

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Martina Mundilová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Martina Mundilová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

VYTÍŽENOST SESTER V DOMÁCÍ PÉČI

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 26. 3. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Vladimíře Fremrové za odborné vedení práce, poskytování odborných a užitečných rad a čas, který mi věnovala. Dále děkuji své rodině a přátelům za jejich pomoc, podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Mundilová Martina

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Vytíženost sester v domácí péči

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran – číslované: 51

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 23

Počet příloh: 10

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: domácí péče, agentury domácí péče, všeobecná sestra, Asociace domácí péče

Souhrn:

Bakalářská práce popisuje práci sester v agentuře domácí péče. V teoretické části se zabývá vymezením pojmů domácí péče, historií domácí péče, formami domácí péče a dalšími informacemi, které se týkají domácí péče. Popisuje úlohu sestry při návštěvě klienta v domácím prostředí. Praktická část je zaměřena na zmapování vytíženosti sester nejen z jejich pohledu, ale i pohledu klienta domácí péče. Sběr dat je proveden metodou kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru.

Annotation

Surname and name: Mundilová Martina

Department: Nursing

Title of thesis: Workload nurses in Home care

Consultant: Mgr. Vladimíra Fremrová

Number of pages – numbered: 51

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 23

Number of appendices: 10

Number of literature items used: 25

Keywords: Home care, Agencies of home care, nurse, Associations Home care

Summary:

The bachelor thesis handles the work of nurses in home care agency. The theoretical part deals with the definition of home care, with history of home care, with home care forms and with other information related to home care. It describes the role of the nurse when visiting a client in the home environment. The practical part is focused on mapping the workload of nurses not only from their perspective but also from the perspective of the client. Data collection is done by qualitative research in the form of semi-structured interview.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE	11
1.1 Historie domácí péče v České republice.....	11
1.2 Národní centrum domácí péče v České republice	12
1.3 Asociace domácí péče v České republice	13
1.4 Komplexní domácí péče	13
1.4.1 Primární péče.....	14
1.4.2 Komunitní péče	14
1.4.3 Pečovatelská služba	15
1.4.4 Sociální péče.....	15
1.4.5 Laická péče	16
2 DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	17
2.1 Defínice domácí péče.....	17
2.1.1 Cíle domácí péče	18
2.1.2 Formy domácí péče	19
2.1.3 Právní předpisy vymezující poskytování domácí péče.....	19
2.1.4 Financování domácí péče v České republice.....	20
2.2 Klienti domácí péče	21
2.2.1 Poskytovatelé domácí péče.....	22
2.2.2 Postup při předpisu domácí péče	23
2.2.3 Zahájení domácí péče	24
2.3 Všeobecné sestry domácí péče.....	25
2.4 Role všeobecné sestry v agentuře domácí péče	27
2.5 Přednosti domácí péče	28
2.6 Kvalita domácí péče.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST	31
3 FORMULACE PROBLÉMU	31
4 CÍL VÝZKUMU	32
4.1 Dílčí cíle:.....	32
4.2 Výzkumné otázky	33
5 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY	34
5.1 Metoda	34
5.2 Výběr případu	34
5.3 Způsob získávání informací.....	34

6	ORGANIZACE VÝZKUMU	36
7	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	37
7.1	Všeobecná sestra	37
7.2	Klient agentury domácí péče	43
8	DISKUZE	47
	ZÁVĚR.....	51
	LITERATURA A PRAMENY	52
	SEZNAM ZKRATEK	54
	SEZNAM PŘÍLOH	55

ÚVOD

Domácí péče se v posledních desetiletích neustále rozvíjí. Faktorem, který ovlivňuje rozvoj domácí péče je především vzrůstající ekonomický tlak, stárnutí populace, změna struktury rolí v rodině, vzrůstající poptávka po domácí péči ze strany veřejnosti, rozvoj moderních technologií a faktory politické. Domácí péče umožňuje zachovat sociální integritu klienta. Hlavně u geriatrických klientů se zdůrazňuje zásada udržet starého člověka co nejdéle v jeho vlastním domácím prostředí, se všemi sociálními vazbami v rodině a komunitě. To vše přispívá k lepší adaptaci a vyrovnání se s nemocí. Možnosti domácí péče závisí především na funkci rodiny. Pokud rodina neplní svoje funkce, jsou možnosti domácí péče oslabené. Hlavním důvodem, proč si občan zvolí domácí péči, je zachování vlastního sociálního prostředí, zažitých zvyklostí a stereotypů, možnost ležet ve své posteli, trávit čas ve svém pokoji, být obklopený rodinou a přáteli je velkou výhodou domácího prostředí, ve kterém se klient uzdravuje a zotavuje rychleji než za hospitalizace v nemocnici. Jedním z hlavních úkolů domácí péče je udržet a pokud možno zlepšit sebe péči klienta. Všeobecná sestra vhodnou edukací navozuje u klientů zájem o své zdraví a jeho udržení.

Jsem již pár let zaměstnaná v agentuře domácí péče. I když začátky nebyly vůbec snadné, jsem nyní ráda, že jsem to nevzdala. Organizují si a plánují svojí pracovní dobu dle požadavků klientů, zkrátka hlavně samostatnost a spolehlivost je zde nutností. Ke zpracování mé bakalářské práce jsem využila nejen praxe, ale i poznatků získaných z odborné literatury týkající se této problematiky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE

1.1 Historie domácí péče v České republice

První zmínky o formách domácí péče poskytované pomocí řeholních řádů se objevovali počátkem 12. století. V tomto období následoval rozvoj ošetrovatelství v domácnostech. Anežka Přemyslovna, založila kláštery, špitály a mimo jiné řád Křižovníků s červenou hvězdou.

Ve 13. století nesměly členky církevních řádů sloužit ve špitálech. Provozovaly tedy opatrovnictví v domech nemocných, pod dohledem místních farářů. V 15. Století navštěvovaly nemocné tzv. Diakonky.

Za vlády Marie Terezie se zlepšila péče o poddané. Charitativní i odborná stránka ošetrovatelství se začala projevovat i v domácí péči. V době Národního obrození podporovali Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská myšlenku sociální a odborné péče poskytovanou všem lidem. Roku 1874 vznikla první ošetrovatelská škola v Praze.

V roce 1919 vznikl Československý červený kříž (ČSČK), který také poskytoval pomoc v oblasti domácí zdravotní péče. Zabýval se hlavně dětmi, chudými nemocnými a starými lidmi. Díky tomu vzniklo sociální ošetrovatelství. Předsedkyní ČSČK se stala Alice Masaryková, která pozvala do Československa americké zdravotníky, a české ošetrovatelství se jimi nechalo inspirovat. Sestry byly vzdělávány v civilních ošetrovatelských školách, které absolvovaly jako diplomované sestry. Ošetrovatelky se vzdělávaly v řeholních ošetrovatelských školách. S ošetrovatelskými návštěvami v rodinách se oficiálně začalo až v roce 1920. Tato činnost ovšem pro nedostatek sester do 5 let skončila. V době mezi válkami, na sjezdu diplomovaných sester, byly formulovány tři základní úkoly sociálně zdravotní péče: ošetrovatelský, sociální a lidový. (JAROŠOVÁ, 2006 str. 110)

Po druhé světové válce organizovali ošetrovatelskou a zdravotní službu v rodinách Ústavy národního zdraví. V roce 1950 převzal ošetrovatelskou a zdravotní péči v rodinách Československý červený kříž a roku 1952 přebíral stát odpovědnost za poskytování domácí péče. Domácí péče byla začleněna do zdravotní péče, sestry začaly pracovat jako sestry

geriatrické v rámci obvodních středisek. (Misconiová, 1993) Institut geriatrických sester byl později zrušen a nahrazen péčí typu Home care. (HAŠKOVCOVÁ, 2002)

První zkušenosti s domácí péčí po roce 1989 přinesl experiment Ministerstva zdravotnictví ČR ve spolupráci s Českou katolickou charitou. Zásadní nárůst počtu poskytovatelů domácí péče pak přinesl až zákon č. 160/1992Sb. s účinností od 1. 4. 1992, který umožnil vznik prvních soukromých zdravotnických zařízení.

Proto u nás postupně došlo v první polovině devadesátých let k významnému rozvoji počtu poskytovatelů domácí péče. Tento proces probíhal v úzké vazbě s rozpadem Krajských ústavů národního zdraví a následně i Okresních ústavů národního zdraví a rozsáhlou privatizací v ambulantní sféře. Zároveň s tímto procesem docházelo k uvolnění značného počtu zdravotních sester, které právě v domácí péči mohli najít své uplatnění a seberealizaci. Již koncem roku 1995 existovalo v České republice téměř 400 poskytovatelů domácí péče a současně došlo k rozvoji rozsahu a objemu jimi poskytované zdravotní péče. Tento vývoj byl kladně ovlivněn i státní dotační politikou do této oblasti v letech 1993 – 1997. (Pečovatelská služba v České republice, kolektiv autorů, 2010) Na jaře roku 1993 byla založena Asociace domácí péče České republiky (ADP ČR), která sdružuje poskytovatele domácí péče. Roku 1994 byl aplikován model hospicové péče pro klienty v terminálním stádiu života. (Jarošová, 2007) Prezidentkou ADP ČR se stala Blanka Misconiová. V dalších letech docházelo k nárůstu agentur domácí péče, který trvá dodnes.

1.2 Národní centrum domácí péče v České republice

„NCDP je dobrovolná, samostatná, nepolitická, profesní, odborná a stavovská organizace s právní subjektivitou“, která vznikla v roce 1994. Zajišťuje informační a edukační materiály. Mezi činnosti a cíle NCDP mimo jiné patří také garance kvalitní úrovně poskytované domácí péče, spolupráce se zahraničím, spolupráce s ministerstvem, provádění a podílení se na výzkumech v domácí péči, obhajování oprávněných práv klientů a podpora dalšího vzdělávání poskytovatelům domácí péče. (MISCONIOVÁ, 2015)

1.3 Asociace domácí péče v České republice

Asociace domácí péče České republiky byla jednou ze sedmi zakládajících organizací Světové organizace domácí a hospicové péče. ADP ČR sdružuje všechny ty, kteří provozují, podporují a potřebují domácí péči. (MISCONIOVÁ, 2014)

Formy členství jsou:

- Řádné – řádným členem se může stát pouze fyzická či právnická osoba.
- Přidružené – přidruženým členem se může stát pouze fyzická osoba, která je ke zřizovateli agentury domácí péče, jež je členem ADP ČR v zaměstnaneckém poměru.
- Podpůrné – podpůrným členem se může stát fyzická či právnická osoba, podporující cíle ADP ČR.
- Čestné – čestným členem se může stát osoba, jež se mimořádně zasloužila o podporu a rozvoji ADP v ČR. (MISCONIOVÁ)

Každý řádný, podpůrný a přidružený člen je povinen platit roční členský příspěvek. Členové jsou povinni dodržovat práva a povinnosti členů. ADP ČR je složena z orgánů a to z Valné hromady ADP ČR, Prezidia ADP ČR, Revizní komise ADP ČR, Etické a odborné komise ADP ČR a Regionálního sdružení ADP ČR. (MISCONIOVÁ)

1.4 Komplexní domácí péče

Komplexní domácí péče je integrovaná forma péče, která je jedním z funkčních prvků primární péče. „Filozofie komplexní domácí péče je podmíněna principem pevné vazby a interakce lidské bytosti se svým vlastním sociálním prostředím, s akceptem na individuální vnímání kvality života každé lidské bytosti.“ (Misconiová, 1998, s. 11) Kvalita lidského života je vyjádřena mezinárodně přijatou jednotkou IQIL, což znamená Quality of Individual Life. (Hanzlíková, 2007) „Ta je definována na základě stanovení objektivních potřeb jedince ve vztahu k reálným možnostem společnosti.“ (Hanzlíková, 2007, s. 241) Je zde snaha maximálně vyjít vstříc rozsahem poskytované péče a služeb. Tato forma péče je poskytována aktivitou lékařů, sester, dobrovolníků a mnoha dalších odborníků, ale také aktivitou samotného klienta, rodiny či blízkých. Cílem je posílit zodpovědnost klienta za jeho vlastní zdravotní stav a zároveň posílit spoluodpovědnost pečujících na kvalitě péče, kterou poskytují. (MISCONIOVÁ, 1998)

