

Využití agentur domácí péče v paliativní péči

Marie Zbranková

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Marie Zbranková
Osobní číslo: H15556
Studijní program: B5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Forma studia: kombinovaná

Téma práce: Využití agentur domácí péče v paliativní péči

Zásady pro vypracování:

Nastudování odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti domácí a paliativní péče.

Příprava metodiky výzkumu, stanovení kritérií pro výběr respondentů.

Realizace kvantitativního výzkumu technikou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení informací včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007c. ISBN 978-80-7262-471-3.

KABELKA, Ladislav. Geriatrická paliativní péče. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4225-3.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. On death & dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy & their own families. Scribner trade paperback edition. New York: Scribner, 2014. ISBN 978-1-4767-7554-8.

MARKOVÁ, Marie, ed. Komunitní ošetřovatelství pro sestry. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-499-3.

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, Jana LEVICKÁ, Alena VOSEČKOVÁ a Eva MYDLÍKOVÁ. Mezi láskou a povinností – péče očima pečovatelů. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-570-7.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Anna Krátká, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. ledna 2018

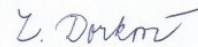
Termín odevzdání bakalářské práce:

18. května 2018

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka 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 spoluautor.

Ve Zlíně 28.2.2014

.....
.....

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 nevydávajíc 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 užití 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 jím 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 přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje tématu agentur domácí péče v souvislosti s paliativní péčí. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se podrobněji zabývá agenturami domácí péče, jejich fungováním a významem. Charakterizuje paliativní péči, její principy. Zaměřuje se na význam rodiny pro nemocného a soustředí se na úlohu sestry v domácí péči. Praktická část je zaměřena na výzkum v této problematice. Zabývá se využitím a spoluprací agentur domácí péče s pečujícími o nevléčitelně nemocné.

Klíčová slova: domácí péče, paliativní péče, pečující, rodina

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the topic of home care agencies in relation to palliative care. The thesis is divided into a theoretical part and practical part. The theoretical part deals in more detail with home care agencies, their functioning and meaning. It characterizes palliative care, and its principles. It focuses on the importance of a family for the patient and focuses on the role of a nurse in home care. The practical part is focused on the research on this issue. It deals with the use and cooperating of home care agencies with caring for incurable patients.

Keywords: home care, palliative care, carer, family

Děkuji paní PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za cenné rady, inspiraci, odbornost, vstřícnost a trpělivost při vedení bakalářské práce. Poděkování patří i celé mé rodině a kamarádům za jejich pomoc, optimismus a podporu během celého studia.

Motto: „Najít krásu ve smutku, naději ve ztrátě a důstojnost v prohře – v tom je skutečné umění života.“

Arthur Miller

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

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 AGENTURY DOMÁCÍ PÉČE	11
1.1 DEFINICE DOMÁCÍ PÉČE.....	12
1.2 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE.....	12
1.3 VÝZNAM AGENTUR DOMÁCÍ PÉČE	14
1.4 SLUŽBY POSKYTOVANÉ ADP	15
2 PALIATIVNÍ PÉČE	18
2.1 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE.....	19
2.2 PRINCIPY PALIATIVNÍ PÉČE.....	19
2.3 INDIKACE PALIATIVNÍ PÉČE	22
2.4 DĚLENÍ A ORGANIZACE PALIATIVNÍ PÉČE	23
3 NEMOCNÝ JAKO KLIENT ADP	25
3.1 ÚLOHA SESTRY	25
3.2 VÝZNAM RODINY PŘI PÉČI O NEMOCNÉHO	27
3.3 PODPORA PEČUJÍCÍM	30
3.3.1 Syndrom vyhoření	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 METODIKA PRAKTICKÉ ČÁSTI PRÁCE	36
4.1 CÍLE VÝZKUMU	36
4.2 CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ	36
4.3 METODA A TECHNIKA VÝZKUMU.....	36
4.4 CHARAKTERISTIKA POLOŽEK	36
4.5 ORGANIZACE ŠETŘENÍ	37
4.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	38
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	39
6 DISKUSE	70
6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	76
7 ZAVĚR	78
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	79
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	84
SEZNAM TABULEK	86
SEZNAM GRAFŮ	87
SEZNAM PŘÍLOH	88

ÚVOD

Stále častěji se v naší uspěchané společnosti mluví o stárnutí populace. Je nepopíratelné, že starých lidí přibývá, a to především v souvislosti s rozvojem medicíny. I přes obrovské pokroky jsou stále nemoci, které moderní medicína nedokáže vyléčit, ale dokáže zmírnit jejich projevy, ulevit od bolesti a zachovat kvalitu života. Seniorský věk je velmi často spjat se změnami zdravotního stavu, a to převážně směrem k horšímu. V důsledku těchto změn dochází k hospitalizacím, a tím pádem k vytržení seniora z jeho vlastního sociálního prostředí, k odloučení od rodiny a k následným psychickým změnám. Pokud má rodina nemocného dostatek informací, odvahy a vůle, je možnost, aby nemocný dožil svůj život v domácím prostředí obklopen svými blízkými, ve svém pokoji, ve své posteli. Péče o nevléčitelně nemocného v domácím prostředí je velmi náročná nejen fyzicky, ale především psychicky. Ten, kdo si tuto situaci sám neprožil, si jen velmi obtížně dokáže představit, jak je tato péče vyčerpávající a jak je zapotřebí poskytování podpory a pomoci celé rodině. V současnosti zažíváme snahu vrátit péči o nemocné a umírající do domácího prostředí. Agentury domácí péče tvoří důležitou, ale zároveň často opomíjenou součást zdravotního systému ČR. V rámci poskytování péče jsou však důležitým prvkem s obrovským potenciálem pomoci, který je potřeba maximálně využít. Jejich působení výrazně ovlivňuje kvalitu života a kvalitu péče o staré a nemocné. Rovněž paliativní péče a umírání se stává medializovaným tématem a dostává se do popředí zájmu společnosti a politiků. To je možno doložit nově zavedeným financováním poskytování paliativní péče z fondu veřejného zdravotního pojištění. Další snahu o podporu domácí péče můžeme vidět ze strany sociální politiky státu, kdy je poskytována finanční pomoc nemocným a jejich pečovatelům, nebo je jim umožněno využívání různých typů sociálních služeb.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teorie se zabývá významem a úlohou ADP, otázkou paliativní péče a postavením nemocného a rodiny v rámci poskytování domácí péče. Práce se věnuje i úloze sestry v ADP.

Praktickou část tvoří empirický výzkum kvantitativního charakteru. Cílem práce je zmapovat využití agentur domácí péče rodinnými příslušníky pečujícími o nemocné v paliativní péči.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 AGENTURY DOMÁCÍ PÉČE

Agentura domácí péče (ADP) je organizace, která poskytuje domácí péči v praxi. Je to samostatný právní subjekt poskytující zdravotní péči. V České republice (ČR) jsou uzákoněny dva typy domácí péče, a to státní a nestátní. Zřizovatelem je tudíž buď samostatná právnická či fyzická osoba, nebo státní instituce, organizace a obce. ADP mohou provozovat i humanitární a církevní organizace (ČČK, diakonie, Česká katolická charita), které jsou považovány za nestátní poskytovatele. K tomu, aby mohla ADP vzniknout

a fungovat, je potřeba:

- registrace k výkonu činnosti na magistrátu, krajském úřadě,
- zpracování strategie fungování ADP,
- podstoupit výběrové řízení,
- uzavřít smlouvy s pojišťovnami,
- uzavřít dohody s praktickými lékaři,
- zpracovat vizi a cíle ADP,
- vymezit rozsah působnosti,
- vybrat vhodné pracovníky,
- zajistit propagaci ADP (Hanzlíková a kol., 2007 s. 252-253; Marková a kol., 2009, s. 45).

Právní rámec poskytování domácí zdravotní péče určuje §22 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, kde se uvádí, že: „*hrazenými službami je i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako:*

a) domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího poskytovatele ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu“ (zákon č. 48/1997 Sb.). Síť zařízení poskytujících domácí péči je zajištěna podle § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (Česko, 1997).

Agentury domácí péče v ČR využívají vícezdrojové financování. Hlavní zdroj příjmů tvoří platby pojišťoven z fondu veřejného zdravotního pojištění na základě uzavřených smluv mezi ADP a danou pojišťovnou. Výše úhrad se řídí vždy platnou vyhláškou. Dalšími zdroji jsou přímé platby pacientů, sponzorské dary, granty a nadační příspěvky (Marková a kol., 2009, s. 45).

Dle ÚZIS ke 31. 12. 2011 bylo v ČR zaregistrováno 472 oddělení a pracovišť domácí zdravotní péče. Jejich služeb využilo více než 147 000 pacientů. V roce 2011 uskutečnili pracovníci domácí zdravotní péče celkem 5,9 milionu návštěv (průměrně 40 návštěv u jednoho pacienta za rok) a provedli celkem 11,6 milionu výkonů (ÚZIS, 2012).

1.1 Definice domácí péče

„Domácí péče je odborná zdravotní péče poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyčísitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti“ (Marková a kol., 2009, s. 42).

Domácí péče je určena bez rozdílu každému nemocnému, jehož zdravotní stav vyžaduje a umožňuje poskytovat potřebnou zdravotní péči v jeho domácím prostředí. Úkolem a cílem domácí péče je poskytovat kvalitní a efektivní zdravotní péči, zajistit maximální rozsah a dostupnost poskytované péče (Česká asociace sester, c2008).

Domácí péče zdravotního charakteru poskytuje péči nelékařskou, převážně zaměřenou na ošetrovatelské a rehabilitační činnosti. V praxi se můžeme setkat s pojmy jako komplexní domácí péče a z angličtiny převzatý výraz „home care“ (Kalvach a kol., 2011, s. 83).

1.2 Historie domácí péče

Vývoj ošetrovatelství byl a je ovlivňován náboženskými, politickými, ekonomickými, kulturními a sociálními faktory. Od nepaměti existovala v rodinách péče a starost o člověka. Samozřejmostí bylo v rodině se narodit, v rodině umírat a v rodině zemřít. Před příchodem křesťanství o nemocné pečovaly převážně ženy, které docházely k nemocným. Prvním řádem, který poskytoval péči nemocným v domácnostech, byl středověký řád sester ošetrovatelek augustiánek a řád vincentek (Hanzlíková a kol., 2007, s. 238). S příchodem křesťanství je služba lidem vnímaná jako služba bohu, dochází

k postupnému zakládání řádů a klášterů. Ošetrovatelská péče je zaměřena na nemocné, postižené, chudé a trpící. Péče je poskytována na základě víry, soucitu, pokory a milosrdenství. Katolická církev soustředila svoji pomoc do klášterů a špitálů. Naopak protestantská církev se soustředila na pomoc v rodině, v komunitě. O nemocné pečovaly diakonky (Bužgová, Plevová, 2011, s. 16-17). V roce 1617 Vincent de Paul založil dámský spolek *Dames de charité* a zavedl zásady domácí zdravotní péče. Péče byla poskytována nemocným, chudým a umírajícím (Kazimour, 2017, s. 224). Viliam Rathbon spolu s Florence Nightingalovou založili v roce 1859 v Anglii první školu pro sestry návštěvní služby. Ošetrovatelská péče byla poskytována především chudým a nemohoucím. Ve Spojených státech amerických v 19. století vzniklo několik organizací poskytujících domácí péči. Ve Philadelphii vznikla v roce 1887 společnost domácí péče a v roce 1888 v Bostonu oblastní asociace domácí péče. V roce 1893 v New Yorku byla pod vedením sester Lilian Waldové a Mary Rogersové zřízena ošetrovatelská služba pod záštitou ministerstva zdravotnictví. Devatenácté století zaznamenává rozmach domácí péče i v Evropě, ta se však soustřeďuje zejména na staré občany. Výjimku tvoří Holandsko, kde je péče poskytována všem nemocným bez ohledu na věk. Neustálými rostoucími finančními náklady na poskytování zdravotní péče dochází ve druhé polovině 20. století opět k postupnému návratu poskytování domácí péče. Podíl na tomto rozvoji má WHO, která vyhlásila v roce 1977 program „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Mimo jiné je zde kladen důraz na potřebu domácí zdravotní péče (Hanzlíková a kol., 2007, s. 238-239).

Rovněž na našem území vznikaly v době křesťanství různé církevní řády a kongregace poskytující službu bližnímu (klaristky, milosrdní bratři, alžbětinky). Za zakladatelku českého ošetrovatelství je považovaná Anežka Přemyslovna, která se zasloužila o založení několika špitálů. Další významnou osobností středověkého ošetrovatelství byla Zdislava z Lemberka, která navštěvovala nemocné a chudé. Za vlády Marie Terezie dochází k rozsáhlé reformě ve zdravotnictví. Nemocnice se začínají zaměřovat především na léčbu, staví se nové nemocnice, chorobince, útulky, vznikají ucelené teorie zdravotnictví. V roce 1919 je z iniciativy Alice Masarykové založen Československý červený kříž (ČSČK). Sestry a ošetrovatelky ČSČK vykonávaly ošetrovatelskou službu v rodinách. Současně byla založena Masarykova škola zdravotní a sociální péče. Od roku 1952 zodpovědnost za poskytování domácí zdravotní péče přebírá stát. Služby přechází do režie obvodních ambulancí a sestry pracují jako sestry

geriatrické (Hanzlíková a kol., 2007, s. 238-239; Kutnohorská 2010, s. 17-68). Rozvoj domácí péče v ČR přichází až po roce 1989. Vznikají první agentury domácí péče jako součást České katolické charity. Ministerstvo zdravotnictví ČR v roce 1991 legálně zaštiťuje provoz domácí péče, je spuštěn dvouletý pilotní program. V tomtéž roce je pořádán první kongres domácí péče ve Štrasburku a v roce 1993 vzniká Asociace domácí péče v ČR. Dochází k velkému nárůstu ADP, tento nárůst začíná zpomalovat ve druhé polovině 90. let (Hanzlíková a kol., 2007, s. 239-240; Česká asociace sester, c2008).

1.3 Význam agentur domácí péče

Poskytování služeb formou domácí péče nese s sebou některé výhody. Jsou to zejména ekonomičnost, individualizace a komplexnost péče (Marková a kol., 2009, s. 44).

Ekonomičnost péče spočívá v její hospodárnosti. Péče poskytovaná nemocným v domácím prostředí je mnohonásobně levnější než péče ústavní. Prezidentka Asociace domácí péče ČR Kondelíková ve výstupu z tiskové konference uvádí srovnání celkových úhrad na zdravotní péči od zdravotních pojišťoven. Segment domácí zdravotní péče čerpá necelé 1 % z celkového objemu. Celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2016 byly 253 miliard. Nárůst o 1 % v lůžkových zařízeních činí přibližně 1 miliardu, oproti tomu 1 % nárůst v domácí zdravotní péči představuje přibližně 19 milionů korun. Současně však poukazuje na problém v domácí péči v oblasti úhrad, kdy od roku 1995 nedošlo k žádnému navýšení materiálových kódů, přestože zdravotnický materiál od té doby mnohonásobně podražil (Asociace domácí péče, 2018).

Péče poskytovaná ADP je vysoce individualizovaná. K nemocnému je přístupováno jako k jedinečné bytosti, která má své konkrétní potřeby. Je uplatňován holistický přístup, který vnímá člověka jako celek, jako bio-psycho-sociální bytost. Komplexnost domácí péče spočívá v poskytování všech činností, které jsou uplatňovány v souvislosti s léčbou nemocného. Na péči se podílí multidisciplinární tým, který poskytuje činnosti spojené s ošetřováním, rehabilitací, psychickou podporou nemocného, potažmo rodiny. Rodina hraje v péči o nemocného důležitou a podstatnou roli, jelikož je péče poskytována v domácnosti nemocného. Dalším významným plusem této péče je snížení rizika nozokomiálních nákaz (Hanzlíková a kol., 2007, s. 246-248).

Cílem domácí péče je zajistit souhru zdravotní péče a sociální pomoci. V USA je pro domácí péči užíván pojem *Home Care*, se kterým se můžeme setkat i u nás. Existují různé formy poskytování domácí péče:

- akutní domácí péče – péče poskytovaná nemocným krátkodobě, v řádu dnů, či týdnů. Nejčastěji se jedná o nemocné po úrazech, pooperační stavy, při akutním zhoršení chronické nemoci,
- dlouhodobá domácí péče – nejčastěji uplatňována forma péče v ADP, poskytována několik měsíců až let. Je určena nemocným s chronickou chorobou, (CMP, DM, demence, sklerosis multiplex....), umírajícím, geriatrickým nemocným. Obvykle je spojována s různou formou sociální pomoci, jedná se o komplexní domácí péči,
- preventivní domácí péče – je prováděna za účelem preventivního monitoringu zdravotního stavu (měření FF, sledování celkového zdravotního stavu). Frekvenci návštěv určuje ošetřující lékař,
- domácí hospicová péče – péče poskytovaná nemocným v preterminálním a terminálním stadiu života. Uplatňuje se u nemocných, u kterých se předpokládá ukončení terminálního stádia života do šesti měsíců,
- domácí péče ad hoc – jedná se o jednorázovou domácí péči nepravidelného charakteru (odběry biologického materiálu, jednorázové aplikace injekcí) (Jarošová, 2007, s. 65-67).

Dalšími úkoly a cíli ADP je zabezpečit potřebnou ošetrovatelskou péči, koordinovat poskytovanou péči s ambulantní a ústavní péčí a s pečovatelskými službami. Péči o nemocné humanizovat, zabezpečit dostupnost služeb, zvyšovat zdravotní povědomí, klást důraz na zodpovědnost jedince za své zdraví. V neposlední řadě informovat veřejnost o opodstatnění využívání služeb ADP v souvislosti s její hospodárností (Hanzlíková a kol., 2007, s. 249).

1.4 Služby poskytované ADP

Vyhláška MZ ČR č. 55/2000 Sb. eviduje domácí zdravotní péči jako odbornost 925. Rozsah, frekvenci a obsah poskytovaných služeb určuje ošetřující lékař při ukončení hospitalizace anebo praktický lékař nemocného. ADP obvykle zajišťují péči 24 hodin 7 dní v týdnu. Z časového hlediska existují návštěvy v délce 15 minut, 30, 45 a 60 minut. Maximální frekvence je tři návštěvy denně (Česko, 2000). Od roku 2010 však existuje možnost poskytovat zdravotní péči klientům v terminálním stadiu nemoci

ve vlastním domácím prostředí. Pro tyto účely byl vytvořen pro odbornost 925 tzv. „signální kód“, který ruší omezení počtu návštěv v jeden den. To znamená, že péče o tyto nemocné již nebude omezena a zdravotní sestra může pacienta v terminálním stádiu navštěvovat i několikrát denně dle jeho potřeby a předpisu ošetřujícího nebo praktického lékaře. Jedná se o agregovaný výkon, ve kterém jsou zahrnuty veškeré zdravotní služby poskytnuté v jednom dnu (Česko, 2009). Hlavní náplní ADP je přímé vykonávání ošetrovatelských činností a úkony spojené s chodem agentury. Péči v ADP poskytuje multidisciplinární tým, jehož součástí tvoří lékaři, sestry, další zdravotničtí pracovníci, pečovatelky, volentéři (Marková a kol., 2009, s. 42). Vlastní ošetrovatelskou péči poskytuje všeobecná sestra na základě ordinace lékaře. Činnosti všeobecné sestry a její kompetence jsou dány zákonnou normou. Odborná způsobilost k výkonu je dána zákonem č. 201/2017 Sb. (Česko, 2017c). Konkrétní vykonávané činnosti jsou vymezeny vyhláškou č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 (Česko, 2017b). Sestry ADP vykonávají zejména úkony spojené s poskytováním ošetrovatelské péče a to v souladu s platnou legislativou a úkony spojené s chodem agentury. Mezi poskytované ošetrovatelské činnosti v domácím prostředí patří zejména: úkony spojené s osobní hygienou, sledování fyziologických funkcí, příprava a aplikace léků, péče o výživu, dietní režim nemocného, ošetrování ran, odběry biologického materiálu, nácvik soběstačnosti a ošetrovatelská rehabilitace, polohování, úprava prostředí nemocného, edukace jak nemocného, tak rodiny. Činnosti, které jsou spojeny s chodem agentury, spočívají ve: vedení ošetrovatelské dokumentace dle platné legislativy, vedení knihy jízd a výkaznictví pro zdravotní pojišťovny, spolupráci s praktickými a ošetroujícími lékaři či jinými zdravotníky, předávání informací, zajištění a nákupu zdravotnického materiálu, koordinaci práce sester, plánování celoživotního vzdělávání sester. Součástí některých ADP jsou i půjčovny zdravotnických a kompenzačních pomůcek, které mohou být nemocnému zapůjčeny za úhradu (Hanzlíková a kol., 2007, s. 249-251; Marková a kol., 2009 s. 51-54). Mimo domácí zdravotní péči může ADP zajišťovat i služby sociálního charakteru, může se jednat o služby pečovatelské, osobní asistenci, provoz denního stacionáře. Služby spadající do sociální oblasti vykonává pracovník v sociálních službách (pečovatelka). Poskytované služby nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, péči si hradí nemocný sám. Pokud si nemocný požádá o příspěvek na sociální péči a tento je mu přiznán, slouží tyto finance k úhradě sociální, pečovatelské služby. Nejčastěji se jedná o služby spojené

s osobní hygienou, praním, žehlením, úklidem, nákupy, zajištěním stravy a podobně. Pokud ADP poskytuje mimo zdravotních služeb i služby sociálního charakteru, řídí se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Arnoldová, 2016,s.34-36).

2 PALIATIVNÍ PÉČE

Z historického hlediska můžeme za vznik paliativní péče považovat polovinu 19. století, kdy byl založen první hospic v Londýně, a to v roce 1847 v Lyonu Jeanne Garnierovou. Byla zde poskytována péče nevléčitelně nemocným. Výraznou osobností po druhé světové válce byla Cicely Saundersová, která se aktivně zabývala paliativní péčí a postupně zaváděla zásady poskytování paliativní péče. Důležitým mezníkem je rok 1967, kdy byl založen hospic sv. Kryštofa v Londýně. Tento je považován za první moderní zařízení paliativní péče. Paliativní péče byla často posouvána na okraj zájmu odborníků a označována dokonce za neprofesionální, jelikož nepoužívala poznatků a výsledků moderní medicíny při léčbě. Postupně se paliativní péče rozvíjela jak v hospicích, tak i v domácím prostředí. Největšího rozvoje se domácí paliativní péči dostalo v USA a Velké Británii. V roce 1975 kanadský lékař Belfour Mount použil pro své nemocniční oddělení označení „oddělení paliativní péče“ (Palliative Care Service). Tímto chtěl předcházet nedorozuměním a zaměňováním paliativní péče za péči hospicovou. V roce 1986 je ve Velké Británii paliativní medicína uznána jako samostatný specializační lékařský obor. V ČR se tak stalo až v roce 2004, kdy byl uznán samostatný obor paliativní medicína a léčba bolesti (Vorlíček a kol., 2012, s. 219-220). Rozvoj paliativní péče v ČR začal až po sametové revoluci v roce 1989, kdy zdravotníci měli možnost sbírat zkušenosti týkající se tohoto tématu v zahraničí. Prvním hospicem u nás byl hospic Anežky České v Červeném Kostelci založený v roce 1995. Postupně začaly vznikat další lůžkové a mobilní hospice. První oddělení paliativní péče bylo otevřeno v nemocnici v Babicích nad Svitavou v roce 1992, postupně začalo fungovat jako LDN. Od roku 2001 je v provozu specializovaná ambulance paliativní medicíny v rámci Oddělení léčby bolesti ve Fakultní nemocnici Brno (Vorlíček, Sláma, 2005). O rozvoj hospicového hnutí u nás se výrazně zasloužila MUDr. Marie Svatošová. V roce 1993 založila občanské sdružení Ecce homo zaměřené na podporu tohoto hnutí a domácí péče. Tématem umírání a smrti související s poskytováním paliativní péče se jako první začala po roce 1989 aktivně zabývat prof. Helena Haškovcová. V roce 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče. Ta vydala v roce 2007 Standardy hospicové paliativní péče definující požadavky určující kvalitu péče (Bužgová, 2015, s. 20-21). Ročně potřebuje v ČR paliativní péči více než 70 000 nemocných. Péči u 50 tisíc nemocných lze zvládnout pomocí poskytování obecné paliativní péče a 20 tisíc pacientů by mělo prospěch ze specializované paliativní péče. Většina chronicky nemocných umírá v lůžkových

zdravotnických zařízeních, kde nelze zajistit kvalitní paliativní péči. Méně než 3 tisíce nemocných potom umírá v lůžkových hospicích. Jen několika stovkám nemocným je dostupná ambulantní nebo mobilní specializovaná paliativní péče (Sláma a kol., 2016, s. 445 – 450).

2.1 Definice paliativní péče

V literatuře se můžeme setkat s více definicemi paliativní péče a s jejím postupným historickým vývojem. Společným znakem těchto definic je, že paliativní péče je poskytována nevyléčitelně nemocným lidem, je orientována na kvalitu života a uspokojování potřeb nemocného při zachování úcty a důstojnosti. Samotné slovo „paliativní“ pochází z latinského slova „pallium“, což znamená rouška nebo plášť. Anglické „palliate“ překládáme jako mírnit, tišit. Tato dvě spojení si můžeme vysvětlit jako, „zakrýt hojivou rouškou účinky nevyléčitelných nemocí“ (Bužgová, 2015, s. 16).

