

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
zdravotně sociální fakulta

Zavádění ošetrovatelského procesu v agenturách domácí péče

Bakalářská práce

Vedoucí práce
Mgr. Alena Machová, R. N.

2008

Autor práce
Eliška Tyllová

Abstract

Currently, there are 567 Home Care agencies in the Czech Republic and other are being established. The objective of Home Care agencies is to provide a quality home nursing care. Hospitalized people are stressed finding themselves in an unfamiliar environment of a hospital or another health care facility. They miss their home milieu. It is proved that people being given medical treatment at their homes recover faster. But not only diseased people but also elderly healthy people or those with limited mobility or self- management become clients of Home care agencies.

Nurses working with Home care agencies help clients overcome difficulties they themselves cannot cope with. They also keep clients' medical records which is very useful for successful treatment.

The objective of my thesis is to learn if Home care agencies in the South Bohemian region have introduced the nursing process method and if they use the taxonomy NANDA II in nursing diagnostics. I set two hypotheses: H I – nurses in Home care agencies use the nursing process method, H II – nurses in Home care agencies do not use the taxonomy NANDA II in nursing diagnostics. To collect data I used the questionnaire method. Questionnaires were handed out to 60 nurses working in Písek, Tábor, Prachatice, Strakonice and České Budějovice. The obtained data analysis show that nurses in Home care agencies use the nursing process method and do not use the taxonomy NANDA II in nursing diagnostics. Both of the hypotheses were confirmed and the objective was achieved.

The results of the research will be offered to management of the Home care agencies where the research was conducted. They could also be used as a contribution at professional workshops.

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma *Zavádění ošetrovatelského procesu v agenturách domácí péče* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích

.....

Podpis studenta

Poděkování

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat Mgr. Aleně Machové, R. N. za odbornou konzultaci, věnovaný čas a cenné rady při psaní bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině, která mi byla velkou oporou.

Obsah	
Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 <i>Historie domácí péče</i>	4
1.1.1 <i>Historie domácí péče ve světě</i>	4
1.1.2 <i>Historie domácí péče v ČR</i>	5
1.1.3 <i>Současná domácí péče v ČR</i>	9
1.2 <i>Vzdělávání sester v komunitní péči</i>	10
1.3 <i>Komplexní domácí péče</i>	13
1.3.1 <i>Formy komplexí domácí péče</i>	15
1.4 <i>Ošetrovatelský proces v domácí péči</i>	16
1.4.1 <i>Anamnéza v domácí péči</i>	17
1.4.2 <i>Ošetrovatelská diagnostika v domácí péči</i>	18
1.4.3 <i>Plánování</i>	20
1.4.4 <i>Realizace a hodnocení</i>	21
2. Cíl práce a hypotézy	24
2.1 <i>Cíl práce</i>	24
2.2 <i>Hypotézy</i>	24
3. Metodika	25
3.1 <i>Metodický postup</i>	25
3.1.1 <i>Charakteristika souboru</i>	25
4. Výsledky	26
5. Diskuze	49
6. Závěr	54
7. Seznam použitých zdrojů	55
8. Klíčová slova	59
9. Přílohy	60

Úvod

České přísloví říká: „Všude dobře, doma nejlépe.“ Zajisté dobře vystihuje největší přínos domácí péče. Lidé, kteří jsou hospitalizováni v nemocnicích či jiných zařízeních, prožívají léčbu mnohem hůře, jsou vystaveni stresu z cizího prostředí a postrádají jednu z nejcennějších věcí, vlastní domov. Čekají na den, kdy přijde lékař a oznámí jim dlouho očekávanou zprávu, že mohou jít domů. Jenže jsou lidé, kteří to štěstí nemají, a jejich zdravotní stav nedovoluje propuštění z nemocnice, třeba jen proto, že se o ně nemá, kdo postarat. V České republice od roku 1990 fungují agentury domácí péče a lidé mají možnost se léčit či doléčit doma, pokud tomu odpovídá zdravotní stav a tuto péči schválí ošetřující lékař. Též lidé, kteří jsou jinak „zdraví“, a pouze jsou jen díky svému věku a omezené soběstačnosti odkázáni na péči druhých, můžou díky těmto agenturám zůstat v domácím prostředí.

Lidé po staletí zůstávali ve stáří a nemoci doma v okruhu rodiny a teprve ve 20. století s nástupem moderního úspěšného života se péče o ně přesouvala do nemocnic a jiných ústavů. Stali se své rodině často přítěží. V posledních letech dochází k renesanci péče ve vlastní domácnosti.

Domácí péče je systém, zahrnující zdravotní a sociální péči, poskytovanou klientovi v domácím prostředí. V dnešní době má každý člověk nárok na domácí péči. Klienti léčení doma jsou psychicky vyrovnanější a rychleji se uzdravují, jelikož jsou v prostředí, které je jim blízké, ve kterém se cítí nejlépe a zvláště pro staré lidi nepřináší žádnou změnu, na kterou by si museli těžko zvykat.

Domácí péče je určena pacientům, kteří nemusí být již hospitalizováni v nemocnici, ale jejich zdravotní stav nadále vyžaduje dlouhodobou odbornou péči. Přestože ji nejčastěji využívají staří lidé, je určená pro každého včetně dětí.

Rozvoji domácí péče napomohl samozřejmě i fakt, že bylo zjištěno, že tato péče je podstatně méně finančně náročná než péče v nemocnicích a jiných zařízeních.

Ráda bych zjistila, zda agentury poskytující domácí péče pracují metodou ošetrovatelského procesu.

1. Současný stav

1.1 *Historie domácí péče*

1.1.1 *Historie domácí péče ve světě*

Dějiny domácí péče jsou úzce spojeny s rozvojem ošetrovatelství, jehož kořeny sahají hluboko do minulosti. Na začátku 12. století se poprvé objevují zmínky o poskytování péče prostřednictvím řeholních řádů. Kolem 13. století se rozmáhá ošetrovatelská pomoc v domácnostech.

Charitativní péče se vyvinula s křesťanstvím a byla zaměřena na ošetrování specifických skupin lidí, kteří nemohli uspokojit své vlastní zdravotní potřeby, protože byli chudí, nemocní nebo mentálně postižení. Tento typ péče existoval paralelně s první „moderní“ medicínou a poskytovaly ji církevní organizace, které ji nabízely v době, kdy léčebná péče byla ještě málo účinná. Nemocní byli ošetrováni ve svých domovech nebo v chudě vybavených zařízeních. (4)

V 17. století v Paříži byl zásluhou sv. Vincenta de Paul, založen řád Milosrdných sester. Těmto sestrám pomáhaly venkovské dívky, které byly cvičeny v domácím ošetrovatelství. V roce 1656 měly charitativní sestry již 40 domů, kde pečovaly o nalezence a duševně choré. (9)

Katolická církev orientovala své církevní řády k poskytování péče potřebným a nemocným lidem převážně v klášterech a špitálech, protestantská církev se zaměřovala na pomoc v rodině a komunitě. O nemocné se v protestantských zemích staraly zejména diakonky. Řád Diakonek byl obnoven v roce 1836 Theodorem Fliednerem. Diakonky pečovaly o lidi v jejich domovech a na požádání i v nemocnicích. V roce 1864 již existovalo 1600 diakonek soustředěných v 32 mateřincích, které sloužily všude tam, kde jich bylo nejvíc zapotřebí. (1, 4, 8)

Křesťanské církve, díky soucitu s člověkem v nouzi, měly významný vliv na rozvoj a zdravotní péče. Na druhé straně však jejich učení, že tento život je pouze přechodný a je přípravou na život posmrtný, často vedlo k přesvědčení, že léčení je v rukou Boha a lidé si mají pomoci především modlitbou a vírou. Proto církve nejen

nepodporovaly, ale někdy dokonce přísně trestaly jako hřích zkoumání procesů probíhajících v těle a hledání příčin nemocí. (7)

Také léčitele někdy církve označovaly za čaroděje a pronásledovaly je či dokonce popravovaly. Duševně nemocní lidé byli často považováni za posedlé d'áblem.

Za nejvýznamnější osobu v rozvoji ošetrovatelství je považována Florence Nightingalová žijící v letech 1820-1910. Florence přicházela za nemocnými a využívala každé příležitosti ke studiu zdravotní péče v Evropě. Navštívila diakonii, pracovala s Milosrdnými sestrami v Paříži a dopisovala si s nemocnicemi v Německu a Francii.

Florence Nightingalová vydala svou první knihu „Poznámky o ošetrovatelství“. Podstatou bylo, aby sestry dobře pečovaly o klienta i prostředí. (4, 8)

V roce 1859 byla založena asociace obvodních sester, které poskytovaly ošetrovatelskou péči nemocným v jejich domovech. Nightingalová se zaměřila na ošetrovatelství v domácnosti a na toto téma vydává své knihy s názvem „Návrh, jak zlepšit ošetrovatelskou péči“, „Stanice města“ a „Obvodní ošetrovatelství“. (5)

V roce 1864 byl Jeanem Henrim Dunantem založen Červený kříž. Své zkušenosti získal ve válce u Solferina, kde viděl spoustu raněných a umírajících vojáků, kterým poskytoval odbornou péči. Tato strašná zkušenost ho vedla k založení této humanitární organizace. (1, 8)

1.1.2 Historie domácí péče v ČR

I v českých zemích souvisí rozvoj domácí péče s vývojem ošetrovatelství. Nejstarší známé informace se týkají charitativní péče ve středověkých špitálech, jejíž rozvoj při ošetrování nemocných můžeme v českých zemích sledovat už v 10. století. V této době, za vlády knížete Boleslava (935 – 967), byl postaven špitál v Týně (v místě dnešního Staroměstského náměstí, v lokalizaci dnešního Týnského chrámu). Další, později zakládané špitály na našem území, byly zpravidla spojeny s kaplí, kostelem či klášterem. Na území Prahy vznikaly první hospice. V tehdejší době

byl hospic v podstatě útulek pro chudé, nemajetné a nemocné osoby, v nichž civilní sestry poskytovaly charitativní pomoc v základních potřebách. (4, 7)

Velkou postavou českého ošetrovatelství byla Anežka Přemyslovna (1205-1282) – sestra českého krále Václava I. a dcera Přemysla Otakara I. Založila v Praze několik klášterů, první v roce 1233, klášter U sv. Haštala, kde byl umístěn také špitál. Založila také Řád křížovníků s červenou hvězdou, který při ošetřování a opatrování chudých a nemocných vycházel z prvních pravidel ošetrovatelství, vypracovaných právě sv. Anežkou. V pozdějších letech byla Anežka Přemyslovna pokládána za zakladatelku českého ošetrovatelství. Až koncem 20. století byla její záslužná činnost plně doceněna svatořečením. V této době průprava na výkon povolání ošetrovatelky trvala zhruba jeden rok. (1, 4, 7)

V moderních dějinách ošetrovatelství českých zemí (zejména v období mezi dvěma světovými válkami) byla kromě nemocniční péče typická orientace na samostatnou práci nově a kvalitně vzdělaných diplomovaných sester pro primární péči v terénu. Československý Červený kříž pod vedením Alice Masarykové založil v roce 1918 Masarykovu ligu proti tuberkulóze.“ (1, s. 35)

Po skončení 1. světové války si Červený kříž kladl otázku, zda má pokračovat ve své činnosti. Nakonec se Červený kříž rozhodl pro pokračování. Roku 1919 byla založena Liga Červených křížů, jako světová unie s cílem pomáhat sociálně slabým lidem. Dobrovolná sociální péče se rychle rozmohla. Již od roku 1918 se pro sestry pořádaly kurzy, které byly zaměřeny na sociální péči, na péči o děti a na návštěvní péči mimo nemocnici. Na ošetrovatelské školy a kurzy se hlásilo mnoho uchazeček, které byly pod vedením diplomovaných sester. Absolventky prošly praktickým výcvikem, pod vedením sester z Červeného kříže, aby tak obstály v úseku sociální péče. (7)

Práce sester docházející do rodin byla ze začátku velmi těžká. Vyžadovala navazování styků s úřady a to jim ubíralo mnoho času k vlastnímu životu. Od roku 1920 se pro práci v rodinách nese název „Návštěvní ošetřování“. Tato služba se rozmohla natolik, že se nedala zvládat pro nedostatek sester a téměř zanikla. (7)

Roku 1929 na důsledky hospodářské krize byla po letech opět obnovena činnost ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách. Péče byla vyhrazena chudým

rodinám. Sestra v rodinách kladla velký důraz na hygienu, správnou výživu a teplo v domě. Jejich role se rozšiřovaly o roli matky, vychovatelky a hospodyně. (7)

Červený kříž v roce 1933 měl 741 spolků, kde pracovalo přibližně 100 sester a absolventek. Od roku 1934 byla práce sester v ošetrovatelské a zdravotní službě v rodinách sledována po dobu jednoho měsíce. Potvrdila se hypotéza, že některé úkony v rodinách zvládnou rodinní příslušníci nebo pouze ošetrovatelka. (7)

Muži ošetrovatelé z řádu Milosrdných bratří, chtěli též dosáhnout vyššího vzdělání a mohli tak pracovat v ústavech ale i v terénu. Bylo jim vyhověno. Píše se rok 1939 a zdravotnické služby byly plně využívány. Umírala spousta lidí a byl nedostatek sester, ošetrovatelek a ostatního personálu. Sestry projevovaly maximální aktivitu a snažily se ochraňovat všechny lidi. Diplomované sestry musely přerušit styky s mezinárodními organizacemi. (7)

V té době existovaly poradny pro matky, pro kojence, starší děti a protituberkulózní poradny. Sestry měly moc práce, ale pro jejich nedostatek se situace komplikovala. Proto se uvažovalo o rozšíření ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách i v jiných městech. (7)

Dobrovolné sestry Červeného kříže a ostatní ošetrovatelky byly nezbytné a nepostradatelné pro zdravotnictví, ať pracovaly na kterémkoli pracovišti. Sestry za doby válečné nebyly řádně oceněny.

V roce 1948 povolání „terénní sestry“ zaniklo a až kolem 70. let se začaly opět vychovávat tyto sestry jako sestry geriatrické. (1)

V roce 1990 vznikla v České republice za podpory České katolické charity první agentura domácí péče. Péče je zatím poskytována 18 klientům.

S rokem 1991 Česká katolická charita přináší 25 středisek s charitní ošetrovatelskou péčí. Ten samý rok vzniká při nemocnici v Pardubicích první agentura domácí péče s názvem NIKÉ. Ke konci tohoto roku bylo celkem 26 agentur domácí péče.

V roce 1992 vznikají agentury domácí péče hlavně v oblastech, kde je vysoké procento nezaměstnanosti (východní Čechy, severní a jižní Morava). Bylo zaregistrováno 68 agentur domácí péče, kde sestry poskytovaly péči 6742 klientům.

Hledají se zdroje pro financování komplexní domácí péče. Koncem roku je založena skupina pro podporu a rozvoj domácí péče v České republice, tvoří jí profesionální zástupci a laická veřejnost. (17)

Rok 1993 přinesl prudký nárůst agentur domácí péče, je zaregistrováno 234 agentur domácí péče. Svou spoluprací s agenturami domácí péče rozvíjí Všeobecná zdravotní pojišťovna, která má své podmínky pro poskytování domácí péče. Zakládá se Asociace domácí péče, která sdružuje profesionální pracovníky (sestry, lékaře, psychology a sociální pracovníky) poskytující tuto péči. Koncem roku se koná první mezinárodní kongres k problematice domácí péče. (17)

Rok 1994 zaznamenává 300 agentur domácí péče. Agentury jsou v dobré spolupráci s ošetřujícími lékaři. Pořádají se časté semináře a velkou pozornost projevují média (tisk, rozhlas a televize). Vychází model pro hospicovou domácí péči o klienty v terminálním stádiu života. Zahajuje se pracovní skupina pro primární péči, pod vedením lékařů a sester, kteří působí v rámci zdravotnické péče. Tento rok se zakládá Národní centrum domácí péče, které poskytuje informace veřejnosti. (17)

V roce 1995 je registrováno 443 agentur domácí péče. Vznikají „Centra komplexní péče“, která poskytují komplexní péči mobilním klientům jakéhokoliv věku.

V roce 1996 vzniká projekt INED (informace a edukace laické veřejnosti). Zároveň se vydává manuál pro pracovníky agentur domácí péče „Komplexní domácí péče“. Komplexní domácí péče se zabývá – dokumentací, analýzami a standardy. Jsou organizovány různé semináře pro personál a laickou veřejnost. Zavádí se nová dokumentace pro domácí péči. Asociace domácí péče ČR se podílí na přípravě formuláře, který bude předkládán pro sběr a analýzu dat všem agenturám domácí péče v České republice. Koncem roku je registrováno 573 agentur domácí péče.

