



**UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Lucie Svobodová

Informovanost pacientů s omezenou soběstačností o možnostech domácí péče

Awareness among patients with limited self-sufficiency about the possibilities of home care

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Lukášová Jeřábková

Praha, 2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30. 04. 2018.

LUCIE SVOBODOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

SVOBODOVÁ, Lucie. Informovanost pacientů s omezenou soběstačností o možnostech domácí péče. [Awareness among patients with limited self-sufficiency about the possibilities of home care]. Praha, 2018. 60 s., 4 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Lukášová Jeřábková, Lenka.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou domácí péče. V současné době dochází v České republice ke stárnutí celé populace, díky tomu se navyšuje počet osob se sníženou soběstačností. Tito jedinci často vyhledávají pomoc služeb domácí péče, proto je důležité, aby znali možnosti, které jim tato služba může poskytnout.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit informovanost pacientů s omezenou soběstačností o možnostech domácí péče. V souladu s tématem bakalářské práce a stanoveným cílem jsem definovala následující hypotézy:

- Hypotéza H1: Domnívám se, že více než 50 % respondentů hodnotí svoji informovanost o možnostech domácí péče jako nedostatečnou.
- Hypotéza H2: Předpokládám, že více než 50 % respondentů neví, kdo je kompetentní domácí péči indikovat.
- Hypotéza H3: Myslím si, že více než polovina respondentů není informována o možnosti hrazení některých služeb domácí péče zdravotní pojišťovnou.

Pro bakalářskou práci byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Potřebná data jsem získala pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. S každým respondentem jsem dotazník vyplnila osobně. Respondenty tvořili pacienti z interních oddělení a léčeben dlouhodobě nemocných z nejmenovaných pražských nemocnic. Při výzkumu byly dodrženy všechny etické aspekty.

Analýzou výzkumného šetření jsem zjistila, že více než 50 % respondentů hodnotí svoji informovanost o možnostech domácí péče jako nedostatečnou. Z výsledků vyplývá, že více než polovina respondentů neví, že zdravotní pojišťovna přispívá na hrazení některých služeb domácí péče. Pozitivním zjištěním je, že 60 % respondentů ví o možnosti předepsání služeb zdravotní domácí péče ošetřujícím nebo praktickým lékařem. Na základě získaných výsledků jsem vytvořila informační leták, který poskytne hospitalizovaným pacientům souhrn informací o možnostech domácí péče.

klíčová slova: Domácí péče, informovanost, omezená soběstačnost, zdravotní péče, primární péče

ABSTRACT

This Bachelor thesis deals with problems of home care. At present, the whole population is aging in the Czech Republic, increasing the number of people with limited self-sufficiency. These individuals often seek help from home care services, so it is important that they know the opportunities that this service can provide.

The main aim of the bachelor thesis is to find out the awareness among patients with limited self-sufficiency about the possibilities of home care. In line with the bachelor thesis topic and goal setting, I defined the following hypotheses:

- Hypothesis H1: I presume that more than 50 % of respondents evaluate their awareness about the possibilities of home care as insufficient.
- Hypothesis H2: I suppose that more than 50 % of respondents do not know who is competent to indicate home care.
- Hypothesis H3: I think that more than half of the respondents are not informed about the possibility of reimbursing some home care services by the health insurance company.

For the bachelor thesis, the method of quantitative research was chosen. I obtained the required data using a non-standardized questionnaire of my own design. I filled out the questionnaire personally with each respondent. Respondents were patients from internal departments and hospices from unnamed Prague hospitals. All ethical aspects have been respected in the research.

By analyzing the research, I found that more than 50 % of respondents assess their awareness about the possibilities of home care as inadequate. The results show that more than half of respondents do not know that the health insurance company contributes to the reimbursement of some home care services. The positive finding is that 60 % of respondents know about the possibility of prescribing health care services by a treating physician or general practitioner. On the basis of the results obtained, I created an information leaflet that will provide hospitalized patients with a summary of information about home care options.

keywords: Home care, awareness, limited self-sufficiency, health care, primary care

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí paní magistře Lence Lukášové Jeřábkové za výborné vedení mé bakalářské práce a za její čas, který mi tím obětovala. Dále za její cenné rady, trpělivost a především lidskost. Také bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumného šetření. Bez jejich pomoci by tato práce nemohla vzniknout.

Obsah

1. Úvod	9
2. Přehled literatury	11
3. Zdravotní péče	12
3.1. Formy zdravotní péče.....	12
3.1.1. Primární zdravotní péče.....	12
3.1.2. Sekundární zdravotní péče	13
3.1.3. Terciární zdravotní péče	13
4. Domácí péče.....	14
4.1. Vymezení pojmu domácí péče	14
4.2. Legislativní rámec domácí péče	14
4.3. Druhy oblastí domácí péče.....	15
4.3.1. Odborná zdravotní péče	15
4.3.2. Sociální péče a pomoc	15
4.3.3. Laická péče	16
4.4. Hlavní cíle domácí péče.....	16
4.5. Formy domácí péče	16
4.5.1. Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)	16
4.5.2. Dlouhodobá domácí péče.....	17
4.5.3. Preventivní domácí péče	17
4.5.4. Domácí hospicová péče	17
4.5.5. Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče)	18
4.6. Výhody a nevýhody domácí péče.....	18
4.7. Financování a indikace domácí péče.....	19
4.8. Faktory ovlivňující rozvoj domácí péče	19
4.9. Význam rodiny pro pacienta v domácí péči	21
4.10. Domácí péče v Evropě.....	22
5. Agentury domácí péče	24
5.1. Práce sestry v domácí péči.....	25
5.2. Nejčastější problematika domácí péče v praxi.....	26
6. Použité metody	28
6.1. Cíle a hypotézy výzkumného šetření.....	28
6.2. Metodika výzkumného šetření	28
6.3. Metodologické zpracování dat.....	29

6.4. Etické aspekty výzkumného šetření.....	29
6.5. Průběh výzkumného šetření	29
6.6. Charakteristika výzkumného vzorku	30
7. Výsledky.....	31
8. Diskuse	50
9. Návrhy pro praxi.....	55
10. Závěr.....	56
11. Seznam použité literatury	57

Seznam zkratk

Seznam grafů

Seznam tabulek

Seznam příloh

1. Úvod

Bakalářská práce se zabývá problematikou informovanosti hospitalizovaných pacientů se sníženou soběstačností o možnostech domácí péče. Toto téma jsem si vybrala, protože mě osobně zajímá, zda pacienti ví o využití možností domácí péče a také si myslím, že vzhledem k demografickým změnám a stárnutí české populace bude poptávka po těchto službách jen narůstat. Výběr tématu domácí péče byl také ovlivněn mou osobní zkušeností, kdy jsem sama hledala možnosti domácí péče pro svého rodinného příslušníka. Při této příležitosti jsem zjistila, že orientace ve službách domácí péče není jednoduchá.

Senioři v současné době utváří nezastupitelnou skupinu v počtu obyvatel České republiky. Podle nejnovějších statistik se počet osob starších 65 let do roku 2050 více než zdvojnásobí a dojde dokonce k zpětinásobení dosavadního počtu obyvatel nad 85 let [3, s. 5].

S růstem počtu osob seniorského věku se navyšuje i počet těch, kteří budou z důvodu svého zhoršeného zdravotního stavu trvale závislí na pomoci rodinných příslušníků nebo institucí poskytujících dlouhodobou sociálně-zdravotní péči [1, s. 2].

Vzhledem k vyšší průměrné délce života, výskytu invalidity a závislosti poptávka po službách dlouhodobé péče roste [2, s. 9]. Poslední trendy jednoznačně ukazují, že seniorská populace dává přednost především poskytování péče ve svých domácnostech, dokud to jejich zdravotní stav dovoluje [1, s. 2].

Světovou zdravotnickou organizací (WHO) je domácí péče definována jako „*jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech*“ [4, s. 79].

Přibližně 220 tisíc rodin v České republice mají v domácnosti alespoň jednoho člena, který by služby domácí péče potřeboval [6, s. 2]. Dle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS) využije služeb domácí péče v průměru 141 934 pacientů, z toho 61 % tvoří ženy a 39 % muži [5].

Na téma domácí péče bylo vypracováno několik studií, ale zdá se mi, že na samotnou informovanost hospitalizovaných pacientů s omezenou soběstačností o možnostech domácí péče jich za posledních deset let bylo zpracováno v České republice minimální množství. Dle mého názoru je informovanost těchto pacientů velmi klíčová, neboť jsou to právě oni, kdo jsou jedni z nejčastějších uživatelů služeb domácí péče.

Hlavním cílem práce je zjistit informovanost pacientů s omezenou soběstačností o možnostech domácí péče. V souladu s tématem bakalářské práce a stanoveným cílem jsem si definovala několik hypotéz, které uvádím v praktické části bakalářské práce.

Na začátku teoretické části jsem definovala zdravotní péči a její formy. Poté jsem blíže specifikovala domácí péči, které věnuji nejdelší pasáž teoretické části své bakalářské práce. V praktické části bakalářské práce se zabývám informovaností pacientů s omezenou soběstačností o možnostech domácí péče.

Přínosem bakalářské práce bude vytvoření informačního letáku, který bude určený především pro pacienty interních oddělení a léčeben dlouhodobě nemocných, kde výzkum probíhal. Informační leták poskytne souhrn informací o možnostech domácí péče.

2. Přehled literatury

Literární zdroje, ze kterých ve své bakalářské práci čerpám, jsou z větší části získané pomocí rešeršní služby Národní lékařské knihovny v Praze (NLK). V září 2017 jsem zadala NLK požadavek na zpracování vícezdrojové rešerše. Zadání jsem časově vymezila na roky 2007-2017. V žádosti jsem uvedla klíčová slova jak v češtině, tak v angličtině (domácí péče, informovanost, omezená soběstačnost, zdravotní péče, primární péče, home care, awareness, limited self-sufficiency, health care, primary care). Rešerše byla zhotovena do týdne a celkem bylo nalezeno 49 českých zdrojů (11 monografií, 38 článků) a 23 cizojazyčných zdrojů. V rešerši z NLK nebyl nalezen žádný podobný kvantitativní výzkum na téma informovanost hospitalizovaných pacientů o možnostech domácí péče. Vzhledem k nenalezení podobného výzkumu v rešerši NLK jsem hledala ještě v repozitáři závěrečných prací Univerzity Karlovy a v podobných vyhledávacích závěrečných prací jiných univerzit. K vyhledávání demografických dat jsem využívala i ÚZIS. Další odborné zdroje jsem hledala v portálu Medvik, který obsahuje katalog NLK.

V celé bakalářské práci je použit citační styl dle normy ISO 690. Pro způsob citování v textu jsem zvolila metodu číselných citací.

3. Zdravotní péče

„Zdravotní péče je péče o ochranu, zachování a navrácení zdraví lidu. Poskytuje se ve zdraví i nemoci, v mateřství i při jiných stavech, které vyžadují zdravotní pomoc“ [7, s. 16]. Do zdravotní péče spadá veškerá ústavní i ambulantní péče, zahrnující závodní preventivní, lékařskou a lázeňskou péči a ošetřujícím lékařem vykonávané lékařské posudkové činnosti [7, s. 16].

Důležitou roli v poslední době hraje především kvalita zdravotní péče. Dle WHO by měl být součástí zdravotnické politiky každé země proces zajišťování kvality zdravotní péče [8, s. 90].

WHO definuje kvalitu zdravotní péče jako:

- minimální riziko pro příjemce zdravotní péče,
- nejvyšší úroveň profesionální dokonalosti,
- účinné použití zdrojů,
- vysokou míru spokojenosti pacienta,
- konečný vliv na vylepšení či udržení zdravotního stavu pacienta [8, s. 90].

Podle definice WHO je tedy kvalita zdravotní péče souhrnem výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených na základě vědeckých poznatků a praxe pomocí potřeb obyvatelstva [8, s. 90].

3.1. Formy zdravotní péče

V České republice se zdravotní péče poskytuje ústavně nebo ambulantně. Rozlišujeme tři základní formy zdravotní péče, a to formu primární, sekundární a terciární (následnou), které jsou poskytovány ve státních a nestátních zdravotnických zařízeních [7, s. 16].

3.1.1. Primární zdravotní péče

Primární zdravotní péče je dle WHO místem prvního kontaktu s lidmi, která nabízí opatření ke zlepšení zdraví v komunitě [9, s. 20]. Zdravotní sestry primární péče mají první kontakt s pacienty, který je častější a těsnější [10, s. 3].

„Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci“ [9, s. 20]. V podstatě jde o soubor činností, které souvisí s prevencí, podporou zdraví, vyšetřováním, ošetřováním, léčením a rehabilitací. Tyto činnosti respektují bio-psycho-sociální potřeby klienta a jsou poskytovány v co nejkratší vzdálenosti od jeho sociálního prostředí [9, s. 20].

Jako základ péče o zdraví celé populace musí být primární péče odborná, kvalitní a všeobecně dostupná. Zahrnuje především tyto oblasti:

- preventivní zdravotní činnost,
- podpora zdraví a program kontroly nemocí,
- efektivní a účelná vyšetřovací a léčebná činnost,
- součinnost s dalšími složkami zdravotní péče [9, s. 20].

Mezi poskytovatele primární zdravotní péče patří praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, stomatologové, ambulantní gynekologové, rodinní lékaři, agentury domácí péče, lékařská služba první pomoci, lékárenská pohotovostní služba, ostatní zdravotničtí pracovníci komunit [11, s. 563-564]. Do primární zdravotní péče se zahrnuje i závodní preventivní zdravotní péče, která je poskytována ve spolupráci se zaměstnavatelem. Slouží především k prevenci a ochraně zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinou formou pracovního poškození zdraví, ale i k prevenci úrazů. [7, s. 17].

Mnohdy se obyvatelé domnívají, že zdraví a lékařská péče spolu úzce souvisí. Podle Kaplana ovlivňuje zdraví několik faktorů. Patří mezi ně například genetické faktory, tělesná zdatnost, chronické nemoci, tělesná konstituce, vlivy stravování a mnohé jiné faktory. Zdravotní péče jako jeden z těchto faktorů může ovlivnit zdraví pouze v malé míře, oproti tomu chování nebo životní styl jedince má na zdraví mnohem vyšší vliv. Proto by měla být primární zdravotní péče zaměřena především na změnu způsobu života [7, s. 17-18].

V jednotlivých zemích se stanovují programy zdraví, které vycházejí z programu WHO. Zaměřují se hlavně na dosažení změny chování v oblastech jako jsou alkoholismus, drogy, tělesná činnost a zdatnost, tabakismus, výživa, duševní zdraví, plánování rodiny, protiprávní a nenásilné chování a výchovné programy na bázi komunit. Ve druhé skupině je potřeba poskytnout pozornost zdravému prostředí, bezpečnosti a zdraví v povolání i v zaměstnání, prevenci úrazů, bezpečnosti potravin a léků a zdravé dutině ústní. Ve třetí, ale neméně důležité skupině jsou vytyčeny nejvýznamnější zdravotní problémy, které ohrožují dnešní populaci. Zahrnují zhoubné nádory, kardiovaskulární choroby, péče o zdraví matky a dítěte, diabetes mellitus, pohlavní choroby, služby klinické prevence, imunizaci a infekční nemoci [7, s. 17-18].

3.1.2. Sekundární zdravotní péče

Sekundární zdravotní péče je zaměřena na poskytování specializované zdravotní péče, a to ve zdravotnických institucích (nemocnice, specializované ambulance v nemocnicích) nebo přímo v terénu pomocí ambulantních specialistů (např. kardiologická ambulance, diabetologická ambulance) [9, s. 20-21].

3.1.3. Terciární zdravotní péče

Terciární zdravotnická péče poskytuje vysoce specializovanou a komplexní zdravotní péči. Patří mezi finančně nejnáročnější péči ve zdravotnickém systému. Do péče na terciární úrovni spadá onkologická péče, transplantační program nebo kardiochirurgie vrozených vad dětí a tak dále [9, s. 21].

4. Domácí péče

V posledních letech je pomocí médií v České republice podporován trend deinstitucionalizace, přemístění péče o seniory z pobytových institucí do domácího prostředí. Mnoho odborníků různých oborů se shoduje, že péče v domácím prostředí je lepší než péče institucionální. Zároveň je domácí péče levnější než pobytová péče v ústavu, tím představuje možnost úspory z veřejných rozpočtů. Je tomu částečně i proto, že část výdajů spojených s domácí péčí hradí ten, kdo o seniora pečuje, tedy jeho rodina [13, s. 155].

Od devadesátých let dvacátého století je domácí péče nezbytnou součástí systému zdravotní i sociální péče v České republice. Počet náročných pacientů ošetřených v domácí péči roste a očekává se, že tento počet se bude zvyšovat. Každý rok je domácí péče poskytována statisícům klientů všech indikačních a diagnostických skupin bez rozdílu věku na základě rozhodnutí ošetřujících lékařů. Ve většině případů se jedná o klienty, kteří by bez pomoci služeb domácí péče byli hospitalizováni [12, s. 150; 15, s. 8].

Domácí péče se zaměřuje na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb lidí v domácím prostředí. Poskytovatele domácí péče můžeme rozdělit na formální a neformální. Největší část formálních poskytovatelů tvoří ošetřující sestry, které poskytují domácí ošetrovatelskou péči. Hlavním cílem je udržet pacienta co nejdéle v původním prostředí a zachovat kvalitu života na co nejvyšší úrovni [14, s. 10].

4.1. Vymezení pojmu domácí péče

„Domácí péči můžeme definovat jako péči poskytovanou člověku v jeho přirozeném sociálním prostředí“ [4, s. 79]. Jedná se o integrovanou formu péče, která se nazývá komplexní domácí péče (KDP) a je jednou ze složek primární péče [4, s. 79].

Česká komplexní domácí péče je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků. Uplatňuje se jak aktivita sester, psychologů, sociálních pracovníků a lékařů, tak i aktivita samotného pacienta a jeho rodinných příslušníků. Základním principem KDP je pomoc k svépomoci. Domácí péče se řídí lidskými právy, etickými i zákonnými normami. Jejím cílem je poskytování humánní péče v domácím prostředí klienta 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Důležité je především dodržení kvality, profesionality, efektivity a odbornosti péče [4, s. 79; 16, s. 8].

