



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Domácí zdravotní péče jako benefit pro pacienta**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Karolína Švecová

**Vedoucí práce:** Mgr. Kateřina Nováková

České Budějovice 2024

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Domácí zdravotní péče jako benefit pro pacienta“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5.8. 2024

Podpis

### **Poděkování**

Ráda bych vyjádřila své poděkování Mgr. Kateřině Novákové za její odborné vedení mé bakalářské práce. Oceňuji její cenné rady, čas a ochotu, které mi poskytovala po celou dobu zpracovávání této práce. Mé upřímné poděkování patří také všem účastníkům, kteří ochotně přispěli k výzkumu této práce.

# **Domácí zdravotní péče jako benefit pro pacienta**

## **Abstrakt**

Bakalářská práce zkoumá, jaké benefity pro pacienty přináší domácí péče. Práce má dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část zahrnuje problematiku domácí péče, její definici a kvalitu domácí péče. Praktická část práce zahrnuje analýzu a vyhodnocení výsledků získaných prostřednictvím výzkumného šetření.

V bakalářské práci byly stanoveny tři cíle, zjistit jaké benefity pro pacienty přináší domácí péče, zjistit, jaké jsou možnosti pro zkvalitnění domácí péče a zmapovat výhody při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta v domácím prostředí pacienta. Následně byla výzkumná část rozdělena do 3 kategorií, první dvě kategorie byly zaměřeny na sestry domácí péče a třetí na pacienty domácí péče. Pro sběr dat byla využita forma polostrukturovaného rozhovoru. Pro sestry bylo použito 9 otázek a pro pacienty 13 otázek.

Celkově lze konstatovat, že domácí péče má pro pacienty významné výhody a přínosy, avšak existují oblasti, kde je třeba provést zlepšení. Zajistit lepší podmínky pro domácí péči, včetně zlepšení kvalifikace personálu, financování a vybavení, a řešení problémů spojených s prostředím pacientů a spoluprací s lékaři, je zásadní pro maximalizaci přínosů této péče. Zároveň je nutné zvyšovat informovanost pacientů o jejich právech a možnostech, aby mohli plně využívat dostupné služby.

Tyto výsledky mohou být užitečné nejen pro zdravotnický personál, ale i pro širokou veřejnost, a mohou přispět k lepšímu pochopení a zvýšení povědomí o otázkách domácí péče.

## **Klíčová slova**

Domácí zdravotní péče, agentura, pacienti, zdraví, benefity, rozhovor



# **Home care as a benefit for the patient**

## **Abstract**

The bachelor thesis examines the benefits of home care for patients. The thesis has two parts, theoretical and practical. The theoretical part covers the issue of home care, its definition and the quality of home care. The practical part of the thesis includes the analysis and evaluation of the results obtained through the research investigation.

Three objectives were set in the bachelor thesis, to find out what benefits home care brings to patients, to find out what are the possibilities for improving the quality of home care and to map the benefits in providing nursing care in the patient's home environment. Subsequently, the research section was divided into 3 categories, the first two categories focused on home care nurses and the third on home care patients. A semi-structured interview format was used for data collection. Nine questions were used for nurses and 13 questions were used for patients.

Overall, it can be concluded that home care has significant advantages and benefits for patients, but there are areas where improvements need to be made. Providing better conditions for home care, including improving staff qualifications, funding and equipment, and addressing issues related to the patient environment and collaboration with physicians, is essential to maximizing the benefits of home care. At the same time, it is necessary to raise patients' awareness of their rights and options so that they can make full use of the services available.

These results can be useful not only for health professionals but also for the general public, and can contribute to a better understanding and increased awareness of home care issues.

## **Key words**

Home health care, agency, patients, health, benefits, interview

## Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Historie domácí péče .....	9
1.2 Domácí péče .....	10
1.2.1 Definice domácí péče.....	11
1.2.2 Komplexní domácí péče .....	13
1.2.2.1 Laická péče .....	14
1.2.2.2 Sociální péče .....	15
1.2.3 Formy domácí péče.....	18
1.2.3.1 Domácí hospitalizace .....	18
1.2.3.2 Dlouhodobá domácí péče.....	19
1.2.3.3 Domácí hospicová péče .....	20
1.2.3.4 Preventivní domácí péče.....	22
1.2.3.5 Jednorázová domácí péče .....	22
1.2.4 Poskytovatelé domácí péče.....	22
1.2.5 Role sestry v domácí péči .....	23
1.2.6 Financování domácí péče.....	25
1.2.7 Indikace domácí péče.....	26
1.2.8 Kvalita poskytované péče .....	27
1.2.9 Cíle domácí péče.....	29
2 Cíl práce a výzkumné otázky .....	30
2.1 Cíl práce.....	30
2.2 Výzkumné otázky .....	30
3 Metodika .....	31
3.1 Použitá metoda.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku a sběru dat.....	31
4 Výsledky .....	32
4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami DP.....	32
4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty DP .....	39
5 Diskuze .....	47
6 Závěr .....	53
7 Seznam literatury .....	55

8	Seznam příloh .....	62
9	Seznam zkratek .....	65

## Úvod

Domácí zdravotní péče je pro širokou veřejnost neznámý pojem a ráda bych je uvedla do dané problematiky. V domácí péči poskytuje služby především všeobecná sestra v úzké spolupráci s praktickým lékařem. Domácí péče se vztahuje ale i k jiným odborníkům, protože v domácí péči se klade důraz na multidisciplinaritu. Sestra si svůj čas musí smysluplně rozdělit do úseků, aby věnovala všem pacientům dostatečnou a kvalitní péči. Práce v této profesi není pro každého, sestra musí být empatická, vzdělaná, samostatná, flexibilní a odpovědná. Nedílnou součástí je také psychická a fyzická odolnost, jelikož se sestra dostává do nejrůznějších prostředí pacientů, které nejsou vždy vhodné. Domácí péče může být poskytnuta pacientům jakéhokoliv věku se širokým spektrem diagnóz. Cílem domácí péče je návrat k jejich běžnému životu, který vedli pacienti před proděláním jejich nemoci, snížení nákladů na hospitalizaci, zlepšení kvality života či vytvořit ideální sociální prostředí pro pacienta.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala na základě svých praxí v agentuře domácí péče. Tyto praxe pro mě byly velice přínosnou zkušeností a odlišovaly se od praxí, na které jsem byla zvyklá ze střední školy, či vysoké školy. Jelikož i já jsem o této formě péče měla málo informací, dokážu si představit, jak málo o tom musí vědět veřejnost. Ráda bych touto bakalářskou prací poskytla informace o tom, co je obsahem domácí péče, komu může být poskytnuta. Dále jaké může mít pro pacienta výhody tato péče a kdy mu může být poskytnuta.

# 1 Současný stav

## 1.1 Historie domácí péče

První zmínky o domácí péči pocházejí z počátku 12. století od řeholních řádů, přičemž výraznější rozvoj ošetřovatelství nastal ve 13. století. Od 15. století se o návštěvní opatrovnictví staraly diakonky, které byly speciálně školeny pro tuto práci. Významný posun nastal ve druhé polovině 19. století, kdy se zdůraznila potřeba odborně připravených žen pro péči o zraněné a nemocné (Kučírek, 2017). Za vlády Marie Terezie došlo ke zlepšení péče o poddané, přičemž se začaly projevovat charitativní i odborné aspekty ošetřovatelství i v domácí péči. V období národního obrození podpořily Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská myšlenku poskytování sociální a odborné péče všem lidem. V roce 1874 byla založena první ošetřovatelská škola v Praze (Mundilová, 2015). Mezi uznávané obory patřila například "Výchova sester pro oblast ošetřovatelské a zdravotní péče v domácnostech". Po roce 1948 byly řeholní sestry z oblasti zdravotnictví odsunuty a civilní sestry se přesunuly z obcí do nemocnic a institucí. Organizaci ošetřovatelské a zdravotní péče v domácnostech následně převzal Ústav národního zdraví. Od roku 1952 převzal stát odpovědnost za poskytování domácí péče (Kučírek, 2017).

Po sametové revoluci se katolická církev okamžitě zapojila do pomoci potřebným, což bylo vždy její přirozené poslání. Jedním z problémů bylo, že mnoho starších lidí zbytečně zůstávalo v ústavech a nemocnicích, nebo byli doma bez zajištění základních potřeb. V roce 1990 začaly vznikat první domácí péče pod záštitou charity na dobrovolné bázi, které se postupně transformovaly do profesionálních služeb. Po roce 1991 zahájilo ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Českou katolickou charitou dvouletý experiment zaměřený na pomoc umírajícím pacientům až do konce jejich života (Myslilová, 2019).

V roce 1993 došlo v České republice k významnému pokroku v oblasti domácí zdravotní péče založením Asociace domácí péče České republiky. Tato nevládní profesní organizace působí na celostátní úrovni, sdružuje poskytovatele agentur domácí zdravotní péče a hájí jejich zájmy. Koordinuje celý sektor, zastupuje agentury při jednáních s ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnami a podílí se na tvorbě právních předpisů. Jejím cílem je hájit práva pacientů na zdravotní péči v jejich přirozeném prostředí a zajistit jim příznivé životní podmínky. Jejich prioritou je také účast na tvorbě zákonů a opatření, která ovlivňují poskytování zdravotní péče. Usilují o pokračující spolupráci s ministerstvem zdravotnictví, zdravotními pojišťovnami a dalšími subjekty

při tvorbě předpisů ovlivňujících kvalitu domácí zdravotní péče. (Public Economics and Administration, 2021).

## ***1.2 Domácí péče***

Mnozí lidé chtějí s postupujícím věkem dosáhnout stejných cílů: zůstat v domácím prostředí, zachovat si nezávislost co nejdéle a případně se obrátit na pomoc rodiny či přátel. Tento způsob života se nazývá „stárnutí na místě“. Avšak mnoho starších lidí a jejich rodin má obavy ohledně bezpečnosti, mobility a zvládnání běžných denních aktivit. Život v domácím prostředí ve stáří vyžaduje pečlivé plánování a uvážení. Domácí péče, dále jen DP, zahrnuje různé zdravotní, osobní a další podpůrné služby, které umožňují lidem zůstat doma a žít co nejvíce nezávisle. Tyto služby mohou být krátkodobé, například pro jednotlivce zotavující se po operaci, nebo dlouhodobé pro ty, kteří potřebují trvalou podporu (Services for older adults living at home, © 2023) Výzkumy naznačují, že senioři žijící v rodinném prostředí jsou spokojenější a zdravější a zůstávají déle nezávislí (Dvořáčková a Hrozenská, 2013).

Domácí zdravotní péče je odborná zdravotní péče poskytovaná pacientovi v jeho domácím prostředí a navazuje na péči nemocniční (Koncepce domácí péče, 2020). Domácí péči může navrhnout podle zákona 371/2011 Sb., Zákon, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost, a to po dobu nejdéle 3 měsíců, ale může ji doporučit opakovaně, a to po dobu maximálně 14 dnů. Pokud se jedná o paliativní péči, ošetrující lékař může doporučit léčbu na dobu 3 měsíců a následně doporučení zopakovat (Zákony pro lidi, 2024). Domácí péče se dá dělit na domácí zdravotní péči a domácí sociální péči. Rozdíl mezi těmito dvěma formami domácí péče je takový, že zdravotní péče je hrazena ze zdravotního pojištění, zatímco sociální péče je hrazena z příspěvku na sociální péči. Dalším rozdílem je i poskytování služeb, zatímco domácí zdravotní péči poskytuje kvalifikovaný pracovník poté, co péči zkonzultuje s lékařem, sociální péče probíhá po vyšetření potřeb klienta. Pracovník sociálních služeb pak klientovi pomáhá při denních všedních činnostech, například při osobní hygieně, zajištění stravy, praní a žehlení prádla, úklid či nákup (Public Economics and Administration, 2021).

V České republice je v posledních letech podporována deinstitucionalizace, neboli přesunutí péče o seniory z pobytových institucí do domácího přirozeného prostředí.

Odborníci z různých oblastí a politici se shodují, že péče v domácím prostředí je lepší než institucionální péče. Umožňuje seniorům zůstat součástí svých přirozených skupin a komunit, pokračovat v původním způsobu života, i když s určitými omezeními kvůli jejich nesoběstačnosti, udržovat rodinné vztahy a posilovat mezigenerační solidaritu, například tím, že vnuci a pravnuci žijí v blízkosti svých prarodičů. Domácí péče je výhodná, protože se vždy přizpůsobuje flexibilně potřebám nesoběstačných osob, na rozdíl od standardizované ústavní péče (Dudová, 2015).

„Domácí péče je zaměřená na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob majících společné sociální prostředí, na rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a na zajištění klidného umírání a důstojné smrti.“ (Koncepte domácí péče, 2020). Přirozené domácí prostředí napomáhá pacientům vyrovnat se se zhoršujícím zdravotním stavem, udržuje pacienty v přítomnosti a navozuje u nich pocit bezpečí, jistoty a pohody. Naopak cizí prostředí v nich vzbuzuje stres a úzkost (Dostálová et al., 2022). Je součástí nepřetržité zdravotní péče, která poskytuje zdravotní služby jednotlivcům a rodinám přímo v jejich domovech a komunitách. Cílem je podpora, udržení nebo obnovení zdraví, případně dosažení co největší možné nezávislosti, a minimalizace důsledků postižení a nemocí, včetně terminálních stavů. Je poskytována pacientům všech věkových kategorií bez ohledu na věk, rasu, pohlaví, náboženské či politické názory, a to v jejich přirozeném prostředí, jako je domov, zařízení pro seniory, pečovatelské domy nebo denní stacionáře (Kurucová, 2021).

Sestra k pacientovi přistupuje individuálně a snaží se navrhnout takový postup, který bude pro pacienta optimální a bude vyhovovat jeho požadavkům a cílům. Tím ho přiměje ke spolupráci, která má pozitivní důsledky na jeho zdravotní stav. Domácí péče zahrnuje ošetrovatelskou, paliativní a rehabilitační péči. Spolupracuje i s ostatními spolupracovníky multidisciplinárního týmu. Celková péče zahrnuje i psychosociální prvky komunikace, obzvláště u pacientů, kteří se léčí dlouhodobě (Koncepte domácí péče, 2020).

### ***1.2.1 Definice domácí péče***

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje domácí péči jako jakoukoliv formu péče poskytovanou lidem v jejich domovech (Koncepte domácí péče, 2020).

Domácí péči lze vyjádřit jako nelékařskou zdravotní péči, ošetrovatelskou a rehabilitační, která je poskytována pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí v návaznosti na

doporučení praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost či při propouštění z nemocnice od ošetřujícího lékaře příslušného oddělení (Kalvach, 2019). Dále DP může navrhnout podle zákona 371/2011 Sb., Zákon, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, lékař poskytující ambulantní péči, který pojištěnce ošetřoval, lékař poskytující pohotovostní službu, lékař poskytující zdravotní službu na urgentním příjmu nebo ošetřující lékař lůžkové péče, kteří pojištěnce ošetřovali (Zákony pro lidi, 2024). DP má synonyma jako domácí zdravotní péče, domácí komplexní péče či anglický název home care. Nevhodným pojmenováním je domácí ošetrovatelská péče (Kalvach, 2019).

Dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování je domácí péče ošetrovatelskou péčí, rehabilitační péčí nebo paliativní péčí ve vlastním sociálním prostředí. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů popisuje domácí péči jako zvláštní ambulantní péči pro pacienty s akutním nebo chronickým onemocněním, dále pro pacienty s tělesným, mentálním nebo smyslovým postižením a závislým na cizí pomoci a paliativní péči, poskytovanou pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí.

Domácí péče, jak již bylo zmíněno, poskytuje rehabilitační, ošetrovatelskou či paliativní péči ve vlastním sociálním prostředí klienta. Aby byla péče úspěšná, je potřeba spolupracovat s dalšími lékařskými a nelékařskými pracovníky, laiky a rodinnými příslušníky, ti se podílejí především na poskytování sociální péče. Péče poskytovaná v pacientově sociálním prostředí je vhodná při dlouhodobé péči, při paliativní péči či při rekonvalescenci. Má za úkol pomoci pacientovi v sebeobsluze a sebeděči a docílit tak běžného fungování jako před proděláním nemoci. Péče je postavená tak, aby vyhovovala individuálním potřebám nemocného v péči o somatické a duševní zdraví (Koncepce domácí péče, 2020). Starší lidé mohou také potřebovat asistenci s osobní péčí, což zahrnuje každodenní činnosti známé jako "činnosti každodenního života". Mezi ně patří například koupání, oblékání, hygiena, používání toalety, jídlo a pohyb, jako je vstávání z postele nebo přechod na židli. Při poskytování podpory v osobní péči může být každodenně na krátkou dobu zapojen rodinný příslušník, přítel nebo odborně vyškolený asistent. (Services for older adults living at home, © 2023). Domácí péče není poskytována pouze lidem staršího věku, nýbrž všem věkovým kategoriím, dětem, lidem



v produktivním věku a seniorům, s různými diagnózami. Pojem vlastní sociální prostředí zahrnuje nejen domácí prostředí, kde pacient obývá, ale i nahrazující domácí prostředí. Do této kategorie spadá zařízení sociálních služeb, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, školy v době vzdělávání při poskytování školských služeb, školská zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo školská zařízení pro preventivně – výchovnou péči či jiná obdobná zařízení, věznice pro výkon vazby a výkon trestu odnětí svobody, ústavy pro výkon zabezpečení detence, zařízení pro zajištění cizinců a azylové zařízení (Koncepce domácí péče, 2020).

