

Informovanost seniorů o službách poskytovaných domácí péčí

Eliška Vilímková

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eliška VILÍMKOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Informovanost seniorů o službách poskytovaných domácí péčí**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části zmapuji informace o domácí péči.

Zanalyzuji možnosti domácí péče.

V praktické části si stanovím cíle a hypotézy.

Vypracuji dotazník a budu realizovat průzkum u zvolené skupiny respondentů.

Vyhodnotím informace získané dotazníkovým šetřením, vyhodnotím hypotézy.

Navrhnu praxeologické opatření.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

JAROŠOVÁ, D. Úvod do komunitního ošetřovatelství. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

HANZLÍKOVÁ, A., a kol. Komunitní ošetřovatelství. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2007. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.

ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. Standardy domácí paliativní péče. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. 35 s. ISBN 80-239-4329-4.

KLEVETOVÁ, D., DLABAJOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KUTNOHORSKÁ, J. Etika v ošetřovatelství. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

TOPINKOVÁ, Eva. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Renata Mlčochová**
Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **4. února 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. června 2010**

Ve Zlíně dne 4. února 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSsc.
děkan



Mgr. Jitka Laholová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako autor.

Ve Zlíně28.5.2010.....

.....Věšínková.....

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá informovaností seniorů o službách poskytovaných domácí péčí. Teoretická část práce se zabývá obecnou domácí péčí, její definicí, systémem péče, historií, právními předpisy, charakterizuje jednotlivé formy péče, cíle, výhody a zmiňuje faktory, které ovlivňují růst domácí péče. Další část je zaměřena na domácí ošetrovatelskou péči. Čtenář této práce se seznámí s agenturami domácí péče a dozví se základní informace o práci sester v domácí péči. Poslední část teoretické části je věnována problematice stáří, změnami, které jsou typické pro toto období, popisuje bezpečné prostředí domova, zaměřuje se na komunikaci se seniorem.

Praktická část práce vyhodnocuje výzkum, který byl zaměřen na informovanost seniorů o službách domácí péče.

Klíčová slova:

senior, domácí péče, systém péče, práce sestry, domácí ošetrovatelská péče, agentury domácí péče, bezpečné prostředí domova, komunikace se seniorem

ABSTRACT

This thesis examines the seniors' awareness of services provided by home attendance. The theoretical section of this thesis deals with general home attendance, its definition, with the system of care, its history and regulations of law. It also characterizes particular forms of care, aims and advantages, and it mentions the factors that influence the increase of home attendance. The next part of theoretical section is concerned with home attendant care. Furthermore, home attendance agencies are introduced to the readers of this thesis as well as basic information about the work of nurses in home attendance. The last part of theoretical section explores the problems of ageing and the changes that are typical and common for this period of life. It describes safe home background and it focuses on the communication with the senior.

The practical section of this thesis analyses research work that was aimed at the seniors' awareness of services provided by home attendance.

Keywords: senior, home attendance, system of care, work of nurses, home attendant care, home attendance agencies, safe home background, communication with the senior

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Renatě Mlčochové za odborné vedení, věnovaný čas a cenné rady udílené během vypracovávání této práce. Poděkování patří také organizacím, ve kterých probíhal výzkum. Děkuji všem respondentům za jejich ochotu a čas při vyplňování dotazníku. Poděkování patří také celé mojí rodině a blízkým, kteří mi pomáhali a podporovali během celého studia.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny prameny jsem uvedla v seznamu použité literatury dle platné normy.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně, 28.5.2010

.....

Podpis

„Jsou lidé, kteří nás sledují a berou si něco od nás, a my to častokrát ani nevíme. Třeba se nám nikdy nedostane důkazu o důležitosti pro druhé lidi, avšak měli bychom si uvědomit, že jsme častokrát pro ně důležitější víc, než si myslíme.“

Robert Fulghum

OBSAH

ÚVOD	12
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 DOMÁCÍ PÉČE	14
1.1 DEFINICE	14
1.2 SYSTÉM DOMÁCÍ PÉČE.....	14
1.3 HISTORIE	16
1.3.1 Domácí péče v České republice	17
1.3.2 Domácí péče ve Slovenské republice.....	18
1.4 PRÁVNÍ PŘEDPISY SOUVISEJÍCÍ S POSKYTOVÁNÍM DOMÁCÍ PÉČE.....	18
1.4.1 Obecné zásady	19
1.4.2 Výkon povolání	19
1.4.3 Vztah ke klientovi	20
1.5 CÍLE DOMÁCÍ PÉČE	20
1.6 FORMY DOMÁCÍ PÉČE	21
1.6.1 Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)	21
1.6.2 Dlouhodobá domácí péče	21
1.6.3 Preventivní domácí péče	22
1.6.4 Domácí hospicová péče.....	22
1.6.5 Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče)	22
1.7 POZITIVA DOMÁCÍ PÉČE.....	22
1.8 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ RŮST DOMÁCÍ PÉČE	23
2 DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	25
2.1 DOMÁCÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	25
2.1.1 Ošetřovatelský proces v domácí péči	26
2.2 AGENTURY DOMÁCÍ PÉČE.....	28
2.2.1 Zřizování a financování agentur.....	28
2.2.2 Náplň práce agentur.....	29
2.2.3 Pracovníci agentur domácí péče.....	30
2.3 SESTRA V DOMÁCÍ PÉČI	32
2.3.1 Osobnost sestry	33
2.3.2 Syndrom vyhoření	33
3 SENIOR V DOMÁCÍ PÉČI	35
3.1 ZMĚNY VE STÁŘÍ	35
3.2 BEZPEČNOST DOMOVA	36
3.3 KOMUNIKACE SE SENIOREM	37
3.3.1 Bariéry v komunikaci	38
3.3.2 Desatero komunikace se seniory se zdravotním postižením.....	38
II PRAKTICKÁ ČÁST	40

4	METODIKA VÝZKUMU	41
4.1	ZDROJE A DATA	41
4.2	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU RESPONDENTŮ	41
4.3	METODA VÝZKUMU	41
4.4	STANOVENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ	41
4.5	CHARAKTERISTIKA DOTAZNÍKOVÝCH POLOŽEK.....	44
4.6	REALIZACE VÝZKUMU	44
4.7	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	45
5	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	46
5.1	ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ	46
	DISKUZE	72
	ZÁVĚR	78
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	80
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	82
	SEZNAM OBRÁZKŮ	83
	SEZNAM TABULEK.....	84
	SEZNAM PŘÍLOH.....	86

ÚVOD

Domácí péče probíhá v přirozeném prostředí klienta, funguje v podstatě od pradávna a neustále se vyvíjí a zdokonaluje. Jedná se o jakoukoliv péči, která je poskytována člověku v jeho přirozeném sociálním prostředí. Nejvíce tuto péči využívají senioři, ale jinak je domácí péče úplně pro každého bez ohledu na věk, postižení, pohlaví. Zkrátka každý, kdo má zájem a potřebu. Aby mohla správně fungovat a splňovat svoji podstatu, je nezbytná týmová spolupráce. Tvoří ji odborníci jako např. lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelky, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, sociální pracovníci a další. Do týmu patří také rodinní příslušníci a blízcí klienta, kteří plní nezastupitelnou roli, jsou základním jádrem bez kterých by tato péče v mnoha případech mohla jen stěží fungovat. Jsou to právě oni, od kterých se očekává pomoc, opora, povzbuzení. Řekla bych, že je to jistý důkaz lásky a pokory, kterou svému blízkému dávají.

Lidé se ve svém domácím prostředí cítí jistější, psychicky vyrovnanější, obzvláště když jsou nemocní, jsou spokojenější, když mohou být v kruhu své rodiny. Uzdravování ve vlastním domě je rychlejší a příjemnější. Proč se léčit v nemocnici, když to jde i doma? V dnešní době může doma probíhat léčba, která dříve bez pobytu v nemocnici nebyla možná. To zhodnotí lékař, který stanoví rozsah a možnost domácí péče. Vychází především ze zdravotního stavu klienta.

Myslím si, že informovanost veřejnosti o domácí péči a jejích službách není dostatečná. Jsou lidé, kteří neví o způsobu a významu této péče, neví, kde se zajišťuje, kdo ji provádí, jak se financuje. Mnoho lidí tato možnost péče ani nenapadne, mají zkreslené a nesprávné informace. Jiní zase z pocitu obtěžování neudělají první krok. Názory na domácí péči jsou jistě rozdílné. Někteří by si bez ní nedovedli svůj život představit, jsou doslova odkázáni na péči, jiní zase by tuto péči nechtěli.

Domnívám se, že tento způsob péče, bude v budoucnosti stále více žádán a vyhledáván. Proto jsem si jako své téma bakalářské práce zvolila téma: Informovanost seniorů o službách poskytovaných domácí péči. Zajímá mě, jak jsou informováni o domácí péči senioři ve Zlínském kraji a jaký mají k ní postoj a názor.

Cílem mé práce je zjistit informovanost o domácí péči, a tu porovnat mezi skupinou seniorů, kteří nevyužívají služby domácí péče a seniory, kteří služby domácí péče využívají.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DOMÁCÍ PÉČE

Domácí prostředí bylo dříve pro mnoho lidí častým místem uzdravování, ale i umírání. Doma vznikaly nové lidské životy. V mnoha případech má domácí prostředí pozitivní vliv na uzdravování člověka a zlepšuje jeho psychickou pohodu. Obzvláště u starých lidí, kteří se těžko adaptují na nové prostředí, mají větší pocit jistoty ve svém domě a přítomnost rodinného příslušníka nebo blízké osoby jim pomáhá zvládat svou nemoc nebo změnu v sociální oblasti. Medicína se neustále vyvíjí. Vyrábějí se nové léky, nové pomůcky, nové přístroje. V dnešní době může doma probíhat i léčba, která dříve bez pobytu v nemocnici nebyla téměř možná a náklady na péči v domácím prostředí je nižší než pobyt v nemocnici.

1.1 Definice

„Domácí péče je definována Světovou zdravotnickou organizací (WHO) jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech. Patří k ní zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duševních potřeb.“ [3]

„Domácí péče je péče poskytovaná člověku v jeho přirozeném sociálním prostředí. Je to integrovaná forma péče, proto se označuje také jako komplexní domácí péče (KDP).“ [2]

„Domácí péče je odborná zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.“ [16]

1.2 Systém domácí péče

Domácí péče představuje jeden z nejrychleji se rozvíjejících sektorů zdravotnictví. Umožňuje poskytovat pacientům kvalitní péči v jejich přirozeném prostředí domova. Péči pacientovi zajišťuje multidisciplinární tým lidí různé odbornosti 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce, zkrátka nepřetržitě. Základní péči zajišťují rodinní příslušníci a blízké osoby pacienta. Na ně navazuje již odborná péče, kterou vykonávají zdravotní sestry, ošetrovatelky, sociální pracovníci, lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, nutriční terapeuti a další odborníci, kteří spolu navzájem spolupracují a zajišťují tak klientovi komplexní péči.

Domácí péče je poskytována všem lidem bez rozdílu věku, rasy, pohlaví, náboženské nebo politické orientace. Největší skupinou občanů, kteří využívají služby domácí péče, jsou osoby starší 65 let. Výjimkou není ani péče poskytovaná dětem. V podstatě se jedná o formu péče, která je schopna zabezpečit i všechna specifika dětského věku. Domácí péče dětem bývá ordinována pediatrem a poskytovaná dětskou sestrou.

Komplexní péče je zaměřena na podporu zdraví, prevenci a léčbu nemocí, rehabilitaci, rekonvalescenci a resocializaci nemocných. V rámci komplexní domácí péče bývá poskytována zejména odborná zdravotní péče odvozená z anglického termínu home care – domácí péče, dále sociální péče z anglického termínu home help – pomoc v domácnostech a v neposlední řadě i laická pomoc.

Odbornou zdravotní péči ordinuje ošetřující lékař klienta, který zároveň určí rozsah dané péče. Nejčastěji se jedná o tyto služby: sledování fyziologických funkcí, podávání léků, aplikace injekcí a inzulínu, ošetření ran, stomií a katetrů, odběry biologických materiálů, převazy po operacích a úrazech, edukace klienta, rehabilitační péče aj. Tyto služby poskytuje odborný zdravotnický personál, tj. sestry domácí péče. Ne vždy je však možné ji skutečně zrealizovat. Záleží na zdravotním stavu klienta, ale také na jeho sociálním prostředí.

Sociální péče je závislá na sociální diagnóze klienta a jeho prostředí. O rozsahu sociální péče rozhoduje sociální pracovník státní správy nebo samosprávy na základě sociálního šetření. Do této oblasti péče spadají ošetřovatelské úkony jako např. zajištění osobní hygieny, příjem tekutin a stravy, doprovod na vyšetření, nákupy, běžný úklid bytu, dovoz oběda, praní a žehlení prádla. Laickou péči zajišťují rodinní příslušníci, blízké osoby klienta a tzv. dobrovolníci.

„Zdravotní péče indikována ošetřujícím lékařem v rámci domácí péče je financována zdravotními pojišťovnami, v minimální míře pak přímou platbou klientů jak nadstandardní péče. Na tyto služby rovněž přispívá klient z přiznávaného příspěvku na péči. Maximální rozsah frekvence domácí péče hrazené z fondu zdravotního pojištění je stanoven na 3 hodiny odborné péče denně. Po schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny ji lze v odůvodněných případech rozšířit až na 5 hodin denně. V domácí péči existují formálně čtyři typy návštěv, které se liší časovým rozsahem: 15 minut, 30 minut, 45 minut a 60 minut (vždy s maximální frekvencí 3 návštěvy denně).“ [3]

Rozsah jednotlivých aktivit je závislý na zdravotním, psychickém a sociálním stavu pacienta a jeho zájmu o tyto služby. Významnou roli hraje nabídka služeb jednotlivých agentur domácí péče.

Aby byla domácí péče smysluplná, účelná a mohla správně fungovat, je důležité ještě před jejím zavedením, zajistit maximální kvalitu života nemocných v jejich sociálním prostředí. Zajistit dostatečnou bezpečnost klienta vhodnou úpravou domácího prostředí, zajistit spolupráci a pomoc rodinných příslušníků či blízkých. Je nutné zhodnotit frekvenci návštěv pracovníků agentur domácí péče. Pokud pacient potřebuje intenzivnější péči (více jak tři návštěvy za den), je v kompetenci revizního lékaře povolit vyšší četnost návštěv sestry, jinak musí být nemocný hospitalizován v nemocnici, protože domácí péče se stává neefektivní.

[3, 10]

1.3 Historie

Domácí péče existuje již od dávných let jako přirozený způsob péče o člověka. Počátky domácí péče se uvádějí kolem roku 1500 n.l.. V té době domácí péči většinou zajišťovaly ženy bylinkářky a porodní báby. Navštěvovaly nemocné v jejich domácnostech. Ve středověku byl založen první řád sester – ošetřovatelek Augustiánek a řád Vincentek, který funguje dodnes. Oba tyto řády se specializovaly na poskytování ošetřovatelských služeb v domácnosti.

V Anglii v roce 1859 vznikla moderní koncepce domácí péče. Autorem byl Viliam Rathbon. Spolu s Florence Nightingalovou založili první školu pro sestry návštěvní služby. Sestry poskytovaly ošetřovatelskou péči lidem nemocným, chudým, nesoběstačným a závislým.

V Americe první pokusy o poskytování domácí péče začaly v roce 1885 v Buffalu. Řídilo se podle pokynů lékařů. Na to v roce 1887 vznikla domácí péče ve Philadelphii a v roce 1888 v Bostonu. Řízení těchto organizací zajišťovali neprofesionálové.

V roce 1893 byla zřízena pod vedením ministerstva zdravotnictví ošetřovatelská služba, kterou vedly Lilian Waldová a Mary Neesterová a založily školu zaměřenou na ošetřovatelskou péči v domácnostech.

V Evropě nastává koncem 19. století prudký rozvoj domácí péče. Péče se zaměřuje zejména na staré lidi. Výjimkou bylo Holandsko, kde se péče poskytovala všem nemocným bez ohledu na věk.

Začátkem 70. let 20. století se hledají způsoby a řešení, jak zkvalitnit péči a zároveň snížit její náklady. Jedna z možností byla domácí péče. [2]

1.3.1 Domácí péče v České republice

Domácí péče je v České republice podle vyhlášky MZČR č. 55/2000 formálně evidována jako odbornost 925 – domácí zdravotní péče a je indukovanou formou zdravotní a sociální péče poskytovanou v klientově domácím prostředí.

Péči v domácnostech až do roku 1950 zajišťovaly sestry a ošetřovatelky Červeného kříže. Zabezpečovaly v rodinách ošetřovatelskou i zdravotní péči. V té době byla založena Masarykova škola zdravotní a sociální péče, která připravovala první poskytovatelky domácí péče. V roce 1952 domácí péči převzal stát. Mnohé sestry, které pracovaly v Červeném kříži, začaly pracovat v rámci geriatrických ambulancí jako geriatrické sestry. Po roce 1989 nastává zlom v poskytování zdravotní péče. V Čechách v roce 1990 vznikají první agentury domácí péče pod záštitou České katolické charity. V lednu 1991 Ministerstvo zdravotnictví legalizuje tuto činnost a povoluje tzv. experiment na dva roky. Během této doby pracují v domácnostech klientů zaměstnanci 40 pracovišť agentur domácí péče. V témže roce se konal ve Strasburgu první kongres domácí péče, který se stal odrazovým můstkem pro rozvoj domácí péče v Čechách.

V roce 1993 byla založena Asociace domácí péče České republiky (dále jen ADP). Současnou prezidentkou asociace je Bc. Blanka Miscoinová.

V lednu 1994 bylo v registru ADP celkem 353 agentur domácí péče, které zaměstnávaly 3632 odborných pracovníků. Ve stejném roce vzniklo Národní centrum domácí péče České republiky. Jedná se o organizaci zajišťující informační a poradenský servis komplexní domácí zdravotní a sociální péče. Tato organizace vydává aktuální informace a edukační materiály pro klienty a poskytovatele péče.

V roce 2000 je domácí péče poskytovaná ve více než 472 agenturách. V roce 2005 bylo registrováno 494 pracovišť, z nich 88 % bylo dostupných 24 hodin denně. V tomto roce služeb využilo 142,5 tisíc klientů, z toho 77 % bylo ve věku 65 let a více. V průběhu roku

proběhlo více než 6 milionů návštěv klientů, v průměru na jednoho klienta 43 návštěv ročně. [2, 3, 6]

1.3.2 Domácí péče ve Slovenské republice

Rozvoj domácí péče na Slovensku nebyl tak úspěšný jako v Čechách. V roce 1994 vznikly na Slovensku státní agentury domácí ošetrovatelské péče. V roce 1995 byl vydán Věstník Ministerstva zdravotnictví Slovenské republiky. Došlo k zařazení domácí ošetrovatelské péče do zdravotnických zařízení. Ve stejném roce vznikla primární péče Asociace domácí péče na Slovensku. Po tomto datu začaly vznikat na Slovensku i nestátní agentury domácí péče. Finanční stav pro agentury domácí péče není příliš pozitivní. Mnohé agentury zanikly z důvodu špatného financování zdravotních pojišťoven. V roce 1999 bylo na Slovensku registrováno jen 78 agentur domácí péče. V roce 2001 poskytovalo tyto služby 133 agentur, v roce 2003 bylo evidováno 163 agentur domácí péče. Financování domácí ošetrovatelské péče zdravotními pojišťovnami není dosud na požadované úrovni. Řada agentur vybírá od klientů přímé platby. [2]

1.4 Právní předpisy související s poskytováním domácí péče

K domácí péči se vztahuje několik platných zákonů a vyhlášek, které jsou vydány příslušnými resorty, kterých se poskytování domácí péče týká.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

Zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnickém povolání lékaře, zubaře a farmaceuta

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotních povoláních

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě

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 v platném znění

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

Vyhláška MZČR č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení

Vyhláška MZČR č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách [17]

1.4.1 Obecné zásady

- 1. Úkolem poskytovatele domácí péče je chránit život a zdraví, poskytovat péči a pomoc v době onemocnění klienta a mírnit fyzické i psychické utrpení u všech klientů i jejich blízkých bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, věk, rozumovou úroveň, sociální postavení, sexuální sebeidentifikaci, náboženské vyznání, politickou příslušnost a pověst klienta, či jeho blízkých.*
- 2. Poskytovatel domácí péče je povinen znát a dodržovat zákony a závazné předpisy platné pro výkon jeho povolání.*
- 3. Poskytovatel domácí péče je plně odpovědný za každý svůj profesionální čin.*
- 4. Poskytovatel domácí péče respektuje lidská práva, lidskou důstojnost i svobodu volby klienta – vázanou na odmítnutí nepřijatelného obsahu a rozsahu péče a pomoci.*
- 5. Indikovanou, či klientem a jeho blízkými vyžádanou domácí péči a pomoc poskytuje pouze v případě informovaného souhlasu klienta – vyjma situací akutního ohrožení života klienta. [14]*

1.4.2 Výkon povolání

- 1. Poskytovatel domácí péče je povinen v případě bezprostředního ohrožení života klienta poskytnout neodkladnou první pomoc. Plní své povinnosti v situacích veřejného ohrožení i při katastrofách přírodních, či jiné povahy.*

2. *Poskytovatel domácí péče je vázán mlčenlivostí ve vztahu ke všem informacím dotýkajících se zdravotního, či sociálního stavu klienta – vyjma informací poskytovaných ošetřujícímu lékaři klienta, či sociálnímu pracovníkovi klienta. Informace o klientovi a jeho vlastním sociálním prostředí řádně, přehledně, srozumitelně a úplně dokumentuje ve smyslu platných předpisů.*
3. *Poskytovatel domácí péče je povinen se kontinuálně vzdělávat a udržovat, či zvyšovat úroveň své kvalifikace a způsobilosti pro výkon profese.*
4. *Poskytovatel domácí péče má právo odmítnout poskytnutí domácí péče klientovi pouze z odborných a kapacitních důvodů, nebo z důvodů, které odporují jeho svědomí. Dále má právo odmítnout péči tehdy, hrozí-li ze strany klienta, nebo jeho rodiny prokazatelná fyzická, či psychická újma pro poskytovatele domácí péče. [14]*

1.4.3 Vztah ke klientovi

1. *Poskytovatel domácí péče se chová vždy ke klientovi jako k jedinečné lidské bytosti s pochopením, empatií a trpělivostí. Klient je vždy partnerem, který spolurozhoduje a dle úrovně svých fyzických a duševních sil se také spolupodílí na poskytování domácí péče.*
2. *Poskytovatel domácí péče ručí klientovi a jeho blízkým za odpovědné, svědomité a pečlivé plnění své profesionální povinnosti, kterou realizuje na vysoké odborné úrovni a v souladu se svým svědomím.*
3. *Poskytovatel domácí péče je povinen odpovědně a v rámci své kompetence – informovat klienta, nebo jeho zákonného zástupce a plánovaném rozsahu, rizicích, prognóze, obsahu a frekvenci výkonů realizovaných v rámci domácí péče.*
4. *Poskytovatel domácí péče nesmí zneužít ve vztahu ke klientovi jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem. [14]*

1.5 Cíle domácí péče

Cílem domácí péče je zajistit kvalitní zdravotní a sociální péči v domácím prostředí klienta, udržet klienta co nejdéle v jeho přirozeném prostředí, aby k hospitalizaci nebo jeho umístění do ústavů sociální péče, docházelo jen když je to nezbytně nutné. Dále:

- Pomoci klientovi a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním prostředím.
- Zajistit péči pro každého dle individuálních potřeb a přání klienta.
- Zabezpečit kvalitní komplexní péči koordinovanou zdravotnickými a sociálními pracovníky prostřednictvím multidisciplinárního týmu a služeb.
- Udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech.
- Dodržovat léčebný režim a snižovat negativní vliv nemoci na celkový zdravotní stav klienta.
- Zachovat kvalitu života a důstojnost klienta.
- Snižovat závislost klienta na druhé osobě.
- Poskytovat psychickou podporu klientovi a pečujícím členům rodiny.
- Zabránit iatrogennímu poškození klienta. [3, 6]

1.6 Formy domácí péče

V České republice je domácí péče poskytována v pěti základních formách:

1.6.1 Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)

Akutní domácí péče je indikována u klientů s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje hospitalizaci, nebo kde je možná alternativa hospitalizace. Tato forma péče je převážně určena klientům v *pooperačním* a *poúrazovém stavu*. Umožňuje zkrácení hospitalizace na minimální dobu a doléčení v domácím prostředí. Délka této péče bývá v rozsahu dnů nebo týdnů.