4.2. Legislativní rámec domácí péče

Základním právním předpisem je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který byl novelizován dne 01.10.2017 novelou č. 200/2017 Sb. Zákon vymezuje některé pojmy související se sociálními službami, definuje okruh oprávněných osob, které mají právo na příspěvek na péči. Stanovuje podmínky nároku na příspěvek na péči a určuje jejich výši [39].

Mezi další právní předpisy patří zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Tento zákon definuje formy zdravotní péče. Jednou z nich

je zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta, která zahrnuje i domácí péči [40].

4.3. Druhy oblastí domácí péče

V rámci komplexní domácí péče je poskytována domácí péče dle potřeb klienta v různých oblastech, zejména se jedná o zdravotní, sociální a laickou péči [4, s. 80].

4.3.1. Odborná zdravotní péče

První skupinou KDP je odborná zdravotní péče, která je poskytována v domácím prostředí klienta. Její rozsah určuje aktuálně stanovená indikační nebo diagnostická skupina klienta a závisí na předepsání domácí péče ošetřujícím lékařem. Služby domácí zdravotní péče mohou být provozovány pouze kvalifikovaným zdravotnickým personálem a jsou plně hrazeny zdravotní pojišťovnou. Do domácí zdravotní péče můžeme zahrnout ošetrovatelskou, lékařskou, ergoterapeutickou, fyzioterapeutickou a psychoterapeutickou péči. Pomocí odborné zdravotní péče jsou v domácím prostředí klienta vykonávány základní, ale i vysoce specializované výkony. Jedná se především o výkony s charakterem preventivním, edukačním, adaptačním a kurativním [16, s. 8; 17, s. 8].

4.3.2. Sociální péče a pomoc

Druhou oblastí poskytovanou v rámci KDP je sociální péče. Rozsah sociální domácí péče závisí na sociální diagnóze klienta a na jeho domácím prostředí. Sociální diagnózu často stanovují agentury domácí péče podle získaných anamnestických dat. Podle schopnosti adaptace klienta na novou situaci a možnosti pomoci jeho rodinných příslušníků a blízkých je posouzena míra potřeby odborné sociální péče a pomoci [16, s. 8].

Do sociální péče můžeme zařadit pečovatelskou službu, která je klientovi poskytována přímo v jeho domově. Jedná se o ambulantní nebo terénní sociální službu, která se doplňuje s péčí rodiny. Pečovatelská služba je jednou z nejlepších variant pro počátek využívání sociálních služeb, neboť klient se necítí vyloučený ze svého přirozeného prostředí. Pečovatelskou službu využívají nejvíce klienti se sníženou soběstačností kvůli vyššímu věku, zdravotnímu omezení nebo chronické nemoci. V některých případech mohou být klienty pečovatelské služby i rodiny s dětmi, a to především pokud jejich momentální stav vyžaduje pomoc od jiné fyzické osoby [18, s. 22; 19, s. 22].

Mezi základní úkony pečovatelské služby patří pomoc s péčí o vlastní osobu, dopomoc při osobní hygieně, zajištění dovozu nebo donášky stravy, společnost při procházce, doprovod při pochůzkách na úradech, vyzvednutí léků v lékárně, donášky nákupů, pomoc s péčí o domácnost a tak dále [18, s. 22; 19, s. 22].

Všechny úkony pečovatelské služby se provádí v předem stanoveném čase. Cena za hodinu se pohybuje okolo 100 Kč. Pro hrazení činností poskytovaných pečovatelskou službou mohou klienti využívat peníze z příspěvku na péči [19, s. 22].

Do dalších sociálních služeb spadá sociální poradenství a pomoc při hledání řešení sociálních handicapů a krizí [4, s. 80].

4.3.3. Laická péče

Poslední oblastí, kterou zahrnuje KDP je laická péče, která je poskytována laiky. Nejčastěji ji poskytují rodinní příslušníci a osoby blízké. Osamocené osoby, které nemají rodinu, mohou využít služeb laické péče v podobě dobrovolníků. Mezi laickou péčí patří i osobní asistence, doprovod nebo spirituální péče [4, s. 80].

Osobní asistence pomáhá klientovi při běžném životě. Zahrnuje pomoc nejen v domácnosti klienta, ale někdy i při společenských akcích, kde asistent dělá klientovi doprovod. Součástí osobní asistence je i společné trávení volného času klienta. Cena se pohybuje okolo 130 Kč za hodinu. [3, s. 8].

4.4. Hlavní cíle domácí péče

Mezi hlavní cíle domácí péče patří:

- uchovávat a zlepšovat soběstačnost klienta,
- udržovat kvalitu života klienta a jeho rodinných příslušníků,
- zajišťovat klientovi komplexní domácí péči,
- minimalizovat závislost klienta na pomoci druhé osoby,
- zabezpečit psychickou podporu nejen klientovi, ale i jeho rodině,
- poskytovat správný léčebný režim,
- edukovat klienta ohledně odpovědnosti za své zdraví,
- pomoci klientovi a pečujícím členům rodiny dosáhnout pohody v domácím prostředí [4, s. 81].

4.5. Formy domácí péče

Více autorů rozlišuje domácí péči na několik forem. Řadí mezi ně akutní domácí péči (jinak také zvaná domácí hospitalizace), dlouhodobou domácí péči, preventivní domácí péči, domácí hospicovou péči a domácí péči ad hoc (neboli jednorázová domácí péče) [4, s. 81; 14, s. 33].

4.5.1. Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)

Domácí hospitalizace je poskytována pacientům s akutním krátkodobým onemocněním, které nutně nepotřebuje hospitalizaci v nemocnici. Akutní domácí péče může být také alternativní možností hospitalizace. Jedná se o specializovanou péči, která zabezpečuje zdravotnickou pomoc především pacientům v poúrazovém a pooperačním stavu. Mezi nejčastější indikace domácí hospitalizace patří onemocnění gastrointestinálního, urologického, kardiovaskulárního a neurologického systému. Specifickou skupinou pacientů jsou děti, u kterých dochází v domácí hospitalizaci k mnohem rychlejší rekonvalescenci

oproti jiným pacientům vyššího věku. Akutní domácí péče je poskytována v rozmezí dnů až týdnů) [14, s. 33; 20, s. 4].

4.5.2. Dlouhodobá domácí péče

Dlouhodobá domácí péče je určena především pro chronické pacienty. Jejich zdravotní stav vyžaduje poskytování dlouhodobé a pravidelné péče. Tato péče je zabezpečena odborným personálem. Služby dlouhodobé domácí péče využívají například pacienti, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu (CMP), byla jim diagnostikována roztroušená skleróza či mají duševní onemocnění. V této formě domácí péče je obsažena nejen zdravotní péče, ale i sociální péče. Dlouhodobá domácí péče je nejrozšířenější formou domácí péče a je poskytována v řádu měsíců až let [14, s. 33-34; 20, s. 4].

4.5.3. Preventivní domácí péče

Preventivní domácí péče je poskytována pacientům na základě ordinace ošetřujícího lékaře. Lékař indikuje tuto formu domácí péče, pokud je potřeba v pravidelných intervalech preventivně monitorovat zdravotní a duševní stav pacienta. Slouží k zamezení vzniku komplikací u onemocnění pacienta. Do služeb domácí preventivní péče patří pozorování celkového stavu pacienta a měření jeho fyziologických funkcí. Veškeré změny jsou hlášeny ošetřujícímu lékaři [14, s. 34; 20, s. 5].

4.5.4. Domácí hospicová péče

Většina pacientů v dnešní době zemře ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních mimo své přirozené prostředí. Vzhledem k tomu, že přibývá pacientů, kteří si přejí zemřít v domácím prostředí obklopeni rodinou a nejbližšími, vznikla domácí hospicová péče [23, s. 30].

Cílovou skupinou domácí hospicové péče jsou pacienti, kterým byla diagnostikována nevléčitelná choroba a jsou v preterminálním nebo terminálním stádiu onemocnění. Často se jedná o onemocnění s velmi rychlou dynamikou [22, s. 7].

V rámci domácí hospicové péče je poskytována paliativní péče. Ta se zaměřuje hlavně na kvalitu života nemocného. Jejím cílem není pacienta vyléčit. Paliativní péče se zaměřuje především na prevenci, zmírnění bolesti a omezení duševního a tělesného strádání. Neméně důležitou složkou paliativní péče je podpora pečujícím, případně pozůstalým. Paliativní péče se snaží umožnit pacientům, aby mohli umírat v domácím prostředí pokojně a důstojným způsobem [21, s. 9].

Domácí hospicová péče je poskytována multidisciplinárním týmem, jehož součástí jsou zdravotní sestry, lékaři, ošetřovatelé, sociální pracovníci, dobrovolníci, pastorační asistenti a psychologové. Velmi důležitou roli v péči o nemocného hraje jeho rodina a blízcí. Celá léčba musí probíhat v souladu s přáními pacienta a jeho souhlasem. [22, s. 7; 23, s. 30].

Tento typ péče není vhodný pro všechny pacienty, protože se vždy počítá s aktivní účastí rodiny. Tomu, aby mohla být domácí hospicová péče poskytována v domácím prostředí pacienta, předchází několik předpokladů:

- je to pacientovo přání, aby se péče uskutečňovala v jeho přirozeném prostředí,
- rodina je ochotna se na péči podílet, tento předpoklad ovlivňuje několik faktorů, patří mezi ně fungující rodinné vztahy, motivace pečujících, vhodné podmínky domácnosti pro péči a finanční poměry rodiny,
- spolupráce praktického lékaře, který celou péči koordinuje, zajišťuje předepisování ošetrovatelského materiálu a léků, léčbu symptomů, indikaci domácí péče a řeší akutní situace, které mohou při péči doma nastat,
- celá rodina je obeznámena se situací, že se jedná o nevléčitelné onemocnění,
- je stanoven plán péče a postupů při akutních situacích, s rodinou se předem domluví určitý postup při krizových situacích, který zahrnuje pokyny, kam pacienta převést při zhoršeném stavu, komu volat a jak postupovat po smrti pacienta [23, s. 31].

Domácí hospicovou péči nevyužívají jen dospělí pacienti, ale i děti s nevléčitelným onemocněním. Pro pacienty dětského věku je bohužel na většině území České republiky (ČR) tato péče stále nedostupná. Tuto formu péče pro děti poskytují v ČR pouze čtyři organizace (stav k roku 2016). V Praze je nabízena pediatriká hospicová péče v domácnostech mobilním hospicem s názvem Cesta domů [24, s. 1].

4.5.5. Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče)

Tato forma domácí péče je využívána v mimořádných situacích, kdy je potřeba provést jednorázový výkon zdravotní sestrou z ordinace praktického lékaře. Nejčastějším důvodem je omezení ordinačních hodin praktického lékaře [4, s. 81].

4.6. Výhody a nevýhody domácí péče

Domácí péče má mnoho výhod, patří mezi ně:

- domácí prostředí – péče je poskytována v přirozeném prostředí, jedná se buď o domov, kde pacient přímo žije anebo o domácnost rodiny, která o něj pečuje,
- úspornost – díky domácí péči dochází ke snižování nákladů a zkrácení pobytu pacienta v nemocnici,
- komplexnost – péče o pacienta je komplexní, zahrnuje ošetrovatelské, rehabilitační, léčebné, konzultační, sociální a psychoterapeutické činnosti,
- umožňuje rodině aktivně se zapojit do péče,
- podpora zdraví – součástí domácí péče je i prevence,
- dlouhodobá péče – délka péče se podřizuje potřebám pacienta a jeho rodiny,
- přizpůsobivost péče – dle Jeřábka se péče v domácím prostředí flexibilně mění podle potřeb konkrétního jedince,
- snížení rizika nozokomiálních nákaz [4, s. 80; 13 s. 156; 20, s. 5].

Nevýhodou domácí péče může být samotná domácnost pacienta. Domácí prostředí bývá často velmi nebezpečné a je ho potřeba před zahájením péče trochu upravit. Oproti nemocnicím nemá pacient stálý dohled nad jeho zdravotním stavem. Zdravotní sestry mají v domácí péči omezené prostředky, proto se někdy stává, že při převazu rány použije například nevhodný materiál [25, s. 48].

4.7. Financování a indikace domácí péče

Financování komplexní domácí péče je vícezdrojové. Na financování služeb domácí péče se mohou podílet:

- zdravotní pojišťovny – pouze na základě indikace ošetřujícím nebo praktickým lékařem,
- samotný klient nebo jeho rodina – služby domácí péče hradí formou přímé platby,
- sponzorské dary, nadace
- zdroje obcí [16, s. 8].

Na financování úkonů poskytovaných pečovatelskou službou může klient využít příspěvek na péči. Tento typ příspěvku je klientovi přiznán na základě určení míry omezení jeho soběstačnosti [18, s. 21].

Tabulka 1: Výše příspěvku na péči dle stupně závislosti [26]

Výše příspěvku na péči		
Stupeň závislosti	Mladší 18 let	Starší 18 let
stupeň I (lehká závislost)	3300 Kč	880 Kč
stupeň II (středně těžká závislost)	6600 Kč	4400 Kč
stupeň III (těžká závislost)	9900 Kč	8800 Kč
stupeň IV (úplná závislost)	13 200 Kč	13 200 Kč

Po ukončení hospitalizace má možnost předepsat služby domácí péče ošetřující lékař po dobu 14 dní. Jinak služby domácí péče indikuje praktický lékař, který může rozhodnout o změně, snížení nebo navýšený rozsahu poskytovaných úkonů [19, s. 21].

4.8. Faktory ovlivňující rozvoj domácí péče

Vzrůstající ekonomický tlak

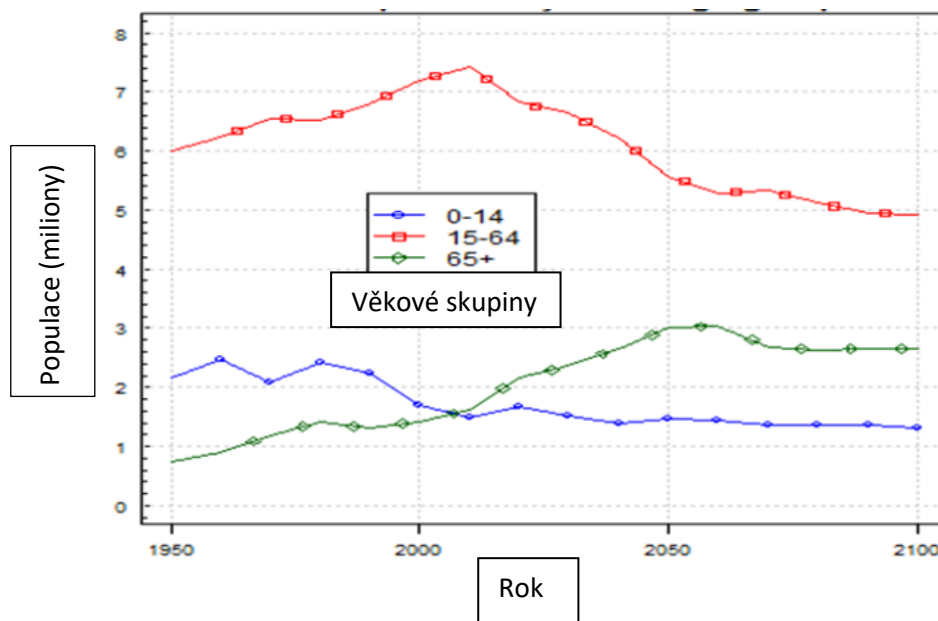
V dnešní době dochází ke zvyšování nákladů spojených se zdravotní péčí v nemocnicích. Hledají se různá alternativní řešení, kde ve zdravotnictví ušetřit. Jedním z možných řešení je deinstitucionalizace neboli přesun pacientů z institucí do jejich domácího prostředí, pokud to jejich zdravotní stav dovoluje. Domácí péče je totiž oproti péči v nemocnici mnohem méně finančně náročná [14, s. 41-42].

Stárnutí populace

Dle dostupných statistických údajů publikovaných na internetových stránkách UNITED NATIONS, které se zabývají dynamikou vývoje procentuálního zastoupení jednotlivých věkových skupin obyvatelstva v rámci populace, je zřejmé, že počet obyvatel ve věku nad 65 let bude do roku 2050 strmě narůstat. Odhaduje se, že v ČR budou v roce 2050 žít zhruba 3 miliony obyvatel starších 65 let. Pro srovnání v roce 2000 žilo v ČR okolo 1,4 milionu obyvatel starších 65 let. V průběhu 50 let můžeme tedy očekávat zdvojnásobení počtu obyvatel starších 65 let [27].

Na tyto skutečnosti poukazuje graf č. 1.

Graf 1: Předpokládaný vývoj obyvatel v ČR s ohledem na jednotlivé věkové skupiny [27].



Změna struktury rolí v rodině

V minulosti bylo zvykem, že rodina zajistila péči o blízkého, který se o sebe z různých důvodů nemohl postarat. V dnešní době je mnohem více rodin, které tuto funkci neplní. Pokud rodina není zapojena do péče o nesoběstačného člena rodiny, jsou možnosti domácí péče omezeny [14, s. 43].

Vzrůstající poptávka po službách domácí péče

Poptávka po službách domácí péče se zvyšuje. Hlavním důvodem je vyšší zájem pacientů setrávat ve svém domácím prostředí ve společnosti rodiny [14, s. 43].

Rozvoj moderních přístrojů a technologií

Díky přístrojům využívaných v domácí péči lze zkrátit dobu hospitalizace. Mezi moderní přístroje používané v domácím prostředí patří odsávačky, ventilátory, dialyzační přístroje, monitory a pumpy, které zabezpečují domácí parenterální výživu, infúzní pumpy, signalizační zařízení, pohotovostní kyslíkový přístroj atd. [14, s. 43-44].

Politické faktory

Zdravotnická politika podporuje rozvoj a poskytování zdravotních služeb domácí péče. [14, s. 44]. Česká republika ve svém zdravotním profilu země z roku 2017 publikovaným na OECD uvádí, že je nezbytné posílit poskytování dlouhodobé péče, aby lidé mohli být více léčeni ve svých domovech. Zároveň zmiňuje potřebu posílit propojení služeb sociální a zdravotní péče [31, s. 16].

