

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravotní vědy



Diplomová práce

Bc. Renata Pavlíčková

Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol
a Učitelství přírodopisu a environmentální výchovy pro 2. stupeň základních škol

Historie a současnost Home Care v České republice

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem zadanou diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením PaedDr. Mgr. Marie Chráskové, Ph.D. a v seznamu literatury uvádím veškerou použitou literaturu, se kterou jsem pracovala.

V Olomouci dne 25. 4. 2020

.....
Renata Pavlíčková

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce PaedDr. Mgr. Marii Chráskové, Ph.D. za odborné vedení a poskytování cenných rad. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům daných zařízení, kteří mi věnovali svůj drahocenný čas.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 CÍLE	9
1.1 Hlavní cíl.....	9
1.2 Dílčí cíle.....	9
2 TEORETICKÉ POZNATKY	10
2.1 Historie ošetrovatelství vzhledem k domácí zdravotní péči	10
2.1.1 Ošetrovatelství ve středověku.....	10
2.1.2 Ošetrovatelství v 16. – 19. století	11
2.1.3 Ošetrovatelství ve 20. století	12
2.2 Ošetření z hlediska gesce MZ ČR.....	13
2.2.1 Právní předpisy vztažené na domácí zdravotní péči.....	14
2.2.2 Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.....	15
2.2.3 Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR.....	17
2.3 Současný stav domácí zdravotní péče.....	18
2.3.1 Domácí zdravotní péče v České republice ve 21. století.....	18
2.3.2 Evropská dlouhodobá péče směřující k domácí zdravotní péči	20
2.4 Formy domácí zdravotní péče.....	21
2.4.1 Home Care – zdravotní, ošetrovatelská služba v domovech klienta	21
2.4.2 Domácí hospicová péče	23
2.4.3 Služby domácí péče nezdravotnického charakteru.....	24
2.5 Péče o klienty	25
2.5.1 Základní potřeby nemocného	25
2.5.2 Rodina vs. ošetrovatel jako jeden z nejdůležitějších faktorů domácí péče ...	27
2.5.3 Úprava pokoje a prostředí pro klienta (vč. bezbariérovosti)	28
2.5.4 Úprava koupelny a hygiena nemocné osoby	29

2.6	Funkční hodnocení stavu klienta	30
2.6.1	Psychická stránka klienta.....	30
2.6.2	Zdravotní stránka klienta	31
2.6.3	Kvalita života klienta.....	32
2.7	Péče o pečující	33
2.7.1	Rodinní příslušníci.....	34
2.7.2	Všeobecné sestry	35
3	METODIKA PRÁCE	37
3.1	Metodologie šetření	37
3.1.1	Polostrukturovaný rozhovor	38
3.1.2	Standardizovaný dotazník BM	39
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	39
3.2.1	Skupina respondentů č. 1	40
3.2.2	Skupina respondentů č. 2.....	40
3.2.3	Skupina respondentů č. 3.....	41
3.2.4	Skupina respondentů č. 4.....	41
3.3	Interpretace výsledků získaných polostrukturovanými rozhovory	43
3.3.1	Rozhovory s ředitelkami institucí domácí péče.....	43
3.3.2	Rozhovory se všeobecnými sestrami a pečovatelkami domácí péče	51
3.3.3	Rozhovory s klienty a uživateli domácí péče	57
3.3.4	Rozhovory s rodinnými příslušníky klientů/uživatelů domácí péče	63
3.4	Interpretace výsledků získaných skrze standardizovaný dotazník	68
3.5	Diskuze	71
	ZÁVĚR.....	79
	SOUHRN.....	82
	SUMMARY	83

REFERENČNÍ SEZNAM	84
SEZNAM ZKRATEK	92
SEZNAM TABULEK	93
SEZNAM PŘÍLOH	94
ANOTACE	

ÚVOD

Diplomová práce nese název Historie a současnost Home Care v České republice. Motivem této práce bylo mé studium na katedře Antropologie a zdravotní péče, kde jsem měla možnost seznámit se s problematikou nemocničního prostředí a jeho dopady na psychické zdraví pacienta. Pobyt v navyklém prostředí má příznivý vliv na psychickou i zdravotní stránku člověka. Agentury Home Care jsou nadějí na spokojené stáří a nabízejí pomocnou ruku před úzkostmi, které dnešní doba přináší.

Díky modernizaci a vysoké kvalitě ošetrovatelů se dnes Home Care rozrůstá a rozvíjí po celém světě. Služby domácí zdravotní péče začínají vstupovat do povědomí nás všech. Rodiny často pocházejí z vícegeneračního prostředí, ve kterém může nastat situace, kdy prarodiče budou potřebovat domácí péči od rodinných příslušníků. Právě seniorská populace totiž představuje nejčastější klientelu agentur Home Care v České republice. Terénní pracovníci mohou svou odbornou péčí výrazně pomoci rodinám, aby nebyly omezovány ve svých osobních životech a měly čas i na sebe. Zaměstnanci tak svou pozitivní náladou a profesionálním přístupem přispívají nikoli jen opečovávaným osobám, ale i jejich blízkým.

V teoretické části čerpám z odborných publikací. Například dílo Postarám se ve stáří od Dudové se zabývá problematikou péče o seniora v rodinném prostředí a autorka v něm upozorňuje na fakt, že praktická podoba domácí péče může mít mnoho podob. Kniha od Ivy Holmerové se specializuje na dlouhodobou péči převážně s ohledem na kvalitu života pacienta a Asociace poskytovatelů terénních služeb vydala publikaci s názvem Chci zůstat doma, která přináší praktický návod, jak postupovat v těchto nelehkých situacích. Za zcela ojedinělou práci považuji publikaci s titulem Zátěž pečovatele od Radky Kurucové, a to díky sumarizaci teoretických a praktických zkušeností z její praxe. Studium odborné literatury zpracuji důležité stránky a případná úskalí provázaná s těmito tématy.

Do teoretických poznatků zahrnu historický koncept s poukázáním na aktuální stav zdravotní péče v domácím prostředí. Zaměřím se na důležité právní předpisy s ohledem na domácí zdravotní péči a vyhlášky vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR. Pojem domácí péče v sobě skrývá mnoho forem nabízených služeb, ty se pokusím vytyčit a rozklíčovat.

Poté následně prostuduji rozdíly mezi hlavními systémy domácí péče zdravotnického a sociálního charakteru. V závěru popíši kompetence a úlohy nezbytné pro kvalitní péči o klienta, přičemž neopomenu ani péči o pečující – rodinu a ošetřovatele s ohledem na jejich psychické zdraví.

V praktické části se podrobněji zaměřím na poskytovatele a příjemce domácí péče. Kvalitativním výzkumem získám pohledy na domácí péči od odborné a laické veřejnosti. Z hlediska rozsahu činnosti oslovím různé agentury Home Care a jejich klienty. Pro pestřejší zpracování a přísun vícera informací o zdravotní domácí péči se dále obrátím na Centrum sociálních služeb. Výsledkem bude sled názorů jednotlivých aktérů domácí péče a základní porovnání zdravotních a sociálních služeb poskytovaných v domácím prostředí.

1 CÍLE

1.1 Hlavní cíl

Zkonfrontovat vnímání domácí péče vzhledem k aktuálně prožívanému duševnímu zdraví z pohledu pečujících (rodiny, odborníků) a klienta s dlouhodobým, progredujícím, popřípadě infaustním onemocněním.

1.2 Dílčí cíle

Na základě odborné literatury porovnat historický a současný stav v nabízené odborné péči prováděné v domácím prostředí.

Zjistit aktuální možnosti a rozsah služeb oslovených organizací domácí péče v České republice.

Porovnat hlavní odlišnosti v poskytování domácí zdravotní péče od péče poskytované sociálními službami.

Diagnostikovat nejčastěji vyskytující se problémy, které tato zařízení mají v rámci našeho zdravotního a sociálního systému.

Zjistit, jaká je spolupráce a komunikace mezi účastníky domácí péče ve vybraných zařízeních, jelikož obě tyto složky jsou považovány za nutné východisko pro správnou praxi v zajištění kvalitních domácích služeb.

Porovnat míru psychického zdraví pečujících na základě testu Burntout Measuere.

Prezentovat názory na domácí péči od poskytovatelů a příjemců terénních služeb pro odbornou a laickou veřejnost, která se v této oblasti pohybuje nebo má zájem se edukovat a realizovat v těchto službách do budoucna.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

V souladu s tématem práce se budeme v následujících kapitolách věnovat historickému a současnému konceptu domácí zdravotní péče, ústřednímu orgánu státní správy pro zdravotní služby a jím vydanými právními rámci v oblasti poskytování domácí péče. Vytýčíme odlišnosti mezi zdravotními a sociálními systémy v domácím prostředí. Zaměříme se na základní potřeby klienta v oblasti biologických, psychosociálních a spirituálních nezbytností. Dále se budeme zabývat i úpravami prostorů pacienta, které v domovech mohou zajistit lepší ošetrovatelské podmínky. V závěru se podíváme na funkční hodnocení možných zdravotních a psychických stavů, a to především geriatrických osob. Poslední podkapitolou poukážeme na opačnou stránku problematiky, a tou je péče o pečující.

2.1 Historie ošetrovatelství vzhledem k domácí zdravotní péči

S péčí o člověka se setkáváme již v předkřesťanských kulturách. Zkušenosti s ošetrováním nemocných v domácím prostředí se předávaly z generace na generaci, nejčastěji slovním podáním. Lidé k léčbě využívali přírodní zdroje, jako jsou slunce, voda nebo byliny, které blahodárně působí na lidský organismus (Plevová, 2019, s. 71–73).

2.1.1 Ošetrovatelství ve středověku

Počátky ošetrovatelství spadají do raného středověku a jsou spojeny s šířením křesťanství, ve kterém víra hlásá pomoc bližnímu. Náboženské ustanovení ovlivnilo činnost medicíny. Kláštery začaly pěstovat léčivé byliny a poté z nich vyráběly léčivé přípravky proti nemocem. Později v nich byla poskytována první cílená organizovaná ošetrovatelská péče tělesně i duševně nemocným (Kutnohorská, 2010, s. 11–14).

Charitativní ošetrovatelství je úzce spojeno se založením církevních řádů. Řádové opatrovnictví se zaměřovalo především na uspokojování základních potřeb klienta, tj. zajištění přístřeší, stravy, hygieny, duchovní podpory a později i zdravotní péče. Postupně vznikaly řády zaměřené na ošetrování nemocných, jejichž význam spočíval ve shromažďování zkušeností předchozích generací (Kutnohorská, 2010, s. 13–15).

První špitální řád byl založen Janem z Bochova, který je považován za významnou osobnost v ošetrovatelské oblasti, neboť se v péči zaměřoval na celého člověka (na jeho tělo i duši). Založil tzv. útulek pro nemocné. Pacienti v něm byli rozdělováni dle jejich onemocnění. Cílem bylo zmírnit lidské utrpení. Do české země přišel řád v roce 1605 a usídlil se ve městech Praha, Nové Město nad Metují, Prostějov a Brno.

Řád klarisek, který se věnoval ošetrovatelské péči, zavedla do Čech svěřice Anežka Česká, která poté založila ve 13. století ženský klášter sv. Františka.

Koncem 13. století vznikl řád sv. Alžběty Durynské, jehož zakladatelkou byla Apolonie Radermacherová. Jejím úmyslem bylo povznést ošetrování klientů na vyšší úroveň. V Praze roku 1719 se proto vybudovala bezplatná nemocnice pro ženy. Kolem roku 1840 se o pacientky staralo už 44 řeholnic (Plevová, 2018, s. 13–20).

Křižovníci s červenou hvězdou představovali laické ošetrovatelské bratrstvo, které pečovalo o chudé a nemocné. Za vlády Karla IV. se bratrstvo rozšířilo do okolních zemí – Polska a tehdejšího Uherska. Negativní dopad na rozvoj řádu měly husitské války a jeho větší část zanikla. Řád se vrátil k pastorační činnosti. Situace se zlepšila po roce 1831, kdy křižovníci vybudovali první dětskou opatrovnu v Čechách. Jedná se o jediný řeholní mužský řád s českým původem, jež byl založen ženou (Kutnohorská, 2010, s. 11–15).

Další sdružení žen nese označení diakonky od řeckého slova diakonein, které v překladu znamená sloužit, pomáhat. Již v 15. století diakonky navštěvovaly rodiny a pracovaly v nich jako opatrovnice. V domovech pečovaly a myly nemocné nebo praly prádlo svým klientům. Postupem času jejich činnost zanikla a teprve až v 19. století došlo k její obnově díky nekatolickým církvím (Mlýnková, 2010, s. 15).

2.1.2 Ošetrovatelství v 16. – 19. století

Milosrdné sestry sv. Karla Boromejského, tzv. boromejky, se na počátku 16. století věnovaly návštěvám v domovech těch nejchudších a nejpotřebnějších, kde poskytovaly základní péči. Lze je považovat za první instituci mobilně pracujících všeobecných sester v domácím prostředí. Jejich práce se vyznačovala pohotovostí a odhodlaností sloužit všude, kde jich bylo potřeba. Práce sester se rozrůstala, takže v roce 1945 působily již na 120 místech Československé republiky (Mlýnková, 2010, s. 15–19).

Šedé sestry sv. Bartoloměje se staly v té době velice populární. Do jejich kongregace vstupovalo stále více žen, a tak se její činnost rychle rozšiřovala. Členky navštěvovaly a ošetřovaly nemocné v jejich domovech. Náplň práce zahrnovala nastěhování se do společného pracovního bytu, odkud odcházely na kontroly ke klientům do domácího prostředí. Později svou činnost rozšířily o péči raněných ve válkách. V letech 1888 až 1904 pracovaly sestry v domácnostech u několika stovek nemocných. Autorka Kutnohorská uvádí kolem 350 až 400 nemocných, z toho asi 100 chudých osob. Některé působily také ve veřejných zdravotních zařízeních např. v Hradci Králové, Plzni, Kolíně či Klatovech. Jejich růst podpořil vznik filiálních domů v Poděbradech, Plzni a Mariánských Lázních (Mlýnková, 2010, s. 15–17).

Čelní představitelkou ve zdravotnictví je osobnost Florence Nightingalová. Florence se narodila 12. května 1820 jako nejmladší dcera anglické rodiny. V tento den se každoročně oslavuje mezinárodní den sester na celém světě. Byla neobyklou ženou, netoužila se vdát a mít děti. Po čase se jí dostalo kvalitního vzdělání. Ve svém deníku se svěřila, že v roce 1837 k ní promluvil Bůh a povolal ji do svých služeb. Od mládí byla velice systematická, vedla si poznámky o organizaci práce, práci lékařů a dalších poznatcích z oblasti zdravotnictví. Ve věku 31 let nastoupila do Nemocnice Theodora Fliednera na tříměsíční kurz ošetřovatelství. Její pobyt definitivně rozhodl o volbě povolání. Po dvou letech se stala vedoucí v Ústavu pro péči o nemocné šlechtičny v Londýně. Od roku 1864, kdy byl zhoršen její zdravotní stav vlivem Krymské války, začala pracovat na mnoha projektech, z toho jeden byl zaměřený na ošetřovatelství v domácím prostředí (Plevová, 2018, s. 25).

Poslední zmíněnou historickou českou kongregací jsou Zdislavky, které působily v Řepčíně u Olomouce. Ty tvořili laici orientovaní na charitativní pomoc a výchovu dívek. Později působily na 30 místech, především v sociálních zařízeních a odborných školách. Zdislavky mohly žít civilním i soukromým životem. Jejich pojátkem byl příslib pravidelného setkávání, které jim umožňovalo podílet se na práci profesně i pobožně. Tvořily pečovatelskou službu s odchodem do rodin (Kutnohorská, 2010, s. 26).

2.1.3 Ošetřovatelství ve 20. století

Před obdobím Druhé světové války z hlediska paliativní domácí péče bylo běžné pečovat o svého umírajícího člena rodiny doma s pomocí zdravotníků a kněze.

V závěru života kněz udělil poslední pomazání a proběhlo rozloučení pacienta s širší rodinou (Marková, 2010, s. 13).

Ve druhé polovině 20. století byl vývoj ve zdravotnictví ovlivněn řadou změn v legislativě, společenskou situací a kompletním systémem zdravotní péče. Ošetřovatelství se stalo multidisciplinární vědou směřující k rozvoji v interakci s medicínou a dalšími obory – např. filosofií, etikou, psychologií, sociologií nebo historií. Velkým přínosem byl vstup biomedicínských technologií, rozvoj techniky a vývoj zdravotního vzdělávání (Plevová, 2018, s.19–23).

V průběhu staletí se osoby poskytující charitativní péči přetvořily na samostatně pracující odborníky odpovědné za individuální péči o svěřené klienty. Zhodnocení stavu, realizace péče nebo průběžné vyhodnocení musejí být v souladu se zákony, etickými principy a profesními standardy. Historie přispívá k pochopení současné organizace práce ve zdravotnictví (Kutnohorská, 2010, s. 11–14).

2.2 Ošetření z hlediska gesce MZ ČR

Zkušenosti s domácí péčí má málokdo. Pouze nepatrná část lidí se ve svých domovech účastní každodenní péče o někoho z blízkých. Většinu rad lze najít na internetových webech, přičemž hlavním poskytovatelem informací o zdravotní péči je informační portál Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZ ČR).

„Ministerstvo zdravotnictví je ústředním orgánem státní správy pro zdravotní služby, ochranu veřejného zdraví, poskytovatele zdravotních služeb v přímé řídicí působnosti, vyhledávání, ochranu a využívání přírodních léčivých zdrojů, léčiva a prostředky zdravotnické techniky pro prevenci, diagnostiku a léčení lidí, zdravotní pojištění a zdravotnický informační systém. Vydává metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování domácí péče.“¹

¹ Aktuálně. *Ministerstvo zdravotnictví*. [online]. 2020 [cit. 2020-01-30]. Dostupné z: <https://www.aktualne.cz/politika/ministerstvo-zdravotnictvi/3570/>

Pečovatel si ale také může zavolat do různých poraden či agentur. Existuje i řada odborných článků, které obsahují zkušenosti, inspiraci a dobré rady (Pochmanová, 2015, s.15–16).

2.2.1 Právní předpisy vztahované na domácí zdravotní péči

Hladilová se v metodickém opatření MZ ČR zaměřuje na koncepci domácí péče a uvádí 9 základních právních předpisů spojených s domácí péčí:

1. *„Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů,*
2. *Zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnickém povolání lékaře, zubaře a farmaceuta a navazujících prováděcích vyhláškách,*
3. *Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících prováděcích vyhláškách,*
4. *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,*
5. *Zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů,*
6. *Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů,*
7. *Vyhláška MZ ČR č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů,*
8. *Vyhláška MZ ČR č. 101/2002 Sb., seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kterou se mění vyhláška MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů,*
9. *Vyhláška MZ ČR č. 49/1993, Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.“²*

² Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Metodické opatření domácí péče*. [online]. 2020 [cit. 2020-01-30]. Dostupné z: https://www.dsepurkynove.cz/pruvodce/metodicke_opatreni_domaci_pece.docx

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

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních se řadí mezi základní zdravotnické zákony vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Na základě tohoto zákona může zdravotnický personál svobodně vykonávat své povolání. Zdravotní péči v nestátních zařízeních jsou oprávněni poskytovat lékaři, farmaceuti, zdravotničtí pracovníci s jiným vysokoškolským, středním nebo nižším vzděláním, a také pomocní zdravotničtí pracovníci. Osoby ze zdravotního zařízení nestátního charakteru vedou mimo jiné i provozní a zdravotnickou dokumentaci, účetnictví a plní úkoly pro všeobecnou zdravotnickou informační soustavu (Marková, 2003, s. 220).

„Povinností nestátních zařízení je poskytovat zdravotní péči jen toho druhu a v tom rozsahu, v jakém je poskytování zdravotní péče stanoveno v rozhodnutí o registraci zdravotnických zařízení. Kraj vydává rozhodnutí k oprávnění vykonávat zdravotní výkony ve zdravotnických zařízeních. Nestátní zdravotnické zařízení spolupracuje i s jinými zdravotnickými zařízeními, pokud to vyžadují okolnosti ve zdravotní péči. Během péče musí zařízení informovat veřejnost, o jaký druh zdravotní péče se jedná, v jakém rozsahu a za jakých podmínek se poskytuje.“³

Zákon č. 160/1992 Sb. upravuje podmínky a rozsah poskytování zdravotní péče v nestátních zdravotnických zařízeních a podmínky k jejich provozování. Nestátní zařízení může provozovat fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k provozování dle ustanovení tohoto zákona. V nestátních zařízeních lze poskytovat zdravotní péči poradenskou, ošetrovatelskou, diagnostickou, preventivní, ambulantní, ústavní, rehabilitační, lázeňskou, léčebnou a lékárenskou. Tato zařízení mohou působit i jako půjčovny zdravotnické techniky či kompenzačních pomůcek nebo jako poskytovatelé dopravních služeb sloužících k přepravě nemocných do zdravotnických institucí.

³ MACH, J. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. Praha: Orac, 2003. 351 s. ISBN 808-61-9950-9.

Ministerstvo zdravotnictví stanovuje skrze vyhlášky požadavky na provoz a vybavení zdravotnických zařízení. Pro výkon zdravotní péče musí být personálně, věcně i technicky vybaveny a musí splňovat všechny požadavky kladené na její realizaci (Marková, 2003, s. 199–220).

„Vyhláška č. 49/1993 Sb., ze dne 21. prosince 1992, o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnického zařízení ustanovuje v rámci středisek všeobecných sester:

- a) Plochy provozní místnosti: kontaktní pracoviště sestry při poskytování domácí péče,*
- b) Vybavení: telefonní linka, informační technologie včetně záložního zdroje, pracovní stůl, kartotéka, chladnička, skříň na léčiva a zdravotnický materiál.“⁴*

„K potřebným pomůckám a přístrojům patří tonometry, fonendoskopy, teploměry, injekční stříkačky a jehly, glukometry, sterilizátor nebo zajištěná sterilizace, nůžky, peany, pinzety, emitní misky, irigátor, rektální rourky, cévky, elektroodsávačka, obvazový materiál sterilní, nesterilní, rukavice sterilní, nesterilní, roušky sterilní, nesterilní, dezinfekční prostředky, boxy na likvidaci kontaminovaného materiálu, ochranné pomůcky a oděvy pro personál (dané vnitřním předpisem příslušné dle zákona), brašny pro terénní pracovníky, sklad pomůcek pro momentální potřeby klientů (berle, zábrany, kompenzační pomůcky, polohovací pomůcky, stolek k lůžku, zvedáky, antidekubitní podložky a matrace, přenosná WC, podložní mísy, přenosná vana) a přenosné EKG.“⁵

Doporučeným vybavením je i služební auto všeobecné sestry. To zajišťuje rychlý převoz zdravotníků do domovů jejich klientů. Pracovní auto je pružným prostředkem při poskytování zdravotních služeb u více klientů za den během terénní služby sester.

⁴ MACH, J. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. Praha: Orac, 2003. 351 s. ISBN 808-61-9950-9.

⁵ Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Metodické opatření domácí péče*. [online]. 2020 [cit. 2020-01-30]. Dostupné z: [tps://www.dsepurkynove.cz/pruvodce/metodicke_opatreni_domaci_pece.docx](https://www.dsepurkynove.cz/pruvodce/metodicke_opatreni_domaci_pece.docx)

2.2.3 Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR

O možnostech úhrady zdravotnických úkonů Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR pojednává zákon č. 551/1991 Sb. (Neugebauer, 2006, s. 21).

Pokud byl klient právě propuštěn z nemocnice, předepisuje rozsah a typ zdravotních služeb ošetřující lékař v nemocnici po následující dobu 14 dnů. Poté pokračuje v předepisování potřebných služeb praktický lékař. Ten může rozhodovat o změně, navýšení a popř. i o snížení zdravotních potřeb pacienta. V případě domácí zdravotní péče jsou služby hrazeny zdravotní pojišťovnou v rozsahu úkonů předepsaných lékařem. Ostatní individuální potřeby si hradí klient sám (Pochmanová, 2015, s. 21).

Hospicová domácí péče může být hrazena plně nebo částečně zdravotní pojišťovnou, zpravidla je ale nutná finanční spoluúčast (služby lze hradit z příspěvků na péči) (Pešlová, 2013, s.12–15).

„Způsob úhrady zdravotní péče se poskytuje:

a) Bez přímé úhrady od osoby, které byla zdravotní péče poskytnuta.

1. Na základě zdravotního pojištění nebo na základě smluvního zdravotního pojištění.

2. Jsou-li náklady poskytnuté zdravotní péče uhrazeny jiným zdravotnickým zařízením nebo jinou právnickou nebo fyzickou osobou na základě smluvního vztahu uzavřeného s provozovatelem nestátního zařízení.

3. Pokud od ní provozovatel nestátního zařízení opustí.

b) Za přímou úhradu od osoby, které byla zdravotní péče poskytnuta. Ceny zdravotní péče za přímou úhradu se sjednávají podle zvláštních předpisů.

c) Kombinací způsobů úhrady dle písmen a) a b).“⁶

Zdravotní pojišťovna přispívá z hlediska zdravotní péče mimo jiné i na dopravní zdravotní službu předepsanou lékařem a na zdravotnické úkony vykonané praktickým lékařem. Výjimkou jsou specifické výkony, které lékař zveřejňuje ve své nabídce služeb. Ve výjimečné situaci při zhoršeném stavu pacienta je možné požádat lékaře o jeho návštěvu v domácnosti. Finanční podpora se opět vztahuje na zdravotní pojišťovnu (Chci zůstat doma, 2015, s. 14–15).

⁶ MACH, J. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. Praha: Orac, 2003. 351 s. ISBN 808-61-9950-9.

2.3 Současný stav domácí zdravotní péče

Kvalita zdravotní péče v domácím prostředí je základním cílem ošetrovatelství. Ošetrovatelské úkony vyžadují odborné vědomosti, dovednosti a potřeby specializačního vzdělávání s praktickým výcvikem. Současný stav zdravotnictví se nese v duchu jeho zakladatelky Florence Nightingalové. Ta ošetrovatelství vnímala jako poslání, jemuž se musí člověk věnovat tělem i duší. Kvalitu péče určují ošetrovatelské standardy, které by měly být přístupné veřejnosti (Mlýnková, 2010, s. 17–18).

