programu pro získání specializované způsobilosti komunitní sestra je připraven k poskytování komunitní ošetrovatelské péče a to samostatně nebo v rámci týmu. (30)

Po ukončení studia by měl být absolvent či absolventka schopen vykonávat specializované činnosti při poskytování primární, integrované péče a preventivní péče o jednotlivce, skupinu osob či komunitu ve svém vlastním sociálním prostředí. Toto můžeme chápat tak, že sestra s touto specializací by měla mimo jiné být schopna komplexně analyzovat zdravotní stav, zdravotní a sociální situaci klienta, koordinovat péči, podílet se na hodnocení zdravotních rizik, realizovat poradenství a zároveň spolupracovat s danými orgány, připravovat a organizovat preventivní prohlídky, očkování a podobně. (30)

1.5.6.3 Specifická činnost komunitní sestry v domácí péči

Sestra s touto specializací by měla poskytnout kontinuální specifickou ošetrovatelskou péči pro jednotlivce i komunitu. Měla by podporovat péči o klientovo zdraví, pomáhat udržet zdraví, popřípadě podpořit jeho znovunavrácení. To vše, aby klient dosáhl určitého stupně nezávislosti. Tato péče se poskytuje i klientům v terminálním stádiu. (30)

Mezi vědomostmi, kterými by komunitní sestra v domácí péči měla oplývat, patří znalost postupů vedoucích zajištění primární, sekundární i terciální prevence. Dále by měla znát specifika ošetrovatelské péče v domácím prostředí v souladu s holistickým přístupem a ošetrovatelským procesem. S tím souvisí i plánování ošetrovatelské péče. Neměla by jí být

cizí ani efektivní komunikace nejen ale s klientem, ale i jeho rodinou. Nesmíme zapomenout na znalost poradenských a sociálních služeb v regionu. (30)

Pokud sestra tyto a další znalosti má, je nutné je převést do praxe. Ze všeho nejdříve musí posoudit stav klienta a jeho možnosti v rámci domácího prostředí a navrhnout plán jeho péče. Na to navazuje vedení ošetrovatelského procesu a dokumentace a spolupráce s odborníky. Nejpřednější snaha je začlenit klienta do běžného života a to například nácviky běžných denních činností, předcházením onemocnění popřípadě jejich komplikací a podobně. Sestra zde mimo ošetrovatelské péče realizuje i péči preventivní a edukační činnost klienta i jeho rodiny. (30)

1.5.6.4 Registrace

Zdravotnický personál je v dnešní době rozdělen na dva tábory. V tom prvním jsou pracovníci, kteří mohou pracovat bez odborného dohledu. Ve druhém jsou ti, kteří pod tímto dohledem pracovat musí. Podmínkou k samostatnému výkonu povolání je třeba registrace. (10)

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních dal vzniknout registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Vedení tohoto registru pojmenovalo MZ na Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, známé pod zkratkou NCO NZO. (10, 26, 34)

Registrace nelékařských zdravotnických povolání si klade za nejvyšší cíl ochranu veřejnosti. Ta spočívá v celoživotním vzdělávání, prohlubování, zvyšování a obnovování znalostí a dovedností. V souvislosti s tím se následně zvyšuje kvalita péče a prestiž nelékařských zdravotnických profesí. Zároveň je snaha informovat veřejnost o významu registrace, aby byla znáta snaha o zkvalitnění péče. (26)

Jaké jsou nejčastější činnosti registru? Přijímání, posuzování žádostí a prodlužování platnosti osvědčení, organizování a realizace zkoušek k vydání Osvědčení a aprobačních zkoušek. Dále eviduje souhlasná stanoviska profesních sdružení k vzdělávacím akcím a

vydaných precedentů k uznání výkonu povolání a kreditů pro vydání nebo prodloužení osvědčení, vyhledávání spisů dle § 6 zákona č. 500/2004 Sb. a ověřování dokladů o odborné a specializované způsobilosti. Dalšími z činností je činnost archivační, přednášková, publikační, metodická a konzultační činnost při osobním kontaktu a v rámci informační linky. (26)

1.5.6.5 E-learning

Povolání všeobecné sestry je velice náročné. A to především z časového hlediska. Práce na směny, přesčasové hodiny, péče o rodinu, vlastní zájmy, odpočinek, relaxace, to vše je pouze hrubý výčet toho, co žena zaměstnaná jako sestra musí zvládnout. Ale do takto nabytého programu se musí najít skulinka pro celoživotní vzdělávání, na které nelze zapomenout. To není náročné pouze časově, ale i finančně. Když si uvědomíme, kolik peněz dáme za zařazení do registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Naštěstí se objevila forma studia, která ušetří čas i rozpočet. (21)

Provoz tohoto programu byl zahájen 1. 8. 2006 a těší se velké oblibě. Cílem tohoto projektu je připravit a využívat e.learningovou formu studia. Program odpovídá kontinuálnímu odbornému vzdělávání a měl být využit k uspokojení potřeb zdravotnických pracovníků ve všech zúčastněných zemích. K tomuto napomáhá možná dostupnost v anglickém jazyce a tím je zajištěna mezinárodní univerzálnost. (27)

Struktura internetového vzdělávacího programu je obdobná jako u již zmíněného vzdělávacího programu pro získání specializované způsobilosti v oboru komunitní ošetrovatelská péče. Obsahuje základní modul, který je povinný a společný pro všechny studenty a odborný modul. Ten je povinný, ale je rozdělen pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Jsou zde i moduly speciální výběrové. Ty jsou společné pro oba obory. (21, 27)

S touto problematikou je třeba seznámit veřejnost. Nejčastěji je to formou článků nejen v odborných časopisech, konferencích, seminářích a workshopech. V dnešní době jsou však tyto informace nejčastěji vyhledávané na webových stránkách. (27)

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Zjistit, zda plnění základních principů komplexní domácí péče ovlivňuje podle sester kvalitu ošetrovatelské péče.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Sestry dodržují etická pravidla při poskytování ošetrovatelské péče

Hypotéza 2: Sestry v agenturách domácí péče se kontinuálně vzdělávají

Hypotéza 3: Sestry pracují podle standardů

Hypotéza 4: Sestry v agenturách domácí péče se domnívají, že plnění základních principů ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče

3. Metodika

3.1 Kvantitativní výzkum

Ke kvantitativnímu šetření byla využita empirická metoda výzkumu – nestandardizovaný dotazník (viz příloha č. 1). Šetření probíhalo v období od 1.4. 2009 do 31.7. 2009 v agenturách domácí péče v lokalitě Jihočeského a Plzeňského kraje. Původního záměru využití pouze Jihočeského kraje k výzkumnému šetření nebylo možné dostát, jelikož počet respondentů Jihočeského kraje byl nízký. Proto bylo výzkumné šetření rozšířeno i na Plzeňský kraj, respektive na okres Klatovy.

V Písku bylo získáno 10 dotazníků, v Českých Budějovicích 15 dotazníků, ve Strakoniciích kde agentura spolupracuje s agenturou ve Vodňanech bylo získáno 8 dotazníků, v Prachaticích se vybraly 3 dotazníky, v Táboře bylo získáno 5 dotazníků, z Českého Krumlova jsme získaly 2 dotazníky od sester spolupracujících s agenturou Českých Budějovicích, z Vimperka byla jedna respondentka a v Horažďovicích odpověděli 3 respondentky.

Nestandardizovaný dotazník obsahoval 36 otázek. Z nich bylo 22 uzavřených, 13 polootevřených a jedna otevřená. Dotazy byly zaměřeny na zjištění základních principů ovlivňujících ošetřovatelskou péči, v domácí péči, zejména v okruzích týkajících se standardů, etických principů a vzdělávání.

Dotazníky byly rozdány v Agenturách domácí péče Charita s působností v Písku, Českých Budějovicích a Horažďovicích, v organizaci Český červený kříž, který sídlí ve Strakoniciích, Vodňanech, Písku a Českých Budějovicích (agentura domácí péče Alice), v organizaci Diakonie se sídlem v Písku, v Agentuře domácí péče Tereza, jejímž zřizovatelem je Nemocnice Tábor a.s., v agentuře Ivas Českých Budějovicích a několika sestrám, které pracují samostatně.

Celkem bylo rozdáno 64 dotazníků, z toho se jich 11 nevrátilo zpět. Ze všech vybraných dotazníků jich 6 nesplňovalo požadavky, a proto byly z výzkumného šetření vyřazeny.

V úvodu dotazníku bylo uvedeno, k čemu výzkum slouží a zároveň jsou zde uvedeny pokyny pro jednotlivé respondenty, kteří jej budou vyplňovat.

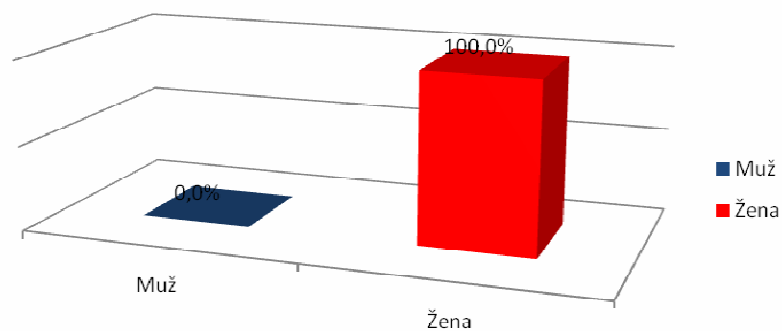
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Jako zkoumaný vzorek byly zvoleny sestry zaměstnané v agenturách domácí péče a v organizacích, které domácí péči poskytují.

Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 47 sester v 8 městech.

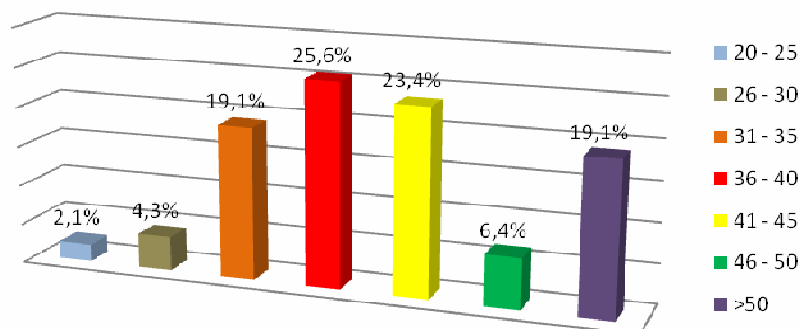
4. VÝSLEDKY

Graf 1 Pohlaví respondentů



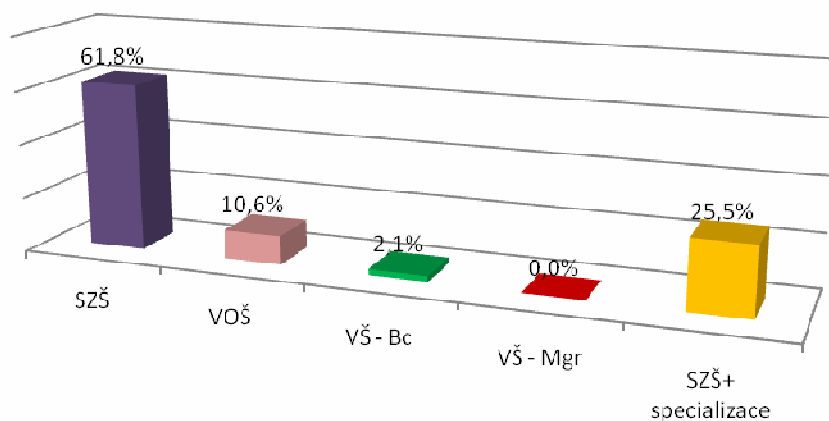
Z dotazovaných bylo 47 žen (100%) žádný muž.