4.9. Význam rodiny pro pacienta v domácí péči

Vážné onemocnění ovlivní nejen pacienta, ale i celou jeho rodinu, a to zejména v případech, kdy se jedná o nemoc s trvalými následky. Rodina je klíčovým společníkem při péči o nemocného v jeho domácím prostředí. Zejména proto se doporučuje její zapojení do péče o nemocného s kombinací služeb agentur domácí péče. Téměř vždy dochází v rodině při onemocnění jejího člena ke změnám. Rodina je vystavena nové situaci. Často dochází v rodinách k výměnám rolí rodinných příslušníků a jejich funkcí. Rodina může být také vystavena zvýšenému stresu a finančním problémům [28, s. 46].

Postoj, který rodina zaujme k péči o nemocného v domácím prostředí, ovlivňuje především závažnost onemocnění, jeho prognóza a celková potřeba dlouhodobosti péče. Rodina je schopna poskytovat péči nemocnému krátkodobě, např. v případě fraktury paže. Dlouhodobá péče je pro rodinné příslušníky značně náročnější, jedná se např. o péči u pacienta postiženého inkontinencí, imobilitou nebo intelektovými poruchami. Zapojení rodiny do domácí péče může být ohroženo několika okolnostmi, zejména onemocněním primárně pečujícího člena rodiny. Dále pak finanční nejistotou, neshodami v rodině či nezvládnutelným chováním nemocného [28, s. 47].

Účast rodiny v péči o nemocného v domácím prostředí má dvě nenahraditelné funkce:

1. rodina slouží jako zdroj informací – ty mohou nepřímo působit na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče,
2. rodina se účastní přímé péče – členové rodiny se aktivně podílejí na péči o nemocného [28, s. 48].

Jeřábek ve své studii, která je zaměřena na rodinnou péči o seniory v České republice uvádí, že část rodin pečuje o nemocného společně. V případě zvyšující se náročnosti péče se

navyšuje i počet hodin péče. Díky společné péči rodinných příslušníků se navyšující počet hodin péče rozkládá na více osob a tím je i psychická zátěž jednotlivých pečovatелů nižší [29, s. 263].

Dle zjištěných výsledků kvalitativní výzkumné studie, kterou realizovala Kotrusová s Dobiášovou, se v rodinách, kde se na péči o nemocného podílí více členů rodiny, vyskytuje vždy jeden hlavní pečující. Ten tráví s nemocným nejvíce času a je koordinátorem celé péče. [1, s. 6-7]. Ve studii vydanou Organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) v roce 2011 je uvedeno, že roli hlavního pečovatele zajišťují v rodinách nejčastěji ženy, především manželky, dospělé dcery nebo snachy [30, s. 44].

Výzkumy prokazují, že u hlavního pečovatele, který dlouhodobě pečuje o nemocného člena rodiny, se vyskytuje negativní efekt pečování. Příčinou může být únava a přepracování. Negativní efekt pečování může zapříčinit zhoršení psychického i fyzického zdraví pečovatele. Je tedy nutné zajistit péči nejen nemocnému, ale i jeho pečovatелům [1, s. 3; 28, s. 47].

4.10. Domácí péče v Evropě

Vzhledem k společenskému a demografickému vývoji populace ve většině evropských zemích jsou systémy zdravotní a sociální péče vystaveny rostoucí poptávce po službách domácí péče [32, s. 3].

Odborné služby domácí péče využila v Evropské unii (EU) v roce 2016 pětina domácností, kde žije osoba potřebující pomoc s péčí. Nejvíce služeb domácí péče využily domácnosti v Lucembursku (88%), České republice (58%) a Dánsku (54%). Oproti tomu v Bulharsku (5%) bylo využití těchto služeb nejnižší. V jednočlenných domácnostech bylo v EU zaznamenáno vyšší využití služeb domácí péče oproti domácnostem s dvěma nebo více dospělými. Největší potíže s financováním služeb domácí péče v roce 2016 měly domácnosti na Slovensku, v Řecku a Litvě. Naopak domácnosti ve Finsku, Dánsku a Švédsku měly tyto obtíže nejmenší [33].

Německo

Hlavními poskytovateli péče v Německu jsou rodiny. V roce 2012 využilo 1,76 mil. obyvatel péči v domácím prostředí. V roce 2013 došlo ke změně příspěvku na péči. Změna umožňuje především větší variabilitu jeho využití nebo umožňuje čerpání vyšší částky, např. u pacientů trpících demencí [34, s. 31].

Belgie

Systém domácí péče je v Belgii postaven na třech základních pilířích. První pilíř představují služby poskytované veřejnými nebo soukromými registrovanými subjekty. Mezi služby poskytované těmito organizacemi patří např. domácí práce, dovoz obědů, sociální asistence, koordinace pečovatelských služeb atd. [34, s. 30-31]. Kvalita poskytované péče podléhá přísné kontrole. Pracovníci musí být proškoleni a musí získat zvláštní certifikát. [35, s. 40].

Druhý pilíř je založen na poukázkovém systému. Cílem tohoto opatření mělo být vytvoření nových pracovních míst. Poskytované služby jsou spíše charakteru domácích prací. Poslední pilíř představuje systém, který poskytuje finanční příspěvek na péči. Systém slouží k podpoře uživatelů na úhradu sociální nebo neformální péče v podobě rodinných příslušníků. Výše příspěvku se odvíjí od míry závislosti klienta a jeho finanční situace [34, s. 30-31].

5. Agentury domácí péče

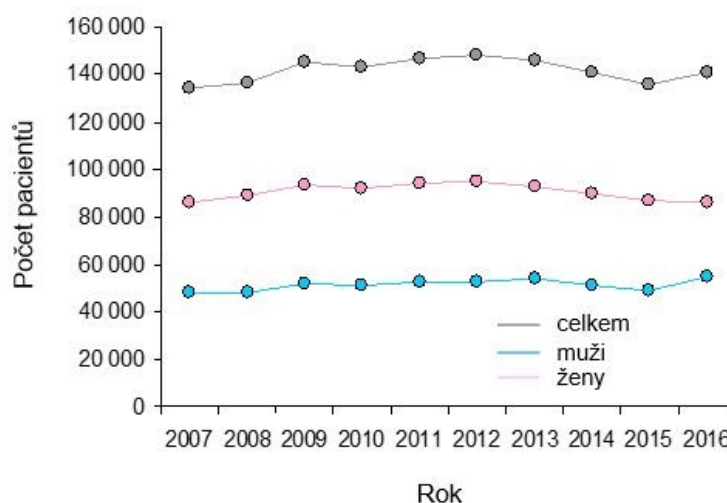
V roce 1993 v ČR byla vybudována Asociace domácí péče České republiky (ADP), její funkcí je kontrola kvality poskytované komplexní domácí péče. ADP sdružuje agentury domácí péče. Členství domácích agentur v ADP je nepovinné. V Praze má sídlo Národní centrum domácí péče [4, s. 83].

Dle ÚZIS využilo v roce 2016 celkem 141 396 pacientů. Z celkového počtu pacientů se jednalo o 54 832 mužů a 86 537 žen. Ve věkovém rozmezí 0–19 let byla poskytnuta domácí péče 621 pacientům. Ošetřených pacientů v domácím prostředí ve věku nad 65 let bylo dohromady 116 223 [5].

Počet návštěv agentur domácí péče se vyšplhal v roce 2016 dle ÚZIS na 6 917 313. Celkem bylo provedeno 12 880 068 výkonů [5].

Data z roku 2017 nebyla ÚZIS zatím zpracována.

Graf 2: Počet pacientů v domácí péči [5]



Agentury domácí péče jsou poskytovatelé zdravotní domácí péče. Zakladatelem agentury domácí péče může být právnická osoba (např. obec, nemocnice, charita, nestátní nezisková organizace) nebo fyzická osoba (zdravotnický pracovník, který má licenci na poskytování služeb domácí péče, např. sestra či lékař) [4, s. 83].

Kontakt s agenturou domácí péče může být zprostředkován:

- sociálním pracovníkem, který zajistí služby domácí péče po propuštění pacienta do domácího prostředí,
- ošetřujícím nebo praktickým lékařem, který indikuje služby domácí péče,
- telefonicky, kdy sám klient nebo jeho rodina se obrátí na služby zabezpečované agenturou domácí péče [4, s. 84].

Personální zajištění agentury domácí péče tvoří multidisciplinární tým. Jedná se o zdravotníky různých oblastí, ale i o laiky v podobě dobrovolníků. Agenturu domácí péče zastřešuje odborný zástupce. Ten by měl mít ukončené kvalifikační vzdělání podle platné legislativy a specializační studium v oboru Komunitní ošetrovatelská péče. Podmínkou pro práci odborného zástupce je odpracování minimálně pěti let ve zdravotnickém zařízení, z toho nejméně dva roky praxe u lůžka. Odborný zástupce agentury domácí péče vykonává buď manažerskou pozici anebo je terénní (mobilní) sestrou [4, s. 84-85].

Mezi další pracovníky agentur domácí péče řadíme:

- specializované sestry,
- sociální pracovníky,
- laiky v podobě dobrovolníků,
- ergoterapeuty,
- fyzioterapeuty [4, s. 85].

Ve skupině dobrovolníků se nejčastěji objevují nezaměstnaní, studenti, lidé v důchodovém věku nebo ženy pečující o děti [4, s. 86].

5.1. Práce sestry v domácí péči

Převážnou část své pracovní doby působí sestra zaměstnaná agenturou domácí péče v terénu. Hlavní náplň práce sestry tvoří návštěvy u klientů, kde provádí indikované výkony. Péči zajišťuje všem klientům bez rozdílu věku, avšak nejčastěji seniorům [17, s. 8].

Zdravotní sestra pracující v domácí péči by kromě požadavku na dokončené adekvátní vzdělání, měla mít hned několik dalších vlastností. Jedná se především o trpělivost, toleranci a empatii. Dále je vhodné, skoro až nutné, mít schopnost samostatného rozhodování, neboť domácí péči poskytuje sestra samostatně bez přítomnosti lékaře a zázemí zdravotnického zařízení. Poskytování domácí péče je často velmi náročné, proto by zdravotní sestra měla být psychicky odolná. V neposlední řadě by měla mít sestra dobrou orientaci v terénu, jelikož za klienty většinou dojíždí autem [17, s. 8; 20, s. 5].

Dle ÚZIS v roce 2016 pracovalo v agenturách domácí péče 1432 všeobecných sester se specializací [5].

Ošetrovatelskou péčí, kterou poskytuje zdravotní sestra v domácí péči, můžeme rozdělit na přímou a nepřímou. Přímou péčí rozumíme aktivity, které sestra uskutečňuje u klienta nebo u jeho rodinných příslušníků. Tyto aktivity jsou zaměřené např. na aplikaci injekcí a léků, ošetřování dekubitů a chronických ran, vyprazdňování a hygienu, hydrataci a výživu, monitorování fyziologických funkcí, vyšetření klienta, odběry biologického materiálu a na edukaci klienta a jeho rodiny, atd. Aktivity spojené převážně s chodem agentury domácí péče zabezpečuje nepřímá péče. Patří mezi ně např. konzultace s ostatními odborníky, koordinace péče, sterilizace a desinfekce použitých nástrojů, plánování následujících aktivit,

administrativní práce, zápis do dokumentace, nákup zdravotnického materiálu, apod. [4, s. 87-88].

Veškeré provedené výkony jsou zapsány do ošetrovatelské dokumentace, která je vedena u každého klienta. Ošetrovatelská dokumentace v agenturách domácí péče není jednotná, ale převážně obsahuje plán ošetrovatelské péče a evidenci o vývoji zdravotního stavu klienta [4, s. 87-88].

Neméně důležitou součástí práce sestry v domácí péči je příprava na návštěvu klienta v jeho domácnosti. Sestra si musí předem sestavit časový harmonogram návštěv dle naléhavosti a dohodnout si s klienty přesný termín a dobu návštěvní služby. Neměla by opomenout seznámení se zdravotnickou dokumentací, kde zjistí, jaké jsou indikace ošetřujícího lékaře nebo s čím se klient léčí. Dále si připraví ošetrovatelskou dokumentaci a všechny nezbytné pomůcky, které bude při návštěvě potřebovat [4, s. 87-89].

Mezi činnosti sestry v domácí péči patří také úprava domácího prostředí pro klienta. Vždy je prioritou zachovat jeho komfort. Sestra může navrhnout úpravy domácnosti, nikoliv je klientovi nebo jeho rodině direktivně nařídit. Mezi úpravy mohou patřit např. pořízení lůžka s kvalitní matrací, zabudování madel v koupelně, používání protiskluzných podrážek, doporučení vhodných kompenzačních pomůcek pro klienta, odstranění volných koberců z důvodu hrozícího pádu, atd. [4, s. 89-90].

Během první návštěvy posoudí sestra zdravotní stav klienta. Na základě získaných poznatků stanoví cíle péče a následné intervence. Při posuzování stavu klienta používá sestra hlavně pozorování, ale i různé měřicí techniky a dotazníky. Zaznamenává všechny objektivní a subjektivní potíže nejen klienta, ale i jeho rodiny. Všechny informace sestra referuje lékaři, který na základě jejího zhodnocení indikuje rozsah zdravotní péče. V případě, kdy dojde ke zlepšení zdravotního stavu klienta a rodina je schopna poskytovat péči sama, může sestra nabídnout ukončení domácí péče. Pokud dojde naopak ke zhoršení zdravotního stavu klienta, který vyžaduje služby domácí péče delší jak 3 hodiny denně, je navržena hospitalizace [4, s. 90].

5.2. Nejčastější problematika domácí péče v praxi

Senioři mají nejvyšší zastoupení v celkovém počtu klientů agentur domácí péče. Služby domácí péče mohou být poskytovány i dětem [20, s. 4].

Mezi nejčastější výkony, které provádějí zdravotní sestry v zdravotní domácí péče patří:

- péče o permanentní katetry,
- péče o stomie,
- péče o chronické a sekundárně se hojící rány,
- aplikace intramuskulární injekcí,
- aplikace subkutánních injekcí,
- monitorování celkového stavu, hydratace a výživy,

- odběr biologického materiálu,
- edukace pacientů s diabetem,
- edukace rodinných příslušníků onkologických a ležících pacientů,
- sledování fyziologických funkcí [17, s. 8].

Zdravotní služby domácí péče využívají nejvíce pacienti z chirurgických oborů [17, s. 8].

V roce 2009 proběhla studie, která se zabývala přípravou a ověřováním elektronické dokumentace, která bude využívána v domácí péči. Elektronická dokumentace bude sloužit pro sběr ošetrovatelských dat a vyhodnocení potřeb klienta a jeho zdravotního stavu. Tyto údaje poslouží pro stanovení ošetrovatelských diagnóz dle mezinárodní taxonomie NANDA-Int. Mezi nejčtenější indikace, které se vyskytovaly u hodnocených klientů v agenturách domácí péče a byly podnětem k jejímu zahájení, patřily nemoci oběhového systému, kůže a podkožního vaziva, dále pak metabolická a endokrinní onemocnění. Sestry v agenturách domácí péče nejčastěji stanovily tyto ošetrovatelské diagnózy taxonomie NANDA-Int.:

- riziko infekce,
- chronická bolest,
- zhoršená pohyblivost,
- riziko pádů,
- deficit péče při oblékání a úpravě zevnějšku,
- riziko deficitu tělesných tekutin,
- porušené myšlenkové pochody,
- riziko porušení kožní integrity,
- deficit sebepečce při koupání a hygieně [36, s. 105-108].

6. Použité metody

6.1. Cíle a hypotézy výzkumného šetření

Hlavní cíl:

- Zjistit informovanost pacientů s omezenou soběstačností o možnostech domácí péče.

Dílčí cíl:

- Vytvořit informační leták, který poskytne souhrn informací o možnostech domácí péče.

V souladu s tématem bakalářské práce a stanoveným cílem jsem definovala následující hypotézy:

- Hypotéza H1: Domnívám se, že více než 50 % respondentů hodnotí svoji informovanost o možnostech domácí péče jako nedostatečnou.
- Hypotéza H2: Předpokládám, že více než 50 % respondentů neví, kdo je kompetentní domácí péči indikovat.
- Hypotéza H3: Myslím si, že více než polovina respondentů není informována o možnosti hrazení některých služeb domácí péče zdravotní pojišťovnou.

6.2. Metodika výzkumného šetření

Pro bakalářskou práci byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Respondenti se výzkumného šetření zúčastnili zcela dobrovolně a byla zachována jejich anonymita. Potřebná data ke splnění cílů a hypotéz jsem získala pomocí dotazníkového šetření. Pro dotazníkové šetření byl vytvořen nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Dotazník (příloha A) obsahoval celkem 17 otázek. V dotazníku bylo celkem 11 otázek uzavřených (otázka číslo 1, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15 a 16) a 6 otázek polouzavřených (otázka číslo 2, 5, 9, 10, 14 a 17). Otázky s číslem 2, 3, 5, 9 a 10 byly výčtové, tj. respondenti měli možnost označit více odpovědí. Na otázky s číslem 2, 5 a 17 odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli ano. Začátek dotazníku byl tvořen úvodním textem, který respondenty obeznámil s účelem výzkumného šetření, anonymitou respondentů, stručným návodem a orientačním časem potřebným pro vyplnění dotazníku.

K hlavnímu cíli se vztahují otázky číslo 3, 4, 5, 10, 16 a 17.

Hypotézu H1 vyhodnotím na základě otázky číslo 8, kdy odpovědi b) (nedostatečnou) a c) (vůbec jsem nebyl dosud informován) považuji za nedostatečnou informovanost respondentů o možnostech domácí péče. V případě, že součet relativních četností u odpovědí b) a c) bude vyšší než 50 %, bude hypotéza H1 potvrzena.

K hypotéze H2 se vztahuje otázka číslo 7, kde je správnou odpovědí varianta c). Pokud součet relativních četností u odpovědí a), b), d) a e) bude vyšší než 50 %, bude hypotéza H2 potvrzena.

