

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2020**

**Michaela Hadačová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství N5341

**Bc. Michaela Hadačová**

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech

Z17N0004K

**VYUŽITÍ DOMÁCÍ PÉČE U PACIENTA S CHRONICKÝM  
ONEMOCNĚNÍM**

**Diplomová práce**

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

PLZEŇ 2020

# ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela HADAČOVÁ**  
Osobní číslo: **Z17N0004K**  
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**  
Téma práce: **Využití domácí péče u pacienta s chronickým onemocněním**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

### Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah grafických prací:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

#### Seznam doporučené literatury:

- TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana a kol. Mezi láskou a povinností – péče očima pečovatelů. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 121 s. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.
- POCHMANOVÁ, Karolina a kol. Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují. 1. vydání. Praha: Cesta domů, 2015. 45 s. ISBN 978-80-905809-2-3.
- MARKOVÁ, Alžběta a kol. Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. 155 s. ISBN 978-80-905809-4-7.
- BIZOŇOVÁ, Jana a SLONKOVÁ, Šárka. Vliv domácího prostředí na léčbu chronických ran. Sestra. 2013, roč. 23, č. 1, s. 55-57. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vliv-domaciho-prostredi-na-lecbu-chronicky-ran-468698>.
- SEGAL, Daniel, QUALLS, Sara, Honn a SMYER, Michael, A. Aging and Mental Health. 3rd Edition. Wiley-Blackwell, 2017. 472 pages. ISBN 978-1-119-13315-5.

Vedoucí diplomové práce:

**PhDr. Jana Horová**

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání diplomové práce: **31. ledna 2018**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2020**



**PhDr. Lukáš Štich**  
děkan



**PhDr. Mgr. Jitka Krocová**  
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

V Plzni dne .....

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Hadačová Michaela

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Využití domácí péče u pacienta s chronickým onemocněním

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

Počet stran – číslované: 98

Počet stran – nečíslované: 55

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 51

Klíčová slova: agentura domácí péče, ošetřování, chronický pacient, rodina

### **Souhrn:**

Diplomová práce se zaměřuje na znalosti laické veřejnosti a všeobecných sester pracujících v nemocnici nebo u praktického lékaře v regionu Domažlice, které se vztahují k nabízeným možnostem agentury domácí péče. V teoretické části je ve formě souhrnných informací popsána problematika agentur domácí péče a její úkoly v péči o chronického pacienta, které hrají důležitou pomocnou roli. Praktická část je provedena formou kvantitativního výzkumu, pomocí dotazníkového šetření, které bylo realizováno v letech 2018- 2019. Kromě demografických údajů zjišťuje, jaké má vybraný vzorek respondentů znalosti o práci agentur domácí péče, o indikaci a hrazení zdravotní domácí péče. Hlavním cílem diplomové práce je zjištění informovanosti o domácí péči u laické veřejnosti a všeobecných sester v regionu Domažlice a zjištění, jaké faktory tuto informovanost ovlivňují. Výstupem práce bude vypracování informačního materiálu určeného zájemcům o informace o domácí péči.

## **Abstract**

Surname and name: Hadačová Michaela

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Use of home care in a patient with chronic disease

Consultant: PhDr. Jana Horová

Number of pages – numbered: 98

Number of pages – unnumbered: 55

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 51

Keywords: home care agency, nursing, chronic patient, family

### Summary:

The diploma thesis focuses on the knowledge of the general public and general nurses working in the hospital or general practitioner in the Domažlice region, which are related to the possibilities offered by the home care agency. The theoretical part describes in the form of summary information the issue of home care agencies and its tasks in the care of chronic patients, which play an important auxiliary role. The practical part is carried out in the form of quantitative research, using a questionnaire survey, which was carried out in 2018 - 2019. In addition to demographic data, it examines the knowledge of the selected sample of respondents on the work of home care agencies, on the indication and coverage of health home care. The main aim of this thesis is to find out about the care of the general public and general nurses in the Domažlice region and what factors influence this information. The output of this work will be elaboration of information material intended for those interested in information about home care.

## **Předmluva**

Problematika ošetrovatelství v domácí péči je téma, které se díky stárnutí populace dotýká čím dál tím většího množství lidí. Mnozí lidé, často v produktivním věku, se ocitají v situaci, kdy se musí postarat o své nemocné příbuzné a nevědí, jak tuto situaci řešit: kdo a jak by jim mohl pomoci, na koho konkrétně se obrátit. Během své práce v agentuře domácí péče jsem dostávala na možnosti a podmínky tohoto druhu péče mnoho dotazů. Zjistila jsem, že je nedostatečně informovaná nejen laická veřejnost, ale i všeobecné sestry pracující v nemocnici a u praktického lékaře. Proto jsem se rozhodla věnovat se tomuto tématu ve své diplomové práci.

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Janě Horové vedoucí práce za odborné vedení diplomové práce a poskytnutí cenných odborných rad. Dále děkuji vedení Domažlické nemocnice a.s., vybraným obvodním lékařům z Domažlického regionu a všem respondentům za možnost provedení výzkumu. Poděkování také patří Mgr. Pavlu Plátovi a Ing. Romanu Kalousovi, kteří se podíleli na statistickém zpracování a analýze dat. Také děkuji celé rodině za trpělivost.



# OBSAH

ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST .....	16
1. ROLE PACIENTA .....	16
1.1. Nemoc v prožívání člověka.....	16
1.2. Chronické onemocnění.....	16
1.3. Vliv nemocničního prostředí na jedince.....	18
1.4. Bio-psycho-sociální soulad .....	20
1.5. Význam rodiny v péči o nemocného.....	21
2. DOMÁCÍ PÉČE .....	24
2.1. Komunita a komunitní ošetřovatelství .....	24
2.2. Definice domácí péče .....	25
2.3. Česká historická forma domácí péče.....	28
2.4. Demografie a sociální politika České republiky .....	29
3. KONCEPCE AGENTUR DOMÁCÍ PÉČE .....	32
3.1. Klienti a poskytovatelé domácí péče.....	32
3.1.1. Klienti domácí péče .....	32
3.1.1.1. Péče o umírajícího v domácím prostředí.....	33
3.1.2. Poskytovatelé domácí péče.....	35
3.2. Indikace domácí zdravotní péče.....	35
3.2.1. Praktický nebo ošetřující lékař .....	35
3.2.2. Role všeobecné sestry.....	37
3.3. Právní předpisy a legislativa domácí péče .....	38
3.3.1. Kontaktní pracoviště agentury domácí péče.....	40
3.3.2. Ošetřovatelská dokumentace .....	40
3.4. Propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení.....	42
3.4.1. Realizace domácí zdravotní péče.....	42
3.5. Kvalita poskytované péče.....	44
3.5.1. Definice a historie kvality poskytované péče .....	44
3.5.2. Vyhodnocení kvality poskytované péče .....	44
3.5.3. Ošetřovatelské standardy a jiná hodnocení v domácí péči .....	45
4. ASOCIACE PRO DOMÁCÍ PÉČI V ČR.....	47
4.1. Asociace domácí péče ČR.....	47
4.2. Česká asociace sester- sekce domácí péče .....	47
5. AGENTURA DOMÁCÍ PÉČE V REGIONU DOMAŽLICE.....	49
EMPIRICKÁ ČÁST .....	50

6. FORMULACE PROBLÉMU .....	50
7. CÍL A ÚKOLY PRÁCE .....	51
7.1. HLAVNÍ CÍL .....	51
7.2. DÍLČÍ CÍLE .....	51
8. VÝZKUMNE PROBLEMY .....	52
9. CHARAKTERISTIKA SLEDOVANEHO SOUBORU .....	53
10. METODIKA PRÁCE .....	54
11. ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	58
11.1. Grafická vizualizace získaných dat .....	58
11.1.1. Dotazník určený pro všeobecné sestry .....	58
11.1.2. Dotazník určený pro laickou veřejnost .....	76
11.2. Testování výzkumného problému .....	93
DISKUZE .....	107
VYHODNOCENÍ DÍLČÍCH CÍLŮ .....	111
ZÁVĚR .....	113

# SEZNAM GRAFŮ

## Dotazník určený pro všeobecné sestry

Graf 1: Vizualizace vyhodnocení vědomostních otázek všeobecných sester.....	59
Graf 2: Co představuje název - agentura domácí péče. ....	60
Graf 3: Výhody domácí zdravotní péče pro pacienty.....	61
Graf 4: Formy domácí zdravotní péče.....	62
Graf 5: Druhy odborných činností, které provádí všeobecná sestra u klienta v domácím prostředí. ....	63
Graf 6: Druhy odborných činností, které nemůže provádět všeobecná sestra u klienta v domácím prostředí. ....	65
Graf 7: Kdo indikuje domácí zdravotní péči? .....	66
Graf 8: Doba, po kterou je indikována domácí zdravotní péče.....	67
Graf 9: Pro koho je domácí zdravotní péče indikována. ....	68
Graf 10: Kdo hradí zdravotní péči poskytovanou agenturou domácí péče. ....	69
Graf 11: Časový rozsah poskytovaných zdravotních služeb domácí péči.....	70
Graf 12: Počet hodin za den, kdy je maximálně hrazená péče u klienta. ....	71
Graf 13: Co jsou odlehčovací služby.....	72
Graf 14: Poskytuje agentura domácí péče kompenzační pomůcky? .....	73
Graf 15: Poskytuje Ministerstvo práce a sociálních věcí finanční kompenzace pečujícím osobám v domácím prostředí? .....	74

## Dotazník určený pro všeobecné sestry

Graf 16: Vizualizace vyhodnocení vědomostních otázek laické veřejnosti.....	78
Graf 17: Co představuje název - agentura domácí péče. ....	79
Graf 18: Nárok k příspěvku na péči z důvodu péče o dlouhodobě nemocného rodinného příslušníka doma. ....	81
Graf 19: Náplň práce agentury domácí péče poskytující zdravotní péči.....	82
Graf 20: Kdo indikuje domácí zdravotní péči. ....	84
Graf 21: Pro koho je domácí zdravotní péče určena. ....	85
Graf 22: Kdo hradí zdravotní péči poskytovanou agenturou domácí péče. ....	86
Graf 23: Časový rozsah poskytovaných zdravotních služeb domácí péči.....	87
Graf 24: Počet hodin za den, kdy je maximálně hrazená péče u klienta. ....	88
Graf 25: Co jsou odlehčovací služby.....	89

Graf 26: Poskytuje agentura domácí péče kompenzační pomůcky? .....	90
Graf 27: Je půjčení kompenzačních pomůcek zdarma? .....	91

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Očekávané četnosti v případě nezávislosti k H1 .....	93
Tabulka 2: H1 .....	94
Tabulka 3: Očekávané četnosti v případě nezávislosti k H2 .....	96
Tabulka 4: H2 .....	97
Tabulka 5: Očekávané četnosti v případě nezávislosti k H3 .....	99
Tabulka 6: H3 .....	100
Tabulka 7: Očekávané četnosti v případě nezávislosti k H4 .....	102
Tabulka 8: H4 .....	103
Tabulka 9: Očekávané četnosti v případě nezávislosti k H5 .....	104
Tabulka 10: H5 .....	105

## SEZNAM ZKRATEK

ADL	Activities of Daily Living/ Barthelův test základních všedních činností
CYGNUS	Elektronický informační systém pro agentury domácí péče
DABDA	Denial-Anger-Bargaining-Depression-Acceptance; fáze, při kterých se lidé vyrovnávají se smutkem, podle E. Kübler-Ross
DP	Domácí péče
DPH	Daň z přidané hodnoty
GCS	Glasgow Coma Scale/ hodnocení stavu vědomí
IADL	Instrumental Activity Daily Living/ Test instrumentálních všedních činností
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization/ Společná komise pro akreditaci organizace zdravotní péče
JCIA	Joint Commission Internacional Accreditation/ Společná komise pro mezinárodní akreditaci
i.m.	intramuskulární (aplikace do svalu)
i.v.	intravenózní (aplikace do žíly)
MMSE	Mini Mental State Exam/ Test kognitivních funkcí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA	North American for Nursing Diagnosis Assotiation/ Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy
SAK	Spojená akreditační komise
s.c	subcutánní (aplikace do podkoží)
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VZP ČR	Všeobecná zdravotnická pojišťovna České republiky

## ÚVOD

Domácí péče je kombinace zdravotní a sociální péče, kterou poskytujeme klientovi v jeho vlastním prostředí, aby k případné hospitalizaci nebo umístění do ústavu sociální péče docházelo pouze v nezbytně nutných případech. Tato péče je ve všech státech pro pacienty velkým přínosem. Důvodem je fakt, že umožňuje neustálý kontakt s rodinou, vylučuje infekce spojené se zdravotní péčí, ale především je pacient ve svém sociálním prostředí, což se pozitivně odráží na jeho psychice a zvyšuje jeho potenciál k uzdravě.

Domácí péče je nezastupitelnou součástí moderního systému ošetrovatelství, kde jsou propojeny složky nejen zdravotní a sociální, ale také pomoc rodinných příslušníků. Cílovou skupinou domácí zdravotní péče jsou nemocní všech věkových kategorií, kterým zdravotní stav umožňuje setrávat v prostředí svého domova.

Nedílnou součástí je také domácí hospicová péče, která se zaměřuje nejen na projevy nemoci, ale na uspokojení psychických, sociálních a duchovních potřeb klienta. Stejně tak zahrnuje péči o rodinu nemocného.

Ve své práci bychom chtěli upozornit na problematiku ošetrovatelství v domácí péči, která se týká čím dál většího množství lidí. Mnozí lidé se dostávají do situace, kdy se musí postarat o své nemocné příbuzné a mnohdy nemají nebo nevědí, na koho se obrátit.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ROLE PACIENTA

Ze sociologického a psychologického hlediska znamená nemoc omezení běžných činností a povinností člověka. Nemoc není pouhý stav, ale vytváří i určitou společenskou roli. Společenská role zahrnuje dvě práva a dvě povinnosti. Právem pacienta je, že je soustředěn na svoji nemoc, nevykonává běžné společenské závazky a není plně zodpovědný za uzdravení. K jeho povinnostem náleží vyhledat odbornou pomoc a spolupracovat se zdravotníky (Zacharová, 2016, s. 81).

### 1.1 Nemoc v prožívání člověka

Nemoc je pro každého člověka náhlou změnou, zátěží, se kterou je nucen se bezodkladně vyrovnat. Zasahuje do pracovních povinností, do společenských a zájmových oblastí. Každé onemocnění má jiný průběh, jiný způsob léčby s její úspěšností a jiné možné následky. Podle toho je pak do různé míry ovlivněn nejen život nemocného, ale i život jeho rodiny. Nemoc vnímá každý člověk jiným způsobem (Morovicsová, 2006, s. 1 - 2). Mezi faktory ovlivňující reakci pacienta patří prostředí, ve kterém žije nyní, ale také to, kde vyrůstal a byl vychováván. Dalším faktorem je jeho minulá zkušenost s nemocí, se zdravotnickým zařízením a se zdravotníky. Významně záleží na temperamentu člověka, tedy na jeho chování, prožívání, jednání a způsobu, jakým reaguje na změny (např. Eysenckova typologie osobnosti). Ovlivňujícím faktorem nemoci je také vzdělání a kulturní rozhled, zdravotní uvědomění a inteligence člověka (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 69). Z hlediska času a průběhu lze nemoci rozdělit na akutní, subakutní a chronické. Akutní nemoc představuje náhlou změnu, se kterou se musí člověk vyrovnat v krátkém časovém úseku. U těchto nemocných je důležitý nejen rychlý zásah zdravotníků, ale také mnohdy řešení psychických problémů jako jsou strach, bolest, obava z budoucnosti a omezení životních možností. Subakutní onemocnění nemusí mít tak výrazný vliv na psychiku nemocného jako akutní, pokud však přejde do fáze chronického onemocnění, může představovat zvýšenou zátěž. Psychické problémy závisí na osobnosti jedince, druhu onemocnění a vlivu okolí (Morovicsová, 2006, s. 1 - 2).

### 1.2 Chronické onemocnění

Největší zátěž pro člověka a jeho rodinu představuje chronické onemocnění. Léčba chronického onemocnění může trvat dlouho nebo také celoživotně, nemůžeme předvídat



průběh onemocnění a člověk má nárok na nespolupráci (Gurková, 2017, s. 20). Je náročné z hlediska adaptace na danou situaci a výrazně zasahuje do jednotlivých oblastí jeho života. Z tohoto důvodu je důležitá podpora okolí z rodiny, ale také ze sociální a zdravotní oblasti (Morovicsová, 2006, s. 1 - 2).

Chronicky nemocné dítě má podle dětských psychologů a pediatrů zásadně narušen pocit autonomie. Nemoc negativně působí na jeho iniciativu, vede k pochybnostem o něm samém a jeho kompetencích, dochází k rozvoji komplexu méněcennosti. Problémy a omezení spojené se základním onemocněním, kam patří bolest, dušnost, občasné ztráty vědomí, lokomoční poruchy, dietní omezení apod. se odráží do pocitů emoční tísně dětí, jsou často rozmrzelé, mají špatnou až depresivní náladu. Podle Křivohlavého (2002) se u těchto dětí objevuje ve zvýšené míře agresivita jako přirozená obrana organismu. V rodinách chronicky nemocných dětí nastávají specifické výchovné situace. Jsou rodiče, kteří se nemohou vyrovnat s odlišností, vadou nebo nemocí dítěte a situaci bagatelizují. Dítě nepřiměřeně zatěžují a potom mu "mají za zlé", že je zklamalo. Často dochází k tomu, že dospělí hledají viníka buď mezi sebou nebo v okolí, vznikají rozepře, které mohou vést až k rozpadu vztahu. Opačným je situace, kdy rodiče na chronicky nemocné dítě soustředí veškerou pozornost a péči, a to někdy i na úkor druhých sourozenců a partnera. Vlivem této „přehnané“ péče je pak dítě zchoulostivělé, méně odolné vůči běžným infekcím a zvýšeně psychicky zranitelné. V péči o chronicky nemocné dítě má proto mimo jiné i nezastupitelné místo dětský psycholog a speciální pedagog (Jedlička, 2013).

Většina seniorů trpí chronickým onemocněním, které omezuje jejich aktivity denního života, a právě proto akceptujeme zdraví seniora jako určitý stav schopnosti uspokojivě žít, fungovat ve společnosti. K hlavním úkolům ošetrovatelství v domácí péči o seniory patří udržení jejich funkční nezávislosti, snížení nemocnosti a úmrtnosti, podpora kvality života a pozitivních změn v chování. Ošetrovatelství domácí péče také pomáhá seniorům v aktivitách podporujících zdraví, kam patří sebek péče, fyzické aktivity, edukace o výživě a management stresu (Jarošová, 2007, s. 77).

Chronické, nevléčitelné onemocnění, podobně jako umírání, je pro člověka velkou přítěží a zkouškou osobnosti. Tato situace se týká nejen nemocných, ale i rodinných příslušníků a také zdravotníků. Reakce závisí na věku, na průběhu a délce onemocnění, na bolestivosti a na vztahu nemocného s rodinou (Šrámková, 2007, s. 30).

Možné reakce nemocného na závažné onemocnění:

- vyrovnání a smíření: přijme takový stav, jaký je
- pasivní rezignace: nemocný je netečný, nemá o nic zájem
- uniká do vzpomínek, přemýšlí, jaké to bylo před nemocí
- uniká do fantazie, úvahy o nesmrtelnosti
- pozitivní kompenzace: chtěl by ještě stihnout dokončit rozdělanou práci
- negativní kompenzace: problémy řeší např. přejídáním, zneužíváním alkoholu či drog

Protože přijetí zprávy o nemoci je velmi složité po všech stránkách, je v této situaci důležitý profesionální přístup všech zdravotnických pracovníků. Všichni, kdo přicházejí do pravidelného kontaktu s nemocnými, by měli mít nejen odborné znalosti, ale také psychologické a komunikační dovednosti. Jejich používání umožní zdravotníkům mít dobrý pocit ze zvládnutí náročné práce a tím chrání také své duševní zdraví (Zacharová, 2017, s. 34).

Domácí péče je zaměřena na ochranu zdraví, prevenci onemocnění a výchovu ke zdraví. Také se zaměřuje na péči o chronicky a nevléčitelně nemocné a o zdravotně postižené osoby. Náplní práce je nejen vlastní ošetrovatelská péče, ale i edukace rodiny a blízkých v poskytování laické ošetrovatelské péče (Jarošová, 2007, s. 39 - 40). Domov je chronicky nemocnými vnímán jako životní centrum, kde vzrůstá význam základních životních potřeb. Vhodná úprava domácnosti a použití praktických pomůcek každodenní potřeby zajistí nemocnému možnost žít co nejdéle ve svém domově (Šrámková, 2007, s. 33).

### **1.3 Vliv nemocničního prostředí na jedince**

Nemocný člověk je přijímán do nemocnice proto, že některé diagnostické a léčebné výkony se dají provádět pouze v nemocničním zařízení. Člověk v roli pacienta se náhle ocitá ve zvláštní situaci nejen díky vlastní nemoci, ale také vlivem dalších psychologických a sociálních faktorů, které z toho vyplývají. Tento stav může zpětně působit na jednání pacienta a samotný průběh nemoci (Šrámková, 2007, s. 27).

Existují značné rozdíly v tom, jak pacienti snášejí pobyt v nemocničním zařízení. Jsou taci, kteří se přizpůsobí lehce, dokonce navazují přátelství s jinými pacienty. Jiní pacienti

jsou hodně citliví a pobyt v nemocnici snáší naopak velmi špatně. Poslední skupinou jsou pacienti, většinou vyššího věku, kterým pobyt v nemocnici vyhovuje z důvodu služeb, které doma nemají, a cítí se zde v bezpečí. Mnozí proto své potíže agravují nebo simulují, jen aby nemuseli nemocnici opustit. Dlouhodobá hospitalizace může ale vést k nepříznivému duševnímu stavu, hospitalismu. Ten se projevuje nezájmem, pasivitou a izolací od světa. Pokud není pacient dostatečně aktivizován, chátrá psychicky i fyzicky. Prevencí hospitalismu je:

- restrikce doby pobytu v nemocničním zařízení na co nejnutnější dobu
- umožnění pravidelných návštěv k pacientovi
- hospitalizace děti spolu s rodiči
- úzká spolupráce mezi pacientem, rodinou a ošetřujícím personálem
- úprava nemocničního režimu a další (Zacharová, 2017, s. 38).

Senioři mají své specifické potřeby a problémy, mohou být ohroženi nejružnějšími vlivy, které se potom odrážejí v době nemoci a při hospitalizaci. V péči o seniory se často setkáváme s termínem “geriatrická křehkost”. Ta se vyznačuje přítomností alespoň třech znaků z pěti, kam patří pokles váhy během jednoho roku, únava a vyčerpanost, svalová slabost, pomalá chůze a hypomobilita. Tento stav může vystupňovat v nesoběstačnost, k potřebě dlouhodobé péče s upoutáním na lůžko, s možným rozvojem imobilizačního syndromu. Pokud staršího člověka hospitalizujeme, musíme si uvědomit, že se hůře adaptuje na nové podmínky a že mu hrozí zhoršení nebo destabilizace jeho zdravotního stavu. Nemoci ve stáří mají také jiný klinický obraz a průběh. Příznaky chorob mohou být nespecifické (nechutenství, únava, subfebrilie), nemoc se může náhle či prudce zhoršit a bývají přítomny atypické lékové reakce (Pražský, 2014).

V souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení se mohou také objevit infekce spojené se zdravotní péčí (nozokomiální infekce). Je to infekce, kterou pacient neměl ani ve stadiu inkubace, není součástí původního onemocnění a může se projevit až po propuštění z nemocnice. Mezi predispoziční faktory vzniku infekce patří mj. délka hospitalizace a věk nad 60 let. Jsou buď endogenního původu (mikroorganismy běžně se vyskytující v organismu se uplatní u pacienta s oslabenou imunitou) nebo exogenního původu (mikroorganismy pocházejí mimo organismus pacienta). Dále se dělí na specifické, vznikající v souvislosti s diagnostickými a terapeutickými výkony, a na nespecifické, které se běžně vyskytují

mimo zdravotnické zařízení. Dalším druhem jsou infekce dle převažujících klinických příznaků a profesionální infekce. Tyto infekce jsou velkou komplikací zdravotní péče a mají řadu negativních důsledků. Mezi ně patří vzestup mortality a morbidit, snížení kvality života pacientů, prodloužení hospitalizace a zvýšení nákladů na zdravotní péči. Prevencí infekcí spojených se zdravotní péčí je kvalitní nemocniční hygiena, hygienické zabezpečení rukou, ochranné oblékání včetně pomůcek a také bezpečné nakládání s odpadem (Vytejková a kol, 2011, s. 51 - 54).

Zdravotníci jsou většinou zaměřeni na diagnostiku a terapii a pro velký počet pacientů se nezabývají individuálními problémy. V určitých okamžicích si neuvědomují, že nemoc není jen stránkou objektivní, ale i subjektivní, osobnostní. Nezáleží jen na tom, aby se pacient vyrovnal s prostředím nemocnice, ale je také nutné sledovat změny v jeho psychice, protože mohou ovlivňovat léčebný proces. Z psychologického hlediska je proto mnohem lepší, když nemocný člověk může zůstat ve svém sociálním prostředí. Lépe zvládá bolest a úzkost, cítí se v bezpečí a přítomnost rodiny ho většinou uklidňuje (Šrámková, 2007, s. 27).

I když je dnešním trendem udržet nemocného co nejvíce v domácím prostředí, existují situace, které vyšetření nebo léčbu doma neumožňují. Mezi tyto důvody patří podrobnější vyšetření pacienta, akutní stavy, úrazy, plánovaný operační výkon, aj. Aby se pacient dobře adaptoval na novou situaci a nenastaly případné komplikace spojené s hospitalizací, je třeba profesionálního přístupu personálu, klidné a příjemné prostředí nemocnice (Vytejková a kol, 2011, s. 37 - 40).

#### **1.4 Bio-psycho-sociální soulad**

Biopsychosociální model v ošetrovatelství je souhrnný a strukturální pohled na vztahy, které působí na zdraví a nemoc vně i uvnitř člověka. Nemoc je zapříčiněna více faktory, ale zdraví je udržováno balancováním mezi faktory biologickými, psychologickými a sociálními. K biologickým vztahům patří periferní orgánové systémy, vegetativní funkce a centrální nervový systém. Vztahy psychologické se týkají vnitřního stavu jedince, informačních procesů a komunikací s vnějším světem, zahrnuje vnitřní reprezentaci osobnosti. Úroveň sociální obsahuje chování člověka k rodině, přátelům a k ostatním mezilidským vztahům. Všechny tyto vztahy ovlivňují průběh nemoci (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 29).

Nemoc a celý její průběh jsou ve velké míře ovlivněny psychickým stavem pacienta. Mohou se např. více projevit nepříznivé osobnostní rysy, které ovlivňují další průběh nemoci. Mezi ně patří sugestibilita (ovlivnitelnost), egocentrismus (sebestřednost) a také regrese. Regresivní chování člověka vzniká, pokud se v situaci frustrace chová nezralým způsobem. Je to jakýsi návrat v čase, kdy se dospělý člověk chová jako dítě, může např. plakat, vztekat se, bouchat dveřmi. Všechny tyto rysy se mohou ovlivňovat a posilovat. Dalším problémem jsou pacientovy obavy a znalosti o daném onemocnění, působení rodiny a také chování zdravotnického personálu v nemocničním zařízení. Pokud má být uplatněna kvalitní ošetrovatelská péče, musí být pacient chápán jako celistvá osobnost, jako bio-psycho-sociální jednota (Šrámková, 2007, s. 27 - 29).

Aby mohli starší lidé prožít důstojné stáří, měla by jim společnost zajistit adekvátní sociální služby. Je důležité hledat taková účelná a finančně únosná řešení, která by jim zajistila bio-psycho-sociální komfort. V současné době se málo využívá síť nabízených služeb pro seniory. Někdy rodina přistoupí na variantu umístění staršího příbuzného do zařízení sociálních služeb bez využití domácí péče a setrvání v jeho přirozeném prostředí. Pokud je to možné, mělo by být při výběru řešení situace preferováno přání a potřeby staršího člena rodiny. Potřeba odborné pomoci a péče pro starší jedince je typická i pro českou společnost. Vznikají podmínky pro zlepšení kvality života seniorů. Jedním z úkolů sociálního a zdravotního systému je vytvoření podmínek pro zachování dobrého zdraví a aktivního prožití stáří v kruhu rodiny (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 50).

Ošetrovatelství v prostředí domova plně respektuje integritu pacienta s jeho vlastním sociálním prostředím, protože zde je vnímán z hlediska bio-psycho-sociálního. Domácí ošetrování vychází z daných potřeb nemocného, které jsou zjištěny na základě sběru dat o zdravotním a sociálním stavu pacienta (Šuplerová, Machová, 2013, s. 353 - 354).

## **1.5 Význam rodiny v péči o nemocného**

Hartl a Hartlová (2000, s. 303) uvádí, že rodina je „*univerzální skupinou, kde probíhají významné sociálně psychologické jevy v životě jedince, umožňuje mu vytvořit důvěru v sebe, motivačně volní charakteristiky, postoj k sobě samému a pevné sociální vazby emocionálně opětovaných vztahů*“. Mezi funkce rodiny se řadí ekonomické, reprodukční, ochranné, kulturní, výchovné a společenské faktory. Protože všeobecná sestra v domácí péči pracuje s různými typy rodin, měla by si uvědomovat její proměnlivost. Tradiční složení

rodiny, rodiče a nedospělé děti žijící v jedné domácnosti, se v posledních letech v České republice mění. Roste počet rodin, kde partneři (rodiče) nejsou formálně oddáni. Také narůstá počet rodin, kde děti žijí ve společné domácnosti jen s jedním rodičem, což představuje větší rizika spojená s finančními a emocionálními zdroji. Tato rizika negativně ovlivňují chod rodiny. Také se v posledních letech prosazují práva menšin a stoupá počet homosexuálních rodin, s dětmi i bezdětných (Jarošová, 2007, s. 50 - 51).

Vyrovnaní se s nemocí je rozdílné u pacienta i u rodinných příslušníků, záleží na okolnostech, za jakých došlo k onemocnění. Pokud se onemocnění projeví neočekávaně, je adaptace jedince a rodiny velmi nesnadná. Ať už je to úraz, kdy před ním byl jedinec zcela zdravý, anebo operační zákrok, po němž se jeho stav zhoršuje. Adaptace na nemoc, chorobný proces, jsou také ovlivněny tím, jak spolu členové rodiny komunikují, jak umí řešit konfliktní situace a jaké postoje k nemoci a ke zdraví vyjadřují. Vzájemné pochopení pak vytvoří optimální podmínky, např. upravení způsobu bydlení na úkor pohodlí ostatních členů rodiny (Bártlová a kol, 2010, s. 47).

Hlavním úkolem rodinných příslušníků zapojených do ošetrovatelské péče o staršího nebo nemocného člena rodiny, je pomoc se sníženou samostatností, která vznikla následkem zhoršení zdravotního stavu. Většinou jde o uspokojování základních potřeb, týkajících se hygieny, vyprazdňování, stravování, oblékání, dopomoci při vstávání a chůzi, komunikace a sociální aktivizace. Důležité místo má pomoc rodiny v rozvoji a udržení kognitivních funkcí staršího člena rodiny (Vágner, 2016). Problémem ohrožujícím stabilní chod rodiny bývá obtížně zvládnutelné chování nemocného, konfliktní situace, a také nedostatečné finanční prostředky. V důsledku této zátěže mohou být pečovatelé ohroženi negativním efektem pečování, syndromem vyhoření, který se projevuje zdravotními potížemi, problémy v sociální oblasti a v oblasti psychického zdraví. Tento stav může také vést ke špatnému zacházení s nemocnými, kdy hlavním důvodem je přepracování a chronická únava pečovatele (Bártlová a kol, 2010, s. 47).

Sociální vztahy v rodinách ovlivňují fyzické a duševní zdraví jejích členů ve všech fázích života. Pečovatelé (rodinní příslušníci, přátelé) starších dospělých mohou vykazovat v konkrétních podmínkách jak pozitivní, tak i negativní účinky na své fyzické a duševní zdraví. V případě prožívání negativních důsledků mohou pomoci odborníci z řad psychologů, resp. psychoterapeutů, prostřednictvím různých druhů terapií (Segal a kol, 2017, s. 407 - 422).

Jsou dvě základní ošetrovatelské oblasti, kde je zapojení rodinných příslušníků v péči velmi důležité:

- Rodina je zdrojem důležitých informací pro všeobecnou sestru domácí péče. Informace pomáhají k tomu, aby si sestra vytvořila komplexnější obraz o svém klientovi, což nepřímo ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče.
- Rodina se aktivně účastní péče o pacienta. Rodina plní funkci hlavně ochrannou, preventivní (zabránění možných komplikací) a podpůrnou (fyzická a psychická podpora nemocného).

Protože rodina má nezastupitelné místo v otázce zdraví a nemoci jedince, je žádoucí, aby byla zapojena do ošetrovatelské péče. Aby se předcházelo možnému syndromu vyhoření u osob, které dlouhodobě pečují o nemocného rodinného příslušníka, doporučuje se zahrnout do péče všeobecnou sestru a domácí péči, která může být důležitým společníkem pro zvládání těžkého onemocnění (Bártlová a kol, 2010, s. 48).

## 2 DOMÁCÍ PÉČE

Komunitní ošetřovatelství nesouvisí pouze s klientem jako jednotlivcem, ale s celou komunitou. V této koncepci se problém jednotlivce stává problémem společným.

### 2.1 Komunita a komunitní ošetřovatelství

Komunita je definována jako souhrn osob, žijící v určitém vymezeném prostoru, vykonávající každodenní aktivity a obvykle tvořící autonomní jednotku. Tato skupina lidí má společné zájmy, potřeby, zvyklosti, bez vztahů nadřazenosti a podřazenosti. Ošetřovatelství orientované na zdraví komunity, sahá hluboko do minulosti. Dříve lidé stonali více doma než ve zdravotnických zařízeních, a i nyní raději řeší zdravotní problémy v komunitě (doma) a pobyt v lůžkových zařízeních zkracují na nezbytně nutnou dobu. Díky tomu komunitní ošetřovatelství nabývá na významu spolu s dalšími zdravotními a sociálními službami, které jsou klientům poskytovány v jejich přirozeném prostředí. Hlavním cílem komunitního ošetřovatelství je setrvání klienta po co nejdelší dobu v komunitě, a to i se zdravotním postižením, s chronickou nemocí. Koncept přináší holistický, jednotný přístup o nemocné i zdravé. Mezi zdravotní služby a instituce v komunitní péči patří také agentury komplexní domácí péče (Pražský, 2012).

Součástí komunitního týmu je také komunitní sestra, nelékařský zdravotnický pracovník se specializovanou způsobilostí. V roce 2018 Ministerstvo zdravotnictví České republiky navrhlo ve stávajícím oboru „Komunitní ošetřovatelská péče“ odbornou způsobilost „komunitní sestra“ zrušit a tuto rozsáhlou problematiku rozdělit do dvou oborů: „Sestra pro péči v geriatrii a Sestra pro domácí a hospicovou péči“. Tyto dva obory mohou být absolvovány pouze po získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a jejich změnách, v aktuálním znění. Další podmínkou musí být prokázání alespoň jednoho roku výkonu povolání všeobecné sestry při poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí klienta nebo v hospici, nebo alespoň dva roky výkonu povolání všeobecné sestry v lůžkové péči, ambulantní péči nebo v zařízeních sociálních služeb. Absolvent specializace Domácí péče a hospicová péče bude schopen poskytovat domácí péči u chronického pacienta, u pacienta se zdravotním postižením nebo u pacienta s nevléčitelným onemocněním. Pokud byla ale specializovaná způsobilost v oboru komunitní ošetřovatelská



péče všeobecným sestřám přiznána nebo uznána nebo ji získaly specializací v daném oboru, zůstává jim nadále nedotčena (MZČR, 2019).

## 2.2 Definice domácí péče

Světová zdravotnická organizace (2007) definuje domácí péči jako jakoukoliv formu péče poskytovanou lidem v jejich domovech. Domácí péče uspokojuje nejen fyzické a psychologické, ale také paliativní a duchovní potřeby. Podle Topinkové (2007) představuje domácí péče nejrychleji rozvíjející se obor zdravotnictví, který umožňuje poskytovat kvalitní péči v přirozeném domácím prostředí a má pozitivní vliv na psychickou pohodu člověka, hraje důležitou roli v procesu uzdravování. Topinková (2007) se také ve své publikaci zmiňuje o společenských faktorech, které mají vliv na rozvoj domácí péče. Mezi tyto faktory patří nejen vysoké náklady na zdravotní péči, ale také populační stárnutí, zvyšující se poptávka veřejnosti po službách v domácí péči, rozvoj moderních technologií a politické faktory (Jarošová, 2007, s. 60 - 61).

Komplexní domácí péče je podle Misconiové (2008) odborná zdravotní péče indikovaná ošetřujícím lékařem klienta, sociální péče a pomoc dle aktuálních potřeb klienta v jeho prostředí a v neposlední řadě laická pomoc v oblasti sebepéče, za pomoci blízkých osob klienta. Její kvalita je ovlivněna základními prvky, které vychází z filosofie domácí péče:

- humanizace zdravotní péče
- zaměření na zdravého i nemocného jedince, podpora obnovy zdraví
- dodržování základních lidských práv
- respektování jedince ve vztahu s prostředím
- komplexnost veškeré péče, zdravotní a sociální
- standardizace ošetřovatelských činností
- efektivní použití finančních prostředků
- kontinuální vzdělávání poskytovatelů domácí péče (Jarošová, 2007, s. 62).

V souvislosti s domácí péčí se můžeme setkat se dvěma termíny: pro kategorii zdravotní péče se používá mezinárodně uznaný termín Home Care, pro kategorii sociální pomoci termín Home Help (Jarošová, 2007, s. 60 - 61).

### **Výkony domácí péče se financují:**

- z fondu veřejného zdravotního pojištění dle vyhlášky MZČR č. 331/2007 Sb. vyhláška, kterou se mění vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů, v platném znění
- přímou platbou klienta: do této skupiny patří klienti, kteří nejsou pojištěni nebo výkony nehrazené ze zdravotního pojištění. Je povinností vždy klienty upozornit, co je ze ZP hrazené a co ne.
- sponzorskými dary, z grantů a nadací (CASDP, 2019)

### **Domácí péče má 5 forem:**

**Domácí hospitalizace** se týká pacientů, kteří se zotavují po operacích či úrazech a byli nějakou dobu hospitalizováni v nemocnici. Zvláštní skupinu tvoří děti, u kterých dochází oproti jiným věkovým kategoriím k rychlejší rekonvalescenci. Tato forma domácí zdravotní péče se poskytuje v rozsahu dnů, týdnů a je vhodná tehdy, pokud nemocný nepotřebuje intenzivní péči lékařů a ošetření může zajistit všeobecná sestra nebo jiný kvalifikovaný pracovník najatý v domácím prostředí.

**Dlouhodobá péče** je vhodná pro chronicky nemocné klienty, jejichž zdravotní a duševní stav vyžaduje dlouhodobou, pravidelnou domácí péči kvalifikovaným personálem. Většinou jsou to klienti po cévní mozkové příhodě, s roztroušenou sklerózou, s komplikovaným diabetem mellitem, s duševním onemocněním a s chronickou bolestí. Tato forma se nazývá komplexní domácí péčí z důvodu zdravotních i sociálních aktivit a je poskytována v rozsahu několika měsíců až let.

**Preventivní domácí péče** je indikována u klientů, kde doporučí ošetřující lékař pravidelné preventivní monitorování zdravotního i duševního stavu. Tato péče zahrnuje pravidelné měření fyziologických funkcí a monitoraci celkového stavu klienta, přičemž případné změny jsou hlášeny ošetřujícímu lékaři. Je vhodná zejména pro terciální prevenci orientovanou na zábránění komplikací u již probíhající nemoci.

**Domácí hospicová péče** je jedna z nejnáročnějších. Do této kategorie péče patří klienti v preterminálním a terminálním stádiu života. Tato forma je poskytována tehdy, pokud ošetřující lékař předpokládá, že ke smrti dojde do šesti měsíců. Odborný personál

domácí péče zajišťuje management bolesti a emocionální podporu nemocného i rodinných příslušníků. Obvykle se indikuje maximálně 3x denně, ale po schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny lze frekvenci rozšířit.

**Jednorázová péče** obsahuje jednorázové aplikace injekcí a odběry biologického materiálu. Nedochozí zde k pravidelné a opakující se návštěvě všeobecné zdravotní sestry (Misconiová, 2008).