Prezidentkou agentur domácí péče byla zvolena Blanka Misconiová, které byl udělen Certifikát kvality Asociace domácí péče v České republice. (17)

1.1.3 Současná domácí péče v ČR

Domácí péče je moderní forma zdravotní a sociální péče poskytovaná v České republice od roku 1990. Domácí péče je určena klientům, kteří by jinak byli hospitalizováni v nemocnicích či jiném zařízení a je poskytována v jejich vlastních domovech. (17)

Domácí péči je zajištěna odborným týmem zdravotníků, kteří poskytují odbornou a specializovanou pomoc. Druh a rozsah péče je dán aktuálním stavem klienta, pomocí rodiny a vybavením jeho vlastního domova. Každý klient má svou pečující sestru, která odpovídá za kvalitu a dostupnost domácí péče.

Registr agentur provádí Asociace domácí péče, která pravidelně zasílá všem krajským úřadům. Jednou ročně tento registr vydává také v almanachu, jenž vychází u příležitosti konajících se kongresů domácí péče. Také každá zdravotní pojišťovna v České republice má k dispozici seznam agentur, s nimiž spolupracuje.

Ke konci roku 2007 je registrováno celkem 567 agentur, které mají smluvní vztah se zdravotní pojišťovnou, kolik jich je celkem přesně, to se neví, některé vznikají, jiné zanikají, je to proces. (16)

Dle Misconiové domácí péče v České republice zaznamenává úspěchy díky svému akcentu na její lidskost, kvalitu a efektivitu. Na začátku klienti nevěděli, co je to domácí péče a co nabízí. Po podání informací od ošetřujícího lékaře, sester či jiných informovaných osob začali klienti této péče více využívat. Domácí péče se stále zkvalitňuje na základě poznatků vědy a výzkumu. Přizpůsobuje se změnám ve společnosti k dosažení kvality života. Se systémem domácí péče se seznamují klienti a jejich rodiny, tehdy, je-li v jejich životě změna životní situace. Až když nastane daná situace, začnou lidé vyhledávat informace o domácí péči. Úkolem je zajistit klientům i jeho rodině dostatečnou domácí péči a tím zvýšit kvalitu života. Klienti si tuto péči nemohou vynachválit. Podmínky pro poskytování domácí péče se neustále mění v souvislosti s rozvojem vědy.

1.2. *Vzdělávání sester v komunitní péči*

Karolína Světlá se zasloužila v roce 1874 o vznik první ošetrovatelské školy, v které se ošetrovatelky vzdělávaly v teorii i praxi. Délka jednoho kurzu trvala několik měsíců. Škola po sedmi letech zanikla. (7)

V roce 1916 byla v Praze otevřena Státní dvouletá ošetrovatelská škola, která existovala i po skončení první světové války a byla vzorem pro vznik řady škol v nově vzniklém Československu. Studentky získaly titul diplomovaná ošetrovatelka. Škola měla vysokou odbornou úroveň, k jejímu rozvoji byly v roce 1918 pozvány do Prahy tři americké zkušené sestry v čele s Miss Parsons, které vypracovaly koncepci teoretické i praktické výuky a postupně zacvičily sestry pro práci učitelek a instruktorek. (4)

V roce 1918 a v Praze vznikla Vyšší sociální škola, která připravovala v jednoletém studiu sociálně orientované pracovníky a později zejména diplomované sestry pro samostatnou práci v terénu.

Spolek diplomovaných sester, který původně nesl název Spolek absolventek ošetrovatelské školy, založily absolventky Státní ošetrovatelské školy v roce 1921. V roce 1933 byl Spolek diplomovaných sester ČSR přijat do Mezinárodní rady sester (ICN - vznik 1899).

V roce 1946 existovalo v českých zemích 28 ošetrovatelských škol. Úroveň ošetrovatelské péče, její organizace i vzdělávání sester se rychle zlepšovaly.

V roce 1948 byly ošetrovatelské školy sloučeny s rodinnými a sociálními školami. Došlo k vytvoření jednotného systému obecného a odborného vzdělání. Ošetrovatelské školy byly zařazeny do systému vyšších odborných škol jako školy sociálně zdravotní a byly řízeny ministerstvem školství. Školy byly přejmenovány na Střední zdravotnické školy, s několika obory, např. zdravotní sestry. Studium začínalo ve 14-15 letech a trvalo 4 roky, absolventi ukončili studium maturitní zkouškou. (7)

V současnosti mají studenti možnost studovat formou kvalifikačního nebo celoživotního studia.

Dnešní sestra pracující na odděleních, ambulancích nebo v terénu musí být registrovaná dle zákona č. 96/2004 Sb. Zaregistrovaní pracovníci mohou vykonávat odbornou práci bez odborného dohledu. (20, 35)

Novela zákona má zajistit implementaci směrnice Evropské unie do našeho právního řádu. Důležité je, že stejné euronovy přijímají všechny státy Evropské unie. U zdravotních pracovníků z České republiky se vydává registrace na 6 let. Po dobu šesti let si zdravotník musí obstarat z přednášek určitý počet kreditů, pro získání nové registrace k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. (36)

Celoživotní vzdělávání všeobecných sester se poprvé objevuje již v roce 1988 v tehdejší „Koncepci českého ošetrovatelství“. Dále se celoživotní vzdělávání sester objevuje v zákonu č. 96/2004 Sb., který byl přijat 1. 4. 2004. Celoživotní vzdělávání zdravotníků, navazuje na získanou odbornost k výkonu povolání. Do celoživotního vzdělávání patří E-learning, specializační vzdělávání, semináře, certifikační kurzy a inovační kurzy. Dle vyhlášky č. 423/2004 Sb. je stanovena výše kreditů na konkrétní vzdělávací aktivity. (35, 36)

Mezi nejnovější celoživotní vzdělávání patří E-learning. Tuto metodu využívají především sestry, které jsou na mateřské dovolené, a sestry v soukromých ordinacích, které mají problém cestovat za vzděláváním. Jedná se o internetové stránky, které nabízí kurzy na internetu. Sestra musí zaplatit roční poplatek a pak má možnost získat určitý počet kreditů. (2)

Certifikované kurzy jsou osvědčením akreditovaného pracoviště, kde byla udělena akreditace. Absolventům je poté vydán Certifikát s platností pro Českou republiku.

Rámcový vzdělávací program pro získání specializované způsobilosti v oboru komunitní ošetrovatelská péče. Dle nařízení vlády č. 463/2004 Sb. Nařízení vlády, kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odborností zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. To znamená, že je cílem tohoto vzdělání dosáhnout specializované způsobilosti v komunitní ošetrovatelské péči. Je důležité, připravit sestry pro tuto specializaci v rozsahu vědomostí a dovedností, které budou poskytovat klientům v jejich vlastním sociálním prostředí. (30)

Podmínkami je úspěšné ukončení střední zdravotnické školy a dvouletá praxe na oddělení u lůžka. Jak již bylo zmíněno o specializačním vzdělávání, u specializované komunitní sestry je stanovena specializace na 36 měsíců a obsahuje přes 640 hodin výuky a praxe. Specializační vzdělávání má tři formy, které jsou rozděleny na základní, odbornou a speciální. Základní forma je zaměřená pro všeobecné sestry všech specializačních studií. Zaměřuje se na všeobecné znalosti a dovednosti, pro sestru velmi důležité. Do odborné formy spadá specializační studia v oboru. A poslední speciální forma je zaměřená na odbornou problematiku se zaměřením na dané pracoviště. Toto vzdělání si sestra může doplnit po maturitě. (21)

Komunitní sestra v domácí péči musí znát postupy k zajištění vedoucí k zajištění primární, sekundární i terciální prevenci v domácím prostředí ve spolupráci s rodinou. Sestra se musí správně vyjadřovat, akceptovat etické a právní normy, k poskytování domácí péče.

Existují jednotlivé specializace pro komunitní péči. Například činnost komunitní sestry v péči o rodinu, kdy sestra musí poskytnout vědomosti a dovednosti potřebné pro ošetrovatelskou péči u rodiny s ohledem na jejich věk a vývojové stadium rodiny. Sestra musí znát postupy a metody k udržení a podpoře zdraví. Rizikové faktory, které ovlivňují negativně celou rodinu. Též je seznámena s multikulturní charakteristikou celé rodiny a ví jak získat potřebné informace i rodině. Získává, posuzuje, analyzuje potřeby jedinců a jejich vývojové stadium (pozice jednotlivých členů rodiny). Další činností je komunitní sestra v péči o seniory. Sestra musí, poskytnout vědomosti a dovednosti v oblasti ošetrovatelské péče u seniorů v jejich domácnosti a klást důraz na soběstačnost klienta. Sestra by měla znát zdravotní stav klienta, neboť komplikace v souvislosti s onemocněním se mohou vyskytnout kdykoliv. Sestra je ve spolupráci gerontologickými centry, agenturami domácí péče a poradenskými centry. Sestra posuzuje, analyzuje a zpracovává ošetrovatelský plán, realizuje a vyhodnocuje ošetrovatelskou péči. Dále sestra edukuje klienta nebo jeho rodinu o úrovni kvality života. A jako poslední je činnost komunitní sestry v prevenci pracovních rizik. Opět sestra musí poskytnout vědomosti a dovednosti u zaměstnaných lidí na ochranu zdraví, prevenci vzniku chorob a navrácení zdraví u klientů. Sestra musí

znát chemické, fyzikální a biologické tresory na pracovišti, které ovlivňují klienty a mají negativní vliv na jejich zdraví. Dále musí znát platnou legislativu o zajištění bezpečí na pracovišti a zná bezpečnost práce. Sestra připravuje a uskutečňuje edukační programy zaměřené na prevenci a ochranu zdraví, včetně nácviku poskytování první pomoci. (30)

1.3 *Komplexní domácí péče*

Je to integrovaná forma péče a pomoci poskytovaná klientovi v jeho vlastním sociálním prostředí.

Jedná se o vysoce humánní, kvalitní, efektivní, ekonomicky výhodnou a maximálně dostupnou integrovanou formu péče poskytovanou individuálně klientovi v jeho domácím prostředí s podporou rodiny či jeho blízkých, s respektem k lidským právům a s využitím omezených možností klienta.

Základní jednotkou komplexní domácí péče je agentura domácí péče. Agentura domácí péče poskytuje zdravotní a sociální péči klientovi v domácím prostředí. V agenturách pracuje tým zdravotníků - lékaři, sestry, ošetřovatelky ale i laici, kteří poskytují odbornou a specializovanou pomoc.

V agentuře je pověřená sestra, která má alespoň magisterské vzdělání, nebo minimálně bakalářské studium. Tato sestra je v čele a zodpovídá za chod agentury z odborné, finanční a materiálně technické stránky. Organizuje a řídí chod ošetřovatelské péče. Dále se v týmu nachází terénní sestra se specializací pro domácí péči, která vykonává všechny odborné ošetřovatelské činnosti v domácnosti klienta. Stanovuje ošetřovatelské diagnózy a plánuje ošetřovatelské intervence. Mezi další pracovníky patří fyzioterapeuti, kteří vykonávají odbornou rehabilitační péči. Nedílnou součástí je dětská sestra, která plní svou roli v oblasti poskytování zdravotní ošetřovatelské péče dětem a dorostu. Velká pozornost je věnována specifice věku a stavu dítěte. Povinnost dětské sestry je zaměřit se na psychomotorický a somatický vývoj dítěte. Sestra seznamuje a edukuje rodinu a dítě se způsobem ošetření. Dále nižší

zdravotní personál, který vykonává pomocnou ošetrovatelskou činnost podle pokynů sester. (17)

Podle platné právní normy ukládají odborným zástupcům agentur domácí péče minimálně 5 let praxi v oboru, z toho 2 roky u lůžka. Tato kritéria rozsahu odborné praxe jsou nejpřísněji v celém zdravotnickém systému. Důvod je, že v systému domácí péče mohou působit jen profesionálové, kteří mohou a jsou schopni podat výborné výsledky.

Pro poskytování kvalitní domácí péče, je další vzdělávání zdravotních pracovníků. Přímou pro pracovníky agentur domácí péče je určeno vzdělávání, které probíhá v Brně od roku 1997.

Dále se od zaměstnanců agentur domácí péče očekává další vzdělávání, které pořádá Národní centrum domácí péče České republiky. Každý pracovník, který se zúčastní akce má připsán body do svého indexu. (17)

Agentura přijímající klienta do své péče, zjišťuje typ zdravotní pojišťovny, kde je klient pojištěn. Agentura uzavírá smlouvu s pojišťovnou o odborných výkonech, které agentura vykonává. Ta poté hradí výkony v rámci domácí péče, které byly ordinované praktickým lékařem. Jde o odborné výkony, které provádí zdravotnický personál, dle vyhlášky č. 55/2000 Sb. – Seznam diagnostických a terapeutických výkonů s bodovými hodnotami. (32)

Agentury poskytují péči standardní, tuto péči hradí zdravotní pojišťovny. Pak je péče nadstandardní, kterou si klient hradí sám. Je to péče širšího rozsahu a frekvence. Agentura klienta seznámí s požadovanou finanční částkou a poté uzavřou písemnou smlouvu. Dle Misconiové, nadstandardní péči využívá asi 300 agentur domácí péče ČR. Péče poskytovaná agenturou domácí péče má řadu výhod. V dnešní době klienti hodně využívají těchto služeb, jelikož se klient léčí doma, má své soukromí a může být doma se svými blízkými. Tato péče je pro klienty pohodlnější, přijatelnější a finančně dostupná.

1.3.1 Formy komplexní domácí péče

Domácí péče je podle zákona 48/1997 Sb. Definována jako zvláštní druh ambulantní péče, která je zajištěna pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním závislým na cizí pomoci odborná péče v jejich domácím prostředí. Pod tím to výrazem se rozumí forma zdravotní péče, kterou provádí profesionální pracovníci. Mezi hlavní složky domácí péče patří „home care“, pečovatelská služba, domácí hospitalizace, pooperační péče a poúrazová péče. (34)

Termín „home care“ je anglický název pro domácí péči. Oba tyto názvy se v naší společnosti užívají se stejnou četností. Pojem domácí péče je často zaměňován s níže uvedenými pojmy.

Pečovatelská služba je poskytována v rámci sociální péče a je určena klientům, kteří již ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni si sami obstarat některé záležitosti. Jedná se o zvláštní formu zdravotní ošetrovatelské a rehabilitační péče, která je poskytována kvalifikovanými zdravotními sestrami pacientovi v jeho domově. Personál domácí péče docházejí za pacientem domů a pečují o něj na základě indikace lékaře. Jedná se o vyžádanou formu zdravotní péče, o které rozhoduje ošetřující lékař. Tento způsob lze uplatnit jak u pacientů, kteří vyžadují pouze krátkodobou péči po akutních operačních výkonech či úrazech, tak u chronicky nemocných, kde se často poskytuje domácí péči i několik let. Agentury domácí péče zajišťují nepřetržitou dostupnost péče 24 hodin denně, 365 dní v roce. Maximální frekvence je stanovena na 3 x 1 hodinu odborné péče denně. Při jakýchkoli potížích může klient využít kontaktního telefonu agentury domácí péče. (17)

Domácí péči dělíme na dvě formy – akutní stavy (domácí hospitalizace) a chronické stavy (dlouhodobá domácí péče). Do těchto forem též patří domácí hospicová péče a preventivní domácí péče.

Domácí hospitalizace je využita klienty po úrazech nebo operacích. Též tuto péči využívají klienti s kardiovaskulárním a neurologickým onemocněním. Především u dětí se využívá tato služba, u níž totiž dochází k rychlejší léčbě. Domácí hospitalizace je poskytována v rozsahu dnů nebo týdnů, dle stavu klienta.

Pooperační péče je dostupná pro klienty, kteří podstoupili nekomplikovanou operaci, jejich léčba a stav dovoluje být v domácím prostředí. Do této péče můžeme zahrnout i menší chirurgické výkony prováděné na ambulancích a klient se může doléčit v domácím prostředí. Klienti léčení doma, se léčí rychleji, v nemocnicích je pro ně riziko nozokomiálních nákaz. Základním předpokladem pro domácí hospitalizaci, je vysoká odborná kvalita sester, které poskytují stejnou péči jako v nemocnici.

Pouřazovou péči využívají klienti, kteří jsou po úraze, a jejich stav umožňuje ošetření v domácím prostředí. U klientů je sledovaná bolest, provádí se převazy rány a průběžná rehabilitace. Dnešní agentury domácí péče mají vybavení, které umožňuje klientovi i dlouhodobý pobyt v domácím prostředí. Jsou i klienti, kterým je nařízena hospitalizace v nemocnici, pro vážnost úrazu a ti přes varování lékaře podepisují revers. Dnešní lékaři se již k využívání domácí péče staví pozitivně a podporují její činnost. (15)

1.4 Ošetřovatelský proces v domácí péči

Ošetřovatelský proces je systematická metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je určit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, naplánovat uspokojení zjištěných potřeb a vykonat specifické ošetřovatelské zásahy na jejich uspokojení.