K potvrzení či vyvrácení hypotézy H3 mi pomůže otázka číslo 6. Za respondenta, který není informován o možnosti hrazení některých služeb domácí péče zdravotní pojišťovnou považují toho, kdo zvolí v otázce číslo 6 odpovědi a) (ne) nebo c) (nevím). Pokud součet absolutních četností u odpovědí a) a c) bude více než polovina z celkové četnosti všech odpovědí, bude hypotéza H3 potvrzena.

Dotazník obsahoval celkem 5 otázek sociodemografického charakteru (otázky číslo 11, 12, 13, 14 a 15), tyto otázky byly umístěny v závěrečné části dotazníku.

6.3. Metodologické zpracování dat

Zpracování získaných dat proběhlo v programech Microsoft Office Excel 2016 a Microsoft Office Word 2016. Výsledné data byly přeneseny do grafů. Každý graf je doplněn komentářem. Relativní četnost byla vypočítána podle vzorce $F_i (\%) = n_i/N$ (F_i – relativní četnost v %, n_i – absolutní četnost, N – celková četnost). Výsledky relativních četností jsou vždy zaokrouhleny na celá čísla. V případě rozmezí čísel 0-4 byla relativní četnost zaokrouhlena směrem dolů, naopak v rozmezí čísel 5-9 nahoru.

6.4. Etické aspekty výzkumného šetření

V kvantitativním výzkumu byly dodrženy všechny etické aspekty. Při výzkumné činnosti nedošlo k ohrožení zájmu účastníků výzkumu. Respondenti se výzkumného šetření zúčastnili zcela dobrovolně. Byla zachována ochrana jejich osobních údajů a citlivých dat. Zdravotnická zařízení, kde probíhalo výzkumné šetření, vyslovilo souhlas s výzkumem. Vzor žádosti o umožnění dotazníkového šetření je vložen do příloh (Příloha B) a originály žádostí jsou uchované v mém osobním archivu.

6.5. Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno v rozmezí měsíce března 2018, konkrétně ve dvou nejmenovaných pražských nemocnicích. V obou nemocnicích jsem navštívila interní oddělení a léčebnu dlouhodobě nemocných (LDN). Tyto oddělení jsem zvolila na základě mého předpokladu, že na těchto odděleních je větší zastoupení pacientů vyššího věku. Spolupracující zdravotnická zařízení byla oslovena žádostí (vzor žádosti – příloha B) o umožnění dotazníkového šetření. Žádosti jsem do nemocnic donesla osobně, jejich součástí byl i dotazník k nahlédnutí. Od náměstkyn pro ošetrovatelskou péči jsem získala svolení s výzkumným šetřením. Před zahájením výzkumného šetření proběhlo pilotní šetření, kterého se zúčastnilo celkem 7 respondentů. Jednalo se především o členy rodiny a blízké osoby vyššího věku. Cílem pilotního šetření bylo ověření srozumitelnosti otázek v dotazníku. Na základě výsledků tohoto šetření byly provedeny drobné úpravy. Dotazníky z pilotního šetření nebyly zahrnuty do výsledků výzkumného šetření.

Dotazníkové šetření jsem realizovala osobně po předchozí domluvě s vrchní sestrou daného oddělení. S každým respondentem jsem osobně dotazník vyplnila. Pokud respondenti některé z otázek v dotazníku neporozuměli, mohla jsem ji ihned blíže specifikovat. Výzkumný vzorek tvořili pacienti s omezenou soběstačností hospitalizovaní na interních odděleních nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných. Omezenou soběstačnost jsem definovala dle Barthelova testu základních všedních činností. Po příchodu na oddělení jsem vždy zjistila celkový počet hospitalizovaných pacientů. Pacienti, kteří měli v ošetrovatelské dokumentaci výsledek Barthelova testu 95 bodů a méně, byly zařazeny do výzkumného vzorku. Z důvodu osobní realizace dotazníkového šetření je počet respondentů nižší, než by byl například při umístění dotazníku na internetu.

6.6. Charakteristika výzkumného vzorku

Jak již bylo zmíněno výše, výzkumný vzorek tvořili pacienti s omezenou soběstačností hospitalizovaní na interních odděleních nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných ve dvou pražských zdravotnických zařízeních. Pacienti se výzkumného šetření zúčastnili dobrovolně a byla zachována jejich anonymita. Na všech odděleních, kde proběhlo výzkumné šetření, bylo hospitalizováno celkem 109 pacientů. Dohromady 12 pacientů nesplňovalo kritérium Barthelova testu 95 a méně bodů, proto byli z výzkumného šetření vyřazeni. Z celkového počtu 81 pacientů, kteří splňovali podmínky pro výzkum, se 16 pacientů nemohlo zúčastnit výzkumu z různých důvodů. Mezi nejčastější důvody patřila nepřítomnost pacienta na oddělení, který byl na vyšetření. Celkem bylo tedy osloveno 81 respondentů, z nichž 9 účast ve výzkumném šetření odmítlo. Konečný výzkumný vzorek byl tvořen 72 respondenty.

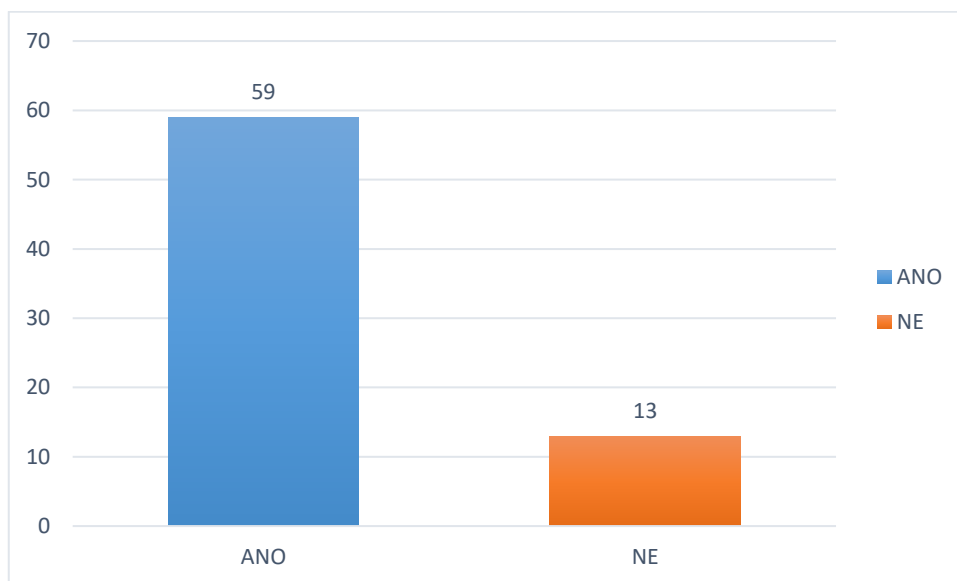
7. Výsledky

Otázka č. 1:

Slyšel/a jste někdy o službách domácí péče?

- a) ANO
- b) NE

Graf 3: Slyšel/a jste někdy o službách domácí péče?



Z celkového počtu 72 respondentů (100%) slyšelo někdy o službách domácí péče celkem 59 dotazovaných (82%). Zbýlých 13 respondentů (18%) uvedlo, že o službách domácí péče neslyšeli.

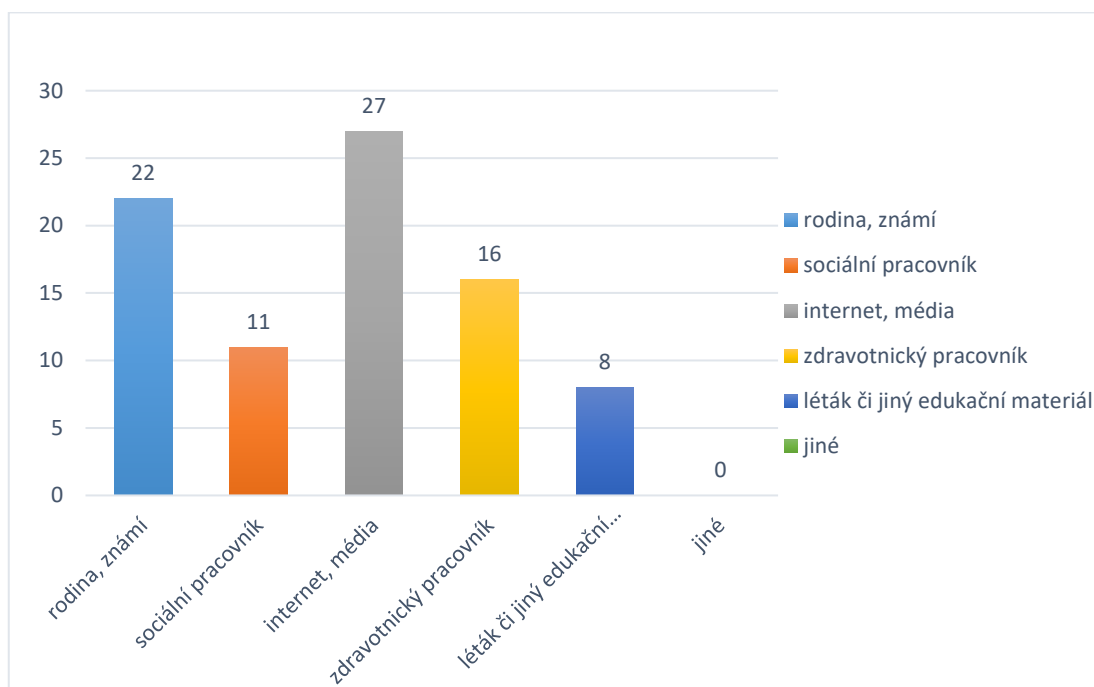
Otázka č. 2:

Pokud odpověď z předchozí otázky byla ano, tak kde jste se dozvěděl/a o službách domácí péče?

(možné označit více odpovědí)

- a) rodina, známí
- b) sociální pracovník
- c) internet, média
- d) zdravotnický pracovník
- e) leták či jiný edukační materiál
- f) jiné (doplňte).....

Graf 4: Pokud odpověď z předchozí otázky byla ano, tak kde jste se dozvěděl/a o službách domácí péče?



V této otázce mohli respondenti označit více správných odpovědí. Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že o službách domácí péče již někdy slyšeli. Z celkového počtu odpovědí 84 (100%) se 22 dotazovaných (26%) dozvědělo o službách domácí péče od rodiny či známých. Z grafu vyplývá, že nejčastějším zdrojem informací o službách domácí péče je internet a média, tuto odpověď zvolilo 27 respondentů (32%). Dalších 16 dotazovaných (19%) zvolilo jako zdroj zdravotnického pracovníka. Sociálního pracovníka zvolilo 11 respondentů (13%) a dalších 8 dotazovaných (10%) uvedlo leták nebo jiný edukační materiál. Možnost f) jiné nezvolil žádný respondent.

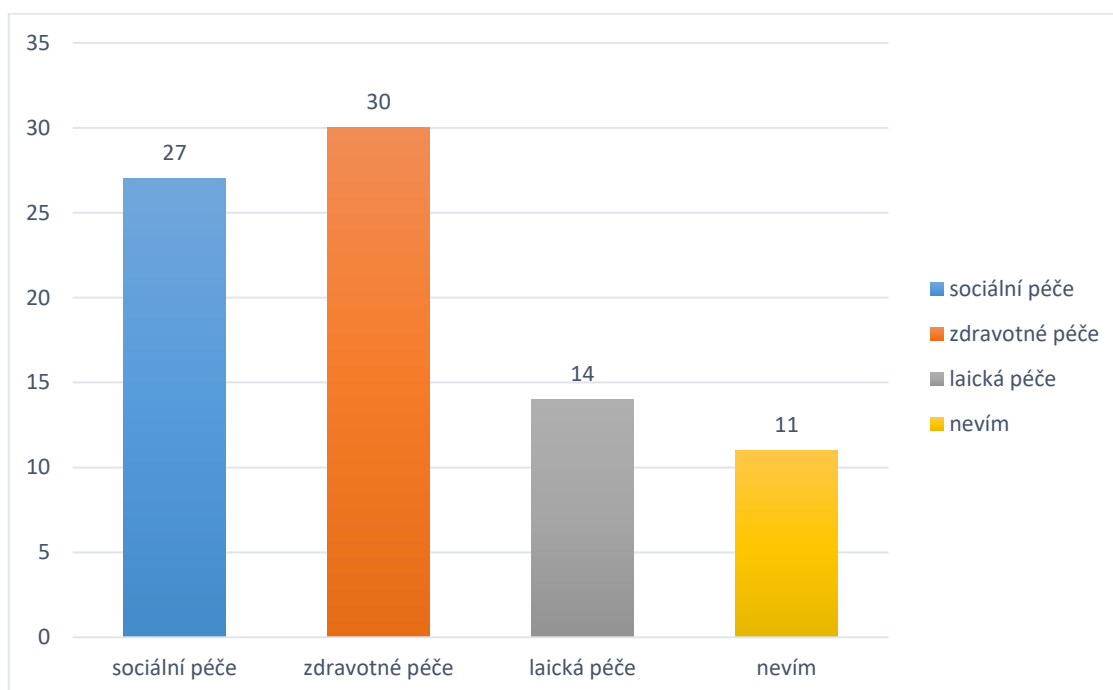
Otázka č. 3:

Jaké druhy služeb byste zařadil/a do domácí péče?

(možné označit více odpovědí)

- a) sociální péči (pečovatelské úkony, sociální poradenství)
- b) zdravotní péči (preventivní, léčebná, ošetrovatelská a rehabilitační péče)
- c) laickou péči (pomoc ze strany rodinných příslušníků či dobrovolníků)
- d) nevím

Graf 5: Jaké druhy služeb byste zařadil/a do domácí péče?



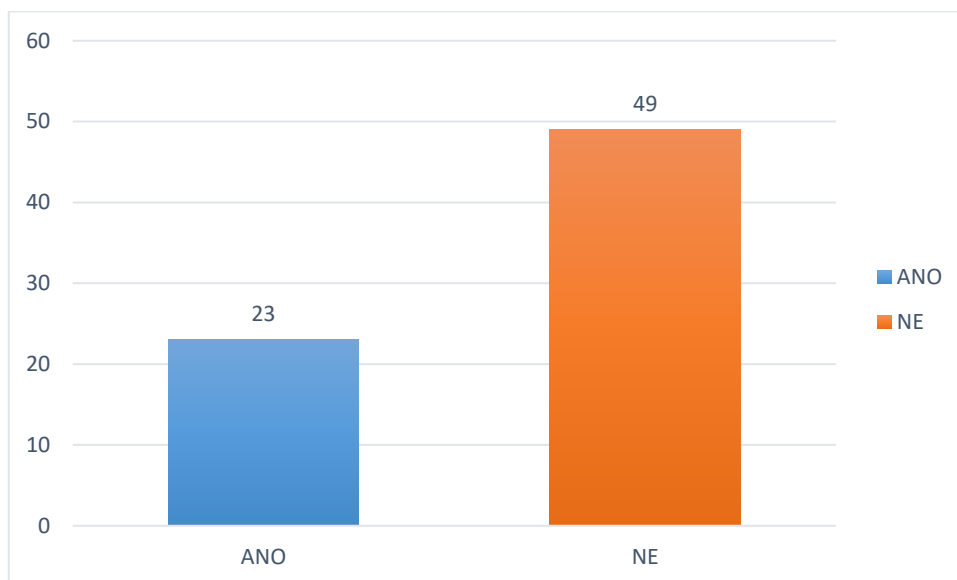
V této otázce mohli respondenti označit více správných odpovědí. Z celkového počtu odpovědí 82 (100%) si 30 oslovených (37%) myslí, že zdravotní péče spadá pod služby domácí péče. Sociální péči označilo dohromady 27 respondentů (33%). Pouze 14 dotazovaných (17%) by do domácí péče zařadilo i laickou péči. Zbýlých 11 oslovených (13%) odpovědělo, že neví.

Otázka č. 4:

Využil/a jste Vy nebo někdo z Vašeho okolí služeb domácí péče?

- a) ANO
- b) NE

Graf 6: Využil/a jste Vy nebo někdo z Vašeho okolí služeb domácí péče?



Na otázku č. 4 odpovídalo celkem 72 respondentů (100%), z nich 23 oslovených (32%) zvolilo odpověď ano. Zbýlých 49 dotazovaných (68%) uvedlo, že nikdy nevyužili služeb domácí péče ani nikdo z jejich okolí.

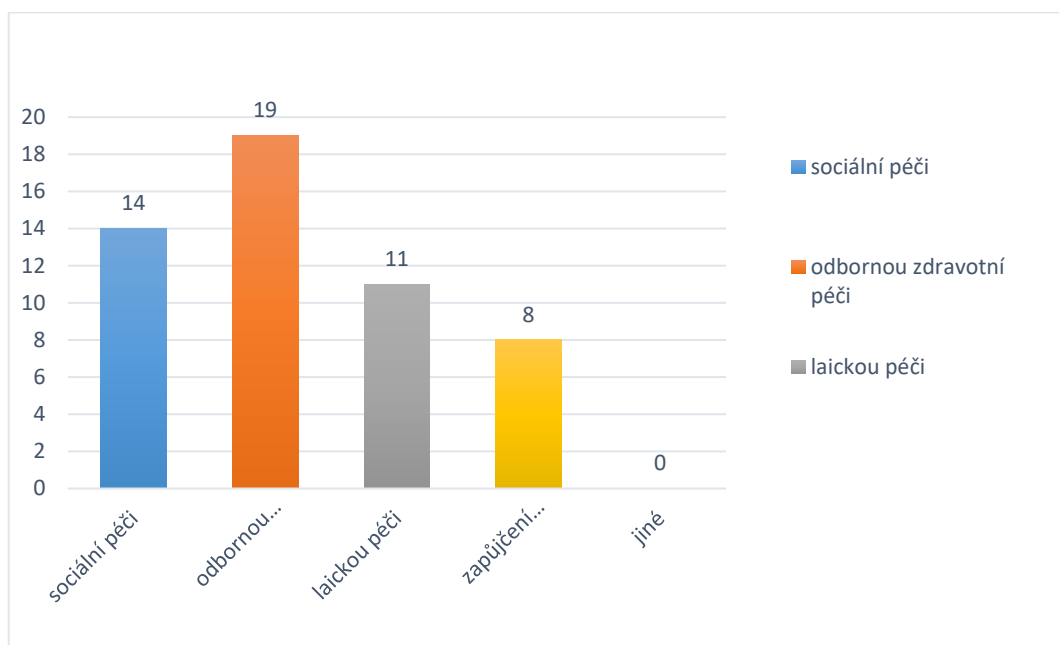
Otázka č. 5:

Pokud odpověď z předchozí otázky byla ano, tak jaké druhy služeb domácí péče jste využil/a Vy nebo Vaše okolí?