Z oblasti rozvoje domácí péče jsou současné trendy zaměřené na posílení významu domácí péče a koordinaci oborů z hlediska zdravotní a sociální sféry. Na mnoha konferencích došlo i k projednávání témat, které se týkaly zařazení výuk o domácí péči do studijních vzdělávacích programů ve zdravotnických oborech (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ©2018).

2.3.1 Domácí zdravotní péče v České republice ve 21. století

Počátek 21. století v ošetrovatelské profesi prošel výraznými změnami. Úkony, které vykonávají registrované všeobecné sestry, jsou nekončícím procesem. Jejich práce byla oceněna i prezidentem republiky. Obor ošetrovatelství se stal prestižním povoláním. Věhlas sester si vyžádal vznik pozice hlavní sestry na Ministerstvu zdravotnictví. Zřízení této funkce bylo přelomovým počinem ve společenském postavení sester. Obor ošetrovatelství získával stále pozitivnější ohlasy a kolem roku 2003 byla udělena Cena ministryně zdravotnictví ČR všem sestřám podílejícím se na rozvoji zdravotní péče. O rok později hlavní zastupitelka sester z MZ ČR vytvořila Radu pro rozvoj ošetrovatelství. Rada byla složena ze zástupců ošetrovatelské praxe, profesních sesterských organizací a zástupců vzdělávacích institucí v oboru ošetrovatelství (Holmerová, 2014, s. 53–57).

Důležité vlastnosti všeobecné sestry vycházejí ze strategie Světové zdravotnické organizace (WHO). Jedná se o přesně stanovenou definici kompetencí, které musí všeobecné sestry splňovat.

Autorka Messer v odborné publikaci uvádí základní soubory kompetencí potřebných pro tuto profesi. „*K osobním kompetencím patří vysoká sociální kompetence, dobré komunikační schopnosti, dar k motivaci, zvědavost, otevřenost novým věcem, schopnost inovace, pozitivní uctivý přístup, vypěstované kompetence ke zvládnání každodenních činností, schopnost spojovat vědomosti z různých oblastí a pozitivní postoj k ošetrovatelskému procesu. Odborné kompetence pak zahrnují vědomosti o aktuálním vývoji ošetrovatelství a ošetrovatelské vědě, znalost aktuálních zákonných požadavků a z toho rezultujících nároků na kvalitu poskytované péče, vysoké praktické a teoretické znalosti ošetrovatelského procesu, dále znalost dokumentačního systému a ošetrovatelského plánu.*“⁷

Práce všeobecných sester se zaměřuje na péči o posílení zdraví. K základním ošetrovatelským dovednostem patří aplikace inzulínu, aplikace clexanu, měření krevního tlaku, odběr a měření hladiny krevního cukru, měření tělesné teploty, ošetření bérceových vředů a ran, bandáže dolních končetin, ošetření stomií, podání léků a pomoc člověku s bolestí (Kalábová, 2013, s. 20–41). Z hlediska každodenních činností v péči o svého blízkého rodina zajišťuje hygienu, hydrataci, dýchání, výživu, vyprazdňování stolice a moči, prevenci před dekubity a polohování ošetrovaného. Při polohování ošetrovaného je možné využít spolupráce s všeobecnou sestrou z Home Care (Kolébalová, Poláková, 2017, s. 24).

Komunikační kompetence je nedílnou součástí práce všeobecné sestry v terénní službě. Vyjadřuje soubor všech kognitivních předpokladů, jež člověka činí schopným komunikovat. Tento pojem se používá od 60. let 20. století. U registrovaných sester vykonávajících péči v domácnostech se vyžaduje empatie a jasné porozumění ve verbální i neverbální komunikaci. K hlavním zásadám správné komunikace patří zřetelné a pomalé mluvení, vhodná vzdálenost mezi komunikujícími a v neposlední řadě pohled do tváře (Kalábová, 2013, 20–23).

⁷ MESSER, B. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. 136 s. ISBN 978-80-271-0215-0.

Sestry komunikaci využívají ke sběru informací o stavu klienta, k motivaci, edukaci, navození důvěrných vztahů a k budování vztahu sestra–pacient (Plevová, 2019, s. 10). Kalábová v knize Rady pro komunikaci uvádí, že v současnosti se vztah zdravotník–pacient změnil z pozice nadřazenosti a podřazenosti do pozice vzájemného partnerství (Kalábová, 2017, s. 5). Mezi faktory ovlivňující interpersonální komunikaci se řadí fyzický a emocionální stav účastníků komunikace, charakter jejich vztahů, aktuální situace, prostředí a sociokulturní prvky. Při uvědomění si vnějších a vnitřních faktorů se sestram zjednoduší rozhodování v průběhu komunikace během ošetřování. Každý klient je individuální bytost a vyžaduje tak individuální zacházení (Linhartová, 2007, s.11–14).

2.3.2 Evropská dlouhodobá péče směřující k domácí zdravotní péči

Dlouhodobá péče je jedním z hlavních témat diskutovaných při evropských jednáních. Úzce souvisí s možností využívat domácí zdravotní péči. Vstupem do Evropské unie (EU) se domácí péče stala součástí výzkumu ve zdravotnictví. Evropská unie se více zaměřuje na rámcové programy budující lepší podmínky pro zajištění dostupnosti, komplexnosti a efektivity zdravotních služeb, které se odráží na kvalitě života klienta (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ©2018).

„V Evropské unii je dlouhodobá péče pro starší osoby chápána jako spektrum služeb a pomoci pro lidi, kteří jsou po delší dobu závislí v aktivitách denního života na pomoci druhých.“⁸

Evropská unie včetně ČR patří mezi rychle stárnoucí oblasti světa. Geriatrická populace zastupuje největší podíl pacientů s potřebou využívat dlouhodobou zdravotní péči (České zdravotnictví v evropských souvislostech, 2006, s. 5–6). Evropská komise vydala doporučení o dlouhodobé péči, ve kterých upozorňuje na stárnoucí populaci a další demografické změny. Každá druhá žena nebo každý třetí muž bude potřebovat do budoucna dlouhodobou péči. V ideálním případě vykonávanou v domácím prostředí. Zajištění zdravotních služeb spadá do kompetence jednotlivých členských států (Holmerová, 2014, s. 53–57).

⁸ HOLMEROVÁ, I. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada, 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.

Důraz je kladen na určité zásady pro zlepšení zdravotního stavu populace. Pro udržitelný rozvoj dlouhodobé péče jsou vytyčeny následující cíle: prevence, podpora zdraví a rehabilitace (Kutnohorská, 2013, s. 52). U starší generace je to navíc ještě podporovat takové schopnosti starších lidí, které jim i v období křehkosti pomohou žít co nejdéle samostatně.

V dnešní době je v evropských zemích naděje na celkové dožití kolem 80 let. Oproti tomu šance zdravého dožití výrazně klesá a pohybuje se kolem 60 let. Nezbytnou nutností je uspokojení komplexních potřeb obyvatelstva. Náklady na formální dlouhodobou péči jsou nejvyšší v Dánsku, Švédsku a Nizozemí. Ve zbytku Evropy jsou náklady výrazně nižší. Dlouhodobá péče je oblastí, ve které mají místo nejen jednotlivé odbornosti, specializace, formy péče, služby, ale především i prostředí, které má pozitivní vliv na stav pacienta (Holmerová, 2014, s. 53–57).

2.4 Formy domácí zdravotní péče

Péče o nemocného je často dlouhodobá záležitost, která vyžaduje od pečovatele dobré hospodaření s vlastními silami. Pokud se stav pacienta zhorší, bude se muset nejspíš vyhledat další odborná pomoc. Základem je mít přehled o tom, co mohou profesionální služby pro lepší kvalitu života a zdraví klienta nabídnout (Pochmanová, 2015, s. 15). Na zdravotní péči se podílí praktičtí lékaři, lékaři specialisté, domácí zdravotní péče, dopravní zdravotní služba a lékárny (Chci zůstat doma, 2015, s. 13)

2.4.1 Home Care – zdravotní, ošetrovatelská služba v domovech klientů

„Domácí péče je zdravotní péče poskytovaná klientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetrojícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí.“⁹

⁹ STIBOROVÁ, D. a J. FREI. *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec: Prčice, 2018. 66 s. ISBN 978-80-270-3719-3.

Dudová považuje domácí prostředí za synonymum správné a kvalitní péče. Agentury zajišťují ošetrovatelskou péči v domácím prostředí klienta na základě předpisu ošetřujícího nebo praktického lékaře. Spolupracují s vládními orgány, organizacemi a subjekty ze zdravotní a sociální sféry.

Z hlediska kvality služeb se doporučuje poskytovat nepřetržitou péči dostupnou 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Jedná se o péči nejen akutní, ale i preventivní, dlouhodobou nebo hospicovou, kterou zajišťují registrované všeobecné sestry v terénu. Služby jsou poskytovány především klientům dlouhodobě nemocným, propuštěným z nemocnice, po operaci, po cévních mozkových příhodách nebo osobám s jinými zdravotními komplikacemi. Společným požadavkem pro výkon této práce je stav klienta, který již nevyžaduje pobyt v nemocnici.

Většinu klientů domácí zdravotní péče představuje starší populace. Ve stáří se často výrazně zhoršuje sluch, což do jisté míry ovlivňuje komunikaci při ošetřování. Zdravotníci musí vždy klientovi projevovat úctu a předpokládat jeho potřeby. Služby jsou nabízeny i pro dlouhodobě nemocné děti, dospělé a osoby zdravotně postižené (Kalábová, 2013, s.20–22).

Mezi běžné úkony terénních sester patří odběr krve, aplikace injekční léčby, převazy, prevence dekubitů, měření krevního tlaku a pulsu nebo rehabilitace (Chci zůstat doma, 2015, s. 15). V případě imobilního pacienta může rodina požádat právě agenturu Home Care o odběr krve v domácnosti na základě předpisu lékaře. Nemocný i pečující jsou tak ušetřeni náročného cestování do ordinace praktického lékaře (Pochmanova, 2015, s. 21–22 a Slámová, 2018, s. 33).

Domácí zdravotní péče je financována nejčastěji z fondu veřejného zdravotního pojištění či přímou platbou klienta. Platba od samotného klienta nastává v případě poskytování zdravotních výkonů, které se nevztahují na finanční příspěvek od zdravotní pojišťovny nebo u klientů bez zdravotního pojištění a těch, kteří záměrně zvolili zařízení bez smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ©2018).

2.4.2 Domácí hospicová péče

„Domácí hospicová neboli paliativní péče je zaměřená zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírnění utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.“¹⁰

Zdravotnické služby pro umírající a jejich rodiny poskytují zřízené paliativní organizace nebo agentury domácí péče, které mají tyto služby jako součást své nabídky (Chci zůstat doma, 2015, s. 15). Hospicová péče je poskytována vícero formami. Vysoké kvality péče lze dosáhnout i při dobré spolupráci mezi praktickým lékařem, ambulancí paliativní péče a agenturou domácí zdravotní péče (Marková, 2010, s. 23).

Domácí hospic, nebo též mobilní hospic, je nejrozšířenější formou poskytování specializované paliativní péče. Je složen z terénních pracovníků, kteří poskytují komplexní služby nevyléčitelným pacientům a jejich rodinám. Hospicová péče je zaměřená na podporu důstojného umírání, tišení bolesti a další projevy nevyléčitelné nemoci. Personál poskytuje klientu svou péči až 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. V čele stojí odborný lékař, tzv. paliatr, se zdravotním týmem odpovědným za léčbu a péči v závislosti na vývoji nemoci. Do péče se může připojit sociální pracovník, ošetřovatel, psychoterapeut nebo psycholog, terapeut pro pozůstalé a pastorační pracovník. Hospicová péče bývá úzce provázána se zdravotními i sociálními službami (Marková, 2009, s. 10–11).

Středem zájmu je pacient, jeho přání, potřeby a očekávání. Podle těchto položek se tvoří plán paliativní péče. Každý člen týmu reprezentuje svou organizaci a řídí se danými zásadami. Služby musí být vykonané na nejvyšší odborné úrovni. Členové respektují postavení a profesionalitu svých spolupracovníků. Není přípustné, aby pečovatel vnucoval své politické názory či vlastní náboženství. Zaměstnanci nesou velkou odpovědnost za svůj výkon při realizaci hospicové péče u klienta v jeho domácnosti. Zachovávají úctu k životu, respektují lidská práva, hodnoty a důstojnost každého pacienta. Jednotliví odborníci poskytují pacientovi a rodině přehled informací o zdravotním stavu a případné léčbě klienta (Marková, 2015, s. 11–13).

¹⁰ STIBOROVÁ, D. a J. FREI. *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec: Prčice, 2018. 66 s. ISBN 978-80-270-3719-3.

Autorka Marková ve své druhé publikaci zároveň podotýká, že součástí praxe v paliativním systému je doprovázení rodiny pacienta v období nemoci a podpora pozůstalých v době truchlení (Marková, 2010, s. 23).

Nejpřirozenější typ hospicové domácí péče je laická hospicová péče v domácím prostředí. Rodina pečuje o umírajícího v sociálním prostředí. Týká se to pouze osob bez potřeby institucionální péče. Rodinní příslušníci mohou být v kontaktu s hospicem, který nabízí odborné sociální poradenství. Závěr péče bývá ale rodinnými příslušníky často podhodnocen, čemuž by se mohlo předejít, pokud by rodina využila pomoc odborníků z paliativní péče. U pacientů s přáním umřít doma se objevují náhlé komplikace, se kterými si opatrovatel nedokáže poradit a následně bývá pacient převezen do nemocnice, kde zemře (Mišinová, 2016, s. 23–24).

2.4.3 Služby domácí péče nezdravotnického charakteru

Možnosti pomoci jsou různé a je dobré, když člověk není na všechno sám. Po zvážení a domluvě s nemocným se doporučuje zjistit, jaké jsou nabídky služeb v místě bydliště. Základními poskytovateli dle typu a rozsahu domácí péče jsou pečovatelské, odlehčovací a asistenční služby, které poskytují sociální pomoc svým uživatelům (Pochmanová, 2015, s. 17).

Není jednoduché se orientovat v různých formách sociálních služeb. Nezdravotnické služby upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Pečovatelské služby zajišťují úkony, které nepatří do zdravotnické sféry. Pečovatele nabízí terénní služby poskytované uživatelům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu vyššího věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Pomoc vyhledávají i rodiny s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomocnou ruku. Setkání je vždy předem domluvené. Pečovatel pomáhá při zvládnutí běžných činností jako je např. osobní hygiena, nákupy, úklid, doprovod k lékaři, cesta na úřad nebo procházka na čerstvém vzduchu s uživatelem. Pečovatelkou službu je možno hradit z příspěvku na péči. Cena služeb se pohybuje kolem 100 Kč za hodinu práce (Pochmanová, 2015, s. 22). Příspěvek na péči neboli sociální dávka je poskytována osobám, které z důvodu dlouhodobě nežádoucího stavu potřebují sociální pomoc jiné fyzické osoby. Příspěvek se týká pouze služeb pečovatelských, odlehčovacích, asistenčních nebo příjemců služeb domova pro seniory (Péče o seniory, 2017, s. 14).

Tato služba bývá často dlouhodobá, ale nezajišťuje péči u jednoho uživatele na 24 hodin denně. Podmínkou je nutnost zvládat alespoň část každodenních činností samostatně. Tento model sociální péče je vnímán společností pozitivně, protože dochází k aktivizaci starších osob. Uživatel musí třídit i organizovat, co ponechá za úkol pečovateli a co splní sám (Souralová, 2017, s. 105–107).

Obdobně jako předchozí péče existuje i odlehčovací služba, která poskytuje sociální úkony bez zdravotní péče. Cílovou skupinou jsou osoby se sníženou soběstačností způsobenou následkem chronické nemoci nebo zdravotního postižení. Hlavním posláním odlehčovací služby je poskytnout pomoc především pečujícím, aby si mohli při dlouhodobé domácí péči odpočinout, načerpat energii a vyřídit si vlastní záležitosti. Úkony poskytují ve vymezeném a domluveném čase. Finanční odměna se pohybuje kolem 100 Kč na hodinu a může být hrazená ze sociálních dávek.

Podobnou terénní službu zajišťuje i osobní asistent opět u osob s omezenými schopnostmi. Služby jsou sociálního charakteru bez časového omezení a poskytované v přirozeném prostředí domova (Hálová, 2007, s. 13). Jinou možností jsou zařízení, která jsou kombinována se zdravotní péčí. Jsou to instituce poskytující zdravotní i sociální péči formou pobytů na přechodnou dobu. Patří tam léčebny dlouhodobě nemocných, domovy se zvláštním režimem určené pro nemocné a domovy pro seniory (Pochmanová, 2015, s. 22).

2.5 Péče o klienty

Životní situace nemocného člověka se zásadně mění. Klient ztrácí svou jistotu, uzavírá se do sebe a hledá oporu u svých blízkých. Při rozhodování o péči je důležité zapojit i samotného klienta. V tomto ohledu může pomoci i ošetřovatel, pokud odvádí jistou a klidnou práci. Mezi oběma tak vznikne pevný a důvěrný vztah. Vybudování dobrého vztahu s klientem vyžaduje čas, námahu a obratnost (Bastlová, 1993, s. 10–12).

2.5.1 Základní potřeby nemocného

Životní potřeby člověka jsou obvykle zobrazovány v podobě pyramidy. Základna je tvořena hlavními biologickými potřebami. Střed patří vyšším psychosociálním potřebám a špička je věnována spirituálním a nadosobním nezbytnostem. Kvalita života souvisí s naplněním vyšších životních potřeb (Kalvach, 2010, s. 11–12).

Základní potřeby zdravého a nemocného člověka se neliší. Každý potřebuje zdravé prostředí, vhodné podmínky pro setrvání v pohodlné poloze, hygienu, výživu, spánek, odpočinek a pravidelné hygienické vyměšování. Ošetřovatel musí důkladně poznat svého klienta, jeho povahu a individuální potřeby. Jen tehdy dokáže vyhovět jeho nejskrytějším požadavkům a přáním.

Mezi základní fyzické potřeby člověka patří příjem kyslíku, potravy a tekutin. Dále je to potřeba odpočinku a spánku, ale i přiměřené kvalitní životní prostředí. U klienta to znamená mít zajištěné dýchání, být dobře najedený, umytý, vyspalý a cítit se co nejbezpečněji a nejpříjemněji v prostředí, v němž se nachází. Osoby hospitalizované v cizím nezvyklém nemocničním prostředí si mohou připadat ztraceně. To může mít dopad na jejich psychickou a zdravotní stránku (Bastlová, 1993, s. 10–12).

Z psychologického hlediska je to potřeba nemocného být akceptován jako osobnost se všemi svými vlastnostmi, nároky a požadavky na bezpečnost a soukromí. Úkolem agentur domácí zdravotní péče je neustále povzbuzovat a dodávat sebevědomí nemocnému, aby získal brzy soběstačnost a nezávislost. Důležité je brát v úvahu věk, původ, včetně jeho fyzické a duševní kondice. Většina klientů, která je odkázána na pomoc druhých, může být později pronásledována depresí způsobenou strachem a úzkostí (Mišinová, 2016, s. 64–68).

Hlavním cílem je vzbudit pocit, že pečovatel je ochoten udělat vše, co klient potřebuje. Tento individuální přístup se mnohem lépe uplatňuje při ošetřovatelské péči v domácím prostředí než v nemocnici, kde pacienti vyžadují pozornost najednou a ve stejnou dobu (*WP3: housing and home care*, 2013, s. 34).

Všechny živé bytosti potřebují být součástí komunity. Návštěvy blízkých jsou často vítány. V určitých případech mohou i unavovat, proto je zapotřebí provést posudek o aktuálním stavu a potřebě klienta. Na základě posudku se rozhodne o tom, do jaké míry je návštěva vhodná. Ideálním společníkem jsou rozhlasové či televizní přijímače na dálkové ovládání (Mišinová, 2006, s. 68).

Často tyto rodiny doprovází finanční problémy, a to jen z toho důvodu, že neznají své nároky na příplatky nebo důchod či jiné sociální a zdravotní služby. Rodiny pečující o své blízké nesou náklady na péči odhadem kolem 50 až 90 %. Všechny potřebné informace poskytuje oddělení zdravotního a sociálního zabezpečení (Hálová, 2007, s. 13).

Při kontaktu s nemocným nastane okamžik, kdy ošetřovatel pozná jeho víru. Ať se jedná o jakékoliv vyznání víry, musí jej respektovat. Pokud klient v době nemoci chce hovořit se svým náboženským představitelem, mělo by dojít k jejich setkání. V době jeho návštěvy je vhodné zajistit klid, ticho i soukromí. Duchovní potřeby lze kompenzovat i sledováním náboženského vysílání v televizi. Naopak ostatní klienti mohou být bez vyznání. V tomto případě se neuvádí klienti do rozpaků a nevnucují se jim vlastní přesvědčení na víru (Kabelka, 2017, s. 274–277).

2.5.2 Rodina vs. ošetřovatel jako jeden z nejdůležitějších faktorů domácí péče

Klíčovým slovem této kapitoly je slovo rodina. Rodinní příslušníci většinou péči zajišťují a agentury zdravotních a sociálních služeb mají za úkol zajistit setrvaní klientů/uživatelů v domácím prostředí (Dudová, 2015, s. 110–113).

Podle Mace je potřeba mít vedle znalostí a zkušeností lékaře schopnou všeobecnou sestru. Sestry z agentur domácí péče mohou koordinovat práci rodiny, lékaře a ostatních účastníků při péči o pacienta. Komunikace mezi všeobecnou sestrou, klientem a jeho příbuznými představuje významný prvek v domácí péči (Mace, 2018, s. 42–43). Správná komunikace navozuje mezi všemi zúčastněnými důvěrný vztah, bezpečí a spokojenost. Spolupráce rodiny a ošetřovatelů je nezbytná pro zajištění kvalitní domácí péče o klienta. Například znalost rodinné anamnézy pro ošetřovatele znamená získání základních informací o nemocném v takové míře, aby poznal jeho návyky a zvyklosti (v kolik ráno vstává, kdy ulehne ke spánku či jaké má záliby). Po rozhovoru s rodinnými příslušníky dokáže sestra vyřešit mnoho problémů. Osobní anamnéza klienta představuje osobní údaje o nemocném. Rodinný příslušník vždy nemusí odhadnout skutečné potřeby svého blízkého, zato ošetřovatel ano. Opatřené informace mohou velmi pomoci jak ošetřovateli, tak i nemocnému. Při prvním ošetřování je nezbytné zapsat objektivní záznamy, které jsou pouze zjevné, tzn. neměnitelné (Hálová, 2007, s. 108–110).

V případě dlouhodobé péče se často vyžaduje více než ochota ze strany příbuzných. V současnosti můžeme pozorovat rostoucí tlak způsobený změnami ve společnosti, který způsobuje složitější proces v rodinné péči. Chut' pečovat o svého blízkého je sice klíčová, ale nedostačující. Dalšími faktory jsou finanční, časové a fyzické podmínky (Souralová, 2017, s 101).

2.5.3 Úprava pokoje a prostředí pro klienta (vč. bezbariérovosti)

Díky dobré přípravě prostoru se dá péče velmi zjednodušit. Jednoduché stavební zásahy mohou také hodně pomoci. Ať už se jedná o malé koberce, které časem mohou překážet, či o těžko překročitelný práh (Pochmanova, 2015, s. 11–13).

Nemocný člověk je většinou odkázán pouze na pomoc druhých. Úkolem pečovatелů a zdravotnického týmu je zajistit klientovi bezpečné a klidné prostředí. Jeho pokoj a okolí je třeba upravit do podoby příjemného prostředí, které má žádoucí vliv. Dbá se především na čistotu, čímž se sníží výskyt choroboplodných zárodků vířených s prachem.

Pohyb venku s dostatečným množstvím čerstvého vzduchu a slunce příznivě ovlivňuje náladu a zdravotní stav opečovávané osoby. Dveře ven se musí snadno otevírat a nesmí být příliš těžké. Pokud se za dveřmi nachází schody, je vhodné přidat zábradlí, popřípadě rampu. Důležité je nezapomenout i na dostatečné osvětlení, aby se předešlo možnému pádu. V zimním období by se mělo kontrolovat náledí na schodech i chodnících (Prokopová, 2017, s. 51)

Výhodou je mít pokoj klienta v přízemí či poblíž koupelny. V pokoji se musí pravidelně větrat a udržovat optimální teplota. Hlavní částí pokoje je postel, která musí mít pevnou a pohodlnou matraci. V případě dlouhodobého pobytu na lůžku se mohou vyskytnout zdravotní komplikace např. v podobě dekubitů, které zhoršují stav klienta. Pro tyto rizika je nutné klienta na matraci polohovat a pomáhat mu při cvičení. Kolem postele je tak potřeba nechat volný prostor pro lepší manipulaci s klientem. Zajistit nejpohodlnější polohu klientovi je velice namáhavá práce a vyžaduje cit a poznatky. Ložní prádlo se musí pravidelně vyměňovat. U klientů s omezenou mobilitou je vhodné postel natočit směrem k oknu. Vše, co nemocný potřebuje, musí mít na dosah ruky. Kromě hlavního osvětlení by měla být u postele i noční lampička. Další nezbytností je mít skříň na oblečení a na kompenzační pomůcky (Hastingsová, 1997, s. 12–20).

2.5.4 Úprava koupelny a hygiena nemocné osoby

Velmi důležitá je úprava koupelny, především přístup do vany nebo sprchového koutu. Stavební zásah do koupelny bývá velmi nákladný. Někdy ale stačí pouze přeskládat prostor tak, aby mohl být do vany umístěn elektrický zvedák. Svou roli hrají i madla a protiskluzné podložky pod nohy. Dobrým pomocníkem je pojízdná sprchová židle či pojízdné toaletní křeslo. Chemické WC u postele v noci zase ušetří spoustu námahy a zkrátí cestu na toaletu. Řadu těchto kompenzačních pomůcek si pečující osoby mohou vypůjčit v půjčovnách pomůcek nebo je předepíše lékař (Pochmanova, 2015, s. 12).