Graf 2 Věk respondentek



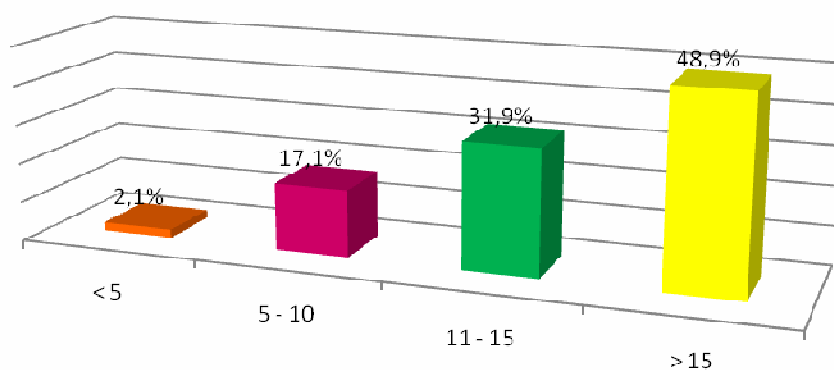
Z celkového počtu 47 dotázaných sester je jen jedna ve věku 20 – 25 let (2,1%), dvě jsou ve věku 26 – 30 let (4,3%), devět jich je ve věku 31 – 35 let (19,1%), dvanáct sester je ve věku 36 – 40 let (25,6%), jedenácti z dotázaných je 41 – 45 (23,4%), třem sestrám je mezi 46 a 50ti lety (6,4%) a nad 50 let je 9 sestrám (19.1%).

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



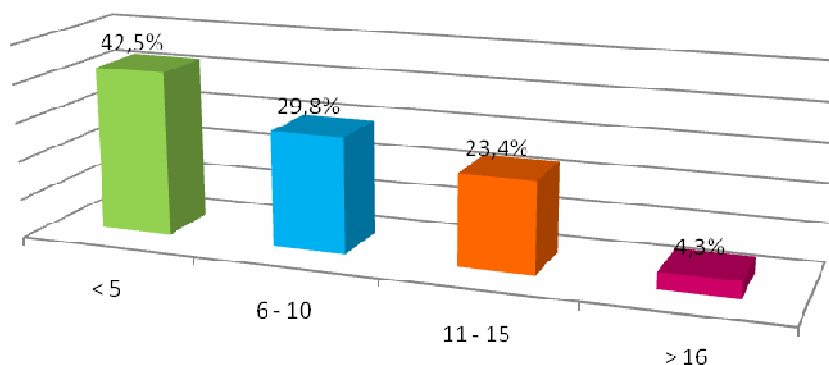
Z celkového počtu 47 dotázaných sester jich má 29 (61,8%) pouze střední zdravotnickou školu, 5 jich má vyšší odborné vzdělání (10,6%), bakalářský titul má pouze jedna z dotázaných (2,1%), magistra žádná (0%) a 12 sester (25,5%) má k SZŠ specializaci. Nejčastější specializace je ošetrovaatelství v geriatrici, objevila i specializace ARIP a sestra instrumentářka.

Graf 4 Doba praxe ve zdravotnictví



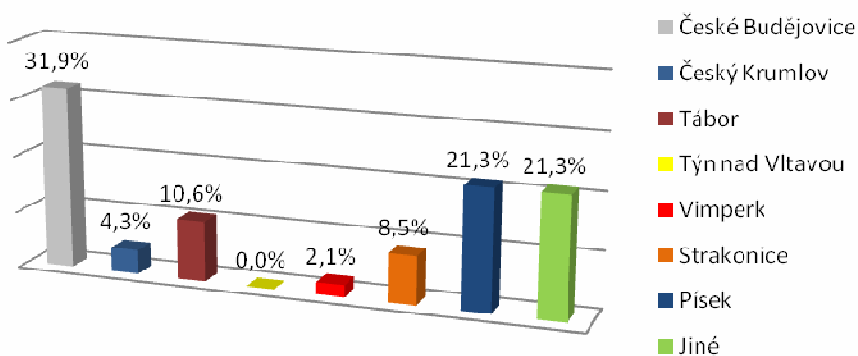
Jedna z dotázaných 47 sester ve zdravotnictví pracuje méně než 5 let (2,1%), osm z nich zde pracuje 5 – 10 let (17,1%), 15 dotázaných ve zdravotnictví pracuje 11 – 15 let (31,9%) a více než 15 let ve zdravotnictví pracuje 23 sester (48,9%).

Graf 5 Doba praxe v této ADP



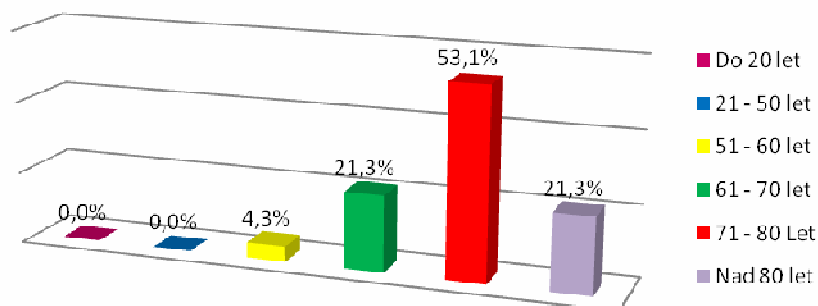
20 sester (42,5%) pracuje v současně ADP méně než 5 let, 14 sester (29,8%) ve své ADP pracuje 6 – 10 let, 11 z dotázaných (23,4%) zde pracuje 11 – 15 let a více než 16 let zde pracují 2 dotázané(4,3%).

Graf 6 Sídlo ADP



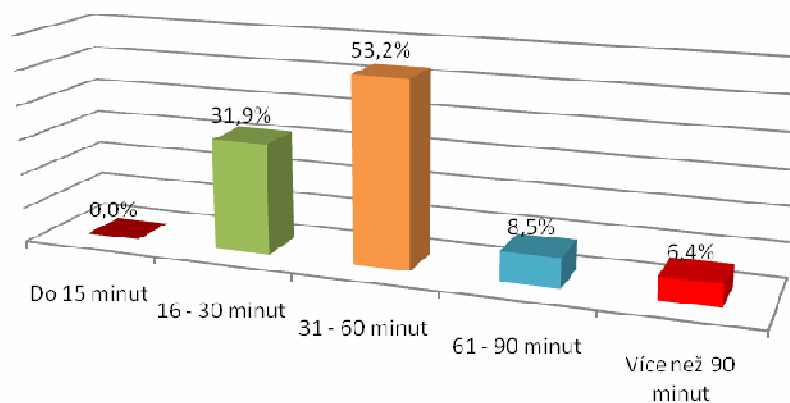
Nejvíce dotázaných sester pracuje v Českých Budějovicích a to 15 (31,9%), v Českém Krumlově jsou 2 (4,3%), v Táboře pracuje 5 sester (10,6%), v Týně nad Vltavou nebyly žádné respondenty (0%), z Vimperka je jedna dotazovaná (2,1%), ze Strakonice jsou 4 respondenty (8,5%), z Písku 10 sester (21,3%) a v jiných městech bylo dotázáno 10 respondentek (21,3%), z toho byly 4 z Vodňan, 3 z Prachatic a 3 z Horažďovic.

Graf 7 Dominantní věková skupina klientů



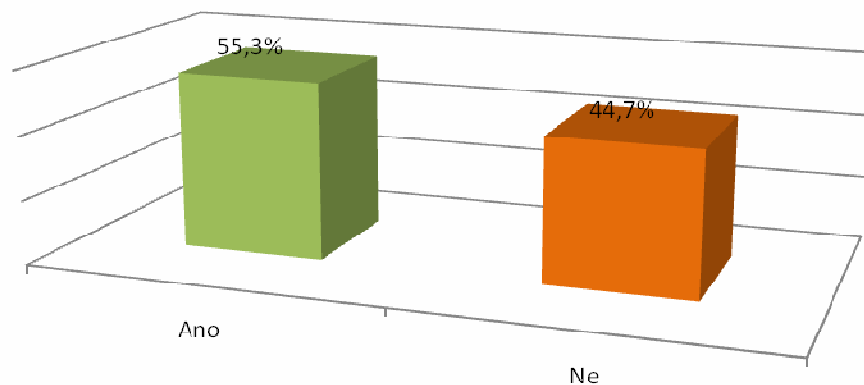
Péče o klienty ve věku do 20 let a od 21 – 50 je nulová (0%), klienti ve věku 51 – 50 let jsou nejzastoupenější věkovou skupinou u 2 sester (4,3%), mezi 61 – 70 lety je 10 klientů (21,3%), 25 klientů je ve věku 71 – 80 let (53,1%) a nad 80 let je péče věnována 10 klientům (21,3%).

Graf 8 Doba strávená u klienta



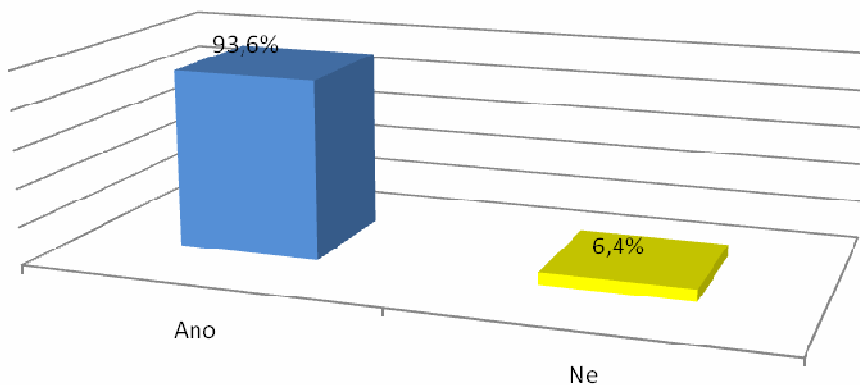
Žádná ze sester u klienta netráví méně než 15 minut(0%), 16 – 30 minut u klienta tráví 15 sester (31,9%), 31 – 60 minut zde tráví 25 sester (53,2%), 61 – 90 minut jsou u klienta 4 sestry (8,5%) a více než 90 minut zde tráví 3 sestry (6,4%).

Graf 9 Spolupráce ADP a pečovatelské služby



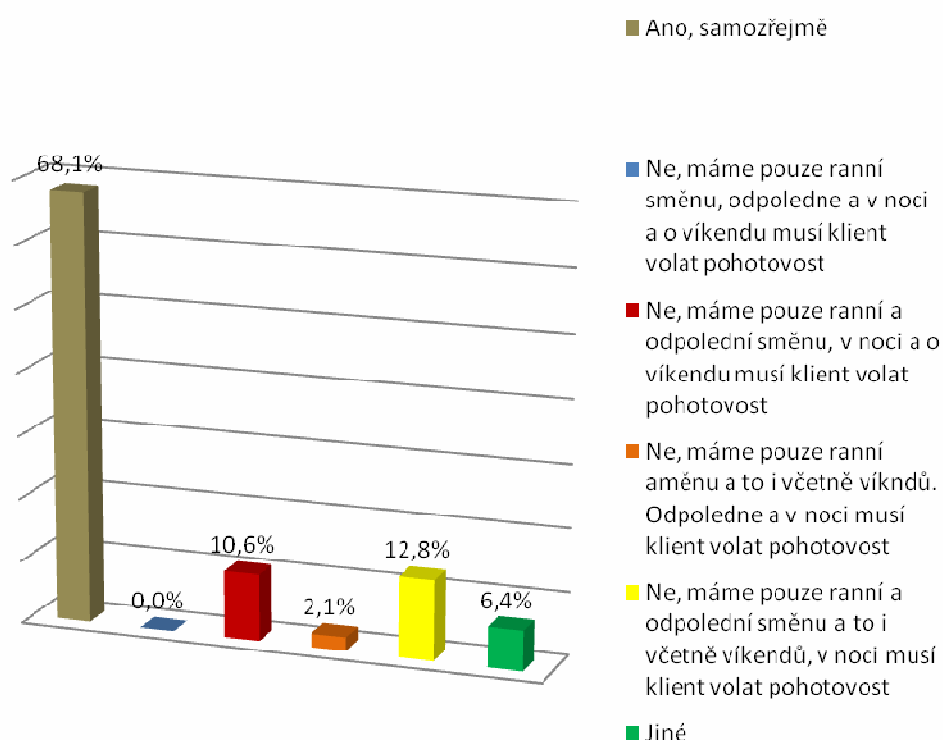
Součástí agentury domácí péče je pečovatelská služba u 26 dotázaných (55.3 %), bez pečovatelské služby je agentura u 21 respondentek (44,7%).