Na základě těchto informací můžeme shrnout komplexní domácí péči takto. „Jde o vysoce humánní, kvalitní, efektivní, ekonomickou, maximálně dostupnou integrovanou formu péče poskytovanou individuálně – klientovi v jeho vlastním sociálním prostředí s podporou komunity, s respektem k lidským právům, při využití zbytkových potenciálů klienta a začlenění rodinných příslušníků, či blízkých do multidisciplinárního týmu agentury domácí péče – poskytujícího indikovanou kontinuální péči a vzájemnou aktivní pomoc.“ (Misoniová, 1998, s. 13) Veškerá péče musí být poskytována v souladu s lidskými právy, zákonnými a etickými normami. Specifické je poskytování komplexní domácí péče dětem a klientům v terminálním stadiu. (KRÁTKÁ, 2008)

„Komplexní domácí péče se rozumí poskytování péče, léčebně – preventivní, ošetrovatelské, rehabilitační, psychoterapeutické a sociální, včetně laické pomoci poskytované v primární péči.“ (KONOPÁSEK, 2004 str. 117)

1.4.1 Primární péče

Primární zdravotní péče je chápána jako péče poskytovaná lékařem při prvním kontaktu s nemocným. Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně – sociální péče poskytovaná převážně zdravotníky. Je to soubor činností, které souvisí s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním klienta, za respektu potřeb bio-psycho-sociálních, a co nejbližší jeho sociálnímu prostředí.

Poskytovatelé primární zdravotní péče jsou nás praktičtí lékaři, ambulantní gynekologové, stomatologové, agentury komplexní domácí péče, lékařské služby první pomoci a lékařská pohotovostní služba. (MISONIOVÁ, 1998)

1.4.2 Komunitní péče

Komunitní péče je péče o zdraví populace v terénu mimo zdravotnické zařízení. Jde o spektrum zdravotnických, sociálních a dalších služeb, poskytovaných nemocným a zdravým občanům, rodinám a skupinám určité komunity. (Jarošová, 2007) Současné trendy směřují primární zdravotní péči na plnění zdravotní politiky v komunitě, to znamená přenesení péče do komunitních zařízení. Součástí komunitní péče se stává primární, sekundární i terciální péče, včetně prevence.

Domácí péče je tedy součástí primární péče, souboru činností zdravotních, sociálních i laických, poskytovaných v domácnosti klienta či v ústavech sociální péče, které ji nahrazují, např. v domovech důchodců, v domech pro seniory, v domech s chráněným bydlením a azylových domech.

Domácí péče v České republice přesahuje čistě zdravotní péči. Má dvě vzájemně provázané složky, neboť i potřeby většiny klientů jsou zdravotně sociální:

- složka zdravotní – mezinárodní označení home care (anglicky domácí péče)
- složka sociální – mezinárodní označení home help (anglicky domácí pomoc) (KALVACH, 2011 str. 184)

1.4.3 Pečovatelská služba

Sociální péče je v domácí péči zastoupena pečovatelskou službou. Tu poskytují, organizují a zajišťují orgány státní správy i samosprávy pro zdravotně postižené občany, kteří nejsou schopni si sami obstarat nutné práce v domácnosti ani další životní potřeby anebo potřebují ošetření jinou osobou nebo další osobní péči, pokud jim ji nemohou poskytovat rodinní příslušníci. Pečovatelská služba se podle platných právních norem poskytuje za plnou nebo částečnou úhradu klientem s přihlédnutím k věku, zdravotnímu stavu, příjmu a majetkovým poměrům klienta a jeho rodinných příslušníků. (KALVACH, 2011 str. 184)

Pečovatelská služba je nejrozšířenější forma sociální péče a služeb v terénu. Poskytována je buď v domácím prostředí klientů, nebo ústavně (např. v domech s pečovatelskou službou). Pečovatelská služba je často poskytována v úzké spolupráci s domácí zdravotní péčí. Služba poskytuje tyto činnosti:

- základní – pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti
- fakultativní – výchovně vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, základní poradenství, doprovod k lékaři
- doporučené doplňkové činnosti – doprava, zprostředkování informací dle potřeb uživatele, další činnosti dle potřeb uživatele (BICKOVÁ, a další, 2010 str. 372)

1.4.4 Sociální péče

Při péči o klienta nesmíme opomenout ani sociální problémy. Součástí agentury domácí péče může být také sociální pracovník, který stanovuje tzv. sociální diagnózu u klienta. A na základě této diagnózy může být klientům poskytována mimo zdravotní péče i sociální péče a pomoc. (MISCONIOVÁ, 1994) Úkolem sociálního pracovníka

je chránit zájmy klienta. Nesmí vykonávat lékařské ani sesterské práce. Musí mít přehled o legislativě státu a sociálních institucích. Sociální pracovnice není ani pečovatelka. To znamená, že pomocné práce nevykonává, ale zajišťuje osoby, které tyto činnosti plní. Je ve stálém kontaktu jak s klientem, tak i s jeho rodinou. Vidí-li, že pečující již tuto situaci nezvládá, navrhne praktickou pomoc a morální podporu. Pokud nastane situace, že se rodina o klienta nestará, je jejím úkolem pracovat v zájmu klienta. A pokud pečuje o rodinu dětského klienta, nesmí zapomenout poukazovat na pozornost k jeho sourozenci. (VORLÍČEK, a další, 1998)

1.4.5 Laická péče

Jak již bylo uvedeno, na komplexní domácí péči se mohou podílet i laici, a to např. rodinní příslušníci, blízké osoby klienta či dobrovolníci. Dobrovolník může být fyzická osoba starší 15 let. Poskytována je spirituální péče, doprovod, osobní asistence atd. (KRÁTKÁ, 2008)

Dobrovolnickou činnost poskytují nejčastěji studenti, ženy v domácnosti, nezaměstnaní či lidé důchodového věku. Laická péče není finančně ohodnocena. Proto by měla být poskytována na základě dobrovolného rozhodnutí. (MISCONIOVÁ, 1994)

2 DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Domácí péče je neustále se vyvíjející obor a je zaměřena na péči o nemocného člověka v jeho sociálním prostředí, na prevenci, upevnění a podporu zdraví. Práce sestry v domácí péči je velmi náročná, a to nejen ke vztahu k rozsahu ošetrovatelských intervencí, ale také pro různorodost ošetrovatelského týmu, se kterým úzce spolupracuje. Velkou pozornost musí sestra věnovat i dokumentaci, která je velmi podrobná. V neposlední řadě se také stará o pečovatele – nejčastěji poskytuje podporu rodinným příslušníkům a edukuje je v péči o jejich blízkého. Práce, podpora a pomoc sestry v domácí péči musí být vždy zaměřena na prospěch klienta. Základem úspěchu při naplnění tohoto záměru je komplexnost služeb a zvýšení compliance klienta a jeho rodiny při poskytování domácí péče. (RABENSEIFEROVÁ, 2010 str. 37)

2.1 Definice domácí péče

„Domácí péče je nelékařská zdravotní péče, převážně ošetrovatelská a rehabilitační, poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo při propuštění z nemocnice, ošetřujícího lékaře příslušného oddělení (nemocniční doporučení má platnost maximálně 14 dní).“ (KALVACH, 2011 str. 183)

„Domácí péče je definována Světovou zdravotnickou organizací jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech. Patří k ní zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb.“ (JAROŠOVÁ, 2006)

Světová zdravotnická organizace (WHO) vznikla v roce 1948 jako mezivládní organizace, která sdružuje celou řadu států světa. Sídlí v Ženevě a nejvyšším orgánem je světové shromáždění ministrů zdravotnictví. Cílem je dosáhnout co možná nejvyšší úrovně zdraví lidstva. Tento cíl je rozpracován v programu „Zdraví v 21. století“. V programu jsou určené prioritní oblasti, kterým je třeba věnovat zvýšenou pozornost při zabezpečení a rozvoji zdravotní péče. Program je specifikován i do ošetrovatelství a práce sester v nemocniční a terénní péči. (STAŇKOVÁ, 1996)

„Česká asociace sester ve svém návrhu koncepce domácí zdravotní péče prezentuje domácí péči jako zvláštní ambulantní péči a nedílnou součást zdravotní péče, která zabezpečuje komplexní ošetrovatelskou péči jednotlivcům v přirozeném sociálním prostředí jejich vlastních domovů, a to od začátku života až do jeho konce.“ (JAROŠOVÁ, 2006)

Česká asociace sester (ČAS) vznikla v roce 1991 a jejím hlavním cílem je pozvednout úroveň a společenskou prestiž povolání sestry. (STAŇKOVÁ, 1996)

„V zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění je domácí zdravotní péče specifikována jako zvláštní druh ambulantní péče, prostřednictvím které je zajišťována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci odborná péče v jejich vlastním sociálním prostředí.“ (JAROŠOVÁ, 2006 str. 55)

Ministerstvo zdravotnictví definuje ve své koncepci domácí péči jako zdravotní péči poskytovanou pacientům na základě indikace ošetřujícího lékaře v jejich vlastním sociálním prostředí. Jde o péči, která je poskytována klientům, jejichž pobyt ve zdravotnickém zařízení ústavní péče není nutný. (JAROŠOVÁ, 2006)

2.1.1 Cíle domácí péče

Obecně je cílem domácí péče udržení, podpora či navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení, zajištění klidného umírání nevléčitelně nemocných v přirozeném prostředí, v němž dlouhodobě žijí, a snížení potřeby ústavní péče zdravotní (nemocniční, i následné, dlouhodobé v LDN) i sociální. (KALVACH, 2011 str. 184)

- Pomáhat jednotlivci a rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jeho sociálním prostředím, zachovat kvalitu života či umožnit klientům v terminální fázi života umírat v kruhu svých blízkých a ve svém domácím prostředí
- Zabezpečit komplexní péči v koordinaci s dalšími zdravotnickými a sociálními zařízeními
- Udržovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech
- Vést klienta a jeho rodinu k zodpovědnosti za vlastní tělesné a duševní zdraví
- Zajišťovat dodržování léčebného režimu a snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní stav nemocného a jeho rodiny
- Eliminovat vliv nozokomiálních nákaz a iatropatogenního poškození na zdravotní stav klientů (BICKOVÁ, a další, 2010 str. 367)

2.1.2 Formy domácí péče

- **Akutní domácí péče (Domácí hospitalizace)** – specializovaná péče určená pro pooperační a poúrazové období, popřípadě pro akutní zhoršení chronických onemocnění. Tato forma domácí péče je krátkodobá, poskytuje se v rozsahu dnů až týdnů.
- **Dlouhodobá domácí péče** – tato forma péče je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní či duševní stav vyžaduje dlouhodobou pravidelnou péči kvalifikovaného personálu. Nejčastěji jde o klienty po cévních mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, s diabetickými komplikacemi nebo se závažným duševním onemocněním včetně demence. Tato forma domácí péče se poskytuje v rozsahu měsíců i více let.
- **Preventivní domácí péče** – poskytuje se, pokud doporučí ošetřující lékař, v pravidelných intervalech kontroly zdravotního či duševního stavu, měření fyziologických funkcí, např. krevního tlaku, pravidelné odběry biologického materiálu, kontroly socializace a zabezpečení.
- **Hospicová (paliativní) domácí péče** – poskytuje se umírajícím klientům, všem věkovým skupinám v terminálním stádiu života, na přání klienta nebo jeho rodiny. Zvláště při ní může být překročena obvyklá ošetrovací doba 3 hodin denně – pro tuto potřebu byl ve výkaznictví zdravotních pojišťoven zaveden tzv. signální kód péče o umírajícího člověka. (KALVACH, 2011 str. 185)

2.1.3 Právní předpisy vymezující poskytování domácí péče

Pokud se chceme zabývat domácí péčí podrobněji, nesmíme opomenout ani právní předpisy vymezující poskytování domácí péče v České republice.