Hygiena patří k základním lidským potřebám a k sociálním návykům. Člověk s omezenou soběstačností musí mít zajištěnou hygienu, aby se vyvaroval kožním poruchám a infekčním záležitostem. Pokud je klient nehybný, celková koupel se provádí na posteli. Hygiena zahrnuje i péči o nehty, oči, vlasy a ústní dutinu. Při koupeli si ošetřovatel nebo rodinný příslušník může všimnout možných změn na pokožce, které mohou být signálem zdravotních problémů. V místnosti musí být přiměřené teplo a pozavíraná okna. K základním hygienickým pomůckám patří umyvadlo s teplou vodou, mýdlo, ručníky na obličej a tělo, zásyp, toaletní voda, kartáč, hřeben a čisté prádlo. Nemocný člověk se musí mýt až několikrát denně, např. mytí rukou a obličeje ho osvěží a dodá mu psychickou pohodu (Prokopová, 2017, s. 45–47).

Nezbytností se stává i omytí nemocného po močení a stolici. Pečovatel provede hygienu buď klasicky pomocí laboru a vody nebo může použít vlhčené ubrousky či žínku na jedno použití. Běžné žínky, které lze snadno prát, se nedoporučují, protože se stávají zdrojem infekcí. K očištění genitálií se používá jen čistá voda. Pokud nemocný trpí opruzeninami, je vhodné namazat náchylné části krémem. K očištění i mazání se používají ochranné gumové rukavice. Tato opatření platí i v případě používání podložní mísy nebo plenkových kalhotek. Kosmetických přípravků k ošetření je celá řada. Ideální možností je přírodní kosmetika, kterou lze zakoupit v lékárnách a v prodejnách zdravotních potřeb nebo v drogeriích. Kosmetika se vybírá na základě stavu pokožky, proto je lepší se poradit s odborníkem (Hálová, 2010, s. 55).

2.6 Funkční hodnocení stavu klienta

Kapitola poukazuje na přehled jednotlivých funkčních stavů klientů žijících v domácím prostředí v rámci dlouhodobé domácí péče. K psychické stránce se řadí funkčnost kognitivního systému, emotivita, nálada a motivace. Z hlediska zdravotního stavu klienta se hodnotí komplexní vyšetření tělních funkcí, kam řadíme soběstačnost, mobilitu, senzorické funkce, křehkost, bolest, kondici a stav výživy.

2.6.1 Psychická stránka klienta

Kognitivní funkce umožňuje klientovi smysluplně vnímat okolí a současně i vlastní vnitřní psychický stav. Kognice pracuje především při uvažování a učení se novým věcem. Zahrnuje schopnost chápat projev řeči, smysluplně se vyjadřovat nebo plánovat a organizovat náročnější aktivity. Její poruchy nastávají při onemocnění mozkové části. Nejčastěji se jedná o syndrom demence postihující oblast mozkové kůry. Syndrom často doprovází změny v chování, změny osobnosti či jiné psychologické příznaky (Holmerová, 2014, s. 90).

„Součástí syndromu demence jsou také poruchy soběstačnosti, které se s jeho progresí postupně zhoršují a pravidelně jej doprovázejí změny v chování. Proto hovoříme o tzv. ABC syndromu demence, kam zahrnujeme následující okruhy příznaků:

A – aktivity denního života, tedy schopnost soběstačně vykonávat každodenní činnosti, a to jak instrumentální, tak i bazální,

B – chování a jeho poruchy včetně neuropsychiatrických symptomů,

C – úroveň kognitivních funkcí, nejlépe v jednotlivých doménách zdraví“.¹¹

V domácí péči se často setkáváme se syndromem demence typu A. Klienti jsou schopni vykonávat soběstačné záležitosti a mohou pod zdravotním nebo sociálním dozorem žít samostatný život. Kognitivní deficit lze podle neuropsychologických studií rozpoznat řadou metod. Nejčastěji se používají klinické metody, rozhovor, pozorování nebo analýza ošetřovatelské a rodinné anamnézy.

¹¹ HOLMEROVÁ, I. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada, 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.

Dalšími složkami jsou emotivita a motivace. Podle autora Honzáka právě tyto složky ovlivňují zásadním způsobem kvalitu života. Pocity strachu a úzkosti doprovázejí každého jedince v průběhu života. Někdy však mohou propuknout v podobě nemoci. Tyto stavy se vyskytují v populaci mnohem častěji, než lékaři předpokládají (Honzák, 2005, s. 23).

U starších osob se zejména jedná o syndrom deprese. Často probíhá ve skryté formě a klienti si na poruchy nálady nestěžují. Důležitým signálem bývá porucha paměti a kognitivních funkcí. Deprese pak může vypadat jako demence. Jedná-li se o tento případ, nazývá se tzv. pseudodemencí. Kognitivní funkce se jeví jako narušené a osoba působí zpomaleným dojmem, nesoustředí se a selhává jí paměť. V jiných případech se obě poruchy mohou vyskytovat společně (Holmerová, 2014, s. 90).

2.6.2 Zdravotní stránka klienta

Nezastupitelnou roli v domácím prostředí představuje míra soběstačnosti. Soběstačnost je schopnost žít normálně v běžném prostředí a vyrovnat se s jeho úskalími vlastní silou bez výrazné pomoci druhých. V případě geriatrických syndromů dochází nejdříve k omezení instrumentálních činností. Instrumentální aktivity zahrnují schopnost mobility mimo bydliště, schopnost obstarat alespoň malé nákupy, správně si zhotovit jídlo, vykonávat běžné domácí práce, spolehlivě manipulovat s penězi a dodržovat léčebný režim. Ke kompenzaci těchto aktivit většinou stačí dostupné pečovatelské služby (Holmerová, 2014, s. 59).

Naopak pokud dojde k narušení zdravotního stavu se sníženou soběstačností, které omezí základní každodenní činnosti a péči o vlastní osobu, je potřeba zajistit i zdravotní péči nebo kvalifikované ošetřovatele dle míry závažnosti.

Poruchy soběstačnosti vznikají důsledkem komplexních, závažných stavů či postižení. Při chronických onemocněních lze sledovat funkční stav soběstačnosti relativně jednoduchými nástroji, a to během vývojového stavu klienta. U mladších lidí např. s následky vrozených vad nebo úrazů je situace komplikovanější. Pro účelnější výzkum funkčního stavu těchto osob je potřeba složitějších nástrojů a kompenzačních pomůcek k adaptaci na prostředí (Holmerová, 2014, s. 78). Při hodnocení soběstačnosti klienta je hlavním určovacím klíčem znalost zdravotního stavu, enviromentálních podmínek a sociálního zázemí (Kalvach, 2014, s. 5).

Funkční stav klienta ovlivňuje i mobilita, která je souborem činností pohybového a nervového aparátu. Problematikou mobility se zabývá fyzioterapeut, popřípadě neurolog. Důležitým ukazatelem zdravotního stavu je rychlost chůze. Přiměřená rychlost chůze značí lepší prognózu zdravotního stavu než snížená mobilita.

Riziko u starších osob představuje chronické onemocnění zvané syndrom křehkosti. Syndrom způsobuje úbytek hmotnosti a pokles svalové hmoty. Klient se tak snadno unaví. Doprovodnými signály bývají poruchy spánku, ztráta motivace nebo pocity deprese. Dle Holmerové lze odhadovat, že poruchou křehkosti trpí přibližně 10 % osob starších 65 let a více než třetina lidí nad 85 let. Ideálním řešením pro včasnou diagnózu je pečlivá anamnéza všeobecné sestry a rodiny.

Velký význam má správný životní styl. S dostatečnou výživou a přiměřeným pravidelným pohybem lze zamezit řadě komplikací. Správná výživa je jedna z nejdůležitějších determinant zdraví v běžném životě, ale i v akutní a chronické péči. Obezita představuje zvýšené riziko srdečních onemocnění a omezení soběstačnosti. V opačném případě nedostatek základních živin snižuje odolnost organismu a ovlivňuje kondiční stav klienta. Složky bílkovinné povahy vytváří ochranný systém a hojí rány.

Výrazným činitelem jsou i smyslové orgány. Senzorické funkce s rostoucím věkem slábnou. Týká se to především sluchu a zraku. V současnosti lze do značné míry tyto poruchy kompenzovat. Příznivý efekt nalezneme v posílené soběstačnosti a kvalitě života klienta. Ostatní smysly čich a chuť mohou způsobit poruchy nutričního příjmu a zhoršení životních podmínek (Holmerová, 2014, s. 82–85).

2.6.3 Kvalita života klienta

Někteří autoři vysvětlují kvalitu života odlišným způsobem. Do značné míry představuje kvalita života subjektivní pojetí. Jedná se o vlastní pohled na zdraví, sociální interakce a celkovou vnitřní spokojenost se svým životem.

Psychologické jevy, jako jsou adaptace, optimismus nebo schopnost sebeovládání, mohou u člověka podstatně změnit vnímání kvality života. Kvalita života má vliv na zdravotní stav a psychickou pohodu jedince během celého života (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 50).

Ve zdravotnických zařízeních mají odborníci tendenci hodnotit kvalitu života podle klinického stavu a laboratorních výsledků. Pacient však svou kvalitu života vnímá na základě aktuálního stavu, který je ovlivněn nemocí, změnou životního stylu a limitovanými životními podmínkami (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 50–52). Podle Mülpachera k vnitřním činitelům jedince patří somatické a psychické vlastnosti a k vnějším prvkům se řadí ekologické, společenské, kulturní, výchovně-vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně-technické faktory. Komplexní pohled na život se odráží jak ve vnějších podmínkách, tak i ve vnitřních rozměrech klienta (Mülpacher, 2017, s. 20–25).

Cílem agentur Home Care je zlepšit či zachovat kvalitu života klienta s ohledem na jeho přání a hodnoty. Pro zajištění kvality života je nutné u ošetřovatelů dobře rozpoznat potřeby v rodině a adekvátně na ně reagovat. Rozhodně nelze říci, že klient bez bolestí a ostatních tělesných symptomů má vyšší kvalitu života (Marková, 2010, s. 38).

Analýzy kvality života jsou velice náročné na měřitelnost. Model subjektivní kvality života zahrnuje tři atributy. Jsou jimi osobnost, kognice a interakce s prostředím. V ošetřovatelství je kvalita života nejvíce akceptovatelná v institucích, které vykonávají služby v domácím prostředí. Koncept kvality života souvisí především se zdravím jedince (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 38–39). Pro posouzení kvality života existuje několik nástrojů, z nichž například dotazník SQUALA se používá u širokého spektra příjemců péče včetně osob s chronickým onemocněním.

Prožívání kvality života se mění v závislosti na aktuální etapě života. Je prezentována různými komponenty u různých osob a v různém čase. Vyjadřuje rozpor mezi očekáváním a realitou. Kvalita života je u každého jedince vnímána individuálně. Má dynamický charakter v různých životních situacích. Na základě těchto charakteristik lze definovat pojem jako subjektivní, holistický, podmíněný, hodnotově orientovaný pocit klienta, který zahrnuje subjektivní a objektivní indikátory související s uspokojováním potřeb (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 38–39, 44).

2.7 Péče o pečující

Domácí zdravotní péče je velmi psychicky i fyzicky náročná. Pečujícím patří velké uznání a podpora. Každý má právo být unavený nebo si přát chvíli volna. Relax a odpočinek mají zajistit lepší hospodaření se svými silami a dodat novou energii.

Při dlouhodobé péči může člověka popadnout smutek, vztek až vyčerpání. Opečovávaná osoba si může vynucovat pozornost, být náladová či může působit, jako by neoceňovala práci pečujících. Vzájemný vztah a lidské vlastnosti hrají hlavní roli při péči o nemocného (Pochmanová, 2015, s. 37).

2.7.1 Rodinní příslušníci

Objektem péče není jenom nemocný člověk, ale celá jeho rodina. Je to rodina, která nese vlastní zkušenosti v opatrovnictví svého blízkého. Rodina, kde se aktuálně může odehrávat drama lidského života např. deprese, rizikové těhotenství nebo ztráta zaměstnání partnera. Všechny tyto okolnosti mají nežádoucí vliv na aktuálně prožívanou situaci v domácím prostředí (Markova, 2010, s. 38). Pokud pečující budou klidní a uvolnění, odrazí se jejich spokojenost na péči o nemocné (Holmerová, 2014, s. 98).

Kurucová uvádí, že zátěž a nedostatečný odpočinek mají při péči o blízkou osobu ve vlastních domovech silný dopad na fyzické, psychické, finanční, sociální a spirituální oblasti pečující osoby. Fyzickou zátěž způsobuje statické zatížení během každodenní péče o svého blízkého. Z psychických aspektů jsou to deprese, nervozita, emocionální neklid a strach během vyčerpání. Silný nežádoucí vliv mají i rodinné vztahy při nedostatečné opoře (Kurucová, 2016, s. 21–22). Mezi pacientem a ošetřující osobou může kvést láska a vzájemná úcta pouze tehdy, není-li pečující přetížen, dodává ve své publikaci (Hastingsová, 1997, s. 9).

V takovém případě byly založeny tzv. odlehčovací služby, jejichž hlavním posláním je poskytování pomoci především pečujícím. Zaměstnanci odlehčovacích služeb pomáhají rodinám, aby si mohly při dlouhodobé domácí péči odpočinout, načerpat síly na další péči a vyřídit si vlastní nezbytnosti. Novou záležitostí z hlediska odlehčovacích služeb jsou respitní pobyty, kde je možné využít krátkodobé až několikaměsíční pobyty pro nemocné. Hlavním úskalím v některých obdobích je nedostupnost služeb kvůli nadměrné poptávce. Předejít tomu lze při dostatečné časové rezervě skrze telefonickou objednávku (Pochmanová, 2015, s. 21–22).

Existují i podpůrné skupiny pro pečující rodiny, které poskytují psychosociální, emocionální a informační podporu těm, kteří se starají o člena rodiny nebo jiného blízkého. Cílem podpůrné skupiny je umožnit pečujícím sdílet své pocity, poslechnout si ostatní s podobnými zkušenostmi, pobýt ve společnosti mimo domácí prostředí a uvědomit si, že nejsou na všechno sami. Každý člen by měl něčím přispět a něco získat. V české společnosti se může zdát role pečujícího někdy až zidealizovaná. Je třeba si uvědomit, že se jedná o lidi s možnými omyly. Pečující osoby s mnohaletými zkušenostmi se mohou tak podělit o své zažité situace se začátečníky. Výměna informací patří k důležitým funkcím podpůrných skupin (Podpůrné skupiny pro rodinné pečovatele, 2016, s. 4–5).

2.7.2 Všeobecné sestry

Na personál domácí zdravotní péče jsou kladeny specifické nároky. Jedním z nich je fakt, že zdravotníci přicházejí do vlastního a intimního prostoru klienta. Pracovníci se stanou během péče součástí života celé rodiny a často jsou nejbližšími profesionály v dosahu zdravotních potřeb klienta. Sestry musí být pružné, odvážné, zodpovědné v rozhodování a mít silnou povahu a empatii k zásahu ve složitých situacích. Pokud se jedná o všeobecnou sestru, která poskytuje paliativní péči, jsou její pracovní nároky ještě náročnější. Tato situace vyžaduje unést smutek a bolest pacienta i rodiny, a to často bez podpory ostatních zaměstnanců. Nesnadnou skutečností bývá pro zdravotníky nestálá kontrola nad pacientovým zdravotním stavem. Členové domácí péče by se měli pravidelně scházet a svou práci konzultovat, popřípadě si vyžádat podporu od ostatních, aby předešli např. syndromu vyhoření. Rozvojem této nemoci zaměstnanec ohrožuje nejen sebe, ale i pacienty a jejich rodiny, v důsledku pak pověst celé agentury (Kurucová, 2016, s. 23–24, 39–40).

Hlavní prevencí před syndromem vyhoření jsou dobré sociální vztahy a motivace k práci. Pracovní motivace je individuální vnitřní hybnou silou pracovníků. Nedostatek motivace se časem projeví na kvalitě poskytované péče. Hlavním motivačním prvkem je uspokojování lidských potřeb a jejich vzájemné vztahy.

Motivace je také úzce spojená s osobním nastavením člověka. Osobní hodnoty se odrážejí v životních postojích a u každého zaměstnance se budou trochu lišit. Motivaci lze do jisté míry ovlivnit vhodnými manažerskými přístupy (Holeksová, 2002, s. 76–80).

U zaměstnanců se dále manažer zabývá především osobními předpoklady, zralostí, potřebami, profesním růstem a zakotveností v týmu. Nadřízený by měl tyto hodnoty u svých podřízených vnímat a zajistit jejich rozvoj.

Hnací motor psychické pohody a kvality práce všeobecné sestry představuje zpětná vazba. Sestra by měla dostávat informace, zdali je její odvedená práce kvalitní, jaké má silné a slabé stránky či jaké jsou možnosti profesního rozvoje. Hodnocení práce slouží k potřebě osobního a pracovního růstu. Reflexe práce by měla být součástí pravidelných schůzek zdravotního týmu. K ohodnocení musí docházet i za výlučné přítomnosti manažera a všeobecné sestry. Každý člen agentury má právo, aby jeho práce byla pravidelně hodnocena. Manažer své podřízené dobře zná a během hodnocení vychází z jejich postřehů, poznatků, nejasností až rizik (Kurucová, 2016, s. 39–47).

3 METODIKA PRÁCE

V této kapitole se budeme věnovat především kvalitativnímu výzkumu realizovanému prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s oslovenými skupinami respondentů. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak vnímají jednotliví aktéři domácí péči vzhledem k prožívanému duševnímu zdraví. U pečujících osob použijeme standardizovaný dotazník BM – Burnout Measure, který měří míru vyhoření na základě subjektivních pocitů dotazovaného. Dílčím cílem bude nalezení hlavních rozdílů mezi poskytováním domácí zdravotní péče a sociálních služeb a seznámení se s možnostmi vybraných organizací domácí péče v České republice. Dále se zaměříme na podchycení nejčastěji se vyskytujících problémů, které tato zařízení musí řešit v rámci našeho zdravotního a sociálního systému, a zhodnotíme důležitost spolupráce mezi účastníky domácích služeb.

3.1 Metodologie šetření

K dosažení výše uvedených cílů proběhl výzkum ve formě smíšené strategie kvalitativního a kvantitativního charakteru.

Kvantitativní nástroje jsou považovány za nejčastější používané výzkumné metody. Jejich výhodou bývá rychlý přísun dat a přesná numerická data. Výsledky jsou relativně nezávislé na výzkumníkovi (Metody výzkumu, ©2017).

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“¹²

V běžné situaci výzkumník vybírá na začátku procesu téma a podle něj určí základní výzkumné otázky. Otázky může doplňovat během výzkumu, sběru i analýzy dat, proto je kvalitativní výzkum považován za pružný typ výzkumu. V jeho průběhu vznikají i nová rozhodnutí, jak modifikovat výzkumný plán.

¹² HENDL, J. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 807-36-7040-2.

Autor výzkumu analyzuje informace od respondentů a provádí induktivní a deduktivní závěry. Hlavní výhodou je možnost se osobně seznámit s problematikou a lidmi, kteří pracují přímo v terénu. Sběr dat a jejich analýza probíhá v delším časovém intervalu. Výzkumník dle svého uvážení vybírá jedince, které dále sleduje. Výzkum obsahuje popis místa zkoumání a rozsáhlé citační výpovědi z rozhovoru a poznámek, jež autor prováděl při výzkumu v terénu (Hendl, 2005, s. 50).

3.1.1 Polostrukturovaný rozhovor

Z kvalitativně orientovaného výzkumu jsme použili polostrukturovaný rozhovor. Základními prvky zmíněného rozhovoru jsou předem připravené oblasti s doplňujícími otázkami. Polostrukturovaný rozhovor je sestaven z řady pečlivě formulovaných otázek. Tím je umožněna replikace celého výzkumu s jinou skupinou osob. Struktura informací je daná sekvencí dotazovaných otázek. Okruhy a otázky nemají předem určené pořadí. Cílem je však získat výpovědi od všech respondentů. Z těchto podmínek vyplývá určitá volnost, která je vítaná vzhledem k přirozenějšímu průběhu rozhovoru (Reichel, 2009, str. 110).

Rozhovory s ředitelkami byly zaznamenány na digitální záznamník. U ostatních jsme si vedli písemné poznámky. Všichni účastníci výzkumu byli informováni o zpracování a využití získaných dat. Respondentům byla nabídnuta anonymita, proto konkrétní jména dotazovaných nejsou v práci zveřejněna. Témata jednotlivých okruhů byla následující (kompletní přehled doplňujících otázek je k nahlédnutí v přílohách):

1. Rozsah a průběh domácí péče,
2. výhody a nevýhody domácí péče,
3. vzájemná spolupráce v rámci domácí péče,
4. péče o sebe.

3.1.2 Standardizovaný dotazník BM

Kvantitativní část zastupuje standardizované dotazníkové šetření. Jedná se o soustavu pečlivě nadefinovaných otázek, které jsou smysluplně seřazeny a navrženy konkrétním kolektivem autorů. Cílem dotazníku je získat objektivní důkaz a ověřit si teoretické výpovědi (Chráska, 2007, s. 163). Ze čtyř skupin respondentů jsme vybrali pečující osoby, které jsou nejohroženější skupinou syndromu vyhoření. Dotazovaní odpovídali písemnou formou a zcela anonymně.

Dotazník s názvem Burnout Measure zpracovali autoři Ayala Pines a Elliot Aronson. Výsledky dotazníku určují míru postižení syndromem vyhoření. Nás bude zajímat celkový stav psychiky pečujících osob na základě pocitů vyčerpání. Dotazník obsahuje dohromady 21 tvrzení (Chovancová, 2012, s. 59). Dotazované osoby označují své subjektivní pocity pomocí odstupňované číselné škály určující, jak často se u nich tyto jevy vyskytují. Stupně sedmibodové škály začínají reakcí „*nikdy*“ a končí výpovědí „*vždy*“. Po vyplnění dotazníku se uvedeným klíčem k vyhodnocení testu určí hodnota BM (vzorce k výpočtům míry vyhoření jsou v příloze). Hodnoty BM jsou řazeny do pěti kategorií, které vyznačují určité fáze syndromu vyhoření v závislosti na psychologii zdraví (Křivohlavý, 2001, s. 37–39).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen čtyřmi skupinami dotazovaných respondentů. Polovina zkoumaných osob představuje odborníky pohybující se ve zdravotních nebo sociálních službách, které jsou poskytovány v domácnostech. Zbývá polovina zastupuje příjemce domácí péče neboli laickou veřejnost. Jsou to klienti/uživatelé a jejich rodiny, kteří pravidelně v době výzkumu využívali tyto služby. Pro kvalitativní výzkum jsme zvolili tři instituce vyskytující se ve Zlíně, Olomouci a Prostějově. Volba těchto vzdálenějších měst byla záměrná kvůli rozdílným podmínkám v průběhu a poskytování péče. Respondenti byli po telefonické domluvě ochotni sjednat s námi osobní schůzku a odpovědět na položené otázky.

3.2.1 Skupina respondentů č. 1

Prvním zkoumaným vzorkem jsou ředitelky ze zdravotních a sociálních institucí. Ředitelka z agentury Home Care ze Zlína je zároveň i vrchní sestrou a ve funkci ředitelky je již osmým rokem. Vzhledem k dlouhodobému působení jsme dále oslovili ředitelku domácí zdravotní péče v Olomouci, která se v této oblasti pohybuje jako vedoucí agentury s 25letou praxí. Poslední dotazovanou je ředitelka z Centra sociálních služeb v Prostějově, která působí ve funkci druhým rokem a vnáší do práce svěžího ducha.

Tabulka 1 - Skupina respondentů č. 1

Zkratka	Název	Délka funkce ředitele
ŘZPZ1	Ředitelka zdravotní péče č. 1, Zlín	8 let
ŘZPO2	Ředitelka zdravotní péče č. 2, Olomouc	25 let
ŘSPP3	Ředitelka sociální péče č. 3, Prostějov	2 roky

3.2.2 Skupina respondentů č. 2

Ve druhé skupině respondentů se nacházejí všeobecné sestry a pečovatelky s variabilní délkou praxe. Všeobecné sestry vykonávají zdravotní výkony a pečovatelé poskytují běžné úkony v domácnostech u osob s omezenou soběstačností. Díky kontaktu s terénními pracovníky jsme měli možnost být součástí realizace domácí péče u klientů či uživatelů v jejich domovech.

Tabulka 2 – Skupina respondentů č. 2

Zkratka	Název	Délka praxe
VSZ1	Všeobecná sestra č. 1, Zlín	4 roky
VSZ2	Všeobecná sestra č. 2, Zlín	20 let
VSZ3	Všeobecná sestra č. 3, Zlín	20 let
VSO1	Všeobecná sestra č. 1, Olomouc	15 let
VSO2	Všeobecná sestra č. 2, Olomouc	27 let
VSO3	Všeobecná sestra č. 3, Olomouc	8 let
PČP1	Pečovatelka č. 1, Prostějov	12 let
PČP2	Pečovatelka č. 2, Prostějov	2 roky
PČP3	Pečovatelka č. 3, Prostějov	13 let

3.2.3 Skupina respondentů č. 3

Tato skupina zahrnuje zkoumané osoby, které využívají služby ve svém domácím prostředí. Pracovníci agentur telefonicky kontaktovali klienty/uživatele, kteří nám dali souhlas v pokračování výzkumu v jejich domácím prostředí prostřednictvím rozhovoru. Některé klienty/uživatele jsme navštívili spolu s terénními pracovníky.