Graf 10 Půjčování zdravotnických pomůcek



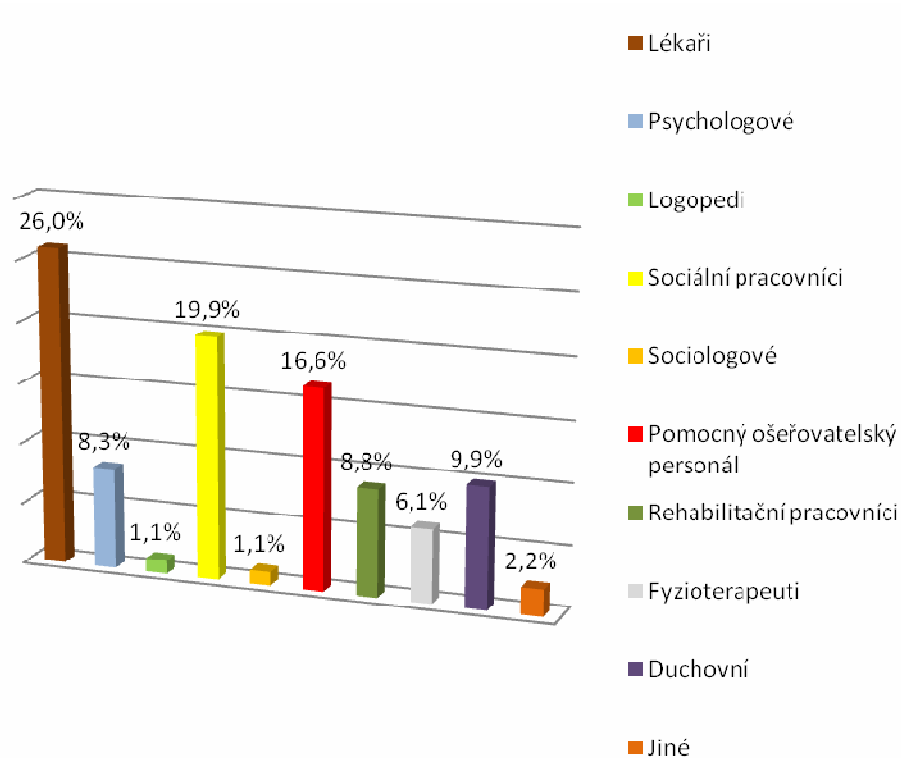
44 respondentek uvedlo, že jejich agentura půjčuje svým klientům zdravotnické pomůcky (93,6%), pouze 3 uvedly, že nikoliv (6,4%).

Graf 11 Dostupnost péče 24 hodin denně 7 dní v týdnu



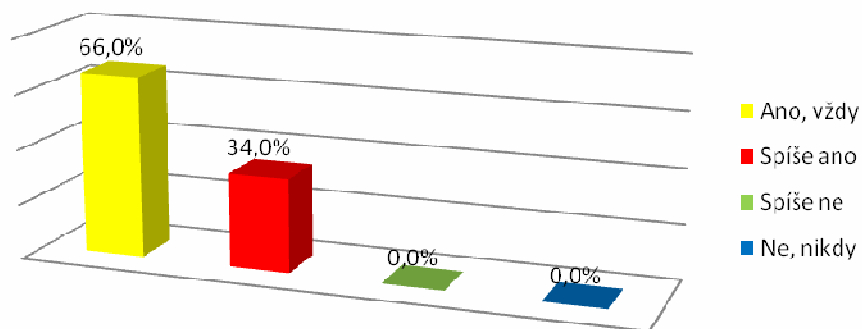
Pro 32 respondentek (68,1%) je samozřejmé, že své služby poskytují klientům 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, žádná z dotázaných nevedla (0%), že je v agentuře pouze ranní směna a v ostatních hodinách si klient musí volat pohotovost, 5 z nich (10,6%) uvedlo, že mají ranní a odpolední směnu, ale v ostatních hodinách si klienti volají pohotovost, ranní směnu včetně víkendů má pouze 1 sestra (2,1%), v odpoledních a nočních hodinách si klient musí volat pohotovost, ranní i odpolední směnu a to i včetně víkendů má 6 dotázaných sester (12,8%), individuálně uzpůsobené mají služby 3 sestry (6,4%)

Graf 12 polupráce s odborníky



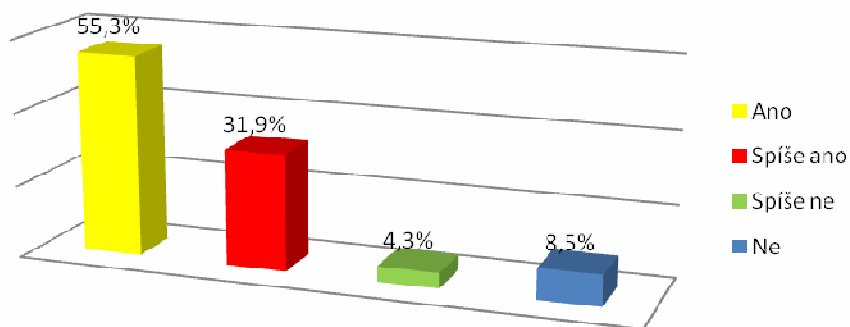
Všechny dotázané sestry spolupracují s lékaři (26,0% odpovědí), 15 z dotázaných spolupracuje s psychology (8,3% odpovědí), s logopedy pracují 2 dotázané sestry (1,1% odpovědí), se sociálními pracovníky spolupracuje 36 sester (19,9% odpovědí), se sociology spolupracují 2 sestry (1,1% odpovědí), pomocný ošetrovatelský personál spolupracuje s 30 respondentkami (16,6% odpovědí), rehabilitační pracovníci spolupracují s 16 z dotázaných (8,8% odpovědí), s fyzioterapeuty spolupracuje 11 sester (6,1% odpovědí), duchovní spolupracují s 18 z dotázaných sester (9,9% odpovědí). S jinými než uvedenými odborníky spolupracují 4 sestry, a to s psychiatry, neurology a diabetology (2,2% odpovědí).

Graf 13 Spolupráce s rodinou



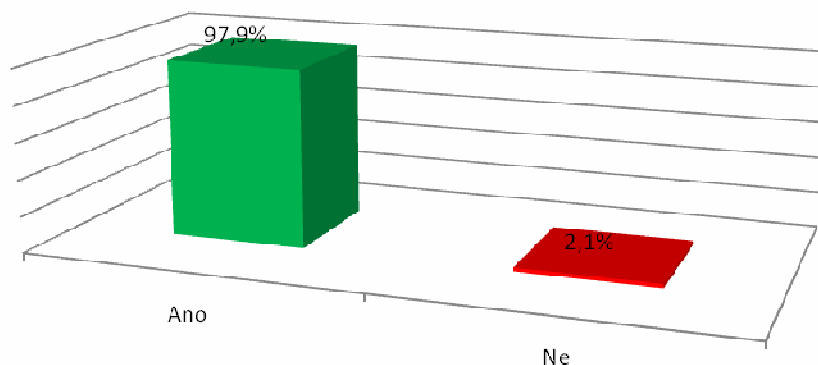
31 sester v domácí péči (66,0%) vždy spolupracuje s klientovou rodinou, 16 sester (34,0%) na otázku zda spolupracují s rodinou klienta odpovědělo „spíše ano“, žádná z dotázaných ne zvolila zápornou odpověď (0%).

Graf 14 Ovlivnění kvality péče komplexností péče



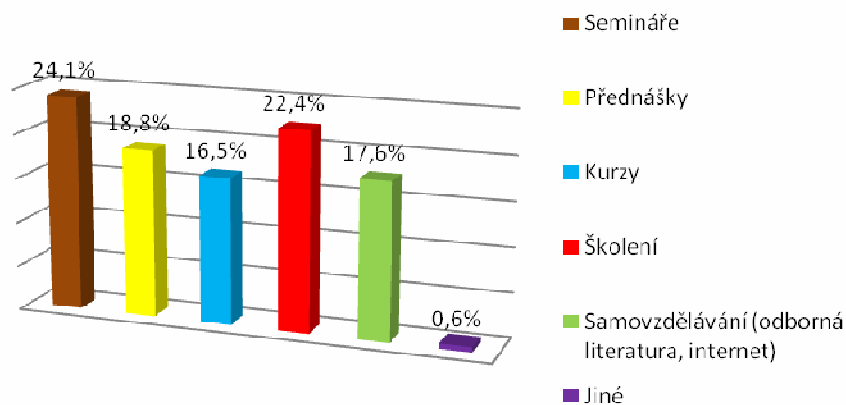
Názor, že kvalitu péče ovlivňuje její komplexnost zastává 26 respondentek (55,3%), k odpovědi, že spíše ovlivňuje se přiklonilo 15 sester (31,9%), názor, že komplexnost kvalitu péče spíše neovlivňuje mají 2 sestry (4,3%) a odpověď ne vybraly 4 sestry (8,5%).

Graf 15 Vzdělávání při zaměstnání



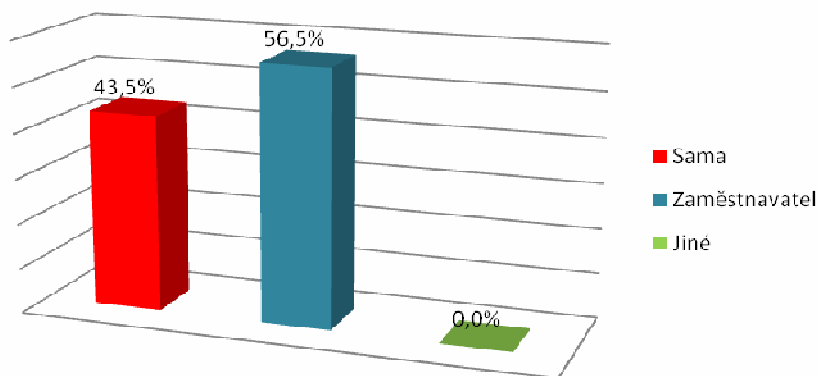
46 z dotázaných sester (97,9%) se vzdělává při zaměstnání, jen 1 (2,1%) se dále nevzdělává.

