

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

INFORMOVANOST O AGENTURÁCH DOMÁCÍ PÉČE

Bakalářská práce

Autor práce: **Iva Svobodová**

Vedoucí práce: **Jaroslava Pečenková**

2007

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

AWARENESS OF HOME NURSING AGENCIES

Bachelor's thesis

Autor: **Iva Svobodová**

Supervisor: **Jaroslava Pečenková**

2007

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

(podpis)

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé práce paní Jaroslavě Pečenkové za cenné rady a připomínky a odborné vedení při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji své rodině za jejich pomoc, podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

**Motto: V domácí péči jsi především člověkem
teprve potom klientem**

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1.1 Cíl teoretické části	9
1.2 Změny ve zdravotnictví po roce 1989	9
1.3 Ošetřovatelství v Geriatrii	11
1.4. Komplexní domácí péče - definice	15
1.4.1 Historie - vznik a vývoj domácí zdravotní péče	18
1.4.2 Význam domácí zdravotní péče	20
1.4.3 Činnost agentur domácí péče.....	20
1.4.4 Ošetřovatelský proces v domácí zdravotní péči	24
1.4.5 Case management.....	28
1.5 Rozdíly při poskytování péče v nemocnicích a agenturách domácí péče	28
1.6 Právní normy	32
1.7 Sestra a pacient.....	33
1.7.1 Sestra	34
1.7.2 Pacient v domácí péči	38
1.7.3 Práva pacientů	40
1.8 Komunikace.....	41
1.8.1 Zásady správné komunikace.....	43
1.9 Edukace pacientů.....	46
EMPIRICKÁ ČÁST.....	49
2.1 Cíl empirického šetření.....	49
2.2 Popis skupin respondentů	50
2.3 Metodika výzkumu	52
2.4 Výsledky a jejich zhodnocení.....	54
2.5 Diskuse	89
Závěr.....	93
Anotace	95
Použitá literatura a prameny	97
Seznam grafů	100
Seznam tabulek.....	102
Přílohy	103

ÚVOD

Žijeme v době, kdy medicína dosahuje velkých úspěchů. Umí dát šanci novorozenci, který by před několika lety neměl možnost přežít. Mnoho pacientů s dříve „nevléčitelnou“ nemocí se nyní může vrátit do běžného života a často i do zaměstnání. Dokážeme vlastním životním stylem, kvalitní stravou, lepším životním prostředím, ale i zvyšující se kvalitou zdravotní péče prodloužit věkovou hranici, jíž se dnes lidé dožívají. To vše způsobuje nárůst počtu obyvatel, kteří potřebují ve zvýšené míře zdravotní péči. Zvyšuje se počet klientů potřebujících také paliativní péči. Podíl stárnoucí populace má v naší republice i v celé Evropě vzestupný trend. Je to domácí péče, která dává těmto klientům naději, že mohou žít a často i dožít svůj život tam, kde se narodili, nebo dlouhý čas žili.

„Stárnutí není záležitostí moderní doby, avšak až v posledních sto letech se stalo v západních zemích (země, které přijaly „západní kulturu a životní styl“) běžnou zkušeností.“
(Stuart-Hamilton, 1999, str. 13)

Podle demografických odhadů bude počet starých lidí v poměru k počtu dětí a lidí v produktivním věku neustále narůstat. To vše sebou nese zvýšené náklady na zdravotní péči a hledání nových možností finančních úspor. Mění se pohled na pojem „staří“. Zatímco před sto lety byli padesátiletý muž či žena již staří, dnešní doba se dívá na „padesátníka“, jako na člověka, který je na vrcholu svých pracovních i životních sil. Mnoho takto „starých“ lidí se, jak sami uvádějí, staří ani necítí. Narůstá však počet chronicky nemocných klientů, kteří potřebují občasnou i stálou lékařskou a ošetrovatelskou péči. Před rokem 1989 byla tato péče soustředěna zejména do zdravotnických zařízení. Díky změnám, ke kterým došlo po tomto roce, vznikají nová zařízení a jiné formy péče. Díky agenturám domácí péče může být pacient léčen a ošetřován v domácím prostředí. Všichni víme, že nejlépe se „stůně“ doma. Psychická pohoda a blízkost rodiny přispívají k rychlejšímu uzdravení a zlepšují psychický i zdravotní stav. O dříve narozené občany, kteří díky své zvýšené nemocnosti a snížené soběstačnosti potřebují častěji zdravotní i sociální péči, se často nemá kdo postarat. Jedná se o osamělé seniory, jejichž „dětí“ pracují a nemohou, nebo nechtějí převzít odpovědnost za péči o své rodiče. Ve své praxi se setkávám se situacemi, kdy dcera nebo syn argumentují: *„Celý život si na péči platili, tak se teď postarejte!“* A právě tato skupina obyvatelstva je často umísťována do léčeben pro dlouhodobě nemocné, domovů důchodců apod. Mění se pohled

na zdraví jako na cennou hodnotu. Každý byl měl být zodpovědný za své zdraví a učinit vše, co je v jeho silách, aby pozitivně ovlivnil svůj zdravotní stav.

Nezastupitelnou roli hraje dobře fungující, pečující rodina. V dnešní uspěchané době bohužel odpadává generacemi vyzkoušený model péče o rodiče a blízké, kdy jedna generace se postarala o druhou a zároveň tím vychovávala své děti. Ti pak věděli, jak se zachovat až přijde čas a jejich rodiče budou ve stejné situaci, jako před lety byli jejich prarodiče. Lidé dnes nabyli dojmu, že se jich smrt netýká. Minulý režim tabuizoval nemocné, tělesně a duševně postižené občany i proces umírání. Hendikepovaní lidé byli soustřeďováni do zdravotnických zařízení, běžná veřejnost se s nimi neseťkávala. Nemoc znamená změnu dosavadního rytmu v rodině, posun životních postojů a hodnot. Mnoho lidí, až když onemocní, si uvědomí nenahraditelnost a nezastupitelnost zdraví. Teprve tehdy ocení funkční vztahy v rodině. Sestry z agentur domácí péče, v případě klientů neschopných sebepečce, velmi dobře znají důležitost funkční rodiny. Vidí také často velikou obětavost pečujících členů rodiny.

Pracuji v agentuře domácí péče, která spadá pod Geriatrické centrum v Krajské nemocnici Pardubice. Každodenní kontakt s klienty domácí péče, zdravotníky i občany mě upozornil na nedostatečnou informovanost o domácí péči. Lidé mají často mylné a nedostatečné informace. Abychom mohly kvalitně vykonávat svou práci, je nutné mít dostatečně a kvalitně poučené klienty. Stává se, že lidé nevědí o této možnosti péče, nebo požadují služby nespádající pod naše kompetence (záměna sociální péče poskytovaná pečovatelskou službou). Mylné představy mají pacienti hospitalizovaní v nemocnici i široká občanská veřejnost. Zdravotnická veřejnost má znalosti, ale někdy jsou nedostatečné nebo zkreslené. Mým cílem bylo zjistit, jak hodně a správně jsou tyto skupiny informovány. Proto jsem si zvolila téma bakalářské práce: Informovanost o agenturách domácí péče.

TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Cíl teoretické části

Cílem teoretické části je seznámení se změnami ve zdravotnictví po roce 1989 a následným vznikem domácí zdravotní péče. Senioři jsou nejčastěji ošetřovanou kategorií v naší agentuře, proto je v bakalářské práci kapitola - ošetřovatelství v geriatrii. Teoretická část mapuje historii, vznik a vývoj domácí péče, její formy, činnost a význam. Ošetřovatelský proces má nezastupitelnou roli při práci sester. Jsou zde uvedeny výhody a nevýhody této formy péče a základní právní normy vztahující se k činnosti agentur domácí péče. Jako důležitou část jsem zde uvedla dva subjekty - sestru a pacienta v procesu ošetřovatelské činnosti. Protože není možné pracovat a nevyměňovat si informace, část teoretické části pojednává o komunikaci a edukaci klienta.

1.2 Změny ve zdravotnictví po roce 1989

Po roce 1989 došlo k výrazným politickým změnám. Tyto změny sebou přinesly **transformaci zdravotnictví**. Změna společenského, hospodářského a politického klimatu přinesla vznik integrovaného systému zdravotnictví.

„V roce 1989 bylo stanoveno sedm hlavních trendů, které mezinárodně přispívají k rozvoji oboru ošetřovatelství a ošetřovatelské metodologie:

- 1. snižování nákladů na zdravotní péči*
- 2. stanovení ceny ošetřovatelské péče*
- 3. zkracování délky pobytu v nemocnici*
- 4. stoupající závislost na náročných diagnostických a léčebných technologiích*
- 5. potřeba širších a hlubších znalostí v ošetřovatelství*
- 6. potřeba úzké spolupráce a komunikace*
- 7. možnost používání počítačů v plánování ošetřovatelské péče.“* (Mastiliaková, 2003, str. 117-118)¹¹

Ad 1) Existuje tlak na snižování počtu akutních lůžek, nemocničního personálu a to může být realizováno za předpokladu dalšího rozvoje péče o klienty mimo nemocnici.

Ad 2) Stanovení ceny ošetrovatelské péče je úkolem pro sestry - manažerky. K tomu je zapotřebí stanovovat individuální plány ošetrovatelské péče, standardizovat terminologii.

Ad 3) Zkracuje se délka pobytu pacienta v nemocnici. Kvalita poskytované péče se musí dodržet, k tomu je nutná týmová a mezioborová spolupráce. Vznik a rozvoj komplexní domácí péče umožňuje léčit pacienty v domácím prostředí.

Ad 4) Navzdory rozvoji vědy a techniky ve zdravotnictví musíme vidět pacienta jako bio-psycho-sociální bytost, uspokojovat lidské potřeby a hájit práva pacientů.

Ad 5) Tohoto úkolu dosáhneme podporou vzdělávání sester. Sestry se účastní přednášek, školení, seminářů. Sestry se registrují. Zvyšuje se podíl vysokoškolsky vzdělaných sester.

Ad 6) Klást důraz na komplexnost a efektivnost. Sestry musí pracovat v týmu, používat plány ošetrovatelské péče. Přínosem je zapojení rodinných příslušníků do ošetrovatelského procesu.

Ad 7) Použití počítačové technologie umožňuje zkrátit dobu potřebnou k zpracování administrativy, tím získáme více času pro pacienta a jeho ošetřování.

Změnil se i pohled na sdělování informací pacientům. Zde svoji roli sehrály tyto skutečnosti:

- přijetí a ratifikace Listiny základních práv svobod
- přijetí etického Kodexu práva pacientů
- existence více než 140 organizací sdružujících pacienty, jejich příbuzné a přátele, každá má vlastní programové prohlášení a usiluje o praktické naplnění stanovených cílů
- s procesem privatizace se vymezily pravomoci, odpovědnost jednotlivých lékařů. Lékař již z důvodu své právní ochrany musí pacientovi sdělit pravdivé a podstatné informace o jeho zdravotním stavu, seznámit jej s riziky léčby a dalších výkonů. (Haškovcová, 1997)

Sestry si musí osvojit *„zcela nové dovednosti jako je schopnost komunikace a spolupráce v multidisciplinárním týmu, schopnost aplikace systémového přístupu a metody řešení problému, dovednosti při získávání a analýze informací atd.“* (Mastiliaková, 2003, str. 13)¹²

„Vývoj ve zdravotnictví v posledních deseti letech s sebou přinesl potřebu obecného komunikačního systému, zajišťujícího návaznost péče o pacienta, pohybujícího se mezi různými celky a zařízeními institucionální péče a dalšími zdravotnickými poskytovateli. K důležitým součástem tohoto procesu patří hodnocení a dokumentace ošetrovatelské péče.“ (Doenges, Moorhouse, 2001, str. 9)

„Iným aspektom širšieho poňatia ošetrovateľ'stva je prechod ošetrovateľ'skej praxe do komunity. V určitom zmysle je to návrat k začiatkom ošetrovateľ'stva. Dnes sa už čoraz viac ošetrovateľ'ské služby poskytujú v komunitách, často v domácnostiach a ambulanciách. Tieto ošetrovateľ'ské činnosti pomáhajú nielen chorým, ale i zdravým uchovať si a zlepšiť zdravie.“ (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995, str. 47)

Začaly se zakládat agentury domácí péče. Nově se tedy pacient může léčit v nemocnici, zdravotnickém zařízení (i nestátním), nebo v domácím prostředí. Je umožněno pacientům v těžkém zdravotním stavu, někdy i na přístrojích (infúzní pumpy, plicní ventilátory apod.) být ošetřováni a léčeni v domácím prostředí.

Na Pardubicku jsou **čtyři agentury domácí péče**. Jako součást zdravotnického zařízení Krajské nemocnice Pardubice jsou:

- **Geriatrické centrum - oddělení domácí péče**

- **NIKÉ**

Dále tu jsou nestátní zdravotnická zařízení:

- **Charita**

- **Středisko křesťanské pomoci**

1.3 Ošetrovateľství v Geriatrii

Pracuji na oddělení domácí péče, které spadá pod Geriatrické centrum v pardubické nemocnici. Klienty při propuštění přebíráme do své péče a naopak v případě komplikací a zhoršení stavu jsou přijímáni na oddělení, kde mají v širším rozsahu poskytnutou péči ošetrovatelskou i lékařskou. Senioři jsou nejčastější ošetřovanou kategorií v naší agentuře. Proto jsem zařadila do své bakalářské práce problematiku stáří.

„**Gerontologie** je nauka o stárnutí a stáří. **Geriatricie** je medicínou stáří, lékařským oborem, který se zabývá diagnostikou a managementem onemocnění ve stáří, ale také širšími souvislostmi z pohledu veřejného zdravotnictví.“ (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2002, str. 50)

„**Stáří patří k životu a staří lidé patří do společnosti a nikoliv mimo ni.**“ (Haškovcová, 1990, str. 340)

Kdy je člověk starý?

„Základní klasifikace (podle SZO):

45 - 59 let = střední věk

60 - 74 let = vyšší věk (rané stáří)

75 - 89 let = stařecký věk (senium, opravdové stáří)

90 let - výše = dlouhověkost“ (Haškovcová, 2001, str. 41)

„Podle kritérií Světové zdravotnické organizace se za staré obyvatelstvo považuje populace, v níž je více než 7 procent osob starších 65 let.“ (Haškovcová, 2002, str. 14)

„1982 - Světové zasedání o stárnutí a stáří ve Vídni

V České republice - desetiletý program Úcty ke starším, garantem je Československý červený kříž

1999 - Světový rok starších lidí - Mezinárodní rok seniorů

1999 - Montrealská deklarace (napsali ji senioři)

Evropská charta pacientů seniorů

Program Stárnout zdravě v Evropě a česká verze: Stárnout zdravě v České republice“ (Haškovcová, 2001, str. 43)

Druhé světové shromáždění o stárnutí a stáří se konalo v Madridu v roce 2002.

„Základní principy programu Stárnout zdravě v Evropě (ČR):

- prodloužit věk prožitý v úplném zdraví bez postižení

- podporovat plný a aktivní společenský život

- prodloužit dobu kvalitního života (životní styl a stimulující prostředí)“ (Haškovcová, 2002, str. 24)

„Stárnutím se rozumí souhrn pochodů, především biofyzilogických, probíhajících v čase. Postupné biofyzilogické změny, které jsou nezvratné, způsobují nakonec zánik organismu, jeho smrt. Stárnutí jako postupující řada změn má u člověka nejen stránku biologickou, ale i psychologickou a sociální. Stářím potom označujeme výsledný stav, který vznikl procesem stárnutí.“ (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2002, str. 46)

V průběhu stárnutí nastávají změny v sociálním postavení. Odchod do důchodu, změněné vztahy v rodině, nemoc, smrt mezi blízkými - to vše ovlivňuje život seniorů. Lidé se uzavírají do sebe, hovoříme o sociální izolaci. Průvodním znakem těchto změn je ztráta

soběstačnosti. Staří lidé po odchodu do penze by měli hledat jiné aktivity ve svém životě. Je to období bilancování, kdy může senior zažívat pocity uspokojení nad prožitým životem, ale i hořkosti a nenaplnění. Nebýt pasivní, mít koníčky, přátele, stýkat se s rodinou a známými. Příprava na stáří je důležitá. Je třeba, aby si senioři uvědomovali kladné stránky vyššího věku a prožívali spokojené stáří. Nemusí chodit do práce, příjem v podobě důchodu - i když nižší než výplata, je zajištěn, ubyly starosti s výchovou dětí, ty jsou již zpravidla finančně nezávislé atd. Mohou se účastnit aktivit různých klubů důchodců. To vše posiluje zdraví i duševní svěžest. Existují seniorské rady obcí, akademie a univerzity třetího věku, vycházkové kluby, taneční pro seniory, internetové kavárny pro seniory, zájmové a spolkové aktivity pro seniory. Stáří není nemoc. Je to fyziologický proces, ovšem doprovázený zvýšenou nemocností (**polymorbiditou**). Jedná se o onemocnění somatická i psychická. Mění se adaptační schopnosti, změny se dotýkají pohybového, nervového, kardiovaskulárního, urologického, gastroenterologického systému. Vznikají **smyslové poruchy**. Staří lidé rychleji rezignují, ztrácejí motivaci a stávají se dobrovolně závislí. V období stáří vznikají **kognitivní poruchy** (poruchy soustředění, paměti, orientace, myšlení). Ve stáří se zvyrazňují **negativní povahové rysy**, jako je např. vztahovačnost, urážlivost. Mnozí klienti jsou depresivní a úzkostliví. Tyto stavy jsou doprovodným jevem procesu stárnutí, zvýšené závislosti na druhých a různých onemocnění. Lidé ve vyšším věku užívají zpravidla více léků (**polypragmazie**). To sebou nese zvýšené riziko rozvoje dalších potíží. **Nemoci ve stáří se neprojevují obvyklými symptomy**. Některé příznaky chybí, nebo mohou být zastřené. Tzv. **symptomatologie vzdáleného orgánu** je typická pro období stáří. **Častěji vznikají komplikace**, setkáváme se s **atypickými lékovými reakcemi**. **Poruchy chování** se vyskytují ve zvýšené míře. **Instabilita a vyšší riziko pádu a úrazů** je typickým symptomem ve stáří. Senioři mají sklon k **chronickému průběhu onemocnění**, častěji onemocnění probíhá závažněji a končí invalidizací až smrtí. U seniorů pozorujeme zvýšený sklon k vzniku **imobilizačního syndromu, dekubitů, dehydratace, malnutrice, inkontinence a poruchy polykání**. (O'Connor, Aranda, 2005)

„Nová geriatrie má intervenčně preventivní charakter a podporuje právě úspěšně a zdravé stárnutí.“ (Haškovcová, 2002, str. 24)

Geriatric jako samostatný lékařský obor existuje od roku 1982.

„O demencích se hovoří jako o tiché epidemii 21. století.“ (Haškovcová, 2002, str. 29)

Tyto stavy s sebou přinášejí ztrátu soběstačnosti a rozvoj závislosti se všemi průvodními jevy. Celosvětovým problémem je přibývajících množství lidí ve vyšším věku, lidí potřebujících zdravotní i sociální péči. Sestry na geriatrických odděleních se setkávají s pojmem **rizikový starý člověk (gerontologický pacient)**. Tito lidé nejsou schopni pružně reagovat na změny svého zdravotního stavu. Dochází u nich častěji ke komplikacím. Zařazujeme sem:

- osoby nad 80 let
- osoby vyššího věku, které žijí osaměle (často ovdovělé ženy)
- staří lidé v dlouhodobé ústavní péči. (Haškovcová, 2002)

„Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující:

- *posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti, či je zmírňovat*
- *léčit pacienta v případě onemocnění*
- *pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství*
- *zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými*
- *garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.“* (Haškovcová, 2002, str. 62)

Sestry které pečují o geriatrické pacienty mohou vnímat určité problémy:

- *„starý člověk v nás evokuje podvědomý strach z vlastního stáří a úzkost z vlastní smrti*
- *řada z nás v sobě nemá dořešeny konflikty s vlastními rodiči*
- *narůstá v nás pocit bezmoci a nemožnosti řešit řadu chronických poruch ve stáří*
- *podvědomě si přejeme vyhnout se „marnění času a úsilí“ ve zřejmě neúspěšných snahách*
- *máme podvědomé obavy z reakcí pacienta a z reakcí jeho rodiny*
- *máme podvědomý strach z toho, že pacient zemře*
- *naše profesionální práce se nám zdá málo perspektivní.“* (Staňková a kol., 2003, str. 33)

„Při jednání se seniory je nutné se vyvarovat zejména:

- *nedostatku péče a pozornosti*
- *pozornosti souběžně věnované i druhým*
- *stylu jednání, v němž neustále něco prikazujeme a pacienta úkolujeme*

- okázalému upřednostňování a poukazy na „hendikep“ starší osoby
- chaotickému a zmatečnému podáváníí informací
- rychlému řečovému tempu
- spěchu a urychlování jednání.

Držme se naopak následujících zásad:

- zkrátme čekání a zajistíme pohodlí
- formace podávejme pomalu a srozumitelně
- dotazy se průběžně přesvědčujeme, že pacient je správně pochopil
- dotazy zodpovídejme v návaznostech a odkazech na známé skutečnosti – nikoli však do příliš matoucí šíře
- to, co si pacient nutně má zapamatovat, dodejme i v písemné formě
- jednejme trpělivě, vřele, srdečně
- mlčky nechávejme odeznít afekty, ignorujme invektivy, navazujme na logickou podstatu předmětu jednání
- chvalme za trpělivost
- dávejme najevo ochotu k dalšímu jednání a poskytování služby.“ (Staňková a kol., 2003, str. 34)

„Home care je definována jako domácí odborná zdravotní péče, kterou provádí především zkušené zdravotní sestry. Pojetí systému home care však koreluje s dřívějším českým modelem domácí péče, který zajišťovaly geriatrické sestry.“ (Haškovcová, 2002, str. 46)

„Přestože péči o seniory jsme si zvykli rozdělovat na péči zdravotní a sociální, potřeby seniorů samotných jsou velmi často natolik komplexní, že je třeba zajistit nejen oba typy služeb (zdravotní i sociální), ale zejména garantovat jejich návaznost a propojenost. To je zatím největším problémem.“ (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2002, str. 34)

Každý, kdo se stará o seniory, by neměl zapomínat , že také on bude jednou starý.

1.4. Komplexní domácí péče - definice

Domácí péče – u nás se vžilo synonymum home care. Musíme rozlišit mezi:

Home care - domácí zdravotní péče

Home help - domácí laická pomoc

„Domácí péče je integrovanou formou zdravotní a sociální péče poskytovanou individuálně klientovi v jeho vlastním sociálním prostředí. Je poskytována dle indikace ošetřujícího lékaře multidisciplinárním týmem.

***Pojem domácí péče (Home help)** - je uzavřený systém, orientovaný pouze na sociální péči a pomoc. Domácí pomoc je poskytována pracovníky sociální péče a pomoci, popřípadě dobrovolníky.*

Stále častěji nabízí agentury domácí péče integrované - komplexní formy péče. To znamená, že klienti jsou obklopeni řadou smysluplných aktivit, které kompenzují jejich stav jak v oblasti zdravotní i sociální - v některých případech i v oblasti spirituálních potřeb.“(Misconiová, 200-?, str. 14-15)

Zdravotní péči poskytuje kvalifikovaný ošetrovatelský personál na základě indukce ošetřujícího lékaře. V rámci domácí péče je poskytována péče léčebná, léčebně preventivní, ošetrovatelská, rehabilitační a psychoterapeutická - někdy spojená se sociální péčí. Cílem domácí péče je optimalizace zdravotního stavu klienta, která přispívá k urychlení jeho uzdravování a zlepšení kvality života klienta i jeho blízkých.

„Cílem domácí zdravotní péče je : snižovat náklady na hospitalizaci pacienta, zajišťovat dodržování léčebného režimu a snižovat negativní vliv onemocnění na duševní stav nemocného a rodiny, udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta, zabezpečit komplexní péči v koordinaci s ústavní péčí, případně s pečovatelskou službou.“ (Gabriel, 2002, str. 14)

„Jedná se o zdravotnickou činnost kvalifikovaných zdravotních sester, která je vykonávána v domácnostech pacientů. Nejčastějšími poskytovateli jsou agentury domácí péče, domácí péče může však být také součástí komplexu služeb gerontologických center, některých nemocnic a podobně.“ (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2002, str. 35-36)

"Z popelky, která byla často přehlížena, podceňována a zaměňována s jinými formami péče, se stala uznávanou a vysoce hodnocenou integrovanou formou péče, která má svou budoucnost zejména v oblasti komunitních forem péče.“(Misconiová, 200-?, str. 4)

Domácí péče (dále DP) se v průběhu let vyvíjela od skromných začátků po propracovaný systém péče. Služby domácí zdravotní péče zahrnují sesterské zdravotnické úkony. Ošetření je hrazeno zdravotními pojišťovnami podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Některé agentury domácí péče poskytují nadstandardní péči. Ta je hrazena klientem a jeho rodinou.

Agentury domácí péče (dále ADP) poskytují služby v oblasti: zdravotní, sociální a laické. Péče je poskytována na základě ordinace ošetřujícího lékaře, nebo sociální diagnózy. Zřizovatelem DP může být stát (město, obec, úřad), soukromé ADP, nebo humanitární sdružení (Červený Kříž, Charita). Většina agentur je sdružena v Asociaci DP ČR, ta dohlíží na kvalitu poskytované péče. O péči může požádat pacient, jeho rodina, blízcí, sociální pracovníci, propouštějící oddělení, ale vždy musí péči potvrdit ošetřující lékař. V domácí péči pracují multidisciplinární týmy, což jsou profesionálové různých disciplín. Sem řadíme: lékaře, všeobecné sestry, sestry specialistky, porodní asistentky, fyzioterapeutky, sociální pracovníky, psychology, dobrovolníky i laickou veřejnost. Stále se rozšiřují samostatné činnosti sestry v terénní péči. Sem můžeme zařadit preventivní péči, edukační činnost, péči o chronicky a nevyléčitelně nemocné.

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

- střední zdravotnická škola ukončená maturitou, nejméně 5 let praxe, z toho 3 roky u lůžka, sestra musí být registrovaná
- řidičský průkaz pro využívání osobního automobilu při přepravě k nemocným, referentské školení

Další požadované vzdělávání (nikoliv nutné):

- samostudium, účast na seminářích a školeních
- kursy zaměřené na oblast domácí péče
- pomaturitní eventuelně vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.).

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

1.4.1 Historie - vznik a vývoj domácí zdravotní péče

„Florence Nightingalová byla poradkyní Williama Rattebonea v otázkách rozvoje terénního ošetrovatelství v Liverpoolu. V roce 1865 zde založila ošetrovatelskou službu v rodinách. Mnoho sester vyškolených podle Nightingalové se tak stalo průkopnicemi komunitní péče.“ (Staňková, 2001, str. 74)²¹

Za vlády Ferdinanda I. byla uzákoněna povinnost obcí postarat se o své staré a chudé lidi. Josef II. nechal postavit Všeobecnou nemocnici v Praze, kde byl zřízen chorobinec, nalezinec a zaopatřovací ústav chudinský.

V roce 1929 byly otevřeny Masarykovy domovy v Praze - Krči, jejich oficiální název zněl Zaopatřovací ústav. Péči poskytovala Klinika nemocí stáří s kapacitou 540 lůžek (největší svého druhu na světě). Za první republiky byla péče o staré a nemocné na velmi rozdílné úrovni. Byly založeny organizace a spolky: Charita, Diakonie, České srdce, Československý červený kříž.