Tabulka 3 – Skupina respondentů č. 3

Zkratka	Název	Délka využívání služeb
KLZ1	Klient č. 1, Zlín	10 let
KLZ2	Klient č. 2, Zlín	2 měsíce
KLZ3	Klient č. 3, Zlín	4 měsíce
KLO1	Klient č. 1, Olomouc	2 roky
KLO2	Klient č. 2, Olomouc	1 rok
KLO3	Klient č. 3, Olomouc	1 rok
UŽP1	Uživatel č. 1, Prostějov	3 roky
UŽP2	Uživatel č. 2, Prostějov	13 let
UŽP3	Uživatel č. 3, Prostějov	9 let

3.2.4 Skupina respondentů č. 4

V další skupině se nachází rodinní příslušníci dotazovaných klientů/uživatelů. Jednalo se o nejbližší osoby, které zajišťují péči svým blízkým v domácím prostředí. Rodinní příslušníci byli uvedeni samotnými klienty/uživateli jako kontaktní a zodpovědné osoby za jejich péči.

Tabulka 4 – Skupina respondentů č. 4

Zkratka	Název
RPZ1	Rodinný příslušník klienta č. 1, Zlín
RPZ2	Rodinný příslušník klienta č. 2, Zlín
RPZ3	Rodinný příslušník klienta č. 3, Zlín
RPO1	Rodinný příslušník klienta č. 1, Olomouc
RPO2	Rodinný příslušník klienta č. 2, Olomouc
RPO3	Rodinný příslušník klienta č. 3, Olomouc
RPP1	Rodinný příslušník uživatele č. 1, Prostějov
RPP2	Žádný rodinný příslušník
RPP3	Rodinný příslušník uživatele č. 3, Prostějov

3.3 Interpretace výsledků získaných polostrukturovanými rozhovory

Podkapitola se věnuje interpretaci dat, která byla získána kvalitativním výzkumem u čtyř skupin dotazovaných. Každý respondent měl možnost se volně vyjádřit k vymezeným tématům.

3.3.1 Rozhovory s ředitelkami institucí domácí péče

ROZSAH A PRŮBĚH DOMÁCÍ PÉČE

V této části si lehce nastíníme odlišnosti v poskytování domácí péče z hlediska zdravotní a sociální sféry. Především nás bude zajímat zdravotní péče, kterou zařizují dvě vybrané agentury Home Care. Na konci získáme základní rozdíly v rozsahu a průběhu péče poskytované mezi zdravotními a sociálními institucemi.

V rozhovoru s ředitelkami nás především zajímal **rozsah péče, kterou jejich zařízení nabízí**. Ředitelka ŘZPZ1 představila své zařízení Home Care takto: *„Naše agentura zdravotní péče nabízí nepřetržitý provoz, který trvá 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Obsah a průběh zdravotní péče záleží na indikaci lékaře. Někdy si lidé myslí, že to funguje tak, že klienti zavolají během noci a my přijedeme. Omyl! Péče musí být naplánovaná a vždy o ní víme dopředu.“* V další instituci, kde dochází nejen ke zdravotním výkonům, ale i k sociálním službám, se vyjádřila ředitelka ŘZPO2 tímto způsobem: *„Nabízíme komplexní péči skládající se z domácí zdravotní péče a pečovatelské služby. Naše agentura svým klientům zapůjčuje do domácího prostředí i kompenzační pomůcky. Máme 15 všeobecných sester, 8 sociálních pečovatelských, 5 brigádnic a 2 zaměstnance, kteří se věnují administrativním záležitostem.“* K vyhledání základních odlišností v průběhu péče u zdravotních i sociálních služeb v domácím prostředí nám posloužilo zařízení pečovatelských služeb. *„Jsme Centrum sociálních služeb. Zajišťujeme pobytové, ambulantní a terénní služby. Celkem máme kolem 500 uživatelů, 211 zaměstnanců a 2 odloučená pracoviště. Pracujeme s externisty, jako jsou všeobecní lékaři, psychiatři, neurologové, dermatologové, zubní lékaři a supervizoři. Terénní pracovníci sociálních služeb plní obslužnou péči v domovech uživatele. Nejčastěji se jedná o podání stravy, běžný úklid, dohled nad podáním léků, nákup nebo pomoc ve vyřizování záležitostí na úřadech,“* řekla ředitelka ŘSPP3.

Jako odpověď na otázku „**Jaký typ onemocnění je u vašich klientů/uživatelů nejvíce zastoupený?**“ uvedli všichni respondenti chronicitu. Ředitelky u otázky „**Jaké je spektrum vašich klientů/uživatelů s nejvyšším zastoupeným typem onemocnění?**“ dále dodaly následující:

ŘZPZ1: „*Většinou se jedná pouze o seniory, i když v současné době máme v domácí péči i 3 děti. U dětí jde o chronické onemocnění a trvalé postižení. Senioři potřebují naši pomoc také na základě chronicity, i když nevylučuji, že se někdy může jednat i o akutní komplikace.*“

ŘZPO2: „*Z procentního hlediska jsou nejvíce zastoupeni klienti s chronickým onemocněním typu demence, Alzheimerova choroba nebo osoby vyžadující ošetření bércových vředů či klienti, kterým je nutno podávat inzulin a léky. Jedná se převážně o osoby staršího věku. Pravidelnými výkony jsou převazy nebo podání léků. Neoddělitelnou součástí je i paliativní péče.*“

ŘZPO3: „*Našimi hlavními uživateli jsou senioři s chronickým onemocněním. Tyto osoby nezvládají běžné úkony, jako jsou sebeobsluha nebo například základní hygiena. Dále jsou to osoby s tělesným handicapem. Pečovatelé suplují běžné úkony v domácnostech uživatele.*“

Při zmíněných nabídkách výkonů/úkonů, jsme chtěli vědět, o které služby je největší zájem. Ředitelky zdravotních služeb podotkly, že klienty si agentury nevybírají samy. Na výběru se z velké části podílejí nemocnice a praktičtí lékaři. Ti předávají klienta na dobu 14 dnů do jejich rukou. O následující péči poté rozhoduje praktický lékař na základě posouzení zdravotního stavu klienta, přičemž vydá posudek o přijetí či zamítnutí další zdravotní péče. U ředitelky sociálních služeb v terénu se odpověď lišila, zde praktický lékař nemá žádný vliv na průběh domácí péče: „*O všechny služby je zájem zhruba stejný. V současné době je z mého úhlu pohledu nedostatek terénních pečovatelských služeb. My máme 20 pečovatelů na skoro 40 000 obyvatel města Prostějov. Kdybychom zdvojnásobili počet našich zaměstnanců, odvažují se tvrdit, že bychom opět dokázali naplnit celou naši kapacitu. Mnoho rodin upřednostňuje pro své blízké pobytové zařízení před domácí péčí. Naším cílem je rodinám vysvětlit, že pokud jejich blízká osoba zůstane doma, jsme schopni a ochotni podpořit jejich situaci.*“

Předložili jsme i dotaz, **zdali tato zařízení mají právo odmítnout klienta/uživatele v poskytování služeb.** Všechna tři zařízení se shodla na jednom případě, a to, pokud kapacitně nejsou schopné jejich instituce služby vykonávat. Ředitelka ŘSPP3 dodala: *„Ano, toto právo máme. Bývá to z důvodu naplněné kapacity, nebo pokud dotyčný nesplňuje požadavky, které máme vypsány v registru uživatele, jako jsou např. cílová skupina, věk či absence chronicity a jiné záležitosti.“*

Velký rozdíl jsme shledali v **předčasném ukončení péče v souvislosti s nutností kontaktovat lékaře.** Podle tohoto pravidla se řídí zdravotní instituce. Respondentka ŘZPZ1 uvedla: *„Vždy se jedná o spolupráci s praktickým lékařem a předčasné ukončení péče probíhá na základě jeho souhlasu.“* Oproti tomu ředitelka ŘSPP3 ze sociální instituce sdělila: *„Ukončení péče se řeší dohodou, a to například z důvodu hospitalizace, úmrtí, nebo pokud si uživatel dále naši péči nepřeje. Poté vyrozumíme rodinu a opatrovníka, ale praktického lékaře z naší strany neupozorňujeme.“*

Aktuální oblast jsme završili **otázkou zabývající se standardy kvality služeb.** Podle našich respondentek jsou všechny standardy velice důležité. Každý vyhlášený standard se uplatňuje během odlišné situace. Vedoucí zdravotního úseku ŘZPZ1 popsala práci na základě svých zkušeností se standardy takto: *„Každoročně standardy aktualizujeme právě kvůli vývoji v oblasti zdravotnictví. Na konkrétní standardy se obracíme ve chvíli, kdy si nevíme zcela rady. Jedná se většinou o úkony, které nedělají sestry tak běžně. Na druhou stranu ale raději vždy kontaktujeme příslušné pracoviště nemocnice a necháme si poradit přímo tam. Je to lepší převzít z praxe než z dokumentů.“*

VÝHODY A NEVÝHODY DOMÁCÍ PÉČE

Každá problematika s sebou nese nejen přínosy, ale i úskalí. Naším dílčím cílem bylo odhalit jak kladné, tak i stinné stránky této profese z oblasti domácí péče. Zde si představíme přehled výhod a nevýhod z pohledu řídicích pracovníků.

„Výhody v domácí péči určitě převažují,“ uvedla ŘSPP3. Největší výhodou vidí ředitelky v přirozeném prostředí, kde klienti mohou zůstat a v rámci možností rozvíjet svou soběstačnost.

Ředitelka ŘSPP3 se vyjádřila k tématu následovně: *„Člověk se stále nachází ve svém přirozeném prostředí, což je klíčové pro jeho psychiku, léčbu i pro celkový komfort dotyčného. S fungující rodinou a s pomocí naší odborné služby lze zvládnout spoustu těžkých stavů.“* Další ředitelka ŘZPZ1 shledala dále i ekonomické výhody: *„Z hlediska řad statistik je domácí péče levnější než péče v nemocnici. Doma, kde jsou klienti zvyklí, je vidět často rychlejší zlepšení zdravotního stavu klienta než v nemocnici.“*

U nevýhod se výpovědi ředitelek výrazně lišily, každá našla úskalí někde jinde. První ředitelka ŘZPZ1 vidí negativum pouze z pohledu zaměstnanců. *„Mínusem může být snížený komfort a podmínky při poskytování domácí péče. Všechny potřebné věci k vykonání zdravotní služby si sestry musí dopředu připravit samy, a to s dodržením veškeré asepse, sterility apod. Je to tedy náročnější než v nemocnici, kde máte všechno po ruce.“* Ředitelka ŘZPO2 uvedla: *„Nevýhodou bývá někdy nezbytný převoz do jiného zdravotního zařízení, kde se klientův stav může zhoršovat po psychické i fyzické stránce.“* Ředitelka sociálních služeb ŘSPP3 vyjmenovala situace, ve kterých nelze realizovat domácí péči. Zájemci proto, často mohou mít omezené možnosti při plánování domácí péče. *„Jedná-li se o dvě starší osoby se špatným zdravotním stavem žijící společně, nemůže být domácí péče provedena bez pomoci rodiny. Pečujícím nemůže být osoba, která se nedokáže postarat sama o sebe, natožpak o někoho druhého. V domácí péči nemůže být ani jedinec, který žije sám. V takovém případě se vždycky snažíme osobu přednostně umístit do pobytového zařízení.“*

Podhodnocení domácí péče vidí ředitelky v nízkých platech svých zaměstnanců. Ředitelka ŘZPZ2 oznámila: *„Pojišťovna nehradí celou péči, jak by bylo vhodné, proto mají sestry nižší platy.“* Vzhledem k sociálním službám ředitelka ŘSPP3 vidí podhodnocení spíše v prestiži povolání. *„Domácí péče je jedno z nejméně ohodnocených povolání, ač je to velice náročná profese. Podmínky péče v terénu jsou mnohem náročnější než podmínky v nemocnici. V populaci není tato práce hodnocena tak jako např. povolání sestry na specializovaném úseku.“*

Dovolili jsme se zeptat vedoucích institucí, zdali zaznamenali nějaké nové trendy z oblasti domácí péče. Obě ředitelky (ŘZPZ1, ŘZPO2) označily za nový trend domácí hospicovou péči.

Respondentka ŘZPO2 k odpovědi ještě dodala: „Dostáváme stále zdravotně náročnější klienty, především po odborné a psychické stránce. Řada klientů vyžaduje např. infuzní terapii či paliativní péči. Všeobecné sestry se stávají pevnou oporou pro klienty i rodinné příslušníky.“ Ředitelka ŘSPP3 se vyjádřila i k firmám, které se začínají zabývat domácí péčí. „Podnikatelé vidí, že je to hudba budoucnosti. Vyrábí např. polohovací pomůcky do domácnosti nebo se v současnosti zakládají půjčovny s kompenzačními pomůckami.“ Dále ještě uvedla: „Rozšiřuje se i nabídka a poptávka domácí péče a ošetřovatelství. Bylo založeno i mnoho vzdělávacích programů z EU, kde lze edukovat příslušníky z oboru domácí péče. Jde tedy vidět progres.“

Aktuální zastoupení agentur domácí péče v ČR považují ředitelky (ŘZPZ1, ŘZPO2) za dostačující stav. Ředitelka ŘZPO2 dále doplnila svůj poznatek: „Do jaké míry jsou ale funkční, nelze říct. Pokud agentura disponuje pouze 1 až 3 všeobecnými sestrami vykonávajícími 24hodinovou službu, je až nemožné realizovat očekávané cíle domácí péče.“ Zbylá respondentka ŘSPP3, která souhlasí s možností rozšíření domácí péče na celém území ČR, uvedla: „Mělo by dojít k zasíťování domácí péče, jak zdravotní, tak i sociální.“

VZÁJEMNÁ SPOLUPRÁCE PŘI DOMÁCÍ PÉČI

V této části zhodnotíme, zdali zdravotní a sociální služby přispívají svou péčí k psychické pohodě či začlenění pacienta. Během kvalitní spolupráce by mělo fungovat pravidlo asertivního jednání. Komunikační styl vyžaduje jednoznačné vyjadřování postojů a požadavků mezi aktéry domácí péče.

K podpoře psychického stavu a začlenění pacienta se zdravotní a sociální instituce vyjádřily následovně: „Po psychické stránce pacienta i rodiny se daří našim pracovníkům přispět k jejich psychické pohodě ve velké míře. Je to pro lidi často důležitější než samotné onemocnění, které sestry řeší. V začleňování klienta/uživatele jsou účinnější pečovatelské služby než zdravotní péče. V některých případech jsme ale řešili rodinné vztahy i my. Tím, že sestry vstupují do domu jako třetí osoby, jsou to právě ony, kdo může ovlivnit a vyřešit konkrétní rodinnou situaci,“ odpověděla ředitelka ŘZPZ1.

V dalším komentáři uvedla ředitelka ŘSPP3, že se většinou jedná o dlouhodobou záležitost s pozitivním výsledkem. „Většinou sice jde o dlouhodobou práci, ale určitě v průběhu času nastane začlenění uživatele. Je to vytyčeno i v individuálních plánech. Uživatel se musí socializovat, resocializovat a udělat pokrok v sebeobslužné péči. To s sebou ruku v ruce nese i lepší psychický stav uživatele, pokud se dokáže o sebe postarat sám.“ Poslední z ředitelk zmínila i podporu sociálního kontaktu: „Většina osob seniorského věku je uzavřená v bytech a trpí nedostatečným sociálním kontaktem. Psychika klesá společně se zdravím klienta dolů. Klienti pociťují nezáměr okolí, a tak život předčasně vzdají. Všeobecné sestry a pečovatelé se snaží klienty motivovat k životu a k psychické pohodě po domluvě s rodinou.“

Na podílu spolupráce rodiny při domácí péči se shodli všichni dotazovaní. Ředitelka ŘSPP3 dodala: „Samozřejmě je vždycky lepší, pokud ta rodina spolupracuje. Je to přínosné jak pro rodinu samotnou, tak i pro uživatele, a navíc i pro nás.“ Respondentka ŘZPO2 je dokonce toho názoru, že pokud nefunguje podpora rodiny, nelze domácí péči praktikovat.

Po této otázce následovala ještě podotázka, **jak hodnotí současnou spolupráci rodinných příslušníků z hlediska faktické, kooperující, emocionální a jiné složky.** Ředitelka ŘZPO1 vyzdvihla problém dnešní moderní doby. „Řada rodin je zaměstnaná, bydlí jinde nebo cestuje za prací, a proto její členové péči o své nejbližší nestihají. To může mít velký dopad na psychický stav klientů. V dnešní době se nesetkáte ani s pomocí od sousedů. Ve velkoměstech jsou si lidé vzdálení a na vesnici se pomoc od sousedů poskytuje zcela ve výjimečných situacích.“ K možným pocitovým záležitostem přidala poznatek ředitelka ŘSPP3: „Rodiny často prochází procesem smiřování se s tím, že se musí starat i pečovat o blízkou osobu. U některých to představuje zátěž či zásah do komfortu. V takovém případě začne probíhat tzv. adaptační fáze. Musí si na to zvyknout, uvolnit vztek nebo bolest. První fáze začíná smiřováním se s realitou. Ve druhé fázi může dokonce nastat vyčerpání pečujících, proto jsou vděční za každou naši pomoc. Někdy mají rodiny zase až nereálné požadavky na naše zaměstnance. Důležité je jim říct, že pečovatelé suplují pouze to, co dotyčná osoba sama nezvládne. Naším úkolem je připravit i osoby po hospitalizaci z nemocnic na to, aby se alespoň částečně o sebe dokázaly postarat.“ A v rámci kooperující složky, tedy spolupráce rodin a zaměstnanců, se vyjádřila ředitelka ŘZPZ1: „Často to bývá o té psychické podpoře, kdy rodiny potřebují slyšet, co a jak mají udělat. I v případě, když už to slyšeli jednou od lékaře v ordinaci.“

PÉČE O SEBE

Jak o sebe pečují vybrané instituce, se pokusíme znázornit v poslední oblasti. K této skutečnosti se pojí i finanční podpora nebo projekty daných institucí. Součástí je i otázka, podle čeho ředitelky vybírají zaměstnance do svých zařízení a zdali pociťují riziko ze ztráty svých zaměstnanců.

V první řadě nás zajímalo, jestli **existuje nějaká míra empatie či jiné aspekty, podle kterých vedoucí vybírají své zaměstnance do svých zařízení.** Nutnými podmínkami k výkonu práce všeobecných sester v terénu jsou nejen zdravotní dovednosti, ale i řídičské schopnosti, odpověděly ředitelky (ŘZPZ1, ŘZPO2) zdravotního zařízení. Ředitelka sociálních služeb dále dodala: *„Dbáme na to, abychom do našeho zařízení vybírali osoby, které se o tuto problematiku zajímají. Často se stává, že k nám přichází člověk, který chce pečovatelskou službu vykonávat absolutně mimo obor. Bývají to ženy zralého věku, které pečovaly o své děti nebo rodiče. Tyto ženy najednou zjistily, že už nemají o koho pečovat a mají to tzv. v krvi. Rády by chtěly naplňovat svůj smysl života péčí o někoho jiného. Jsou každoročně vyhlášeny pohovory a výběrová řízení, kde se ptáme hlavně na motivaci a na zkušenosti z oblasti sociální péče.“* Co se týče empatie, ředitelka ŘZPO2 v této souvislosti za hlavní problém označila nedostatek všeobecných sester na trhu práce. To může způsobit, že míra empatie ustupuje do pozadí. Pokud si danou potíž odmyslíme, můžeme se přiklonit k dalšímu komentáři: *„Míru empatie a to, jestli na to člověk má, se ukáže brzy. Tito zaměstnanci to většinou vzdají sami,“* svěřila se respondentka ŘZPZ1.

Průběh financování ve zdravotní sféře se narozdíl od sociální výrazně liší. Ředitelky ŘZPZ1 a ŘZPO2 zmínily financování pouze od zdravotních pojišťoven. *„Další možnosti pak mohou být nanejvýš dárce. Naše agentura má i projektovou manažerku, které se občas podaří někoho oslovit, bohužel se většinou jedná o jednorázové dary. Stálé dárce nemáme,“* dodala dále ŘZPZ1. Oproti tomu ředitelka ŘSPP3 popsala vícezdrojové financování. *„Naše Centrum je zřizované krajem. Žádáme především o ministerskou dotaci, dotaci z kraje nebo podporu z města a formou darů. Některý druh péče si musí uživatel hradit sám. Sociální péče není zdarma, ale za úhradu. Naši uživatelé mohou čerpat i z příspěvku na sociální péči. Naše sociální pracovnice provádějí poradenství, které se týká této problematiky, a to zdarma.“* Pro shrnutí je tedy domácí péče financovaná zdravotními pojišťovnami.

Klienti/uživatelé si platí pouze sociální péči a kompenzační pomůcky v minimální výši. Sociální služby jsou částečně hrazeny uživatelem. Na doplnění financí se mohou vypisovat i dotace například na krajský úřad nebo město, kde instituce působí. „*Osoba vyžadující péči by měla být brána jako celek, a to i v případě poskytování těchto služeb. Ministerstvo zdravotnictví ve světě tyto dvě složky od sebe neodděluje, u nás bohužel ano,*“ doplnila ŘZPO2.

Jak ředitelky pohlíží na riziko odchodu zaměstnanců z terénních služeb?

Všechny tři dotazované danou možnost nepopírají a jsou si vědomy této nechtěné možnosti. Každá ale uvedla odlišný pohled na danou skutečnost. Respondentka ŘZPZ1 řekla: „*Riziko je tu vždycky. Většinou jde právě o platové podmínky. Naštěstí u nás se často nestává, že by se sestry chtěly vrátet do nemocnic, kde jsou vázané. V terénu jsou pány svého času a jak si práci naplánují, je v podstatě na nich. I když mají zavedenou pracovní dobu, tak mají určitou dávku času, kterou během dne mohou využít, jak uznají za vhodné.*“ Ředitelka ŘZPO2 se vyjádřila, že „*riziko se zde určitě vyskytuje. Na všeobecné sestry se klade obrovská psychická zátěž. Nesou velkou zodpovědnost za své činy, rozhodují se vždy samy za sebe a nemají nikoho po ruce. Klienti jsou občas konfliktní či podráždění a každá všeobecná sestra nedokáže vždy asertivně jednat.*“ Poslední z dotázaných ŘSPP3 přiznala, že „*někdy si zaměstnance tzv. přetahujeme. Soukromý subjekt slíbí lepší plat či pracovní podmínky (více dovolené či mladší kolektiv). To bývá častým motivačním činitelem, po kterém zaměstnanci nejvíce prahnou. Jiní zaměstnanci jsou ve stádiu vyhoření a chtějí změnu. Vzhledem k tomu, že jsme Centrum sociálních služeb, můžeme nabídnout našim zaměstnancům práci i v pobytové službě. Snažíme se, aby zaměstnanci neodcházel. Minimálně jednou ročně dělám konzultaci s každým pracovníkem a ptám se ho na jeho spokojenost a potřeby.*“

Rozhovor jsme zakončili otázkou na **budoucí plány vybraných institucí**. Ptali jsme se na jejich tužby nebo na zesílení služeb v domácí péči. Ředitelka ŘZPO2 by si přála, aby domácí péče byla lépe finančně hodnocena a nebyla korigovaná zdravotními pojišťovnami podle počtu zaměstnanců. Další ředitelka ŘSPP3 představila velkolepé plány centra sociálních služeb. „*Na příští rok jsme do plánu rozvoje stanovili cíl vybudovat nové zařízení pro pečovatelky. V rámci vybavení chceme nakoupit polohovací pomůcky a lůžka, které budeme moci zapůjčit do domácností. Dále chceme investovat do koupě nových aut pro terénní pracovníky.*“

Poslední dotazovaná nemá naplánované výrazné změny a nepřemýšlí ani o rozšíření dalších služeb. „*Naše agentura dle mého názoru pomocnou silu nepotřebuje. Objem aktuálních klientů zvládáme. Mimo stálých sester máme i mnoho sester na dohodu, těch je dokonce více než nás. Tyto pracovníky doplňujeme, když se vyskytne něco navíc,*“ řekla ředitelka ŘZPZ1.

3.3.2 Rozhovory se všeobecnými sestrami a pečovatelkami domácí péče

ROZSAH A PRŮBĚH DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče může být zajištěná osobami z oblasti zdravotních i sociálních služeb. Zdravotní péči vykonávají všeobecné sestry ze zdravotních zařízení (často agentury Home Care) a sociální služby zase pečovatelé ze sociálních středisek. Tato podkapitola nabídne základní rozdíly mezi všeobecnými sestrami a pečovatelkami co do rozsahu a průběhu péče.

Všichni respondenti ze zdravotní i sociální sféry se u otázky zaměřené na spektrum jejich klientů/uživatelů shodují, že se nejčastěji jedná o geriatrickou populaci s chronickým onemocněním. V terénu se všeobecné sestry setkávají často s pacienty postihnutými demencí, cévní mozkovou příhodou, Alzheimerem nebo s osobami postihnutými bércovými vředy či s diabetiky. Respondent VSZ3 dále doplnil pacienty se svalovou atrofií, ischemickou chorobou srdeční a respondent VSO1 osoby s hypertenzí. Pečovatelé mají nejčastější zastoupení uživatelů s omezeným pohybem způsobeným např. kvůli zlomenině krčku.

Pravidelnými zdravotními výkony v domácnostech jsou převazy ran a defektů, příprava a podání léků, kontrola TK, odběry biologického materiálu, aplikace inzulinu a ošetrovatelská rehabilitace. Respondent VSZ2 navíc zmínil i odstranění stehů po operaci. U doplňující otázky „**Jaké úkony provádíte při péči o pacienta? Popřípadě, jaké je jejich procentuální zastoupení?**“ popisuje respondent VSO3: „*Domácí zdravotní péče je indikována lékařem. Až 50 % klientů potřebuje pomoc s převazy ran a defektů. V případě přípravy a podání léků je to kolem 20 % osob. U injekční aplikace či ošetrovatelské rehabilitace je poptávka 10 %. Paliativní péči využívá 5 % klientů.*“ Ze sociální péče uživatelé potřebují pomoc při nákupech, úklidech, podání jídla a osobní hygieně. Zdravotník VSO3 k této problematice dodal, že „*osobní hygiena není v naší kompetenci práce.*“

Tu mají na starost pečovatelské služby. V některých případech ale rodinní příslušníci potřebují ukázat návod k hygieně svého blízkého, který trpí poruchami kůže v podobě např. bércových vředů. Tam je naše pomoc samozřejmě přístupná.“

Podle respondenta PČP1 zájem uživatelů roste i u společných doprovodů k lékaři a na úřady. Dle respondenta PČP2 se jedná o dohled nad uživatelem, než si rodinný příslušník vyjedná osobní záležitosti.