- Domácí zdravotní péče je v § 22 Zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, definována takto:

„Hrazenou péčí je i zvláštní ambulantní péče poskytována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, ...“

- Zákon č. 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnickém povolání lékaře, zubaře, farmaceuta a navazujících prováděcích vyhláškách.
- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících vyhláškách.
- Zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MZČR č. 306/2012 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.
- Vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení v platném znění (úhrada sociální péče a pomoci v rámci domácí péče).
- Vyhláška MZČR č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

2.1.4 Financování domácí péče v České republice

V České republice se na financování domácí péče podílejí:

- Fond veřejného zdravotního pojištění a podle vyhlášky MZČR č. 331/2007 Sb., kterou vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění. Jde o tři hodiny odborné péče denně, ale v odůvodněných případech a po schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny, jde tuto péči navýšit na pět hodin denně. V domácí péči jsou čtyři typy návštěv 15, 30, 45 nebo 60 minut (viz příloha Ošetřovatelské kódy). Typ návštěvy je indikován podle celkového zdravotního stavu klienta, podle fyzické náročnosti výkonu pro sestru a podle rozsahu prováděných výkonů. Ale není to striktně dáno, existují i výjimky, kdy je třeba intenzivnějších návštěv u klienta. Poskytuje se zejména umírajícím klientům (hospicová - paliativní domácí péče) a právě při ní jsou v rámci ošetřovatelské péče

o terminálně nemocné frekvence návštěv bez omezení s použitím tzv. signálního kódu.

- Přímé platby klienta – u klientů, kteří nejsou pojištěni nebo za výkony nehrazené ze zdravotního pojištění, nebo u klientů, u kterých zdravotní pojišťovna nemá smluvní vztah se zdravotnickým zařízením poskytujícím domácí péči, pokud klient vědomě a záměrně zvolil nesmluvní zařízení.
- Sponzorské dary, prostředky nadací, grantů apod. (KALVACH, 2011)

2.2 Klienti domácí péče

Na poskytování domácí péče má nárok každý občan České republiky, jehož ošetřující lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu a sociálního prostředí rozhodne o její potřebnosti. Domácí péče je určena pro všechny věkové kategorie bez rozdílu rasy, pohlaví, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství. Obvykle jde o lidi, kteří by bez její existence museli být hospitalizováni v nemocnici či umístěni v dlouhodobé ústavní péči. Je hrazena ze zdravotního pojištění.

Domácí péče nemá smysl především tehdy, když si ji klient sám nepřeje. Obtížné je poskytování domácí péče také tehdy, když klient nemá vhodné sociální prostředí, rodinu nebo jinou sociální síť osob ochotných spoluvytvářet jeho domácí prostředí a spolupracovat na plnění plánu dlouhodobé péče.

Naprostá většina klientů domácí péče velmi pozitivně hodnotí a oceňuje činnost jejích pracovníků. Uvědomují si náročnost této práce a váží si především velké obětavosti, se kterou je tato forma zdravotní péče zajišťována. Prostřednictvím všeobecné sestry domácí péče dochází k rychlému přenosu aktuálních informací od klienta k praktickému lékaři a opačně.

Pro řadu klientů agentur domácí péče představuje tato služba tzv. „spojení se světem“ a díky tomu dochází k úzkým osobním vztahům s příslušnou všeobecnou sestrou. Ta se brzy stává tzv. „členem rodiny“, což může přinášet problémy na obou stranách. Proto považují střídání pracovníků u klienta za vhodné a důležité. Míra rizika syndromu vyhoření se v rámci domácí péče ukazuje jako vysoká, proto jsou nezbytné aktivní preventivní kroky. (BICKOVÁ, a další, 2010)

Poměrně často se setkáváme s nepochopením domácí zdravotní péče a stává se, že klient vyžaduje od kvalifikované všeobecné sestry pečovatelské úkony spadající do sféry sociálních služeb. V těchto případech velmi obtížně vysvětlujeme, že pečovatelské úkony nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. (BICKOVÁ, a další, 2010)

Mezi podmínky k indikaci domácí péče patří hlavně stabilizovaný klinický stav klienta, předpoklad zapojení rodiny, sousedů nebo laické výpomoci, dostupnost služeb a také vhodné domácí prostředí. (KRÁTKÁ, 2008)

2.2.1 Poskytovatelé domácí péče

Poskytovateli domácí péče jsou agentury domácí péče, jejichž seznam můžeme najít na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR.

Komplexní domácí péče je poskytována týmem, který tvoří zejména: lékaři, sestry, psychologové, rehabilitační pracovníci, logopedové, sociální pracovníci, rodinní příslušníci, dobrovolníci a jiní. Výběr pracovníka domácí péče ke klientovi je ovlivněn personálním obsazením dané agentury domácí péče, aktuálním zdravotním stavem, potřebami klienta a prostředím, ve kterém klient žije.

Ošetřovatelskou péči poskytují v agenturách domácí péče kvalifikované všeobecné sestry, které musí splnit základní podmínky:

- střední zdravotnická škola ukončená maturitou, nejméně 5 let praxe, z toho 3 roky u lůžka, sestra musí být registrovaná
- řidičský průkaz pro využívání osobního automobilu při přepravě k nemocným, referentské školení
- další požadované vzdělávání (nikoliv nutné):
- samostudium, účast na seminářích a školeních
- kursy zaměřené na oblast domácí péče
- pomaturitní eventuálně vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.)

K dobré práci sestry v domácí péči nestačí jen kvalitně pracovat, sestra musí mít předpoklady osobní a charakterové (tolerance, empatie, schopnost a ochota naslouchat, sebeovládání, umět komunikovat, získat si důvěru, nebát se hovořit o vážných a nepříjemných tématech, umět zhodnotit zdravotní stav pacienta a rozhodnout).

2.2.2 Postup při předpisu domácí péče

Ošetřující lékař po zhodnocení zdravotního stavu klienta a stavu jeho sociálního prostředí ve spolupráci s vybranou agenturou domácí péče vystaví pro klienta poukaz pro odbornost 925 (domácí zdravotní péče) na tiskopisu 06 s pořadovým číslem 1. (viz příloha Poukaz na vyšetření / ošetření DP) Tento dokument musí vyplnit kompletně, včetně všech požadovaných zdravotních údajů o klientovi, stupni jeho mobility, a doplní ostatní náležitosti. Uvede též příslušný typ návštěvy – zatím existují čtyři typy návštěv, které se liší.

K typu návštěvy doplní ošetřující lékař stručně konkrétní požadované výkony. Jde-li o výkony vyžadující určité materiálové náklady (např. lokální léčivé prostředky), uvede také příslušný materiálový kód. Některé produkty předepisuje indikující lékař na recept nebo speciální poukaz a jejich ordinaci zaznamená na tiskopis 06. S vybranou agenturou si lékař dohodne interval pro zpracování stručné písemné zprávy – souhrnu, v němž agentura podává informace o vývoji zdravotního stavu klienta. I termín předání souhrnu se uvádí v tiskopisu 06. Jeho kopii si ponechá lékař ve své dokumentaci, originál předává agentuře domácí péče.

Platnost poukazu k indikaci domácí péče je u praktických lékařů maximálně 1 měsíc. Rozhodne-li lékař pokračovat v jejím poskytování v nezměněné podobě, vyplní pouze záhlaví tiskopisu 06 a označí je pořadovým číslem (2,3,4 až x) a zároveň uvede formulaci „*Vzhledem k nezměněnému zdravotnímu stavu při kontrole ošetřujícím lékařem dne... doporučujeme pokračovat v domácí zdravotní péči v dosavadním rozsahu viz tiskopis 06 číslo x*“. Doba, po níž může být domácí péče poskytována, není omezena – může trvat léta.

2.2.3 Zahájení domácí péče

Jak již bylo řečeno domácí ošetrovatelská péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění a ordinuje ji praktický lékař nebo ošetřující lékař nemocničního zařízení.

Po indikaci domácí péče ošetřujícím lékařem navštíví klienta pracovník domácí péče (dle zvyklostí dané agentury – staniční nebo vrchní sestra), který provede vstupní pohovor, vyšetření klienta, sociální anamnézu a zhodnocení jeho vlastního sociálního prostředí. Seznámí klienta s frekvencí domácí péče a rozsahem výkonů a domluví s ním plán odborné i laické péče, která bude v působnosti agentury, klienta a jeho blízkých. Je-li to vhodné, provedou se v zájmu kvality poskytované péče úpravy v sociálním prostředí klienta. Např. umístění lůžka, vybavení kompenzačními pomůckami, přístroji a podobně. Pokud se domácí péče indikuje v průběhu hospitalizace, zahajuje se v den následující po propuštění klienta, nebo bezprostředně po provedení jednodenního zákroku. (KALVACH, 2011 str. 186)

2.3 Všeobecné sestry domácí péče

Domácí péči považují za formu zdravotní péče, která svým charakterem navazuje na jedné straně na ambulantní péči a na druhé straně na péči ústavní. V jejím rámci hlavně všeobecné sestry realizují zcela samostatně komplexní ošetrovatelský proces. Toto na ně klade mimořádně vysoké nároky jak po teoretické, tak po stránce praktické. Úspěšně mohou práci v domácí péči zvládat pouze ty, které jsou schopné samostatně rozhodovat i za psychicky vypjatých situací, schopné komunikovat s klienty a jejich rodinnými příslušníky i v mimořádně obtížných podmínkách. Všeobecné sestry domácí péče se musí mnohokrát za den přizpůsobovat (mnohdy nezvyklým) podmínkám jednotlivých domácností a (mnohdy nezvyklým) požadavkům jednotlivých klientů. Pozitivní zvládnání této specifické a náročné práce je důsledkem vysoké míry jejich profesionality.

Aktivitou sestry domácí péče je také pomoc při úpravě domácího prostředí. Sestra doporučuje odstranění volných kobereců, z důvodu hrozícího pádu klienta, navrhuje vhodné umístění lůžka, instalaci madel, doporučuje pro klienta vhodné kompenzační pomůcky a zajišťuje přístup klienta k telefonu. (KRÁTKÁ, 2008)

I když je práce v domácí péči kompetenčně blízká práci v lůžkovém zdravotnickém zařízení, existuje v ní celá řada negativních vlivů, které jsou častým důvodem toho, že všeobecná sestra práci v terénu nezvládá a odchází. Zde je stručné srovnání:

V domácí péči

- Práce probíhá v cizím, v průběhu dne se měnícím prostředí, pod dohledem rodinných příslušníků.
- Práce všeobecné sestry je provázena mnoha přesuny v terénu, každý klient bydlí na jiné adrese, každý klient má jiného svého praktického lékaře, jinou laboratoř a to vše vyžaduje od sestry dobré orientační schopnosti.
- Transport všeobecné sestry ke klientům probíhá služebním osobním vozidlem, které musí být každodenně schopno užití. Sestra si musí tankovat pohonné hmoty do vozidla, hlídat technický stav vozidla, včetně výměny oleje a pneumatik. Povinností každé sestry je udržovat služební vozidlo v čistotě.
- Všeobecná sestra musí mít stále ve své tašce připravené potřebné pomůcky, které potřebuje u klientů (k odběrům biologického materiálu, k péči o permanentní

močový katétr atd.) a materiál (hlavně převazový), včetně odvozu infekčního odpadu. Pokud něco nemá, nemůže výkon vykonat. Příprava pomůcek k výkonu je mnohdy komplikovaná vlastním sociálním prostředím klienta. Obzvláště u těch výkonů, kde je potřeba zachovat sterilitu.