Definice z roku 1987 uvádí, že: „*Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.*“ (Vorlíček, Sláma, 2005).

Světová zdravotnická organizace definuje v roce 1990 paliativní péči jako: „*aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“ (Bužgová, 2015, s. 16). V roce 2002 potom WHO tuto definici upravila. Do popředí v ní staví zlepšení kvality života, cílem péče není vyléčení nebo prodloužení života nemocného. Důraz je kladen především na prevenci a účinné mírnění bolesti, tělesných i duševních problémů, zachování úcty a důstojnosti. Součástí paliativní péče je i podpora blízkých nemocného. Paliativní péče se již nesoustředí pouze na onkologicky nemocné a na nemocné v terminálním stadiu nemoci (Vorlíček, Sláma, 2005).

2.2 Principy paliativní péče

Paliativní péče je péče, která má svůj koncept. Je založena na komplexnosti poskytování zdravotní a sociální péče o nemocné, má stanoveny své principy a cíle. Principy poskytování paliativní péče v sobě odrážejí holistický přístup, úctu a zachování důstojnosti nevyléčitelně nemocných. Neoddělitelnou součástí této péče je i podpora a pomoc

blízkým, příbuzným a pečujícím, a to nejen v době nemoci, ale i po smrti nemocného. Konkrétní péče o nemocného je vysoce individualizována. Je zaměřena na uspokojování všech potřeb nemocného v biologické, psychologické, sociální a spirituální oblasti. V popředí péče je snaha o navýšení nebo alespoň zachování kvality života. Léčba nemocného je postavena zejména na paliativním přístupu, ale nevyklučuje ani přístupy kurativní. Léčba v paliativní péči se soustředí zejména na úlevu a léčbu symptomů nemoci. Upouští se od vyšetřovacích metod a takové léčby, která by neměla vliv na zlepšení kvality života, vždy se bere na zřetel prospěšnost léčby pro pacienta. Důležitým aspektem při poskytování paliativní péče je stanovení plánu, který v sobě zahrnuje především vývoj péče na konci života - institut dříve vysloveného přání, stanovení zástupce nemocného. Dalším principem uplatňovaným v paliativní péči je společné rozhodování. Nemocný, rodina pečující aktivně spolupracují se zdravotníky a podílejí se na rozhodování při péči a léčbě. Paliativní péče je kontinuální péče, poskytována multidisciplinárním týmem (Kabelka, 2017, s. 24-25).

„Cílem paliativní péče je zmírnit tělesná a duševní strádání pacienta při zachování jeho důstojnosti, což znamená, že je kladen důraz i na jeho sociální a spirituální problémy. Rovněž je poskytována podpora jeho blízkým“ (Kala, Dorková, 2017, s. 11). Paliativní péče je poskytována nemocným s různým stupněm zdravotního postižení. Cíle paliativní péče nejsou statické, během nemoci se aktuálně mění podle vývoje nemoci a potřeb nemocného (Kala, Dorková, 2017, s. 11). Paliativní péče v ČR si klade za cíl dostupnost kvalitní paliativní péče jak v oblasti zdravotní, tak v oblasti sociální. Snaží se o zachování možnosti volby, kde a jak si přeje nemocný trávit zbytek života. Rodinám, blízkým a pečujícím se pak snaží poskytovat psychologickou a sociální podporu. Koncept paliativní péče prokázal, že při správném poskytování komplexní zdravotní a sociální péče je možno mírnit symptomy onemocnění, sestavit individuální plán péče s ohledem na potřeby nemocného, udržet kvalitu života nemocného a jeho blízkých, podporovat nemocného, rodinu a pečující (Kabelka, 2017, s. 20).

Důkazem toho, že paliativní péče respektuje nemocného, umožňuje mu spolurozhodovat o léčbě a o způsobu poskytované péče, je i existence institutu dříve vysloveného přání. Člověk v něm předem vyslovuje svůj souhlas či nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytování pro případ, že mu v budoucnu jeho zdravotní stav neumožní souhlas nebo nesouhlas vyslovit. Dříve vyslovené přání právně řeší § 36 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, jehož příslušná ustanovení vychází z článku

9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Aby bylo dříve vyslovené přání platným dokumentem, musí splňovat z právního hlediska určité náležitosti. Vždy musí mít písemnou podobu a je nutné, aby bylo opatřeno úředně ověřeným podpisem nemocného. Nemocný sepisující dokument musí být starší 18 let. Dále musí obsahovat písemné poučení nemocného o následcích jeho rozhodnutí, a to praktickým lékařem, u něhož je pacient registrován, nebo ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí. (Česko, 2011). Dříve vyslovené přání nelze uplatnit u nezletilých a u nemocných s omezenou svéprávností. Jeho platnost není časově omezena. Pokud nastane situace, kdy nemocný není schopen vyslovit svůj souhlas nebo nesouhlas, je poskytovatel povinen respektovat dříve vyslovené přání. Nemocný může dříve vyslovené přání učinit i při přijetí k hospitalizaci nebo během ní, které bude souviset s poskytováním zdravotních služeb s daným poskytovatelem. Toto je zapsáno do zdravotnické dokumentace nemocného, je opatřeno jeho podpisem, podpisem zdravotnického pracovníka a svědka (Tomešová, 2016). Důležitým aspektem při sepisování dříve vysloveného přání je, aby nemocný pokud možno co nejpřesněji popsal situaci, kdy má být plněno. Matějek uvádí okruh několika témat, na které je možné se při sepisování dříve vysloveného přání zaměřit. Je to například: postoj nemocného k umělému podání výživy a tekutin, k resuscitaci, k zavedení dechové či vasoaktivní podpory, postoj k paliativní sedaci, k podávání krevních derivátů, transfuze, antibiotik, zavedení dialýzy, postoj k případnému vypnutí kardiostimulátoru nebo implantabilního kardioverteru. Nemocný může vyjádřit i to, jak se staví k hospitalizaci, nebo zda si přeje zůstat doma v domácím ošetřování a za jakých podmínek (Matějek, Krejčíková, Zavadová, 2016, s. 11-14).

Existují i situace, kdy zdravotník dříve vyslovené přání není povinen respektovat. Takové situace nastávají pokud:

- došlo od doby jeho vyslovení v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím,
- nastanou situace, které nabádají k postupům vedoucím k aktivnímu způsobení smrti,
- nastane situace, kdy by mohlo dojít k ohrožení jiné osoby,
- nastane situace, kdy byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušování by vedlo k aktivnímu způsobení smrti (Mach a kol., 2013, s. 94-95).

S poskytováním paliativní péče úzce souvisí i problém eutanázie. V ČR je eutanázie zakázána. Pokud by byla provedena, je kvalifikována jako trestný čin. Význam pojmu eutanázie se posunul v dnešní době do jiných rozměrů. Slovo eutanázie můžeme přeložit jako „dobrá smrt“. Později se začalo hovořit spíše o smrti z milosrdenství, ze soucitu. Dnes eutanázie znamená úmyslné ukončení pacientova života na vlastní přání anebo na přání jeho rodiny. Obecně lze eutanázii chápat jako činnost, jejímž cílem je bezbolestná smrt člověka trpícího těžkou nevléčitelnou nemocí. Opakem eutanázie je dystanázie, kdy se jedná se o tzv. zadržanou smrt. Dochází při ní k prodlužování života těžce nemocného. Ten se pak často ocitá v prázdnotě, kdy mu není umožněno žít ani zemřít. V tomto případě se však zapomíná na to, jaké utrpení prožívá nemocný, které je navíc uměle prodlužováno. Tato situace má samozřejmě vliv i na rodinu nemocného (Haškovcová, 2007, s. 120-133).

2.3 Indikace paliativní péče

Je potřeba si uvědomit, že paliativní péče v dnešní době není určena pouze onkologicky nemocným, jak je často vnímáno, ale zahrnuje v sobě celou řadu diagnóz. Podstatou je, že se vždy musí jednat o nevléčitelně nemocného. Mezi lékařské diagnostické skupiny, kdy se nejčastěji zahajuje paliativní péče, patří: nádorová onemocnění, konečná stadia chronického srdečního selhání, CHOPN, onemocnění ledvin, cirhózy jater, konečná stadia AIDS, některá neurologická onemocnění jako jsou demence, sklerosis multiplex, ALS, CMP s následkem imobilizačního syndromu, nemocní v perzistentním vegetativním stavu, geriatričtí nemocní s frailty syndromem (Sláma a kol., 2011, s. 27). Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR uvádí kromě jiného i kritéria pro přijetí nemocného do mobilní specializované paliativní péče. Tato péče je určena nemocným, kteří chtějí prožít konec svého života doma, a zároveň již není péče zvládnutelná poskytováním obecné paliativní péče. Mobilní specializovaná paliativní péče je indikována lékařem se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicíny. Podmínkou k poskytování MSPP je, že zdravotní stav nemocného mu nedovoluje ambulantní léčbu a vyžaduje nepřetržitou dostupnost návštěvní služby pracovníků paliativního týmu, dalším aspektem pro zařazení do této péče je podepsaný informovaný souhlas pacienta a jeho rodiny s poskytováním a podmínkami MSPP. K rozhodnutí pro přijetí pacienta do MSPP slouží:

- Palliative Performance Scale – klasifikuje nemocné dle míry funkčního omezení (PPS < 40), jedná se zejména o nemocné, kteří nejsou schopni docházet ambulantně,
- Paediatric Palliative Screening Scale – klasifikace určena pro dětské pacienty,
- Edmonton System Assessment Scale – hodnotí 9 symptomů, které nejčastěji postihují nevléčitelně nemocné,
- Mini Suffering State Examination – hodnocení utrpení nemocných, kteří již nejsou schopni verbalizovat své obtíže,
- nestabilní pacient – nemocný s pokročilým onemocněním ve špatném funkčním stavu, který je léčen nejvýše pro dva symptomy vyžadujícími pravidelnou farmakoterapii,
- nestabilní pacient se závažnými symptomy – nemocný s pokročilým onemocněním v celkově špatném funkčním stavu, který je léčen pro tři a více závažných symptomů vyžadující pravidelnou farmakoterapii a časté (více než 1x denně) záchranné dávky medikace

Posouzení stavu nemocného by mělo probíhat jednou denně a tvoří součást zdravotnické dokumentace (Česko, 2017a).

2.4 Dělení a organizace paliativní péče

Paliativní péči podle typu můžeme rozdělit na péči obecnou a péči specializovanou. Obecnou paliativní péči poskytují nemocnému všichni zdravotničtí pracovníci bez ohledu na jejich odbornou specializaci. Je zaměřena především na kvalitu života nemocného, komunikaci s nemocným, rodinou, zachování důstojnosti, úcty k nemocnému. Specializovaná paliativní péče je aktivní péče, kterou poskytuje tým odborníků vzdělaných v oblasti paliativní péče. Tato péče je uplatňována u nemocných, kde již obecná paliativní péče nestačí na řešení problémů nemocných. K jejímu poskytování slouží zařízení specializovaná na poskytování paliativní péče (Kabelka, 2017, s. 21). Specializovanou formu paliativní péče poskytují: domácí paliativní péče, lůžkové hospice, oddělení specializované paliativní péče, ambulance paliativní medicíny, konziliární týmy paliativní péče. Domácí paliativní péče – mobilní hospic poskytuje paliativní péči nemocným v jejich domácím prostředí. Vedle zdravotních služeb zabezpečuje i služby sociálního charakteru, psychologické a spirituální. Lůžkové hospice jsou pobytová zařízení poskytující komplexní multidisciplinární péči. Klienty hospice tvoří převážně nemocní, kteří již nemohou zůstat

v domácím prostředí. Péče v hospici je poskytována v úzké spolupráci s rodinou a blízkými. Oddělení specializované paliativní péče fungují v rámci jiných lůžkových zařízení. Pro pacienty, kteří jsou schopni docházet do zdravotnického zařízení, jsou určeny ambulance paliativní medicíny. Konziliární tým paliativní péče je tvořen odborníky, kteří externě poskytují odborná konzilia – pacient zůstává na oddělení, kde je léčen (Kala, Dorková, 2017, s. 13-15). Specializovaná paliativní péče je u nás vymezena zákonem o zdravotních službách, kde je uvedeno, že se jedná o samostatný druh zdravotní péče, jejímž cílem je mírnit utrpení a zachovat kvalitu života nemocného, který trpí nevléčitelnou nemocí. Tato péče je poskytována nejčastěji v lůžkových či mobilních hospicích (Bužgová, 2015, s. 19).

3 NEMOCNÝ JAKO KLIENT ADP

Agentury domácí péče mohou poskytovat služby zdravotního a sociálního charakteru. V rámci domácí péče dochází často k prolínání obou typů těchto služeb. Poskytování domácí zdravotní ošetrovatelské péče je vázáno na indikaci lékaře a řídí se zákonem o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. Péči poskytují kvalifikované zdravotní sestry v rozsahu ordinace lékaře. Klienty domácí péče mohou být nemocní bez rozdílu věku, kteří potřebují krátkodobé ošetření (po úrazu, operaci), nebo trpí chronickým onemocněním a museli by být hospitalizováni. Určená je i umírajícím v terminálním stadiu života. Nemocný může být agenturou odmítnut z kapacitních důvodů, v případě, že bydlí mimo spádovou oblast agentury, kterou agentura pokrývá, anebo z důvodu, že je pojištěn u pojišťovny, se kterou ADP nemá uzavřený smluvní vztah (Asociace domácí péče, c2018). Některé ADP poskytují i sociální služby, a to nejčastěji formou služby pečovatelské. V tomto případě se řídí zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb.. V ČR musí být všichni poskytovatelé sociálních služeb registrováni v Registru poskytovatelů sociálních služeb, který spadá pod MPSV ČR. Péči poskytují kvalifikovaní pracovníci v sociálních službách. Služba je poskytována všem bez rozdílu věku, lidem se zdravotním postižením, seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc druhé osoby. Každý poskytovatel pečovatelské služby má jasně definovanou cílovou skupinu uživatelů, pro které je péče určena. Poskytování služby může být odmítnuto pouze ze dvou důvodů: naplnění kapacity, a v případě, že uživatel nespadá do cílové skupiny poskytovatele. (Kalvach a kol., 2011, s. 186-190). Při poskytování péče máme na paměti, že cílem je zvýšit nebo alespoň zachovat míru soběstačnosti nemocného, a ne prohlubovat jeho závislost na péči.

3.1 Úloha sestry

Mezi poskytováním ošetrovatelské péče v nemocnici a v domácím prostředí existují rozdíly. Sestra agentury na základě indikace lékaře přijímá a propouští nemocného, poskytuje ošetrovatelskou péči a vede ošetrovatelskou dokumentaci dle platné legislativy, vede knihu jízd a výkazy pro zdravotní pojišťovny. Poskytování kvalitní domácí péče vyžaduje od sestry vynikající komunikační schopnosti, kritické myšlení a schopnost samostatného rozhodování. Denně spolupracuje s praktickými lékaři, předává informace nejen jim, ale i jiným pracovníkům jak uvnitř agentury, tak mimo ni. Při výkonu své práce

se často dostává do situací, kdy musí správně analyzovat situaci, sama a rychle činit rozhodnutí.

Ošetrovatelské činnosti

Při poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí pracuje sestra formou ošetrovatelského procesu. Při posuzování se zaměřuje na soběstačnost nemocného, hodnotí bolest, psychiku, fyziologické funkce, riziko vzniku komplikací a hodnotí i sociální a materiální zázemí, ve kterém nemocný žije. Následně si stanovuje ošetrovatelské cíle a ošetrovatelské diagnózy, plánuje sesterské intervence. Nejčastější úkony, se kterými se sestry v domácí péči setkávají, jsou: měření FF, měření hladiny glykémie, aplikace injekcí, odběr biologického materiálu, péče o chronické a akutní rány, stomie, péče o permanentní močové katetry a jejich výměnu, ošetrovatelská rehabilitace, prevence dekubitů, péče o UPV, zácvik nemocného nebo rodiny při provádění některých ošetrovatelských úkonů (aplikace inzulínu, polohování), aplikace inhalační léčby. Samozřejmostí je, že sestra musí zvládnout v domácích podmínkách i úkony zachraňující život – KPR (Marková a kol., 2009, s. 52-56).

Komunikace

Sestra se při své práci v ADP se daleko více setkává s rodinnými příslušníky nemocného, proto se musí intenzivně zabývat i rodinou nemocného. Je podstatné, aby dokázala rozpoznat, zda se jedná o rodinu zdravou či naopak nemocnou, a dokázala si vytvořit ucelený obraz o rodině. Zdravá rodina vykazuje určité společné znaky: jednotliví členové si dokáží vzájemně pomoci, v rodině je umožněn rozvoj každého jednotlivce, rodinné role a vztahy jsou efektivní, aktivně řeší vzniklé problémy, rodina žije ve zdravém domácím prostředí, žije zdravým způsobem, rodina komunikuje s širším sociálním prostředím. Naopak nemocná rodina jeví nedostatky v některé z těchto oblastí. Aby sestra rozpoznala, o jakou rodinu se jedná, provádí vyšetření rodiny. Sbírá informace o struktuře rodiny (vzdělání jednotlivých členů a jejich zaměstnání), o ekonomické situaci rodiny. Zajímá se o úlohu a jednotlivé role, které členové rodiny zastávají, všímá si, jak probíhá komunikace v rodině (kdo s kým a o čem a jak hovoří, kdo v rodině rozhoduje, kdo má největší vliv na rodinu). Zaznamenává důležité změny v rodině a schopnosti spolupráce. Sestra si všímá i toho, jaký je životní styl rodiny, jaké vyznání mají její členové, zda má rodina podporu jak uvnitř rodiny, tak vně (přátelé, organizace). Dále sestra získává údaje o tom, jakou zdravotní péči rodina využívá, o zdravotních problémech a postojích rodiny ke zdraví

(Marková a kol., 2009, s. 42-54). Sestra by měla zvládat účinnou komunikaci jak s nemocným, tak s jeho rodinou, a to komunikaci verbální i nonverbální. Díky správné komunikaci může rozpoznat problémy a potřeby nemocného a rodiny. V první řadě je důležité navázat s rodinou a nemocným dobrý kontakt, dát najevo, že nás nemocný i rodina zajímá, že máme pro ně pochopení. Pro efektivní komunikaci je nutné, aby sestra uměla aktivně naslouchat a dokázala uplatnit techniku zpětné vazby. Její úlohou je citlivě poskytovat rodině nemocného pravdivé informace týkající se ošetrovatelské péče, průběhu umírání, a umět pečujícím vysvětlit emoce nemocného a čím nemocný právě prochází. Měla by respektovat komunikaci uvnitř rodiny, její hodnoty a předcházet konfliktům. V agenturách domácí péče se často sestra setkává se smrtí, měla by proto zvládnout komunikaci s paliativním nemocným a s pozůstalými a truchlícími (Marková, 2010, s. 51-55). Péče o umírající znamená pro sestru vysokou psychickou zátěž, aby péči o tyto nemocné mohla dobře zvládnout, byla umírajícímu a rodině oporou, musí být i ona sama vyrovnaná se smrtí a smrtelností. V závěru života dochází ke změně životních hodnot, do popředí se dostávají hodnoty spirituální a psychické a od toho se odvíjejí potom i potřeby a péče o nemocného (Haškovcová, 2007, s. 163-165).

Edukace

Nedílnou součástí práce sestry v agentuře domácí péče je edukace nemocného i rodiny. V domácí péči existuje řada témat, kdy je edukace žádoucí a lze ji účinně uplatnit (nemocní s DM, CMP, imobilní...). Edukace znamená výchovu a vzdělávání. Jedná se o předání informací a dovedností jak nemocnému, tak rodině (Krátká, 2016, s. 32). Pokud má být edukace účinná, musí být prováděna přiměřeně, bez nátlaku a s ohledem na věk a schopnosti klienta. V domácí péči se nejčastěji využívá společná edukace, kdy je edukován nejen samotný klient, ale i jeho pečovatel a to metodou mluveného slova a názorné ukázky (Krátká, 2016, s. 52-55). Edukace vyžaduje od sestry dobrou komunikaci, výborné odborné znalosti a dovednosti, trpělivost, důslednost a schopnost přizpůsobit se.

3.2 Význam rodiny při péči o nemocného

„Rodina je základní stavební jednotka každé společnosti. Je primární a malou sociální skupinou, která zajišťuje vývoj člena nové společenské generace. Rodina uspokojuje důležité potřeby všech svých členů. Kromě základních životních potřeb uspokojuje potřeby sociálního styku a komunikace, lásky a jistoty, vzájemné pomoci.“ (Kopecká, 2015, s. 45).

Pokud je rodina postižena onemocněním jejího člena, hovoříme o nemocné rodině. Nemoc sama o sobě nepostihuje pouze nemocného, ale i jeho blízké. Představuje vysokou zátěž pro rodinu. Velmi často dochází ke změnám jednotlivých rolí. Vždy záleží na tom, kdo z rodiny onemocní (matka, otec, dítě, prarodič) a jakou roli zastával, zda se jedná o nemoc akutní či chronickou, záleží i na závažnosti onemocnění a jeho prognóze (Marková a kol., 2009, s. 46-47). Aby nemocný mohl zůstat v domácím ošetřování, musí rodina chtít o něho pečovat, musí umět a moci o něho pečovat. Pokud rodina neumí o nemocného pečovat, ale chce, je potřeba ji to naučit. Ve většině případů je potom rodina schopna péči zvládnout. Naopak hůře zvládnutelné jsou situace, pokud rodina nemá splněny podmínky moci, což znamená, že rodina péči nezvládne fyzicky, psychicky, sociálně, finančně nebo časově. V tomto případě je potřeba zjistit důvody, které rodině brání v péči o nemocného. Některé z těchto situací lze alespoň částečně řešit díky sociální podpoře státu (Haškovcová, 2007, s. 64-65). V souvislosti s péčí o nemocného funguje rodina zdravotníkům jako zdroj informací a jako účastník přímé péče. V přímé péči plní funkci ochrannou, kdy přímo pečuje o nemocného, funkci preventivní, která souvisí s předcházením komplikacím zdravotního stavu a funkci podpůrnou, která představuje fyzickou a psychickou pomoc (Marková a kol., 2009, s. 48).

Rodina a nemocné dítě

„Pro vývoj nemoci dítěte je velmi důležitý nejen výchovný postoj rodičů, ale také vztahy všech členů rodiny a klidné domácí prostředí“ (Kukla a kol., 2016, s. 183). Onemocnění dítěte v rodině znamená pro její členy vysokou stresovou zátěž zejména v případě, kdy se jedná o chronické onemocnění. Matka je obvykle pro dítě nejdůležitějším členem rodiny. Matky tráví v době nemoci s dítětem nejvíce času, můžeme u nich často pozorovat některé příznaky spojené s péčí o nemocné dítě. Často se jedná o bolest hlavy, nespavost, strach, úzkost. Naopak u otců se tyto stavy nevyskytují, mezi dítětem a otcem nebývá vytvořeno tak úzké citové pouto jako mezi matkou a dítětem. Otcové se často při onemocnění dítěte věnují více svému zaměstnání, aby poskytli rodině dostatek financí, a péči o dítě přenechávají matce. Rodiče často trpí stavy deprese a úzkosti, může docházet i k negativním vztahům vedoucím až k rozpadu manželství. Pokud je v rodině sourozenec, pak i jeho se nemoc dotýká. Jeho reakce na nemoc závisí i na tom, jak celou situaci zvládají rodiče. Můžeme se setkat s postojem ochranným anebo naopak může vzniknout nepřiměřená rivalita a žárlivost mezi sourozenci. Ze strany rodičů se můžeme v praxi setkat s extrémním ochraňováním nemocného dítěte anebo naopak s citovým

odmítáním, kdy se rodiče k dítěti nechovají láskyplně (dávají mu najevo, že jim překáží). Toto chování může vyústit u dítěte až k jeho emoční deprivaci. V případě, že se oba tyto extrémy prolínají, hovoříme o ambivalentním postoji rodičů k nemocnému dítěti. Dítě, a to nejen nemocné, potřebuje domov. Rodina může pomoci nemocnému dítěti především tím, že mu poskytne pocit jistoty, lásky, bezpečí, dobré zázemí. Je žádoucí, aby se členové rodiny k dítěti snažili chovat jako ke zdravému a umožnili mu dělat vše, co je schopno, vzhledem ke své nemoci. Naučili se rozumět pocitům a emočním projevům dítěte. Dopřáli nemocnému dítěti přítomnost matky, pokud si to přeje, posílili tím jeho pocit bezpečí a jistoty. Nedávali najevo své rozpaky z nemoci. Dítě potřebuje vědět, že má i otce a je přínosem pro celou rodinu, pokud matce s péčí pomáhá. Pro zdravý vztah mezi sourozenci je potřeba vysvětlit, že je rodiče mají stejně rádi a nikoho ve své lásce neupřednostňují (Kukla a kol., 2016, s. 181-185).