Ošetřovatelský proces je cyklický, to znamená, že jeho jednotlivé složky následují v logickém pořadí, ale v určitém čase může být zahrnuto i více komponentů. Na konci prvního cyklu se může péče ukončit, pokud se dosáhlo cíle. (8)

Než vznikl ošetřovatelský proces, sesterská péče byla poskytována na příkaz lékaře. Tehdy byla péče zaměřená spíše na základní onemocnění než na potřeby klientů. Termín ošetřovatelský proces poprvé použila v roce 1955 sestra Hallová. Od té doby se ošetřovatelský proces několikrát změnil. (8, 23)

Ošetrovatelský proces má pět fází: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Jednotlivé fáze budou podrobněji uvedeny v následujících kapitolách.

Každá fáze je samostatná, ale v ošetrovatelské péči musí být uplatněn jako celek, každý jednotlivý krok, je závislý na krocích ostatních. Všechny kroky ošetrovatelského procesu úzce spolu souvisejí.

Ošetrovatelský proces má velký význam pro sestru i klienta. Klient má velikou účast na péči, u klienta dochází ke kvalitní péči a uspokojení potřeb. Sestra je spokojena se svou prací, která jí umožňuje odborný růst, dodržuje dané zákony a splňuje odborné ošetrovatelské normy.

1.4.1 Anamnéza v domácí péči

Každé vyšetření by mělo začínat zjištěním anamnézy. Anamnéza sesterská je získání informací z minulosti nemocného, potřebné pro stanovení ošetrovatelské diagnózy a plánování individualizované ošetrovatelské péče. Sestra shromažďuje informace s klientem již při prvním kontaktu.

Sestra domácí péče pozoruje prostředí, ve kterém klient žije, zda je dodržována čistota v domácnosti, v jaké pozici má klient lůžko, schopnost klienta chránit se před pádem, jak zvládá každodenní aktivity. Dále hodnotí kardiovaskulární systém, zda nemá hypertenzi, varixy, bušení srdce, dušnost aj. Hodnotí endokrinní systém – obezitu a diabetes mellitus aj. Dále, jestli netrpí glaukomem a kataraktou. Žaludeční potíže, zda netrpí na vředy, pálení žáhy, hemoroidy, aj. Zda netrpí krevními a kožními chorobami. Sestra hodnotí i neurologický, psychický, nefrologický, pulmonální systém. A to vše zaznamená do formuláře. (14)

Podle anamnézy se rozhodne, jak je klient samostatný a jakou pomoc vyžaduje. Sestra zjišťuje informace o medikaci, výživě, aktivitách klienta a jeho rodině. Rodina má velký význam pro plánování péče klienta v domácím prostředí.

Sestra domácí péče zjišťuje v anamnéze současné onemocnění a zdravotní stav, důležitá je rodinná, sociální a osobní anamnéza. Je nezbytné zjistit bezpečnost klienta,

jak je mobilní a je-li bydlení v jeho domě bezpečné. Důležitá je klientova psychická stránka, jak je vyrovnaný a zda zvládá dané situace.

Nejvíce informací o klientově stavu získá sestra od jeho rodiny. Sestra si tak udělá jasnější obrázek o klientově prostředí a jeho zvycích. Prostor, ve kterém je klient léčen má velký vliv na jeho léčbu. Rodina je v tomto případě pro klienta důležitá, jelikož je na ni částečně odkázán. (13, 18)

Do anamnézy též spadá fyzikální vyšetření klienta. Fyzikální vyšetření je důležité při první návštěvě klienta. Sestra klienta zváží a změří výšku, je nutno vše zaznamenat. Vážení klienta by sestra měla provádět v intervalech 4-6 týdnů. U klientů se zažívacími potížemi, kardiaků a osob léčených diuretiky se intervaly zkracují.

Dále se při každé návštěvě klienta měří krevní tlak, sestra musí zaznamenat do formuláře, na které končetině byl tlak měřený. Sestra též sleduje u pulzu, zda je pravidelný nebo nepravidelný. Sestra musí brát v potaz, že tlak a puls se s přibývajícím věkem klienta liší. Dech sestra pozoruje při každé příležitosti, kdy má klient sebemenší potíže s dechem. Teplota se změří při první návštěvě a pak pokaždé, když sestra má nějaké podezření na onemocnění.

Při získávání anamnézy sestra sleduje, zda je klient orientován osobou, časem a místem. Též sleduje kůži, zda je dostatečně hydratovaná a bez kožních defektů. To vše kontroluje v pravidelných intervalech a při změnách u klienta vše hlásí. (18)

1.4.2. Ošetrovatelská diagnostika v domácí péči.

„Ošetrovatelská diagnóza je klinický závěr o reakcích jednotlivce, rodiny nebo komunity na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy nebo životní proces“. (27, s. 24). Ošetrovatelská diagnóza je standardní název problému klienta a reakce na aktuální a potenciální zdravotní problémy. Ošetrovatelské diagnózy mohou být aktuální, které se projevují jasně. Pak potenciální jsou skryté a existuje riziko jejich vzniku.

Druhá fáze ošetrovatelského procesu zahrnuje: nalezení potřeb klienta, probrání problému s klientem a vypracování pořadí naléhavosti. Sesterské diagnózy

jsou částí sesterské práce na standardizaci terminologie obsahující standardní popisy diagnóz, intervencí a výsledků. (27)

Sesterské diagnózy ulehčují komunikaci mezi sestrami. Diagnózy zachycují zdravotní stav klienta, jeho vitalitu a zdravotní problémy. Nedílnou součástí je ošetrovatelský proces, který poskytuje plánování sesterských intervencí.

V roce 1973 se konala první národní konference pro klasifikaci sesterských diagnóz v St. Louis, která vytvořila Národní konferenční radu (vedení pro standardizaci sesterské terminologie). V roce 1982 vznikla NANDA včetně členů z USA a Kanady.

NANDA vyvinula klasifikaci pro organizaci sesterských diagnóz do různých kategorií. I když taxonomie byla přezkoumána pro přijetí nových diagnóz, v roce 1994 bylo jasné, že je nutná obnova. V roce 2002 byla vydána Taxonomie II, dopracováním Gordonové „Funkčních vzorců a zdraví“. V roce 2002 se NANDA přejmenovala na NANDA International. (12)

Při použití NANDY sestra získá mnoho informací ke stanovení ošetrovatelských diagnóz. Tento model tvoří dvanáct oblastí a každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka. Po zhodnocení těchto bodů, sestra sestaví ošetrovatelské diagnózy. (27) Nynější prezidentkou NANDY je Dr. Heather Herdman od roku 2006.

Rozdíl mezi NANDA I a NANDA II je ten, že NANDA I obsahuje 11 domén (Příloha 2) a NANDA II má 13 domén (Příloha 3). NANDA II má 172 diagnóz a každá diagnóza má svůj číselný kód.

Nejčastější diagnostické skupiny klientů, se kterými se v domácí péči setkáme, jsou Diabetes mellitus, cévní mozková příhoda, hypertenze, ischemická choroba srdeční, nádorové onemocnění, infarkt myokardu, psychická onemocnění, Parkinsonova nemoc, roztroušená skleróza, úrazy, aj.. (17)

Nejčastější ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II s číselným kódem, se kterými se může sestra v agentuře domácí péče sekat, jsou: bezmocnost 00125, beznaděj 00124, chronická bolest 00133, neefektivní dýchání 00032, porušená energie 00050, porušená chůze 00088, riziko infekce 00004, úplná inkontinence moči 00021, inkontinence stolice 00014, zhoršená verbální komunikace 00051, neefektivní

léčebný režim 00078, porušené myšlení 00130, riziko osamělosti 00054, poškozená paměť 00131, riziko pádů 00061, zhoršená pohyblivost 00085, průjem 00013, zhoršená schopnost se přemístit 00090, sociální izolace 00053, porušený spánek 00095, strach 00148, deficit tělesných tekutin 00027, porušená tkáňová integrita 00044, únava 00093, úzkost 00146, nadměrná výživa 00001, nedostatečná výživa 00002, zácpa 00011, aj.
(12)

1.4.3 Plánování

Jedná se o systematickou metodu řešící problém klienta, který ovlivňuje sestra. Kvalitu plánu závisí na znalostech a zkušenostech sestry, proto je důležité, aby sestra měla minimálně pětiletou praxi u lůžka. Sestra stanoví cíl, jehož chce dosáhnout, poté zvolí vhodné zákroky, které povedou k dosažení cíle a to vše zkonzultuje s klientem. Ošetrovatelský plán se dělí na dvě části - stanovení cílů a plán ošetrovatelských činností. Stanovením cíle sestra provede hypotézu o cíli, jehož chce docílit. Plánem ošetrovatelských činností si sestra vytvoří svůj ošetrovatelský plán a navrhuje vhodné intervence, které dosáhnou daného cíle.

Je důležité, aby dané pracoviště mělo vypracovaný svůj vhodný formulář na zaznamenávání ošetrovatelské péče. (23)

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

Jak už bylo zmíněno, indikovat domácí péči může jen praktický lékař. Lékař vystaví po celkovém zhodnocení klienta poukaz na poskytování domácí zdravotní péči. Indikace má platnost pouze jeden měsíc a poté, pokud klientův zdravotní stav nestačí k léčbě, lékař vystaví nový poukaz.

Další průběh je zahájení návštěv u klienta. Sestra agentury domácí péče zkontaktuje klienta a přijde na první návštěvu, kde provede vstupní pohovor, zhodnotí stav klienta a zhodnotí sociální prostředí. Společně se dohodnou na službách, frekvenci návštěv a sepiší smlouvu. „Smlouva je dohoda mezi dvěma nebo víc osobami o provedení něčeho.“(18, s. 37). Smlouva musí být stručná a srozumitelná, aby jí klient porozuměl.

Na řadě je samotný výkon u klienta. Klient a sestra se dohodnou, kdy budou vykonávat ošetření, které naordinoval praktický lékař.

A jako poslední je propuštění klienta z domácí péče. Propuštění klienta by mělo být plánováno již od první návštěvy. Pokud se ukončuje péče, mělo by být dosaženo cílů, klient již nevyžaduje kvalifikovanou osobu, klient odmítá služby agentury, dochází u klienta ke změně bydliště nebo dojde ke smrti.

Každá agentura má rozdílné požadavky a způsoby záznamu při propuštění klienta. Sestra by měla dva měsíce před propuštěním informovat klienta a rodinu. S propuštěním klienta by měl souhlasit ostatní personál, který péči též poskytoval. Před úplným propuštěním by měla být „propouštěcí vizita“. Musí být sepsán propouštěcí závěr, kde je napsán stav klienta při propuštění, přehled poskytnuté péče, reakce klienta a zda bylo docíleno výsledků.

Agentura domácí péče zajišťuje odborný dohled nad klientem, provádí celkovou koupel, mytí vlasů, vysoušení vlasů, stříhání nehtů na rukou a nohou, sestry s klienty rehabilitují (posazují, vstávají, cvičí s nimi chůzi po bytě), donáší recepty nebo léky od lékařů, připravují léky do dávkovačů na celý týden, dováží jídlo domů, úklid domácnosti, vyřizují administrativu, telefonické služby, převaz ran, odběry biologického materiálu a měření fyziologických funkcí, aj. Domácí péči poskytují sestry s různými specializacemi, jako – všeobecná sestra, ženská sestra, dětská sestra, fyzioterapeut a ergoterapeut.

1.4.4 Realizace a hodnocení ošetrovatelské péče

Je to ošetrovatelská činnost zaměřená na dosažení výsledků ošetrovatelské péče či cílů pacienta.

Realizace propojuje všechny fáze ošetrovatelského procesu. V realizaci je klient nejdůležitější osobou.

V této etapě jsou též zaznamenány metody na dosažení cíle. Metody implementace musí být zaznamenány v jasné a konkrétní formě způsobem, aby jim pacient rozuměl, bude-li je chtít číst. Srozumitelnost je podstatná, protože pomůže komunikaci mezi osobami realizujícími sesterskou péči. Účelem péče je zajistit, aby plán komplexní péče fungoval v praxi ve prospěch klienta.

Sestry při návštěvě klienta mají sesterský kufřík pro každodenní péči o klienta. Kufřík by měl obsahovat pomůcky a materiál, který sestra stále doplňuje. Sesterský kufřík má standardní vybavení a způsob použití se liší agenturami. Kufřík musí obsahovat materiál a pomůcky, které užívá denně u klientů. Vybavení kufříku musí

osahovat: vybavení pro mytí rukou (mýdlo v plastovém obalu a papírové ručníky), vybavení k vyšetření (teploměr, fonendoskop, tonometr, zkumavky na vyšetření o odběry krve, moči a stolice), jednorázové pomůcky (plastové zástěry, rukavice, obvazy, tampóny, čtverce, jehly, stříkačky, desinfekce, lubrikační gel), kancelářské pomůcky (dokumentace, informace pro nového klienta, účtenky). Při užívání kufříku musí sestra dodržovat zásady asepse. (18, 26)

Každá agentura domácí péče má svou dokumentaci a zaměstnanec je povinen průběžně zaznamenávat údaje o klientovi. Do dokumentace se zapisují údaje o stavu klienta a jeho změnách, provedených výkonech, které jsou důležité pro kontrolu kvality. Dokumentace musí být přehledná a dostupná pro další personál, který se podílí na péči klienta.

Agentura domácí péče má své vytvořené ošetrovatelské standardy, které musí dodržovat. „Ošetrovatelské standardy jsou platné definice přijatelné úrovně ošetrovatelské péče.“ (33, s. 10) Standardy zvyšují kvalitu péče, a pokud není dodržen, stává se ošetrovatelská péče rizikovou a ohrožuje klienta na zdraví. Ošetrovatelské standardy určují normu pro ošetrovatelskou péči, poskytují pocit bezpečí a jistoty klientům a chrání sestry před neoprávněným postihem, jelikož se držely standardů. (25, 33)

Ošetrovatelské aktivity u klientů jsou prováděny přímou nebo nepřímou péčí sestry. Přímá péče je tehdy, pokud je sestra v přímém kontaktu s klientem a rodinou a provádí aktivity jako převazy, fyzické vyšetření, aplikace injekcí a infuzní terapie. Nesmíme zapomenout na edukaci klienta a rodiny. Nepřímá péče se týká zkvalitňování a koordinace péče (např. konzultace sestry s odborníky). Péče je zaměřena na podporu zdraví a prevenci onemocnění. (6)

Každá sestra pracující v agenturách domácí péče by měla znát základní pravidla etického chování. Etika je věda o mravnosti a sestra by se ji měla držet. Sestra by měla pomáhat klientovi, jeho rodině a dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví. Provádět prevenci onemocnění, uspokojovat potřeby lidí, aj. Sestra má velkou roli v ošetrovatelství a klienti dají na její rady někdy více než na rady lékaře. Sestra by měla být vždy upravená, čistotná, milá, zodpovědná, příjemná, usměvavá

a empatická, protože tak ji vidí klienti, je to jejich anděl, na kterého se mohou vždy spolehnout.(11)

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit zda agentury domácí péče pracují s ošetrovatelským procesem a zda používají k ošetrovatelské diagnostice taxonomii NANDA II v Jihočeském kraji.

2.2 Hypotézy

H: I. Sestry v agenturách domácí péče pracují metodou ošetrovatelského procesu.

H: II. Sestry v agenturách domácí péče nepoužívají k ošetrovatelské diagnostice taxonomii NANDA II.

3. Metodika

3.1 Metodický postup

Ke zpracování bakalářské práce jsme zvolili kvantitativní výzkum. Použili jsme metodu dotazování – technikou dotazníků, sestavený na základě informací z literatury a po rozhovoru se sestrami, které pracují v agenturách domácí péče. Dotazníky byly anonymní a obsahovaly 28 otázek. Dotazníky byly vytvořeny a rozdány pouze sestrám, které pracují v agenturách a pracují s ošetrovatelským procesem. Oslovené byly sestry v agenturách domácí péče v Jihočeském kraji. Dotazníky byly sestaveny z otázek uzavřených, polootevřených, které nabízely výběr z daných odpovědí.

3.1.1 Charakteristika souboru

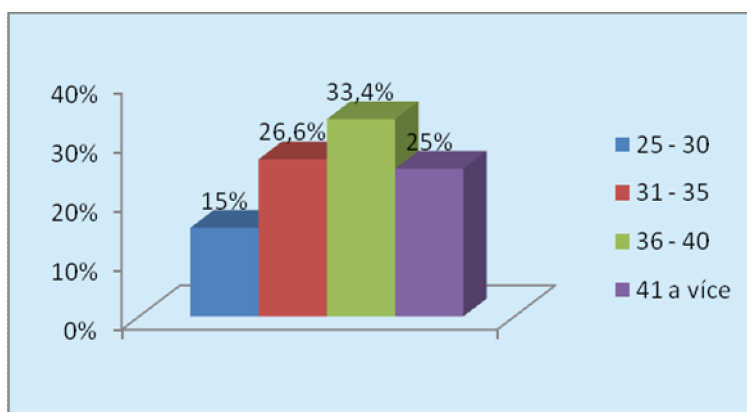
Vzhledem k tomu, že naše bakalářská práce je tematicky zaměřena na práci s ošetrovatelským procesem, bylo proto nezbytné oslovit sestry, které pracují v agenturách domácí péče. Celkem bylo rozesláno 60 dotazníků. Vrátilo se všech 60 dotazníků. Ve 2 případech byli respondenti muži a v 58 případech byly respondentkami ženy.