- Všeobecná sestra v domácí péči je při své práci chvíli sestrou kožní, pak chirurgickou, interní atd. Provádí veškeré druhy převazů, ošetřuje kanyly, sondy, stomie. Musí ovládat ošetrovatelskou rehabilitaci (viz příloha Formulář k ošetrovatelské rehabilitaci), umět pacienta naučit, jak být co nejvíce soběstačný a jeho rodinné příslušníky zaučit v mnoha ošetrovatelských technikách. Z toho vyplývá, že i nároky na její znalosti a další vzdělávání jsou daleko náročnější a obsáhlejší.
- Ke klientům musí vyjíždět za každého počasí, které se často během dne mění. Sestra v automobilu musí ovládat jízdu na sněhu i ledu, základní údržbu vozu i mít „pevné nervy“ v hustém silničním provozu.
- V akutních případech se musí rozhodovat sama, protože nemá v dosahu lékaře. Z toho vyplývá, že musí mít zkušenosti a praxi. Jsou v dané chvíli s klientem sami a nemohou se na nikoho spoléhat. Jejich práce vyžaduje vysokou profesionální úroveň, schopnost samostatně řešit problémy, a také umět nést za tato rozhodnutí odpovědnost.

V nemocnici

- Práce všeobecné sestry ve zdravotnickém zařízení probíhá každodenně ve stejném prostředí, které již dobře zná.
- Během své pracovní doby se nikam nepřesouvá, práci provádí pouze na svém konkrétním pracovišti, kde jsou stálé klimatické podmínky.
- Všeobecná sestra v nemocnici si musí osvojit znalosti a dovednosti specifické pro oddělení, na kterém pracuje.
- Na svém pracovišti (oddělení) má na starosti sice 25, možná někdy až 30 klientů, ale s podobnými obtížemi (dle specifiky oddělení) a s dalšími členy zdravotnického týmu.

- V akutních případech má k dispozici vždy ošetřujícího lékaře s rychle dostupným odborným týmem. (BICKOVÁ, a další, 2010 str. 165)

2.4 Role všeobecné sestry v agentuře domácí péče

První kontakt klienta bezprostředně po indikaci domácí péče provádí zpravidla staniční nebo vrchní sestra dané agentury domácí péče. Tato návštěva je velmi důležitá pro seznámení se s pacientem a jeho rodinou a pro přípravu na vlastní ošetrovatelskou péči. Při prvním kontaktu s klientem by neměla zapomenout představit se, představit sestru, která bude klienta dále ošetrovat, seznámit klienta s agenturou domácí péče a nabídnout celé spektrum služeb. Také je důležité seznámit klienta s jeho právy.

Součástí úvodní návštěvy je také odebrání zdravotní, ošetrovatelské a sociální anamnézy, stanovení ošetrovatelských diagnóz a vypracování ošetrovatelského plánu, seznámení klienta a jeho blízkých s plánem péče a četností návštěv, zjišťování, jak je pro ošetrování klienta vybavena jeho domácnost, poradit klientovi a rodině jak domácnost vhodně upravit, poradit s výběrem pomůcek (kompenzační pomůcky, pomůcky pro inkontinenci). (MARKOVÁ, 2009 str. 49)

Všechny tyto úlohy plní dále i všeobecná sestra, která bude klienta navštěvovat. Je velmi důležité, aby sestra působila příjemným dojmem i vzhledem, snažila se být trpělivá, chápající a především naslouchající. Řada klientů má obavy z toho, jak budou návštěvy sester probíhat, jestli se jejich onemocnění může zlepšit a často své emoce sdělují právě ošetrojící sestře. Velmi důležité je poskytování informací a edukace klienta a jeho blízkých. Všeobecná sestra domácí péče by měla umět poradit, jak se vypořádat se změnou situací způsobenou nemocí (dieta, pomůcky, úprava bytu).

Všeobecná sestra má znalosti v oblasti léčebných postupů u onemocnění klientů domácí péče. Umí manipulovat s přístrojovým vybavením, prostředky, léčivy a kompenzačními pomůcky, které při ošetrování klienta potřebuje.

Komunikační schopnost je velmi důležitá k vytvoření dobrého klima a posílení důvěry. Vstřícnost a ochota všeobecné sestry je dalším předpokladem dobré spolupráce.

Důležitou rolí všeobecné sestry je edukace klientů, která se týká zvláště mobility při konkrétním onemocnění. Vysvětlí a předvede používání kompenzačních pomůcek

(berle, francouzské hole, chodítka, sedáky, zvedáky atd.). Dále edukuje klienta při aplikaci inzulínu a jiných léčivých prostředků, dodržování zdravé výživy a hydratace. Edukace při ošetřování klienta se stomií, permanentního močového katetru, po amputaci, při používání inkontinenčních pomůcek apod. K tomu, aby klient správně pochopil techniku, je nutné dostatečně objasnit daný problém a zároveň poskytnout možnost nácviku potřebných dovedností.

Do pracovní náplně každé všeobecné sestry domácí péče patří také administrativní činnost. Vede o klientovi ošetrovatelskou dokumentaci, která obsahuje anamnézu, ošetrovatelský plán a záznam vývoje stavu. Dále obsahuje „Poukaz na ošetření a vyšetření DP“ – 06 (platí pro Českou republiku), do kterého se zaznamenávají výkony domácí péče. Ke zhodnocení stavu klienta používají sestry domácí péče velké množství různých hodnotících a měřících technik (viz příloha Formulář k ošetření defektu), které jsou zaměřeny na objektivizaci údajů, a které sestra potřebuje k zajištění kvalitní individualizované péče o klienta. Objektivní hodnocení je pro sestru důležitou pomůckou ke stanovení individuálního plánu ošetrovatelské péče. Nejčastěji všeobecné sestry měří fyziologické funkce, hodnotí bolest, měří kvalitu psychiky, měří úroveň soběstačnosti a riziko vzniku komplikací.

Dalším předpokladem je komunikace a vzájemná spolupráce s laboratoří, dalšími pracovišti a hlavně komunikace s praktickým lékařem klienta. V průběhu péče všeobecná sestra, staniční nebo vrchní sestra informuje praktického lékaře o každé změně zdravotního stavu klienta, domlouvá s ním změnu léčby a změnu rozsahu ošetrovatelské péče, informuje ho o průběhu péče, předává mu písemné zprávy, ve kterých je shrnut dosavadní průběh ošetrovatelské péče a zhodnotí dosažené výsledky. (MARKOVÁ, 2009 str. 54)

2.5 Přednosti domácí péče

Poskytování domácí péče vychází hlavně z respektu k integritě klienta s jeho vlastním sociálním prostředím a s individuálním vnímáním kvality života a hierarchie hodnot. Proto se každý klient posuzuje individuálně z bio-psycho-sociálního hlediska a při péči se uplatňuje holistický přístup včetně respektu ke spirituálním potřebám. Tady jde o víc než pouhé provádění zdravotnických výkonů. Nejdůležitější samozřejmostí je empatická komunikace, respektování kompetencí a přirozených sociálních rolí klienta i podpora důstojnosti. Psychická pohoda člověka, kterou posiluje domácí prostředí,

autonomie a přítomnost blízkých lidí, zlepšuje uzdravování i zdravím podmíněnou kvalitu života.

Další předností domácí péče je eliminace nemocničních rizik, jakými jsou např. nozokomiální nákazy, hospitalizmus, stres z přemístění, maladaptivní syndrom z pobytu v neznámém prostředí či otřesení identity a důstojnosti v ústavním režimu. (KALVACH, 2011 str. 184)

Pokud tedy stručně shrnu přednosti domácí péče, bude to hlavně **individualizovaná péče** (každý klient je jedinečná lidská bytost, která má svoje individuální potřeby), další výhodou je především její **ekonomičnost** (domácí péče snižuje třetinu až polovinu nákladů na péči o klienta zkrácováním nemocniční péče). A závěrem **komplexnost**: domácí péče poskytuje soubor všech činností spojených s léčbou, ošetřováním, rehabilitací, psychickou a duševní podporu a opatrováním klienta. (MARKOVÁ, 2009 str. 44)

2.6 Kvalita domácí péče

Agentury domácí péče jsou zřizovány státní správou, samosprávou, zdravotnickými zařízeními ambulantního i lůžkového typu, privátními sestrami i lékaři, charitativními i humanitárními organizacemi a mnoha dalšími subjekty. Subjekt poskytující domácí péči musí být registrován u pověřeného úřadu státní správy.

Tento úřad v rámci své působnosti dohlíží nejen nad dostupností, ale i kvalitou domácí péče. Většina agentur domácí péče je sdružena ADP ČR, která ve znění svých platných stanov ukládá svým řádným členům řadu podmínek v oblasti vzdělávání i etických aspektů, které mají bezprostřední vliv na kvalitu poskytované komplexní domácí péče.

Kvalitu domácí péče rozvíjí také hlavně zavádění nových technologií a zapůjčování ošetrovatelských a jiných zdravotnických pomůcek klientům do a jejich domácností včetně polohovacích lůžek. Další zárukou kvality péče jsou profesní zkušenosti, rozsah odborné praxe a funkční systém průběžného vzdělávání zdravotnických pracovníků (především všeobecných sester), kteří musí být připraveni na bezpečné a spolehlivé samostatné řešení zdravotních i sociálních problémů klienta v jeho vlastním sociálním prostředí. Kritéria rozsahu odborné praxe jsou nejpřísnější v celém systému zdravotní péče. (KALVACH, 2011 str. 184)

Kvalita domácí péče je dle mého názoru také ovlivňována základními principy, vycházející z filozofie domácí péče, které je nutno při poskytování péče respektovat. Jsou to hlavně komplexnost péče, respektování základních lidských práv, podpora obnovy zdraví, přirozené prostředí a rodinní příslušníci.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

Domácí péče se v posledních desetiletích neustále rozvíjí, významně se podílí na rozvoji primární péče a stala se nedílnou součástí moderního zdravotního systému. Velkou výhodou této péče je individuální přístup ke každému klientovi zvláště. O klienta je pečováno komplexně, pozornost se věnuje jeho bio - psycho – sociálním a duchovním potřebám. Práce všeobecných sester v agentuře domácí péče obnáší velkou samostatnost, schopnost rychle se rozhodovat, musejí se spolehnout jen na sebe a všechny své zkušenosti a poznatky využít ku prospěchu klienta. Tato práce je velmi náročná, všeobecná sestra se nestará pouze o správnost provedení léčebných výkonů, ale také o klienta celkově, včetně jeho rodiny. Velmi důležité je také zmínit, že spolupráce s některými klienty a jejich rodinnými příslušníky není mnohdy jednoduchá a proto se stává všeobecná sestra do jisté míry i psychologem, aby si získala jejich důvěru.

Svojí prací bych chtěla zmapovat vytiženost sester nejenom z pohledu samotného klienta, ale i z pohledu sestry pracující v agentuře domácí péče.

4 CÍL VÝZKUMU

Zmapovat vytížení sester při práci v agentuře domácí péče.

4.1 Dílčí cíle:

- Zjistit, jak hodnotí všeobecná sestra práci v agentuře domácí péče.
- Zmapovat, zda jsou klienti spokojeni s informovaností o domácí péči.
- Zjistit, jakým způsobem ovlivňuje domácí péče život klientům.

4.2 Výzkumné otázky

- Došlo ke zlepšení potíží při ošetřování v domácím prostředí?
- Do jaké míry a v jaké oblasti?
- Jak hodnotí všeobecná sestra práci v agentuře domácí péče?
- Jaký je přístup všeobecných sester ke klientům?
- Co klienti od všeobecných sester domácí péče očekávají?
- Jsou pro klienty informace o práci všeobecných sester v domácí péči dostatečně srozumitelné?