Geriatrický nemocný v rodině

Postavení rodiny v péči o nemocného se výrazně změnila. Dříve poskytovaná péče rodinou se postupně institucionalizovala. Význam a role rodiny je však stále nezastupitelná. Nejen nemocné dítě, ale i senior potřebuje bezpečné rodinné zázemí, pomoc, podporu, pochopení, respekt a porozumění. Rodina je pro starého člověka zejména zdrojem lásky. Starý člověk může mít také jistý přínos pro rodinu, ve které žije, a to svými životními zkušenostmi, svojí životní moudrostí a svými postoji. To, jak se nemocný vyrovná s nemocí, je částečně ovlivněno i rodinou. Záleží na tom, jak kvalitně členové rodiny dokáží komunikovat, jak jsou schopni se vyrovnávat s konfliktními situacemi, řešit vzniklé problémy a vzájemně se podporovat. Jestliže má rodina nemocnému poskytovat efektivní péči a podporu, musí znát jeho možnosti, omezení a potřeby a mít dostatek potřebných informací (Bártlová, 2005, s. 97-102). Pro samotné nemocné je velmi obtížné vyrovnat se se závislostí na péči druhé osoby. Rodina by měla k nemocnému přistupovat citlivě, empaticky, zachovávat jeho důstojnost a autentičnost. Naopak i členové rodiny potřebují projevit své pocity, strach, nejistotu a i pro ně je důležitá podpora, projevy uznání a útechy (Kabelka, 2017, s. 284-285). Často se setkáváme s tím, že je s těžce nemocným zacházeno jako s nesvéprávným člověkem, který nemá právo činit rozhodnutí. Je nutné nezapomínat na to, že i tento nemocný má svá přání, pocity, názory, které bychom měli akceptovat (Kübler-Ross, 2014, s. 8).

Péče v domácím prostředí je často poskytována polymorbidním nemocným, paliativním a umírajícím. Přijetí nemoci jako faktu samotným nemocným a rodinou je předpokladem

pro smíření. Cesta ke smíření je vysoce individuální, rodina zde působí jako partner a současně i jako objekt péče. Stejně tak, jako nemocný i jednotliví členové rodiny si procházejí fázemi vedoucími ke smíření s nemocí:

- **negace** - dochází k odmítání sdělované diagnózy, popírání nemoci, nemocný nechce přijmout realitu,
- **agrese** – doprovázená pocity vzteku, hněvu a odmítáním pomoci. Tyto pocity mohou pramenit z frustrace a strachu,
- **smlouvání** – snaha o oddálení nevyhnutelného, vytváření si planých nadějí, hledání zázračných léků,
- **deprese** – fáze uvědomování si blížící se smrti, doprovázená pláčem, zamlklostí, starchem, úzkostí, beznadějí, smutkem z toho, co ztratili a o co přijdou, až zemřou,
- **smíření** – fáze, kdy dochází k ústupu úzkosti a smutku a dochází k vyrovnávání se s blížící se smrtí.

Jednotlivé fáze nemusí probíhat v daném pořadí, mohou se prolínat i opakovat, a ne každý nemocný či rodina dospěje až do fáze smíření. Smířování se smrtí je vysoce individuálním procesem a vyžaduje tedy individuální přístup a akceptování jedinečnosti každého nemocného. Mluvit o smrti patří k jedním z nejtěžších úkolů. Lidé si často myslí, že když se o ní zmíní, nemocného rozruší, mají strach, že nemocný i oni budou plakat. Naopak vyhýbání se tomuto tématu může být vnímáno jako lhostejnost a nezájem (Kabelka, 2017, s. 270-271).

3.3 Podpora pečujícím

„Pečování podporuje silné emoce, je náročné na sociální kontakt a osobní duševní hygienu, přitom ale také nabíjí a dává novou energii a motivace do osobního života“ (Kabelka, 2017, s. 43). Pokud o nemocného pečuje někdo z blízkých nebo z rodiny, jedná se o laickou péči, kterou označujeme i jako péči neformální. V ČR tvoří neformální pečovatelé přibližně 80 % poskytovatelů dlouhodobé péče. Pro pečující a rodinu znamená dlouhodobá starost a péče o nemocného v domácím prostředí jisté problémy, se kterými se musí potýkat. Ke změnám dochází v oblasti sociální (omezení sociálních vztahů, změny rolí v rodině) a ekonomické (ztráta zaměstnání). Poskytování dlouhodobé péče se projevuje i na psychické a fyzické stránce pečujících (stres, podrážděnost, únava, nemoc). V praxi můžeme podporu pečovatelů rozdělit na přímou podporu pečovatele a na podporu pečovatele skrze pečovanou osobu, ta se zaměřuje přímo na osobu závislou na péči. Tyto

podpory v praxi fungují ve formě poskytování finančních prostředků a v možnosti využití sociálních služeb (Truhlářová a kol., 2015, s. 26-49).

Finanční podpora

Pro osoby, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc druhé osoby při zvládnání základních životních potřeb, je určen **příspěvek na péči**. O finanční podporu žádá sám nemocný na příslušné OSSZ. Tento příspěvek je vyplácen jednou měsíčně přímo nemocnému, ten si z něho hradí péči, kterou mu může poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. Výše tohoto příspěvku se řídí mírou závislosti nemocného. V rámci závislosti na druhé osobě se posuzuje zejména schopnost orientace, komunikace, mobility, sebeobsluhy (oblékání, obouvání, stravování, tělesná hygiena, vyprazdňování), péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Výše příspěvku na péči byla upravena a od 1. srpna 2016 činí:

I. stupeň lehká závislost – 880,- Kč,

II. stupeň středně těžká závislost - 4 400 Kč,

III. stupeň těžká závislost - 8 800 Kč,

IV. stupeň úplná závislost - 13 200 Kč (Příspěvek na péči, 2016).

Kromě uvedeného příspěvku na péči existují i další dávky státní sociální podpory, které může rodina či nemocný využít, pokud splňuje podmínky pro jejich přiznání: příspěvek na bydlení, přídavek na dítě, rodičovský příspěvek, který je možno u zdravotně postižených dětí čerpat až do sedmi let věku dítěte, sociální příspěvek určený rodinám s nízkými příjmy k zabezpečení nákladů k uspokojování jejich potřeb. Pokud se rodina nebo nemocný ocitne v hmotné nouzi, může využít tyto dávky pomoci: příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc. Mezi dávky, které se vztahují přímo ke zdravotnímu stavu, pak patří: příspěvek na péči, průkazy mimořádných výhod TP, ZTP, ZTP/P, jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, příspěvky na zakoupení motorového vozidla, jeho celkovou opravu a zvláštní úpravu, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu, příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže (Čevela a kol., 2015, s. 112-114). Sám pečující, pokud se rozhodne opustit zaměstnání a pečovat o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby ve II., III. nebo IV. stupni závislosti, má nárok

na úhradu zdravotního pojištění státem, může uplatňovat nárok na důchodové pojištění, doba péče se hodnotí jako zaměstnání a po ukončení péče má pečující nárok na podporu v nezaměstnanosti. Pečující osoba si může neomezeně přivydělat, a to i na plný úvazek. Pečující může zaměstnavatele požádat o kratší pracovní dobu nebo její úpravu. Povinností zaměstnavatele je tomuto vyhovět, pokud ovšem mu v tom nebrání vážné provozní důvody (Arnoldová, 2016, s. 46-49).

Podpora sociálních služeb

Další podporou pro nemocné a pečující je systém sociálních služeb. Poskytování sociálních služeb upravuje zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. Tyto služby mohou být terénní, ambulantní a pobytové. Sociální služby v sobě zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Tyto služby poskytují podporu jak nemocnému, tak pečujícím (Česko, 2006). Těm pak pomáhají ke zvládnutí péče o nemocného při zaměstnání, slouží ke zkvalitnění péče o nemocného a mohou se uplatnit i jako prevence syndromu vyhoření. **Pečovatelská služba** patří mezi nejvíce využívanou službu. Řadí se k službám terénním a ambulantním. Je poskytována především v domácím prostředí nemocného. Poskytuje podporu jak jemu samotnému, tak pečujícím. Je určena osobám se sníženou soběstačností, které vyžadují pomoc při zvládnutí běžných úkonů v péči o sebe sama. Konkrétně se jedná o pomoc při podávání jídla, pomoc při osobní hygieně, zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti a podobně. Mezi další terénní službu řadíme **osobní asistenci**. Tato služba je poskytována bez omezení místa a času, to znamená i mimo domov, a ve kteroukoli hodinu, dle potřeby nemocného. Nemocný si sám určuje, jaké úkony potřebuje. Péče je poskytována prostřednictvím osobního asistenta, který zajišťuje nemocnému komplexní péči. Další terénní službou na podporu pečujícím a nemocnému je **telefonická krizová intervence**, která pomáhá řešit pomocí souboru metod a technik zátěžovou situaci volajícího. **Tísňová péče** přispívá k tomu, aby se nemocní cítili bezpečněji. V případě ohrožení mají možnost, díky nouzovému tlačítku, přivolat pomoc. **Ošetřovatelská služba** přispívá také k podpoře domácí péče, je však řazena mezi služby zdravotní a se sociální službou je úzce v kontaktu (Truhlářová a kol., 2015, s. 46-49; Arnoldová, 2016, s. 27-36). Služby určené přímo na podporu pečujícím osobám jsou **odlehčovací služby**. Ambulantně fungují **centra denních služeb**, cílem je posílit soběstačnost nemocného a předcházet sociálnímu vyloučení. Tato centra nezajišťují ubytování nemocného. **Denní stacionáře** jsou vhodnou pomocí pro pracující pečovatele, kdy je nemocný přes den umístěn v zařízení, kde mu je

poskytnuta potřebná péče a podpora. Služby pobytového charakteru poskytují **týdenní stacionáře**, kde nemocný pobývá od pondělí do pátku. Další formou pomoci pro pečující mohou být svépomocné skupiny, kde mohou nalézt potřebné informace či podporu. Celodenní péče o dlouhodobě nemocného je velmi náročná, vhodnou kombinací pomoci sociálních služeb lze alespoň částečně pečujícím pomoci v jejich situaci a nemocným umožnit, co nejdéle strávit život v domácím prostředí (Truhlářová a kol., 2015, s. 49-50).

3.3.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření, vyhaslosti – Burn-out syndrom „*je považován za reakci na mimořádně zatěžující práci, kdy dochází k úplnému vyčerpání fyzických, emočních a duševních sil, kdy takto postižený člověk dochází k závěru, že již nemůže dál. Je to stav pocitu beznaděje*“ (Kupka, 2014, s. 39). Je obecně známo, že syndromem vyhoření nejčastěji trpí pomáhající profese, vyskytuje se však i u osob jiného zaměření s vysokým pracovním nasazením a motivací. Základním a podstatným prvkem pro vznik syndromu vyhoření je počáteční nadšení, a tady platí rčení: „*Abychom mohli vyhořet, musíme nejprve vzplanout*“.

Syndrom vyhoření má své jednotlivé fáze: nadšení, stagnace, frustrace, apatie a vyhoření. Vzniká jako následek dlouhodobého stresu a to, jak člověk zvládne působení tohoto stresu, závisí na jeho osobnosti a sociální opoře, jejímž zdrojem je především rodina, známí, přátelé, spolupracovníci (Kupka, 2014, s. 43-44). Pečující o chronicky nemocného jsou vystaveni dlouhodobé zátěži, a tudíž i oni patří mezi osoby ohrožené syndromem vyhoření. Tento syndrom se projevuje v oblasti psychické i fyzické. Psychickými příznaky, se kterými se můžeme setkat, jsou: bezmoc, sklíčenost, beznaděj, ztráta sebeovládání, pocity strachu, prázdnoty, apatie a samoty. Ve fyzické oblasti se syndrom vyhoření projevuje chronickou únavou, nedostatkem energie, poruchami spánku, zažívacími potížemi, bolestmi zad, větší náchylností k infekčním nemocem, poruchou paměti a soustředění (Stock, 2010, s. 19-20). Úkolem sestry je všimnout si nejen nemocného, ale i pečujících.

Pozoruje to, zda v rodině nedochází k patologickým vzorcům chování a komunikace, které se mohou objevovat tím více, čím déle je nemocný závislý na pomoci. Takováto komunikace může vznikat i jako následek syndromu vyhoření u pečující osoby. Je potřeba si uvědomit, že v tomto případě jde ze strany pečujícího o neúmyslné chování. Při této komunikaci dochází k destruktivnímu jednání vůči nemocnému. Toto se může projevovat tím, že pečující lže, podvádí, označuje nemocného hanlivými výrazy, ignoruje ho,

nevěnuje nemocnému pozornost a odmítá ho, spěchá, je netrpělivý, odmítá s nemocným mluvit, zesměšňuje a zneschopňuje nemocného, ponižuje ho, bagatelizuje jeho problémy, obviňuje nemocného (Kalvach a kol., 2011, s. 51-52). Pro pečujícího je důležité znát to, jak syndromu vyhoření předcházet. Pro prevenci vzniku syndromu vyhoření je důležitá psychohygienu, to znamená dostatek odpočinku a spánku, relaxace, dostatek pohybu, pravidelné a vyvážené stravování. Pečující by si měl udělat čas i na své koníčky, měl by se naučit ventilovat své problémy, mít zpovědníka, vyvarovat se negativnímu myšlení, vyvarovat se konfliktům v oblasti komunikace, pracovat sám na sobě, mít své osobní cíle, neobětovat se jen pro péči o nemocného, umět požádat o pomoc a využívat nabídek pomoci, zajímat se o nové informace - nestagnovat a v neposlední řadě se zajímat o své zdraví. Pokud dojde k rozvoji syndromu vyhoření, je potřeba vyhledat odbornou pomoc a zahájit léčbu (Kopecká, 2015, s. 190-196).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRAKTICKÉ ČÁSTI PRÁCE

Využití a spolupráci agentur domácí péče s pečujícími o nevléčitelně nemocné jsme zkoumali kvantitativním přístupem pomocí dotazníku vlastní konstrukce.

4.1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl: Zmapovat využití agentur domácí péče rodinnými příslušníky pečujícími o nemocné v paliativní péči.

Dílčí cíle:

cíl 1: Zjistit, jak často využívají pečující osoby služby domácí péče

cíl 2: Zjistit, o jaký typ služeb se nejčastěji jedná

cíl 3: Zjistit v jakém rozsahu se podílejí rodinní příslušníci v péči o své blízké

cíl 4: Zjistit, zda jsou pečující osoby spokojeny s poskytovanými službami ADP

4.2 Charakteristika vzorku respondentů

Výzkumný vzorek tvořili pečující podílející se na péči o nevléčitelně nemocného využívající současně služeb ADP. Nemocní pocházeli z oblasti Vsetínska, Valašských Klobouk a Hornolidečska.

4.3 Metoda a technika výzkumu

Ke sběru dat pro daný kvantitativní výzkum jsme použili nestandardizovaný originální dotazník určený pečujícím (viz Příloha P I.). Dotazník obsahoval celkem 29 otázek ve formě uzavřených a otevřených odpovědí i obecné otázky týkající se věku, pohlaví a bydliště nemocného. Účast na dotazníkovém šetření byla zcela dobrovolná a anonymní. Součástí dotazníku byl motivační úvod a pokyny pro respondenty k jeho vyplnění. Respondenti byli informováni o dobrovolnosti a anonymitě vyplnění dotazníku.

4.4 Charakteristika položek

Položky č. 1, 2, 3 zjišťovaly pohlaví, věk a bydliště nemocných.

Položky č. 4, 5 zjišťovaly, zda někdo žije s nemocným ve společné domácnosti, případně kdo a na jaké choroby se nemocní léčí.

Položka č. 6 zjišťovala, kdo z ADP se podílí na péči o nemocného.

Položky č. 7, 8, zjišťovaly, jaký výkon pracovník ADP u nemocného vykonává.

Položky č. 9, 10, 11 zjišťovaly, jak často pracovníci ADP dochází k nemocnému, zda pečující považují tento čas za dostatečný a je-li stanoven čas návštěvy pracovníků ADP.

Položka č. 12 zjišťovala, zda se někdy stalo, že pracovník nepřišel, přesto, že byla návštěva dohodnuta a jak byla tato situace vyřešena.

Položka č. 13 zjišťovala, v čem pečující spatřují výhody domácí péče.

Položky č. 14, 15, 16 zjišťují, jak pečující hodnotí spolupráci s pracovníky ADP a jsou-li domácím pečovatelům poskytovány informace o péči a ošetřování.

Položky č. 17, 18, se ptají, zdali pečující hodnotí pracovníky ADP jako profesionály a zda jim důvěřují.

Položky č. 19, 20, zjišťují, které typy služeb pečující pro své blízké využívají, zda by přivítali nějakou další službu.

Položky č. 21, 22, 23 se zajímají o spokojenost s poskytovanými službami, délku poskytování služeb, a zdali by doporučili využívání služeb dalším osobám.

Položka č. 24, 25, 26 zjišťuje, do kterých činností se domácí pečovatel zapojuje, kolik času nemocnému denně věnuje a kolik osob se na péči podílí – mimo pracovníky ADP.

Položky č. 27, 28 zjišťují, zda pečující opustili své zaměstnání z důvodu péče o blízkého a zda využívají některou z forem odlehčovací péče.

Položka č. 29. byla ponechána k vyjádření názorů a připomínek rodinných pečovatelů.

4.5 Organizace šetření

V první části výzkumu jsme provedli sondáž, která spočívala v rozdání 5 dotazníků respondentům, kdy jsme si ověřili praktickou stránku vytvořeného dotazníku a srozumitelnost jednotlivých otázek. Po drobných úpravách jsme rozdali 100 dotazníků. Další fází již byla realizace hlavního výzkumu. Jednotlivým pečujícím byl předán dotazník. Tento dotazník následně pečující vyplnili a odevzdali. Pro výzkumné účely jsme použili 83 řádně vyplněných dotazníků (83%). Z celkového počtu 88 navrácených dotazníků jsme museli z důvodů neúplného vyplnění 5 vyřadit. Průzkum probíhal od 9. 4. 2018 do 23. 4. 2018.

4.6 Zpracování získaných dat

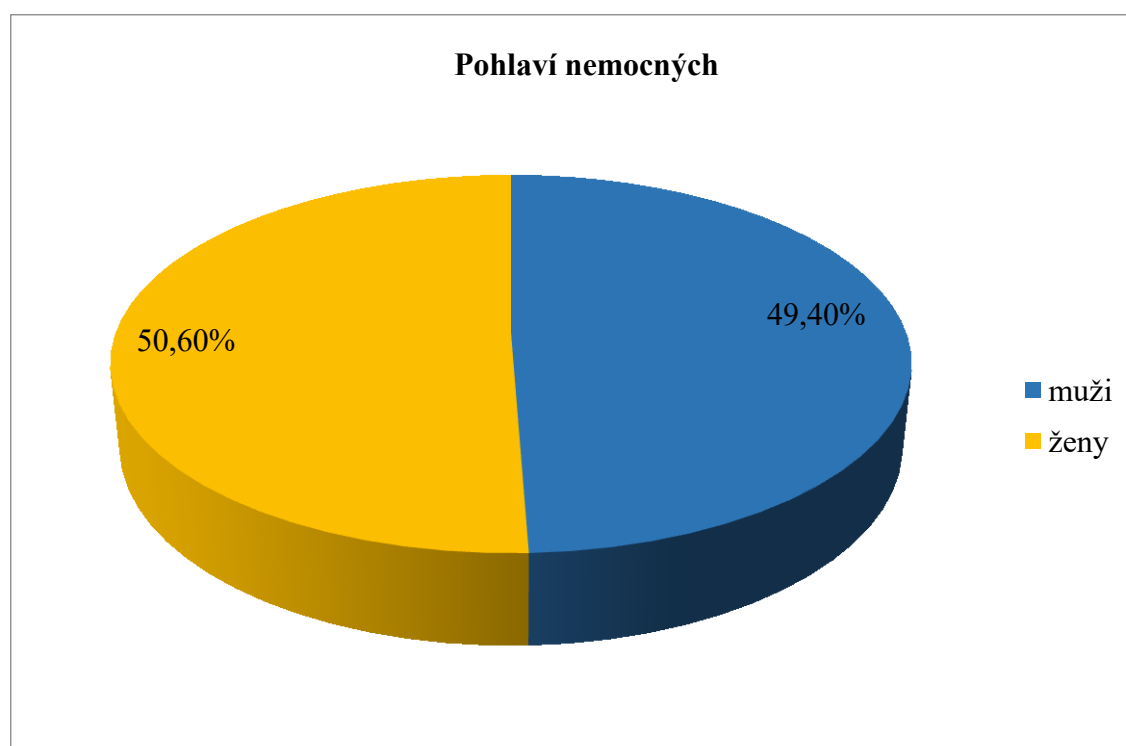
Ke zpracování dat byla použita základní popisná statistika. Jednotlivé proměnné našeho souboru jsou dány absolutní a relativní četností. Absolutní četnost (n) vyjadřuje počet respondentů, kteří odpověděli na danou otázku stejnou odpovědí. Relativní četnost je vyjádřena v procentech, informuje nás, jak velká část z celkového počtu připadá na dílčí hodnotu. U volných odpovědí jsme provedli tematické kódování, v jednotlivých datech jsme hledali stejné kategorie, podobnosti a souvislosti. Výsledky jsou uváděny v tabulkovém i grafickém znázornění. Data jsme zpracovali s pomocí editoru MS Excell 2013.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Otázka číslo 1 – Pohlaví nemocného

Tabulka 1 Pohlaví nemocného

Pohlaví nemocných	n	%
Ženy	42	50,60
Muži	41	49,40
Celkem	83	100,00



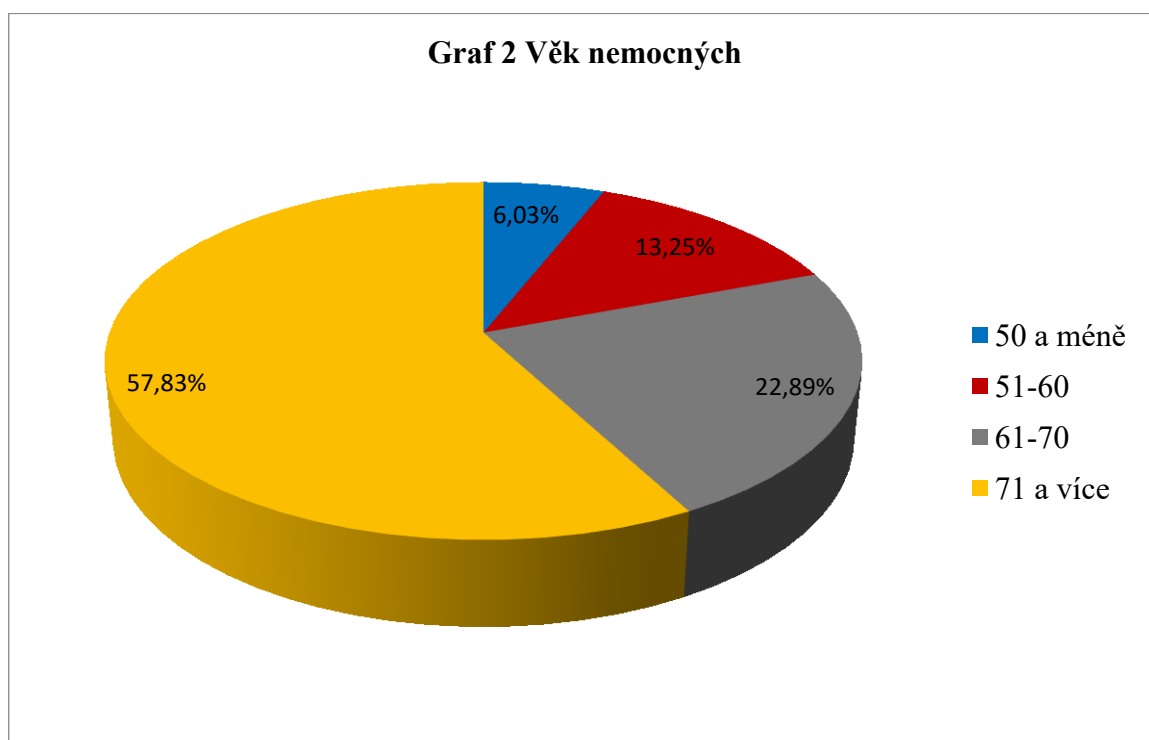
Graf 1 Pohlaví nemocných

Z výpovědi respondentů vyplývá, že osoby, o které rodinní příslušníci pečovali, byli ve 41 případech (49,40 %) muži a ve 42 případech (50,60 %) ženy.