(možné označit více odpovědí)

- a) sociální péči (například pečovatelské úkony, sociální poradenství)
- b) odbornou zdravotní domácí péči (preventivní, léčebná, ošetrovatelská, rehabilitační péče)
- c) laickou péči (například péče rodinných příslušníků, osobní asistence)
- d) zapůjčení kompenzačních pomůcek
- e) jiné (doplňte).....

Graf 7: Jaké druhy služeb domácí péče jste využil/a Vy nebo Vaše okolí?



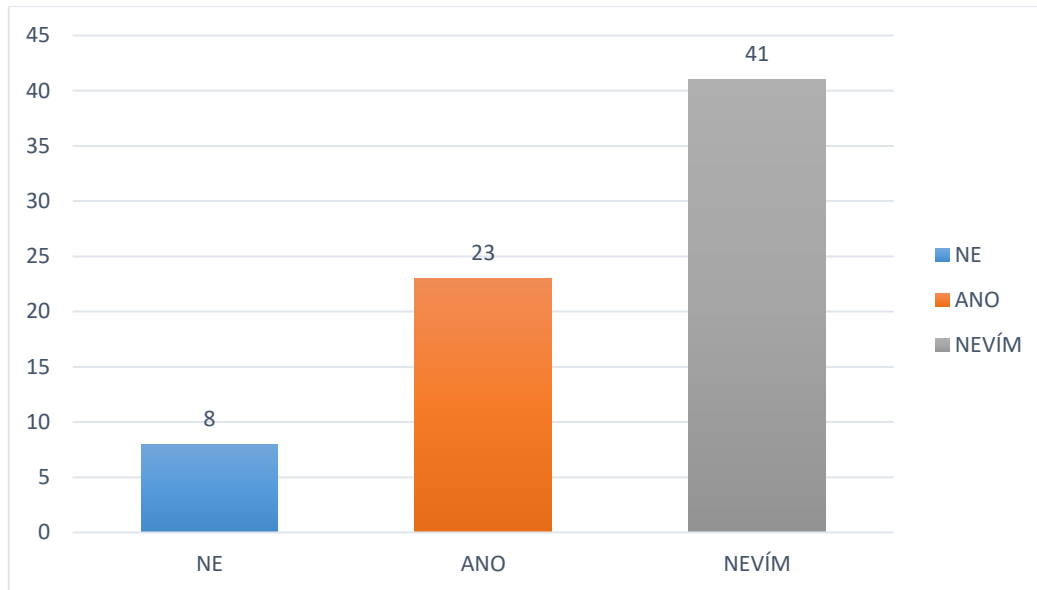
V této otázce mohli respondenti označit více správných možností a odpovídali na ni pouze respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že oni nebo někdo z jejich okolí již někdy využili služeb domácí péče. Z celkového počtu odpovědí 52 (100%) využilo 14 dotazovaných (27%) sociální péči. Odborná zdravotní péče byla poskytnuta 19 osloveným (37%). Laickou péči využilo 11 respondentů (21%). Dohromady 8 respondentů (15%) si zapůjčilo kompenzační pomůcky. Odpověď jiné ne zvolil žádný respondent.

Otázka č. 6:

Myslíte si, že zdravotní pojišťovna přispívá na služby domácí péče?

- a) NE
- b) ANO
- c) NEVÍM

Graf 8: Myslíte si, že zdravotní pojišťovna přispívá na služby domácí péče?



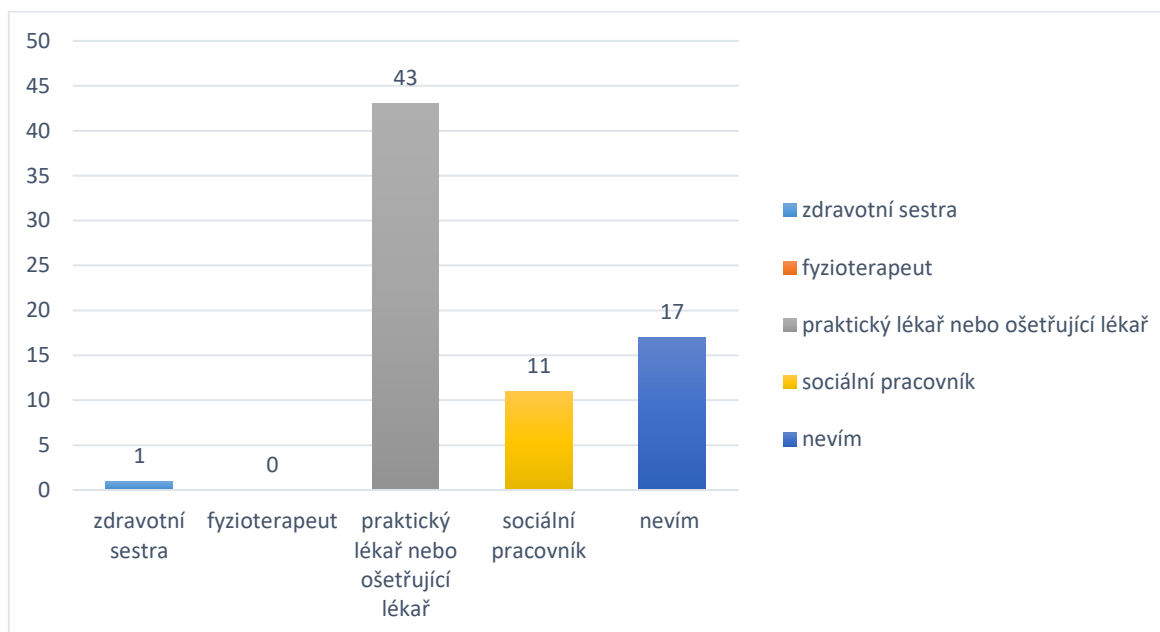
Z celkového počtu respondentů 72 (100%) si 8 dotázaných (11%) myslí, že zdravotní pojišťovna nepřispívá na služby domácí péče. Dohromady 41 respondentů (57%) uvedlo, že neví, zda zdravotní pojišťovna na služby přispívá. Dalších 23 oslovených (32%) se domnívá, že zdravotní pojišťovna na služby domácí péče přispívá.

Otázka č. 7:

Kdo Vám může předepsat služby domácí péče proplácené zdravotní pojišťovnou?

- a) zdravotní sestra
- b) fyzioterapeut
- c) praktický lékař nebo ošetřující lékař
- d) sociální pracovník
- e) nevím

Graf 9: Kdo Vám může předepsat služby domácí péče proplácené zdravotní pojišťovnou?



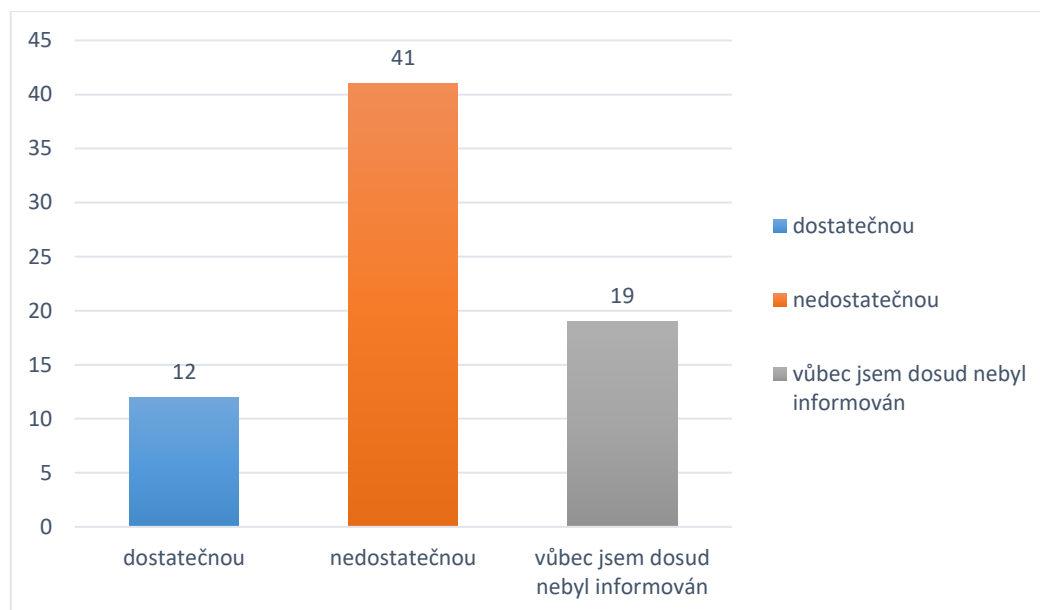
Na otázku č. 7 odpovídalo celkem 72 respondentů (100%). Dle výsledků znázorněných v grafu, vědělo 43 (60%) respondentů, že služby domácí péče může předepsat praktický lékař nebo ošetřující lékař. Odpověď nevím, uvedlo 17 dotázaných (24%). Dalších 11 (15%) respondentů zvolilo variantu sociální pracovník. Možnost zdravotní sestry zvolil pouze jeden dotázaný (1%) a odpověď fyzioterapeut neuvedl nikdo.

Otázka č. 8:

Vaši informovanost o službách domácí péče hodnotíte za:

- a) dostatečnou
- b) nedostatečnou
- c) vůbec jsem dosud nebyl informován

Graf 10: Vaši informovanost o službách domácí péče hodnotíte za:



Na otázku č. 8 odpovědělo dohromady 72 respondentů (100%), z nich 12 dotázaných (17%) hodnotilo svoji informovanost o službách domácí péče jako dostatečnou. Oproti tomu 41 respondentů (57%) posuzovalo svoji informovanost jako nedostatečnou. Zbýlých 19 respondentů (26%) uvedlo, že dosud nebyli vůbec informováni.

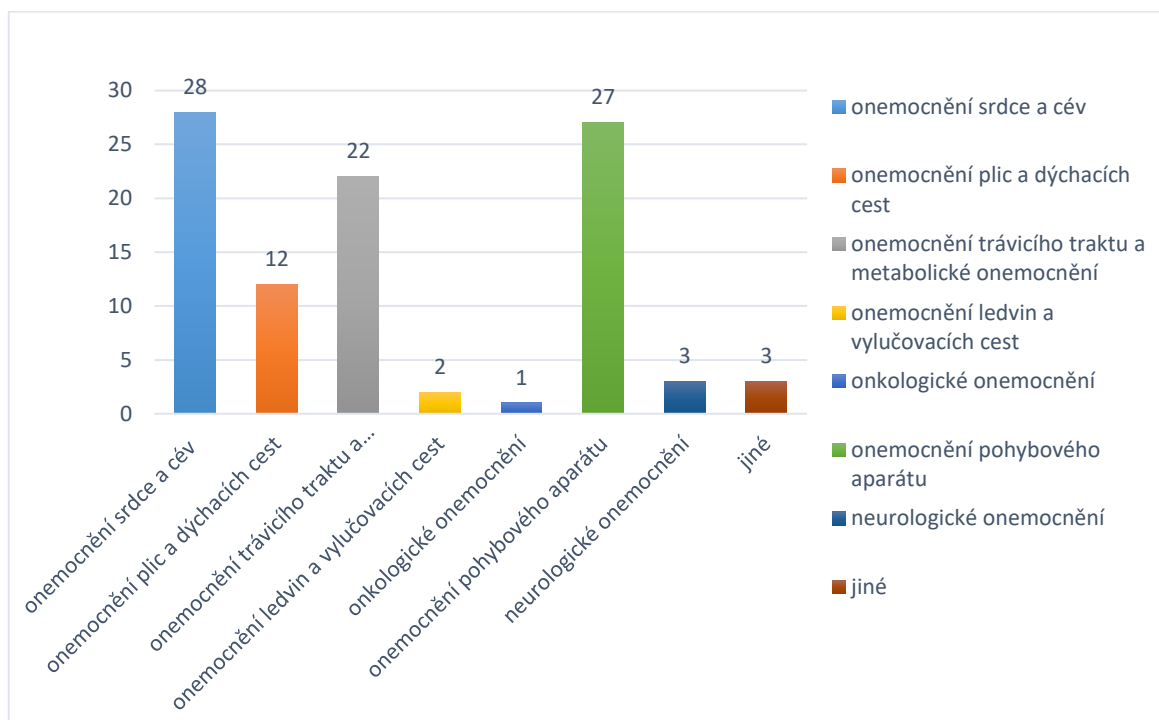
Otázka č. 9:

Do jaké skupiny onemocnění byste zařadil/a důvod Vaší hospitalizace?

(možné označit více odpovědí)

- a) onemocnění srdce a cév
- b) onemocnění plic a dýchacích cest
- c) onemocnění trávicího traktu a metabolické onemocnění (Choroby, při nichž je narušena látková výměna, například cukrovka.)
- d) onemocnění ledvin a vylučovacích cest
- e) onkologické onemocnění
- f) onemocnění pohybového aparátu
- g) neurologické onemocnění
- h) jiné (doplňte).....

Graf 11: Do jaké skupiny onemocnění byste zařadil/a důvod Vaší hospitalizace?



V této otázce mohli respondenti označit více správných možností. Celkový počet odpovědí byl 98 (100%). Nejvíce dotázaných jako důvod své hospitalizace uvedlo onemocnění srdce a cév, a to konkrétně 28 respondentů (29%). Dohromady 27 oslovených (28%) zvolilo onemocnění pohybového aparátu, které bylo druhou nejčastější příčinou hospitalizace. Dalších 22 respondentů (22%) označilo jako odpověď onemocnění trávicího traktu a metabolické onemocnění. Onemocnění plic a dýchacího systému uvedlo 12 respondentů (12%). Celkem 3 dotázaní (3%) zvolili neurologické onemocnění, 2 respondenti (2%) onemocnění ledvin a vylučovacích cest a pouze jeden oslovený (1%) uvedl onkologické

onemocnění. Odpověď jiné vybrali celkem 3 respondenti (3%), dva z nich uvedli kožní onemocnění a poslední respondent popsal problémy se zrakem.

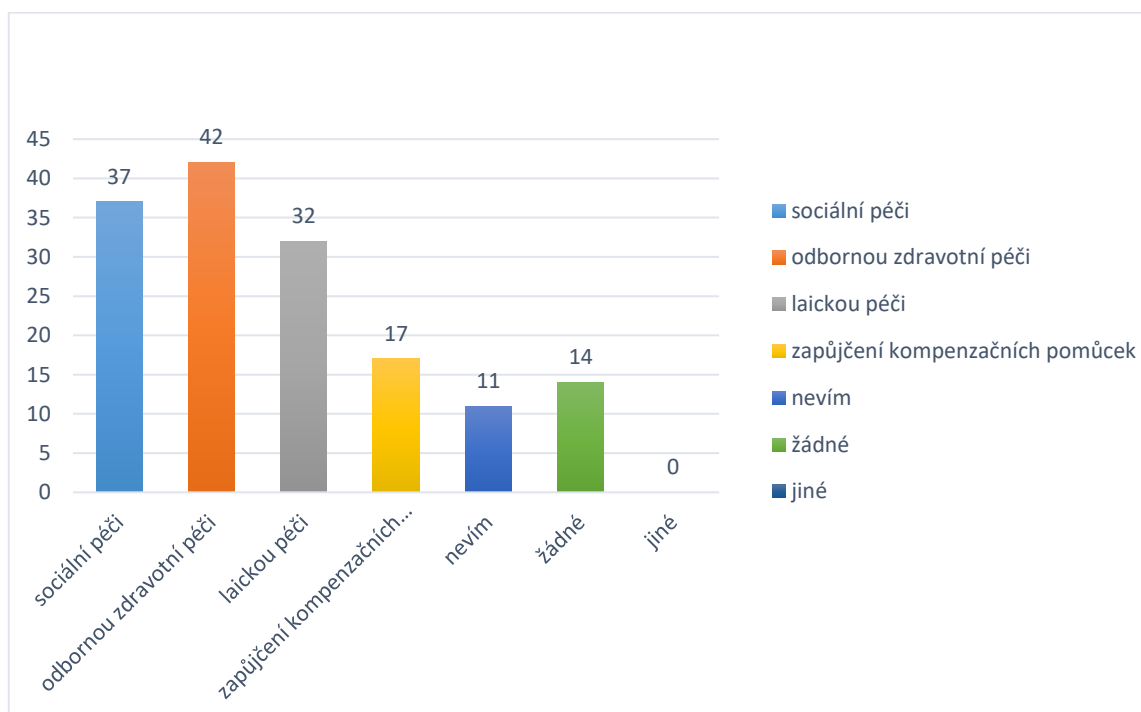
Otázka č. 10:

Jaké služby domácí péče si myslíte, že by byly vhodné využít momentálně vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu?

(možné označit více odpovědí)

- a) sociální péči- služby pečovatelky jako např. péče o osobní hygienu, zajištění stravy, úklid domácnosti, pomoc při oblékání, pochůzky (např. vyzvednutí léků v lékárně, zaplacení složenek na poště), sociální poradenství atd.
- b) odbornou zdravotní domácí péči- např. měření krevního tlaku, aplikace injekcí, podávání infúzí, zácvik pacienta a rodinných příslušníků k samostatnému provádění některých výkonů (např. aplikace podkožních injekcí), rehabilitace, nácvik chůze s berlemi atd.
- c) laickou péči- péče rodinných příslušníků a blízkých, péče dobrovolníků u osob osamocených, doprovod, osobní asistenci atd.
- d) zapůjčení kompenzačních pomůcek – např. chodítka, hole, elektrický/mechanický vozík, sedačku do vany, toaletní křeslo atd.
- e) nevím
- f) žádné
- g) jiné (doplňte).....

Graf 12: Jaké služby domácí péče si myslíte, že by byly vhodné využít momentálně vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu?