Do domácí péče patří i takzvaná Mobilní specializovaná paliativní péče, kterou poskytuje multidisciplinární tým – lékaři, všeobecné sestry, psychosociální a spirituální pracovníci. Péči navrhuje lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína (Koncepce domácí péče, 2020).

### ***1.2.2 Komplexní domácí péče***

Tato péče musí být poskytována v souladu s lidskými právy, zákonnými a etickými normami. Zvláštní pozornost je věnována péči o děti a klienty v terminálním stadiu. Komplexní domácí péče představuje integrovaný přístup, který je součástí primární péče. Její filozofie spočívá v pevném propojení a interakci člověka s jeho sociálním prostředím, přičemž klade důraz na individuální vnímání kvality života každého jedince (Mundilová, 2015). Je to komplexní služba poskytovaná jednotlivému pacientovi v jeho vlastním sociálním prostředí s podporou komunity, která je humánní, kvalitní, efektivní, ekonomicky dostupná a respektuje lidská práva. Zahrnuje léčebně-preventivní, ošetrovatelskou, rehabilitační, psychoterapeutickou a sociální péči, včetně laické pomoci (Machačková, 2013).

Sestra pracující v domácí péči musí mít platné osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Kromě toho by měla disponovat určitými osobnostními vlastnostmi a být schopná samostatně se orientovat a rozhodovat (Hettnerová, 2012). V České republice může poskytovat ošetrovatelskou péči v DP všeobecná sestra, která má střední vzdělání s maturitní zkouškou, ale studium započala nejpozději ve školním roce 2003/2004, dále sestra, dětská sestra, sestra na psychiatrii, sestra pro intenzivní péči nebo porodní asistentka, a to pokud započala ve školním roce 1996/1997. Další sestrou poskytující DP je sestra s vyšším odborným vzděláním, která např. studovala 3 roky v oboru diplomovaná všeobecná sestra nebo minimálně jeden rok studia v oboru

diplomovaná sestra, dále například diplomovaná dětská sestra, která zahájila studium, ve školním roce 2003/2004. Mezi další sestry, které mohou poskytovat DP patří sestra s vysokoškolským vzděláním, stupeň bakalář v oboru všeobecné sestry a vysokoškolské vzdělání magisterský stupeň, např. obor péče o nemocné, pedagogika (Přehled oborů a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, 2024). Dle věstníku č. 12/2019 Domácí a hospicové péče, pro získání specializované způsobilosti v oboru Domácí péče a hospicová péče musí sestra úspěšně absolvovat specializační vzdělávání a složit atestační zkoušku. Tato zkouška zahrnuje nejen osvojení teoretických znalostí a praktických dovedností, ale také rozvoj schopností týmové spolupráce a samostatného rozhodování.

### ***1.2.2.1 Laická péče***

Na poskytování domácí péče se mohou zapojit i neprofesionálové, například rodinní příslušníci, blízké osoby pacienta nebo dobrovolníci. Dobrovolníkem může být jakákoli fyzická osoba starší 15 let (Mundilová, 2015). Skupiny obyvatelstva, které často využívají laickou péči, zahrnují hlavně seniory, osoby s chronickými nemocemi, omezenou pohyblivostí, zdravotním postižením či poruchami imunity a podobně. V rámci této péče se obvykle vykonávají činnosti, jako jsou nákupy, vyzvedávání léků, zajišťování stravy, úklid domácnosti nebo zabezpečení paliva (Kovaříková, 2021).

Neformální péče má významný ekonomický i společenský přínos. Výrazně podporuje rodinnou soudržnost a mezigenerační solidaritu a v oblastech s vysokou nezaměstnaností může snižovat tlak na trhu práce. V oblasti neformální péče se očekává, že její význam v dlouhodobé péči zůstane značný, případně se bude ještě zvyšovat. Rodinní příslušníci často vnímají péči o své blízké jako projev lásky nebo povinnost vyplývající z mezigenerační solidarity, a to bez ohledu na dostupnost institucionální podpory či pomoci. (Revue pro sociální politiku a výzkum, 2017).

Péče o starší lidi byla založena na tzv. vývojové triádě - charita, obec, stát. Původně byla péče o seniory výhradně zodpovědností rodiny, avšak pokud rodina nebyla schopna nebo ochotna plnit tuto roli, senioři často končili v nedůstojných podmínkách, trpěli hladem a bídou. Duchovní nebo bohatí jednotlivci se starali o nezbytné materiální zabezpečení starších lidí. Obec měla povinnost postarat se o chudé a nemocné a zajistit jim stravu (Dvořáčková a Hrozenská, 2013).

V Česku i na Slovensku je rozšířený jev sendvičových generací, kdy se střední generace stará jak o mladé lidi, tak o starší rodiče či prarodiče. Za minulého režimu bylo umístování seniorů do domovů považováno za selhání dětí z morálního hlediska. Tato strategie však často způsobovala fyzické i psychické problémy žen střední generace. I přesto je běžné, že generace uprostřed střídavě reaguje na potřeby stárnoucích rodičů a dospělých dětí. Střední generace může dospět do bodu, kdy není možné poskytovat podporu oběma směry, a proto se může rozhodnout méně podporovat odrostlého potomka nebo umístit zestárlého rodiče do instituce (Dvořáčková a Hrozenková, 2013).

Rodinnými pečovateli jsou nejčastěji ženy, zejména manželky (partnerky), dcery nebo snachy, které jsou často ve středním či raně důchodovém věku. Rozdíly v zapojení mužů a žen do péče o rodinné příslušníky jsou vysvětlovány odlišnými příležitostmi pro muže a ženy (např. rozdíly v příjmech) a různými sociálními normami a kulturními očekáváními ohledně rolí mužů a žen v rodině. Kulturně je role žen spojována s péčí, což vede k tomu, že jsou považovány za kompetentnější pečovatele než muži. I přesto, že se muži do péče také zapojují, většinou nejsou hlavními pečujícími osobami (Klímová Chaloupková, 2013).

V návaznosti na poskytování laické domácí péče dochází k jistému deficitu v oblasti financí. Pečující osoba obtížně kombinuje péči a zaměstnání a často musí zaměstnání kvůli neochotě zaměstnavatelů opustit. V tu chvíli jsou závislí pouze na příspěvku na péči a dochází u nich k propadu celkových příjmů. Po ukončení péče je pro ně obtížné se vrátit zpět do zaměstnání (Revue pro sociální politiku a výzkum, 2017).

#### ***1.2.2.2 Sociální péče***

Sociální péče vychází ze společenské solidarity a zahrnuje převody prostředků a poskytování služeb v rámci společnosti. Termín sociální péče je používán synonymně se sociální pomocí. Sociální péče je také definována jako úsilí o uspokojení uznaných sociálních potřeb prostřednictvím dávek a služeb sociální péče, které jsou založeny na kodifikovaných sociálně politických opatřeních. Stát zajišťuje sociální péči občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně pokryty příjmy z práce, důchodovými nebo nemocenskými dávkami či jinými příjmy, a občanům, kteří ji potřebují kvůli svému zdravotnímu stavu nebo věku, nebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci či nepříznivé zdravotní podmínky (Arnoldová, 2015).

Rodina byla vždy považována za základní stavební kámen společnosti. Společnost je plná starších lidí, kteří jsou bezdětní, osamělí, mají potíže s navazováním kontaktů, nebo jejichž rodina se o ně z různých důvodů nemůže či nechce postarat. V těchto případech je nezbytná pomoc státu a neziskových organizací, které by měly zajistit vhodné sociální služby. Je důležité hledat nové, efektivní a finančně dostupné způsoby, které by seniorům umožnily prožít stáří důstojně. Momentálně se síť služeb pro seniory nevyužívá dostatečně a často se stává, že rodinní příslušníci zvolí umístění seniora do sociálního zařízení místo využití domácí péče (Dvořáčková a Hrozenská, 2013). Klienti sociální práce mohou přijímat sociální služby ve svém domácím prostředí nebo jinde, což je označováno jako terénní sociální práce (Mátel, 2019). Když se u seniora zhorší zdravotní stav a ztratí schopnost samostatnosti, vyvstává potřeba dlouhodobé péče, což může v rodině časem vyvolat krizi. Tuto situaci lze řešit pomocí terénních sociálních služeb. Volba konkrétní služby nebo typu péče se odvíjí od úrovně závislosti a soběstačnosti seniora a jeho současného zdravotního stavu. Důležitost efektivního fungování sociálních služeb spočívá v udržení seniora trvale závislého na podpůrných opatřeních ve svém vlastním prostředí. Tato péče je navržena tak, aby byla individuálně přizpůsobena aktuální situaci klienta a mohla se měnit v závislosti na potřebách. Jednou z důležitých sociálních služeb je pečovatelská služba, která se specializuje na péči o seniory a zdravotně postižené osoby, které potřebují pomoc při základních domácích úkolech. Cílem těchto služeb je zajistit klientům potřebné podmínky pro jejich nezávislý a samostatný život v jejich vlastním domácím prostředí (Dvořáčková a Hrozenská, 2013).

Pečovatelská služba umožňuje seniorům zůstat ve svých domovech a známém sociálním prostředí navzdory zhoršující se soběstačnosti. Stárnutí v místě je také žádoucí kvůli silné vazbě starších lidí na jejich bydliště (Čevela, 2014). Domácí péče, poskytovaná pečovatelskou službou organizovanou orgány státní správy a samosprávy, je určena pro těžce zdravotně postižené občany, kteří nejsou schopni sami zvládat nezbytné domácí práce nebo další životní potřeby, případně potřebují pomoc kvůli nepříznivému zdravotnímu stavu. Pokud tuto péči nemohou zajistit rodinní příslušníci, je k dispozici služba, kterou klient hradí zcela nebo částečně. Při stanovení úhrady se zohledňují různé faktory, jako je věk, zdravotní stav, příjem a majetkové poměry klienta, vše podle platných právních předpisů (Kalvach, 2011).

Další složkou sociální služby je osobní asistence. Jedná se o terénní službu, která podporuje lidi v péči o sebe sama a umožňuje jim účastnit se společenského života. Je

určena osobám se sníženou soběstačností v důsledku věku, chronických nemocí nebo zdravotního postižení, kteří potřebují pomoc jiné osoby. Služba je poskytována nepřetržitě v přirozeném prostředí těchto osob a při činnostech, které potřebují vykonávat. Díky pomoci osobního asistenta mohou překonávat překážky, pracovat a vzdělávat se (Arnoldová, 2016). Péče je poskytována bez časového omezení a financována z příspěvku na péči. O tento příspěvek je nutné požádat na Úřadu práce ČR, který na základě této žádosti provede sociální šetření (Kovaříková, 2021). V rámci osobní asistence si může uživatel vybrat, kterou péči potřebuje. Osobní asistent, dále jen OA, vykonává činnosti, které by si klient udělal sám, ale brání mu v tom handicap. OA pomáhá lidem s postižením zejména ve dvou hlavních oblastech - biologických a kulturních potřebách. Biologické potřeby zahrnují zajištění jídla, pití, kvalitního spánku, polohování, hygienickou péči a podobně. Kulturní potřeby zahrnují vzdělávání, zaměstnání, doprovod k lékaři, společenské kontakty a další. Služba je poskytována bez časového a místního omezení, to znamená doma či mimo domov nebo ve dne či v noci, nebo dokonce i o víkendech. Nebýt služby osobní asistence, klient by musel být umístěn do zařízení, kde by se o něj museli starat. Služby OA poskytují péči v co nejvyšší kvalitě, která se blíží jejich životu před nemocí. Díky této službě může i člověk s vážným postižením studovat, pracovat a využívat své schopnosti pro svůj prospěch i prospěch celé společnosti. Osobní asistence může zahrnovat i krátkodobou podporu pro pečující rodinu, což se nazývá respitní péče. Osobní asistent je v úzkém vztahu s uživatelem OA, jelikož mu zasahuje do intimních oblastí jako je hygiena či toaleta (Kalvach, 2011).

Všichni poskytovatelé sociálních služeb mají za povinnost poskytovat poradenství a informace, které pomáhají lidem zvládat jejich obtížnou sociální situaci. Osoba má samostatnou volbu v tom, které služby využije, jak je spojí, které preferuje a které jsou dostupné ve jejím okolí (Arnoldová, 2016).

Dle zákona 108/2006 Sb. služby sociální péče pomáhají zajistit klientům fyzickou a psychickou soběstačnost, podporují život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožňují jim zapojit se do běžného života. Pokud to nedovoluje jejich stav, zajišťují jim důstojné prostředí a zacházení. Dále jim nabízí sociální poradenství, jež je zasvěcuje do řešení jejich nepříznivé situace. Pomáhá jim zajistit chod domácnosti, nabízí sociálně terapeutické činnosti, poskytuje jim pomoc při osobní hygieně. Poskytuje telefonickou krizovou pomoc, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu a další služby.

### ***1.2.3 Formy domácí péče***

Domácí péče v ČR se skládá ze dvou vzájemně propojených složek, protože potřeby většiny klientů jsou jak zdravotní, tak sociální. Zdravotní část se mezinárodně označuje home care, zatímco sociální část se nazývá home help (Kalvach, 2011). Filozofie domácí péče je založena na pevném propojení a interakci člověka s jeho sociálním prostředím, s důrazem na individuální vnímání kvality života každého jednotlivce. Mezi principy domácí péče patří holistický přístup, podpora soběstačnosti a autonomie pacienta, princip subsidiarity, komunitní přístup (jako alternativa k institucionální péči), deinstitucionalizace (přesun péče z nemocnic do domácího prostředí), demedikalizace a multidisciplinarita, kde spolupracuje více odborných oborů (Koncepte domácí péče, 2020).

#### ***1.2.3.1 Domácí hospitalizace***

Péče pro pacienty v pooperačním období či pro pacienty s pórúrazovým stavem. Dále pro pacienty např. s kardiovaskulárním onemocněním nebo neurologickým onemocněním. Je obvykle poskytována po dobu několika dnů až týdnů (Seifert et al., 2023). Specifickou skupinu tvoří děti, u nichž domácí péče vede k rychlejšímu zotavení (IVAS, © 2024).

Pooperační péče, známá také jako jednodenní nebo ambulantní chirurgie, je plánovaná chirurgická léčba, kde je pooperační hospitalizace nahrazena domácí péčí. Organizovaná domácí péče pomáhá zkrátit dobu rekonvalescence, snižuje náklady na hospitalizaci, podporuje rychlejší aktivaci pacientů a usnadňuje jim rychlejší návrat do běžného života. Pórúrazová péče a stavy po úrazech bez poruch vědomí a vážných komplikací mohou být bezpečně ošetřovány doma. U klientů se především zajišťuje úleva od bolesti, polohování a podobné úkony (Kalvach, 2011).

Jak je uvedeno v předchozím odstavci, domácí hospitalizace je určena jak pro pacienty s pórúrazovým stavem, tak i pro pacienty s chronickým onemocněním, kteří vyžadují dlouhodobou a pravidelnou péči. Domácí hospitalizace zahrnuje péči o pacienty s onemocněním kardiovaskulárního systému (např. hypertenze, ICHS, ICHDK), s onemocněním dýchacího systému (např. astma bronchiale, CHOPN, pneumonie či tuberkulóza). Dále pacienti, kteří mají onemocnění trávicího systému (např. dyspepsie, chronická pankreatitis), taktéž nervového systému (parkinsonova choroba), pohybového systému (revmatoidní artritida), onkologické onemocnění či psychiatrické onemocnění. Domácí péče se stará i o pacienty s různými typy stomie, např. kolostomie, tracheostomie,

gastrostomie) nebo o pacienty s nehojícími se ránami, jako jsou například bércové vředy, dekubity, popáleniny nebo syndrom diabetické nohy (Kurucová, 2021).

### ***1.2.3.2 Dlouhodobá domácí péče***

Dlouhodobá péče je obecně definována jako soubor základních zdravotních a sociálních služeb poskytovaných lidem, kteří kvůli chronickému onemocnění nebo tělesnému či duševnímu postižení dlouhodobě potřebují pomoc při každodenních činnostech, jako jsou jídlo, oblékání nebo používání toalety. Cílem je omezit nutnost ústavní dlouhodobé péče (Čevela, 2014). Tento typ péče je určen pro chronicky nemocné klienty, jejichž zdravotní nebo duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou péči od kvalifikovaného personálu. Nejčastěji se jedná o pacienty s různými formami ochrnutí, zejména po cévních mozkových příhodách nebo s roztroušenou sklerózou. Tato péče se poskytuje po dobu několika měsíců až let (Kalvach, 2011). Tato péče nahrazuje hospitalizaci. Pacient na své cestě k uzdravení nemusí projít nemocničním oddělením, čímž se vyhne riziku nemocničních infekcí. Dobře organizovaná domácí péče, která plynule navazuje na jednodenní chirurgii, umožňuje pacientům rychlejší uzdravení, včasný návrat do práce a snižuje náklady na zdravotní péči. Odborná kvalita pracovníků domácí péče a individuální, cílené instrukce pro pacienta a jeho blízké jsou klíčové pro úspěšnou domácí hospitalizaci (IVAS, © 2024).