5 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro získávání informací do mé odborné práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum mi umožňuje, abych se hloubkově zajímala jak o klienta, tak i o sestru pracující v domácí péči. Téma mé bakalářské práce je individuální a potřebuji podrobný popis problematiky. Zajímám se o péči, komunikaci a pocity při ošetřování klienta v domácí péči a to vše mi zajistí tento druh výzkumu. Tento způsob umožňuje konkrétně se zaměřit na sledovanou oblast a získat co možná nejvíce informací k dané problematice.

5.1 Metoda

Zvolila jsem si případovou studii.

V úvodu se zaměřuji na popis klienta, jeho onemocnění. Anamnézu a popis zdravotního stavu před onemocněním a v průběhu léčby. Dále pak na odraz onemocnění u vybraného klienta a z pohledu sestry domácí péče.

5.2 Výběr případu

Vybrala jsem si klienta vedeného v agentuře domácí péče a všeobecnou sestru pracující v agentuře domácí péče. Důležité je, aby byli ochotní a schopní o svých potížích otevřeně hovořit a sdělit informace mnohdy dost osobní. Vybraný klient je dlouhodobě v péči agentury. Všeobecná sestra pracuje v agentuře domácí péče pět let. Všichni souhlasí s poskytnutím rozhovoru, podpisem písemného souhlasu s výzkumem, který je ve všech případech anonymní.

5.3 Způsob získávání informací

Pomocí řízeného rozhovoru v délce trvání v průměru čtyřiceti minut. Při rozhovoru byly použity předem stylizované otázky, vymezen obsah rozhovoru. Otázky byly pokládány jasně, srozumitelně, věcně, postup od obecnějších otázek k podstatě problému. Během rozhovoru bylo důležité držet se daného tématu, dávat najevo zájem, empatii, chovat se taktně, nespěchat. Účelem rozhovoru bylo získat co nejvíce informací o prožívání, potížích a názorech klienta a všeobecné sestry. Informace do odborné práce jsem získávala polo strukturovaným rozhovorem.

K provedení rozhovoru jsem oslovila klienta agentury domácí péče a všeobecnou sestru pracující v agentuře domácí péče. Všichni dotazovaní podepsali informovaný

souhlas, ve kterém se zmiňuji i o absolutní anonymitě (viz příloha Informovaný souhlas – klient a sestra).

Rozhovory jsem prováděla v domácím prostředí klienta a v kanceláři agentury domácí péče. Před zahájením rozhovoru jsem je informovala o tom, že pokud bude nějaká otázka nepříjemná, nemusí na ni nutně odpovídat. Rozhovor jsem nahrávala se svolením na diktafon, objektivní pocity dotazovaných jsem si také zaznamenala. Setkání trvalo okolo čtyřiceti minut, kdy jsem se snažila pokládat především otevřené otázky. Kompletní záznam byl písemně zpracován.

6 ORGANIZACE VÝZKUMU

V úvodu se zaměřím na popis samotného klienta, vypracuji anamnézu včetně farmakologické a sociální. Popis stavu před onemocněním, jeho počátek a průběh, současný stav. Odraz potíží v jednotlivých oblastech kvality života – tělesné, psychické, sociální a duchovní. Odpovědi si budu zapisovat do předem připraveného záznamu, k jednotlivým otázkám. Budu se snažit vyhodnotit či porovnat spokojenost s postupem léčby, přístupem zdravotnického personálu, členů rodiny. Rozhovor pak analyzuji v následné diskusi. Veškeré stanovené cíle hodnotím v závěru své bakalářské práce. Výzkum jsem prováděla během měsíce ledna a února v Městské Charitě Plzeň – Komplexní ošetrovatelská služba v domácnostech a v souladu s informovaným souhlasem Městské Charity Plzeň (viz příloha Informovaný souhlas – MCHP).

7 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

7.1 Všeobecná sestra

Všeobecná sestra agentury domácí péče, 40 let, vdaná, dvě děti. Bydlí s manželem a dětmi nedaleko Plzně. Před deseti roky pracovala v agentuře domácí péče až do mateřské dovolené. Po návratu z mateřské dovolené byla zaměstnána ve Fakultní nemocnici v Plzni a v ambulanci. V současné době již opět pracuje v agentuře domácí péče.

1. Jak velká je agentura domácí péče, ve které pracujete (kolik má zaměstnanců)?

„Úplně přesně to nevím, ale myslím si, že asi patnáct všeobecných sester, jedna fyzioterapeutka, staniční sestra, vrchní sestra a administrativní pracovnice. Dále naše agentura provozuje pečovatelské služby a služby osobní asistence, ale opravdu nevím kolik mají zaměstnanců. Spolupracujeme také s jednou sociální pracovnicí. Sídlo pobočky, ve které pracuji, je patrové, v přízemí sídlí pečovatelská služba a asistenční služby, v patře jsou zdravotnice.“

2. Jaká je struktura zaměstnanců a jejich vzdělání?

„No, myslím, že už jsem to částečně odpověděla v předchozí otázce, ale vzdělání u nás mají všeobecné sestry většinou odborné středoškolské s maturitou, dvě nebo tři sestry jsou diplomované specialistky a staniční sestra s vrchní sestrou mají vysokoškolské vzdělání. Zaměstnané máme registrované zdravotní sestry, bez registrace u nás nemohou všeobecné sestry pracovat. Naše zaměstnání vyžaduje pracovat samostatně a bez odborného dohledu. Některé sestry si i během zaměstnání dodělávají vysokoškolské vzdělání.“

3. Pracují mezi vámi muži?

„Ne, to opravdu ne. I když asi před rokem u nás pracoval muž s bakalářským vzděláním, ale ukončil pracovní poměr ve zkušební době. Jejich začlenění mezi nás se nebráníme, ale bohužel, nemáme s nimi v minulosti dobré zkušenosti.“

4. O kolik klientů se v průměru denně staráte?

„To je různé, záleží na terénu a na indikované péči od lékařů. Některý den mám až 16 klientů, druhý den třeba jen 10. V průměru se to pohybuje okolo 12 až 14 klientů denně.“

5. Jaké jsou nejčastější diagnózy vašich klientů?

„Nejčastější diagnózy našich pacientů jsou: arteriální hypertenze, ischemická choroba srdeční, CMP, diabetes a jeho komplikace, chronická žilní nedostatečnost, ateroskleróza mozku, artróza, demence různého původu. Dále pak ošetřujeme klienty po amputacích, s bérčovými vředy, s poruchou kognitivních funkcí, s poruchou mobility a také ošetřujeme pooperační rány.“

6. Kdo rozhoduje o tom, o které klienty budete pečovat?

„U nás o tom rozhoduje především staniční sestra, která nám plánuje terény na týden dopředu a i víkendové služby a služby ve svátek. Samozřejmě je to vše o komunikaci, není problém si vše předem domluvit a naplánovat.“

7. Jak máte rozvrženou pracovní dobu?

„Brzy ráno začínáme odběry krve, moči (biologického materiálu), podáním medikace, aplikací inzulinů, měřením tlaku, pulsů, glykémie (fyziologických funkcí), převazy a ošetrovatelskou rehabilitací. To je ranní směna, začíná v 7 hodin a končí většinou kolem 15 až 16 hodiny. Odpolední směna na nás vyjde měsíčně jeden týden. Při odpolední směně je nejdůležitější aplikace inzulinů, podání večerních léků, péče o stomie a permanentní katetry. A protože naše agentura poskytuje ošetrovatelské služby nepřetržitě, pracujeme o víkendech i o svátcích.“

8. Nabízíte klientům nějaké nadstandardní služby? A využívají je?

„Nejčastěji nabízíme klientům kompenzační pomůcky, ale to asi není nadstandardní služba..., pak nabízíme tlačítko tísňové péče, v případě potřeby sociální poradenství. A pokud má klient zájem o pedikúru nebo kadeřnici, jsem ochotná tento kontakt také domluvit. Většinou klienti nabízených služeb využívají a jsou vděční za každou radu nebo pomoc. Na druhou stranu se najdou i tací, co nic nepotřebují a nic nechtějí. Ale nemyslím si, že by tyto služby byly nadstandardní.“

9. Jste v kontaktu s rodinnými příslušníky klienta?

„Většinou s rodinou komunikujeme, je to docela nutnost. My rozhodně stojíme o kontakt s rodinou klienta. Jsou rodiny, kde o klienta projevují opravdový zájem, ale také se setkávám s rodinami, které ani nenavštěvují klienta, jen zajistí péči od naší agentury a ostatní je nezajímá.“

10. Setkala jste se ve své praxi s negativní nebo pozitivní reakcí ze strany klienta nebo rodinných příslušníků? A s jakou?

„Setkala jsem se už i s negativní reakcí. U syna jedné klientky, kdy byl slovně velmi hrubý až agresivní a znesnadňoval mi vykonávat práci u jeho maminky. Od tohoto incidentu klientku, bohužel kvůli nevhodnému chování jejího syna, nenavštěvuji. Klientku máme stále v péči, ale já jsem požádala, hlavně z osobních důvodů, přeradit na jiný terén. Bylo mi vyhověno a já jsem tomu moc ráda. Pokud se někdo není schopen za své zkratové jednání ani omluvit, nechci se s ním nadále setkávat a ani nijak trápit.“

Mezi další negativní reakce patří také, když rodina nebo i klient mají zkreslené představy o naší práci a požadují úkony, které nám nenáleží (např. nákupy, úklid, vaření apod.)“

Ale důležitější jsou pro mě pozitivní reakce a těch je naštěstí více. Převažuje spokojenost a chvála nejen ze strany klientů, ale mnohdy i od rodinných příslušníků. A toho si velice cením. Pokud mě chválí příbuzní a známí klienta, je to pro mě taková pozitivní zpětná vazba, protože je evidentní, že je se mnou a naší agenturou klient absolutně spokojený. Stává se také, že nás doporučí i svým známým nebo sousedům. “

11. Máte se na koho v případě potřeby obrátit pro radu?

„Většinou se obracím na kolegyně, popř. staniční nebo vrchní sestru.“ Se zkušenějšími kolegyněmi mohu také kdykoliv osobně nebo telefonicky konzultovat případné nejasnosti nebo problémy v péči o klienty. Takže podle potřeby se buď obracím na staniční a na vrchní sestru. Mnoho získávám od svých služebně starších kolegyně.“

12. Jaké jsou výhody vaší práce?

„Hlavní výhodou je, že pracuji samostatně, za svoji práci si zodpovídám, plánuji si ji podle dispozic staniční sestry a podle přání klientů, mohu uplatnit svoje zkušenosti a znalosti z jiných pracovišť, na kterých jsem v minulosti pracovala. Pracovní doba není“

každý den stejná, podle počtu klientů, jejich potřeb a množství ošetrovatelské péče. Mezi nejdůležitější výhody mé práce je tedy, dle mého názoru, hlavně časová flexibilita, samostatnost a práce s lidmi. I když je to někdy velice náročné, musím říci, že mi to osobně velice vyhovuje.“

13. Jaké jsou nevýhody vaší práce?

„To si myslím, že nevýhodou je vyšší míra stresu a osobní zodpovědnosti a to nejen v péči o klienty, ale i odpovědnost za svěřené služební auto. Také někdy nevím, co mě čeká u samotných klientů doma, opravdu se divím, v jakých podmínkách jsou schopni někteří klienti bydlet. Také si myslím, že práce v terénu a za každého počasí patří mezi nevýhody. Další nevýhodou je, že v případě zhoršení stavu u klienta, nemám v dosahu lékaře, musím sama vyhodnotit situaci a vyřešit ji. Za sebe musím říci, že mi vadí dlouhé papírování. Poměrně podstatnou část tvoří administrativní činnost v kanceláři, zvláště na konci a na začátku měsíce. Někdy si připadám více jako úřednice než zdravotnice. Myslím si, že vyplňování formulářů a zadávání do počítače mi zabere až třetinu pracovní doby.“