V této otázce mohli respondenti označit více správných možností. Z celkového počtu odpovědí 153 (100%) by 42 respondentů (28%) využilo služeb odborné zdravotní domácí

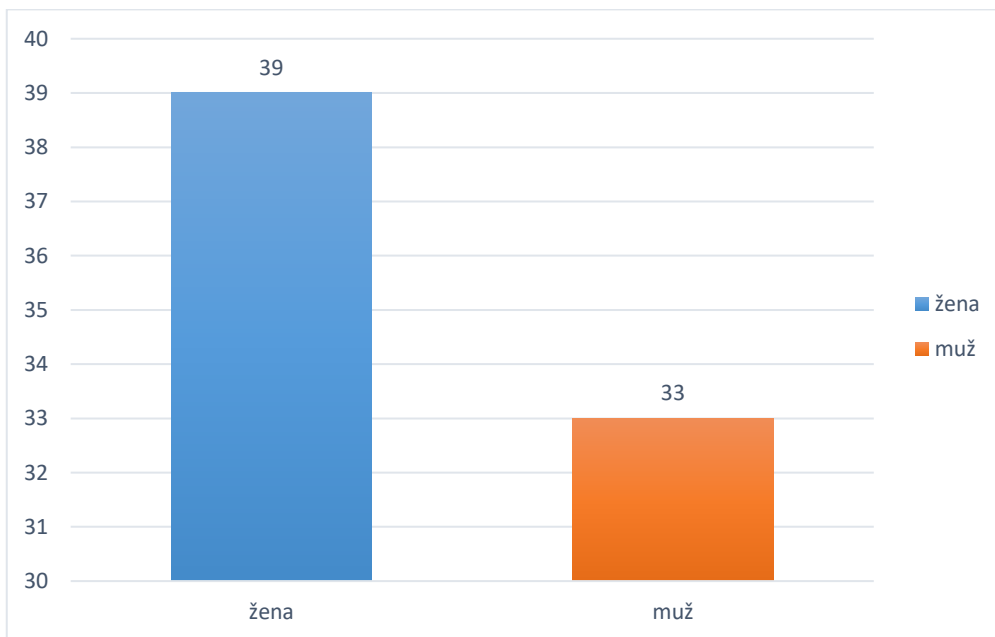
péče vzhledem k jejich momentálnímu zdravotnímu stavu. Dohromady 37 dotazovaných (24%) by volilo pomoc sociální péče. Laickou péči uvedlo celkem 32 respondentů (21%). Dalších 17 (11%) dotazovaných by si zapůjčilo kompenzační pomůcky. 14 respondentů (9%) by nevyužilo žádné služby domácí péče. Odpověď nevím zvolilo 11 (7%) respondentů. Možnost jiné nevedl ani jeden respondent.

Otázka č. 11:

Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

Graf 13: Jaké je Vaše pohlaví?



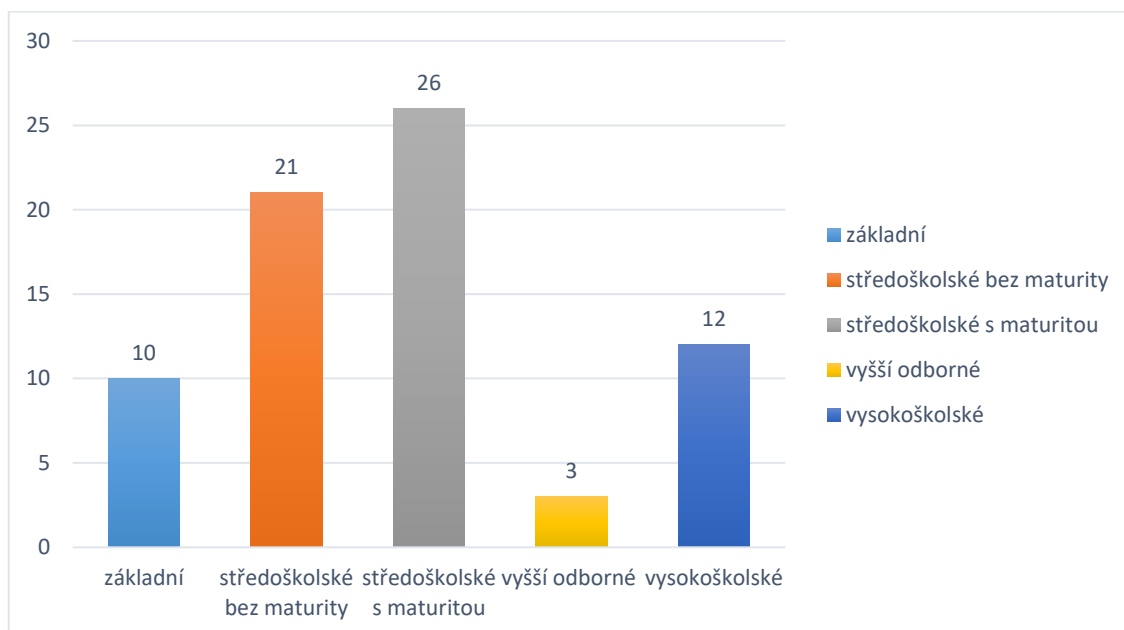
Výzkumný vzorek tvořilo dohromady 72 respondentů (100%). Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 39 žen (54%) a 33 mužů (46%).

Otázka č. 12:

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

Graf 14: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



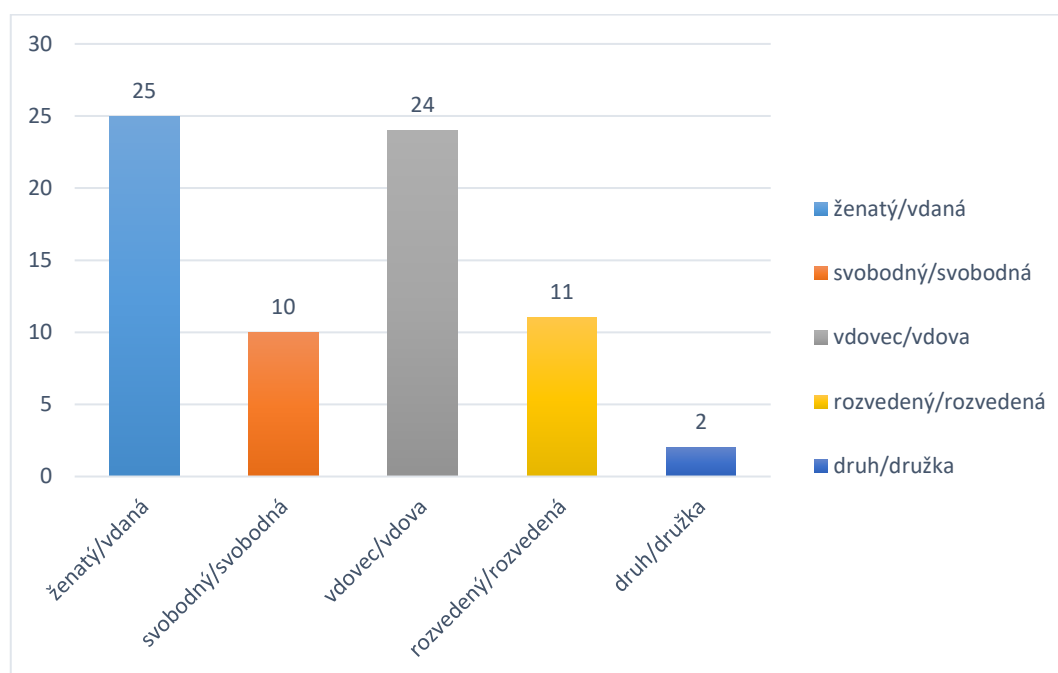
Na otázku č. 12 odpovědělo celkem 72 respondentů (100%), z nich 26 (36%) mělo dokončené vzdělání na střední škole s maturitou. Dohromady 21 respondentů (29%) mělo střední školu bez maturity. Vysokoškolské vzdělání uvedlo 12 dotazovaných (17%). Další 10 účastníků šetření (14%) uvedlo základní školu. Poslední 3 respondenti (4%) označili vyšší odborné vzdělání.

Otázka č. 13:

Jaký je Váš rodinný stav?

- a) ženatý/vdaná
- b) svobodný/svobodná
- c) vdovec/vdova
- d) rozvedený/rozvedená
- e) druh/družka

Graf 15: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



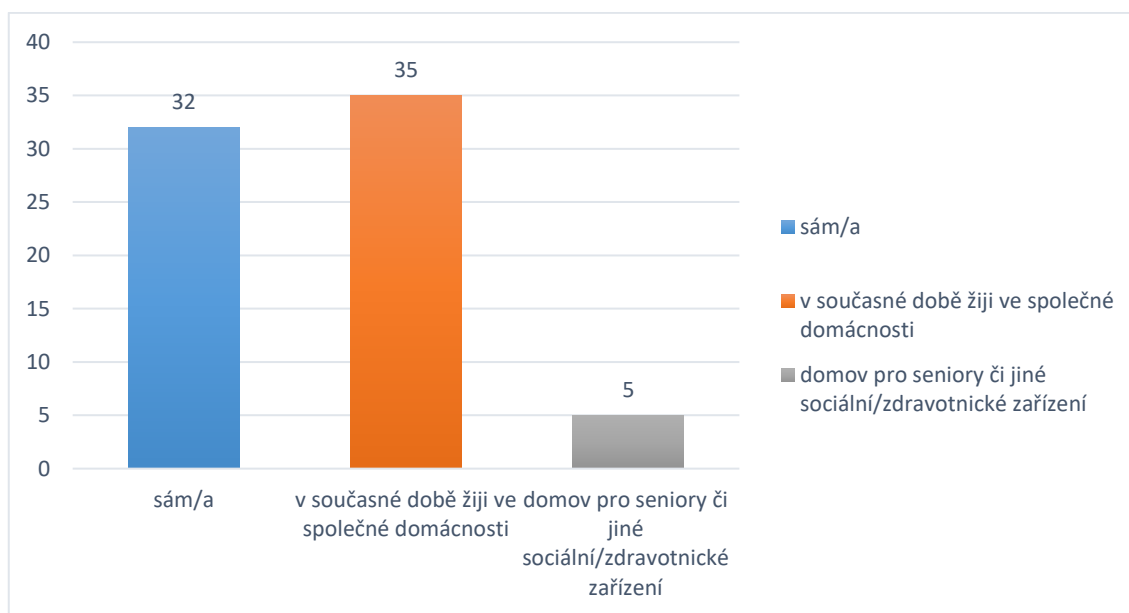
Celkový počet respondentů byl 72 (100%). Dohromady 25 oslovených (35%) uvedlo, že jsou ženatý/vdaný. Odpověď vdovec/vdova zvolilo celkem 24 respondentů (33%). Svobodných bylo 10 dotazovaných (14%) a rozvedených 11 respondentů (15%). Odpověď druh/družka uvedli 2 respondenti (3%).

Otázka č. 14:

S kým momentálně žijete?

- a) sám/a
- b) v současné době žiji ve společné domácnosti
(doplňte).....
- c) domov pro seniory či jiné sociální/zdravotnické zařízení

Graf 16: S kým momentálně žijete?



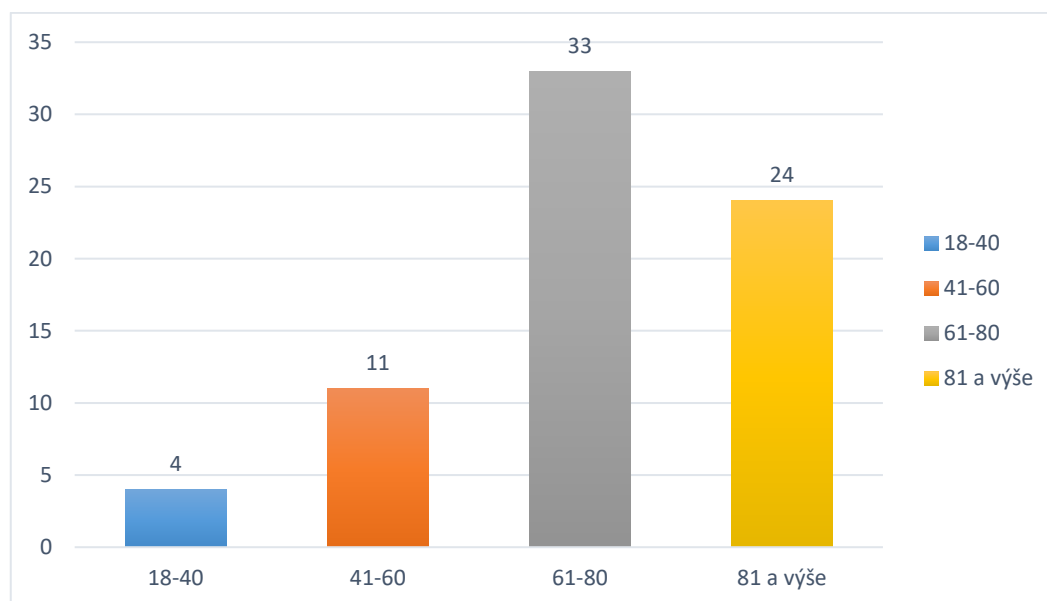
Z celkového počtu 72 respondentů (100%) označilo 35 dotázaných (49%), že v současné době žije ve společné domácnosti. Nejčastěji respondenti uváděli, že žijí společně v manželem/manželkou nebo přítelem/přítelkyní. Dále se ještě vyskytovala varianta společného bydlení s dětmi respondentů. Dohromady 32 respondentů (44%) odpovědělo, že momentálně žijí sami. Zbýlých 5 oslovených (7%) bydlí v domově pro seniory nebo v jiném sociálním/zdravotnickém zařízení.

Otázka č. 15:

Jaký je Váš věk?

- a) 18-40
- b) 41-60
- c) 61-80
- d) 81 a výše

Graf 17: Jaký je Váš věk?



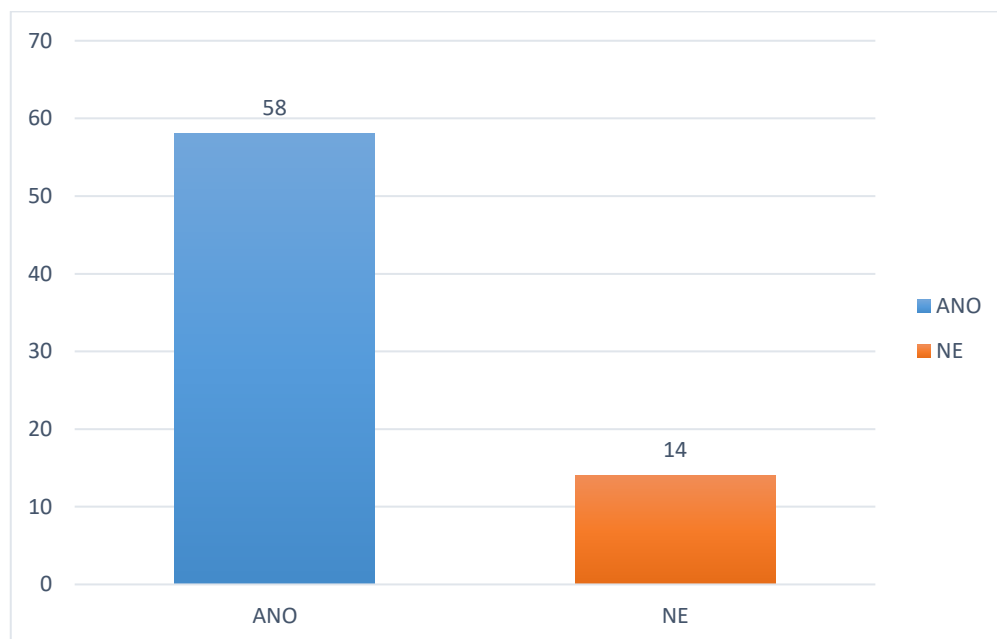
Z celkového počtu 72 respondentů (100%) byli ve věkovém rozmezí 18-40 let pouze 4 respondenti (6%). Věkovou kategorii 41-60 let uvedlo 11 dotázaných (15%). Nejpočetnější skupinu oslovených tvořilo věkové rozmezí 61-80 let, tuto věkovou skupinu reprezentovalo dohromady 33 respondentů (46%). Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 24 respondentů (33%) ve věku 81 let a výše.

Otázka č. 16:

Chtěl/a byste být více informován/a o službách domácí péče a jejích možnostech?

- a) ANO
- b) NE

Graf 18: Chtěl/a byste být více informován/a o službách domácí péče a jejích možnostech?



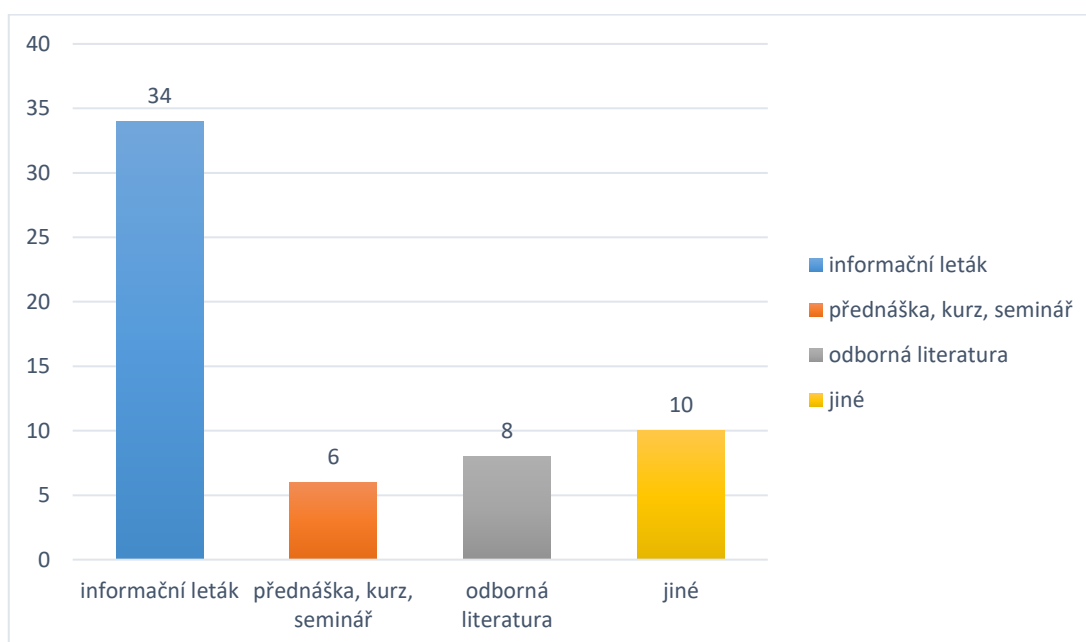
Na otázku č. 16 odpovědělo dohromady 72 respondentů (100%). Pouze 14 dotazovaných (19%) zvolilo variantu NE, ostatních 58 respondentů (81%) by chtělo být více informováno o službách domácí péče a jejích možnostech.