Dlouhodobá péče v domácím prostředí je poskytována lidem s omezenou pohyblivostí, kteří tráví většinu času doma. Kromě toho může zahrnovat i dočasné pobyty v zařízeních s cílem poskytnout odlehčení pečujícím osobám. Tato forma péče také zahrnuje úpravy prostředí, aby lidé s potřebou pravidelné dlouhodobé péče mohli být co nejvíce nezávislí a mít větší kontrolu nad svou situací (Holmerová, 2014).

Dlouhodobá péče je poskytována v rámci formální péče či neformální péče. Složkou formální péče jsou osoby, jež jsou zaměstnaní a jsou platově ohodnoceni, zatímco neformální péči poskytují rodinní příslušníci, kteří svou práci odvádějí zcela dobrovolně. Ačkoliv mohou být od klientů finančně ohodnoceny, mluví se zde o šedé ekonomice a nedají se považovat za poskytovatele formální péče. Jsou taktéž nazýváni rodinnými pečovateli a mluví se o rodinné péči. Služby poskytované v rámci dlouhodobé péče jsou pomoc při zvládnání denních aktivit života či instrumentálních aktivit, do kterých spadá péče o domácnost, nakupování nebo doprava (Čeledová et al., 2013). Další služby, které jsou poskytovány dlouhodobou domácí péčí jsou například aplikace injekcí, léčebné

laváže, výživa sondou, odsávání, péče o stomie, podávání medikace, ošetrovatelská rehabilitace, ošetrování chronických a akutních defektů či péče o katetry mužů a žen (Agentura domácí péče LUSI, 2024). Tyto služby jsou nabízeny prostřednictvím pravidelných návštěv až čtyřikrát denně. Dlouhodobá domácí péče přispívá k udržení psychické pohody pacientů a zajišťuje důstojné podmínky při zvládání nemoci (Péče, 2024).

### ***1.2.3.3 Domácí hospicová péče***

Paliativní péče je aktivní a zaměřená na zlepšení kvality života nevyлéčitelně nemocných osob a jejich blízkých. Klíčovým prvkem je holistický přístup, který zahrnuje různé profesní obory a umožňuje podporovat pacienta a jeho rodinu v jejich vlastním prostředí. Tento přístup zohledňuje tělesné, psychologické, sociální a spirituální potřeby člověka. Primárním záměrem není dosažení uzdravení pacienta nebo prodloužení jeho života, ale redukce bolesti a dalšího fyzického i psychického utrpení, zachování pacientovy důstojnosti a poskytování podpory jeho blízkým (Tomeš et al., 2015). Mobilní specializovanou paliativní péči poskytuje tým odborníků, lékař paliatr, všeobecná sestra, sociální pracovník, psychiatr, psycholog, psychoterapeut, duchovní, pečovatelky a dobrovolníci. Tým pravidelně aktualizuje plán péče a předává informace každému členu tohoto týmu (Jihočeský kraj, 2020).

Většina pacientů upřednostňuje strávit poslední chvíle svého života v domácím prostředí či prostředí tomu podobném. K tomu jim poslouží domácí hospicová péče, která je složena z kvalifikovaného multidisciplinárního týmu (lékaři, všeobecné sestry, psychoterapeuti, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, duchovní). Domácí hospicová péče slouží i jako podpora rodiny v péči se o umírajícího člověka starat. Do kategorie paliativních pacientů patří například umírající lidé, klienti paliativní péče s mnohočetnými zdravotními obtížemi nebo funkčními deficity (Kalvach, 2019). Domácí hospicová péče je možná za předpokladu, že rodina poskytuje stabilní podporu. Zajišťuje trvalou dostupnost péče pacientovi a může být kombinována s dalšími službami. Důležitou podmínkou je ochota převzít zodpovědnost za kontinuální péči o pacienta a aktivní účast na ní. Tento druh péče může pro rodinu představovat významnou emocionální, fyzickou a finanční zátěž. Pokud se rodina rozhodne zvolit domácí péči, je potřeba zajistit dostatečnou psychickou a praktickou pomoc. Některé z úkonů provádí rodina sama po zaučení zdravotníky, jiné úkony musí provést sami zdravotníci. V



odborné terminologii existují dva typy domácí péče: péče poskytovaná neodbornými osobami, což je tzv. home help, a péče poskytovaná profesionálními ošetrovateli, známá jako home care (Kupka, 2014). Domácí hospicová péče je přístupná pacientům 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Je určena nejen pacientům, ale i jejich rodinám, kteří si přejí, aby pacient zůstal ve svém sociálním prostředí. Tato péče do jisté míry pacienta uklidní a snáze přijme vlastní terminalitu. Péče může být poskytována jen pod podmínkou, že s pacientem bude 24 hodin denně rodinný příslušník. Klienta zpočátku navštíví lékař při jeho přijímání do péče, poté je povinen navštívit klienta minimálně 1x za týden nebo při změně zdravotního stavu pacienta. Při každém převzetí pacienta je vytvořen plán multidisciplinárním paliativním týmem (Slováček, 2014). Při první návštěvě lékař odebere anamnézu, provede objektivní vyšetření, sestaví plán péče a zodpoví pacientovi otázky a doplní další potřebné informace pacientovi a rodině. Sestra sestaví ošetrovatelský plán péče (např. péče o vstupy a aplikace léků). Dokumentaci nechává sestra v domácnosti pacienta, na dokumentaci je uvedeno pohotovostní číslo na domácí hospicovou péči. Součástí vstoupení do domácí hospicové péče je i návštěva sociálního pracovníka. Ten je schopen rodině zajistit příspěvek na péči či zapůjčení zdravotnických pomůcek (Hrnčiariková a Hrnčiarik, 2018). Sociální pracovník také dokáže rodině pomoci při zvládnutí vzniklé sociální situace, pomáhá rodině se zorientovat v hledání pomoci v případě potřeby či jim ukáže, jak zorganizovat pečování (Jihočeský kraj, 2020).

Při započatí domácí hospicové péče je potřeba přehodnotit rozsah péče o nemocného, lékař vysadí medikaci, která není nezbytně nutná a zaměří se především na zajištění co nejvyšší kvality života terminálního pacienta a jeho pohodlí. Pro pacienta se zajistí samostatný pokoj, antidekubitní lůžko, větraná místnost a polohování pacienta. Nejčastějšími obtížemi v terminálním stadiu jsou např. bolest, dušnost, delirium, úzkost a zvracení. V tomto případě lékař sepisuje do plánu péče tzv. SOS medikaci, kterou využije klient, sestra či rodina v případě projevů těchto potíží (Hrnčiariková a Hrnčiarik, 2018). Péče zahrnuje také monitorování a zmírňování epizodické (průlomové) bolesti a sledování nežádoucích účinků léků. Onkologická onemocnění často způsobují poruchy příjmu potravy a tekutin, které mohou vést k závažné dehydrataci a celkovému strádání. V rámci domácí péče se proto provádí infuzní terapie pomocí žilního (intravenózního) přístupu, podkožní infuze (hypodermoklýzy), portu nebo periferního intravenózního centrálního katétru – PICC ((IVAS, © 2024).

#### ***1.2.3.4 Preventivní domácí péče***

Preventivní domácí péče spočívá v pravidelném sledování zdravotního a duševního stavu, které je zaměřeno na předcházení komplikacím při stávajících onemocněních prostřednictvím monitorování fyziologických funkcí. (Kurucová, 2021). Například měření krevního tlaku, tepové frekvence a EKG, stejně jako pravidelné odběry hladiny glykémie a INR, jsou součástí této péče. Včasná identifikace zhoršení příznaků základního onemocnění může zabránit pozdějším komplikacím a nutnosti hospitalizace (Péče doma, 2024). Preventivní domácí péči obvykle nařizuje ošetřující lékař a probíhá v různých časových intervalech podle jeho rozhodnutí (denně, obden, týdně atd.). Měření provádějí odborní pracovníci, kteří výsledky následně hlásí ošetřujícímu specialistovi (Péče, 2024).

#### ***1.2.3.5 Jednorázová domácí péče***

Tento typ domácí péče je vhodný tam, kde není potřeba pravidelných návštěv, například kvůli nedostatku času praktických lékařů a sester, kteří nemohou pravidelně docházet k pacientům (Machačná, 2013). Jedná se o jednorázové úkony, jako jsou aplikace injekcí, odběry biologického materiálu, jednorázové cévkování močového měchýře, kontrola zdravotního stavu, ošetřování ran, odborné konzultace nebo edukace pacienta a jeho rodiny (IVAS, © 2024).

#### ***1.2.4 Poskytovatelé domácí péče***

Péči poskytuje sestra domácí péče, ale často je poskytována multidisciplinárním týmem pracovníků. Do tohoto týmu patří sestra, lékař, sociální pracovník, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, logoped či nutriční terapeut, kteří jsou koordinováni dispečinkem agentury domácí péče. Nedílnou složkou poskytování péče je i samotný pacient nebo jeho rodina (Seifert et al., 2023).

Jak uvádí Ondrušová (2019), důležitým členem multidisciplinárního týmu je praktický lékař, který indikuje domácí péči a bez něhož by nemohla započít. Lékař předepisuje sestřím výkony a ty je následně praktikují na konkrétních pacientech. Výkony jsou placeny většinou ze zdravotního pojištění. Nepostradatelnou složkou jsou OA, čili pečovatelé, jež mají na starost např. hygienu pacienta a přichází více do intimního styku než zdravotníci. Měli by klást důraz na empatii a komunikaci. Psycholog hraje taktéž

důležitou roli např. při sdělování špatné prognózy, je oporou pro pacienty po operaci a při vzniklé imobilizaci pacienta. Mimo to nabízí oporu rodině, která se setkala se ztrátou blízkého člověka a napomáhá tak se smířením se situací.

Sociální pracovník zde slouží jako case manager a hraje nezastupitelnou roli pro kvalitu služby. Zajišťuje podklady pro sociální služby, např. vykazování služby, vyúčtování. Poskytuje základní nebo odborné poradenství (Ondrušová, 2019). Sociální pracovník spolupracuje se sociálními službami jako je pečovatelská a odlehčovací služba a je schopná ji poskytnout v případě, že by rodina potřebovala pomoci v péči o rodinného příslušníka. Spolupracuje taktéž se sestrami a podílí se na individuálním plánu péče, zjišťuje potřebu sociálních služeb, zajišťuje zprostředkování zdravotních úkonů a předává dalším členům týmu pokyny k péči. Podle přání klienta zajišťuje kontakt na psychologa či duchovní službu a poskytuje rodině pomoc s vyřizováním nepojistných dávek a podobně (Čípková, 2015).

Nápomocní jsou i dobrovolníci, kteří slouží jako společníci, pomocníci v rodinách nebo pomocníci ve službách, například výpomoc s kompenzačními pomůckami (Ondrušová, 2019).

### ***1.2.5 Role sestry v domácí péči***

Role sestry se postupem času vyvíjela, zprvu poskytovala pouze charitativní činnosti, později se o sestře mluvilo jako o pomocnici lékaře. Nyní se sestra považuje za samostatnou a rovnocennou členku zdravotnického týmu. Návštěva sestry se dělí do tří fází. V první fázi přichází do kontaktu s klientem, připravuje si pomůcky, dokumentaci a informace pro klienta. Ve druhé fázi sestra navštíví klienta v domácím prostředí, dbá na navození kontaktu mezi ní a klientem, zapojuje rodinné příslušníky ke spolupráci a provádí vlastní ošetrovatelský výkon. Poslední fází jsou veškeré aktivity prováděné po návštěvě v domácím prostředí klienta, (Šuplerová a Machová, 2013). Role sestry je definována určitými charakteristikami, které jsou pro ni typické a očekává se, že je bude plně využívat při výkonu své profese. V průběhu času se role sestry vyvíjela a změnila se, zejména v oblasti poskytování ošetrovatelské péče. K tomu je zapotřebí mnohem větší rozsah vědomostí a dovedností než dříve. Sestry by měly neustále rozvíjet své schopnosti, aby mohly poskytovat komplexní péči a podporu pacientům při udržení a zlepšení jejich zdravotního stavu (Jelínková, 2023). Sestra v domácí péči musí být schopná pracovat samostatně a improvizovat. Často pracuje v prostorách pacienta, které nemusí být vhodné

pro poskytování ošetrovatelské péče, a přesto musí být schopná provést sterilní převaz. Je důležité, aby jednala s respektem a rychle reagovala na potřeby pacienta, například zajistila příjem tekutin, pokud má pacient suché rty, a teprve poté se může věnovat další péči (Šnajdrová, 2018).

Sestry hrají klíčovou roli ve zvyšování kvality péče o pacienty. Představují největší skupinu zaměstnanců ve zdravotnictví a jsou v úzkém kontaktu s pacienty. Zajišťují jejich biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby, a tím se vypořádávají s náročnými úkoly, které zdravotní péče přináší (Bartoníčková, 2017). Dle Zacharové (2016) pacient považuje sestru za klíčového člena zdravotnického týmu, který úzce spolupracuje s lékařem a zároveň funguje nezávisle. Sestra by měla vzbuzovat důvěru svými odbornými znalostmi a projevovat značný takt a trpělivost. Často je obeznámena s pacientovými problémy, starostmi, náladami, depresemi a osobními zvláštnostmi. Její úloha vyžaduje hluboké porozumění, empatii a laskavost.

Sestry potřebují kompetence, aby mohly u pacienta podporovat a udržovat zdraví a předcházet nemocem. Hodnotí, plánují, poskytují a vyhodnocují svou profesionální péči v průběhu nemoci a rekonvalescence, která zahrnuje fyzické, mentální a sociální aspekty života a jejich dopady a zdraví, nemoc, neschopnost (invaliditu) a umírání. Sestry jsou oprávněny pracovat samostatně a jako členky zdravotnického týmu a podporují vhodné aktivní zapojení jedinců, pacientů, rodin, sociálních skupin a komunit do všech forem zdravotní péče tak, aby je podněcovaly k sebedůvěře a samostatnému rozhodování při současném vytváření zdravého životního prostředí (Plevová, 2018).

Sestry by měly mít na zřeteli, že každý člověk je jedinečný, a podle toho upravovat svůj přístup. I když se rána nehojí optimálně, je důležité pacienta povzbuzovat. Oceňování i malých pokroků v hojení a chválení pacienta je nezbytné. Soustředíme se na oblasti, které vyžadují zlepšení, a tyto aspekty citlivě a lidsky opakovaně zdůrazňujeme. Domácí péče je po návštěvě lékaře plně v rukou sester, kde jsou jejich zkušenosti a dovednosti nesmírně důležité (Sestra, 2013).

Sestry by měly mít čtyři klíčové charakteristiky role, z nichž jedna je funkční specializace, což znamená, že musí mít formální a praktické odborné schopnosti nezbytné pro výkon svého povolání. Dalším důležitým rysem je sociocentrismus, tedy schopnost orientovat se kolektivně na potřeby nemocných místo na vlastní zájmy. Tato kolektivní orientace je klíčová pro úspěšné plnění role sestry. Sestra by měla být v sociálním smyslu tak

rozvinutá, aby automaticky brala ohled na druhého a jeho potřeby. Tento přístup je spojen s altruismem, schopností se obětovat a vysokou motivací k vykonávání sesterského povolání. Třetí funkcí sestry je univerzalizmus, což znamená, že sestra je schopna zaujmout svou roli vůči všem pacientům nezávisle na osobním vztahu k nim. Toto platí i ve vztahu ke spolupracovníkům. Je nutné udržovat určitou "odosobněnost" kvůli zájmům pacientů, protože vždy mohou existovat osobní sympatie či antipatie vůči ošetřovanému. Poslední charakteristikou role je emocionální neutralita, která vyjadřuje schopnost sestry udržet své emoce pod kontrolou a rozhodovat racionálně. Práce sestry často přináší vysoké napětí, zejména kvůli velké odpovědnosti za zdravotní stav a život pacienta. Dalším zdrojem stresu jsou nečekané změny ve stavu pacienta nebo možnost jejich nevratného zhoršení. Emocionální neutralita umožňuje vykonávat práci sestry bez vnitřních ani vnějších konfliktů (Plevová, 2018).

### ***1.2.6 Financování domácí péče***

V ČR je domácí péče nejčastěji financována z fondu veřejného zdravotního pojištění dle vyhlášky č. 331/2007 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (Zákony pro lidi, 2024). Neznamená to ale, že je zadarmo, pojištění hradí pojištěnci v rámci superhrubé mzdy. Na rozdíl od sociálních služeb, které se platí a nejsou vykazovány ze sociálního pojištění. Výjimkou je příspěvek na péči, kdy se vyplácí přiznaná částka podle stupně závislosti (Ondrušová, 2019). Hrazení služeb v rámci domácí péče je řízeno vyhláškou č. 315/2022 Sb. Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023, která stanovuje, že hodnota bodu pro odbornost 925 je 1,15 Kč. Pokud podíl pacientů s konkrétními diagnózami v domácí péči přesáhne 35 % z celkového počtu pacientů uznaných pojišťovnou, úhrada za tuto odbornost se zvýší o 0,07 Kč (Zákony pro lidi, 2024).