Poslední otázky se zabývaly průběhem práce v terénu a počtem klientů/uživatelů za den. Všichni oslovení respondenti se shodli na tom, že terénní služby přinášejí své těžkosti. Mnohokrát zazněly problémy například s parkováním či silničním provozem. Dotazovaná osoba VSZ3 řekla: *„Samotné dojíždění za klientem není až tak náročné. Největší komplikaci vidím v parkování u domu klienta. Nosím s sebou materiál k ošetření, takže potřebuji zaparkovat opravdu co nejblíže domu. Mnohokrát jsme žádali o výjimky od města a policie. Vždy ale bez úspěchu. Jednou jsem dokonce dostala i pokutu za špatné parkování, i když o mně policie věděla a viděla nápis služebního auta.“* Z pohledu respondenta VSZ2: *„Bojujeme alespoň za parkovací karty. Zdravotní úkony většinou nevyžadují dlouhodobé ošetření, takže si myslím, že bych dopravní situaci tolik neomezovala.“* Všeobecná sestra VSO3 uvedla další složité situace ohledně dojíždění za klientem. *„Práce všeobecné sestry v terénu je sama o sobě velice náročná. Nejen z hlediska komunikace rodiny a pacienta, ale i při špatné dostupnosti do domu. Mnoho rodin má vypuštěné své domácí mazlíčky, kteří bývají dokonce až agresivní. V zimě jsou cesty i chodníky kluzké nebo často jezdíme i v brzkých hodinách za klientem, kdy není ještě světlo. Každý den na nás číhá nějaké úskalí.“* Sociální péče si ale neklade takové nároky, v důsledku čehož se naskytují i jiné možnosti. Podle pečovatele PČP1 je dostupnost ke klientům jednodušší. *„Na kratší vzdálenosti od našeho střediska ke klientům využíváme elektrická kola. Tím se vyvarujeme provozu a zhoršenému parkování. Naše středisko má koordinátorku, která vypracuje na každý týden plán, a podle něj se všichni řídíme. U vzdálenějších uživatelů jsou samozřejmě použita služební auta.“*

Průměrný počet klientů za den u všeobecných sester se pohybuje od 10 po 15 osob. Respondent VSZ1 uvedl, že v případě 12hodinové služby jsou schopni obsloužit až 24 klientů. A pečovatelé za den navštíví kolem 8 uživatelů.

VÝHODY A NEVÝHODY DOMÁCÍ PÉČE

Mnoho informačních zdrojů nabízí řadu údajů týkajících se domácí péče. To nejdůležitější ale právě v těchto zdrojích chybí. Aktuální oblast nabízí pohled na domácí péči a nabízí přehled světlých i stinných stránek této profese z pohledu všeobecných sester/pečovatelů.

V prvé řadě nás zajímalo, **jaké výhody vidí na domácí péči?** Prvotní odpovědi každého respondenta byla odpověď stejného rázu: „*Domácí péče přináší klientovi/uživateli možnost zůstat doma ve svém přirozeném prostředí. To se následně odráží v jeho psychické pohodě.*“ Respondent VSO3 vyzdvihl ještě osobní přístup, blízký kontakt s klientem a samostatnost v rozhodování sestry. „*Vlastní zodpovědnost může být někdy zároveň výhodou i nevýhodou,*“ dodala VSZ3. V rámci zdravotnického systému respondentka VSZ2 poukázala na následující výhodu této profese: „*Šetříme nemocniční lůžka pro zdravotně závažnější pacienty. Zdravotní stavy nevyžadující hospitalizaci můžeme nahradit našimi silami v domovech klienta.*“ Respondent VSZ1 vidí užitek domácí péče i pro zdravotní pojišťovny, řekl: „*Pro pojišťovny jsme finančně levnější a představujeme lacinou pomoc.*“

Poté následovala otázka zaměřená na nevýhody domácí péče, kde se výpovědi respondentů od sebe lišily. Dva z devíti respondentů (VSZ1, VSO3) nenapadly žádné nevýhody. Oproti tomu jejich kolegové VSZ3 a PČP3 uvedli rizika, která přináší samotné domácí prostředí. Všeobecná sestra VSZ3 odpověděla: „*Stává se, že některé rodiny nechají klienta samotného, přecení jeho síly a stane se nešťastná náhoda v podobě pádu. To následně vede k intenzivnímu zhoršení jeho zdravotní situace.*“ Dotazovaný VSO2 doplnil myšlenku: „*Často to bývá u klientů zdravotně nedolčených nebo sociálně slabších.*“ Respondent VSZ1 se svěřil s problémem, že některé domácnosti jsou v tak závažném stavu, že mají někdy strach a zábrany tam dokonce vstoupit. Podle respondenta VSO1 problém nastává i v časové omezenosti některých zdravotních výkonů, a to kvůli velkému počtu klientů za den, který musí stihnout. V sociální službě respondent PČP2 sdělil, že nevýhodu u některých případů spatřuje v selhání samostatnosti uživatele při pečovatelské podpoře a pomoci. „*Snažíme se vyjít vstříc našim uživatelům. Bohužel to někdy vede až k zneužití naší práce, protože by si danou práci dokázal uživatel již udělat sám. Občas je těžké vysvětlit uživateli, že suplujeme pouze potřeby, které dotyčný sám nezvládá.*“

Pokud je vidět jeho posun, musíme uživatele nasměrovat k tomu, aby tyto služby začal vykonávat sám a rozvíjel vlastní soběstačnost.“

V této části jsme se zaměřili i na vyjádření respondentů k podhodnocení domácí péče. Všichni respondenti se shodli na nízkém ohodnocení domácí péče jak z finančního, tak i morálního hlediska. Respondent PČP1 si dokonce myslí, že na podhodnocení domácí péče mají velký vliv media a nedostatečná informovanost veřejnosti. Všeobecná sestra VSZ1 na základě této otázky upozornila na stávkovou pohotovost, která proběhla minulý rok 2019 a týkala se právě finančního podhodnocení všeobecných sester v domácí péči. *„Situace se řešila s ministrem zdravotnictví,“* dodala v rozhovoru i sestra VSZ3.

Co se týče nových trendů z oboru domácí péče, tak se k problematice vyjádřily pouze dvě respondentky. Pohled na trendy v domácí péči nejlépe ohodnotila respondentka VSZ3: *„Během mé dvacetileté praxe se tato péče dosti změnila, samozřejmě k lepšímu. Velkým přínosem u domácí péče bylo rozdělení pečovatelské a zdravotní služby. Každý z pečujících tak může vykonávat určitou část stanovených služeb na maximum.“* Dále sestra VSO1 pozoruje v dnešní době výrazné zkvalitnění odborné péče.

Respondenti souhlasí se zesílením služeb domácí péče v ČR. Možnou obavu ale vidí v nedostatku zaměstnanců. Respondent PČP1 si myslí, že by situaci mohlo zlepšit vyšší platové ohodnocení. Sestra VSO1 upozorňuje na demografickou situaci, že v dnešní době přibývá starší populace a je otázkou času, kdo jim bude zajišťovat zdravotní a sociální péči.

VZÁJEMNÁ SPOLUPRÁCE PŘI DOMÁCÍ PÉČI

Aktuální okruh se věnuje spolupráci osob, které se podílejí na domácí péči. Vzájemná spolupráce a komunikace je nezbytnou součástí péče o opečovávanou osobu. U registrovaných sester vykonávajících péči v domácnostech se vyžaduje empatie a jasné porozumění v potřebách klienta/uživatele.

Každá zkoumaná instituce potvrdila v poskytování jejich péče i odraz v rozvoji psychické pohody klienta/uživatele. Respondent VSZ1 přidal komentář: *„Mnozí klienti se na ošetření těší, protože mnohdy je to jediný čas, kdy se jim dostává sociálního kontaktu.“* Co se týče začlenění klienta/uživatele, všeobecná sestra VSZ3 odpověděla: *„Mobilním klientům nabízíme pobyt v denním stacionáři nebo návštěvu pastorační asistentky.“* Všichni pečovatelé se utvrdili v tom, že k socializaci se snaží nasměrovat každého uživatele.

V rámci této problematiky respondentka PČP3 vyzdvihla: „*Uživatelé by si chtěli popovídat i s námi. Bohužel nám často brání čas, protože musíme jít za dalším uživatelem.*“

Na spolupráci s rodinnými příslušníky nahlíží všichni respondenti jako na individuální záležitost. Všeobecná sestra VSZ3 odpověděla: „*Spolupráce rodin je různorodá. Záleží na každé rodině a vztazích uvnitř ní.*“ U doplňující otázky, **zdali ošetřující/pečovatelé cítí vděčnost**, byly jejich pocity smíšené. Respondent VSZ1 řekl: „*Vděčnost většinou cítíme, minimálně poděkování.*“ Respondent VSZ3 má odlišný názor: „*Vděčnost cítím minimálně, někdy bohužel až agresi. U opakovaných návštěv jedné rodiny nastává tzv. ponorka. Je dobré, pokud se ošetřující střídají, aby se tomuto problému vyvarovali.*“ Pečovatel PČP1 podotkl, že „*pokud funguje rodina, nastává výborná spolupráce a radost z dobře odvedené práce.*“

Neopomenutelnou skutečností je i pomoc rodiny v domácí péči. Na otázku „**Myslíte si, že je role a pomoc rodiny v poskytování domácí péče nezastupitelná?**“ odpověděly zdravotní sestry jednohlasně „*ANO*“. „*Pomoc rodiny je nutná, pokud chce mít rodina svého blízkého v domácím prostředí,*“ řekl respondent VSZO1. Další názor zněl: „*Souhlasím, role rodiny je nepostradatelná. Bohužel dnešní doba přináší komplikovanější rodinné vztahy a rodinní příslušníci bydlí daleko nebo jsou pracovně vytíženi. V tomto případě je alespoň nutná komunikace skrz mobilní telefon, ať už s námi nebo s pacientem.*“ V sociální sféře na danou problematiku nahlíží sociální pracovníci poněkud jinak. Respondent PČP1 se vyjádřil, že „*pomoc rodiny zastupitelná určitě je, pokud je rodina například v práci, dokážeme rodinu zastoupit v běžných úkonech.*“

Od vzájemné spolupráce jsme se dostali až ke konkrétním činnostem rodiny. Otázka zněla: **Do jakých činností lze zapojit rodinu při péči o jejich blízkého?** Respondenti odpovídali na základě toho, co se jim nejvíce osvědčilo v praxi. Všeobecná sestra VSZ2 vyjmenovala tyto činnosti: „*Základním požadavkem v péči o svého blízkého je zajištění dostatečné hygieny nebo polohování nemobilního pacienta. Každý pacient dále vyžaduje jiné potřeby vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. Rodiny mohou měřit například glykemii glukometrem a zaznamenávat hodnoty do tabulek, které pak kontrolujeme.*“ Respondent VSZ1 řekl: „*Hlavní úlohou rodiny je zajistit léčiva a léky, které potřebují všeobecné sestry pro ošetření pacienta.*“ Dále respondent VSZ3 dodal: „*Léčiva a léky předepisuje praktický lékař, my je u sebe nemáme. Dostáváme je až v domovech klienta.*“

Z hlediska sociální služby pečovatel PČP2 uvedl: „*Všechny úkony, které vykonáváme my, může rodina zastat, pokud není časově vytížená. U individuálních potřeb uživatele můžeme rodiny poprosit, aby obstaraly (dokoupily) běžné věci, které v domácnosti uživatele chybí.*“

PÉČE O SEBE

Do domu klienta/uživatele vstupuje všeobecná sestra/pečovatel sám za sebe. Domácí péče poskytovaná v terénu vyžaduje výdrž a pevnou vůli při každodenním kontaktu s jinými osobami. Proto se pečující musí postarat i o své vlastní zdraví a psychiku. Při rozhovorech jsme zkoumali, jestli si pečující vymezí dostatek času i pro sebe, a pokud ano, tak v jaké podobě.

Proto jsme položili otázku „**Pečujete o sebe stejně tak dobře jako o své klienty/uživatele?**“ Ani v jednom případě jsme na tuto otázku nezískali kladnou odpověď. Pouze dva respondenti se tomu blížili. Konkrétně respondent VSO3 se o to snaží, ale stále pokulhává. Také respondent VSZ1 zkouší udělat změnu ve svůj prospěch. Všichni respondenti tedy vkládají více péče do svých klientů/uživatelů než do péče o sebe sama. Každopádně u otázky, zdali pociťují syndrom vyhoření, uvedla pouze jedna všeobecná sestra VSO3, že pociťuje nedostatek sil.

To nás vedlo k další podotázce, **zdali pracovníci někdy přemýšleli o odchodu z tohoto zaměstnání.** Pět z devíti osob odpovědělo slovem „*NE*“. Všeobecná sestra VSZ1 řekla: „*O odchodu z agentury rozhodně neuvažuji. Práci vykonávám již 4 rokem a stále mě něčím obohacuje.*“ Pečovatelka PČP1 uvedla, že u ní zatím převažuje smysluplnost práce nad vyčerpáním. Zbylí čtyři uvažují o změně zaměstnání. Jako nejčastější důvod byl ale uveden nízký plat. V jednom případě se respondent VSO3 svěřil, že únavu pociťuje vzhledem k pracovním podmínkám v terénu a jeho vyššímu věku.

Před syndromem vyhoření se chrání zaměstnanci formou různých aktivit a zájmů. Šest respondentů (VSZ1, VSZ2, VSZ3, VSO2, PČP1, PČP3) z devíti vybralo slovo dovolená. Všeobecná sestra VSZ3 reagovala na dovolenou takto: „*Když mám dovolenou, nepřemýšlím nad prací. V agentuře máme nastavené pravidlo, že pokud má někdo volno, nesmí být za žádnou cenu nikdy rušen pracovními problémy. Dovolená je vyhrazená právě na odpočinek, který občas opravdu potřebujeme, a na energii, kterou poté budeme znovu vkládat do našich klientů.*“

Jiná všeobecná sestra VSZ1 označila dovolenou za nový startovací začátek, kde si odpočine jak po psychické, tak i po fyzické stránce. U tří respondentů (VSZ1, VSZ2, PČP1) představuje odreagování příroda. Pečovatelka PČP1 o přírodě řekla, že je to dar z nebe, a dovysvětlila svou představu: „*Miluji čerstvý vzduch. Ráda chodím na procházky, kde si vyčistím hlavu a zapomenu na všechny starosti.*“ Ostatní respondenti uvedli dále například sport (VSO1, VSO3), meditaci (VSO3), psychohygienu (VSO1) a optimismus (PČP2). Pečovatelka PČP2 specifikovala svůj pohled na danou problematiku takto: „*Život беру, jaký je, nejsem pesimista. Snažím se hledat na všem jen to dobré.*“

V závěru jsme chtěli vědět, **u koho dotazovaní vyhledávají psychickou podporu.** U každého respondenta se objevila odpověď rodina. K rodině všeobecná sestra VSZ2 zmínila ještě pracovní kolektiv, řekla: „*Maximální podporu přináší i náš skvělý kolektiv v práci, bez toho si to nedokážu představit. S kolegy si rády sdělíme průběh celého dne a navzájem se podpoříme.*“ Pečovatelka PČP3 zase popsala možnosti supervize na jejich pracovištích: „*Vedoucí úseku sociální péče nám nabízí pravidelné supervize, kde se snažíme řešit problémy nebo nespokojenosti, které sociální péče přináší.*“

3.3.3 Rozhovory s klienty a uživateli domácí péče

ROZSAH A PRŮBĚH DOMÁCÍ PÉČE

Rozhovor s klienty a uživateli nabízí pohled přímo do chodu domácí péče. Tato část nám u vybraných respondentů nabídne paletu konkrétních příkladů zaměřených na rozsah, délku a průběh péče v jejich domovech. Jednotliví klienti/uživatelé nám ohodnotili poskytované služby, které jim poskytují zdravotní a sociální zařízení.

První položená otázka zněla: „**Jaké služby v rámci domácí péče využíváte nejčastěji?**“ U klientů se především opakovaly odpovědi typu odběr krve, měření tlaku, převazy ran, aplikace inzulínu a podání léků. Týkalo se to hlavně pacientů, kteří jsou do jisté míry soběstační a rodinné příslušníky mají během pracovních dnů v zaměstnání. Respondentka KLO1 k otázce doplnila: „*Jsou to hlavně zdravotní výkony vyžadující odbornou péči, kterou nezajistím sama.*“ Respondentka KLO2 odpověděla: „*Často jsou to služby, které se musí vykonat v určité době pod dohledem zdravotníka.*“ U tří dotazovaných (KLZ3, KLO2, KLO3) měla domácí péče intenzivnější a častější průběh, a to kvůli aktuálně zkomplikovanému zdravotnímu stavu.

Respondent KLZ3 se léčil na zhoršené akné na zádech a na nově vzniklé dekubity na hýždích. Další respondent KLO2 potřeboval pravidelné převazy u defektů DK a kontroly možných otoků. Poslední osoba KLO3 kvůli ráně v oblasti hlavy vyžadovala ošetrovatelskou pomoc a sterilizaci rány. Uživatelé UŽP1, UŽP2, UŽP3 žádali o běžné úkony v domácnostech. Nejpreferovanějšími službami byly nákupy a úklid, jejich frekvence se pohybovala 2krát až 3krát do týdne.

Vzhledem k délce využívání služeb jsme se setkali s variabilní škálou zastoupených klientů/uživatelů. Klienti KLZ2 a KLZ3 zastupovali klienty s pouze několikaměsíčním využíváním služeb Home Care. Respondenti KLO1, KLO2, KLO3, UŽP1 naopak udali rozmezí využívané péče po dobu 2 až 3 let. S dlouhodobou péčí, která představovala rozmezí 9 až 13 let, jsme se setkali u jedinců UŽP3, KLZ1, UŽP2.

U respondentů nás zajímalo, **jak hodnotí možnosti a služby při poskytování domácí péče?** Osm jedinců (KLZ1, KLZ3, KLO1, KLO2, KLO3, UŽP1, UŽP2, UŽP3) z devíti ohodnotilo profesi všeobecných sester a pečovatelek na výbornou. Pouze jeden klient KLZ2 označil služby za chvalitebné. Důvodem byla nutnost brzkého vstávání kvůli podání léků od všeobecných sester. Vzápětí klient dodal: „*Samozřejmě tento čas podání léku vyžaduje můj zdravotní stav. Nezávisí to tedy od potřeb zaměstnanců agentury.*“

Tuto část jsme završili otázkou směřovanou **k individuálním přáním a potřebám klientů/uživatelů vzhledem k domácí péči.** Pět dotazovaných (KLZ3, KLO1, KLO2, UŽP1, UŽP2, UŽP3) nevyslovalo žádné přání ani potřebu. Na otázku reagovali vyjádřením maximální spokojenosti s těmito službami. U zbylých respondentů se našly rozdílné tužby. Respondenti KLZ2 a UŽP1 by si přáli lepší bytové podmínky, což by zajistilo jednodušší průběh domácí péče. U klienta KLO3 se jednalo o vyhrazené parkování zaměstnanců Home Care u frekventované cesty blízko domova. Poslední klientka KLZ1 odpověděla: „*Chtěla bych se uzdravit! Jsem nemocná již 24 let a upoutaná na vozík. Jediným kompenzačním prostředkem mé nemoci je rodina.*“

VÝHODY A NEVÝHODY DOMÁCÍ PÉČE

Další část se zaměřuje na výhody a nevýhody domácí péče z pohledu klientů a uživatelů. Představíme si jejich reakce zaměřené na přednosti a nedostatky služeb v jejich přirozeném prostředí. Při výčtu jednotlivých výpovědí klientů/uživatelů bychom měli v závěru získat základní představu laické veřejnosti o odborně poskytované pomoci v domácím prostředí.

Společnou výhodu pozorují klienti/uživatelé v potřebné pomoci od profesionálů. Uživatel UŽP1 řekl: *„Pro oslabené jedince v oblasti mobility jsou tyto služby nezastupitelné.“* Klient KLO2 podotkl: *„Je to skvělá věc. Zdravotníci mě kontrolují ve všem, co se týče mého zdraví. Doplnkem je pak ještě úsměv na tváři od terénních pracovníků.“* Klienti (KLZ1, KLZ2, KLZ3, KLO1, KLO2, KLO3) z agentur Home Care ještě považují za výhodu domácí péče místo vykonávané služby. Jejich domovy představují pohodlnost, kde se pacienti mohou vyhnout náročnému cestování k praktickému lékaři. Klient KLZ1 jako výhodu uvedl dále osobní kontakt se zdravotníky. Respondenti KLZ2 a UŽP2 považují služby domácí péče všeobecných sester/pečovatelů jako náhradu za rodinu. Poslední uživatel UŽP3 upozornil na fakt, že všechny tyto služby jsou nabízené často i v době víkendů a svátků dle potřeb klientů/uživatelů.

U nevýhod se pozastavilo osm respondentů, pouze jeden uživatel UŽP1 neshledal žádnou nevýhodu. Dva klienti (KLO2, KLO3) nevýhody zmínili již v předchozí oblasti. Týkalo se to omezeného parkování a brzkého vstávání kvůli návštěvě terénních pracovníků podávajících léky. Další tři respondenti (KLZ2, UŽP2, UŽP3) posuzují nevýhodu v tom, že jsou často sami doma. Klientka KLZ1 spatřila nevýhodu v dlouhodobé péči a v únavě pečujících, odpověděla: *„Sama mám výčitky, které pociťuji vůči mé dceři. Ta se o mně stará 24 hodin denně už minimálně 10 let.“* Vzhledem k průběhu domácí péče vidí klient KLZ3 negativum v omezeném osobním čase. *„Domácí péče je mi poskytována v pondělí, středu a pátek. Během těchto dní musím zůstat doma, protože netuším, kdy přesně sestřičky přijdou. Celý týden tak musím vždy přizpůsobit zdravotním výkonům. Osobní záležitosti musím plánovat pouze na úterek a čtvrtek.“* Klient KLO1 doplnil dále ještě: *„Dle zákona není povoleno, aby všeobecné sestry za mnou chodily třikrát denně. Proto mi musela rodina zajistit ještě pečovatelskou službu, která tuto pomoc pokryje.“*

Ve druhé části byla respondentům položena otázka, **jak pohlíží na pracovníky v terénních službách?** Všichni dotazovaní si váží těchto zaměstnanců a uvědomují si náročnost jejich práce. Klient KLZ3 označil profesi všeobecné sestry za nezbytnou pracovní sílu, která je veřejností často nedocenená. *„Určitě by si všichni tito zaměstnanci zasloužili větší ocenění a obdiv. To, co pro nás dělají, to, že jezdí až k nám, přímo do domu, za to jsem a budu stále věčná. Děkuji,“* odpověděla klientka KLZ2. Další klient KLO3 dodal, že jsou sestry někdy dokonce důležitější než lékaři.

U uživatelů sociálních služeb se respondenti shodli na tom, že dnešní doba je zahlcená řadou pracovních povinností a pečovatelé si už nemohou udělat čas navíc pro své uživatele, jako tomu bývalo dříve.

U doplňující otázky, **zdali je domácí péče podhodnocena**, reagovali jednohlasně všichni odpovědi „ANO“. Respondent KLZ1 vidí podhodnocení této práce ve finanční oblasti a respondent KLZ3 v prestiži, řekl: *„Televize, noviny a další informační kanály nás zahlcují informacemi o medicíně především z klinického prostředí. Podle mých zkušeností se nemocnice vůbec nemůže srovnávat se službami agentur domácí péče. Je to sto a jedna.“*

S rozšířením domácí péče v České republice souhlasí opět všichni jedinci. Podrobný komentář přidal klient KLZ2: *„Mělo by dojít nejen k rozšíření domácích služeb, ale i k rozšíření bytových domů pro soběstačné seniory, ve kterých se péče bude moci vykonávat. Některé rodiny pohoří pouze na tom, že nemají kam své blízké umístit.“* Uživatel UŽP3 pohlíží na situaci takto: *„Ano, jedná se o moderní profesi v moderní době. Časem bude poptávka růst čím dál tím více.“*

VZÁJEMNÁ SPOLUPRÁCE PŘI DOMÁCÍ PÉČI

Na péči o klienta/uživatele se většinou podílejí ještě dva účastníci procesu – rodina a odborníci. Rodinní příslušníci většinou zajišťují průběh domácí péče a agentury zdravotních a sociálních služeb mají za úkol zajistit setrvání klientů/uživatelů v domácím prostředí. Správná spolupráce všech účastníků by měla zajistit i psychickou pohodu u osob vyžadujících péči. Do jaké míry funguje komunikace a spolupráce mezi těmito aktéry jsme zkoumali prostřednictvím předpřipravených otázek u vybraných klientů a uživatelů domácí péče.

Do rozhovoru jsme proto zakomponovali otázku „**Je pro Vás důležitější pomoc rodiny nebo odborného personálu domácí péče?**“ Šest respondentů (KLZ1, KLZ2, KLZ3, KLO1, KLO2, UŽP1) hodnotí obě pomoci jako stejně důležité. Klient KLZ3 přidal poznámku: „*Každá pomoc má něco do sebe. Agentura přispívá mému zdraví po lékařské stránce a rodina především láskou.*“ Další klient KLZ2 uvedl také vyváženou důležitost pomoci obou aktérů, ale zmínil, že na všeobecné sestry je 100% spolehnutí v porovnání s blízkou rodinou. Dva respondenti (KLO3, UŽP3) přednostně uvedli rodinu a poslední uživatel UŽP2 pečovatelskou službu. Tento uživatel tak reagoval pouze z toho důvodu, že nemá již žádné rodinné příslušníky.