Po druhé světové válce se péče nadále rozvíjí. Je již rozdělena na zdravotní a sociální oblast. Vznikají další instituce jako např. domovy důchodců a léčebny pro dlouhodobě nemocné (od roku 1974). (Haškovcová, 2002)

„Domácí péče se u nás rozvíjí více než deset let. Od roku 1991, kdy z iniciativy katolické charity vznikla první agentura, došlo k prudkému, živelnému rozvoji této oblasti. Vznikaly a mnohdy vzápětí zanikaly stovky dalších agentur domácí péče, začala se tvořit legislativa regulující jejich fungování, zdravotní pojišťovny pro ně vytvářely systém financování a začal boj o uznání, dělbu kompetencí a o peníze. Domácí péči chybí oficiálně přijatá koncepce, ale navzdory tomu funguje bezmála 500 agentur, které vznikly „zdola“ z iniciativy nejrůznějších subjektů - fyzických osob - nejčastěji zdravotních sester a lékařů, neziskových organizací, obcí, nemocnic. Praktičtí lékaři v řadě případů domácí péči nevyužívají, na druhé straně praktičtí lékaři ji svým pacientům indikují a umožňují tak již zavedeným agenturám další rozvoj. Agentury domácí péče vykazují stále více výkonů, pečují o statisíce klientů a postupně se dostávají do povědomí odborné i laické veřejnosti. Přesto postavení a rozvoj domácí péče neodpovídají ani objektivním potřebám pacientů, ani úloze, kterou by v systému zdravotní péče (v souladu s celoevropskými trendy jejího rozvoje) měla mít.“ (Gabriel, 2002, str. 12)

Česká katolická charita spravuje v roce 1991 dvacet pět středisek domácí péče. Agentura domácí péče **NIKÉ** je založena v pardubické nemocnici v roce 1991, kde úspěšně funguje dodnes. V roce 1992-96 byla výukovým pracovištěm pro vznikající ADP. Od roku 1991 do roku 1994 probíhal experimentální projekt s názvem **Charitní ošetřovatelská služba v rodinách**. Jeho cílem bylo šířit domácí péči v naší republice. V roce 1992 je založena **Skupina pro podporu a rozvoj domácí péče v České republice**. Jejím cílem je rozvoj legislativy, vzdělávání zdravotníků v domácí péči, finanční problematika a informovanost o této formě ošetřování pacientů. V roce 1994 je založena **Asociace domácí péče**, ta sdružuje pracovníky agentur. V listopadu 1994 je organizován péče **I. mezinárodní kongres o problematice domácí péče** ve východočeské Chrudimi. V roce 1994 je v Praze založeno **Národní centrum domácí péče ČR**. V roce 1995 je započata realizace projektu **PHARE** ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR, tento projekt se věnuje primární péči. **Blanka Misconiová** se významně zasloužila o rozvoj domácí péče v naší republice. V roce 1995 byla v USA založena **Světová organizace domácí a hospicové péče**.

„Jednotlivé agentury se zaměřují na specifické druhy zdravotních služeb, a tak vzniká široká škála profilovaných služeb, která pokrývá různé potřeby pacientů. Vedle agentur orientovaných na komplexní péči existují i úzce specializované agentury na jednotlivé medicínské obory nebo na jednotlivé diagnostické skupiny (např. zhoubné nádory, kardiovaskulární choroby, diabetes mellitus apod.). Dá se říci, že i v podmínkách České republiky se domácí péče stala významnou součástí spektra zdravotních služeb a že její rozvoj přispívá ke kvalitě fungování zdravotnického systému.“ (Strnad, Gladkij, 2001, str. 7)

„V období mezi léty 1991 a 1993 byly definovány základní materiální, věcné, hygienické a personální parametry pro poskytování domácí zdravotní péče, které platí dodnes. Definice domácí zdravotní péče a její indukce je definována v § 22 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.“ (Misconiová, 2003, str. 755)

Došlo ke změnám ve vzdělávání sester. *„Podle nových osnov realizujeme dlouhodobé přípravy pro sestry a manažerky domácí péče od roku 1997 pod názvy: Příprava ve speciálním úseku práce v domácí péči pro sestry mobilní. Příprava ve speciálním úseku práce v organizaci a řízení domácí péče pro manažerky domácí péče.“* (Přikrylová, 2000, str. 20)

1.4.2 Význam domácí zdravotní péče

„Jedním z prvních kroků k posílení významu domácí péče by mohl být projekt rozvoje primární péče vypracovaný na ministerstvu zdravotnictví ve spolupráci s Evropskou unií. Zabýval se mimo jiné:

- rozvojem domácí péče, s cílem zřídit centrum domácí péče pro koordinaci, informaci a vzdělávání v oblasti domácí péče a vytvořit těsnější spolupráci mezi lékaři primární péče a domácí péče*
- výukou v domácí péči - vytvořením modulárního systému pro zdravotní sestry - manažerky domácí péče*
- komunitní integrovanou péčí, se záměrem vypracovat vzorovou metodiku integrované zdravotně-sociální péče v obci a ověřit ji v modelových podmínkách.“ (Gabriel, 2002, str. 12)*

Stoupající význam domácí péče je podporován těmito faktory:

- „- nárůst podílu starých a chronicky nemocných lidí v populaci*
- nedostatek disponibilních lůžek pro nemocniční péči v některých lokalitách*
 - pokroky v medicínských technologiích, které umožňují provádět některé výkony v domácích podmínkách*
 - zlepšování životních podmínek lidí*
 - preferování domácí lékařské a ošetrovatelské péče před hospitalizací některými skupinami pacientů.“ (Strnad, Gladkij, 2001, str. 6)*

Právě u chronicky, nevléčitelně nemocných pacientů je to sestra z domácí péče, kdo je pro pacienta významným činitelem v péči o zdraví. Sestra je často také prostředníkem mezi pacientem, rodinou a lékařem, zdravotnickým zařízením. Důvodem je fakt, že zdravotní sestry tráví s klientem mnoho času, znají jeho zdravotní stav, obtíže, stesky i starosti a stávají se tak součástí rodiny. Agentury domácí péče by měly poskytovat takový rozsah zdravotní péče klientům, jejichž stav už nevyžaduje hospitalizaci, ale ještě jim nelze poskytovat péči ambulantně. Užívá se termín domácí hospitalizace.

1.4.3 Činnost agentur domácí péče

"Činnost agentury musí nabízet integrovaný soubor aktivit, řešící komplexně změněnou bio - psycho - sociálně - ekologickou situaci klienta za všech podmínek. Samozřejmě kvalitu komplexní domácí péče nevyřeší jen nové plánování péče a pomoci. Jde

také o prohloubení našich znalostí, vědomostí o problému klienta a jeho vlastního sociálního prostředí a skutečně profesionální výkon komplexní domácí péče. Objasnění potřeb klienta a plánování vlastní domácí péče je systematictější a racionálnější, když zodpovědní pracovníci získají předpoklady a možnosti k profesionálnímu postupu. K tomu je nutná intenzivní edukace o novém administrativním systému a pracovních nástrojích a teprve poté uvedení do vlastní praxe. Nové kvalitní nástroje mají přispět k tomu, aby péče byla kvalifikovaná, efektivní a systém jejího plánování a kontroly byl smysluplný a srozumitelný." (Misconiová, 200-?, str. 8)

Mezi pracovníky agentury domácí péče dochází k interdisciplinární spolupráci, která je organizována prostřednictvím **horizontálního managementu** (management založený na přímé individuální odpovědnosti všech členů týmu).

„Rozsah výkonů, které je možné poskytovat ve vlastním sociálním prostředí na základě indikace ošetřujícího lékaře, je upraven v textové i výkonové části Seznamu výkonu v platném znění pod odborností 925 - domácí zdravotní péče. Indikace domácí zdravotní péče je vymezena pro ošetřující lékaře v průběhu hospitalizace klienta na dobu 14 dnů ode dne propuštění klienta, pro praktické lékaře není žádné časové omezení. Platnost poukazu 06, na kterém je uvedeno spektrum indikovaných výkonů, jejich rozsah a frekvence má maximální platnost 1 měsíc, nebo je aktualizován vždy při změně zdravotního stavu klienta.“ (Misconiová, 2003, str. 755)

Agentury domácí péče poskytují ošetření a péči klientům sedm dní v týdnu, včetně svátků. Komplexní domácí péče je poskytována 24 hodin denně, nebo alespoň klienti v nočních hodinách mají možnost telefonické konzultace.

Činnost agentur domácí péče rozdělujeme na:

- jednorázovou

Sem spadají výkony jako je odběr biologického materiálu, aplikace jednorázové injekce a infuze, jednorázové šetření v domácnosti klienta. Tuto práci sestra vykoná zpravidla na základě telefonické „objednávky“ praktického lékaře.

- krátkodobou

Pacienti s akutním krátkodobým onemocněním, nebo zcela nedolěčení a propuštění z nemocnice. Sem můžeme zařadit převazy nedohojených operačních ran, kontroly krevního tlaku a opakovaná vyšetření biologického materiálu při současné úpravě medikace. Činnost sester může předejít hospitalizaci, nebo zkrátit pobyt v nemocnici.

- preventivní

Na základě smlouvy s praktickým lékařem sestra v pravidelných intervalech provádí kontrolu stavu pacienta, jeho zdravotního i duševního stavu. Zjištěné poznatky pak oznámí lékaři. Zde se nejčastěji jedná o interní pacienty (diabetici, kardiaci).

- dlouhodobou

Tato činnost je nejčastěji poskytovanou formou péče. Chronicky nemocní tvoří většinu našich klientů. V naší agentuře se jedná zejména o klienty s kožními defekty (bércové vředy, dekubity). Mezi nejčastější onemocnění, s kterými jsou pacienti v ADP ošetřováni, patří centrální mozkové příhody, komplikovaný diabetes mellitus, duševní i neurologická onemocnění, poúrazové stavy, onemocnění pohybového ústrojí, onemocněním ledvin a jiné.

- hospicovou

V případě, kdy chce klient zemřít v domácím prostředí, je pomoc agentury domácí péče nezastupitelná. Péče o defekty, aplikace analgetik či opiátů, enterální výživa, edukace rodiny i podpora nemocného jsou nejčastěji poskytované úkony umožňující zemřít pacientovi mezi svými nejbližšími. Paliativní péče je součástí náplně práce sestry v agentuře domácí péče.

S umíráním a smrtí klientů se setkávají zdravotníci všech oborů zdravotnictví. Informace a poznatky o paliativní péči je přínosem pro každou sestru, nejen v agentuře domácí péče. Týká se zejména ošetřování klientů s onkologickým onemocněním, chronickým a v terminální fázi života. Umírání je spojeno s utrpením. Trpící je nejen pacient, ale i jeho blízcí. Pomoc tak musí být poskytnuta všem zúčastněným. Rodina a blízcí mohou doprovázet nemocného, být s ním až do posledních okamžiků. Nikdo by neměl umírat o samotě.

WHO (2002) definuje paliativní péči takto: *„Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojených s životohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení. A to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.“* (Munzarová, 2005, str. 62)

Činnost domácí zdravotní péče se také dělí na:

- **akutní péči** (sem patří pooperační a poúrazová péče)
- **péči o chronické pacienty** (plicní onemocnění, gastroenterologická, metabolická, psychická, neurologická, onkologická onemocnění a péče o umírající).

„Služby domácej opatery sú opodstatnené vtedy, keď jednotlivci a rodiny nepotrebujú celodennú opateru, pozorovanie alebo špeciálne zariadenia inštitúcií, akými sú nemocnice či

opatrovateľ'ské domovy, no vyžadujú starostlivosť, ktorú im rodinní príslušníci či iné osoby nemôžu bez pomoci a vyškolenia poskytnúť.“ (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995, str. 110)

„Ve světě bylo vypracováno a zpravidla také standardizováno mnoho ošetrovateľských metodik zaměřených např. na riziko a péči o proleženiny, bolest, psychiku nemocného ovlivňující komunikaci s ním, na poruchu soběstačnosti apod.“ (Staňková, 2001, str. 5)²⁰

Staří pacienti, zejména dlouhodobě upoutaní na lůžko vyžadují zvýšenou péči. Je zde vyšší riziko vzniku a rozvoje dekubitů. Klienti s defekty kožního krytu tvoří významnou skupinu ošetřovaných pacientů v naší agentuře. Klienti a jejich rodiny mají také možnost zapůjčení rehabilitačních a kompenzačních pomůcek (např. antidekubitní matrace, chodítka, berle apod.).

Komplexní domácí péče není osamocena v péči o klienty, ale je zde nutná provázanost služeb a další péče. Péči o klienty poskytují léčebny pro dlouhodobě nemocné, geriatrické kliniky, geriatrická oddělení. Můžeme sem zařadit domovy důchodců, penziony, domy s pečovatelskou službou, domovinky i samotnou pečovatelskou službu. Pokud klienti nevládají sebedpéči, mohou si sjednat služby poskytované pečovatelskou službou (dovážku obědů, nákupy, drobný úklid, hygienickou péči apod). Tyto služby jsou hrazeny klienty, v některých případech může část hradit odbor sociální péče. Pečovatelská služba může mít navíc zařízení pro denní pobyt, střediska osobní hygieny, prádelny a jídelny. Ošetrovateľské domovy, sociálně ošetrovateľská zařízení jsou určena pro přechodný pobyt osamělých seniorů. Podkladem pro tento pobyt je náhlé zhoršení zdravotního stavu, nebo sociální neutěšená situace. Pak již pečovatelská služba nepostačuje, ale domov důchodců a nemocnice ještě není aktuální. Pacient tuto péči hradí. K sociální péči patří i laická péče a pomoc dobrovolníků.

Pečující rodina si může také zajistit **respitní péči**. Pečující tak získají čas k oddechu, nebo k řešení vlastních zdravotních problémů. To znamená, že na dobu např. jednoho měsíce je nemocný přijat k hospitalizaci do léčebny pro dlouhodobě nemocné nebo do domova důchodců.

„Kdy nemá domácí péče smysl?

Především tehdy, když si ji sám klient nepřeje. Obtížné je poskytování domácí péče také tehdy, když klient nemá vhodné sociální prostředí, rodinu či jinou sociální síť osob ochotných spoluvytvářet jeho domácí prostředí a spolupracovat na plnění plánu následné péče.“ (Misoniová, 2003, str. 761)

1.4.4 Ošetrovatelský proces v domáci zdravotní péči

„Samotný pojem „proces“ představuje sérii plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku.

Využití ošetrovatelského procesu v klinické praxi se nejprve legitimovalo v USA v roce 1973, kdy Americká Asociace Sester (ANA) jej uveřejnila jako „Standard ošetrovatelské praxe“, který má pět fází:

1. zhodnocení

2. diagnostika

3. plánování

4. realizace

5. vyhodnocení.“ (Mastiliaková , 2003, str. 118-119)¹¹

Ošetrovatelství se zaměřuje na :

- udržení a podporu zdraví
- rozvoj soběstačnosti
- zmenšení utrpení nevyléčitelně nemocných
- zajištění klidného umírání.

„Sestry musí stát vždy v čele při definování kvality ošetrovatelské péče. Přitom se soustředí zejména na:

- rozvoj nových typů ošetrovatelských služeb, např. komunitního ošetrovatelství
- zavedení individualizované péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu, systému skupinové péče a systému primární sestry
- lepší pochopení potřeb pacientů a klientů ošetrovatelským personálem
- otázky výkonnosti a efektivnosti ošetrovatelské péče.“ (Staňková, M., 2001, str. 6)¹⁸

Cílem ošetrovatelského procesu je tedy uspokojení individuálních potřeb klienta v domáci péči. Sestra provede **zhodnocení (anamnézu)**, určí **aktuální a potenciální problémy (ošetrovatelské diagnózy)**, sestaví **plán ošetrovatelské péče**, který je určen pro konkrétního pacienta. Tento plán je písemný, jsou v něm seřazeny diagnózy dle priorit. Sestra ke každé diagnóze přiřadí očekávané výsledky i ošetrovatelské zásahy. Následuje **vlastní proces realizace a vyhodnocení**.

1. Zhodnocení:

Sbíráme informace v následujícím rozsahu:

- všeobecné osobní údaje o klientovi
- zdravotní stav klienta
- emocionální a duševní stav klienta
- stav sociálního prostředí klienta a neformálních pomocných systémů, role rodiny a příbuzných
- stav formálních pomocných systémů (např. zajištění pečovatelské služby)

Sběr informací může být organizovaný, nebo neorganizovaný.

Informace přímé: rozhovor s klientem, pozorování (popis vzhledu, zdravotního stavu), fyzikální vyšetření

Informace nepřímé: popis vlastního sociálního prostředí klienta, informace od příbuzných, známých, ošetřujícího lékaře, od nemocničního personálu atd.

Získané informace a údaje jsou objektivní (příznaky, vnější projevy) a subjektivní (symptomy, vnitřní projevy). (Misconiová, 200-?)

2. Ošetřovatelská diagnostika:

„Ošetřovatelská diagnóza je klinický závěr o reakcích jednotlivce, rodiny nebo komunity na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy nebo životní proces.

Rozlišení pojmů:

- *potřeba(y)*
- *ošetřovatelský problém*
- *ošetřovatelská diagnóza*“ (Mastiliaková, 2003, str. 124-125)¹¹

Rozdělení problémů na:

- aktuální, skutečné
- potenciální
- skryté, tušené problémy

„Ošetřovatelská diagnóza (OD) se skládá:

1. *ze standardního názvu a definice*
2. *z příčin a souvisejících faktorů*
3. *z charakteristických projevů*

Fáze ošetřovatelské diagnostiky:

1. *analýza informací*
2. *identifikace problémů*

3. formulace ošetrovatelských diagnóz“ (Mastiliaková, 2003, str. 125-126)¹¹

3. Plánování ošetrovatelské péče:

„Součástí plánování je:

- stanovení priorit
- stanovení očekávaných výsledků (cílů a výsledných kritérií)
- plánování ošetrovatelských strategií
- výběr ošetrovatelských zásahů/intervencí
- sestavení písemné formy plánů ošetrovatelské péče
- konzultace

Typy cílů:

- cíl pacienta
- cíl sestry
- krátkodobé cíle
- dlouhodobé cíle
- obecné cíle“ (Mastiliaková, 2003, str. 128)¹¹

„Typy plánů ošetrovatelské péče:

1. plán ošetrovatelské péče orientovaný na (problémy pacienta) ošetrovatelské diagnózy
2. denní plán péče
3. standardní plán péče“ (Mastiliaková, 2003, str. 129)¹¹

Formulování cílů:

- doplnění sil klienta, udržení stávajícího stavu - stabilizace
- vedení klienta k samostatnosti - osamostatnění klienta - adaptace
- aplikace zástupné odpovědnosti za péči - realizace

Formulovaný cíl je kritériem pro posouzení účinnosti komplexní domácí péče. Pokud chceme podpořit klienty při řešení problémů, je nutné, aby své cíle sami určili, aby aktivity komplexní domácí péče a pomoci probíhaly s podporou klientových rozumových úvah, fyzických sil a citů. Zároveň musíme dbát na to:

- aby cíle byly formulovány pozitivně, byly realizovatelné
- aby cíle byly formulovány individuálně pro klienta. (Misconiová, 200-?)

Sestra z agentury domácí péče by měla s klientem v průběhu společného plánování péče posuzovat tyto faktory:

- sledovat zda opatření zformulovaná klientem vedou k cíli
- edukovat klienta o možnostech, které nezná

- signalizovat opatření, která jsou klientem žádaná a nevedou k cíli
- diferencovat a plánovat opatření do kterých budou muset být vtaženi ostatní členové týmu agentury domácí péče. (Misconiová, 200-?)

"V plánu péče jsou jednotlivá opatření přiřazena k následujícím oblastem, které jsou spojeny s vlastním životem klienta:

1. zdravotní stav klienta
2. výživa klienta - dietní a pitný režim
3. stav domácího prostředí klienta
4. schopnost sebeobsluhy, stupeň závislosti klienta
5. mezilidské vztahy - vlastní smysl života - životní priority klienta." (Misconiová, 200-?, str. 59)

4. Realizace péče podle plánu

„Realizace ošetrovatelských strategií představuje šest významných aspektů:

1. individuální přístup
2. potřeba zapojení a účasti klienta/pacienta
3. prevence komplikací (např. zásady asepse)
4. zachování obranných mechanismů (např. celistvosti tkání a kůže)
5. poskytnutí psychické pohody a podpory
6. přesné a pečlivé provádění všech ošetrovatelských aktivit.“ (Mastiliaková, 2003, str. 132-133)¹¹

5. Zhodnocení

Zhodnocení komplexní domácí péče je důležitým bodem ošetrovatelství. Provede se ukončení, nové plánování, rozhovor a společné zhodnocení. Vypracovaný cíl je porovnán s dosaženým výsledkem, plánovaná opatření s provedenými opatřeními, potřeba s nabídkou, monitoring spokojenosti klientů i jejich blízkých. Toto hodnocení provádí sestry na počátku, v průběhu a při ukončení péče. Nejlepším hodnocením jsou splněné cíle v ošetrovatelském procesu. (Misconiová, 200-?)

Nedílnou součástí práce sestry je **zdravotnická dokumentace** a její správné vedení.

„Zdravotnická dokumentace má být pravdivá, věcná, úplná a přehledná s co největší vypovídací schopností. Záznamy mají být čitelné, věcně správné. Dobře vedená, věcná a přehledná ošetrovatelská dokumentace je dokladem, který ukazuje, že ošetrovatelská péče byla kvalitní a poskytována lege artis.“ (Staňková a kol., 2003, str. 53)

1.4.5 Case management

Komplexní domácí péče se od svého vzniku v České republice neustále rozvíjí a rozšiřuje. Zlepšuje se vybavení agentur a zvětšuje se množství produktů, které poskytují. Je stále širší spektrum diagnostických a indikačních skupin klientů, kterým je péče poskytována. Mění se a stoupají požadavky na vzdělávání sester v agenturách. V souvislosti s těmito všemi aspekty je čím dál větší množství agentur domácí péče postaveno před problém, který je spojen s optimálním využitím času, finančních i lidských zdrojů.

Zkušenosti z vlastního provozu nám ukazují, co je a není efektivní zejména ve vztahu ke kvalitě péče a spokojenosti klienta. Bez kvalitního sběru informací, předávání zkušeností a poznatků mezi jednotlivými členy týmu se učíme definovat, co je smysluplné při plánování i vlastním provádění komplexní domácí péče. Vznikají ucelené standardní vzorce postupů jednotlivých členů týmu ve vztahu ke klientům jednotlivých indikačních i diagnostických skupin. Tyto vzorce postupů jsou aktuálně adaptovány na individuální potřeby konkrétního klienta. Takový postup managementu péče nazýváme **případový management (case management)**.

Ukazuje se, že stávající management agentur domácí péče má rezervy, je stále co zlepšovat ve využití lidských zdrojů i finančních prostředků. A právě v takových agenturách je úspěšně aplikován případový management, což je optimální řešení při definování možností a hranic pro stanovení rovnováhy mezi nabídkou a poptávkou po komplexní domácí péči, bez toho, aby se snížila kvalita domácí péče. (Misconiová, 200-?)

Manažerka případů zastává tři role: klinická, manažerská a finanční. (Škrlovi, 2003)

1.5 Rozdíly při poskytování péče v nemocnicích a agenturách domácí péče

„Sestra v nemocnici si musí osvojit znalosti a dovednosti specifické pro oddělení, na kterém pracuje. Sestra v domácí péči je při své práci chvíli sestrou kožní, pak chirurgickou, interní atd. Provádí veškeré druhy převazů, ošetřuje kanyly, sondy, atonie. Musí ovládat ošetřovatelskou rehabilitaci, umět pacienta naučit, jak být co nejvíce soběstačný a jeho rodinné příslušníky zaučit v mnoha ošetřovatelských technikách. Z toho vyplývá, že i nároky na její znalosti a další vzdělávání jsou daleko náročnější a obsáhlejší.“ (Cejnková, 2004, str. 30)

Práce v terénu představuje celoročně docházet, nebo dojíždět za klienty za každého počasí. Sestra v automobilu musí ovládat jízdu na sněhu i ledu, základní údržbu vozu i mít „pevné nervy“ v hustém silničním provozu. Pokud sestra jezdí za pacienty na kole, nebo městskou dopravou, nosí objemnou a těžkou brašnu. Sestry pracující v agenturách domácí péče musí mít zkušenosti a praxi. Jsou v dané chvíli s klientem sami a nemohou se na nikoho spoléhat. Jejich práce vyžaduje vysokou profesionální úroveň, schopnost samostatně řešit problémy, dokázat se samostatně rozhodnout a také umět nést za tato rozhodnutí odpovědnost. Jedná se však o samostatnou práci přinášející pocit uspokojení a seberealizace. Pokud vidí, že stav klienta se zlepšuje, nebo dokonce dojde k uzdravení, pak jim tato práce dává sílu a energii pokračovat v této profesi. Spokojenost klientů je největší odměnou v tomto povolání.

Domácí péče má mnoho nezastupitelných výhod:

- umožňuje navázat kontakt s pacientem i rodinou

Tento průběžný kontakt a vzniklý dlouhodobý vztah s klientem a jeho rodinou umožňuje sestře provádět edukaci podle potřeby, neboť se ukazuje, že jednorázové poučení nestačí. Sestry pracující v agenturách domácí péče musí mít komunikační dovednosti a umění empatie. Pokud se jim podaří získat rodinu pro žádoucí spolupráci, může správně fungující rodinné zázemí přispívat k uzdravování klienta.

- udržuje rodinu pohromadě i v době nemoci

Pozitivní rodinné vztahy a příznivé klima v domácnosti přispívá k dobrému psychickému stavu klienta a napomáhá při léčbě.

- většina klientů je vyrovnanější a spokojenější v domácím prostředí

Cílem domácí péče je přispět, aby klient mohl zůstat co nejdéle ve svém domácím prostředí.

- pacienti se ve svém prostředí cítí lépe a rychleji se uzdravují

- vylučuje nepříznivé dopady hospitalizace tzv. hospitalismus

Vlivem nepříznivých psychických podmínek nemocničního prostředí dochází k poruchám psychického a tělesného zdraví. U mnoha pacientů se jeví jako vhodná prevence těchto poruch domácí komplexní péče. Dlouhodobě hospitalizovaní jsou zejména pacienti vyššího věku. Ke vzniku hospitalizmu mají sklon kromě dětí staří lidé, neurotici a psychopati. Starý člověk vytržený ze svého prostředí se daleko obtížněji aklimatizuje. Často vlivem dlouhodobé hospitalizace nedosáhne původní úrovně soběstačnosti.

- nehrozí riziko nozokomiálních nákaz

I v mnohdy nevyhovujících hygienických podmínkách se daří léčba klientů. Léčba v domácím prostředí působí jako prevence nozokomiálních nákaz.

- jsou nižší náklady na zdravotní péči

„Je dobré si uvědomit, že domácí péče v maximálním možném rozsahu a frekvenci je nejen 5 až 10x lacinější než nejlevnější lůžko v nemocnici - viz údaje zveřejněné ve Zpravodaji VZP č. 4/ročník 12/2003 v přepočtu na 1 registrovaného pojištěnce.“ (Misconiová, 2003, str. 756)

Domácí péče má i své nevýhody:

- klienti nemají nepřetržitý dohled jako v nemocnici

Může dojít ke zhoršení zdravotního stavu, nastalý problém není klient schopen řešit. Nezřídká se stává, že sestra z agentury domácí péče nalezne pacienta ve zbledovaném stavu, teprve ona musí řešit vzniklou situaci a hrozí zde komplikace z prodlení.

Uvedu příklad ze své praxe: *Pacientka diabetička na inzulínu dostala centrální mozkovou příhodu. Upadla a zůstala ležet na zemi v chodbě, nikoho se nedovolala. Nalezla jsem ji až druhý den ráno, když jsem jí přišla aplikovat inzulín, ve velmi špatném stavu.*

Také se stává, že pacienti čekají s různými potížemi, až přijde sestra z agentury a rozhodne za ně. Dobrým pomocníkem je ARION - tísňové volání, jehož rozšíření do domácností osamělých, nemocných lidí by bylo přínosem.