Cílem dotazníků bylo zjistit, zda sestry pracující v agenturách domácí péče pracují metodou ošetrovatelského procesu a používají NANDA taxonomie II.

4. Výsledky

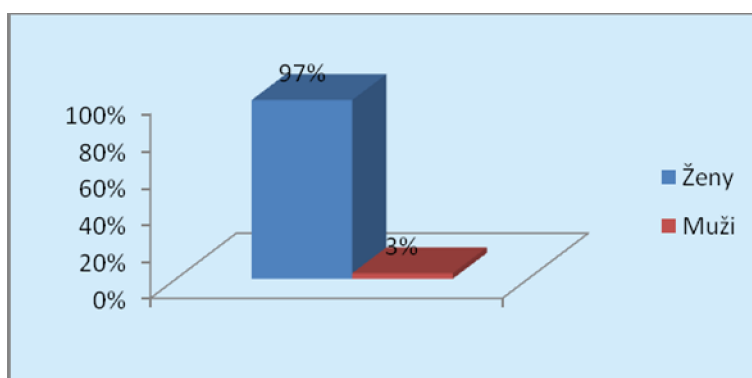
Číslo grafů neodpovídají číslům otázek v dotazníku

Graf 1 - Věk sester



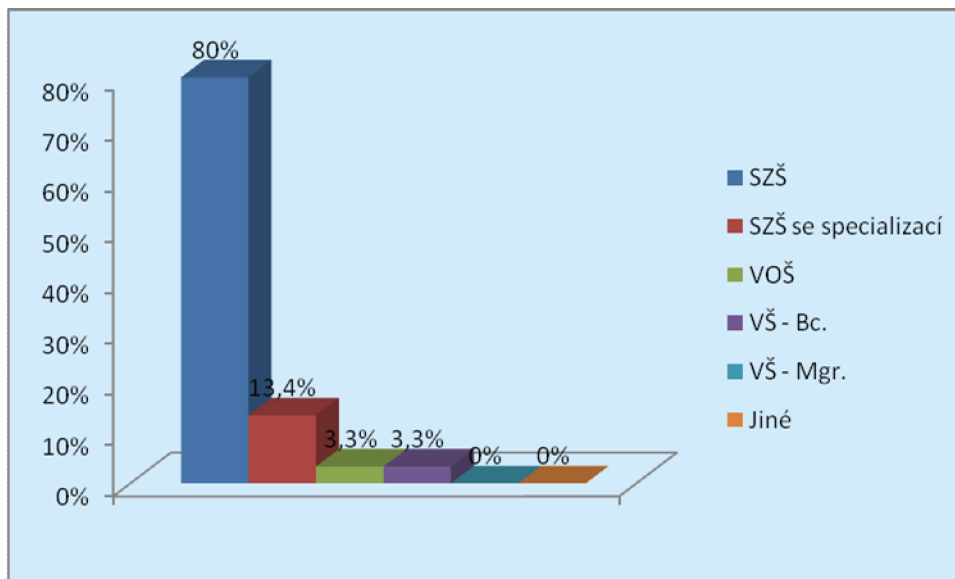
Z celkového počtu 60 (100 %) sester je ve věku 25 – 30 let 9 (15 %), 31 – 35 je 16 (26,6 %) sester, 36 – 40 let je 20 (33,4%) sester, 41 a více je 15 (25%) sester.

Graf 2 – Pohlaví



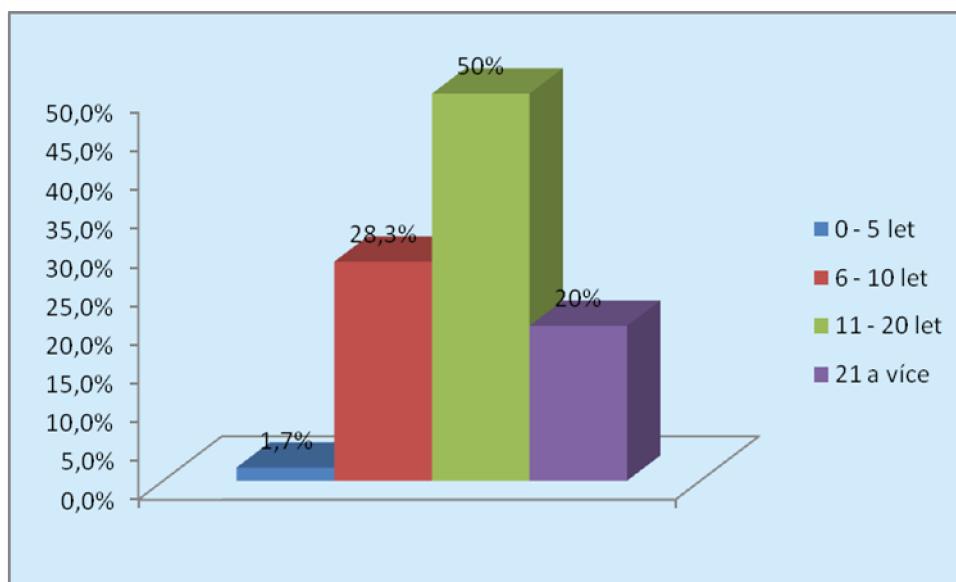
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů je 58 (97 %) žen a 2 (3 %) muži.

Graf 3 – Ukončené vzdělání



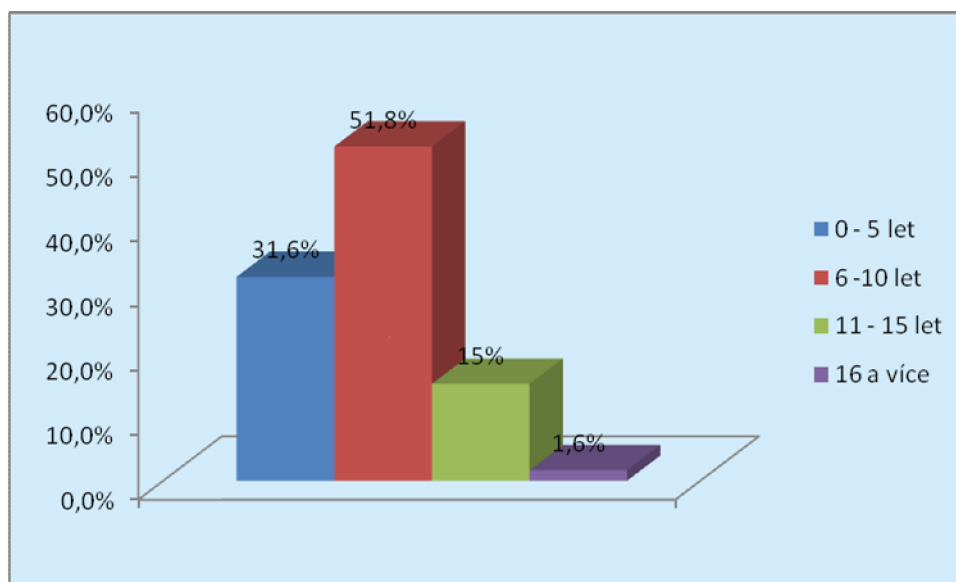
Z celkového počtu 60 (100 %) sester má 48 (80 %) vystudováno SZŠ, SZŠ se specializací má 8 (13,4 %) sester, VOŠ mají 2 (3,3 %) sestry, vysokoškolské vzdělání s titulem Bc. mají 2 (3,3 %) sestry. Titul Mgr. nemá žádná sestra.

Graf 4 – Délka praxe ve zdravotnictví



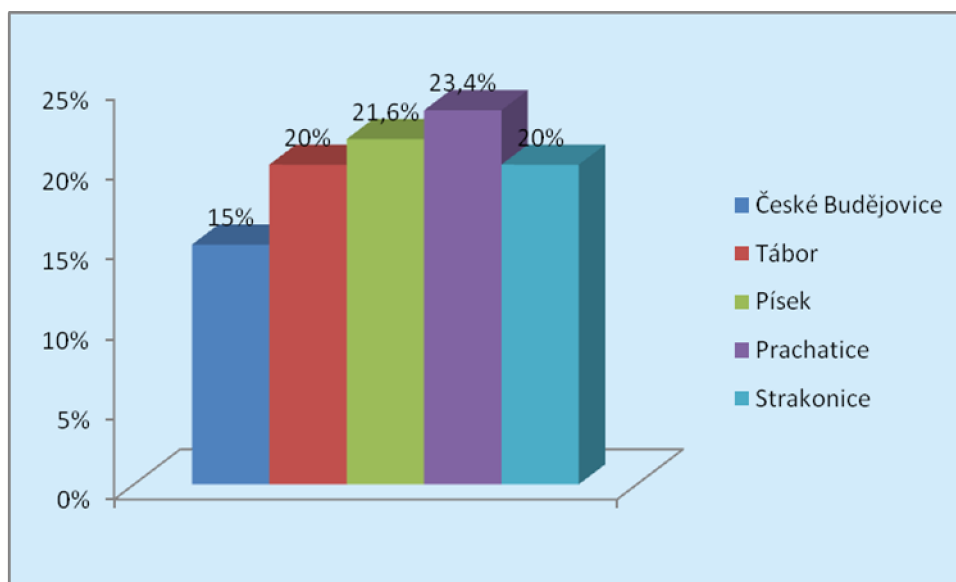
Z celkového počtu 60 (100 %) sester pracuje ve zdravotnictví 1 (1,7 %) sestra s praxí 0 – 5 let, 6 – 10 let je 17 (28,3 %) sester, v rozmezí 11- 20 let je 30 (50 %) sester, 21 a více je 12 (20 %) sester.

Graf 5 – Délka praxe v ADP



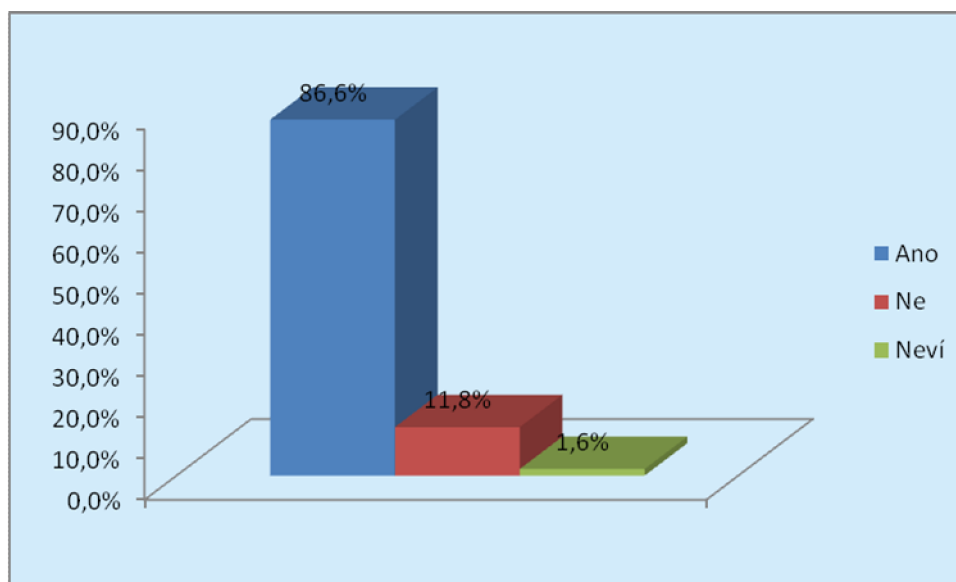
Z celkového počtu 60 (100 %) sester má praxi v ADP v rozmezí 0 – 5 let 19 (31,6 %) sester, 6 – 10 let 31 (51,8 %) sester, 11 – 15 let 9 (15 %) sester, 16 a více odpovíděla 1 (1,6 %) sestra.

Graf 6 – Lokalita ADP



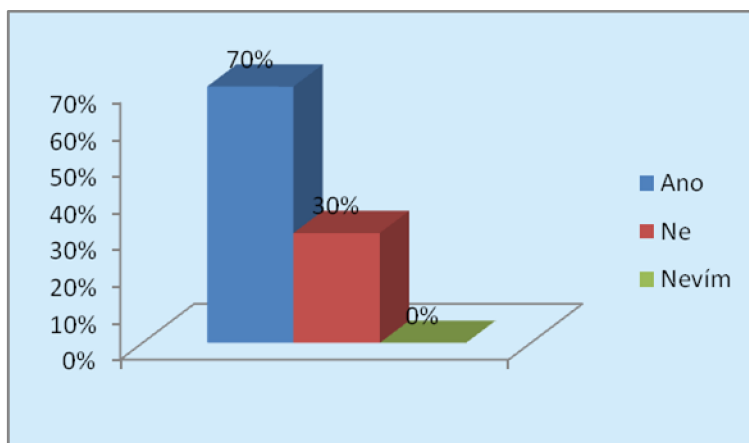
Z celkového počtu 60 (100 %) pracuje 9 (15 %) sester v Českých Budějovicích, 12 (20 %) sester pracuje v Táboře, v Písku pracuje 13 (21,6 %) sester, 14 (23,4 %) sester pracuje v Prachaticích a ve Strakonici pracuje 12 (20 %) sester.

Graf 7 – Používání ošetrovateľskej dokumentácie



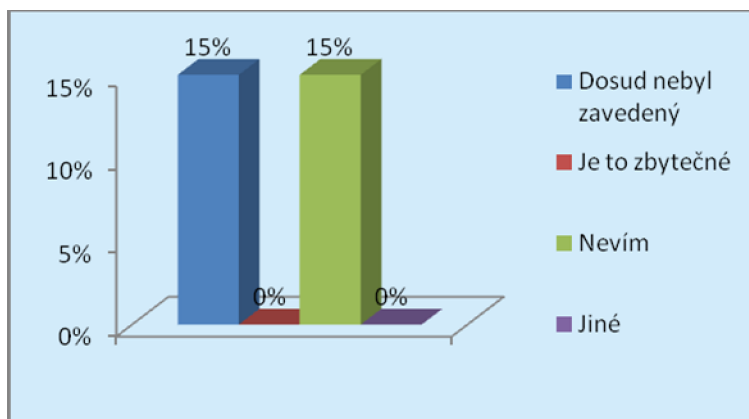
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentek dokumentaci používá 52 (86,6 %) sester, 7 (11,8 %) sester dokumentaci nepoužívá a 1 (1,6 %) sestra neví, zda ošetrovateľskou dokumentaci používá.

Graf 8 – Používání ošetrovatelského procesu



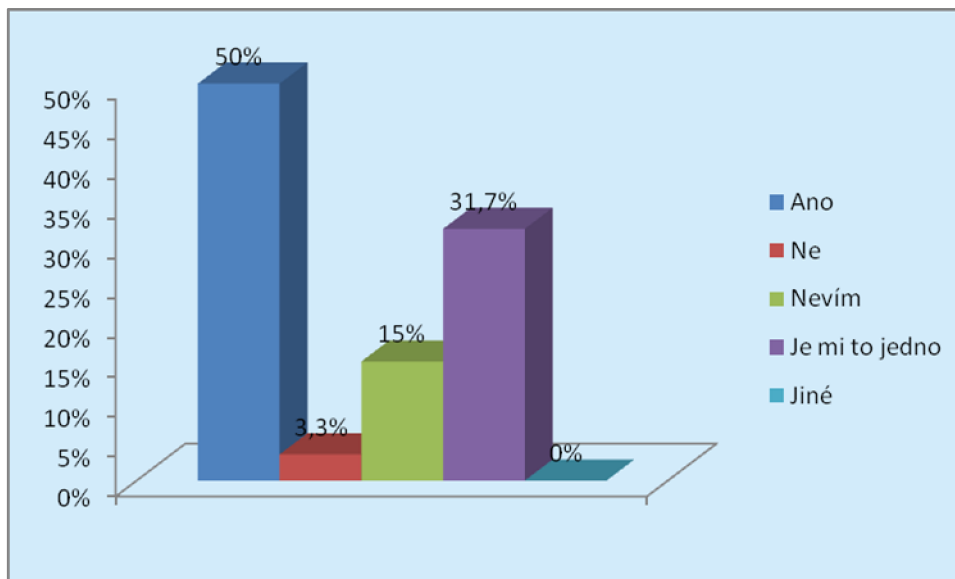
Z celkového počtu 60 (100 %) sester, pracuje s ošetrovatelským procesem 42 (70 %) sester, 18 (30 %) sester s ním nepracuje.