1.6.2 Dlouhodobá domácí péče

Dlouhodobá domácí péče je nejrozšířenější formou domácí péče v České republice a je určena chronicky nemocným klientům. Tito klienti vyžadují dlouhodobou a pravidelnou péči kvalifikovaného personálu. Jedná se zejména o klienty po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovanou cukrovkou, s těžkým duševním onemocněním, s chronickou bolestí, nemocní s částečným nebo plným ochrnutím. Komplexní domácí pé-

če bývá poskytována v rozsahu měsíců až několika let a spadají zde aktivity zdravotního i sociálního charakteru.

1.6.3 Preventivní domácí péče

Tento druh péče je určen klientům, u nichž ošetřující lékař doporučí v pravidelných intervalech monitorovat zdravotní a duševní stav. U klientů se provádí např. měření fyziologických funkcí, odběry biologického materiálu a monitoruje se celkový stav. Frekvenci této péče určuje ošetřující lékař na základě celkové stavu klienta.

1.6.4 Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče je poskytována klientům v preterminálním a terminálním stadiu života, kdy již nelze očekávat další terapeutické výsledky, u kterých ošetřující lékař předpokládá ukončení jejich terminálního stavu přibližně do šesti měsíců. Umožňuje klientům prožít poslední část svého života ve svém domě v přítomnosti svých blízkých. Mimo jiné péče zahrnuje léčbu bolesti, emocionální podporu, zmírnění utrpení a zajištění důstojného odchodu ze života.

„Hospicová péče je centrálně řízený program paliativní péče – je cíleně zaměřený na zmírnění symptomů nemoci u terminálně nemocných. Podstatou hospicové péče je úcta k životu a umožnění maximální kvality života umírajícímu člověku, poskytováním kvalitní péče a podpory nemocným a jejich rodinám. Nemocnému se musí umožnit žít plně a bez zbytečného utrpení tak, jak je to jen možné.“ [18]

1.6.5 Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče)

Jednorázovou domácí péči provádí sestry z ordinací praktických lékařů nebo jiných ošetřujících lékařů. Provádějí zejména odborné výkony jako je např. jednorázová aplikace injekce, odběr biologického materiálu. Častým důvodem je omezení ordinačních hodin ošetřujícího lékaře. [3]

1.7 Pozitiva domácí péče

Domácí péče má několik výhod, kvůli kterým mnoho klientů dává přednost péči ve vlastním domácím prostředí před hospitalizací v nemocnici. Záleží však na zdravotním,

sociálním a celkovém stavu klienta, zda není nutná intenzivní péče v nemocnici. V tomto případě pak domácí péče není možná. Mezi hlavní výhody domácí péče patří:

- **ekonomičnost** – domácí péče zkracuje dobu hospitalizace a snižuje náklady na péči o pacienta. Domácí péče je levnější než léčba v nemocnici.
- **víceborovost** – zdravotnický tým poskytuje multidisciplinární péči
- **individualizovaná péče** – každý jedinec má různé potřeby, proto je péče poskytována podle individuálních potřeb jedince
- **komplexnost** – v rámci domácí péče jsou poskytovány činnosti léčebné, ošetrovatelské, rehabilitační, psychoterapeutické, sociální, konzultační aj.
- **dlouhodobá péče** – délka poskytované péče vychází z potřeb klienta a jeho blízkých
- **podpora zdraví** – v domácí péči je zahrnuta také činnost primární, sekundární a terciární prevence
- **přirozené prostředí** – péče poskytovaná ve vlastním domácím prostředí, klienti se lépe adaptují na nemoc, jsou v lepším psychickém stavu, nejsou traumatizováni odloučením od rodiny a domácího prostředí
- **účast rodinných příslušníků** – rodina je pohromadě a je zapojena do péče o blízkého, plní nezastupitelnou roli
- **eliminace nozokomiálních nákaz** – v souvislosti s pobytem v nemocnici vznikají nozokomiální nákazy, léčba těchto nákaz je finančně zatěžující [2, 6]

1.8 Faktory ovlivňující růst domácí péče

Existuje řada faktorů, které ovlivňují rozvoj domácí péče. Mezi nejdůležitější z nich patří: ekonomický tlak, stárnutí populace, změna struktury role rodiny, vzrůstající poptávka veřejnosti po službách domácí péče a rozvoj moderní technologie.

Ekonomický tlak – Léčba dlouhodobě nemocných v nemocnicích a léčebnách je pro stát finančně náročná. Hledaly se možnosti jak snížit finanční náročnost a zároveň zachovat efektivní léčbu. Jedna z možností je domácí péče.

Stárnutí populace – Stárnutí populace výrazně ovlivnilo rozvoj domácí péče. Mezi nejčastější skupinu obyvatel, která využívá služby domácí péče patří osoby ve věku 65 - 74 let a starší 75 let.

Změny struktury role pečovatele – Fungování rodiny, přítomnost rodinných příslušníků má vliv na ošetřování nemocného v jeho přirozeném prostředí. Pokud rodina neplní své funkce, možnosti domácí péče jsou oslabené a v některých případech i nemožné.

Vzrůstající poptávka veřejnosti po službách domácí péče – Hlavním důvodem, proč se klient rozhodne pro domácí ošetřování je, že si přeje být ve svém přirozeném, známém prostředí, v kruhu rodiny a blízkých. Prostor domova pozitivně působí na jeho uzdravování. Pomoc rodině s odbornou zdravotní péčí.

Rozvoj moderní technologie – Technologie a přístroje se neustále vyvíjí. V současné době jsou k dispozici a využívány v domácí péči např. infuzní pumpy, monitory, ventilátory, dialyzační přístroje a další pomůcky a přístroje, které mohou být používány v domácnostech klientů. [2]

2 DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Domácí zdravotní péče doplňuje a navazuje na péči praktických lékařů pro dospělé, děti a dorost, ambulantní specialisty. Na základě doporučení ošetřujícího lékaře a dle aktuálního stavu klienta je poskytována *základní zdravotní a sociální péče* (např. zajištění osobní hygieny, příjem tekutin a stravy, doprovod na vyšetření, práce spojené s úklidem domácnosti, praní a žehlení, a další), *odborná zdravotní a sociální péče* (např. sledování fyziologických funkcí, odběry biologických materiálů, aplikace injekcí a inzulínu, převazy, edukace klienta, rehabilitační péče aj.) a *specializovaná zdravotní a sociální péče* (např. aplikace diagnostických přístrojů, psychoterapie, spirituální péče a další). [3]

2.1 Domácí ošetrovatelská péče

Domácí ošetrovatelská péče zahrnuje všechny odborné služby a činnosti poskytované kvalifikovanou zdravotní sestrou klientům v jejich domácím prostředí. Nejširší všeobecně akceptovaná definice domácí ošetrovatelské péče byla vyhlášena v roce 1980. Zde je její znění:

„Domácí ošetrovatelská péče je součástí kontinuální zdravotní péče, jejíž pomocí se poskytují zdravotní, sociální a podpůrné služby jednotlivcům a rodinám v místě jejich bydliště a v komunitě s cílem podpory, udržování nebo navrácení zdraví, nebo aspoň dosažení maximální možné nezávislosti při současné minimalizaci důsledků neschopnosti a nemoci včetně terminálních stavů.“ [2]

Domácí ošetrovatelská péče může být poskytována krátkodobě (např. příprava matky na porod, péče o šestinedělky, pooperační péče v domácím prostředí) nebo dlouhodobě (např. péče zaměřená na chronicky nemocné pacienty, nemocné v terminálním stádiu choroby).

Ošetrovatelská péče se dělí podle zaměření aktivit na primární, sekundární a terciární péči.

Primární zdravotní péče se zaměřuje na ochranu a upevňování zdraví a na prevenci onemocnění. Sestra uspokojuje individuální potřeby jedinců, edukuje klienty v dané oblasti, provádí diagnostické a terapeutické výkony.

Sekundární zdravotní péče se zaměřuje na prevenci komplikací onemocnění. Zajišťuje klientům základní a specializovanou péči.

Terciární zdravotní péče má za úkol dokončit léčebný proces a zlepšit zdravotní stav nemocného. Ošetrovatelská péče je komplexní. Zahrnuje základní péči, edukaci, léčebné výkony, rehabilitaci a také paliativní péči. [2, 3]

Sestra v domácí péči provádí ošetrovatelské aktivity buď přímo nebo nepřímo.

Přímá péče

Přímá péče znamená, že je sestra v přímém kontaktu s pacientem a jeho rodinou. Provádí ošetrovatelské úkony v klientově domě. Tyto aktivity zahrnují např. přímé ošetrovatelské výkony, fyzikální vyšetření a hodnocení klienta, převazy pooperačních a poúrazových ran, ošetrování chronických ran a dekubitů, aplikace léků a injekcí, zavádění katetrů, infuzní terapie. K přímé péči spadá i edukace klienta a jeho rodiny. Výkony, které sestra provede u klienta musí zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace, která je u každého klienta individuální, a poté se vykazují příslušné pojišťovně k proplácení. [3]

Nepřímá péče

Za nepřímou péči považujeme sesterské aktivity týkající se především zkvalitnění a koordinace péče. Jedná se např. o konzultace sestry s ostatními odborníky, administrativní a dokumentační práce, plánování dalších aktivit, nákup zdravotnických pomůcek a obvazového materiálu, dezinfekce a sterilizace nástrojů.

Hlavním cílem domácí ošetrovatelské péče je podporovat jedince i jeho rodiny ve zdraví i v nemoci. Účelně přispívat ke zdraví, uzdravení nebo klidné a důstojné smrti. Podporovat klientovu sebepéči a snažit se dosáhnout nejvyšší úrovně. Pomoci klientovi získat co nejdříve nezávislost a soběstačnost. V neposlední řadě brát klienta jako individuální bytost s individuálními potřebami, a snažit se v nejvyšší možné míře uspokojit jeho potřeby. [2, 6]

2.1.1 Ošetrovatelský proces v domácí péči

Ošetrovatelská péče v domácnostech klientů je poskytována formou ošetrovatelského procesu, který má pět základních fází:

1. Posuzování klienta

Při první návštěvě klienta v jeho domácnosti sestra posuzuje stav klienta a vše zaznamenává do klientovi ošetrovatelské dokumentace. Při každé další návštěvě si nejdříve všimá a pozoruje celkový stav klienta. Zaznamenává všechny subjektivní i objektivní informace o klientovi a jeho rodině a provádí fyzikální vyšetření. Pomůckou jsou jí různé dotazníky, formuláře, hodnotící škály. Na základě pozorování klienta navrhuje zapojení dalších odborníků, např. fyzioterapeuta, ergoterapeuta, sociálního pracovníka. Ošetřující lékař poté indikuje rozsah zdravotní péče.

2. Diagnostika problémů

Na základě zjištěných informací stanovuje sestra ošetrovatelské diagnózy, které vychází z jednotlivých klientových problémů a řídí se danou klasifikací ošetrovatelských diagnóz. Za stanovení jednotlivých diagnóz odpovídá sestra, která využívá a zpracovává informace od klienta, jeho rodiny a dalších poskytovatelů péče.

3. Plánování ošetrovatelských aktivit

Dle ošetrovatelských diagnóz sestavuje sestra spolu s klientem a jeho rodinou krátkodobé a dlouhodobé cíle a vytváří individuální plán ošetrovatelských aktivit. Plánuje způsoby a metody k naplnění stanovených cílů. Cíle jsou zaměřovány na podporu, udržení nebo navrácení zdraví a na prevenci možných komplikací.

4. Realizace plánu

Sestra dané ošetrovatelské aktivity v praxi na klientovi realizuje, snaží se o nejlepší dosažení úrovně zdraví a aktivně zapojuje klienta a jeho rodinu do tohoto procesu.

5. Hodnocení klientova stavu

Dle očekávaných výsledků a stanovených cílů sestra společně s klientem, jeho rodinou a dalšími odborníky zapojené do péče hodnotí klientův stav. Některé stanovené cíle jsou splněny, jiné se znovu upravují a někdy se vytváří i nové cíle. Důležitá je správná motivace

klienta, vhodná komunikace, povzbuzení, pochvala nejen za splněný cíl, ale i jeho části. Všechny kroky se zaznamenávají do klientovi dokumentace. Pokud se zlepší klientův zdravotní stav, úroveň sebek péče, funkční schopnosti nebo pokud je klientova rodina sama schopna zajistit péči, může sestra navrhnout ukončení domácí péče. Naopak v případě potřeby odborné ošetrovatelské péče více než 3 hodiny denně je klientovi doporučována hospitalizace ve specializovaném zdravotním zařízení (např. léčebna dlouhodobě nemocných). [3, 6]

2.2 Agentury domácí péče

Od roku 1990 vznikaly v Čechách první agentury domácí péče. Počet agentur se stále rozšiřuje a služby jsou stále kvalitnější. I ze strany klientů je poptávka stále vyšší.

„Domácí péče je zajišťována prostřednictvím agentur domácí péče (ADP). Odborný zástupce agentury domácí péče musí splňovat po ukončeném kvalifikačním vzdělání podle platných právních norem minimální rozsah 5 let odborné praxe ve zdravotnickém zařízení, z toho 2 roky odborné praxe u lůžka.“ [3]

„Materiální a technické vybavení pracovišť je podle vyhlášky MZČR č. 49/1993 Sb. podmínkou k vykonávání činností. Musí splňovat zdravotnické a hygienicko-epidemiologické požadavky pro bezpečný provoz a zahrnuje také vybavení přístroji a pomůckami určenými k ošetřování a provádění výkonů v domácí péči.“ [3]

„Činnost agentur domácí péče (ADP) vychází z platných právních norem (v ČR zákon č. 108/2006 o sociálních službách a Vyhláška č. 505/2006).“ [2]

2.2.1 Zřizování a financování agentur

Zřizovatelem agentur domácí péče může být:

- a) **státní instituce** (zřizovatelem je stát) – např. fakultní nemocnice
- b) **nestátní instituce** – např. nemocnice, nestátní neziskové organizace, obec, charita, občanské sdružení
- c) **fyzická osoba** – oprávněný zdravotnický pracovník
- d) **humanitární sdružení** – Český červený kříž, Česká katolická charita, Maltézští rytíři, Diakonie

Agentury domácí péče jsou samostatným právním subjektem poskytující zdravotní péči. Provozovatelé agentur jsou samostatnými podnikateli. Financování domácí péče zajišťují:

- a) **zdravotní pojišťovny** – pojišťovny hradí zdravotní péči, kterou ordinuje ošetřující lékař, prostřednictvím smlouvy s agenturou. Maximální rozsah odborné péče je stanoven na 3 návštěvy za den, délka péče je závislá na indikaci lékaře (15 minut, 30 minut, 45 minut nebo 60 minut). Domácí ošetřovatelská péče je plně hrazena ze zdravotního pojištění. Má své místo v seznamu výkonů s bodovými hodnotami (tzv. Sazebník), v kapitole 925 – Sestra pro domácí péči. Zde jsou naprosto přesně vymezeny možnosti domácí péče.
- b) **přímá úhrada klienta či rodiny** – poskytování nadstandardní péče, výkony, které jsou poskytovány výslovně na žádost klienta. Dále si péči hradí klienti, kteří nejsou pojištěni nebo pokud zařízení nemá smlouvu s pojišťovnou, u které je klient pojištěn.
- c) **alternativní možnosti** – nadace, sponzorské dary, sbírky
- d) **příspěvky obcí na sociálně slabé** [6, 10]

2.2.2 Náplň práce agentur

Cílem agentur je zajistit kvalitní, odbornou péči dostupnou pro všechny. V praxi agentury vykonávají péči o klienty všech věkových skupin v jejich sociálním prostředí. Péče o klienty po ukončení hospitalizace, péče o nemocné a pacienty v terminálním stádiu, u kterých není potřeba hospitalizace v nemocnici. Provádění ošetřovatelských činností zaměřených na:

- dietní režim
- osobní hygienu
- monitorování fyziologických funkcí
- aplikaci léků (p.o., s.c., i.m., i.v.)
- ošetřování ran a dekubitů
- rehabilitační péči
- odběry biologických materiálů na vyšetření

- klyzma, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katetrů
- komplexní péče o imobilního a inkontinentního pacienta
- úpravu prostředí nemocného
- zdravotní výchovu a poradenství

Pro správný provoz agentur jsou nezbytné činnosti jako vedení ošetrovatelské dokumentace, administrativní práce a výkaznictví, nákup zdravotnického materiálu, vzdělávání personálu formou školení, kurzů a jiné, udržování kontaktů s pojišťovny, organizování konferencí na celostátní a mezinárodní úrovni, udržovat aktivní členství v profesionálních organizacích. [2]

Klienti si často zapůjčují kompenzační a zdravotní pomůcky. Tyto pomůcky jim pomáhají zejména v oblasti pohybu a hygieny. Jedná se o nejrůznější druhy vozíků, chodítek, francouzských holí, toaletních vozíků nebo židlí, nástavců na WC, zvedáků nebo sedaček do vany, sprchovací vozíky. Není výjimkou ani zapůjčení elektrického polohovacího lůžka, antidekubitní matrace, hrazdy k lůžku a další pomůcky, které usnadní pohyb, hygienu a rehabilitaci klienta a přispějí tak ke zkvalitnění péče a hlavně klientovi zajistí větší pocit jistoty a pohodlí. Seznam pomůcek nabízí jednotlivé organizace individuálně. Tyto pomůcky si klient hradí dle platného ceníku jednotlivých organizací.

2.2.3 Pracovníci agentur domácí péče

Domácí zdravotní péči zajišťuje multidisciplinární tým pracovníků, kteří poskytují jak odbornou specializovanou péči, tak i pomoc laickou. Pracovní tým je složen ze zkušených pracovníků s dlouhodobou praxí jako – lékaři, sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuti, psychologové, ergoterapeuti, logopedové, sociální pracovníci, ale také z laiků a dobrovolníků. Tým pracovníků je koordinován agenturou, která má vypracovaný organizační a provozní řád. Pro kontakt s lékaři i klienty slouží dispečink agentury, který přijímá dotazy, požadavky a připomínky. Je tedy možné zajistit v přímém kontaktu s pracovníky v terénu změnu i rozšíření péče u konkrétního klienta. [19]

Odborný zástupce u agentury domácí péče musí mít ukončené kvalifikační vzdělání podle platné legislativy (zákon č. 96/2004 Sb.), minimálně 5 let praxe ve zdravotnickém zařízení, z toho minimálně 2 roky praxe u lůžka. Dále specializační studium v oboru Komunitní ošetrovatelská péče.

Sestra pracuje v domácí péči v pozici sestry manažerky nebo v pozici terénní sestry.

Sestra manažerka má magisterské (minimálně bakalářské) vzdělání a specializaci v domácí ošetrovatelské péči, minimálně 2 roky praxe u lůžka nemocného. Odpovídá za provoz agentury ze strany odborné, finanční i technické. Kontroluje, organizuje a koordinuje poskytování ošetrovatelské péče. Spolupracuje s lékaři, kteří indikují domácí ošetrovatelskou péči, vypracovávají spolu smlouvu o poskytování ošetrovatelské péče. Sestra manažerka plánuje, organizuje, vede a kontroluje práci terénních sester v domácí péči.

Terénní sestra má ukončené vzdělání na střední zdravotnické škole, specializaci v domácí ošetrovatelské péči a 3 roky praxe u lůžka nemocného. V domácnostech klientů vykonává všechny ošetrovatelské činnosti. Dle stavu klienta provádí fyzikální zhodnocení zdravotního stavu, stanovuje ošetrovatelské diagnózy, individuální cíle a plánuje spolu s klientem ošetrovatelské intervence, které potom v praxi realizuje. Vše zaznamenává do klientovi dokumentace a na závěr každé ošetrovatelské diagnózy provádí zhodnocení, popřípadě nové stanovení cílů a intervencí. Sestra pravidelně informuje lékaře o změnách zdravotního stavu klienta a podle dané situace přizpůsobuje ošetrovatelskou péči. Do plánu ošetrovatelské péče jsou zapojeni všichni poskytovatelé, se kterými sestra úzce spolupracuje.