- jsou zvýšené nároky na psychiku ošetřující sestry

Sestra je někdy jediný člověk, s kým si pacient může promluvit, svěřit se a postěžovat si. Sestra se může setkat s agresivitou klienta, je ohrožené zdraví sestry.

- nezodpovědní a neukáznění pacienti jsou v nemocnici pod neustálým dohledem

Pacient v nemocnici musí respektovat řád a chod oddělení a většinou se mu podřizuje. Dodržuje léčebný režim, nebo je k tomu donucený, je 24 hodin pod dohledem zdravotníků.

V domácím prostředí často nebere léky, nedodržuje léčebná opatření. Nevýhodou je, že klient po propuštění z nemocnice se „vrátí do starých kolejí“, kdy předsevzetí o dodržování léčebného režimu, diety a dalších opatření přestane brát vážně. Někdy také chybí podpora rodiny, ta nechápe důsledky a nepodporuje klienta, nebo jej odrazuje od léčebných opatření.

- špatné stravovací návyky, tyto faktory se daleko hůře v domácím prostředí řeší

Správná a kvalitní výživa je v nemocnici zajištěna. Pacient má svoji dietu. Doma mnohdy argumentuje, že zdravé potraviny jsou drahé.

- nedostatečná hygiena je problémem u pacientů bydlících v hygienicky nevyhovujících podmínkách

I v dnešní době se setkáváme s klienty, kteří nemají splachovací WC a koupelnu. Tito lidé často žijí v zanedbaných, špinavých prostorách, někdy i společně se zvířaty. Sestra z domácí péče má těžkou pozici při ošetřování těchto klientů.

- musím zmínit ještě nepochopení ze strany zdravotníků, pacientů i veřejnosti

Někdy se stává, že lékař na smlouvu napíše „Pečovatelská služba“ a neví, že v agenturách domácí péče pracují kvalifikované sestry. Pacienti v nemocnicích, pokud je jim tato služba nabídnuta, podotknou, že obědy mají zajištěné. Na jeden dotazník rozdaný na plicním oddělení mi pacientka napsala, že nechápe proč má odpovídat na tyto otázky, když u nich funguje pečovatelská služba již několik let. Díky nedostatečné informovanosti pak občanská veřejnost vnímá sestry z agentur a pečovatelky jako totožné pracovnice.

- praktický lékař

Jako poslední bod v součtu nevýhod jsem uvedla praktické lékaře. Někdy se stane, že praktický lékař v nás nevidí přínos pro pacienta, ale ohrožení své pozice. U některých lékařů se setkáváme s nepochopením pro indikaci domácí péče. Tyto výjimky se bohužel občas vyskytují. Takový lékař nám pak nepodepíše smlouvu pro zdravotní pojišťovnu. Raději pošle „svou“ zdravotní sestru vykonávat příslušnou péči ke klientovi domů, nebo zařídí přijetí klienta do nemocnice.

Uvedu zde dva příklady z naší agentury:

První příklad:

Praktická lékařka odmítla potvrdit domluvu pro zdravotní pojišťovnu

u pacienta s dehisencí v operační ráně - jednalo se o každodenní převazy. Pacient byl diabetik léčený inzulinem, po několika infarktech myokardu, nyní po operaci cév na dolní končetině. Její ústní odůvodnění bylo, že když rodina získala majetek restitucí, ať si vše zaplatí.

Druhý příklad :

Lékařka nepotvrdila smlouvu u devadesátileté pacientky (opět se jednalo o převazy - 2 až 3x týdně). Argumentem byly občasné procházky paní po sídlišti, pacientka si tedy může jezdit do nemocnice na převazy.

Musím zde uvést, že toto jsou naštěstí výjimky. Naprostá většina praktických lékařů s námi výborně spolupracuje bez jakýchkoliv problémů.

1.6 Právní normy

Většinu činností, které člověk vykonává, posuzujeme podle nějakých norem. Od dětství si osvojujeme „pravidla“ chování. Rodiče dítě vychovávají tím, že mu říkají, co je a co není správné. Dítě je od určitého věku zodpovědné za svoji činnost. Žák je zodpovědný za učební úspěchy i neúspěchy. Také pracující lidé jsou za vykonanou práci zodpovědní. Pokud udělají chybu, mohou ve většině případů omyl „opravit“. Ve zdravotnictví chybu napravujeme těžko, protože před námi není stroj, výrobek, ale člověk - jedinečná bytost. Více než kde jinde je tedy zdravotník zodpovědný za svoji „práci“.

Právo tedy zasahuje všechny zúčastněné strany: zaměstnanec - zdravotník či nezdravotnický pracovník, zaměstnavatel a pacient. Zdravotník musí být zodpovědný ve své práci. Musí konat „lege artis“.

„Zdravotnické právo upravuje poskytování zdravotní péče, a to jak v ambulantní, tak v lůžkové složce státních i nestátních zdravotnických zařízení. Stanovuje konkrétní podmínky pro způsobilost zdravotnických pracovníků k výkonu poskytování zdravotní péče, povinnosti zdravotnických pracovníků i kompetence poskytovatelů zdravotní péče. Upravuje poskytování lázeňské péče, zásahy do reprodukce i způsob vedení zdravotnické dokumentace.“
(Vondráček, Ludvík, 2003, str. 11)

Právní předpisy související s činností domácí péče:

- **Zákon č. 20/1966 Sb.**, o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

- **Zákon č. 95/2004Sb.**, o zdravotnickém povolání lékaře, zubaře a farmaceuta a navazujících prováděcích vyhláškách

- **Zákon č. 96/2004 Sb.**, o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících prováděcích vyhláškách

- **Zákon č. 48/1997 Sb.**, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

- **Zákon ČNR č. 160/1992 Sb.**, o péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů

- **Zákon č. 258/2000 Sb.**, o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů
- **Vyhláška MZČR č. 440/2000 Sb.**, kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů
- **Vyhláška MZČR č. 101/2002 Sb.**, seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kterou se mění vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
- **Vyhláška MZČR č. 49/1993 Sb.**, o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů (Pochylá, 2005)

„Ministerstvo zdravotnictví vydalo metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování domácí péče. Tato koncepce domácí péče je uveřejněna ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, částka 12.“ (Pochylá, 2005, str. 24)

„Financování domácí péče:

- *fond veřejného zdravotního pojištění a dle vyhlášky MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění*
- *přímoou platbou pacienta (u pacientů, kteří nejsou pojištěni, nebo u pacientů, u kterých zdravotní pojišťovna nemá smluvní vztah se zdravotnickým zařízením poskytujícím domácí péči, pokud pacient vědomě a záměrně zvolil nesmluvní zařízení)*
- *sponzorskými dary, z nadací, grantů apod“ (Pochylá, 2005, str. 26)*

1.7 Sestra a pacient

Zdravotníci soustřeďují svůj zájem na pacientovy objektivní symptomy, naproti tomu pacient soustřeďuje svou pozornost na subjektivní prožívání nemoci. Sestra nesmí přehlížet pacientovo osobní prožívání nemoci. Prožitky nemoci musí poznat, pochopit a hledat jejich řešení. Tento rozdíl v pojetí nemoci hraje významnou roli v odlišném způsobu náhledu na onemocnění a problémy s ním spojené.

Pacient - nemoc - rodina - zdravotníkčtyři subjekty v procesu léčení.

Každý má jiný pohled na „věc“. Zatímco klient trpí, má subjektivní i objektivní potíže. Zdravotník vidí různá vyšetření, postupy a metody léčby. Zdravotník by neměl přestat vidět před sebou konkrétního člověka.

„Nemoc sama o sobě však neexistuje. Existuje pouze nemocný člověk.“ (Honzák, 1999, str. 33)

Na vytvoření vztahu mezi zdravotníkem a pacientem se podílí tyto faktory:

- zážitky nemocného z předchozího léčení (pozitivní i negativní)
- aktuální psychický stav
- transfer (přenos), kdy zdravotník připomíná pacientovi známou osobu
- transfer estetického stereotypu (Jobánková a kol., 1992)

1.7.1 Sestra

Zdravotní sestra ve své profesi musí zvládat mnoho obtížných úkolů. Ať to je příprava na povolání, celoživotní vzdělávání, nebo práce po všech stránkách náročná. Sestry jsou mnohokrát svědky situací, kdy i přes veškeré úsilí se nepodaří vyhrát souboj s nemocí a pacient umírá. Tyto pocity bezmoci jsou kompenzovány pocity spokojenosti, pokud dojde k uzdravení. Vztah k pacientům, spolupracovníkům, důvěra a další faktory vytvářejí na pracovišti dobrou atmosféru. V případě problémů je obtížné dobře vykonávat svou práci. Sestra musí pracovat v týmu, který má společný cíl a motivaci.

Zdravotní sestra se během své praxe setkává se všemi typy svízelných situací:

- nepřiměřené úkoly a situace

Sestru volá několik pacientů najednou a ona je na pracovišti sama.

- problémové situace

Sestra musí zvládnout nové, náročné úkony, které ještě nikdy nevykonávala.

- situace flustrační a deprivační

Sem můžeme zařadit situace, kdy se přes úsilí zdravotníků stav pacienta zhoršuje, nebo sestra přes všechnu snahu dostane výtku od vrchní sestry.

- konfliktové situace

Časté konflikty vznikají v kolektivu pracovníků, kteří setrvávají mnoho let na jednom pracovišti. Sestra také musí řešit konflikty mezi pacienty. Tyto situace je vhodné řešit včas, jejich řešení neodkládat. Zde významnou úlohu hraje staniční a vrchní sestra. Konflikt prožívá sestra vykonávající činnost, která je v rozporu s jejím svědomím.

- **stresové situace**

Stresorem se může stát náročná situace, nedostatek času, mnoho práce a povinností najednou. (Jobánková a kol., 1992)

U sester se mohou vlivem svízelných situací projevit neadaptivní projevy a chování:

- **Agresivní chování** je u zdravotníků nežádoucí. Může se jednat o otevřenou formu (nepříjemné chování zdravotníků o noční službě, protože pacient něco potřebuje v „nevhodnou“ dobu), nebo skryté projevy agresivního chování (schválně nepoučí pacienta o prevenci – ať si na to přijde sám). Takové chování se může obrátit proti spolupracovníkům, pacientům i dalším osobám.

- **Negativismus** může být projevem odporu, nesouhlasu, agrese, snahou na sebe upozornit, sestra pak dělá opak toho, co se od ní očekává, nebo u ní pozorujeme nečinnost.

- **Únik** se často projevuje vyhýbáním se činnostmi, které sestra vykonává nerada, nebo je neumí a nezvládá. Únik může vyjadřovat zlehčováním situace nemístným humorem, vtipkováním atd.

- **Egocentrismus** se u zdravotníka projevuje zdůrazňováním své osoby, nepostradatelností sebe sama, věty začíná slovem „já“, její problémy bývají v rozhovorech největší a nejdůležitější.

- **Projekce** často slouží k potlačení vlastních pocitů viny, souvisí s technikami racionalizace, provází myšlenky typu: „Když všichni to dělají takto, proč já bych měla jinak.“

- **Identifikace** je častá u mladých, začínajících sester, kdy napodobují své starší a zkušenější spolupracovníky, může být kladná nebo záporná.

- **Kompenzace** jako kompenzování nedostatku, může být pozitivní (ve prospěch pacienta) nebo negativní.

- **Racionalizace** se může týkat chování, záměrů a perspektivy, sestra si racionalizací „upravuje svůj“ cíl, aby se tak zbavila např. pocitů viny, neúspěchu.

- **Izolace** krátkodobá z důvodu soukromých problémů je zpravidla spolupracovníky tolerována, dlouhodobě je neúnosná. Izolace v pracovním životě může přerůst do izolace

celkové, týkající se všech oblastí, tato situace vyžaduje zásah odborníka z oboru psychologie či psychiatrie.

- **Regrese** se týká nejčastěji zájmů, potřeb. Regrese vzniká v situaci, kdy děti odejdou z domova, úmrtí partnera, dlouhodobého onemocnění apod.
- **Fixace** se projevuje nesprávným chováním, které se dále upevňuje. Sestra negativně hodnotí všechny pacienty, spolupracovníky, aniž si připustí, že ona má podíl viny na dané situaci.
- **Rezignace** se nejčastěji objevuje v souvislosti s léčbou neúspěšnou, dlouhotrvající, bez efektu. Sestra rezignuje také vlivem chování pacienta, který ztratil motivaci a chuť dále bojovat s nemocí, kdy tuto nechuť přenesl pacient na sestru. Také neshody a problémy na pracovišti vedou k rezignaci.
- **Represe** je potlačení tužeb a přání osobního i pracovního života. Sestra je potlačí, protože je již nepovažuje za reálné, může také jít o potlačení pocitů viny.
- **Opačné reagování** u sestry může mít podobu nepřátelského, kritického chování vůči nadřízeným (sestra by také chtěla zastávat vedoucí funkci), lékařům (neuskutečněná touha stát se lékařem).
- **Disociace** se projevuje zaklepáním na dřevo, vykročením správnou nohou, nesdělením pravdy – aby nebyla zakřiknuta, vtipkováním, zlehčováním situace, teoretizováním o problémech, které sestra prakticky neovládá.
- **Substituce**, skryté sklony vedou k výběru pracoviště (touha ubližovat, pohled na krev – práce na operačním sále, resuscitačním oddělení). (Jobánková a kol., 1992)

Práce ve zdravotnictví přináší mnoho zátěžových situací. Je důležité je řešit, podle možností jim předcházet. Nejhorší variantou řešení je situaci odsouvat, myslet si, že se vyřeší sama. Příjemné klima na pracovišti, správný přístup vedoucích pracovníků může mnoho svízelných situací vyřešit, či vést k překonávání překážek.

Sestra tráví více času s pacienty než lékař. Proto je velmi důležité její chování. Správný vztah k pacientům přispívá k dobré atmosféře při léčbě a ošetřování. Je špatné pokud sestra ztratí odstup, sděluje nemocnému své problémy, flirtuje s ním, říká mu informace o ostatních nemocných, zdravotnících.

Chování zdravotníka by mělo být přátelské, respektující a srdečné. Mělo by poskytovat jistotu pacientovi. Důležitá je vyrovnanost, opravdovost, vřelost, osobní zralost a schopnost empatie.

„Podle německého filozofa Martina Bubera není empatie chápána jako akt vůle. Karl Rogers ji chápe jako identickou s dialogem, jako výsledek kognitivního jednání a aktivního přístupu.“

(Määttä, 2006, str. 3)

„Ačkoliv se sestry nemohou naučit empatii, mohou jí projevit jako vedlejší produkt chování a to odstraněním bariér.“ (Määttä, 2006, str. 7)

Část populace tvoří lidé s neadaptivními znaky, rozlišujeme typy sester:

- sestry náladové
- sestry úzkostlivé
- sestry schizothymní
- sestry citově chladné
- sestry podezřivé
- sestry hysterické
- sestry přecitlivělé
- sestry popudlivé

Jiné dělení typů sester:

- rutinní typ
- herecký typ
- nervózní typ
- mužský typ
- mateřský typ
- typ specialistky (Jobánková a kol., 1992)

U zdravotníků časem vzniká profesionální adaptace jako přirozená reakce na toto povolání. Bez ní by nemohli vykonávat tuto práci. Opakem je profesionální deformace, což jsou projevy záměrného cynismu, které pacienti i okolí děsí. Jedná se o dlouhodobý neuvědomělý návyk. Zdravotník omezuje kontakt, zvětšuje odstup a izoluje se od okolí. Do práce se vnáší rutina, pohled na svět je zjednodušený a stále více deformuje profesionální jednání. Tuto deformaci si zdravotník část ani neuvědomuje, může ji pokládat za vrchol odbornosti. K této nepříznivé situaci přispívají i problematické osobnostní rysy, nedostatečná motivace k práci, pracovní přetížení, nižší rozumová úroveň, nižší úroveň odbornosti. Profesionální psychická deformace se pak projevuje neproduktivním chováním a může se stát i příčinou iatrogenního poškozování pacientů. (Jobánková a kol., 1992)

1.7.2 Pacient v domácí péči

Obtížné situace, které člověk ve svém životě prožívá, ještě více zvýrazní některé povahové a charakterové rysy. Pro sestru je pak daleko obtížnější komunikovat s tak problémovým pacientem.

Sestra se setkává s mnoha typy pacientů:

Dělení dle Honzáka:

- agresivní pacient
- úzkostný pacient
- úzkostný pedant
- depresivní pacient
- narcistický pacient
- kverlující pacient
- seduktivní pacient

Jiné dělení typů pacientů:

- úzkostný typ pacienta
- úzkostně-agresivní typ pacienta
- narcistně-agresivní typ pacienta
- bezohledně-agresivní typ pacienta
- pedanterní typ pacienta
- nepřístupný typ pacienta
- histriónský typ pacienta (Staňková a kol., 2003)

Musíme si však uvědomit, že tzv. „čisté“ typy pacientů se vyskytují zřídka. Většinou se jedná o mírné projevy, nebo kombinace více typů.

Pacienti náladoví – vyžadují zvýšenou péči a pozornost zdravotníků. Bývají neukáznění. Euforickou náladu je vhodné přiměřeným způsobem tlumit, tyto pacienti často podceňují závažnost onemocnění, záměrně jej zlehčují. Mohou se stát zdrojem veselé nálady na oddělení, po určité době však jejich styl vyjadřování obtěžuje nemocné i zdravotníky.

Pacienti s depresivní náladou musí být povzbuzováni, je vhodné je laskavým způsobem vést a podporovat. Tito pacienti vidí vše „černě“, myslí na nejhorší variantu svých obtíží.

Pacienti hysteričtí – zpravidla snášejí hospitalizaci dobře, zejména krátkodobou. Dostanou tím nový prostor být středem zájmu, oslňovat nové lidi ve svém okolí. Často hovoří o svých potížích, jejich barvitě líčení dostává dramatický nádech. Zdravotníci k nim často mívají nedůvěru a může se tak snáze přehlédnout nový příznak jejich nemoci.

Pacienti přecitlivělí jsou více zranitelní než ostatní. Zdravotníci musí při komunikaci mít dostatek času. Jednání s nimi vyžaduje zvýšenou opatrnost při sdělování závažných informací.

Pacienti popudliví vyžadují opatrné jednání, často reagují zlostně, afektovaně. Vyplatí se je neprovokovat, ale také zbytečně jim neustupovat. Je vhodné jim připomínat, že jsou odpovědní za své činy a chování.

Pacienty můžeme rozdělit také na: **rozhněvané, zmatené, vystrašené**. I v našich podmínkách se setkáváme s pacienty jiné kultury, nehovořícími česky. (Jobánková a kol., 1992)

Pohled pacienta na své onemocnění je určován mnoha faktory:

- **charakter onemocnění** (akutní, chronické, způsob léčby, trvalá bolest, mutilující ráz léčby)
- **okolnosti nemoci** (podpora v rodině, v zaměstnání, vina na vzniku onemocnění či úrazu)
- **prémorbidní osobnost** tj. osobnost před onemocněním
- **věk**: u dítěte strach z bolestivých zákroků, u dospělého stesk po rodině, u starých lidí strach ze samoty, smrti
- **stupeň celkové citlivosti** na nepříjemné podněty např. práh bolesti
- **citová reaktivita - temperament** (chování citově založených a citově chladných pacientů)
- **hierarchie hodnot** (přecházení a přehlížení nemoci u vysokého pracovního nasazení, zneužívání nemoci k různým sociálním výhodám u sociálně slabých vrstev společnosti apod.)
- **zdravotní uvědomění**, informovanost může výrazně pomoci při prevenci a léčbě
- **sociální postavení pacienta**, snaha rychleji se uzdravit u ekonomické ztráty způsobené nemocí, naopak předstírání nemoci k získání pracovní neschopnosti. (Jobánková a kol., 1992)

Ke změně emocí, nálad a celkového prožívání může přispívat:

- celkový tělesný stav
- střídání denního, měsíčního rytmu, ročních období
- fyzikální vlivy (hluk, teplo, chlad)
- chemické látky, farmaka, drogy a další. (Staňková a kol., 2003)

Zvláštní kapitolou jsou nemocní zdravotníci – lékaři i sestry. U této skupiny je výhodou jejich dobrá informovanost o nemoci, prevenci, léčbě i prognóze. Na druhou stranu, pokud onemocní zdravotník, často jej napadne ta nejhorší varianta onemocnění. Bývají více zneklidnění právě v důsledku vysoké míry informovanosti. Častěji nemoc přecházejí, snaží se sami léčit. K lékaři jdou později než laici. Objevuje se u nich častěji repudiační poměr k nemoci jako jejich obrana. Sami si určí diagnózu i léčbu. Při rozvoji onemocnění si namlouvají přehnanou pesimistickou prognózu. Vědí, že pacientům se někdy neříká pravda, proto jsou nedůvěřiví. V jejich případech častěji dojde k pozdějšímu zjištění nemoci, horší prognóze a častějším komplikacím.

1.7.3 Práva pacientů

První Charta práv nemocných vznikla v roce 1972. Etický kodex Práva nemocných vycházel ze Vzorových práv pacientů, ty byly vydány v roce 1985. (Staňková, 2001)¹⁸

V roce 1992 vyhlásila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky definitivní verzi Práv pacientů. V roce 1994 v Amsterdamu byla přijata Deklarace o Právech pacientů v Evropě. Zahrnuje práva pacientů a sociální práva, např. právo na ochranu zdraví a na zdravotnickou péči. (Haškovcová, 1997)

Při Ministerstvu zdravotnictví České republiky funguje Centrální etická komise. Vznikají také regionální etické komise. Jejimi členy jsou odborníci různých profesí i laici. Ve světě vznikla Práva pacientů mnohem dříve, v demokratické společnosti jsou považována za věc zcela samozřejmou. V naší zemi do roku 1989 byl nemocný v podřízeném postavení. Lékař a zdravotníci rozhodovali o všem, co se týkalo pacienta. Pokud se vzepřel, nesouhlasil, popřípadě se stále vyptával a chtěl být informován, byl často považován za „odlišného, dotěrného, zvědavého“ apod.

Teprve po roce 1989 se začal klást důraz na aktivní přístup. Informovaný pacient je nyní naopak přínosem celého léčebného procesu. Tuto změnu si musí uvědomit a přijmout ji za „svoji“ všichni občané. Také zdravotníci se museli naučit přistupovat k nemocným jako ke klientům, brát je jako rovnocenné partnery. Sestry při přípravě na své povolání se učí psychologickému přístupu k pacientům.

Během své praxe jsem se např. setkala s nekomunikující sestrou i lékařem. Byla jsem svědkem, jak lékař beze slova přišel do vyšetřovny, provedl potřebný výkon a opět beze slov odešel. O podání informací před výkonem, nebo pouhým pozdravením, upozorněním na možné

obtíže po výkonu nemůže být řeč. Stejně tak mi sestra přišla odebrat krev a během celého výkonu řekla jedinou větou: „*Vyhrňte si rukáv.*“

Zde nebyly splněny „Práva nemocných“, např.:

Bod 2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují.

Bod 3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Zde je vidět, že Práva pacientů mají svá opodstatnění, musí se o nich mluvit a musí se šířit. Samozřejmě pacienti mají svá práva, ale i povinnosti. Práva pacientů nejsou neměnná. Pokud by se některý bod stal samozřejmostí, bude nahrazen dalším problematickým úkolem.

Dále byla přijata: Práva imobilních osob, Práva starých lidí, Práva psychicky nemocných, Práva těhotné ženy a nenarozeného dítěte, Práva handicapovaného dítěte, Práva dialyzovaných a transplantovaných pacientů. Nesmí se zapomenout na Práva umírajících.

Znalost této problematiky je pro sestru v agentuře domácí péče důležitá. Spektrum klientů, které ošetřuje, je pestré a zahrnuje širokou škálu onemocnění a skupin pacientů. Plné znění kodexu Práva pacientů je uvedeno v příloze.

1.8 Komunikace

Komunikace je proces sdělování informací. Může probíhat verbálně i neverbálně, ale také jednostranně a oboustranně. Může mít pozitivní nebo negativní dopad. Komunikace může být běžná (běžný rozhovor s pacientem, kdy používáme všechny zásady správné komunikace), nebo výjimečná. Ta probíhá v náročných, často krizových situacích (např. ohrožení života, nebo sdělení nepříznivé diagnózy).

„Terapeutická komunikace je ve smyslu vědomého, záměrného a účelového použití verbálních a neverbálních komunikačních dovedností v průběhu interakce mezi sestrou a pacientem.“ (O'Connor, Aranda, 2005, str. 30)

„Rozhovor je záměrný a organizovaný dialog, v němž zkoumaná osoba nebo skupina osob odpovídá na otázky tazatele, nebo líčí své problémy či stanoviska.“ (Jobánková a kol., 1992, str. 64)

Rozhovor může být banální, nic nepřinášející, nebo dialog plný cenných informací. Rozhovor může být individuální, nebo skupinový. Podle cíle může být rozhovor diagnostický, či terapeutický. Podle techniky provádění rozlišujeme standardizovaný (předem připravené otázky), nestandardizovaný (cíl je shodný, ale mění se formulace a pořadí otázek) a volný (má konkrétní cíl, prostředky k jeho dosažení nejsou stanoveny). Ve zdravotnictví je častý diagnostický a terapeutický rozhovor. Podle techniky je nejvíce preferovaný rozhovor volný. Fáze rozhovoru jsou - ujasnění cíle, úvod, vzestup a pokračování, vrchol a rozuzlení, závěr. (Staňková a kol., 2003)

„V rámci konzultačního rozhovoru je možno odlišit direktivní a nedirektivní postup.“
(Staňková a kol., 2003, str. 14)

„Hlavními cíly rozhovoru jsou:

- *doplnit a upřesnit informace získané z dokumentace a pozorováním*
- *získat anamnestické údaje potřebné pro ošetrovatelskou péči*
- *objektivizovat údaje o subjektivních potížích a symptomech*
- *poučit a uklidnit pacienta*
- *uspokojit jeho potřebu sociálního kontaktu, bezpečí a jistoty*
- *získat jej k spolupráci v léčebném a ošetrovatelském procesu.“* (Staňková, 1999, str. 12)

„Obecná doporučení pro účinný rozhovor:

Vytvoř příjemné klima.

Bud' pozorným posluchačem.

Seznam se s komunikačními bariérami a vyvaruj se jich.

Své interview plánuj.

Uplatňuj správnou techniku rozhovoru.“ (Staňková, 1999, str. 14-15)

Pacient byl dříve pasivním článkem v řetězci léčby. Pasivně, často se strachem z neznámého, přijímal lékařovo rozhodnutí. Nebyl zvyklý hovořit se zdravotníky o svém zdravotním stavu. Byl v podřízené pozici. Naproti tomu lékař i sestra byli aktivním článkem procesu léčby, měli odpovědnost za pacientovo zdraví. Tento tzv. **paternalistický model** již nevyhovuje. Stále však přetrvává jako odkaz na dobu, kdy lékař byl (na rozdíl od pacienta) vzdělán odborně i humanitně. Jsou situace, kdy je paternalismus pro pacienta výhodný,

vzdává se partnerské role při komunikaci. Jedná se zpravidla o situace sdělení diagnózy onkologického, chronického, nebo nevléčitelného onemocnění.