Otázka číslo 2 – Věk nemocného

Tabulka 2 Věk nemocných

Věk nemocných	n	%
50 a méně let	5	6,03
51-60 let	11	13,25
61-70 let	19	22,89
71 a více let	48	57,83
Celkem	83	100,00

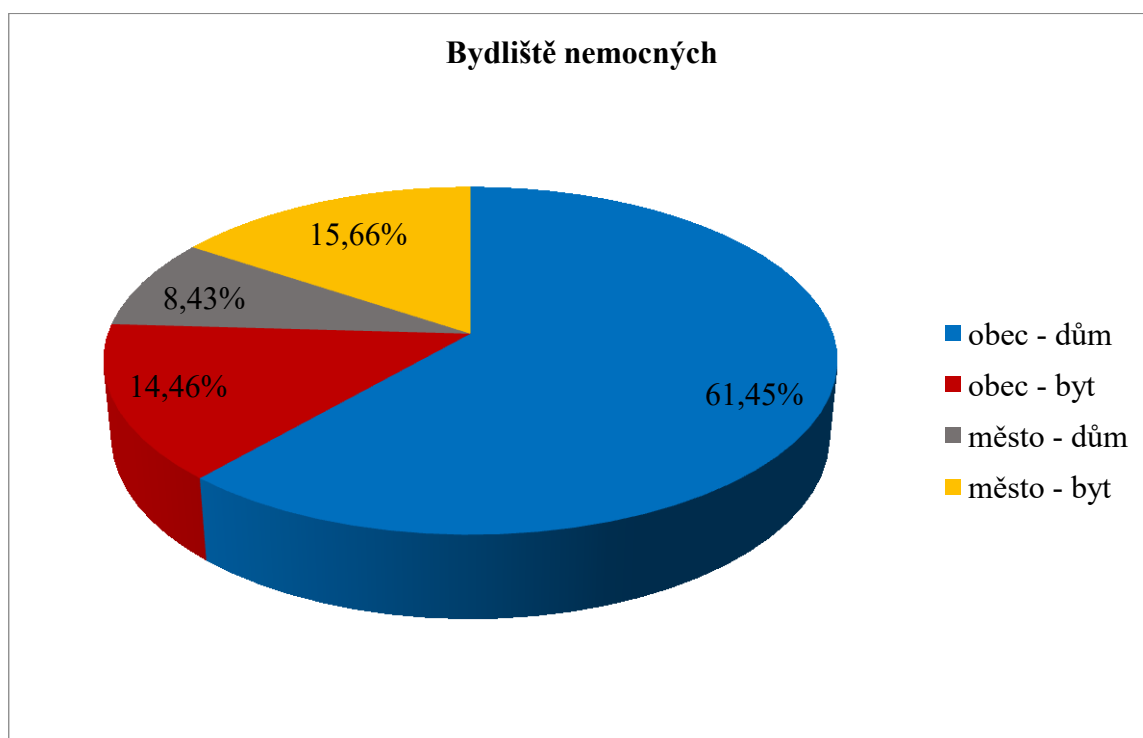
**Graf 2 Věk nemocných**

Pečující se nejčastěji podíleli na péči o nemocné ve věkové hranici 71 a více let, 48 respondentů (57,83 %). Druhou nejčastější skupinu tvořila věková hranice 61 – 70 let, 19 respondentů (22,89 %). Třetí v pořadí byla skupina 51 – 60 let, 11 respondentů (13,25 %). Nejmenší zastoupení mělo věkové rozpětí 50 let a méně, 5 respondentů (6,03 %).

Otázka číslo 3 – Nemocný žije

Tabulka 3 Bydliště nemocných

Bydliště nemocných	n	%
V obci v rodinném domě	51	61,45
V obci v bytě	12	14,46
Ve městě v rodinném domě	7	8,43
Ve městě v bytě	13	15,66
Celkem	83	100,00

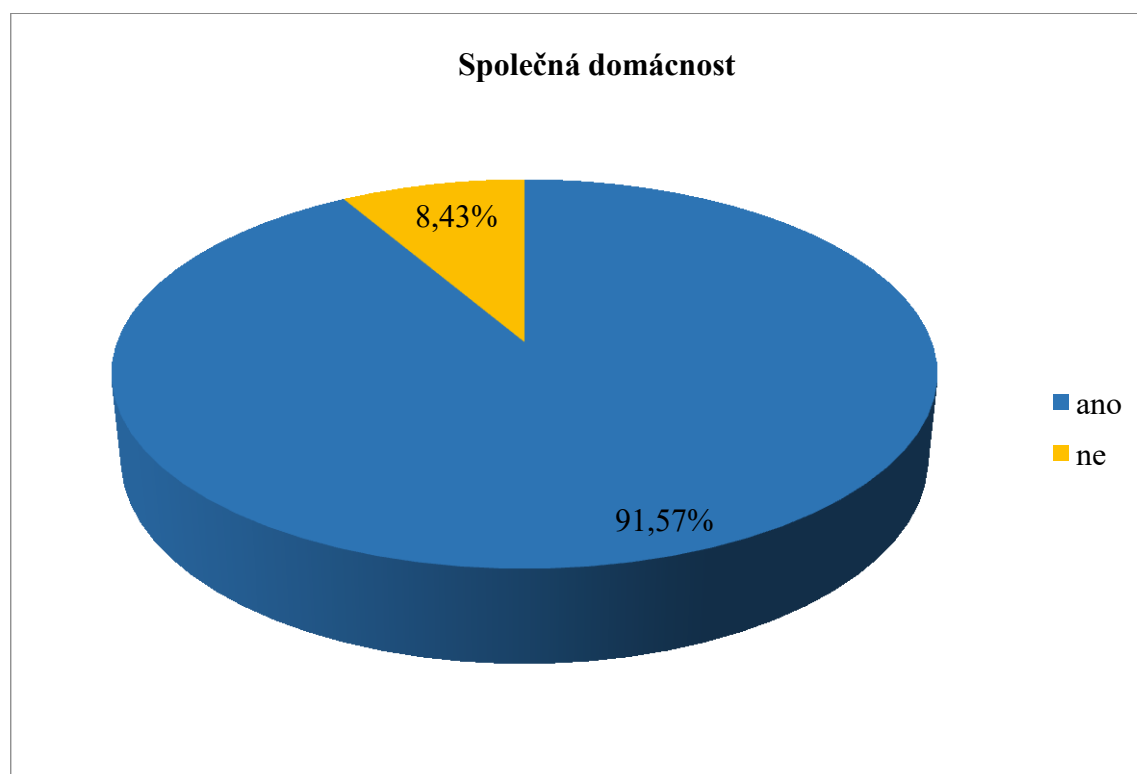


Graf 3 Bydliště nemocných

Nemocní nejčastěji žili v obci v rodinném domě, 51 respondentů (61,45 %). V obci v bytě žilo 12 nemocných (14,46 %) a téměř stejný počet 13 nemocných (15,66 %) žilo v bytě ve městě. Nejméně nemocných žilo v rodinném domě ve městě, odpovědělo tak 7 respondentů (8,43 %).

Otázka číslo 4 – Bydlí někdo s nemocným ve společné domácnosti?**Tabulka 4 Bydlení ve společné domácnosti**

Společná domácnost	n	%
ano	76	91,57
ne	7	8,43
Celkem	83	100,00

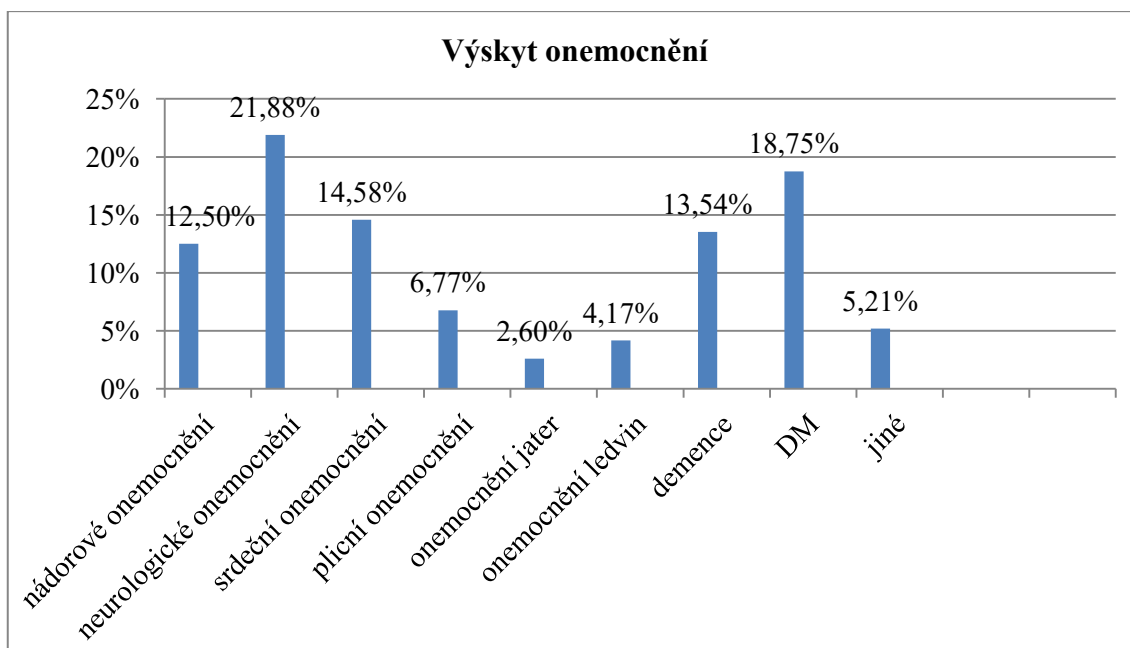
**Graf 4 Bydlení ve společné domácnosti**

Ve společné domácnosti žilo 76 nemocných (91,57 %). Samostatně žilo pouze 7 nemocných (8,43 %). Vždy se jednalo o přímé příbuzné (manželka, manžel, dcera, syn, vnuk, vnučka, sestra, bratr).

Otázka číslo 5 – Jaké onemocnění se u nemocného vyskytuje?

Tabulka 5 Výskyt onemocnění

Onemocnění	n	%
Nádorové onemocnění	24	12,50
Neurologické onemocnění	42	21,88
Srdeční onemocnění	28	14,58
Plicní onemocnění	13	6,77
Onemocnění jater	5	2,60
Onemocnění ledvin	8	4,17
Demence	26	13,54
DM	36	18,75
Jiné	10	5,21
Celkem	192	100,00



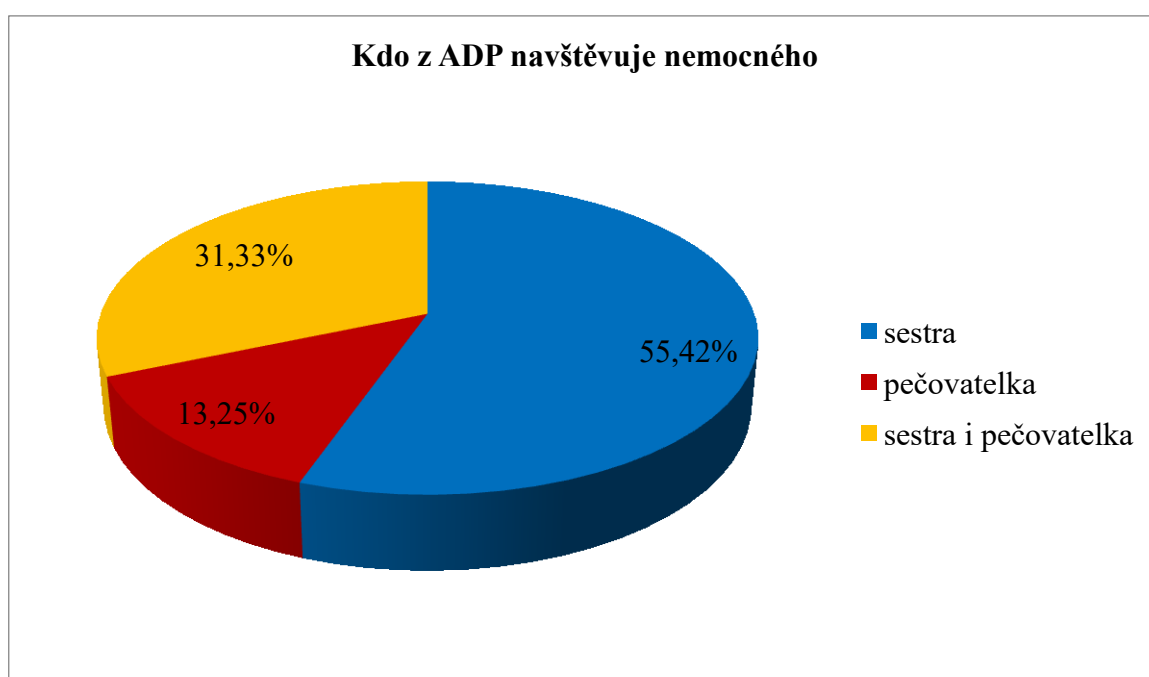
Graf 5 Výskyt onemocnění

Tabulka č. 5 a graf č. 5 znázorňují, jaké diagnózy se vyskytují u nemocných, o které pečovatelé pečují. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Relativní četnost představuje zastoupení jednotlivých vyjádření z celkového počtu odpovědí. Ve většině případů se u nemocných vyskytovalo více onemocnění (polymorbidita). Z daných onemocnění se nejčastěji u nemocných vyskytovalo neurologické onemocnění, odpovědělo

tak 42 respondentů (21,88 %). Druhou nejčastější diagnózou byl diabetes mellitus u 36 nemocných (18,75%). Srdeční onemocnění označilo 28 respondentů (14,58 %). Přibližně stejný počet, 26 respondentů (13,54 %), označilo demenci. Onemocnění nádorové označilo 24 respondentů (12,50%), plicní onemocnění 13 respondentů (6,77 %). Onemocnění ledvin zvolilo 8 respondentů (4,17 %), nejméně respondentů označilo onemocnění jater, 5 respondentů (2,60 %). Jiné onemocnění zvolilo 10 respondentů (5,21 %). Mezi tyto onemocnění respondenti vypsalí bércové vředy, slepotu, amputaci dolních končetin, obrnu, degenerativní genetické onemocnění, ochrnutí způsobené úrazem.

Otázka číslo 6 – Kdo z agentury domácí péče dochází k nemocnému?**Tabulka 6 Kdo z ADP navštěvuje nemocného**

Návštěvy nemocného	n	%
Sestra	46	55,42
Pečovatelka	11	13,25
Sestra i pečovatelka	26	31,33
Celkem	83	100,00

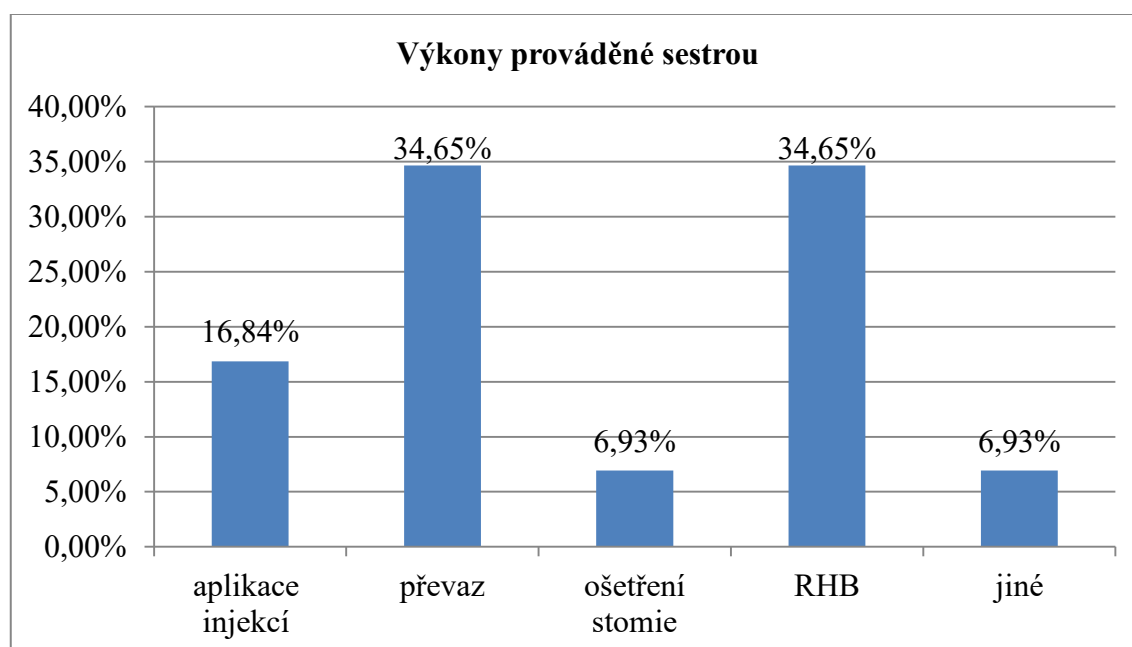
**Graf 6 Kdo z ADP navštěvuje nemocného**

Návštěvy u nemocných nejčastěji vykonávaly sestry, uvedlo tak 46 respondentů (55,42 %). Jenom pečovatelky navštěvovaly 11 nemocných (13,25 %). Sestry i pečovatelky navštěvovaly 26 nemocných (31,33 %).

Otázka číslo 7 – Jaký výkon u nemocného sestra agentury domácí péče vykonává?

Tabulka 7 Výkony prováděné sestrou

Výkony prováděné sestrou	n	%
Aplikace injekcí, inzulínu	17	16,84
Převaz	35	34,65
Ošetření stomie	7	6,93
RHB	35	34,65
Jiné	7	6,93
Celkem	101	100,00

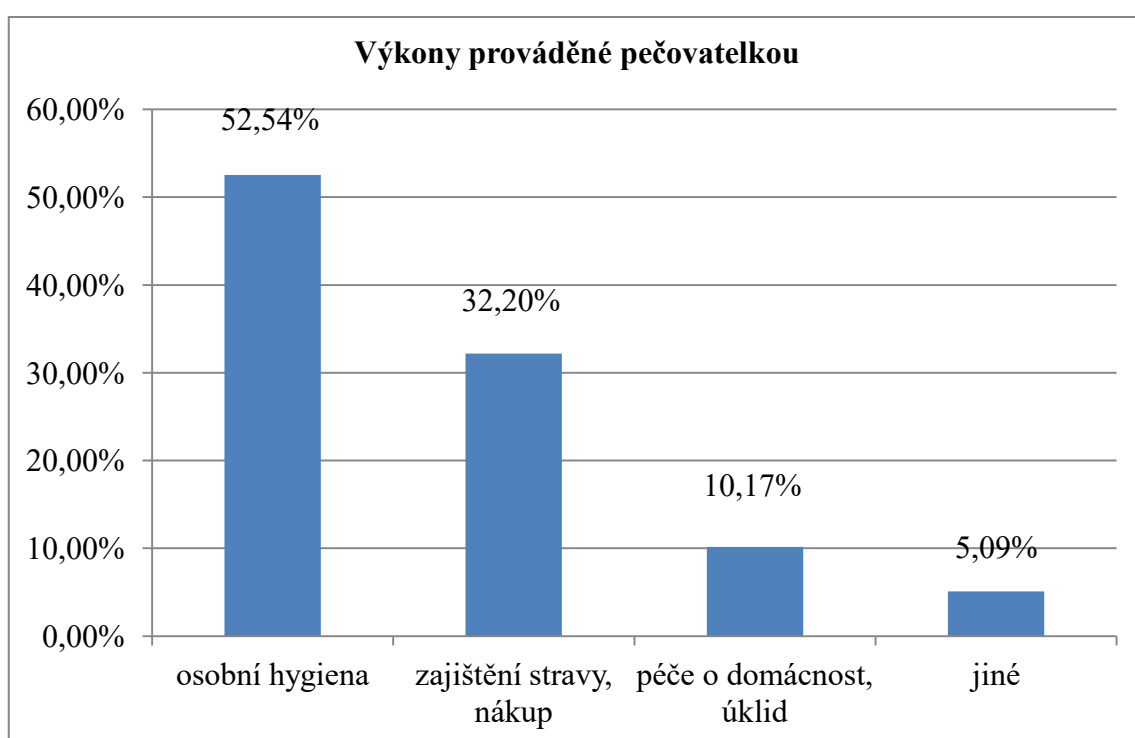


Graf 7 Výkony prováděné sestrou

V otázce č. 7 měli respondenti možnost označit více odpovědí. Relativní četnost představuje zastoupení jednotlivých vyjádření z celkového počtu odpovědí. Sestry nejčastěji navštěvovaly nemocné za účelem provádění ošetrovatelské rehabilitace u 35 nemocných (34,65 %) a provedení převazu, odpovědělo tak shodný počet 35 respondentů (34,65 %). Aplikace injekcí nebo inzulínu byla prováděna u 17 nemocných (16,84 %). Stomie ošetřovaly sestry 7 nemocným (6,93 %). Jiné výkony označilo stejný počet 7 respondentů (6,93 %). Respondenti vypsali mezi jiné úkony výměnu permanentního močového katetru, odběry krve, aplikaci parenterální výživy a odsávání z dýchacích cest.

Otázka číslo 8 - Jaký výkon u nemocného pečovatelka vykonává?**Tabulka 8 Výkony prováděné pečovatelkou**

Výkony prováděné pečovatelkou	n	%
Osobní hygiena	31	52,54
Zajištění stravy, nákup	19	32,20
Péče o domácnost, úklid	6	10,17
Jiné	3	5,09
Celkem	59	100,00

**Graf 8 Výkony prováděné pečovatelkou**

V této otázce měli respondenti možnost označit více odpovědí. Relativní četnost představuje zastoupení jednotlivých vyjádření z celkového počtu odpovědí. Nejčastěji se pečovatelky podílely na osobní hygieně nemocných, odpovědělo tak 31 respondentů (52,54 %). Zajištění stravy a nákupu bylo poskytováno 19 nemocným (32,20 %). Pomoc při chodu domácnosti, úklidu označilo 6 respondentů (10,17 %). Jiné úkony byly poskytovány u 3 nemocných (5,09 %). Respondenti uvedli asistenci při procházce a trénink paměti.

Otázka číslo 9 – Jak často sestra a/nebo pečovatelka agentury domácí péče dochází k nemocnému?

Tabulka 9 Frekvence návštěv

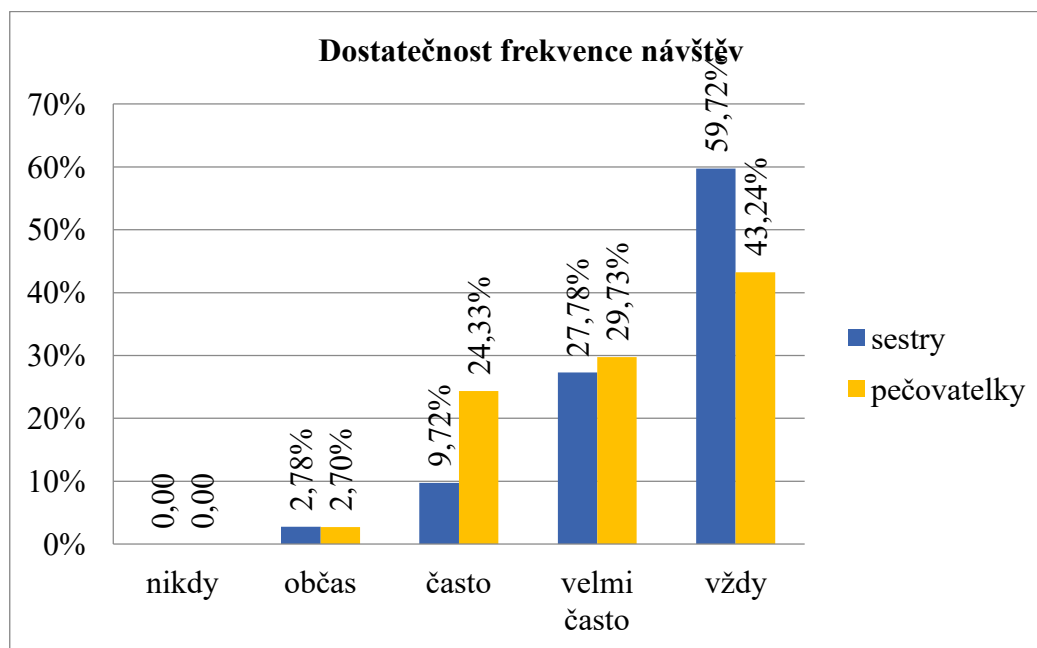
Frekvence návštěv	sestra		Pečovatelka	
	n	%	n	%
1x denně	18	25,00	8	21,62
2x denně	2	2,77	6	16,22
3x denně	0	0,00	5	13,51
1x týdně	0	0,00	2	5,41
2x týdně	11	15,28	4	10,81
3x týdně	37	51,40	6	16,22
4x týdně	1	1,39	1	2,70
5x týdně	1	1,39	4	10,81
6x týdně	0	0,00	1	2,70
1x měsíčně	2	2,77	0	0,00
Celkem	72	100,00	37	100,00

Tabulka č. 9 uvádí frekvenci návštěv u nemocného sestrou a pečovatelkou. Nejčastěji docházely sestry k nemocným 3x týdně, odpovědělo tak 37 respondentů (51,40 %). 18 respondentů uvedlo návštěvy sestrou denně (25,00 %). U 11 nemocných (15,28 %) docházely sestry 2x týdně, dva respondenti (2,77 %) uvedli návštěvu 2x denně a dva (2,77 %) 1x měsíčně. Jeden respondent (1,39 %) označil návštěvu 4x týdně a jeden (1,39 %) 5x týdně. Pečovatelky nejčastěji navštěvovaly nemocné 1x denně, odpovědělo tak 8 respondentů (21,62 %). Šest respondentů uvedlo návštěvu 2x denně (16,22 %) a shodný počet uvedlo návštěvu 3x týdně (16,22 %). Pět respondentů označilo návštěvu 3x denně (13,51 %). Po čtyřech respondentech uvedlo návštěvu pečovatelky 2x týdně (10,81 %) a 5x týdně (10,81 %). Návštěvu pečovatelky 1x týdně uvedli 2 respondenti (5,41 %). Jeden respondent (2,70 %) uvedl návštěvu 4x týdně a jeden respondent (2,70 %) 6x týdně.