Fyzioterapeuti vykonávají odbornou rehabilitační péči převážně u chronicky nemocných, po operacích nebo úrazech. Sestry vykonávají jen základní rehabilitační péči, ve své kompetenci nemají odborné rehabilitace, proto práce fyzioterapeuta v agenturách domácí péče je nezbytná a velmi potřebná.

Ergoterapeut úzce spolupracuje s fyzioterapeutem a se sestrou domácí péče. Pracuje na základě indikace lékaře a stavu klienta. Metodou léčby je přiměřená práce a rehabilitace za účelem zlepšení fyzického a psychického stavu, získání co největší možné samostatnosti a nezávislosti klienta a umožnit mu účastnit se každodenních aktivit. Využívá k tomu vhodně a cíleně zvolené praktické činnosti a aktivity. Vychází se z předpokladu, že klient chce zlepšit své zdraví a kvalitu života a chce se aktivně zapojit do činností, které jsou pro něj významná a smysluplná.

Volontér (dobrovolník) je pečovatel, který věnuje část svého času a energie péči o pacienty. Je to svobodně zvolená činnost ve prospěch druhých, kterou poskytují lidé

bezplatně. Nejčastěji se jedná o studenty, o ženy, kterým odrostly děti nebo lidé v důchodovém věku. Pokud působí dobrovolníci na území ČR musí být dle zákona starší 15ti let a v případě jejich působení v zahraničí je podmínka věku 18 let.

Administrativní pracovníci mají v agenturách zodpovědnost za účetnictví, výkaznictví, finance za výkony nehrazené pojišťovnou. Kontrolují úplnost dokumentace jako podklad pro pojišťovnu. Zpracovávají a vyhodnocují účetní podklady pro finanční hodnocení zaměstnanců agentur a zaznamenávají všechny příjmy a výdaje spojené s činností agentury. [2, 6, 10]

2.3 Sestra v domácí péči

Práce sestry v domácnostech klientů je jiná práce, než kterou vykonávají sestry v ambulanci nebo v lůžkovém zařízení. Na sestry domácí péče se mnohdy pohlíží jako na sestru, která jen měří tlak, píchá injekce a občas udělá nějaký převaz. Pravá skutečnost je trochu jiná. Sestry domácí péče se nespecifikují jen na konkrétní péči. Musí být vzdělané a musí si umět poradit jak v chirurgickém, tak interním, tak v kožním ošetřovatelství a dalších oborech. Pro srovnání, např. sestra pracující na lůžkovém oddělení chirurgie se specifikuje na chirurgické ošetřování, setkává se s podobnými diagnózami, standardně provádí podobné výkony. Sestra v domácí péči musí být dobrý pozorovatel, musí dobře zhodnotit stav klienta, umět správně a rychle zareagovat při náhlé změně stavu, musí si umět práci správně naplánovat a schopna si poradit při jakékoliv situaci. V klientově domě provádí dle ordinace lékaře veškeré druhy převazů, odběry biologického materiálu, aplikuje injekce a inzulíny, pečuje o žilní vstupy, sondy, stomie, provádí ošetřovatelskou rehabilitaci, učí klienta soběstačnosti, edukuje klienta a jeho rodinné příslušníky a zaučuje je v mnoha ošetřovatelských technikách. Sestra přichází do klientova domácího prostředí a je zde jako návštěva. Musí se v mnoha věcech přizpůsobit, respektovat zvyklosti klienta, umět jednat a spolupracovat s rodinnými příslušníky, získat si jejich důvěru, vyslechnout je, umět poradit, zachovat si odstup a být nestranná. Práce sestry v domácí péči vyžaduje také fyzickou zdatnost. Kam se nedostane autem nebo na kole, musí často dojít pěšky a to za každého počasí a vždy musí mít sebou všechny potřebné pomůcky. Musí být také dobrým psychologem a pedagogem. [15]

2.3.1 Osobnost sestry

Být sestrou je náročné povolání a vyžaduje určité osobnostní předpoklady. V praxi se často sestra dostává do složitých situací, které musí zvládat odborně a především lidsky. Povoláním sestry je péče o nemocné. V povahových vlastnostech sestry by neměla chybět trpělivost, zodpovědnost, spolehlivost, vlídnost, spravedlnost, vytrvalost, ochota, empatie, důvěryhodnost, radost, sebeovládání. Na prvním místě by měl být pacient a snaha zajistit mu co nejlepší péči.

Sestra je zodpovědná za péči o zdraví pacientů, prevenci nemocí a za zlepšení jejich zdravotního stavu. Poskytuje péči pro všechny, bez ohledu na věk, pohlaví, barvu kůže, rasu, víru, národnost, politické přesvědčení či sociální postavení. Při poskytování péče respektuje individualitu klienta, jeho víru, životní hodnoty. Dodržuje zákonem povinnou mlčenlivost vztahující se k jejímu povolání, chrání informace o pacientovi a zachovává svěřené tajemství. Zdravotní sestra musí být pro svou práci dobře vzdělaná a nadále se ve svém povolání zdokonalovat a vzdělávat. Měla by se řídit etickými zásadami, respektovat lidská práva, zachovávat důstojnost svých klientů. Sestra spolupracuje s lékařem a dalšími pracovníky podílející se na péči o klienta. Práce zdravotní sestry je posláním. [9]

2.3.2 Syndrom vyhoření

Sestry ve svém povolání jsou vystaveny mnohým zátěžovým situacím. Může snadno dojít k postupnému hromadění faktorů, které ovlivní a vyvolají syndrom vyhoření. K dobrému výkonu povolání zdravotní sestry patří dostatečné množství psychické síly. Pokud je tato síla k dispozici, práce se daří, pokud chybí, nastupuje místo energie únava, vyčerpanost, ztrácí se radost, smysl práce, dochází k lhostejnosti až k úplnému profesnímu vyhasnutí. Častou příčinou vzniku syndromu vyhoření je stres, nedostatek času, negativní vztahy mezi spolupracovníky, nedostatečné ocenění, ztráta smyslu práce, nesplnění stanovených cílů, nadměrné požadavky na pracovníky, nadměrná odpovědnost, kritika od pacientů nebo rodinných příslušníků, špatná komunikace a další.

Stres a psychický tlak na sestru domácí péče dopadá ze specifického prostředí a podmínek, ve kterém je domácí péče poskytována. Sestra domácí péče by měla být schopna udržet si profesionální nadhled, umět se chovat asertivně, zvládnout velké množství konfliktních

situací, být schopna se samostatně rozhodnout a zvládnout efektivní komunikaci s klientem i jeho rodinou.

„Syndrom vyhoření je stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání. Vyčerpání je způsobeno dlouhodobým setrváváním v emocionálně těžkých situacích.“ [12]

Syndromu vyhoření se dá předcházet. Jedním z hlavních faktorů je žít smysluplný život, udělat si ve svém žebříčku hodnot pořádek. Dokázat pečovat nejen o pacienty, ale také o sebe sama. Rozlišit, které věci jsou nejdůležitější, které méně a které nejsou důležité vůbec a dokázat je vypustit. Je vhodné si stanovit dosažitelný cíl. Důležité je mít vytvořenou rovnováhu mezi zátěží a mezi tím, co dodává sílu a radost ze života. [8]

3 SENIOR V DOMÁCÍ PÉČI

Osobnost starého člověka je utvářena celým jeho předchozím vývojem. Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění, narůstají chronické degenerativní choroby, snižuje se soběstačnost a mnohdy se stane, že starý člověk nedokáže sám vést plnohodnotný život a potřebuje zdravotní nebo sociální péči. Často se hovoří o tzv. stařecké „křehkosti“. Znamená to, že jsou narušeny jednotlivé funkce orgánů, je snižena celková tělesná i duševní výkonnost. Potřeby starých lidí jsou individuální a různé. Někteří senioři nepotřebují žádné služby a jiní jsou zase zcela závislí na trvalé komplexní péči. [20]

Platí obecná zásada: „*Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoliv dle schopnosti si takovou péči zaplatit, prostředí, ze kterého pocházejí či ohledem na životní styl.*“ [12]

3.1 Změny ve stáří

Stárnutí je součástí našeho života je to vysoce individuální záležitost, přináší řadu změn, které ovlivňují zdravotní stav starých lidí, klinický obraz a průběh jejich nemocí. Je obecně označováno u osob nad 60 let, ale sám věk je značně nespolehlivým ukazatelem stáří. Stářím vzniká řada změn jak tělesných, psychických tak i sociálních. Zmíním se o nejčastějších z nich.

Pohybový systém – Výška těla se snižuje, meziobratlové ploténky se oplošťují, vzniká úbytek kostní hmoty. Dochází k úbytku svalové hmoty a následně k poklesu svalové síly. Pohyb starých lidí je pomalejší, kosti postupně řidnou a zvyšuje se riziko pádu a zlomenin.

Kardiopulmonální systém – Vitální kapacita plic klesá v důsledku snížení funkce plic. Vznikají častěji infekce dýchacích cest. Je snížen průtok krve všemi orgány, výkonnost srdce se snižuje. Stěny cév se zužují a postupně dochází ke kornatění cév. Zhoršuje se srdeční výkonnost, levá komora pracuje na menší výkon a při zvýšené zátěži dochází k levostrannému srdečnímu selhávání.

Trávicí systém – Přijímaná potrava se pomaleji vstřebává a rozkládá, množství trávicích šťáv se snižuje, snižuje se také chuť k jídlu. Játra i slinivka břišní fungují na menší výkon. Často mají staří lidé potíže s vyprazdňováním, zejména trpí zácpou.

Vylučovací systém – Kapacita močového měchýře a svalová síla svěračů kolem uretry klesá, dochází k častějšímu nucení na močení. Několik osob nad 60 let trpí močovou inkontinencí.

Pohlavní orgány – Dochází k poklesu pohlavní činnosti. U žen končí menstruace a řada z nich trpí na snižování dělohy. U mužů se snižuje potence a objevuje se zbytnění prostaty.

Kožní systém – Kůže ztrácí pružnost, objevují se vrásky, vlasy jsou řidší a šediví. Kožní turgor bývá snížený. Objevuje se zvýšená pigmentace (tzv. stařecké skvrny) nebo pigmentace na určitých místech těla chybí.

Nervový systém – Na obalech neuronů vznikají senilní plaky, které mohou způsobit demenci. V důsledku stáří vzniká porucha rovnováhy a chůze. Tvorba hormonů a obranného mechanismu klesá. Snižuje se odolnost k zátěži, snižuje se adaptace na nové prostředí. Mnoho lidí trpí poruchou spánku.

Smyslové orgány – Zhoršuje se zrak, sluch, snižují se chuťové, čichové a hmatové schopnosti. Zvyšuje se práh pro cítění bolesti.

Psychické změny – Může se objevit strach, úzkost, nejistota, uzavřenost, nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, emocionální labilita, poruchy pozornosti, nerozhodnost. Zhoršuje se paměť, přibývá duševních onemocnění, objevuje se demence, Alzheimerova choroba.

Sociální změny – Odchod do důchodu, ztráta přátel z práce a kontakt s lidmi, změna rodinných vztahů, sociální izolace, neschopnost navázat nové kontakty, touha po soukromí a pohodlí, uzavření do svého světa, ztráta blízkých lidí, osamělost, změna životního stylu, finanční obtíže. [5, 7]

3.2 Bezpečnost domova

Téměř každý senior si přeje zůstat ve své domácnosti a být co nejdéle soběstačný. Pokud je soběstačnost snižena a klient potřebuje pomoc v určité oblasti, nabízí se možnost domácí péče. Pracovníci agentur domácí péče pravidelně dochází ke klientovi domů a zajišťují mu kvalitní péči. Při první návštěvě hodnotí mimo jiné i bezpečnost prostředí klientova domu a navrhnou vhodné úpravy nebo kompenzační pomůcky, které sníží riziko pádu a úrazu. Mezi rizikové faktory úrazů seniorů v domácnosti patří: nevhodné podmínky bydlení (kluzká, nerovná nebo mokrá podlaha, nevhodná úprava schodiště, shrnovací koberce nebo

rohožky, nevhodné vybavení koupelny a WC), klimatické podmínky, nevhodné osvětlení, nevyhovující obuv nebo oblečení, nedostatek vhodných pomůcek, poruchy mobility, závratě, neurologické poruchy, špatný zrak, sluch, demence a další faktory. Následkem pádů jsou často u seniorů zlomeniny, zejména zlomenina krčku stehenní kosti, která vyžaduje operaci a na značnou dobu imobilizuje klienta. Proto je důležité snažit se předcházet pádům a úrazům, doporučit vhodné pomůcky, které napomohou soběstačnosti, dodají klientovi jistotu a zajistí větší bezpečnost při jednotlivých denních aktivitách.

Pomůcky a zařízení pro lepší bezpečnost:

- **vhodné stabilní uspořádání místnosti** – snadný přístup k pravidelně používaným věcem, údržba podlah, protiskluzové povrchy, nízké prahy, instalace madel, zábradlí do koupelny, WC a na chodby
- **dostatečné osvětlení** – v noci možnost rozsvícení lampičky, barevné označení vypínačů, jasné barvy pro lepší orientaci
- **vhodný nábytek** – hrazdička u lůžka, přenosné podložky pro přesun imobilních klientů
- **vhodné nádobí** – speciálně umělohmotné talíře s držákem, vhodné nože
- **pomůcky usnadňující oblékání a obouvání** – navlékač ponožek, zapínač knoflíků, dlouhé obouvátko
- **pomůcky usnadňující hygienu** – madla v koupelně a na WC, sedačka do vany, protiskluzová podložka, nafukovací umyvadlo nebo lůžko do postele, zvýšená záchodová mísa, speciální židle na WC
- **pomůcky usnadňující pohyb** – různé druhy chodítek (s kolečky, posunem, s košíkem, brzdou), francouzské berle, hůl, pevná uzavřená obuv [5, 20]

3.3 Komunikace se seniorem

Dobrá komunikace mezi klientem a ošetřovatelem je základ jejich vztahu. Každý člověk má určitý styl komunikace, určité tempo řeči, často používaná slova, určitý tón, gesta a mimiku. Samotná řeč těla je považována za upřímnější než verbální projev. Špatnou komunikací a nevhodným přístupem ke klientovi nikdy nedocílíme kvalitní péče. Komunikace se starým člověkem je mnohdy obtížná. Komunikátor se setkává s odmítnutím,

nezájmem, někdy i agresivitou ze strany seniora. Starý člověk pomalu zpracovává získané informace, mnohdy se ani na spoustu věcí nezeptá, protože si připadá na obtíž, má potíže s nedoslýcháním. Je důležité ke každému přistupovat individuálně, s ohledem na možné komunikační bariéry, ujistit klienta, že máme o něj zájem, že se chceme od něj něco dozvědět, vytvořit u klienta důvěru, vhodné prostředí a čas na rozhovor. [13]

3.3.1 Bariéry v komunikaci

Ne vždy probíhá komunikace úspěšně. Často během ní dochází k různým zábránám, představám a předsudkům, které stojí v cestě a brání tak efektivní komunikaci a otevřenosti ze strany komunikátora a příjemce. Nejčastější bariéry v komunikaci bývají ze strany klienta nebo pracovníka. Není výjimkou ani špatně zvolené prostředí při komunikaci. Člověk, pracující s lidmi, by měl znát tyto možné bariéry a dokázat si s nimi poradit a docílit tak úspěšné komunikace.

- a) **Bariéry na straně klienta:** neochota komunikovat, nedůvěra, obavy, nevhodné téma (tabu v oblasti sexuality, intimních záležitostech, problémy v rodině aj.), bolest, zdravotní komplikace, únava, stres, úzkost
- b) **Bariéry na straně pracovníka:** strach ze závažných témat (onkologické diagnózy, umírání aj.), problém s určitým klientem (předsudky, špatná zkušenost, nesympatie), nedostatek času, nezájem o komunikaci, špatné komunikační schopnosti
- c) **Bariéry v prostředí:** nevhodné prostředí, hluk, nedostatek soukromí, spěch a nedostatek času [12]

3.3.2 Desatero komunikace se seniory se zdravotním postižením

1. *Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení jako „babi“, „dědo“ jsou ponižující.*
2. *Důsledně se vyhýbáme infantilizaci, zdětinšťování starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi – a to ani formou, ani obsahem.*
3. *Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost, snažíme se vyloučit*

podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů, např. v kognitivní oblasti.

- 4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem, počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.*
- 5. Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na list papíru.*
- 6. Aktivně, ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.*
- 7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.*
- 8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas, porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.*
- 9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme úměrně zdravotnímu postižení pacienta, ale nevnučujeme, umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka). Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být zásadně snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným značením.*
- 10. Při ústavním ošetřování má komunikace i ošetřovatelská aktivita cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti a sociálních rolí křehkého starého člověka se zdravotním postižením, nikoli předčasně předpokládat jejich ztrátu a vést k imobilizaci a rezignaci. [4]*

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

4.1 Zdroje a data

Pro zpracování výzkumu byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat. Dotazník byl určen veřejnosti věkové kategorie 60 let a více. Výzkumná část byla realizována v pečovatelské službě ve Zlíně a ve Valašských Kloboukách, zbylá část respondentů byla náhodně vybrána ve Zlínském kraji. Informace jsem získala jak od respondentů, kteří žádnou ze služeb domácí péče nevyužívají, tak od respondentů, kteří některou ze služeb domácí péče využívají. Mým cílem bylo zjistit, jak se informovanost těchto dvou cílených skupin liší.

4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku respondentů

Tématem výzkumu bylo zjistit informovanost seniorů o službách poskytovaných domácí péčí. Jedna skupina respondentů byla zvolena záměrně a zkoumala se v organizacích poskytující domácí péči a druhá skupina respondentů byla zvolená náhodně. Zkoumaná data byla rozdělena a zpracována na dvě cílené skupiny, které jsem z hlediska informovanosti porovnávala:

- senioři nevyužívající žádnou službu domácí péče
- senioři využívající domácí péči

4.3 Metoda výzkumu

Ke zpracování výzkumu bakalářské práce jsem zvolila metodu dotazníkového šetření.

„Jde o relativně nejrozšířenější a nejpopulárnější techniku. Získáváme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek.“ [1]

Vyplňování dotazníků bylo dobrovolné a zcela anonymní. Dotazník (viz. příloha P III) obsahuje 19 položek. Zahrnuje otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené.

4.4 Stanovení cílů a hypotéz

Na začátku výzkumu jsem si stanovila 6 cílů a k nim 9 hypotéz.

Zvolené cíle:

1. Ověřit informovanost náhodně vybraných seniorů o službách poskytovaných domácí péčí.
2. Zjistit informovanost seniorů o službách domácí péče, kteří ji již využívají.
3. Zjistit, jak se informovanost těchto dvou cílených skupin liší.
4. Ověřit, zda je informovanost o domácí péči rozdílná vzhledem k věku seniorů.
5. Zmapovat postoj seniorů k domácí péči.
6. Vytvořit přehledný informační materiál o domácí péči a jejich službách.

Stanovené hypotézy:

1. H₀: Více jak polovina seniorů není dostatečně informována o službách domácí péče.

HA: Více jak polovina seniorů je dostatečně informována o službách domácí péče.

2. H₀: Více jak polovina seniorů, kteří využívají některou ze služeb domácí péče, mají dostatečné informace o těchto službách.

HA: Více jak polovina seniorů, kteří využívají některou ze služeb domácí péče, nemají dostatečné informace o těchto službách.

3. H₀: Mezi skupinou seniorů, kteří již některou ze služeb domácí péče využili či využívají a seniory, kteří doposud žádnou z těchto služeb nevyužili, je z hlediska jejich informovanosti o dostupnosti těchto služeb rozdíl menší než 30%.

HA: Mezi skupinou seniorů, kteří již některou ze služeb domácí péče využili či využívají a seniory, kteří doposud žádnou z těchto služeb nevyužili, není z hlediska jejich informovanosti o dostupnosti těchto služeb rozdíl menší než 30%.

4. H₀: Na informovanosti seniorů o tom, kde v jejich okolí poskytují služby domácí péče, nemá jejich věk statisticky významný vliv.

HA: Na informovanosti seniorů o tom, kde se v jejich okolí poskytují služby domácí péče, má jejich věk statisticky významný vliv.

5. H0: Na informovanosti seniorů o tom, jaké služby domácí péče mohou využívat, nemá jejich věk statisticky významný vliv.

HA: Na informovanosti seniorů o tom, jaké služby domácí péče mohou využívat, má jejich věk statisticky významný vliv.

6. H0: Na informovanosti seniorů o tom, kde by si mohli zařídit potřebnou službu domácí péči, nemá jejich věk statisticky významný vliv.

HA: Na informovanosti seniorů o tom, kde by si mohli zařídit potřebnou službu domácí péči, má jejich věk statisticky významný vliv.

7. H0: Na informovanosti seniorů o tom, jaký je rozdíl mezi službami domácí péče ošetrovatelskými a službami pečovatelskými, nemá jejich věk statisticky významný vliv.

HA: Na informovanosti seniorů o tom, jaký je rozdíl mezi službami domácí péče ošetrovatelskými a službami pečovatelskými, má jejich věk statisticky významný vliv.

8. H0: Více jak polovina seniorů by upřednostnila péči v domácím prostředí před péčí nemocniční.

HA: Více jak polovina seniorů by neupřednostnila péči v domácím prostředí před péčí nemocniční.

9. H0: Většina seniorů by chtěla vědět více informací o domácí péči a jejich službách.

HA: Většina seniorů by nechtěla vědět více informací o domácí péči a jejich službách.

Obecně platí, že nulová hypotéza (H_0) je předpoklad, že mezi sledovanými jevy není souvislost. Alternativní hypotéza (H_A) je předpoklad, že mezi sledovanými jevy je vztah. O přijetí nebo zamítnutí daných hypotéz rozhodne testování nulové hypotézy.

4.5 Charakteristika dotazníkových položek

V dotazníku jsou obsaženy otázky **dichotomické** (ot. č. 1, 5, 7, 10, 11, 13, 16, 17), kdy respondent vybíral odpověď ze dvou možností, dále otázky **polytomické** (ot. č. 2, 3, 6, 9), kdy respondent vybíral svou odpověď z více variant. S **filtračními** otázkami se setkal respondent u otázky č. 13 a 14. **Kontrolní** otázka byla položka v dotazníku č. 12. Dvě položky v dotazníku byly **otevřené**, a to otázka č. 18 a 19, zde se mohl respondent vyjádřit vlastními slovy. **Polouzavřené** otázky v dotazníku byly u č. 4 a 8, zde byla možnost jiné odpovědi, kterou mohl respondent uvést. V případě nedostačujícího výběru v uvedeném dotazníku. **Uzavřené** otázky v dotazníku byly uvedené položky dichotomické a polytomické.