„Paternalistický (otcovský, přeneseně rodičovský) model vztahů vyhovoval po staletí a ještě dnes má omezené, ale důležité místo v medicíně (první pomoc, neodkladná péče, dětské lékařství atd.).“ (Haškovcová, 2000, str. 34)

U chronicky nemocných je z dlouhodobého hlediska partnerský vztah vždy výhodný a oběma stranám prospěšný. V dnešní době klademe důraz na aktivní přístup klienta, jeho spolupráce je žádoucí. Mění se i celý proces komunikace. Hovoříme o **modelu partnerství**. Chceme mít aktivního, spolupracujícího pacienta (a jeho rodinu), který je schopen spolurozhodovat o své péči. Na to však musí být dostatečně a kvalitně informován o příčinách onemocnění, léčbě a vedlejších účincích terapie. Musí mu být poskytnuty informace a rady, aby zhodnotil svou situaci a uměl se připravit na budoucnost. Rodina i blízcí potřebují znát a vědět, jak spolupracovat a komunikovat s nemocným. Musíme je informovat, kdy a kam se v případě potíží obrátit o „pomoc“. Sestra z agentury domácí péče bývá nejbližším „článkem“, který jim může pomoci. Sestra musí dát najevo, že právě pacient i jeho rodina jsou pro ni důležití.

„Transformace paternalismu v profesionální partnerství bude nelehká a dlouhodobá.“ (Haškovcová, 1997, str. 58)

„Charakter partnerství musí být profesionální, nikoliv faktický.“ (Haškovcová, 2000, str. 35)

Efektivní komunikace vyžaduje znalosti sester. Sestra při svém projevu sděluje klientovi informace: ústně, písemně, mimikou, gestikulací. Tato schopnost reprodukovat slova je částečně vrozená. Musíme se učit komunikačním dovednostem a neustále je zdokonalovat. V dnešní době existuje mnoho kurzů, seminářů a školení na toto téma. Sestry i lékaři mají v rámci studijních osnov zařazenu problematiku komunikace s pacientem. Od roku 1990 se také vyučuje lékařská etika na lékařských fakultách.

1.8.1 Zásady správné komunikace

„Požadavky na lékaře:

- 1. Poslouchejte pacienta vždy pozorně.*
- 2. Vysvětlete vždy všechno jasně a srozumitelně. Vytvořte si zpětnou vazbu a ujistěte se, že vám pacient porozuměl.*

3. *Hovořte s pacientem pravidelně o prevenci.*
4. *Bud'te poctiví a čestní.*
5. *Vyptejte se pacienta na všechno, co by mohlo vaši spolupráci ztěžovat (obavy, nechuť, odmítání, příp. vliv druhé osoby).*
6. *Zachovejte vždy důvěrnost informací získaných od pacientů.*
7. *Respektujte pacientova přání.*
8. *Nekritizujte veřejně pacienta.*
9. *Během rozhovoru udržujte oční kontakt.*
10. *Respektujte pacientovo soukromí.*
11. *Dejte pacientovi najevo svou emoční podporu.*
12. *Nenavazujte s pacienty sexuální vztahy.*
13. *Stanovte jasnou diagnózu, a pokud to je možné, seznamte s ní pacienta způsobem, který je pro něj přijatelný a srozumitelný.*
14. *Váš upravený oděv je nezbytnou samozřejmostí.*
15. *Vystupujte před pacienty vždy v nejlepším světle.*
16. *Nepožadujte od pacientů finanční podporu.*

Požadavky na pacienty

Vaši pacienti se je nikde nedočkou, proto jim je musíte sdělit sami - je to možné i formou letáku v čekárně.

1. *Ptejte se lékaře na vše, co považujete za nejasné, nebo za nesrozumitelné.*
2. *Poskytněte lékaři všechny nutné informace. Bez vašich informací lékař neví, co vás kde a jak mnoho bolí, bez vašeho vyjádření lékař neví, který postup chcete zvolit.*
3. *Dodržujte pečlivě všechny lékařovy pokyny - je to především ve vašem vlastním zájmu.*
4. *Bud'te k lékaři upřímní.*
5. *Nedělejte si nepřiměřené nároky na lékařův čas a nepřipravujte lékaře o čas zbytečně.*
6. *Důvěřujte svému lékaři.*
7. *Respektujte lékařovo soukromí.*
8. *Sdělte lékaři všechny své problémy najednou, nenechávejte si pro sebe svá „tajemství“ - je to jen k vaší škodě.*
9. *Při rozhovoru se dívejte lékaři do očí.*
10. *Sdělte lékaři všechny své pochybnosti, ať už se týkají čehokoliv.“ (Honzák, 1999, str. 7-8)*

Tato pravidla komunikace (zde formulovaná jako vztah lékař - pacient) se mohou ve stejné míře používat i ve vztahu sestra - pacient. Sestra pracující v domácí péči je určitým

„zástupcem“ zdravotnictví, proto je velmi důležité, jak umí s klientem komunikovat. Zejména pokud se jedná o klienty osamělé a často i obtížně pohyblivé, kteří komunikují s praktickým lékařem jen prostřednictvím telefonu, nebo sestry z agentury domácí péče. Takový klient často celý den čeká, až přijde „jeho“ sestřička a on si s ní může popovídat. Je nutné umět komunikovat s lidmi, neboť většinu klientů tvoří staří a osamělí lidé.

V domácí péči se často vytváří silný vztah mezi klientem a sestrou. Sestra pracující v nemocnici na oddělení pečuje o více pacientů, při další směně je vystřídána jinou sestrou, která zodpoví dotazy, vysvětlí nejasnosti. Sestry z agentury domácí péče mohou špatně zodpovězenou otázkou, nebo nevyřešeným problémem vážně ohrozit psychiku pacienta, který je zcela sám, nebo je jeho psychický stav labilní vlivem onemocnění. V úvahu musí vzít i situaci, kdy pacient nechce komunikovat, nebo nás informuje (nevědomky, záměrně) zkresleně.

Podle některých výzkumných studií se zjistilo, že čím více trpí pacient strachem, obavami, úzkostí a depresemi, tím méně o svých problémech hovoří. Mohou zde hrát roli i předchozí zkušenosti se zdravotníky, strach, únava, bolest, další somatické, psychické i smyslové potíže. Případný rozpor ve slovním a mimoslovním vyjadřování zdravotníka snižuje kvalitu komunikačního procesu a klientovi jistě neunikne. Ošetřující sestra musí mít sama v sobě vyjasněné postoje, životní hodnoty a svůj „žebříček hodnot“. Pokud se neumí vypořádat s problémovými situacemi ve svém životě, pacient brzy pozná její vnitřní rozkol a ona nebude působit klidně a věrohodně. Na to vše musí zdravotník myslet při rozhovoru s nemocným. Krokem k úspěšné komunikaci je také zjistit, jak „hodně“ chce být klient a rodina informováni.

Ze své praxe uvedu 3 příklady:

První příklad:

Klientka umírala z důvodu pokročilého stádia karcinomu střev za všech doprovodných obtíží typických pro tento stav. Bylo jí 50 roků. Manžel i dvě dospělé dcery si nepřáli, aby byla seznámena s příčinou a beznadějností svého stavu. Neustále jí povzbuzovali a utěšovali, že se vše brzy zlepší a ona se začne uzdravovat. Nemyslím, že by jim zcela věřila, ale jako ošetřující sestra jsem respektovala přání rodiny. Je možné, že z důvodu láskyplné péče a neustálé přítomnosti někoho z nejbližších klientka nepotřebovala opiáty. Všichni zúčastnění zdravotníci i lékaři se pozastavovali nad faktem, že po běžných analgetických bolestech ustoupily a pacientka netrpěla bolestmi.

Druhý příklad:

Klientka s diagnózou sclerosis multiplex. Tato pacientka nechtěla být informována o onemocnění a jeho symptomech. Říkala, že co neví, to jí netrápí. Když si náhodně přečetla jaké projevy toto onemocnění může mít, hned si je „vsugerovala“ a dlouho jí trvalo, než se těchto neodbytných pocitů zbavila. Řekla, že si pak připadá mnohem více nemocná, než je ve skutečnosti. I takové situace a klienty sestra musí respektovat a dávat si mnohem větší pozor při komunikaci.

Třetí příklad:

Je zde ukázka, jak by komunikace rozhodně neměla vypadat. Jako doprovod s blízkým členem rodiny jsem šla k odbornému lékaři. Byli jsme objednáni, výsledky jsem doručila již dříve. Neznali jsme ovšem závěry, stále jsme doufali, že onemocnění nebude tak vážné. Po zaklepání jsme vešli do pracovny lékaře a ještě než jsme stačili zavřít dveře a posadit se, lékař pronesl: „No je to rakovina, víte to?“ Naši reakci v tu chvíli snad ani nemusím popisovat....

Nejčastější chyby při komunikaci:

- netrpělivost, sestra se chce v co nejkratším čase dozvědět co nejvíce informací
- autoritativní a oficiální tón ze strany tazajícího zdravotníka
- nejasná formulace otázek
- pokládání sugestivních otázek, otázek s předpokládanou odpovědí ano, ne
- neustálé opravování a usměrňování
- násilné potlačování ticha, pomlky. (Jobánková a kol., 1992)

Dovednost komunikace je velmi důležitá, pokud máme před sebou hendikepovaného pacienta. Tito lidé mohou mít jednotlivá postižení, nebo různě kombinované postižení. Sestra v domácí péči se setkává s klienty s různými problémy a musí s nimi umět komunikovat. Je vhodné se seznámit s pravidly komunikace při jednání s neslyšícími, nevidomými, mentálně a tělesně postiženými. Také rozhovor s vážně nemocným klientem má svá pravidla.

1.9 Edukace pacientů

Počátky výuky pacientů sahají až do 19. století k Florence Nightingalové a Lilian Waldové. Význam edukace spočívá v lepší spolupráci s pacienty a jejich rodinou. Tyto

získané znalosti pacient následně v domácím prostředí uplatňuje a používá. Se zkracující se dobou pobytu v nemocnici je důležité, aby pacienti znali, co a jak mají dělat po propuštění. Sestry v agenturách domácí péče provádějí edukaci klientů i jejich rodin. Edukace musí probíhat systematicky a plánovaně. Je součástí plánu péče o pacienta.

„Později to byly veřejné ošetřovatelky, které navštěvovaly příbytky nemocných, v padesátých letech se stala místem výuky ambulantní oddělení nemocnic. O něco později, když se koncept zdraví rozšířil a definice zdraví nepředstavovala pouze nepřítomnost nemoci, došlo k tomu, že podpora zdraví, prevence nemoci a rehabilitace se staly hlavními cíli zdravotnické péče. Tento celostní pohled vedl ke zdůraznění a podpoře role sestry edukátorky. Do určité míry sestry v každé době poskytovaly svým pacientům informace o jejich zdravotním stavu, léčbě, možných komplikacích a potřebných krocích k prevenci těchto komplikací. Ale množství a kvalita poskytovaných informací byly přímo úměrné množství času, zkušenosti, „pracovního nadšení“, kterými sestra disponovala.“ (Škrlovi, 2003, str. 368)

„Cíle ošetřovatelského personálu při výuce pacienta musí tedy zahrnovat následující:

- podpořit pacienta a pomoci mu při zvládnutí jeho strachu a pocitu úzkosti
- předat potřebné informace
- pomoci pacientovi pochopit podstatu nemoci a její příčiny
- opravit jeho chybné koncepte
- pomoci pacientovi pochopit jeho vlastní roli v péči o svoji osobu a jeho zodpovědnost za své zdraví.“ (Škrlovi, 2003, str. 368-369)

Mezi pacientem a edukátorem vzniká partnerský vztah. Edukující osoba musí mít znalost daného problému, být ochotná a empatická. Musí respektovat osobnost pacienta, mít patřičné komunikační dovednosti a schopnosti rádce. **Existují tři způsoby učení: paternalistický** (nebere v potaz potřeby pacienta), **konzumeristický** (sdělení informací bez ohledu na hodnoty edukátora) a **humanistický** (zde je spolupráce a funkční vztah).

Výuku ovlivňuje: pohlaví, věk, vzdělání, motivace, soběstačnost, žebříček hodnot, sebedůvěra, smyslové schopnosti, kultura, zdravotní stav a ráz onemocnění.

Při výuce pacientů si musí edukátor uvědomit, že:

- získání znalostí je aktivní proces
- je nutné stanovit cíl a snažit se jej dosáhnout
- přínosem může být skupinová forma vzdělávání
- znalosti se mohou použít ve skutečné situaci, lépe se pak zapamatují
- je dobré stavět na známých poznacích, nezapomenout na heslo – opakování je matka moudrosti
- je důležité klienta přesvědčit o významu edukace.

Chyby při edukaci klientů:

- nejsou stanoveny cíle
- přetížení pacienta informacemi, používání odborných výrazů, zbytečné opakování
- edukátor se zpětně nepřesvědčí, zda klient informaci porozuměl
- nadřazený postoj nad pacientem, ten nedostane prostor ke svému vyjádření
- nevhodně zvolené prostředí, čas, nebere ohled na aktuální stav nemocného
- neprovedení vyhodnocení. (Škrlovi, 2003)

EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíl empirického šetření

Cílem empirické části je zjistit míru informovanosti o agenturách domácí zdravotní péče v Pardubicích. Konkrétně jde o zjištění znalostí o domácí péči ve čtyřech skupinách. Následně pak zhodnotit jednotlivé skupiny. Stanovit postup, jak informovat tyto skupiny s odlišením potřebnosti, odbornosti a množstvím informací. Podle výsledků této výzkumné práce pak vytvořit návrh informační kampaně ke zvýšení informovanosti o agenturách domácí péče a činnostech, kterou poskytují.

Cílem výzkumu je zjistit:

Z pohledu zdravotních sester pracujících v pardubické nemocnici:

- všeobecné údaje o sestrách
- možnost spolupráce s agenturou domácí zdravotní péče
- typ klientů, kteří nejčastěji vyhledávají péči ADP
- zájem ze strany klientů, nebo jejich rodin o služby ADP
- přínos spolupráce pro klienty v domácí zdravotní péči
- představu o finanční stránce této péče
- důvody poskytování domácí zdravotní péče
- potřebnost domácí péče pro pacienty
- představu o náplni ADP
- znalost ADP v Pardubicích
- způsob předání informací při propuštění klienta z nemocničního zařízení
- navrhovatele domácí zdravotní péče

Z pohledu klientů hospitalizovaných v pardubické nemocnici:

- typ pacienta
- znalost existence domácí zdravotní péče
- zdroj a způsob informování o domácí zdravotní péči
- výhody domácí péče pro pacienty
- způsob finančního hrazení této péče
- důvody pro poskytování domácí zdravotní péče

- potřebnost péče ADP
- představu o náplni ADP
- znalost ADP v Pardubicích

Z pohledu klientů v péči agentury domácí péče:

- typ pacienta
- zdroj a způsob informování o domácí zdravotní péči
- výhody domácí péče pro pacienty
- způsob finančního hrazení této péče
- důvody pro poskytování domácí péče
- potřebnost činnosti ADP
- spolupráci rodin s ošetřující sestrou ADP
- informovanost klientů od ošetřující sestry ADP
- rozdíl v ošetření sestrou z ADP a v nemocnici

Z pohledu občanů města Pardubic:

- obecné údaje o občanech
- osobní zkušenost s domácí zdravotní péčí
- znalost existence domácí zdravotní péče
- zdroj a způsob informování o domácí zdravotní péči
- výhody domácí zdravotní péče pro pacienty
- způsob finančního hrazení této péče
- důvody pro poskytování domácí péče
- potřebnost této péče
- představu o náplni ADP
- znalost ADP v Pardubicích

2.2 Popis skupin respondentů

Dotazník jsem rozdala čtyřem odlišným skupinám:

Abych zajistila objektivitu porovnání, mají všechny skupiny 50 respondentů. Celkem jsem tedy hodnotila 200 respondentů. Před zahájením výzkumné práce jsem informovala

p. náměstkyni pro ošetrovatelskou péči v Krajské nemocnici Pardubice a vrchní sestry vybraných oddělení. Byl použit náhodný výběr respondentů.

1. První skupinu tvoří sestry pracující na různých odděleních pardubické nemocnice. Oslovila jsem vrchní sestry, staniční sestry a sestry řadové na 11 odděleních, kde je největší možnost kontaktu s domácí péčí. Rozdala jsem 52 dotazníků, zpět jsem získala 50 dotazníků, návratnost tedy byla 96%.

Rozdala jsem dotazníky na:

- interním oddělení
- geriatrickém oddělení
- chirurgickém oddělení
- kardiologii
- kožním oddělení
- neurochirurgickém oddělení
- neurologickém oddělení
- ortopedickém oddělení
- rehabilitačním oddělení
- TRN
- traumatologickém oddělení

2. Druhou skupinu tvoří klienti hospitalizovaní na různých odděleních v Krajské nemocnici Pardubice. Vybrala jsem 9 oddělení, kde je největší možnost kontaktu s domácí péčí. Zde jsem rozdala 56 dotazníků, zpátky jsem dostala 50 dotazníků. Návratnost je tedy 89%.

Oslovila jsem klienty na:

- interním oddělení
- geriatrickém oddělení
- chirurgickém oddělení
- kardiologickém oddělení
- kožním oddělení
- neurologickém oddělení
- rehabilitačním oddělení
- TRN
- traumatologickém oddělení

3. Ve třetí skupině jsou klienti v péči agentur domácí péče. Na Pardubicku působí 4 agentury domácí péče. Oslovila jsem vedoucí sestry všech agentur domácí péče, abych zjistila, jaké jsou znalosti a informace jejich klientů o domácí zdravotní péči, nakolik jsou totožné s předchozími informacemi a současnou realitou. Rozdala jsem 50 dotazníků, vrátilo se jich 50, návratnost tedy je 100%.

Rozdala jsem dotazníky v:

- Domácí péči geriatrického centra
- Niké
- Charitě
- Středisku křesťanské pomoci

4. Čtvrtou skupinu tvoří občané města Pardubic. Náhodným výběrem občanů jsem se snažila o zachycení informací o agenturách domácí péče. Rozdala jsem 50 dotazníků, vrátilo se jich 50, návratnost tedy je 100%.

2.3 Metodika výzkumu

Z různých metod výzkumu jsem zvolila metodu dotazníku. Pro čtyři skupiny respondentů jsem vypracovala čtyři dotazníky. Dotazníky byly anonymní. Plné znění dotazníků je v kapitole Příloha.

Dotazník číslo 1 pro zdravotní sestry pracující v pardubické nemocnici obsahuje 18 otázek. První 4 otázky zjišťují obecné informace, dalších 14 otázek je konkrétně zaměřeno na znalosti o ADP.

Dotazník číslo 2 pro klienty hospitalizované v pardubické nemocnici obsahuje 15 otázek. První 3 otázky zjišťují obecné informace, dalších 12 otázek je konkrétně zaměřeno na znalosti o ADP.

Dotazník číslo 3 pro klienty v péči agentur domácí péče obsahuje 16 otázek. První 3 otázky zjišťují obecné informace, dalších 13 otázek je konkrétně zaměřeno na znalosti o ADP.

Dotazník číslo 4 pro občany města Pardubic obsahuje 15 otázek První 3 otázky zjišťují obecné informace, dalších 12 otázek je konkrétně zaměřeno na znalosti o ADP.

2.4 Výsledky a jejich zhodnocení

Pro zpracování údajů jsem použila procentuální zhodnocení a grafické znázornění. U otázek, kde respondenti zaškrtnli více možností, jsem provedla vyhodnocení v tabulce.

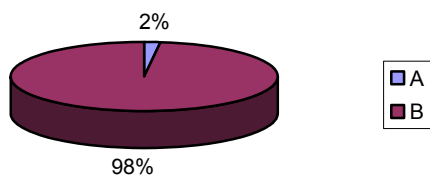
DOTAZNÍK I.

Určený pro zdravotní sestry

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

Graf č.1 Pohlaví



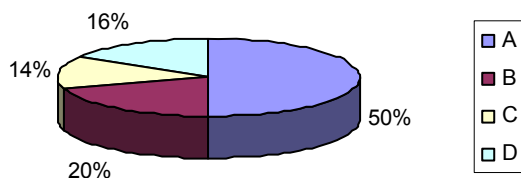
Komentář:

Z grafu č. 1 vidíme, že 2 % jsou mužského pohlaví a 98 % sester je ženského pohlaví, což odpovídá minimálnímu zastoupení mužů v této profesi.

2. Věk:

- a) do 30 let
- b) 31 - 40 let
- c) 41 - 50 let
- d) nad 51 let

Graf č.2 Věk



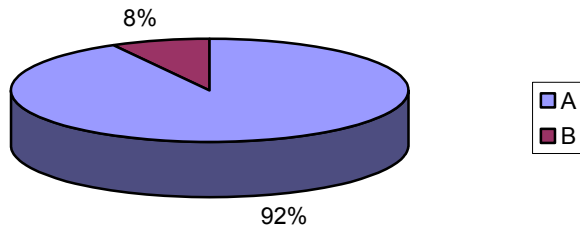
Komentář:

Z grafu č. 2 vyplývá, že nejvíce - 50% sester je ve věku do 30 let, 20% sester je ve věku 31-40 let, 14% sester je ve věku 41-50 let a 16% sester je starší než 51 let.

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) středoškolské
- b) vysokoškolské

Graf č.3 Nejvyšší dosažené vzdělání



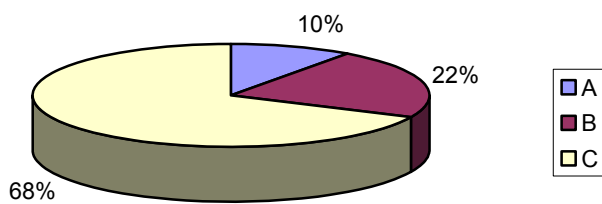
Komentář:

Z grafu č. 3 je patrné, že stále nejvíce sester - 92% má středoškolské vzdělání, 8% sester má vysokoškolské vzdělání.

4. Mé pracovní zařazení:

- a) vrchní sestra
- b) staniční sestra
- c) sestra u lůžka

Graf č.4 Mé pracovní zařazení



Komentář:

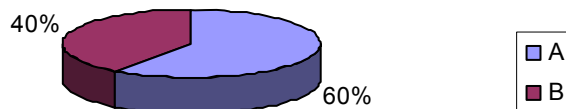
Z grafu č. 4 vyplývá, že 10% dotázaných respondentek je vrchními sestrami, 22% tvoří staniční sestry a 68% jsou sestry u lůžka.

5. Spolupracujete s agenturou domácí péče?

a) ano

b) ne (pokud zaškrtnete tuto odpověď, prosím na další otázku neodpovídejte)

Otázka č.:5 Spolupracujete s agenturou domácí péče



Komentář:

Z grafu č. 5 vyplývá, že v 60% sestry spolupracují s agenturou domácí péče a ve 40% není spolupráce žádná. To odpovídá situaci v Pardubicích, kde domácí péče je poskytována již 16 roků a tento model péče se stále rozšiřuje. Musíme vzít také v úvahu, že při předávání pacientů do domácí péče nejvíce spolupracují s agenturou staniční a vrchní sestry.

6. Jak dlouho trvá vaše spolupráce?

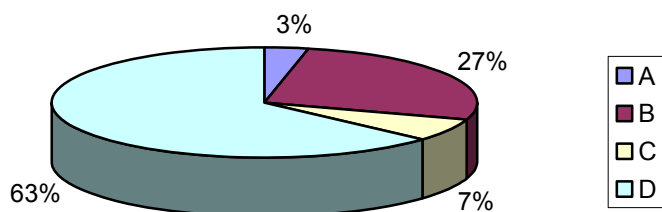
a) do 1 roku

b) do 3 let

c) do 5 let

d) více jak 5 let

Graf č. 6 Jak dlouho trvá vaše spolupráce



Komentář:

Na grafu č. 6 vidíme, že nejméně - 3% sester zvolilo nejkratší spolupráci do jednoho roku, 27% sester uvedlo délku spolupráce do tří let, 7% sester udává spolupráci nepřesahující pět let a 63% sester uvedlo, že spolupracuje s agenturami domácí péče déle než pět let. Poznámka: na tuto otázku odpovídalo 60% spolupracujících sester z předchozí otázky.

7. Kteří klienti podle vás potřebují péči agentury domácí péče (dále již jen ADP) nejčastěji?

- a) gerontologičtí
- b) klienti s chronickým onemocněním
- c) klienti s chronickými kožními defekty
- d) tělesně postižení
- e) osamělí
- f) děti
- g) klienti s jinými problémy (doplňte):

Tabulka č. 7 Kteří klienti podle vás potřebují péči agentury domácí péče (dále již jen ADP) nejčastěji?

Kteří klienti podle vás potřebují péči agentury domácí péče (dále již jen ADP) nejčastěji?	Počet odpovědí
gerontologičtí	46
klienti s chronickým onemocněním	32
klienti s chronickými kožními defekty	26
tělesně postižení	23
osamělí	20
děti	4
klienti s jinými problémy	4

Komentář:

V této otázce sestry volily více možností. Z celkového počtu 50 respondentek jich 46 zvolilo gerontologické pacienty, 32 sester zaškrtnulo klienty s chronickým onemocněním, 26 sester zaškrtnulo klienty s chronickými kožními defekty, 23 sester se domnívá, že to jsou tělesně postižení, 20 sester vybralo osamělé, jen 4 sestry se domnívají, že to jsou děti a 4 sestry zvolily poslední možnost tj. klienty s jinými problémy. Tyto sestry doplnily nevidomé pacienty.

8. Z jakých oddělení nejčastěji přebírá klienty ADP?

- a) z interního oddělení s diagnózou:
- b) z chirurgického oddělení s diagnózou:
- c) z geriatrického oddělení s diagnózou:
- d) z neurologického oddělení s diagnózou:
- e) z kožního oddělení s diagnózou:
- f) na základě doporučení praktických, či odborných lékařů s diagnózou:
- g) jiné:

Tabulka č. 8. Z jakých oddělení nejčastěji přebírá klienty ADP?

Z jakých oddělení nejčastěji přebírá klienty ADP?	Počet odpovědí
z interního oddělení	24
z chirurgického oddělení	28
z geriatrického oddělení	32
z neurologického oddělení	28
z kožního oddělení	18
na základě doporučení praktických, či odborných lékařů	11
jiné	2

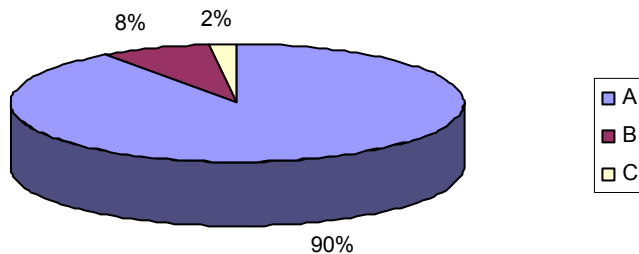
Komentář:

V této otázce sestry zaškrtnly více odpovědí. Z celkového počtu 50 respondentů uvedlo interní oddělení 24 sester. Mezi 3 nejčastější onemocnění patří: diabetes mellitus, kardiovaskulární a onkologické nemoci. Chirurgické oddělení zaškrtnlo 28 sester, sestry zde nejčastěji doplňovaly: kolostomie, nehojící se rány a dekubity. Geriatrické oddělení volilo nejvíce tj. 32 sester, sem doplnily tyto diagnózy: dekubity, demence a nesoběstačný pacient. Neurologické oddělení vybralo 28 sester, zde se nejčastěji objevovaly diagnózy: centrální mozková příhoda a vertigo. Kožní oddělení zvolilo 18 sester, zde sestry doplnily: kožní defekty, erysipel a bércové vředy. Na základě doporučení praktických, či odborných lékařů volilo 11 sester, sem doplňovaly diagnózy: chronické onemocnění a terminální stádium onkologických chorob. Poslední možnost - jiné volily 2 sestry, zde doplnily: urologické a ortopedické onemocnění.