Otázka číslo 10 – Považujete tento čas za dostačující?

Tabulka 10 Dostatečnost frekvence návštěv

Je čas dostatečný	sestra		Pečovatelka	
	n	%	n	%
Nikdy	0	0,00	0	0,00
Občas	2	2,78	1	2,70
Často	7	9,72	9	24,33
Velmi často	20	27,78	11	29,73
Vždy	43	59,72	16	43,24
Celkem	72	100,00	37	100,00



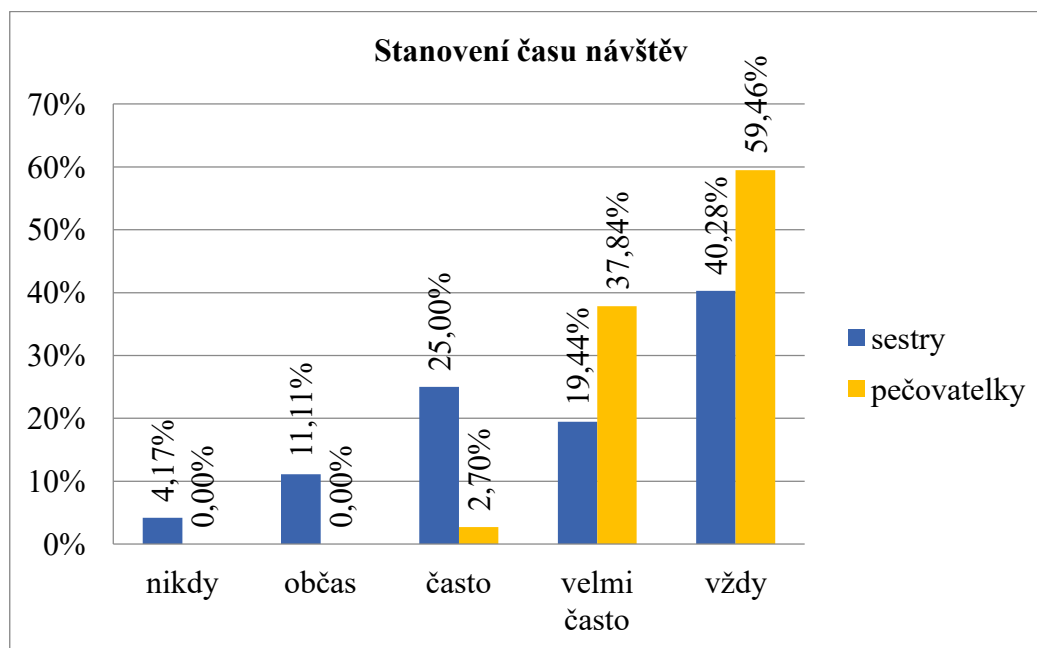
Graf 9 Dostatečnost frekvence návštěv

Za vždy dostatečný čas strávený u klienta sestrou považovalo 43 respondentů (59,72 %), velmi často byl tento čas dostačující pro 20 respondentů (27,78 %). Často dostačoval čas strávený sestrou u nemocného 7 respondentům (9,72 %) a občas 2 respondentům (2,78 %). Odpověď, že čas nikdy nedostačuje, neoznačil žádný respondent. Čas strávený pečovatelkou byl vždy dostačující pro 16 respondentů (43,24 %), velmi často dostačující pro 11 respondentů (29,73 %). Čas pečovatelky často dostačuje 9 respondentům (24,33 %) a odpověď občas jednomu respondentu (2,70 %). Odpověď nikdy ne zvolil žádný z respondentů.

Otázka číslo 11 – Máte stanovený čas návštěvy sestry a/nebo pečovatelky?

Tabulka 11 Stanovení času návštěv

Je stanoven čas	sestra		Pečovatelka	
	n	%	n	%
Nikdy	3	4,17	0	0,00
Občas	8	11,11	0	0,00
Často	18	25,00	1	2,70
Velmi často	14	19,44	14	37,84
Vždy	29	40,28	22	59,46
Celkem	72	100,00	37	100,00



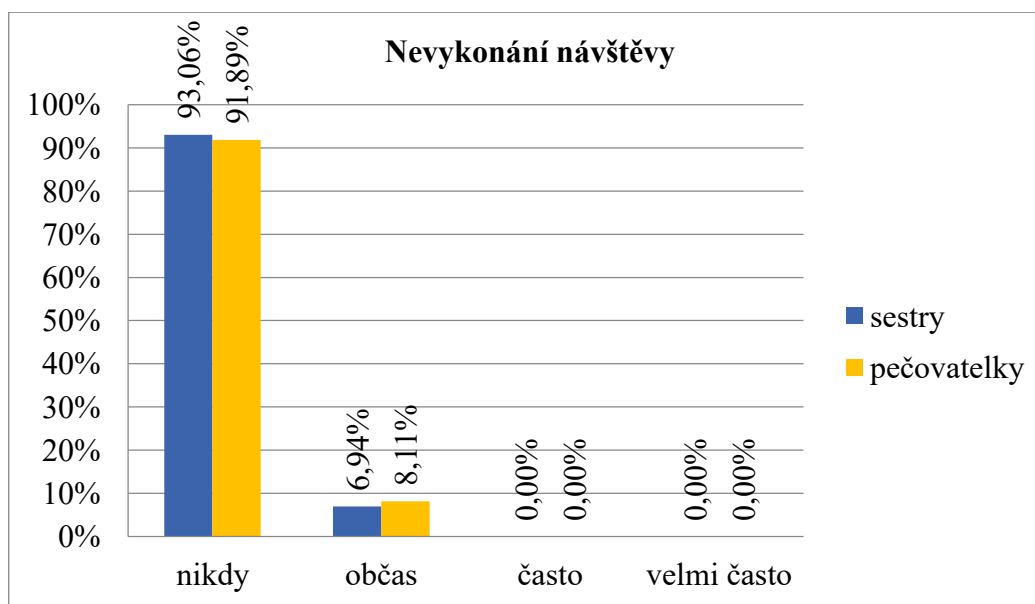
Graf 10 Stanovení času návštěv

Na otázku, zda mají respondenti stanovený čas návštěv sestry, odpovědělo 29 respondentů (40,28 %) vždy, velmi často má čas návštěvy stanoveno 14 respondentů (19,44 %). Často je čas stanovený u 18 respondentů (25 %) a občas u 8 respondentů (11,11 %). Nikdy není čas návštěvy sestry stanoven u třech respondentů (4,17 %). Čas návštěvy pečovatelky je vždy stanoven u 22 respondentů (59,46 %), velmi často u 14 respondentů (37,84 %). Odpověď, že často je stanoven čas návštěvy pečovatelky zvolil 1 respondent (2,70 %). Odpověď občas a nikdy u návštěv pečovatelek nezvolil žádný z respondentů.

Otázka číslo 12 – Stalo se, že k nemocnému sestra a/nebo pečovatelka nepřišla, přestože byla návštěva dohodnuta?

Tabulka 12 Nevykonání návštěvy

Nevykonání návštěvy	sestra		Pečovatelka	
	n	%	n	%
Nikdy	67	93,06	34	91,89
Občas	5	6,94	3	8,11
Často	0	0,00	0	0,00
Velmi často	0	0,00	0	0,00
Celkem	72	100,00	37	100,00



Graf 11 Nevykonání návštěvy

Na otázku zda se někdy stalo, že sestra nepřišla na sjednanou návštěvu, odpovědělo 67 respondentů (93,06 %), že se jim toto nikdy nepříhodilo. Občas se tato situace vyskytla u 5 respondentů (6,94 %). Odpovědi často a velmi často ne zvolil nikdo z respondentů. Co se týče návštěvy pečovatelek, nikdy se tato situace ne vyskytla u 34 respondentů (91,89 %) a občas u 3 respondentů (8,11 %). Odpověď často a velmi často rovněž jako u sester ne zvolil žádný respondent. Ve všech případech se nevykonání návštěvy uskutečnilo z důvodu nepřízně počasí. Situace byla řešena omluvou a stanovením náhradního termínu návštěvy.

Otázka číslo 13 – V čem spatřujete výhody domácí péče?

Tabulka 13 Výhody domácí péče

Výhody poskytování domácí péče	n	%
Domácí prostředí	50	42,02
Kvalitní, individuální péče	23	19,33
Žádné starosti s přepravou	15	12,61
Úspora času	9	7,56
Dožít život v domácím prostředí	7	5,88
Návštěvy rodiny, známých	4	3,36
Psychická pohoda	4	3,36
Ulehčení starostí	3	2,52
Možnost chodit zaměstnání	2	1,68
Finanční úspora	1	0,84
Eliminace nákazy jinou nemocí	1	0,84
Celkem	119	100,00

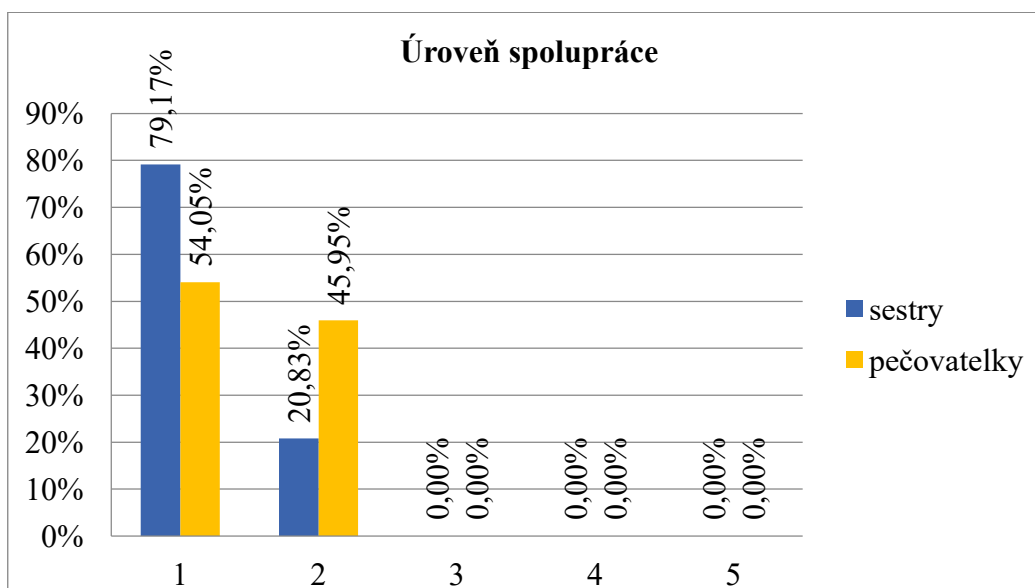
V otázce číslo 13 respondenti odpovídali, v čem spatřují výhody poskytování domácí péče. U této položky dotazníku respondenti volili více odpovědí. Relativní četnost představuje zastoupení jednotlivých vyjádření z celkového počtu odpovědí. Nejvíce respondentů, 50 (42,02 %), uvedlo pobyt doma v domácím prostředí. Druhou početnou skupinu tvořila odpověď preferující individuální a kvalitní péči poskytovanou v domácnosti klienta, 23 respondentů (19,33 %). Žádné starosti s přepravou nemocného napsalo jako odpověď 15 respondentů (12,61 %). Výhodu v podobě úspory času uvedlo 9 respondentů (7,56 %). Strávit konec života nemocného považovalo za výhodu domácí péče 7 respondentů (5,88%). Možnost neomezených návštěv rodiny, známých uvedli 4 respondenti (3,36 %), rovněž 4 respondenti (3,36 %) považovali za výhodu psychickou pohodu nemocného. Poskytování domácí péče ulehčovalo starosti s péčí o nemocného 3 respondentům (2,52 %). Možnost i nadále chodit do zaměstnání byla přínosem pro 2 respondenty (1,68 %). Výhodu domácí péče ve finanční úspoře viděl 1 respondent (0,84 %) a eliminaci nákazy jinou nemocí rovněž 1 respondent (0,84 %).

Otázka číslo 14 – Jak hodnotíte úroveň spolupráce se sestrou agentury domácí péče?

Otázka číslo 15 – Jak hodnotíte úroveň spolupráce s pečovatelkou agentury domácí péče?

Tabulka 14 Úroveň spolupráce

Úroveň spolupráce	sestra		Pečovatelka	
	n	%	n	%
1	57	79,17	20	54,05
2	15	20,83	17	45,95
3	0	0,00	0	0,00
4	0	0,00	0	0,00
5	0	0,00	0	0,00
Celkem	72	100,00	37	100,00



Graf 12 Úroveň spolupráce

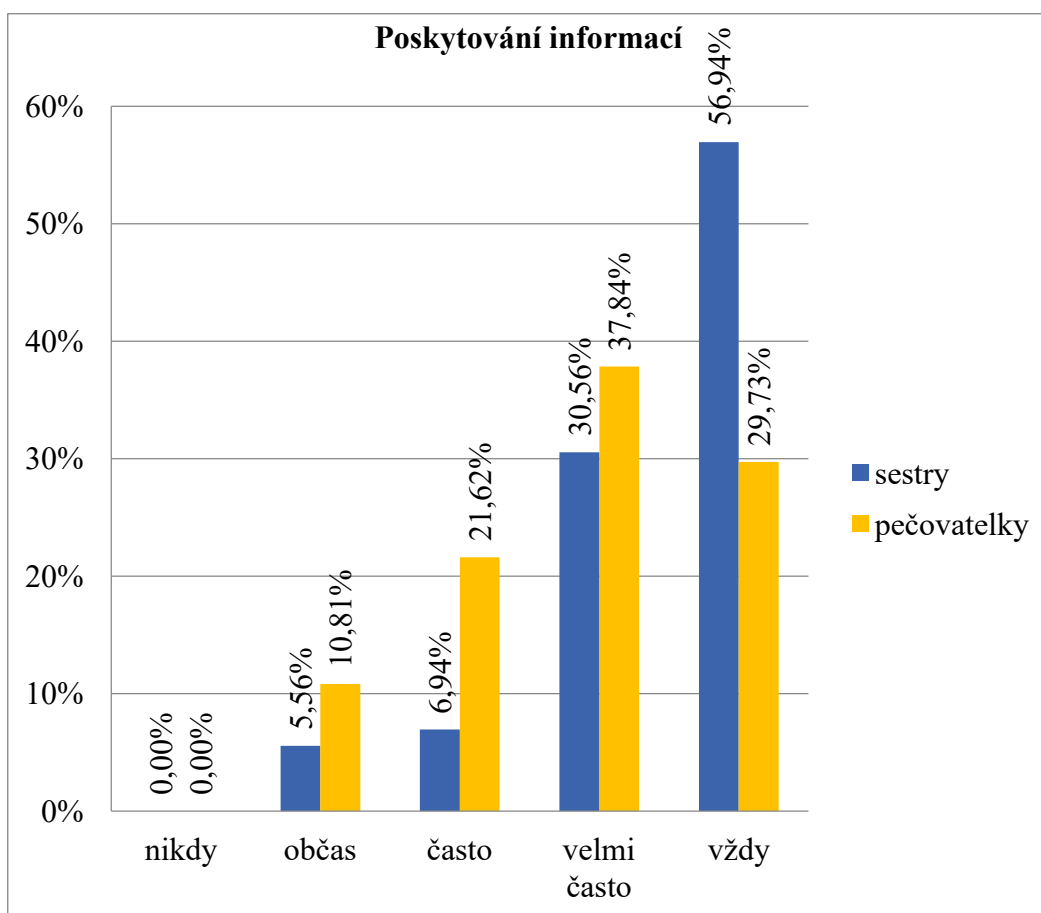
V otázce číslo 14 a 15 jsme se ptali respondentů, jak hodnotí úroveň spolupráce se sestrou a pečovatelkou agentury domácí péče. Hodnotili na stupnici 1-5, přičemž 1 = naprosto dostatečná spolupráce a 5 = naprosto nedostatečná spolupráce. Možnost volby 3, 4, 5 ne zvolil u sester ani pečovatelek žádný respondent. Jako naprosto dostatečnou spolupráci sester uvedlo 57 respondentů (79,17 %) a číslem 2 ohodnotilo spolupráci sester 15 respondentů (20,83 %). U pečovatelek považovalo spolupráci

za naprosto dostatečnou 20 respondentů (54,05 %) a číslem 2 ohodnotilo spolupráci 17 respondentů (45,95 %).

Otázka číslo 16 – Poskytují Vám sestry a/nebo pečovatelky potřebné informace týkající se péče a ošetřování?

Tabulka 15 Poskytování informací

Poskytování informací	sestra		Pečovatelka	
	n	%	n	%
Nikdy	0	0,00	0	0,00
Občas	4	5,56	4	10,81
Často	5	6,94	8	21,62
Velmi často	22	30,56	14	37,84
Vždy	41	56,94	11	29,73
Celkem	72	100,00	37	100,00



Graf 13 Poskytování informací

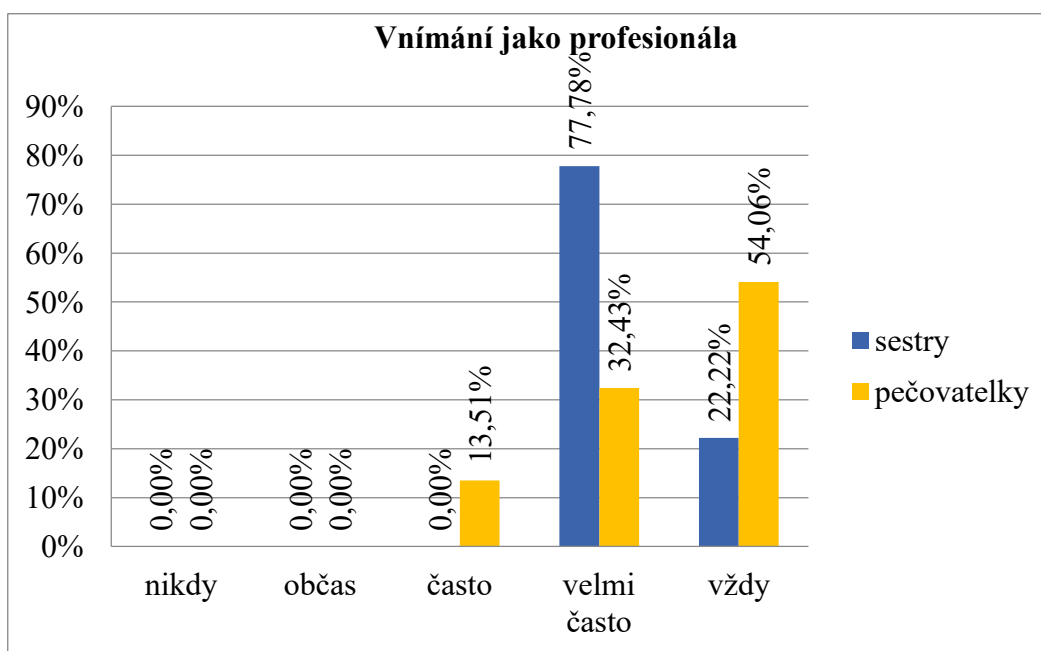
Na otázku, jak často sestry poskytují potřebné informace související s péčí o nemocného, odpovědělo 41 respondentů (56,94 %), že jsou jim informace poskytovány vždy. Velmi

často byly tyto informace poskytovány 22 respondentům (30,56 %) a často 5 respondentům (6,94 %). Pouze občas poskytovaly sestry informace 4 respondentům (5,56 %). Odpověď, že by sestry nikdy nesdělovaly, informace nezvolil žádný respondent. Na stejnou otázku odpovídali respondenti i v poskytování informací pečovatelkami. Pečovatelky poskytovaly informace vždy 11 respondentům (29,73 %), velmi často 14 respondentům (37,84 %). Často byly informace poskytovány 8 respondentům (21,62 %) a pouze občas 4 respondentům (10,81 %). Odpověď, že by respondentům nebyly informace sdělovány nikdy, nezvolil stejně jako u sester žádný respondent.

Otázka číslo 17 – Vnímáte sestru a/nebo pečovatelku agentury domácí péče jako profesionála?

Tabulka 16 Vnímání jako profesionála

Vnímání jako profesionála	sestra		pečovatelka	
	n	%	n	%
Nikdy	0	0,00	0	0,00
Občas	0	0,00	0	0,00
Často	0	0,00	5	13,51
Velmi často	56	77,78	12	32,43
Vždy	16	22,22	20	54,06
Celkem	72	100,00	37	100,00



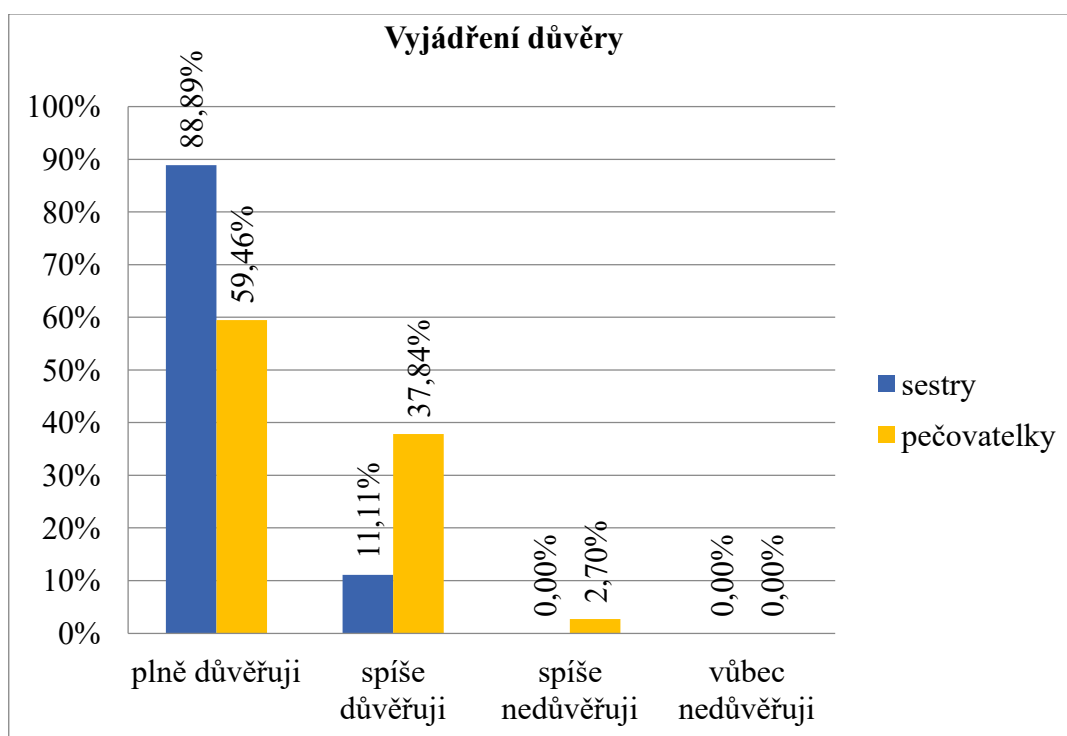
Graf 14 Vnímání jako profesionála

V otázce číslo 17 odpovídali respondenti, zda vnímají sestru nebo pečovatelku jako profesionála. Sestru jako profesionála vnímalo vždy 16 respondentů (22,22 %) a velmi často 56 respondentů (77,78 %). Odpověď často, občas a nikdy nezvolil žádný respondent. Co se týče pečovatelek, ty byly vnímány vždy jako profesionálky u 20 respondentů (54,06 %) a velmi často u 12 respondentů (32,43 %). Často jsou vnímány pečovatelky jako profesionálové 5 respondenty (13,51 %). Odpověď občas a nikdy neoznačil žádný respondent.

Otázka číslo 18 – Důvěřujete sestře a/nebo pečovatelce agentury domácí péče?

Tabulka 17 Vyjádření důvěry

Vyjádření důvěry	sestra		pečovatelka	
	n	%	n	%
Plně důvěřuji	64	88,89	22	59,46
Spíše důvěřuji	8	11,11	14	37,84
Spíše nedůvěřuji	0	0,00	1	2,70
Vůbec nedůvěřuji	0	0,00	0	0,00
Celkem	72	100,00	37	100,00



Graf 15 Vyjádření důvěry

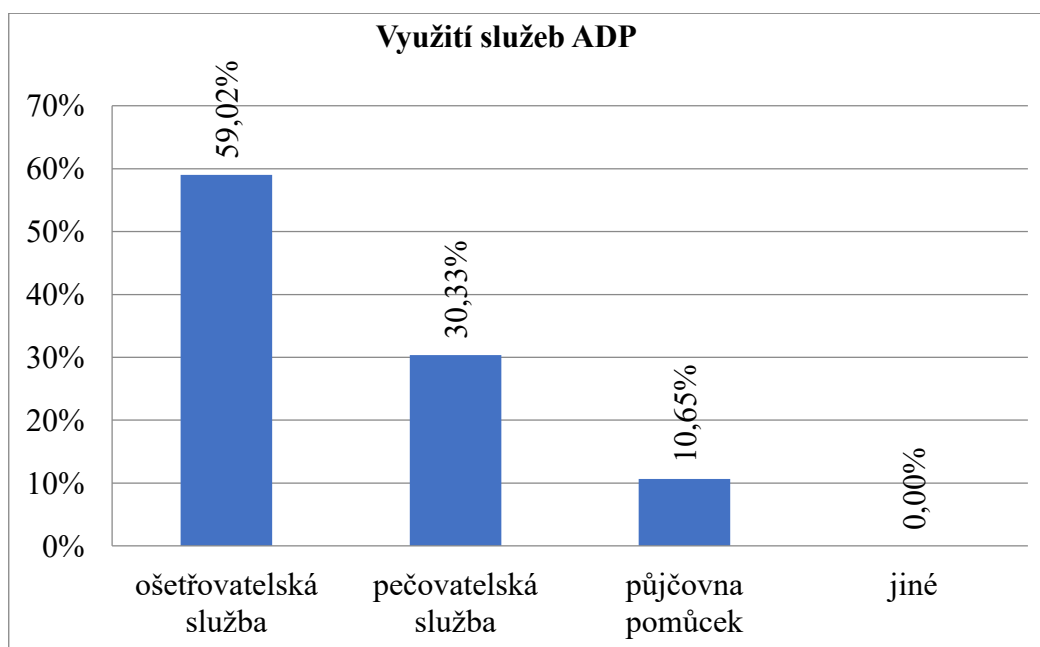
Sestrám plně důvěřuje 64 respondentů (88,89 %) a spíše jim důvěřuje 8 respondentů (11,11 %). Vůbec sestrám nedůvěřuje a spíše nedůvěřuje žádný z respondentů. Plnou důvěru pečovatelkám vyjádřilo 22 respondentů (59,46 %). Spíše důvěřuje pečovatelkám 14 respondentů (37,84 %), spíše nedůvěřuje 1 respondent (2,70 %). Pečovatelkám vůbec nedůvěřuje nikdo z respondentů.