Všichni respondenti se shodli na pozitivním odrazu zdravotních a sociálních pracovníků na jejich psychice. Po psychické stránce přispívají pracovníci domácí péče nejčastěji svou dobrou náladou a profesionálním přístupem ke klientovi/uživateli. Rodina představuje u všech klientů nezastupitelnou podporu a oporu. Klientka KLZ1 řekla: „*Cítím se velmi dobře a bezpečně, když je mi poskytována pravidelná péče od mých nejbližších a následně i od profesionálů.*“ Respondentka KLO1 reagovala na psychickou podporu ze strany zdravotních pracovníků takto: „*U všeobecných sester je vidět, že berou práci tak, jak je. I když se vyskytnou sebemenší komplikace, vždy mě uklidní a dostanou do pohody. Rodina by v takovém případě už zbytečně vyšilovala.*“ Jiná klientka KLZ2 uvedla vzhledem k psychické podpoře rodiny příklad sourozenecké podpory: „*Moje starší sestra je mou největší podporou. Ona sama má problémy se zdravím. Rády si popovídáme o podobných problémech a navzájem se podpoříme.*“

Další otázka směřovala **k činnostem, do kterých se zapojuje jejich rodina.** Respondenti uváděli většinou pouze běžné úkony spojené s domácností. Někteří respondenti (KLZ3, KLO1, ŽP3) zmínili i vyřizování úředních záležitostí nebo doprovod k lékaři. Zdravotní dlouhodobou péči poskytují pouze dva rodinní příslušníci, a to u klientů KLZ1 a KLO3.

Nedílnou součástí péče je i komunikace, která se využívá ke sběru informací o stavu klienta/uživatele. Poslední otázka proto zněla: **Jak funguje komunikace mezi zaměstnancem a rodinným příslušníkem během realizace domácí péče?** Tři respondenti (KLZ1, KLO3, UŽP3) uvedli, že komunikace mezi rodinou a pracovníky domácích služeb funguje při každé návštěvě. Klientka KLZ1 uvedla: „*Komunikace mezi pečujícími funguje vždy. Navzájem si obě strany předají během péče informace o mém zdravotním stavu a poté se zeptají i na můj názor. Všichni tři tedy zhodnotíme můj zdravotní stav.*“ Ostatní dotazovaní se svěřili se zkušenostmi, že při péči o ně dochází k minimálnímu kontaktu mezi ošetřujícími/pečovateli a jejich rodinou. „*Následná komunikace probíhá nejčastěji přes mobilní telefon, a to až po úkonech terénních pracovníků,*“ dodali respondenti (KLZ2, KLO1, KLO2).

PÉČE O SEBE

Hlavním cílem domácí péče je podpora a rozvoj pacienta/uživatele ve své soběstačnosti. Ta v sobě zahrnuje činnosti běžné v každodenním životě. Je to schopnost žít normálně v běžném prostředí a vyrovnat se s jeho úskalími v co nejvyšší míře vlastní silou. V této sféře se zaměříme na kvalitu života klientů a uživatelů.

V rozhovoru s klienty/uživateli jsme se ptali na otázku, **co považují v životě za nejdůležitější?** Nejčastějšími odpověďmi byly blízké vztahy a zdraví. Klient KLZ2 dodal dále ještě pocit bezpečí a uživatel UŽP1 položku vycházet s lidmi.

V podotázce, **jaké si našli dotazovaní zájmové činnosti v domácím prostředí,** se nejvíce opakovaly odpovědi v podobě četby (KLZ1, KLZ2, KLZ3), televize (KLO1, KLO2, UŽP1), rádia (KLO3) a křížovek (UŽP2). Respondent KLZ3 přidal ke svému koníčku i hudbu a uživatelka (UŽP3) péči o pokojové květiny.

Pro kvalitní život a podporu socializace starších lidí je důležité vyhledávat i další služby poskytované nejen v jejich přirozeném prostředí. Nás tedy zajímalo, **zda mají zkušenosti i s jinými službami zdravotního či sociálního rázu.** Čtyři dotazovaní (KLZ1, KLZ3, KLO3, UŽP2) nemají žádnou zkušenost s jinou službou. Další dva klienti využívají jak zdravotní, tak i sociální péči. Ostatní tři respondenti zmínili pastorační služby (KLZ2), odlehčovací pobytovou službu (KLO2) a služby osobního asistenta (UŽP2).

V závěru jsme chtěli slyšet, **co respondentům do života přinesla domácí péče.** Dotazované osoby jsme poprosili, aby používali jednoslovnou odpověď. Pět jedinců (KLZ2, KLO2, KLO3, UŽP2) vidí přínos v pomoci, dva (KLZ3, UŽP3) v ulehčení a zbylí dva respondenti (KLZ1, UŽP1) ve zklidnění (duše).

3.3.4 Rozhovory s rodinnými příslušníky klientů/uživatelů domácí péče

ROZSAH A PRŮBĚH DOMÁCÍ PÉČE

Na rozsahu a průběhu péče se společně s klienty/uživateli podílejí i rodinní příslušníci. Pokud to vyžaduje stav opečovávané osoby, je jejich hlavním úkolem poskytnout svému nejbližšímu odbornou pomoc. V této části získáme přehled o tom, jak rodiny vnímají průběh domácí péče u svého blízkého. Rozhovor jsme uskutečnili s osobami, které byly uvedeny samotnými klienty/uživateli jako kontaktní a zodpovědné osoby za jejich péči.

Předpokládáme, že se jedná o nejbližší rodinné příslušníky, kteří zajišťují maximální podporu v péči o svého blízkého. U šesti z osmi respondentů se jednalo o ženy a pouze ve dvou případech (RPZ3, RPO2) o muže. Jeden uživatel nemohl poskytnout žádný kontakt na rodinné příslušníky, protože žije zcela sám bez jakéhokoliv kontaktu.

První otázka zjišťovala, **s čím odborná pomoc rodině nejvíce pomáhá při péči o jejich blízkého.** Rodiny spolupracující se zdravotním systémem odpovídaly především takto: *„V rámci domácí péče nám všeobecné sestřičky pomáhají se zdravotní péčí o našeho blízkého. Poskytují nám své rady a vyhradí si čas i na konzultaci, pokud se během péče naskytne nějaká méně obvyklá situace.“* Respondenti (RPZ2, RPZ3, RPO1, RPO2), kteří nebydlí přímo s klienty v domácnosti, vidí největší pomoc v pravidelné péči pod dohledem odborníka v době, kdy tam nemohou být sami. Rodiny uživatelů sociálních služeb vidí největší pomoc v udržování pořádku a zajištění základních potřeb pro své nejbližší, kteří jsou méně soběstační.

Dále jsme se zeptali rodin, zdali **cítí nějaké individuální potřeby v rámci domácí péče.** U šesti z osmi rodinných příslušníků jsme nezjistili žádné další potřeby z hlediska domácí péče. Respondent RPZ1 k této položce pouze dodal: *„Přeji si, aby vše fungovalo jako doted.“* Jeden z dotazovaných pocítil potřebu návštěvy u praktického lékaře v rámci projednání dalších možných zdravotních výkonů u svého blízkého.

Ve druhém případě respondent RPP1 potřeboval zajistit k sociální péči i dovoz obědů pro svého nejbližšího, konkrétně řekl: „*Babička ráda vaří, ale občas zapomíná. S přibývajícím věkem není dobré si zahrávat s nešťastnými náhodami. Mnohokrát jsme hovořili o možnostech dovozů obědů i od pečovateli, zatím jsme jí ale samostatné vaření nebyli schopni vymluvit.*“

U hodnocení služeb všeobecných sester a pečovateli všichni respondenti ohodnotili služby na výbornou. V této oblasti neshledali žádné nedostatky.

VÝHODY A NEVÝHODY DOMÁCI PÉČE

Pomocí doplňujících otázek z této oblasti jsme se snažili získat jednotný přehled o důležitých výhodách a nevýhodách především zdravotní a následně i sociální péče z pohledu rodinných příslušníků.

Výhody spatřují rodiny především v tom, že jejich blízcí mohou zůstat doma a vyhnou se náročnému cestování k lékaři nebo hospitalizaci v nemocnici. Tento fakt uvedlo pět rodinných příslušníků (RPZ1, RPZ2, RPZ3, RPO1, RPO3). Respondent RPO2 vidí výhodu v psychické pohodě klienta a v pocitu bezpečí blízko své rodiny. Rodinní příslušníci (RPP, RP3) uživatelů sociálních služeb výhodu upozorovali v příležitosti začlenění svých blízkých do běžných prací, ve kterých uživatelé již nějakou dobu pokulhávají kvůli jejich zdravotnímu stavu.

Pět dotazovaných nenašlo v rámci domácí péče žádné znevýhodnění. Dva respondenti zmínili nevýhody v právním ustanovení. Respondentka RPZ2 reagovala takto: „*Péči komplikují léky předepsané na recept. Pouze rodina může zajistit a předat léky všeobecným sestram.*“ Další dotazovaný RPO1 vyzdvihl: „*Průběh péče se odvíjí od lékařského posudku. Záleží tedy především na praktickém lékaři, které služby bude proplácet pojišťovna a které si budeme muset uhradit sami.*“ Poslední člen RPO2 se obává možných nebezpečí, která čekají na klienty v jejich domovech.

Dále jsme chtěli znát **pohled rodin na profese osob, které je vykonávají v terénním prostředí**. Členové rodin si uvědomují náročnost práce všeobecných sester a pečovateli. Respondent RPZ2 dokonce odpověděl: „*Dle mého názoru všeobecné sestry mají méně pravomocí než jiní zdravotníci.*“

Dotazovaný RPO1 přidal zajímavý poznatek k profesi sester v terénu: „*Takový pracovník musí za klienty svižně dojíždět a musí se orientovat ve městě, kde péči vykonává. Sestřičky dokonce vedou řádnou dokumentaci o pravidelných zdravotních výkonech klientů. Všechno musí mít svůj dokonalý řád a pravidla.*“

Proto u otázky, **jestli si respondenti myslí, že je domácí péče podhodnocená**, odpovědělo všech osm rodin „*ANO*“. Rodinný příslušník RPZ1 vidí problém i v nízkém finančním příjmu v domácnosti svého opečovávaného. Další respondent zase shledal podhodnocení v nedostatku privilegií u těchto pracovníků. „*Své služby by vykonávali skvěle, kdyby nebyli omezováni v některých věcech. Překážkou jsou hlavně čas a velké množství klientů,*“ dodal člen RPO3.

Předešlá odpověď nahrála na otázku, **zda by si dotazovaní přáli rozšíření služeb domácí péče v České republice**. Opět se této myšlence nikdo nebránil. Dotazovaný RPZ1 reagoval tímto příspěvkem: „*Budu velice ráda, když dojde k rozšíření domácí péče. Některé rodiny tuto péči postrádají. I já se snažila oddalovat pomoc od druhých. Ted' si to bez nich ale nedokážu představit.*“ Rodinný příslušník RPZ3 na otázku také odpověděl souhlasem a podotkl: „*Je málo obsazených pracovních míst a tím je dostupnost těchto služeb vyčerpaná.*“

VZÁJEMNÁ SPOLUPRÁCE PŘI DOMÁCÍ PÉČI

Nezbytností domácí péče je podle odborné literatury kvalitní sociální zázemí a podpora ze strany blízkých, zpravidla rodinných příslušníků. Eventuálně to mohou být další různorodé služby, pokud to vyžaduje zdravotní a psychický stav klienta/uživatele. Uvědomují si proto rodiny svoji důležitou roli při péči o svého blízkého?

Tuto skutečnost jsme ověřovali pomocí otázky: **Myslíte si, že je důležitý odhodlaný přístup rodiny při pomoci o jejich blízkého?** Všech osm respondentů odsouhlasilo nezbytnost nasazení blízkých při péči o člena rodiny. Z toho jeden dotazovaný RPO2 dodal: „*Bez naší pomoci by už maminka nemohla zůstat doma ve svém přirozeném prostředí.*“ Další respondent RPO1 přidal poznámku: „*Starší lidé poznají, pokud jsou na obtíž společnosti. V případě, že se rodina rozhodne ponechat blízkého doma, musí k tomu i zodpovědně přistupovat.*“

Psychický stav opečovávané osoby mohou ovlivnit lidé, kteří se vyskytují kolem ní. V doplňující otázce tak rodiny posuzovaly, **jestli se i jim daří přispívat ke zlepšení psychického stavu blízkých**. Polovina odpovědí od respondentů (RPZ1, RPO1, RPO2, RPP1) směřovala spíše k odpovědi „*snažíme se*“. Tři respondenti dokonce zmínili, že pociťují nedostatek času na společné chvíle, což by se mohlo odrážet na psychice klienta/uživatele. Proto se tyto potíže snaží kompenzovat v době pracovního volna (RPP3) nebo při rodinných událostech (RPZ3, RPO1). Ostatní nepochybovali o svém pozitivním působení.

Téma vzájemné pomoci rodiny vyzvalo účastníky výzkumu k odpovědi na otázku, **do jakých činností se zapojují při péči o svého blízkého**. Dva respondenti (RPZ1, RPO3) uvedli, že se starají o blízkého člena 24 hodin denně a pobývají s ním v domácnosti. Další dotazovaná RPP3 pracuje na poloviční úvazek a poté pečuje o svého blízkého v domácím prostředí a zajišťuje všechny jeho potřeby. Zbylí rodinní příslušníci zaopatří uživatelům/klientům především běžné činnosti během setrvání klientů/uživatelů v jejich domovech.

S předchozím odstavcem se pojí zjištění, **jak často jsou rodiny v kontaktu se zaměstnanci zmíněných zařízení**. Čtyři respondenti (RPZ1, RPZ2, RPO3, RPP3) jsou v pravidelném kontaktu s terénními pracovníky a bývají přítomni u všech poskytovaných služeb. Další dva rodinní příslušníci (RPO1, RPO2) se spojují se zaměstnanci nejčastěji prostřednictvím mobilních telefonů. Zbylí dva dotazovaní (RPZ3, RPP1) pouze zajistili služby pro své blízké, kde jejich veškerý kontakt následně skončil. Osoby využívající domácí péči mohou plně převzít veškeré informace týkající se jejich zdravotního stavu bez konzultace s dalšími osobami, a to proto, že jejich zdravotní stav je bez závažnějších komplikací.

PÉČE O SEBE

Objektem péče není jenom opečovávaná osoba, ale celá jeho rodina. Všichni mají právo být unavení a dopřát si chvilku volna. Kvalitní odpočinek by měl následně zajistit lepší hospodaření s vlastními silami. Prevenci před vyhořením mohou představovat odlehčovací služby, jejichž hlavním posláním je poskytovat pomoc především pečujícím.

V této části jsme se zeptali, **zdali rodinní příslušníci pečují o sebe stejně tak dobře jako o své blízké**. U sedmi z osmi respondentů jsme se dozvěděli, že je péče u obou stran vyvážená. Pouze v jednom případě respondentka RPO3 přiznala: *„Když už se jednou objevíte v roli pečovatele, musíte do péče dát všechno. Jinak by byl výsledek domácí péče bezvýznamný, proto vkládám více energie do péče o manžela.“*

Při nedostatečné péči o duševní zdraví se může u pečujících objevit syndrom vyhoření. Syndrom je spuštěn reakcí na mimořádně zatěžující situace. **Kolik respondentů tedy pocítilo toto duševní vyčerpání?** S milým překvapením jsme se od sedmi z osmi pečujících doslechli, že zatím nikdo z nich na sobě nezpozoroval příznaky syndromu vyhoření. Pouze dotazovaná RPO3 pocíťuje občas pocity vyčerpání.

Pro takové situace byly založeny odlehčovací služby, které by měly dočasně zastoupit pečující. **Jakou zkušenost tedy mají rodiny z této oblasti?** S odlehčovací službou má zkušenost zatím pouze jeden rodinný příslušník RPO2. Další dva (RPZ1, RPP3) pouze uvažovali o této možnosti do budoucna. Ostatní nepocíťovali potřebu vyhledávat tyto služby.

Na závěr měli rodinní příslušníci **pojmenovat jednoslovným vyjádřením přínos domácí péče**. Nejčastější odpovědí, odpověděli tak konkrétně tři respondenti (RPO2, RPO3, RPP1), bylo slovo ulehčení. U dalších to byla jistota (RPZ1, RPP3) a pomoc (RPO1, RPZ3). Poslední respondent RPZ2 uvedl klid.

3.4 Interpretace výsledků získaných skrze standardizovaný dotazník

Níže je uvedena tabulka s výsledky dotazníku Burnout Measure. Odpovědi jsme získávali od osob terénních pracovníků a rodinných příslušníků pečujících o osoby v domácím prostředí.

Tabulka 5 – Burnout Measure pečujících osob

Hodnota BM	Terénní pracovníci	Rodinní příslušníci	Výsledek
Méně než 2	2	4	Velmi dobré / syndrom vyhoření není přítomen
2,0 až 2,9	3	3	Uspokojivé / uspokojivý výsledek
3,0 až 3,9	3	1	Varující / nutnost zamyslet se nad životem, prací a přehodnotit žebříček hodnot
4,0 až 4,9	1	0	Stav vyhořívání / prokázaný syndrom vyhoření, doporučeno vyhledat adekvátní pomoc
5 a více	0	0	Havarijní vyhoření / akutní stav vyhoření, nutná bezodkladná pomoc odborníka
Celkem	9	8	

Dotazník u dvou pracovnic skončil s „*velmi dobrými*“ výsledky. Obě pracovnice jsou v psychické pohodě bez přítomnosti vyhoření. Největší zastoupení zaujmají respondenti ve skupinách „*uspokojivé*“ a „*varující*“, které reflektují mírně narušené stavy v rámci psychického zdraví pracujících. Jedna respondentka se nachází ve stavu „*vyhořívání*“, čímž je jako jediná nejbližší syndromu vyhoření a již se doporučuje vyhledat adekvátní pomoc. Rodinní příslušníci klientů/uživatelů jsou na tom mnohem lépe. Velmi dobrý stav psychické pohody vykazují čtyři respondenti. Je to tedy o dva více než ve skupině terénních pracovníků. Uspokojivý výsledek vzhledem k psychickému stavu získali tři pečující. Stav určující varování před syndromem vyhoření má pouze jedna osoba.

Následuje tabulka s výsledky terénních pracovníků k dotazníku Burnout Measure v souvislosti s délkou praxe domácí péče.

Tabulka 6 – Burnout Measure terénních pracovníků na základě délky praxe

Zaměstnanci	Délka praxe			
Hodnota BM	Krátkodobá (do 2 let)	Střednědobá (od 3 až 9 let)	Dlouhodobá (10 a více)	Výsledek
Méně než 2	1	0	1	Velmi dobré / syndrom vyhoření není přítomen
2,0 až 2,9	1	1	1	Uspokojivé / uspokojivý výsledek
3,0 až 3,9	0	1	2	Varující / nutnost zamyslet se nad životem, prací a přehodnotit žebříček hodnot
4,0 až 4,9	0	0	1	Stav vyhořívání / prokázaný syndrom vyhoření, doporučeno vyhledat adekvátní pomoc
5 a více	0	0	0	Havarijní vyhoření/ akutní stav vyhoření, nutná bezodkladná pomoc odborníka
Celkem	2	2	5	

S krátkodobou praxí v domácí péči se dva pracovníci nacházejí v první a druhé kategorii s pozitivním výsledkem psychického stavu. Další dva respondenti se střednědobou praxí patří do skupiny s uspokojivým a varujícím stavem. Zbylí zaměstnanci vzhledem k psychické pohodě a syndromu vyhoření mají výsledky odlišné. Příjemným zjištěním je skutečnost, že dvě zaměstnankyně dosahují stavu „*velmi dobrý*“ a „*uspokojivý*“. Varovné signály syndromu vyhoření se vyskytují u dvou respondentů. Poslední zkoumaná osoba na základě dlouhodobé praxe skončila v předposlední skupině s označením „*stav vyhořívání*“.

Poslední je tabulka s výsledky rodinných příslušníků k dotazníku Burnout Measure v souvislosti s délkou poskytování domácí péče.

Tabulka 7 – Burnout Measure rodinných příslušníků na základě délky poskytování domácí péče

Rodinní příslušníci	Délka poskytování domácí péče			Výsledek
	Krátkodobá (do 2 let)	Střednědobá (od 3 až 9 let)	Dlouhodobá (10 a více)	
Méně než 2	2	2	0	<i>Velmi dobré / syndrom vyhoření není přítomen</i>
2,0 až 2,9	2	0	1	<i>Uspokojivé / uspokojivý výsledek</i>
3,0 až 3,9	0	0	1	<i>Varující / nutnost zamyslet se nad životem, prací a přehodnotit žebříček hodnot</i>
4,0 až 4,9	0	0	0	<i>Stav vyhořívání / prokázaný syndrom vyhoření, doporučeno vyhledat adekvátní pomoc</i>
5 a více	0	0	0	<i>Havarijní vyhoření / akutní stav vyhoření, nutná bezodkladná pomoc odborníka</i>
Celkem	4	2	2	

Čtyři rodiny poskytují krátkodobou péči a nacházejí se ve skupině s velmi dobrým a uspokojivým stavem. Další dvě osoby s delší praxí mají opět velmi dobrý výsledek vzhledem k jejich psychickému stavu. Zkušenosti s dlouhodobou péčí uvedli dva respondenti. Jedna osoba má výsledek uspokojivý a druhá stav s varujícími signály před syndromem vyhoření.

3.5 Diskuze

Co nabízejí oslovené organizace domácí péče z hlediska rozsahu a průběhu služeb? Služby vybraných zařízení nejčastěji využívají senioři s chronickým onemocněním. Na tomto faktu se shodují téměř všichni autoři odborných publikací zaměřených na domácí zdravotní péči. Klienti vyžadující zdravotní výkony nemají žádné výrazné zdravotní komplikace. Jejich stav jim umožňuje zůstat doma a využívat služby domácí péče, přičemž není vyžadován pobyt v nemocnici. Podle Holekové (2002) pohodlí příjemců těchto služeb často doprovází chronická bolest, která může klientovi výrazně ztížit a znepříjemnit život. V publikaci o paliativní péči autorka Marková (2010) vyzdvihuje, že hlavním cílem hospicového týmu není pacienta vyléčit, ale zlepšit jeho kvalitu života v navykklém prostředí. Tyto osoby lze tedy považovat za výjimky, u kterých se sice zdravotní potíže mohou vyskytovat, ale nebudou muset pobývat v nemocničním prostředí.

Zaměstnanci z vybraných agentur k pravidelným výkonům zařadili podání léků, aplikaci inzulínu a dlouhodobou ošetrovatelskou rehabilitaci. Nejčastějšími výkony jsou podle nich převazy ran a defektů, kontrola krevního tlaku, odběr biologického materiálu nebo odstranění stehů. Kolébalová a Poláková (2017) zahrnuly do těchto výkonů i prevenci dekubitů. Dle autorky Slámové jsou transfúze krve ve zdravotních výkonech výjimkou a dle Pochmanové jsou to služby související s pravidelnou hygienou. Ze sociální sféry k časté poptávce patří nákup, úklid, zajištění nebo podání jídel či provedení osobní hygieny. K podobným výsledkům dospěla Kohoutová (2011). V sociální sféře uživatelé nejčastěji prahnou po úklidech a nákupech. Hálová (2007) upozorňuje na fakt, že pečovatelská péče nenahrazuje úklidovou službu, nýbrž pomáhá udržovat domácí prostředí uživatele čisté. Často se jedná pouze o úklid pokoje, kde uživatel tráví veškerý svůj volný čas (Pochmanová, 2015).

Terénní pracovníci z obou typů služeb, jak zdravotních, tak sociálních, se mohou potkávat při hygienických úkonech nebo u podávání léků. Zdravotníci však poskytnou pouze návod na správnou hygienu a pečovatelky následně kompletní hygienu daným osobám provedou (Housing and Home Care, 2013). Co se týče podávání léků, mohou je podávat jak zdravotníci, tak zároveň i pečovatelé, pokud zdravotní stav klientů vyžaduje častější podání léku, než je frekvence návštěv všeobecných sester. Stále se však vede spor o tom, zda mohou pečovatelé v této službě zdravotní sestry zastupovat.

V sociální sféře může převzít léky od farmaceuta i nezdravotnický personál. Úkolem pečovatелů je uživateli zajistit jeho základní potřeby – tedy i pravidelné užívání léků. Chovancová (2012) nabádá jednotlivá zařízení ke zvážení, zda v tomto případě upravit vnitřní normu a sociálním pracovníkům tyto výkony povolit. Strnad (2007) uvádí, že není důvod, proč by nemohli zaměstnanci sociálních služeb, stejně jako rodina uživatele, převzít a neinjekčním způsobem podávat léky na základě pokynů lékaře. Mlýnková (2017) se staví k této problematice odlišně a uvádí, že příprava a podání léků jsou činnosti zdravotnického charakteru a mohou být vykonávány pouze všeobecnými sestrami. Při podání léků pečovatel klientu pouze připomíná jeho užití, jak určil jeho lékař.

Terénní služba dojíždí za každým zkoumaným klientem/uživatелеm v průměru dvakrát až třikrát do týdne. Nejlepší využití má domácí péče uplatňovaná u osob s omezenou mobilitou, kde se rodiny vyhnou náročnému cestování k doktorovi, na úřady nebo nákupy a jiné záležitosti (Pochmanova, 2015; Slámová, 2018). Pohodlí klientů/uživatelů v těchto službách hraje důležitou roli. Osoby využívající domácí péči nevnímají zaměstnance pouze jako pracovní výpomoc, ale považují je za své blízké, a někdy i jako náhradu za svou rodinu. Někteří mají dokonce špatné zkušenosti s nemocnicí, proto jsou pro ně tyto služby nenahraditelné. Úskalí nemocničního prostředí a jeho dopad na psychiku pacienta by mohl kompenzovat klinický psycholog, který v nemocnici pacienty navštěvuje a poskytuje jim podpůrnou terapii (Campbell, 2018).