### **Domácí péče zahrnuje:**

- **domácí zdravotní péči**, kterou poskytuje kvalifikovaný zdravotnický personál na základě indikace ošetřujícího lékaře v nemocničním zařízení nebo praktického lékaře a je hrazena z veřejného zdravotního pojištění klienta. Je zaměřena na udržení a podporu zdraví, na navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírnění utrpení nevyléčitelně nemocného člověka se zajištěním klidného umírání a smrti (Hlaváčková, 2013, s. 1 - 14). Zdravotní péče je poskytována všem bez rozdílu věku, od novorozenců po klienty v terminálním stádiu života.
- **sociální péči**, která je poskytována všem bez omezení věku i lidem se zdravotním postižením a seniorům. Tato péče je hrazena z Příspěvků na péči, na který ale nemá klient nárok automaticky. Je zapotřebí vyplnit příslušné formuláře, které se odevzdávají na úřadu práce v místě trvalého bydliště. Po schvalovacím procesu je uznaná částka vyplacena žadateli, a to od doby podání žádosti. Klient si může také tuto službu hradit sám. Tato péče doplňuje zdravotní péči a obsahuje pečovatelské služby, služby osobní asistence a domácí respitní péči.
- **pečovatelskou službu**, která obsahuje neodborné nezbytné služby zajišťující základní životní potřeby klienta. Mezi tyto služby patří pomoc s péčí o osobní hygienu, s oblékáním, podávání stravy a pomoc s udržením chodu domácnosti.
- **osobní asistenci**, dlouhodobou péči, kdy asistent zajišťuje veškeré potřeby klienta.
- **respitní péči** (odlehčovací péči), která je jiným druhem sociální služby, poskytující pomoc lidem dlouhodobě pečujícím o postiženého. Nejčastější forma pomoci je dočasné umístění nemocného do stacionáře, pobytového zařízení nebo přímé praktické pomoci pečujícím v jejich domácnosti, které zajišťuje agentura domácí péče. Cílem služby je umožnění nezbytného odpočinku pečující osobě o nemocného.

- **laickou péčí**, která zahrnuje pomoc rodinných příslušníků, blízkých a dobrovolníků. Důležitá je také sebeběče klienta (Hlaváčková, 2013, s. 1 – 14;).

### 2.3 Česká historická forma domácí péče

Historie české domácí péče má dlouhodobou tradici. O ošetřování nemocných a chudých se staraly řeholní řády, které u nás působily od dvanáctého století. O konjunkturu péče o nemocné se velkou měrou zasloužila Anežka Přemyslovna. Ve třináctém století založila špitál sv. Františka. V okolí špitálu vznikl mužský a ženský klášter, do ženského kláštera Anežka vstoupila a záhy se stala jeho matkou představenou. Anežka Přemyslovna byla také zakladatelkou řádu křížovníků s červenou hvězdou, který provozoval několik špitálů za vlády Karla IV (Hlaváčková, 2013, s.1 - 14).

Za vlády Marie Terezie došlo ke zlepšení péče o poddané v sociální oblasti tím, že byly postaveny útulky a založeny spolky na ochranu a pomoc potřebným. Propojila se péče charitativní s odbornou (Hlaváčková, 2013, s. 1 - 14).

V době národního obrození se Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská zasloužily o rozmach sociální a odborné péče. Z jejich iniciativy byla v roce 1874 založena první ošetřovatelská škola. Za pomoci Alice Masarykové v roce 1919 vznikla organizace Československý červený kříž, podporující myšlenku odborné ošetřovatelské péče v domácnosti, pro její nižší nákladnost oproti nemocniční péči. Státní zdravotní ústav založil pro tento druh péče Masarykovu školu zdravotní a sociální péče (Hlaváčková, 2013, s. 1 - 14).

Po druhé světové válce přebírá odpovědnost za provádění domácí péče stát a tato péče je organizována v rámci zdravotních obvodů. V osmdesátých letech se zdravotní sestry, které pracují v domácí péči, nazývají geriatrické a působí v rámci obvodních středisek. Jsou spolupracovnicemi všeobecných obvodních lékařů, dnešních praktických lékařů. K velkým změnám a také reformě zdravotnictví dochází po roce 1989 (Holmerová a kol, 2014, s. 11).

V roce 1991 dochází vlivem Ministerstva zdravotnictví České republiky k právní legalizaci domácí péče, je definovaná ve Zdravotním řádu jako zvláštní forma péče. V říjnu téhož roku byla založena při nemocnici v Pardubicích první agentura domácí péče, financovaná z rozpočtu této nemocnice. Koncem roku měla Česká republika 26 agentur domácí péče, z nichž bylo 25 charitativních a prováděly ošetřovatelskou péči u 1459 klientů. K velkému nárůstu agentur domácí péče dochází až v 1992 s nově přijatým zákonem č. 160/1992 Sb., zákon České národní rady o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních (tento

zákon v roce 2012 zrušen, nyní zákon č. 372/2011 Sb.). Agentury domácí péče vznikaly především v tehdejších kraji Severomoravském, Jihomoravském a Východočeském. Celkem jich bylo 68, ošetrovatelská péče se prováděla u 6742 klientů. Od roku 1993 jsou zakládány agentury většinou sestrami, nemocnicemi a také Českým červeným křížem, diakonií, řádem maltézských rytířů, městskými úřady aj. Domácí péče se také začínala orientovat na postoperační péči u klientů všech věkových skupin (Jarošová, 2007, s. 63).

## **2.4 Demografie a sociální politika České republiky**

Důležitými faktory ovlivňujícími rozvoj domácí péče je především zvyšující se ekonomický tlak, stárnoucí populace a chronická onemocnění, změny rolí v rodině, zvyšující se poptávka po domácí péči u veřejnosti a v neposlední řadě také rozvoj moderních technologií (Bártlová a kol, 2010, s. 43).

V současné době stoupají vynaložené náklady na zdravotnickou péči. Léčba a ošetrovatelská péče prováděná ve zdravotnických zařízeních je pro stát finančně náročná, a proto se neustále uvažuje o jiných alternativách. Jednou z forem je i domácí péče. V domácím prostředí náklady na stravování a pobyt nese pacient nebo jeho rodina. Další výhodou je zkrácení doby v nemocnici, a tedy méně vynaložených nákladů (Bártlová a kol, 2010, s. 43).

Dalším důležitým faktorem je stárnutí populace. Ve většině případů jsou klienty domácí péče lidé nad 75 let. Z psychologického hlediska je právě u těchto klientů nutné zachování rodinných vazeb. Jejich udržení v domácím prostředí po co nejdelší dobu pozitivně přispívá k lepší adaptaci a vyrovnání se z nemoci. Důvodem je fakt, že mají zachované vlastní sociální prostředí se svými stereotypy a zvyklostmi, jsou obklopeni fungující rodinou, přáteli, a v tomto prostředí se uzdravují rychleji (Bártlová a kol, 2010, s. 43).

Chronické nemoci jsou horší než krize, živelné katastrofy a pandemie. Ročně zabíjí miliony lidí a mohou jim také vzít možnost pracovat. V České republice chronickou nemocí trpí více než třetina populace a pětina na ně dokonce umírá. Do roku 2030 počet chronicky nemocných a úmrtí na tyto choroby vzroste podle odhadů Světové zdravotnické organizace (2018) na dvojnásobek. Kromě nezdravého životního stylu nebo znečištěného ovzduší je tento růst vlivem stárnutí populace, protože chronické choroby jsou často spojeny s vyšším věkem. Jedním z řešení této situace je předcházet těmto nemocem snížením rizikových faktorů a posílit primární zdravotní péči, kam patří i domácí péče (Rodriguez, 2018).

Rozšíření domácí péče je umožněno výrazným rozvojem moderních zdravotnických technologií, vhodných k použití v domácím prostředí. Mezi přístroje pro domácí použití patří např. ventilátory. Domácí umělá plicní ventilace je určena pacientům, kteří musí být vzhledem ke svému zdravotnímu postižení trvale připojeni k ventilačnímu přístroji, jejich stav umožňuje setrvání v domácím prostředí a všechny okolnosti k tomuto kroku (rodina a její sociální podmínky, praktický lékař, domácí zdravotní péče, souhlasné stanovisko Komise MZČR a pojišťovny pacienta) jsou příznivé (MZČR, 2017). Dalším možným přístrojem pro domácí použití je hemodialýza, kterou nabízí česká legislativa pacientům od roku 2015. Z důvodu menšího intervalu mezi dialýzou, odpadnutí času stráveného transportem do dialyzačního střediska a čekáním na ošetření, šetří domácí hemodialýza čas a zdraví pacientů. Neméně důležitými jsou také infuzní pumpy pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti pacienta v domácím prostředí. Dříve byli pacienti odkázáni na parenterální výživu hospitalizováni v nemocnici. S rozvojem zdravotní techniky je jim ale umožněno, aby parenterální výživu dostávali buď v domácím prostředí, nebo aby si mohli zdroj výživy nosit s sebou pomocí mobilní pumpy. K moderním technologiím dále patří enterální pumpy používané v případě, že pacient nemůže přijímat stravu ústí, ale funkce trávicího traktu je zachována, a další jiné přístroje vhodné k užití v domácím prostředí (Lepší péče, 2020; Bártlová a kol, 2010, s. 43).

Koubová (2016) informuje o důležitosti léčby pacienta v domácím prostředí, ale také o problémech, které tuto péči provází. Dnešní financování agentur domácí péče je nastaveno tak, že přežívají velmi těžce. Zdravotní pojišťovny mají úhrady materiálových výkonů řadu let stejné a jiné finanční zdroje jsou velmi omezené. Protože se nezohledňuje změna ceny materiálu a změny DPH, suplují často finance určené na platy sester výdaje na zdravotnický materiál. Podle Pekárkové (2016) se sice platy všeobecným sestřím v domácí péči zvýšily, ale méně než sestřím v lůžkových zařízeních. Agentury mají ztíženou práci omezením kompetencí a závislostí na praktických lékařích, kteří často nespolupracují tak, jak by bylo v zájmu pacienta potřeba. Praktičtí lékaři tvrdí, že jim domácí péče vstupuje do nákladů a že platí regulace. Podle pojišťoven se toto tvrzení nezakládá na pravdě, pokud lékař zdůvodní a vysvětlí důvod domácí péče pro pacienta. Byla vytvořena pracovní skupina, která má řešení tohoto problému za úkol. Jednou ze změn v oboru bude navýšení kompetencí všeobecných sester (Koubová, 2016). Právě kompetence všeobecných sester patří k důležitým problémům, které se poslední dobou neřešily, což se nyní snaží Ministerstvo zdravotnictví ČR napravit. Jako první mají větší kompetence dostat všeobecné sestry z domácí péče a poté

jiné segmenty zdravotnictví. Změny kompetencí by se měly dotknout plánování obsahu a rozsahu ošetrovatelské péče, který je dnes indikován praktickým lékařem. Nově by mohly sestry v domácí péči předepisovat některé zdravotnické prostředky, např. kompenzační, kompresivní, inkontinenční nebo diabetické pomůcky a prostředky určené k hojení ran. Dále by se mělo rozšířit i spektrum prováděných výkonů o katetrizaci u mužů, indikaci k ošetřování chronických defektů, zavádění a udržování kyslíkové terapie. Také by se měly rozšířit kompetence vztahující se k samostatnosti všeobecné sestry při vyšetřování pacienta, k preventivní péči a edukaci. Z důvodu změny vyhlášky a úpravy zákonů bude ještě určitý čas trvat, než budou tyto změny aplikovány v praxi. Tyto nové kompetence jsou ale už zahrnuty do nových vzdělávacích programů specializačního vzdělávání a certifikovaných kurzů (Koubová, 2019). Ministr zdravotnictví ČR Vojtěch (2019) si uvědomuje, že domácí péče je významná a nezastupitelná část našeho zdravotního systému, že byla v posledních letech upozadována, a proto bylo pro rok 2020 domácí péči přiděleno o 200 milionů korun více než v minulých letech. V dohodě s pojišťovkami byla zohledněná péče o závažně nemocné pacienty a práce o víkendech nárůstem úhrad o další tři procenta, a zároveň se tím vytvořil dostatečný prostor pro navýšení platů sester. Pro rok 2020 nabídly zdravotní pojišťovny zástupcům domácí péče navýšení úhrad o dvanáct procent, což na celkovém součtu znamená navýšení domácí péči 340 milionů korun. Také chtějí lépe ohodnotit péči o zvláště nákladné pacienty, navrhují nové výkony a zvýšení plateb u dopravních výkonů. Některé subjekty s tímto návrhem ministra zdravotnictví souhlasili, někteří ne a žádají navýšení o čtyřicet procent. Podle názoru Vojtěcha je to však od pojišťoven dobrá nabídka, která domácí péči pomůže, a proto bude přenesena do úhradové vyhlášky (Vojtěch, 2019).

### **3 KONCEPCE AGENTUR DOMÁCÍ PÉČE**

Je lepší pro pacienta zvolit domácí nebo ústavní péči? Odpovědi na tuto otázku nejsou jednoznačné. Na prvním místě je prospěch pacienta. Když bude šťastný v kruhu své rodiny, bylo by dobré respektovat jeho rozhodnutí. Také ale záleží na závažnosti zdravotního stavu, zda bydlí sám a zda je jeho rodina ochotna se o něj postarat. Nejlepším stavem je, když je péče provázaná, kdy pacient projde různými zdravotními institucemi, je propuštěn domů a schopen sebez péče (Hradecká, 2009).

Agentury domácí péče, praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, gynekologické a stomatologické ambulance a lékařská služba první pomoci patří do poskytovatelů primární péče. Tato péče je komplexní zdravotně-sociální péčí, kterou poskytují zejména zdravotníci v první linii kontaktu s jedincem. Je to také soubor činností, které souvisí s podporou zdraví, léčením, rehabilitací a také ošetřováním. Poskytováním těchto činností se zdravotníci dostávají co nejbližší k sociálnímu prostředí jedince s respektem k jeho bio-psycho-sociálním potřebám (Kyasová, 2012).

#### **3.1 Klienti a poskytovatelé domácí péče**

##### **3.1.1 Klienti domácí péče**

Domácí péče je vhodná pro takové jedince a rodinné příslušníky, kteří se ocitnou v životní situaci, kdy dochází ke změně zdravotního stavu nezvládnutelné laickou péčí. Na základě rozhodnutí ošetřujícího nebo praktického lékaře je proto nutné zahájit odbornou zdravotní péči v sociálním prostředí klienta. Domácí péče je indikována především u jedinců, kteří jsou plně či částečně závislí na pomoci druhé osoby a u kterých je nutné zajistit pokračování dlouhodobé, následné péče a doléčit chronické a akutní nemoci. Aktivity domácí péče také souvisí s péčí o duševní zdraví a resocializaci klientů (Misconiová, 2008).

Pro většinu klientů je domácí péče přínosem, uvědomují si náročnost této práce a velkou obětavost všech pracovníků, kteří se podílejí na této formě zdravotní péče. Všeobecná sestra v domácí péči je pro ně rychlým spojením s jejich praktickým lékařem a naopak. Také tady vznikají bližší vazby mezi klientem, jeho rodinou a všeobecnou sestrou, které mohou přinášet výhody, ale i problémy. Proto je lepší střídání pracovníků u klientů domácí péče, nehrozí pak vznik syndromu vyhoření. Stává se, že je pracovník konfrontován s nepochopením náplně práce domácí zdravotní péče, kdy klient požaduje od všeobecné sestry výkony,



kteře spadají do pečovatelských služeb. V takovém případě je nutné klientům vysvětlit, jaký je rozdíl mezi péčí zdravotní a pečovatelskou, která je ale hrazená klientem (Mundilová, 2015).

Pojištění klienti domácí péče mají hrazeny maximálně 3 návštěvy denně. Pokud jejich zdravotní stav vyžaduje větší frekvenci nebo délku návštěv, musí být tento požadavek schválen revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny. Ten situaci posoudí a při schválení může agentura domácí péče klienta navštěvovat neomezeně a vykazovat tzv. „signální kód“ (Hlaváčková, 2013, s. 8).

Nejčastějšími klinickými stavy, které řeší domácí zdravotní péče, jsou pacienti s chronickým onemocněním. Příkladem jsou např. interní nemoci (astma bronchiale, diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční, hypertenze, tromboembolická nemoc), neurologická onemocnění (cévní mozková příhoda, sclerosis multiplex, vertebrogenní onemocnění, demence, Parkinsonova choroba, polyneuropatie), péče o chronické defekty kůže, která vyžaduje nejen teoretické znalosti, ale také jejich použití v praxi a komplikace spojené s imobilizačním syndromem. Imobilizační syndrom je fyziologická odpověď organismu na klidový režim, imobilitu. Na ztrátu pohybové aktivity reagují všechny orgánové systémy (pohybový, respirační, kardiovaskulární, metabolický a výživový, kožní, močový) spolu s psychosociální reakcí na imobilitu. Neméně důležitá činnost sester v domácí zdravotní péči je také péče o umírajícího klienta, která se týká somatické, psychické, sociální a duchovní stránky umírání (Bártlová a kol, 2010, s. 56 - 74).

### **3.1.1.1 Péče o umírajícího v domácím prostředí**

Téma smrti a umírání je stále v České republice tabuizované, mnoho se o něm nemluví. Většina jedinců se nebojí smrti jako takové, ale bojí se utrpení, které předchází smrti, bolesti, samoty a nesoběstačnosti. Z tohoto důvodu by měla být péče o nemocného, který odchází z našeho života, ví o tom, trápí se, že už neuvidí svou rodinu a přátele, založena na etice a empatii. Každé umírání znamená rozloučit se se vším a se všemi, které měl člověk rád, a proto je důležité důstojné rozloučení s umírajícím. Mnoho psychologů se snaží zkoumat jednotlivé fáze umírání z důvodu lepšího pochopení psychiky umírajícího člověka. Je známo, že mnoho nemocných umírá osamocně. Leckdy medicína bojuje o to, aby smrt byla co nejvíce oddálena, a přitom nemocný by si raději přál důstojnou smrt, s dostatkem lidského porozumění a empatie (Pražský, 2011).

Švýcarská psychiatřička E. Kübler-Ross v roce 1969 popsala pět stádií smutku, známých jako DABDA (Denial-Anger-Bargaining-Depression-Acceptance). V českém překladu je to odmítnutí, hněv, vyjednávání, deprese a přijetí. Tento model pěti fází byl poprvé představen E. Kübler-Ross v knize *On Death and Dying* a je založen na práci s nevléčitelně nemocnými pacienty. Tyto fáze ale nejsou lineární. Někteří lidé nemusí zažít žádnou z nich a někteří pouze dvě nebo jednu z pěti fází atd. Je ale známo, že těchto pět fází smutku je nejčastěji pozorovanou zkušeností (Kübler - Ross, 2014, s. 33 - 163).

Domácí péče, která je určena nemocným v preterminálním a terminálním stavu je hodně odlišná od běžné domácí péče. Poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči klientovi, péči jeho rodině a také neméně důležitou péči psychologickou, poradenskou, sociální a spirituální. Tato péče ale není vhodná u všech nemocných, protože některé stavy není možné zvládnout v domácím prostředí a také záleží na možnostech rodiny. Je třeba si uvědomit, že nemocný v preterminálním a terminálním stavu vyžaduje péči 24 hodin denně, a to některé rodiny nezvládnou. Domácí péče u takto nemocných klientů je poskytována v několika rovinách. První rovinou je biologická, která zahrnuje péči o tělo, symptomatickou léčbu, lékařskou a ošetrovatelskou paliativní terapii. Do této roviny patří hlavně management bolesti, infuzní terapie nebo zavedení nasogastrické sondy z důvodu rehydratace nemocného, aplikace kyslíkové léčby a jiné. Všeobecná sestra také spolupracuje s praktickým lékařem a jinými odbornými lékaři. Na rovině psychické sestra pomáhá klientům a rodinným příslušníkům zvládnout těžkou situaci. Důležité je vnášet do rodiny klid a pohodu, pomáhat vhodným rozhovorem se všemi členy rodiny. Na sociální rovině se snaží, aby klient nebyl kvůli své nemoci a bezmocnosti osamocen, aby nebyl sociálně izolován. Rovina spirituální zahrnuje duchovní péči, pokud si o ni klient požádá (Kučera, 2009).

Domácí zdravotní péči u terminálně nemocného klienta a tím úhradu z veřejného zdravotního pojištění indikuje registrující praktický lékař, registrující praktický lékař pro děti a dorost, ošetrojící lékař za hospitalizace a ošetrojící lékař, který poskytuje ambulantní specializovanou zdravotní péči. Péči o tyto nemocné mohou zajišťovat jen poskytovatelé domácí zdravotní péče, kteří mají na tuto činnost uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Další podmínkou je vystavení příslušného dokladu, který jasně specifikuje zdravotní výkony, aby se nevykazovaly výkony patřící do péče sociální. Obvykle je indikovaná v maximální frekvenci návštěv 3x denně. Pokud je třeba tyto návštěvy rozšířit, je nutné kontaktovat revizního lékaře zdravotní pojišťovny a ten musí indikaci schválit (VZP ČR, 2019).

Mnoho lidí umírá ve zdravotnických zařízeních, ačkoli by si přáli umírat doma, v blízkosti své rodiny. Nikdo by neměl umírat sám, protože důstojné umírání ve vyspělé společnosti by mělo být větší samozřejmostí než legalizace eutanázie (Kučera, 2009).

### **3.1.2 Poskytovatelé domácí péče**

Ošetrovatelská péče v sociálním prostředí jedince je poskytována týmem zdravotníků s platnými legislativními podmínkami, který je tvořen lékaři, všeobecnými sestrami a rehabilitačními pracovníky. Tento tým také spolupracuje s jinými odborníky, kam patří psychologové, ergoterapeuti a sociální pracovníci. Struktura týmu záleží na typu a rozsahu organizace a také na složení klientely. Poskytovatelé domácí péče také komunikují s orgány státní správy, s nevládními organizacemi a jinými institucemi zdravotní nebo sociální sféry (Hlaváčková, 2013, s. 5).

Tým pracovníků je koordinován agenturou domácí péče, která má propracovaný organizační a provozní řád. Některé agentury domácí péče mají dispečink, který slouží pro dotazy a požadavky klientů. Koordinátorka dispečinku zajišťuje v přímém kontaktu s pracovníky v terénu zahájení, změnu nebo rozšíření domácí péče u konkrétního klienta. V domácí péči má každý klient svého manažera péče. Může to být všeobecná sestra, rehabilitační pracovník nebo jiný člen, který odpovídá za kvalitu a dostupnost domácí péče. V pravidelných intervalech předává lékaři informace o celkovém stavu klienta a také aktuálně signalizuje potřebné změny v rozsahu indikace výkonů domácí péče. Domácí péči poskytují také současně rodinní příslušníci klienta a samotný klient, kteří plní předem dohodnutý rozsah domácí péče a pomoci (Hrabovská, Mixová, 2011).

## **3.2 Indikace domácí zdravotní péče**

### **3.2.1 Praktický nebo ošetřující lékař**

Výkony, které jsou prováděné formou domácí zdravotní péče jsou pod autorskou odborností 925 (odbornost, která navrhla a odborně garantuje výkon). Mohou se vykazovat pouze ve zdravotnickém zařízení poskytující tuto péči s platnou registrací. S ohledem na indikační skupiny klientů v domácí péči je žádoucí zajistit nepřetržitou dostupnost 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (CASDP, 2017).

Dle směrnic VZP požadavek na domácí zdravotní péči u pojištěnce vystavuje registrující praktický lékař, registrující praktický lékař pro děti a dorost nebo ošetřující lékař za hospitalizace. Ošetřující lékař pacienta může doporučit domácí zdravotní péči jen na dobu nezbytně nutnou a to na 14 dnů po ukončení hospitalizace. Je to doba s dostatečnou rezervou

na převzetí pacienta do péče praktickým lékařem. Vystavuje speciální tiskopis: Poukaz na vyšetření/ošetření (VZP-06dp/1999), kde přesně popíše stručnou formou konkrétní úkony včetně náplně práce, jak je uvedeno v registračních listech. Pokud zdravotní stav pacienta vyžaduje další péči agentury, přebírá schválení za indikaci po této době praktický lékař pacienta a tento poukaz je na dobu 3 měsíců. Návrh na domácí zdravotní péči ošetřujícím lékařem specialistou musí být obsažen ve zprávě pro praktického lékaře, včetně vymezení rozsahu požadavku podle zdravotního stavu pacienta a případného návrhu na vyšetření specialistou v místě bydliště pacienta. Realizace návštěv v domácím prostředí a jejich četnost je věcí dohody obou lékařů, musí však být dodržena pravidla pro úhradu této péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Důvodem k návrhu na domácí zdravotní péči musí být takový zdravotní stav pojištěnce, který nedovoluje, aby se dostavil k ošetření nebo vyšetření do ambulantního zdravotnického zařízení, umožňuje jeho provedení v domácím prostředí a není důvod, aby byl za tímto účelem hospitalizován. V případě, že je pojištěnec neregistrovaný a jeho stav vyžaduje domácí zdravotní péči, musí ošetřující, praktický lékař požádat místně příslušné pracoviště krajské pobočky VZP, přímo revizního lékaře o souhlasné stanovisko k indikaci této péče. Je nutné, aby praktický lékař vyplnil příslušný formulář VZP-21/1999 (žádanka o schválení/povolení) se zdůvodněním žádosti domácí zdravotní péče a informací, proč není u něj zaregistrován (VZP ČR, 2019).

V případě, že je nutná déletrvající zdravotní péče, musí indikující lékař jednou za tři měsíce zkontrolovat formou klinického vyšetření aktuální stav pacienta. Klinické vyšetření probíhá v domácím prostředí pacienta a je nutné provést záznam do dokumentace, a to i v případě, že jak zdravotní stav, tak i indikace zůstávají beze změny (VZP ČR, 2019).

Součástí výkonů typu návštěv u autorské odbornosti 925 je i předávání informací (průběžných, akutních) a poskytnutí ošetřovatelských plánů praktickému lékaři ke kontrole. Pokud lékař souhlasí s ošetřovatelským plánem, potvrdí toto podpisem a uloží kopii do dokumentace pacienta. Při změnách v dokumentaci se udělá opět záznam lékařem (VZP ČR, 2019).

Pokud mají být naplněny podmínky metodiky VZP, musí být konkrétní úkony popsány stručnou formou tak, jak je uvedeno v registračních listech. Při požadavku lékaře na lokální ošetření pacienta je nutné uvést druh léčivého přípravku. Při jeho změně během platnosti poukazu stačí provést zápis do dokumentace vedené lékařem a domácí péčí. Jestliže je požadavek lékaře na odběr biologického materiálu, musí být jednoznačně a konkrétně

specifikován. Pokud je potřeba zajištění běžné perorální léčby nemocného, lze považovat výkon 06333 (inhalační a léčebné terapie per os - ústy, s. c.- do podkoží, i. m.- do svalu, i. v.- do žíly, aj) jen zcela výjimečně za odůvodněně indikovaný. Tento krok je jen v případech prokazatelně odůvodněných zdravotním stavem nemocného, pro kterého je medicínsky nezbytné, aby léčivo bylo podáváno odborně způsobilým zdravotnickým personálem. Nelze např. napsat, že nemocný musí užívat léky. Mezi důvody, proč podávat léčivo všeobecnou sestrou, patří nebezpečí aspirace při polykání, soustavné odmítání farmakologie pacientem, riziko zneužití léků, aj. Praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost může v kontextu s poskytováním domácí péče předepisovat na recept pouze lokální léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, které ve výkonu domácí zdravotní péče nejsou započítány. Ostatní běžný zdravotnický materiál je započítán v materiálových nákladech příslušných výkonů. V určitých případech lze materiálové kódy vykazovat 3x denně na nemocného, maximálně, a to bez ohledu na počet návštěv ve stejný den vykázaných (VZP ČR, 2019).

### **3.2.2 Role všeobecné sestry**

Domácí péče je forma zdravotní péče, která svým obsahem na jedné straně navazuje na ambulantní péči a na straně druhé na péči ústavní. Všeobecné sestry v domácí péči samostatně realizují komplexní ošetrovatelský proces. Tento druh práce klade vysoké nároky jak teoretické, tak i praktické. Všeobecné sestry musí být schopné se samostatně rozhodovat za psychicky vypjatých situací a komunikovat s klienty a jejich rodinnými příslušníky i v mimořádně obtížných podmínkách. Právě komunikační dovednosti vytvoří dobré klima a důvěru mezi klientem a sestrou. Dále se sestry musí umět přizpůsobit podmínkám jednotlivých domácností a zároveň požadavkům klientů. Jednou z jejich aktivit je i pomoc s úpravou domácího prostředí klienta, např. doporučují odstranění překážek z důvodu pádu a vhodné kompenzační pomůcky. Důležitou rolí všeobecné sestry je i edukace klientů a rodinných příslušníků. Edukuje o aplikaci inzulínu a jiných léčiv, o dodržování zdravé výživy a hydratace, o ošetřování stomií nebo permanentních katetrů apod. V rámci edukace je nutné všeobecnou sestrou nejprve daný problém klientům objasnit a potom poskytnout možnost nácviku potřebných dovedností. Pozitivní zvládnutí této specificky náročné práce všeobecnou sestrou v domácí péči je implikací vysoké míry její profesionality (Mundilová, 2015).

Domácí zdravotní péče se provádí formou „*ošetrovatelských návštěv*“, které provádí všeobecná sestra v sociálním prostředí klienta. Tyto návštěvy se označují typ I., typ II., typ III. a typ IV. Obsah a rozsah výkonu se neliší, pouze doba trvání celého výkonu je jiná.

Ošetrovatelská doba typu I. je po dobu 30 min., typ II. 45 min., typ III. 60 min. a typ IV. 15 min. Obsahem těchto ošetrovatelských návštěv je vyšetření stavu klienta všeobecnou sestrou DP, sledování fyziologických funkcí a monitoring klientů, u nichž hrozí dekompenzace stavu, odběr biologického materiálu včetně orientačního vyšetření, prevence kožních lézí s jejich lokálním ošetřením, aplikace inhalační a léčebné terapie p. o., s. c., i. m., a další způsoby instalace léčiv a aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti. K dalším výkonům ošetrovatelské návštěvy patří podání enterální formy léčiv s kontrolou expirace, požití klientem a doplnění léčiv, edukace a reedukace klienta k udržení či navození schopnosti sebeobsluhy a soběstačnosti, nácvik aplikace inzulínu, ošetrovatelská rehabilitace, komplexní hygienická péče, sestavení dietního a pitného režimu, klysmata, výplachy, ošetření stomií a zácvik rodinných příslušníků nebo blízkých ke zvládnutí jednoduchých ošetrovatelských intervencí. Katetrizaci močového měchýře žen a dívek starších 3 let provádí všeobecná sestra bez odborného dohledu na základě indikace lékaře po získání odborné způsobilosti. Oproti tomu výkon katetrizace močového měchýře u mužů mohou provádět pouze všeobecné sestry pro intenzivní péči po získání specializované způsobilosti, podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v aktuálním znění. Po ukončení návštěvy provádí všeobecná sestra záznam do dokumentace, informuje praktického lékaře o zdravotním stavu klienta. V případě, že se stav klienta akutně zhorší, je povinna zavolat rychlou záchrannou službu a počkat u něho až do jejího příjezdu (ÚZIS ČR, 2016; Zákony pro lidi, 2020).

### **3.3 Právní předpisy a legislativa domácí péče**

Podle zákona č. 48/1997 Sb., § 22 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v aktuálním znění lze domácí péči odvodit jako hrazenou ambulantní péči, která se poskytuje pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péči, poskytovanou pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí (Zákony pro lidi, 2020).

Hlavní podmínkou pro vznik agentury domácí péče je platná registrace k výkonu činnosti na příslušném magistrátním úřadě, který postupuje podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v aktuálním znění. Další podmínkou je kladné vyřízení výběrové řízení a smlouvy s pojišťovnami. Tato výběrová řízení se

řídí zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v aktuálním znění. Nutné jsou také dohody s praktickými lékaři v místě působení agentury domácí péče, kteří budou doporučovat své pacienty. Před zahájením činnosti by měla mít agentura zpracovanou svou koncepci práce, vymezený rozsah svého působení, kvalitní propagaci s reklamou, a především by měla pečlivě vybrat zaměstnance z důvodu kvalitní ošetrovatelské péče. Požadavky na personální zabezpečení domácí péče se uvádí ve vyhlášce č. 99/2012 Sb., vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, v aktuálním znění (Bártlová a kol, 2010, s. 50; Hlaváčková, 2013; Zákony pro lidi, 2020).

Dalšími neméně důležitými úkoly pro vznik agentury je zpracování Provozního řádu, který vychází ze zákona o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů (č. 258/2000 Sb., v aktuálním znění), vytvoření Pracovních smluv pro pracovníky agentury domácí péče a také zpracování Pracovní náplně podle vyhlášky MZČR č.55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v aktuálním znění. Jednatel agentury domácí péče má také za povinnost vést Knihu jízd a výkaznictví pro zdravotní pojišťovny podle vyhlášky MZČR, kterou se mění vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (č. 331/2007 Sb., v aktuálním znění), kde jsou výkony domácí zdravotní péče vedeny pod odborností 925 sestra pro domácí péči. Také je nutné registrovat aktuální verze metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR. Z důvodu ochrany zdraví klienta, rodinných příslušníků, ale i ošetrujícího personálu agentury je důležité správné nakládání s nebezpečnými odpady při ošetrovatelské péči. Nevhodná manipulace se zdravotnickými odpady může být příčinou vzniku infekčních i jiných nemocí. Jsou to hlavně odpady, které jsou kontaminovány choroboplodnými zárodky, ale také odpady obsahující toxické chemické látky, a ostré předměty. Správné nakládání s odpady vymezuje zákon č. 185/2001 Sb., zákon o odpadech a o změně některých dalších zákonů, v aktuálním znění. Všechny agentury domácí péče by měly mít smluvně zajištěn odvoz nebezpečného odpadu a mít správně vedenou dokumentaci pro případ hygienické kontroly. Další dokumentace, která se vztahuje k odpadu v agentuře je Provozní řád a Standard o nakládání s nebezpečným odpadem. Další zákonnou normou, patřící k agentuře domácí péče je zákon o sociálních službách (č. 108/ 2006 Sb. v aktuálním znění), kde jsou zaznamenány podmínky nároku na Příspěvek na péči, význam odlehčovacích služeb, povinnost mlčenlivosti sociálních pracovníků aj. (Bártlová a kol, 2010, s. 45-53; Hlaváčková, 2013, s. 7; Zákony pro lidi, 2020).

### **3.3.1 Kontaktní pracoviště agentury domácí péče**

I když je domácí zdravotní péče prováděna ve vlastním sociálním prostředí klienta, je pro zajištění kvality důležité, aby měli pracovníci této služby kontaktní pracoviště s technickým a věcným vybavením podle zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (č. 372/2011 Sb., v aktuálním znění). Na základně domácí péče je uchovávána a zpracovávána dokumentace, probíhají zde porady pracovníků a jsou zde uloženy potřebné pomůcky. Také je důležité, aby kontaktní pracoviště bylo označeno názvem a identifikačním číslem organizace, provozní dobou a kontaktem na vedoucího pracovníka (jednatele agentury). Pro potřeby klientů by měly být uvedeny úřední hodiny. K vybavení agentury ještě náleží sklad, kde jsou uloženy kompenzační pomůcky pro zapůjčení klientům za poplatek. Mezi pomůcky patří berle, polohovací a antidekubitní pomůcky, polohovatelná lůžka, různé druhy chodítek, přenosné WC a jiné. Každá agentura vlastní také osobní automobily vybavené zdravotnickým materiálem, které jsou nepostradatelné k rychlé dostupnosti a mobilitě všeobecné sestry. Potřebné pomůcky a případnou dokumentaci klienta nosí v brašně, která má být dostatečně prostorná. Musí obsahovat speciální box pro přepravu biologického materiálu a odpad (Hlaváčková, 2013, s. 7, *Zákony pro lidi*, 2020).

### **3.3.2 Ošetřovatelská dokumentace**

Správné vedení dokumentace vymezuje vyhláška MZČR č. 137/2018 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v aktuálním znění. Forma dokumentace může být papírová, elektronická nebo kombinace obojího. Každá agentura má možnost volby vedení vhodné dokumentace, má být přehledná a musí obsahovat kromě jiného i všechny fáze ošetřovatelského procesu (Hlaváčková, 2013, s. 10).

Ošetřovatelská dokumentace slouží jako zdroj informací o potřebách klienta, rodiny, dává chronologický přehled o poskytnuté péči, umožňuje hodnocení efektivity ošetřovatelských zákroků a je důležitá pro kontrolu kvality (Bártlová a kol, 2010, s. 50).

Faktory přispívající k efektivně vedené ošetřovatelské dokumentaci:

- u každého klienta je vedená samostatná ošetřovatelská dokumentace
- každá složka musí být identifikovatelná (osobní údaje klienta, zdravotnické zařízení, které ji vyhotovilo)
- dokumentace má být konkrétní, logicky navazující a přesná



- zázpis v dokumentaci by měl být aktuální informací o péči a stavu klienta
- všechny záznamy, změny a doplňky musí být opatřeny časem, datem a podpisem sestry, která záznam provedla. Pokud organizace používá elektronickou podobu dokumentace, záznam obsahuje elektronický podpis
- dokumentace nemá obsahovat nespisovné výrazy, bezvýznamné fráze, spekulace a subjektivní výroky
- dokumentace by měla identifikovat problémy, které se vyskytly, a kroky, které byly podniknuty k jejich vyřešení
- dokumentace obsahuje základní složky (CNNA, 2017)

Základní složkou v dokumentaci domácí zdravotní péče je poukaz na ošetření/vyšetření DP-06, který je oficiálně používán v ČR. Mezi další součásti patří vstupní ošetřovatelský záznam, obsahující osobní údaje klienta, zdravotní a ošetřovatelskou anamnézu, sociální anamnézu a také plán ošetřovatelské péče. V plánu ošetřovatelské péče jsou zaznamenány ošetřovatelské diagnózy, cíle ošetřovatelské péče, plánované sesterské intervence, hodnocení efektu poskytnuté péče, záznam o neplánované situaci nebo péči a také podpis sestry, která odpovídá za tento plán a poskytující péči. Dalšími součástmi jsou denní záznamy o péči klienta a záznamy o různých ošetřovatelských testech. Posledním prvkem základní dokumentace klienta je výstupní ošetřovatelský záznam, který obsahuje identifikační údaje klienta, zhodnocení průběhu ošetřování a jeho stavu při ukončení péče. Výstupní ošetřovatelský záznam je důležitý nejen pro praktického lékaře, ale také pro jiná možná zdravotnická zařízení. Uchování záznamů o klientech závisí na platné legislativě. Agentura domácí péče má vypracované směrnice s uvedením požadavku na uchování veškerých záznamů, které je nutné dodržovat. Tým agentury má za povinnost chránit důvěrnost dokumentace klienta na základě zákona č. 110/2019 Sb., zákon o zpracování osobních údajů, v aktuálním znění. Zdravotní dokumentace patří organizaci, ale informace v ní obsažené by měly být poskytovány pracovníkům organizace pouze se souhlasem klienta (Bártlová a kol, 2010, s. 51 - 52; CNNA, 2017; Vzor ošetřovatelské anamnézy klienta v domácí péči, příloha F).

### **3.4 Propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení**

Při propuštění pacienta, klienta domácí péče, z nemocničního zařízení, existují dvě varianty, kdy při jedné je propuštění agentuře předem oznámeno a při druhé není a pacient

byl již propuštěn do svého sociálního prostředí. Pokud je propuštění pacienta agentuře předem oznámeno, vedoucí domácí péče navštíví pacienta v nemocnici, vysvětlí mu účel návštěvy a seznámí ho s agenturou. Domluví si s ním čas první návštěvy, vyzvedne si lékařskou propouštěcí zprávu a vyplněný „Poukaz na vyšetření, ošetření DP“. Při druhé variantě si po telefonickém kontaktu vedoucí domácí péče vyzvedne potřebnou dokumentaci v nemocnici a také si telefonicky domluví první schůzku s klientem. Obě tyto varianty ale vyžadují, aby nejpozději následující den se praktický lékař klienta informoval, že domácí péče převzala péči o daného člověka. Také může nastat situace, kdy domácí péči indikuje registrující praktický lékař. Požadavek na tuto péči oznamuje lékař telefonicky vedoucí agentury domácí péče, která si u něho vyzvedne potřebné informace o klientovi a vyplněný Poukaz (Bártlová a kol, 2010, s. 49).

První návštěva je zpravidla prováděna vedoucím (jednatelem) agentury domácí péče, který se seznámí s klientem a jeho rodinou. Při této návštěvě je klient i jeho rodina seznámena s nabídkou služeb domácí péče, s jejich právy, jsou edukováni o vhodném upravení domácnosti a o výběru pomůcek (Bártlová a kol, 2010, s. 49).

### **3.4.1 Realizace domácí zdravotní péče**

Realizace domácí zdravotní péče se provádí formou ošetrovatelského procesu, zahrnující řešení problému klienta, které může profesionálně ovlivnit i všeobecná sestra. Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází, vzájemně propojených a uskutečňuje se po předchozím souhlasu klienta a rodinných příslušníků, kteří se mnohdy na tomto procesu aktivně podílejí. Všeobecná sestra se v průběhu procesu zaměřuje na všechny potřeby klienta (biologické, psychické, sociální a spirituální), které se snaží naplnit (Hlaváčková, 2013, s. 10).