Graf 9 – Důvod nepoužívání ošetrovatelského procesu



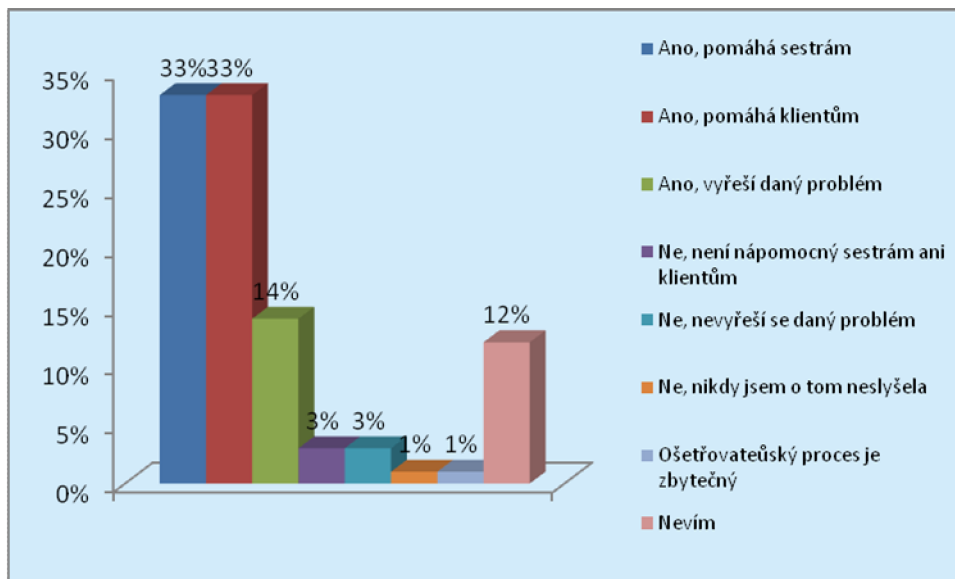
Z celkového počtu 18 (100 %) sester, které nepoužívají ošetrovatelský proces uvádí 9 (50 %), že ošetrovatelský proces nebyl v jejich ADP zaveden a 9 (50 %) důvod neznalo.

Graf 10 – Zájem o ošetrovatelský proces



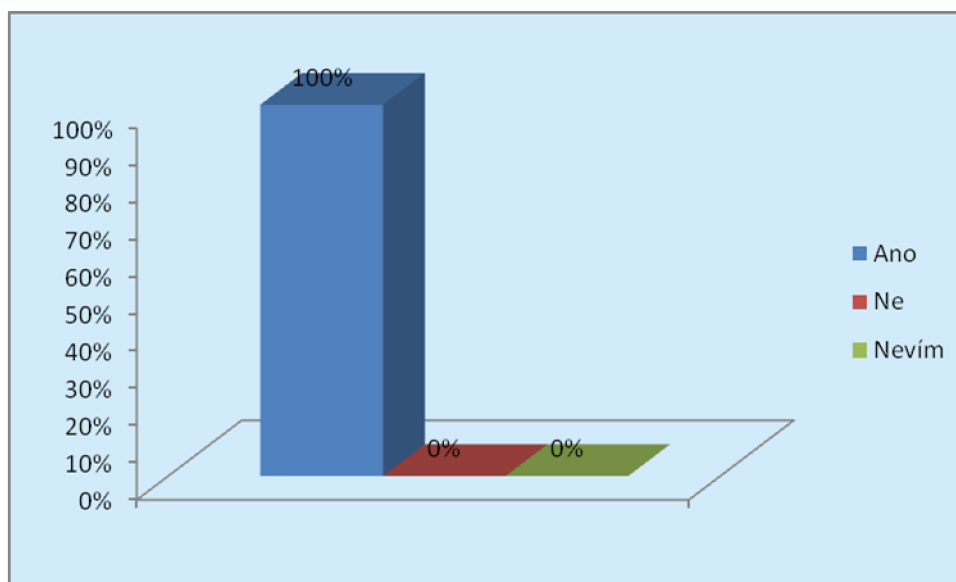
Z celkového počtu 60 (100 %) sester, odpovědělo 30 (50 %) sester má zájem o ošetrovatelský proces, 2 (3,3 %) sestry nechtějí s ošetrovatelským procesem pracovat, 9 (15 %) sester neví, 19 (31,7 %) sestrám je jedno, zda budou pracovat s ošetrovatelským procesem.

Graf 11 – Význam ošetrovateľského procesu



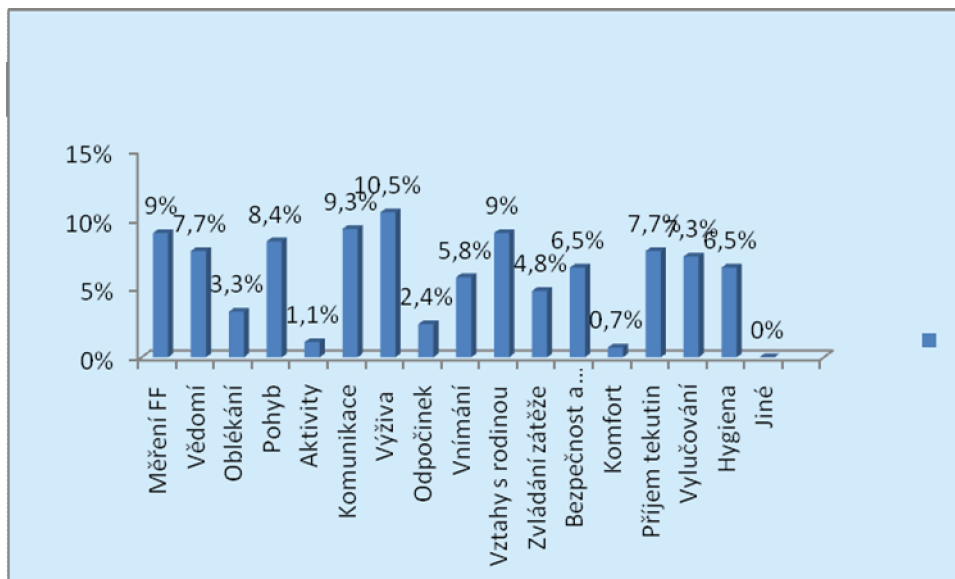
Na otázku odpovedělo 60 sester, získali jsme 109 odpovědí (100 %). 36 sester (33 %) odpovědí si myslý, že ošetrovateľský proces sestrám pomáha, stejný počet sester si myslý, že ošetrovateľský proces pomáha klientům, 15 sester (14 %) odpovědí si myslý, že se daný problém vyřeší, 3 sestry (3 %) odpovědí tvrdí, že není nápomocný, stejný počet sester si myslý, že se nevyřeší daný problém, 1 sestra (1 %) odpovědí nikdy neslyšela o ošetrovateľském procesu, též 1 sestra (1 %) odpovědí se domnívá, že ošetrovateľský proces je zbytočný a 12 sester (12 %) odpovědí neví.

Graf 12 – Hodnocení stavu klienta



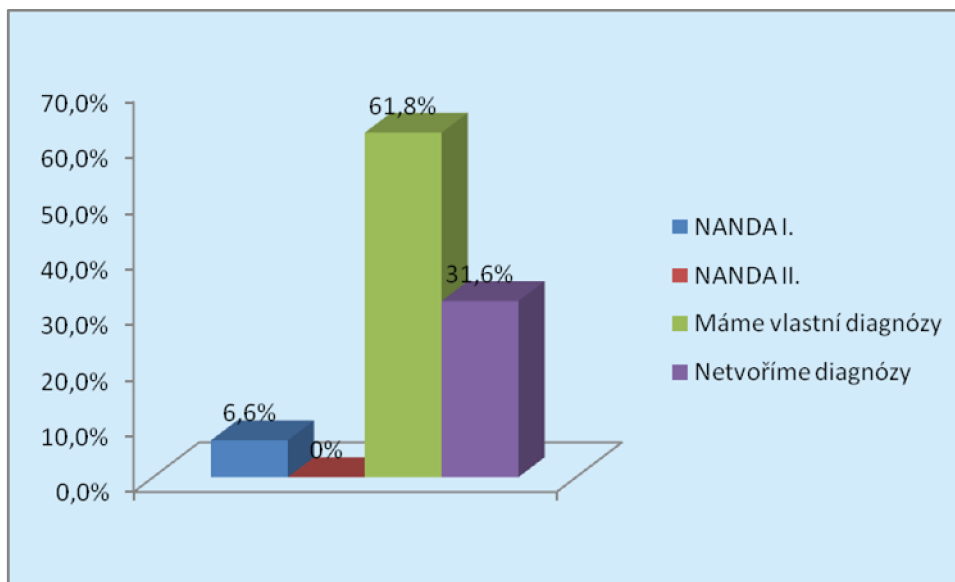
Z celkového počtu 60 (100 %) sester hodnotí stav klienta 60 (100 %) sester.

Graf 13 – Hodnocení klienta



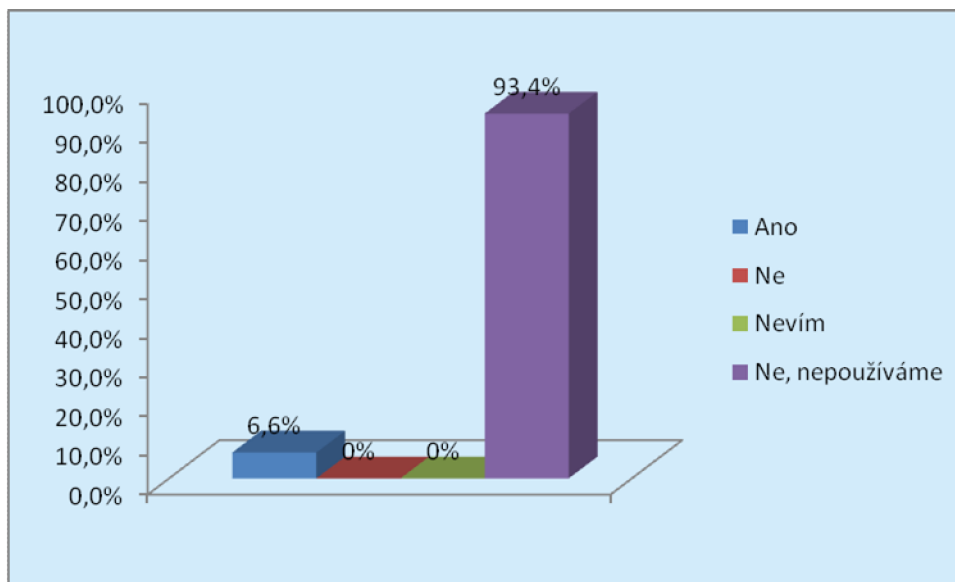
Na otázku odpovědělo 60 sester, zísali jsme 533 odpovědí (100 %). 48 sester (9 %) odpovědí měření FF, 41seste (7,7 %) odpovědí sleduje vědomí, 18 sester (3,3 %) odpovědí sleduje oblékání u klienta, 45 sester (8,4 %) odpovědí sleduje pohyb, 6 sester (1,1 %) odpovědí sleduje aktivity u klienta, 50 sester (9,3 %) odpovědí hodnotí komunikaci, 56 sester (10,5 %) odpovědí sleduje výživu u klienta, 11 sester (2,4 %) odpovědí hodnotí odpočinek, 31 sester (5,8 %) odpovědí vnímání, 48 sester (9 %) odpovědí sleduje vztahy s rodinou, 26 sester (4,8 %) odpovědí sleduje zvládání zátěže, 35 sester (6,5 %) odpovědí sledují bezpečnost a ochranu u klienta, 4 sestry (0,7 %) odpovědí sledují komfort, 41 sester (7,7 %) odpovědí sleduje u klienta příjem tekutin, 39 sester (7,3 %) odpovědí sleduje vylučování, 34 sester (6,5 %) odpovědí hodnotí hygienu.

Graf – 14 Používání ošetrovatelských diagnóz



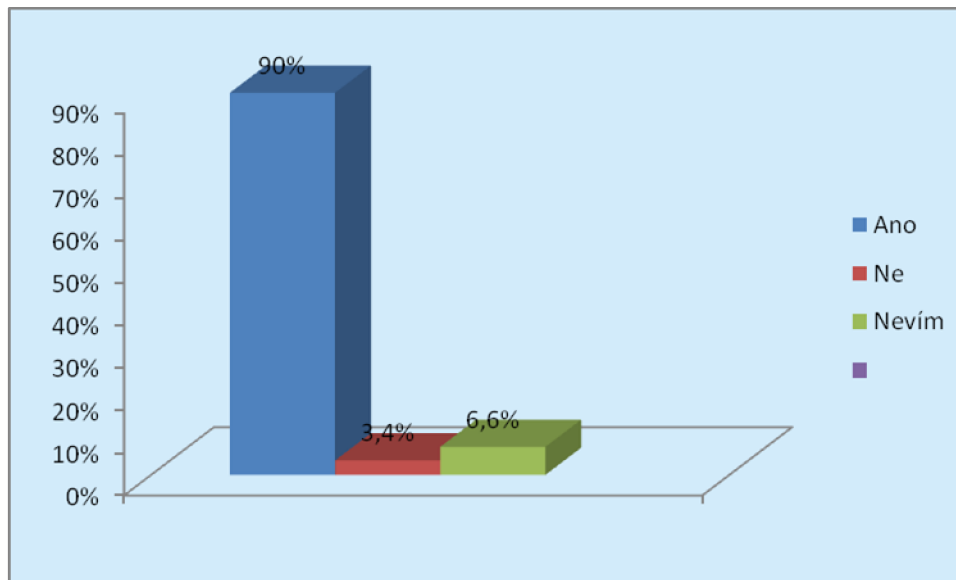
Z celkového počtu 60 (100 %) sester odpověděly 4 (6,6 %) sestry, že NANDU I používají, vlastní diagnózy tvoří 37 (61,8 %) sester a 19 (31,6 %) sester diagnózy netvoří. NANDU II nepoužívá žádná sestra,

Graf 15 – Znalost rozdílů mezi NANDA I a NANDA II



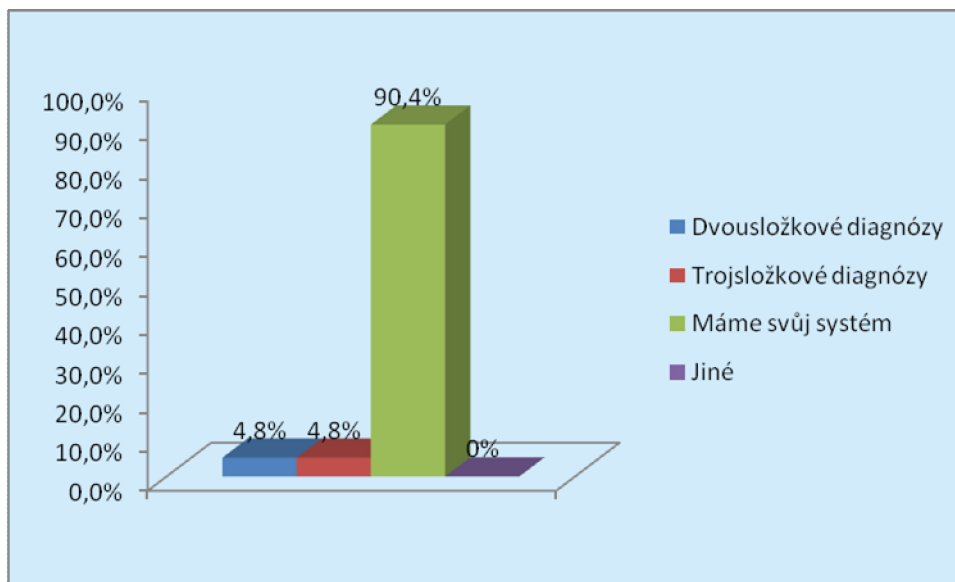
Z celkového počtu 60 (100 %) sester, 4 (6,6 %) sester zná rozdíl mezi NANDA I a NANDA II a 56 (93,4 %) sester NANDU nepoužívají.

Graf 16 – Znalost rozdílu mezi aktuální a potenciální ošetrovatelskou diagnózou



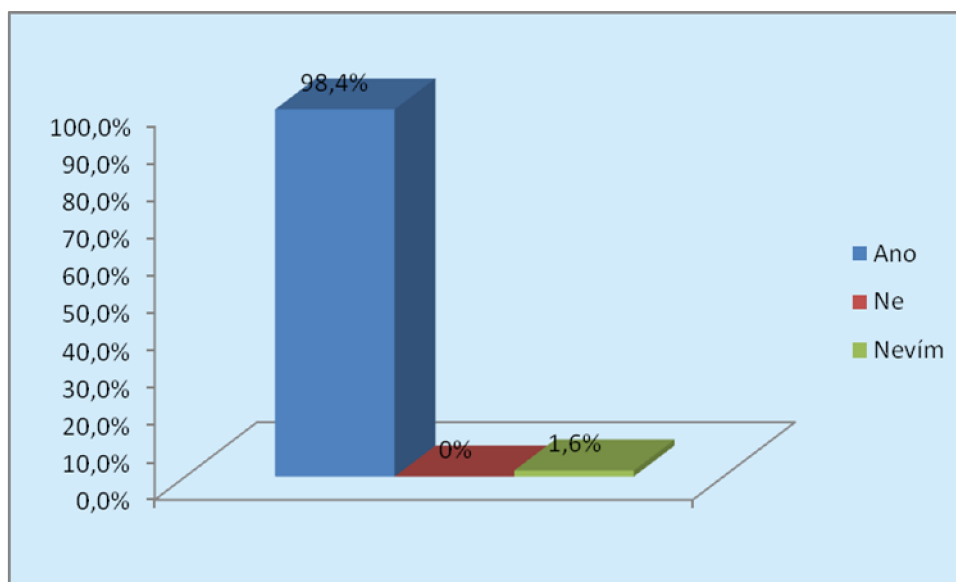
Z celkového počtu 60 (100 %) sester, 54 (90 %) sester zná rozdíl mezi aktuální a potenciální ošetrovatelskou diagnózou, 2 (3,4 %) sestry ten rozdíl nezná a 4 (6,6 %) sestry neví.