9. Zvyšuje se zájem klientů, či rodiny klienta o služby ADP?

- a) ano
- b) ne

Graf č. 9 Zvyšuje se zájem klientů či rodiny klienta o služby ADP

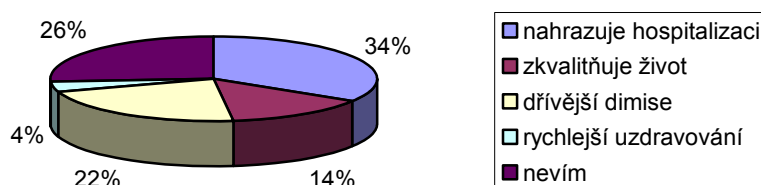


Komentář:

Z grafu č. 9 vyplývá, že 90% sester se domnívá, že zájem klientů, či jejich rodin se zvyšuje, 8% sester má negativní názor a 2% sester doplnilo odpověď nevím.

10. V čem vidíte přínos vaší spolupráce s ADP pro klienta?

Graf č. 10 V čem vidíte přínos Vaší spolupráce s ADP pro klienta



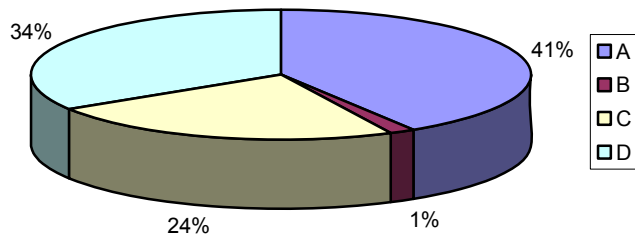
Komentář:

Na grafu č. 10 vidíme, že nejvíce odpovědí - 34% uvádí, že nahrazuje hospitalizaci, ve 14% se respondenti domnívají, že zkvalitňuje život, 22% respondentů doplnilo dřívější dimisi, ve 4% je to rychlejší uzdravování a 26% sester neví.

11. Kdo hradí poskytovanou domácí péči?

- a) zdravotní pojišťovny svým pojištěncům
- b) obce, města
- c) klient a jeho rodina
- d) možné různé kombinace

Otázka č.: 11 Kdo hradí poskytovanou domácí péči



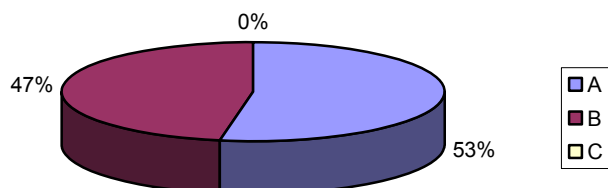
Komentář:

Z grafu č. 11 je viditelné, že 41% sester zaškrtnulo zdravotní pojišťovnu, 1% sester volilo možnost - obce, města, 24% sester zaškrtnulo klient a jeho rodina a 34% sester volilo možnost různé kombinace.

12. Ve vašem regionu je domácí péče poskytována zejména:

- a) ze zdravotních důvodů
- b) převažují sociální důvody
- c) jiné

Graf č. 12 Ve vašem regionu je domácí péče poskytována zejména

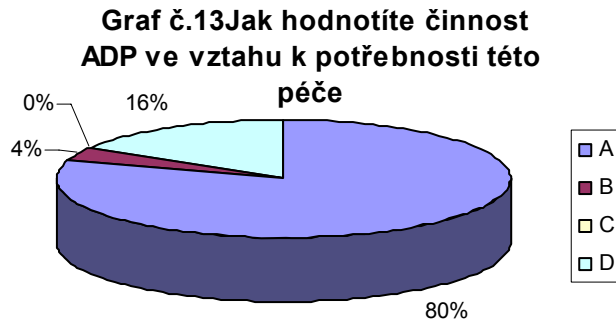


Komentář:

Z grafu č. 12 vyplývá, že 53% sester vidí zdravotní důvody jako argument poskytování domácí péče a 47% sester se domnívá, že převažují sociální důvody. Odpověď jiné nevolila žádná sestra.

13. Jak hodnotíte činnost ADP ve vztahu k potřebnosti této péče?

- a) je třeba rozšířit počet sester vykonávajících tuto péči
- b) zachovat stávající stav
- c) péče je nadbytečná
- d) nevím



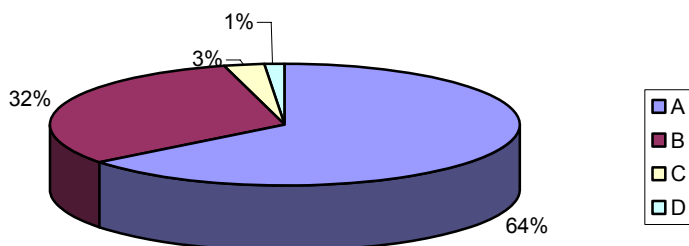
Komentář:

Na tomto grafu vidíme, že 80% sester by tuto péči rozšířilo, 4% sester by ji zachovalo, o nadbytečnosti není přesvědčena žádná sestra a možnost nevím volilo 16% sester.

14. Co si pod pojmem domácí péče představujete?

- a) kontrola fyziologických funkcí, aplikace injekcí, enterální a parenterální výživa, odběry biologického materiálu, převazy nehojících se ran, rehabilitační ošetřovatelství atd.
- b) úklid domácnosti, rozvoz obědů, nákupy, hygienická péče
- c) nevím
- d) jiné

Graf č. 14 Co si pod pojmem domácí péče představujete



Komentář:

Z grafu č. 14 je zřejmé, že vědomosti o domácí péči sestry mají viz odpověď a) - 64%, ale 32% sester se domnívá, že do domácí péče spadá činnost příslušející do sociální oblasti (pečovatelská služba), což u sester pracujících v nemocnici je vysoký počet. 3% sester volilo odpověď nevím a 1% zaškrtnulo jiné - zde byla doplněna spolupráce s praktickým lékařem.

15. Znáte nějaké agentury domácí péče ?

Tabulka č. 15 Znáte nějaké agentury domácí péče ?

Znáte nějaké agentury domácí péče ?	Počet odpovědí
Ne	5
NIKÉ	36
CHARITA	17
DP GERIATRIE	6
SKP	5
HELPHOME	6
PEČ. SLUŽBA	3
ČERVENÝ KŘÍŽ	5

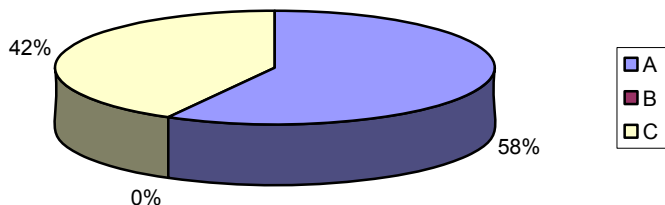
Komentář:

V této otázce sestry volily více odpovědí. Z celkového počtu 50 sester 5 sester nezná žádnou agenturu domácí péče, nejvíce tj. 36 sester uvedlo NIKÉ, 17 sester doplnilo CHARITU, 6 sester dopsalo DP GERIATRIE, 5 sester zná STŘEDISKO KŘESŤANSKÉ POMOCI (SKP). Celkem 14 odpovědí bylo nesprávných (6 sester uvedlo HELPHOME, 3 PEČOVATELSKOU SLUŽBU a 5 sester ČERVENÝ KŘÍŽ).

16. Spolupráce s ADP je:

- a) vyhovující
- b) nevyhovující
- c) nevím, nemohu posoudit

Graf č. 16 Spolupráce s ADP je



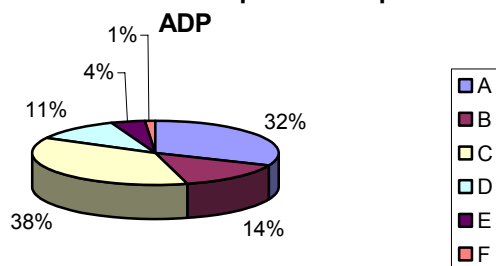
Komentář:

V tomto grafu vidíme, že v 58% je situace vyhovující, odpověď nevyhovující ne zvolil nikdo a nevím, nemohu posoudit zvolilo 42% sester.

17. Jakým způsobem se předávají informace o klientovi při propuštění z nemocnice a následném předání do péče ADP?

- a) pouze ústní, či telefonické předání
- b) ošetřovatelská propouštěcí zpráva
- c) lékařská propouštěcí zpráva
- d) vyplněné doporučení dle metodiky VZP
- e) žádná

Graf č. 17 Jakým způsobem se předávají informace o klientovi při propuštění z nemocnice a následném předání do péče



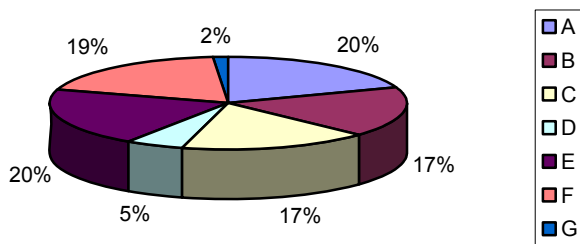
Komentář:

Možnost pouze ústní, či telefonické předání zaškrtno 32% sester, prostřednictvím ošetřovatelské propouštěcí zprávy se domnívá 14% sester, předání informací při propuštění prostřednictvím lékařské propouštěcí zprávy volilo 38% sester, vyplněné doporučení dle metodiky VZP zaškrtno 11%, možnost žádná volilo 4% a 1% sester doplnilo možnost prostřednictvím sociální sestry.

18. Kdo podává návrh na poskytování domácí péče?

- a) klient a jeho rodina
- b) sestry v lůžkových zařízeních
- c) lékaři lůžkových zařízení
- d) ambulantní specialisté
- e) praktičtí lékaři
- f) sociální pracovníci
- g) někdo jiný

Graf č. 18 Kdo podává návrh na poskytování domácí péče



Komentář:

Z grafu č. 18 je zřejmé, že možnost klient a jeho rodina volilo 20% sester, sestry v lůžkových zařízeních zaškrtno 17%, stejný počet tj. 17% sester se domnívá, že to jsou lékaři lůžkových zařízení, ambulantní specialisty zaškrtno 5%, praktické lékaře zaškrtno 20%, sociální pracovníky zaškrtno 19% a možnost někdo jiný volily 2% sester.

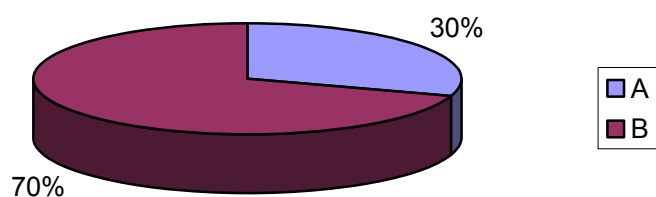
DOTAZNÍK II.

Určený pro klienty hospitalizované ve zdravotnickém zařízení

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

Graf č. 1 Pohlaví



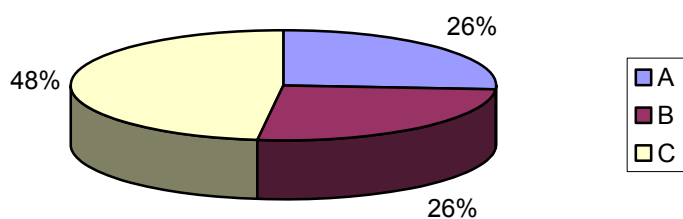
Komentář:

Z grafu č. 1 je zřejmé, že 30% klientů tvoří muži a 70% klientů je ženského pohlaví.

2. Věk:

- a) do 40 let
- b) 41 - 60 let
- c) nad 61 let

Graf č.2 Věk



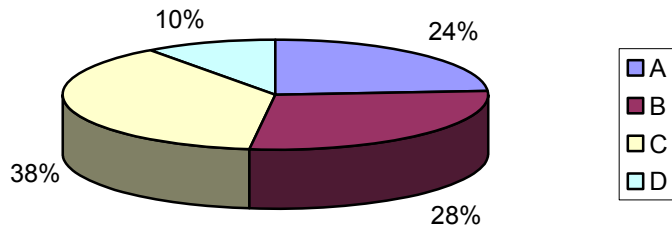
Komentář:

Z grafu č. 2 vyplývá, že 26% klientů je ve věku do 40 let, 26% klientů je mezi 41 - 60 let a nejvíce tj. 48% klientů je ve věku nad 61 let.

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen(a)
- c) středoškolské (ukončené maturitou)
- d) vysokoškolské

Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



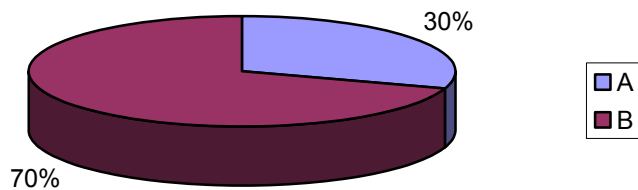
Komentář:

Z grafu č. 3 je patrné, že 24% klientů má základní vzdělání, vyučeno je 28% klientů, nejvíce tj. 38% klientů má středoškolské vzdělání a vysokoškolské vzdělání má 10% klientů.

4. Mám:

- a) akutní (náhle vzniklé onemocnění) - jaké:
- b) chronické (dlouhotrvající onemocnění) - jaké:

Graf č. 4 Mám

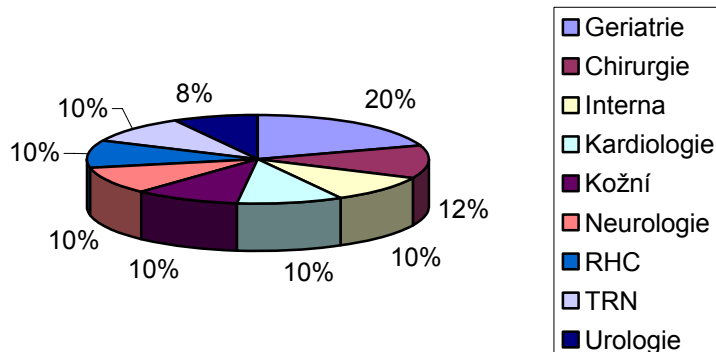


Komentář:

Z grafu č. 4 vychází, že 30% respondentů má akutní onemocnění. Mezi nejčastější akutní onemocnění klienti uváděli zažívací obtíže (cholecystektomie), nemoci pohybového ústrojí (úrazy, fraktury) a nemoci dýchacího ústrojí (pneumonie). 70% respondentů trpí chronickým onemocněním. Mezi chronické choroby nejčastěji klienti uvedli onkologické, kardiovaskulární nemoci a diabetes mellitus.

5. Jsem hospitalizován(a) na oddělení (prosím doplňte):

Graf č. 5 Jsem hospitalizován(a) na oddělení (prosím doplňte)



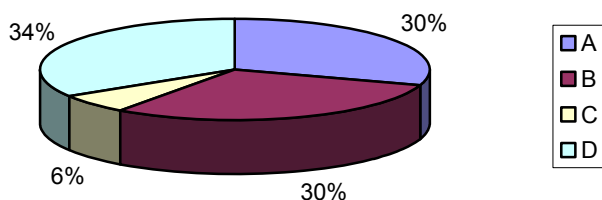
Komentář:

Na tomto grafu č. 5 vidíme, že 20% klientů je hospitalizováno na geriatrii, 12% klientů je hospitalizováno na chirurgii, 10% klientů je hospitalizováno na interním oddělení, 10% klientů je hospitalizováno na kardiologii, 10% klientů je hospitalizováno na kožním oddělení, 10% klientů je hospitalizováno na neurologii, 10% klientů je hospitalizováno na rehabilitačním oddělení, 10% klientů je hospitalizováno na TRN a 8% klientů je hospitalizováno na urologii.

6. Víte o existenci a možnosti následné péče sester agentury domácí péče (dále již jen ADP)?

- a) ano, vím o této formě ošetřování
- b) mám jen kusé informace
- c) mám již zkušenosti z dřívějšíka
- d) nemám informace

Graf č. 6 Víte o existenci a možnosti následné péče sester agentury domácí péče (dále již jen ADP)



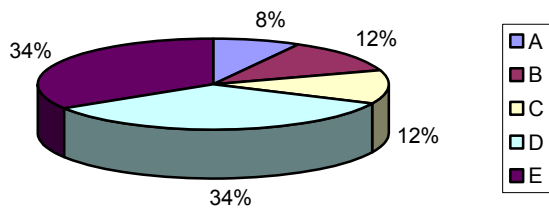
Komentář:

Z grafu č. 6 vyplývá, že 30% klientů ví o této formě ošetřování, 30% klientů má jen kusé informace, 6% klientů má zkušenosti z dřívějšíka a nejvíce tj. 34% klientů nemá žádné informace.

7. Kdo vás informoval o domácí péči?

- a) ošetřující lékař
- b) zdravotní sestra
- c) sociální pracovníce
- d) jiný zdroj (doplňte)
- e) nikdo - nemám žádné informace

Graf č. 7 Kdo Vás informoval o domácí péči



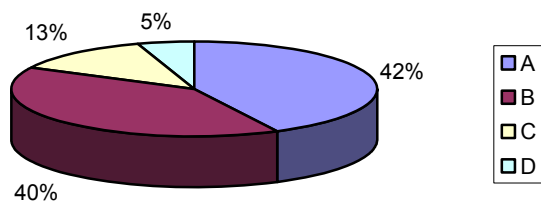
Komentář:

V grafu č. 7 uvedlo 8% klientů jako zdroj informací ošetřujícího lékaře, 12% klientů uvedlo zdravotní sestru, 12% klientů uvedlo sociální pracovníci, jiný zdroj (nejčastěji to byly média, sousedka a příbuzní) zaškrtnlo 34% klientů a nikdo - nemám žádné informace volilo 34% klientů.

8. Jakou míru podrobnosti měly dané informace?

- a) vše mi bylo podrobně, jasně a srozumitelně vysvětleno
- b) informace byla stručná, ale všemu jsem rozuměl(a)
- c) informující osoba hovořila ve spěchu, moc jsem nerozuměl(a)
- d) informující osoba používala odborné výrazy, moc jsem nerozuměl(a)

Graf č. 8 Jakou míru podrobnosti měly dané informace



Komentář:

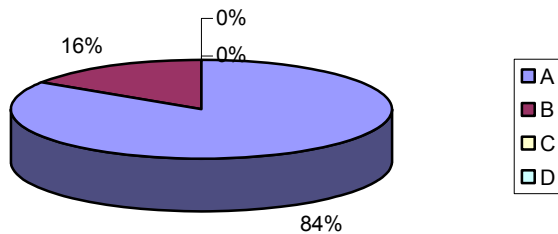
Na grafu č. 8 vidíme, že možnost podrobného, jasného a srozumitelného vysvětlení volilo 42% klientů, pro 40% klientů byla informace stručná, ale srozumitelná, další možnost, informující osoba hovořila ve spěchu, moc jsem nerozuměl(a), vybralo 13% klientů a informace odbornými, nesrozumitelnými výrazy zvolilo 5% klientů.

9. Jak by pacient měl být správně informován?

(viz předchozí otázka)

A B C D

Graf č. 9 Jak by pacient měl být správně informován



Komentář:

Z grafu č. 9 je zřejmé, že 84% klientů ví, jak by měli být správně informováni, tj. - vše mi bylo podrobně, jasně a srozumitelně vysvětleno, 16% klientů volilo možnost - informace byla stručná, ale všemu jsem rozuměl(a).

10. Jaké výhody podle vás domácí péče přináší pacientům?

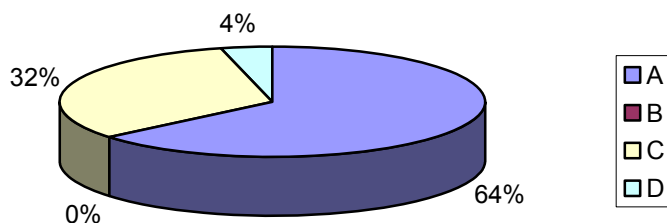
a) navzdory zdravotním potížím mohou zůstat v domácím prostředí a nemusí tak často docházet (dojíždět) do zdravotnického zařízení na kontroly

b) žádné výhody nepřináší

c) nevím

d) jiné

Graf č. 10 Jaké výhody podle Vás domácí péče přináší pacientům



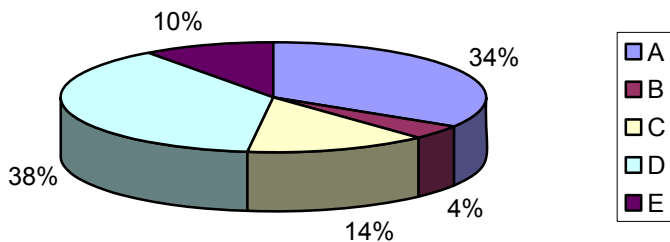
Komentář:

Z grafu č. 10 vychází, že mezi hlavní výhody domácí péče klienti považují v 64% možnost zůstat v domácím prostředí a nemuset docházet (dojíždět) do zdravotnického zařízení na kontroly, nikdo nezvolil možnost - žádné výhody nepřináší, 32% klientů neví a 4% klientů zaškrtnlo - jiné, zde byly uvedeny výhody: lepší psychický stav, rychlejší uzdravení.

11. Kdo hradí poskytovanou domácí péči?

- a) zdravotní pojišťovny svým pojištěncům
- b) obce, města
- c) klient a jeho rodina
- d) možné různé kombinace

Graf č. 11 Kdo hradí poskytovanou domácí péči



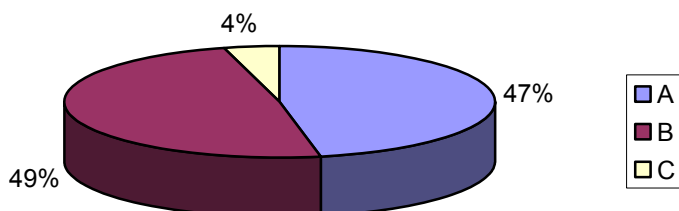
Komentář:

Z grafu č. 11 vychází, že 34% klientů uvedlo, že plátcem jsou zdravotní pojišťovny svým pojištěncům, 4% klientů zaškrtnulo možnost - obce, města, 14% klientů zaškrtnulo možnost - klient a jeho rodina, 38% klientů volilo odpověď - možné různé kombinace a 10% klientů dopsalo nevim.

12. Domácí péče je poskytována zejména:

- a) ze zdravotních důvodů
- b) převažují sociální důvody (osamělý člověk, nemá nikoho, kdo by o něho pečoval)
- c) jiné

Graf č. 12 Domácí péče je poskytována zejména



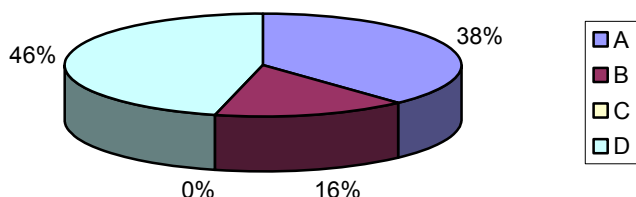
Komentář:

Na tomto grafu č. 12 vidíme, že 47% klientů se domnívá, že domácí péče je poskytována ze zdravotních důvodů, 49% se domnívá, že převažují sociální důvody (osamělý člověk, nemá nikoho, kdo by o něho pečoval) a možnost jiné zaškrtnli 4% klientů.

13. Jak hodnotíte činnost ADP ve vztahu k potřebnosti této péče?

- a) je třeba rozšířit počet sester vykonávajících tuto péči
- b) zachovat stávající stav
- c) péče je nadbytečná
- d) nevím

Graf č. 13 Jak hodnotíte činnost ADP ve vztahu k potřebnosti této péče



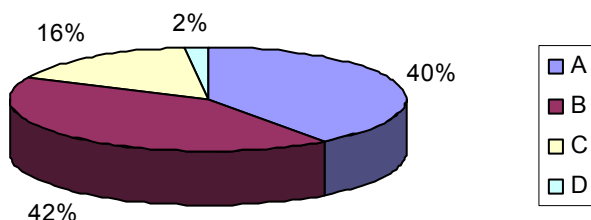
Komentář:

V grafu č. 13 vidíme, že 38% klientů by rozšířilo počet sester vykonávajících tuto péči, 16% klientů by zachovalo stávající stav, nikdo nezvolil možnost - péče je nadbytečná a 46% klientů neví.

14. Co si pod pojmem domácí péče představujete?

- a) kontrola fyziologických funkcí, aplikace injekcí, infúzní léčba, odběry biologického materiálu, převazy nehojících se ran, rehabilitační ošetrovatelství atd.
- b) úklid domácnosti, rozvoz obědů, nákupy, hygienická péče
- c) nevím
- d) jiné

Graf č. 14 Co si pod pojmem domácí péče představujete



Komentář:

Na grafu č. 14 vidíme, že 40% klientů si pod pojmem domácí péče představuje práci sester, 42% klientů zaškrtnulo práci pečovatelské služby, 16% klientů neví a 2% klientů uvedli jiné: zde byla dopsána možnost „popovídat si“.

15. Znáte nějaké agentury domácí péče (prosím napište názvy)?

Tabulka č. 15 Znáte nějaké agentury domácí péče (prosím napište názvy)?

Znáte nějaké agentury domácí péče ?	Počet odpovědí
Ne	32
NIKÉ	7
CHARITA	8
DP GERIATRIE	5
SKP	2
HELPHOME	4
PEČ. SLUŽBA	1

Komentář:

V této otázce klienti zaškrtnuli více odpovědí. Z celkového počtu 50 respondentů jich 32 uvedlo, že neznají žádné agentury domácí péče, 7 klientů uvedlo NIKÉ, 8 klientů zná CHARITU, 5 klientů dopsalo DP GERIATRIE, 2 klienti napsali SKP, 5 klientů uvedlo nesprávné odpovědi (4 klienti uvedli HELPHOME, 1 klient napsal PEČOVATELSKÁ SLUŽBA).

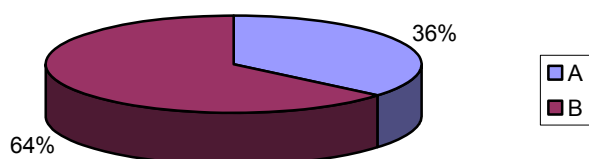
DOTAZNÍK III.

Určený pro klienty v péči agentury domácí péče

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

Graf č. 1 Pohlaví



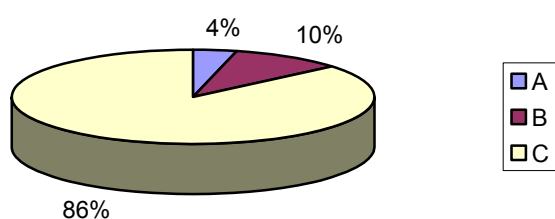
Komentář:

Z grafu č. 1 je zřejmé, že 36% klientů tvoří muži a 64% klientů je ženského pohlaví.

2. Věk:

- a) do 40 let
- b) 41 - 60 let
- c) nad 61 let

Graf č. 2 Věk



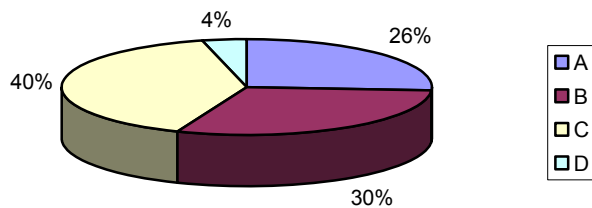
Komentář:

Z grafu č. 2 vyplývá, že 4% klientů je ve věku do 40 let, 10% klientů je mezi 41 - 60 let a nejvíce tj. 86% klientů je ve věku nad 61 let.