První čtyři otázky jsou informační: zjišťují pohlaví, věk, vzdělání a způsob bydlení respondentů. Otázka č. 5, 7, 10, 11 zjišťuje informovanost respondentů o domácí péči. V otázce č. 6 vybírají z nabídky respondenti, kdo všechno může využívat domácí péči. Otázka č. 8 se dotazuje, odkud respondenti čerpají informace o domácí péči. Následující otázka č. 9 zjišťuje, jaká je informovanost o financování těchto služeb. Otázka č. 12 ověřuje, zda respondenti ví, jaký je rozdíl mezi službami ošetrovatelskými a pečovatelskými. V tabulce dotazníku mají vyjmenované některé služby a mají určit, o jakou se jedná. Otázka č. 13 zjišťuje, zda respondent využívá nebo nevyužívá služby domácí péče. Pro ty, kteří využívají některou ze služeb, je určena otázka č. 14, kde mají vyjádřit svou spokojenost s danou službou. Pro ty, kteří nevyužívají žádnou ze služeb domácí péče, je určena otázka č. 15, kde mají uvést důvod neužívání služeb. Otázka č. 16 zaznamenává zájem respondentů získat více informací. V položce č. 17 mají respondenti uvést, jestli by upřednostnili domácí péči před péčí nemocniční.

4.6 Realizace výzkumu

Po vytvoření dotazníku jsem provedla pilotní studii. Rozdala jsem 10 dotazníků náhodně vybraným osobám starších 60 let. Na základě jejich připomínek a nejasností jsem provedla úpravu otázek zejména ve formulaci položek a doplnění odpovědí. Po daných úpravách

bylo zhotoveno a rozdáno celkem 180 dotazníků. Vyplňování dotazníků probíhalo ve dvou organizacích: Charita Valašské Klobouky a Charita Zlín. Zbylou část dotazníků vyplňovaly náhodně vybrané osoby dané věkové kategorie. Výzkumné šetření probíhalo od 20.12.2008 do 13.3.2009. Vrátilo se mi 133 dotazníků, tj. 74 %. Z vrácených dotazníků muselo být 13 vyřazeno pro jejich neúplnost v odpovědích. Ke zpracování výsledků dotazníkového šetření jsem použila 120 dotazníků, přičemž 60 respondentů využívá některou ze služeb domácí péče a 60 respondentů nevyužívá žádnou službu domácí péče.

4.7 Zpracování získaných dat

Získaná data jsou zpracována do tabulek a grafů vytvořených v programu Microsoft Excel. Ke každé otázce v dotazníku jsou zvlášť zpracovány odpovědi respondentů, kteří nevyužívají žádné služby domácí péče, a zvlášť odpovědi respondentů, kteří některou ze služeb domácí péče využívají. Data jsou zařazena do tabulek pod relativní a absolutní četnost.

Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří odpověděli v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností.

Relativní četnost zaznamenává informaci o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot spadá na danou dílčí hodnotu.

Pro zpracování dat jsem využila i statistický program SPSS 15.0, který mi vyhodnotil jednotlivé hypotézy pro vytvoření testu dobré shody: Chi - kvadrát. Vytvořila jsem hypotézy, kontingenční tabulku, zadala v programu požadovanou funkci a tento program mi vytvořil tabulku s vlastním Chi – kvadrátem. Pro vyhodnocení tohoto testu potřebuji znát pouze hodnotu *Asymp. Sig. (2-sided)*.

H₀: znaky x a y jsou nezávislé

H_A: znaky x a y nejsou nezávislé

Pokud je číslo menší než 0,05 – pak existuje závislost, zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní.

Pokud je číslo větší než 0,05 – pak neexistuje závislost, nulovou hypotézu přijímáme.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Zpracování výsledků

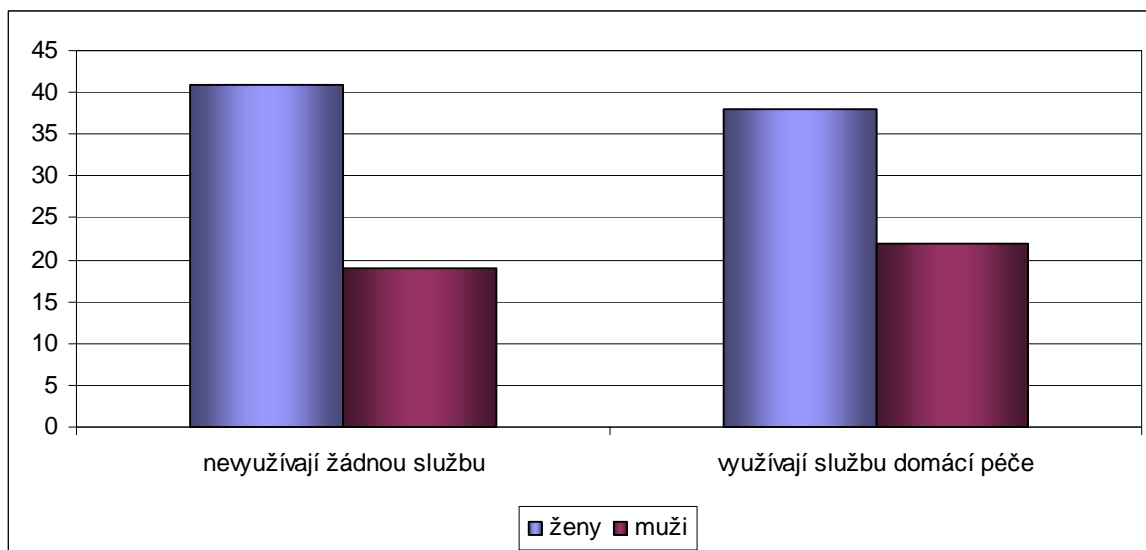
Otázka č.1: Jste

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
žena	41	68,33
muž	19	31,67
celkem	60	100

Tab. 1 : Pohlaví respondentů, kteří nevyužívají domácí péči

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
žena	38	63,33
muž	22	36,67
celkem	60	100

Tab. 2 : Pohlaví respondentů, kteří využívají domácí péči



Obr. 1 : Pohlaví respondentů

Komentář:

Dotazníkového šetření se účastnilo 41 (68 %) žen, 19 (32 %) mužů nevyužívající žádnou službu domácí péče a 38 (63 %) žen, 22 (37 %) mužů využívající některou ze služeb domácí péče.

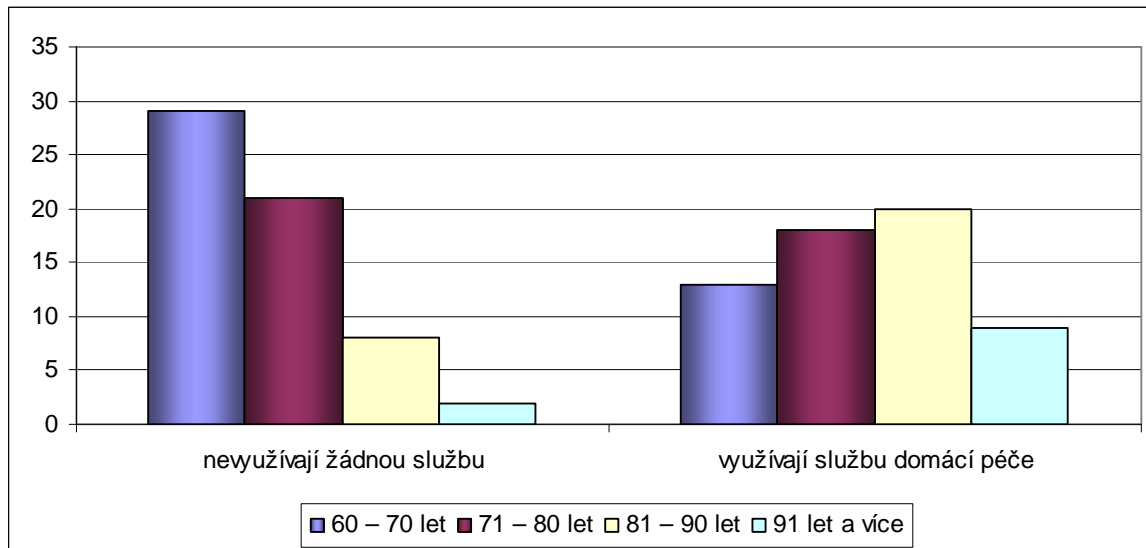
Otázka č.2 : Kolik je Vám let?

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
60 - 70 let	29	48,33
71 - 80 let	21	35,00
81 - 90 let	8	13,33
91 let a více	2	3,33
celkem	60	100

Tab. 3 : Věk respondentů nevyužívající domácí péči

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
60 - 70 let	13	21,67
71 - 80 let	18	30,00
81 - 90 let	20	33,33
91 let a více	9	15,00
celkem	60	100

Tab. 4 : Věk respondentů využívající domácí péči



Obr. 2 : Věk respondentů

Komentář:

Největší vzorek respondentů a to 29 osob (48 %) je ve věkové hranici 60 – 70 let. 21 respondentů (35 %) má 71 – 80 let. 8 osob (13 %) je mezi 81 – 90 lety. Nejmenší počet

respondentů tj. 2 osoby (3 %) mají věk nad 91 let. Uvedení respondenti nevyužívají žádnou službu domácí péče.

Z 60 osob respondentů, využívající některou ze služeb domácí péče, byly nejvíce zastoupeny osoby ve věku 81 – 90 let a to 20 respondentů (33 %). 18 osob (30 %) má 71 – 80 let. 13 dotazovaných respondentů je ve věku mezi 60 – 70 lety. Nejmenší zastoupení mají osoby nad 91 let a to 9 osob (15 %).

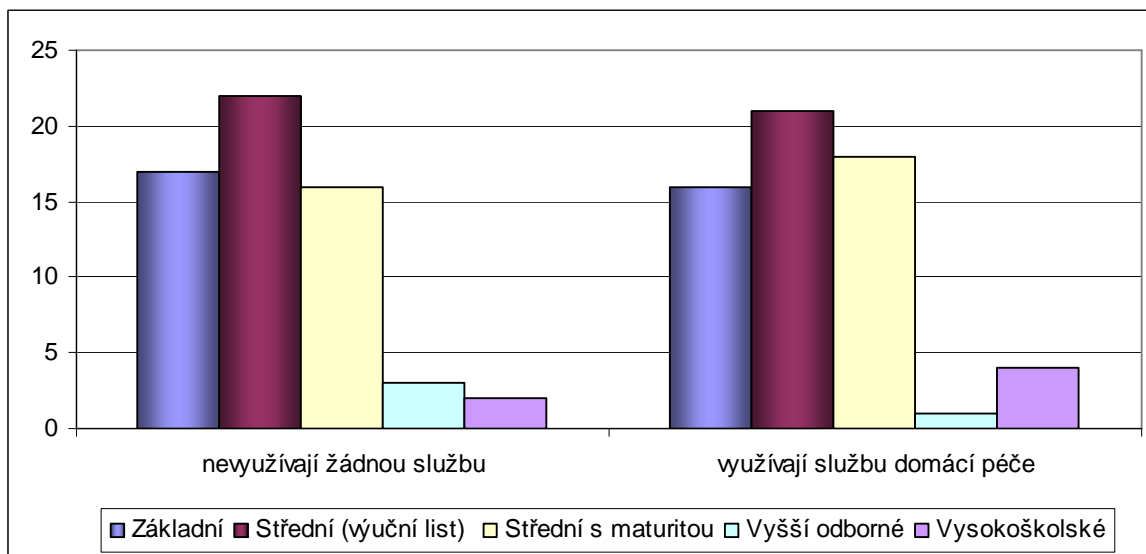
Otázka č.3 : Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
základní	17	28,33
střední (výuční list)	22	36,67
střední s maturitou	16	26,67
vyšší odborné	3	5,00
vysokoškolské	2	3,33
celkem	60	100

Tab. 5 : Vzdělání respondentů nevyužívající služby domácí péče

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
základní	16	26,67
střední (výuční list)	21	35,00
střední s maturitou	18	30,00
vyšší odborné	1	1,67
vysokoškolské	4	6,67
celkem	60	100

Tab. 6 : Vzdělání respondentů využívající služby domácí péče



Obr. 3 : Vzdělání respondentů

Komentář:

Z 60 dotazovaných respondentů má 22 osob (37 %) vzdělání střední s výučním listem. 17 osob (28 %) má základní vzdělání, dále 16 respondentů má vzdělání střední s maturitou. Vyšší odborné vzdělání mají 3 respondenti (5 %). Nejmenší počet představují respondenti s vysokoškolským vzděláním a to 2 osoby (3 %). Uvedení respondenti nevyužívají domácí péči.

Z dotazovaných osob, kteří využívají služby domácí péče, má 21 osob (35 %) vzdělání střední s výučním listem, dále 18 respondentů (30 %) mají vzdělání střední s maturitou, 16 respondentů (27 %) má základní vzdělání. Vysokoškolské vzdělání mají 4 osoby (7 %) a

1 osoba (2 %) má vyšší odborné vzdělání.

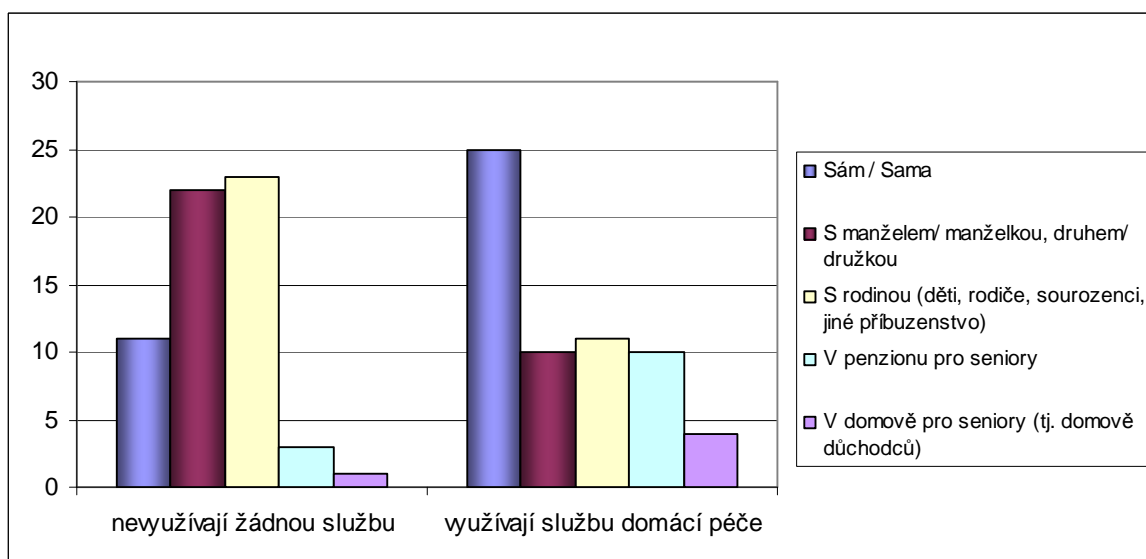
Otázka č.4 : Bydlíte

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
sám / sama	11	18,33
s partnerem / partnerkou	22	36,67
s rodinou	23	38,33
v penzionu pro seniory	3	5,00
v domově pro seniory	1	1,67
celkem	60	100

Tab. 7 : Způsob bydlení seniorů, kteří nevyužívají domácí péči

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
sám / sama	25	41,67
s partnerem / partnerkou	10	16,67
s rodinou	11	18,33
v penzionu pro seniory	10	16,67
v domově pro seniory	4	6,67
celkem	60	100

Tab. 8 : Způsob bydlení seniorů, kteří využívají domácí péči



Obr. 4 : Způsob bydlení

Komentář:

Z oslovených respondentů 23 osob (38 %) bydlí s rodinou, 22 respondentů (37 %) bydlí s partnerem nebo s partnerkou, dále 11 respondentů (18 %) bydlí sami. V penzionu pro seniory bydlí 3 osoby (5 %) a 1 respondent (2 %) bydlí v domově pro seniory. Výzkumného šetření se účastnilo 60 respondentů, žádný z nich nevyužívá domácí péči.

V tabulce č.8 jsou obsaženy odpovědi 60 respondentů, kteří využívají domácí péči. Z nich 25 osob (42 %) bydlí sami, 11 (18 %) bydlí s rodinou. Dále 10 respondentů (17 %) uvedlo, že bydlí s partnerem či partnerkou, dalších 10 respondentů bydlí v penzionu pro seniory. V domově pro seniory bydlí 4 respondenti (7 %).

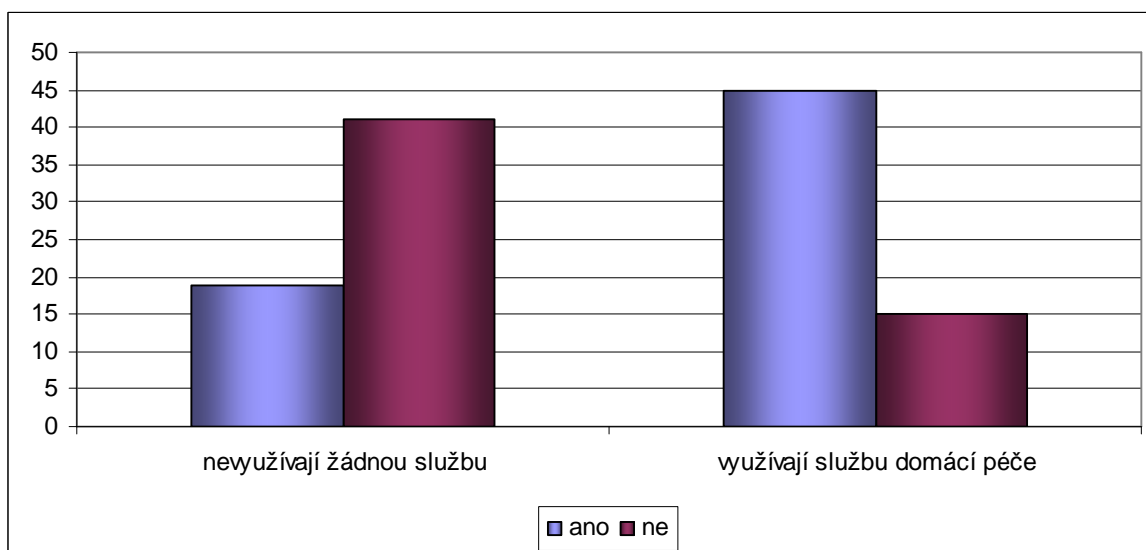
Otázka č.5 : Víte, kde ve Vašem okolí poskytují služby domácí péče?

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	19	31,67
ne	41	68,33
celkem	60	100

Tab. 9 : Znalost respondentů umístění domácí péče I.

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	45	75,00
ne	15	25,00
celkem	60	100

Tab. 10 : Znalost respondentů umístění domácí péče II.



Obr. 5 : Znalost respondentů umístění domácí péče

Komentář:

Z 60 respondentů nevyžívajících domácí péči 19 respondentů (32 %) ví, kde v jejich okolí poskytují služby domácí péče a 41 respondentů (68 %) neví.

Z 60 respondentů využívajících služby domácí péče ví 45 respondentů (75 %), kde v jejich okolí poskytují služby domácí péče, a 15 respondentů (25 %) odpovědělo, že neví.

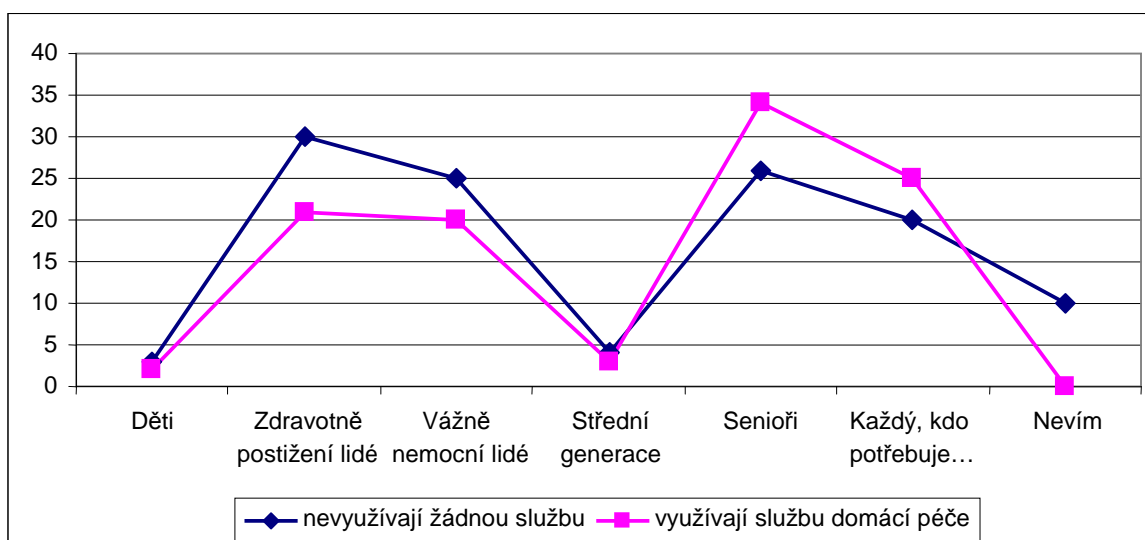
Otázka č.6 : Víte, kdo může využívat služby domácí péče?

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
děti	3	2,54
zdravotně postižení lidé	30	25,42
vážně nemocní lidé	25	21,19
střední generace	4	3,39
senioři	26	22,03
každý, bez ohledu na věk nebo postižení	20	16,95
nevím	10	8,47
celkem	118	100

Tab. 11 : Zastoupení odpovědí na 6. otázku respondentů nevyužívající domácí péči

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
děti	2	1,90
zdravotně postižení lidé	21	20,00
vážně nemocní lidé	20	19,05
střední generace	3	2,86
senioři	34	32,38
každý, bez ohledu na věk nebo postižení	25	23,81
nevím	0	0
celkem	105	100

Tab. 12 : Zastoupení odpovědí na 6. otázku respondentů využívající domácí péči



Obr. 6 : Znalost využití služeb domácí péče I.