Graf 17 – Forma ošetrovateľských diagnóz



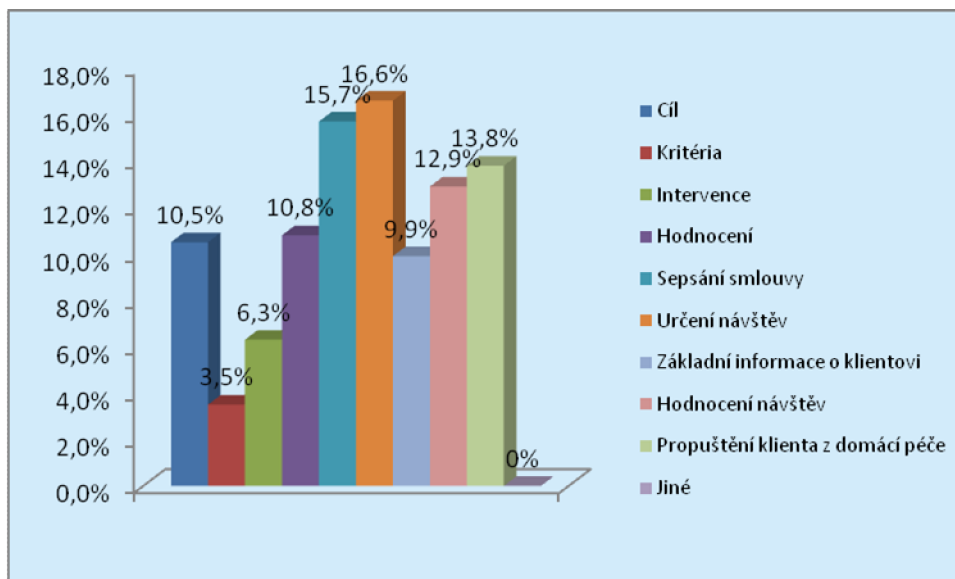
Z celkového počtu 60 sester (100 %) odpovedí. Dvousložkové diagnózy používajú 2 (4,8 %) sestry, 2 (4,8 %) sestry odpovedeli, že používajú trojsložkové diagnózy, 37 (90,4 %) sester odpovedelo, že používajú vlastný systém.

Graf 18 – Tvoření ošetřovatelského plánu



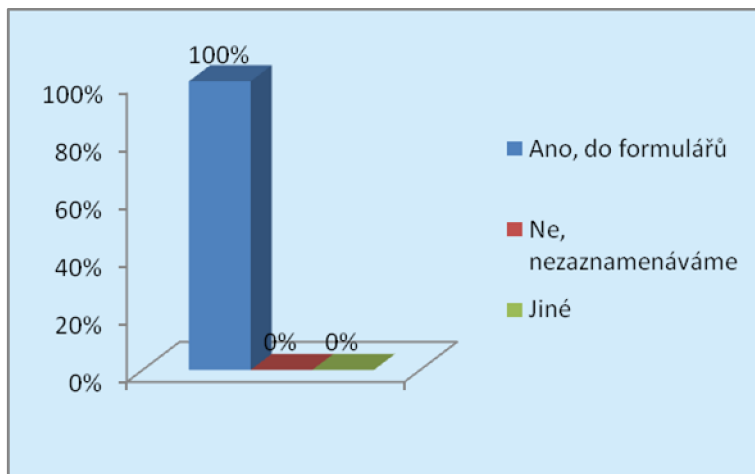
Z celkového počtu 60 (100 %) sester, 59 (98,4 %) sester ošetřovatelský plán tvoří a 1 (1,6 %) sestra neví.

Graf 19 – Součásti vytvořeného ošetrovatelského plánu



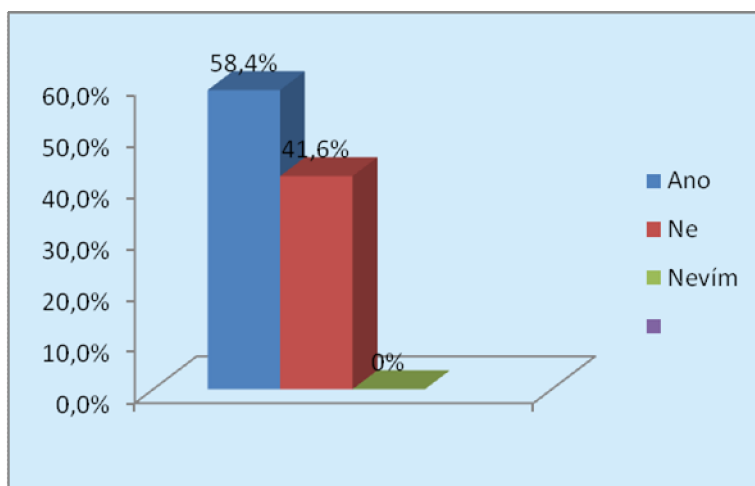
Na otázku odpovědělo 60 sester, získali jsme 331 odpovědí (100 %). 35 sester (10,5 %) odpovědí sleduje cíl, 10 sester (3,5 %) odpovědí sleduje kritéria, 21 sester (6,3 %) odpovědí zaznamenává intervence, 36 sester (10,8 %) odpovědí hodnotí klienta, 52 sester (15,7 %) odpovědí sepisuje s klientem smlouvu, 55 sester (16,6 %) odpovědí určuje návštěvu u klienta, 33 sester (9,9 %) odpovědí zaznamenává základní informace o klientovi, 43 sester (12,9 %) odpovědí hodnotí návštěvy u klienta, 46 sester (13,8 %) odpovědí zaznamenává propuštění klienta u domácí péče.

Graf 20 – Záznam domácí návštěvy



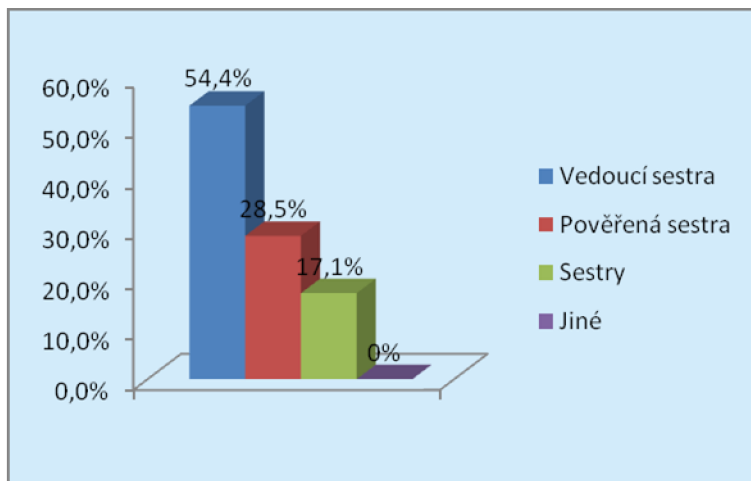
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů zaznamenává záznam do formulářů.

Graf 21 – Ošetrovatelské standardy v ADP



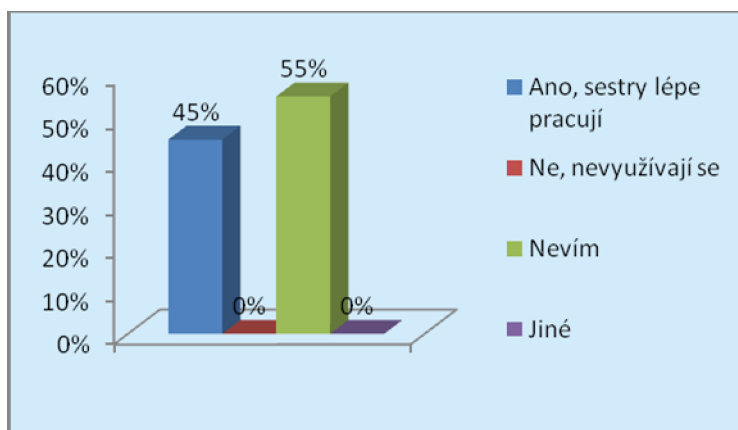
Z celkového počtu 60 (100 %) sester, uvedlo, že v agenturách domácí péče mají ošetrovatelské standardy 35 (58,4 %) sester a 23 (41,6 %) sester je nemají.

Graf 22 – Tvorba ošetrovateľských standardů



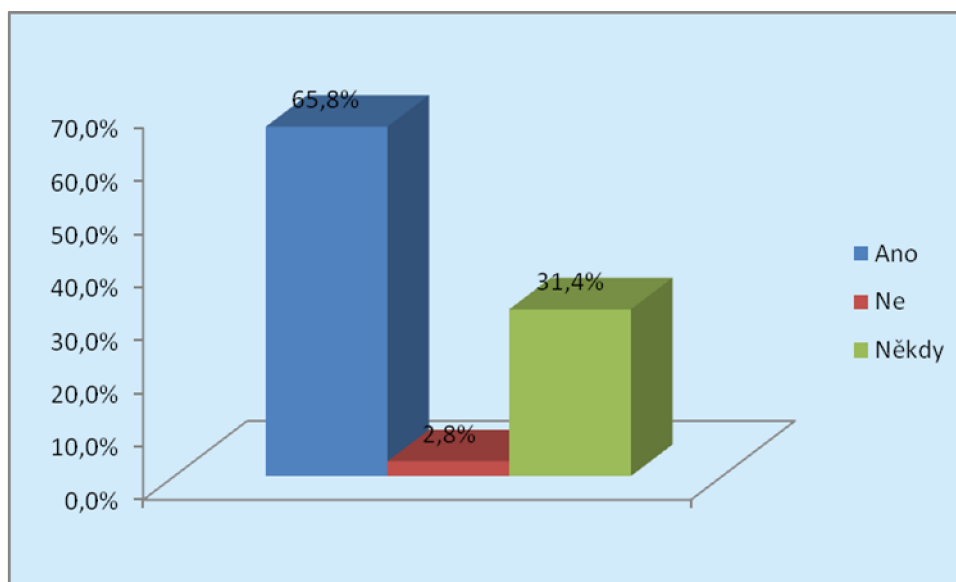
Z celkového počtu 35 (100 %) sester se na tvorbě standardů podílí 19 (54,4 %) vedoucích sester, 10 (28,5 %) pověřených sester a 6 (17,1 %) sester.

Graf 23 – Význam ošetrovateľských standardů



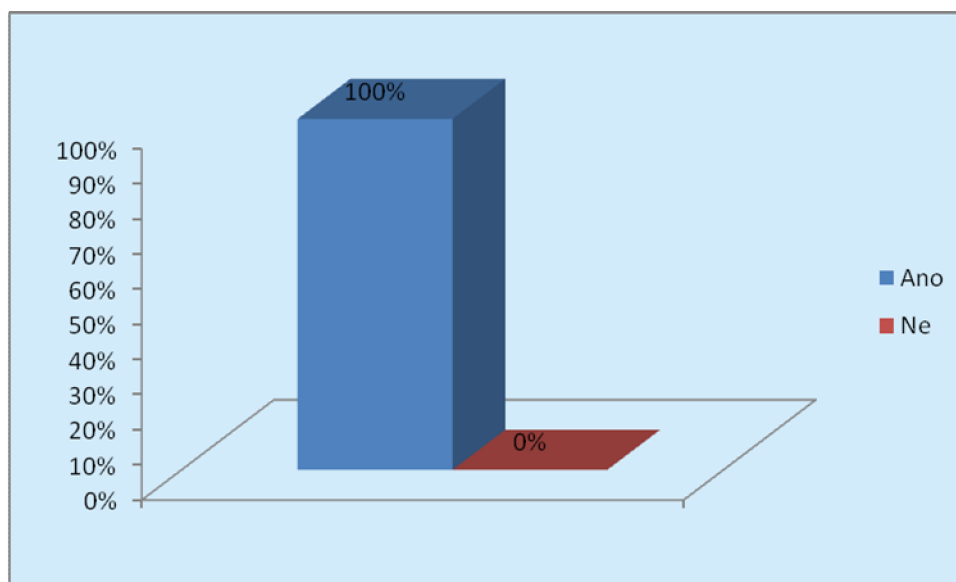
Z celkového počtu 60 (100 %) sester se 27 (45 %) sester domnívá, že podle standardů se lépe pracuje a 33 (55 %) sester neví.

Graf 24 – Práce sester dle daných ošetrovatelských standardů



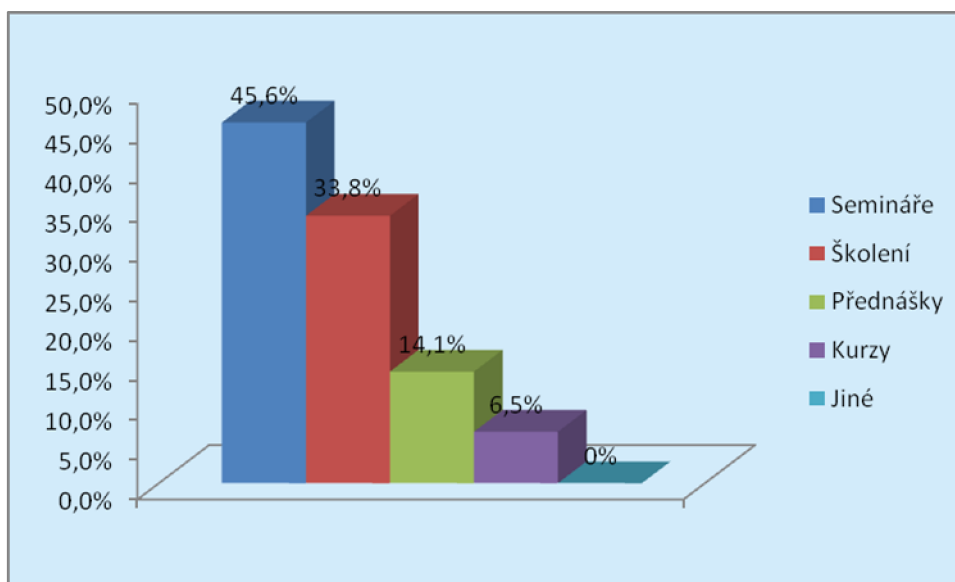
Odpovědělo celkem 35 (100 %) sester, z toho 23 (65,8 %) sester pracují podle standardů, 1 (2,8 %) sestra se nedrží daných standardů a 11 (31,4 %) sester podle standardů pracuje jen někdy.

Graf 25 – Umožněné vzdělávání zaměstnavatelem



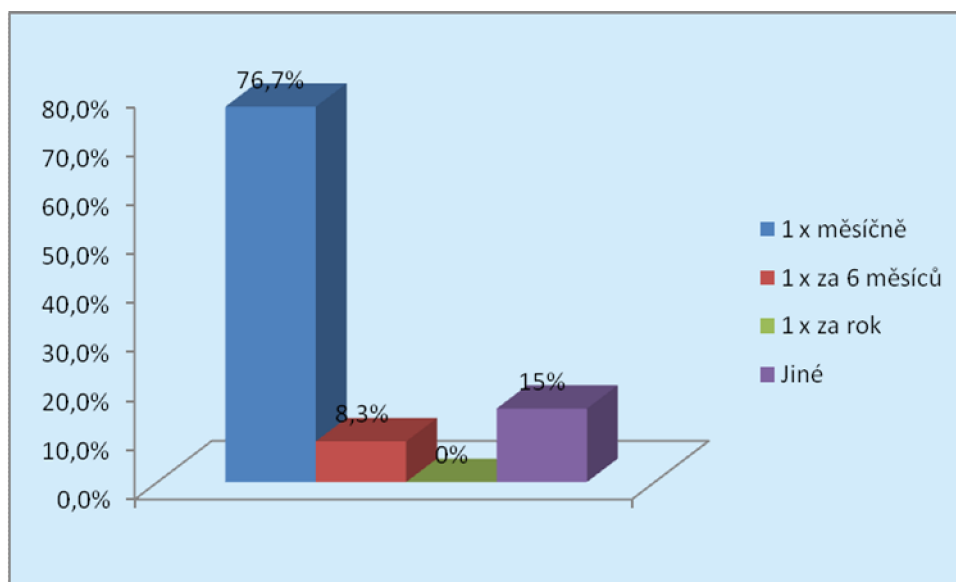
Z celkového počtu 60 (100 %) sester odpovědělo, že zaměstnavatel jim umožňuje vzdělávání.