Graf 16 Formy vzdělávání



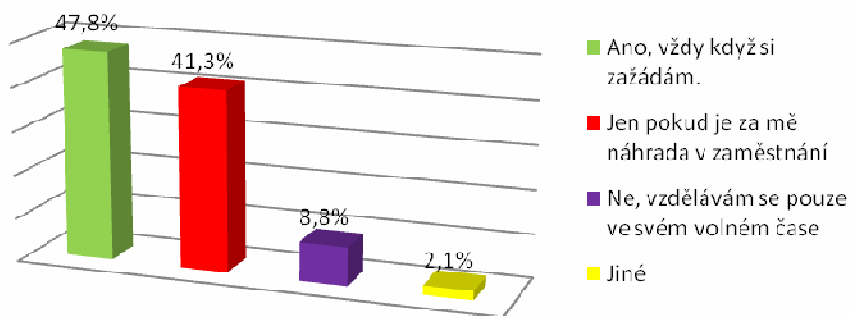
Z 46 sester, které se dále vzdělávají jich 41 využívá seminářů (24,1% odpovědí), 32 využívá přednášky (18,8% odpovědí), 28 sester (16,5% odpovědí) se vzdělává na různých kurzech, 38 dotázaných (22,4% odpovědí) využívá školení, 30 sester (17,6% odpovědí) se využívá samovzdělávání, 1 sestra (0,6% odpovědí) se vzdělává jinými způsoby.

Graf 17 Úhrada vzdělávání



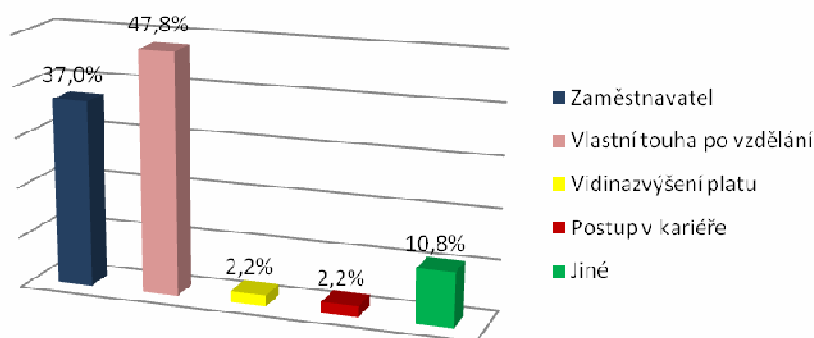
20 (43,5%) z celkově dotázaných 46 si hradí další vzdělávání sami, 26 (56,5%) sestrám z celkového počtu hradí vzdělávání zaměstnavatel, jinou možnost hrazení neuvádějí (0%).

Graf 18 Uvolňování zaměstnavatelem na vzdělávací akce



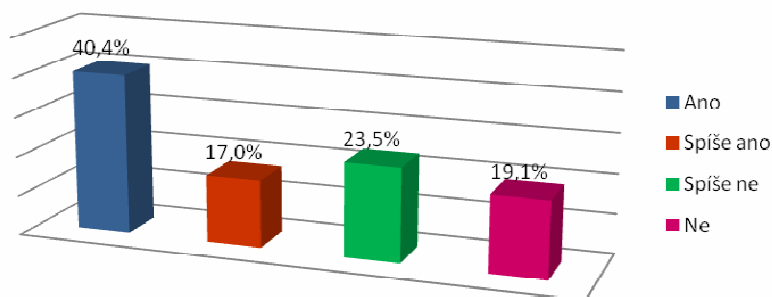
22 sester (47,8%) z celkového počtu 46 sester, které se dále vzdělávají, uvolňuje zaměstnavatel vždy, když si zažádají, 19 z nich (41,3%) je uvolňováno jen tehdy, pokud je za ně náhrada v zaměstnání, 4 respondentky (8,8%) se vzdělávají pouze ve svém volném čase. Jedna ze sester (2,1%) uvolňování na vzdělávací akce řeší domluvou.

Graf 19 Důvod vzdělávání



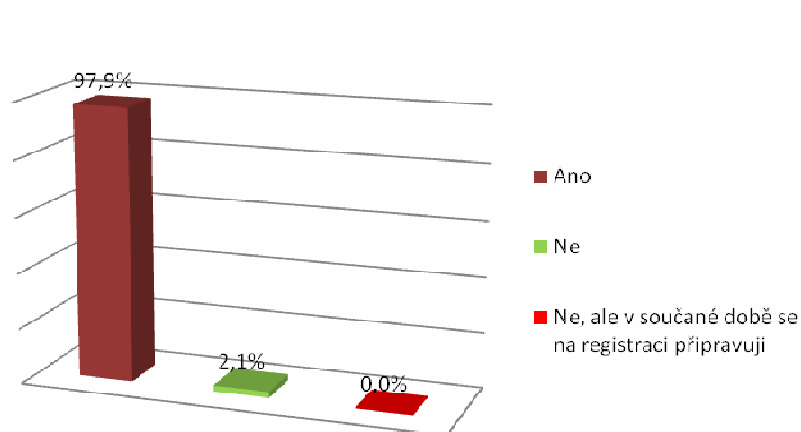
Popud k dalšímu vzdělávání je pro 17 respondentek (37,0%) zaměstnavatel, pro 23 sester (47,8%) je rozhodující vlastní touha po vzdělání, 1 sestra (2,2%) se vzdělává za účelem zvýšení platu, 1 sestra (2,2%) touží po postupu v kariéře, dalších 5 sester (10,8%) se vzdělává z jiných důvodů, především za účelem získávání kreditů.

Graf 20 Zájem o specializaci



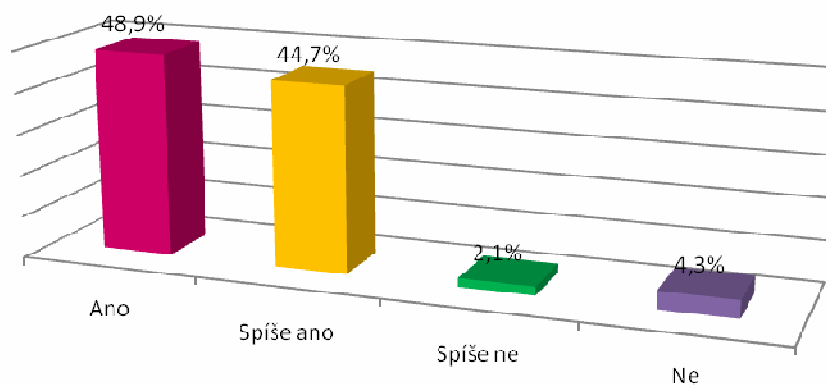
Zájem o specializaci domácí péče v komunitní péči má 19 dotázaných sester (40,4%), 8 sester (17,0%) na tuto otázku odpovědělo „spíše ano“, „spíše ne“ uvedlo 11 sester (23,5%) a 9 respondentek (19,1%) o tuto specializaci zájem nemá.

Graf 21 Registrace sester



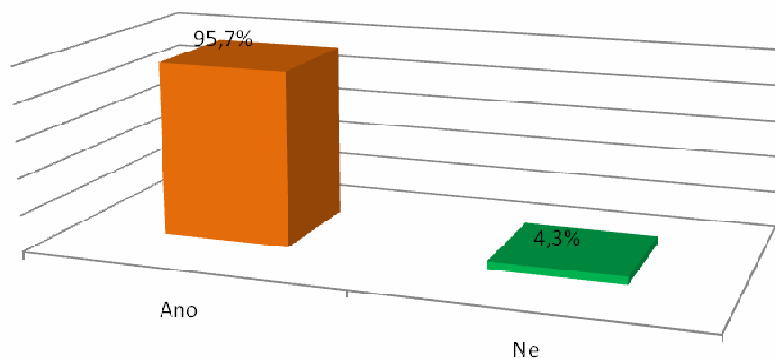
Z dotázaných 47 sester je registrovaných 46 (97,9%), jedna sestra registrovaná není (2,1%), možnost že by sestra nebyla registrovaná nebyla, ale na registraci se v současné době připravovala nevybrala žádná z respondentek (0%).

Graf 22 Ovlivnění kvality péče kontinuálním vzděláváním



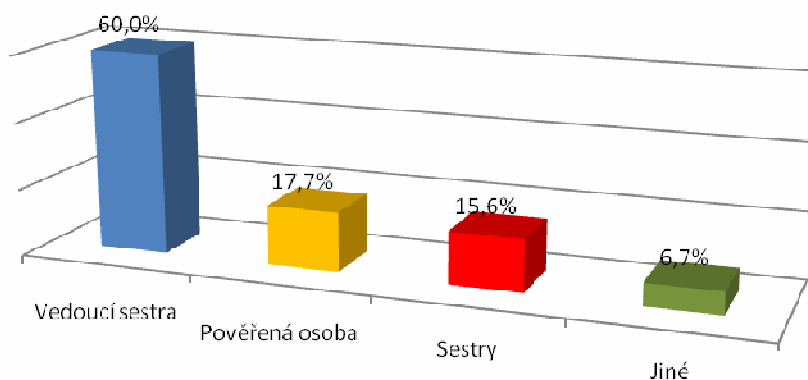
Na otázku, zda si sestry myslí, že kontinuální vzdělávání ovlivňuje kvalitu poskytované péče, odpovědělo 23 sester „ano“ (48,9%), „spíše ano“ odpovědělo 21 respondentek (44,7%), „spíše ne“ zvolila jedna sestra (2,1%), „ne“ odpověděly 2 z dotázaných (4,3%).

Graf 23 Používání standardů oš. péče



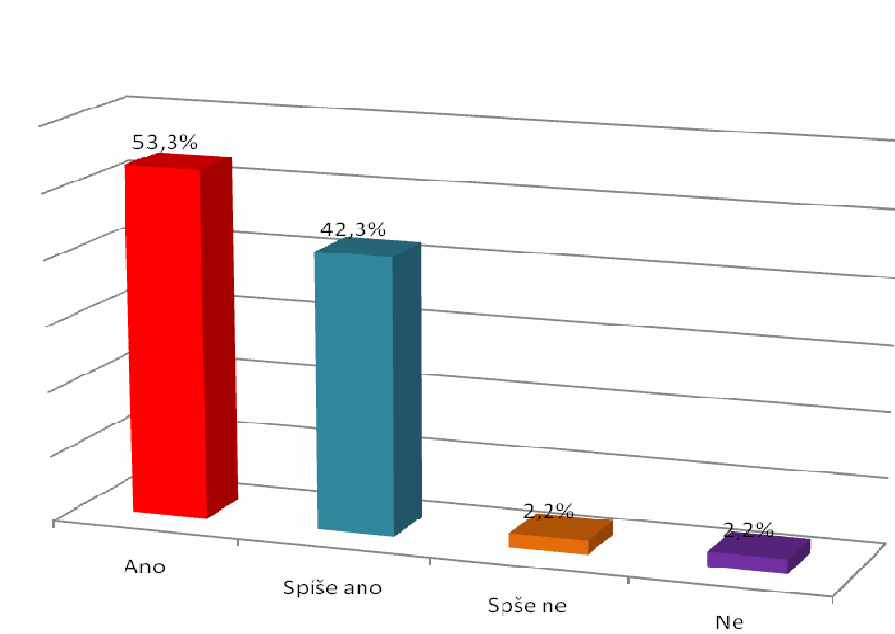
45 respondentek (95,7%) z 47 dotázaných uvedlo, že ve své agentuře domácí péče používají standardy ošetrovatelské péče, 2 sestry uvedly že nikoliv (4,3%).