## **Fáze ošetřovatelského procesu:**

1. **Zhodnocení celkového stavu klienta**, zjištění a shromáždění informací buď od něho samotného nebo od rodinných příslušníků, ze zdravotnické dokumentace, od spolupracovníků anebo také vlastním pozorováním. Provádí se pomocí měřících technik, objektivních metod (např. zhodnocení bolesti pomocí škál nebo mapy, zhodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové a stavu možných defektů, zjištění rizika pádu). Dále sem patří techniky zkoumající soběstačnost klienta Barthelův test základních všedních činností (ADL) a Test instrumentálních všedních činností (IADL). Klienti jsou hodnoceni v činnostech, které se provádí každý den a bez kterých není možné samostatně fungovat. Zhoršení soběstačnosti klienta může vzniknout v důsledku změny zdravotního stavu zejména u křehkých seniorů nebo u lidí mladšího věku jako následek závažných poruch zdravotního stavu, zejména vlivem úrazů nebo chronického onemocnění. Dalším důležitým testem je Test kognitivních funkcí (MMSE) podle Folsteina, který hodnotí orientaci, paměť, pozornost, psanou i mluvenou řeč a schopnost malby podle předlohy (Mlýnková, 2010, s. 51 - 52). Celkové zhodnocení probíhá při první návštěvě, kdy všeobecná sestra odeberá anamnézu klienta pro vytvoření ošetřovatelského plánu. Další zhodnocení se provádí, pokud to požaduje praktický lékař klienta kvůli prodloužení domácí zdravotní péče (Vzor ošetřovatelské anamnézy klienta v domácí péči, příloha F).
2. **Určení ošetřovatelských problémů** je fáze, která obsahuje vyhledávání potřeb a problémů klienta. Výsledkem je určení ošetřovatelských diagnóz.
3. Do fáze **plánování ošetřovatelské péče** patří vypracování vhodného plánu a ošetřovatelských intervencí, které bude všeobecná sestra v průběhu realizace plnit. Tato fáze také zahrnuje seznámení ostatních členů týmu s ošetřovatelským plánem, kam patří i praktický lékař klienta, který plán schvaluje a potvrzuje.
4. **Realizace ošetřovatelského plánu** se provádí formou návštěv u klienta v jeho sociálním prostředí a plněním ošetřovatelských intervencí.
5. Poslední fází ošetřovatelského procesu je **zhodnocení efektu poskytnuté péče**, se kterým by měl být seznámen i praktický lékař, a to v písemné podobě.

Celý ošetrovatelský proces je součástí dokumentace domácí zdravotní péče a všeobecná sestra je povinna ji vést (Hlaváčková, 2013, s. 10).

### **3.5 Kvalita poskytované péče**

#### **3.5.1 Definice a historie kvality poskytované péče**

Kvalita není v dnešní době luxusem, ale nezbytností. Měla by být popsána tak, aby bylo možno ji kdykoliv změřit a zjistit. Každý pracovník dané organizace by ji měl chápat stejným způsobem, měl by vědět, kdy výrobek nebo služba vyhovuje a kdy ne (CASDP, 2017). Zakladatelem systému řízení kvality ve zdravotnictví byl Ernest Codman, a to na začátku 20. století v Americe. První akreditační standardy vyšly už v roce 1917, kdy se jimi začalo řídit více než 3000 zdravotnických zařízení. V roce 1951 byla založena první Společná komise pro akreditaci nemocnic, která vytvářela a publikovala první standardy zabývající se kvalitou a bezpečností poskytované péče. Později v roce 1987 byla tato organizace formálně přejmenována na Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO). Jejím úkolem bylo nejen vytvářet standardy, posuzovat činnosti zdravotnických zařízení, ale také vydávat akreditace. Dceřinnou společností této organizace se stala Joint Commission International Accreditation (JCIA), která od roku 1998 působí i v ČR. V tomto roce byla také založena v České republice Spojená akreditační komise (SAK) za účelem trvalého zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče (akreditace zdravotnických zařízení, poradenské a publikační činnosti-vydává akreditační standardy včetně podrobné metodiky). Externí kontrola kvality byla primárně v ČR doménou nemocnic, případně léčeben z důvodu, že lůžková část se obecně pokládá jako rizikovější, a to jak v oblasti poskytování zdravotních služeb, tak i v oblasti technického a organizačního zajištění provozu. Z důvodu změny a rozsahu spektra péče poskytované ambulantně, se SAK o.p.s. v roce 2009 rozhodla vypracovat Akreditační standardy určené pro ambulantní zdravotní zařízení, kam patří i domácí péče (Válková, 2015, s. 13 - 14; SAK, 2020).

#### **3.5.2 Vyhodnocení kvality poskytované péče**

Měření a vyhodnocování kvality poskytování zdravotních služeb nebo zdravotní péče se provádí na základě získaných dat ze čtyř zdrojů:

- od pacientů nebo jiných klientů (externí, interní)
- z auditů
- z indikátorů zdravotní péče

- od externích expertů

Indikátor kvality je měřitelné kritérium, které v porovnání se standardem, směrnicí, požadavkem ukazuje, jak dalece bylo standardu dosaženo. Indikátor kvality musí zvyšovat kvalitu, vždy se jedná o číslo, může varovat, že je něco v nepořádku, zaměřuje se na pozitivní nebo negativní jevy, na lékaře, sestry, proces, aj. (Válková, 2015, s. 15 - 16).

### **3.5.3 Ošetrovatelské standardy a jiná hodnocení v domácí péči**

Ošetrovatelské standardy je možné definovat jako odborníky odsouhlasená úroveň poskytované péče, která respektuje dostupné zdroje. Jsou to platné definice kvalitní ošetrovatelské péče, udávají závaznou normu a umožňují objektivní hodnocení. Také poskytují pocit bezpečí a jistoty nemocným a chrání všeobecné sestry před neoprávněným postihem. Požadavkem na správně vytvořený standard je jasná a srozumitelná formulace. Musí obsahovat: téma standardu, pro jakou skupinu pracovníků a pacientů je určen, místo dodržování standardu, dobu platnosti, jména odborníků, kteří standard vytvořili, jméno kontaktní osoby, název zodpovědně instituce nebo jméno zodpovědné osoby, cíl standardu, kritéria struktury, procesu a výsledku, kontrolní kritéria a vymezení nejdůležitějších pojmů. Jeho cíle jsou popsány tak, aby byly srozumitelné pro všechny a musí být reálné. Ošetrovatelský standard odpovídá možnostem a potřebám agentury nebo jiného zdravotnického zařízení. Ke standardům domácí zdravotní péče např. patří: zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče, řešení neodkladných stavů, sledování a vyhodnocení nežádoucích událostí a jiné (Hlaváčková, 2013, s. 7; Vzor ošetrovatelského standardu domácí péče, příloha G).

Pro kontrolu dodržování standardů můžeme použít několik metod: standardizovaný rozhovor, přímé pozorování, dotazníky, ošetrovatelský výzkum, analýzu nežádoucích případů a audit. Audit je definován jako jednorázové měření kvality, které zjišťuje rozdíl mezi skutečností a standardem. Obsahuje metodu monitorování jednotlivých kritérií struktury, procesu i výsledku. Také hodnotí, jestli je standard platný, aktuální a jestli není třeba provést změny. Součástí ošetrovatelského standardu je vyhodnocení splnění standardu, název organizace, jména auditorů a metody, které byly použity při kontrole. Audity mohou být interní, externí, plánované a neplánované. Interní audit provozuje interní, vnitřní auditor a cílem této kontroly je udržení kvality organizace nebo zdravotnického zařízení a následné udělení akreditace. Externí audit je proveden odbornou certifikační komisí na základě akreditovaných, schválených standardů (Válková, 2015, s. 28 - 29; Hradecká, 2009).

K dalším hodnocením kvality domácí zdravotní péče náleží průběžná zpětná hodnocení poskytovaných služeb na základě kontroly zdravotnické dokumentace, dalších dokumentů organizace, individuální hodnocení zaměstnanců a také dotazníková šetření klientů a jeho rodiny (Hlaváčková, 2013, s. 7).

## **4 ASOCIACE PRO DOMÁCÍ PÉČI V ČR**

### **4.1 Asociace domácí péče ČR**

Asociace domácí zdravotní péče České republiky byla založena v roce 1993. Je celostátní, dobrovolnou, profesní a nevládní organizací, která hájí zájmy členů poskytující zdravotní péči, domácí zdravotní péči. Prezidentkou asociace je od roku 2008 Bc. Ludmila Kondelíková. Členy jsou provozovatelé agentur domácí zdravotní péče, kteří splnili dané podmínky a byli přijati etickou odbornou komisí. Podmínkou je nejen uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou, ale také poskytnutí asociaci plné moci v zastupování při dohodovacích řízeních o hodnotě bodu a dále uhrazení členského příspěvku. Při rozhodovacím řízení má také komise k dispozici aktuální informace o kvalitě poskytované domácí péče konkrétní agenturou. Úkolem asociace je nejen podílet se na přípravě a tvorbě legislativních opatření týkajících se rozvoje zdravotní domácí péče, ale také aktivně se účastnit připomínkových řízení a hájit zájmy agentur a jejich klientů. Mezi hlavní cíle asociace patří obhajovat společné zájmy provozovatelů domácí zdravotní péče, informovat MZČR, zdravotní pojišťovny a další instituce včas o tom, jaký dopad mohou mít jimi připravovaná opatření na kvalitu zdravotní péče, vzdělávat laickou a odbornou veřejnost o službách domácí zdravotní péče a podporovat výměnu zkušeností s příklady dobré praxe. V současné době sdružuje více než padesát organizací (ADP-CR, 2018).

### **4.2 Česká asociace sester - sekce domácí péče**

Česká asociace sester vznikla v roce 1991, její prezidentkou je PhDr. Martina Šochmanová, MBA, a je největší odbornou profesní organizací nelékařských pracovníků působící v resortu zdravotnictví, sociální péče, školství a ve všech oblastech soukromého i jiného podnikání, bez ohledu na náboženské vyznání a národnost. Česká asociace sester působí po celé České republice a zaměřuje se na rozvoj ošetrovatelství, na vydávání odborných publikací a na spolupráci mezioborových a mezinárodních institucí. Jedním z úkolů je také práce odborných sekcí a regionů, které pořádají pravidelné odborné semináře a konference (CNNA, 2017). Jednou ze sekcí je domácí péče. Tato sekce má své členy výboru a odborné konzultanty. Pořádá konference, své členy informuje prostřednictvím aktuálních informací na informačním portálu výboru Sekce domácí péče. Jednou z aktualit, o které sekce Domácí péče nyní informuje, je rezignace Mgr. Et Bc. Jirího Kabáta na funkci člena prezidia České asociace sester a předsedy Sekce domácí péče. Důvodem byly diametrálně rozdílné názory na financování zdravotnictví, hlavně finanční odměňování sester. Sekci domácí péče

lze najít také na sociálních sítích, kde je funkční komunitou. Má několik set sledujících, informuje o novinkách v oblasti domácí péče, o nadcházejících konferencích a o legislativních úpravách. Přátelé komunity domácí péče na těchto stránkách uveřejňují příspěvky z vlastních zkušeností, což může pomáhat ke zlepšení péče o klienty (CASDP, 2019).



## 5 AGENTURA DOMÁCI PÉČE V REGIONU DOMAŽLICE

Domácí zdravotní péče – Domácí péče Domažlice s.r.o. byla založena výběrovým řízením v roce 2002, včetně smluv se zdravotními pojišťovnami kromě VZP. Smlouva s VZP byla uzavřena až později téhož roku. Agentura se rozvíjela postupně, obtížné byly počátky - plynulý rozvoj komplikovaly obavy praktických lékařů ze zvyšování nákladů při předepisování poukazu na domácí zdravotní péči. V roce 2007 začíná agentura rozvíjet pečovatelskou službu, aby se rozdělila kvalifikovaná ošetrovatelská péče od pečovatelské služby (Lukášková, 2019).

V současné době agentura domácí péče poskytuje zdravotní péči, domácí hospicovou péči a pečovatelské služby. Odlehčovací služby byly pozastaveny v roce 2018 a osobní asistence v roce 2019. Důvodem tohoto kroku byla přemíra administrativy a malý zájem o tyto služby. Agentura také zapůjčuje kompenzační pomůcky, včetně elektrických polohovacích lůžek, které je schopna dovézt a zaučit k obsluze. Veškeré služby poskytuje domácí péče v rozsahu 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Ošetrovatelská péče se provádí pomocí ošetrovatelského procesu, používá ošetrovatelské diagnózy podle NANDA. Všeobecné sestry také provádí pravidelné hodnocení klientů a průběžné i závěrečné zprávy předkládají praktickým lékařům. Mezi kvalifikovaný personál patří 11 kmenových všeobecných sester a jedna sestra externí s trvalým pracovním poměrem v Domažlické nemocnici. Všeobecné sestry mají k dispozici osobní automobily a pečují o klienty z Domažlic, z okolí Kdyně, Kolovče, Holýšova, Staňkova, Horšovského Týna, Klenčí pod Čerchovem a Bělé nad Radbuzou. Denně si předávají informace o klientech, o jejich potřebách a změnách týkajících se zdravotního stavu. Informace, které se týkají celé agentury, si sdělují na schůzkách s jednatelkou společnosti jednou za 14 dní. Také zde jednou za 3 měsíce probíhá supervize, důležitá pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče. Agentura dbá na vzdělávání zaměstnanců. Umožňuje uvolňováním na výuku získávání specializací v oboru komunitní péče, chirurgie a certifikovaných kurzů v oboru rehabilitační ošetrování, peritoneální dialýza a péče o klienta se zavedeným portem. Pravidelně pořádá proškolení všeobecných sester a pečovatelek v oblasti vlhkého hojení ran, obvazové techniky, inkontinentních pomůcek, nových trendů v inzulinoterapii a jiné. Dokumentace se v současné době zpracovává pomocí programu Cygnus 2, který umožňuje vzdálený přístup práce (Lukášková, 2019).

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 6 FORMULACE PROBLÉMU

Ve vyspělých zemích je domácí zdravotní péče spojována s udržením rodiny pohromadě i v případě nemoci jejího člena, se zlepšením psychického i fyzického stavu nemocného a v neposlední řadě i se snížením nákladů na zdravotní péči. Lidé se po staletí léčili v domácím prostředí, v kruhu rodiny, a až poslední desetiletí přenesla léčbu do zdravotních ústavů. Také vnímáme, že populace stárne. Podle Českého statistického úřadu (2019) bude v roce 2020 v České republice přes milion seniorů, kteří budou potřebovat pomoc jak zdravotní, tak i sociální. Hodně se píše o tom, kolik se vytvoří nových sociálních lůžek v léčebnách dlouhodobé péče, nebo kolik bude nových domů s pečovatelskou službou. Neakceptuje se přitom přání samotných seniorů nebo chronicky nemocných, kteří chtějí být ve většině případů se svou rodinou ve svém sociálním prostředí. I když neexistuje legislativa k dlouhodobé péči, služby, které mohou těmto lidem jejich přání a potřeby naplnit, již existují. Jsou to agentury domácí péče, malá část v systému zdravotních služeb, které jsou dost opomíjené a nejsou ani aktivně nabízené. Často se setkáváme s tím, že lidé mají povědomí pouze o tom, že agentura domácí péče existuje, ale nejsou seznámeni s obsahem a rozsahem její práce. Nízká informovanost o práci domácí péče je nejen u laické populace, ale také u všeobecných sester. Zjištění, jaké možnosti poskytuje agentura domácí péče, je důležité nejen pro pečovatele, ale i pro samotné chronické pacienty, kteří díky možnosti této péče nemusí být v některých případech hospitalizováni v nemocnici, ale mohou zůstat ve svém sociálním prostředí.

Podle ČSÚ (2020) se v regionu Domažlice v rozmezí let 2013 - 2018 nepříznivě projevovало stárnutí obyvatel. Počet obyvatel ve věku 65 let a více vzrostl o 18 %, počet obyvatel v produktivním věku se naopak snížil, a to o 3,1 % (ČSÚ, 2020). Z důvodu stoupajícího počtu seniorů, potenciálních pacientů s chronickým onemocněním, stoupá v tomto regionu potřeba domácí péče. Na Domažlicku působí pouze jedna agentura domácí péče, která pomáhá pacientům, aby za ošetřením, které je možné uskutečnit v domácím prostředí, nemuseli dojíždět k praktickému lékaři nebo do nemocnice. Proto je informovanost o možnostech domácí péče důležitá nejen u všeobecných sester, ale i laické veřejnosti.

## **7 CÍL A ÚKOLY PRÁCE**

### **7.1 HLAVNÍ CÍL**

Hlavním cílem diplomové práce je zjištění informovanosti o domácí péči u všeobecných sester a laické veřejnosti v regionu Domažlice.

### **7.2 DÍLČÍ CÍLE**

1. Zjistit informovanost u odborné veřejnosti, všeobecných sester o domácí péči.
2. Zjistit informovanost laické veřejnosti o domácí péči.
3. Zjistit, zda péče o chronicky nemocného příbuzného ovlivňuje informovanost laické veřejnosti o domácí péči.
4. Vytvoření informačního materiálu na základě výzkumného šetření.

## **8 VÝZKUMNE PROBLEMY**

### Hypotéza č. 1

H0 Informovanost všeobecných sester o domácí péči nezávisí na délce jejich odborné praxe.

H1 Informovanost všeobecných sester o domácí péči závisí na délce jejich odborné praxe.

### Hypotéza č. 2

H0 Informovanost všeobecných sester o domácí péči nezávisí na úrovni jejich vzdělání.

H2 Informovanost všeobecných sester o domácí péči závisí na úrovni jejich vzdělání.

### Hypotéza č.3

H0 Míra znalostí laické populace o domácí péči nezávisí na věku.

H3 Míra znalostí laické populace o domácí péči závisí na věku.

### Hypotéza č. 4

H0 Míra znalostí laické populace o domácí péči nezávisí na pohlaví.

H4 Míra znalostí laické populace o domácí péči závisí na pohlaví.

### Hypotéza č. 5

H0 Míra znalostí laické populace o domácí péči nezávisí na tom, zda mají v rodině chronicky nemocného příbuzného.

H5 Míra znalostí laické populace o domácí péči závisí na tom, zda mají v rodině chronicky nemocného příbuzného.

## 9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANEHO SOUBORU

Do výzkumného šetření se zapojily všeobecné sestry z Domažlické nemocnice, všeobecné sestry od vybraných praktických lékařů z Domažlic a okolí a laická veřejnost z regionu Domažlice. Pro výzkumné šetření bylo rozdáno 140 dotazníků všeobecným zdravotním sestřám, 135 bylo vyplněno a vráceno k vyhodnocení. 340 dotazníků bylo rozdáno laické veřejnosti, vyplněno a vráceno k vyhodnocení bylo 336.

Všeobecné sestry, které jsme oslovili, jsou zaměstnány v Domažlické nemocnici, kde pracuje celkem 201 nelékařských zdravotnických pracovníků. Dále jsme se obrátili jsme se na pět praktických lékařů z regionu Domažlice, tzn. pět vyplněných dotazníků od všeobecných sester. Domažlice mají 11 150 obyvatel. Jeden z oslovených lékařů působí pro město Staňkov, které má 3 300 obyvatel. Z této oblasti byly dotazníky určeny laické veřejnosti.

Dotazníky pro všeobecné sestry byly rozdány na všech odděleních Domažlické nemocnice. Pro výběr respondentů z řad všeobecných sester bylo kritériem práce v oboru a bydliště v regionu Domažlice.

Dotazníky pro laickou veřejnost jsme rozdávali pacientům na všech odděleních. Kritériem pro respondenta z laické veřejnosti bylo dosažení plnoletosti a bydliště v regionu Domažlice. S vyplněním dotazníku u této skupiny, většinou u seniorů, pomáhali rodinný příslušníci nebo všeobecné sestry. Osloveni byli také obyvatelé z regionu Domažlice v ordinacích praktických lékařů. Pacienti praktických lékařů vyplňovali dotazníky rozdané všeobecnou sestrou v čekárnách.

## 10 METODIKA PRÁCE

Pro získání potřebných dat jsme použili metodu kvantitativního výzkumu. Aby náš dotazník obsahoval informace, které všeobecné sestry zajímají, provedli jsme na provozní schůzi interního oddělení Domažlické nemocnice brainstorming. Toto oddělení bylo vybráno z důvodu nízké fluktuace všeobecných sester. Dále jsme oslovili praktické lékaře a jednatelku jediné agentury domácí péče v Domažlicích. Nápady a postřehy na vytvoření dotazníku pro laickou veřejnost jsme čerpali od pacientů a jejich příbuzných v Domažlické nemocnici. Informace o domácí péči, které všechny zajímaly, jsme zapracovali do obou druhů dotazníku. Anonymní dotazník polostrukturovaného typu v tištěné formě čítal 20 otázek pro všeobecné sestry, stejně tak dotazník pro laickou veřejnost. Nejprve proběhla pilotní studie, která měla zjistit, zda jsou otázky snadno pochopitelné a srozumitelné. Na základě takto získaných poznatků jsme dotazníky upravili a následně distribuovali cílovým respondentům. Upravená verze dotazníku určeného všeobecným sestřám obsahovala 4 otázky zjišťující demografické údaje, 14 vědomostních otázek a 2 otázky s doplňujícími údaji. Ve finální verzi dotazníku určeného laické veřejnosti bylo 5 otázek zjišťujících demografické údaje, 11 otázek vědomostních a 4 otázky s doplňujícími údaji.

Všechny dotazníky byly rozdávány v období od září do prosince roku 2018, a to na základě jak souhlasného stanoviska manažerky nelékařských pracovníků Domažlické nemocnice, tak i vybraných praktických lékařů. Vyplnění dotazníků u všech respondentů bylo dobrovolné. Povolení ke sběru dat jsou součástí příloh diplomové práce.

Ke statistickému zpracování dat jsme použili program Microsoft Office Excel 2016 a jeho funkce (četnost, suma, maximum, minimum). Před samotnými výpočty jsme zaznamenali data z každého dotazníku do tabulky uvedeného programu. Tyto data jsme v rámci statistického zpracování vyhodnotili pomocí následujících metod: určování prahových hodnot statistického rozdělení, testování hypotéz, vyhodnocení základních statistik a vyhodnocení hladiny významnosti testu.

Vyhodnocení informovanosti všeobecných sester a míry znalostí u laické populace jsme provedli pomocí čtyřstupňové slovní hodnotící škály (Rohlíková, Vejvodová, 2012, s. 88). Tento postup jsme konzultovali s odborníkem na statistické výpočty. Pro lepší přehlednost jsme u každého slovního hodnocení dodatečně převedli bodový rozptyl na procenta.

### **Kritéria hodnocení u informovanosti všeobecných sester:**

Otázky 5.- 18. jsou vědomostní. Každá správná odpověď je 1 bod. Maximum dosažení je 29 bodů. U otázky č. 6, 7, 8 bylo možné volit více odpovědí.

Z důvodu zachování validity obsahu jsme určování rozptylu bodů pro jednotlivé úrovně znalostí konzultovali s odborným statistikem. Jelikož u sester byl nejnižší počet bodů 9, určili jsme pro nejméně informovanou skupinu rozptyl 0 - 15. Vyvarovali jsme se tak sledování skupiny, kde by nebyl ani jeden respondent, čehož by bylo dosaženo v případě, že by byly rozptyly pro všechny úrovně znalostí sester spravedlivě rozděleny (např. 0 - 6, 7 - 13, 14 - 20, 21 - 29). I po rozšíření rozptylu je v nejméně informované skupině pouze 10 % respondentů, kteří mají zároveň víc jak 1/3 správných odpovědí.

Rozdělení informovanosti dle počtu bodů:

0-15 bodů - nedostatek informací (0 – 51,8 % správných odpovědí u jedné respondentky)

16-20 bodů - dobré znalosti (55,2 % – 69 % správných odpovědí u jedné respondentky)

21-25 bodů - velmi dobré znalosti (72,5 % – 86,3 % správných odpovědí u jedné respondentky)

26-29 bodů - výborné znalosti (89,7 % – 100 % správných odpovědí u jedné respondentky)

### **Kritéria hodnocení u míry znalostí laické populace:**

Otázky 6., 10.- 19. jsou vědomostní. Každá správná odpověď je 1 bod. Maximum dosažení je 11 bodů.

U kritérií hodnocení míry znalostí laické populace jsme rozptyly pro jednotlivé úrovně rozdělili spravedlivě, tzn. každý rozptyl po 3 bodech. Jednak každá otázka má 1 správnou odpověď a zároveň stejnou váhu a jednak žádná skupina nezůstala v tomto případě bez zastoupení respondentů.

Rozdělení míry znalostí dle počtu bodů:

0-2 bodů - nedostatek informací (0 – 18,2 % správných odpovědí u laického respondenta)

3-5 bodů - dobré znalosti (27,3 % - 45,5 % správných odpovědí u laického respondenta)

6-8 bodů - velmi dobré znalosti (54,5 % - 72,7 % správných odpovědí u laického respondenta)

9-11 bodů - výborné znalosti (81,8 % - 100 % správných odpovědí u laického respondenta)

## **PILOTNÍ STUDIE U VŠEOBECNÝCH SESTER**

V srpnu 2018 jsme provedli pilotní studii u všeobecných sester. Dle prvotního návrhu byl vytvořen anonymní dotazník polostrukturovaného typu, který byl rozdělán 20 všeobecným sestrám na interním oddělení Domažlické nemocnice. Vrácené dotazníky jsme zkontrolovali a upravili zjištěné nesrovnalosti v otázkách a odpovědích. Konečnou verzi dotazníku uvádíme v příloze diplomové práce. Odpovědi získané pilotní studií nebyly použity ve výzkumném šetření (Dotazník určený pro všeobecné sestry, příloha D).

## **PILOTNÍ STUDIE U LAICKÉ VEŘEJNOSTI**

Ve stejném měsíci jsme také provedli pilotní studii u laické veřejnosti. Dle prvotního návrhu byl vytvořen anonymní dotazník polostrukturovaného typu, který byl náhodně rozdělán 20 lidem z řad laické veřejnosti (pacienti a jejich příbuzní) na interním oddělení Domažlické nemocnice. Toto oddělení bylo vybráno z důvodu vysokého počtu pacientů. S vyplněným dotazníky, zvláště u seniorů, pomáhaly všeobecné sestry nebo rodinní příslušníci. Vrácené dotazníky jsme zkontrolovali a opravili zjištěné nesrovnalosti v otázkách a odpovědích. Konečnou verzi dotazníku jsme uvedli v příloze diplomové práce. Odpovědi získané pilotní studií nebyly použity ve výzkumném šetření (Dotazník určený pro laickou veřejnost, příloha E).



## **INFORMAČNÍ MATERIÁL**

V poslední fázi diplomové práce jsme vytvořili informační materiál v podobě letáku pro odbornou veřejnost (všeobecné sestry) a brožuru pro laickou veřejnost. Tento informační materiál byl vytvořen pro ty, kdo si chtějí doplnit informace o domácí péči a dále je rozšiřovat.

Abychom zjistili, jestli jsou informace o domácí péči v letáku pochopitelné a zajímavé, dali jsme jeho vzor k recenzi všeobecným sestrám a praktickým lékařům z regionu Domažlice a jednatele agentury domácí péče v Domažlicích, paní Miroslavě Lukáškové. Na základě jejich zhodnocení a doporučených rad byla vytvořena finální verze letáku (Leták – domácí péče, určený pro odbornou veřejnost, příloha H).

Jako další informační materiál jsme vytvořili brožuru pro laickou veřejnost. Abychom zjistili, zda text neobsahuje odborné termíny, kterým laická veřejnost nerozumí, dali jsme ji k recenzi pacientům a jejich příbuzným v Domažlické nemocnici. Zaznamenané pojmy, kterým laická veřejnost nerozuměla, jsme opravili a vytvořili finální verzi brožury (Brožura – domácí péče, určená pro laickou veřejnost, příloha CH).

# 11 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

## 11.1 Grafická vizualizace získaných dat

### 11.1.1 Dotazník určený pro všeobecné sestry

Analýza získaných výsledků z celkového počtu 135 dotazníku určeného pro všeobecné sestry je následující. Všechny předložené otázky byly povinné. První 4 otázky byly zaměřené na demografické údaje. Otázky 5- 18 byly vědomostní, 19. a 20. otázka doplňující. Otázka č. 20 obsahovala odpověď s vytečkovaným polem, které bylo možné doplnit. U otázek č. 6, 7, 8 a 20 mohly všeobecné sestry volit více možností. Při kontrole dotazníků byly všechny položky vyplněné (Dotazník určený všeobecným sestram, příloha D).

#### **Vyhodnocení otázky č. 1:** Vaše pohlaví.

Z výsledků první otázka vyšlo najevo, že všichni odborní respondenti jsou ženy.

#### **Vyhodnocení otázky č. 2:** Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

V druhé otázce všeobecné sestry uváděly, jaké mají nejvyšší dosažené vzdělání. V otázce bylo na výběr ze čtyř možností. Nejčastěji bylo uváděno, že mají dosažené středškolské vzdělání 60 %. Další dvě menší skupiny respondentů uvedly, že mají vyšší odborné vzdělání 20 % a bakalářské studium 17,04 %. Čtyři všeobecné sestry uvedly, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je magisterské studium 2,96 %.

#### **Vyhodnocení otázky č. 3:** Kolik let pracujete ve zdravotnictví.

Na třetí otázku všeobecné sestry odpovídaly, kolik let pracují ve zdravotnictví. Měly na výběr 5 variant a odpovědělo 100 % sester. Téměř shodné bylo zastoupení v kategorii 0-10 let 32,59 % a v kategorii 11-20 let 31,85 %. Tyto dvě kategorie tvořili téměř 2/3 celého vzorku. Další menší kategorií byla skupina všeobecných sester, které uvedly, že pracují ve zdravotnictví v rozmezí 21-30 let s počtem 21,48 %. Předposlední skupinou bylo rozmezí 31-40 let, jenž zastupovalo 8,15 % všeobecných sester. Počtem 5,93 % byla nejmenší skupina všeobecných sester, které pracují ve zdravotnictví 41-50 let.

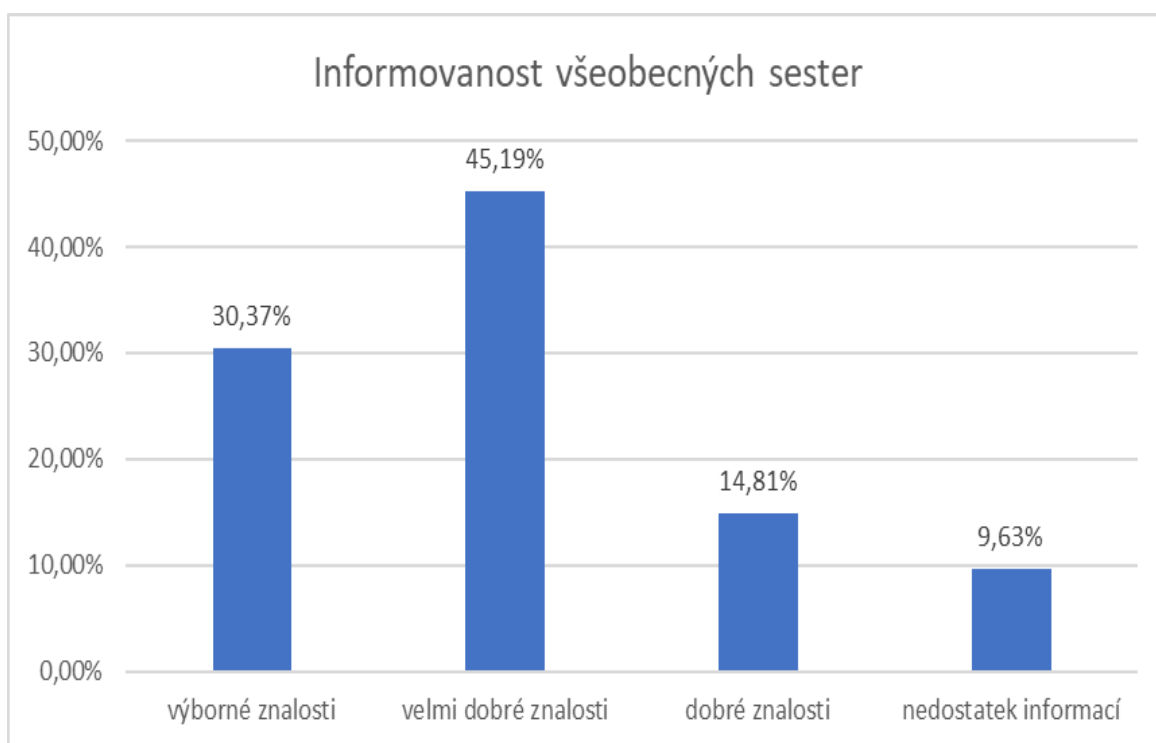
#### **Vyhodnocení otázky č. 4:** V jakém zdravotnickém provozu pracujete.

Ve čtvrté otázce měly všeobecné sestry uvést, v jakém zdravotnickém provozu pracují. Na tuto otázku odpovědělo 100 % sester. Na výběr byly dvě varianty, ambulantní nebo

lůžkový sektor. Ze získaných dat bylo zjištěno, že nejvíce respondentek pracuje v lůžkovém provozu a to 78,52 %. V ambulantním provozu pracuje 21,48 % všeobecných sester.

Vyhodnocení vědomostních otázek:

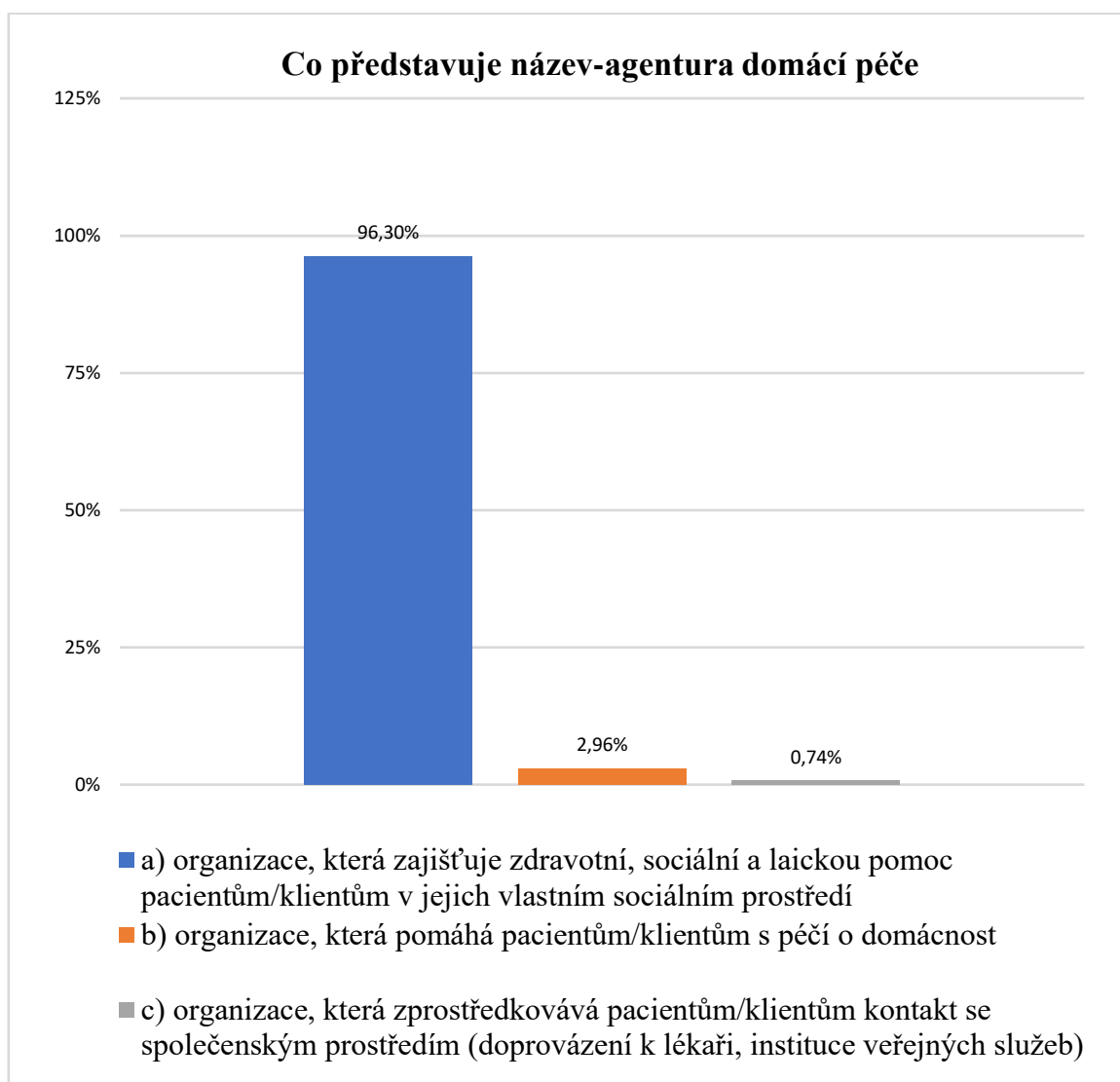
*Graf 1: Vizualizace vyhodnocení vědomostních otázek všeobecných sester*



Interpretace výsledků grafu 1:

Z grafu je patrné, že z celkového počtu 135 (100 %) všeobecných sester má 45,19 % velmi dobré znalosti o domácí péči a jen 9,63 % sester má nedostatek informací.

Graf 2: Co představuje název - agentura domácí péče.

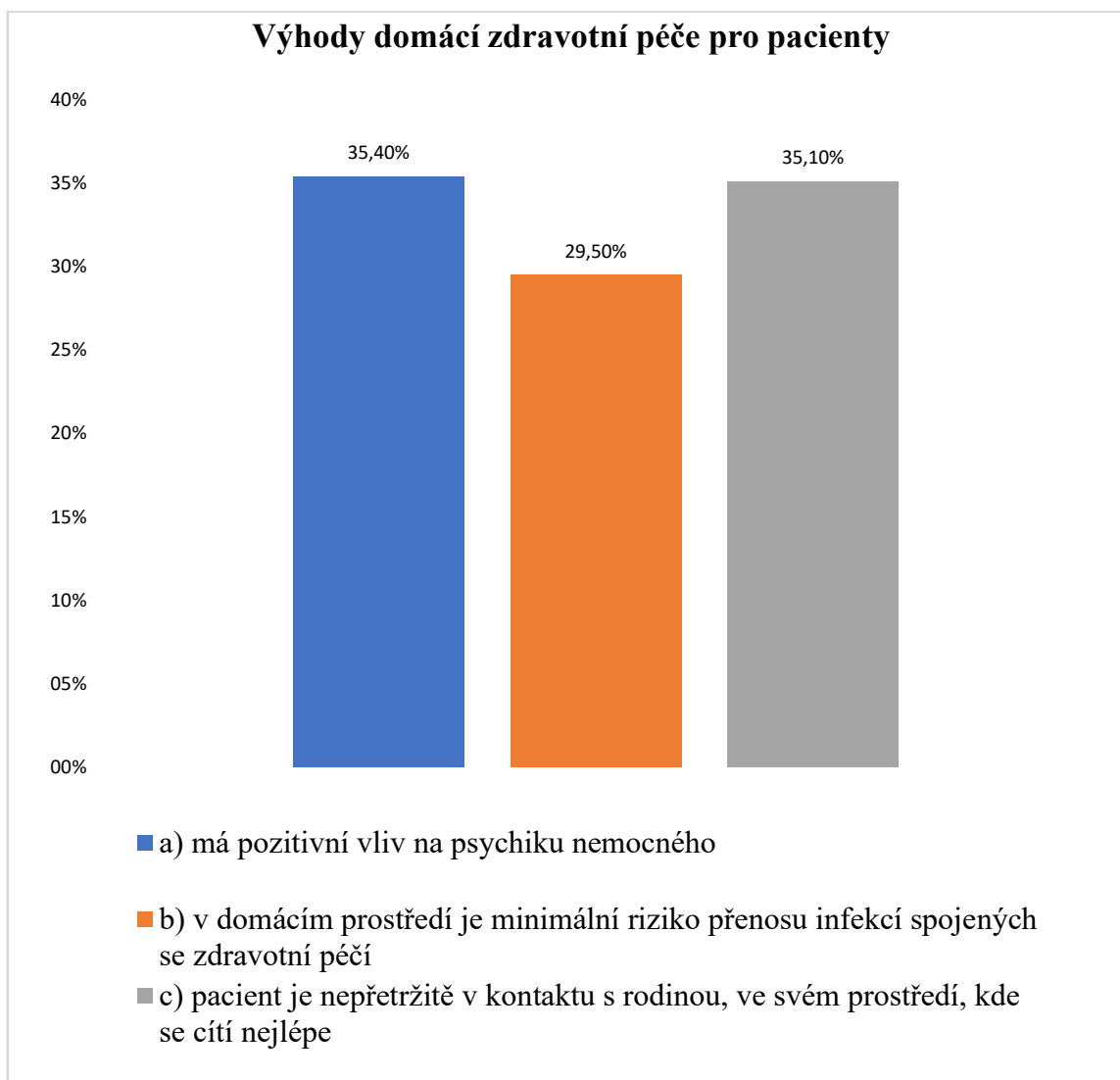


Interpretace výsledků grafu 2:

Od páté otázky byl dotazník zaměřen na vědomostní znalosti. Na pátou otázku odpovědělo 100 % všeobecných sester a na výběr byly celkově 4 možnosti, přičemž čtvrtá odpověď „nevím“ byla pro ty, co neznaly odpověď. Z předložených výsledků se ukázalo, že největší skupina 96,30 % respondentek na tuto otázku odpověděla správně a to, že agentura domácí péče je organizace, která zajišťuje zdravotní, sociální a laickou pomoc pacientům/klientům v jejich vlastním sociálním prostředí.

Jedna všeobecná sestra (0,74 %) odpověděla, že agentura domácí péče je organizace, která zprostředkovává pacientům/klientům kontakt se společenským prostředím (doprovázení k lékaři, instituce veřejných služeb). Poslední možnost „nevím“ není zobrazena v grafu z důvodu, že takto nikdo neodpověděl.

Graf 3: Výhody domácí zdravotní péče pro pacienty.