Otázka číslo 19 - Které typy služeb agentury domácí péče využíváte?

Otázka číslo 20 - Jaké další služby byste přivítali?

Tabulka 18 Využití služeb ADP

Využití služeb ADP	n	%
Ošetřovatelská	72	59,02
Pečovatelská	37	30,33
Půjčovna pomůcek	13	10,65
Jiné	0	0,00
Celkem	122	100,00



Graf 16 Využití služeb ADP

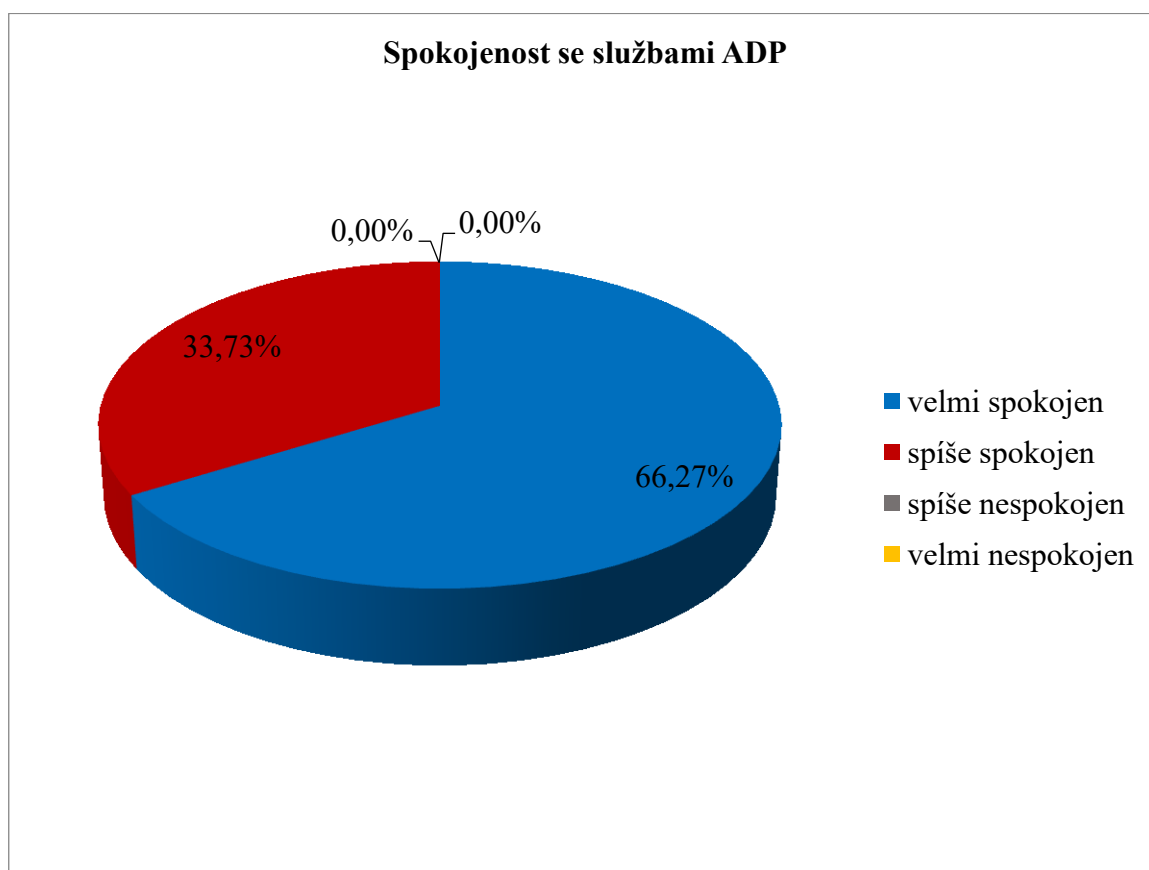
U této položky dotazníku měli respondenti možnost volit z více odpovědí. Relativní četnost představuje zastoupení jednotlivých vyjádření z celkového počtu odpovědí. Z poskytovaných služeb ADP respondenti nejčastěji využívali službu ošetřovatelskou, 72 respondentů (59,02 %), potom službu pečovatelskou, 37 respondentů (30,33 %). Možnosti zapůjčení pomůcek využívalo 13 respondentů (10,65 %). Jiné služby poskytované ADP nevedl žádný respondent. V návaznosti na otázku jaké služby ADP respondenti využívají, jsme se ptali ve volné otázce, jaké služby by přivítali. Na tuto otázku nám odpovědělo pouze sedm respondentů. Podávání infúzí a kyslíkové terapie uvedl 1 respondent, rovněž 1 respondent by přivítal vyšší frekvenci návštěv sestry

a možnost návštěvy sestry i v nočních hodinách. Dovoz obědů by si přáli 2 respondenti. Po jednom respondentu jako odpověď napsali odvoz k lékaři a možnost provedení pedikúry v domácnosti nemocného. Širší sortiment zdravotnických pomůcek k vypůjčení by uvítal rovněž jeden respondent.

Otázka číslo 21 – Jak jste spokojeni s poskytovanými službami?

Tabulka 19 Spokojenost se službami ADP

Spokojenost se službami ADP	n	%
Velmi spokojen	55	66,27
Spíše spokojen	28	33,73
Spíše nespokojen	0	0,00
Velmi nespokojen	0	0,00
Celkem	83	100,00

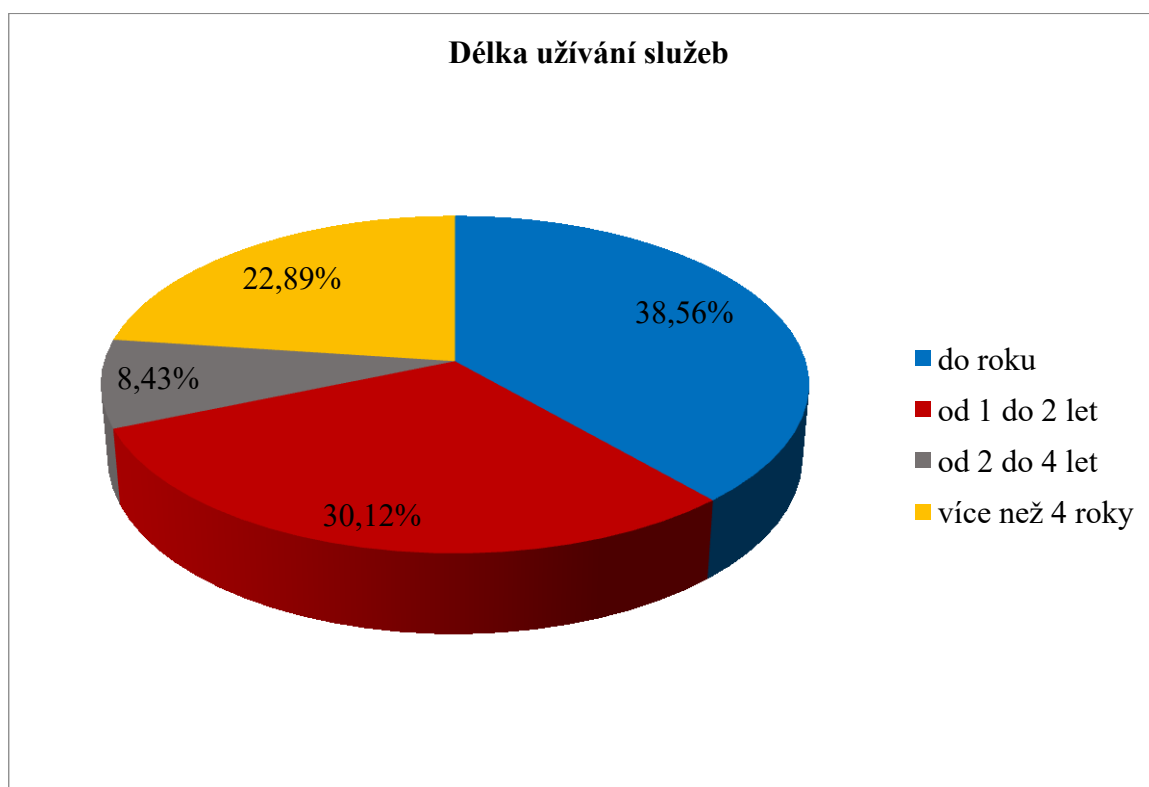


Graf 17 Spokojenost se službami ADP

Velmi spokojeno s poskytovanými službami ADP bylo 55 respondentů (66,27 %), spíše spokojeno 28 respondentů (33,73 %). Spíše nespokojen a velmi nespokojen se službami ADP nebyl žádný z respondentů.

Otázka číslo 22 – Jak dlouho využíváte služby agentury domácí péče?**Tabulka 20 Délka užívání služeb**

Délka užívání služeb	n	%
Do roku	32	38,56
Od 1 do 2 let	25	30,12
Od 2 do 4 let	7	8,43
Více než 4 roky	19	22,89
Celkem	83	100,00

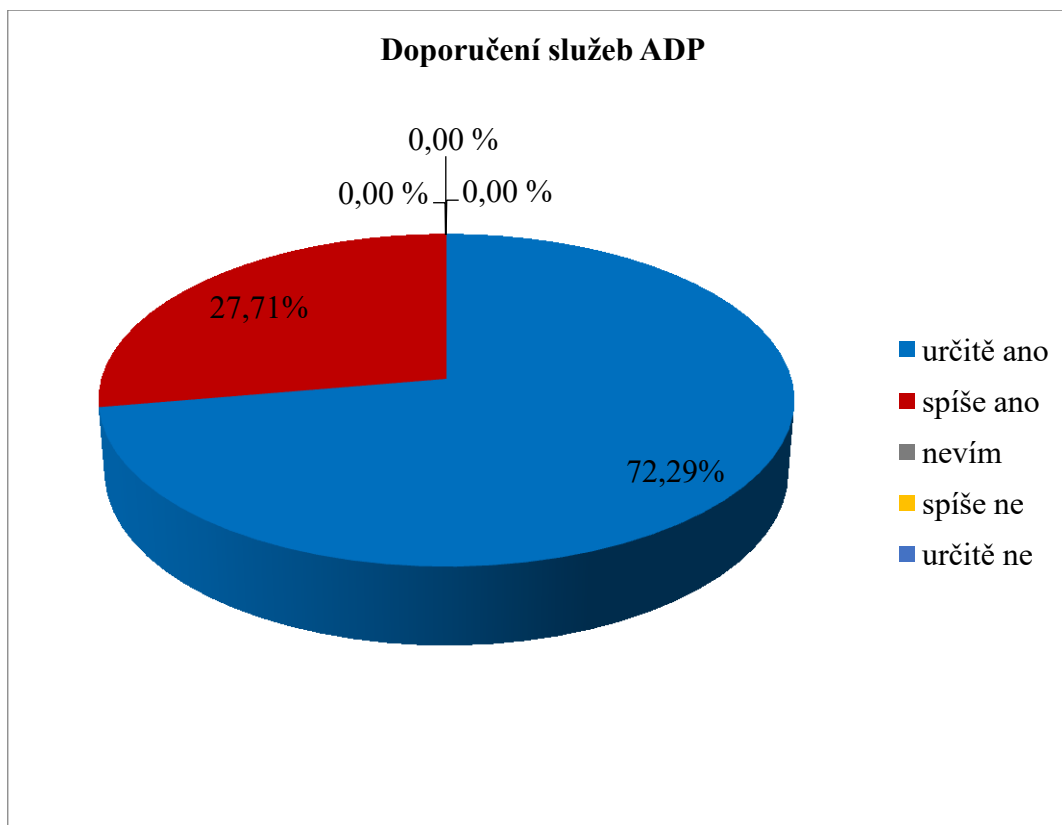
**Graf 18 Délka užívání služeb**

Na otázku, jak dlouho respondenti užívají služeb ADP, odpovědělo nejvíce 32 respondentů (38,56 %), že služby využívají do jednoho roku a 25 respondentů (30,12 %) od 1 do 2 let. Nejméně respondentů využívalo služby od 2 do 4 let a to 7 respondentů (8,43 %) a více než 4 roky využívalo služby ADP 19 respondentů (22,89 %).

Otázka číslo 23 – Doporučil(a) byste svým známým využití služeb agentury domácí péče?

Tabulka 21 Doporučení služeb ADP

Doporučení služeb ADP	n	%
Určitě ano	60	72,29
Spíše ano	23	27,71
Nevím	0	0,00
Spíše ne	0	0,00
Určitě ne	0	0,00
Celkem	83	100,00



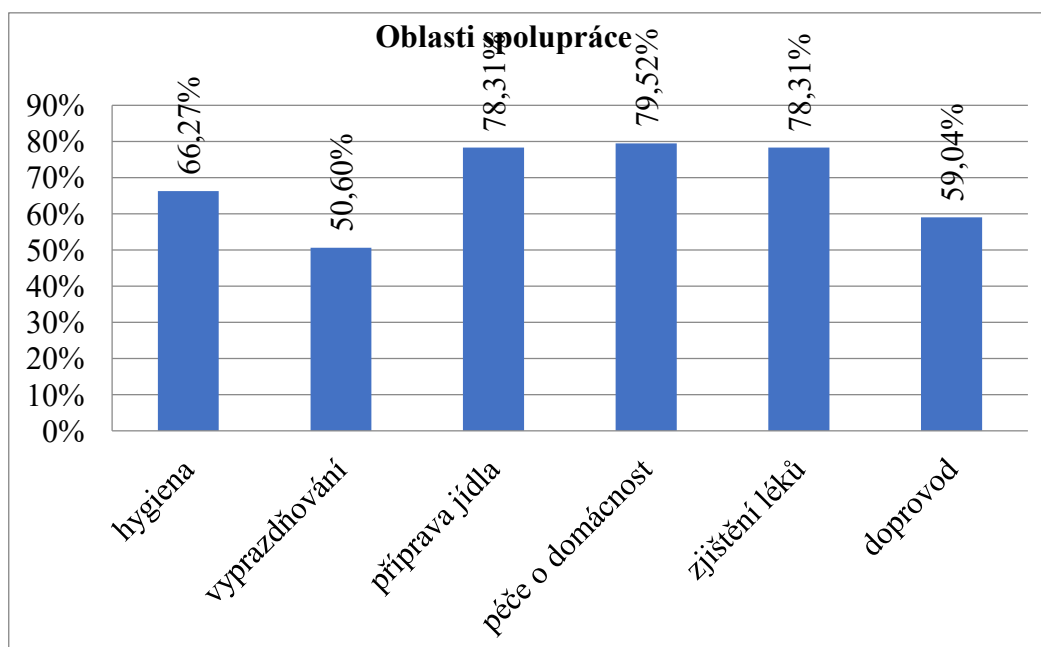
Graf 19 Doporučení služeb ADP

Na otázku, zda by respondenti doporučili služby domácí péče, odpovědělo určitě ano 60 respondentů (72,29 %) a spíše ano 23 respondentů (27,71 %). Odpověď nevím, spíše ne a určitě ne nezvolil žádný respondent.

Otázka číslo 24 – Do kterých činností v péči o nemocného se zapojujete?

Tabulka 22 Oblasti spolupráce

Oblasti spolupráce	n (zapojuje se)	n (nezapojuje se)	celkem
Hygiena	55	28	83
%	66,27	33,73	100,00
Vyprazdňování	42	41	83
%	50,60	49,40	100,00
Příprava jídla	65	18	83
%	78,31	21,69	100,00
Péče o domácnost	66	17	83
%	79,52	20,48	100,00
Zajištění léků	65	18	83
%	78,31	21,69	100,00
Doprovod	49	34	83
%	59,04	40,96	100,00



Graf 20 Oblasti spolupráce

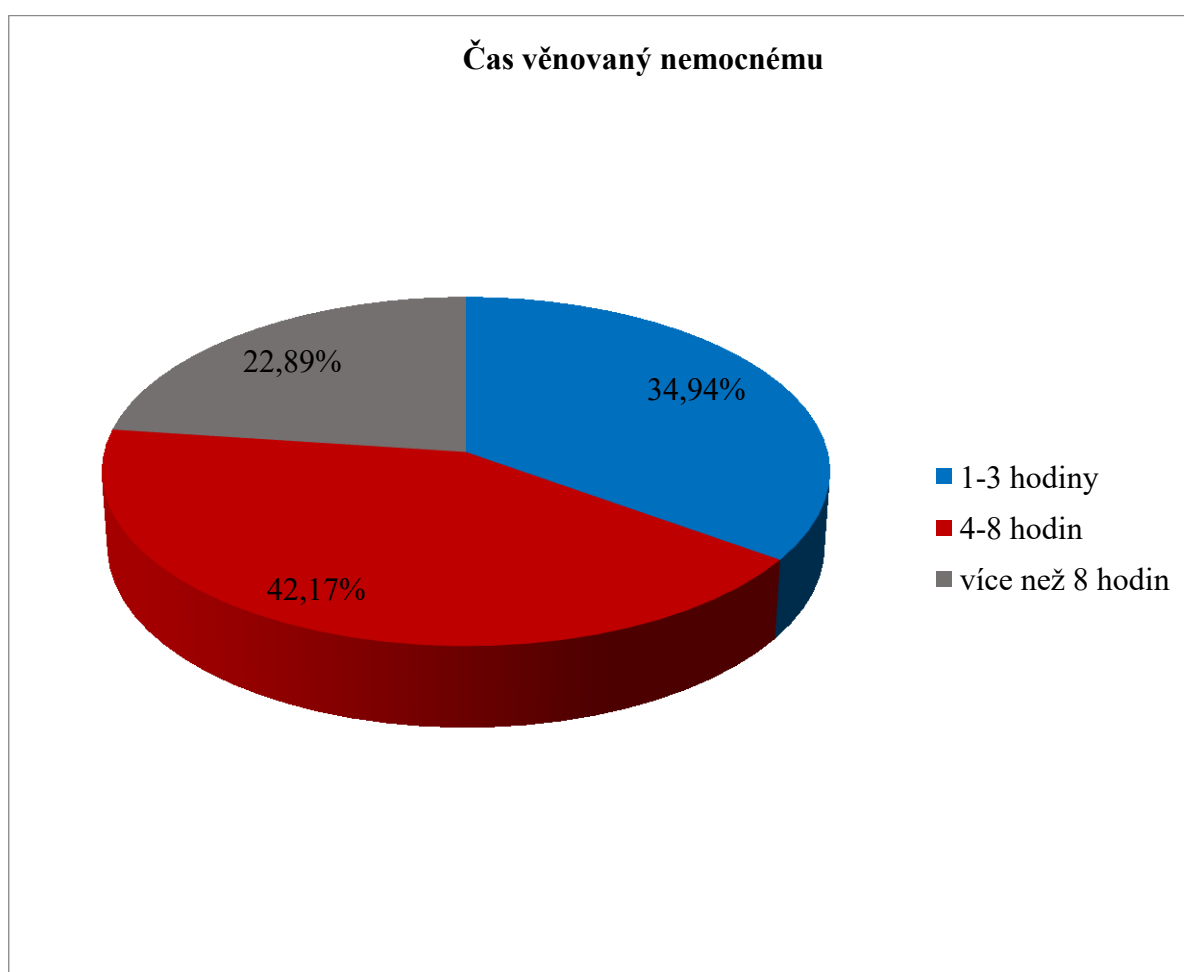
Tabulka č. 22 uvádí podíl spolupráce pečujících při péči o nemocného. V oblasti hygieny se na péči podílí 55 respondentů (66,27 %). Pomoc s vyprazdňování poskytuje 42 respondentů (50,60 %). Přípravu jídla zajišťuje nemocným 65 respondentů (78,31 %).

S péčí o domácnost vypomáhá nemocným 66 respondentů (79,52 %) a se zajištěním a přípravou léků 65 respondentů (78,31 %). Doprovod k lékaři a na úřady poskytuje 49 respondentů (59,04 %).

Otázka číslo 25 – Kolik času denně věnujete nemocnému?

Tabulka 23 Čas věnovaný nemocnému

Délka užívání služeb	n	%
1-3 hodiny	29	34,94
4-8 hodin	35	42,17
Více než 8 hodin	19	22,89
Celkem	83	100,00



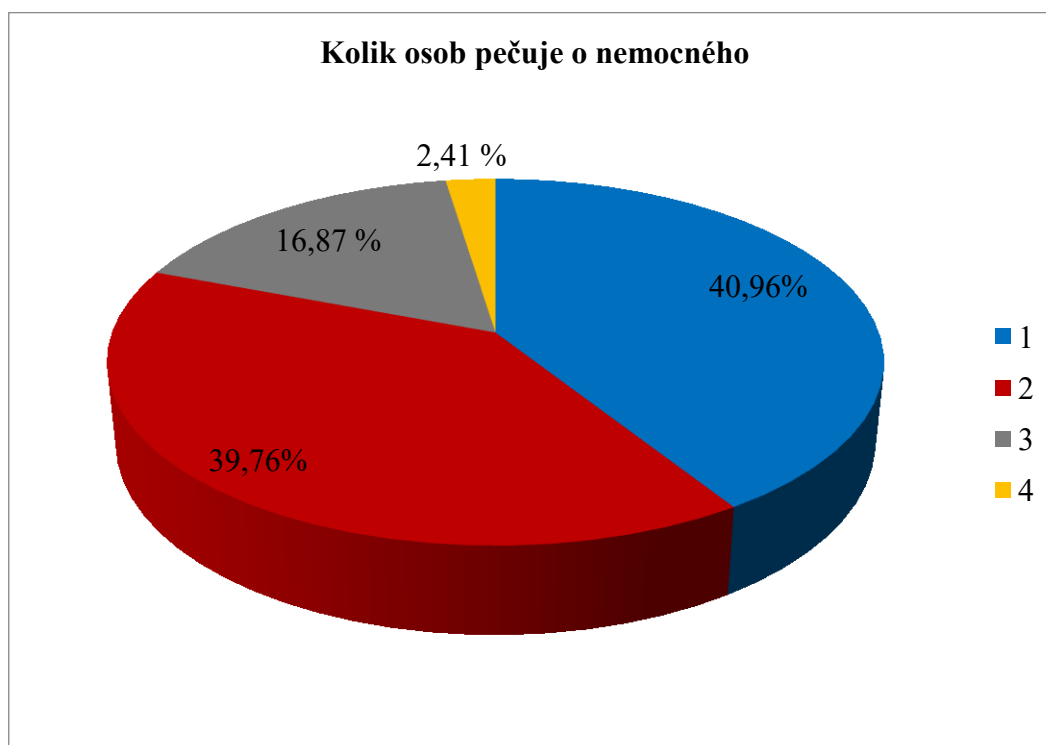
Graf 21 Délka užívání služeb

Nejvíce respondentů a to 35 (42,17 %) se věnovalo nemocnému denně 4-8 hodin, 29 respondentů (34,94 %) potom 1-3 hodiny. Nejméně respondentů, 19 (22,89 %) věnovalo nemocnému více než 8 hodin denně svého času.

Otázka číslo 26 – Kolik osob, mimo pracovníky agentury, se podílí na péči o nemocného?