Otázka č. 17:

Pokud byste chtěl/a být více informován/a o službách domácí péče a jejich možnostech, jaký způsob by Vám nejvíce vyhovoval?

- a) informační leták
- b) přednáška, kurz, seminář
- c) odborná literatura
- d) jiné (doplňte).....

Graf 19: Chtěl/a byste být více informován/a o službách domácí péče a jejich možnostech?



Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že by měli zájem být více informováni o službách domácí péče a jejich možnostech. Z celkového počtu 58 respondentů (100%) by 34 dotazovaných (59%) chtělo být informováno formou informačního letáku. Pouze 6 respondentů (10%) zvolilo variantu formou přednášky, kurzu nebo semináře. Podání informací o službách domácí péče pomocí odborné literatury by upřednostňovalo dohromady 8 oslovených (14%). Zbýlých 10 respondentů (17%) uvedlo, že by jim vyhovoval úplně jiný zdroj informací, než bylo uvedeno v předchozích možnostech. Především se jednalo o předání informací pomocí hromadných sdělovacích prostředků (televize, internet, rádio).

8. Diskuse

V této bakalářské práci jsem se věnovala zjištění informovanosti pacientů s omezenou soběstačností o možnostech domácí péče. V diskusi interpretuji výsledky výzkumného šetření ve vztahu k předem stanoveným cílům, hypotézám a stávajícím výzkumům. Bohužel podobných výzkumných šetření na toto téma není mnoho, často se spíše zabírají tématem kvality poskytované domácí péče či spokojeností klientů agentur domácí péče.

Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření. Nestandardizovaný dotazník byl vlastní konstrukce. Respondenty tvořili pacienti s omezenou soběstačností hospitalizovaní na interních odděleních a léčebnách dlouhodobě nemocných dvou pražských zdravotnických zařízení. Dotazníkového šetření se pacienti zúčastnili zcela dobrovolně a byla zachována jejich anonymita. Postup, pomocí kterého jsem vyřadila pacienti, kteří nesplňovali kritéria pro zařazení do výzkumného šetření a získala konečný vzorek respondentů, uvádím v kapitole s názvem Použité metody. Konečný výzkumný vzorek byl 72 respondentů.

V dotazníku bylo celkem šest otázek, které byly zaměřeny na úvodní informace o respondentech. Výzkumný vzorek se skládal z 39 žen (54%) a 33 mužů (46%). Při zmapování vzdělání respondentů tvořili nejpočetnější skupinu pacienti se středoškolským vzděláním, s maturitou dohromady 26 respondentů (36%), bez maturity 21 respondentů (29%). Z výsledků vyplývá, že nejvíce respondentů bylo ve věkové skupině 61-80 let, konkrétně 33 pacientů (46%). Dále pak následuje věková skupina 81 a výše, kterou reprezentovalo 24 respondentů (33%). Na otázku týkající se rodinného stavu odpovědělo 25 respondentů (35%), že jsou ženatý/vdaný. Druhé největší zastoupení měla odpověď vdovec/vdova, kterou označilo 24 respondentů (33%). Tuto skutečnost si vysvětlují vysokým věkem v zastoupení respondentů. Dohromady 35 respondentů (49%) uvedlo, že žijí ve společného domácnosti, především s manželem/manželkou nebo rodinnými příslušníky. Dále 32 respondentů (44%) odpovědělo, že žijí momentálně sami. Mile mě překvapilo, že z tak vysokého počtu respondentů vyššího věku, bydlí pouze 5 pacientů (7%) v domově důchodců nebo v jiném sociálním/zdravotnickém zařízení. Jako nejčastější důvod hospitalizace uváděli respondenti onemocnění srdce a cév či onemocnění pohybového aparátu.

Velmi pozitivně vnímám zjištění, že z celkového počtu 72 respondentů (100%) slyšelo někdy o službách domácí péče 59 dotázaných (82%). Oproti tomu jsem se pozastavila nad výsledkem otázky č. 2, která zjišťuje, kde se pacienti o službách domácí péče dozvěděli. Jako nejčastější zdroj informací respondenti uvedli internet a média, dále pak rodinu a známé. Mezi kategorie s nižším počtem odpovědí patřil zdravotnický nebo sociální pracovník. Toto zjištění mě udivilo, předpokládala jsem vyšší počet odpovědí. Nejméně označenou variantou byl leták nebo jiný edukační materiál.

Hlavní cíl:

Hlavní cílem výzkumu bylo zjistit informovanost pacientů s omezenou soběstačností o možnostech domácí péče. K hlavnímu cíli se vztahují otázky č. 3, 4, 5, 10, 16 a 17.

Otázka č. 3 zjišťuje, jaké druhy služeb by respondenti zařadili do domácí péče. V této otázce měli respondenti možnost uvést více odpovědí. Z celkového počtu 82 odpovědí (100%) dohromady 30 respondentů (37%) by do služeb domácí péče zahrnuje zdravotní péči. Sociální péči uvedlo 27 pacientů (33%). Pouze 14 oslovených (17%) označilo laickou péči a 11 respondentů (13%) neví, které druhy služeb do domácí péče patří. Z výsledků vyplynulo, že si pacienti pod službami domácí péče představují buď pouze zdravotní péči nebo jen sociální péči. Tento výsledek jsem předpokládala.

Z další otázky č. 4. vyplývá, že 23 respondentů (32%) má zkušenost se službami domácí péče. Zbylých 49 pacientů (68%) uvedlo, že nikdy nevyužili služeb domácí péče ani nikdo z jejich okolí. Vzhledem k převážně vyššímu věku respondentů a zjištění z otázky č. 1, že více než polovina respondentů o službách domácí péče někdy slyšela, jsem původně očekávala větší zkušenost pacientů se službami domácí péče. V následující otázce č. 5 odpovídali pouze respondenti, kteří v minulosti využili služeb domácí péče. Pacienti měli v této otázce možnost označit více odpovědí. Nejvíce pacientů má zkušenost s odbornou zdravotní péčí, dále pak se sociální péčí.

U otázky č. 10 jsem se dotazovala pacientů, jaké služby domácí péče si myslí, že by byly vhodné využít k jejich momentálnímu zdravotnímu stavu. V této otázce měli respondenti možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 153 odpovědí (100%) by 42 pacientů (28%) využilo služeb odborné zdravotní péče. Dohromady 37 oslovených (24%) by volilo pomoc v podobě sociální péče. Laickou péči uvedlo 32 respondentů (21%). Další 17 (11%) dotazovaných by si zapůjčilo kompenzační pomůcky. Odpověď nevím, zvolilo 11 respondentů (7%). Pouhých 14 respondentů (9%) by nevyužilo žádných služeb domácí péče. Cílem otázky bylo poskytnout respondentům informace, jaké možnosti služeb domácí péče poskytuje. U každého typu péče jsem se pro lepší pochopení respondentů snažila nastínit alespoň její základní náplň.

V otázce č. 16 odpovídali respondenti, zdali by chtěli být více informováni o službách domácí péče a jejich možnostech. Z celkového počtu 72 respondentů (100%) by valná většina, konkrétně 58 pacientů (81%), měla zájem o informace vztahující se k službám domácí péče. Na tuto otázku navazuje otázka č. 17, která měla za cíl zjistit, jaký způsob podání informací o službách domácí péče a jejich možnostech by respondentům nejvíce vyhovoval. Odpovídali na ni pouze respondenti, kteří uvedli, že o informace mají zájem. Z výsledků vyplynulo, že preferovaným zdrojem informací o službách domácí péče a jejich možnostech je informační leták.

Dílčí cíl:

Dílčím cílem bylo vytvořit informační leták, který poskytne souhrn informací o možnostech domácí péče. Tento cíl byl splněn, vytvořený informační leták je přiložen v příloze C.

Zhodnocení hypotéz:

V souladu s tématem bakalářské práce a stanoveným cílem jsem definovala tři hypotézy. Způsob, jakým jednotlivé hypotézy potvrdím či vyvrátím, zmiňuji v kapitole s názvem Použité metody.

Hypotéza H1: Domnívám se, že více než 50 % respondentů hodnotí svoji informovanost o možnostech domácí péče jako nedostatečnou.

K hypotéze H1 se vztahovala otázka č. 8, která zjišťovala, jak respondenti hodnotí svoji informovanost o službách domácí péče. Dohromady odpovědělo 72 respondentů (100%), z nich 12 dotázaných (17%) hodnotilo svoji informovanost o službách domácí péče jako dostatečnou. Oproti tomu 41 respondentů (57%) posuzovalo svoji informovanost jako nedostatečnou. Zbýlých 19 respondentů (26%) uvedlo, že dosud nebyli vůbec informováni. Dle postupu, který uvádím v podkapitole 6.2. Metodika výzkumného šetření, považuji odpovědi b) nedostatečně a c) vůbec jsem dosud nebyl informován, že respondenti hodnotí svoji informovanost o možnostech domácí péče jako nedostatečnou. Součet relativních četností těchto dvou variant je 83 %. Dohromady tedy 60 respondentů (83%) hodnotí svoji informovanost jako nedostatečnou. Hypotéza H1 byla potvrzena.

Hypotéza H2: Předpokládám, že více než 50 % respondentů neví, kdo je kompetentní domácí péči indikovat.

K hypotéze H2 se vztahovala otázka č. 7, která zkoumala, jestli respondenti vědí, kdo jim může předepsat služby domácí péče proplácené zdravotní pojišťovnou. Z celkového počtu 72 respondentů (100%) odpovědělo správnou variantu - praktický lékař nebo ošetřující lékař dohromady 43 pacientů (60%). Tento výsledek jsem nečekala a vnímám ho velmi pozitivně. Hypotéza H2 se nepotvrdila.

Hypotéza H3: Myslím si, že více než polovina respondentů není informována o možnosti hrazení některých služeb domácí péče zdravotní pojišťovnou.

K hypotéze H3 se vztahovala otázka č. 6, která měla za cíl zjistit, zda si pacienti myslí, že zdravotní pojišťovna přispívá na služby domácí péče. Z celkového počtu respondentů 72 (100%) zvolilo 23 dotázaných (32%) odpověď – ANO neboli si myslí, že zdravotní pojišťovna přispívá na služby domácí péče. Dohromady 8 respondentů (11%) označilo variantu – NE, tudíž si myslí, že zdravotní pojišťovna na služby domácí péče nepřispívá. Dalších 41 oslovených (57%) uvedlo možnost – NEVÍM. Za respondenta, který není informován o možnosti hrazení některých služeb domácí péče zdravotní pojišťovnou považuji toho, kdo zvolil odpověď NE nebo NEVÍM. Součet absolutních četností těchto dvou variant je 49, tedy vyšší než polovina. Hypotéza H3 se potvrdila.

Informovaností o domácí péči se zabývala v roce 2010 i Bc. Svobodová ve své bakalářské práci na téma Home care – odborná zdravotní péče v domácím prostředí. Pro výzkum autorka zvolila kvantitativní metodu pomocí dotazníkového šetření. Konečný vzorek byl tvořen 99 respondenty z laické veřejnosti, jednalo se o občany a hospitalizované pacienty z kraje Vysočina, kde výzkumné šetření probíhalo. Některé otázky z autorčina výzkumného šetření byly podobné jako v mém dotazníkovém šetření. Autorka se tázala respondentů, v jakých formách si myslí, že je domácí péče poskytována veřejnosti. Nejvíce respondentů uvedlo zdravotní péči a sociální péči. Tyto výsledky korespondují se zhodnocením otázky č. 3 v mém dotazníkovém šetření. Dále autorka zjišťovala, zda respondenti již někdy slyšeli o domácí péči. Z mého dotazníkového šetření vyplynulo, že 82 % respondentů někdy o službách domácí péče slyšelo, oproti tomu autorce odpovědělo pouhých 48,48 % respondentů, že o domácí péči někdy slyšelo. S rozdílným zjištěním se také můžeme setkat v otázce, která se zaměřuje na znalost pacientů ohledně předepsání domácí péče lékařem. Z výsledků autorčina dotazníkového šetření vyplývá, že pouhých 23,71 % respondentů ví o poskytování domácí péče na předpis lékaře. V mém dotazníkovém šetření vyšlo, že možnost předepsání některých služeb domácí péče lékařem zná 60 % respondentů. Tento výsledek vnímám velmi pozitivně. Myslím si, že odchýlné výsledky jednotlivých výzkumných šetření se mohou lišit díky rozdílné oblasti, kde výzkum probíhal. Další faktor, který by výsledky mohl ovlivnit, jsou uplynulá léta, které od autorčina výzkumného šetření uběhla. Informovanost o domácí péči se během nich mohla mírně zlepšit [37].

Dále se problematikou informovanosti o domácí péči zabývala v roce 2012 Mgr. Lucie Večeřová ve své diplomové práci s názvem Laická veřejnost a agentury domácí péče. Pro získání potřebných dat autorka zvolila kvantitativní metodu pomocí dotazníkového šetření. Respondenty tvořili jedinci laické veřejnosti ve věkovém rozmezí 45-65 let. Výzkumu se zúčastnilo dohromady 148 respondentů. I když se autorka zaměřuje hlavně na zdravotní domácí péči, některé otázky použité v dotazníkovém šetření jsou obdobné mým otázkám. Nejvíce mě zaujaly výsledky otázky, která zjišťuje, zda by se respondenti chtěli dozvědět více informací o agenturách domácí péče. V této otázce odpovědělo 45,9 % respondentů, že mají zájem získat více informací o agenturách domácí péče. Toto zjištění mě udivilo, vzhledem k tomu, že v mém dotazníkovém šetření vyšlo, že 81 % respondentů by chtělo být více informováno o službách domácí péče. Myslím si, že tento rozdíl mohl být ovlivněn odlišným výzkumným vzorkem. Dle mého názoru, hospitalizovaní pacienti, kteří tvořili můj výzkumný vzorek, budou mnohem více vyhledávat informace o domácí péči než široká laická veřejnost. Autorka se také dotazovala, jakou formu informací o agenturách domácí péče by respondenti preferovali. Jako nejvhodnější formu respondenti zvolili webové stránky na internetu. V mém dotazníkovém šetření se jako preferovaný zdroj informací o domácí péči a jejich možnostech umístil na první místě informační leták, který byl v porovnáváním výzkumu až na druhém místě. Myslím si, že na tento výsledek mohl mít vliv vyšší věk respondentů z mého dotazníkového šetření, kteří ve většině případech nejsou aktivními uživateli internetu [38].

Pokud bych měla kriticky zhodnotit mé výzkumné šetření, zaměřila bych se na velikost výzkumného vzorku. Získání potřebných dat bylo pro mne velmi časově náročné, a to z toho

důvodu, že jsem s každým respondentem vyplňovala dotazník osobně. To vedlo k nízkému počtu respondentů. Doporučila bych tedy zpracovat výzkum zaměřený na informovanost pacientů s omezenou soběstačností o možnostech domácí péče s vyšším počtem respondentů, nejlépe na celém území České republiky. Věřím, že výsledky by byly rozličné. Bylo by také zajímavé do příštího výzkumu na informovanost o možnostech domácí péče zahrnout i pacienty z chirurgických oborů. V svém článku Durnová Dana uvádí, že tito pacienti jsou jedni z nejčastějších klientů domácí péče [17, s. 8].

9. Návrhy pro praxi

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že pacienti s omezenou soběstačností mají značné mezery v oblasti informovanosti o domácí péči a jejich možnostech. V této kapitole se zabývám návrhy, které by mohly přispět k vyšší informovanosti pacientů.

Nemile mě překvapilo, že ani na jednom z oddělení, kde probíhalo výzkumné šetření, nebyl přítomný žádný informační leták či edukační materiál, který by poskytoval základní informace o možnostech domácí péče. Právě informační leták byl mezi respondenty nejvíce preferován. Při vyplňování dotazníku se respondenti často zmiňovali, že je pro ně především důležité, aby informační leták byl stručný. Dle mého názoru, umístěním informačních letáků o možnostech domácí péče se může zvýšit informovanost nejen pacientů, ale i jejich rodinných příslušníků. Ti chodí za pacienty na návštěvu a jsou to právě oni, kdo často pokračují v péči o nemocného po propuštění z nemocnice. Na základě těchto poznatků jsem vytvořila informační leták (příloha C) o možnostech domácí péče.

Dále bych doporučila zvýšit propagaci pečovatelských služeb a agentur domácí péče nejen pomocí informačních letáků umístěných na nemocničních odděleních a v ordinacích praktických lékařů, ale i pomocí sdělovacích prostředků. Agentury domácí péče by mohly také pořádat semináře pro zdravotnický personál, především pro zdravotní sestry, praktické lékaře a ošetřující lékaře. Zvýšením informovanosti zdravotnického personálu o možnostech domácí péče, by dle mého názoru mohlo vést k lepší informovanosti pacientů.

10. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na důležité téma týkající se domácí péče. V současné době se jedná skutečně o aktuální problematiku vzhledem k vyšší průměrné délce života a stárnutí celé populace. Tato situace se netýká pouze České republiky, nýbrž téměř celé Evropy. Počet jedinců s omezenou soběstačností, kteří potřebují pomoc od druhých, přibývá. Poptávka po službách domácí péče roste a bude se dle mého názoru díky demografickým změnám neustále navyšovat.

Výzkumným šetřením jsem chtěla poukázat na možné nedostatky pacientů s omezenou soběstačností v orientaci ve službách domácí péče. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost pacientů s omezenou soběstačností o možnostech domácí péče.