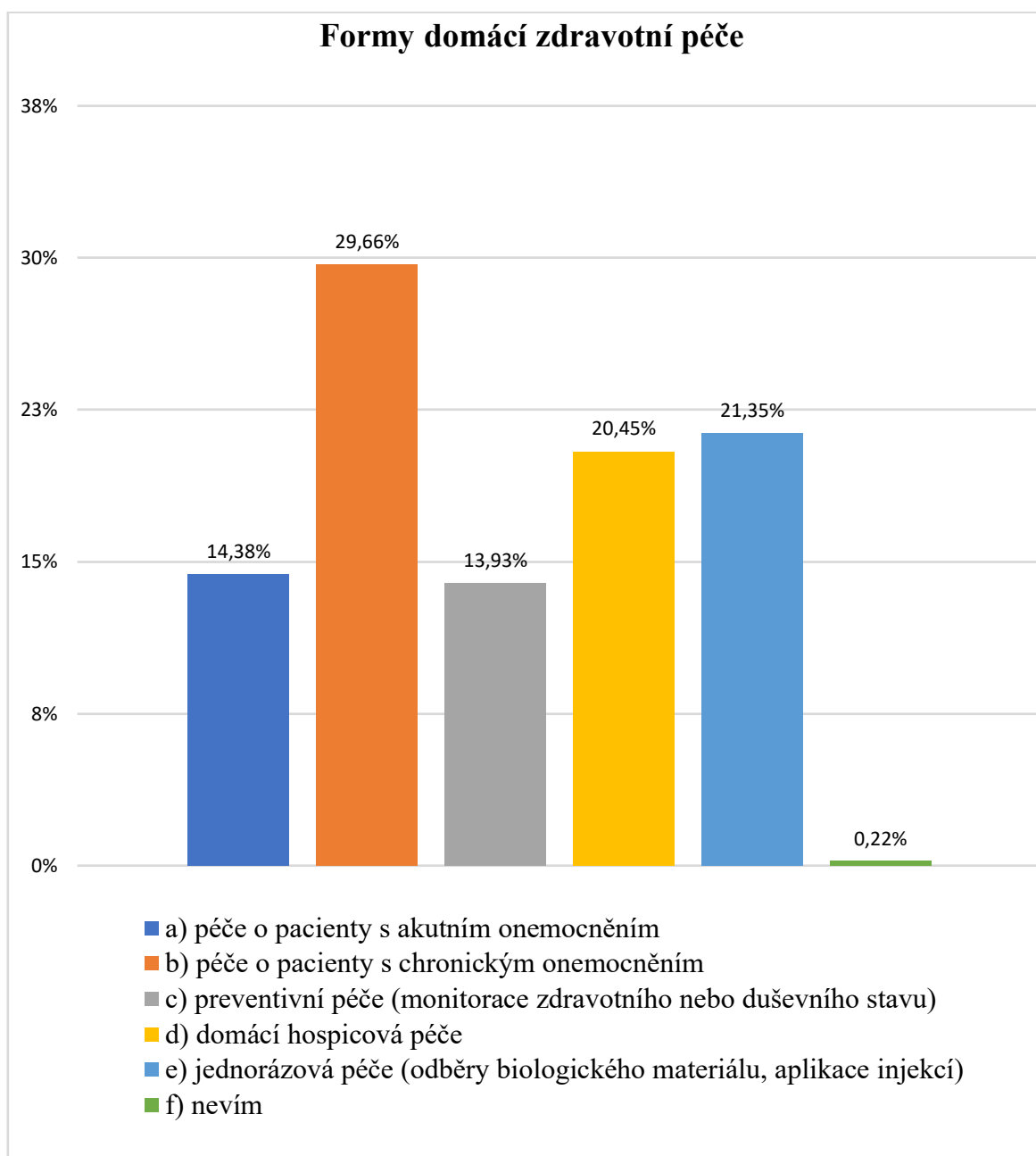


Interpretace výsledků grafu 3:

Účelem šesté otázky v předloženém dotazníku bylo zjistit, zda všeobecné sestry vědí, jaké výhody má domácí zdravotní péče pro pacienta. V této otázce bylo možno volit více odpovědí ze 4 položených. Celkem odpovědělo 100 % sester. Za správnou variantu se považují všechny 3 odpovědi.

35,40 % sester odpovědělo, že domácí zdravotní péče má pozitivní vliv na psychiku nemocného. Nejméně respondentek si myslí, že výhodou domácí péče je minimální riziko přenosu infekcí spojených se zdravotní péčí, odpovědí bylo 29,50 %. Poslední možnou variantou byla odpověď „nevím“, která není zobrazena v grafu z důvodu, že takto nikdo neodpověděl.

Graf 4: Formy domácí zdravotní péče.

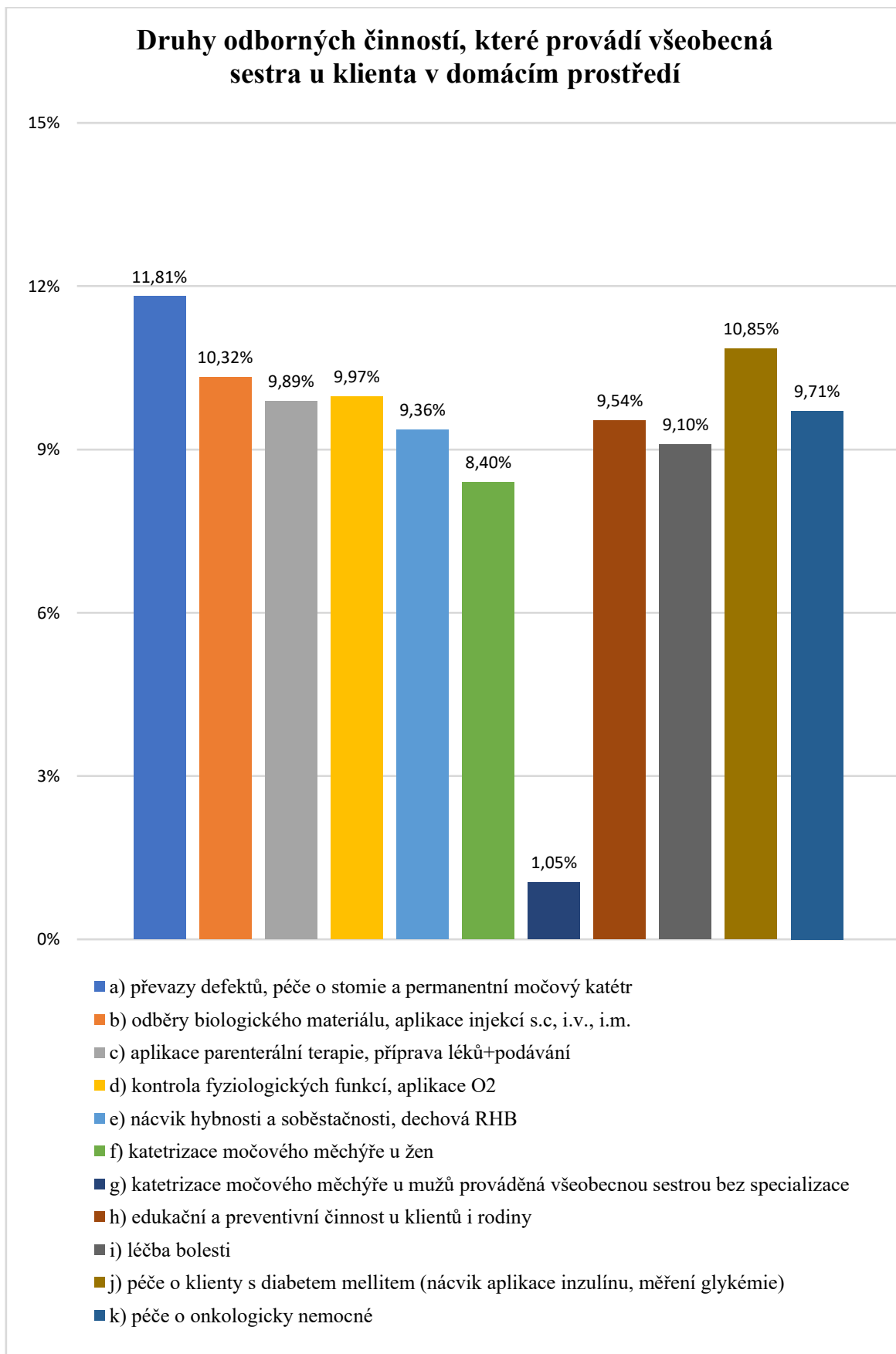


Interpretace výsledků grafu 4:

Sedmá otázka byla zaměřená na zjištění, zda všeobecné sestry jsou informované o tom, jaké jsou formy domácí zdravotní péče. V této otázce bylo také možno volit více odpovědí z celkových pěti položených variant. Na tuto otázku odpovědělo 100 % všeobecných sester. Nabízené odpovědi byly všechny správné.

Největší skupinou 14,38 % byly odpovědi, že domácí péče je pro pacienty s chronickým onemocněním. Odpověď „nevím“ byla zvolena pouze jednou 0,22 %.

Graf 5: Druhy odborných činností, které provádí všeobecná sestra u klienta v domácím prostředí.



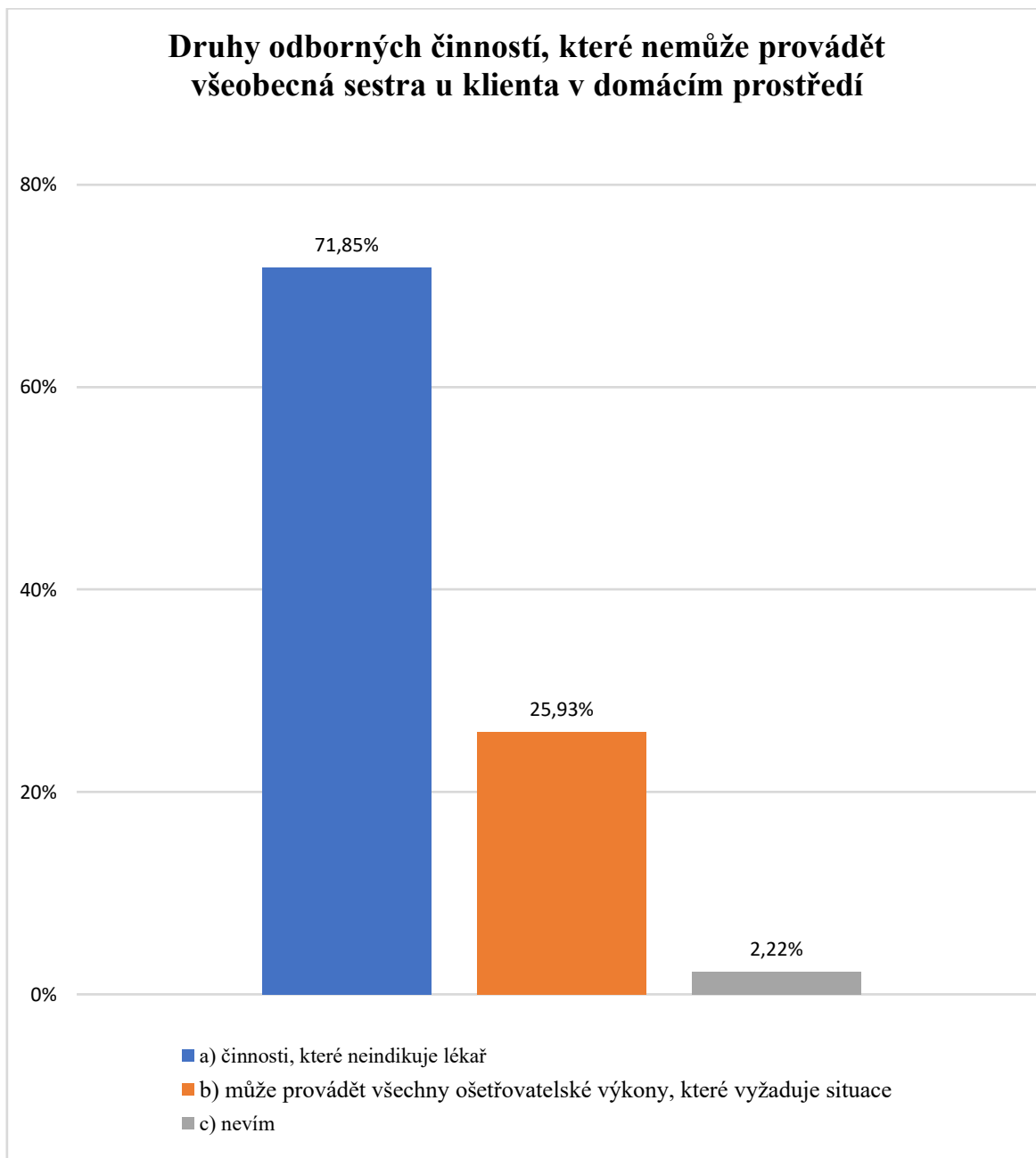
### Interpretace výsledků grafu 5:

V otázce číslo osm bylo zjišťováno, zda všeobecné sestry mají znalosti o tom, jaké druhy odborných činností je možné vykonávat u klienta v domácím prostředí. V této otázce bylo zase možno volit více variant, odpovědělo 100 % všeobecných sester. Nabízené možnosti byly všechny správné kromě odpovědi g), kdy katetrizace močového měchýře u mužů nemůže být prováděna všeobecnou sestrou bez specializace.

Největší počet odpovědí 11,81 % bylo zaznamenáno u varianty která uvádí, že všeobecné sestry provádí u klientů v domácím prostředí převazy defektů, péče o stomie a péče o permanentní močové katétry. Další dvě větší skupiny ukázaly, že v domácím prostředí sestry odebírají biologický materiál, aplikují injekce s. c., i. v., i. m. - 10,32 % a pečují o klienty s diabetem mellitem (nácvik aplikace inzulínu, měření glykémie) - 10,85 %. Zbylé skupiny variant se pohybovaly svým množstvím odpovědí pod 10 %. Nejméně odpovědí bylo u položky katetrizace močového měchýře u mužů prováděna všeobecnou sestrou bez specializace 1,05 %. Varianta „nevím“ nebyla v grafu uvedena z důvodu, že ji nikdo z respondentů nevybral.



Graf 6: Druhy odborných činností, které nemůže provádět všeobecná sestra u klienta v domácím prostředí.

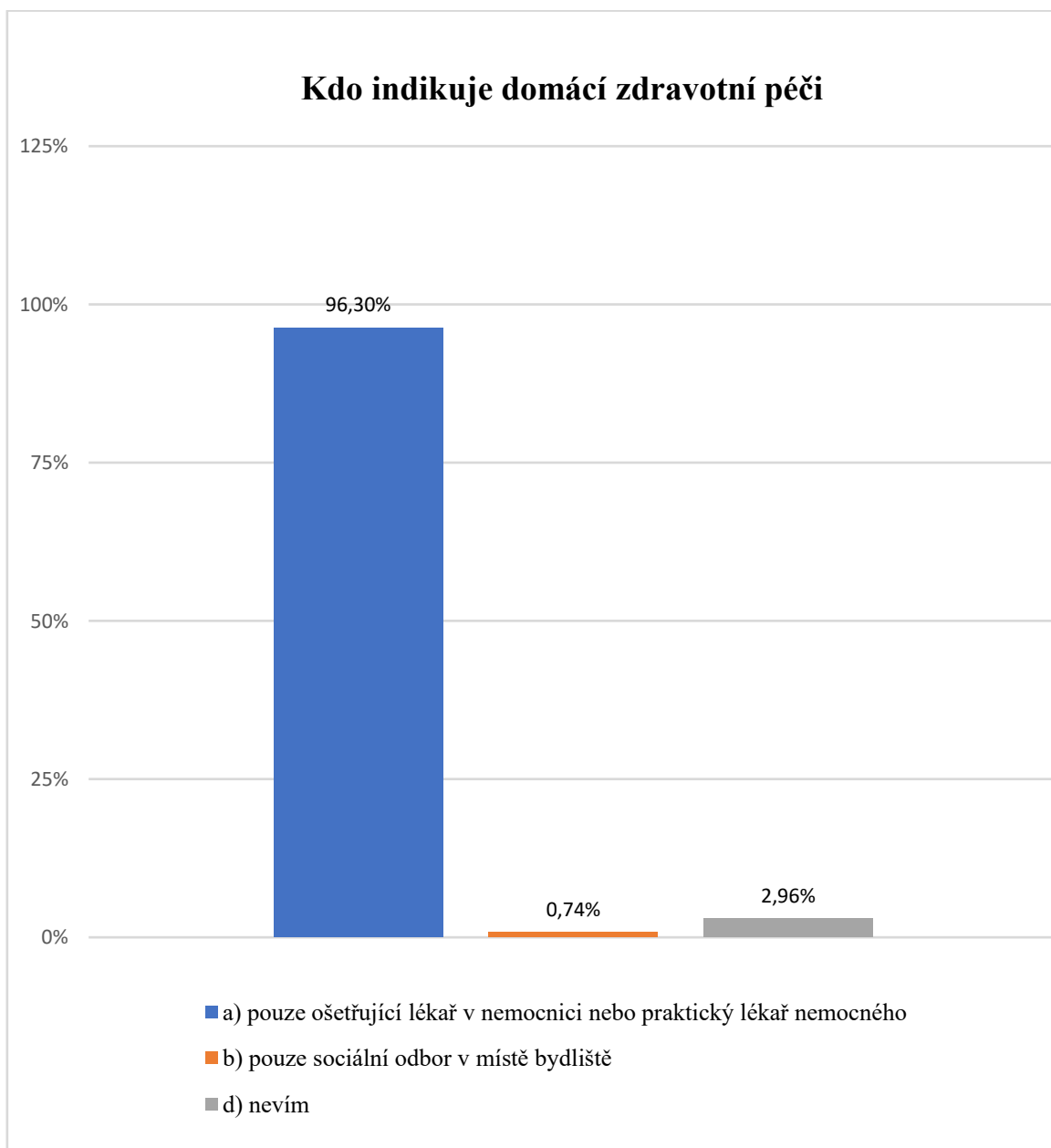


Interpretace výsledků grafu 6:

Cílem deváté otázky bylo zjistit, zda všeobecné sestry mají povědomí, jaké druhy odborných činností nemohou provádět u klienta v domácím prostředí. Na výběr měly tři varianty a odpovědělo na ně 100 % všeobecných sester. Nejvíce 71,85 % odpovědělo, že všeobecné sestry nemohou provádět takové odborné činnosti u klienta v domácím prostředí, které neindikuje lékař. Tato odpověď byla správná.

Poslední nejmenší skupina respondentek 2,22 % odpověděla, že neví.

Graf 7: Kdo indikuje domácí zdravotní péči?

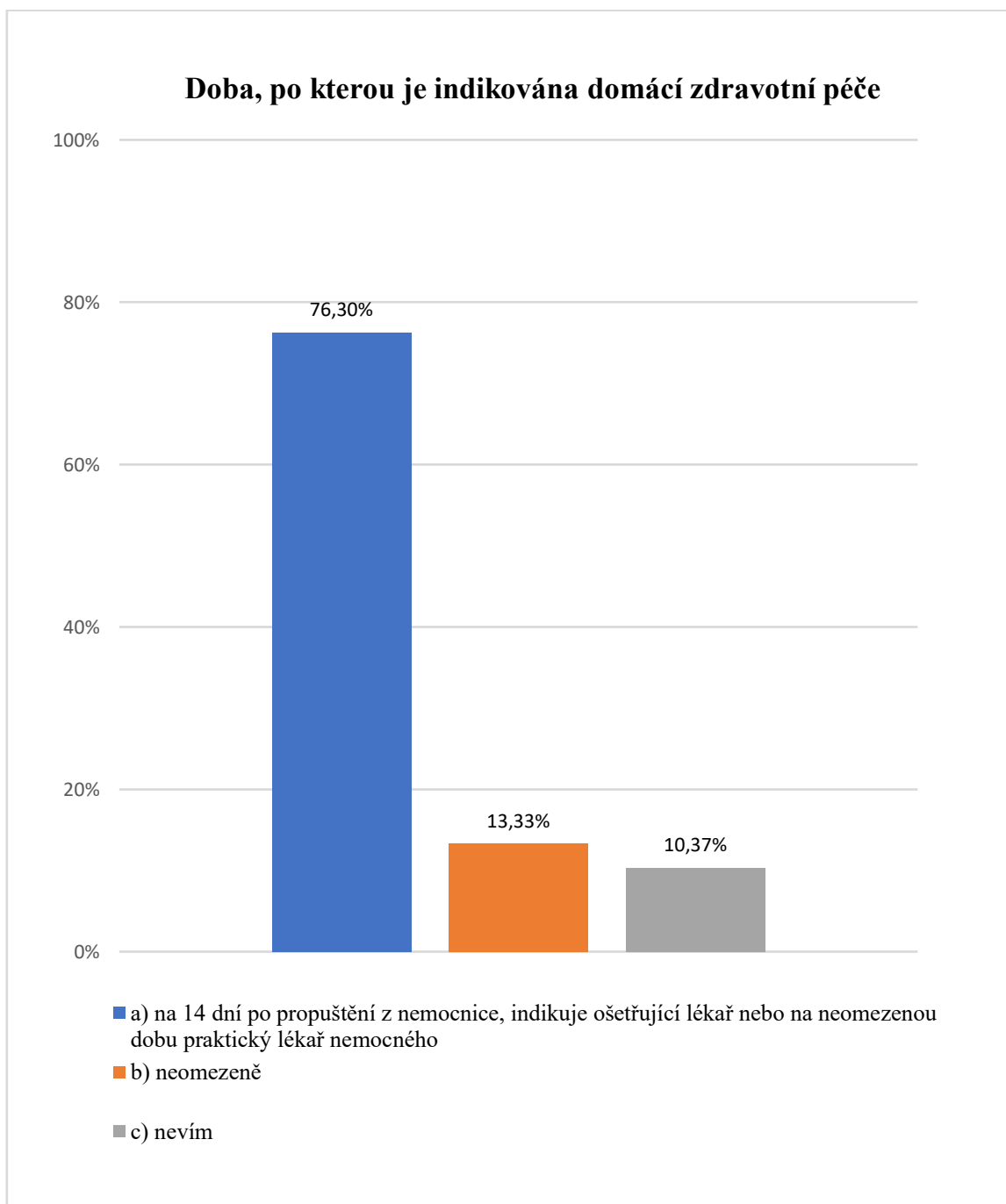


Interpretace výsledků grafu 7:

Desátá otázka byla zaměřena na zjištění, zda sestry mají povědomost o tom, kdo indikuje domácí zdravotní péči. Na otázku odpovědělo 100 % všeobecných sester a měly na výběr ze čtyř variant. Nejvíce respondentek 96,30 % odpovědělo, že domácí zdravotní péči indikuje pouze ošetřující lékař v nemocnici nebo praktický lékař nemocného. Tato odpověď byla správná.

Poslední položka „pouze obecní nebo městský úřad v místě bydliště“ není v grafu zaznamenána z důvodu, že ji nikdo nezvolil.

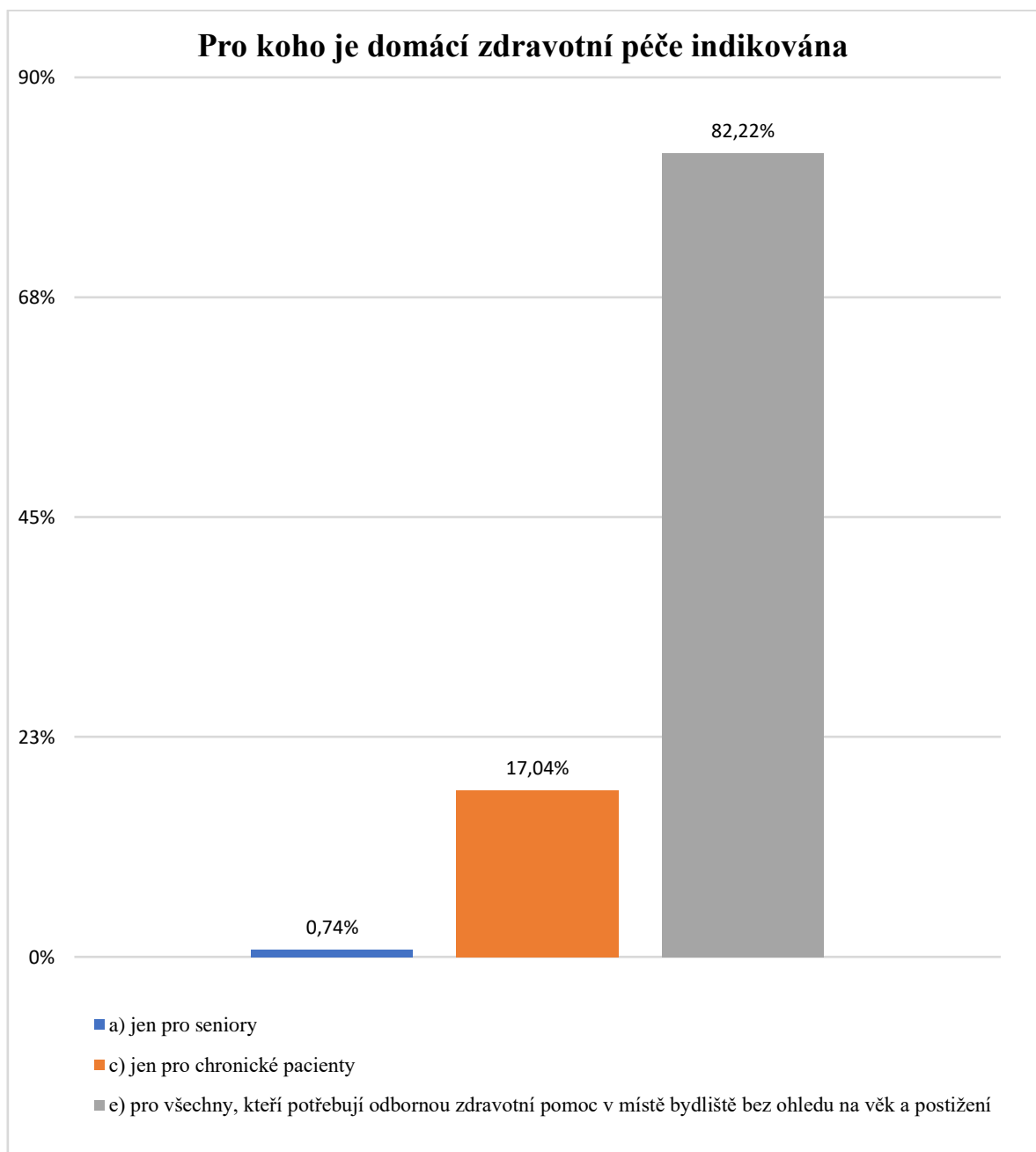
Graf 8: Doba, po kterou je indikována domácí zdravotní péče.



Interpretace výsledků grafu 8:

V otázce jedenáct bylo zjišťováno, zda všeobecné sestry znají dobu, po kterou je indikována domácí zdravotní péče. Odpovídalo 100 % všeobecných sester a mělo na výběr ze třech možností. Nejvíce respondentek 76,30 % odpovědělo, že domácí zdravotní péče se indikuje ošetřujícím lékařem na dobu 14 dní po propuštění z nemocnice nebo na neomezenou dobu praktickým lékařem nemocného. Tato odpověď byla správně.

Graf 9: Pro koho je domácí zdravotní péče indikována.

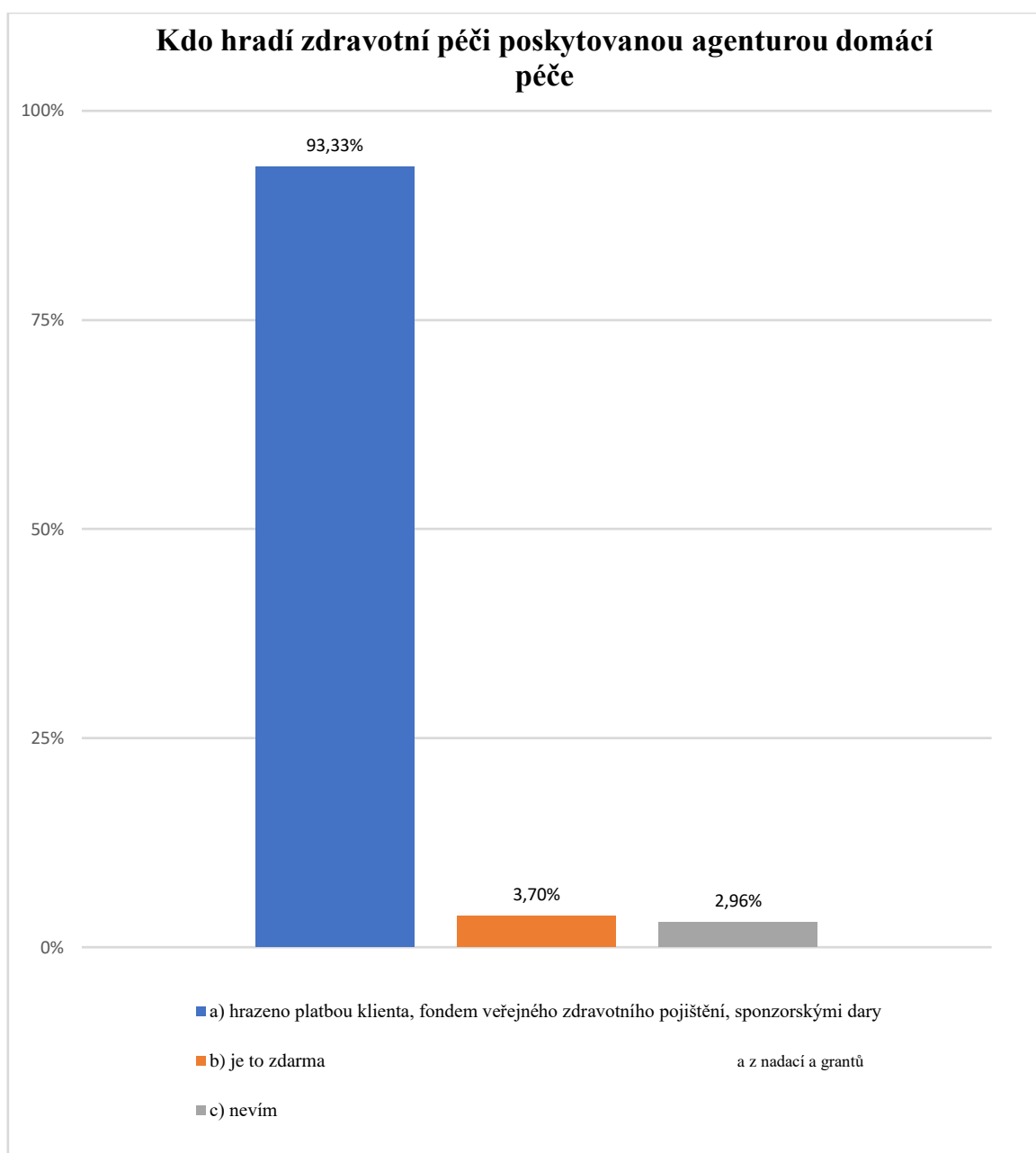


Interpretace výsledků grafu 9:

Ve dvanácté otázce měly všeobecné sestry uvést, pro koho je domácí zdravotní péče indikována. Odpovídalo 100 % respondentek. Nejvíce jich odpovědělo 82,22 %, že domácí zdravotní péče je indikována pro všechny, kteří potřebují odbornou zdravotní pomoc v místě bydliště bez ohledu na věk a postižení. Tato odpověď byla správná.

Zbylé varianty, že je jen pro chronicky nemocné děti, pro pacienty s paliativní péčí a variantu „nevím“ nepoužil nikdo z dotazovaných, a proto nejsou v grafu zaznamenány.

Graf 10: Kdo hradí zdravotní péči poskytovanou agenturou domácí péče.

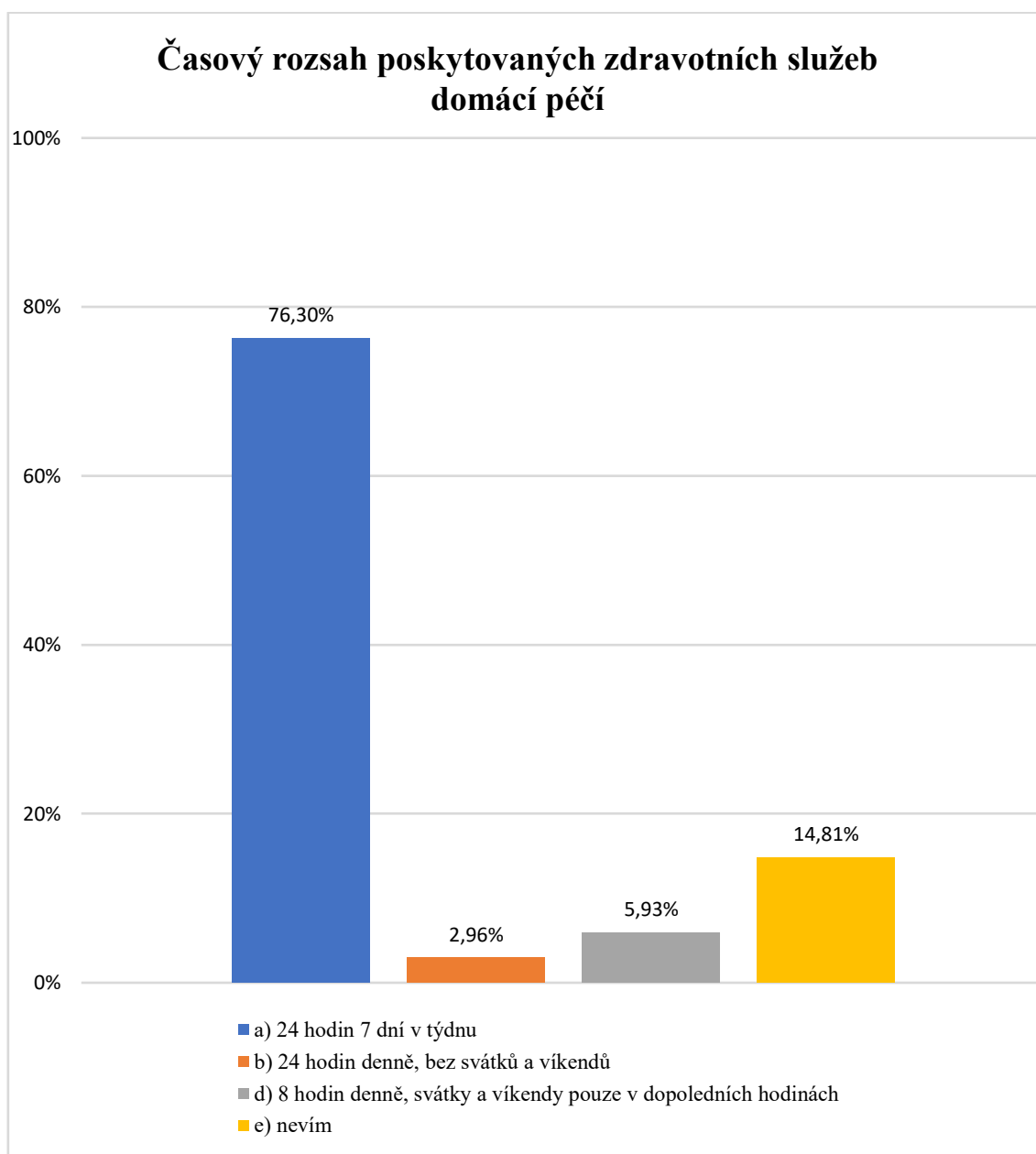


Interpretace výsledků grafu 10:

Cílem této otázky bylo zjistit, zda všeobecné sestry vědí, kdo hradí zdravotní péči poskytovanou agenturou domácí péče. Nejvíce respondentek 93,33 % odpovědělo, že zdravotní péče poskytovaná agenturou domácí péče je hrazena platbou klienta, fondem veřejného zdravotního pojištění, sponzorskými dary nebo z nadací a grantů.

Tato odpověď byla správná. Varianty, že se sestry domnívají, že je zdarma 3,70 % a nevím 2,96 % byly nejméně zastoupené.

Graf 11: Časový rozsah poskytovaných zdravotních služeb domácí péči.

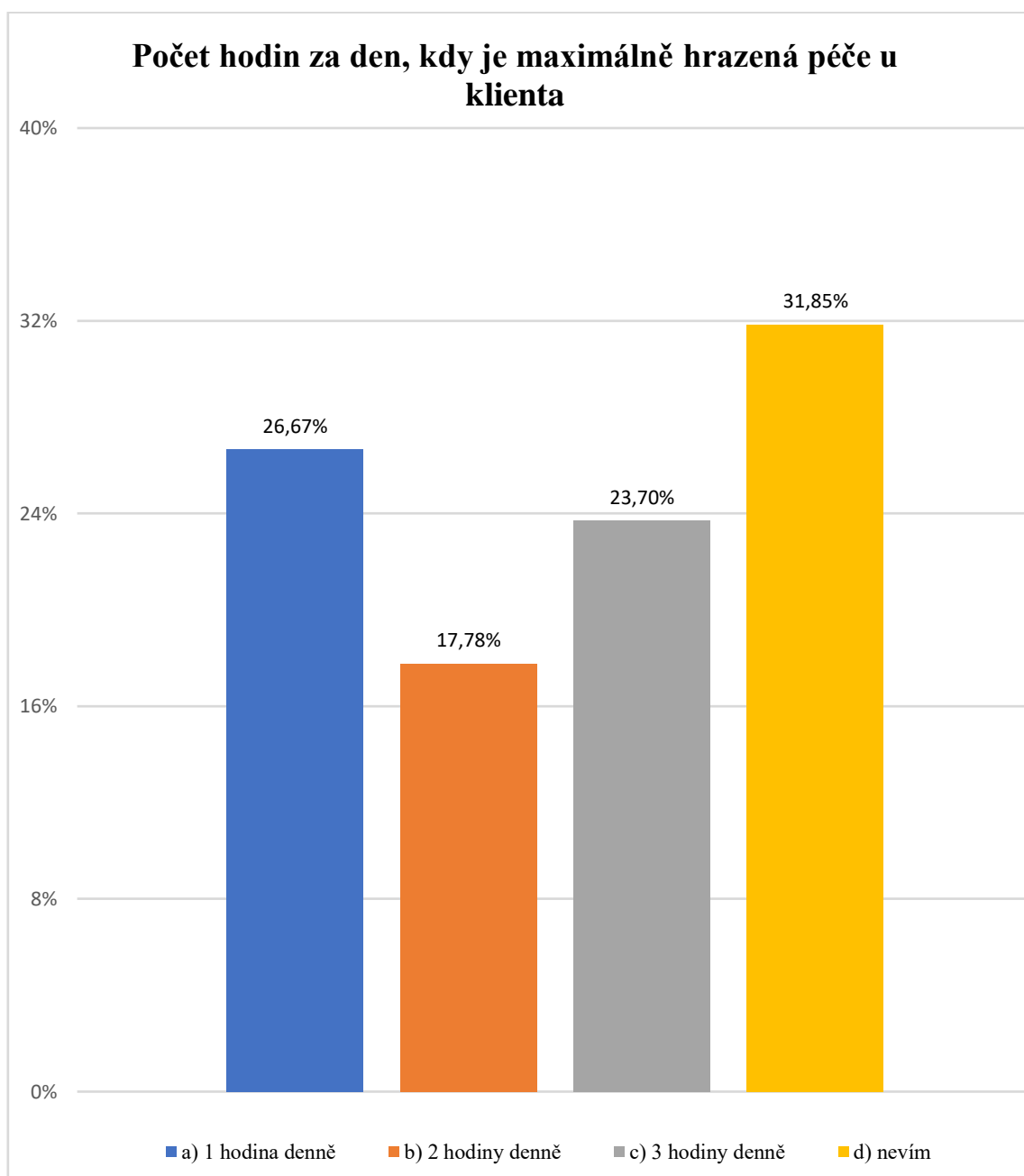


Interpretace výsledků grafu 11:

Čtrnáctá otázka se zaměřovala na zjištění, jestli všeobecné sestry znají časový rozsah poskytovaných zdravotních služeb domácí péče. Odpovědělo 100 % respondentek a na výběr měly z pěti variant. Nejvíce 76,30 % jich odpovědělo, že zdravotní služby domácí péče se poskytují 24 hodin denně 7 dní v týdnu, což bylo správně.

Nejméně 2,96 % všeobecných sester odpovědělo, že časový rozsah poskytovaných zdravotních služeb domácí péče je 24 hodin denně, bez svátků a víkendů. Poslední variantu „8 hodin denně, bez svátků a víkendů“ nikdo nezvolil, proto není zaznamenána v grafu.

Graf 12: Počet hodin za den, kdy je maximálně hrazená péče u klienta.