Graf 24 Autor standardů



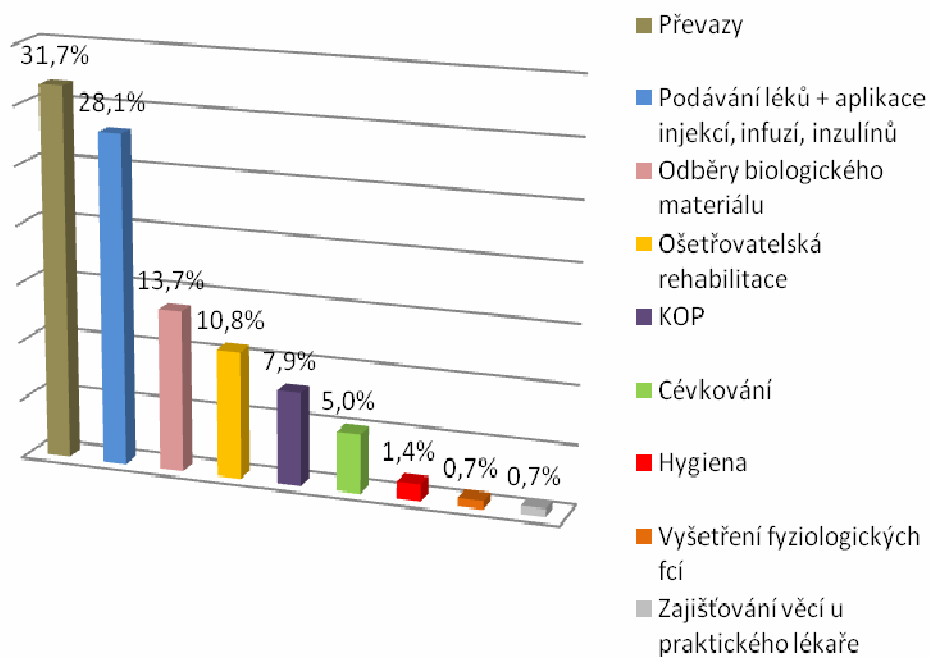
V jednotlivých agenturách standardy ošetrovatelské péče vypracovala ve 27 případech vedoucí sestra (60,0%), v 8 případech pověřená osoba (17,7%), v 7 případech je vypracovávaly sestry (15,6%), ve 3 případech (6,7%) se objevily jiné autorky, například sociální pracovnice, nebo p. Misconiová.

Graf 25 Postupování podle standardů při péči o klienta



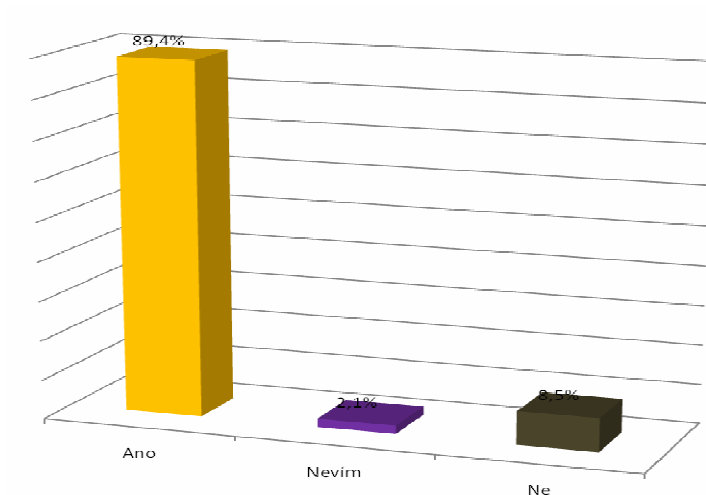
Podle ošetrovatelských standardů při péči o klienta postupuje 24 z dotázaných respondentek (53,3%), „spíše ano“ uvedlo 19 sester (42,3%), „spíše ne“ odpověděla jedna sestra (2,2%) a jedna sestra uvedla, že podle standardů ošetrovatelské péče nepracuje (2,2%).

Graf 26 Nejčastější výkony



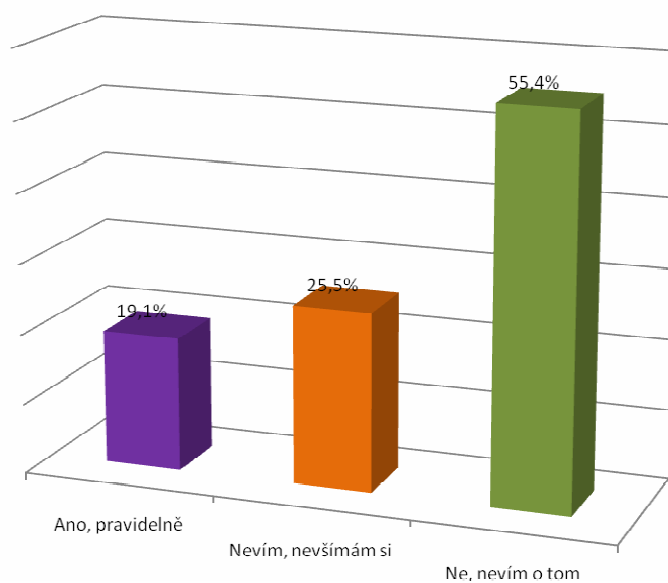
Nejčastějšími výkony v domácí péči jsou převazy, které byly uvedeny 44krát (31,7%), další v pořadí je 39krát zmíněné podávání léků, aplikace injekcí, infuzí a inzulínů (28,1%), 19krát byly uvedeny odběry biologického materiálu (13,7%), v pořadí za nimi je 15krát ošetrovatelská rehabilitace (10,8%), dále byla 11krát uvedena komplexní ošetrovatelská péče (7,9%), cévkování bylo uvedeno 7krát (5,0%), hygienu uvedly 2 sestry (1,4%), 1krát bylo uvedeno měření fyziologických funkcí (0,7%) a 1krát se objevilo zajišťování věcí u praktického lékaře (0,7%).

Graf 27 Standardy ke zmíněným výkonům



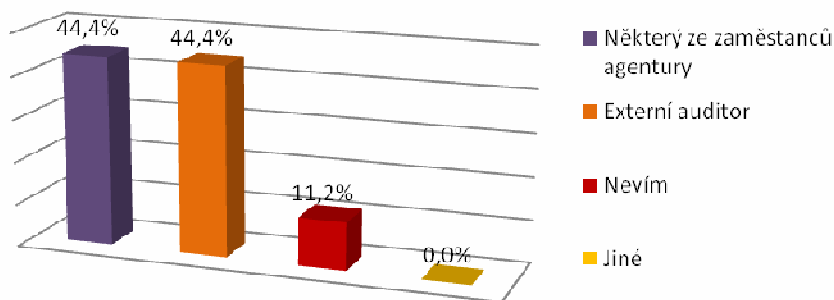
Standardy k sestrami nejčasteji užívaným výkonům má 42 sester (89,4%), neví 1 sestra (2,1%) a 4 sestry (8,5%) ke zmíněným výkonům standardy ošetrovatelské péče nemají.

Graf 28 Provádění auditů



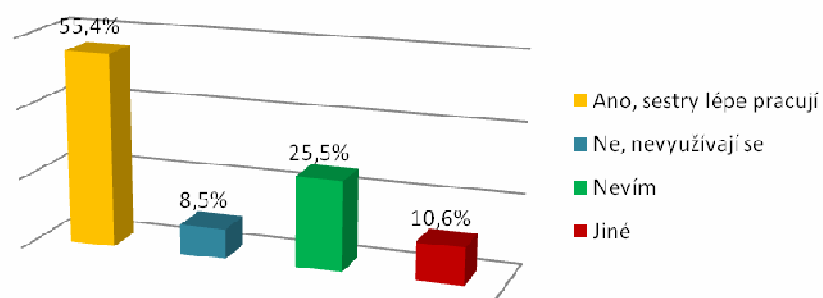
Na otázku zda vedení agentury domácí péče nechává dělat audity ošetrovatelské péče odpovědělo 9 sester, že „ano, pravidelně“ (19,1%), 12 sester „neví, nevšímá si“ (25,5%), „ne, nevím o tom“ odpovědělo 26 sester (55,4%).

Graf 29 Auditor



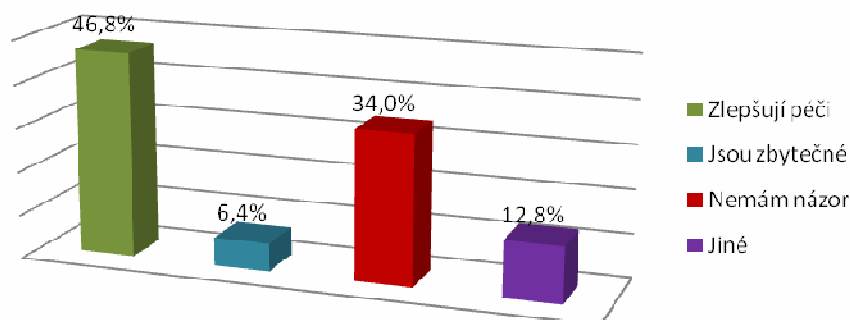
Z 9 sester, které opovědělo, že v agentuře se audity provádějí pravidelně, 4 sestry (44,4%) odpověděly, že je vykonává některý ze zaměstnanců agentury, 4 respondentky uvedly (44,4%), že je vykonává externí auditor, 1 sestra (11,2%) neví, kdo je vykonává, jinou možnost nevedla žádná z respondentek.

Graf 30 Důležitost používání ošetrovatelských standardů v praxi



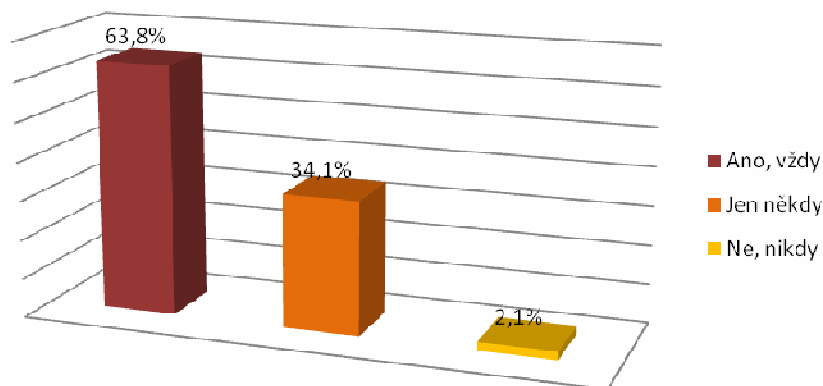
Na otázku, zda je používání standardů v praxi důležité, odpovědělo 26 respondentek (55,3%) „ano, sestry lépe pracují“, názor, že se nevyžívají mají 4 respondentky (8,5%), zda jsou důležité neví 12 respondentek (25,5%), jiný názor má 5 dotázaných.

Graf 31 Vliv standardů na kvalitu péče



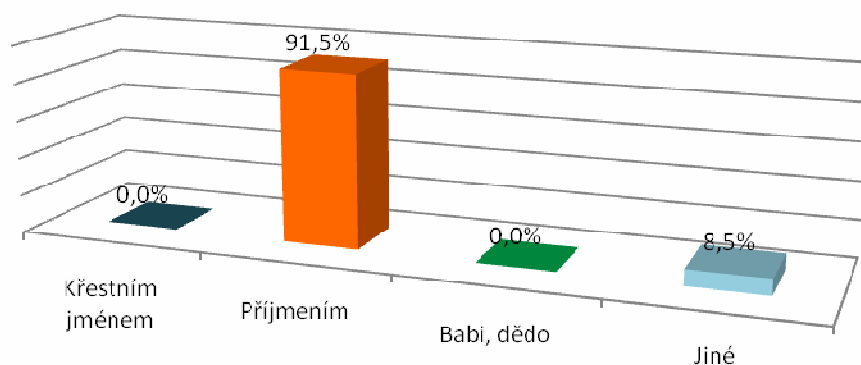
Podle 22 (46,8%) sester z 47 dotázaných standardy ošetrovatelské péče poskytovanou péči zlepšují, podle 3 sester (6,4%) jsou standardy zbytečné, 16 respondentek (34,0%) na toto téma nemá názor, jiný názor má 6 sester (12,8%).