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen(a)
- c) středoškolské (ukončené maturitou)
- d) vysokoškolské

Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



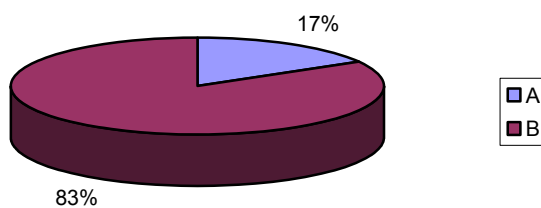
Komentář:

Z grafu č. 3 je patrné, že 26% klientů má základní vzdělání, vyučeno je 30% klientů, nejvíce tj. 40% klientů má středoškolské vzdělání a vysokoškolské vzdělání má 4% klientů.

4. Mám:

- a) akutní (náhle vzniklé onemocnění) - jaké:
- b) chronické (dlouhotrvající onemocnění) - jaké:

Graf č. 4 Mám



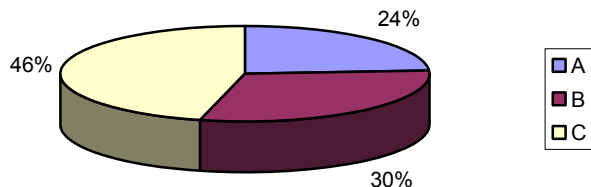
Komentář:

Z grafu č. 4 vychází, že 17% klientů má akutní onemocnění a 83% klientů má chronické obtíže. Mezi nejčastější akutní onemocnění klienti uváděli srdeční, dýchací a cévní obtíže. Mezi chronické choroby nejčastěji klienti uvedli centrální mozkovou příhodu, ochrnutí a diabetes mellitus.

5. Jsem v péči agentury domácí péče (dále již jen ADP):

- a) méně než půl roku
- b) do jednoho roku
- c) déle než jeden rok

Graf č. 5 Jsem v péči agentury domácí péče (dále již jen ADP)



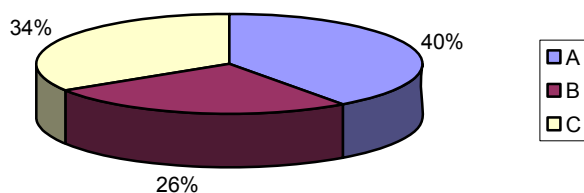
Komentář:

V grafu č. 5 vychází, že nejméně tj. 24% klientů je v péči méně než půl roku, 30% klientů je v péči do jednoho roku a nejvíce - 46% klientů je v péči agentury déle než jeden rok.

6. Kdy jste byl informován o existenci a následné péči sester ADP?

- a) během pobytu v nemocnici
- b) při propuštění do domácího ošetřování
- c) předem mě nikdo neinformoval

Graf č. 6 Kdy jste byl informován o existenci a následné péči sester ADP



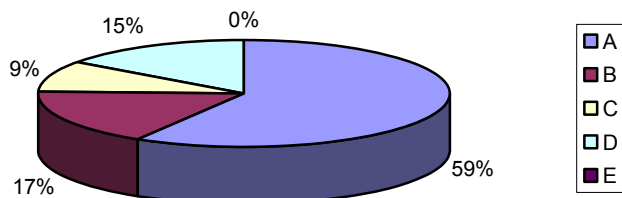
Komentář:

V grafu č. 6 vidíme, že 40% klientů bylo informováno během pobytu v nemocnici, 26% klientů při propuštění do domácího ošetřování a 34% klientů odpovědělo - předem mě nikdo neinformoval.

7. Kdo vás informoval o domácí péči?

- a) ošetřující lékař
- b) zdravotní sestra
- c) sociální pracovníce
- d) jiný zdroj (doplňte)
- e) nikdo - nemám žádné informace

Graf č.: 7 Kdo vás informoval o domácí péči



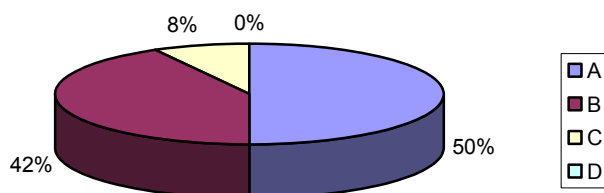
Komentář:

V grafu č. 7 uvedlo 59% klientů jako zdroj informací ošetřujícího lékaře, 17% klientů uvedlo zdravotní sestru, 9% klientů uvedlo sociální pracovníci, jiný zdroj (nejčastěji to byly média, sestra u obvodního lékaře a sousedka) zaškrtnulo 15% klientů a nikdo - nemám žádné informace nezaškrtnul nikdo.

8. Jak podrobné byly dané informace?

- a) vše mi bylo jasně a srozumitelně vysvětleno
- b) informace byly stručné, ale všemu jsem rozuměl(a)
- c) informující osoba hovořila ve spěchu, moc jsem nerozuměl(a)
- d) informující osoba používala odborné výrazy, moc jsem nerozuměl(a)

Graf č. 8 Jak podrobné byly dané informace



Komentář:

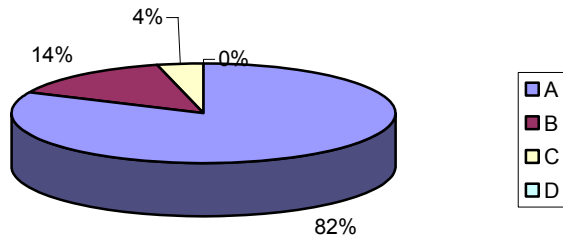
Na grafu č. 8 vidíme, že možnost - vše mi bylo podrobně, jasně a srozumitelně vysvětleno -volilo 50% klientů, informace byla stručná, ale všemu jsem rozuměl(a) - zaškrtnulo 42% klientů, další možnost - informující osoba hovořila ve spěchu, moc jsem nerozuměl(a) vybralo 8% klientů a informující osoba používala odborné výrazy, moc jsem nerozuměl(a) - nevolil nikdo.

9. Jak by pacient měl být správně informován?

(viz předchozí otázka)

A B C D

Graf č. 9 Jak by pacient měl být správně informován



Komentář:

Z grafu č. 9 je zřejmé, že 82% klientů ví, jak by měli být správně informováni, tj. - vše mi bylo podrobně, jasně a srozumitelně vysvětleno, 14% klientů volilo možnost - informace byla stručná, ale všemu jsem rozuměl(a) a 4% klientů vybralo možnost - informující osoba hovořila ve spěchu, moc jsem nerozuměl(a).

10. Jaké výhody podle vás domácí péče přináší pacientům?

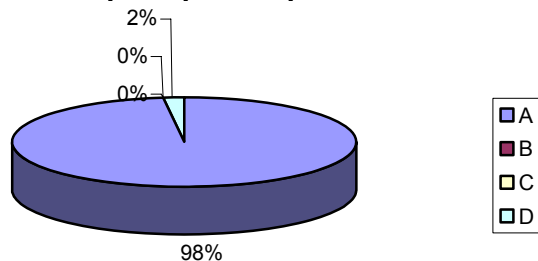
a) navzdory zdravotním potížím mohou zůstat v domácím prostředí a nemusí tak často docházet (dojíždět) do zdravotnického zařízení na kontroly

b) žádné výhody nepřináší

c) nevím

d) jiné

Graf č. 10 Jaké výhody podle Vás domácí péče přináší pacientům



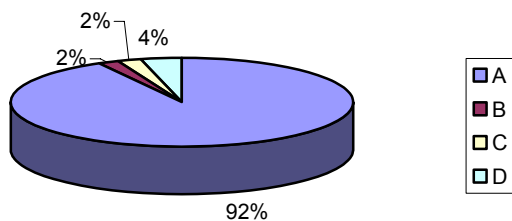
Komentář:

Z grafu č. 10 vychází, že mezi hlavní výhody domácí péče klienti považují v 98% možnost zůstat v domácím prostředí a nemuset docházet (dojíždět) do zdravotnického zařízení na kontroly, nikdo nezvolil možnost - žádné výhody nepřináší, opět nikdo si nevybral možnost nevím, 2% klientů zaškrtnulo - jiné, zde byla uvedena nezávislost.

11. Kdo hradí poskytovanou domácí péči?

- a) zdravotní pojišťovny svým pojištěncům
- b) obce, města
- c) klient a jeho rodina
- d) možné různé kombinace

Graf č. 11 Kdo hradí poskytovanou domácí péči



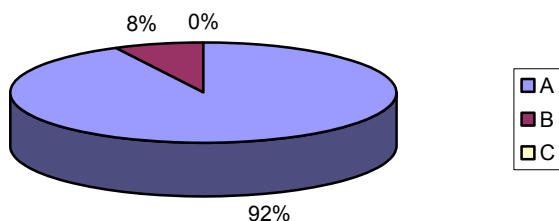
Komentář:

Z grafu č. 11 vychází, že 92% klientů ví, že plátcem jsou zdravotní pojišťovny svým pojištěncům, 2% klientů zaškrtnulo možnost - obce, města, 2% klientů zaškrtnulo možnost - klient a jeho rodina a 4% klientů volilo odpověď - možné různé kombinace.

12. Domácí péče je poskytována zejména:

- a) ze zdravotních důvodů
- b) převažují sociální důvody (osamělý člověk, nemá nikoho, kdo by o něho pečoval)
- c) jiné

Graf č. 12 Domácí péče je poskytována zejména



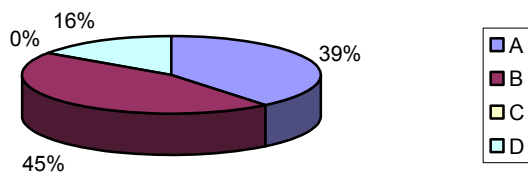
Komentář:

Na tomto grafu č. 12 vidíme, že 92% klientů se domnívá, že domácí péče je poskytována ze zdravotních důvodů, 8% se domnívá, že převažují sociální důvody (osamělý člověk, nemá nikoho, kdo by o něho pečoval) a možnost jiné nevolil nikdo.

13. Jak hodnotíte činnost ADP ve vztahu k potřebnosti této péče?

- a) je třeba rozšířit počet sester vykonávajících tuto péči
- b) zachovat stávající stav
- c) péče je nadbytečná
- d) nevím

Graf č. 13 Jak hodnotíte činnost ADP ve vztahu k potřebnosti této péče



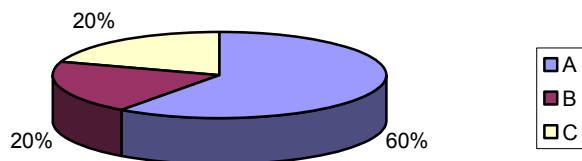
Komentář:

V grafu č. 13 vidíme, že 39% klientů by rozšířilo počet sester vykonávajících tuto péči, 45% klientů by zachovalo stávající stav, nikdo nezvolil možnost - péče je nadbytečná a 16% klientů neví.

14. Jak hodnotíte činnost ADP ve vztahu k potřebnosti této péče?

- a) ano, zajímají se o můj zdravotní stav
- b) někdy
- c) ne

Graf č. 14 Jak hodnotíte činnost ADP ve vztahu k potřebnosti této péče



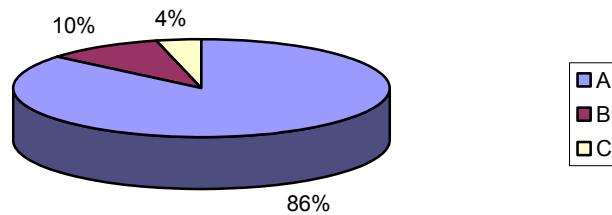
Komentář:

V grafu č. 14 označila většina tj. 60% klientů odpověď ano, zajímají se o můj zdravotní stav, 20% klientů volilo možnost někdy a 20% klientů odpovědělo ne.

15. Podala vám ošetřující sestra z ADP další doplňující informace o možnosti ovlivnění zdravotního stavu, aktivity přispívající k zdárnému průběhu léčby - pohybový, dietní režim apod.)?

- a) ano, byly mi poskytnuty dostatečné informace
- b) ano, ale všemu jsem nerozuměl(a)
- c) ne

Otázka č.: 15 Podala Vám ošetřující sestra z ADP další doplňující informace možnosti ovlivnění zdravotního stavu, aktivity přispívající k zdárnému průběhu léčby - pohybový, dietní režim apod.)



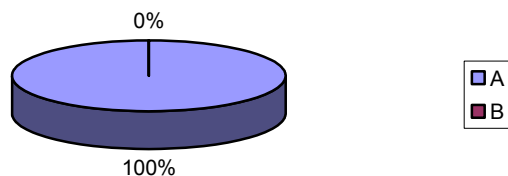
Komentář:

V grafu č. 15 vidíme, že 86% klientů dostalo dostatečné informace, 10% klientů bylo informováno, ale všemu nerozuměli a 4% klientů nedostalo od sestry informace.

16. Považujete ošetření sestrou ADP za srovnatelné s ošetřením ve zdravotnickém zařízení?

- a) ano
- b) ne

Graf č. 16 Považujete ošetření sestrou ADP za srovnatelné s ošetřením ve zdravotnickém zařízení



Komentář:

Z grafu č. 16 vyznívá jednoznačně pozitivní výsledek, kdy 100% klientů domácí péče považuje ošetření srovnatelné s ošetřením poskytnutým v nemocnici.

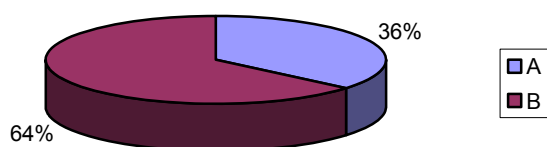
DOTAZNÍK IV.

Určený pro občany města Pardubic

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

Graf č.1 Pohlaví



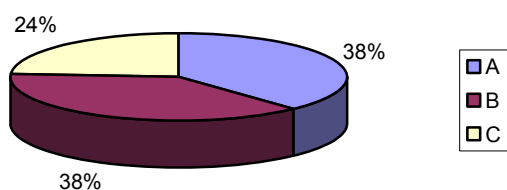
Komentář:

Z grafu č. 1 je zřejmé, že 36% respondentů tvoří muži a 64% respondentů je ženského pohlaví.

2. Věk:

- a) do 40 let
- b) 41 - 60 let
- c) nad 61 let

Graf č. 2 Věk



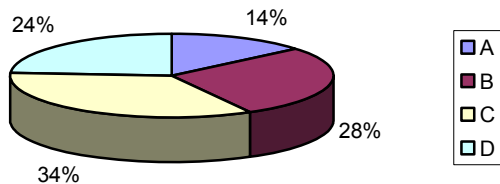
Komentář:

Z grafu č. 2 vyplývá, že 38% respondentů je ve věku do 40 let, 38% respondentů je mezi 41 - 60 let a 24% respondentů je ve věku nad 61 let.

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen(a)
- c) středoškolské (ukončené maturitou)
- d) vysokoškolské

Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



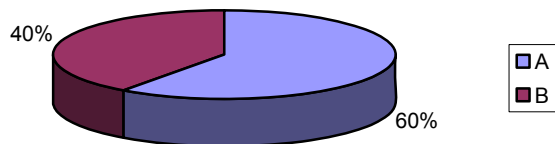
Komentář:

Z grafu č. 3 je patrné, že 14% občanů má základní vzdělání, vyučeno je 28% občanů, nejvíce tj. 34% občanů má středoškolské vzdělání a vysokoškolské vzdělání má 24% občanů.

4. Můj zdravotní stav:

- a) hodnotím jako dobrý, netrpím žádným onemocněním
- b) mám onemocnění (prosím doplňte)

Graf č. 4 Můj zdravotní stav



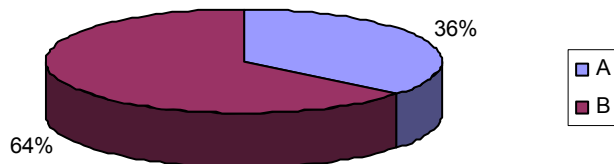
Komentář:

Z grafu č. 4 vidíme, že 60% respondentů hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý, netrpí žádným onemocněním a 40% respondentů trpí nějakým onemocněním. Nejčastěji respondenti uvedli kardiovaskulární, pohybové a neurologické nemoci.

5. Máte osobní zkušenost s domácí péčí ?

- a) ano
- b) ne

Graf č. 5 Máte osobní zkušenost s domácí péčí



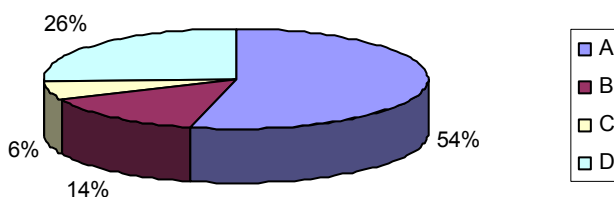
Komentář:

Z grafu č. 3 je zřejmé, že 36% občanů má osobní zkušenost s domácí péčí, ale nejvíce tj. 64% občanů s domácí péčí nemá osobní zkušenost.

6. Víte o existenci a možnosti následné péče sester agentury domácí péče (dále již jen ADP)?

- a) ano, vím o této formě ošetřování
- b) mám jen kusé informace
- c) mám již zkušenosti z dřívějšíka
- d) nemám informace

Graf č. 6 Víte o existenci a možnosti následné péče sester agentury domácí péče (dále již jen ADP)



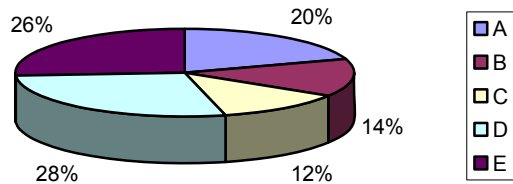
Komentář:

Na grafu č. 6 vidíme, že 54% občanů ví o této formě ošetřování, 14% občanů má jen kusé informace, 6% občanů má již zkušenosti z dřívějšíka a 26% občanů nemá informace.

7. Kdo vás informoval o domácí péči?

- a) praktický nebo odborný lékař
- b) zdravotní sestra
- c) sociální pracovníce
- d) jiný zdroj (doplňte)
- e) nikdo - nemám žádné informace

Graf č. 7 Kdo Vás informoval o domácí péči



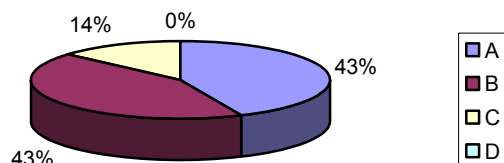
Komentář:

V grafu č. 7 uvedlo 20% občanů jako zdroj informací ošetřujícího lékaře, 14% občanů uvedlo zdravotní sestru, 12% občanů uvedlo sociální pracovníce, jiný zdroj (nejčastěji zde uvedli přátele, kteří péči využívají) zaškrtno 28% občanů a nikdo - nemám žádné informace zaškrtno 26% občanů.

8. Jakou míru podrobnosti měly dané informace?

- a) vše mi bylo podrobně, jasně a srozumitelně vysvětleno
- b) informace byla stručná, ale všemu jsem rozuměl(a)
- c) informující osoba hovořila ve spěchu, moc jsem nerozuměl(a)
- d) informující osoba používala odborné výrazy, moc jsem nerozuměl(a)

Graf č. 8 Jakou míru podrobnosti měly dané informace



Komentář:

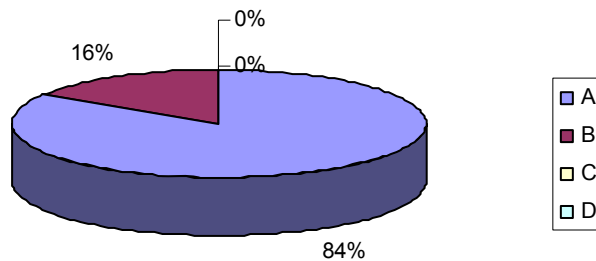
Na grafu č. 8 vidíme, že možnost - vše mi bylo podrobně, jasně a srozumitelně vysvětleno volilo 43% občanů, informace byla stručná, ale všemu jsem rozuměl(a) zaškrtno 43% občanů, další možnost - informující osoba hovořila ve spěchu, moc jsem nerozuměl(a) vybralo 14% občanů a informující osoba používala odborné výrazy, moc jsem nerozuměl(a) nezvolil nikdo.

9. Jak by pacient měl být správně informován?

(viz předchozí otázka)

A B C D

Graf č. 9 Jak by pacient měl být správně informován



Komentář:

Z grafu č. 9 je zřejmé, že 84% respondentů ví, jak by měli být správně informováni, tj. - vše mi bylo podrobně, jasně a srozumitelně vysvětleno, 16% respondentů volilo možnost - informace byla stručná, ale všemu jsem rozuměl(a) a zbývající možnosti c) a d) nevolil nikdo.

10. Jaké výhody podle vás domácí péče přináší pacientům?

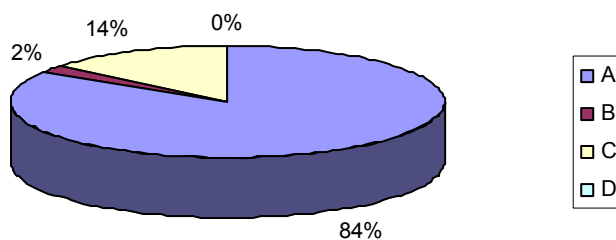
a) navzdory zdravotním potížím mohou zůstat v domácím prostředí a nemusí tak často docházet (dojíždět) do zdravotnického zařízení na kontroly

b) žádné výhody nepřináší

c) nevím

d) jiné

Graf č.10 Jaké výhody podle Vás domácí péče přináší pacientům



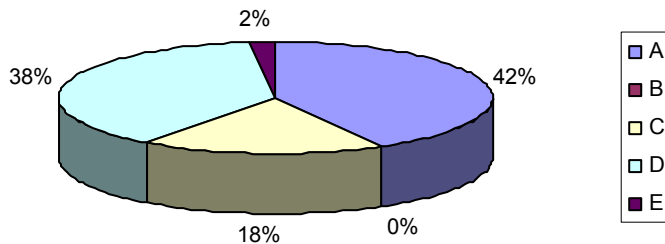
Komentář:

V grafu č. 10 vychází, že mezi hlavní výhody domácí péče pro pacienty občané považují v 84% možnost zůstat v domácím prostředí a nemusí i tak často docházet (dojíždět) do zdravotnického zařízení na kontroly, 2% občanů zvolilo možnost - žádné výhody nepřináší a nevím zaškrtno 14% občanů. Poslední možnost - jiné nevolil nikdo.

11. Kdo hradí poskytovanou domácí péči?

- a) zdravotní pojišťovny svým pojištěncům
- b) obce, města
- c) klient a jeho rodina
- d) možné různé kombinace

Graf č. 11 Kdo hradí poskytovanou domácí péči



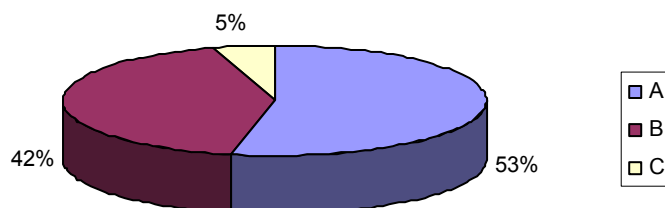
Komentář:

Z grafu č. 11 vyplývá, že 42% občanů ví, že plátcem jsou zdravotní pojišťovny svým pojištěncům, nikdo nezaškrtnul možnost - obce, města, 18% občanů zaškrtnulo možnost - klient a jeho rodina, 38% občanů volilo odpověď - možné různé kombinace a 2% občanů uvedlo doplňující odpověď nevím.

12. Domácí péče je poskytována zejména:

- a) ze zdravotních důvodů
- b) převažují sociální důvody (osamělý člověk, nemá nikoho, kdo by o něho pečoval)
- c) jiné

Graf č. 12 Domácí péče je poskytována zejména



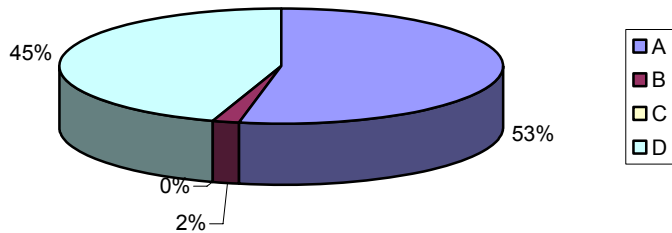
Komentář:

Na tomto grafu č. 12 vidíme, že 53% občanů se domnívá, že domácí péče je poskytována ze zdravotních důvodů, 42% občanů uvedlo, že převažují sociální důvody a možnost jiné zvolilo 5% občanů (zde doplňovali rozvoz obědů).

13. Jak hodnotíte činnost ADP ve vztahu k potřebnosti této péče?

- a) je třeba rozšířit počet sester vykonávajících tuto péči
- b) zachovat stávající stav
- c) péče je nadbytečná
- d) nevím

Graf č. 13 Jak hodnotíte činnost ADP ve vztahu k potřebnosti této péče



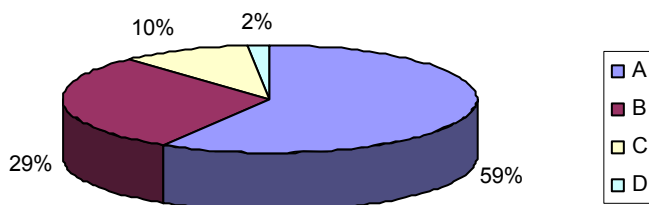
Komentář:

V grafu č. 13 vidíme, že 53% občanů by rozšířilo počet sester vykonávajících tuto péči, 2% občanů by zachovalo stávající stav, nikdo nezvolil možnost - péče je nadbytečná a 45% občanů neví.

14. Co si pod pojmem domácí péče představujete?

- a) kontrola fyziologických funkcí, aplikace injekcí, infúzní léčba, odběry biologického materiálu, převazy nehojících se ran, rehabilitační ošetřovatelství atd.
- b) úklid domácnosti, rozvoz obědů, nákupy, hygienická péče
- c) nevím
- d) jiné

Graf č.14 Co si pod pojmem domácí péče představujete



Komentář:

Na grafu č. 14 vidíme, že 59% respondentů si pod pojmem domácí péče představuje činnosti sestry, 29% respondentů zaškrtnlo sociální služby, 10% respondentů neví a 2% respondentů uvedlo jiné.

15. Znáte nějaké agentury domácí péče (prosím napište názvy)?

Tabulka č. 15 Znáte nějaké agentury domácí péče (prosím napište názvy)?

Znáte nějaké agentury domácí péče ?	Počet odpovědí
Ne	29
NIKÉ	12
CHARITA	5
DP GERIATRIE	3
SKP	5
HELPHOME	7
DIAKONIE	1
ČERVENÝ KŘÍŽ	1
ASISTENČNÍ POMOC	1

Komentář:

V této otázce občané zaškrtnli více odpovědí. Z celkového počtu 50 respondentů 29 občanů nezná žádnou agenturu domácí péče, 12 občanů uvedlo NIKÉ, 5 občanů doplnilo CHARITU, 3 občané dopsali DP GERIATRIE, 5 občanů zná SKP. Celkem 10 odpovědí bylo nesprávných (7 občanů uvedlo HELPHOME, 1 občan dopsal DIAKONII, 1 občan doplnil ČERVENÝ KŘÍŽ a 1 občan uvedl ASISTENČNÍ POMOC).

2.5 Diskuse

Tématem této bakalářské práce je zjistit míru informovanosti o agenturách domácí zdravotní péče v Pardubicích. V empirické části jsem zkoumala metodou dotazníkového šetření úroveň znalostí o domácí péči ve čtyřech rozdílných skupinách. Cílem bylo zjistit, co tyto skupiny vědí o domácí péči a zda jsou jejich vědomosti správné. Zaměřila jsem se na aspekty, které považuji za důležité při hodnocení úrovně znalostí o domácí zdravotní péči.

1. skupinu tvoří 50 sester pracujících v pardubické nemocnici na 11 odděleních:

V naprosté většině se jednalo o ženy, počet mužů byl minimální, což odpovídá zastoupení mužů v této profesi. Polovina sester byla mladší než 30 let, ostatní věkové skupiny měly přibližně stejné zastoupení. Dále je patrné, že stále nejvíce sester má středoškolské vzdělání.