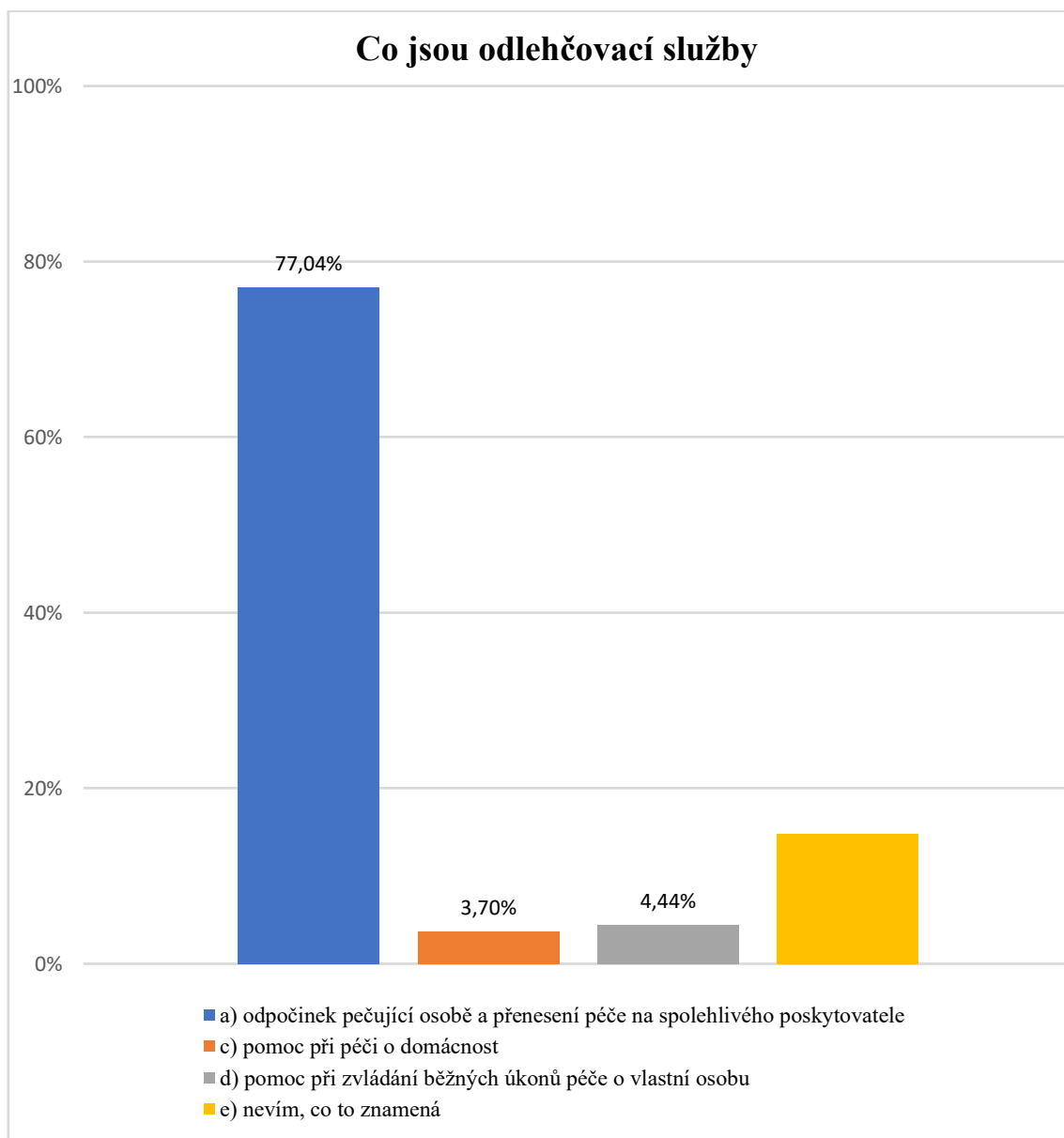


Interpretace výsledků grafu 12:

V patnácté otázce měly všeobecné sestry odpovědět na dotaz k počtu hodin, kdy je maximálně hrazená péče u klienta. Všechny 100 % sester zaznamenalo svou odpověď, na výběr měly jednu ze čtyř možností. Správnou odpovědí bylo, že maximálně hrazená péče u klienta je tři hodiny denně.

Nejvíce 31,85 % respondentek odpovědělo, že neví. Tři hodiny denně vybralo 23,70 % respondentek.

Graf 13: Co jsou odlehčovací služby.



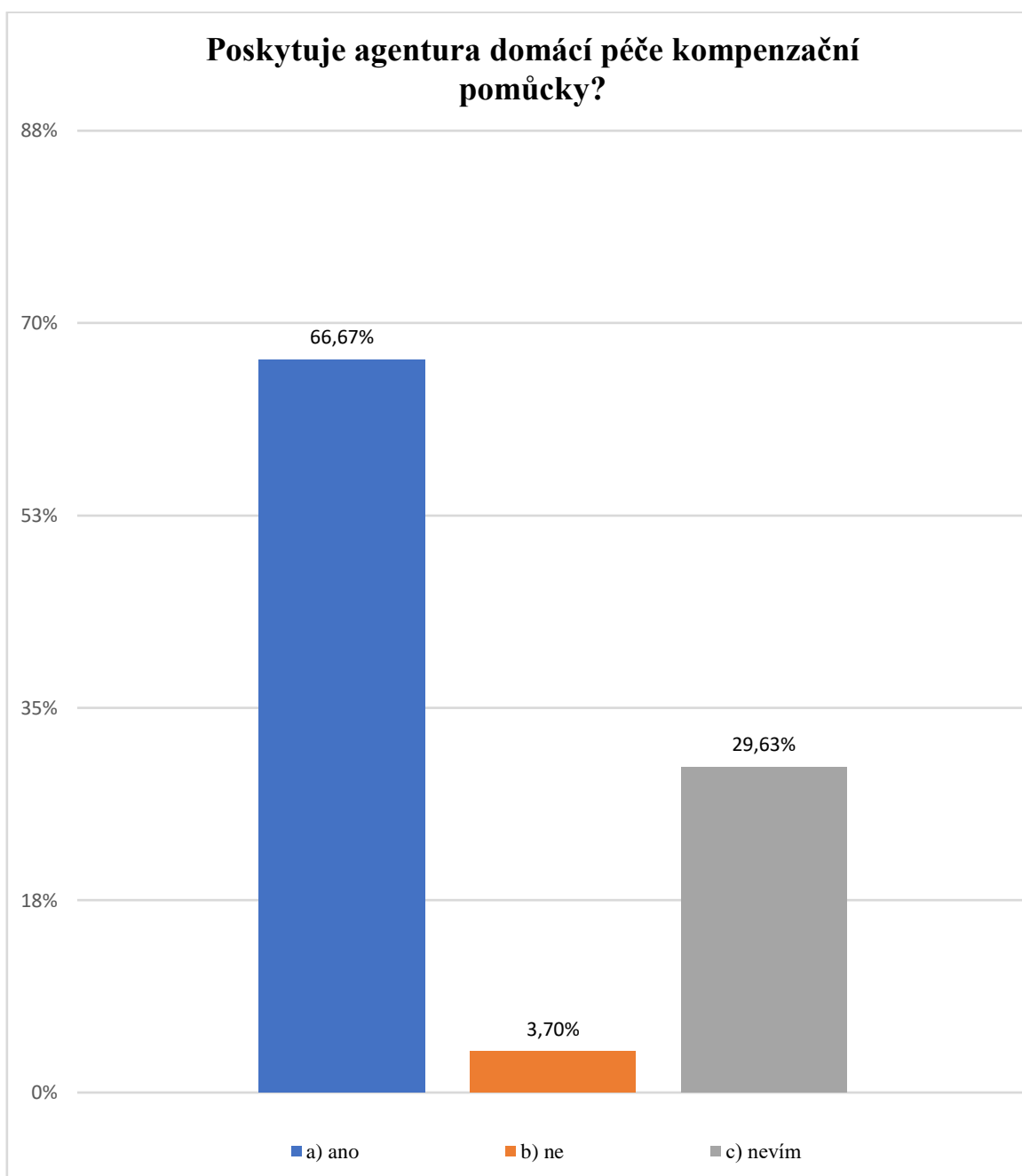
Interpretace výsledků grafu 13:

V šestnácté otázce bylo zjišťováno, jestli všeobecné sestry znají význam termínu „odlehčovací služby“. Získáno bylo 100 % relevantních odpovědí, kdy na výběr byla jedna z pěti variant. Nejvíce respondentek 77,04 % odpovědělo, že odlehčovací služba je odpočinek pečující osobě a přenesení péče na spolehlivého poskytovatele. Tato odpověď byla správná.

Odpověď, že je to pomoc při péči o domácnost zvolilo 3,70 % všeobecných sester. Poslední variantu „přerušení zdravotní péče poskytovanou agenturou domácí péče“ nikdo nezvolil, proto není zaznamenána v grafu.



Graf 14: Poskytuje agentura domácí péče kompenzační pomůcky?

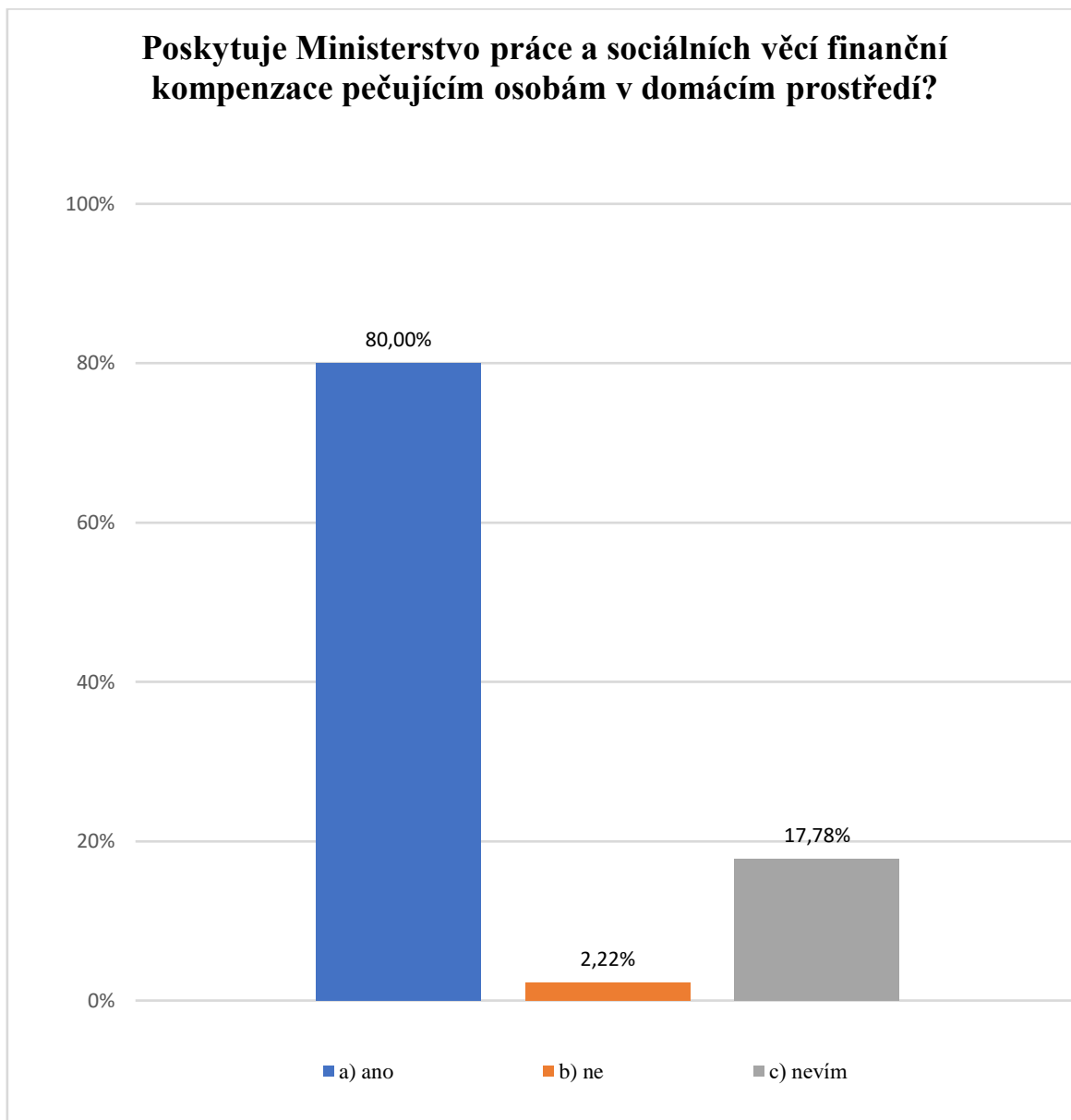


Interpretace výsledků grafu 14:

Cílem sedmnácté otázky bylo zjistit, zda všeobecné sestry mají znalosti o tom, jestli agentura domácí péče poskytuje kompenzační pomůcky. Získáno bylo 100 % odpovědí, na výběr měly jednu ze tří variant. Nejvíce respondentek 66,67 % odpovědělo, že domácí péče poskytuje kompenzační pomůcky. Tato odpověď byla správná.

3,70 % všeobecných sester odpovědělo, že agentura domácí péče kompenzační pomůcky neposkytuje.

Graf 15: Poskytuje Ministerstvo práce a sociálních věcí finanční kompenzace pečujícím osobám v domácím prostředí?



Interpretace výsledků grafu 15:

V otázce osmnáct bylo zjišťováno, zda všeobecné sestry mají znalosti o tom, zda Ministerstvo práce a sociálních věcí poskytuje finanční kompenzace pečujícím osobám v domácím prostředí. Otázku zodpovědělo 100 % respondentek a na výběr měly jednu ze tří variant. Nejvíce sester 80,00 % odpovědělo, že MPSV poskytuje finanční kompenzace pečujícím osobám v domácím prostředí. Tato odpověď byla správná.

Nejméně respondentek 2,22 % odpověděla, že MPSV finanční kompenzace pečujícím osobám v domácím prostředí neposkytuje.

**Vyhodnocení otázky č. 19:** Máte osobní zkušenosti s agenturou domácí péče?

Devatenáctá otázka byla zaměřena na zjištění, jaké mají všeobecné sestry osobní zkušenosti s agenturou domácí péče. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentek a na výběr měly jednu ze tří odpovědí. Nejčastěji 73,33 % sestry odpověděly, že nemají žádnou osobní zkušenost s agenturou domácí péče. Další 24,44 % uvedly, že mají pozitivní zkušenosti a poslední, nejmenší skupinou byla odpověď s negativní zkušeností 2,22 %.

**Vyhodnocení otázky č. 20:** Jakým způsobem byste preferoval/a získání informací o agentuře domácí péče?

Cílem dvacáté otázky bylo zjistit, jaký způsob získání informací o agentuře domácí péče by všeobecné sestry upřednostnily. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentek a mohly zvolit více variant. Největší skupina 31,20 % by chtěla souhrnné informace v letáku. Nejmenší skupina zaznamenaných odpovědí 7,52 % byla u varianty, že respondentka nepotřebuje žádné informace. Poslední možnost, kdy se mohly všeobecné sestry samy vyjádřit, nikdo nevyužil.

### **11.1.2 Dotazník určený pro laickou veřejnost**

Analýza získaných výsledků z celkového počtu 336 dotazníku určeného pro laickou veřejnost je následující. Všechny předložené otázky byly povinné. Prvních 5 otázek bylo zaměřeno na demografické údaje. Otázky 6, 10 - 19 byly vědomostní, otázky 7, 8, 9 a 20 byly doplňující. Otázky č. 4, 9 a 20 s vytečkovaným polem bylo nutné doplnit. Při kontrole dotazníků byly všechny položky vyplněné (Dotazník určený pro laickou veřejnost, příloha E).

#### **Vyhodnocení otázky č. 1: Vaše pohlaví.**

V první otázce měla laická veřejnost uvést, jakého je pohlaví. Celkem bylo získáno 100 % odpovědí. Větší skupina respondentů 54,17 % byly ženy a menší skupina 45,83 % byli muži.

#### **Vyhodnocení otázky č. 2: Váš věk?**

Otázka číslo dva se zaměřovala na zjištění, v jakém věkovém rozmezí je laická veřejnost, která zapisovala své odpovědi. Otázku zaznamenalo všech 100 % respondentů. Bylo zjištěno, že nejvíce 25,00 % respondentů z řad laické veřejnosti je v rozmezí od 41-50 let. Dále bylo 21,43 % respondentů ve věku 31-40 let a 19,35 % ve věku 51-60 let. Respondentů od 61-70 let bylo 13,10 % a v rozmezí od 21-30 let 12,20 %. Věkové rozmezí 71-80 let zastupovalo 4,46 % a do 20 let 2,68 % laických respondentů. Poslední nejmenší skupinu 81 a více let zastoupilo 1,79 % respondentů.

#### **Vyhodnocení otázky č. 3: Kde bydlíte?**

Třetí otázka byla zaměřena na zjištění velikosti lokality, ve které bydlí respondenti z laické veřejnosti. Na otázku odpovědělo 100 % respondentů a umožňovala volbu ze tří variant. Nejvíce 64,29 % respondentů uvedlo, že žijí v obci a jejích částech (do 2000 tisíc obyvatel). Druhá skupina 35,71 % respondentů zaznamenala, že bydlí ve městě Domažlice (do 12000 tisíc obyvatel). Odpověď „jiné“ nikdo nezaznamenal.

#### **Vyhodnocení otázky č. 4: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

V otázce čtyři bylo zjišťováno, jakého nejvyššího stupně vzdělání respondenti z laické veřejnosti dosáhli. Celkem odpovědělo 100 % respondentů a měli na výběr ze sedmi možných variant. Nejvíce odpovědí 33,33 % bylo zaznamenáno u varianty středoškolského vzdělání a varianty vyučen/a 29,46 %. Další větší skupinou 14,88 % byli respondenti, kteří

zaznamenali variantu jiného vysokoškolského vzdělání. Z důvodu významného zastoupení této skupiny je uveden její rozbor.

Jiné vysokoškolské vzdělání: Ing. 12,50 %

MUDr. 1,49 %

JUDr. 0,30 %

PhDr. 0,59 %

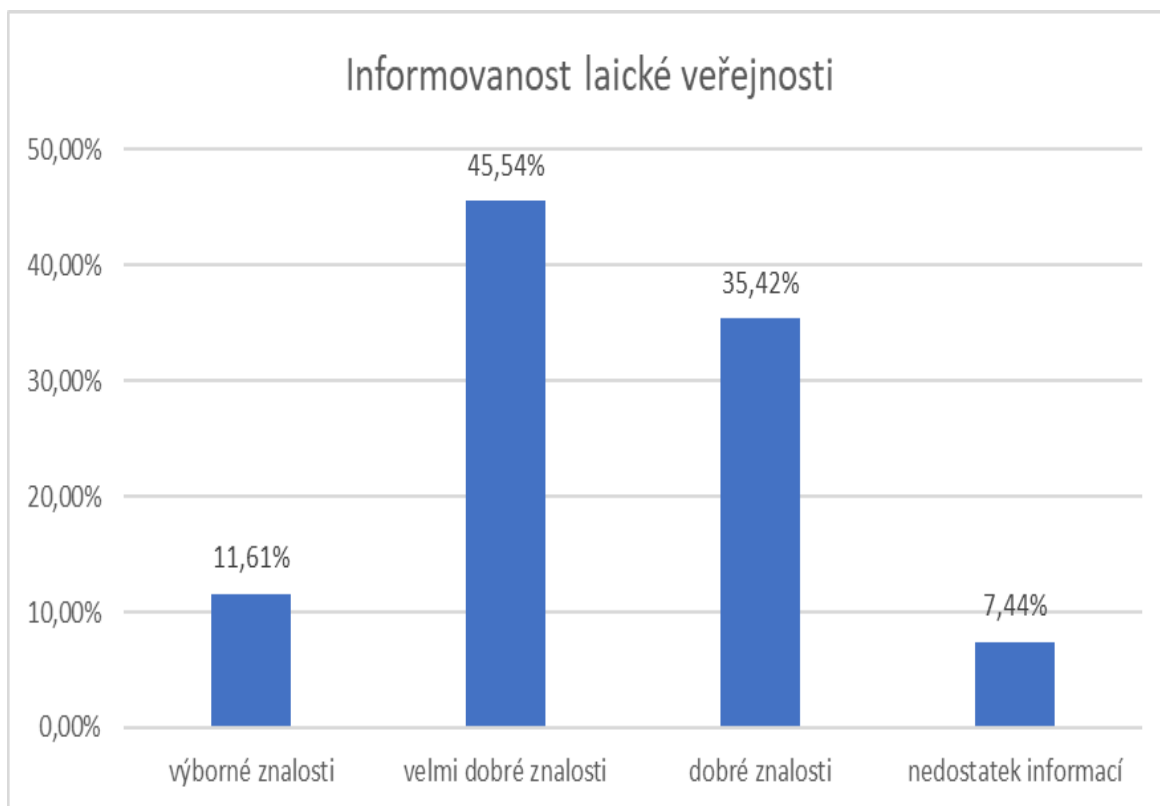
6,85 % respondentů uvedlo vyšší odborné vzdělání a 5,95 % základní vzdělání. Stejný počet respondentů byl v posledních dvou skupinách, kdy 4,76 % respondentů jako své nejvyšší dosažené vzdělání udalo bakalářské studium a 4,76 % magisterské studium.

#### **Vyhodnocení otázky č. 5: Máte zdravotnické vzdělání?**

Cílem páté otázky bylo zjistit, kolik zaznamenávajících respondentů z laické veřejnosti absolvovalo zdravotnické vzdělání. Otázku zodpovědělo 100 % respondentů. Nejvíce 91,67 % respondentů uvedlo, že zdravotnické vzdělání nemají a 8,33 % respondentů odpovědělo, že toto vzdělání mají, ale zdravotnické povolání nevykonávají.

Vyhodnocení vědomostních otázek:

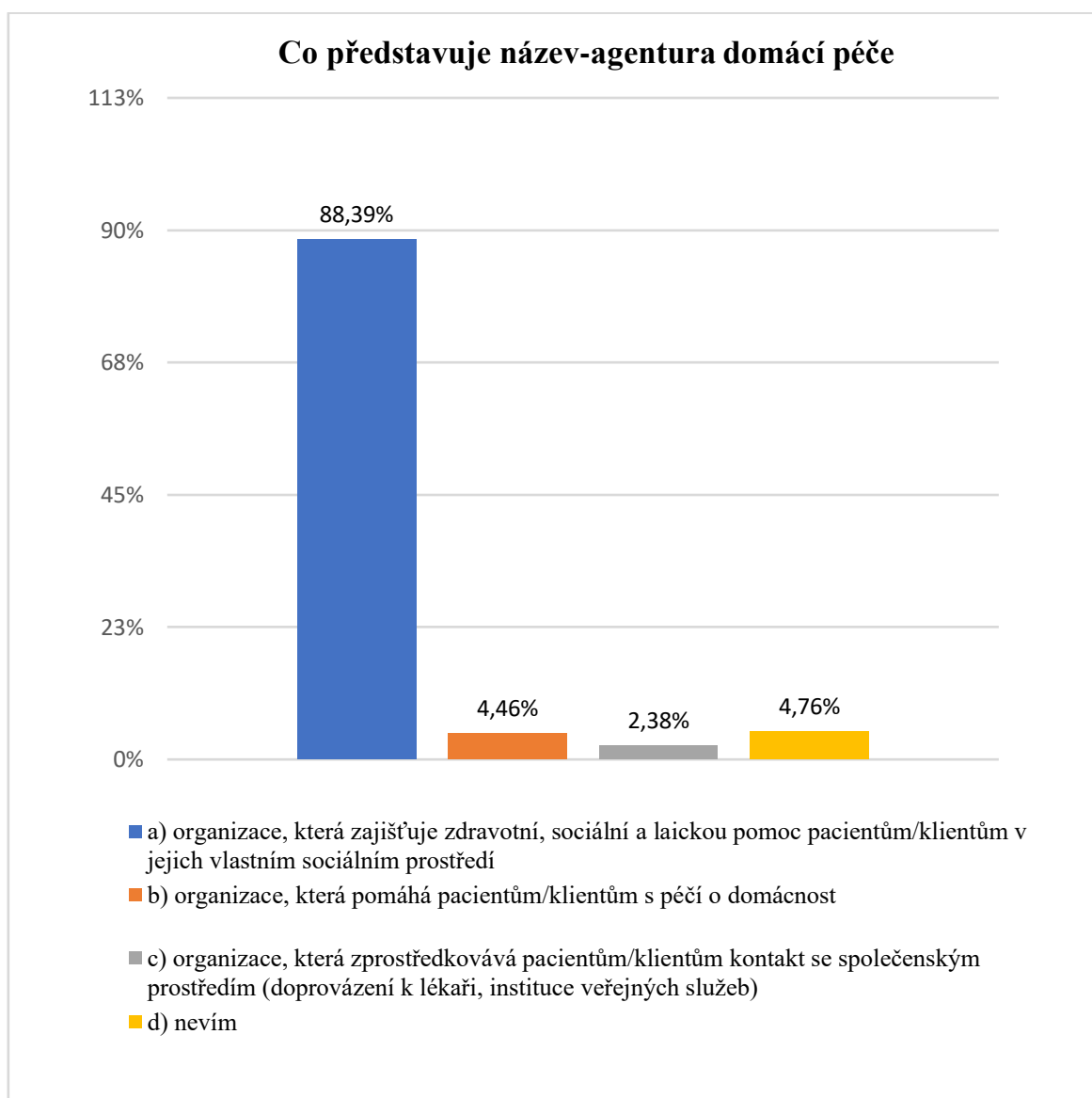
Graf 16: Vizualizace vyhodnocení vědomostních otázek laické veřejnosti



Interpretace výsledků grafu 16:

Z grafu je patrné, že z celkového počtu 336 (100 %) dotazované laické veřejnosti má 45,54 % velmi dobré znalosti o domácí péči a jen 7,44 % respondentů nedostatek informací.

Graf 17: Co představuje název - agentura domácí péče.



Interpretace výsledků grafu 17:

Od otázky číslo šest byl dotazník zaměřen na vědomostní otázky. Cílem šesté otázky bylo zjistit, zda laická veřejnost ví, co představuje název agentura domácí péče. Na tuto otázku zodpovědělo 100 % respondentů a měli na výběr ze čtyř variant. Nejvíce respondentů 88,39 % uvedlo, že agentura domácí péče je organizace, která zajišťuje zdravotní, sociální a laickou pomoc pacientům/klientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Tato odpověď byla správná.

Nejmenší skupina 2,38 % považovala za správnou informaci, že agentura domácí péče je organizace, která zprostředkovává pacientům/klientům kontakt se společenským prostředím (doprovázení k lékaři, instituce veřejných služeb).

### **Vyhodnocení otázky č. 7:** Využil/a jste už někdy služby agentury domácí péče?

V otázce sedm bylo zjišťováno, jestli oslovená laická veřejnost někdy využila služeb agentury domácí péče. Tuto odpověď zapsalo všech 100 % respondentů a mohli odpovědět na jednu ze dvou nabízených variant. Nejvíce respondentů 90,48 % uvedlo, že nikdy nevyužili služeb domácí péče a 9,52 % jich zaznamenalo, že tyto služby využili. Pokud respondenti odpověděli, že nikdy nevyužili služeb domácí péče, pokračovali otázkou číslo osm a pokud ano, pokračovali otázkou číslo deset.

### **Vyhodnocení otázky č. 8:** Je/byl ve Vaší rodině nemocný, který vyžaduje/oval dlouhodobě péči druhé osoby?

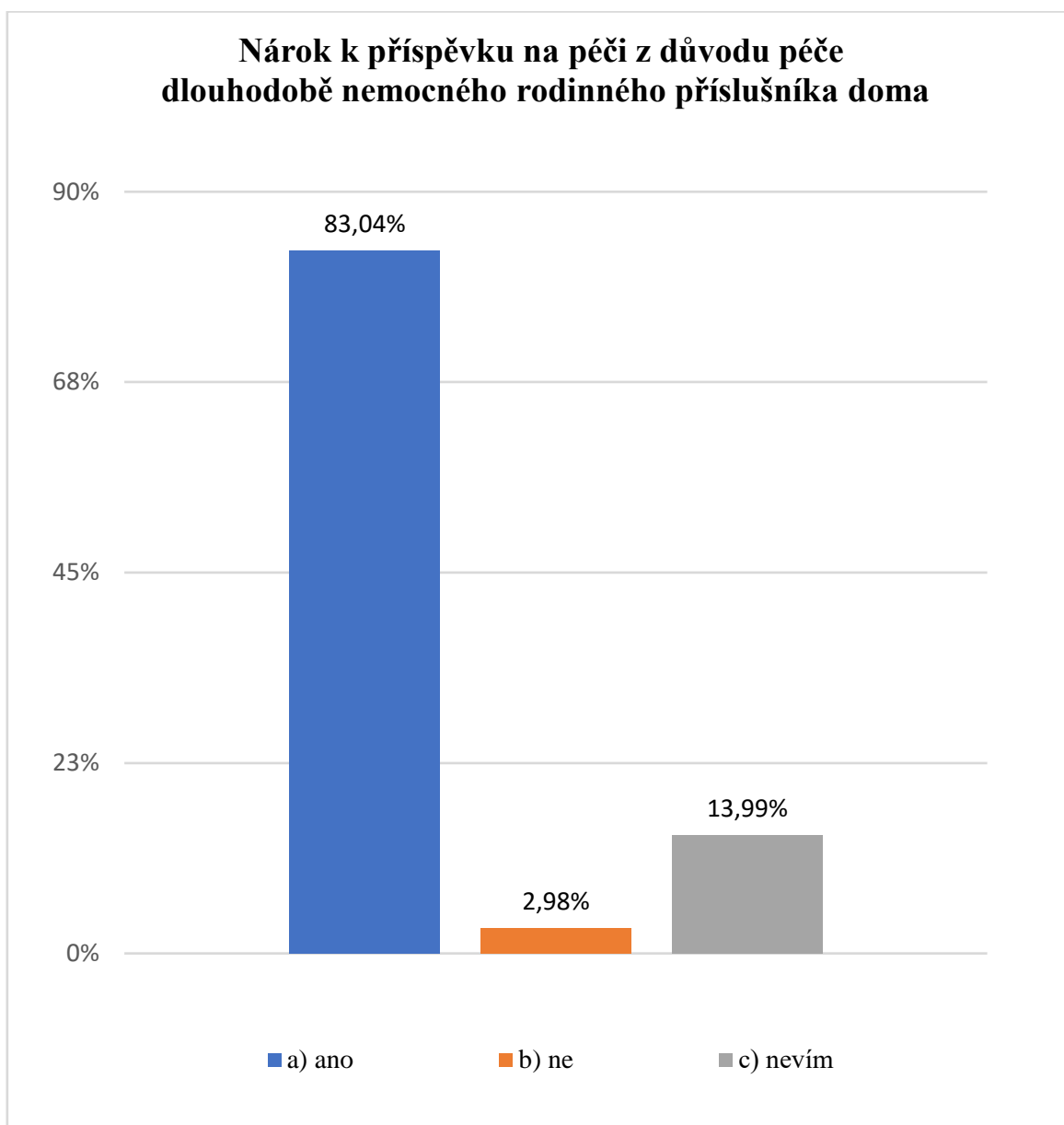
Cílem osmé otázky bylo zjistit, zda má/měl respondent nemocného rodinného příslušníka, který by vyžadoval dlouhodobou péči druhé osoby. Na otázku odpovědělo 100 % respondentů, byli to ti, kteří v otázce číslo sedm uvedli, že nikdy nevyužili služeb domácí péče. Největší skupina 56,11 % respondentů z laické veřejnosti uvedla, že není/nebyl v jejich rodině nemocný rodinný příslušník, vyžadující dlouhodobou péči druhé osoby. Menší skupina 43,89 % zaznamenala, že mají nebo měli dlouhodobě nemocného rodinného příslušníka.

### **Vyhodnocení otázky č. 9:** Jak byste řešil/a péči o dlouhodobě nemocného příbuzného?

V otázce číslo devět bylo zjišťováno, jaké druhy řešení by respondenti z laické veřejnosti volili v péči o dlouhodobě nemocného příbuzného. Odpověď zaznamenalo 100 % respondentů, byli to ti, kteří v otázce sedm uvedli, že nikdy nevyužili služeb domácí péče. Nejvíce respondentů 28,29 % zaznamenalo, že by zaplatili nějaký druh pečovatelské služby. 26,97 % respondentů uvedlo, že nepřemýšleli o této situaci; 21,38 % uvedlo, že by s ním byli doma. Další menší tři skupiny byli respondenti, kteří odpověděli, že by péči o dlouhodobě nemocného řešili umístěním do Domova pro seniory 9,87 %, hospitalizací v nemocnici a později na Oddělení následné a dlouhodobé péče 9,21 % a jiné možnosti 4,28 % (tyto možnosti v dotazníku neuvedli).



Graf 18: Nárok k příspěvku na péči z důvodu péče o dlouhodobě nemocného rodinného příslušníka doma.

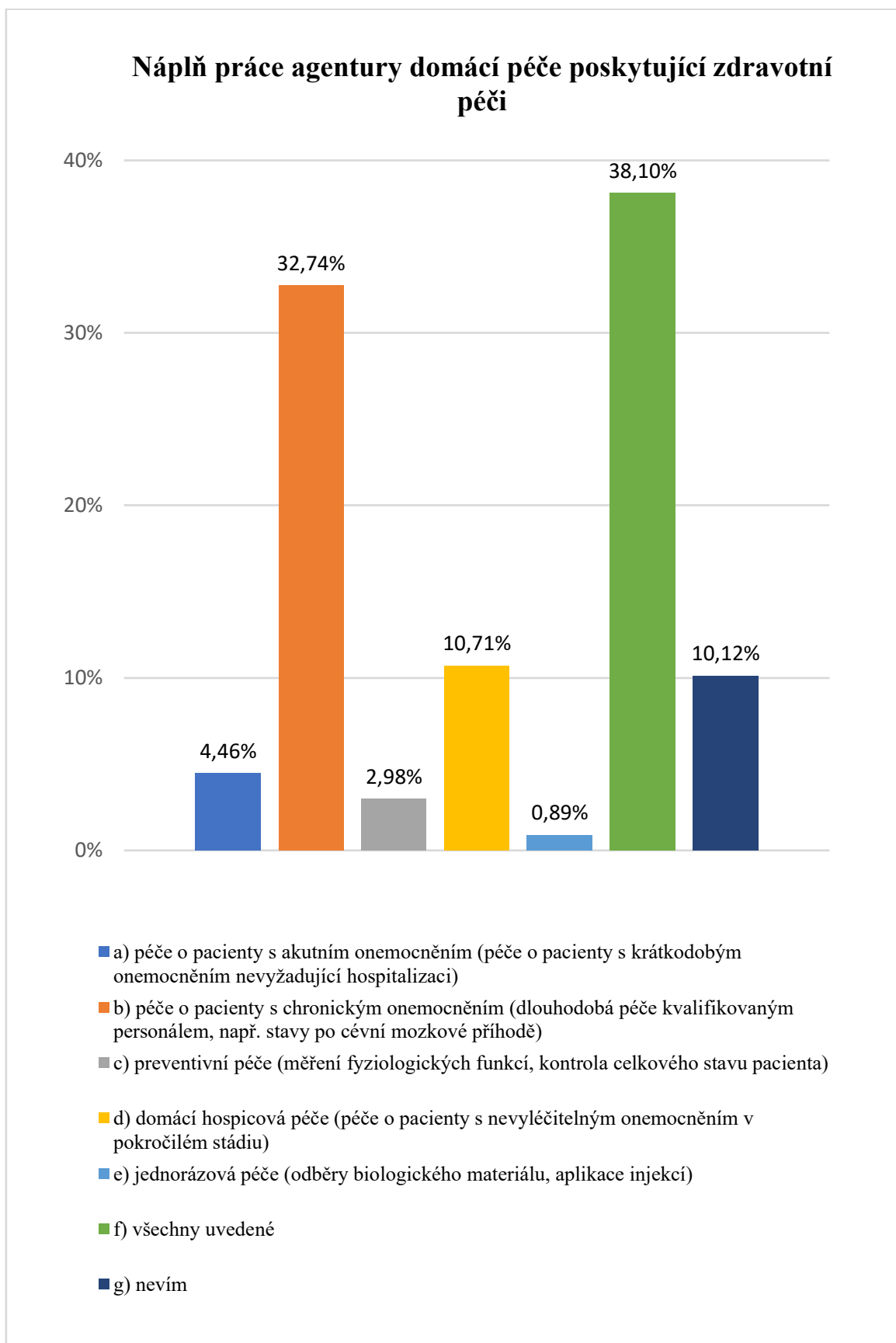


Interpretace výsledků grafu 18:

Cílem desáté otázky bylo zjistit, jestli laická veřejnost má povědomost o tom, jestli mohou žádat o příspěvek na péči, pokud se budou starat doma o dlouhodobě nemocného příbuzného. Na otázku odpovědělo všech 100 % respondentů a měli na výběr jednu ze tří variant. Nejvíce 83,04 % respondentů uvedlo, že mají na tento příspěvek státní sociální podpory nárok. Tato odpověď byla správná.

Menší skupina respondentů 13,99 % odpověděla, že neví a 2,98 % jich odpovědělo, že na tento příspěvek státní sociální podpory nárok nemají.

Graf 19: Náplň práce agentury domácí péče poskytující zdravotní péči.

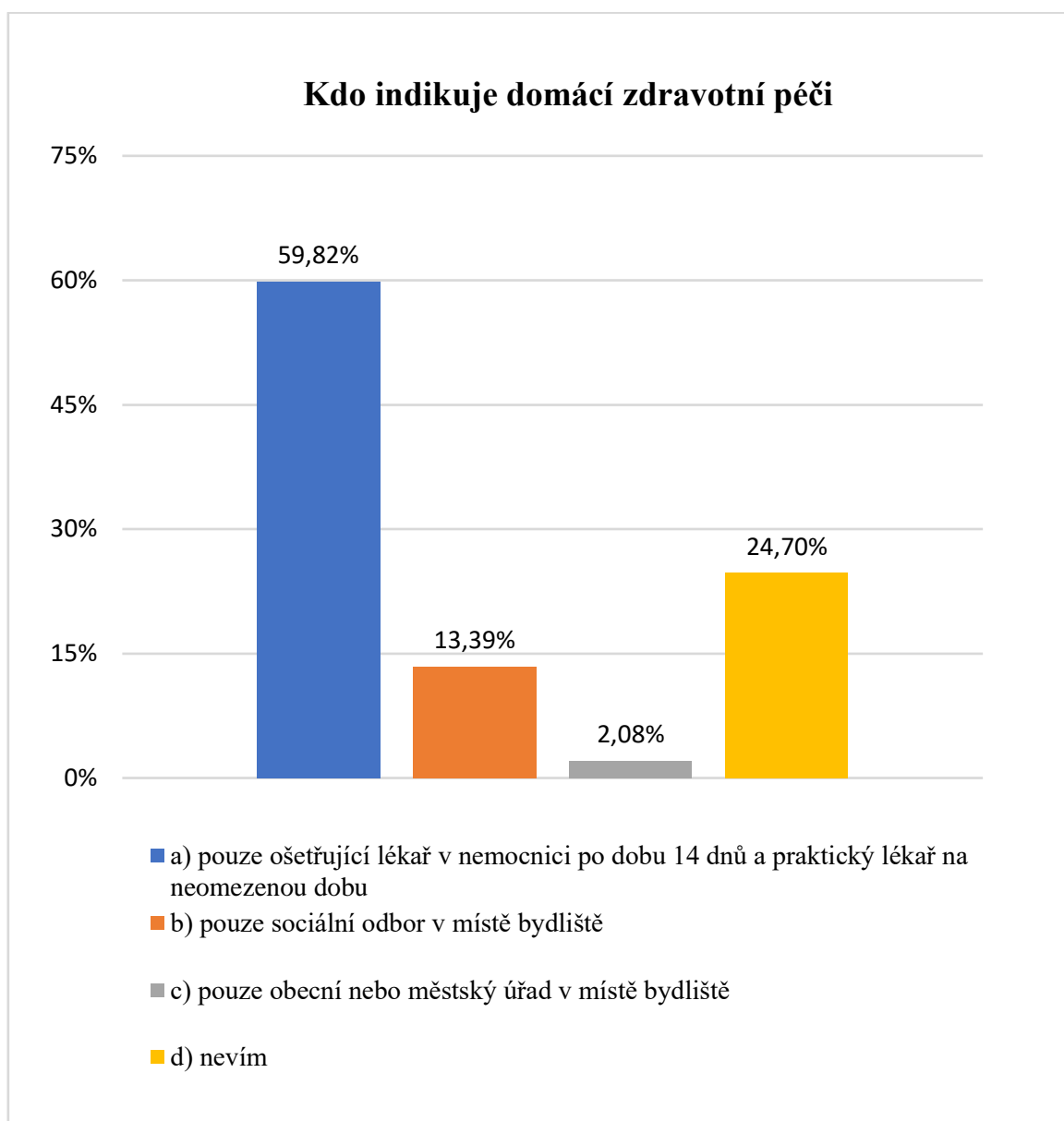


Interpretace výsledků grafu 19:

Jedenáctá otázka byla zaměřená na zjištění, zda respondenti z laické populace vědí, jakou náplň práce zahrnuje zdravotní péče v agentuře domácí péče. Otázku zaznamenalo všech 100 % respondentů a na výběr měli jednu odpověď ze sedmi variant. Nejvíce respondentů odpovědělo 38,10 %, že jsou správně všechny uvedené varianty v otázce dotazníku. Tato odpověď byla správná.

Poslední tři nejmenší skupiny respondentů uvedli, že náplní práce je péče o pacienty s akutním onemocněním (péče o pacienty s krátkodobým onemocněním nevyžadující hospitalizaci) 4,46 %; preventivní péče (měření fyziologických funkcí, kontrola celkového stavu pacienta) 2,98 % a 0,89 % zvolilo, že náplní práce je jednorázová péče (odběry biologického materiálu, aplikace injekcí).

Graf 20: Kdo indikuje domácí zdravotní péči.