Graf 27 – Způsob vzdělávání



Na otázku odpovědělo 60 sester, získali jsme 127 odpovědí (100 %). 58 sester (45,6 %) odpovědí se vzdělává formou seminářů, 43 sester (33,8 %) odpovědí se školení, 18 sester (14,1 %) odpovědí chodí na přednášky a 8 sester (6,5 %) odpovědí se vzdělává formou kurzů.

Graf 28 – Pravidelnost školení



Z celkového počtu 60 (100 %) sester odpovědělo, 46 (76,7 %) sester se školí 1 x měsíčně, 5 (8,3 %) sester se školí 1 x za rok a 9 (15 %) sester je školeny jinou formou.

5. Diskuze

Cílem naší práce bylo zjistit, zda sestry zaměstnané v agenturách domácí péče pracují metodou ošetrovatelského procesu a zda používají k ošetrovatelské diagnostice taxonomii NANDA II.

Výzkum byl uskutečněný v agenturách domácí péče Jihočeského kraje v následujících městech: České Budějovice, Písek, Prachatice, Strakonice a Tábor (graf 6). V Písku, Prachaticích, Strakonici a Táboře s výzkumem souhlasilo vedení všech agentur domácí péče a vyšli mi vstříc při jeho provádění. V Českých Budějovicích mi byl bohužel výzkum umožněn pouze v jedné agentuře domácí péče. Sestrám byl v každém zařízení rozdán dotazník obsahující 28 otázek k potvrzení či vyvrácení předpokládaných hypotéz. Bylo celkem rozdáno 60 dotazníků a celý počet se vrátil správně vyplněný. Nižší počet ve výzkumu zúčastněných sester je způsoben nízkým počtem sester zaměstnaných v agenturách domácí péče a faktem, že v krajském městě, kde je nejvyšší počet potencionálních respondentek, mně bylo dovoleno rozdat dotazníky pouze v jedné agentuře (9 respondentek). Přesto považuji vzorek pro Jihočeský kraj za reprezentativní, protože kromě Českých Budějovic se zúčastnily všechny agentury domácí péče.

V části všeobecných otázek jsem dle mého předpokladu zjistila, že v agenturách domácí péče pracují sestry pouze ženského pohlaví (graf 2), nejčastěji ve věku 36-40 let (graf 1). Výsledek odpovídá práci Misconiové: S ohledem na potřebnou délku celkové praxe poskytovatelů komplexní domácí péče - zákon č.160/1992 Sb. ukládá minimálně 5 let praxe z toho dva roky u lůžka a s dalšími aspekty, které jsou vztaženy na nutnost zajištění materiálně technického zázemí agentur domácí péče ADP - většina členů týmů ADP je ve věkové kategorii od 27 do 45 let. S ohledem na samostatnost činnosti v oblasti, která zasahuje do kvality lidského života, zdraví a nemoci jedince i společnosti musí mít členové týmů ADP schopnost aplikovat teoretické poznatky v praxi. Člen týmu ADP, který postrádá flexibilitu a schopnost improvizace v obtížných situacích, které přináší praxe, neobstojí, jeho ADP zanikne, či je okamžitě eliminován z týmu ADP. (17).

V dotazovaném souboru pětiletou praxi nesplňovala pouze 1 respondentka s praxí pod 5 let, která by správně v agentuře domácí péče neměla pracovat (graf 4). Vzhledem k tomu, že sestry agentur domácí péče pracují v terénu samostatně a jsou zodpovědné za správnou péči o své klienty, je určitě správná požadovaná pětiletá praxe před jejich samostatnou činností. Registrace sester je samozřejmostí pro jejich samostatnou činnost. Pro péči v agenturách domácí péče doslova platí, že je zcela adresná a každý člen ošetrovatelského týmu nese konkrétní odpovědnost za péči o svěřeného klienta.

Sestry dosáhly nejčastěji středoškolského vzdělání, v 80% případů na střední zdravotnické škole a v 13,4% případů na střední zdravotnické škole s následnou specializací. Pouze 3,3% respondentek mělo vyšší odborné vzdělání a 3,3% respondentek mělo vzdělání bakalářské (graf 3). Dle všeobecných doporučení o vzdělání sester v agenturách domácí péče by minimálně vedoucí sestra (vrchní sestra) měla mít magisterské nebo alespoň bakalářské vzdělání. (17) Považují za vhodné, aby se do budoucna počet sester s vysokoškolským vzděláním neustále zvyšoval a takto vzdělané sestry nepracovaly jen na vedoucích pozicích, což by neměl být vzhledem k novému systému vzdělávání sester problém.

Další část otázek byla zaměřena na vedení ošetrovatelské dokumentace a vlastní ošetrovatelský proces. Před zahájením výzkumu jsem předpokládala, že všechny sestry agentur domácí péče budou používat ošetrovatelskou dokumentaci a ošetrovatelský proces. K mému překvapení ošetrovatelskou dokumentací používá pouze 86,6% sester (graf 7) a ošetrovatelský proces dokonce jen 70% sester (graf 8). V důvodech, proč se ošetrovatelský proces nepoužívá, polovina uvedla, že doposud nebyl zavedený a druhá polovina, že neví (graf 9). Je škoda, že sestry pracující s klienty většinou dlouhodobě či dokonce terminálně nemocnými, často vysokého věku a obtížně spolupracujícími, nevyužívají ošetrovatelský proces zajišťující plánovanou a individualizovanou péči, která vede k pochopení příčin jejich chování a nachází způsob, jak k nim přistupovat.(24)

V otázce týkající zájmu o práci ošetrovatelským procesem 50% sester mělo zájem takto pracovat. 31,7% sester to bylo jedno, 15% z nich nevědělo a 3,3% sester

zájem nemělo (graf 10). Pouze 50% sester majících zájem pracovat ošetrovatelským procesem je dle mého mínění nízký počet a bylo by dobré tento stav vylepšit. Na druhou stranu jen 3,3% respondentek zájem nemělo. Tento stav se zajisté bude zlepšovat zvýšením počtu sester v agenturách domácí péče, které mají vyšší odborné, bakalářské nebo magisterské studium. Tyto sestry budou působit i na ostatní sestry v kolektivu a procento sester pracujících ošetrovatelským procesem a považujících tento proces za užitečný se bude blížit ideálnímu stavu 100%.

Podobně dopadly odpovědi na otázku důležitosti využití ošetrovatelského procesu (graf 11). Shodně 36 sester (33 %) považovalo proces za pomáhající sestřám a pomáhající klientům a 15 sester (14%) za proces řešící daný problém. Sestry považující proces za nenápomocný sestřám a klientům (5% dotazovaných) anebo dokonce za proces zbytečný (1,6% dotazovaných) jsou určitě skupinou, kterou by bylo vhodné nadále vzdělávat a přesvědčovat o výhodnosti ošetrovatelského procesu pro poskytování individualizované vstřícné ošetrovatelské péče, vedoucího ke zvyšování kvality a efektivity při ošetrování nemocných. Vysvětlit sestřám, že ošetrovatelský proces není jen přínosem pro klienta, ale i pro sestry samé. Zvyšuje jejich samostatnost, kompetence, odpovědnost a seberealizaci v jejich profesi, jak uvádí Staňková. (23)

100% sester hodnotí stav klienta (graf 12). V grafu 11 jsou zhodnoceny jednotlivé procesy a vyšetření, která jsou u jednotlivých klientů prováděna. Samozřejmě šíře hodnocených stavů a vyšetření se liší dle závažnosti stavu klienta, jsou ordinována lékařem a sestry je dle této ordinace provádějí.

Skupina otázek týkajících se ošetrovatelských diagnóz zjistila, že 68,4% sester tvoří ošetrovatelské diagnózy. 6,6% sester dle taxonomie NANDA I a 61,8% sester využívá vlastní ošetrovatelské diagnózy. Žádná sestra nepoužívá taxonomii NANDA II (graf 14). Sestry používající taxonomii NANDA I znaly rozdíl mezi NANDA I a NANDA II (graf 15). Potvrdila se hypotéza 2, že sestry pracující v agenturách domácí péče nepoužívají k ošetrovatelské diagnostice taxonomii NANDA II. Protože taxonomie NANDA II je v České republice teprve zaváděna a využívají ji zejména nemocnice, není proto možné, aby agentury domácí péče používaly vlastní systém ošetrovatelských diagnóz. Též agentury používající taxonomii NANDA I postupují zatím správně a

postupně by měly přecházet na taxonomii NANDA II. Sestrám, které nepracují s ošetrovatelskými diagnózami nebo které používají vlastní ošetrovatelské diagnózy, je dobré vysvětlovat výhody systému NANDA. Jedná se o systém jednotné klasifikace, který je užitečný pro vytvoření společného odborného jazyka. Sestra, využívající taxonomii při hodnocení klienta, snáze najde a definuje jeho problém s následným správným řešením. Taxonomie umožňuje snazší dorozumění v ošetrovatelském týmu při komunikaci o klientech, jak uvádí Marečková. (12) Taxonomie NANDA II definuje jako nezbytnou součást ošetrovatelské diagnózy mezinárodní číselný kód. Je důležitou prevencí záměny a měl by se používat v písemné i elektronické ošetrovatelské dokumentaci. (12)

Odpovědi na otázky spojené s ošetrovatelským plánem ukázaly, že ošetrovatelský plán tvoří 98,3% sester (graf 18) a v grafu 19 je podrobně rozebráno, co tvoří ošetrovatelské plány. Správně jsou ve 100 % provedeny záznamy o všech domácích návštěvách (graf 20).

Ošetrovatelské standardy mají v agenturách domácí péče, jak uvedlo 35 sester (58,3%) (graf 21) a většinou jsou tvořeny vedoucí sestrou (graf 22). Zde by bylo vhodné zvýšit procento agentur používajících ošetrovatelské standardy, protože jejich zavedení vede ke zkvalitnění ošetrovatelské péče a ke snížení vzniku možných chyb a provádění nesprávných nebo nedostatečných postupů. Bohužel jen 65,7% sester, pokud jsou standardy vytvořeny, je dodržuje a dokonce 1 sestra uvedla, že standardy nikdy nedodržuje (graf 24). Myslím, že pokud jsou již standardy vytvořeny, měly by se v 100% využívat a měly by být pro všechny sestry závazné. Pokud jsou standardy vytvořeny dobře, jsou zárukou správného postupu a pokud sestra podle nich postupuje, chrání ji v případě eventuální stížnosti klienta anebo dokonce žaloby. Zde považuji za nejdůležitější vyzdvihnout přehlednost, stručnost a maximální srozumitelnost vytvářených standardů. Standard, v kterém se sestra rychle a jednoduše neorientuje, nepovažuji za ideální.

Poslední okruh otázek se týkal dalšího vzdělávání sester. Zde jsem s potěšením zjistila, že další vzdělávání sester je umožněno ve sto procentech (graf 25) a 76,6% sester se vzdělává minimálně jednou měsíčně. Další vzdělávání sester v agenturách

domácí péče zajistí povede ke zvýšení kvality jejich práce, k schopnosti aplikovat novinky v praxi a do budoucna zajistí vyšší procento sester využívající ošetrovatelský proces a ošetrovatelskou dokumentaci ke své práci.

6. Závěr

Cílem naší práce bylo potvrdit nebo vyvrátit hypotézy, že sestry zaměstnané v agenturách domácí péče pracují metodou ošetrovatelského procesu a že nepoužívají k ošetrovatelské diagnostice taxonomii NANDA II.

Hypotéza, že sestry zaměstnané v agenturách domácí péče pracují metodou ošetrovatelského procesu, nebyla potvrzena. Pouze 70 % sester agentur domácí péče využívá ošetrovatelský proces. Vzhledem k tomu, že všechny sestry v dotazovaných agenturách domácí péče mají možnost se dále vzdělávat a předpokládanému zvýšení počtu sester s vyšším odborným, bakalářským nebo magisterským studiem, se do budoucna určitě práce metodou ošetrovatelského procesu zvýší a postupně dosáhne optimálních sto procent.

Hypotéza, že sestry nepoužívají k ošetrovatelské diagnostice taxonomii NANDA II, byla potvrzena. Vzhledem k tomu, že taxonomie NANDA II se v České republice teprve zavádí a pomalu začne být využíván zejména v nemocnicích, je pravděpodobné, že v dalších letech se objeví i v agenturách domácí péče.

Výsledky výzkumné práce budou poskytnuty sestrám a vedoucím pracovníkům v agenturách domácí péče, kde bylo dotazníkové šetření prováděno za účelem zkvalitnění ošetrovatelské péče poskytované metodou ošetrovatelského procesu. Získané poznatky poslouží i k vytvoření ošetrovatelského procesu v agenturách domácí péče, kde není zaveden.

7. Seznam použitých zdrojů

Litartura

- 1) ALEXANDER, M. *Lemon 1 – Learning Material On Nursing*. Přel. J. Heřmanová a M. Staňková. 1. vyd. WHO, 1996. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
- 2) *Celoživotní vzdělávání*. [cit. 2008-01-31]. Dostupné z <<http://sestra.in/first/news.php>>.
- 3) *Co znamená domácí péče (Home care)*. [cit. 2008-01-31]. Dostupné z <<http://www.zpma.cz/clanek/domaci-zdravotni-pece-home-care>>
- 4) FARKAŠOVÁ, D. *Ošetřovatelství – teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. s. 211. ISBN 80-8063-227-8.
- 5) HANZLÍKOVÁ, A. a kolektiv. *Komunitní ošetřovatelství*. 1. české vydání, Martin: Osveta, 2007. 279 s. ISBN 978-808063-257-1.
- 6) JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- 7) KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetřovatelství*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
- 8) KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVERIOVÁ, R. *Ošetřovatelstvo 1*. 1. slovenské vydání. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- 9) KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVERIOVÁ, R. *Ošetřovatelstvo 2*. 1. slovenské vydání. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- 10) KUPKA, N. *Nejslavnější česká svěťice*. [cit. 2008-01-22]. Dostupné z <<http://zivotopisyonline.cz/anezka-ceska.php>>.
- 11) KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- 12) MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: GRADA Publishing, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

- 13) MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. Díl – Systémový přístup*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- 14) MISCONIOVÁ, B. *Anamnestika, Diagnostika a Plánování v Komplexní domácí péči*. 1. vyd. NCDP a ADP ČR, 2004. 239 s. ISBN neuvedeno.
- 15) MISCONIOVÁ, B. Česká domácí péče včera, dnes a zítra. *Časopis lékařů českých*. Praha: 2003, roč. 142, č. 12, s. 68. ISSN 0008-7335.
- 16) MISCONIOVÁ, B. *Národní centrum domácí péče České republiky*. [cit. 2008-01-20]. Dostupné z <<http://www.domaci-pece.info/>>.
- 17) MISCONIOVÁ, B. *Národní centrum domácí péče*. [cit. 2008-01-25]. Dostupné z <<http://www.domaci-pece.info/prehled-vyvoje-komplexni-domaci-pece-na-uzemi-cr-v-obdobi-let-1990-az-1996-bc-blanka-misconiova>>.
- 18) MISCONIOVÁ, B. *Stručný průvodce domácí péče*. 1. vyd. ADP ČR, 1998. 270 s. ISBN neuvedeno.
- 19) MLÝNKOVÁ, J. *Významné ženy ošetrovatelství*. [cit. 2008-01-22]. Dostupné z <<http://www.florence.cz/cislo.php?stat=234>>
- 20) POCHYLOVÁ, K. - *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 1. Vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. 49 s. ISBN 80-7013-263-9.
- 21) POKOJOVÁ, R. Modulový systém specializačního vzdělávání sester. *Sestra*, Praha: 2006, roč. 16, č. 1, s. 13. ISSN 1210/0404.
- 22) STAŇKOVÁ, M. - *Jak provádět ošetrovatelský proces, České ošetrovatelství 4*, Praktická příručka pro sestry. Brno: 2005, 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
- 23) STAŇKOVÁ, M. - *Jak zavádět ošetrovatelský proces do praxe, České ošetrovatelství 3*, Praktická příručka pro sestry. Brno: 2005, 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
- 24) STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1996. s. 193. ISBN 80-7184-243-5.

- 25) ŠAMÁNKOVÁ, M. a kolektiv. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. s. 353. ISBN 80-246-1091-4.
- 26) TOPINKOVÁ, E. Nové trendy při poskytování péče v domácnosti u klientů vyššího věku. *Časopis lékařů českých*. Praha: 1994, roč. 133, č. 16, s. 490. ISSN neuvedeno.
- 27) TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: 2005, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
- 28) VÖRÖSOVÁ, G. a kolektiv. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminologie v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2007. 112 s. ISBN 978-80-8063-242-7.
- 29) Vyhláška č. 423/2004 Sb. kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. [cit. 2008-01-22]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/452-vyhlaska-c-4232004-sb.html>>.