Jen malé procento sester má vysokoškolské vzdělání - čtyři sestry. Nejvíce respondentek pracovalo jako sestry řadové, zhruba čtvrtina pracuje jako staniční sestry a desetina respondentek je vrchními sestrami. V 60% sestry spolupracují s agenturou domácí péče. Toto celkem vysoké číslo odpovídá situaci v Pardubicích, kde domácí péče je poskytována již

16 roků a tento model péče se stále rozšiřuje. Právě v Pardubicích vznikla první agentura domácí péče NIKÉ. Musíme také vzít v úvahu, že při předávání pacientů do domácí péče nejvíce spolupracují s agenturami sestry staniční a vrchní. Nejčastěji je délka spolupráce delší než 5 let. Do domácí péče se nejvíce předávají gerontologičtí pacienti, následují klienti s chronickým onemocněním a klienti s chronickými kožními defekty. Logicky nejvíce sester zaškrtno geriatrické oddělení, následovalo chirurgické a neurologické oddělení. Do skupiny - s jakými onemocněními nejčastěji sestry doplnily ke geriatrickým pacientům - dekubity, demence a nesoběstačný pacient. Na chirurgickém oddělení sestry nejčastěji doplňovaly - kolostomie, nehojící se rány a dekubity. Na neurologii se nejčastěji objevovaly diagnózy - centrální mozková příhoda a vertigo.

Jak jsem předpokládala, zvyšuje se zájem klientů a jejich rodin o tuto formu péče.

Ačkoliv nejvíce sester uvedlo, že domácí péče nahrazuje hospitalizaci, je zarážející, že čtvrtina sester nezná žádný přínos DP pro pacienta.

Rovněž další otázka svým výsledkem překvapuje. Opět čtvrtina sester se domnívá, že tuto formu zdravotnické péče hradí klient a jeho rodina. Tato neznalost je u sester vysoká. Domnívám se, že také mezi 34% sester, jež volily možnost různé kombinace, bude určité procento sester neznajících způsob hrazení DP.

Nadpoloviční většina sester vidí zdravotní důvody jako argument poskytování domácí péče, ale opět velký počet sester (47%) se domnívá, že převažují sociální důvody. Většina sester by tuto péči rozšířila. Je zřejmé, že vědomosti o domácí péči některé sestry mají, ale 32% sester se domnívá, že do domácí péče spadá činnost příslušející do sociální oblasti (úklid domácnosti, rozvoz obědů, nákupy). Tímto zjištěním se mi potvrdila představa, jaké mají povědomí sestry pracující na lůžkovém oddělení. Opakovaně jsem se osobně setkala s názorem, že jsme pracovnice pečovatelské služby, jestli rozvážíme obědy apod.

Nejvíce sester zná NIKÉ, následuje CHARITA. pět sester nezná žádnou agenturu domácí péče. Celkem čtrnáct odpovědí bylo nesprávných (šest sester uvedlo Helphome, tři sestry Pečovatelskou službu a pět sester Červený kříž). Také tato odpověď ukazuje na malou informovanost o agenturách domácí péče v pardubické nemocnici.

Spolupráci sestry posuzují jako vyhovující. Informace o klientovi při propuštění z nemocnice a následném předání do péče ADP se dle sester nejčastěji předávají díky lékařské propouštěcí zprávě. Téměř stejné číslo (jen o 6% méně) se domnívá, že je to pouze ústní či telefonické předání! Odpověď - pomocí ošetrovatelské propouštěcí zprávy volilo 14% sester.

Návrh na poskytování domácí péče podává nejčastěji stejným dílem klient a jeho rodina a praktický lékař, následuje sociální pracovnice.

2. skupinu tvoří 50 pacientů hospitalizovaných na 9 odděleních pardubické nemocnice:

Většinu pacientů tvořily ženy. Téměř polovina pacientů byla starší než 61 let. Nejvíce pacientů mělo středoškolské vzdělání.

Třetina pacientů měla akutní onemocnění. Mezi nejčastější akutní onemocnění klienti uváděli nemoci zažívacího traktu (cholecystektomie), pohybového ústrojí (úrazy, fraktury) a dýchacího ústrojí (pneumonie). Nejvíce tj. dvě třetiny respondentů trpí chronickým onemocněním. Zde nejčastěji klienti uvedli onkologické, kardiovaskulární nemoci a diabetes mellitus. Nejvíce pacientů bylo na geriatrici, téměř stejný počet pacientů byl na chirurgii, interním oddělení, kardiologii, kožním oddělení, neurologii, rehabilitačním oddělení, TRN a na urologii.

Je téměř stejný podíl klientů informovaných, málo informovaných a neinformovaných o domácí péči. Zdrojem informací je nejčastěji jiný zdroj tj. média, sousedka a příbuzní. Zdravotní sestru uvedlo 12% klientů. Klienti byli nejčastěji podrobně, jasně a srozumitelně informováni, těsně za ní následovala informovanost stručná, ale srozumitelná. Jak jsem očekávala, pacienti vědí, jak být správně informováni. Mezi hlavní výhody domácí péče považují možnost zůstat doma, nemuset tak často docházet (dojíždět) do zdravotnického

zařízení na kontroly. Více než třetina pacientů se domnívá, že domácí péče je placena pomocí různých zdrojů, následuje placení zdravotními pojišťovnami, tuto možnost zaškrtnla třetina pacientů. Zbývající pacienti mají mylné představy, nebo neznají odpověď. Tato odpověď vyjadřuje množství pacientů, kteří mají zkušenost s touto formou péče a kteří se s domácí péčí nesetkali.

Na další odpovědi vidíme rozpor mezi skutečností a tím, co si lidé o domácí péči myslí. Téměř polovina respondentů se domnívá, že péče je poskytována zejména ze sociálních důvodů (osamělý člověk, nemá nikoho, kdo by o něho pečoval), o 2% méně klientů se domnívá, že domácí péče je poskytována ze zdravotních důvodů. Potřebnost této péče neumí zhodnotit téměř polovina pacientů. Pod pojmem domácí péče si téměř stejný počet pacientů představuje práci sester, nebo práci pečovatelské služby. Tento výsledek vypovídá o neznalosti činnosti agentur domácí péče. 32 pacientů z 50 nezná žádné agentury domácí péče, pět pacientů uvedlo nesprávné odpovědi (čtyři klienti uvedli Helphome, jeden klient napsal Pečovatelská služba).

3. skupinu tvoří 50 klientů v péči čtyř agentur domácí péče v Pardubicích:

Nadpoloviční počet klientů tvořily ženy. Nejvíce zastoupenou skupinou byli senioři nad 61 let se středoškolským vzděláním. Jak můžeme předpokládat, u starých lidí je sklon k chronickému průběhu onemocnění. Mezi chronické choroby klienti nejčastěji uvedli centrální mozkovou příhodu, ochrnutí a diabetes mellitus. Tito klienti jsou dlouhodobými pacienty ADP tj. déle než jeden rok. Zpravidla byli klienti informováni již během pobytu v nemocnici, což je pro všechny zúčastněné přínosem. Zarážející informací je, že třetinu klientů předem nikdo neinformoval! Nejčastěji je zdrojem informací ošetřující lékař, v 17% je to zdravotní sestra. Způsob informování byl u poloviny klientů ideální, možnost - informující osoba hovořila ve spěchu, moc jsem nerozuměl(a) vybralo 8% klientů. Většina klientů ví, jak správně podat informace. Pro klienty je největším přínosem možnost zůstat doma a nemuset tak často docházet (dojíždět) do zdravotnického zařízení na kontroly. Tito klienti na základě vlastní zkušenosti vědí, že tuto péči za ně hradí jejich zdravotní pojišťovna. Na další otázku je opět zvolena správná odpověď, téměř všichni klienti se domnívají, že domácí péče je poskytována ze zdravotních důvodů. Více než třetina klientů by rozšířila počet sester vykonávajících tuto péči, ale méně než polovina klientů by zachovala stávající stav. Je potěšující, že více než polovina klientů má spolupracující rodinné příslušníky. Ošetřující sestra z ADP ve většině případů poskytuje dostatečné informace klientům. Výborný,

jednoznačně pozitivní výsledek je, že všichni klienti domácí péče považují ošetření sestrou ADP za rovnocenné s nemocničním ošetřením.

4. skupinu tvoří 50 občanů z Pardubic:

Více než polovina občanů jsou ženy. Nejvíce respondentů je v produktivním věku se středoškolským vzděláním.

Svůj zdravotní stav hodnotí občané v nadpolovičním počtu jako dobrý, netrpí žádným onemocněním. Zbývající část občanů má nějaké onemocnění. Nejčastěji občané uvedli kardiovaskulární, pohybové a neurologické nemoci.

Více než polovina respondentů s domácí péčí nemá osobní zkušenost. Přesto je více než polovina občanů, kteří ví o této formě ošetřování. Nejčastěji uvedli jako zdroj informací přátele, kteří tuto formu péče využívají. Pokud byli informováni o domácí péči, byl způsob získání informací dostatečný. Většina občanů ví, jak by měli být správně informováni.

Za největší klad domácí péče považují možnost zůstat v domácím prostředí a nemuset tak často docházet (dojíždět) do zdravotnického zařízení na kontroly. Informovanost o způsobu hrazení domácí péče je ve více než polovině odpovědí nesprávná. Více než polovina občanů si myslí, že domácí péče je poskytována zejména ze zdravotních důvodů. Zbývající část občanů uvedla sociální důvody. Zde opět vidíme, jaká je neznalost v této zdravotnické oblasti.

ZÁVĚR

Z výzkumného šetření vyplývá, že informovanost žádné skupiny není optimální. Povědomí o této formě péče neodpovídá délce existence domácí péče v Pardubicích. Z mého pohledu jsou nejhůře informovanou skupinou zdravotní sestry. Pacienti hospitalizovaní v nemocnici a občané jsou podobně informováni. Klienti domácí péče jsou (díky osobní zkušenosti) nejlépe informovanou skupinou. Respondenti mají určité vědomosti a představy, ale mnohdy neodpovídají realitě.

U první skupiny zdravotních sester bych chtěla vyzdvihnout fakt odborného vzdělání a kontrastující neznalosti o této formě péče. Čtvrtina sester nezná žádný přínos DP pro pacienta. Čtvrtina sester se domnívá, že tuto formu zdravotnické péče hradí klient a jeho rodina. Překvapuje téměř polovina sester, která vidí sociální důvody jako argument poskytování domácí péče. Třetina sester se domnívá, že do domácí péče spadá úklid domácnosti, rozvoz obědů a nákupy. Také 19 sester z celkového počtu 50 nezná žádnou agenturu domácí péče. Přesto jsou sestry přesvědčené o potřebnosti domácí péče a péči by rozšířily. Informace o klientovi při propuštění předává jen 14% sester pomocí ošetrovatelské propouštěcí zprávy.

Ve druhé skupině převládli pacienti s chronickým onemocněním. Téměř stejný je podíl klientů informovaných, málo informovaných a neinformovaných o domácí péči. Zdravotní sestra informovala pouze 12% klientů. Mezi hlavní výhodu domácí péče pacienti považují možnost zůstat doma. Téměř polovina pacientů se domnívá, že péče je poskytována zejména ze sociálních důvodů. Pod pojmem domácí péče si téměř stejný počet pacientů představuje práci sester a práci pečovatelské služby. Tento výsledek vypovídá o neznalosti práce agentur domácí péče. 37 pacientů z celkového počtu 50 nezná žádnou agenturu domácí péče.

Respondenti ze třetí skupiny jsou pacienti agentur domácí péče. Jsou dlouhodobými pacienty ADP tj. déle než jeden rok. Tito klienti získávají nejčastěji informace od lékařů i sester již během pobytu v nemocnici. Zarážející informací je, že třetinu klientů předem nikdo neinformoval. Pro klienty je největším přínosem možnost zůstat doma. Tito klienti na základě vlastní zkušenosti znají způsob hrazení péče. Vědí, že domácí péče je indikována ze zdravotních důvodů. Je výborné, že více než polovina klientů má spolupracující rodinné příslušníky. Ošetřující sestra z ADP ve většině případů poskytuje dostatečné informace

klientům. Výborný, jednoznačně pozitivní výsledek je, že všichni klienti domácí péče považují ošetření sestrou ADP rovnocenné s nemocničním ošetřením.

Občané z Pardubic v nadpoloviční většině nemají osobní zkušenost s domácí péčí.. Pokud byli občané informováni o domácí péči, byl způsob získání informací dostatečný. Za největší klad domácí péče považují možnost zůstat v domácím prostředí. Informovanost o způsobu hrazení domácí péče je ve více než polovině odpovědí nesprávná. Více než polovina občanů si myslí, že domácí péče je poskytována zejména ze zdravotních důvodů. Zbývající část občanů uvedla sociální důvody.

A jaké je řešení?

Na základě této bakalářské práce bych chtěla provést informační kampaň v Pardubicích. V pardubické nemocnici se pro sestry pořádají v rámci vzdělávání pravidelná cyklická školení. Zde je prostor pro předání informací o domácí péči. V rámci tohoto školení bych přednesla přednášku o domácí péči a seznámila sestry s tématy ve kterých nejčastěji chybovaly. Pro hospitalizované pacienty je zdrojem informací poučený zdravotník. Abychom zvýšili informovanost této skupiny, je třeba klást důraz na znalosti ošetřujícího personálu o této problematice. Je třeba informovat i lékaře. Také v nemocničních prostorech, na nástěnkách mohou být letáky, brožurky o domácí péči. Důležité je informovat sestry o významu edukační činnosti. Prostor pro větší informovanost je také v ordinacích a čekárnách praktických lékařů. V jejich čekárnách je možno umístit tiskopisy o domácí péči. Tímto způsobem získají informace pacienti i ostatní občané. Naše agentura domácí péče provede informační kampaň o našich službách osobní návštěvou a přímým předáním informací praktickým lékařům. Prostor je také v tisku a rozhlasu.

Skutečností zůstává, že široká veřejnost přesně nerozlišuje mezi domácí zdravotní péčí a sociální pomocí pečovatelské služby. Dochází k záměně mezi sestrou a pečovatelkou. Domácí péče je nedílnou součástí primární péče. Vhodně doplňuje lékařskou péči. Zdravotnictví se potýká více než kdy jindy s nedostatkem finančních prostředků a právě domácí péče je ekonomicky výhodná. Spokojenost pacientů, možnost zůstat v domácím prostředí mezi nejbližšími jsou důvodem pro podporu a další rozvoj této formy péče.

Závěrem bych chtěla zdůraznit, že i přes některé nedostatky se kterými se sestry z agentur potýkají je domácí péče pro klienty velkým přínosem. Úsměv, spokojenost pacienta, či poděkování je pro nás tou největší odměnou, která nám dodává sílu jít dál. Pro sestry je to kvalifikovaná a samostatná práce, která přináší vnitřní pocit uspokojení, radosti a seberealizace.

ANOTACE

Autor:	Iva Svobodová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Informovanost o agenturách domácí péče
Vedoucí práce:	Jaroslava Pečenková
Počet stran:	125
Počet příloh:	14
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	agentury domácí zdravotní péče, informovanost pacientů, komunikace a edukace klientů, znalost sester, pacientů a občanů

Bakalářská práce pojednává o domácí zdravotní péči. Agentury domácí péče mají za sebou mnoho roků úspěšné činnosti a tisíce spokojených klientů, přesto informovanost o této ošetřovatelské činnosti není na takové úrovni, jakou si zaslouhuje. Práce seznamuje s historií, formami, činností a významem domácí péče. Ošetřovatelský proces je významnou činností sestry v domácí péči. Chování, jednání, způsob komunikace mezi sestrou a pacientem významně ovlivňuje míru informovanosti o domácí zdravotní péči.

Těžiště práce tvoří kvantitativní průzkumné šetření o informovanosti o agenturách domácí péče. Konkrétně se jedná o zjištění znalostí ve čtyřech skupinách. První skupinu tvoří sestry pracující na různých odděleních pardubické nemocnice. Druhou skupinu tvoří pacienti hospitalizovaní na odděleních pardubické nemocnice. Třetí skupinou jsou klienti agentur domácí zdravotní péče v Pardubicích. Čtvrtou skupinu představují občané města Pardubic.

The bachelor's thesis reports about home nursing. Agencies offered the home nursing work successfully many years and meet many satisfied clients. Regardless the awareness of this nursing activity is not at such level, which it rates. The thesis familiarise with the history, forms, the activity and the importance of the home nursing. The nursing process is a significant activity of a nurse in the home nursing. The behaviour and the method of communication between the nurse and the patient significantly influence the information factor in the home nursing.

Focus of the thesis lies in a quantitative exploratory survey about the awareness of the agencies offered the home nursing. The survey is specifically based on findings of knowledge

in four groups. The first group is represented by the nurses worked in various departments of the Regional Hospital in Pardubice. The second group is represented by the patients hospitalized in departments of the Regional Hospital in Pardubice. The third group is represented by the clients of agencies offered the home nursing in Pardubice. The fourth group is represented by the inhabitant of Pardubice city.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

a) Monografie

1. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M., F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 str. ISBN 80-247-0242-8
2. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 5: Manuálek o etice. Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 46 str. ISBN 80-7013-310-4
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 9: Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku. Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 57 str. ISBN 80-7013-349-X
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10: Manuálek sociální gerontologie. Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72 str. ISBN 80-7013-363-5
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 416 str. ISBN 80-7038-158-2
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2. vyd. Praha: Galén, 1997. 199 str. ISBN 80-85824-54-X
7. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 1. vyd. Praha: Gema, 2002. 110 s.
8. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 str. ISBN 80-7262-032-0
9. JOBÁNKOVÁ, M., BOUCHAL, M., HÁJKOVÁ, J., ŠOPEK, J. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 215 str. ISBN 80-7013-127-6
10. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 1*. Martin: Osveta, 1995. 836 str. ISBN 80-217-0528-0
11. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství. 1. díl - Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. 187 str. ISBN 80-246-0429-9
12. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství. 2. díl - Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. 160 str. ISBN 80-246-0428-0
13. MISCONIOVÁ, B. *Management Komplexní domácí péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče - Asociace domácí péče České republiky, [200-?]. 80 str.
14. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 108 str. ISBN 80-247-1025-0

15. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče - pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 str. ISBN 80-247-1295-4
16. POCHYLÁ, K. *České ošetřovatelství 1: Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie. Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49 str. ISBN 80-7013-420-8
17. STAŇKOVÁ, M., BLÁHA, K., VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *České ošetřovatelství 13: Sestra a pacient (komunikace v praxi) Zdravotnické právo v ošetřovatelské praxi II. Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 67 str. ISBN 80-7013-388-0
18. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 2: Zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů. Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 47 str. ISBN 80-7013-270-1
19. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 4: Jak provádět ošetřovatelský proces. Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 66 str. ISBN 80-7013-283-3
20. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 6: Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 55 str. ISBN 80-7013-323-6
21. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 7: Galerie historických osobností. Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 86 str. ISBN 80-7013-329-5
22. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 319 str. ISBN 80-7178-274-2
23. ŠKRLOVI, P., M. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent - Orion s.r.o., 2003. 477 str. ISBN 80-7172-841-1
24. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *České ošetřovatelství 12: Zdravotnické právo v ošetřovatelské praxi I*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 74 str. ISBN 80-7013-376-7

b) Články v periodických publikacích

1. CEJNKOVÁ, L., Co vše musí zvládnout sestra domácí péče? *Sestra*. Praha: Sanoma Magazines. ISSN 1210-0404. 2004. roč. 14, č. 9, s. 30
2. GABRIEL, J., Kam směřuje domácí péče? *Zdravotnické noviny*. Praha: Strategie. ISSN 0044-1996. 2002, roč. 51, č. 10, s. 12-15
3. MISCONIOVÁ, B., Česká domácí péče včera, dnes, zítra. *Časopis lékařů českých*. Praha: ČLS JEP. ISSN 0008-7335. 2003. roč. 142, č. 12, s. 755-761

4. PŘIKRYLOVÁ, L., Zkušenosti s výukou domácí péče. *Ošetřovatelství*. Hradec Králové: UKLF. ISSN 1212-723X. 2000. sv. 2, č. 3-4, s. 19-22

5. STRNAD, L., GLADKIJ, I., Postavení domácí péče v zahraničních zdravotnických systémech. *Ošetřovatelství*. Hradec Králové: UKLF. ISSN 1212-723X. 2001, sv. 3, č. 1-2, s. 6-8

c) Diplomové a bakalářské práce

1. KOPCZYKOVÁ, A. *Analýza spolupráce nemocnic s agenturami domácí péče*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2006. 75 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

2. SEDLÁKOVÁ, K. *Spolupráce lékařů s poskytovateli domácí péče*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2001. 59 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

3. SIRUČKOVÁ, Z. *Domácí péče a spokojenost klientů*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 1998. 31 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

d) Elektronické zdroje

1. MÄÄTTÄ, S., M. *Closeness and distance in the nurse-patient relation. The relevance of Edith Stein's concept of empathy*. [online] s. 3-10.
[cit. 2006]. Dostupné na
http://www.google.cz/search?as_q=&hl=cs&num=10

SEZNAM GRAFŮ

Graf I/1	Pohlaví	str.54
Graf I /2	Věk	str.54
Graf I /3	Nejvyšší dosažené vzdělání	str.55
Graf I /4	Mé pracovní zařazení	str.55
Graf I /5	Spolupracujete s agenturou domácí péče	str.56
Graf I /6	Jak dlouho trvá vaše spolupráce	str.56
Graf I /9	Zvyšuje se zájem klientů či rodiny klienta o služby ADP	str.59
Graf I /10	V čem vidíte přínos vaší spolupráce s ADP pro klienta	str.59
Graf I /11	Kdo hradí poskytovanou domácí péči	str.60
Graf I /12	Ve vašem regionu je domácí péče poskytována zejména	str.60
Graf I /13	Jak hodnotíte činnost ADP ve vztahu k potřebnosti této péče	str.61
Graf I /14	Co si pod pojmem domácí péče představujete	str.61
Graf I /16	Spolupráce s ADP je	str.63
Graf I /17	Jakým způsobem se předávají informace o klientovi při propuštění z nemocnice a následném předání do péče ADP?	str.63
Graf I /18	Kdo podává návrh na poskytování domácí péče?	str.64
Graf II/1	Pohlaví	str.65
Graf II/2	Věk	str.65
Graf II/3	Nejvyšší dosažené vzdělání	str.66
Graf II/4	Mám	str.66
Graf II/5	Jsem hospitalizován(a) na oddělení (prosím doplňte)	str.67
Graf II/6	Víte o existenci a možnosti následné péče sester agentury domácí péče (dále již jen ADP)?	str.67
Graf II/7	Kdo vás informoval o domácí péči?	str.68
Graf II/8	Jakou míru podrobnosti měly dané informace?	str.68
Graf II/9	Jak by pacient měl být správně informován?	str.69
Graf II/10	Jaké výhody podle vás domácí péče přináší pacientům?	str. 69
Graf II/11	Kdo hradí poskytovanou domácí péči?	str.70
Graf II/12	Domácí péče je poskytována zejména	str.70
Graf II/13	Jak hodnotíte činnost ADP ve vztahu k potřebnosti této péče?	str.71
Graf II/14	Co si pod pojmem domácí péče představujete?	str.71
Graf III/1	Pohlaví	str.73

Graf III/2	Věk	str.73
Graf III/3	Nejvyšší dosažené vzdělání	str.74
Graf III/4	Mám	str.74
Graf III/5	Jsem v péči agentury domácí péče (dále již jen ADP)	str.75
Graf III/6	Kdy jste byl informován o existenci a následné péči sester ADP?	str.75
Graf III/7	Kdo vás informoval o domácí péči?	str.76
Graf III/8	Jak podrobné byly dané informace?	str.76
Graf III/9	Jak by pacient měl být správně informován?	str.77
Graf III/10	Jaké výhody podle vás domácí péče přináší pacientům?	str.77
Graf III/11	Kdo hradí poskytovanou domácí péči?	str.78
Graf III/12	Domácí péče je poskytována zejména	str.78
Graf III/13	Jak hodnotíte činnost ADP ve vztahu k potřebnosti této péče?	str.79
Graf III/14	Spolupracují rodinní příslušníci s ošetřující sestrou z ADP?	str.79
Graf III/15	Podala vám ošetřující sestra z ADP další doplňující informace o možnosti ovlivnění zdravotního stavu, aktivity přispívající k zdárnému průběhu léčby, - pohybový, dietní režim apod.)?	str.80
Graf III/16	Považujete ošetření sestrou ADP za srovnatelné s ošetřením ve zdravotnickém zařízení?	str.80
Graf IV/1	Pohlaví	str.81
Graf IV/2	Věk	str.81
Graf IV/3	Nejvyšší dosažené vzdělání	str.82
Graf IV/4	Můj zdravotní stav	str.82
Graf IV/5	Máte osobní zkušenost s domácí péčí	str.83
Graf IV/6	Víte o existenci a možnosti následné péče sester agentury domácí péče (dále již jen ADP)	str.83
Graf IV/7	Kdo vás informoval o domácí péči	str.84
Graf IV/8	Jakou míru podrobnosti měly dané informace	str.84
Graf IV/9	Jak by pacient měl být správně informován	str.85
Graf IV/10	Jaké výhody podle vás domácí péče přináší pacientům	str.85
Graf IV/11	Kdo hradí poskytovanou domácí péči	str.86
Graf IV/12	Domácí péče je poskytována zejména	str.86
Graf IV/13	Jak hodnotíte činnost ADP ve vztahu k potřebnosti této péče	str.87
Graf IV/14	Co si pod pojmem domácí péče představujete	str.87

SEZNAM TABULEK

Tabulka I/7	Kteří klienti podle vás potřebují péči agentury domácí péče (dále již jen ADP) nejčastěji	str.57
Tabulka I/8	Z jakých oddělení nejčastěji přebírá klienty ADP	str.58
Tabulka I/15	Znáte nějaké agentury domácí péče	str.62
Tabulka II/15	Znáte nějaké agentury domácí péče (prosím napište názvy)	str.72
Tabulka IV/15	Znáte nějaké agentury domácí péče (prosím napište názvy)	str.88

PŘÍLOHY

1. dotazník I. určený pro zdravotní sestry
2. dotazník II. určený pro klienty hospitalizované ve zdravotnickém zařízení
3. dotazník III. určený pro klienty v péči agentury domácí péče
4. dotazník IV. určený pro občany města Pardubic
5. Práva pacientů
6. leták Geriatrického centra oddělení domácí péče v Pardubicích
rozsah péče Geriatrického centra oddělení domácí péče
7. chorobopis Geriatrického centra oddělení domácí péče
8. sesterská zpráva
9. ošetřovatelská anamnéza
10. záznam o výkonech pro zdravotní pojišťovnu
11. převazový rekurz
12. poukaz na vyšetření/ošetření DP
13. test bazálních všedních činností
14. záznam o ošetřování chronických ran

Příloha 1 - dotazník I. určený pro zdravotní sestry

DOTAZNÍK I.

Určený pro zdravotní sestry

Vážená slečno, Vážená paní, Vážený pane.

Jmenuji se Iva Svobodová a jsem studentkou 4. ročníku bakalářského studia Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, obor Ošetrovatelství - pedagogika ve zdravotnictví.

Dotazník, který dostáváte do rukou, je určený k získání údajů. Ty budou podkladem k vypracování mé bakalářské práce na téma: "Informovanost o agenturách domácí péče."

Dotazník je zcela anonymní.

Při vyplňování dotazníku, prosím, zakroužkujte vámi zvolenou odpověď. Pokud vám nebude vyhovovat ani jedna z nabízených odpovědí, doplňte vlastní odpověď. Vytečkovaná místa doplňte.