Komentář:

Dotazovaní respondenti měli možnost v této otázce uvést více odpovědí z daných možností. Následující výsledky jsou od respondentů, kteří nevyužívají domácí péči. Nejvíce hlasů získala odpověď zdravotně postižení lidí, tuto variantu zaznamenalo 30 osob. 26 respondentů uvedlo, že domácí péči využívají senioři, 25 osob si myslí, že vážně nemocní lidi. Variantu, že domácí péči využívá každý, bez ohledu na věk nebo postižení, odpovědělo 20 respondentů. 10 respondentů neví, kdo využívá služby domácí péče. 4 respondenti označili odpověď střední generace a 3 osoby uvedly, že domácí péči mohou využívat i děti.

Z 60 respondentů využívající domácí péči označilo nejvíce osob položku senioři. Uvedlo ji 34 respondentů, dále následovala odpověď každý, bez ohledu na věk nebo postižení, tuto odpověď označilo 25 respondentů. 21 respondentů zvolilo odpověď zdravotně postižení lidí. Odpověď vážně nemocní lidi zvolilo 20 respondentů. Střední generaci zaznamenaly 3 osoby a možnost využití domácí péče u dětí určili 2 respondenti. Žádný respondent nezvolil odpověď nevím.

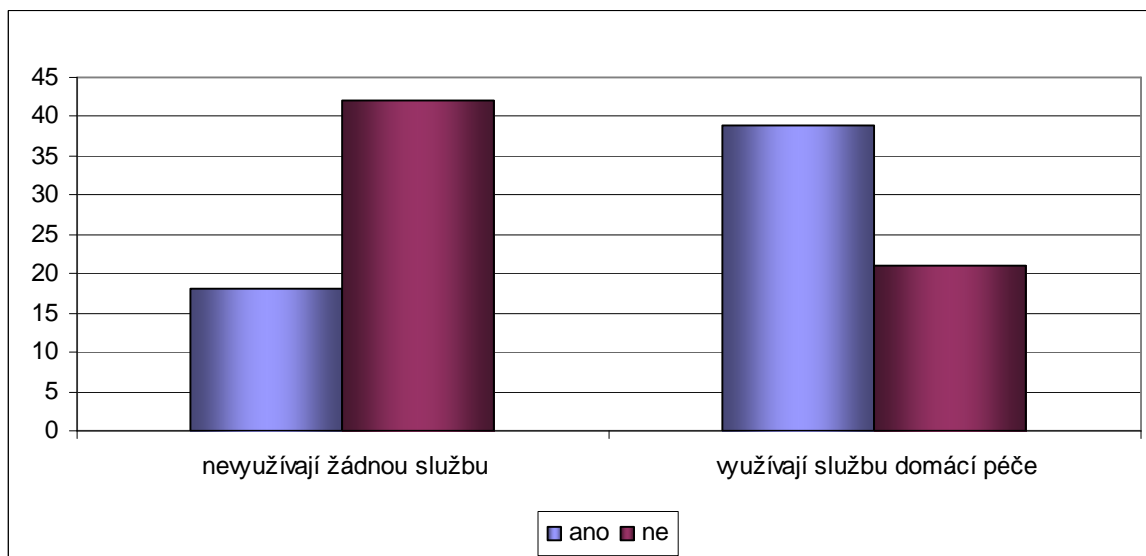
Otázka č.7: Víte, jaké služby domácí péče můžete využívat?

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	18	30,00
ne	42	70,00
celkem	60	100

Tab. 13 : Znalost využití služeb domácí péče seniorů nevyužívajících těchto služeb

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	39	65,00
ne	21	35,00
celkem	60	100

Tab. 14 : Znalost využití služeb domácí péče seniorů využívajících těchto služeb



Obr. 7 : Znalost využití služeb domácí péče I.

Komentář:

Tato otázka zjišťovala, jestli respondenti ví, jaké služby v rámci domácí péče mohou využívat. Následující odpovědi jsou vyjádřením od respondentů nevyžívající domácí péči. 18 respondentů (30 %) ví, jaké služby domácí péče by mohli využívat, 42 respondentů (70 %) to neví.

39 respondentů (65 %) využívající domácí péči, ví jaké služby domácí péče mohou využívat. 21 respondentů (35 %) neví, jaké služby domácí péče nabízí.

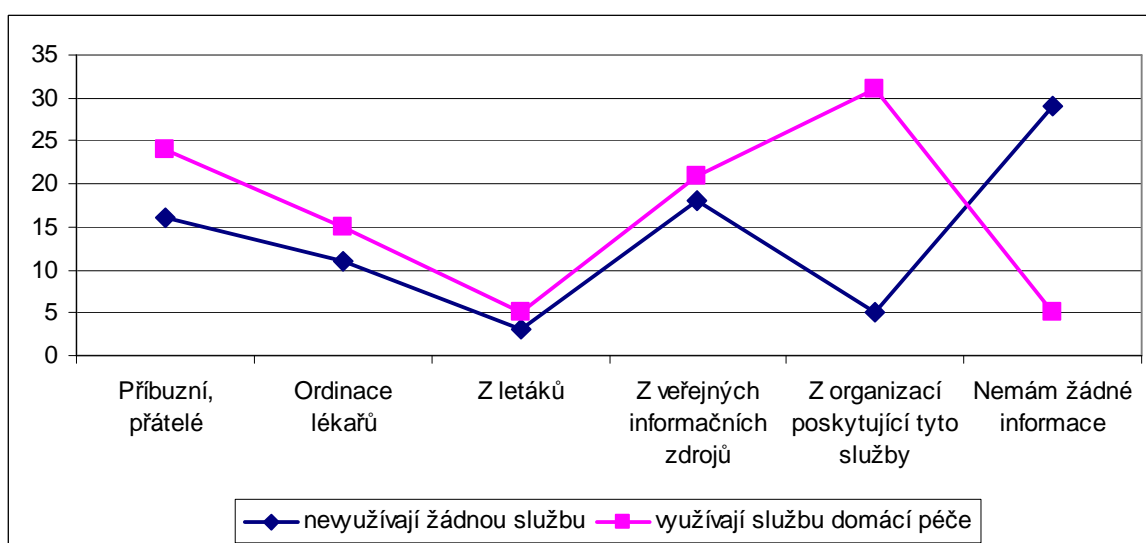
Otázka č.8 : Jak se dozvídáte o službách domácí péče ve Vašem městě?

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
příbuzní, přátelé	16	19,51
ordinace lékařů	11	13,41
z letáků	3	3,66
z veřejných informačních zdrojů	18	21,95
z organizací poskytující služby domácí péče	5	6,10
nemám žádné informace	29	35,37
celkem	82	100

Tab. 15 : Způsob získávání informací o domácí péči I.

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
příbuzní, přátelé	24	23,77
ordinace lékařů	15	14,85
z letáků	5	4,95
z veřejných informačních zdrojů	21	20,79
z organizací poskytující služby domácí péče	31	30,69
nemám žádné informace	5	4,95
celkem	101	100

Tab. 16 : Způsob získávání informací o domácí péči II.



Obr. 8 : Způsob získávání informací o domácí péči

Komentář:

V otázce č.8 mohli respondenti zvolit více odpovědí z nabídnutých možností. Respondenti nevyužívající domácí péči odpovídali následovně. 29 respondentů nemá žádné informace. 18 osob má informace z veřejných informačních zdrojů, 16 seniorů od příbuzných či přátel, 11 respondentů z ordinací lékařů, 5 osob z organizací poskytující domácí péči, z letáků mají informace 3 respondenti.

Oslovený vzorek respondentů, který využívá domácí péči má informace: 31 respondentů ví o domácí péči z organizací poskytující domácí péči, 24 osob od příbuzných nebo přátel, 21 respondentů z veřejných informačních zdrojů, 15 osob z ordinací lékařů, 5 seniorů z letáků a dalších 5 osob uvedlo, že nemá žádné informace.

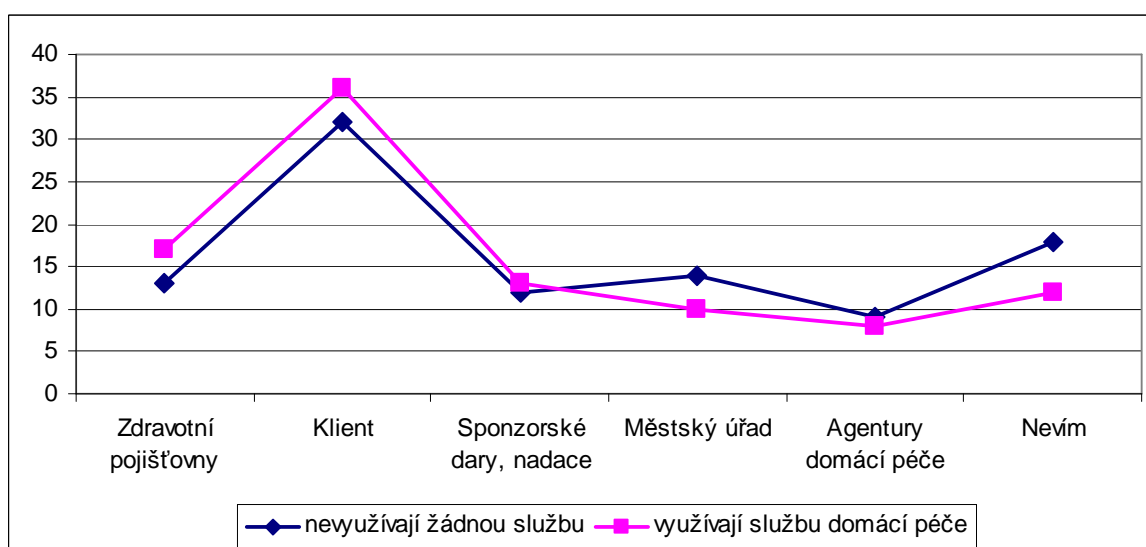
Otázka č.9: Kdo podle Vás financuje domácí péči?

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
zdravotní pojišťovny	13	13,27
klient	32	32,65
sponzorské dary, nadace	12	12,24
městský úřad	14	14,29
agentury domácí péče	9	9,18
nevím	18	18,37
celkem	98	100

Tab. 17 : Financování domácí péče I.

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
zdravotní pojišťovny	17	17,71
klient	36	37,50
sponzorské dary, nadace	13	13,54
městský úřad	10	10,42
agentury domácí péče	8	8,33
nevím	12	12,50
celkem	96	100

Tab. 18 : Financování domácí péče II.



Obr. 9 : Financování domácí péče

Komentář:

V této otázce mohli respondenti opět zaznamenat více odpovědí. 32 respondentů uvedlo, že domácí péči si financuje klient. 18 respondentů neví, kdo financuje tuto péči. Následující odpovědi byly vyrovnané. 14 respondentů se domnívá, že domácí péči financuje městský úřad, dále 13 respondentů, že zdravotní pojišťovny. Sponzorské dary a nadace uvedlo 12 respondentů a 9 respondentů označilo odpověď agentury domácí péče. Uvedené výsledky jsou od seniorů, kteří nevyžívají domácí péči.

Respondenti, využívající domácí péči, mají informovanost o financování této péče následující: Z 60 oslovených si 36 osob myslí, že ji financuje klient, 17 respondentů, že zdravotní pojišťovny, 13 seniorů uvedlo sponzorské dary a nadace. Dalších 12 osob neví kdo tuto péči financuje. 10 osob zvolilo městský úřad a zbylých 8 uvedlo agentury domácí péče.

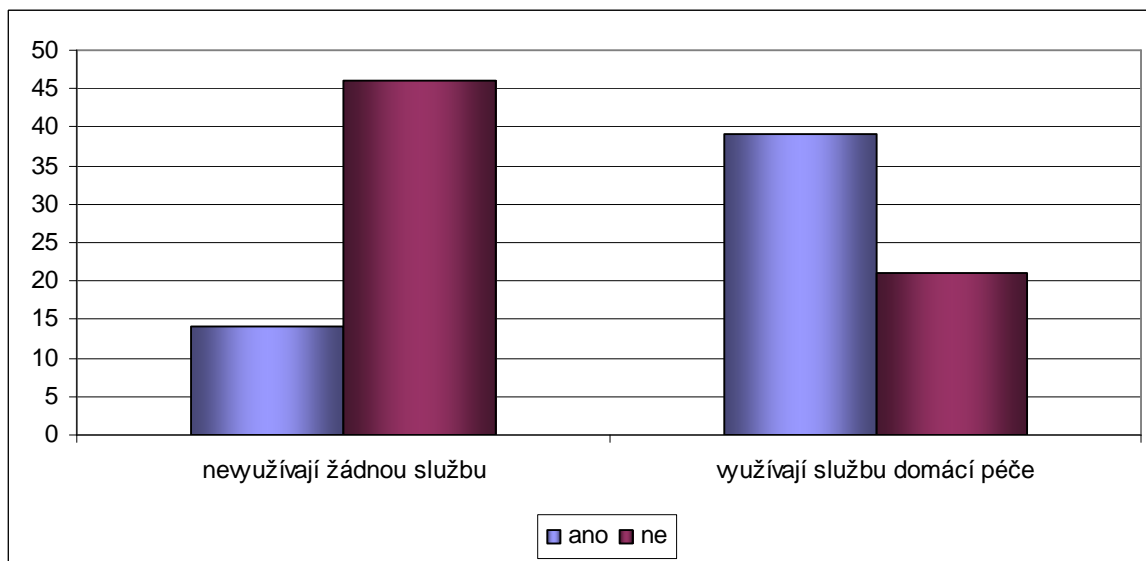
Otázka č.10 : Víte, kde byste si šli zařídit potřebnou službu domácí péče?

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	14	23,33
ne	46	76,67
celkem	60	100

Tab. 19 : Informovanost o zřízení domácí péče I.

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	39	65,00
ne	21	35,00
celkem	60	100

Tab. 20 : Informovanost o zřízení domácí péče II.



Obr. 10 : Informovanost o zřízení domácí péče

Komentář:

Z 60 respondentů, kteří nevyžívají domácí péči, odpovědělo 14 osob (23 %), že ví, kam by si šli zařídit v případě potřeby domácí péči. 46 respondentů (77 %) neví, kde by si tuto péči šli zařídit.

Z předchozí tabulky č.20 vyplývá, že 39 respondentů (65 %) ví, kde se zařizují služby domácí péče a 21 respondentů (35 %) neví. Odpovídali respondenti využívající domácí péči.

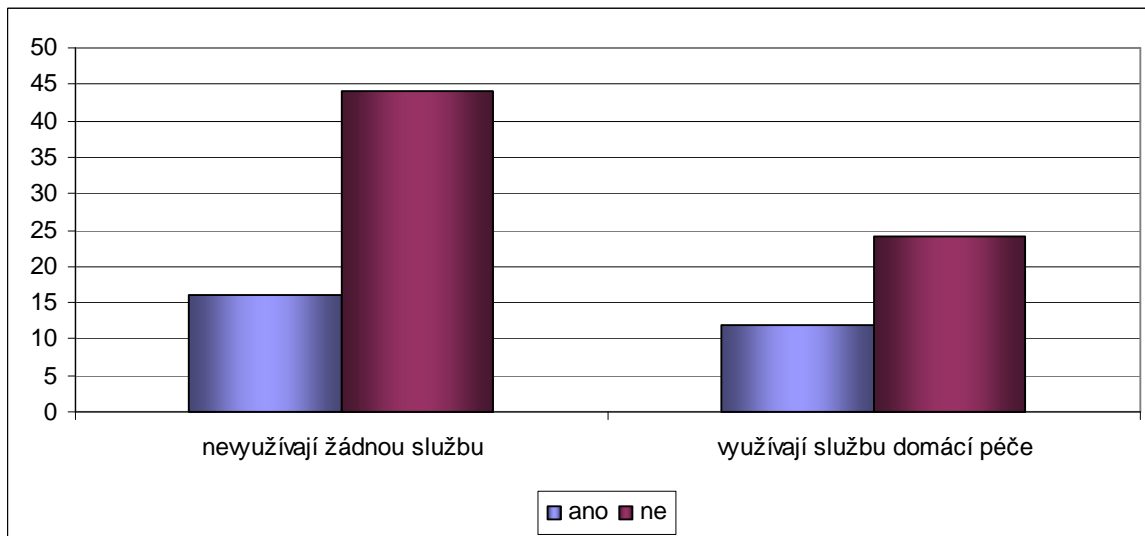
Otázka č.11 : Víte, jaký je rozdíl mezi službami domácí péče ošetrovatelskými a službami pečovatelskými?

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	16	26,67
ne	44	73,33
celkem	60	100

Tab. 21 : Znalost rozdílu služeb ošetrovatelských a pečovatelských I.

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	36	60
ne	24	40
celkem	60	100

Tab. 22 : Znalost rozdílu služeb ošetrovatelských a pečovatelských II.



Obr. 11 : Znalost rozdílu služeb ošetrovatelských a pečovatelských

Komentář:

Na základě odpovědí respondentů 16 osob (27 %) ví, jaký je rozdíl mezi jednotlivými službami a 44 respondentů (73 %) tento rozdíl nezná. Uvedené poznatky jsou od respondentů, kteří nevyužívají služby domácí péče.

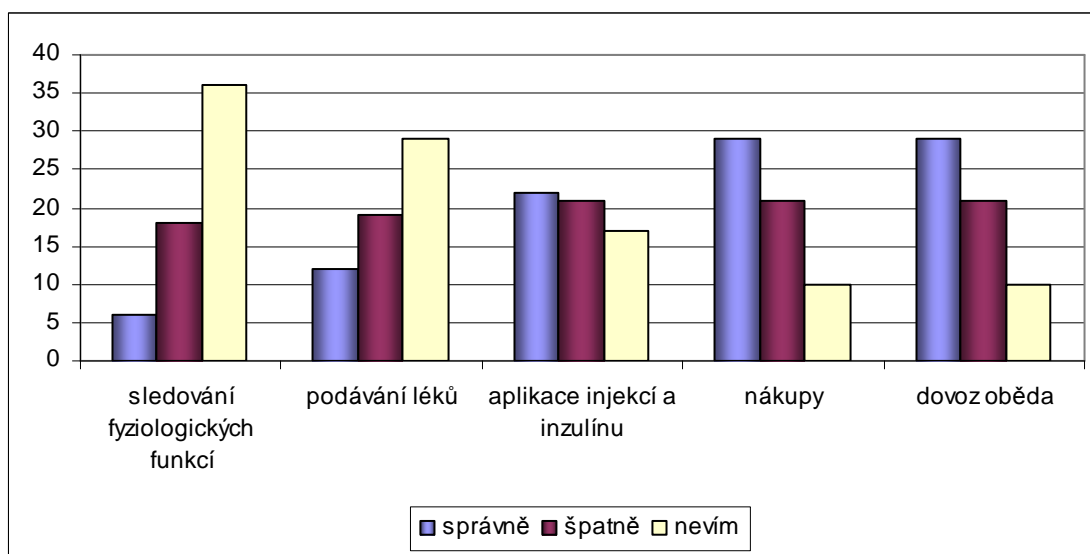
36 respondentů (60 %) ví, jaký je rozdíl mezi jednotlivými druhy služeb domácí péče a 24 respondentů (40 %) o tomto rozdílu neví. Tyto odpovědi jsou od seniorů, kteří využívají domácí péči.

Otázka č.12 : Z následujících služeb uvedených v tabulce označte křížkem ty služby, které podle Vás patří do kategorie ošetrovatelských a které do kategorie pečovatelských a pokud nevíte, označte křížek v políčku nevím.

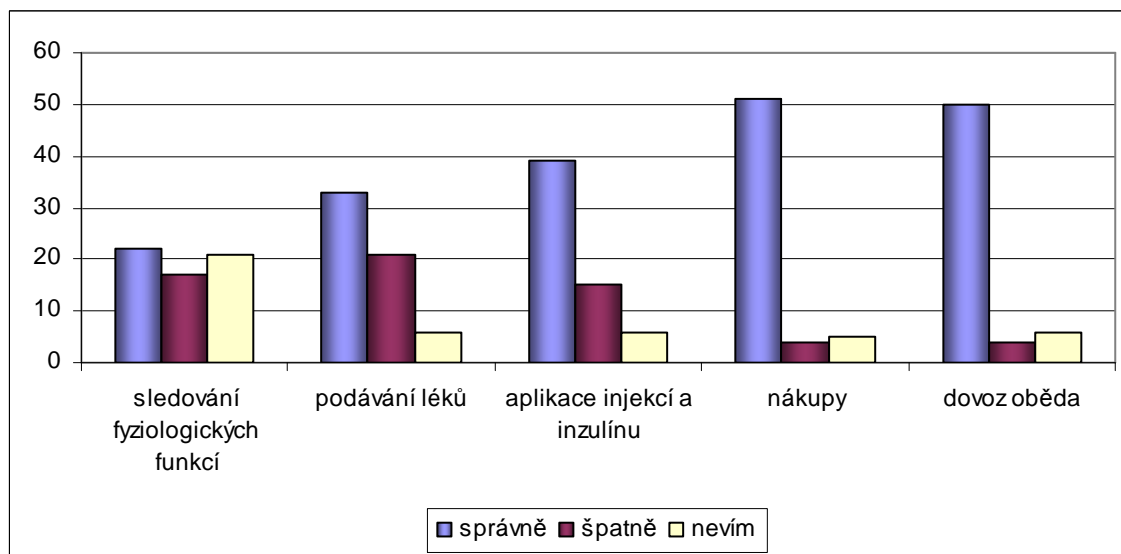
respondenti, kteří nemají domácí péči						
odpověď	správně		špatně		nevím	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
sledování fyziologických funkcí	6	10,00 %	18	30,00 %	36	60,00 %
podávání léků	12	20,00 %	19	31,67 %	29	48,33 %
aplikace injekcí a inzulínu	22	36,67 %	21	35,00 %	17	28,33 %
nákupy	29	48,33 %	21	35,00 %	10	16,67 %
dovoz oběda	29	48,33 %	21	35,00 %	10	16,67 %

respondenti, kteří mají domácí péči						
odpověď	správně		špatně		nevím	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
sledování fyziologických funkcí	22	36,67 %	17	28,33 %	21	35,00 %
podávání léků	33	55,00 %	21	35,00 %	6	10,00 %
aplikace injekcí a inzulínu	39	65,00 %	15	25,00 %	6	10,00 %
nákupy	51	85,00 %	4	6,67 %	5	8,33 %
dovoz oběda	50	83,33 %	4	6,67 %	6	10,00 %

Tab. 23 : Rozdělení služeb domácí péče podle respondentů I.