Tabulka 24 Kolik osob pečuje o nemocného

Kolik osob pečuje o nemocného	n	%
1	34	40,96
2	33	39,76
3	14	16,87
4	2	2,41
Celkem	83	100,00



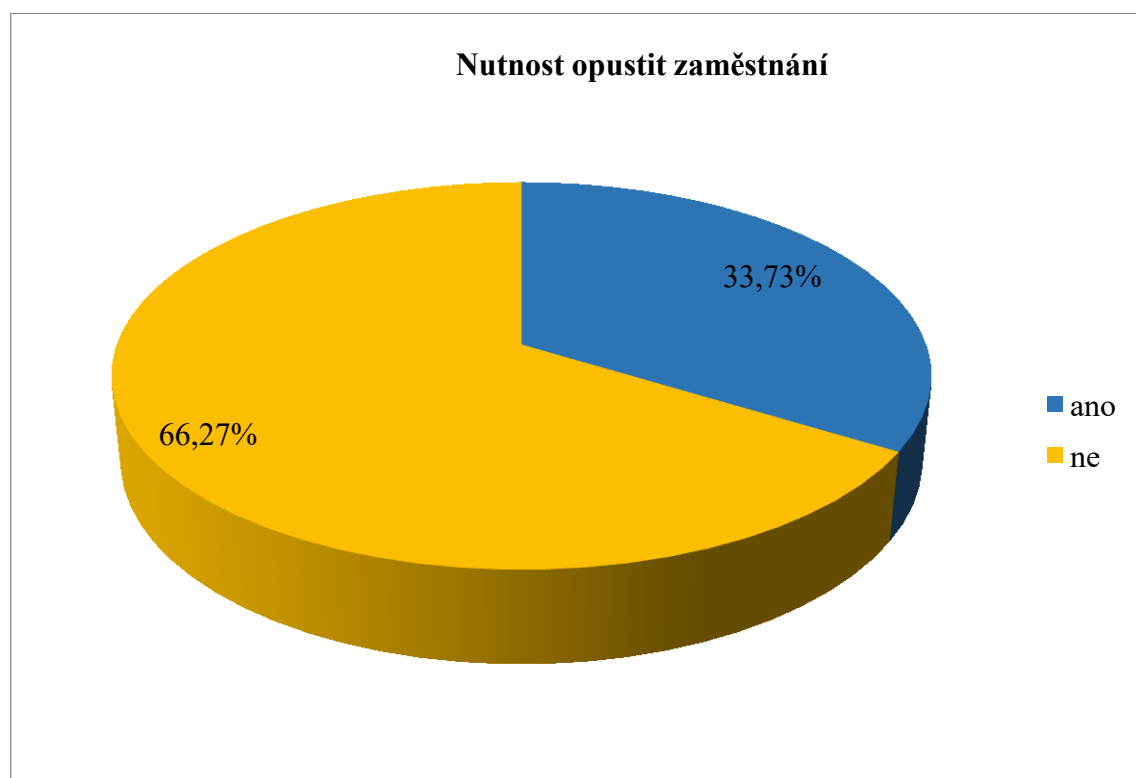
Graf 22 Kolik osob pečuje o nemocného

Na otázku kolik osob se přímo podílí na péči o nemocného, odpovědělo 34 respondentů (40,96 %), že o nemocného pečuje jedna osoba, 33 respondentů (39,76 %) odpovědělo, že o nemocného pečují dvě osoby. U 14 respondentů (16,87 %) se na péči o nemocného podíly tři osoby a u 2 respondentů (2,41 %) osoby čtyři.

Otázka číslo 27 – Opustili jste kvůli péči o nemocného své zaměstnání?

Tabulka 25 Nutnost opustit zaměstnání

Nutnost opustit zaměstnání	n	%
Ano	28	33,73
Ne	55	66,27
Celkem	83	100,00



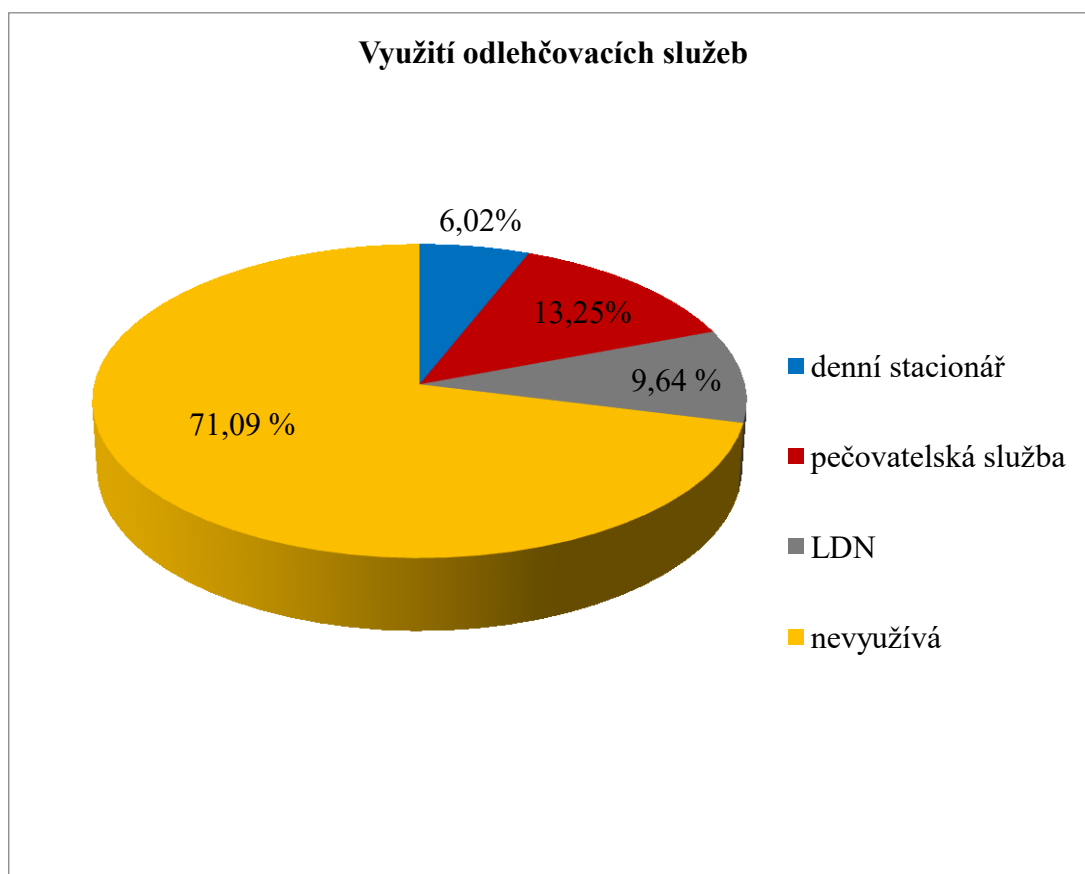
Graf 23 Nutnost opustit zaměstnání

Své zaměstnání v důsledku péče o nemocného muselo opustit 28 respondentů (33,73 %), 55 respondentů (66,27 %) se tato situace netýkala.

Otázka číslo 28 – Využíváte při péči o nemocného některou z forem odlehčovací péče?

Tabulka 26 Využití odlehčovacích služeb

Využití odlehčovacích služeb	n	%
Denní stacionář	5	6,02
Pečovatelská služba	11	13,25
LDN	8	9,64
Nevyužívá	59	71,09
Celkem	83	100,00



Graf 24 Využití odlehčovacích služeb

Uvedená tabulka a graf nám znázorňují využití odlehčovacích služeb při péči o nemocného v domácím prostředí. Této možnosti využívá 24 respondentů (28,91 %), 59 respondentů (71,09 %) odlehčovací služby nevyužívá. Nejvíce je využívána pomoc pečovatelské služby, kterou uvedlo 11 respondentů (13,25 %), poté následuje možnost pobytu na LDN, odpovědělo tak 8 respondentů (9,64 %). Možnosti pobytu v denním stacionáři využívá 5 respondentů (6,02 %).

6 DISKUSE

Bakalářská práce se zabývala využitím agentur domácí péče v paliativní péči. Pro zpracování vybraného tématu posloužilo 83 řádně vyplněných dotazníků. Respondenty byli rodinní příslušníci pečující o nemocné v paliativní péči využívající služeb ADP. Ve 42 případech se respondenti starali o nemocné ženy a ve 41 případech o nemocné muže. Z celkového počtu 83 nemocných se ve věkové kategorii do 50 let nacházelo 5 nemocných, v kategorii 51 – 60 let 11 nemocných, ve věku 61 – 70 let bylo 19 nemocných a ve 48 případech se jednalo o nemocné ve věku nad 71 let. Nemocní nejčastěji žili v obci v rodinném domě a to v 51 případech, dále pak ve městě v bytě ve 13 případech, 12 nemocných žilo v obci v bytě a jen 7 ve městě v rodinném domě. V 91,57 % případech žije někdo s nemocným ve společné domácnosti (manžel, manželka, děti, vnuci, sourozenci), jen 8,43 % nemocných žije samo.

Jelikož do paliativní péče nespádají jen onkologická onemocnění, ale i některé další choroby v pokročilých stádiích, s přihlédnutím k mentálnímu věku a přidruženým chorobám, zjišťovali jsme jejich výskyt u nemocných, o které pečují jejich blízcí v domácím prostředí. Dle četnosti se u nemocných vyskytovaly choroby v tomto pořadí: neurologické onemocnění (21,88 %), diabetes mellitus (18,75 %), srdeční onemocnění (14,58 %), demence (13,54 %), nádorové onemocnění (12,50 %), onemocnění plic (6,77 %), ledvin (4,17 %), jater (2,60 %). Jako další nemoci (5,21 %) byly uvedeny bércové vředy, amputace končetin, obrna, degenerativní genetické onemocnění a ochrnutí způsobené úrazem. Ve většině případů se u nemocných vyskytovalo více onemocnění (polymorbidita).

Dále jsme zjišťovali, kdo z ADP se na péči o nemocné v domácím prostředí podílel. Z uvedených výsledků vyplývá, že v případě tohoto šetření, to byly ve 46 případech všeobecné sestry (55,42 %), sestra i pečovatelka se společně podílely na péči u 26 nemocných (31,33 %), pečovatelka docházela k 11 nemocným (13,25 %).

Mezi výkony nejčastěji prováděné sestrou byla udávána ošetrovatelská rehabilitace a převazy ve shodném počtu případů, a to u 35 nemocných (34,65 %). Toto je překvapivé, neboť bércové vředy byly uvedeny jen ve třech případech v kolonce „jiné“, při zjišťování výskytu onemocnění a dekubity ani v jednom případě. Dále sestry docházely k nemocným pro aplikaci injekcí nebo inzulínu, a to k 17 lidem (16,84 %), ošetřování stomie k 7 lidem (6,93 %) a 7 respondentů (6,93 %) vyplnilo kolonku „jiné“, do které vypsali výměnu permanentního močového katetru, odběr krve, aplikace parenterální výživy a odsávání

z dýchacích cest. Tématem využití agentur domácí péče v paliativní péči se zabývala ve své diplomové práci Sedláková (2011, s. 67 -68) s tím rozdílem, že dotazníkové šetření bylo určeno sestřím - naše šetření pečujícími osobám. Z jejich výsledků vyplynulo, že sestry nejčastěji docházejí k aplikaci léků a injekcí (13 %) a k převazům ran (13 %) podobně jako ve výsledcích našeho výzkumu. Naopak ošetrovatelská rehabilitace byla zastoupena pouze 5 %, kdežto v našich výsledcích zaujímá první místo se 34,65 %.

K nejčastějším výkonům u pečovatelek v tomto výzkumu patřila pomoc při osobní hygieně ve 31 případech (52,54 %), následovalo zajišťování stravy a nákupů u 19 klientů (32,20 %), dále pak péče o domácnost a úklid u 6 klientů (10,17 %) a mezi jiné uvedli 3 klienti (5,09 %) asistenci při procházkách a trénink paměti.

Velmi širokou škálu odpovědí nabídla otázka týkající se počtu návštěv. Sestry dochází do domácností nejčastěji 3x týdně a to v 37 případech (51,40 %), jednou denně v 18 případech (25,00 %), 2x týdně v 11 případech (15,28 %), u dvou klientů se jednalo o návštěvu 2x denně (2,77 %), u dvou klientů 1x měsíčně (2,77 %), v jednom případě docházela sestra 4x týdně (1,39 %) v dalším 5x týdně (1,39 %). U pečovatelek je škála návštěv ještě výraznější. V největším počtu byly zastoupeny návštěvy 1x denně a to u 8 klientů (21,62 %), shodně v 6 případech se jednalo o návštěvu 2x denně a 3x týdně (16,22 %), k 5 klientům docházela pečovatelka 3x denně (13,51 %), shodně ke 4 klientům 2x týdně a 5x týdně (10,81 %), ke dvěma klientům 1x týdně (5,41 %), déle docházela pečovatelka k jednomu klientovi 4x týdně (2,70 %) a k jednomu 6x týdně (2,70 %).

V položce číslo 10 nás zajímalo, zda považují pečující osoby tento čas za dostatečný. Co se týká ošetrovatelské péče, udávali pečující ve 43 případech (59,72 %), že čas poskytované péče byl dostatečný vždy, 20 pečujících (27,78 %) považovalo tento čas za dostatečný velmi často, 7 pečujících (9,72 %) pocíťovalo tento čas za dostačující často a jen ve dvou případech (2,78 %) udávali čas za dostačující občas. Čas strávený pečovatelskou službou u klientů v domácím prostředí považovali pečující za dostatečný vždy v 16 případech (43,24 %), v 11 případech (29,73 %) velmi často, v 9 případech (24,33 %) často a jen v jednom případě (2,70 %) byla označena odpověď občas. Ani v jednom z případů nebyla pečujícími označena odpověď nikdy. Charvátová (2014, s. 57) se ve své diplomové práci zabývá podobným tématem a to přínosem domácí hospicové péče pečujícím rodinám terminálně nemocných. Ve svém výzkumném šetření došla k závěru, že většina respondentů – 98,75 %, považuje čas strávený pracovníky domácího hospice za dostatečný. Pouze 1,25 % respondentů uvedlo, že neví, zda byl čas

dostatečný. Toto zjištění by korespondovalo s našimi výsledky, kdy také byli pečující spokojeni s časovou dotací návštěv.

V jedenácté otázce jsme zjišťovali, zda mají rodiny stanoven čas návštěv pracovníků ADP. U sester byl čas stanoven vždy jen ve 40,28 % případů, u pečovatelek v 59,46 %. Ve výjimečných případech se u sestry i pečovatelky stalo, že nepřišla na plánovanou návštěvu.

Nejčastější odpovědí na otázku, v čem spatřujete výhody domácí péče, byl pobyt v domácím prostředí (42,02 %) a kvalitní individuální péče (19,33 %). Sedm respondentů (5,88 %) uvedlo jako výhodu možnost dožít život v domácím prostředí. Svobodová (2010, s. 75) dospěla ve své bakalářské práci ke shodnému závěru, kdy i její respondenti viděli na prvním místě výhodu domácí péče v možnosti pobytu v domácím prostředí a to u 50 % respondentů.

Úroveň spolupráce pečujících a pracovníků ADP je dle tohoto výzkumu na vysoké úrovni. Předávání informací potřebných k péči o nemocné probíhalo u sester vždy (79,17 %) u pečovatelek byla nečastější odpověď velmi často (54,05 %). Dále z dotazníkového šetření vyplynulo, že pracovníci agentur jsou vnímáni jako profesionálové, kterým pečující důvěřují. Sestrám plně důvěřuje 88,89 % respondentů a pečovatelkám v 59,46 %. V případě pečovatelek se v jednom případě (2,70 %) objevila odpověď, spíše nedůvěřuji. Odpověď vůbec nedůvěřuji nebyla zvolena ani jedním respondentem.

Sestru jako profesionála vnímá vždy 22,22 % respondentů a velmi často 77,78 %. Pečovatelky byly vnímány jako profesionální pracovníci vždy u 54,06 % respondentů, velmi často u 32,43 % respondentů a často u 13,51 % respondentů. Ve výsledcích výzkumné práce Charvátové (2014, s. 66 - 67) měly sestry v 96,10 % případech jedničku a ve 3 dvojku. Pečovatelé získali v 98,11 % jedničku a v 1,89 % dvojku. Lze tedy říci, že jsme dospěli k podobným výsledkům. Nepatrné rozdíly mohou být způsobeny tím, že naši respondenti měli k dispozici pětistupňovou škálu hodnocení, kdežto respondenti ve výzkumu Charvátové pouze třístupňovou.

Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že ve většině případů je využívána ošetrovatelská služba a to v 72 případech (59,02 %), pečovatelky dochází k 37 dotazovaným (30,33 %) a půjčovnu zdravotnických pomůcek využívá 13 klientů (10,65 %) z celkového počtu 83 klientů. V následující otázce, jaké další služby by klienti přivítali, bylo po jedné odpovědi uvedeno: podávání infuzní a kyslíkové terapie, vyšší frekvence návštěv sestry a možnost návštěvy i v nočních hodinách, odvoz k lékaři a zajištění domácí pedikúry.

Ve dvou případech se vyskytla odpověď dovoz obědů. Dále nás zajímalo, jak jsou pečující spokojeni s poskytovanými službami. Z nabízených odpovědí se ani jednou neobjevila odpověď spíše nespokojen nebo velmi nespokojen, což je určitě pozitivní. Velmi spokojen odpovědělo 55 dotazovaných (66,27 %) a spíše spokojen uvedlo ve své odpovědi 28 respondentů (33,73 %). Co se týká délky poskytovaných služeb, nejčastěji byla zvolena odpověď do jednoho roku, a to u 32 respondentů (38,56 %). Nejméně z dotazovaných bylo zastoupeno v časovém rozmezí 2-4 roky jednalo se o 7 klientů. Důležité pro náš výzkum bylo zjistit, zda by pečující doporučili využití služeb nabízených ADP svým známým. Nikdo z respondentů neuvedl, že neví, spíše nedoporučil či určitě nedoporučil. Dotazovaní uvedli v 60 případech (72,29 %), že by využití služeb určitě doporučili a spíše doporučili ve 23 případech (27,71 %). Neméně podstatné pro nás bylo i zjištění, do jakých činností se pečovatelé při péči o svého blízkého zapojují. Nejpočetnější odpověď byla péče o domácnost, zde se zapojuje 66 dotazovaných (79,52 %), shodný počet odpovědí (65) byl v případě přípravy jídla a medikace (78,31 %). Následovala položka osobní hygieny, tu označilo 55 respondentů, 49 klientům je zajištěna pomoc pečovatele při návštěvě lékaře či úřadů. Pomoc při vyprazdňování poskytuje 42 z dotazovaných (50,60 %).

Zajímavé bylo zjistit, kolik času denně rodinný pečovatel nemocnému věnuje. Nejčastěji byla zvolena možnost 4- 8 hodin a to ve 35 případech (42,17 %). Perníčková (2017, s. 39) ve své bakalářské práci zabývající se paliativní péčí z pohledu pečujících, zjistila, že nejčastěji pečující věnují nemocným více než 6 hodin svého času - 52%. V položce 26 jsme se ptali, kolik osob se podílí na péči o nemocného, mimo pracovníky ADP. Perníčková (2017, s. 39) zjistila, že celkem 62 % respondentů sdílí společnou domácnost a že se na domácí paliativní péči nejčastěji podílejí 2 rodinní příslušníci. V našem výzkumu se nejčastěji podílí na péči jedna osoba a to ve 40,96 % a dvě osoby ve 39,76 %. U 14 respondentů (16,87 %) se na péči o nemocného podílí tři osoby a u 2 respondentů (2,41 %) osoby čtyři. V návaznosti na předešlé otázky nás zajímalo, zdali pečující opustili z důvodu péče o nemocného své zaměstnání. Z počtu 83 respondentů odpovědělo 28 dotázaných (33,73 %), že ano. Co se týká využití odlehčovacích služeb, jsou, dle našeho výzkumu, velmi málo využívány. Padesát devět dotazovaných (71,09 %) odpovědělo, že nevyužívá žádnou z forem odlehčovacích služeb. Pečovatelkou službu uvedlo 11 respondentů (13,25 %), oddělení následné péče využívá pro odlehčení 8 z pečovatelů (9,64 %) a jen 5 osob (6,02 %) dochází do denního stacionáře. V našem

výzkumu jsme došli k podobným výsledkům jako Perníčková (2017, s. 49 – 50), která uvádí využití pečovatelské služby 16% respondenty, a jiné zdravotnické zařízení 12 %. V poslední otázce měli respondenti možnost vyjádřit své názory, podněty či připomínky. Zde dotazovaní dopsali: pečlivý výběr pracovníků, větší počet pracovníků ADP a výkonnější auta pro sestry ADP.

Cíle práce:

Cíl č. 1: *Zjistit, jak často využívají pečující osoby služby domácí péče*

Cíl č. 2: *Zjistit o jaký typ služeb se nejčastěji jedná*

Cíl č. 3: *Zjistit, v jakém rozsahu se podílejí rodinní příslušníci v péči o své blízké*

Cíl č. 4: *Zjistit, zda jsou pečující osoby spokojeny s poskytovanými službami agentury domácí péče*

Cíl č. 1 Zjistit, jak často využívají pečující osoby služby domácí péče

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 9, 10, 11, 12, 13, 22

Z odpovědí vyplývá, že frekvence návštěv je velmi různorodá a liší se samozřejmě i tím, kdo z agentury do domácnosti nemocných dochází. Sestry chodí nejčastěji třikrát týdně a pečovatelky denně, v rozmezí jedné až tří návštěv. Důležité je, aby tyto frekvence pokryly potřeby jak nemocných, tak pečujících. Z odpovědí na následující otázku vyplývá, že ve většině případů považují pečující tento čas za dostatečný. Tři respondenti v této otázce odpověděli, že čas považují za dostatečný jen občas. Ve dvou případech se jednalo o návštěvy sester. Zde je prostor pro komunikaci jak s praktickým lékařem, tak v možnosti doporučit pečovatelskou službu, pokud se nejedná o odborný výkon. V jednom případě se objevila tato odpověď i u pečovatelky. Tato skutečnost je závažnější, neboť pečovatelské služby jsou poskytovány na základě smlouvy mezi poskytovatelem a odběratelem služeb. Ve smlouvě je specifikováno jaké úkony a jak často pečovatelka vykonává. Na základě vykázaných činností jsou tyto služby hrazeny samotným klientem. Proto je možné, že se v těchto případech jedná o nedostatečnou informovanost.

Velmi důležité je znát dobu návštěvy pracovníků ADP. Zatím co čas návštěvy pečovatelek je stanoven téměř vždy, u sester tomu tak není. Tato skutečnost může být v důsledku mnoha příčin. Jak náhlé změny zdravotního stavu klienta, tak ordinovaným výkonem, který je třeba vykonat přednostně a z tohoto důvodu i nutnost změny pořadí ošetření

klientů.

Dále nás zajímalo, zda se někdy stalo, že pracovníci ADP nepřišli, přestože byla návštěva dohodnuta a jak byla situace řešena. Z výzkumu vyplývá, že tato situace je velmi výjimečná. Stala se jen v 5 případech a vždy se pracovník ADP omluvil a domluvil se na náhradním termínu. Tato situace však nastala vždy v důsledku nepříznivého počasí, což je omluvitelné. Také nás zajímalo, v čem rodinní příslušníci spatřují výhody domácí péče. Nejčastější odpovědí bylo domácí prostředí, a to u 42,02 % případů, následovala kvalitní individuální péče, bez starostí s přepravou a úspora času. Objevily se i odpovědi jako možnost dožít život doma, návštěvy přátel a příbuzných, psychická pohoda, ulehčení starostí, možnost docházet do zaměstnání, finanční úspora a eliminace nákazy jinou nemocí. Všechny tyto důvody jsou v podstatě principem a cílem domácí paliativní péče. Dále z našeho výzkumu vyplývá, že 32 rodin z 83 dotazovaných využívá služeb ADP méně než jeden rok.

Cíl č. 2: Zjistit o jaký typ služeb se nejčastěji jedná

K tomuto cíli se vztahovaly otázky: 6, 7, 8, 19, 20.

Zajímalo nás, kdo z ADP k nemocnému dochází. V našem výzkumu se jednalo většinou o návštěvu sestry, kterou využívalo 46 klientů, pečovatelka docházela k 11 klientům a sestry i pečovatelky docházely k 26 nemocným. Z toho 13 klientů využívalo i možnost zapůjčení kompenzačních pomůcek. Mezi nejčastější výkony sester byly uváděny převazy a ošetrovatelská rehabilitace.

Mezi pečovatelskými službami byla nejvíce zastoupena pomoc při osobní hygieně, poskytování stravy a zajištění nákupů. Vzhledem k názvu práce nás zajímalo i o jaké onemocnění se u nemocných jedná. Nejvíce zastoupena byla neurologická onemocnění, to by vysvětlovalo četnost rehabilitační péče. Následovala diabetes mellitus, srdeční onemocnění, demence a nádorová onemocnění, plicní onemocnění, onemocnění ledvin a jater. Mezi jiná onemocnění byly 10 respondenty uvedeny: slepota, amputace dolních končetin, obrna, degenerativní genetické onemocnění, ochrnutí způsobené úrazem a bércové vředy.

Cíl č. 3: Zjistit, v jakém rozsahu se podílejí rodinní příslušníci v péči o své blízké

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 24, 25, 26, 27 a 28

Z odpovědí na otázku číslo 26 vyplývá, že z celkového počtu 83 respondentů se 66 z nich podílí na péči o domácnost, 65 na přípravě stravy a zajištění léků, následuje péče o osobní hygienu, doprovod k lékaři, na úřady a pomoc při vyprazdňování.

Rodinný příslušník věnuje nemocnému nejčastěji 4-8 hodin svého času denně. Devatenáct respondentů uvedlo, že se nemocnému věnují více než 8 hodin během dne. Co se týká počtu domácích pečovatelů, je z mého pohledu velmi nešťastné, když o nemocného pečuje pouze jeden rodinný příslušník, což se v našem šetření vyskytuje ve 34 případech. Dva pečovatelé mají možnost se vystřídat u 33 nemocných, ve 14 domácnostech se o nemocného mohou postarat tři pečovatelé a jen ve 2 případech čtyři. Na otázku, zda pečující opustili své zaměstnání v důsledku péče o nevléčitelně nemocného, odpověděla třetina dotázaných, že ano. V souvislosti s tím, nás zajímalo, zda rodiny využívají některou z forem odlehčovací péče. V našem šetření jsme se dozvěděli, že tyto služby užívá jen 28,81 % dotázaných.