Jak uvádí Kondelíková (2017), z veřejného zdravotního pojištění jsou hrazeny pouze ty výkony, které byly předepsány ošetřujícím lékařem a mají povahu zdravotní péče. Prohlubující se nedostatek nelékařských zdravotnických pracovníků negativně ovlivňuje segment domácí péče, protože úhrady z veřejného zdravotního pojištění neumožňují zvyšovat mzdy stejně jako v lůžkových zdravotnických zařízeních. Asociace domácí péče ČR vedla v roce 2017 jednání s Ministerstvem zdravotnictví a pojišťovnami o úhradách ze zdravotního pojištění kvůli navýšení mzdy ve zdravotnictví v jednotlivých

segmentech. Pro domácí péči vychází jako diskriminační a neúměrné vůči ostatním sférám zdravotních služeb. Jelikož je práce sestry v domácí péči velice náročná, protože musí zajišťovat dopravu za pacientem a komunikovat s jejich rodinami, edukovat pacienta a jeho blízké, aby dosáhli co nejvyšší úrovně sebekpěče, což v konečném důsledku šetří prostředky veřejného zdravotního pojištění, vyžaduje tato práce vzdělané a zkušené sestry, které ale často volí zaměstnání v nemocnicích nebo jiných profesích s větším platovým ohodnocením. Je tedy jasným cílem segmentu domácí zdravotní péče dosažení srovnatelných mzdových podmínek pro všechny oblasti sesterské péče (Kondelíková, 2017).

Úhrada za domácí péči se provádí na základě smluv mezi poskytovateli této péče a zdravotními pojišťovnami, pokud je péče poskytována v rozsahu odborných výkonů domácí péče. Zdravotní pojišťovny nastavují úhrady tak, aby zajistily dostatečnou síť poskytovatelů domácí péče, a tím zajistily místní a časovou dostupnost zdravotních služeb pro své pojištěnce. Maximální rozsah frekvence domácí péče hrazené ze zdravotního pojištění je stanoven na tři hodiny odborné péče denně. V případě pacientů v terminálním stavu, kde je potřeba zvýšit frekvenci ošetrovatelské péče, rozhoduje o zvýšení frekvence registrující lékař, a výkony jsou pak vykazovány podle akutní potřeby. Financování domácí péče je také možné přímou platbou pacienta – například u nepojištěných pacientů, za výkony nehrazené ze zdravotního pojištění, nebo u pacientů, kteří záměrně vybrali poskytovatele bez smlouvy s jejich pojišťovnou. Alternativně lze navrhnout řešení v souladu s akčním plánem na zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče (Koncepte domácí péče, 2020).

### ***1.2.7 Indikace domácí péče***

K domácí péči indikuje buď praktický lékař či lékař propouštějící z nemocnice, který může indikovat DP pouze na 14 dní (Holmerová, 2015). Dle zákona (č. 371/2021) se mění znění, které udává, že indikaci k domácí péči nemusí indikovat pouze ošetrojící lékař či praktický lékař, ale i lékaři jiných odborností, například ambulantní specialisté, lékaři poskytující lékařskou pohotovostní službu, lékaři pracující na urgentním příjmu, a to i tehdy, když pacient nebyl hospitalizován.

Poté, co lékař zhodnotí celkový zdravotní stav pacienta a jeho sociální prostředí, vystaví ve spolupráci s konkrétní agenturou domácí péče pro pacienta poukaz na odbornost 925, neboli tiskopis na vyšetření/ošetření. Tento tiskopis vyplní se všemi údaji o klientovi,

stupni jeho mobility a doplní případně další náležitosti. Na tiskopise bude uvedený i příslušný typ návštěvy, který vyplní taktéž lékař. V rámci domácí zdravotní péče jsou k dispozici čtyři různé typy návštěv, které se odlišují pouze délkou trvání – 15, 30, 45 a 60 minut. Při výběru konkrétního typu návštěvy lékař stručně popíše požadované úkony, které jsou nezbytné v rámci daného typu návštěvy. V případě, že jsou tyto úkony spojeny s materiálovými náklady, lékař také uvede odpovídající materiálový kód (Holmerová a Válková, 2023).

Nejčastěji bývá indikována u pacientů, kteří potřebují dlouhodobou péči, rehabilitační péči nebo paliativní péči, dále u pacientů s akutním či chronickým onemocněním, u pacientů s rekonvalescencí nebo u klientů v terminálním stadiu. Péče je určena pro všechny věkové kategorie, indikační i diagnostické skupiny pacientů, pro dětské pacienty, lidi v produktivním věku a seniorům (Koncepte domácí péče, 2020). Služby domácí péče lze využít například v případě, že je nutné kontrolovat zdravotní stav pacienta a měřit fyziologické funkce, jako například krevní tlak, glykémii (hladinu cukru v krvi) apod. Dále při podávání injekčních a neinjekčních léků, např. inzulin, léky na bolest, ředění krve apod., pokud pacient potřebuje ošetřovat chronické rány a kožní defekty (bércové vředy, proleženiny). V případě, že pacient potřebuje předcházet proleženinám či je potřeba pečovat o jeho hydrataci (zavodnění), také má nárok na využití domácí péče. Dále pokud pacient potřebuje aktivizovat po fyzické a psychické stránce, nebo zdali potřebuje odebrat biologický materiál, poskytnout ošetrovatelskou rehabilitaci či pečovat o permanentní močový katetr a ošetřit stomii nebo aplikovat klyzma (Národní informační zdravotnický portál, 2023, online).

### ***1.2.8 Kvalita poskytované péče***

Kvalita znamená absence vad, spokojenost zákazníka, bezchybný provoz a provádění správných věcí správným způsobem. Kvalita je souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, odpovídající potřebám populace na základě vědeckých poznatků a praktických zkušeností (Válková, 2015). Kvalita péče je komplexní koncept zahrnující bezpečnost, efektivitu, výsledky a zkušenosti pacienta (Shirley a Sanders, 2016). Kvalita slouží jako strategický nástroj k udržení konkurenční výhody. Zlepšováním struktur a procesů dochází ke zvyšování kvality, což vede ke snížení plýtvání, přepracování a zpoždění, snižování nákladů, zvýšení podílu na trhu a posílení pozitivního vnímání společnosti. Kvalitní péče by měla mít pět atributů, do kterých patří prostředí, empatie,

efektivita, účinnost a účelnost. (Mosadeghrad, 2014). Sledování kvality ošetrovatelské péče by mělo být nedílnou součástí poskytování domácí péče. Doporučuje se, aby každý poskytovatel této péče měl jmenovaného manažera kvality odpovědného za úroveň ošetrovatelské péče. Poskytování domácí péče je regulováno právními normami, které specifikují, pro koho je péče určena, za jakých podmínek a v jakém rozsahu může být poskytována. Dále je nutné, aby každý poskytovatel domácí péče striktně dodržoval Národní ošetrovatelské postupy, vydané Ministerstvem zdravotnictví v roce 2020 (Koncepte domácí péče, 2020).

Podle Žaludka (2020) je kvalita v oblasti zdravotnictví často vnímána jako standard, který by měl splňovat všechny léčebné zákroky a postupy, a je to něco, co pacienti požadují a zdravotníci tvrdí, že poskytují. Občas se setkáváme s názorem, že zdravotníci by měli být považováni za neomylnou elitu, která není náchylná k chybám. Nicméně, s ohledem na počet pracovníků ve zdravotnictví, je zřejmé, že se nejedná o elitní skupinu. S takovým množstvím jedinců je normální očekávat rozmanitost schopností, jak silných, tak slabých stránek. Dále ve zdravotnictví, stejně jako v jiných odvětvích služeb, je vždy riziko chyb způsobených lidským faktorem. Toto riziko existuje jak na straně poskytovatelů, tak na straně pacientů, kteří jsou jedinečnými bytostmi s vlastní reakcí na léčbu (Žaludek, 2020).

S rostoucím nárůstem populace roste i větší poptávka po dlouhodobé péči, která umožňuje nemocným či postiženým lidem získat péči při respektování jejich práv a důstojnosti. Jejím cílem je zajištění co nejvyšší možné kvality života, nezávislost a autonomii, včetně možnosti podílet se na péči. Kvalitní dlouhodobá péče respektuje hodnoty, preference a potřeby jednotlivců a může být poskytována jako domácí péče. Domácí péče usiluje o to, aby lidé, zejména starší osoby se složitými chronickými onemocněními a sníženou soběstačností, mohli zůstat doma a vyhnuli se hospitalizaci nebo ústavní péči. Starší lidé jsou obzvláště náchylní k rozvoji syndromu křehkosti kvůli chronickým onemocněním, která snižují funkční rezervy těla a omezují kompenzační a adaptační mechanismy. Zajištění domácí péče v nejvyšší možné kvalitě je proto klíčové. Pro zajištění kvalitní péče starším lidem doma je nutné respektovat jejich potřeby a vytvořit s nimi dobrý vztah. Kvalita péče závisí na schopnosti sester rozpoznat a komunikovat potřeby pacientů. Sestry také musí být schopné předvídat potenciálně nebezpečné situace pro pacienty (Dostálová et al., 2022).



Poskytování adekvátních služeb v domácím prostředí může významně ovlivnit kvalitu života seniorů. Kromě toho může optimální péče předejít nechtěným důsledkům, například přesunu do zařízení s vyšší úrovní péče, jako jsou zařízení dlouhodobé péče (Foebel, 2015).

### ***1.2.9 Cíle domácí péče***

Na začátku je zdraví definováno jako absence nemoci nebo symptomů onemocnění. Nicméně nejčastěji používaná definice zdraví pochází od WHO: "Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze absence nemoci či poruchy." (Kovaříková, 2021).

Cílem je postupovat k pacientovi z hlediska bio – psycho – sociálního hlediska, zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta. K pacientovi se přistupuje s respektem k jeho integritě, jeho vlastním sociálním prostředím i individuálním vnímáním kvality života. Domácí péče se snaží pečovat o bio – psycho – sociální a spirituální potřeby pacienta, optimalizovat zdravotní a sociální stav pacienta a zlepšit úroveň kvality života. Nezbytně nutné je vytvořit vhodné sociální prostředí pro pacienta, jelikož jedině tak lze dosáhnout urychlení jeho uzdravování či zlepšení kvality života pacienta i jeho blízkých. Cílem domácí péče je i snižování nákladů na hospitalizaci pacienta a dohlédnout nad dodržováním léčebného režimu, snižovat negativní vliv onemocnění na duševní zdraví pacienta a jeho blízkých či udržování soběstačnosti pacienta a zvyšování jeho soběstačnosti. Sestra v agentuře domácí péče se snaží zmírňovat utrpení a zajistit důstojné umírání. Vyhledává, monitoruje a uspokojuje potřeby pacienta a jeho blízkých související se změnou zdravotního stavu a narušeným zdravím pacienta. Cílem je poskytovat komplexní péči v koordinaci s ambulantní a lůžkovou péčí, sociálními službami a spolupracovat s blízkými osobami nebo komunitou pacienta (Koncepte domácí péče, 2020).

Potřebná a kvalitní ošetrovatelská péče v sociálním prostředí pacienta nám docílí zmiňovaných cílů. Péče v domácím prostředí vede k vyšší samostatnosti pacienta a jeho nezávislosti na přímé ošetrovatelské péči. Pacient musí být motivován v rozhodování, přístupu a aktivní spolupráci, jedině tak dosáhne efektivní sebepečce a efektivní neformální péče (Koncepte domácí péče, 2020).

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1: Zjistit, jaké benefity pro pacienty přináší domácí zdravotní péče.

Cíl 2: Zjistit, jaké jsou možnosti pro zkvalitnění domácí péče.

Cíl 3: Zmapovat výhody při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta v domácím prostředí pacienta.

### **2.2 Výzkumné otázky**

VO 1: Jaké jsou výhody pro pacienty v domácí péči?

VO 2: Jaká pozitiva přináší péče v domácím prostředí?

VO 3: Jaké jsou rozdíly v kvalitě?

## **3 Metodika**

### ***3.1 Použitá metoda***

Praktická část této bakalářské práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu, který poskytuje hlubší porozumění dané problematice a umožňuje detailní analýzu názorů a zkušeností zúčastněných osob. Výzkumný vzorek byl rozdělen do dvou hlavních skupin. První skupinu tvoří sestry pracující v oblasti domácí péče, zatímco druhou skupinu tvoří pacienti, kteří tyto služby aktivně využívají. Pro sběr dat byly využity polostrukturované rozhovory, které umožní získat jak standardizované informace, tak i hlubší a individuální vhled do zkušeností a názorů respondentů. Rozhovory byly provedeny se sestrami a klienty Domácí péče Dačice s.r.o. a Domácí zdravotní a hospicové péče Jindřichův Hradec. Pro sestry pracující v domácí péči bylo použito 9 otázek (viz Příloha č. 1) a pro klienty využívající služeb domácí péče bylo použito 13 otázek (viz Příloha č. 2). Rozhovory byly po souhlasu nahrávány na diktafon a následně přepsány.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného vzorku a sběru dat***

Výzkumný vzorek této studie je rozdělen do dvou skupin. První skupinu tvoří sestry z agentury domácí péče, s nimiž byly vedeny rozhovory za účelem zjištění, jaké benefity přináší domácí zdravotní péče pro pacienty a jaké jsou možnosti pro její zkvalitnění. V rámci této skupiny bylo dotazováno celkem sedm sester. Druhou skupinou jsou klienti, kterým je poskytována domácí péče. U této skupiny jsem se zaměřila na zmapování výhod poskytování ošetřovatelské péče v domácím prostředí pacienta. Počet dotazovaných klientů byl totožný s počtem dotazovaných sester, tedy sedm. Všechny rozhovory byly prováděny anonymně, což zajišťuje důvěrnost a autentické výpovědi respondentů.

## 4 Výsledky

Tato část se zaměřuje na analýzu výsledků získaných prostřednictvím kvalitativního polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek zahrnoval 7 sester zaměstnaných v agentuře domácí péče a 7 pacientů, kteří jsou těmito sestrami ošetřováni. Cílem rozhovorů bylo získat hlubší porozumění zkušenostem, názorům a pocitům obou stran – sester a pacientů.

### 4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami DP

Získané výsledky jsou rozděleny do 2 kategorií, první nese název „Benefity, které přináší domácí péče pro pacienty“ a druhá se jmenuje „Možnosti zkvalitnění domácí péče.“ V této kategorii byly dotazovány 7 sester z agentury domácí péče. Pro snazší orientaci byla vytvořena tabulka. Tato tabulka obsahuje údaje o věku sester, délce jejich praxe v domácí péči a o nejčastějších diagnózách pacientů, o které se starají. Taktéž byla vytvořena tabulka s přehledem kategorií a podkategorií.

Tabulka 1: Informace o sestřích

Sestry domácí péče	Věk	Délka praxe	Nejčastější Dg. pacientů, o které se sestra v DP stará
SDP 1	59 let	30 let	DM, ICHS, ICHDK, rakovina
SDP 2	39 let	3 roky	Pacienti s demencí, Parkinsonovou chorobou, ICHDK, DM, ICHS, renální insuficience, hypertenze, CHOPN, pacienti s antikoagulační terapií
SDP 3	45 let	13 let	Bércový vřed, CMP, pacienti po frakturách stehenních kostí, ramen

<b>SDP 4</b>	49 let	18 let	DM, vředové onemocnění dolních končetin, ošetrovatelská rehabilitace, oxygenoterapie, aplikace injekcí, převazy
<b>SDP 5</b>	55 let	17 let	onkologičtí pacienti, ležící pacienti, warfarinizovaní pacienti, ošetrovatelské rehabilitace, ošetření permanentního močového katetru, ošetřování a podávání stravy do PEGu, aplikace infuzní terapie a inzulínu
<b>SDP 6</b>	47 let	27 let	DM I. a II. typu, pooperační stavy, onkologičtí pacienti, dětské pacienti s DM, geriatřičtí pacienti
<b>SDP 7</b>	57 let	4 roky	Převazy bércových vředů, rehabilitace, nácvik chůze v chodítku, procvičování jemné motoriky

Zdroj: vlastní

Tabulka 2: Seznam kategorií a podkategorií 1

Kategorie	Podkategorie
Benefity, které přináší domácí péče pro pacienty	Benefity domácí péče pro pacienty
	Návrh na zlepšení domácí péče pro zvýšení přínosů pro pacienty
	Oblasti zdraví s největšími přínosy domácí péče
Možnosti zkvalitnění domácí péče	Hlavní faktory ovlivňující kvalitu domácí péče
	Návrhy na zlepšení kvality domácí péče
	Překážky v poskytování domácí péče

Zdroj: vlastní

### **Kategorie 1: Benefity, které přináší domácí péče pro pacienty**

V následující kategorii je popsáno, jaké benefity přináší domácí péče pro pacienty, co by přispělo k tomu, aby domácí péče byla opravdu benefitem pro pacienty a v jakých oblastech zdraví vidí sestry domácí péče největší přínos. Kategorie je členěná do dalších 3 podkategorií.