- 30) Vyhláška č. 463/2004 Sb., která stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odborností zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. [cit. 2008-01-22]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/286-iv-pracovnici-ve-zdravotnictvi.html>>.
- 31) Vyhláška č. 49/1993 Sb. o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení. [cit. 2008-01-22]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/37-informace-o-pravnich-predpisech-upravujicich-oblast-zdravotnickych-prostredku-v-ceske-republice-information-on-legal-provisions-regulating-the-field-of-medical-devices-in-the-czech-republic.html>>.
- 32) Vyhláška č. 55/2000 Sb. Seznam diagnostických a terapeutických výkonů s bodovými hodnotami. [cit. 2008-01-22]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/281-i-organizace-zdravotnictvi-a-zdravotni-pojisteni.html>>.
- 33) *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče, Etický kodex sester, Charty práv pacientů. České ošetrovatelství 2. Praktická příručka pro sestry. 1. vyd. Brno: 2004. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.*
- 34) Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. [cit. 2008-01-22]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/14-vyhlaska-c-3842007-sbo-seznamu-referencnich-skupin.html>>.
- 35) 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. [cit. 2008-01-22]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/286-iv-pracovnici-ve-zdravotnictvi.html>>.
- 36) *Žádost o prodloužení osvědčení.* [cit. 2008-01-22]. Dostupné z <<http://www.mzd.cz/Odbornik/Pages/206-zadost-o-prodlouzeni-osvedceni.html>>.

8. Klíčová slova

Agentura domácí péče

Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelské diagnózy

Sestra

Klient

9. Přílohy

Seznam příloh:

Příloha 1 - Dotazník

Příloha 2 – NANDA I

Příloha 3 – NANDA II

Příloha 4 – Smlouva domácí péče

Příloha 1 Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Eliška Tyllová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní, a jeho výsledky budou použity ke zpracování mé Bakalářské práce na téma – „Zavádění ošetrovatelského procesu v agenturách domácí péče“. Prosím Vás, abyste věnovali pozornost těmto otázkám a odpovědi zaškrtnli dle možností, které Vám budou nabídnuté. U některých otázek můžete označit více možností.

Děkuji Vám za spolupráci.

-
- 1) Kolik je Vám let?
 - ☐ 25-30
 - ☐ 31-35
 - ☐ 36-40
 - ☐ 41 a více

 - 2) Jste:
 - ☐ Muž
 - ☐ Žena

 - 3) Jaké máte ukončené vzdělání?
 - ☐ SZŠ
 - ☐ SZŠ se specializací
 - ☐ VOŠ
 - ☐ VŠ – Bc.
 - ☐ VŠ – Mgr.
 - ☐ Jiné dopište prosím

 - 4) Kolik let máte praxi v oboru?
 - ☐ 0-5 let

- ☐ 6-10 let
- ☐ 11-20 let
- ☐ 21 a více

5) Kolik let pracujete pro Agenturu domácí péče? (Dále jen ADP)

- ☐ 0-5 let
- ☐ 6-10 let
- ☐ 11-15 let
- ☐ 16 a více

6) Kde působí Vaše agentura domácí péče?

- ☐ České Budějovice
- ☐ Tábor
- ☐ Písek
- ☐ Prachatice
- ☐ Strakonice

7) Vede Vaše agentura ošetrovatelskou dokumentaci o klientovi?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

8) Používá Vaše ADP ošetrovatelský proces?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

9) Pokud nepoužíváte ošetrovatelský proces, jaký je důvod?

- ☐ Dosud nebyl zavedený

- ☐ Je to zbytečné
- ☐ Nevím
- ☐ Jiné

10) Máte zájem pracovat s ošetrovateľským procesem?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím
- ☐ Je mi to jedno
- ☐ Jiné

11) Myslíte si, že používaní ošetrovateľského procesu je dôležité? (Označte více možností)

- ☐ Ano, pomáhá sestrám
- ☐ Ano, pomáhá klientům
- ☐ Ano, vyřeší daný problém
- ☐ Ne, není nápomocný sestrám ani klientům
- ☐ Ne, nevyřeší se daný problém
- ☐ Ne, nikdy jsem o něm neslyšela
- ☐ Ošetrovateľský proces je zbytečný
- ☐ Nevím

12) Hodnotíte stav klienta?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

13) Co vše hodnotíte na stavu klienta? (Označte více možností)

- ☐ Měření FF

- Vědomí
- Oblékání
- Pohyb
- Aktivita
- Komunikace
- Výživa
- Odpočinek
- Vnímání
- Vztahy s rodinou
- Zvládání zátěže
- Bezpečnost a ochrana
- Komfort
- Příjem tekutin
- Vylučování
- Hygiena
- Jiné

14) K tvorbě ošetrovatelských diagnóz používáte?

- NANDA I.
- NANDA II.
- Máme vlastní diagnózy
- Netvoříme diagnózy
- Jiné

15) Jestli používáte NANDU, víte jaký je rozdíl mezi NANDA I. a NANDA II.?

- Ano
- Ne
- Nevím
- Ne, nepoužíváme

- 16) Víte, jaký je rozdíl mezi aktuální a potenciální ošetrovatelskou diagnózou?
- ☐ Ano
 - ☐ Ne
 - ☐ Nevím
- 17) Jakým způsobem píšete ošetrovatelské diagnózy? (Označte více možností)
- ☐ Dvousložkové diagnózy
 - ☐ Trojsložkové diagnózy
 - ☐ Máme svůj systém
 - ☐ Jiné
- 18) Tvoříte ošetrovatelský plán?
- ☐ Ano
 - ☐ Ne
 - ☐ Nevím
- 19) Co tvoří Vámi použitý ošetrovatelský plán? (Označte více možností)
- ☐ Cíle
 - ☐ Kritéria
 - ☐ Intervence
 - ☐ Hodnocení
 - ☐ Sepsání smlouvy
 - ☐ Určení návštěv
 - ☐ Základní informace o klientovi
 - ☐ Hodnocení návštěv
 - ☐ Propuštění klienta z domácí péče
 - ☐ Jiné
- 20) Zaznamenáváte domácí návštěvy?
- ☐ Ano, do formulářů

- ☐ Ne, nezaznamenáváme
 - ☐ Jiné
- 21) Používá Vaše ADP ošetrovatelské standardy?
- ☐ Ano
 - ☐ Ne
 - ☐ Nevím
- 22) Pokud máte ošetrovatelské standardy, kdo je u Vás tvoří?
- ☐ Vedoucí sestra
 - ☐ Pověřená osoba
 - ☐ Sestry
 - ☐ Jiné
- 23) Myslíte si, že používání standardů je důležité?
- ☐ Ano, sestry lépe pracují
 - ☐ Ne, nevyužívají se
 - ☐ Nevím
 - ☐ Jiné
- 24) Držíte se daných ošetrovatelských standardů?
- ☐ Ano
 - ☐ Ne
 - ☐ Někdy
- 25) Umožňuje Vám zaměstnavatel další vzdělávání?
- ☐ Ano
 - ☐ Ne
- 26) Pokud jste zaškrtnuli ne, tak proč? (Označte více možností)

- ☐ Finančně nákladné
- ☐ Školíme se na své náklady
- ☐ Je to zbytečné
- ☐ Jiné

27) Jakým způsobem se vzděláváte?

- ☐ Semináře
- ☐ Školení
- ☐ Přednášky
- ☐ Kurzy
- ☐ Jiné

28) Jak často se školíte?

- ☐ 1 x měsíčně
- ☐ 1 x za 6 měsíců
- ☐ 1 x za rok
- ☐ Jiné

Příloha 2 NANDA I.

Dvanáct oblastí
Modelu Gordonové

**1. Vnímání zdravotního stavu,
Aktivity k udržení zdraví**

2. Výživa a Metabolismus

3. Vylučování

4. Aktivita, Cvičení

Devět základních lidských reakcí
(NANDA taxonomie I)

1. Výměna

(Změny ve výživě)
(Změny v tělesné regulaci)
(Změny ve vylučování)
(Změny v cirkulaci)
(Změny v okysličování)
(Změny tělesné celistvosti)
(Změny tělesných a adaptačních kapacit)
(Změny energetického pole)

2. Komunikace

(Změny v komunikaci)

3. Navazování vztahů

(Změny v socializaci)
(Změny v plnění rolí)
(Změny sexuálního chování)

4. Hodnocení

(Změny duchovního stavu)

(Změny duševní pohody)

5. Spánek, Odpočinek

5. Volba

(Změny ve zvládání situací)

(Změny v účasti na péči)

(Změny v rozhodování)

(Změny v péči o vlastní zdraví)

6. Vnímání, Poznávání

6. Pohyb

(Změny v pohybových aktivitách)

(Změny v odpočinku)

(Změny v relaxačních aktivitách)

(Změny v denních životních
aktivitách)

(Změny v sebepéči)

(Změny růstu a vývoje)

(Změny v reakcích na prostředí)

(Změny v reakcích kojence)

7. Sebepojetí, Sebeúcta

7. Vnímání

(Změny sebepojetí)

(Změny smyslového vnímání)

(Změny vnímání smysluplnosti
života)

**8. Plnění rolí, Mezilidské vztahy
a poznatků)**

8. Poznávání (získávání vědomostí

(Změny ve znalostech)

(Změny v učení)

(Změny v myšlení)

9. Sexualita, Reprodukční schopnost

9. Pocity (Cítění)

(Změny v pocitu pohodlí)

(Změny emocionální integrity)

(Změny v pocitu psychického klidu)

**10. Stres, zátěžové situace
jejich zvládání, tolerance**

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

12. Jiné

Zdroj: (13)

Příloha 3 NANDA II.

Domény	Oblast diagnostiky dysfunkčních potřeb	Třídy
1. Podpora zdraví	Povědomí o zdravém životě, povědomí o správném fungování člověka, povědomí o strategiích, které podporují nebo zlepšují zdravý život a správné fungování člověka.	• Povědomí o zdraví • Management zdraví
2. Výživa	Přijímání a asimilace látek, využívání živin za účelem zachování a hojení tkání a za účelem tvorby energie člověka.	• Přijímání potravy • Trávení • Vstřebávání • Metabolismus • Hydratace
3. Vylučování a výměna	Sekrece a exkrece odpadových produktů z těla.	• Vyprazdňování moči • Gastrointestinální funkce • Funkce pokožky • Respirační funkce
4. Aktivita - odpočinek	Produkce, uchovávání, výdej a rovnováha energetických zdrojů člověka.	• Spánek – odpočinek • Aktivita – pohyb • Energetická rovnováha • Srdeční – plicní odezva • sebepéče
5. Vnímání - poznávání	Informační systémy člověka – pozornost, orientace, citění, percepce, poznávání a komunikace.	• Pozornost • Orientace • Čítí – vnímání • Poznávání • komunikace

6. Vnímání sebe sama	Povědomí o sobě samém.	• Sebepojetí • Sebeúcta • Obraz těla
7. Vztahy	Pozitivní a negativní společenské kontakty a společný život lidí nebo skupin.	• Role pečovatele • Rodinné vztahy • Vykonávání rolí
8. Sexualita	Sexuální identita, sexuální funkce a reprodukce.	• Sexuální identita • Sexuální funkce • Reprodukce
9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	Vyrovňování se se životními událostmi.	• Posttraumatická odezva • Reakce na zvládání zátěže • Neurobehaviorální stres
10. Životní principy	Zásady, které jsou podkladem postojů, způsobu myšlení, projevů a zvyků člověka nebo institucí. Jsou jimi považovány za pravdivé a mají pro ně vnitřní hodnotu.	• Hodnoty • Přesvědčení • Soulad hodnot, přesvědčení a činů
11. Bezpečnost - ochrana	Ochrana před nebezpečím, fyzickým poškozením nebo před poškozením imunitního systému. Jistota a bezpečí.	• Infekce • Tělesné poškození • Násilí • Rizika životního prostředí • Obranné procesy • Termoregulace
12. Komfort	Psychická, tělesná a sociální pohoda nebo klid.	• Tělesný komfort • Komfort prostředí • Sociální komfort
13. Růst/vývoj	Nárůst tělesných rozměrů, zrání orgánových systémů a průběh vývojových stádií člověka.	• Růst • Vývoj

Zdroj: (12)

Příloha 4 Smlouva domácí péče

Nemocnice Vimperk, o. p. s., Pivovarská 317, 385 01 Vimperk, tel: 388 400 153

Smlouva č. 1/2008

Níže uvedeného dne, měsíce a roku ujednali:

Paní /pan..... bytem.....
dále uživatel

a

Nemocnice Vimperk, o. p. s., Pivovarská 317, 385 01 Vimperk, zastoupená statutárním
zástupcem panem Petrem Hladíkem,
dále poskytovatel

tuto:

DOHODU O POSKYTOVÁNÍ PEČOVATELSKÉ SLUŽBY

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Čl. 1

Smluvní strany se dohodly na poskytování úkonů PS v době od do v
bytě uživatele.

- Oběd dieta
- Dietní strava dieta:
- Dovoz oběda
- jiné požadované úkony a služby dle seznamu a ceníku služeb, který je přílohou této dohody

Čl. 2

Smlouva se uzavírá s účinností ode dne na dobu neurčitou.

Čl. 3

Prerušení PS z důvodů nepřítomnosti uživatele ve své domácnosti není výpověď. Po návratu je ve službě pokračováno, pokud si to uživatel i nadále přeje. Nepřítomnost je třeba vždy své pečovatelce ohlásit, rovněž tak i návrat.

Čl. 4

Pečovatelskou službu zajišťuje Nemocnice Vimperk, o.p.s. za úhradu dle prováděcí vyhlášky 505/2006. Ceník služeb je součástí této dohody.

Čl. 5

Vyúčtování PS Vám bude doručeno vždy do pátého dne následujícího měsíce. Platba se provádí v hotovosti a vyúčtovanou částku zaplatíte své pečovatelce nejpozději do deseti dnů od doručení. Případné nesrovnalosti ve vyúčtování nahlásíte pečovatelce, která provede kontrolu.

Čl. 6

Uživatel služby nese odpovědnost za škodu způsobenou na majetku Nemocnice Vimperk, o. p. s.. (především o poškození termojídlonosiče). Pečovatelkou budete poučen jak termojídlonosič ošetřovat, aby Vám sloužil ke spokojenosti. V případě poškození Vám bude vyúčtován v ceně nového, aby bylo možno zakoupit nový. Poškozený termojídlonosič zůstává majetkem Nemocnice Vimperk o. p. s. a Vám se neponechává.

Čl. 7

Stížnosti na poskytované služby můžete podávat:

- 1/ ústně – vedoucí pečovatelské služby
 - 2/ telefonicky - vedoucí pečovatelské služby – 388 400 153, 723 314 442
 - 3/ písemnou formou vedoucí pečovatelské služby – Nemocnice Vimperk, o. p. s., Pečovatelská služba, Pivovarská 317, 385 01 Vimperk, **e-mail: fucikova@nemocnice-vimperk.org**
- Vedoucí PS je povinna stížnost řešit a podat Vám vyrozumění do 30 dnů písemnou formou.
- Pokud nebyla Vaše stížnost řádně řešena, obraťte se písemně na ředitele Nemocnice Vimperk, o.p.s., Pivovarská 317, 385 01 Vimperk, který Vás do 30 dnů od doručení Vaší stížnosti vyrozumí o řešení. Dále je možné zasílat stížnosti na :

Městský úřad Vimperk, Odbor sociálních věcí a zdravotnictví, budova TKB,
385 01 Vimperk, tel:388 459 029, www.vimperk.cz, e-mail:

urad@mesto.vimperk.cz

Jihočeský krajský úřad, U Zimního stadionu 1952/2, 370 76 České
Budějovice Tel: 386 720 620, www.kraj-jihocesky.cz

Veřejný ochránce práv, Údolní 39, 602 00 Brno, tel: 542 542 888,
www.ochrance.cz

Občanská poradna při rozvojové o. p. s. , Plachého 59/4, 370 01 České
Budějovice, tel: 387 222 838, www.jr-splecnost.cz

Čl. 8

Uživatel má právo ukončit pečovatelskou službu bez udání důvodu kdykoli oznámením této skutečnosti pečovatelce nebo vedoucí pečovatelské služby.

Poskytovatel má právo ukončit poskytování pečovatelské služby v těchto případech:

opakovaně opožděné platby za poskytované služby – opakované upomínky
chování uživatele k pečovatelce, které vede ke snížení důstojnosti pečovatelky
vytváření nepřátelského, ponižujícího, zneklidňujícího prostředí - agresivní
chování uživatele vůči pečovatelce / slovní, fyzické/.

Čl. 9

Tato smlouva je vyhotovena ve dvou stejnopisech, z nichž jedno obdrží uživatel PS a jedno Nemocnice Vimperk, o. p. s..

Ve Vimperku dne:

.....
.....

Příjemce pečovatelské služby

Za Nemocnici Vimperk, o.,p.,s.

Zdroj: Vimperk, vedoucí sestra R. Fučíková