Obr. 12 : Odpovědi respondentů nevyužívajících domácí péči I.



Obr. 13: Odpovědi respondentů využívajících domácí péči I.

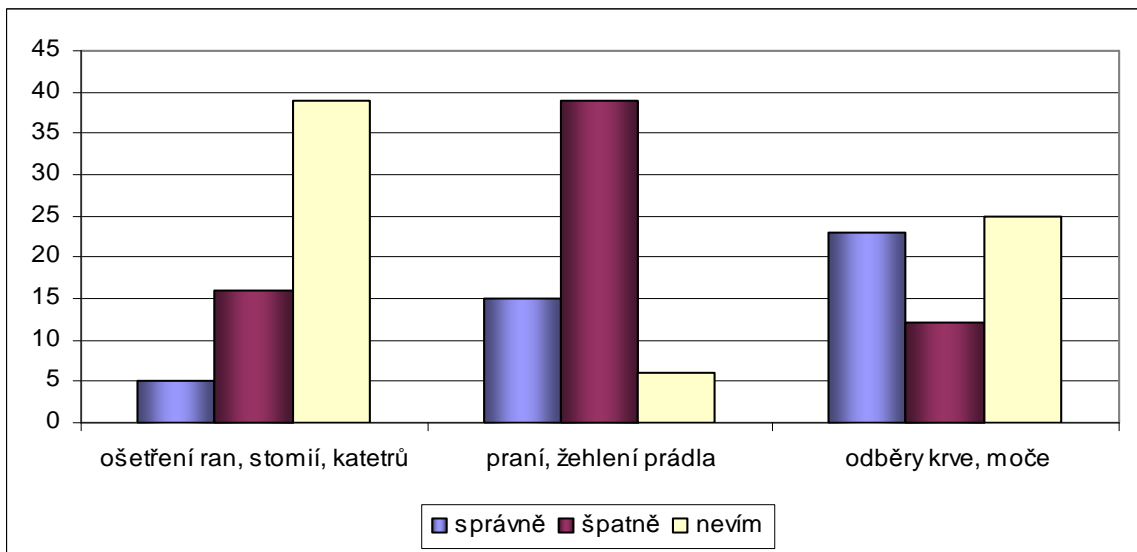
Komentář :

Tato otázka zjišťovala znalost rozdílu služeb ošetřovatelských a pečovatelských. Z nabídnutých služeb měli respondenti zvolit, která služba patří do ošetřovatelských a která do pečovatelských. Pokud nevěděli, mohli zvolit možnost nevím. Z 60 seniorů, kteří nevyužívají domácí péči, 29 (48 %) ví, do které kategorie patří služby nákupy a dovoz oběda. 22 osob (37 %) správně zvolilo službu aplikace injekcí a inzulínu, 12 seniorů (20 %) podávání léků a 6 respondentů (10 %) sledování fyziologických funkcí.

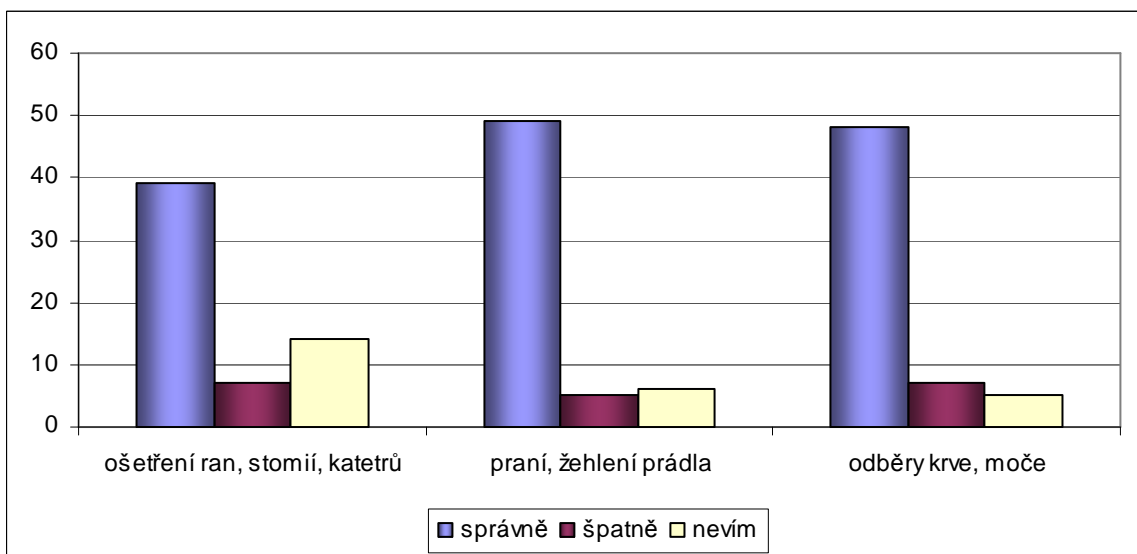
Z 60 seniorů, kteří využívají domácí péči, 51 osob (85 %) zná pečovatelskou službu nákupy a 50 seniorů (83 %) dovoz oběda. Ošetřovatelskou službu aplikace injekcí a inzulínu správně zvolilo 39 osob (65 %), dalších 33 (55 %) podávání léků a 22 respondentů (37 %) sledování fyziologických funkcí.

respondenti, kteří nemají domácí péči						
odpověď	správně		špatně		nevím	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
ošetření ran, stomií, katetrů	5	8,33 %	16	26,67 %	39	65,00 %
praní, žehlení prádla	15	25,00 %	39	65,00 %	6	10,00 %
odběry krve, moče	23	38,33 %	12	20,00 %	25	41,67 %
respondenti, kteří mají domácí péči						
odpověď	správně		špatně		nevím	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
ošetření ran, stomií, katetrů	39	65,00 %	7	11,67 %	14	23,33 %
praní, žehlení prádla	49	81,67 %	5	8,33 %	6	10,00 %
odběry krve, moče	48	80,00 %	7	11,67 %	5	8,33 %

Tab. 24 : Rozdělení služeb domácí péče podle respondentů II.



Obr. 14 : Odpovědi respondentů nevyužívajících domácí péči II.



Obr. 15 : Odpovědi respondentů využívajících domácí péči II.

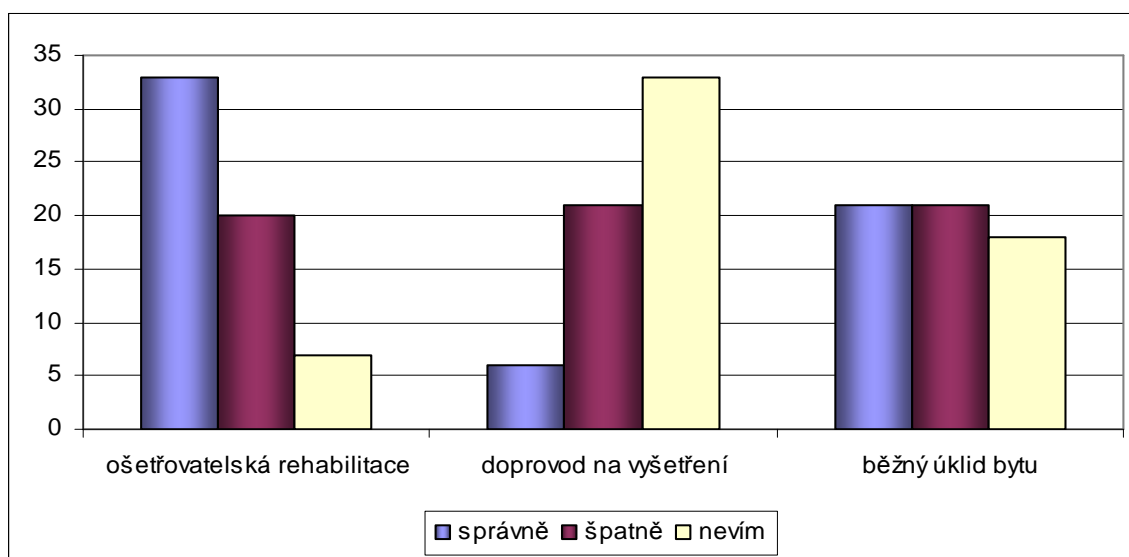
Komentář:

23 respondentů (38 %) ví, že odběry krve a moče patří do služeb ošetřovatelských, 15 dalších (25 %) ví, že praní a žehlení prádla nabízí pečovatelky a 5 osob (8 %) ví, že ošetření ran, stomií a katetrů provádí ošetřovatelky. Výsledky jsou od oslovených seniorů, kteří nevyužívají dané služby.

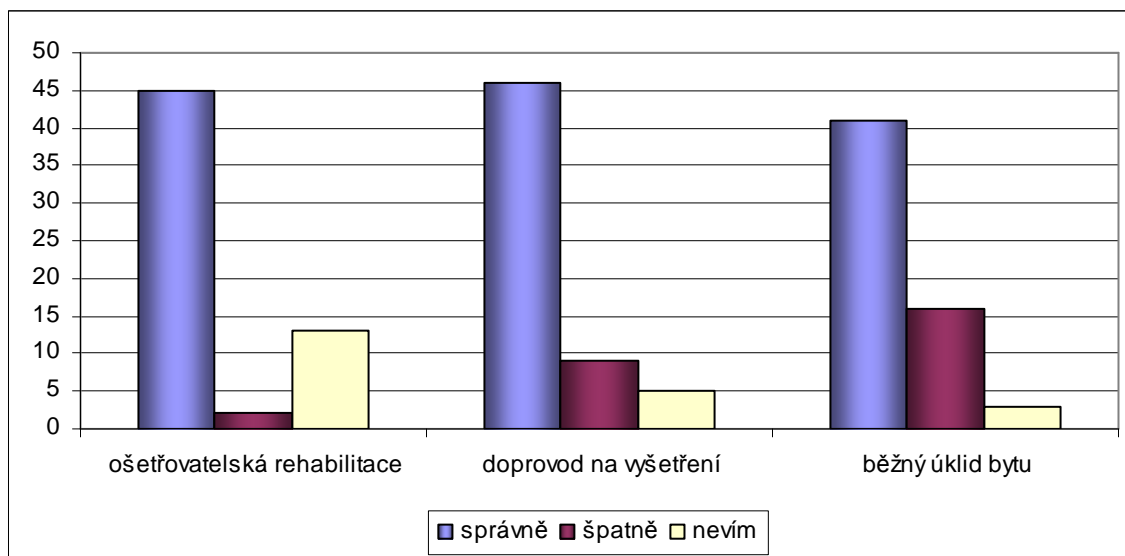
Z 60 respondentů, kteří využívají některé ze služeb domácí péče, 49 osob (82 %) správně označilo službu praní a žehlení prádla. 48 seniorů (80 %) odběry krve, moče a 39 respondentů (65 %) ošetření ran, atonií a katetrů.

respondenti, kteří nemají domácí péči						
odpověď	správně		špatně		nevím	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
ošetřovatelská rehabilitace	33	55,00 %	20	33,33 %	7	11,67 %
doprovod na vyšetření	6	10,00 %	21	35,00 %	33	55,00 %
běžný úklid bytu	21	35,00 %	21	35,00 %	18	30,00 %
respondenti, kteří mají domácí péči						
odpověď	správně		špatně		nevím	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
ošetřovatelská rehabilitace	45	75,00 %	2	3,33 %	13	21,67 %
doprovod na vyšetření	46	76,67 %	9	15,00 %	5	8,33 %
běžný úklid bytu	41	68,33 %	16	26,67 %	3	5,00 %

Tab. 25 : Rozdělení služeb domácí péče podle respondentů III.



Obr. 16 : Odpovědi respondentů nevyužívajících domácí péči III.



Obr. 17 : Odpovědi respondentů využívajících domácí péči III.

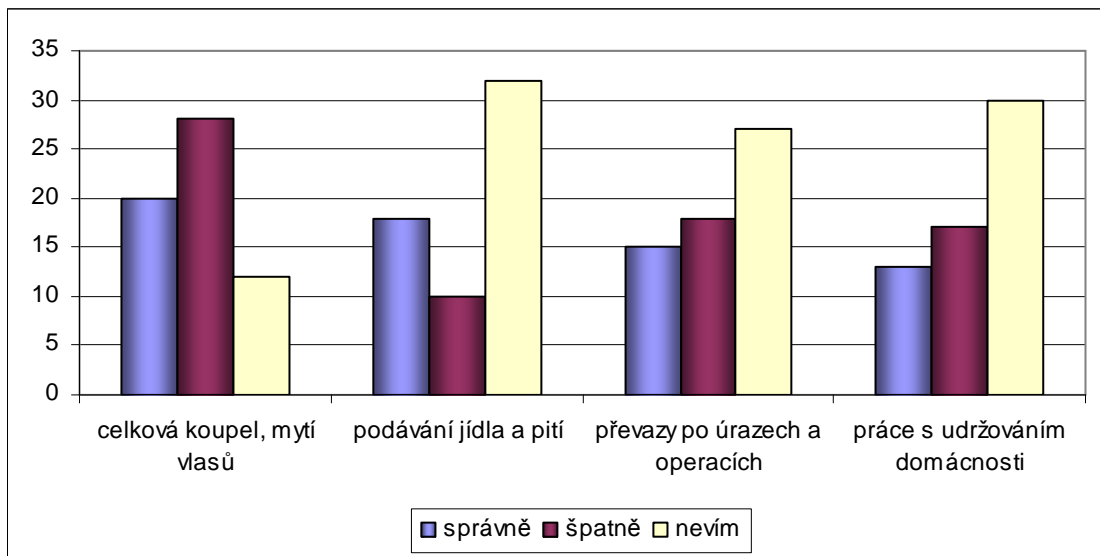
Komentář:

Ošetřovatelskou rehabilitaci správně zvolilo 33 osob (55 %), běžný úklid bytu 21 respondentů (35 %) a 6 dalších osob (10 %) doprovod na vyšetření. Tyto výsledky jsou od respondentů, kteří nevyužívají domácí péči.

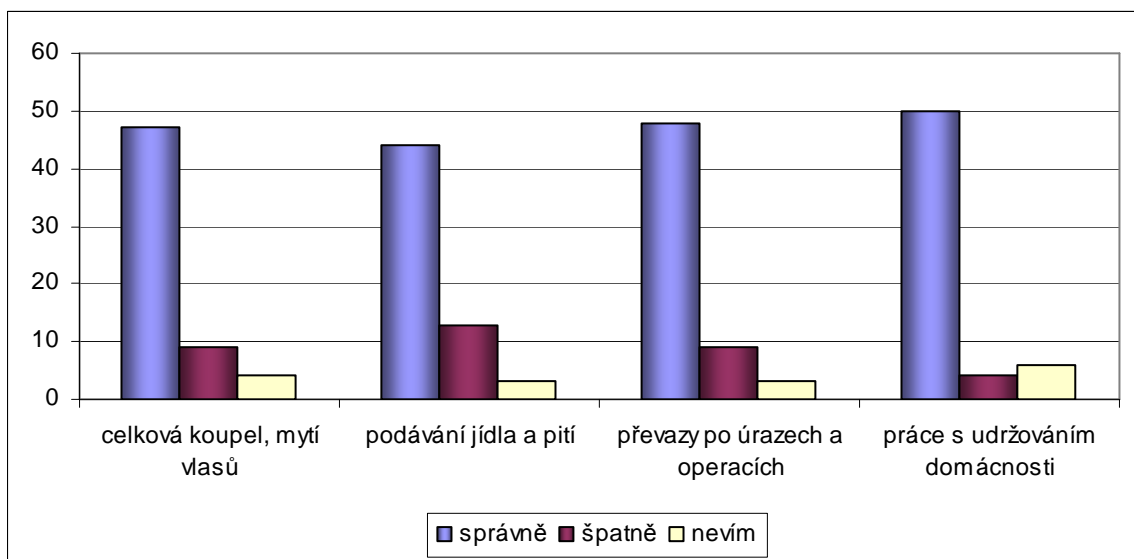
Naopak senioři, kteří využívají domácí péči, umí rozlišit jednotlivé služby lépe. 46 osob (77 %) správně zakřížkovali doprovod na vyšetření, 45 (75 %) ošetřovatelskou rehabilitaci a 41 seniorů (68 %) běžný úklid bytu.

respondenti, kteří nemají domácí péči						
odpověď	správně		špatně		nevím	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
celková koupel, mytí vlasů	20	33,33 %	28	46,67 %	12	20,00 %
podávání jídla a pití	18	30,00 %	10	16,67 %	32	53,33 %
převazy po úrazech a operacích	15	25,00 %	18	30,00 %	27	45,00 %
práce s udržováním domácnosti	13	21,67 %	17	28,33 %	30	50,00 %
respondenti, kteří mají domácí péči						
odpověď	správně		špatně		nevím	
	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.	A. Č.	R. Č.
celková koupel, mytí vlasů	47	78,33 %	9	15,00 %	4	6,67 %
podávání jídla a pití	44	73,33 %	13	21,67 %	3	5,00 %
převazy po úrazech a operacích	48	80,00 %	9	15,00 %	3	5,00 %
práce s udržováním domácnosti	50	83,33 %	4	6,67 %	6	10,00 %

Tab. 26 : Rozdělení služeb domácí péče podle respondentů IV.



Obr. 18 : Odpovědi respondentů nevyužívajících domácí péči IV.



Obr. 19 : Odpovědi respondentů využívající domácí péči IV.

Komentář:

Z 60 respondentů, kteří nevyužívají žádné služby domácí péče ví 20 osob (33 %), že celková koupel, mytí vlasů patří do služeb pečovatelských. 18 respondentů (30 %) odlišilo správně podávání jídla a pití. Ošetřovatelskou službu převazy po úrazech a operacích správně zařadilo 15 osob (25 %). 13 respondentů (22 %) ví, kdo poskytuje práce s udržováním domácnosti.

Z 60 respondentů, kteří využívají domácí péči, ví 50 osob (83 %), kdo poskytuje práce s udržováním domácnosti. 48 osob (80 %) ví, kdo provádí převazy po úrazech a operacích. 47 respondentů (78 %) správně označilo službu celková koupel, mytí vlasů a 44 (73 %) seniorů ví, že podávání jídla a pití spadá pod služby pečovatelské.

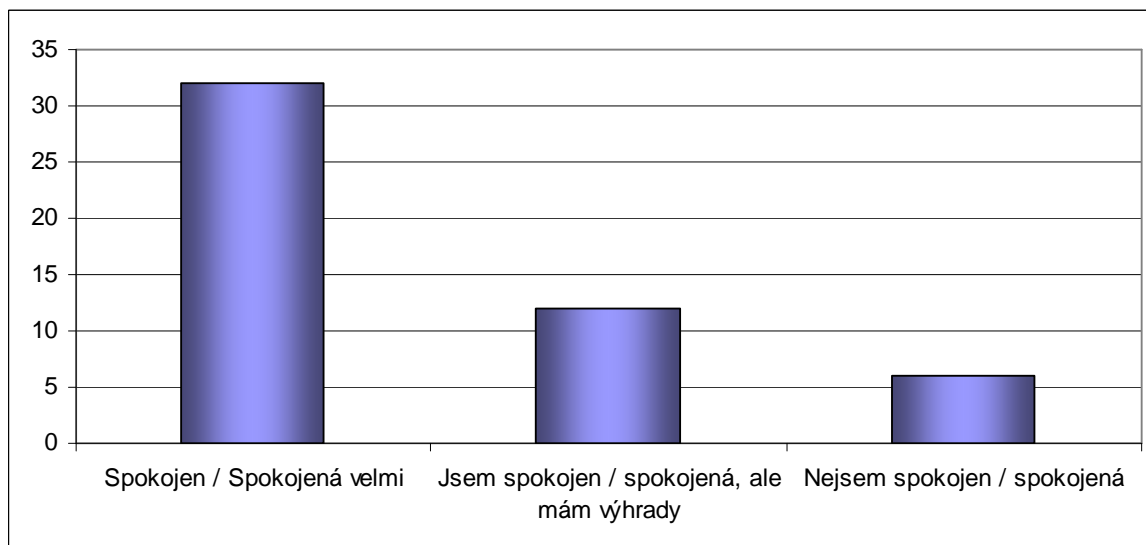
Otázka č.13 : Využíváte některou ze služeb domácí péče? Pokud ano, uveďte jakou (jaké).

K následující otázce se vyjádřilo 60 respondentů, že nevyužívá služby domácí péče a dalších 60 respondentů uvedlo, že využívají domácí péči. Respondenti uváděli jednotlivé služby, které využívají. 31 respondentů využívá služby pečovatelské, 18 respondentů služby ošetrovatelské a 11 respondentů kombinaci pečovatelských i ošetrovatelských služeb. Z pečovatelských služeb se nejčastěji jednalo o dovoz oběda, nákupy, úklid bytu, pomoc při hygieně a doprovod na vyšetření. Z ošetrovatelských služeb nejčastěji respondenti uváděli služby: sledování fyziologických funkcí, odběry krve, příprava a podávání léků, aplikace injekce, aplikace inzulínu, rehabilitace.

Otázka č.14 : Jak jste spokojeni se službou / službami domácí péče?