#### **Benefity domácí péče pro pacienty**

V této podkategorii bylo zjišťováno, jaké benefity, z pohledu sester, přináší domácí péče pro pacienty. Většina respondentů se shoduje na tom, že jedním z hlavních benefitů je možnost setrvání pacienta v jeho domácím prostředí, které přispívá k lepšímu psychickému stavu pacienta. SDP 1 uvádí: „*Benefitem je jistě to, že je pacient ve svém prostředí,*“ SDP 2, SDP 4 a SDP 6 se rovněž shodují, že pobyt v domácím prostředí je pohodlnější než pobyt v nemocnici, kde pacienti nemají možnost být se svými blízkými. Dalším zmiňovaným benefitem je individualizace péče, která je v domácím prostředí lépe přizpůsobena potřebám pacienta, to uvádí SDP 7: „*Sestra v domácí péči má větší pochopení pro pacienta, protože k němu jezdí až tři měsíce a tráví s ním poměrně dost*

*času a podle toho může udělat individuální ošetrovatelský plán, který bude přímo na míru pro pacienta,*“ to samé potvrzuje i SDP 1: *„Také určitě značnou výhodou je i péče, která je individualizovaná potřebám pacienta.“* Z rozhovorů je dále patrné, že setrvání v domácím prostředí u pacienta zamezuje vzniklému stresu, který u pacientů vzniká v souvislosti s hospitalizací či po ukončení hospitalizace, což uvádí pacienta do nevědomosti, co s ním následně bude. Toto tvrzení uvádí zejména SDP 5: *„největší benefit je podle mě to, že z nich opadá ta starost, co s nimi teď bude, jak to teď budu zvládat doma sám,“* SDP 1 navíc dodává: *„Dalším benefitem je třeba cévkování, sestry mají kurzy na cévkování muže a sestra je schopna zacévkovat pacienta doma a ten se nemusí pak starat o to, kdy si musí zajistit výměnu cévky, aby ji neměl moc dlouho, protože to za něj vyřeší sestra.“* Respondentky dále uvádějí, že podpora, kterou dostávají v domácím prostředí od blízkých a od sester, je značnou výhodou. SDP 3 uvádí: *„Někteří pacienti mají rodinu daleko a nikdo je nenavštěvuje, takže i ten čas, který se sestrou mohou strávit a trošku si s ní popovídat, vyzpovídat se, je pro ně určitě důležitý a mnohdy sestra v nemocnici nemá na pacienty takový prostor, aby si s nimi mohla povídat,“* SDP 7 dodává navíc: *„Pokud žije ve špatných podmínkách, můžu mu pomoci zařídit nějakou pomoc,“* SDP 1 dále uvádí, že sestra je pro pacienta takový advokát, protože pacienta především hájí.

### **Návrh na zlepšení domácí péče pro zvýšení přínosů pro pacienty**

V následující podkategorii jsem zkoumala faktory, které by mohly přispět k tomu, aby domácí péče byla opravdu benefitem pro pacienty. Respondentky se shodují na tom, že kvalifikovaný a zkušený personál je klíčovým faktorem pro zlepšení domácí péče. Podle SDP 4 a SDP 5 je důležité, aby v domácí péči pracovaly pouze sestry s odpovídající kvalifikací a praxí. SDP 4 tvrdí: *„Aby pracovaly v domácí péči jen zkušené a vzdělané sestry, které za sebou už mají nějaké praxe z nemocnice, protože práce v domácí péči je opravdu náročná a sestra je samostatná a závislá sama na sobě. Pak bude péče provedená pečlivě a pro pacienta bude určitě výhodou.“* Toto tvrzení potvrzuje i SDP 5: *„Samozřejmě kvalifikovaný personál, je sice málo sester, ale nemyslím si, že je potřeba za každou cenu vzít jakoukoliv sestru, která nemá třeba dostatek praxe. V domácí péči musí pracovat jen sestry, které jsou dostatečně vzdělané a nemůžou pacientovi nějakým způsobem ublížit.“* Tři respondentky se shodují na tom, že je potřeba změnit vztah pojišťoven k domácí péči, jedná se o odpovědi respondentů SDP 1, SDP 5 a SDP 7. Konkrétní vyjádření poskytla SDP 5: *„Velký podíl na tomto má pojišťovna, bylo by*

*potřeba, aby hradila více materiálu a vybavení. Například polohovatelná lůžka, která jsou dost nákladná, a ne každý pacient si je může dovolit. Když se změní tohle, pro pacienty a jejich rodinu to bude velký plus.*“ Další shodu shledávám v tvrzení, že je potřeba změnit chování některých praktických lékařů, konkrétně respondentky SDP 3, SDP 6 a SDP 7 jsou tohoto názoru. SDP 6 říká, že někteří lékaři pacientovi zamítnou návrh domácí péče, ačkoliv by ho pacient potřeboval, tento názor potvrzuje i SDP 7 a navíc ještě dodává: *„praktický lékař krátí poukaz, i přesto, že vidíme, že pacient by ještě naši péči uvítal.*“ Respondentka SDP 2 má na téma návrhu na zlepšení domácí péče pro zvýšení přínosů pro pacienty odlišný než ostatní respondenti, a to sice: *„Myslím, že už je domácí péče benefitem pro pacienty, protože jim to usnadní hodně starostí a námahy.*“ Taktéž respondentka SDP 6 se neshoduje s ostatními názory a udává, že by sestra měla dělat méně administrativní práce navíc, protože ji to zabírá hodně času, který by mohla věnovat pacientovi.

### **Oblasti zdraví s největšími přínosy domácí péče**

Tato podkategorie byla věnována otázce „V jakých oblastech zdraví vidíte největší přínosy domácí péče?“ Respondentky SDP 1, SDP 3 a SDP 5 poukazují na, že domácí prostředí má pozitivní vliv na duševní zdraví. Pacienti se cítí méně stresovaní a lépe se vyrovnávají s nemocí, když jsou obklopeni známým prostředím a lidmi, kteří je mají rádi. Tento přínos zahrnuje snížení psychického tlaku a nejistoty, na což poukazuje respondentka SDP 1: *„Důležité pro ně je, že jsou ve svém prostředí a nemusí nikam chodit, aby jim byla zajištěna například psychická pohoda. Nemusí nikde v čekárně čekat, než se na ně dostane řada, nemusí je čekat dlouhodobá příprava, než se skutečně někam dostanou. Pacient nemusí čekat, co mu bude sděleno a nebude v jakési nejistotě a pod tlakem.*“ Velký přínos vidí sestry v oblasti rehabilitace a zotavení, konkrétně respondenti SDP 2, SDP 4, SDP 5 a SDP 7, přičemž SDP 7 dodává, že pokud naučí cviky rodinu, můžou s pacientem cvičit i v její nepřítomnosti. Domácí péče poskytuje pacientům možnost rehabilitace v jejich přirozeném prostředí, což přispívá k efektivnějšímu a rychlejšímu návratu do běžného života. Jedna sestra z celkového počtu dotazovaných měla názor jiný než zbytek sester, a to sice SDP 6, která si myslí, že největší přínos pro pacienta má menší riziko nozokomiálních nákaz.

### **Kategorie 2: Možnosti zkvalitnění domácí péče**



Tato kategorie je zaměřena na možnosti pro zkvalitnění domácí péče. Dále je členěna do 3 podkategorií. První podkategorie se zaměřuje na zjištění, jaké jsou hlavní faktory, které ovlivňují kvalitu domácí péče, druhá podkategorie se bude zabírat návrhy na zlepšení kvality domácí péče a poslední podkategorie, tedy třetí, se zaměří na překážky, které mohou nastat v rámci poskytování domácí péče.

### **Hlavní faktory ovlivňující kvalitu domácí péče**

Cílem této podkategorie bylo zjistit, jaké jsou hlavní faktory, které ovlivňují domácí péči. Z celkového množství respondentů mi odpověděli respondenti SDP 1, SDP 2, SDP 4 a SDP 7, že klíčovým faktorem, který ovlivňuje kvalitní péči, je adekvátní vzdělání a odborné znalosti sester. Nedostatečně vzdělané sestry nemohou poskytnout potřebnou úroveň péče a efektivně reagovat na zdravotní potřeby pacientů. SDP 7 dále uvádí, že by sestra měla projevovat vlastní zájem o vzdělávání v oblasti ošetrovatelství a poskytovat péči podle nových postupů, měla by mít také zájem o člověka a provádět ošetrovatelskou péči poctivě. Sestra SDP 4 rozšiřuje tento poznatek o další poznámku, že je potřeba sice vzdělaných sester, ale stejně tak vstřícnost lékařů. Sestry SDP 3 a SDP 6 se shodují na názoru, že jedním z faktorů je nedostatek sester. SDP 6 doplňuje tvrzení o informaci navíc: *„Kvalitu DP ovlivňuje především zoufalý nedostatek sester a nedostatek času stráveného u pacienta, který by si zasloužil mnohem větší péči, ale to nám pojišťovna neumožňuje.“* Důležitým faktorem, které ovlivňují kvalitu domácí péče je kvalita vybavení a prostředí, ve kterém pacienti žijí. Nezbytné pro zajištění kvalitní péče je bezpečné prostředí, někdy prostředí neodpovídá standardům, a to může mít negativní vliv na efektivitu a kvalitu péče. Tento názor zastává respondent SDP 5 a SDP 7. Propojenost mezi zdravotním a sociálním systémem uvádí jedna sestra, a to sice SDP 3. Naznačuje, že nedostatečná koordinace mezi těmito systémy může ovlivnit kvalitu a kontinuitu poskytované péče. Další problematiku v oblasti kvality uvádí sestra SDP 4 zásadní problém ve financování ze strany pojišťoven: *„Jedním z faktorů je platba pojišťoven, kdyby poskytovaly větší finanční prostředky, péče by byla kvalitnější.“* Z toho vyplývá, že nízké úhrady ze strany pojišťoven mohou omezovat možnosti poskytovatelů péče a negativně ovlivňovat kvalitu služeb.

### **Návrhy na zlepšení kvality domácí péče**

V rámci této podkategorie byly identifikovány faktory, které mohou přispět k co největší kvalitě domácí péče. Na základě odpovědí respondentů byly zdůrazněny následující

aspekty, které se opakovaně objevily v jejich vyjádřeních. Podle SDP 2 a SDP 4 je důležité, aby v domácí péči pracovaly pouze sestry s odpovídající kvalifikací a praxí, aby mohly poskytovat kvalitní a aktuální péči odpovídající nejnovějším postupům, SDP 4 k tomu dodává, že sestry by měly být průběžně proškoleny. Respondenti SDP 2, SDP 3, SDP 5 si myslí, že pro zajištění kvalitní péče je také potřeba kvalitní vybavení či materiál, respondentka SDP 3 uvádí konkrétní příklad v souvislosti s otázkou co by mohlo přispět k co největší kvalitě: *„Aby byla dostupná a aby byla agentura domácí péče dostatečně vybavená ošetrujícím materiálem, ale i přístroji, např. kvalitním glukometrem, aby byl co nejméně zkreslený výsledek.“* Respondentka SDP 1 se drží názoru, že velkou roli hrají pojišťovny, které určují časové rozmezí pro poskytování péče: *„Už jsem zmiňovala, že pojišťovny hrají velkou roli v poskytování péče. Nejvíce by nám pomohlo, kdyby se daly vykázat služby na delší časové rozmezí, než máme povoleno. V časové relaci, která nám je povolena není dostatek času na to, aby péče o pacienta byla provedena ve všech ohledech, jako je tomu například v lůžkovém zařízení.“* Tři respondenti, SDP 1, SDP 5 a SDP 6, uvádějí, že je potřeba spolupráce mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu, do kterého spadá i rodina. SDP 1 navíc dodává: *„Určitě by nám pomohlo i zařazení zdravotnických asistentů do multidisciplinárního týmu.“*

### **Překážky v poskytování domácí péče**

V následující podkategorii jsem zjišťovala, jestli sestry v agentuře domácí péče musely čelit nějakým překážkám v rámci poskytování domácí péče. Většina dotazovaných sester se shoduje, že jedním z největších problémů je neuzpůsobené domácí prostředí pacientů, jedná se o sestry SDP 1, SDP 2, SDP 4, SDP 7. SDP 1 udává: *„Nejčastěji jsem se setkávala s bariérami prostředí, kdy nebyl dostatečně zajištěno sociální prostředí, a pokud není připravené, těžko se u něj provádí domácí péče.“* S podobným názorem přišla i sestra SDP 2: *„Většinou si poradím se vším a nic pro mě není překážkou, ale občas se setkávám s tím, že prostředí pacienta není úplně ideální pro poskytování péče, někteří pacienti nemají základní sociální vybavení, jako je například čistý záchod nebo nemají základní hygienické návyky, což je taky jedna z příležitostí a komplikuje to uzdravování.“* O další příklad z praxe doplňuje sestra SDP 4: *„Někteří klienti nemají k dispozici ohřev vody, takže si ji musí ohřívat na kamnech. Tím pádem u nich hygienická péče není na úrovni, a to pak komplikuje léčbu.“* Dvě sestry, SDP 1 a SDP 7, uvádí jako překážku nesouhlas nebo nespolečnou práci pacientů. Nejvíce o tomto problému promluvila SDP 1: *„Jako součást překážek v poskytování péče bych viděla i nesouhlas pacienta*

s poskytováním domácí péče, pacient vždy musí souhlasit, nemůže za něj rozhodovat nikdo jiný, pokud je svéprávný.“ Podobné tvrzení uvedla i sestra SDP 6, ale zmiňuje jako problém spíše nespolupráci rodin od některých pacientů. Některé sestry uvádějí, že jednou z překážek je nepřítel lékařů, především sestry SDP 4: „*Občas jsou to praktičtí lékaři, když pacientům skončí poukaz po propuštění z nemocnice, je s nimi horší domluva. My vidíme, že pacient by potřeboval pokračování v ošetřování, ale lékař nechce další poukaz předepsat.*“ Totožného názoru jsou sestry SDP 5 a SDP 6, ta navíc uvádí, že nespolupracují ani některé ambulance. Jedna ze sester, SDP 1, ještě dodává, že další překážkou je: „*Určitě taky neznalost problematiky pacienta ze strany lékaře, neznalost možností a dostupnosti nebo špatné pochopení pojišťoven a multidisciplinárního týmu.*“ Z těchto odpovědí vyplývá, že největší překážky v poskytování domácí péče spočívají v nevyhovujícím domácím prostředí.

#### 4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty DP

Výsledky rozhovorů se sedmi pacienty různých věkových kategorií a diagnóz, kterým byla poskytována péče sestrami domácí péče, byly analyzovány a zařazeny do jedné kategorie s názvem "Výhody poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí pacienta." Pro snazší orientaci byla vytvořena tabulka. Tato tabulka obsahuje údaje o věku pacienta a jeho diagnóze. Též byla vytvořena tabulka s názvem kategorie a jejími podkategoriemi.

Tabulka 3: Seznam kategorií a podkategorií 2

Výhody poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí pacienta	Informovanost o nárocích v rámci domácí péče
	Schopnost fungování bez domácí péče
	Předchozí zkušenost s domácí péčí
	Zdroj informací o domácí péči
	Povědomí o pojmu domácí péče
	Prospěšnost domácí péče ve srovnání s hospitalizací
	Výhody domácí péče

	Nevýhody domácí péče
	Kvalita domácí péče ve srovnání s nemocniční péčí
	Spokojenost s prací sester domácí péče
	Preference mezi domácí péčí a hospitalizací v nemocnici

Zdroj: vlastní

Tabulka 4: Informace o pacientech DP

Pacienti domácí péče	Věk	Diagnóza/důvod návštěvy domácí péče
PDP 1	93 let	Příprava léků a aplikace léků
PDP 2	74 let	Akutní selhání ledvin
PDP 3	67 let	Roztroušená skleróza
PDP 4	78 let	Bércové vředy
PDP 5	67 let	Onkologické onemocnění, ošetřování PEG
PDP 6	74 let	Amputace prstu, defekt na noze
PDP 7	76 let	DM, nádorové onemocnění kůže

Zdroj: vlastní

### **Kategorie 3: Výhody poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí pacienta**

Poslední kategorie je zaměřena na pacienty a jejím cílem je zmapovat výhody poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí. Tato kategorie je rozdělena do jedenácti podkategorií. První podkategorie, "Informovanost o nárocích v rámci domácí péče," se zabývá tím, jak dobře jsou pacienti informováni o svých právech a možnostech domácí péče prostřednictvím sester z agentury domácí péče. Druhá podkategorie, "Schopnost fungování bez domácí péče," zkoumá, do jaké míry jsou pacienti schopni

fungovat bez této podpory. Třetí podkategorie, "Předchozí zkušenost s domácí péčí," zjišťuje, zda pacienti již v minulosti domácí péči využívali. Čtvrtá podkategorie, "Povědomí o pojmu domácí péče," se zaměřuje na to, jak dobře pacienti rozumí konceptu domácí péče. Pátá podkategorie hodnotí, zda je pro pacienty domácí péče prospěšnější než hospitalizace v nemocnici. Následující čtyři podkategorie se zaměřují na konkrétní aspekty domácí péče: její výhody, nevýhody, kvalitu ve srovnání s nemocniční péčí, a spokojenost pacientů s prací sester domácí péče. Poslední, jedenáctá podkategorie zjišťuje, zda by pacienti v budoucnu preferovali domácí péči nebo hospitalizaci v nemocnici.

### **Informovanost o nárocích v rámci poskytování domácí péče**

V následující podkategorii se budu zajímat o to, jaký přehled mají pacienti o nárocích v rámci poskytování domácí péče. Ze sedmi dotazovaných na otázku „Víte, na co vše máte v domácí péči nárok?“ odpovědělo pět pacientů, že nemají přesné informace o tom, na co vše mají v rámci DP nárok. Konkrétně se jedná o pacienty PDP 1, PDP 2, PDP 5, PDP 6 a PDP 7. Z toho dva pacienti, PDP 6 a PDP 7, se zaměřují pouze na konkrétní služby, které jsou u nich vykonávány, PDP 6 říká: „*To nevím, sestřička za mnou jezdí a převazuje mi jen nohu, ale na co dalšího mám nárok nevím.*“ Podobnou odpověď uvádí i pacientka PDP 7: „*Na co vše nevím, já potřebuji jen píchat inzulin a mazat ty ranky, co se mi dělají na čele a uchu.*“ Pacienti PDP 1 a PDP 2 přiznávají, že se o to ani nikdy nezajímali. Dva, z celkového množství dotazovaných, mají přehled pouze o některých aspektech, PDP 3 uvádí odpověď: „*Myslím, že na peníze, že dostanu nějaký příspěvek.*“ Kdežto respondentka PDP 4 říká: „*Na ošetřování asi.*“ Následné výsledky ukazují, že pacienti v domácí péči jsou nedostatečně informovaní o právech a nárocích. Lepší informovanost by vedla po větší poptávce a využívání dostupných služeb.