Graf 32 Sdělování práv pacientů



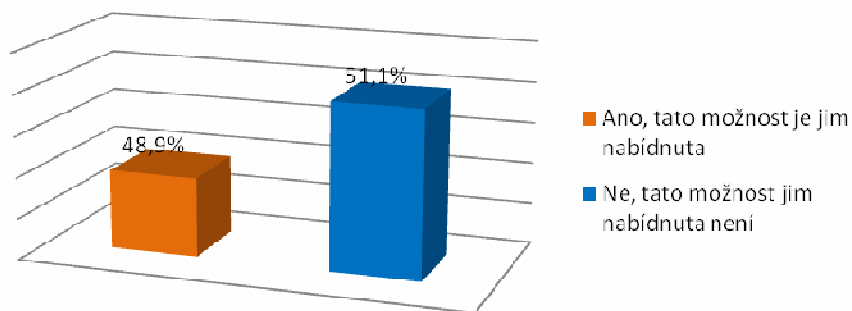
Na dotaz, zda sestry sdělují svým klientům práva pacientů kladně odpovědělo 30 sester (63,8%), „jen někdy“ odpovědělo 16 sester (34,1%) a zápornou odpověď uvedla jedna z dotázaných sester (2,1%).

Graf 33 Oslovení klientů



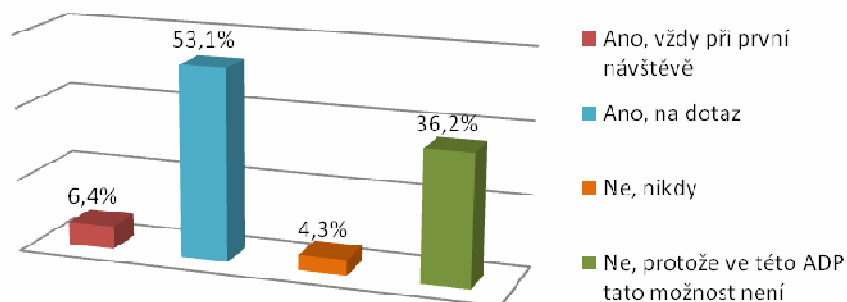
Žádná ze sester (0%) neoslovuje své klienty křestním jménem, příjmením oslovuje své klienty 43 sester (91,5%), oslovení „babi/dědo“ neužívá žádná sestra (0%), jiné než zde uvedené oslovení užívají 4 sestry (8,5%), nejčastěji podle přání klienta.

Graf 34 Možnost výběru sestry klientem



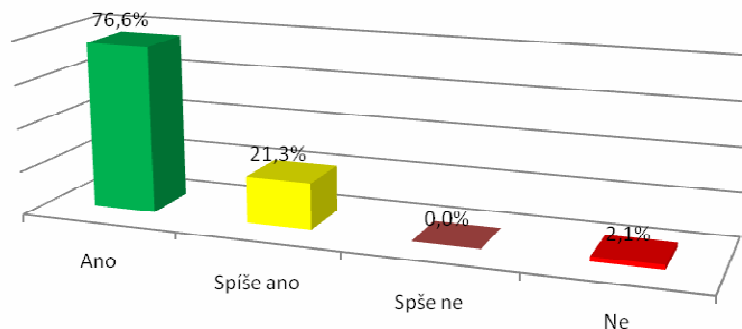
Na otázku, zda mají klienti možnost výběru své ošeteřující sestry, ze 47 dotázaných sester kladně odpovědělo 23 sester (48,9%) a záporně odpovědělo 24 z nich (51,1%).

Graf 35 Nabídka výběru ošetřující sestry



Na otázku zda sestry své klienty informují o možnosti výběru své ošetřující sestry, odpověděly 3 respondentky (6,4%) „ano, vždy při první návštěvě“, „na dotaz“ o této možnosti informuje 25 respondentek (53,1%), „ne, nikdy“ odpověděly 2 sestry (4,3%), odpověď „ne, protože v této ADP tato možnost není“ vybralo 17 dotázaných sester (36,2%).

Graf 36 Ovlivnění kvality péče dodržováním etických zásad



Názor, že dodržování etických principů při ošetřování klientů může zkvalitnit poskytovanou péči, zastává 36 sester (76,6%) ze 47 dotázaných, odpověď „spíše ano“ vybralo 10 dotázaných sester (21,3%), „spíše ne“ neodpověděla žádná ze sester (0%) a záporně odpověděla jedna dotázaná respondentka (2,1%).

5. DISKUSE

V této práci, jejíž název je „Základní principy ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče v agenturách domácí péče“ jsem se snažila zjistit, zda dané principy opravdu tuto péči ovlivňují. Vzhledem k rozsahu principů jsme pro širší výzkum vybrali tři nejaktuálnější, a to princip standardizace postupů, princip kontinuálního vzdělávání členů týmu a princip akceptování lidských práv s principem etických aspektů jsme pro náš účel spojili.

Nestandardizovaný dotazník byl svými otázkami zaměřen na výše zmíněné principy, ale několika otázkami se dotkl i principů ostatních a samozřejmě se zde objevilo i 6 otázek identifikačního rázu, kde jsme se dotazovali na pohlaví respondenta, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, dobu práce ve zdravotnictví a dobu práce v jednotlivých agenturách domácí péče, v jakém městě se agentura nachází.

Při výzkumu nešlo opomenout komplexnost ošetrovatelské péče, ačkoli tento princip nebyl původně vybrán za stěžejní. Jelikož komplexní znamená všestranný, zahrnuje tento princip téměř vše. Podle Misconiové (16) je komplexní domácí péče nedílnou součástí primární péče, která doplňuje ambulantní lékařskou péči o část ošetrovatelskou. Ta by měla být poskytována 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Podle odpovědí na otázku č. 11 tomu tak větší částí je, přesto se našly i takové odpovědi, jako, že mimo danou pracovní dobu si při zhoršení stavu musí klient volat pohotovost. Často je to v agenturách zařízené tak, že v noci a o víkendech má službu jedna sestra, která zajišťuje péči o klienty, popřípadě na ni klienti mají telefonní číslo, kdyby se objevil nějaký problém. Pokud je třeba zajistit péče mimo pracovní dobu, měla by být indikována lékařem.

Podle Hanzlíkové, Jarošové i Misconiové (4, 6, 7, 16) je domácí péče určena pro všechny věkové skupiny. Využití této péče je však jiné. Domácí péči využívají především senioři. Jak je vidět v grafu č. 7, kde jsme se ptali na dominantní věkovou skupinu, do 50 let věku nebývá ošetrován žádný klient. Nejvíce klientů je ve věkovém rozhraní 71 - 80 let.

Misconiová a Hanzlíková (4, 16) ve svých knihách uvádějí, že komplexní domácí péče se rozděluje do tří částí a to na odbornou zdravotní péči, sociální péči a pomoc a laickou péči. Odborná zdravotní péče jsou ošetrovatelské výkony, do sociální péče a

pomoci můžeme zahrnout například spolupráci s pečovatelskou službou. Jak uvádí graf č. 9, u 55,3% respondentek je pečovatelská služba součástí agentury domácí péče. Patří sem i výpůjčky zdravotnických pomůcek. Graf č. 10 nám ukazuje, že ve většině agentur domácí péče (93.6%) je tato služba nabízena. Laická péče v našem dotazníku zastoupena otázkou, zda sestry agentury domácí péče spolupracují při péči o klienta s rodinou. V 66% byla odpověď „ano vždy“, v 34% „spíše ano“. Negativní odpověď se k této otázce neobjevila. Spolupráce s rodinou je důležitá, ale je možná jen v tom případě, jestliže ji klient má. Pokud žádnou rodinu nemá, nebo bydlí-li daleko, je spolupráce s ní velice obtížná, nebo žádná.

Do komplexnosti je zahrnuta i spolupráce s jinými odborníky, ať sociální či zdravotní sféře. Tomu jsme se věnovali v otázce č. 12. Největší spolupráce je samozřejmě s lékaři, především praktickými, na základě jejich ordinace je indikována domácí péče. Další velkou skupinou jsou sociální pracovníci, hned za nimi je využita péče pomocného zdravotnického personálu, jsou využíváni i rehabilitační pracovníci a fyzioterapeuti, psychologové a v neposlední řadě se využívá i služeb duchovních. Z neuvedených odborníků byli zmíněni ve dvou případech psychiatři a dále neurolog a diabetolog. Z tohoto vyplývá, že spolupráce s ostatními odborníky je v rámci komplexnosti péče zajištěna.

Na hypotézu 1: Sestry dodržují etická pravidla při poskytování ošetrovatelské péče, byly zaměřeny otázky č. 32 – 36.

Otázka č. 32 byla položena přímo, zda se sestry svým klientům sdělují práva pacientů. 63, 8% sester je sdělují každému klientovi, 34% sester je sděluje jen někdy. V jednom z dotazníků byla vedle této otázky poznámka, že mentálně postiženým klientům je daná sestra nesděluje. Podle mého názoru záleží na míře postižení a také je nutné podat je takovou formou, aby je tyto klienti pochopili. Podle Kutnohorské (11) jsou práva pacientů normou, kterou je nutné dodržovat. Nesmíme zapomenout, že v domácím prostředí klienta se musíme chovat jinak, než ve zdravotnickém zařízení a ačkoli některé z práv pacientů mohou být touto změnou modifikovány, musíme je mít přesto na paměti.

Často se můžeme setkat s nevhodným až degradujícím oslovením klientů. Často se

tak stává ve zdravotnickém zařízení především u ležících pacientů. Proto nás zajímalo, jak oslovují sestry v domácí péči své klienty (otázka č. 33). 91,5% sester své klienty oslovuje příjmením, jak předpokládám zároveň s použitím slova pane/paní. Žádná ze sester neuvěděla, že by své klienty oslovovala křestním jménem, nebo oslovením babi/dědo. 8,5% sester zvolilo odpověď jiné a zde uvedli, že dají na přání klienta.

V právech pacientů (viz příloha č. 2), je uvedeno, že si klient může vybrat svého ošetřujícího lékaře či sestru. V otázce č. 34 se ptáme, zda si klienti mohou svou ošetřující sestru vybrat. 48,9% sester uvádí, že tuto možnost v jejich agentuře klienti mají, oproti tomu 51,1% sester uvedlo, že klienti možnost výběru nemají. V návaznosti na to, se v otázce č. 35 ptáme, zda jim tuto možnost sestry nabízejí. V pouhých 6,4% případech je jim tato možnost nabídnuta hned při první návštěvě, na dotaz klienta reaguje nabídkou 53,2% dotázaných sester. Tuto možnost nikdy nenabídlly 4,3% sester a 36,2% sester uvedlo, že v jejich agentuře tato možnost není. Ne vždy však poskytnutí výběru jiné ošetřující sestry je otázkou nevole. Může zde hrát roli především personální nasycenost a také ekonomické aspekty. Pokud pracuje jedna sestra sama, těžko si její klient může vybrat jinou v rámci agentury. Co se týká ekonomických problémů, není možné, aby dvě sestry navštěvovaly dva klienty, kteří bydlí nedaleko od sebe. Jak mi řekla jedna sestra, při vážnějších problémech tato možnost je, ale ne pokud se klientovi více líbí jiná sestřička například vzhledově.