14. Jste spokojena s prací ve vaší agentuře domácí péče?

„No, musím upřímně říci, že i když mě někdy něco naštvě, jsem celkem spokojená, myslím, že jo. Ráda komunikuji s klienty i jejich rodinami, mám radost ze zlepšení zdravotního stavu klientů, o které jsem pečovala nebo o ně pečuji.“

15. Komunikujete více s klienty nebo s jejich rodinnými příslušníky?

„Komunikujeme především s klienty, u rodinných příslušníků to záleží hodně na nich, zda se o své blízké zajímají a chtějí komunikovat s námi. Při změně stavu klienta komunikuji jak s rodinnými příslušníky, tak i s praktickým lékařem klienta. Komunikuji s nimi velmi ráda, často klienty motivuji k zájmu o zlepšení jejich zdravotního stavu a jejich rodinné příslušníky edukuji v péči o jejich blízkého.“

16. Jak hodnotíte spolupráci s praktickými lékaři a jejich sestrami?

„To záleží hodně na osobnosti jednotlivého lékaře či sestry. Setkáváme se s velmi příjemnými až po nepříjemné. Důležité ale je, že ti solidní a spolupracující převažují. Když to zhodnotím z mého pohledu, tak někteří lékaři spolupracují ukázkově. Při každém problému mám od nich okamžitou zpětnou vazbu a dokonce i později se sami o klienta zajímají. Ostatní lékaři spolupracují pouze, když volám já, anebo rodinní příslušníci. Vyřeší momentální problém a dále

se už nezajímají. To samé jsem vyzozorovala u sester v ordinacích praktických lékařů. Jak bych to tak řekla: Jak se chová a vystupuje lékař, tak podobně se chová i jeho sestra v ordinaci. Možná s tím někdo nemusí souhlasit, ale je to můj osobní názor.“

17. Měla byste zájem doplnit si vzdělání v oblasti domácí péče studiem nebo specializačním kurzem?

„O tom jsem nepřemýšlela, nevím, ale spíše ne. Mám dvě děti a ty mi zaberou dost času. To bych asi nezvládla, hm, rozhodně ne. Myslím, že různá školení ohledně mé práce jsou dostačující.“

18. Poskytuje vám zaměstnavatel volno na vzdělávací aktivitu?

„Pokud se pro nějaké školení rozhodnu, tak mi zaměstnavatel vyhoví. Vždy je možné domluvit volno tak, abych se mohla vzdělávacích akcí zúčastnit. Od staniční sestry jsem zjistila, že ročně přispívá zaměstnavatel asi tak tisíc korun na účast na semináři. Sám zaměstnavatel nás prostřednictvím staniční nebo vrchní sestry bohatě zásobuje informacemi o odborných seminářích, kurzech apod. Nástěnka v kanceláři staniční sestry je neustále zaplněna aktuální nabídkou různých kurzů a seminářů. A protože k práci v terénu potřebujeme služební auto, musíme se každoročně účastnit i školení řidičů.“

19. Pozorovala jste na sobě někdy během práce v agentuře domácí péče nějaký příznak syndromu vyhoření? A jak jste to řešila?

„Myslím, že jednou to bylo, jak se říká na hraně, bylo to náročné období, hodně klientů, málo sester, už jsem se přistihla, že pracuji jako robot. Do práce jsem se vůbec netěšila a dokonce mě začali vadit i návštěvy u určitých klientů. No, a jak jsem to řešila? Ani nevím, dostala jsem od staniční sestry trochu volna, jo a požádala jsem o změnu terénu (jiní klienti). Asi tak, už si to přesně nepamatuji. Jak říkám, bylo to náročné období, pak se to zklidnilo a od té doby na sobě zatím nic nepozoruji. Občas to je náročné, opravdu hodně práce a málo volna. Ale momentálně mám takové zájmové aktivity, které mi pomáhají odreagovat se od pracovní zátěže.“

20. Uspokojuje vás práce v agentuře domácí péče?

„Řekla bych, že celkem ano. Spousta lidí si myslí, že po odborné stránce tady není práce tak zajímavá. Sama jsem se setkala s tímto názorem i od kolegyň pracujících v nemocničních zařízeních. Ale to si nemyslím. Ten široký záběr různých diagnóz nám dává možnost komplexní péče u klientů. Co klient, to jiná diagnóza a jiný ošetrovatelský plán.“

Samostatnost a flexibilita při práci mi absolutně vyhovují. Když srovnám všechny pro a proti, jsem momentálně spokojená s tím, co dělám.“

Shrnutí:

Všeobecná sestra agentury domácí péče je celkem spokojená s prací v agentuře domácí péče. To vyplývá i z rozhovoru. Především jí vyhovuje časová flexibilita. Samostatnost a rozhodnost jí při výkonu povolání nevadí, naopak jí to uspokojuje. I když pracuje samostatně, je neustále v kontaktu s kolegyněmi, staniční sestrou, lékaři i příbuznými klientů. Co shledává jako negativní je starost o služební auto a vedení dokumentace. Je zajímavé, že mezi nevýhody své práce nezařadila i mimo jiné, nízké platové ohodnocení.

7.2 Klient agentury domácí péče

Muž, 71 let, rozvedený. Bydlí v Plzni a v domácnosti je sám, má pouze syna, ale ten žije s rodinou jinde. Je již 10 let v důchodu a dříve pracoval jako tesař. Aktuální zdravotní stav: ateroskleróza končetinových tepen, hypertenze, diabetes mellitus II. stupně. Klientem agentury domácí péče je téměř dva roky. Léky užívá pravidelně, inzulínovou léčbu zvládá dobře sám. Všeobecné sestry agentury domácí péče navštěvují klienta každý den, z důvodu sledování celkového stavu, měření fyziologických funkcí, zejména tlaku, a převazu defektu po amputaci III. – V. prstu levé dolní končetiny. Třikrát týdně také všeobecné sestry agentury domácí péče provádějí u klienta ošetrovatelskou rehabilitaci s nácvikem chůze o francouzské holi.

1. Jak dlouho využíváte ošetrovatelské domácí péče?

„No, myslím, že už to budou asi tak dva roky, ono to docela letí. To víte, půl roku jsem byl v nemocnici, to bylo strašně dlouhá doba. Moc jsem se těšil domů a všechny prosil, aby mě už pustili, že to všechno zvládnou doma sám. Syn z toho pochopitelně nebyl nadšený, protože viděl, že pořádně nechodím, noha se mi nehojí atd. A domů k sobě si mě nemohl vzít, mají malý byt. Tak začal hledat jiné možnosti a jsem rád, že se mu to takhle povedlo.“

2. Máte zkušenosti s domácí péčí už z minulosti?

„Ne, žádné zkušenosti z dřívějšíka nemám, o ničem takovém jsem neslyšel a ani jsem se o to nijak nezajímal. To víte, když je člověk zdravý, zajde si, kam chce a kdy chce, nic ho neomezuje, tak se o takové věci nestará, že?“

3. Znáte ještě někoho ve vašem okolí, kdo služeb domácí péče využívá?

„To taky ne, počkejte, budu přemýšlet, ale ne nikdo mě nenapadá. Jedině co si vzpomínám, tak mi syn říkal, že ještě, když jsem byl v nemocnici, tak se o domácí péči dozvěděl od kolegy v práci, který má doma nemocnou maminku. Když se na to pak zeptal i paní doktorky, tak byla ochotná a vše mu taky vysvětlila.“

4. Kdo vás o domácí péči informoval?

„Když jsem skončil po operaci na LDN, nebo jak se to říká, tak to tam se mnou řešila nějaká paní, přinesla mi formuláře a o vše ostatní už se postaral můj syn, to jsem tenkrát ještě nevěděl, že už syn mluvil i s paní doktorkou.“

5. Co jste si pod pojmem domácí péče představili, když jste o ní slyšeli poprvé?

„Hlavně jsem byl rád, že budu mít zajištěné obědy. Ale pak mi o tom něco říkal Dan, to je syn, ale pořád jsem nevěděl, co mě čeká. To, že budou chodit kontrolovat a ošetřovat sestřičky mě vůbec nenapadlo.“

6. Víte jak je domácí péče hrazena?

„Je, tak to vůbec nevím, jak to myslíte, tady o ty finanční záležitosti se stará můj syn, o tom já vůbec nic nevím. Obědy si platím, ale vám přece nic neplatím, tak mi to asi zařídila paní doktorka.“

7. V čem vidíte výhody domácí péče?

„Nejdůležitější je pro mě, že můžu být doma. A taky si myslím, že se mi zdravotní stav už zlepšil. Není to sice ještě úplně v pořádku, ale za pomoci vašich sestřiček a mojí paní doktorky už mám tlak v normě a noha se taky za chvíli zahojí, tedy aspoň doufám. Hlavně bych ocenil větší pomoc od syna, třeba nákupy, to se musím kolikrát dožadovat i dva týdny, než mi něco nakoupí.“

8. Jak jste spokojen s péčí všeobecných sester domácí péče?

„Jo, musím říct, že jo, jsem spokojený, všechny jsou hodné a je vidět, že svou práci mají rády. Jenom na začátku jsem nevěděl, kdy přijdou a byl jsem z toho nervózní. Teď, když už jsem je za tu dobu trochu poznal, tak je to lepší, vím, kdy přibližně přijdou a už jsem v klidu. Když je nějaká změna, nebo mají nějaký problém, tak mi vždycky včas zavolají a to mi vyhovuje. A jak mi ošetřují mojí nemocnou nohu, to jsem taky rád, já bych si to převázat nedokázal.“

9. Znáte jména sester, které vás ošetřují?

„Někoho si pamatuji, ale to víte, ta moje paměť, ta už je pěkně chatrná. Ale jo, mám je pro sebe různě pojmenované, takže, když se zeptám, kdo přijde příští týden, tak hned vím, o koho jde. Horší je to v létě, když jsou dovolené, to mě navštěvuje každou chvíli někdo jiný, ale chápu to, každý má přece nárok na dovolenou, že?“

10. Jakým způsobem vás ovlivňují sestry z domácí péče?

„Myslíte, že mě ovlivňují, to jsem nijak nepozoroval. No, i když, možná to jak mi neustále radí a poučují mě. Jen tak mezi námi, ze začátku mi to lezlo pěkně na nervy, pořád nějaké novoty. Zvláště při nácvičku chůze, to byly sestřičky neoblomné a neustále mě nutily do cvičení. Ale teď už vím, že to se mnou mysleli dobře. Bůh ví, jak bych jinak skončil.“

11. Jaký je přístup sester domácí péče?

„Jak už jsem říkal, sestřičky jsou vesměs hodné, sympatické a pokaždé se mě ptají, jak se mám. Starají se, aby mi nikdy nedošli léky, a vyptávají se, kdy jdu zase na kontrolu, prostě se o mě zajímají. I když někdy taky pozorují, že toho mají asi hodně. To víte, každý den se dorůžova nevyspíte.“

12. Jaká je reakce vaší rodiny a blízkých na všeobecné sestry domácí péče?

„To víte, syn je moc rád. Aspoň mě nemusí neustále navštěvovat a má mě neustále pod kontrolou. Takže si myslím, že mu to náramně vyhovuje.“

13. Byla vám před zahájením domácí péče vysvětlena práce sester domácí péče?

„Myslím, že asi jo, ale všechno jsem pochopil, až když mě poprvé navštívila vaše vedoucí. Nejdřív jsem si myslel, že mi budou chodit i nakupovat a tak. Vaše sestřičky mi to pak ještě zopakovali, a když jsem něčemu nerozuměl, tak mi vše vysvětlily. To víte, nikdy jsem nic takového nepotřeboval, takže jsem se o to ani nezajímal a nic jsem nevěděl.“