### **Schopnost fungování bez domácí péče**

Cílem této podkategorie je zjištění, zda jsou pacienti domácí péče schopni fungovat v domácím prostředí bez návštěv domácí péče. Pacienti PDP 1, PDP 2, PDP 3, PDP 4, PDP 5 a PDP 7 uvádí, že by bez návštěv domácí péče nedokázali samostatně fungovat. Například pacient PDP 1 odpovídá na otázku „Zvládl/a byste běžné fungování v domácím prostředí bez návštěv domácí péče?“ následovně: „*To určitě ne, vidím špatně, jsem slabý a motám se. Takže jsem vděčný, že za mnou můžou docházet. Teď je tu se mnou syn, který mi také pomáhá s těmito věci, ale jinak jsem tady sám.*“ Což vyjadřuje značné obavy,

obdobné obavy má i respondent PDP 5: „*Nejsem si úplně jistý, spíš asi ne. Já si myslím, že můj stav, ve kterém se nacházím vyžaduje docela velkou péči a hlavně od odborníků. Báł bych se nějakých komplikací, které by mohly nastat a na koho bych se pak obrátil, sestřičce se můžu kdykoliv ozvat, a to mě uklidňuje.*“ Dva respondenti, konkrétně PDP 2 a PDP 4, zmiňují, že bez domácí péče by se nedokázali správně ošetřit. Jedna odpověď se naprosto vylučuje s ostatními, to sice odpověď od pacientky PDP 6, ta odpovídá: „*Já myslím, že ano. Mně nejdříve řekl pan doktor, že si mám tu nohu ošetřovat sama, tak jsem si na to nakoupila spoustu věcí a pár dnů jsem si tu nohu sama ošetřovala. A pak mi zavolala sestřička, že si to pan doktor rozmyslel a bude za mnou chodit tahle domácí péče.*“ Z následujícího zjištění vyplývá, že bez přítomnosti odborné domácí péče by většina pacientů čelila vážným obtížím, a to jak z fyzické zdatnosti, tak z hlediska odborného ošetřování.

### **Předchozí zkušenost s domácí péčí**

Tato podkategorie zjišťuje, jestli mají pacienti již přechodí zkušenost s poskytováním domácí péče. Z celkového počtu respondentů (7), odpověděli dva pacienti, PDP 1 a PDP 6, že už mají dřívější zkušenost s DP. Respondent PDP 1 udává: „*Ano, už kdysi za mnou jezdili, míval jsem vysoký tlak, a tak mi ho jezdili pravidelně měřit.*“ Respondentka PDP 6 se přidává s podobnými zkušenostmi: „*Předtím za mnou jezdili ještě po amputaci toho prstu, takže teď už je to podruhé.*“ Ostatní respondenti, přesněji PDP 2, PDP 3, PDP 4, PDP 5, PDP 7, nikdy předtím využívat domácí péči nepotřebovali, tudíž u nich nikdy tato služba neprobíhala, pacient PDP 2 uvádí například: „*Teď je to poprvé, předtím jsem nikdy nemarodil, nebo vlastně jo, ale to byla třeba výměna kyčle, takže jsem ani nic takového nepotřeboval.*“ Pacient PDP 4, podle toho, co říká, využívá domácí péče poprvé, avšak s delším časovým rozmezím, než využívají ostatní dotazovaní: „*Až teď jsem ji teprve potřebovala, ale ono už to trvá delší dobu, ale dokud se mi neudělaly vředy, tak nebylo potřeba, aby se o mě někdo staral.*“ Tyto odpovědi naznačují, že potřeba domácí péče často přichází s vážnějšími a dlouhodobými zdravotními problémy, které dřív nebyly přítomny nebo nevyžadovaly intenzivní péči.

### **Zdroj informací o domácí péči**

V této podkategorii jsem zjišťovala odpovědi na otázku „*Jak jste se o poskytování domácí péče dozvěděl/a?*“ Z analýzy výsledků je patrné, že pacienti se nejčastěji dozvěděli o domácí péči a následně ji zařídili členové rodiny, kteří již předchozí zkušenosti měli nebo

byli schopni si informace zjistit. Jedná se o pacienty PDP 1, PDP 3, PDP 4 a PDP 7. Nejvíce se k tomuto vyjádřila respondentka PDP 7: „*O poskytování domácí péče jsem se dozvěděla díky své dceři, která je zdravotní sestra. Ona mi doporučila, abych využila tuto službu, protože věděla, že na mě nebude mít tolik času. Tak tam zavolala a domluvila mi to.*“ Pacientka PDP 3 měla podobnou zkušenost, avšak u ní se navíc ještě vyskytla neochota lékaře: „*Od manžela, ten mi to zjišťoval a zařizoval, bylo toho na něj už moc. Náš lékař byl ale neochotný nám cokoli nabídnout, tak jsme se museli zajímat sami.*“ Zbytek respondentů, PDP 2, PDP 5, PDP 6, se o domácí péči dozvěděli přímo od zdravotnického personálu během hospitalizace nebo při propouštění z nemocnice. Přesný příklad popisuje PDP 6: „*Od doktora z chirurgie, kde jsem ležela, já jsem předtím nevěděla, že něco takového je, bála jsem se, že budu několik týdnů ležet v nemocnici, aby mi měl kdo prst převazovat. A on mi to právě zařídil, abych nemusela být kvůli tomu v nemocnici.*“ Podobně reaguje i pacient PDP 2: „*Když jsem odcházel z nemocnice, tak mi o tom řekli a zařídili mi to a pak sem začali jezdit.*“ Tato zjištění naznačují, že rodina hraje důležitou roli při zajišťování domácí péče, a to především v případech, kdy mají členové rodiny zdravotnické znalosti nebo zkušenosti.

### **Povědomí o pojmu domácí péče**

V následující podkategorii jsem zjišťovala, zda pacienti měli přehled o domácí péči, ještě než u nich začala být poskytována. Z poskytnutých informací jsem vyvodila, že pacienti PDP 1 a PDP 7 nikdy předtím o službě domácí péče neslyšeli a nevěděli, co si pod tímto pojmem představit, to potvrzuje např. pacientka PDP 7: „*Myslíte před tím, než za mnou začala dojíždět? To ne, nikdy předtím jsem o něčem takovém neslyšela.*“ Jedna z dotazovaných respondentů si služby domácí péče spletla s pečovatelskou službou, to poukazuje na nedostatečnou informovanost laické veřejnosti o podvědomí domácí péče. jedná se o PDP 6: „*Myslela jsem si, že je to taková ta pečovatelská služba, jak vám chodí nakupovat a třeba oblékat vás.*“ Naopak respondenti PDP 2, PDP3, PDP 4, PDP 5 měli alespoň částečnou představu o domácí péči s myšlenkou, že zdravotníci k nim budou docházet domů a poskytovat různé formy péče jako je ošetřování, rehabilitace nebo pomoc s každodenními činnostmi, na to poukazuje pacientka PDP 3: „*Že za mnou přijdou sestřičky a budou o mě pečovat.*“ Obdobně odpovídá i pacient PDP 2: „*Že teda jezdí za těmi nemocnými a když potřebuji, tak jim pomůžou.*“ Respondent PDP 5 neměl jasnou představu o všech formách poskytované péče, ale jako jediný uvedl přesný příklad a věděl, že jednou z věcí, které poskytují, je rehabilitace.

## **Prospěšnost domácí péče ve srovnání s hospitalizací**

Cílem této podkategorie bylo zjistit, zda je pro ně domácí péče prospěšnější než hospitalizace v nemocnici. Z celkového počtu sedmi pacientů jich pět, PDP 1, PDP 2, PDP 3, PDP 6, PDP 7, považuje domácí péči za jednoznačně prospěšnější než hospitalizaci. Tito pacienti oceňují především pohodlí a psychickou pohodu spojenou s pobytem doma. Pacient PDP 2 si myslí, že je zbytečné, aby kvůli svému stavu musel být hospitalizován: „*To určitě, nic jiného mi není a cítím se jinak dobře, takže by bylo zbytečné, abych kvůli tomu ležel v nemocnici.*“ Podobné vyjádření poskytl PDP 6, který navíc dodává, že jim alespoň v nemocnici nezabírá místo: „*Aby mi to jen převazovali? To si myslím, že je lepší, když jsem takhle doma, aspoň jim nezabírám místo v nemocnici pro někoho, kdo to potřebuje víc než já.*“ Dva pacienti se zcela vylučují s názorem těchto pěti pacientů, pacientovi PDP 4 přijde péče v domácí péči stejná jako v nemocnici, ale doplňuje toto tvrzení ještě o informaci navíc: „*Přijde mi to stejný, ale sestřičky v domácí péči na mě mají víc času, než když jsem v nemocnici. Tam Vás rychle odbydou a jdou si zase po svém.*“ Oproti tomu PDP 5 má zcela odlišný názor, přijde mu, že zatěžuje svým stavem v domácím prostředí především rodinu a udává: „*Jak se to vezme, když se zaměřím jen na sebe, tak určitě je to pro mě doma pohodlnější, ale na druhou stranu je to pro manželku a děti asi taky vyčerpávající se o mě starat.*“

## **Výhody domácí péče**

Tato podkategorie je věnována zjišťování, jaké výhody přináší domácí péče pacientům. Celkem čtyři pacienti ,PDP 1, PDP 2, PDP 5, PDP 7, se shodli, že hlavní výhodou je pohodlí a eliminace nutnosti cestovat. Pacienti oceňují, že zdravotníci přicházejí k nim domů a že nemusí trávit čas cestováním na lékařské úkony nebo převazy. PDP 1 navíc dodává, že je to pro něj lepší i v ohledu, že se nemusí spoléhat na rodinu a obtěžovat ji: „*Protože jsem tady sám a nemůžu pořád otravovat syna nebo dceru, aby mě pořád někam vozili. Takhle přijedou oni za mnou a já nikam nemusím, když potřebuji nabrat krev, přijedou za mnou a mají to do pár minut hotový. Pro mě už to v tomhle věku není vůbec jednoduchý, abych pořád někam jezdil a strávil tam spoustu času.*“ Podobně se vyjádřil také respondent PDP 7: „*Myslím si, že výhodou je to, že oni přijedou ke mně domů, je to pohodlné. Mně už se hůře chodí a jsem ráda, že nemusím dojíždět třeba na ty odběry do nemocnice. Dřív jsem měla pocit, že tím obtěžuju rodinu.*“ Zbylí tři dotazovaní se víceméně shodují na názoru, že značnou výhodou je zůstat doma ve svém prostředí, tento



názor zastávají pacienti PDP 3, PDP 4, PDP 6. Pacient PDP 4 tento zjištěný výsledek doplňuje o informaci navíc, že je rád, že může zůstat se svou rodinou. Podobný postoj zaujímá pacientka PDP 6, která si váží ještě navíc soukromí, které ji domácí péče umožňuje a eliminuje potenciální obavy, které by jinak souvisely s hospitalizací: „To, že jsem doma a že se můžu libovolně pohybovat a obstarat si vše sama a že je tu pro mě manžel a je mi oporou. Takhle nám můžu uvařit a nemusím zajišťovat pro manžela obědy, to by pro nás bylo drahé a starost navíc. A že celkově můžu fungovat v domácnosti. A mám ráda nějaké soukromí, který mi tahle péče doma umožní.“ Celkově tato zjištění ukazují, že domácí péče je vnímaná velmi pozitivně.

### **Nevýhody domácí péče**

Naopak tato podkategorie se zaměřuje na nevýhody, které se můžou nést s poskytováním domácí péče. Většina dotazovaných respondentů jsou s domácí péčí spokojeni a nevidí v ní žádné nevýhody. Na tomto se shodují respondenti PDP 2, PDP 3, PDP 4 a PDP 6, ten navíc dodává: „*Já si myslím, že ne, pro mě je hlavně výhodou.*“ Naopak pacienti PDP 1 a PDP 7 uvedli jako nevýhodu, že jsou v jistých obavách, když se sestra zpozdí a musí na ně čekat, PDP 1 vysvětluje: „*Někdy musím čekat, jsem nervózní, kdy přijedou.*“ Obdobně se vyjadřuje PDP 7: „*Jen to, že čekám na sestru občas o něco déle, mám pak strach, jestli vůbec dorazí.*“ Z vyjádření PDP 5 je patrné, že má strach, že omezuje svou ženu, protože se o něj musí starat, což způsobuje osobní diskomfort a pocit, že je na obtíž, přesněji odpověděl: „*Nevýhodu je asi to, že se o mě musí starat zároveň manželka a připadám si trošku na obtíž. Víte, já jsem byl vždycky zvyklý, že se o sebe postarám sám, ale teď vidím, že jsem pro manželku jen práce navíc. Kdybych byl v nějakém zařízení, asi by se jí ulevilo.*“ Většina pacientů nevnímá výrazné nevýhody domácí péče a považuje ji za přínosnou. Někteří však mohou pociťovat určitý diskomfort spojený s čekáním na zdravotníky či pocit zatěžování rodinných příslušníků.

### **Kvalita domácí péče ve srovnání s nemocniční péčí**

V následující kategorii bylo zjišťováno, jestli je kvalita domácí péče stejně kvalitní jako v nemocnici. Z odpovědí pacientů vyplývá, že šest z nich, PDP 2 - PDP 7, vnímá kvalitu domácí péče stejnou nebo lepší než v nemocnici. Tito pacienti oceňují zejména individuální přístup, pozornost a kvalitu ošetření. Například PDP 7 udává: „*Ano, myslím si, že by to tam probíhalo stejně a dávali by mi tam stejné mastičky.*“ Podobné vyjádření poskytla PDP 4: „*Ano, nohu mi ošetřují stejně a dávají mi tam i stejné masti. Takže*

*nemůžu říct, že by v nemocnici dělali převaz hůř než doma.* “ Pacient PDP 2 navíc dodává, že v nemocnici je to někdy dokonce horší. Naopak respondent PDP 6 si myslí, že je kvalita ještě lepší: *„Možná, že ještě lepší. Já jsem tam byla s tím uříznutým prstem a celý den si mě tam nikdo nevšimnul, tady se mi věnují jak jen to jde.* “ Jeden z dotazovaných si není zcela jistý, zda je kvalita péče stejná jako v nemocnici. PDP 1 přímo uvádí: *„To nedokážu úplně posoudit, ale asi jo.* “ Celkově lze tedy říci, že většina pacientů vnímá domácí péči jako kvalitní alternativu k péči nemocniční.

### **Spokojenost s prací sester domácí péče**

Tato podkategorie se zabývá spokojeností pacientů s prací sester domácí péče. Všichni pacienti vyjádřili spokojenost s poskytováním péče od sester DP. PDP 1 oceňuje především dle jejich slov to, že si má s kým popovídat. Pacient PDP 5 zdůraznil, že jsou sestry šikovné, rychlé a schopné se přizpůsobit potřebám pacientů, podobný názor má i PDP 6, který navíc oceňuje rychlost a flexibilitu sester: *„Jsem moc spokojená, sestřičky jsou rychlé a šikovné a dokážou se mi přizpůsobit, když je potřeba.* “ Pozitivní hodnocení práce sester agentury domácí péče ukazuje na jejich schopnost poskytovat nejen zdravotní péči, ale také podporu a komunikaci, což přispívá k celkové spokojenosti pacientů

### **Preference mezi domácí péčí a hospitalizací v nemocnici**

V poslední podkategorii jsem se zabývala otázkou: *„Rozhodl/a byste se příště pro domácí péči nebo hospitalizaci v nemocnici?“* V analýze odpovědí pacientů se ukazuje, že většina dotazovaných pacientů (PDP 1, PDP 2, PDP 3, PDP 4, PDP 6, PDP 7) preferuje domácí péči než hospitalizaci v nemocnici. Například pacient PDP 6 poskytl tuto odpověď: *„Jak říkám, pro mě je to takhle lepší, takže pro tu domácí péči.* “ PDP 7 především poukazuje na to, že je pro ni důležitá možnost být doma a blízko rodiny: *„Opět bych se rozhodla spíš pro domácí péči, abych mohla být doma a na blízku rodině.* “ Oproti tomu PDP 4 vidí hlavní důvod pro zvolení domácí péče v tom, že nemusí trávit čas v nemocnici: *„Pro domácí péči, bez ní bych byla ztracená a nerada ležím někde po nemocnicích.* “ Naopak jediný respondent PDP 5 neví, jak by se příště rozhodl, říká následující: *„To nevím, pro mě má obojí nějaké plus a minus.* “

## 5 Diskuze

Tato část bakalářské práce se zaměřuje na analýzu výsledků získaných prostřednictvím kvalitativního polostrukturovaného rozhovoru s cílem pochopit zkušenosti, názory a pocity sester zaměstnaných v agentuře domácí péče a pacientů, kteří jsou těmito sestrami ošetřováni. Výzkumný vzorek zahrnoval 7 sester a 7 pacientů. Rozhovory byly rozděleny do několika kategorií, které poskytují detailní pohled na benefity a možnosti zkvalitnění domácí péče. Abychom dosáhli stanoveného cíle, byly zkoumány benefity domácí péče pro pacienty, návrh na zlepšení domácí péče pro zvýšení přínosů pro pacienty a oblasti zdraví s největšími přínosy domácí péče.