Cíl č. 4: Zjistit, zda jsou pečující osoby spokojeny s poskytovanými službami agentury domácí péče

K tomuto cíli se vztahovaly otázky 14, 15, 16, 17, 18, 21

Dle výsledků výzkumu je spolupráce pracovníků ADP s rodinami na velmi dobré úrovni, což je určitě potěšující. Další otázka se týkala předávání informací mezi pracovníky a rodinnou, která je taktéž na dobré úrovni. Pouze čtyři respondenti uvedli u sestry i pečovatelky, že informace jsou jim poskytnuty jen občas. Zde je místo na nápravu, neboť z odpovědí na další otázky je zřejmé, že pracovníci agentury domácí péče jsou pečovateli vnímáni jako profesionálové, kterým rodiny pečující o nevléčitelně nemocné důvěřují. Nadpoloviční většina respondentů byla s poskytovanými službami velmi spokojena.

6.1 Doporučení pro praxi

Dobrá spolupráce mezi pečujícími a sestrami ADP je velmi důležitým aspektem pro poskytování kvalitní a efektivní péče. Na základě nastudované literatury a na podkladě

výsledků výzkumného šetření jsme navrhli doporučení pro sestry a doporučení pro pečující.

Doporučení pro všeobecné sestry

Poskytovat pečujícím potřebné a dostatečné množství srozumitelných informací.

Edukovat nemocného a pečující.

Umožnit pečujícím aktivně se zapojovat v péči o nemocného.

Seznámit pečující s péčí o nemocného a zajištěním jeho životních potřeb.

Podporovat pečující v péči o nemocného.

Pozorovat nejen zdravotní, ale i sociální problémy rodiny, nemocného a pomáhat tyto problémy řešit.

Problémy rodiny nepodceňovat.

Zajímat se o potřeby nemocného, rodiny.

Vzdělávat se nejen ve zdravotní, ale i v sociální oblasti.

Poskytovat informace o možnosti poskytování dávek sociální pomoci.

Nabízet pomoc a využití i jiných zdravotnických a sociálních organizací (odlehčovací služby).

Spolupracovat s ostatními členy týmu ADP.

Doporučení pro pečující

Důvěřovat zdravotníkům.

Aktivně spolupracovat se zdravotníky.

Podporovat se v rodině vzájemně.

Nebát se požádat o pomoc při péči.

Využívat možnosti odlehčovací péče.

Stanovit si reálné cíle.

Věnovat čas odpočinku, relaxaci a koníčkům.

7 ZAVĚR

Bakalářská práce je svým obsahem zaměřena na agentury domácí péče a jejich využití v paliativní péči. Téma je v současnosti velmi aktuální a často diskutované. Bylo zvoleno záměrně, neboť pracuji jako všeobecná sestra v agentuře domácí zdravotní péče. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se zabýváme tématem domácí péče a její historií. Poukazujeme na náležitosti nezbytné pro vznik a fungování agentur domácí péče. Dále se věnujeme paliativní péči, jejím vývojem ve světě i v ČR a principy poskytování paliativní péče. Objasňujeme pojmy jako je obecná paliativní péče, specializovaná paliativní péče či institut dříve vysloveného přání. Zaměřujeme se i na rodinu a postavení nemocného v rodině, na práci sestry, její úlohu v komunitní péči, v edukaci nemocných i rodinných příslušníků.

V praktické části analyzujeme a interpretujeme výsledky dotazníkového šetření, ve kterém bylo hlavním cílem zjistit využití agentur domácí péče z pohledu rodinného pečovatele.

Abychom dostali odpověď na hlavní cíl, stanovili jsme si čtyři dílčí cíle. V jednotlivých cílech jsme zjišťovali, jak často jsou využívány služby ADP, o jaký typ služeb se nejčastěji jedná, v jakém rozsahu se samotní pečovatelé podílejí na péči o své blízké a zda jsou pečující spokojeni se službami poskytovanými ADP. Z odpovědí vyplynulo, že na území Valašska jsou služby agentury domácí péče nejčastěji využívány nemocnými ve věku nad 71 let, žijícími ve vesnici. Téměř ve všech případech sdílí někdo z rodiny s nemocnými společnou domácnost. Bylo zjištěno, že čas poskytovaný pracovníky ADP považuje většina pečovatelů za dostačující. V případě našeho výzkumu navštěvovaly nemocné všeobecné sestry častěji než pečovatelky. To ovšem neznamená, že by pečovatelská služba nebyla zapotřebí. V mnoha domácnostech tuto péči přebírají rodinní příslušníci, kteří se podílí na péči o nemocného.

Potěšující pro nás bylo zjištění, že rodinní pečovatelé považují pracovníky agentury domácí péče za profesionály, kterým důvěřují a kteří jim poskytují potřebné informace související s péčí a léčbou nemocného.

Jednotlivé cíle, které jsme si v práci vytýčili, byly splněny. Poskytování paliativní péče v domácím prostředí je velmi náročné a vyžaduje profesionální přístup a vysokou kvalitu služeb poskytovaných pracovníky agentur domácí péče.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARNOLDOVÁ, Anna, 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5148-1.

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*, Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.

BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ, 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

ČEVELA, Rostislav a kol., 2015. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2938-4.

HANZLÍKOVÁ, Alžbeta a kol., 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-257-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2150-7.

KABELKA, Ladislav, 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4225-3.

KALA, Miroslav a Zlatica DORKOVÁ, 2017. *Paliativní a hospicová péče: studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 1. vydání. Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, ISBN 978-80-7454-668-6.

KALVACH, Zdeněk a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KAZIMOUR, Ivan, 2017. *Historie zdravotnictví*. 1. vydání. místo neznámé : E-knihy jedou. ISBN 978-80-7512-759-4.

KOPECKÁ, Ilona, 2015. *Psychologie 3. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3877-2.

- KRÁTKÁ, Anna, 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Skripta. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7454-635-8.
- KUKLA, Lubomír a kol., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3874-1.
- KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3224-4.
- KÜBLER-ROSS, 2014. *Elisabeth. On death & dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy & their own families*. Scribner trade paperback edition. New York: Scribner. ISBN 978-1-4767-7554-8.
- MACH, Jan a kol., 2013. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5113-9.
- MARKOVÁ, Marie, a kol., 2009. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-499-3.
- MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
- SLÁMA, Ondřej, a kol., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.
- SLÁMA, Ondřej, a kol., 2016. Paliativní péče v ČR v roce 2016. *Časopis lékařů českých*. 08 2016. 445-450 s. ISSN 0008-7335.
- STOCK, Christian, 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
- TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, a kol., 2015. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovatelů*. Hradec Králové: Gaudeamus. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.
- VORLÍČEK, Jiří, a kol., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.

Internetové zdroje:

ASOCIACE DOMÁCÍ PÉČE, [c2018]. Domácí zdravotní péče: o domácí péči. *Asociace domácí péče ČR* [online]. [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: <https://www.adp-cr.cz/domaci-zdravotni-pece/o-domaci-peci>

ASOCIACE DOMÁCÍ PÉČE, 2018. Výstup z tiskové konference ze dne 21.2.2018. *Asociace domácí péče ČR* [online]. 21.2.2018 [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: <https://www.adp-cr.cz/files/press/KyMHjtkZGyhFYRLvYIgJcWCBE8b7XONUbtmI0gy.pdf>

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, c2008. O domácí péči. *Sekce domácí péče* [online]. [cit. 2018-04-13]. Dostupné z: <https://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>

ČESKO, 1997. Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

ČESKO, 2000. Vyhláška č. 55/2000 Sb., ze dne 10. března 2000, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2010. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-55>

ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37. Dostupné také z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_do_30.9._2017.pdf

ČESKO, 2009. Vyhláška č. 472/2009 Sb., ze dne 18. prosince 2009 kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-472>

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČESKO, 2017a. Metodický pokyn MZ ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2017, částka 13, s. 23-27.

Dostupné také z: <https://www.linkos.cz/files/COS/Vestnik-MZ-2017-13-organizace-a-hodnoceni-kvality.pdf>

ČESKO, 2017b. Vyhláška č. 391 ze dne 16. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2017, částka 137, s. 4360-4375. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vyhlasaka-c391/2017-sb-kterou-se-meni-vyhlasaka-c55/2011-sb-o-cinnostech-z_14541_2439_11.html

ČESKO, 2017c. Zákon č. 201/2017 Sb. ze dne 8. června 2017, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2017. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>

CHARVÁTOVÁ, Alžběta, 2014. *Přínos domácí hospicové péče pečujícím rodinám terminálně nemocných*. Brno, 2014. Diplomová práce (Mgr.). Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. [online]. [cit. 2018-04-07]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/upidv/>

MATĚJEK, Jaromír, Helena KREJČÍKOVÁ a Irena ZÁVADOVÁ, [2016]. *Dříve vyslovené přání* [online]. 23 s. [cit. 2018-02-22]. Dostupné z: <http://modrapomnenka.cz/wp-content/uploads/DVP-bro%C5%BEurka.pdf>

Príspevek na péči, 2016. *Integrovaný portál Ministerstva práce a sociálních věcí: sociální tematika* [online]. 1. 8. 2016, poslední aktualizace 2. 8. 2016 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

PERNÍČKOVÁ, Tereza. 2017. *Domácí paliativní péče očima rodinných příslušníků*. Pardubice, 2017. bakalářská práce (Bc.). Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. [online]. [cit. 2018-04-07]. Dostupné z: <https://portal.upce.cz/portal/studium/prohlizeni.html>

SEDLÁKOVÁ, Markéta, 2011. *Využití domácích agentur v paliativní péči*. Pardubice, 2011. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

[online]. [cit. 2018-04-07]. Dostupné z:
<https://portal.upce.cz/portal/studium/prohlizeni.html>

SVOBODOVÁ, Zuzana, 2010. *Home care - odborná zdravotní péče v domácím prostředí klienta*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. Bakalářská práce (Bc.). Fakulta humanitních studií, Ústav ošetrovatelství. [online]. [cit. 2018-04-07]. Dostupné z:
<https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/11580>

TOMEŠOVÁ, Jana, 2016. Dříve vyslovené přání: předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby. In: *Právní prostor* [online]. 27.7.2016 [cit. 2018-03-02]. Dostupné z:
<https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/drive-vyslovene-prani-predem-vysloveny-ne-souhlas-s-poskytnutim-lecby>

ÚZIS, C2010-2018. Domáci zdravotní péče. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2018-03-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/domaci-zdravotni-pece>

VORLÍČEK, Jiří a Ondřej SLÁMA, 2005. Paliativní medicína: historie a současnost. *SANQUIS* [online]. 2005(41), s. 34 [cit. 2018-02-23]. Dostupné z:
<http://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art345>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADP	Agentura domácí péče
ADP ČR	Asociace domácí péče České republiky
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome, Syndrom získaného selhání imunity
ALS	Amyotrofická laterální skleróza
CMP	Cévní mozková příhoda
č.	Číslo
ČR	Česká republika
ČSČK	Československý červený kříž
DM	Diabetes mellitus
FF	Fyziologické funkce
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
MUDr.	Doktor medicíny
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
Prof.	Profesor
Průkaz TP	Průkaz těžce postiženého
Průkaz ZTP	Průkaz zvlášť těžce postiženého
Průkaz ZTP/P	Průkaz zvlášť těžce poškozeného s průvodcem
Tzv.	Takzvaný
UPV	Umělá plicní ventilace

USA	United States of America, Spojené státy americké
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví nemocného	39
Tabulka 2 Věk nemocných	40
Tabulka 3 Bydliště nemocných	41
Tabulka 4 Bydlení ve společné domácnosti	42
Tabulka 5 Výskyt onemocnění	43
Tabulka 6 Kdo z ADP navštěvuje nemocného	45
Tabulka 7 Výkony prováděné sestrou	46
Tabulka 8 Výkony prováděné pečovatelkou	47
Tabulka 9 Frekvence návštěv	48
Tabulka 10 Dostatečnost frekvence návštěv	49
Tabulka 11 Stanovení času návštěv	50
Tabulka 12 Nevykonání návštěvy	51
Tabulka 13 Výhody domácí péče	52
Tabulka 14 Úroveň spolupráce	53
Tabulka 15 Poskytování informací	55
Tabulka 16 Vnímání jako profesionála	57
Tabulka 17 Vyjádření důvěry	58
Tabulka 18 Využití služeb ADP	59
Tabulka 19 Spokojenost se službami ADP	61
Tabulka 20 Délka užívání služeb	62
Tabulka 21 Doporučení služeb ADP	63
Tabulka 22 Oblasti spolupráce	64
Tabulka 23 Čas věnovaný nemocnému	66
Tabulka 24 Kolik osob pečuje o nemocného	67
Tabulka 25 Nutnost opustit zaměstnání	68
Tabulka 26 Využití odlehčovacích služeb	69

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví nemocných	39
Graf 2 Věk nemocných	40
Graf 3 Bydliště nemocných	41
Graf 4 Bydlení ve společné domácnosti	42
Graf 5 Výskyt onemocnění.....	43
Graf 6 Kdo z ADP navštěvuje nemocného	45
Graf 7 Výkony prováděné sestrou.....	46
Graf 8 Výkony prováděné pečovatelkou	47
Graf 9 Dostatečnost frekvence návštěv	49
Graf 10 Stanovení času návštěv	50
Graf 11 Nevykonání návštěvy	51
Graf 12 Úroveň spolupráce.....	53
Graf 13 Poskytování informací.....	55
Graf 14 Vnímání jako profesionála.....	57
Graf 15 Vyjádření důvěry	58
Graf 16 Využití služeb ADP	59
Graf 17 Spokojenost se službami ADP	61
Graf 18 Délka užívání služeb	62
Graf 19 Doporučení služeb ADP	63
Graf 20 Oblasti spolupráce	64
Graf 21 Délka užívání služeb	66
Graf 22 Kolik osob pečuje o nemocného	67
Graf 23 Nutnost opustit zaměstnání.....	68
Graf 24 Využití odlehčovacích služeb	69

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

PŘÍLOHA P IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

PŘÍLOHA P V: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

PŘÍLOHA P VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

PŘÍLOHA P IX: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Marie Zbranková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Zpracovávám bakalářskou práci s názvem Využití agentur domácí péče v paliativní péči. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, jehož výsledky budou použity jako podklad pro zpracování zmíněné bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní a se získanými údaji bude zacházeno s nejvyšší diskretností.

Pokud nebude uvedeno jinak, označte prosím u každé otázky jen jednu odpověď a to tu, která nejvíce vystihuje Váš názor.

Předem děkuji za Váš čas.

1. Pohlaví nemocného

- muž
- žena

2. Věk nemocného

- méně než 50 let
- 51 – 60 let
- 61 – 70 let
- více než 70 let

3. Nemocný žije

- v obci v rodinném domě
- v obci v bytě
- ve městě v rodinném domě
- ve městě v bytě

4. Bydlí někdo s nemocným ve společné domácnosti?

- ano
- ne
- pokud ano, uveďte kdo.....

5. Napište, jaké onemocnění se u nemocného vyskytuje:

(Můžete označit více odpovědí)

- nádorové onemocnění (rakovina....)
- neurologické onemocnění (cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba...)
- onemocnění srdce (chronická srdeční nedostatečnost...)
- onemocnění plic (chronická obstrukční plicní nemoc, chronická bronchitida, TBC....)
- jaterní selhání
- chronické ledvinné selhání
- pokročilá demence (Alzheimerova choroba, stařecká demence....)
- diabetes mellitus (cukrovka)
- jiné (DOPIŠTE).....

6. Kdo z agentury domácí péče k nemocnému dochází?

(Můžete označit více odpovědí)

- sestra
- pečovatelka

7. Jaký výkon u nemocného sestra agentury domácí péče vykonává?

(Můžete označit více odpovědí)

- aplikace injekcí, inzulínu
- převaz ran
- ošetření stomie
- rehabilitace, cvičení
- jiné (DOPIŠTE).....

8. Jaký výkon u nemocného pečovatelka vykonává?

(Můžete označit více odpovědí)

- pomoc při osobní hygieně
- poskytnutí stravy, zajištění nákupů
- pomoc při zajištění chodu domácnosti, úklid
- jiné (DOPIŠTE).....

9. Jak často sestra a/nebo pečovatelka agentury domácí péče dochází k nemocnému?

- sestra.....
- pečovatelka.....

10. Považujete tento čas za dostačující?

Sestra:

- nikdy
- občas
- často
- velmi často
- vždy

Pečovatelka:

- nikdy
- občas
- často
- velmi často
- vždy

11. Máte stanovený čas návštěv sestry a/nebo pečovatelky?

Sestra:

- nikdy
- občas
- často
- velmi často
- vždy

Pečovatelka:

- nikdy
- občas
- často
- velmi často
- vždy

12. Stalo se, že k Vám sestra a/nebo pečovatelka nepřišla, přestože byla návštěva dohodnuta?

Sestra:

- nikdy
- občas
- často
- velmi často

Pečovatelka:

- nikdy
- občas
- často
- velmi často

Jak jste tuto situaci řešili? (DOPIŠTE):.....

13. Napište, v čem spatřujete výhody domácí péče (např. pobyt v domácím prostředí...):

.....

.....

.....

14. Jak hodnotíte úroveň spolupráce se sestrou agentury domácí péče?

1= Naprosto dostatečná

5= Naprosto nedostatečná

1 2 3 4 5

15. Jak hodnotíte úroveň spolupráce s pečovatelkou agentury domácí péče?

1= Naprosto dostatečná

5= Naprosto nedostatečná

1 2 3 4 5

16. Potřebné informace týkající se péče a ošetřování Vám sestra a/nebo pečovatelka poskytují:

Sestra:

- nikdy
- občas
- často
- velmi často
- vždy

Pečovatelka:

- nikdy
- občas
- často
- velmi často
- vždy

17. Sestru a/nebo pečovatelku agentury domácí péče vnímáte jako profesionála:

Sestra:

- nikdy
- občas
- často
- velmi často
- vždy

Pečovatelka:

- nikdy
- občas
- často
- velmi často
- vždy

18. Důvěřujete sestře a/nebo pečovateli agentury domácí péče?

Sestra:

- plně důvěřuji
- spíše důvěřuji
- spíše nedůvěřuji
- vůbec nedůvěřuji

Pečovatelka:

- plně důvěřuji
- spíše důvěřuji
- spíše nedůvěřuji
- vůbec nedůvěřuji

19. Které typy služeb agentury domácí péče využíváte:

(Můžete označit více odpovědí)

- ošetrovatelskou službu (návštěva sestry, fyzioterapeuta)
- pečovatelskou službu (úklid, nákup, osobní asistence....)
- půjčovnu zdravotnických pomůcek
- jiné (DOPIŠTE).....

20. Jaké další služby byste přivítali?

DOPIŠTE.....
.....

21. Jak jste spokojeni s poskytovanými službami?

- velmi spokojen
- spíše spokojen
- spíše nespokojen, uveďte proč.....
- velmi nespokojen, uveďte proč.....

22. Uveďte, jak dlouho využíváte služby agentury domácí péče?

- méně než 1 rok
- 1 – 2 roky
- 3 – 4 roky
- více než 4 roky

23. Doporučil(a) byste svým známým využití služeb agentury domácí péče?

- určitě ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- určitě ne

24. Do kterých činností v péči o nemocného se zapojujete?

(Můžete označit více odpovědí)

- osobní hygiena
- vyprazdňování
- příprava jídla
- péče o domácnost (vaření, uklízení, praní)
- příprava, zajištění léků
- doprovod k lékaři, na úřady
- jiné (DOPIŠTE).....

25. Napište, kolik času denně věnujete nemocnému (např. k hygienické péči, přípravě stravy, léků...):

- 1 – 3 hodiny
- 4 – 8 hodin
- více než 8 hodin
- DOPIŠTE.....

26. Kolik osob, mimo pracovníky agentury, se podílí na péči o nemocného?

DOPIŠTE.....

27. Opustili jste kvůli péči o nemocného své zaměstnání?

- ano
- ne


28. Využíváte při péči o nemocného některou z forem odlehčovací péče?

- denní stacionář
- pečovatelská služba
- léčebna dlouhodobě nemocných – oddělení následné péče
- nevyužívám

29. Pokud máte nějaké názory, podněty nebo připomínky napište je prosím, zde


.....
.....

PŘÍLOHA P IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

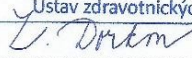
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Marie Zbranková
Téma bakalářské práce	Využití agentur domácí péče v paliativní péči
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, PhD.
	 podpis
Skupina respondentů	Pečující o paliativně nemocného v domácím prostředí, využívající služeb domácí péče

Děkujeme za pochopení a spolupráci.


Ve Zlíně dne 4-04-2018

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-



.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

CHARITA VSETÍN
Melní náměstí 135
755 01 VSETÍN
Tel: 571 411 709
IČO: 447 40 778



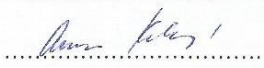

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P V: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

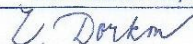
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Marie Zbranková
Téma bakalářské práce	Využití agentur domácí péče v paliativní péči
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, Ph.D.  podpis
Skupina respondentů	Pečující o paliativně nemocného v domácím prostředí, využívající služeb agentury domácí péče

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4-04-2018


Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

CHARITA VSETÍN
Horní náměstí 135
755 01 VSETÍN
Tel: 571 411 709
fax: 447 40 778





.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

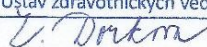
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Marie Zbranková
Téma bakalářské práce	Využití agentur domácí péče v paliativní péči
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, PhD.
	 podpis
Skupina respondentů	Pečující o paliativně nemocného v domácím prostředí, využívající služeb domácí péče

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 14-04-2018


Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd


.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

CHARITA VSETÍN
domácí zdravotní péče
Horní náměstí 136
755 01 VSETÍN
Tel.: 571 414 025, IČO: 44 74 07 78

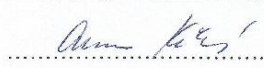
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P VII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

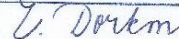
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Marie Zbranková
Téma bakalářské práce	Využití agentur domácí péče v paliativní péči
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, Ph.D.  podpis
Skupina respondentů	Pečující o paliativně nemocného v domácím prostředí, využívající služeb agentury domácí péče

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne - 4 - 04 - 2018

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-




.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

CHARITA VSETÍN
domácí zdravotní péče
Horní náměstí 125
755 01 VSETÍN
Tel.: 571 414 923, IČO: 44 74 07 78

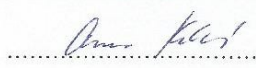

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P VIII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Marie Zbranková
Téma bakalářské práce	Využití agentur domácí péče v paliativní péči
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, PhD.
	 podpis
Skupina respondentů	Pečující o paliativně nemocného v domácím prostředí, využívající služeb domácí péče

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

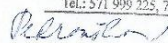
Ve Zlíně dne - 4 - 04 - 2018

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Letohrádky, o.p.s.
Týnská 1271, 755 01 Vsetín, IČO: 26870011
Tel.: 571 999 225, 777 565 030



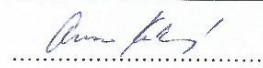
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P IX: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

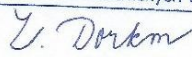
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Marie Zbranková
Téma bakalářské práce	Využití agentur domácí péče v paliativní péči
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, Ph.D.  podpis
Skupina respondentů	Pečující o paliativně nemocného v domácím prostředí, využívající služeb agentury domácí péče


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

- 4 -04- 2018
Ve Zlíně dne


Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-


.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Letokruhly, o.p.s.
Tyršova 1271, 755 01 Veselí, IČO: 26878011
Tel.: 571 999 225, 777 565 030

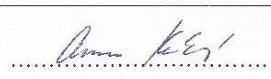

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P X: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

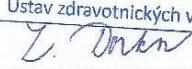
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Marie Zbranková
Téma bakalářské práce	Využití agentur domácí péče v paliativní péči
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, PhD.
	 podpis
Skupina respondentů	Pečující o paliativně nemocného v domácím prostředí, využívající služeb domácí péče


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne - 4 - 04 - 2018


Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-


.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Agentura Zdislava- domácí zdravotní
péče, s.r.o.
Mgr. Heřena Petroušková
Sušilova 1329, 755 01 Vsetín
IČO: 050 34 868, Tel.: 777 565 030

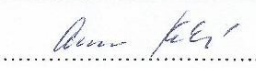

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P XI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

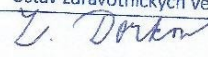
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Marie Zbranková
Téma bakalářské práce	Využití agentur domácí péče v paliativní péči
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, Ph.D.  podpis
Skupina respondentů	Pečující o paliativně nemocného v domácím prostředí, využívající služeb agentury domácí péče

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

- 4 - 04 - 2018
Ve Zlíně dne

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-


.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Agentura Zdislava- domácí zdravotní
péče, s.r.o.
Mgr. Helena Petroušková
Sušilova 1329, 755 01 Vsetín
ICO: 050 34 868, Tel.: 777 565 030
.....

razítko a podpis zástupce zařízení