Děkuji za spolupráci

Iva Svobodová
Studentka 4. ročníku
Obor: Ošetrovatelství - pedagogika ve zdravotnictví
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Univerzita Karlova v Praze

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Věk:

- a) do 30 let
- b) 31 - 40 let
- c) 41 - 50 let
- d) nad 51 let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) středoškolské
- b) vysokoškolské

4. Mé pracovní zařazení:

- a) vrchní sestra
- b) staniční sestra
- c) sestra u lůžka

5. Spolupracujete s agenturou domácí péče?

- a) ano
- b) ne (pokud zaškrtnete tuto odpověď, prosím na další otázku neodpovídejte)

6. Jak dlouho trvá vaše spolupráce?

- a) do 1 roku
- b) do 3 let
- c) do 5 let
- d) více jak 5 let

7. Kteří klienti podle vás potřebují péči agentury domácí péče (dále již jen ADP) nejčastěji?

- a) gerontologičtí
- b) klienti s chronickým onemocněním
- c) klienti s chronickými kožními defekty
- d) tělesně postižení
- e) osamělí
- f) děti
- g) klienti s jinými problémy (doplňte).....

8. Z jakých oddělení nejčastěji přebírá klienty ADP?

- a) z interního oddělení s diagnózou:
.....
- b) z chirurgického oddělení s diagnózou:
.....
- c) z geriatrického oddělení s diagnózou:
.....
- d) z neurologického oddělení s diagnózou:
.....
- e) z kožního oddělení s diagnózou:
.....
- f) na základě doporučení praktických či odborných lékařů s diagnózou:
.....
- g) jiné:
.....

9. Zvyšuje se zájem klientů či rodiny klienta o služby ADP?

- a) ano
- b) ne

10. V čem vidíte přínos Vaší spolupráce s ADP pro klienta?

.....
.....

11. Kdo hradí poskytovanou domácí péči?

- a) zdravotní pojišťovny svým pojištěncům
- b) obce, města
- c) klient a jeho rodina
- d) možné různé kombinace

12. Ve vašem regionu je domácí péče poskytována zejména:

- a) ze zdravotních důvodů
- b) převažují sociální důvody
- c) jiné.....

13. Jak hodnotíte činnost ADP ve vztahu k potřebnosti této péče?

- a) je třeba rozšířit počet sester vykonávajících tuto péči
- b) zachovat stávající stav
- c) péče je nadbytečná
- d) nevím

14. Co si pod pojmem domácí péče představujete?

- a) kontrola fyziologických funkcí, aplikace injekcí, enterální a parenterální výživa, odběry biologického materiálu, převazy nehojících se ran, rehabilitační ošetřovatelství atd.
- b) úklid domácnosti, rozvoz obědů, nákupy, hygienická péče
- c) nevím
- d) jiné.....

15. Znáte nějaké agentury domácí péče ?

.....

16. Spolupráce s ADP je:

- a) vyhovující
- b) nevyhovující
- c) nevím, nemohu posoudit (uveďte důvod)

17. Jakým způsobem se předávají informace o klientovi při propuštění z nemocnice a následném předání do péče ADP?

- a) pouze ústní či telefonické předání
- b) ošetřovatelská propouštěcí zpráva
- c) lékařská propouštěcí zpráva
- d) vyplněné doporučení dle metodiky VZP
- e) žádná

18. Kdo podává návrh na poskytování domácí péče?

- a) klient a jeho rodina
- b) sestry v lůžkových zařízeních
- c) lékaři lůžkových zařízení
- d) ambulantní specialisté
- e) praktičtí lékaři
- f) sociální pracovníci
- g) někdo jiný.....

Děkuji za vyplnění dotazníku

Příloha 2 - dotazník II. určený pro klienty hospitalizované ve zdravotnickém zařízení

DOTAZNÍK II.

Určený pro klienty hospitalizované ve zdravotnickém zařízení

Vážená slečno, Vážená paní, Vážený pane.

Jmenuji se Iva Svobodová a jsem studentkou 4. ročníku bakalářského studia Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, obor Ošetrovatelství - pedagogika ve zdravotnictví. Dotazník, který dostáváte do rukou, je určený k získání údajů. Ty budou podkladem k vypracování mé bakalářské práce na téma: "Informovanost o agenturách domácí péče." Dotazník je zcela anonymní.

Při vyplňování dotazníku, prosím, zakroužkujte vámi zvolenou odpověď. Pokud vám nebude vyhovovat ani jedna z nabízených odpovědí, doplňte vlastní odpověď. Vytečkovaná místa doplňte.

Děkuji za spolupráci

Iva Svobodová
Studentka 4. ročníku
Obor: Ošetrovatelství - pedagogika ve zdravotnictví
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Univerzita Karlova v Praze

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Věk:

- a) do 40 let
- b) 41 - 60 let
- c) nad 61 let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen(a)
- c) středoškolské (ukončené maturitou)
- d) vysokoškolské

4. Mám:

a) akutní (náhle vzniklé onemocnění) - jaké:

.....

b) chronické (dlouhotrvající onemocnění) - jaké:

.....

5. Jsem hospitalizován(a) na oddělení (prosím doplňte):
.....

6. Víte o existenci a možnosti následné péče sester agentury domácí péče (dále již jen ADP)?

- a) ano, vím o této formě ošetřování
- b) mám jen kusé informace
- c) mám již zkušenosti z dřívějšíka
- d) nemám informace

7. Kdo vás informoval o domácí péči?

- a) ošetřující lékař
- b) zdravotní sestra
- c) sociální pracovnice
- d) jiný zdroj (doplňte).....
- e) nikdo - nemám žádné informace

8. Jakou míru podrobnosti měly dané informace?

- a) vše mi bylo podrobně, jasně a srozumitelně vysvětleno
- b) informace byla stručná, ale všemu jsem rozuměl(a)
- c) informující osoba hovořila ve spěchu, moc jsem nerozuměl(a)
- d) informující osoba používala odborné výrazy, moc jsem nerozuměl(a)

9. Jak by pacient měl být správně informován?

- (viz předchozí otázka)
- A B C D

10. Jaké výhody podle vás domácí péče přináší pacientům?

- a) navzdory zdravotním potížím mohou zůstat v domácím prostředí a nemusí tak často docházet (dojíždět) do zdravotnického zařízení na kontroly
- b) žádné výhody nepřináší
- c) nevím
- d) jiné.....

11. Kdo hradí poskytovanou domácí péči?

- a) zdravotní pojišťovny svým pojištěncům
- b) obce, města
- c) klient a jeho rodina
- d) možné různé kombinace

12. Domácí péče je poskytována zejména:

- a) ze zdravotních důvodů
- b) převažují sociální důvody (osamělý člověk, nemá nikoho, kdo by o něho pečoval)
- c) jiné.....

13. Jak hodnotíte činnost ADP ve vztahu k potřebnosti této péče?

- a) je třeba rozšířit počet sester vykonávajících tuto péči
- b) zachovat stávající stav
- c) péče je nadbytečná
- d) nevím

14. Co si pod pojmem domácí péče představujete?

- a) kontrola fyziologických funkcí, aplikace injekcí, infúzní léčba, odběry biologického materiálu, převazy nehojících se ran, rehabilitační ošetřovatelství atd.
- b) úklid domácnosti, rozvoz obědů, nákupy, hygienická péče
- c) nevím
- d) jiné.....

15. Znáte nějaké agentury domácí péče (prosím napište názvy)?

.....

Děkuji za vyplnění dotazníku

Příloha 3 - dotazník III. určený pro klienty v péči agentury domácí péče

DOTAZNÍK III.

Určený pro klienty v péči agentury domácí péče

Vážená slečno, Vážená paní, Vážený pane.

Jmenuji se Iva Svobodová a jsem studentkou 4. ročníku bakalářského studia Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, obor Ošetřovatelství - pedagogika ve zdravotnictví.

Dotazník, který dostáváte do rukou, je určený k získání údajů. Ty budou podkladem k vypracování mé bakalářské práce na téma: "Informovanost o agenturách domácí péče."

Dotazník je zcela anonymní.

Při vyplňování dotazníku, prosím, zakroužkujte vámi zvolenou odpověď. Pokud vám nebude vyhovovat ani jedna z nabízených odpovědí, doplňte vlastní odpověď. Vytečkovaná místa doplňte.

Děkuji za spolupráci

Iva Svobodová
Studentka 4. ročníku
Obor: Ošetřovatelství - pedagogika ve zdravotnictví
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Univerzita Karlova v Praze

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Věk:

- a) do 40 let
- b) 41 - 60 let
- c) nad 61 let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen(a)
- c) středoškolské (ukončené maturitou)
- d) vysokoškolské

4. Mám:

a) akutní (náhle vzniklé onemocnění) - jaké:

.....

b) chronické (dlouhotrvající onemocnění) - jaké:

.....

5. Jsem v péči agentury domácí péče (dále již jen ADP):

- a) méně než půl roku
- b) do jednoho roku
- c) déle než jeden rok

6. Kdy jste byl informován o existenci a následné péči sester ADP?

- a) během pobytu v nemocnici
- b) při propuštění do domácího ošetřování
- c) předem mě nikdo neinformoval

7. Kdo Vás informoval o domácí péči?

- a) ošetřující lékař
- b) zdravotní sestra
- c) sociální pracovníce
- d) jiný zdroj (doplňte).....
- e) nikdo - nemám žádné informace

8. Jak podrobné byly dané informace?

- a) vše mi bylo jasně a srozumitelně vysvětleno
- b) informace byly stručné, ale všemu jsem rozuměl(a)
- c) informující osoba hovořila ve spěchu, moc jsem nerozuměl(a)
- d) informující osoba používala odborné výrazy, moc jsem nerozuměl(a)

9. Jak by pacient měl být správně informován?

(viz předchozí otázka)

A B C D

10. Jaké výhody podle vás domácí péče přináší pacientům?

- a) navzdory zdravotním potížím mohou zůstat v domácím prostředí a nemusí tak často docházet (dojíždět) do zdravotnického zařízení na kontroly
- b) žádné výhody nepřináší
- c) nevím
- d) jiné.....

11. Kdo hradí poskytovanou domácí péči?

- a) zdravotní pojišťovny svým pojištěncům
- b) obce, města
- c) klient a jeho rodina
- d) možné různé kombinace

12. Domácí péče je poskytována zejména:

- a) ze zdravotních důvodů
- b) převažují sociální důvody (osamělý člověk, nemá nikoho, kdo by o něho pečoval)
- c) jiné.....

13. Jak hodnotíte činnost ADP ve vztahu k potřebnosti této péče?

- a) je třeba rozšířit počet sester vykonávajících tuto péči
- b) zachovat stávající stav
- c) péče je nadbytečná
- d) nevím

14. Spolupracují rodinní příslušníci s ošetřující sestrou z ADP?

- a) ano, zajímají se o můj zdravotní stav
- b) někdy
- c) ne

15. Podala vám ošetřující sestra z ADP další doplňující informace o možnosti ovlivnění zdravotního stavu, aktivity přispívající k zdárnému průběhu léčby - pohybový, dietní režim apod.)?

- a) ano, byly mi poskytnuty dostatečné informace
- b) ano, ale všemu jsem nerozuměla
- c) ne

16. Považujete ošetření sestrou ADP za srovnatelné s ošetřením ve zdravotnickém zařízení?

- a) ano
- b) ne

Děkuji za vyplnění dotazníku

Příloha 4 - dotazník IV. určený pro občany města Pardubic

DOTAZNÍK IV.

Určený pro občany města Pardubic

Vážená slečno, Vážená paní, Vážený pane.

Jmenuji se Iva Svobodová a jsem studentkou 4. ročníku bakalářského studia Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, obor ošetrovatelství - pedagogika ve zdravotnictví.

Dotazník, který dostáváte do rukou, je určený k získání údajů. Ty budou podkladem k vypracování mé bakalářské práce na téma: "Informovanost o agenturách domácí péče."

Dotazník je zcela anonymní.

Při vyplňování dotazníku, prosím, zakroužkujte vámi zvolenou odpověď. Pokud vám nebude vyhovovat ani jedna z nabízených odpovědí, doplňte vlastní odpověď. Vytečkovaná místa doplňte.

Děkuji za spolupráci

Iva Svobodová
Studentka 4. ročníku
Obor: Ošetrovatelství - Pedagogika ve zdravotnictví
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Univerzita Karlova v Praze

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Věk:

- a) do 40 let
- b) 41 - 60 let
- c) nad 61 let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen(a)
- c) středoškolské (ukončené maturitou)
- d) vysokoškolské

4. Můj zdravotní stav:

- a) hodnotím jako dobrý, netrpím žádným onemocněním
 - b) mám onemocnění (prosím doplňte)
-

5. Máte osobní zkušenost s domácí péčí ?

- a) ano
- b) ne

6. Víte o existenci a možnosti následné péče sester agentury domácí péče (dále již jen ADP)?

- a) ano, vím o této formě ošetřování
- b) mám jen kusé informace
- c) mám již zkušenosti z dřívějšíka
- d) nemám informace

7. Kdo vás informoval o domácí péči?

- a) praktický nebo odborný lékař
- b) zdravotní sestra
- c) sociální pracovnice
- d) jiný zdroj (doplňte).....
- e) nikdo - nemám žádné informace

8. Jakou míru podrobnosti měly dané informace?

- a) vše mi bylo podrobně, jasně a srozumitelně vysvětleno
- b) informace byla stručná, ale všemu jsem rozuměl(a)
- c) informující osoba hovořila ve spěchu, moc jsem nerozuměl(a)
- d) informující osoba používala odborné výrazy, moc jsem nerozuměl(a)

9. Jak by pacient měl být správně informován?

- (viz předchozí otázka)
- A B C D

10. Jaké výhody podle vás domácí péče přináší pacientům?

- a) navzdory zdravotním potížím mohou zůstat v domácím prostředí a nemusí tak často docházet (dojíždět) do zdravotnického zařízení na kontroly
- b) žádné výhody nepřináší
- c) nevím
- d) jiné.....

11. Kdo hradí poskytovanou domácí péči?

- a) zdravotní pojišťovny svým pojištěncům
- b) obce, města
- c) klient a jeho rodina
- d) možné různé kombinace

12. Domácí péče je poskytována zejména:

- a) ze zdravotních důvodů
- b) převažují sociální důvody (osamělý člověk, nemá nikoho, kdo by o něho pečoval)
- c) jiné.....

13. Jak hodnotíte činnost ADP ve vztahu k potřebnosti této péče?

- a) je třeba rozšířit počet sester vykonávajících tuto péči
- b) zachovat stávající stav
- c) péče je nadbytečná
- d) nevím

14. Co si pod pojmem domácí péče představujete?

- a) kontrola fyziologických funkcí, aplikace injekcí, infúzní léčba, odběry biologického materiálu, převazy nehojících se ran, rehabilitační ošetřovatelství atd.
- b) úklid domácnosti, rozvoz obědů, nákupy, hygienická péče
- c) nevím
- d) jiné.....

15. Znáte nějaké agentury domácí péče (prosím napište názvy)?

.....

Děkuji za vyplnění dotazníku

Příloha 5 - Práva pacientů

Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů, nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení ne terapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Příloha 6 - leták Geriatrického centra oddělení domácí péče v Pardubicích rozsah péče Geriatrického centra oddělení domácí péče

Geriatrické centrum oddělení domácí péče v Pardubicích:

- nabízí odbornou péči při ošetřování krátkodobě i dlouhodobě nemocných v jejich rodinném prostředí a to v úzké součinnosti s rodinou
- umožní vám zkrácení pobytu v nemocnici na nezbytně nutnou dobu
- péči nabízíme pro všechny, zejména pro geriatrické pacienty
- péči vám poskytnou kvalifikované zdravotní sestry (specialistky) na doporučení ošetřujícího lékaře
- úzce spolupracujeme s lékařem geriatrického centra, po dohodě je možná návštěva lékaře specialisty v domácím prostředí
- výkony ordinované lékařem jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami

Rozsah péče Geriatrického centra oddělení domácí péče:

- kontrola fyziologických funkcí (krevní tlak, glykemie, apod.)
- odběry krve a jiného biologického materiálu, aplikace injekcí, inhalace, infúzní terapie
- ošetřování ran (po operacích, úrazech, bércové vředy,...)
- ošetřování pacientů s kolostomií, pacientů s PEGem
- zavedení a péče o nazogastrickou sondu
- cévkování (u žen)
- kondiční a pohybová léčba, nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy
- případné další výkony požadované ošetřujícím lékařem

Příloha 7 - chorobopis Geriatrického centra oddělení domácí péče



CHOROBOPIS

POJIŠŤOVNA _____

ODD. DOMÁCÍ PÉČE

ŘČ _____

PŘÍJMENÍ, JMÉNO _____

ROZENÝ/Á _____

TRVALÉ BYDLIŠTĚ _____

PSC _____ TELEFON _____

PŘECHODNÉ BYDLIŠTĚ _____

ANAMNÉZA SOCIÁLNÍ

ZAMĚSTNÁNÍ :

DRUH DÚCHODU:

ŽIJE S:

BYT:

PŘÍBUZNÍ:

KONTAKT – TELEFON:

PEČOVATELSKÁ SLUŽBA:

POHYBLIVOST: TRVALE NA LŮŽKU PŘECHÁZÍ PO BYTĚ POHYB BEZ OMEZENÍ

VIDÍ: DOBŘE ŠPATNĚ NEVIDÍ

INKONTINENCE: ANO NE ČÁSTEČNÁ

SEBEOBSLUHA: MYTÍ ČESÁNÍ OBLÉKÁNÍ JÍDLO WC LÉKY

ANAMNÉZA RODINNÁ

	ÚMRTÍ	VĚK	CHOROBY
OTEC:			
MATKA:			
SOUROZENCI:			
DĚTI:			
CHOROBY:	TBC	CUKROVKA	HN NÁDOR

Sesterská zpráva

Jméno:
Parubice
Rodné číslo:

Den pobytu:

Odd.: Geriatrické centrum Nemocnice

Pro koho:

Alergie:

Stav vědomí:

- při vědomí, orientován
- neklidný
- jiné:
- tlumení:

Bolest: ano ne

kde:

Dýchání:

- spontánní
- terapie O₂ l/min
- jiné:

Invazivní vstupy:

- centrální žíla den:
- periferní žíla den:
- epidurální katetr den:

Operační rána: ano ne

stav:

převaz datum:

Drény:

- hrudní
- Redonův - počet
- ostatní

Stravování: Dieta č.:

- samostatné
- s pomocí
- zvláštní diet. režim:

Vyprazdňování:

- močení:** spontánní
- permanentní katetr den:
 - jiné:

stolice: datum:

- charakter:
- samostatné
 - inkontinentní
 - zvláštnosti:

Stomie: ano ne

druh:

od kdy:

Hygienická péče:

- samostatná
- s pomocí
- celková péče

Spánek:

- bez poruch
- s poruchou:

Psychický stav:

- adaptabilní
- neadaptabilní:

Pohyblivost:

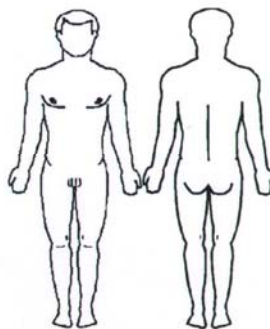
.....

Smyslové bariéry:

- problémy s řečí:
- problémy se zrakem:
- problémy se sluchem:

Stav kůže:

- bez defektů
- dekubity: 1. stupeň
- 2. stupeň
- 3. stupeň
- jiné:



Spolupráce s rodinou:

- vyhovující
- nevhovující

Rodina informována o překladu:

- ano ne

Sociální výpomoc:

- ano ne
- jaká:

Zvláštnosti:

Osobní věci:

- u sebe
- viz záznam (šatní listek)

Cennosti:

- u sebe
- viz záznam

Datum: **Podpis sestry:**

Příloha 9 - ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza

Stav vědomí dobrý apatický zmatený bezvědomí – somnolence sopor

Bolest ano ne **Lokalita**

Charakter bolesti , časové ohraničení

Tlumení bolesti (co pomáhá)

Co zhoršuje bolest

Dýchání máte problémy s dýcháním ano ne
Astma : Kašel : Bolesti : jiné:

Hydratace denní příjem tekutin : co pije :
Sliznice (suché, vlhké) :

Výživa : dieta : umělý chrup :
Zvyklosti (návyky stravovací) :

Vyprazdňování moče a stolice : častost, konzistence, problémy a jejich kompenzace

Pohyb a soběstačnost -viz test bazálních činností :

Spánek bez poruchy s poruchou hypnotika

jiné :

Smyslové bariéry

Porucha řeči : porucha zraku: porucha sluchu

Stav kůže

Bez defektů defekty

Jiné :

Sociální zázemí :

Rodina spolupracuje: pečovatelé:
Jiné:

Příloha 10 - záznam o výkonech pro zdravotní pojišťovnu

Geriatrické centrum Nemocnice Pardubice
 odd. domácí péče, E. Košťála 1017, 530 12 Pardubice

Jméno, příjmení: _____

Rodné č.: _____ Poj.: _____

Diagnoza: _____

období _____ / 200

06311																			
06313																			
06315																			
06317																			
06319																			
06321																			
06323																			
06325																			
06327																			
06329																			
06331																			
06333																			
06335																			
06137																			

Příloha 11 - převazový rekurz



PŘEVAZOVÝ DEKURS

Jméno, příjmení.....
Rodné číslo.....Pojišťovna.....DG.....

DATUM	LOKALITA	VELIKOST	STADIUM	SEKRECE	HLOUBKA	POVLAK

DATUM	POPIS RÁNY	TERAPIE RÁNY

Příloha 12 - poukaz na vyšetření/ošetření DP

Kód pojišťovny <input style="width: 90%;" type="text"/>	požaduje díl A	IČP Odbornost <input style="width: 80%;" type="text"/>	Datum <input style="width: 80%;" type="text"/>	Pořadové číslo poukazu nepřerušené DP: <input style="width: 95%;" type="text"/>
POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ DP				Platnost do: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Pacient <input style="width: 95%;" type="text"/>		Č. pojištěnce <input style="width: 60%;" type="text"/>		
Variabilní symbol <input style="width: 80%;" type="text"/>		Základní diagnóza <input style="width: 95%;" type="text"/>		
Ad zařizení domácí péče: <input style="width: 80%;" type="text"/>		Ost. dg. <input style="width: 80%;" type="text"/>		
		Kód náhrady <input style="width: 80%;" type="text"/>		
..... razítka a podpis požadujícího				
Adresa pacienta (místo poskytování DP) a telefon:				
.....				
Další příslušníci domácnosti na této adrese: ano – ne				
Kontaktní osoba pro DP (jméno, vztah k pacientovi, adresa a telefon – je-li rozdílná od adresy pacienta):				
.....				
Pacient v péči pečovatelské služby : ano – ne				
Mobilita pacienta: a) plná				
b) omezená:				
Smyslové omezení:				
Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu: a) plná				
b) omezená:				
Významné údaje o současné medikaci, včetně aplikace inzulínu a diety:				
.....				
Další informace (alergie, kontinence, údaje o bydlišti atd.):				
.....				
Cíl předepsané DP, kterého má být dosaženo:				
.....				
Požadováno: (Pro úhradu požadované péče pojišťovnou je nezbytná jednoznačná specifikace požadavku, včetně počtu v jednom dni a frekvence v týdnu)				
<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>				
.....				
<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>				
.....				
<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>				
.....				
<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>				
.....				
<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>				
.....				

Příloha 13 - test bazálních všedních činností

Geriatrické centrum Pardubice

Test bazálních všedních činností^{ADL}

Datum:

Položka	Hodnocení, počet bodů	Při přijetí	Při propuštění
1. Najedení, napití	sám 10, s pomocí 5, neprovede 0		
2. Oblékání	sám 10, s pomocí 5, neprovede 0		
3. Osobní hygiena	sám 10, s pomocí 5, neprovede 0		
4. Koupání	sám 10, s pomocí 5, neprovede 0		
5. Kontinence moči	kontinentní 10, občas inkontinentní 5 trvale inkontinentní 0		
6. Kontinence stolice	kontinentní 10, občas inkontinentní 5 trvale inkontinentní 0		
7. Použití WC	sám 10, s pomocí 5, neprovede 0		
8. Chůze po schodech	sám 10, s pomocí 5, neprovede 0		
9. Přesun lůžko-židle nebo vozík	sám 15, s malou pomocí 10, s dopomocí vydrží sedět 5, neprovede		
10. Chůze po rovině	více než 55 k. 15, s pomocí 10, na vozíku 5, neprovede 0		

Hodnocení při přijetí

0 – 40 bodů vysoce závislý v bazálních všedních činnostech

45 – 60 bodů závislý

nad 60 bodů závislost lehčího stupně

Hodnocení při propuštění

0 – 40 bodů vysoce závislý v bazálních všedních činnostech

45 – 60 bodů závislý

nad 60 bodů závislost lehčího stupně

Příloha 14 - záznam o ošetřování chronických ran

datum:	postřik ml:			štítek pacienta					
druh dekubitu									
rána: granulující epitelizující infikovaná	laváž ml:			KULTIVACE:					
zápach ano X ne	koupel ml:			provedena X neprovedena					
sekret: bílý žlutý zelený									
nekróza	převaz čtverce: ks								
velikost rány:	longety: ks								
bolest. mírná střední	čas: čas: čas: čas:								
silná nesnesitelná	ml: ml: ml: ml:								
podpis sestry:									
datum:	postřik ml:			datum:	postřik ml:				
druh dekubitu				druh dekubitu					
rána: granulující epitelizující infikovaná	laváž ml:			rána: granulující epitelizující infikovaná	laváž ml:				
zápach ano X ne	koupel ml:			zápach ano X ne	koupel ml:				
sekret: bílý žlutý zelený				sekret: bílý žlutý zelený					
nekróza	převaz čtverce: ks			nekróza	převaz čtverce: ks				
velikost rány:	longety: ks			velikost rány:	longety: ks				
bolest. mírná střední	čas: čas: čas: čas:			bolest. mírná střední	čas: čas: čas: čas:				
silná nesnesitelná	ml: ml: ml: ml:			silná nesnesitelná	ml: ml: ml: ml:				
podpis sestry:				podpis sestry:					
datum:	postřik ml:			datum:	postřik ml:				
druh dekubitu				druh dekubitu					
rána: granulující epitelizující infikovaná	laváž ml:			rána: granulující epitelizující infikovaná	laváž ml:				
zápach ano X ne	koupel ml:			zápach ano X ne	koupel ml:				
sekret: bílý žlutý zelený				sekret: bílý žlutý zelený					
nekróza	převaz čtverce: ks			nekróza	převaz čtverce: ks				
velikost rány:	longety: ks			velikost rány:	longety: ks				
bolest. mírná střední	čas: čas: čas: čas:			bolest. mírná střední	čas: čas: čas: čas:				
silná nesnesitelná	ml: ml: ml: ml:			silná nesnesitelná	ml: ml: ml: ml:				
podpis sestry:				podpis sestry:					
datum:	postřik ml:			datum:	postřik ml:				
druh dekubitu				druh dekubitu					
rána: granulující epitelizující infikovaná	laváž ml:			rána: granulující epitelizující infikovaná	laváž ml:				
zápach ano X ne	koupel ml:			zápach ano X ne	koupel ml:				
sekret: bílý žlutý zelený				sekret: bílý žlutý zelený					
nekróza	převaz čtverce: ks			nekróza	převaz čtverce: ks				
velikost rány:	longety: ks			velikost rány:	longety: ks				
bolest. mírná střední	čas: čas: čas: čas:			bolest. mírná střední	čas: čas: čas: čas:				
silná nesnesitelná	ml: ml: ml: ml:			silná nesnesitelná	ml: ml: ml: ml:				
podpis sestry:				podpis sestry:					