Dle Dostálové (2022) přirozené domácí prostředí napomáhá pacientům vyrovnat se se zhoršujícím zdravotním stavem, udržuje pacienty v přítomnosti a navozuje u nich pocit bezpečí, jistoty a pohody. To vyplývá z některých odpovědí dotazovaných sester. Nejčastěji zmiňovaným přínosem je možnost setrvání pacienta v jeho domácím prostředí, které pozitivně ovlivňuje psychický stav pacienta. Sestry zdůrazňují, že domácí prostředí je pro pacienty pohodlnější a méně stresující než nemocniční prostředí. Toto potvrzuje vyjádření sester SDP 1, SDP 2, SDP 4 a SDP 6. SDP 1 uvádí: „*Benefitem je jistě to, že je pacient ve svém prostředí.*“ Ostatní sestry ji v názoru podpořily, např. SDP 2 uvádí podobné vyjádření: „*Řekla bych, že úplně největší výhodou je setrvání v domácím prostředí a že nemusí docházet k lékařům, je to tak pro ně pohodlnější.*“ Dalším významným benefitem je možnost individualizace péče. Ošetřovatelský plán je vytvořen na základě posouzení bio-psycho-sociálních potřeb pomocí metody ošetřovatelského procesu nezávisle pracujícím nelékařským zdravotnickým pracovníkem. Tento plán určuje konkrétní zdravotní potřeby, nefarmakologické programy a režim (Válková, 2015). Tato přizpůsobivost může vést ke zvýšení účinnosti péče a k lepším výsledkům léčby. S tímto faktem se především shodují sestry SDP 1 a SDP 7. SDP 1 uvedla: „*Také určitě značnou výhodou je i péče, která je individualizovaná potřebám pacienta.*“ Podobné vyjádření přišlo i od sestry SDP 7: „*Sestra v domácí péči má větší pochopení pro pacienta, protože k němu jezdí až tři měsíce a tráví s ním poměrně dost času a podle toho může udělat individuální ošetřovatelský plán, který bude přímo na míru pro pacienta.*“ Je nezbytné, aby pacientovi byla po celou dobu odborně poskytována pomoc při zvládnutí jeho nemoci. Je také důležité poskytovat mu kontinuální nebo okamžitou emoční podporu. Mnozí pacienti mají v této době potřebu o své situaci mluvit (Kupka, 2014). Jako potřebu podpory uvedla především respondentka SDP 3: SDP 3 uvádí:

*„Někteří pacienti mají rodinu daleko a nikdo je nenavštěvuje, takže i ten čas, který se sestrou mohou strávit a trošku si s ní popovídat, vyzpovídat se, je pro ně určitě důležitý a mnohdy sestra v nemocnici nemá na pacienty takový prostor, aby si s nimi mohla povídat.“* K zajištění maximálního přínosu domácí péče je nezbytné zaměřit se na zlepšení kvalifikace personálu a zajištění adekvátního vybavení. Podle Koncepce domácí péče (2020) má sestra DP klíčovou úlohu při plánování rozsahu a obsahu ošetrovatelské péče. Díky vysoké odborné úrovni je schopna samostatně a ve spolupráci s lékařem navrhnout optimální ošetrovatelský plán, který bude přínosný pro pacienta. Zároveň zodpovídá za kvalitu a bezpečnost poskytované péče a pravidelně informuje indikujícího lékaře. Respondentky se shodují na tom, že pro zlepšení domácí péče je zásadní přítomnost kvalifikovaného a zkušeného personálu. SDP 4 uvedla: *„Aby pracovaly v domácí péči jen zkušené a vzdělané sestry, které za sebou už mají nějaké praxe z nemocnice, protože práce v domácí péči je opravdu náročná a sestra je samostatná a závislá sama na sobě. Pak bude péče provedená pečlivě a pro pacienta bude určitě výhodou.“* Stejným názorem se přiklání i SDP 5: *„Samozřejmě kvalifikovaný personál, je sice málo sester, ale nemyslím si, že je potřeba za každou cenu vzít jakoukoliv sestru, která nemá třeba dostatek praxe. V domácí péči musí pracovat jen sestry, které jsou dostatečně vzdělané a nemůžou pacientovi nějakým způsobem ublížit.“* Základem financování domácí péče je lékařské doporučení a každoroční seznam zdravotních výkonů s přidělenými bodovými hodnotami. Úhrady za domácí péči se realizují na základě smluv mezi poskytovateli domácí péče a zdravotními pojišťovnami, pokud je poskytována v rozsahu specifikovaných odborných úkonů (Koncepce domácí péče, 2020). Dotazované sestry, konkrétně SDP 3, SDP 6 a SDP 7, uvedly, že i když pacienti mají nárok na získání poukazu, někteří lékaři odmítají tyto poukazy předepisovat. Sestry vysvětlují, že přestože je zřejmé, že pacient by měl mít přístup k domácí péči, lékaři často poukazy nevydávají, což může být způsobeno různými důvody. Tento postoj lékařů představuje významnou překážku pro pacienty, kteří by z domácí péče mohli mít značný prospěch. Další významnou překážkou, kterou sestry identifikovaly, je nevhodné sociální prostředí pro poskytování domácí péče. Přestože se většinou dokážou vypořádat s různými situacemi, často narážejí na to, že prostředí pacienta není optimálně přizpůsobeno pro efektivní poskytování péče. Někteří pacienti postrádají základní sociální vybavení, jako je čistý záchod, nebo nemají základní hygienické návyky. Tyto nedostatky představují značnou překážku, která nejen komplikuje proces poskytování péče, ale také negativně ovlivňuje uzdravování pacienta.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké jsou možnosti pro zkvalitnění domácí péče. Dle Dostálové (2022) je cílem domácí péče umožnit lidem zůstat ve svém vlastním prostředí a předejít nutnosti hospitalizace nebo pobytu v jiných zdravotnických zařízeních. V rámci domácí zdravotní péče je důležité poskytovat služby s nejvyšší kvalitou, přičemž se klade důraz na individuální potřeby a zkušenosti pacientů. Z analýzy je patrné, že pro sestry je hlavní faktor, který ovlivňuje kvalitu DP, zaměstnávání zkušených a vzdělaných sester. Tohoto názoru se drží sestry SDP 1, SDP 2, SDP 4 a SDP 7. Kvalita domácí péče je významně ovlivněna kvalitou vybavení a prostředí, ve kterém pacienti pobývají. Aby byla péče efektivní a kvalitní, je nezbytné mít bezpečné a odpovídající prostředí. Pokud prostředí nesplňuje potřebné standardy, může to negativně ovlivnit jak efektivitu, tak i celkovou kvalitu poskytované péče. Tento názor vyjadřují respondenti SDP 5 a SDP 7. V domácím prostředí mohou existovat rizika spojená s domácností, například zhoršená kvalita vzduchu nebo přítomnost toxických látek, které mohou mít škodlivé dopady na zdraví (Znalostní systém prevence rizik v BOZP, © 2024). K dosažení vysoké kvality domácí péče je rovněž nezbytné správné umístění lůžka a zajištění vybavení, jako jsou kompenzační pomůcky a přístroje (Asociace domácí péče, 2018). S tím se ztotožnili respondenti SDP 2, SDP 3, SDP 5. Dalším zmiňovaným problémem je potřeba spolupráce s multidisciplinárním týmem. Multidisciplinarita je klíčovým prvkem zajištění kvality sociálně zdravotní péče. V rámci multidisciplinárního týmu, který se podílí na domácí péči, hrají důležitou roli profesní skupiny jako praktický lékař, sestra, osobní asistent, psycholog a sociální pracovník (Ondrušová, 2019). Respondenti SDP 1, SDP 5 a SDP 6 ale uvedli, že někdy tato spolupráce vázne. Respondentka SDP 1 se soustředí na dopad časových limitů, které stanovují pojišťovny pro poskytování péče. V oblasti domácí péče v rámci odbornosti 925 jsou formálně stanoveny čtyři typy návštěv, které trvají 15, 30, 45 nebo 60 minut. Každá návštěva zahrnuje vyhodnocení aktuálního stavu pacienta. Maximální počet návštěv odborné péče, které mohou být hrazeny ze zdravotního pojištění, je tři návštěvy denně (Koncepte domácí péče, 2020). Podle jejího názoru by flexibilnější časové intervaly, které by umožnily více času na poskytování služeb, výrazně zlepšily kvalitu péče. V současnosti stanovené časové limity nejsou dostatečné pro komplexní péči, jaká je poskytována v lůžkových zařízeních. Tento pohled zdůrazňuje potřebu přehodnotit a upravit časové standardy v domácí péči.

Třetím cílem bylo zmapovat výhody poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí pacienta. Na službu domácí péče má nárok každý občan s vážným postižením,

chronickými onemocněními, omezenou soběstačností, nebo ti, kteří se zotavují po operacích, úrazech či dlouhodobých nemocech a vyžadují individuální zdravotní péči, mají nárok na domácí péči. Patří sem například příprava a podávání léků, ošetřování ran, převazy, odběry krve a jiného biologického materiálu, aplikace inzulínu a injekcí proti bolesti, masáže, lůžková cvičení, nácvik chůze s chodítkem nebo o berlích, polohování k prevenci proleženin, a také poradenství a psychická podpora (Proprarodiče, © 2024). Z analýzy dat vyplynulo, že celkem 5 pacientů, PDP 1, PDP 2, PDP 5, PDP 6 a PDP 7, z celkového množství dotazovaných, uvedlo, že neví, na co mají v rámci domácí péče nárok. Pouze dva dotazovaní měli alespoň částečné povědomí o některých nárocích a službách, které mohou využívat. PDP 3 uvedla jeden nárok: „*Myslím, že na peníze, že dostanu nějaký příspěvek.*“ Stejně tak i PDP 4 přidal do diskuze pouze jeden příklad: „*Na ošetřování asi.*“ Z nemocničních lůžek přecházejí do domácí péče pacienti s různou mírou polymorbidity, polypragmazie a různým stupněm zdravotního postižení. S narůstajícím počtem obyvatel se očekává, že se postupně zvýší i počet pacientů trpících více nemocemi současně a s různými stupni disability, kteří budou vyžadovat léčbu v domácím prostředí (Čeledová a Holčík, 2017). V oblasti domácí péče se poskytuje dlouhodobá péče, která je zaměřena na osoby s dlouhodobě omezenou soběstačností. Tento druh péče zahrnuje širokou škálu služeb určených lidem, kteří potřebují asistenci při některých základních aktivitách každodenního života. Nejčastěji tuto dlouhodobou péči vyžadují starší osoby (Koncepte domácí péče, 2020). Proto byla položena otázka, která se týkala toho, jestli zvládnou fungovat v domácím prostředí i bez návštěv domácí péče. V rámci našeho výzkumu pacienti PDP 1, PDP 2, PDP 3, PDP 4, PDP 5 a PDP 7 uvádějí, že by nebyli schopni samostatně fungovat bez přítomnosti domácí péče. Například pacient PDP 1 sděluje, že trpí výraznými fyzickými omezeními a je zcela závislý na péči, kterou mu poskytují jak domácí péče, tak jeho syn. Podobně pacient PDP 5 vyjadřuje obavy: „*Nejsem si úplně jistý, spíš asi ne. Já si myslím, že můj stav, ve kterém se nacházím, vyžaduje docela velkou péči a hlavně od odborníků. Báł bych se nějakých komplikací, které by mohly nastat, a na koho bych se pak obrátil, sestřičce se můžu kdykoliv ozvat, a to mě uklidňuje.*“ Pouze jediná respondentka SDP 6 uvedla, že by fungování v domácím prostředí zvládla i bez návštěv domácí péče. Dalším zajímavým zjištěním bylo, že někteří pacienti už mají předchozí zkušenost s poskytováním domácí péče, konkrétně pacienti PDP 1 a PDP 6, ale u ostatních dotazovaných byla poskytována teprve poprvé. Praktický lékař je obvykle prvním zdrojem odborných rad pro pečující, kteří jej často vyhledávají. Je jeho povinností poskytnout pečujícím potřebné informace

o jejich potřebách nebo je odkázat na vhodné zdroje, kde mohou získat potřebné údaje (Dragomirecká, 2020). To se ale navzájem vylučuje s mým zjištěním. Čtyři ze sedmi oslovených, PDP 1, PDP 3, PDP 4 a PDP 7, odpovědělo, že se o domácí péči dozvěděli od svých příbuzných. vyjádřila Respondentka PDP 7 poskytla tuto informaci: „*O poskytování domácí péče jsem se dozvěděla díky své dceři, která je zdravotní sestra. Ona mi doporučila, abych využila tuto službu, protože věděla, že na mě nebude mít tolik času. Tak tam zavolala a domluvila mi to.*“ Pacientka PDP 3 zažila podobnou situaci, avšak k tomu se přidala i neochota lékaře: „*Manžel, který se snažil vše zjistit a zařídit, toho měl už plné zuby. Naše lékařka však byla neochotná nám cokoli nabídnout, takže jsme museli sami hledat řešení.*“ Dále z analýzy odpovědí vyplynulo, že je nedostatečné povědomí o pojmu domácí péče. Pacienti PDP 1 a PDP 7 neměli žádné předchozí povědomí o službě domácí péče a nebyli si vědomi jejího obsahu. To potvrzuje pacientka PDP 7, která uvedla: „*Myslíte před tím, než za mnou začala dojíždět? To ne, nikdy předtím jsem o něčem takovém neslyšela.*“ Tento nedostatek informací naznačuje, že pro některé pacienty je pojem domácí péče zcela nový a neznámý. Naopak respondenti PDP 2, PDP 3, PDP 4 a PDP 5 měli alespoň základní představu o domácí péči. Předpokládali, že zdravotníci k nim budou docházet domů a poskytovat různé formy péče, jako je ošetřování, rehabilitace nebo pomoc s každodenními činnostmi. To naznačuje potřebu lepší informovanosti a vzdělávání pacientů ohledně domácí péče, aby se předešlo záměnám a nedorozuměním a zlepšila se kvalita poskytovaných služeb. Dalším bodem bylo zjistit, zda je pro pacienty prospěšnější hospitalizace v nemocnici či domácí péče. Pět respondentů uvedlo, že pro ně je jednoznačně výhodnější péče v domácím prostředí. Oproti tomu dva pacienti, PDP 4 a PDP 5 uvedli, že jim to přijde stejné nebo že mají strach, že obtěžují rodinu, protože se o ně doma musí starat. Dále byla zkoumána oblast výhod domácí péče pro pacienty. Šuplerová a Machová (2013) zdůrazňují, že hlavními výhodami domácí péče jsou zejména zachování soukromí pacienta, pohodlí, stálý kontakt s rodinou a klidné prostředí domova. S podobnými názory se ztotožňují i mí respondenti, především PDP 1, PDP 2, PDP 5, PDP 7, se shodli, že hlavní výhodou je pohodlí a eliminace nutnosti cestovat. Respondentka PDP 7 navíc uvedla, že značnou výhodou je i to, že nemusí obtěžovat rodinu, která by ji jinak do nemocnice vozila. Oproti tomu respondenti PDP 1, PDP 5 a PDP 7 nevýhodu v domácí péči shledali. Zatímco PDP 1 a PDP 7 uvedli jako nevýhodu čekání na sestru, PDP 5 měl vyjádření následující: „*Nevýhodou je asi to, že se o mě musí starat zároveň manželka a připadám si trošku na obtíž. Víte, já jsem byl vždycky zvyklý, že se o sebe postarám sám, ale teď vidím, že jsem*

pro manželku jen práce navíc. Kdybych byl v nějakém zařízení, asi by se jí ulevilo.“ Pochopení toho, do jaké míry služby domácí péče vyhovují potřebám starších osob, umožňuje posoudit kvalitu péče a srovnávat poskytování těchto služeb (Foebel, 2015). Na základě odpovědí bylo zjištěno, že celkem šest respondentů, PDP2 – PDP 7, vnímají kvalitu domácí péče rovnou nebo lepší než v nemocnici. Například pacientka PDP 7 uvedl: „*Ano, myslím si, že by to tam probíhalo stejně a dávali by mi tam stejné mastičky.*“ Podobný názor poskytla i PDP 4: „*Ano, nohu mi ošetřují stejně a dávají mi tam i stejné masti. Takže nemůžu říct, že by v nemocnici dělali převaz hůř než doma.*“ Pacienti především ocenili individuální přístup, osobní pozornost a kvalitu ošetření. Jeden respondent, PDP 1, nedokázal plně určit, zda je kvalita shodná či nikoli. Posledním zjištěním bylo, zda jsou pacienti spokojeni s domácí péčí a zda by příště preferovali domácí péči nebo hospitalizaci. Současná domácí péče nevyužívá svůj plný potenciál a nepomáhá dostatečně snižovat počet pobytů v institucích (Holmerová, 2014). Což je v rozporu s mými zjištěními, jelikož všichni respondenti vyjádřili spokojenost s domácí péčí. Stejně tak by se pět respondentů, PDP 1, PDP 2, PDP 3, PDP 4, PDP 6 a PDP 7, příště rozhodlo znovu pro domácí péči než pro hospitalizaci. Jediný respondent PDP 5 neví jistě, jak by se rozhodl příště.