Klienti/uživatelé potřebují jak krátkodobou, tak někdy i několikaletou péči. S nabídkou služeb jsou klienti i rodiny spokojeni a nevyjádřili žádné individuální potřeby či přání. Možnosti služeb všichni dotazovaní hodnotili vzhledem k zaměstnancům na výbornou. Dudová (2015) tvrdí, že všechna zařízení domácí péče mají stejné poslání, čímž je pomoci lidem setrvat v jejich domovech co nejdéle díky jejich profesionální pomoci.

Jaké jsou hlavní rozdíly ve zdravotní péči a sociální službě poskytované v domácím prostředí? Agentury Home Care poskytují služby zaměřené na rozvoj zdraví klienta. Oproti tomu sociální instituce supluji běžné úkony v domácnostech, které uživatel není schopen samostatně vykonávat (Mace, Rabins, 2018). Zdravotní výkony poskytují všeobecné sestry a sociální péči obstarávají pečovatelky.

Služby Home Care využívá podle aktuálních statistik přes 142 000 klientů a pečovatelskou službu 100 679 uživatelů. V obou případech převažují ve skupině příjemců domácí péče ženy (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019). Zdravotní zařízení vyžaduje od všeobecných sester pracovní kompetence, ve kterých jsou zahrnuty především zdravotní dovednosti a řídičské schopnosti. V sociálních službách jsou to spíše zkušenost a odhodlanost pomoci ostatním. Od pečujících se vyžaduje i určitá míra empatie. Terénní práce vždy odhalí, kdo pro to má jisté předpoklady.

Základní nutné výkony předepisuje praktický lékař. Má tedy výrazný vliv na průběh domácí zdravotní péče. V sociálních službách je praktický lékař bezvýznamný. Sociální péči si uživatelé zajišťují a vybírají sami. Nezbytnou podmínkou pro realizaci služeb je omezená soběstačnost uživatele (Pochmanová, 2015). Všeobecné sestry za den ošetří až 15 osob, oproti tomu sociální pracovníce pouze kolem 8 uživatelů. Menší počet uživatelů je naplánovaný z důvodu vyšší časové náročnosti těchto služeb. U ostatních zařízení se počet může lišit. Na doplnění financí pro sociální instituci se mohou vypisovat dotace například na krajský úřad nebo město, zatímco u zdravotních zařízení příspěvateli bývají spíše jednorázoví dárci. V roce 2019 uvedlo Ministerstvo práce a sociálních věcí, že nejvíce dotačních prostředků na pečovatelskou službu poskytly hlavní město Praha a Jihomoravský kraj (Wija, Bareš, Žofka, 2019). Domácí zdravotní péče pro klienty je financovaná zdravotními pojišťovnami na základě souhlasu lékaře. Klienti/uživatelé si platí pouze sociální péči a kompenzační pomůcky v minimální výši nebo ze sociálních dávek.

Z hlediska podpory rodinnými příslušníky je u zdravotní péče pomoc rodiny podstatná. V případě sociálních služeb mohou rodinu zastoupit pečovatelé a jiné služby. O psychickou pohodu se snaží zdravotní i sociální služby. Pro začlenění pacienta jsou důležitější pečovatelky nejen v tom, že pomáhají v rozvoji soběstačnosti při běžných úkonech, ale mohou i namotivovat uživatele k socializaci, pokud mu v tom nebrání jeho zdravotní stav (Souralová, 2017; Pochmanová 2015). Bohužel se mnoho zaměstnanců setkalo s osobami, pro které byli pracovníci jediným kontaktem.

Existují nějaké nevýhody v rámci poskytování domácí péče? Řada autorů spatřuje největší výhody v přirozeném prostředí klienta, kde může zůstat a rozvíjet svou soběstačnost. Odborníci připisují k velké výhodě domácího prostředí i absenci nozokomiálních nákaz (Linhartová, 2007; Státní zdravotní ústav, 2016).

Ve výjimečných případech existují i rodiny s nízkým ekonomickým statutem, kde výhody přirozeného prostředí mizí. Domácnosti jsou ve špatném stavu a péče je vykonávána za nevhodných podmínek nebo dokonce ohrožuje zdraví jedince.

Nováková (2011) popisuje ve své knize v souvislosti s ekonomickou krizí v rámci domácí péče i vyšší riziko chudoby pro rodiny, které se rozhodnou pečovat o své blízké ve svých domovech. V České republice převládají dvoupříjmové stavy rodin. Jestliže se člen rodiny rozhodne pro péči o svého blízkého, může rodina ztratit jeden příjem. Holmerová (2014) zase vidí úskalí domácího prostředí v nižším materiálním a technickém vybavení domácnosti, zejména u rehabilitačních a kompenzačních pomůcek.

Z pohledu oslovených ředitelů je aktuální situace těchto služeb na trhu práce dostačující, avšak s jejich funkčností jsou v některých případech mírně na pochybách. V ČR v roce 2018 bylo registrováno celkem 558 agentur Home Care a 712 pečovatelských služeb ambulantního a terénního charakteru (Wija, Bareš, Žofka, 2019). Domácí zdravotní služby představují levnou pracovní sílu oproti službám v nemocnici. Zaměstnanci jsou finančně podhodnoceni. Naději na toto zlepšení představuje již proběhlá stávka proti nízkým platům, které se účastnily dotazované všeobecné sestry. Podle Asociace odborů domácí péče (2018) by měl být co nejdříve sestřím poskytnut motivační příspěvek, aby neodcházely do lépe placených zdravotnických zařízení. Ministerstvo uznává, že v minulosti byly upřednostňovány jiné zdravotnické oblasti, především nemocnice (Sociální politika a výzkum, 2018; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019). Vybrané instituce našeho výzkumu cítí určité nedostatky vůči svým zaměstnancům. Zároveň představily ale i mnoho plánů do budoucna, které by mohly situaci vylepšit tak, aby zaměstnancům zajistily lepší pracovní podmínky.

Práce v terénu nepředstavuje pro naše zaměstnance až takový problém. Zhoršená situace se odráží spíše v parkování a ve vstupu do domu. Překážkou se stává nedoslýchavost klienta/uživatele (Kalábová, 2013) nebo agresivní domácí mazlíčci, které zmínila ve výzkumu dotazovaná všeobecná sestra. V takovém případě mají větší výhodu pečovatelé, kteří mohou dojíždět na kolech, čímž problém s parkováním vymizí. Zdravotnice kvůli materiálům k ošetření musí vždy využívat automobil (Marková, 2003).

Nevýhody jsou dále respondenty spatřovány v omezených možnostech poskytování pomoci terénními službami. Pokud je zdravotní stav zájemce velmi špatný a zároveň nemá rodinu, která by se o něj mohla postarat, nedoporučuje se tyto služby vyhledávat. Přijatelnou možností jsou spíše pobytové služby, uvádí Pochmanová (2015).

Zdravotní a sociální instituce spolupracují s mnoha dalšími orgány a snaží se nabídnout klientům/uživatelům i další služby pro jejich osobní rozvoj. Během rozhovorů instituce přednostně uváděly nabídky spolupráce s denním stacionářem nebo návštěvu pastorační asistentky. Kolektiv autorů vytyčil v rámci osobního rozvoje i sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, nízkoprahová denní centra, předčitatelské služby, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity nebo sociální rehabilitaci (Holeksová, 2002; Nováková, 2011; Mlýnková, 2010).

Výzkumní respondenti zatím nepřemýšleli o dalších nabídkách pro své opečovávané osoby. Autoři Cherry, Salmon a Dickson (2013) zjišťovali vliv profesionální opory, která by měla snížit psychickou zátěž pečujících. Výsledky poukazují na výrazný vliv této zkoumané teorie. Psychická vyrovnanost byla zjištěna převážně u pečujících osob, kde příjemce péče navštěvoval další služby podporující jeho fyzické i duševní zdraví. Většina příjemců z vybraných zařízení však uvedla, že využívají zdravotní i sociální služby, které je částečně zastupují v domácnostech a mohou představovat určitou úlevu a podporu rozvoje osobnosti.

Velkým zklamáním pro starší osoby je uspěchanost pracovníků, kteří nemohou zůstat déle a popovídat si s nimi. Přesto si dotazovaní uvědomují náročnost vykonávané práce a její nepřetržitý provoz například i v období svátků. S podobnou výpovědí se setkala ve svém výzkumu i Kohoutová (2011). Důvodem jsou další příjemci domácí péče, kteří čekají na ošetření. Celkem bylo v ČR v roce 2017 evidováno 75 841 terénních všeobecných sester a 12 931 pečovatelů ze sociálních služeb na 242 679 příjemců domácí péče (Wija, Bareš, Žofka, 2019).

Hlavní slovo na průběh zdravotní péče má praktický lékař, což považuje veřejnost za nepříjemnou skutečnost, protože není v tak častém kontaktu s klienty jako všeobecné sestry. Oproti odborníkům nevidí laická veřejnost ani úplnou výhodu v oddělených službách zdravotní a sociální sféry. Představuje to pro ně mnohem náročnější proces zařizování než v minulých letech, kdy nebyly služby oddělené.

Autorka Nováková (2008) proto doporučuje, aby zájemci domácí péče využívali služeb domácí zdravotní péče a pečovatelské služby od stejné organizace, tím se jim vyřizování mnohem více usnadní.

Nevýhody domácí péče pak dále představují podle zkoumaných respondentů například rizika pádů v domácnostech a brzké návštěvy terénních pracovníků kvůli neodkladným úkonům. Přítěží je pro rodiny i zajišťování léčiv pro jejich blízké. Jejich úlohu mohou nahradit sociální pracovníci nebo asistenční služby (Hálová, 2007). Dlouhodobá péče omezuje pečující i klienty/uživatele v osobním životě. Dle autorky Holmerové (2014) část rodin poskytuje péči i na úkor vlastního zaměstnání, příjmů a zájmů. Vnitřní postoj následně určuje vnější chování a jednání pečujících osob. Autorka Nováková (2011) v této souvislosti ve své knize zmiňuje sociální změny, kdy se tradiční role rodiče a dítěte začíná obracet. Nebezpečí pak tkví v sociálním vyloučení plynoucím ze ztráty sociálního kontaktu.

Jakou důležitost přikládají účastníci domácí péče vzájemné spolupráci a komunikaci při péči o fyzické a duševní zdraví? Psychická podpora v domácí péči hraje nezbytnou úlohu. Často je její rozvoj mnohem důležitější než samotná léčba zdravotníků. Pro klienty/uživatele je role rodiny a odborníků z hlediska důležitosti vyvážená. Dudová (2015) uvádí, že primárně se pečovateli stávají ženy. V Česku tvoří ženy přibližně 75 až 85 % všech pečujících. Je to způsobeno především vyšším věkem dožití žen oproti mužům a láskou k opatrovnictví o blízké osoby. Nejčastěji se jedná o dcery a snachy starších nemocných osob. Praktická část nám potvrzuje výpověď autorky Dudové. Pečovatelky zkoumaných klientů/uživatelů zastupovalo 75 % žen.

Dnešní doba vyžaduje náročné pracovní povinnosti, a proto rodiny nemají tolik času na své blízké. Vzhledem ke zdravotní péči by spolupráce do jisté míry měla fungovat. Přístup rodin přitom bývá často individuální. Pokud je rodina pracovně vytížená, sestry kontaktují rodiny alespoň přes mobilní telefon a snaží se jim sdělit potřeby jejich blízkých. Každá agentura plánuje rozpis služeb pracovníků tak, aby se zaměstnanci u rodin pravidelně střídali a nevznikly tak možné neshody. Začátky jsou vždy velmi těžké a domácí péče není výjimkou. Rodiny často procházejí několika procesy smířování a snaží se vyrovnat s přicházejícími změnami.

Po čase mohou být ale jejich členové vyčerpaní natolik, že jsou pro ně služby domácí péče od odborníků nevyhnutelné. Až tehdy si rodiny začnou plně uvědomovat jejich důležitou pomoc. Kroutilová (2011) odkazuje na psychickou a fyzickou náročnost při každodenní péči o osoby blízké. Úbytek sil se může projevit v koncentraci nebo ve zhoršené kondici pečujících. Výzkum od Office for National Statistics (2015) odhalil, že u pečujících osob je prokazatelně vyšší riziko sebevražedného chování. Výskyt sebevražd byl téměř dvojnásobný, než představuje národní průměr. To znamená přibližně 12 sebevražd na 100 000 obyvatel ročně.

Díky pomoci odborníků je výkon péče pro rodinné příslušníky mnohem snazší, tvrdí dotazování respondenti. Rodině nejvíce pomáhá odborná pomoc se zdravotními výkony, konzultacemi, dohledem a s pomocí při zajišťování základních potřeb svým nejbližším. Každá z těchto pomoci ale přináší do domácí péče jen část služeb a až při správné spolupráci se vzájemně doplňují.

Která skupina pečujících bude více ohrožená syndromem vyhoření? Výzkumné šetření bylo provedené pomocí dotazníku BM a odpověďmi z polostrukturovaného rozhovoru. Obě metody se ve výsledku jistým způsobem shodovaly. Pracovníci na základě rozhovoru vypověděli, že se snaží pečovat o své klienty a uživatelé více než o sebe. Tyto osoby berou své zaměstnání jako poslání. Kvůli velké zodpovědnosti jsou však zaměstnanci více ohrožení syndromem vyhoření (Hongmei, 2015). Naštěstí se podle testu BM se stavem vyhořívání setkala pouze jedna zaměstnankyně. Syndromem vyhoření netrpí žádný ze zbylých respondentů. Výsledky u rodinných příslušníků dopadly lépe než u zaměstnanců. Rodiny si totiž hlídají vyváženou péči jak u sebe, tak u svých blízkých. Nikdo z pečujících nepocítuje syndrom vyhoření. Respondentka ze skupiny rodinných příslušníků měla pouze varující stav vzhledem k psychickému zdraví. Zkoumané osoby proto ani nepřemýšlely o možných nabídkách odlehčovacích služeb pro pečující.

Podle studie s názvem Syndrom vyhoření u rodinných a profesionálních pečujících (2017) je vyšší riziko syndromu vyhoření u rodinných příslušníků. Důsledky syndromu vyhoření studie přikládala nedostatečné sociální opoře a rozbitým vztahům v rodině. S podobnými výsledky prostřednictvím dotazníku BM přišli i Jedlínská, Hlúbik a Lévovalá. Rodiny v této roli jsou dlouhodobě vystaveny psychickému nátlaku a sociální izolaci, protože se musí intenzivně starat o své blízké osoby.

Na základě výpovědí respondentů si dovoluujeme tvrdit, že uvedené záležitosti se našich zkoumaných osob netýkají. Autor Kang (2014) upozorňuje, že závažnost onemocnění opečovávaných se výrazně odráží na vnitřní síle psychického zdraví pečujících osob. Do našeho výzkumu byli zapojeni jedinci, kteří neměli výrazné zdravotní komplikace. Tím si můžeme vysvětlit, proč rodiny zkoumaných příjemců domácí péče nezastupují rizikovou skupinu syndromu vyhoření.

Jsou syndromem vyhoření ohroženy více pečující osoby s delší praxí v domácích službách? Respondenti s dlouhodobou praxí se sice blíží více k syndromu vyhoření než ostatní dotazovaní, ale našly se zde i osoby zastupující velmi dobrý až uspokojivý stav vzhledem k psychickému zdraví. Může to být způsobené tím, že během volna přechází práce do pozadí a zaměstnanci mohou načerpat nové síly. Nezhybová (2015) zkoumala ve své práci vzájemný vztah mezi vyhořením a délkou praxe u sociálních pracovníků v ambulantní službě. Výsledky poukazují na vyšší míru ohrožení syndromem vyhoření u zaměstnanců s kratší dobou praxe. Pracovníci s delší délkou praxe dosahovali lepších výsledků než respondenti našeho výzkumu. Odůvodnění přikládáme k psychické a fyzické náročnosti práce v terénu, kde je zaměstnanec na všechno sám. Jistou nevýhodou představují samostatnost a svoboda rozhodování terénních pracovníků v průběhu domácí péče, což mnohdy způsobuje nápor na psychiku.

Oproti tomu v ambulantní službě má kolem sebe zaměstnanec pracovní kolektiv. Výskyt syndromu vyhoření u zaměstnanců ambulantní služby s kratší praxí může být zapříčiněn aklimatizací na nové pracovní místo. Respondenti s mnohaletými zkušenostmi lépe znají chod své práce. Každopádně s akutním stavem vyhoření se nesetkaly žádné dotazované osoby z obou sledovaných skupin. Optimismus a psychická podpora rodiny nebo pracovního kolektivu umožňuje těmto osobám udržet se v dobré formě a zvládat všechny těžkosti, které tato práce přináší, upozorňuje ve své publikaci Kurucová (2016). Podle odpovědí z rozhovorů se před pracovním vyčerpáním zaměstnanci i rodinní příslušníci brání formou různých aktivit a zájmů.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zaměřuje na domácí zdravotní péči poskytovanou především osobám staršího věku. Domácí ošetrovatelská péče znamená komplexní zdravotní opatření a činnosti zaměřené na uspokojení potřeb nemocných osob. Zároveň přispívá i k duševní pohodě, aby nemocní neztráceli svou důstojnost a našli odhodlání znovu získat svou soběstačnost, samostatnost a nezávislost.

V teoretické části jsme se zabývali historií ošetrovatelství vzhledem k domácí péči. V minulosti domácí zdravotní péče prošla od jednoduchých metod léčby či víry v nadpřirozené síly až k novodobým způsobům ošetrování. Kvalita péče se zvyšovala s přibývajícím odbornými poznatky a zkušenostmi osob z daného oboru. Domácí péče se začíná i více medializovat a vytváří se nové vzdělávací programy. K novým trendům patří i začlenění hospicové péče do domácnosti, v důsledku čehož klient může umírat v kruhu svých nejbližších. Péči v domácím prostředí lze doplnit mnoha dalšími odbornými službami. Jedná se například o služby fyzioterapeuta, psychoterapeuta, duchovního nebo pečovatele. Do teoretické části práce jsme neopomenuli začlenit ani právní předpisy spojené s domácí péčí. Uvedené zákony upravují podmínky a rozsah poskytování a provozování domácí zdravotní péče. Krátce jsme se dotkli domácí péče nezdravotnického charakteru, se kterou jsme dále pracovali v praktické části. Kapitola s názvem Péče o klienty zahrnuje základní potřeby, nejdůležitější faktory a úpravy prostředí pro klienta v rámci domácí péče. Důležité je zachovat původní charakter ložnice nemocného i přesto, že přebírá podmínky k ošetrování. Cílem agentur Home Care je zlepšit či zachovat kvalitu života klienta a jeho rodiny. Poslední kapitola se zabývá péčí o pečující. Pokud pečující budou v psychické pohodě, odrazí se jejich spokojenost na péči o nemocné. Vzájemný vztah pečujících a pacienta hraje významnou roli v ošetrovatelských službách.

Hlavním cílem praktické části bylo porovnat vnímání domácí péče vzhledem k aktuálně prožívanému duševnímu zdraví z pohledu pečujících a klienta. Pro výzkum jsme rozdělili respondenty do čtyř skupin. Jednalo se o ředitele a zaměstnance institucí poskytujících domácí služby v terénu a jejich příjemce s rodinnými příslušníky. U každého jsme uskutečnili rozhovor zaměřený na čtyři okruhy, které se týkaly průběhu a rozsahu domácí péče, možných problémů, vzájemné spolupráce a péče o svou vlastní osobu. Výsledky rozhovorů nám přinesly odpovědi na výzkumné otázky, které jsme stanovili pomocí dílčích cílů.

Dále jsme oslovili i Centrum sociálních služeb, které posloužilo jako odlišný poskytovatel domácí péče nabízející sociální služby. Tím jsme získali hlavní rozdíly mezi zdravotní péčí a sociální službou poskytovanými v domácím prostředí.

Dotazovaní klienti/uživatelé potřebují nejčastěji odbornou pomoc, kterou zdravotníci a pečovatelé označovali v rámci rozsahu a průběhu péče za nejběžnější. Odborné služby přinesly příjemcům domácí péče pocity úlevy, jistoty nebo zklidnění. Domácí prostředí je klíčové pro psychiku, léčbu a celkový komfort opečovávané osoby. Se spolupracující rodinou přináší domácí péče mnohem více výhod. Velký zájem projevují o domácí péči i firmy, které s agenturami obchodují a vyrábějí kompenzační pomůcky. Dnešní průběh a organizace péče je pro zaměstnance výhodnější, protože v minulosti došlo k oddělení zdravotní služby od pečovatelské. Každý zaměstnanec se tak může soustředit na svůj konkrétní pracovní výkon. Práce v terénu s sebou nese i nevýhody. Příčinou je snížený komfort práce zaměstnanců, kteří si všechen ošetrující materiál přivážejí. Respondenti z řad klientů se zase pozastavovali nad komplikacemi s parkováním terénních zaměstnanců, pro něž není vyhrazené místo. Problém se pak následně projevuje v opožděném příjezdu všeobecných sester. Rodiny vnímají svou zodpovědnost vůči svým blízkým a uvědomují si svou nezastupitelnost, i když z odpovědí odborníků vyplývá, že rodinný přístup a čas, který věnují klientům/uživatelům, je u každé rodiny individuální. Nezbytným prvkem domácí péče je i komunikace mezi rodinou a terénními pracovníky. V situacích, kde je potřebná dlouhodobá péče, je přímá komunikace nevyhnutelná. U ostatních komunikace probíhá po individuální domluvě nebo skrze komunikační prostředek. Zaměstnanci poskytují rodině informace a pokyny, jak v domácí péči postupovat.

Výzkumné šetření zaměřené na syndrom vyhoření pomocí ukazatele psychické pohody bylo provedeno standardizovaným dotazníkem BM. K syndromu vyhoření se nejvíce blíží skupina odborných pracovníků s dlouhodobou praxí v terénu. Způsobeno to může být několika faktory. Jedněmi z možností jsou nízký plat nebo dlouhodobý psychický nátlak na zaměstnance. Zdravotníci přicházejí do intimního prostoru klienta jako samostatné a zodpovědné osoby. Dotazovaní v rozhovoru přiznali, že se snaží vkládat více sil do péče o své klienty/uživatele než do péče o sebe. Rozhovory ukazují, že klienti/uživatelé potřebují nejen pomoc, ale především zájem těch nejbližších. Důležité je sociální zázemí a podpora ze strany blízkých, zpravidla rodinných příslušníků, a eventuálně další služby.

Obsah práce je úzce provázaný s učivem vyučovaným v předmětu Výchova ke zdraví na druhém stupni základních škol. Výchova ke zdraví je podstatnou součástí podpory zdraví směřující k pozitivnímu ovlivňování populace ve vztahu ke správnému způsobu života a ke změnám jednání a chování osob. Povědomí o tom, jak posílit zdraví vede ke zvýšené kvalitě života současné populace. Jednotlivé kapitoly tak prohlubují témata, kterými se budu zabývat ve své budoucí profesi učitele. Práce může zároveň představovat zdroj inspirace pro učitele této aprobace.

Diplomová práce by měla sloužit těm, kteří domácí péči řídí, poskytují, přijímají, potřebují nebo zvažují. Praktická část umožňuje prostřednictvím názorů zkoumaných respondentů předat pohled jednotlivých aktérů na domácí péči, a to jak odborné, tak i laické veřejnosti. Každý čtenář si může vzít z konkrétních komentářů zpětnou vazbu a považovat tato zjištění za návod ke zlepšení průběhu domácí péče. V této situaci se může ocitnout každý z nás. Rodiny pocházejí často z vícegeneračního prostředí, proto je dobré být na tuto situaci dobře připraven již předem. Všichni chceme co nejdéle pobývat v kruhu našich nejbližších. Takové přirozené prostředí má na kvalitu zdraví v porovnání s cizím prostředím výrazný vliv.

SOUHRN

Tématem diplomové práce je historie a současnost Home Care v České republice. Služby Home Care zahrnují zdravotní výkony všeobecných sester poskytované klientům na základě doporučení praktického lékaře. Společným požadavkem pro výkon této práce je takový stav klienta, který již nevyžaduje pobyt v nemocnici. Teoretická část se zabývá historickým měřítkem a moderními prvky z hlediska ošetrovatelské péče v domácím prostředí. Domácí zdravotní péče je velmi psychicky i fyzicky náročná nejen pro terénní pracovníky, ale i pro rodinné příslušníky. Pokud budou pečující fyzicky i psychicky odpočatí, odrazí se jejich spokojenost na péči o nemocné.

Praktická část se zabývá především kvalitativním výzkumem realizovaným polostrukturovaným rozhovorem, jehož základ tvoří názory jednotlivých aktérů podílejících se na domácí péči. Do výzkumu se zapojili i odborníci na domácí péči, konkrétně ředitelky těchto zařízení, terénní pracovníci a laická veřejnost v podobě příjemců domácí péče. Práci doplňuje výzkumné šetření syndromu vyhoření, který se může u pečujících projevit v souvislosti s délkou praxe domácí péče. Toto šetření proběhlo pomocí standardizovaného dotazníku Burnout Measure. Výsledky jsou znázorněné v kapitole Interpretace výsledků, kde lze vyčíst a porovnat odpovědi jednotlivých účastníků domácí péče.

Klíčová slova: péče o seniory, domácí zdravotní péče, zdravotně-sociální služby, zdravotní pojišťovny, všeobecné sestry, klienti

SUMMARY

The topic of my thesis is the history of Home Care in the Czech Republic as well as the contemporary situation. Home Care means that nurses go to client's home and look after him/her. The GP has to recommend it and the patient have to be in the condition that allows it, though. The theoretical part focuses on history and contemporary situation of the home care. Home care is very mentally and physically demanding work not just for streetworkers and nurses, but also for family members. Those who look after the patient need to be mentally and physically in a good shape.

Practical part collects data by the qualitative research. The main tools are semi-structured interviews and standardized questionnaire Burnout Measure. There were many kinds of participant – expert on home care, headmistresses of home care facilities, streetworkers and those whose need the home care. The collected data is available in chapter “Interpretation of Results” where you can find and compare the answers of individual participants.