14. Doporučil byste domácí péči někomu z vašich známých nebo příbuzných?

„Asi jo, ale nijak jsem na to nemyslel, možná až zjistím, že by se to někomu hodilo, tak určitě. A víte, že bych to mohl doporučit své bývalé ženě, doslechl jsem se od syna, že má teď nějaké zdravotní potíže, to jste mi dobře poradila.“

15. Považujete ošetření sestrou agentury domácí péče za srovnatelné s ošetřením ve zdravotnickém zařízení a proč?

„Já jsem spokojený, protože se mi občas stane, že než se vrátím z nemocnice, tak už mi obvaz nedrží. A když mám nějaký problém, tak mi jej pomůže sestra vyřešit a nemusím kvůli tomu do nemocnice.“

16. Splňuje domácí péče a její sestry Vaše očekávání?

„Hm, to určitě, když si pomyslím, že bych neustále musel dojíždět někam na převazy a na kontroly, to bych asi nezvládl a syn mě neustále taky vozit nemůže, má svoji práci, děti jsou ještě malé, musí je vyzvedávat ze školky, protože snacha už taky pracuje. Zpočátku jsem z toho měl strach, asi jako každý. Přece jenom vás denně někdo navštěvuje, s něčím vám neustále radí a poučuje vás, ale teď už jsem si na to tak zvykl, že by mi to rozhodně chybělo. A sestřičky, ty už беру jako součást rodiny. Prohodí se mnou pokaždé pár slov a hned je mi lépe.“

17. Došlo u vás ke zlepšení potíží při ošetřování v domácím prostředí?

„No, jéje, vždyť to sama vidíte. Rána na noze se mi za chvíli zahojí a za to že můžu pěkně chodit, vděčím sestřičkám. Kdyby na mě nebyly důsledné, asi bych dnes nechodil, nebo chodil, ale s velkými obtížemi. Rozhodně, to, že jsem teď po delší době zase samostatný, není jen tak.“

Shrnutí:

Klient popisuje v rozhovoru, že je s prací všeobecných sester agentury domácí péče vcelku spokojený. Nejdůležitější je pro něj, že i přes své onemocnění může zůstat doma, ve svém sociálním prostředí. Zpočátku neměl žádné nebo zkreslené informace týkající se domácí péče. Později, při samotném zavedení domácí péče, byl již dostatečně informován o péči všeobecných sester agentury domácí péče. Všeobecné sestry agentury domácí péče ho pozitivně ovlivňují a edukují, takže je schopen žít kvalitně a plnohodnotně i se svým onemocněním.

8 DISKUZE

V bakalářské práci jsem věnovala pozornost klientovi z agentury domácí péče, a všeobecné sestře pracující v agentuře domácí péče.

Hlavním cílem bylo zmapovat vytížení sester při práci v agentuře domácí péče. Ten jsem rozdělila na několik dílčích cílů s tímto zaměřením: zda jsou klienti dostatečně informováni o agentuře domácí péče, jakým způsobem ovlivňuje domácí péče život klientům a jak hodnotí všeobecná sestra práci v agentuře domácí péče. K nim se vztahují výzkumné otázky, které byly zaměřeny na osobní pohled respondentů.

První oblast rozhovoru byla zaměřena na hodnocení sestry pracující v agentuře domácí péče.

Průzkum jednoznačně poukazuje na to, že sestra agentury domácí péče hodnotí svoji práci vcelku kladně. I když je spokojena s prací v terénu, vidí na své práci i negativa, která se však snaží eliminovat řadou pozitiv.

Negativem práce všeobecné sestry agentury domácí péče je doprava ke klientům za každého počasí, obzvláště v zimních měsících. Administrativu hodnotí negativně většina zdravotníků, a i sestra v agentuře domácí péče je na tom stejně. Psychické i fyzické zátěže si je sestra plně vědoma, ale kompenzuje jí zájmovými činnostmi, které jí pomáhají se odreagovat. Mezi další překážku v poskytování kvalitní péče v domácím prostředí jsou u některých klientů nevhodné sociální podmínky, s čímž může sestra jen stěží něco udělat. To, že se sestry domácí péče musí mnohokrát za den přizpůsobovat nezvyklým podmínkám jednotlivých domácností a nezvyklým požadavkům jednotlivých klientů, popisuje také MUDr. Libor Svět, jako spoluautor knihy Pečovatelská služba v České republice v kapitole Domácí péče v České republice. Pozitivní zvládnutí této specifické a náročné práce je důsledkem vysoké míry jejich profesionality. Sestra agentury domácí péče hodnotí v rozhovoru pozitivně samostatnost, kvůli níž začala v agentuře opět pracovat.

Líbí se jí individuální přístup ke klientovi, kdy se péče plánuje přesně podle aktuálních potřeb klienta. Dále má ráda bezprostřední kontakt s klientem v jeho přirozeném prostředí, protože se v něm klient cítí v bezpečí. Aby mohla sestra poskytovat klientovi péči v jeho domácím prostředí, potřebuje navázat bližší vztah nejen s klientem,

ale i s jeho rodinnými příslušníky. Právě to hodnotí také pozitivně. Co se týká pracovního zázemí, vyhovuje jí pružná pracovní doba včetně absence nočních služeb. Toto zjištění je velmi uspokojivé. Ve svém článku to také uvádí Zuzana Rabenseiferová – Sestra – 2010.

Jak jsem již popsala výše, domácí péče má pro své zaměstnance i negativní stránky, přesto však, jak ukazuje výsledek mého šetření, klady převažují. Tímto problémem se hlouběji zabývala i Jitka Kopčilová ve své bakalářské práci na téma Výhody a nevýhody domácí péče z pohledu pacienta a sestry. Ze své zkušenosti sama vím, jaká pozitiva přináší práce v domácí péči. Jde o pocit samostatnosti v rozhodování při ošetřování, související se zkušeností sestry, a v případě dobrých výsledků i pocit uspokojení z vhodně zvolené metody.

Neméně důležitá je oblast informovanosti o agentuře domácí péče a proto dalším mým cílem bylo zjistit, co dotazovaný klient ví o domácí péči a jestli jsou jeho vědomosti správné.

Před onemocněním klient nic nevěděl o domácí péči ani o poskytování jejích služeb. Jak sám v rozhovoru uvádí, když byl zdravý, tak ho nikdo o žádné domácí péči neinformoval, tudíž se o ní ani nijak nezajímal. Když onemocněl a zůstal delší dobu v nemocnici, začal návrat do domácího prostředí řešit jeho syn. Po domluvě s ošetřujícím lékařem, navštívila klienta ještě v nemocnici sociální pracovnice, aby mu nabídla ošetřování pomocí agentury domácí péče.

Zpočátku se klient domníval, že do domácí péče spadá i činnost příslušející do sociální oblasti (pečovatelská služba). Po propuštění klienta z nemocnice do domácího prostředí, navštívila klienta staniční sestra vybrané agentury domácí péče a ta mu vše pečlivě a srozumitelně vysvětlila. Další dotazy zodpověděli klientovi ostatní ošetřující sestry agentury domácí péče. Nyní již klient na základě vlastní zkušenosti ví, že tuto péči za něj hradí zdravotní pojišťovna, a že domácí péče je poskytována ze zdravotních důvodů. Je potěšující, že má klient spolupracující rodinné příslušníky. Mezi pozitivní výsledek můžeme zařadit také to, že ošetřující sestra z agentury domácí péče nyní poskytuje klientovi dostatečné informace.

Iva Svobodová se ve své bakalářské práci Informovanost o agenturách domácí péče velmi dopodrobna zajímá skutečností, že široká veřejnost přesně nerozlišuje mezi domácí

zdravotní péči a sociální pomocí pečovatelské služby. Dochází k záměně mezi sestrou a pečovatelkou. Moje vlastní zkušenost s jejím názorem absolutně souhlasí. Domácí péče je nedílnou součástí primární péče. Vhodně doplňuje lékařskou péči. Zdravotnictví se potýká více než kdy jindy s nedostatkem finančních prostředků a právě domácí péče je ekonomicky výhodná. Spokojenost pacientů, možnost zůstat v domácím prostředí mezi nejbližšími jsou důvodem pro podporu a další rozvoj této formy péče. Abychom zvýšili informovanost této skupiny, je třeba klást důraz na znalosti ošetřujícího personálu o této problematice.

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, jakým způsobem ovlivňuje klienta domácí péče.

Pro klienta je největším přínosem možnost zůstat doma a nemuset tak často docházet (dojíždět) do zdravotnického zařízení na kontroly. Jednoznačně kladný výsledek je, že klient domácí péče považuje ošetření sestrou agenturou domácí péče za rovnocenné s nemocničním ošetřením. Klient přiznává, že je přístupem ošetřujících sester agentury domácí péče ovlivňován, a to v pozitivním smyslu. Zpočátku byl k ošetřování nedůvěřivý, jak sám udává, nevěděl, co bude následovat, co by mohl očekávat, měl obavy z toho, jak budou návštěvy sester probíhat, jestli se jeho onemocnění může zlepšit. Podobný pohled má i Marková, 2009 – ve své knize popisuje, že tyto obavy a své emoce klienti často sdělují právě ošetřující sestře.

Klient vnímá poskytování domácí péče vcelku pozitivně. O čemž se nejlépe vyjadřuje Kalvach – 2011. Mimo jiné zmiňuje to nejdůležitější, že se v domácí péči každý klient posuzuje individuálně z bio-psycho-sociálního hlediska a při péči se uplatňuje holistický přístup včetně respektu ke spirituálním potřebám, protože v domácí péči jde o víc než pouhé provádění zdravotnických výkonů. Nejdůležitější samozřejmostí je empatická komunikace, respektování kompetencí a přirozených sociálních rolí klienta i podpora důstojnosti.

Dalším z bodů, který vede k ovlivňování klienta je komplexnost domácí péče, ta poskytuje soubor všech činností spojených s léčbou, ošetřováním, rehabilitací, psychickou a duševní podporu a opatrováním klienta, jak se již zmínila Marková – 2009. Sám klient v rozhovoru popisuje, že nebýt důslednosti sester domácí péče, nebyl by dnes tolik soběstačný a samostatný.

Jednoznačně pozitivní výsledek je, že klient domácí péče považuje ošetření sestrou agentury domácí péče za rovnocenné s nemocničním ošetřením. Z rozhovoru vyplývá, že klient je víceméně s přístupem všeobecných sester agentury domácí péče spokojen. Klient se zmiňuje, že jsou sestry agentury domácí péče hodné, sympatické a zajímají se o jeho zdravotní stav. Takže empatická komunikace a podpora důstojnosti je pro klienta velmi důležitá. Psychická pohoda, kterou posiluje domácí prostředí, jednoznačně zlepšuje uzdravování a s tím spojenou kvalitu života.

Podle mého názoru je však nejdůležitějším aspektem chování samotných klientů. Ti jsou v naprosté většině za návštěvy sester vděční a v jejich přístupu je to často znát.

V dnešní době se klade důraz na aktivní přístup klienta, jeho spolupráce je žádoucí. Mění se i celý proces komunikace. Chceme mít aktivního, spolupracujícího klienta (a jeho rodinu), který je schopen spolurozhodovat o své péči. Na to však musí být dostatečně a kvalitně informován o příčinách onemocnění, léčbě a vedlejších účincích terapie. Musí mu být poskytnuty informace a rady, aby zhodnotil svou situaci a uměl se připravit na budoucnost. Rodina i blízcí potřebují vědět, jak spolupracovat a komunikovat s nemocným. Musíme je informovat, kdy a kam se v případě potíží obrátit o „pomoc“. Všeobecná sestra z agentury domácí péče je nejbližším „článkem“, který jim může pomoci, proto by měla dát najevo, že právě klient i jeho rodina jsou pro ni důležití. O tom se také zmiňuje ve své bakalářské práci Iva Svobodová – Informovanost o agenturách domácí péče. Efektivní komunikace vyžaduje znalosti sester. Sestra při svém projevu sděluje klientovi informace: ústně, písemně, mimikou, gestikulací. Stále se učíme komunikačním dovednostem a neustále je musíme zdokonalovat. Takový klient často celý den čeká, až přijde „jeho“ sestřička a on si s ní může popovídat.