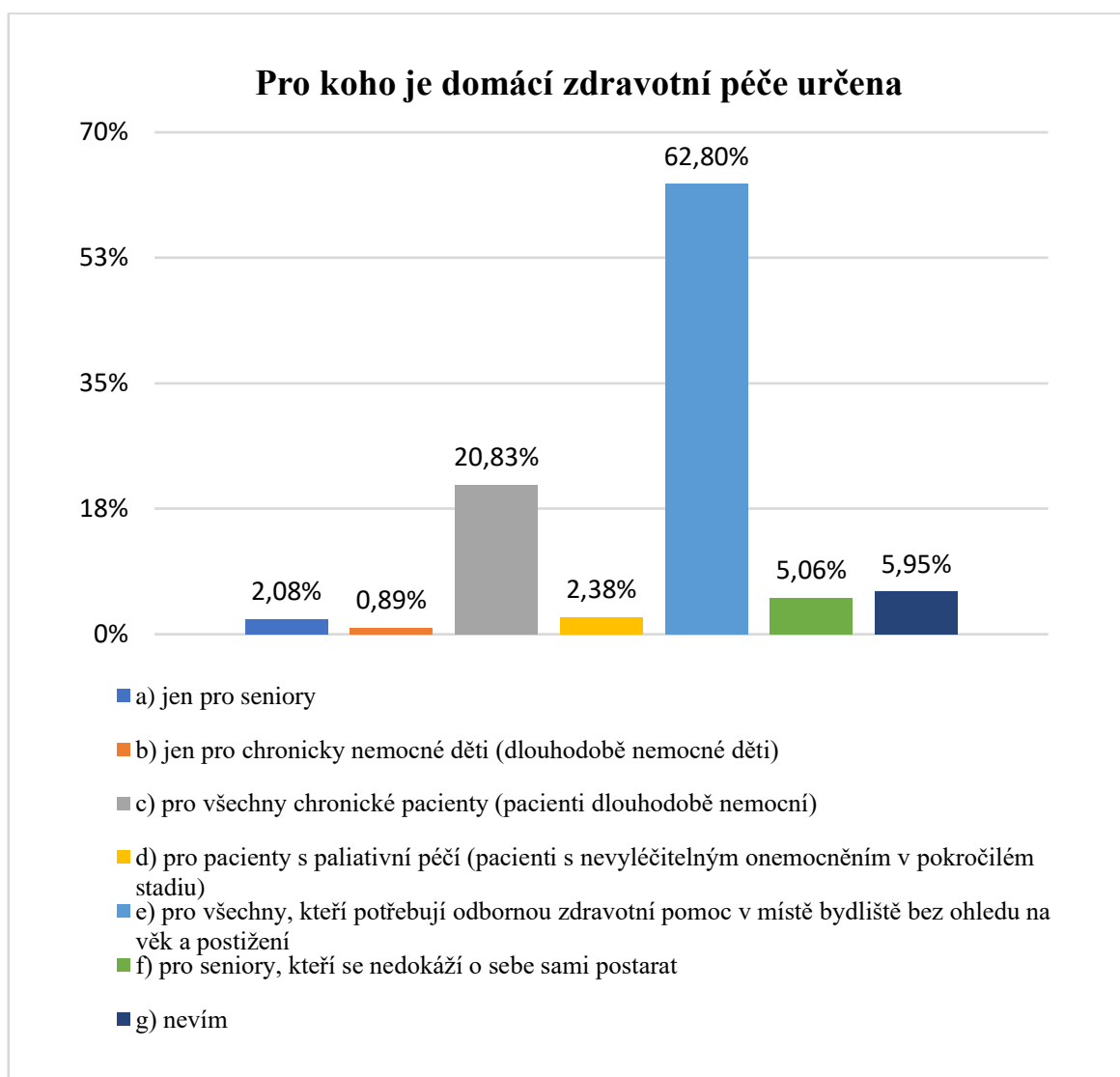


Interpretace výsledků grafu 20:

V otázce číslo dvanáct měli respondenti uvést, kdo indikuje domácí zdravotní péči. Celkem bylo získáno 100 % relevantních odpovědí a na výběr měli jednu ze čtyř variant. Nejvíce odpovědí 59,82 % bylo zaznamenáno u varianty, že domácí zdravotní péči indikuje pouze ošetřující lékař v nemocnici po dobu čtrnácti dnů a praktický lékař na neomezenou dobu. Tato odpověď byla správná.

Dvě menší skupiny respondentů zaznamenali, že domácí zdravotní péči indikuje pouze sociální odbor v místě bydliště 13,39 % a 2,08 % respondentů zapsalo, že tuto péči indikuje pouze obecní nebo městský úřad v místě bydliště.

Graf 21: Pro koho je domácí zdravotní péče určena.

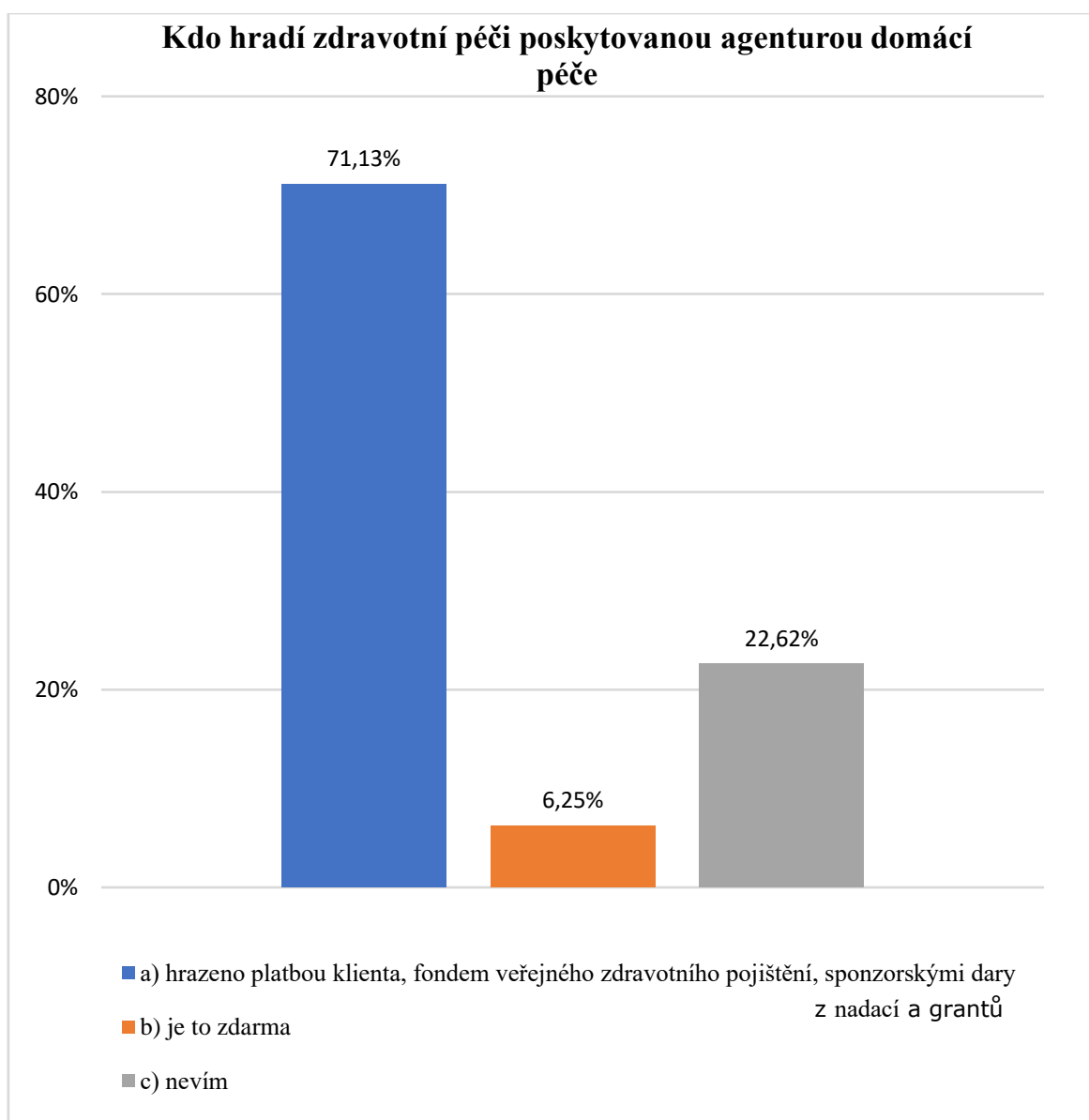


Interpretace výsledků grafu 21:

Cílem třinácté otázky bylo zjistit, zda laická veřejnost zná, pro koho je domácí zdravotní péče určena. Na výběr měli jednu ze sedmi možností a odpovědělo 100 % respondentů. Nejvíce 62,80 % respondentů uvedlo, že domácí zdravotní péče je určena pro všechny, kteří potřebují odbornou zdravotní pomoc v místě bydliště bez ohledu na věk a postižení. Tato odpověď byla správně.

Také více odpovědí 20,83 % bylo u varianty, že tato péče je určena pro všechny chronické pacienty (pacienti dlouhodobě nemocní). 5,06 % respondentů zapsalo, že tato péče je určena pro seniory, kteří se nedokáží o sebe sami postarat; 2,08 % respondentů odpovědělo, že tato péče je jen pro seniory. Nejmenší skupina 0,89 % respondentů uvedla, že tato péče je jen pro chronicky nemocné děti.

Graf 22: Kdo hradí zdravotní péči poskytovanou agenturou domácí péče.

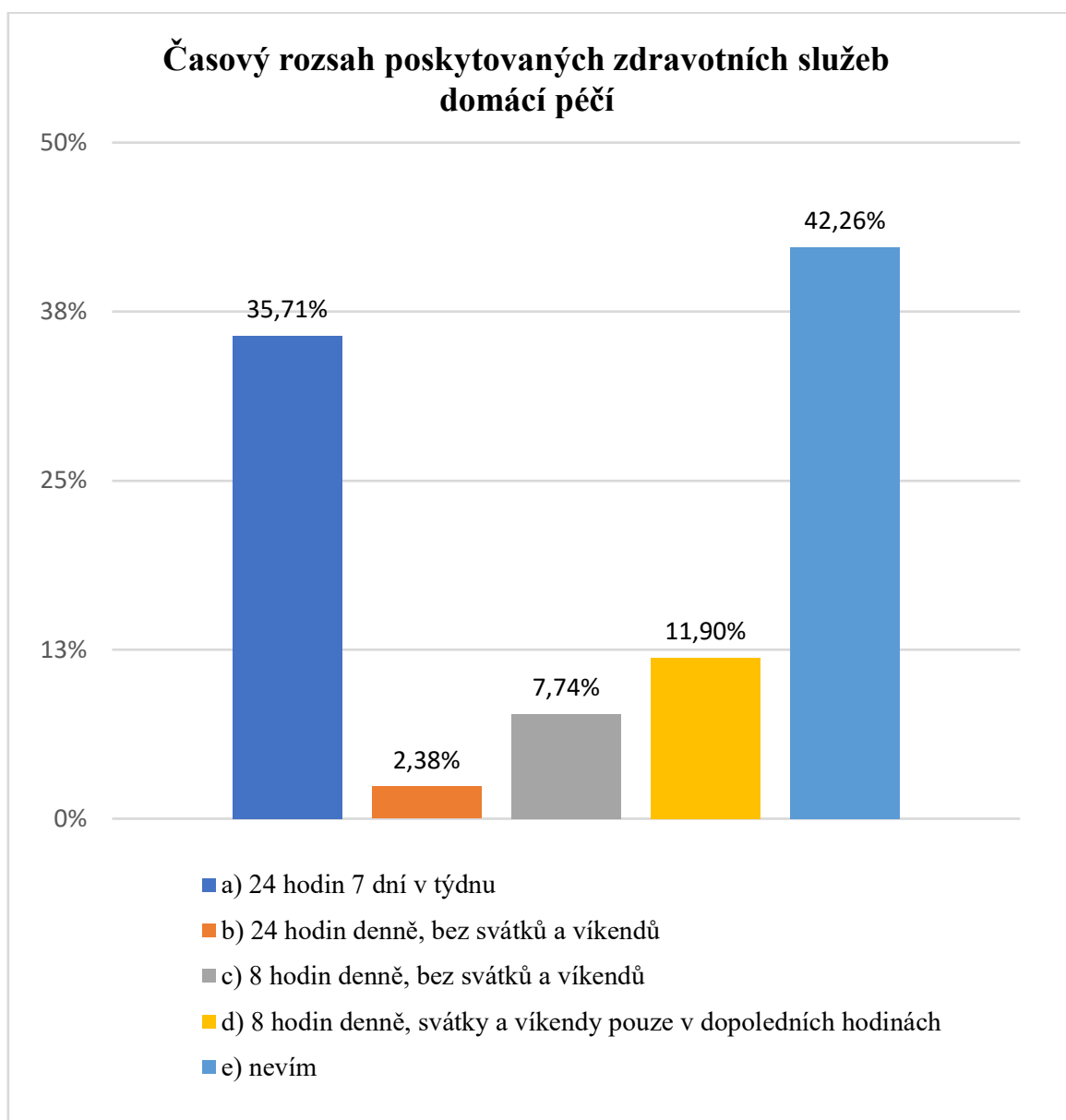


Interpretace výsledků grafu 22:

V otázce číslo čtrnáct bylo zjišťováno, jestli laická veřejnost má povědomost o tom, kdo hradí zdravotní péči poskytovanou agenturou domácí péče. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů a měli na výběr jednu ze tří nabízených variant. Nejvíce respondentů 71,13 % správně odpovědělo, že zdravotní péče poskytovaná agenturou domácí péče je hrazena platbou klienta, fondem veřejného zdravotního pojištění, sponzorskými dary a z nadací, grantů.

Menší skupina 22,62 % respondentů na tuto otázku neuměla odpovědět. 6,25 % respondentů uvedlo, že zdravotní péče poskytovaná agenturou domácí péče je zdarma.

Graf 23: Časový rozsah poskytovaných zdravotních služeb domácí péči.

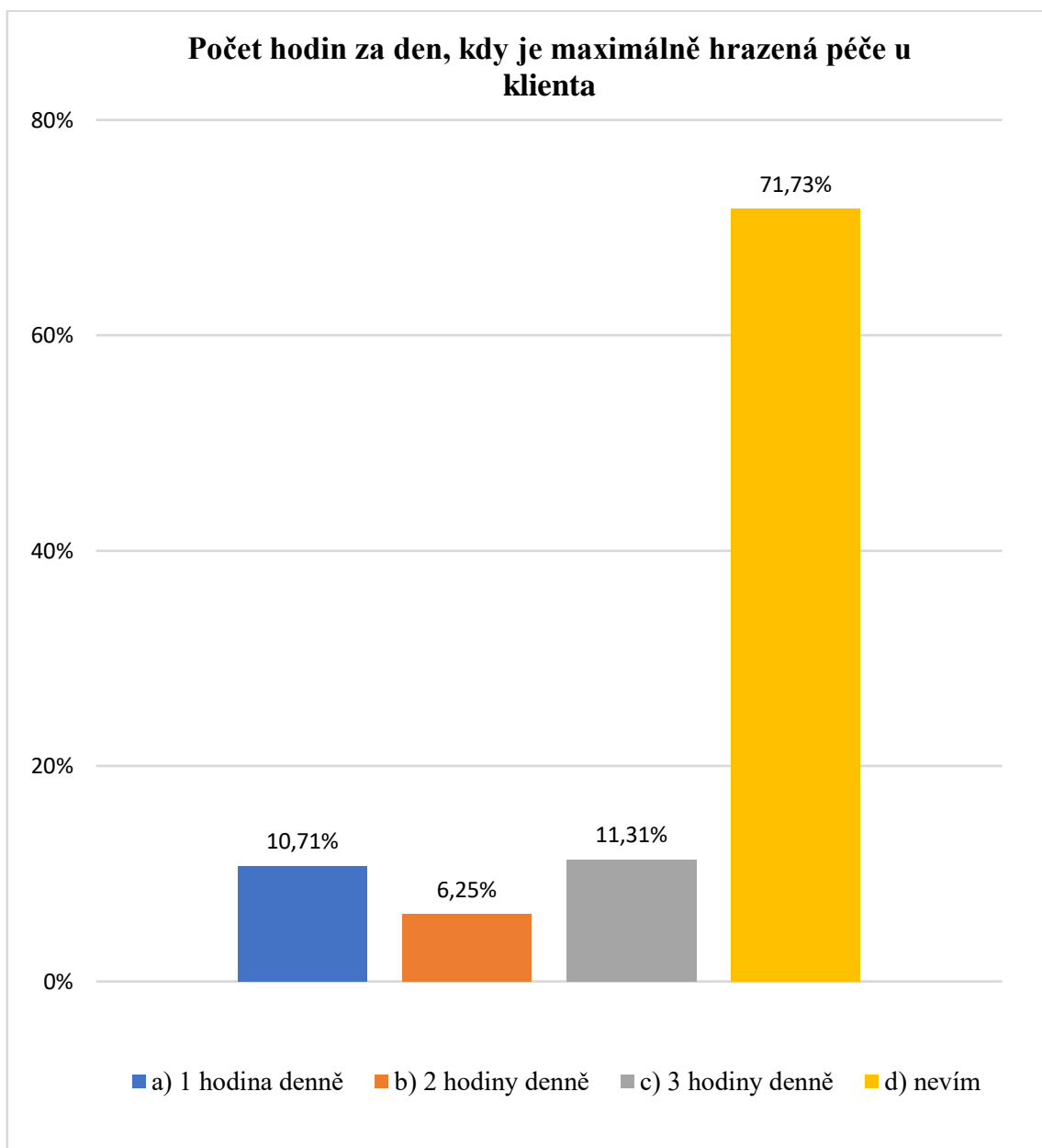


Interpretace výsledků grafu 23:

Patnáctá otázka byla zaměřena na zjištění, jestli laická veřejnost zná časový rozsah poskytovaných zdravotních služeb domácí péči. Otázku zaznamenalo 100 % respondentů a měli na výběr jednu z pěti variant. Největší skupina 42,26 % respondentů uvedla, že neznají odpověď na tuto otázku. 35,71 % respondentů odpovědělo, že zdravotní služby domácí péče se poskytují dvacetčtyři hodin denně sedm dní v týdnu. Tato odpověď byla správná.

Nejmenší skupina 2,38 % respondentů uvedla, že odpověď na tuto otázku je dvacetčtyři hodin denně, bez svátků a víkendů.

Graf 24: Počet hodin za den, kdy je maximálně hrazená péče u klienta.



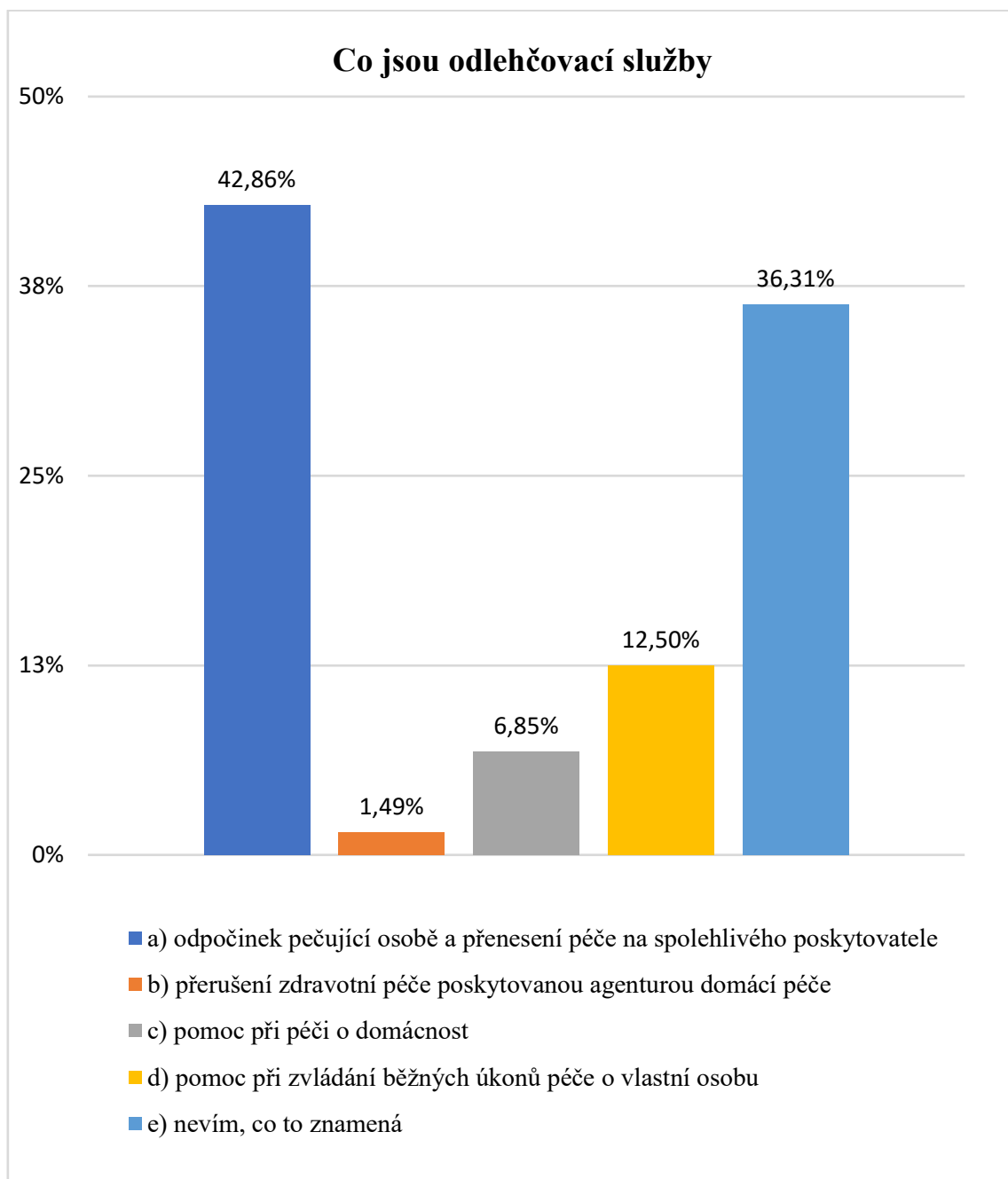
Interpretace výsledků grafu 24:

Cílem šestnácté otázky bylo zjistit, zda laická veřejnost zná počet hodin za den, kdy je maximálně hrazená péče u klienta. Získáno bylo 100 % relevantních odpovědí a respondenti měli na výběr jednu ze čtyř nabízených možností. Největší skupina 71,73 % respondentů uvedla, že na tuto otázku neznají odpověď. 11,31 % respondentů uvedlo, že maximálně hrazená péče u klienta je tři hodiny denně. Tato odpověď byla správně.

Nejmenší skupina 6,25 % odpověděla, že maximálně hrazená péče u klienta je dvě hodiny denně.



Graf 25: Co jsou odlehčovací služby.

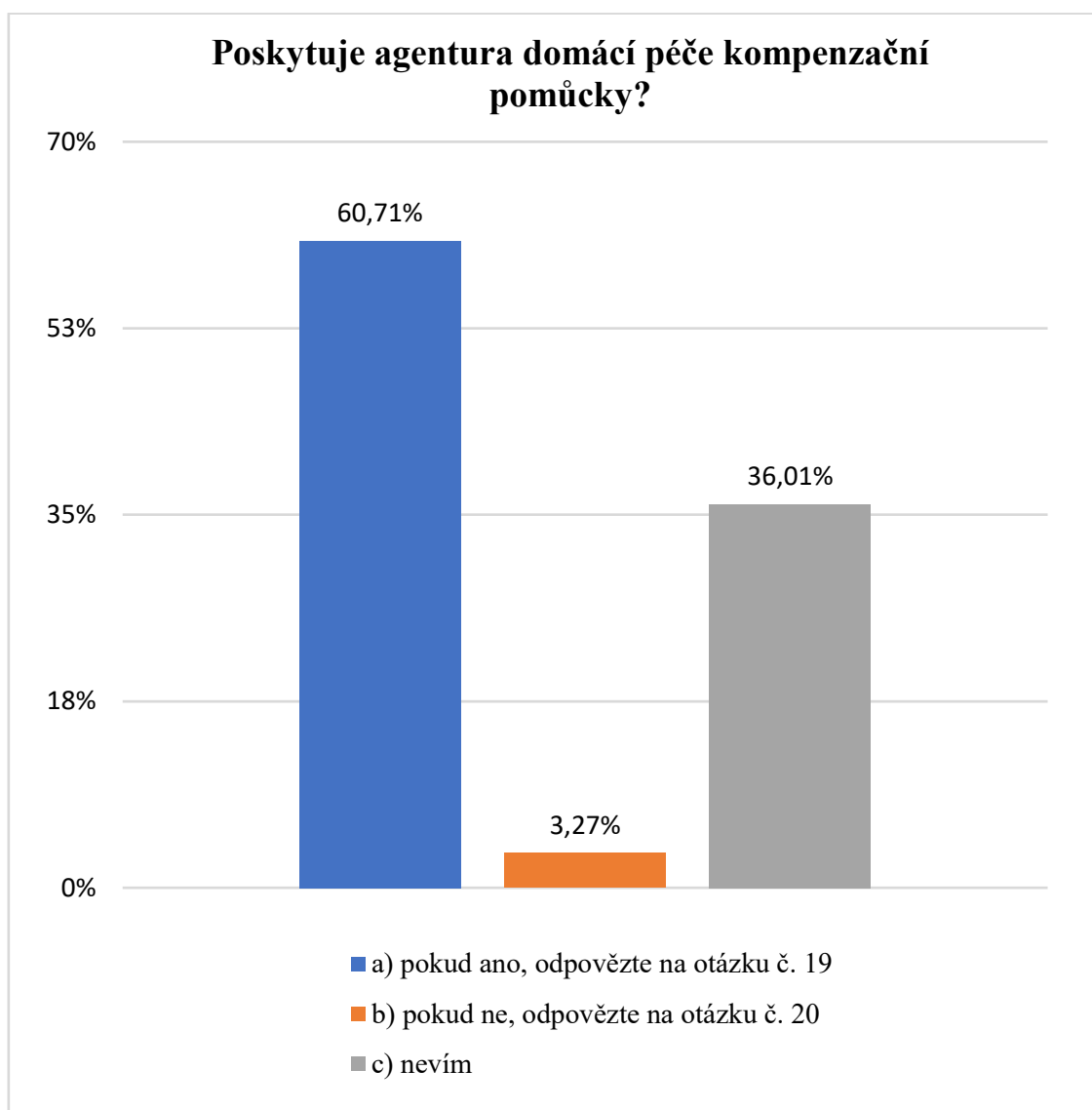


Interpretace výsledků grafu 25:

Sedmnáctá otázka v dotazníku zjišťovala, zda laická veřejnost ví, co jsou odlehčovací služby. Celkem odpovědělo 100 % respondentů, na výběr měli jednu z pěti variant. Nejvíce 42,86 % respondentů odpovědělo, že odlehčovací služby jsou odpočinek pečující osobě a přenesení péče na spolehlivého poskytovatele. Tato odpověď byla správně.

Nejmenší skupina respondentů 1,49 % zapsala, že je to přerušení zdravotní péče poskytovanou agenturou domácí péče.

Graf 26: Poskytuje agentura domácí péče kompenzační pomůcky?



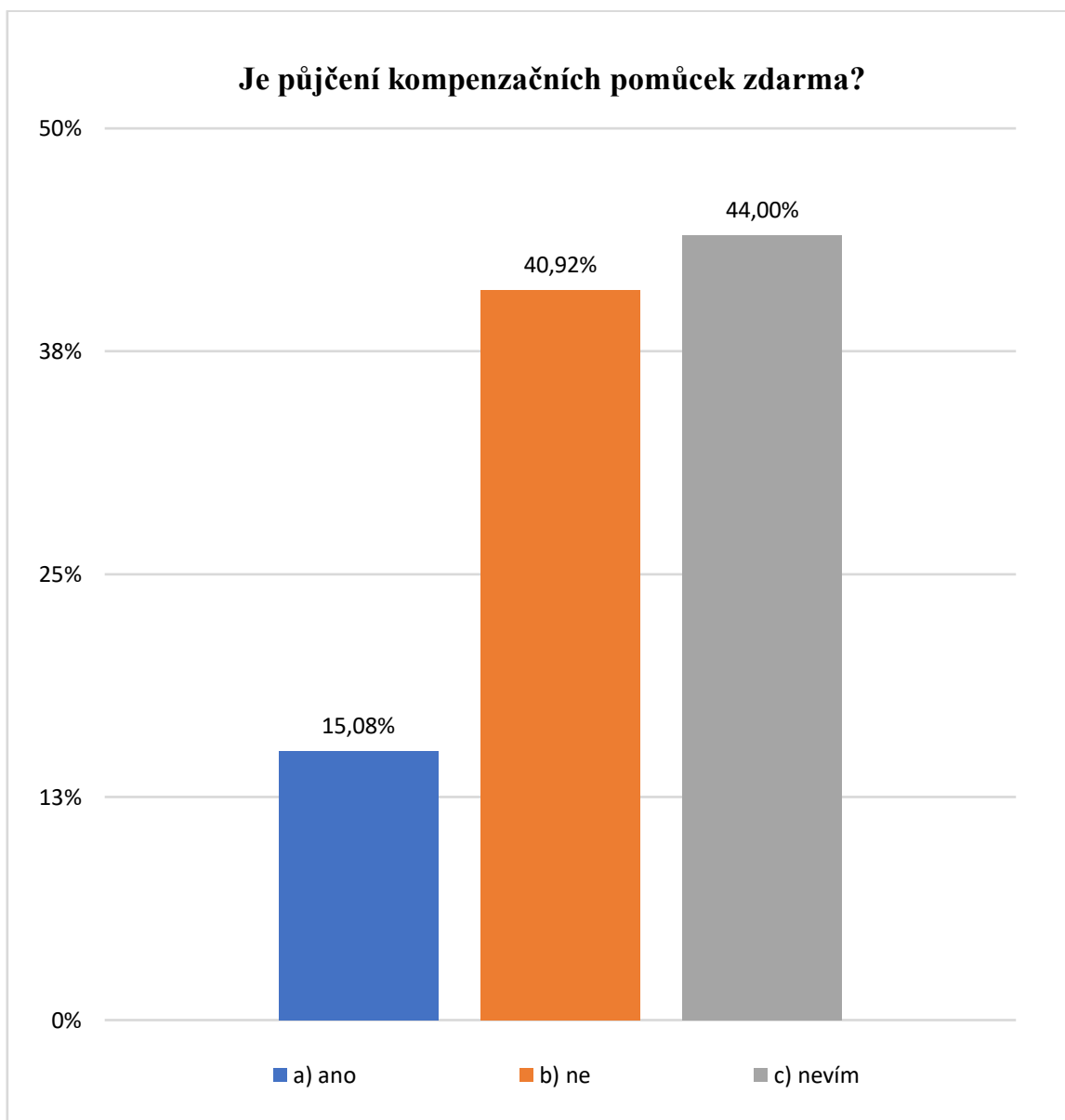
Interpretace výsledků grafu 26:

Otázka číslo osmnáct se zaměřovala na zjištění, jestli laická veřejnost má povědomost o tom, poskytuje-li agentura domácí péče kompenzační pomůcky (polohovací postel, vozík, chodítka, toaletní židle, atd.). Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů a měli na výběr jednu ze tří variant. Nejvíce respondentů 60,71 % uvedlo, že agentura domácí péče tyto pomůcky poskytuje. Tato odpověď byla správná.

Nejmenší skupina 3,27 % respondentů uvedla, že agentura domácí péče kompenzační pomůcky neposkytuje.

Pokud respondent uvedl, že ano, pokračoval otázkou číslo devatenáct. Pokud odpověděl, že ne, pokračoval otázkou číslo dvacet.

Graf 27: Je půjčení kompenzačních pomůcek zdarma?



Interpretace výsledků grafu 27:

Cílem otázky číslo devatenáct bylo zjištění, jestli laická veřejnost má informace o tom, zda je zapůjčení kompenzačních pomůcek zdarma. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů a byli to ti, kteří v osmnácté otázce uvedli, že agentura domácí péče poskytuje půjčení kompenzačních pomůcek. V této otázce měli respondenti na výběr jednu ze tří variant. Největší skupina 44,00 % uvedla, že na tuto otázku nezná odpověď. 40,92 % respondentů zapsalo, že půjčení kompenzačních pomůcek není zdarma. Tato odpověď byla správně.

Nejmenší skupina 15,08 % odpověděla, že půjčení těchto pomůcek je zdarma.

**Vyhodnocení otázky č. 20:** Jakým způsobem byste preferoval/a získání informací o možnostech péče, které poskytuje agentura domácí péče?

Cílem poslední otázky v dotazníku určeném pro laickou veřejnost bylo zjištění, jaký způsob získání informací o možnostech péče, které poskytuje agentura domácí péče, by respondenti preferovali. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů a mohli volit více variant. Nejvíce respondentů 30,85 % preferuje souhrnné informace o agentuře domácí péče v brožuře. 21,06 % respondentů uvedlo internetové stránky. Nejmenší skupina 0,64 % respondentů uvedla „jinou variantu“ (2 x informace přímo v konkrétní agentuře, 1x informace pomocí sms zpráv).

## 11.2 Testování výzkumného problému

Analýza statistických dat byla konzultována s odborníky pro tuto oblast.

Interpretaci dat k hypotéze č. 1 jsme stanovili následovně:

**H0 Informovanost všeobecných sester o domácí péči nezávisí na délce jejich odborné praxe.**

**H1 Informovanost všeobecných sester o domácí péči závisí na délce jejich odborné praxe.**

Náš výzkumný vzorek se skládal ze 135 všeobecných sester. K této hypotéze se vztahovala demografická otázka č. 3 (Kolik let pracujete ve zdravotnictví?) a vědomostní otázky č. 5 – 18.

Ze statistických dat získaných z dotazníků jsme vytvořili kontingenční tabulku, která zobrazuje vztah dvou statistických znaků (naměřené hodnoty). Řádky jsou hodnoty prvního znaku a sloupce hodnoty druhého znaku. V jednotlivých buňkách tabulky jsou zapsány počty případů (Šedivá, 2018, 54 - 56).

Pokud platí Hypotéza H<sub>0</sub> (tj. veličiny jsou nezávislé), platí:

$$H_0: p(x_i, y_j) = p(x_i) \cdot p(y_j)$$

Z dat sestavíme tabulku očekávaných hodnot, která udává, jak vypadá tabulka v případě nezávislosti.

*Tabulka 1: Očekávané četnosti v případě nezávislosti k H1*

	a) 0-10 let	b) 11-20 let	c) 21-30 let	d) 31-40 let	e) 41-50 let	Celkem
0-15 bodů (nedostatek informací)	8	4	1	0	0	13
16-20 bodů (dobré znalosti)	7	7	5	0	2	21
21-25 bodů (velmi dobré znalosti)	18	16	15	9	2	60
26-29 bodů (výborné znalosti)	11	16	8	2	4	41
<b>Celkem</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>29</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>135</b>

Zdroj: vlastní

Pomocnými součty vytvoříme tabulku, jejímž součtem vytvoříme výsledek.

Tabulka 2: H1

	a) 0-10 let	b) 11-20 let	c) 21-30 let	d) 31-40 let	e) 41-50 let
0-15 bodů (nedostatek informací)	0,112	0,029	0,003	0,000	0,000
16-20 bodů (dobré znalosti)	0,053	0,054	0,041	0,000	0,024
21-25 bodů (velmi dobré znalosti)	0,123	0,099	0,129	0,123	0,008
26-29 bodů (výborné znalosti)	0,067	0,145	0,054	0,009	0,049

Zdroj: vlastní

Výsledek (hodnota  $\chi^2$ ) = **16,39**

Pro získání kritické hodnoty jsme volili chybovost s mezní hranicí:  $\alpha = 5 \%$ .

Parametr testu =  $4 \times 3 = 12$

Nyní můžeme vypočítat kritickou hodnotu dle příkazu v MS Excel.

Máme hodnotu = **21,03**

Pokud je hodnota testovacího kritéria větší než kritická hodnota, tj.

$\chi^2 \geq \chi^2_{1-\alpha}((r-1)(s-1))$ , pak Hypotézu  $H_0$  zamítáme.

Výsledek **16,39** je nižší než kritická hodnota **21,03**, proto nezamítáme Hypotézu  $H_0$ .

Potřebujeme-li ověřit výpočet a správnost dat, použijeme test dosažené hladiny významnosti testu „p-hodnota“, který ověříme pomocí příkazu v MS Excel.

p-hodnota = **7,41 %**

Pokud je p-hodnota menší než zvolená hladina významnosti ( $\alpha = 5\%$ ), je výsledek statisticky významný a zamítáme Hypotézu  $H_0$ . Jestli je p-hodnota větší než zvolená hladina významnosti ( $\alpha = 5\%$ ), Hypotézu  $H_0$  přijímáme (Šedivá, 2018, s. 41).

P-hodnota 7,41 % je vyšší než chyba ( $\alpha = 5\%$ ), proto přijímáme Hypotézu  $H_0$ .

**Znamená to, že *Informovanost všeobecných sester o domácí péči nezávisí na délce jejich odborné praxe.***

Interpretaci dat k hypotéze č. 2 jsme stanovili následovně:

**H0 Informovanost všeobecných sester o domácí péči nezávisí na úrovni jejich vzdělání.**

**H2 Informovanost všeobecných sester o domácí péči závisí na úrovni jejich vzdělání.**

Náš výzkumný vzorek se skládal ze 135 všeobecných sester. K této hypotéze se vztahovala demografická otázka č. 2 (Vaše nejvyšší dosažené vzdělání) a vědomostní otázky č. 5 – 18.

Ze statistických dat získaných z dotazníků jsme vytvořili kontingenční tabulku, která zobrazuje vztah dvou statistických znaků (naměřené hodnoty). Řádky jsou hodnoty prvního znaku a sloupce hodnoty druhého znaku. V jednotlivých buňkách tabulky jsou zapsány počty případů (Šedivá, 2018, 54 - 56).

Pokud platí Hypotéza  $H_0$  (tj. veličiny jsou nezávislé), platí:

$$H_0: p(x_i, y_j) = p(x_i) \cdot p(y_j)$$

Z dat sestavíme tabulku očekávaných hodnot, která udává, jak vypadá tabulka v případě nezávislosti.

*Tabulka 3: Očekávané četnosti v případě nezávislosti k H2*

	a) středoškolské	b) vyšší odborné vzdělání	c) Bc.	d) Mgr.	Celkem
0-15 bodů (nedostatek informací)	9	3	1	0	13
16-20 bodů (dobré znalosti)	13	4	4	0	21
21-25 bodů (velmi dobré znalosti)	40	11	8	1	60
26-29 bodů (výborné znalosti)	19	9	10	3	41
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>27</b>	<b>23</b>	<b>4</b>	<b>135</b>

Zdroj: vlastní



Pomocnými součty vytvoříme tabulku, jejímž součtem vytvoříme výsledek.

Tabulka 4: H2

	a) středoškolské	b) vyšší odborné vzdělání	c) Bc.	d) Mgr.
0-15 bodů (nedostatek informací)	0,077	0,026	0,003	0,000
16-20 bodů (dobré znalosti)	0,099	0,028	0,033	0,000
21-25 bodů (velmi dobré znalosti)	0,329	0,075	0,046	0,004
26-29 bodů (výborné znalosti)	0,109	0,073	0,106	0,055

Zdroj: vlastní

Výsledek (hodnota  $\chi^2$ ) = **8,62**

Pro získání kritické hodnoty jsme volili chybovost s mezní hranicí:  $\alpha = 5 \%$ .

Parametr testu =  $3 \times 3 = 9$ .

Nyní můžeme vypočítat kritickou hodnotu dle příkazu v MS Excel.

Máme hodnotu = **16,92**

Pokud je hodnota testovacího kritéria větší než kritická hodnota, tj.

$\chi^2 \geq \chi^2_{1-\alpha}((r-1)(s-1))$ , pak Hypotézu  $H_0$  zamítáme.

Výsledek **8,62** je nižší než kritická hodnota **16,92**, proto nezamítáme Hypotézu  $H_0$ .

Potřebujeme-li ověřit výpočet a správnost dat, použijeme test dosažené hladiny významnosti testu „p-hodnota“, který ověříme pomocí příkazu v MS Excel.

p-hodnota = **47,30 %**

Pokud je p-hodnota menší než zvolená hladina významnosti ( $\alpha = 5 \%$ ), je výsledek statisticky významný a zamítáme Hypotézu  $H_0$ . Jestli je p-hodnota větší než zvolená hladina významnosti ( $\alpha = 5 \%$ ), Hypotézu  $H_0$  přijímáme (Šedivá, 2018, s. 41).

P-hodnota 47,30 % je vyšší než chyba ( $\alpha = 5 \%$ ), proto přijímáme Hypotézu  $H_0$ .

**Znamená to, že *Informovanost všeobecných sester o domácí péči nezávisí na úrovni jejich vzdělání.***

Interpretaci dat k hypotéze č. 3 jsme stanovili následovně:

**H0 Míra znalostí laické populace o domácí péči nezávisí na věku.**

**H3 Míra znalostí laické populace o domácí péči závisí na věku.**

Náš výzkumný vzorek se skládal z 336 respondentů laické veřejnosti. K této hypotéze se vztahovala demografická otázka č. 2 (Váš věk?) a vědomostní otázky č. 6 a č. 10 – 18.

Ze statistických dat získaných z dotazníků jsme vytvořili kontingenční tabulku, která zobrazuje vztah dvou statistických znaků (naměřené hodnoty). Řádky jsou hodnoty prvního znaku a sloupce hodnoty druhého znaku. V jednotlivých buňkách tabulky jsou zapsány počty případů (Šedivá, 2018, 54-56).

Pokud platí Hypotéza H<sub>0</sub> (tj. veličiny jsou nezávislé), platí:

$$H_0: p(x_i, y_j) = p(x_i) \cdot p(y_j)$$

Z dat sestavíme tabulku očekávaných hodnot, která udává, jak vypadá tabulka v případě nezávislosti.