Key words: elderly care, home care, health and social services, health insurance companies, nurses, clients

REFERENČNÍ SEZNAM

Knižní zdroje

1. BASTLOVÁ, H. 1993. *Péče o nemocné*. Bratislava: Příroda, 170 s. ISBN 80-070-0576-5.
2. CABRNOCH, M. 2006. *České zdravotnictví v evropských souvislostech*. Praha: CEVRO, 2006. 64 s. ISBN 808-68-1618-4.
3. CAMBELL, L. 2018. *Professional Psychology: Research and Practice, American: Gues*. ISBN: 978-1-4338-9224-0
4. DUDOVÁ, R. 2015. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství, 199 s. ISBN 978-80-741-9182-4.
5. HALOVÁ, M. 2007. *Nemocný v domácí péči I.: věnováno nemocným odkázaným na pomoc druhých, jejich ošetřovatelům a rodinám*. ZJ, 140 s. ISBN 978-80-239-7316-7.
6. HALOVÁ, M. 2010. *Nemocný v domácí péči II: věnováno nemocným a všem, kteří o ně pečují*. Bouzov: Enterprises, 157 s. ISBN 978-80-904-6110-9.
7. HASTINGS, Diana. 1997. *Domácí sestřička. Péče o nemocné doma*. Praha: Knižní klub, 224 s. ISBN 807-17-6452-3.
8. HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 407 s. ISBN 807-36-7040-2.
9. HOLEKSOVÁ, T. 2002. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí: praktická příručka, jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma*. Praha: Grada, 91 s. ISBN 802-47-0212-6.
10. HOLMEROVÁ, I. 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
11. HONZÁK, R. 2005. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, 180 s. ISBN 807-26-2367-2.
12. HUDÁKOVÁ, A. a L. MAJERNÍKOVÁ. 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu šetřovatelství*. Praha: Grada, 115 s. ISBN 978-80-247-4772-9.

13. *Chci zůstat doma*. 2015. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 49 s. ISBN 978-80-906-3200-4.
14. CHOVANCOVÁ, P. 2012. *Vybrané otázky péče o osobu blízkou*. Olomouc: Caritas, 63 s. ISBN 978-80-8762-300-8.
15. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
16. JANEČKOVÁ, H. 2016. *Podpůrné skupiny pro rodinné pečovatele: jak skupiny založit a jak rozvíjet jejich činnost*. Praha: Česká alzheimerovská, 27 s. ISBN 978-80-865-4146-4.
17. KABELKA, L. 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 315 s. ISBN 978-80-204-4225-3.
18. KALÁBOVÁ, M. 2013. *Rady ošetrovatelské*. Praha: Diakonie ČCE, 75 s. ISBN 978-80-904-7114-6.
19. KALÁBOVÁ, M. 2013. *Rady pro komunikaci*. Praha: Diakonie ČCE, 75 s. ISBN 978-80-904-7116-0.
20. KALÁBOVÁ, M. 2017. *Rady pro komunikaci*. Praha: Diakonie ČCE, 75 s. ISBN 978-80-879-5319-8.
21. KALVACH, Z. 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 134 s. ISBN 978-80-904-5164-3.
22. KALVACH, Z. 2014. *Rady lékařské*. Praha: Diakonie ČCE, 66 s. ISBN 978-80-879-5304-4.
23. KOLÉBALOVÁ, J. a J. POLÁKOVÁ. 2017. *Rady rehabilitační*. Praha: Diakonie ČCE, 107 st. ISBN 978-80-879-5323-5.
24. KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 279 s. ISBN 807-17-8551-2.

25. KURUCOVÁ, R. 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
26. KUTNOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
27. KUTNOHORSKÁ, J. 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
28. *Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. 2008. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 55 s. ISBN 97-880-868-7865-2.
29. LINHARTOVÁ, V. 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
30. MACE, L. a P. RABINS. 2018. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. Praha: Triton, 427 s. ISBN 978-80-755-3583-2.
31. MACH, J. 2003. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. Praha: Orac, 351 s. ISBN 808-61-9950-9.
32. MARKOVÁ, A. 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Cesta domů, 155 s. ISBN 978-80-905-8094-7.
33. MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
34. MESSER, B. 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada Publishing, 136 s. ISBN 978-80-271-0215-0.
35. MESSERE, B. 2013. *Tipps für die ambulante Pflegeplanung*. Schluetersche: Verlagsgesellschaft, 136 s. ISBN 465-1981-4
36. MIŠINOVÁ, M. 2016. *Ošetrovatelstvo v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Brno: Trenčín, 106 s. ISBN 978-80-210-8433-9.

37. MLÝNKOVÁ, J. 2017. *Pečovatelství učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 296 s. ISBN 978-80-271-0132-0.
38. MLÝNKOVÁ, J. 2010. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada, 315 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
39. MÚHLPACHER, P. 2007. *Kvalita života seniorů*. Praha: MSD, 162 s. ISBN 978-80-739-2260-3
40. *Péče o seniory: česko-slovenský časopis sociálních služeb*. Brno: Rescue media. ISSN 257-0503-2.
41. PEŠLOVÁ, R. 2013. *Rady sociálně-právní*. Praha: Diakonie ČCE, 158 s. ISBN 978-80-904-7115-3.
42. PEŠLOVÁ, R. 2016. *Rady sociálně-právní*. Praha: Diakonie ČCE, 157 s. ISBN 978-80-879-5309-9.
43. PLEVOVÁ, I. 2018. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 286 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
44. PLEVOVÁ, I. 2019. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 198 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
45. POCHMANOVÁ, K. 2015. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. Praha: Cesta domů, 45 s. ISBN 978-80-905-8092-3.
46. PROKOPOVÁ, A. 2017. *Jak upravit domov člověka s demencí: příručka pro pečující*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 54 s. ISBN 978-80-865-4162-4.
47. *Quality of life in old age*. 2008. Prague: Ministry of Labour and Social Affairs, 58 s. ISBN 97-880-868-7866-9.
48. REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-2473-006-6.
49. SLÁMOVÁ, R., MARKOVÁ, A. a P. KUBÁČKOVÁ. 2018. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika, 158 s. ISBN 978-80-266-1279-7.

50. SOURALOVÁ, A. 2017. *Péče na prodej: jak se práce z lásky stává placenou službou*. Brno: Masarykova univerzita, 249 s. ISBN 978-80-210-8651-7.
51. STIBOROVÁ, D. a J. FREI. 2018. *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec: Prčice, 66 s. ISBN 978-80-270-3719-3.
52. WIJA, P., BEREŠ, P a J. ŽOFKA. 2019. *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum, 244 s. ISBN 978-80-907662-2-8.
53. *WP3: housing and home care for the elderly and vulnerable people and local partnership strategies in Central European cities*. 2013. Prague: Institute of Sociology AS CR, 200 s. ISBN 978-80-733-0232-0.

Elektronické zdroje

1. Aktuálně. *Ministerstvo zdravotnictví*. [online]. 2020 [cit. 2020-01-30]. Dostupné z: <https://www.aktualne.cz/politika/ministerstvo-zdravotnictvi/3570/>
2. Centre for mental health. *Analysis of suicides by occupation in England 2011-15*. [online]. 2020 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/suicidebyoccupation/england2011to2015>
3. Církev. *Charita ukončuje stávkovou pohotovost*. [online]. 2020 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <https://www.cirkev.cz/cs/aktuality/191107domaci-zdravotni-pecedostane-pro-pristi-rok-o-30-navic-charita-ukoncuje-stavkovou-pohotovost>
4. HONGMEI, Y. *Measuring the Caregiver Burden of Darilyn for Community-Residing People with Alzheimer's Disease*. [online]. 2020 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <http://www.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2014-34726-001&lang=cs&site=ehost-live>
5. CHERRY, M., SALMON, P a P. DICKSON. *Factors influencing the residence of careem of individuals with dementia. Reviews*. [online]. 2020 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6650688/>
6. JEDLÍNKSA, M., HLÚBIK, P a J. LÉVOVÁ. *Psychická zátěž laických rodinných pečujících*. [online]. 2020 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: https://www.profeseonline.upol.cz/artkey/pol-200901-0003_Psychicka_zatez_laickyx_rodinnych_pecujicich.php
7. KANG, H. *Factors Associated with Caregiver Burden in Patients with Alzheimer's Disease*. [online]. 2020 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/262536401_Factors_Associated_with_Caregiver_Burden_in_Patients_with_Alzheimer's_Disease

8. KOHOUTOVÁ, A. *Analýza poptávky po sociálních službách ve vybraném městě*. [online]. 2020 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: https://vskp.vse.cz/25317_analyza_poptavky_po_socialnich_sluzbach_ve_vybrane_m_meste
9. Masarykova univerzita. *Výzkumné metody*. [online]. 2020 [cit. 2020-01-30]. Dostupné z: <http://www.fsps.muni.cz/emuni/data/reader/book-8/04.html>
10. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí*. [online]. 2020 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2018+%281%29.pdf/a060f8db-abcf-6713-e0d1-9da7f606b983
11. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Metodické opatření domácí péče*. [online]. 2020 [cit.2020-01-30]. Dostupné z: https://www.dsepurkynove.cz/pruvodce/metodicke_opatreni_domaci_pece.docx
12. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Metodický pokyn k aplikaci zákona č. 108/2006 Sb.* [online]. 2020 [cit. 2020-01-30]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/metodicky-pokyn-k-aplikaci-zakona-c108/2006-sb-_1613_3.html
13. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Nabídka pojišťoven znamená další výrazné navýšení úhrad*. [online]. 2020 [cit. 2020-01-30]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/domaci-pece-je-mimoradne-dulezitanabidka-pojistoven-znamena-dalsi-vyrazne-navy_17535_3693_1.html
14. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Pracovní skupina pro koncepční řešení poskytování domácí péče v ČR*. [online]. 2020 [cit. 2020-01-30]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/pracovni-skupina-pro-koncepcni-reseni-poskytovani-domaci-pece-v-cr_16364_3074_3.html

15. Ministerstvo zdravotnictví. *Reakce Ministerstva zdravotnictví na otevřený dopis poskytovatelů domácí péče.* [online]. 2020 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/reakce-ministerstva-zdravotnictvi-na-otevreny-dopis-poskytovatelu-domaci-pece_17307_3684_1.html
16. Profese online. *Výzkumy subjektivní kvality života Squala standardizovaným dotazníkem.* [online]. 2020 [cit. 2020-01-30]. Dostupné z: https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201401-001_
17. Sociální politika a výzkum. *Agentury domácí péče trápí hlavně nedostatky sester a omezení úhrad.* [online]. 2020 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2018/02/agentury-domaci-pece-trapi-hlavne-nedostatek-sester-omezeni-uhrad/>
18. Státní zdravotní ústav. *Koncepce národní surveillance infekcí spojených se zdravotní péčí v České republice.* [online]. 2020 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/Zpravy_EM/22_2013/04_duben/132_Koncepce_HAI.pdf
19. STRNAD, J. *Podávání léků v zařízeních sociální péče.* [online]. 2020 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/aktuality/stahnete-si-novy-dokument/podavani-leku-v-zarizenich-socialni-pece/>

SEZNAM ZKRATEK

Home Care	Domácí zdravotní péče
ČR	Česká republika
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
CNS	Centrální nervová soustava
Popř.	Popřípadě
Např.	Například
Tj.	To je
Tzv.	Takzvaně
SZO	Světová zdravotnická organizace
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
BM	Burnout Measure (Syndrom vyhoření)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Skupina respondentů č. 1	40
Tabulka 2 – Skupina respondentů č. 2.....	40
Tabulka 3 – Skupina respondentů č. 3.....	41
Tabulka 4 – Skupina respondentů č. 4.....	42
Tabulka 5 – Burnout Measure pečujících osob	68
Tabulka 6 – Burnout Measure terénních pracovníků na základě délky praxe.....	69
Tabulka 7 – Burnout Measure rodinných příslušníků na základě délky poskytování domácí péče	70

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Otázky z polostrukturovaného rozhovoru

Příloha 2. Standardizovaný dotazník Burnout Measure

Příloha 3. Klíč k vyhodnocení dotazníku Burnout Measure

Příloha 4. Informovaný souhlas pro výzkum

Příloha 1. Otázky z polostrukturovaného rozhovoru

A) Rozhovor s ředitelkami

ROZSAH A PRŮBĚH DOMÁCÍ PÉČE

1. Jaký rozsah péče (z hlediska času, náročnosti, oslovení externích pracovníků, terapeutů, psychologů) vaše agentura nabízí?
2. Jaký typ onemocnění je u vašich klientů/uživatelů nejvíce zastoupený?
3. Jaké je spektrum vašich klientů/uživatelů s nejvyšším zastoupeným typem onemocnění?
4. O které vámi nabízené služby je vyvolán největší zájem?
5. Má agentura právo odmítnout klienta/uživatele v poskytování služeb? Pokud ano, kdy?
6. Jak se řeší předčasné ukončení péče? Musí být informovaný praktický lékař?
7. Které ze standardů kvality služeb považujete za nejdůležitější?

VÝHODY A NEVÝHODY DOMÁCÍ PÉČE

1. Jaké výhody, popřípadě nevýhody vidíte v rámci poskytování domácí péče?
2. Myslíte si, že je domácí péče podhodnocena? Proč?
3. Zaznamenala jste nějaký nový trend v oblasti poskytování služeb v domácím prostředí?
4. Myslíte si, že by mělo dojít k rozšíření domácí péče v ČR? Je aktuálně dostačující?

VZÁJEMNÁ SPOLUPRÁCE PŘI DOMÁCÍ PÉČI

1. Daří se vašim pracovníkům přispět i mimo jiné ke zlepšení psychického stavu či sociálního kontaktu, popřípadě začlenění pacienta?
2. Myslíte si, že je role rodiny v poskytování péče nezastupitelná?
3. Jak hodnotíte spolupráci rodinných příslušníků z hlediska faktické, kooperující, emocionální a jiné složky?

PÉČE O SEBE

1. Na základě, jakých aspektů vybíráte pracovníky do vaší agentury/instituce?
Vybíráte je podle nějaké míry empatie?
2. Jak probíhá financování domácí péče?
3. Hrozí zde riziko, že by vaši terénní pracovníci mohli odejít z této funkce například do jiných zařízení?
4. Jaké plány má vaše agentura do budoucna (např. zesílení služeb, přání...)?

Délka funkce ředitele:	
------------------------	--

B) Rozhovor s všeobecnými sestrami a pečovatelkami

ROZSAH A PRŮBĚH DOMÁCÍ PÉČE

1. Jaké je spektrum vašich klientů? S jakým onemocněním se v terénu setkáváte nejčastěji?
2. Jaké bývají nejčastější výkony ve zdravotních službách v domácnostech?
3. Jaké úkony provádíte při péči o pacienta? Popřípadě, jaké je jejich procentuální zastoupení?
4. Je náročné dojíždět k pacientům do domácího prostředí? Za kolika klienty denně jezdíte?

VÝHODY A NEVÝHODY DOMÁCÍ PÉČE

1. Jaké výhody, popřípadě nevýhody vidíte v rámci poskytování domácí péče?
2. Myslíte si, že je domácí péče podhodnocena? Proč?
3. Zaznamenala jste nějaký nový trend v oblasti poskytování služeb v domácím prostředí?
4. Myslíte si, že by mělo dojít k rozšíření domácí péče v ČR? Proč?

VZÁJEMNÁ SPOLUPRÁCE PŘI DOMÁCÍ PÉČI

1. Daří se vám přispět i mimo jiné ke zlepšení psychického stavu či sociálního kontaktu, popřípadě začlenění pacienta?
2. Jaká je spolupráce s rodinnými příslušníky z hlediska faktické, kooperující či emocionální složky? Cítíte vděčnost?
3. Myslíte si, že je role/pomoc rodiny v poskytování péče nezastupitelná?
4. Do jakých činností lze zapojit rodinu při péči o jejich blízkého?

PÉČE O SEBE

1. Pečujete o sebe stejně tak dobře jako o své klienty/uživatele?
2. Přemýšlela jste někdy o odchodu z této funkce?
3. Pocítila jste někdy duševní vyčerpání? Jak se konkrétně bráníte syndromu vyhoření?
4. U koho vyhledáváte psychickou podporu?

Věk:	
Studium:	
Délka praxe:	
Celkový počet klientů/uživatelů:	

C) Rozhovor s klienty/uživateli

ROZSAH A PRŮBĚH PÉČE

1. Jaké služby nejčastěji využíváte v rámci domácí péče?
2. Jak hodnotíte možnosti a služby při poskytování domácí péče? Vyjádřete se prosím i známkou.
3. Jak dlouho využíváte služby v domácím prostředí?
4. Máte nějaké individuální přání či potřeby v domácí péči?

VÝHODY A NEVÝHODY DOMÁCÍ PÉČE

1. Jaké výhody, popřípadě nevýhody, vidíte v rámci poskytování domácí péče?
2. Jak pohlížíte na pracovníky v terénních službách?
3. Myslíte si, že je domácí péče podhodnocena? Proč?
4. Myslíte si, že by mělo dojít k rozšíření domácí péče v ČR? Proč?

VZÁJEMNÁ SPOLUPRÁCE PŘI DOMÁCÍ PÉČI

1. Je pro vás důležitější pomoc rodiny nebo odborný personál domácí péče?
2. Působí na vaše zdraví pozitivně péče od pracovníků agentur/institucí?
3. Do jakých činností se zapojuje vaše rodina při péči?
4. Jak funguje komunikace mezi zaměstnancem a rodinným příslušníkem během realizace domácí péče?

PÉČE O SEBE

1. Co považujete v životě za nejdůležitější?
2. Našli jste si v domácím prostředí nějaké zájmové činnosti?
3. Máte zkušenosti i s jinými službami zdravotního nebo sociálního charakteru?
4. Co vám do života přinesla domácí péče? Pojmenujte, prosím, jednoslovným vyjádřením.

Délka využívání služeb v domácím prostředí:	
---	--

D) Rozhovor s rodinnými příslušníky

ROZSAH A PRŮBĚH DOMÁCÍ PÉČE

1. S čím vám odborná pomoc nejvíce pomáhá při péči o vašeho blízkého?
2. Cítíte nějaké individuální potřeby v rámci domácí péče?
3. Jak hodnotíte možnosti a služby při poskytování domácí péče? Vyjádřete se, prosím, i známkou.

VÝHODY A NEVÝHODY DOMÁCÍ PÉČE

1. Jaké výhody, popřípadě nevýhody, vidíte v rámci poskytování domácí péče?
2. Jak pohlížíte na pracovníky v terénních službách?
3. Myslíte si, že je domácí péče podhodnocena? Proč?
4. Myslíte si, že by mělo dojít k rozšíření domácí péče v ČR? Proč?

VZÁJEMNÁ SPOLUPRÁCE PŘI DOMÁCÍ PÉČI

1. Myslíte si, že je důležitý odhodlaný přístup rodiny při pomoci o jejich blízkého?
2. Daří se vám přispět ke zlepšení psychického stavu vašeho blízkého?
3. Do jakých činností se zapojujete při péči o svého blízkého?
4. Jak často býváte v kontaktu se zaměstnanci těchto služeb?

PÉČE O SEBE

1. Pečujete o sebe stejně tak dobře jako o své blízké?
2. Pocítil/a jste někdy duševní vyčerpání?
3. Máte zkušenosti s odlehčovací službou?
4. Co vám do života přinesla domácí péče? Pojmenujte, prosím, jednoslovným vyjádřením.

Pohlaví:	
Příbuzenský vztah s klientem/uživatelé:	

Příloha 2. Standardizovaný dotazník Burnout Measure

„Jak často máte následující pocity a zkušenosti? Odpovědi bodujte podle následujícího odstupňování a svou odpověď za každou otázkou zakroužkujte.

Použijte, prosím, tohoto odstupňování:

1 nikdy	5 často
2 jednou za čas	6 obvykle
3 zřídka kdy	7 vždy
4 někdy	

1. Jsem unavený. (1 2 3 4 5 6 7)
2. Jsem v depresi (tísni). (1 2 3 4 5 6 7)
3. Prožívám krásný den. (1 2 3 4 5 6 7)
4. Jsem tělesně vyčerpaný. (1 2 3 4 5 6 7)
5. Jsem citově vyčerpaný. (1 2 3 4 5 6 7)
6. Jsem šťastný. (1 2 3 4 5 6 7)
7. Cítím se vyřízeně (zničený). (1 2 3 4 5 6 7)
8. Nemohu se vzchopit a pokračovat dále. (1 2 3 4 5 6 7)
9. Jsem nešťastný. (1 2 3 4 5 6 7)
10. Cítím se utahaný. (1 2 3 4 5 6 7)
11. Cítím se jako uvězněn v pasti. (1 2 3 4 5 6 7)
12. Cítím se jako bych byl nula (bezcestný). (1 2 3 4 5 6 7)
13. Cítím se utrápený. (1 2 3 4 5 6 7)
14. Tíží mne starosti. (1 2 3 4 5 6 7)
15. Cítím se být zklamán a rozčarován. (1 2 3 4 5 6 7)
16. Jsem slabý a na nejlepší cestě k onemocnění. (1 2 3 4 5 6 7)
17. Cítím se beznadějně. (1 2 3 4 5 6 7)
18. Cítím se odmítnutý a odstrčený. (1 2 3 4 5 6 7)
19. Cítím se plný optimismu. (1 2 3 4 5 6 7)
20. Cítím se plný energie. (1 2 3 4 5 6 7)
21. Jsem plný úzkosti a obav. (1 2 3 4 5 6 7)

Příloha 3. Klíč k vyhodnocení dotazníku Burnout Measure

Sečteme hodnoty u otázek 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21 = A.

Sečteme otázky 3, 6, 19, 20 = B.

Odečteme B od čísla 32 ($32 - B = C$).

Sečteme $A + C = D$.

Písmeno D vydělíme číslem 21 a vyjde nám míra vyhoření.

Výsledek skoré srovnej s následující tabulkou.

Výsledné hodnoty	Charakteristika výsledku z hlediska syndromu vyhoření / psychologie zdraví
<i>Méně než 2</i>	<i>Velmi dobré / syndrom vyhoření není přítomen</i>
<i>2,0 až 2,9</i>	<i>Uspokojivé/ uspokojivý výsledek</i>
<i>3,0 až 3,9</i>	<i>Varující (stav vyžadující přehodnocení životního stylu a žebříček hodnot) / nutnost zamyslet se nad životem, prací a přehodnotit žebříček hodnot</i>
<i>4,0 až 4,9</i>	<i>Stav vyhořívání / prokázaný syndrom vyhoření, doporučeno vyhledat adekvátní pomoc</i>
<i>5 a více</i>	<i>Stav vyhoření, havarijní vyhoření / akutní stav vyhoření, nutná bezodkladná pomoc odborníka“¹³</i>

Dotazník je chráněn Copyrightem Ayla Pines and Elliot Aronson.

¹³ CHOVANCOVÁ, P. *Vybrané otázky péče o osobu blízkou*. Olomouc: Caritas, 2012. 63 s. ISBN 978-80-8762-300-8.

Příloha 4. Informovaný souhlas pro výzkum

Já, níže podepsaný pan/paní, souhlasím se svou účastí ve výzkumném šetření studentky Bc. Renaty Pavlíčkové, realizovaném na základě jejího magisterského studia oboru Učitelství výchovy ke zdraví a přírodopisu pro 2. stupeň na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Tímto potvrzuji, že rozumím následujícím informacím a souhlasím s využitím mnou poskytnutých údajů ke zpracování v diplomové práci s názvem „Historie a současnost Home Care v České republice“.

Potvrzuji a souhlasím s vyplněním anonymního dotazníku. Beru na vědomí, že se jedná o výzkumnou činnost a moje účast ve výzkumném šetření je dobrovolná. Souhlasím s tím, že mnou uvedené údaje budou využity k anonymnímu zpracování dat s ohledem na zachování důvěrnosti podle zákona č. 101/2000 Sb., Zákon o ochraně osobních údajů.

V Olomouci dne:

.....

Jméno a podpis účastníka

.....

Bc. Renata Pavlíčková
(studentka PdF UP v Olomouci)

.....

PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
(vedoucí diplomové práce)

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Renata Pavlíčková
Katedra:	Antropologie a zdravotní péče
Vedoucí práce:	PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název práce:	Historie a současnost Home Care v České republice
Název v angličtině:	History and present of Home Care in the Czech republic
Anotace práce:	Diplomová práce s názvem Historie a současnost Home Care v České republice je zaměřena na problematiku domácí zdravotní péče vykonávanou všeobecnými sestrami v domácím prostředí klienta. Jedná se o péči nejen akutní, ale i preventivní, dlouhodobou nebo hospicovou. Práce se současně zabývá i vývojem Home Care v České republice. Z hlediska kvality služeb se doporučuje poskytovat nepřetržitou péči dostupnou 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Cílem práce je zjistit vnímání domácí péče vzhledem k aktuálně prožívanému duševnímu zdraví z pohledu pečujících a klienta. Potřebná data jsou získána na základě výzkumného šetření formou polostrukturovaného rozhovoru a standardizovaného dotazníku Burnout Measure pro účastníky domácí péče zdravotního a sociálního systému.
Klíčové slova:	Péče o seniory, domácí zdravotní péče, zdravotně-sociální služby, zdravotní pojišťovny, všeobecné sestry, klienti
Anotace v angličtině:	My final thesis "History and present of Home Care in the Czech Republic" focuses on the home care done by nurses at client's home. The topic includes preventive as well as urgent and long-term care and hospice too. My thesis is also interested in the history of Home Care in the Czech Republic.

	<p>It is suggested that this kind of care is available for the client 24 hours per day and seven days in a week. The aim of the thesis is to find out the psychological affect of home care on those who care and clients. The data is collected by the semi-structured interview and standardized questionnaire Burnout Measure for participants of home care.</p>
<p>Klíčové slova v angličtině:</p>	<p>Key words: elderly care, home care, health and social services, health insurance companies, nurses, clients</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Příloha 1. Otázky z polostrukturovaného rozhovoru Příloha 2. Standardizovaný dotazník Burnout Measure Příloha 3. Klíč k vyhodnocení dotazníku Burnout Measure Příloha 4. Informovaný souhlas pro výzkum</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>94 stran</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>český</p>