Hypotéza 2 zní: Sestry v agenturách domácí péče se kontinuálně vzdělávají. V identifikačních otázkách jsme se zeptali na nejvyšší dosažené vzdělání. Nejvíce sester má střední zdravotnickou školu a to 61%. Specializaci mají 25,5% sester. Nejčastěji zmíněná byla specializace ošetrovatelská péče v geriatrici, což je vzhledem k dominantní věkové skupině seniorů celkem přiléhavé, objevila se také specializace ARIP i jedna sestra instrumentářka. Vyšší odbornou školu absolvovalo 10,6% sester, vysokoškolsky vzdělaná byla jedna z dotázaných sester a to s titulem bakalář. Foglarová (2) uvádí, že je nutné v domácí péči mít sestry vysokoškolsky nebo nástavbově vzdělané, přesto podle odpovědí má větší polovina sester pouze středoškolské vzdělání.

Otázka č. 15 byla přímo položená, jestli se sestry dále vzdělávají při zaměstnání. 97,9% sester odpovědělo kladně, což odpovídá tvrzení Bártlové (1), že vzdělávání sester, dnes i v budoucnu nespočívá pouze v absolvování střední, popřípadě vysoké školy, ale především se týká celoživotního vzdělávání.

S touto otázkou je spojena i otázka jiná, a to registrace sester. Podle odpovědí je registrovaných 97,9% což odpovídá celoživotnímu vzdělávání. Sbírání kreditních bodů kvůli registraci je zaznamenáno v grafu č. 19 a je skryto pod odpovědi jiné. Tato otázka se zabývá důvodem, proč se sestry dále vzdělávají. Největší hnací silou je vlastní touha po vzdělání, ale dalším, kdo vede sestry ke vzdělání je zaměstnavatel. Jak už bylo zmíněno, v odpovědi jiné se skrývá nutnost sbírat kreditní body za účelem registrace. Často bylo jako důvod uvedeno poznávání novinek, rozvoj a vývoj medicíny. Jak uvedla Merhautová je celoživotní vzdělávání nutné, neobejdeme se bez něj.

Jelikož několik respondentek uvedlo, že k dalšímu vzdělávání je vedena zaměstnavatelem spíše než vlastní vůlí, je nasnadě se zeptat, jak si své vzdělávání hradí. V 56,5% toto vzdělávání hradí zaměstnavatel, 43,5% respondentek si jej hradí samo. Jak je vidět, velký procentuální rozdíl zde není. Jedna z respondentek v dotazníku reaguje poznámkou, že někteří zaměstnavatelé o své zaměstnance ve svém zájmu pečují, vzdělávání jim hradí. Na druhou stranu jsou i tací, kteří své zaměstnance nepodporují.

V otázce č. 18 se ptáme, zda zaměstnavatel na vzdělávací akce sestry uvolňuje. Téměř celá polovina dotázaných sester (47,8%) odpověděla kladně a to vždy, když si zažádají. 41,3% mohou navštěvovat vzdělávací akce, pouze pokud je za ně náhrada v zaměstnání. A pouze 8,7% sester se vzdělává ve svém volném čase. Nejen pro tyto sestry je přínosem e- learningové vzdělávání.

Sestry se nejčastěji vzdělávají formou seminářů (24,1%) a školení (22,4%), ale i ostatní formy jsou využívány téměř ve stejné míře.

Jelikož jde o výzkum v oblasti domácí péče je na místě položit otázku, zda by sestry měly zájem o specializaci domácí péče v komunitní péči podle rámcového vzdělávacího programu pro získání specializované způsobilosti v oboru komunitní ošetrovatelská péče

dle nařízení vlády č. 463/2004 Sb. Z grafu č. 20 je patrné, že o specializaci je zájem (40,4%), dokonce jedna z respondentek se zmínila, že toto studium zahájila.

Hypotézou 3: Sestry pracují podle standardů, se v dotazníku zabývají otázky 23 – 31. Jako první byla položena otázka, zda se v dané agentuře domácí péče standardy ošetrovatelské péče používají. 95,7% respondentek uvedlo, že ano. Jejimi autory podle odpovědí na otázku č. 24 „Kdo je vypracoval?“ jsou nejvíce zastoupeny vedoucí sestry (60,0%). V odpovědi „Jiné“ se mimo jiné objevilo jméno paní Misconiové. V jednom z dotazníků se objevila poznámka, že standardy vytvářejí vedoucí sestry spolu s ostatními sestrami. Podle Staňkové (20) by se takto vytvářet měly, aby bylo dosaženo vyšší ochoty se jimi řídit. To, že v každé agentuře domácí péče vytváří standardy někdo jiný, odpovídá tvrzení Hanzlíkové (4) o tom, že v dnešní době neexistují celoplošně vytvořené standardy.

Ačkoli standardy vypracované jsou, je otázkou, zda se podle nich sestry řídí. Graf č. 25 nám na to odpovídá. Nejvíce odpovědí bylo kladných. „Ano“ (53,3%) a „spíše ano“ (42,2%).

Nejčastější výkony, které sestry při návštěvách u svých klientů dělají, jsou převazy (31,7%) a to především bércových vředů, dále podávání léků, injekcí, infuzí a inzulínů (28,1%), méně zastoupený je odběr biologického materiálu, ošetrovatelská rehabilitace a komplexní ošetrovatelská péče. V nízkém počtu byly zmíněny i výkony cévkování, hygienická péče, vyšetření fyziologických funkcí a zajišťování věcí u praktického lékaře. V následující otázce jsme se ptali, zda k uvedeným výkonům mají sestry ošetrovatelské standardy. 89,4% sester odpovědělo kladně.

Jelikož standardy jsou normy, které nutné dodržovat, měl by fungovat nějaký kontrolní proces. Jak uvádí Kareš (9), zastává tuto funkci ošetrovatelský audit, který odhaluje chyby v poskytování péče, upozorňuje na ně ve snaze je odstranit. Podle výzkumu, se dělají audity pouze v 19,1% agentur domácí péče, o nichž sestry vědí. 25,5% sester neví a 55,3% myslí, že vedení v jejich agentuře domácí péče audity dělat nenechávají. Z těch několika málo auditů, které jsou prováděny, je nejčastěji vykonávají zaměstnanci agentury a externí auditoři ve stejném početním poměru.

Zajímal nás názor sester, jestli je používání standardů v praxi důležité. Větší polovina sester (55,3%) uvádí, že ano a sestry lépe pracují, 25,5% neví, 8,5% si myslí, že se nevyžívají a 10,6% sester má jiný názor. Objevil se názor, že spíše než standardy záleží na odpovědnosti sester a že ne vždy se dají v terénu dodržet.

Na konci každého souboru otázek zaměřených na jednotlivé principy je položena otázka na názor o ovlivnění péče jednotlivými principy. Hypotéza 4: Sestry v agenturách domácí péče se domnívají, že plnění základních principů ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče, je podložena těmito otázkami.

Jak bylo zmíněno, komplexnost nebyl stěžejní princip, nicméně je důležitý. Proto na něj bylo položeno několik otázek. Abychom komplexnost shrnuli, v otázce č. 14 jsme se zeptali, zda komplexní ošetrovatelská péče ovlivňuje kvalitu péče. V 55,3% odpovědí se objevilo, že ano, 31,9% názorů byla „spíše ano“ a zbylá procenta zastupovala negativní odpověď.

Jako závěrečnou otázku k základním etickým principům jsme zvolili, zda dodržování etických principů zkvalitňuje ošetrovatelskou péči. Většina dotázaných odpověděla kladně – ano (76,6%) a spíše ano (21,3%). Pouze jedna respondentka odpověděla záporně.

Na konci části týkající se kontinuálního vzdělávání sester se respondentek ptáme, zda si myslí, že kontinuální vzdělávání sester zvýší kvalitu poskytované péče. Většina sester odpověděla „ano“ (48,9%) a „spíše ano“ (44,7%) a to i za předpokladu, že veškeré úkony musí naordinovat a schválit lékař. U těch, co odpověděly záporně, se objevil názor, že kvalitu péče mohou zlepšit spíše nové metody. Další názor byl takový, že znalosti jsou k ničemu, když není možné zkvalitnit péči pomůckami, úpravou prostředí a jinými důležitými prvky.

Otázka č. 31 uzavírá princip standardizace postupů. Ptáme se, jaký vliv mají standardy ošetrovatelské péče na kvalitu poskytované péče. Necelá polovina sester (46,8%) je toho názoru, že péči zlepšují. Celkem vysoké procento sester (34,0%) názor na standardy nemá. Jiné názory, které jsou do dotazníku připsané, jsou o to zajímavější. Pro někoho standardy

na kvalitu péče vliv nemá, spíše fungují jako podpora při neznalosti. Někomu slouží jako vzor pro lege – artis péči a zároveň jsou ochranou před soudními spory. To koresponduje s tvrzením Staňkové (20), že standardy ošetrovatelské péče tvoří prevenci soudních sporů.

Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda plnění základních principů komplexní domácí péče ovlivňuje podle sester kvalitu ošetrovatelské péče.

Výzkumné šetření, které bylo realizováno pomocí nestandardizovaného dotazníku, bylo dle hypotéz zaměřeno na zjištění, zda sestry pracují v souladu s jednotlivými principy a zda tyto principy ovlivňují podle názoru sester kvalitu ošetrovatelské péče.

Hypotéza 1: Sestry dodržují etická pravidla při poskytování ošetrovatelské péče, byla naším výzkumem potvrzena. Podle odpovědí v dotazníku se etickými principy sestry řídí. Jediný nedostatek je podle zjištění na základě dotazníku nabídka možnosti vybrat si jinou ošetřující sestru. Avšak není to zapříčiněno neochotou či snahou porušit některý z etických principů, či nerespektování práv pacientů, ale spíše nedostatkem financí a personálu.

Hypotéza 2: Sestry v agenturách domácí péče se kontinuálně vzdělávají, byla stejně jako v předchozím případě potvrzena. Z odpovědí na dané otázky jasně vyplynulo, že sestry jsou registrované a pokud sbírají kreditní body, musí se nadále vzdělávat. Podle uvedených odpovědí tomu tak je.

Hypotéza 3 zní: Sestry pracují podle standardů. Většina sester odpověděla, že standardy ošetrovatelské péče používají a při práci s klientem podle nich postupují. Podle mého názoru byla i hypotéza č. 3 potvrzena.

Hypotéza 4: Sestry v agenturách domácí péče se domnívají, že plnění základních principů ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče, byla potvrzena. Na otázky, které byly zaměřené na tuto hypotézu, odpovídaly respondentky převážně kladně, jen v části zaměřené na používání standardů ošetrovatelské péče, nebyly odpovědi tak jednoznačné. Přestože převládal kladný názor, procentuálně byla vysoce zastoupena i odpověď „Nemám názor“. V jiných než uvedených odpovědích byly zmíněny jiné přednosti standardů, než zkvalitnění péče. Jak již bylo zmíněno, názor na ovlivnění kvality péče dodržováním etických principů je převážně kladný, stejně tak ovlivnění kvality péče kontinuálním vzděláváním sester.

Podle mého názoru je péče sester agentur domácí péče kvalitní a jejich chování

profesionální. Jen se domnívám, že o jejich nabídce služeb je v oblasti laické veřejnosti stále nízké povědomí. Cílová skupina seniorů je svými lékaři možná o této možnosti informována, přesto senioři nejsou jediní, kdo by těchto služeb využil. Péče v domácím prostředí je určena pro všechny věkové kategorie a pro klienty s jakýmkoli zdravotním postižením.

Tato práce může být využita jako podklad pro výuku komunitního ošetřovatelství pro všechny typy vzdělávacích institucí, které se touto problematikou zabývají. Dále může sloužit jako zdroj zajímavých informací pro sestry, které začínají pracovat v agenturách domácí péče. Také může být využita pro vytvoření prezentace na sesterských seminářích či konferencích.