Na základě předem formulovaných cílů a hypotéz bylo zjištěno, že více než 50 % respondentů hodnotí svoji informovanost o možnostech domácí péče jako nedostatečnou. Dále pak více než polovina respondentů neví, že zdravotní pojišťovna přispívá na hrazení některých služeb domácí péče. Z výsledků vyplývá, že respondenti z možností služeb domácí péče znají především zdravotní péči a sociální péči. Pozitivním zjištěním je, že 60 % respondentů ví o možnosti předepsání služeb zdravotní domácí péče ošetřujícím nebo praktickým lékařem.

Jako výstup mého výzkumu jsem vypracovala informační leták (Příloha C) o možnostech domácí péče. Zvýšením informovanosti pacientů o možnostech domácí péče, dojde dle mého názoru k nárůstu využití služeb domácí péče a tím i ke zkvalitnění života pacienta.

11. Seznam použité literatury

1. KOTRUSOVÁ, Miriam a Karolína DOBIÁŠOVÁ. Česká republika na rozcestí mezi domácí a institucionální péčí o seniory. *Fórum sociální politiky*. 2012, 6(6), 2-8. ISSN 1802-5854.
2. PRŮŠA, Ladislav. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče*. Praha: VÚPSV, 2011. ISBN 978-80-7416-097-4.
3. *Žít déle doma*. Praha: [Život 90], 2017.
4. KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ. *Ošetřovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. ISBN 978-80-7318-726-2.
5. ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2016: NZIS REPORT č. K/31 (08/2017). *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2017, 2017 [cit. 2018-04-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/strucny-prehled-cinnosti-oboru-domaci-zdravotni-pecce-za-obdobi-2007-2016>
6. Téměř čtvrt milionu domácností potřebuje služby domácí péče. *Zdravotnické noviny*. 2017, 66(18), 2. ISSN 0044-1996.
7. HANZLÍKOVÁ, Alžbeta. *Komunitní ošetřovatelství*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 2007. 271 s.: il., tab.; 21 cm. ISBN: 978-80-8063-257-1.
8. HEJDUKOVÁ, Pavlína. Kvalita zdravotní péče jako jeden z reformních kroků systémů zdravotnictví. *Trendy v podnikání = Business trends: vědecký časopis Fakulty ekonomické ZČU v Plzni*. [online]. 2013, 2013, (3), 90 [cit. 2018-03-30]. ISSN 1805-0603. Dostupné z: <https://www.dfek.zcu.cz/tvp/doc/akt/tvp-3-2013-clanek-10.pdf>
9. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2150-7.
10. VONDRÁČEK, Lubomír. Pochybení a sankce v primární péči. *Practicus. Supplementum pro sestry*. 2011, 10(4), 3-4. ISSN 1213-8711.
11. ŠÍDLO, Luděk. Lékaři primární zdravotní péče v České republice z pohledu demografie–současný stav jako základní kámen budoucího vývoje. *Časopis lékařů českých* [online]. 2010, 149(12), 563-564 [cit. 2018-03-30]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Ludek_Sidlo/publication/50349675_Demographic_view_on_primary_health_care_physicians_in_the_Czech_Republic--present_state_as_headstone_for_the_future_development/links/58d3d0f2458515e6

[d9031200/Demographic-view-on-primary-health-care-physicians-in-the-Czech-Republic--present-state-as-headstone-for-the-future-development.pdf](http://www.d9031200/Demographic-view-on-primary-health-care-physicians-in-the-Czech-Republic--present-state-as-headstone-for-the-future-development.pdf)

12. JAROŠOVÁ, Darja, Lucie SIKOROVÁ, Jana MAREČKOVÁ a Hana PAJOROVÁ. Ošetrovatelské intervence v domácí péči. *Praktický lékař*. 2012, **92**(3), 150-153. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-archiv-cisel>
13. DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, 2015. Knižnice Sociologické aktuality. ISBN 978-80-7419-182-4.
14. KOŽUCHOVÁ, Mária. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta, 2014. ISBN 978-80-8063-414-8.
15. KONDELÍKOVÁ, Ludmila., Oldřich. HAIČMAN a Kamila. SEDLÁKOVÁ. Dostupnost domácí péče: jaký dopad bude mít „úhradová vyhláška pro rok 2012“ na pacienty a poskytovatele domácí zdravotní péče?. *Sestra*. 2012, **22**(1), 8. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/?id=3801>
16. NERUDOVÁ, Irena. Domácí péče. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2011, **7**(5), 7-8. ISSN 1801-1349.
17. DURNOVÁ, Dana. Domácí péče - běh na dlouhou trať, který stojí za to. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2012, **8**(2), 7-8. ISSN 1801-1349.
18. HOLICKÁ, Kateřina. Možnosti péče o seniora po propuštění z nemocnice. *Florence*. 2013, **9**(10), 20-22. ISSN 1801-464X.
19. POCHMANOVÁ, Karolina. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-2-3.
20. BUKÁČKOVÁ, Jitka. Domácí péče u nás. *Ošetrovateľská péče*, 2011, roč. 2011, č. 6, s. 4-6. ISSN: 2336-1603.
21. MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. 155 stran: ilustrace, tabulky; 20 cm. ISBN: 978-80-905809-4-7; cnb002682990.
22. TESAŘOVÁ, Jana. Domácí hospicová péče. *Ošetrovateľská péče*, 2010, roč. 2010, č. 2, s. 4-6. ISSN: 2336-1603.
23. HOLÍKOVÁ, Iva. Nejdůležitější je spolupráce rodiny. *Florence*. 2012, **8**(9), 30-31. ISSN 1801-464X.
24. CITORES, Filip Kůt. Mobilní hospic pro děti je u nás stále převážně nedostupný. *Zdravotnické noviny*. 2016, **65**(24), 1. ISSN 0044-1996. Dostupné také z: <http://www.zdravky.cz/>

25. BAUMANOVÁ, Zdenka. Chronicky nemocný - domácí a ústavní péče. *Sestra. Tematický sešit 262 - Geriatrie*. 2009, **19**(11), 47-48. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/chronicky-nemocny-domaci-a-ustavni-pece-448184>
26. Zdravotní postižení. *Ministerstvo prace a sociálních prací* [online]. Praha: Ministerstvo prace a sociálních prací, 2018 [cit. 2018-03-31]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/8#pp>
27. UNITED NATIONS. *United Nations* [online]. 2017 [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Graphs/DemographicProfiles/>
28. MARKOVÁ, Marie, ed. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-499-3.
29. Jeřábek, Hynek. 2009. „Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty.“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 45 (2): 243-266
30. Colombo, F., et al. (2011), *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.
31. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Czech Republic: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283336-en>.
32. GENET, Nadine. *Home care across Europe: current structure and future challenges*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, c2012. Observatory studies series. ISBN 978-92-890-0288-2.
33. 1 in 5 households in need in the EU use professional homecare services. In: *Eurostat* [online]. European Commission, 2018, 28.02.2018 [cit. 2018-04-02]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20180228-1>
34. HORECKÝ, Jiří. Otázky dlouhodobé domácí péče v zemích EU. *Sociální služby* [online]. 2014, **16**(1), 28-32 [cit. 2018-04-02]. ISSN 1803-7348. Dostupné z: http://www.horecky.cz/images/1390377865_ss-1-2014-final-s28-32.pdf
35. SIMONAZZI, Annamaria. CARE REGIMES ON THE MOVE Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy. 2012.
36. JAROŠOVÁ, Darja, Lucie SIKOROVÁ, Jana MAREČKOVÁ a Hana PAJOROVÁ. Elektronická dokumentace pro ošetrovatelskou diagnostiku v domácí péči. *Praktický lékař*. 2012, **92**(2), 105-108. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-archiv-cisel>

37. SVOBODOVÁ, Zuzana. *Home care – odborná zdravotní péče v domácím prostředí klienta*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Ústav ošetrovatelství, 2010. 94. s. Vedoucí bakalářská práce Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
38. VEČEŘOVÁ, Lucie. *Laická veřejnost a agentury domácí péče* [online]. Brno, 2012 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/381793/lf_m/Diplomova_prace_dnednuoy.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Michaela Schneiderová.
39. ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 25. 4. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
40. ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 25. 4. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Seznam zkratek

ADP – Asociace domácí péče

CMP – cévní mozková příhoda

ČR – Česká republika

EU – Evropská unie

KDP – komplexní domácí péče

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

NLK – Národní lékařská knihovna

OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO – Světová zdravotnická organizace

Seznam grafů

Graf 1: Předpokládaný vývoj obyvatel v ČR s ohledem na jednotlivé věkové skupiny [27].	20
Graf 2: Počet pacientů v domácí péči [5]	24
Graf 3: Slyšel/a jste někdy o službách domácí péče?.....	31
Graf 4: Pokud odpověď z předchozí otázky byla ano, tak kde jste se dozvěděl/a o službách domácí péče?	32
Graf 5: Jaké druhy služeb byste zařadil/a do domácí péče?	33
Graf 6: Využil/a jste Vy nebo někdo z Vašeho okolí služeb domácí péče?	34
Graf 7: Jaké druhy služeb domácí péče jste využil/a Vy nebo Vaše okolí?	35
Graf 8: Myslíte si, že zdravotní pojišťovna přispívá na služby domácí péče?	36
Graf 9: Kdo Vám může předepsat služby domácí péče proplácené zdravotní pojišťovnou?	37
Graf 10: Vaši informovanost o službách domácí péče hodnotíte za:.....	38
Graf 11: Do jaké skupiny onemocnění byste zařadil/a důvod Vaší hospitalizace?	39
Graf 12: Jaké služby domácí péče si myslíte, že by byly vhodné využít momentálně vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu?.....	41
Graf 13: Jaké je Vaše pohlaví?.....	43
Graf 14: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	44
Graf 15: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	45
Graf 16: S kým momentálně žijete?	46
Graf 17: Jaký je Váš věk?	47
Graf 18: Chtěl/a byste být více informován/a o službách domácí péče a jejich možnostech?	48
Graf 19: Chtěl/a byste být více informován/a o službách domácí péče a jejich možnostech?	49

Seznam tabulek

Tabulka 1: Výše příspěvku na péči dle stupně závislosti [26]	19
--	----

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník

Příloha B: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha C: Informační leták o možnostech domácí péče

Příloha A: Dotazník

INFORMOVANOST O MOŽNOSTECH DOMÁČÍ PÉČE (dotazník)

Vážená/ný paní/pane,

jmenuji se Lucie Svobodová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Ošetřovatelství obor Všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Součástí ukončení studia je vypracování bakalářské práce. Ve své bakalářské práci se věnuji problematice informovanosti pacientů s omezenou soběstačností o možnostech domácí péče, proto bych Vás ráda požádala o spolupráci při vyplnění předloženého dotazníku.

Prosím Vás o vyplnění vždy jedné správné odpovědi, pokud nebude u otázky uvedeno jinak. U odpovědí, kde je vyznačen prostor, prosím, vypište požadované údaje.

Dotazník je zcela anonymní, prosím o samostatné vyplnění. Údaje z dotazníku budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce. Čas, který věnujete vyplnění dotazníku by neměl být delší než 30 minut.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas strávený nad vyplněním dotazníku.

Lucie Svobodová
studentka 3. ročníku oboru všeobecná sestra
1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

- 1) Slyšel/a jste někdy o službách domácí péče?**
 - a) ANO
 - b) NE
- 2) Pokud odpověď z předchozí otázky byla ano, tak kde jste se dozvěděl/a o službách domácí péče?**

(možné označit více odpovědí)

 - a) rodina, známí
 - b) sociální pracovník
 - c) internet, média
 - d) zdravotnický pracovník
 - e) leták či jiný edukační materiál
 - f) jiné (doplňte).....
- 3) Jaké druhy služeb byste zařadil/a do domácí péče?**

(možné označit více odpovědí)

 - a) sociální péči (pečovatelské úkony, sociální poradenství)

- b) zdravotní péči (preventivní, léčebná, ošetrovatelská a rehabilitační péče)
- c) laickou péči (pomoc ze strany rodinných příslušníků či dobrovolníků)
- d) nevím

4) Využil/a jste Vy nebo někdo z Vašeho okolí služeb domácí péče?

- a) ANO
- b) NE

5) Pokud odpověď z předchozí otázky byla ano, tak jaké druhy služeb domácí péče jste využil/a Vy nebo Vaše okolí?

(možné označit více odpovědí)

- a) sociální péči (například pečovatelské úkony, sociální poradenství)
- b) odbornou zdravotní domácí péči (preventivní, léčebná, ošetrovatelská, rehabilitační péče)
- c) laickou péči (například péče rodinných příslušníků, osobní asistence)
- d) zapůjčení kompenzačních pomůcek
- e) jiné (doplňte).....

6) Myslíte si, že zdravotní pojišťovna přispívá na služby domácí péče?

- a) NE
- b) ANO
- c) NEVÍM

7) Kdo Vám může předepsat služby domácí péče proplácené zdravotní pojišťovnou?

- a) zdravotní sestra
- b) fyzioterapeut
- c) praktický lékař nebo ošetřující lékař
- d) sociální pracovník
- e) nevím

8) Vaši informovanost o službách domácí péče hodnotíte za:

- a) dostatečnou
- b) nedostatečnou
- c) vůbec jsem dosud nebyl informován

9) Do jaké skupiny onemocnění byste zařadil/a důvod Vaší hospitalizace?

(možné označit více odpovědí)

- a) onemocnění srdce a cév
- b) onemocnění plic a dýchacích cest
- c) onemocnění trávicího traktu a metabolické onemocnění (Choroby, při nichž je narušena látková výměna, například cukrovka.)
- d) onemocnění ledvin a vylučovacích cest
- e) onkologické onemocnění
- f) onemocnění pohybového aparátu
- g) neurologické onemocnění
- h) jiné (doplňte).....

10) Jaké služby domácí péče si myslíte, že by byly vhodné využít momentálně vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu?

(možné označit více odpovědí)

- a) sociální péči- služby pečovatelky jako např. péče o osobní hygienu, zajištění stravy, úklid domácnosti, pomoc při oblékání, pochůzky (např. vyzvednutí léků v lékárně, zaplacení složenek na poště), sociální poradenství atd.
- b) odbornou zdravotní domácí péči- např. měření krevního tlaku, aplikace injekcí, podávání infúzí, zácvik pacienta a rodinných příslušníků k samostatnému provádění některých výkonů (např. aplikace podkožních injekcí), rehabilitace, nácvik chůze s berlemi atd.
- c) laickou péči- péče rodinných příslušníků a blízkých, péče dobrovolníků u osob osamocených, doprovod, osobní asistenci atd.
- d) zapůjčení kompenzačních pomůcek – např. chodítko, hole, elektrický/mechanický vozík, sedačku do vany, toaletní křeslo atd.
- e) nevím
- f) žádné
- g) jiné (doplňte).....

11) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

12) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

13) Jaký je Váš rodinný stav?

- a) ženatý/vdaná
- b) svobodný/svobodná
- c) vdovec/vdova
- d) rozvedený/rozvedená
- e) druh/družka

14) S kým momentálně žijete?

- a) sám/a
- b) v současné době žiji ve společné domácnosti
(doplňte).....
- c) domov pro seniory či jiné sociální/zdravotnické zařízení

15) Jaký je Váš věk?

- a) 18-40
- b) 41-60
- c) 61-80
- d) 81 a výše

16) Chtěl/a byste být více informován/a o službách domácí péče a jejich možnostech?

- a) ANO
- b) NE

17) Pokud byste chtěl/a být více informován/a o službách domácí péče a jejich možnostech, jaký způsob by Vám nejvíce vyhovoval?

- a) informační leták
- b) přednáška, kurz, seminář

c) odborná literatura

d) jiné (doplňte).....

Ještě jednou Vám děkuji za spolupráci.

S přáním brzkého uzdravení,

Lucie Svobodová

Příloha B: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

XY

Náměstek pro ošetrovatelskou péči

Adresa zdravotnického zařízení

Věc: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Vážená paní náměstkyně,

jsem studentkou 3. ročníku 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, bakalářského oboru Všeobecná sestra.

Chtěla bych Vás požádat touto cestou o povolení dotazníkového šetření, které použiji v praktické části své bakalářské práce na téma: „Informovanost pacientů s omezenou soběstačností o možnostech domácí péče“.

Dotazníkové šetření bude prováděno anonymně a výsledky tohoto průzkumu budou použity pouze k potřebám mé bakalářské práce.

Dotazníky budou rozdány pacientům na interní klinice a v centru následné péče.

Předem velmi děkuji za kladné vyřízení žádosti.

S přáním hezkého dne,

Lucie Svobodová

studentka 1.LF UK v Praze

souhlasím / nesouhlasím

V Praze dne

Razítko

Podpis

Domácí péče

Co znamená domácí péče?

Domácí péče je jakákoliv péče, která je poskytována jedinci v jeho domácím prostředí. Mezi její hlavní cíle patří uchovávat a zlepšovat soběstačnost i kvalitu života jedince.

Pro koho je domácí péče vhodná?

Pro všechny, kterým to jejich zdravotní stav umožní a potřebují pomoc s péčí v jejich domácím prostředí.

Proč domácí péči využívat?

Důvodů je mnoho, jedním z nejvýznamnějších je příznivý vliv na psychiku jedince. Další výhodou domácí péče je, že umožňuje rodině se aktivně zapojit.

Potřebujete po návratu z nemocnice zdravotní nebo rehabilitační péči poskytovanou u Vás doma?

- S tím Vám může pomoci agentura domácí péče.
- Služby předepisuje praktický nebo ošetřující lékař a jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou.
- V agenturách domácí péče pracují zdravotní sestry, které poskytují například ošetření proleženin, odběr krve, rehabilitaci, aplikaci injekcí a převazy ran.

Potřebujete v průběhu dne při některých činnostech pomoc poskytovanou u Vás doma?

- S tím Vám může pomoci pečovatelská služba.
- Cena se pohybuje obvykle okolo 100 Kč za hodinu, ale můžete ji hradit z příspěvku na péči, o který si můžete zažádat na příslušné pobočce úřadu práce.
- Poskytuje například pomoc při hygieně, oblékání, zajištění stravy, úklidu domácnosti a při pochůzkách po úřadech.