*Tabulka 5: Očekávané četnosti v případě nezávislosti k H3*

	a) do 20 let	b) 21 - 30 let	c) 31 - 40 let	d) 41 - 50 let	e) 51 - 60 let	f) 61 - 70 let	g) 71 - 80 let	h) 81 a více let	Celkem
0-2 body (nedostatek informací)	2	5	3	7	4	2	2		25
3-5 bodů (dobré znalosti)	3	12	27	30	20	18	5	4	119
6-8 bodů (velmi dobré znalosti)	4	21	34	37	31	18	8	1	154
9-11 bodů (výborné znalosti)		3	8	10	10	6		1	38
<b>Celkem</b>	<b>9</b>	<b>41</b>	<b>72</b>	<b>84</b>	<b>65</b>	<b>44</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>336</b>

Zdroj: vlastní

Pomocnými součty vytvoříme tabulku, jejímž součtem vytvoříme výsledek.

Tabulka 6: H3

	a) do 20 let	b) 21 - 30 let	c) 31 - 40 let	d) 41 - 50 let	e) 51 - 60 let	f) 61 - 70 let	g) 71 - 80 let	h) 81 a více let
0-2 body (nedostatek informací)	0,018	0,024	0,005	0,023	0,010	0,004	0,011	0,000
3-5 bodů (dobré znalosti)	0,008	0,030	0,085	0,090	0,052	0,062	0,014	0,022
6-8 bodů (velmi dobré znalosti)	0,012	0,070	0,104	0,106	0,096	0,048	0,028	0,001
9-11 bodů (výborné znalosti)	0,000	0,006	0,023	0,031	0,040	0,022	0,000	0,004

Zdroj: vlastní

Výsledek (hodnota  $\chi^2$ ) = **16,36**.

Pro získání kritické hodnoty jsme volili chybovost s mezní hranicí:  $\alpha = 5 \%$ .

Parametr testu =  $7 \times 3 = 21$ .

Nyní můžeme vypočítat kritickou hodnotu dle příkazu v MS Excel.

Máme hodnotu = **32,67**

Pokud je hodnota testovacího kritéria větší než kritická hodnota, tj.

$\chi^2 \geq \chi_{1-\alpha}^2((r-1)(s-1))$ , pak Hypotézu  $H_0$  zamítáme.

Výsledek **16,36** je nižší než kritická hodnota **32,67**, proto nezamítáme Hypotézu  $H_0$ .

Potřebujeme-li ověřit výpočet a správnost dat, použijeme test dosažené hladiny významnosti testu „p-hodnota“, který ověříme pomocí příkazu v MS Excel.

p-hodnota = **74,94 %**

Pokud je p-hodnota menší než zvolená hladina významnosti ( $\alpha = 5\%$ ), je výsledek statisticky významný a zamítáme Hypotézu  $H_0$ . Jestli je p-hodnota větší než zvolená hladina významnosti ( $\alpha = 5\%$ ), Hypotézu  $H_0$  přijímáme (Šedivá, 2018, s. 41).

P-hodnota 74,94 % je vyšší než chyba ( $\alpha = 5\%$ ), proto přijímáme Hypotézu  $H_0$ .

**Znamená to, že Míra znalostí laické populace o domácí péči nezávisí na věku.**

Interpretaci dat k hypotéze č. 4 jsme stanovili následovně:

**H0 Míra znalostí laické populace o domácí péči nezávisí na pohlaví.**

**H4 Míra znalostí laické populace o domácí péči závisí na pohlaví.**

Náš výzkumný vzorek se skládal z 336 respondentů laické veřejnosti. K této hypotéze se vztahovala demografická otázka č. 1 (Vaše pohlaví) a vědomostní otázky č. 6 a č. 10–18.

Ze statistických dat získaných z dotazníků jsme vytvořili kontingenční tabulku, která zobrazuje vztah dvou statistických znaků (naměřené hodnoty). Řádky jsou hodnoty prvního znaku a sloupce hodnoty druhého znaku. V jednotlivých buňkách tabulky jsou zapsány počty případů (Šedivá, 2018, 54-56).

Pokud platí Hypotéza  $H_0$  (tj. veličiny jsou nezávislé), platí:

$$H_0: p(x_i, y_j) = p(x_i) \cdot p(y_j)$$

Z dat sestavíme tabulku očekávaných hodnot, která udává, jak vypadá tabulka v případě nezávislosti.

Tabulka 7: Očekávané četnosti v případě nezávislosti k H4

	a) žena	b) muž	Celkem
0-2 body (nedostatek informací)	9	16	25
3-5 bodů (dobré znalosti)	62	57	119
6-8 bodů (velmi dobré znalosti)	84	68	152
9-11 bodů (výborné znalosti)	27	13	38
<b>Celkem</b>	<b>182</b>	<b>154</b>	<b>336</b>

Zdroj: vlastní

Pomocnými součty vytvoříme tabulku, jejímž součtem vytvoříme výsledek.

Tabulka 8: H4

	a) žena	b) muž
0-2 body (nedostatek informací)	0,018	0,066
3-5 bodů (dobré znalosti)	0,179	0,177
6-8 bodů (velmi dobré znalosti)	0,258	0,198
9-11 bodů (výborné znalosti)	0,091	0,029

Zdroj: vlastní

Výsledek (hodnota  $\chi^2$ ) = **5,65** .

Pro získání kritické hodnoty jsme volili chybovost s mezní hranicí:  $\alpha = 5 \%$  .

Parametr testu =  $1 \times 3 = 3$  .

Nyní můžeme vypočítat kritickou hodnotu dle příkazu v MS Excel.

Máme hodnotu = **7,81**

Pokud je hodnota testovacího kritéria větší než kritická hodnota, tj.

$\chi^2 \geq \chi^2_{1-\alpha}((r-1)(s-1))$ , pak Hypotézu  $H_0$  zamítáme.

Výsledek **5,65** je nižší než kritická hodnota **7,81**, proto nezamítáme Hypotézu  $H_0$ .

Potřebujeme-li ověřit výpočet a správnost dat, použijeme test dosažené hladiny významnosti testu „p-hodnota“, který ověříme pomocí příkazu v MS Excel.

p-hodnota = **12,97 %**

Pokud je p-hodnota menší než zvolená hladina významnosti ( $\alpha = 5 \%$ ), je výsledek statisticky významný a zamítáme Hypotézu  $H_0$ . Jestli je p-hodnota větší než zvolená hladina významnosti ( $\alpha = 5 \%$ ), Hypotézu  $H_0$  přijímáme (Šedivá, 2018, s. 41).

P-hodnota **12,97 %** je vyšší než chyba ( $\alpha = 5 \%$ ), proto přijímáme Hypotézu  $H_0$ .

**Znamená to, že Míra znalostí laické populace o domácí péči nezávisí na pohlaví.**

Interpretaci dat k hypotéze č. 5 jsme stanovili následovně:

**H0 Míra znalostí laické populace o domácí péči nezávisí na tom, zda mají v rodině chronicky nemocného příbuzného.**

**H5 Míra znalostí laické populace o domácí péči závisí na tom, zda mají v rodině chronicky nemocného příbuzného.**

K této hypotéze se vztahovala demografická otázka č. 8 (Je/byl ve Vaší rodině nemocný, který vyžaduje/oval dlouhodobě péči druhé osoby?) a vědomostní otázky č. 6 a č. 10 - 18.

Ze statistických dat získaných z dotazníků jsme vytvořili kontingenční tabulku, která zobrazuje vztah dvou statistických znaků (naměřené hodnoty). Řádky jsou hodnoty prvního znaku a sloupce hodnoty druhého znaku. V jednotlivých buňkách tabulky jsou zapsány počty případů (Šedivá, 2018, 54-56).

Pokud platí Hypotéza  $H_0$  (tj. veličiny jsou nezávislé), platí:

$$H_0: p(x_i, y_j) = p(x_i) \cdot p(y_j)$$

Z dat sestavíme tabulku očekávaných hodnot, která udává, jak vypadá tabulka v případě nezávislosti.

Tabulka 9: Očekávané četnosti v případě nezávislosti k H5

	a) ano	b) ne	Celkem
0-2 body (nedostatek informací)	8	15	23
3-5 bodů (dobré znalosti)	46	67	113
6-8 bodů (velmi dobré znalosti)	66	71	137
9-11 bodů (výborné znalosti)	13	17	30
<b>Celkem</b>	<b>133</b>	<b>170</b>	<b>303</b>

Zdroj: vlastní



**ano-** mají/měli v rodině nemocného, který vyžaduje/oval dlouhodobě péči druhé osoby

**ne-** nemají/neměli v rodině nemocného, který vyžaduje/oval dlouhodobě péči druhé osoby

Pomocnými součty vytvoříme tabulku, jejímž součtem vytvoříme výsledek.

Tabulka 10: H5

	<b>a) ano</b>	<b>b) ne</b>
0-2 body (nedostatek informací)	0,021	0,058
3-5 bodů (dobré znalosti)	0,141	0,234
6-8 bodů (velmi dobré znalosti)	0,239	0,216
9-11 bodů (výborné znalosti)	0,042	0,057

Zdroj: vlastní

Výsledek (hodnota  $\chi^2$ ) = **2,26** .

Pro získání kritické hodnoty jsme volili chybovost s mezní hranicí:  $\alpha = 5 \%$  .

Parametr testu =  $1 \times 3 = 3$  .

Nyní můžeme vypočítat kritickou hodnotu dle příkazu v MS Excel.

Máme hodnotu = **7,81**

Pokud je hodnota testovacího kritéria větší než kritická hodnota, tj.

$\chi^2 \geq \chi_{1-\alpha}^2((r-1)(s-1))$ , pak Hypotézu  $H_0$  zamítáme.

Výsledek **2,26** je nižší než kritická hodnota **7,81**, proto nezamítáme Hypotézu  $H_0$ .

Potřebujeme-li ověřit výpočet a správnost dat, použijeme test dosažené hladiny významnosti testu „p-hodnota“, který ověříme pomocí příkazu v MS Excel.

p-hodnota = **51,94 %**

Pokud je p-hodnota menší než zvolená hladina významnosti ( $\alpha = 5 \%$ ), je výsledek statisticky významný a zamítáme Hypotézu  $H_0$ . Jestli je p-hodnota větší než zvolená hladina významnosti ( $\alpha = 5 \%$ ), Hypotézu  $H_0$  přijímáme (Šedivá, 2018, s. 41).

P-hodnota 51,94 % je vyšší než chyba ( $\alpha = 5 \%$ ), proto přijímáme Hypotézu  $H_0$ .

**Znamená to, že Míra znalostí laické populace o domácí péči nezávisí na tom, zda mají v rodině chronicky nemocného příbuzného.**

## DISKUZE

Domácí péče je v celém světě preferována pro své nesporné výhody, zejména v pozitivním působení na psychický stav nemocného, který zůstává ve svém prostředí, v blízkosti rodiny, což přispívá k jeho rychlejšímu uzdravení. Protože je v Domažlickém regionu pouze jediná agentura domácí péče, je nutná informovanost nejen u odborné veřejnosti, která péči nabízí, ale především u laické veřejnosti.

I když jsme našim výzkumem zjistili, že 45 % dotazovaných všeobecných sester mají velmi dobré znalosti a 30 % výborné znalosti o domácí péči, překvapila nás špatná informovanost o jejich kompetencích, které mají znát podle vyhlášky č. 55/ 2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v aktuálním znění, kdy v dotazníkovém šetření některé odpověděly, že katetrizaci močového měchýře u mužů provádí všeobecná sestra bez specializace. Jako zajímavý fakt stojí za zmínku úroveň vzdělání sester. Až dvě třetiny respondentek, které mají dle výsledků výborné nebo velmi dobré znalosti, vystudovaly střední zdravotnickou školu, kde se obor komunitní péče nevyučuje. Několik všeobecných sester z Domažlické nemocnice pracovalo nebo pracuje v agentuře domácí péče a možná díky tomu se informace rozšířily mezi zdravotnický personál. Sestry tyto znalosti mohly rovněž získat účastí na konferencích či seminářích, které Domažlická nemocnice pravidelně zprostředkovává. Dobré výsledky všeobecných sester s dosaženým vysokoškolským vzděláním nás nepřekvapily. Horší informovanost u zbylých 25 % sester může být determinována mnoha faktory, např. nezájmem, nedostatkem času, popř. přetížeností v práci. Zlepšení informovanosti všeobecných sester v oboru komunitní péče vidíme jako potenciální prostor pro nové bádání a možná by touto cestou mohla směřovat jiná nebo navazující práce.

Další naše výzkumné šetření o informovanosti domácí péče směřovalo k laické veřejnosti z regionu Domažlice. Z výsledků vyplynulo, že laická veřejnost je o něco méně informována, ale zároveň rozdíl není zásadní. 58 % respondentů dosáhlo hodnocení výborné nebo velmi dobré znalosti. Výsledek nás překvapil, protože jsme se domnívali, že člověk hledá informace o této službě až ve chvíli, kdy je potřebuje pro sebe či blízkého. Zjistili jsme, že nejhůře je informovaná kategorie obyvatel 81 let a více. Toto zjištění se nám jeví jako logické, protože pravděpodobně tato kategorie obyvatel patří mezi osoby, o které rodina nebo zdravotní systém již pečuje. Předpokládali jsme, že ženy, které ve většině případů přebírají péči o nemocného v rodině, budou s domácí péčí více seznámeny. Zjištěný výsledek,

který nám tuto domněnku vyvrátil, nás opět překvapil. Pravděpodobně míru informovanosti významně ovlivňuje osobní zkušenost, životní styl a dnešní trend, který boří zažitě zvyky. Dále jsme zjišťovali, jestli péče o chronicky nemocného příbuzného ovlivňuje informovanost o domácí péči laickou veřejnost. Výzkum ukázal, že lidé, kteří mají nebo měli v rodině nemocného vyžadující dlouhodobě péči druhé osoby a shání pravděpodobně všechny možné varianty péče, nemají více informací než ti ostatní. Pokud by se dostali do situace, kdy budou mít doma chronicky nemocného příbuzného, volili by pečovatelskou službu. Tento výsledek jsme nečekali, neboť jsme předpokládali, že pokud mají informace o domácí péči, měli by znát i rozdíl mezi pečovatelskou a zdravotní péčí, protože pečovatelská služba nezajistí klientovi potřebné odborné výkony. Jako zajímavý vedlejší produkt našeho výzkumu bez statisticky významné závislosti jsme zjistili, že pokud někdy laická veřejnost spolupracovala s agenturou domácí péče, je lépe informována než laická veřejnost bez této zkušenosti.

Existuje množství bakalářských nebo diplomových prací na téma informovanost o domácí péči, ale žádná není specifikovaná pro region Domažlice, a proto nemohlo být provedeno podrobné srovnání. Problematikou domácí péče, její výhody a nevýhody se zabývala Kopčilová (2013). Rozdíl mezi naší a její prací je především ve výběru výzkumného vzorku. Zaměřila se na informovanost všeobecných sester v nemocnici jako my a dále na sestry v domácí péči a jejich klienty. Kopčilová ale zjistila, že více než polovina všeobecných sester má základní informace o výhodách a nevýhodách domácí péče. V otázce, kdo indikuje domácí péči, jsme v našem výzkumu zaznamenali 96 % správných odpovědí, ale Kopčilová pouze 52 % správných odpovědí. Domníváme se, že její výsledek je zajímavý, ale myslíme si, že pokud se jedná o odbornou veřejnost, která informace poskytuje, měl by být podstatně lepší.

Další odbornou prací, která pojednává o domácí péči, je od autorky Večeřové (2012). Její vzorek respondentů měl podobné zastoupení mužů a žen a podobné dosažené maximální vzdělání. Její výzkum byl cílen pouze na laickou veřejnost preseniorského období. Stejně tak jako Večeřová, tak i my jsme se domnívali, že ženy budou o domácí péči více informované než muži. Na rozdíl od naší práce, se její hypotéza na základě výsledků potvrdila. Protože celkový počet správných odpovědí u respondentů v její práci nepřesáhl 50 %, lze soudit, že jejich informovanost je poměrně nízká. Mylné odpovědi v jejím výzkumném šetření byly hlavně u frekvence návštěv, v dostupnosti, ve financování a poskytování služeb domácí péče. Velká část jejích respondentů se domnívala, že agentury domácí péče poskytují do-

nášku obědů, obstarávání nákupů a doprovod k lékaři. Myslíme si, že tento výsledek u Večeřové plyne z faktu, že agentury domácí péče poskytují zdravotní i pečovatelskou službu a laická veřejnost toto nerozlišila.

Bakalářská práce Svobodové (2010) se rovněž zaměřuje na výzkum informovanosti laické veřejnosti o domácí péči. Její výzkumné šetření bylo podobné našemu. Probíhalo ve vybraných obcích Vysočina a v nemocnici v Novém Městě na Moravě, které se svým počtem obyvatel blíží městu Domažlice. Pracovala sice s menším vzorkem respondentů, ale s podobným podílem mužů a žen jako my. Také nejvíce respondentů, jako v našem výzkumu, mělo středoškolské vzdělání a byli vyučeni. Otázky v dotazníku byly podobně koncipované, rozdělené na demografické a vědomostní. Výsledky v jejím šetření z hlediska informovanosti respondentů nedopadly pozitivně. 52 % z nich neví, co si má pod pojmem domácí péče představit, jak je financována a pro koho je určena. Věděli, jaké má formy, ale nedokázali je rozlišit. Dle Svobodové je agentur domácí péče v oblasti dostatek, ale veřejnost o této službě neví z důvodu špatné propagace. S tímto tvrzením souhlasíme, protože oblast Žďáru nad Sázavou, kam patří i Nové Město na Moravě, má 5x více agentur, ale zároveň pouze 2x více obyvatel, přičemž informovanost je zde výrazně horší.

Jako poslední bychom rádi zmínili bakalářskou práci od Pospíšilové (2013), která zjišťovala úroveň informovanosti nelékařského zdravotnického personálu o domácí péči. Její výzkum se lišil od našeho tím, že probíhal v nemocnici krajského typu a její respondenti byli i zdravotničtí asistenti. Vyhodnocovala 54 dotazníků o 25 otázkách. Shodné s naší prací bylo pouze zastoupení respondentů se středoškolským vzděláním. Úroveň vědomostí respondentů v šetření Pospíšilové byla nižší než u respondentů v našem šetření. I když je to právě odborná veřejnost, která má mít informace tohoto charakteru, výsledky Pospíšilové odhalily, že mají jen poloviční znalosti. Nejhorší výsledek byl ve financování domácí péče a rozdílu mezi zdravotní a pečovatelskou službou. Velmi nás překvapilo, že její respondenti, nelékařský zdravotnický personál, v dotazníku zaznamenali, že informace o domácí péči poskytují. Teď je otázkou, jaké informace se v případě tohoto výsledku dostávají k pacientům. Každého pacienta zajímá nejen nabídka domácí péče, ale také financování. Myslíme si, že obavy z plného hrazení domácí péče odradí mnoho pacientů.

V naší diplomové práci jsme se snažili zjistit, jak jsou informovány o domácí péči všeobecné sestry z Domažlické nemocnice a od praktických lékařů a také laická veřejnost z regionu Domažlice. Informace jsme zjišťovali pomocí dotazníkového šetření buď osobně

nebo pomocí jiných všeobecných sester. Zkonstatovali jsme, že jsou lidé v současné době množstvím různých dotazníkových šetření často přehlceni, nebylo proto snadné získat potřebné množství osob ochotných k vyplnění dotazníku. Přesto se nám podařilo vytvořit dostatečně velký výzkumný vzorek. Pokud bychom znovu prováděli šetření, bylo by zajímavé provádět distribuci dotazníků pomocí internetu, tím rozšířit vzorek respondentů a získat více informací. Při tvorbě naší diplomové práce jsme rovněž zjistili, že je málo nových publikací o domácí péči. Z tohoto důvodu jsme museli použít významnou měrou zdroje staršího vydání.

Naším výzkumným šetřením jsme zjistili, že všeobecné sestry i laická veřejnost v regionu Domažlice mají velmi dobré znalosti o problematice domácí péče. Protože některé otázky nechali respondenti nezodpovězené, zamysleli jsme se nad tím, jak rozšířit informace o domácí péči k veřejnosti a zvýšit tak povědomí o této službě. Pomohla nám k tomu poslední otázka v dotazníku a na základě vyhodnocení napříč oběma skupinami jsme vytvořili leták a brožuru se všeobecnými informacemi, které zdarma nabídneme všem praktickým lékařům z regionu Domažlice a Domažlické nemocnici.

## VYHODNOCENÍ DÍLČÍCH CÍLŮ

Dílčí cíl č. 1

### **Zjistit informovanost u odborné veřejnosti, všeobecných sester o domácí péči.**

Pomocí prvního dílčího cíle jsme měli zjistit, zda je odborná veřejnost, všeobecné sestry, z regionu Domažlice informovaná o domácí péči. Zjistili jsme, že i když většina všeobecných sester má středoškolské vzdělání, kde se obor komunitní péče nevyučuje, jsou velmi dobře informovány o domácí péči. 80 % sester pracuje v lůžkové části nemocnice, kde se mohly s tímto tématem setkat. Tento výsledek je příznivý z důvodu, že právě odborná veřejnost doporučuje domácí péči pacientům a jejich rodinným příslušníkům. Dílčí cíl byl splněn.

Dílčí cíl č. 2

### **Zjistit informovanost laické veřejnosti o domácí péči.**

Pomocí druhého dílčího cíle jsme zjišťovali, zda je laická veřejnost z regionu Domažlice informována o domácí péči. Naším výzkumným šetřením jsme zjistili, že 46 % respondentů z laické veřejnosti má velmi dobré znalosti a 12 % respondentů jsou výborně informováni o domácí péči neohledně na věk a pohlaví. Z celkového počtu dotazovaných respondentů jich bylo 46 % středního věku. Tato věková kategorie bude pravděpodobně hledat prvotní informace na internetu. I když většinou péči o nemocného v rodině zajišťují ženy a mohly by mít větší informace o domácí péči, náš výzkum ukázal, že to tak není, že informovanost mezi ženami a muži je poměrně vyrovnaná. Dílčí cíl byl splněn.

Dílčí cíl č. 3

### **Zjistit, jestli péče o chronicky nemocného příbuzného ovlivňuje informovanost laické veřejnosti o domácí péči.**

Zajímalo nás, jestli laická veřejnost, která doma má nebo měla chronicky nemocného příbuzného, je více informovaná o domácí péči než ti, co takového nemocného doma nemají. Toto tvrzení se nám nepotvrdilo. Dílčí cíl byl splněn.

Dílčí cíl č. 4

**Vytvoření informačního materiálu na základě výzkumného šetření.**

I když jsou podle našich výsledků všeobecné sestry i laická veřejnost dostatečně informovány o práci domácí péče, našly se otázky, které zůstaly nezodpovězeny. Z tohoto důvodu jsme vytvořili informační materiál v podobě brožury pro laickou veřejnost a letáku pro všeobecné sestry, které jsou součástí příloh. Dílčí cíl byl splněn.



## ZÁVĚR

Domácí zdravotní péče je zaměřena na podporu a navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti a zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka. Minimalizuje hospitalizaci různých věkových skupin, snižuje náklady spojené se zdravotní péčí, udržuje rodinu pohromadě i v době nemoci, což příznivě působí na psychiku nemocného.

Diplomová práce se zabývá využitím domácí péče u pacienta s chronickým onemocněním. V teoretické části jsme rozebrali jednotlivé oblasti týkající se této problematiky. V první kapitole se zmiňujeme o roli pacienta, o chronickém onemocnění a také významu rodiny v péči o nemocného. Další kapitoly se týkají samotné domácí péče, kde je vysvětlen její význam, zmíněna historie domácí péče v České republice a v neposlední řadě její koncept.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjištění informovanosti o domácí péči u všeobecných sester a laické veřejnosti v regionu Domažlice. Vybrali jsme si tento cíl, protože shledáváme služby domácí péče pro veřejnost velmi přínosné, hlavně v péči o chronicky nemocné a informovanost jak u odborného personálu, tak i u laické populace vidíme jako velmi důležitou. Naši respondenti byli z Domažlické nemocnice a od vybraných praktických lékařů z Domažlicka. Hlavní cíl byl rozčleněn na čtyři dílčí cíle a zároveň bylo stanoveno pět hypotéz. Prvním hodnotícím aspektem byly znalosti o domácí péči u odborné veřejnosti, všeobecných sester, kvůli tomu, že právě ony mají možnost jako první informovat pacienty, popř. své blízké. Všichni zdravotničtí pracovníci mají povinnost se celoživotně vzdělávat z důvodu nejen kvalitní péče o pacienty, ale také z důvodu možné edukace rodinných příslušníků. S ohledem na výsledky našeho šetření můžeme konstatovat, že všeobecné sestry v Domažlickém regionu jsou o této službě velmi dobře informovány. Dalším hodnoceným aspektem byla míra znalostí o domácí péči u laické veřejnosti. Jejich znalosti byly jen o něco nižší než znalosti všeobecných sester, a tato míra nezávisí na věku, pohlaví, či osobní zkušenosti s péčí o chronicky nemocného příbuzného. Procentuálně byly nejhorší výsledky zaznamenány u otázek zaměřených na maximálně hrazenou dobu péče u klienta, na platbu za kompenzační pomůcky a na rozsah zdravotních služeb poskytujících domácí péči.

I když jsme očekávaly, že oslovené všeobecné sestry a laická veřejnost z regionu Domažlice nebudou dostatečně informováni o domácí péči, výsledky nás vyvedly z omylu. Informační materiál v podobě brožury pro laickou veřejnost a leták pro odbornou veřejnost byl vytvořen pro ty, kteří znalosti o domácí péči nemají, anebo si chtějí informace doplnit.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

## KNIHY

1. BÁRTLOVÁ, Sylva a kol. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-499-3.
2. GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: Edukace, motivace a opora pacienta*. 1. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0461-1.
3. HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5924-1.
4. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80247-4139-0.
5. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80247-2150-7.
6. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie 2. díl*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-3600-6.
7. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství 2. díl: Učebnice pro obor sociální péče-pečovatelská činnost*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3185-8.
8. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.
9. ROHLÍKOVÁ, Lucie a Jana VEJVODOVÁ. *Vyučovací metody na vysoké škole: Praktický průvodce výukou v prezenční i distanční formě studia*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4152-9.
10. ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie-Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024720685.
11. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3490-4.
12. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2016, 128 s. ISBN 978-80-271-9239-7.
13. ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada, 2017, 264 s. ISBN 978-80-271-9675-3.

## NEPUBLIKOVANÝ ZDROJ

14. LUKÁŠKOVÁ, Miroslava. *Domácí péče Domažlice s.r.o.: domácí zdravotní péče*. Domažlice, 2019.

## ČASOPIS

15. ŠUPLEROVÁ, Michaela a MACHOVÁ, Alena. Domácí návštěvní služba jako náplň práce všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. *Med. praxi.* 2013 10(10), 353-354.

## ČLÁNEK-EL. ZDROJ

16. *Asociace domácí péče České republiky: O domácí péči* [online]. Praha, 2018 [cit. 2019-12-13]. Dostupné z: <https://www.adp-cr.cz/>
17. *Česká asociace sester* [online]. 2017 [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <https://www.cnna.cz/>
18. *Česká asociace sester: Sekce domácí péče* [online]. 2019 [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <https://www.casdp.cz/>
19. *Český statistický úřad* [online]. Praha, 2019-2020 [cit. 2020-01-09]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>
20. *Lepší péče: Domácí hemodialýza* [online]. Praha: B. Braun Medical s.r.o, 2020 [cit. 2020-01-16]. Dostupné z: <https://lepsipece.cz/ledviny/domaci-hemodialyza/>
21. HLAVÁČKOVÁ, Kateřina. Domácí péče. *SestraIN: sestry vzdělávají sestry* [online]. 2013, 1.4.2013 [cit. 2018-08-24]. Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=493>.
22. HRABOVSKÁ, Dagmar a Miroslava MIXOVÁ. Systém domácí péče-informace pro klienty. *Dům lékařů a.s.* [online]. Nový Jičín, 2011 [cit. 2020-02-29].
23. HRADECKÁ, Lenka. *Chronický nemocný-domácí a ústavní péče* [online]. 2009 [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/chronicky-nemocny-domaci-a-ustavni-pece-448184>.
24. HRADECKÁ, Lenka. *Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána* [online]. 2009 [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/standardy-oseetrovatelske-pece-podle-donabediana-444784>
25. JEDLIČKA, Richard. *Výchovné problémy s žáky z pohledu hlubinné psychologie: chronicky nemocné dítě*[online]. 2013 [cit. 2019-02-22]. Dostupné z:

- <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/S/17371/vychovne-problemy-s-zaky-z-pohledu-hlubinne-psychologie-chronicky-nemocne-dite.html>.
26. KOPČILOVÁ, Jitka. *Výhody a nevýhody domácí péče z pohledu pacienta a sestry*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. ZČU Plzeň. Vedoucí práce Mgr. Bohumila Hajšmanová.
  27. KOUBOVÁ, Michaela. *Domácí péče žádá vyšší úhrady a kompetence. Předně ale potřebuje jednotný hlas* [online]. Praha: Zdravotnický deník, 2016 [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/04/domaci-pecce-zada-vyssi-uh rady-a-kompetence-predne-ale-potrebuje-jednotny-hlas/>
  28. KOUBOVÁ, Michaela. *Českým sestrám chybí kompetence. Ministerstvo zdravotnictví to chce napravit, začíná domácí péčí* [online]. Praha: Zdravotnický deník, 2019 [cit. 2020-01-16]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/12/ceskym-sestram-chybi-kompetence-ministerstvo-zdravotnictvi-chce-napravit-zacina-domaci-peci/>
  29. KUČERA. *Domácí péče o pacienty v terminálním stadiu* [online]. 2009 [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/domaci-pecce-o-pacienty-v-terminalnim-stadiu-435478>
  30. KYASOVÁ, Miroslava. *Ošetřovatelství v primární péči: katedra ošetřovatelství* [online]. In: . 2012 [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/1411/podzim2012/.../um/.../Charakteristika\\_primarni\\_pecce.pdf](https://is.muni.cz/el/1411/podzim2012/.../um/.../Charakteristika_primarni_pecce.pdf).
  31. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Komunitní sestru nahradí geriatrická sestra a sestra pro domácí péči. Revue pro sociální politiku a výzkum* [online]. 2019 [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2018/07/komunitni-sestru-nahradi-geriatricka-sestra-a-sestra-pro-domaci-a-hospicovou-peci/>
  32. MISCONIOVÁ, Blanka. *Domácí péče-otázky a odpovědi. Pečující on-line: Staráte se o starší osobu a nevíte si rady?* [online]. Praha, 2008 [cit. 2019-12-13]. Dostupné z: <https://www.pecujici.cz/cz/prirucky/domaci-pecce-otazky-a-odpovedi>
  33. MOROVICSOVÁ, Eva. *Nemoc v prožívání člověka* [online]. 2006, 2 [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nemoc-v-prozivani-cloveka-277577>.

34. MUNDILOVÁ, Martina. *Vytíženost sester v domácí péči* [online]. Plzeň, 2015 [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <https://otik.zcu.cz/bitstream/11025/20542/1/BP-domaci%20pece%20final.pdf>. Bakalářská práce. ZČU Plzeň. Vedoucí práce Mgr. Vladimíra Fremrová.
35. POSPÍŠILOVÁ, Pavla. *Informovanost nelékařských zdravotnických pracovníků o možnostech domácí péče*. Pardubice, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Kristýna Šoukalová.
36. PRAŽSKÝ, Bohumil. *Teorie a praxe komunitního ošetrovatelství* [online]. 2012 [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/teorie-a-praxe-komunitniho-osetrovatelstvi-463437>.
37. PRAŽSKÝ, Bohumil. *Etika umírání a smrti* [online]. 2011 [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/etika-umirani-a-smrti-461772>
38. PRAŽSKÝ, Bohumil. *Prodlužování hospitalizace seniorů* [online]. 2014 [cit. 2019-12-11]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/prodluzovani-hospitalizace-senioru-475383>
39. RODRIGUEZ, Veronika. Rakovina, choroby srdce, cukrovka. Chronické nemoci trápí už 3,5 milionu Čechů. *Deník.cz* [online]. Vltava Labe Media, 2020, 2018 [cit. 2020-02-29]. Dostupné z: <https://www.denik.cz/zdravi/rakovina-choroby-srdce-cukrovka-chronicke-nemoci-trapi-uz-3-5-milionu-cechu-20180117.html>
40. SVOBODOVÁ, Zuzana. *Home care - odborná zdravotní péče v domácím prostředí klienta*. Zlín, 2010. Bakalářská práce. UTB Zlín, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Zlatica Dorková, Ph. D.
41. *Spojená akreditační komise, o.p.s.* [online]. Praha, 2020 [cit. 2020-01-24]. Dostupné z: <https://www.sakcr.cz/>
42. ŠEDIVÁ, Blanka. Analýza dat pro zdravotníky. Studijní opora pro studenty KMA / ADZ 2017/2018. [online] [soubor pdf.] [cit. 5. 3. 2019]. Plzeň, 2018. 58 s. Dostupné z: <https://www.zcu.cz/>
43. *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky: Seznam zdravotních výkonů* [online]. Praha, 2016 [cit. 2019-12-30]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/vykon/>

44. VÁGNER, Adam. *Péče o seniory v domácím prostředí* [online]. Hradec Králové, 2016 [cit. 2019-12-13]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/0k9jak/18561108>. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové Ústav sociální práce. Vedoucí práce PhDr. Ondřej Štěch, Ph.D.
45. VÁLKOVÁ, Monika. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb* [online]. In: . Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015 [cit. 2020-01-24]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2364-hodnoceni-kvality-poskytovanych-zdravotnich-sluzeb.pdf>
46. VEČEŘOVÁ, Lucie. *Laická veřejnost a agentury domácí péče*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno. Vedoucí práce PhDr. Michaela Schneiderová.
47. VOJTĚCH, Adam. *Domácí péče už není popelkou, říká v komentáři ministr Adam Vojtěch* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019 [cit. 2020-01-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/domaci-pece-uz-neni-popelkou\\_17576\\_3693\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/domaci-pece-uz-neni-popelkou_17576_3693_1.html)
48. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. Praha, 2019 [cit. 2019-02-25]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/>
49. *Zákony pro lidi: Sbírka zákonů* [online]. Zlín: AION CS, 2010-2020 [cit. 2019-12-17]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>

#### ZAHRANIČNÍ ZDROJ

50. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families*. New York: Scribner, 2014. ISBN 978-1-4767-7554-8.
51. SEGAL, Daniel a kol. *Aging and Mental Health*. 3. vydání. New York: Wiley-Blackwell, 2017. ISBN 978-1-119-13315-5.

## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A - Rešerše ze Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje.
- Příloha B - Žádost o svolení sběru dat ke zpracování diplomové práce-manažer pro nelékařské pracovníky.
- Příloha C - Žádost o svolení sběru dat ke zpracování diplomové práce-praktický lékař.
  - MUDr. Böhm
  - MUDr. Böhmová
  - MUDr. Gerber
  - MUDr. Soldán
  - MUDr. Suastika
- Příloha D - Dotazník určený pro všeobecné sestry.
- Příloha E - Dotazník určený pro laickou veřejnost.
- Příloha F – Vzor ošetřovatelské anamnézy klienta v domácí péči.
- Příloha G - Vzor ošetřovatelského standardu domácí péče.
- Příloha H – Leták – Domácí péče, určený pro odbornou veřejnost.
- Příloha CH – Brožura - Domácí péče, určená pro laickou veřejnost.

# PŘÍLOHY

## Příloha A

### Rešerše ze Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje

**Název:** Využití domácí péče u pacienta s chronickým onemocněním

**Prostředek:** knihy

**Předmětová hesla:** domácí péče; chronické nemoci

**Rozsah:** 10 let

**Souborný katalog (naskenované obsahy + generování citací):** [www.nkp.cz](http://www.nkp.cz) – katalogy – Souborný k.

1. SOURALOVÁ, Adéla a kol. *Péče na prodej: jak se práce z lásky stává placenou službou*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2017. 249 s. ISBN 978-80-210-8651-7.
2. TOMALOVÁ, Petra a kol. *Co je dobré vědět? ...při péči o nemocné dítě...: specifika domácí péče z pohledu odborníků a osob pečujících o dítě dlouhodobě nemocné a těžce zdravotně postižené*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. 195 s. ISBN 978-80-244-5145-9.
3. KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 112 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5707-0.
4. KOLÉBALOVÁ, Jitka a POLÁKOVÁ, Jana. *Rady rehabilitační*. Vydání druhé. [Praha]: Diakonie ČCE, 2017. 107 s. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-23-5.
5. MARKOVÁ, Alžběta a kol. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. [Praha]: Cesta domů, 2015. 155 s. ISBN 978-80-905809-4-7.
6. TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana a kol. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovatelů*. Vydání první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 121 s. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.



7. CHOVANCOVÁ, Petra a kol. *Vybrané otázky péče o osobu blízkou*. 1. vyd. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2012. 63 s. ISBN 978-80-87623-00-8.
8. KALVACH, Zdeněk. *Rady lékařské*. Vydání druhé. [Praha]: Diakonie ČCE, 2017. 66 s. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-21-1.

+ další knihy z edice Pečuj doma

**Název:** Využití domácí péče u pacienta s chronickým onemocněním

**Prostředek:** články a stati

**Předmětová hesla:** domácí ošetřování, chronická nemoc

**Rozsah:** 10 let

<https://www.medvik.cz/bmc/>

1. BIZOŇOVÁ, Jana a SLONKOVÁ, Šárka. Vliv domácího prostředí na léčbu chronických ran. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 1, s. 55-57. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vliv-domaciho-prostredi-na-lecbu-chronicky-ran-468698>.
2. ZELENÍKOVÁ, Renáta, KOLEGAROVÁ, Věra. a KOZÁKOVÁ, Radka. Přetížení pečovatele z pohledu sester agentur domácí péče. *Praktický lékař*. 2011, roč. 91, č. 7, s. 408-411. ISSN 0032-6739.
3. DORKOVÁ, Zlatica, KRÁTKÁ, Anna a CICHÁ, Martina. Edukace rodin pečujících o chronicky nemocné a umírající. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství: (recenzovaný sborník příspěvků z konference)*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2009, s. 81-85. ISBN 978-80-87347-02-7.
4. KLABNÍKOVÁ, Monika. Chronicky nemocný v domácí péči. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 12, s. 66-68. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/chronicky-nemocny-v-domaci-peci-448641>.

## Příloha B

### **Žádost o svolení sběru dat ke zpracování diplomové práce-manažer nelékařských pracovníků**

Bc. Michaela Hadačová

ARO-JIP

Domažlická nemocnice a.s.

Domažlice 29.9.2018

Domažlická nemocnice a.s.

Manažer nelékařských pracovníků

Mgr. Jana Barbora Boučková, MBA

### **Žádost o svolení sběru dat ke zpracování diplomové práce**

Vážená paní magistro NP. Pracuji v Domažlické nemocnici a.s. jako všeobecná sestra na ARO-JIP. Po ukončení bakalářského studia na Západočeské univerzitě v Plzni studuji od 1.9.2017 na téže univerzitě na Katedře ošetřovatelství a porodní asistence-MVSK interní obor. Předmětem mojí diplomové práce, kterou budu obhajovat v akademickém roce 2018/2019, je téma: Využití domácí péče u pacienta s chronickým onemocněním. K objektivnímu zpracování mojí magisterské práce potřebuji soubor dat, která hodlám získat od pacientů a zaměstnanců-všeobecných sester. Vzhledem k tomu, že pracuji ve Vaší nemocnici a mám zde k těmto pacientům a zaměstnancům přístup, žádám Vás o povolení sběru těchto dat na Vašich pracovištích. Sběr dat bude probíhat formou dotazníků bez vlivu na léčbu pacientů a chod těchto pracovišť a mimo moji pracovní dobu v období od října do prosince 2018. Dotazník obsahuje otázky, které se vztahují k informovanosti odborné a laické veřejnosti o domácí péči.


Děkuji

Bc. Michaela Hadačová

*SOUHLASÍM*

*Mgr. Boučková J.B.*

**Domažlická nemocnice, a.s.**  
Kozinova 292  
344 22 Domažlice  
T: 379 710 262  
IČO: 26361078 | DIČ: CZ26361078



## **Příloha C**

### **Žádost o svolení sběru dat ke zpracování diplomové práce-praktický lékař**

Bc. Michaela Hadačová

Hradiště čp.88

Domažlice 29.9.2018

Ordinace praktického lékaře

K rukám lékaře

#### **Žádost o svolení sběru dat ke zpracování diplomové práce**

Vážený pane doktore. Pracuji v Domažlické nemocnici a.s. jako všeobecná sestra na ARO-JIP. Po ukončení bakalářského studia na Západočeské univerzitě v Plzni studuji od 1.9.2017 na téže univerzitě na Katedře ošetřovatelství a porodní asistence-MVSK interní obor. Předmětem mojí diplomové práce, kterou budu obhajovat v akademickém roce 2018/2019, je téma: Využití domácí péče u pacienta s chronickým onemocněním. K objektivnímu zpracování mojí magisterské práce potřebuji soubor dat, která hodlám získat od pacientů a Vaší všeobecné sestry. Žádám Vás tímto o povolení sběru těchto dat na Vašem pracovišti. Sběr dat bude probíhat formou dotazníků v čekárně Vaší ordinace bez vlivu na její chod a léčbu pacientů v období od října do prosince 2018. Dotazník obsahuje otázky, které se vztahují k informovanosti odborné a laické veřejnosti o domácí péči.

Děkuji.