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
spokojen / spokojená velmi	34	56,67
spokojen / spokojená, ale mám výhrady	20	33,33
nejsem spokojen / spokojená	6	10,00
celkem	60	100

Tab. 27 : Spokojenost s domácí péčí



Obr. 20 : Spokojenost s domácí péčí

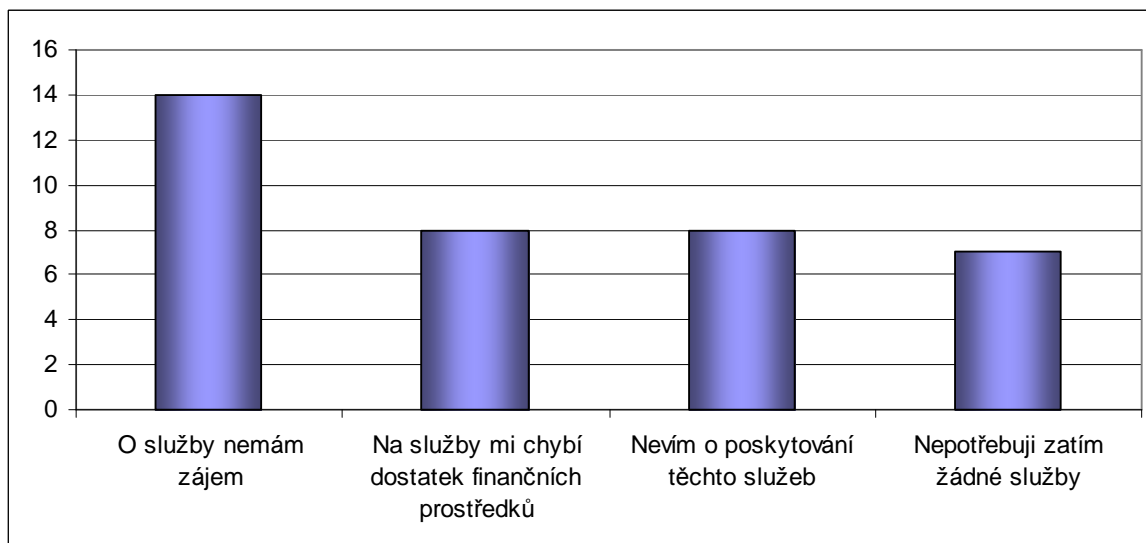
Komentář:

Tato otázka byla určena jen pro skupinu respondentů, kteří využívají služby domácí péče. Z dotazovaných 60 respondentů odpovědělo 34 osob (57 %), že jsou velmi spokojeni s domácí péčí. 20 respondentů (33 %) je také spokojeno, ale má výhrady. Variantu nejsem spokojen či spokojená uvedlo 6 osob.

Otázka č.15 : Proč nevyžíváte žádnou ze služeb domácí péče?

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
o služby nemám zájem	12	20,00
na služby mi chybí dostatek fin. prostředků	7	11,67
nevím o poskytování těchto služeb	14	23,33
nepotřebuji zatím žádné služby	27	45,00
celkem	60	100

Tab. 28 : Důvod nevyžívání domácí péče



Obr. 21 : Důvod nevyužívání domácí péče

Komentář:

K této otázce se vyjadřovali jen respondenti, kteří nevyužívají žádnou ze služeb domácí péče. Z oslovených 60 osob uvedlo 27 respondentů (45 %), že nepotřebují zatím žádné služby domácí péče. 14 respondentů (23 %) neví o poskytování těchto služeb. Dalších 12 (20 %) nemá o služby zájem. 7 respondentům (12 %) chybí na služby dostatek finančních prostředků.

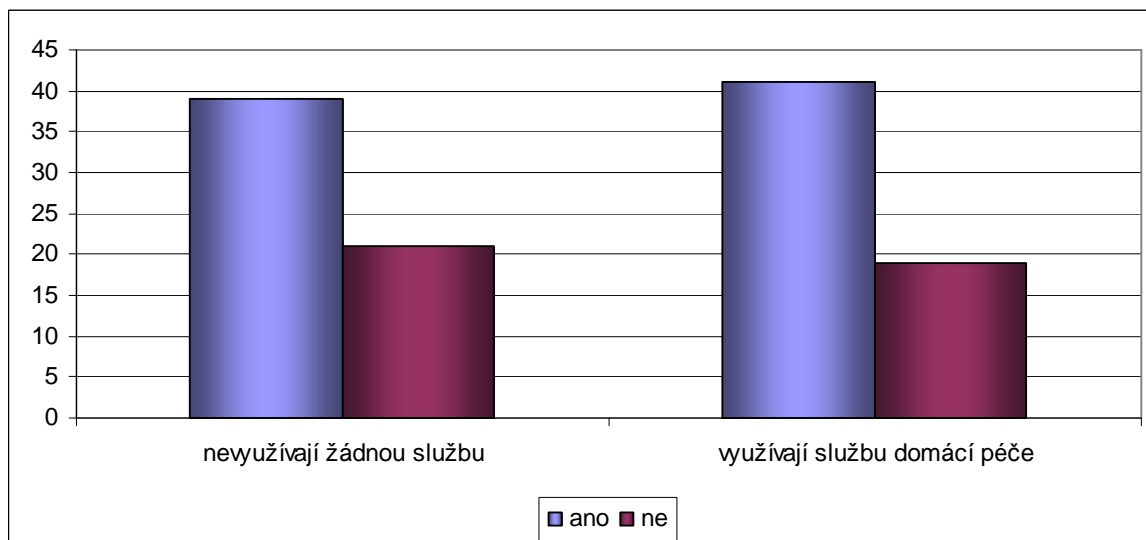
Otázka č.16 : Chtěli byste vědět více informací o domácí péči?

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	39	65,00
ne	21	35,00
celkem	60	100

Tab. 29 : Zájem získat více informací I.

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	41	68,33
ne	19	31,67
celkem	60	100

Tab. 30 : Zájem získat více informací II.



Obr. 22 : Zájem získat více informací I.

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných osob, kteří nemají domácí péči, odpovědělo 39 respondentů (65 %), že chce znát více informací o domácí péči a 21 respondentů (35 %), že více informací o domácí péči znát nechce.

41 respondentů (68 %) z 60 dotazovaných osob, kteří mají domácí péči, uvedlo, že chce znát více informací o domácí péči, 19 osob (32 %), že více informací znát nechce.

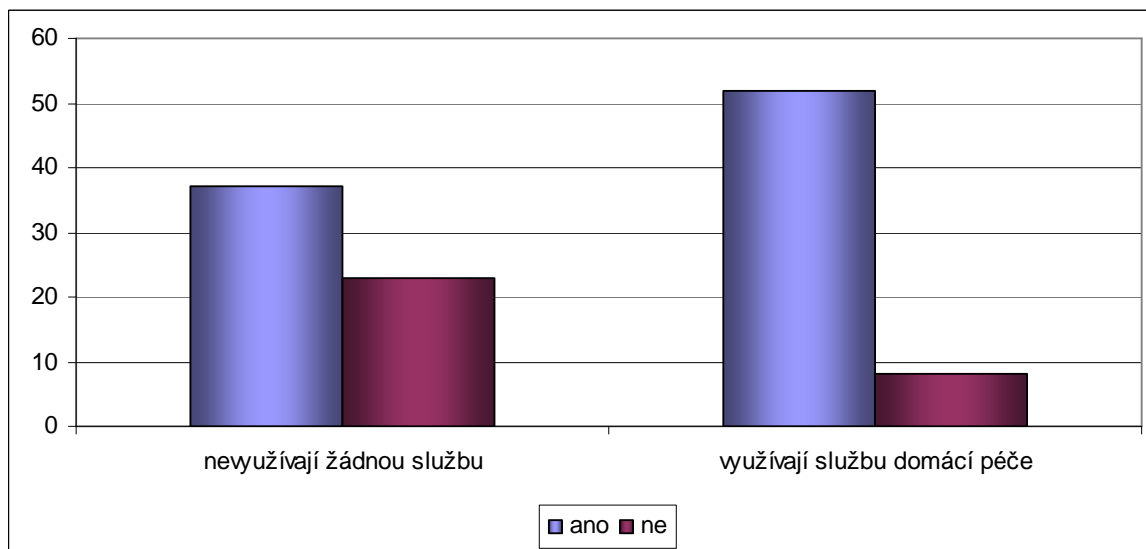
Otázka č.17 : Pokud by to šlo a byly všechny nutné prostředky zajištěny, upřednostnili byste zdravotní péči v domácím prostředí před péčí s pobytem v nemocnici?

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	37	61,67
ne	23	38,33
celkem	60	100

Tab. 31 : Záznam upřednostnění domácí péče před péčí nemocniční I.

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	52	86,67
ne	8	13,33
celkem	60	100

Tab. 32 : Záznam upřednostnění domácí péče před péčí nemocniční II.



Obr. 23 : Záznam upřednostnění domácí péče před péčí nemocniční I.

Komentář:

Zdravotní péči v domácím prostředí před péčí s pobytem v nemocnici by upřednostnilo 37 respondentů (62 %) a 23 osob (38 %) by zdravotní péči v domácím prostředí neupřednostnilo. Uvedení respondenti nevyžívají domácí péči.

Z respondentů využívajících domácí péči odpovědělo 52 osob (87 %), že by upřednostnili zdravotní péči doma před nemocniční péčí. 8 respondentů (13 %) se přiklání k variantě zdravotní péče v nemocnici.

Otázka č.18: Proč byste upřednostnili zdravotní péči doma před péčí nemocniční?

Tato otázka byla otevřená. Vyjadřovali se k ní respondenti, kteří u otázky č.17 odpověděli ano. Odpovědi respondentů byly podobné, jednotlivé odpovědi jsem shrnula do 4 odpovědí, které respondenti uváděli. Z respondentů, kteří nevyžívají domácí péči 14 osob (38 %) uvedlo důvod, proč by raději využili zdravotní péči v domácím prostředí před péčí v nemocnici, **domácí prostředí**. Dalším zmiňovaným důvodem respondentů, kterou uvedlo 8 osob (22 %) bylo, že se doma cítí **psychicky vyrovnanější** než když se léčí v nemocnici. **Rodinný kruh** byla další odpověď, na které se shodlo dalších 8 respondentů

(22 %). 7 respondentů (19 %) uvedlo, že se **bojí nemocnice**, a proto by raději využívali zdravotní péči ve svém domácím prostředí.

Respondenti, kteří již využívají domácí péči odpovídali následovně: 37 respondentů (64 %) uvedlo **domácí prostředí**, 15 respondentů (26 %) vyjádřilo svůj důvod jako lepší **psychickou vyrovnanost** ve svém sociálním prostředí. **Rodinný kruh** byla odpověď 5 respondentů (8 %). 1 respondent (2 %) uvedl důvod upřednostnění zdravotní péče v domácím prostředí před péčí v nemocnici, **strach z nemocnice**.

Otázka č.19 : Proč byste upřednostnili zdravotní péči v nemocnici před péčí v domácím prostředí?

Poslední otázka v dotazníku byla otevřená a odpovídali na ni respondenti, kteří u otázky č.17 odpověděli ne. Z 23 respondentů, nevyužívajících služby domácí péče, uvedlo 11 osob (48 %) svůj důvod, proč by raději dali přednost zdravotní péči v nemocnici, že **v nemocnici je o ně lépe postaráno** a mají zajištěný stálý dohled. 8 respondentů (35 %) odpovědělo, že v nemocnici mají **okamžitou pomoc**. 4 respondenti (17 %) uvedli, že **zdravotní péče patří do nemocnice**.

Z 60 respondentů využívajících služby domácí péče by 8 osob upřednostnilo zdravotní péči v nemocnici před péčí v domácím prostředí. 5 respondentů uvedlo svůj důvod, že v nemocnici je o ně lépe postaráno, mají tam více pomůcek a je zajištěn stálý dohled na pacienty.

3 osoby uvedly, že nemocniční péče jim zajišťuje okamžitou zdravotní pomoc.

DISKUZE

V rámci výzkumného šetření jsem měla stanovené cíle a k nim jednotlivé hypotézy. Tady jsou jejich výsledky.

1. cíl

Ověřit informovanost náhodně vybraných seniorů o službách poskytovaných domácí péčí.

H: Více jak polovina seniorů není dostatečně informována o službách domácí péče.

Hypotézu přijímáme.

Otázka č.5: Víte, kde ve Vašem okolí poskytují služby domácí péče? ANO 32 %

NESPLNĚNO = 25 %

Otázka č.7: Víte, jaké služby domácí péče můžete využívat? ANO 30 %

SPLNĚNO = 25 %

Otázka č.10: Víte, kde byste si šli zařídit potřebnou službu domácí péče? ANO 23 %

SPLNĚNO = 25 %

Otázka č.11: Víte, jaký je rozdíl mezi službami domácí péče ošetřovatelskými a službami pečovatelskými? ANO 27 %

SPLNĚNO = 25 %

Součet % - 100 %

Komentář:

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku č. 5, 7, 10, 11. Zjišťovala jsem, zda respondenti ví, kde v jejich okolí poskytují služby domácí péče. 19 osob (32 %) z 60 dotazovaných odpovědělo, že ví. 18 respondentů (30 %) je informováno, jaké služby domácí péče mohou využívat. 14 seniorů (23 %) ví, kde by si šli zařídit potřebnou službu domácí péče. 16 respondentů (27 %) zná rozdíl mezi službami domácí péče ošetřovatelskými a služ-

bami pečovatelskými. Každé otázce jsem dala váhu 25 %. Pouze v jedné otázce byli senioři informovaní ve většině z dotazovaných. A to: Víte, kde ve vašem okolí poskytují služby domácí péče? U zbylých tří otázek nebyla znalost větší jak polovina. Danou hypotézu přijímáme.

2. cíl

Zjistit informovanost seniorů o službách domácí péče, kteří ji již využívají.

H: Více jak polovina seniorů, kteří využívají některou ze služeb domácí péče, mají dostatečné informace o těchto službách.

Hypotézu přijímáme.

Otázka č.5: Víte, kde ve Vašem okolí poskytují služby domácí péče? ANO 75 %

SPLNĚNO = 25 %

Otázka č.7: Víte, jaké služby domácí péče můžete využívat? ANO 65 %

SPLNĚNO = 25 %

Otázka č.10: Víte, kde byste si šli zařídit potřebnou službu domácí péče? ANO 65 %

SPLNĚNO = 25 %

Otázka č.11: Víte, jaký je rozdíl mezi službami domácí péče ošetrovatelskými a službami pečovatelskými? ANO 60 %

SPLNĚNO = 25 %

Součet % - 100 %

Komentář:

Následující hypotéza se ověřovala u stejných položek jako u předešlé hypotézy. Tedy u otázek č. 5, 7, 10, 11. Zajímala mě skupina 60 seniorů, kteří využívají domácí péči. 75 % seniorů zná, kde v jejich okolí poskytují služby domácí péče. 65 % osob zná, jaké služby

mohou využívat. Dalších 65 % ví, kde by si šli domácí péči zařídit. 60 % respondentů zná rozdíl mezi službami domácí péče ošetrovatelskými a pečovatelskými. U všech otázek měli respondenti informovanost větší jak 50 %, hypotézu tedy přijímáme.

3. cíl

Zjistit, jak se informovanost těchto dvou cílených skupin liší.

H: Mezi skupinou seniorů, kteří již některou ze služeb domácí péče využili či využívají a seniory, kteří doposud žádnou z těchto služeb nevyužili, je z hlediska jejich informovanosti o dostupnosti těchto služeb rozdíl menší než 30 %.

Hypotézu zamítáme.

otázka	senioři nevyužívají		rozdíl	senioři využívají	
č.5	19	(32 %)	43 %	45	(75 %)
č.7	18	(30 %)	35 %	39	(65 %)
č.10	14	(23 %)	42 %	39	(65 %)
č.11	16	(27 %)	33 %	36	(60 %)
Součet	67 z 260			159 z 260	

Tab. 33 : Rozdíl v informovanosti o domácí péči obou cílených skupin

ROZDÍL 35%

Komentář:

Porovnávala jsem informovanost seniorů, kteří nevyužívají domácí péči a informovanost seniorů, kteří domácí péči využívají. K hypotéze se vztahovaly otázky č. 5, 7, 10, 11. Rozdíl v informovanosti u těchto dvou skupin je 35 %. Hypotézu zamítáme.

4. cíl

Ověřit, zda je informovanost o domácí péči rozdílná vzhledem k věku seniorů.

H1: Na informovanosti seniorů o tom, kde v jejich okolí poskytují služby domácí péče, nemá jejich věk statisticky významný vliv. (otázka č.5)

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,930 ^a	3	,177
Likelihood Ratio	5,028	3	,170
Linear-by-Linear Association	4,834	1	,028
N of Valid Cases	120		

Tab. 34 : Test Chi - kvadrát

Komentář:

Hodnota „Asymp. Sig. (2 – sided)“ je větší než hodnota 0,05, neexistuje tedy závislost. H_0 přijímáme. Věk respondentů neovlivňuje informovanost seniorů, kde v jejich okolí poskytují služby domácí péče.

H2: Na informovanosti seniorů o tom, jaké služby domácí péče mohou využívat, nemá jejich věk statisticky významný vliv. (otázka č.7)

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,158 ^a	3	,104
Likelihood Ratio	6,239	3	,101
Linear-by-Linear Association	2,357	1	,125
N of Valid Cases	120		

Tab. 35 : Test Chi - kvadrát

Komentář:

Hodnota „Asymp. Sig. (2 – sided)“ je větší než hodnota 0,05, neexistuje tedy závislost. H_0 přijímáme. Věk respondentů neovlivňuje informovanost seniorů o tom, jaké služby domácí péče mohou využívat.

H3: Na informovanosti seniorů o tom, kde by si mohli zařídit potřebnou službu domácí péče, nemá jejich věk statisticky významný vliv. (otázka č.10)

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,083 ^a	3	.555
Likelihood Ratio	2,099	3	,552
Linear-by-Linear Association	1,482	1	,223
N of Valid Cases	120		

Tab. 36 : Test Chi – kvadrát

Komentář:

Hodnota „Asymp. Sig. (2 – sided)“ je větší než hodnota 0,05, neexistuje tedy závislost. H_0 přijímáme. Informovanost seniorů o tom, kde by si mohli zařídit potřebnou službu domácí péče není závislá na jejich věku.

H4: Na informovanosti seniorů o tom, jaký je rozdíl mezi službami domácí péče ošetřovatelskými a službami pečovatelskými, nemá jejich věk statisticky významný vliv. (otázka č.11)

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,102 ^a	3	.165
Likelihood Ratio	5,172	3	,160
Linear-by-Linear Associati-	1,090	1	,297
N of Valid Cases	120		

Tab. 37 : Test Chi – kvadrát

Komentář:

Protože hodnota „Asymp. Sig. (2 – sided)“ je větší než hodnota 0,05, neexistuje tedy závislost. H_0 přijímáme. Věk respondentů neovlivňuje jejich informovanost na danou otázku.

5. cíl

Zmapovat postoj seniorů k domácí péči.

H: Více jak polovina seniorů by upřednostnila péči v domácím prostředí před péčí nemocniční.

Hypotézu přijímáme.

Komentář:

Postoj seniorů k domácí péči je vyjádřen v č. 17, 18, 19. Zdravotní péči v domácím prostředí před péčí nemocniční by upřednostnila většina respondentů. Ze skupiny seniorů, kteří nevyužívají domácí péči, by ji chtělo 62 % respondentů. Až 87 % seniorů by se raději léčilo doma ve svém prostředí než v nemocnici. Tak se vyjádřili respondenti, kteří už některou ze služeb využívají. Jednotlivé názory seniorů jsou zpracované v příloze P V.

6. cíl

Vytvořit přehledný informační materiál o domácí péči a jejich službách.

H: Většina seniorů by chtěla vědět více informací o domácí péči a jejich službách.

Hypotézu přijímáme.

Komentář:

Tuto hypotézu zjišťuje otázka z dotazníku č. 16. Obě skupiny respondentů ve většině odpověděli, že ano (65 % a 68 %). Senioři se zajímají o domácí péči a chtějí vědět více informací.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala informovaností seniorů o službách poskytovaných domácí péčí, tak znělo i mé téma práce. Cílem práce bylo v rámci teoretické části seznámit čtenáře s pojmem domácí péče, najít podstatu či význam, vystihnout její pozitiva na základě dostupné literatury, zmapovat možnosti této péče. Nahlédnout do historie, zjistit počátky a vývoj domácí péče. Získat informace o agenturách domácí péče, o jejich zřizování, personálním obsazením či způsobu financování. Pozornost jsem zaměřila na osobnost zdravotních sester v domácí péči a v neposlední řadě samotné seniory, kteří nejčastěji využívají služby domácí péče.

Praktická část mé bakalářské práce vyhodnocuje dotazníkové šetření. Nebylo by to možné bez ochoty a vstřícnosti oslovených seniorů. Mým cílem bylo zjistit jejich informovanost o domácí péči pomocí dotazníku a tu porovnat mezi seniory, kteří tyto služby nevyužívají a seniory, kteří některé ze služeb využívají. Zajímal mě postoj a informace, které mají o dané péči. Na základě praktické části jsem dospěla k těmto nejzákladnějším poznatkům:

- Z 60 respondentů využívající domácí péči 34 osob je spokojeno velmi, 20 seniorů je spokojeno, ale mají nějaké výhrady a 6 osob je nespokojená se službami, které využívají.
- Informovanost seniorů, kteří využívají služby domácí péče, je větší než informovanost seniorů, kteří nevyužívají domácí péči.
- Povědomí o tom, kdo všechno může využívat domácí péči, je u obou skupin respondentů nedostatečná.
- Stejně tak mnohým seniorům není přesně jasné financování této péče.
- Rozdíl služeb ošetrovatelských a pečovatelských lépe rozliší senioři, kteří tyto služby využívají. Překvapila mě správnost v odpovědích. Domnívala jsem se, že rozlišení bude obtížnější, protože mnozí senioři nerozlišují ošetrovatelky a pečovatelky a mnohé služby se prolínají.
- Více informací o domácí péči chtějí obě dvě skupiny respondentů.
- Velká většina seniorů by upřednostnila zdravotní péči v domácím prostředí před péčí v nemocnici. Hlavním důvodem tohoto postoje je domácí prostředí, lepší psychika ve svém prostředí než v nemocnici, rodinný kruh a strach z nemocnice.

- U těch co byli opačného názoru, uváděli důvody proč raději být v nemocnici než doma: stálý dohled, okamžitou pomoc a zdravotní péče patří do nemocnice.

Z informací získaných v teoretické i praktické části jsem vytvořila informační brožuru o domácí péči, která má dát základní informace o domácí péči.

Co navrhuji jako řešení pro praxi? Je zřejmé, že poptávka a zájem o domácí péči, bude stále větší, proto je nutné, aby bylo zajištěno pro klienty dostatek informací. A nejen pro klienty, ale také pro rodinné příslušníky a jejich blízké osoby. Domácí péče se bude dále zdokonalovat a rozšiřovat, a proto je nutné informace neustále aktualizovat. Domácí péči využívají i mladí lidé, ti hodně času tráví na internetu, myslím si tedy, že webové stránky by byly pro ně ideálním zdrojem informací. Jako další možnost vyzdvihuji publikaci článků o domácí péči, dokumenty a záznamy o domácí péči prostřednictvím televize a rozhlasu (příběhy pečujících, názory a zkušenosti klientů). Dále přednášky a posezení pro jednotlivé skupiny, aktivita jednotlivých agentur nebo organizací, které poskytují tyto služby. Praktický lékař by měl podávat dostatečné informace o domácí péči, znát jednotlivé možnosti vzhledem k nabídkám, které jednotlivé organizace nabízí. V neposlední řadě je zde nezastupitelná úloha státní správy a samosprávy ve vytvoření koncepce a plánování sociálních a zdravotních služeb pro všechny skupiny občanů v jednotlivých obcích, krajích a celém státu.