## 6 Závěr

Cílem této práce bylo získat hlubší porozumění zkušenostem, názorům a pocitům zdravotních sester a pacientů v domácí péči prostřednictvím kvalitativního polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek zahrnoval 7 sester zaměstnaných v agentuře domácí péče a 7 pacientů, kteří jsou těmito sestrami ošetřováni. Analýza výsledků rozhovorů se sestrami a pacienty přinesla několik klíčových zjištění, které byly rozděleny do třech hlavních kategorií: benefity domácí péče pro pacienty a možnosti zkvalitnění domácí péče a výhody domácí péče.

Prvním cílem bylo zjistit, jaké benefity pro pacienty přináší domácí zdravotní péče, a to z pohledu sester. Na základě odpovědí od sester bylo patrné, že jedním z hlavních benefitů je možnost setrvání pacienta v jeho domácím prostředí, což zlepšuje jejich psychický stav, jelikož jsou ve známém prostředí a mají kolem sebe blízké osoby. Dalším významným benefitem je individualizace péče, sestry se mohou lépe přizpůsobit potřebám pacienta a stanovit individuální ošetřovatelský plán. Pobyt doma také snižuje stres spojený s hospitalizací a poskytuje větší podporu od rodiny a sester. Pro zvýšení přínosů domácí péče je důležitý kvalifikovaný a zkušený personál spolu se zlepšením financování a podpory od pojišťoven a praktických lékařů. Změna v přístupu k materiálnímu zajištění a administrativní zátěži by rovněž přispěla ke zlepšení péče. Největší přínosy domácí péče vidí sestry v oblastech duševního zdraví, kde domácí prostředí pomáhá snížit stres a psychický tlak. A také v oblasti rehabilitace, kde domácí prostředí usnadňuje efektivnější zotavení. Posledním zjištěným benefitem od sester bylo nižší riziko nozokomiálních nákaz.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké jsou možnosti pro zkvalitnění domácí péče. Dotazované sestry uvedly, že hlavními faktory pro zkvalitnění domácí péče je kvalifikované a odborné vzdělání sester, pravidelné proškolení či zajištění kvalitního vybavení. Jako další uvedly, že aby péče byla kvalitní, je potřeba také lepší financování od pojišťoven a větší časové rozmezí pro poskytování péče. Stejně tak by pomohla lepší spolupráce mezi členy multidisciplinárního týmu včetně rodiny pacientů.

Posledním cílem bylo zmapovat výhody při poskytování ošetřovatelské péče u pacienta v domácím prostředí pacienta. Výzkum ukázal, že domácí péče přináší pacientům značné výhody, zejména v oblasti pohodlí a eliminace nutnosti cestovat za zdravotními službami. Pacienti uvádí jako výhodu, že zdravotníci přicházejí přímo k nim domů, což šetří jejich

čas a energii, kterou by museli vynaložit na cestování za lékařskými výkony. Další výhodou spatřili i v tom, že nemusí být díky domácí péči závislí na rodině, která by je jinak do nemocnice musela vozit. Celkově pacientům přináší domácí péče komfort, bezpečí a podporu v jejich domácím prostředí.

Celkově lze říci, že cíle práce byly naplněny. Výzkum poskytl hlubší vhled do zkušeností a potřeb sester a pacientů v domácí péči. Výsledky ukazují, že domácí péče je pro pacienty přínosná, avšak existují oblasti, kde je možné tuto péči zkvalitnit, zejména skrze lepší vzdělání personálu, změny v pojišťovnictví a zlepšení informovanosti pacientů. Tyto poznatky mohou být využity ke zlepšení kvality poskytované domácí péče a k zajištění ještě lepších výsledků pro pacienty i pečující personál.

## 7 Seznam literatury

1. ARNOLDOVÁ, A., 2015. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5147-4
2. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost, 2. díl*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5148-1
3. BAROŠOVÁ, L., 2020. *Domácí péče se zrodila z touhy pomoci nejzranitelnějším* [online]. [cit. 2024-07-23]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/domaci-pece-se-zrodila-z-touhy-pomoci-nejzranitelnejsim/>
4. BARTONÍČKOVÁ, D., et al., 2017. *Vzdělávání sester jako nepostradatelný aspekt poskytování ošetrovatelské péče* [online]. [cit. 2024-04-10] Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/3/vzdelavani-sester-jako-nepostradatelnny-aspekt-poskytovani-profesionalni-osetrovatelske-pece/>
5. ČELEDOVÁ, L., et al., 2013. *Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD*. [online]. Praha: ÚZIS. [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2013/02/12.pdf>
6. ČEVELA, R. et al., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-4544-2
7. ČÍPKOVÁ, I., 2015. *Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče*. [online]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/o-cem-se-mluvi/role-socialniho-pracovnika-v-multidisciplinarnim-tymu-domaci-hospicove-pece/>
8. Dlouhodobá domácí zdravotní péče, © 2024. [online]. *Agentura domácí péče LUSI*. [cit. 2023-06-10]. Dostupné z: <https://www.lusi.cz/dlouhodobadomaci-zdravotni-pece/>
9. *Domácí péče: 4 základní formy*, © 2024. [online]. *Péče.cz*. [cit. 2024-06-10]. Dostupné z: <https://pece.cz/blog/domaci-pece-4-zakladni-formy.html>.
10. DOSTÁLOVÁ, V., et al., 2022. *Potřeby starších vulnerabilních lidí v domácí a nemocniční péči*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-7571-104-5.

11. DOSTÁLOVÁ, V. et al., 2022. The experiences and needs of frail older people receiving home health care: A qualitative study. *International Journal of Older People Nursing*, roč. 17, č. 1. ISSN 1748-3735. [online]. [cit. 2024-06-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/opn.12418>.
12. DUDOVÁ, R., 2015. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Knižnice Sociologické aktuality. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, ISBN 978-80-7419-182-4
13. FOEBEL, A. D. et al., 2015. *Quality of care in European home care programs using the second generation interRAI Home Care Quality Indicators (HCQIs)*. [Online]. *BMC Geriatrics*., roč. 15, č. 1. ISSN 1471-2318. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0146-5>
14. *Formy domácí péče*, © 2024. [online]. IVAS. [cit. 2024-06-13]. Dostupné z: <https://www.ivas.cz/domaci-pece-informace-pro-pacienty/formy-domaci-zdravotni-pece/>
15. HETTNEROVÁ, M., 2012. *Co trápí agentury domácí péče? Nedostatek peněz*. [online]. [cit. 2024-07-24]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2012/9/co-trapi-agentury-domaci-pece-nedostatek-penez/>
16. HOLMEROVÁ, I. a VÁLKOVÁ M., 2023. *Metodika zdravotní péče v rámci procesu transformace sociálních služeb*. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky [online]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Metodika\\_k\\_zajisteni\\_zdravotni\\_pece.doc.pdf/2014d728-8a7f-a4bf-fbc6-c71a801a1a72](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Metodika_k_zajisteni_zdravotni_pece.doc.pdf/2014d728-8a7f-a4bf-fbc6-c71a801a1a72)
17. HOLMEROVÁ, I., 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-5439-0
18. HRNČIARIKOVÁ, D., HRNČIARIK, M., 2018. *Domácí hospicová péče v geriatrii*. *Geriatric a gerontologie*, 7, č. 2: 76-78 ISSN 1805-4684
19. HROZENSKÁ, M. a DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4139-0
20. JELÍNKOVÁ, M., 2023. *Naplňování rolí sester při poskytování domácí péče*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JCU

21. KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4026-3. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/krehky-pacient-a-primarni-pece-768>
22. KALVACH, Z., 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů, ISBN 978-80-88126-54-6.
23. KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ, J., 2013. *Neformální péče v rodině. Sociodemografické charakteristiky pečujících osob*. Data a výzkum [online], Dostupné z: [https://www.researchgate.net/profile/Jana-Klimova-Chaloupkova/publication/270708908\\_Informal\\_care\\_in\\_the\\_family\\_socio-demographic\\_characteristics\\_of\\_caregivers/links/5a8a8b1e458515b8af950efa/Informal-care-in-the-family-socio-demographic-characteristics-of-caregivers.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jana-Klimova-Chaloupkova/publication/270708908_Informal_care_in_the_family_socio-demographic_characteristics_of_caregivers/links/5a8a8b1e458515b8af950efa/Informal-care-in-the-family-socio-demographic-characteristics-of-caregivers.pdf)
24. Koncepce domácí péče, 2020. MZČR [online]. [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: [https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce\\_DP\\_po\\_II\\_VPR\\_final.pdf](https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf)
25. KONDELÍKOVÁ, L., 2017. *Medical Tribune: Domácí péče potřebuje více peněz od zdravotních pojišťoven*. Kontakt 7(12), E15517. ISSN: 1214-8911.
26. KOVAŘÍKOVÁ, J., 2021. *Ošetrovatelství v komunitní, domácí a hospicové péči*. [online]. Creative Commons BY-SA 4.0 [cit. 2024-06-14]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/114/page08.html>
27. KUČÍREK, J., 2017. *Aplikovaná psychologie: vybraná témata: teleworking, leadership, sociálně psychologický výcvik*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0187-0.
28. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Psyché. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-4650-0
29. KURUCOVÁ, R., 2021. *Vybrané kapitoly z primárnej ošetrovateľskej starostlivosti*. Martin : JLF UK Bratislava. ISBN 978-80-8187-101-6
30. MACHAČNÁ, D., 2013. *Domácí ošetrovatelská péče v České republice*. Praha. Bakalářská práce. Bankovní institut vysoká škola Praha

31. MÁTEL, A., 2019. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-2220-2
32. Mobilní specializovaná paliativní péče v Jihočeském kraji, © 2020. [online]. Jihočeský kraj. [cit. 2024-5-21]. Dostupné z: [https://www.kraj-jihocesky.cz/sites/default/files/inline-files/Mobiln%C3%AD%20specializovan%C3%A1%20paliativn%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De\\_web.pdf](https://www.kraj-jihocesky.cz/sites/default/files/inline-files/Mobiln%C3%AD%20specializovan%C3%A1%20paliativn%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De_web.pdf)
33. MOSADEGHRAD, A. M., 2014. *Factors Influencing Healthcare Service Quality*. [Online]. International Journal of Health Policy and Management. roč. 3, č. 2, s. 77-89. ISSN 2322-5939. Dostupné z: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.65>
34. MUNDILOVÁ, M., 2015. *Vytíženost sester v domácí péči*. Plzeň. Bakalářská práce. FZC ZCU.
35. MYSLILOVÁ, T., 2019. *Katolický týdeník: Proč stát nepodpoří domácí péči?* [online]. [cit. 2024-07-24]. Dostupné z: <https://www.cirkev.cz/cs/aktuality/190905katolicky-tydenik-proc-stat-nepodpori-domaci-peci>
36. ONDRUŠOVÁ, J., 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, ISBN 978-80-246-4383-0.
37. Pečující osoby a neformální péče (Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025), 2017, *Revue pro sociální politiku a výzkum*. [online]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2017/04/pecujici-osoby-a-neformalni-pecce-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/>
38. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetřovatelství I. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-0888-6
39. *Přehled oborů a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků*, 2024. In: Ministerstvo zdravotnictví české republiky [online]. [cit.2024-07-24]. Dostupné z: [https://mzd.gov.cz/prehled-oboru-a-vzdelavani-nelekarskych-zdravotnickych-pracovniku/?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMATAAR0c5\\_mADHKLBJwoNiwdh](https://mzd.gov.cz/prehled-oboru-a-vzdelavani-nelekarskych-zdravotnickych-pracovniku/?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMATAAR0c5_mADHKLBJwoNiwdh)

Dz5wMSk1z4OGP8jRQXBRIHrhTjpCr5RPgvI7Ag\_aem\_Rsa\_ECZYnkQ0ArJ  
AE8ryCg#VS-5

40. PUBLIC ECONOMICS AND ADMINISTRATION, 2021. *Proceedings of the 14. International scientific conferenc.* Ostrava, Czech Republic. Ostrava: VSB - Technical University of Ostrava, ISBN 978-80-248-4581-4 [online], Dostupné z: [https://is.vsfs.cz/publication/9432/Conference\\_Proceedings\\_PEA\\_2021\\_online.pdf#page=319](https://is.vsfs.cz/publication/9432/Conference_Proceedings_PEA_2021_online.pdf#page=319)
41. SEIFERT, B., et al., 2023. *Primární péče. Všeobecné praktické lékařství.* Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-5478-2
42. *Services for older adults living at home*, © 2023. [online]. National institute of aging (.gov). [cit. 2024-06-10]. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/health/caregiving/services-older-adults-living-home>
43. *Services for older adults living at home*, © 2023. [online]. National institute of aging (.gov). [cit. 2024-06-10]. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/health/aging-place/aging-place-growing-older-home>
44. Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. 2013. Praha: Strategie Praha. ISSN 1210-0404.
45. SHIRLEY, E. a SANDERS, J., 2016. *Measuring Quality of Care with Patient Satisfaction Scores.* Online. Journal of Bone and Joint Surgery. ISSN 0021-9355. Dostupné z: <https://doi.org/10.2106/JBJS.15.01216> [cit. 2024-06-10].
46. SLOVÁČEK, L., et al., 2014. *Paliativní a hospicová péče v domácím prostředí* [online]. [cit. 10. 4. 2024] Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/paliativni-a-hospicova-pecce-v-domacim-prostredi/>
47. ŠNAJDROVÁ, L., 2018. *Domácí péče by byla schopná se postarat o devadesát procent pacientů z LDN.* Medical tribune. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/komentare/domaci-pecce-by-byla-schopna-se-postarat-o-devadesat-procent-pacientu-z-ldn/>
48. ŠUPLEROVÁ, M. a MACHOVÁ, A., 2013. *Domácí návštěvní služba jako náplň práce všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře pro dospělé.* Medicína pro

- praxi. 10(10), 353-354. ISSN 1214-8687. Dostupné také z:  
<https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/10/11.pdf>
49. TOMEŠ, I., et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4
50. *Typy domácí péče*, © 2024. [online]. Péče doma. [cit. 2023-06-10]. Dostupné z:  
<https://zivotdoma.cz/cz/typy-domaci-pece.html>
51. VÁLKOVÁ, M., 2015. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-45-7
52. Věstník č.12/2019, Domácí a hospicová péče, 2024. [online]. [cit. 2024-07-24]. In: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/39483/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2063%20VS%20-%20Dom%C3%A1c%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De%20a%20hospicov%C3%A1%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>
53. Vyhláška č. 315/2022 Sb., Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023 – znění od 1.1. 2023 (verze 1). 2024. [online]. [cit. 2024-07-24]. Dostupné z:  
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-315>
54. Vyhláška č. 331/2007 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů – znění od 1.1. 2008 (verze 1) 2024. [online]. [cit. 2024-07-24]. Dostupné z:  
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-331>
55. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Sestra. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-0156-6.
56. Zákon č. 371/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, 2021. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 164, ISSN: 1211-1244. Dostupné z:  
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-371#cast6>



57. Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 131. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
58. ŽALUDEK, A., 2020. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2275-2.

## **8 Seznam příloh**

Příloha č. 1 Otázky pro pacienty využívající služeb domácí péče

Příloha č 2 Otázky pro sestry poskytující domácí péči

## **Příloha č. 1:**

### **Otázky pro pacienty využívající služeb domácí péče (zdroj vlastní)**

1. Kolik Vám je let?
2. Jaká je vaše diagnóza/kvůli čemu je Vám péče poskytována?
3. Víte, na co vše máte v domácí péči nárok?
4. Zvládl/abyste běžné fungování v domácím prostředí bez návštěv domácí péče?
5. Máte již předchozí zkušenost s domácí péčí nebo je Vám poskytována tato péče poprvé?
6. Jak jste se o poskytování domácí péče dozvěděl/a?
7. Věděl/a jste, co si představit pod pojmem domácí péče?
8. Je pro Vás domácí péče prospěšnější než hospitalizace v nemocnici?
9. Jaké výhody Vám přináší?
10. Jsou i nějaké nevýhody, které se nesou s poskytováním péče v domácím prostředí?
11. Přijde Vám domácí péče kvalitou odpovídající kvalitě, která je poskytována v nemocnici?
12. Jste spokojen/a s prací, kterou poskytují sestry agentury domácí péče?
13. Rozhodl/a byste se příště pro domácí péči nebo hospitalizaci v nemocnici

## **Příloha č. 2:**

### **Otázky pro sestry poskytující domácí péči**

1. Kolik je Vám let?
2. Jak dlouho trvá Vaše praxe v domácí péči? -> tabulky
3. Jaké jsou nejčastější diagnózy pacientů, kterým poskytujete domácí péči?
4. Jaké benefity podle Vás přináší domácí péče pro pacienty?
5. Co by přispělo k tomu, aby DP byla opravdu benefitem pro pacienty?
6. V jakých oblastech zdraví vidíte největší přínosy domácí péče?
7. Jaké jsou hlavní faktory, které ovlivňují kvalitu domácí péče?
8. Co by podle Vás mohlo přispět k co nejlepší kvalitě domácí péče?
9. Existují nějaké překážky v rámci poskytování domácí péče, kterým jste musela čelit? Pokud ano, jaké?

## **9 Seznam zkratk**

DP – domácí péče

OA – osobní asistence

WHO – Světová zdravotní organizace