Sama ze své zkušenosti vím, že mnohdy díky neefektivní komunikaci dochází ke zbytečným nedorozuměním. Proto bych vzhledem ke svým zkušenostem doporučila pro praxi příklady efektivní komunikace nejen pro klienty, ale i všeobecné sestry agentury domácí péče. Myslím si, že by to mohlo zefektivnit komunikaci mezi všeobecnou sestrou a klientem.

„Teprve v komunikaci zjišťujeme, kdo jsme a jak jsme tu pro druhé.“

K. Jaspers

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce bylo zmapovat vytiženost sester při práci v agentuře domácí péče.

V teoretické části popisují základní výklad domácí péče, její formy a cíle. Součástí teoretické části je i historie domácí péče, její financování, právní předpisy a postup při předpisu domácí péče. Dále jsem čtenářům přiblížila přednosti domácí péče a předpoklady k zahájení domácí péče. Zaměřila jsem se všeobecně na kvalitu domácí péče a faktory, které jí ovlivňují. Také jsem popsala, jakou roli zastává všeobecná sestra při návštěvě u klienta v domácím prostředí.

Praktická část je věnována kvalitativnímu výzkumnému šetření. V rámci svého průzkumného šetření – formou rozhovoru jsem zjistila, že nyní je již klient dostatečně informován o možnostech domácí péče. Ze sdělení klienta vyplynulo, že domácí péče ovlivňuje jeho kvalitu života a to především pozitivně. Průzkum jednoznačně poukazuje na to, že sestra agentury domácí péče hodnotí svojí práci vcelku kladně. Je spokojena s prací v terénu, ale také vidí na své práci negativa, která se však snaží eliminovat řadou pozitiv. Jako nejdůležitější se pro ni jeví samostatná práce přinášející pocit uspokojení a seberealizace. Pokud vidí, že stav klienta se zlepšuje, nebo dokonce dojde k uzdravení, pak ji tato práce dává sílu a energii pokračovat v této profesi. Spokojenost klientů je největší odměnou v tomto povolání.

Závěrem bych chtěla říci, že všeobecné sestry agentury domácí péče mají ke klientům tradičně nejblíže, a mohou proto mnohé ovlivnit. Správně orientovaná domácí péče pak může velmi pozitivně ovlivnit fungování dalších článků systému zdravotní péče a přispět tak k významným úsporám.

LITERATURA A PRAMENY

BICKOVÁ, L., KALVACH, Z. a ČELEDOVÁ, L. 2010. *Pečovatelská služba v České Republice*. Tábor : Asociace poskytovatelů sociálních služeb České Republiky, 2010. str. 432. ISBN 978-809-0466-807.

HANZALÍKOVÁ, A. a kolektiv, a. 2004. *Komunitné ošetrovatelstvo*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2004. 80-8063-155-7.

HASTINGSOVÁ, D. 1997. *Domáci sestřička, péče o nemocné doma*. Praha : Knižní klub, 1997. str. 224. 80-7176-452-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno : IDVPZ Brno, 2002. str. 72.

JAROŠOVÁ, D. 2006. *Péče o seniory*. Ostrava : Ostravská Univerzita, 2006. str. 12. ISBN 80-7368-110-2.

KALVACH, Z. a kol. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha : Grada, 2011. str. 399. ISBN 978-802-4740-263.

KLEVETOVÁ, D. a DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha : Grada Publishing a.s., 2008. str. 202. 978-80-247-2169-9.

KONOPÁSEK, B. 2004. *Onkologie pro praktické lékaře*. Praha : Galén, 2004. str. 179. 80-7262-287-0.

KOPČILOVÁ, J. 2013. *Bakalářská práce: Výhody a nevýhody domácí péče z pohledu pacienta a sestry*. [editor] Mgr. Hajšmanová B. Plzeň : ZČU FZS, 2013.

KOZÁKOVÁ, R. 2011. *Komunitní ošetrovatelská péče o seniory*. Ostrava : Ostravská Univerzita v Ostravě, 2011. str. 71. 978-80-7464-079-07.

KOZIER, B. a kol. 1995. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 1995. str. 836. 80-217-0528-0.

KRÁTKÁ, A. 2008. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. str. 159. 978-80-7318-726-2.

MARKOVÁ, M. 2009. *Komunitní ošetřovatelství pro sestry*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. str. 152. ISBN 978-80-7013-499-3.

MISCONIOVÁ, B. ADP ČR - stanovy. *NCDP ČR*. [Online] [Citace: 12. listopad 2014.] <http://www.domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-stanovy.doc>.

MISCONIOVÁ, B. 1998. *Domácí a primární péče včera, dnes a zítra*. Praha : NCDP ČR, 1998. str. 41. neuvedeno.

MISCONIOVÁ, B. 2015. Domácí péče. *Národní centrum domácí péče ČR*. [Online] 5. leden 2015. [Citace: 5. leden 2015.] <http://www.domaci-pece.info/index.php>.

MISCONIOVÁ, B. 2014. Historie domácí péče. *Národní centrum domácí péče České Republiky*. [Online] 11. listopad 2014. [Citace: 11. listopad 2014.] <http://www.domaci-pece.info>.

MISCONIOVÁ, B. 1994. *Nejčastější otázky spojené s Komplexní domácí péčí*. Praha : Asociace domácí péče ČR, 1994. str. 19. neuvedeno.

RABENSEIFEROVÁ, Z. 2010. Práce sestry v agenturách domácí péče. *SESTRA*. 15721, 13. leden 2010, 1/2010, str. 37.

ŘEHOŘOVÁ, M. 2015. O čem sní sestry. *ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA*. 26. leden 2015, 2336-2987, stránky 24-25.

STAŇKOVÁ, M. 1996. *Základy teorie ošetřovatelství*. Praha : Karolinum, 1996. str. 193. ISBN 80-7184-243-5.

SVOBODOVÁ, I. 2007. *Bakalářská práce - Informovanost o agenturách domácí péče*. Hradec Králové : Univerzita Karlova v Praze - Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2007.

VČELÁK, P. 2012. Studijní materiály. *Informatika a výpočetní technika*. [Online] 20. únor 2012. [Citace: 20. únor 2012.] <http://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-materialy.php>.

VENGLÁŘOVÁ, M. a MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. str. 144. 80-247-1262-8.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a KOL., A. 1998. *Paliativní medicína*. Praha : Grada Publishing, 1998. str. 480. 8071694371.

SEZNAM ZKRATEK

NCDP – Národní centrum domácí péče

ADP ČR – Asociace domácí péče v České republice

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

CMP – centrální mozková příhoda

SEZNAM PŘÍLOH

Poukaz na vyšetření / ošetření DP

Ošetřovatelské kódy

Formulář k ošetření defektu

Formulář k ošetřovatelské rehabilitaci

Informovaný souhlas – klient a sestra

Informovaný souhlas – MCHP

Dotazník k praktické části – sestra

Dotazník k praktické části – klient

Prospekt – DOPORUČENÍ PRO SESTRY

Prospekt – DOPORUČENÍ PRO KLIENTY

DOTAZNÍK K PRAKTICKÉ ČÁSTI - SESTRA

1. Jak velká je agentura domácí péče, ve které pracujete (kolik má zaměstnanců)?
2. Jaká je struktura zaměstnanců a jejich vzdělání?
3. Pracují mezi vámi muži?
4. O kolik klientů se v průměru denně staráte?
5. Jaké jsou nejčastější diagnózy vašich klientů?
6. Kdo rozhoduje o tom, o které klienty budete pečovat?
7. Jak máte rozvrženou pracovní dobu?
8. Nabízíte klientům nějaké nadstandardní služby? A využívají je?
9. Jste v kontaktu s rodinnými příslušníky klienta?
10. Setkala jste se ve své praxi s negativní nebo pozitivní reakcí ze strany klienta nebo rodinných příslušníků? A s jakou?
11. Máte se na koho v případě potřeby obrátit pro radu?
12. Jaké jsou výhody vaší práce?
13. Jaké jsou nevýhody vaší práce?
14. Jste spokojena s prací ve vaší agentuře domácí péče?
15. Komunikujete více s klienty nebo s jejich rodinnými příslušníky?
16. Jak hodnotíte spolupráci s praktickými lékaři a jejich sestrami?
17. Měla byste zájem doplnit si vzdělání v oblasti domácí péče studiem nebo specializačním kurzem?
18. Poskytuje vám zaměstnavatel volno na vzdělávací aktivitu?
19. Pozorovala jste na sobě někdy během práce v agentuře domácí péče nějaký příznak syndromu vyhoření? A jak jste to řešila?
20. Uspokojuje vás práce v agentuře domácí péče?

DOTAZNÍK K PRAKTICKÉ ČÁSTI – KLIENT

1. Jak dlouho využíváte ošetrovatelské domácí péče?
2. Máte zkušenosti s domácí péčí už z minulosti?
3. Znáte ještě někoho ve vašem okolí, kdo služeb domácí péče využívá?
4. Kdo vás o domácí péči informoval?
5. Co jste si pod pojmem domácí péče představili, když jste o ní slyšeli poprvé?
6. Víte jak je domácí péče hrazena?
7. V čem vidíte výhody domácí péče?
8. Jak jste spokojen s péčí všeobecných sester domácí péče?
9. Znáte jména sester, které vás ošetřují?
10. Jakým způsobem vás ovlivňují sestry z domácí péče?
11. Jaký je přístup sester domácí péče?
12. Jaká je reakce vaší rodiny a blízkých na všeobecné sestry domácí péče?
13. Byla vám před zahájením domácí péče vysvětlena práce sester domácí péče?
14. Doporučil byste domácí péči někomu z vašich známých nebo příbuzných?
15. Považujete ošetření sestrou agentury domácí péče za srovnatelné s ošetřením ve zdravotnickém zařízení a proč?
16. Splňuje domácí péče a její sestry Vaše očekávání?
17. Došlo u vás ke zlepšení potíží při ošetřování v domácím prostředí?



Doporučení pro sestry

- 1. Poslouchejte klienta vždy pozorně**
- 2. Vysvětlete vždy všechno jasně a srozumitelně.
Vytvořte si zpětnou vazbu a ujistěte se, že vám pacient porozuměl**
- 3. Hovořte s klientem pravidelně o prevenci**
- 4. Vyptejte se klienta na všechno, co by mohlo vaši spolupráci ztěžovat (obavy, nechuť, odmítání, příp. vliv druhé osoby)**
- 5. Zachovejte vždy důvěrnost informací získaných od klientů**
- 6. Respektujte klientova přání**
- 7. Během rozhovoru udržujte oční kontakt**
- 8. Dejte klientovi najevo svou emoční podporu**
- 9. Vystupujte před klienty vždy v nejlepším světle**
- 10. Úsměv a vlídné slovo vás nic nestojí**



Doporučení pro klienty

- 1. Zeptejte se na vše, co je vám nejasné**
- 2. Poskytněte sestřám všechny důležité informace:
co a kde vás bolí, jaké máte obtíže**
- 3. Sdělte všechny své problémy najednou,
nenechávejte si pro sebe tajemství**
- 4. Snažte se dodržovat doporučení a léčebný režim**
- 5. Neobávejte se zeptat, proč dělat to či ono**
- 6. Sdělte sestře všechny své pochybnosti, ať už se
týkají čehokoliv**
- 7. Zvažte, zda si neděláte nepřiměřené nároky na čas
sester, které vás navštěvují**
- 8. Budte upřímní a snažte se důvěřovat
profesionálům**