Domnívám se, že cílů bakalářské práce jsem dosáhla a věřím, že přinese nějaké poznatky těm, kteří si ji budou v budoucnu číst.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BÁRTLOVÁ, S.; SADÍLEK, P.; TÓTHOVÁ, V. Výzkum a ošetřovatelství. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
- [2] HANZLÍKOVÁ, A. a kol. Komunitní ošetřovatelství. 1. čes. vyd. Martin : Osveta, 2007. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
- [3] JAROŠOVÁ, D. Úvod do komunitního ošetřovatelství. Praha : Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- [4] KALVACH, Z.; ZADÁK, Z.; JIRÁK, R.; ZAVÁZALOVÁ, H.; HOLMEROVÁ, I.; WEBER, P. a kol. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha : Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- [5] KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ I. Motivační prvky při práci se seniory. Praha : Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- [6] KRÁTKÁ, A.; ŠILHÁKOVÁ G. Ošetřovatelství v komunitní péči. Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. 159 s. ISBN 978-80-7318-726-2.
- [7] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha : Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- [8] KŘIVOHLAVÝ, J.; PEČENKOVÁ, J. Duševní hygiena zdravotní sestry. Praha : Grada, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
- [9] KUTNOHORSKÁ, J. Etika v ošetřovatelství. Praha : Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- [10] ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. Základy ošetřovatelství. Praha : Univerzita Karlova v Praze – Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
- [11] ŠPINKOVÁ, M.; MUDr. ŠPINKA, Š. PhD. Standarty domácí paliativní péče. Praha : Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. 35 s. ISBN 80-239-4229-4.
- [12] VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniora. Praha : Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [13] VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

- [14] Národní centrum domácí péče České republiky. Domácí a primární péče včera, dnes a zítra. Praha : 1998. 41 s.
- [15] CEJNKOVÁ, L. Co vše musí zvládnout sestra domácí péče. Sestra, 2004, č. 9, 30 s. ISBN 1210-0404.
- [16] Sekce domácí péče [online]. 2008 [cit. 2009-04-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>>.
- [17] Koncepce domácí péče [online]. 2006 [cit. 2009-03-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece>>.
- [18] Hospicová péče [online]. 2009 [cit. 2009-04-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>>.
- [19] MISCONIOVÁ, B. Systém domácí péče. [online]. 2006 [cit. 2009-03-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->>.
- [20] Prevence úrazů seniorů [online]. 2002-2009 [cit. 2009-04-30]. Dostupný z WWW: <http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_7515/12.pdf>.
- [21] Etický kodex pracovníků osobní asistence [online]. 2003-2005 [cit. 2009-04-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.pecujici.cz/prirucky.shtml?x=1623260>>.
- [22] SPSS [online]. SPSS. [cit. 2010-04-14]. Dostupný z WWW: <<http://www.spss.cz>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

A. Č.	absolutní četnost
aj.	a jiné
ADP	Agentura domácí péče Asociace domácí péče
č.	číslo
ČR	Česká republika
H	hypotéza
i. m.	intra muskulární
i. v.	intra venózní
KDP	komplexní domácí péče
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
n.l.	Našeho letopočtu
Obr.	obrázek
p.o.	per os
r.	rok
R. Č.	relativní četnost
Sb.	sbírka
s. c.	subkutánní
Tab.	tabulka
tj.	to je
tzv.	tak zvaně
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 : Pohlaví respondentů	46
Obr. 2 : Věk respondentů	47
Obr. 3 : Vzdělání respondentů	49
Obr. 4 : Způsob bydlení	50
Obr. 5 : Znalost respondentů umístění domácí péče	51
Obr. 6 : Znalost využití služeb domácí péče I.....	52
Obr. 7 : Znalost využití služeb domácí péče I.....	54
Obr. 8 : Způsob získávání informací o domácí péči	55
Obr. 9 : Financování domácí péče	56
Obr. 10 : Informovanost o zřízení domácí péče.....	58
Obr. 11 : Znalost rozdílu služeb ošetrovatelských a pečovatelských.....	59
Obr. 12 : Odpovědi respondentů nevyužívajících domácí péči I.....	60
Obr. 13: Odpovědi respondentů využívajících domácí péči I.....	61
Obr. 14 : Odpovědi respondentů nevyužívajících domácí péči II.....	62
Obr. 15 : Odpovědi respondentů využívajících domácí péči II.....	62
Obr. 16 : Odpovědi respondentů nevyužívajících domácí péči III.....	63
Obr. 17 : Odpovědi respondentů využívajících domácí péči III.	64
Obr. 18 : Odpovědi respondentů nevyužívajících domácí péči IV.	65
Obr. 19 : Odpovědi respondentů využívající domácí péči IV.....	65
Obr. 20 : Spokojenost s domácí péčí	67
Obr. 21 : Důvod nevyužívání domácí péče.....	68
Obr. 22 : Zájem získat více informací I.	69
Obr. 23 : Záznam upřednostnění domácí péče před péčí nemocniční I.	70

SEZNAM TABULEK


Tab. 1 : Pohlaví respondentů, kteří nevyužívají domácí péči	46
Tab. 2 : Pohlaví respondentů, kteří využívají domácí péči.....	46
Tab. 3 : Věk respondentů nevyužívající domácí péči	47
Tab. 4 : Věk respondentů využívající domácí péči.....	47
Tab. 5 : Vzdělání respondentů nevyužívající služby domácí péče	48
Tab. 6 : Vzdělání respondentů využívající služby domácí péče	48
Tab. 7 : Způsob bydlení seniorů, kteří nevyužívají domácí péči	49
Tab. 8 : Způsob bydlení seniorů, kteří využívají domácí péči	50
Tab. 9 : Znalost respondentů umístění domácí péče I.....	51
Tab. 10 : Znalost respondentů umístění domácí péče II.	51
Tab. 11 : Zastoupení odpovědí na 6. otázku respondentů nevyužívající domácí péči.....	52
Tab. 12 : Zastoupení odpovědí na 6. otázku respondentů využívající domácí péči	52
Tab. 13 : Znalost využití služeb domácí péče seniorů nevyužívajících těchto služeb.....	53
Tab. 14 : Znalost využití služeb domácí péče seniorů využívajících těchto služeb.....	53
Tab. 15 : Způsob získávání informací o domácí péči I.....	54
Tab. 16 : Způsob získávání informací o domácí péči II.....	55
Tab. 17 : Financování domácí péče I.	56
Tab. 18 : Financování domácí péče II.	56
Tab. 19 : Informovanost o zřízení domácí péče I.	57
Tab. 20 : Informovanost o zřízení domácí péče II.	57
Tab. 21 : Znalost rozdílů služeb ošetrovatelských a pečovatelských I.	58
Tab. 22 : Znalost rozdílů služeb ošetrovatelských a pečovatelských II.	58
Tab. 23 : Rozdělení služeb domácí péče podle respondentů I.	60
Tab. 24 : Rozdělení služeb domácí péče podle respondentů II.....	61
Tab. 25 : Rozdělení služeb domácí péče podle respondentů III.	63
Tab. 26 : Rozdělení služeb domácí péče podle respondentů IV.	64
Tab. 27 : Spokojenost s domácí péčí	66
Tab. 28 : Důvod nevyužívání domácí péče.....	67
Tab. 29 : Zájem získat více informací I.	68
Tab. 30 : Zájem získat více informací II.....	68
Tab. 31 : Záznam upřednostnění domácí péče před péčí nemocniční I.....	69

Tab. 32 : Záznam upřednostnění domácí péče před péčí nemocniční II.....	69
Tab. 33 : Rozdíl v informovanosti o domácí péči obou cílených skupin	74
Tab. 34 : Test Chi - kvadrát	75
Tab. 35 : Test Chi - kvadrát	75
Tab. 36 : Test Chi – kvadrát	76
Tab. 37 : Test Chi – kvadrát	76

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Žádost o umožnění dotazníkového šetření I.
- P II Žádost o umožnění dotazníkového šetření II.
- P III Dotazník
- P IV Etický kodex pracovníků osobní asistence
- P V Vyjádření respondentů k domácí péči
- P VI Informační brožura

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ I.

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Eliška Vilímková
Téma bakalářské práce	Informovanost seniorů o službách poskytovaných domácí péčí
Skupina respondentů	Senioři
Pracoviště	CHARITA ZLÍN

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10.12.2008....


Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií


Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

II.

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Eliška Vilímková
Téma bakalářské práce	Informovanost seniorů o službách poskytovaných domácí péčí
Skupina respondentů	Senioři
Pracoviště	CHARITA VALAŠSKÉ KLOBOUKY

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10.12.2008.


.....
Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

CHARITA VALAŠSKÉ KLOBOUKY
Školní 944
766 01 Valašské Klobouky
Tel. 577320669, 739524368
IČO: 73633607

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Eliška Vilímková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního oboru Všeobecná sestra.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který bude podkladem pro mou bakalářskou práci *Informovanost seniorů o službách poskytovaných domácí péčí*. Tento dotazník je anonymní a získaná data budou zpracována výhradně v rámci mé bakalářské práce.

Předem děkuji za strávený čas a ochotu při vyplňování dotazníku.

Eliška Vilímková

V dotazníku zakroužkujte vždy jen jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

1. Jste:

- a) Žena
- b) Muž

2. Kolik je Vám let:

- a) 60 – 70 let
- b) 71 – 80 let
- c) 81 – 90 let
- d) 91 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Střední (výuční list)
- c) Střední s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

4. Bydlíte:

- a) Sám / Sama
- b) S partnerem / partnerkou
- c) S rodinou (děti, rodiče, sourozenci, jiné příbuzenstvo)
- d) V penzionu pro seniory
- e) V domově pro seniory (tj. domově důchodců)
- f) Jinak.....

5. Víte, kde ve Vašem okolí poskytují služby domácí péče?

- a) Ano
- b) Ne

6. Víte, kdo může využívat služby domácí péče? (možnost více odpovědí)

- a) Děti
- b) Zdravotně postižení lidé
- c) Vážně nemocní lidé
- d) Střední generace
- e) Senioři
- f) Každý, kdo potřebuje, bez ohledu na věk nebo postižení
- g) Nevím

7. Víte, jaké služby domácí péče můžete využívat?

- a) Ano
- b) Ne

8. Jak se dozvídáte o službách domácí péče ve Vašem městě? (možnost více odpovědí)

- a) Příbuzní, přátelé
- b) Ordinace lékařů
- c) Z letáků
- d) Z veřejných informačních zdrojů (tisk, rozhlas, internet, televize, ...)
- e) Z organizací poskytující služby domácí péče
- f) Nemám žádné informace
- g) Jiná odpověď

9. Kdo podle Vás financuje domácí péči? (možnost více odpovědí)

- a) Zdravotní pojišťovny
- b) Klient
- c) Sponzorské dary, nadace
- d) Městský úřad
- e) Agentury domácí péče
- f) Nevím

10. Víte, kde byste si šli zařídit potřebnou službu domácí péče?

- a) Ano
- b) Ne

11. Víte, jaký je rozdíl mezi službami domácí péče ošetrovatelskými a službami pečovatelskými?

- a) Ano
- b) Ne

12. Z následujících služeb uvedených v tabulce označte křížkem ty služby, které podle Vás patří do kategorie ošetrovatelských a které do kategorie pečovatelských a pokud nevíte, označte křížek v políčku nevím.

Služba	Ošetrovatel-	Pečovatelská	Nevím
Sledování fyziologických funkcí			
Podávání léků			
Aplikace injekcí a inzulínu			
Nákupy			
Dovoz oběda			
Ošetření ran, stomíí, katetrů			
Praní, žehlení prádla			
Zapůjčení zdravotnických pomůcek			
Odběry krve, moče			
Ošetrovatelská rehabilitace			
Doprovod na vyšetření			
Běžný úklid bytu			
Celková koupel, mytí vlasů			
Pomoc při podávání jídla a pití			
Převazy po úrazech a operacích			
Práce s udržováním domácnosti			

13. Využíváte některou ze služeb domácí péče? Pokud ano, uveďte jakou / jaké a přejděte k otázce č. 14. Pokud ne, přejděte k otázce č. 15.

- a) Ano.....
- b) Ne

14. Jak jste spokojeni se službou / službami které využíváte?

- a) Spokojen / Spokojená velmi
- b) Jsem spokojen / spokojená, ale mám výhrady
- c) Nejsem spokojen / spokojená
- d) Jiná odpověď.....

15. Proč nevyužíváte žádnou ze služeb domácí péče?

- a) O služby nemám zájem
- b) Na služby mi chybí dostatek finančních prostředků
- c) Nevím o poskytování těchto služeb
- d) Nepotřebuji zatím žádné služby
- e) Jiná odpověď.....

16. Chtěli byste vědět více informací o domácí péči?

- a) Ano
- b) Ne

17. Pokud by to šlo a byly všechny nutné prostředky zajištěny, upřednostnili byste zdravotní péči v domácím prostředí před péčí s pobytem v nemocnici?

(Pokud ano, přejděte k otázce č. 18, pokud ne, přejděte k otázce č. 19.)

- a) Ano
- b) Ne

18. Proč byste upřednostnili zdravotní péči doma před péčí nemocniční?

.....
.....
.....

19. Proč byste upřednostnili zdravotní péči v nemocnici před péčí v domácím prostředí?

.....
.....
.....

Ještě jednou Vám děkuji za čas, při vyplňování dotazníku.

PŘÍLOHA P IV: ETICKÝ KODEX PRACOVNÍKŮ OSOBNÍ ASISTENCE

- *Pracovníci musí upřednostnit své profesionální povinnosti a odpovědnost před svými soukromými zájmy. Služby, které poskytují, musí být na nejvyšší odborné úrovni.*
- *Pracovníci ctí uživatele jako rovnocenné bytosti a chovají se k nim s respektem.*
- *Poskytovatel pěstuje ve všech svých pracovnících úctu k životu, respekt k uživatelově osobní cti, dobré pověsti a jménu a systematicky se snaží hledat postupy nejen pro odstranění těžkostí, ale i pro zvyšování kvality života u konkrétních uživatelů.*
- *Součástí poskytovaných služeb je pomoc v naplňování svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání uživatelů.*
- *Pracovníci nesmí nikdy zneužívat oprávnění plynoucích z jejich pracovního postavení, ať už pracují za úplatu nebo bezplatně, musí si být vědomi, že jejich práce znamená především službu lidem s postižením.*
- *Pracovník je povinen:*
 - *v souvislosti s výkonem zaměstnání nepřijímat dary a nezneužívat žádné výhody,*
 - *jednat a rozhodovat nestranně a zdržet se všeho, co by mohlo ohrozit důvěru v nestrannost rozhodování,*
 - *dbát, aby klienti obdrželi všechny služby, na které mají nárok, a to nejen od zařízení, ve kterém je pracovník zaměstnán, ale i od ostatních příslušných zdrojů,*
 - *zdržet se jednání, které by mohlo vést ke střetu veřejného zájmu se zájmy osobními,*
 - *jednat tak, aby byla chráněna důstojnost a lidská práva klientů,*
 - *zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se pracovník dozvěděl při výkonu zaměstnání [21]*

PŘÍLOHA P V: VYJÁDŘENÍ RESPONDENTŮ K DOMÁCÍ PÉČI

- Můj dům – můj hrad.
- Doma je doma.
- Pokud to vyžaduje menší zdravotní péči, cítila bych se lépe doma. Věřím v kvalitní péči pečovatелů v našem městě.
- Doma se cítím lépe. Mám tam svou postel, známé prostředí.
- Domácí péče je pro mě výhodou, protože je kolem mě rodina, v nemocnici by to nebylo možné.
- Mám chronický strach z prostředí nemocnice. Všechno se mi tam děle hojí, mívám úzkost, horečku. Doma se rychleji zotavuji, mám ráda klid a pohodu ve svém bytě.
- Pokud by byla domácí péče kvalitní, vždy bych byl radši doma. V nemocnici mi vadí komunikace mezi pacientem a zdravotním personálem. Chtělo by to zlepšit.
- Doma by to bylo pro mě méně stresující, ale vím, že z finančních důvodů to nebude možné.
- Domácí prostředí považuji za příznivější, pokud člověk je trochu chodící.
- Pokud by má rodina zvládla moje zdravotní postižení, je pro mě lepší domácí prostředí – klid, domácí prostředí, láska blízkých.
- Pokud to zdravotní stav pacienta dovolí, je podle mého soudu lepší, aby byl ošetřován doma. Domácí prostředí působí blahodárně na psychiku ošetřovaného a jeho celkový zdravotní stav.
- Bojím se nemocnice. Kdyby to šlo, radši bych byla doma.
- Je to určitě prostředí, které důvěrně znám i věci, které mě obklopují. Třeba i pohled z okna (sýkorky v korýtku). To by určitě všechno přispívalo k nesení obtíží spojených s nemocí.
- Domácí prostředí samo léčí.
- Bojím se pobytu v nemocnici. Nemám důvěru v nemocniční personál.
- Velká vzdálenost do nemocnice, trpím klaustrofobií.

- Jsem se svými příbuznými, nemůže mě nikdo ošidit.
- Nemám tolik peněz být v nemocnici a chybí mi tam moje knihovna.
- V nemocnici se necítím dobře, bojím se, aby mi někdo neublížil.
- Manželka je zdravotní sestra. Ona se o mně stará doma nejlépe.
- Doma se stůně lépe, ale někdy to nejde. V nemocnici se všichni snaží, aby to člověk zvládl.
- Psychicky nemocnici nesnáším, chci být doma ve svém.
- Nejlíp se budu vždycky cítit doma. Být mimo domov bude pro mě pomalé umírání.
- Mám byt vybavený pro možnost samostatné existence i při mém postižení – jsem na vozíku, nemohu vůbec chodit.
- V domácím prostředí se mi lépe spí, cítím se spokojeněji a bezpečněji.
- Doma mám svůj klid.
- Bydlím sama, když jsem nemocná, nechci být doma opuštěná, chci do nemocnice a mezi lidi. Doma to sama nezvládám.
- Ne jednou mě v nemocnici zachránili, v domácím prostředí by to nebylo možné. V nemocnici mají vše potřebné, doma má každý jen základní lékárničku.



Domácí péče

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

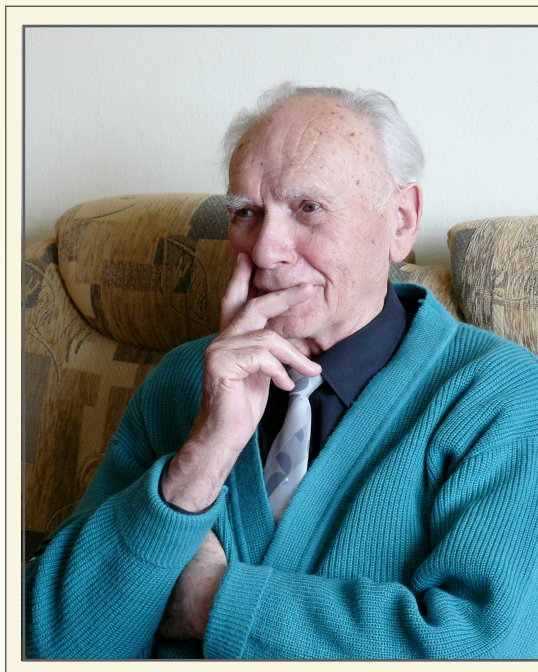
Domácí péče je péče poskytovaná člověku v jeho přirozeném sociálním prostředí. Je to integrovaná forma péče, proto se označuje také jako komplexní domácí péče.



Podrobnější informace získáte u:

- praktických lékařů
- sociálních pracovníků
- agentur domácí péče
- pečovatelské a ošetrovatelské služby

Domácí péče



VAŠE OTÁZKY

- Co je domácí péče
- Jaké služby nabízí
- Kdo ji může využívat
- Kdo se o Vás bude starat
- Jaké jsou její výhody



Kdo jsem a co je mým cílem?

Dobrý den,

*jmenuji se Eliška Vilímková a
jsem studentkou 3. ročníku
bakalářského studia Univerzity
Tomáše Bati ve Zlíně, studijního
oboru Všeobecná sestra.*

*Ve své bakalářské práci jsem se
zabývala informovaností seniorů
o službách poskytovaných domácí
péčí. Z výzkumu vyplynulo, že
senioři jsou nedostatečně
informováni o této službě a na
základě jejich zájmu o danou
problematiku jsem vytvořila tuto
brožuru.*

Informace

Domácí péče nabízí klientům kvalitní péči v jejich přirozeném prostředí domova. Péči pacientovi zajišťuje multidisciplinární tým lidí různé odbornosti 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce, zkrátka nepřetržitě. Základní péči zajišťují rodinní příslušníci a blízké osoby pacienta. Na ně navazuje již odborná péče, kterou vykonávají zdravotní sestry, ošetrovatelky, sociální pracovníci, lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, nutriční terapeuti a další odborníci, kteří spolu navzájem spolupracují a zajišťují tak klientovi komplexní péči. Domácí péče je poskytována všem lidem bez rozdílu věku, rasy, pohlaví, náboženské nebo politické orientace.

Odborná zdravotní péče

Ordinuje ji ošetřující lékař klienta. Nejčastěji se jedná o služby: sledování fyziologických funkcí, podávání léků, aplikace injekcí, ošetření ran, odběry biologických materiálů, převazy po operacích a úrazech. Tyto služby jsou poskytovány odborným zdravotnickým

personálem, to znamená sestrami domácí péče.

Sociální péče

O rozsahu péče rozhoduje sociální pracovník na základě sociálního šetření. Zde spadají pečovatelské úkony jako např.: osobní hygiena, doprovod na vyšetření, nákupy, úklid bytu, dovoz oběda, praní a žehlení prádla. Tuto péči poskytují pečovatelky.

Pozitiva

- ekonomický výhodnější než pobyt v nemocnici
- individualizovaná péče pro každého
- přirozené domácí prostředí
- účast rodinných příslušníků
- komplexnost - léčebná činnost, ošetrovatelská, rehabilitační, psychoterapeutická, sociální, konzultační aj.