Doufám, proto, že tato práce pomůže rozšířit povědomí laické veřejnosti a také může být poskytnuta jako podklady pro zjištění kvality péče v jednotlivých agenturách.

7. LITERATURA

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologické aspekty vzdělávání sester* - článek časopisu *Sestra*. 2005. roč. 15, č. 11. s. 16-17. ISSN 1210-0404.
2. FOGLAROVÁ, P. *Vztah agentury domácí péče a praktického lékaře* - článek časopisu *Sestra*. 2005. roč. 15, č. 11. s. 34-35. ISSN 1210-0404.
3. GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE, H.R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
4. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitné ošetrovateľstvo*, 2. vyd. Martin: Vydavateľství Osveta, 2004. 279 s. ISBN 80-8063-213-8.
5. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
6. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
7. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovateľství*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
8. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči*. Přel. D. Marx. Praha: Grada publishing, 2005. 248. ISBN 80-247-1001-3.
9. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd., *České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta*, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
10. KOHOUTOVÁ, I. *Legislativní úprava zdravotnického vzdělávání* - článek časopisu *Sestra*. 2006. roč. 16, č. 5. s. 14-15. ISSN 1210-0404.

11. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
12. MACHOVÁ A., KOUDELKOVÁ V. Ošetrovatelský proces v komunitní péči. [on line], [2008-10-31], dostupný z: <http://moodle.zsf.jcu.cz/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=9631>>
13. MACHOVÁ A., KOUDELKOVÁ V. Současná situace ADP, návštěvní a pečovatelská služba. [on line], [2008-10-31], dostupný z <<http://moodle.zsf.jcu.cz/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=9688>>
14. MERHAUTOVÁ, I. *Bez celoživotního vzdělávání se neobejdeme* - článek časopisu Sestra. 2006. roč. 16, č. 5. S. 12. ISSN 1210-0404.
15. MISCONIOVÁ, B. *Anamnestika, diagnostika a plánování v Komplexní domácí péči*. Praha: Asociace domácí péče, 240 s.
16. MISCONIOVÁ, B. *Stručný průvodce domácí péčí a adresář agentur domácí péče*. Praha: Asociace domácí péče, 270 s.
17. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
18. REPISKÁ, L. *Kvalita ošetrovatelské starostlivosti očima klienta*. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí. *Nové trendy v ošetrovatelství II*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta. 2003, 154-160 s.
19. STAŇKOVÁ, M. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.

20. STAŇKOVÁ, M., *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče; Etický kodex sester; Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
21. VIDOVIČKÁ, S. *E-learning v celoživotním vzdělávání sester v Č* - článek časopisu *Sestra*. 2008. roč. 18, č. 1. s. 20. ISSN 1210-0404.
22. VÖRÖSOVÁ, G. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2007. 112 s. ISBN 978-80-8063-242-7.
23. WASSERBAUER, S. a kol. *Výchova ke zdraví pro vyšší zdravotnické školy a střední školy*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2000. 47 s. ISBN 80-7071-145-0.
24. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vyd. Martin: Vydavatelství Osveta, 2005. 118 s. ISBN 80-8063-193-X.
25. *Jak se registrovat*. [on line], [2009-06-22]. Dostupný z: <<http://www.nconzo.cz/web/registr/6>>
26. *O registru*. [on line], [2009-06-22]. Dostupný z <<http://www.nconzo.cz/web/registr/5>>
27. *Popis projektu. Projekt E-learning v komunitní péči*. [on-line], [2009-06-23]. Dostupný z <<http://www.communitycare.cz/cz/e-learning-popis-projektu.php>>
28. *Práva pacientů*. [on line], [2008-11-23]. Dostupný z <<http://www.mpsv.cz/cs/840>>
29. *Principy domácí péče. O domácí péči.*, [on-line], [2009-01-23]. Dostupný z . [on line], [2009-06-22]. Dostupný z <<http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>>

30. *Rámcový vzdělávací program pro získání specializované způsobilosti v oboru komunitní ošetrovatelská péče dle nařízení vlády č. 463/2004 Sb.* [on line], [2009-07-15]. Dostupný z <<http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/112>>
31. *Ústav zdravotnických informací a statistiky.* [on line], [2008-11-23]. Dostupný z <<http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>>
32. *Vyhláška č. 424/2004 Sb. kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.* [on line], [2009-07-15]. Dostupný z <<http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/112>>
33. *Zkoušky k vydání osvědčení.* [on line], [2009-06-22]. Dostupný z <<http://www.nconzo.cz/web/registr/7>>
34. *Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).* [on line], [2008-11-23]. Dostupný z <<http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/112>>

Klíčová slova:

Klient

Práce

Sestra

Domácí péče

Standardy ošetrovatelské péče

Vzdělávání

Etika

PŘÍLOHY:

Příloha č. 1:

Dotazník k praktické části bakalářské práce

Příloha č. 2:

Práva pacientů ČR

Příloha č. 1:
Dotazník k praktické části bakalářské práce

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Pavla Rajtmajerová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rámci výzkumu pro svoji bakalářskou práci na téma Základní principy ovlivňující kvalitu poskytované ošetrovatelské péče u sester v agenturách domácí péče jsem připravila dotazník a tímto bych Vás chtěla požádat o jeho vyplnění. Zodpovězte, prosím, všechny otázky. Pokud nebude uvedeno jinak, vyberte jednu z odpovědí. Ráda bych upozornila, že tento dotazník je anonymní a veškeré údaje zde získané budou zpracovány pouze pro účely mé bakalářské práce.

- 1) Pohlaví
 - Muž
 - Žena

- 2) Kolik je Vám let?
 - 20 - 25
 - 26 - 30
 - 31 - 35
 - 36 - 40
 - 41 - 45
 - 46 - 50
 - >50

- 3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - SZŠ
 - VOŠ
 - VŠ – Bc.
 - VŠ – Mgr.
 - SZŠ + specializace
 - Jaká.....
 - ...

- 4) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
 - < 5
 - 5 – 10
 - 11 – 15
 - >15

- 5) Jak dlouho pracujete v této agentuře domácí péče?

- <5
- 6 – 10
- 11 – 15
- >16

6) V jakém městě se nachází agentura domácí péče, v níž pracujete?

- České Budějovice
- Český Krumlov
- Tábor
- Týn nad Vltavou
- Vimperk
- Strakonice
- Písek
- Jiné

.....
.....

7) Jaká je dominantní věková skupina Vašich klientů?

- Do 20
- 21 – 50
- 51 – 60
- 61 – 70
- 71 – 80
- Nad 80 let

8) Kolik času u svých klientů v průměru trávíte?

- Do 15 minut
- 16 – 30 minut
- 31 – 60 minut
- 61 – 90 minut
- Více než 90 minut

9) Je součástí Vaší agentury pečovatelská služba?

- Ano
- Ne

10) Půjčujete klientům zdravotnické pomůcky?

- Ano
- Ne

11) Jsou Vaše služby dostupné klientům 24 hodin denně, 7 dní v týdnu?

- Ano, samozřejmě

- Ne, máme pouze ranní směnu, odpoledne a v noci a o víkendu musí klient volat pohotovost
 - Ne, máme pouze ranní a odpolední směnu, v noci a o víkendu musí klient volat pohotovost
 - Ne, máme pouze ranní směnu a to i včetně víkendů, odpoledne a v noci musí klient volat pohotovost
 - Ne, máme pouze ranní a odpolední směnu a to i včetně víkendů, v noci musí klient volat pohotovost
 - Jiné.....
-

12) Spolupracujete s dalšími odborníky při péči o klienta? Zaškrtněte, prosím, se kterými, popřípadě dopište.

- Lékaři
 - Psychologové
 - Logopedi
 - Sociální pracovníci
 - Sociologové
 - Pomocný ošetrovatelský personál
 - Rehabilitační pracovníci
 - Fyzioterapeuti
 - Duchovní
 - Jiné.....
- ...

13) Spolupracujete při péči o klienta s rodinou?

- Ano, vždy
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne, nikdy

14) Domníváte se, že komplexní (zdravotní, sociální) zajištění služeb ovlivňuje ošetrovatelskou péči v agenturách domácí péče?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

15) Vzděláváte se dále i během zaměstnání? (pokud ne, přejděte na otázku č.19)

- Ano

- Ne

16) Pokud ano, jakou formou?

- Semináře
- Přednášky
- Kurzy
- Školení
- Samovzdělávání (odborná literatura, internet)
- Jiné (doplňte, prosím).....

17) Jak si hradíte své vzdělávání?

- Sama
 - Zaměstnavatel
 - Jiné
-

18) Uvolňuje Vás váš zaměstnavatel na vzdělávací akce, do školy apod.?

- Ano, vždy když si zažádám
 - Jen pokud je za mě náhrada v zaměstnání
 - Ne, vzdělávám se pouze ve svém volném čase
 - Jiné
-

19) Co vás vede k dalšímu vzdělávání?

- Zaměstnavatel
 - Vlastní touha po vzdělání
 - Vidina zvýšení platu
 - Postup v kariéře
 - Jiné
-

20) Měla byste zájem o specializaci komunitní péče v domácí péči?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

21) Jste registrovaná sestra?

- Ano
- Ne
- Ne, ale v současné době se na registraci připravuji

22) Myslíte si, že kontinuální vzdělávání sester zvýší kvalitu poskytované péče?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

23) Používáte ve Vaší agentuře standardy ošetrovatelské péče? (pokud ne, přejděte na otázku č. 26)

- Ano
- Ne

24) Pokud ano, kdo je vypracoval?

- Vedoucí sestra
- Pověřená osoba
- Sestry
- Jiné.....
-

25) Postupujete podle standardů při péči o klienta?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

26) Jaké 3 výkony nejčastěji u klientů vykonáváte?

- 1).....
-
- 2).....
-
- 3).....
- ...

27) Máte k těmto výkonům vypracované standardy ošetrovatelské péče?

- Ano
- Nevím
- Ne

28) Nechává Vaše vedení v agentuře dělat audity ošetrovatelské péče?

- Ano, pravidelně
- Nevím, nevšímám si
- Ne, nevím o tom

29) Pokud ano, kdo je dělá?

- Některý ze zaměstnanců agentury
- Externí auditor
- Nevím
- Jiné.....

30) Myslíte si, že je používání standardů v praxi důležité?

- Ano, sestry lépe pracují
- Ne, nevyužívají se
- Nevím
- Jiné
.....
...

31) Jaký vliv mají podle Vás standardy ošetrovatelské péče na kvalitu péče?

- Zlepšují péči
- Jsou zbytečné
- Nemám názor
- Jiné.....
.....

32) Sdělujete svým klientům práva pacientů?

- Ano, vždy
- Jen někdy
- Ne, nikdy

33) Jak své klienty oslovujete?

- Křestním jménem
- Příjmením
- Babi/dědo
- Jiné.....
.....

34) Mají Vaši klienti možnost vybrat si svou ošetřující sestru?

- Ano, tato možnost je jim nabídnuta
- Ne, tato možnost jim nabídnuta není

35) Informujete své klienty o možnosti vybrat si, či změnit svou ošetřující sestru?

- Ano, vždy při první návštěvě
- Ano, na dotaz
- Ne, nikdy
- Ne, protože tato možnost v této ADP není

36) Myslíte si, že dodržování etických zásad při ošetřování klientů může zkvalitnit poskytovanou péči?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

Velice Vám děkuji za čas, který jste strávil/a vyplňováním dotazníku.

Zdroj: Vytvořené pro praktickou část bakalářské práce

Příloha č. 2: **Práva pacientů ČR**

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

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992

Zdroj: Webové stránky Ministerstva Práce a sociálních věcí
[on line], [2008-11-23]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/840>>