MUDr. Bohumír Karel

Bc. Michaela Hadačová

## Žádost o svolení sběru dat ke zpracování diplomové práce-praktický lékař

Bc. Michaela Hadačová

Hradiště čp.88

Domažlice 29.9.2018

Ordinace praktického lékaře

K rukám lékaře

### Žádost o svolení sběru dat ke zpracování diplomové práce

Vážený pane doktore. Pracuji v Domažlické nemocnici a.s. jako všeobecná sestra na ARO-JIP. Po ukončení bakalářského studia na Západočeské univerzitě v Plzni studuji od 1.9.2017 na téže univerzitě na Katedře ošetřovatelství a porodní asistence-MVSK interní obor. Předmětem mojí diplomové práce, kterou budu obhajovat v akademickém roce 2018/2019, je téma: Využití domácí péče u pacienta s chronickým onemocněním. K objektivnímu zpracování mojí magisterské práce potřebuji soubor dat, která hodlám získat od pacientů a Vaší všeobecné sestry. Žádám Vás tímto o povolení sběru těchto dat na Vašem pracovišti. Sběr dat bude probíhat formou dotazníků v čekárně Vaší ordinace bez vlivu na její chod a léčbu pacientů v období od října do prosince 2018. Dotazník obsahuje otázky, které se vztahují k informovanosti odborné a laické veřejnosti o domácí péči.

Děkuji.

*Prošel sběr dat.*



Bc. Michaela Hadačová

## **Žádost o svolení sběru dat ke zpracování diplomové práce-praktický lékař**

Bc. Michaela Hadačová

Hradiště čp.88

Domažlice 29.9.2018

Ordinace praktického lékaře

K rukám lékaře



### **Žádost o svolení sběru dat ke zpracování diplomové práce**

Vážený pane doktore. Pracuji v Domažlické nemocnici a.s. jako všeobecná sestra na ARO-JIP. Po ukončení bakalářského studia na Západočeské univerzitě v Plzni studuji od 1.9.2017 na téže univerzitě na Katedře ošetrovatelství a porodní asistence-MVSK interní obor. Předmětem mojí diplomové práce, kterou budu obhajovat v akademickém roce 2018/2019, je téma: Využití domácí péče u pacienta s chronickým onemocněním. K objektivnímu zpracování mojí magisterské práce potřebuji soubor dat, která hodlám získat od pacientů a Vaší všeobecné sestry. Žádám Vás tímto o povolení sběru těchto dat na Vašem pracovišti. Sběr dat bude probíhat formou dotazníků v čekárně Vaší ordinace bez vlivu na její chod a léčbu pacientů v období od října do prosince 2018. Dotazník obsahuje otázky, které se vztahují k informovanosti odborné a laické veřejnosti o domácí péči.

Děkuji.

Bc. Michaela Hadačová



## **Žádost o svolení sběru dat ke zpracování diplomové práce-praktický lékař**

Bc. Michaela Hadačová

Hradiště čp.88

Domažlice 29.9.2018

Ordinace praktického lékaře

K rukám lékaře

### **Žádost o svolení sběru dat ke zpracování diplomové práce**

Vážený pane doktore. Pracuji v Domažlické nemocnici a.s. jako všeobecná sestra na ARO-JIP. Po ukončení bakalářského studia na Západočeské univerzitě v Plzni studuji od 1.9.2017 na téže univerzitě na Katedře ošetřovatelství a porodní asistence-MVSK interní obor. Předmětem mojí diplomové práce, kterou budu obhajovat v akademickém roce 2018/2019, je téma: Využití domácí péče u pacienta s chronickým onemocněním. K objektivnímu zpracování mojí magisterské práce potřebuji soubor dat, která hodlám získat od pacientů a Vaší všeobecné sestry. Žádám Vás tímto o povolení sběru těchto dat na Vašem pracovišti. Sběr dat bude probíhat formou dotazníků v čekárně Vaší ordinace bez vlivu na její chod a léčbu pacientů v období od října do prosince 2018. Dotazník obsahuje otázky, které se vztahují k informovanosti odborné a laické veřejnosti o domácí péči.

Děkuji.



Bc. Michaela Hadačová

## Žádost o svolení sběru dat ke zpracování diplomové práce-praktický lékař

Bc. Michaela Hadačová

Hradiště čp.88

Domažlice 29.9.2018

Ordinace praktického lékaře

K rukám lékaře

### Žádost o svolení sběru dat ke zpracování diplomové práce

Vážený pane doktore. Pracuji v Domažlické nemocnici a.s. jako všeobecná sestra na ARO-JIP. Po ukončení bakalářského studia na Západočeské univerzitě v Plzni studuji od 1.9.2017 na téže univerzitě na Katedře ošetrovatelství a porodní asistence-MVSK interní obor. Předmětem mojí diplomové práce, kterou budu obhajovat v akademickém roce 2018/2019, je téma: Využití domácí péče u pacienta s chronickým onemocněním. K objektivnímu zpracování mojí magisterské práce potřebuji soubor dat, která hodlám získat od pacientů a Vaší všeobecné sestry. Žádám Vás tímto o povolení sběru těchto dat na Vašem pracovišti. Sběr dat bude probíhat formou dotazníků v čekárně Vaší ordinace bez vlivu na její chod a léčbu pacientů v období od října do prosince 2018. Dotazník obsahuje otázky, které se vztahují k informovanosti odborné a laické veřejnosti o domácí péči.

Děkuji.

Bc. Michaela Hadačová

400	DOKTOR'S, s.r.o.
42	Kostelní 168, 344 01 Domažlice
001	MUDr. Petr Sušstika
	všeobecné praktické lékařství
	IČ: 045 45 964 Tel.: 379 725 773

30.9.18 Souhlasím.

## **Příloha D**

### **Dotazník určený pro všeobecné sestry**

**Dobrý den,**

**jmenuji se Bc. Michaela Hadačová a jsem studentkou 2.ročníku ZČU, Fakulty zdravotnických studií v Plzni, obor MVSŠK I. Tímto Vás žádám o vyplnění následujícího dotazníku, který slouží jako zdroj informací pro mé zpracování diplomové práce-Využití domácí péče u pacienta s chronickým onemocněním.**

**Návod k vyplnění dotazníku-zakroužkujte Vámi vybranou odpověď nebo odpovědi, vytečkované pole prosím doplňte. Pokud je možno volit více odpovědí, je to uvedené pod otázkou v závorce.**

**Předem děkuji za Váš čas a ochotu.**

#### **Demografické údaje: 1.- 4. otázka**

1. Vaše pohlaví
  - a) žena
  - b) muž
  
2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání
  - a) Středoškolské
  - b) Vyšší odborné vzdělání
  - c) Bc.
  - d) Mgr.
  
3. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?
  - a) 0 – 10 let
  - b) 11 – 20 let



- c) 21 – 30 let
- d) 31 – 40 let
- e) 41 – 50 let

4. V jakém zdravotnickém provozu pracujete?

- a) ambulantním
- b) lůžkovém

**Vědomostní údaje: 5.- 18. otázka**

**Doplňující údaje: 19. a 20. otázka**

5. Co si představujete pod pojmem agentura domácí péče?

- a) organizace, která zajišťuje zdravotní, sociální a laickou pomoc pacientům/klientům v jejich vlastním sociálním prostředí
- b) organizace, která pomáhá pacientům/klientům s péčí o domácnost
- c) organizace, která zprostředkovává pacientům/klientům kontakt se společenským prostředím (doprovázení k lékaři, instituce veřejných služeb)
- d) nevím

6. Jaké jsou výhody domácí **zdravotní** péče pro pacienta?

(možno volit více variant)

- a) má pozitivní vliv na psychiku nemocného
- b) v domácím prostředí je minimální riziko přenosu infekcí spojených se zdravotní péčí
- c) pacient je nepřetržitě v kontaktu s rodinou, je ve svém sociálním prostředí, kde se cítí nejlépe
- d) nevím

7. Jaké jsou formy **zdravotní** domácí péče?

(možno volit více variant)

- a) péče o pacienty s akutním onemocněním
- b) péče o pacienty s chronickým onemocněním
- c) preventivní péče (monitorace zdravotního nebo duševního stavu)
- d) domácí hospicová péče
- e) jednorázová péče (odběry biologického materiálu, aplikace injekcí)
- f) nevím

8. Jakou odbornou činnost na základě indikace lékaře provádí všeobecná sestra u pacienta v domácím prostředí?

(možno volit více variant)

- a) převazy defektů, péče o stomie a permanentní močový katétr
- b) odběry biologického materiálu, aplikace injekcí s.c., i.v., i.m.
- c) aplikace parenterální terapie, příprava léků a jejich podání
- d) kontrola fyziologických funkcí, aplikace O<sub>2</sub>
- e) nácvik hybnosti a soběstačnosti, dechová RHB
- f) katetrizace močového měchýře u žen
- g) katetrizace močového měchýře u mužů prováděná všeobecnou sestrou bez specializace
- h) edukační a preventivní činnost u pacientů a rodiny
- i) péče o pacienty s bolestí
- j) péče o pacienty s diabetem mellitem (nácvik aplikace inzulínu, selfmonitoring glykémie)
- k) péče o onkologicky nemocné
- l) nevím

9. Jakou odbornou činnost **nemůže** všeobecná sestra provádět u pacienta v domácím prostředí?
- a) činnosti, které neindikuje lékař
  - b) může provádět všechny ošetrovatelské výkony, které vyžaduje situace
  - c) nevím
10. Kdo doporučuje/indikuje domácí **zdravotní** péči?
- a) pouze ošetřující lékař v nemocnici nebo praktický lékař nemocného
  - b) pouze sociální odbor v místě bydliště
  - c) pouze obecní nebo městský úřad v místě bydliště
  - d) nevím
11. Na jak dlouhou dobu se indikuje domácí **zdravotní** péče?
- a) na 14 dní po propuštění z nemocnice indikuje ošetřující lékař nebo na neomezenou dobu praktický lékař nemocného
  - b) neomezeně
  - c) nevím
12. Pro koho je domácí **zdravotní** péče indikována?
- a) jen pro seniory
  - b) jen pro chronicky nemocné děti
  - c) jen pro chronické pacienty
  - d) jen pro pacienty s paliativní péčí
  - e) pro všechny, kteří potřebují odbornou zdravotní pomoc v místě bydliště bez ohledu na věk a postižení
  - f) nevím

13. Kdo hradí **zdravotní** péči poskytovanou agenturou domácí péče?
- a) hrazeno platbou klienta, fondem veřejného zdravotního pojištění, sponzorskými dary, z grantů a nadací
  - b) je to zdarma
  - c) nevím
14. V jakém rozsahu se poskytují **zdravotní** služby domácí péče?
- a) 24 hodin denně 7 dní v týdnu
  - b) 24 hodin denně, bez svátků a víkendů
  - c) 8 hodin denně, bez svátků a víkendů
  - d) 8 hodin denně, svátky a víkendy pouze v dopoledních hodinách
  - e) nevím
15. Kolik hodin denně je maximální hrazená doba péče u pacienta?
- a) 1 hodina denně
  - b) 2 hodiny denně
  - c) 3 hodiny denně
  - d) nevím
16. Co jsou „odlehčovací služby“, které poskytuje agentura domácí péče?
- a) odpočinek pečující osobě a přenesení péče na spolehlivého poskytovatele
  - b) přerušování zdravotní péče poskytované agenturou domácí péče
  - c) pomoc při péči o domácnost
  - d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
  - e) nevím, co to znamená

17. Poskytuje agentura domácí péče zapůjčení kompenzačních pomůcek?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

18. Myslíte si, že Ministerstvo práce a sociálních věcí nabízí finanční kompenzaci pečujícím osobám v domácím prostředí?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

19. Máte osobní zkušenosti s agenturou domácí péče?

- a) ano, pozitivní
- b) ano, negativní
- c) nemám žádné zkušenosti

20. Jakým způsobem byste preferoval/a získání informací o agentuře domácí péče?

(možno volit více variant)

- a) souhrnné informace v brožuře
- b) prostřednictvím letáku
- c) informace na internetových stránkách Domažlické nemocnice
- d) informace od sociálních pracovníků v Domažlické nemocnici
- e) přednášky v Domažlické nemocnici
- f) nepotřebuji žádné informace
- g) vlastní vyjádření.....

## **Příloha E**

### **Dotazník určený pro laickou veřejnost**

**Dobrý den,**

**jmenuji se Bc. Michaela Hadačová a jsem studentkou 2.ročníku ZČU, Fakulty zdravotnických studií v Plzni, obor MVSŠK I. Tímto Vás žádám o vyplnění následujícího dotazníku, který slouží jako zdroj informací pro mé zpracování diplomové práce-Využití domácí péče u pacienta s chronickým onemocněním.**

**Návod k vyplnění dotazníku-zakroužkujte Vámi vybranou odpověď nebo odpovědi, vytečkované pole prosím doplňte.**

**Předem děkuji za Váš čas a ochotu.**

#### **Demografické údaje: 1.- 5. otázka**

1. Vaše pohlaví

- a) žena
- b) muž

2. Váš věk

- a) do 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) 41 – 50 let
- e) 51 – 60 let
- f) 61 – 70 let
- g) 71 – 80 let
- h) 81 a více let

3. Kde bydlíte

- a) obce a jejich části z regionu Domažlice (do 2000 tis. obyvatel)
- b) město Domažlice (do 12000 tis. obyvatel)
- c) jiné

4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a) základní
- b) vyučen/a
- c) Středoškolské
- d) Vyšší odborné vzdělání
- e) Bc.
- f) Mgr.
- g) jiné vysokoškolské vzdělání.....

5. Máte zdravotnické vzdělání?

- a) ano, ale nevykonávám
- b) ne

**Vědomostní údaje: 6., 10.- 19. otázka**

**Doplňující údaje: 7., 8., 9. a 20. otázka**

6. Co si představujete pod pojmem agentura domácí péče?

- a) organizace, která zajišťuje zdravotní, sociální a laickou pomoc pacientům/klientům v jejich vlastním sociálním prostředí
- b) organizace, která pomáhá pacientům/klientům s péčí o domácnost
- c) organizace, která zprostředkovává pacientům/klientům kontakt se společenským prostředím (doprovázení k lékaři, instituce veřejných služeb)
- d) nevím

7. Využil/a jste už někdy služby agentury domácí péče?

- a) pokud ano, pokračujte otázkou č. 10
- b) pokud ne, pokračujte otázkou č. 8

8. Je/byl ve Vaší rodině nemocný, který vyžaduje/oval dlouhodobě péči druhé osoby?

- a) ano
- b) ne

9. Jak byste řešil/a péči o dlouhodobě nemocného příbuzného?
- a) umístěním do Domova seniorů
  - b) hospitalizace v nemocnici, později Oddělení následné a dlouhodobé péče
  - c) zaplatil/a bych nějaký druh pečovatelské služby
  - d) byl/a bych s ním doma
  - e) nevím, nepřemýšlel/a jsem o této situaci
  - f) jiné.....
10. Myslíte si, že pokud budete pečovat o dlouhodobě nemocného příbuzného doma, že máte nárok na příspěvek na péči, dávku pro osoby se zdravotním postižením?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
11. Jakou náplň práce zahrnuje, podle Vás, **zdravotní** péče v agentuře domácí péče?
- a) péče o pacienty s akutním onemocněním  
(péče o pacienty s krátkodobým onemocněním nevyžadující hospitalizaci)
  - b) péče o pacienty s chronickým onemocněním  
(dlouhodobá péče kvalifikovaným personálem, např. stavy po cévní mozkové příhodě)
  - c) preventivní péče  
(měření fyziologických funkcí, kontrola celkového stavu pacienta)
  - d) domácí hospicová péče  
(péče o pacienty s nevléčitelným onemocněním v pokročilém stádiu)
  - e) jednorázová péče (odběry biologického materiálu, aplikace injekcí)
  - f) všechny uvedené
  - g) nevím



12. Kdo doporučuje/indikuje domácí **zdravotní** péči?

- a) pouze ošetřující lékař v nemocnici po dobu 14 dnů a praktický lékař na neomezenou dobu
- b) pouze sociální odbor v místě bydliště
- c) pouze obecní nebo městský úřad v místě bydliště
- d) nevím

13. Pro koho je domácí **zdravotní** péče doporučována?

- a) jen pro seniory
- b) jen pro chronicky nemocné děti (dlouhodobě nemocné děti)
- c) pro všechny chronické pacienty (pacienti dlouhodobě nemocní)
- d) pro pacienty s paliativní péčí (pacienti s nevyléčitelným onemocněním v pokročilém stádiu)
- e) pro všechny, kteří potřebují odbornou zdravotní pomoc v místě bydliště bez ohledu na věk a postižení
- f) pro seniory, kteří se nedokáží o sebe sami postarat
- g) nevím

14. Kdo hradí **zdravotní** péči poskytovanou agenturou domácí péče?

- a) hrazeno platbou klienta, fondem veřejného zdravotního pojištění, sponzorskými dary, z grantů a nadací
- b) je to zdarma
- c) nevím

15. V jakém rozsahu se poskytují **zdravotní** služby domácí péče?

- a) 24 hodin 7 dní v týdnu

- b) 24 hodin, bez svátků a víkendů
- c) 8 hodin denně, bez svátků a víkendů
- d) 8 hodin denně, svátky a víkendy pouze v dopoledních hodinách
- e) nevím

16. Kolik hodin denně je maximální hrazená doba péče u klienta?

- a) 1 hodina denně
- b) 2 hodiny denně
- c) 3 hodiny denně
- d) nevím

17. Co jsou „odlehčovací služby“, které poskytuje agentura domácí péče?

- a) odpočinek pečující osobě a přenesení péče na spolehlivého poskytovatele
- b) přerušování zdravotní péče poskytovanou agenturou domácí péče
- c) pomoc při péči o domácnost
- d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- e) nevím, co to znamená

18. Poskytuje agentura zapůjčení kompenzačních pomůcek?

(polohovací lůžko, vozík, chodítka, toaletní židle, atd.)

- a) pokud ano, odpovězte na otázku č. 19
- b) pokud ne, odpovězte na otázku č. 20
- c) nevím

19. Je zapůjčení kompenzačních pomůcek zdarma?

- a) ano

- b) ne
- c) nevím

20. Jakým způsobem byste preferoval/a získání informací o možnostech péče, které poskytuje agentura domácí péče?

(možno více variant)

- a) souhrnné informace v brožuře
- b) prostřednictvím letáku
- c) informace na internetových stránkách
- d) poradenství u sociálních pracovníc
- e) informace prostřednictvím všeobecné sestry u praktického lékaře
- f) nepotřebuji žádné informace
- g) jiná varianta.....

# Příloha F

## Vzor ošetřovatelské anamnézy klienta v domácí péči

### OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA PACIENTA V DOMÁCÍ PÉČI

Jméno: ..... žena - muž R. číslo: ..... Poj. ....  
 Bydliště: ..... Rod. stav: ..... Praktický lékař: ..... Klíče od bytu: ANO - NE .....  
 Kontaktní osoba: ..... Tel.: .....  
 Lékařské DG: ..... Alergie:  ano  ne jaká .....

Ošetřovatelská anamnéza klienta	
<p><b>1. Orientace:</b> <input type="checkbox"/> Orientovaný  <input type="checkbox"/> Částečně dezorientovaný (jak) .....  <input type="checkbox"/> Plně dezorientovaný</p> <p><b>Vědomí:</b> <input type="checkbox"/> Jasně <input type="checkbox"/> Sopor  <input type="checkbox"/> Zastřené <input type="checkbox"/> Kóma</p>	<p><b>5. Výživa/hydratace:</b>  <input type="checkbox"/> diabetik: <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> INZULIN antidiabetika .....  <input type="checkbox"/> dietní omezení <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne dieta č. ....  <input type="checkbox"/> chuť k jídlu: normální/narušená - jak .....  <input type="checkbox"/> stav výživy: normální/obézní/kachetický  <input type="checkbox"/> příjem tekutin / 24 hodin .....  <input type="checkbox"/> kožní turgor: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> snížený  <input type="checkbox"/> soběstačný při jídle <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne  <input type="checkbox"/> soběstačný při pití <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p>
<p><b>2. Smyslové vnímání:</b>  <b>Zrak:</b> (brýle/čokky/šeroslepost/nevídomý/jiné).....  <b>Sluch:</b> (sluchový aparát/nesyšící)</p>	<p><b>6. Vylučování:</b>  <b>Způsob vyprazdňování:</b> <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí na WC <input type="checkbox"/> na lůžku  <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> inkontinence</p> <p><b>Stolice:</b> <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná (jak často) .....                  konzistence stolice <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> diurní <input type="checkbox"/> obstipace: projímavá .....                  příměsy ve stolici: <input type="checkbox"/> hlen <input type="checkbox"/> krev</p> <p><b>Inkontinence:</b> <input type="checkbox"/> stolice: <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> plná <input type="checkbox"/> příležitostná  <input type="checkbox"/> moči: <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> plná <input type="checkbox"/> příležitostná</p> <p><b>Používané pomůcky:</b> .....  <b>Permanetní katetr:</b> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano datum pos. katetrizace .....                  č. močového katetru .....</p> <p><b>Stomie:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne                  typ stomie .....                  č. stomie .....</p>
<p><b>3. Pohyblivost:</b>  <input type="checkbox"/> chodící  <input type="checkbox"/> chodí s dopomocí (pomůcky) .....  <input type="checkbox"/> částečně imobilní  <input type="checkbox"/> plně imobilní  <input type="checkbox"/> parézy .....  <input type="checkbox"/> plégie .....  <input type="checkbox"/> svalové křeče</p>	<p><b>4. Soběstačnost:</b>  <input type="checkbox"/> plně soběstačný  <input type="checkbox"/> dopomoc při mytí: částečná/úplná  <input type="checkbox"/> dopomoc při oblékání: částečná/úplná  <input type="checkbox"/> nesoběstačný (provedl Barthelův test)</p> <p><b>Dutina ústní:</b> <input type="checkbox"/> stálý chrup <input type="checkbox"/> zubní protéza  <b>Sliznice:</b> <input type="checkbox"/> vlhká <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> krvácející  <input type="checkbox"/> soor <input type="checkbox"/> afty</p>

**7. Spánek:**

- bez obtíží
- narušený (jakým způsobem) .....
- léky na spání .....

**8. Bolest:**

- akutní
- chronická
- charakter:  palčivá / bodavá / tepavá / vystřelující svíravá / tlaková
- stálá
- občasná (kdy) .....
- lokalizace: .....
- intenzita (1 - 10) .....

**9. Stav pokožky:**

- čistý
- špinavý
- zavišvený
- barva kůže:  fyziologická
- bílá
- cyanotická
- ikterická
- hematomy (kde) .....
- otoky (kde) .....
- opruženiny (kde) .....
- petechie .....
- dekubity (kde) .....
- jiné rány (kde) .....

**10. Základní vyšetření sestrou**

- TK: .....
- hmotnost: .....
- puls:  pravidelný
- nepravidelný
- dysrytmie
- normální
- tvrdý
- nitkovitý

Dech: .....

  - dyspnoe
  - inspirační
  - expirační
  - stridor
  - námahová dušnost
  - klidová dušnost
  - noční

Kašel:  dráždivý
- suchý
- vlhký
- expektorace

Chybějící část těla: .....

Svalová ztuhlost: .....

Schopnost edukace  ano
- ne

**11. Farmakoterapie:**

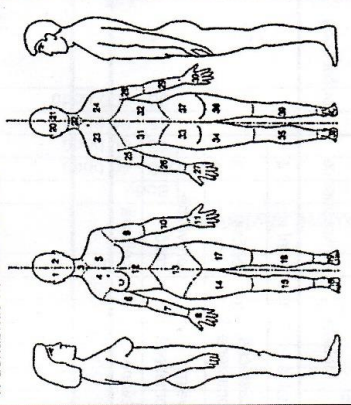
.....

.....

.....

**RÁNA**

- Stupeň:
- I. zčervenání
  - II. tvorba puchýřků
  - III. poškození kůže
  - IV. hluboké poškození tkáně
  - V. dekubitus na kost nektróza



Stupeň rány zakreslit na příslušné místo červene:

**12. Charakteristika rány:**

- dekubitus
- ulcus cruris
- diabetická gangréna
- jiné .....

**Tvar rány:**

- okrouhý
- štěrbinový
- nepravidelný

**Bolest rány:**

- nízká
- střední
- silná
- nesnesitelná

**Velikost rány:**

- délka: .....
- šířka: .....
- hloubka: .....

**Spodina rány:**

- čistá
- epitelizující
- granulojící
- povleklá
- nekrotická

**Sekret rány:**

- serózní
- krvavé serózní
- hnisavý
- zápachající

**Sekrece z rány:**

- profúzní
- střední
- mírná
- žádná

**Okolí rány:**

- klidné
- macerace
- edém
- zánětlivé

**Léčba rány:**

- kompresivní terapie:  ano
- ne
- ve dne
- v noci
- stále



**14. Informace o zdravotním stavu:**  
 klient je plně informován  
 klient je neúplně informován  
 klient není vůbec informován

**15. Sebehodnocení:**  
 zodpovědný  nezodpovědný  vytrvalý  má pevnou vůli  
**Pocity:**  strach  úzkost  zlost  deprese  nervozita  
 stres

**16. Sociální kontakt:**  
 snadno navazuje  obtížně navazuje  nenavazuje (důvod) .....  
 vyhýbá se očnímu kontaktu  
**Řeč:**  srozumitelná  nesrozumitelná  klidná  rychlá  
 pomalá  zadržává  patlá  hlučná  tichá

**17. Sociální prostředí:**  
 rodinný dům  byt  
 osamělý klient  klient s rodinným příslušníkem  široká rodina  
 čistá dostatečně vybavená domácnost  
 zanedbaná domácnost, nedostatečná péče  
 bez základního vybavení služeb (WC, koupelna, teplá voda) .....  
 Reakce rodiny na onemocnění: .....

**Aktivní zapojení rodinných příslušníků na ošetřování klienta:**  
 ano  ne

**Hodnocení stavu kůže - rozšířená stupnice podle Nortonové**

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Součet bodů
úplná 4	< 10 4	norm. 4	žádné 4	dobrý 4	dobrý 4	chodí 4	úplná 4	není 4	
malá 3	< 30 3	alergie 3	DM, tepl. kachexie 3	zhoršen 3	apatický 3	chodí s doprov. 3	částečně omezená 3	občas 3	
částečná 2	< 60 2	vlhká 2	TEN anem. obe 2	špatný 2	zmatený 2	sedáčka vozík 2	velmi omezená 2	převážně moč 2	
žádná 1	> 60 1	suchá 1	karcinom 1	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leží 1	žádná 1	celková 1	

**Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně!**

Datum: ..... Podpis sestry: .....

Klient má u sebe telefonní číslo do kanceláře Domácí péče. Klient je seznámen s rozsahem indukované ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská anamnéza je získána od klienta či rodinného příslušníka.

Datum: ..... Podpis klienta: .....

### Zjištění rizika pádu

Pohyb	Neomezený	0	Smyslové poruchy	Žádné Vizuální, sluchové, smyslový deficit	0 1
	Používá pomůcek	1			
	Potřebuje pomoc k pohybu	2			
	Neschopen přesunu	3			
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0	Mentální status	Nevyžaduje pomoc V anamnéze nykturie/inkontinence Vyžaduje pomoc	0 2 3
	V anamnéze nykturie/inkontinence	1			
	Vyžaduje pomoc	3			
Medikace	Neužívá rizikové léky	0	Věk	18 - 65 65 a výše	0 1
	Užívá léky ze skupiny diuretik, antieliptika, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1			
	antihypertenziv, psychotropní léky				
			Pád v anamnéze		1
			<b>Celkové skóre</b>		
			Hodnocení rizika: 0 - 4 bez rizika 5 - 13 střední riziko 14 - 19 vysoké riziko		

### Barthelův test základních všedních činností (ADL-activity daily living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre:
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
09.	Chůze po rovině	Neprovede	00
		Samostatně nad 50m	15
		S pomocí 50m	10
10.	Chůze po schodech	Na vozíku 50m	05
		Neprovede	00
		Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00

### Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 - 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 - 60 bodů
	Lehká závislost	65 - 95 bodů
	Nezávislý	96 - 100 bodů

Datum: .....

Vypracovala: .....  
(podpis, jmenovka)

## **Příloha G**

### **Vzor ošetrovatelského standardu domácí péče (Lukášková, 2019)**

Název: **Prevence a léčba dekubitů**

Řízená dokumentace: PLATNÁ

Stupeň důvěrnosti: 1

Typ dokumentu: SOP

Označení dokumentu: DP-SOP-S-10

Datum vydání/účinnost: 29.05.2019

Revize: 29.05.2022

Verze: 1

Skartační znak: A

Skartace od zneplatnění: 10 let

Není-li tento dokument opatřen na poslední stránce razítkem a originálním podpisem, jedná se o **Neřízený dokument**.

#### 1. ÚČEL

Tento ošetrovatelský standard stanovuje a sjednocuje ošetrovatelský postup prevence a péče o dekubity, chronické rány v Domácí péči.

#### 2. DEFINICE

Proleženina (dekubitus) je lokalizovaná oblast buněčného poškození (poškození kůže nebo tkáně pod ní) způsobená poruchou mikrocirkulace, a z ní vyplývající hypoxie, vyvolané tlakem. Proleženiny jsou způsobeny nepřerušným tlakem, dochází k hypoxii a následné odúmrti buněk: tření a třecí síla pak působí souběžně.

#### 3. PREVENCE A LÉČBA DEKUBITŮ

##### 3.1 Cíl

Předcházení vzniku dekubitů u rizikových klientů. U klientů s již vzniklým dekubitem zajistit aseptické ošetřování ran vedoucí k hojení.



Cílem je klient, který má čistou, neporušenou pokožku, nemá příznaky nadměrného působení tlaku, nepocítuje bolest.

### 3.2 Kompetence

- všeobecná sestra bakalářka bez odborného dohledu
- všeobecná sestra nebo DIS bez odborného dohledu
- všeobecná sestra se specializací bez odborného dohledu

## 4. KLASIFIKACE DEKUBITŮ

Podle Torrancovy klasifikace rozlišujeme tyto stupně:

1. lehce začervenalá kůže.
2. tvorba puchýřů.
3. porucha integrity kůže.
4. hluboká porucha integrity kůže.
5. tvorba nekróz.

**Dekubitus I. stupně:** zarudnutí kůže/neblednoucí hyperemie-erytém.

Neporušená kůže s lokalizovaným neblednoucím zarudnutím, obvykle nad kostním výčnělkem.

**Dekubitus II. stupně:** částečná ztráta kožního krytu.

Částečná ztráta kožního krytu se projevuje jako mělký vřed s růžovočervenou spodinou bez povlaku. Může se také projevovat jako neporušený nebo prasklý puchýř naplněný serózní tekutinou. Projevuje se jako lesklý nebo suchý mělký vřed bez povlaku či zhmoždění.

**Dekubitus III. stupně:** úplná ztráta kožního krytu.

Na spodině je možné vidět podkožní tuk, ale kosti, šlachy a svaly nejsou odhalené. Hloubka rány se u dekubitu III. stupně liší podle místa výskytu (anatomické lokalizace). Hřbet nosu, ucho, zátylí a kotník nemají podkožní tkáň, dekubitus tedy může být mělký. Naopak v oblastech s velkým množstvím tukové tkáně se mohou tvořit velmi hluboké dekubity. Kost či šlacha nejsou viditelné nebo přímo hmatné.

**Dekubitus IV. stupně:** úplná ztráta kůže a podkoží.

Úplná ztráta tkání s obnaženou kostí, šlachou nebo svalem. Ve spodině rány mohou být přítomny povlak nebo černá krusta. Často jsou přítomná podminování a sinusy.

**Bez určení stupně:** neznámá hloubka rány/vředu.

Úplná ztráta tkáně s povlakem pokrývajícím spodinu rány. Ve spodině rány může být také nekróza/krusta.

Hloubku rány a stupeň dekubitu není možné určit, dokud se neodstraní dostatečné množství povlaku nebo nekrózy, které pokrývají spodinu rány. Při plánování preventivních opatření se nespolehejte pouze na celkové skóre použitého hodnotícího nástroje, ale zaměřte se také na jednotlivé položky škály a další rizikové faktory.

## 5 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK

- tlak (jeho intenzita a doba působení, pokožka a tkáň jsou stlačovány mezi kost a jiný tvrdý povrch)
- tření (např. tření kůže o prostěradlo)
- střižná síla (vzniká kombinací tlaku a tření)
- vlhkost
- mobilita (klient postižený plegií, apatií, poruchou vědomí)
- poruchy CNS
- věk (snížená regenerační schopnost)
- výživa (špatný stav výživy a hydratace velmi ovlivňuje vznik a průběh proleženin)
- tělesná teplota (urychluje metabolismus buněk a tím spotřebu kyslíku)
- souběžná nemoc (narušuje obranyschopnost a regeneraci organismu)

## 6. MÍSTA VZNIKU

Místa, kde vznikají proleženiny, nazýváme predilekční místa.

## 7. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PREVENCI A LÉČBĚ DEKUBITŮ

- všeobecná sestra provede zhodnocení celkového stavu klienta, zhodnocení rizika vzniku dekubitů a nutričního skóre.
- rodině klienta s rizikem vzniku, nebo s již vzniklým dekubitem doporučíme uložit klienta na antidekubitní matraci.

- edukujeme rodinu o polohování klienta v pravidelných intervalech, tento interval lze upravovat dle jeho stavu. Doporučíme používání vhodných pomůcek-polštáře, válce, podložky. Lze využít také polohovací lůžko.
- edukace rodiny-při polohování používat prostěradlo (vyloučení tření kůže a střížné síly).
- hygiena-dbáme na celkovou hygienu klienta, kůži osušíme zlehka, ale dosucha. Pokožku promazáváme, aplikujeme bariérové filmy. Inkontinentní klienti jsou zvláště ohroženi vznikem dekubitů. Při používání inkontinenčních pomůcek je vhodné preventivně používat bariérové krémy nebo pasty.
- edukace rodiny-strava klienta by měla především obsahovat dostatek energie a plnohodnotných bílkovin. Kachexie s nedostatkem bílkovin a vitamínů, stopových prvků zpomaluje proces hojení ran.
- psychika klienta-maximálně využíváme a rozvíjíme soběstačnost klienta, edukace jeho rodiny.
- před zahájením ošetřování provedeme vstupní charakteristiku rány, vhodné je opakované zhodnocení stejnou sestrou po celou dobu léčby.
- konzultace s lékařem klienta, podle ordinace lékaře event. provádí sestra stěr z rány.
- postup léčby podle základního algoritmu ošetřování rány:
  - nekrotická rána-odstranit nekrózu
  - infikovaná rána-vyčistit ránu od infekce
  - čistá rána-podporovat granulaci a epitelizaci
- volíme vhodný materiál k ošetření rány (dle ordinace lékaře).
- ránu ošetřujeme asepticky.
- řádně dokumentujeme stav rány a její ošetření, konzultace s lékařem.
- nepodceňujeme rizikové faktory.
- při ošetřování nezapomínáme na bolest, analgetika dle ordinace lékaře.

## 8. POMŮCKY

- rukavice
- hygienické potřeby
- čisté, suché osobní a ložní prádlo
- antidekubitní matrace a pomůcky
- pomůcky na ošetření dekubitu
- zdravotnická dokumentace

## 9. OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP A DOKUMENTACE

- hygiena rukou
- vlastní ošetření dekubitu dle ordinace lékaře klienta
- zápis do zdravotnické dokumentace

## 10. VYDÁNÍ A REVIZE

- Garant.....
- Zpracoval.....
- Přezkoumal.....
- Schválil.....

## Příloha H

### Leták – domácí péče, určený pro odbornou veřejnost

## Domácí péče Domažlice a pomoc MPSV

(Ministerstvo práce a sociálních věcí)

### Co domácí péče Domažlice nabízí?

- domácí zdravotní péči
- pečovatelskou službu
- osobní asistenci
- domácí hospicovou péči – mobilní hospic
- odlehčovací služby domácí péče
- kompenzační pomůcky

### Kdo hradí zdravotní domácí péči?

- hrazeno z veřejného zdravotního pojištění
- hrazeno přímou platbou klienta (výkony, které jsou nad rámec předepsané péče nebo nepojištění klienti)
- hrazeno sponzorskými dary, granty a z nadací (např. hrazen provoz agentury domácí péče nebo náklady na zdravotní materiál, který je nad rámec registračních listů)

### Jaké jsou možnosti pomoci MPSV?

- **příspěvek na péči** pro osoby závislé na péči z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu
- **změna výše příspěvku na péči** pro osoby, které pobírají příspěvek na péči a změnil se jim zdravotní stav)
- **zvýšení příspěvku na péči** pro nízkopříjmové rodiny pobírající příspěvek na péči
- **přiznání průkazu OZP** pro osoby se zdravotním postižením
- **změna průkazu OZP**
- **příspěvek na mobilitu** pro osoby se zdravotním postižením – pohyblivost, orientace
- **příspěvek na zvláštní pomůcku** pro osoby se zdravotním postižením – tělesné, sluchové, zrakové, s těžkou nebo hlubokou mentální retardací

Zdroj: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)



**Adresa:** Domácí péče Domažlice s.r.o.  
U Nemocnice 148  
344 01 Domažlice

**Kontakt:** Tel: +420 379 725 085, +420 379 725 087

Bc. Michaela Hadačová

E-mail: [info@pece-doma.cz](mailto:info@pece-doma.cz)

## Odlehčovací služby domácí péče

- terénní, ambulantní nebo pobytové služby
- cílem této služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek a přenést péči na spolehlivého poskytovatele (např. domácí péči)
- služby jsou hrazené klientem nebo jeho rodinou

## Kompenzační pomůcky:

- elektrické polohovací lůžko, mechanický vozík, chodítka, toaletní židle, sedáky do koupelny, francouzské hole, stolek na jídlo a další
- agentury domácí péče zapůjčují kompenzační pomůcky za poplatek

## Jak může pomoci MPSV?

- Příspěvek na péči
- Příznání průkazu OZP (osoba se zdravotním postižením)
- Příspěvek na mobilitu
- Příspěvek na zvláštní pomůcku

Žádost o příspěvek se podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce v místě trvalého bydliště.

Tato brožura vznikla jako informační materiál v rámci diplomové práce Bc. Michaely Hadačové.

Zdroj: [www.pece-doma.cz](http://www.pece-doma.cz), [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)

# Domácí péče



## Informace o domácí péči

# Obsah

Domácí zdravotní péče	s. 1
Druhy ošetrovatelských výkonů domácí zdravotní péče	s.2
Pečovatelská služba	s. 3
Osobní asistence	s. 4
Domácí hospicová péče – mobilní hospic	s. 5
Odlehčovací služby domácí péče	s. 6
Kompenzační pomůcky	s. 6
MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí)	s. 6

# Domácí péče

## Domácí hospicová péče – mobilní hospic

- péče je poskytována v domácím prostředí klienta
- trpícímu nevyléčitelnou nemocí v jejím terminálním stádiu
- poskytuje nemocnému léčbu zmírňující fyzické a psychické projevy nemoci
- je tvořena týmem pracovníků (lékař, všeobecná sestra, sociální pracovník, pečovatelka, v případě potřeby psycholog a duchovní)
- podmínkou pro přijetí je informovaný souhlas klienta a zajištění celodenní péče rodinou
- o přijetí do mobilního hospice je z důvodu součinnosti informován praktický lékař klienta
- péče je poskytována 24 hod. denně
- poskytuje se nad rámec návštěv domácí péče a na základě aktuálních potřeb klienta
- hrají se z veřejného zdravotního pojištění



# Domácí péče

## Osobní asistence

- terénní služba
- poskytuje se osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby
- asistent pomáhá při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomáhá při zajištění stravy a chodu domácnosti, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím (doprovod k lékárně, do školy a zaměstnání, na zájmové a volnočasové aktivity, do institucí veřejných služeb)
- hrazeno přímou platbou klienta, rodinou nebo pomocí příspěvku na péči poskytnutého MPSV

# Domácí péče

## Domácí zdravotní péče

- poskytuje se všem bez omezení věku, od novorozenců až po pacienty v terminálním stádiu života v jejich domácím prostředí kvalifikovaným zdravotnickým personálem
- doporučuje ji ošetrující lékař v nemocnici na dobu 14 dní nebo praktický lékař na neomezenou dobu
- maximální rozsah služeb je 3 hodiny denně v rozmezí 24 hodin, 7 dní v týdnu, u klientů v terminálním stavu svého onemocnění rozhodne o rozsahu lékař
- je hrazena z veřejného zdravotního pojištění klienta nebo přímou platbou klienta. (výkony nad rámec předepsané péče nebo nepojištění klienti)



## Druhy ošetrovateľských výkonů domáci zdravotní péče:

- sledování fyziologických funkcí a celkového stavu klienta
- odběry a orientační vyšetření biologického materiálu
- prevence a ošetření kožních defektů, ran
- aplikace inhalační a léčebné terapie
- podávání infuzí
- poučení klienta o sebeobsluze a udržení soběstačnosti
- poučení klienta o stravování a pitném režimu
- péče o diabetiky, nácvik podávání inzulínu
- ošetrovateľská rehabilitace (kondiční a dechová cvičení)
- péče o permanentní katétry, stomie
- cévkování žen a mužů
- záchvát rodinných příslušníků ke zvládnutí jednoduchých ošetrovateľských intervencí

## Domáci péče Pečovateľská služba

- terénní nebo ambulantní služba
- poskytuje se osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění, zdravotního postižení a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje péči jiné fyzické osoby
- pomáhá zvládat běžné úkony péče o vlastní osobu, při zajištění stravy a chodu domácnosti, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím (doprovod k lékaři a do institucí veřejných služeb)
- rozsah činností se řídí individuálními potřebami klienta
- hrazeno přímou platbou klienta, rodinou nebo pomocí příspěvku na péči poskytnutého MPSV